

Silvije Vuletić

Josipa Kern

Senka Samardžić

Tea Vukušić Rukavina

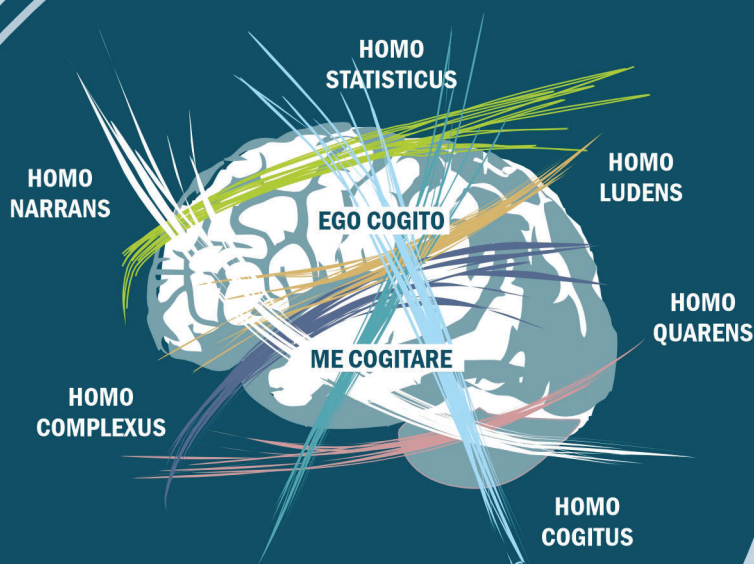
Marko Marelić

Marjeta Majer

Kristijan Sedak

KOMPLEKSNI UM JAVNOG ZDRAVSTVA

**KOGNITIVNI NARATIVNI INTERVJU
U PRAKSI JAVNOG ZDRAVSTVA**



KOMPLEKSNI UM JAVNOG ZDRAVSTVA

Kognitivni narativi u praksi javnog zdravstva

Silvije Vuletić, Josipa Kern, Senka Samardžić

Silvije Vuletić, Josipa Kern, Senka Samardžić

KOMPLEKSNI UM JAVNOG ZDRAVSTVA

Kognitivni narativi u praksi javnog zdravstva

Zagreb 2024.

KOMPLEKSNI UM JAVNOG ZDRAVSTVA

Kognitivni narativi u praksi javnog zdravstva

Vlastita naklada

Silvije Vuletić

Recenzenti

Stjepan Orešković

Pavao Rudan

Ilustracije i prijelom

Alma Šimunec-Jović

ISBN 978-953-59492-5-1

Zagreb, 2024.



TEORIJSKI OKVIR KOMPLEKSNOG UMA

Silvije Vuletić

Prolog

U javnozdravstvenim istraživanjima dominira empirijski kvantitativni pristup. Kognitivni narativ je akademski zanemaren. Međutim, kognitivni narativ ima neke specifične prednosti u javnozdravstvenim istraživanjima, posebice u populacijskim javnozdravstvenim intervencijama:

Prvo, kognitivni narativ omogućuje profesionalni razvoj javnozdravstvenog istraživača u teoriji i praksi javnog zdravstva. Kognitivni narativ pruža jedinstveni specifični uvid u javnozdravstvenu problematiku koji motivira uključivanje istraživača u transformativno učenje i djelovanje u rješavanju javnozdravstvenih problema.

Drugo, kognitivni narativ omogućuje propitivanje socijalno-kognitivnih potencijala istraživača, što može poboljšati njegovu sposobnost razumijevanja kompleksnosti javnozdravstvenih problema.

Treće, kognitivni narativ omogućuje istraživaču da prijeđe različite kulturne, teorijske i disciplinarne barijere.

Cilj ovih tekstova su teorijska i praktična javnozdravstvena promišljanja, posebice u javnozdravstvenim populacijskim intervencijama.

Autori daju svoje proživljene spoznaje o različitim javnozdravstvenim fenomenima.

Neke definicije ostavili smo na engleskom jeziku. To je učinjeno radi lakšeg razumijevanja različitih pojmova. Naime mi još nemamo dogovorenu terminologiju pojmova koje koristimo u javno zdravstvenim istraživanjima i akcijama.

Raščišćavanje pojmova

Javno zdravstvo, um, *complexity*, *health survey* su riječi koje ne označavaju određene predmete ili pojmove koji u konkretnosti mogu imati različita svojstva, nego generalizirane poredbe i ideje. Stoga započinjemo ovaj tekst razglabajući navedene pojmove.

Javno zdravstvo je biomedicinsko-humanistička disciplina potpuno otvorena stalnom prilivu različitih ideja, metodologija i drugih disciplina. Javno zdravstvo uključuje i sociološki, ekonomski, kulturološki pristup, a, prije svega, ima i državnu i političku narav. Možemo reći da je javno zdravstvo u čvrstom zagrljaju države i politike.

Javno zdravstvo se permanentno umrežava i adaptira u skladu s raznim fizikalnim i idejnim promjenama u društvu. Upravo sada hrvatsko javno zdravstvo doživljava tranziciju iz socijalističkog u liberalno demokratsko javno zdravstvo.

Intervencijski, javno zdravstvo slijedi tri populacijska cilja:

- postići i maksimalno razviti proces unapređenja zdravlja,
- snažno i efikasno razviti procese sprečavanja bolesti, te
- usmjeravati život populacije prema kvalitetnom produženju životnog vijeka pojedinca.



Javno zdravstvo ostvaruje svoje ciljeve putem složenih društveno političkih procesa, unutar znanosti, ideologije i politike koji vladaju u određenom razdoblju evolucije zdravstvene zaštite neke zemlje i/ili zajednice.

U svakoj profesiji i znanosti postoji relacija „*mind and matter*“. To je filozofsko pitanje odnosa konkretnog i realnog s apstraktnim i idejnim. Relacija „*mind and matter*“ dovodi do pitanja što je *Mind* a što *Matter*. Jedno od razmišljanja o tim pojmovima pripisuje se Anonymousu 1857. godine:

What is mind, no matter.
What is matter, never mind.
ili
Što je um, nije bitno.
Što je bitno, nema veze.

Duhovito ali i danas prihvatljivo razmišljanje.

Danas definiramo *Mind*:

Mind is a complex concept that refers to the part of a person that enables them to think, feel emotions, awareness of things associated with experience, perception, belief, desire, intention and emotion.

ili, hrvatski:

Um je složen koncept koji se odnosi na dio osobe koji joj omogućuje razmišljanje, osjećanje emocija, svijest o stvarima povezanim s iskustvom, percepcijom, uvjerenjem, željom, namjerom i emocijom.

Modernija definicija tvrdi, da um čine informacijski entiteti koji obrađuju informacije i žive na strani univerzalnog. Um je dio osobe, svijest o svijetu, iskustvo, razmišljanje i osjećanje.

Mi u okvirima ovog teksta, definiramo um kao niz:

Sense - Feel - Think + Act.
tj.

Osjeti - Osjećaji - Misli + Djelovanje.

Teško je shvatiti um a da ga ne promatramo u kontekstu akcije i djelovanja.

What is matter? Što je bitno?

Matter is material, a substance that occupies space, has a mass and is composed predominantly of atoms consisting of protons, neutrons and electrons.

ili

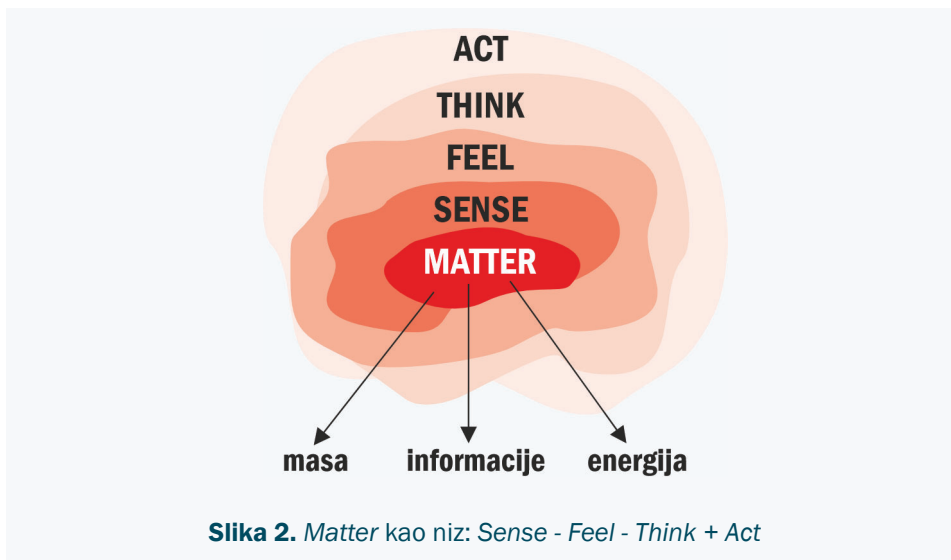
Bit je materijalan, tvar koja zauzima prostor, ima masu i sastoji se pretežno od atoma koji se sastoje od protona, neutrona i elektrona.

U ovom tekstu upotrebljavat će se nadalje pojmovi na engleskom jeziku, *matter* i *mind*.

Matter treba shvatiti kao:

Mass - Energy - Information
tj.

Masa - Energija - Informacija



What is a health survey?

Health survey is a tool to gather information on the behavior of a specific group of people from determined areas.

Što je zdravstveno ispitivanje?

Zdravstveno ispitivanje (anketiranje) je alat za prikupljanje informacija o ponašanju određene skupine ljudi s određenih područja.

What is complex public health?

Complexity of public health involves biomedical, sociological, cultural, psychological, economical and other processes that are non-linear and captured in communication adapted networking.

Što je kompleksnost (složenost) javnog zdravstva?

Kompleksnost javnog zdravstva uključuje biomedicinske, sociološke, kulturne, psihološke, ekonomske i druge procese koji su nelinearni i obuhvaćeni umrežavanjem prilagođenim komunikaciji.

Um - neurobiološki pogled

Recentne publikacije na području neuroznanosti znatno su proširili naše znanje o neurobiološkim supstratima i odgovarajućim kognitivnim funkcijama. Neurobiološki pogled na UM temelji se na sljedećim publikacijama:

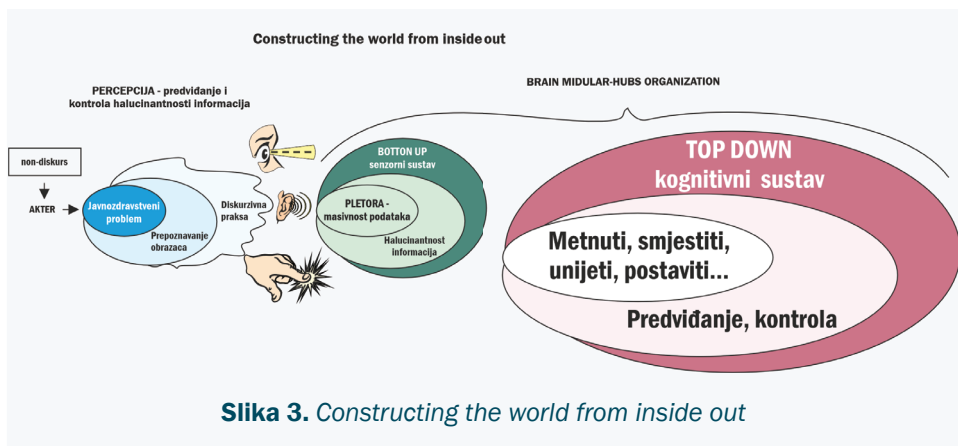
1. Seth AK. *Our inner universe, originally published. Scientific American 2022;31(1st):38-43.*
2. Bertolletto M, Bassett DS. *How matter made mind Originally published. Scientific American 2022;31(1st):6-13.*
3. Buzskaki G. *Constructing the world from inside out. Scientific American 2022; 32(6):36-43.*

Navedene publikacije baziraju se na projektima financiranim od National Institute of Health:

1. *Brain modularity Study, (a large number of individual studies – Meta analysis – 10.000 functional magnetic resonance imaging (fMRI) experience of subjects performing 83 control tasks to map different brain network models.*
2. *Person Connecting. Human connectome project; 2200 young volunteers participating in a study of brain – network architecture (Fingerprint of individual).*

U navedenim publikacijama dva su rezultata značajna: Modularna HUB-mreža kao osnovno strukturno obilježje mozga, te Bottom-up i Top-down percepcijski kognitivni procesi:

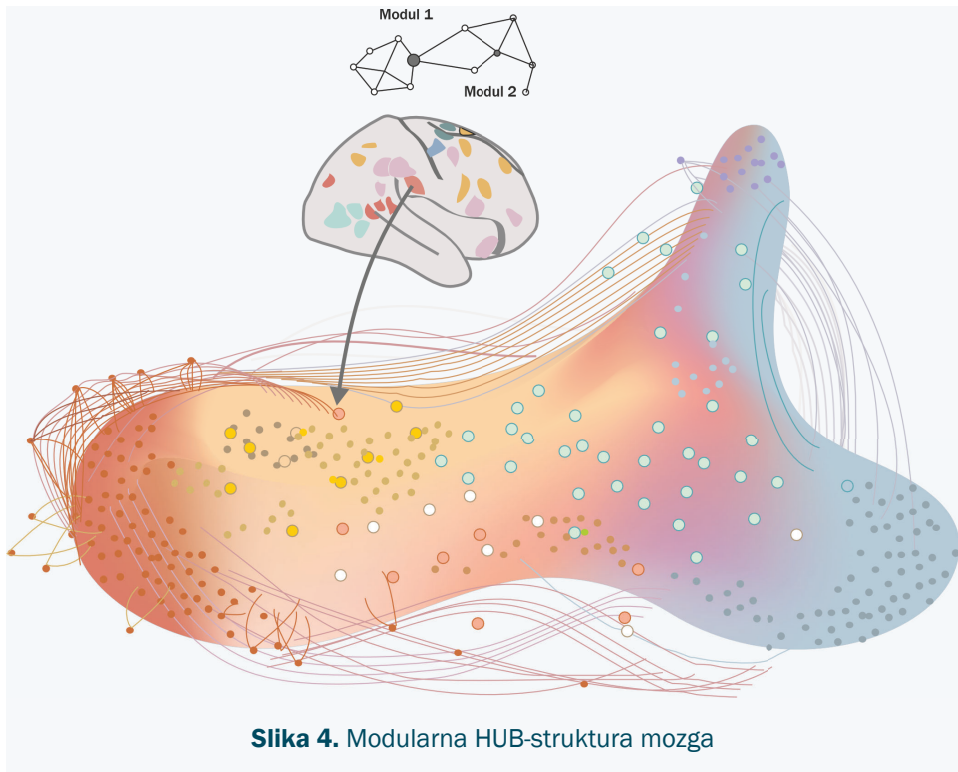
1. Mozak je višestruka modularna organizacija koja omogućuje usklađeno funkcioniranje. Modul zadanog načina rada obuhvaća isti režanj koji sadrži mnogo HUB-ova i povezan je s različitim kognitivnim zadacima: introspektivne misli, učenje, dohvaćanje, emocije, zaključivanje, pa čak i kockanje. Mozak je sposoban razmjenjivati informacije među modulima putem HUB-a s jakom vezom.



Slika 3. Constructing the world from inside out

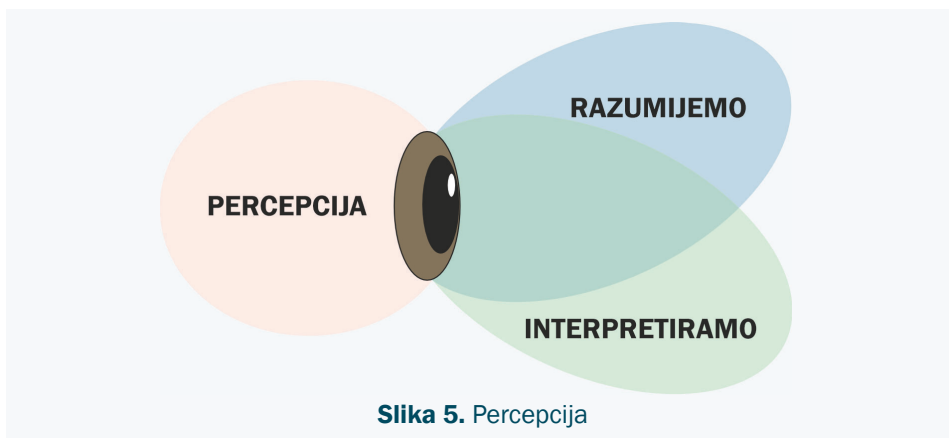
2. Neurološka osnova percepcije su procesi „odozdo prema gore“ (Bottom-up) od vanjskih osjetila, i „odozgo prema dolje“ (Top-down) procesi unutarnjih znakova (internal signs) koji mogu konceptualno odgovarati onome što se percipira, i ništa više.

Mozak je stroj za predviđanje. U teoriji prediktivnog stroja Bayesovi zaključci se približavaju kontinuiranim generiranjem predviđanja o senzorskim signalima i koordinacijom tih predviđanja sa senzornim signalima koji stižu do očiju, ušiju itd.



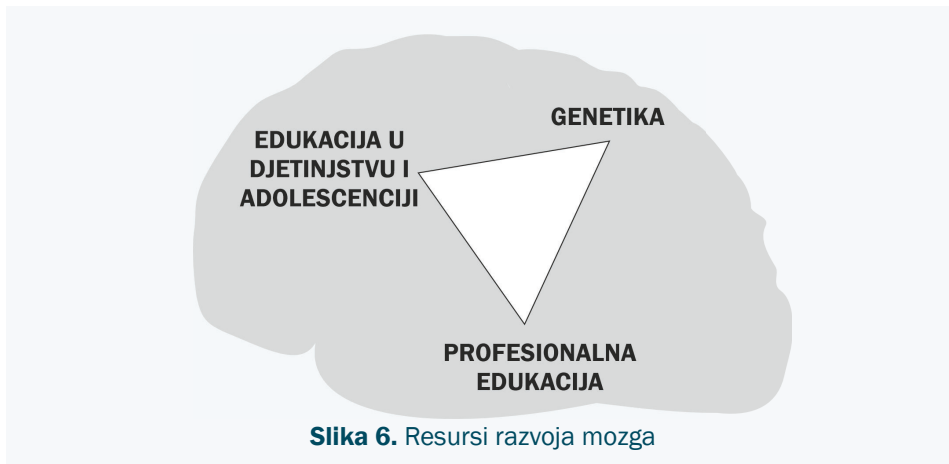
Signali “odozgo prema dolje” prenose predviđanje, signali “odozdo prema gore” služe samo za kalibraciju predviđanja, držeći ujaumljenost na neki odgovarajući način.

Percepcija je način na koji smatramo da nešto razumijemo i interpretiramo. Svi znamo da nas percepcija može lako zavarati. Ona nije direktan prozor u realitet. Percepcijom mi ostvarujemo naša djelovanja. Osnovna ideja percepcije je predikcija i evaluacija. Mozak percepcijom shvaća što se u stvarnosti odigrava, stalno se prilagođavajući senzornom ulazima.



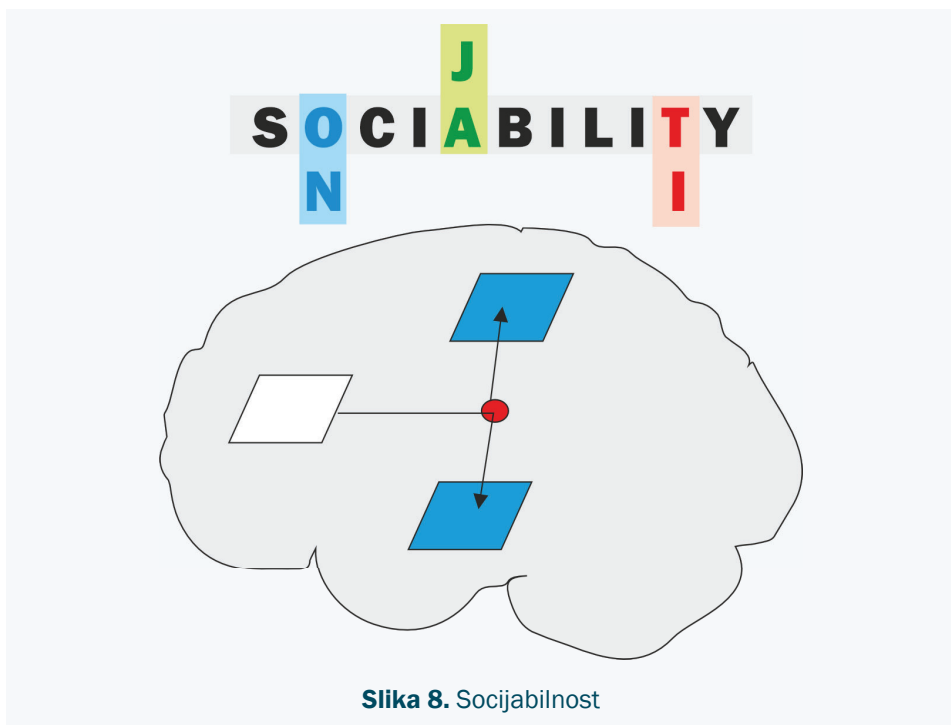
Modularna HUB-struktura osnova je ljudskog kognitiva. Ona je evolucijska tekovina, razvojno započinje već za fetalnog života, nosilac je naše individualnosti i identiteta (*fingerprint*). Ona ovisi o:

1. Personalnoj genetici
2. Razvojnim karakteristikama i edukaciji u djetinjstvu i u adolescenciji,
3. Profesionalnoj edukaciji u odrasloj dobi.



HUB-ovi su centralna struktura, parametar inteligencije. Ona je sociobilna - edukativno zanemarena djeca imaju slabiju HUB-strukturu i *vice versa*.

Mozak je kao modularna HUB-struktura „*captured with complexity*“. Ona je adaptivna, komunikacijski umrežena struktura (*Adaptive network*). Adaptivna komunikacijska umreženost je karakteristika svih naturalnih i humanističkih sustava.

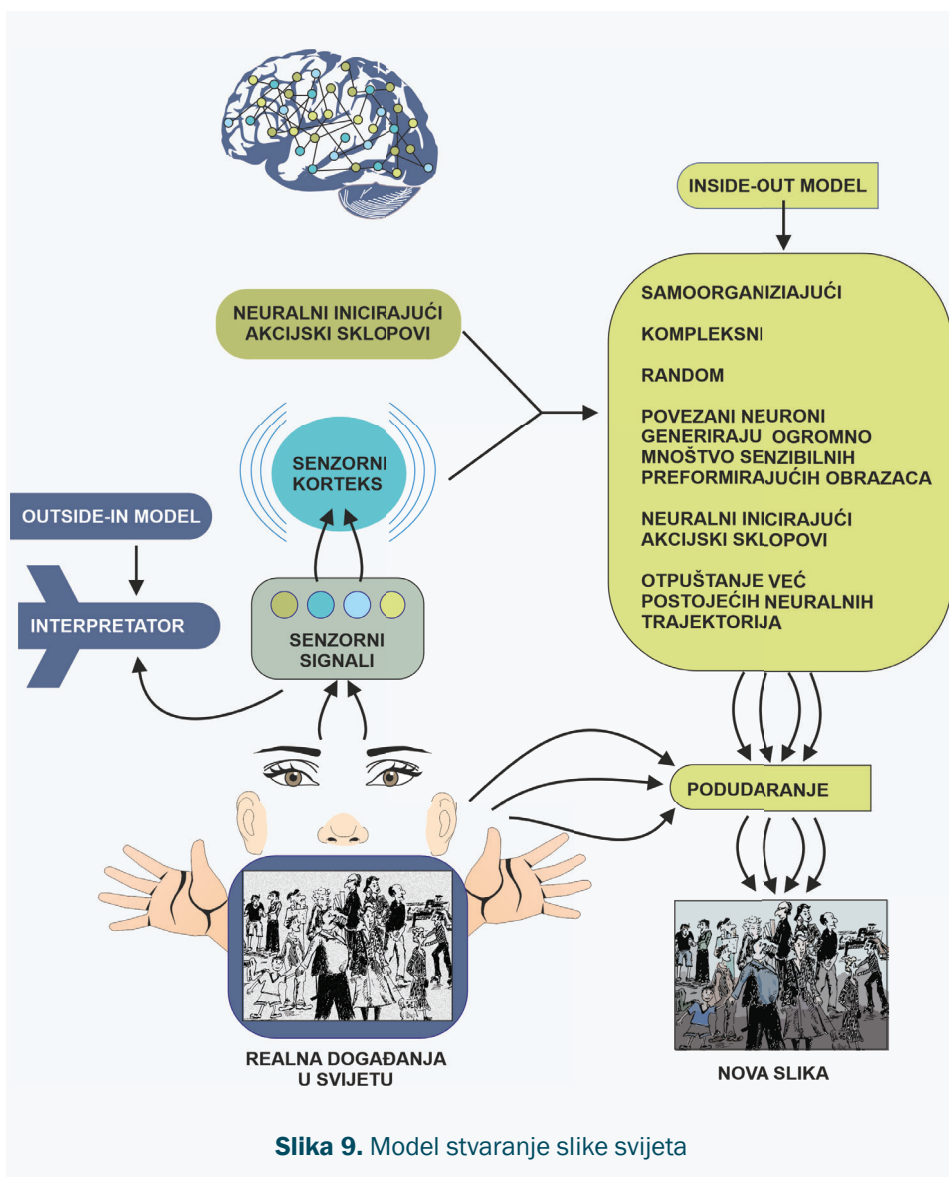


Socijabilnost je treća kognitivna funkcija u moždanoj modularnoj HUB-arhitekturi. Društvenost je kvaliteta povezivanja za upoznavanje i provođenje života s drugim ljudima, život u grupi i prostoru te dijeljenje resursa s drugim ljudima.

Zaključno, mozak je prediktivna provocirajuća mašina. Mozak permanentno uspoređuje senzorni sustav s internom modularnom HUB-arhitekturom oslanjajući se prvenstveno na prethodna iskustva.

Postoje dva osnovna modela modularne HUB-arhitekture:

1. **Outside-in** - model u kojem pretpostavljamo da nakon dolaska električnih struja na senzorni korteks izvjesni interpretator stvara novu sliku realiteta. Taj model nije potpuno činjenično obrađen.
2. **Inside-out** - model koji pored senzornog korteksa uzbuđivanja, pretpostavlja paralelno motorički kortikalni proces, „*neuronal initiating circuit actions*“, koji dovodi do „složenosti nasumično odabranih neurona“, koji generiraju „ogromno mnoštvo besmislenih unaprijed oblikovanih obrazaca (*pre-formed pattern*)“, i pokretanje već postojećih neuronskih putanja“, te nastaje „proces usklađivanja s vanjskim događajima u svijetu“, što je u stvari formiranje nove slike realiteta.



Inside-out - model je kompleksno samoorganizirajući sustav. Glavni mu je posao predikcija posljedica naših akcija što je važna evolucijska karakteristika.

Javnozdravstvene probleme definiramo dvojno, kao konkretno, osjetilno događanje, te, paralelno, kao fenomen diskurzivne prakse. Pandemija COVID-19 očiti je primjer. Nastala su brojna živa iskustva zaraze virusom, a paralelno vodila se intenzivna diskurzivna praksa zdravstvenih radnika, znanstvenika, političara, itd.

Diskurzivna praksa je društvena praksa koja kreira društveni svijet zajednice. Ona je ubikvitarno događanje današnjih zajednica. Različita javnozdravstvena problematika koja, u pravilu, nastaje prema danim društveno-ekonomskim prilikama, tek pojavom „Aktera“ postaje dinamična, razumljiva i interpretativna. Akter je bitan parametar javnozdravstvenih diskurzivnih praksi, i općenito svake javnozdravstvene problematike.



Znanstvene spoznaje u područjima znanosti o mozgu i svijesti (*brain and consciousness science*), recentno publicirane u različitim časopisima, postavljaju tvrdnju da je modularna HUB-struktura mozga osnova kognitivnih procesa čovjeka. Inside-out model je osnovni model stvaranja nove slike realnih događanja, odnosno subjektivne slike objektivne stvarnosti.

Javnozdravstveni um na individualnoj i kolektivnoj razini

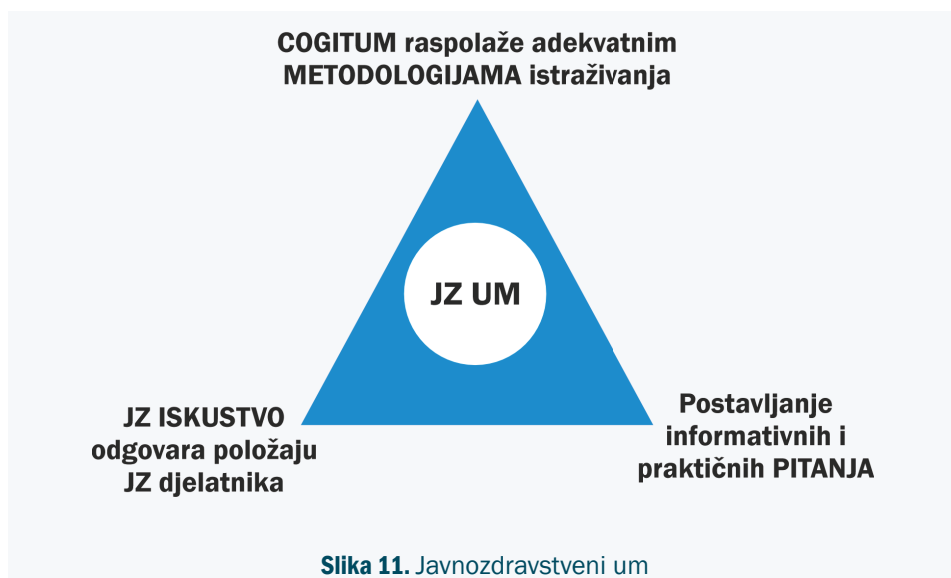
Razvoj svakog uma, pa tako i javnozdravstvenog, razvija se dinamično od fetalnog do kraja životnog vijeka.

Profesionalni um oblikuje njegova personalna genetika, odgoj i „lived experience“ u doba djetinjstva i mladosti, te profesionalne edukacije u odrasloj dobi. Svaki javnozdravstveni profesionalac ili osoba na nekoj javnozdravstvenoj aktivnosti ili položaju, trebao bi raditi auto-analizu spremnosti svoga uma da radi i djeluje u skladu s ideologijom i poznavanjem javnozdravstvene problematike.

U hrvatskom javnom zdravstvu postoji memorija o umu Andrije Štampara o zdravlju naroda. Nekada se zvala javna i socijalna higijena. Danas je to kolektivni javnozdravstveni um hrvatskih djelatnika u javnom zdravstvu.

