

Kulturno-antropološka analiza narativa o iskustvu liječenja u javnozdravstvenom sustavu Republike Hrvatske

Vukšić, Marija

Doctoral thesis / Doktorski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zadar / Sveučilište u Zadru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:175055>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-06-29**



Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)

SVEUČILIŠTE U ZADRU

POSLIJEDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
HUMANISTIČKE ZNANOSTI



Marija Vukšić

**KULTURNO-ANTROPOLOŠKA ANALIZA
NARATIVA O ISKUSTVU LIJEČENJA U
JAVNOZDRAVSTVENOM SUSTAVU
REPUBLIKE HRVATSKE**

Doktorski rad

Zadar, 2024.

SVEUČILIŠTE U ZADRU
POSLIJEDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
HUMANISTIČKE ZNANOSTI

Marija Vukšić

**KULTURNO-ANTROPOLOŠKA ANALIZA
NARATIVA O ISKUSTVU LIJEČENJA U
JAVNOZDRAVSTVENOM SUSTAVU
REPUBLIKE HRVATSKE**

Doktorski rad

Mentorica

prof. dr. sc. Lucija Šimičić

Komentorica

dr. sc. Olga Orlić, viša znanstvena suradnica

Zadar, 2024.

SVEUČILIŠTE U ZADRU

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

I. Autor i studij

Ime i prez ime: Marija Vukšić

Naziv studijskog programa: Poslijediplomski studij Humanističke znanosti

Mentorica: prof. dr. sc. Lucija Šimičić

Komentorica: dr. sc. Olga Orlić, viša znanstvena suradnica

Datum obrane: 11. travnja 2024.

Znanstveno područje i polje u kojem je postignut doktorat znanosti: Humanističke znanosti, etnologija i antropologija

II. Doktorski rad

Naslov: Kulturno-antropološka analiza narativa o iskustvu liječenja u javnozdravstvenom sustavu Republike Hrvatske

UDK oznaka: 316.77:614.253

Broj stranica: 230

Broj slika/grafičkih prikaza/tablica: 2/0/0/

Broj bilježaka: 74

Broj korištenih bibliografskih jedinica i izvora: 349

Broj priloga: 1

Jezik rada: hrvatski jezik

III. Stručna povjerenstva

Stručno povjerenstvo za ocjenu doktorskoga rada:

1. prof. dr. sc. Senka Božić Vrbančić, predsjednica
2. prof. dr. sc. Mislava Bertoša, članica
3. izv. prof. dr. sc. Tanja Bukovčan, članica

Stručno povjerenstvo za obranu doktorskoga rada:

1. prof. dr. sc. Senka Božić Vrbančić, predsjednica
2. prof. dr. sc. Mislava Bertoša, članica
3. izv. prof. dr. sc. Tanja Bukovčan, članica

UNIVERSITY OF ZADAR

BASIC DOCUMENTATION CARD

I. Author and study

Name and surname: Marija Vukšić

Name of the study programme: Postgraduate study Humanities

Mentor: Professor Lucija Šimičić, PhD

Co-mentor: Olga Orlić, PhD, senior research associate

Date of the defence: 11 April 2024

Scientific area and field in which the PhD is obtained: Ethnology and Anthropology

II. Doctoral dissertation

Title: Cultural-anthropological analysis of narratives about the experience of healthcare treatment in the public healthcare system of the Republic of Croatia

UDC mark: 316.77:614.253

Number of pages: 230

Number of pictures/graphical representations/tables: 2/0/0

Number of notes: 74

Number of used bibliographic units and sources: 349

Number of appendices: 1

Language of the doctoral dissertation: Croatian language

III. Expert committees

Expert committee for the evaluation of the doctoral dissertation:

1. Professor Senka Božić Vrbančić, PhD, chair
2. Professor Mislava Bertoša, PhD, member
3. Associate Professor Tanja Bukovčan, PhD member

Expert committee for the defence of the doctoral dissertation:

1. Professor Senka Božić Vrbančić, PhD, chair
2. Professor Mislava Bertoša, PhD, member
3. Associate Professor Tanja Bukovčan, PhD, member



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Marija Vukšić**, ovime izjavljujem da je moj **doktorski** rad pod naslovom **Kulturno-antropološka analiza narativa o iskustvu liječenja u javnozdravstvenom sustavu Republike Hrvatske** rezultat mojeg vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojeg rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojeg rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 5. svibnja 2024.

SAŽETAK

U 21. stoljeću, kao posljedica potrošačke kulture, dostupnosti informacija na internetu, razvoja prava pacijenata i porasta broja udruga za prava pacijenata, očekivanja javnosti naspram liječnika i javnozdravstvenog sustava stalno rastu, a također ih se i sve učestalije kritizira (Coulter i Magee, 2003). U europskim zemljama, zbog sve većeg udjela starog stanovništva te stalnog porasta cijena lijekova i medicinske opreme, javnozdravstveni je sustav sve opterećeniji, a to se odražava i na kvalitetu zdravstvene skrbi (Coulter i Magee, 2003). Prateći razvoj bioetike i prava pacijenata, koji intenzivno započinje osamdesetih i devedesetih godina prethodnog stoljeća (Maehle, 2011; Steinkamp et al., 2007), u središte pažnje istraživanja o javnozdravstvenim sustavima dolazi odnos između liječnika i pacijenata te je to tema i ovoga rada. Rad počiva na metodološkom pristupu etnografije pojedinačnog što znači da se u radu daje glasovima i osobinama sugovornika da dođu to izražaja te time izbjegava njihovo poopćavanje (Abu-Lughod, 1991: 154). Osim toga, riječ je i o etnologiji bliskoga (Peirano, 1998; Potkonjak, 2014) jer autorica istraživanje provodi na njoj poznatom terenu u gradu u kojem je odrasla i u kojem živi te u zdravstvenom sustavu u kojem je i sama sudionicom. Cilj je rada prikazati i analizirati komunikacijske strategije, odnose moći i društvene vrijednosti koje dolaze do izražaja kroz iskustva odnosa između liječnika i pacijenata u javnozdravstvenom sustavu Republike Hrvatske. Pri analizi, autorica kritički primjenjuje koncepte kapitala, habitusa i polja francuskog sociologa Pierrea Bourdieua da bi istražila koji sve kapitali i habitusi utječu na odnose, položaje i iskustva sudionika u polju medicinske prakse te kako se moć reproducira i gdje se očituje. Osim obuhvaćanja suvremenog društvenog konteksta i kulturnih vrijednosti reproduciranih u javnozdravstvenom sustavu, u svojoj analizi autorica promišlja procese neoliberalizacije i internalizacije neoliberalnih vrijednosti sudionika u polju medicinske prakse te načinu na koji ti procesi utječu na njihova iskustva bolesti i liječenja. Upravo zbog toga, posebna važnost u analizi pridaje se narativima o bolesti i liječenju jer se u narativima rekonstruirana iskustva isprepliću sa širim društvenim kontekstom i okruženjem, a narator se pozicionira unutar odnosa moći (Hunt, 2000).

Ključne riječi: biomedicina, javnozdravstveni sustav, pacijenti, liječnici, komunikacija, odnosi moći, kapitali

SUMMARY

In the 21st century, as the consequence of consumer culture, the availability of information on the Internet, the development of patients' rights and the increase in the number of associations for patients' rights, public expectations towards doctors and the public healthcare system are constantly increasing (Coulter and Magee, 2003). In European countries, due to the growing number of the elderly and the rising costs of medicines and medical equipment, the public health system is overburdened and this is negatively affecting the quality of health care (Coulter and Magee, 2003). Along with the development of bioethics and patients' rights that began intensely in the eighties and nineties (Maehle, 2011; Steinkamp et al. 2007), the relationship between doctors and patients has become the focus of healthcare-oriented research and is also the topic of this thesis. The thesis presents and analyses communication strategies, power relations and social values that come to the fore in the relationships between doctors and patients in the public healthcare system of the Republic of Croatia. One of the methodological approaches used in this thesis is the ethnography of the particular, which means that the voices and characteristics of the interlocutors are heard and represented, thereby avoiding generalization (Abu-Lughod, 1991: 154). This thesis is also a type of the anthropology at home (Peirano, 1998; Potkonjak, 2014) because the author conducts the research on familiar grounds in the city where she grew up and lives, and in the healthcare system in which she herself is a participant. The aim of the study is to explore communication strategies, power relations, and social values that emerge through the experiences of interactions between doctors and patients in the public health system of the Republic of Croatia. The author uses Pierre Bourdieu's theoretical concepts of capital, habitus and field to explore which capitals and habitus influence the relationships, positions, and experiences of participants in the field of medical practice, as well as how power is reproduced and where it is manifested. In addition to encompassing the contemporary social context and cultural values reproduced in the public health system, the analysis relies on rethinking the processes of neoliberalization and their internalization among participants in the field of medical practice, as well as on how these processes affect their experiences. Because of this, special importance is given to narratives of illness and healing, as experiences reconstructed within narratives intertwine with the broader social context and environment, while the narrator positions themselves within various power relations (Hunt, 2000).

Key words: biomedicine, public healthcare system, patients, doctors, communication, power relations, capitals

Sadržaj

1. UVOD.....	1
1.1. Motivacija za istraživanje.....	3
1.2. Pregled postojeće literature o odnosu između liječnika i pacijenata	6
2. TEORIJSKO – METODOLOŠKI OKVIR ISTRAŽIVANJA.....	10
2.1. Bourdieuovi kapitali kao polazišne točke analize.....	10
2.2. Mehanizmi moći u kontekstu medicinskog sustava.....	15
2.3. Definiranje antropološkog terena i politike transkribiranja	19
2.4. Pilotno istraživanje i pronalazak sugovornika	24
2.5. Sudionici i ograničenja istraživanja.....	31
3. RAZVOJ BIOMEDICINSKE PRAKSE	40
3.1. Biomedicina: povijesni razvoj.....	41
3.2. Bioetika i prava pacijenata	45
3.3. Postmodernističke kritike biomedicine.....	49
4. SUVREMENA BIOMEDICINSKA PRAKSA U HRVATSKOJ	56
4.1. Pojava pacijenata potrošača u svijetu i Hrvatskoj.....	56
4.2. Internetska medicina i digitalna transformacija zdravstvenih sustava	62
4.3. Strukturni problemi javnozdravstvenog sustava u Hrvatskoj.....	67
5. UTJECAJ KULTURNOG KAPITALA NA POZICIONIRANJE UNUTAR POLJA MEDICINSKE PRAKSE	75
5.1. Stereotipi i sheme kao manifestacije kulturnog kapitala i habitusa.....	78
5.2. Rod i dob kao utjelovljeni kulturni kapital	87
6. KOMUNIKACIJSKE PRAKSE I STRATEGIJE INFORMIRANJA	109
6.1. Temelji liječničkog umijeća: početni korak u analizi komunikacijskih strategija.....	111
6.2. Prepreke u komunikaciji u zdravstvenom kontekstu	120
6.3. Uloga institucionaliziranog kapitala u informiranju i procjeni pacijenata	133
6.4. Uloga jezičnog kapitala u informiranju i procjeni pacijenata	143
7. IZVAN OKVIRA KAPITALA I HABITUSA: ALTERNATIVNE STRATEGIJE POZICIONIRANJA.....	152

7.1. Darovi i mito: prešućena transakcija	152
7.2. Dolazak u bolnicu „preko veze“: društveni kapital u praksi	157
8. REINTERPRETACIJA ODNOSA MOĆI U BOLNIČKOM KONTEKSTU	163
8.1. (Ne)moć: nasilje kao negacija odnosa moći u polju	165
8.2. Udruge pacijenata i internet kao nove pozicije moći	170
9. ZAKLJUČAK	189
Popis literature	194
PRILOG 1:	226
ŽIVOTOPIS AUTORICE	227

1. UVOD

Oko 380 p.n.e. u „Državi“, Platon umjetnost naziva imitacijom stvarnosti jer je za njega „ideja“ jedino što je stvarno te je stoga najbliža istini, a sve je drugo odmaknuto od istine. Kad stolar napravi stolicu, radi je po ideji stolice koju ima u glavi. Stolica je stoga dva puta odmaknuta od istine. Filozofija se bavi idejama te je i ona, prema Platonu, dva puta odmaknuta od istine dok je poezija, koja se bavi iluzijama, tri puta odmaknuta od istine. Teško je procijeniti što bi Platon rekao na antropološku interpretaciju iskustava stvarnosti, ali s obzirom na prethodnu analogiju vjerojatno je da bi i za nju rekao da je dva ili čak tri puta odmaknuta od istine. Ideja da antropologija ne može prikazati istinu (Marcus i Clifford, 1986) nije nova, ali je u usporedbi s Platonovim antičkim promišljanjem o (ne)mogućnosti prikaza stvarnosti relativno nedavna. Iako nije na to ciljao, Platonova tvrdnja bliska je antropološkoj perspektivi. Ne samo zbog tvrdnje da se prava istina ne može spoznati, već i zbog poveznice koju stvara između ideja i stvarnosti, odnosno između ideja koje ljudi imaju o stvarnosti te o tome kako one utječu na njihovu percepciju i oblikovanje vlastite stvarnosti. Platonov stolar izrađuje stolicu prema ideji stolice koju ima te je ta stolica zapravo njegova interpretacija ideje o stolici. Tako se u fokusu mojeg rada također nalazi interpretacija iskustava odnosa između liječnika i pacijenata, prepričanih od strane i jednih i drugih. Interpretacija se temelji na terenskom radu tijekom kojeg su moji sugovornici bili i liječnici i pacijenti^{1 2} na području grada Zagreba.

Cilj je rada usredotočiti se na sociokulturne značajke spomenutih iskustava čije se postojanje naizgled zanemaruje unutar okvira biomedicine – tipa medicine koji prepoznaje samo bolest tijela (engl. *disease*) dok zanemaruje iskustvo bolesti (engl. *illness*) koje podrazumijeva i sociokulturne elemente bolesti i osobnu percepciju bolesti (Young, 1982). Moj interes leži upravo u tim

¹ Postoji razlika između pacijenta i bolesnika. Bolesnik je osoba koja je trenutno bolesna, dok pojam pacijent uključuje sve korisnike zdravstvene zaštite (Rušinović-Sunara, 2006). Zbog toga što su neki od mojih sugovornika bili zdravi u trenutku razgovora, ali su korisnici zdravstvene zaštite, nazivam ih pacijentima.

² Zakonom o zaštiti prava pacijenata (NN 65/2022) pacijent je definiran kao „svaka osoba, bolesna ili zdrava, koja zatraži ili kojoj se pruža određena mjera ili usluga u cilju očuvanja i unaprjeđenja zdravlja, sprječavanja bolesti, liječenja ili zdravstvene njege i rehabilitacije.“

zanemarenim dimenzijama koje se pojavljuju u procesu liječenja i u odnosu između liječnika i pacijenata.

U ovom uvodnom poglavlju namjera mi je osvrnuti se na osobnu motivaciju za bavljenje spomenutom temom. To je zato što je jedna od karakteristika suvremenih kvalitativnih istraživanja upravo autorefleksivnost i samopropitivanje vlastitih motivacija (Mason, 2002), kao i osviještenost o tome da ono što smatram bitnim djelomično proizlazi i iz „epistemološkog i diskurzivnog sustava“ kojem i sama pripadam (Đurin, 2020: 33). Namjera moje autorefleksivnosti nije iznijeti „egocentričnu ispovjedničku priču o sebi“ (Mason, 2002: 5), već kritički se osvrnuti na vlastitu motivaciju za istraživanjem te na vlastite pretpostavke i predrasude koje su nezaobilazni dio svakog istraživačkog procesa (Mason, 2002).

Pitanja na koja pokušavam pronaći odgovor u ovom radu jesu: koje društvene i kulturne vrijednosti i prakse sudionici u istraživanju izdvajaju kao bitne u svojim iskustvima i zašto? Kako su artikulirane vrijednosti povezane s njihovom percepcijom odnosa moći unutar institucionalnih konteksta, u ovom slučaju medicinskog? Na koji način osobna iskustva pacijenata i liječnika, dijelom utemeljena u međusobnoj komunikaciji i rekonstruirana u intervjuima, odražavaju šire društvene diskurse doprinoseći (re)produkciji postojećih odnosa moći u medicinskom kontekstu? Povrh tih pitanja, zanimalo me i kako se biomedicinska praksa razvila u tip institucionalizirane prakse kakav danas postoji te na koji je način njezin povijesni razvoj utjecao na suvremeni odnos između sudionika u biomedicinskom kontekstu.

Struktura mojeg rada u velikoj mjeri odražava prethodno spomenuta pitanja. Ovaj Uvod sadrži osvrt na izvore mojih motivacija za bavljenjem ovom temom i kratki pregled postojeće literature o odnosu između liječnika i pacijenata. Iako su moja istraživačka pitanja uglavnom proizašla iz analize podataka prikupljenih kroz terenski rad, da bih se pripremila za terenski rad prvo sam istražila literaturu koja obrađuje slične teme kao što su one kojih sam se dotaknula u ovom radu. Nakon Uvoda, u poglavlju koje slijedi analiziram razvoj biomedicinske prakse i razvoj misli o odnosu između liječnika i pacijenata kroz povijest i razvoj prava pacijenata. U idućem poglavlju razmatram nedavne promjene u odnosu između liječnika i pacijenata uzrokovane razvojem interneta i slobodnog tržišta. Nakon uvodnog i dva poglavlja usmjerena na analizu prošlih i novih trendova i promjena u biomedicinskoj praksi, četvrto je poglavlje posvećeno teoriji i metodologiji

koju koristim u svojem radu s naglaskom na sudionike u istraživanju i kritičko promišljanje o Bourdieuovom konceptu kapitala i primjeni te teorije u mojem istraživanju. Peto se poglavlje nastavlja na četvrto jer je fokus na utjecaju kulturnog kapitala i habitusa na pozicije moći sudionika u polju medicinske prakse, dok je šesto poglavlje usmjereno na komunikaciju, komunikacijske prakse i utjecaj jezičnog kapitala u spomenutom polju. Sedmo se poglavlje djelomično odmiče od teorije kapitala i bavi se alternativnim strategijama pozicioniranja u polju medicinske prakse, kao što su darovi i mito. Osmo se poglavlje dotiče pitanja moći, točnije uloge koju udruge pacijenata i internet imaju kao nove pozicije moći za pacijente te nasilja kao alternative moći u polju medicinske prakse. Deveto je poglavlje zadnje i zaključno poglavlje u radu.

1.1. Motivacija za istraživanje

Moje zanimanje za temu odnosa između liječnika i pacijenata potaknuto je različitim čimbenicima. Prije nego što sam se odlučila za temu istraživanja, znala sam da želim analizirati vlastito društvo i kulturu. Isto sam tako znala da pritom ne mislim na analizu često „neutralne i depersonalizirane“ materijalne kulture i folkloru (Čapo Žmegač, 2006: 230), već na analizu proizašlu iz etnologije bliskoga i istraživanja vlastitog suvremenog konteksta. Na moj je izbor teme također utjecala sklonost autoetnografiji, tj. analizi vlastitih iskustava (Adams et al., 2015) pri čemu koristim znanja i vještine usvojene kroz disciplinu kulturne antropologije. Taj spoj interesa za suvremenost društva koje me okružuje i analizu vlastitih iskustava potaknuo me da inspiraciju za temu potražim u neposrednoj i najpoznatijoj blizini, svojoj obitelji.

U razdoblju kad sam trebala razmišljati o temi svojeg doktorskog rada, član moje obitelji prolazio je kroz proces pripreme za operaciju u jednoj od zagrebačkih bolnica. Unutar moje obitelji, liječnicima, liječenju i bolesti često se pristupa s određenim emocionalnim odmakom. Pritom mislim na sklonost članova moje obitelji da ne razgovaraju o teškim bolestima ili opasnim operacijskim zahvatima te se njihova ozbiljnost često namjerno umanjuje. Tako je, primjerice, prije nekoliko godina moja majka otišla u bolnicu na operaciju jajnika bez mog znanja. O tome se prije operacije, a ni nakon, nije razgovaralo. Slična se situacija ponovila nedavno, kad su mojoj majci liječnici rekli da postoji šansa da ima rak. Za to sam saznala posredno, od oca. Srećom, ipak nije bila riječ o raku, no nas dvije do danas nismo o tome razgovarale. Sličnu situaciju spominje i Jasna

Čapo Žmegač u svojem članku „Death Primarily Belongs to the Dying“ (2010). Nakon što je saznala da njezina majka ima rak, ni ona niti njezina majka nisu mogle započeti razgovor o bolesti te su neko vrijeme razgovarale o potpuno nepovezanim temama.

O operaciji mojeg oca također nismo mnogo razgovarali, nismo se međusobno opraštali za slučaj da operacija bude neuspjela te smo se svaki dan koji je neposredno prethodio operaciji pravili kao da se ništa ozbiljnog ne događa. Svoju obitelj poznajem dovoljno da bih njihovo ponašanje mogla poistovjetiti s Mary Douglas i njezinom podjelom na čisto i opasno (Douglas, 1984). U slučaju moje obitelji, nekontrolirani događaji kao što su bolest i liječenje smatraju se opasnim i tabuiziranim temama o kojima se izbjegava govoriti jer izazivaju osjećaje s kojima se članovi moje obitelji ne znaju nositi niti ih vole izražavati. Bolnica je stoga u mojoj obitelji posljedično tabuizirano mjesto jer u pripadnicima našeg obiteljskog mikrokozmosa izaziva osjećaje koji nisu dobrodošli i nisu dio uobičajene svakodnevnice te su zbog toga nečisti i opasni. Slično kao u liminalnom stadiju Van Gennepovog (1960) obreda prijelaza, bolesnik se nalazi negdje „između“ te se nakon ozdravljenja ponovno reintegrira u našu obiteljsku zajednicu.

Za razliku od onoga o čemu se rijetko razgovara, u mojoj obitelji vrlo je popularna tema izražavanja nezadovoljstva liječnicima i javnim medicinskim sustavom. Članovi moje obitelji najčešće se tuže na, po njihovoj subjektivnoj procjeni, lošu komunikaciju s medicinskim djelatnicima, količinu vremena koja se izgubi čekanjem u čekaonicama i čekanjem na preglede i zahvate te na zastarjelost tehnologije i metoda medicinske prakse koje se provode u javnim bolnicama. Ta tema nije popularna samo kod njih već sam je često imala prilike čuti i u tramvajima, na rođendanskim zabavama, u kafićima, bolničkim čekaonicama, dućanima i na raznim drugim javnim i privatnim mjestima i događanjima. Tako sam nedavno načula razgovor između jedne profesorice i njezine asistentice o liječnici opće prakse s kojom su obje bile izrazito nezadovoljne jer im nije htjela dati recept za lijek koji su od nje tražile.

Zbog toga što sam već kroz različita iskustva članova svoje obitelji uvidjela različite mogućnosti za istraživanje teme odnosa između liječnika i pacijenata u javnozdravstvenom sustavu, odlučila sam ući u dublju analizu te teme u svom doktorskom radu. Pritom sam shvatila da sam upravo ja ta koja vrlo aktivno izbjegava doticaj s liječnicima i zdravstvenim sustavom. Svoju liječnicu opće prakse nisam vidjela već više godina te za sve manje zahvate i redovite preglede koristim privatne

klinike, iako i to činim nerado. Dijelom je to zbog toga što si, za razliku od mnogih, mogu priuštiti da dio svojih zdravstvenih pothvata platim i obavim u privatnom sektoru. Svakako je jedan od razloga zašto izbjegavam javne bolnice i zdravstvene ustanove dugačko čekanje po čekaonicama koje je bilo skoro pa neizbježan dio svakog mog susreta s javnozdravstvenim sustavom. Međutim, osim što želim izbjeći dugo čekanje u čekaonicama, kroz promišljanje o svojim iskustvima u zdravstvenom sustavu, shvatila sam da postoji još nekoliko razloga za moje izbjegavanje odlaska u institucije zdravstvenog sustava. Jedan je od razloga stav moje obitelji koji se djelomično prenio i na mene, zbog čega zdravstveni sustav ne vidim kao dio svakodnevnice već kao liminalno mjesto koje treba izbjegavati. Drugi su razlog osobna loša iskustva sa zdravstvenim sustavom koja su svakako u meni stvorila određenu razinu odbojnosti.

Prvo moje loše iskustvo u zdravstvenom sustavu dogodilo se u ranom djetinjstvu kad sam išla na operaciju krajnika. Zbog toga su me htjeli zadržati u bolnici te su me stavili u sobu s drugom djecom koja su sva bila starija od mene. Nakon što sam se probudila u bolničkom krevetu shvatila sam da mi je jedna ruka zavezana za krevet i nisam je mogla sama odvezati. Iako sam tražila medicinsko osoblje da me odvežu, iz njihovih sam odgovora shvatila da smatraju da ću otići iz sobe te su me zavezali da ne pobjegnem. Iako sam im rekla da ne planiram pobjeći, nisu se predomislili niti su me odvezali kada je bilo vrijeme za hranjenje, već me je medicinska sestra morala hraniti. S obzirom na to da druga djeca nisu bila zavezana (vjerojatno zato što su bila starija od mene), a ja nisam planirala biti zavezana za krevet idućih par dana, počela sam lupati nogama i vikati i buditi svu djecu koja su bila u sobi sa mnom. Na kraju su pozvali moje roditelje te su me oni odveli doma. U retrospektivi shvaćam da su oko mene vjerojatno bila i teže bolesna djeca te da im je moje ponašanje svakako otežavalo njihov ionako težak boravak u bolnici. Međutim, smatram da je praksa vezanja djece za bolnički krevet nešto što se nikad nije trebalo dogoditi niti bi se trebalo ponoviti.

Zbog tog doživljenog iskustva u meni je ostala predrasuda o bolnicama kao o autoritativnim mjestima u kojima mišljenje i osjećaji pacijenata, pogotovo ako je riječ o djeci, nisu bitni. Nazivam to predrasudom jer smatram da se ne mogu niti ne smiju sve zdravstvene institucije i svo zdravstveno osoblje svesti na jednu situaciju iz djetinjstva te su generalizacija i poopćavanje upravo dvije prakse koje želim izbjeći u svojem radu.

Drugo neugodno iskustvo dogodilo se prije operativnog zahvata, također u djetinjstvu, kad su mi medicinske sestre pomagale obući medicinsku kutu. Pritom su me cijelu pregledale, a jedna je od njih prstom prešla preko moje noge i prokomentirala da ću morati početi depilirati noge i ruke jer inače neću biti privlačna nijednom muškarcu, iako sam tad imala jedanaest godina i nisam razmišljala o tome jesam li ikome privlačna. Ta je interakcija u meni stvorila osjećaj nelagode iz dva razloga. Prvi je taj da me nepoznata osoba u ulozi medicinske sestre dira po nozi bez opravdanog medicinskog razloga, a drugi je izloženost tuđem pogledu i procjeni, a da to nisam tražila.

Čitanje literature o temi svojeg rada pomoglo mi je da spomenuta iskustva stavim u jedan novi kontekst i okvir. Shvatila sam da se radi o onome što Foucault (1976) naziva medicinskim pogledom koji čini srž medicinskog pregleda tijekom kojeg se pacijenta zanemaruje kao osobu jer je medicinski pogled usmjeren samo na tijelo i simptome. Objašnjenje toga da tijelo pacijenta može biti izloženo pogledu i dodiru bez pacijentove privole leži u tome da su unutar institucije zdravstveni radnici legitimni nositelji autoriteta (Mahar et al. 1990) te se pritom stavljaju u ulogu objektivnih promatrača udaljenih od svoje, u suštini, ljudske i subjektivne prirode (Gordon, 1988) koja jasno dolazi do izražaja u prethodno navedenom komentaru medicinske sestre.

Stoga sam, u promišljanju teme svojeg doktorskog rada, shvatila da želim istaknuti upravo ono ljudsko i subjektivno u odnosu između liječnika i pacijenata koji se unutar institucije bolnice pokušava svesti na nešto objektivno i znanstveno te da me zanima što je to točno što biomedicina pokušava zaniijekati, a što sam na vlastitoj koži osjetila da postoji kroz one malobrojne interakcije koje sam imala s liječnicima i drugim pacijentima. Skup svih tih interesnih točaka, od nezadovoljstva medicinskim sustavom i liječnicima o kojima često slušam, do promišljanja o vlastitom (ne)iskustvu s liječnicima i medicinskim sustavom, naveli su me na zaključak da je kompleksnost odnosa između liječnika i pacijenata tema koju želim dublje istražiti.

1.2. Pregled postojeće literature o odnosu između liječnika i pacijenata

Interes za medicinskom praksom, točnije položajem pacijenata i odnosa između pacijenta i liječnika, porastao je nakon Drugoga svjetskog rata te se to odrazilo i u stručnoj literaturi (Cerjan-Letica i Letica, 2003). Stručnu literaturu može se podijeliti na onu koja koristi kvantitativnu analizu

zadovoljstva pacijenata s osobljem i različitim elementima medicinske usluge, pritom ne ulazeći u analizu društvenog konteksta (Cerjan-Letica i Letica, 2003) i literaturu u kojoj se tom odnosu pristupa iz kritičke perspektive, uzimajući u obzir sociokulturni kontekst, često s naglaskom na kvalitativnu metodu prikupljanja podataka (Cerjan-Letica i Letica, 2003). Literaturu koja odnosu između liječnika i pacijenta pristupa iz kritičke perspektive može se svesti na dvije velike teme, a to su analiza komunikacijskih praksi između liječnika i pacijenata i analiza same medicinske prakse.

Literatura koja se bavi analizom komunikacijskih praksi može se dodatno podijeliti na onu koja komunikaciji pristupa iz lingvističke i sociolingvističke perspektive i onu koja uzima jezik zdravo za gotovo, u smislu prenositelja značenja (Ainsworth-Vaughn, 2001). Takav tip literature često za cilj ima davanje praktičnih uputa za poboljšanje komunikacije između liječnika i pacijenata te definiranje dobrog i lošeg tipa komunikacije (npr. Kurtz, 1989; Mintz, 1992; Kabalin et al., 2002; Kurtz, 2002; Staničić, 2002; Rumboldt i Pivić, 2011; Sorta-Bilajac i Sorta, 2013; Štifanić, 2013; Stilinović et al., 2014;). Česta je podtema i promišljanje načina na koji liječnik pacijentu i/ili pacijentovoj obitelji prenosi lošu vijest, bilo da je riječ o dijagnozi teške bolesti, neizlječivog stanja ili smrti pacijenta te načina kako liječnik treba komunicirati s pacijentom čija je dijagnoza loša (npr. Buckman, 1992; Campbell, 1994; Kurent, 2001; Čapo Žmegač, 2010; Harrison i Walling, 2010; Ljubešić, 2013; Rupčić i Kelam, 2013; Rakošec et al., 2014; Braš et al., 2016).

Jedna je od podtema također (ne)razumljivost medicinskog registra, odnosno profesionalnog jezika kojim se liječnici i drugo zdravstveno osoblje služi, a koji je zbog svojih karakteristika često nepristupačan pacijentima (npr. Bosnar-Valković, 2013; Gjuran-Coha i Radibratović et al., 2013). S komunikacijom je povezana i podtema (ne)dovoljnog informiranja pacijenata o njihovom zdravstvenom stanju i medicinskim postupcima koji im se nude, a koja se također dotiče i pitanja etičnosti u medicini i primjene informiranog pristanka (npr. Waitzkin, 1985; Berg et al, 2001; Čizmić, 2008; Brkljačić, 2013; Pavličević i Simi, 2014; Vučemilo et al., 2014; Marasović Šušnjara, 2021).

Literaturu koja se bavi medicinskom praksom može se podijeliti na dvije teme: pravno-etičku tematiku i analizu (a)simetrije odnosa moći između liječnika i pacijenata (npr. Waitzkin, 1989; Ainsworth-Vaughn, 1998; Pappas, 1990; Goodyear-Smith i Buetow, 2001). Često je u literaturi o

odnosima moći zapravo riječ o razlici između dvaju teorijskih modela odnosa između liječnika i pacijenta, a to su paternalistički i partnerski model (Kuipers, 1990; DeChillo et al., 1994; Talanga, 2006). Paternalistički se odnos u takvoj literaturi najčešće karakterizira kao zastarjeli odnos u kojem je liječnik taj koji ima naglašen autoritet (moć), a pacijent je pasivni primatelj liječnikovih uputa i odluka, dok u partnerskom odnosu pacijent ima aktivniju ulogu i više moći pri odlučivanju o tijeku liječenja (Coulter, 1999; Braš et al., 2011; Rupčić i Kelam, 2013; Štifanić, 2013; Schramme, 2015). Pod pravno-etičku tematiku pak pripada literatura koja se bavi informiranim pristankom, pitanjem etičnosti u odnosu između liječnika i pacijenata i pravima pacijenata (npr. Faden i Beauchamp, 1986; Nelson-Marten i Rich, 1999; Berg et al., 2001; Annas, 2004; Manson i O'Neill, 2007).

U zasebnu kategoriju u literaturi o odnosu između liječnika i pacijenata izdvojila bih literaturu koja proučavanju tog odnosa pristupa kroz teorijske i metodološke postavke analize (medicinskog) diskursa. To je zato što se takvu literaturu može svrstati pod obje glavne teme koje sam izdvojila, ovisno o tome pristupa li se analizi medicinskog diskursa kao skupu komunikacijskih i tekstualnih praksi ili kao skupu društvenih i institucionalnih praksi (Ainsworth-Vaughn, 2001; MacDonald, 2002; Gjuran-Coha i Bosnar-Valković, 2013). Općenito, za temom komunikacije između liječnika i pacijenata interes raste već 1950-ih kad tu temu istražuju većinom medicinski sociolozi, psiholozi i zdravstveni radnici (DelVecchio, 1999: 244). Međutim, o medicinskom se diskursu malo piše prije 1980-ih kad se objavljuju prva djela posvećena isključivo medicinskom diskursu (Ainsworth-Vaughn, 2001).

U istom se razdoblju javlja i antropološki interes za odnos liječnika i pacijenata u biomedicinskim institucijama (DelVecchio, 1999: 244) čime se skreće pozornost antropološke struke s tradicionalnih oblika liječenja i tradicionalnih medicinskih sustava na biomedicinu (Del Vecchio, 1999). Time se otvaraju brojne za antropologiju nove teme – kao što su, već prethodno spomenuta, komunikacija u bolničkom okruženju, pluralizmi medicinskih sustava, odnosi moći u odnosu između liječnika i pacijenata, utjecaj sociokulturnih elemenata na iskustvo liječenja i bolesti i slično (Del Vecchio, 1999) koje se tada počinje proučavati i iz teorijskih i metodoloških postavki antropološke struke. Zbog sve učestalijih migracijskih trendova i globalizacije, 1990-ih ubrzano raste broj kulturološki orijentiranih istraživanja komunikacije u bolničkom okruženju jer sve veća

kulturna različitost zahtijeva da medicinsko osoblje može premostiti jezične, kulturne i religijske barijere (Kothari i Kothari, 1998; Jones, 2015). Dok se jedan dio takvih antropoloških istraživanja primarno fokusira na komunikaciju i prevoditelje u bolničkom okruženju koji imaju ulogu kulturnog i društvenog medijatora (Gavioli i Baraldi, 2011: 206), drugi se dio odnosi na sukobe i probleme između liječnika i pacijenata koji nastaju zbog toga što pripadaju različitim kulturama i imaju različita očekivanja o tijeku medicinskog intervjua (Erickson i Rittenberg, 1987). Time se, rekla bih, otvara i oblikuje treća velika tema, a to je utjecaj kulture i sociokulturnih značajki na odnos između liječnika i pacijenata i nejednakosti unutar zdravstvenih sustava o čemu je, uostalom, riječ i u mojem radu.

2. TEORIJSKO – METODOLOŠKI OKVIR ISTRAŽIVANJA

2.1. Bourdieuovi kapitali kao polazišne točke analize

Da nejednakost postoji u zdravstvenim sustavima i da je često uvjetovana raznim socioekonomskim čimbenicima kao što su obrazovanje, bogatstvo, moć, ugled, zanimanje, rod, dob, etnička pripadnost i sl. nije novost i spominje se u brojnim radovima (npr. Waitzkin 1989; Stronks i Gunning-Schepers, 1993; Whitehead, 1998; Mastilica, 2003). Već je 1927. godine profesor socijalne antropologije na Sveučilištu u Kolumbiji Bernhard J. Stern objavio jedan od prvih radova koji su se bavili tom temom naslova „Social Factors in Medical Progress“. Često je cilj takvih radova bio dokazati uzročno-posljedičnu vezu između socioekonomskih čimbenika koji stvaraju društvenu stratifikaciju i pozitivnog ili negativnog ishoda liječenja. Dobar polazišni okvir za analizu takvih socioekonomskih čimbenika i u svojem radu pronašla sam u Bourdieuovoj teoriji društvene prakse koja se i već prije pokazala korisnom pri analizi društvenih nejednakosti i odnosa moći u polju medicinske prakse (npr. Pinxten i Lievens, 2014; Collyer et al., 2015; Olsson et al., 2019).

Bourdieuovu teoriju društvene prakse čine tri glavna koncepta: kapital, polje i habitus. Iako prepoznaje ekonomski kapital, Bourdieu (1986) piše o važnosti promišljanja kapitala izvan okvira ekonomije. Pored ekonomskog kapitala koji se odnosi na novac i privatno vlasništvo, prepoznaje još četiri tipa kapitala: kulturni, jezični, društveni i simbolički. Društveni kapital čine društvene veze, pripadnost i povezanost pojedinca s različitim društvenim skupinama, a jezični kapital ovisi o načinu na koji pojedinac govori (kojim naglaskom govori, kakvu gramatiku i vokabular koristi itd.) i do koje je mjere, na kojem mjestu i u kojoj situaciji taj način govora poželjan (Bourdieu, 1991). Kulturni kapital može postojati u tri stanja: utjelovljenom, objektiviziranom i institucionaliziranom – objektivizirano stanje kulturnog kapitala odnosi se na materijalna dobra koja pojedinac posjeduje i koji se mogu izravno zamijeniti za ekonomski kapital, ali također imaju i simboličku (statusnu) vrijednost te stoga čine dio kulturnog kapitala (Bourdieu, 1986). Utjelovljeni se kulturni kapital odnosi na dugotrajne dispozicije uma i tijela (odnosno habitus) te znanja i vještine koje pojedinac usvaja kroz vrijeme i koja se ne mogu prenijeti s jedne osobe na drugu već su rezultat uloženog osobnog vremena i utjelovljena su u toj osobi (Bourdieu, 1986).

Kulturni je kapital institucionaliziran kad je isti potvrđen kroz akademski sustav, odnosno kad se zakonski potvrdi „akademskom kvalifikacijom“ (Bourdieu, 1986: 50), primjerice diplomom.

Kada su (bilo koji) tipovi kapitala „priznati i prepoznati kao legitimni, onda se oni pretvaraju u simbolički kapital“ (Bourdieu, 1989: 17). Simbolički kapital podrazumijeva određenu dozu statusa i prestiža čime se prihvaća „legitimitet pojedinca, a ponekad i legitimitet autoriteta te takva pozicija sa sobom nosi moć stvaranja službene verzije društvenog svijeta“ (Mahar et al., 1990: 13). Jedan od primjera moći reprezentacije legitimnog društvenog poretka je kroz zakon (polje zakona) koji državi omogućava imenovanja stručnjaka (kao što su npr. profesori i liječnici) koja im daju prepoznatljiv identitet te time i ekonomski i kulturni kapital (Mahar et al., 1990: 14). Unutar polja zakona postoje laici i stručnjaci – oni koji posjeduju „tehničku kompetenciju koja se sastoji od društveno prepoznate sposobnosti interpretacije korpusa tekstova i odobravanja prave ili legitimne vizije društvenog svijeta“ (Bourdieu, 1987: 817). Na taj se način racionalizira društvena podjela između laika i stručnjaka te se stvara dojam, kako kod laika tako i kod stručnjaka, da su (u slučaju pravnog sustava) zakonske norme potpuno neovisne od odnosa moći koje takav sustav podržava i legitimizira (Bourdieu, 1987). Ista bi se analogija mogla primijeniti i na bilo koje drugo polje čije postojanje i održavanje struktura moći ovisi o podjeli na stručnjake i laike, uključujući i polje medicinske prakse.

Tako u polju medicinske prakse, kao i u bilo kojem drugom polju, ne koriste svi sudionici iste resurse niti imaju pristup istim resursima (Brown et al., 2008). Unutar polja, oni koji imaju pristup najvrjednijim kapitalima imaju i najveću prednost jer „znanje i pristup tim resursima stavlja određene pojedince u potencijalno moćniji položaj od drugih“ (Thornborrow, 2002: 6). Liječnici i drugi zdravstveni radnici kao prepoznati stručnjaci u polju medicinske prakse imaju, između ostalog, pristup i medicinskom diskursu koji unutar polja predstavlja kulturni kapital, ali istovremeno i simbolični kapital zbog statusa i vrijednosti koji se povezuju s onima koji taj diskurs oblikuju i reproduciraju (Brown et al., 2008). Iako im njihova stručnost daje legitimitet za korištenje medicinskog diskursa, taj je odnos zapravo dvosmjernan jer simbolička vrijednost medicinskog diskursa također daje i potvrđuje legitimitet i identitet stručnjaka koji se njime koriste (Brown et al., 2008).

Pored kapitala, polje i habitus druga su dva ključna pojma za Bourdieuovu teoriju. Polje je društveni prostor zauzimanja pozicija, a pozicija pojedinca ili skupine unutar polja ovisi o kvantiteti kapitala koji se vrednuju unutar polja (Bourdieu, 1983). Pozicije međusobno tvore odnose moći (fr. *rappports de force*) (Bourdieu, 1983: 313) stoga je polje prostor stalne borbe za nadmoć i promjenu pozicija i ravnoteže unutar polja (Hilgers i Mangez, 2015: 11). Polje nije jedno već su polja mnogobrojna, kao što su primjerice akademsko polje, polje književnosti, polje umjetničkog ukusa i sl. (Mahar et al., 1990). Osoba koja ima veliku moć unutar jednog polja, u drugome polju ne mora imati jednaku količinu moći (Moncrieffe, 2006). Tako, primjerice, liječnik ne mora imati jednaku količinu moći u automehaničarskoj radionici gdje više nije u poziciji stručnjaka.

Habitus na latinskom ima značenja: držanje tijela, vanjština, kakvoća i lice (Divković, 1997: 463). Iako ga je Bourdieu popularizirao, pojam habitusa koristili su i Mauss, Weber i Durkheim, a dubinski se njime bavio Norbert Elias tridesetih godina 20. stoljeća koji o habitusu piše kao o drugoj prirodi i navici koja, unutar određenih granica, djeluje čak i kad je osoba sama sa sobom, bez drugih članova društva koji taj habitus procjenjuju (Jenkins, 2005). Za razliku od latinskog značenja te riječi, za Bourdieua habitus nije površan jer je utjelovljen u tijelu i predstavlja sustave trajnih dispozicija osobe (Bourdieu, 1984: 70) koje utječu na to kako ta osoba razumije svijet oko sebe, kako razmišlja i čime se bavi, u što vjeruje, čemu teži i što prakticira (Xiaowei, 2019). „Habitus je proizvod povijesti koji stvara individualne i kolektivne prakse [...] osigurava stalnu prisutnost prošlih iskustava koja zatim oblikuju poimanja, razmišljanja i djelovanja pojedinaca“ (Bourdieu, 1984: 54). Pritom kad kaže „proizvod povijesti“ Bourdieu ne misli samo na utjecaj prethodnih generacija na kognitivne strukture pojedinca, već i na pojedinačni proces socijalizacije te individualnu i subjektivnu povijest svakog pojedinca (Laberge, 1995).

Stoga, habitus je internalizacija okruženja, a proces te internalizacije može se usporediti s tijelom koje se smatra u dobroj kondiciji i koje je takvim postalo dugogodišnjim procesom vježbanja (Hage, 2013: 82). No, habitus je više od takvog tijela – habitus je mjera sposobnosti pojedinaca da djeluju i razmišljaju u skladu s društvenim okruženjem i zahtjevima koje to okruženje stavlja pred njih (Hage, 2013). Time je društveni kontekst istovremeno utjelovljen i reproduciran kroz djelovanje i razmišljanje pojedinaca (Collyer et al., 2015). Habitus tako podržava postojeći društveni poredak i omogućava pojedincima prepoznavanje obilježja određenog životnog stila

putem kojih sebe i druge mogu svrstati unutar određene skupine s obzirom na prihvaćenu strukturu društva koje ih okružuje (Bourdieu, 1984). Uz sva ova objašnjenja i nadopune, habitus i dalje ostaje „korisno neprecizan“, što omogućava da se njime služe teoretičari iz raznih polja i disciplina (Jenkins, 2005: 353), a to uključuje i mene.

Iako sam svakog zasebno predstavila i pojasnila, pojmovi polja, kapitala i habitusa međuovisni su i ne mogu se proučavati odvojeno jedan od drugoga, odnosno:

„Polje se sastoji od skupa objektivnih, povijesnih veza između položaja osiguranih određenim oblicima moći (ili kapitala), dok se habitus sastoji od skupa povijesnih veza utjelovljenih u obliku mentalne i tjelesne matrice percepcije, vrednovanja i djelovanja.“ (Bourdieu i Wacquant, 1992:16).

Polje je stoga skup „institucija, pravila i regulacija“ (Webb et al, 2002: 22) te njihova međuigra utječe na ponašanje pojedinaca, odnosno određuje koji su načini djelovanja unutar polja dozvoljeni, a koji nisu (Wairimu Ngarachu, 2014). Dok se pojedinci nalaze u polju, habitus je pak sadržan unutar pojedinaca, dakle ako je polje igra onda je habitus sposobnost igranja te igre (Bourdieu, 1990). Određeni habitus postoji i može se ostvariti samo unutar određenog polja i između legitimnih sudionika (Bourdieu i Wacquant, 1992). Poveznica između habitusa i utjelovljenog kulturnog kapitala također postoji, iako je donekle nejasno je li Bourdieu vidio habitus kao dio utjelovljenog kulturnog kapitala ili od njega odvojenog. U svojem eseju „Forms of Capital“ (1986) o utjelovljenom kulturnom kapitalu piše na sljedeći način:

Utjelovljeni kapital, vanjsko bogatstvo pretvoreno u temeljni dio osobe – u habitus, ne može se prenositi u obliku dara, nasljedstva, kupnjom ili razmjenom. (Bourdieu, 1986)

S druge strane, u „Distinction“ (1984: 101) habitus i kapital jasno odvaja pomoću formule: [(habitus) + (kapital)] + polje = praksa. Stavovi o tome što je točno Bourdieu mislio kad je povezo habitus i utjelovljeni kapital podijeljeni su, a neki autori izjednačuju habitus s (utjelovljenim) kulturnim kapitalom (npr. Lash, S., 1993; Lareau i Weininger, 2003; Xiaowei, H. 2019).

Glavni problem leži u tome da Bourdieu koristi riječ „dispozicija“ i kad piše o habitusu i kad piše o utjelovljenom kapitalu, a u oba je slučaja riječ o dispozicijama koje su utjelovljene u pojedincu i

utječu na njegovo djelovanje i percepciju društvene stvarnosti (Edgerton i Roberts, 2014). Habitus i utjelovljeni kulturni kapital zapravo su „dvije strane istog novčića“ (Edgerton i Roberts, 2014: 207). Drugim riječima, određene dispozicije unutar određenog polja mogu biti pretvorene u kapital ako se pokažu korisnima za poziciju pojedinca unutar polja (Edgerton i Roberts, 2014). Primjerice, učenici koji paze na satu, ne ometaju nastavu i redovito izvršavaju zadatke imaju često bolje akademske rezultate, a profesorima su također često draži (Farkas et al., 1990; Farkas, 1996). S druge strane, roditelji koji su mirni, pozitivno nastrojeni i pokazuju potporu, unutar institucije škole često se smatraju korisnima i legitimnima te imaju veću šansu pozitivno utjecati na akademski uspjeh svoje djece (Lareau i Horvat, 1999).

Ovakva istraživanja i primjeri ponovno podilaze problemu pretjeranog determinizma. Tvrdnjom da dispozicija neke osobe (kao što su mirnoća ili pristojnost) ima isključivo pozitivan utjecaj na poziciju te osobe u polju, zanemaruju se svi oni sudionici polja koji ne vole mirne i pristojne osobe. Međutim, ako ćemo na poziciju pojedinca u polju gledati kao na rezultat kvantifikacije poželjnih kapitala, onda ta analogija ima smisla ako većina sudionika polja prepoznaje određene dispozicije kao pozitivne i poželjne i ako te dispozicije više nisu dio samo habitusa već postaju i dio utjelovljenog kapitala. Smatram da i suprotno može biti točno – ako se na određene dispozicije gleda kao na posebno negativne i ako odmažu poziciji pojedinca unutar polja, ne mora samo biti riječ o negativnoj percepciji nečijeg habitusa, već i o nedostatku poželjnog tipa utjelovljenog kapitala.

Unatoč primjenjivosti opisanog teorijskog okvira, u nekim su aspektima očiti njegovi nedostaci. Bourdieu je svojom razradom pojmova polja, kapitala i habitusa pokušao opisati francusku društvenu stvarnost (Silva i Warde, 2010), klasnu podjelu i društvene probleme koji se očituju kroz podjelu kapitala i strukture moći unutar različitih polja u francuskom kontekstu (Grenfell, 2008). Zbog toga je ponekad korištenje tih pojmova na način na koji je Bourdieu to radio u svojim radovima nedostatno za razumijevanje odnosa u drugim kulturama ili za analizu društvene heterogenosti prisutne unutar svih društveno-kulturnih konteksta (Grenfell, 2008; Hage, 2013).

Bourdieuov teorijski okvir također se smatra pretjerano determinističkim jer pri analizi ne ostavlja dovoljno prostora za individualna promišljanja, subjektivne perspektive, etičke i moralne dileme te otpor i neprihvatanje pretpostavljene društvene stratifikacije (Sayer, 2010; Reay, 2010; Frère,

2011). Također, zbog svoje usredotočenosti na klasnu podjelu, pretjerano zanemaruje druge aspekte pojedinaca u polju, kao što su etnicitet, spol i rod, religija, životni stil i sl. (Hall, 1992: 268). U svojoj analizi polja i odnosa moći, iako spominje važnost njihove uloge, nedovoljno se posvetio dubljoj analizi institucija i njihove uloge u strukturiranju određenog polja (Jenkins, 2005). Problematičnost Bourdieuove teorije leži i u tome što društvenu i kulturnu heterogenost pokušava sažeti u homogeni sustav koji se može u potpunosti svesti na spomenute koncepte (Hage, 2013). To je još jedan od razloga zašto u svojem radu njegove koncepte koristim primarno kao pomoćna sredstva pri analizi. Bourdieuova teorija također ne može pružiti u potpunosti cjelovitu sliku izvora neravnopravnosti i nejednakosti unutar različitih odnosa, ali može pokazati koji elementi kapitala i habitusa utječu na percepciju nejednakosti između dva ili više sudionika istog polja.

Iako je bio kritičan prema analizi diskursa te je smatrao da se u društvenim znanostima često prevelik naglasak stavlja na diskurs (Sayer, 2018), Bourdieuovi su teorijski koncepti zapravo usklađeni s analizom diskursa i teorijama o diskursu, pogotovo iz perspektive poststrukturalističkih teorija o diskursu. U svojoj se analizi stoga također vodim poststrukturalističkom definicijom diskursa prema kojoj diskurs obuhvaća sve društvene pojave koje su po svojoj prirodi diskurzivne upravo zato što njihovo značenje ovisi o promjenjivom sustavu uvjetovanih pravila i razlika (Torfing, 2005).

2.2. Mehanizmi moći u kontekstu medicinskog sustava

Poveznica između Bourdieuovih teorijskih koncepata i analize diskursa najbolje se očituje kroz one elemente obaju teorijsko-metodoloških okvira koji se bave analizom raznih oblika i djelovanja struktura moći. Za analizu mi je bitan pojam društvene moći koju van Dijk definira u svojem tekstu kao moć koja se odražava u odnosima između različitih društvenih skupina, klasa, osoba i drugih društvenih struktura (van Dijk, 1989: 19). Da bi ta moć došla do izražaja potrebna joj je osnovica, a tu osnovicu van Dijk pronalazi u „odlikama, imetku, poziciji, statusu, autoritetu, znanju, stručnosti, privilegijama, pripadanju dominantnoj ili većinskoj grupi“ (van Dijk, 1989: 20). Spomenute „osnovice“ lako bi se mogle svrstati pod razne tipove Bourdieuovih kapitala. Pozicija, status i autoritet odgovaraju Bourdieuovom simboličkom kapitalu, a mogu se odnositi i na pozicije u polju. Znanje i stručnost odlike su institucionaliziranog kapitala, a imetak se može svrstati pod

ekonomski kapital. Odlike, koje van Dijk ne objašnjava detaljno, mogu se shvatiti kao ono što se smatra dijelom nečijeg habitusa ili utjelovljenog kapitala. Nadalje, za van Dijka društvena moć povezana je s društvenom kontrolom (onime što bi Bourdieu nazvao legitimitetom i autoritetom), koja je ograničena poljem i razinom moći koju oni koji vrše moć posjeduju unutar svoje društvene domene (van Dijk, 1989). Pojam društvenih domena pojašnjava primjerima različitih domena kao što su domena politike, ekonomije, obrazovanja.

Ovako definirane navedene domene djelomično odgovaraju onome što Bourdieu naziva poljima i načinu na koji količina moći u različitim poljima ovisi o različitim tipovima kapitala koji se unutar tih polja vrednuju. Van Dijk svoju teoriju dalje gradi uvođenjem pojma „simboličkih elita“ čija se moć temelji upravo na Bourdieuovom simboličkom kapitalu te kao primjere simboličkih elita u tzv. zapadnim društvima navodi političke, vojne i ekonomske elite te pored njih i novinare, pisce, umjetnike, redatelje, akademike i njima slične (van Dijk, 1989). Ono što im je zajedničko njihova je uloga u podupiranju postojeće strukture moći u društvu (van Dijk, 1989). Iako ih ne naziva elitama niti ih povezuje sa simboličkom moći, i Foucault spominje pojedince čije akademske titule, diplome, izjave i tekstovi potvrđuju i normaliziraju značenja određena diskursima (Keller, 2018) te samim time i postojeću strukturu moći. Pritom i van Dijk i Bourdieu u svojem objašnjenju zanemaruju one pripadnike društva, uključujući i one koji pripadaju tzv. simboličkim elitama, koji se toj strukturi svjesno odupiru.

Iako Foucault razlikuje više tipova moći (npr. suverenu moć, mikrofiziku moći, disciplinarnu moć, biomoć) i za njega je moć ključan dio međuljudskih odnosa i djelovanja (Keller, 2018). Slično kao i Bourdieu, zaključuje da se u razlikama između pojedinaca (bilo da je riječ o pravnim, statusnim ili privilegijskim razlikama) odražavaju odnosi moći u društvu te da na osnovu toga neki pojedinci mogu utjecati na radnje drugih pojedinaca (Keller, 2018). Odnosno, smatra da je moć sama po sebi mogućnost da se utječe na radnje drugih, međutim da pritom treba imati na umu i slobodu izbora i sve oblike otpora moći koji su stalno prisutni gdje god postoje odnosi moći (Keller, 2018). Nadalje, Foucault moć povezuje sa znanjem te piše o odnosu moć/znanje čime ukazuje na to da je moć sačinjena od prihvaćenih oblika znanja, znanstvenih spoznaja i istina o svijetu (Rabinow, 1991). Iako se moć reproducira kroz prihvaćene oblike znanja i načine na koje se može govoriti o svijetu koji nas okružuje, moć istovremeno uvjetuje znanje i što se može spoznati te o čemu se može

govoriti (Rabinow, 1991). Taj odnos moć/znanje zauzvrat konstruira nas kao subjekte – zbog toga što smo podložni odnosima moći oni nas čine subjektima, ali ih istovremeno internaliziramo i time prihvaćamo kao temeljni dio svojih identiteta, razumijevanja i pozicioniranja sebe unutar društva i društvenih struktura (Foucault, 1982). Te oblike istine, tipove i sustava znanja i spoznaja (bilo da je riječ o dominantnim tipovima i oblicima ili subverzivnima), Foucault naziva diskursima (Rabinow, 1991).

Stoga kad u radu spominjem diskurs(e), primarno pritom mislim na Foucaultovo poststrukturalističko tumačenje diskursa. Smatram to važnim naglasiti s obzirom na višeznačnost izraza „diskurs“. Prva generacija teoretičara diskursa proučavala je diskurs isključivo iz lingvističke perspektive kao tekst s fokusom na njegovu semantiku, međutim druga generacija teoretičara diskursa, pod utjecajem Michaela Foucaulta, širi pojam diskursa na šire društvene prakse, zanimaju ih pravila produkcije koja odlučuju „što se može reći, kako se može reći, tko to može reći i u čije ime, i kakve se strategije koriste na razini diskursa“ (Torfing, 2005: 7). Primjerice, tko je „tražitelj azila“, a tko „terorist“, što je „normalno i zdravo“, a što nije itd. (Butler, 2002: 44). Pojam moći također postaje nezaobilazan dio analize diskursa – moć prestaje biti isključivo vezana uz dominaciju, opresiju i nasilje te postaje dio načina na koji diskurs oblikuje identitete, djelovanja i odnose između pripadnika određenog društva (Torfing, 2005). Treća generacija teoretičara diskursa, na koju su također utjecali Michael Foucault i ostali poststrukturalisti (npr. Julia Kristeva, Jacques Derrida, Roland Barthes itd.), dodatno proširuje analizu diskursa na sve društvene pojave (Torfing, 2005). Diskurs postaje „promjenjiv sustav označiteljskih praksi koji nastaje kroz brojne povijesne i političke intervencije“ (Torfing, 2005: 8).

Ono što diskurs u svojem diskurzivnom polju čini dominantnim jest razina do koje je uspješno fiksirao određena značenja i identitete kao neupitne i legitimne za većinski dio društva (Đurin, 2017). Dominantni diskursi također čine legitimnim autoritet onoga kome je dopušteno da ga koristi, bilo da je riječ o pravnicima, liječnicima ili pripadnicima drugih profesionalnih skupina i institucija, te kao takvi mogu služiti i za marginalizaciju drugih ljudi – primarno onih koji su isključeni iz dominantnih diskursa u nekom društvu (Butler, 2002). Tako se 1980-ih pojavljuje prva literatura koja se bavi analizom upravo medicinskog diskursa i komunikacije između liječnika i pacijenata (Ainsworth-Vaughn, 2001). Jedan od razloga iza odabranih konteksta koje sažimam u

svojem radu upravo je i ta neodvojivost dominantnih diskursa od povijesnih i političkih intervencija, bilo da je riječ o diskursima u polju medicinske prakse ili nekim drugima.

Diskursi su stoga različiti načini organiziranja znanja koji su prihvaćeni kao istiniti u društvu i koji čine strukturu društvenih odnosa te odražavaju i održavaju postojeće odnose moći u društvu (Foucault, 2002). Svaki diskurs, dakle svaki sustav znanja, stalno je podložan propitivanju i promjenama, a održavaju ga ili mijenjaju obrazovni sustavi, mediji, političke i ekonomske ideologije, znanstvene i obrazovne institucije te još mnoge druge institucije i osobe koje imaju određenu dozu legitimiteta u društvu (Rabinow, 1991). Upravo na to, uostalom, misli i Haraway (1998) kad definira pojam situiranog znanja kao sustav organizacije znanja koji, iz feminističke perspektive, podržava heteronormativnu, bjelačku i mušku „istinu“ i spoznaje o svijetu, društvu, pojedincima i tijelima koja ga sačinjavaju.

Foucaultov pristup moći značajan je i po tome što, iako prepoznaje da neki pojedinci imaju veću moć utjecanja na društvene diskurse od drugih, naglašava da moć nije sadržana isključivo u pojedincima već u tzv. „mehanizmima moći“ kao što su institucije, zakoni, norme, standardi, osobni i grupni identiteti i mnogi drugi (Hayward, 2004: 5). Moć za Foucaulta dolazi „odozdo“, ne postoji čvrsta podjela na one koji imaju svu moć i onih koji su potlačeni, nego moć prožima čitavo društvo na svim razinama (Hayward, 2004). Mehanizmi moći nisu instrumenti moći kojima se isključivo služe najmoćniji da bi ograničavali slobodu onih koji moć nemaju (Hayward, 2004: 12). Mehanizmi moći oblikuju društvene granice koje posljedično definiraju polja djelovanja i mogućnosti djelovanja unutar tih polja za sve koji u njima sudjeluju (Hayward, 2004: 12).

To znači da, bez obzira na količinu moći koju pojedinci posjeduju unutar polja u kojem djeluju, njihovo je djelovanje uvijek pod utjecajem mehanizama moći koji stvaraju društvene granice njihovog djelovanja (Hayward, 2004). Ovakva je perspektiva na moć i utjecaj moći i njezinih mehanizama od velike važnosti za moje istraživanje jer se tako razbija mit o liječnicima kao onima koji unutar institucije bolnice imaju svu moć, a pacijentima kao u potpunosti nemoćnima. Time se stavlja naglasak na mehanizme moći kao na one koji obostrano utječu na odnos između liječnika i pacijenata. Takvom dehumanizacijom moći briše se tradicionalna podjela djelovanja moći odozgo prema dolje, odnosno od liječnika prema pacijentu što je ključno za moje istraživanje i daljnju analizu.

2.3. Definiranje antropološkog terena i politike transkribiranja

Jedan je od izazova mojeg rada bio gdje i kako prikupiti podatke te kako definirati što je u mojem radu zapravo „teren“ u antropološkom smislu. Pitala sam se mogu li o terenu uopće govoriti u nekom tradicionalnom smislu odlaska na neko područje kad se zapravo nisam pomaknula izvan okvira zajednice unutar koje sama živim. Moje istraživanje nije bilo svedeno samo na prostor bolnice, već na sve one prostore na kojima mi se otvorila mogućnost komuniciranja sa sugovornicima.

Tradicionalno se pojmove antropološkog terena i terenskog rada poistovjećuje s udaljenim i egzotičnim mjestima te kulturama i načinima života koji su radikalno drukčiji od istraživačeve vlastite, i najčešće, zapadne kulture (Gupta i Ferguson, 1992; Peirano, 1998). Takvo se viđenje antropološkog terena i terenskog rada mijenja 1960-ih godina zahvaljujući krizi reprezentacija, fragmentaciji i preispitivanju postojećih teorija tipičnih za postmoderni trend misli koji tada započinje (Boyne i Rattansi, 1990; Gupta i Ferguson, 1997). Novi interes za promišljanjem prostora u postmodernoj teoriji omogućio je reevaluaciju središnjih analitičkih koncepata u antropologiji kao što su „kultura“, „kulturalna razlika“ i konstruiranje prostora (Gupta i Ferguson, 1992: 6). Odbacuje se ideja prirodnog diskontinuiteta prostora, odnosno ideja da političko – teritorijalna granica istovremeno označava prestanak jedne i početak druge kulture (Gupta i Ferguson, 1992: 6). Posljedično, teren prestaje biti fizička lokacija i nije više nužno definiran svojim egzoticizmom te se s geografski određenog mjesta seli na novo područje društva i kulture (Gupta i Ferguson, 1997). Istraživač stoga svoj teren prolazi izvan ograničenja fizičkog mjesta, a teren više nije unaprijed određen već se konstruira kroz istraživanje. Također se utvrđuje da dohvaćanje stvarnosti na terenu nije istinski moguće jer stvarnost koja se opisuje zapravo ne postoji izvan (kon)teksta unutar kojeg je se interpretira (Čapo Žmegač et al., 2006: 20).

U Hrvatskoj, Dunja Rihtman-Auguštin početkom 1970-ih zagovara promjenu fokusa terenskog istraživanja s tradicionalnog na sadašnjost i svakodnevnosti kao kategorije koje su predugo bile zanemarivane u antropološkim istraživanjima (Gulin Zrnčić, 2005). Sukladno tome, istraživala je kako ljudi prisvajaju urbani prostor u gradskoj četvrti Travno te od čega se sastoji njihova svakodnevnica (Rihtman Auguštin, 1988).

Nekoliko desetljeća kasnije, temom života u gradskoj četvrti Travno pozabavila se i Gulin Zrnić koja primjećuje da, iako se teren premjestio s egzotičnih udaljenih mjesta i sela u grad i gradsku svakodnevnicu, istraživanja se i dalje bave Drugim (Gulin Zrnić, 2005). Druge čine zajednice i pojedinci koji su na neki način drukčiji, bilo da je riječ o identitetu, etnicitetu, jeziku, vjeri ili nekim drugim razlikovnim karakteristikama (Gulin Zrnić, 2005). Istraživanju „drugosti“, bilo kod kuće ili na stranom terenu, autorica suprotstavlja metodu autoetnografije u kojoj je istraživač također subjekt istraživanja, a teren je istraživačeva okolina. Istraživač je istovremeno *insajder* i *outsajder* s obzirom na to da se svaki kontekst može podijeliti na mikrokontekste (Gulin Zrnić, 2005). U autoričinom slučaju, kontekst čini gradska četvrt Travno i njezini stanovnici kojima pripada i autorica te ju to čini *insajderom*, no istovremeno autorica nije dio različitih društvenih skupina koje sačinjavaju stanovnike gradske četvrti Travno – bilo da je riječ o vlasnicima pasa ili muškarcima koji kuglaju (Gulin Zrnić, 2005). Autoetnografija stoga ne niječe heterogenost kulture i društva, već se prilikom autoetnografskog istraživanja istraživač usredotočuje na znanje, pojmove i iskustva koje sugovornici i istraživači dijele (Gulin Zrnić, 2005). Time autorica prebacuje fokus s različitosti koje nas okružuju na ono što je zajedničko i što dijelimo mi kao istraživači i naši sugovornici.

Osim podjele na „kod kuće“ ili „drugdje“, moguća je podjela istraživanja na „prema gore“ i „nadolje“³ koje razvija američka antropologinja Laura Nader u tekstu „Up the Anthropologist – Perspectives Gained from Studying Up“ objavljenom 1972. godine u zborniku „Reinventing Anthropology“ (Škrbić Alempijević et al., 2016: 111). Tradicionalno je antropologija češće bila usmjerena prema dolje, prema pojedincima i skupinama koji su na neki način potisnuti, diskriminirani ili koji žive svakodnevne živote unutar svoje zajednice (Hannerz, 2006). Međutim, Nader (1972) kritizira takav pristup istraživanju te zagovara promjenu smjera antropološke perspektive prema gore, prema slojevima društva koji se smatraju nadmoćnima i privilegiranima (Hannerz, 2006).

U ovom radu riječ je o istraživanju interakcija između liječnika i pacijenata unutar institucionaliziranog okruženja bolnice. Tijekom terenskog rada nisam razmišljala o usmjerenju

³ Prijevodi termina „studying up“ i „studying down“ donekle su neujednačeni u hrvatskoj znanstvenoj literaturi. U radu pišem „prema gore“ i „nadolje“ jer te izraze koriste autorice u Škrbić Alempijević, Potkonjak i Rubić u knjizi „Misliti etnografski: Kvalitativni pristupi i metode u etnologiji i kulturnoj antropologiji“ (2016).

svojeg istraživanja niti sam dijelila sudionike istraživanja na one koji su „gore“, a koji su „dolje“. Iako bi se u literaturi o odnosima između liječnika i pacijenata moglo iščitati da su u instituciji bolnice pacijenti „dolje“, a liječnici „gore“ (npr. Waitzkin, 1989; Ainsworth-Vaughn, 1998; Goodyear-Smith i Buetow, 2001), stvarnost iskustava pokazala se puno kompleksnijom, o čemu više pišem kasnije u radu. Bez obzira na potencijalnu usmjerenost mogeg istraživanja, riječ je o istraživanju na, uvjetno rečeno, terenu koji je meni kao istraživačici istovremeno i poznat i stran. Odnosi koje istražujem odvijaju se u društvenom i kulturnom okruženju koje mi je poznato. S pacijentima i liječnicima dijelim zajedničko znanje o tom okruženju, ali se naše uloge, iskustva bolesti i liječenja te brojni drugi mikro-konteksti kojima pripadamo razlikuju. Stoga sam istovremeno *insajder* zato što poznajem okruženje koje istražujem, ali i *outsajder* jer nisam ni liječnik niti zdravstveni radnik te nisam nikad imala podulje iskustvo bivanja u bolnici i komunikacije s liječnicima iz perspektive bolesnika.

Terenski sam rad većinom provela u 2017. i 2018. godini u Zagrebu na različitim lokacijama, u zagrebačkim bolnicama, kafićima i privatnim stanovima sugovornika. Samo su se dva razgovora odvila u vrijeme pandemije koronavirusom, jedan u 2020. godini, drugi 2021. godine, te sam se s tim sugovornicima „našla“ i razgovarala u virtualnim prostorima putem aplikacija Google Meet i WhatsApp. Terensko se istraživanje sastojalo od polustrukturiranih snimanih intervjua s liječnicima i pacijentima, a prethodilo mu je pilotno istraživanje. Iako pri analizi koristim samo podatke iz prethodno dogovorenih intervjua, od koristi su mi za analizu i daljnje usmjeravanje istraživanja bili i neformalni razgovori o zdravstvenom sustavu na, primjerice, obiteljskim druženjima i prijateljskim kavama. Teorijski i metodološki odmak od terena kao određenog mjesta pomogao mi je da svoj terenski rad prestanem gledati u okvirima toga gdje se odvija, već da ga definiram kroz razgovore sa sugovornicima, dok su mjesta bila tek sekundarna obilježja mojeg terena koja su proizašla iz pragmatičnih razloga. Razgovori sa sugovornicima odvijali su se tamo gdje im je bilo najlakše naći se sa mnom, bilo da je riječ o kafiću, bolničkoj sobi, uredu ili stanu.

Umjesto promatranja sa sudjelovanjem (što zbog teme rada podrazumijeva razne dodatne etičke i moralne probleme), može se reći da je u mojem istraživanju riječ o „antropologiji po dogovoru“ (engl. *anthropology by appointment*) jer je potpuni pristup sugovornicima ograničen ili reguliran te je riječ o iskustvima koja se ne odvijaju nužno u sadašnjosti (Hannerz, 2006: 34). Antropologija

po dogovoru donekle je problematična jer joj se zamjera navodna pojednostavljenost u usporedbi s promatranjem sa sudjelovanjem koje predstavlja potpuno kulturološko uranjanje u teren i okruženje; međutim, užurban i moderan način življenja sa svim svojim novim ograničenjima (od kojih je jedan od najboljih primjera možda i razdoblje svjetske pandemije koje nam je onemogućilo slobodno kretanje po „terenima“) često ne dopušta drugačiji oblik istraživanja (Hannerz, 2007). Uostalom, upravo je antropologija po dogovoru svojevrstan odgovor na kritiku tradicionalne definicije terena kao određenog mjesta u prostoru jer sam naziv „po dogovoru“ implicira da je riječ o terenu koji je definiran samim susretom između istraživača i sudionika, a ne mjestom nalaženja.

Trend antropologije po dogovoru i odmicanja od prethodno utemeljenih načina istraživanja primjećuje i George E. Marcus (2010) u radovima svojih doktoranata. Smatra to odrazom nove generacije antropologa koji su sve više interdisciplinarno usmjereni, što ukazuje na potrebu za redefiniranjem metode antropološkog istraživanja. Uočava tri nova prevladavajuća trenda u antropološkim istraživanjima: jedan je potreba za snažno izraženom (samo)refleksivnošću i propitivanjem antropoloških politika koja se javlja kao posljedica postmodernih promjena koje su zahvatile i antropološku struku 1980-ih. Drugi je trend višelokacijsko istraživanje (engl. *multi-sited research*) u kojem antropologija prati subjekte svojih istraživanja na razne lokacije uz osvrt na društvene procese, diskurse i institucije koje utječu na subjekte istraživanja, umjesto da se fokusira samo na određenu lokaciju i subjekte unutar nje (Marcus, 2010). Treći je trend zamjetan u sve većoj usredotočenosti na istraživanje suvremenih pojava i svakodnevnice (Marcus, 2010). Rekla bih da moje istraživanje spada upravo pod takvu kategoriju, ne samo po svojoj metodologiji koja odgovara Hannerzovoj (2006) antropologiji po dogovoru, već i po svojoj interdisciplinarnosti te teorijskim promišljanjima i osvrtima kakve Marcus ističe (2010).

Sukladno antropologiji po dogovoru, razgovore sa sugovornicima na dogovorenom mjestu u dogovoreno vrijeme snimala sam diktafonom i nakon toga transkribirala i kodirala. Transkribiranje je istovremeno interpretacijski i reprezentacijski proces (Green et al., 1997). Interpretacijski zato što je riječ „o odluci o tome što se transkribira, a reprezentacijski zato što se odlučuje o načinu na koji se transkribira“ (Bucholtz, 2000: 1441). Odgovornost autora je da prepoznaju vlastitu ulogu u stvaranju transkripta i da osvijeste da je svaki transkript odraz subjektivnosti, vlastitih ideologija i nazora koje u transkript unosimo odabirom toga što je bitno i što želimo transkribirati te onoga što

želimo izostaviti (Bucholtz, 2000). Način na koji reprezentiramo naše sugovornike, ali i sebe u transkriptima te način na koji reprezentiramo neverbalne radnje, standardni i nestandardni jezik, pauze u razgovoru, odnose među sugovornicima i sl. uvijek je nedorečen što znači da su svi transkripti samo djelomične reprezentacije (Green et al., 1997; Bucholtz, 2000).

Autorima preostaje da sami odluče kako će pristupiti transkripciji prikupljenih podataka te na koji će način njihovi transkripti odražavati ciljeve njihovog istraživanja (Bucholtz, 2000). U svojim sam se transkriptima trudila što bliže prenijeti točno ono što su moji sugovornici govorili, što znači da nisam pretvarala ono što se smatra nestandardnim jezikom u standardni jer sam htjela izbjeći taj oblik preskriptivne diskriminacije. Međutim, svjesna sam da neke dijelove intervjua nisam transkribirala jer ih nisam smatrala konstruktivnima za ciljeve svojeg istraživanja, neke dijelove nisam transkribirala jer ih nisam čula ili nisam mogla prepoznati riječi te također nisam transkribirala dijelove razgovora u kojima sugovornici ponavljaju više puta istu riječ, koriste mnogo poštapalica, udaljavaju se od teme razgovora i sl. jer sam smatrala da otežavaju razumijevanja citata. Interpunkcija koju koristim u transkriptima je minimalna: pauze u govoru označavam s tri točke, izostavljeni dio citata označavam s tri točke u uglatim zagradama (primjer još jedne subjektivne autorske odluke o tome uključiti, a što ne), upravni govor označavam jednostrukim navodnicima i velikim početnim slovom, a početak i kraj citata označavam dvostrukim navodnicima.

