

# Študija uporabnosti Večjezičnega priročnika za lažje sporazumevanje v zdravstvu

*Nike K. Pokorn, Nataša Hirci, Erika Zelko,  
Marija Milavec Kapun, Tanja Korošec,  
Simona Jazbinšek, Tamara Mikolič Južnič*

## Izvleček

V poglavju predstavljamo rezultate študije uporabnosti *Večjezičnega priročnika za lažje sporazumevanje v zdravstvu*. V poglavju najprej predstavimo izvedbo igre vlog in simulacij uporabe *Priročnika* pri nujenju zdravstvene oskrbe, ki smo jih izvedli v okviru izobraževanj, povezanih z izdajo *Priročnikov*, in v katerih je bilo udeleženih 450 zdravstvenih delavcev<sup>1</sup>. Potem predstavimo rezultate analize polstrukturiranih opazovalnih listov 225 zdravstvenih delavcev, ki so opazovali in komentirali simulacije in igre vlog. Te podatke nadalje dopolnimo z analizo odgovorov na spletno anketo, na katero so odgovorili 203 zdravstveni delavci po nekajmesečni rabi *Priročnikov* v svoji praksi. Rezultati kažejo, da je sicer večina zdravstvenih delavcev (tako tistih, ki so *Priročnik* uporabili v simulacijah, kot tisti, ki so ga uporabili pri svojem delu) s *Priročnikom* zadovoljna, vendar pa ugotavlja, da raba *Priročnika* deloma odvzema pozornost od sogovornika in da je *Priročnik* uporaben predvsem pri osnovnih stikih z uporabniki zdravstvenih storitev. Uporabniki predlagajo, da bi se *Priročnike* prevedlo še v druge jezike ter da bi se odsotnost glasu pri rabi *Priročnika* nadomestila z nadgradnjo *Priročnika* v digitalno obliko, ki bi bila podprta z glasovnim materialom.

<sup>1</sup> Moške oblike so uporabljene generično in veljajo za vse spole. Edina izjema je izraz *medicinska sestra*, ki je prav tako rabljen generično in velja za vse spole.

## 1 UVOD

V tem poglavju se posvečamo uporabnosti *Večjezičnih priročnikov za lažje sporazumevanje v zdravstvu* (v nadaljevanju *Priročniki*). Želeli smo namreč ugotoviti, v kolikšni meri so *Priročniki*, ki so nastali v okviru našega projekta, in ostali podobni priročniki dejansko uporabni pri vzpostavljanju kvalitetne komunikacije med zdravstvenimi delavci in uporabniki zdravstvenih storitev, ki ne razumejo ne dominantnega jezika okolja (v našem primeru slovenščine) ne prevladujočih splošnosporazumevalnih jezikov (t. i. *lingue francae*) okolja (v Sloveniji angleščine ali srbsčine, hrvaščine, bosanščine, črnogorščine). Osnovna teza, iz katere smo izhajali pri oblikovanju raziskave, je, da so večjezični priročniki v zdravstvu le delno uporabni, ker pisna oblika priročnika ovira prisotnost izražanja z glasom in ohranjanje očesnega stika med zdravstvenim delavcem in uporabnikom zdravstvenih storitev in s tem onemogoča vzpostavitev v bolnika usmerjene komunikacije in posledično obravnave, ki postavlja posameznika v središče zdravstvene oskrbe. Omejeni izbor vprašanj in odgovorov v *Priročnikih* pa tudi dovoljuje le najosnovnejšo oskrbo bolnika in ne zadostuje pri obravnavi kompleksnejših problemov.

Poglavje je razdeljeno na šest sklopov: po uvodu v drugem sklopu določimo osnovne pojme in standarde, ki določajo, kakšna naj bi bila kvalitetna obravnava bolnika v zdravstvenem okolju. V tem sklopu tudi pregledamo strokovno-znanstveno literaturo, ki poroča o rabi podobnih priročnikov v zdravstvenem okolju. V tretjem sklopu predstavimo metodološki pristop, ki smo ga uporabili v študiji uporabnosti, v četrtem sklopu predstavimo rezultate delavnice, v kateri smo prek igre vlog in simulacij raziskovali uporabo priročnika, v petem pa opišemo in podamo rezultate spletne ankete, na katero so odgovarjali zdravstveni delavci, ki so uporabili *Priročnike* pri svojem delu. Zaključke raziskave podamo v šestem sklopu, v katerem tudi razkrijemo omejitve izbranega pristopa in predlagamo možnosti nadaljnjih raziskav.

## 2 OSNOVNI POJMI IN PREGLED LITERATURE

Številne države nudijo zdravstvenim delavcem, ki se srečujejo z uporabniki zdravstvenih storitev, ki ne razumejo dominantnega jezika okolja, dvojezične brošure in priročnike v različnih jezikovnih kombinacijah. Daljšo tradicijo izoblikovanja takšnih priročnikov imajo večkulturne države, kot so ZDA (gl. npr. priročnike na spletni strani MedlinePlus<sup>2</sup>), Kanada (gl. npr. priročnike na spletni strani

2 <https://medlineplus.gov/languages/languages.html> (dostop 6. 5. 2018).

HealthLinkBC<sup>3</sup>) in Avstralija, kjer na primer v eni izmed zveznih držav Avstralije, v Novem Južnem Walesu, podajajo osnovne informacije o različnih področjih zdravstvene oskrbe kar v 61 jezikih<sup>4</sup>. Take priročnike poznajo tudi tiste evropske države, ki se že več let srečujejo z večjim številom migrantov, kot so na primer Velika Britanija, kjer je britanski Rdeči križ izdal brošure v 37 jezikih<sup>5</sup>, ali Francija, kjer je javna zdravstvena služba izdala priročnike v 22 jezikih, ki podajajo migrantom osnovne informacije o zdravstveni oskrbi in zdravem življenju.<sup>6</sup> V zadnjem desetletju se tudi druge evropske države srečujejo z večjim pritokom migrantov, ki prihajajo iz raznolikih jezikovnih okolij in kultur, tako sedaj najdemo priročnike za zdravstvene delavce, ki stopajo v stik z migranti, ki ne govorijo in razumejo jezika države gostiteljice, v Nemčiji (npr. *TipDoc*<sup>7</sup>, ki podaja osnovne informacije v 9 jezikih), Italiji (npr. *InformaSalute* v 7 jezikih<sup>8</sup>) in na Irskem (*Emergency Multilingual Aid* v 21 jezikih<sup>9</sup>). Evropska unija pa je tudi financirala projekte, kot je bil na primer projekt *Take Care*<sup>10</sup>, v okviru katerega so se izoblikovale brošure za osnovno jezikovno pomoč v zdravstvu v 17 jezikih. Nekateri izmed teh priročnikov pokrivajo več področij zdravstvene oskrbe (npr. irski *Emergency Multilingual Aid*), drugi se osredotočajo le na posamezno področje (npr. nemški priročniki za zobozdravstvo<sup>11</sup>).

Kljub razširjenosti takšnih priročnikov pa se zdi, da strokovnih člankov o uporabi teh priročnikov ni. Izjema je članek avtorjev Nicolai, Fuchs in Mutius (2015), v katerem avtorji opisujejo medicinsko oskrbo beguncev na Münchenski železniški postaji ob prihodu največje skupine migrantov v Nemčijo avgusta in septembra 2015. Avtorji v članku opišejo postopek sprejema beguncev na postaji, kjer so jih na hitro pregledali z namenom, da izločijo bolnike z urgentnimi težavami ali potencialno nalezljivimi boleznimi. Čeprav se osredotočajo predvsem na zdravstvene težave, ki so jih imeli begunci ob prihodu v Nemčijo, avtorji tudi priznajo, da so bile težave pri vzpostavljanju komunikacije ena najresnejših težav ob sprejemu prosilcev za mednarodno zaščito. Tolmači, ki so jim bili na voljo na terenu, namreč niso razumeli številnih dialektov, ki so jih govorili posamezni begunci. Na koncu zgolj v enem stavku dodajo, da so bolnišnice in urgence, ki so sprejele bolnike z zdravstvenimi težavami, ki so jih odkrili ob uvodnem pregledu na

3 <https://www.healthlinkbc.ca/services-and-resources/translated-resources> (dostop 6. 5. 2018).

4 <http://www.mhcs.health.nsw.gov.au/publicationsandresources/resources/publicationsandresources/resources-by-language> (dostop 6. 5. 2018).

5 [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130105192116/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4073230](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130105192116/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4073230) (dostop 6. 5. 2018).

6 <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/resultatsTPSP.asp> (dostop 6. 5. 2018).

7 <http://www.setzer-verlag.com/> (dostop 6. 5. 2018).

8 [http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_5\\_1.jsp?id=118](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_5_1.jsp?id=118) (dostop 6. 5. 2018).

9 <https://www.hse.ie/eng/services/publications/socialinclusion/ema.html> (dostop 6. 5. 2018).

10 <http://www.takecareproject.eu/> (dostop 6. 5. 2018).

