

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
SOCIĀLO ZINĀTŅU FAKULTĀTE
KOMUNIKĀCIJAS STUDIJU NODAĻA

**SOCIĀLĀS PIELĀGOŠANĀS TEORIJAS STRATĒGIJU
IZMANTOŠANA DAŽĀDU PAAUDŽU ĀRSTNIECĪBAS PERSONU
DARBĀ AR PACIENTIEM**

MAĢISTRA DARBS

Autore: **Diāna Razumovska**

Studenta apliecības Nr.: dr19011

Darba vadītāja: Dr.sc.comm. Laura Ardava -Āboliņa

RĪGA 2024

SATURS

IEVADS	5
1. KOMUNIKĀCIJA	10
1.1. Komunikācijas skaidrojums	10
1.2. Komunikācijas formas un prakse	12
2. INTERPERSONĀLĀ KOMUNIKĀCIJA	14
2.1. Interpersonālās komunikācijas būtība	14
2.2. Verbālā un neverbālā komunikācija	17
2.3. Interpersonālā komunikācija veselības aprūpē	20
3. SOCIĀLĀS PIELĀGOŠANĀS TEORIJA	23
3.1. Sociālās pielāgošanās teorijas vēsture	23
3.2. Sociālās pielāgošanās teorijas stratēģijas	26
3.3. Veiktie pētījumi veselības aprūpē pasaulē	30
4. PAAUDZES	33
4.1. Starppaudžu komunikācija CAT stratēģiju ietvaros	33
4.2. Paaudžu daudzveidība veselības aprūpē	34
5. PĒTĪJUMA METODOLOĢIJA UN DIZAINS	39
5.1. Pētījuma dizains	39
5.2. Aptaujas anketa	41
5.3. Daļēji strukturēta intervija	43
6. EMPĪRISKĀ DAĻA	46
6.1. Aptaujas rezultātu analīze	46
6.2. Interviju rezultātu analīze	61
6.3. Rezultātu kopsavilkums	66
SECINĀJUMI	70
PATEICĪBAS	72
IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI	73
PIELIKUMI	79
1.pielikums.	79
Aptaujas anketa ārstniecības personām	79
2. pielikums.	82
Aptaujas anketas datu rezultāti	82
3.pielikums.	92
Intervēto kvantitatīvie dati	92
4.pielikums.	92
Intervija nr.1	92
5.pielikums.	95

Intervija nr.2	95
<i>6.pielikums.</i>	97
Intervija nr.3	97
<i>7. pielikums.</i>	101
Intervija nr.4	101
<i>8.pielikums.</i>	104
Intervija nr.5	104
<i>9.pielikums.</i>	110
Pētnieka novērojumi interviju laikā	110
<i>10.pielikums.</i>	111
Interviju analīzes kategorijas	111

ANOTĀCIJA

Maģistra darba “Sociālās pielāgošanās teorijas stratēģiju izmantošana dažādu paaudžu ārstniecības personu darbā ar pacientiem” mērķis ir noskaidrot, cik plaši ārstniecības personas izmanto sociālās pielāgošanās teorijas komunikācijas stratēģijas darbā ar pacientiem un, vai to pielietošanā pastāv kādas atšķirības starp dažādu ārstniecības personu pārstāvju paaudzēm. Papildus noskaidrot dažādu paaudžu pārstāvētu ārstniecības personu viedokli par komunikācijas stratēģiju pielietošanu, tās mērķiem, iemesliem un nozīmi komunikācijā ar pacientiem. Pētījuma teorētiskajā daļā pievērsta uzmanība komunikācijas skaidrojumam, interpersonālās komunikācijas būtībai un tās nozīmei veselības aprūpē. Sociālās pielāgošanās teorijas stratēģijas un citviet pasaulē veiktie pētījumi, kur pēta šīs teorijas praktisko pielietojumu veselības aprūpē. Neliels ieskats paaudzēs, to daudzveidībā veselības aprūpē un paaudžu komunikācija sociālās pielāgošanās teorijas ietvaros.

Pētījuma rezultāti norāda uz sociālās pielāgošanās teorijas plašu pielietojumu ārstniecības personām darbā ar pacientiem un par nelielām atšķirībām konkrētu stratēģiju pielietošanā starp paaudzēm. Stratēģiju nozīmi darbā ar pacientiem atzīmē kā ļoti nepieciešamu un būtisku dažādi ārstniecības personu paaudžu pārstāvji.

Atslēgas vārdi: sociālās pielāgošanās teorija, komunikācija veselības aprūpē, komunikācija, pacients un veselības aprūpes darbinieks, paaudzes.

ABSTRACT

Master thesis “The use of Social Accommodation Theory strategies for different generations of clinicians working with patients” the aim is to find out to what extent clinicians use social accommodation theory communication strategies in their work with patients and whether there are any differences in their use between different generations of clinicians. In addition, to find out the views of different generations of clinicians on the use of communication strategies, their aims, reasons and importance in communicating with patients. The theoretical part of the study focuses on the explanation of communication, the nature of interpersonal communication and its role in healthcare. The strategies of social accommodation theory and research conducted in other parts of the world that explore the practical application of this theory in healthcare. A small insight into generations, their diversity in healthcare and intergenerational communication within social accommodation theory.

The results of the study indicate a wide application of social accommodation theory by health professionals in their work with patients and little variation in the use of specific strategies between generations. The importance of strategies in working with patients is noted as very necessary and important by different generations.

Keywords: communication accommodation theory, healthcare communications, communication skills, patient-provider, generations.

IEVADS

Viens no svarīgākajiem elementiem, kas raksturo veselības aprūpes speciālista kompetenci un profesionalitāti, ir starppersonu komunikācijas prasmes. Pacienta līdzestība, uzticēšanās ārstam un ārstēšanas iznākums lielā mērā ir atkarīgi no tā, cik efektīva ir bijusi pacienta un ārsta komunikācija.¹ Galu galā veselības aprūpes centrā atrodas pacients, uz kuru ir vērsta personālam nepieciešamās apgūstamās lietas, kur aizvien nozīmīgāku lomu ieņem pacienta psiholoģisko vajadzību apmierināšana. Tas, kas ārstam un mātai šķiet pašsaprotams, pacientam ir sarežģīts un neskaidrs.² Pētījumi liecina, ka efektīva komunikācija ir saistīta ar pacientu apmierinātību un veselības aprūpes rezultātiem, bet rīcība, kas veicina komunikācijas kompetences piemērotību, netiek pietiekami pētīta.³

Jāņem vērā, ka medicīnas sistēmas komunikācija notiek sarežģītā vidē. Starppersonu komunikācija rodas, kombinējot verbālās formas (mutisko un rakstisko valodu), neverbālās (žestus, mīmiku, stāju, kustību, izskatu). Vēl viena komunikācijas iezīme ārsta un pacienta attiecībās ir tas, ka šīs attiecības ir tiešas, tiek veiktas aci pret aci, bez starpnieka nepieciešamības un bezjēdzīga formālisma. Starp abiem notiek nepārtraukta informācijas apmaiņa, kuras rezultātā tiks sasniegti piedāvātie mērķi un noskaidrotas dažas atbildes par slimības stāvokli un tās novērtējumu, piedāvāto terapiju tās likvidēšanas un praktiskās ieviešanas procedūrām. Literatūrā minēts, ka ārsta noklausīšanās, izskaidrošanas un empātijas spējas var būtiski ietekmēt pacienta veselības stāvokli un darbību, kā arī viņu apmierinātību ar veselības aprūpi medicīnas iestādē. Pirmkārt, klausīšanai jābūt aktīvai, kas ietver ne tikai garīgu līdzdalību (uzmanību un koncentrēšanos), bet arī fizisku mobilizāciju. Piemēram, pārāk atslābināta ķermeņa poza apgrūtina iegaumēšanu un saprašanu, bet salīdzinoši neērtās pozas rada modru, labas klausīšanās pravietisku statusu.⁴

¹ RSU Zraksti. (2016). Ārstu komunikācijas prasmju apguvei izmantoto metožu efektivitāte: pētījumu apskatu analīze. *Rīgas Stradiņa universitāte*. Izgūts no: <https://www.rsu.lv/zinatniskie-raksti/arstu-komunikācijas-prasmju-apguvei-izmantoto-metozu-efektivitate-petijumu>

² Latvijas portāls. (2013). Mūžīgā problēma: ārsta un pacienta komunikācija. *Latvijas portāls*. Izgūts no: <https://lvportals.lv/viedokli/254747-muziga-problema-arsta-un-pacienta-komunikacija-2013>

³ Hannawa F.A. (2011). “*Shedding light on the dark side of doctor–patient interactions: Verbal and nonverbal messages physicians communicate during error disclosures*”. *Patient Education and Counseling*, Volume 84, Issue 3, 2011, Pages 344-351, ISSN 0738-3991.

⁴ Chichirez, C. M., & Purcărea, V. L. (2018). Interpersonal communication in healthcare. *Journal of medicine and life*, 11(2), 119–122. Izgūts no: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6101690/>

Sociolingvistiskie pētījumi 1950. un 1960. gados bija parādījuši, kā cilvēki maina savas valodas formalitātes pakāpi kā sociālā konteksta funkciju, kurā viņi atrodas. Tas tika skaidrots ar sociālajām normām, kas diktē valodas lietošanu. Sociālās pielāgošanās teorija jeb no angļu valodas saīsinājumā – *CAT* (angļu valodā - *Communication Accommodation Theory*) ir sasniegusi zināmu statusu komunikācijas teorijās. Teoriju, tāpat kā vairumu citu, joprojām var attīstīt un piemērot jaunām situācijām, piemēram, starp dažādu dzimumu cilvēkiem, institucionālām lomām un statusiem (tostarp medicīnas nozarē).⁵ Tā norāda, ka sarunu partneri var pielāgot savu saziņas uzvedību (konverģence) vai attālināties no (diverģence) sava saziņas partnera. *CAT* ierosina, ka pielāgošanos un nepielāgošanos var tikt pieņemts pēc vismaz piecām komunikācijas stratēģijām: tuvināšanās, interpretācija, starppersonu kontrole, sarunas/diskursa vadība, emocionālās izpausmes.⁶

Nemot vērā, ka pēdējās desmitgadēs pasaulē ir izveidojies daudzveidīgāks darbaspēks, veselības aprūpe nav izņēmums. Daudzu paaudžu ciešas sadarbības rezultātā var rasties spriedze, jo atšķirīgās paaudžu perspektīvas un vērtības rada pārpratumus un nepareizas interpretācijas.⁷

Maģistra darba ietvaros paaudžu iedalījums tiek iedalīts sekojoši: *Baby Boomer* paaudze dzimuši laikā no 1946.-1964.gadam. No 1965.-1980.gadā dzimušos min, kā *X* paaudzi. *Millennial* jeb *Y* paaudze dzimuši laikā no 1981.-1996.gadam. No 1997.-2012.gadam dzimušos sauc par *Z* paaudzi.⁸

Pētījuma ietvaros tiek pētīta komunikācija starp ārstniecības personām un pacientiem, balstoties uz sociālās pielāgošanās teorijas komunikācijas stratēģijām.

⁵ Littlejohn, S., & Foss, K. (2009). *Encyclopedia of communication theory* / Stephen W. Littlejohn, Karen A. Foss, editors. Los Angeles, Calif.: Sage. Accommodation Theory. Volume 1, Pages 1-3.

⁶ Farzadnia S., Giles H. (2015). Patient-provider interaction: A communication accommodation theory perspective. *International Journal of Society, Culture & Language* 3.2: 17-34.
http://www.ijscsl.net/article_12768_2e0a7c7fec5a59eee3901cecf53020ad.pdf

⁷ Weston M. (2006). "Integrating Generational Perspectives in Nursing" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 11 No. 2, Manuscript 1. doi.org/10.3912/OJIN.Vol11No02Man01

⁸ Age Range by Generation. Generations defined by name, birth year, and ages in 2024. Beresford Research. Izgūts no: <https://www.beresfordresearch.com/age-range-by-generation/>

Pētījuma problēmas būtība.

Veselības aprūpē pacienti var nākt no ļoti dažādām sociālām, etniskām un kultūras grupām. Katrs pacients ir unikāls, ar savām vēlmēm, vajadzībām. Mūsdienās ārstniecības personām efektīva komunikatīva kompetence ir būtiska darba sastāvdaļa, lai nonāktu pie pozitīvas pacienta apmierinātības par sniegto pakalpojumu. Komunikācija nav tikai informācijas apmaiņa, tā ietver arī emocionāla un psiholoģiska atbalsta sniegšanu. Pacienti bieži saskaras ar trauksmi, bailēm un nedrošību par savu veselību. Veselības aprūpe turpina attīstīties, uzsvars uz veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju komunikācijas prasmju uzlabošanu, visticamāk, turpinās pieaugt, sniedzot labumu gan pacientiem, gan pakalpojumu sniedzējiem.

Daudzas komunikācijas kļūdas un savstarpēju nesaprašanos varētu labot ar emocionālām izpausmēm, psiholoģisku tuvināšanos pacientam, tādu lietu interpretāciju, kas tuvāka pacientam, bet, vai šādu komunikācijas stratēģiju pielietošana ir aktuāla un nozīmīga ārstniecības personām Latvijā. Pētījuma problēma izriet no izvirzītajiem pētnieciskajiem jautājumiem, kuri minēti zemāk.

Pētījuma mērķis un uzdevumi.

Maģistra darba “Sociālās pielāgošanās teorijas stratēģiju izmantošana dažādu paaudžu ārstniecības personu darbā ar pacientiem” **mērķis**, ir noskaidrot, cik plaši ārstniecības personas izmanto sociālās pielāgošanās teorijas komunikācijas stratēģijas darbā ar pacientiem un, vai to pielietošanā pastāv kādas atšķirības starp dažādu ārstniecības personu pārstāvju paaudzēm. Kā arī noskaidrot dažādu paaudžu pārstāvētu ārstniecības personu viedokli par komunikācijas stratēģiju pielietošanu, tās mērķiem, iemesliem un nozīmi komunikācijā ar pacientiem.

Atbilstoši maģistra darba mērķim izrietošie **uzdevumi**:

1. Apkopot darba teorētisko bāzi, izmantojot interpersonālās komunikācijas un sociālās pielāgošanās teorētisko skatījumu, pievēršot uzmanību teorijā minētajiem jēdzieniem, kā arī skatīt paaudžu daudzveidību veselības aprūpē.
2. Apkopot citviet pasaulē veiktos pētījumus veselības aprūpē, kuros skatīta interpersonāla komunikācija, sociālās pielāgošanās teorija un paaudžu atšķirības veselības aprūpes darbinieku vidū.
3. Izstrādāt aptaujas anketu un anketēt ārstniecības personas, pamatojoties uz sociālās pielāgošanās teorijas komunikācijas stratēģijām.
4. Analizēt aptaujas anketas iegūtos datus.
5. Veikt 5 daļēji strukturētas intervijas ar dažādu paaudžu pārstāvētām ārstniecības personām.

6. Apkopot iegūtos rezultātus un veikt to izklāstu.
7. Veikt secinājumus, kā arī norādīt turpmākos pētījuma virzienus.

Izmantotās pētījuma metodes.

Lai iegūtu atbildes uz izvirzītajiem pētījuma jautājumiem, tika veikts kvantitatīvs pētījums – aptaujas anketa ārstniecības personām Latvijā. Kā arī kvalitatīvs pētījums, kurā izmantota daļēji strukturēta intervija ar dažādu paaudžu pārstāvjiem, kas veikta individuāli ar katru ārstniecības personu.

Par **pētījuma objektu** izvirzītas ir ārstniecības personas, par **pētījuma priekšmetu** ir ņemta ārstniecības personu komunikācija ar pacientiem, to skatot sociālās pielāgošanās teorijas komunikācijas stratēģiju ietvaros. Viedoklis, attieksme, kā arī nozīme pret komunikācijas stratēģijām dažādu paaudžu ārstniecības personu vidū.

Maģistra darba sekojošie **pētnieciskie jautājumi**:

1. Kāds ir *CAT* stratēģiju pielietojums ārstniecības personām komunikācijā ar pacientiem?
2. Ko var novērot dažādu ārstniecības personu paaudžu *CAT* pielietojumā?
3. Ko var konstatēt salīdzinot dažādu ārstniecības paaudžu pārstāvju viedokli par *CAT* komunikācijas stratēģiju pielietošanu, tās mērķiem, iemesliem un nozīmi komunikācijā ar pacientiem?

Darba struktūra.

Maģistra darbs sastāv no ievada, četrām teorijas nodaļām, pētniecības metožu un dizaina, empīrisko pētījumu daļas, rezultātu apkopojuma, kā arī secinājumiem.

Darba **teorētiskā bāze** sastāv no sociālās pielāgošanās teorijas jeb no angļu valodas saīsinājumā - *CAT* (*Communication Accommodation Theory*), kuru izstrādājis Hovards Džailss 20.gs.70.gados. Aplūkojot arī iekļautos *CAT* teorijas jēdzienus, stratēģijas un līdzīgus pētījumus pasaulē par *CAT* pielietošanu veselības aprūpē.

Darba sākumā tiek arī iepazīstināts ar komunikācijas jēdziena skaidrojumu, interpersonālās jeb starppersonu komunikācijas būtību un tās nozīmi veselības aprūpes pasaulē. Papildus tiek aplūkota paaudžu daudzveidība veselības aprūpē.

Pētījuma novitāte un to rezultātu izmantošana.

Šajā pētījumā izpēte un uzmanība tiek pievērsta komunikācijas stratēģiju pielietošanai komunikācijā ar pacientiem un to atšķirībām dažādu ārstniecības paaudžu pārstāvju vidū. Intervējot ārstniecības personas iespēja uzzināt ne tikai viņu viedokli par pielāgošanās stratēģiju nozīmi, pienesumu komunikācijā ar pacientiem, bet arī uzzināt par komunikācijas stratēģijas izmantošanas mērķiem, iemesliem un apzinātu vai neapzinātu pielietošanu.

Noskaidrojot rezultātus, būtu zināms, cik plaši darbā ar pacientiem sevī ietver *CAT* stratēģiju izmantošana ārstniecības personām, kā arī to pielietošanas atšķirības dažādu paaudžu pārstāvjos.

Iespējams tālāk diskutēt vai un cik ļoti šīs atšķirības ietekmē veselības aprūpes procesu, to papildus skatot no pacienta perspektīvas. Kā arī stratēģiju atšķirīga izmantošanas ietekme uz savstarpējo ārstniecības personu komunikāciju un attiecībām, kas veicina vai neveicina konfliktus.

Pētījums paver diskusiju par *CAT* stratēģiju izmantošanu kā komunikācijas procesa rīku veselības aprūpē strādājošajiem.

1. KOMUNIKĀCIJA

Tālāk diskutējot un analizējot pieejamo informāciju gan par komunikāciju un veselības aprūpi, ir svarīgi apsvērt dažādus teorētiskus ietvarus, kas virza mūsu izpratni un praksi. Šajā nodaļā tiks apskatīts komunikācijas skaidrojums, teorētiskais rāmējums. Tiks atspoguļotas komunikācijas formas un tās nozīme sadzīves praksē.

1.1. Komunikācijas skaidrojums

Komunikāciju mūsdienās studē nu jau daudzas zinātņu jomas, pieskaņojot tās savai specifikai. Līdz ar to arī skaidrojums un izpratne par to, kas ir komunikācija, katram var būt dažāda. Jāpiemin, ka savstarpējo komunikāciju cilvēki ikdienā uztver kā pašsaprotamu lietu, kurai, ja jāpiešķir konkrēts formulējums, varētu dažiem radīt nelielas grūtības.

Komunikācijas pētniecības sākuma posmā uzsvars tika likts uz saziņas tehnisko stāvokli un problēmām, kas varētu rasties komunikācijas procesa šķēršļu rezultātā. Tikai vēlāk saziņa tika aplūkota kā divu ceļu process, kurā norisinās domu, viedokļu, uzskatu apmaiņa neatkarīgi no tā, vai ir runa par sarunu, rakstveida saziņu vai kādu citu simbolisko zīmju apmaiņas formu.⁹

Zinātniskajā literatūrā termins „komunikācija” parādījās 20.gs. sākumā. Viens no amerikāņu socioloģijas dibinātājiem Čārlzs Kuli uzskatīja, ka „ar komunikāciju tiek saprasts mehānisms, ar kura palīdzību kļūst iespējama cilvēcisko attiecību eksistence un attīstība – visi prāta simboli kopā ar viņu nodošanas iespējām telpā un saglabāšanu laikā. Tā iekļauj sevī mīmiku, komunikāciju, žestus, balss toni, vārdus, rakstību, druku, dzelzceļus, telefonu un pašus jaunākos sasniegumus telpas un laika iekarošanā. Noteikta robeža starp komunikācijas līdzekļiem un pārējo pasauli neeksistē. Tomēr, kopā ar ār pasaules rašanos, parādās standarta simbolu sistēma, kas domāta tikai, lai nodotu domas, no tās sākas tradicionālā komunikācijas attīstība”.¹⁰ Komunikācija nav vienkārša informācijas nodošana, bet gan jēgpilns, pašreferatīvs process – informācijas, ziņojumu un nozīmju atšķiršana.¹¹

⁹ Veinberga S. (2019). *Komunikācija. Teorija un prakse*. Sava grāmata.

¹⁰ Charles Horton Cooley, *Social Organization: A Study of the Larger Mind* New York: Charles Scribner's Sons, Chapter VI

¹¹ A. Zvejnieks. (1998). *Tradīcija, inovācija un tikumība*. Cilvēks. Izglītība. Kultūra. (Nr.7.)

Komunikācijas pētniecības sākuma posmā uzsvars tika likts uz saziņas tehnisko stāvokli un problēmām, kas varētu rasties komunikācijas procesa šķēršļu rezultātā. Tikai vēlāk saziņa tika aplūkota kā divu ceļa process, kurā norisinās domu, viedokļu, uzskatu apmaiņa neatkarīgi no tā, vai ir runa par sarunu, rakstveida saziņu vai kādu citu simbolisko zīmju apmaiņas formu.¹²

Komunikācijas analīzē un izpratnē var palīdzēt komunikatīvā akta slavenā shēma „Lassvela formula (komunikācijas modelis)”:

<i>Kas</i>	<i>Ko saka</i>	<i>Pa kādu kanālu</i>	<i>Kam</i>	<i>Ar kādu efektu</i>
Komunikators	Ziņa	Līdzeklis	Saņēmējs	Efekts

1.1.att. Lassvela komunikācijas modelis

Modelis tika radīts un galvenokārt tika izmantots tam, lai sniegtu strukturizētu organizētību diskusijām par komunikāciju. Pats H.Lassvels izmantoja to, lai apzīmētu dažādus virzienus komunikācijas izpētē. Katrs formulas elements sastāda komunikācijas analīzes procesa patstāvīgu jomu: „Kurš saka” – komunikatora izpēte; „Ko saka” – ziņojuma satura analīze; „Pa kādu kanālu” – masu komunikācijas līdzekļu izpēte; „Kam” – auditorijas izpēte; „Ar kādu rezultātu” – komunikācijas efektivitātes izmērīšana. Lai iepazītos ar komunikācijas procesa izpētes pieredzi šī shēma arī šodien ir vispiemērotākā, jo uzskatāmi korelē elementus savā starpā (un arī tāpēc, ka liels daudzums pētījumu nākamajos gados tika veikti jau tās gultnē).¹³

Tālākā maģistra darbā sīkāk tiks skatīta savstarpējā komunikācija, kur apzinātām vai neapzinātām darbībām tiks piešķirta nozīme. Apzinātība ir prāta apziņas stāvoklis. Apzinātā stāvoklī cilvēki apzinās savas domāšanas vai komunikācijas iemeslus konkrētā veidā. Tiek saprasta situācijas unikalitāte un daudzās izvēles iespējas, kā mijiedarboties ar citiem cilvēkiem.

¹²Veinberga S. (2019). *Komunikācija. Teorija un prakse*. Sava grāmata.28.lpp.

¹³Munter, M. (2000). *Guide to Managerial Communication* (5th ed.). New Jersey: Upper Saddle River. P. 3

Nedaudz tam pieskaroties no garīgas pieejas, ikviena saziņa, saruna, verbāls vai audiovizuāls kontakts ir uzskatāms par veselīgu vai neveselīgu, garšīgu vai negaršīgu mielastu, ja tajā ir vai nav apzinātības klātbūtne. Kā īsti var noskaidrot, kas komunikācijā ir veselīgs un kas neveselīgs?¹⁴

“Apzinātības enerģija ir svarīga veselīgas komunikācijas substances sastāvdaļa” (*The energy of mindfulness is a necessary ingredient in healthy communication*), kur šo vārdu autors (*Thich Nhat Hanh*- ķīniešu pētnieks un budists) norāda, ka “veselīgas” un “neveselīgas” komunikācijas rādītājs ir garīga pašapzinātība, līdzsvarotība laikā un telpā. Ja reiz no savas puses esam uzsākuši sarunu - “uzklājuši galdu” un gaidām viesus, taču no ciemiņiem saņemam atbildes, pilnas ar ironiju, izsmieklu vai apvainojumiem, tad faktiski tiekam pacienāti ar indi tortes un šampanieša vietā un saindējam savu ķermeni, garu un prātu ar “garīgo arsēnu”. Nav svarīgi, vai uzbrukums ir nāvējošs vai tikai garāmejošs. *Mindfulness* jeb apzinātība bīstamajā komunikācijā funkcionē tieši tāpat kā govij bieza āda – aizstāv no kaitīgiem un ievainojošiem cirtieniem.¹⁵ Apziņai ir izšķiroša nozīme veselīgā komunikācijā. Sevis apzināšanās ļauj katram apzināties savas domas, jūtas un uzvedību. Komunikācijā pašapziņa ļauj atpazīt savus aizspriedumus, emocijas un komunikācijas stilus, kas var ietekmēt sadarbību ar citiem. Kāpēc empātija var būt tik svarīga? Apzinoties savas emocijas un pieredzi, mes varam labāk spēt iejusties citu ādā un izprast citu un savas perspektīvas. Empātijai ir būtiska nozīme uzticības veidošanā, izpratnes veicināšanā un jēgpilnu sakaru veidošanā, kas ir ļoti būtiski, ja ar pacientu ārstniecības personai jāveido ilgtermiņa sadarbība.

1.2. Komunikācijas formas un prakse

Komunikācijas galvenais un vienīgais subjekts ir cilvēks, kurš, lai nodrošinātu savu dzīvi iestājas savstarpējās attiecībās ar citiem cilvēkiem. Cilvēku savstarpējo attiecību sistēma pastarpināta ar kultūru, kura nosaka cilvēku saziņas raksturu un efektivitāti. Bet dažādu cilvēka darbību gaitā izveidojas vajadzība pēc perfektāku un efektīvāku komunikācijas formu meklēšanas, kas rada dažādas lomas un nozīmes vienām vai citām saziņas formām. Citiem vārdiem, atkarībā no atšķirīgiem iemesliem dažādas saziņas formas pieņem noteiktu formu cilvēku dzīvē, tas ir funkciju.¹⁶

¹⁴ Veinberga S. (2019). *Komunikācija. Teorija un prakse*. Sava grāmata.13.lpp.

¹⁵Turpat.

¹⁶ Munter, M. (2000). *Guide to Managerial Communication* (5th ed.). New Jersey: Upper Saddle River. P. 3

Komunicēšana pieprasa sensorisku sistēmu, tāpēc mēs izmantojam savas maņas, lai sazinātos un apmainītos ar informāciju. Tas notiek šādā ceļā: auditīvā jeb verbālā komunikācija vēsta ar vārdu, skaņu palīdzību, un informācijas saņēmējam ir jāsaprot ziņas šifrs.¹⁷

Neverbālā komunikācija notiek, pārraidot vēstījumu ar ķermeņa valodu, kustību, surdozīmju vai intonācijas kvalitātes, maņu, acu kontakta palīdzību. Ar tērpu, smaržām, arhitektūru, formu, krāsu vai citām simbolisku saturu saturošām formām. Šīs komunikācijas veids ir dominējošais cilvēku savstarpējā saziņā (55% informācijas piegādā ķermeņa valoda, žesti, acu kontakts, 35% balss skaņas kvalitāte un tikai 7% pats vēstījuma saturs).¹⁸

Viens no svarīgākajiem komunikācijas noteikumiem ir prasība ņemt vērā sarunas biedra īpatnības (viņa kultūras-izglītojošās, nacionālās, vecuma, psiholoģiskās un profesionālās īpašības) un izrādīt cieņu pret tām, kas dos iespēju informācijas apmaiņas procesa laikā novērtēt sarunas biedra profesionālismu, kopējo intelekta līmeni, viņa informācijas fonda lielumu. Kopā ar to šī prasība nosaka attieksmi pret partneri kā pret vērtību, kas var izpausties kā viņa nozīmīguma uzsvēršana. Nepieciešams runāt partnera valodā, - ar profesionāli jārunā profesionāļa valodā, bet ar neprofesionāli – viņam saprotamā valodā, ņemot vērā viņa vārdu krājumu, kopējo intelekta līmeni un informācijas fonda lielumu.¹⁹

Jebkura cilvēka uzvedība, tajā skaitā arī komunikatīvā, ir vērsta uz vajadzību apmierināšanu, atrodot tajā savu nozīmi. Ir dažādu veidi indivīda komunikatīvajai uzvedībai. Var uzskatīt komunikatīvo uzvedību par saprātīgu tad, kad to nosaka ar vajadzību pēc attiecīgas informācijas, pietam, ja tā ir mērķtiecīga. Komunikatīvā uzvedība ir normāla tajā gadījumā, ja tā ir adekvāta reālajai saziņas situācijai, atbilst vispārpieņemtajām normām un neiziet ārpus apkārt esošo vēlmēm.²⁰

Formāli komunikācijas formas var būt sekojošas: A) *intrapersonālā* (cilvēka iekšējā komunikācija), B) *interpersonālā jeb starppersonu* (starp diviem vai vairāk cilvēkiem), C) *grupu komunikācija* (starp cilvēkiem grupā un starp cilvēku grupām un indivīdiem), D) *masu komunikācija* (ar mediju tehnikas palīdzību), E) *bežpersoniska/tehniska komunikācija* (starp tehnikas elementiem).²¹

Maģistra darbā tālāk tiks izskatīta interpersonālā jeb starppersonu komunikācija.

¹⁷ Veinberga S. (2019). *Komunikācija. Teorija un prakse*. Sava grāmata.28.lpp.

¹⁸ Turpat.

¹⁹ Доналдсон М.К., Доналдсон М. Умение вести переговоры. Диалектика. М., 2000.