Koje su implikacije javnozdravstvenog uma?

- ▶ sadržaj izvjesnog javnozdravstvenog iskustva, „his/her past experience“ koje odgovara položaju zdravstvenog djelatnika koji zastupa i djeluje u svojoj zdravstvenoj profesiji,
- ▶ njegov „cognitum“ koji raspolaže s adekvatnim metodologijama populacijskih, ne individualnih istraživanja, i
- ▶ postavljanje vitalnih filozofskih pitanja: informativna pitanja koja određuju o čemu se radi, praktična pitanja usmjerena na postizanje određenih ciljeva, te evaluacijska, koje govore o tome što uzeti kao ciljnu vrijednost istraživanja odnosno intervencija.



Implikacija pojma javnozdravstvenog uma je percepcija javnozdravstvenog istraživača koju svodimo na dva pitanja:

- ▶ koliki je opseg percepcije, te
- ▶ sadržaj odnosno priroda podataka percepcije.

Opseg percepcije može biti:

- ▶ sužavanje - kada rješavamo problem eksperimentom, ili
- ▶ proširivanje - kada koristimo široki spektar podataka



U užem smislu javnozdravstvena istraživanja su u pravilu operativna. Svaka javnozdravstvena akcija je operabilna samo onda kada su u istraživanje uključene društvene snage zajednice.

Što se tiče načina prikupljanja podataka problem svodimo na dva pitanja:

- ▶ Ja postavljam pitanja da bih saznao istinu u fenomenu
- ▶ Ja mjerim da bih izračunao vrijednost obilježja danog fenomena

Za prvu tvrdnju javnozdravstveni istraživač mora imati razvijenu Language dimenziju uma, sposobnost verbalizacije, postavljanja jasnih i suvislih pitanja. Svaki nastavnik, koji je vodio seminare o nekim društvenim problemima, ubrzo je prepoznao studente koji nisu imali problem s verbalizacijom u izražavanju svojih mišljenja, kao i one koji su imali različite poteškoće. Tu činjenicu moramo uzeti u obzir prilikom sastavljanja kurikuluma u izvedbi odgovarajućeg programa nastavnih jedinica.

Za drugu tvrdnju, javnozdravstveni istraživač mora imati numeričku sposobnost prikazivanja i analize izvjesnog obilježja danog fenomena. To se svodi na sposobnost određivanja precizne skale mjerenja, prepoznavanje odgovarajuće distribucije vjerojatnosti izvjesne varijable.

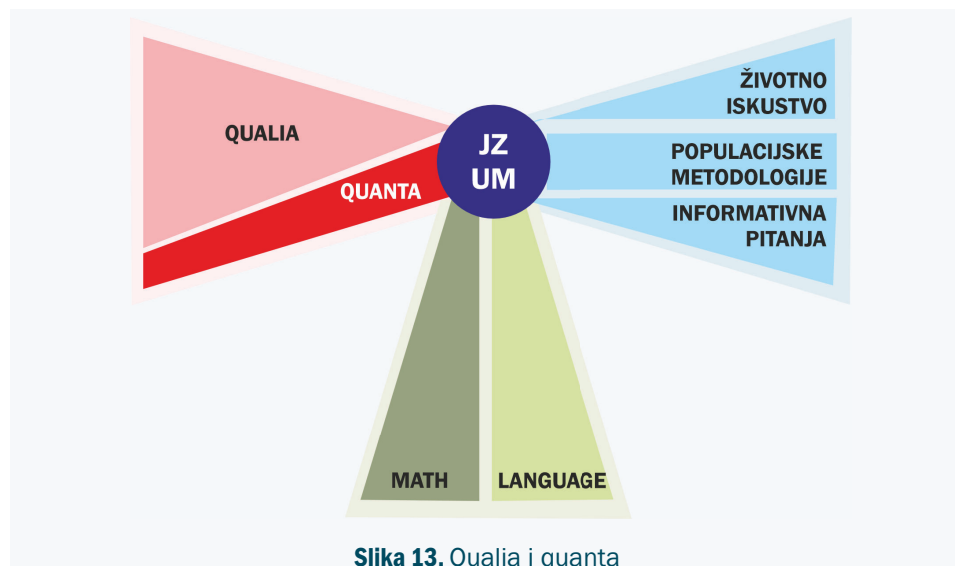
Svaki nastavnik koji održava vježbe iz statistike sa studentima, u pravilu prepoznaje, prije ili kasnije, grupe studenata koji nisu mogli pratiti nastavu dalje od varijance, raznih mjera varijabilnosti određenih obilježja.

Osnovni je problem formiranja nastavnih kurikuluma, što se te dvije kognitivne sposobnosti, kvalitativna (qualia) kvantitativna (quanta) rade odvojeno, pa se govori o kvalitativnim odnosno kvantitativnim istraživačima. Postoji samo jedan jedinstveni javnozdravstveni istraživač koji radi s oba modusa, qualia i quanta.

Svako kvantitativno obilježje ima svoj kvalitativni ekvivalent, i *vice versa*.

„Qualia“ je subjektivna moć opažanja, a „quanta“ najmanja moguća diskretna jedinica nekog fizičkog svojstva. Drugim riječima, quanta su fizikalni fenomeni koje razumijemo putem kvantitativnih matematičkih relacija, a qualia su kategorije pojmovne analize, koje misaono razvijamo tijekom istraživačkog analitičkog procesa. Oni nisu odvojeni procesi (iako se istraživači uporno dijele na kvantitativne i kvalitativne). Štoviše, oni nisu u uzročnim relacijama nego koordinirajući, korespondirajući proces tijekom analitičkih procesa.

Javnozdravstveni istraživači zahtijevaju da svako istraživanje započnemo s qualiom, jer ona je multisenzorski realitet - to je naše iskustvo, to je naša *common sense* percepcija svijeta, to je osnova naših iskustava (Chopra and Kafatos, 2014).



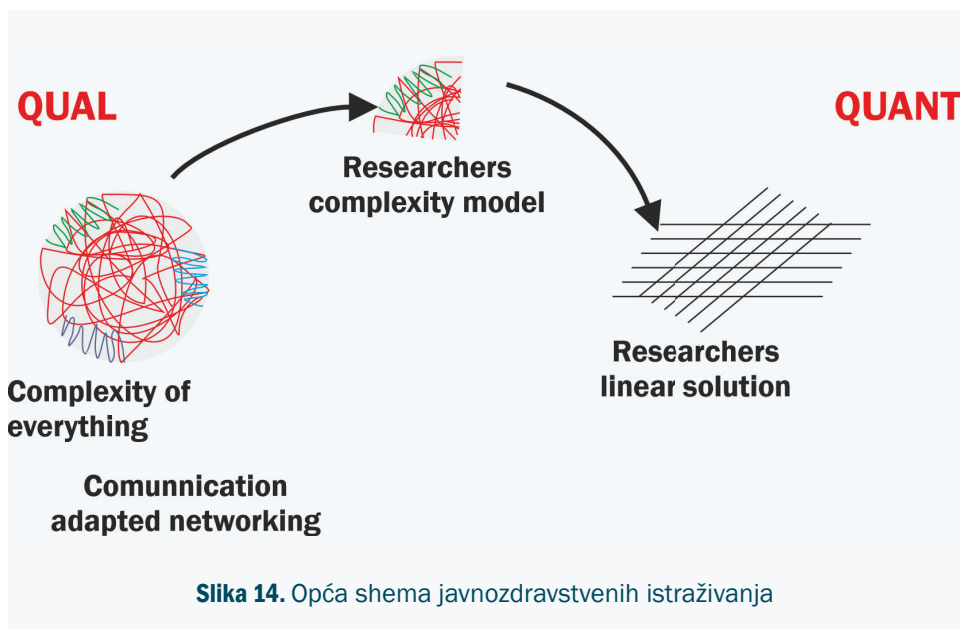
Quanta postoji samo kroz qualia. Prvo što radimo je prepoznavanje obrazaca (*Pattern recognition*), a zatim slijede statističko-matematičko-računarske analize.

Language i MATH su konstrukcijsko/de-konstrukcijski blokovi istraživanja, redukcijske analize teksta i podataka, te suprotne metodologije hermeneutike i heuristike.

Međutim, problem svjesnog iskustva odnosno qualia, otvoreni je znanstveni problem. Mnoge probleme pojma qualia kognitivne su znanosti eliminirale. Filozofsko je pitanje, hoće li uopće to pitanje biti riješeno razvojem tehnoloških znanosti, hoće li izvjestan neuralni proces biti istovremeno mentalni proces, i *vice versa*.

QUALIA – multi-senzorna slika realiteta – naše empirije, intelektualna operacija pojmovne analize, tematiziranje, teoretiziranje

QUANTA – mjerenje, skaliranje, omjeri, indikatori, estimatori, matematičko – računarski modeli, realitet kao nekompletni fizikalni svijet.

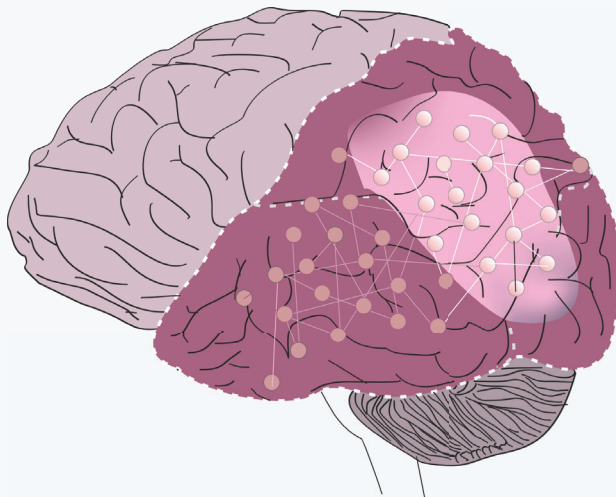


Qualia je svjesnost, ona je filozofski pojam, enigma znanosti od Aristotelovih znanstvenih tekstova starih 2000 godina, posebno enigma svijesti čovjeka, njegova svjesnost.

Svjesnost

Čini se da su nedavne spoznaje znanstvenika (Tononi et al, 2000) prepoznale da se neuralno tkivo čovjekova mozga odgovornog za svijest nalazi u tzv. „vrućoj zoni“ koju opisuju kao „svijest o svijesti“. Svijest je usko povezana s cerebralnim korteksom, intrinzično opterećenim i povezanim slojem neuralnog tkiva.

Neuronski korelati svijesti su u stražnjoj zoni mozga, parijetalno, okcipitalno i temporalnom režnju cerebralnog korteksa.



Slika 15. Neuralni supstrat svijesti

Razvijene su dvije teorije:

- 1. Global neuronal workspace (GNW)** (GNW) - Bernard J Baars (2005). GNW proizlazi iz određene vrste obrade informacija – govoriti, pohraniti ili pozvati memoriju ili izvršiti radnju. Mreža ovih neurona lokalizirana je u frontalnim i parijetalnim režnjevima. Jednom kada ti oskudni prijenosi informacija na ovoj mreži postanu dostupni, informacije postaju svjesne, subjekt postaje svjestan. GNW tvrdi da će računala budućnosti biti svijest. To su pitanja desetljeća.
- 2. Integrated information theory (IIT)** (IIT) - Tononi et al 2000, published: „What is consciousness“, Scientific American, 318, 6, 60-64 (June 2018) Doi: 10.1038/scientificamerican8-60.

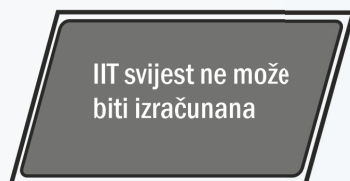
Global neuronal workspace (GNW)

Mreža neurona lokalizirana je u frontalnim i parijetalnim režnjevima, kada podaci u ovoj mreži postanu dostupni, informacije / SUBJEKT postaje svjestan



Integrated information theory (IIT)

Svaki složeni i međusobno povezan mehanizam čija struktura kodira skup uzročno-posljedičnih odnosa imat će određenu razinu svijesti



Slika 16. Teorije svijesti

Tononi i sur. imaju drugačije iskustvo, nazvano „samo iskustvo“ koje je intrinzično, strukturirano i specifično. Različiti dijelovi iskustva ne mogu se odvojiti (kao bilo koja anegdota ili događaj), na dijelove, a da iskustvo ne prestane biti ono što jest. Tononiev postulat:

Svaki složeni i međusobno povezani mehanizam čija struktura kodira skup uzročno-posljedičnih odnosa imat će određenu razinu svijesti. Bez kompleksne integracije ne postoji svijest.

Možemo izreći da je svijest intrinzična asocijacija uzročne moći povezana sa složenim mehanizmom kao što je ljudski mozak.

Arhitektura mozga je modularna HUB-struktura koja je strogo individualna i specifična svakom čovjeku (*fingerprint*). Ne postoje dva čovjeka s jednakim strukturama, možda sličnim, no to je pod upitnikom.

Ta struktura nije „tabula rasa“, ona je uvijek korelat personalne genetike, raznih utjecaja u djetinjstvu i adolescenciji, što se smatra posebno utjecajnim, te profesionalne edukacije u odrasloj dobi, što je od posebnog značenja prilikom stvaranja kurikuluma poslijediplomskih studija.

Um javnozdravstvenog djelatnika

Terminom javnozdravstveni djelatnik označavamo osobe kojima je javnozdravstvena aktivnost u datim trenucima osnovna djelatnost. Core javnozdravstvenog djelatnika je unapređenje zdravlja i sprječavanje bolesti populacije uz intenzivno sudjelovanje društveno političkih zajednica. To čini politički karakter javnog zdravstva.

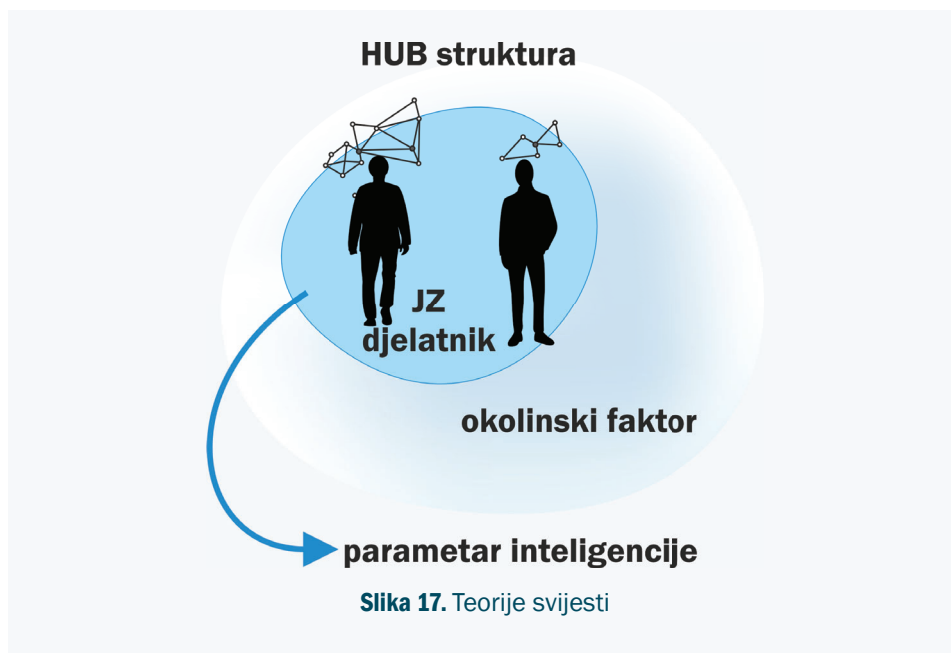
Um javnozdravstvenog djelatnika najbolje prepoznavamo, ako gledamo kako javnozdravstveni djelatnik percipira javnozdravstvenu problematiku, te kako odlučuje što treba poduzeti.

Prema GNW teoriji digitalni kompjuteri u budućnosti se neće razlikovati od čovjekove svijesti. Prema IIT teoriji svijest se ne može izračunati, ona mora biti ugrađena u strukturu sustava.

IIT je *matter*, GNW je *mind*?

Kompleksni um javnog zdravstva

Kompleksni um promatramo na razini individua, a sekundarno govorimo o kolektivnom umu javnog zdravstva. Um više naslućuje nego li u danom momentu odlučuje.

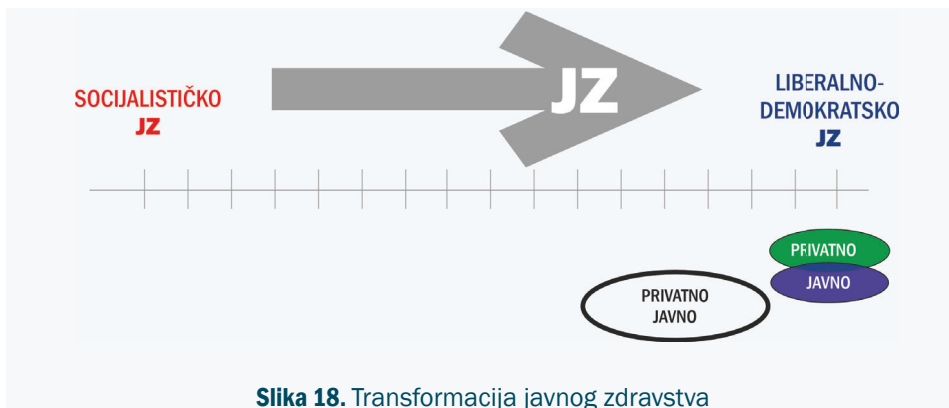


Percepcija javnozdravstvenog djelatnika

Kada sam ja, šezdesetih godina prošlog stoljeća nakon petogodišnjeg studija o svim aspektima liječenja pacijenta krenuo prema javnom zdravstvu (tada se to zvalo javna i socijalna higijena) moja percepcija bolesti stubokom se promijenila. Moje osnovne relacije promatranja uzročnosti bolesti u populaciji, prešle su s relacije „1:1“, na „1:n“ i „n:m“. Automatski sam širio moje vidike na društvene ekonomske i psihološke aspekte, da bih kasnijim razvojem počeo percipirati političke aspekte javnog zdravstva, posebno političke moći aktera javnog zdravstva.

Od tada je moja percepcija u stalnom mijenjanju. Istina, tijekom moje profesionalne karijere bilo je faza kada se moja percepcija fiksirala oko jednog problema što je rezultiralo novim spoznajama. Međutim, moj je um postao sužen u nekim aspektima. Prestao sam biti, u ovoj fazi mojih percepcija, javnozdravstveni djelatnik.

Percepcija hrvatskog javnog zdravstva je upravo sada u tranziciji zdravstva sa socijalističkog na liberalno demokratsko. Osnovni problem rukovođenja zdravstva jest, kako promijeniti zdravstvo iz stanja javno i privatno, u javno-privatno. Zasada su to dva zasebna organizacijska procesa. Potrebna je integracija - teško rješivi, kompleksni problem javnog zdravstva. Da li su te dvije percepcije uopće spojive? Ako promatramo integrativne procese u zdravstvenom sustavu kroz vrijeme, čini se da dolazimo do zaključka: ako se jedan fenomen integrira, onda nakon nekog vremena slijedi dezintegracija. Integracija je tvrd orah, pojedincima strana. Hrvatsko javno zdravstvo već niz godina integrira i dezintegrira zdravstveni sustav.



Percepcija je s jedne strane potpuno široka i otvorena, kompleksna, a čovjek je sužava, dijelom zahtjevima sužavanja sa strane struke, a dijelom zato što nismo u stanju djelovati na način da kompleksno pojednostavimo, npr. s

kompleksnog na komplicirano, a zatim na nešto što nazivamo jednostavnim (*very simple*).

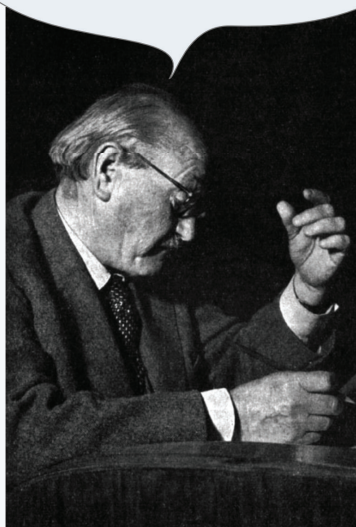
Hrvatsko javno zdravstvo, i nakon sto godina, u svojim percepcijama zdravstva, ne zaboravlja svoga ideologa Andriju Štampara. Zapravo i danas zadržavamo njegovu percepciju zdravstva. Naći ćemo je u zakonima i uredbama o organizaciji zdravstvene zaštite. Tada je on bio primjer kako treba percipirati zdravlje siromašnih populacija ograničene zdravstvene kulture.

Početak prošlog stoljeća, na bečkom Medicinskom fakultetu, mladi Štampar studira medicinsku znanost. U medicini se tada više klasificiralo nego liječilo. U studenta Štampara, u njegovom umu počela se razvijati potpuno nova koncepcija odnosa: s relacije “ja liječnik i pacijent”, u relaciju “mi liječnici i zdravlje naroda”. Od tada pa sve do njegove smrti, ta relacija je alfa i omega kako treba razmišljati i djelovati u zaštiti zdravlja. Svaka njegova publikacija svodila se na pitanje kako očuvati zdravlje, kako pojedinca tako i naroda. Što je njemu na umu, to je i na drumu.

**Relaciju
ja liječnik i pacijent**

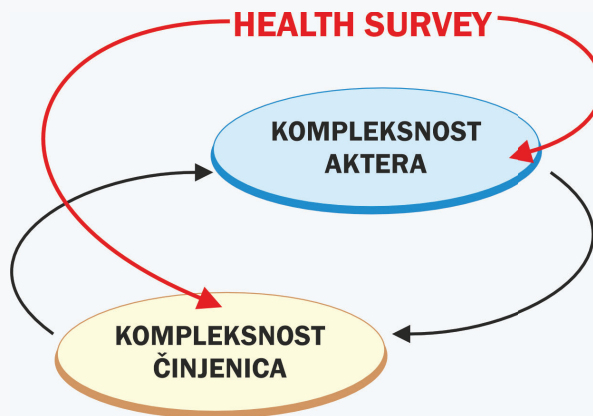
miljenjamo s relacijom

**mi liječnici i
zdravlje naroda**



Slika 19. Andrija Štampar

U javnom zdravstvu shvaćamo neki javnozdravstveni problem kao kompleksnost dviju razina, jedna kompleksnost činjenica danog problema, i druga, kao javni diskurs, diskurzivna praksa koja se društveno vodi oko danog problema. Stoga percipiramo različito razinu činjenica i razinu diskurzivne prakse.

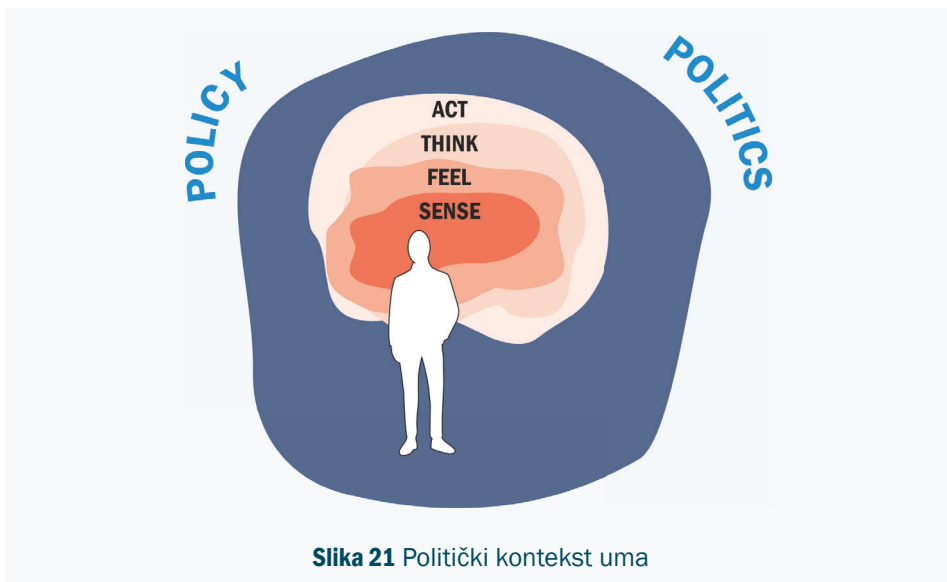


Slika 20. *Health survey*

Javnozdravstveni djelatnik analizira dvije kompleksnosti: materijalno zbivanje (*matter*) javnozdravstvenog problema (npr. COVID-19), i javni diskurs, diskurzivna praksa aktera oko kontroverznih tvrdnji o širenju i ponašanju virusa (*mind*).

Djelovanje javnozdravstvenog djelatnika

O umu javnozdravstvenog djelatnika možemo se informirati na temelju njegovog djelovanja. Zapravo imamo kvadrangulaciju uma, „sense-feel-think-act“. U svakom javnozdravstvenom djelovanju, uvijek postoji politička komponenta. Političko u javnom zdravstvu procjenjujemo s dva indikatora, *health politics* i *health policy*.



Zdravstvena politika (*Politics*) je priča koja govori o političkoj moći nad zdravljem ljudi, a usmjerena zdravstvena politika (*Policy*) se odnosi na javnozdravstvene sadržaje, npr. politika cijepljenja.

Obično je svaka zdravstvena odluka regulirana stručnošću, ali konačna odluka je politička. To je naročito vidljivo za vrijeme pandemija. Za vrijeme epidemije COVID-19, uspostavljena je organizacijska forma stožera kao upravljačka profesionalna forma svih akcija i intervencija. Međutim konačna odluka o nekoj akciji, stavu, uvijek je politička. Ministar unutarnjih poslova bio je važan akter stožera.

Kako političke odluke mijenjaju organizaciju neke službe zdravstvene zaštite, najbolje se prepoznaje ako neku organizacijsku formu pratimo kroz vrijeme.

Dom zdravlja centralna je ustanova organizacije primarne zdravstvene zaštite. Prvi koncepti bili su zdravstvene stanice i domovi zdravlja, organizirani dvadesetih godina prošlog stoljeća, u tadašnjoj ekonomski nerazvijenoj i siromašnoj Kraljevini Srba, Hrvata i Slovenaca. Dominirale su patologije crijevnih i respiratornih zaraznih bolesti, malarija, trahom, u jadnim društvenim odnosima.

Dom zdravlja i zdravstvene stanice bile su prvenstveno prosvjetiteljskog karaktera, i trajale su sve dok su zarazne bolesti bile alfa i omega javno-zdravstvenog djelovanja. U memoriji današnjeg javnog zdravstva, to je primjer efikasnog javnozdravstvenog djelovanja.

Godine 1948. neposredno poslije završetka Drugog svjetskog rata, razvijen je novi koncept potpuno decentraliziranog doma zdravlja, direktno pristupačno populaciji.

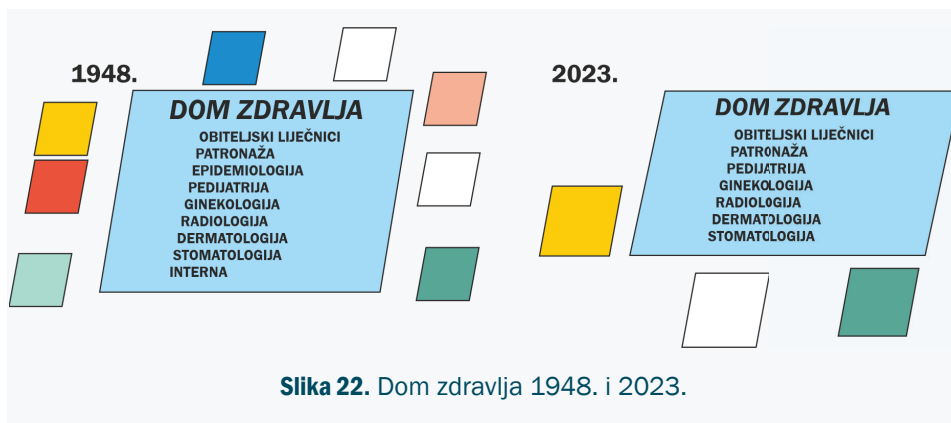
Sadržaj doma zdravlja sastojao se u organizaciji primarnih liječnika s definiranom populacijom koju je liječnik opće medicine pratio, patronažnom službom, vlastitom epidemiologijom, specijalistima interne, pedijatrije i ginekologije (u nekim domovima integrirano kao zaštita majke i djece), dispanzera tuberkuloze i respiratornih bolesti, te ponekad i drugom specijalističkom, npr. dermatološkom praksom.

Dom zdravlja organiziran je prema urbanim kvartovima, lagano dostupnim građanima. I to je bio efikasan primjer javnozdravstvenog djelovanja.

Daljnji koncept organizacije doma zdravlja razvijao se političkim konceptom centralizacije:

Najprije je uveden princip slobodnog izbora liječnika (quasi slobodnog), pa je liječnik izgubio praćenje definirane populacije, u nekim domovima uvodi se patronaža kao zasebna jedinica, epidemiologija se prebacuje na republičku razinu, a specijalistika se prebacuje u bolnice.

U gradu Zagrebu osam narodu pristupačnih domova zdravlja organizira se u tri centralna, populaciji nepristupačna doma zdravlja.



Pri kraju ove priče donesena je odluka da se primarni liječnici mogu privatizirati (quasi privatizirati), navodno da bi se liječnik oslobodio birokratske uprave (sada je postao ovisan o birokraciji HZZO-a).

Paralelno s tim događanjima, organiziran je novi koncept specijalista obiteljske medicine. Medicinski fakultet sa Školom narodnog zdravlja “Andrija Štampar” organizirao je sveučilišni studij obiteljske medicine, međunarodno priznat.

Uskoro se proglašava kriza javnog zdravstva, traži se reforma zdravstva, te kao prvo donosi se odluka o vraćanju specijalista u domove zdravlja, javlja se novi koncept doma zdravlja. Kako vratiti specijaliste iz bolnica u prostore domova zdravlja?

Kako da shvatimo i razumijemo povijesna događanja našega javnog zdravstva? Odlučivanje i djelovanje u javnom zdravstvu također je kompleksna radnja, te ju analiziramo kao triangulaciju istraživača ili menadžera, aktera kao objekta, te društveno političkih odnosa izvjesne zajednice. Sustav odlučivanja u Štamparovo doba, dvadesetih godina prošlog stoljeća, ne možemo uspoređivati s današnjim liberalno demokratskim. Hrvatsko javno zdravstvo moralo bi razviti jedan novi sustav odlučivanja koji bi uskladili javno i privatno hrvatskog javnog zdravstva. Ponašanja javnih i privatnih aktera zdravstvene službe teško se mogu uskladiti prema standardnim principima javnog zdravstva.

Akter znači “biti aktivan u stvarnosti i refleksivan u apstraktnosti”.