11 <https://www.kzvb.de/zahnarztpraxis/asyl/> (dostop 6. 5. 2018).

postaji, uporabile piktograme in kartice s simboli, ki so jim bili v veliko pomoč pri razlagi simptomov in diagnostičnih posegov, pri jemanju anamneze in pri predpisovanju receptov (ibid.: 1594)<sup>12</sup>. Vendar pa teh ugotovitev ne podkrepijo z analizo ali natančnejšo pojasnitvijo, kako so ugotovili, do kolikšne mere so bili ti piktogrami in kartice s simboli dejansko učinkovite. Drugih poročil ali študij uporabnosti večjezičnih pripomočkov za zdravstvene delavce, ki nudijo pomoč migrantom, nismo zasledili.

Če so Nicolai et al. (2015) pozitivno poročali o rabi piktogramov pri urgentni obravnavi bolnikov, se vseeno zastavlja vprašanje, v kolikšni meri je podobna pomoč učinkovita pri ambulantni in bolnišnični oskrbi bolnika. Pri obravnavi bolnika namreč zdravstveno osebje sledi smernicam, ki priporočajo v bolnika usmerjeno oskrbo, tj. obravnavo, ki postavlja posameznika v središče zdravstvene oskrbe (Institute of Medicine 2001). Pri takšni obravnavi bolnik postane partner v dualnem odnosu in soodločevalec v načrtovanju ter izvedbi terapevtskih ukrepov (Newell in Jordan 2015). Če bolnik namreč ni postavljen v središče obravnave, to negativno vpliva tudi na svojce in njihovo zaupanje v zdravstvene institucije, kjer poteka zdravljenje (Langewitz et al. 1998, Wellard et al. 2003, Maurer et al. 2012). V bolnika usmerjeno obravnavo pa lahko omogočimo le, če zagotovimo v bolnika usmerjeno komunikacijo, to pomeni komunikacijo, ki bolnika spodbuja k sodelovanju in dogovarjanju v procesu soodločanja o lastni zdravstveni oskrbi (McCabe 2004, Langewitz et al. 1998, Wellard et al. 2003).

Raziskave kažejo, da uspešna in učinkovita komunikacija pozitivno vpliva na dobro počutje bolnikov in omogoča varno zdravstveno oskrbo (Fleisher et al. 2009). Del uspešne komunikacije z bolnikom predstavlja tudi nebesedna komunikacija, v katero uvrščamo parajezik (barva in ton glasu, tekočnost govora), govorico telesa (proksemiko, mimiko in gestiko), ustrezno usmerjenost pogleda, dotik, obleko ipd. (Selič 2016). Glede očesnega stika raziskovalci priporočajo, naj imata zdravstveni delavec in uporabnik zdravstvenih storitev oči na približno isti ravni, da lahko ohranjata očesni stik skozi celotni pogovor (Berman in Chutka 2016, Rahman in Tasnim 2007). Številne študije namreč poročajo o tem, da v primeru, da zdravstveni delavci uporabljajo papir ali računalnik za beleženje podatkov pri obravnavi bolnika, to pogosto vodi do tega, da izgubijo očesni stik z bolnikom. To pa nadalje vodi k temu, da se zdravstveni delavci redkeje posvetijo psihosocialnim vidikom bolnikove bolezni, bolniki redkeje razkrijejo emocionalno plat svojih težav in povedo manj podrobnosti o svoji bolezni (Makoul et al. 2001, Margalit et al. 2006, Greatbatch et al. 1995, Duggan in Parrott 2001).

12 »Hospitals and emergency departments caring for patients with medical problems identified through screening found the use of pictorial and symbol cards useful in explaining symptoms and diagnostic procedures, establishing medical histories, and giving prescriptions.«

Čeprav obstajajo pomembne razlike glede usmerjenosti pogleda med zahodnimi in azijskimi kulturami (prim. npr. Watson 1970, Bond in Komai 1976), katere govorci usmerjajo pogled praviloma v višino vratu (Elzinga 1978), se je treba zavedati, da pri večini drugih kultur, tudi zahodni, velja ohranjanje očesnega stika s sogovorncem za vljudno (Hall 1974, LaFrance in Majo 1978, gl. tudi Pokorn et al. 2013). Raziskave so namreč pokazale, da so bolniki zadovoljnejši, če jih zdravnik večkrat pogleda in z njimi ohranja očesni stik (Selič 2016: 18). Pri študiji uporabnosti *Priročnika* smo se zato še posebej posvetili vprašanju, v kolikšni meri bi preusmerjanje pogleda na *Priročnik* med obravnavo bolnika lahko povzročalo težave pri vzpostavitvi ustrezne komunikacije med zdravstvenim delavcem in uporabnikom zdravstvenih storitev.

### 3 METODOLOGIJA

V študiji uporabnosti smo uporabili dva pristopa: spletno anketo, sestavljeno iz petnajstih vprašanj, ki smo jo poslali zdravstvenim delavcem po nekajmesečni rabi *Priročnika* v klinični praksi, in raziskovalni tehniki igra vlog in simulacija, ki sta nam služili tudi kot metoda izkustvenega učenja pri delavnicah, ki smo jih izvajali v okviru izobraževanja zdravstvenih delavcev, ki so jim *Priročniki* namenjeni. Pri igri vlog udeleženci prevzamejo identiteto nekoga drugega in odigrajo v situaciji kar se da resnično vlogo osebe, ki jih je bila dodeljena (Yardley-Matwiejczuk 1997, Robinson 2004, Nestel in Tierney 2007, Yu in Kang 2017). Kot oblika izkustvenega učenja je igra vlog namenjena temu, da se posamezniki pripravijo na prihodnje delo in izboljšajo svoje sposobnosti, ki so potrebne za izvajanje specifičnih nalog. Pri simulaciji pa udeleženci v namišljeni situaciji ravnajo tako, kot bi ravnali pri svojem delu (Rupnik Vec et al. 2003). V naši raziskavi so bili udeleženci delavnice na usposabljanjih razdeljeni v skupine po štiri. Vsaka skupina je prejela en izvod *Priročnika*. V skupini so člani izbirali med štirimi vlogami: eden je prevzel vlogo uporabnika zdravstvenih storitev, ki ne razume slovensko, drugi je ohranil svojo identiteto in v predstavljeni situaciji odigral tako, kot bi ravnal pri svojem delu v zdravstveni ustanovi. Udeleženec, ki je igral vlogo uporabnika zdravstvenih storitev, je bil pisno seznanjen z opisom bolezenskega stanja ali težave, zaradi katere je poiskal pomoč zdravstvenega delavca (podrobneje so ti scenariji razloženi v naslednjem razdelku). Tretji udeleženec je ob pomoči vprašalnika opazoval in pisno komentiral obnašanje in ravnanje »uporabnika« storitev, četrti pa je ob pomoči vprašalnika opazoval in pisno komentiral obnašanje in ravnanje zdravstvenega delavca.

## 4 TESTIRANJE UPORABNOSTI PREK SIMULACIJE IN IGRE VLOG MED IZOBRAŽEVANJEM

Za testiranje uporabnosti *Priročnikov* je bilo pripravljenih 20 različnih scenarijev, ki so vključevali opise realnih situacij v službah za zdravstveno varstvo žensk, predšolskih otrok, ambulate družinske medicine, ambulate nujne medicinske pomoči, zobozdravstvene ambulate ter patronažnega zdravstvenega varstva. Pred pričetkom posameznega izobraževanja smo glede na seznam prijavljenih strokovnjakov vključili in izpostavili primere, ki so vključevali scenarije z njihovega strokovnega področja zdravstvene obravnave bolnikov (npr. scenarije smo izbrali glede na to, ali se je delavnic udeležilo večje število delovnih terapevtov, babic, fizioterapevtov, radioloških tehnologov oz. zdravnikov ali zobozdravnikov različnih specializacij). Scenarije, ki so udeležence usmerjali na zaznavanje in razumevanje kulturnih razlik, sta oblikovali dve medicinski sestri. V želji, da bi scenariji čim bolj zvesto odražali realno situacijo, sta za ta namen prilagodili in anonimizirali primere iz prakse. Spodaj navajamo dva primera: prvi je primer s področja zdravstvenega varstva žensk, drugi pa primer obravnave bolnika v ambulanti družinske medicine:

V ginekološko ambulanto pride 22 let stara, poročena uporabnica zdravstvenih storitev brez otrok, ki govori le arabsko. Pred 1 mesecem je prišla v Slovenijo in se pridružila možu. Že od včeraj močno krvavi iz nožnice in se slabo počuti. Ne jemlje kontracepcije, zanima jo, ali lahko dobi kontracepcijo brez vednosti moža in kakšna je cena.

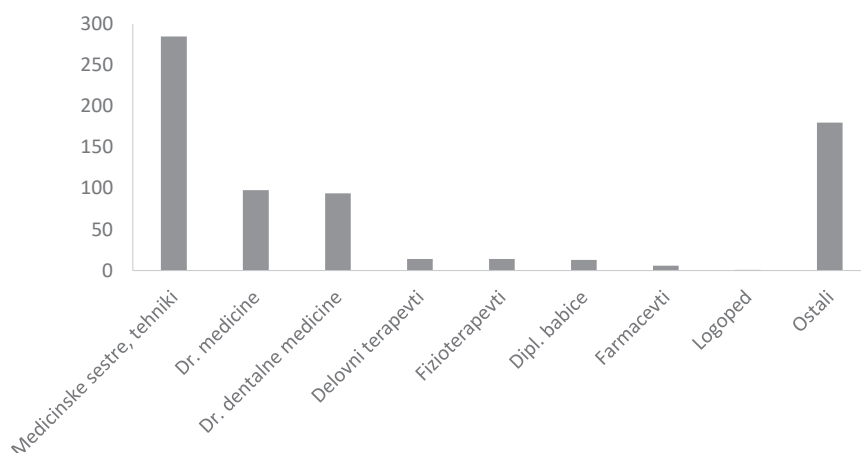
V ambulanto pride rusko govoreča bolnica Katjuša, ki je v Slovenijo prišla pred kratkim z možem, ki dela na ruskem veleposlaništvu. Potrebuje zdravniško pomoč, saj se slabo počuti, težko diha, ima povišano telesno temperaturo in kašlja z gnojnim izpljunkom.