²⁰ Monaghan L., Goodman J.E. (2007) *A Cultural Approach to Interpersonal Communication*. Essential Readings. Eds. Oxford etc: Blackwell Publishing.

²¹ Veinberga S. (2019). *Komunikācija. Teorija un prakse*. Sava grāmata.124.lpp.

2. INTERPERSONĀLĀ KOMUNIKĀCIJA

Šajā nodaļā tiks skatīts interpersonālās komunikācijas apraksts, tās komunikācijas elementi. Maģistra darba tēmas ietvaros tiek skatīta arī interpersonālā komunikācija veselības aprūpē, tās nozīme starp pacientu un ārstniecības personu. Kā arī tiek minēti veiktie pētījumi pasaulē par interpersonālo komunikāciju veselības aprūpē.

2.1. Interpersonālās komunikācijas būtība

Sākumā ir noderīga darba definīcija. Komunikācijas zinātņu profesors DeVito J. interpersonālās jeb starppersonu komunikāciju definē kā verbālu un neverbālu mijiedarbību starp diviem (vai dažreiz vairāk nekā diviem) savstarpēji atkarīgiem cilvēkiem. Interpersonālā komunikācija ietver verbālo komunikāciju un neverbālos vēstījumus. Pastāv mijiedarbība starp abiem lielumiem. Pateiktie vārdi, sejas izteiksme, acu kontakts, ķermeņa stāja. Tāpat interpersonālos jeb starppersonu ziņojumus saņem ar visām maņām - dzirdi, redzi, ožu un tausti. Pat klusums sūta ziņojumus.²²

Savukārt Hartley P. interpersonālo komunikāciju definē kā komunikāciju, kurai piemīt šādas īpašības: komunikācija no viena indivīda citam indivīdam; komunikācija, kas notiek aci pret aci; gan komunikācijas forma, gan saturs atspoguļo indivīdu personiskās īpašības, kā arī viņu sociālās lomas un attiecības.²³

Interpersonālā komunikācija bieži notiek aci pret aci, piemēram, kad mēs sarunājamies ar citiem cilvēkiem. Ar skolēniem pirms mācību stundas, ar ģimeni vai draugiem vakariņu laikā vai apmaināmies ar noslēpumiem ar citiem cilvēkiem. Taču interpersonālā saziņa notiek arī, izmantojot kādu datoru - sūtot īsziņas, e-pastus, veicot ierakstus sociālos tīklos u.c. Daži varētu apgalvot, ka saziņa tiešsaistē ir mūsdienu saziņa. Definējot interpersonālās komunikācijas elementus (*sk.2.1.att.*) tajos ir iesaistītas vismaz divas personas. Katrs indivīds veic avota funkcijas (formulē un sūta ziņojumus) un arī saņēmēja funkcijas.²⁴

²² DeVito J. A., *The interpersonal communication book/Joseph A. DeVito*, Hunter College of the City University of New York. 15th edition. Published by Pearson Education 2017.

²³ Hartley, P. (1993). *Interpersonal communication / Peter Hartley*. London : New York: Routledge.

²⁴ DeVito J. A., *The interpersonal communication book/Joseph A. DeVito*.P-38.

Termins “avots-saņēmējs” uzsver, ka komunikācijā katrs indivīds veic abas funkcijas. Tas, protams, nenozīmē, ka cilvēki pilda šīs funkcijas vienādi. Bez šaubām, daži cilvēki ir (galvenokārt) runātāji un daži cilvēki ir (galvenokārt) klausītāji. Un daži cilvēki lielākoties runā par sevi, bet citi vairāk piedalās komunikācijas procesā.²⁵

Elements	Nozīme
Avots-saņēmējs	Sūtītājs-saņēmējs, persona, kas gan sūta, gan saņem ziņojumus saziņā
Ziņojumi	Verbālie un neverbālie signāli, ko sūta avots/nosūtītājs un saņem saņēmējs/dekodētājs.
Kanāli	Mediji, pa kuriem tiek sūtīti signāli.
Trokšņi	Traucējumi, kas traucē uztvērējam uztvert avota sūtīto ziņojumu.
Konteksts	Fiziskā, sociālpsiholoģiskā, laikmetiskā un kultūras vide, kurā notiek saziņa.
Ētika	Komunikācijas uzvedības morāle, pareizības un nepareizības aspekts.

2.1.attēls. Interpersonālās komunikācijas elementi

Saziņa vienmēr notiek kontekstā vai vidē, kas ietekmē komunikāciju, vēstījuma formu un saturu. Dažkārt šis konteksts nav acīmredzams vai uzbāzīgs. Tas šķiet tik dabisks, ka tiek ignorēts, piemēram, kā fona mūzika. Citreiz konteksts dominē un veidi, kā tas ierobežo vai stimulē vēstījumus, ir acīmredzami.²⁶

Cilvēku spēja efektīvi sazināties (kā avotam un saņēmējam) ir interpersonālā kompetence. Tā ietver, piemēram, zināšanas par to, ka, noteiktos kontekstos un ar noteiktiem klausītājiem viens temats ir piemērots, bet cits nav. Zināšanas par neverbālās uzvedības noteikumiem, piemēram, pieskārienu, balss skaļuma un fiziskās tuvības piemērotību, arī ir daļa no kompetences. Interpersonālās kompetence ietver zināšanas par to, kā pielāgot savu saziņu atbilstoši mijiedarbības kontekstam, personai, ar kuru sarunājaties.²⁷

²⁵ DeVito J. A., *The interpersonal communication book/Joseph A. DeVito*, Hunter College of the City University of New York. 15th edition. Published by Pearson Education 2017.

²⁶ Turpat.P-36.

²⁷ Turpat.P-31.

Interpersonālās komunikācijas principos var pieminēt sekojošo: tas ir darījuma process, nepārtraukts notikums, kura elementi ir savstarpēji atkarīgi. Komunikācija notiek nepārtraukti un mainās, tā ir mērķtiecīga. Interpersonālā komunikācija ir neviennozīmīga. Visi ziņojumi ir potenciāli divdomīgi. Dažādi cilvēki iegūst atšķirīgu ziņas nozīmi. Interpersonālās attiecības var būt simetriskas vai savstarpēji papildinošas. Interpersonālā komunikācija attiecas gan uz saturu, gan uz dalībnieku savstarpējām attiecībām.²⁸ Interpersonālās komunikācijas neviennozīmīgums var attiekties arī uz veselības aprūpi, jo pacienti un veselības sistēmā strādājošie speciālisti var būt no dažādām jomām un viņiem ir atšķirīgs veselības pratības līmenis.

Process.

Interpersonālo komunikāciju vislabāk aplūkot kā pastāvīgi mainīgu, cirkulāru procesu. Viss, kas iesaistīts šajā komunikācijā ir mainīgā stāvoklī. Mainās cilvēki, ar kuriem sadarbojaties. Mainās cilvēki, ar kuriem komunicējat, un mainās arī apkārtējā vide. Dažreiz šīs pārmaiņas paliek nepamanītas, bet dažreiz tās ir acīmredzamas, taču tās ir vienmēr notiek. Vienas personas ziņojums kalpo kā stimuls citas personas ziņojumam, kas kalpo kā stimuls citas personas ziņojumam un tā tālāk. Visā šajā apītē procesā katra persona vienlaikus ir gan runātājs, gan klausītājs.²⁹

Kādas ir interpersonālās komunikācijas iemaņas? Viens no tipiskiem un visaptverošiem interpersonālās saskarsmes prasmēm iekļauti šādi faktori:

- neverbālā komunikācija;
- pastiprināšana/pievienošānās (tas attiecas uz uzvedību, kas veicina otru personu turpināt vai atkārtot to, ko tā dara, piemēram, piekrītoša ķermeņa valoda, “mhm”, “jā, jā”, “jā, klausos, turpiniet”);
- iztaujāšana (jautājumu uzdošanas tehnika - atklātie jautājumi mudina cilvēkus runāt un izvērst, savukārt slēgtie jautājumi mudina runāt īsi);
- sarunu biedru reflektācija;
- sarunas atklāšana un noslēgšana;
- paskaidrojumu veikšana, atspoguļošana;
- klausīšanās (darbība, uz kuru mums ir jākoncentrējas un pie kuras ir jāstrādā);
- sevis pašizpaušana.³⁰

²⁸ DeVito J. A., *The interpersonal communication book*/Joseph A. DeVito.

²⁹ Turpat.

³⁰ Hartley, P. (1993). *Interpersonal communication* / Peter Hartley. London : New York: Routledge.

Komunikācija ir fundamentāla klīniskā prasme, kas, ja to veic kompetenti un efektīvi, veicina uzticības attiecību nodibināšanu starp medicīnas personālu un pacientu. Veselības aprūpē, komunikācijas paņēmieni mikslī, pamatā ir starppersonu jeb interpersonālā komunikācija. Veselības aprūpes sistēmā komunikācija arvien vairāk kļūst par terapeitisku tehniku, klīnisko prasmi, kas rada fundamentālas attiecības un kas var sniegt labumu iesaistītajiem.³¹ Saziņa veselības aprūpē arvien vairāk tiek atzīta par būtisku ārstēšanas paņēmieni un klīnisko iemaņu, jo tā būtiski ietekmē pacienta un pakalpojumu sniedzēja attiecības, pacientu iznākumu un vispārējo veselības aprūpes pieredzi. Pacienti, kuri saskaras ar efektīvu komunikāciju, parasti ir apmierinātāki ar savu aprūpi. Šī apmierinātība attiecas ne tikai uz saņemto medicīnisko aprūpi, bet arī uz to, kā pret viņiem izturas kā pret personībām. Ja pacients jūtas novērtēts un saprasts, tas var veicināt lielāku pacientu iesaistīšanos un pozitīvāku veselības aprūpes sistēmas uztveri. Nozīmīga ir skaidra un precīza komunikācija, jo tā var samazināt medicīnisko kļūdu iespējamību. Pārpratumi vai informācijas trūkums var novest pie nepareizas diagnozes, neatbilstošas ārstēšanas un citām novēršamām kļūdām.

2.2. Verbālā un neverbālā komunikācija

Šajā apakšnodaļā nedaudz plašāk tiks apskatīta interpersonālās komunikācijas elementi vai iemaņas.

Verbālā komunikācija ir process, kurā tiek izmantoti vārdi, lai citiem izteiktu idejas, domas un jūtas. Tā ietver balss izmantošanu, lai sazinātos ar apkārtējiem cilvēkiem - sarunās, prezentācijās vai uzrunās. Tā ļauj mums nodot informāciju, dalīties stāstos, uzdot jautājumus un veidot dziļāku saikni ar citiem. Tā ir būtiska mūsu ikdienas saskarsmē, ļaujot mums izteikties, saprast citus un veidot attiecības. Verbālā komunikācija ir būtiska veselības aprūpē, jo tā ļauj veselības aprūpes speciālistiem apkopot informāciju no pacientiem, sniegt viņiem informāciju par viņu stāvokli un ārstēšanas iespējām, kā arī veidot uzticības un empātijas attiecības. Vārdiskai saziņai ir arī izšķiroša nozīme komandas sadarbībā un koordinācijā, jo veselības aprūpes speciālistiem ir efektīvi jāsadarbojas, lai pacientiem nodrošinātu vislabāko aprūpi. Tomēr jāpiemin, ka verbālā komunikācija veselības aprūpē dažkārt var būt sarežģīta, jo īpaši, ja runa ir par sarežģītu medicīnisko informāciju, sensitīvām tēmām vai valodas barjerām. Šādos gadījumos veselības aprūpes speciālistiem var būt nepieciešams izmantot papildu rīkus un stratēģijas, piemēram, vizuālos palīgīdzekļus, tulkus vai rakstiskus materiālus, lai uzlabotu komunikāciju un nodrošinātu ziņojumu precīzu izpratni pacientam.

³¹ Chichirez, C. M., & Purcărea, V. L. (2018). Interpersonal communication in healthcare. *Journal of medicine and life*, 11(2), 119–122. Izgūts no: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6101690/>

Verbālās komunikācijas priekšrocības:

1) Skaidrība un precizitāte - verbālā komunikācija ļauj cilvēkiem skaidri un precīzi izteikt savas domas un idejas. Viņi var izmantot vārdus, toni un balss modulāciju, lai pārliecinātos, ka viņu vēstījums tiek precīzi saprasts;

2) Tūlītēja atgriezeniskā saite - viena no galvenajām verbālās saziņas priekšrocībām ir iespēja saņemt tūlītēju atgriezenisko saiti. Tas ļauj runātājiem reālajā laikā novērtēt klausītāja izpratni un veikt nepieciešamās korekcijas savā vēstījumā;

3) Neverbālie signāli - verbālā komunikācija nav tikai vārdi, tā ietver arī neverbālus signālus, piemēram, ķermeņa valodu, sejas izteiksmi un žestus. Šie signāli nodrošina papildu kontekstu un palīdz nodot emocijas un nodomus;

4) Personiskā saikne - tieša saruna ar kādu cilvēku ļauj veidot personisku saikni, kas bieži trūkst rakstiskā saziņā. Balss tonis un emocionālā izteiksme var palīdzēt veidot saikni un uzticību starp cilvēkiem;³²

5) Efektīva problēmu risināšana - verbālā saziņa ir būtiska grupu diskusijās un problēmu risināšanā. Tā ļauj grupas locekļiem dalīties ar idejām, veidot prāta vētras un efektīvāk panākt vienprātību;

6) Elastīgums - mutisko saziņu var pielāgot atbilstoši auditorijai un situācijai. Neatkarīgi no tā, vai tā ir oficiāla prezentācija, ikdienišķa saruna vai pārrunas, personas var attiecīgi pielāgot savu komunikācijas stilu;

7) Kultūras izpratne - mutiskā saziņa ļauj cilvēkiem no dažādām kultūrām iesaistīties dialogā, veicinot starpkultūru izpratni un mazinot pārpratumus, kas var rasties rakstiskās saziņas gadījumā;

8) Tūlītēja jautājumu risināšana - mutiskā saziņa ir ideāli piemērota konfliktu risināšanai un tūlītējai problēmu atrisināšanai. Tā ļauj personām apspriest problēmas, noskaidrot pārpratumus un rast abpusēji pieņemamus risinājumus;

9) Uzlabota mācīšanās - izglītības iestādēs verbālajai saziņai ir izšķiroša nozīme efektīvā mācīšanās un mācībās. Skolotāji var izskaidrot sarežģītus jēdzienus, atbildēt uz jautājumiem un iesaistīt skolēnus diskusijās, veicinot labāku izpratni;

10) Emociju izpausme - verbālā komunikācija nodrošina platformu emociju paušanai, vai tā būtu dalīšanās priekā, atbalsta sniegšana vai empātijas paušana grūtos brīžos. Tā stiprina starppersonu attiecības.³³

³² Roberts S. (2023) *Verbal Communication: A Complete Guide* The Knowledge Academy. Izgūts no: <https://www.theknowledgeacademy.com/blog/verbal-communication/>

³³ Turpat.

Verbālā komunikācija notiek dažādos veidos, tostarp intraversālā komunikācija, kas ietver pašizrunu un pārdomas, interpersonālā jeb starppersonu komunikācija, kas notiek starp indivīdiem, grupu komunikācija, kas ietver mijiedarbību nelielā grupā, publiskā komunikācija, kas ietver uzstāšanos plašākai auditorijai, un masu komunikācija, kas sasniedz plašu auditoriju, izmantojot tādas plašsaziņas līdzekļus kā televīzija vai radio.³⁴

Aktīvam klausītājam var piemist tādas verbālās īpašības kā mudināšana uzdot jautājumus un atbildēt, optimistisku vārdu lietošana, tūlītēja pārpratuma vai šaubu skaidrošana, dalīšanās pieredzē.³⁵ Neverbālā uzvedība var pastiprināt verbālos vēstījumus vai būt pretrunā ar tiem. Novērojot pacientu neverbālās reakcijas, veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji var atklāt pārpratumus vai neskaidrības un nekavējoties tos novērst, tādējādi uzlabojot kopējo aprūpes kvalitāti.

Cilvēka mīmikas un žestu valoda – tie ir viņa iekšējā dvēseles stāvokļa, domu, emociju un vēlmju indikatori, jo praktiski neviens nevar pateikt kaut ko bez intonācijas, mīmikas, žestiem. Mēs patstāvīgi atrodamies kaut kādā pozā, kuru var noteiktā veidā iztulkot. Savu personīgo žestu un citu cilvēku žestu novērošana ir labākais veids, kā izpētīt komunikācijas paņēmienus, ko izmanto cilvēki neformālā sfērā. Par cik informācijas apmaiņa notiek ar dažādu zīmju un zīmju sistēmu palīdzību, tā ir svarīga prasība un nepieciešamība kontakta veidošanas, un kopīga komunikatīvā lauka radīšanas laikā – saprast viņus, pareizi interpretēt.³⁶

Neverbālās komunikācijas elementi.

Neverbālā komunikācija palīdz cilvēkiem īstenot vairākus interpersonīgos mērķus, piemēram, veidot pirmo iespaidu, veidot un uzturēt attiecības ar citiem cilvēkiem, kā arī veicināt attiecību veidošanā dominējošās lomas paušanu un emociju izteikšanu. Neverbālās komunikācijas nozīme ir izpelņījusies mazāku uzmanību pacientu tiešās aprūpes modelī gan praksē, gan veselības aprūpes komunikācijā. Ķermeņa valoda ir spēcīgs instruments, kas var palīdzēt veselības aprūpes sniedzējiem sazināties ar pacientiem un veidot savstarpēju cieņu. Neverbālā uzvedība var norādīt uz pacienta vēlmi vai nevēlēšanos ievērot ārstēšanas ieteikumus.³⁷

³⁴ Roberts S. (2023) *Verbal Communication: A Complete Guide* The Knowledge Academy. Izgūts no: <https://www.theknowledgeacademy.com/blog/verbal-communication/>

³⁵ Harshad S. (2024) *Verbal and non-verbal features of active listeners*. Valia International School. Izgūts no: <https://shcvaliaintschool.in/verbal-nonverbal-features-active-listeners/>

³⁶ Arustamjane-Boltre L. *Komunikācijas loma un novērtējums Latvijas sociālās atbildības projektā „Dr. Klauns”*. (2015). Izgūts no: https://dspace.lu.lv/dspace/bitstream/handle/7/30060/309-49967-Arustamjane-Boltre_Lotta_la06030.pdf?sequence=1&isAllowed=y

³⁷ Ekole, A. (2022). Nonverbal Communication in Clinician-Patient Interaction and Influence on Healthcare Outcome. *American Journal of Trade and Policy*, 9(1), 43–50. doi.org/10.18034/ajtp.v9i1.619

Vilcināšanās vai diskomforta pazīmes var mudināt pakalpojumu sniedzējus izpētīt un risināt pamatā esošās problēmas, tādējādi uzlabojot ārstēšanas plānu ievērošanu.³⁸

Nozīmīgākie neverbālās saskarsmes aspekti:

- 1) Sejas izteiksme,
- 2) Acu kontakts,
- 3) Intonācija un balss tembrs,
- 4) Pozas un žesti,
- 5) Attālums starp sarunu biedriem.

Katrs no šiem neverbālās saskarsmes aspektiem dod savu pienesumu saskarsmes efektivitātē, vai nu to veicinot vai apgrūtinot. Universālie ieteikumi, pilnveidojot savu neverbālo saskarsmi, kas var būt pat ļoti noderīgi medicīnas nozarē strādājošajiem:

- 1) Sejas izteiksme – laipnība, smaids, ieinteresētība (atbilstoši saskarsmes situācijai);
- 2) Acu kontakts – uzturiet acu kontaktu, vienlaikus atcerieties – skatiena nenovēršana ilgāk par 3 sekundēm (bez mirkšķināšanas) var tikt uztverta kā agresivitāte, kamēr reta saskatīšanās ar sarunu biedru – demonstrēs zemu ieinteresētību kontaktā;
- 3) Pozas un žesti – atvērtas ķermeņa pozas, žestos, piekritoši galvas mājieni palīdzēs laba iespaida radīšanai; slēgtās pozas – rokas kabatās, sakrustotas rokas, “slēpšanās” aiz darba vietas galda, pie krūtīm piespiestas mapes vai somas sarunas biedrus attālina;
- 4) Attālums starp sarunu biedriem – pārāk strauja ieiešana otra cilvēka intīmajā zonā (izstieptas rokas attālums) var provocēt vēlmi aizstāvēties, uztvert otru kā agresoru, tāpēc bez vajadzības, jo īpaši kontakta veidošanas fāzē vēlams ievērot tā saucamo, personisko distanci (0,5m – 1,2m).³⁹

Zinātnieki ir definējuši arī neverbālās komunikācijas kodus, nosakot, kas to veido. Neverbālie kodu ietver kinēziku (ķermeņa, sejas un acu kustības, tostarp žesti), proksemiku (cilvēka telpas izmantošana, tostarp distancēšanās), haptiku (taustes maņa), vokāliku (veids, kā tiek runāts, tostarp pauzes un klusums), izskatu (fiziskās īpašības), hronēmiku (laika elementi, piemēram, punktualitāte, kopā pavadītais laiks un reakcijas laiks, kas vajadzīgs, lai atbildētu uz īsziņu).⁴⁰

³⁸ Ekole, A. (2022). Nonverbal Communication in Clinician-Patient Interaction and Influence on Healthcare Outcome. *American Journal of Trade and Policy*, 9(1), 43–50. doi.org/10.18034/ajtp.v9i1.619

³⁹ Pīzi A., B., (2006), *Ķermeņa valoda*, Rīga, apgāds Jumava.

⁴⁰ Berger, C. (2014). *Interpersonal Communication* (Vol. 6, Handbooks of Communication Science [HoCS]). Berlin/Boston: De Gruyter.

Neverbālu uzvedību uzskata gan par seno mainīgo, piemēram, individuālo vai attiecību īpašību sekām, gan par klīniskās efektivitātes un pacienta iznākuma prognozētāju.⁴¹ Neverbālai uzvedībai kā klīniskās efektivitātes un pacientu iznākuma prognozētājs kalpo emocijas. Piemēram, sejas izteiksme, ķermeņa valoda un balss tonis, sniedz būtisku informāciju par pacienta emocionālo un psiholoģisko stāvokli. Tas var palīdzēt veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem identificēt problēmas, kas, iespējams, netiek izteiktas verbāli, piemēram, depresiju, trauksmi vai diskomfortu.

Ar neverbālu uzvedību, piemēram, atbilstošu pieskārienu, sejas izteiksmi un ķermeņa orientāciju, var paust empātiju un līdzjūtību, tādējādi stiprinot terapeitiskās attiecības un uzlabojot pacientu apmierinātību. Pozitīva neverbālā komunikācija var veicināt uzticības un komforta sajūtu, tādējādi pacienti biežāk dalās svarīgā informācijā, ievēro ārstēšanas plānus un seko līdzi aprūpei.

2.3. Interpersonālā komunikācija veselības aprūpē

Vai veselības aprūpes sniedzēji vienmēr zin, ko pateikt pacientiem un kā pareizi to izdarīt? Visticamāk, ka ne vienmēr. Komunikācija ar pacientu ir sarežģīta, un tai ir nepieciešama pastāvīga mācīšanās, apmācība un prakse. Dažādas nianšes var būt izšķirošas saskarsmē ar pacientu un var noteikt tālākas sadarbības rezultātu.

Veiksmīgs sadarbības modelis paredz, ka speciālista un klienta vai pacienta komunikācija ir vismaz divpusējs process, kurā noteikti piedalās klients vai patients. Speciālistiem ir svarīgi uz klausīt savus klientus vai pacientus, izprast viņu vajadzības un rūpes, kā arī iesaistīt viņus lēmumu pieņemšanas procesos. Savukārt klientiem vai pacientiem ir jābūt atvērtiem un godīgiem savā komunikācijā, jāsniedz attiecīga informācija, kā arī aktīvi jāpiedalās ārstēšanas plānu izstrādē un īstenošanā. Tādējādi to ietekmē gan speciālista komunikācijas stils, sarunas vadīšanas, plānošanas un izglītošanas prasme, laika vadība u. c., gan arī klienta vai pacienta pārdzīvotais stress, veselības uzvedība, personības iezīmes, kā arī viņa zināšanas par slimību, nepieciešamība pēc informācijas un rekomendācijām, konfidencialitātes prasības, fizisko personu datu aizsardzība, profesionālo darbību regulējošo normatīvo aktu prasības u. c.⁴²

⁴¹ Judith A.H., Jinni A.H., Rosenthal R. "Nonverbal behavior in clinician—patient interaction". Applied and Preventive Psychology, Volume 4, Issue 1, 1995, Pages 21-37, ISSN 0962-1849. doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80049-6

⁴² Коңевņина А., Ларса М. *Манс клиентс/манс пациентс –изаичинājуми дарбā ар personām ар психиским, узведības un nervu sistēmas attīstības траучējуми. (2021) [tiešsaiste] Izgūts no: https://www.talakizglitiba.lv/sites/default/files/2021-07/mans_klients.pdf*

Uz pacientu vērsta komunikācija ir aprūpes pamatkomponents un veicina attiecību veidošanos. Vienā no pētījumiem, par māsu un pacientu attiecībām komunikācijā ir saistīta ne tikai ar informācijas nosūtīšanu; tas ietver arī sajūtu pārraidīšanu, šo sajūtu atpazīšanu un pacienta informēšanu, ka viņu jūtas ir atpazītas. Māsām jāspēj aktīvi ieklausīties savu pacientu rūpēs un vajadzībās, empātiski izturēties pret sāpēm un ciešanām, kā arī sniegt emocionālu atbalstu. Izrādot patiesu interesi par saviem pacientiem un demonstrējot līdzjūtību un empātiju, māsas var palīdzēt pacientiem justies sadzirdētiem, saprastiem un novērtētiem. Pēc psihoanalītiķes Izabelas Menzijas domām savos pētījumos 1960.- 1970.gados iemesls, kāpēc māsas to nedara, ir pašu māsu pasargāšana no sarežģītām emocionālām situācijām, tādējādi novēršot stresa situācijas. Citi pētnieki savos pētījumos 90. gados tam piekrīt, balstoties uz Menziju. Viņi atklāja, ka māsām ir nepieciešamās prasmes, lai labi komunicētu ar pacientiem, bet izvēlas to nedarīt organizatoriskā atbalsta un uzmundrinājuma trūkuma dēļ. Šķiet, ka pēdējo 40 gadu laikā šī organizatoriskā stratēģija stresa novēršanai ir radījusi socializācijas procesu, kas ir saglabājis priekšstatu par to, ka uz pacientu vērsta komunikācija ir jāattur un vadība to neatbalsta.⁴³

Tomēr mūsdienās ir skaidrs, ka komunikācijas nozīmei starp pacientiem un medicīnas personālu ir liela nozīme. Kaut vai fakts, cik lielu iespaidu var atstāt pirmie pārmītie vārdi un acu skatieni.

Pirmais iespaids rodas ļoti ātri un, jo īpaši īslaicīga saskarsme būtiski ietekmē komunikācijas kvalitāti. Pirmais iespaids tiek ietverts sekojošā laika intervālā:

- 1) pirmās 15 - 30 sekundes: saskarsmes partnera novērtējums pēc neverbālo signālu izpausmēm;
- 2) pirmās 90 sekundes – 3 minūtes: veidojas uzticēšanās vai neuzticēšanās izjūta pret saskarsmes partneri.

Mūsdienu pētījumi šajā jomā, kas liecina, ka pat 1 no 10 sekundēm ir pietiekošs laiks, lai izdarītu secinājumus par šajā īsajā laika brīdī redzēto cilvēku, aktualizē cik svarīgi ir pārdomāt kā mēs sevi pozicionējam, cik pārdomāts un kvalitatīvs ir pirmais iespaids, ko mēs sniedzam par sevi.⁴⁴

⁴³ McCabe, Catherine. *Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences*. *Journal of clinical nursing* 13.1 (2004): 41-49. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x>

⁴⁴ Zivanovic, D., Ciric Z., (2017) *Therapeutic Communication in Health Care*, SCiFed Nursing&Health Care Journal 1,2. Izgūts no: https://www.researchgate.net/publication/320245946_Therapeutic_Communication_in_Health_Care

Sākotnējā mijiedarbība var noteikt toni visām pacienta un pakalpojumu sniedzēja attiecībām. Pirmajam iespaidam starp ārstniecības personu un pacientu ir būtiska nozīme kopējā komunikācijā un savstarpējās attiecībās. Pozitīvs pirmais iespaids var palīdzēt veidot uzticēšanos un raitumu, kas noved pie labākas komunikācijas, izpratnes un sadarbības. Savukārt negatīvs pirmais iespaids var likt pacientam justies neērti, nedzirdēti un vilcināties dalīties svarīgā informācijā.

Neverbāla saziņa ir būtiska pacientu aprūpei. Pētījumi liecina, ka fiziskā atveseļošanās lielā mērā ir atkarīga no efektīvas neverbālas komunikācijas starp ārstiem un pacientiem. Piemēram, tā var ietekmēt pacientu atveseļošanās gaitu, mazināt satraukumu, samazināt pacientu vajadzības pēc operācijas sāpju medikamentiem un veicināt iepriekšēju izrakstīšanos no slimnīcas. Neverbāla uzvedība arī veido dalībnieku vizītes komunikāciju (piemēram, pacientu pašatklāšanās) un ietekmē pacientu vērtējumu par ārstu tuvināšanos, dominanci un medicīniski tehniskajām prasmēm. Turklāt neverbāla komunikācija var ietekmēt pacientu apmierinātību ar apmeklējuma informācijas izpratni un ārstu ārstēšanas ieteikumu ievērošanu.⁴⁵ Piemēram, ķermeņa valoda, sejas izteiksmes, žesti un acu kontakts, var vēstīt svarīgus vēstījumus un emocijas, kuras, iespējams, nav skaidri izteiktas ar vārdiem. Ārstniecības personas sirsnīgais smaids un stāja var palīdzēt radīt uzticības un komforta sajūtu pacientam, bet atbrīvojošā ķermeņa valoda vai acu kontakta trūkums var likt pacientam justies nedzirdētam vai neievērotam.

⁴⁵ Hannawa F.A. (2011). “*Shedding light on the dark side of doctor–patient interactions: Verbal and nonverbal messages physicians communicate during error disclosures*”. Patient Education and Counseling, Volume 84, Issue 3, 2011, Pages 344-351, ISSN 0738-3991.