Transkripte sam kodirala pomoću Nvivo programa⁴ za računalno potpomognutu kvalitativnu analizu podataka (engl. *computer assisted qualitative data analysis software*, CAQDA) koji omogućuje lakše kodiranje, analizu, kategoriziranje i strukturiranje dijelova intervjua. Istovremeno, problem s procesom kodiranja jest upravo u traženju onoga što je u tekstu koji se kodira zajedničko i može se kategorizirati što samo po sebi dovodi do poopćavanja individualnih iskustava. Čim se skup jedinstvenih iskustava pokuša svesti isključivo na ono što je tim iskustvima zajedničko dolazi do generalizacije koja sama po sebi nije neutralna, već onaj koji generalizira zauzima poziciju moći naspram onih čija iskustva pokušava izjednačiti i svesti na homogenu cjelinu (Abu-Lughod, 2014).

⁴ Izvor: http://www.qsrinternational.com/products_nvivo.aspx [Datum pristupa: 08.12.2021.]

Poopćavanju i svođenju individualnih iskustava na zajedničke karakteristike Abu-Lughod (2014) suprotstavlja ideju etnografije pojedinačnog, odnosno načina pisanja o podacima prikupljenima tijekom terenskog istraživanja koje ne umanjuje pojedinačne glasove raznih sugovornika. To ne znači da se mikro-procesi smatraju važnijima od makro-procesa, već da su makro-procesi utjelovljeni u radnjama i mislima pojedinaca koji žive svoje pojedinačne i individualne živote i utječu na njih (Abu-Lughod, 2014). Namjera je etnografije pojedinačnog da se snažnije naglasi taj proces, a da se pritom ne izgubi individualnost svakog od sugovornika čiji se iskazi koriste u istraživanju (Abu-Lughod, 2014). Time se zagovara povratak „ljudskosti“ u etnografske tekstove te je to jedna od strategija protiv pisanja o kulturi kao homogenoj i bezvremenoj apstraktnoj pojavi u kojoj sugovornici nemaju lica, već služe samo kao izvor podataka (Abu-Lughod, 2014: 395). Etnografija pojedinačnog također je dobar alat u borbi protiv „drugosti“ jer onemogućuje jasno izdvajanje jedne skupine naspram druge s obzirom na karakteristike koje pripadnici te skupine dijele te se time odmiče od tradicionalne antropološke prakse stavljanja sebe i svojeg u opoziciju s drugim i drugačijim (Abu-Lughod, 2014). Takav pristup sugovornicima, istraživanju i podacima također je nešto čemu težim u ovom radu.

2.4. Pilotno istraživanje i pronalazak sugovornika

Pilotnom istraživanju pristupila sam s namjerom da suzim i izoštrim svoje kriterije za pronalazak sugovornika, što je upravo u suprotnosti s glavnim načelima etnografije pojedinačnog. Međutim, na tu su moju prvotnu i pogrešnu odluku najviše utjecali razgovori na samom početku mojeg pilotnog istraživanja koji su se odvili između mene i nekoliko različitih zdravstvenih djelatnika (liječnika, medicinskih sestara i specijalizanata). Svi su mi moji spomenuti sugovornici postavljali slično pitanje: na koji ću se dio medicinske prakse usmjeriti te na koje ću se specijalizacije ograničiti. Također sam jednom prilikom načula kako liječnik govori medicinskoj sestri s kojom sam prethodno razgovarala da smatra da ne mogu provoditi istraživanje koje se temelji na prikupljanju intervjua, odnosno kvalitativno istraživanje, već da mi treba dobra anketa. To nije bio zadnji put da su zdravstveni radnici tijekom mojeg istraživanja iskazali zbunjenost mojim istraživačkim pristupom. Često sam se susretala s pitanjima zašto nemam anketu te hoću li provesti anketu ili neki drugi oblik kvantitativnog istraživanja. Takva pitanja i komentari naveli su me na dodatno propitivanje vlastitog istraživačkog procesa.

Stoga sam, potaknuta i, zapravo, pritisnuta takvim propitivanjima o tome koga ću točno i po kojim kriterijima intervjuirati, u nastavku pilotnog istraživanja (krivo) odlučila da neću intervjuirati sljedeće skupine: kronične pacijente, psihijatrijske pacijente, hitne pacijente, djecu i maloljetnike. Zaključila sam da kronične pacijente ne želim intervjuirati zbog njihove stalne i dugotrajne izloženosti medicinskom sustavu zbog koje su samouvjereniji i imaju više znanja o vlastitom stanju od drugih pacijenata, a ponekad i samih liječnika (Williams i Ryan, 2017). Iz razgovora s liječnicima saznala sam da pacijenti koji su dovezeni kao hitni slučajevi često nisu pri svijesti ili nisu dovoljno prisebni za suvislu komunikaciju, a potreba za hitnom medicinskom intervencijom ne ostavlja mnogo vremena za razgovor i razvoj odnosa između liječnika i pacijenta. Primarno su me zanimala iskustva bolesti utemeljenih u tijelu, a time i bliža diskursu biomedicine, te se zbog toga nisam usredotočila ni na psihijatrijske pacijente. Djeca i maloljetnici zahtijevaju drugačiji i kompliciraniji etički okvir potreban za istraživanje pa sam ih zbog toga isključila iz skupine sugovornika koju sam intervjuirala. Riječ „isključila“ koristim namjerno jer je ono što sam napravila svojim odabirom upravo to, odlučila sam zanemariti iskustva onih pacijenata za koje mi se činilo da ne odgovaraju kriterijima koje sam sama postavila.

Tijekom svojeg pilotnog istraživanja i razgovora s liječnicima također sam saznala da postoji percepcija da neke specijalizacije, kao što su anesteziologija i kirurgija, imaju manje doticaja i prilike za razvijanje odnosa s pacijentima, te sam zbog toga za intervju tražila liječnike čije specijalizacije zahtijevaju intenzivniji odnos s pacijentima od nekih drugih. Time sam, posljedično, „isključila“ sve one druge specijalizacije. Također, u tom procesu isključivanja nisam bila sama, liječnici i drugi zdravstveni radnici ponekad su samoinicijativno predlagali specijalizacije za koje su smatrali da su prikladnije mojoj temi istraživanja. Tako sam, primjerice, dobila prijedlog da razgovaram s gastroenterolozima jer su oni „skromni“, da izbjegnem kirurge jer su oni „mesari“, a posebno one koji operiraju srce jer su oni „najbahatiji“. Takva je stereotipizacija unutar same liječničke struke sama po sebi zanimljiv podatak, ali moje je istraživanje više kočila nego što mu je doprinijela.

Ubrzo sam shvatila da se takav pristup sugovornicima iz perspektive teorijskih i metodoloških temelja mojeg rada ne može opravdati niti je potreban, a nije niti u potpunosti moguć zbog stvarnih ograničenja dolaska do sugovornika koja su se pojavila tijekom prikupljanja podataka. Takva je

kategorizacija sugovornika proizašla iz osjećaja da se ovakav kvalitativni tip istraživanja koji provodim ne shvaća „ozbiljnim“, odnosno da se sumnja u vrijednost podataka koji se tim istraživanjem dobivaju jer se „tipizacija ljudi, događaja i kultura izbjegava, ili ako do nje dolazi, podređena je opisima koji se usredotočuju na posebnosti predmeta istraživanja“ (Leslie, 2001: 436).

Takvo razmišljanje, ali i time potaknuta kritika antropologije, produkt su književnog zaokreta koji zahvaća antropologiju, a koji započinje s nekoliko ključnih djela kao što su „Writing Culture“ (1986) Jamesa Clifforda i Georgea Marcusa te „Works and Lives: The Anthropologist as Author“ (1988) Clifforda Geertza. Kroz ta se djela propituje pozicija antropologa kao autora i njihov način pisanja o kulturi i ljudima koji su dio njihovih istraživanja. Naglašava se važnost shvaćanja svake etnografije kao autorskog djela i antropologa kao autora koji, svjesno ili nesvjesno, stilski oblikuje ljude i kulturu o kojima piše. Marcus također pritom ističe važnost promišljanja o kategorijama koje nam se kao istraživačima i autorima čine samorazumljivima, pogotovo kad je riječ o kategorijama koje odražavaju postojeće dominantne odnose moći u društvu (Lock i Nguyen, 2010). Takav novi pristup istraživanju omogućava nam preispitivanje ontoloških pretpostavki o tome što je „stvarno“ i što je „temeljno“ te ukazuje na to da su, primjerice, znanstvenici ili tvorci zdravstvenih politika također pod utjecajem društveno uvjetovanih konteksta (Lock i Nguyen, 2010).

Isto tako, jezik sam po sebi više nije alat kojim se opisuje stvarnost, već odražava autorovu interpretaciju stvarnosti što dovodi do propitivanja antropološkog legitimiteta i prepoznavanja da niti jedan oblik pisanja, a to uključuje i etnografiju, ne može tvrditi da je u potpunosti objektivan, istinit i sveobuhvatan (Scholte, 1986). Takav način razmišljanja možemo povezati i s već spomenutim, i za postmodernizam karakterističnim, krizama reprezentacija i otporom metanarativima općenito (Lyotard, 2005; Butler, 2002) pa tako i onima u antropološkim djelima. Zaokret u antropologiji izazvao je sumnju i optužbe za „neznanstvenost“, međutim kao posljedicu je imao razvoj humanističkog i interdisciplinarnog pristupa antropološkim istraživanjima koja, osim znanstvenog pristupa, također otvoreno ukazuju na procese autorstva te su namjerno pisana u prvome licu (Leslie, 2001: 437).

Stoga, iako je riječ o akademskim djelima, antropologija je jedinstvena po tome što prihvaća samorefleksiju, osobna iskustva i iskustvo terenskog istraživanja kao legitimne izvore produkcije znanja (Leslie, 2001: 436). Antropolozi pišu u prvom licu te se često u svojim djelima pojavljuju i predstavljaju kao pojedinci u interakciji s članovima zajednica koje istražuju (Leslie, 2001). Istraživanja su jasno smještena u određeno vrijeme, prostor i kontekst, a običaji i drugi društveni elementi opisani su kroz prepričavanje dijelova razgovora i djelovanja pojedinih članova tih zajednica (Leslie, 2001). Time se zapravo ponovno vraćam na argument etnografije pojedinačnog, a to je da poopćavanje karakteristika i svođenje sugovornika na kategorije želim izbjeći jer upravo je to jedna od postavki koje se kritiziraju tzv. književnim zaokretom u antropologiji koji spominjem te je to jedan od principa kojih se pokušavam držati u svojem radu. Bilo kakav pokušaj kvantificiranja podataka putem anketa i slične kvantitativne metodologije odmaknuo bi me od tih principa te bi dehumanizirao i dekontekstualizirao moje sugovornike.

Ono što me zanima nije prikaz „velike slike“, već upravo ukazivanje na brojnost različitih sociokulturnih elemenata i konteksta koji dolaze do izražaja u odnosu između liječnika i pacijenata, a koji nisu nužno povezani s njihovim specijalizacijama ili bolestima. Stoga sam nakon početne (samo)nametnute potrebe za čvrstom kategorizacijom svojih sugovornika, do sugovornika došla najprije tražeći kontakte unutar svoje obitelji i među prijateljima, a zatim kontaktiranjem udruga pacijenata, liječnika i zdravstvenih institucija.

S obzirom na to da sam s istraživanjem započela unutar vlastite obitelji i među bliskim prijateljima, može se reći da je moja početna istraživačka pozicija bila samim time privilegirana (Belaj, 2018) jer mi je omogućila jedinstven uvid u temu istraživanja zbog bliskosti sa sugovornicima koji su stoga bili skloniji reći mi stvari koje možda ne bi rekli potpunom strancu. Međutim, bliskost sa sugovornicima također otvara potencijalno nove etičke probleme (Belaj, 2018). U mojem je slučaju to bilo ponovno započinjanje razgovora o starim zdravstvenim traumama i izazivanje trzavica među članovima obitelji na koje bi, da ih ja na to svojim pitanjima nisam podsjetila, davno zaboravili. Neka je pitanja bilo neugodno postaviti jer su se ticala tema o kojima inače s članovima svoje obitelji ili prijateljima ne razgovaram te sam kroz razgovor saznala neke informacije koje su me ponekad i uznemirile (sigurno su se tako osjećali i moji sugovornici), a koje možda nikad ne bih saznala da nije bilo ovog istraživanja.

Osim toga, zbog teme rada, mnogi su moji sugovornici u trenu razgovora bili teško bolesni ili su preživjeli tešku bolest te sam se često osjećala krivom kad su zbog mene i mojih pitanja morali ponovno proživljavati neke situacije koje su za njih zasigurno bile teške. Jedna je sugovornica zbog bolesti i sveopće fizičke iscrpljenosti koju je osjećala zaspala odmah nakon našeg razgovora u svojoj sobi u bolnici, a situacija koja je u meni izazvala najveći osjećaj krivice bila je tijekom posjeta udruzi ILCO. Kad sam ušla u prostoriju udruge sjela sam među ostale članove udruge i čekala sam da me predsjednica udruge predstavi ostalim članovima, kako smo se prethodno dogovorile. Međutim, prije nego što je predsjednica udruge došla jedan me član udruge pogledao i rekao 'Ajoj, pa ti si puno premlada da budeš ovdje' jer je zaključio da i ja, poput ostalih članova udruge, imam ili sam imala rak crijeva. U tom sam se trenu osjećala kao da zavaravam ljude oko sebe i u njima potencijalno izazivam sažaljenje, iako sam zapravo došla s namjerom da s njima razgovaram o njihovim iskustvima i da saznam više o radu udruge.

Odraz vlastitih etičkih dilema i emocionalne težine istraživanja, ali i prilagodbe svakom novom sugovorniku (koja je bila neizbježna ako sam htjela poštivati način na koji su moji sugovornici usmjeravali naš razgovor te im dati priliku da izraze ono što im je bitno reći ili da zanemare ona pitanja na koja ne žele odgovoriti) pronašla sam riječima Bukovčan (2008: 67):

„Raditi etnografsko istraživanje na ovu temu nije bilo lako. Vrlo sam često bila suočena s najdubljim, najbolnijim, najstrašnijim ili najstrasnijim ljudskim htijenjima, željama i molbama za vlastito zdravlje ili zdravlje najbližih, ili, ponekad, s borbom protiv smrti. Ne samo da su moje vlastite emocije i stavovi oblikovali ono što je upisano u ove stranice, nego bih često i tijekom samih intervjua mijenjala temu, pitanja ovisno o situaciji, pokušavala ne povrijediti ili ne povrijediti previše, dopuštala da neka pitanja ostanu neizrečena i neke stvari prešućene, te i s gotovim materijalom imala velikih nedoumica o moralnosti i etičnosti iznošenja intimnih misli i želja, bez obzira na to što su svi sugovornici željeli sudjelovati u istraživanju.“

Zbog toga je jedna od važnijih odluka bila na koji ću način te podatke prezentirati u svojem radu te kako ću najbolje zaštititi svoje sugovornike od kojih su neki istovremeno i meni bliske osobe. Iako su, u retrospektivi, ovakvi ishodi bili neizbježni, upravo je zato važna reflektivnost o vlastitom

pristupu istraživanju i osvještavanje ovakvih i sličnih posljedica istraživanja, bilo da je riječ o *insajderu* ili *outsajderu* (Belaj, 2018).

Primjerice, Black i Riner (2022) predlažu zanimljiv koncept *brige* (engl. *care*) kao novu dimenziju etičkog pristupa istraživanju i koji je blizak pojmu refleksivnosti koji spominjem. Istraživanje bazirano na principu *brige* u pristupu sudionicima u istraživanju vidi etično djelovanje kao svakodnevnu praksu, a ne samo kao pridržavanje propisanih pravila o tome što kao istraživači smijemo, a što ne smijemo raditi, što je etično, a što nije etično (Black i Riner, 2022). Na isti način kao što „ne činiti loše“ nije isto što i „ponašati se etično“ tako i *briga* podrazumijeva etično ponašanje koje se prilagođava kontekstu istraživanja (Black i Riner, 2022). Umjesto općenitih pravila o etičnom ponašanju u međuljudskim odnosima, istraživači trebaju svaki međuljudski odnos, a tako i onaj između sebe i sudionika, shvaćati kao jedinstven i nov te prema tome prilagoditi svoj pristup (Black i Riner, 2022). Zbog toga ne mogu reći da su moji razgovori sa sugovornicima nužno odražavali i listu pitanja koju sam stvorila dok sam osmišljavala strukturu polustrukturiranog intervjua koji je bio moja glavna metoda prikupljanja podataka tijekom razgovora sa sugovornicima. Djelomično je to zbog toga što su se neki podaci pojavili tek nakon što sam već razgovarala s određenim brojem sugovornika pa pitanja koja bi se odnosila na te podatke nisu bila uključena u prethodne razgovore, a djelomično je to bilo zato što su svaki sugovornik i sugovornica na moja pitanja odgovarali na svoj način, drukčije su ih shvaćali te su im pridavali drukčije značenje. Moj je cilj bio da im dam do znanja da ih vidim kao jedinstvene osobe, a ne samo kao predmete svojeg istraživanja, te sam prepuštala da naš razgovor i moja pitanja interpretiraju na sebi svojstven način.

Razgovori su se odvijali odvojeno ili u malim grupama od po dvije do četiri osobe. Do grupiranja kod pacijenata došlo je spontano zbog toga što su neki od njih dijelili bolničku sobu i htjeli su zajedno sudjelovati u intervjuu. Kod liječnika su grupe nastale iz praktičnih razloga. Kad bi se intervjui s liječnicima odvijali u istoj bolnici, nekoliko njih u istoj smjeni došlo bi istovremeno jer su dijelili slobodno vrijeme koje su mogli odvojiti za intervju. Stoga, iako mi nije bila namjera razgovarati sa sugovornicima u fokus grupama, ipak je došlo do njihovog stvaranja. Prednost je fokus grupa u tome da sugovornici mogu jedni druge podsjetiti ili potaknuti da artikuliraju stavove i iskustva kojih se sami ne bi sjetili ili ih se ne bi usudili izraziti te ih njihova ekonomičnost čini

odličnima za pilotna istraživanja ili istraživanja koja se bave kvantitativnim analizama (Bloor et al. 2001).

Kao što je uočljivo iz citata koje sam izdvojila u nastavku rada, u mojim je fokus grupama također došlo do toga da sugovornici jedni druge podsjetite na određene situacije koje su proživjeli, međutim također sam uočila da bi ponekad, umjesto da izraze svoje stavove i mišljenja svojim riječima, izrazili svoje slaganje sa sugovornicima bez da zapravo odgovore na postavljeno pitanje. S obzirom na to da su me upravo zanimale različite i pojedinačne perspektive, onda sam u takvim slučajevima zapravo ostala bez dijela podataka.

Duljina intervjua s liječnicima i pacijentima bila je osjetno različita. Intervjui s pacijentima trajali su dulje, u prosjeku između 40 i 90 minuta, dok su intervjui s liječnicima bili kraći i rijetko su trajali dulje od pola sata zbog vremenskog ograničenja njihovoga radnog mjesta. Najdulji su intervjui bili s meni bliskim osobama te je intervju s njima bilo najlakše i ponoviti. Na duljinu intervjua također je utjecalo okruženje u kojima su se odvijali. Intervjui s pacijentima u njihovim bolničkim sobama trajali su kraće nego intervjui s pacijentima koji su se odvijali u kafićima i njihovim privatnim domovima. Intervjue u bolnici ponekad bi prekidao ulazak liječnika, medicinskih sestara ili drugih pacijenata u sobu. Pacijenti u bolnicama često su bili umorni i nisu mogli dugo razgovarati, a također su pokazivali i znakove nelagode zbog mogućnosti da netko prisluškuje razgovor čija je tema intimna. Za intervju su se najboljima pokazala mjesta gdje razgovor nitko nije mogao prisluškivati i gdje su se sugovornici osjećali najopuštenijima.

Za intervjuiranje i liječnika i pacijenata koristila sam polustrukturirani intervjui zbog toga što mi je njegova otvorenost, odnosno niz pitanja koji nije dovršen niti nužno čvrsto fokusiran samo na jednu temu (Mason, 2002), omogućio da svojim sugovornicima pružim slobodu skretanja s jedne temu na drugu, da se njihovi odgovori na pitanja pretvore u prepričavanje iskustva liječenja te da, prije svega, imaju osjećaj da sudjeluju u interaktivnom i neformalnom dijalogu (Mason, 2002). Kod kvalitativnog istraživanja, a polustrukturirani intervjui svakako jesu dio takvog tipa istraživanja, naglasak je upravo na onome što želim postići svojim istraživanjem – znanje je kontekstualno, a funkcija je intervjua da se konteksti koje istraživač percipira kao bitne dovedu u fokus, čime se stvara „situirano znanje“ (Mason, 2002: 62). Iz te perspektive, značenje i razumijevanje proizlaze iz interakcije između sugovornika i istraživača ostvarene kroz polustrukturirani intervjui te se zbog

toga može reći da se u takvim intervjuima radi o konstrukciji ili rekonstrukciji situiranog znanja, više nego o „otkrivanju“ znanja (Mason, 2002: 62). Time se, između ostalog, ukazuje na to i da istraživač istraživanju pristupa iz svoje perspektive i sa svojim predodžbama i percepcijama, iz pozicije svojeg situiranog znanja (Mason, 2002).

Pitanja koja sam postavljala svojim sugovornicima nisu u svakom intervjuu pratila isti slijed niti su nužno uvijek bila jednaka. U svojem sam istraživanju pratila postavke tzv. *izranjajućeg nacrt* *istraživanja* (engl. *emergent design*) prema kojem se istraživač stalno prilagođava terenu, produbljuje svoje razumijevanje terena i istraživanju pristupa nedeterministički (Juroš, 2022). Stoga su se moja pitanja i istraživački fokus(i) mijenjali i prilagođavali podacima koje sam kontinuirano analizirala i kodirala te literaturi koju sam otkrivala i čitala. Naravno, niti jedan kvalitativni rad nije u potpunosti spontan (Morgan, 2008) jer svaki istraživač započne svoje istraživanje s idejama i pretpostavkama o tome što će istraživati, što će pitati, gdje će pronaći potrebnu literaturu itd. No ono što takav pristup potiče jest stalnu ponovnu procjenu i analizu prikupljenih podataka kroz čitav tijek istraživanja.

Ono što smatram bitnim razjasniti jest kategorizacija liječnika-sugovornika unutar mojeg rada. U svojem radu razlikujem specijalizante i specijaliste jer je ta podjela mojim sugovornicima bila dovoljno bitna da je naglase prije ili tijekom intervjua. Riječ je, naime, o tipu bolničke hijerarhije koji ću detaljnije analizirati u jednom od poglavlja. Prema Pravilniku o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (NN 65/2022)⁵, specijalizacija je „oblik organiziranog stjecanja kompetencija prema propisanom programu“, liječnik koji uspješno završi specijalizaciju i položi specijalistički ispit naziva se specijalistom, a specijalizant je doktor medicine zaposlen na neodređeno vrijeme u zdravstvenoj ustanovi.

2.5. Sudionici i ograničenja istraživanja

Neki su sudionici u istraživanju bili članovi moje obitelji ili bliski prijatelji, dok sam do drugih došla putem poznanika, preporuka i izravnih upita usmjerenih raznim institucijama i udrugama. Ukupno sam provela trideset i tri intervjua. Međutim, mnogi su se kasnije pokazali neiskoristivima ili tek djelomično iskoristivima za daljnje istraživanje i pisanje ovog rada. Razlozi su za to

⁵ Izvor: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2022_06_65_927.html [Datum pristupa: 20.05.2022.]

mnogobrojni: dio intervjua snimila sam tijekom početne faze istraživanja te sam kasnije shvatila da moja pitanja nisu bila dobro usmjerena i postavljena i da su podaci u tim intervjuima zapravo velikim dijelom nevezani za ono u što se moje istraživanje razvilo upravo kroz analizu intervjua i stalno iščitavanje literature. Bilo je i intervjua koji su trajali svega 5 do 10 minuta jer sugovornici nisu bili voljni razgovarati. Ja sam bila stranac u bolnici u kojoj su se liječili ili radili i nije im se dalo odgovarati na moja pitanja. Neke sam intervjuue morala prekinuti i kasnije ih nisam nikad bila u mogućnosti nastaviti. Od ukupno 33 intervjua, u ovom sam ih radu analizirala 22 (individualne i u fokus grupama). U analiziranim intervjuima ukupno je sudjelovalo 16 pacijenata, 3 člana udruga i 14 zdravstvenih radnika (13 liječnika i 1 fizioterapeutkinja). Svi zdravstveni radnici trenutno su zaposleni unutar svoje struke i aktivno rade u javnom zdravstvu, a svi su pacijenti svoje iskustvo liječenja doživjeli unazad od najviše dvije ili tri godine od početka pisanja ovog rada. To je bilo zato što su me zanimala svježija iskustva, htjela sam da se moji sugovornici mogu sjetiti što više detalja oko tijeka svojeg liječenja i zanimali su me podaci koji se uglavnom izravno tiču sadašnjice javnog zdravstva i odnosa između liječnika i pacijenata.

Da bih nastavila u što većoj mjeri pratiti postavke Abu-Lughodine (2014) etnografije pojedinačnog i da bih prikazala sudionike u istraživanju kao jedinstvene individue koje oni uistinu i jesu, namjera mi je u što većoj mjeri prenijeti njihove riječi te ih ukratko opisati bez da odajem previše toga o njihovom identitetu. S tim ću ciljem također umjesto o intervjuima, kroz ostatak rada pisati o razgovorima jer su se doista ti polustrukturirani intervjui u susretima sa sudionicima pretvorili u razgovore u kojima smo skretali s teme istraživanja, otvarali nove teme te dijelili iskustva, šale i frustracije. Iz istog ću razloga kad prenosim isječke tih razgovora, o svojim sudionicima u istraživanju pisati kao o sugovornicima, što u tom trenu doista i jesu bili.

Od individualizirajućih karakteristika koje sam odlučila (jer je ponovno riječ o autorskoj i subjektivnoj odluci) uključiti u kratke opise svojih sudionika spominjem dob jer se ona pokazala značajnim faktorom za neke od sudionika istraživanja. Spominjem i njihove bolesti u slučaju sugovornika-pacijenata jer su one utjecale na čitavo njihovo iskustvo u bolnici. Kod zdravstvenih radnika spominjem njihove specijalizacije jer su se tijekom razgovora često osvrtni na područje svojeg rada unutar javne zdravstvene medicine. Neki su od sudionika svojim razmišljanjima značajno utjecali na daljnji tijek moje analize te to također ističem. Dob sugovornika kao i njihovi

zdravstveni problemi namjerno su nejasno definirani, iako sam uz informirani pristanak, o svakom sugovorniku prikupila i osnovne podatke kao što su: godina rođenja, mjesto rođenja, radni status, zanimanje i obrazovni stupanj, bolnica u kojoj su se liječili ili se trenutno liječe te zdravstveni problem koje su imali ili imaju. Te sam podatke prikupljala jer na početku terenskog rada nisam još znala hoće li se pokazati važnima za moje istraživanje. Stoga, iako znam točnu dob svakog sugovornika te točan zdravstveni problem i medicinski zahvat i liječenje koje su prošli i bolnicu ili bolnice u kojima su bili, ti su podaci namjerno nejasno ili površno opisani kako bih izbjegla otkrivanje identiteta sugovornika. To sam odlučila vodeći se, ne samo etičkim okvirima propisanima od strane vodećih svjetskih antropoloških organizacija⁶, već i prije spomenutim pojmom *brige* (engl. *care*) o sudionicima svojeg istraživanja jer sam svjesna da bi neka njihova mišljenja izražena u ovom radu mogla naškoditi njihovoj budućoj interakciji u bolničkom kontekstu, ali potencijalno i izvan njega. Iz istog razloga ne spominjem nazive bolnica u kojima su se moji sugovornici-pacijenti liječili i u kojima su sugovornici-liječnici radili u trenutku razgovora. Također, za provedbu istraživanja tražila sam i dobila suglasnost Etičkog povjerenstva Sveučilišta u Zadru, „uz obvezu pridržavanja međunarodnih i domaćih standarda o etičnosti israživanja i dobre kliničke prakse, uključujući pravila Etičkog kodeksa Sveučilišta u Zadru, kao i obvezu zaštite privatnost osobnih podataka ispitanika.“⁷

Opis sudionika započet ću s Ljubicom jer me analiza mojeg razgovora s njom potaknula na nova promišljanja o mojim sugovornicima, ali i sugovornicima u antropološkoj praksi općenito te načinu na koji se kao istraživači pozicioniramo naspram njih u tekstovima koje pišemo. S Ljubicom sam razgovarala u jednoj pivnici u Novom Zagrebu. Ona je u trenutku razgovora bila u pedesetim godinama i oporavljala se od operativnog zahvata na maternici. Uz prepričavanje svojeg iskustva liječenja, Ljubica je također bila zainteresirana za metodologiju mojeg istraživanja jer je smatrala da su naše struke međusobno srodne. Dio njezinog posla i struke uključuje rješavanje problema u komunikaciji između pojedinaca te je intervju s njom dijelom bio usmjeren na njezino iskustvo

⁶ Primjerice, etičkim okvirom na stranici organizacije Association of Social Anthropologist. Izvor: <https://www.theasa.org/ethics/> [Datum pristupa: 27.10.2022.]

⁷ Etičko povjerenstvo Sveučilišta u Zadru, URBROJ: 2198-1-79-62/17-02, datum: 04.07.2017.

liječenja, a dijelom se sastoji i od njezinih savjeta o poboljšanju komunikacije u bolničkom okruženju.

Razgovor s Ljubicom potaknuo me na promišljanje u ulozi sugovornika u oblikovanju istraživanja, ne samo kroz njihova iskustva, već i kroz nadograđivanje samog teorijskog okvira istraživanja. Margot Weiss (2021) piše o načinu na koji sugovornici pridonose istraživanju te problematičnosti reprezentacije sugovornika u usporedbi s autorima čija djela koristimo u svojem radu. U svojem istraživanju, Weiss citira aktivisticu i autoricu Tourmaline⁸ koja se u vrijeme Weissinog istraživanja nije zvala Tourmaline već je imala drugo ime i prezime. Weiss je primijetila da kad Tourmaline u svojem radu spominje kao autoricu onda koristi njezino prezime, ali kad je spominje kao sugovornika onda koristi samo njezino prvo ime, odnosno pseudonim radi zaštite identiteta. To ju je nagnalo da razmisli o jezičnim odabirima koje radimo tijekom pisanja te se zapitala zašto sugovornike često nazivamo samo prvim imenom, a autore spominjemo prezimenima? Weiss je također proučila i druge jezične odabire koje čini u svojim radovima pa je uočila koristi glagole poput „piše“, „argumentira“, „uočava“ (engl. *writes, argues, notes*) kad citira autore, a kad citira svoje sugovornike koristi glagole kao što su „prisjeća se“, „buni se“, „pita se“, „grdi“ (engl. *recalls, complains, wonders, chides*) (Weiss, 2021: 2).

Iako ne nudi rješenje, Weiss potiče na promišljanje o teorijskim konceptima koje kao takve ne ističemo, a do njih dolazimo upravo u razgovoru sa sugovornicima. Naglašava problematičnost te antropološke prakse u kojoj se nedovoljno naglašava doprinos sugovornika pa se time stvara dojam hijerarhije u kojoj je istraživač pozicioniran naizgled „iznad“ sugovornika čije priče analiziramo, ali ne priznajemo njihov doprinos našim vlastitim teorijskim promišljanjima. Prokušat ću se stoga kod opisa nekih od sudionika također osvrnuti i na njihov doprinos mojem istraživanju pored iskustava koja su podijelili sa mnom. Ljubica je tako tijekom našeg razgovora istaknula da do mnogih nezadovoljstava u komunikaciji, po njezinom profesionalnom mišljenju, dolazi zbog očekivanja koja imamo naspram osobe s kojom komuniciramo. To je nešto o čemu prije razgovora s njom nisam niti promišljala, a kasnije ću se u radu djelomično osvrnuti na potencijalan utjecaj očekivanja na zadovoljstvo komunikacijom između liječnika i pacijenata.

⁸ Trenutno, Tourmaline je autoričino puno ime.

Izvor: <https://www.queer-art.org/tourmaline-2> [Datum pristupa: 05.10.2022.]

Prvi sugovornik čiji se glas čuje u radu je Zvonimir. On je bio u ranim šezdesetim godinama i nekoliko mjeseci prije našeg razgovora pušten je iz bolnice nakon operacije srca. Nakon operacije još se nekoliko puta vraćao u bolnicu na dodatne postupke povezane s njegovim srčanim problemima. Intervju se odvio kod njega u kući u prisustvu njegove nekoliko godina mlađe supruge Vere, iako ona nije istovremeno sa Zvonimirom odgovarala na pitanja, već je htjela da intervju s njom provedem individualno. Vera već više od petnaest godina ima zdravstvenih problema povezanih sa skoliozom, a netom prije razgovora bila je u bolnici na operativnom zahvatu jajnika. Vera se ponekad ubacivala tijekom Zvonimirovog intervjuja kad je željela izraziti svoje neslaganje sa Zvonimirovim stavom pa je to unijelo novu dihotomiju u proces intervjuiranja te mi pružilo uvid u to kako različite osobe mogu imati potpuno različite perspektive na iskustvo javnozdravstvenog sustava u Hrvatskoj.

Jelka i Marica dijelile su sobu u bolnici gdje su se u trenutku razgovora obje liječile od raka dojke. Objе su u vrijeme razgovora bile u kasnim pedesetim godinama života te su se tijekom razgovora međusobno aktivno nadopunjavale i uglavnom dijelile slično mišljenje o svojem liječenju i iskustvu u bolnici. Ono što mi je posebno ostalo u sjećanju iz razgovora s Jelkom i Maricom jest da su na završetku našeg razgovora rekle da im je drago da sam došla da im „razbijem monotoniju“ bivanja u bolnici. Njihov komentar olakšao mi je proces intervjuiranja u bolnici koji je bio prožet osjećajem krivnje što već bolesne ljude dodatno opterećujem razgovorom o njihovom zdravstvenom stanju, pogotovo kad je kod nekih u vrijeme razgovora ishod liječenja još uvijek bio upitan.

Ishod liječenja srećom nije bio upitan za Ivanu koja je u trenutku razgovora bila u svojim ranim sedamdesetim godinama i oporavljala se od raka dojke koji je uspješno izliječila. S Ivanom sam bila u kontaktu i prije nego što sam započela istraživanje te sam s njom razgovarala u svojem stanu, pa je razgovor s njom prošao u mirnom okruženju bez ometanja. Ivana je prva moja sugovornica koja je spomenula da ju je izrazito zasmetalo kad je njezin liječnik koristio latinske izraze koje nije razumjela te me to potaknulo da temu medicinskog registra i uporabe latinskog u medicinskom kontekstu dublje proučim.

S Teom, ženom u kasnim četrdesetim godinama, sastala sam se u jednom kafiću pored Britanskog trga. Razgovor s Teom bio je najdulji pojedinačni razgovor koji sam imala tijekom ovog

istraživanja. Zbog brojnosti njezinih zdravstvenih problema i iskustava s javnim zdravstvenim sustavom, razgovarale smo dulje od tri sata te sam pritom dobila detaljan uvid u Teine poteškoće sa snalaženjem unutar javnog zdravstvenog sustava. To mi je uvelike pomoglo pri analizi strukturalnih problema unutar javnog zdravstva u Hrvatskoj i s traženjem literature o toj temi.

S Martom sam se našla na njezinom radnom mjestu gdje smo sjele u jednu od praznih prostorija za zaposlenike. Zbog toga smo bile donekle i vremenski ograničene jer se Marta morala ubrzo vratiti na posao. U vrijeme našeg razgovora, Marta je bila u ranim tridesetima i nedavno se vratila na posao nakon što se izliječila od raka štitnjače. Često je isticala svoj osjećaj nezadovoljstva zato što se u javnom zdravstvenom sustavu osjećala diskriminiranom zbog svoje mlađe dobi. Prije tog razgovora pretpostavljala sam da je zbog, primjerice, digitalizacije zdravstva osobama starije dobi koji imaju najnižu stopu digitalne pismenosti od svih dobnih skupina u Hrvatskoj (Zovko i Celizić, 2020) donekle otežano snalaženje u zdravstvenom sustavu, međutim Marta mi je ukazala na to da i mlađa dob može negativno utjecati na iskustvo u bolničkom kontekstu. Nakon završetka našeg razgovora, Marta me upoznala sa svojom kolegicom Doris s kojom sam onda nakon Marte također razgovarala u praznoj prostoriji za zaposlenike. Doris nije imala puno vremena za razgovor tako da je naš razgovor bio jedan od kraćih i trajao je nekih dvadesetak minuta tijekom kojih mi je Doris ispričala o svojim problemima s bubregom zbog kojeg je mnogo puta odlazila u bolnicu te iskustvima koje je imala s liječnicima.

Ladu pamtim po tome što mi je na samom početku razgovora rekla da je bila na čak sedam operacija povezanih s različitim medicinskim problemima koje je imala, međutim tijekom razgovora uglavnom je govorila o svojem najnovijem iskustvu koje se ticalo operacije tumora na mozgu koji dugo nije operirala jer je mislila da riječ o običnim glavoboljama. Ona je također prva među mojim sugovornicima otvoreno progovorila o novčanom mitu kao načinu dobivanja boljeg tretmana o bolnici te je to jedna od tema koje u radu dublje istražujem.

Kristinu, Snježanu i Stjepana upoznala sam u jednoj od udruga pacijenata koje pacijentima pružaju savjete o tome kako se nositi s bolešću te kako živjeti nakon određenih operacijskih postupaka. U njihovom slučaju bila je riječ o raku crijeva. Stjepan i Snježana izliječili su se od raka debelog crijeva, a Kristina od raka tankog crijeva. Snježana je s vremenom postala jedna od bitnijih članova

udruge ILCO Zagreb koja spada pod širi Savez invalidskih društava ILCO⁹. Svo troje su nakon operativnog zahvata morali naučiti kako živjeti s ileostomom. Stjepan je tijekom razgovora bio u kasnim sedamdesetim godinama, a Snježana i Kristina u kasnim pedesetim godinama. Nakon sastanka u udruzi na kojem mi je voditeljica udruge dozvolila da sudjelujem te je prethodno o tome obavijestila članove udruge, pitala sam tko bi od prisutnih htio sudjelovati u mojem istraživanju, a osim Snježane javili su se Stjepan i Kristina. Sa Stjepanom i Snježanom sam se dan kasnije sastala u prostorijama udruge, a s Kristinom u jednom bučnom kafiću kraj Ciboninog tornja. Od članova udruga, osim sa Snježanom, razgovarala sam također s Lucijom iz Udruge za rijetke bolesti i s Markom iz Koalicije udruga u zdravstvu.

Moj prvi razgovor s liječnikom bio je sa specijalistom pedijatrom Vinkom. Vinka mi je preporučio poznanik kao pristupačnog i simpatičnog liječnika koji će biti voljan razgovarati sa mnom o temi mojeg istraživanja. S Vinkom, koji je u vrijeme razgovora bio u kasnim pedesetim godinama našla sam se u njegovom kabinetu u bolnici. Za vrijeme razgovora Vinko me, napola u šali, upitao znam li kao etnolog tko su nekad u selu bili najvažniji ljudi? Rekla sam da ne znam, ali ako moram reći nešto, rekla bih učitelj i svećenik. Vinko je na to rekao da je to tek djelomično točan odgovor jer nisam spomenula i liječnika koji je često umjesto plaće primao darove od ljudi u selu te je tako nastala tradicija darivanja liječnika. Bio mi je to zanimljiv podatak za koji dotad nisam čula, a koji sam potom potražila i u literaturi, o čemu kasnije pišem u radu.

Osim s Vinkom, isti poznanik povezo me i sa specijalizanticom infektologije Katarinom koja je, poput Marte, osjećala da je zbog svoje mlađe dobi diskriminirana u medicinskom sustavu. Međutim, dok se Marta osjećala diskriminiranom od strane liječnika i zdravstvenih radnika, Katarina je osjećala da je diskriminirana zato što je u dvadesetim godinama pacijenti ne doživljavaju dovoljno ozbiljno te propituju njezino mišljenje. To mi je ukazalo na mogućnost da dob kao vrijednost, bilo da je riječ o starijoj ili mlađoj dobi, igra veću ulogu nego što sam prije to mislila i za pacijente i za liječnike te sam to kasnije u radu kroz analizu i potvrdila.

Poznanik koji me povezo i s Vinkom i Katarinom također je i sam mladi specijalizant u kasnim dvadesetim godinama, ali u njegovom slučaju riječ je o radu na hitnoj medicini. U radu sam mu

⁹ Izvor: <https://www.ilco.hr/> [Datum pristupa: 09.11.2022.]

dala ime Petar, a poznanstvo s njim uvelike mi je pomoglo da dobijem prvi uvid u perspektivu liječnika, a ne samo pacijenata. Sjećam se da sam tijekom razgovora s njim prvi put osvijestila da su liječnici uvijek potencijalno izloženi fizičkom nasilju od strane pacijenata i članova njihove obitelji. Petar me povezo sa svojim vršnjakom specijalizantom obiteljske medicine Goranom čiji se glas također čuje u radu i sa svojim poznanikom i vršnjakom Markom koji je nekoliko mjeseci prije našeg razgovora završio proces liječenja kemoterapijom.

Idući liječnik s kojim sam razgovarala bio je specijalist radioterapije i onkologije Mauricio. Mauricio je bio ključan za moj kontakt sa specijalisticom radioterapije i onkologije Marinom i sa svim specijalizantima radioterapije i onkologije koje spominjem u radu.

Sa specijalizantima sam razgovarala u dvije fokus grupe u dva različita kabineta na njihovom radnom mjestu. U jednoj su grupi bile Matea, Iva, Eva i Dora koje su sve bile specijalizantice u tridesetim godinama, a u drugoj su grupi bili specijalizanti iste dobne skupine koje sam nazvala Borna, Anita i Kazimir. Zbog toga što zajedno rade i poznaju se, razgovor je s njima bio produktivan jer su jedni druge međusobno poticali na različite teme i često se šalili što je atmosferu učinilo manje formalnom. To je također bilo prvi put tijekom terenskog istraživanja da sam se zapravo osjećala kao istinski *outsajder* zato što sam se odjednom našla okružena zdravstvenim radnicima na njihovom radnom mjestu u kontekstu koji je meni potpuno nepoznat.

Iako su skoro svi moji razgovori sa sugovornicima bili u razdoblju prije pandemije, što je svakako bila olakotna okolnost za ovakav tip istraživanja koji uključuje ne samo kontakt s trenutno bolesnim ljudima već i odlazak u javnozdravstvene institucije, dva su se razgovora pak odvila tijekom pandemije. Razgovor nije bio licem u lice već smo koristili Google Meet i WhatsApp kao alternative nalaženju uživo. Deborah Lupton, autorica koju u radu često spominjem zbog njenih istraživanja medicinskog sustava, samoinicijativno je 2020. godine u online programu Google Docs objavila dokument naslova „Doing Fieldwork in a Pandemic“¹⁰. Dokument je zamišljen kao *crowdsourced* dokument što znači da je Lupton započela temu i uredila završnu verziju dokumenta, a pisanju dokumenta mogli su se pridružiti brojni drugi autori koji su temi doprinosili svojim

¹⁰Izvor:

<https://docs.google.com/document/d/1clGjGABB2h2qbduTgfqribHmog9B6P0NvMgVuiHZCl8/mobilebasic> [Datum pristupa: 01.02.2023.]

prijedlozima i idejama. Cilj je dokumenta pružiti konkretne savjete u vezi provođenja terenskog rada i intervjuiranja sugovornika u doba pandemije te načine na koje tehnologija može pomoći premostiti nemogućnost odvijanja terenskog rada i provođenja intervjua uživo. Jedan je od prijedloga upravo taj da se koriste audio-vizualne aplikacije ili platforme na uređajima kao što su mobiteli i računala koji podržavaju takav oblik prijenosa. Između ostalog, predložen je i WhatsApp kao jedna od mogućih aplikacija. Iako se Google Meet ne spominje, predlažu se Zoom i Skype koji rade po sličnim principima kao i Google Meet. Na taj sam način, u doba pandemije, intervjuirala dvije moje sugovornice koje u istraživanju nazivam Nikolina i Irena.

Nicolina je aktivna četrdesetogodišnjakinja koja je slomila nogu tijekom izleta. Iako je skrb primila u Zagrebu, u trenutku razgovora Nicolina nije bila tamo, a putovanje između gradova tad je bilo ograničeno zbog pandemije koronavirusa. Zbog toga smo razgovarale preko online platforme za sastanke Google Meet. S Irenom, fizioterapeutkinjom koja je u trenutku razgovora bila u svojim ranim dvadesetim godinama, također sam razgovarala virtualno. Njoj je više odgovaralo da koristimo aplikaciju WhatsApp. Ona je ujedno i jedina zdravstvena radnica u mojem istraživanju koja nije liječnica nego je fizioterapeutkinja. Situacije koje opisuje u razgovoru sa mnom i koje kasnije prenosim u radu dogodile su se u bolnici u kojoj Irena više ne radi. Irena je bila upoznata s mojim istraživanjem od samog početka te je izrazila veliku želju da u istraživanju sudjeluje i da podijeli svoja iskustva sa mnom. Tijekom terenskog rada, cilj mi je bio razgovarati samo s liječnicima i pacijentima jer me zanimala komunikacija između njih pa sam intervju s Irenom isprva dogovorila samo zato da zadovoljim njezinu želju za sudjelovanjem u istraživanju za čiju je temu osjećala da je se izravno dotiče. Međutim, kroz razgovor s Irenom shvatila sam da je kao radnica u javnozdravstvenom sustavu Irena vidjela i čula brojne interakcije između liječnika i pacijenata, a u nekima je i sama sudjelovala ili im je i sama bila izložena. Razgovor s Irenom ukazao mi je na mogućnost proširenja teme ovog istraživanja u jednom od mojih budućih radova koji bi obuhvatio i ostale radnike u zdravstvenom sustavu.

3. RAZVOJ BIOMEDICINSKE PRAKSE

Da bih razumjela složenost suvremenog odnosa između liječnika i pacijenata u biomedicinskim institucijama, odlučila sam prvo usmjeriti pažnju na povijesni razvoj tog odnosa. Stoga se ovo poglavlje bavi odnosima između liječnika i pacijenata koji se nikada ne odvijaju u izolaciji, već su pod utjecajem raznih drugih čimbenika kao što su političke struje i ideologije, razvoj biotehnologija, ekonomski trendovi te sve veća i češća međunarodna razmjena i produkcija medicinskog znanja (DelVecchio Good i Good, 1999). Takav pristup analizi nije nov jer su već od 90-ih godina prošlog stoljeća, zbog utjecaja poststrukturalističkih teorija na razvoj kritičkih pristupa analizi unutar društvenih znanosti, širi kulturni, politički, društveni i ekonomski konteksti bitan dio antropološke analize medicinskih sustava i odnosa određenih njima (DelVecchio Good i Good, 1999).

Već je 1920. godine Malinowski, kritizirajući Frazerov evolucionizam i njegove razine civilizacije, izjavio da se društvene institucije ne mogu odvojiti od društvenih odnosa kojih su dio i u kojima imaju određenu ulogu, odnosno neodvojive su od konteksta u kojem su nastale te ih se ne može sve svrstati u isti kontekst pod isti kriterij „civiliziranosti“ (Dilley, 2002: 438). Međutim, kontekstualizacija je sama po sebi problematična jer uključuje proces povezivanja, odnosno nepovezivanja koji je interpretativan (Dilley, 2002). Kako (i zašto) odabiremo elemente koje ćemo povezati i predstaviti kao kontekst neke društvene pojave, elementa, institucije ili odnosa? Kontekstualiziranje je prema tome još jedna diskurzivna strategija te stoga kontekst ne treba predstavljati kao nešto samo po sebi razumljivo i objašnjivo, već upravo kao konstrukciju i skup odabranih poveznica (Dilley, 2002). Odabiranje jednog, a isključivanje drugog (bilo da je riječ o kontekstualnim poveznicama ili nečem drugom) u čitav proces dodaje problematiku moći (te potencijalno i simboličnog nasilja) i konstrukcije znanja, čime se dodatno otežava opravdanje odabira konteksta koji će biti prikazan i onog koji će biti zanemaren (Strathern, 1995). Stoga, kako opravdati odabir kontekstualnih elemenata koji slijedi u ovom poglavlju?

Smatram bitnim naglasiti da kontekst nikad nije jedan niti je čvrsto određen, kontekst se uvijek može dodatno širiti te treba imati na umu da je kontekst „izražavanje poveznica koje se smatraju važnima iz perspektive određenog aktera i koje su društveno i povijesno situirane te imaju određenu

svrhu“¹¹ (Dilley, 2002: 454). Time se zapravo vraćam na prethodnu tvrdnju o tome da antropologija ne može prikazati istinu, niti joj je to cilj, već je riječ o interpretaciji koja uključuje društvenu i povijesnu situiranost autora ili autorice i teme o kojoj piše. Odabir kontekstualnih elemenata u ovom poglavlju nije slučajna već je rezultat razgovora sa sugovornicima i iščitavanja literature te vlastite introspekcije. Kroz razgovore i iščitavanje literature uočila sam da se neki elementi često ponavljaju te sam upravo njima odlučila, jer je svakako riječ o autorskoj odluci, posvetiti pažnju u ovom poglavlju.

3.1. Biomedicina: povijesni razvoj

Biomedicina je pojam koji se često pojavljuje u literaturi u kojoj je riječ o odnosima između liječnika i pacijenata (npr. Lock i Gordon, 1988; Lock i Vinh-Kim Nguyen, 2007; Čapo, 2017). Sam je pojam „biomedicina“ rezultat raznih promjena koje su, između ostalog, obuhvatile medicinsko polje u razdoblju Prosvjetiteljstva. Suvremeno hrvatsko medicinsko polje također vuče svoje korijene iz doba Prosvjetiteljstva kada nastaje biomedicina – institucionalno dominantan i u praksi prevladavajući tip medicine koji se danas prakticira u SAD-u i Europi (Lupton, 2003). Trendovi i impulsi koji su oblikovali spomenuto medicinsko polje u SAD-u i Europi utjecali su i na kontekst hrvatskog medicinskog polja, a posljedično i na razvoj odnosa i misli o odnosu između liječnika i pacijenata.

Takav razvoj situacije opisuje i Foucault (1976) napominjući da se (bio)medicinsko znanje nije postupno i iskustveno razvijalo uz „bolesničku postelju“ te da se nije „malo po malo“ došlo do konačne istine o zdravlju i bolesti (Foucault, 1976: 54-55). Postepenom i organskom razvoju medicinskog znanja Foucault (1976) suprotstavlja ideju naglog razvoja suvremenog medicinskog znanja proizašlog iz političkih, ekonomskih i filozofskih promjena koje su u 18. stoljeću u doba Prosvjetiteljstva zahvatile bolnički i obrazovni sustav. U tom razdoblju, razvoj znanosti i tehnologije te sve naglašenija vjera u razum utječu na jačanje medicine utemeljenoj na ideji objektivnog i znanstvenog pristupa (Lupton, 2003). Pritom jačaju institucija bolnice i kontrola nad

¹¹ Svi su prijevodi literature analizirane i citirane u ovom poglavlju, ali i ostalim poglavljima u radu moji vlastiti prijevodi.

sveučilišnim obrazovanjem i licenciranjem liječnika (Lupton, 2003:88). Zbog toga dolazi do sekularizacije bolnica i njima prestaju upravljati članovi vjerskih redova (Spray, 2011).

Do 18. stoljeća, nedostatak institucionaliziranog obrazovanja nije bio zapreka za bavljenje medicinskom praksom u Hrvatskoj, primjerice u vrijeme epidemija o bolesnima su se često brinuli članovi vjerskih redova (Belieza et al., 2007). Treba spomenuti i narodnu medicinu koja je postojala mnogo prije biomedicine, a ostala je zabilježena i u posebnim zbirkama *ljekarušama* od kojih one najstarije u Hrvatskoj potječu iz 14. stoljeća (Brenko et al., 2001). Institucionalizacija medicine nije značila prestanak bavljenja narodnom medicinom, pa su ta dva sustava medicinskih znanja ponekad utjecali jedan na drugog (Brenko et al., 2001). Biomedicinsko znanje ponekad je nadopunjivano postupcima zabilježenima u narodnoj medicini, pogotovo onima iz područja narodne kirurgije i korištenja ljekovitog bilja (Brenko et al., 2001).

Nakon što je vladarica Habsburške Monarhije Marija Terezija izdala zahtjev za formalnim obrazovanjem liječnika, većina je hrvatskih studenata medicine s područja Habsburške Monarhije odlazila na studij u inozemstvo (Belieza et al., 2007). Time hrvatska medicina prati trend sekularizacije i profesionalizacije medicinske prakse uočljiv i u drugim europskim zemljama tog razdoblja. Posljedično, bolest prestaje biti kazna za grijeh i postaje prirodna posljedica na koju se može utjecati zdravim načinom života (Spray, 2011).

Iz takve sveopće i dalekosežne reorganizacije zdravstva i novih promišljanja o zdravlju, razvija se medicina u kojoj narativi pacijenata nisu bitni, a fokus se liječnika prebacuje na dijagnostiku temeljenu na uočljivim simptomima i jasnim dokazima bolesti tijela (Armstrong, 2001). Foucault (1976) piše o pojavi medicinskog pogleda kao novog načina proučavanja bolesti gdje je fokus na tijelu i onome što tijelo skriva, a medicinski pogled mora otkriti, dok je pacijent kao pojedinac nebitan dio procesa. Pacijenti time postaju objekti izloženi medicinskom pogledu i gube svoju autonomiju, a njihovo tijelo postaje središte liječničke analize (Armstrong, 2001). Zbog sistematizacije znanja o tijelu i bolestima te uvođenju statistički određenih normi normalnog, zdravog i idealnog tijela (Lock i Nguyen, 2010), bolesti postaju lokalizirane u tijelu i klasificiraju se prema svojim simptomima i međusobnim sličnostima i razlikama (Lock i Nguyen, 2010). Tip medicine koji posljedično nastaje naziva se biomedicinom jer mu je glavni cilj otkriti uzročnike

bolesti u domeni tijela, dok potencijalni uzročnici izvan domene tijela i biološkog često bivaju zanemareni (Lock i Nguyen, 2010).

Liječnici su pak oni koji utjelovljuju odlike racionalnosti i objektivnosti koje su temelj biomedicine (Mattingly, 1998) i od njih se očekuje da na isti način pristupaju liječenju pacijenata (Saunders, 2001). Činjenica da su prepoznati kao stručnjaci jer posjeduju znanje i sposobnosti opravdane akademskom kvalifikacijom (Bourdieu, 1987) opravdava njihovo djelovanje i autoritet unutar institucije bolnice (Mahar et al., 1990: 13). Zbog toga se između liječnika i pacijenta neizbježno javlja razlika između stručnjaka i laika (Bourdieu, 1987), odnosno pružatelja usluga i primatelja usluge (Beauchamp i Baran, 2017), koja u njihovom odnosu ima potencijal da stvori osjećaj hijerarhije i asimetrije (Čapo, 2017: 223).

Da bi medicinski pogled mogao proniknuti u bolest tijela potrebno je tijelo dotaknuti i vidjeti ga, što je bila novost u odnosu između liječnika i pacijenta jer do 19. stoljeća liječnici nisu dirali svoje pacijente, izuzev da im izmjere otkucaje srca ili osjete imaju li previsoku temperaturu (Bynum, 2008). Jedno od mišljenja o tome zašto su liječnici postali ovlašteni gledati i dodirivati tijelo svojih pacijenata jest to da je taj obrat bio moguć zbog toga što su nove državne bolnice zapošljavale liječnike visokog društvenog statusa, dok je većina pacijenata koja je u njih dolazila pripadala nižim društvenim slojevima te je to uzrokovalo neravnotežu klasne moći u odnosu između liječnika i pacijenta (Armstrong, 2001; Bynum, 2008). Kod pripadnika viših slojeva društva u to je vrijeme još uvijek bila popularna konzultacija s liječnikom putem pisma (Lupton, 2003), a oni koji su si to mogli priuštiti odabrali bi i plaćali vlastitog liječnika (Spray, 2011).¹²

Uz postupno širenje tog novog tipa medicine pojavljuju se javni zdravstveni programi, pišu se popularne knjige o zdravlju te se počinju promicati osobna higijena i zdrav životni stil (Spray, 2011). Tijelo postaje „subjektom dalekosežne političke intervencije, od centraliziranih sanacija

¹² U tom pogledu, zanimljiva je bilješka zagrebačkog liječnika Milivoja Dežmana o bolnici Milosrdne braće u Zagrebu iz 1897. godine:

„Bolnica je bila mnogo više sklonište i ubožnica nego lječilište. Ugledni građani nisu nikad ni pomislili na to da bi se išli liječiti u bolnicu jer je to predstavljalo za njih najveću sramotu pa kad bi se kojem neprijatelju zaželjela najstrašnija budućnost, onda mu se reklo da će umrijeti od palancegera. Socijalnog osiguranja u to vrijeme nije bilo nego su općine plaćale za svoje nemoćne ubogare izdržavanje u bolnici. Tako se kod palancegera skupljalo iz provincije sve što nije imalo sredstava za život, pa ni dovoljno snage da prosi“ [...] (Dežman u Milčec, 1987: 171).

epidemija kuge i masovnih programa cijepljenja na početku 18. stoljeća do početka bilježenja statističkih podataka o mortalitetu pri kraju 18. stoljeća“ (Spray, 2011: 83). Politička intervencija primjetna je i u Hrvatskoj gdje se na teritoriju pod vlasti Habsburške Monarhije godine 1894. godine donosi zakon kojim se detaljnije propisuje organizacija javne zdravstvene službe s namjerom da se postigne cjelovit nadzor nad zdravljem svih stanovnika (Zrinščak, 2007: 195).

Zbog spomenutog inzistiranja na redukcionizmu i usredotočenosti na tjelesne procese (Kleinman i Seeman, 1999), na Zapadu prevladava ideološka tvrdnja da je biomedicina u potpunosti objektivna i neovisna od društva i kulture unutar kojih djeluje te da je naspram njih neutralna (Gordon, 1988). Time se zanemaruje način na koji biomedicina i biomedicinsko znanje odražavaju (i oblikuju) šire religijske, društvene, kulturne i političke struje unutar određene zajednice, dok istovremeno stvaraju ideološki okvir koji ih ograđuje upravo od tih utjecaja i takvog utjecanja (Lock, 1988). Bez obzira na pokušaj brisanja kulturnog i društvenog konteksta iz biomedicinske prakse, antropološka istraživanja medicinu shvaćaju kao kulturnu kategoriju (Brenko et al., 2015: 11). Načini na koje različiti medicinski sustavi definiraju bolesti dio su sustava simboličnih vrijednosti unutar pojedinih kultura što pomaže u razumijevanju semantičkog sustava kultura unutar kojih se prakticiraju (Brenko et al., 2015: 11). Svi medicinski sustavi imaju svoje klasifikacije bolesti i liječenja te na isti način biomedicina predstavlja „semantički sustav čije su teorije povijesno i kulturno određene“ (Brenko et al., 2015: 11).

Primjerice, jedan od dominantnih filozofskih smjerova u doba prosvjetiteljstva bio je naturalizam čiji je cilj bio pokušati proniknuti u istinu o svijetu (Shermer, 2017). Pobornici naturalizma smatrali su se da se objektivnu istinu može pronaći u prirodi i prirodnim zakonima te da je sve što se percipira kao izvan okvira tih zakona neprirodno, nelegitimno (Shermer, 2017) i potencijalno podložno pravnoj i institucionalnoj korekciji i kontroli (Foucault, 1980). Takav razvoj naturalističkog razmišljanja o svijetu koji je postao popularan u 18. i 19. stoljeću u velikom dijelu Europe i SAD-a (Shermer, 2017), utjecao je na razvoj medicine utemeljene na znanosti, objektivnosti i tjelesnosti, a posljedično i redefiniranja odnosa između liječnika i pacijenata. Liječnicima postaju visokoobrazovani pojedinci primarno iz viših slojeva društva koji imaju pravo dirati tijela svojih pacijenata od kojih mnogi i dalje pripadaju nižim slojevima društva u društvenoj stratifikaciji tog doba. Zbog naglaska na tijelu kao glavnom izvoru i dokazu bolesti, sociokulturni

i osobni konteksti pojedinaca, čije je tijelo izloženo medicinskom pogledu i dodiru, imaju sporednu ulogu u biomedicinskoj analizi. Međutim, medicinski pogled nije ograničen samo na tijelo i bolest, već se postepeno širi i obuhvaća čitavo društvo i društvene procese te postaje dio Foucaultove biopolitike (Keller, 2018). Time biomedicina u praksi postaje dio širih društvenih diskursa, političkih orijentacija i ideologija te je kroz povijest u jednakoj mjeri na njih utjecala kao što je i bila pod njihovim utjecajem, bez obzira na to što je u svojim začecima definirana kao oblik medicine koji je usredotočen isključivo na tijelo kao objekt svojeg proučavanja i na prirodne zakone koji ga određuju.

3.2. Bioetika i prava pacijenata

Spomenuta hijerarhija i asimetričnost odnosa između liječnika i pacijenta počinju se značajno propitivati i postaju temom promišljanja nakon Drugog svjetskog rata, nakon što su brojni medicinski zločini došli na svjetlo javnosti (Weindling, 2005). Kroz pravne dokumente kao što su Nuremberški kodeks (1947), Opća deklaracija o ljudskim pravima (1948), Ženevska deklaracija (1948) i Međunarodni pakt o građanskim i političkim pravima (1966), stvaraju se temelji za prava pacijenata (Weindling, 2005; Frewer, 2010). Jedna je od velikih promjena druge polovice 20. stoljeća potaknuta upravo Nuremberškim kodeksom, a odnosi se na pojavu potrebe za informiranim pristankom pacijenta prilikom medicinskog istraživanja (Weindling, 2005; Frewer, 2010; Sorta-Bilajac, 2011). Za razliku od uobičajenog pristanka na liječenje, informirani pristanak podrazumijeva da liječnik pacijentu kaže sve potrebne informacije o pacijentovom zdravstvenom stanju i predloženom medicinskom postupku (uključujući njegovu svrhu, rizike, koristi i alternative) na način da to pacijent razumije (Nelson-Marten i Rich, 1999). U prvoj točki Kodeksa spominje se dobrovoljni pristanak ljudskog subjekta na istraživanje koji podrazumijeva da subjekt, između ostalog, bude informiran te da ima dovoljno znanje i shvaćanje istraživanja koje će se nad njim vršiti (Weindling, 2004). Godine 1964. Helsinška deklaracija proširuje definiciju pristanka iz Nuremberškog kodeksa dodavši joj obvezu da se ljudske subjekte mora u potpunosti informirati o „ciljevima istraživanja, izvorima financiranja istraživanja, potencijalnim konfliktima te rizicima istraživanja“ (Fischer, 2006: 70).

S obzirom na to da se i Nuremberški kodeks i Helsinška deklaracija odnose na informirani pristanak osoba koje sudjeluju u medicinskom istraživanju, značenje informiranog pristanka proširilo se s medicinskog istraživanja na čitavu medicinsku praksu tek u američkoj pravnoj sferi 1950-ih godina (Faden i Beauchamp, 1986; Berg et al., 2001). Unutar zakonske prakse, pojam „informirani pristanak“ prvi se put službeno koristi 1957. godine u SAD-u tijekom sudskog procesa Salgo protiv Leland Stanford Jr. u kojem je Salgo tužio svoje liječnike zbog toga što nije bio unaprijed informiran o rizicima određene medicinske procedure uslijed koje je ostao paraliziran u donjem dijelu tijela (Faden i Beauchamp, 1986; Berg et al., 2001). Nakon slučaja Salgo, informirani je pristanak bio predmetom još nekoliko sudskih tužbi, od kojih se ključnima za daljnju zakonsku razradu potrebe za informiranim pristankom smatraju slučajevi Natason protiv Klina i Mitchell protiv Robinsona iz 1960. godine (Berg et al. 2001). Kao i u slučaju Salgo, oba su se slučaja ticala negativnih posljedica na zdravlje zbog nedovoljne informiranosti o medicinskom postupku (Berg et al. 2001). Za razliku od pravne, unutar sfere medicinske prakse teže je pratiti razvoj informiranog pristanka te se empirijske studije o praksama informiranog pristanka unutar bolnica počinju provoditi kasnih 1960-ih, najvjerojatnije potaknute izvještajima iz pravne struke (Faden i Beauchamp, 1986). Tek se 1970-ih godina primjena informiranog pristanka počela širiti i češće prakticirati i izvan SAD-a (Beauchamp, 2011).

Od 1970-ih nadalje bioetika sve češće zamjenjuje medicinsku etiku koju se počinje smatrati nedostatnom za nošenje s biomedicinskim izazovima druge polovice 20. stoljeća (Jonsen, 2003). Osim novih medicinskih postignuća, kao što su transplantacija organa, kloniranje, genetski inženjering, umjetna oplodnja i slične medicinske intervencije koje su tražile nove etičke okvire (Evans, 2011), na nastanak bioetike utjecalo je i za postmodernizam karakteristično propitivanje odnosa moći i razni pokreti za ljudska prava koji se javljaju u tom razdoblju (Maehle, 2011). U Americi se osnivaju pokreti grupa građana kojima je cilj bio povećanje utjecaja pacijenata na tijek liječenja te povećanje utjecaja pacijenta u odnosu između liječnika i pacijenta (Radenović et al. 2012). Tražilo se pravo „običnih građana“ da sudjeluju u raspravama o „medicinsko-etičkoj, medicinsko-pravnoj i medicinsko-političkoj problematici“ (Radenović et al., 2012: 313). Teolozi, filozofi, pravници i društveni i humanistički znanstvenici počinju se sve češće uključivati u rasprave o etičkim aspektima medicinske prakse te se širi krug onih koji imaju moć odlučivanja o tome što

je etično u medicini (Maehle, 2011). U Europi, Vijeće Europe počelo se 1980-ih baviti bioetičkim problemima te su u tom razdoblju napisane brojne smjernice vezane za bioetička pitanja, uključujući i prava pacijenata (Andorno, 2005). Aktivnosti Vijeća Europe rezultirale su Europskom konvencijom o ljudskim pravima i biomedicini koja se održala 1997. godine u Oviedu (Andorno, 2005). Na konvenciji je usvojena odredba o obvezi uvođenja informiranog pristanka tijekom bilo koje medicinske intervencije (Andorno, 2005) koju je do danas ratificiralo 26 europskih zemalja, uključujući i Hrvatsku¹³ koja ju je ratificirala 2003. godine.

Pojava i jačanje bioetike kao zamjene dotadašnjoj medicinskoj etici te početak uvođenja informiranog pristanka u medicinsku praksu popraćeno je i razvojem etičkih povjerenstava u bolnicama. U Washingtonu, DC, 1983. godine održala se prva nacionalna konferencija o institucionalizaciji etičkih povjerenstava unutar bolnica na kojoj se raspravljalo o definiciji i karakteristikama tih povjerenstava (Rosner, 1985). Do 1985. godine, više od 60 % američkih bolnica osnovalo je svoje etičko povjerenstvo (Hoffman, 1993). U Europi, osnivanje etičkih povjerenstava i daljnja institucionalizacija bioetike počinje nešto kasnije, oko 1990-ih godina (Steinkamp et al., 2007), a u Hrvatskoj se 1997. godine postavljaju zakonski temelji i definicija bolničkog etičkog povjerenstva (Steinkamp et al., 2007). Etička povjerenstva dodatno su pridonijela daljnjem razvoju misli o položaju pacijenata unutar bolnica jer je u središtu interesa etičkih povjerenstava pravo pacijenta da s liječnikom donosi odluke o vlastitom zdravlju, da bude dovoljno informiran te da se poštuje konačna odluka pacijenta o tijeku liječenja (Bartholome, 1994). Zbog toga što ne postoji idealna situacija, pretpostavka je da se svaka etička odluka donosi putem otvorene rasprave i dijaloga između pacijenta i liječnika (Bartholome, 1994).

No, početak promišljanja odnosa između liječnika i pacijenta u pravno-etičkom okviru u Hrvatskoj počinje i prije nego što su usvojeni zakonski temelji za bolničko etičko povjerenstvo. Godina 1985. važna je za razvoj bioetike u Hrvatskoj i to zbog dvaju događaja. Te se godine pokreće nastava medicinske etike u sklopu kolegija Interna medicina na Medicinskom fakultetu u Splitu (Rumboldt, 2013) i osniva se prvi Centar za bioetiku u Zagrebu (Tomašević, 2013). Međutim, smatram važnim naglasiti već prije u tekstu spomenutu razliku između medicinske etike i bioetike po kojoj je

¹³ Izvor: https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164/signatures?p_auth=rilnvDy2
[Datum pristupa: 28.04.2019.]

zapravo bioetika novi oblik medicinske etike kojem je cilj zamijeniti „staru“ medicinsku etiku (Šegota, 2012). Tako se 80-ih godina prošlog stoljeća u kurikulumu medicinskih fakulteta u Hrvatskoj uvodi dotad slabo zastupljena medicinska etika (Šegota, 2012; Rumboldt, 2013), a od 1990-ih nadalje govori se i o uvođenju nove medicinske etike ili bioetike (Šegota, 2012).

Razlika između medicinske etike i bioetike je u počecima nejasno definirana (Šegota, 2012) te se bioetika ponekad poistovjećivala s medicinskom etikom (Zagorac i Jurić, 2008). Zbog toga je teško točno odrediti razdoblje institucionalizacije bioetike u Hrvatskoj. Razvoj misli o bioetici praćen je i porastom literature o bioetici koja se također počinje učestalo pojavljivati 90-ih godina prošlog stoljeća (Kantar i Svržnjak, 2007). Za daljnju institucionalizaciju bioetike ili nove medicinske etike u Hrvatskoj značajno je i osnivanje Hrvatskog bioetičkog društva 2000. godine, osnivanje Međunarodnog društva za kliničku etiku 2003. godine te osnivanje Hrvatskog društva kliničke bioetike 2005. godine (Tomašević, 2013).

Značajan za razvoj prava pacijenata u Hrvatskoj je i Zakon o zaštiti prava pacijenata (NN 69/2004)¹⁴ koji je usvojen 2004. godine. Zakon svakom pacijentu jamči jednako pravo na kvalitetnu i stalnu zdravstvenu zaštitu sukladno općeprihvaćenim stručnim standardima i etičkim načelima, u najboljem interesu pacijenta, uz poštivanje pacijentovih osobnih stavova. Tim se Zakonom dodatno definiraju prava pacijenta na suodlučivanje i obaviještenost prema kojima pacijent može prihvatiti ili odbiti terapijski postupak te ima pravo na potpunu obaviještenost o tijeku liječenja, zdravstvenim postupcima i zahvatima, mogućim prednostima i rizicima zahvata, i sl. Prethodno donošenju Zakona o zaštiti prava pacijenata, pravo na informirani pristanak bilo je tek djelomično spomenuto u „odredbama temeljnih zakonskih tekstova s područja zdravstva i sustava zdravstvene zaštite, no nigdje izričito pod tim nazivom“ (Proso, 2006: 107). Međutim, prema Zakonu o zaštiti prava pacijenata, potpunu obaviještenost (tj. sve informacije na koje prema Zakonu pacijent ima pravo) zdravstveni je radnik obavezan pružiti „na usmeni zahtjev pacijenta“ (NN 69/2004). Nadalje, Zakonom nisu propisane informacije koje bi liječnik bio dužan priopćiti, već samo one na koje bolesnik ima pravo (Sorta-Bilajac, 2011). To znači da iako u teoriji pacijent ima pravo na potpunu obaviještenost, u praksi je ne mora nužno uvijek i ostvariti osim ako je usmeno ne zatraži (Proso, 2006). Također, iako je u Zakonu određeno da pacijent ima pravo dobiti

¹⁴ Izvor: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2004_12_169_2953.html [Datum pristupa: 28.05.2023.]

informacije na način koji mu je razumljiv, u praksi je teško dokazati je li pacijent doista razumio to što mu je rečeno s obzirom na to da su pacijenti uglavnom „medicinski laici“ (Proso, 2006: 109). Stoga, iako je Zakon o zaštiti prava pacijenata izuzetno značajan za razvoja prava pacijenata u Hrvatskoj, njegova je djelotvornost u praksi ograničena (Proso, 2006).

Osim razvoja bioetike 1990-ih godina i uvođenja informiranog pristanka u zdravstvenu praksu, druge indikacije postupne promjene položaja pacijenata unutar medicinskog sustava također je moguće pratiti i kroz razvoj raznih udruga pacijenata kojih na Portalu otvorenih podataka Republike Hrvatske ima preko dvjesto¹⁵, a naglo su se počele osnivati krajem 90-ih godina prošlog stoljeća i početkom 21. stoljeća, što je vidljivo iz registara takvih udruga koji su javno dostupni na Registru udruga Republike Hrvatske¹⁶. Godine 2011. osnovana je i Koalicija udruga u zdravstvu koja trenutno ujedinjuje i predstavlja interese 72 udruge pacijenata na području čitave Hrvatske s namjerom, kao što je napisano na njihovoj službenoj internetskoj stranici, zagovaranja osnaživanja prava pacijenata.¹⁷

3.3. Postmodernističke kritike biomedicine

Uz razvoj novih pravno-etičkih okvira, na promišljanje odnosa između liječnika i pacijenta znatno je utjecao i razvoj postmodernističke misli, točnije razvoj različitih kriza reprezentacija u kojima tradicionalni načini definiranja i strukturiranja objekata u jeziku (bilo da je riječ o umjetnosti, filozofiji, društvenim znanostima ili književnosti) više nisu valjani, a kojima je zajedničko „brisanje granice između jezika i objekta zbog čega dolazi do pluralizma perspektiva i nestajanja starih podjela i granica“ (Boyne i Ratiansi, 1990: 12).

Razvoj postmodernizma započeo je krajem pedesetih godina 20. stoljeća koje su u Europi označile završetak obnove nakon Drugog svjetskog rata (Lyotard, 2005). Razvoj nije tekao istovremeno i na isti način u svim državama, zbog čega se ne može govoriti o jasno određenom početku i homogeniziranosti postmodernističkog tipa promišljanja (Lyotard, 2005). Bez obzira na takvu

¹⁵ Izvor: <https://data.gov.hr/ckan/en/dataset/popis-udruga-pacijenata/resource/1681e565-30dd-48c2-91c8-f82fb6e6677d> [Datum pristupa: 28.4.2019.]

¹⁶ Izvor: <https://registri.uprava.hr/#!udruge> [Datum pristupa: 20.12.2022.]