Scenariji so bili opisani na listih in vstavljeni v kuverte, na katerih je bilo označeno področje oziroma zdravstvena dejavnost (npr. ambulanta družinske medicine, patronažno zdravstveno varstvo, zobozdravstvena ambulanta ipd.), v kateri se srečujejo z zdravstveno problematiko, ki jo je opisoval scenarij. Udeleženci izobraževanja, ki so bili v vlogi zdravstvenih delavcev, so lahko sami izbrali področje zdravstvene oskrbe in so se običajno določili za področje, v katerem so tudi sami delovali. Nato se je udeleženec, ki je prevzel vlogo bolnika, seznanil z vsebino kuverte. Scenariji so vsebovali opis zdravstvenih težav bolnika in zdravstveno storitev, ki jo je želel in pričakoval uporabnik zdravstvenih storitev. Udeleženca, ki sta prevzela vlogi zdravstvenega delavca in uporabnika zdravstvenih storitev, sta bila naprošena, naj ne uporabljata slovenščine ali pa kakega drugega jezika (npr. angleškega), ki bi ga lahko drugi udeleženec razumel, temveč naj vzpostavita komunikacijo zgolj s pomočjo *Priročnika*. Kot je bilo že omenjeno, sta bila v vsaki skupini še dva opozovalca, ki sta na predpripravljeni vprašalnik beležila svoja

opazovanja: prvi je opazoval udeleženca, ki je prevzel vlogo uporabnika zdravstvenih storitev, drugi pa tistega, ki je prevzel vlogo zdravstvenega delavca.

## 4.1 Populacija

Usposabljanj, ki so bila organizirana po vsej Sloveniji (ta so podrobneje predstavljena v poglavju »Usposabljanje zdravstvenih delavcev kot korak h bolj kakovosti zdravstveni obravnavi oseb iz drugih jezikovnih in kulturnih okolij«), se je na 14 izobraževanjih udeležilo skupno 708 oseb, njihovo zaposlitveno strukturo oz. profile pa najdemo na Sliki 1.<sup>13</sup>



**Slika 1: Število udeležencev izobraževanj o uporabi *Privočnika* po osnovnih poklicih**

Delavnic se je udeležilo 450 oseb, tj. 64 % vseh udeležencev izobraževanj. Opazovalcev udeležencev igre vlog in simulacije, ki so izpolnili anketne liste, je bilo skupno 225, od tega jih je 112 opazovalo tiste udeležence, ki so prevzeli vlogo zdravstvenega delavca (v nadaljevanju na kratko zdravstveni delavci), 113 pa tiste, ki so prevzeli vlogo uporabnika zdravstvenih storitev (v nadaljevanju uporabniki).

Izvajalke delavnic smo vnaprej pripravile opazovalne anketne liste, na katerih je bilo 9 vprašanj polodprtega tipa, ki so omogočala dodajanje komentarjev. Deseto

<sup>13</sup> V kategoriji »Medicinske sestre, tehniki« so vključeni diplomirane medicinske sestre, višje medicinske sestre, srednje medicinske sestre, tehniki, zobni asistenti in magistri zdravstvene nege. Kategorija »Ostali« vsebuje zdravstvene delavce, ki v zdravstvu opravljajo različne druge poklice (administratorje, inženirje radiologije, dietetike, sanitarne inženirje, laboratorijske tehnike, socialne delavce), študente različnih fakultet (zlasti Zdravstvene fakultete, Medicinske fakultete in Fakultete za socialno delo), pa tudi nekaj takih, ki se glede izobrazbe/poklica niso želeli opredeliti.

vprašanje je bilo odprtega tipa in je brez dodatnih usmeritev naprosalo udeležence, naj podajo še kakršne koli komentarje uporabnosti *Priročnika*. Vprašanja na listu za uporabnika zdravstvenih storitev so zrcalila vprašanja na listu za zdravstvenega delavca. Spodaj navajamo vprašanja za opazovanje zdravstvenega delavca, pri vprašanjih za opazovanje uporabnika zdravstvenih storitev je bil izraz »zdravstveni delavec« zamenjan z izrazom »uporabnik zdravstvenih storitev«:

1. Ali se je zdravstveni delavec znašel pri uporabi *Priročnika*?
2. Ali je zdravstveni delavec hitro našel odgovore na vprašanja, ki jih je želel posredovati uporabniku zdravstvenih storitev? Komentirajte učinkovito izrabo časa.
3. Kakšno je čustveno stanje zdravstvenega delavca ob pogovoru z uporabnikom zdravstvenih storitev s pomočjo *Priročnika*?
4. Ali je uporaba priročnika dodatno vznemirjala udeležence v pogovoru? Opišite.
5. Ali je zdravstveni delavec želel izraziti več, kot mu to omogoča priročnik?
6. Če da, kako se je poskušal izraziti?
7. Ali je zdravstveni delavec ohranjal očesni stik eden z uporabnikom zdravstvenih storitev?
8. Ali je bil zdravstveni delavec osredotočen na priročnik?
9. Je format *Priročnika* ustrezen ali ni ustrezen?
10. Dodatne opombe in opažanja.

Ker nekateri izmed opazovalcev niso odgovorili na vsa vprašanja, v Tabeli 1 podajamo število odgovorov na posamezno vprašanje, in sicer posebej za opazovanje zdravstvenega delavca in za uporabnika zdravstvenih storitev, razen ko taka delitev ni smiselna oz. potrebna. Opazovalci so poleg odgovora da/ne lahko podali tudi dodatne komentarje v zvezi z dogajanjem med igro vlog, ki jih povzemamo v analizi odgovorov na posamezna vprašanja.

Nižje število odgovorov pri 6. vprašanju 6 ( $n = 53$ ) je posledica dejstva, da se to vprašanje veže na 5. vprašanje, kar pomeni, da so nanj odgovarjali predvsem tisti, ki so na 5. vprašanje odgovorili z »da«. Število odgovorov pri 4. vprašanju ( $n = 96$ ) pa je nižje zato, ker so nekateri anketiranci odgovor na to vprašanje vključili kar v svoj odgovor na 3. vprašanje in posledično pustili odgovor na 4. vprašanje prazen.

Rezultati ankete so v nadaljevanju predstavljeni s tabelami, v katerih so skupaj podani odgovori opazovalcev zdravstvenih delavcev in uporabnikov zdravstvenih storitev. Tabelam sledijo kratki komentarji.

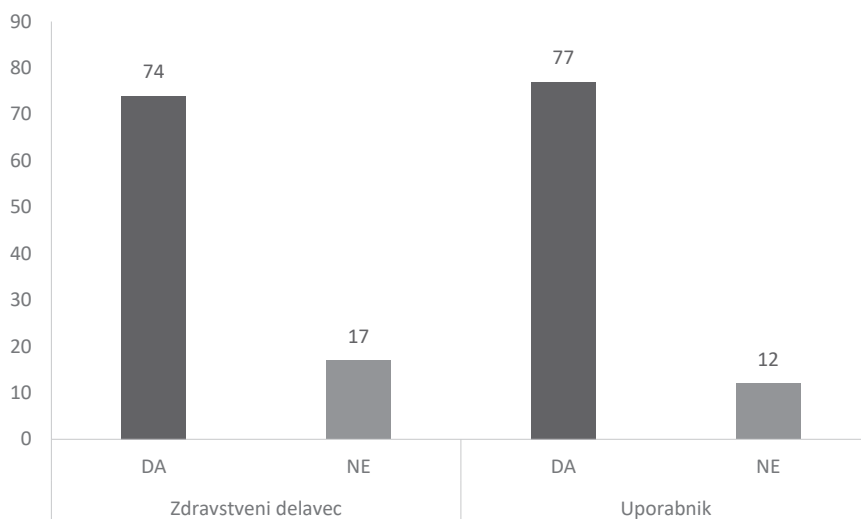


Tabela 1: Število odgovorov na posamezno vprašanje v anketah

Zap. št. vprašanja	Število odgovorov na vprašanje		
	Zdr. delavec	Uporabnik zdr. storitev	Vsi
1	89	91	180
2	75	76	151
3	75	79	154
4	50	46	96
5	79	87	166
6	27	26	53
7	66	79	145
8	59	51	110
9	67	55	122