3. SOCIĀLĀS PIELĀGOŠANĀS TEORIJA

Šajā nodaļā tiks skatīta komunikācijas teorija, uz kuras balstās maģistra darba pētījuma daļa. Veikts nepieciešamais teorijas skaidrojums un tās attīstības ceļš. Papildus arī tiek sniegti piemēri par pētniecību pasaulē veselības jomā, kur par pamatu izmantotas sociālās pielāgošanās teorijas stratēģijas.

3.1. Sociālās pielāgošanās teorijas vēsture

Teoriju mērķis ir aptvert dzīves sarežģītību formalizētā konceptā. Laikam ejot, mūsu izpratne paplašinās un vienlaikus kļūst precīzāka. Teorijās notiek nepārtraukts process. Pārskatīšanas un pilnveidošanas procesā dažas izzūd un tiek aizstātas ar labāk pielāgotām. Viena no teorijām, kurai ir savi pagrieziena punkti ir sociālā pielāgošanās teorija (*CAT - Communication Accommodation Theory*).

20. gadsimta 70. gados sociālie psihologi (*Giles H., Taylor D.M., Bourhis R.Y.*) lika pamatus tam, ko toreiz sauca par runas pielāgošanas teoriju (*SAT – Speech Accommodation Theory*). Vai šie autori toreiz varēja iedomāties attīstību, ko teorija piedzīvos? Droši vien nē, ja ņem vērā teorijas pieticīgo darbības jomu, jo agrīnajos darbos, kuros tika formulēti priekšlikumi *SAT* tika izstrādāts, lai izskaidrotu motivāciju, kas ir pamatā dažām pārmaiņām cilvēku runas stila maiņā sociālās saskarsmes laikā. Teorijas tvērums paplašinājies turpmākajos gados. Kā piemēru var minēt pāreju no runas uz sociālās pielāgošanās teoriju.⁴⁶

Jāpiemin kultūras konteksts. Jau vēlāk sociālās pielāgošanās teorijas autors britu-amerikāņu sociālais psihologs Hovards Gilzs (*Howard Giles*) apgalvoja, ka tad, kad divi cilvēki, kas pārstāv atšķirīgas etniskās grupas vai etniskās piederības mijiedarbojas, viņi mēdz pielāgoties viens otram tādā veidā, lai runājot gūtu otra akceptu, labvēlību. Viņš īpaši pievērsās neverbālai komunikācijai, proti, runas tempam, akcentam un pauzēm. Pamatojoties uz principu, ko H. Gilzs apgalvoja, ka runas pielāgošana ir bieži izmantota stratēģija, lai iegūtu atzinību no cilvēkiem, kuri ir līdzīgi, lai arī ir no dažādām grupām vai kultūrām.⁴⁷

Līdz ar to sociālās pielāgošanās teorija ir nozīmīga starpkultūru komunikācijā un tās izpētē. Šī teorija ir pārskatīta daudzos starpkultūru komunikācijas tekstos un rokasgrāmatās, kā arī interpersonālajā saskarsmē un, protams, vispārējās komunikācijas teorijas tekstos.

⁴⁶ Gallois, C., O'gay, T., & Giles, H. (2005). *Communication Accommodation Theory: a look back and a look ahead*. In W. B. Gudykunst (Ed.) *Theorizing about intercultural communication*. Thousand Oaks: Sage.

⁴⁷ Griffin E., Sparks G., Ledbetter A. (2023) *A first look at communication theory*. McGraw-hill. Eleventh ed.

Atgriežoties pie pirmsākumiem, nedaudz jāpiemin runas pielāgošanās teorija. Tā tika pirmo reizi formulēta, lai izpētītu sociālpsiholoģiskos parametrus, kas ir pamatā runātāju kustībām runas laikā. Tās centrā ir ideja, ka komunikācija ir ne tikai apmaiņa ar informāciju, bet arī tas, kādi ir motīvi un nodomi, kas stāv aiz runātāju apzinātās (vai neapzinātās) lingvistiskās izvēles? Kā klausītāji uztver šīs izvēles un reaģē uz tām?⁴⁸ Tādējādi pirmo reizi tika pārbaudītas konverģences un diverģences stratēģijas, kuru skaidrojums sīkāk tiks izklāstīts nākošajā nodaļā.

Agrīnos runas pielāgošanas teorijas pētījumos H. Gilzs atklāja, ka konverģence parasti izraisa pozitīvu reakciju, un diverģence izraisa negatīvas reakcijas. Citos pētījumos ir precizēti nosacījumi šiem novērtējumiem, pierādot, ka konverģenci nav iespējams novērtēt visās situācijās, un ka diverģence ne vienmēr tiek vērtēta negatīvi. Nevajadzētu secināt, ka "saikne starp konverģences un pozitīvo novērtējumu obligāti ir lineāra". Tas pavēra iespēju, ka viena un tā pati stratēģija var tikt novērtēta atšķirīgi dažādos apstākļos, kas kļuva par sociālās pielāgošanās galveno sastāvdaļu. H. Gilzs novērtējot runas pielāgošanās teoriju, piedāvāja reformu. Ņemot vērā jaunākos sasniegumus pētījumos, pārdēvēt teoriju par pielāgošanās teoriju.⁴⁹

Sociālā pielāgošanās teorija kopā ar dažām citām satelītteorijām (*satellite theories*) bija pamats neatkarīgiem modeļiem (vēlāk tika pilnveidoti un attīstīti), kuros akomodācijas procesi un dilemmas bija iestrādātas plašākā sociālajā kontekstā. Šajos modeļos ietilpst komunikācijas sarežģītības novecošanas procesā (*communicative predicament model of aging*), grupas vitalitātes modelis (*group vitality model*), starppaaudžu kontaktu modelis (*the intergenerational contact model*), multikulturālisma modelis, dzimuma neakceptēšanas cikla modelis darbavietā (*the workplace gender nonaccommodation cycle model*), veiksmīga komunikācijas vadība novecošanas procesā (*the communication management effects model of successful aging*).⁵⁰

⁴⁸ Gallois, C., Ogay, T., & Giles, H. (2005). *Communication Accommodation Theory: a look back and a look ahead*. P-122.

⁴⁹ Turpat. P-128.

⁵⁰ Turpat. P-124.

Sociālās pielāgošanās teorija ir piemērota komunikācijai starp dažādām sociālajām grupām (kultūrām, paaudzēm, dzimumiem u.c.). Īpaši nozīmīga ir paaudžu savstarpējā komunikācija, kā arī saziņa ar starp kultūrām, kas tika būtiski ņemta vērā teorētiskajā kontekstā. H. Gilzs (1998.gadā) norādīja, ka teorija ir kļuvusi ļoti sarežģīta, tāpēc teoriju kopumā, iespējams, nevar pārbaudīt vienā reizē. Tas nozīmē, ka pētnieki izmantojot sociālās pielāgošanās teoriju, ir jāizstrādā miniteorijas, lai pielāgotas kontekstam, kurā viņi strādā, bet vienlaikus saglabājot visu teorijas kopumu.⁵¹

Var lieki noderēt tas, ka runas pielāgošanās teorija tika daļēji atvasināta gan no piesaistes teorijas, kas paredz, ka interpersonālās uztveres līdzības palielināšanās rezultātā palielinās komunikācijas pievilcība, gan no atribūcijas teorijas, kas ierosināja domāt par to, kā sarunu partneris uztver un novērtē akomodatīvās stratēģijas.⁵² Savukārt, sociālās pielāgošanās teoriju var pamatot pilnīgāk izmantojot sociālās identitātes teoriju, ko 1970. gados ierosināja Anrī Tadžfels un Džons Tērners (*Tajfel A. & Turner J.*), uzskata, ka indivīdi daļu no savas paškonceptijas veido no piederības sociālajām grupām. Teorija cenšas izskaidrot kognitīvos procesus un sociālos apstākļus, kas ir starpgrupu uzvedības pamatā, īpaši tos, kas saistīti ar aizspriedumiem, aizspriedumiem un diskrimināciju.⁵³ Šīs teorijas apzināti netiek skatītas plašāk atsevišķi. Uzmanība tiek pievērsta pielāgošanās teorijas izvirzītajām stratēģijām, kuras tiek izmantotas darba pētījuma daļā.

Var būt lietderīgi pieminēt dažus sociālo zinātņu teorijas kritērijus, lai novērtētu sociālās pielāgošanās teoriju:

1. Datu skaidrojums. Sociālās pielāgošanās teorija ne tikai apraksta komunikācijas uzvedību, tā izskaidro, kāpēc tā notiek.
1. Kvantitatīva izpēte. Pētījumi, kuros izmanto aptaujas un intervijas, ir norma. Eksperimenti notiek reti.
2. Praktiska lietderība. H. Gilza teoriju var piemērot dažādi. Teoriju var labvēlīgi piemērot jebkurai situācijai, kur saskaras dažādu grupu vai kultūru cilvēki.⁵⁴
3. Pēdējā divās desmitgadēs CAT pētnieki ir izrādījuši pastāvīgu interesi arī pētīt komunikācijas pielāgošanos starppaaudžu kontekstā. Cik lielā mērā šo divu grupu pārstāvji pielāgo savu komunikāciju, runājot ar citas paaudzes pārstāvi?

⁵¹ Gallois, C., Ogay, T., & Giles, H. (2005). *Communication Accommodation Theory: a look back and a look ahead*. P-130.

⁵² Turpat. P-123.

⁵³ Hogg, M. A. (2016). *Social identity theory* (pp. 3-17). Springer International Publishing.

⁵⁴ Griffin E., Sparks G., Ledbetter A. (2023) *A first look at communication theory*. P-405.

4. Teorijas centrā ir ideja, ka runātāji pielāgo savu runu stilu, lai radītu un uzturētu pozitīvu personisko un sociālo identitāti.⁵⁵

3.2. Sociālās pielāgošanās teorijas stratēģijas

Pielāgošanās (*accommodation*) – pastāvīga kustība virzienā uz vai prom no citiem, kas mainās, atkarībā no personas komunikācijas uzvedības.⁵⁶

Ne-pielāgošanās (*nonaccommodation*) - komunikācijas uzvedība, kas uztur vai palielina sociālo distanci. Pārmērīga (*overaccommodation*) un uzturēšana/nepietiekama pielāgošanās (*maintenance*) - abas ir *nonaccommodation* uzvedības, kas mēdz tikt uztvertas negatīvi.⁵⁷

H. Gilzs un viņa kolēģi uzsāka plašu pētījuma lauku, lai atbildētu uz jautājumiem, ko rada runas pielāgošanās prakse.

Piemēram:

- Vai ir reizes, kad mēs nepielāgojam savu runas stilu, lai tas atbilstu citu cilvēku runas stilam? Ja tā, kādi ir mūsu motīvi, kāpēc mēs nepielāgojamies?
- Kā grupas, ar kurām mēs identificējamies, ietekmē mūsu pielāgošanās izvēli?
- Vai pielāgošanās vienmēr ir apzināta?
- Vai citi precīzi uztver mūsu nodomu, kad mēs mainām runas stilu?
- Cik lielā mērā mēs pielāgojam to, ko sakām, kā arī to, kā to sakām?
- Kādas ir sociālās sekas, ja mēs pārāk pielāgojamies?⁵⁸

Gadījumos, kad mēs nepielāgojam savu runas stilu citu cilvēku runas stilam. Šādu lēmumu var ietekmēt vairāki motīvi, tostarp personiskie, situatīvie un attiecību faktori. Noteiktā profesionālā vai hierarhiskā vidē pārāk liela sava runas stila pielāgošana var mazināt uztverto autoritāti vai profesionalitāti.⁵⁹ Piemēram, ārsts, runājot ar pacientu, var izvēlēties lietot formālu valodu un tehniskus terminus, lai saglabātu autoritāti, lai gan, vienkāršojot valodu, pacientam būtu vieglāk to saprast. Individīdi var vēlēties saglabāt savu kultūras vai personisko identitāti, kas var būt cieši saistīta ar viņu runas stilu, akcentu vai valodas lietojumu. Persona, kas nāk no noteiktas kultūras vides, var izvēlēties saglabāt savu akcentu vai izteicienus, jo, mainot savu stilu, tā varētu justies kā identitātes zaudēšana.

⁵⁵ Griffin E., Sparks G., Ledbetter A. (2023) *A first look at communication theory*. P-405.

⁵⁶ Turpat. P-423.

⁵⁷ Turpat.

⁵⁸ Turpat.

⁵⁹ Tannen, D. (1995). The power of talk: Who gets heard and why. *Harvard business review*. 73, 138-138.

Ātrā tempā esošā vidē var nebūt pietiekami daudz laika, lai pielāgotu savu runas stilu katra individuālā klausītāja runas stilam.⁶⁰ Piemēram, uzņemšanas nodaļas personālam jāsazinās ātri un efektīvi. Viņi var izmantot tiešu un kodolīgu runas stilu, būtiski nepielāgojot to katra pacienta vēlmēm. Dažreiz runas stila nepielāgošana var būt apzināta stratēģija, lai sasniegtu konkrētus komunikācijas mērķus, piemēram, uzsvērtu kādu jautājumu vai saglabātu kontroli pār sarunu. Jāsecina, ka ir pamatoti iemesli, kādēļ cilvēki var izvēlēties runu nepielāgot.

Grupas, ar kurām mēs identificējamies, var būtiski ietekmēt mūsu izvēli attiecībā uz to, kā mēs pielāgojam savu runas stilu dažādos sociālos un profesionālos kontekstos. Šī ietekme izriet no vēlmes pielāgoties grupas normām, saglabāt grupas identitāti un piepildīt sociālās gaidas. Kultūras normas un vērtības nosaka mūsu saziņas stilu, tostarp valodu, toni, ķermeņa valodu un etiķeti. Katrai profesijai ir savs žargons, formalitātes un saziņas protokoli, kas jāievēro tās pārstāvjiem.⁶¹ Piemēram, veselības aprūpes speciālisti, sazinoties ar kolēģiem, bieži lieto medicīnisko terminoloģiju, bet, lai nodrošinātu izpratni, sarunās ar pacientiem var vienkāršot valodu un lietot vienkāršotu valodu vai terminus. Dažādām paaudzēm var būt atšķirīgas komunikācijas stili, ko ietekmē kultūras un tehnoloģiju konteksts, kurā tās uzaugušas. Specializētas interešu vai hobiju grupas bieži vien ir saistītas ar kopīgu sarunas veidu. Tāpat arī reliģiskajām vai garīgajām grupām bieži vien ir savs komunikācijas stils, kas ietver īpašas frāzes un valodu.⁶²

Precizitāte, ar kādu citi var uztvert mūsu nodomus, kad mēs mainām runas stilu, var ievērojami atšķirties atkarībā no konteksta, sarunu biedru savstarpējām attiecībām, uztveres un pielāgošanas veida. Tomēr, esot pārredzamiem, veidojot ciešas attiecības, aktīvi klausoties un izprotot kultūras normas, mēs varam palielināt varbūtību, ka mūsu nodomi tiks pareizi interpretēti.

Komunikācijas būtisks aspekts ir pielāgot gan to, ko sakām, gan to, kā to sakām. To ietekmē situācija, kurā atrodas, konteksts un mērķis. Ar draugiem un ģimeni mēs varam dalīties personīgākās un intīmākās detaļās, izmantot iekšējus jokus un atsaukties uz kopīgu pieredzi. Droši vien, tons būs siltāks. Ar svešiniekiem gan komunikācija būtu vispārīgāka un mazāk personiska. Izvairītos no strīdīgiem tematiem un personiskas informācijas pieminēšanas. Ķermeņa valoda atturīgāka un distancētāka.

⁶⁰ Tannen, D. (1995). The power of talk: Who gets heard and why. *Harvard business review*

⁶¹ Darwin, R. (2016). Language and identity in the digital age. In *The Routledge handbook of language and identity* (pp. 523-540). Routledge.

⁶² Turpat.

Augsta stresa situācijās koncentrētos uz kodolīgu, tiešu saziņu, lai sniegtu skaidrus norādījumus vai mierinājumu. Komunikācija paustu pārliecību un kontroli.

Pārmērīga pielāgošanās ne velti laika gaitā pievienota pie diverģences startēģijas. Pārmērīga pielāgošanās var radīt vairākas negatīvas sociālās sekas, tostarp autentiskuma zaudēšanu, identitātes mazināšanos, otra cilvēka noraidījumu un emocionālo spriedzi.

Visas teorijas plašās attīstības gaitā, kura sekmējās, kā mēs jau zinām par sociālās pielāgošanās teoriju, H. Gilzs ir konsekventi pretnostatījis divus stratēģiskus saziņas veidus, ko dažādi cilvēki izmanto, kad viņi ir mijiedarbībā - konverģenci un diverģenci. Abus uzvedības veidus viņš uzskata par pielāgošanos, jo katrs no tiem ietver pastāvīgu virzību uz vai no vai attālināšanos no citiem, mainot komunikatīvo uzvedību.⁶³

- **Konverģence** (*convergence*) ir definēta kā stratēģija, ar kuras palīdzību indivīdi **pielāgo** savu komunikatīvo uzvedību tā, lai kļūtu līdzīgāka sarunu biedra uzvedībai.

- **Diverģences** (*divergence*) stratēģijas rezultātā tiek **akcentētas atšķirības** starp sevi un otru. Diverģence "līdzības māsa" ir uzturēšanas/nepietiekama (*maintance*) stratēģija, kura atspoguļo to kā cilvēki neatlaidīgi saglabā savu komunikācijas veidu, neskatoties uz sarunu biedra uzvedību. Lai gan sākotnēji šī tika definēta kā atsevišķa stratēģija, kas atšķīrās no konverģences vai diverģences, turpmākie pētījumi ir parādījuši, ka tai ir aptuveni tāda pati ietekme kā diverģencei.⁶⁴

Konverģence.

Svarīgs konverģences motīvs ir vēlme iegūt cita cilvēka sociālo atzinību.⁶⁵ Viens no veidiem, kā pielietot konverģenci praksē, ir pielāgot savu runas stilu tā, lai tas aptuveni atbilstu sarunu partnera stilam.⁶⁶

Piemēram, runātāji var tuvināties sarunu biedra akcentam, dialektam vai valodai, lai signalizētu, ka viņi pieder tai pašai sociālajai grupai. Konverģence var izpausties arī diskursīvajā līmenī, izvēloties tēmas par ko runāt.⁶⁷ Piemēram, sociologi (*Nelson, Dickson, Hargie*) 2003. gadā ziņoja, ka katoļu un protestantu bērni Ziemeļīrijas zemē bieži izvairījās no jutīgām tēmām (piemēram, reliģija, politika) starpreliģiju sarunās, norādot, ka tas ir veids, kā uzturēt grupu harmoniju un izvairīties no konfliktiem.⁶⁸

⁶³ Gallois, C., Ogay, T., & Giles, H. (2005). *Communication Accommodation Theory: a look back and a look ahead*. P-124.

⁶⁴ Turpat.

⁶⁵ Giles H., Coupland N., & Coupland J. (1991). *Accommodation theory: Communication, context, and consequence*. *Developments in applied sociolinguistics*, 1.

⁶⁶ Griffin E., Sparks G., Ledbetter A. (2023) *A first look at communication theory*. P-424.

⁶⁷ Berger, C. (2014). *Interpersonal Communication* P-38.

⁶⁸ Hargie, O., Dickson, D., & Nelson, S. (2003). *Working together in a divided society: A study of intergroup communication in the Northern Ireland workplace*. *Journal of Business and Technical Communication*, 17(3), 285-318.

Konverģence komunikācijā ir spēcīgs instruments, lai izvairītos no konfliktiem un veicinātu pozitīvu mijiedarbību. Aktīvi klausoties, atspoguļojot neverbālos signālus, pielāgojot valodu un terminoloģiju, ievērojot kultūras īpatnības, regulējot emocijas un meklējot kopīgu valodu, cilvēki var efektīvi pielāgoties citiem.

Kopumā konverģenci mēdz vērtēt pozitīvi, un ir konstatēts, ka tā ir palielina runātāja uztveres pievilcību, saprotamību un savstarpējo piesaisti ar citiem. Tomēr šādi labvēlīgi vērtējumi var būt vājāki, ja konverģence ir tiek piedēvēta ārējam spiedienam, nevis runātāja nodomam, vai, ja tā pārkāpj atzītas normas, tādā gadījumā tas var atstāt negatīvas sekas uz indivīdu.⁶⁹

Pielāgošanās interpersonālā nozīme.

Savstarpējā pielāgošanās ir plaši izplatīta, kas notiek jau agrīnākajās mijiedarbības formās. Tieksme koordinēt, sinhronizēt un sasaistīt savu uzvedību ar citiem, var izrietēt no ieguvumiem, ko tā sniedz. Vecāku un bērna mijiedarbības sinhronizācija veido zīdaiņa bioloģisko un sociālo attīstību. Tā palīdz zīdaiņiem regulēt bioloģiskos pamatprocesus (piemēram, miegu). Sinhronitātes nozīme ir vēl lielāka agrā bērnībā, veidojot gan sociālo, gan kognitīvo attīstību.⁷⁰

Saskarsmes pielāgošana veicina arī empātiju pret citiem. Pielāgošanās var arī veicināt sociālo ietekmi. Tomēr adaptācijai var būt arī negatīva ietekme. Ja tā izpaužas kā verbālā agresivitāte, vardarbība vai pastāvīgs negatīvs uzvedības modelis.

Pielāgošanās modeļi var arī "iezīmēt" personības un kultūras atšķirības.⁷¹

Piemēram, tiem, kam ir spēcīgāka prosociāla (sociāli atbalstāma rīcība vai uzskati, kas atbilst sabiedrībā pieņemtām normām) motivācija, ir lielāka iespējamība sinhronizēt savu neverbālo uzvedību ar partneri.⁷²

Diverģence.

Pārmērīga akomodācija, kas ir pētīta dažādās starpgrupu situācijās. Piemēram, komunikatīvā uzvedība, kas vērsta uz personām ar invaliditāti, bieži vien ir raksturīgs pārlieku aizsargājošs un kontrolējošs aprūpes stils, kas pārmērīgi ietekmē invalīdus. Tas modelē negatīvus stereotipus par invalīdiem kā vājiem un nekompetentiem. Šādu uzvedību ne tikai var uztvert negatīvi, bet arī var novest pie aizvainojuma no personas ar invaliditāti.

⁶⁹ Berger, C. (2014). *Interpersonal Communication* P-38.

⁷⁰ Turpat. P-227.

⁷¹ Turpat.

⁷² Turpat.

Kopumā pārmērīga pielāgošanās var būt ar labiem nodomiem, bet rezultātā saņēmējs jūtas sliktāk. H. Gilzs pārmērīgu pielāgošanos raksturo kā “pazemojošu vai aizbildniecisku runu, pārmērīga uzmanība uz balsi skaidrību vai toņa pastiprināšanu, ziņojuma vienkāršošanu vai atkārtošana”.⁷³

Nepietiekama akomodācija - lai gan tā ir salīdzinoši maz pētīta, daži pētījumi liecina, ka tā ne tikai notiek biežāk, bet arī tiek uztverta negatīvāk nekā pārmērīga akomodācija. Uzmanības vai klausīšanās trūkums mēdz būt raksturīgs nepietiekamai akomodācijai. Piemēram, gados vecāki cilvēki bieži vien nepietiekami pielāgojas jaunāku cilvēku komunikatīvajām vēlmēm.⁷⁴

Kā nepietiekamas akomodācijas aprakstu H. Gilzs piedāvā koledžas studenta atmiņas par neapmierinošu sarunu ar vecāka gadagājuma cilvēku: "Viņš lielāko daļu runāja, un, šķiet, viņam bija pilnīgi vienalga, ko es saku. Viņš šķita tik noslēgts un nepieņemīgs jaunām idejām”.⁷⁵

Savas identitātes, atšķirīguma un/vai vēlme izrādīt neapmierinātību pret savu sarunu biedru(-iem) ir diverģence uzturēšanas pamatā. Diverģence var izpausties īpaši tad, kad cilvēki stingri identificējas ar savu iekšējo grupu vai uzskata, ka viņu identitāte ir nozīmīgi apdraudēta. Atšķirības saglabāšana parasti ir saistīta ar negatīviem attiecību rezultātiem - aizvainojumu, naidīgumu.⁷⁶

Sociālās pielāgošanās teorijas modifikācijas ievieša vairākus dažādus komunikāciju stratēģiju veidus, kas paredz ne tikai to, kādu formu iegūs pielāgošanās, bet arī motivāciju. Tās ir sekojošas: tuvināšanās, interpretācija, starppersonu kontrole, sarunas/diskursa vadība, emocionālās izpausmes.⁷⁷

Tuvināšanās - runātājs pielāgojas konkrētām vajadzībām, kas ir nepieciešamas, ņemot vērā sarunu biedra prasmes un spējas.

Interpretācija - saprotamības līmeņa paaugstināšana vai pazemināšana savam sarunu biedram.

Starppersonu kontrole - indivīds atveido savu komunikatīvo uzvedību, kas balstīta uz iepriekš iedomātiem uzskatiem un stereotipiem, lomām un statusiem.

⁷³ Berger, C. (2014). *Interpersonal Communication* P-227.

⁷⁴ Berger, C. (2014). *Interpersonal Communication*. P-39.

⁷⁵ Griffin E., Sparks G., Ledbetter A. (2023) *A first look at communication theory*. P-425.

⁷⁶ Berger, C. (2014). *Interpersonal Communication*. P-37.

⁷⁷ Farzadnia, Sina, and Howard Giles. *Patient-provider interaction: A communication accommodation theory perspective*. P-18.

Diskursa vadība - centrā ir komunikācijas process, nevis saturs. Runātājs koncentrējas uz otra cilvēka sarunvalodas vajadzībām un veicina sarunas (to uztur vai atpakaļnovirza), demonstrējot aktīvas klausīšanās prasmes, pievēršot uzmanību neverbālām niansēm.

Emocionālās izpausmes - atbild uz sarunu biedra emociju, kognitīvajām vajadzībām.⁷⁸

Kopā šiem elementiem ir izšķiroša nozīme veiksmīgā komunikācijā, jo tie palīdz cilvēkiem skaidri nodot vēstījumu, pārvaldīt savstarpējās attiecības un labāk saprast vienu otru.

3.3. Veiktie pētījumi veselības aprūpē pasaulē

Izvēloties sev nepieciešamo veselības aprūpes sniedzēju (vienalga ārsts, fizioterapeits vai kāds cits), cilvēki lielākoties meklē kādu, ar kuru viņi ir saderīgi pēc uzskatiem un vērtībām, kurš var vislabāk apmierināt viņa emocionālās un fiziskās vajadzības un, kas līdzdarbojas lēmumu pieņemšanā.

Pasaulē ir veikti pētījumi, kuri skata sociālās pielāgošanās teorijas komunikāciju stratēģiju pielietojumu veselības aprūpē. Precīzāk - komunikācijā starp pacientiem, kas saņem pakalpojumus, un veselības aprūpes sniedzējiem, kas tos nodrošina. Veselības aprūpes speciālistiem darbā ar pacientiem nākas komunicēt ar ļoti plašu un dažādu sociālo, etnisko, kultūras, reliģijas pārstāvju klāstu. Personālam ir izaicinājums izveidot veiksmīgu komunikāciju, kas noved pie pacienta saņemtā pakalpojuma apmierinātības.

Izteiktu pielāgošanos pacientiem veselības aprūpē var novērot dažās konkrētās nozarēs, specialitātēs. Komunikācijā ar geriatrijas (medicīnas nozare, kas pētī vecu cilvēku slimības un to ārstēšanu) pacientiem fiksēts, ka veselības aprūpes sniedzēji izmanto pārspīlētu intonāciju, skaļāku balss toni, samazinātu runas ātrumu, vienkāršotu leksiku. Šāda tuvināšanās stratēģija, pazīstama arī kā “*elderspeak*” jeb “vecāku cilvēku runa”, ko izmanto pakalpojumu sniedzēji, mēģinot būt pārlieku pieklājīgi pret vecāku sarunu biedru. Šādas izmantotas pārlieku pielāgošanās stratēģijas novērotas komunicējot veselības aprūpes sniedzējiem arī ar attīstības traucējumu pacientiem vai sarežģītās komunikācijas situācijās, kur nepieciešams samazināt runas ātrumu un izmantot vienkāršotu vārdu krājumu, leksiku. Var uzskatīt, ka pacienti, kuri izprot šo pārlieku pielāgošanos no citu puses, bet nespēj komunicēt tā, lai liktu to saprast sarunu biedram, liek justies bezpalīdzīgi un radīt diskomforta sajūtu pacientam.⁷⁹

⁷⁸ Farzadnia, Sina, and Howard Giles. *Patient-provider interaction: A communication accommodation theory perspective*. P-18.

⁷⁹ Turpat.P-21.

Pacientu un pakalpojumu sniedzēju mijiedarbības pētījumos starppersonu kontroles stratēģijas ir minētas paliatīvajā aprūpē, jaundzimušo aprūpē un geriatrijā. Šie pētījumi skaidri uzvedina uz domu, ka cīņa par kontroli ir acīmredzama un galvenokārt no veselības aprūpes sniedzēja puses.⁸⁰

Paliatīvajā aprūpē pacienti cer, ka veselības aprūpes sniedzēji atbrīvosies no savas lomas uzņemot pacientus individuāli, kopīgi pieņemot lēmumus. Geriatrijā turklāt vairāk novērojama familiāra uzvedība, komunikācija no pacientu puses. Savukārt, diskursa vadības stratēģijās tādās nozarēs kā sāpju menedžments, geriatrija un psihiatrija, veselības aprūpes sniedzēji ir labāki diskursu vadītāji nekā pacienti. Konstatēts, ka izsmalcināta lingvistiskā izmantošana (piemēram, jautājuma frāze) vai paralinguālās īpatnības (piemēram, pauzes un pārtraukumi) sniedzēju sarunā var dot sadarbības izjūtu.⁸¹

Interpretācijas stratēģijas veselības aprūpē var tikt saistītas ar saprotamības līmeņa paaugstināšanu vai pazemināšanu, piemēram, ārsts, kas lieto komunikācijā ar pacientu izmanto žargonu. Veselības aprūpes sniedzēji izmanto verbālo un neverbālo komunikāciju, caur kurām samazina pacientu negatīvās emocijas ar empātiskiem žestiem, piemēram, atbalstošs pieskāriens, cieņpilns klusums un acu kontakts. Emocionālo stratēģiju izmantot biežāk, kad veselības aprūpes sniedzēji atklāj nepatīkamu medicīnisku informāciju vai medicīniskas kļūdas.⁸² Piemēram, pastāvīga emocionālā atbalsta un resursu nodrošināšana pēc sākotnējās informācijas atklāšanas, organizēt turpmākas tikšanās, sniegt informāciju par atbalsta grupām.