¹⁷ Izvor: <https://www.kuz.hr/> [Datum pristupa: 21.03.2022.]

neusklađenost, moguće je pratiti širenje postmodernizma iz Francuske šezdesetih godina 20. stoljeća u ostatak Europe i Ameriku (Butler, 2002).

Za postmodernizam tipično je promišljanje o svom znanju kao povijesno situiranom i društveno konstruiranom, a to se odnosi i na znanstvene i tzv. objektivne istine o svijetu jer niti jedno znanje nikad ne nastaje u vakumu već je odraz trenutnih povijesnih, političkih i društvenih interesa (Morris, 2000). Postmodernizam posljedično kritizira i odbacuje sveobuhvatne narative društvene organizacije koji počivaju na patrijarhatu, kolonijalizmu, heteronormativnosti i sličnim ideologijama (Fox, 2014).

Te takozvane krize reprezentacija (Boyne i Ratiansi, 1990) mogu se podijeliti na nekoliko dominantnih načina dekonstrukcije tradicionalnih podjela i ideologija. Prvenstveno je uočljiv otpor prema dominantnim i sveobuhvatnim narativima, tj. Lyotardovim „metanarativima“ kojima je cilj širenje univerzalnih istina o svijetu, svjetskoj povijesti i poretku (Butler, 2002; Lyotard, 2005). Otpor prema metanarativima odraz je porasta skepticizma i prestanka vjerovanja u objektivnost istine i mogućnost da se stvarnost, na bilo koji način, objektivno reprezentira (Butler, 2002). Kritika objektivnih reprezentacija stvarnosti podrazumijevala je bilo kakav oblik pisanog teksta i govora, uključujući i tzv. znanstvene istine koje su se dotad shvaćale kao u potpunosti objektivne (Butler, 2002). Propituje se način na koji se piše o znanstvenim istinama (Butler, 2002) te vrijednosti i ciljevi koji stoje iza svakog znanstvenog poduhvata (Bartholome, 1992). Sukladno tome, od druge polovice 20. stoljeća do danas uočljiv je i trend porasta propitkivanja autoriteta u javnim službama i javnom sektoru, uključujući i sustav javnog zdravstva (Taylor, 2009).

Posljedično, propituje se i navodna „neutralnost“ biomedicinskog znanja i biomedicinskih institucija i prakse (Leslie, 2001). Piše se o biomedicini kao o nusproduktu tzv. zapadnjačke kulture koji počiva na zapadnjačkim filozofskim tradicijama i samo je jedan od mnogih medicinskih sustava koji postoje u svijetu (Gordon, 1988) iako smo navikli doživljavati biomedicinu kao jedini „pravi“ medicinski sustav, i ona je pluralistička jer postoje mnogi oblici biomedicine u svijetu (Gordon, 1988). Međutim, ona biomedicina o kojoj najviše čitamo i slušamo zapravo su američka ili zapadnoeuropska biomedicina jer su ta dva tipa biomedicine najčešće zastupljena u literaturi i postojećim istraživanjima (Gordon, 1988).

Iako se biomedicinu često krivilo za biološki redukcionizam, ona je redukcionistička samo u teoriji, dok u praksi nastavlja oblikovati način na koji interpretiramo sebe, svoj svijet, odnose s drugima i društvom (Gordon, 1988: 19). Jedna od filozofskih tradicija koja je imala veliki utjecaj na biomedicinu i na poimanje biomedicine kao biološki redukcionističke je naturalizam koji je produkt prosvjetiteljstva i već spomenutog povijesnog zaokreta koji omogućava medicini da se odmakne od tumačenja Crkve i tumačenja bolesti kao kazne za loše ponašanje (Spray, 2011).

Naturalizam ne priznaje vjeru ili duhovno kao nešto što je istinito te se na taj način pobornici naturalizma oslobađaju osjećaja da ne upravljaju svojim djelovanjem i da postoji neki autoritet iznad njih koji je uzročnik događanja u njihovim životima (Taylor, 1985). Temelji se na ideji da postoji prirodno i istinito stanje te da postoji objektivna istina izvan nas, dok je ljudsko poimanje stvarnosti subjektivno i samim time manje točno te zbog toga stalno trebamo težiti tome da otkrijemo pravu istinu u svijetu oko nas (Taylor, 1985). Najbliže ćemo doći toj istini ako se pokušamo što više odmaknuti od naše percepcije svijeta te ako svijet oko sebe što više objektiviziramo i shvaćamo kao neutralan, a ne kao nešto što oblikuje nas i što mi, zauzvrat, oblikujemo kroz svoje shvaćanje svijeta koje je nepotpuno i neistinito (Taylor, 1985). Na sličan način biomedicina razlikuje tijelo i bolest od iskustva bolesti te se zdravlje definira kao odsustvo bolesti, odnosno odsustvo greške u tijelu koje se pak percipira kao stroj koji treba i može biti popravljen (Gordon, 1988). Samim time naše je tijelo dio onoga što je stvarno i istinito, dok je sve ostalo, uključujući naše osjećaje i percepciju, zapravo odvojeno od objektivne stvarnosti i s njom nepovezano (Gordon, 1988). Na isti se način kultura, simboli i jezik shvaćaju kao ono što nam pomaže opisati stvarnosti, ali je ne konstruiraju (Gordon, 1988). To jeziku i simbolizmu koji se koristi u biomedicini daje odliku objektivnosti i isključivo opisnu funkciju pa prema tome zdravstveni radnici samo opisuju stvarnost, što njihove riječi čini naizgled neutralnima (Gordon, 1988). S obzirom na to da naturalizam kao istinito vidi samo ono što je u prirodi i što je objektivno, to daje novu snagu tvrdnjama koje opisuju nešto kao prirodno ili racionalno time im pripisujući zapravo nepostojeći legitimitet koji proizlazi iz njihove navodne istinitosti (Gordon, 1988).

Međutim, dok je biomedicini (i liječnicima) cilj otkriti uzrok bolesti u tijelu i kako ga izliječiti, pacijentu će potencijalno važnija biti kvaliteta života tijekom i nakon liječenja te samo iskustvo bolesti i liječenja (Tsouyopoulos, 1994), upravo ono što biomedicina zanemaruje kao nevažno.

Posmodernizam stoga kao alternativu biomedicinskom promišljanju o bolesti i tijelu kao o stroju koji se može i treba popraviti postavlja iskustva pacijenata, njihove življene stvarnosti i dojmove (Morris, 2000). Fokus se s liječničke analize bolesti pomiče na pacijente i njihove narative o liječenju i bolesti te se kritizira dehumanizacija pacijenata (Tsouyopoulos, 1994; Morris, 2000). Posljedično, razvija se ideja o „holističkom liječniku“ koji istovremeno liječi, ali i poštuje pacijente te prepoznaje njihovu autonomiju u procesu liječenja (Tsouyopoulos, 1994: 269). Takvo razmišljanje predstavlja (tada) novi izazov u odnosu između liječnika i pacijenata jer od liječnika traži pristup koji nije nužno bio dio njihovog obrazovanja i prakse (Tsouyopoulos, 1994).

Kao posljedica propitivanja velikih ideologija i istinitosti znanstvenih diskursa i autoriteta, u Europi i SAD-u 1960-ih i 1970-ih pojavljuju se mnogobrojni pokreti za ljudska prava od kojih je za kritiku biomedicinu posebno značajan bio drugi val feminističkog pokreta (Butler, 2002). U fokusu je feminističke kritike biomedicine bila konstrukcija ženskog tijela kroz medicinski diskurs kao nestandardnog i slabijeg naspram muškog tijela, ali i definiranog svojim potencijalom za reprodukciju čime se iz biološke zalazi u društvenu sferu, što posljedično utječe na poimanje ženskog tijela u javnim diskursima (Lupton, 2003). Feminizam je na taj način svojom kritikom biomedicine utjecao na daljnje promišljanje o tijelu i rodu kao određenim društvenim konstrukcijama muškosti i ženskosti, ali i na raspravu o položaju ženskog, i drugih marginaliziranih tijela, unutar medicine i medicinskog diskursa, čime je dodatno potaknuo razvoj misli o pravima i položaju pacijenata (Lupton, 2003).

Za daljnja promišljanja o marginaliziranim tijelima, uključujući i žensko tijelo u biomedicini, značajan je i Harawayin pojam situiranih znanja kao kritika ideologije objektivnosti znanosti i znanstvenih tvrdnji. Haraway (1988: 581) kritizira tzv. „istine o svijetu“, dominantne diskurse koje se predstavlja kao objektivne i dokazane istine o društvenom poretku, a zapravo su dio odnosa moći koji podržavaju bjelačku, mušku i heteronormativnu sliku svijeta i odnosa u njemu te se to također odnosi i na znanost i znanstvene tvrdnje. Za Haraway (1988), sva je produkcija znanja u svojoj osnovi situirana te se iza prividne neutralne objektivnosti zapravo nalazi način gledanja na svijet i na tijela u njemu koji odražava dominante odnose moći u društvu. Taj Harawayin pogled koji u tijela upisuje značenja (npr. koja su tijela bitna, a koja ne) blizak je ideji Bourdieuovog simboličkog nasilja (Bourdieu i Passeron, 1990) – upisivanja značenja u različite društvene

skupine i pripadnike društva od strane dominantne društvene grupe čime se ta značenja legitimiziraju i dodatno podržavaju postojeću društvenu strukturu i odnose moći (Bourdieu i Passeron, 1990).

Međutim, Haraway (1991) ide i korak dalje od upisivanja značenja u tijela, tvrdnjom da su sva tijela zapravo sačinjena od značenja. Tijela su objekti znanja koja se ne rađaju nego se stvaraju i čije se granice i obrisi materijaliziraju kroz društvenu interakciju (Haraway, 1991: 208). U kontekstu biomedicine, „biološka“ tijela stvaraju se na sjecištu bioloških istraživanja, bioloških metafora i narativa, medicinskih i brojnih drugih praksi te kulturne produkcije raznih vrsta, uključujući i vizualne prikaze i fotografije ljudskih stanica i fetusa (Haraway, 1991). Takva su promišljanja o tijelima (bilo da je riječ o ženskim tijelima, biološkim tijelima, koloniziranim tijelima ili Drugima) kao o semiotičkim sustavima, odnosno mjestima proizvodnje i upisivanja značenja izravno kritiziraju naturalistička načela na kojima zapadnjačka biomedicina počiva.

Istovremeno, razvoj odnosa između liječnika i pacijenata u razdoblju nakon Drugog svjetskog rata i u postmodernom razdoblju koje je uslijedilo u Hrvatskoj teško je pratiti. Razlog je tome što ima relativno malo hrvatskih istraživanja koja iz šire društvene perspektive analiziraju medicinski sustav (Zrinščak, 2007). Nakon Drugog svjetskog rata, kada započinju intenzivne promjene u odnosu između liječnika i pacijenata unutar (bio)medicinskog sustava, Hrvatska je još uvijek dio Jugoslavije (Zrinščak, 2007). Krajem 1950-ih godina, Jugoslavija je postala jedna od najbrže rastućih europskih ekonomskih sila, imala je jaku industrijsku proizvodnju, ulagalo se u znanost, edukaciju i umjetnost (Kolešnik, 2012). Godine 1964. donosi se Kodeks etike zdravstvenih radnika Federativne Republike Jugoslavije koji navodi osnovna načela etike za zdravstvene radnike od kojih je jedno da se medicinska ispitivanja na pacijentu mogu provoditi samo ako je pacijent svjestan posljedica i ako je dao svoj pristanak (Nikolić, 2003). To načelo nalik je već spomenutom načelu Nuremberškog kodeksa (1947), a potom i načelu Helsinške deklaracije (1964) o informiranom pristanku te pokazuje usvajanje sličnih vrijednosti i u medicinskom sustavu tadašnje Jugoslavije.

Šezdesetih godina 20. stoljeća dolazi do unutarnjih političkih previranja, društvenih i ekonomskih reformi te zahtjeva za demokratizacijom, većom slobodom govora i sukobima između intelektualaca i političke elite koji kulminiraju studentskim protestima 1968. godine (Kolešnik,

2012) i zatim 1971. godine (Možejko, 1997). Time su jugoslavenski studenti pratili trend ostalih studentskih protesta u Europi i izvan nje, koji je započeo s namjerom pobune protiv postojećeg društvenog poretka, institucija, autoriteta i prevladavajućih ideologija (Habermas, 1989; Boren, 2001).

Jugoslavenski studenti propituju mogućnost postojanja „jugoslavenske utopije“, bune se protiv dominantnog političkog režima i zahtijevaju mogućnost veće kulturne autonomije i poštivanje nacionalnih tradicija (Možejko, 1997: 443). Studentski protesti iz 1968. godine smatraju se prekretnicom i začetkom brojnih društvenih pokreta koji su nakon njih uslijedili (Stojčić, 2009). Osim njih, značajni su i mnogobrojni radnički štrajkovi koji su započeli 1980-ih, a kojima je cilj između ostalog bila i promjena tzv. klasnog identiteta, odnosno poboljšanje položaja i prava radnika u Jugoslaviji (Musić, 2009). Zanimljivo je da su te i slične demonstracije koje su bile aktualne 1980-ih godina u Jugoslaviji poznate i pod nazivom „Antibirokratska revolucija“ (Musić, 2009: 161), što je jasan znak rastućeg nepovjerenja u javnu službu i tadašnji društveni i politički poredak karakterističnoga za postmodernizam.

Razdoblje između 1970-ih i 1980-ih godina smatra se početkom postmodernizma u Jugoslaviji te ga, osim pobune protiv dominantnih autoriteta, političkih struja i ideologija, karakterizira i razvoj postmodernizma u umjetnosti, arhitekturi i književnosti koji donosi veliki opseg različitih kreativnih pristupa, nove forme, nove kritike i odmak od modernosti (Možejko, 1997; Kolečnik, 2010; 2012). Godina 1978. značajna je po začetku feminističkog pokreta u Jugoslaviji koji je potaknula Međunarodna feministička konferencija održana te iste godine u Beogradu u organizaciji žena iz Beograda, Zagreba, Sarajeva i Ljubljane (Stojčić, 2009). Između ostalog, na konferenciji se također bavilo dvostrukom ulogom žene – kao radnice i kao majke zadužene za reprodukciju (Stojčić, 2009). Borilo se za ženska reproduktivna prava i za pravo na abortus kao osnovno reproduktivno pravo žena te za slobodno korištenje medicinske kontracepcije (Drezgić, 2016), što je neizbježno ostavilo traga na medicinu i prava pacijenata tog razdoblja. Feministička udruženja i pokreti na području Jugoslavije nastavili su djelovati i tijekom i nakon ratnog razdoblja, iako je rat 1990-ih ograničio njihovo djelovanje (Stojčić, 2009). Iz navedenih crtica može se zaključiti da i Hrvatsku zahvaćaju promjene tipične za postmodernu doba, uključujući i krize reprezentacija i propitivanje autoriteta, koje su zahvatile i medicinsku struku. Dolazi do dekonstrukcije i

propitivanja tradicionalnih podjela i ideologija, što je izraženo ne samo putem feminističkog pokreta i novih promišljanja o ženskom tijelu, već i kroz mnogobrojne proteste kojima je bila svrha promijeniti postojeći politički poredak i društveni poredak. Pitanje koje logično slijedi jest čime su rezultirali ti mnogobrojni protesti, demonstracije i pokreti, što se promijenilo? U idućem poglavlju pokušavam odgovoriti upravo na to pitanje.

4. SUVREMENA BIOMEDICINSKA PRAKSA U HRVATSKOJ

Pored svih dosad spomenutih karakteristika, postmoderno doba značajno je i po razvoju neoliberalizma i potrošačke kulture (Featherstone, 2007). Kad se piše o porastu potrošačkog društva te jačanju određenih ideologija i procesa, poput neoliberalizma, nije riječ o prostorno i vremenski homogeniziranim procesima koji su se svugdje odvijali u isto vrijeme i na isti način (Sassatelli, 2007). Autori koji pišu o njima najčešće spominju Sjedinjene Američke Države i zemlje koje se (ideološki) nazivaju Zapadnom Europom iz kojih su se ti procesi širili dalje i u kojima su prvenstveno nastajali, dok se tek rijetko spominju alternativni procesi i ideologije (Stearns, 2001; Featherstone, 2007; Sassatelli, 2007). Iako slika svijeta i zdravstvenog sustava nije homogena već je naglašeno pluralistička, neke od svjetskih promjena smatram važnima spomenuti upravo zbog njihovog globalnog (iako heterogenog) utjecaja na zdravstveni sustav i promjenu percepcije odnosa liječnika i pacijenata.

4.1. Pojava pacijenata potrošača u svijetu i Hrvatskoj

Neke su od tih promjena spomenuti pokreti za ljudska prava, postmodernističke teorije i promišljanja, novi pravni okviri, razvoj bioetike i informiranog pristanka, osnivanja etičkih povjerenstava i udruga pacijenata koji utječu na promjenu tradicionalnog odnosa pacijenata i liječnika. Zbog njih jača autonomija pacijenata i svijest o pravima pacijenata i njihovom utjecaju na donošenje odluka koji se tiču njihovog zdravlja ili zdravlja njihovih bližnjih. Neoliberalizam je još jedan od uzročnika promjene odnosa između liječnika i pacijenata te je doprinio privatizaciji zdravstva i stvaranju koncepta pacijenta-potrošača.

Sama ideja potrošačkog društva nije nova. Razvojem klasičnog liberalizma dolazi do kontinuiranog rasta potrošačke kulture koji je mjestimice bio usporen događajima kao što su Prvi i Drugi svjetski rat (Stearns, 2001). Klasični liberalizam gubi na snazi tijekom velike svjetske ekonomske krize i gospodarskog sloma u razdoblju između dvaju ratova te se 1980-ih godina ponovo pojavljuje u novom obliku neoliberalizma (Steger i Roy, 2010), uz određene razlike. Iz perspektive liberalizma, pojedinac posjeduje svoje tijelo i služi se njime i svojim sposobnostima da sudjeluje na tržištu rada, a u neoliberalizmu pojedinac postaje sam svoj poslovni projekt (Gershon, 2011). Svatko je poduzetnik i sam svoj menadžer, a naše vještine i osobine stalno su

podložne promjenama i nadopunama u svrhu postizanja uspjeha u neoliberalnom društvenom i poslovnom okruženju (Gershon, 2011). Za neoliberalizam ključan je pojam slobode, odnosno ideja da svaki pojedinac ima pravo na slobodu izbora, ali time na sebe preuzima i određenu razinu rizika te je sam odgovoran za svoje uspjehe i neuspjehe (Stewart i Roy, 2014). Ono što ostaje neizrečeno jest da nije za sve pojedince rizik jednako velik, nema svatko jednaku mogućnost uspjeha te su izbori koje pojedinci mogu donijeti ograničeni ovisno o okruženju i kontekstu unutar kojeg žive i djeluju (Gershon, 2011).

Osim što počiva na ekonomskim principima slobodnog tržišta unutar kojeg je svaki pojedinac odgovoran za svoj (ne)uspjeh, neoliberalizam također utječe na način na koji pojedinci percipiraju sebe, kako se uspoređuju s drugima te kako se ponašaju jedni prema drugima (Gemignani i Hernández-Albújar, 2022). U neoliberalizmu fokus više nije na društvu, jer kao što je Margaret Thatcher rekla „društvo ne postoji“, no procesi subjektivizacije i dalje su prisutni (Rasooly et al., 2020). Za Staunæsa (2010: 103), subjektivizacija se odvija na sjecištu društvenih i diskurzivnih praksi i življenih iskustava. Kroz svoju internalizaciju tog vanjskog i unutarnjeg, prepoznavamo društvene kategorije (tradicionalne kategorije kao što su rod ili seksualnost) i karakteristike prema kojima onda druge pojedince i sebe svrstavamo unutar određenih društvenih skupina (Staunæs (2010.)) Prema Foucaultu, subjektivizacija je također neodvojivo povezana s odnosom moć/znanje; naše znanje o sebi i drugima te način na koji tumačimo „istinu“ o svijetu koji nas okružuje produkt su odnosa moći koji oblikuju to naše znanje (May, 2014).

Tumačenje „istine“, odnosno tumačenje društvenih konteksta, skupina i kategorija koji nas okružuju, različito je za svakoga i ovisi o načinu na koji pojedinci, potaknuti vlastitim iskustvima i usvojenim vrijednostima, promišljaju i pregovaraju o pozicijama unutar suvremenih konteksta (Houghton, 2019). Bez obzira na to, nemoguće je u potpunosti izbjeći utjecaj (neoliberalne) sadašnjice u kojoj se nalaze (Houghton, 2019). Primjerice, u zdravstvenom sustavu novi se naglasak počinje stavljati na pravo na izbor: pravo na biranje privatnog sustava umjesto javnog, pravo na biranje zdravstvenih usluga, informiranje o kvaliteti usluga i kvaliteti pružatelja usluga, cijeni usluga, vremenu čekanja na uslugu i sl. (Lupton 1997; Collyer et al., 2015). Korisnici zdravstvenih sustava posljedično internaliziraju i reproduciraju temeljne postavke neoliberalne ideologije i unutar vlastitih zdravstvenih konteksta (Stewart i Roy, 2014). Primjerice, zdravstveni

rizik i odgovornost prebacuju se na pojedince, korisnici zdravstvenih sustava natječu se jedni s drugima za najbolju uslugu i resurse unutar tog sustava, naglasak je na uštedi vremena jer se uštedom vremena smanjuje trošak i sl. (Rasooly et al., 2020). To sam prepoznala i u razgovorima sa svojim sugovornicima o njihovim iskustvima u javnom zdravstvenom sustavu te ću se kasnije u radu osvrnuti na takve primjere.

Institucije koje su općenito snažno utjecale na širenje neoliberalizma u svijetu su Svjetska banka i Međunarodni monetarni fond (Steger i Roy, 2010). Svjetska banka je 1987. godine počela provoditi reformu zdravstvenog financiranja koju je usmjeravala prema privatizaciji zdravstvenih usluga i državnih zdravstvenih institucija (Vržina, 2008). Izvještaj Svjetske banke o ulaganju u zdravstvo iz 1993. godine „proklamira i potiče razvoj sustava privatnog osiguranja, privatizaciju javnih usluga, tržišno nadmetanje i usmjeravanje na primarnu zaštitu i prevenciju“ (Vržina, 2008: 1006). Privatizacijom zdravstva, zdravlje postaje ekonomski interes, a sustav zdravstva postaje profitabilno tržište (Feo, 2008). Zdravlje također postaje odraz samoodgovornosti pojedinaca, njihove samokontrole i ulaganja u same sebe te time „zdravim“ pojedincima uvećava njihovu vrijednost (Rasooly et al., 2020) To je važno za razvoj odnosa između liječnika i pacijenata zato što, s jedne strane, pacijent kao potrošač (tj. kupac usluga) dobiva određenu moć, a s druge strane, paradoksalno i sam pacijent postaje roba na tržištu te kao takav ima određenu tržišnu vrijednost i ima ili nema monetarnu moć da na tom tržištu sudjeluje, što ga opet stavlja u nepovoljan položaj. Također, prebacivanjem rizika i odgovornosti na potrošače (ovom slučaju pacijente) zanemaruju se svi socioekonomski čimbenici (svi kapitali i odnosi moći) koji također utječu na položaj i svakodnevnicu potrošača, a nisu pod njihovom kontrolom. Stoga, iako je pravo na izbor osnovica neoliberalne ideologije (Stewart i Roy, 2014), osim pitanja monetarne moći (tj. Bourdieuovog ekonomskog kapitala) koja može ograničiti nečije sudjelovanje u tržištu zdravstvenih usluga, izbor dostupan potrošaču zdravstvenih usluga ograničen je i drugim parametrima. Bourdieuov teorijski okvir u ovom slučaju može poslužiti i za isticanje potencijalnih prepreka potrošačkom izboru. Takve su, primjerice, razlike u količini kapitala koji imaju legitimitet i važnost u polju medicinske prakse, razlike u dostupnosti medicinskog znanja i informacija među potrošačima te razlike u količini znanja o sustavu javnog zdravstva i njegovom funkcioniranju (Willis et al., 2016).

Bitan je i sam kontekst zdravstvenog sustava koji se razlikuje od zemlje do zemlje, pa čak i od regije do regije, njegova organizacija, pristupačnost, cijene pojedinih usluga te dostupnost informacija i korisnost tih informacija za društvene, kulturne i zdravstvene potrebe potrošača (Collyer et al., 2016: 2). Osim utjecaja koji na izbor ima struktura sustava, u novom neoliberalnom društvu i zdravstvenom sustavu, pacijenti nisu jedini koji imaju veće pravo na izbor nego prije — veće pravo imaju i zdravstveni radnici, ali i zdravstvene institucije i organizacije (Collyer et al., 2016). U takvom zdravstvenom sustavu, liječnici opće prakse postaju tzv. vratari (engl. *gatekeepers*) u onim javnim zdravstvenim sustavima koji se na njih oslanjaju u kontroliranju zdravstvenih troškova putem ograničavanja količine dijagnostičkih testova i količine pacijenata koje propuštaju dalje u sustav (Bíró, 2013; Collyer et al., 2016). Brišu se čvrste granice između privatnog i javnog sektora, a veliki broj liječnika istovremeno radi u javnim zdravstvenim ustanovama i privatnim klinikama (Rasooly et al., 2020).

Trend neoliberalizma utjecao je i na javno zdravstvo u Jugoslaviji, a nakon raspada Jugoslavije i na javno zdravstvo u Hrvatskoj. Zdravstvena se zaštita nakon Drugog svjetskog rata u Jugoslaviji dijeli na tri tipa: javnu zdravstvenu službu koja obuhvaća sve zdravstvene ustanove koje su bile u državnom vlasništvu, zdravstvenu službu socijalnog osiguranja i privatnu praksu (Zrinščak, 2007b). Privatna praksa u tom smislu nije bila potpuno samostalna i odvojena od države jer su mnoge privatne prakse imale ugovor sa socijalnim osiguranjem i mnogi su liječnici iz javnih zdravstvenih ustanova nakon završetka radnog vremena išli raditi u privatne prakse (Zrinščak, 2007). Zbog ekonomskih poteškoća, 1960-ih godina dolazi i do krize financiranja zdravstva te jača državni utjecaj na sustav zdravstva (Zrinščak, 2007). Dotad je zdravstveni sustav bio centraliziran na razini Jugoslavije, a u 60-im godinama prošlog stoljeća sustav je decentraliziran te se nadležnosti nad zdravstvenim sustavom prebacuju na razinu pojedinih država (Zrinščak, 2007).

Do većih promjena ponovo dolazi 1980-ih godina kada se aktivno radi na reformama koje bi omogućile Jugoslaviji da izađe iz ekonomske krize koja je počela 1960-ih godina (Ivčić et al., 2017). Kao moguće rješenje, Svjetska banka preporučuje „prelazak na tržišnu ekonomiju, ukidanje samoupravljanja i privatizaciju, odnosno promjenu vlasništva s društvenog u privatno“ (Ivčić et al., 2017: 106). Istovremeno Svjetska zdravstvena organizacija na konvenciji organiziranoj 1978. godine zagovara potpuno drugačiji pristup od Svjetske banke – cjelovitu primarnu zdravstvenu

zaštitu dostupnu svima (Ivčić et al., 2017). Uz konvenciju Svjetske zdravstvene organizacije, iz tog su razdoblja važna još dva dokumenta koja podržavaju stav izražen na konvenciji: Lalondov izvještaj i Povelja iz Ottawe koji „diljem svijeta uvode shvaćanje zdravlja ne samo kao biološke kategorije, nego naglašavaju važnost razvijanja komplementarnih zdravstvenih, socijalnih, obrazovnih i ekonomskih politika“ (Ivčić et al., 2015: 107, 108). Tako s jedne strane u tom razdoblju postoji namjera štednje, privatizacije i ograničavanja dostupnosti zdravstva, a s druge se strane pak radi na cjelovitim zdravstvenim sustavima koji uključuju više od samo fizičkog zdravlja (Ivčić et al., 2017).

Ipak, 1989. godine zemlje srednje i istočne Europe odlučuju provesti reforme zdravstva u skladu s preporukama Međunarodnog monetarnog fonda i Svjetske banke (Steger i Roy, 2010). U zdravstveni sustav uvodi se ekonomska terminologija, radi se na uvođenju tržišnih instrumenata, uvode se dopunsko, dodatno i privatno zdravstveno osiguranje te djelomično sudjelovanje korisnika zdravstvenog sustava u njegovom financiranju (Steger i Roy, 2010). Prije ovih promjena zdravlje se prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije smatralo „stanjem potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja“ (Steger i Roy, 2010: 115). Nakon reformi, zdravlje postaje potrošno i kapitalno dobro te se o zdravstvu počinje govoriti kao o sustavu ponude i potražnje (Steger i Roy, 2010).

Od 1990. godine nadalje, s djelomičnom pauzom zbog Domovinskog rata, radi se na daljnjoj privatizaciji hrvatskog zdravstva i na povećanju sudjelovanja korisnika u cijeni zdravstvenih usluga (Steger i Roy, 2010), što se može vidjeti i iz reformi koje su uslijedile. Prva reforma zdravstva počela je 1990. godine s namjerom uvođenja boljeg i centraliziranog sustava financiranja zdravstva (Broz i Švaljek, 2014). Iduća je reforma započeta 1993. godine te se osniva Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje koji preuzima ulogu odlučivanja o financiranju javnog zdravstva i smanjuje se broj zdravstvenih usluga koje pokriva obavezno zdravstveno osiguranje (Broz i Švaljek, 2014). Također se uvodi mogućnost da se ne sudjeluje u javnom sustavu zdravstvenog osiguranja, već da se umjesto toga zdravstveno osiguranje kupi kod privatnika (Vončina et al., 2006)¹⁸. Nakon te reforme raste popularnost privatnog zdravstvenog osiguranja i pružatelja privatne zdravstvene skrbi (Vončina et al., 2006). No, 2001. godine Ministarstvo zdravstva javno je obznanilo da

¹⁸ Ta je mogućnost ukinuta 2002. godine (Vončina et al., 2006)

hrvatski javnozdravstveni sustav i dalje ima financijske i strukturalne probleme (Vončina et al., 2007). Iduća značajna reforma uslijedila je 2002. godine Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju koji je tada stupio na snagu (Broz i Švaljek, 2014). Cilj je novog Zakona bio dodatno smanjiti broj zdravstvenih usluga pokrivenih obveznim zdravstvenim osiguranjem (Broz i Švaljek, 2014). Zato se uvodi dopunsko osiguranje s ciljem smanjenja razlike između cijene zdravstvene usluge i dijela troška koji pokriva HZZO (Broz i Švaljek, 2014) te se dodatno smanjuje najniža po zakonu obavezna naknada za bolovanje (Zrinščak, 2007).

Financijske poteškoće javnozdravstvenog sustava nastavile su se te je 2006. godine uslijedila nova reforma (Broz i Švaljek, 2014). Lijekovi se otad dijele na dva tipa – one koji su pokriveni obveznim zdravstvenim osiguranjem i one koji se moraju doplatiti (Broz i Švaljek, 2014). Reforma iz 2008. godine uvela je brojne dodatne izvore financiranja javnog zdravstva, primjerice povisila je cijenu zdravstvenih usluga za one građane koji nisu kupili dopunsko zdravstveno osiguranje, što je potaknulo porast broja osoba koje su ugovorile dopunsko zdravstveno osiguranje (Broz i Švaljek, 2014). Cijena dopuskog osiguranja prestala je biti ista za sve korisnike javnog zdravstvenog sustava, a doprinose za obvezno zdravstveno osiguranje više nisu morali plaćati samo zaposleni već ih po promjenama uvedenima novom reformom počinju plaćati i umirovljenici (Broz i Švaljek, 2014). Umirovljenici su plaćali najnižu mjesečnu svotu od 50 kuna za dopunsko zdravstveno osiguranje, dok su najvišu svotu od 130 kuna plaćale osobe s neto plaćom ili mjesečnim primanjima iznad 5.108 kuna (Broz i Švaljek, 2014).

Provedene reforme i promjene koje su uvedene jasno ukazuju da se od 1990-ih radi na privatizaciji zdravstva (Ivčić et al., 2015) te se svakako može i treba govoriti o razvoju pacijenata-potrošača i trendu privatizacije i u kontekstu hrvatskog zdravstva. Priča o privatizaciji zdravstva može se uklopiti u širi kontekst sveopće privatizacije u Hrvatskoj, odnosno prijelaza iz socijalističkog samoupravljanja na tržišnu ekonomiju koji se odvio početkom devedesetih kao popratni rezultat promjene političkog ustroja i ekonomije (Rubić, 2013). Isto se tako potreba za restrukturiranjem zdravstva, „rezanjem“ troškova i povećanjem učinkovitosti zdravstvenog sustava može povezati sa sveopćim trendom „ekonomske paradigme liberalno-kapitalističkog sustava“ (Biti i Škokić, 2017: 15) koji je utjecao na sve javne i privatne institucije i sektore u Hrvatskoj i koji svojom „korporativističkom logikom“ zagovara povećanje učinkovitosti i profitabilnosti u svim aspektima

javnog i privatnog života – uključujući i zdravstvo (Biti i Škokić, 2017:14). Time se vraćamo na problem dehumanizacije zdravstva u kojem su svi sudionici u zdravstvenom sustavu, a to uključuje i liječnike i pacijente, podložni potrošačkim ideologijama.

Postmoderno doba stoga je značajno zbog tri glavne karakteristike vezane za promjenu položaja pacijenata i razvoj odnosa između liječnika i pacijenata. Prva je jačanje prava pacijenata kao reakcija na medicinske zločine i nepravde počinjene tijekom Drugog svjetskog rata, drugi je slabljenje moći i legitimiteta institucija i autoriteta kao posljedica postmoderne kritike i protesta, a treći je pojava pacijenata-potrošača i zdravstvenog sustava kao tržišta.

4.2. Internetska medicina i digitalna transformacija zdravstvenih sustava

Od kasnih 1990-ih do ranih 2000-ih nova tehnologija, a time se primarno misli na internet, zauvijek mijenja odnos između autora, čitatelja i teksta (Kirby, 2015). Drugim riječima, internet otvara mogućnost da konzumiramo kulturne produkte na nov način i stvara osjećaj da sami kontroliramo i upravljamo našom konzumacijom tog kulturnog produkta (Kirby, 2015). Čitajući informacije na internetu, prestajemo biti samo pasivni čitatelji jer nam internet omogućava da stvaramo svoje stranice, dijelimo pročitane informacije s velikom količinom ljudi istovremeno te i sami sudjelujemo u stvaranju sadržaja na internetu (Kirby, 2015). Dok je postmodernizam doveo u pitanje objektivnost stvarnosti, u doba poslije postmodernizma mjerilo stvarnosti postaje osoba i njezine interakcije s tekстом koji je okružuje (Kirby, 2015).

U 21. stoljeću internet je postao neizostavan izvor informacija i pružateljima zdravstvene skrbi i onima koji se njome koriste (Coulter i Magee, 2003). Zauvijek je promijenio način prikupljanja i dijeljenja informacija u zdravstvenom sustavu. Proces zamjene papirnatih podataka i bilješki o pacijentima s digitalnim podacima i bilješkama započeo je 1990-ih (McLoughlin et al., 2017). Ciljevi informatizacije bili su omogućiti bržu i efikasniju razmjenu informacija između različitih biomedicinskih institucija i zdravstvenih radnika i time povećati učinkovitost pružanja zdravstvene skrbi (Tresp et al., 2016).

Izuzev toga, jedan od glavnih ciljeva digitalizacije jest pružanje mogućnosti pacijentima da lako dođu do svojih podataka unutar zdravstvenog sustava čime im se omogućava veće znanje i nadzor nad vlastitim stanjem i iskustvima liječenja (McLoughlin et al., 2017). Osim samog pristupa

informacijama, internet također omogućuje razmjenu informacija i iskustava među pacijentima na forumima i online grupama za pomoć. Zbog toga, kao i u odnosu između čitatelja i teksta koji se u razdoblju nakon postmoderne mijenja jer čitatelj istovremeno može utjecati i na tekst, pacijenti prestaju biti samo pasivni primatelji zdravstvenih informacija i počinju ih i sami reproducirati i konstruirati (Lupton, 2003).

Dok se devedesetih u Hrvatskoj stvara prva baza pacijenata-potrošača, a zdravstveni se sustav djelomično privatizira, 1992. godine u Hrvatskoj se uvodi „hrvatska akademska i istraživačko računalna komunikacijska mreža, utemeljena na IP protokolu i njezina poveznica na globalnu mrežu Internet“¹⁹ čime počinje utjecaj interneta i u Hrvatskoj. Prema podacima Državnog zavoda za statistiku Republike Hrvatske, 2007. godine pristup internetu imalo je 41 % kućanstava²⁰, 2009. godine pristup internetu imalo je 50 % kućanstava²¹, 2013. godine pristup internetu imalo je 65 % kućanstava²², a 2017. godine taj je postotak porastao na 76 %²³. Ovi podaci ukazuju na to da je od uvođenja interneta 1992. godine bilo potrebno petnaest godina da postotak kućanstava s internetom naraste do 41 %, nakon čega slijedi ubrzani rast u idućih deset godina. Javno zdravstvo u Hrvatskoj također prati trend informatizacije prisutan i u drugim javnozdravstvenim sustavima. Informatizacija zdravstva u Hrvatskoj započela je 2002. godine s projektom informatizacije primarne zdravstvene zaštite (Petrovečki, 2004). Godine 2004. Europska unija započela je Akcijski plan e-zdravstva koji je još uvijek aktualan i kojem je namjera unaprijediti usluge e-zdravstva, odnosno potaknuti daljnju informatizaciju zdravstva svih zemalja članica, uključujući i Hrvatsku (Ostojić et al., 2012). Trend informatizacije u hrvatskom zdravstvu nastavlja se i dalje, a jedan je od općih ciljeva Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo „ojačati zdravstveni sustav putem projekata informatizacije zdravstva kao glavne potpore provedbi Nacionalne strategije zdravstva 2012. - 2020.“²⁴

Uz promjene započete kasnih 1990-ih godina, ovakvi podaci također ukazuju na pojavu interneta kao čimbenika koji utječe na odnos između liječnika i pacijenata u Hrvatskoj. Dok su tradicionalno

¹⁹ Izvor: <https://www.srce.unizg.hr/povijest-srca/25-g-interneta-u-RH>, [2.4.2020.]

²⁰ Izvor: https://www.dzs.hr/Hrv/publication/2008/2-1-11_1h2008.htm, [2.4.2020.]

²¹ Izvor: https://www.dzs.hr/hrv/publication/2009/2-1-9_1h2009.htm, [8.8.2020.]

²² Izvor: https://www.dzs.hr/hrv_eng/publication/2013/02-03-02_01_2013.htm, [8.8.2020.]

²³ Izvor: https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2017/02-03-02_01_2017.htm, [8.8.2020.]

²⁴ Izvor: <https://www.hzzo.hr/o-zavodu/>, [15.03.2022.]

liječnici bili ti koji su odlučivali o tome koje će informacije koje se tiču zdravlja podijeliti s pacijentima, sad su pacijenti ti koji imaju mogućnost doći liječnicima s informacijama koje su prethodno sami pronašli na internetu (Hesse et al., 2005).

Time se mijenja osnova odnosa između liječnika i pacijenta u kojem novu ulogu posrednika igra tehnologija (Rohm, 2010). Na taj način internet briše granicu između tradicionalnog medicinskog znanja, potrošačkog znanja i alternativnog medicinskog znanja te predstavlja izazov kontroli informacija od strane liječnika i medicinskih institucija (Lupton, 2003). Internet također pacijentima pruža mogućnost da brzo razmijene velike količine informacija, dok anonimnost foruma omogućava recenziranje i kritiziranje određenih liječnika, medicinskih proizvoda, zahvata i usluga bez straha od ozbiljnijih posljedica (Lupton, 2003).

Recenziranje liječnika samo je nusproizvod sveopćeg trenda internetskog recenziranja raznih usluga i proizvoda koji daje potrošačima još veći utjecaj i moć sadašnjem dobu potrošačke kulture i neoliberalizma (Stearns, 2001). Javne su recenzije tako rezultat postupnog razvoja internetskih platformi usmjerenih upravo potrošačima i njihovim iskustvima s kupljenim proizvodom ili uslugom, bilo da je riječ o *online* ili *offline* transakciji (Rothenfluh i Schulz, 2017). Primjer takve platforme za recenziranje liječnika i zdravstvene usluge u Hrvatskoj je stranica *Najdoktor* na kojoj korisnici mogu anonimno komentirati i ocjenjivati liječnike. Iako korisnicima daju mogućnost da podijele svoje zadovoljstvo ili nezadovoljstvo uslugom i liječnicima s velikom količinom drugih korisnika, potencijalan problem stranica za recenziranje i ocjenjivanje zdravstvenih radnika kao što je *Najdoktor* upravo je razlika između pacijenata i liječnika po pitanju količine medicinskog znanja i iskustva (Rothenfluh i Schulz, 2017).

Dok pacijenti mogu procijeniti infrastrukturu, organizaciju i interpersonalne vještine zdravstvenih radnika, upitno je do koje mjere pacijenti bez ili s malo medicinskog znanja mogu procijeniti vještine i znanje liječnika (Rothenfluh i Schulz, 2017). Recenzije su na portalu *Najdoktor* anonimne, osim ako autor recenzije ne želi napisati svoje ime i prezime. U slučaju negodovanja liječnika brišu se komentar ili profil liječnika s portala²⁵. Profil liječnika ne mora biti dodan na

²⁵ Izvor: <https://najdoktor.com/pravila-i-uvjeti>, [Datum pristupa: 28.12.2022.]

portal od strane samog liječnika, već ga može dodati bilo koji korisnik stranice²⁶, čime se automatski otvara mogućnost da se tog liječnika ili liječnicu komentira i ocjenjuje.

Ta je anonimnost istovremeno i pozitivna i negativna strana interneta. S jedne strane, na internetu je mnogo teže uočiti „obilježja ličnosti i društvenih uloga“ koja su prisutna u „materijalnom svijetu“ (Donath, 2004: 125), dakle ono što bi Bourdieu nazvao habitusom i raznim oblicima kapitala. S druge strane upravo ta djelomična anonimnost i mogućnost ponovnog stvaranja ili skrivanja vlastitog identiteta omogućavaju gotovo pa neograničenu slobodu govora i širenje informacija, ali i lažno predstavljanje, *trolanje*, *spemanje*, širenje krivih informacija i sl. (Donath, 2004: 125).

Različite interesne skupine (bilo da je riječ o farmaceutskim tvrtkama, vladinim i nevladinim organizacijama, skupinama pacijenata i sl.) također koriste internet za promociju svojih stavova i ciljeva te se ponekad ne slažu jedni s drugima oko toga koji je pristup određenom zdravstvenom problemu najbolji ili najpoželjniji (Savage et al., 2014). Treba također imati na umu da nisu svi internetski izvori neprofitni, odnosno da različite stranice koje nude medicinske informacije imaju raznolike motive za, primjerice, isticanje samo određenih oblika tretmana ili lijekova (Savage et al., 2014). Na primjer, WebMD, jedna od stranica koje nude medicinske informacije, zarađuje na reklamama određenih lijekova, dok neprofitna stranica American Medical Association izravno zabranjuje reklamiranje bilo kakvih farmaceutskih proizvoda na svojoj stranici (Savage et al., 2014: 98).

Internetska komunikacija i umreženost rezultirali su boljom informiranošću pacijenta, ali i porastom osjećaja nepovjerenja i straha te su stvorili novi oblik virtualne ekonomije koji se bazira na prodaji usluga i iskustava, savjeta i informacija. Posljedično, konzumerizam je prisutan u svim sferama javnog života, uključujući i javno zdravstvo (Coulter i Magee, 2003), a ljudi su manje voljni vjerovati stručnjacima i osobama na poziciji autoriteta te su nezadovoljstvo i kritike zdravstvenog sustava u porastu (Coulter i Magee, 2003). Još jedna negativna strana interneta je ta što je pun netočnih ili nepotpunih informacija te je korisnicima interneta bez medicinskog znanja teško razaznati točne od netočnih informacija, što dovodi do problema u liječenju (Baran i

²⁶ Izvor: <https://najdoktor.com/doktori/dodaj>, [Datum pristupa: 28.12.2022.]

Beauchamp, 2017). Stoga, iako internet može pacijente učiniti bolje informiranima i pripremljenijima za razgovor s liječnikom, postoji mogućnost da se liječnici osjećaju kao da je dinamika odnosa moći između liječnika i pacijenata narušena te će negativno reagirati na pacijente koji dođu već informirani o svojoj bolesti i mogućim terapijama (Baran i Beauchamp, 2017).

Također, na utjecaj odnosa između liječnika i pacijenta, osim spomenutog, utječe i sve češći trend javnog nezadovoljstva zdravstvenim sustavom, liječnicima i biomedicinom, iako su u 21. stoljeću, tzv. zapadna društva zdravija nego ikad prije (Lupton, 2003). S jedne se strane liječnike kritizira zbog njihove „medicinske moći“ koju koriste da bi kontrolirali pacijente, a s druge strane i dalje prevladava mit o liječnicima kao o svemogućim bićima (Lupton, 2003: 1). Takav je podijeljeni stav dijelom moguće objasniti kao posljedicu spomenutih utjecaja koji su promijenili tradicionalan biomedicinski model odnosa liječnika i pacijenta, pogotovo kad je riječ o internetu. No za rastuće nezadovoljstvo postoji još nekoliko sveprisutnih razloga: porast troškova koji se većinom financiraju iz javnih resursa, nejednaka dostupnost zdravstvene skrbi različitim društvenim grupama, starenje populacije i smanjenje radno sposobne populacije, napredak znanosti u medicini zbog koje se pojavljuju nova etička pitanja te porast educirane i informirane populacije koja zahtijeva više standarde zdravstvene skrbi (Coulter i Magee, 2003: xii, xiii). U knjizi „Hrvatska u 21. stoljeću: zdravstvo“ izdanoj 2002. godine od strane Ureda za strategiju razvitka Republike Hrvatske može se naći slična informacija:

Poticaji transformacije zdravstvenih sustava nisu samo tehnološki već i sociološki. Korisnici i plaćatelji zdravstvenih usluga sve su osjetljiviji na učinkovitost i traže medicinu baziranu na činjenicama, odnosno dokazano učinkovite zdravstvene usluge. Sve veća informiranost korisnika daje im sve aktivniju ulogu u odabiru liječenja, čime se transformira klasičan odnos liječnika-terapeuta i pacijenta. Liječnici moraju biti spremni na nove uloge, liječnici i pacijenti postaju partneri u ostvarenju zdravlja. (2002: 60)

Stoga, kao i na svjetskoj razini tako i u Hrvatskoj, od 1990-ih godina nadalje možemo govoriti o razvoju pacijenata-potrošača koji prestaju biti samo pasivni primatelji informacija već pomoću interneta dobivaju mogućnost da sami sebe podučavaju i informiraju te da javno i anonimno kritiziraju ili hvale zdravstvene radnike, zdravstvene institucije i zdravstvene usluge. Time se

razvija novi oblik odnosa između liječnika i pacijenata, čime se pozicije moći između njih dodatno mijenjaju. Razvoj interneta i dostupnost medicinskih informacija na internetu doprinose razvoju tog novog tipa pacijenta-potrošača koji više ne ovisi isključivo o liječniku kao jedinom i ključnom izvoru informacija o zdravstvenom stanju. Posljedično, zdravstveni se sustav također dodatno približava tržišnom sustavu u kojem je svaki proizvod podložan procjeni, a proizvod su u ovom slučaju liječničke usluge i sam liječnik.

4.3. Strukturni problemi javnozdravstvenog sustava u Hrvatskoj

Pod pojmom javno zdravstvo u Hrvatskoj podrazumijeva se organizacija zdravstvene službe i sveukupna zdravstvena zaštita osigurana od strane države i dostupna svim građanima (Ropac i Stašević, 2017). Hrvatsko javno zdravstvo kakvo danas postoji nastalo je nakon raspada Jugoslavije i Domovinskog rata kada dolazi do teritorijalne raspodjele tijekom koje je Hrvatska podijeljena na 21 županiju (Puntarić, 2017). Svaka od tih županija dobila je svoj zavod za javno zdravstvo koji pruža javnozdravstvene usluge (Puntarić, 2017). Na razini države također je osnovan Hrvatski zavod za javno zdravstvo koji je središnja ustanova javnog zdravstva u Hrvatskoj i kao takav organizira i nadzire sve ustanove i aktivnosti javnog zdravstva na području čitave države (Puntarić, 2017). Organizacijsku strukturu svakog zavoda propisuju Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zdravstvenom osiguranju (Puntarić, 2017). Svaki zavod trebao bi imati tim zakonima propisane stručne službe koje uključuju službu za epidemiologiju, službu za zdravstvenu ekologiju, službu za socijalnu medicinu (javno zdravstvo), službu za mikrobiologiju, službu za školsku i sveučilišnu medicinu i službu za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti (Puntarić, 2017).

Razine zdravstvenih djelatnosti u Hrvatskoj dijele se na primarnu, sekundarnu, tercijarnu razinu i razinu zdravstvenih zavoda (Stošević i Ropac, 2017). Zdravstvene ustanove na primarnoj razini uključuju dom zdravlja, ustanovu za zdravstvenu skrb, ustanovu za zdravstvenu njegu te ustanovu za palijativnu skrb: na sekundarnoj razini te ustanove su poliklinika, bolnica koja se dijeli na opću bolnicu i specijalnu bolnicu i lječilište; ustanove tercijarne razine su klinika, klinička bolnica i klinički bolnički centar (Stošević i Ropac, 2017). Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2021.

godinu²⁷ broji ukupno 44 doma zdravlja, 5 kliničkih bolničkih centara, 3 kliničke bolnice, 6 klinika, 22 opće bolnice, 35 specijalnih bolnica, 7 lječilišta, 22 zavoda za javno zdravstvo, 2 ostala državna zavoda, 21 ustanovu za hitnu pomoć, 321 polikliniku, 4 ustanove za medicinu rada, 184 ljekarne, 141 ustanovu za njegu, 90 ustanova za zdravstvenu skrb, 2 ustanove za palijativnu skrb, 735 trgovačkih društava za obavljanje zdravstvenih djelatnosti (što je veliki skok s obzirom na 539 trgovačkih društava za obavljanje zdravstvenih djelatnosti u 2017. godini)²⁸.

U „Hrvatskom zdravstveno-statističkom ljetopisu za 2021.“ navodi se da se Zdravstvena zaštita na primarnoj razini pruža kroz djelatnosti:

„...opće (obiteljske) medicine, zdravstvenu zaštitu predškolske djece, zdravstvenu zaštitu žena, patronažnu zdravstvenu zaštitu, zdravstvenu njegu u kući bolesnika, stomatološku zdravstvenu zaštitu, higijensko – epidemiološku zdravstvenu zaštitu, preventivno – odgojne mjere za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata, laboratorijsku dijagnostiku, ljekarništvo i hitnu medicinsku pomoć.“²⁹

Zdravstvenu zaštitu na sekundarnoj razini čine „složenije mjere i postupci prevencije, dijagnosticiranja i liječenja bolesti i ozljeda nego na primarnoj razini te ambulantna i medicinska rehabilitacija“ (Stišević i Ropac, 2017: 25). Zdravstvena zaštita na sekundarnoj razini uključuje specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu i bolničku zdravstvenu zaštitu.³⁰ Zdravstvena djelatnost na tercijarnoj razini obuhvaća obavljanje najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz specijalističko-konzilijarnih i bolničkih djelatnosti³¹, znanstveni rad i izvođenje nastave (Stišević i Ropac, 2017).

Iz ove je podjele i podataka vidljivo da je javnozdravstveni sustav u Hrvatskoj široko razgranat i kompleksan te da obuhvaća brojne oblike usluga zdravstvene skrbi zbog čega nije lako shvatljiv niti se u takvom sustavu jednostavno snaći, čak ni kad ga se na ovaj način raščlani. Osim samog medicinskog znanja, nedostatak znanja i razumijevanja medicinskog sustava također može utjecati

²⁷ Izvor: <https://www.hzjz.hr/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2021-tablicni-podaci/> [Datum pristupa: 29.01.2023.]

²⁸ Izvor: <https://www.hzjz.hr/cat/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/> [Datum pristupa: 29.01.2023.]

²⁹ Izvor: <https://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/zdravstvena-zastita-i-pruzatelji/> [Datum pristupa: 02.01.2019.]

³⁰ Izvor: <https://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/zdravstvena-zastita-i-pruzatelji/> [Datum pristupa: 05.11.2019.]

³¹ Izvor: <https://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/zdravstvena-zastita-i-pruzatelji/> [Datum pristupa: 05.11.2019.]

na način na koji pacijenti donose svoje odluke po pitanju svojeg zdravlja, liječenja, medicinskog osiguranja i sličnog (Collyer et al., 2016).

Proučavajući Nacionalnu strategiju zdravstva za razdoblje od 2012. do 2020. godine (NN 116/2012)³², knjigu „Hrvatska u 21. stoljeću: Zdravstvo“ izdanu od strane Ureda za strategiju razvitka Republike Hrvatske 2002. godine, knjigu Javno zdravstvo (Puntarić et al., 2015) te Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2021. godinu³³, pronašla sam i izdvojila neke potencijalne probleme koji mogu utjecati na zadovoljstvo pacijenata medicinskim sustavom, a posljedično i na odnos s liječnicima. Tako se recimo knjizi „Hrvatska u 21. stoljeću: zdravstvo“ (2002) može naći informacija o izraženoj regionalnoj neujednačenosti dostupnosti i kvalitete bolničke zdravstvene zaštite:

„U sveučilišnim centrima (Zagreb, Rijeka, Osijek, Split) su bolničke ustanove tradicijski najviše tehničko-medicinske opremljenosti i najviše educiranosti kadra (...). Najveći broj kliničkih bolničkih ustanova je u Zagrebu. (...). Regionalna pokrivenost samo djelomično odgovara potrebama stanovništva, a broj stacionarnih zdravstvenih ustanova u nekim regijama daleko premašuje potrebe pa je iskorištenost tih ustanova sporna. Pružanje hospitalnih zdravstvenih usluga regionalno je neujednačeno i prema kvaliteti i prema spektru bolničkih specijalnosti. Niža je i razina opremljenosti koja se opravdava nižim prihodima od HZZO-a i gospodarskim mogućnostima pojedinih županija, a što dovodi do odljeva pacijenata u kliničke bolnice.“ (2002:23).

„Slaba i neujednačena dostupnost zdravstvene zaštite“ i „neujednačena ili nepoznata kvaliteta zdravstvene zaštite“ stavke su koje se mogu pronaći i u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva za razdoblje od 2012. do 2020. godine³⁴ u poglavlju „Strateški problemi u hrvatskom zdravstvu“. Tumačenje ovih podataka navodi na zaključak da velik dio stanovništva odlazi u gradove i regije u kojima ima najveći broj bolničkih ustanova i u kojima su bolničke ustanove na glasu kao

³² Izvor: <https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/dodatni/423339.pdf> [Datum pristupa: 02.01.2019.]

³³ Izvor: <https://www.hzjz.hr/cat/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/> [Datum pristupa: 29.01.2023.]

³⁴ Izvor: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi.%20projekti%20i%20strategije/Skracena%20Nacionalna%20strategija%20razvoja%20zdravstva%20-%20HRV%20-%20za%20web.pdf> [Datum pristupa: 20.02.2022.]

najkvalitetnije što dovodi do potencijalnog zagušenja sustava u tim gradovima i regijama koji nije predviđen za toliku količinu korisnika. Iako na odluke (a time zadovoljstvo ili nezadovoljstvo rezultatima) koje pacijenti donose često utječu liječničke preporuke, iskustva prijatelja, na njih također utječe i nejednaka razvijenost medicinskog sustava i usluga koje pruža u različitim područjima, posebice u ruralnim krajevima (Collyer et al., 2015).

Kao još jedan od potencijalnih razloga veće opterećenosti sustava također se navodi stalni porast starijeg stanovništva koje zahtijeva povećanu zdravstvenu skrb (Puntarić i Stašević, 2017). Na nedovoljan kapacitet bolnica u određenim regijama utječe i skupocjenost i kompliciranost izgradnje novih zdravstvenih objekata, zbog čega je od 1991. do 2015. godine izgrađena tek jedna nova opća bolnica – bolnica Bračak u Krapinsko-zagorskoj županiji (Ropac i Stašević, 2015). Na duge liste čekanja, koje ponekad traju i mjesecima, također utječe i manjak ili neravnomjerna raspodijeljenost uređaja za neki medicinski postupak, poput onih za računalnu tomografiju (CT) i magnetsku rezonanciju (MR) (Ropac i Stašević, 2015: 95).

Općenito, u hrvatskom javnom zdravstvenom sustavu prevladava osjećaj da se na pacijentima štedi, a s druge strane postoji stalni pritisak na liječnike da se mora štedjeti te to također ima negativne posljedice na zadovoljstvo i liječnika i pacijenata (Ropac i Stašević, 2015: 98). Nakon svih spomenutih reformi i donesenih promjena javno se zdravstvo (zasad) većinski financira putem obaveznog zdravstvenog osiguranja, dok se ostali troškovi pokrivaju iz državnog proračuna (Broz i Švaljek, 2014). Doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje uzimaju se iz bruto plaće zaposlenika, a doprinose za umirovljenike plaćaju sami umirovljenici ili država, ovisno o visini mirovine (Broz i Švaljek, 2014). Uz to, postoji mogućnost doplate dopunskog osiguranja za „proširenje postojećih pokrića javnog sustava ili pokriće troškova koji nisu obuhvaćeni javnim sustavom“ (Kovač, 2013: 554). U razdoblju od 2002. do 2016. godine broj zdravstvenih osiguranika u Hrvatskoj ostao je skoro isti, a troškovi zdravstvene zaštite povećali su se za 66 % (Obadić et al., 2017) što je u skladu s rastućim trendom privatizacije, stvaranja pacijenata-potrošača i poskupljivanja zdravstva i zdravstvenih usluga (Collyer et al., 2015; Coulter i Magee, 2003).

Osim izdvajanja iz plaća osiguranika, izvori financiranja zdravstva također uključuju: državni proračun, proračun županija te osobna izdvajanja osiguranika u obliku sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite (Ropac i Stašević, 2015: 98). Omjer troška za zdravstvenu zaštitu stanovništva

i BDP-a u Hrvatskoj je u nesrazmjeru te Hrvatska na zdravstvo troši više nego što si može priuštiti (Kovač, 2013; Ropac i Stašević 2015: 99). S druge strane, troškovi zdravstvene zaštite kontinuirano rastu (Katić et al., 2009; Kovač, 2013). Coulter i Magee (2003) izdvajaju tri primarna razloga za sveprisutni svjetski trend porasta troškova javne zdravstvene zaštite: sve veći udio starije populacije koja zahtijeva veću zdravstvenu skrb i sve manji udio zaposlenih koji iz svojih plaća izdvajaju za zdravstvenu zaštitu, skupoća tehnološkog napretka i inovacija u medicini, porast javnih očekivanja prema pružateljima zdravstvene skrbi i kvaliteti zdravstvene skrbi.

S obzirom na navedene podatke, može se izdvojiti nekoliko ključnih strukturalnih problema unutar konteksta javnozdravstvenog sustava u Hrvatskoj. Neujednačena dostupnost i kvaliteta bolničke zdravstvene zaštite i nedostatak medicinskih uređaja i bolničkih ustanova zbog kojih se stvaraju duge liste čekanja na pregled i medicinski postupak, zatim porast starog stanovništva zbog kojeg raste potreba za medicinskim uslugama, a istovremeno se smanjuje količina stanovništva koja izdvaja više od mirovinskog minimuma za osnovno i dopunsko zdravstveno osiguranje. I treći problem predstavljaju stalne financijske poteškoće u kojima se nalazi javni zdravstveni sustav.

Anketno istraživanje koje je 2009. godine provedeno među 1900 zdravstvenih djelatnika u Zagrebu ukazalo je na to da su najveći čimbenici stresa upravo financijski i organizacijski (Knežević et al., 2009). Liječnicima su najučestaliji izvori stresa vezani uz financijske mogućnosti, organizaciju rada i neadekvatan prostor za rad te uz javnu kritiku i pritisak koji pacijenti vrše na njih zbog toga što, iz liječničke perspektive, imaju nerealna očekivanja i pogrešno su informirani (Knežević et al. 2009).

Slična su istraživanja o uzrocima stresa i njihovim posljedicama na zadovoljstvo i mentalno zdravlje liječnika provedena u SAD-u i Ujedinjenom Kraljevstvu prikazala slične rezultate (Edwards et al., 2002; Stanton i Randal, 2011). Osim preopterećenosti poslom i nezadovoljstva plaćama, liječnicima velik stres stvaraju komunikacija i odnos s pacijentima koji imaju nerealna očekivanja o medicini kao svemogućem lijeku za sve njihove zdravstvene probleme, ali i o liječnicima kao onima koji su sveznajući i nikad ne griješe (Stanton i Randal, 2011; Edwards et al., 2022). Dio nezadovoljstva proizlazi i iz promjena koje su zahvatile zdravstveni sustav i razvoja pacijenata-potrošača koji imaju drukčija očekivanja od usluga u zdravstvenom sustavu, ali i više

mogućnosti da na sustav vrše pritisak, bilo da je riječ o sudskim tužbama ili putem medija (Edwards et al., 2002).

Upravo su financijske (ne)mogućnosti, odnosno preniske plaće i neplaćeni prekovremeni rad jedan od glavnih uzročnika nezadovoljstva i posljedično odlaska zdravstvenih radnika iz Hrvatske (Bakar, 2009; Varjačić et al., 2013; Babacanli et al., 2016; Jurić, 2020). U anketnom istraživanju koje je provedeno 2016. godine na temu odlaska mladih liječnika iz Hrvatske sudjelovalo je 1531 liječnika i liječnica u rasponu godina od 29 do 35, a njih je 58 % odgovorilo da bi napustili Hrvatsku (Babacanli et al., 2016: 179). Kao glavni motivatori odlaska navedeni su „bolji uvjeti rada (74 %), uređenost zdravstvenog sustava (64 %) i bolja plaća (64 %)“ u nekim drugim zemljama (Babacanli et al., 2016:179). Od 2009. do 2018. u inozemstvo je otišlo oko 7500 medicinskih sestara i tehničara od ukupno 28.000 zaposlenih (Jurić, 2020). Liječnika je od 2013. do 2020. u inozemstvo otišlo 918, a pretpostavlja se da će do 2025. godine ili zbog umirovljenja ili iseljavanja Hrvatska ostati bez još 2700 liječnika (Jurić, 2020: 31). Ako se posjeti digitalni Atlas liječništva dostupan na internetu, može se vidjeti da je brojka iseljenih liječnika u međuvremenu narasla na 1103 liječnika³⁵. Kad se nezadovoljstvo dijela zdravstvenih radnika i njihovo iseljavanje iz Hrvatske spoji s porastom potreba za zdravstvenim uslugama zbog sve većeg broja starijeg stanovništva, nije čudno da se mnogi liječnici i ostali zdravstveni radnici osjećaju preopterećeni zbog velikog broja pacijenata i prekovremenih sati rada.³⁶

Anketno istraživanje koje je 2022. godine provela Hrvatska liječnička komora među bolničkim liječnicima sa stopom odaziva 38 % također je ukazala na slične podatke:

„Studija hrvatskog liječništva 2022. u odgovorima na pojedina pitanja jasno pokazuje kako su ključni problemi bolničkih liječnika premalo vremena za pacijenta i preveliko radno opterećenje, istovremeni rad na više radilišta, previše administrativnog posla, premalo vremena za edukaciju liječnika, kao i loše upravljanje. Tako je npr. čak 58 % bolničkih liječnika vrlo nezadovoljno vremenom koje ima na raspolaganju za pacijente, a ujedno često ili uvijek rade na više radilišta. Dok 29 % liječnika uopće na poslu nema radnu sobu s računalom, njih 47 % koji imaju radnu sobu s računalom prosječno ih

³⁵ Izvor: <https://atlas.hlk.hr/atlas/> [Datum pristupa: 18.11.2022.]

³⁶ Izvor: <https://www.hlk.hr/hlk-predstavlja-digitalni-atlas-hrvatskog-lijecnistva.aspx> [Datum pristupa: 18.11.2022.]

dijele s još petero liječnika. Posebno je zabrinjavajuće da je čak 36 % bolničkih liječnika u posljednjih 12 mjeseci bilo izloženo verbalnom vrijeđanju ili prijetnjama. Rezultati ovog velikog anketnog istraživanja Hrvatske liječničke komore pokazuju da, općenito govoreći, bolnički liječnici nisu zadovoljni niti kvalitetom upravljanja niti uvjetima rada u svojim bolnicama.³⁷

Osim što ponovno spominje strukturalne probleme koje sam već prethodno navela, anketno istraživanje Hrvatske liječničke komore također ukazuje i na dodatne probleme kao što su opterećenost administrativnim poslovima, loše upravljanje, ali i vrijeđanje i prijetnje kojima su liječnici izloženi što sigurno pridonosi stresu na poslu.

Osim zadovoljstva liječnika i zdravstvenih radnika, već se duže vrijeme u hrvatskim bolnicama provode ispitivanja zadovoljstva pacijenata te su tipovi tih istraživanja brojni i različiti, ovisno o tome što se istražuje (npr. zadovoljstva i očekivanja pacijenata od liječnika i drugih zdravstvenih radnika, očekivanja i zadovoljstvo zdravstvenim sustavom i sl.) i na kojoj razini (lokalnoj, nacionalnoj, međunarodnoj) (Popović, 2017). To ukazuje na postojanje svijesti o važnosti zadovoljstva pacijenata javnozdravstvenim sustavom u Hrvatskoj i želje da se zdravstvene usluge poboljšaju (Popović, 2017).

Istraživanje švedske zdravstvene agencije Health Consumer Powerhouse³⁸ pokazalo je da je 2018. godine Hrvatska bila 24. na listi od 35 europskih zemalja s obzirom na kategorije koje su se bodovale u istraživanju. Kategorije koje su se bodovale bile su prava pacijenata i informiranje pacijenata, čekanje na uslugu, rezultati liječenja, dostupnost zdravstvenih usluga i zahvata, prevencija, dostupnost i kvaliteta lijekova. Podaci iz ISSP-a (International Survey Programme) ukazuju na to da korisnici javnozdravstvenog sustava uglavnom nisu zadovoljni učinkovitošću sustava, više od polovice nije sigurno da bi dobilo najbolju moguću zdravstvenu uslugu u slučaju ozbiljnog zdravstvenog problema, nisu zadovoljni kvalitetom usluge (ali istovremeno ne žele povećati izdavanja za javnozdravstveni sustav) te nisu zadovoljni dostupnošću zdravstvenih usluga (Karaeva, 2015).

³⁷ Izvor: <https://www.hlk.hr/hlk-predstavila-novi-projekt-studija-hrvatskog-lijecnistva-2022.aspx> [Datum pristupa: 02.02.2023.]

³⁸ Izvor: <https://healthpowerhouse.com/publications/> [Datum pristupa: 31.05.2023.]

Tako izraženi stavovi pacijenata i zdravstvenih radnika odražavaju strukturne probleme prepoznate i u Nacionalnoj strategiji zdravstva za razdoblje od 2012. do 2020. godine. Međutim, ono što pokazuju Studija hrvatskog liječništva iz 2022. godine, istraživanje švedske zdravstvene agencije iz 2018. godine i podaci iz ISSP-a objavljeni 2015. godine (a prikupljeni 2011. godine) jest da bez obzira na Nacionalnu strategiju, strukturni problemi javnozdravstvenog sustava u Hrvatskoj i dalje postoje i negativno utječu na zadovoljstvo pacijenata i zdravstvenih radnika.

Iz toga proizlazi da su nezadovoljstvo pacijenata zdravstvenim sustavom u kojem se liječe i nezadovoljstvo liječnika i zdravstvenih radnika sustavom u kojem rade i dalje aktualan problem hrvatskog javnozdravstvenog sustava. Upravo je učestala posljedica takvog nezadovoljstva negativan učinak na odnos između liječnika i pacijenata (Coulter i Magee, 2003). Zadovoljstvo pacijenata javnozdravstvenim sustavom također utječe na prihvaćanje liječničkih savjeta pa će zadovoljniji pacijenti češće poslušati savjete (Popović, 2017). Taj potencijalan negativan utjecaj strukturnih problema na iskustva pacijenata i zdravstvenih radnika u javnozdravstvenom sustavu također treba imati na umu kad se istražuju odnosi unutar javnozdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj.

5. UTJECAJ KULTURNOG KAPITALA NA POZICIONIRANJE UNUTAR POLJA MEDICINSKE PRAKSE

S obzirom na temu koja je sveprisutna u hrvatskom društvu jer nam naš zdravstveni sustav omogućava, a djelomično nas i obvezuje da svi u njemu sudjelujemo, znala sam će biti neizbježno da tijekom obiteljskih ručkova i večera, kava u kafićima, vožnje u javnom prometu ili sličnih društvenih i neformalnih situacija čujem tuđa iskustva javnozdravstvenog sustava u Hrvatskoj. Iako je riječ o ljudima koji nisu službeno sudjelovali u istraživanju, počela sam nesustavno, ali kontinuirano bilježiti njihova iskustva. Članove svoje obitelji često bih pitala smijem li zapisati to što spominju ili smijem li ih snimati dok razgovaraju o određenoj temi. Pritom su bili svjesni da bi se isječci tih razgovora mogli naći u radu ili mi poslužiti kao daljnja inspiracija za istraživanje. Primjer toga razgovor je u kojem sam sudjelovala kao slušač, a koji se odvio između liječnika Davida i Miljenka koji nije liječnik. David zbog svojeg posla često mora putovati u Bosnu i Hercegovinu te je tema razgovora bila razlika između pacijenata u Bosni i Hercegovini i pacijenata s kojima se susreće u Hrvatskoj.

David: Mene je moja baka s mamine strane uvijek plašila da se nikad ne smijem družiti s Bosancima. Kad sam bio mali, onda bi mi uvijek govorila da se ne družim s njima.

Miljenko: Koja baka? Baka Zorica ti je to govorila?

David: Ma ne, ne slušaj me, baka s mamine strane. Zorica je ipak bila akademski obrazovana, ne bi ona to, ovaj. Doduše ova je i za Srbe to govorila isto. I tak sam se ja ko mali stalno plašil tih Bosanaca, a evo me sad stalno nešto u Bosni radim. I tamo mi je ljepše neg tu. Tam su svi još kak su nekad tu pacijenti bili.

Miljenko: Kaj plaćaju s patkicama i kokicama... stalno nešto nose gosponu doktoru?

David: Ma da, ti si za njih ono, doktor bog. Uvijek je 'Kako god vi doktore kažete'. A ne ovi naši već su postali zločesti i cjepidlake. Tako meni dođe pacijentica i sad ja njoj počnem objašnjavati što ću sve raditi jer sam već navikao da ovim našima to moraš pa veli ona meni 'Znate kaj gospon doktor, sam vi radite kaj mislite da treba.' I to ti je tak' tamo. Sam vi radite, oni tebi vjeruju i to ti je to. Al isto tako ti je normalno tamo da doktoru govore 'ti'. I onda je tako došla jedna moja pacijentica meni u Hrvatsku i svi

doktori oko nje 'Gospođo, ovo ono' na finjaka, a ja je vidim i viknem 'Kato, pa di si ti!?' Znaš kak su me svi pogledali.

Zbog toga što je riječ o djeliću razgovora izvađenom iz šireg konteksta i koji nije dio formalnog dijela mojeg istraživanja, ovaj preneseni dio razgovora ne može poslužiti kao konkretan izvor podataka niti za daljnju analizu. Međutim, s obzirom na to da je riječ o mojem osobnom iskustvu te je skoro pa nemoguće ne naići na temu mojeg istraživanja u svakodnevnim razgovorima čime me se automatski stavlja u poziciju promatrača, smatram da takvi isječci pružaju dobar uvod u daljnju razradu prikupljenih podataka. Uostalom, sličan je pristup imala i Gulin Zrnić (2009) koja dio svojeg istraživanja temelji na *insajderstvu* i promatranju životnih praksi i osoba u svojoj četvrti. Kao što sama kaže:

Moje kontinuirano sudjelovanje u životu naselja učinilo je da mnoge istraživački neciljane situacije (odlazak u dućan, igranje u parku i sl.) postanu situacijama s terenskom perspektivom, a neformalni razgovori izvorom saznavanja mišljenja i doživljavanja stanovnika (Gulin Zrnić, 2009: 33-34).

Za mene je važnost ovog izdvojenog dijela razgovora višestruka – prvenstveno u tome da sam razgovor načula nakon što sam završila s fazom prikupljanja podataka i već sam analizirala veliki dio prikupljenih podataka. Zbog toga sam u razgovoru odmah prepoznala elemente koji se ponavljaju kroz skoro sve moje intervjuje i bilo mi je drago da sam ih uočila i u neslužbenom razgovoru koji nije bio dio mojeg istraživanja. Primjerice, uočila sam da Davidov sugovornik Miljenko spominje donošenje darova liječnicima što se ponavlja i u nekim intervjuima, a David se osvrnuo na to da pacijenti traže objašnjenja od svojih liječnika, što je povezo s manjkom povjerenja u liječnike. Spominje i institucionalizirani kapital u obliku akademskog obrazovanja svoje bake, a i neke značajke jezičnog kapitala kao što je pravilno obraćanje pacijentu od strane liječnika i obrnuto. Dotiče se i pitanja pozicije moći u odnosima između liječnika i pacijenata i razlike između Hrvatske i Bosne i Hercegovine po tom pitanju. Dok je u Bosni i Hercegovini, iz Davidove perspektive, „doktor bog“, a u Hrvatskoj svi pacijenti „cjepidlače“.

Takva međusobna povezanost habitusa, polja i kapitala pojavljuje se i u intervjuima koje sam analizirala za ovaj rad. Iako ih redovito kroz analizu unutar rada razdvajam na manje cjeline i

izdvojene citate, kada se uzme u obzir svaki intervju kao cjelina sama za sebe, uočljivo je da su sve karakteristike habitusa, svi kapitali i svi odnosi moći koje izdvajam zapravo dio međuigre upravo u polju medicinske prakse koje proučavam. Ljudski odnosi opisani u razgovorima sa sugovornicima odvijaju se samo u tim izdvojenim segmentima koje ističem ovisno o tome koju podtemu u tom trenu analiziram, već je riječ o cjelovitim interakcijama u kojima se istovremeno isprepliću mnogi odnosi moći, kapitali, habitusi i drugi sociokulturni elementi koje analiziram u ovome radu. Međutim, zbog analize i preglednosti rada smatrala sam nužnim izdvojiti pojedine dijelove intervjua iz njihove cjeline. Primjerice, u ovom sam poglavlju usmjerena isključivo na kulturni kapital (njegov utjelovljeni i institucionalizirani oblik) koji su moji sugovornici isticali u svojim iskustvima.