Vrijednost aktera:

1. Suradnja s drugima
2. Iskusan u struci
3. Analitičan, racionalan i logičan
4. Spreman za promjene.



Reflektivni um akumulira iskustvo povezano s interpretacijom i razumijevanjem.

Kako shvaćamo što je glavni posao našeg mozga?

Buzsakijeva (2020.) središnja je ideja da se rađamo s mozgovima koji se sami organiziraju kako bi inducirali visoko strukturirane, robusne ali fleksibilne obrasce, umjesto da imamo mozgove koji su prazne ploče pri rođenju. On to naziva okvirom “iznutra prema van” u kojem mozak dolazi s unaprijed konfiguriranom i samoorganiziranom dinamikom koja ga ograničava kako djeluje i kako gleda na svijet. Mozak nije tabula rasa, čak i u embrionalnoj fazi života.

Prema modelu *Inside-out*, glavni posao mozga je predvidjeti posljedice svoje akcije i ono što je korisno za unutarnje organizirane obrasce, mozak zatim generira rezultate. Ovi rezultati, zauzvrat, nastavljaju utjecati na ulaze koje primamo iz vanjskog svijeta, naše percepcije.



Za razliku od input-output modela, koji ide od specifičnog prema općem, model iznutra prema van polazi od „dovoljno dobrih“ generalizacija koje se detaljiziraju kroz iskustvo.

S obzirom na iskustvo, „perspektiva prve osobe (akter) - istraživač treće osobe (javnozdravstveni djelatnik)“, razumijemo složenost i raznolikost javnozdravstvenih fenomena, kako bismo uhvatili bit proživljenog iskustva sudionika i kako im oni daju smisao. To je glavni posao mozga.

Iz iskustva pristupamo spoznajnoj, semantičkoj i vrijednosnoj teoriji.

Kognitivna narativna analiza kompleksnosti

Iskustvo, „*lived experience*“ je primarni parametar kognitivne analize, znanje, stavovi, ponašanje itd. dolaze sekundarno. U rješavanju javnozdravstvenih problema, intervencija, studija najrazličitijih problemskih fenomena, tražimo kompleksnost aktera dane javnozdravstvene problematike. Ispitujemo njegov cognitum, odnosno akterov „*lived experience*“.

Prepoznavanje, otkrivanje *lived experience* u aktera, provodimo participacijskim intervjuiranjem, nastojeći intervju pretvoriti u razgovor. Intervju i intervjuiranje postaju dva dogovorena istraživača.

Um je medij, a poruke su misli, misli su riječi koje stvaraju pojmove, često suprotnih značenja. Svaki pojam može imati svoju suprotnost, ljubav-mržnja, pravedno-nepravedno u stalnom nizu. To je „*entanglement*“ pojmova. Ne smijemo zanemariti u intervjuima dijalektičke suprotnosti, kao što su negacija negacije, detaljno univerzalno, hermeneutičko itd. Intervjuiranje nije niti indukcijско, niti dedukcijsko, ono je redukcijско, tj. „epoche“ i vratiti se u svijet, kakav živimo u prirodnom stavu.

Intervju vodimo empirijskom metodom i refleksijom (van Mannen, 1997):

KOGNITIVNI INTERVJU

bavi se vjerodostojnošću iskaza
ne bavi se činjeničnom točnošću

EMPIRIJSKA METODA:

EMPIRIJSKA METODA

(opisuje različite istraživačke aktivnosti)

REFLEKSIVNA KONCEPCIJSKA METODA

(Opisuje analize / fenomenološke refleksije u skladu s redukcijom)

EMPIRIJSKO ISTRAŽIVANJE

(provjeravanje opažajno-eksperimentalnih dokaza)

KONCEPTUALNO RAZMIŠLJANJE

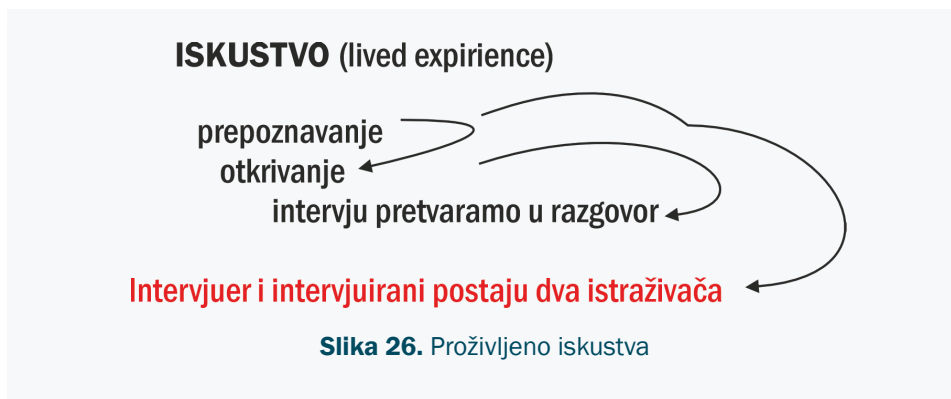
(povezivanje različitih apstraktnih ideja, razvijanje novih ideja)

Slika 25. Reflektivna koncepcijsko-empirijska metoda

Empirijska metoda opisuje različite vrste istraživačkih aktivnosti koje istraživaču pružaju iskustveni materijal. Reflektivna koncepcijska metoda opisuje određene oblike analize ili fenomenološke refleksije u skladu s pravom redukcijom.

Empirijsko istraživanje uključuje opažajno-eksperimentalne dokaze koji se mogu provjeriti, dok konceptualno uključuje apstraktne ideje i pojmove. To posebno ne uključuje nikakvo praktično eksperimentiranje.

Konceptualno razmišljanje odnosi se na praksu povezivanja apstraktnih, različitih ideja kako biste produbili svoje razumijevanje, razvili nove ideje i razmislili o prošlim odlukama.



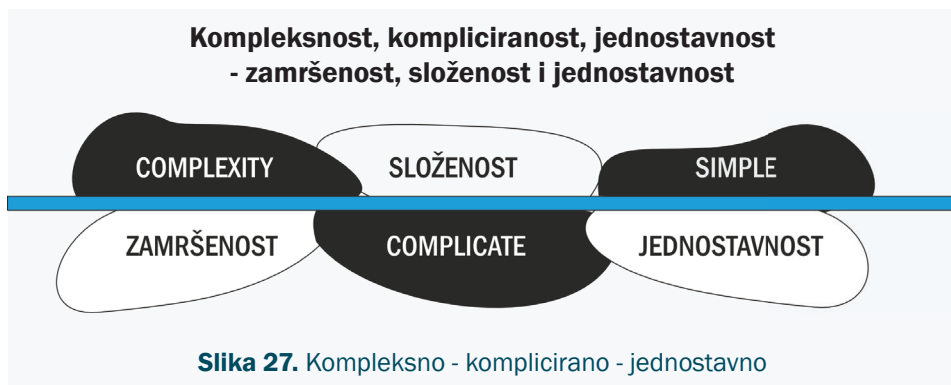
Nažalost, konceptualno razmišljanje je zanemareno u javnozdravstvenim istraživanjima, postoji dominacija pragmatičnog, empirijskog mišljenja.

U svim istraživačkim projektima, izbor i upotreba empirijskih, refleksivnih i redukcijskih metoda i pristupa ovisi o kontekstu i prirodi studije, posebno prilagođene za potrebe fenomenološkog istraživanja (van Mannen, 1997).

Posebno je važno prepoznati varijetete *lived experience* kao što su anegdote i narativne priče. Mi možemo zamoliti osobu koju intervjuiramo ili s kojom razgovaramo, da napiše tzv. "Personal lived-experience description (LED)", (van Mannen 2014):

- ▶ Empirijska metoda opisuje različite vrste istraživačkih aktivnosti koje istraživaču pružaju iskustveni materijal.
- ▶ Opišite iskustvo, što je više moguće, dok ga živite ili ste ga proživjeli. Izbjegavajte kauzalno objašnjenje, generalizaciju ili apstraktno tumačenje.
- ▶ Opišite iskustvo iznutra, takoreći – gotovo kao stanje uma; osjećaji, raspoloženje, emocije i tako dalje.
- ▶ Usredotočite se na određeni primjer ili događaj s objektom iskustva: opišite određene događaje, avanturu, događaj, određeno iskustvo.
- ▶ Pokušajte se usredotočiti na primjer iskustva koji se ističe svojom živopisnošću, ili kakav je bio prvi ili zadnji put.

- ▶ Pratite kako se tijelo osjeća, kako stvari mirišu ili su mirisale, kako su zvučale i tako dalje.
 - ▶ Izbjegavajte pokušavati uljepšati svoju priču otmjenim frazama ili kićenom terminologijom.
 - ▶ Intervjuiranje se manje bavi činjeničnom točnošću, nego vjerodostojnošću iskaza - je li istinit prema našem osjećaju.
- S takvim procesom intervjuiranja, u mogućnosti smo istražiti, fokusirati i objasniti akterov um.



Nema boljeg opisa kompleksnosti čovjekova mozga, prirodnih ili društvenih fenomena od ove kratke misli „*Brain and everything in nature and society is adapted communication network captured with complexity*“.

Pojam kompleksnost (zamoršenost) opisan je šezdesetih godina prošlog stoljeća, ali je nekako mirovao do sada, kada se znanstvena zajednica počela baviti tim pojmom nešto intenzivnije. Inače taj pojam nije nepoznat filozofima stare Grčke.

Kompleksnost vs kompliciranost (složenost) je lingvistički pojam. Ako je problem zamršen (kompleksan), to znači da ima mnogo komponenti. Zamršenost uključuje previše nepoznanica i previše međusobno povezanih čimbenika da bi se svela na pravila i procese.

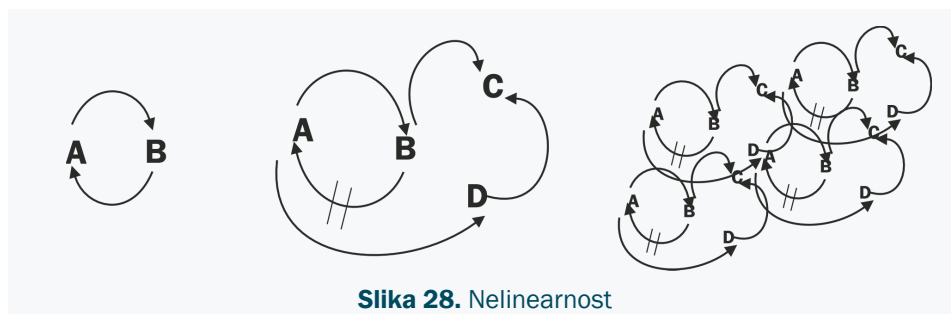
Kompliciranost se odnosi na visoku razinu težine. Ako je problem kompliciran (složen), to može biti ili ne biti mnogo dijelova (ne nužno), ali sigurno će trebati puno truda da se riješi.

Svejedno, shvaćamo li kompleksnost kao metodologiju, akademizam, ili kao bitni fenomen društvenih, naturalnih i biomedicinskih pojava, prvo što trebamo učiniti je prepoznati komunikacijsku mrežu danog fenomena.

Javnozdravstveni djelatnik u intervencijama i istraživanjima treba za dani javnozdravstveni problem, prepoznati umreženje podataka, komponentata

ili sustava danog javnozdravstvenog problema. Mreža je globalni pojam arhitekture od kozmosa do staničnog tkiva. To je prvo.

Drugo je nelinearnost, kao osnovna karakteristika kompleksnosti. Naime, mi izražavamo linearnost kao krug između A i B, kako A djeluje na B, tako i B djeluje povratnom spregom na A, a nelinearnost kao odsustvo povratne mreže. Linearno umreženje drugačije je od nelinearnog, umreženje nastavlja na CD, natrag na A itd.



Javnozdravstveni djelatnik, identificirajući interakcije sustava i komponenata umreženosti, predočuje dani javnozdravstveni problem ovom matricom:

- ▶ Ne poznajem problem niti znam rješenje problema - problem je kompleksan.
- ▶ Poznajem problem, ne znam metodologiju, ili vice versa – problem je kompliciran,
- ▶ Problem poznajem i znam rješenje – problem je jednostavan.

Riječi kompleksno ili komplicirano možemo prevesti kao zamršeno ili složeno. Mi nemamo u našem jeziku dogovorenu terminologiju za takve pojmove.

U kompleksnim fenomenima prepoznavamo samo pojedine obrasce fenomena, i radimo prepoznavanje obrazaca (*pattern recognition*). Uzročne analize su jako otežane, jer procesi uzrok-posljedica ne postoje u kompleksnosti, postoji ko-egzistencija. Um i tijelo nisu uzročni fenomen, oni koegzistiraju.

Čovječji um je razvio znanstvenu tehnologiju (statistika), kojom dobrim dijelom nelinearne probleme rješavamo linearno.

Naš um posjeduje dvije karakteristike: *Language* i *MATH*. Um nije tabula rasa. Uvijek postoji, pa i u embrionalnoj fazi izvjesna modularna HUB mrežna struktura. *Language* i *MATH* su bitni dijelovi funkcioniranja uma, razvijajući kvalitativne i kvantitativne analize, dvije bitne tehnike javnozdravstvenih istraživanja, koje se koriste kao dva odvojena procesa, čime automatski uskačemo u istraživački *bias*.

Kognicija javnozdravstvenog djelatnika

Javnozdravstveni djelatnik uvijek reflektira i evaluira samog sebe, ali i ostali svijet. Uvijek postoji JA i ONI što zovemo drugotnost javnozdravstvenog djelatnika.

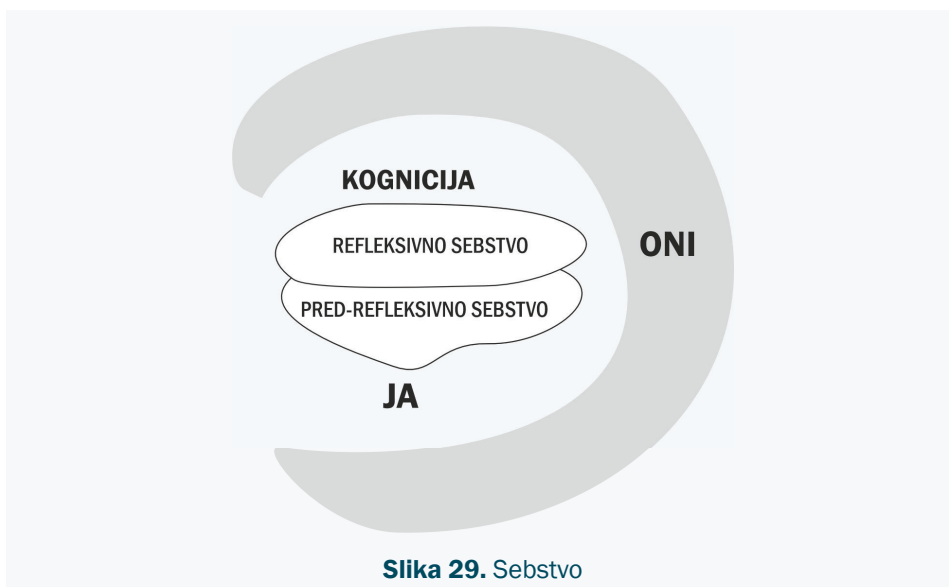
Reflektivno se odnosi na duboko mišljenje o nečemu ili nekomu. Ona uključuje introspekciju, kontemplaciju, i analizu. To znači biti slika čega, odražavati se. Refleksivno je zamračivanje vlastite psihičke djelatnosti, usmjeravanje na sebe, rasuđivanje.

U kogniciji razlikujemo predrefleksivno Sebstvo (*pre-reflexive Self*) i refleksivno Sebstvo (*reflexive Self*):

Pred-refleksivno Sebstvo (*pre-reflexive self*) izraz je koji se koristi za opisivanje vrste samosvijesti koja je prisutna prije bilo kakve refleksije ili introspekcije. To je implicitna svijest prvog reda.

Refleksivno Sebstvo (*reflexive self*) odnosi se na sposobnost *svjedočenja i evaluacije* vlastitih kognitivnih, emocionalnih i bihevioralnih procesa kroz introspekciju ili samorefleksiju.

Pred-refleksivno i refleksivno su dva aspekta Sebstva, različita, ali u isto vrijeme u interakciji; oboje je potrebno za stvaranje jedinstvene osobnosti.



U pandemiji COVID-19 u pred-refleksivnoj fazi kao: Ja subjekt, nemir, čuđenje, strah kako fizički "my body" je u opasnosti, postajemo "immediate subject of experience", tražimo što i kako nešto poduzeti u prostoru dodira s dosad

nepoznatim virusom. To je personalizacija COVID-19, moj *“physical self”*. Pred-reflektivnost spada u senzornu fenomenologiju.

Slijedi refleksna faza u kojoj (*“I”* prelazi u *“Me”*) subjekt postaje objekt, Ja svoje prijašnje iskustvo s epidemijama (profesionalno i emotivno) uspoređujem s novim činjenicama (*matching process*). Stvaram novu sliku COVID-19. Refleksivnost spada u tzv. kognitivnu fenomenologiju.

U evolutivnoj fazi, nastavljamo taj misaoni proces, predviđajući ishod (*outcome*) i učinak (*impact*) pandemije COVID-19.

Pred-refleksivna i refleksivna faza imaju svoj neurobiološki supstrat. Pred-refleksivni neuro-biološki supstrat je na ventralnom medijalno-frontalno-parijetalnom korteksu, a refleksivni na dorzalnom korteksu.

Refleksivnost je glavni element, parametar doživljavanja iskustva. Taj parametar zanemaruje većina istraživanja kao npr. u mnogim epidemiološkim istraživanjima pretilosti i sličnog, taj parametar ostaje nepoznat.

Kognitivno narativno propitivanje u zdravstvenim istraživanjima

Propitivanje je alat za poticanje osoba na pružanje detaljnih odgovora o sebi ili procesima skrininga ili odabira događaja, a naracija znači prikupljanje i analiziranje iskaza ljudi (verbalizacija) koji opisuju iskustvo i nude tumačenje određenog fenomena.

Proživljeno iskustvo je znanje i uvid iz prve ruke u osobe/aktere te razumijevanje koje ljudi/akteri imaju o svom vlastitom životu, iskustvu i situaciji u kojoj se nalaze. Vrijedna je to informacija i uvid u način na koji osoba/akter doživljava i preživljava dani fenomen. To je studija osobnog i profesionalnog života ispitanika/aktera.

Kognitivno intervjuiranje kvalitativna je istraživačka metoda za poboljšanje valjanosti kvantitativnih istraživanja koju akademski istraživači i timovi za praćenje i evaluaciju u globalnom zdravstvu nedovoljno koriste.

**NARATIVNO
PROPITIVANJE**

**o događajima
o procesima
o odgovorima**



**o iskustvu
o osjećajima
o mislima**

**KOGNITIVNO
PROPITIVANJE**

Slika 30. Propitivanje

Karakteristike kognitivnog intervjuiranja su:

1. pitanja se postavljaju sudionicima iz iste populacije ili skupine
2. omogućiti detaljnu raspravu sa sudionicima iz samog istraživanja
3. sudionici tumače svako pitanje, problem, intervenciju, pojavu itd.

Participativni kognitivni intervju uključuje sudionike u aktivno angažirani razgovor:

- ▶ manje formalni od standardnih polustrukturiranih intervju
- ▶ provodi se s pojedincima ili grupama
- ▶ razgovor je fluidniji
- ▶ narušavanje uspostavljenog odnosa moći
- ▶ sudionici su otvoreniji prema osjetljivim temama intervju

Kognitivni intervju opisuje i tumači proživljeno iskustvo sudionika - ljudi, dionici, akteri itd. Kognitivni intervju uranja sudionike u problemske teme i uspostavlja povjerenje između istraživača i ispitanika.

Propitivanje se vodi s:

- ▶ s osjetljivošću
- ▶ s poštovanjem
- ▶ bez prosuđivanja
- ▶ dopuštajući osobi/akteru da priča priču vlastitim riječima

Jezik sudionika ključan je za odgovorno sudjelovanje u stvaranju znanja.

Mora postojati snažno oslanjanje na osobno razmišljanje istraživača i gotovo isključivo fokusiranje na ono što istraživač treba učiniti kako bi vodio intervju.

Bit kognitivnog istraživanja je fenomenološko razumijevanje proživljenog iskustva pojedinca. Istraživač ima za cilj razumjeti sudionika u perspektivi određenog fenomena.

Cilj kognitivnog intervju je generirati znanje o radnom iskustvu zajedno sa sudionicima. Ne postoji strogi algoritam za vođenje intervju. Intervju treba proučiti i planirati prije početka određenog istraživanja, intervencije itd.

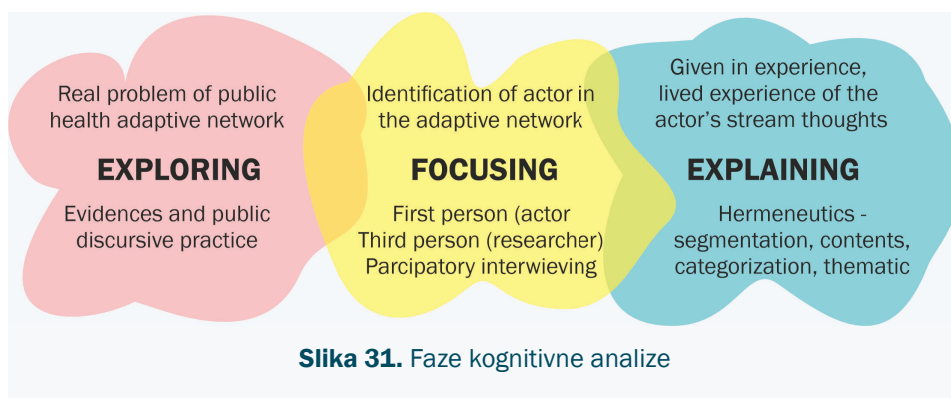
Način postavljanja pitanja ovisi o fenomenu koji ispituje, te o tipu aktera. Drugačije se razvija pitanja ako je akter pretila osoba, migrant ili političar koji rješava neku kriznu situaciju javnozdravstvene situacije.

Intervju se mora detaljno pripremiti i prostudirati planirani sistem pitanja. Treba se čuvati manipulativnih odgovora koje intervjuirani može koristiti da bi davao svoja mišljenja, stavove, prijedloge i slično. Samo pitanja o proživljavanju su dozvoljena.

Kako provesti kognitivnu analizu?

Kognitivnu analizu principijelno provodimo na dva načina: kao kognitivno intervjuiranje radi osnaživanja kvantitativno provedenog istraživanja o zdravstvenom fenomenu, ili kao samostalno kognitivno istraživanje zdravstvenog fenomena. Sam proces metodološki se razlikuje od standardne znanstvene metodike.

Kognitivnu analizu provodimo procesno i fazno u tri koraka: *Exploring* - *Focusing* - *Explaining* (istraživanje - usredotočivanje - objašnjavanje).



Exploring

U kognitivnoj analizi zdravstvenog fenomena gledamo i definiramo problem na dvije razine kompleksnosti - razinu činjenica i razinu javnog diskursa koji emergira iz činjenične razine kao diskurzivna praksa. Procjenjujemo:

1. Realni problem kompleksne javnozdravstvene adaptivne mreže, i
2. Reaktivnu javnozdravstvenu diskurzivnu praksu

Focusing

Identificiranje aktera u adaptivnoj komunikacijskoj mreži i provedba partici-pativnog intervjuiranja.

Explaining

Na tekstovima provedenog intervjuiranja primijeniti reduktivnu analizu teksta i hermeneutiku.

1. Reduktivna analiza teksta, filozofski, povezana je s konceptom redukcionizma, ideje koja prepoznaje povezanost između pojava koje se mogu osobno opisati drugim jednostavnijim ili temeljnim pojavama.

Redukcija se također opisuje kao intelektualna i filozofska pozicija koja tumači složeni sustav kao zbroj njegovih dijelova, u komunikacijski prilagođenoj mreži.

2. Hermeneutika je umijeće tumačenja, posebice tekstova. Uključuje ispitivanje akterovih intencija i isticanje svrhe tekstova nudeći brojčane metodološke principe interpretacije.
3. Heuristika je povezana s općom strategijom ili metodom rješavanja problema. To je praktičan pristup rješavanju problema koji je zajamčeno optimalan, savršen ili racionalan, ali vam ipak može pomoći da postignete svoj kratkoročni cilj.

HERMENEUTIKA

umijeće tumačenja
ispitivanje akterovih intencija
isticanje svrhe tekstova
nuđenje metodologije i interpretacije

HEURISTIKA

vezana uz opću strategiju
praktičan pristup
optimalno/racionalno rješenje problema
kratkoročni cilj

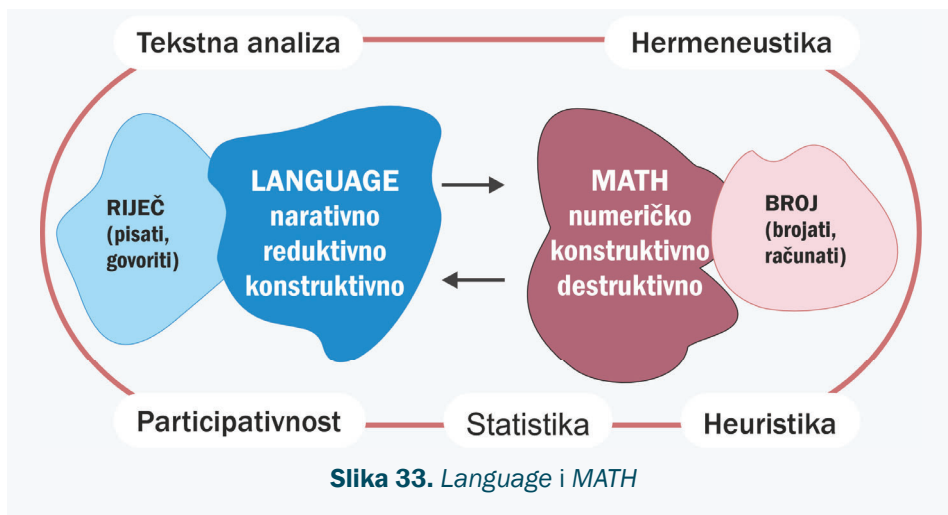
Slika 32. Hermeneutika i heuristika

Kognitivni narativni intervju

Svrha i cilj kognitivnog narativnog intervjua je prepoznavanje, opis i analiza doživljavanja nekog fenomena, pojedinca ili grupe. Kognitivni narativni intervju nema striktnu strukturu nego se kreira prema karakteristikama samog fenomena i osobe koju se intervjui.

Na primjer, intervju pretile osobe drugačije sadržajno i pojmovno planiramo nego npr. aktera političara u rješavanju izvjesnog javnozdravstvenog problema. Prema tome prva faza kognitivnog narativnog intervjua je detaljno planiranje intervjua s obzirom na dani fenomen i karakteristike intervjuirane osobe. Poželjno je napraviti notice vođenja intervjua, kao i izbor osobe koja je zadužena da prati intervjuiranje. Intervjuiranje se provodi u ugodnoj i ispitanicima prihvatljivoj okolini.

Time je stvorena intervju grupa od intervjua (researcher), aktera, ili dionika, te treće osobe koja observira izvođenje intervjua.



Slijedi sržni dio prepoznavanja proživljenog iskustva (*lived experience*), procjenjujući pred-refleksivno i refleksivno *Sebstvo (Self)* intervjuirane osobe. Treba paziti da *researcher*, akter i opažatelj ne formiraju direktivni algoritam jer postupak intervjuiranja je razgovor, razmišljanje i prateći osjećaji, anegdote, slike i razna vizualizacija sadržaja danog fenomena.

Intervju završavamo formiranjem tekstova, koji se podvrgavaju odabranim reduktivnim i hermeneutičkim analitičkim postupcima.

Kognitivni narativni intervju je konceptualno razmišljanje koje se odnosi na praksu povezivanja apstraktnih, različitih ideja kako biste produbili svoje razumijevanje, razvili nove ideje i razmislili o prošlim iskustvima.

Javno zdravstvo je umjetnost i znanost

Charles Edward A. Wilson, američki kreator pojma javno zdravstvo, još je 1920. godine izjavio "*Public health is art and science*". Najprije je formirao tri populacijska cilja javnog zdravstva:

- *Preventing disease,*
- *Prolonging life,*
- *Promoting Physical health.*

Danas ta tri cilja formuliramo kao:

- ▶ Unaprjeđenje zdravlja (*Promoting health*),
- ▶ Prevencija bolesti (*Preventing disease*),
- ▶ Produženje kvalitetnog života (*Prolonging life qualitatively*).

Iza ta tri cilja nabrajaju sve važne aktivnosti zaštite zdravlja koje se jezično malo razlikuju. Uvijek se javljaju riječi edukacija, organizacija i socijalna zaštita, sestrinstvo itd. Promjene su samo stilske. Javno zdravstvo već stotinama godina inzistira na ta tri cilja. Sve se podvrgava tim ciljevima.

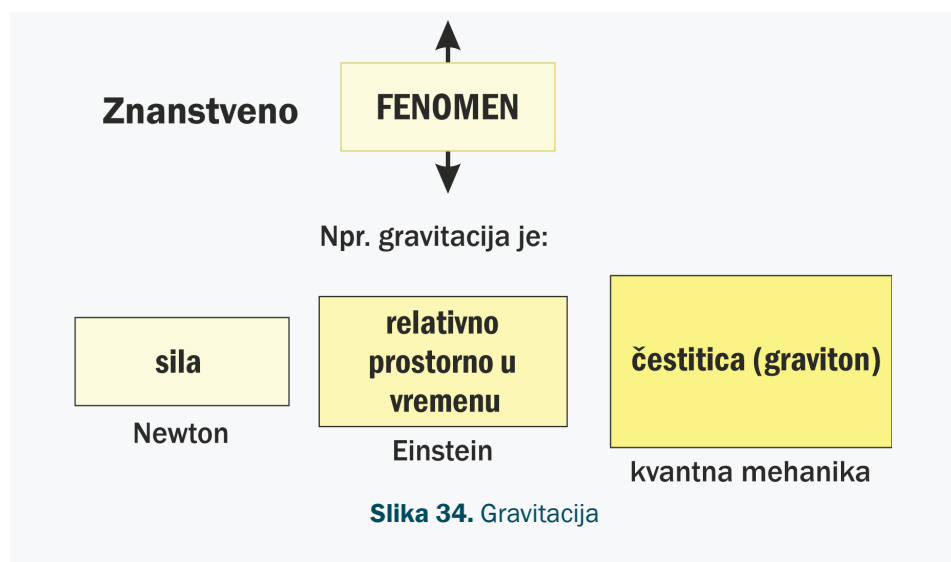
Jesu li znanost i umjetnost (*science and art*) stalne karakteristike javno-zdravstvenih aktivnosti ako ih definiramo kao:

Znanost je svaki sustav znanja koji se bavi fizičkim svijetom i njegovim fenomenima (npr. mentalno zdravlje, obiteljska medicina itd.) i koji podrazumijeva nepristrano promatranje i sustavno eksperimentiranje, a umjetnost kao vizualni objekti ili doživljajna svijest stvorena izrazom, vještinom ili maštom.