Kādā veiktā pētījumā Bangladešā, izmantojot sociālās pielāgošanās teoriju, tika mēģināts saprast kā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji uztver, iesaistās un pielāgo pacientu vajadzības dzemdību nodaļās. Šajā pētījumā tika izmantota padziļinātas intervijas metode. Pētījumā tika pieņemti veselības aprūpes sniedzēji, kas bija tieši saistīti ar pacientiem un viņu radniekiem dzemdību nodaļā Bangladešā. Intervija ilga aptuveni 30-50 minūtes. Dalībniekiem tika dots pietiekami daudz laika un plašas iespējas brīvi izteikties, intervija notika dzimtajā valodā.

⁸⁰ Farzadnia, Sina, and Howard Giles. *Patient-provider interaction: A communication accommodation theory perspective*. P-21.

⁸¹ Turpat.P-23.

⁸² Turpat.

Tika atklāta konverģences stratēģijas izmantošana ar tuvināšanos pacientiem, emocionālām izpausmēm, diskursa vadību no personāla puses. Kā vienu no pētījuma citātiem var pieminēt kāda speciālista pausto: “Mūsu pienākums ir sniegt emocionālo atbalstu saviem pacientiem, lai sniegtu viņiem komfortu mēs izmantojam žestus, acu kontaktu vai pat pieskārienus”.⁸³

Slimnīcu farmaceitu komunikācijas uzvedības novērtēšanā tika izmantota sociālās pielāgošanās teorijas stratēģiju aprakstītā pielāgojošā uzvedība. Pētījums notika lielā slimnīcā Austrālijas pilsētā Brisbenā, kurā pētīja slimnīcu farmaceitu saziņas efektivitāti ar pacientiem zāļu konsultāciju laikā. Piecas teorijas stratēģijas (tuvināšanās, interpretācija, diskursa vadība, starppersonu kontrole, emociju izpausmes) tika integrētas saziņas aspektos, kas attiecas uz slimnīcu farmaceitu un pacientu mijiedarbību. Pētījuma uzmanības centrā bija farmaceitu komunikācijas uzvedība un tas, cik labi farmaceiti apmierina pacientu sarunvalodas vajadzības. Pētījums veikts slimnīcā, kur farmaceita un pacienta mijiedarbība tika iemūžināta ar audioierakstu (intervijas) un novērojumu palīdzību viņu dabiskajā vidē.⁸⁴

Pētījuma secinājumos ietilpa izvēlētās teorijas praktiskā piemērošana un tās integrācija daudzos šā pētījuma aspektos. Komunikācijas apmācībai īpaši svarīgas jomas ir farmaceitu izpratnes palielināšana un sociālās pielāgošanās teorijas stratēģiju integrēšana sarunās ar pacientiem, kā arī tālākizglītība veselības pratības un kultūras izpratnes jomā. Farmaceitiem jābūt apmācītiem pielāgot savu komunikācijas stilu, pamatojoties uz pacienta reakciju, vajadzībām un komforta līmeni. Piemēram, lietot vienkāršāku valodu pacientiem, kuri šķiet apjukusi vai nomākti. Saiknes veidošana ar pacientiem, izmantojot empātiju. Farmaceitiem ir jācenšas aktīvi klausīties, izrādot patiesu interesi par pacienta problēmām un reaģējot ar empātiju. Atzīt un respektēt kultūras atšķirības saskarsmes stilos un veselības uzskatos, jo farmaceitiem jāapzinās, kā kultūras izcelsme var ietekmēt pacientu izpratni par slimību un ārstēšanu. *CAT* var kalpot kā izglītojošs rīks, kas nodrošina aizraujošu iespēju ieviest intervences apmācību un tālāk palīdzēt farmaceitiem saskarsmē ar pacientiem.⁸⁵ Šis ir nozīmīgs secinājums, kurš paver iespējas sociālās pielāgošanās teoriju izmantot un varbūt pat nākotnē iekļaut veselības aprūpes sniedzēju mācību procesā, kā svarīgu komunikācijas procesa rīku darbā ar pacientiem.

⁸³ Kabir MR, Chan K (2022) “Do we even have a voice?” *Health providers’ perspective on the patient accommodation strategies in Bangladesh*. PLoS ONE 17(8): e0271827. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271827>

⁸⁴Chevalier M., Watson B.M., Barras M.A., Cottrell W.N. (2020). *Assessing Communication Behaviours of Hospital Pharmacists: How Well Do the Perspectives of Pharmacists, Patients, and an Independent Observer Align?* Journal of Language and Social Psychology, 39(5–6), 626–652. <https://doi-org.datubazes.lanet.lv/10.1177/0261927X20909867>

⁸⁵ Turpat.

4. PAAUDZES

Tā kā maģistra darbā tiek pētīta ne tikai *CAT* stratēģiju izmantošana ārstniecības personu vidū ar pacientiem, bet arī kādu nozīmi tam piešķir ārstniecības personas un, ko var konstatēt salīdzinot *CAT* stratēģiju pielietošanu dažādu paaudžu pārstāvju vidū. Līdz ar to šajā nodaļā tiks skatītas gan sociālās pielāgošanās teorijas prakse starppaudžu komunikācijā un to veiktie pētījumi, gan izklāsts par paaudžu daudzveidību medicīnas nozarē.

4.1. Starppaudžu komunikācija *CAT* stratēģiju ietvaros

CAT (sociālās pielāgošanās teorijas) pētnieki ir atklājuši, ka starppaaudžu tikšanās laikā diverģence ir norma, bet konverģence - izņēmums, jo īpaši, ja abi nav savstarpēji saistīti, nav vienas ģimenes locekļi. Jaunieši parasti raksturo vecāka gadagājuma cilvēkus kā noslēgtus domāšanā, dusmīgus, ar negatīviem stereotipiem par jauniešiem. Vecāka gadagājuma cilvēki bieži palielina sociālo distanci, izmantojot paš aizsardzības (*self-handicapping*) procesu, kurā atsaucas uz vecumu kā iemeslu, ka kaut kas tāpēc nesokas labi vai rada problēmas. Arizonas Universitātes komunikācijas profesors Džeiks Hārvuds un divi kolēģi atklāja, ka ir daudzi veidi, kā vecāka gadagājuma cilvēki nepārtraukti runā atgādina jaunākiem klausītājiem, ka viņi ir veci.

Piemēri:

1. Runājot par vecumu: "Jūs esat tik jauns. Nākamā gada decembrī man apritēs 70 gadi".
4. Sevi aizstāvošs, atbalstošs: "Jūs, mūsdienu bērni, nezināt, ko nozīmē smags darbs".
6. Dzirdes traucējumi: "Lūdzu, runājiet skaļi un mēģiniet nemulst".

Šīs iezīmes konsekventi padara runātāju vecumu klausītājam redzamu, un atstāj negatīvu iespaidu.⁸⁶

⁸⁶ Griffin E., Sparks G., Ledbetter A. (2023) *A first look at communication theory*. McGraw-hill. Eleventh ed.

Papildu veids, kā mazināt paaudžu plaisu, var būt diskursa pārvaldība - jutīga diskusiju tematu izvēle. Hovards Gilzs un Endžija Vilijsa (*H. Giles, A. Williams*) Velsā pētīja koledžas studentu retrospektīvos stāstus par gan apmierinošas, gan nomācošas starppaaudžu sarunām. Viņi atklāja, ka jaunieši ļoti novērtēja vecākus cilvēkus, kad tie atpazīna, kādus stāstus studenti vēlas dzirdēt. Savstarpējā sapratne var ievērojami uzlabot komunikāciju starp paaudzēm. Patiesi ieklausīties jauniešos, lai saprastu viņu intereses, rūpes un stāstu veidus, kas viņiem patīk, uzdodot atklātus jautājumus par viņu interesēm un pieredzi un uzmanīgi uzklausiet viņu atbildes.⁸⁷

Daudzos pētījumos ir pētīta arī pārmērīga akomodācija starppaaudžu komunikācijā. Kad jaunāki cilvēki mijiedarbojas ar vecākiem cilvēkiem, viņi bieži pielāgo savu komunikatīvo uzvedību, lai kompensētu to, ko viņi uzskata par vecāka gadagājuma cilvēku fiziskām vai psiholoģiskām nepilnībām. Piemēram, izvairās no pārāk ātras runāšanas vai murmināšanas. Runā skaidrā un mierīgā tonī, laiku pa laikam veicot pauzes, lai vecāka gadagājuma cilvēks varētu apstrādāt informāciju.⁸⁸ Tomēr šie priekšstati bieži vien ir pārspīlēti un atspoguļo negatīvus vecuma stereotipus. Pamatojoties uz šiem stereotipiem, gados jaunāki cilvēki mēdz (pārlietu) pielāgot savu runu vecākiem cilvēkiem. Izmantojot vienkāršotu gramatiku un vārdu krājumu, nevajadzīgus atkārtojumus, palēninātu runas tempu un pārspīlētu intonāciju. Šāda veida pārlietu pielāgošanās pauž zemu vecāka gadagājuma cilvēku novērtējumu.⁸⁹

Veselības aprūpe kļūst arvien daudzveidīgāka, aprūpi meklē dažādu kultūru pacienti. Tā kā *CAT* ir pielīdzināma starpkultūru komunikācijas teorijai, tai ir nozīme veselības aprūpes sniedzējiem pielāgot savu komunikācijas stilu, lai tas atbilstu attiecīgajai pacientu kultūrai. Veselības aprūpē efektīvai saziņai starp pacientiem un veselības aprūpes sniedzējiem ir būtiska nozīme uzticības veidošanā, kopīgu lēmumu pieņemšanas veicināšanā un pacientu ārstēšanas rezultātu uzlabošanā. *CAT* uzsver, cik svarīgi ir pielāgot komunikāciju, lai apmierinātu otra vajadzības un vēlmes, tādējādi veicinot šajā gadījumā uz pacientu vērstu mijiedarbību. Redzot, ka *CAT* var attiecināt uz dažādām situācijām, tostarp medicīnas nozari un starppaaudžu komunikāciju, manī rodas ideja, kā būtu, ja šīs divas lietas apvienotu? Vai *CAT* stratēģiju pielietošana medicīnā darbā ar pacientu mainās atkarībā no paaudzes pārstāvja?

⁸⁷ Griffin E., Sparks G., Ledbetter A. (2023) *A first look at communication theory*. McGraw-hill. Eleventh ed.

⁸⁸ Giles, H., & Gasiorek, J. (2011). *Intergenerational communication practices. Handbook of the psychology of aging* (7th ed., pp. 233–247). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-380882-0.00015-2>

⁸⁹ Hummert, M. L., Garstka, T. A., Ryan, E. B., & Bonnesen, J. L. (2004). *The Role of Age Stereotypes in Interpersonal Communication*. In J. F. Nussbaum & J. Coupland (Eds.), *Handbook of communication and aging research* (2nd ed., pp. 91–114). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

4.2. Paaudžu daudzveidība veselības aprūpē

Ir skaidrs, ka katras paaudzes pārstāvim var būt sava nostāja un pieeja dažādām dzīves situācijām. Medicīna ir nozare, kuras darba ikdiena ir spraiga, un komandas darbs ir ļoti svarīga sastāvdaļa veiksmīgam darba rezultātam. Tomēr, ja komandā tiekas cilvēki ar atšķirīgām pieejām, attieksmi un uzskatiem, tas var rast domstarpības personāla vidū un mest izaicinājumu pozitīvai pacienta pieredzes iegūšanai veselības aprūpes iestādē. Kā jau minēts iepriekš darbā, veiksmīga komunikācija dažkārt ir galvenā zelta atslēga, lai pacients būtu apmierināts ar vizīti pie speciālista.

Katras paaudzes pārstāvja attieksme par to kā būtu vai ir jāattiecas pret pacientu (atceroties komunikācijas un pielāgošanās nozīmi medicīnas jomā) var būt atšķirīga.

Jaunāku veselības aprūpes darbinieku prasības un gaidas atšķiras no gados vecāku veselības aprūpes darbiniekiem. Vecāka gadagājuma ārsti un vadītāji vadās pēc komandvadības un kontroles struktūras, un uztver sevi kā augstākā līmeņa autoritāti. Salīdzinot ar jaunāku paaudžu cilvēku grupām, kuras uztver sevi kā komandas daļu, tās dod priekšroku ierobežotai birokrātijai. Lai gan ir neseni pētījumi par līderību veselības aprūpē, par konfliktu pārvaldību veselības aprūpē, bet ir ierobežoti paaudžu pētījumi veselības aprūpē.⁹⁰ Tomēr ir svarīgi atzīmēt paaudžu daudzveidības esamību veselības aprūpē un apdomāt tās ietekmi, ko tā var vērst ne tikai savstarpējās veselības aprūpes sniedzēju attiecībās, bet arī uz pacientu vērstajā aprūpē.

Latvijā 2019.gadā Vidzemes reģionā 30 % ģimenes ārstu ir pensijas vecumā⁹¹, bet ārsta palīgi līdz 34 gadu vecumam sastāda vislielāko (40,4%) procentuālo skaitu 2021.gadā pēc vecuma grupām šajā profesijā.⁹²

⁹⁰ Johnson, N. L. (2014). *Differences between generational cohort, conflict management style, and leadership style of managers in healthcare administration* (Doctoral dissertation, Capella University). Izgūts no: <https://www.proquest.com/openview/2529fd4da678179955b2abbe8b4ef806/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>

⁹¹ Latvijas Ārstu biedrība. (2019.g.6.nov.) *Latvijas Ārstu biedrība aicina medijus pārtraukt veselības nozares demonizāciju*. *Latvijas Ārstu biedrība*. Izgūts no: <https://www.arstubiedriba.lv/latvijas-arstu-biedriba-aicina-medijus-partraukt-veselibas-nozares-demonizaciju/>

⁹² Slimību profilakses un kontroles centrs. (2023.g.6.jūn.) *Veselības statistikas datubāze*. Izgūts no: https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/Health__Veselibas_aprupes_resursi/RES040_AP_vec_grupas_px/table/tableViewLayout2/

Tradicionālisti veido nelielu daļu no pašreizējā darbaspēka. Šai paaudzei ir daudz pieredzes, ar ko dalīties, un tā var darboties kā mentori gados jaunākiem darbiniekiem. Tradicionālisti bieži vērtē lojalitāti un cenšas palīdzēt citiem. Viņi bieži vien ievēro stingru darba ētiku un tradicionālās vērtības darbavietā, kas nozīmē, ka viņiem var būt neērti strādāt netradicionālās darba dienās vai stundās.⁹³

Baby Boomer bieži vien ir strādīgi cilvēki, un viņi, iespējams, ir vairāk gatavi uzņemties risku, lai sasniegtu savus mērķus. Viņi bieži ir uzticīgi savam darbam un lojāli saviem uzņēmumiem. Šiem speciālistiem var būt raksturīgs tradicionāls domāšanas veids darbavietā, kas nozīmē, ka viņi bieži vien novērtē iedibināto atbildības un pilnvaru hierarhiju. Viņiem bieži vien nav nepieciešama pastāvīga atgriezeniskā saite par savu darbu, taču viņiem varētu patikt ieskats profesionālās attīstības iespējās, kas var palīdzēt gūt panākumus savā amatā. Viņi bieži ir motivēti ieņemt augstākus amatus, kas ļauj viņiem mācīt jaunāko paaudzi par attiecību veidošanu un komunikāciju.⁹⁴

X paaudzes profesionāļi bieži vien ir mierīgāki un neatkarīgāki cilvēki, kuri novērtē draudzīgas, elastīgas darba vietas un produktivitāti, nevis darba stundas. Šī paaudze bieži vien tiecas pēc efektivitātes un inovācijām darbavietā un personīgajā dzīvē, vienlaikus respektējot patstāvību, lai izdarītu izvēli un veidotu attiecības ar mentoriem. X paaudzes pārstāvjiem raksturīgas kopīgas iezīmes ir neatkarība un personīgā attīstība. X paaudzes profesionāļi var būt skeptiski noskaņoti pret pašreizējām procedūrām, kas var likt viņiem uzņemties risku, kas var veicināt progresu un inovācijas. *Millennials* jeb Y ir pirmā paaudze, kas uzaugusi tehnoloģiju attīstības laikmetā. Viņi ir visstraujāk augošā darbaspēka daļa. Šīs paaudzes pārstāvji var meklēt jēgpilnu darbu, lai attīstītos un izmantotu savas radošās prasmes. Viņi ir tehnoloģiski zinoši un izmanto tehnoloģijas, lai padarītu savu darbu efektīvāku un radītu ilgstošu ietekmi uz savu komandu. Bieži vien ir orientēti uz rezultātu un var palīdzēt vecākajām paaudzēm integrēt jaunās tehnoloģijas darba vietā, lai uzlabotu efektivitāti. *Millennials* jeb Y paaudzes darbinieki bieži vien ar aizrautību rada relaksējošu darba vidi, un viņi nebaidās apstrīdēt autoritātes, lai izstrādātu inovatīvus risinājumus darba vides problēmām.⁹⁵

⁹³ Herrity J. (2022.g.22.dec.) *5 Generations in the Workplace: Their Values and Differences*. Generations in the workplace. Career development. Izgūts no: <https://www.indeed.com/career-advice/career-development/generations-in-the-workplace>

⁹⁴ Turpat.

⁹⁵ Turpat.

Z paaudze tikai sāk ienākt darba tirgū, taču viņi bieži vien dod priekšroku elastīgai darba videi, skaidriem norādījumiem un pārredzamībai attiecībā uz savu darbu. Viņu plašā un inovatīvā domāšana var būt noderīga daudzām organizācijām. Viņi parasti ir pielāgojušies pieaugošajām tehnoloģiskajām pārmaiņām un bieži vien ir globāli domājoši. Z paaudze parasti savās attiecībās priekšroku dod autentiskumam, patiesībai un saiknei, un viņi to var sagaidīt arī no vadītājiem. Z paaudzes darbinieki uzauguši laikā, kad daudzās lietās izmantoja vai paļāvās uz tehnoloģijām, tāpēc viņi ir labāk pielāgojušies pārmaiņām.⁹⁶

Pētījumā par jaunreģistrētajām māsām (medicīnas māsas) no trīs dažādām paaudzēm (*Baby Boomer, X un Y*) atklāja būtiskas atšķirības starp paaudzēm šādās jomās: apmierinātība ar darbu, organizatoriskas apņemšanās, darba motivācija, konflikts starp darbu un ģimeni, taisnīgums, atbalsts, mentoru atbalsts un priekšstati par darba iespējām.⁹⁷ Paturpinot par darba iespējām vēl viena raksturīga iezīme paaudžu skatījumā, ka jaunākās medicīnas māsas bieži vien pieņem, ka viņu vecākie kolēģi, kas visu karjeru palikuši vienā darba vietā, to darījuši, jo nav izmantojuši iespējas. Turpretī iepriekšējā paaudze jaunāko kolēģu biežās darba maiņas uztver kā norādi uz saistību trūkumu vai neuzticamību.⁹⁸

Lai gan katrs indivīds ir unikāls, tomēr katras paaudzes pārstāvji veido kolektīvu personību ar pieņēmumiem par organizācijām, attieksmi, kas saistīta ar autoritāti, un cerībām uz panākumiem darbā. Hierarhijas saplacināšana ir saasinājusi dažādu paaudžu darbinieku mijiedarbību. Tomēr visas pārāk bieži notiekošās paaudžu mijiedarbības deģenerējas konfliktos, jo netiek novērtētas, izprastas vai vienkārši nepareizi interpretētas citas perspektīvas. Dažādu paaudžu cilvēku mijiedarbībā darba vietā jaunās paaudzes pārstāvji vienmēr ir izteikti neizdevīgā situācijā. Ir vairāki iemesli, kāpēc jaunākās paaudzes var būt neizdevīgākā situācijā darbavietā. Jaunākajām paaudzēm parasti ir mazāka darba pieredze salīdzinājumā ar vecākajām paaudzēm, tāpēc tām var būt grūtāk orientēties sarežģītā darba vides dinamikā un attiecībās. Vecāko paaudžu pārstāvjiem var būt stereotipi vai priekšstati par jaunākiem darbiniekiem, piemēram, ka viņi ir slinki vai tiesīgi, kas var radīt šķēršļus. Daudzās darbavietās vecāka gadagājuma darbinieki var ieņemt vadošus amatus, kas var radīt varas nelīdzsvarotību, kas var likt jaunākajai paaudzei vilcināties izteikt savu viedokli.⁹⁹

⁹⁶ Herrity J. (2022.g.22.dec.) *5 Generations in the Workplace: Their Values and Differences*. Generations in the workplace. Career development. Izgūts no: <https://www.indeed.com/career-advice/career-development/generations-in-the-workplace>

⁹⁷ Keepnews D.M., Brewer C.S., Kovner C.T. (2010). *Generational differences among newly licensed registered nurses*. *Nursing Outlook*, 58(3), 155-163. doi.org/10.1016/j.outlook.2009.11.001

⁹⁸ Weston M. (2006). "Integrating Generational Perspectives in Nursing" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 11 No. 2, Manuscript 1. doi.org/10.3912/OJIN.Vol11No02Man01

⁹⁹Turpat.

Kopumā organizācijām ir svarīgi veicināt iekļaujošu un daudzveidīgu darba kultūru, kas novērtē visu paaudžu darbinieku perspektīvas un ieguldījumu. Tas var palīdzēt radīt harmoniskāku un produktīvāku darba vidi, kurā paaudžu mijiedarbība ir abpusēji izdevīga visām iesaistītajām pusēm. Tostarp medicīnas nozarē.

Varētu uzdot jautājumu, cik gan ļoti šādas izveidojušās konfliktsituācijas darba vietā ietekmē pašu paveikto darbu, tā kvalitāti? Konflikti darbavietā var būtiski ietekmēt indivīdu un komandu darba kvalitāti. Konflikts var izraisīt produktivitātes samazināšanos, jo darbinieki, risinot savstrapējos saspīlējumus vai neatrisinātus jautājumus, var kļūt izklaidīgi, atsvešināti vai demotivēti. Tā rezultātā var tikt nokavēti termiņi, pieļautas kļūdas vai kavēta uzdevumu un projektu izpilde. Konflikts var kavēt efektīvu saziņu komandās, izraisot pārpratumus, nepareizu interpretāciju un informācijas apmaiņas pārtraukumus, protams, var radīt negatīvu darba vidi, ko raksturo spriedze, stress un nemiers. Darbiniekiem var samazināties morāle un motivācija, kā rezultātā samazinās apmierinātība ar darbu un apņemšanās strādāt organizācijā.¹⁰⁰

Viens no konflikta iemesliem veselības aprūpes sniedzējiem ir nesaskaņas par pacientu aprūpi. Apmācības, kompetences un klīniskās pieredzes atšķirības var izraisīt domstarpības par vispiemērotāko rīcību pacienta aprūpē. Pacientu aprūpes konflikti var rasties, ja veselības aprūpes sniedzējiem var būt atšķirīgi pacienta simptomu, diagnostikas vai ārstēšanas iespēju vērtējumi vai interpretācijas, kā arī var būt personiski aizspriedumi attiecībā uz ārstēšanas metodēm, medikamentu izvēli vai iejaukšanos. Slikta komunikācija starp veselības aprūpes sniedzējiem, piemēram, neefektīva maiņu nodošana, neskaidri aprūpes plāni vai nepietiekama informācijas apmaiņa, var veicināt domstarpības par pacienta aprūpi. Nesaprašanās, pieņēmumi vai nepilnīga dokumentācija var izraisīt kļūdas, izlaidumus vai ārstēšanas aizkavēšanos, saasinot konfliktus. Veselības aprūpes komandas veido dažādi speciālisti ar atšķirīgām lomām, pienākumiem un perspektīvām. Starpprofesionāli konflikti var rasties, ja trūkst skaidrības vai cieņas pret katra komandas locekļa kompetenci, kas noved pie teritoriāliem kariem, cīņas par varu vai šķietamas hierarhijas problēmām, kas ietekmē pacientu aprūpes lēmumus. Ir pierādīts, ka konflikts starp veselības aprūpes speciālistiem negatīvi ietekmē veselības aprūpes komandas un pacientu aprūpes kvalitāti un drošību, ja tas netiek novērsts. Tādas stratēģijas kā regulāras komandas sanāksmes, starpdisciplināras vizītes, kopīgi lēmumu pieņemšanas procesi un skaidri strīdu risināšanas protokoli var palīdzēt mazināt konfliktus un veicināt augstas kvalitātes pacientu aprūpi.¹⁰¹

¹⁰⁰ Bochatay N., Bajwa N., Cullati S. (2017). "A Multilevel Analysis of Professional Conflicts in Health Care Teams: Insight for Future Training" DOI: 10.1097/ACM.0000000000001912

¹⁰¹Turpat.

Pašlaik medicīnas nozares darba tirgū pasaulē var sastapt pat veselas piecas paaudzes pārstāvjus.¹⁰² Sākot ar “Klusos paaudzi” (minēti avotos arī kā *Traditionalists*), kuri dzimuši no 1928.-1945.gada, un pašlaik ir vecumā starp 79-96. Tālāk seko *Baby Boomer* paaudze - dzimuši laikā no 1946.-1964.gadam. No 1965.-1980. gadā dzimušie ir X paaudze. *Millennial* jeb Y paaudze dzimuši laikā no 1981.- 1996.gadam. No 1997.- 2012.gadam dzimušie ir Z paaudze, kas ir pagaidām visjaunākās paaudzes pārstāvji, kas sastopami darba tirgū mūsdienās.¹⁰³ Maģistra darbā netiek akcentēts, cik daudz (skaitliski) ārstniecības personas praktizē no dažādām paaudzēm.

Vai piederība vecuma grupai ietekmē veselības aprūpes vadītāju vērtības un no tām izrietošos ētiskos spriedumus? Lielākā daļa literatūras nepārprotami liecina, ka atbilde ir "jā", tomēr empīrisks šā jautājuma novērtējums vēl nav veikts. Līdz šim uzmanība šim jautājumam ir pievērsta paaudžu atšķirībām starp trim vecuma grupām, kas šodien strādā darba vietā: Tradicionālistiem, *Baby Boomer*, un X paaudzes pārstāvjiem. Viens no pētījumiem liecina, ka piederība vecuma grupai patiešām var zināmā mērā ietekmēt veselības aprūpes vadītāju vērtības un ētiskos spriedumus. Paaudžu atšķirības attieksmēs, uzskatos un pieredzē var ietekmēt to, kā cilvēki uztver ētiskās dilemmas un pieņem lēmumus, tostarp veselības aprūpes vadītāju amatos.¹⁰⁴ Dažādām paaudzēm bieži vien ir atšķirīgas vērtības un uzskati, ko veidojusi viņu unikālā dzīves pieredze, sabiedrības ietekme un vēsturiskie notikumi.

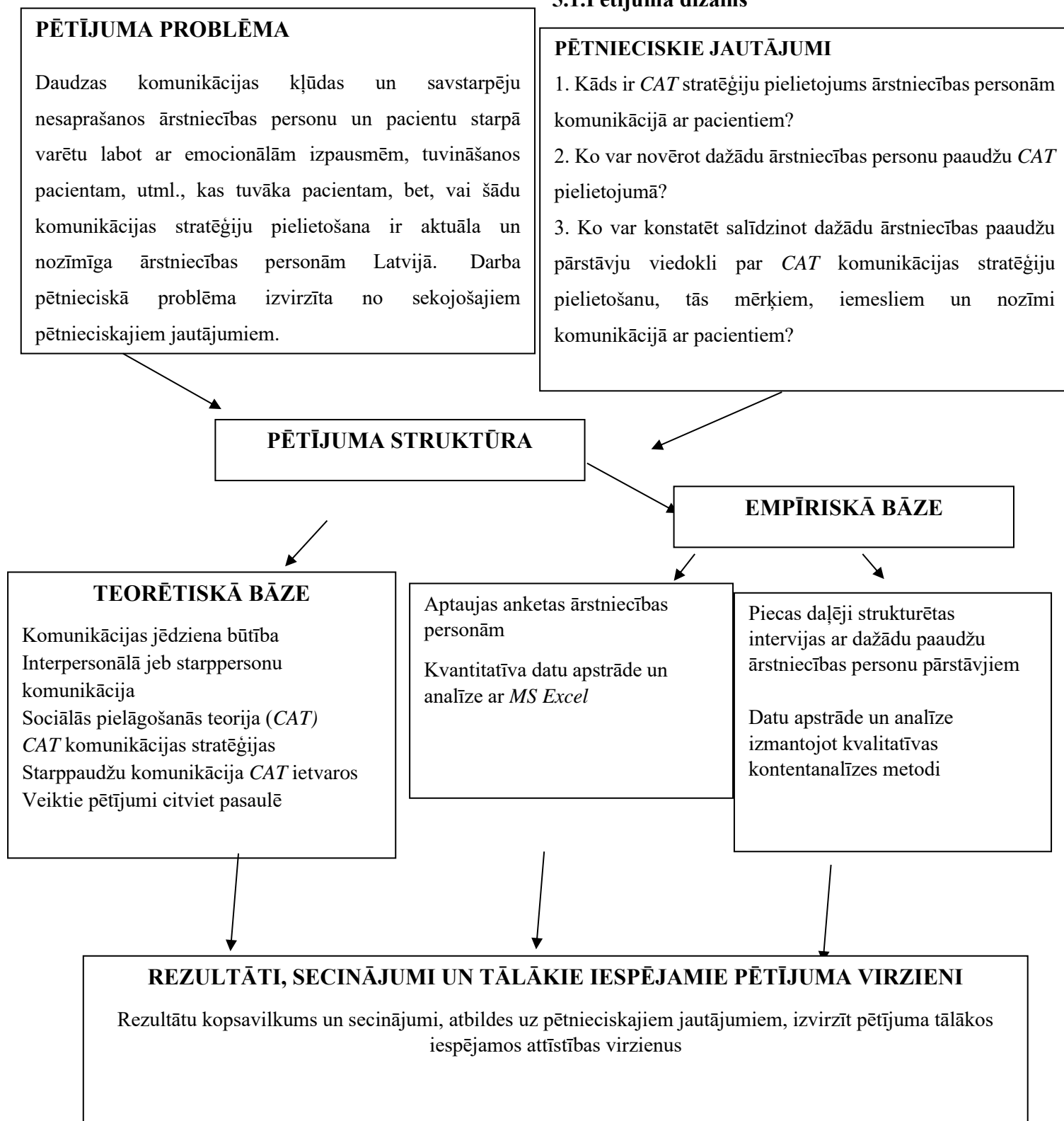
¹⁰²Getten J. (2021) *Leadership of a Multigenerational Healthcare Workforce*. Behavioral Health Consulting Solutions. Izgūts no: <https://www.bhcsmt.com/blog/leadership-of-a-multigenerational-healthcare-workforce>

¹⁰³ Age Range by Generation. Generations defined by name, birth year, and ages in 2024. Beresford Research. Izgūts no: <https://www.beresfordresearch.com/age-range-by-generation/>

¹⁰⁴ Jurkiewicz, C.L., Bradley, D.B. *Generational Ethics: Age Cohort and Healthcare Executives' Values*. HEC Forum 14, 148–171 (2002). <https://doi.org/10.1023/A:1020907731617>

5. PĒTĪJUMA METODOLOĢIJA UN DIZAINS

5.1. Pētījuma dizains



5.1.attēls. Pētījuma dizaina shēma

Par maģistra darba **pētījuma objektu** izvirzītas ir ārstniecības personas, par **pētījuma priekšmetu** ir ņemts ārstniecības personu komunikācija ar pacientiem, to skatot sociālās pielāgošanās teorijas komunikācijas stratēģiju ietvaros. Kā arī noskaidrot dažādu paaudžu pārstāvētu ārstniecības personu viedokli par komunikāciju stratēģiju izmantošanas nozīmi darbā ar pacientiem.