Ispreplitanje kapitala, habitusa i odnosa moći nije neuobičajeno za narative o bolesti. Važna uloga narativa o bolesti je upravo integracija bolesti u širi društveni kontekst pri čemu bolesnici uzroke i posljedice svojih bolesti povezuju sa svojom životnom pričom i okruženjem (Hunt, 2000) Narativna rekonstrukcija bolesnog "ja" neizbježno je smještena unutar odnosa moći jer odražava način na koji bolesnik svoje stanje povezuje s društvenim kontekstom te način na koji ga prezentira publici (što sam u slučaju ovog istraživanja bila ja) (Hunt, 2000). Isto bi se moglo zaključiti i za liječničke narative o njihovim iskustvima unutar bolnice i s pacijentima, iako nije riječ o integraciji njihovih vlastitih bolesti u širi društveni kontekst s kojim su upoznati, ipak je riječ o iskustvu liječenja bolesti koje je, kao što su kazivači u moje istraživanju često pokazali, također moguće povezati i rekonstruirati unutar okvira vlastitog tumačenja i vlastitih pozicija unutar društvenog konteksta. Narativi, bilo liječnika ili pacijenata, predstavljaju način na koji kazivači poznaju, razumiju i pronalaze smisao u društvenom svijetu koji ih okružuje (Hyden, 1997).

Spomenuti razgovor između Davida i Miljenka nije jedini u kojem sam neformalno sudjelovala te su mi takvi razgovori bitni upravo zato što mi ukazuju na to da nisam, kako bi jedna od mojih profesorica iz fakultetskih dana rekla, „hodala svijetom s čekićem u ruci pa mi je sve izgledalo kao čavao“. Odnosno, da nisam uočavala poveznice u intervjuima tamo gdje ih nema, a zanemarivala neke druge očite elemente jer sam se previše usredotočila na ideju onoga što želim pronaći. Drugi bitan čimbenik na koji su mi takvi razgovori ukazali jest da postoji mogućnost da bi moji sugovornici bili otvoreniji i opušteniji upravo u neslužbenim situacijama i razgovorima nego što

su bili tijekom intervjua koje sam s njima organizirala. Također, svi su narativi, a tako i oni o liječenju i bolestima, situacijski što znači da se potencijalno mijenjaju ovisno i o tome tko sluša narativ (Hyden, 1997). U ovom slučaju ja nisam samo pasivni slušač, već postavljam pitanja i potpitanja te se umećem u narative svojih kazivača. Ta tema sama po sebi otvara mnogo širu problematiku pitanja odnosa moći u formalnim intervjuima i toga koji je najbolji način prikupljanja podataka u koju neću dublje ulaziti, međutim svakako se nameće kao jedan od budućih smjerova i produbljenja postojećeg istraživanja.

5.1. Stereotipi i sheme kao manifestacije kulturnog kapitala i habitusa

Niti jedno društvo niti ijedna kultura nisu homogeni te pripadnici istog društva mogu sebe i druge percipirati kao pripadnike različitih skupina s kojima dijele određene karakteristike, okolnosti, vjerovanja i slično (McGarty et al., 2002). Karakteristike pojedinaca i skupina koje nas okružuju i koje smatramo da su im zajedničke često organiziramo u sheme (engl. *schemas*) – kategorije koje koristimo kad moramo interpretirati nove informacije ili kad se nađemo u novoj situaciji (Baran i Beauchamp, 2017). Takve se sheme često pretvaraju u generalizacije o svijetu i ljudima koje nazivamo stereotipima (Baran i Beauchamp, 2017). Tri su glavna razloga zašto se stereotipi koriste: kao pomoć pri objašnjavanju, kao način uštede energije (vremena) tijekom komunikacije i kao odraz dijeljenih grupnih vjerovanja i vrijednosti (McGarty et al. 2002). Problematičnost stereotipizacije jest u tome da ljude svodi na kategorije te pritom briše njihovu individualnost, ali kategoriziranje i generaliziranje neizbježni su procesi kojima se pripadnici društva služe da bi razumjeli druge, snašli se u određenim situacijama i pretpostavili što se od njih očekuje (Baran i Beauchamp, 2017).

U razgovoru sa sugovornicima uočila sam da često koriste razne oblike stereotipa, generalizacija i kategoriziranja pri opisivanju svojih iskustava te da se ti stereotipi često mogu izjednačiti sa značajkama habitusa. Odnosno, moji su sugovornici prepoznavali obilježja određenog životnog stila putem kojih su sebe i druge svrstavali unutar određene skupine s obzirom na prihvaćenu strukturu društva koje ih okružuje (Bourdieu, 1984). Osim značajki habitusa, stereotipi koje moji sugovornici koriste ponekad imaju i odlike nekoliko ili samo jednog tipa kapitala te djeluju kao

površne predodžbe pomoću kojih sugovornici svrstavaju sebe naspram drugih sudionika unutar polja medicinske prakse.

Jedan od prvih liječnika s kojima sam razgovarala bio je specijalist pedijatar Vinko i upravo sam u intervjuu s njim prvi put uočila takav način opisivanja drugih sudionika u zdravstvenom sustavu. S Vinkom sam razgovarala u njegovom uredu u bolnici te sam tijekom razgovora saznala da je jedna od njegovih uloga, osim liječenja pacijenata, učiti studente medicine kako komunicirati s pacijentima te sam ga zbog toga zamolila da mi objasni na koji način studente uči komunikaciji.

Istraživačica: A što ih učite o komunikaciji s pacijentima?

Vinko: Ono vrlo basic, da se gleda u oči, jako je važan jezik s kojim se razgovaramo, naučili smo da moramo jezik prilagoditi njihovom nivou. Ako razgovarate s akademikom onda ga ne možete podcijeniti, ako razgovarate s kumicom s placa onda to njoj morate objasniti jezikom koji razumije. Moraš znat procijeniti s kim imaš posla, da nikog ne vrijeđaš ili ne omalovažavaš i nikog ne podcjenjuješ.

Prema Vinkovom tumačenju, dio se vještine komuniciranja zasniva na mogućnosti „prepoznavanja“ tipova pacijenata. U ovom slučaju riječ je o „akademiku“ i „kumici“ koje Vinko koristi da bi mi lakše dočarao što to znači prilagoditi se pacijentu.

Pitanje koje se nameće jest kako je Vinko znao da ću ja razumjeti što njegov odgovor implicira i zašto sam ja uvjeren da razumijem što njegov odgovor implicira? Odgovor je u poveznici između diskursa i znanja, u ovom slučaju znanja o stereotipima i onom što oni podrazumijevaju za Vinka i za mene, u razumijevanju „znanja“ kao „vjerovanja koja se smatraju znanjem unutar zajednice ako su pretpostavljena i uzeta zdravo za gotovo unutar društvenih praksi i javnog diskursa neke zajednice“ (van Dijk, 2012: 1002). Da bi se članovi određene zajednice razumjeli i da bi mogli sudjelovati u produkciji diskursa, moraju dijeliti *znanje jezika* (leksika, gramatike, pravila diskursa, interakcije, konteksta itd.) i tzv. *znanje o svijetu*, odnosno društvu koje uključuje zajedničko znanje o objektima, ljudima, događajima i situacijama o kojima se govori i piše (van Dijk, 2012: 1003). Uz pretpostavku da članovi iste zajednice dijele zajedničke spoznaje o svijetu, nije ih potrebno svaki put izravno iskazati u diskursu, ali one svejedno ostaju implicirane (van Dijk, 2012: 1002).

Diskurs je zbog toga zapravo često „djelomično nepotpun jer mnoga načela koja definiraju njegovo lokalno i međunarodno značenje ostaju neizrečena“ (van Dijk, 2012: 1002).

Bez obzira na znanje koje dijele, količina dijeljenog znanja nikad nije jednaka kod svih članova zajednice, već ovisi o osobnim i društvenim razlikama te stoga sudionici diskursa prilagođavaju način razgovora ili pisanja ovisno o vlastitim pretpostavkama o osobi ili osobama kojima se obraćaju (van Dijk, 2021: 1003). Odnosno, „znanje (način na koji razumijemo svijet, naša vjerovanja i vrijednosti) je uvijek konstruirano putem habitusa, a nikad nije samo pasivno prihvaćeno“ (Webb et al., 2002: 38). Stoga je uz *znanje o svijetu* i *znanje jezika*, u kontekstu ovog rada potrebno dodati i habitus kao još jedan interpretativni okvir kroz koji pojedinac tumači sebe i svoj društveni svijet (Edgerton i Roberts, 2014).

Nedorečenost diskursa očituje se i u neizrečenom između Vinka i mene, u njegovoj pretpostavci da ja razumijem na što misli kad uspoređuje akademika i kumicu s placu. To znači da je tijekom našeg razgovora i mene svrstao u određenu kategoriju, u ovom slučaju osobe s kojom dijeli dovoljno zajedničkog znanja o svijetu i znanje jezika da ne treba dodatno pojašnjavati termine koje koristi i zašto ih koristi. Primjerice, „kumica s placu“ lokaliziran je izraz jer se odnosi na zagrebačke tržnice i žene koje tamo prodaju svoje proizvode (Putanec, 1986). Tržnica kao takva predstavlja spoj ruralnog i urbanog jer su tamo tradicionalno kumice iz ruralne okolice Zagreba prodavale svoje proizvode (Gulin Zrnić, 2015: 52), a lik kumice u Zagrebu često se povezuje sa zagrebačkom tržnicom Dolac pa je tamo 2006. godine postavljen kip kumice Barice kao simbol svih kumica (Gulin Zrnić, 2015). S obzirom na to da je na početku našeg razgovora Vinko saznao da sam rođena u Zagrebu i tu sam odrasla, njegova odabir „kumice“ kao opisne kategorije nije začuđujući. „Akademik“ je manje lokaliziran simbol, ali lako je za pretpostaviti da ću kao studentica na doktorskom studiju razumjeti što to znači.

Vinkova rečenica „Ako razgovarate s akademikom onda ga ne možete podcijeniti, ako razgovarate s kumicom s placu onda to njoj morate objasniti jezikom koji razumije“ indikacija je značenja koja govornik upisuje u lik kumice i lik akademika. Akademik i kumica označavaju dvije suprotnosti, dvije krajnosti spektra komunikacije u zdravstvenom kontekstu. Akademik predstavlja osobu koja Vinka može vrlo dobro razumjeti, dok kumica predstavlja osobu kojoj se Vinko treba prilagoditi kad s njom razgovara jer nisu na istom, kako kaže, „nivou“. Propust je u mojem istraživanju bio

taj da ga nisam pitala zašto se treba prilagoditi kumici te zašto je akademik bliže njegovom nivou od kumice. Implikacija je mnogo. Akademik i kumica mogu predstavljati različite razine ili tipove institucionaliziranog kapitala od kojih je tip institucionaliziranog kapitala koji posjeduje akademik bliži onome koji posjeduje Vinko pa mu je prema tome lakše sporazumjeti se s akademikom nego s kumicom. Akademik i kumica mogu također predstavljati opoziciju ruralnog i urbanog, a kao dva različita zanimanja mogu predstavljati i simbolički kapital, ovisno o tome kako ih se pozicionira i vrednuje unutar društva.

Kao dio tog zajedničkog znanja koje dijelim, ne samo s Vinkom nego i s drugim svojim sugovornicima, pojavljuju se i drugi stereotipi čije se značenje podrazumijeva i koji se često mogu preklapati s jednim ili nekoliko kapitala i značajki habitusa. Kao primjer, izdvojit ću dva citata.

Prvi je citat iz mojeg razgovora sa Zvonimirom s kojim sam razgovarala o njegovoj nedavnoj operaciji srca i oporavku od operacije. Razgovor se odvio u Zvonimirovom stanu, a djelomično i u bolnici na odjelu gdje se opravlja. U citatu on odgovara na moje pitanje o tome što je po njegovom mišljenju utjecalo na njegovu komunikaciju s liječnikom jer je već nekoliko puta istaknuo da je on s komunikacijom bio izuzetno zadovoljan:

„Ma ja mislim da ovisi jako puno o osobi, jer sa mnom je bio neki seljober bogec bistrički dolje, ovaj, kaj god su mu rekli je šutio, ja i ti takvi smo ljudi koji hoćemo nešto znati [...] Onda dođe nekakva žena s četiri razreda osnovne škole iz Zagore, kaj ona zna? I onda ja sad gledam kako se doktor trudi ispričati priču na način, jer on procjenjuje da je ona zemlja-zrak. [...] Velim ti, opet, stvar je u tome jesi li ti nekakva glupa baba di ne zna niš, ili netko tko razmišlja na način da ipak povezuje činjenice, netko tko smišlja, razmišlja inženjerski o tome. Znači što si više analitičan tip koji može povezivati činjenice, to si korisniji doktoru. Ako si bogec nekakav koji ne može zbrojiti tri i tri, to je muka božja.“ (Zvonimir)

Prvo što se da iščitati iz ovog citata jest da Zvonimir ističe razliku između obrazovanih (primjerice sebe kao inženjera i mene koju također smatra obrazovanom) i onih koje smatra neobrazovanima. Da podastre svoje argumente koristi stereotipe kao što su „bogec bistrički“, „seljober“, „žena s četiri razreda osnovne škole“, „žena iz Zagore“ i „glupa baba“ za koje pretpostavlja da znam što

znače. Ideji niskog institucionaliziranog kapitala u dvama primjerima pridružuje i ruralno mjesto, u ovom slučaju Zagora i (Marija) Bistrica. „Baba“ također nosi oznaku osobe starije dobi, a „seljober“, iako zvuči slično kao riječ „seljak“, u ovom kontekstu vjerojatnije ima značenje nepristojne i / ili neinteligene osobe³⁹. Kažem „vjerojatnije“ jer Zvonimir nije imao potrebu da mi dodatno objašnjava, a ja nisam imala potrebu dodatno ga pitati, već smo oboje pretpostavili da je jasno što se time želi reći, što ponovno ukazuje na nedorečenost dijeljenog znanja. Vještina zbrajanja, odnosno njen izostanak, kao i razina obrazovanja također se ističu. Stoga Zvonimir institucionalizirani kapital ističe kao onaj koji je pomogao njemu kao pacijentu da bolje komunicira s liječnicima i učinio ga „korisnijim“ liječniku. To također govori o tome gdje svrstava sebe u polju moći u medicinskom kontekstu – iznad drugih pacijenata koje smatra niskoobrazovanima, ali ispod liječnika.

Drugi citat koji bih izdvojila iz razgovora je onaj s onkološkom pacijenticom Jelkom koja se u trenutku razgovora liječila u bolnici. Njezino je iskustvo bilo drukčije od Zvonimirovog te je izrazila veliko nezadovoljstvo komunikacijom s liječnicima. Nije bila zadovoljna s količinom informacija koje je dobivala o svojem stanju i liječenju te je osjećala da, za razliku od nekih drugih pacijentica, može razumjeti više i ima drugačiji stav prema liječenju:

„Pa nisam ja Dudek ili Regica. Kad sam došla, ova [liječnica] mi stavila odmah da mi teče. Hoću ja znati kaj me pikaš, zakaj, kaj mi ta kemikalija radi. Meni su oni dužni, ako je vreme problem onda barem u kratkim crtama. Ima ljudi koji ne znaju da je kemoterapija u infuziji. Mene su sad gledale žene 'Pa kaj je to?'.“ (Jelka)

Dudek i Regica su seljaci, likovi iz hrvatske serije Gruntovčani (1975)⁴⁰ u kojoj se radnja odvija u selu Gruntovec u Podravini. S obzirom na to da sugovornica naglašava da nije poput njih jer želi znati i razumjeti što se s njom događa tijekom liječenja, zaključujem da smatra da Dudek i Regica ne bi htjeli znati više niti bi razumjeli što im se događa. Iako se razina obrazovanja ne spominje izravno, poveznica je ponovno u tome da su Dudek i Regica iz ruralnog predjela Hrvatske.

³⁹ Izvor: <https://www.kontekst.io/hrvatski/seljober>, [11.06.2021.]

⁴⁰ Izvor: <https://www.imdb.com/title/tt0072509/>, [20.01.2023.]

Osim spomenutih stereotipa, u ostalim se razgovorima sa sugovornicima spominju također: „krezubi dedeki“, „stari prdonje“, „stare bakice“, „baba“ i „babe“, „baka“, „babice s placa“, „čovjek s osam razreda osnovne škole“, „bogec koji ne zna ništa“, „siročići koji ne znaju“, „čobani“, „teta koja reže salamu u Konzumu“ i etnički stereotip „Cigan“ i „Cigani“. Izdvojene izraze nazivam stereotipima zato što u razgovorima u kojima se pojavljuju također imaju svrhu pozicioniranja pojedinca naspram ili unutar određenih društvenih skupina koje postoje u njihovoj percepciji društva koje ih okružuje (McGarty et al., 2002) i koje smatraju bitnima istaknuti u narativima svojeg iskustva liječenja u medicinskom kontekstu. Spomenuti stereotipi najčešće imaju ulogu ocrtavanja onih osoba za koje sugovornik/ica smatra da se nalaze u nepovoljnijem položaju unutar polja medicinske prakse zbog karakteristika habitusa ili kapitala koje moj sugovornik/ica povezuje s određenim stereotipom. Najčešće se spominju osobe starije životne dobi, osobe iz ruralnih krajeva, osobe koje imaju percipiranu nisku razinu obrazovanja te osobe koje ne posjeduju „znanje“ koje u samim intervjuima nije dodatno definirano, a koje se smatra bitnim za snalaženje u medicinskom kontekstu. Stereotipi nisu ograničeni samo na određene društvene skupine i njihove pretpostavljene karakteristike, već se mogu odnositi i na određena zanimanja, kao što je slučaj s „akademikom“, „kumicom s placa“ i „tetom koja reže salamu u Konzumu“.

Stereotipi povezani sa zanimanjima često podrazumijevaju i određena očekivanja povezana s tim zanimanjem (McGarty et al., 2002). Tipičan primjer je prometni policajac od kojeg se očekuje da zna upravljati prometom te da ima legitimitet da to radi, njegove se radnje i radnje drugih policajaca ne propituju jer je naše razumijevanje njihovih radnji određeno pretpostavljenom ulogom policajca u društvu (McGarty et al., 2002: 2). Isto tako, kad opisuje liječnike s kojima je komunicirao, Zvonimir za njih kaže „Oni su kao enciklopedija, nema nikakvih problema, štogod te zanima, pitaj.“ Jedna od sugovornica, specijalizantica infektologije Katarina s kojom sam razgovarala u kafiću pored zagrebačkog ZKM-a, osvrnula se upravo na takvo očekivanje da liječnici znaju sve što ih se pita:

„Postoje pacijenti koji imaju recimo kronične ili rijetke bolesti o kojima mi ne znamo puno. I vrlo lako ti pacijenti znaju o toj bolesti više od mene jer ja tu bolest nisam nikad vidla, il sam ju vidla par puta il sam samo čitala o njoj i nisam se previše udubila u to, što ne znači da ja neću njega pregledati kak treba. Ak je bitno ja ću se savjetovati s

nekim, ali onda ako ja u tom trenutku ne znam, a pacijent zna nešto, onda mu je to ono...pita se kako je to moguće. To zna biti isto malo neugodno [...] Ali često guglamo što napraviti, ali to imamo i druge stranice koje nisu baš sad Google. Ima UpToDate ili Medscape⁴¹, tako neke stranice koje su baš napravljene za medicinu i za medicinare, znači nisu za pacijente. Ali trudim se to ne raditi pred pacijentima zato što znam da će njima to biti 'Ajme meni'. E sad, znači, pred njima guglam dijagnoze, to me boli briga ak vide. Na hitnoj sam gledala tu aplikaciju za dijagnoze i znala sam kak je to grozno da ja sad nešto gledam na mobitelu i oni valjda misle da ja sad šaljem poruke ili što ja radim. Na faksu sam ja nekad znala zapisivati bilješke na mobitel kad nisam imala bilježnicu i onda su mi profesori par puta rekli kao kak sam ja sad na mobitelu kak sam tak bezobrazna a ja sam im rekla 'Pišem što vi pričate.' i njih je to jako začudilo jer nisu uopće znali da se to može, tako da vjerujem da je to i pacijentima isto grozno, tak da pokušavam ne pred njima. Pogotovo kad tražim što da napravim, kad nisam sigurna, to nikad ne radim pred njima. Uvijek im kažem da pričekaju vani ili pokušam to napraviti prije ak znam unaprijed zbog čega su došli. [...] Nije mi nitko nikad komentirao, ali ne bih nikad predugo gledala [te stranice] zato što znam da to jako ulijeva nepovjerenje i da oni to ne vole.“ (Katarina)

Ljubica također smatra da je jedan od glavnih razloga zašto liječnici izbjegavaju reći da ne znaju odgovoriti na pitanje upravo zbog toga što to može stvoriti osjećaj nepovjerenja u pacijentima.

Istraživačica: Mislite da liječnici imaju taj problem, da kažu 'Ne znam, nisam siguran'?

Ljubica: Da. Recimo odgađanje nekih informacija 'Vidjet ćemo se za tri mjeseca pa ćemo onda vidjeti što je.' A što bi moglo biti? Liječnik nemre reći ne znam. Može biti svašta, može biti ništa. Obično tako kažu zato kaj su ipak, to može stvoriti nepovjerenje pacijenta u njega kao stručnjaka. Ne smiješ reći ne znam. Jer onda pak kakav si ti doktor ak ne znaš.

⁴¹ Izvor: <https://www.uptodate.com/contents/table-of-contents/primary-care-adult/general-medicine>, <https://www.medscape.com> [Datum pristupa: 08.06.2021.]

Da bi izbjegla pokazati pacijentima da joj nije svo njezino medicinsko znanje odmah dostupno, Katarina ih zamoli da pričekaju izvan njezinog ureda, unaprijed se informira o njihovoj bolesti ili koristi internet i razne liječničke aplikacije. Osim Katarine, i specijalizant obiteljske medicine Goran dijeli iskustvo nepovjerenja koje u pacijentima izaziva spoznaja da njihovi liječnici ne znaju odgovor na svako pitanje ili ne znaju sve o njihovoj bolesti.

Goran: Ajmo reći što se tiče pojedinih pacijenata neke je stvari poželjno provjeriti i u stručnoj literaturi. Jer ti imaš malo tu i na neki način privatnost da u literaturi, dok oni ne vide taj ekran, ti malo i pogledaš o čemu se radi. Mislim, imaš ti osjećaj da to ciljano ideš gledati di što i kako, neku dozu provjeriš, neku kontraindikaciju. Kad procijenim da je nekima to ok reći, nekad im to i kažem. Nekad požalim.

Istraživačica: Onda ti ne vjeruju?

Goran: Pa da, znači za početak, ono što sam naučio je da oni ful ne vole kad ti svoje dileme kažeš naglas. Kad mi dođe netko pa mu se ja čudim pa me onda on počne gledati 'O ho ho, što se čudiš?' Evo ti jedan loš primjer, došao mi je jedan pacijent kojem je nešto i to sad nije ništa preozbiljno, barem sam ja tak procijenio. I sad on meni nešto priča i ja si mislim što da sad radim, dal da napravim ovo ili da napravim ono i onda me on gleda i onda se ja predomislim i ipak ću ovo, jer vidim da s onim nije zadovoljan i onda on bude još manje zadovoljan i onda ode kao... A da sam u istoj situaciji bio i da mu nisam otkrio da sam nesiguran, onda ode, zadovoljni i on i ja. Vidim na njemu da je otišao onako polu, da je posao odrađen lošije nego što je mogao biti odrađen.

Na očekivanje pacijenata da liječnik ne smije pokazati nesigurnost po pitanju svojeg medicinskog znanja osvrnuo se i Vinko:

„To ih [studente] isto učimo, da znaju reći pacijentu da u datom trenutku ne znamo. Da trebamo još malo informacija pa kad ih dobijemo da ćemo odmah to podijeliti s njima. Kažeš da ne znaš, doktori više nisu bogovi ko prije, mi smo isto human beings, samo moramo ljudima objasniti da jesmo. Danas ti više ne možeš biti enciklopedista jer se mi svi usko specijaliziramo i u tome što se usko specijaliziramo, ne znamo puno toga.

To je nemoguće. Količina informacija s kojom smo bombardirani, a koju moramo translahirati do vas pacijenata je koma.“ (Vinko)

Zanimljivo je da poput Zvonimira, i Vinko koristi riječ povezanu s enciklopedijom, odnosno liječnike naziva „enciklopedistima“. Osim što također ukazuje na očekivanje pacijenata da liječnici samo zato što su liječnici odmah posjeduju svo potrebno medicinsko znanje, Vinko spominje usporedbu koja se također često pojavljuje i u intervjuima s ostalim sugovornicima – pacijentima, a to je usporedba između liječnika i boga.

„Moramo kooperirati, morate kooperirati. Inače vam ja propišem lijek a vi ga nećete uzimati. Ciklus mora biti zatvoren partnerskim odnosom. A ne ja sam bog, ti si siromah jer si još uz to i bolestan.“ (Vinko)

Sličnu usporedbu radi i Petar tijekom našeg razgovora o jednom od kolegija koji je slušao na fakultetu naziva „Temelji liječničkog umijeća“⁴² o kojem ću detaljnije pisati u nastavku rada, a čija je svrha studente, osim kliničkih i praktičnih vještina, naučiti i komunikacijske vještine u radu s pacijentima.

„E to, o tome smo slušali [na kolegiju „Temelji liječničkog umijeća“], da. Stvar je u tome da se ne postavljaš iznad njega [pacijenta]. Vi ste na istoj razini, ali naravno ti si osoba koja ima znanje iskustvo i mogućnosti ti moraš voditi to, ali kao partner ne kao bog, Isus Krist kužiš, jer to realno nisi.“ (Petar).

Usporedba liječnika i boga u ovom je kontekstu negativna, Vinko se služi tim izrazom da bi opisao nepoželjan odnos između liječnika i pacijenta u kojem se liječnik drži kao „bog“ odnosno kao da je iznad pacijenta te istu asocijaciju koristi i Petar. Obojica spominju izraz „partner“ što je povezano s dihotomijom partnerski-paternalistički odnos između liječnika i pacijenata o kojoj sam već pisala u poglavlju o odnosu između liječnika i pacijenata (1.2.). Riječ „bog“ iskoristile su također pacijentice Ljubica i Vera i fizioterapeutkinja Irena da bi opisale nepoželjan oblik odnosa između liječnika i pacijenta.

⁴² Izvor: <https://mef.unizg.hr/o-nama/ustroj/vijeca-predmeta/temelji-lijecnickog-umijeca/>, [Datum pristupa: 25.11.2022.]

„Nekada je liječnik kada je prošao odjelom, to je bilo kao da je bog sišao s neba svi su morali pasti u nesvijest, i sestre i pacijenti, i biti tiho i stajati u stavu mirno. Očekujem da će se ovi mlađi liječnici [...] osvijestiti tijekom svojeg obrazovanja, za razliku od ovih liječnika starog kova koji i dalje se ponašaju kao da su bogovi koji hodaju po svijetu.“ (Vera)

Irena je doživjela slično iskustvo dok je radila u jednoj od javnih bolnica u Zagrebu.

„Da, ja sam jako često od svojih pacijenata znala čuti 'Znaš kako to ide, doktor pa bog pa svi ostali', jako jako često. [...] Zato što u bolnicama postoji ta hijerarhija, doktor je bog, a svi ostali samo prate što doktor kaže i što doktor radi [...].“ (Irena)

Usporedba liječnika s bogom pojavljuje se i u razgovoru s Ljubicom. Međutim Ljubica ne koristi tu usporedbu samo kao indicaciju lošeg ponašanja prema pacijentima nego i da bi probala osigurati bolji tretman:

Neki uzimaju ulogu boga pa se onda tak i ponašaju, ali i pacijenti su nemogući isto. [...] Ono što je po meni, treba gledati liječnika ko u boga, mada ne misliš to, ali gledati ga. Na taj način daš liječniku određeno samopouzdanje i želju da se dokaže da je bog i da ti pomogne, to je manipulacija. (Ljubica)

Usporedba liječnika s bogom pojavljuje se kad se opisuje nepoželjan odnos liječnika prema pacijentima, pozicija liječnika u bolničkoj hijerarhiji, ali i kao potencijalan način na koji se liječniku može podilaziti da bi se dobio bolji tretman. Međutim, usporedba zalazi dalje od same stereotipizacije (kao uostalom i svi podaci koji će se pojavljivati u ovom radu) u šire odnose moći unutar samog polja medicinske prakse. Bez obzira na to koristi li se poveznica između liječnika i boga u negativnom ili pozitivnom kontekstu, zbog toga što poveznica između tih izraza postoji i taj se stereotip pojavljuje na nekoliko mjesta u razgovorima već ukazuje na potencijalnu simboličnu moć i položaj koju liječnici mogu imati u percepciji sudionika u polju medicinske prakse.

5.2. Rod i dob kao utjelovljeni kulturni kapital

Jedna od mana koja se predbacuje Bourdieuovoj analizi društvene stvarnosti jest manjak naglaska na rodu kao dijelu habitusa i kapitala u polju (Laberge, 1995). Jedan od razloga leži u

Bourdieuovim strukturalističkim korijenima koji su utjecali na to da temelje društvenog poretka vidi kao posljedicu binarnih klasifikacija kao što su dominantan/dominiran, duhovno/materijalno, snažno/slabo, muževno/ženstveno, kultura/priroda i sl. (McCall, 1992: 839) Prema tome, pripadnici iste društvene skupine dijele skup osnovnih percepcijskih shema koje se temelje na spomenutim binarnim opozicijama (Bourdieu, 2000). S obzirom na to da se društvena stvarnost sastoji od mnogobrojnih polja, usvojene binarne opozicije pojavljuju se u svakom polju putem pojedinaca koji u njima djeluju i utječu na pozicije moći unutar tog polja (McCall, 1992).

Kroz svoj rad Bourdieu učestalo spominje temeljne strukture dominacije koje utječu na društvenu strukturu i oblikuju habitus i polje te se pojavljuju na pozicijama povezanima s ekonomskom i kulturnom produkcijom (McCall, 1992). Iz toga slijedi da su ekonomski i kulturni kapitali primarni, a rod, etnicitet, dob i mjesto podrijetla tek sekundarni principi društvene podjele (McCall, 1992). Ti sekundarni principi imaju vrijednost samo u povezanosti s kvantitetom i tipom kapitala unutar određenog polja, odnosno dob i rod Bourdieu smatra općenitim, biološkim silama (a ne kapitalima) koje dobivaju značenje samo kroz svoju povezanost s određenom pozicijom unutar društvene strukture, odnosno klasom (McCall, 1992: 841).

Međutim, iako ne prepoznaje rod kao zaseban oblik kapitala, Bourdieu spominje žensku ljepotu i privlačnost kao „rodni tip“ kulturnog kapitala (McCall, 1992: 844). Iz tog se može zaključiti da je taj rodni tip kulturnog kapitala zapravo utjelovljeni kulturni kapital jer je riječ o društvenom konstruktivnom privlačnosti koji je kultiviran kroz vrijeme i osoban trud te nije dostupan samo onim ženama na visokim društvenim pozicijama (McCall, 1992: 844). Daljnji problem s Bourdieuovom percepcijom roda leži upravo u binarnoj (i ponovno pretjerano determinističkoj) podjeli na muževno i ženstveno u kojoj ne postoji ništa između, dok je stvarnost zapravo puno kompleksnija i slojevitija te su rodne dispozicije brojne i nije ih moguće sažeti samo na muževne i ženstvene (McCall, 1992). Problematično je i to što Bourdieu rod vidi kao biološki faktor, dok već poznata i prihvaćena izjava Simone de Beauvoir da se ženom ne rađa, već se ženom postaje (de Beauvoir, 1956) govori upravo o tome kako rod nije biološki uvjetovan već je riječ o društvenom konstruktivnom.

Sedamdesetih godina 20. stoljeća u mnogim se feminističkim teorijama počinje inzistirati na razlikovanju spola od roda, odnosno rod se počinje definirati kao društveni konstrukt, za razliku od spola koji je biološka kategorija (Tong, 2012). Suvremeni feminizam propituje čak i tu podjelu

s obzirom na interseksualne, transeksualne i transrodne osobe koje ukazuju na to da je i spol društvena konstrukcija jer se, s obzirom na izgled spolovila, novorođenčad dijeli na „muška“ ili „ženska“, a to je samo po sebi društveno-uvjetovana odluka (Tong, 2012: 400). Društveno je uvjetovana zato što bi se, recimo, u društvu koje nije orijentirano na reproduktivne uloge, novorođenčad isto tako mogla nakon rođenja dijeliti na „plavooku“ i „smeđooku“ (Tong, 2012: 400). Što to onda govori o potencijalu da se rod također svrsta pod kulturni kapital? Ako rod (i rodne dispozicije) neupitno shvaćamo kao društveni konstrukt koji utječe na poziciju pojedinaca u polju, onda nije riječ o sekundarnoj karakteristici, već o utjelovljenom kulturnom kapitalu jer se radi upravo o onome što Bourdieu (1968) naziva dugotrajnim dispozicijama uma i tijela koje utječu na našu poziciju u polju.

Tijekom naših razgovora, sugovornici i sugovornice najčešće nisu dodatno isticali uznemiravanje ili diskriminaciju koju su osjetili na temelju svojeg roda. Razloga za to zašto je tome tako može biti mnogo. Moguće je da se u tom trenu nisu sjetili određene situacije u kojoj su bili uznemiravani ili diskriminirani, moguće je da nisu uopće imali takvo iskustvo, a moguće je i da ga nisu prepoznali, odnosno da su to iskustvo prihvatili kao uobičajeni dio svoje svakodnevnice ili i sami u njoj sudjeluju. U tom je slučaju riječ o simboličnom nasilju kako ga Bourdieu definira, dakle nasilju koje se izvršava nad društvenim akterom uz njegov ili njezin pristanak, odnosno zbog neprepoznavanja toga da je uopće riječ o nasilju (Bourdieu i Wacquant, 1992).

Iskustva svojih sugovornika dijelim na uznemiravanje i diskriminaciju jer se po zakonu Republike Hrvatske ta dva iskustva drukčije definiraju. Zakonom o suzbijanju diskriminacije (NN 85/2008, (NN 112/2012)), diskriminacija je definirana kao stavljanje u nepovoljniji položaj bilo koju osobu na osnovi:

„[...] rase, etičke pripadnosti, boje kože, spola, jezika, vjere, političkog ili drugog uvjerenja nacionalnog ili socijalnog podrijetla, imovnog stanja, članstva u sindikatu, obrazovanja, društvenog položaja, bračnog ili obiteljskog statusa, dobi, zdravstvenog stanja, invaliditeta, genetskog naslijeđa, rodnog identiteta, izražavanja ili spolne orijentacije.“⁴³

⁴³ Izvor: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2008_07_85_2728.html, [07.12.2022.]

U navedenom zakonu su također prepoznata dva oblika diskriminacije, izravan i neizravan. Izravna diskriminacija je kad se osoba stavlja u nepovoljniji položaj od druge osobe u istoj ili sličnoj situaciji zbog jedne ili više prethodno spomenutih karakteristika (rasa, etnicitet i sl.) na kojima se diskriminacija može zasnivati. Neizravna diskriminacija proizlazi iz naizgled neutralne odredbe, kriterija ili prakse koji stavlja osobu u nepovoljniji položaj od druge osobe u istoj ili sličnoj situaciji, ponovno zbog prethodno spomenutih karakteristika na kojima se diskriminacija može zasnivati.

U Zakonu o suzbijanju diskriminacije (NN 85/2008, (NN 112/2012)) spolno je uznemiravanje opisano kao:

„[...] svako verbalno, neverbalno ili tjelesno neželjeno ponašanje spolne naravi koje ima za cilj ili stvarno predstavlja povredu dostojanstva osobe, a posebice ako stvara zastrašujuće, neprijateljsko, ponižavajuće, omalovažavajuće ili uvredljivo okruženje.“⁴⁴

Primjer uznemiravanja stoga bila bi izjava „Muškarci baš vole kad im kažete da su peti“ kao odgovor liječnika na komentar sugovornice Vere da je zbog svojih teških problema sa skoliozom on već peti liječnik kojem ide po savjet. Vera se zbog te izjave osjećala posramljeno, međutim nije liječniku u tom trenu ništa odgovorila jer je htjela doći do informacije o svojem zdravlju koja joj je trebala, a bojala se da to te informacije neće doći ako se liječniku suprotstavi. Od drugih sugovornica-pacijentica nisam čula slične primjere, međutim, nedavno je moj poznanik Ante koji zna za temu mojeg rada podijelio sa mnom informaciju za koju je smatrao da će me zanimati. Rekao mi je da je završio na hitnom prijemu zbog svoje alergije na kikiriki te da se tamo i onesvijestio, a liječnica koja ga je primila nekoliko je puta komentirala njegov „nedostatak“ muškosti:

„Počela je, kad sam se prvi put onesvijestio, onda je počela govoriti kakav sam ja to muškarac, hoću li joj sad početi padati u nesvijest zbog jednog kikirikija. Kao, muškarci

⁴⁴ Izvor: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2008_07_85_2728.html, https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2012_10_112_2430.html, [Datum pristupa: 07.12.2022.]

nisu bili takvi prije, kakvi su to muškarci i onda tako u krug. Mislim, sad parafraziram jer sam i ja bio u svom filmu tad, al to je u biti rekla.“ (Ante)

Pored Verinog, ovo je bio jedini primjer uznemiravanja pacijenata na koji sam naišla tijekom istraživanja. To ne znači da takvih primjera ne bi bilo više da se nisam više usredotočila na taj aspekt u intervjuima od samog početka istraživanja. Međutim, zbog toga što sam pratila postavke izranjajućeg nacrtu istraživanja iako sam imala neke predodžbe o temi svojeg rada i pitanjima koje ću postavljati, do nekih sam podataka došla tek spontano i u kasnijem dijelu svojeg istraživanja. I sama sam u zdravstvenom sustavu dva puta doživjela nešto što bi se potencijalno moglo nazvati uznemiravanjem ili barem pokušajem posramljivanja nečije seksualnosti.

Prvi je put bilo kad sam s osamnaest godina došla svojoj liječnici opće prakse jer sam se osjećala bolesno te se uspostavilo da imam mononukleozu. Pitanje koje mi je moja liječnica postavila u vezi dijagnoze je bilo „Kaj je bilo, jesi se puno ljubila okolo s dečkima?“. Iako je se to zapravo nije nimalo ticalo jer je dijagnoza već bila prethodno uspostavljena, moj je odgovor bio negativan jer sam u tom razdoblju bila u dvogodišnjoj monogamnoj vezi. Zapravo me pitanje prije svega zbunilo jer dotad nisam znala da se mononukleozu također naziva i „bolest poljupca“, a što je zapravo zavaravajući naziv. Naime, mononukleozu je oblik Epstein-Barr virusa koji je izrazito proširen na svjetskoj razini, a širi se na više načina: seksualnim kontaktom, krvnom transfuzijom, transplantacijom organa, a najčešće slinom (Corstjens et al., 2000: 102). Virus može preživjeti na raznim površinama dokle god je ta površina vlažna, što znači da se može lako prenijeti, primjerice, dijeljenjem pića s nekim (Corstjens et al., 2000: 102). Po toj bi se logici svi virusi koji se šire slinom mogli nazvati „bolestima poljupca“.

Drugi je put bilo kad sam se u svojim ranim dvadesetim godinama naručila na pregled kod svoje ginekologinje te je prvo što mi je rekla kad sam ušla u njezinu ordinaciju bilo „Aha, jesi se previše zabavljala ovo ljeto pa ti je malo frka sad?“. Nije bilo nikakvog povoda (dijagnostičkog ili bilo kakvog drugog) za to pitanje te sam se naručila samo zato što mi je odgovaralo u tom trenu obaviti svoj uobičajeni redovni pregled. Njihova bi se pitanja osim kao oblik uznemiravanja kao što sam ih ja doživjela, potencijalno mogla konstruirati i kao pokušaj humora ili opuštanja situacije. Tako je to recimo protumačila Katarina kad sam s njom podijelila komentar moje liječnice na mononukleozu:

Katarina: Može se dobiti i preko čaše i ako ti je dečko prebolio može ti prenijeti, iako više nije tako zarazan. Mislim, ne znači to da si se puno ljubila okolo, ona je to tak rekla jer je njoj bilo smiješno, ali kužim zakaj te uvrijedilo. Ja sam jednu ženu uvrijedila. Ja se možda malo previše zezam s ljudima. Ja pitam gdje živi, u kojem kvartu i ona kaže Dubrava. A žena, ne znam, ima pedeset, pedeset i pet godina i ja njoj kažem 'Šta je, živi se u opasnom kvartu?' Kao ha ha, a žena onako 'Šta, pa nije Dubrava opasna.' Mislim, nije bila teško bolesna, da se razumijemo. I ona 'Šta pa nije uopće toliko opasna, kak to mislite?'. I ja ono kao 'Oprostite, pa znam da kao službeno nije, to je jedan od sigurnijih kvartova, sve super, samo se zezam.' A stvarno većina ljudi to dobro prihvati, samo što očito ja isto nekad pretjeram. Onda s njom sam dalje bila malo formalnija. Ali stvarno, većinom su baš super i znaju se tak... Ja mislim da se bolje povežemo kad se zezamo jer onda i oni bolje meni reaguju i svi nekak izađemo sretniji.

Istraživačica: Situacija bude manje ozbiljna?

Katarina: Da da.

Humor kao oblik komunikacijske prakse u medicinskom okruženju donekle je problematičan kao što je vidljivo iz Katarininog primjera. Humor može imati pozitivan utjecaj na odnos između zdravstvenih radnika i pacijenata (Osincup, 2020) pa čak i na zdravlje pacijenata (Bennett et al., 2003; Miller i Fry, 2009; Savage et al., 2017). Navodno je još i Hipokrat savjetovao svojim pacijentima da razmišljaju o „smiješnim stvarima“ da bi ubrzali svoj oporavak (Piemonte i Abreu, 2020: 608). Međutim, pokušaji humora od strane liječnika nisu nužno uvijek pozitivno prihvaćeni, pogotovo kad su usmjereni na određene ljude i skupine (Osincup, 2020) ili, u Katarininom slučaju, četvrt u kojem pacijentica živi, a koji također podrazumijeva određenu skupinu.

Postoji mnogo teorija o svrsi humora u komunikaciji. Humor može poslužiti u svrhu olakšanja i smanjenja stresa u stresnoj situaciji (Berlyne, 1972; Morreall, 1983; Shurcliff, 1968), može poslužiti u svrhu (pozitivnog) šokiranja kad se šalom prekrše određene društvene norme (Berger, 1976; Deckers i Divine, 1981; McGhee, 1979), a ponekad se njime koristi da bi se izrazila vlastita superiornost nad nekime ili nekom skupinom (Feinberg, 1978; Morreall 1983) ili u disciplinske

svrhe, primjerice ismijavanje ponašanja ili vjerovanja koje se smatra neprimjerenima (Apte, 1985). Svrha humora može biti i stvaranje osjećaja zajedništva i pripadnosti određenoj grupi ili u određenim kontekstima, primjerice na radnome mjestu ili u političkoj stranci (Meyer, 2000). Prihvatanje humora i interpretacija šale ovise o primatelju ili primateljima šale te o situaciji i kontekstu jer ono što je smiješno u jednom kontekstu, neće biti smiješno u drugome (Meyer, 2000). Primatelji šale također mogu imati drukčije načine komuniciranja, društveno znanje i iskustva te njihova reakcija ovisi i o tome (Raskin, 1992).

Primjerice, pacijentica Tea dobro je reagirala na šalu svoje liječnice nakon operacije na oku:

„I već kad sam rekla, ja velim da se stvarno bojim, ne operacije, nego da se bojim da neće ožiljak biti gori nego što je ta nakupina bila i bile su jako ljubazne, stalno su me tješile. Baš pozitivna komunikacija, i odmah me se sjetila doktorica na kontroli kad sam došla vaditi konce 'Aha to je ona nakupina koje je bilo puno.' Čak malo u šali 'Eto, vidite da vam je sad više zategnuto nego što vam je bilo.' Nešto što treba čovjeku da ga opusti.“ (Tea)

Iako različiti oblici humora mogu biti različito prihvaćeni, jedan je učestalo negativan oblik humora koji se pojavljuje u zdravstvenom kontekstu baziran na ismijavanju pacijenata od strane zdravstvenih radnika i koristi se kao šala između zdravstvenih radnika na račun pacijenata (Piemonte i Abreu, 2020). Takav oblik humora često je posljedica pokušaja emocionalnog distanciranja od teške zdravstvene situacija te osjećaja bespomoćnosti i nedostatka kontrole koje te situacije izazivaju (Andre, 2002; Rentmeester, 2008) ili je reakcija na pacijente koji se percipiraju kao pretjerano zahtjevni i nezahvalni ili su svojom neodgovornošću uzrokovali svoju bolest (Watson, 2011; Wear et al., 2006). S takvim tipom humora susrela se i Irena na svojem radnome mjestu.

„A često se dešava i kad doktor pristane odgovarati na pitanja, da odgovara s nekakvim podsmijehom ili ono kao 'Ma bit ćete super dok dođe sezona, dok Hrvatska opet zaigra sljedeću utakmicu.' Ili tako neke glupe stvari, zezanje koje u principu apsolutno nije ni profesionalno ni fer. A imala sam jednu pacijenticu na koju je palo drvo i ostala je nepokretna i točno se sjećam da su se svi zezali s tim kao 'Ha ha ha, na ženu je palo

drvo', što uopće nije smiješno. I onda je ona pitala dal će onda ona opet moći hodati i sjećam se da je doktor rekao nekakvu šalu, ali nešto u stilu 'Kad na vrbi zasvrbi.' Ne tim riječima, ali nešto u tom stilu.“ (Irena)

Dok takav tip humora možda donosi olakšanje zdravstvenim radnicima čije je radno okruženje puno patnje i smrti (Watson, 2011), istovremeno dolazi do dehumanizacije pacijenata što se može negativno odraziti na iskustvo pacijenata u bolnici (Wear et al., 2006; Piemonte, 2015).

Jesu li se moja liječnica opće prakse i ginekologinja, kao i Verin liječnik, samo htjeli našaliti ili je ta šala bila posljedica njihovog stresnog radnog okruženja na kraju nije važno jer se šala može ostvariti samo ako na nju primatelji šale reagiraju kao na šalu (Meyer, 2000). Međutim, sve što su moja liječnica opće prakse i ginekologinja postigle u meni je osjećaj neugode i posramljenosti zbog implicirane promiskuitetnosti koja je sama po sebi zapravo društveni konstrukt, kao što je i pojam nedovoljne „muškosti“ koji Antina liječnica nameće Anti.

Drugi se primjeri rodne diskriminacije i spolnog uznemiravanja kazivača pacijenata, osim vlastitog iskustva i Antinog i Verinog iskustva nisu pojavljivali u mojem istraživanju, ali jedan je primjer diskriminacije bio aktualan u vrijeme pisanja ovog rada pa sam mu, neizbježno, posvetila dodatnu pažnju. U lipnju 2021. godine u medijima je ponovno postalo aktualno pitanje darivanja krvi, odnosno zabrane darivanja krvi muškarcima koji se identificiraju kao homoseksualci. Javnu medijsku raspravu započeo je slučaj aktivista za ljudska prava Ivana Zidarevića koji je javno objavio da su ga „u Hrvatskom zavodu za transfuzijsku medicinu odbili kao darovatelja krvi i to deficitarne krvne grupe jer je otvoreno priznao da je homoseksualac.“⁴⁵ U novinama je medicinska struka svoju odluku opravdala visokom rizičnošću od zaraze HIV-om u homoseksualnih i biseksualnih muškaraca⁴⁶ dok je Socijaldemokratska partija Hrvatske javno uputila zahtjev da se

⁴⁵ Izvor: <https://www.jutarnji.hr/vijesti/hrvatska/muskarcu-nisu-dali-da-daruje-krv-je-gay-ravnateljica-zavoda-to-je-opravdano-evo-i-zasto-15080952>, <https://brodska.stvarnost.hr/90-posto-otkrivenih-slucajeva-hiv-a-je-preneseno-odnosom-izmedu-muskaraca-ravnateljica-zavoda-za-transfuzijsku-medicinu-objasnila-diskriminaciju/> [Datum pristupa: 09.01.2023.]

⁴⁶ Izvor: <https://dnevnik.hr/vijesti/hrvatska/sdp-uputio-zahtjev-da-se-gay-muskarcima-u-hrvatskoj-omoguci-darivanje-krvi---655654.html> [Datum pristupa: 09.01.2023.]

homoseksualnim muškarcima omogući darivanje krvi jer da je u suprotnome riječ o diskriminaciji homoseksualnih muškaraca.⁴⁷

Ovakav medijski i biomedicinski diskurs sličan je onome koji je bio aktualan i u SAD-u i ostatku svijeta 1980-ih godina kad je više od pedeset država uvelo nove oblike kontrole prelaska granice radi kontrole širenja HIV-a (Patton, 2002). U to je vrijeme Svjetska zdravstvena organizacija napravila epidemiološku sliku svijeta baziranu na percepciji rizika prema kojoj su u Sjevernoj Americi i Europi identificirani slučajevi HIV-a najčešće bili među homoseksualnim muškarcima i korisnicima droga koji droge unose intravenozno, u Africi su najčešće identificirani slučajevi HIV-a bili među heteroseksualnim osobama, a Azija je identificirana kao mjesto gdje se AIDS pojavio tek kasnije u tijeku širenja virusa (Patton, 2002). Ta je shema Svjetske zdravstvene organizacije potom iskorištena u svrhu daljnje promocije i legitimizacije već postojećih rasističkih, homofobnih i općenito diskriminatornih tendencija u političkih stranaka, medija i društvenih skupina tog vremena (Patton, 2002).

Jedno od kolonijalnih nasljeđa još uvijek aktualnih u suvremenim društvima jest percepcija nekadašnjih koloniziranih naroda kao seksualno devijantnih i amoralnih (Surlin, 2018). Zbog toga se na početku pandemije u medijima počeo širiti pojam „afrički AIDS“ koja simbolizira upravo tu percepciju naroda u Africi kao onih koji su seksualno pretjerano aktivni (iz perspektive tzv. zapadnih moralnih vrijednosti) i pritom nepažljivi (Surlin, 2018). Time se zanemario visoki postotak silovanih žena u Africi i žena koje ne mogu svoje partnere uvjeriti da koriste kodnome te običaj „korektivnog“ silovanja žena u Africi koje se identificiraju kao lezbijke kao i izrazito ograničen pristup zdravstvenim uslugama koje mogu spriječiti da se HIV s majke prenese na dijete (Surlin, 2018). Ista se ta iskrivljena kolonijalistička percepcija afričkih naroda kao seksualno izopačenih zatim ponovila u afroameričkim zajednicama u SAD-u te su im uskoro u medijima pridruženi homoseksualci, seksualni radnici i drugi imigranti (Patton, 2002).

Problem je nastao kad se zbog takvog diskursa homoseksualan čin ili bilo koji čin „neuobičajenog seksa“ (koji sam po sebi nije bio dodatno definiran, ali je izlazio izvan okvira seksualnog čina

⁴⁷ Izvor: <https://dnevnik.hr/vijesti/hrvatska/sdp-uputio-zahtjev-da-se-gay-muskarcima-u-hrvatskoj-omogući-darivanje-krvi---655654.html> , <https://n1info.hr/vijesti/sdp-gay-muskarcima-treba-omoguciti-darivanje-krvi/> [Datum pristupa: 09.01.2023.]

heteroseksualnog i bijelog bračnog para) poistovjetio sa zarazom HIV-om, umjesto da je naglasak bio na pravilnom korištenju zaštite bez obzira na podrijetlo, zanimanje ili seksualnost seksualnog partnera (Patton, 2002). Tako je, primjerice, 1993. godine u Kanadi suđeno Charlesu Ssenyongi koji je okrivljen za zarazu svojih partnerica HIV-om pri čemu fokus nije bio na nekorisćenju kondoma kao oblika potencijalne prevencije zaraze, već na Ssenyongovom afričkom podrijetlu i njegovoj navodno naglašenoj seksualnosti (Patton, 2002).

Ista se paralela može povući s homoseksualnošću, jer je homoseksualnost do 1973. godine bila navedena kao psihološki poremećaj u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje Američke psihijatrijske udruge te se stoga 1980-ih u jeku pandemije HIV-a homoseksualce ponovno povezuje s devijantnim i perverznim ponašanjem i u javnosti ih se ocrtava kao same sebi krive što su se zarazili (Surlin, 2018). Iako namjera Svjetske zdravstvene organizacije vjerojatno nije bila da kroz svoju epidemiološku sliku svijeta širi rasističke i diskriminatorne tendencije, reakcija javnosti, medija i političara ukazuje na način na koji se biomedicinsko znanje može producirati kroz određenu kulturnu simboliku (Patton, 1990: 67). Također ukazuje na to da se znanstveni i stručni autoritet koji biomedicina ima u društvu često koristi kao podloga za legitimizaciju i reproduciranje diskriminatornih društvenih praksi (Surlin, 2018: 12).

Jedan od čestih argumenata koji se koristi da bi se opravdala diskriminatorna praksa odbijanja donacije krvi od muškarca koji je bio seksualno aktivan s drugim muškarcem jest da statistički postoji visoki postotak zaraze HIV-om među muškarcima koji su seksualno aktivni s drugim muškarcima (den Exter, 2015). Izraz „muškarci seksualno aktivni s drugim muškarcima“ uveden je nakon što je Svjetska zdravstvena organizacija shvatila da se ne identificiraju svi muškarci koji su seksualno aktivni s drugim muškarcima kao homoseksualci niti da homoseksualnost postoji kao seksualan identitet u svim društvima (Surlin, 2018).

Međutim, takvo privremeno ili trajno (ovisno o zakonu u pojedinačnim državama) isključivanje određenih skupina iz čina donacije krvi zapravo se ponovno bazira na istom diskriminativnom razmišljanju s kojim se suočio Charles Ssenyonga 1993. godine u Kanadi. Čitava se skupina ljudi (ovaj put kategorizirana prema seksualnoj orijentaciji ili obliku seksualne aktivnosti, umjesto prema mjestu podrijetla) poistovjećuje sa zarazom s HIV-om, umjesto da se fokus zdravstvene

struke prebaci na ono što je jedan od uzročnika zaraze HIV-om, a to je seksualna aktivnost bez zaštite koja nije isključivo prisutna u samo jednoj društvenoj skupini (den Exter, 2015). To je, uostalom, bio i jedan od glavnih protuargumenata Ivana Zidarevića koji je u svojem medijskom istupu naglasio da se on nalazi u životnom partnerstvu s osobom istog spola, međutim da ga država bez obzira na njihov odnos ne tretira tako⁴⁸.

Jedan je od prijedloga stoga da se kategorija „muškarca koji je seksualno aktivan s drugim muškarcem/ima“ izbaci kao način kategorizacije osoba (ne)podobnih za donaciju krvi te da se umjesto toga pitanja ograniče na, primjerice, zadnji seksualni odnos bez zaštite i druge parametre seksualnog ponašanja (den Exter, 2015) – iako time biomedicina ponovno prelazi u oblik društvene kontrole. Logika iza takvog razmišljanja temelji se na tome da, iako se sva donirana krv testira na prisutnost virusa, ako je donator relativno nedavno zaražen postoji mogućnost da se prisutnost HIV-a ne uoči, ali ta se mogućnost ne bi trebala poistovjećivati s određenim društvenim skupinama, seksualnim orijentacijama ili preferencijama (den Exter, 2015). Jedan od argumenata koji isto treba imati na umu jest da su šanse da u homofobnom i diskriminatornom okruženju muškarac iskreno odgovori na pitanje o svojoj seksualnoj aktivnosti mnogo manje nego u okolini koja ne nastupa homofobno i diskriminatorno i ne isključuje pojedince iz čina darivanja krvi samo na osnovu kategorije muškarca koji je seksualno aktivan s drugim muškarcima (Ifleh et al., 2018).

Za razliku od iskustva sa sugovornicima-pacijentima, u mom je istraživanju puno više primjera uznemiravanja, ali i diskriminacije, bilo među sugovornicama-zdravstvenim radnicama. Prva od sugovornica koja je spomenula da se osjeća diskriminirano i da primjećuje diskriminaciju drugih specijalizantica i liječnica na odjelu bila je specijalizantica Katarina. Ona se osvrnula na diskriminaciju koju sama doživljava i na diskriminaciju jedne od liječnica s kojom radi. Katarina je tijekom razgovora istaknula da osjeća da se njezine odluke češće propituju nego odluke nekih drugih kolega na odjelu te da je zbog toga svojeg mentora upitala radi li ona nešto krivo. Međutim, mentor joj je odgovorio da je sve što radi u redu, ali da je to zato što ima „premalo godina i da sam

⁴⁸ Izvor: <https://www.vecernji.hr/vijesti/gaj-muskarci-smiju-darivati-krv-u-cijeloj-europi-samo-ne-u-hrvatskoj-jedina-smo-zemlja-sa-trajnom-zabranom-u-eu-1644019> [Datum pristupa: 09.01.2023.]

žensko i da sam tak mala i tak pričam kak pričam i da se nažalost tako ljudi ponašaju prema meni, zato što sam ja takva i da je njemu žao al da je to tak“ (Katarina).

Kao i u mnogim prethodnim citatima, uočljivo je da se i u ovom citatu ne pojavljuje samo jedan element podložan analizi. Osim na činjenicu da je žena, njezin se mentor osvrnuo i na to da je Katarina mlada, na način na koji Katarina govori (pritom je mislio na tonalitet njezinog glasa koji je visok, ali i na neformalan registar koji koristi u govoru) i na njezin izgled, odnosno na to da je, po njegovom mišljenju, niža od prosjeka. Zbog toga njezin mentor smatra da Katarina ima manje autoriteta od nekih drugih svojih kolega na istoj poziciji koji rade isti posao. Je li to istina ili nije nisam u svojem istraživanju mogla utvrditi, ali time što joj govori da je automatski u lošijem položaju zbog određenih karakteristika, između ostalog i zbog tog što je žena, Katarinin mentor zapravo i sam vrši diskriminaciju nad njom. Katarina se, osim na vlastitu situaciju, osvrnula i na diskriminaciju jedne od svojih suradnica:

„Mislim da čak važnije od toga da si stara je da si muško. Ja sam frustrirana zato što sam žena, ali na jednom našem odjelu u našoj bolnici glavna doktorica je profesorica, ona ima dvije specijalizacije. Žena ima četvero djece, ona je bila predsjednica ne znam kakvih svih međunarodnih udruga, ono, i pametna je i sposobna i jako puno tog je postigla, ne znam što sve nije napravila. Doslovno, ne znam, svašta je napravila. Jako, jako sposobna žena. I ona je onak profesorica i glavna na odjelu, ali izgleda dosta... Ona je sad postala baka, ja ne znam koliko ona ima godina, tipa možda šezdeset, možda i nema šezdeset, ali izgleda jako sređeno uvijek. Dolazi onak ima ispod košulju i suknjicu, onda ima preko kutu i onak ima kosu ko da je bila kod frizera svaki dan i onak se našminka i nije pretjerana nego baš je žena, lijepa ugrađena žena i izgleda ko da ima četrdeset, baš izgleda mlado. Fakat ne znam koliko ima godina. I pacijenti, više puta sam čula priče da njoj pacijenti, onak ne slušaju nju nego kažu 'Ali ja hoću pričati s doktorom.' jer je pored nje je doktor koji je počeo sad sijedjeti, a ne znam koliko ima, četrdeset godina. Samo je ono, počela mu je sijedjeti kosa, ali je definitivno mlađi od nje i ona je iznad njega i ona odlučuje, ona donosi zadnju odluku na odjelu, ali pacijenti se više njemu okreću zato kaj je muško i čisto i isključivo zato. I to je baš grozno. I onda ona zna nekad reći kao 'Pa kaj se njemu obraćate, ja sam profesorica, ja sam tu

glavna.', ali jednostavno ne izgleda tak...ne izgleda kao da je. Čak i ja kažem, ne izgleda kao da je to, jer jednostavno ne izgleda. Profesor je neki stariji sijedi muški čovjek s kravatom koji onak sve zna. I muško je.“ (Katarina)

Ono što se čini kao okosnica diskriminacije u ovom primjeru nije samo to što je liječnica u pitanju žena već je riječ i o njezinom načinu odijevanja, šminkanju i tome što se trudi oko svojeg izgleda što na neki način naglašava njezinu „ženstvenost“. To joj stvara probleme u odnosu s pacijentima i stavlja je u nepovoljniji položaj naspram njezinih muških kolega što se uklapa u pojam diskriminacije. Čak je sugovornica Katarina koja i sama radi u istoj struci zbog tog izdvaja kao neobičnu. Zanimljiva je i Katarinina stereotipizacija profesora kao starog, sijedog muškarca koji nosi kravatu i koji sve zna, čime se ponovno vraćamo na pojam stereotipa i shema koje dijelimo kao članovi iste društvene zajednice, a može se povezati i s „akademikom“ kojeg pedijatar Vinko spominje u opoziciji prema „kumici s placa“.

Bourdieu piše o tome kako određene žene imaju bolju poziciju unutar svoje profesije zato što odgovaraju poželjnom imidžu ženstvenosti (Bourdieu, 1984: 153). U ovom primjeru rekla bih da se radi upravo o suprotnom efektu: kad je liječnica previše ženstvena za svoju profesiju, odnosno kad njezin izgled ne odgovara ideji izgleda koja se smatra poželjnom unutar liječničke profesije podložnija je stereotipizaciji. Sličnu sam izjavu uočila i u intervjuu sa sugovornicom-pacijenticom Teom. Tea je imala brojne zdravstvene probleme, a između ostalog morala je i na operaciju oka, no posumnjala je u sposobnost svojih liječnica zato što su joj izgledale kao „manekenkice“.

„I onda sad nedavno sam imala operaciju sanktilazme, to je ovo bijelo ispod oka kako se nakupi. Bile su dvije mlade doktorice, ja sam se jako bojala kako će one to obaviti, što će biti, ovak na izgled dvije manekenkice i već sam došla pred kraj radnog vremena, dugo sam čekala.“ (Tea)

Osim Katarine, u grupnom intervjuu s tri specijalizantice onkologije i radiologije, Dorom, Ivom i Evom, i specijalisticom onkologije i radiologije Mateom, također se pojavljuju primjeri diskriminacije. Sve su se četiri sugovornice susrele s time da ih pacijenti nazivaju medicinskim sestrama.

Matea: Što sam starija, to mi se rjeđe događa da me mijenjaju za medicinsku sestru, ali prije puno više. I da, ove inženjere dolje miješaju, oni su svi doktori. To je klasični seksizam.

Iva: Da, muški su doktori, a žene su...

Eva: Žene su sestre.

Isti je oblik diskriminacije doživjela i Katarina:

„Meni pacijenti jako često govore 'sestro' zato što sam žensko. Iako imam i stetoskop i ja sam ih prozvala, ja sam ih pregledala i onda 'Hvala, sestro.' i onda odu doma. Mislím, nije da me smeta, da me ponižava tak, ali smiješno mi je i ružno mi je zato što znam da mi to govore samo zato što sam žensko.“ (Katarina)

Fizioterapeutkinja Irena, koja radi u drugoj bolnici, također se prisjetila da je od liječnica na svojem odjelu često čula pritužbe da ih pacijenti miješaju s medicinskim sestrama, a da tehničare nazivaju liječnicima. Sama je također doživjela diskriminaciju od strane pacijenata, ali i uznemiravanje od liječnika na svojem odjelu.

Irena: Kad sam pričala s doktoricama, rekle si mu da im pacijenti često govore da su sestre, a svi tehničari doktori. A meni su se jako često, pogotovo stariji muški pacijenti, obraćali s 'mala' ili 'ej, sestro'. Uopće kao da ne postoji to mišljenje da bi žena mogla biti doktorica ili nešto drugo izuzev medicinske sestre u bolnici.

Istraživačica: Jesi primijetila i prema doktoricama takvo ponašanje ili?

Irena: Da, malo manje ako imaju stetoskop, ali u principu da, uglavnom da. U bolnici ako si ili mlad ili žensko ili oboje se smatra da ništa ne znaš ili da si tu preko veze ili da spavaš s nekim pa si zato tu, ne postoji neko generalno poštovanje ili mogućnost da je žena svojim zaslugama nešto postigla. Što se tiče toga, kad bi od pacijenata u startu dobila nešto bezobrazno, bi se ja i oštrije i bezobraznije postavila pa bi mi bilo puno lakše i onda bi me slušali. Ali u principu često puta se desi da čak muškarci ne mogu prihvatiti da ti žena govori da trebaš nešto raditi i onda se javlja ono pitanje, mene je jednom pacijent pitao 'Zašto sam tako monstruožna?'

Istraživačica: Baš tu riječ je iskoristio?

Irena: Da. Moja su iskustva uglavnom bila negativna. Zato što biti žensko u zdravstvenom sistemu u Hrvatskoj je jako teško, zato što te svi gledaju ko nekakav objekt i moraš tamo biti lijepo se smješkat, biti jako ugodna, paziti na svoj ton glasa, ne smiješ proturječiti i ako proturječiš kao zapravo tko si ti uopće da proturječiš doktoru. To zaista je neko uvriježeno mišljenje tamo. Ja sam imala neku situaciju s doktorom, imali smo trinaestogodišnju djevojčicu koja je imala rupturu prednjih križnih ligamenata u koljenu i ona je to operirala i to je jedan zapravo sasvim rutinski zahvat. I doktor prilikom stavljanja ortoze, pacijenti je ortozu zaključao na nula i rekao mjesec dana ne smije savijati koljeno. Što nije standardna procedura jer ona u prvih mjesec dana može bez problema doći do 90 stupnjeva fleksije u koljenu. I ja sam bila na tom pregledu kad je on to napravio i rekla sam da smatram da to nije dobro jer će doći to kontrakture, to znači da djevojka od trinaest godina koja se profesionalno bavi nogometom neće moći savijati koljeno, neće moći više igrati nogomet, neće moći normalno sjediti u školi bez da ima bolove i na kraju krajeva će joj to otežati rehabilitaciju i život i dovesti nove komplikacije od manjka mišićne jakosti, i uglavnom da ne nabrajam. Ja sam to svoje mišljenje javno iznijela zbog čeg sam na kraju bila kažnjena sa zabranom odlaskom na odjel, mislim tjedan ili dva ne mogu se točno sjetiti, od strane moje nadređene. A doktor je prokomentirao nešto kao 'Da me lijepo imati na odjelu zato što sam lijepa, ali da bi bilo bolje za sve da šutim.' I dosta često je bilo tak nekih komentara, eto to je jedan od primjera.

Istraživačica: Koji su još primjeri?

Irena: Dok sam radila u [bolnici] neki doktor za kojeg ni ne znam, samo je prolazio pored mene i prokomentirao 'O vidi ti ovu, dođi ti sa mnom, imam ja sobu gdje se mi možemo zaključati.' Koja seljačina. [...] Tu je bilo razno raznih rasprava zato jer eto žensko si pa sama po sebi nemaš pravo na autoritet. Pošto je meni nadređena osoba bila žena, prema muškarcima kao praktikantima, stažistima se uvijek ponašala puno blaže, tolerirala su se kašnjenja, prerani odlasci na pauze, odlasci na pušenje za vrijeme radnog vremena i slično. A nama curama ne, prema nama je uvijek bila izuzetno stroga,

od nas se očekivalo da odrađujemo njihov dio posla i sve. A muškarci ko da su neke njihove male bebe bile.

I Irena i Katarina spominju stetoskop kao simbol liječništva i jedan od načina na koje se liječnice može razlikovati od medicinskih sestara, a koji u njihovim citatima često biva zanemaren. Sličan problem imali su i hrvatski mediji kad je 2020. godine na različitim mjestima u Zagrebu, Osijeku i Splitu u sklopu kampanje „Dobri ljudi“⁴⁹ osvanuo mural s crtežem zdravstvene radnice koja nosi bijelu kutu i stetoskop. Bijela kuta i stetoskop prepoznaju se kao općeprihvaćeni simboli liječništva (npr. Blumhagen, 1979; Markel, 2006; Kazory, 2008). Nošenje bijele kute postaje norma u biomedicinskom javnozdravstvenom sustavu nakon Drugog svjetskog rata upravo s namjerom da se liječnike što jednostavnije prepozna te da lakše održavaju svoje uniforme čistima, a izuzev liječnika bijele su kute ponekad nosili i studenti medicine (Farraj i Baron, 1991). Bijela boja također simbolizira čistoću koja stoji u suprotnosti s bolestima protiv kojih se liječnici bore te predstavlja i simboličnu barijeru koja pojačava osjećaj profesionalne udaljenosti između liječnika i pacijenata (Jones, 1999). Zašto stoga nekim hrvatskim medijima prva asocijacija na zdravstvenu radnicu u bijeloj kuti sa stetoskopom nije bila da joj dodijele status liječnice?

Internetski portali Telegram Super1 (slika 1 i slika 2) i SibHR prvotno je u naslovu članka nazivaju medicinskom sestrom, a zatim naslov naknadno mijenjaju te joj daju novi status medicinske radnice no originalan naslov ostaje i dalje vidljiv u hiperlinku članka^{50,51}. Internetski portal Telegram naziva je medicinskom radnicom, a tako je nazivaju i na Facebook stranici Graffiti na gradele⁵².

⁴⁹ Kampanju „Dobri ljudi“ organizirala je Zagrebačka pivovara u sklopu koje je cilj bio donirati milijun kuna Hrvatskoj gorskoj službi spašavanja, Plavom telefonu, Fondu 5.5 i Hrvatskoj mreži za beskućnike, izvor: <https://zagrebackapivovara.hr/kampanja-dobri-ljudi-zuja-donira-milijun-kuna-hrvatskim-udrugama-i-inicijativama/> [Datum pristupa: 05.06.2023.]

⁵⁰ Izvor: <https://www.telegram.hr/super1/snaga/medicinska-sestra-vatrogasac-i-alpinistkinja-tri-hrvatska-grada-dobila-su-murale-u-cast-herojima/>, [Datum pristupa: 02.02.2023.]

⁵¹ <https://sib.net.hr/vijesti/osijek/3902876/procelje-zgrade-na-drvljaniku-od-danas-krasi-veliki-mural-medicinske-sestre/> [Datum pristupa: 02.02.2023.]

⁵² Izvor: <https://www.facebook.com/profile/100063583982111/search/?q=dobri%20ljudi> [Datum pristupa: 02.02.2023.]

Na portalu Ziher.hr⁵³, na portalu Jutarnjeg lista⁵⁴ i na internetskoj stranici Zagrebačke pivovare⁵⁵ nazivaju je liječnicom. Bi li se jednaka neujednačenost u medijskim objavama te naknadna mijenjanja iz medicinske sestre u medicinsku radnicu dogodili da je na muralu bio nacrtan muškarac u bijeloj kuti sa stetoskopom ili bi svi mediji napisali da je riječ o liječniku – ostaje pitanje na koje zasad nemam odgovor, ali koje čini dobar potencijal za buduće istraživanje o diskriminaciji u javnozdravstvenom sustavu i prezentaciji liječnica u medijima i javnim diskursima.

Medicinska sestra, vatrogasac i alpinistkinja. Tri hrvatska grada dobila su murale u čast herojima

BY EMA GLAVINA • SNAGA • 21.10.2020. • 29 PREPORUKA



FOTO: GRAFFITI NA GRADELE FACEBOOK

Slika 1 – „Medicinska sestra, vatrogasac i alpinistkinja. Tri hrvatska grada dobila su murale u čast herojima.“, Telegram Super1, 23. 10. 2020.

⁵³ Izvor: <https://www.ziher.hr/murali-za-junake-zuja-graffiti-na-gradele-dostava-zvuka/> [Datum pristupa: 05.06.2023.]

⁵⁴ Izvor: <https://novac.jutarnji.hr/novac/promo/novi-mural-u-osijeku-zuja-graffiti-na-gradele-i-dostava-zvuka-zasluzni-za-crtez-lijevnice-na-zidu-zgrade-u-vukovarskoj-ulici-15025693> [Datum pristupa: 02.02.2023.]

⁵⁵ Izvor: <https://zagrebackapivovara.hr/zuja-i-hrvatski-grafiteri-oslikali-zidove-u-tri-hrvatska-grada/> [Datum pristupa: 02.02.2023.]

ULIČNA UMJETNOST Medicinska radnica, vatrogasac i alpinistkinja. Tri hrvatska grada dobila su murale u čast herojima



EMA GLAVINA 21. 10. 2020.

FOTO: GRAFFITI NA GRADELE FACEBOOK



Slika 2 – “Ulična umjetnost: Medicinska radnica, vatrogasac i alpinistkinja. Tri hrvatska grada dobila su murale u čast herojima“, Telegram Super1, 02. 02. 2023.

Na slične diskriminatorne stavove, u Velikoj Britaniji ukazuje Vogel (2019) u radu koji se temelji na istraživanju u kojem je sudjelovalo 5000 Britanaca. U anketi koja im je dodijeljena, samo ih je 5 % pretpostavilo da će u slučaju odlaska u bolnicu njihov liječnik biti žena, iako su više od pola liječnika u Ujedinjenom Kraljevstvu žene (Vogel, 2019). Naspram toga, 63 % pretpostavilo je da će medicinska sestra biti žena (Vogel, 2019). Istraživanje koje su proveli Cao i Banaji (2016) ukazuje na slične rezultate. Kad su svoje ispitanike, bez davanja dodatnog konteksta, pitali tko je liječnik, a tko medicinska sestra⁵⁶ – Elizabeth ili Jonathan, implicitna uvjerenja njihovih ispitanika (N=574) podudarala su se s onima izraženima u anketi. Većina ih je smatrala da je Jonathan liječnik, a Elizabeth medicinska sestra (Cao i Banaji, 2016).

⁵⁶ U engleskom jeziku riječi *nurse* (medicinska sestra) i *doctor* (liječnik) nisu rodno determinirane riječi kao što je slučaj u hrvatskom te se mogu podjednako odnositi i na muškarce i na žene.

Osim ovih, mnogi se drugi članci stranih autora bave problematikom raznih oblika rodne diskriminacije koju doživljavaju liječnice i druge zdravstvene radnice na svojem radnom mjestu. Oblici diskriminacije koji se spominju u tim člancima mnogobrojni su, a među ostalim uključuju primjerice: činjenicu da je na vodećim pozicijama u bolnicama vrlo malen postotak liječnica, iako zaposlenih liječnica na odjelima i u bolnicama koje se spominju ima više nego liječnika (Grant – Kels, 2017), diskriminacija liječnica koje su trudne ili su nedavno rodile na način da se propituje njihova sposobnosti da se u dovoljnoj mjeri posvete svojem poslu (Smith i Lipoff, 2016), manje plaće zdravstvenih radnica u odnosu na njihove muške kolege (Desai et al., 2016), seksualno napastovanje od strane drugih zdravstvenih radnika i pacijenata (Jagsi, 2018), obraćanje liječnicama kao da su medicinske sestre (Grant-Kels, 2017; Manzoor i Redelmeier, 2020) i sl.