Javnozdravstveni djelatnik radi refleksivno, a refleksija se može odnositi na razmišljanje o nečemu ili pažljivo razmatranje. Refleksno također znači promišljeno ili isporučivo, pažljivo i tiho razmišljanje.

Glavni cilj javnozdravstvenih aktivnosti je steći znanje o nečemu ili nekome. Znanje se odnosi na razumijevanje ili informacije o predmetu koje su stečene iskustvom određene pojave.

Znanstveno znači proširenje spoznaja nekog fenomena. Na primjer Newton je spoznao gravitaciju kao silu, Einstein je shvatio gravitaciju relativno prostorno u vremenu, a kvantna mehanika gravitaciju kao česticu (graviton) koja ima masu i valnu karakteristiku. Ne postoje krajne spoznaje, postoji daleki upitni limes spoznaje.



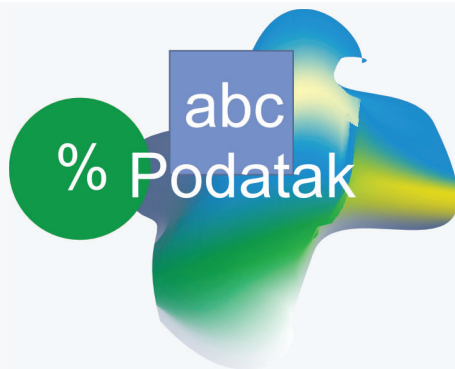
Što znači proširenje znanja u javnozdravstvenim djelovanjima? Samo kao ishodne i učinkovite promjene globalnog ili komunalnog zdravlja. Drugim riječima, ako je neka intervencija, izvjesni drugačiji pristup, izvan postojećih okvira, doveo do učinkovitih promjena u ponašanju i shvaćanju zdravlja zajednice.

Javnozdravstvena znanost često sadrži suprotnosti nekih pojmova. To su pitanja: subjektivno vs objektivno, i partikularno vs univerzalno.

Ti pojmovi ne postoje realno. Propitivanja, ispitivanja te raspitivanja uvijek su subjektivna. U pravilu stvaranje slika realiteta uvijek su subjektivna i nastojimo dati punu slobodu nekom misaonom procesu. Objektivno samo znači maksimalna kontrola subjekta. Mi svijet vidimo fenomenološki kroz doživljavanje i preživljavanja fenomena svijeta.

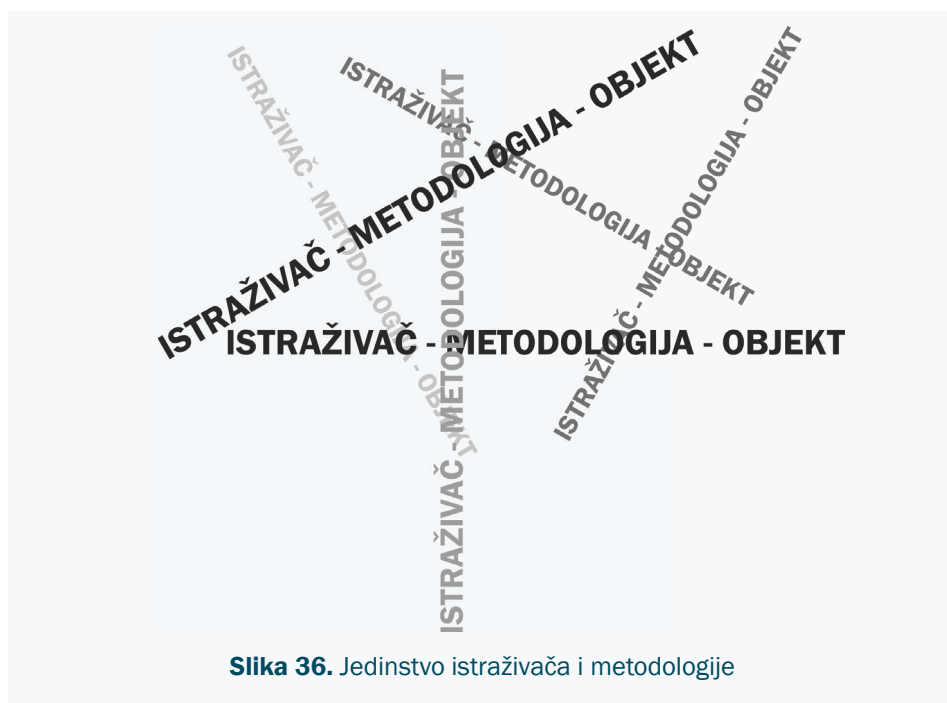
Također, partikularno i univerzalno znači samo uprosječivanje nekog fenomena. Svaki podatak, svaki rezultat ima dvojaku strukturu, jednu činjeničnu opipljivu i drugu, apstraktnu i pojmovnu.

Što se tiče istine rezultata, ona je kao i većina pojmova jedna relacija. Istina nije ništa drugo doli savršeno poklapanje vaše ideje i metodologije sa otkrivenim realnim činjenicama. Istina je dvojaki fenomen, jedan senzorno osjetljiv koji svi doživimo i drugi apstraktan o kojoj uvijek vidimo različito.



Slika 35. Podaci

Na kraju svako javnozdravstveno djelovanje, bilo istraživanje ili intervencija uvijek čine trijadu: istraživač (subjekt) - metodologija - problem (objekt), koji su međusobno u stalnoj interakciji. Mijenja li se jedan element, mijenjaju se i svi ostali. To se zove subjektivizacija objekta.



Jedno od bazičnih pitanja javno zdravstvenih ishoda je dijalektika.

Dijalektika je metoda argumentiranja i rasprave koja uključuje vraćanja (*back-and-forth*, tj. naprijed-natrag) radi boljeg razumijevanja problema javnog zdravlja. Dijalektika ispituje složenu interakciju između društvenih, okolišnih i zdravstvenih čimbenika. Zapravo, radi se o jednoj cjelini, triangulaciji društvenih, okolišnih i zdravstvenih čimbenika.

Javnozdravstveni istraživač i menadžer danas u svojim istraživanjima i rukovođenjima stalno se susreću sa nekima od suprotnosti:

socijalno - individualno

javno - privatno

kurativno - preventivno

partikularno - univerzalno

dezintegrirajuće - integrirajuće

liberty - *freedom*

znanost - tehnologija.

Što se tiče buduće znanosti očekujemo tri tipa znanstvenika:

- ▶ Oni koji otkrivaju bitne stvari u prirodnim i društvenim znanostima
- ▶ Oni koji ostvaruju tehnološka rješenja
- ▶ Oni koji su korisnici znanosti i tehnoloških rješenja (users)



Slika 37. Otkrivanje, ostvarivanje, korištenje

Sva tri tipa moraju biti provedene kroz specifičnu edukaciju. Jedno je pitanje: U koji tip znanstvenika spadaju budući studenti javnog zdravstva? To je važno pitanje stvaranja postdiplomskih kurikula.

Koncepti budućnosti javnog zdravstva

Pred javnozdravstvenim djelatnicima nalaze se novi izazovi. Možemo formulirati četiri izazova:

1. **Populacijska patologija kao re-emergencija zaraznih bolesti, raka, kroničnih degenerativnih bolesti i psihičkih poremećaja.**
2. **Degradacija okoliša**
3. **Tehnička inovacija**
4. **Digitalna transformacija**

Ova četiri izazova predstavljaju konceptualizaciju javnog zdravstva u budućnosti pri čemu je centralno pitanje kako rasuđivati i osmišljavati iskustvo.

Nekoliko primjera:

- Ad 1. Pristup kontinuiranom monitoriranju zdravstvenih politika,**
- Ad 2. Nova usmjerenja u politici zaustavljanja klimatskih promjena, čovjek kao generator urbanog smeća; zagađenje oceana,**
- Ad 3. Personalizirana, precizna medicina usporedno s razvojem nove znanosti, personaliziranom prevencijom,**
- Ad 4. Analiza velikih količina podataka iz mnoštva raznih izvora (*big data*); integrirani zdravstveni informacijski sistemi temeljeni na jedinstvenom elektroničkom zdravstvenom zapisu.**

To su tek ključni izazovi. Očekuje se velika paleta različitih izazova koji će postati sadržaji konceptijskog javnozdravstvenog mišljenja.

Nova tema: Studiranje profesionalnog životnog iskustva aktera i sudionika te općeg životnog iskustva ljudi novi je istraživački parametar u javnozdravstvenoj praksi.

Epilog

Kognitivni narativ javnozdravstvenog djelatnika kao istraživača, menadžera ili administratora, možemo prikazati kao niz triangulacija njihovih djelovanja i akcija.

U metodologiji istraživanja, triangulacija je koncept koji se koristi kako bi se povećala pouzdanost i valjanost rezultata istraživanja. Ideja triangulacije je da se koriste više različitih metoda, izvora podataka, teorijskih perspektiva ili istraživača kako bi se došlo do istovjetnih nalaza ili potvrdilo stečeno znanje. Kombinirajući različite vrste triangulacije, istraživači mogu povećati kredibilnost, pouzdanost i valjanost rezultata svojeg istraživanja, jačajući time njegovo značenje i vjerodostojnost.

Javnozdravstveni um prikazujemo nizom triangulacija, koje čine arhitekturu njihovog djelovanja:

Prva triangulacija javnozdravstvenog djelatnika je teorijska, opisana je sa *Language-MATH- Sociability*. *Language* i *MATH* su genetsko-okolinske tvorevine, dok je *Sociability* izrazito okolinska tvorevina. Ova triangulacija čini bit profesionalnog djelovanja različitih aktera koji reguliraju i istražuju sustave zdravstvene zaštite.

Druga triangulacija javnozdravstvenog djelatnika je idejna, opisana triangulacijom Javno – Privatno – Političko. Hrvatsko javno zdravstvo je u dijalektičkoj suprotnosti između privatnog i javnog. Privatno i javno zdravstvo se samostalno razvijaju. Ne postoji koncept javno-privatnog zdravstva, nema koncepta kako te dvije ideje povezati. Nepostojanje koncepta ima za posljedicu ne-integraciju i ne-dostupnost korištenja zdravstvene zaštite.

Treća triangulacija je organizacijska, opisana s Prevencija bolesti – Promocija zdravlja – Kvaliteta života. U hrvatskom javnom zdravstvu tradicionalno vlada koncept idejne Štamparove javne i socijalne higijene. Ne postoji jasan, suvremen koncept zdravstvene zaštite. Stalno se govori da smo u krizi zadovoljenja zdravstvenih zahtjeva i potreba populacije.

Četvrta triangulacija je filozofsko-lingvistička, opisana kao Kompleksno – Komplicirano – Jednostavno. Pojam kompleksno kao početni pojam javnozdravstvenih analiza je zanemaren. Odmah se skače u seriju različitih statističkih modela analize. Kompleksnost je kurikularno zanemarena.

Peta triangulacija je triangulacija metodološkog pristupa opisana kao Kvalitativno – Kvantitativno – Načelo. Dva načela, jezični izražaj i numeričko koji su povezani, predstavljaju dvije strane istog pojma, potpuno se odvojeno razvijaju. To je *bias* javnog zdravstva. Treba razviti integralni koncept kvalitativno-kvantitativno. Bez tog koncepta nema holizma.

Šesta triangulacija je ispitivajuća, opisana Participativno – Ne-participativno – Intervjuiranje. U javnozdravstvenoj praksi prikupljanja vlada ne-participativni pristup u procesu dobivanja informacija i podataka. Participacija je jako zanemarena.

Navedeno prikazuje arhitekturu javnozdravstvenog uma



Kako percipirati javnozdravstvene fenomene je nastavna vještina za sebe. Percipirati je neurobiološki proces suprotstavljanja, podudaranja prošlih iskustava s novim činjenicama, čime se dobiva specifična i svojstvena slika danog javnozdravstvenog fenomena.

Kognitivni narativ je evaluacijski proces izvjesne javnozdravstvene intervencije. Reflektivna faza kognitivnog narativa završava sa ocjenom evaluacijskih para-metara ishoda (engl. *Outcome*) i učinka (engl. *Impact*) svakog javno-zdravstveno djelovanja, epidemioloških intervencija te svake smislene akcije u javnom zdravstvu.



PRAKTIČNI ASPEKTI KOGNITIVNOG NARATIVA

Silvije Vuletić

Umjesto uvoda

U početku bijaše RIJEČ, i riječ bijaše u Boga...sve po njoj POSTALO, i bez nje ništa nije postalo...u njoj bijaše ŽIVOT, i život bijaše SVJETLOST ljudima...

Zar nije ovaj uvodni “pra” tekst Knjige postanka po Ivanu slika kognitivne narativne analize?

Kognitivna naracija započinje snagom izražavanja riječima kojima prepoznajemo pojavnost, ono što je POSTALO, a ono što je postalo je ŽIVOT i ISTINA ljudima, odnosno interpretacija i razumijevanje fenomena koji promatramo i istražujemo.

Praktični aspekt, alat kognitivne narativne analize je kognitivni intervju.

Kognitivni narativni intervju

Srž kognitivnog narativnog intervjua je sustav primjena otvorenih pitanja. Na upit servisu Bing AI chatting o provedbi kognitivnog narativnog intervjua (pitanja i faze) dobiven je sljedeći odgovor:

Otvorena pitanja za kognitivnu narativnu analizu su pitanja koja potiču ispitanika da ispriča svoju životnu priču na način koji otkriva njegovu kognitivnu strukturu, procese i strategije. Ova pitanja ne ograničavaju moguće odgovore na da ili ne, već omogućavaju ispitaniku da slobodno izrazi svoje misli, osjećaje, stavove i vrijednosti. Otvorena pitanja za kognitivnu narativnu analizu mogu biti usmjerena na različite aspekte životne priče, kao što su:

- Tema i sadržaj priče: što je ispitanik odabrao kao važne događaje, ljude, mjesta i situacije u svojoj priči? Kako je opisao te elemente? Što su mu značili? Kako su utjecali na njegov život?
- Struktura i organizacija priče: kako je ispitanik povezo različite dijelove svoje priče? Koji je redoslijed i logika njegovog pripovijedanja? Kako je uspostavio uzročno-posljedične veze između događaja? Kako je koristio vremenske i prostorne markere?
- Stil i način pripovijedanja: kako je ispitanik izrazio svoju priču? Koji jezik i rječnik je koristio? Kako je koristio metafore, usporedbe, humor, ironiju i druge retoričke figure? Kako je koristio glas, ton, geste i mimiku?

- Značenje i svrha priče: što je ispitanik htio postići svojom pričom? Koju poruku je htio prenijeti? Kako je interpretirao svoje iskustvo? Kako je ocijenio svoje postupke i odluke? Kako se osjećao u vezi sa svojom pričom?

Evo nekih općih primjera otvorenih pitanja za kognitivnu narativnu analizu, koja morate podesiti specifičnosti fenomena koji se istražuje i Aktera koje procjenjujete.

- Recite mi nešto o sebi. Tko ste vi? Što vas čini jedinstvenim?
- Recite mi o najvažnijem događaju u vašem životu. Zašto ste ga izabrali? Što se dogodilo? Kako ste se osjećali tada i sada?
- Recite mi o nekoj osobi koja je imala veliki utjecaj na vaš život. Tko je ta osoba? Kako ste se upoznali? Što ste naučili od nje?
- Recite mi o nekom mjestu koje vam je posebno značajno. Gdje je to mjesto? Kada ste ga posjetili? Što ste tamo doživjeli?
- Recite mi o nekoj situaciji koja vas je jako izazvala. Što se dogodilo? Kako ste se nosili s tim? Što ste naučili iz toga?
- Recite mi o nekom cilju koji ste postavili i ostvarili. Što ste htjeli postići? Kako ste to učinili? Kako ste se osjećali kad ste uspjeli?
- Recite mi o nekom snu koji ste imali. Što ste sanjali? Kako ste protumačili svoj san? Što vam je san rekao o vama?
- Recite mi o nekoj vrijednosti koja vam je jako važna. Što ta vrijednost znači za vas? Kako ste je osvojili? Kako se primjenjuje u svom životu?
- Recite mi o nekoj dilemi koju ste imali. Što vas je mučilo? Koje opcije ste razmatrali? Za što ste se odlučili i zašto?
- Recite mi o nekoj promjeni koju ste napravili u svom životu. Što vas je potaklo na tu promjenu? Kako ste se proveli? Kako vam je promijenila život?

(Izvor: razgovor sa servisom Bing, 16. 09. 2023.

(1) Analiza kvalitete i vrste pitanja pri usmenoj provjeri znanja - unizg.hr. <https://repozitorij.unizg.hr/islandora/object/ffzg%3A3008/datastream/PDF/view>.

(2) Pitanja za Kognitivnu psihologiju I deo - Univerzitet PIM. <https://univerzitetpim.edu.ba/wp-content/uploads/2020/03/Pitanja-I-Kognitivna-psihologija-2020-sa-odgovorima.pdf>.

(3) Kako postavljati otvorena pitanja | 80 najboljih primjera u 2023. <https://ahaslides.com/hr/blog/open-ended-questions/>.

(4) undefined. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:131:139692>.

Kognitivni narativni intervju ima za cilj potaknuti što više detalja i dubine u odgovorima ispitanika, koristeći se različitim strategijama dohvaćanja i poticanjem narativnog načina razmišljanja.

Postoje različiti pristupi i tehnike koje se mogu koristiti, ali općenito se može reći da kognitivni narativni intervju ima tri faze:

1. Faza naracije: Postavlja se jedno ili više otvorenih pitanja koja potiču ispitanika da ispriča svoju priču o nekom događaju ili iskustvu. Ispitaniku se daje sloboda da odgovori bez uplitanja istraživača. Istraživač sluša pažljivo i aktivno, pokazujući zanimanje i empatiju.
2. Faza proširivanja: Postavljaju se dodatna pitanja koja imaju za cilj dobiti više informacija ako je potrebno. Ova pitanja mogu biti usmjerena na specifične aspekte priče, poput vremena, mjesta, osjećaja, misli, akcija, reakcija, posljedica itd. Istraživač može koristiti i neke tehnike kognitivnog intervjua, poput ponovnog uspostavljanja konteksta, promjene perspektive, promjene redoslijeda ili izvještavanja o svim detaljima.
3. Faza refleksije: Postavljaju se pitanja koja imaju za cilj potaknuti ispitanika da razmisli o svojoj priči i njenom značenju. Ova pitanja mogu biti usmjerena na interpretaciju, evaluaciju, učenje, promjenu ili implikacije priče za ispitanika ili druge ljude. Istraživač može također dati povratnu informaciju ili sažetak onoga što je čuo od ispitanika.

Primjer početka kognitivnog narativnog intervjua:

Istraživač: Hvala vam što ste pristali sudjelovati u ovom istraživanju. Cilj ovog istraživanja je saznati više o vašim iskustvima s online učenjem tijekom pandemije COVID-19. Želimo čuti vašu priču o tome kako ste se nosili s tim izazovom i kako je to utjecalo na vas. Možete li nam ispričati svoju priču o online učenju?

Ispitanik: Pa, bilo je to jako teško za mene. Nisam navikao učiti na taj način. Volim ići u školu, vidjeti svoje prijatelje i profesore, sudjelovati u nastavi i aktivnostima. Kad je sve prebačeno na online, osjećao sam se izgubljeno i usamljeno. Nisam znao kako se organizirati, kako pratiti sve zadatke i rokove, kako komunicirati s drugima preko interneta. Bilo je puno tehničkih problema, loše veze, smetnje u kući, nedostatka motivacije. Osjećao sam se kao da sam ostavljen na cjedilu.

Istraživač: Razumijem kako ste se osjećali. To je bio veliki preokret za sve nas. Možete li mi reći nešto više o tome kako ste se organizirali za online učenje? Kako ste planirali svoje vrijeme, odabrali svoje resurse, pratili svoj napredak?

Ispitanik: Pa, isprva nisam imao nikakav plan. Samo sam pokušavao pratiti što se događa na platformi za učenje, gdje su profesori objavlivali materijale,

zadatke i obavijesti. Ali to je bilo jako zbunjujuće i stresno. Nisam znao što je važno, što je hitno, što je opcionalno. Često sam propustio rokove ili zaboravljao na neke zadatke. Onda sam shvatio da moram biti bolje organiziran. Napravio sam si raspored, gdje sam zapisivao sve što moram napraviti i kada. Također sam si napravio popis resursa koje mogu koristiti za učenje, poput knjiga, članaka, videa, web stranica itd. Pratio sam svoj napredak tako što sam označavao što sam završio i što još moram napraviti.

Istraživač: To zvuči kao dobar način da se poboljša organizacija i efikasnost. Kako ste se osjećali kad ste primijenili taj način rada? Je li vam pomoglo da se bolje nosite s online učenjem?

Ispitanik: Da, pomoglo mi je dosta. Osjećao sam se više u kontroli i manje preopterećen. Također sam imao više vremena za sebe i svoje hobije. Mislim da mi je to pomoglo da ostanem motiviran i fokusiran. Naravno, još uvijek sam imao neke poteškoće i frustracije, ali barem sam znao kako ih riješiti ili kome se obratiti za pomoć.

Istraživač: To je dobro čuti. Možete li mi reći nešto više o tome kako ste komunicirali s drugima tijekom online učenja? S kim ste bili u kontaktu i kako ste se povezivali s njima?

Ispitanik: Pa, komunicirao sam uglavnom s mojim prijateljima iz razreda i nekim profesorima. S prijateljima sam se čuo preko WhatsAppa ili Zooma. Razmjenjivali smo informacije, savjete, materijale, podršku. Bilo je lijepo čuti njihove glasove i vidjeti njihova lica. S profesorima sam se čuo preko e-maila ili platforme za učenje. Postavljao sam im pitanja, tražio povratne informacije, rješavao probleme. Neki profesori su bili jako susretljivi i razumijevajući, dok su drugi bili hladni i nedostupni.

Istraživač: Razumijem kako je to moglo biti različito iskustvo ovisno o osobi s kojom ste komunicirali. Kako je to utjecalo na vaše učenje i vaše raspoloženje?

Ispitanik: Pa, kad sam imao dobru komunikaciju s nekim, to mi je pomoglo da se osjećam bolje i da lakše učim. Osjećao sam se kao da nisam sam u tome i da imam podršku. Kad sam imao lošu komunikaciju s nekim, to mi je otežalo učenje i pokvarilo raspoloženje. Osjećao sam se kao da me nitko ne cijeni i da me nitko ne razumije.

Istraživač: Hvala vam što ste podijelili sa mnom te osjećaje. Znam da nije lako govoriti o tome. Na kraju ovog intervjua, želim vas pitati još.....

Akteri kognitivno-narativnog intervjua

U javnozdravstvenim istraživanjima, posebice u intervencijama, razlikujemo dvije razine procjena, procjena činjenica i procjena aktera intervencije koji bitno reguliraju kretanje problematike intervencija. Na primjer, u pandemiji COVID-19 identificiramo aktere: epidemiologe, političare, znanstvenike, kliničare, antimaskere, antivaksere itd., koje identificiramo u eksploratnoj fazi kognitivne narativne analize.

Akteri su dijaloški objekt kognitivno narativnog intervjua. Identifikacija i studij aktera temeljni su proces intervjuiranja. To su individualni faktori moći s jakim utjecajima na uspješnost i efikasnost intervencija.

U dijaloškom intervjuu s akterom treba naročito obratiti pozornost na mogućnosti akterovog manipuliranja, pa umjesto da govori o svom iskustvu, akter počne pametovati o svojoj ulozi u projektu. Treba izbjeći politiziranje.

Triangulacija kognitivnog intervjua čine Istraživač-Akter-Observer.

Dokument vođenja intervjua

Posebno naglašavamo da istraživač mora napisati detaljni dokument o svim elementima vođenja intervjua (pitanja, atmosfera, okolina itd.). Bez takvog dokumenta nijedan intervju ne može postići efektivnost i efikasnost procesa intervjuiranja.

Intervju se rade kao transkripti koji služe za finalnu tekstnu analizu sadržaja intervjua reduktivnim i hermeneutičkim analizama teksta. Analiza mora dati odgovor o funkcionalnosti izvedbe intervencije, barijerama i greškama te sugestijama promjena u sadržaju i tijeku budućih intervencija.

Poglavlja koja slijede primjer su kognitivno-narativnih intervjua tematski različito provedenih studija i intervjuiranja.



KAKO KOGNITIVNI NARATIV RASVJETLJUJE JAVNOZDRAVSTVENI FENOMEN – primjeri fenomena

PRIMJER 1. **Edukacija budućih profesionalaca u javnom zdravstvu**

AUTOR: **Silvije Vuletić**

Fenomen: Edukacija budućih profesionalaca u javnom zdravstvu

Cilj: Naučiti buduće javnozdravstvene profesionalce kako percipirati i reflektirati javnozdravstvenu problematiku u praksi

Metoda: Analiza vlastitog nastavničkog iskustva

Izvori: Vlastito nastavničko iskustvo

Percepcija i refleksija

Percepcija je neurobiološki samoorganizirani kognitivni dvosmjerni proces čija je bit suprotstavljavanje prijašnjeg iskustva s novim činjenicama. To suprotstavljavanje stvara percepcijski ciklus što od istraživača zahtijeva da razvije svoj model, svoju shemu percepcije.

Pod *refleksijom* podrazumijevamo kognitivne procese uspoređivanja i provjeravanja, Refleksija je naknadno promišljanje već percipiranih pojava.

Prvi čin promatranja neke pojave je izravno osjetilno zamjećivanje izvjesnog objekta/subjekta. U drugom činu promatranja ono što je zamijećeno postaje predmet mišljenja, naša predodžba.

Refleksija uključuje aspekte intelekta i svjesnog iskustva. To je kombinacija misli, *percepcije*, *htijenja*, *slobodne volje* i *interpretacije*.

Stvaranje modela percepcije i refleksije čini jezgru praktične nastave polaznika javnozdravstvenih studija.

Osnovu refleksije čine tri sposobnosti svakog pojedinca: *Language-MATH-Sociability*, slika 33.

Language modus se usredotočuje na strukture i korištenje priča, događaja, kako bi se razumjelo kako ljudi razmišljaju i komuniciraju.

MATH modus znači usmjerenost na mjerenje i analizu kognitivnih procesa numeričko-matematičkim metodama.

Sociability se fokusira na životne dijaloške odnose pojedinca u zajednici, u nekom javnom diskursu, koji dešifrira uvjete i mogućnosti zbivanja i znanja zajednice, posebno njegovo ponašanje.

Language-Math-Sociability pristup navodi nas na dva pojačanja kognitivnih procesa u stvaranju kurikuluma nastavnih procesa učenja javnog zdravlja. Radi se o praktičnim nastavnim jedinicama, o tome kako percipirati i reflektirati javnozdravstvene fenomene.

Refleksivno vs algoritamsko znanje

Biti refleksivan u svom učenju znači razmišljati o tome što učite i kako to učite, na način koji vam pomaže da bolje razumijete sebe i svoje učenje.

Algoritamske vještine rješavanja problema su sposobnost primjene logičkog, analitičkog i kreativnog razmišljanja za formuliranje i izvršavanje algoritama.

Znanstvena tehnologija sve više prodire u sustave edukacija, forsirajući algoritamsko znanje, čineći studenta više korisnikom nego kreatorom.

Studenta najlakše uvodimo u proces refleksije, sa tzv. Poperianovim načinom odlučivanja:

1. Temeljito istražite fenomen, situacije
2. Napravite popis opcija
3. Identificirajte najgori mogući scenarij svakog izbora
4. Odvažite alternative kako biste razumjeli moguće ishode
5. Na koga će vaša odluka utjecati
6. Postavite jasan cilj
7. Donesite odluku
8. Ocijenite ishode

U glavnom činu refleksije, istraživač prvenstveno provodi prepoznavanje oblika (*pattern recognition*). Oblik (*pattern*) ili model predložen za oponašanje dizajna, prirodne ili slučajne konfiguracije.

Također, oblik (*pattern*) je “pouzdan” uzorak osobina, karakteristika osobe, skupine institucija i slično. U kontekstu računalne znanosti, prepoznavanje oblika je automatizirano prepoznavanje uzoraka i pravila među podacima.

Pattern recognition je primjer tipičnog reflektivnog znanja. U kojim trenucima reflektivne analize prelazimo na kvantitativnu refleksiju, odnosno kada počinjemo koristiti algoritamsko znanje, ogromni dijapazon statističkih algoritama.

Kada iz *Language* modusa prelazimo u *MATH* modus kognitivnog procesa?

Iz *Language* modusa prelazimo u *MATH* modus onda kada počinjemo postavljati pitanja intenziteta, koja i koliko neka obilježja oblikuju neki obrazac fenomena. To u pravilu povlači pitanje mjerenja, skaliranja, ocjena statističkih parametara, te predikcija teorijom vjerojatnosti.

Ukoliko istraživač rješava problem eksperimentalno, npr. testiranje najefikasnije vakcine, istraživač uspostavlja ovaj način odlučivanja:

1. Promatrajte
2. Postavljajte pitanja
3. Formirati hipotezu
4. Napravite predviđanje
5. Testirajte predviđanje
6. Iteracija - korištenje rezultata za izradu nove hipoteze/predviđanja

Ključno pitanje edukacije javnozdravstvenih djelatnika je praksa doživljavanja percepcije i refleksije, a ne automatsko, od samog početka nastave, "futrati" studenta statističkim algoritamskim znanjem. Najprije uvedimo prirodnu refleksiju našega uma, a zatim ga punimo sa znanstvenom tehnološkim algoritmima, stvarajući od njega dobrog korisnika znanstvene tehnologije.

U našim edukacijskim sustavima kvalitativno i kvantitativno su odvojeni, što više i sami istraživači predstavljaju se u dvije različite kategorije, kvalitativne i kvantitativne. Često susrećemo istraživanja koja od samog početka slijede neki linearni-kauzalni smjer, zanemarujući složenu i holističku prirodu javnozdravstvenih problema. Drugi pak istraživači izražavaju se isključivo na prepoznavanju obrazaca i oblika. Rješavanje javnozdravstvenih problema zahtjeva hibridne metodologije.