Izvirzīt par pētījuma objektu konkrēti un tikai ārstniecības personas ir vairāki apsvērumi. Pētījuma datu vākšanā un to analizēšanā svarīgi izslēgt studentus (medicīnas asistentus), lai izvairītos, ka pētījuma atbildes, rezultātus ietekmē personas, kuras tikai vēl uzsāk gaitas medicīnas nozarē. Pastāv iespēja, ka šīs personas nemaz neturpina medicīnā, kā arī nav pietiekamas praktiskās pieredzes, kas var spēlēt būtisku lomu pētījumā iegūtajos rezultātos. Līdz ar to medicīnas studentu atbildes maģistra darba pētījumā netiek ņemtas vērā.

Ārstniecības personas savas profesijas ietvaros apgūst pamatīgu apjomu ar dažādiem kursiem. Galvenokārt, tiek likts uzsvars uz praktiskām prasmēm un mehāniskajām darbībām, kā arī manipulāciju veikšanu. No personiskās pieredzes sakot, varētu teikt, ka komunikācijai un starppersonu attiecībām mācību ietvaros netiek pievērsta tik liela uzmanība. Tiesa tas mainās laika gaitā, jo mūsdienās komunikācijai tiek pievērsta aizvien lielāka nozīme veselības aprūpē. Maģistra darbam izstrādātajā aptaujas anketā nozīmīgi ir arī noskaidrot, vai šādi komunikācijas kursi tika pasniegti ārstniecības personām.

Maģistra darba pētījums ietver anketēšanu ārstniecības personām. Aptaujas anketa tika izsūtīta elektroniski, tiešsaistes veidā, izmantojot *Google Forms* rīku, kopumā 19 asociācijām, kuru biedri ir ārstniecības personas (vadoties pēc MK Nr.317 noteikumiem - "Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra uzskaites kartes un izmaiņu lapas aizpildīšanā izmantojamie klasifikatori un saraksti").

Sekojošās ārstniecības personu asociācijas un biedrības, kurām tika elektroniski izsūtīta aptaujas anketa ar lūgumu to nodod saviem biedriem un aizpildīt:

1. Latvijas Ārstu biedrība;
2. Latvijas Zobārstu Asociācija;
3. Latvijas Māsu asociācija;
4. Latvijas Vecmāšu Asociācija;
5. Latvijas Ambulatorā Dienesta Ārstu Palīgu Profesionālā biedrība;
6. Neatliekamās medicīnas asociācija;
7. Latvijas Zobu higiēnistu asociācija;
8. Latvijas Zobārstniecības Asistentu Asociācija;
9. Latvijas Fizioterapeitu asociācija;
10. Latvijas Ergoterapeitu Asociācija;

11. Latvijas Audiologopēdu asociācija;
12. Latvijas Mākslas terapijas asociācija;
13. Latvijas Diētas un Uztura Speciālistu Asociācija;
14. Latvijas Radiogrāferu un Radiologu Asistentu Asociācija;
15. Latvijas Laborantu asociācija;
16. Latvijas Podologu biedrība;
17. Latvijas Masieru Asociācija;
18. Latvijas Optometristu un optiķu asociācija;
19. Latvijas Skaistumkopšanas speciālistu asociācija.

Atgriezeniskā saite ar apstiprinošu atbildes reakciju uz elektronisko pastu tika saņemta atpakaļ no 9 asociācijām. Jāpiemin, ka iegūto atbildžu vidū starp respondentiem ir profesiju pārstāvji, no kuru asociācijām netika iegūta apstiprinoša atbilde par anketas izsūtīšanu tālāk. Tas liek secināt, ka aptaujas anketa ir nonākusi pie ārstniecības personām, lai arī no asociācijas netika iegūta atbilde.

Aptaujas anketa kopumā sastāvēja no 13 jautājumiem. (sk.1.pielikums) Anketēšana tika veikta no 01.03.2024.- 01.04.2024. (ieskaitot) un kopā sasniedzot 432 respondentu atbildes.

Maģistra darba otra pētījuma sadaļa iekļauj 5 daļēji strukturētas intervijas ar dažādu paaudžu ārstniecības personu pārstāvjiem - *Baby Boomer, Generation X, Millennials, Generation Z*.

Maģistra darba pētījuma gaitā izmantotas divas datu iegūšanas metodes - aptaujas anketa un daļēji strukturēta intervija. Izmantotas divas pētījuma metodes. Kvantitatīva pētniecības metode ar sekojošu kvantitatīvo datu aprakstu un analīzi aptaujas anketai, un kvalitatīva pētniecības metode ar kvalitatīvu kontentanalīzi daļēji strukturētai intervijai.

5.2.Aptaujas anketa

Kvantitatīvie pētījumi ietver skaitlisko datu analīzi un apkopošanu, lai atklātu tendences, aprēķinātu vidējos rādītājus, novērtētu sakarības un gūtu visaptverošas atziņas. To izmanto dažādās jomās, tostarp sociālajās zinātnēs. Kvantitatīvajā datu analīzē izmanto statistikas metodes skaitlisko datu apstrādei un interpretēšanai. Šādi pētījumi ir veids, kā vākt un analizēt datus no dažādiem avotiem. Tā mērķis ir kvantitatīvi noteikt problēmu un izprast tās apmērus, meklējot rezultātus, kurus var attiecināt uz lielāku populāciju.¹⁰⁵

¹⁰⁵ Holton, E. F., & Burnett, M. F. (2005). The basics of quantitative research. *Research in organizations: Foundations and methods of inquiry*, 29-44.

Pētījumu plāni kvantitatīvajā jomā ieskicē, kā tiks vākti un analizēti dati, izmantojot tādas metodes kā eksperimenti un aptaujas. Kvalitatīvās metodes papildina kvantitatīvos pētījumus, koncentrējoties uz datiem, kas nav skaitliskie dati, tādējādi padziļinot izpratni. Atkarībā no pētījuma mērķiem datu vākšanas metodes var būt kvalitatīvas vai kvantitatīvas. Pētnieki bieži izmanto abu pieeju kombināciju, lai iegūtu visaptverošu izpratni par parādībām.¹⁰⁶ Tieši šāda pieeja tiks arī izmantota maģistra darbā. Abu metožu iegūtie dati papildinās viens otru, lai iegūtu labāku izpratni un atbildes uz izvirzītajiem pētnieciskajiem jautājumiem.

Kvantitatīva pētījuma piemērs ir aptauja. Šāda veida pētniecības metodi bieži izmanto sociālajās zinātnēs, un tā ietver matemātisku ietvaru un teoriju izmantošanu, lai efektīvi attēlotu datus, nodrošinot, ka rezultāti ir loģiski, statistiski pamatoti un objektīvi. Aptaujas izmanto, lai uzdotu jautājumus respondentu izlasei, izmantojot dažādus veidus, piemēram, tiešsaistes aptaujas, papīra anketas u.c.¹⁰⁷

Aptaujas dizains palīdz pētniekiem atbildēt uz jautājumiem par attiecībām starp mainīgajiem lielumiem. Anketas izmantošana sniedz iespēju aptvert lielāku datu apjomu (statistiku), kas ļautu izdarīt pēc iespējas objektīvākus secinājumus uzstādītajos mērķos. Veicot anketēšanu elektroniski, datus ir viegli apkopot. Dažādu jomu pētnieki bieži izmanto aptaujas anketas, lai noskaidrotu viedokļus, attieksmi un uzvedību, kā arī noteiktu tendences vai sakarības. Vislielākā anketu analīzes priekšrocība ir tā, ka anketas nodrošina strukturētu un efektīvu veidu, kā vākt datus no liela skaita indivīdu.¹⁰⁸

Sociālas pielāgošanās teorijas stratēģiju izmantošanā ārstniecības personu vidū tika izmantota kvantitatīva pētniecības metode - aptaujas anketa. Tā sniedz kvantitatīvu populācijas tendenču, attieksmes un viedokļu attēlojumu. Aptaujas anketas mērķauditorija ir tikai ārstniecības personas.

Aptaujas anketas datu analīze.

Aptaujas anketas datu apstrādē tiek izmantota “*MS Excel*”. Saskaņā ar maģistra darba pētījuma problēmu un pētījuma jautājumiem, tiks aplūkots, cik plaši ārstniecības personas izmanto sociālās pielāgošanās stratēģijas.

Lai aprakstītu pētījuma datu pamatīpašības, tiek lietota aprakstošā statistika (*descriptive statistics*): aritmētiskais vidējais, mediāna, moda. Šī metode sniedz vienkāršus kopsavilkumus par izlasi un mērījumiem.

¹⁰⁶ Holton, E. F., & Burnett, M. F. (2005). The basics of quantitative research. *Research in organizations: Foundations and methods of inquiry*, 29-44.

¹⁰⁷ Nardi, P. M. (2018). *Doing survey research: A guide to quantitative methods*. Routledge.

¹⁰⁸ Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods 192 Approaches* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications. P. 207.

Vienkāršais aritmētiskais vidējais (*mean*) ir vidējo lielumu tips, kas jālieto vienmēr, aprēķinot absolūto lielumu vidējo pēc nesagrupētiem datiem. Absolūtie lielumi paši par sevi raksturo katra novērojuma lielumu (masu) statistiskā objekta jeb parādības kopējā apjoma veidošanā. Tādēļ kādi citi samērotāji statistisko svaru veidā nav vajadzīgi. Aprēķinot aritmētisko vidējo nesagrupētu skaitļu rindai, aprēķinos ņem vērā katra skaitļa tiešo vērtību (lielumu). Tādēļ aritmētiskais vidējais ir maksimāli informatīvs centrālās tendences rādītājs.¹⁰⁹

Mediāna (*median*) Aprēķinot mediānu, ņem vērā tikai katra skaitļa vietu ranžētā rindā, bet ne tā tiešo vērtību. Tādēļ daļa derīgās informācijas tiek zaudēta, un mediāna ir mazāk informatīvs centrālās tendences rādītājs nekā aritmētiskais vidējais. **Moda** (*mode*): Modu nosaka tikai modālais variants.¹¹⁰

Aprakstošā statistika ir statistikas metode, ar kuras palīdzību datus apkopo derīgā un jēgpilnā veidā. Labs un atbilstošs mērījums ir svarīgs ne tikai datiem, bet arī hipotēžu pārbaudei izmantotajām statistikas metodēm. Šajā pētījumā noderīgs pētniecisko jautājumu atbilžu iegūšanai.

5.3. Daļēji strukturēta intervija

Kvalitatīvajā pētījumā tiek vākti un analizēti neskaitliskie dati (piemēram, teksts, video vai audio), lai izprastu jēdzienus, viedokļus vai pieredzi. To var izmantot, lai iegūtu padziļinātu ieskatu problēmā vai radītu jaunas idejas pētniecībai. Ir daudz kvalitatīvo metožu, kas izstrādātas, lai iegūtu padziļinātu un plašu izpratni par jautājumiem, izmantojot to teksta interpretāciju, un izplatītākie veidi ir intervēšana un novērošana. Kvalitatīvie pētījumi savā būtībā uzdod atvērtus jautājumus, uz kuriem atbildes nav viegli izteikt skaitļos, piemēram, "kā" un "kāpēc". Tādas parādības kā pieredze, attieksme un uzvedība var būt grūti precīzi kvantitatīvi fiksējamas, savukārt kvalitatīvā pieeja ļauj pašiem dalībniekiem paskaidrot, kā, kāpēc vai ko viņi domāja, jūta un pārdzīvoja noteiktā laikā vai interesējošā notikuma laikā.¹¹¹

Intervijas kā datu vākšanas metodes iedala trīs kategorijās: strukturētas, daļēji strukturētas vai nestrukturētas. Strukturētajā intervijā katram pētījuma dalībniekam tiek uzdoti vieni un tie paši iepriekš sagatavoti jautājumi, vienādā secībā, bez iespējas uzdot papildus jautājumus.

¹⁰⁹ Krastiņš, O. (1998). Statistika un ekonometrija. Rīga: LR Centrālās statistikas pārvaldes poligrāfijas nodaļa. 193 Izgūts no: <http://ezis.appspot.com/Statistika/d.01.htm>

¹¹⁰ Turpat.

¹¹¹ Tenny, S., Brannan, J. M., & Brannan, G. D. (2017). *Qualitative study*. Izgūts no: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470395/>

Daļēji strukturētā intervijā pētnieka/pētnieces arsenālā ir iepriekš sagatavoti jautājumi, toties atšķirībā no strukturētas intervijas, ir iespēja uzdot papildus jautājumus, lai iegūtu maksimāli daudz informācijas no katra intervējamā. Nestrukturētā intervijā iepriekš sagatavotu jautājumu nav.¹¹²

Daļēji strukturētas intervijas ir viens no izplatītākajiem kvalitatīvo datu vākšanas mehānismiem daudzu jomu pētījumos. Šo metodi var raksturot kā dialogu starp pētnieku un pētījuma dalībnieku, kurā tiek uzdoti gan iepriekš sagatavoti, gan papildus jautājumi. Daļēji strukturētas intervijas ļauj jums koncentrēties uz interesējošo tēmu, vienlaikus sniedzot iespēju izpētīt būtiskas idejas, kas var rasties intervijas laikā. Kvalitatīvie pētnieki izmanto daļēji strukturētas intervijas, lai iegūtu jaunus datus un izpētītu dalībnieku domas un uzskatus par konkrētu tematu.¹¹³

Daļēji strukturētas intervijas bieži tiek uzskatītas par "labāko no abām pasaulēm". Apvienojot strukturētu un nestrukturētu interviju elementus, daļēji strukturētas intervijas sniedz abu pušu priekšrocības: salīdzināmus, uzticamus datus un elastību uzdodot papildjautājumus.¹¹⁴

Maģistra darba pētījuma laikā tiek intervēti dažādu ārstniecības personu paaudžu pārstāvji - *Baby Boomer* paaudzes, *X* paaudzes, *Millennial* jeb *Y* paaudzes un *Z* paaudzes pārstāvji. Kopskaitā tiek veiktas piecas intervijas.

Daļēji strukturētas intervijas datu analīze.

Kontentanalīze (satura analīze) ļauj sistemātiski analizēt tekstuālo materiālu. Datu avoti var būt intervijas, atvērtie jautājumi, lauka pētījumu piezīmes, sarunas vai burtiski jebkurš komunikatīvās valodas avots (piemēram, grāmatas, esejas, diskusijas, avīžu virsraksti, runas, plašsaziņas līdzekļi, vēstures dokumenti). Viena pētījuma analīzē var analizēt dažādus teksta veidus. Lai analizētu tekstu, izmantojot kontentanalīzi, teksts ir jākodē jeb jāsadala analizējamās kodu kategorijās (t. i., "kodos"). Kad teksts ir iekodēts kodu kategorijās, kodus var tālāk iedalīt "kodu kategorijās", lai vēl vairāk apkopotu datus.¹¹⁵

¹¹² Bamberger, M., & Mabry, L. (2020). *Qualitative Evaluation Methods*. (Vols. 1-0). SAGE Publications, Inc., <https://doi.org/10.4135/9781071909607>

¹¹³ De Jonckheere, M., Vaughn, L., M. (2017). *Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour Family Medicine and Community Health*. doi: 10.1136/fmch-2018-000057

¹¹⁴ Turpat.

¹¹⁵ Mayring, P. (2004). Qualitative content analysis. *A companion to qualitative research*, 1(2), 159-176.

Klasiskā kontenanalīze ietver konkrētus soļus: izvēlieties analizējamo saturu, pamatojoties uz savu pētnieciskajiem jautājumiem. Izvēlieties tekstus, kurus analizēt. Definējiet analīzes vienības un kategorijas. Izstrādāt kodēšanas noteikumu kopumu. Teksta kodēšana. Analizēšana, secinājumi.¹¹⁶

Kontentalīzes lietojums: ļauj identificēt indivīda, grupas vai iestādes nodomus, mērķtiecību vai komunikācijas tendences. Aprakstīt attieksmi un uzvedības reakciju uz saziņu, noteikt personu vai grupu psiholoģisko vai emocionālo stāvokli. Atklāt starptautiskās atšķirības komunikācijas saturā. Veikt intervences vai aptaujas iepriekšēju testēšanu un uzlabošanu pirms tās uzsākšanas. Analizēt fokusa grupu intervijas un atklātus jautājumus, lai papildinātu kvantitatīvos datus.¹¹⁷

Maģistra darbā interviju kontentalīze (skat. 10.pielikums.) ļaus konstruēti uzzināt atbildes uz ārstniecības personu komunikācijas un uzvedības maiņas iemesliem darbā ar pacientiem, CAT iespējamo praktisko pielietošanu praksē konkrētās situācijās. Pielāgošanās darbību apzinātu vai neapzinātu veikšanu, iespējamo diverģences izmantošanu darbā ar pacientiem. Pašu personu viedokli, attieksmi pret pielāgošanos pacientiem, kā arī darba ietvaros salīdzināt atbildes starppaaudžu personu pārstāvjos.

¹¹⁶ Bauer, M. W. (2000). Analytic approaches for text, image and sound. *Qualitative researching with text, image and sound*, 131-151.

¹¹⁷ Turpat.

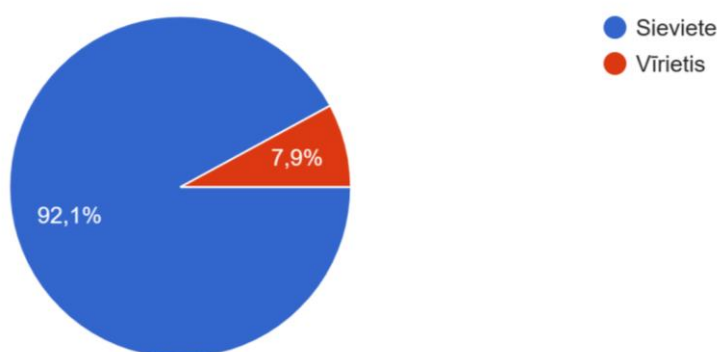
6.EMPĪRISKĀ DAĻA

6.1.Aptaujas rezultātu analīze

Pētījuma ietvarā sākotnēji tika veikta aptaujas anketa. (sk.1.pielikums) Kā jau iepriekš minēts, tika iegūtas 432 respondentu atbildes. Izskatot iegūtos rezultātus, tika atklātas trīs respondentu atbildes, kura netiek ņemtas vērā. Proti, atbildes tika sniegtas ne no ārstniecības personas, bet vēl studenta. Attiecīgi analizējamo gala anketu kopskaits sasniedz 429. Aptaujas anketas gala datu rezultātus var skatīt 2.pielikumā.

Aptaujas anketas ievaddaļā tiek apkopota demogrāfiskā un pamatinformācija par respondentiem. Respondentu dzimums, vecums, dzimšanas gads, darba stāžu profesijā, izglītība un pārstāvēto profesija.

Veiktajā aptaujas anketas respondentu atbildēs ir sieviešu pārsvars. Respondentes sievietes ir 395 un vīrieši 43. (sk.6.1.1.att.)



6.1.1.att. Respondentu dzimuma sadalījums

Veselības aprūpes nozarē pārsvarā strādā sievietes. Visā pasaulē sievietes veido 67 % no veselības un sociālās aprūpes darbaspēka. Amerikas Savienotajās Valstīs šis rādītājs ir vēl lielāks - sievietes veido aptuveni 76 % no visiem veselības aprūpes darbiniekiem. Šī tendence ir konsekventa dažādos amatos šajā nozarē, jo īpaši māsu un sabiedroto veselības aprūpes profesijās, kur sievietes veido vairāk nekā 85 % darbinieku. Neraugoties uz sieviešu ievērojamo pārstāvību, sievietes bieži vien ieņem zemāka statusa un zemāk apmaksātus amatus. Vadošos amatus veselības aprūpē joprojām lielākoties ieņem vīrieši, proti, aptuveni 75 % vadošo amatu ieņem vīrieši.¹¹⁸

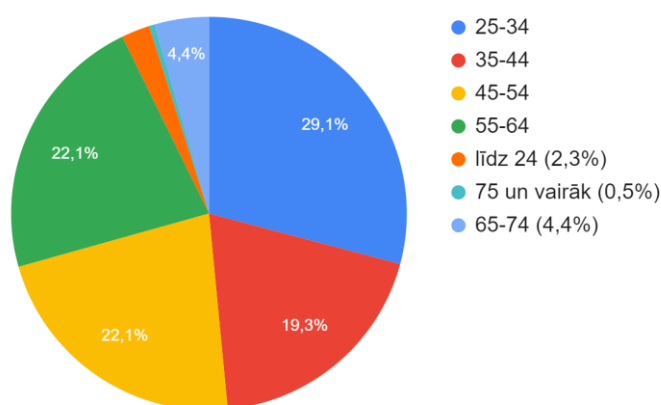
¹¹⁸World Health Organization. *Value gender and equity in the global health workforce*. WHO. Izgūts no: <https://www.who.int/activities/value-gender-and-equity-in-the-global-health-workforce>

Respondentu vecuma kategorijās pārsvarā valda tuvi rezultāti. Vislielākais respondentu skaits (125) ir vecuma kategorijā no 25 līdz 34 gadiem. Vismazāk aptaujas anketu aizpildījuši respondenti vecumā līdz 24 gadu vecumam (10) un no 65 līdz 74 gadu vecumam (19), kā arī 2 respondenti, kuri norādījuši vecumu virs 75 gadiem. Vistuvākie rezultāti pārstāvētā vecuma kategorijām ir trīs: 35 līdz 44 gadiem (83), 45 līdz 54 gadiem (95) un 55 līdz 64 gadiem (95). (sk.6.1.2.att.)

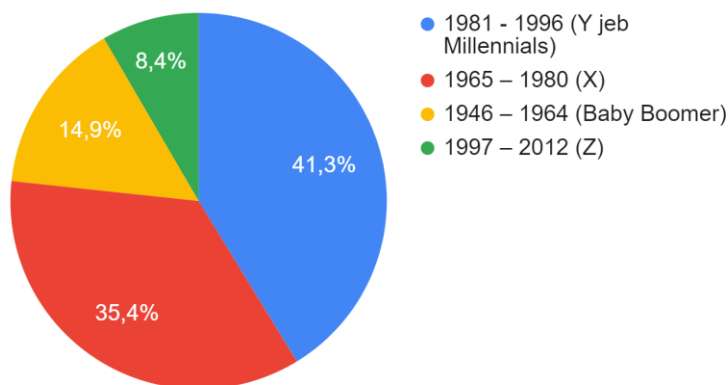
Papildus tika uzdots jautājums par respondentu dzimšanas gadu. Jautājuma atbilžu varianti tika speciāli kategorizēti atbilstoši paaudžu gadu iedalījumiem, kuri minēti jau iepriekš darbā. Proti, respondenta dzimšanas gads, kas iekļaujas no 1946. gada līdz 1964. gadam ir *Baby Boomer* paaudze. Šādi attiecīgi tika kategorizēti atbilžu variantu gadu nogriežņi. Dažādu paaudžu respondentu atbildes var sniegt vērtīgu ieskatu dažādos aspektos, ko ietekmē viņu paaudžu pieredze un redzējums.

Respondentu vidū visvairāk pārstāvētas ir **X paaudzes** (152 respondenti) un **Millennial jeb Y paaudzes** (177) pārstāvji. Mazāk pārstāvēta ir *Baby Boomer* paaudze (64) un Z paaudze (36). (sk.6.1.3.att.) Sagaidāms, ka Z paaudzes pārstāvji ir mazāk pārstāvēti respondentu vidū, jo Z paaudzes vecums pašlaik ir no 12 līdz 27 gadiem. Jāņem vērā mācību ilgums, kas nepieciešams, lai kļūtu par ārstniecības personu, tādējādi Z paaudzes pārstāvji vēl tikai sāk ienākt darba tirgū.

Jautājums par respondentu pārstāvēto dzimšanas gadu netika uzdots, lai noteiktu kādu ideālo vecuma mērķauditoriju, jo tādas nav, bet gan, lai ļautu kategorizēt ārstniecības personas pārstāvēto paaudzi.

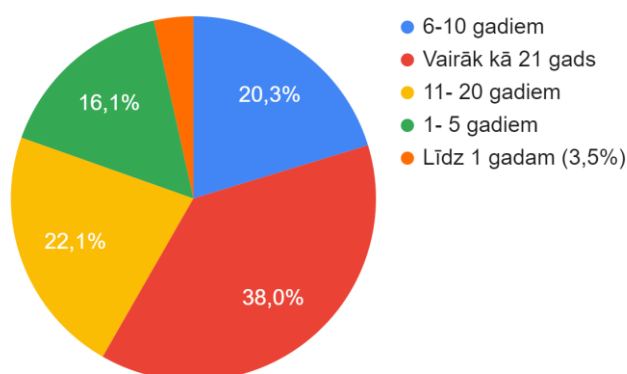


6.1.2.att. Respondentu vecums



6.1.3.att. Respondentu kategorizēšana paaudzēs

Anketas respondenti pārsvarā ir ar **vairāk kā 21 gadu pieredzi** (163 respondenti), kas ir ļoti labs rādītājs. (sk.6.1.4.att.) Šī informācija palīdz izprast respondentu pieredzes un zināšanu līmeni, kas var ietekmēt viņu skatījumu un atbildes. Ilgāka gadu darba pieredze dod plašāku redzesloku, lielāku kompetenču esamību. Komunikācijas zināšanu un prasmju attīstīšana ārstniecības personām ir nozīmīga, ko ir iespējams kopt laika gaitā. It sevišķi, lai atbildētu uz jautājumiem, kas skar pielāgošanos pacientiem, ir būtiska lielāka pieredze darbā un komunikācijā ar pacientiem.



6.1.4.att. Respondentu darba stāžs profesijā

Gandrīz visi respondenti ir praktizējošas ārstniecības personas (397). Tikai 22 respondenti ir norādījuši, ka nepraktizē. Desmit respondentu atbildēs pie “cits variants” par iemesliem kādēļ nepraktizē, figurē atbilžu variants par atrašanos bērnu kopšanas atvaļinājumā. Vēl kāds respondents pieminējis, ka pašlaik nepraktizē veselības problēmu dēļ, kā arī tāpēc, ka atrodas darba meklējumos. Kā nepraktizēšanas iemeslu kāds respondents norādījis vadības amata ieņemšanu, kura laikā praktiskais darbs ar pacientiem lielākoties vairs nenotiek. Viens no respondentiem norādījis, ka ir ārstniecības atbalsta persona.

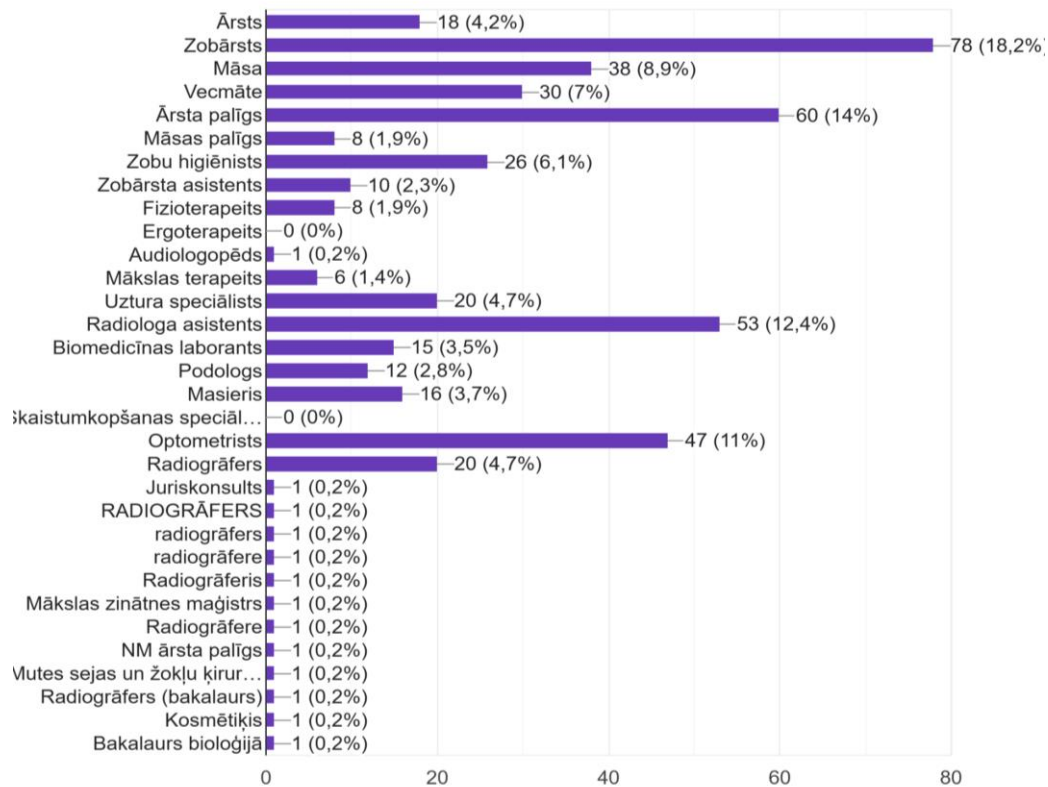
Tika skatīta sīkāk respondenta atbilde, jo darbā tiek ņemtas vērā ārstniecības personas, bet šajā gadījumā atbalsta persona nav mērķauditorija. Skatot sīkāk respondenta atbildi pie profesijas norādīts ir ārsta palīgs, kas ir ārstniecības persona. Ņemot arī vērā šī respondenta norādīto vecumu (65 līdz 74 gadi) tiek pieļauts, ka ārsta palīgs jeb feldšeris tiek uzskatīts par ārsta “labo roku”, tādējādi uzskatot sevi par atbalsta personu. Nav rādītāju, kas liktu apšaubīt, ka šī atbilde nederētu pētījumam, tāpēc tā tiek atstāta.