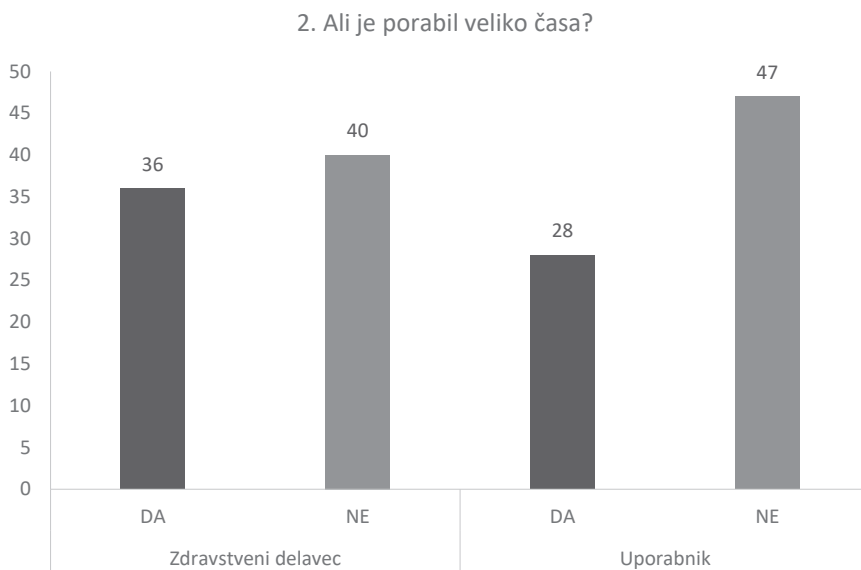
## 4.2 REZULTATI

1. Ali se je zdravstveni delavec/uporabnik znašel?



Slika 2: Število odgovorov na vprašanje »Ali se je zdravstveni delavec oz. uporabnik znašel pri rabi *Privočnika?*«

Na vprašanje o tem, kako so se zdravstveni delavci znašli pri rabi *Priročnika* (gl. Sliko 2), je kar 74 (prek 80 %) respondentov odgovorilo, da so se dobro znašli, le 17 jih je odgovorilo, da so na začetku imeli nekaj težav. Zdravstveni delavci so v komentarjih poudarili, da struktura *Priročnika* sledi ustaljenim standardom sprejema in obravnave bolnika, zato jim uporaba ni predstavljala večjih težav. Podobno velja za uporabnike zdravstvenih storitev, saj je 77 opazovalcev poročalo, da so se uporabniki dobro znašli pri rabi *Priročnika*, le manjši delež (13 % oz. 12 opazovalcev) jih ni bilo tega mnenja.

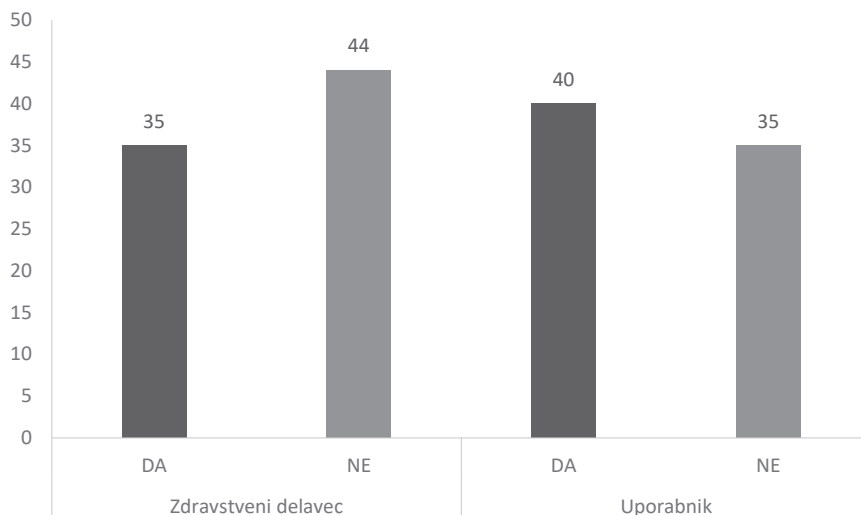


**Slika 3: Število odgovorov na vprašanje »Ali se je zdravstveni delavec oz. uporabnik porabil veliko časa pri rabi *Priročnika*?«**

Kljub temu da struktura *Priročnika* uporabnikom ni predstavljala večjih težav, pa so v skoraj polovici primerov opazovalci zdravstvenih delavcev ocenili, da so slednji zaradi uporabe *Priročnika* rabili več časa za pregled (gl. Sliko 3). To nakazuje, da je raba *Priročnika* v nezanemarljivi meri vplivala na samo trajanje pregleda. Opazovalci uporabnikov zdravstvenih storitev so podobno opazili v dobri tretjini primerov ( $n = 28$ ), kar je sicer nekoliko manj pogosto kot pri zdravstvenih delavcih, je pa časovni dejavnik vendarle tudi tukaj bistveno bolj izpostavljen, kot bi lahko sklepali glede na odgovore v zvezi s tem, kako so se znašli pri uporabi *Priročnika*. V dodatnih komentarjih so opazovalci zdravstvenih delavcev kar 25-krat navedli, da bi bilo za učinkovitejšo uporabo treba *Priročnik* najprej dodobra spoznati še pred samim pregledom, torej brez prisotnosti bolnika, oz. da bi po nekajkratni uporabi situacija verjetno bila

precej drugačna, saj bi ob redni rabi *Priročnika* komunikacija s bolnikom postala bistveno hitrejša (npr. »Vaja dela mojstra.«). Podobno so razmišljali tudi opazovalci uporabnikov zdravstvenih storitev: 19 jih je bilo mnenja, da bi po nekajkratni uporabi bili rezultati drugačni oz. da bi stvari tekle bolj gladko. Dva komentatorja sta celo dodala, da bi bilo v realnosti komunikacijo še težje vzpostaviti.

### 3. Ali je bil zdravstveni delavec/uporabnik čustveno vznemirjen?

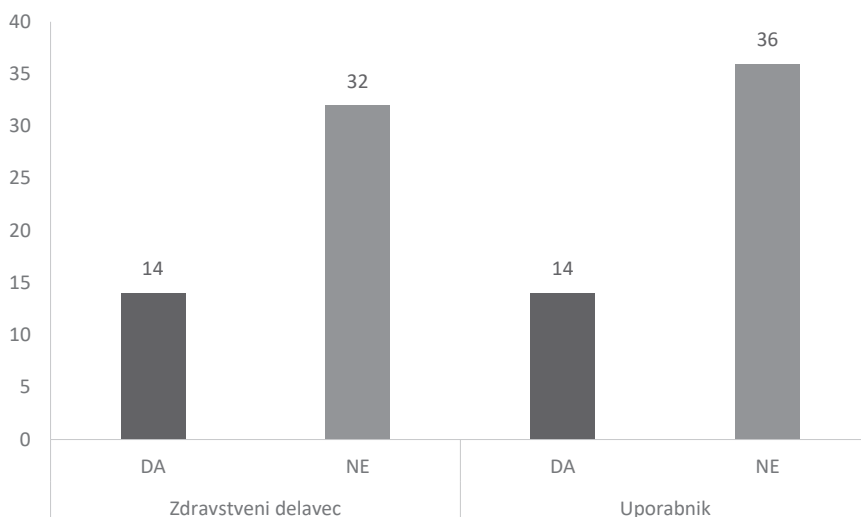


**Slika 4: Število odgovorov na vprašanje »Ali je bil zdravstveni delavec oz. uporabnik pri rabi *Priročnika* čustveno vznemirjen?«**

V nadaljevanju nas je zanimalo, ali je uporaba *Priročnika* vnašala vznemirjenost v interakcijo med zdravstvenim delavcem in uporabnikom zdravstvenih storitev (gl. Sliko 4), saj smo želeli ugotoviti, ali se bodo udeleženci vživeli v igro vlog. Približno polovica opazovalcev v obeh skupinah (45 % opazovalcev zdravstvenih delavcev in 52 % opazovalcev uporabnikov zdravstvenih storitev) je poročala o tem, da sta bila udeleženca čustveno vznemirjena pri pregledu, pri čemer se vznemirjenost pogosteje pojavlja pri uporabnikih zdravstvenih storitev, kar je razumljivo, saj so bili ti soočeni s težjo nalogo opisa svoje zdravstvene težave zdravstvenemu delavcu.