Narativ - *Language*

Šezdesetih godina prošlog stoljeća vodio sam nekoliko seminarskih grupa kroz cijeli semestar. Teme su bile socijalno-medicinske. Tema jednog takvog seminara bila panmiksija i eugenika. Tada su to bile relativno aktualne znanstvene teme nakon Drugog svjetskog rata.

Sve dok se nije probudila refleksija u nekoliko studenata, seminar je bio čista zamorna faktografija. Probudila se Jezična, "Language" dimenzija njihovog uma pokazujući svoje govorničke, etičke i sve razne jezično izražajne sposobnosti. Ubrzo su nastale dvije ideologije, jedna o otpornom mješancu i druga, o formiranju pozitivne eugenike, kod nekih i uvođenje negativne eugenike.

Uskoro, refleksija se usmjerila prema elementu socijabilnosti, pokretljivosti njegovog uma unutar seminarske grupe. Neke od njih sam prepoznao nakon deset godina kao političare.

Svakog studenta sam mogao opisati prema njegovoj Language (L) i Socijalnoj mobilnosti (S) unutar ponašanja tijekom rada u seminarskim grupama.

Narativ - MATH

Također sam vodio nekoliko studentskih vježbi kroz cijeli semestar. Cilj i zadatak bio je upoznati studenta sa elementarnom deskriptivnom i analitičkom statistikom.

Nastavu sam vodio tako da sam započeo s pojmovnim analizama, npr. sličnost roditelja sa njihovom djecom, a potom prelazio na mjerenja obilježja, prepoznavanja odgovarajućih distribucija frekvencija, da bih završio s vjerojatnošću predikcija njihovih vrijednosti. Poanta je bila da ne možemo pronaći točnu vrijednost ali možemo vjerojatnost njihovog ishoda.

Taj način mišljenja dio studenata je s lakoćom prihvatio, međutim veći dio ostalih sam počeo gubiti iz nastavnog procesa.

Nakon nekog vremena mogao sam svakom studentu procijeniti njegovu "Mathemata" dimenziju njegovog uma, (M).

Mnogima je bila poteškoća definirati izvjesne pokazatelje kao omjere, razlomke dviju veličina. Lagano su opisivali npr. smrtnost neke bolesti, ali kada je od njih traženo da naprave nekoliko numeričkih pokazatelja smrtnosti, da od dvije veličine naprave, definiraju novu vrijednost, bilo je s priličnim teškoćama.

Većina je znala reći što je prosjek po smislu, ali prikazati prosjek kao "zbroy pojedinačnih vrijednosti podijeljen s brojem ispitanika", bilo im je poteškoća. Prikazivanje simbolima je teško prihvatljivo. Jednostavno studenti imaju dobro razvijenu L komponentu svog uma, M komponenta je bila slaba. Napr. nikako nije išlo shvaćanje varijabilnosti kao "prosječne suma kvadrata odstupanja pojedinačnih vrijednosti od prosjeka".

Narativ - Socijabilnost

Socijabilnost, tj društvena i psihološka pokretljivost uma unutar neke zajednice, društvenih grupa, treća je komponenta svakog uma. Živate li, ili radite s nekom grupom, bilo edukacijskom ili znanstveno istraživačkom, vrlo brzo moći ćete opisati S komponente svake individue pojedinačno.

Sjećam se, da sam u jednoj seminarskoj grupi imao vrlo umno pokretljivog diskutanta bez obzira o kojoj se temi raspravljalo. Kasnije sam ponovo sreo tog studenta kao izrazito otvorenog javnozdravstvenog djelatnika, koji je direktno uranjavao u teren s ciljem njegova rješavanja.

L-M-S dimenzije su elementi prosudbe svakog peer review-a.

Koje značenje L-M-S komponente uma ima za profesiju javno zdravstvo?

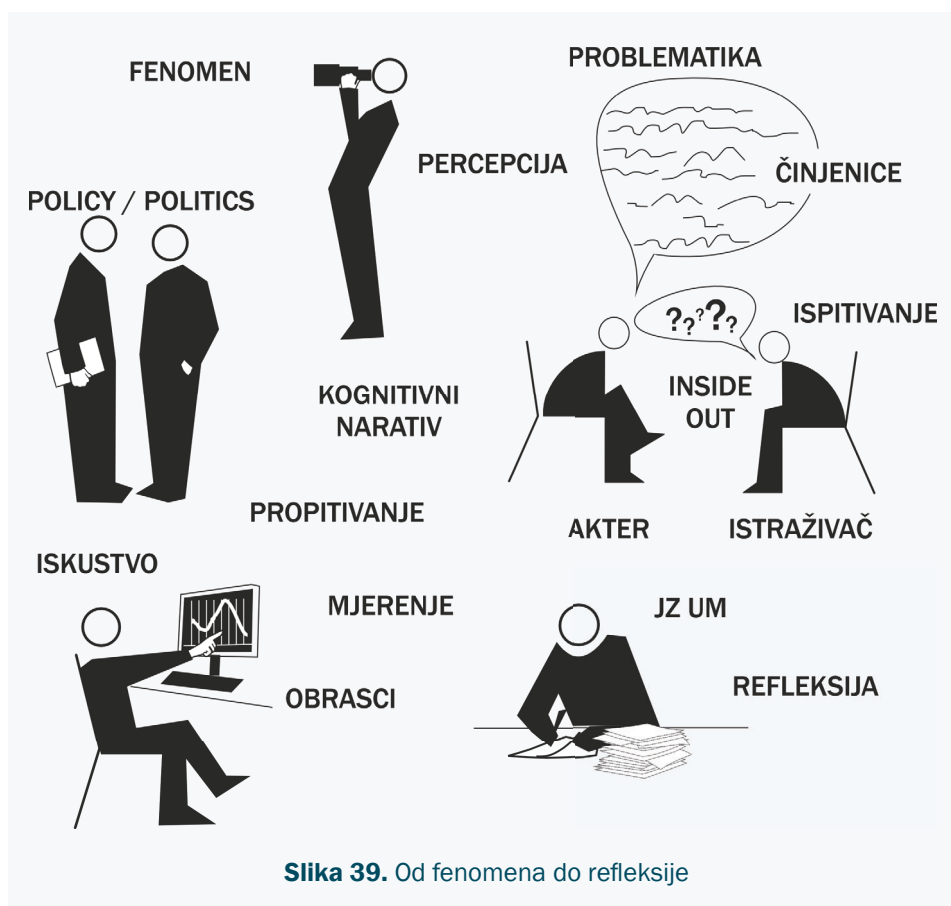
Refleksivnost oblikuje svaku aktivnost u javno zdravstvenim profesijama, kako istraživačkim tako i rukovodećim procesima. Ona je podloga svake kreativnosti, bez refleksije ne možemo razviti svoje talente, pravilno koristiti resurse niti vrednovati naše aktivnosti.

Refleksivnost moramo formalno definirati prilikom svakog planiranja ili stvaranja kurikuluma izvjesnog edukacijskog procesa, kako formirati svoj percepcijski ciklus.

Znanstvena tehnologija stvara od nas korisnike, “users” algoritamskog znanja; ali samo svojom vlastitom refleksijom, razvijajuće maksimalno, možemo oživotvoriti naša znanja.

Zaključno, predlažemo da u reforme profesionalne edukacije u javnom zdravstvu povremeno uvedemo “L-M-S survey” u edukacijskim procesima, uranilovku minimizirati, jednosmjernost nastave zadržati u razumnim proporcijama te postepeno nastavu iz javnog zdravstva personalizirati uz 5P kriterija:

Personalno-Preventivno-Participativno-Prediktivno-Precizno.



PRIMJER 2. Digitalna transformacija zdravstvenog ekosustava

AUTOR: **Josipa Kern**

Fenomen: Digitalna transformacija zdravstvenog ekosustava - potencijalna podloga za aktivnu participaciju korisnika zdravstvene zaštite u unapređenju zdravlja

Cilj: Utvrditi aktualne mogućnosti participacije korisnika zdravstvene zaštite u unapređivanju zdravlja (pojedince i populacije) uz korištenje danas raspoloživih digitalnih tehnologija (eKarton, informiranje putem mrežnih stranica relevantnih zdravstvenih ustanova)

Metoda: Primjena kognitivnog narativa

Izvori: Literaturni podaci i razgovor s korisnicima zdravstvene zaštite

Razgovor se vodi uz napomenu ispitanicima: Postavite se u ulogu pojedinca – korisnika zdravstvene zaštite i „ispričajte“ svoje viđenje eKartona i informacija u zdravstvu koje nalazite ili očekujete naći na mrežnim stranicama zdravstvenih ustanova, osiguranja i zavoda za javno zdravstvo.

Što je zdravstveni ekosustav i tko je glavni akter u tom sustavu?

Zdravstveni ekosustav je zajednica koju čine pacijenti i liječnici kao i sve druge osobe uključene u proces medicinske odnosno zdravstvene skrbi. Zdravstveni ekosustav je kompleksan sustav s nizom aktera među kojima treba istaknuti pacijenta odnosno korisnika zdravstvene zaštite kao glavnog aktera zbog kojega zdravstveni (eko)sustav postoji.

U daljnjem tekstu koristit će se pojam „korisnik zdravstvene zaštite“ umjesto pojma „pacijent“.

Tko su ostali akteri u zdravstvenom ekosustavu?

U dvadeset i prvom stoljeću kojeg neki nazivaju *stoljećem kompleksnosti* zdravstveni ekosustav prolazi digitalnu transformaciju koja zahtijeva korijenite i intenzivne promjene ponašanja svakog sudionika, a posebno glavnih aktera – korisnika zdravstvene zaštite. Među ostalim akterima tu su:

- zdravstveno osoblje (liječnici, medicinske sestre, zdravstveni tehničari, medicinski inženjeri/fizičari),

- nezdravstveno osoblje kao dio zdravstvenog ekosustava (administracija, prateće osoblje),
- donositelji odluka u zdravstvenom ekosustavu (politika, usmjerena zdravstvena politika),
- proizvođači digitalnih rješenja za potrebe zdravstvenog ekosustava, proizvođači svakim danom sve novijih uređaja koji nalaze svoju primjenu u zdravstvenom ekosustavu (npr. IoT tj. uređaji koji se koriste putem interneta).



Društvena zajednica očekuje od svakog aktera zdravstvenog ekosustava prilagođeno ponašanje u smislu:

- boljih medicinskih/zdravstvenih ishoda,
- smanjenja troškova, i
- unaprjeđenje zdravlja mjereno relevantnim javnozdravstvenim pokazateljima, tzv. stopama zdravlja.

Brinući o svom zdravlju i dobrobiti korisnik zdravstvene zaštite uvelike utječe na svoje zdravstvene ishode, velikim dijelom na smanjenje troškova zdravstvene zaštite a posredno na poboljšanje javnozdravstvenih pokazatelja koji se, u pravilu, odnose na populaciju.

Korisnik zdravstvene zaštite kao aktivni akter

U biti, svaki je korisnik zdravstvene zaštite akter u zdravstvenom (eko)sustavu, on je točka oko koje se „sve vrti“. On može biti više ili manje aktivan u obavljanju svoje osnovne funkcije u zdravstvenom (eko)sustavu. Aktivni korisnici zdravstvene zaštite su oni korisnici koji zajedno s davateljima zdravstvenih usluga aktivno/direktno sudjeluju u zaštiti svog zdravlja i vlastite dobrobiti. Posredno, aktivni korisnici sudjeluju u racionaliziranju troškova i unapređenju zdravstvenog stanja cijelog društva.

Aktivni korisnici zdravstvene zaštite *ojačani znanjima* koje nudi suvremena digitalna tehnologija postaju glavni *akteri* u fenomenu koji se opisuje kao:

- *digitalizacija zdravstvenog ekosustava i/ili*
- *snaga pojedinca u unapređivanju zdravlja kroz digitalizaciju zdravstvenog ekosustava.*

Razne informacije o zdravlju i bolestima, o prevenciji i ranom otkrivanju bolesti, o zdravstvenim uslugama i zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj dostupne su, u pravilu, svakom korisniku zdravstvene zaštite u Hrvatskoj. S obzirom na činjenicu da su takve informacije danas dostupne uz korištenje digitalnih tehnologija, upravo je vještina uporabe digitalnih tehnologija jedan od važnih preduvjeta da bi se postalo aktivni korisnik zdravstvene zaštite odnosno aktivni akter.

Koje informacije mogu biti korisne korisniku zdravstvene zaštite?

1. Aktivni korisnik mora moći pristupiti svojim zdravstvenim/medicinskim podacima koji su zabilježeni u eKartonu (nalazi, dijagnoze, lijekovi i sl.).
2. Treba znati tko mu je izabrani liječnik primarne zdravstvene zaštite i kako ostvarivati elektroničku komunikaciju s njim.
3. U eKartonu je zabilježeno koje su uputnice izdane, koji lijekovi, gdje je i kada naručen na pregled ili dijagnostičku pretragu i sl.
4. Aktivni korisnik mora moći naći informacije o preventivnim programima zdravstvenih ustanova koje ih provode. Bilo bi korisno da može dobiti detaljnije informacije i odgovore na pitanje zašto pristupiti preventivnom programu, gdje i kada, ali i, ako je već pristupio preventivnom programu, trebao bi moći vidjeti i rezultat.
5. Ponekad će mu zatrebati mogućnost da pretraži liste narudžbi za pojedine preglede ili dijagnostičke pretrage ili intervencije i prijavi se na onu koja mu najviše odgovara, ali i otkaže termin iz nekih opravdanih razloga.

6. Ako je pak dobio uputnicu za neku specifičnu uslugu ili pomagalo, bilo bi dobro da sazna i kako to realizirati (npr. treba li odobrenje liječničkog povjerenstva i gdje predati zahtjev), ili pokriva li mu troškove pomagala njegovo zdravstveno osiguranje ili ne pokriva.

Neke od nabrojanih informacija lako su dostupne putem mrežnih stranica zdravstvenih ustanova. Za to je često dovoljno znati pretraživati mrežne stranice (Internet). Međutim, kada je riječ o osobnim i zdravstvenim podacima svakog pojedinačnog korisnika zdravstvene zaštite, oni moraju biti zaštićeni u skladu sa zakonima i uredbama o zaštiti osobnih podataka. Važnu ulogu ovdje ima i tzv. liječnička tajna kao i pravo korisnika zdravstvene zaštite da upravlja svojim zdravstvenim podacima i otkriva ih samo onome kome želi, odnosno brani pristup onima kojima svoje podatke ne želi otkriti. Primjerice, u eKartonu korisnik zdravstvene zaštite može zabraniti pristup svima, može dozvoliti pristup samo svom izabranom liječniku ili svim liječnicima koji sudjeluju u njegovom liječenju.

Tko može postati aktivni korisnik zdravstvene zaštite u Hrvatskoj?

Da bi postao korisnik zdravstvene zaštite postao aktivni akter potrebno je da ovlada osnovnim digitalnim vještinama, a za pristup zaštićenim podacima mora imati svoj elektronički identitet. U Hrvatskoj se pristup zaštićenim zdravstvenim podacima sadržanim u eKartonu ostvaruje kroz Portal zdravlja. Portalu se može pristupiti preko sustava e-Građani putem računala ili mobilne aplikacije Portal zdravlja dostupne također preko sustava e-Građani.

E-građanin može postati svaki hrvatski državljanin stariji od 15 godina koji ima odgovarajuće vjerodajnice za pristup određenim podacima u sustavu e-Građani pa i portalu zdravlja. Za portal zdravlja dovoljno je imati vjerodajnice niske ili značajne razine sigurnosti.

Korist koju korisnici zdravstvene zaštite imaju od digitalizacije zdravstvenog sustava

Digitalni izvor: eKarton

Da bi se ispitalo što korisnik zdravstvene zaštite (ispitanik) zna o eKartonu i što od eKartona očekuje provodi se propitivanje (intervju): postavlja mu se nekoliko okvirnih pitanja, a onda, ovisno o njegovim odgovorima slijede dodatna (pot)pitanja. S dodatnim (pot)pitanjima postiže se dubina znanja o eKartonu, iskustvo u korištenju i ideje za poboljšanje eKartona. Rezultat

takvog propitivanja je tzv. kognitivni narativ, „priča“ koja reflektira ispitanikovo iskustvo, znanja i razmišljanja o temi (u ovom slučaju o eKartonu).

Razgovor (intervju) počinje s napomenom „Postavite se u ulogu pojedinca - pacijenta, korisnika zdravstvene zaštite“, a zatim slijede pitanja poput ovih:

1. Jeste li ikada čuli za *eKarton* (elektronički zdravstveni zapis, elektronički medicinski zapis)?

Ako je odgovor na pitanje broj 1 bio NE, razgovor je završen. Ako je odgovor bio DA, onda slijedi pitanje:

2. Kako biste *opisali* eKarton (što to je)?

3. Zna li čemu *služi* eKarton?

Ako je odgovor na pitanja broj 2 bio NE, razgovor je završen. Ako je ispitanik odgovorio na neki način, onda slijede pitanja:

4. *Tko upisuje* podatke u eKarton?

5. *Možete li Vi upisati* nešto u svoj eKarton?

6. *Tko može/smije* pristupiti Vašem eKartonu? *Tko daje pravo pristupa* zdravstvenim podacima u eKartonu? Vi ili netko drugi?

7. Jeste li Vi ikada pristupili *svom* eKartonu?

Ako je odgovor na pitanje broj 4 bio NE, prelazi se na pitanje broj 5. Ako je odgovor bio DA, onda slijede sljedeća pitanja:

8. Što eKarton *sadrži*? Jesu li podaci *u Vašem eKartonu točni i potpuni*? Jeste li zadovoljni načinom na koji je sadržaj eKartona *koncipiran* (povijest bolesti, laboratorij,...) ili biste htjeli *nešto promijeniti/dodati* kako bi podaci bili Vam *korisniji/razumljiviji*?

Što bi eKarton, po *vašem* mišljenju, *trebao sadržavati*? Što mu nedostaje a mislite da bi bilo korisno da u eKartonu bude zapisano?

Kome treba eKarton? Zašto Vama/njima treba? Kome mislite da ne treba? Vama? Liječniku? HZZO-u? HZJZ ili ŽJZ? Ministarstvu zdravstva?

Biste li željeli da u svoj eKarton sami *unesete* neke svoje zdravstvene/ medicinske podatke koje *smatrate relevantnim* za vaše zdravlje/liječenje/ preventivne mjere (npr. o cijepljenju tijekom života, ili nekim važnim događajima vezanim za Vaše zdravlje)?

9. Misлите li da su podaci u Vašem eKartonu dovoljno *dobro zaštićeni* (npr. od zloupotrebe)?

Mislite li da bi podaci iz Vašeg eKartona (zajedno s podacima iz eKartona drugih pacijenata) mogli *pomoći pri unaprjeđenju zdravlja* populacije (npr. kroz istraživanja na razini države)?

Ako je odgovor na pitanje broj 9 bilo NE ili NE ZNAM, razgovor je završen. U suprotnom slijedi pitanja:

Tko bi to trebao ili mogao raditi?

5. Kraj razgovora

Digitalni izvor: **Mrežne stranice zdravstvenih i sličnih ustanova**

Svaki iole digitalno vješt korisnik zdravstvene zaštite pregledava mrežne stranice ustanova na kojima očekuje naći informacije koje mu mogu biti korisne. Postavlja se pitanje koje su to informacije koje korisnik zdravstvene zaštite traži na mrežnim stranicama bolnica, domova zdravlja i drugih zdravstvenih ustanova te na stranicama javnozdravstvenih i osiguravajućih ustanova.

Propitivanje (razgovor, intervju) počinje s napomenom „Postavite se u ulogu pojedinca - pacijenta, korisnika zdravstvene zaštite“, a zatim slijede pitanja poput ovih:

O objavama na mrežnim stranicama zavoda za javno zdravstvo (ZJZ) i Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO)

1. Pratite li informacije objavljene na mrežnim stranicama zavoda za javno zdravstvo (ZJZ)?

Ako je odgovor bio NE, prelazi se na pitanje broj 3. Ako je odgovor bio DA, PONEKAD, POVREMENO (ili sl.) slijedi sljedeće pitanje:

Jeste li ondje našli informacije koje su *Vama osobno korisne* (npr. o nacionalnim preventivnim programima, njihovu provođenju, zašto se provode, koji su rezultati i sl.)

2. Što biste predložili (koje podatke, informacije) da se sa strane javnog zdravstva (ZJZ) „serviraju“ građanima s ciljem unaprjeđenja zdravlja populacije/pojedinca (npr. edukacijske materijale o zdravlju i sl.)?

3. Pratite li informacije objavljene na mrežnim stranicama HZZO-a?

Ako je odgovor bio NE, prelazi se na pitanje broj 5. Ako je odgovor bio DA, PONEKAD, POVREMENO (ili sl.) slijedi sljedeće pitanje:

Jeste li ondje našli informacije koje su *Vama osobno korisne*?

4. Što biste predložili (koje podatke, informacije) da se sa strane zdravstvenog osiguranja (HZZO) „serviraju“ građanima s ciljem boljeg snalaženja u zdravstvenom sustavu (npr. vezano uz pomagala, liječnička povjerenstva i sl.)

O objavama na mrežnim stranicama bolnica, domova zdravlja i drugih zdravstvenih ustanova

5. Jeste li na mrežnim stranicama pojedinih bolnica, domova zdravlja i sličnih zdravstvenih ustanova našli informacije koje su Vama osobno korisne?
6. Što biste predložili (koje podatke, informacije) da zdravstvene ustanove „serviraju“ građanima s ciljem boljeg snalaženja u tim ustanovama (npr. gdje se nalazi laboratorij, na kojem katu, gdje je određena ambulanta ili bolnički odjel i sl.)?

Navedeni setovi pitanja predstavljaju okvir propitivanja, tako da se uvijek može dodati nova pitanja/potpitanja koja će još bolje rasvijetliti znanje, iskustvo i ideje korisnika zdravstvene zaštite i naglasiti njegovu aktivnu ulogu u razvoju i unapređenju zdravstvenog ekosustava. Primjerice, u opisanom primjeru eKartona može se od aktivnog aktera saznati:

- osjeća li ili ne osjeća potrebu da prati svoje zdravstveno stanje
- na što posebno obraća pozornost
- želi li komunikaciju sa zdravstvenim osobljem i kakvoj komunikaciji daje prioritet
- smatra li da je sadržaj u eKartonu njemu razumljiv ili nerazumljiv
- želi li personalizirane edukacijske materijale dostupne preko eKartona
- itd.

Primjeri narativa dobivenih propitivanjem nekoliko korisnika zdravstvene zaštite

Za ovu priliku propitivanje korisnika zdravstvene zaštite o podacima u zdravstvenom ekosustavu, o njihovim iskustvima, znanju i idejama za poboljšanje provodi se upitnikom poslanim na adresu ispitanika. Ispitanik treba odgovoriti pisanjem svojih odgovora na postavljena pitanja. Pokazalo se da ispitanici „preskaču“ pojedina pitanja ili na njih odgovaraju vrlo kratko. Zato je kod nekih ispitanika propitivanje provedeno u više koraka, dodavanjem potpitanja.

U situacijama kada je korisnik bio izrazito kratak (odgovarajući s DA/NE) dodana su potpitanja (kod jednog ispitanika). Potpitanja pokazuju da ispitanik može biti mnogo informativniji jer ga potpitanja potiču na dodatna razmišljanja o temi, čak i da sam otvara neka pitanja i traži rješenja. Čini se da bi korisno bilo propitivanje provoditi razgovarajući s ispitanikom. Niz pitanja predviđenih za propitivanje treba biti tek okvir. Za svakog konkretnog ispitanika može se dodati potpitanja koje on sam izaziva svojim odgovorima, a moguće je i da sam ispitanik otvara nova pitanja i potpitanja koja će omogućiti dublji uvid u temu.

Rezultat propitivanja sažimaju se u narative. Slijedi nekoliko narativa.

Narativ broj 1.

Čula sam za eKarton. Mislim da je isto što i stari papirnati karton, samo je sad digitalni, povezan s nekom bazom podataka.

Pretpostavljam da služi za lakšu dostupnost podataka. Obiteljski liječnik upisuje podatke. Ne znam da mogu sama nešto upisati u karton.

Moj obiteljski liječnik može i smije pristupiti mom eKartonu. Ne znam tko daje pravo pristupa podacima.

Nisam pristupila svom eKartonu. Mislim da sadrži podatke o bolestima i terapiji koju pacijent uzima. Ne bih htjela ništa mijenjati.

Ne znam točno što eKarton sadrži pa ni što mu nedostaje.

eKarton bi trebao služiti samo liječniku.

Htjela bih da budu uneseni podaci korisni za moje zdravlje i liječenje.

Ne mislim da su podaci dovoljno dobro zaštićeni.

Podaci iz eKartona bi mogli pomoći pri unaprjeđivanju zdravlja. Time bi se trebali baviti znanstvenici.

Pratila sam mrežne stranice zavoda za javno zdravstvo za vrijeme COVID-a. Meni osobno, informacije nisu bile korisne. Predložila bih da se na mrežnim stranicama mogu naći informacije kao npr. popis pretraga, laboratorija... i gdje se sve mogu obaviti.

Mrežne stranice HZZO-a ne pratim. Na stranicama bolnica i drugih zdravstvenih ustanova nalazila sam uglavnom radno vrijeme i broj telefona liječnika. Plan zdravstvene ustanove s odjelima bi bio koristan kao i broj šaltera na koji se trebaju javiti za određenu pretragu.

Narativ broj 2.

Čula sam za eKarton, ali jako malo znam o eKartonu. Mislim da se radi o digitalnoj verziji medicinskog kartona pacijenta.

Mislim da na brzi i jednostavan način eKarton omogućava liječniku uvid u medicinske podatke o pacijentu. Mislim da liječnik upisuje podatke u eKarton. Budući da nisam pristupila svom eKartonu ne znam mogu li ja išta upisati u svoj eKarton. Isto tako ne znam ni što sadrži niti što bi trebao sadržavati eKarton.

eKartonu mogu pristupiti autorizirane osobe u zdravstvenom sustavu. Ne znam tko daje pravo pristupa eKartonu.

Ne mislim da bi podaci iz eKartona mogli pomoći pri unaprjeđenju zdravlja populacije.

Informacije na mrežnim stranicama bolnica i drugih zdravstvenih ustanova bi mogli biti korisni. Mrežne stranice zavoda za javno zdravstvo i zdravstveno osiguranje ne pratim.

Narativ broj 3.

eKarton je elektronički zapis za svaku osobu koja je osigurana u RH. Pristup je moguć putem platforme e-građani. U e-kartonu se generiraju svi zapisi iz zdravstvenog sustava vezani za osiguranu osobu. Podatke upisuju ovlaštene osobe (ovlaštenja dodjeljuje HZZO), odnosno automatski se povlače iz informatičkih sustava primarne ili specijalističke zdravstvene zaštite. Sama osoba koja je osiguranik ne može unositi podatke, ali može vidjeti nalaze i može poslati zahtjev za izdavanje recepta obiteljskom liječniku.

eKartonu mogu pristupiti sve osobe/djelatnici zdravstvenog sustava koji imaju odgovarajuće ovlaštenje od HZZO-a. Ja pristupam eKartonu kad želim pogledati nalaz npr. lab. nalaz ili nalaz specijalista. Mislim da je ova mogućnost praktična jer nije potrebno čuvati fizički nalaze. I u eKartonu su svi nalazi sistematizirani prema nivou zdravstvene zaštite i datumu izdavanja.

Bilo bi dobro da eKarton sadrži i detaljne podatke o osiguranoj osobi koji govore o ponašajnim rizicima, kao i da su uneseni svi podaci od rođenja, npr. cijepljenja u djetinjstvu, odnosno da eKarton sadrži apsolutno sve podatke o osobi od kada je počela koristiti zdravstvenu zaštitu (od rođenja). To sada nije slučaj jer su podaci u eKartonu samo od kada je pokrenut eKarton i raniji zapisi nisu „povučeni“. Mislim da svi sudionici pružanja zdravstvene zaštite imaju koristi od pristupa eKartonu (LOM, HZZO, MZ, ZZJZ, HZJZ) i da bi se na osnovi podataka iz kartona mogla kreirati prevencija (HZJZ/ZZJZ ukoliko bi bili uneseni i rizici) ili procjenjivati korištenje zdravstvene zaštite.

Ovakav način čuvanja i korištenja podataka bi morao imati i visoku razinu zaštite kako ne bi bila moguća zloupotreba. Osobno mislim da je taj dio informatički dobro riješen, a da su „najslabija karika“ sami korisnici u sustavu, npr. u bolnici liječnik daje svoju karticu administratoru umjesto da sam koristi aplikaciju. Ne postoje djelotvorne sankcije za odavanje podataka koje osobe vide pristupom u sustav, niti se to u našoj kulturi doživljava nekim prekršajem.

Informacije objavljene na stranici našeg Zavoda su informativne za korisnike, naravno ima mjesta za poboljšanja (npr. postavljanje više edukativnih sadržaja/materijala, izrada interaktivne stranice s korisnicima, prikaz rezultata Nacionalnih programa individualno uz personalizirani pristup svakog osiguranika, odnosno povezivanje s eKartonom). Osnovni problem ne samo u našem Zavodu već vjerujem i u drugim manjim zavodima je nedostatak osoblja koje bi brinulo samo o sadržajima koji se stavljaju na web. Mi sad trenutačno imamo dva javnozdravstvena tima u sastavu liječnik specijalist/ specijalizant

i viša/ visoka medicinska sestra koji obavljaju poslove zdravstvene statistike, zdravstvenog odgoja i provođenja preventivnih programa. Osobno ne pratim često stranice HZZO-a (relevantne zakonske izmjene mi dostavlja pravna služba putem e-maila). Najčešće provjeravam status osiguranja osoba koje pozivamo u Nacionalnim programima.

Narativ broj 4.

eKarton je digitalna povijest bolesti. Pristupa mu se lakše nego preko papira. eKarton služi raspoloživosti podataka uvijek i svagdje komu je dozvoljen pristup.

Ja mogu upisati neki svoj simptom ili stanje, npr. težinu. *Uz potpitanje: Gdje si našao mogućnost da upišeš težinu? Ja ne nalazim u svom kartonu rubriku u koju mogu išta upisati.* Slijedi odgovor: Točno, tu treba biti "Trebam upisati!".