Hrvatska liječnička komora u anketnom istraživanju koje je provela 2022. godine ima podatak da je 1595 liječnika od njih 3402 odgovorilo da je u posljednjih dvanaest mjeseci bilo izloženo nečemu od navedenih kategorija koje su bile: verbalno nasilje/prijetnje, neprimjereno seksualno uznemiravanje, zlostavljanje i nasilje/mobing. Njih 1499 od 3402 odgovorilo je „da“ na pitanje jesu li bili izloženi diskriminaciji na poslu od početka rada.⁵⁷ Nažalost, seksualno uznemiravanje nije kategorijski odvojeno od drugih oblika nasilja i zlostavljanja pa nije moguće reći koliki je točan postotak onih koji su doživjeli seksualno uznemiravanje. Međutim, da je seksualno uznemiravanje (i zlostavljanje) prisutno u diskursu o javnozdravstvenom kontekstu u Hrvatskoj može se iščitati iz raznih medijskih objava.⁵⁸

Osim što ih zbog njihovog izgleda naziva „manekenkicama“, Tea je kod svojih liječnica primijetila i da su „mlade“ te u njenom kao i u oba Katarinina citata, dob ponovno igra ulogu. U Katarininom slučaju njezin mentor ističe njezin nedostatak godina kao nešto što joj odmaže u polju medicinske

⁵⁷ Izvor: <https://www.hlk.hr/EasyEdit/UserFiles/pdf-ovi-za-vijesti-web/2022/odgovori-bolnickih-lijecnika-studija.pdf>, [Datum pristupa: 02.02.2023.]

⁵⁸ Primjerice: <https://www.telegram.hr/politika-kriminal/zene-u-medicini-opisuju-mucne-seksisticke-ispade-koje-trpe-ugledni-docent-me-pitao-bih-li-bila-njegova-mackica/> [Datum pristupa: 25.05.2023.], <https://www.srednja.hr/faks/studenti-medicinskog-pozvali-kolege-da-prijave-zlostavljace-na-fakultetu/> [Datum pristupa: 25.05.2023.], <https://www.nacional.hr/pokret-metoo-u-zdravstvu-ne-funkcionira-sustav-stiti-lijecnike-seksualne-predatore/> [Datum pristupa: 25.05.2023.], <https://www.jutarnji.hr/vijesti/crna-kronika/mlada-lijecnica-i-studentica-ga-optuzivale-za-silovanje-poznatog-kirurga-u-rijeci-kolegica-optuzila-za-novi-napad-i-dobila-opomenu-pred-otkaz-6651129> [Datum pristupa: 25.05.2023.], <https://www.novilist.hr/novosti/hrvatska/rijecki-kirurg-prijavljen-za-seksualno-uznemiravanje-opet-prijavljen-a-opomenu-pred-otkaz-dobila-lijecnica-koja-ga-je-prijavila/> [Datum pristupa: 25.05.2023.]

prakse, dok Katarina ističe stariju dob liječnice kao bitnu za njezinu poziciju u polju medicinske prakse. Katarina se tijekom razgovora sa mnom prisjetila i situacije u kojoj su njezina odluka i znanje bili propitivani od strane pacijenta koji je tražio da nakon nje razgovara sa starijim liječnikom:

„Bio je sav frustriran i baš je rekao 'Vi ste isto mladi! Mene je isto jučer gledala mlada doktorica, kak ćete vi to sad...' i ja sam mu samo govorila 'Ajde smirite se, ja sam vas tek sad vidla.' I ja sam ga pogledala i rekla sam da ne vidim nekakve jasne simptome i onda se opet naljutio i baš je bio dosta neugodan, u smislu da je rekao da ja njega sigurno neću pogledati kak treba. [...] I ujutro sam mu rekla da ćemo ga primiti na odjel, da ima nekakav hepatitis, da još ne znamo kakav. I onda je on rekao 'Dobro, a hoću ja moći pričati s nekim od starijih doktora, jer imam još nešto za reći.' Ja sam rekla 'Pa dobro možete i meni reći, ja sam vaš doktor, ja sam vas primila', a on 'Ne, ne, ja bih pričao s nekim od starijih.'“ (Katarina)

Više povjerenja prema starijim liječnicima izrazila je i pacijentica Doris koja je zbog poteškoća s bubregom bila u kontaktu s nekoliko različitih liječnika.

„Drugi put kad sam došla poslao me u [druhu bolnicu] kod doktora koji je trebao vidjeti da li je uopće moguća laparoscopska operacija. Primio me isto relativno brzo, međutim na prvu onako nije mi sjeo doktor. Možda zato što je mlađi, imam više povjerenja u starije liječnike.“ (Doris)

I Irena i Katarina povezuju mladu dob i ženski rod kao potencijalno pojedinačno negativne, ali i kao dodatno negativne kad su u kombinaciji. U jednom od već prethodno navedenih citata Irena kaže: „U bolnici ako si ili mlad ili žensko ili oboje se smatra da nište ne znaš“, a Katarina se prisjeća da joj je mentor rekao da se njezine odluke češće propituju zato što ima premalo godina i zato što je žensko. Dob se pojavljuje i kao značajan element već u prethodnom poglavlju o stereotipizaciji gdje se često ponavljaju negativni stereotipi temeljeni na poodmakloj dobi pacijenata, a često se ta dob povezuje i s rodom pa se spominju „bake“, „babe“ i „bakice“. Primjerice kao što to radi Zvonimir kad želi istaknuti zašto je njemu lakše komunicirati s liječnicima.

Istraživačica: S kime si pričao prije operacije, tko te informirao?

Zvonimir: Išao sam kod doktora opće prakse, onda me on poslao kod ovoga kardiologa na, onda sam došao kod kardiologa i onda su oni mene pretepli i otprilike su shvatili o čemu se radi. Jako puno ti oni daju do znanja kad dođe nekakva baba koja ništa ne zna i netko tko smišlja razmišlja inženjerski o tome. Pitali su kakvi su simptomi i to sve sam ja njima dobro opisao, te simptome i na koji način ja to osjećam, i to je bilo korisno. Velim ti, opet, stvar je u tome jesi li ti nekakva glupa baba di ne zna niš, ili netko tko razmišlja na način da ipak povezuje činjenice i tak dalje.

Jelka pak opisuje osobe starije od sedamdeset godina kao one, koje naspram nje, ne žele postaviti pitanja liječnicima i dodatno se informirati o svojem stanju iz strahopoštovanja prema liječnicima.

„Imaju još uvijek pogotovo ti stariji od 70 godina strahopoštovanje i rišpekt od liječnika. Gospon doktor. Oni dalje od toga ne znaju. Oni se boje pitati, boje se reći. A ja već više ne. Ti mene moraš isto poštivati, svakog pacijenta, a ne pošikavati. To je to, ta komunikacija. A ti stariji vam neće ni pitati. 'Kaj je gospon doktor rekel, to bum ja pil, kak su mi rekli i gotovo.' To su te generacije ja mislim. A s nama imaju problema.“
(Jelka)

Međutim, iz Katarininog i Teinog iskaza jasno je da nije samo poodmakla životna dob ona koja utječe na percepciju pozicije unutar polja biomedicinske prakse. Pacijentica Marta kojoj je dijagnosticiran rak štitnjače istaknula je da je tijekom postavljanja dijagnoze i liječenja od raka imala osjećaj da je svi „shvaćaju olako“ jer ima 34 godine te da je općeniti stav s kojim se susretala bio da je ona „mlada i zdrava“ iako je iz njezine dijagnoze ubrzo postalo jasno da zapravo uopće nije zdrava.

„Dolazila sam kod anesteziologa na dogovor za operaciju kada morate napraviti gro pretraga i onda vam kažu 'Pa nećemo napraviti ovu pretragu, koliko ono imate godina? A ma vi ste mladi'. Okej, ja jesam mlada, ali očigledno da nešto sa mnom ne štima zato jesam ovdje. I onda vam se zna i dan danas dogoditi, svaka moja kontrola je svaka tri mjeseca i znam dane izgubiti u bolnici čekajući da dođem na red jer sam mlađa pa imam vremena. I kad jednom to [rak] prođete, onda uvijek postoji taj strah kod svakog pregleda. Kad god nešto napipate, onda vam kažu 'Ma nemoj preuveličavati, još uvijek

si mlada sve je to normalno.' Ali onaj crv sumnje u vama uvijek radi, da ipak nije nešto.“ (Marta)

Iako dob, kao i rod, Bourdieu smatra sekundarnim principom, s obzirom na to da dob očito može utjecati na percepciju pozicije pojedinaca u polju javnozdravstvenog sustava, smatram da bi je se trebalo u određenim situacijama svrstati pod utjelovljeni kulturni kapital. Pogotovo kad je riječ o slučajevima u kojima se dob povezuje sa sposobnošću liječnika da dobro odradi svoj posao ili s (ne)mogućnosti da pacijent ima potencijalno smrtonosnu dijagnozu kao što je vidljivo iz Martinog primjera. Dob se pokazala i kao diskriminatoran faktor među sugovornicima pacijentima i liječnicima koji u kategorije pacijenata koji se teže snalaze ili teže komuniciraju u zdravstvenom sustavu svrstavaju starije pacijente.

6. KOMUNIKACIJSKE PRAKSE I STRATEGIJE INFORMIRANJA

Komunikacijski proces između liječnika i pacijenata, iako određen medicinskim kontekstom u kojem se odvija, također je određen širim kulturnim i društvenim kontekstom, što jasno proizlazi i iz analiza u prethodnim poglavljima. Komunikacija u bolničkom kontekstu nije drukčija od komunikacije u bilo kojem drugom kontekstu. Odnosno, da bismo se razumjeli i uspješno komunicirali, bilo to u bolnici ili negdje drugdje, potrebno je dijeliti prije svega znanje jezika, ali i znanje o svijetu i iskustva svijeta koja se moraju donekle preklapati (Schramm, 1954). Tako definirana, uspješna komunikacija vrlo je slična van Dijkovom (2012) objašnjenju uspješne produkcije diskursa, što ima smisla s obzirom na to da je uspješna komunikacija između članova određene kulture nužna da bi se diskurs producirao, održavao, ali i propitivao. Zbog toga što naša iskustva svijeta nikad nisu ista, svaka je komunikacija istovremeno i oblik transakcije jer se kroz komunikaciju nužno mijenjamo i nadograđujemo svoje znanje i razumijevanje svijeta oko sebe (Baran i Beauchamp, 2017).

Međutim, ono što donekle izdvaja komunikaciju u medicinskom kontekstu od nekog drugog konteksta jest to da, iako su i liječnici i pacijenti često pripadnici iste kulture i društvenog okruženja te dijele opće spoznaje o svijetu koji ih okružuje, liječnici ne koriste nužno uvijek jezik koji je pacijentima u potpunosti razumljiv. Ako je upravo razumijevanje jezika osnova za uspješnu komunikaciju, onda je jedna od prepreka uspješnoj komunikaciji u medicinskom kontekstu svakako korištenje „medicinskog žargona“ (Baran i Beauchamp, 2017: 322), tj. medicinskog registra. Da bi riješili taj problem u komunikaciji, pacijenti bi mogli od liječnika izričito tražiti da u komunikaciji ne koriste medicinski registar ili tražiti objašnjenje onoga što im nije jasno i što ne razumiju (Baran i Beauchamp, 2017).

Osim nerazumijevanja onoga što je rečeno, na komunikaciju u bolnici mogu utjecati brojni drugi faktori. Prvenstveno, naša percepcija bolnice i očekivanja naspram bolnice izgrađeni su kroz naša vlastita iskustva, ali i kroz iskustva članova naših obitelji, prijatelja, putem medija i raznih drugih izvora informacija (Baran i Beauchamp, 2017). Stoga su naše ponašanje i komunikacija u bolnici rezultat spomenutih izvora informacija i naše interpretacije istih; svjesni smo da se u bolnici ponaša i komunicira drukčije nego, recimo, na obiteljskoj večeri. Goffman (1986) je to nazvao okvirima (engl. *frame*), referentnim točkama koje koristimo da bismo oblikovali sebe prema onome što

pretpostavljamo da se od nas očekuje u određenom okruženju i određenoj društvenoj skupini. Naša očekivanja (naši „okviri“) o komunikaciji i odnosu između liječnika i pacijenata u daljnjoj su se analizi pokazala kao važne za (ne)zadovoljstvo komunikacijom. Nezadovoljstvo komunikacijom i odnosom često proizlazi iz određenih neispunjenih očekivanja. Primjerice, pacijent/ica očekuje više informacija nego što je dobio/la ili liječnik/liječnica ne očekuje da će pacijent/ica propitivati njihove odluke ili im se odupirati i sl. Jedna od prvih situacija u kojima liječnici i pacijenti koriste svoje okvire da bi se međusobno (više ili manje uspješno) uskladili jesu početne konzultacije.

Početne konzultacije između pacijenata i liječnika često se opisuju kao ritualizirane jer se u razgovoru koriste rutinske fraze, kulturno je i društveno određeno kako se tijekom susreta treba razgovarati i razgovor se odvija u predodređenim fazama (Ainsworth-Vaughn, 1998). Ritualiziranost početnih konzultacija podudara se s Careyevim (1989) viđenjem komunikacije općenito kao ritualizirane – komunikacija je ritual putem kojeg se stvara i mijenja zajednička kultura i putem kojeg se održavaju trenutne društvene pozicije (bez obzira na njihovu legitimnost). Dok Carey (1989) piše o kulturi iz makroperspektive, Baran i Beauchamp (2017: 323) koriste pojam „kultura bolnice“ dok pišu o komunikaciji u bolničkom okruženju. Iz toga se može zaključiti da se kroz konzultacije potvrđuju, utvrđuju, ali i propituju te time mijenjaju odnosi i pozicije u bolnici.

Faze tog medicinskog rituala najčešće su opisane kao: uspostavljanje odnosa s pacijentom, otkrivanje razloga za traženje liječničke pomoći, verbalni i/ili fizički pregled pacijenta, razmatranje pacijentovog stanja, određivanje tretmana ili slanje na daljnje pretrage te kraj razgovora (Heath, 1992: 237). Jedan od problema ovakve podjele jest da je fokus isključivo na liječniku i tome što liječnik govori i radi, a drugi je taj da niti jedan razgovor u medicinskom kontekstu u stvarnosti ne odražava prethodno spomenutu sekvencu (Ainsworth-Vaughn, 1998). U svojoj osnovi konzultacije prate strogi i unaprijed zadani niz pitanja te bilježenja odgovora, međutim i liječnici i pacijenti odupiru se tom formatu pa razgovor između njih često ima obilježja svakodnevnog i neslužbenog razgovora, a pacijenti u njemu imaju puno aktivniju ulogu nego što je predviđeno (Ainsworth-Vaughn, 1998). Uostalom, upravo su ta svakodnevna i neslužbena obilježja razgovora u fokusu mog rada. Nadalje, razgovor između pacijenata i liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika nije

ograničen samo na konzultacije već se odvija i u mnogim drugim formalnim i neformalnim situacijama te u brojnim različitim kontekstima kao što su bolničke sobe, hodnici, čekaonice i sl.

6.1. Temelji liječničkog umijeća: početni korak u analizi komunikacijskih strategija

Kao dobar temelj za osmišljavanje pitanja i tema o komunikaciji o kojima bih razgovarala sa sugovornicima uvelike mi je pomogla ne samo pročitana literatura, već i razgovor koji sam tijekom pilotnog istraživanja imala s poznanicima Goranom i Petrom. Njih su dvojica u vrijeme razgovora, koji citiram u ovom poglavlju, bili pri kraju svojeg studija na Medicinskom fakultetu u Zagrebu, dok su se moji kasniji razgovori s njima (koje također citiram u drugim poglavljima u radu) odvijali nakon što su završili studij i počeli raditi unutar struke. U razgovoru o njihovim iskustvima i komunikacijom s pacijentima, istaknuli su kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ koji su slušali na Medicinskom fakultetu u Zagrebu kao važan u procesu pripremanja studenata za buduća ophođenja s pacijentima. Matko, jedan od članova Koalicije udruga u zdravstvu, također je istaknuo kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ kad sam ga upitala organizira li njegova udruga edukacije za svoje članove.

„A edukacije kao takve nažalost ne postoje. Ono što znam da je Medicinski fakultet uveo kolegij koji se zove „Temelji liječničkog umijeća“ koji postoji pet – šest godina i na kojem se sad uči, između ostalog, i komunikacija s pacijentima. I to je uvedeno tek 2011. godine prema 2012. akademskoj godini tako da ne možemo zapravo još vidjeti kakvi su učinci od uvođenja tog kolegija. Mislim da ćemo vidjeti kroz desetak godina.“
(Matko)

Na mrežnoj stranici fakulteta⁵⁹, „Temelji liječničkog umijeća“ opisani su kao kolegij koji se izvodi od prve do šeste godine studiranja i usmjeren je usvajanju komunikacijskih vještina i kliničkih i praktičnih vještina. U prvoj godini studiranja studenti usvajaju osnove komunikacijskih vještina kroz razne primjere, na drugoj godini studenti uče vještinu komuniciranja u medicinskom intervjuu. Studenti treće godine vježbaju komunikaciju u timu i prikupljanje i obradu podataka za informirani pristanak bolesnika. Na četvrtoj godini usvajaju se komunikacijske vještine kao što su priopćavanje

⁵⁹Izvor: <https://mef.unizg.hr/o-nama/ustroj/vijeca-predmeta/temelji-lijecnickog-umijeca/> [Datum pristupa: 22.05.2023.]

teških vijesti, komunikacija s bolesnim djetetom i roditeljima bolesnog djeteta i s trudnicom. Na petoj godini nastava je organizirana u Specijalnoj bolnici za djecu Gornja Bistra, a na šestoj godini ponavljaju se stečena znanja i vještine te se uče osobitosti profesionalne komunikacije, komunikacijske prepreke te komunikacija s drugim sektorima i medijima.

Ovako osmišljen kolegij dobro odražava suvremene trendove promišljanja o komunikaciji i odnosima između liječnika u javnozdravstvenom kontekstu koje sam spominjala u prethodnim poglavljima o razvoju biomedicine i suvremenoj biomedicinskoj praksi u Hrvatskoj. Potaknuta tom informacijom, tijekom faze pilotnog istraživanja Medicinskom fakultetu poslala sam molbu u vezi prisustvovanja nastavi tog kolegija u sklopu vlastitog poslijediplomskog studija s obzirom na temu svojeg istraživanja. Smatrala sam da bi mi uvid u nastavu, teme i pristupe na koje se tijekom nastave stavlja naglasak pomogao da bolje razumijem taj dio teme svojeg istraživanja. Međutim, Dekanski kolegij odbio je moje sudjelovanje na nastavi s obrazloženjem da bi bilo prikladnije da kolegij sa sličnim sadržajem pohađam na poslijediplomskom studiju Medicinskog fakulteta s obzirom na to da sam i sama na poslijediplomskom studiju. Taj prijedlog nisam prihvatila jer me nije zanimalo što pojedini studenti koji se odluče upisati poslijediplomski studij nauče o interakciji i komunikaciji s pacijentima, već me zanimalo znanje koje se pruža svim studentima medicine.

Iako sam bila svjesna da ništa ne može nadomjestiti prisustvovanje nastavi, zamolila sam Gorana i Petra da se ponovno nađemo s ciljem da ih pitam o njihovom iskustvu kolegija i komunikacijskim praksama koje su tijekom kolegija usvojili. U nastavku ovog poglavlja prokušat ću sažeti koje sam ideje i uvide u potencijalne izazove komunikacije u zdravstvenom sustavu dobila kroz razgovor s njima.

S Petrom i Goranom našla sam se na kavi u centru Zagreba. Kavi se u jednom trenu pridružio i još jedan njihov kolega iz studentskih dana kojem ću za potrebe ovog rada dati ime Dorian. Prvo što su u razgovoru istaknuli bila je njihova preopterećenost drugim studentskim obavezama zbog kojih su osjećali kao da nemaju dovoljno vremena posvetiti se kolegiju.

Dorian: To je bila poanta uvođenja temelja liječničkog umijeća, tkogod je došao na ideju da se nešto mora promijeniti u sustavu liječničkog obrazovanja, to je bilo odlično. Nažalost, u provedbi je nešto otišlo u krivom smjeru.

Petar: Ti si rekao da nemaš vremena još za to.

Dorian: Da, i Goran je rekao. Osim što nemaš vremena još i za to, bilo bi bolje da je drugačije strukturirano na taj način da mene stvarno netko nauči kako, da idemo po bolestima ili neki drugi koncept, samo da nas uče sažeto i jasno proslijediti neke informacije dalje, a ne pisati eseje kak je nama bilo na praksi i malo sjediti u krugu i pričati si kak je bilo. Jer ja nisam uopće ubo što je njihova poanta. [...] U realizaciji se potpuno pogubilo. Možda postoje grupe Temelja koje znam da imaju odlične doktore koji se stvarno trude to prilagoditi, konstantno su s njima kod nekih pacijenata da saopćavaju neke vijesti, da razmišljaju, ali to je njih pet od pedeset grupa. [...] Gle, evo iskreno zadnje dvije godine naši Temelji izgledaju tak da se nađemo tri puta godišnje i ona nam da materijale koje trebamo ispuniti zato jer je došlo do te razine da i ona i mi smo to smatrali ne previše korisnim u odnosu na vrijeme koje nam uzme.

Istraživačica: Jeste li i vas dvojica imali takvo iskustvo?

Petar: A gle stvarno ja ti nisam baš najbolji sugovornik za to jer sam užasno puno falio taj predmet... Nije mi se dalo, imao sam užasno puno drugih stvari, a to ti je isto jedan primjer nekakve prenatrpanosti, preopterećenja sustava. Ne da ti se jer kad moraš davati te ogromne ispite onda ti uopće nije stalo do ničega, samo se toga želiš riješiti. Na faksu te baš briga, nisi ti odgovoran ni niš, nego se samo želiš rješavati stvari. Ali mislim da bi to bio ok predmet da nekak ako imaš dobrog voditelja s kojim se dogovoriš da možeš imati vježbe dva puta. Mi smo imali kao svaki tjedan vježbe iz toga. Nemreš to tak napraviti usred svih mogućih sranja koja moraš dolaziti, onda nemaš volje za to, mislim meni je to okej kao ideja, ali da se mora drugačije organizirati. Ne može se na način kao što je sada⁶⁰.

Osim Petra i Gorana, i Dorian je kasnije tijekom razgovora istaknuo da mu je bilo teško pored drugih obaveza posvetiti se kolegiju:

⁶⁰ Ovaj razgovor odvio se 2017. godine.

Dorian: [...] naša grupa je to počela malo kratiti to zato što je to bilo postavljeno na razini, evo iskreno, osnovne škole gdje mi moramo pisati referate kako nam je bilo na praksi, kakva je komunikacija između liječnika i mi međusobno diskutirati. Nakon što si sedam sati bio na nekoj pedijatriji ili kirurgiji i to imaš u popodnevnim terminima tebi se stvarno ne da pričati 'E meni je bilo jako lijepo, njihova komunikacija je tekla divno.'

Ono što se može iščitati iz njihovih odgovora je da Goran, Petar i Dorian nisu zadovoljni s izvedbom kolegija jer im je način na koji se kolegij izvodio, po njihovoj procjeni, oduzimao previše vremena pored svih drugih obaveza koje su imali na fakultetu i sa strane. Međutim, to istovremeno odražava i njihov vlastiti stav prema važnosti, tj. u njihovom slučaju nevažnosti, kolegija naspram drugih koje su slušali u to vrijeme.

Percepcija „korisnosti“ kolegija koji studente medicine uče komunikacijskim vještinama tema je kojom se zadnjih desetak godina dosad bavilo mnoštvo autora (npr. Silverman, 2009; Anvik et al., 2008; Alotaibi i Alsaeedi, 2016; Moral et al., 2019; Gude et al., 2020; Lee i Ihm, 2021)⁶¹. Silverman (2009: 362) piše o čestom umanjivanju važnosti takvih kolegija u medicinskom obrazovanju zbog kojeg se čini kao da su ti kolegiji samo „dodatak“ obrazovanju umjesto ključni dio obrazovanja. Smatra da bi se kolegij koji uči komunikacijske vještine trebao održavati kroz čitavi tijek studija i prilagođavati se trenutnom stadiju obrazovanja studenata, što je upravo način na koji su „Temelji liječničkog umijeća“ postavljeni. Također naglašava da komunikacijske vještine ne bi trebalo predstavljati kao vještinu odvojenu od „prave medicine“ već kao vještinu koja je neizbježan dio svake interakcije s pacijentima (Silverman, 2009: 363). Osim načina na koji je kolegij postavljen u kurikulumu, bitnu ulogu igra stav studenata prema kolegiju koji ih uči komunicirati s pacijentima (Alotaibi i Alsaeedi, 2016; Moral et al., 2019; Gude et al., 2020). Stav koji su studenti medicine imali prema učenju komunikacijskih vještina često se kasnije odražava na njihovu motiviranost (ili

⁶¹ Nisam uspjela pronaći istraživanja u Hrvatskoj koja su analizirala stav studenata medicine prema kolegijima koji ih uče komunikacijskim vještinama. Zasad je objavljen jedan završni rad na sličnu temu naslova „Komunikacijske vještine studenata zdravstvenih studija“ (2019) autorice Rebeke Kaprel s Medicinskog fakulteta u Osijeku. Autorice Badrov, Senković i Jurković također su provele slično istraživanje, ali među studentima stručnog studija Sestrinstvo na Visokoj tehničkoj školi u Bjelovaru te su o tome napisale i članak „Stavovi studenata o značaju komunikacijskih vještina u sestrinstvu“ (2017).

nedostatak motiviranosti) za razvijanje komunikacijskih vještina i nakon studija (Gude et al., 2020).

U Velikoj Britaniji 2001. godine provedeno je kvalitativno istraživanje čiji je cilj bio kroz fokus grupe istražiti stavove studenata medicine na fakultetu u Nottinghamu prema učenju komunikacijskih vještina (Rees et al., 2002). Većina je studenata učenje komunikacijskih vještina smatrala vrlo korisnima za one studente koji su prema njihovoj procjeni loši u komunikaciji te su učenje komunikacijskih vještina smatrali važnim dijelom kurikuluma i svojih budućih karijera (Rees et al., 2002). Negativni stavovi prema učenju bili su povezani s percepcijom da su komunikacijske vještine „subjektivna društvena znanost koju podučavaju profesori koji nisu završili medicinu“ (Rees et al., 2002:292). Marginalizacija društvenih znanosti te njihova percepcija kao manje važnog dijela medicinskog obrazovanja pojava je koja je zabilježena i u drugim sličnim istraživanjima (npr. Benbassat, 1996; Forrest, 2017). Izuzev toga, istraživanje je pokazalo da negativan stav češće imaju studenti koji svoje komunikacijske vještine smatraju dovoljno dobrima, dok su pozitivan stav češće imali studenti koji su smatrali da nemaju dovoljno razvijene komunikacijske vještine (Rees et al., 2022). Sličan su stav prema kolegiju izrazili i Petar i Goran koji smatraju da su njihove komunikacijske vještine dovoljno razvijene.

Petar: Ti temelji se zovu temelji a ne, ono, master level. Master level si nakon što si dvadeset godina radio taj neki posao i onda odmah znaš kakvi su to, pod pretpostavkom da si dobar liječnik da si stručnjak i da si dobar komunikator, ali ovdje tu se uče neke basic basic stvari. Tipa, gledaš nekoga u oči dok pričaš s njim, pozdraviti ga, predstaviš se. Da, moraš informirani pristanak od svakog tražiti, ti moraš mu sve objasniti, on tebe može tužiti i takve stvari. Oni su nas učili stvari koje doslovce pišu u zakonu i to nije... to su stvari koje ti moraš napraviti kao službena osoba.

Goran: A dobro. Al mi smo se malo dotaknuli i priče koja nije po zakonu, na primjer što ti kao liječnik ćeš reći pacijentu, a da on bude s tobom zadovoljan. Ali ja isto mislim da uzimaš zdravo za gotovo, a nije baš tak, nas trojica ovdje smo više ili manje, ali relativno socijalno inteligentni i komunikativni. A okruženi smo s određenom količinom ljudi na faksu koji stvarno nisu i onda i njih trebaš dovesti bar na neku banalnu razinu osnova da ih nešto, gle. [...] Imao sam na istom odjelu mlađeg liječnika

koji je ulazio u sobu bez dobar dan, otkrio bi pacijenta da ga pogledamo i izašao van bez da bi ga pokrio natrag.

Bez obzira što propituju korisnost kolegija jer sebe smatraju vještima u komunikaciji, iz ovog je isječka razgovora vidljivo da su na kolegiju osim o komunikacijskim vještinama učili i o informiranom pristanku te potrebi da se pacijentu objasni postupak koji slijedi. Tijekom kolegija, Petar je naučio i da tijekom razgovora s pacijentima treba izbjegavati medicinski registar:

„E da. Da ne smijemo koristiti visokomedicinske izraze koje samo mi razumijemo. Neću ti reći imaš kolecistitis nego ću ti reći 'Imate upalu žučnog mjehura.' To objasniš, neki ljudi ne znaju što je to. Onda moraš skužiti da on ne kuži. Onda kažeš 'To je organ u vašem tijelu di se žuč okuplja i on se može upaliti. Vama se to dogodilo. To se zna zakomplicirati, može biti stvarno opasno.' I onda ga nagovoriš na taj način.“ (Petar)

Izuzev toga, Dorian i Petar također su se dotaknuli i teme neverbalne komunikacije (npr. gledanja pacijenta u oči) i priopćavanja loše vijesti kao korisnog dijela kolegija.

Dorian: Prošle godine nama je dio ispita bila komunikacijska vještina da moramo saopćiti pacijentici da ima karcinom. I to je fakat okej jer imao si popis stvari koje ti moraš zadovoljiti. Od toga da si se predstavio, do toga kako si uopće pristupio tome, kako si kasnije reagirao, da opet pokažeš neku empatiju, neki sustav objektivnih kriterija kako se to radi.

Petar: To ti je kao zamišljeno da te uči sve te stvari o kojima mi ti sad pričaš, između ostalog i saopćavanje loše vijesti i generalno komunikacija s pacijentom kao neka osnovna pravila, verbalna, neverbalna komunikacija. [...]Da je zgodno staviti pacijenta u L položaj kad razgovaraš s njim. Znači ne da sjedite ovak ko što ste ti i Goran jedan nasuprot drugog, neg da sjedimo ovako kako ti i ja sjedimo kao L. Onda te uče da se moraš rukovati s pacijentom. Nekad je to okej, nekad baš i nije. Inzistirali su dosta na tim nekim blesavim stvarima.

Istraživačica: Zašto blesavim?

Petar: Pa zato što rukovanje nije uvijek nužno. Ja mislim da je to okej, ali da nije ono poanta svega kužiš. A i možda nije baš higijenski uvijek. To su te neke osnovne stvari. Kako ćeš se postaviti prema njemu, neko rukovanje, gledanje u oči, predstavljanje. Kako se vodi intervju medicinski, da se prvo pacijent mora opustiti u početnom uvodnom dijelu. Naravno da su to stvari koje se zapravo ne može ljude naučiti, može im se samo ukazati. Bilo bi dobro da to postignete. Kak ćete to postići? Ne znam, improvizirajte.

Kad sam pitala Petra kako postigne da se pacijent opusti rekao je da koristi otvorena pitanja. Kao primjere otvorenih pitanja naveo je pitanja o odnosima u obitelji te pitanja o tome kako se pacijent osjeća i je li mu se zdravlje popravilo u zadnje vrijeme. Međutim, ono što ističe je razlika između teorijskog pristupa koji uči na fakultetu i komunikacije u praksi.

„Teško da se to može naučiti na fakultetu, to ti hoću reći. Oni ti daju osnovnu strukturu kako bi se nešto trebalo napraviti al ono. Kad se ocjenjuješ, ispit, doslovce gledaju jel si dao ruku, jel si gledao u oči, imaš ispitivača koji glumi pacijenta i onda se moraš predstaviti, reći ja sam vaš doktor ili ne znam što je još bilo. A ne znam, ili recimo dogovoriti se s drugim liječnikom kak ćete pacijentu nekom nešto reći. Ne znam, nagovaranje pacijenta da treba ići na operaciju, a on to odbija. Oni uvijek imaju slobodno, imaju taj informirani pristanak, ali ti želiš da se on operira i onda kako i na koji način mu to predstaviš. Kažeš mu svoje profesionalno mišljenje. [...]I uglavnom u tom stilu je i taj predmet napravljen, mi sad vama tu čitamo nekakve prezentacije, onda vi tu nešto komentirate, ne komentirate. S pravim pacijentima se ne priča, to je samo nekakva teorija. Najviše ovisi tko ti to vodi. Ako ti vodi netko tko je onak loš u tome onda će ti biti loš predmet, a ako ti vodi netko tko je okej i ima puno iskustva onda ti može čak biti ok.“ (Petar)

Bez obzira na njihove dojmove samog kolegija, očito je da su Dorian, Goran i Petar ipak usvojili znanja o komunikaciji ili barem osvijestili razne elemente komunikacije između liječnika i pacijenata. Svjesni su problematičnosti medicinskog registra i nedostatka medicinskog znanja kod pacijenata kao što je očito u Petrovom primjeru s kolecistitisom. Svjesni su razlike između partnerskog i paternalističkog odnosa koje su također nekoliko puta spomenuli tijekom razgovora,

a svjesni su i razlike između pitanja otvorenog i zatvorenog tipa te njihovog potencijalnog utjecaja na komunikaciju.

Goran također ističe „socijalnu inteligenciju“ kao vrijednost koja je poželjna tijekom komuniciranja s pacijentima. To nije prvi put da se pojam socijalne inteligencije pojavio u mojim razgovorima sa sugovornicima. Spominje je i specijalistica onkologije Marina u odgovoru na moje pitanje o tome postoje li pacijenti s kojima joj je lakše komunicirati.

„Pa mislim da to ovisi o svemu. Vi ne morate imati pacijenta, zapravo u komunikaciji ja mislim da je definitivno najbitnija socijalna inteligencija. Znači ako je to jedna baka od devedeset godina koja nije završila apsolutno nikakve škole, ako ima tu nekakvu socijalnu inteligenciju ako je ona bistrog uma, ako neke stvari razumije... Imate pacijenata koji imaju tridesetak godina koji su potpuno nezainteresirani za svoju bolest i mogu imati ne znam koliko završenih fakulteta, to s obrazovanjem nema veze. Naravno, neki će reći da obrazovanje utječe, ali nekakav karakter čovjeka i neko njegovo emocionalno stanje i ovaj, i ta socijalna inteligencija puno utječu na to s kim vam je lakše razgovarati. Sa svima njima vi nađete na kraju neki zajednički jezik, ipak prenesete tu poruku koju ste htjeli prenijeti. Što vam je bitno.“ (Marina)

Što je zapravo socijalna inteligencija i kako je povezana s komunikacijom? Izraz se prvi put koristi početkom 20. stoljeća te otad podliježe raznim redefiniranjima kroz vrijeme, ali neke su od značajnijih karakteristika tzv. socijalne inteligencije primjerice: razumijevanje drugih i pametno postupanje u međuljudskim odnosima (Thorndike, 1920), sposobnost slaganja s ljudima, društveno znanje, uvid u raspoloženje i osobnost stranaca (Vernon, 1933), sposobnost razumijevanja misli, osjećaja i namjera drugih ljudi (O'Sullivan et al., 1965) itd. Landy (2006) u svojoj analizi literature o socijalnoj inteligenciji koja je objavljena do 1983. godine naziva sve pokušaje njezinog definiranja „frustrirajućima i neproaktivnima“ (2006:1). Godina 1983. značajna je zato što je tad objavljena Gardnerova teorija o višestrukim inteligencijama, točnije o sedam (a potencijalno i više) tipova inteligencija (Kihlstorm i Cantor, 2011). Od značaja su za razvoj ideje o socijalnoj inteligenciji dva tipa od sedam, a to su intrapersonalna inteligencija koja se temelji na našem doticaju s vlastitim emocionalnim stanjima te interpersonalna inteligencija koja podrazumijeva

moćnost da učinkovito procijenimo emocionalna stanja i namjere ljudi koji nas okružuju (Kihlstorm i Cantor, 2011).

Ti su tipovi inteligencije značajni zato što se preklapaju s idejom socijalne inteligencije utoliko što su utemeljeni u društvenom, a ne kognitivnom ili tjelesnom aspektu inteligencije kao što je slučaj s drugim tipovima inteligencije koje Gardner definira (npr. logičko – matematička ili tjelesno – kinestetička), ali je istovremeno i nadopunjuju jer joj daju širi spektar nego što joj se prethodno davalo (Kihlstorm i Cantor, 2011). Tako okarakterizirana interpersonalna i intrapersonalna inteligencija (kao dva podtipa ili potencijalno čak dva tipa socijalne inteligencije) skoro su identične konceptu emocionalne inteligencije koja se definira kao „moćnost sagledavanja vlastitih i tuđih osjećaja, uočavanja razlika između njih te korištenje tih informacija za upravljanje vlastitim razmišljanjem i nahođenjem“ (Salovey i Mayer, 1990: 189). Stoga ne čudi da Landy (2006) na kraju izjednačava socijalnu s emocionalnom inteligencijom.

Međutim, Goleman (2006) ipak razlikuje socijalnu i emocionalnu inteligenciju. Emocionalnu inteligenciju naziva sposobnošću pojedinca da kontrolira vlastite osjećaje, povezuje se s pojedincima i stvara pozitivne odnose. Socijalnu inteligenciju vidi kao različitu od emocionalne, iako se socijalno i emocionalno često preklapaju u praksi jer naši osjećaji utječu na ljude oko nas i naše odnose s njima. Kod socijalne inteligencije ističe dvije kategorije: društvenu svjesnost, dakle ono čega smo svjesni kod drugih, i društvenu sposobnost, dakle kako djelujemo s obzirom na svoju društvenu svjesnost (Goleman, 2006: 84). Društvena svjesnost podrazumijeva razumijevanje neverbalne komunikacije, empatiju, slušanje drugih, razumijevanje tuđih razmišljanja, osjećaja i namjera te društvenu kogniciju – znanje o pravilima društvenog svijeta koji nas okružuje (Goleman, 2006). Društvena sposobnost pak podrazumijeva pravilno neverbalno komuniciranje, način na koji se prezentiramo u društvu, utjecanje na ishod društvenih interakcija te nahođenje u skladu s tuđim potrebama (Goleman, 2006).

Iako liječnica Marina ne objašnjava socijalnu inteligenciju te su ove definicije najbliže što mogu doći razumijevanju tog koncepta, a da ponovno ne kontaktiram Marinu i izravno joj postavim to pitanje, značajno je što socijalnoj inteligenciji suprotstavlja obrazovanje koje bismo mogli prepoznati kao kognitivan aspekt inteligencije (Gardner, 1983). Socijalnu inteligenciju svodi na lakoću komuniciranja s nekim, na osobnost osobe i emocionalno stanje osobe, što se pak podudara

sa socijalnim i emocionalnim aspektom inteligencije (Gardner, 1983; Goleman, 2006). Također, iako ističe da visoka razina obrazovanja ne podrazumijeva da će s tom osobom biti lakše komunicirati te se ograđuje od procjenjivanja pacijenata na temelju njihove razine obrazovanja. Ipak, spominje i svjesna je obrazovanja kao jedne od potencijalnih kategorija kroz koje se pacijente može procjenjivati, što ponovno ukazuje na njegovu zastupljenost u procjeni pacijenata.

Iz razgovora koji je počeo s namjerom da saznam dodatne informacije o kolegiju „Temelji liječničkog umijeća“, otvorilo mi se nekoliko zanimljivih tema za analizu, a neke sam od njih temeljitije obradila u sljedećim potpoglavljima. Kao potencijalne teme, odnosno problemi u komunikaciji ističu se medicinski registar kao oblik jezičnog kapitala, njegovo korištenje od strane liječnika i nedostatak poznavanja medicinskog registra u pacijenata. Spominju se i komunikacijske prakse kao što su prenošenje loših vijesti i postavljanje otvorenih pitanja čija je namjera opustiti pacijente te struktura medicinskog intervjua i potreba za informiranim pristankom. Socijalna inteligencija pojavljuje se kao nešto što se može posjedovati u određenoj količini te se svojom definicijom zapravo dobro uklapa u Bourdieuovu (1986) definiciju utjelovljenog kapitala. To je nešto što je utjelovljeno u nama, a odnosi se na naše ponašanje u društvenim situacijama na koje utječe naša procjena sudionika u toj situaciji, naše razumijevanje njihovih emocionalnih stanja, razmišljanja i namjera kao i naših društvenih normi te onoga što se od nas očekuje u određenim situacijama (Goleman, 2006).

S obzirom na tu analizu, sljedeća sam potpoglavlja podijelila na tri teme: prepreke u komunikaciji, jezični kapital i institucionalizirani kapital te njihov utjecaj na informiranost pacijenata. Razgovor s Dorianom, Goranom i Petrom pomogao mi je da uvidim njihovu važnost te su se u kasnijim intervjuima ta dva kapitala i razni oblici komunikacijskih praksi često javljali u kombinaciji sa zadovoljstvom ili nezadovoljstvom informacijama dobivenim od liječnika te ih stoga na taj način i povezujem.

6.2. Prepreke u komunikaciji u zdravstvenom kontekstu

Pacijente se često prikazuje kao potpuno nemoćne i pasivne sugovornike u komunikaciji (Street, 1991). Međutim, istina je puno složenija jer na tijek razgovora i razmjenu informacija mogu utjecati i karakteristike pacijenata kao što su obrazovanje, ekonomski kapital, rod i dob, ali i

komunikacijski stil – primjerice postavljanje pitanja i potpitanja, izražavanje mišljenja i sl. (Street, 1991) te razni strukturalni problemi povezani s organizacijom bolnice i ustrojem javnozdravstvenog sustava kao takvog. Prepreke u komunikaciji mogu biti povezane i s medicinskim narativnim praksama, odnosno načinima na koje liječnici komuniciraju u medicinskom okruženju, a koji uključuju prezentiranje podataka o pacijentima, bolesti i liječenju drugim liječnicima, informiranje pacijenata, traženje informacija od pacijenata, razgovor s članovima obitelji pacijenata i sl. (Good i DelVecchio Good, 2000). Primjerice, liječnike se uči da u razgovoru s pacijentima znaju doći do „bitnih“ informacija te da u narativima pacijenata traže i razumiju koje su informacije nužne za postavljanje dijagnoze (Good i DelVecchio Good, 2000). To dovodi do nedostatka prepoznavanja važnosti narativa o iskustvu bolesti koje pacijenti žele prenijeti liječnicima, a koji se ne moraju podudarati s onime što u narativu liječnici prepoznaju kao bitno (Good i DelVecchio Good, 2000). Pacijenti bolest prepoznaju i o njoj govore u kontekstu društvenih odnosa, odnosa moći i življenog tijela, dok je za biomedicinu bolest sadržana u tijelu, ali izvan društvenih i povijesnih konteksta (Good i DelVecchio Good, 2000). Takav su pristup spomenuli i Petar, Goran i Dorian kad sam ih pitala što su ih učili o komunikaciji s pacijentima na fakultetu.

Petar: To se uči ciljano uzimati podatke, ovako mehanicistički gledano.

Dorian: Medicinski bitne podatke, a ne ...

Goran: Oni tebi kažu, ak ti ovaj priča, ti ga moraš prekinuti i postaviti neki autoritet. A gle, to su nam govorili.

Istraživačica: Što su vam govorili?

Goran: A gle, evo ti sad njega počneš pitati o sadašnjim bolestima, to je dio anamneze, a on ti krene pričati nešto što on smatra da bi trebao pričati, a to nije ono što bi ti trebao čuti. I onda ti nećeš njega slušati do beskonačnosti, nego oni tebe uče da ga ti u tom trenutku prekineš i kažeš mu, ono, to nas ne zanima i onda ga usmjeriš. To je na neki način učenje komunikacije.

Prepreka u komunikaciji nastaje i kad pacijent nije voljan dozvoliti prekidanje ili preusmjeravanje svojeg narativa od strane liječnika. S time se u praksi susrela Katarina:

Katarina: Znaju ljudi jako često sami sebe dijagnosticirati i to mi je naporno. Najbolje je kad odgovaraju na pitanja. Znači mi imamo konkretna pitanja i neka oni odgovore. I, okej, ako imaju predugi odgovor, ja ću ih prekinuti. Ali trebali bi malo više slušati naše odgovore, a ne ... Nekad se znaju oni uvrijediti kad ih prekineš, kad ih doktor prekine. I onda onak kao: 'Pustite me da kažem do kraja.' I onda kažu do kraja nešto totalno nebitno i tak.

Istraživačica: Znaju se naljutiti?

Katarina: Znaju se jako naljutiti, znaju biti jako tak bezobrazni. Ali, mislim, znaju i doktori biti bezobrazni. Uglavnom, da, mislim da bi trebali slušati pitanja i odgovarati na pitanja.

Dok Matko, jedan od članova Koalicije udruga u zdravstvu, smatra da je bitno slušati liječnike, on ipak naglašava važnost postavljanja dodatnih pitanja i potpitanja.

Istraživačica: Što biste savjetovali pacijentima?

Matko: Možda da stvarno pitaju, koliko oni realno razumiju liječnike kad s njima razgovaraju. Koliko su spremni pitati, ako nisu dobro razumjeli. Koliko se često požale i na loši učinak lijeka i na neku nuspojavu i na sam postupak liječnika? Koliko su upoznati s time da se mogu požaliti da li ih je netko pitao što oni smatraju da je važno, odnosno kako će ishod liječenja utjecati na njihovu kvalitetu života...

Također je svjestan da se pacijente često svodi na bolest, odnosno da se ne prepoznaje iskustvo bolesti koje uključuje više od samog oboljenja:

„Nitko ne funkcionira samo kroz svoju bolest i nikoga ne možete percipirati samo kroz bolest i kao oboljelu osobu, nego kao osobu. I to je onaj dio gdje bi trebalo s liječnicima više. S obzirom da su i preopterećeni, makar ... i o tome bi mogli razgovarati jer ako netko u nekoj bolnici ima četiri neka zahvata mjesečno, a netko drugi u drugoj bolnici četiri dnevno, mislim da to nikako nije ista situacija niti razina opterećenosti. Ne možemo govoriti da su svi preopterećeni, ali bi trebali potaknuti taj interes da gledaju osobu, a ne oboljelu osobu. Jer ta bolest ima mnogostruki učinak, na psihu, na socijalno

i financijsko i svakakvo drugo stanje pojedinca. To su neke stvari koje bi trebalo mijenjati.“ (Matko)

Matka sam također pitala žale li se članovi udruge na nerazumljivost medicinskog registra te se u svojem odgovoru ponovno osvrnuo na važnost načina komuniciranja s liječnicima u kojem ističe potrebu za većom aktivnošću pacijenata tijekom komunikacije.

„Zasad moramo zapravo inzistirati na što većem razumijevanju i važnosti komunikacije i pokušati kod liječnika, ali i kod pacijenata osvijestiti potrebu da pitaju što ih zanima, da kažu kada nešto ne razumiju. Jer je to jako bitno kad se govori o aktivnoj ulozi pacijenata koji, opet, sad ću biti malo kritičan prema pacijentima, svi se mi osjećamo bolje kad smo pasivni. 'Doktor je rekao pa ja to moram.' bez da zapravo razumijem što radim svojem zdravlju, tijelu, sebi.“ (Matko)

Autorica Ainsworth-Vaughn komunikaciju između liječnika i pacijenata naziva „složenim plesom“ (Ainsworth-Vaughn, 1994: 195) u kojem oba sugovornika pokušavaju kontrolirati razmjenu informacija i diskurs. Smatra da tijekom razgovora između pacijenta i liječnika, do izražaja također dolaze različiti odnosi moći te moć nije isključivo utjelovljena u liječniku ili u pacijentu, već se čitavo vrijeme različito raspodjeljuje i konstruira ovisno o komunikacijskim praksama koje sugovornici koriste i kapitalima na koje se pozivaju. Također ističe postojanje mnogo komunikacijskih praksi u razgovoru između liječnika i pacijenata kojima se jasnije zauzima pozicija moći, od kojih je istaknula nekoliko: isticanje povezanosti s društvenom ili profesionalnom skupinom, kontroliranje teme razgovora, prekidanje sugovornika, ignoriranje pitanja te također i postavljanje izravnih i retoričkih pitanja (1994; 1998).

Takvo je razmišljanje slično onome koje Matko naglašava, vezano uz potrebu za većom aktivnošću pacijenata i za postavljanjem izravnih pitanja, za jasnijim izražavanjem nerazumijevanja. Kad sam sugovornicu Doris pitala misli li da je nekim pacijentima lakše komunicirati s liječnicima, kao i Matko, istaknula je upravo postavljanje pitanja.

Je sigurno. Ja sam dosta otvorena i ja uvijek pitam. Jel mogu izaći van ako sam u bolnici, javim se sestri, javim se. Pitam sve što me zanima, jer na kraju krajeva radi se o mojem tijelu. Želim znati i ono najgore i ono najbolje. Znači ja sam znala pitati u

najgorem slučaju što se može desiti. 'Ostat ćete bez bubrega i to je to.' Hvala lijepa. Da ja znam na što mogu računati i što me čeka. (Doris)

Međutim, iako pacijenti žele informacije i imaju pitanja, moguće je da ne postave ta pitanja liječniku i ne istaknu svoju želju za dodatnim informacijama (Boreham i Gibson, 1978; Beisecker i Beisecker, 1990). Neki od razloga za to su nesigurnost koju pacijenti osjećaju u komunikaciji s liječnikom zbog osjećaja da postoji velika razlika između njihovog medicinskog znanja i liječničkog znanja, osjećaj da liječnici ne očekuju od njih da postavljaju pitanja te nevoljkost postavljanja pitanja zbog visokog simboličkog statusa i autoriteta koji liječnici imaju u percepciji nekih pacijenata (Waitzkin, 1985; Proso, 2006).

Na manje izravan način, o aktivnosti i pasivnosti određenih pacijenata u komunikaciji s liječnicima govori i Mauricio:

Istraživačica: I kad recimo netko potpisuje taj informirani pristanak, oni potpisuju i da su pitali sve što su trebali pitati?

Mauricio: Pa ima više skupina pacijenata kad to pogledam malo unatrag. Od onih koje baš ništa ne zanima koji su, ja kažem, jednostavno strukturirani koji kažu 'Vi ste doktor, ja vama vjerujem, radite što hoćete.' pa potpiše naglašeno do te mjere da uopće neće slušati što mu želim objasniti nego on potpisuje pristanak, do onih nekih koji razumna pitanja postavljaju i druge krajnosti, preko dvije standardne devijacije da kažem, koji dođu na razgovor o planiranju s ispisima s interneta koji su to sve proučili i isprintali i koji do iznemoglosti ulaze u detalje i inzistiraju, čak do toga da su neprijateljski nastrojeni prema liječniku koji s njima razgovara.

Istraživačica: Znači ako pacijenti pokazuju interes veća je i vaša motivacija...

Mauricio: Apsolutno. Ne samo motivacija nego veća količina, drugim riječima isplati se potruditi. Jer ako vidite da on ima stav 'Ja sam pacijent, vi ste doktor.' i da mu ja pričam, a on drži kemijsku u ruci i jedva čeka da završim, da se potpiše onda...čemu se truditi. Jer on čeka da ja završim, ne sluša uopće što mu pričam. On tu informaciju, nema niš od toga jer a priori nije zainteresiran. On je odlučio da se došao liječiti i kaj

mu ovaj sad priča tu. Izvan onog što njega zanima, ne zanima, nema interesa. Ima takvih ljudi dosta.

Prenošenje informacija često ovisi o liječnikovoj percepciji pacijentove zainteresiranosti za dodatnim informacijama o njegovoj bolesti i tijeku liječenja, a što su pacijenti zainteresiraniji, to su liječnici češće voljniji podijeliti informacije s njima (Waitzkin, 1984, 1985). Međutim, ne reagiraju svi liječnici pozitivno na zainteresiranost pacijenata i njihovu želju da postavljaju dodatna pitanja. Kao što Mauricio kaže, iako voli kad su njegovi pacijenti zainteresirani, ističe i one pacijente koji su prema njegovom mišljenju previše zainteresirani te „do iznemoglosti ulaze u detalje.“ Kad sam upitala specijalizante Anitu, Bornu i Kazimira s kojim pacijentima je najlakše komunicirati Borna je isprva odgovorio „S onima koji ne žele niš pitati.“ Zatim se nasmijao i rekao da je zapravo najlakše komunicirati s pacijentima koji nisu teško bolesni i da im je teško komunicirati s pacijentima koje vjerojatno neće uspjeti izliječiti.

Barijera postavljanju pitanja ponekad također može biti i negativna reakcija liječnika na pitanja jer ih vide kao izazov njihovom autoritetu ili izraz nepovjerenja u njihovu stručnost (Ainsworth-Vaughn, 1998). Primjerice, od mojih sugovornika Ljubica je potvrdila da ponekad izbjegava postavljati pitanja zato što se boji negativne reakcije liječnika.

Istraživačica: Rekli ste da se osjećate samopouzđano u razgovoru s liječnicima?

Ljubica: Ja jesam, ha sad ja ne znam, ja uvijek idem po neverbalno. Treba izgledati samopouzđano, položaj tijela, pogled, ali i ja si unaprijed isplaniram kaj bi mogla pitati. Da ne ispadne da sjedim i da oduzimam doktoru vrijeme. Neki put mi se dogodi da ni ne čujem, da od uzbuđenja nisam čula sve, za koliko da mu se javim, za dva tjedna, za tjedan, za koliko ono. I mislim si ak ga pitam sam ću ga iznervirati.

Istraživačica: A zašto ne pitate ponovo kad ne čujete dobro?

Ljubica: Ne znam. Zato kaj mislim da ću ga iznervirati, kao valjda bu napisao. Jer ne bi htjela biti ko ostali pacijenti koji maltretiraju. Jer sigurna sam ako ti je netko simpatičniji da ćeš mu radije pomoći nego ako je netko antipatičan.

Anita i Kazimir koji učestalo postavljanje pitanja od strane pacijenata vide kao izraz nepovjerenja prema njihovoj stručnosti donekle potvrđuju da Ljubičin strah nije u potpunosti neopravdan.

Anita: Problem je kad su [pacijenti] nepovjerljivi.

Kazimir: Nepovjerljivi, cijelo vrijeme propitkuju, tebe pitaju pa onda sljedećeg doktora isto to pitaju.

Anita: Onda bilo kakva informacija koju im daš njima ne vrijedi.

Kazimir: Onda sestre maltretiraju pa sestre opet onda nas pitaju za mišljenje i tak.

Međutim, brojni su mogući razlozi zašto ih pacijenti više puta pitaju nešto što Borni, Aniti i Kazimiru zvuči kao pitanje na koje su već odgovorili ili kao prijetnja njihovom autoritetu. Pacijenti možda ne razumiju to što im je rečeno jer nemaju dovoljno medicinskog znanja i ne služe se medicinskim registrom (Waitzkin 1985), što bi objasnilo ponavljanje istih pitanja. Moguće je i da su specijalizanti precijenili količinu informacija koje su s pacijentima podijelili ili podcijenili želju pacijenata za informacijama (Street, 1991).

U nekoliko sam navrata u razgovorima sa sugovornicima također uočila da su neka pitanja radije postavljali medicinskim sestrama, nego liječnicima, što također može biti razlog zašto pacijenti pitaju medicinske sestre koje zatim to isto pitanje postavljaju Aniti i Kazimiru. Moguće je i da pacijentima medicinske sestre onda pružaju alternativan izvor medicinskog znanja jer tijekom liječenja ne ovisi o odlukama medicinskih sestara pa im je stoga lakše pristupiti njima, nego liječnicima o čijoj usluzi ovisi pa to utječe na njihovu nevoljkost da im postavljaju dodatna pitanja ili im proturječe (Beauchamp i Baran, 2017).

Umjesto kao propitivanje liječničke stručnosti kako to doživljavaju Anita i Kazimir, traženje dodatnih informacija od strane pacijenata ponekad može biti samo pokušaj zadržavanja kontrole ili zadobivanja više kontrole nad vlastitom zdravstvenom situacijom (Beisecker, 1990). U Ljubičinom slučaju riječ je o gubitku kontrole nad situacijom, ali i nevoljkosti da kontrolu povрати postavljanjem pitanja zbog straha od negativne reakcije. Strah od negativne reakcije na postavljanje pitanja utjecao je i na komunikaciju između Ivane i njezina dva liječnika. Posljedično, Ivanina se komunikacija s njezinim liječnikom opće prakse znatno razlikuje od komunikacije s njezinim

specijalistom za kojeg ima osjećaj da njezina pitanja ponekad vidi kao propitivanje njegovog autoriteta.

Istraživačica: Imate drukčiji odnos s liječnikom opće prakse nego s vašim liječnikom u bolnici?

Ivana: Pa znaš da ti iskreno kažem da je. Nekako sam prisnija s doktorom opće prakse nego sa specijalistom jer nikad ti ne znaš ako nešto mu kažeš, kako će ti odgovoriti, da li mu to paše da ga ja pitam ili ne paše, razumiješ. Tak da nije mi baš sigurna komunikacija s njim kao s doktorom opće prakse.

Istraživačica: Zašto je to tako?

Ivana: Pa zato što imam ovaj baš taj osjećaj kao da on nekad zna pacijenta podcijeniti ili nešto u tom smislu razumiješ da mislim kao ispada što sad ja imam njega ispitivati i štajaznam. A naprotiv ako ga ispitujem on treba da mi kaže i da mi objasni u tom smislu. Tak da ima dosta puta kod specijalista koji se zna odnositi šta ti sad njega imaš pitati, on je doktor i valjda on zna.

Istraživačica: A kod vašeg liječnika opće prakse nije tako?

Ivana: Ne, ne, on meni sve objasni kad ja pitam i recimo, predložim nešto i mislim jel bi to bilo dobro i šta ja znam. Tak da evo ja s doktorom opće prakse nemam uopće problema.

Iako se u svojoj suštini postavljanje pitanja i izražavanje nerazumijevana čini kao jednostavna komunikacijska strategija, zbog percipiranih odnosa moći u komunikaciji između liječnika i pacijenata te naizgled čvrste i ograničavajuće strukturiranosti medicinskog intervjua, postavljanje pitanja doista naizgled nije jednostavno. Kad postavljanje pitanja nazivam strategijom, zapravo se referiram na Goffmanove okvire (1986) i važnost pretpostavki koje imamo od toga što se od nas očekuje tijekom medicinskog intervjua i drugih situacija u kojima komuniciramo s liječnicima, odnosno pacijentima.

Time se vraćam na upitnu učinkovitost Zakona o zaštiti prava pacijenata koji prethodno analiziram u poglavlju Bioetika i prava pacijenata. Zakon pacijentima daje pravo na potpunu obaviještenost

ako to usmeno zatraže, a ne uvjetuje liječnicima koje informacije moraju prenijeti pacijentima. Kojegod informacije liječnici pruže pacijentima, prema Zakonu one moraju biti prenesene na pacijentima razumljiv način, međutim nije definirano na koji se način provjerava i dokazuje da pacijenti razumiju to što im je rečeno. Iz primjera u ovom poglavlju, jasno je da samo zato što pacijenti ne postavljaju pitanja, ne znači da razumiju ono što im je rečeno. Nadalje, očito je da zbog toga što liječnicima nije uvjetovano koje informacije moraju podijeliti s pacijentima, neki pacijenti nisu zadovoljni s količinom ili kvalitetom informacija koje su im pružene. Čak i ako pacijenti postavljaju pitanje, moguće je da liječnici na njih neće htjeti odgovoriti ili će nevoljko odgovoriti.

Međutim, da interes o zadovoljstvu pacijenata postoji ukazuju ankete i istraživanja provedena na tu temu (npr. Stanić et al., 2007; Friganović et al., 2018; Mermolja, 2019; Franjo et al., 2020). Primjer takve ankete je ona provedena u Kliničkom bolničkom centru Zagreb čiji su rezultati bili predstavljeni na 18. Hrvatskoj konferenciji o kvaliteti u Dubrovniku 2018. godine. Anketa je prikupljala podatke o informiranosti pacijenata, zadovoljstvu zdravstvenom uslugom, ljubaznosti liječnika i medicinskih sestara, čistoći i prehrani. Tijekom 2016. godine anketu je ispunilo 2745 pacijenata hospitaliziranih na odjelima 19 klinika/kliničkih zavoda KBC-a Zagreb (Bašić i Knežević, 2018: 33). Od toga je 90,64 % pacijenata smatralo da je potpuno i dovoljno informirano o svojem zdravstvenom stanju u tijeku liječenja, no autorice ističu da je potrebno posebnu pažnju obratiti na pacijente koji su istaknuli da uopće nisu bili zadovoljni te da se zatim analizira „u kojim su klinikama bili liječeni i jesu li napisali dodatne komentare“ (Bašić i Knežević, 2018: 36).

Osim spomenutih razloga, još je jedan potencijalan uzročnik nedostatnog razmjena informacija između liječnika i pacijenata manjak vremena. Kad je Nikolina, koja se tad u bolnici oporavljala od slomljene nožne kosti, rekla prijateljici da želi barem pet do deset minuta pažnje, njena prijateljica joj je rekla da je to previše. Međutim, Nikolina je do mnogih informacija koje su je zanimale ipak uspjela doći zahvaljujući specijalizantu koji je po noći bio dežuran te joj je „dobrih deset minuta“ objašnjavao njezinu radiološku sliku i odgovarao na njezina pitanja. Nedostatak vremena naglašava i Vera te spominje da su liječnici „neuhvatljivi“ i da ne žele razgovarati već će radije reći da nemaju vremena i da se žure.

Manjak vremena za komunikaciju očit je i tijekom vizita, odnosno posjeta sobama u kojima pacijenti leže. Vizite služe procjeni pacijentovog stanja, ali kao takve često ne predstavljaju dobru

priliku da pacijent postavi pitanje. U razgovorima sa sugovornicima, vizite su mahom opisivane kao brze i impersonalne posjete pacijentima tijekom kojih se pretežito koristi stručni vokabular. Nikolina je vizitu spomenula u kontekstu pokušaja da dođe do dodatnih informacija o operativnom postupku koji joj je predstojao.

„Cijela ta bolnička rutina izgleda tako da ujutro oko osam dolazi vizita. Ne dolazi jedan liječnik nego dolazi... Mislim mene je to potpuno šokiralo. Znači, petnaestero ljudi upada u sobu. Kažem, dolaze svi, oni su hijerarhija...dakle i liječnik i specijalizanti, fizioterapeut, sestre i ne znam tko još. Oni ulaze ko tornado u sobu, zaustavljaju se kod svakog kreveta rekla bih u prosjeku petnaest sekundi, znači sve skupa za jednu sobu im treba...koja je pet-šest kreveta pa izračunajte koliko otprilike vremena. Vrlo često bez ikakvog razgovora, dakle glavni voditelj odjela pogleda, nešto prokomentira svojim kolegama, tiho tako da pacijenti niti ne čuju, uh, i ide dalje. Znači to je glavna komunikacija, to je jedina prilika kada pacijenti zapravo imaju prilike vidjeti liječnika. To nije razgovor jedan na jedan, mislim to nije niti razgovor osim ako ga vi stvarno ne zaustavite i ne postavite pitanja, a i tada ne odgovara.“ (Nicolina)

Vera je vizitu također spomenula u širem kontekstu dobivanja informacija. Pritom je u svojoj priči spojila dva iskustva. Prvi se dio priče odnosi na njezino iskustvo kao člana obitelji koji pokušava doći do informacija u vezi operacije njezine stare majke, a zatim se Vera prebacuje na iskustvo sebe kao pacijenta dok je ležala u bolnici i čekala vizitu da bi došla do informacija o svojem operativnom zahvatu.

Prvo ti ljudi su neuhvatljivi, to ti je jasno. Neuhvatljivi su, njih nema. Oni su kirurzi ili u operacionoj sali ili na sastanku ili su na viziti ili nisu nigdje. Nisu oni ljudi koji su tebi dostupni, sad će oni tebi doći pa razgovarati. Ako ga dočekaš negdje protrčat će pored tebe, reći će da nema vremena da se žuri i ovo i ono. To u našem zdravlju nema mogućnosti da ti s njima razgovaraš. Nema. [...] Nema mogućnosti ni kao pacijent da dobiješ informaciju. Ti ležiš u krevetu, dođe vizita, prođe, ode, dum! Nakon toga imaš kontakt samo sa sestrama, one će ti za sve reći da ne znaju pa nedaj Bože da kažu riječ previše pa do nečeg dođe, one će biti krive i ti ustvari komunikaciju nemaš gotovo nikakvu. (Vera)

Iz Nikolinine i Verine perspektive, problem je bio u tome da im je do informacija bilo teško doći jer je kontakt s liječnicima najčešće bio ograničen na vizite koje zapravo nisu bile usmjerene komunikaciji s pacijentima. To je potencijalno još jedan od razloga zašto pacijenti onda svoja pitanja postavljaju medicinskim sestrama i drugim zdravstvenim radnicima koji ih okružuju. Takvo je i iskustvo fizioterapeutkinje Irene:

„Ja imam negativno mišljenje o tim vizitama zato što kao prvo previše nepoznatih ljudi ulazi u sobu pacijentima. Te vizite nisu napravljene da pacijentima bude ugodno zato što se uglavnom priča profesionalnom terminologijom što pacijenti ne razumiju i što uglavnom izaziva strah jer onda postaju još zbunjeniji. Svakom pacijentu se da možda tridesetak sekundi vremena. I pacijenti nemaju pravo postaviti nikakva pitanja. Najveći problem s tim je da doktori iz nekog razloga inače nisu na odjelu nego su na operacijama ili negdje drugdje, a pacijenti uglavnom ispituju fizioterapeute ili sestre 'Što nam se događa, što će biti s nama?'“ (Irena)

U Ireninom se iskazu također pojavljuje problem profesionalne terminologije, odnosno medicinskog registra kao oblika jezičnog kapitala u kontekstu bolnice koji pacijenti najčešće ne poznaju pa su time dodatno zakinuti za informacije jer i ono što čuju tijekom vizite ne mogu protumačiti. Fenomen ovako opisanih vizita sa svojim se karakteristikama podudara s Foucaultovim medicinskim pogledom (1976). Vizite su neosobne, nisu namijenjene pacijentu kao osobi već su usmjerene na tijelo i simptome. Pacijenti su izloženi pogledu ne samo svojeg liječnika, nego više njih, a Nikolina je iskusila i to da se nju zajedno s ostalim pacijentima u sobi prije vizite pokriva bez obzira na to je li im vruće ili hladno. Pritom otkriven ostaje samo dio tijela koji je ranjen te se time medicinski pogled dodatno sužava s tijela pacijenta na samo dio tijela koji se smatra bitnim u datom trenutku. Ovaj je primjer vrlo sličan primjeru koji je Goran spomenuo, o liječniku na odjelu na kojem je radio koji je ulazio u sobu bez pozdrava te bi pacijenta otkrio, pogledao i izašao van iz sobe.

Nisu svi moji sugovornici imali negativno iskustvo vizite. Zvonimirovo iskustvo slično je utoliko što je i on uočio da tijekom vizite ne dolazi samo njegov liječnik već više njih te da međusobno komentiraju njegovo stanje. Međutim, za razliku od Nikoline i Vere osjećao je da su liječnici

zainteresirani za to što on ima za reći i da su bili „vrlo voljni odgovoriti“ (Zvonimir) na sva njegova pitanja, što je ključna razlika između njegovog i Verinog i Nikolininog iskustva.

Sličan su problem nedostatka vremena istaknuli i moji sugovornici specijalizanti Goran i Petar kad smo razgovarali o komunikaciji u zdravstvenom sustavu.

Dorian: Ako ćeš se ozbiljno baviti ovom tematikom moraš uzeti u obzir to o kojem dijelu medicine pričaš i o kojim odjelima. Sad sam bio na turnusu ortopedije i liste čekanja za to su stvarno ogromne za doći gore. Onaj dan kad sam ja bio u ambulanti tip je imao pet pacijenata taj dan na pregledu i kaže uvijek ih uleti sedam-osam ovak još poluhitnih nešto. On ima, na dječjoj ortopediji ih uzme četvero unutra paralelno, dok starci skidaju djecu jednog pregledava, točno zna napamet tko je u kojoj fazi liječenja čega i onda ako je netko prvi put onda im se i objasni. 'Ovo bi trebalo biti ovak al je otišlo onak.' Al to su po dvije-tri rečenice. Samo polupa, pozapiše, kontrola za mjesec dana, adio vidimo se za dva mjeseca, adio vi ste izliječeni, bilo mi je drago, nadam se da se ne vidimo više nikad. I ljudi neki, baš sam njega čitao na *Najdoktoru*, relativno dobre ocjene ima, ali neki su ga ozbiljno pljuvali što je s te jedne strane meni jasno da jesu jer čovjek nije sjeo s njima i popričao kakvu bolest njihovo dijete ima, ali da je to napravio drugo dvoje djece uopće ne bi došlo na pregled, a on ima kapacitet obrađivati četiri pacijenta paralelno i znati tko je u kojoj fazi.

Petar: Potpuno je preopterećen.

Dorian: A zapravo rikava.

Petar: Zapravo čini čuda

Goran: Zapravo krši zakon.

Petar: Ali nema druge.

Dorian: Sustav na jedvite jade funkcionira, ako on išta odluči promijeniti uključujući i ostalih četiri-pet doktora koji na isti način funkcioniraju gore, to je potpuni kolaps jer tebi objektivno treba minimalno duplo njih za posao koji rade.

Dorian je svjestan da liječnik kojeg opisuje ne komunicira sa svojim pacijentima, odnosno njihovim roditeljima, na način koji bi bio poželjan što je vidljivo i iz negativnih komentara koje su mu neki od njih ostavili na internetskom portalu *Najdoktor*. Međutim, također upozorava na to da do takve nepoželjne (kratke i štire) komunikacije dolazi zbog problema unutar samog javnog zdravstvenog sustava u Hrvatskoj. Stoga se može zaključiti da je takav tip komunikacije (užurban, štur ili čak nepostojeći) ponekad posljedica samog sustava. Kao što Dorian kaže, treba uzeti u obzir o kojoj se razini medicinskog sustava radi, o kojoj ustanovi te o kojem odjelu u kojem dijelu Hrvatske.

O neujednačenoj dostupnosti zdravstvene zaštite, o nedovoljnim kapacitetima nekih zdravstvenih ustanova, velikim razlikama u kvaliteti zdravstvene zaštite i skrbi na razini čitave zemlje i dugom vremenu čekanja pisala sam već u poglavlju „Strukturni problemi javnozdravstvenog sustava u Hrvatskoj“. U istom tom poglavlju spominjem i problem opterećenosti liječnika s brojem pacijenata i prekovremenim radnim satima. O tome je i 15. lipnja 2020. godine pričao i liječnik Ivan Raguž, član Izvršnog odbora HLK i voditelj projekta „Digitalni atlas hrvatskog liječništva“ na javnom predstavljanju tog projekta:

„Prosječno u PZZ-u obiteljski liječnik ima 1.643 pacijenta, ginekolog 6.643 pacijentica, dok pedijatar ima 1.416 djece. Uzevši u obzir godišnji broj radnih sati lako je zaključiti kako obiteljski liječnik u Hrvatskoj ima prosječno tek jedan sat za svakog pacijenta godišnje, dok je kod ginekologa ta brojka puno lošija i iznosi samo 15 minuta za svaku pacijenticu godišnje. Pedijatri pak za svako dijete godišnje mogu prosječno odvojiti tek sat i 15 minuta.“⁶²

Kao jedan od razloga dr. Raguž dalje navodi opću preopterećenost primarne zdravstvene zaštite iz koje se veliki broj pacijenata prelijeva u bolnice u kojima se također naspram prethodnih godina zapošljava manje specijalista.

Međutim, bez obzira na moguće pozadinske razloge prepreka u komunikaciji, bilo da je riječ o strukturalnim problemima javnog zdravstva, manjku vremena, nevoljkosti liječnika da odgovaraju na pitanja ili strahu pacijenata od postavljanja dodatnih pitanja, ono što ostaje jasno jest da se izostanak komunikacije i informacija koje pacijenti smatraju potrebnima može negativno odraziti

⁶² Izvor: <https://www.hlk.hr/hlk-predstavlja-digitalni-atlas-hrvatskog-lijecnistva.aspx> [Datum pristupa:18.11.2022.]

na iskustvo liječenja i iskustvo komunikacije. To također može posljedično utjecati i na kvalitetu i ishod liječenja kao i na voljnost pacijenata da poslušaju što su im liječnici preporučili (Waitzkin, 1985).

6.3. Uloga institucionaliziranog kapitala u informiranju i procjeni pacijenata

Osim prethodno spomenutih razloga, još je jedan od razloga zašto između liječnika i pacijenata često dolazi do nesporazuma ili nezadovoljstva dobivenim informacijama taj što se pacijenti najčešće ne služe medicinskim registrom i nemaju medicinsko znanje (Waitzkin, 1985). Iako odnos moći između pacijenata i liječnika nije jednostavan (niti su pacijenti nemoćni niti liječnici imaju svu moć u odnosu), pacijenti ipak ovise o liječnicima jer ne mogu nadomjestiti znanje i vještine koje liječnici posjeduju, čak ni uz pomoć interneta i dostupne literature (Beauchamp i Baran, 2017). Nerazumijevanje i nedostatak medicinskog znanja koje je oblik institucionaliziranog kapitala blisko povezan s medicinskom strukom može utjecati i na zadovoljstvo pacijenata s informacijama koje su od liječnika dobili, odnosno kako su ih shvatili.

I pacijenti i liječnici s kojima sam razgovarala svjesni su da u kontekstu bolnice postoji jasna podjela na stručnjake i laike, odnosno da pacijenti najčešće ne posjeduju tip institucionaliziranog (medicinsko obrazovanje) i jezičnog (medicinski registar) kapitala koji bi im omogućio da sa zdravstvenim radnicima razgovaraju na isti način na koji zdravstveni radnici međusobno razgovaraju. Iako niti visoka razina obrazovanja ne može nadomjestiti nedostatak medicinskog znanja, institucionalizirani kapital ipak ima određenu važnost. Iz perspektive pacijenata, uočila sam tri načina na koji najčešće koriste institucionalizirani kapital. Ako spominju institucionalizirani kapital, pacijenti ga koriste kao način pozicioniranja sebe naspram drugih pacijenata i zdravstvenih radnika u polju medicinske prakse, kao oblik pružanja otpora autoritetu ili kao sredstvo za dobivanje više informacija. O načinima pružanja otpora više ću reći u poglavlju koje se izravno dotiče teme moći, ali mi je zato za ovo poglavlje zanimljiv način na koji pacijenti koriste institucionalizirani kapital kao sredstvo dobivanja više informacija.