Na izrecno vprašanje, ali je priročnik vnesel dodatno vznemirjenje, so opazovalci ocenili, da je bilo zaradi rabe *Priročnika* dodatno vznemirjenih 32 % zdravstvenih delavcev oz. 30 % uporabnikov zdravstvenih storitev (gl. Sliko 5). Večina opazovalcev pa je ugotavljala, da raba *Priročnika* ni vnašala dodatnega vznemirjenja v

4. Ali je bil dodatno vznemirjen zaradi rabe priročnika?

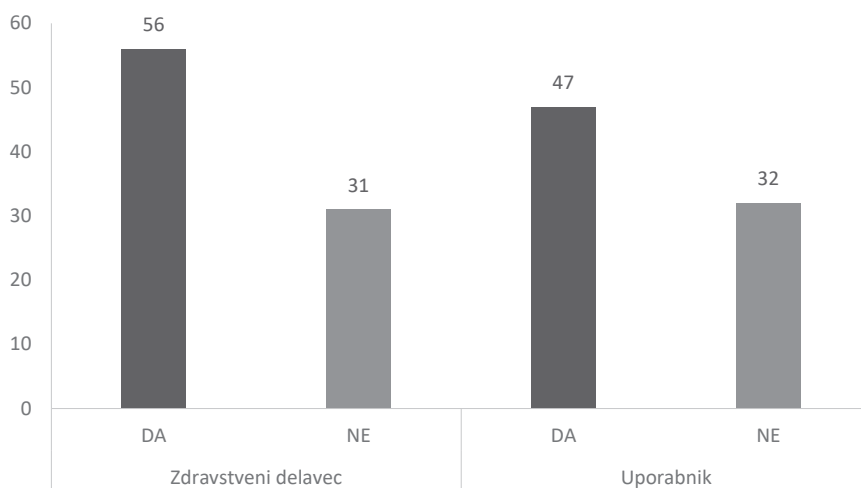


**Slika 5: Število odgovorov na vprašanje »Ali je bil zdravstveni delavec oz. uporabnik dodatno vznemirjen zaradi rabe *Priročnika*?«**

komunikacijo med zdravstvenim delavcem in uporabnikom zdravstvenih storitev. Štirje opazovalci uporabnikov zdravstvenih storitev in pet opazovalcev zdravstvenih delavcev so v svojih komentarjih izpostavili, da je prisotnost *Priročnika* delovala celo pozitivno in pomirjujoče, saj je priročnik omogočal, da je komunikacija sploh lahko potekala. Uporabniki zdravstvenih storitev (oz. tisti, ki so se na podlagi lastnih izkušenj vživeli v njihovo vlogo) so *Priročnik* dojemali kot pomoč, tj. kot pomagalo pri tem, da so vsaj na neki osnovni ravni lahko izrazili svoje zdravstvene težave in bili razumljeni kljub temu, da zdravstveno osebje ni govorilo njihovega jezika. Opazovalci uporabnikov zdravstvenih storitev so v petih komentarjih poročali, da je *Priročnik* koristen, ker z njegovo pomočjo lahko ugotovijo vsaj področje, na katerem so težave, četudi je pogosto (kot smo poročali pri analizi odgovorov na 2. vprašanje) potreben dodaten čas, da najdejo ustrezne informacije. Po drugi strani pa so štirje opazovalci zdravstvenih delavcev komentirali, da s pomočjo *Priročnika* bolniku ni mogoče razložiti diagnoze (prim. tudi nadaljevanje).

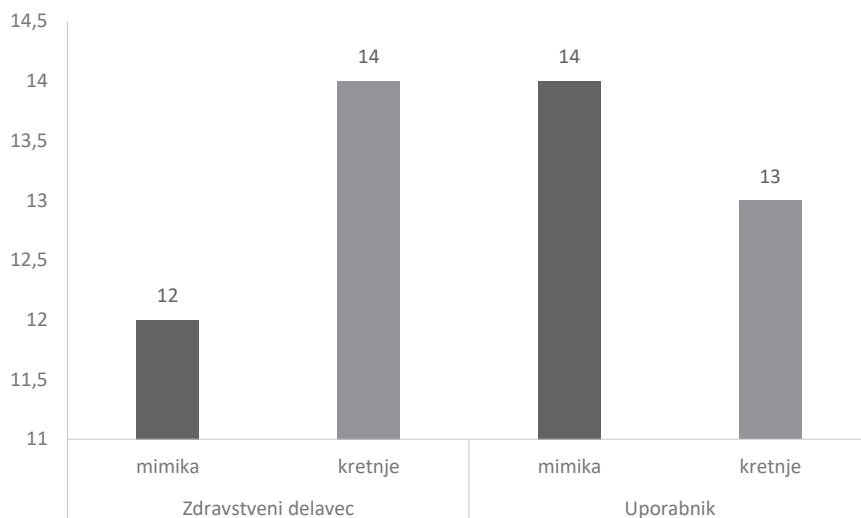
Obe skupini opazovalcev sta poročali o tem, da so udeleženci v igri vlog skušali izraziti več, kot jim to omogoča *Priročnik* (od tega 64 % zdravstvenih delavcev in 60 % uporabnikov zdravstvenih storitev) (gl. Sliko 6). Skladno z odgovori na prejšnje vprašanje tudi tukaj opazovalci v dveh primerih komentirajo, da je *Priročnik* uporaben zgolj kot osnovno pomagalo in nikakor ne kot glavno oz.

5. Ali je zdravstveni delavec/uporabnik želel izraziti več, kot mu omogoča priročnik?



**Slika 6: Število odgovorov na vprašanje »Ali je zdravstveni delavec oz. uporabnik želel izraziti več, kot mu je to omogočal *Priročnik*?«**

6. Kako se je skušal izraziti?

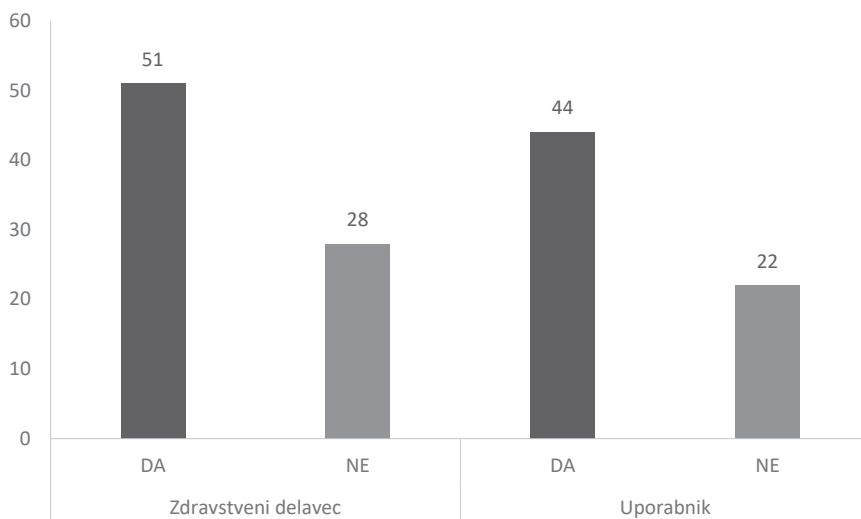


**Slika 7: Število odgovorov na vprašanje »Kako se je zdravstveni delavec oz. uporabnik izražal?«**

zadostno sredstvo sporazumevanja med posamezniki, ki ne govorijo skupnega jezika (npr. »Manjka del, ki omogoča pacientu boljše, bolj fleksibilno opisovanje. Zdravnik se bo le tako znašel, ko dobi dobre informacije od bolnika.« »Ne da se razložiti pacientu, kaj mu je.«). Pogosto opazovalci tudi omenjajo, da v *Priročniku* pogrešajo določene vsebine, ki jih zato ne morejo izraziti (npr. diagnoze, specifične posege ali procedure, kot sta ekstrakcija zoba ali merjenje krvnega sladkorja, nekateri simptomi): takega mnenja je 12 opazovalcev uporabnikov zdravstvenih storitev in 8 opazovalcev zdravstvenih delavcev.

V primerih, ko s *Priročnikom* niso mogli izraziti želenega, so si zdravstveni delavci oz. uporabniki pomagali predvsem z mimiko oz. kretnjami (gl. Sliko 7). Po prvi so pogosteje posegli uporabniki zdravstvenih storitev, po drugih pa zdravstveni delavci, vendar so bile razlike razmeroma majhne. V enem od komentarjev zasledimo, da so izjemoma uporabili tudi risanje.

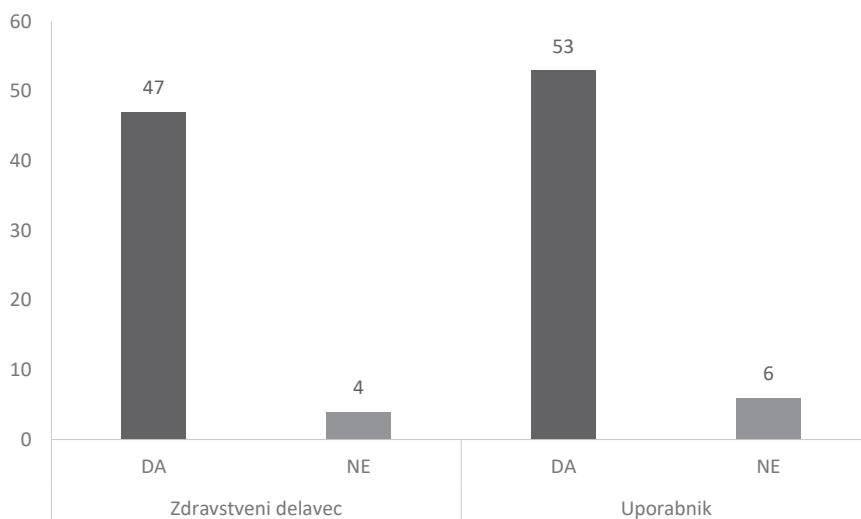
7. Ali je zdravstveni delavec ohranjal očesni stik s sogovornem?



**Slika 8: Število odgovorov na vprašanje »Ali je zdravstveni delavec oz. uporabnik ohranjal očesni stik s sogovornem?«**

Pomemben element pri odnosu med zdravstvenim delavcem in uporabnikom zdravstvenih storitev je ohranjanje neposrednega očesnega stika s sogovornikom. Obe skupini opazovalcev sta bili v večini primerov mnenja (65 % pri zdravstvenih delavcev oz. 67 % pri uporabnikih zdravstvenih storitev), da se očesni stik ohranja, čeprav primerov, ko do tega ne pride, ni zanemarljivo malo (gl. Sliko 8), kar se še bolj potrjuje v odgovorih na naslednje vprašanje.