Liječnici i drugi medicinski djelatnici koji sudjeluju u liječenju mogu i trebaju pristupiti podacima u eKartonu. Pravo pristupa dajem ja i/ili sustav zavisno o ulozi osobe u mojem liječenju.

eKartonu sam pristupao preko portala zdravlja. Podaci u eKartonu su točni, ali ne i potpuni, nedostaju neki podaci iz bolnica, nema pregleda ponavljajućih recepata. Koncept eKartona je dobar. *Uz potpitanje: Kad bi otkrio da je neki podatak netočan, znaš li kome se obratiti radi ispravka?* Slijedi odgovor: LOMu, valjda. *Komentar ispitivača: Ako nađeš netočne podatke u svom eKartonu (a u mom eKartonu ih ima) logično je da se obratiš svom LOM-u. No, LOM nije odgovoran za podatke koji dolaze iz SKZZ (iz bolnica, gdje se obično obavljaju specijalistički pregledi/intervencije). Drugi korak je da se obratiš CEZIHU. Tamo pak kažu da oni nisu odgovorni za sadržaj (što je nekako i logično).*

Naime, ako obaviš neku dijagnostiku ili intervenciju u bolnici onda u CEZIH ulazi iz BIS-a (odn bolnice gdje si obavio pregled/intervenciju) podatak o dijagnozi i nalaz koji je specijalist napisao (i pritom pacijentu dao ispis svog nalaza). Podaci se povlače u CEZIH automatski (kažu u CEZIH-u), pa ih preko portala zdravlja možeš vidjeti i u svom eKartonu. No, može se dogoditi da podaci na papirnatom nalazu se ne poklapaju s podacima u eKartonu. Što onda? Onda se otvara pitanje pouzdanosti podataka u CEZIHU. Što reći? Odgovor ispitanika: Reći da se time trebamo ozbiljno pozabaviti i pritisnuti HZZO da to dovede u red i dalje razvija!

U eKartonu trebaju biti i neki podaci iz bolnica, te pregled ponavljajućih recepata. Trebaju biti uključeni i podaci iz privatnih ustanova.

Podaci iz eKartona trebaju služiti korisniku zdravstvene zaštite (npr. kada traži neki svoj nalaz), liječniku, HZZO-u, HZJZ ili ŽZJZ (naravno, ne iz eKartona, nego iz izvorne baze podataka. eKarton je samo jedan način prikaza podataka iz

baze, te razina 2.0, dakle mogućnost dodavanja sadržaja od strane korisnika), i ministarstvu zdravstva (isto kao i ZJZ).

Želim unositi podatke relevantne za moje zdravlje. *Potpitanje: Što bi TI konkretno želio moći unositi u svoj eKarton i u kakvom obliku? Bi li to bilo nešto vezano uz konkretnu dijagnozu? Ili uz potencijalne nuspojave lijeka? Strukturirano ili slobodni tekst (opis)?* Slijedi odgovor: One zdravstvene podatke koje kao laik mogu o sebi doznati sam, npr. tjelesna masa, aktivnost, simptomi itd.

Podaci u eKartonu su dobro zaštićeni.

Podaci iz eKartona pacijenata mogli bi pomoći pri unaprjeđenju zdravlja populacije. *Na potpitanje: TKO bi trebao koristiti/analizirati podatke iz eKartona (cijele populacije) da bi se unaprijedilo zdravlje populacije? Koje su potencijalne odluke (navedi neki primjer) koje bi se donosile (populacijska razina) na temelju podataka iz eKartona?* Slijedi odgovor: Iznenadit ću Te: Al! Npr, ako primijeti nenamjerni gubitak tjelesne mase preko praga, alert! Ili preveliku potrošnju alkohola i sl.

Narativ broj 5.

Čula sam za eKarton. Postojeći eKarton je dio cjelokupne zdravstvene/ medicinske dokumentacije. Može ga se shvatiti kao izvjesni sažetak događanja u zdravstvenom sustavu.

eKarton bi trebao služiti kao potpora prevenciji, liječenju, unaprjeđivanju zdravlja. Podatke upisuju liječnici, možda i drugi zdravstveni radnici, npr laboratorijski radnici, medicinske sestre i sl. Ja ne mogu ništa upisati u eKarton.

Pravo pristupa eKartonu daje korisnik zdravstvene zaštite (pacijent) koristeći zdravstveni portal preko platforme eGrađani.

Pristupala sam svom eKartonu više puta. eKarton sadrži razne zdravstvene podatke (medicinske, administrativne) relevantne za prevenciju (npr. cijepljenje), zatim dijagnoze, lijekove, nalaze, izdane uputnice i sl. Među podacima u mom eKartonu našla sam netočne podatke (npr. dijagnoze, lijekove). Nepotpunost podataka se očitava u nepostojanju podataka o uslugama (pretrage, nalazi) pruženim pacijentu u privatnim zdravstvenim ustanovama. Ja sam ih svojevremeno predočila svom LOM-u, ali u eKartonu nije predviđeno da ih se upiše pa ih stoga niti nema. Isto tako nema ni podataka o životnim navikama pacijenta (npr. pušenje, alkohol). Konceptcija eKartona bi se mogla doraditi npr dodavanjem podataka o organizaciji i tijeku liječenja, preporukama (npr. o prehrani) i sl. kao sažetak (za pacijenta) koji reflektira pojedinačni posjet ili seriju epizoda vezanih uz određeni zdravstveni

problem. Takav sažetak bi trebao biti pisan jezikom koji je razumljiv i dostupan pacijentu i, kao takav, pomoći u osnaživanju pacijenta da aktivno sudjeluje u unaprjeđenju svog zdravlja.

U eKartonu nedostaje povijest bolesti, barem uz kronicitete.

eKarton mi treba da dobijem uvid u aktualno zdravstveno stanje, povijest događanja kako se ne bih morala prisjećati što sam i kada doživjela (npr. pad, gubitak svijesti), sažetak koji reflektira pojedinačni posjet ili seriju epizoda vezanih uz određeni zdravstveni problem (npr. uz regulaciju krvnog tlaka).

eKarton treba liječniku radi uvida u (za određenu situaciju) relevantne podatke o pacijentu, bilo da se radi o provedenim preventivnim mjerama, aktualnom liječenju (dijagnoze, lijekovi), bilo da se radi o preduvjetima neophodnim za izvođenje određenih postupaka poput operacije (npr. krvna grupa).

HZZO-u podaci iz eKartona trebaju osigurati uvid u potrošnju lijekova, pomagala i sl. (populacijska razina).

ZJZ preko podataka u eKartonima treba osigurati uvid u zdravstveno stanje populacije, analiziranje izabranih dijagnostičkih stanja i kretanja (npr. putem zdravstvenih registara).

Ministarstvo zdravstva se u svojim odlukama temelji na informacijama koje osiguravaju HZZO, HZJZ (ŽZJZ) tako ne treba podatke crpiti iz eKartona.

Mislim da bi bilo korisno da pacijent može dodati u svoj eKarton mjerenja (npr. tlaka, GUK i sl.) koja sam napravi. Isto tako bilo bi korisno da pacijent može zabilježiti neke ekscese (npr. pad, gubitak svijesti i sl.). Možda bi bilo korisno dodati i podatke iz prošlosti (npr. preboljenje nekih bolesti iz doba kada još nije bilo digitalizirane medicinske dokumentacije).

Ne znam jesu li podaci u eKartonu dovoljno dobro zaštićeni.

Da, uvjerena sam da bi eKarton uz bolju koncepciju (sadržajno i operativno) mogao biti baza za razne analize koje bi provodili zavodi za javno zdravstvo i zdravstveno osiguranje i time pripomogli unaprjeđenju zdravlja populacije.

Mrežne stranice zavoda za javno zdravstvo povremeno pratim, ali baš nisam našla informacije koje bi meni osobno bile korisne. Predlažem objaviti informacije o uslugama koje daje ZJZ (koje usluge, gdje, radno vrijeme, kako se pripremiti za određeno testiranje i sl.). Također bi bilo korisno na vidljivom mjestu na mrežnim stranicama ZJZ objaviti informacije o nacionalnim programima ranog otkrivanja... uz objašnjenje što to je i zašto se provodi. Ne bi bilo naodmet dodati edukacijske tekstove o životnim navikama, cijepljenju i sl.

Mrežne stranice HZZO-a povremeno pratim, ali baš nisam našla informacije koje bi meni osobno bile korisne. Bilo bi korisno preko mrežnih stranica HZZO-a

dobiti informaciju koja su pomagala dostupna preko HZZO-a. Doduše, postoji popis pomagala (A i B lista) ali je vrlo teško na toj listi pronaći baš ono što pacijentu treba. Isto tako bilo bi korisno napisati upute kako dobiti određenu uslugu (lijeak, pomagalo), što zahtijeva liječničko povjerenstvo, gdje su sjedišta (adrese) povjerenstava i sl.

Na stranicama bolnica korisne su informacije za pacijente kako se prijaviti na specijalistički pregled. Bilo bi korisno dobiti i informacije gdje se što nalazi u određenoj ustanovi (na kojoj adresi, u kojoj zgradi bolničkog kompleksa, na kojem katu itd.)

Što učiniti s narativima?

Narativi predstavljaju niz kvalitativnih, tekstnih podataka. Tematskom analizom narativa stječe se uvid u dubinu problema informacija dobivenih od glavnih aktera:

- što oni znaju o digitalno pohranjenim (svojim) zdravstvenim podacima,
- što bi htjeli znati i pročitati u svom eKartonu što bi ih moglo motivirati
 - da aktivno prate svoje zdravstveno stanje (npr. da nešto više saznaju o svojoj bolesti), i
 - na efikasnije provođenje zdravstvene zaštite (npr. prateći termine kada su naručeni ili otkazivanje termina),
- koje bi informacije htjeli naći na službenim mrežnim stranicama zdravstvenih i sličnih ustanova.

Informacije dobivene analizom narativa trebali bi biti predloženi ostalim akterima zdravstvenog ekosustava (zdravstvenom i nezdravstvenom osoblju, donositeljima odluka i kreatorima digitalnih rješenja). Dublji uvid u želje i potrebe glavnih aktera mogao bi njih tj. korisnike zdravstvene zaštite aktivirati u kvalitetnijoj brizi za vlastito zdravlje i, posredno za zdravlje drugih.

Načini komunikacije ostalih aktera s korisnicima zdravstvene zaštite, a i svih njih međusobno, također predstavljaju izazov. Neke stvari su relativno jednostavne, primjerice koje informacije korisniku zdravstvene zaštite nuditi preko mrežnih stranica zdravstvenih ustanova. To se vidi iz rezultata analize narativa dobivenih od korisnika zdravstvene zaštite.

Neki elementi komunikacije donositelja odluka i korisnika zdravstvene zaštite također postoje (npr. kroz eSavjetovanje korisnici zdravstvene zaštite mogu bar u jednoj fazi davati sugestije/primjedbe/komentare na zakonske i slične dokumente).

Veliko je pitanje kako eKarton približiti korisniku zdravstvene zaštite. Očito je da glavnu ulogu u tome ima zdravstveno osoblje od koga se očekuje da motivira korisnika zdravstvene zaštite da prati sve što je u vezi s njegovim zdravljem (npr. serviranjem zdravstvenih informacija usmjerenih na konkretni zdravstveni problem konkretnog pacijenta, recimo, serviranjem informacija o prehrani ako pacijent ima problem s težinom, ili informacija o mjerenju tlaka ako se radi o hipertenziji).

Donositelji odluka u zdravstvenom ekosustavu trebali bi osluškivati potrebe svih aktera, prvenstveno zdravstvenog i nezdravstvenog osoblja kao i korisnika zdravstvene zaštite. Proizvođači informatičkih (digitalnih) rješenja čine zadnju kariku u lancu, oni moraju svoja rješenja uskladiti sa svim ostalim akterima.

Što dalje?

Činjenica je da je zdravstveni ekosustav složen i širok i konstantno evoluirati. U njemu sudjeluju mnogi akteri, svaki sa svojom ulogom. Ne može se zanemariti da je zdravstveni ekosustav danas prilično usmjeren na prisutnost trećih strana, tzv. elektroničkog zdravlja. Treće strane dolaze na scenu donoseći niz izazova i inovativnih rješenja, podržavajući složenu shemu međusobnog povezivanja između različitih strana i pružajući nove mogućnosti.

Činjenica je i da svaki sektor/sustav, pa tako i zdravstvo, daje najbolje rezultate kada svi akteri djeluju harmonizirano i integrirano u smjeru poboljšanja rezultata. Ovdje se radi o međusobnom povezivanju korisnika zdravstvene zaštite i ostalih aktera u zdravstvenom ekosustavu s naglaskom na aktivnu ulogu korisnika zdravstvene zaštite, neposredno u unapređenju vlastitog zdravlja uz postizanje boljih medicinskih/zdravstvenih ishoda, i posredno u smanjenju troškova te unapređenju zdravlja mjereno relevantnim javnozdravstvenim pokazateljima.

PRIMJER 3. **Pijenje alkohola i vikend-opijanja u populaciji tinejdžera**

AUTOR: **Senka Samardžić**

Fenomen: pijenje alkohola/ vikend-opijanja u populaciji tinejdžera

Cilj: utvrditi obrazac ponašanja koji dovodi do konzumacije alkohola, koji sve čimbenici utječu na ovakvo ponašanje mladih

Metoda: primjena slobodnog teksta/ priče

Izvori: literaturni podaci i analiza teksta

Što je fenomen pijenja alkohola kod tinejdžera i tko je glavni akter u tom sustavu?

Prema podacima ESPAD istraživanja u 2007. je u Hrvatskoj 38% dječaka i 16% djevojčica u dobi od 15 godina pilo alkohol najmanje dva puta u životu. Način pijenja poznat kao „binge drinking“, odnosno pije 5 i više pića u jednoj prilici, sve je više u porastu u gotovo svim zemljama, bez obzira na temeljnu kulturu i navike pijenja. Hrvatska je prema ovim pokazateljima na visokom osmom mjestu, od 35 zemalja koje uključene u ESPAD istraživanje. 1998. godine ispitivanje na srednjoškolcima je pokazalo da 62,2% učenika konzumiralo alkohol u posljednjih mjesec dana, a 47,1% je popilo 5 ili više pića na dan. Glavni akter je populacija tinejdžera.

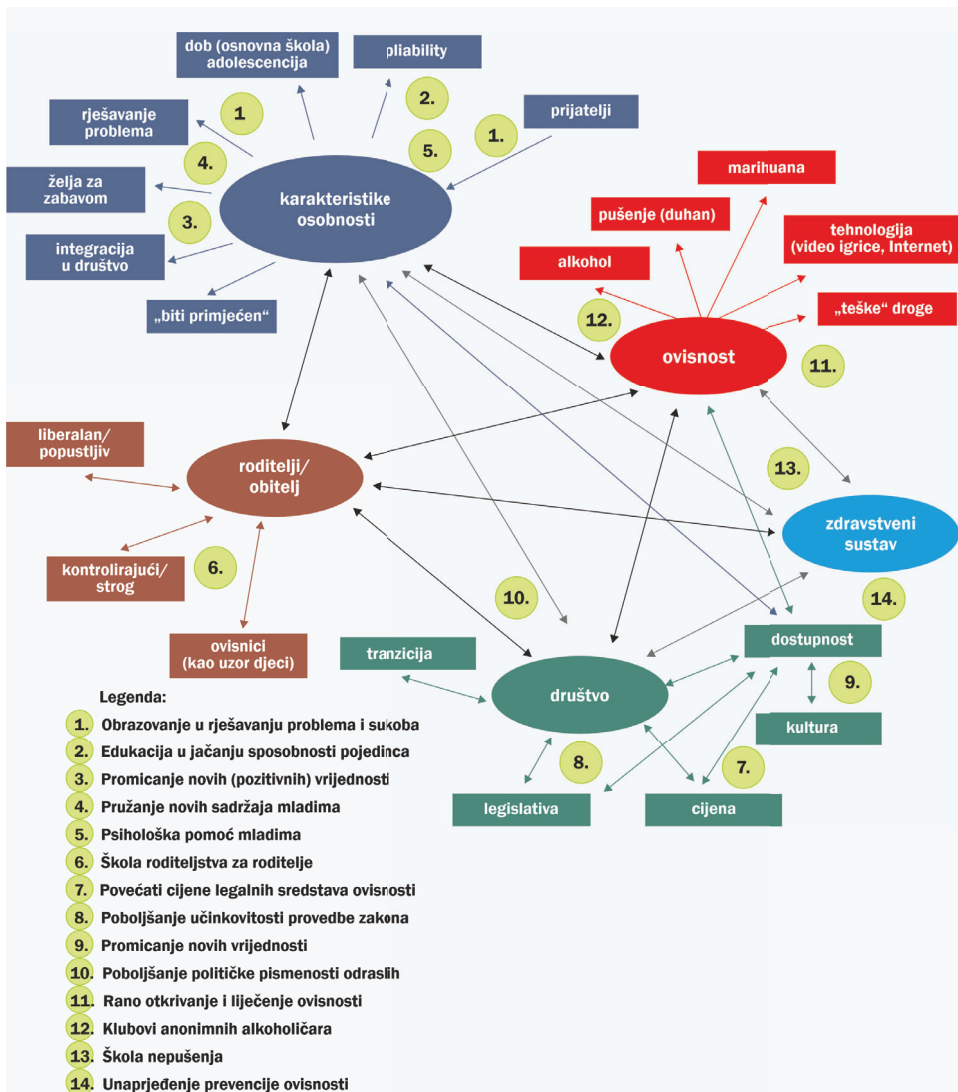
Tko su ostali akteri u fenomenologiji pijenja?

Cijela zajednica učestvuje u nastanku i podržavanju obrasca ponašanja tinejdžera, akteri koji utječu na ovu pojavnost su:

- obitelj (utjecaj roditelja)
- legislativa
- vršnjačko društvo
- društvena zajednica
- zdravstveni sustav
- mediji

Populacija tinejdžera kao aktivni akter

Na konzumaciju alkohola utječu osobne karakteristike tinejdžera (spol, dob, usvojeni obrazac rješavanja konflikata,..) društvo kao zajednica (kulturološko prihvaćanje pijenja alkohola, medijsko promoviranje pijenja), obitelj kao osnovna jezgra gdje se uče prvi obrasci ponašanja (tolerantnost roditelja), legislativa i njeno provođenje u praksi,



Slika 41. Shema – prikaz čimbenika koji utječu na obrazac pijenja alkohola kod mladih i mogućih intervencija

Primjeri narativa dobivenih slobodnim tekstom/pričom

Kako bi dobila uvid u obrazac ponašanja mladih odabrala sam učenike prva dva razreda srednje medicinske škole u Osijeku (59 učenika). Oni su dobili upute da mi napišu svoju priču u obliku anonimnog eseja na temu alkoholizma („Alkohol i ja“). Učenicima je objašnjeno da će se eseji upotrijebiti za dobivanje bolje slike o problematici pijenja alkohola kod mladih. Učenici su pokazali izuzetan interes za pisanje eseja, a ponudili su i da donesu svoje fotografije s različitih okupljanja prilikom kojih su najčešće konzumirali alkohol.

Narativ broj 1

- pjevali smo i plesali, ludo smo se zabavljali, cure su nakon malo pića počele plesati po stolovima, naravno svi smo pili. Bilo je već 23h, tek onda je počelo pravo ludilo, natjecali smo se tko će se dulje ljubiti s curom i naravno već smo bili poprilično pijani, počela su prva povraćanja i glavobolje. Bilo mi je jako mučno i boljela me je glava.
- prijatelj tata je nazvao i druge roditelje da dođu po nas, bojali smo se šta će nam reći. Roditelji su me pitali zašto sam to napravio odvezli me kuci, spavao sam do 14h. Kada sam se probudio bilo mi je užasno pogledati mamu i tatu, ali ipak sam skupio toliko hrabrosti i ispričao im se. Prihvatili su ispriku, ali su mi dali kaznu nisam mogao ići van 1 mjesec i igrati play station.
- na alkohol me privuklo društvo i zabava, ali ima i cura i dečki koji ne piju, ali i oni su u mom društvu i jako ih cijenim

Narativ broj 2

- prvi put sam se susreo s alkoholom u 8. razredu. Nisam se napio jer je to samo bilo 1-2 piva po izlasku.
- ne znam zašto sam nastavio piti, valjda zato što se mogu opustiti i osjećam se kao da mogu sve. No s vremenom sam se naučio kontrolirati.
- roditelji nisu ni znali da pijem, kad su saznali bili su ljuti, ali sve smo riješili; rekao sam da ću paziti i da kad sam u lošem stanju da ću zvat za prijevoz.
- bilo je i dobrih i loših trenutaka kad sam se napio i vjerojatno ću nastaviti piti jer mi bude zabavnije, zaboravim na sva ostala sranja, hrabrij sam... Tako da mi odgovara, znam da može biti i jako loše.
- nastaviti ću pit ali nisam alkoholičar pijem samo kad se dogovorim s prijateljima da ćemo kupit malo više.

Narativ broj 3

- jedva sam stajala na nogama, putem kuci povraćala sam dva puta i idući dan mi je bio čisti horor, bolio me stomak i glava, nisam mogla jesti... to je bio moj prvi susret s alkoholom
- sada mi je već postalo normalno piti svake subote.
- kad bi me netko pitao zašto pijem... rekla bih mu iz veselja jer obožavam plesati a kada popijem onda sam zuja i mogu plesat bez beda.
- u mom društvu nema osobe koja ne pije. Alkohol je na neki način dio našeg života, neki piju da zaborave, a neki da se zabave!
- jednom sam se napila iz depre, starci su se svađali, brat mi je pobjegao od kuće, s dečkom sam se „zakačila“ a obožavala sam ga...
- kod kuće sam imala lekciju, kazna, sve, ali ne kajem se. Mislim da je alkohol u redu, ali ne u količinama da moram povraćat.

Narativ broj 4

- prvi susret s alkoholom dogodio se početkom 7. razreda. Taj put sam izašao s mojim dugogodišnjim društvom. Naš cilj je bio: idemo se napiti. DRITO!
- prvi osjećaj nakon popijenih otprilike 3 piva bio je EXTRA dobar, jednostavno predobar. Bio sam spreman na sve. Kad sam pijan ili dovoljno kada zujim imam lakši, puno lakši pristup ženskom rodu.. a to zaista volim!
- od tad pa nadalje svake sam subote nakon 24,00 h totalno razbijen.
- roditelji su mi strogi što se ovog tiče. Ćaća je uvijek umoran, dok se vratim kući on je u dubokom snu.

Narativ broj 5

- prvi put sam se napio u 7. razredu. Nisam mogao hodati, ma baš sam se „ubio“. Ni dan danas nemam pojma kako sam došao kući. Uglavnom kad sam se sutradan probudio toliko me boljela glava i bilo mi je mučno da sam jedva usto iz kreveta.
- mama i tata su naravno saznali da sam se napio i bio sam u zabrani negdje 2 mjeseca – nisam mogao izlaziti van.
- vjerojatno ne bi ni jednom bio pijan da nije bilo prijatelja... Ono izađem u grad s njima i oni piju i da ja ne pijem ispao bi papak i sve ono što ide uz to.

Narativ broj 6

- najbolji dio je kad tako mrtva pijana dođem doma... starci mi jednostavno polude! Onda dobijem batine i slično...užas...ha..ha!!!
- osjećala sam se kao nikada prije. Bila sam najsretniji čovjek na svijetu i ništa mi nije smetalo. Prvi put sam pila samo da probam i iz zabave. Kasnije sam pila iz zabave ili kad sam živčana i nervozna.
- pijem iz čiste dosade ili kad vidim da svi piju a ja jedina ne, onda im se pridružim.
- u biti nije ništa toliko fora u tom alkoholu nego se jednostavno pije!!
- često se zna desiti da ako sam pijana „zabrijem“ s tipom kojeg inače ne bi dirala ni štapom... zbog toga se uvijek kajem, ali opet uvijek to isto napravim!

Narativ broj 7

- baš sam bila živčana. U školi me prijatelj na živcirao i totalno mi pokvario dan. Kad sam se vratila kući, mama cijelo vrijeme užasno prigovara; moraš učiti, gasi komp, mogla bi i sobu spremit.. užas. Jedva sam dočekala da izađem van. Otišla sam sa sestrom na dane piva. Glazba je bila očajna. Nisam imala što raditi. E onda sam se sjetila opet onog klošara, kako me ne ferma ni 5%.. e poslije par pivi sve je bilo onak' ok. Više mi ništa nije bilo važno.
- kad sam došla kući, moji su spavali, nisu ni čuli kad sam došla.
- prošlo je dvanaest kad sam došla kući, moji su opet spavali. Nevažno. Ne primjećuju kad popijem jer spavaju kad dođem. Inače su jako strogi pa ne bi bilo dobro da saznaju.

Narativ broj 8

- pijem kad pijemo svi i ako mi se pije
- napio sam se onda kad mi je baka umrla, kad me pjesma neka podsjeti na nešto tužno iz života, kad se sjetim nekih djevojaka, kad vidim simpatiju s drugim ili barem mislim da je s drugim i onda kad se napijem počnem to zaboravljati, prijatelji me tješe
- roditelji ne znaju za to, kada dođem kući roditelji ne primijete... Oni koji ne piju najčešće ni ne izlaze van.

Narativ broj 9

- alkohol i ja smo dobar par, kad sam tužan pijem, kad sam sretan pijem. Alkohol je dobar drug nikad te ne iznevjeri, kada želiš djevojku nešto pitat a sramiš se, malo popiješ i možeš sve.
- likovi koji ne piju ne izlaze jer su mlakonje.
- alkohol smiruje i zabavlja zato ljudi vole piti... zaboraviš na bol koji su ti neki ljudi nanijeli.
- stara ne voli previše da idem van popit ali i ona voli popit piće, a stari: „idi sine možda ti se posreći“.

Narativ broj 10

- nisam se nikad napila. Nisam se nikad ubila (kako svi kažu) i nemam sobnog iskustva. Slušam da svi piju k'o ljudi. Moji prijatelji piju da bi ispali face.. ali može se dobro zabavit i bez alkohola, ne razumijem zašto to svi mladi rade i zašto se time ponose.

Narativ broj 11

- mislim da mogu bez alkohola, ali cool mi je malo popiti subotom. U ostalom, tvoji prijatelji misle da si super ako piješ.
- moj stari je to veće došao po mene, a ja sam odglumila da sam dobro i on ništa nije skužio. Brzo sam otišla u krevet i ujutro je sve bilo po starom.
- roditelji ne podržavaju to što pijem, ali ja kažem da uzmem samo radi fore, nekada i slažem pa kažem da to veće nisam pila.

Narativ broj 12

- znam da alkohol šteti, ali mi smo još uvijek mladi.
- u mom društvu svi piju, pa i ja. Ponekad pijem radi društva, a ponekad jer mi dođe. Popijem kada drugi piju, jer mi je glupo da gledam kako oni piju. Onda se osjećam kao manje bitna od njih, kao neki kreten koji se boji popiti čašicu alkohola...
- roditelji mi sve dopuštaju i mislim da su preblagi. Mnogima ne daju ostati vani dulje od 11 sati, a ja mogu dokle god hoću.
- u mom životu alkohol je prolazna navika, bar tako mislim.

Narativ broj 13

- nikada se nisam napila niti nemam neki doticaj s alkoholom. Alkohol ne dajem velike važnosti. Njegov okus mi se ne sviđa.
- moje cijelo društvo pije, a ja jedina ne. Društvo me uvijek zafrkava što ne pijem, kao, da sam dijete itd.. loše se zbog toga osjećam, izolirano, zbog toga rijetko izlazim.
- ne izlazim često van jer mi mama ne dozvoli, a i moram doći kući ili u 20 ili 20,30 i zbog toga i nemam neki velik doticaj s alkoholom.

Narativ broj 14

- ne konzumiram alkohol zato što me to baš i ne privlači. Puno puta su me nagovarali ali nisam popustila. Da sam u nekom društvu u kojem baš svi piju mislim da bih popustila i da bi popila barem jednu čašu bilo kakvog pića.
- problem je i to što mi roditelji ne daju da izlazim pa možda zbog toga i ne pijem.
- mislim da alkohol štetno utječe na zdravlje.

Narativ broj 15

- ne izlazim često.. kao izađem obavezno me roditelji čekaju doma, nekad čak i dolaze po mene u grad...
- znam da će me roditelji čekat na kućnim vratima i prije pozdrava reći da pirnem u facu da vide jesam li pila.. ali kad dopustiš da te netko "nagovori" (zapravo nitko nikog ne može nagovoriti, al' svejedno) moraš popit.. najviše mi smeta kad izađem van i odlučim da neću ništa piti, onda društvo.. "ti si papučar, pi*ka, bojiš se staraca.." i takve spike..
- došla sam par puta doma pijana.. i bilo je svašta, kazna, zabrana druženja, kompa, moba.. ma sve moguće zabrane sam imala.. ali što su roditelji više branili to sam ja više njima u inat pila...

Narativ broj 16

- danas je zabava napiti se i pušiti, sve je manje nas koji ne pušimo, a moram priznati da ne znam baš puno njih koji se nikad nisu napili! Pijemo zbog škole, ljubavi, problema kod kuće, svađa... neki piju zbog društva, a neki iz znatiželje...

- piće ne pijemo da bi ispali face, pijemo za dobar život normalno uvijek se nekome dogodi nešto lijepo tokom tjedna. Još smo i sportašice pa trebamo proslaviti dobar uspjeh. Kada dolazim kući uvijek je netko od obitelji budan.. kući nikad nisam došla pijana ali i ne planiram.. najprije ne zbog svoje sramote a onda zbog roditelja..

Narativ broj 17

- prvi susret s alkoholom sam imao kad mi je bilo 13 godina, na nagovor prijatelja. Subotom u gradu pijem. DOSTA!! Volim piti. To me opusti, bolje se zabavim i budem primijećena.
- mama i pokojna baka su mi pričale da sam kao mala znala s djedom piti rakiju... ali ja se toga ne sjećam. Mislim da su jedan od razloga zašto ne pijem – moji roditelji. Ne želim im priuštiti da se po selu priča kako se opijam, pa radim gluposti i probleme. Oni me nisu tako odgajali. Uzor mi je tata; on je prije znao nekad popiti ali je prestao. Danas uopće više ne pije i ima već dosta dugo od kada je prestao. Mislim da je razlog to što želi biti dobar uzor meni i bratu. Mama ne pije.

Što dalje?

Kvalitativna analiza nam, uz kvantitativnu, daje cjeloviti uvid u načine i obrasce ponašanja mladih, njihovoj interakciji s obitelji, užom i širom društvenom zajednicom. To nam može olakšati planiranje intervencija. Fenomen pijenja u mladih je složen i na njega utječu različiti akteri, od osobnih karakteristika pojedinca, utjecaja vršnjačkog društva, obitelji, dostupnosti alkohola, trenutno važeće legislative. Priče su pokazale obrazac početka pijenja, neprepoznavanje zdravstvenog rizika, uzroke koje navode za konzumaciju alkohola, utjecaj medija, te refleksiju obitelji na pijenje (za mnoge obitelji u Hrvatskoj je pijenje alkohola sastavni dio obiteljskog životnog stila).