Ārstniecības personām, kuras ir ieguvušas izglītību līdz 01.07.1991. gadam, ir bijis nepieciešams iet cauri grāda un profesionālās kvalifikācijas pielīdzināšanai mūsdienām. Tas ir bijis galvu jaucošs un veselu reformu process, tāpēc, it sevišķi, respondentu atbildēs pie izglītības norādīšanas, daudz ir redzams, ka figurē izglītības iegūtais grāds pēc bijušās Padomju Sociālistiskās Republikas Savienības (PSRS) augstākās mācību iestādes kvalifikācijām, kā arī iestāžu nosaukumu vietas.

Piemēram, vienā no atbildēm figurē norādīts Rīgas Medicīnas Institūts, ko norādījusi respondente vecumā no 65 līdz 74 gadiem, pēc profesijas zobārste. Mūsdienās šī pati iestāde ir ar zināmu nosaukumu - Rīgas Stradiņa universitāte.

Lielākā daļa respondentu ir ieguvuši augstāko profesionālo izglītību - bakalaura grādu (117) un maģistra grādu (133). Pirmā līmeņa profesionālo augstāko izglītību (koledža) ir ieguvuši 126 respondenti. Doktorantūras līmeņa augstākā izglītība ir 22 respondentiem.

Respondentu vidū ir **pārstāvētas gandrīz visas** (izņemot ergoterapeits) uzskaitītās profesijas pēc iepriekš minētā ārstniecības personu klasifikācijas saraksta. Ir redzams, ka daudzas ārstniecības personas pārstāv vairākas profesijas. Piemēram, respondente, kurai ir gan māšas, gan ārsta palīga un radiologa asistenta kvalifikācija. Tāpat redzams, ka respondentu vidū ir arī ārstniecības personas, kas ir dažādu profesiju nozaru pārstāvji, piemēram, radiologa asistents un juriskonsults, masiera kvalifikācija un dabaszinātņu bakalaura grāds bioloģijā. Visvairāk pārstāvētā profesija respondentu vidū ir zobārsti (78), tad seko ārsta palīgi (61) un radiologa asistents (53). (sk. 6.1.5. att.)



6.1.5. att. Respondentu pārstāvētās profesijas

Ievada daļas jautājumi beidzas ar respondentu pārstāvēto profesiju. Tālāk aptaujas anketā seko jautājumi, kuri mērķis ir noskaidrot *CAT* stratēģiju pielietošanu komunikācijā ar pacientiem, iemeslus uzvedības maiņai komunikācijā ar pacientu, noskaidrot pielāgošanos kā apzinātu vai neapzinātu darbību. Kā arī uzzināt nedaudz par respondentu komunikācijas (kā kursa) apgūšanu vēl mācību ietvaros un pašu ārstniecības personu vērtējumu par saviem kolēģiem komunikācijā ar pacientiem.

Aptaujas anketas 8.jautājums tika veidots ar Likerta tipa skalas izmantošanu. Respondentam bija jānovērtē, cik ļoti viņš piekrīt vai nepiekrīt izteiktajam apgalvojumam. Tika izvēlēta skala no 1 (pilnībā nepiekrītu) līdz 10 (pilnībā piekrītu), jo tā dod lielāku detalizētību un precizētību.¹¹⁹

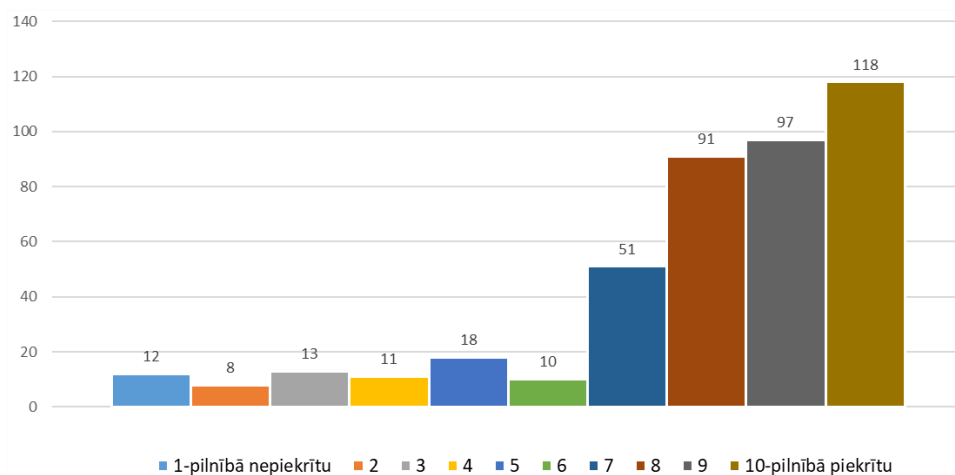
Jautājumā tika izteikti **desmit** apgalvojumi, kuri ir atbilstoši *CAT* stratēģiju praktiskai pielietošanai (tuvināšanās, interpretācija, starppersonu kontrole, diskursa vadība, emocionālās izpausmes).

¹¹⁹Yue-mei-tong Chen, Zhou Fang. (2022) *Inconsistency in the 11-point (0-10) Likert scale: evidence from subjective well-being survey*. Research Square. doi.org/10.21203/rs.3.rs-2215062/v2

Sāksim ar tuvināšanās pielietošanu komunikācijā. Respondentiem bija jānovērtē, cik ļoti viņi pielāgo savu balsu toni, tempu atbilstoši pacientam. Ne tikai uzskaitītās lietas apgalvojumā apraksta tuvināšanās komunikācijas stratēģiju. Tuvināšanās ar pacientu ir būtiska sastāvdaļa veselības aprūpē. Vēl daži no aspektiem, kas ietver tuvināšanos ar pacientu veselības aprūpē, ir izmantot valodas stilu, kas ir saprotams un pieņemams pacientam. Gan formālas, gan neformālas izteiksmes formas, atkarībā no situācijas un pacienta personības. Jāņem vērā pacienta kultūras atšķirības, lai komunikācija un tuvināšanās pacientam būtu atbilstoša un cieņpilna. Ārstniecības persona tuvinoties pacientam sevī ietver ietver empātiju, sapratni, atbalstu un rūpēšanos par pacienta labklājību un veselību. Šī tuvināšanās var veicināt pacienta uzticēšanos ārstniecības personai, kā arī var radīt labāku sadarbību, kas savukārt var veicināt ārstēšanas efektivitāti un labāku rezultātu sasniegšanu.

Pret runas tempa pielāgošanos pacientiem respondentiem ir izteikta pozitīva attieksme. No vērtējuma 6 līdz 10, kas vērtējams pozitīvi, ir atbildējuši 367 respondenti no 429. Ir arī respondenti, kas nepiekrīt (44), ir atbildējuši noraidoši pret sava balsu toņa, tempa pielāgošanu pacientam. (sk.6.1.6.att.)

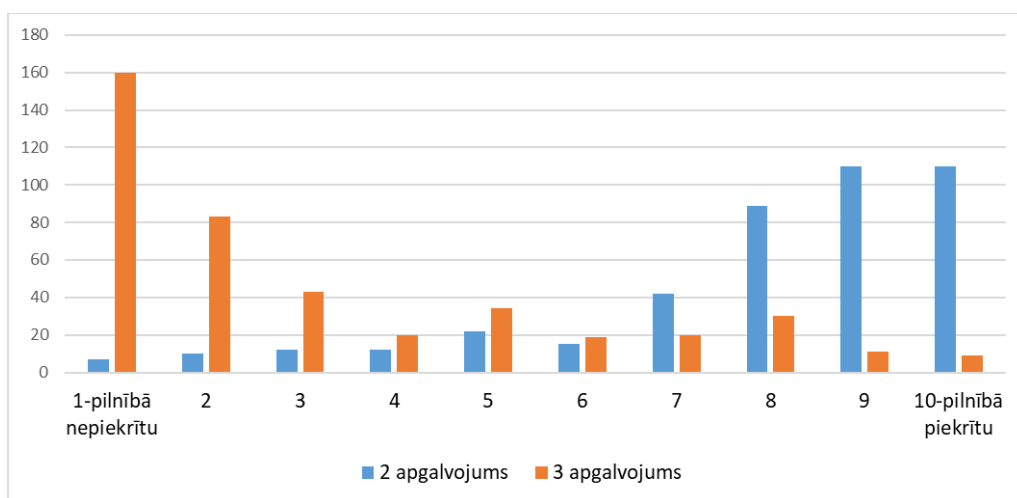
Vidējais aritmētiskais rādītājs šajā apgalvojumā ir 7, 92. Biežāk norādītais vērtējums (moda) šajā apgalvojumā ir 10 (pilnībā piekrītu). Mediāna - 9, kas liecina par tipiskāko respondentu atbildi.



6.1.6. att. Respondentu tuvināšanās komunikācijas stratēģijas pielietošana

Nākošie divi apgalvojumi 8. aptaujas anketas jautājumā ir saistīti ar interpretāciju. Respondentiem bija jāatzīmē, cik ļoti viņi piekrīt tam, ka komunikācijā ar pacientu izvairās lietot medicīniskus terminus (2 apgalvojums) un pielieto žargonvārdus (3 apgalvojums).

Interpretācijas stratēģija veselības aprūpē un līdz ar to arī komunikācijā ar pacientu ir rīcība, kurā skaidri un saprotami paskaidro diagnozes, ārstēšanas plānus un citus svarīgus jautājumus pacientam. Šāda stratēģija ir būtiska, lai nodrošinātu, ka pacients pilnībā saprot savu stāvokli un ārstēšanas gaitu, un lai veicinātu pacienta līdzdalību ārstēšanā. Pacienti ir tiesības saprast savu diagnozi, ārstēšanas iespējas, riskus un ieguvumus, lai varētu pieņemt informētus lēmumus par savu veselības aprūpi. Ja veselības aprūpes speciālisti izskaidro šos jautājumus skaidri un pacientiem saprotami, viņi dod pacientiem iespēju aktīvi piedalīties savas aprūpes procesā. Medicīniskās informācijas nepareiza izpratne vai interpretācija var nopietni ietekmēt pacientu drošību. Skaidra saziņa var palīdzēt novērst kļūdas ārstēšanā, zāļu lietošanā un turpmākajā aprūpē. Lielākā daļa respondentu (366) komunikācijā ar pacientu izvairās pielietot medicīniskus terminus, kurus pacients varētu nesaprast. Vidējais aritmētiskais rādītājs šajā apgalvojumā ir 7,94, kā arī biežākā un tipiskākā atbilde ir 9 (moda mediāna). Gandrīz 1/10 daļa respondentu (41) pret šo apgalvojumu attiecas negatīvi. Vairums respondentu pielieto interpretācijas stratēģiju, kura ietver skaidrību - izmantojot saprotamu un skaidru valodu, izvairoties no medicīniskiem vai sarežģītiem terminiem. Skaidra un vienkārša valoda palīdz pacientam pilnībā saprast informāciju. (sk.6.1.7.att.)



6.1.7.att. Respondentu interpretācijas komunikācijas stratēģijas pielietošana (8.jautājuma 2 un 3 apgalvojumā)

Žargonvārdu pielietošanu sarunā ar pacientiem var vērtēt dažādi. Dažkārt tas ir nepieciešams, lai efektīvāk sazinātos ar kādu konkrētu vecuma grupas (piemēram, bērniem un jauniešiem) vai kāda konkrēta sociāla slāņa pārstāvi. Varētu teikt, ka gudra žargonvārdu pielietošana nav slikta. Vairums respondentu (306) ir norādījuši, ka žargonvārdus nepielieto. Tas varētu būt skaidrojams ar profesionalitātes saglabāšanu.

Pastāv risks, ka pacientam redzot, ka ārstniecības persona izmanto žargonus, komunikācija var izvērsties neefektīva, radīt neskaidrības, ja pacients neorientējas žargonvārdu terminoloģijā. Interpretācija veselības aprūpes specifiskiem žargonvārdiem var būt atkarīga arī no pacienta izglītības un medicīniskās zināšanu līmeņa. Jāizvairās no tādas terminoloģijas, kuru pacients var uztvert aizskaroši.

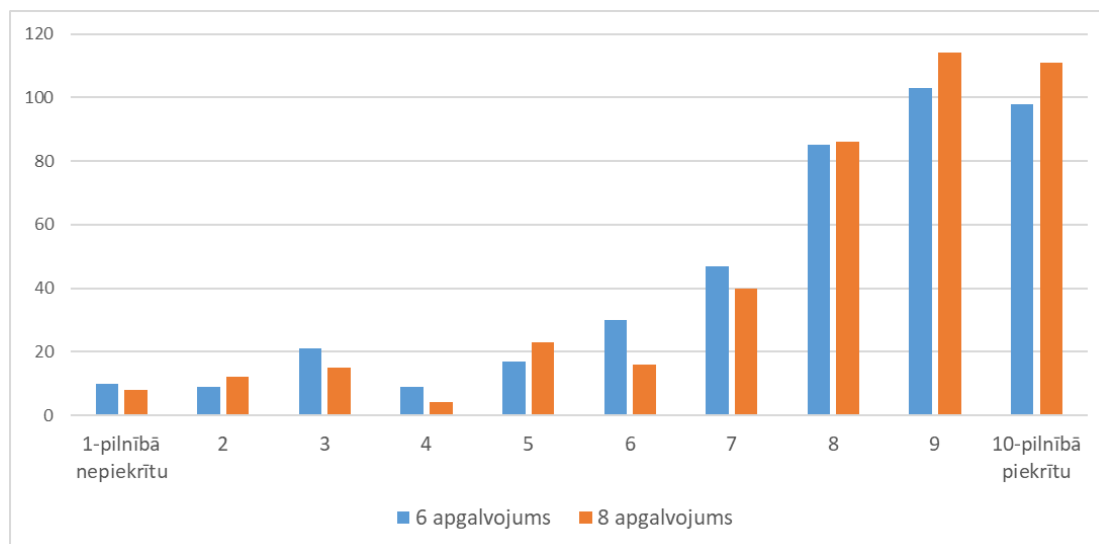
Papildus pacientam var rasties uzticamības trūkums ārstniecības personai nesaprašanās dēļ. Nevarētu arī izslēgt, ka biežāk norādītā atbilde (1 - pilnībā nepiekrītu), ir norādīta, lai parādītu, ka tiek pielietota “pareizā” vai profesionālā komunikācijas pieeja dzīvē, proti, bez žargoniem. Jāpiemin, ka 89 respondenti pārliecinoši atzīmējuši, ka žargonvārdus pielieto komunikācijā ar pacientiem. Ir arī respondenti, kas ieņem neitrālu pozīciju (54), un atzīmējuši atzīmi 5 no 10 punktu skalas. Vidējais aritmētiskais rādītājs šajā apgalvojumā ir 3, 24, kas norāda, ka respondenti nepielieto žargonvārdus komunikācijā ar pacientu.

Starppersonu jeb interpersonālā kontrole komunikācijā tiek izteikta jautājuma 6 un 8 apgalvojumā. Interpersonālā kontrole saskarsmē ar pacientiem attiecas uz veselības aprūpes speciālistu spēju efektīvi vadīt un virzīt mijiedarbību, vienlaikus saglabājot cieņpilnu un empātisku pieeju. Tā ietver līdzsvara nodrošināšanu starp norādījumu sniegšanu un iespēju pacientam paust savas bažas un vēlmes. Abos interpersonālās kontroles apgalvojumos ir vērojama pozitīva aina. Vairums respondentu ir piekrītoši norādījuši (363), ka apzināti izmanto sarunās pauzes, lai pacients varētu, ko sacīt. Kā arī 367 respondenti norādījuši, ka mudina uzņemties atbildību par savas veselības sakārtošanu.

Respondentu pielietotā interpersonālā kontroles stratēģija veselības aprūpē palīdz pacientam uzlabot savu stāvokli vai sasniegt veselības mērķus, izmantojot konkrētu un atbalstošu komunikāciju. Ārstniecības persona var likt akcentu jeb fokusēties uz pacienta iesaistīšanu un atbildības uzņemšanos savas veselības uzlabošanai, vienlaikus nodrošinot atbalstu un nepieciešamo informāciju. Skaidru un sasniedzamu veselības mērķu nospraušana, kā arī motivācija no ārstniecības personas puses ir veidi kā izpaužas interpersonālās kontroles stratēģijas veselības aprūpē.

Apzinātā paužu ieturēšana interpersonālajā komunikācijas stratēģijā ir kā elements, kas ļauj pacientam iesaistīties un paust savas vajadzības, bažas un cerības, un kalpo kā motivējošs elements komunikācijai starp ārstniecības personu un pacientu. Pauzēs speciālists dod pacientam iespēju apstrādāt informāciju, pārdomāt savas domas un izteikt savas sajūtas vai jautājumus.

Abos apgalvojumos biežākais atbilžu variants norādīts ir 9. Vidējais aritmētiskais rādītājs gan ir nedaudz augstāks, kur tiek mudināts uz veselības sakārtošanu, jo tipiskākās atbildes ir vairāk pozitīvas, ne negatīvas. Respondenti, kuri negatīvi vērtē apzinātas pauzes ieturēšanu, lai sarunā pacients varētu, ko bilst ir 49, bet 39 negatīvi novērtējuši pacienta atbildības mudināšanu par savas veselības sakārtošanu. (sk.6.1.8.att.)



6.1.8.att. Respondentu interpersonālās komunikācijas stratēģijas pielietošana (8. jautājuma 6 un 8 apgalvojumā)

Diskursa vadība komunikācijā ar pacientu atbilst 4, 5 un 7 jautājuma apgalvojumam. Diskursa vadība pacientu komunikācijā attiecas uz stratēģijām un paņēmieniem, ko veselības aprūpes speciālisti izmanto, lai efektīvi vadītu sarunas ar pacientiem.

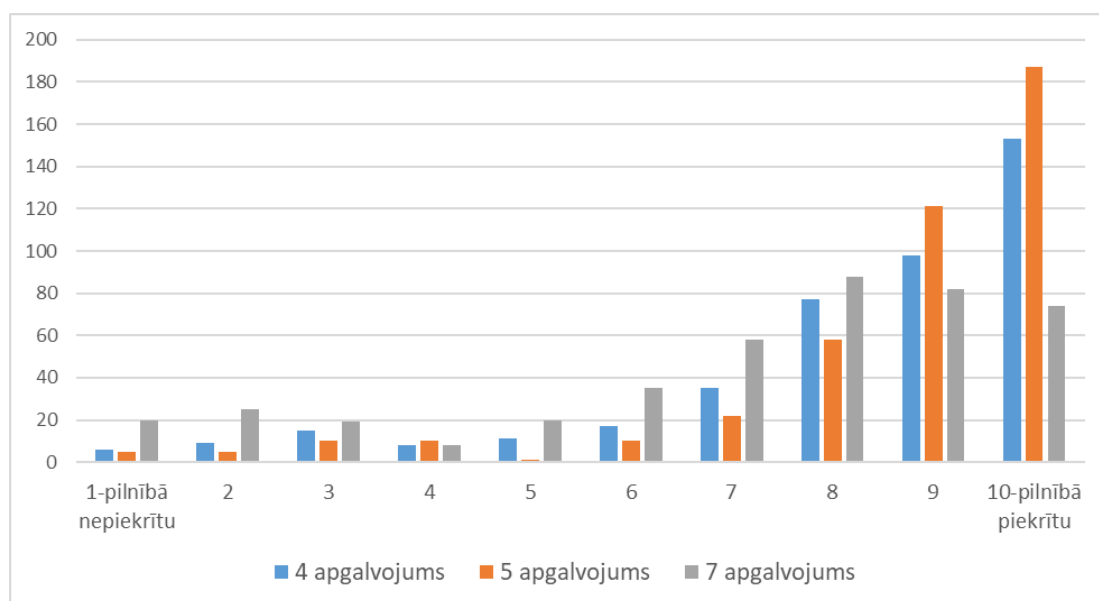
Lielākā daļa respondentu (380) piekrītoši novērtējuši apgalvojumu par acu kontakta uzturēšanu, galvas mājieniem sarunas laikā, lai norādītu, ka vērš uzmanību pacienta teiktajam. Līdzīgi (398) respondenti norāda, ka dod pacientam iespēju uzdot interesējošus jautājumus. Abos apgalvojumos biežāk norādītais variants (moda) ir 10 (pilnībā piekrītu) un tipiskākā respondentu atbilde (mediāna) ir 9. Kā arī vid. arit. rādītāji ir ļoti līdzīgi - 8, 23 un 8, 69. (sk.6.1.9.att.)

Iedrošināšana pacientu uzdot jautājumus un izteikties, ļaus ārstniecības personai labāk izprast pacienta stāvokli un ārstēšanas plānu. Tas arī palīdz izveidot labu saikni starp pacientu un ārstniecības personu. Svarīgi radīt labvēlīgu un atbalstošu vidi, kurā pacienti jūtas ērti uzdodot jautājumus un daloties savās bažās. Dažkārt pacienti var sarunās “aizpeldēt” ārsta kabinetā un bieži vien laika limita un darba apjoma dēļ, ārstniecības personai ir nepieciešams pārtraukt pacientu, lai pievērstos problēmai, ar kuru vērsies pacients. Tas, cik delikāti tas tiek izdarīts, ir jau atkarīgs individuāli no katras ārstniecības personas.

Daži no iespējamiem veidiem, kā delikāti pārtraukt pacientu, piemēram, atzīstot pacienta bažas un ļaujot viņam saprast, ka viņa problēma ir svarīga, bet ir nepieciešams to risināt savlaicīgi. Izmantot neverbālus komunikācijas elementus, piemēram, maigus roku žestus vai smalku ķermeņa valodas maiņu, lai signalizētu, ka ir pienācis laiks mainīt sarunu. Izteikt sapratni un līdzjūtību pacienta situācijai, pirms pārorientēt sarunu. Kopumā, pārtraucot pacientu, ir svarīgi komunicēt ar empātiju un iejūtību, lai saglabātu pozitīvas un uz sadarbību vērstas attiecības.

Diskursa vadības apgalvojumā par ārstniecības personas sarunas tēmas maiņu, lai to ievirzītu sev nepieciešamajā virzienā, biežākā un tipiskākā atbilde ir 8. Tas norāda, ka respondenti sarunās ar pacientiem ieņem vadošu pozīciju. Jāņem vērā, ka vadošā pozīcija var būt mainīga, jo saturiski saruna ir ļoti atkarīga no pacienta izglītības un informētības līmeņa, slimības sarežģītības, kā arī pacienta vēlmēm un gaidām. Katra situācija vērtējama individuāli.

Kopumā lielākā daļa (337) atbildējuši piekrītoši. Ir arī respondenti, kuri norādījuši, ka nepiekrīt šim apgalvojumam (72). Vid. aritm. rādītājs ir 7, 13.



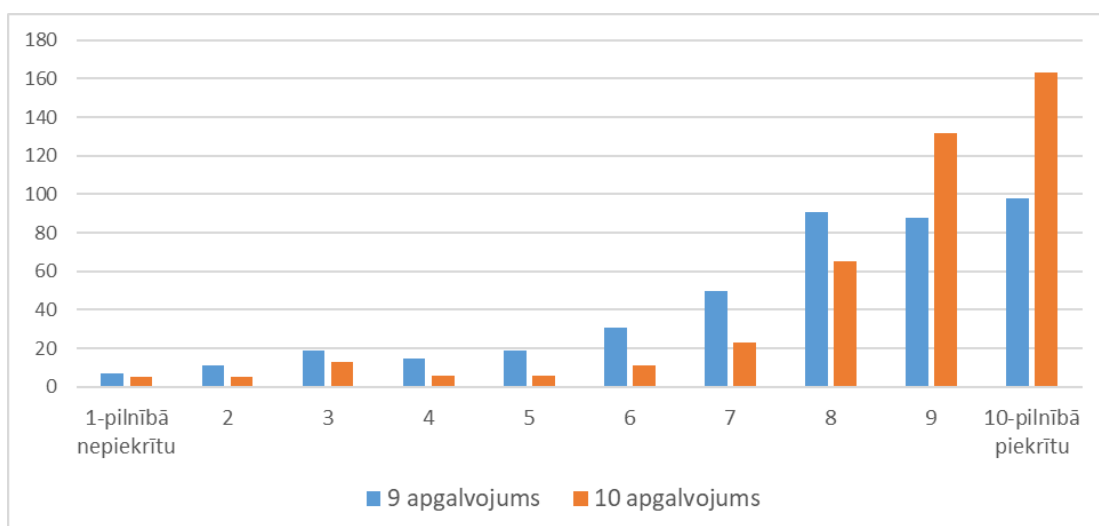
6.1.9.att. Respondentu diskursa vadības komunikācijas stratēģijas pielietošana (8.jautājuma 4, 5 un 7 apgalvojumā)

Jautājuma noslēdzošie apgalvojumi ir par emocionālajām izpausmēm (9 un 10). Neverbālas komunikācijas izmantošana (smails, pieskāriens, žesti), savstarpējas uzticēšanās veidošana ar pacientu respondentu vidū ir novērtēta pārliecinoši pozitīvi. Abos apgalvojumos biežākais norādītais vērtējums ir 10 (pilnībā piekrītu). (sk.6.1.10.att.)

Apgalvojumā par neverbālās komunikācijas izmantošanu vairums respondentu ir piekrišoši tās pielietošanā (358). Vid. aritmētiskais rādītājs šajā apgalvojumā ir 7,64 un tipiskākā respondentu atbilde ir 8. Jāņem vērā, ka neverbālā komunikācija ir vērtīgs instruments emociju, nodomu un attieksmju nodošanai dažādos sociālos un profesionālos kontekstos, neraugoties uz iespējamām grūtībām, piemēram, kultūras atšķirībām vai nepareizu žestu interpretāciju.

Apgalvojumā par ārstniecības personas un pacienta savstarpēju uzticēšanās veidošanu pozitīvi atbildēja 394 respondenti, negatīvi 29, bet neitrāla pozīcija 6 respondentiem. Šajā apgalvojumā mediāna ir 9, tas nozīmē, ka salīdzinot ar iepriekšējo emocionālās izpausmes aprakstu par neverbālās komunikācijas pielietošanu, uzticamības veidošanu respondenti komunikācijā pielieto vairāk, kā arī vid. aritm. rādītājs ir ļoti augsts 8,56.

Emocionālās izpausmes veselības aprūpē iespējams ir viena no, ja ne svarīgākā, stratēģija. Pat vienkāršākais smaids var kļūt ļoti būtisks pacientam, kam nepieciešams psihoemocionāls atbalsts. It sevišķi, emocionālas izpausmes ir svarīgas izteiktās veselības aprūpes nozarēs, piemēram, pediatrijā, onkoloģijā. Ārstniecības personas spēja palīdzēt pacientiem tikt galā ar emocionālām grūtībām vai stresu ir ļoti būtiska. Ja pacienti cīnās ar savām emocijām, tas var būtiski ietekmēt viņu ikdienas funkcionēšanu un vispārējo dzīves kvalitāti. Palīdzot pacientiem tikt galā ar savām emocijām veselīgā un adaptīvā veidā, ārstniecības personas var samazināt risku, ka šīs problēmas pacientiem saasināsies vai kļūs hroniskas.



6.1.10.att. Respondentu emocionālās izpausmes komunikācijas stratēģiju pielietošanā (8.jautājuma 9 un 10 apgalvojumā)

H. Gilzs ar kolēģiem *CAT* izveides laikā uzdeva sev vairākus jautājumus. Starp tiem bija arī jautājumi, kas paver diskusiju par to, vai pielāgošanās ir apzināta. Par to ir vērts domāt plašāk. Ja neapzinātas komunikācijas darbības spēj ārstniecības rezultātu vai tā procesu pavērst labvēlīgā virzienā, tad, ko dodu apzinātu pielāgošanās stratēģiju darbību pielietošana komunikācijā ar pacientiem? Izlaižot pielāgošanās mērķus un iemeslus, visticamāk varētu paredzēt ārstniecības personas un pacienta sadarbības iznākumu, kas būtu droši vien visnotaļ pozitīvs.

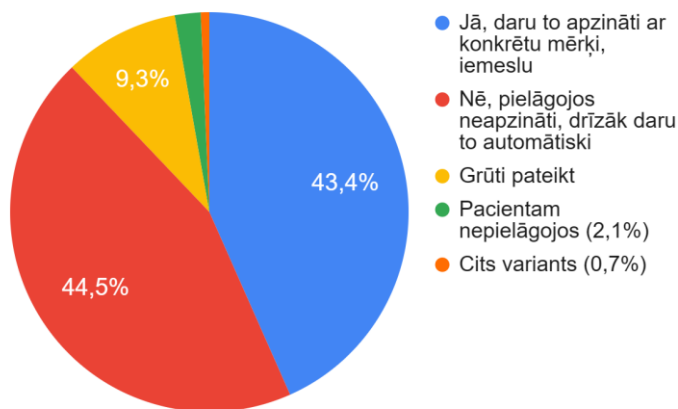
Gan pacients apmierināts par saņemto pakalpojumu, gan ārstniecības persona ieguvusi apmierinātu pacientu un vairo sava darba augļus. Pacients ir apmierināts ar saņemto pakalpojumu, viņš, visticamāk, atgriezīsies uz nākamajām vizītēm un nosūtīs pie konkrētā speciālista citus. Tas ne tikai sniedz finansiālu labumu speciālistam, bet arī palīdz veidot pozitīvu reputāciju sabiedrībā. Apzinātu darbību veikšana ir prasme, kas jāattīsta. Tās attīstīšana ietver stratēģisku pieeju pacientu aprūpei.

Atbilde par ārstniecības personu pielāgošanos pacientiem kā apzinātu vai neapzinātu darbību ir ļoti līdzvērtīga starp abiem lielumiem. Respondenti, kuri norādījuši, ka pielāgojas pacientam apzināti ir 186. Respondenti, kuri to dara neapzināti ir 191. (sk. 6.1.11.att.)

Starp respondentiem, kuri pacientiem nepielāgojas ir 9. Atbilžu variantu “grūti pateikt” ir norādījuši 40 respondenti. Figurē arī atbildes, kur respondenti min, ka jāņem vērā situācija, kā arī “ja nepieciešams runāju lēnāk un skaļāk, bet nerunāšu un neuzvedīšos kā pacients, ja pacients runā skaļi un agresīvi”, “reizēm tas notiek ļoti automātiski, reizēm piedomājot, ja ir specifiskāka situācija”.