## 8. Ali je bil osredotočen na priročnik?

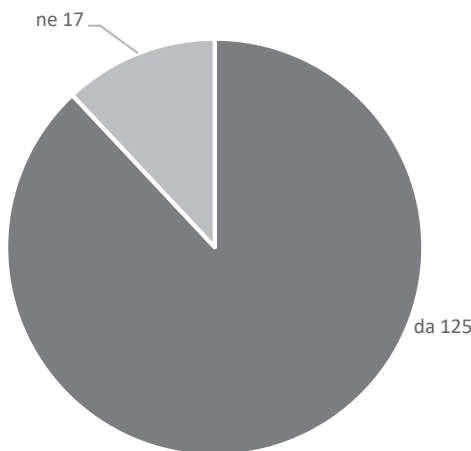


**Slika 9: Število odgovorov na vprašanje »Ali je bil zdravstveni delavec oz. uporabnik prvenstveno usmerjen na *Priročnik*?«**

V odgovorih na vprašanje, ali je bil udeleženec prvenstveno osredotočen na *Priročnik*, namreč zasledimo nekoliko protislovna stališča v primerjavi z vprašanjem glede očesnega stika zgoraj (gl. Sliko 9). Čeprav opazovalci poročajo, da se je očesni stik pri obeh skupinah izgubil le v tretjini primerov, pa po drugi strani ugotavljajo, da sta bila zdravstveni delavec oz. uporabnik zdravstvenih storitev osredotočena predvsem na priročnik kar v 90 % primerov.

Iz odgovorov na zadnje vprašanje lahko razberemo, da 86 % vseh opazovalcev igre vlog in simulacij meni, da je format *Priročnika* ustrezen, saj bistveno pripomore h komunikaciji med udeležencema (gl. Sliko 10). K tem vprašanju so opazovalci podali 37 komentarjev. Najpogosteje opazovalci poudarjajo, da bi bila uporaba hitrejša in učinkovitejša, če bi *Priročnik* že prej poznali in ga redno uporabljali (n = 18). Ob mnenjih tistih, katerim se *Priročnik* ne zdi ustrezen, najdemo zlasti komentarje glede formata, ki je po mnenju opazovalcev premajhen (npr. »Boljši bi bil format A4,« (n = 4), čeprav nasprotno v enem komentarju zasledimo željo po pol manjšem priročniku, hkrati pa nekateri ugotavljajo (n = 3), da je *Priročnik* predebel in pretežak. V dveh primerih bi si želeli ob *Priročniku* tudi kartice s piktogrami, ena oseba je pogrešala izgovorjavo tujih izrazov (»Dodati bi bilo potrebno izgovorjavo.«), ena pa jasneje označena poglavja (z zarezami). Ostali (n = 7) pa opozarjajo na vsebine, ki jih niso našli v *Priročniku*, pa menijo, da bi bile koristne (npr. predstavitev različnih prehranjevalnih navad, več zobozdravstvenih vsebin ipd.).

9. Je format priročnika ustrezen?



**Slika 10: Število odgovorov na vprašanje »Ali je format *Priročnika* ustrezen?»**

Pri odprtem pozivu po dodatnih komentarjih smo prejeli še 47 komentarjev: največ (n = 22) jih je bilo takih, ki so izražali zadovoljstvo, da je bil *Priročnik* izoblikovan (npr. »Priročnik je v veliko pomoč.«), drugi komentarji (n = 6) so se osredotočali na to, da raba *Priročnika* blagodejno vpliva na emocionalno stanje udeležencev (npr. »Uporaba priročnika je pacienta pomirjala in ni vnašala vzemirjenosti in nelagodja v pogovor.«), tretji (n = 7) so poudarjali, da je za učinkovito uporabo *Priročnika* potrebna vaja (npr. »Priročnik je uporaben, a ga je potrebno najprej spoznati.«). Dodatni komentarji razkrivajo še nekaj zanimivosti: respondenti so v 9 komentarjih prepričani, da bi bila elektronska oblika *Priročnika* (v obliki interaktivne aplikacije) dobrodošla, saj bi omogočala hitrejšo iskanje podatkov ter bi lahko vključevala tudi izgovorjavo tujih jezikov, kar bi bistveno olajšalo komunikacijo med zdravstvenim delavcem in uporabnikom zdravstvenih storitev (npr. »Priročnik je dober, vendar bi bilo v elektronski obliki lažje, saj se porabi veliko časa za iskanje.«). Elektronski format bi razrešil tudi številne zadržke, omenjene v prejšnjih odstavkih (kot so format, izgovorjava, hitrost pridobivanja podatkov itd.). Kot pomanjkljivost *Priročnika* je poleg tega v 4 komentarjih omenjena tudi pretežna naravnost na zdravstvenega delavca in ne na uporabnika zdravstvenih storitev, ki na ta način težko izrazi svoje težave oz. pride do zelene storitve.



## 5 TESTIRANJE UPORABNOSTI *PRIROČNIKA* PREK SPLETNE ANKETE UPORABNIKOV V KLINIČNI PRAKSI

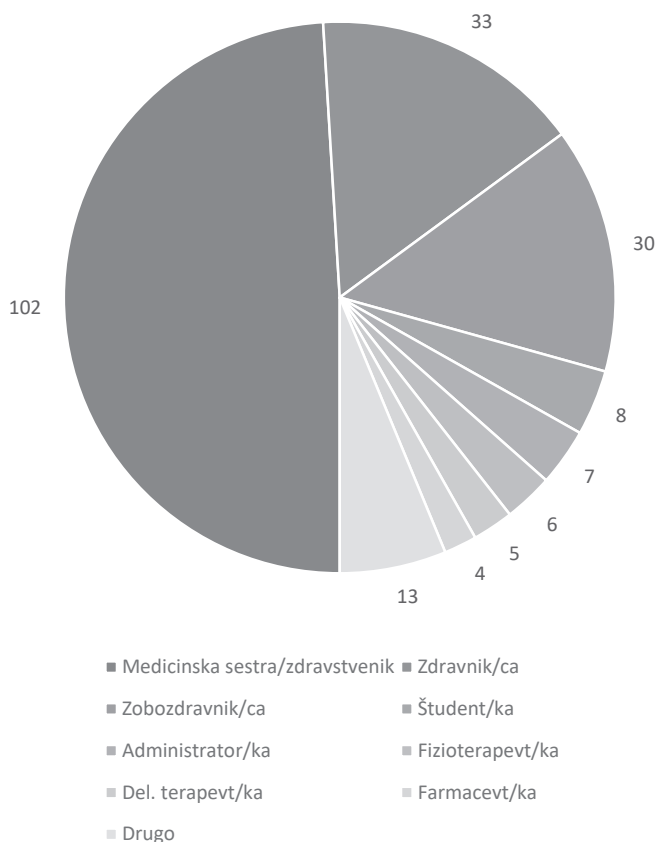
Vsak udeleženec usposabljanja je prejel dva *Priročnika* glede na željeno jezikovno kombinacijo. Po nekajmesečni uporabi *Priročnika* v vsakodnevni praksi smo udeležencem posredovali evalvacijski vprašalnik, s katerim so ocenili različne vidike uporabnosti *Priročnika* v praksi. Med junijem 2017 in januarjem 2018 je vprašalnik delno ali v celoti izpolnilo 208 oseb. Ker so nas zanimali odzivi zdravstvenih delavcev, ki pri svojem delu prihajajo v stik s tujejezičnimi bolniki in pri tem uporabljajo priročnik, smo izločili odgovore vseh tistih anketirancev ( $n = 5$ ), ki pri svojem delu ne stopajo v neposredni stik s tujejezičnimi bolniki (npr. brezposelne osebe, nacionalni promotorji zdravja, predavatelji, sanitarni inženirji). To pomeni, da smo analizirali 203 izpolnjene anketne liste.

Podatke smo zbrali s pomočjo strukturiranega vprašalnika, ki je bil udeležencem posredovan prek prosto dostopne spletne platforme za anketiranje 1KA. Vprašalnik je vseboval 15 vprašanj odprtega in zaprtega tipa. S štirimi uvodnimi splošnimi vprašanji smo pridobili osnovne podatke o uporabnikih, kot so njihovo področje dela, delovno okolje, vrsta zaposlitve, stopnja izobrazbe in regija, v kateri so zaposleni. V specifičnem delu vprašalnika pa smo se osredotočili na njihove izkušnje pri uporabi *Priročnika* v vsakodnevnem delu s tujejezičnimi bolniki, pri čemer so nas zanimali pogostost uporabe, najpogosteje uporabljena poglavja in jezikovne kombinacije, ustreznost formata, oblike in piktogramov ter morebitne ovire oz. pomanjkljivosti pri uporabi *Priročnika*. Z vprašanjem odprtega tipa smo uporabnike spodbudili tudi k podajanju predlogov za nadgradnjo *Priročnika* in njegovih vsebin.

### 5.1 Populacija

Demografski podatki anketirancev (vprašanja 1 do 4) so razkrili, da je večina sodelujočih zaposlenih v zdravstvenih domovih ( $n = 115$ ), ostali pa v bolnišnici ( $n = 48$ ) in pri zasebnih izvajalcih zdravstvenih storitev ( $n = 24$ ). Iz odgovorov smo lahko razbrali tudi osnovni poklic anketirancev (gl. Sliko 11).