Fenomen pijenja je sastavni dio odrastanja i „traženja“ vlastitog identiteta u adolescenciji i kao takvo ga je vjerojatno nemoguće potpuno eliminirati. Većini je ovo samo životna faza, no vjerojatno se određeni udio mladih „pronalazi“ u ovakvom obrascu ponašanja i zadržava naviku pijenja kroz život. Mladima je potrebno ponuditi alternativne načine zabave, više sadržaja koji bi ih zanimali, te unapređenje komunikacijskih vještina i osnaživanja osobnog integriteta s ciljem smanjivanja podložnosti vršnjačkom utjecaju. Promjenom u trendu pijenja bi odgajali slijedeće naraštaje roditelja koji bi drugačije gledali na ovu pojavu.

Dostupnost alkohola je moguće smanjiti dosljednim provođenjem već postojećih zakona. Promjena legislative bi trebala izbaciti kategorizaciju alkoholna pića koja se klasificiraju kao prehrambeni proizvod (pivo) kako bi se spriječilo njihovo reklamiranje. Općepoznata je asocijacija nogometa i piva u društvu, te niti jedan veći sportski događaj ne prolazi bez „prigodnog“ oglašavanja ovog proizvoda. Naravno da bi ovakve promjene imale financijske reperkusije (gubitak prihoda od oglašavanja, mogući pad prodaje) i da bi zbog toga vjerojatno bili veliki otpori uvođenju ovih promjena. No gledajući u cjelini i uzevši u jednadžbu i troškove zdravstvene zaštite cost-benefit je jasan. Potrebno je samo odlučno zauzimanje istog javnozdravstvenog kursa u svim segmentima društva.

PRIMJER 4. **Provedba Nacionalnog preventivnog programa ranog otkrivanja raka debelog crijeva**

AUTOR: **Senka Samardžić**

Fenomen: Provedba Nacionalnog preventivnog programa ranog otkrivanja raka debelog crijeva (NPP CRC) / **odaziv ciljne grupe**

Cilj: utvrditi čimbenike koji utječu na provedbu Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka debelog crijeva, s posebnim osvrtom na odaziv u Program

Metoda: primjena kognitivnog intervjua

Izvori: literaturni podaci i intervju s akterima provedbe Programa

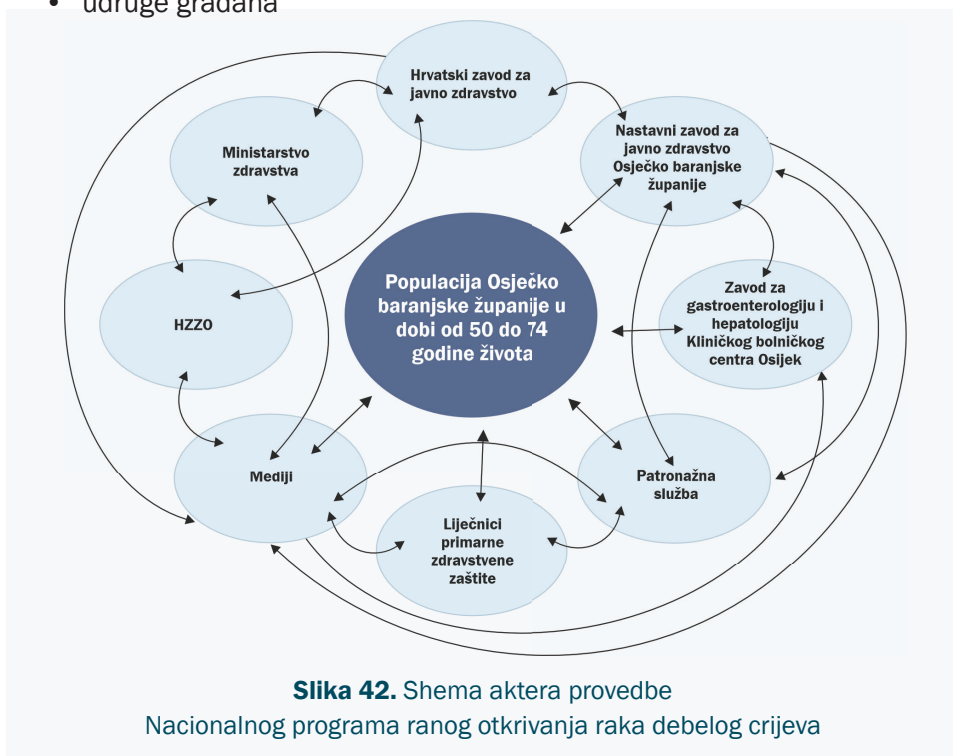
Što je NPP CRC i tko je glavni akter u tom sustavu?

Zbog visoke incidencije i mortaliteta uzrokovanih kolorektalnim karcinomom Vlada RH je krajem 2007. usvojila Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva. Prvi pozivni ciklus je počeo 2008. godine, do sada je obavljeno 5 ciklusa pozivanja. Ciljna populacija je asimptomatska populacija s prosječnim rizikom, u dobi od 50 do 74 godine. Pozivna pisma se šalju poštom, a sadrže tri gFOBT-a (guaiac Fecal Occult Blood Test) s uputama za njihovu primjenu, upitnik o čimbenicima rizika i edukativnu brošuru. Osobe koje su bile pozitivne na gFOBT pozvane su putem pošte na kolonoskopski pregled u Klinički bolnički centar (KBC) Osijek. Tijekom kolonoskopije uklanjaju se premaligne lezije i uzorci se šalju na histopatološku analizu. U prvoj godini provedbe programa uspostavljena je središnja baza podataka za online unos podataka. Rezultati pretraga, kolonoskopije i upitnika prikupljaju se i unose u Županijskom zavodu za javno zdravstvo i Zavodu za gastroenterologiju i hepatologiju Kliničkog bolničkog centra Osijek. Populacija je reagirala vrlo malim (nezadovoljavajućim) odazivom (kreće se oko 20%) koji se nije bitno promijenio ni nakon 15 godina provedbe programa, a smrtnost se povećala i u prvih pet godina od početka i dalje raste nakon petnaest godina provedbe Nacionalnog programa. **Glavni akter** je ciljna populacija – populacija prosječnog rizika u dobi od 50 do 74 godina života koji žive na području Osječko-baranjske županije (OBŽ).

Tko su ostali akteri?

- zdravstveno osoblje koje sudjeluje u provedbi Programa (liječnici, medicinske sestre, zdravstveni tehničari)

- donositelji odluka (Ministarstvo zdravstva (MIZ), Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO), Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ))
- institucije na lokalnoj razini Nastavni zavod za javno zdravstvo Osječko-baranjske županije, Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju i Klinički zavod za patologiju i sudsku medicinu Kliničkog bolničkog centra Osijek, primarna zdravstvena zaštita
- mediji
- udruge građana



Ciljevi provedbe NPP CRC na razini županije su:

- dobiti maksimalan mogući odaziv (idealno bar 60%),
- smanjiti smrtnost u petogodišnjem razdoblju od početka provedbe za bar 15% i
- otkriti bolest u što ranijoj fazi

Ciljna populacija je reagirala vrlo malim (nezadovoljavajućim) odazivom (kreće se oko 20%) koji se nije bitno promijenio ni nakon 15 godina provedbe programa, a smrtnost se povećala i u prvih pet godina od početka, a i dalje raste nakon petnaest godina provedbe Nacionalnog programa. Čak 90%

kolonoskopskih nalaza su patološki i uključuju maligne promjene, dobroćudne tvorevine (polipi), upalne bolesti debelog crijeva, divertikulozu i hemoroide. Sve osobe kojima se nađe patološka promjena ostaju dalje pod nadzorom specijalista gastroenterologa. Rano otkrivanje karcinoma povećava pozitivne ishode liječenja te povećava kvalitetu života oboljelih. Rano otkrivanje i uklanjanje polipa sprječava njihov prelazak u karcinom. Otkrivanje upalnih promjena omogućuje liječenje i poboljšanje zdravstvenog stanja oboljelog i poboljšanje kvalitete života.

Osoba ciljne skupine kao aktivni akter

U središtu Programa su osobe ciljne populacije. Program je dizajniran na način da korisnici sve informacije, pristanak i testove dobivaju na kućnu adresu poštom, kako bi im bilo što jednostavnije. Samo osobe pozitivne na nevidljivo krvarenje u stolici pozivaju se, također putem pošte, na dogovoreni kolonoskopski pregled u KBC Osijek. U pozivu je pozivno pismo, upute za pripremu, kupovnica za podizanje sredstva za pripremu u ljekarni i kupovnica za pregled. I uz ovaj „user friendly“ pristup na Program se odazove svega petina pozvanih. U dostupnoj literaturi je opisano da na odaziv imaju utjecaj stupanj obrazovanosti ispitanika, spol, dob i socio-ekonomski status.

Output (odgovor), outcome (ishod), impact (učinak)

U petom ciklusu 111.947 osoba je primilo poziv, a 32.393 (28,9%) osoba je pristalo na testiranje. Nastavni zavod za javno zdravstvo OBŽ je primio 19.366 testova (59,8% od ukupno pristalih, odnosno 17,3% osoba koje su primile poziv). 164 osobe (0,8% testiranih) su imale pozitivan nalaz na nevidljivo krvarenje u stolici, te su upućene na kolonoskopski pregled u KBC Osijek.

Primjeri narativa dobivenih intervjuom s akterima

Nakon intervju sa svakim od predstavnika aktera procesa provedbe Programa izdvojili smo mikro i makrotermine.

Intervju se bazirao na blokovima pitanjima:

1. Kakav je bio Vaš prvi susret s programom?
2. Koja je Vaša uloga u provođenju? Što ste osjećali? Imate li neki specifični doživljaj za izdvojiti?
3. Što je sve utjecalo na Vaš rad/ Vaše sudjelovanje u Programu? O čemu ste razmišljali? Kako ste se osjećali? Što ste naučili iz tog iskustva?

4. Što mislite kako bi se mogao primijeniti ishod/povećati odaziv? Koja bi bila Vaša uloga u tome?

Narativ broj 1

- imala sam sumnju da l' će to uopće moći funkcionirati na takav način.. da će to ići s tim testovima..
- ljudi su zvali i pitali šta da radim s tim kartonima, šta mi je to stiglo, znači neki su bili i ljubazni, neki su zahvaljivali, al' bilo je ono da i agresivnih i koji su vikali šta ste to slali, šta da ja radim s tim, nemojte mi to više nikad slati
- bilo je i poziva upućenih osobama koje su preminule gdje je onda obitelj zvala i bili su agresivni i šta se to šalje, kakvi smo mi i ova ustanova koja šalje poginulima, umrlima, koji već nisu tri godine, kako da mi to ne znamo.....
- kasnije sam se osjećala ponosno, shvatila sam da smo ipak uspjeli u svemu tome, da je taj program zaživio
- motiviraju me pozivi zahvale, ako naknadno zovu da kažu da je nešto otkriveno i dobro da sam to napravio, lijepo je kad dobijete pismo kad vam se oni zahvale za sve što napravite za njih, da je to jako korisno, pohvalno i da će se rado odazivati
- bilo bi dobro da obiteljski liječnik više motivira građane, možda da se na misama u župnim obavijestima spomene provođenje Programa i da se motivira osobe na brigu o svom zdravlju, npr. Bog Vas čuva, ali se morate i Vi sami čuvati, možda u frekventne dane staviti štand s promo materijalima u trgovačke centre i/ili tržnicu... povećati suradnju s udrugama

Narativ broj 2

- prvo sam pomislila: nešto novo, nešto što dosad nisam radila...
- s karcinomima sam upoznata kroz cijeli period svog života, mama je oboljela od karcinoma dojke 2007. godine, taman sam završila srednju školu i onda sam se počela više baviti zapravo time, bilo je teško ali smo se puno educirali, slušali upute liječnika, i tako je hvala Bogu mama danas živa
- počela sam raditi u Službi za javno zdravstvo gdje smo započeli provoditi dva nacionalna programa. Nepoznanica je bio taj program za rano otkrivanje raka debelog crijeva

- osjećala sam se vrlo pozitivno, ponosno što sudjelujem u tome
- pristupam korisnicima kao svojim najbližima, pokušavam im objasniti važnost sudjelovanja
- u razgovoru s pozivateljima osjećam strah, kada čuju rak, kod nas općenito prvo pomislimo na smrt, što nije tako, zabrinutost, pa čak i gadljivost zato što trebaju sami svoju stolicu dirati, stavljati uzorke na testove. Mislim da najviše strah i ta neizvjesnost od tog rezultata
- Osobe koje su zvale da se neće testirati su najčešće izjavljivale „ja sam zdrava, to meni ne treba“, „što će mi to, ja sam dobro“ ili „bolje da ne znam i ako imam nešto“, trudila sam se da im objasnim da je upravo smisao ovog Programa. Vrlo rijetko su se osobe predomisli i ipak pristale na testiranje.
- motivira me ozdravljenje ljudi koji imaju poteškoća i nekih simptoma
- nedavno se javila gospođa koja je bila slabovidna, koja je htjela napraviti test, ali nije nikako mogla, zvala nas je dva tri puta, slali smo joj uporno nove testove. Ona živi sama, kćerka je u Zagrebu. Nakon više poziva smo dogovorili da pričekamo kćerku kada dođe i zatim smo ju uputili kako da napravi s gospođom test. Test je bio pozitivan i gospođa je upućena na kolonoskopiju gdje joj je pronađen polip. Polip je odstranjen i gospođa je u redu. Gospođa je nazvala.. ona zahvaljuje do neba i nazad i rasplakala se i tu je prevladala ta emocija, ta naša ljudskost gdje smo izašli u susret, bili strpljivi i uporni i eto, gospođa je i sada u redu
- za odaziv je važna edukacija, prvo javna, medijska, razgovarati puno. U komunikaciji pošto svi boravimo u nekim većim krugovima uvijek to napomenuti, tu prevenciju, od usta do usta ide. To uvijek neko nešto čuje, uvijek nekog nešto zanima i onaj netko tko ne bi htio priznati da ima i neki problem kad čuje od drugoga neko iskustvo ili da je on to napravio pa se nekako povede za tim.

Narativ broj 3

- svaki program ima smisla, pogotovo ovako veliki nacionalni sa problematikom kao što je ova ranog otkrivanja karcinoma kolona zbog tog, što eto Slavonija je regija gdje zapravo stil života i prehrana u mnogom utječu na povećanu incidenciju, a neka spasimo deset, dvadeset pacijenata i produljimo im život i kvalitetu, napravili smo dobar posao
- očekivao sam da će se javiti više ljudi, da su ljudi malo svjesniji, da shvaćaju problematiku i očekivao sam da ćemo naći manje patologije. Patologija, mislim na karcinome i polipe koji zapravo će se u određeno

vrijeme razviti u karcinom, preko 60% osoba ima karcinom i/ili polipe, to je 2/3, to su užasne brojke, odaziv je 20% puta 5 (op.a. osoba s patološkim nalazom)

- apsolutno super za ove koji su došli...kvaliteta života nemjerljiva, cost-benefit za društvo. Ti ljudi su riješeni taj dan, a kasnije bi bili operirani, pa broj dana ležanja, pa komplikacija, zračenja, bolovanja, cost-benefit je za njih, za društvo i za nas.. super...
- možda nekih desetak i petnaest posto sigurno od ovih koji su dobili pozive je već endoskopiran i zato se nisu odazvali. Ja to znam zato što mi se pacijenti javljaju i pitaju „da li se sad ja trebam javiti u Nacionalni program?“ a bio je prije 4 mjeseca ili prošle godine
- na žalost karcinomi se otkriju kasno. Tu ostaje opet onih 60-tak posto koji se ne javljaju i to je taj pool pacijenata. Treba malo taj reklamni dio, ajmo reći, medijski dio možda bolje posložiti. Možda ne slike glumaca koji govore da treba ići na pregled nego slike nalaza kolonoskopije.. kad mi Kečkeša vidimo da se on javlja na kolonoskopiju to su poznate osobe, ali kad bi vidjeli NN osobu, odnosno njegov nalaz kako izgleda karcinom; ovo je karcinom kolona, odite ... mislim da bi se veći dio ljudi zamislio
- mislim i obiteljska baš ne radi jedan dobar dio dobro jer oni ako imaju u anamnezi da neki članovi obitelji imaju zloćudnu bolest oni te ljude do 50, 60 godina ne pošalju na pregled. Ili ovi se slučajno jave ili se jave kad već imaju tegobe. A to bi trebali kad anamnistički znaju da netko ima, već sa 35, 40 godina poslati. Mi nađemo karcinome i polipe u teškoj displaziji prekanceroza sa 35 godina starosti, a tata ili mama su imali karcinom. To je trebalo poslati već odavno. Neki ljudi sami dođu pa kažu: „meni su roditelji imali karcinom pa sam došao na pregled“ a to bi trebalo sustav, obiteljska bi to trebala poslati
- volim raditi s pacijentima, više nego s papirima. Jedva čekam obući rukavice i nešto odraditi i nekom pomoći. Još uvijek nakon toliko godina i svega nije mi teško, i baš volim i radujem se svaki dan kad mogu nešto odraditi i nekome pomoći

Narativ broj 4

- kad sam dobio poziv osjećao sam se dobro, na neki način, malo prvo preplašeno; „šta će to meni, nisam ja toliko star da meni treba test za testiranje raka debelog crijeva“. A onda, u drugu ruku mi je bilo jako drago jer sam imao dojam da zapravo netko misli na mene, da postoje neki programi napokon koji razmišljaju o tome da smanje pojavnost te zloćudne bolesti. I bilo mi je drago kad sam ga dobio.

- davno sam bio na kolonoskopiji, prije 10-tak godina iz razloga što mi je otac imao u svojim 60-tim godinama rak debelog crijeva. I zbog toga sam se, između ostalog odazvao i evo, dobro da jesam. Ispalo je da sam pozitivan i bio sam na toj pretrazi.
- ja sam čak i supruzi govorio, ona je jedna od ovih koji se nisu odazvali, nema nikog ni u obitelji da je bolovao od raka debelog crijeva. Kad ti netko blizak umre onda je lako biti pametan...
- jedino jaka kampanja. Mislim da bi trebalo educirati djecu u školama, promovirati zdrav način života i brigu o vlastitom zdravlju uključujući ovakve programe

Narativ broj 5

- -svaki put kad dobijem kovertu podsjetim se na važnost tog programa i odlučim da ću se testirati, ali uvijek to stavim sa strane pa mislim danas ću, sutra ću. Iako sam svjesna svojih godina i da bi to trebala napraviti. Ali jednostavno eto, nemar koji se nije trebao dogoditi
- mislim da bi se trebalo nekim drastičnim primjerima povećati svijest ljudi. možda kroz životne priče ljudi koji su oboljeli, kojima se dogodio rak debelog crijeva, možda i nekim pozitivnim primjerima gdje su kroz program bili upućeni na kolonoskopiju, gdje su ustvari kroz program si spasili život. Mislim da bi trebala biti agresivnija propaganda.
- mi zbog našeg osobnog ponašanja, naše osobne neodgovornosti ne snosimo nikakve posljedice. Mislim da bi se na neki način ljudi trebali penalizirati zbog svoje neodgovornosti, možda da snose troškove liječenja?

Narativ broj 6

- dobila sam test i pisalo je treba to ispunit, i tako dalje, međutim kada sam ja to pročitala ja sam shvatila da ja to ne mogu napraviti. Prvo zbog toga, tamo je pisalo tri uzastopne stolice kroz tri dana, tako nekako. Ja nikad nemam tri dana uzastopce stolicu, prema tome to uopće nema šanse. I onda sam bacila. Drugi puta sam dobila... ne, ja to ne mogu i gotovo. Ako budu intervenirali, onda ću im reći o čemu se radi. Nitko ništa. Sad zadnji put kada sam dobila onda sam uzela sredstvo za čišćenje prije. E onda sam mogla napraviti i napravila sam
- nisam ja ni od početka bila protiv toga, samo je bilo neizvedivo
- bilo bi dobro da su rezultati tog Nacionalnog programa u e-kartonu, da se to vidi

Narativ broj 7

- znao sam o čemu se radi i ranije, ali mi je ovo bio prvi susret s radom na Nacionalnom programu. Znao sam o čemu se točno radi ali detalji su mi bili novi
- znao sam koja godišta dobivaju pozive, ali recimo moji roditelji nisu nikad pričali o tome dok sam živio s njima. Tek sam kasnije saznao, kad sam radio na Programu da nisu to obavljali. Nisu se odazivali tako da sam odmah reagirao da to moraju, da bi trebali. Isto punac i punica nisu se bili odazivali pa su obavili zato što punčev brat je preminuo od karcinoma debelog crijeva a isto se nije odazivao, pa i to ih je potaklo osim mojih naredbi i molbi. Nije im se dalo... ne vjerujem da su se bojali, samo nisu htjeli. Kad sam počeo pričati i kad se to dogodilo s punčevim bratom razgovarali smo kako je loše kad se to otkrije kasno. Mislim da im se jednostavno ne da
- najbolja intervencija bi bila test koji bi bio jednostavniji za obaviti, medijski prikazivati slučajeve koji su se dogodili i loše završili jer se nije bolest otkrila na vrijeme. Možda je ta medijska aktivnost nedovoljna, da se ljudima osvijesti da to nije ništa teško za obaviti, ništa bolno. Mislim da polovica onih koji se ne odazovu ni ne pročitaju poziv ni ne znaju o čemu se radi.
- Mislim da najveći utjecaj imaju izabrani liječnici, osoba kojoj pacijenti vjeruju. Mediji potaknu razmišljanje a njihov liječnik je onaj s kojim dolaze u kontakt i vjeruju mu

Što dalje?

Kvalitativna analiza nam je dala uvid u složenost utjecaja na provedbu Programa i odaziv ciljne skupine. Dok smo na osnovu kvantitativne analize mogli zaključiti da je odaziv slab/nezadovoljavajući i pretpostaviti što bi mogli učiniti da ga povećamo (npr. poboljšati točnost adresa u bazi, povećati medijsku aktivnost, promovirati program putem društvenih mreža), kvalitativna analiza nam je dala „finu“ sliku razloga koje nismo mogli „uhvatiti“/detektirati kvantitativnim metodama. Saznali smo da dio ispitanika ima objektivne poteškoće pri testiranju (koji bi se mogli umanjiti promjenom testa?), te da im nedostaje „odgovor“/„feed back“ (možda telefonski kontaktirati osobe koje su netočno napravile test, a osobama s negativnim testom poslati nalaz putem pošte?). U svakom ciklusu je istovjetni anketni upitnik koji ostavlja dojam ispitaniku da prethodni nitko nije pročitao, pitanja su identična i ne uzimaju u obzir npr. protok vremena od prvog pozivanja. Neki ponuđeni odgovori na pitanja u upitniku (npr. pitanja poput „Kakva Vam je prehrana?“, „koliko

alkohola pijete?“) nisu dovoljno dobro definirani što ostavlja ispitanicima prostora da odgovaraju prema subjektivnoj procjeni. Možda bi trebalo na neki način personalizirati pristup svakom ispitaniku (ili da se takav pristup radi u suradnji s liječnikom obiteljske medicine?). Intenzivnijom medijskom kampanjom bi educirali stanovništvo o rizicima i asimptomatskoj slici bolesti u ranim fazama kada i želimo detektirati oboljele (to je i najčešći „argument“ onih koji se ne žele testirati: „ali dobro se osjećam, nemam nikakve poteškoće“). U krajnjoj mjeri se može razmisliti i o nekom vidu penalizacije onih koji se ne odazovu na preventivne programe; možda u vidu podizanja cijene osnovnog i/ili dopunskog osiguranja?

Kao što je izloženo, kvantitativna i kvalitativna analiza se idealno nadopunjuju i daju nam cjelokupni uvid u aktere i dinamiku samog procesa, te nam omogućuju kreiranje bolje intervencije.



OPASNOSTI I PREDNOSTI DRUŠTVENIH MREŽA: E-PROFESIONALIZAM ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA (SMePROF projekt)

**– primjer kompleksnosti uma Javnog zdravstva:
Uip-2017-05**

**AUTORI: Tea Vukušić Rukavina, Marko Marelić, Marjeta Majer,
Kristijan Sedak**

Uspostavni istraživački projekt Hrvatske zaklade za znanost „Opasnosti i prednosti društvenih mreža: e-profesionalizam zdravstvenih djelatnika“ (SMePROF projekt) službeno je počeo 9. svibnja 2018. godine, a završio 1. studenoga 2023. godine. (<https://mef.unizg.hr/znanost/istrazivanje/web-stranice-projekata/projekt-hrzz-smeprof/>)

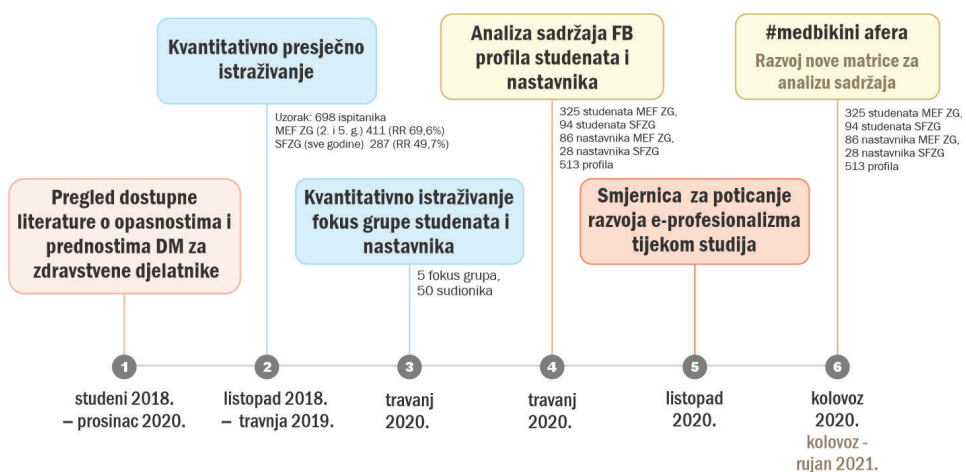
Za veliku većinu ljudi, društvene mreže su postale dio svakodnevice, putem njih dijelimo događaje iz našeg života s prijateljima, održavamo naše mreže suradnika i komentiramo aktualnosti iz novih brojeva mef.hr-a.

Prije nešto više od pet godina oformljena je istraživačka skupina koja je prepoznala da ovaj fenomen može imati snažan utjecaj na profesionalizam zdravstvenih djelatnika, te da je potrebno aktivno, kvantitativno i kvalitativno istražiti te usmjeriti njihov način korištenja društvenih mreža.

Ciljevi projekta bili su analizirati učestalost i način korištenja društvenih mreža među zdravstvenim djelatnicima, što je uključivalo populacije studenata, nastavnika, te zdravstvenih djelatnika u više, ciljano odabranih, profesija (doktoze medicine, doktoze dentalne medicine te medicinske sestre i tehničare). Dodatno, projekt je imao za cilj utvrditi utječe li, i na koji način, sadržaj objavljen na društvenim mrežama na kompetenciju profesionalizma, koje opasnosti i prednosti nosi upotreba društvenih mreža za zdravstvene djelatnike, te na koji način se može unaprijediti sigurno, profesionalno i poželjno korištenje društvenih mreža u njihovom svakodnevnom profesionalnom radu.

Prva istraživačka tema (2018. – 2020.) fokusirala se na definiranje pojma e-profesionalizam te na istraživanje stavova i ponašanja studenata i nastavnika Medicinskog i Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu u svezi e-profesionalizma (Slika 43). U tom periodu, napravljen je pregled dostupne literature o opasnostima i prednostima društvenih mreža, koji je služio kao temelj izrade mjernih instrumenata (anketa) za buduća istraživanja. Uslijedilo je kvantitativno presječno istraživanje na studentima medicine i

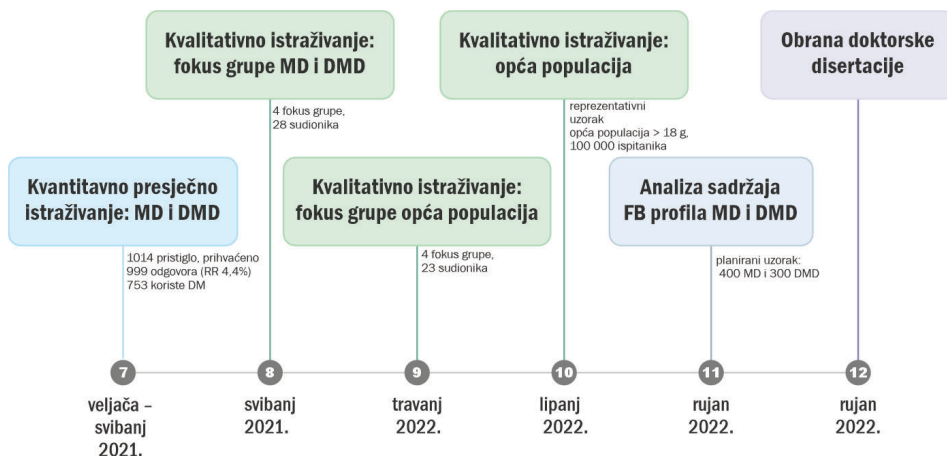
dentalne medicine, zatim kvalitativno istraživanje metodom fokus grupe na studentima i nastavnicima Medicinskog i Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, te konačno analiza sadržaja Facebook profila studenata i nastavnika Medicinskog i Stomatološkog fakulteta u Zagrebu. Kao rezultat niza istraživanja, osim znanstvenih radova, u listopadu 2020. godine objavljene su i Smjernice za poticanje razvoja e-profesionalizma tijekom studija medicine i dentalne medicine.



Slika 43. Prva istraživačka tema:
e-profesionalizam studenata i nastavnika MEF ZG i SFZG (2018. – 2020.)