Kādēļ būtu svarīgi, ka respondenti, kuri ir ārstniecības personas, komunikācijā ar pacientiem pielieto apzinātas darbības? Gribētos teikt, ka apzinātas darbības ir ilgtermiņa ieguldījums darbā ar pacientu. Tas var novest pie labākiem rezultātiem (aprūpes un ārstēšanas procesā). Precīzas un skaidras informācijas sniegšana ir ļoti svarīga veselības aprūpes iestādēs. Apzināta savstarpēja komunikācija palīdz izvairīties no pārpratumiem un iespējamām kļūdām.

Apzinātas darbības pamatojas uz informācijas analīzi un tās novērtējumu. Neapzinātas darbības notiek bez aktīvas domāšanas, kas var būt kā ātras reakcijas uz situācijām, kas darbā ar pacientiem nav tas īsti labākais variants, jo var izvērst negatīvu notikumu attīstību. Dažkārt, protams, gan abu veidu darbības var būt noderīgas darbā ar pacientiem, bet atkarīgs no situācijas.



6.1.11.att. Respondentu apzināta vai neapzināta pielāgošanās pacientam

Cilvēku uzvedības maiņu ietver dažādas dzīves situācijas un konteksti. *CAT* ieskatā uzvedības maiņa pielāgošanās kontekstā ietver kultūras un tās normas ievērošanu, kurā indivīds atrodas. Papildus arī sociāla spiediena rezultātā, sociālas lomas izpildei un empātijas rašanai. Piemēram, cilvēks var mainīt savu uzvedību, lai atbilstu sabiedriskajām normām un gaidām, var arī pielāgot savu uzvedību videi, kādas konkrētas grupas cilvēkiem.

Veselības aprūpē uzvedības maiņa ārstniecības personām lielākoties saistīta ar darba rezultātiem un tā kvalitāti (uz pacientu orientēta aprūpe).

Visbiežākie trīs iemesli, kādēļ respondenti maina savu uzvedību komunikācijā ar pacientu, lai:

1. veicinātu pacienta labsajūtu (drošumu, uzticēšanos) apmeklējuma laikā;
2. pacients labāk saprastu un uztvertu ārstniecības personas teikto;
3. labākai kontakta izveidošanai starp ārstniecības personu un pacientu.

Respondenti mainot savu uzvedību liek galvenos akcentus uz pacientu drošības nodrošināšanu un uzticēšanās veicināšanu. Jāpieņem, ka šāda vides rašana pacientam ļauj justies ērtāk un labāk, bet arī spēlē par labu ārstniecības personai. Pacienti biežāk atklāj svarīgu informāciju par savu veselību, simptomiem, ja viņi uzticas veselības aprūpes sniedzējam. Protams, ka tas uzlabo ārstēšanas precizitāti.

Vēl respondentu vienā no galvenajiem iemesliem uzvedības maiņai runa ir par ārstniecības personas teiktā saprotamību. Ja tiek pielietota skaidra valoda un komunikācijas uzvedība tiek pielāgota pacientam (bieži jāņem vērā kultūras un sociālais faktors), tad pacienti biežāk ievēro nozīmēto, kļūst līdzestīgāki visā ārstēšanas un aprūpes procesā.

No skatītajiem pētījumiem darbā iepriekš jau zināms, ka, ja pacienti uzskata, ka veselības aprūpes sniedzējs ir veltījis vairāk laika, lai izskaidrotu un dodu informāciju pacientam (protams, saprotami), pacienti biežāk uzskata, ka aprūpes kvalitāte ir augsta, un pauž apmierinātību ar veselības aprūpes pieredzi kopumā.

Respondenti ir minējuši arī citus iemeslus un plašākus komentārus savai uzvedības maiņai komunikācijā ar pacientu - “ar psihiatrijas pacientiem vienmēr mēģinu nepieļaut nesaprašanos un mazināt konflikta iespējas”, “nolūkā iegūt nepieciešamo informāciju”, “pēc apstākļiem, bet pacientam neizpatīku”, “ja rodas aizdomas par konflikta varbūtību”.

Jāpieļauj, ka ir veselības aprūpes nozares, kurās ārstniecības personu uzvedības maiņa ir bieža un tā pielāgojas pacientam katru reizi atkarībā no situācijas, piemēram, psihiatrijā. Redzams arī, ka viens no respondentu uzvedības maiņas iemesliem ir izvairīšanās no potenciāla konflikta ar pacientu.

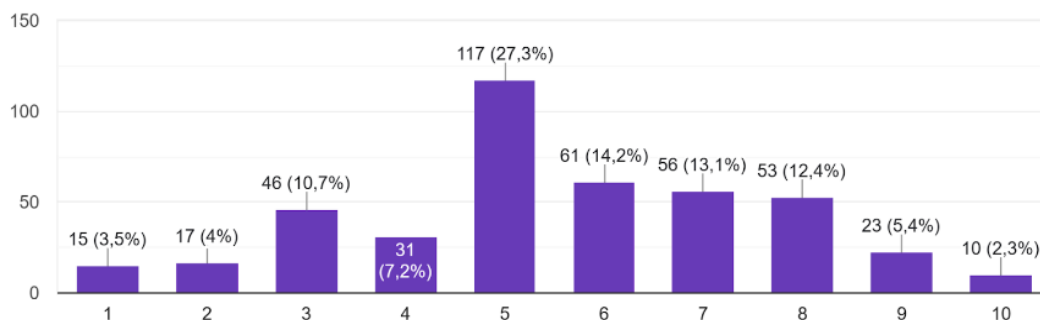
Nākamais aptaujas jautājums iekļauj diverģences stratēģijas iespējamu izmantošanu darbā ar pacientiem. *CAT* paredz, ka indivīdi pielāgo savu uzvedību sociālajās mijiedarbībās, pamatojoties uz to, kā viņi uztver otras personas uzvedību, attieksmi un īpašības. *CAT* ietvaros var izmantot stratēģiju (diverģenci), lai izvairītos no personas, kuras uzvedība ir nepatīkama. Kopumā distancēšanās no personas, kuras uzvedība ir nepatīkama, atbilst *CAT* principiem, jo ļauj indivīdam aizsargāt sevi. Tomēr ir jāņem vērā, ka distancēšanās ir jālīdzsvaro ar centieniem risināt esošo problēmu. Mēģināt rast sapratni un sekmēt labvēlīgu komunikāciju.

Arī ārstniecības personāls var distancēties no pacienta, kura uzvedība ir nepatīkama vairāku iemeslu dēļ. Pārsvarā tās ir robežas, kuras ārstniecības personai jānorāda pacientam vai tā jānovelk abu starpā. Piemēram, profesionālu robežu/attiecību ieturēšana, pozīciju norādīšana, personīga sevis aizsargāšana (gan emocionālā un fiziskā ziņā).

Respondentu visnotaļ biežākā un tipiskākā atbilde (gan moda, gan mediāna) ir 5. Vid. aritm. rādītājs ir 5, 56, kuru nedaudz virs vidējā paceļ respondenti, kas atzīmējuši 6, 7 un 8 punktus uz Likerta skalas. (sk.6.1.12.att.) Kas nozīmē, ka respondenti vairāk sliecas distancēties no pacienta, ja tā uzvedība viņos raisa nepatīku.

Atbilžu amplitūda ir 9, kas nozīmē, ka respondenti atzīmējuši gan minimālo atzīmi 1 (pilnībā nepiekrītu), gan maksimālo atzīmi 10 (pilnībā piekrītu).

Lai gan noteiktās situācijās var būt nepieciešams distancēties no nepatīkama pacienta, ir jāapzinās, ka jebkuram veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam ar pacientu jāizturas profesionāli, ar empātiju un apņemšanos sniegt kvalitatīvu aprūpi.

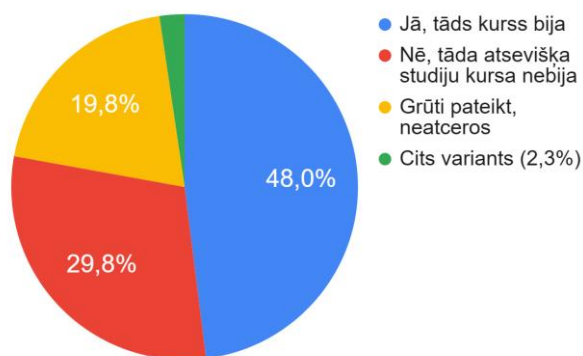


6.1.12. att. Respondentu distancēšanās no pacienta, kura uzvedība raisa nepatiku

Ir skaidrs, ka mūsdienās pievērš lielāku uzmanību komunikācijas nozīmei veselības aprūpē. Simulācijas un lomu spēles ir efektīvas mācību metodes ne tikai komunikācijas prasmju attīstīšanai. Caur tām nākotnes ārstniecības personas esot vēl studenti var pilnveidot savas prasmes, iejūtoties pacienta un medicīnas personāla lomās. Mehāniska rakstura simulācijas medicīnā ir parādījušās 18. gadsimtā, taču tās koncentrējās uz taktisko procedūru izpildi ar manekeniem. Lomu spēles idejas un praktizēšana, kurā studenti iejūtas gan pacienta, gan ārsta lomā parādījās tikai 20. gadsimta vidū, un arī ASV (Amerikas Savienotajās Valstīs). Jāsecina, ka jāpaiet ilgam laikam, kamēr šī mācību pieeja “atceļo” pie mums Latvijā. Mūsdienās veselības aprūpes studentiem (arī Latvijā) mācību procesā tiek izmantotas lomu spēles, taču tās joprojām vairāk akcentējas uz manipulāciju izpildi, ne komunikācijas procesu kā atsevišķu vērtību.

Aptaujas anketas respondenti tikai nedaudz mazāk kā puse (206) norāda, ka savas profesijas apgūšanas laikā (studējot) ir apguvuši studiju kursu par komunikāciju, saskarsmi ar pacientiem. Liela daļa respondentu norādījuši (128), ka šāda kursa neesot viņiem nemaz bijis. Grūti pateikt, neatcerās norādījuši 85 respondenti.

Ir iegūtas vērstākas atbildes no respondentiem, kur var saskatīt kvalitātes un procesa problēmas pasniegtajā kursā, piemēram, “bija vispārināta informācija par komunikāciju ar pacientu”, “bija, bet nepietiekošs”, “īss, tikai 2 nedēļas”, “bija, bet pasniedzējs nesniedza nekādu informāciju par saskarsmi, bet runāja par tikai par personiskajām problēmām”, “bija ētikas, ne komunikāciju kurss”, “tieši šāds kurss nebija, bet bija kurss par konsultēšanas prasmēm”. (sk.6.1.13.att.)

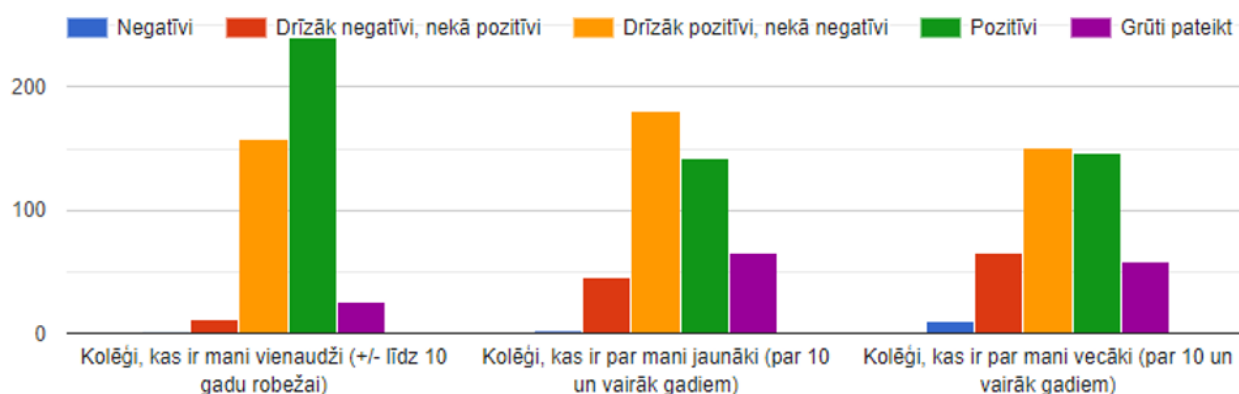


6.1.13.att. Respondentu studija kursa apgūšana par komunikāciju

Aptaujas anketas pēdējais noslēdzošais jautājums ietvēra ārstniecības personu subjektīvo vērtējumu par savu kolēģu komunikāciju ar pacientiem. Respondentiem bija jānovērtē savi kolēģi trīs kategorijās - savus vienaudžus, kolēģus, kas ir par viņiem jaunāki un kolēģus, kas ir par viņiem vecāki. Kolēģi, kuri jaunāki un vecāki, respondentiem, salīdzinot ar sevi, bija jāņem vērā ar vismaz 10 gadu starpību. Šāds gadu sliekšnis tika ņemts vērā, lai ieturētu starppaudžu skatījumu.

Respondentiem vērtējot sava vecuma kolēģus, galvenokārt, izvirzās atbilžu varianti “drīzāk pozitīvi, nekā negatīvi” un “pozitīvi”, taču atšķiras attiecības pret šiem lielumiem katrā vecuma kategorijā. Respondenti, vērtējot savus vienaudžus, izteikti vērtē komunikāciju ar pacientiem par pozitīvu (236). “Drīzāk pozitīvi, nekā negatīvi” vērtē 152 respondenti.

Respondenti vērtējot kolēģus, kas ir par viņiem jaunāki (minimums 10 gadiem), nedaudz vairāk izvirzās vērtējums “drīzāk pozitīvi, nekā negatīvi” (178). (skat. 6.1.14.att.)



6.1.14.att. Respondentu vērtējums par kolēģu komunikāciju ar pacientiem

Kolēģu vērtējums ir subjektīvs. Svarīgi to vērtēt taisnīgi, vēršot uzmanību uz sniegumu, ne kādiem stereotipiem. Savus vienaudžu kolēģus var vērtēt pozitīvi balstoties uz lielāku kopēju sadarbību, atbalstu un lielāku kopīgu darba pieredzi. Pozitīva jaunāku kolēģu novērtēšana varētu būt saistīta ar to, ka gados jauni kolēģi darba vietā ienes jaunu enerģiju, kas atsvaidzina komandu. Jaunāki kolēģi var veicināt arī citu darbinieku izaugsmi. Tā teikt pavilkt uz augšu vai līdzī uz inovatīvāku lietu izmantošanu darbā.

Galū galā respondenti vērtējot kolēģus, kas ir par viņiem vecāki (minimums 10 gadiem), respondentu skaitliskā attiecība starp “drīzāk pozitīvi, nekā negatīvi” (151) un “pozitīvi” (147) samazinās un ir gandrīz vienāda.

Jāmin, ka arī negatīvs vērtējums ir iegūts un tas pieaug sākot no jaunākiem kolēģiem uz vecākiem. Proti, negatīvi jaunākus kolēģus novērtēja 45 respondenti, bet vecākus kolēģus negatīvi novērtēja 75 respondenti. Vecākus kolēģus var vērtēt negatīvāk vairāku iemeslu dēļ, piemēram, ka viņi ir mazāk pielāgojami pārmaiņām darbā, jaunāki kolēģi var uzskatīt, ka vecāku kolēģu komunikācijas stils ir novecojis, vispārīgi stereotipi par gados vecākiem darbiniekiem un vecuma diskriminācija. Veselības aprūpē vecāki kolēģi vēl var sastapties ar viņu fizisko izturības apšaubīšanu. Darbs, kas saistīts ar vairākām stundām uz kājām, ātru reaģēšanu, smagumu celšanu un pārvietošanu jaunākiem kolēģiem, kas ir izturīgāki un veiklāki, komandas darbs ar vecākiem kolēģiem var sagādāt grūtības vai nepatiku.

Veselības aprūpē, tāpat kā daudzās citās jomās, var rasties starppaaudžu spriedze un nesaprašanās starp gados jaunākiem un vecākiem kolēģiem. Dažādām paaudzēm bieži vien ir atšķirīgs komunikācijas stils un vērtības. Jaunākie kolēģi var uzskatīt, ka vecāki kolēģi ir mazāk kompetenti vai mazāk informēti par jaunākajiem medicīnas sasniegumiem, savukārt vecākie kolēģi var uzskatīt, ka jaunākajiem kolēģiem trūkst pieredzes vai prakses zināšanas.

Jaunākos veselības aprūpes speciālistus var uztvert kā tādus, kas cenšas panākt ātru karjeras izaugsmi un vecāki kolēģi var uzskatīt, ka viņiem trūkst stingras darba pieejas vai nodošanās savai profesijai. Es ticu, ka lai risinātu šo starppaaudžu spriedzi, nepieciešama atklāta saziņa, savstarpēja cieņa un vēlme pārvarēt potenciālo konfliktu vai nesaprašanos.

6.2. Interviju rezultātu analīze

Daļēji strukturētas intervijas tika veiktas ar četrus dažādu paaudžu pārstāvjiem. Viena intervija ar *Baby Boomer*, X un Z paaudzes ārstniecības personām, un divas intervijas ar Y jeb *Millennials* pārstāvjiem. (skat.3.-8.pielikums.) Intervijas tika veiktas latviešu valodā, kā arī ierakstītas un vēlāk transkriptētas. Interviju pielikumos un tālāk tekstā nav minēti konkrēti vārdi un sīkāk speciālistu pārstāvētā nozare, lai izvairītos no fiziskas personas atpazīšanas.

Jāņem vērā, ka intervija ar vienu konkrētas paaudzes pārstāvi nevar pilnībā pārstāvēt vai aptvert visu paaudzi, jo intervētais sniedz savu ieskatu personīgajā pieredzē un uzskatos. Kā arī vienas un tās pašas paaudzes cilvēkiem var būt ļoti atšķirīga dzīves pieredze.

Visiem intervētajiem (ārstniecības personām) sākumā bija lūgts atcerēties kādu problēmsituāciju no prakses, kurā kādu noteiktu iemeslu dēļ bija nepieciešams mainīt savu uzvedību, un pastāstīt par komunikācijas taktikām, ko mēdz izmantot darbā ar pacientiem, ja tādas ir.

Sarunājoties ar Z paaudzes pārstāvi tika atsaukti atmiņā vairāki iemesli, kādēļ mainīta savu izturēšanās. Šīs situācijas ir bijušas saistītas ar valodas barjeru, kur ierobežotas krievu valodas zināšanas dēļ ir izmantota citu kolēģu palīdzība vai ar pacietību lēnām nonākts pie abpusējas saprotošas komunikācijas ar pacientu. Vēl tika minēta svarīga lieta, ka cita veida komunikācija var būt un ir pacientiem, kuriem ir konkrētas diagnozes, piemēram, intelektuālas attīstības traucējumi. Ar šiem pacientiem: *“Jārunā maksimāli vienkāršoti”*. Tātad jāizvairās no sarežģītiem vārdiem un teikumiem, uzsvars uz vienkāršu valodu. Notiek pielāgošanās un lietu interpretācija, kas ir tuva un saprotama pacientam.

Kopumā tiek ieturēta līdzvērtīga pozīcija un formāli draudzīgas attiecības ar pacientiem, jo tādējādi pacients labprātīgāk sadarbošoties, tiek veltīts laiks, lai atbildētu uz pacienta jautājumiem. Pielietotās komunikācijas taktikas katrā situācijā esot jāizvērtē individuāli. Viens no piemēriem: *“Vēl sākotnēji, kad uzsāku komunikāciju ar pacientu, lai arī zinu, ka visdrīzāk būs problēmas (uzvedības, sapratnes u.c.), cenšos uzsākt komunikāciju bez jebkādiem spriedumiem, stereotipiem. Aptuveni tā kā es neko nezinu, neuzlieku nekādu rāmi savai komunikācijai ar pacientu”*.

Baby Boomer pārstāve stāsta par smagu situāciju no prakses, kad ir bijis nepieciešams emocionāli atbalstīt pacientu: *“Man trūka vārdu. Protams, es mēģināju viņu kaut kā mierināt, rīkoties empātiski, bet tas nav līdz galam iespējams, jo es skaidri zinu, ka nebūs tā kā saku, proti, labvēlīgs rezultāts”*. Par komunikācijas taktikām intervētā min, ka svarīgi ir ar pacientu runāt. Sīki stāstīt par procedūru gaitu, kas un kā notiks. Reizēm *“varbūt nedaudz dramatiskāk jāizpušķo dažreiz informācija, kas ziņo par riskiem”* tā iemesla dēļ, ka pacienti bieži vien mēdz neuztver nopietni ārstniecības personu teikto gan par iespējamajiem riskiem, gan nepieciešamo noteikumu ievērošanu atveseļošanās procesā.

Viens no intervētajiem *Millennial* pārstāvjiem ir minējis situāciju, kad strādājot ar pacienti nav izdevies rast labu terapeitisko notikumu gaitu, kamēr nav satuvinājies ar pacienti viņu iepazīstot kā cilvēku, personību. Viņš plaši stāsta par gadījumu, kurā sadarbojoties ar pacienti bija nonācis strupceļā. Proti, viņš jutās kā iestrēdzis, jo nenotika nekādas pozitīvas ārstēšanas terapijas attīstība.

Viņš mainīja savu komunikācijas veidu ar pacientu, mēģinot viņu iepazīt kā cilvēku. Viņš min, ka “*neformālo sarunu laikā viņa arī atklāja vairāk*”. Paciente sāka vairāk uzticēties un sarunās sāka minēt lietas, caur kurām speciālists saprata, kas ir tas, kam vajag pievērst uzmanību. Varētu teikt, ka izkristalizējās lietas, pie kurām speciālists var ķerties klāt. Viņš arī min, ka šī pieeja par komunikācijas stila maiņu, nedaudz noliekot savu speciālista lomu malā un komunicējot ar pacientu vairāk kā draugi, ir nesusi labus rezultātus. “*Ar vairāku gadu pieredzi pašlaik es bieži vien redzu, ka tas ir efektīvāk, izveidot kontaktu ar pacientiem, runāt draudzīgi*”. Komunikācijas taktikas, ko izmanto intervētais ir skaidras informācijas nolikšana, piemēram, cik ilgi viņš runās ar pacientu, dažreiz dalās arī ar savu personisko pieredzi, bet izvērtējot kontekstu.

Primāri tiek izmantots humors darbā ar pacientu, kā arī spēja par sevi pajokot, kas atraisa pacientus. Intervētais pielāgojas pacientam, sakot, ka: “*Es parasti pielāgojos, bet te ir tā mazliet sarežģīti, jo man ir tēmas, kuras es gribu ar viņiem pārrunāt bieži vien, bet es arī uzreiz nelecu iekšā savās nospraustajās tēmās, ko vēlos pārrunāt. Ja viņi uzsāk sarunu par savām interesēm, es parasti plūstu līdzi. Tajā pašā laikā man nav grūti norādīt, ka es vēlos parunāt arī par kaut ko citu*”.

Vēl viens intervētais no *Millennial* paaudzes pārstāvjiem stāstīja par neapskaužamu situāciju. Šai ārstniecības personai bija nepieciešams pa jaunam novilkt un veidot robežu starp sevi un pacientu. Pacients bija uzrunājis un vēlējies veidot komunikāciju papildus vēl ārpus profesionālā, ārstēšanas konteksta. Kā sacīja ārste: “*Situācija jāieliek atpakaļ rāmjos*”, “*mēģināju atrast balansu starp profesionālo nostāju un savu attieksmi, norādot, ka joprojām gribu viņai palīdzēt un uzklausišu*”.

Runājot par iespējamajām pielietotajām komunikācijas taktikām ar pacientiem intervētā min, ka sākumā “*ļauju izteikt pacientiem pašiem, kas viņiem šķiet, ka kaiš*”, tad “*pacientiem jautāju uzvedinošus jautājumus, kas man liks saprast, kas nepieciešams pacientam*” un “*parasti pacientam iedodu pauzi, skatoties pēc viņa vajadzībām, citādāk, ja pacients neiegūs, ko viņam vajag, tad sabruks mana potenciālā sadarbība ar viņu*”.

X paaudzes pārstāvis intervijā saka, ka pārsvarā komunikācijā ar pacientiem iet bez grūtībām. Tiek ievērotas un notiek pielāgošanās pacienta vēlmēm, piemēram, kad pacients nevēlas iziet uz komunikāciju, tas netiek uzspiests. Svarīgi iziet uz kopēju sadarbību, nolīdzināt situācijas, ja tas nepieciešams, lai tā neeskalētos negatīvi.

Nākošā intervijas kategorija paredz uzzināt no paaudžu pārstāvjiem par uzvedības maiņas iemesliem un mērķiem komunikācijā ar pacientu, kā arī vai pielāgošanās darbības pacientam ir apzinātas vai neapzinātas.

Z paaudzes pārstāve kā uzvedības maiņas iemeslus min pacientu vecumu, sociālekonomisko stāvokli, izglītības līmeni. Piemērs par, ko var kalpot uzvedības maiņas mērķis: *“Dažkārt jānovienkāršo vārdos ārstēšanas plāns, zāļu iedarbība utml., lai pacients aizejot uz aptieku saprot, ko iegādāties”*. Kā sākotnēju komunikāciju ar pacientu intervētā min neapzinātu darbību, taču tālākās darbības jau ir apzinātas. Piemēram: *“Brīdī, kad redzu, ka pacients kaut ko nesaprot, mainu savu komunikāciju un tad jau tas ir apzināti”*.

X paaudzes pārstāvis uzsver, ka katrs pacients un situācija jāvērtē atšķirīgi. Kā mērķi uzvedības maiņai varētu uzteikt, lai valdītu kārtība (darbā ar pacientiem). Uzvedības maiņa kalpo, lai izvairītos no iespējama konflikta un atvieglotu iespējamu problēmu risināšanu. Pielāgošanās darbības pacientam vērtē kā neapzinātas.

Millennial pārstāvji par uzvedības maiņu min labākas saiknes izveidošanu ar pacientu un, lai pacients labāk saprastu ārstniecības personas teikto. Piemērs: *“Man jāparāda, ka man interesē tā viņa (pacienta) problēma, tā ir aktuāla un svarīga. Pacients sāks arī vairāk atklāties un sadarbība izveidosies labāka. Augstāka arī iespēja, ka manis sniegtās rekomendācijas pacients tiešām ņems vērā un izpildīs”* un *“Tas veicina to rehabilitācijas efektivitāti”*.

Millennial pārstāve nosaka, ka pielāgošanās darbības pacientam ir noteikta reakciju secība. Proti, sākumā apzināti, tad tā ieiet kā dabiska automātiska lieta un vēlāk kļūst neapzināta darbība. Savukārt, *Millennial* pārstāvis min, ka savas karjeras sākumā pielāgošanās darbības bija neapzinātas, bet nu jau ar vairāku gadu pieredzi tās kļuvušas apzinātas.

Baby Boomer pārstāve min, ka uzvedības maiņa palīdz noregulēt emocijas pacientiem. Piemērs no intervijas: *“Ja es pieeju viņam klāt un parunāju mierīgā balsī, pieturu viņam roku, uzsmaidu, mierinu, viņš paliek draudzīgāks un saprot procedūras nozīmi. Paliek līdzestīgāks”*.

Līdzestība ir medicīnas personāla un pacienta abpusēja sadarbība un sapratne, savstarpējas uzticības veidošana, kas nodrošina vislielāko ārstniecisko efektu. Par pielāgošanos pacientiem *Baby Boomer* pārstāve min, ka ir iesaistītas gan neapzinātas, gan apzinātas darbības. Darbā ar vecāka gada gājuma cilvēkiem ir vairāk iesaistītas apzinātas darbības, lai pacients saprastu sniegto informāciju. Savukārt, jo situācija neparedzamāka, jo ticamāk būs neapzinātas darbības.

Jautājumā par diverģenci, situācijām, kad pacientam nepielāgojas vai pārmērīgi pielāgojas, Z paaudzes pārstāve runā par to, ka jānosprauž robežas, it sevišķi darbā ar bērniem. Nevar likt noprast, ka ārstniecības persona un pacients ir pilnīgi līdzvērtīgi. Šeit atkal (arī citās intervijās) parādās, ka ārstniecības personai ir skaidri jādefinē sava loma darbā ar pacientu.

Uz ko vajadzētu attiekties adekvāti ne aizvainojoši no pacientu puses, kas dažkārt varētu notikt, jo pacientam ir jāliek saprast, ka ārstniecības persona ir kompetenta pieņemt svarīgos lēmumus ārstēšanas procesā. Galu galā gan ārstniecības personai, gan pacientam ir jābūt skaidrībai par savām lomām, jo tikai tā var uzlabot ārstniecības gaitu. Ļoti svarīgi, lai šīs hierarhiskās attiecības tiktu līdzsvarotas ar ētikas un cieņas sajūtu.

Dažkārt ārsta kabinetā varētu būt cīņa starp pacientu vai tā piederīgajiem un medicīnas personālu par situācijas kontroli. Tas parādās arī intervijā ar *Millennial* pārstāvi, kura pauž, ka ir gadījies kļūt stingrākai savā speciālistes lomā - *“dažkārt ir bijis tā, ka jāpasaka vārdi stingri, varbūt pat autoritatīvi, lai viņi saprastu manis sniegto informāciju un panāktu, ka kaut kas mainīsies”*. Vēl savas lomas uzsvēršanu kā speciālistei ir minējusi arī tālāk intervijā: *“Man nācās vēlreiz norādīt mana speciālista nozīmi, pozīciju. Jā, balss tonis palika stingrāks, vienkāršas frāzes izmantoju, lai saprotama skaidra un konkrēta nostāja”*.

Otrs *Millennial* pārstāvis min, ka pielāgojoties pacientam uzstāda robežu, ja pacients pārkāpj viņa paša personiskās robežas. Tiek jautāti pārlietu personiski jautājumi. Hierarhiskas dabas attiecības starp sevi un pacientu ir norādījis darbā ar maziem bērniem un otrādāk ar jauniešiem, kuriem tuvojās 18 gadi - *“Tiem, kam tuvu pie 18 gadiem. Viņi vēlas jau runāt par savām tēmām, un grib tā kā kontrolēt sarunu, tad man ir nācies norādīt par ko mēs runāsim, un par ko nē”*.

X paaudzes pārstāvis saka, ka atšķirības neakcentē starp sevi un pacientiem, un izturās tā kā pats būtu pacienta lomā. Līdz ar to vienīgās robežas, kad maina savu uzvedību un nepielāgojas pacientam, ir tad, kad pacients sāk kāpj uz galvas - *“kompromisa vai pielāgošanās nebūs”*.