Iz perspektive liječnika, uočila sam dva načina odnošenja prema institucionaliziranom kapitalu pacijenata s kojima se susreću. Ako spominju institucionalizirani kapital, liječnici ga ili ne smatraju značajnim za proces liječenja ili ga vide kao jedan od čimbenika koji pozitivno ili negativno utječe

na njihov odnos pacijentom i proces liječenja Po pitanju razine ili tipa obrazovanja, nisam naišla na jedinstveni odgovor. Neki liječnici više vole komunicirati s pacijentima s visokom razinom obrazovanja jer smatraju da će ih oni lakše razumjeti, dok drugi nevoljko komuniciraju s visokoobrazovanim pacijentima jer smatraju da im ti pacijenti pričinjavaju najviše problema jer su nepovjerljivi i postavljaju im najviše pitanja. Na jedan takav primjer naišla sam tijekom razgovora s troje onkoloških specijalizanata: Anitom, Bornom i Kazimirom.

Anita: Najteže je komunicirati s pacijentom doktorom.

Borna: Joj da.

Kazimir: Da.

Istraživačica: U smislu, oni koji su sami doktori ?

Anita: Koji su sami liječnici ili općenito koji su visokoobrazovani.

Anita: Tu je komunikacija najteža i tu je liječenje nerijetko komplicirano.

Borna: Uvijek se komplicira kad je netko previše obrazovan, ako zbog nečeg onda zbog komunikacije. Oni idu po svom, oni znaju, ovo nije dobro.

Istraživačica: Oni pitaju najviše pitanja?

Anita: To vjerojatno i nama budi nesigurnost u nama samima, zato što nekada ne znaš ni odgovor na pitanje koje ti je postavljeno.

Iz ovog djelića razgovora može se iščitati da Aniti, Borni i Kazimiru ne odgovaraju visokoobrazovani pacijenti i pacijenti medicinske struke koji im se obraćaju s naglaskom na vlastito stručno znanje. Takav komunikacijski pristup interpretiraju kao propitivanje svoje stručnosti te to u njima stvara osjećaj nesigurnosti jer na neka od postavljenih pitanja možda neće znati odgovoriti. Time se ponovno vraćamo na ono što su i specijalizantica Katarina i specijalist pedijatar Vinko već prethodno spomenuli, da liječnici nisu „hodajuće enciklopedije“ kao što mnogi pacijenti očekuju te da ne mogu znati odgovor na svako pitanje.

Pitanja na koja ne znaju odgovor može liječnike učiniti nesigurnima jer njihov identitet i autoritet (a time i veliki dio njihove moći i statusa u društvu i odnosu s pacijentima) počivaju na njihovom medicinskom znanju i vještini liječenja (Ainsworth-Vaughn, 1998). Međutim, sveukupno medicinsko znanje samo je po sebi nepotpuno i ograničeno, a znanje pojedinaca samim time još nepotpunije i ograničenije što dovodi u pitanje baziranje autoriteta na nedostižnom konceptu

savršenog i potpunog medicinskog znanja (Ainsowrth-Vaughn, 1998). Jasno je da takva nerealna društvena očekivanja, bilo od strane pacijenata ili liječnika od sebe samih, mogu stvoriti napetost u odnosu i time otežati komunikaciju i dijeljenje informacija. To posebno dolazi do izražaja ako postavljanje dodatnih pitanja liječnici percipiraju kao prijetnju vlastitom autoritetu iz straha da će pacijenti otkriti da njihovo znanje (drugim riječima, njihov institucionalizirani kapital) nije tako cjelovito i savršeno kao što pacijenti očekuju.

Da unutar javnozdravstvenog sustava vrijednost imaju i drugi institucionalizirani kapitali, a ne samo onaj povezan s medicinskim obrazovanjem došlo je do izražaja tijekom Nikolinog i Verinog boravka u bolnici. Kad se Nikolina potužila prijateljici da nitko ne odgovara na njezina pitanja, prijateljica joj je preporučila da tijekom vizite spomene svoj posao.

„Onda sam [...] u sljedećoj viziti dočekala predstavnika tog odjela i počela mu postavljati neka konkretna pitanja na što je on rekao ... pokušao me, al stvarno skinut, onako 'Pa ništa, naći ćete sve u otpusnom pismu'. A ja sam rekla 'Ali meni je stvarno važno znati koliko će mi trajati oporavak jer imam hrpu studenata koji me čekaju'. Na što je on stao i rekao 'Aha, vi ste isto u akademskim krugovima? A to mi je poznato.' I nakon toga sam dobila odgovor možda na tri pitanja koja sam postavila.“ (Nikolina)

S jedne strane u ovom je primjeru jasno riječ o institucionaliziranom kapitalu jer Nikolina predaje u instituciji visokog obrazovanja te je samim time i ona visokoobrazovana. Međutim, taj se institucionalizirani kapital također pretvara u simbolički u onom trenutku kad liječnik prepoznaje njezino zanimanje i poziciju kao bitne te je svrstava u „akademski krug“ u koji se i on sam svrstava. Time se također dodaje još jedna dimenzija kapitala, a to je isticanje povezanosti s određenom skupinom kojoj oboje pripadaju, dakle riječ je i o društvenom kapitalu. Slično je iskustvo doživjela i Vera:

„Došla sam na pregled i doktorica je bila strašno neljubazna. Rekla je 'Vas je liječnik opće prakse poslao kod mene, zašto točno?'. Ja sam joj rekla da me poslala jer imam skoliozu. 'Svi imamo skoliozu“ rekla je. Ja sam rekla 'Okej, ali ja je imam od rođenja.' I zatim me nastavila ispitivati o tome kako sam se dosad liječila i pitala me i čime se bavim. I ja sam rekla da sam profesorica i na kojem faksu predajem. Odjednom mi se

nakon tog počela smješhati, sva je postala nešto ljubazna i stalno mi se krenula obraćati s 'profesorice', 'profesorice ovo, profesorice ono.' Mislila sam joj reći da ne treba al reko nema veze.“ (Vera)

Za razliku od Nikolinog liječnika, Verina liječnica nije se svrstala u istu skupini takozvanih „akademika“, međutim iz daljnje interakcije koja se značajno mijenja nakon što saznaje čime se Vera bavi, očito je da joj Verin institucionalizirani kapital, ali i tip zanimanja imaju simboličnu vrijednost. Osim u ova dva primjera, zanimanje pacijenata pojavljuje se i u tri razgovora sa sugovornicima liječnicima. Već sam prethodno spomenula da Vinko ukazuje na razliku između komunikacije s akademikom i s kumicom s placa, a liječnica Iva spominje zanimanje kao bitno u svojoj procjeni načina na koji će pristupiti prvom razgovoru s pacijentom.

„Često kad posumnjamo, pogledamo u matičnim podacima što je osoba po zanimanju. Mislim, ne znamo s čim imamo posla pa evo meni se dogodi da ja škicknem što su po zanimanju.“ (Iva)

Pacijentica Marica uspoređuje zanimanje glumice i bavljenje uzgojem cvijeća i svinja u kontekstu svojeg nezadovoljstva što je liječnik nije informirao o alternativnom lijeku koji nije pokriven zdravstvenim osiguranjem HZZO-a, ali dostupan je za kupnju. Smatra da je za to djelomično kriva predodžba o njezinom zanimanju kao manje profitabilnom zbog čega si ne bi mogla priuštiti lijek.

Ja sam to našla na internetu, imam baš *screenshotano*, neka gospođa iz Zagreba jedna glumica i slučajno je znala jednog liječnika koji joj je rekao za lijek. Znači za istu vrstu karcinoma, ali koji ima puno manje nuspojave i koji košta 40.000 kuna. I ona je to sebi priuštila. Možda bi si priuštio i netko tko nije glumac. Možda netko tko se bavi uzgojem, ja cvijeća, ona pajceka. (Marica)

Specijalizantica Katarina nije spomenula provjerava li u podacima što je njezin pacijent po zanimanju, ali ističe da je svjesna da njezini pacijenti najčešće ne posjeduju istu količinu medicinskog znanja kao i ona te već na samom početku razgovora s pacijentom prilagodi način na koji prenosi informacije. Međutim, znala se naći i u situaciji u kojoj je precijenila pacijentovo medicinsko znanje:

Meni zna biti smiješno kad ljudi kažu 'Boli me zapešće' i onda pokažu na gležanj. Tak znaju imati neka kriva imena za dijelove tijela, ali dobro to čak znaju i obrazovaniji. Nekak sa svima krenem isto, ali kad vidim da me čudno gledaju i da ne razumiju što pričam, onda pojednostavim priču. Iako ja zapravo svima dosta jednostavno pokušavam ispričati, koliko god da su obrazovani, jer mislim da nema potrebe za kompliciranjem. (Katarina)

Pitanje koje se nameće jest koliko često Katarina ne shvati da je pacijent ne razumije, a pacijent je pritom ne traži da dodatno objasni to što govori.

Zvonimir je također bio svjestan razlike u količini svojeg medicinskog znanja naspram liječnika koji su o njemu skrbili dok se u bolnici oporavljao od operacije srca, ali je istaknuo i razliku u količini znanja između sebe i drugog pacijenta s kojim je dijelio sobu. Pritom je taj drugi pacijent bio onaj kojeg je već prethodno okarakterizirao kao „bogeca seljobera bistričkog koji ne zna zbrojiti tri i tri“ (Zvonimir).

Ja ipak imam nekakva znanja, pogotovo ono što sam stekao uz njih [liječnike]. Iz njihovog razgovora ja povezujem činjenice i onda mogu postavljati puno konkretnija pitanja i dobivati puno konkretnije odgovore. I kroz to ustvari ja interaktivno učim o onome što prije nisam znao. Znači ti i ja ćemo s doktorom razgovarati drugačije nego ona, kaj ja velim suseda, koja ne zna niš. I to očito svakako oni cijene i to je vrlo korisno, tak da ti si kao pacijent njima puno zanimljiviji i puno im više informacija daš. O pacijentu samome jako puno ovisi kako će doktor s njime komunicirati. Osnovne informacije će dobiti i jedan i drugi, sve nešto ekstra što te zanima, na tebi će vidjeti da razumiješ i reći će ti, nije nikakav problem. Dok recimo onaj bogec niti može razumjeti ni niš. Čuo je za slezenu pa me pitao kaj je slezena. Ja mu velim to ti je tu, a on pita 'Jel imam i ja to?' Pa imaš slezenu majmune jedan. (Zvonimir)

Zvonimir se ovdje poziva na razinu svojeg i mojeg obrazovanja, stavlja nas na istu razinu sposobnosti komuniciranja s liječnicima za razliku od „susede koje ne zna niš“ i „bogeca seljobera bistričkog“. Susjedu ne spominje slučajno jer Zvonimir i ja imamo istu susjedu te ja znam na koga misli kad kaže „suseda“. Riječ je o osobi u mirovini koja ima završenu srednju školu i koja je česta

tema naših razgovora. Zbog njegovog institucionaliziranog kapitala i sposobnosti da „povezuje činjenice“, Zvonimir smatra da može dobiti više informacija nego netko drugi.

Poput Zvonimira, i Ljubica smatra da je njezina razina obrazovanja čini boljom pacijenticom te da zbog toga bolje razumije što joj liječnici govore i dobiva više informacija. Ljubica je tijekom prepričavanja svojeg iskustva više puta istaknula svoju visoku stručnu spremu kao ono što joj pomoglo da se lakše snađe u medicinskom kontekstu.

„Ovisi o tome koliko ljudi znaju i o obrazovanju, znanju, inteligenciji. Ja razumijem, ako ne razumijem što to znači onda pitam. To sam za sina sam pitala 'Dobro reci šta to znači'. Teško je njima prilagođavati se običnom puku koji možda nema to znanje. To opet razumijem i liječnika. [...] Radi se o tome da on zna da imam neko obrazovanje pa me onda pitao oćemo operirati klasićno ili vaginalno. [...] Pa jesam sposobna sam za komunikaciju, mislim zbog moje edukacije. Ali dobro, mislim, radi se o oćekivanju. Ja od doktora ništa ne oćekujem. Osim onoga da mi odgovori kad ga pitam.“ (Ljubica)

Kod Ljubice se ponovno uoćava komunikacijski stil koji Ainsworth-Vaughn istiće (1984), a to je postavljanje izravnih pitanja. Međutim, postavljanje izravnih pitanja ne znaći da će lijećnici na njih odgovoriti. Primjerice, Nikolina je doživjela neugodno iskustvo kad je lijećnika upitala izravno pitanje o operativnom postupku na nozi, a njezino je pitanje bilo povezano s medicinskim znanjem.

„Pitala sam hoće li me operirati, znaći koji tip operacije će biti i hoće li to raditi laparoskopski, naravno to sam pogriješila. Ali, mislim, moralo je biti jasno, ja vjerujem da je svima njima bilo jasno što sam time mislila. To je bilo kad sam bila potpuno u bolovima, neposredno prije operacije. I onda je isto taj docent me ovako posprdno pogledao i rekao 'Nismo još došli do toga da na odjelu radimo laparoskopije, ali tko zna.' Ja velim 'Dobro, mislila sam na artroskopiju'. I tako. Hoću reći to je bilo, on nije rekao 'Aha mislite artroskopiju ili napraviti ćemo vam to artroskopski.' nego je bio ono 'ha ha ha'. Znaći to su recimo stvari koje zaista u nekom trenutku kad je ćovjek u lošem stanju, u bolovima, to ne treba, eto.“ (Nikolina)

Ponekad se lijećnici služe svojim institucionaliziranim kapitalom i medicinskim registrom da bi izbjegli izravno reći da pacijenti umire već koriste izraze za koji ćesto zbunjuju pacijente i ćlanove

njihovih obitelji (Beauchamp i Baran, 2017). Primjerice, liječnici kažu da je stanje „kritično“ ili koriste posuđenice kao što je riječ „terminalno“ koje pacijenti ne moraju razumjeti (Beauchamp i Baran, 2017: 320). U takvim slučajevima, pacijenti i njihove obitelji ne posjeduju dovoljno medicinskog znanja da sami dođu do zaključka da je riječ o neizlječivoj bolesti, a ne poznaju ni dovoljno medicinski registar da iz izraza koji liječnici koriste protumače o kojoj je dijagnozi točno riječ. Čapo Žmegač (2010) suočila se s istim kad je rak njezine majke metastazirao, ali liječnici su koristili izraz „sekundarizmi“ (Čapo Žmegač, 2010: 54) koji joj je davao nadu u drugačiju prognozu. Onkološki specijalist njezine majke nijednom nije spomenuo da će njezina majka umrijeti već je umjesto toga rekao da će dodatno zračenje pomoći ublažiti njezine simptome.

Anita, Borna i Kazimir osvrnuli su se tijekom našeg razgovora na postavljanje loših dijagnoza. Rekli su da im je najteže razgovarati s pacijentima koji su teško bolesni. Kad sam ih pitala kako kažu pacijentima da će umrijeti, njihov se odgovor podudarao s iskustvom koje je opisala Čapo Žmegač.

Istraživačica: Kako zapravo iskomunicirate da će umrijeti?

Anita: Opet ovisno o tome da li obitelj to želi znati i da li pacijent to dopušta da mi to iskomuniciramo s njima.

Istraživačica: A kako procijenite jel možda netko želi znati da će umrijeti?

Borna: Pitaju ljudi 'Hoćemo li umrijeti?'

Anita: Ima ljudi koji pitaju.

Borna: 'Koliko ću dugo živjeti?' Najlakše je reći 'Prognoza je loša.'

Kazimir: Ne smiješ mu ni svaki nadu ubiti. U svakom slučaju čak i u takvim najgorim stvarima uvijek im daš neku nadu. 'Probat ćemo, produžit ćemo.' Na neki neizravan način.

Anita: Ili ona gospođa koja je imala metastaze u kralježnici, bila je nepokretna jer je tumor razorio kralješke i ona je pitala 'Hoću li smjeti trenirati rukomet kada prohodam?' i onda ja sam bila loša u komunikaciji. 'Ma da da, bit će to sve dobro.' A neće.

Kazimir: Kad te nepokretni pacijent pita zašto uopće tu leži, da ne zna uopće u kojoj je bolnici, što tu radi, što se s njim planira, a nepokretan je unatrag mjesec dana od metastatske bolesti. Onda je to problem malo iskomunicirati.

Istraživačica: Zašto oni ne znaju, to im netko nije ...

Anita: Pa ne znaju, zato što mi smo nerijetko u fazi liječenja onih koji zadnji dođu. Obično ide prvo kirurško liječenje ili neko konzervativno liječenje pa onda kirurgija i onda je vjerojatno manjak komunikacije od obiteljskog liječnika, kirurga, anesteziologa, od tko god se našao u tome.

Borna: Njima je teško to reći.

Anita: Tako je, i onda prebace na nekog drugog, to smo onda mi. Onda, jednostavno to je nekad teško iskomunicirati i to je bolest koja traje tjednima ili mjesecima ili čak godinama, a pacijenti ne znaju o čemu se radi pa se onda iznenade kad im se kaže da je riječ o zloćudnom tumoru koji se proširio na druge dijelove tijela i da je pitanje što se može uopće napraviti po pitanju izlječenja. Više u smjeru nekakve kontrole simptoma i bolova.

Istraživačica: To je zapravo taj veliki jaz koliko ja primjećujem, da vi doista imate veliko znanje koje običnom čovjeku nije dostupno i onda se ti problemi u komunikaciji javljaju...

Anita: Da, tako je, to znanje se ne mora uopće reflektirati u komunikaciji. Dapače, mi sad idemo baš obrnuto. Što čovjek više zna, manje želi o tome komunicirati i prenositi informacije vezane za bolest pacijentu

Istraživačica: A zašto?

Anita: Pa vjerojatno mu je lakše.

Anita, Borna i Kazimir izbjegavaju izravno izreći smrtnu dijagnozu jer im je tako lakše nositi se sa situacijom, to je način emocionalnog distanciranja od situacije jer, kako Anita kaže, lakše je s pacijentom podijeliti manje informacija o dijagnozi. Međutim, zato što pacijenti nemaju isto medicinsko znanje kao liječnici, iz primjera je vidljivo da sami često ne mogu protumačiti svoju dijagnozu te su onda oni i njihova obitelj krivo informirani o ishodu liječenja koji je u ovim slučajevima najčešće smrt. I na ovom je primjeru ponovno vidljivo preklapanje institucionaliziranog i jezičnog kapitala jer nije riječ samo o nedostatku medicinskog znanja već i o nedostatku znanja medicinskog registra zbog kojeg Čapo Žmegač (2010), primjerice, zna što su „metastaze“, ali ne zna da „sekundarizmi“ imaju isto to značenje. Specijalizant obiteljske medicine

Goran također spominje potrebu za emocionalnom distancom, ali on za to koristi drugačiji mehanizam – tipkanje na računalo tijekom pregleda. Praksu koju su kod svojih liječnika uočile i prethodno spomenute Ljubica, Ivana i Marijana.

„Po pitanju ono što se tiče kuckanja u kompjuter. Mogu reći da u mojim uvjetima meni to ne dođe tak loše ponekad. Okej, porazgovaram ja s njima, pregledam ih i u jednom trenutku ja kažem 'Sad ću ja upisati nalaz'. I to je na prvi način neka moja profesionalna distanca prema njima, ja moram napisati nalaz i oni moraju biti svjesni da je to dio mog posla.“ (Goran).

Umjesto da koriste računalo, neki liječnici šturim informacijama i neodgovaranjem na pitanja zadržavaju svoju poziciju autoriteta i skrivaju vlastite rupe u medicinskom znanju od pacijenata koji očekuju od njih da budu „enciklopedije“ medicinskog znanja (Ainsworth Vaughn, 1988).

Moguće je i da neki liječnici u odnosu s pacijentima samo reproduciraju sustav unutar kojeg su stekli svoje obrazovanje i vještine, a riječ je najčešće o strogo hijerarhijskom i autoritativnom sustavu u kojem svatko zna svoju poziciju i drži se svoje uloge koja je predodređena količinom medicinskog znanja i iskustvom koje imaju (Ainsworth-Vaughn, 1998: 183). Tu je hijerarhiju uočila i Nikolina tijekom svojeg boravka u bolnici te ju je nekoliko puta spomenula u razgovoru sa mnom:

„To sam primijetila tako jer razgovarajući jedan dan s jednim specijalizantom postavila sam mu par pitanja vezano dakle uz operaciju gdje sam spomenula doktora, da sad ne spominjem imena, dakle svojeg kirurga kojeg sam oslovila s 'doktor' na što se specijalizant prvo pravio da ne razumije o kome govorim, a onda me ispravio i rekao 'Mislite, docent' pa sam rekla 'Da, da, naravno.' [...] Dakle specijalizanti koji su i sami tamo učenici u toj jednoj vrlo jakoj i strogoj hijerarhijskoj strukturi su zapravo puno pristupačniji, spremniji objasniti, iako se naravno osjeća i neka nesigurnost jer eto nisu oni pravi doktori. [...] Ova hijerarhija gdje imate glavnoga na odjelu pa onda ove ostale, pa onda još ako taj glavni ima nekakve titule ovako akademske pa onda kako se spušta ta stepenica do ovih specijalizanata koji su zapravo vrlo i komunikativni i jedan potpuno drukčiji odnos s pacijentima imaju, ali na toj ljestvici hijerarhijskoj ne stoje

nigdje. Pa onda te sestre koje su jako ishijerarhizirane. [...] Dakle ta hijerarhija počne s predstavnikom klinike pa ide skroz dolje do pacijenta, pacijent je apsolutno na dnu.“
(Nikolina)

Na bolničku hijerarhiju i položaj medicinskih sestara osvrnula se i specijalizantica Katarina kad se prisjećala razdoblja u svojoj karijeri dok radila kao dio tima u kolima hitne pomoći:

„Zapravo je užasna hijerarhija u bolnici, mene to ubija. Kad sam bila na hitnoj, nema nikakve hijerarhije, znači doktor, vozač i tehničar, mi smo svi isti [...] a u bolnici je to užasno podijeljeno. Točno se vidi tko su glavni doktori, tko su specijalisti, tko su specijalizanti, tko su stažisti, studenti, sestre. Kad si student, spremačica se izdere na tebe to je normalna stvar i onda s vremenom to sve ide, ali međusobno se grupe ne družu i to je meni baš falilo kad sam došla u bolnicu. Kak ja sad ne mogu pričati sa sestrama, meni je to čudno.“ (Katarina)

Zvonimir je rekao da je hijerarhiju uočio među liječnicima tijekom vizite dok su međusobno razgovarali o njegovom stanju iz načina na koji su razgovarali jedni s drugima, a za medicinske sestre je spomenuo da „šute kad je vizita“. Fizioterapeutkinja Irena jednom se prilikom nije složila s terapijom koju je liječnik na njezinom odjelu propisao pacijentici iako je, kaže, znala da se od nje očekuje da ne proturječi liječniku te je zbog tog bila privremeno udaljena sa svojeg odjela.

„Ja sam to svoje mišljenje javno iznijela zbog čeg sam na kraju bila kažnjena sa zabranom odlaska na odjel, mislim tjedan ili dva ne mogu se točno sjetiti, od strane moje nadređene. A doktor je prokomentirao nešto kao 'Da me lijepo imati na odjelu zato što sam lijepa, ali da bi bilo bolje za sve da šutim.' I dosta često je bilo tak nekih komentara, eto to je jedan od primjera.“ (Irena)

Osim što je njezino proturječenje rezultiralo oblikom društvenog isključivanja, ponovno se uočava oblik rodne diskriminacije u kombinaciji s utjecajem hijerarhijskog pozicioniranja. Ako tijekom odnosa s pacijentima, liječnici svjesno ili nesvjesno reproduciraju logiku takve hijerarhije u kojoj su na neki način cenzurirani ili isključeni svi koji se ne nalaze na vrhu ljestvice, to također može biti jedan od razloga ne dijeljenja informacija s pacijentima. U tom slučaju, pacijenti koji uglavnom nemaju medicinsko znanje ili iskustvo nalaze se na dnu bolničke hijerarhije te im je teže ostvariti

ravnopravnu poziciju u odnosu i razgovoru s liječnikom u sustavu koji takav pristup ne podržava. Na vrhu se ljestvice onda nalaze oni zdravstveni radnici koji su dosegli najviši stupanj znanja, položaja i iskustva u medicinskom sustavu te imaju najveću količinu institucionaliziranog i simboličkog kapitala.

Ako veliki dio autoriteta i simboličke moći liječnika u društvu i unutar bolnice počiva upravo u njihovom medicinskom znanju, onda ne čudi da se pacijenti često pozivaju na vlastiti institucionalizirani kapital ili da neki liječnici institucionalizirani kapital pacijenata smatraju bitnim, bez obzira na stav koji o njemu imaju.

6.4. Uloga jezičnog kapitala u informiranju i procjeni pacijenata

Kao govornici, svjesni smo razlika u intonaciji, registru, gramatici i vokabularu koje odražavaju različite položaje u društvu (Bourdieu, 1991). Dok je Chomsky (1957, 1959) smatrao da je jezična kompetencija idealizirano znanje o jeziku i gramatici, a jezična izvedba način na koji u praksi koristimo jezik te da su svi govornici jezične zajednice jednako kompetentni jer dijele isto znanje jezika. Hymes (1972) je dokazao da u praksi to nije tako te da unutar jezične zajednice postoje razlike u znanju između članova zajednice. Nadalje, uvodi koncept komunikacijske kompetencije kao mjeru tog znanja odnosno sposobnosti pojedinaca da koriste prikladan oblik komunikacije u različitim društvenim kontekstima te na taj način uspješno funkcioniraju unutar jezične zajednice.

Na sličan način i Bourdieu piše o korištenju jezika pri čemu kompetencijom naziva sposobnost pojedinaca da se unutar određenog konteksta uspješno izražavaju (Bourdieu, 1991). Za Bourdieua kompetencija ne podrazumijeva samo gramatiku i sintaksu, već i sposobnost pojedinca da ga se čuje i posluša i da mu se vjeruje u određenom kontekstu (Bourdieu, 1991). Kompetencija je obilježje jezičnog kapitala koji nemaju svi pojedinci u jednakoj mjeri, a vrijednosti različitih tipova jezičnog kapitala ovise o kontekstu ili „jezičnom tržištu“ u kojem se taj kapital vrednuje ili ne vrednuje (Bourdieu, 1991: 45). Medicinski registar kao i drugi tipovi registara, gramatika, dijalekti i vokabular za Bourdieua također su obilježja jezičnog kapitala (Bourdieu, 1991). To znači da pacijentima, osim poželjnog tipa utjelovljenog i institucionaliziranog kapitala, mogu nedostajati i obilježja poželjnog jezičnog kapitala koji igra ulogu u polju moći unutar konteksta bolnice.

Osim što ne posjeduju jednaku količinu medicinskog znanja kao liječnici, neki od pacijenata s kojima sam razgovarala također su istaknuli problem (ne)razumijevanja medicinskog registra. Medicinski registar karakterizira česta upotreba latinskog i grčkog te se u posljednjih dvadesetak godina bilježi i stalni porast anglizama zbog nedostatka hrvatskih naziva (Gjuran-Coha i Bosnar-Valković, 2013). Ako liječnici previše često koriste medicinski registar u razgovoru s pacijentima i ako zbog toga pacijenti ne razumiju što im liječnici žele reći, veća je vjerojatnost da se neće pridržavati uputa, da neće otići na potrebne medicinske procedure i preglede te da neće pravilno konzumirati propisane lijekove (Beauchamp i Baran, 2017). Sposobnost pacijenata da razumiju osnovne zdravstvene informacije nužna je da bi donosili dobre odluke o svojem zdravlju (Beauchamp i Baran, 2017: 313).

U razgovoru s Matkom, jednim od članova Koalicije udruga u zdravstvu, upitala sam ga bune li se često članovi udruge na nerazumijevanje medicinskog registra te na koji način udruga pomaže pacijentima da bolje razumiju medicinske izraze.

„Mi se zapravo jako trudimo na svojim stranicama i u svojim publikacijama te nekakve znanstvene teme i znanstvene izraze spustiti na razinu razumljivosti običnog građana i jako nam je važno te informacije koje prenosimo da budu razumljive općoj populaciji. Bojim se da je nekako u medicinskim krugovima ta mistifikacija same njihove profesije i znanja poželjna na neki način jer ih to nekako izdvaja od ostatka građana. A ljudi zapravo vrlo često ne reaguju i nisu spremni reći 'Nisam vas razumio.' jer se boje da će se osramotiti, da će ispasti neobrazovani, da će ispasti glupi i to je još jedna problem gdje zapravo pacijenti odslužaju to što liječnik ima za reći i nisu razumjeli ništa, ali će izaći van i 'Da, da, sve sam razumio sve je u redu.' čisto da se održi taj neki privid dobrog odnosa.“ (Matko)

Strah od toga da će se osramotiti i ispasti neobrazovani ako priznaju da ne razumiju što im liječnik govori povezan je s konceptom komunikacijske kompetencije i nedostatkom poželjnog tipa jezičnog kapitala u polju moći unutar javnozdravstvenog sustava. Ako nedostatak određenog tipa kapitala može negativno utjecati na naš položaj u polju, razumljivo je da pacijenti ponekad (svjesno ili nesvjesno) posežu za strategijom prešućivanja svojih pitanja s namjerom da ne pokažu da im nedostaje poželjan tip kapitala.

Vežano uz temu medicinskog registra, devet je mojih sugovornika spomenulo upotrebu latinskog kao potencijalni problem u komunikaciji između liječnika i pacijenata, od toga su dvoje bili liječnici, a njih sedmero pacijenti. Oba se liječnika slažu da u potpunosti treba izbjeći korištenje latinskog u komunikaciji s pacijentima. Jedan je od ta dva liječnika pedijatar Vinko, kojeg sam već spomenula, a drugi je specijalist radioterapije i onkologije Mauricio. Mauricio smatra da bi „iskusni komunikator morao govoriti narodnim jezikom, iako je u međusobnoj komunikaciji između zdravstvenih radnika latinski još uvijek jako uvriježen, ali ne prema pacijentima“ te da bi se tijekom medicinskog vještačenja trebao „isključivo govoriti hrvatski bez ovih stručnih latinskih izraza“, a to misli i za svu popratnu dokumentaciju. Iz konteksta daljnjeg razgovora s Mauricijem, postaje jasno da je za njega „narodni jezik“ onaj jezik kojim se služimo međusobno u svakodnevnici i izvan bolničkog konteksta. Osim što kao i Mauricio korištenje latinskog vidi problematičnim u komunikaciji s pacijentima i u pisanoj komunikaciji, Vinko smatra da liječnici na njegovom radnom mjestu latinski ne koriste pravilno:

„Da, nekad smo na latinskom pričali, a sad smo to shvatili da to niti mi više ne kužimo. Glumimo da smo ispravno to izgovorili i zapravo fulamo i mi. Imamo još neke termine koji imaju latinske korijene, ali kad vidim da pišu dijagnoze na latinskom ja to iskrižam, moraju na hrvatskom.“ (Vinko)

Problematičnost medicinskog registra ne pojavljuje se samo u verbalnoj komunikaciji već i kad je riječ o pisanom tekstu. Zbog latinskog, grčkog i anglizama, ali i zbog česte uporabe istoznačnica, raznih skraćenica kojima se ne zna podrijetlo te općenite neujednačenosti u medicinskom nazivlju često dolazi do nerazumljivosti i krive interpretacije kako izrečenog tako i napisanog (Gjuran-Coha i Bosnar-Valković, 2013). Tako primjerice Stjepan koji se oporavljao od raka debelog crijeva nije razumio što piše u njegovom nalazu.

„Pa nije mi baš bilo jasno. Susjed prek puta je dečko, mladi kirurg, pa sam mu išao ja odnijeti te nalaze da mi pročita. Sad kao veli 'Sve je to u redu, dobro je'. Tak sam se ja i osjećao. Ja pročitam, ali ono što piše latinski, ja to ne znam. Onda se nisam baš ni puno trudio. Što bi čitao ono što ne znam.“ (Stjepan)

Potaknuta Stjepanovim iskustvom, Paula i Vinka pitala sam na koji način prenose pacijentima informacije i jesu li svjesni da dio njih možda ne razumije što im se govori i što piše na njihovim otpusnim pismima i nalazima. Vinko smatra da glavni problem leži u manjku vremena koji liječnici imaju da bi pacijentima objasnili njihove nalaze te da nalazi i otpusna pisma zapravo nisu tu za pacijente već za druge liječnike.

„Nalaz koji pišemo nije vama, nego doktoru opće medicine, ali kod nas je sve krivo pa vi dobijete taj nalaz. Zapravo vi ne bi trebali čitati te papire, nego samo ovako usmeno s nama razgovarati. To vam je misconception, pacijenti misle da je nalaz njima, ali nije njima nego liječniku opće medicine koji bi u razgovoru s njima još trebao nešto objasniti prije nego im da uputnicu. Ja kažem 'Sad izvadi krv.' i napišem ti nalaz. Onda ti tvoj doktor još jednom treba objasniti što je taj nalaz i onda tek bi krug bio gotov i onda bi vi skužili što je pisac htio... ali toga nema jer oni imaju sto pacijenata i nemaju vremena i da ti samo uputnicu.“ (Vinko)

Kao što je Vinko spomenuo, pacijenti često tijekom liječenja razgovaraju s više zdravstvenih radnika, no ne dobiju od njih uvijek sve potrebne informacije. Isti su problem uočili i Anita, Borna i Kazimir kad su se osvrnuli na to da pacijent koji umire od raka ne zna da umire i nije upoznat sa svojom dijagnozom jer mu nitko od prethodnih liječnika nije prenio tu informaciju. Takvi „prekidi u komunikaciji“ između zdravstvenih djelatnika i pacijenata, kada se pacijenti moraju konzultirati s više liječnika istovremeno, jedni su od najčešćih uzroka medicinskih pogrešaka (Beauchamp i Baran, 2017: 313). Mauricio se kao na potencijalno rješenje osvrnuo na brošure koje na njegovom odjelu dijele pacijentima upravo zato da bi lakše shvatili svoju bolest i liječenje koje će uslijediti te koje djelomično rješavaju problem manjka vremena (ili nevoljkosti) za razgovor s pacijentima.

„E zato mi imamo [...] pisane informacijske materijale za pacijente. Znamo da je pacijent u stresu i da kad ja tumačim on pola ne čuje od straha i da je previše informacija odjednom. Mi imamo isprintano informacije za pacijente, kakva je prehrana, liječenje debelog crijeva, liječenje prostate, kako ide simulacija, kakve su nuspojave, kak se treba ponašati, što treba jesti. Onda kad ih naručujemo na planiranje zračenja, to im damo u ruke da si doma u miru pročitaju. [...] Ljudi dobiju pisani materijal da se mogu pripremiti i onda dođu na planiranje i onda ja pitam jeste pročitali pa veli 'Nisam, žena

je pročitala, mene to ne zanima'. I onda razgovaram sa ženom ako ima kakva pitanja, a ovaj samo potpiše pristanak.“ (Mauricio)

Mauricijev odgovor nije izravno rješenje problema nerazumljivosti medicinskog registra, ali pokazuje da svijest o tome postoji i na koji se način Mauricijev odjel nosi s tim problemom. Isto tako, Mauricijev komentar o ženi koja čita upute umjesto svojeg muža kojeg to ne zanima, ukazuje na to da ne očekuju svi pacijenti jednaku količinu informacija.

Korištenje latinskog, osim što može biti zbunjujuće, kod moje je sugovornice Ivane, koja se u trenutku razgovora oporavljala od raka dojke, izazvalo sukob između nje i liječnika.

„On [liječnik] sad to govori na latinski i ja kažem 'Oprostite ali ja to ništa ne razumijem, ako možete vi to svojim riječima, ja ne znam te izraze.' Ali nije mu baš bilo pravo kad sam mu to rekla. Koliko sam ja shvatila, da on smatra da bi ja trebala znati što ta riječ znači, a meni to nije značilo ništa jer nisam ništa razumjela. Rekao je da ispadam glupa što ne znam. Ja sam rekla 'Ja sam sebi dovoljno pametna, ali ne znam nikakve strane riječi, bilo vama pravo ili ne, ja ne razumijem što vi meni govorite.' I bio je tako grublji, ali poslije se smirio kad sam ja inzistirala da hoću znati i da ne znam te izraze. On je liječnik, nek mi kaže svojim riječima koje ja razumijem.“ (Ivana)

Opisana situacija zanimljiva je iz nekoliko razloga, koji nisu ograničeni samo na problematičnost korištenja latinskog u komunikaciji s pacijentima. Ivana se u ovoj situaciji nije pozvala na nijedan oblik kapitala, već je izravnim postavljanjem pitanja i zahtijevanjem odgovora uspjela doći do informacije koja ju je zanimala, a koju isprva nije razumjela. Istom se komunikacijskom praksom poslužila i Marta:

„Oni vam krenu stručno, u 99 % slučajeva sa svakim doktorom s kojim sam pričala oni počnu stručno i onda kažem 'Ja sam laik, dajte mi to onako zdravoseljački da ja to razumijem'. Ja sam se puno informirala preko interneta pa sad već nekakve nazive i latinski i to sam razumjela, ali kad vam krene 'Znate krenut ćete na radioaktivni jod' – što je radioaktivni jod? Recite mi da li je to nekakva terapija koju primam oralno da li to ide intravenozno, da li to ide ovak... A mislim da ako ne pitamo sami, da nažalost ne dobijemo baš puno informacija.“ (Marta)

Martin bi se citat dobro uklopio i u prethodno poglavlje u kojem sam se bavila problematikom nedostatka medicinskog znanja kod pacijenata, međutim koristan je i ovdje zato što Marta također uočava da liječnici često koriste strane nazive i nazive na latinskom. Njoj je u ovom slučaju pomoglo to što zna koristiti internet i što, kako je sama rekla, tečno govori engleski pa su joj dostupni mnogobrojni internetski izvori.

Osim što pacijenti kod liječnika uočavaju korištenje medicinskog registra, i liječnici kod pacijenata uočavaju neka jezična obilježja. Posebno mi je bio zanimljiv dio razgovora s četiri specijalizantice kad sam ih upitala na koji način procjenjuju kako će s pacijentom razgovarati te prilagođavaju li svoj način komunikacije ovisno o svojoj procjeni.

Matea: [Procjenjujem] i prema habitusu. Odijelo ne čini čovjeka, ali ponekad već od samog nastupa, već samo po izgledu možete neke stvari zaključiti, ali naravno da onda kad čovjek počne nešto pričati čujete, neki vam kaže 'Ja sam totalni laik, objasnite mi ko malom djetetu', neki vam kažu odmah 'Ja sam zdravstveni djelatnik' pa onda ipak... Iako imali smo medicinsku sestru koja radi u stomatološkoj pa koja nije znala što je peptoran tak da toliko o zdravstvenim djelatnicima.

Iva: Često kad posumnjamo, pogledamo u matičnim podacima što je osoba po zanimanju. Mislim. ne znamo s čim imamo posla pa evo meni se dogodi da ja škicknem što su po zanimanju, ali najčešće već po samom ulasku u sobu kad vam kažu 'Dobar dan' ili 'Drago mi je' već znamo na kojem smo terenu.

Eva: Po habitusu, mislim to je što kaže kolegica, odijelo ne čini čovjeka, ali u principu vidite, to je prva stvar, druga stvar kad progovori kako govori. Kolika mu je razina elokventnosti. Razina se vrlo brzo procijeni u roku od par rečenica.

Dora: Kad dođe deda iz Like koji kaže doktoru 'Ti'.

Iva: Ili Romi recimo.

Dora: Zlato.

Matea: Koji doktoru govori 'Dušo moja'. Ma to su stariji ljudi, ne zamjeramo mi to njima, ali onda shvaćaš kako se trebaš razgovarati.

Ovaj izdvojeni dio razgovora zanimljiv je jer se u njihovim odgovorima na moje pitanje pojavljuju razna jezična obilježja, ali se i spontano spominje habitus iako ga ja prethodno tijekom intervjua nisam nijednom spomenula. Habitus je za Martu i Evu dio vizualnog dojma koji pacijent ostavi na njih kad uđe u sobu i dio pacijentovog „nastupa“ te se to djelomično podudara s Bourdieuovom definicijom habitusa kao trajnih dispozicija uma i tijela neke osobe, ali i kao mehanizma koji omogućava pripadnicima istog društva da jedni druge svrstavaju unutar strukture tog društva (Bourdieu, 1984). Izrazi kao „dušo moja“ i „zlatu“, procjena nečije „elokventnosti“, persiranje ili izostanak persiranja dio su jezičnog kapitala i spomenutog mehanizma.

Na jezična obilježja pacijenata osvrnuli su se i Katarina i Mauricio. Katarini i Mauriciju postavila sam isto pitanje kao i specijalisticama – prilagođavaju li svoj način komunikacije ovisno o tome kako procijene pacijenta.

„Apsolutno da. Jasno vam je ko sedi preko puta. Ono što nikad ne radimo i nisam od suradnika čuo je da prilagođavamo na taj način da ako netko nije iz Zagreba da govorimo u dijalektu s njim. Upotrebljavamo standardni književni hrvatski jezik, a neke stvari u prvih par rečenica shvatite, koliko je zainteresiran pacijent i koliko može na kojoj razini prihvatiti.“ (Mauricio)

Zanimljivo je Mauricijevo inzistiranje na korištenju standardnog hrvatskog jezika u komunikaciji dok zapravo u komunikaciji sa mnom ne koristi taj jezik. Iako ne postoji nepravilan jezik jer je svaki oblik jezika u upotrebi pravilan, standardni je jezik „politički odabran za sredstvo sporazumijevanja u službenim kontekstima“ (Kapović et al., 2019: 11) što bi svakako uključivalo i medicinske konzultacije. Kod standardnog jezika problematična je njegova simbolična uloga koju zadobiva tim političkim činom, a koja ga često poistovjećuje s nacionalnim identitetom i čini ga naoko neutralnim i objektivnim načinom izražavanja što onima koji ga koriste i koji na njemu inzistiraju daje određenu poziciju moći (Kapović et al., 2019:11).

Na (ne)korištenje standardnog hrvatskog jezika u bolničkom okruženju osvrnula se i specijalistica Iva. Rekla je da je zato što zvuči kao da očito nije iz Zagreba „nego se čuje da sam, jel, sa sela“ često ne doživljavaju kao liječnicu. S obzirom na to da je samorefleksija primjerena pa čak i poželjna u etnografiji, moram reći da sam i ja kad sam je čula prvo pomislila da nije liječnica.

Stoga sam se neugodno iznenadila kad sam uočila da sam također podložna subjektivnim (i zapravo preskriptivističkim) pretpostavkama o ulogama zdravstvenih radnika na osnovu njihovih jezičnih obilježja. Šteta je da sam u tom trenutku već bila pri kraju prikupljanja podataka na terenu te da takvo pitanje nisam prije implementirala, ali takvi propusti uvijek otvaraju mogućnost za daljnja istraživanja.

Način komunikacije prilagođava i Katarina:

„Kad čovjek dođe ja ne znam kakav je, procijenim na temelju godina, izgleda, a sa svima krenem pričati isto zapravo. Pitam ih što je bilo i onda vidim iz načina na koji pričaju otprilike koliko bi razumjeli i koliko znaju, koliko da im kažem. [...] Iz načina pričanja, iz vokabulara se dosta kuži. Pokušavam ne koristiti medicinski rječnik, a onda znaju nekad doći ljudi koji rade nešto u medicini i onda oni sami koriste medicinski rječnik pa ga onda koristim i ja. Ali da, prilagodim se. Znaju biti mlađi od osamnaest godina, s njima pričam više ovak ko da sam s nekim na kavi, a sa starijima nekak to ozbiljnije, ali ne znam kako da to objasnim. Jednostavno se prilagodiš.“ (Katarina)

U Katarininom odgovoru, osim jezičnih značajki, ponovno imamo dob kao bitan faktor u komunikaciji, izgled koji je dio habitusa te vokabular i medicinski rječnik odnosno registar kao dio jezičnog kapitala. Njezin odgovor također snažno ukazuje na to da bi bilo skoro pa nemoguće izdvojiti samo jedan kapital ili jednu značajku habitusa kao najutjecajnije na odnos između liječnika i pacijenata te da se kapitali i značajke habitusa često preklapaju kad je riječ o našoj procjeni druge osobe, točnije kad je riječ o našim shemama (engl. *schemas*) pomoću kojih osobu koja sjedi preko puta nas svrstavamo u određene kategorije (Baran i Beauchamp, 2017).

Iako su primjećivali korištenje medicinskog registra u razgovoru s liječnicima, nijedan se sugovornik-pacijent nije osvrnuo na jezična obilježja svojeg liječnika osim Zvonimira. Zvonimir je uočio da je jedan od liječnika na njegovom odjelu po dijalektu vjerojatno iz Dalmacije.

„Onda kad sam počeo hodati znao sam se dići i sjesti vani u hodniku. I onda naiđe doktor jedan baš Dalmoš iz Splita i vidim da je mlad i sad ja njega velim koliko ste dugo tu. Pa veli 'Miseć, dva miseća sam.' Ja velim 'Čujem, vi ste negdje od doli, otkud

ste?' Veli 'Iz jednog Kaštela, iz Splita'. I onda smo sjedili i malo razgovarali na hodniku i on je otišao svojim putem.“ (Zvonimir)

Iako je Zvonimir rođen u Zagrebu i u Zagrebu je proveo čitav život, dio njegove obitelji potječe iz Šibenika te se odlučio pozvati na pripadnost društvenoj skupini za koju je smatrao da bi mu mogla koristiti u komunikaciji s liječnikom na kojeg je naišao na odjelu te je u skladu s time prilagodio i svoj jezični izričaj.

Osim Ive, i Katarina je svjesna da način na koji govori potencijalno utječe na to kako je pacijenti i liječnici percipiraju. Njezin citat koji sam iskoristila u polju o rodu, primjenjiv je ponovno i ovdje. Katarina doživljava da se njezine odluke propituju češće nego one drugih kolega te joj je njezin mentor rekao da je to zato što je mlada i žensko, ali i zato što „tak pričam kak pričam“ (Katarina). Njezin iskaz ukazuje na to da u sredini u kojoj ona radi, način na koji govori nije poželjan tip jezičnog kapitala za njezin položaj u bolnici. To se ponovno može povezati sa slikom liječnika kao autoriteta te očekivanjima koji se uz to vežu, uključujući i to kako liječnik treba izgledati, kako treba govoriti, koristi li standardni jezik ili ne, kojeg je spola, koliko godina ima i kakvo je njegovo znanje. Iz razgovora sa sugovornicima-pacijentima lako je steći dojam da osim bijele kute i stetoskopa ne vide osobu koja se nalazi iza tih simbola liječništva, međutim iskazi poput ovih ukazuju na to da to ipak nije baš tako.

7. IZVAN OKVIRA KAPITALA I HABITUSA: ALTERNATIVNE STRATEGIJE POZICIONIRANJA

Prema izvješću o korupciji u Hrvatskoj iz 2011. godine (Budak i Edo, 2014) koje je napravljeno u suradnji s odjelom za statistiku i istraživanje (SASS) Ureda Ujedinjenih naroda za droge i kriminal (UNODC) i Ekonomskim institutom u Zagrebu (EIZ), građani su u prethodnoj 2010. godini najviše davali mito liječnicima (56 % ispitanika), a zatim medicinskim sestrama (36 % ispitanika). Mito i darovi liječnicima i medicinskim sestrama nešto se češće daju u ruralnim, nego u gradskim područjima (Budak i Edo, 2014). U ruralnim područjima 60 % ispitanika dalo je barem jednom mito liječniku, a 41 % medicinskoj sestri, dok je u gradskim područjima 53 % ispitanika barem jednom dalo mito liječniku, a 34 % ispitanika medicinskoj sestri (Budak i Edo, 2014). U izvješću mito nije jasno definirano, odnosno podmićivanjem se smatra davanje mita u novcu, hrani, piću, vrijednim predmetima, ostaloj robi i protuuslugama (Budak i Edo, 2014). Od svojih sam sugovornika čula za primjere svih navedenih oblika podmićivanja, primjerice naveli su: eure, čokolade, bombonijere, krafne, pršut, kobasice, vino, maslinovo ulje, zidarske usluge, uramljene slike, pletene čarape i sl.

7.1. Darovi i mito: prešućena transakcija

Zanimljivo je da sam za primjere raznih oblika podmićivanja i darivanja čula isključivo od sugovornika članova vlastite obitelji i bliskih prijatelja. Moguće je da je to zato što se davanje dara može smatrati znakom zahvalnosti za uslugu, ali ima i potencijalno drukčije značenje „podmazivanja“ (Budak i Edo, 2014: 265) ako se dar donosi prije dobivanja zdravstvene usluge, što dovodi u pitanje etičnost radnje i od nje čini potencijalni tabu ovisno o perspektivi pojedinca.

Međutim, smatram da postoji i druga mogućnost, a to je da je darivanje liječnika i medicinskih sestara uobičajeni dio odnosa sa zdravstvenim radnicima koji mi moji sugovornici nisu imali potrebu dodatno isticati jer u njemu nisu vidjeli ništa spornog. Nedavno je i u Večernjem listu izašao članak⁶³ u kojem je zagrebačka odvjetnica Lina Budak prepričala svoje iskustvo u javnozdravstvenom sustavu te je, između ostalog, spomenula i osjećaj srama što je liječniku došla

⁶³ Izvor: <https://www.vecernji.hr/vijesti/pacijentica-budak-o-lijecniku-soba-mu-je-bila-puna-poklona-ja-sam-se-osjecala-posramljeno-1658247>, [Datum pristupa: 02.06.2023.]

praznih ruku, a njegova je soba bila puna darova. Tome nadodaje da je „strašno kako se na pacijenta prebacuje loš osjećaj da nije donio nešto“. Iako nije riječ o istraživanju nego o medijskom članku, otvara se potencijalno nova dimenzija čina darivanja kao oblika društvene norme. S tim je povezana i izjava pedijatra Vinka na samom početku našeg intervjua kad je rekao da su nekad u selu tri najbitnije osobe bile učitelj, svećenik i liječnik te da su im ljudi donosili darove jer najčešće nisu bili plaćeni za svoje usluge. Nisam nigdje uspjela naći potvrdu njegove tvrdnje, međutim u tri sam etnografska rada uspjela pronaći spominjanje darivanja liječnika unutar šireg konteksta svakog od tih radova.

Božanić (2018) u svojem radu u kojem analizira poslovice otoka Visa citira poslovicu koja se tiče darivanja liječnika: „Ne ide Višanin u parobrod bez demižane kao ni Bračanin bez kišobrana“. Odnosno, „Višanin ide na kopno da bi se liječio ili obavio važne poslove, a pritom mu pomaže vino kao nagrada liječniku ili prijatelju. A Bračanin nosi kišobran kad ide na put i po lijepom vremenu jer se nikad ne zna kad će zatrebati.“ (Božanić, 2018: 46). Kocković Zaborski (2005, 2017) u svojim dvama radovima u kojima analizira tradicijsku prehranu na području Istre sredinom 20. stoljeća spominje pršut i kobasice kao dar koji se nosio liječniku, učitelju ili svećeniku. Osim što spominje darivanje liječnika, značajno je što poput Vinka također ističe tri iste profesije: liječnika, učitelja i svećenika. Zečević (1976) u radu u kojem bilježi svakodnevno pripovijedanje i usmenu književnu tradiciju u Šestinskom Kraljevcu prenosi i pripovijetku o „plavoj kuverti“ i „šunki“ za liječnika (1976: 131). Njegovi su sugovornici plavu kuvertu (novčani mito) smatrali neophodnom, a priča o šunki za liječnika zapravo je upozorenje o tome što se dogodi kad se liječniku ne želi dati dar. Riječ je o čovjeku koji je odbio dati mito liječnicima i nije dopustio svojoj kćerci da liječniku da šunku te je umro tijekom operacije. Pouka je priče je da je darovao šunku ostao bi živ, odnosno da treba davati mito liječniku „koji inače može čovjeka jednostavno prerezati“ (Zečević, 1976: 131).

Iz spomenutih primjera kao i iz priča mojih sugovornika proizlazi da dar u polju medicinske prakse igra zapravo nekoliko uloga, od kojih ne treba sve nužno poistovjećivati s mitom. Nekima je dar jednostavno oblik zahvale za dobro odrađen posao i skrb koju su primili. Neki dar koriste kao pokušaj priskrbljivanja više pažnje ili bolje i brže medicinske skrbi bez garancije da će se to i

ostvariti. Za neke je darivanje liječnika oblik društvene norme, nešto što se radi zato što se to očekuje.

I sama sam sudjelovala u činu darivanja zdravstvenih radnika jer je u mojoj obitelji uobičajeno da se liječnicima i ponekad medicinskim sestrama nose bombonijere, vina, maslinova ulja i jednom prilikom čak i krafne. I sugovornica Vera je, poput mene, nosila liječnicima razne darove uključujući i krafne:

„Nisam znala što bih ovaj put odnijela ovo svojoj doktorici jer sam joj svašta već dala pa sam se sjetila da su maškare i uzela sam joj krafne i tome se razveselila najviše dosad.“ (Vera)

Osim toga, Vera se osvrnula na svoju ginekologinju u Domu zdravlja u koji ide, a za koju smatra da bi joj možda ponudila bolju kvalitetu usluge da joj donosi darove.

„Mislim, recimo ova ginekologica u Domu zdravlja, smatram je potpuno prosječnom ili ispodprosječnom. U smislu ne pokazuje baš niti ljubaznost niti interes niti zainteresiranost i imam osjećaj da štedi na pacijentima ili možda na onima koji joj nisu poznanici ili joj ne donose poklončiće ili nešto.“ (Vera)

Tijekom razgovora sa sugovornicima, osim na običaj nošenja dara liječnicima, naišla sam i na nekoliko primjera novčanog podmićivanja liječnika da bi se osigurala bolja usluga ili da bi se brže došlo na red. Za razliku od darivanja koje može biti i znak zahvalnosti, a ne mito, tek je kod novčanog mita jasno što se tim „darom“ kupuje. U Zvonimirovom slučaju, on je podmićivanjem trojice kirurga kupio brži dolazak na red za operaciju srca, a također mu je omogućeno i da kupi dijelove koji su bili potrebni za njegovu operaciju, a koji su, kako je rekao, bolje kvalitete nego oni koje pokriva HZZO.

Zvonimir: Pa čuj to ... ja sam rekao ovako neću nikakav shit od materijala hoću da sve što mi ugradite da bude vrh i onda oni 'To nije po HZZO ovo ono' i ja sam rekao 'Nego recite mi kaj moram uzeti, kakve zaliske, kakvo što?' i dobio sam i to je kupljeno. Jer ovaj HZZO to ti daje zadnji šrot. I onda za operaciju drenovi, to sam ja sve otišao kupio sam što treba najbolje zbog toga.

Istraživačica: Sam si kupovao to što će oni staviti?

Zvonimir: Da

Istraživačica: Što to nije jako skupo?

Zvonimir: Pa bilo je dosta skupo, ali je i najbolje.

Istraživačica: A kako si znao koliko im trebaš platiti za operaciju?

Zvonimir: Liječnik privatni kod kojeg sam išao me povezo i rekao da su oni prije tražili i 4000 eura, ali sad su smanjili na 3000 eura.

Istraživačica: Za tu operaciju srca kao tvoju?

Zvonimir: Da.

Pacijentica Lada koja je u bolnici zbog tumora na mozgu dijelila je sobu s drugom pacijenticom koja joj je rekla da je njezin otac tri puta platio liječniku da bi joj osigurao bolju skrb i brži postupak.

„Primijetila sam da ako imate novaca i ako ćete platiti, dakle govorimo o bolnici, ne o privatnom liječniku, tretman će biti puno drugačiji. Tada će se i taj liječnik posvetiti puno više nego što nekome tko nema. Tu se ta razlika se osjeti, to moram priznati. Pored mene je bila djevojka čiji je otac tajkun, a imala je s glavom isto problem, i onda je ona rekla otvoreno, kad je tata prvi put platio onda se doktor malo trgnuo, kad je drugi put platio trgnuo se još više i kad je treći put platio onda... Mislim osjetilo se i kod mene kad sam po drugo mišljenje išla u inozemstvo, mada bolnica nije bila obavještena da ću ja to napraviti, ali su očigledno došli do toga. Odnosno, da ih je kontaktirala ta bolnica. I kod mog ponovnog zaprimanja u bolnicu i određivanja operacije samo što me nisu na rukama nosili. [...] I onda sam se našla u čudu, dođete u bolnicu i sad najedanput prvo me krevet čeka što je inače nemoguće prije 12 sati da vas krevet čeka. Drugo, da nisam se pošteno niti ono sjela na bolnički krevet već je bio jedan doktor u sobi, drugi doktor u sobi, medicinska sestra, fizioterapeut, svi se brinu. Što je meni zaista bilo čudno, a to je bilo rezultat vjerujem toga. Jer to kod prvog slučaja nije bilo, kad sam prvi put operirana.“ (Lada)

Vera je novčanim mitom osigurala smještaj u bolnici te je zbog toga također tražila da njezinu operaciju izvede specijalistica ginekologije i opstetricije u čiju privatnu kliniku Vera inače ide na preglede. Liječnik koji joj je to osigurao potom je tražio dodatan mito, međutim Vera je bila ljuta zbog greške koja se dogodila tijekom operacije.

Vera: Poslije operacije očekivao je da ću ja njemu donijeti par hiljada eura za mito što je on meni osigurao da mene operira neka sigurna ruka i tako dalje. Ja sam bila bijesna zato što njena sigurna ruka je bila tak sigurna, mislim to opet spada u mogućnosti nekakve [...] i to su mi drugi doktori rekli, njoj se sadržaj ciste rasipao i oni su meni morali utrobu ispirati jer je u sadržaju ciste mogao biti karcinom i da je tako bilo, što saznaš nakon mjesec dana kad dobiješ nalaz citološki, to bi značilo da su se stanice karcinoma rasipale po meni i bilo bi idealno za proširiti se. Tako je stradala mama od [prijatelja] . Ona je išla na laparoskopsku operaciju i isto im se rasipao sadržaj, bio je karcinom, naravno pet šest godina je bilo sve u redu, a nakon toga je to bilo po gušterači i ne znam gdje sve. Još je danas živa, ali mislim ...

Istraživačica: Kako su ti nakon operacije rekli što se dogodilo?

Vera: To sam ja saznala nekako, usput mi je netko rekao.

Istraživačica: Kako usput?

Vera: Pa ne znam više, usput mi je netko rekao. Nisam više ni vidjela tog doktora, netko mi je rekao od doktora koji su došli poslije. Jer oni rade u smjenama, imaju slobodne dane, dežurni su jedan dan, kad odradi dan i noć, njega poslije dva dana nema. To je naše zdravstvo. Za svaku uslugu koju ti naprave oni očekuju da će dobiti novac.

Istraživačica: A kako uopće izgleda to kad vam oni to kažu, kako oni to kažu?

Vera: Oni to ni ne moraju reći, oni to tako poslože da pacijent pita 'Kako ću vam se zahvaliti?'. Zato moj ovaj nije dobio ništa. Ja sam njemu platila njegove privatne preglede, čovjek je inače užasno antipatičan, on je navodno jako veliki specijalist onkolog i ja to uopće ne sumnjam ali ... U privatno se ide jer tražiš bolju ulaznicu za javno zdravstvo.

Osim novčanog mita koji Vera spominje, fizioterapeutkinja Irena prisjetila se i građevinskih radova kao oblika mita:

„Doktori vole i bauštelce. Nekoga tko im može srediti jeftiniji građevinski materijal pa može doći đabe popraviti ovo ili ono doma. Ili se nekom gradi vikendica na moru. Ali ti bauštelci uglavnom to najnormalnije nude kao 'Pa da, pa doktore pa sve za vas.' Pa konkretno bivši ravnatelj [bolnice], a to znam zato što sam bila u njegovoj kući više puta, si je sredio dosta tih građevinskih radova preko pacijenata i ima vinski podrum zahvaljujući svojim pacijentima zato što mu stalno nešto poklanjaju i to ne stiže popiti. I onda ima brdo vina i to se s godinama skupilo i to je jedna solidna kolekcija jako dobrih vina.“ (Irena)

Liječnici sugovornici darove i mito nisu spominjali no to ne znači da mi na pitanja o darovima i mitu ne bi odgovorili da ih nisam pitala. Međutim, s obzirom na to da sam se oslanjala na izranjajući nacrt istraživanja, darovi i mito kao jedan od kodova pojavili su se tek pri kraju mojeg istraživanja te sam propustila priliku da liječnicima postavim pitanje o tome. I sama sam „kriva“ za darivanje liječnika jer sam na kraju mojih razgovora u fokus grupama s onkološkim specijalizantima, svojim sugovornicima donijela kutiju bajadera. U tom trenu to nisam propitivala, već je to jednostavno bilo „nešto što se radi“, način na koji sam htjela izraziti svoju zahvalnost zato što su mi ustupili nešto svojeg vremena u već preopterećenim rasporedima.

7.2. Dolazak u bolnicu „preko veze“: društveni kapital u praksi

Da bi se došlo do bolje i brže zdravstvene skrbi često se u pričama mojih sugovornika osim dara i podmićivanja spominje dolaženje na red ili u bolnicu „preko veze“, bilo da je riječ o njima samima ili o nekome koga poznaju. Doći u bolnicu ili kod liječnika „preko veze“ znači da poznaju nekoga tko radi u bolnici ili poznaju nekoga tko poznaje nekoga tko radi u bolnici te koriste tu društvenu poveznicu da bi ostvarili prednost nad drugim pacijentima. Tako je, primjerice napravila moja sugovornica Kristina s kojom sam razgovarala nakon njenog oporavka od raka tankog crijeva:

„Ja imam prijateljicu koja radi u Vinogradskoj u knjigovodstvu i onda sam zamolila ako me može prije naručiti. Naručila me u dnevnu bolnicu, isto nije išlo na hitnu, ali opet sam došla prije na red.“ (Kristina)

Prema Bourdieu (1986), tu povezanost s osobama koje u polju medicinske prakse imaju moć da nam osiguraju bolju i bržu skrb može se svrstati u društveni kapital. Društveni kapital temeljen je na međusobnom poznavanju, prepoznavanju i umreženosti članova društva (Bourdieu, 1986). Mjeri se širinom mreže društvenih veza koju može iskoristiti i količinom kapitala koju posjeduju svi s kojima je pojedinac umrežen, a ovisi o svjesnom ili nesvjesnom stalnom obnavljanju društvenih odnosa (Bourdieu, 1986).

Ne slažu se svi s idejom da je društveni kapital nužno sadržan u pojedincu. Putnam (1993) društveni kapital vidi kao razinu povezanosti i uzajamnog povjerenja u društvu između svih pripadnika tog društva. Za Colemana (1986, 1987) društveni kapital primarno počiva u društvenoj strukturi odnosa između pojedinaca i dio je javnog dobra u kojem djelovanja pojedinaca imaju pozitivan utjecaj na čitavo društvo. Međutim, društveni kapital također postoji u svim pojedinačnim društvenim interakcijama i odnosima između pojedinaca dokle god svi koji u tom odnosu sudjeluju od toga imaju korist (Coleman, 1986). Prema tome, društveni je kapital tako istovremeno i privatno i javno dobro. Bourdieuovo (1986) viđenje društvenog kapitala nije toliko pozitivno; on ga vidi kao sredstvo reprodukcije društvenih nejednakosti te je u kontekstu mogeg rada upravo to definicija društvenog kapitala kojoj i sama naginjem upravo zbog načina na koji moji sugovornici gledaju na „veze“.

Bourdieuovu definiciju društvenog kapitala usvojili su i nadogradili ili izmijenili brojni autori s namjerom da poboljšaju ono što su vidjeli kao njezine mane, primjerice nejasnoću koncepta i nedefiniran način na koji se društveni kapital može mjeriti (Pinxten i Lievens, 2014). Song (2011) tako predlaže da se društveni kapital mjeri putem broja umreženih pojedinaca i količinom njihovih kapitala. Ziersch (2005) u svojem radu u kojem analizira utjecaj dostupnosti društvenog kapitala na mentalno i fizičko zdravlje razlikuje infrastrukturu društvenog kapitala i resurse društvenog kapitala. Infrastruktura može biti kognitivna (npr. povjerenje i uzajamnost) i strukturalna (npr. službene mreže kao što su sportski klubovi i neslužbene mreže kao što su obiteljska i prijateljska druženja) komponenta društvenog kapitala. Pod resurse ubraja pomoć, prihvaćanje, građansku dužnost i kontrolu (Ziersch, 2005). Metoda kojom se služi u svojem istraživanju kvantitativna je i utemeljena na anketi i statističkoj analizi dobivenih rezultata. Carpiano (2007) pak razlikuje četiri tipa društvenog kapitala: društvenu potporu, društveni utjecaj, neslužbenu društvenu kontrolu i

organizirano udruživanje. Svoj je model testirao na stvarnom primjeru susjedstva u kojem je analizirao u kojoj mjeri određeni tipovi društvenog kapitala mogu utjecati na zdravlje članova susjedstva. Kao temelj društvenog kapitala postavlja društvenu povezanost (npr. međusobno povjerenje, bliskost itd.) iz koje se društveni kapital dalje razvija (Carpiano, 2007). Što se mjernog instrumenta tiče, Carpiano (2007) koristi anketu s pitanjima temeljenima na početno postavljenim hipotezama i grupiranim po tipu kapitala na koji se odnose. I Zierch i Carpiano zaključuju da društveni kapital i svi njegovi tipovi u različitim omjerima svakako utječu na zdravlje pojedinaca, međutim u svojim se radovima fokusiraju na utjecaj zajednice i obiteljske utjecaje unutar određenog prostora (susjedstva), ali ne i na ono što moji sugovornici nazivaju „povlačenjem veza“ da bi se osigurala bolja skrb u bolnici.

Stephens (2008) ističe da se Bourdieuova definicija društvenog kapitala treba primijeniti na društvene veze izvan modela susjedstva i četvrti te da može poslužiti za analizu nejednakosti u zdravstvu kroz proučavanje međusobnog utjecaja ekonomskog, kulturnog i društvenog kapitala. Fokus treba biti na društvenom kapitalu u širem društvenom kontekstu i u suodnosu s drugim oblicima kapitala (Stephens, 2008). Također kritizira mjerenje društvenog kapitala unutar imaginarne zajednice susjedstva jer društvene veze i povezanost nisu ograničeni samo na članove iste prostorne zajednice te dovodi u pitanje rezultate takvih istraživanja i načine mjerenja društvenog kapitala (Stephens, 2008). Nadalje, kritizira pokušaje kvantificiranja društvenog kapitala te se to odražava i u metodologiji njezinog istraživanja društvenog kapitala unutar tri zajednice na Novom Zelandu koje je primarno kvalitativno i utemeljeno na intervjuima. (Stephens, 2008). Dok je u prethodno spomenutim istraživanjima utjecaja društvenog kapitala na mentalno i fizičko zdravlje fokus na izdvajanju društvenog kapitala i proučavanja njegovog utjecaja u izolaciji od šireg konteksta, Stephens (2008) na društveni kapital gleda kao na dio društvenog života i odnosa čiji utjecaj na društvenu isključenost i nejednakost treba analizirati u širem kontekstu ostalih kapitala.

Za razliku od Song (2011), Ziersch (2005) i Carpiano (2007), u ovom kontekstu ne smatram korisnim kvantificirati društveni kapital s obzirom na to da me prvenstveno zanima utjecaj društvenog kapitala na odnos između liječnika i pacijenta i položaj pacijenata u polju medicinske prakse. Također mislim da je jasno iz prethodnih poglavlja da se niti jedan kapital ne može

proučavati u izolaciji te se i po tom pitanju slažem sa Stephens (2008). Položaj sudionika u polju rezultat je međugre svih oblika kapitala, ali i šireg društvenog mikro i makro konteksta. Bez obzira na teorijska i metodološka neslaganja između spomenutih autora, svi se slažu oko toga da naša društvena povezanost i umreženost s drugim pripadnicima naše zajednice mogu pozitivno ili negativno utjecati na naš položaj unutar polja medicinske prakse.

Još se jedan primjer bolje skrbi, odnosno boljeg, bržeg i izravnijeg pristupa informacijama pojavio u mojem razgovoru s Markom koji je nekoliko mjeseci prije našeg razgovora završio s procesom liječenja kemoterapijom te je tijekom liječenja često kontaktirao svoju ujnu koja je liječnica i liječnicu koja je vodila njegov slučaj u bolnici, a koja je istovremeno i prijateljica njegove ujne.

Marko: Moja ujna je doktorica, liječnica koja mi je bila u bolnici je njena najbolja frendica, ja njoj mogu doći kad god hoću i pričati s njom o koječemu. To bi bilo poprilično zajebano, jer baš ovo s kemoterapijom, ja bi zvao ujnu pa pitaj frendicu. Jer meni konkretno... uspio sam se sjetiti kasnije, ali nisu mi rekli 'Jako će te boljeti kosti' nego samo kao 'Mogla bi se pojaviti bol u kostima.' Kužiš, kad to čuješ zaboraviš instantno, ali onda su meni ... Tamo sam se grčio, jebote, sjeban totalno i uopće ti ne padne pa pamet da je to to zapravo ... Ja sam se sjetio da mi je to rekla, ali sam svejedno zvao ujnu da provjerim, ali da nije bila takva situacija ...

Istraživačica: Koga bi zvao da nisi imao ujnu?

Marko: Ja bi zvao ujnu pa pitaj frendicu. A da nisam mogao, valjda hitnu službu. Kužiš, ja bi njima radio probleme jako puno.

Brži dolazak na red u bolnici, dobivanje bolje i brže zdravstvene skrbi rezultat su posjedovanja društvenog kapitala u obliku poznavanja zdravstvenog radnika ili osobe povezane sa zdravstvenom institucijom koja to može omogućiti. Dolazak na red „preko veze“ ili dobivanje bolje skrbi zbog „poznavanja“ liječnika spominje se u osam intervjuja, isključivo sa sugovornicima pacijentima. Liječnici nijednom nisu spomenuli niti dobivanje dara od pacijenata niti dolazak na red preko veze, iako sam i njih kao i ostale sugovornike pitala postoje li, po njihovom mišljenju, pacijenti koji imaju prednost pred drugim pacijentima u zdravstvenom sustavu. Međutim, nisam ih izravno ispitala o vezama i darovima, da jesam, sasvim je moguće da bih dobila drukčije odgovore.

Dolazak u bolnice preko veze zato je spomenula fizioterapeutkinja Irena kad je opisivala bolnicu u kojoj je radila prije nego što se zaposlila u drugoj javnoj bolnici:

„U principu uvijek postoji neki striktan raspored i uvijek se moramo toga držati. Ali onda, ne znam, dođe susjeda od nekoga ili doktor kaže 'Ovo je netko moj.' i taj netko se mora ubaciti odmah isti dan i naravno za te osobe se uvijek instantno napravi mjesto.“ (Irena)

Da sam liječnike izravno pitala za utjecaj društvenog kapitala, vjerojatno bih osim perspektive pacijenata dobila i perspektivu na utjecaj društvenog kapitala između liječnika u bolnici. Taj sam vid istraživanja uočila tek naknadno nakon što sam čula članicu moje obitelji da spominje dva brata čiji je otac liječnik i koji im je obojici našao posao u bolnici u kojoj i sam radi. Možda bi se i pod oblike društvenog kapitala osim društvenih veza mogao kao podtip dodati i nepotizam, no ta tema nadilazi okvire ovog istraživanja.

Jedan od razloga zašto sugovornici posežu za dolaskom u bolnicu „preko veze“ leži i u organizacijskoj opterećenosti bolničkog sustava u kojem se dugo čeka na red. Kristina koju sam već spominjala u ovom poglavlju, svoju je prijateljicu zamolila da joj pomogne brže doći na red jer je iz razgovora sa svojom liječnicom shvatila da je vjerojatno teško bolesna i nije htjela čekati više od mjesec dana na pretrage koje su joj bile potrebne. Drugi moj sugovornik Stjepan koji je poput Kristine imao rak, ali za razliku od nje na debelom crijevu, u razgovoru je spomenuo da je čekao na kolonoskopiju čak šest mjeseci.

„Šest mjeseci sam čekao. Nitko mi ništa nije znao reći, da su mi bar rekli. Da to toliko košta, pa bi ja bio taj pregled napravio puno ranije, a ne čekati. Bio je treći mjesec, negdje u devetom su oni meni dali termin za pregled kolonoskopijom. A u međuvremenu se meni taj simptom pojačavao. Od naručivanja do pregleda pola godine. Da su oni meni barem rekli možete doći prije, ali to toliko košta. Onda je to meni pola godine za zloćudan rak debelog crijeva, C20 se zove dijagnoza. To je meni bilo pri dnu. Možda bi ja mogao proći danas da ne bi nosio vrećicu, da je moguće tih pola godine da je to napredovalo.“ (Stjepan)

Stjepan nije imao vezu da dođe ranije na red, ali je iz njegovog iskaza jasno da je tek naknadno postao svjestan da je jedan od načina da se dođe ranije na red za (u ovom slučaju) kolonoskopiju novčani mito. Kao što kaže, da je znao platiti bi jer onda možda ne bi morao do kraja života nositi stomu. Iz njegovog iskaza također je jasno da pacijenti koji su svjesni da postoji mogućnost da su teško bolesni kad su suočeni s dugim vremenom čekanja na pretrage, koriste društvene veze koje imaju ili novčani mito kako bi prije došli na red. Kad je nakon kolonoskopije s nalazima došao u bolnicu, Stjepan je shvatio da poznaje kirurga na tom odjelu te mu se javio.