Druga istraživačka tema (2021. – 2022.) u centru istraživačkih i stručnih napora imala je e-profesionalizam doktora medicine i dentalne medicine u Hrvatskoj (Slika 44). Između veljače i svibnja 2021. godine provedeno je kvantitativno presječno istraživanje (metodom ankete) na uzorku doktora medicine i dentalne medicine (uz suradnju Hrvatske liječničke komore i Hrvatske komore dentalne medicine). Neposredno nakon prikupljanja kvantitativnih podataka provedeno je kvalitativno istraživanje metodom fokus grupe na doktorima medicine i dentalne medicine. U travnju 2022. godine provedene su četiri fokus grupe na temu e-profesionalizma u kojima su sudionici bili odabrani iz opće populacije kako bismo dobili uvide u njihove stavove i percepciju e-profesionalizma liječnika na društvenim mrežama. U lipnju 2022. godine provedeno je kvantitativno istraživanje koristeći metodu ankete na reprezentativnom uzorku opće populacije Republike Hrvatske. Kao što je u prvoj istraživačkoj temi napravljena analiza Facebook profila studenata i nastavnika, u ovoj istraživačkoj temi napravljena je analiza sadržaja profila

doktora medicine (rujan 2022). U rujnu 2022. godine doktorand Marko Marelić obranio je doktorsku disertaciju pod nazivom „E-profesionalizam doktora medicine i doktora dentalne medicine u Hrvatskoj“ na Poslijediplomskom doktorskom studiju sociologije Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

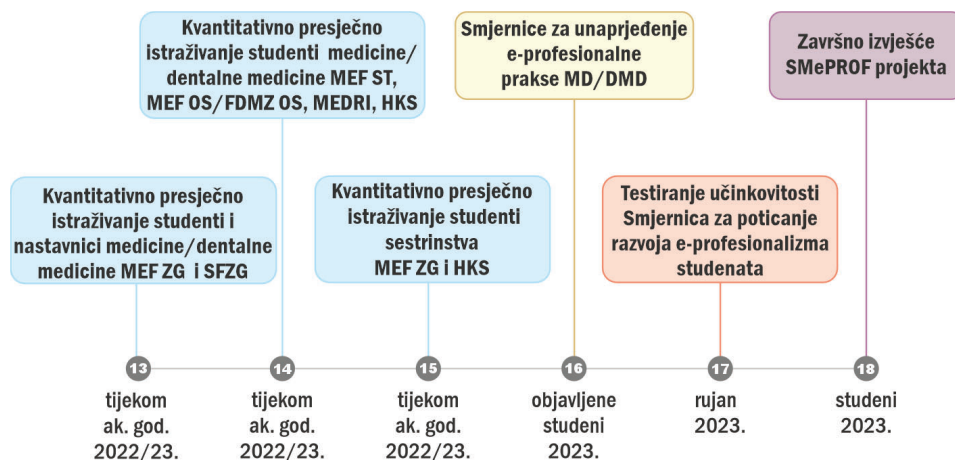


Slika 44. Druga istraživačka tema: e-profesionalizam dr. med. i dr. dent. med. (2021. – 2022.)

Treća istraživačka tema (2023.) testirala je učinkovitost objavljenih smjernica za poticanje e-profesionalizma studenata, te je, evaluacijom dosadašnjih znanstvenih nalaza i uvida, uključivala i kreiranje smjernica za unaprjeđenje profesionalne prakse doktora medicine i dentalne medicine (Slika 45). Kako bi se utvrdilo postoje li promjene u stavovima i percepciji e-profesionalizma kod studenata prije i nakon objavljivanja smjernica, te postoji li razlike između Medicinskog i Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu koji su imali dostupne smjernice, i studenata koji nisu imali dostupne smjernice, provedena su kvantitativna presječna istraživanja metodom ankete na studentima medicine i dentalne medicine u Osijeku, Rijeci i Splitu, te na Hrvatskom katoličkom sveučilištu.

U petoj i posljednjoj godini projekta, provedeno je sedam presječnih kvantitativnih istraživanja koristeći metodu ankete. Ponovljeno je istraživanje stavova i ponašanja vezanih za e-profesionalizam iz 2019. godine na studentima medicine i dentalne medicine, te nastavnicima na Medicinskom i Stomatološkom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu u ak. g. 2022/23. Osim ponovljenog istraživanja na spomenutim populacijama, kako bismo dobili kompletniju sliku e-profesionalizma studenata medicine i dentalne medicine u Hrvatskoj, provedena su u ak. g. 2022/23. istraživanja i na studentima medicine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Splitu, Medicinskom

fakultetu Sveučilišta Josipa Juraja Strossmayera u Osijeku, Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo u Osijeku, Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci, Fakultetu dentalne medicine u Rijeci te na Hrvatskom katoličkom sveučilištu.



Slika 45. Treća istraživačka tema: testiranje učinkovitosti Smjernica za poticanje razvoja e-profesionalizma tijekom studija medicine/dentalne medicine (2023.)

Summa summarum u pet godina SMePROF projekta provedeno je 16 istraživanja, raznim metodološkim pristupima. Inicijalno je izvršeno prikupljanje i analiza recentne relevantne literature o istraživanje e-profesionalizma zdravstvenih djelatnika metodom pretražnog pregleda (engl. scoping review). Metodologija i rezultati pretražnog pregleda objavljeni su u radu Vukušić Rukavina i suradnika(2021) pod nazivom „Dangers and Benefits of Social Media on E-Professionalism of Health Care Professionals: Scoping Review“[1]. Nakon toga je provedeno devet kvantitativnih istraživanja na populacijama studenata/nastavnika medicine, dentalne medicine ili sestrinstva, tri kvalitativna istraživanja metodologijom fokus grupa (na populacijama studenti/nastavnici Medicinskog i Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, doktori medicine i dentalne medicine u Republici Hrvatskoj te na općoj populaciji odraslih u Republici Hrvatskoj). Također su provedena i tri mješovita istraživanja (engl. mixed methods), metodom analize sadržaja, na populacijama studenata i nastavnika medicine/ dentalne medicine te na doktorima medicine.

Trenutno su, u okviru SMePROF projekta, publicirana, osim prethodno spomenutog preglednog rada [1], još četiri znanstvena rada [2–5] te dva stručna rada, Smjernice za poticanje razvoja e-profesionalizma tijekom studija

medicine i dentalne medicine [6] i Smjernice za korištenje društvenih mreža te poticanje razvoja e-profesionalizma doktora medicine i doktora dentalne medicine [7]. Još tri znanstvena rada su trenutno u recenzentskom postupku.

Zašto smo koristili razne metodološke pristupe?

Pokušali smo istražiti fenomen e-profesionalizma zdravstvenih djelatnika, iz svih aspekata i domena. Projekt jest osmišljen i prijavljen Hrvatskoj zakladi za znanost u svibnju 2017. godine, s tada opisanim ciljevima i istraživanjima za petogodišnji period, ali kontekst zajednice, svih aktera u istraživačkoj i široj zajednici („medbikini afera“, COVID-19 pandemija, potresi u Hrvatskoj) te u našoj mikro-zajednici (projekta, predviđenih istraživanja, promjena u sastavu istraživačkog tima), donijele su značajne prilagodbe u ciljevima projekta te time do izmjena u istraživačkim aktivnostima.

Kvantitativnim istraživanjima smo mogli istražiti i usporediti (kasnijim ponovljenim kvantitativnim istraživanjima) učestalost i način korištenja društvenih mreža među zdravstvenim djelatnicima, što je uključivalo populacije studenata, nastavnika, te zdravstvenih djelatnika u više, ciljano odabranih, profesija (doktori medicine, doktori dentalne medicine te medicinske sestre i tehničare).

Ali, kako bismo mogli istražiti, utječe li, i na koji način, sadržaj objavljen na društvenim mrežama na kompetenciju profesionalizma, koje opasnosti i prednosti nosi upotreba društvenih mreža za zdravstvene djelatnike, te na koji način se može unaprijediti sigurno, profesionalno i poželjno korištenje društvenih mreža u njihovom svakodnevnom profesionalnom radu, kvalitativna metodologija i analiza sadržaja, kao metodološki pristup, su bile jedini način, da dubinski istražimo te fenomene iz raznih perspektiva, i zdravstvenih djelatnika i opće populacije. Na taj način smo proširivali naš spektar podataka. Željeli smo razlikovati um pojedinca na individualnoj razini (kvalitativnim istraživanjima ili mješovitim istraživanjima) i um, odnosno percepciju uma na kolektivnoj razini (kvantitativnim pristupom). Željeli smo spoznati i qanta-u i qualia-u ovog specifičnog, te vrlo dinamički uvjetovanog okruženja (zbog enormni promjena u broju, vrsti, svrsi i načinu korištenja društvenih mreža) koje su nastale tijekom trajanja našeg SMePROF projekta.

Što smo (dubinski) novo spoznali metodologijom fokus grupa?

Kvantitativna istraživanja su nam omogućila uvid u učestalost i način korištenja društvenih mreža među zdravstvenim djelatnicima, a fokus grupe su nam otkrile zašto pojedine populacije (studenti, nastavnici, doktori medicine/

dentalne medicine, opća populacija) njih koriste, ponajviše su nam omogućile uvid u to koji/kakav sadržaj objavljen na društvenim mrežama utječe na kompetenciju e-profesionalizma zdravstvenih djelatnika.

Studenti i nastavnici MEF ZG i SFZG te studenti HKS-a (travanj do lipanj 2019.g., pet fokus grupa, 50 sudionika):

Opći je zaključak da niti nastavnici niti studenti uglavnom nemaju naviku dodavati niti prihvaćati jedni druge na društvenim mrežama, osim u situacijama u kojima međusobno surađuju na nekim projektima ili pisanju akademskih radova. Postoje situacije u kojima studenti kontaktiraju nastavnike i izvan ovih razloga, ali uglavnom komunikaciju nastave preko e-maila. Studenti uglavnom googlaju nastavnike, a manje ih pretražuju na društvenim mrežama.

Većina nastavnika i studenata našla se u situaciji u kojoj su naišli na pojedince koji su na svojim profilima objavili neprimjeren sadržaj u odnosu na svoju struku. Pojedini nastavnici i studenti objavlivali su sadržaj zbog kojeg su kasnije požalili (uglavnom se to odnosilo na pisanje svakakvih statusa, objavljivanje neprimjerenih fotografija s druženja ili uključivanje u specifične rasprave s pojedincima s kojima se nisu uspjeli složiti).

Nastavnici na društvenim mrežama uglavnom ne stvaraju prepoznatljiv profesionalni imidž, već ih koriste u osobne svrhe. Studenti sestrinstva na HKS-u povremeno objave vlastite fotografije u uniformama iz bolnice te smatraju da na taj način promoviraju sebe, Sveučilište i bolnicu u kojoj rade. Jedna studentica to je dodatno pojasnila: „Da, slikamo se, stavljamo story i slike, ali ne s pacijentom, naravno. Ne pokazujemo ništa intimno, privatno i pacijenta ne slikamo, samo nas iz neke naše zabave i nije nam se nikad išta desilo.“ Studenti MEF-a također objavljuju fotografije s prakse, ali rijetko.

Doktori medicine i doktori dentalne medicine (travanj – svibanj 2022.g., četiri fokus grupe, 28 sudionika):

Opći je zaključak da liječnici uopće nemaju praksu dodavati niti prihvaćati zahtjeve pacijenata za prijateljstva i praćenja na društvenim mrežama, osobito ako se radi o privatnim profilima. Zajednički je zaključeno da postoji svega nekoliko situacija u kojima bi bilo etički odgovoriti ili javiti se pacijentu preko društvene mreže, ali ni o tome bi morali pomno razmisliti. Jedan od primjera je: „Ja sam imao situaciju, radim u studentskoj ambulanti, pacijent je otišao bez recepta. Još nije bilo e-recepta, nisam ga nikako mogao kontaktirati osim preko društvene mreže. Poslao sam mu poruku i on se ubrzo vratio po recept.“ Međutim, opće mišljenje je da je strogo neprofesionalno prihvaćati zahtjeve prijateljstva od pacijenata.

Većina liječnika našla se u situaciji u kojoj istražuju svoje pacijente na društvenim mrežama ili ih guglaju. Motivacije su različite. Najčešće je to jer procijene da bi bilo korisno znati kako pristupiti pacijentu koji se čini kao „drugačija“ osoba, ali ponekad je to i iz čiste radoznalosti. „Ja ne radim s pacijentima, ali ako mi netko pobudi interes poslovno ili privatno, guglat ću i pogledat ću sve društvene mreže koje ima ta osoba. Tako skupljam dodatne informacije. Generalno mislim da to rade i svi drugi ljudi.“ Također: „Pacijenti često spominju radna mjesta, tvrtke, kompanije, pa ih kasnije proguglam iz znatiželje. Ponekad to može biti korisno, a možda je samo opravdanje za tu znatiželju.“ Ipak, svi ističu da je etički neispravno previše zadirati u privatnost pacijenta i zaključuju da su nepotrebne informacije najčešće otegotna okolnost.

Liječnici uglavnom ne stvaraju prepoznatljiv profesionalni imidž na svojim profilima. Ako da, tada to rade na profesionalnim profilima koji im za to i služe. Smatraju da ako netko želi izgraditi svoj profesionalni imidž online, tada to treba činiti u suradnji sa social media managerom.

Analiza doktori medicine

Opći je zaključak da liječnici uopće nemaju praksu dodavati niti prihvaćati zahtjeve pacijenata za prijateljstva i praćenja na društvenim mrežama, osobito ako se radi o privatnim profilima. Zajednički je zaključeno da postoji svega nekoliko situacija u kojima bi bilo etički odgovoriti ili javiti se pacijentu preko društvene mreže, ali ni o tome bi morali pomno razmisliti. Jedan od primjera je: „Ja sam imao situaciju, radim u studentskoj ambulanti, pacijent je otišao bez recepta. Još nije bilo e-recepata, nisam ga nikako mogao kontaktirati osim preko društvene mreže. Poslao sam mu poruku i on se ubrzo vratio po recept.“ Međutim, opće mišljenje je da je strogo neprofesionalno prihvaćati zahtjeve prijateljstva od pacijenata.

Većina liječnika našla se u situaciji u kojoj istražuju svoje pacijente na društvenim mrežama ili ih guglaju. Motivacije su različite. Najčešće je to jer procijene da bi bilo korisno znati kako pristupiti pacijentu koji se čini kao „drugačija“ osoba, ali ponekad je to i iz čiste radoznalosti. „Ja ne radim s pacijentima, ali ako mi netko pobudi interes poslovno ili privatno, guglat ću i pogledat ću sve društvene mreže koje ima ta osoba. Tako skupljam dodatne informacije. Generalno mislim da to rade i svi drugi ljudi.“ Također: „Pacijenti često spominju radna mjesta, tvrtke, kompanije, pa ih kasnije proguglam iz znatiželje. Ponekad to može biti korisno, a možda je samo opravdanje za tu znatiželju.“ Ipak, svi ističu da je etički neispravno previše zadirati u privatnost pacijenta i zaključuju da su nepotrebne informacije najčešće otegotna okolnost.

Liječnici uglavnom ne stvaraju prepoznatljiv profesionalni imidž na svojim profilima. Ako da, tada to rade na profesionalnim profilima koji im za to i služe. Smatraju da ako netko želi izgraditi svoj profesionalni imidž online, tada to treba činiti u suradnji sa social media managerom.

Analiza doktori dentalne medicine

Razlozi za korištenje DM s osobnih profila jesu informiranje, praćenje drugih objava, održavanje kontakta s prijateljima, kolegama i spajanje s ljudima zajedničkih interesa. Sudionici su razmišljanja da DM u današnje vrijeme postaju neizbježne, ali su i korisne. Svi uključeni sudionici istraživanja razumiju da je profesionalno ponašanje važno na društvenim mrežama, pogotovo u njihovoj struci jer se njih kao i ostalo medicinsko osoblje, pomnije prati te se njihove objave duže pamte i čak ostaju trajno zapamćene dok su inače objave prolazne. Sudionici su i mijenjali postavke privatnosti kako bi zaštitili svoju sigurnost i profesionalni identitet, a razinu privatnosti pojedinih objava određuju većinom prema broju prijatelja/pratitelja na DM te imaju li pacijente za prijatelje/pratitelje na DM što se razlikuje od sudionika do sudionika. Neki sudionici dodaju pacijente za prijatelje/pratitelje na DM, neki ne, a neki rade filtraciju ovisno o učestalosti dolazaka i prijateljstvu s pacijentima. Na temu komuniciranja s pacijentima preko DM sudionici su također dali različite odgovore, dok neki smatraju da to nije etično i da postoje i drugi kanali za komunikaciju (poput kontakt telefona i maila), drugi objašnjavaju da je tako nekad najlakše neku informaciju (pogotovo hitnu informaciju za dobrobit pacijenta) proslijediti pacijentu. Međutim, što se tiče zdravstvenih savjeta, svi sudionici misle da ih nije etično dijeliti preko DM. Sudionici su zaključili da je za izradu i održavanje profesionalne stranice na DM potreban timski rad DMD i komunikologa. Postoji jasna potreba za reguliranjem sadržaja i objava profesionalnih profila (stranice ustanova), ali i istovremena edukacija zdravstvenih djelatnika o korištenju društvenih mreža (kako bi ih se osobno zaštitilo, a i kako bi se zaštitila profesija) te za različitim istraživanjima koja će nastaviti davati šire spoznaje o istom. Ova tema ne smije ostati zanemarena budući da su pacijenti i zdravstveni djelatnici uslijed pandemije Covid 19 postali aktivniji na DM (dogovaraju termine pregleda i obrade, češće traže odgovore na zdravstvena pitanja, educiraju se, povezuju s kolegama,...).

DMD obvezno trebaju savjetovanje i/ili edukaciju o optimalnom načinu korištenja DM, zlouporabi te distinkciji privatnih i poslovnih objava.

Opća populacija

Konstatirano je kako se na društvenim mrežama nudi mogućnost iskrivljene slike stvarnosti i stvaranja lažne predstave, ali s druge strane i postavljanja normativa prema onima koji koriste taj sadržaj. Istaknuto je kako je opasnost koja prijeti i prevelika dostupnost osobnih podataka.

Govoreći o zdravstvenim temama, oni koji koriste društvene mreže preferiraju preporuke prijatelja za informacije o zdravstvenim uslugama. Također, relevantnije su im preporuke koje ne proizlaze iz plaćenih partnerstava.

Sudionici ne bi slali ili prihvatili zahtjev za prijateljstvo od liječnika na društvenim mrežama te očekuju odvojene privatne i poslovne profile od liječnika. Smatraju da privatni sadržaj nije prikladan na poslovnim profilima. Po pitanju izloženosti liječnika na društvenim mrežama i povezivanja s njima, sudionici su se složili kako većini imponira imati kontakt s liječnikom na društvenim mrežama, no ne očekuju ga ukoliko ne dijele s njima neki blizak odnos ili neki zajednički interes mimo zdravstvenih usluga.

Obje grupe sudionika razgovarale su i o utjecaju različitih vrsta objava na dojam profesionalnosti liječnika na društvenim mrežama. Neki sudionici smatraju da objave o sudjelovanju na tečajevima, urednosti ordinacije i nasmijanih pacijenata mogu pozitivno utjecati na dojam o stručnosti liječnika.

Zaključuju kako je potrebno osvijestiti prednosti i nedostatke društvenih mreža, predrasude s kojima ljudi pristupaju onome što se nudi na društvenim mrežama te sklonosti prosuđivanju i osuđivanju. Smatraju kako bi trebalo jasno razgraničiti korištenje društvenih mreža u privatne, profesionalne i poslovne svrhe.

Preporuke opće populacije liječnicima za odgovorno ponašanje na društvenim mrežama:

Ispitanici navode da se od doktora očekuje viši standard ponašanja nego od opće populacije jer se brinu za boljitak drugih. Preporučuju da strogo odvajaju privatni od poslovnog profila na DM, da dobro zaštite u postavkama privatni profil, da budu oprezni u iznošenju privatnog sadržaja, da paze na gramatiku i pravopis, te da se kulturno ponašaju. Za poslovne profile preporučuju da paze da informacije nisu zastarjele i redovito ih ažuriraju, da ne budu neaktivni na DM, da istaknu stručnost, edukaciju i opremu, odnosno da za poslovne profile angažiraju profesionalca.

Literatura:

1. Vukušić Rukavina T, Viskić J, Machala Poplašen L, Relić D, Marelić M, Jokic D, Sedak K. Dangers and Benefits of Social Media on E-Professionalism of Health Care Professionals: Scoping Review. *J Med Internet Res* 2021 Nov 17;23(11):e25770. doi: 10.2196/25770
2. Marelić M, Viskić J, Poplašen LM, Relić D, Jokić D, Rukavina TV. Development and validation of scale for measuring attitudes towards e-professionalism among medical and dental students: SMePROF-S scale. *BMC Med Educ* 2021 Aug 23;21(1):445. PMID:34425792
3. Viskić J, Jokić D, Marelić M, Machala Poplašen L, Relić D, Sedak K, Vukušić Rukavina T. Social media use habits, and attitudes toward e-professionalism among medicine and dental medicine students: a quantitative cross-sectional study. *Croat Med J* 2021 Dec 31;62(6):569–579. PMID:34981689
4. Vukušić Rukavina T, Machala Poplašen L, Majer M, Relić D, Viskić J, Marelić M. Defining Potentially Unprofessional Behavior on Social Media for Health Care Professionals: Mixed Methods Study. *JMIR Med Educ* 2022 Aug 9;8(3):e35585. PMID:35758605
5. Viskić J, Marelić M, Machala Poplašen L, Vukušić Rukavina T. Differences between doctors of medicine and dental medicine in the perception of professionalism on social networking sites: the development of the e-professionalism assessment compatibility index (ePACI). *BMC Med Ethics* 2022 Dec 6;23(1):129. PMID:36474221
6. Relić D, Vukusic Rukavina T, Marelic, Marko M, Machala Poplašen L, Viskic J, Jokic D. Relić D, Vukusic Rukavina T, Marelic M, Machala Poplasen L, Viskic J, Jokic D. Smjernice za poticanje razvoja e-profesionalizma tijekom studija medicine i dentalne medicine. *Medix*. 2020;144(145):1-8.
7. Relić D, Luetić K, Pezo H, Marelić M, Machala Poplašen L, Viskić J, Sedak K, Zibar L, Vukušić Rukavina T. Smjernice za korištenje društvenih mreža te poticanje razvoja eprofesionalizma doktora medicine i doktora dentalne medicine. *Hrvatska liječnička komora*; 2023; Available from: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:127:270753> [accessed Feb 1, 2024]

ZAKLJUČNI NARATIV

Silvije Vuletić

Suvremeno javno zdravstvo stoji pred brojnim izazovima kao nikada do sada. Traže se nove strategije i taktike, stara patologija razvija se u novim epidemiološkim oblicima, npr. COVID-19 pandemija, Kardio renalni metabolički sindrom.

Očekivani budući izazovi:

1. Degradacija fizičkog, društvenog i duševnog života populacija. Ovisnosti, alijencija svega je u porastu; klimatske promjene, čovjek generator smeća
2. Razbijen je balans između individualnog i kolektivnog. Jaka individualizacija institucionalni izazovi postaju jednako važni. Izazove sa aspekta istraživanja i javnozdravstvenih intervencija možemo opisati s novim kategorijama:
3. Re-emergenca i pojedinca, neoliberalizam.
4. Personalizacija javnog zdravstva. Trend personalizacije precizne medicine; zahtjev za razvoj personalizirane prevencije; “Healthy Phenom”.
5. Prevlast znanstvenih tehnologija u istraživanjima i intervencijama; zdravstveni radnici kao korisnici, “users” tehnologija. Zahtjevi za kreativnost. Umjetna inteligencija
6. “Big data”. Istraživanja u javnom zdravstvu zahtijeva potpuni obuhvat podataka i problema. Intervencije isključivo unutar biomedicinskog područja, daje polovične rezultate. Uz parcijalnost važno je postići i univerzalnost. eKarton kao EZZ i EMZ
7. Problematika reforme javnozdravstveni edukacije.

Za svaku napisanu kategoriju treba razviti nove modele refleksivnosti. Javnozdravstvenu refleksiju trebamo razvijati kao važan dio javnozdravstvenih edukacijskih praktičnih kurikula. Refleksivna praksa kao zasebna nastavna jedinica.

Nota bene! Prije svake javnozdravstvene akcije učini kognitivni .. narativ problematike, a tek onda kreni u kvantifikaciju istraživanja.

Literatura

1. Seth AK. Our inner universe, originally published. Scientific American 2022;31(1st):38-43.
2. Bertolletto M, Bassett DS. How matter made mind Originally published. Scientific American 2022;31(1st):6-13.
3. Buzskaki G. Constructing the world from inside out. Scientific American 2022; 32(6):36-43.
4. Brain modularity Study, (a large number of individual studies – Meta analysis – 10.000 functional magnetic resonance imaging (fMRI) experience of subjects performing 83 control tasks to map different brain network models.
5. Person Connecting. Human connectome project; 2200 young volunteers participating in a study of brain – network architecture (Fingerprint of individual).
6. Kak S, Chopra D, Kafatos D. Perceived Reality, Quantum Mechanics, and Consciousness. Cosmology 2014;18:231-245.
7. Tononi et al. What is consciousness. Scientific American 2018; 318(6): 60-64.
8. Baars BJ. Global workspace theory of consciousness: toward a cognitive neuroscience of human experience. Progress in Brain Research 2005;150: 45-53.
9. Buzsáki G. The Brain–Cognitive Behavior Problem: A Retrospective. eNeuro 2020; 7 (4): ENEURO.0069-20.2020; DOI: <https://doi.org/10.1523/ENEURO.0069-20.2020>
10. van Mannen M. Phenomenology in Practice. Left Coast Press, Inc. 2014. Walnut Creek, CA.
11. Van Manen M. Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy. (2nd ed.), The Althouse Press. 1997.
12. Scott AJ, Webb TL, Martyn-St James M, Rowse G, Weich S. Improving sleep quality leads to better mental health: A meta-analysis of randomised controlled trials. Sleep Medicine Reviews 2021; 60: 101556. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2021.101556>
13. Healthcare Ecosystem. Posted 21/03/2021 in Healthcare Terms. <https://www.talkinghealthtech.com/glossary/healthcare-ecosystem>

Sadržaj

A	TEORIJSKI OKVIR KOMPLEKSNOG UMA	5
	Silvije Vuletić	
	Raščišćavanje pojmova	5
	Um - neurobiološki pogled	9
	Tri kognitivne funkcije mozga	12
	Javnozdravstveni um na individualnoj i kolektivnoj razini	16
	Svjesnost	20
	Um javnozdravstvenog djelatnika	22
	Kompleksni um javnog zdravstva	22
	Percepcija javnozdravstvenog djelatnika	23
	Djelovanje javnozdravstvenog djelatnika	26
	Kako shvaćamo što je glavni posao našeg mozga?	29
	Kognitivna narativna analiza kompleksnosti	30
	Kognicija javnozdravstvenog djelatnika	34
	Kognitivno narativno propitivanje u zdravstvenim istraživanjima	35
	Kako provesti kognitivnu analizu?	37
	Kognitivni narativni intervju	38
	Javno zdravstvo je umjetnost i znanost	39
	Koncepti budućnosti javnog zdravstva	44
	Epilog	45
B	PRAKTIČNI ASPEKTI KOGNITIVNOG NARATIVA	47
	Silvije Vuletić	
	Umjesto uvoda	47
	Kognitivni narativni intervju	47
	Akteri kognitivno-narativnog intervjuja	51
	Dokument vođenja intervjuja	51

C KAKO KOGNITIVNI NARATIV RASVJETLJUJE JAVNOZDRAVSTVENI FENOMEN – primjeri fenomena

Silvije Vuletić

PRIMJER 1. Edukacija budućih profesionalaca u javnom zdravstvu 52

Percepcija i refleksija52

Refleksivno vs algoritamsko znanje 53

Kada iz Language modusa prelazimo u MATH modus kognitivnog procesa? 54

PRIMJER 2. Digitalna transformacija zdravstvenog ekosustava 57

Josipa Kern

Što je zdravstveni ekosustav i tko je glavni akter u tom sustavu? 57

Tko su ostali akteri u zdravstvenom ekosustavu? 57

Korisnik zdravstvene zaštite kao aktivni akter 59

Koje informacije mogu biti korisne korisniku zdravstvene zaštite? 59

Tko može postati aktivni korisnik zdravstvene zaštite u Hrvatskoj? 60

Korist koju korisnici zdravstvene zaštite imaju od digitalizacije
zdravstvenog sustava 60

Primjeri narativa dobivenih propitivanjem nekoliko korisnika zdravstvene
zaštite 63

Što učiniti s narativima? 69

Što dalje? 70

PRIMJER 3. Pijenje alkohola i vikend-opijanja u populaciji tinejdžera 71

Senka Samardžić

Što je fenomen pijenja alkohola kod tinejdžera i tko je glavni akter u
tom sustavu? 71

Tko su ostali akteri u fenomenologiji pijenja? 71

Populacija tinejdžera kao aktivni akter 72

Primjeri narativa dobivenih slobodnim tekstom/pričom 73

Što dalje? 78

PRIMJER 4. Provedba Nacionalnog preventivnog programa ranog otkrivanja raka debelog crijeva **80**

Senka Samardžić

Što je NPP CRC i tko je glavni akter u tom sustavu? 80

Tko su ostali akteri? 80

Osoba ciljne skupine kao aktivni akter 82

Output (odgovor), outcome (ishod), impact (učinak) 82

Primjeri narativa dobivenih intervjuom s akterima 82

Što dalje? 87

D OPASNOSTI I PREDNOSTI DRUŠTVENIH MREŽA: E-PROFESIONALIZAM ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA (SMePROF projekt) – primjer kompleksnosti uma Javnog zdravstva **89**

Tea Vukušić Rukavina, Marko Marelić, Marjeta Majer, Kristijan Sedak

Zašto smo koristili razne metodološke pristupe? 93

Što smo (dubinski) novo spoznali metodologijom fokus grupa? 93

Analiza doktori medicine 95

Analiza doktori dentalne medicine 96

Opća populacija 97

ZAKLJUČNI NARATIV **99**

Silvije Vuletić

Literatura 100

Knjiga „Kompleksni um javnog zdravstva – Kognitivni narativi u praksi javnog zdravstva“ duboko zadire u složene izazove s kojima se suočava suvremeno javno zdravstvo i traži odgovore na pitanje kako ostvariti značajniju ulogu javnozdravstvenih stručnjaka.

Knjiga nudi sveobuhvatan pogled na filozofske, metodološke i praktične aspekte javnog zdravlja, potičući stručnjake da usvoje refleksivniji, integrativniji i inovativniji pristup svom radu. Kao u prethodnim radovima istog autorskog tima, knjiga „Kompleksni um javnog zdravstva – Kognitivni narativi u praksi javnog zdravstva“ štivo je koje potiče na razmišljanje i nudi intelektualne koncepte, alate i pet detaljno razrađenih primjera konstrukcije, analize i interpretacije narativa koji praktično pokazuju kako pristupiti važnim temama javnog zdravstva.

Knjigu bi trebali pročitati svi oni koji odlučuju o zdravlju pojedinca i zajednice. Posebno oni umovi koje prepoznajemo po pojednostavljenosti, nefokusiranosti, iskrivljenosti, individualiziranoj percepciji javnozdravstvene problematike. Oni koji alociraju resurse, odlučuju što treba poduzeti, a ne razumiju ili ih ne zanima budućnost javnog zdravstva i razvoj njegove prakse u suočavanju s novim globalnim izazovima.

Stjepan Orešković