Skoraj polovica anketirancev je medicinskih sester ( $n = 102$ ), drugi obsežni skupini pa sta skupini zdravnikov ( $n = 33$ ) in zobozdravnikov ( $n = 30$ ). Poleg njih so odgovore prispevali še študenti ( $n = 8$ ), administratorji ( $n = 7$ ), fizioterapevti ( $n = 6$ ), delovni terapevti ( $n = 5$ ), farmacevti ( $n = 4$ ) ter ostali ( $n = 8$ ), med katere smo uvrstili dva psihologa, dve socialni delavki, logopeda, babico, radiološkega inženirja in zobno asistentko.



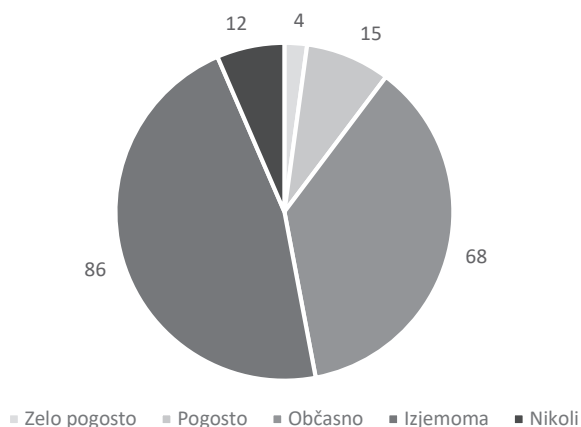
**Slika 11: Število anketirancev, ki izvaja posamezni poklic v zdravstvu**

## 5.2 Rezultati

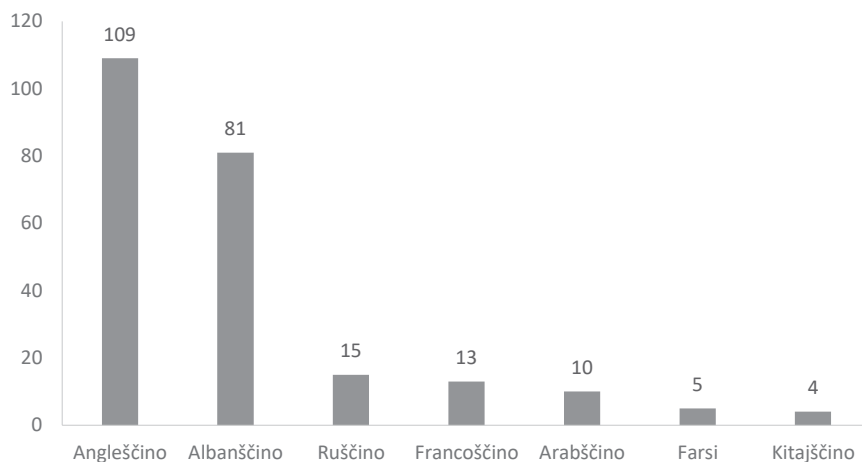
Najprej smo anketirance (5. vpr.) prosili, naj označijo, kako pogosto so uporabili priročnik, in ocenijo, kako pogosto bodo priročnik uporabljali v prihodnosti (gl. Sliko 12).

Tretjina (33 %) sodelujočih v anketi je uporabila *Priročnik* (ali pa pričakuje, da ga bo) občasno, 7 % pogosto, 2 % pa zelo pogosto. Poleg tega je 41 % takšnih, ki so ga (ali pa ga bodo) uporabljali izjemoma, 6 % pa nikoli.

S šestim vprašanjem smo skušali ugotoviti, katere jezike so anketiranci največkrat uporabili v vsakodnevni praksi (gl. Sliko 13).



**Slika 12: Število anketirancev, ki je odgovorilo na vprašanje, kako pogosto uporabljajo oz. predvidevajo, da bodo uporabili *Priručnik***



**Slika 13: Število anketirancev, ki je odgovorilo na vprašanje, katere jezikovne verzije *Priručnika* so najpogosteje uporabili.**

Največ vprašanih je pri svojem delu s tujejezičnimi bolniki uporabilo *Priručnik* v angleščini (109) in albanščini (81). V precej manjši meri so si pomagali s *Priručnikom* v ruščini (15), francoščini (13) in arabščini (10). Najredkeje pa so za sporazumevanje s tujejezičnimi bolniki uporabili farsi (5) in kitajščino (4).

S sedmim vprašanjem smo anketirance vprašali, katera poglavja *Priročnika* so najpogosteje uporabili pri svojem delu, in sicer so lahko izbrali več poglavij hkrati (gl. Tabela 2).

**Tabela 2: Katera poglavja *Priročnika* ste najpogosteje uporabljali?**

Poglavje	Št. odgovorov
Splošne fraze	70
Sprejem	61
Simptomi	53
Navodila	51
Zobozdravstvo	33
Alergije, zdravila, navade	26
Pregled	23
Bolezni	23
Zdravje žensk in otrok	22
Dodatne informacije	16
Preiskave	14
Duševno zdravje	13

Odgovori pa kažejo, da so zdravstveni delavci in drugi vprašani *Priročnik* največkrat uporabili za vzpostavitev osnovne komunikacije z bolnikom, saj so bile najpogosteje uporabljene prav splošne fraze (70). Med vsebinskimi poglavji so pomoč pri svojem delu največkrat iskali v poglavjih Sprejem (61), Simptomi (53), Navodila (51) in Zobozdravstvo (33). Uporabljali so tudi vsa ostala poglavja, a manj pogosto (najmanj Preiskave (14) in Duševno zdravje (13)).

Udeleženci usposabljanj, ki so po nekajmesečnem delu s priročnikom izpolnili anketni vprašalnik, so podali tudi predloge za izboljšanje in nadgradnjo *Priročnika* (8. in 9. vprašanje). Njihovi komentarji so še posebej dragoceni, saj so priročnik prvi uporabljali v vsakodnevni praksi v zdravstvenih ustanovah. Izkazalo se je, da si uporabniki najbolj želijo digitalizacije *Priročnika*. V največji meri prepoznavajo potrebo po aplikaciji za tablične računalnike in mobilne telefone ( $n = 11$ ), poleg tega pa predlagajo tudi zapise ali posnetke izgovorjave posameznih besed in fraz ( $n = 5$ ).

V *Priročniku* so bili prevodom dodani piktogrami in poenostavljeno slikovno gradivo, ki so glede na pridobljene podatke uspešno pomagali pri preseganju ovir pri sporazumevanju. Anketirance smo vprašali, ali so jih bili ti piktogrami v pomoč ali ne (10. in 11. vprašanje). Velika večina vprašanih ( $n = 162$ ) je potrdila, da je bila zaradi piktogramov njihova uporaba *Priročnika* učinkovitejša, le 13 ne.

Podobno so ocenili tudi ustreznost formata in oblike *Priročnika* (12. in 13. vprašanje), saj je 159 vprašanih s takšno obliko zadovoljnih, tisti, ki niso (n = 13) pa so večinoma izpostavili velikost, ki otežuje hitro iskanje.

V odgovorih na zadnji dve vprašanji so anketiranci lahko navedli svoje predloge za izboljšave (14. vprašanje) in podali dodatne komentarje (15. vprašanje). *Priročnik* je bil preveden v sedem jezikov, nekateri (zdravstveni) delavci, ki prihajajo v stik s tujejezičnimi bolniki, pa so v svojih odgovorih na odprta vprašanja izpostavili potrebo po novih, dodatnih prevodih v jezike, kot so nemščina (n = 5), italijanščina (n = 4), madžarščina (n = 2), romščina (n = 1), norveščina (n = 1), srbohrvaščina (n = 1). Poleg tega je na pogostost uporabe in učinkovitost *Priročnika* pri premoščanju jezikovnih/kulturnih ovir vplivala tudi skladnost vsebine *Priročnika* z delovnim področjem oseb, ki obravnavajo tujejezične bolnike. Pripadniki posameznih strok, npr. fizioterapevt, delovni terapevt in farmacevt, so predlagali dopolnitev vsebin *Priročnika* s poglavji, ki bi bila v večji meri namenjena obravnavi bolnikov v njihovem delovnem okolju. Ostali predlogi so vsebovali večje število piktogramov, prilagoditev vsebine za otroke ter dodatne kartice za samostojno uporabo.