„Anesteziolog je tražio da ispunim taj karton što su trebali i s tim nalazima sam došao onda [u bolnicu]. U međuvremenu sam doznao da je taj doktor koji operira bio sa mnom na ratištu u Gospiću, bio je u sanitetu. Mlad dečko. Još je bio student. A ovdje je do kirurga dogurao. 'Kako si ti sad kirurg?' reko. I onda sam se ja njemu javio i onda je on to meni sve preuzeo i ubrzao.“ (Stjepan)

Cook (2014) prepoznaje dva osnovna razloga za ostvarivanje veza između pojedinaca: jedan je međuovisnost, odnosno spoznaja da si pojedinci mogu biti međusobno korisni, bilo da je riječ o profesionalnom, prijateljskom, susjedskom ili drugom odnosu; drugi je homofilija, odnosno potreba pojedinca da ostvari povezanost s nekime s obzirom na sličnosti koje dijele, primjerice spol, etnicitet, profesiju, dob, društvenu ili profesionalnu skupinu ili aktivnosti i iskustvo koje dijele ili su dijelili, primjerice sport, hobi ili u Stjepanovom slučaju, iskustvo služenja u ratu. Na prvu se može činiti da iz takvog tipa povezanosti može proizaći samo nešto pozitivno za jednu ili obje strane u odnosu, međutim dostupnost i kvantiteta društvenog kapitala često su također i izvorom društvene nejednakosti (Cook, 2014). Jasno je iz primjera bolničkog sustava da dolaskom do liječnika „preko reda“ zakidamo nekoga drugoga tko također čeka na red te da priskrblijvanjem bolje i brže zdravstvene skrbi sebi, potencijalno oduzimamo na kvaliteti skrbi nekome drugome. Pitanja koja se otvaraju jesu: bi li se poboljšanjem kvalitete i efikasnosti zdravstvene skrbi znatno smanjio udio pojedinaca koji „povlače veze“ i nude mito te do koje je mjere „povlačenje veza“ kulturološki i društveno uvjetovano, a do koje je mjere nusprodukt opće neefikasnosti hrvatskog javnog zdravstvenog sustava?

8. REINTERPRETACIJA ODNOSA MOĆI U BOLNIČKOM KONTEKSTU

U središtu Foucaultovog tumačenja moći ideja je da moć stalno mijenja svoju poziciju, da je nestabilna i decentralizirana, odnosno da ne izvire iz samo jednog izvora (Clegg, 1997). Moć nije samo „represivna nego je i produktivna jer čini polje unutar kojeg se stvaraju novi odnosi, vrši se, ali se ne posjeduje“ (McGowen, 1994:95). Moć je povezana sa znanjem jer se kroz znanje moć vrši, a sama je moć utjelovljena u diskursima putem kojih moć stvara „nas kao subjekte i objekte o kojima posjedujemo znanje (uključujući i nas same)“ (Jørgensen i Phillips, 2002:14). Foucault (1978) moć veže uz javne institucije kao što su zatvor, psihijatrijske bolnice, škole, tvornice te uvodi pojam panoptikona kao bitnog mehanizma koji istovremeno automatizira i deindividualizira moć. Panoptikon je imaginarna zgrada s tornjem u središtu iz koje se može vidjeti svaka ćelija i svaki zatvorenik u zatvoru. Panoptikon time stvara osjećaj stalnog nadzora, a da se ne zna tko taj nadzor vrši i vrši li ga uopće netko. Moć za Foucaulta funkcionira poput panoptikona i ona je deindividualizirana te nije sadržana u pojedincu već u procesima, poput birokratskih procesa koji pridonose deindividualizaciji moći, i institucijama koje legitimiraju postojeću društvenu sliku, administrativan autoritet i spomenutu birokraciju (Jones i Porter, 1994).

U kasnijim djelima Foucault (1982) ipak donekle individualizira pojam moći kroz tvrdnju da je moć sadržana u odnosu i uvijek podrazumijeva osobu u tom odnosu nad kojom se moć vrši. U tom odnosu, moć je sadržana ne samo u prethodno spomenutim institucijama, već joj Foucault pridodaje i vladu odnosno politički sustav upravljanja pojedincima i grupama. Uvodi i pojam slobode kao nužan za postojanje moći koja se može vršiti samo nad slobodnim subjektima, a sve ostalo je za Foucaulta slično nasilju u smislu onog što moć nije i do čega dolazi kad je moć ugrožena ili kad je nema (Arendt, 1970). Primjerice, čovjek u lancima nema drugog izbora nego činiti što mu se naloži, te tu nije riječ o odnosu moći (Foucault, 1982).

Jedna od kritika Foucaultove teorije moći jest da, bez obzira na pokušaj individualiziranja koncepta moći, i dalje zanemaruje mikro-prakse i društveni utjecaj te da pojedince vidi kao marionete podložne režimima moći (Bevir, 1999). Nedostatak Foucaultove teorije dobro nadopunjuje Giddensova (1986) teorija strukturacije, odnosno dualnosti strukture. Društvene strukture te

obrazovne, vjerske i političke institucije utječu na djelovanja pojedinaca, ali istovremeno te iste strukture i institucije ne bi postojale bez djelovanja pojedinaca koji imaju moć da ih održavaju, ali i mijenjaju (Giddens, 1986). Giddens (1986) prepoznaje da pojedinci djeluju unutar pravila koja su im nametnuta društvenim strukturama i institucijama, ali te su iste strukture i institucije stabilne tek ukoliko se stalno iznova potvrđuju kroz ljudsko djelovanje pa ih time ljudsko djelovanje može i destabilizirati. To je upravo ono što se dogodilo biomedicini i odnosu između liječnika i pacijenta. Kroz povijesni pregled razvoja biomedicine na početku ovog rada jasno se da iščitati kako su se institucija bolnice i ideologija biomedicine mijenjale s vremenom pod utjecajem raznih makro, ali i mikro-faktora. Primjer takvih mikro-faktora su, primjerice, tužbe pojedinaca koje su uvjetovale stvaranje informiranog pristanka.

U razgovorima sa sugovornicima također se pojavljuju razni drugi oblici potvrđivanja, ali i otpora postojećim strukturama moći, te je to jedan od razloga zašto sam poglavlje o moći ostavila za kraj rada. Iz raznih tipova kapitala i odlika habitusa koji se ponavljaju i vrednuju kroz iskaze mojih sugovornika jasno je da u polju moći u kontekstu biomedicine ne igraju ulogu samo oni kapitali i odlike habitusa koji se izravno tiču biomedicine. I to već ukazuje na potencijalno razilaženje s klasičnim bourdieuovskim poimanjem strukturiranja odnosa moći u polju medicinske prakse. Naime, ako se za analizu struktura moći u polju medicinske prakse prati isključivo Bourdieuov teorijski okvir, prema njemu liječnici su stručnjaci u polju medicinske prakse koji su prepoznati i imenovani od institucije države, zbog čega unutar tog polja imaju prepoznatljiv identitet te ekonomski, simbolički i kulturni kapital (Bourdieu, 1987). Uz kapital koji dobivaju samim svojim identitetom, njihov je autoritet stoga legitiman unutar polja u kojem su prepoznati kao stručnjaci. Zbog toga što su stručnjaci, liječnici imaju medicinsko znanje, znanje medicinskog registra te praktična znanja koje su stekli kroz svoj institucionalizirani kapital i rad u polju medicinske prakse. Stoga bi onda jednostavan zaključak bio da su u odnosu između liječnika i pacijenata, liječnici ti koji predstavljaju „višu“ razinu unutar polja medicinske prakse zbog veće količine kapitala koji unutar tog polja imaju vrijednost – medicinsko znanje, poznavanje medicinskog registra, završeni (medicinski) fakultet, praktično znanje medicine te autoritet i legitimitet stručnjaka. Posljedično, kapitali svih ostalih sudionika u polju mjere se naspram kapitala liječnika, a habitus služi kao dodatan pozitivan ili negativan utjecaj na položaj u polju.

Međutim, moji razgovori sa sugovornicima pokazali su da odnosi moći u polju medicinske prakse nisu toliko jednostavni te da se iskustva liječnika (i pacijenata) razlikuju i ne podudaraju nužno sa slikom polja medicinske prakse kakva bi se mogla oslikati ako se Bourdieuova teorija primijeni u njezinom najosnovnijem obliku obične kvantifikacije kapitala u polju. Već je iz Katarininog intervjua u kojem govori o vlastitom nepovoljnom položaju u bolnici zbog toga što je mlada, žena i zbog načina na koji govori vidljivo da i među liječnicima postoje kapitalima i habitusom uzrokovane razlike u poziciji u polju medicinske prakse te da odnosi moći unutar polja medicinske prakse nisu ni približno tako jednostavni i homogeni kao što bi se isprva moglo naslutiti.

8.1. (Ne)moć: nasilje kao negacija odnosa moći u polju

Kad je riječ o (re)produkciji i odnosima moći u javnozdravstvenom sustavu u Hrvatskoj, nužno je osim Foucaulta i Giddensa kao autora koji se tim konceptom dubinski bavili, uzeti u obzir i koncept nasilja dakle onog što moć nije i do čega dolazi kad je moć ugrožena ili kad je nema (Arendt, 1970). Moć nije samo sposobnost nametanja svoje volje nad drugima (Dahl, 1961), već je moć sadržana u govoru i komunikaciji čiji je krajnji cilj postizanje dogovora (Arendt, 1970; Habermas i McCarthy, 1977). Međutim, nasilje se kao alternativa tom obliku komunikacijske produkcije moći (Habermas i McCarthy, 1997: 6) pojavilo i u nekoliko razgovora u mojem istraživanju. Stoga započinjem ovo poglavlje upravo s tim primjerima jer izlaze iz pretpostavljenih okvira reprodukcije odnosa moći unutar bolnice, ali i mojih očekivanja koja sam imala kad sam započela istraživanje.

Kad sam razmišljala o potencijalnim odnosima moći unutar bolnice i u odnosu između liječnika i pacijenata, pretpostavljala sam da će biti riječi o različitim hijerarhijskim strukturama, razgovaranju povišenim tonom, propitivanju liječničkih odluka, izravnom neslaganju, namjernom korištenju medicinskog registra i raznim drugim komunikacijskim praksama koje daju i oduzimaju nekome moć u odnosu, ali nisam očekivala da će biti riječi i o nasilju. Za prve primjere nasilja saznala sam od specijalizanata Katarine i Petra koji su započeli svoju radnu karijeru na hitnom prijemu, kao pratnja vozaču i medicinskoj sestri u kolima hitne pomoći. Tijekom tog razdoblja svojih karijera često su se susretali s agresivnim pacijentima te su do njih morali ići u pratnji policije.

„Morali smo par puta ići u stan, ali jednom smo baš ušli da nismo znali da će biti pacijent agresivan i to je malo strašno jer fakat smo mislili da će nas pretući. Dok sam radila na hitnoj, tamo sam imala baš ono agresivne prijetnje od ljudi. Rekli su da će nas ubiti, da će nas istući i tak to je bilo dosta neugodno.“ (Katarina)

„Ma da, imaš alkoholičara pa se zatvore u stan pa su agresivni kad uđeš ili ti dođu pijani pa se oće tući s tobom. Bilo je tako situacija kad sam fizički morao baš nekoga zaustaviti. Dođu ti i na hitnu pa se oće tući, budu nasilni, svašta bude.“ (Petar)

Petar i Katarina nisu jedini koji su iskusili prijetnje nasiljem ili nasilje. Slične su situacije spomenule i specijalistica Matea i specijalizantice Dora, Iva i Eva:

Iva: [...] Pacijenti mogu prijetiti doktorima u ambulancama s bombama, pištoljima i tako dalje, kao što se nama znalo dogoditi, a mi ne možemo ništa. Znači doktori nisu osigurani nikako, oni vas mogu blatiti na internetu, mogu pisati protiv vas, mogu vam prijetiti oružjem, mogu vas udarati kao što je bilo u Osijeku⁶⁴ i tako dalje, a mi nismo zaštićeni.“

Eva: Meni se konkretno dogodilo da je došao pacijent u pratnji sina i dok je taj bolesnik bio u terminalnoj fazi bolesti i trebalo mu je dati nekakav termin za zračenje. I taj njegov sin, koji je usput imao već razbijen nos, se stao pored mene i nalaktio mi se na stol. Što da ja radim ko čovjek, ko žena i ko doktor? Što sam ja sad od to troje, kad mi se netko nalakti na stol s već razbijenim friško nosom, što da ja napravim? Pa ne znam.

Dora: A ionako termin zračenja ne ovisi o tebi.

Eva: Pa to je ono što je njega najviše razljutilo.

Matea: Istog trena bi ga uputila šefu na razgovor. Ili bi nazvala.

Dora: A kako da se ona obrani?

⁶⁴ Iva pritom misli na fizičke napade na medicinske tehničare i dvije liječnice u Osijeku koji su se dogodili u međusobno kratkom razmaku u travnju 2017. godine. Izvor: <http://www.glas-slavonije.hr/331979/3/Novi-verbalni-i-fizicki-napadi-pacijenata-na-dvije-lijecnice>. [Datum pristupa: 11.03.2022.]

Eva: On nije znao da sam ja viša od njega. [Sve četiri su se nasmijale.]

Matea: Nikako, ne možeš se od muškarca obraniti jer je fizički jači od tebe. Za očekivati je da je muškarac tvoje dobi jači od tebe jer oni su jednostavno, mislim nisam feminist i to, ovoga ali, jebiga, pardon, fizički su jači, ne. Evo ja moram priznati da nisam imala nikad takvu situaciju.

Iva: Ja sam isto imala situaciju, pogotovo zato što sam, mislim, ženska sam i još sam niska jako. I imala sam situaciju da mi se veliki korpulentni muškarac unosi u osobni prostor prijeteći. Imala sam situaciju da je nasrnuo na mene. Nije me udario.

Dora: I kako si riješila tu situaciju?

Iva: Nisam nikako riješila, ne možete tu komunicirati, nego kao privatni građanin pozvati policiju.

Eva: Ja sam ovog uspjela smiriti. Moj je vjerojatno bio benigni, velim bila sam veća od njega.

Dora: Ali jednom se neće uspjeti smiriti i jednom će vas netko pretući i onda ćete privatno morati zvati policiju jer ste potpuno nezaštićeni.

Posebno je indikativno za situaciju nasilja ono što Eva kaže da se kod nasilja „ne može komunicirati“ što se podudara s viđenjem nasilja kao izostankom komunikacije, onime što se događa kad se kroz komunikaciju ne može (ili ne želi) postići dogovor (Arendt, 1970). Osim toga, Evino pitanje u kojem sebe tumači kroz tri različite identitetske uloge – čovjeka, ženu i doktora – ukazuje na to da kad se našla u situaciji koja izlazi iz okvira očekivanog na njezinom radnom mjestu jer nije bila sigurna na koju od svojih dodijeljenih uloga da se pozove. Ono na što ovaj djelić razgovora također ukazuje jest nezaštićenost liječnika od nasilja kao i činjenicu da nasilje kao takvo zapravo u potpunosti zaobilazi polje kapitala i autoritet, legitimitet te poziciju liječnika u bolnici. Stoga mu zapravo nije mjesto niti u mojem radu, ali smatram da ipak igra bitnu analitičku ulogu jer ukazuje na to da određeni pacijenti mogu odbiti „igrati“ igru kapitala i moći te je zaobići korištenjem prijetnji i nasiljem. Istovremeno, iz izjava sugovornica može se iščitati da na njihovom

radnom mjestu postoji stalan strah od nasilja što može utjecati na njihove interakcije s pacijentima. Nasilje na radnom mjestu doživjela je i fizioterapeutkinja Irena.

Istraživačica: A je li bilo nekakvih nasilnih incidenata, da pacijenti idu tući nekoga?

Irena: Čula jesam za to i kad sam bila u [bolnici] sestre su mi objasnile da ako dođe do toga da je protokol da se pobjegne u sestričku sobu i da se vrata zaključavaju, ali nisam to nikad doživjela. Jedino ono što me dečko gađao narančom.

Istraživačica: Gađao te narančom?

Irena: Da. Imala sam jednog pacijenta od šesnaest godina i imao je vanjske fiksatore na nozi i cijelo vrijeme je u bio u krevetu i nije bio pretjerano motiviran da se kreće i ja sam dolazila kod njega u sobu više puta dnevno jer sam znala da je mlad i da treba nastaviti nekako sa svojim životom i uvijek sam ga tjerala preko njegovih nekih granica. I ostatak u toj sobi, ostalih pet pacijenata koji su, naravno, bili muškarci su često komentirali kako sam nemilosrdna, kako ne znam s djetetom i kasnije jedan od te petorice muškaraca je došao na ambulantni prijem na fizikalnu terapiju i rekao je 'Često sam razmišljao o tome kako sam ti rekao da si nemilosrdna, a onda sam shvatio da dečko ima šesnaest godina i pred njim je cijeli život, naravno da se treba pokrenuti.' I ja kažem 'Znam, ja sam cijelo vrijeme bila toga svjesna i zato nisam dozvolila sebi da vaši komentari utječu na mene.' Ali da je bio muškarac to se apsolutno ne bi propitivalo. Ni taj dečko se ne bi postavljao prema meni 'Ne ja ne mogu, neću.' Nego da je došao muško i rekao 'Ajde, ustani iz kreveta, idemo', ustao bi se i išo. Onda me jednom prilikom čak gađao narančom. Prvo sam ostala u šoku jer me pogodio s leđa. I samo sam mu rekla da je to užasno nepristojno i užasno bezobrazno s obzirom na to da se ja baš trudim oko njega. I da njemu to nije jasno i da ne znam zašto misli da sam ja njegov neprijatelj kad je baš suprotno. I rekla sam mu da kad dođe u [drugi grad] da će shvatiti o čemu pričam zato što ga tamo fizioterapeut neće ni pogledati. Pošto tako to ide tako u manjim mjestima. I točno je i bilo tak. Kad se vratio u [taj grad] našao me i poslao mi je na Facebooku poruku i rekao da sam bila u pravu i da mu je žao i da otkad je tamo da se nije dignuo iz kreveta.

Istraživačica: Nije ti smetalo taj, takvo u biti nasilje?

Irena: Znam da sam bila fakat šokirana i da sam se baš napadnuto osjećala i bez mogućnosti da se obranim ili uzvratim i baš me iznerviralo. Rekla sam na odjelu, al znaš kak je to, radilo se o razmaženom klinцу i nikog nije bilo briga. Mislim i da je bio odrasli muškarac rekli bi mi 'A on je lud, pusti ga.' Tako da ono, kajgod se dogodi oni opravdaju na najgluplji mogući način i idu dalje.

Kod Irene kao i u razgovoru sa specijalisticom Mateom i specijalizanticama Dorom, Ivom i Evom ponovno je uočljiva i rodna komponenta. U ovom slučaju Irena smatra kako do takve situacije uopće ne bi došlo da je fizioterapeut bio muškarac te da se njegove odluke ne bi propitivale.

Da bi se obeshrabilo fizičko nasilje nad zdravstvenim radnicima, na poticaj Hrvatske liječničke komore 2019. godine nasilje nad zdravstvenim radnicima prepoznato je kao kazneno djelo:

„U kazneno zakonodavstvo Republike Hrvatske uvedeno je novo kazneno djelo pod nazivom 'prisila prema zdravstvenom radniku' kojim se inkriminira ponašanje počinitelja koji doktora medicine, doktora dentalne medicine ili drugog zdravstvenog radnika koji zdravstvenu djelatnost obavlja kao javnu službu, silom ili prijetnjom da će izravno uporabiti silu spriječiti u obavljanju njegove zdravstvene djelatnosti. Počinitelj ovog kaznenog djela može se kazniti kaznom zatvora do tri godine.“⁶⁵

Izuzev teme nasilja koja dominira citiranim dijelovima razgovora, kao i osjećaj nezaštićenosti od fizičkog nasilja od strane samih institucija, uočljivo je još nekoliko tema koje se izravno dotiču odnosa moći u kontekstu javnog zdravstva. Na samome početku, Iva kaže:

„Prije sam radila u općoj i znam da su imali ogromne probleme s tom udrugom [pacijenata] jer pacijent misli da može raditi sve protiv doktora. Znači pacijenti mogu tužiti doktora, a doktori ne mogu tužiti pacijenta [...] Znači doktori nisu osigurani nikako, oni vas mogu blatiti na internetu, mogu pisati protiv vas [...]“ (Iva)

Ivin citat odlično odražava promjene u odnosu između liječnika i pacijenata koje su započele devedesetih godina prošlog stoljeća i o kojima sam već podosta pisala na početku rada pa ću ih

⁶⁵ Izvor: <https://www.hlk.hr/prijava-nasilja-nad-lijecnicima.aspx> [Datum pristupa: 02.02.2023.]

samo ponovno ukratko sažeti. To su razvoj pacijenata-potrošača kojem su i zdravstvene usluge podložne „recenziranju“, odnosno pohvalama i (pri)tužbama kao i bilo koja druga roba na tržištu (Feo, 2008) te porast digitalne pismenosti i pristupa internetu koji pacijentima omogućavaju jednostavan pristup informacijama, ali im istovremeno daju i platformu za izražavanje svojeg zadovoljstva ili nezadovoljstva zdravstvenim sustavima i zdravstvenim djelatnicima (Lupton, 2003). Toga su svjesni i specijalizanti Anita, Borna i Kazimir koji su se tijekom našeg razgovora osvrnuli na ono što oni percipiraju kao potrošački pristup zdravstvu i na dostupnost informacija na internetu.

Borna: Oni [pacijenti] su nešto pročitali, oni su nešto vidjeli, oni su si to zacrtali, a ako vas doživljavaju kao tetu koja reže salamu Konzumu onda tu imate problem. Oni u glavi ne shvaćaju da je to suradno partnerstvo, nego doživljavaju liječnika kao onoga tko pruža uslugu, znači to je usluga. [...] Ali ja sam konobar tebi, znači doživljavaju te kao konobara.

Kazimir: Imaju konzumeristički pristup.

Borna: Konzumeristički pristup, da.

Anita: I 'Mi vama plaćamo.', da.

Borna: 'Ja sam si pročitao na internetu.'

Osim porasta korisnika interneta i uvođenja tržišne logike i u javnozdravstveni sustav, u Hrvatskoj se devedesetih godina također u praksu uvodi etičko povjerenstvo kao nezavisno tijelo unutar bolnice koje štiti prava pacijenata na informiranost i donošenje odluka o vlastitom zdravlju (Steinkamp et al., 2007) te posljedično u tom razdoblju raste i broj raznih nezavisnih udruga pacijenata koje imaju sličan cilj, ali djeluju izvan kruga bolnice.

8.2. Udruge pacijenata i internet kao nove pozicije moći

Pojam moći neodvojiv je od pojma kapitala jer pozicija pojedinca ili skupine unutar polja ovisi o kvantiteti kapitala koji se vrednuju unutar polja, a te pozicije međusobno tvore i između njih se vrše odnosi moći (Bourdieu, 1983). Stoga kad pišem o udrugama pacijenata i internetu kao o novim pozicijama moći, govorim o dva oblika kapitala koja su relativno novi unutar polja

biomedicinske prakse. Udruga pacijenata u Hrvatskoj trenutno ima 208, a počinju se osnivati krajem 1990-ih godina⁶⁶ dok internet postaje dostupan u Hrvatskoj 1992. godine.⁶⁷ Članstvo u udruzi može se svrstati pod društveni kapital jer je temeljeno na međusobnom poznavanju, prepoznavanju i umreženosti članova društva, odnosno u ovom slučaju određene društvene skupine (Bourdieu, 1986), a prema izjavama mojih sugovornika, njihovo članstvo u određenoj udruzi pomoglo im je sa snalaženjem u zdravstvenom sustavu.

Internet kao kapital počela sam prepoznavati iz komentara svojih sugovornika o internetu kao alatu koji im pomaže da dođu do dodatnih informacija o svojoj bolesti i liječenju ili u slučaju liječnika kao alatu koji im pomaže da nadopune svoje znanje kad im zatreba, ali i zbog načina na koji su neki od mojih sugovornika govorili o sudionicima u zdravstvenom sustavu koje ne znaju koristiti internet ili koji, u širem kontekstu, nisu digitalno pismeni. Prva koja je istaknula prednosti korištenja interneta bila je Lucija iz Udruge za rijetke bolesti te je pritom istaknula i probleme s kojima se, po njezinom mišljenju, suočavaju oni pacijenti i članovi udruge koji ne znaju koristiti internet:

Istraživačica: Jesu li neki pacijenti u prednosti po pitanju komunikacije s liječnicima?

Lucija: Da, mislim da općenito da će neki koji su visokoobrazovani i da dostupnije su im te ono mogućnosti interneta, da će biti generalno, pa tako i naši pacijenti, da će biti generalno opremljeniji za komunikaciju s liječnicima. Da će više čitati, više će biti u stanju povezat se s nekim pacijentima izvan države, razmjenjivati iskustva, komunicirati s njima na engleskom i tako dalje. Mislim, ako imaš osobu koja je četrdeseto godište i živi u nekom selu i nema pristup internetu, vrlo je sigurno manje opremljen nego netko tko živi u Zagrebu, tko će imati te informacije, tko će baratati s tim informacijama i tim nekakvim boljim mogućnostima.

Osim interneta, u Lucijinom citatu ponovno se susreće institucionalizirani kapital u obliku visokoobrazovanosti koja, prema Lucijinom mišljenju, daje nekim pacijentima bolju poziciju u polju biomedicinske prakse. Sličan je komentar o internetu imala i Snježana iz udruge ILCO:

⁶⁶ Izvor: <https://registri.uprava.hr/#!udruge> [Datum pristupa: 20.12.2022.]

⁶⁷ Izvor: <https://www.srce.unizg.hr/povijest-srca/25-g-interneta-u-RH>, [Datum pristupa: 20.12.2022.]

„Masu ljudi imamo koji žive, koji nemaju interneta, koji si ne mogu pomoći putem interneta, koji ne znaju kako bi došli, nemaju kompjutera, nemaju znanja nikakvog internetskog, kako da si ti ljudi pomognu? Prepušteni su sami sebi.“ (Snježana)

Od sugovornika pacijenata, Lada i Jelka dijelile su slično mišljenje kao Lucija i Snježana, o važnosti interneta za informiranje i nadopunjavanje informacija o vlastitoj bolesti i liječenju.

„Onda si čovjek počne razmišljati o onim pacijentima koji ne znaju baratati kompjuterom, koji ne znaju jezik, kako se onda snaći. U mom slučaju znam i jezik i znam baratati kompjuterom tako da je to meni bilo dobro, ali za one pacijente koji to ne znaju onda nažalost završe, jel, tak.“ (Lada)

Pod jezikom, Lada misli na engleski jezik isto kao što i Lucija iz Udruge za rijetke bolesti spominje engleski jezik. Poznavanje engleskog jezika kao oblik jezičnog kapitala pojavljuje se i u mojem razgovoru s Martom. Marta je koristila brojne online izvore za informiranje o svojoj bolesti, a na moje pitanje jesu li ti izvori bili na engleskom odgovorila je potvrdno.

Osim Lucije, i Jelka spominje život na selu kao jednu od potencijalnih prepreka korištenju interneta.

„Žena koja je prvi put došla, ja bum uzela to kao primjer, kad velim žena sa sela ja ne mislim nikoga uvrijediti jer i ja živim na selu već trideset godina, ali žena koja je bila dva – tri puta u svom životu kod liječnika i sad je dobila karcinom i ide na kemoterapiju i živjela je na selu i nema pojma, nema internet, to je strašno i te žene najčešće i padaju u te depresije jer se samo boje kad dođu kući da više neće moći raditi i živjeti svojim životom.“ (Jelka)

Iako se povezivanje života na selu s nepoznavanjem ili neimanjem interneta može činiti kao stereotipno razmišljanje, temelji se na stvarnom problemu regionalne neujednačenosti dostupnosti interneta u Hrvatskoj (DESI, 2022).⁶⁸ Od 27 zemalja članica Europske unije, Hrvatska je 21. na listi indeksa DESI po pitanju internetske infrastrukture i područja u kojima je internet javno

⁶⁸ Izvor: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/digital-economy-and-society-index-desi-2022> [Datum pristupa: 21.12.2022.]

dostupan. Hrvatska je također, uz Belgiju i Grčku, država u kojoj je cijena širokopojasnog interneta⁶⁹ druga najviša unutar Europske unije (DESI, 2022) što je u nesrazmjeru s hrvatskim životnim standardom po kojem je Hrvatska 23. od 27 država članica EU-a (EUROSTAT, 2022)⁷⁰ te to, osim regionalne neujednačenosti dostupnosti interneta, također može biti prepreka korištenju interneta.

Zbog toga što spomenuti sugovornici o internetu i digitalnoj pismenosti govore kao o vještini koju nemaju svi, a koja može imati pozitivan učinak na iskustvo i poziciju pacijenata u zdravstvenom sustavu, shvatila sam da je riječ o još jednom obliku utjelovljenog kapitala. Pritom sam se vodila definicijom utjelovljenog kapitala kao znanja i vještine koje pojedinac usvaja kroz vrijeme i koja se ne mogu prenijeti s jedne osobe na drugu, već su rezultat uloženog osobnog vremena i utjelovljena su u toj osobi (Bourdieu, 1986).

Mnogi moji sugovornici-pacijenti također spominju internet u kontekstu informiranja o vlastitoj bolesti, traženja objašnjenja i prijevoda medicinskih pojmova koji im nisu jasni, traženja alternativnih oblika liječenja te dijeljenja vlastitih i čitanja tuđih iskustava i komentara na raznim internetskim forumima. Njihovi razlozi za korištenje interneta mogu se razložiti na nekoliko glavnih motivacija. Internet bi koristili kad ne bi razumjeli informacije koje su dobili od liječnika, primjerice kada nisu razumjeli neku riječ (ili frazu) koju je liječnik iskoristio ili koju su pročitali na nalazu:

„Liječnik mi je rekao da će mi biti potrebna ablacija pa sam ja išao pogledati što je to uopće ablacija. Uglavnom, to ti je kad ti spale neke žile koje ti izazivaju aritmiju. Gledam kad uzmem nalaz pa vidim nekakve pojmove koje je sve nabrojao pa onda idem na internet vidjeti što sve to točno znači jer ima razno raznih naziva i ne možeš

⁶⁹ Širokopojasni pristup internetu (engl. *broadband Internet access*; skraćeno *broadband*) je način povezivanja korisničkoga računala s internetom uz višestruko veću brzinu prijenosa podataka no što je ostvariva običnim modemskim pristupom telefonskom linijom, izvor: <https://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?ID=68073>, [Datum pristupa: 21.12.2022.]

⁷⁰ Izvor: [https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20220620-1#:~:text=Actual%20individual%20consumption%20\(AIC\)%20is.across%20the%202027%20Member%20States](https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20220620-1#:~:text=Actual%20individual%20consumption%20(AIC)%20is.across%20the%202027%20Member%20States) [Datum pristupa: 21.12.2022.]

ni znati, pogotovo ako dobiješ tri strane nekakvih nalaza i onda idem pogledati kaj kaj znači i tak.“ (Zvonimir)

Internet bi koristili i kad bi se htjeli informirati o postupku ili bolesti za koje su smatrali da im nisu dovoljno razjašnjeni, o kojima nisu dovoljno informirani ili koji nisu objašnjeni na način na koji to mogu razumjeti:

„Ja znam da su naši liječnici preopterećen, vjerojatno imaju užasno puno pacijenata i tako, ali sam način pripreme da li nekakve brošure da li nešto, ali sam način pripreme, da to nije Google. Nama je Google danas izvor informacija do kojih je najlakše doći. Znamo da na Googlu ima sve i svašta, ali ima i pozitivnih članaka. Ja sam jako puno naučila o štitnjači zahvaljujući medicinskim časopisima koji su izdani na internetu i ja sam nažalost pripremala cure koje su bile zajedno operirane sa mnom. Nismo dobivali informacije od stručnog osoblja nego smo međusobno izmjenjivale, ja sam pročitala ovo, ja sam pročitala ono. Znači malo više humaniji pristup, pogotovo u toj recimo mlađoj dobi. Vi s 33 godine kad saznate da imate tumor bilo kakav, da li to bio benigni ili maligni, doživite neku vrstu šoka. Pogotovo kad doma imate obitelj, malu djecu, onda da malo psihički da vam se olakša jako puno znači.“ (Marta)

„Isto tako da vam velim da nisam nikakvu dijetu dobila, niti mi je tko rekao što smijem jesti kako smijem ništa. Nego su mi moja kćer i njezina kuma na internet i idemo...ja sam sama isto znala pročitati.“ (Snježana)

Treći česti razlog za korištenje interneta bilo je informiranje o tuđim iskustvima bolesti, liječenja, ali i o liječnicima:

„Znam za stranicu *Najdoktor*. To volim često pogledati, pogotovo ako sam bila kod tog doktora pa da vidim je li moje mišljenje adekvatno tome što je i moram priznati da kad sam pogledala tu stranicu i te liječnike kod kojih sam bila uglavnom su zaista dobili ocjene kak' sam ih i ja ocijenila. To mi je bila indikacija da sam na dobrom putu.“ (Lada)

„Da ona [liječnica] je sigurno čovjek, i nju su isto hvalili po internetu. I to ti je ta riječ, odnosno mišljenje ljudi se na kraju na forumima pokaže. Ne mora biti uvijek, ima ljudi

koji možda i zlonamjerno pišu neki puta. Ne možeš im sto posto vjerovati, ali kad ima određena količina pohvala ili pokuda onda vjerojatno se u to može povjerovati.“ (Vera)

Kao četvrti se razlog korištenja interneta pojavljuje želja za alternativnim i komplementarnim načinima liječenja. Jelka se uz pomoć knjiga i interneta informirala o alternativnim načinima liječenja raka, a Lada je pomoću interneta također tražila neki lijek koji bi joj pomogao ili olakšao simptome.

„Kad sam imala [drugi oblik raka od sadašnjeg]⁷¹, ja sam imala internet. I s obzirom da ja to nisam znala u ono vrijeme, da jedan liječnik nemre pola sata provesti s pacijentom u razgovoru o alternativni o korovu, ali uglavnom, tolko su bili fer pa mi je rekao da mi to ne smije preporučiti, ne smije o tome razgovarati, ali ono kaj si slažem nek si slažem i dalje. Znači ja sam čitala knjige o tome pa sam tako došla do te jedne biljke koja tak ko korov raste.“ (Jelka)

Odgovor Jelkinog liječnika na njezina pitanja o komplementarnom ili alternativnom obliku liječenja za koji je sama saznala odražava poveznicu između znanja i moći koju Foucault naglašava (1980). Kao što svako društvo ima svoje istine i prihvaćena znanja koja se odražavaju i strukturiraju kroz dominantne diskurse, tako i diskurs biomedicine strukturira svoje istine kroz prihvaćene i legitimizirane forme znanja, dok sve ostale odbacuje. Odbacivanje se vidi u odgovoru liječnika koji kaže da o tome „ne smije“ razgovarati što implicira da se osjeća kao da mu je zabranjeno razgovarati o alternativnim od biomedicine neprihvaćenim oblicima znanja. Takav oblik autocenzure od strane sudionika u polju ukazuje na mehanizme moći koji se vrše kroz stalnu reprodukciju dominantnih diskursa unutar polja time stvarajući pojedince koji sami sebe reguliraju (Brown et al., 2008).

Polje biomedicine organizirano je oko modela bolesti koji počiva na tvrdnji da sve bolesti imaju biološke uzroke, a zdravlje je definirano kao odsutnost bolesti u tijelu (Willis i Elmer, 2007: 24-26). Isto tako, sve medicinske prakse i medicinska znanja koja nisu dio biomedicinske prakse nego ih u tzv. zapadnim društvima nazivamo komplementarnom ili alternativnom medicinom često

⁷¹ O kojem je točno obliku bolesti riječ podatak je koji sam, u ovom slučaju, namjerno sakrila, jer smatram da bi mogao previše toga otkriti o Jelkinom identitetu.

unutar biomedicine nisu prihvaćena ili priznata (Coulter i Macgee, 2003). Zbog prihvaćenosti tog diskursa od strane onih koji sudjeluju u biomedicinskom zdravstvenom sustavu, bilo da je riječ o zdravstvenim radnicima, institucijama ili pacijentima, alternativni ili komplementarni oblici liječenja i pristupa zdravlju teško ostvaruju legitimitet naspram tradicionalne biomedicine unutar polja biomedicinske prakse (Collyer et al., 2016: 7; Coulter i Magee, 2003). Međutim, zastupljenost raznih oblika alternativne i komplementarne medicine u tzv. zapadnim društvima naglo raste od kraja 20. stoljeća te se „supostojanje različitih metoda liječenja koje pacijenti mogu slobodno odabrati, a koja se definira kao medicinski pluralizam danas smatra dominantnom karakteristikom medicinske stvarnosti u većini zemalja u svijetu“, uključujući i Hrvatsku (Bukovčan, 2008: 64). Da nisu svi sudionici u polju biomedicinske prakse nužno isključivi prema alternativnim oblicima medicine te da uvijek postoje alternativni diskursi i otpori prihvaćenim oblicima znanja vidljivo je također iz odgovora Ladinog liječnika:

„Na primjer pronašla sam jedan lijek koji je prirodni lijek na bazi bilja je, ali se samo može u Americi naručiti. I bilo je liječnika koji uopće nisu htjeli slušati o tome, naravno, jer to je nešto na bazi bilja, ali sam isto tako naišla na takvog liječnika koji je bio jako zainteresiran i zamolio me da mu dadem ime tog lijeka i ako je moguće da mu isprintam to što sam našla jer ga je to baš zaista interesiralo. Na svojoj koži sam osjetila da je to lijek koji mi je pomogao. Jest da je to prirodni lijek kojem treba malo duži period da počne djelovati ali ...“ (Lada)

Sva četiri razloga ukazuju isti cilj, korištenje interneta kao pomoćnog alata u premošćivanju jaza između znanja laika (pacijenta) i znanja koje posjeduje stručnjak (liječnik) i kao alata za dobivanje dodatnih informacija o svojem stanju, kao i o komplementarnim i alternativnim oblicima liječenja.

Osim samog pristupa informacijama, internet također omogućava razmjenu iskustava između pacijenata na forumima i online grupama za pomoć koje funkcioniraju izvan institucionalizirane, i time legitimizirane, sfere zdravstvenog sustava. *Forum.hr* primjer je jednog takvog internetskog mjesta – riječ je o forumu na kojem se mogu pronaći brojna ljudska iskustva i narativi, uključujući i iskustva bolesti i liječenja. Prednost ovakvog tipa internetske stranice je u tome da se komentari i iskustva ne brišu već ostaju godinama *online* tako omogućavajući njihovo opetovano čitanje i novo komentiranje, čime se stari narativi nadograđuju novima. Primjerice, to je slučaj u objavi iz

2003. godine naslova „Rak dojke“⁷² koju je započela anonimna korisnica foruma s komentarom o tome kako je saznala da ima rak dojke te kako se od raka liječi s upozorenjem svim ostalim članicama foruma da se redovito pregledavaju. Njezin komentar nadograđivale su druge korisnice i korisnici foruma te je zadnji komentar (u vrijeme mojeg zadnjeg posjeta stranici) napisan 10. ožujka 2022. Interakcija s drugima (u ovom slučaju riječ je o virtualnoj interakciji) koji imaju vlastito iskustvo, a time i znanje, bolesti i liječenja bolesti, također može poslužiti kao važan izvor potvrde vlastitog iskustva bolesti (Garro, 2000). Kroz takve interakcije, pacijenti mogu doći u kontakt s potpuno novim organizacijama znanja ili s drukčijim organizacijama već usvojenih znanja koja zatim dovodi do reorganizacije i nove interpretacije njihovih iskustava (Garro, 2000).

Na taj način, internet postaje i ostaje virtualnim prostorom u koji se stalno upisuju novi narativi i iskustva bolesti koji bi inače možda ostali neispričovani, pacijenti posljedično prestaju biti samo pasivni primatelji zdravstvenih informacija i počinju ih i sami reproducirati (Lupton, 2003), a u tuđim iskustvima bolesti pronalaze podršku za vlastite interpretacije i iskustva (Garro, 2000). Na taj način, kroz narative, dijeljenje iskustava i komentare, pacijenti počinju reproducirati vlastite tipove medicinskog znanja i medicinskih informacija na internetu (Lupton, 2003) te stvaraju nove interpretativne okvire za svoja iskustva bolesti (Garro, 2000).

Još 1999. godine Hardey definira internet kao novi izvor medicinskog znanja za laike i novi izazov za stručnost liječnika te predviđa da će zauvijek promijeniti odnos između zdravstvenih radnika i pacijenata. Pretpostavio je da će internet umanjiti potrebu pacijenata da za medicinsko znanje ovise o liječnicima te da će to zauzvrat umanjiti kontrolu liječnika nad medicinskim znanjem (Hardey, 1999). Međutim, istraživanja koja su uslijedila nisu niti potvrdila niti opovrgnula tu pretpostavku te su pokazala da dok neki liječnici pozitivno reagiraju na pacijente koji se prethodno konzultacijama informiraju na internetu, drugi smatraju da takvi pacijenti dodatno kompliciraju proces konzultacija (Savage et al., 2014: 96). Pacijenti koji koriste internet za prikupljanje informacija o svojem zdravlju, bolesti ili liječenju informiraniji su, što može omogućiti dublju i značajniju komunikaciju o pacijentovom zdravlju tijekom konzultacija s liječnikom (Savage et al., 2014). No, u praksi prevladavajući model zdravstva koji se temelji na brznoj obradi što većeg broja

⁷² Izvor: <https://www.forum.hr/showthread.php?t=8004>. [Datum pristupa: 14.03.2022.]

pacijenta ne podržava takav tip konzultacija te to zauzvrat u pacijentima može izazvati osjećaj da više informacija mogu pronaći pretražujući internet nego u posjetu liječniku (Savage et al., 2014).

Dok je mojim sugovornicima pacijentima internet većinom koristan i vide ga u pozitivnom svjetlu, sugovornici – liječnici koji spominju internet češće ga spominju u negativnom kontekstu ili su podvojenog mišljenja. Jedan je od razloga iza negativnog stava upravo sloboda komunikacije na internetu te komentiranje i recenziranje liječnika na stranicama kao što je *Najdoktor*⁷³. Međutim, do sukoba zbog interneta uglavnom dolazi kad pacijenti, kako Mauricio to kaže, „dolaze preparirani od doktora Googlea“, odnosno kad zbog informacija koje su pročitali na internetu dovode u pitanje liječničke odluke, tijekom liječenja ili liječnikovo znanje.

Istraživačica: Postoje li pacijenti koji su zainteresiraniji, koji pitaju više?

Mauricio: Teško reći ali generalni dojam da da, što je više obrazovan i što je urbaniji čovjek da će više inzistirati na nekim pitanjima. Do te mjere da već dođe s odgovorima na svoja pitanja i inzistira mene uvjeriti u svoju istinu. Šta bi ja njemu trebao raditi i šta ću ja sve koje nuspojave ću mu uzrokovati. Dođu preparirani od doktora Googlea i čekaonice. To vam je interesantno istraživati ovu psihodinamiku čekaonice.

Istraživačica: Aha. Ljudi pričaju međusobno.

Mauricio: Pa sjednite dolje među njih pa slušajte što rade to je... postoji jedan paralelan svijet i na odjelu i na čekaonici koji zamre kad ja uđem u prostoriju. Čim vizita prođe, čim liječnici izađu, već kad sestre uđu pacijenti drukčije komuniciraju. A pogotovo kad ostanu sami. Onda oni imaju svoje tračeve svoje viđenje svih nas. Do toga da znaju šta čija žena i muž rade, kakvi auti se voze, tko je iz kojeg kraja, tko je s kim oženjen, udan, koliko djece ima. Sve znaju. To je paralelan jedan svijet u koji ja nikad ne mogu proniknuti jer čim se pojavim to zamukne.

U Mauricijevom se citatu ponovno pojavljuje ideja „urbanog“ pacijenta naspram kojeg, djelomično neizrečeno, stoji „ruralni“ pacijent te se tu opet susrećemo sa stereotipom pacijenta sa sela no ovaj put nije riječ o regionalnoj nejednačenosti dostupnosti interneta, već je način na koji se termin

⁷³ Izvor: <https://najdoktor.com/> [Datum pristupa: 14.03.2022.]

koristi u ovom slučaju bliži stereotipnom značenju tog pojma kako ga uvodim u poglavlju 5.1. Stereotipi i sheme kao manifestacije kulturnog kapitala i habitusa. Osim toga, ponavlja se i visoko obrazovanje kao tip institucionaliziranog kapitala, a pojavljuje se i prostor čekaonice kao prostor razmjene informacija kao potencijalna alternativa (ili preteča) virtualnom prostoru foruma. Zanimljiva je i isključenost iz tog prostora i komunikacije unutar tog prostora koju Mauricio osjeća, a njegov je pristup tom prostoru i toj skupini pacijenata u čekaonici ograničen upravo zbog toga što je liječnik, bez obzira na to što je taj prostor zapravo dio biomedicinske institucije u kojoj on predstavlja legitimni autoritet.

Jedan bi od razloga mogao biti taj što je prostor čekaonice zapravo liminalni prostor, prostor koji je granica između drugih dvaju dominantnih prostora te nije potpuno dio nijednog (Dale i Burrell, 2008: 233), već čini susret između prostora izvan bolnice i prostora unutar bolnice (liječničkih kabineta, operacijskih sala i sl.). Zbog toga Mauricio koji je na svojem radnom mjestu u bolnici u ulozi liječnika ne pripada tom liminalnom prostoru te ga pacijenti prepoznaju kao *outsajdera*, bilo po simbolima njegovog liječništva (kuti i stetoskopu) ili po reakciji drugih pacijenata u čekaonici.

Katarina je također imala iskustvo s pacijenticom koja je zbog informacija koje je pročitala na internetu savjetovala Katarini koje bi pretrage trebala napraviti.

„Jedna žena nam je doslovno govorila koje bi mi pretrage trebali napraviti jer je mama već peti put u bolnici zbog iste stvari, a ta bolest se inače tak ponavlja i to zna biti tako. Znači nije da je loše liječeno nego jednostavno tak to bude i onda je ona nama sugerirala koje mi pretrage da radimo i onda smo joj mi išli objašnjavati zašto to nema smisla jer iako je ona to pročitala na internetu to nije nužno točno jer ona ne može kritički čitati jer nije studirala medicinu. Mislim, ja to nisam tak rekla, ali to je činjenica.“ (Katarina)

Jedan od potencijalnih problema korištenja interneta za prikupljanje medicinskih informacija jest količina i različitost informacija od kojih su mnoge u suprotnosti jedna s drugom, ali i u suprotnosti s informacijama koje pacijenti dobiju od svojeg liječnika te to dodatno može poljuljati povjerenje koje pacijenti osjećaju prema liječnicima i ostalim zdravstvenim radnicima (Savage et al., 2014). Sličan problem s dostupnosti raznih informacija na internetu i preispitivanjem liječničkih odluka istaknula je i specijalistica Marina. Internet vidi kao alat koji može imati i pozitivan utjecaj u smislu

pripremljenosti pacijenta na razgovor, ali i negativan ako pacijent ne zna pravilno interpretirati podatke na koje naiđe na internetu.

„Internet, mediji, ljudi o svojoj bolesti mogu više saznati iz nekakvih drugih izvora, ne samo od liječnika. To je možda jednim dijelom stvorilo osjećaj nepovjerenja sad prema liječnicima jer oni jel, prije su doktore ipak doživljavali na nekoj višoj ... a sad, mislim da je to dvostruka strana medalje. Nismo mi bogom dani, nitko od nas, niti se liječnička treba smatrati strukom koja je iznad ostalih struka, tako da [...] s jedne strane je to dobro jer oni koji te informacije znaju dobro razvrstati, onda je vama nekad i zgodno da ljudi znaju nešto o svojoj bolesti ako su dobro isfiltrirali te informacije. Međutim imate pacijenata koji to nažalost ne znaju i onda nastupa problem.“ (Marina)

Svjesnost o tome da informacije na internetu nisu uvijek točne ili ih laici ne mogu točno interpretirati postoji i kod mojih sugovornika – pacijenata. Na to se jednom prilikom osvrnula i Marica koja je dijelila bolničku sobu s Jelkom u bolnici gdje se također liječila od raka dojke.

„Komunikacije nema nažalost. Kako se informiram, nažalost preko interneta. Nažalost. Mislim da to nije baš mjerodavno. Jer puno puta dobiješ neke informacije koje te mogu totalno dovesti u dilemu. Zbuniti.“ (Marica)

Maričina glavna motivacija za pretraživanje interneta bilo je nezadovoljstvo zbog onoga što je percipirala kao nedostatak informacija o njezinom stanju i procesu liječenja. Marica nije jedina koja je koristila internet kako bi nadopunila informacije za koje je smatrala da joj nedostaju, a koje nije dobila u bolničkom okruženju u kojem se liječila. To su napravili i Zvonimir, Vera, Marta, Maričina cimerica Jelka te Doris.

Međutim, iako Doris koristi internet da bi se dodatno informirala, informacije koje pronade na internetu ne dijeli s liječnicima te kritizira pacijente koji liječnicima nameću vlastito mišljenje o dijagnozi zasnovano na informacijama koje su pročitali na internetu.

Istraživačica: A kako vi mislite da se ne treba razgovarati s liječnicima?

Doris: Ono što ja mislim da dosta ljudi taj internet shvaćaju, znači uzmu mobitel čitaju i onda idu doktoru pametovati i misle da su sad doktori zato što su pročitali. Ja sam isto

išla na internet i informirala se, ali nikad nisam ... uvijek gledaju pacijenti ono najgore i onda dođu doktoru i kažu 'To, to i to.' Daju sami sebi dijagnozu. Nikad nisam imala takav nastup s doktorima, 'Ja sam čitala na internetu, ja mislim da je to i to', nego sam uvijek čekala da mi on kaže.

Zvonimir pak internet koristi kako bi na njemu potražio značenje nekih riječi i postupaka koje nije razumio u razgovoru s liječnikom, ali nije liječnika pitao da mu ih pojasni.

„Onda te neke izraze koje ne razumijem potražim na internetu pa se dodatno informiram o nekim postupcima i tako. Sad moram na ablaciju pa nisam znao što je ablacija pa sam gledao po internetu.“ (Zvonimir)

Iz Zvonimirovog citata očito je da mu problem pričinjava nedostatak informacija o tome što je zapravo postupak kojem se treba podvrgnuti jer iz naziva postupka „ablacija“ ne može protumačiti što taj postupak podrazumijeva. Na Zvonimirovom primjeru ponovno se uočava problem o kojem sam već pisala u jednom od prethodnih poglavlja, a to je nerazumijevanje medicinskog registra odnosno nedostatak određenog jezičnog, ali i institucionaliziranog kapitala da bi se razumjelo što je točno postupak kojem će pacijent (u ovom slučaju Zvonimir) biti podvrgnut. Dok neki pacijenti koriste internet da bi se dodatno informirali te razmijenili iskustva s drugim pacijentima, komentirali svojeg liječnika ili zdravstvenu uslugu koju su primili, drugima internet pomaže da se snađu u kontekstu u kojem im nedostaju određeno medicinsko znanje ili informacije.

Na taj način, zbog interneta, kontrola i reprodukcija informacija više nisu samo u sferi zdravstvenih radnika i institucija, već se pomiču izvan sfere profesionalizma u sferu javnosti (Lupton, 2003). Potencijalan problem korištenja interneta za informiranje o vlastitom zdravlju predstavlja činjenica da su medicinske informacije sve češće prisutne na internetu te je upravo zbog toga točnost tih informacija teško kontrolirati (Coulter i Magee, 2003). Internetske stranice koje pružaju medicinske informacije trebale bi udovoljavati kriterijima kvalitete koje je definirao UN, no u praksi se uglavnom pouzdane i kvalitetne informacije mogu dobiti tek u suradnji s liječnicima (Klinar et al., 2010). To nije samo zato što je zbog velike količine informacija teško potvrditi njihovu kvalitetu, već i zbog interpretativne uloge koju liječnik ima (Lupton, 2003). Drugim riječima, liječnici posjeduju znanje koje su usvojili tijekom godina prakse i vlastitog iskustva koje

koriste tijekom interpretacije prikupljenih medicinskih informacija o pacijentu, a koje pacijent ne posjeduje u jednakoj mjeri (Lupton, 2003).

Po pitanju medicinskog znanja internet ima još jednu ulogu koja nije ograničena samo na pacijente i njihovo informiranje o vlastitom zdravstvenom stanju, tretmanima ili bolesti. Internetom se ponekad služe i liječnici za nadopunjavanje vlastitog znanja. Pregled i analiza 38 studija provedenih od 1994. do 2004. godine (od toga dvadeset i tri u SAD-u, šest u Kanadi, dvije u Ujedinjenom Kraljevstvu, jedna u Ujedinjenom Kraljevstvu, Švedskoj i Norveškoj, jedna u Švedskoj i Njemačkoj, jedna u Njemačkoj, Francuskoj i Švedskoj, jedna u Norveškoj, jedna u Španjolskoj, jedna u Švicarskoj i jedna na Novom Zelandu, ukupno na 48 615 ispitanika) pokazala je da ispitanici liječnici koji imaju pristup internetu (njih 70 %), internet koriste kao „veliku knjižnicu“, pretražujući stranice kao što su PubMed, WebMD, Medscape, MDConsult i sl. (Masters, 2008:12). Više od pola ispitanika smatralo je internet korisnim ili vrlo korisnim za pronalazak medicinskih informacija (Masters, 2008:10). Na taj način, internet koristi i specijalizantica Katarina.

Istraživačica: Znači, oprostite, ti si rekla da doktori isto koriste internet?

Katarina: Da. Znači, doktori jako puno koriste internet i sad, naravno, stariji manje mlađi više, ali od najbanalnijih stvari do tipa mi kad ispisujemo pacijenta ne možeš napisati dijagnozu infarkt nego moraš naći šifru za taj infarkt i sad stariji doktori imaju, svi imamo one stare knjige i onda oni traže po toj knjizi koja je to, a ja imam na aplikaciji na mobitelu za dvije sekunde to nađem i naravno da koristim tu mobitel ili mogu to guglati ili mogu to u aplikaciji gledati. To znači većina i mlađih koristi i već prema starijoj dobi. Ali često guglamo što napraviti, ali to imamo i druge stranice koje nisu baš sad Google. Ima UpToDate ili Medscape tako neke stranice koje su baš napravljene za medicinu i za medicinare, znači nisu za pacijente. Ili tipa taj UpToDate inače se plaća da možeš koristiti pa bolnice to plaćaju pa doktori imaju pristup. To je baš jako jako stručno i to je kao sve najnovije smjernice i tako, iako ne možeš se uvijek držati toga ko pijan plota jer ničega se ne možeš u medicini držati baš točno, ali to je jako dobra stranica, ali nekad na brzinu znam samo guglati, ali moje guglanje je puno drugačije od gugljanja pacijenata i to je ono što sam ti rekla, kritičko čitanje,

razmišljanje, kako se god to zove. Mislim oni nešto pročitaju, da, stvarno je glavobolja ponekad povezana s tumorom mozga, ali ne možeš sad tak zaključivati i moje guglanje je drugačije od njihovog. Em točno znam kak postaviti pitanje em znam što znači to što sam pročitala, ali definitivno to radim i to svi rade. Mislim, svi koji inače koriste internet rade. Okej, ovi stariji niti ne koriste internet pa ne znaju, ali tkogod mlađi kaže da to ne radi laže. Fakat ne vjerujem da to ne rade. To je fakat najbrži način za doći do informacije jer si prije to morao čitati u knjigama, a sad možeš brže i veći je raspon informacija na internetu nego u jednoj knjizi ili tko zna u kojoj knjizi ili na kojoj strani i kad ćeš to naći, ovak jednostavno brže nađeš. Što ne znači da ćeš se toga držati i nećeš nikad napraviti nešto potpuno nepoznato zato što je to negdje pisalo. Sve to ima i gledaš to u sklopu svog znanja. Ali definitivno to radim.

Istraživačica: I to dok su pacijenti u sobi ili?

Katarina: Aha, da, znači trudim se to ne raditi pred pacijentima zato što znam da će njima to biti 'Ajme meni.' E sad znači, pred njima guglam dijagnoze, to me boli briga ak vide. [...] Ali znam pogledati doze lijekova na toj stranici UpToDate, jer to nije Google pa nije isto, ali opet je na internetu. [...] Doze lijekova ne znam uvijek napamet i to se ne sramim jer ne mislim da nije to neki problem.

Ako je u postmodernom dobu započeo trend propitivanja svih oblika autoriteta, onda mu je internet dao novi zamah. Dostupnost medicinskih informacija učinila je pacijente manje ovisnima isključivo o mišljenju liječnika. Pacijenti sad imaju mogućnost doći u bolnicu unaprijed informirani o svojem zdravstvenom stanju te im to daje novu moć u odnosu na liječnike koji su, prije doba interneta, većinom imali monopol nad takvim tipom informacija i znanja. Prema prethodno spomenutoj analizi 38 provedenih studija, 89 % liječnika uočilo je da pacijenti na konzultacije dolaze prethodno informirani putem interneta te je taj trend u stalnom porastu, kao što je u porastu i postotak liječnika koji koriste internet za traženje medicinskih informacija (Masters, 2008). Lakši i brži pristup informacijama čini pacijente osvještenijima o vlastitom zdravstvenom stanju što im omogućava da donose odluke utemeljene na vlastitom znanju (a ne samo znanju liječnika) i aktivnije utječu na tijek svojeg liječenja (Broom, 2005). Osim toga, pacijenti se sad mogu udruživati u virtualne zajednice te izmjenjivati svoja iskustva o raznim bolestima, ali i s liječnicima,

te su liječnici sad više nego ikad podložni anonimnoj i javnoj kritici što svakako može umanjiti njihov autoritet i legitimitet. Internet je postao novi oblik otpora za pacijente koji su nezadovoljni tradicionalnim odnosima moći između liječnika i pacijenta u kojima su liječnici ti koji procjenjuju koliko će informacija i svojeg znanja prenijeti pacijentima.

Osim kvalitete i interpretacije medicinskih informacija, problem se javlja i kod mogućnosti pristupa medicinskim informacijama koje se nalaze na internetu. Pristup informacijama u najvećoj mjeri imaju mlađi, imućniji i obrazovaniji pojedinci (Coulter i Magee, 2003). Zbog toga se može govoriti i o dodatnoj neravnopravnosti među samim pacijentima jer neki pacijenti imaju prednost informiranja putem interneta i time mogućnost zauzimanja nove pozicije moći.

Osim interneta, primjer nove pozicije moći su i udruge koje također imaju mogućnost utjecaja na odnose i položaje u polju medicinske prakse. Udruge se mogu smatrati dijelom civilnog društva jer su oblik volonterskog udruženja ljudi radi promicanja nekih zajedničkih interesa (Bežovan i Zrinščak, 2007: 2). Takve organizacije civilnog društva često nastaju kao reakcija na određene socijalne potrebe koje nisu ispunjene te potencijalno mogu utjecati na nastanak nove institucionalne infrastrukture koja će bolje zadovoljavati percipirane nedostatke u toj infrastrukturi (Bežovan i Zrinščak, 2007). Udruge pacijenata okupljaju ljude sličnih zdravstvenih stanja ili problema s namjerom da se međusobno podržavaju, pružaju si emocionalnu podršku i dijele znanja i načine nošenja sa svojim stanjem (Brown et al., 2014; Larson et al., 2005). Udruge pacijenata također mogu ostvarivati i suradnje sa zdravstvenim radnicima i drugim medicinskim stručnjacima s ciljem edukacije i informiranja svojih članova (Slark et al., 2011).

Istraživanje provedeno u Velikoj Britaniji na skupini od 84 pacijenata i njihovih obitelji koji su preživjeli moždani udar utvrdilo je da je članstvo u udruzi za pomoć pacijentima koji su preživjeli moždani udar znatno doprinijelo kvaliteti njihovog života nakon što su otpušteni iz bolnice (Slark et al., 2011). Suradnja s liječnicima i medicinskim sestrama omogućila je članovima udruge da dobiju informacije o svojem stanju koje nisu dobili tijekom svojeg boravka u bolnici te su pozitivno reagirali na komunikaciju izvan bolničkog okruženja (Slark et al., 2011). Članstvo u udruzi pružilo je pacijentima i njihovim obiteljima društvenu i emocionalnu podršku koja im je nedostajala, edukaciju i korisne savjete za život s posljedicama moždanog udara (Slark et al., 2011).

Klasifikacija djelatnosti udruga u Republici Hrvatskoj dijeli se na tri razine: razina I opisuje područje djelovanja, razina II djelatnost udruge, a razina III pruža uvid u razradu djelatnosti udruge (NN 4/2015)⁷⁴. Prema klasifikaciji, udruge pacijenata spadale bi u tip udruge koje se na razini I svrstavaju pod kategorije „Zaštita zdravlja“ i „Ljudska prava“ ovisno o tome što nude svojim članovima, a najčešće je riječ o djelatnostima iz obje kategorije. U razini III u kategoriji „Zaštita zdravlja“ djelatnosti su udruge dodatno razrađene prema sljedećoj podjeli:

„Prevenција zaraznih bolesti, prevencija i unaprjeđenje zdravlja zubi, prevencija i zaštita mentalnog zdravlja, stvaranje uvjeta za što kvalitetniji život oboljelih od kroničnih bolesti, unaprjeđenje i zaštita zdravlja osoba oboljelih od malignih bolesti, unaprjeđenje kvalitete života osoba starije životne dobi, zaštita i prevencija bolesti reproduktivnog sustava, ostale djelatnosti preventivnog djelovanja, unaprjeđenja i zaštite zdravlja. U razini III u kategoriji „Ljudska prava“ pod širi okvir zdravstva spadala bi sljedeća razrada djelatnosti udruge: zaštita prava osoba s invaliditetom, zaštita prava osoba s mentalnim oštećenjem, zaštita prava pacijenata, i zaštita prava HIV/AIDS osoba.“

Na početku svojeg istraživanja ostvarila sam kontakt s udrugom ILCO Zagreb koja je dio Saveza invalidskih društava ILCO Hrvatske kojem je cilj podupiranje i suradnja s udrugama koje pomažu pacijentima sa stomom te sam prisustvovala jednom od njihovih sastanaka i razgovarala s nekoliko članova udruge. Osim udruge ILCO Zagreb, ostvarila sam kontakt s Koalicijom udruge u zdravstvu te razgovarala s jednim od članova udruge – Matkom i s Udrugom za rijetke bolesti gdje sam razgovarala s članicom udruge – Lucijom. Djelatnosti ovih udruge zapravo spadaju u obje spomenute kategorije, i u „Zaštitu zdravlja“ i u „Ljudska prava“ jer u svojoj suštini za cilj imaju pružanje podrške oboljelima i njihovim obiteljima, informiranje svojih članova o njihovim pravima i funkcioniranju zdravstvenog sustava u Hrvatskoj te dijeljenje zajedničkih iskustava i informacija o bolesti. Iako se kategorijski preklapaju, udruge ILCO Zagreb više je usmjerena ka pomoći oboljelih od raka crijeva i onima koji su taj rak preživjeli i moraju naučiti živjeti sa stomom:

⁷⁴ Izvor: <https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/dodatni/434417.pdf> [Datum pristupa: 09.11.2022.]

„Mi imamo knjižicu koja izlazi godišnje jedanput. „Ruka Nade“ se zove, u kojoj recimo su sve naše udruge, u koje mi pišemo svatko svoja iskustva. Evo, tu ću vam pokazati kako smo bili na Danu irisa pa je svake godine zadnja subota u petom mjesecu organiziramo Dan irisa na Cvjetnom, tu su sličice. I to sve udruge u Hrvatskoj, deset nas ima isti dan jer uzeli smo iris, kao prvo je hrvatski cvijet, a na grčkom znači nada, pobjeda, kako u kojem kontekstu. Mi smo na neki način nešto pobijedili. Evo ovaj članak sam ja pisala. Onda recimo ovo je pisala gospođa iz firme koja distribuira naša pomagala i intervju radila, a doktor [...] je pisao jer on ima iskustvo s tim. Tako da imate iz svake udruge po nešto i onda mi tu pišemo svašta. Evo, sad smo došli do toga da će izići jedna knjižica koju smo mi u suradnji napravili s jednom našom mladom kirurginjom iz kuće i jednom nutricionisticom. Mi smo pisali što smo jeli prije operacije, što jedemo sada, kako ovako onako. I žena će na temelju toga, već je to u postupku u izradi, napisati kao knjižicu recepata. Jer mi smo malo specifičniji jer nemamo gdje sve to skupa pogledati, jer je to sve općenito. Onda imate ne samo kolnostomu, postoji još i ileo i uro stoma. Ileostoma to su ljudi koji nemaju nimalo debelog crijeva, samo imaju tanko, oni imaju, daleko su gori, teži od nas. S tim da ona sve što pojede, popije, sve je za dvadeset minuta tekuće van. Borimo se recimo protiv vjetrenjača doslovno. Ja sam bila dosad jedno četiri – pet puta u ministarstvu na razno raznim sastancima. Ljudi s ileostomom imaju za dan i pol, njihova vrećica je s ispustom, može se dolje otvoriti i ispustiti i sad si vi možete zamisliti vrećica ovak izgleda i sad si vi možete zamisliti ako vi tu vrećicu 14 – 15 puta dnevno praznite na što to liči, a to je samo za jedan dan, a oni imaju jednu za dan i pol.“ (Snježana)

Koalicija udruge u zdravstvu više je usredotočena na pokušaj rješavanja mnogobrojnih i raznolikih problema u zdravstvu s kojima se pacijenti susreću te na prava pacijenata.

„To je jednostavno vrlo jednostavna priča. S obzirom da imamo prava, svako pravo daje neku obvezu. Tu se podrazumijeva nekakav suradnički odnos pacijenta i liječnika gdje vi zapravo ne možete uspješno liječiti ako od tog pacijenta nemate dobru suradnju i nemate s njim nekakav dobar odnos komunikacije. Nažalost to vrlo često izostaje zbog razno raznih razloga koje ćemo kasnije pretpostavljam elaborirati, ali je još jedan

problem kod nas razumijevanje uopće što su to pravilnici. Postoji 14 temeljnih prava pacijenata koja su definirana Europskom deklaracijom o pravima pacijenata i postoji ono što su zapravo naša prava iz obveznih zdravstvenih osiguranja kao osiguranika HZZO-a koja se ponekad kose s pravima pacijenata. I onda je tu zapravo stvar konstantnog podsjećanja i samih pacijenata i same razine administracije na to da ne vuku ta dva skupa, dakle prava pacijenata kao osiguranika nacionalne osiguravajuće kuće i prava pacijenata. Zato pokušavamo što više približiti ih i učiniti kompatibilnima.“ (Matko)

Kao što je već iz isječaka iz citata vidljivo, a što sam shvatila kroz cjelokupni razgovor s Matkom i Snježanom jest da je odnos između udruga pacijenata i javnozdrastvenih ustanova u Hrvatskoj tema koja zaslužuje da je se dodatno i temeljito istraži. Zbog toga nisam nastavila kontaktirati s udrugama, osim u svrhu pronalaženja sugovornika, niti sam svojim sugovornicima postavljala dodatna pitanja o udrugama, osim ako ih sami ne bi spomenuli. Međutim, razgovor s članovima udruga pomogao mi je da proširim znanje o nekima od strukturnih problema zdravstva koje spominjem na početku ovog rada te je njihovo iskustvo koje su mi prenijeli tijekom razgovora bilo ključno za produblјivanje mojeg razumijevanja zdravstvenog sustava. Osim toga, članovi udruge ukazali su mi na neke od najčešćih problema koji nastaju u odnosu između liječnika i problema te su mi time dali ideje za pitanja koja sam postavljala svojim pacijentima, posebice o komunikaciji u zdravstvu. Članstvo u udruzi, komunikacija s ostalim članovima i međusobno umrežavanje članovima udruge svakako pridodaje novi element društvenog kapitala koji ne bi imali da se nisu učlanili i u udruhu. Međutim, osim društvenog kapitala, udruge kroz svoju borbu za prava pacijenata te informiranje i edukacije pacijenata, pacijentima pružaju nove pozicije moći koje im prethodno nisu bile dostupne.

Od sugovornika-liječnika čula sam i pozitivne i negativne stavove o udrugama pacijenata. Liječnica specijalistica iz onkologije i radioterapije Marina tako smatra da udruge liječnicima mogu olakšati posao jer pacijenti „tamo mogu saznati neke informacije od ljudi koji su svakako stručni“ te da im je zbog udruga „lakše s nekim stvarima se nositi, prebroditi neke stvari družeći se s drugim ljudima koji su to isto prošli.“ Kao pozitivne primjere navela je udruge za žene oboljele od raka dojke Sve za nju i Europa Donna. Njezin pozitivan stav ne dijeli specijalist radioterapije i

onkologije Mauricio koji udruge naziva „sivom zonom“. Kao Marina, i on vidi korist udruga pacijenata u pomaganju onima koji prolaze kroz određenu bolest. Međutim, također ističe i pritisak koji je sam doživio od udruga pacijenata.

„Ti volonteri aktivisti koji su to prošli ovim mlađima olakšavaju da se snađu. To su više ovako konkretni praktični klubovi. A ima drugo ovih koji kad nisu zadovoljni s nečim, koji su ko sindikati. I onda ja vam nešto odbijem napraviti i vi onda odete tamo i onda oni pritišću mene i predstavnika klinike da to mora, da ona na to ima pravo iako smo mi to odbili iz medicinskih razloga.“ (Mauricio)

Iz Mauricijevog i Ivinog iskustva, vidljiv je taj sukob između liječnika i pacijenta putem udruge pacijenata pri kojem se liječnikova odluka dovodi u pitanje što je sve češća karakteristika odnosa između liječnika i pacijenata (Coulter i Magee, 2003). Pacijentica Vera upravo ističe rad udruga kao jedan od ključnih faktora u promjeni između liječnika i pacijenata:

„Promijenile su se te relacije, pojavile su se udruge pacijenata koje imaju svoje zahtjeve koje u javnost iznose brojne stvari za koje se smatra da nisu dobre. Doista, kroz pojave udruge pacijenata pacijenti su dobili poziciju u tom odnosu [između liječnika i pacijenta] koju dotad nisu imali.“ (Vera)

Bez obzira na potencijal njihovog utjecaja na odnos između liječnika i pacijenata, tema udruga nije se pojavila u nijednom drugom razgovoru koji sam vodila sa svojim sugovornicima no to ne umanjuje njihov značaj u otvaranju novih pozicija moći za pacijente koji postanu članovi tih udruga.

9. ZAKLJUČAK

Jedno od pitanja na koja sam pokušala odgovoriti kroz istraživanje bilo je koje društvene i kulturne vrijednosti i prakse sudionici u istraživanju izdvajaju kao bitne u svojim iskustvima i zašto. Zanimalo me, osim toga, kako su artikulirane vrijednosti sudionika povezane s njihovom percepcijom odnosa moći unutar institucionalnih konteksta, u ovom slučaju medicinskog. U razgovorima s različitim dionicima u javnozdravstvenom sustavu pojavljivale su se mnoge vrijednosti, neke češće, neke rjeđe, a svrstavala sam ih unutar kategorija za koje mi je potpomognuo Bourdieuv sustav raznih kapitala, s osvrtom na istovremene nedostatke tog teorijskog okvira koje sam pokušala umanjiti ili nadograditi uz pomoć drugih teorijskih i metodoloških perspektiva.

Od vrijednosti (ili kapitala) koji se ističu spominju se: simbolički kapital kao značaj koji pridajemo primjerice određenim zanimanjima (kumica vs. akademik) i osobama u društvu (liječnici kao „bogovi“), rod i dob kao utjelovljeni oblici kapitala, jezični kapital koji, osim načina na koji netko govori, podrazumijeva i korištenje medicinskog registra, zatim institucionalizirani kapital koji je najčešće izražen kroz isticanje nečije razine obrazovanja i podjelu na stručnjake i laike unutar konteksta bolnice, te društveni kapital u obliku poznanstava i članstva u udrugama koji omogućavaju brži i bolji tretman u bolnici. Međutim, vrijednosti koje se spominju zalaze i u neke druge kategorije (kao što su recimo stereotipi ili habitus pojedinaca) ili se međusobno često preklapaju u trenutku kad, primjerice, institucionalizirani kapital postaje i simbolički. U kombinaciji s kapitalima pojavljuju se i različite komunikacijske strategije kojima je cilj dobivanje informacija od liječnika i zdravstvenih radnika. Osim postavljanja izravnih pitanja ili dodatnog informiranja putem interneta, pacijenti se često oslanjaju na određene tipove kapitala. Primjerice, oslanjaju se na institucionalizirani ili društveni kapital da bi došli do informacija koje ih zanimaju. Međutim, zadovoljstvo dobivenim informacijama često ovisi i o očekivanjima koja pacijenti imaju o tome koliko trebaju i o čemu biti informirani. Spomenute vrijednosti (kapitale) sugovornici izdvajaju kao značajne za svoje iskustvo u sustavu javnog zdravstva. Doživljavaju ih kao one koji utječu na njihov položaj u tom sustavu i daju im ili oduzimaju moć te kao one koji drugim sudionicima daju ili oduzimaju moć i utječu na njihov položaj u polju medicinske prakse.

U svojem radu moć sagledavam „odozdo“, zauzimam stav da moć prožima čitavo društvo na svim razinama (Hayward, 2004) i nije utjelovljena samo u institucijama i makro-razinama već i u mikro-

razinama pojedinaca i odnosa među njima (Giddens, 1986). Utjecaj interneta i rad udruga očiti su mehanizmi moći na koje se pacijenti pozivaju i koje izravno koriste. Međutim, svi oblici kulturnog kapitala, sve značajke habitusa, rod, dob pa i novčani mito i darovi dio su mreže odnosa moći koja određuje odnose unutar konteksta bolnice. Iz njih je vidljivo da i pacijenti i liječnici koriste različite društvene i kulturne resurse kako bi, svjesno ili nesvjesno, manevrirali unutar i izvan svojih uloga u kontekstu bolnice. Tako su u polju odnosa moći zastupljene istovremeno i makro-razine moći koje predstavlja sama institucija bolnice i biomedicinska ideologija, ali i šire društvene strukture i socioekonomske vrijednosti koje se zatim reproduciraju unutar međuljudskih odnosa u bolnici.

To je zanimljiv kontrast dvaju makro-mehanizma moći, od kojih jedan (biomedicina) zahtijeva da se medicinsku praksu izdvaja kao znanstvenu i objektivnu, dok istovremeno društvene strukture i vrijednosti utkane u nositelje biomedicinske prakse i primatelje biomedicinske skrbi osiguravaju da biomedicina upravo nikad neće biti objektivna niti izdvojena iz šireg društvenog i kulturološkog konteksta unutar kojeg se prakticira. To je ujedno i odgovor na pitanje kako osobna iskustva pacijenata i liječnika, dijelom utemeljena u međusobnoj komunikaciji i rekonstruirana u intervjuima, odražavaju šire društvene diskurse doprinoseći (re)produkciji postojećih odnosa moći u medicinskom kontekstu. Društveni diskursi isprepliću se, propituju, ali i osnažuju tijekom komunikacije između liječnika, pacijenata i drugog medicinskog osoblja i zapravo su neodvojivi od bolničkog konteksta.