## 6 ZAKLJUČKI

Opazovanje igre vlog in simulacij ter analiza spletne ankete uporabnikov *Priročnika* so nam dali komplementarne rezultate. Analiza 225 opazovalnih listov na delavnicah je pokazala, da je sestava in organizacija *Priročnikov* sledila pričakovani in priporočeni strukturi obravnave bolnika in da so se zato tako zdravstveni delavci kot tisti, ki so prevzeli vlogo uporabnikov zdravstvenih storitev, v veliki večini (prek 80 %) hitro znašli pri njihovi rabi. Udeleženci izobraževanj so nadalje ugotavljali, da raba *Priročnika* zahteva dodaten čas, a da ta ne vnaša dodatnega vnmirjenja v pogovor med uporabnikom zdravstvenih storitev in zdravstvenim delavcem. V skladu s pričakovanji so opazovalci simulacij in iger vlog ugotavljali, da so udeleženci v pogovoru poskušali izraziti več, kot jim je to omogočal *Priročnik*, in da je ta primeren le za prvi stik z bolnikom in njegovo osnovno obravnavo. Če uporabimo besede ene izmed udeleženk simulacije: »Ne da se razložiti pacientu, kaj mu je.« Da bi nadomestili pomanjkljivosti, so se tako zdravstveni delavci kot uporabniki zdravstvenih storitev v simulacijah in igrah vlog zatekali k neverbalni komunikaciji, npr. mimiki, gestam in risanju. Ker je komunikacija med uporabniki zdravstvenih storitev in zdravstvenimi delavci potekala le prek *Priročnika*, so se oboji prvenstveno osredotočali nanj in redkeje vzpostavljali očesni stik s sogovornikom. Udeleženci iger vlog in simulacij so nadalje ugotavljali, da je format *Priročnika* načeloma ustrezen (86 %), vendar pa je bila nekaterim

uporabnikom odsotnost glasu moteča (npr. »Dodati bi bilo potrebno izgovorjavo.«) in so zato tudi predlagali digitalizacijo *Priročnika*.

Podobne rezultate smo pridobili prek spletne ankete, ki so jo po nekajmesečni rabi izpolnili 203 uporabniki *Priročnika* v klinični praksi. Čeprav skoraj polovica anketirancev predvideva, da *Priročnika* ne bodo nikoli oz. le redko uporabljali, tisti, ki so ga že uporabili v praksi, poročajo, da so *Priročnik* najpogosteje uporabili v angleškem in albanskem jeziku, kar se sklada z rezultati analize potreb, ki smo jo izvedli v predpripravah na izoblikovanje *Priročnika*. V skladu s pričakovanji uporabniki poročajo, da so *Priročnik* uporabili predvsem pri vzpostavljanju osnovne komunikacije z bolnikom in pri sprejemu bolnika. Podobno kot udeleženci simulacij in iger vlog tudi uporabniki še bolj poudarjeno priporočajo digitalizacijo *Priročnika* in preoblikovanje v mobilno aplikacijo, ki bi vsebovala tudi posnetke izgovorjav posameznih besed in fraz, obenem pa predlagajo dopolnitve *Priročnika* z dodatnimi področji zdravstvene oskrbe in dodatnimi jeziki, in sicer predvsem z nemškimi in italijanskimi jeziki.

Na osnovi teh rezultatov tako lahko zaključimo, da so *Večjezični priročniki, namenjeni slovenskemu zdravstvenemu osebju za delo z migranti* in ostali podobni priročniki koristni in dobro sprejeti, vendar omejeno uporabni v zdravstvenem okolju, ker odsotnost glasu in prevelik poudarek na pisni podobi, ki ovira ohranjanje očesnega stika med zdravstvenim delavcem in uporabnikom zdravstvenih storitev, ne omogočata v polni meri vzpostavitve v bolnika usmerjene komunikacije, obenem pa izbor vprašanj in odgovorov v priročnikih dovoljuje le najosnovnejšo oskrbo bolnika in ne zadostuje pri obravnavi kompleksnejših problemov.

Na koncu naj omenimo še omejitve raziskav, ki smo jih izvedli: avtorice se zavedamo, da imata raziskovalni tehniki igre vlog in simulacije zmanjšano zunanjo veljavnost, ker se v resnični situaciji obnašamo drugače, kot če igramo vlogo nekoga drugega, še posebej, če se zavedamo, da se bo igrana situacija kmalu zaključila. Zavedamo se tudi, da informanti pogosto odgovarjajo v skladu s tem, kar mislijo, da pričakuje izpraševalec. Vsak pogovor namreč nastane med informantom in raziskovalcem v določenem socialnem, kulturnem in zgodovinskem kontekstu in je odvisen od konteksta izpraševanca in izpraševalca (Liamputtong in Ezzy 2005: 132): ker so igre vlog in simulacije potekale v okviru predstavitve rabe *Priročnika*, lahko predvidevamo, da so nekateri udeleženci poudarjali pozitivne lastnosti *Priročnika* in omilili negativne. Zaradi teh pomislekov menimo, da bi bilo treba za večjo relevantnost izsledkov študije uporabnosti dopolniti še z opazovanjem dejanske uporabe *Priročnikov* v zdravstveni oskrbi, ko se zdravstveni delavec s pomočjo *Priročnikov* poskuša sporazumeti s tujejezičnim uporabnikom zdravstvenih storitev.

## Reference

- Berman, Anthony C. in Darryl S. Chutka, 2016: Assessing effective physician-patient communication skills: "Are you listening to me, doc?" *Korean Journal of Medical Education* 28/2: 243–249.
- Bond, Michael H. in Hiroshi Komai, 1976: Targets of gazing and eye contact during interviews: effects on Japanese nonverbal behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology* 34. 1276–1284.
- Duggan, Ashley P. in Roxanne L. Parrott, 2001: Physicians' nonverbal rapport building and patients' talk about the subjective component of illness. *Human Communication Research* 27/2: 299–311.
- Elzinga, Robert H., 1978: Temporal organization of conversation. *Sociolinguistics Newsletter* 9. 29–31.
- Fleischer, Steffen, Almuth Berg, Markus Zimmermann, Kathleen Wüste in Johann Behrens, 2009: Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review. *Journal of Public Health* 17: 339–353.
- Greatbatch, David, Christian Heath, Peter Champion in Paul Luff, 1995: How do desk-top computers affect the doctor-patient interaction? *Family Practice* 12/1: 32–36.
- Hall, Edward T., 1974: *Handbook for proxemic research*. Washington, DC: Society for the Anthropology of Visual Communication.
- Institute of Medicine, 2001: *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the Twenty-first Century*. Washington (DC): National Academies Press.
- LaFrance, Marianne in Clara Mayo, 1978: Gaze direction in interracial dyadic communication. *Ethnicity* 5. 167–173.
- Langewitz, Wolf A., Phillip Erich, Alexander Kiss in Brigitta Wosmer, 1998: Improving communication skills a randomized controlled behaviourally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosomatic Medicine* 60: 268–276.
- Liamputtong, Pranee in Ezzy, Douglas, 2005: *Qualitative research methods*. South Melbourne, New York: Oxford University Press.
- Makoul, Gregory, Raymond Curry in Paul Tang, 2001: The use of electronic medical records: communication patterns in outpatient encounters. *The Journal of the American Medical Informatics Association* 8/6: 610–615.
- Margalit, Ruth, Debra L. Roter, Mary Ann Dunevant, S. Larson in Shmuel Reis, 2006: Electronic medical record use and physician-patient communication: an observational study of Israeli primary care encounters. *Patient Education and Counseling* 61/1: 134–141.
- Maurer, Maureen, Pam Dardess, Kristin L. Carman, Karen Frazier in Lauren Smeeding, 2012: *Guide to Patient and Family Engagement: Environmental Scan Report*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.

- McCabe, Catherine, 2004: Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing* 13: 41–49.
- Nestel, Debra in Tanya Tierney, 2007: Role-Play for Medical Students Learning about Communication: Guidelines for Maximising Benefits. *BMC Medical Education* 7: 1–9. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-7-3>.
- Newell, Stephanie in Zoe Jordan, 2015: The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. *JBIC Database of systematic Reviews and Implementation Reports* 13/1: 76–87.
- Nicolai, Thomas, Oliver Fuchs in Erika von Mutius, 2015: Caring for the Wave of Refugees in Munich. *The New England Journal of Medicine* 373/17: 1593–1595.
- Pokorn, Nike K., Lars Felgner, Marko Pokorn, Blanka Kores-Plesničar in Uroš Ahčan, 2013: Položaj tolmača in usmerjenost njegovega pogleda v medicinskem okolju. Gorjanc, Vojko (ur.): *Slovensko tolmačeslovje*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete. 154–183.
- Rahman, Aminur in Saria Tasnim, 2007: Twelve tips for better communication with patients during history-taking. *The Scientific World Journal* 7: 519–524.
- Robinson, Dawn T., 2004: Role playing. Lewis-Beck, Michael S., Alan Bryman in Tim Futing Liao (ur.): *The SAGE Encyclopedia of Social Science Research Methods*. London: Sage Publications.
- Rupnik Vec, Tanja, Barbara Debeljak, Nataša Krošel, Branka Ribič Hederih, Mojca Zupan in Cirila Peklaj, 2003: *Igra vlog in simulacija kot učna metoda: Priročnik za učitelje psihologije in drugih družboslovnih predmetov ter razrednike*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
- Selič, Polona, 2016: Nebesedno sporazumevanje. Petek, Davorina in Igor Švab (ur.): *Priročnik: sporazumevanje v družinski medicini*. Ljubljana: Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete. 17–20.
- Watson, Michael O., 1970: *Proxemic behaviour: A cross-cultural study*. The Hague: Mouton.
- Wellard, Sally, Jennifer Lillibridge, Christine Beanland in Michele Lewis, 2003: Consumer participation in acute care setting: An Australian experience. *International Journal of Nursing* 9: 255–260.
- Yardley-Matwiejczuk, Krysia M., 1997: *Role play: Theory and practice*. London: Sage Publications.
- Yu, Mi in Kyung ja Kang, 2017: Effectiveness of a Role-Play Simulation Program Involving the Sbar Technique: A Quasi-Experimental Study. *Nurse Education Today* 53: 41–47. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2017.04.002>.