Kad je u pitanju povijesni razvoj biomedicinske prakse u tip institucionalizirane prakse kakav danas postoji te način na koji je taj razvoj utjecao na moderni odnos između sudionika u biomedicinskom kontekstu, jasno je da se odnos između liječnika i pacijenata značajno promijenio od začetaka biomedicine do danas. No, nije riječ o promjenama specifičnima samo za liječničku praksu, već su one samo posljedica mnogobrojnih događanja, kao što su porast razočaranja i nepovjerljivosti u velike ideologije, „objektivne“ istine i bezgrešnost institucija, koji su uslijedili nakon Drugog svjetskog rata, a što je uključivalo i instituciju bolnice i one koji u njoj rade. Potom je na odnos između liječnika i pacijenata u makro-kontekstu veliki utjecaj imao i razvoj interneta i veća dostupnost informacija, ali i jačanje neoliberalizma pod čijim utjecajem zdravlje postaje ekonomski interes, a sustav zdravstva postaje samo još jedno tržište, što dovodi do razvoja potrošačkog mentaliteta kod korisnika javnozdravstvenih usluga. Hrvatski zdravstveni sustav te su

spomenute promjene u punom zamahu zahvatile 1990-ih godina te su podaci u mojem istraživanju odraz kulminacije tih promjena.

U literaturi koja sažima promjene u odnosu između liječnika i pacijenta (npr. Coulter, 1999; Coulter i Magee, 2003; Lupton, 2003; McLoughlin et al., 2017 itd.) često se opisuje novi tip pacijenta koji se zna služiti računalom i internetom (koji mu omogućava laki pristup informacijama i razmjenu iskustava), osviješten je o svojim pravima i spremniji je nego ikad biti uključen u proces donošenja odluka o vlastitom zdravlju. Tako opisan novi tip pacijenta naizgled najviše problema ima s liječnicima koji dijele samo šture informacije i ne uzimaju u obzir mišljenje pacijenata o liječenju niti su zainteresirani za komunikaciju. Čitajući literaturu lako je zapasti u tu vrlo tipičnu binarnu podjelu odnosa između liječnika i pacijenata u kojem liječnici (naizgled) imaju svu moć, a pacijenti u tom odnosu ne mogu doći do izražaja jer se njihovo mišljenje zanemaruje.

Međutim, priče mojih sugovornika ipak oslikavaju drugačiju sliku. Pacijente i liječnike nije moguće svesti na jednostavnu tipologiju. Niti su svi pacijenti danas jednako informirani i željni preuzeti dominantniju ulogu u odnosu s liječnicima, niti su svi liječnici jednako (ne)skloni promjenama u odnosu između liječnika i pacijenata. Također, na isti način nije moguće tipizirati podjelu moći u odnosu liječnika i pacijenta. Kao što se iz priča mojih sugovornika može iščitati, položaji moći mijenjaju se od odnosa do odnosa, a ovise i o percepciji sudionika u tom odnosu; o njihovoj percepciji sebe, svojeg liječnika, drugih pacijenata i ostalih sudionika u polju medicinske prakse. Uostalom, cilj ovog rada niti nije pružiti „objektivnu“ sliku odnosa unutar bolnice u javnozdravstvenom sustavu u Hrvatskoj danas, već naglasiti sve one perspektive, percepcije i vrijednosti koji na te odnose potencijalno utječu i mijenjaju ih. Stoga riječi mojih sugovornika oslikavaju heterogenu sliku bolnice i odnosa između liječnika, pacijenata i drugih zdravstvenih radnika.

Do izražaja u toj heterogenoj slici dolaze ne samo nejednakosti položaja između pacijenata, nego i nejednakosti položaja između samih liječnika te ostalih zdravstvenih radnika. Povrh hijerarhije uvjetovane samom institucijom, liječnici su podložni procjeni ovisno o raznim faktorima vezanima na njihovu profesiju, ali i izvan nje o čemu nisam detaljno pisala, iako je to tema koja se pojavljuje u nekoliko razgovora sa sugovornicima. Primjer toga je negativan stav nekih od specijalista i specijalizanata (s kojima sam razgovarala) prema kirurzima, a koje je jedan sugovornik nazvao

„mesarima.“ Dakle i sama specijalizacija već ima potencijal izazvati određene predrasude među liječnicima. Nadalje, očiti su primjeri rodne diskriminacije i spolnog uznemiravanja: kao i u mnogim drugim profesijama, liječnice i druge zdravstvene radnice ponekad se tretiraju drugačije zbog svojeg spola. Osim roda, procjenjuje se dob liječnika i liječnica, način na koji se odijevaju, kako govore, kako se šminkaju i sl. Iako se isprva može činiti da ih bijela kuta i stetoskop na neki način „štite“, očito je iz podataka koje sam iznijela u ovom radu da to nije tako te da su i oni podložni mehanizmima moći koji prožimaju čitavo društvo i koji nisu ograničeni samo na javnozdravstveni sustav.

Ono što je započelo kao istraživanje o komunikaciji pretvorilo se u kaleidoskop niza elemenata koji utječu na odnos između liječnika i pacijenata te njihov položaj u polju medicinske prakse. U mojem je istraživanju, za većinu kapitala koje moji sugovornici ističu kao one koji im osnažuju ili oslabljuju poziciju u polju medicinske prakse, skoro pa nemoguće reći jesu li isti doista imali utjecaja na tijek njihovog liječenja, odnos s liječnicima i njihovu poziciju u polju medicinske prakse. To je zato što nisam imala izravan pristup njihovoj interakciji s liječnicima tijekom liječenja niti su svi moji liječnici-sugovornici liječili moje pacijente-sugovornike. Stoga može biti samo riječ o percepciji utjecaja različitih kapitala na poziciju mojih sugovornika unutar polja medicinske prakse. Društvene vrijednosti i kapitali koje spominju i za koje moji sugovornici smatraju da utječu na njihovu poziciju u polju ukazuju na neke od karakteristika društvenih diskursa koji oblikuju iskustvo sudionika u polju medicinske prakse.

Svoj rad vidim kao razradu i nadogradnju već postojećih studija koja istražuju temu odnosa između liječnika i pacijenata te položaj pacijenata u javnozdravstvenom sustavu u Republici Hrvatskoj. Kroz razgovor sa sugovornicima, koji je često bio neusmjeren i odviše nestrukturiran, upravo zahvaljujući izranjajućem nacrtu istraživanja, smatram da sam se dotaknula brojnih tema koje se tiču pitanja moći i kapitala unutar javnozdravstvenog konteksta i od kojih sam uglavnom sve pokušala predstaviti unutar ovog rada. To je ujedno i potencijalan nedostatak rada jer osim širokog teorijskog okvira koji obuhvaća sve razrađene teme, skoro je svako potpoglavlje moglo biti i zasebni rad da sam se odmah na samom početku istraživanja usmjerila isključivo na tu temu. Međutim, taj je nedostatak istovremeno i prednost jer mi moj doktorski rad stoga može poslužiti kao dobar temelj za brojna nova istraživačka pitanja o nejednakostima uzrokovanih društvenim i

kulturnim faktorima unutar javnozdravstvenog sustava u Hrvatskoj, čemu se planiram posvetiti u svojim daljnjim istraživanjima.

Smatram da sam kroz svoj rad uspješno prikazala da je zdravstvena skrb isprepletana i neodvojiva od društvenih procesa, društvenih struktura i kulture. Odnosi moći između liječnika i pacijenata nisu čvrsto određeni, već su stalno podložni pregovaranjima te ovise o percepciji i strategijama pozicioniranja sudionika u polju biomedicinske prakse. Također, na komunikaciju i informiranje pacijenata utječu brojni čimbenici kao što su procjena jezične kompetencije, komunikacijske strategije te razni oblici kapitala. U radu detaljno analiziram i dajem pregled različitih strategija pozicioniranja i odnosa moći u javnozdravstvenom sustavu, utjecaja društvenih struktura i procesa na pozicioniranje sudionika unutar javnozdravstvenog sustava te utjecaja potrošačkih ideologija (neoliberalizma) na promjene u javnozdravstvenom sustavu i odnose među pacijentima i liječnicima.

Smatram da je jedan od glavnih doprinosa istraživanja u tome da je riječ o temi i analizi koji su zasad (nezasluženo i neopravdano) slabo istraženi i zastupljeni u Republici Hrvatskoj. Prikaz slojevitosti i kompleksnosti društvenih odnosa u javnozdravstvenom sustavu kao i prikaz komunikacijskih procesa, strategija i prepreka imaju i potencijal za praktiču primjenjivost i poboljšanje javnozdravstvene prakse u Republici Hrvatskoj.

Popis literature

Abu-Lughod, L. (2014). Writing Against Culture. U Moore, H. i Sanders, T. (ur.), *Anthropology in Theory: Issues in Epistemology* (str. 386-399). John Wiley & Sons.

Adams, T. E., Linn, H. J., i Ellis, C. (2015). *Autoethnography*. Oxford University Press.

Ainsworth-Vaughn, N. (1994). Is that a rhetorical question? Ambiguity and power in medical discourse. *Journal of Linguistic Anthropology*, 4(2), 194-214.

Ainsworth-Vaughn, N. (1998). *Claiming power in doctor-patient talk*. Oxford University Press on Demand.

Ainsworth-Vaughn, N. (2001). The Discourse of Medical Encounters. U Schiffrin, D., Tannen, D., i Hamilton, H.E. (ur.). *Handbook of Discourse Analysis* (str.453-470). Blackwell Publishers.

Alotaibi F.S, Alsaeedi A. (2016). Attitudes of medical students toward communication skills learning in Western Saudi Arabia. *Saudi Med J.*, 37(7), 791-5.

Andorno, R. (2005). The Oviedo Convention: A European Legal Framework at the Intersection of Human Rights and Health Law. *Journal of International Biotechnology Law*, 2, 133-143.

Annandale, E. (2013). Gender theory and health. U Cockerham, W.C. (ur.), *Medical sociology on the move: New directions in theory* (str.155-171). Springer.

Annas, G.J. (2004). *The Rights of Patients: The Authoritative ACLU Guide to Patient Rights*. New York University Press.

Anvik T, Grimstad H, Baerheim A, Bernt Fasmer O, Gude T, Hjortdahl P, Holen A, Risberg T, Vaglum P. (2008). Medical students' cognitive and affective attitudes towards learning and using communication skills-a nationwide cross-sectional study. *Medical Teacher*, 30 (3), 272-279.

Apte, M. L. (1985). *Humor and laughter: An anthropological approach*. Cornell university press.

Arendt, H. (1970). *On violence*. Houghton Mifflin Harcourt.

Armstrong, D. (2002). Bodies of knowledge/knowledge of bodies. U Jones, C., Porter, R. (ur.), *Reassessing Foucault* (str. 17-27). Routledge.

Arney, W. R., i Bergen, B. J. (1983). The anomaly, the chronic patient and the play of medical power. *Sociology of Health & Illness*, 5(1), 1-24.

Babacanali, A., Balen, I., Brechelmacher, A., Dodig, D., Đula, K., Gulić, S., Hostić, V., Juras, J., Katavić, M., Kopjar, T., Kust, D., Pintarić Japec, V., Štefančić, V., Vučemilo, L., Vučur, K., Goluža, T. (2016). Zadovoljstvo mladih liječnika u Republici Hrvatskoj: Idemo li u pravom smjeru? *Liječnički Vjesnik*, 138, 179-188.

Bakar, Ž. (2009). Korijeni nezadovoljstva liječnika primarne zdravstvene zaštite. *Časopis Hrvatske udruge obiteljske medicine*, 17(1-2), 85-92.

Balint, J., i Shelton, W. (1996). Regaining the initiative: forging a new model of the patient-physician relationship. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 275(11), 887-891.

Bartholome, W. G. (1992). A revolution in understanding: how ethics has transformed health care decision making. *QRB. Quality Review Bulletin*, 18(1), 6-11.

Bašić, M. i Knežević, B. (2018). Provođenje ankete o zadovoljstvu pacijenata u KBC Zagreb. U Juroš (ur.) *18. Hrvatska konferencija o kvaliteti i 9. Znanstveni skup Hrvatskog društva za kvalitetu – Međunarodni stručni i znanstveni skup*, 34-37.

Beauchamp, S. R., i Baran, S. J. (2017). *Introduction to human communication: Perception, meaning, and identity*. Oxford University Press.

Beauchamp, T. L. (2011). Informed consent: its history, meaning, and present challenges. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 20(4), 515-523.

de Beauvoir, S. (1956). *The Second Sex*. London: Jonathan Cape. (Prvo izdanje na engleskom objavljeno 1953).

Becker, G. (1997). *Disrupted Lives: How People Create Meaning in a Chaotic World*. University of California Press.

Becker, G. (2003). Phenomenology of health and illness. U C.R. Ember i M. Ember (ur.), *Encyclopedia of medical anthropology: Health and illness in the world's cultures*, (str. 125-136). Kluwer Academic.

Beisecker, A. E. (1990). Patient power in doctor-patient communication: What do we know?. *Health communication*, 2(2), 105-122.

Belaj, M. (2018). *Vino, rakija, a može i limončelo: etnografija obiteljske proizvodnje i konzumacije alkoholnih pića*. Institut za etnologiju i folkloristiku.

Benbassat J. (1996). Teaching the social sciences to undergraduate medical students. *Israel journal of medical sciences*, 32(3-4), 217-221.

Bennett, M. P., Zeller, J. M., Rosenberg, L., i McCann, J. (2003). The effect of mirthful laughter on stress and natural killer cell activity. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 9(2), 38-45.

Bennett, T., Frow, J., Hage, G., i Noble, G. (2013). Antipodean fields: working with Bourdieu. *Journal of sociology*, 49(2-3), 129-150.

Berg, J. W., Appelbaum, P. S., Lidz, C. W., i Parker, L. S. (2001). *Informed consent: legal theory and clinical practice*. Oxford University Press.

Berlyne, D. E. (1972). Humor and its kin. U Goldstein, J.H., McGhee, P.E. (ur), *The psychology of humor* (str. 43– 60). Academic Press.

Bevir, M. (1999). Foucault, power, and institutions. *Political studies*, 47(2), 345-359.

Bíró, A. (2013). Copayments, gatekeeping, and the utilization of outpatient public and private care at age 50 and above in Europe. *Health Policy*, 111(1), 24-33.

Biti, O. i Škokić, T. (2017). Problemi i izazovi humanistike: uvodno o stranputicama. U Bagarić, P., Biti, O., Škokić, T. (ur.). *Stranputice humanistike* (str. 7-20). Institut za etnologiju i folkloristiku.

Black, S. P., i Riner, R. C. (2021). Care as a Methodological Stance: Research Ethics in Linguistic Anthropology. U Perrino, S.M., Pritzker, S.E. (ur.), *Research Methods in Linguistic Anthropology* (str. 97-124). Bloomsbury Academic.

Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. Routledge.

Bloor, M., Frankland, J., Thomas, M. i Robson, K. (2001) *Focus Groups in Social Research*. Sage Publications.

Blumhagen, D. W. (1979). The doctor's white coat: the image of the physician in modern America. *Annals of internal medicine*, 91(1), 111-116.

Boreham, P., i Gibson, D. (1978). The informative process in private medical consultations: a preliminary investigation. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 12, 409-416.

Boren, M. E. (2001). *Student resistance: A history of the unruly subject*. Routledge.

Bourdieu, P. (1984). *Distinction: a Social Critique of the Judgement of Taste*. Harvard University Press.

Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital. U Richardson, J. (ur.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (str. 241-258). Greenwood.

Bourdieu, P. (1987). The force of law: Toward a sociology of the juridical field. *The Hastings Law Journal*, 38, 805-853.

Bourdieu, P. (1991). *Language and symbolic power*. Harvard University Press.

Bourdieu, P. (2000). *Pascalian meditations*. Polity Press.

Bourdieu, P., i Wacquant, L.J.D. (1992). *An Invitation to Reflexive Sociology*. University of Chicago Press.

Bourdieu, P., & Wacquant, L. (2013). Symbolic capital and social classes. *Journal of classical sociology*, 13(2), 292-302.

Bourriaud, N. (2015). Altermodern manifesto: Potmodernism is dead. U Rudrum, D. i Stavris, N. (ur.). *Supplanting the postmodern: An Anthology of Writings on the Arts and Culture of the Early 21st Century* (str. 251-253). Bloomsbury Academic.

Boyne, R., i Rattansi, A. (1990). The theory and politics of postmodernism: By way of an introduction. U Boyne, R., Rattansi, A. (ur.), *Postmodernism and society* (str. 1-45). Macmillan Education.

Božanić, J. (2018). *Poslovice otoka Visa, paremiološke i stilističke interpretacije, korpus i leksik. Čakavska rič*, (1-2), 5-157.

Božić-Vrbančić, S., (2008). Diskurzivne teorije i pitanje europskog identiteta. *Etnološka tribina*, 31(38), 9-38.

Braš, M., Dorđević, V., i Miličić, D. (2011). Komunikacija liječnika i bolesnika. *Medix*, 92(1), 38-43.

Brenko, A., Dugac, Ž., i Randić, M. (2001), *Narodna medicina*. Etnografski muzej Zagreb.

Brinkman, S. (2013) *Qualitative Interviewing*. University Press.

Brkljačić, M. (2013). Etički aspekti komunikacije u zdravstvu. *Medicina Fluminensis*, 49(2), 136-143.

Broom, A. (2005). Virtually He@lthy: The Impact of Internet Use on Disease Experience and the Doctor-Patient Relationship. *Qualitative Health Research*, 15(3), 325-345.

Brown, B., Crawford, P., Nerlich, B., i Koteyko, N. (2008). The habitus of hygiene: discourses of cleanliness and infection control in nursing work. *Social Science & Medicine*, 67(7), 1047-1055.

- Brown, L. D., Tang, X., i Hollman, R. L. (2014). The structure of social exchange in self-help support groups: Development of a measure. *American Journal of Community Psychology*, 53, 83-95.
- Broz, T. i Švaljek, S. (2014). Financiranje zdravstva u Hrvatskoj: od reforme do reforme. U Vehovec, M. (ur.), *O Zdravstvu iz ekonomske perspektive* (str. 51-75). Ekonomski institut.
- Brumnić, V., i Šimunović, D. (2015). Timski rad u fizioterapiji–temelj suvremene rehabilitacijske doktrine. *Jahr–European Journal of Bioethics*, 6(1), 87-112.
- Buchanan, A. (1978). Medical paternalism. *Philosophy & Public Affairs*, 7(4), 370-390.
- Bucholtz, M. (2000). The politics of transcription. *Journal of pragmatics*, 32(10), 1439-1465.
- Buckman, R. (1992). *How to Break Bad News*. University of Toronto Press.
- Budak, J., i Rajh, E. (2014) Korupcija u zdravstvu u Hrvatskoj: mit ili stvarnost?. M. Vehovec (ur), *O zdravstvu iz ekonomske perspektive* (str. 247-270). Ekonomski institut.
- Butler, C. (2002). *Postmodernism: A very short introduction*. Oxford Paperbacks.
- Bynum, W. (2008). *The history of medicine: a very short introduction*. Oxford University Press.
- Cameron, R., i Williams, J. (1997). Sentence to ten cents: A case study of relevance and communicative success in nonnative–native speaker interactions in a medical setting. *Applied Linguistics*, 18(4), 415-445.
- Campbell, M. L. (1994). Breaking bad news to patients. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 271(13), 1052-1052.
- Carey, J. W. (2008). *Communication as culture, revised edition: Essays on media and society*. Routledge. (Prvo izdanje objavljeno 1989)
- Carpiano, R. M. (2007). Neighborhood social capital and adult health: An empirical test of a Bourdieu-based model. *Health & place*, 13(3), 639-655.

Cerjan-Letica, G., i Letica, S. (2003). Uloge i odnosi pacijenta i liječnika. U: Cerjan-Letica, G., Letica, S., Babić-Bosanac, S., Mastilica, M., Orešković, S. (ur.) *Medicinska sociologija* (str. 157-170). Medicinska naklada.

Chomsky, N. (1957). *Syntactic Structures*. Mouton.

Chomsky, N. (1959). Chomsky, N. A review of BF Skinner's Verbal behavior. *Language*, 35 (1), 26–58.

Clegg, S.R. (1997). *Frameworks of power*. Sage Publications. (Prvo izdanje objavljeno 1989.)

Coleman, J. S. (1986). Social theory, social research, and a theory of action. *American journal of Sociology*, 91(6), 1309-1335.

Coleman, J. S. (1987). The creation and destruction of social capital: implications for the law. *Notre Dame Journal of Law, Ethics & Public Policy*, 3, 375-404.

Collins, P. J. (1999). Disrupted Lives: How People Create Meaning in a Chaotic World. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 5(1), 128-130.

Collyer, F. M., Willis, K. F., Franklin, M., Harley, K., i Short, S. D. (2015). Healthcare choice: Bourdieu's capital, habitus and field. *Current Sociology Monograph*, 63(5), 685-699.

Cook, K. S. (2014). Social capital and inequality: the significance of social connections. U McLeod, J.D., Lawler, E.J. i Schwalbe, M. (ur.), *Handbook of the social psychology of inequality* (str. 207-227). Springer.

Coons, C., Weber, M. (2013). *Paternalism: Theory and Practice*. Cambridge University Press.

Coulter, A. (1999). Paternalism or partnership? Patients have grown up – and there's no going back. *BMJ*, 319, 719-720.

Coulter, A., i Magee, H. (2003). *The European patient of the future*. Open University Press.

Čapo Žmegač, J. (2006). Etnolog i njegove publike: O restituciji etnografskih istraživanja. U Čapo Žmegač, J., Gulin Zrnić, V., i Šantek, G.P. (Ur.), *Etnologija bliskoga: Poetika i politika suvremenih terenskih istraživanja* (str. 213-236). Jesenski i Turk.

Čapo Žmegač, J., Gulin Zrnić V. i Šantek, G.P. (2006). Etnologija bliskoga: Poetika i politika suvremenih terenskih istraživanja. U Čapo Žmegač, J., Gulin Zrnić, V., i Šantek, G.P. (ur.), *Etnologija bliskoga: Poetika i politika suvremenih terenskih istraživanja* (str. 7-52). Jesenski i Turk.

Jasna Čapo Žmegač. (2010). "DEATH PRIMARILY BELONGS TO THE DYING": A CONTRIBUTION TO THE ANTHROPOLOGY OF DEATH AND DYING. *Narodna Umjetnost: Hrvatski Časopis Za Etnologiju i Folkloristiku*, 47(1), 49–67.

Čapo, J. (2017). Integriranje kulturne antropologije u kliničku praksu. Kulturna značenja i odnos liječnika i pacijenta. *Etnološka tribina*, 47(40), 222–235.

Čizmić, J. (2008). Pravo pacijenata na obaviještenost, s posebnim osvrtom na zaštitu tajnosti podataka o zdravstvenom stanju pacijenta. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, 29(1), 227-275.

Dahl, R. A. (1961). *Who governs? Democracy and Power in an American City*. Yale University Press.

Dale, K., Burrell, G. (2008). *The spaces of organisation and the organisation of space: Power, identity and materiality at work*. Palgrave Macmillan.

DeChillo, N., Koren, P. E., i Schultze, K. H. (1994). From paternalism to partnership: Family and professional collaboration in children's mental health. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64(4), 564-576.

Deckers, L., i Devine, J. (1981). Humor by violating an existing expectancy. *The Journal of Psychology*, 108(1), 107-110.

DeIVecchio Good, M. J. D., i Good, B. J. (2000). Clinical narratives and the study of contemporary doctor-patient relationships. U Albrecht, G.L., Fitzpatrick, R. i Scrimshaw S.C. (ur.), *The handbook of social studies in health and medicine* (str. 243-258). Sage Publications.

Den Exter, A. (2016). Homosexuals and blood donation: a delicate issue for the European Union Court of Justice. *Blood Transfusion*, 14(6), 500-503.

Desai, T., Ali, S., Fang, X., Thompson, W., Jawa, P., i Vachharajani, T. (2016). Equal work for unequal pay: the gender reimbursement gap for healthcare providers in the United States. *Postgraduate Medical Journal*, 92(1092), 571-575.

Dilley, R. M. (2002). The problem of context in social and cultural anthropology. *Language & Communication*, 22(4), 437-456.

Divković, M. (1997). *Latinsko-hrvatski rječnik za škole*. Naprijed.

Donath, J. S. (2004). „Identitet i prijevara u virtualnoj zajednici“. U Senjković, R. i Pleše, I. (ur.), *Etnografije interneta* (str. 125-160). Institut za etnologiju i folkloristiku.

Douglas, M. (1984). *Purity and danger: An analysis of concept of pollution and taboo*. Routledge & Kegan Paul. (prvo izdanje objavljeno 1966.)

Drezgić, R. (2016). Istorija kontrole rađanja u Srbiji: Sprečavanje i/ili prekid trudnoće. *Sociologija*, 58(3), 335-349.

Durin, S. (2020). *Hrvati su brend u Čileu: diskursi uspješnosti i pripadanja*. Institut za etnologiju i folkloristiku.

Edgerton, J. D., i Roberts, L. W. (2014). Cultural capital or habitus? Bourdieu and beyond in the explanation of enduring educational inequality. *Theory and Research in Education*, 12(2), 193-220.

Edwards, N., Kornacki, M. J., i Silversin, J. (2002). Unhappy doctors: what are the causes and what can be done?. *BMJ*, 324(7341), 835-838.

- Emanuel, E. J., i Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 267(16), 2221-2226.
- Erickson, F., i Rittenberg, W. (1987). Topic control and person control: A thorny problem for foreign physicians in interaction with American patients. *Discourse Processes*, 10(4), 401-415.
- Evans, K. (2000). *The Stuckists: The First Remodernist Art Group*. Victoria Press.
- Faden, R. R., Beauchamp, T. L., I King, N. M. P. (1986). *A history and theory of informed consent*. Oxford University Press.
- Farkas, G. (1996). *Human Capital or Cultural Capital? Ethnicity and Poverty Groups in an Urban School District*. Aldine de Gruyter.
- Farkas, G. (2003). Cognitive skills and noncognitive traits and behaviors in stratification processes. *Annual review of sociology*, 29(1), 541-562.
- Farkas, G., Grobe, R. P., Sheehan, D., I Shuan, Y. (1990). Cultural resources and school success: Gender, ethnicity, and poverty groups within an urban school district. *American sociological review*, 55(1) 127-142.
- Farraj, R., i Baron, J. H. (1991). Why do hospital doctors wear white coats?. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 84(1), 43-43.
- Featherstone, M. (2007). *Consumer culture and postmodernism*. SAGE Publications.
- Feinberg, L. (1978). *The secret of humor*. Rodopi.
- Feo, O. (2008). Neoliberal policies and their impact on public health education: Observations on the Venezuelan experience. *Social Medicine*, 3(4), 223-231.
- Fischer, B. A. (2006). A Summary of Important Documents in the Field of Research Ethics. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 69–80.
- Foucault, M. (1965). *Madness and Civilization*. Vintage Books.

- Foucault, M. (1970). The archaeology of knowledge. *Social science information*, 9(1), 175-185.
- Foucault, M. (1973). *The order of things: An archaeology of the human sciences*. Vintage.
- Foucault, M. (1976). *Birth of the clinic: An archaeology of medical perception*. Routledge.
- Foucault, M. (1978). *Discipline and Punish*. Vintage Books.
- Foucault, M. (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings, 1972-1977*. Vintage Books.
- Foucault, M. (1980). *The history of sexuality, Vol. 1*. Vintage Books.
- Foucault, M. (1982). Subject and Power. *Social Inquiry*, 8(4), 777-795.
- Foucault, M. (2001). *Madness and Civilization; A History of Insanity in the Age of Reason*. Routledge. (Prvo izdanje na engleskom objavljeno 1967).
- Foucault, M. (2002). *Archaeology of Knowledge*. Routledge. (Prvo izdanje na engleskom objavljeno 1972)
- Fox, N. J. (2014). Post-structuralism and postmodernism. U W.C. Cockerham, R. Dingwall, S.R. Quah (ur.) *The Wiley-Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior and Society*. Chichester: Wiley (str. 1855-1860). Wiley.
- Franjo, J., Režić, S. i Tot, B. (2020). Zadovoljstvo pacijenata radom medicinske sestre / medicinskog tehničara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. *Croatian Nursing Journal*, 4(1), 5-19.
- Frère, B. (2011). Bourdieu's sociological fiction: A phenomenological reading of habitus. U S. Susen, B.S. Turner (ur.). *The legacy of Pierre Bourdieu: Critical Essays* (str. 247-270). Anthem Press.
- Frewer, A. (2010). Human rights from the Nuremberg Doctors Trial to the Geneva Declaration. Persons and institutions in medical ethics and history. *Medicine, health care and philosophy*, 13(3), 259-268.

Friganović, A., Kalauz, S., Redžić, M., Ilić, B., Kovačević, I. i Vidmanić, S. (2018). Zadovoljstvo pacijenta kao indikator kvalitete zdravstvene njege u jedinici intenzivnog liječenja. *Croatian Nursing Journal*, 2(1), 5-20.

Garro, L. C. (2000). Cultural Knowledge as Resource in Illness Narratives: Remembering through Accounts of Illness. U C. Mattingly i L. C. Garro (ur.), *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing* (str. 70–87). University of California Press.

Gavioli, L. i Baraldi, C. (2011). Interpreter-mediated interaction in healthcare and legal settings. *Interpreting*, 13(2), 205-233.

Genep, A. (1960). *The Rites of Passage*. University of Chicago Press.

Giddens, A. (1986) *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. The University of California Press. (prvo izdanje objavljeno 1984.)

Gjuran-Coha, A., i Bosnar-Valković, B. (2013). Lingvistička analiza medicinskoga diskursa. *JAHN–European Journal of Bioethics*, 4(1), 107-128.

Goffman, E. (1974). *Frame analysis: An essay on the organization of experience*. Harvard University Press.

Goleman, D. (2006). *Social Intelligence: The New Science of Human Relationships*. Bantam Dell, A Division of Random House.

Good, B.J., Del Vecchio Good, M.J. (1981). The Semantics of Medical Discourse. U E. Mendelsohn, Y. Elkana, (ur.) *Sciences and Cultures. Sociology of the Sciences a Yearbook*, 5 (str. 177-212). Springer, Dordrecht

Good, B. J., i DelVecchio Good, M.J. (2000). “Fiction” and “Historicity” in Doctors’ Stories: Social and Narrative Dimensions of Learning Medicine. U C. Mattingly i L. C. Garro (ur.), *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing* (str. 50–69). University of California Press.

Goodyear-Smith, F., i Buetow, S. (2001). Power issues in the doctor - patient relationship. *Health care analysis*, 9(4), 449-462.

Gordon, D.R. (1988). Tenacious Assumptions in Western Medicine. U Lock, M., Gordon, D. (ur.) *Biomedicine Examined. Culture, Illness and Healing* (str. 19-56). Springer, Dordrecht.

Grant-Kels, J. M. (2017). Sexism in medicine, circa 2016-2017. *International Journal of Women's Dermatology*, 3(1), 68-69.

Green, J., Franquiz, M., i Dixon, C. (1997). The myth of the objective transcript: Transcribing as a situated act. *Tesol Quarterly*, 31(1), 172-176.

Grenfell, M. (2008). Biography of Bourdieu. U M, Grenfell (ur.), *Pierre Bourdieu: Key Concepts* (str. 9-10). Acumen.

Gude, T., Tyssen, R., Anvik, T., Grimstad, H., Holen, A., Baerheim, A., Vaglum, P., Løvseth, L. (2020). Have medical students' attitudes towards clinical communication skills changed over a 12-year period? A comparative long-term study. *BMC Medical Education*, 20(11), 1-7.

Gulin Zrnić, V. (2005). Domestic, one's own, and personal: auto-cultural defamiliarisation. *Narodna umjetnost: hrvatski časopis za etnologiju i folkloristiku*, 42(1), 161-181.

Gulin Zrnić, V. (2015). "Gradski mali vrtovi" – urbane heterotopije. U T. Rubić i V. Gulin Zrnić, (ur.), *Vrtovi našega grada - studije i zapisi o praksama urbanog vrtlarenja* (str. 52-59). Institut za etnologiju i folkloristiku.

Gupta, A., i Ferguson, J. (1997). Discipline and Practice: "the field" as site, method, and location in anthropology. U A. Gupta i J. Ferguson, (ur.), *Anthropological Locations, Boundaries And Grounds of a Field Science* (str. 1-47). University of California Press.

Habermas, J., i McCarthy, T. (1977). Hannah Arendt's communications concept of power. *Social research*, 44(1), 3-24.

- Hall, J. R. (1992). The capital (s) of cultures: A nonholistic approach to status situations, class, gender, and ethnicity. U M. Lamont i M. Fournier (ur.), *Cultivating differences: Symbolic boundaries and the making of inequality* (str. 257-285). The University of Chicago Press.
- Hannerz, U. (2020). Studying down, up, sideways, through, backwards, forwards, away and at home: Reflections on the field worries of an expansive discipline. U P. Collins i S. Coleman (ur.), *Locating the Field: Space, Place and Context in Anthropology* (str. 23-43). Berg.
- Haraway, D. (1988). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist studies*, 14(3), 575-599.
- Haraway, D. (1991). *Simians, Cyborgs, and Women: the Reinvention of Nature*. Routledge: New York.
- Hardey, M. (1999). Doctor in the house: the Internet as a source of lay health knowledge and the challenge to expertise. *Sociology of Health & Illness*, 21(6), 820-835.
- Harrison, M. E., i Walling, A. (2010). What do we know about giving bad news? A review. *Clinical Pediatrics*, 49(7), 619-626.
- Harvey, D. (2005). *A brief history of neoliberalism*. Oxford University Press.
- Hassan, I. (2015) Beyond postmodernism: Toward an aesthetic of trust (2003). U D. Rudrum i N. Stavris (ur.), *Supplanting the postmodern: An anthology of writings on the arts and culture of the early 21st century* (str. 13-30). Bloomsbury Academic.
- Hayward, C.R. (2004). *De-Facing Power*. Cambridge University Press. (Prvo izdanje objavljeno 2000.)
- Heath, C. (1992). Diagnosis in the general-practice consultation. U P. Drew i J. Heritage (ur.), *Talk at work* (str. 235-267). Cambridge University Press.
- Hesse, B. W., Nelson, D. E., Kreps, G. L., Croyle, R. T., Arora, N. K., Rimer, B. K., i Viswanath, K. (2005). Trust and sources of health information: the impact of the Internet and its implications

for health care providers: findings from the first Health Information National Trends Survey. *Archives of internal medicine*, 165(22), 2618-2624.

Hoffmann, D. E. (1993). Evaluating ethics committees: A view from the outside. *The Milbank Quarterly*, 71(4), 677.

Howard Markel, M. D. (2006). The stethoscope and the art of listening. *The New England journal of medicine*, 354(6), 551.

Hunt, L. M. (2000). Strategic Suffering: Illness Narratives as Social Empowerment among Mexican Cancer Patients. U C. Mattingly i L. C. Garro (ur.), *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing* (str. 88–107). University of California Press.

Hutcheon, L. (2015). Epilogue: The Postmodern... in Retrospect and Gone Forever, but Here to Stay: The Legacy of the Postmodern. U D. Rudrum i N. Stavris (ur.), *Supplanting the Postmodern: An Anthology of Writings on the Arts and Culture of the Early 21st Century* (str. 3-12). Bloomsbury Academic.

Hyden, L.C. (1997). Illness and Narrative. *Sociology of Health & Illness*, 19(1), 48-69.

Hymes, Dell H. (1972). 1972 On Communicative Competence. U Pride, J.B., i Holmes, J. (ur.), *In Sociolinguistics: Selected Reading*. (str. 269-293). Penguin.

Ivčić S, Vračar A, Weygand L. (2017). Primarna zdravstvena zaštita u Hrvatskoj od samoupravljanja do tranzicije: korijeni ideja privatizacije. U C. Bonfiglioli i B. Koroman (ur.). *Socijalizam: izgradnja i razgradnja Zbornik odabranih radova s Drugog međunarodnog znanstvenog skupa Socijalizam na klupi* (str. 99-128). Srednja Europa: Sveučilište Jurja Dobrile u Puli.

Jenkins, R. (2005) Habitus. U G. Ritzer (ur.) *Encyclopedia of Social Theory, Vol 1*. (str. 352-353). SAGE Publications.

Jones, C., i Porter, R. (1994). *Reassessing Foucault: power, medicine, and the body*. Routledge.

- Jones, R. H. (2015). Discourse and health communication. U D. Tannen, H.E. Hamilton i D. Schiffrin (ur.) *The handbook of discourse analysis* (str. 841-857). Wiley Blackwell.
- Jones, V. A. (1999). The white coat: why not follow suit?. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 281(5), 478-478.
- Jonsen, A. R. (2003). *The Birth of Bioethics*. Oxford University Press. (Prvo izdanje objavljeno 1998.)
- Jørgensen, M., & Phillips, L. (2002). *Discourse Analysis as Theory and Method*. Sage.
- Jurić, T. (2020). Najskuplji liječnik i sestra su oni kojih nema. *MEDIX*, 26(144-145), 30-33.
- Kabalin, M., Grubišić-Greblo, H., Diminić-Lisica, I., Maletestinić, Đ. i Baričev-Novaković, Z. (2002). Ispitivanje mišljenja liječnika o kvaliteti komunikacija na području Doma zdravlja Rijeka. U M. Eris (ur.), *Zbornik: Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite* (str. 54-63). Dom zdravlja Dr.Lino Perđić.
- Kantar, S., i Svržnjak, K. (2007). Prilozi za bibliografiju o bioetici u Hrvatskoj (1990.-2007.). *Socijalna ekologija: časopis za ekološku misao i sociologijska istraživanja okoline*, 16(2-3), 231-248.
- Karaeva, O. (2015) Perceptions of Fairness and Effectiveness in the Health-Care Systems of Different Countries (According to ISSP Data). *Sociological Research*, 54 (2), 91-120,
- Katić, M., Rumboldt, M., Materljan, E., i Gmajnić, R. (2009). Analiza stanja u obiteljskoj medicini u Hrvatskoj i nužnost promjena. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 15(80/81), 51-56.
- Kazory, A. (2008). Physicians, their appearance, and the white coat. *The American journal of medicine*, 121(9), 825-828.
- Keller, R. (2018). Michel Foucault: Discourse, power/knowledge and the modern subject. U Wodak, R. i Forchtner, B. (ur). *The Routledge handbook of language and politics*. (str. 67-81). Routledge.

Kihlstrom, J. F., i Cantor, N. (2011). Social intelligence. U Sternberg, R.J., Kaufman, S.B. (ur.), *Cambridge Handbook of intelligence* (str. 564-581). Cambridge University Press.

Kirby, A. (2009). *Digimodernism: How New Technologies Dismantle the Postmodern and Reconfigure Our Culture*. Continuum.

Klasifikacija djelatnosti udruga u Republici Hrvatskoj NN 4/2015. Preuzeto 09.11.2022. s <https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/dodatni/434417.pdf>

Kleinman, A., i Seeman, D. (2000). Personal experience of illness. U Albrecht, G.L, Fitzpatrick, R., Scrimshaw S.C. (ur.), *The handbook of social studies in health and medicine* (str. 230-242). Sage Publications Ltd.

Klinar, I., Kolumbić Lakoš, A., Kovačić, D., Srkalović-Imširagić, A., Hadžić-Kostrenčić, C., Gašparić, M., Maleković, G. (2010). Tko je pouzdaniji izvor medicinskih informacija – liječnik ili internet? *Medicus*, 2010, 19(1), 99-103.

Knežević, B., Golubić, R., Milošević, M., Matec, L., i Mustajbegović, J. (2009). Zdravstveni djelatnici u bolnicama i stres na radu: istraživanje u Zagrebu. *Sigurnost: časopis za sigurnost u radnoj i životnoj okolini*, 51(2), 85-92.

Kocković Zaborski, T. (2017). Turizam pamćenja i tradicijska prehrana. Okusi i vještine pripremanja jela u istarskim agroturizmima. *Etnološka tribina*, 47(40), 127-140.

Kocković, T. (2005). Gušti od salate. *Etnološka istraživanja*, (10), 210-213.

Kolešnik, L. (2010). A Decade of Freedom, Hope and Lost Illusions. Yugoslav Society in the 1960s as a Framework for New Tendencies. *Radovi Instituta za povijest umjetnosti* (34), 211-224.

Kolešnik, L. (2012). Conflicting Visions of Modernity and the Post-war Modern Art. U Kolešnik, Lj. i Šimić, I. (ur.). *Socialism and Modernity: Art, Culture Politics 1950–1974* (str. 107-180). Institut za povijest umjetnosti.

- Kothari, M.P., i Kothari, V. (2008). Cross-Cultural Healthcare Challenges: An Insight into Small American Community Hospitals. *Journal of Hospital Marketing*, 12(1), 23-32.
- Kovač, N. (2013). Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj. *Ekonomski vjesnik* 16(2), 551-562.
- Kuipers, J. C. (1989). "Medical discourse" in anthropological context: Views of language and power. *Medical Anthropology Quarterly*, 3(2), 99–123.
- Kurent, Maja. (2001). Liječnik, pacijent i karcinom. *Medicus*, 10(2), 253-256.
- Kurtz, S. M. (2002). Doctor-patient communication: Principles and practices. *Canadian Journal of Neurological Sciences / Journal Canadien Des Sciences Neurologiques*, 29(S2), 23-29.
- Laberge, S. (1995). Toward an Integration of Gender Into Bourdieu's Concept of Cultural Capital. *Sociology of Sport Journal*, (12), 132-146.
- Landy, F. J. (2006). The Long, Frustrating, and Fruitless Search for Social Intelligence: A Cautionary Tale. U Murphy, K.R. (ur.), *A critique of emotional intelligence: What are the problems and how can they be fixed?* (str. 81-123). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Lareau, A., i McNamara Horvat, E. (1999). Moments of Social Indusion and Exdusion Race, Class, and Cultural Capital in Family-School Relationships. *Sociology of Education*, 72(1), 37-53.
- Lareau, A., i Weininger, E.B. Cultural capital in educational research: A critical assessment. *Theory and Society*, 32(5/6), 567-606.
- Larson, J., Franzén-Dahlin, Å., Billing, E., von Arbin, M., Murray, V., i Wredling, R. (2005). The impact of a nurse-led support and education programme for spouses of stroke patients: a randomized controlled trial. *Journal of clinical nursing*, 14(8), 995-1003.
- Lipovetsky, G. (2005). *Hypermodern times*. Cambridge: Polity Press.
- Lock, M. (1988). Introduction. U M. Lock i A. Young, (ur.), *Culture, Illness, and Healing* (str. 3-10). Kluwer Academic Publishers.

- Lock, M. M., i Nguyen, V. (2010). *An anthropology of biomedicine*. Wiley Blackwell.
- Lupton, D. (2003). *Medicine as culture: illness, disease and the body in Western societies*. Sage Publications. (prvo izdanje objavljeno 1994.)
- Ljubešić, M. (2013). Interpersonalna komunikacija u zdravstvu. U M. Grubić, M. Ljubešić, i B. Filipović-Grčić (ur.), *Kako reći neželjenu vijest* (str. 15-48). Medicinska naklada.
- Lyotard, J. (2010). *The postmodern condition: A report on knowledge*. University of Minnesota Press.
- MacDonald, M. (2002). Pedagogy, pathology and ideology: the production transmission and reproduction of medical discourse. *Discourse & Society*, 13(4), 447-467.
- Maehle, A.H. (2011). Medical Ethics and the Law. U Jackson, M. (ur), *Oxford Handbook of the History of Medicine* (str. 543-560). Oxford University Press.
- Mahar, C., Harker, R., i Wilkes, C. (1990). The basic theoretical position. U R.K. Harker, C. Mahar, C. Wilkes (ur), *An introduction to the work of Pierre Bourdieu: The practice of theory* (str. 1-25). Palgrave Macmillan.
- Manson, N.C., i O'Neill, O. (2007). *Rethinking Informed Consent in Bioethics*. Cambridge University Press.
- Manzoor, F., i Redelmeier, D. A. (2020). Sexism in medical care: “nurse, can you get me another blanket?” *Canadian Medical Association Journal*, 192(5), E119-E120.
- Marasović Šušnjara, I. (2012). Žele li pacijenti biti informirani i sudjelovati u donošenju medicinskih odluka?. *Acta medica Croatica: Časopis Akademije medicinskih znanosti Hrvatske*, 66(4), 337-339.
- Marcus, G.E. (2010). Notes from Within a Laboratory for the Reinvention of Anthropological Method. U M. Melhuus, Mitchell, J.P. i H. Wulff (ur), *Ethnographic Practice in the Present* (str. 69-80). Berghahn Books, 69-80.

- Mason, J. (2002). *Qualitative Researching*. Sage Publications. (Prvo izdanje objavljeno 1996)
- Masters, K. (2008). For what purpose and reasons do doctors use the Internet: a systematic review. *International journal of medical informatics*, 77(1), 4-16.
- Mastilica, M. (2003). Društvene nejednakosti u zdravlju i zdravstvenoj zaštiti. U Afrić, V., Cifrić, I. i Kovačić, L. (ur.), *Medicinska sociologija* (str. 115-136). Medicinska naklada.
- May, T. (2014). Subjectification. U L. Lawlor & J. Nale (Ur.), *The Cambridge Foucault Lexicon* (str. 496–502). Cambridge University Press.
- McCall, L. (1992). Does gender fit? Bourdieu, feminism, and conceptions of social order. *Theory and society*, 21(6), 837-867.
- McCullough, L.B. (2011). Was Bioethics Founded on Historical and Conceptual Mistakes About Medical Paternalism?. *Bioethics*, 25(2), 66-74.
- McGarty, C., Yzerbyt, V.Y. i Spears, R. (2002). Social, cultural and cognitive factors in stereotype formation. U C. McGarty, V.Y Yzerbyt i R. Spears, R. (ur.), *Stereotypes as Explanations: The formation of meaningful beliefs about social groups* (str. 1-15). Cambridge University Press.
- McGhee, P. E., i Pistolesi, E. (1979). *Humor: Its origin and development*. WH Freeman.
- McLoughlin, I.P., Garrety, K., i Wilson, R. (2017). *The Digitalization of Healthcare: Electronic Records and the Disruption of Moral Orders*. Oxford University Press.
- Meyer, J. C. (2000). Humor as a double-edged sword: Four functions of humor in communication. *Communication theory*, 10(3), 310-331.
- Mermolja, T. (2019). Zadovoljstvo roditelja zdravstvenom skrbi djece u OŽB Požega. *Hrana u zdravlju i bolesti*, Specijalno izdanje (11. Štamparovi dani), 28-29.
- Miller, M., i Fry, W. F. (2009). The effect of mirthful laughter on the human cardiovascular system. *Medical hypotheses*, 73(5), 636-639.

- Mintz, D. (1992). What's in a word: The distancing function of language in medicine. *Journal of Medical Humanities*, 13(4), 223-233.
- Moral R.R, García de Leonardo C., Caballero Martínez F., Monge Martín D.. (2019) Medical students' attitudes toward communication skills learning: comparison between two groups with and without training. *Advances in Medical Education and Practice*, 12(10), 55-61.
- Morgan, D.L. (2008). Emergent Design. U L.M. Given (ur.), *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods* (str. 245-248). Sage Publications.
- Morreall, J. (1983). *Taking Laughter Seriously*. State University of New York Press.
- Morris, D.B. (2000). How to Speak Postmodern: Medicine, Illnes, and Cultural Change. *Hastings Center Report*, 30(6), 7-16.
- Možejko, E., (1997). Postmodernism in the Literatures of Former Yugoslavia. U H. Bertens i D. Fokkema (ur.), *International Postmodernism: Theory and Literary Practice* (str. 441-446). John Benjamins Publishing Company.
- Musić, G. (2009). Jugoslovenski radnički pokret 1981-1991. U T. Đorđe i P. Atanacković (ur.), *Novi društveni pokreti u Jugoslaviji od 1968. do danas* (str. 160-168). Cenzura.
- Nacionalna strategija razvoja zdravstva za razdoblje od 2012. do 2020. godine NN 116/2012. Preuzeto 02.01.2019. s <https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/dodatni/423339.pdf>
- Nader, L. (1972). Up the Anthropologist – Perspectives Gained from Studying Up. U D. Hymes (ur.), *Reinventing Anthropology* (str. 284-311). Pantheon.
- Nash, K. (2010). *Contemporary Political Sociology: Globalization, Politics, and Power*. Wiley-Blackwell.
- Nealon, J. T. (2012). *Post-postmodernism: Or, the logic of just-in-time capitalism*. Stanford University Press.

- Nelson-Marten, P., i Rich, B. A. (1999). A historical perspective of informed consent in clinical practice and research. *Seminars in Oncology Nursing*, 15(2), 81-88.
- Nikolić, S., (2003). Etika zdravstvenih radnika danas. *Glasilo Podružnice Srpskog lekarskog društva Zaječar*, 28(3-4), 87-90.
- O'Sullivan, M., Guilford, J. P., deMill, R. (1965). *The Measurement of Social Intelligence* (Psychological Laboratory Report No. 34). University of Southern California.
- Obadić, E., Blajić, B., Kerner, I., Leško.L. (2017). Tjelesna neaktivnost i troškovi zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj. *Hrvatski Športskomedicinski Vjesnik*, 32(51), 51-58.
- Osincup, P. (2020). How to use humor in clinical settings. *AMA journal of ethics*, 22(7), 588-595.
- Ostojić, R., Bilas, V., Franc, S. (2012). Unapređenje kvalitete zdravstvenih sustava zemalja članica Europske unije i Republike Hrvatske. *Poslovna Izvršnost Zagreb*, 6(2), 109-126.
- Pappas, G. (1990). Some Implications for the Study of the Doctor-Patient Interaction: Power, Structure, and Agency in the Works of Howard Waitzkin and Arthur Kleinman. *Social Science & Medicine*, 30(2), 199–204.
- Patton, C. (1990). *Inventing AIDS*. Routledge.
- Patton, C. (2002). *Globalizing AIDS*. University of Minnesota Press
- Pavličević, I., Simi, S. (2014). Mišljenje pacijenta je važno: pacijenti trebaju odlučivati o svojem liječenju zajedno s liječnicima. *Medix:specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 20(109-110), 35-38.
- Peirano, M. G. (1998). When anthropology is at home: the different contexts of a single discipline. *Annual review of anthropology*, 27(1), 105-128.
- Petrovečki, M. (2004). Informatizacija primarne zdravstvene zaštite. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 10(54/55), 76-77.

Pinxten, W., i Lievens, J. (2014). The importance of economic, social and cultural capital in understanding health inequalities: using a Bourdieu-based approach in research on physical and mental health perceptions. *Sociology of health & illness*, 36(7), 1095-1110.

Popović, S. (2017). Odrednice stavova i zadovoljstva građana hrvatskim zdravstvenim sustavom. *Medicina Fluminensis*, 53(1), 85-100.

Potkonjak, S. (2014) *Teren za antropologe početnike*. HED Biblioteka.

Pravilniku o specijalističkom usavršavanju doktora medicine NN 65/2022. Preuzeto 20.05.2022. s https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2022_06_65_927.html

Proso, M. (2006). Neka pravna pitanja informiranog pristanka u Hrvatskoj legislativi i praksi. *Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu*, 43(2), 103-114.

Puntarić, D. (2017). Ustroj hrvatskog javnog zdravstva. U D. Puntarić, I. Stašević, D. Ropac (ur.), *Javno zdravstvo* (str.41-55). Medicinska naklada.

Puntarić, D. i Stašević, I. (2017). Osobe starije životne dobi. U D. Puntarić, I. Stašević, D. Ropac (ur.), *Javno zdravstvo* (str. 197-248). Medicinska naklada.

Puntarić, D., Stašević, I., i Ropac, D. (2015). *Javno zdravstvo*. Medicinska naklada.

Putanec, V. (1987). Etimološki prinosi: 1. bikla, 2. filarka/piljarica. *Rasprave: Časopis Instituta za hrvatski jezik i jezikoslovlje*, 13(1), 79-91.

Rabinow, P. (1991). *Michael Foucault: The Foucault Reader*. Pantheon Books.

Radenović, S., Turza, K., Todorović, Z., i Jeremić, V. (2012). Institucionalizacija bioetike u Srbiji. *Socijalna ekologija: časopis za ekološku misao i sociologijska istraživanja okoline*, 21(3), 311-328.

Radibratović, I., Milutinović, K., i Sindik, J. (2013). Razumljivost govora u komuniciranju zdravstvenih djelatnika. *Sestrinski glasnik*, 18(2), 113-118.

Rakošec, Ž., Juranić, B., Mikšić, Š., Jakab, J., i Mikšić, B. (2014). Otvorena komunikacija – temelj palijativnog pristupa. *Media, culture and public relations*, 5(1), 98-103.

Raskin, V. (1985). *Semantic Mechanisms of Humor*. D. Reidel Publishing Company.

Reay, D. (2010). From the theory of practice to the practice of theory: Working with Bourdieu in research in higher education choice. U S.A. Warde (ur.), *Cultural Analysis and Bourdieu's Legacy: Settling accounts and developing alternatives*, (str. 75-86). Routledge.

Rees, C.E., Sheard, C.E., McPherson, A.C. (2002). A qualitative study to explore undergraduate medical students' attitudes towards communication skills learning. *Medical Teacher*, 24(3), 289-293.

Reich, W. (1978). *Encyclopedia of Bioethics*. The Free Press A Division of Macmillan Publishing Co. Inc

Rohm, B. W. (2010). Personal health informatics: the evolving paradigm of patient self care. *Communications of the IIMA*, 10(1), 26-32.

Ropac, D., i Stašević, I. (2015). Financiranje sustava zdravstvene zaštite. U D. Puntarić, I. Stašević, D. Ropac (ur.), *Javno zdravstvo* (str. 95). Medicinska naklada.

Ropac, D. i Stašević, I. (2017). Pojam i koncept javnog zdravstva. U D. Puntarić, I. Stašević, D. Ropac (ur.), *Javno zdravstvo* (str. 1-19). Medicinska naklada.

Rosner, F. (1985). Hospital Medical Ethics Committees: A Review of Their Development. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 253(18), 2693.

Rubić, T. (2013). „Ja se snađem“. Neformalna ekonomija i formalna nezaposlenost u Hrvatskoj. U J. Čapo i V. Gulin Zrnić (ur.). *Hrvatska svakodnevnica: Etnografije vremena i prostora* (str. 65-90). Institut za etnologiju i folkloristiku.

Rudrum, D., i Stavris, N. (2015). *Supplanting the postmodern: An anthology of writings on the arts and culture of the early 21st century*. Bloomsbury Academic.

- Rumboldt, M. i Pivić, G. (2011). Komunikacija i komunikacijske vještine. U M. Rumboldt, i D. Petric (ur.), *Obiteljska medicina – odabrana poglavlja* (str. 37-44). Redak.
- Rumboldt, Z. (2013). O nastavi medicinske etike na medicinskim fakultetima. *Crkva u svijetu*, 48(3), 404-419.
- D. Rupčić i I. Kelam (2013). Izgubljeni u prijevodu: Filozofsko poimanje jezika kao odnosa nad odnosom. *JAHN – European Journal of Bioethics*, 4(1), str. 439-455.
- Rušinović-Sunara, Đ. (2006). Prava pacijenata i partnerski odnosu u sustavu zdravstva. U Organizacijski odbor (ur.). *Zbornik radova: Sestrinstvo, sigurnost i prava pacijenata* (str. 25-38). Zdravstveno veleučilište.
- Salovey, P., i Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9(3), 185–211.
- Samuels, R. (2008). Auto-Modernity after Postmodernism: Autonomy and Automation in Culture, Technology, and Education U T. McPherson (ur.), *Digital youth, innovation, and the unexpected*, (str. 219-240). MIT Press.
- Sassatelli, R. (2007). *Consumer culture: history, theory and politics*. Sage Publications.
- Saunders, J. (2001). The practice of clinical medicine as an art and as a science. *The Western Journal of Medicine*, 174(2), 137-141.
- Savage, B. M., Lujan, H. L., Thipparthi, R. R., i DiCarlo, S. E. (2017). Humor, laughter, learning, and health! A brief review. *Advances in physiology education*, 41(3), 341-347.
- Sayer, A. (2018). Bourdieu: ally or foe of discourse analysis? U R. Wodak i B. Forchtner (ur). *The Routledge Handbook of Language and Politics* (str. 109-122). Routledge.
- Schain, W.S. (1980). Patients' rights in decision making: the case for personalism versus paternalism in health care. *Cancer*, 46(4), 1035-1041.

Schramme, T., (2015). Introduction. U T. Schramme (ur.), *New perspectives on paternalism and health care* (str. 1-14). Springer.

Seifart, C., Hofmann, M., Bar, T., Riera Knorrenschild, J., Seifart, U., i Rief, W. (2014). Breaking bad news—what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany. *Annals of Oncology*, 25(3), 700-711.

Shermer, M. (2017). Scientific Naturalism: A Manifesto for Enlightenment Humanism. *Theology and Science*, 15(3), 220–230

Shurcliff, A. (1968). Judged humor, arousal, and the relief theory. *Journal of personality and social psychology*, 8(41), 360.

Silva, E. B., i Warde, A. (2012). *Cultural Analysis and Bourdieu's legacy: Settling accounts and developing alternatives*. Routledge. (Prvo izdanje objavljeno 2010)

Slark, J., Makahamadze, C., Catangui, E., Stear, S. i Amorim, A. (2011). Development of a support group for stroke survivors and their carers and/or families. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 7(2), 476-479.

Smith, R. J., i Lipoff, J. B. (2016). “Pretend you didn't hear that”—Managing ethical dilemmas from the bottom of a medical hierarchy. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 74(4), 766–768.

Sorta-Bilajac, I. (2011). Informirani pristanak – konceptualni, empirijski i normativni problemi. *Medicina fluminensis*, 47(1), 37-47.

Sorta-Bilajac, I. i Sorta, J. (2013). Primjena teorije komunikacije Paula Watzlawicka na praksu komuniciranja u medicini i zdravstvu. *Europski časopis za bioetiku*, 4(1), 583-590.

Spray, E.C. (2011). Health and Medicine in the Enlightenment. U M. Jackson (ur). *Oxford Handbook of the History of Medicine* (str. 82-99). Oxford University Press.

Staničić, Ž. (2002). Funkcionalna važnost komunikacije u liječnikovu djelovanju. *Društvena istraživanja*, 11(2-3(58-59)), 469-484.

Stanić, A., Stevanović, R., Pristaš, I., Tiljak, H., Benković, V., Krčmar, N., Jovanović, A., Jurlina, N., Nott, T. (2007). Djelatnost obiteljske medicine u Hrvatskoj – kvaliteta mjerena subjektivnim zadovoljstvom korisnika. *Medicus*, 16(1_Dermatologija), 111-119

Stašević, I. i Ropac, D. (2017). Zdravstvena zaštita. U D. Puntarić, I. Stašević, D. Ropac (ur.), *Javno zdravstvo* (str. 20-37). Medicinska naklada.

Staunæs, D. (2003). Where have all the subjects gone? Bringing together the concepts of intersectionality and subjectification. *NORA - Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 11(2), 101–110.

Stavris, N. (2015). The anxieties of the present. U D. Rudrum i N. Stavris (ur). *Supplanting the postmodern: An anthology of writings on the arts and culture of the early 21st century*, (str. 349-364), Bloomsbury Academic.

Stearns, P.N. (2001). *Consumerism in World History: The Global Transformation of Desire*. Routledge.

Steger, M. B. i Roy, R. K. (2010). *Neoliberalism: A Very Short Introduction*. Oxford University Press.

Steinkamp, N., Gordijn, B., Borovecki, A., Gefenas, E., Glasa, J., Guerrier, M., Meulenbergs T., Różyńska, J., Slowther, A. (2007). Regulation of healthcare ethics committees in Europe. *Medicine, Health Care and Philosophy* 10(4), 461-475.

Stephens, C. (2008). Social capital in its place: Using social theory to understand social capital and inequalities in health. *Social Science and Medicine*, 66(5), 1174–1184.

Stilinović, M., Sabolić-Pipinić, I., Antabak, A., Čavar, S., Bogović, M., Sršen-Medančić, S., Tandara, R. i Luetić, T., (2014). Kakvoća komunikacije na Zavodu za dječju kirurgiju KBC Zagreb. *Paediatrica Croatica*, 58(3), 203-206.

Stojčić, M.P. (2009). Proleter i svih zemalja – ko vam pere čarape? Feministički pokreti u Jugoslaviji 1978-1989. U Đorđe, T. i Atanacković, P. (ur.), *Novi društveni pokreti u Jugoslaviji od 1968. do danas* (str. 108 -121). Novi Sad: Cenzura.

Strathern, M. (1995). The nice thing about culture is that everyone has it. U M. Strathern (ur). *Shifting Contexts* (str. 153 177). London, New York: Routledge.

Stronks, K. i Gunning-Schepers, L.J. (1993). *Should equity in health be target number 1?*. *European Journal of Public Health*, 3(2), 104-111.

Šegota, I. (2012). Početak bioetičke edukacije na Medicinskom fakultetu u Rijeci. *JADR*, 3(5), str. 17-22.

Škrbić Alempijević, N., Potkonjak, S., i Rubić, T. (2016). *Misliti etnografski: Kvalitativni pristupi i metode u etnologiji i kulturnoj antropologiji*. Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Odsjek za etnologiju i kulturnu antropologiju, Hrvatsko etnološko društvo.

Špoljar Vržina, Š. (2008). Neoliberalno “zdravlje”, globalna bolest i štamparovska medicina. *Društvena istraživanja*, 17(6(98)), 999-1021.

Štifanić, M. (2013). Loša komunikacija i druge liječničke pogreške. *JADR: Europski časopis za bioetiku*, 4(7), 293-327.

Talanga, J. (2006). Odnos liječnika i pacijenta prema medicinskoj etici. *Bogoslovska smotra*, 76(1), 47-59.

Taylor, C., Charles, T. (1985). *Philosophical papers: Volume 2, philosophy and the human sciences*. Cambridge University Press.

Taylor, K. (2009). Paternalism, participation and partnership - The evolution of patient centeredness in the consultation. *Patient Education and Counseling*, 74(2), 150–155.

Thornborrow, J. (2002). *Power talk: Language and interaction in institutional discourse*. Longman.

- Thorndike, E. L. (1920). Intelligence and its use. *Harper's Magazine*, (140), 227–235.
- Tomašević, L. (2013). Razvoj bioetike u Hrvatskoj. *Crkva u svijetu*, 48(4), 488-503.
- Tong, R. (2012). Gender Roles. U R. Chadwick (ur.). *Encyclopedia of Applied Ethics* (str. 399-406). Academic Press – Elsevier. (prvo izdanje objavljeno 1997)
- Torfin, J. (2005). Discourse Theory: Achievements, Arguments, and Challenges. U J. Torfin i D. Howarth (ur.), *Discourse Theory in European Politics: Identity, Policy and Governance* (str. 1-30). Palgrave MacMillan.
- Tresp, V., Overhage, J. M., Bundschuh, M., Rabizadeh, S., Fasching, P. A. i Yu, S. (2016). Going Digital: A Survey on Digitalization and Large-Scale Data Analytics in Healthcare. *Proceedings of the IEEE*, 104(11), 2180-2206.
- Tsouyopoulos, N. (1994). Postmodernist Theory and the Physician Patient Relationship. *Theoretical Medicine*, (15), 267-275.
- Hrvatska u 21. stoljeću: Zdravstvo.* (2002.) U V. Mišo (ur.), Ured za strategiju razvitka Republike Hrvatske.
- van Dijk T.A. (2012). Discourse and the Production of Knowledge. U N.M. Seel (ur.), *Encyclopedia of the Sciences of Learning* (str.1001-2006). Springer.
- van Dijk, T.A. (1989). Structures of Discourse and Structures of Power. *Annals of the International Communication Association*, 12(1), 18-59.
- van Dijk, T.A. (1998). *Ideology: A multidisciplinary approach*. Sage Publications.
- Vargas-Cetina, G. (2018). Anthropology and the politics of representation. U H. Callan (ur.), *The International Encyclopedia of Anthropology* (str. 1-11). JohnWiley & Sons
- Varjačić, T., Braš, M., Brajković, L., Domokuš, N. A., i Đorđević, V. (2013). Stres i posljedice stresa liječnika onkologa. *Socijalna psihijatrija*, 41(2), 118-122.

- Vernon, P. E. (1933). Some characteristics of the good judge of personality. *Journal of Social Psychology*, 4(1), 42–57.
- Vučemilo, L., Babić-Bosanac, S., Altarac, S. i Borovečki, A. (2014). Pristanak obaviještenog pacijenta s posebnim osvrtom na Hrvatsku. *Liječnički vijesnik*, 136(3-4), 104-109.
- Vučković Juroš, T. (2022). Primjeri dobre prakse u kvalitativnom izvještavanju: transparentnost i reflektivnost. *Croatian Sociological Review*, 52(3), 255-266.
- Waitzkin, H. (1985). Information Giving in Medical Care. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(2), str. 81-101.
- Waitzkin, H. (1989). A critical theory of medical discourse: Ideology, social control, and the processing of social context in medical encounters. *Journal of Health and Social Behavior*, 220-239.
- Webb, J., Schirato, T., Danaher, G. (2002). *Understanding Bourdieu*. Allen & Unwin.
- Weindling, P. (2005). *Nazi medicine and the Nuremberg Trials: From medical war crimes to informed consent*. Palgrave Macmillan.
- Weiss, M. (2021). The Interlocutor Slot: Citing, Crediting, Cotheorizing, and the Problem of Ethnographic Expertise. *American Anthropologist*, 123(2), 1-6.
- Weller, J., Boyd, M., i Cumin, D. (2014). Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgraduate medical journal*, 90(1061), 149-154.
- Whitehead, M. (1998). *Diffusion of Ideas on Social Inequalities in Health: A European Perspective*. *The Milbank Quarterly*, 76(3), str. 469-492.
- Williams, V. i Ryan, S. (2017). “I just know”: Exploring self-knowledge in chronic obstructive pulmonary disease. *Palgrave Communications*, 3(1), 1-5.

Willis, K., Collyer, F.M., Lewis, S., Gabe, J., Flaherty, I. i Calnan, M. (2016). Knowledge Matters: Producing and Using Knowledge to Navigate Healthcare Systems. *Health Sociology Review* 25(2):202-216.

Willis, K.F., i Elmer, S. (2011) *Society, Culture and Health*. Oxford University Press. (Prvo izdanje objavljeno 2007)

Wright, J. (2003). Poststructural methodologies – The body, schooling and health. U J. Evans, B. Davies, J. Wright (ur.), *Body Knowledge and Control: Studies in the Sociology of Physical Education and Health* (str. 34-59). Routledge.

Xiaowei, H. (2019). Understanding Bourdieu – Cultural Capital and Habitus. *Review of European Studies*, 11(3), str. 45-49.

Young, A. (1982). The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11(1), 257-285.

Zagorac, I. i Jurić, H. (2008). Bioetika u Hrvatskoj. *Filozofska istraživanja*, 28(3), 601-611.

Zakon o zaštiti prava pacijenata NN 69/2004. Preuzeto 28.05.2023. s https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2004_12_169_2953.html

Zakon o suzbijanju diskriminacije NN 85/2008 (NN, 112/2012). Preuzeto 07.12.2022. s https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2008_07_85_2728.html

Zečević, D. (1976). Svakodnevno pripovijedanje i usmena književna tradicija u prigradskom selu Šestinski Kraljevec. *Narodna umjetnost*, 13(1), 123-139.

Ziersch, A.M. (2005). Health implications of access to social capital: findings from an Australian study. *Social Science & Medicine*, 61(10), 2119–2131.

Zovko, A. i Celizić, M. (2020). Informacijska i digitalna pismenost u cjeloživotnom učenju – dostupnost osobama starije i zrelije životne dobi. *Suvremena pitanja*, XV(30), 34-53.

Zrinščak, S. Zdravstvena politika Hrvatske – U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova. *Revija za socijalnu politiku*, 14(2), 193-220.

Zrinščak, S., I Bežovan, G. (2007). Postaje li civilno društvo u Hrvatskoj čimbenikom društvenih promjena?. *Revija za socijalnu politiku*, 14(1), 1-27.

Žmegač, J. Č. (2010). “Death Primarily Belongs to the Dying”: A Contribution to the Anthropology of Death and Dying. *Narodna umjetnost - Hrvatski časopis za etnologiju i folkloristiku*, 47(1), 49-67.

PRILOG 1:

Popis simbola korištenih u transkripciji

Simbol	Objašnjenje
...	dulja pauza u razgovoru
[...]	izostavljen dio citata, kraćenje citata
”	početak citata
“	kraj citata
'	upravni govor
:	nabrajanje
.	kraj izjavne rečenice
?	kraj upitne rečenice
!	povišen ton glasa, uzvik

ŽIVOTOPIS AUTORICE

Marija Vukšić rođena je 1992. godine u Zagrebu. Maturirala je u Klasičnoj gimnaziji u Zagrebu 2010. godine, a diplomirala Etnologiju i antropologiju te Engleski jezik i književnost na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu 2016. godine. Godinu dana nakon upisuje poslijediplomski studij Humanističke znanosti u polju Etnologija i antropologija na Sveučilištu u Zadru. Od 2019. godine do 2024. godine radi kao vanjska suradnica, a zatim od 2024. godine radi kao predavačica na Katedri za poslovne strane jezike na Ekonomskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Pomagala je s transkripcijom intervjua u sklopu projekta „Household Debt in Post–Credit Boom Croatia“ odrađenog u suradnji između Instituta za društvena istraživanja u Zagrebu i Max Planck instituta za socijalnu antropologiju. Transkribirala je intervjue, kodirala dobivene podatke i jedna je od koautorica članka objavljenog u sklopu projekta Europskog socijalnog fonda (ESF) „Nove paradigme u istraživanju održivosti: zelene ekonomije i dobrobit mladih“ na Institutu za društvena istraživanja u Zagrebu. Održala je više izlaganja na konferencijama i skupovima te objavila nekoliko radova. Članica je Udruge nastavnika jezika struke na visokoškolskim ustanovama te je i moderator njihovih društvenih mreža.

RADOVI

Prihvaćeno za objavu:

Vukšić, M., Kabalin Borenić, V., Stjepić, AM. (2024). The Role of Game-Based Learning in Teaching English in Higher Education. *MIPRO Proceedings 2024*.

Objavljeni:

Bosilj Vukšić, V., Stjepić, AM., Vukšić, M. (2023). Digitalne tehnologije u zdravstvu i socijalnoj skrbi starijih: rezultati projekta Senior 2030. *Zbornik Sveučilišta Libertas* 8(9), 201-210. <https://doi.org/10.46672/zsl.8.9.13>

Stjepić, AM., Vukšić, M., Ivančić, L. (2023). Introducing E-learning Platforms During Pandemic: From Experiences to Guidelines. U: Družić, G. & Basarac Sertić, M. (ur). *Conference proceedings of the 4th International Conference on the Economics of Decoupling (ICED)*, 203-219. <https://www.bib.irb.hr/1264470>

Vukšić, M., Stjepić, AM., (2022). Izazovi primjene platformi za učenje na daljinu u visokoškolskim ustanovama za vrijeme pandemije COVID-19: pregled literature. U Dolinšek, T. (ur) *Zbornik radova međunarodne znanstvene konferencije "Knowledge and Business Challenges in 2022" conference proceedings of the 9th international conference*, Celje: Fakulteta za komercijalne in poslovne vede. 136-146. <https://www.bib.irb.hr/1278296>

Stjepić, AM., Vukšić, M., i Suša Vugec, D. (2019). Digital literacy of the generation Z students and their attitudes and beliefs towards ICT knowledge and skills. *International Journal Vallis Aurea* 5(1), 17-29. <https://www.bib.irb.hr/1014989>

Peternel, L., i Vukšić, M. (2020). Cultural Models of Sustainability in Post-transitional society: Development of Green Economy in Croatia. *Anthropos* 115 (1), 151-162. <https://www.bib.irb.hr/984937>

U recenziji:

Vukšić, M., i Šimičić, L. The perception of power negotiation in doctor-patient encounters. *Laboratorium: Russian Review of Social Research*. <https://www.bib.irb.hr/967366>

KONFERENCIJE, RADIONICE, ŠKOLE:

2016. - 14th International Border Crossings Conference, Zagreb

Izlaganje: "Deviant Embodiment: Stigmatization of a Transgender Person in a Hare Krishna Community in Zagreb"

2016. - AUT-ova konferencija o održivom aktivizmu, Zagreb

Izlaganje: „Diplomski rad o stigmatizaciji transrodne osobe u Hare Krišna zajednici“

2016. - Konferencija Greening the Economy: a Colouring or a Reseeding, Zagreb

Izlaganje: „Anthropological Assessment of a Cultural Model of Sustainability in Croatia" s dr.sc. Lanom Peternel

2016. - "Ideš dalje!" stručni skup diplomiranih etnologa i kulturnih antropologa, Zadar

Izlaganje: „Socijalno neprihvatljiv: Stigmatizacija transrodne osobe u Hare Krišna zajednici“

2017. - Summer School of Scientific Communication: Communicating Science to a Broader Audience, Split

Sudjelovanje na ljetnoj školi

2017. - Zadar Linguistic Forum: Research Methods in Applied Linguistics, Zadar

Izlaganje: Applying the method of discourse analysis on doctor-patient communication"

2017. - 4th ReLDI workshop „Data analysis in language research (2)“, Zagreb

Sudjelovanje na radionici

2018. - Second International Conference on Sociolinguistics (ICS-2), Budimpešta

Izlaganje: The perception of power negotiation in doctor-patient encounters

2018. - Zadar Linguistic Forum: Language Documentation and the Treatment of Spoken Language, Zadar

Izlaganje: How doctors should (not) talk: Conversation strategies in medical encounters as perceived by patients

2021. - 5. međunarodna konferencija: Suvremeni izazovi u poučavanju jezika struke, (Udruga nastavnika jezika struke na visokoškolskim ustanovama), online

Moderatorica sekcije

2021. - Usavršavanje nastavničkih kompetencija za visokoškolske nastavnike (edukacija Centra za istraživanje i razvoj cjeloživotnog obrazovanja Filozofskog fakulteta u Splitu, HKO Projekt), online

Sudjelovanje na radionici

2022. - UNIC Teacher Training - Intercultural Dialogue: collaborative teaching and learning in international settings, online

Sudjelovanje na radionici

2022. - 9th International Scientific Conference: Knowledge and business challenges in 2022 (Fakulteta za komercijalne in poslovne vede), Celje (Slovenija)

Izlaganje: Challenges of e-learning platforms implementation in higher education institutions during the COVID-19 pandemic: A literature review

2023. - MLA-ov citatni stil u digitalnoj humanistici i akademskome pismu

Sudjelovanje na hibridnoj radionici

2024. - Stručni skup nastavnika jezika struke na visokoškolskim ustanovama

Izlaganje: Pretraživanje baza Scopus i WoS