Baby Boomer paaudzes intervētā saka, ka nepielāgošanas pacientam ir jāvērtē individuāli pēc situācijas. Intervijas laikā ir minēta situācija par pacientu, kurš rīkojies agresīvi un raisījis nepatiku. Tika jautāts vai šāda attieksme, kura noved pie nepatikas pret cilvēku, ir mazinājusi vēlmi pielāgoties pret šo pacientu. Intervētās atbilde: *“Jā. Var izjust nepatiku un palikt tāds asāks. Tas smaids un pieskāriens, tad aiziet otrā plānā”*. Apstiprinās *CAT* teorijā minētais, ka cilvēks pret, kuru mēs jūtam nepatiku, tiek pielietota diverģenes stratēģija.

Arī intervijās tiek jautāts novērtējums, viedoklis par pielāgošanos darbā ar pacientiem atkarībā no ārstniecības personas pārstāvētās paaudzes. Z paaudzes pārstāve pārliecinoši min, ka atšķirības pastāv: *“Vecāka gada gājuma kolēģiem, tur varbūt netiek veidotas tādas saiknes ar pacientiem, līdz ar to var būt nav tik lielas vēlmes pielāgoties pacientam”*. X paaudzes pārstāvis nedaudz šauboties, bet arī min, ka pielāgojoties pacientam neliela atšķirība tomēr ir starp dažādu paaudžu ārstniecības personām.

Sarunas ilgstošāka un dziļāka uzturēšana, kas var dod pacientam drošāku sajūtu, ir mazāka vecāka gada gājuma kolēģiem. Piemēram: *“Ja salīdzinu pensijas vecuma dakteri, tad viņa ar pacientiem plaši nerunā. Tīri tikai konkrētie jautājumi, kas plānā, bet kaut ko parunāt papildus pa dzīvi, tā nav. Tas jaunākais ārsts vēl kaut ko parunās”*.

Gan Baby Boomer, gan Millennial pārstāvji savā vērtējumā ir nedaudz plašāki un var būt ne tik kategorizēti atbildē. Tiek minēti argumenti, ka jāņem vērā individuālisma faktors (ārstniecības personas) un nevar vadīties pēc stereotipiskas domāšanas. Ir likts uzsvars, ka katrā paaudzē ir sastopami gan labie, gan sliktie piemēri - “Es domāju, ka tur ir starpība. To, vai tas ir tik ļoti saistīts ar vecumu, man ir grūtāk spriest. Manā pieredzē ir tik daudz kas atkarīgs no tā cilvēka rakstura iezīmēm”. Millennial pārstāvji pieļauj nelielas atšķirības, kas varētu piemist starp paaudzēm: “Vecāki speciālisti mazliet mazāk iesaistās, un jaunie varētu iesaistīties mazliet vairāk”.

Intervētajām ārstniecības personām vērtējot uzskaitītas CAT pielāgošanās stratēģijas, kuras tiek izmantotas komunikācijā ar pacientu, tik vērtētas visās paaudzēs kā ļoti nozīmīgas un neatņemamas sastāvdaļas no kvalitatīvas komunikācijas. Tiek minēti konkrēti gadījumi, kad CAT stratēģiju izmantošana ir ikdienu manipulāciju sastāvdaļa, piemēram, *“Ja jāveic manipulācija, piemēram, analīzu paņemšana, tad noteikti ar pacientu runāšu mierīgākā balsī, lai pacients nomierinās. Saprot, ka personāls ir nosvērts, un viss tiek kontrolēts”* un *“Par to vienkāršoto terminoloģiju, man liekas ir ļoti svarīgi. Arī man pašai aktuāli. To, ko esmu mācījusies un apguvusi, spēt pasniegt pacientiem pēc iespējas vienkāršāk, lai viņš saprastu”*. Atsevišķi tik pieminēta pieskārienu izmantošana. Jābūt uzmanīgam ar to, jo pieskāriens var tikt nepareizi interpretēts. Neskaidrs vai netiešs pieskāriens, kas tomēr ir fizisks kontakts, var tikt uztverts no pacienta puses kā nepiemērots vai pat aizskarošs. Vēl jāizdala riska grupas (bērni un pacienti ar traumām, kas saistīti ar fizisku kontaktu), kas var sajusties trauksmaini vai apdraudēti, ja viņiem pieskaras.

X paaudzes pārstāvis pat min, ka šīs lietas (vienkāršots valodas pielietojums, runas tempa samazināšana, emocionālas izpausmes u.c.) ir mūsu cilvēku dabiskas reakcijas darbā ar pacientiem, lai *“Mums ir jāpasmaida. Ja nepieciešams, ir jāpielieto žargons, lai būtu savējais priekš pacienta, kā arī labāk mani sapratīs. Es arī esmu cilvēks, kas var paust emocijas utml., lai pacienti to redz arī”*.

Par to, vai pastāv savstarpēja saistība starp komunikāciju ar pacientu, veiktās manipulāciju kvalitāti un pacienta apmierinātību ar saņemto pakalpojumu, tika vaicāts noslēdzošā jautājumā. Visi intervētie apgalvo, ka viss ir saistīts savā starpā - *“Komunikācija var parādīt kāda sadarbība notiks starp personālu un pacientu. Tas savukārt jau noved pie pacienta apmierinājuma par saņemto pakalpojumu”* un *“Komunikācija kļūst var veiksmīgu sastāvdaļu visam procesam, palielina rehabilitācijas attīstību”*. Komunikācija ar pacientu ietekmē manipulācijas kvalitāti. Ja manipulācija tiek izpildīta veiksmīgi un panāk arī pacienta līdzestību, tad palielinās arī pacientu apmierinātība ar saņemto pakalpojumu. Apmierinātie pacienti biežāk ievēro ārstēšanas plānus un personāla ieteikumus, tādējādi panākot labākus rezultātus un uzlabo kopējo aprūpes kvalitāti. Rezumējot var secināt, ka pastāv savstarpēja saikne starp komunikāciju ar pacientu, veikto manipulāciju kvalitāti un pacienta apmierinātību ar saņemto pakalpojumu.

Kopumā intervijas sniedza vērtīgu ieskatu intervēto darba pieredzē un viedoklī par dažādu paaudžu speciālistu komunikāciju ar pacientiem, kā arī sniedza viņu vērtējumu par pielāgošanās un tās darbību nozīmi darbā ar pacientiem.

6.3.Rezultātu kopsavilkums

Maģistra darba mērķu izpildīšanai un pētniecisko jautājumu atbilžu iegūšanai tika izstrādāta aptaujas anketa un daļēji strukturēta intervija ārstniecības personām. Aptaujas anketas mērķis bija noskaidrot ne tikai, cik daudz ārstniecības personas pielieto *CAT* stratēģijas komunikācijā ar pacientiem, bet arī papildus nepieciešamas un interesējošas lietas, kuras papildina pētījumu. Piemēram, tika uzdoti jautājumi, uz kuriem tika iegūtas sīkākas atbildes par *CAT* stratēģiju izmantošanas iemesliem, mērķiem un par šo darbību apzinātu vai neapzinātu pielietošanu. Interesējoši papildus tika vaicāts respondentiem par viņu studiju laiku, vai tajā tika apgūts komunikācijas kurss, kā arī respondentu vērtējums par savu kolēģu komunikāciju ar pacientiem dažādu paaudžu vidū.

Daļēji strukturēta intervija tika veidota ar mērķi gan papildināt kvantitatīvos datus, gan uzzināt dažādu ārstniecības personu pārstāvju pieredzi un viedokli, kas saistās ar *CAT* stratēģiju praktisko pielietošanu darbā ar pacientiem un arī papildus viņu vērtējumu par dažādu paaudžu ārstniecības personu komunikāciju ar pacientiem.

Aptaujas anketa aptvēra lielu respondentu skaitu - 429 derīgas un analizējamās atbildes, kuras tika iegūtas tiešsaistes veidā. Daļēji strukturētu interviju visi pieci pārstāvji tika personiski uzrunāti un ar informēto piekrišanu pētījumam akceptēja dalību maģistra draba pētījumā.

Aptaujas anketas rezultāti parādīja, ka **85,5 %** (367) respondentu pielieto **CAT tuvināšanās stratēģiju**, kura tika aprakstīta ar balss toņa un tempa pielāgošanu pacientam.

Pielāgošanās pacientam **interpretācijas** ziņā gan ir iegūts atšķirīgs respondentu vērtējums. **85,2 %** (366) respondentu **izvairās sarežģītu terminu lietošanā** komunikācijā ar pacientu, lai izvairītos no tā, ka pacients pasniegto informāciju nesapratīs. Savukārt, par **žargonvārdu pielietošanu gan 71,3%** (306) respondenti atbild **noraidoši**. Jau iepriekš rezultātu aprakstā pie šī apgalvojuma var diskutēt plašāk, kur robežojas laba un, kur slikta žargonvārdu pielietošana darbā ar pacientiem.

Interpersonālo stratēģiju pielieto vairums respondentu - **84,6%** (363) respondentu **apzināti ieturot pauzes sarunā ar pacientu**, gan **85,5 %** (367) mudina uzņemties atbildību par savas veselības sakārtošanu.

Diskursa vadību pielieto pārliecinoši vairums respondentu. Attiecīgi 4 apgalvojumā par neverbālas komunikācijas elementu izmantošanu, lai norādītu ieinteresētību, uzmanību pacienta paustajam piekrītoši vērtē **88,6 %** (380) respondentu. Aktīvas klausīšanās demonstrēšana parāda pacientiem, ka viņa teiktais tiek uzklauts un novērtēts, veicinot uzticības un drošības sajūtu. Par sarunas tēmas maiņu sev nepieciešamā virzienā norāda **78,5 %** (337) respondentu.

Noslēdzoši par **emocionālo izpausmju pielietošanu** darbā ar pacientiem respondenti ir pozitīvi. Neverbālā komunikācija, kas ietver smaidu, žestus, u.c., tiek pielietota **83,4 %** (358) respondentu vidū.

Vislielākais pozitīvākais saņemtais rezultāts no visu stratēģiju pielietošanas aprakstiem ir par iespējas došanu pacientam uzdod jautājumus (diskursa vadība) **92,7 %** (398) respondentu. Otrs pozitīvākais vērtējums ir par emocionālās stratēģijas izmantošanu, veidojot savstarpējo uzticēšanos, saikni ar pacientu. Šajā apgalvojumā veseli **92%** (394) respondentu ir atbildējuši piekrītoši.

Intervijās iegūtājās atbildēs arī apstiprinās un parādās **visu CAT stratēģiju pielietošana komunikācijā ar pacientu** - balss toņa un tempa maiņa, informācijas pasniegšana maksimāli vienkāršotā valodā, sarunas tēmas maiņa, ko virza ārstniecības persona, emocionālu izpausmju pielietošana (gan verbālā, gan neverbālā komunikācijā). Viens no piemēriem: **“Vai Jums ir sanācis arī ieturēt speciāli pauzi sarunā ar pacientu, lai ļautu iespējams pacientam vēlāk izteikties? Jā. Tas ir varbūt izteiktāks tādiem lēnīgiem, nomāktiem pacientiem. Man jāiet līdzī vairāk tajā brīdī viņa (pacienta) tempam”**.

Gan aptaujas anketā, gan intervijā tika izziņāts, kāpēc tiek mainīta uzvedība darbā ar pacientiem. No aptaujas anketas rezultātiem par **uzvedības maiņas iemesliem**, mērķiem izvirzās pacienta labsajūtas veicināšana un informācijas nodošana tā, lai pacients labāk saprastu ārstniecības personas teikto. Ko **dod** šī pielāgošanās pacientam? No intervijām iegūts, ka tas palīdz veidot spēcīgāku terapeitisko saikni starp ārstniecības personu un pacientu, liekot pacientiem justies saprastiem. Jo labāka sadarbība izveidosies, jo pacients vairāk līdzestīgāks visā ārstēšanas procesā. Tendēts ievērot un pildīt ārstniecības personas rekomendācijas vai norādījumus. Galu galā ārstniecības personā ir ieinteresēta iegūt pēc iespējas labāku gala rezultātu. Papildus jāizceļ, ka pielāgošanās var palīdzēt pārvaldīt un atrisināt konfliktus savstarpējās attiecībās, kas tika pieminēts gan aptaujas anketā, gan X paaudzes pārstāvja intervijā. Pielāgojot reakcijas, ārstniecības personas var efektīvāk vadīt krīzes, konflikta situācijas.

Aptaujas anketā tika noskaidrots, ka **47,4 %** (180) respondentu **distancētos** no pacienta, kurš izraisa nepatiku, **25,4 %** (109) nedistancētos, gandrīz tik pat respondentu (**27,3 %**, 117) atbild neitrāli. Intervijās ar X un *Baby Boomer* pārstāvjiem tika pieminēta šāda varbūtība, kur pielāgošanās nebūs, ja pacienta uzvedība radīs vai radīja nepatīkamas emocijas ārstniecības personā. X paaudzes pārstāvim tas bija saistīts ar drošas vides uzturēšanu gan pacientiem un personālam. *Baby Boomer* pārstāvei vairāk ar paš aizsardzību - emocionāli distancējas, lai aizsargātu savu labsajūtu. Distancēšanās no sarežģītiem vai agresīvi noskaņotiem pacientiem var kalpot kā mehānisms, lai izvairītos no tā, ka pacienta uzvedība viņu personīgi ietekmē. Tas var palīdzēt novērst izdegšanu un saglabāt ārstniecības personas spēju sniegt empātisku aprūpi visiem pacientiem.

Z un *Millennial* paaudžu pārstāvjos tas netika novērots. *Millennial* pārstāvji piemin vairāk profesionālās robežas, savas emocionālās aizsardzības ieslēgšanu, lai saglabātu savā darbā efektivitāti un turpinātu koncentrēties darbam, bet nenonāk pie distancēšanās no pacienta.

Aptaujas anketā manāma **negatīva** novērtējuma pieaugums un **mazāk pozitīvs** vērtējums pie vecāku kolēģu komunikācijas ar pacientiem salīdzinot ar jaunāku kolēģu vērtējumu. Gan pret jaunākiem, gan vecākiem kolēģiem var pastāvēt neapzināti aizspriedumi. Intervijā to piemin *Millennial* paaudzes pārstāvis. Viņš mēģina saprast, vai viņa vērtējums balstās stereotipiskā skatījumā vai tādā vērtējumā, ko var pamatot. Lai gan beigās sliecas domāt, ka vecāki kolēģi mazliet mazāk iesaistās un jaunie varētu iesaistīties mazliet vairāk.

Gados vecāki kolēģi, ilgus gadus praktizējuši, sava darba efektivitāti varētu panākt īsākā laikā, kas, savukārt, varētu saīsināt sadarbības laiku ar pacientu. Viņi dot priekšroku īsām un koncentrētām sarunām, ko min X paaudzes pārstāvis.. To min otra *Millennial* pārstāve kā vienu no faktoriem. Papildus gados jauniem speciālistiem varētu būt vairāk resursu un no viņiem pacients varētu sagaidīt detalizētākus paskaidrojumus. Z paaudzes pārstāve vispilgtāk apstiprina, ka pielāgošanās starp jaunu un gados vecāku speciālistu būs atšķirīga.

Interesējošā papildus jautājumā intervētie varēja sniegt savu viedokli un vērtējumu, vai mainās pielāgošanās, kad pacients un ārstniecības personas pārstāv dažādas paaudzes. Tika novērots, ka šajā gadījumā arī būtu pielāgošanās atšķirības. Piemēram, draudzīgākas sarunas ar bērniem, formālākas ar pieaugušajiem. Vecāka gada gājuma pacienti uz jaunajiem paaudzes speciālistiem var raudzīties ar aizspriedumiem, kā to pieredzējusi *Millennial* paaudzes pārstāve. Šāda jauna speciālista apšaubīšana par mazāku zināšanu apjomu nekā gados vecāku kolēģu rada ārstniecības personas savas lomas uzsvēršanu un sevis pierādīšanu.

Kopumā *CAT* stratēģijas, kuras tiek aprakstītas un pieminētas, lai uzzinātu kādu nozīmi tām piešķir ārstniecības personas intervijās, ir komunikācijas neatņemamas sastāvdaļas. Var uzsaktīt, ka *CAT* stratēģiju pielietošana sasaucās kopā ar intervijas pēdējā jautājuma uzskaitītajām trīs lietām. Efektīvi pielāgojot komunikāciju, lai apmierinātu pacientu individuālās vajadzības, ārstniecības personas var nodrošināt skaidru, empātisku sadarbību, tādējādi uzlabojot vispārējo aprūpi un ārstēšanas rezultātu.

SECINĀJUMI

Pētījuma pamatā ir ņemta komunikācijas teorija, kura ir izstrādāta pagājušajā gadsimtā. Tomēr pateicoties teorijas mainīgajai dabai tās attīstības periodā un fleksibilitātei pašlaik, to iespējams piemērot dažādām dzīves situācijām. Sociālās pielāgošanās teoriju aprakstīto stratēģiju pielietošanu ļoti labi var pētīt dažādās sociālās grupās. Sociālās pielāgošanās teorija ne tikai apraksta komunikācijas uzvedību, bet tā izskaidro, kāpēc tā notiek. Šo praktisko lietderību ir izdevies arī noskaidrot pētījumā, kāpēc ārstniecības personas maina savu uzvedību komunikācijā ar pacientiem. Kā iepriekš teorijā minēts, ka pēdējās divās desmitgadēs CAT pētnieki ir izrādījuši pastāvīgu interesi arī pētīt komunikācijas pielāgošanos starppaaudžu kontekstā. Ar maģistra darba pētījumu ir izdevies ne tikai analizēt CAT pielietojumu konkrētas grupas ietvarā (šajā gadījumā ārstniecības personas), bet arī skatīt to paaudžu kontekstā.

Maģistra darba izvirzītie mērķi ir sasniegti un iegūtas atbildes uz izvirzītajiem pētnieciskajiem jautājumiem. Par to:

- cik plaši ārstniecības personas izmanto sociālās pielāgošanās teorijas komunikācijas stratēģijas darbā ar pacientiem,
- vai to pielietošanā pastāv kādas atšķirības starp dažādu ārstniecības personu pārstāvju paaudzēm,
- noskaidrot dažādu paaudžu pārstāvētu ārstniecības personu viedokli par komunikācijas stratēģiju pielietošanu, tās mērķiem, iemesliem un nozīmi komunikācijā ar pacientiem.

1. Pētījumā ir izdevies noskaidrot, ka aptaujas anketas respondenti (ārstniecības personas) savā vērtējumā kopumā pārliecinoši pielieto sociālās pielāgošanās teorijas stratēģijas komunikācijā ar pacientiem. Secīgi visvairāk pielietojot emocionālās izpausmes, diskursa vadību, tad tuvināšanās, interpersonālo un interpretācijas stratēģijas. No visiem pielāgošanās minētajiem veidiem aptaujas anketas respondenti noraidoši bija pret vienu no interpretācijas stratēģijām par žargonvārdu pielietošanu. Šādu pielāgošanos pacientiem respondenti neveic. Visas intervētās ārstniecības personas (*Baby Boomer*, X, Y, Z paaudzes pārstāvji) pielieto pielāgošanos komunikācijā ar pacientiem.

2. Komunikācijā ar pacientu pielāgošanās notiek visiem intervētajiem ārstniecības personu paaudžu pārstāvjiem. *CAT* diverģences stratēģija novērota X un *Baby Boomer* paaudžu pārstāvjiem. No Z un Y jeb *Millennial* ārstniecības personu pārstāvjiem diverģence darbā ar pacientiem netika pieminēta.
3. Uzvedības maiņas (ārstniecības personas pielāgošanās komunikācijā ar pacientu) mērķi visās paaudzēs ir norādīti kā labākas saiknes izveidošana ar pacientu, labākas sapratnes izveidošana pacientam par ārstēšanas procesu, emociju noregulēšana pacientam. Z paaudzes pārstāves vieni no iemesliem kādēļ pielāgojas ir pacienta izglītības, sociālekonomiskā stāvokļa faktors. X paaudzes pārstāvis pielāgojas, lai izvairītos no iespējama konflikta eskalācijas. Visi intervētie paaudžu pārstāvji pielāgošanās iemeslu min kā pacienta redzamu apjukumu, neskaidrību tajā, ko saka vai dara ārstniecības persona.
4. Visu paaudžu pārstāvji pieminētās *CAT* stratēģijas intervijā norāda kā neatņemamas sastāvdaļas komunikācijā ar pacientu. Emocionālās izpausmes, tuvināšanās ar pacientu, interpretācija un pārējās stratēģijas kalpo kā elementi bez kuriem grūti iedomāties, ka vispār pastāvētu kvalitatīta komunikācija un darbs ar pacientu.
5. Aptaujas respondenti vienlīdzīgās daļās norāda, ka pielāgojas pacientiem gan apzināti, gan neapzināti. Arī no dažādu paaudžu pārstāvju intervijām secināts, ka pielāgošanās ir gan apzināta, gan neapzināta. Abi jaunākās paaudzes pārstāvji (Z un *Millennial*) stāsta, ka šīs darbības sākumā ir neapzinātas, vēlāk tām kļūstot apzinātām.
6. Aptaujas anketas respondenti manāmi novērtē vecāka gada gājuma kolēģus, kuri varētu ietilpt secīgi citas paaudzes ietvaros, negatīvāk nekā savus vienaudžus vai jaunākus darba kolēģus. Dažādu paaudžu intervētās ārstniecības personas arī min, ka nedaudz mazāka iesaiste un atdeve ar pacientu varētu būt vecāka gada gājuma speciālistiem, salīdzinājumā ar jaunajiem.
7. Sociālās pielāgošanās teorijas praktiskā izmantošana, kas ārstniecības personu vidū ir gan apzināta, gan neapzināta, ar skaidriem mērķiem un iemesliem, apliecina komunikācijas ārkārtīgi būtisko lomu ārstniecības personu darbā ar pacientiem, kā arī papildus interpersonālo nozīmi starp speciālistu un pacientu, ko dod pielāgošanās rezultāts.

8. Aptaujas respondentu vidū pārsvars ir X un Y paaudzes pārstāvjiem. Ir redzamas nelielas atšķirības šo divu paaudžu starpā, kā tās pielieto *CAT* stratēģijas. Ņemot vērā, ka šīs divas paaudzes pašlaik aizņem lielāko daļu darba tirgus, arī veselības aprūpē starp šiem paaudžu speciālistiem visticamāk ir atšķirīgas pieejas stils pie pacientiem. Atšķirīgs *CAT* pielietojums varētu būt diskusiju temats starp šīm divām paaudzēm, veicinot dažādu viedokļu un pieredzes apmaiņu.
9. Ārstniecības personām būtu jāpielāgo savas komunikācijas stratēģijas, lai ņemtu vērā dažādus veselības pratības līmeņus, izmantojot vienkāršu valodu, tādu interpretāciju, kas ir atbilstoša pacientam u.c., lai nodrošinātu, ka pacienti saprot savu diagnozi, ārstēšanas iespējas un aprūpes plānus. Pielietojot *CAT* principus, ne tikai ārstniecības personas, bet arī visi veselības aprūpes sistēmā iesaistītie (tās sniedzēji) var uzlabot uz pacientu vērstu aprūpi, veicināt kultūras kompetenci un uzlabot pacientiem sniegto pakalpojumu komunikāciju un rezultātus.
10. Pētījumā redzams ne tikai efektīvs komunikācijas rezultāts darbā ar pacientu, ko dod *CAT* pielietošana, bet arī izmantojot šo teoriju ir iespējams panākt uz pacientu centrētas aprūpi, kas nostāda par prioritāti pacientu vajadzības, vēlmes un vērtības. Tā ietver partnerattiecības starp ārstniecības personu un pacientu, kad pacients tiek uzklauss, bažas tiek risinātas un ārstēšanas plāns tiek pielāgots viņu individuālajai situācijai.

Rezumējot maģistra darbu, pētījums sniedz informāciju par sociālās pielāgošanās teorijas praktisku pielietojumu ārstniecības personu vidū, kā arī iegūstot konkrētus iemeslus un mērķus, kādēļ šīs pielāgošanās stratēģijas tiek pielietotas darbā ar pacientiem. Pētījums apliecina, ka *CAT* pielietošana var būt kā svarīgs komunikācijas procesa rīks darbā ar pacientiem, kā arī paver iespēju varbūt nākotnē *CAT* izmantot un pat iekļaut veselības aprūpes sniedzēju mācību procesā, uzlabojot komunikāciju ar pacientiem. Tā kā veselības aprūpē ir veikti pētījumi par līderību, par konfliktu pārvaldību, bet ir ierobežoti paaudžu pētījumi, tad šis pētījums var kalpot kā piemērs tālākai izpētei par starppaudžu attiecībām veselības aprūpē. Pētījuma tālākā izpētē būtu iespējams skatīt ne tikai veselības aprūpes sniedzēju pusi, bet arī iesaistīt pacientu vērtējumu par komunikāciju un saņemto pakalpojumu.

PATEICĪBAS

Uzsākt maģistra studijas komunikācijas zinātnē man bija kā jauna pasaule. Domājams mans personīgais risks ir attaisnojies. Šajos divos mācību gados esmu ieguvusi daudz jaunu zināšanu, prasmju, pašizaugsmi un pilna spektra emociju gammu. Ne vienu brīdi nenožēloju, ka spēru šo soli tieši šeit Latvijas Universitātē Sociālo zinātņu fakultātē. Paldies visai fakultātes saimei. Katram pasniedzējam, ar ko krustojušies ceļi lekcijās. Man ir bijusi iespēja satikt brīnišķīgus pasniedzējus, no kuriem var smelties iedvesmu, lai darītu lielas lietas šajā dzīvē.

Man jāsaka milzum liels paldies manai darba vadītājai Laurai Ardavai - Āboliņai. Pirmajā studiju gadā tieši pateicoties viņas vadītam kursam tandēmā ar Klintu Ločmeli, es nonācu pie savas maģistra tēmas. Toreiz es vēl nebiju pārliecināta par to, vai es varu, ko tādu pētīt. Šaubas pārņēma virsroku, kad neesi pārliecināts, ko un kā ir pieņemts darīt. Tomēr tas atbalsts, kas pausts katrā frāzē par labi padarītu darbu, vismaz personiski man ir tas, kas iedeva drosmi turpināt un noticēt savas idejas jau turpmākai realizēšanai. Paldies par atbalstu visa maģistra darba tapšanas laikā!

Pateicības vārdus vēlos veltīt arī ir manām līdzgaitniecēm kursa kolēģēm. Kopā iets un darīts, un spriests, un diskutēts. Viens nav darītājs, kopā ir spēks. Mēs to izdarījām!

IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI

A. Zvejnieks. (1998). *Tradīcija, inovācija un tikumība*. Cilvēks. Izglītība. Kultūra. (Nr.7.)

Age Range by Generation. Generations defined by name, birth year, and ages in 2024. Beresford Research. Izgūts no: <https://www.beresfordresearch.com/age-range-by-generation/>

Arustamjane-Boltre L. *Komunikācijas loma un novērtējums Latvijas sociālās atbildības projektā „Dr. Klauns”*. (2015).

Izgūts no: https://dspace.lu.lv/dspace/bitstream/handle/7/30060/309-49967-Arustamjane-Boltre_Lotta_la06030.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Bamberger, M., & Mabry, L. (2020). *Qualitative Evaluation Methods*. (Vols. 1-0). SAGE Publications, Inc., <https://doi.org/10.4135/9781071909607>

Bauer, M. W. (2000). Analytic approaches for text, image and sound. *Qualitative researching with text, image and sound*, 131-151.

Berger, C. (2014). *Interpersonal Communication* (Vol. 6, Handbooks of Communication Science [HoCS]). Berlin/Boston: De Gruyter.

Bochatay N., Bajwa N., Cullati S. (2017). “A Multilevel Analysis of Professional Conflicts in Health Care Teams: Insight for Future Training” DOI: 10.1097/ACM.0000000000001912

Charles Horton Cooley, *Social Organization: A Study of the Larger Mind* New York: Charles Scribner's Sons, Chapter VI

Chevalier M., Watson B.M., Barras M.A., Cottrell W.N. (2020). *Assessing Communication Behaviours of Hospital Pharmacists: How Well Do the Perspectives of Pharmacists, Patients, and an Independent Observer Align?* *Journal of Language and Social Psychology*, 39(5–6), 626–652.

<https://doi-org.datubazes.lanet.lv/10.1177/0261927X20909867>

Chichirez, C. M., & Purcărea, V. L. (2018). Interpersonal communication in healthcare. *Journal of medicine and life*, 11(2), 119–122.

Izgūts no: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6101690/>

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). Research design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods 192 Approaches (5th ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications. P. 207.

Darvin, R. (2016). Language and identity in the digital age. In *The Routledge handbook of language and identity* (pp. 523-540). Routledge.

De Jonckheere, M., Vaughn, L., M. (2017). *Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour Family Medicine and Community Health*. DOI: [10.1136/fmch-2018-000057](https://doi.org/10.1136/fmch-2018-000057)

DeVito J. A., *The interpersonal communication book/ Joseph A. DeVito*, Hunter College of the City University of New York. 15th edition. Published by Pearson Educacion 2017.

Ekole, A. (2022). Nonverbal Communication in Clinician-Patient Interaction and Influence on Healthcare Outcome. *American Journal of Trade and Policy*, 9(1), 43–50. doi.org/10.18034/ajtp.v9i1.619

Farzadnia S., Giles H. (2015). Patient-provider interaction: A communication accommodation theory perspective. *International Journal of Society, Culture & Language* 3.2: 17-34. http://www.ijsccl.net/article_12768_2e0a7c7fec5a59eee3901cecf53020ad.pdf

Gallois, C., Ogay, T., & Giles, H. (2005). *Communication Accommodation Theory: a look back and a look ahead*. In W. B. Gudykunst (Ed.) *Theorizing about intercultural communication*. Thousand Oaks: Sage.

Getten J. (2021) *Leadership of a Multigenerational Healthcare Workforce*. Behavioral Health Consulting Solutions. Izgūts no: <https://www.bhcsmt.com/blog/leadership-of-a-multigenerational-healthcare-workforce>

Giles H., Coupland N., & Coupland J. (1991). *Accommodation theory: Communication, context, and consequence*. Developments in applied sociolinguistics, 1.

Giles, H., & Gasiorek, J. (2011). *Intergenerational communication practices*. *Handbook of the psychology of aging* (7th ed., pp. 233–247). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-380882-0.00015-2>

Griffin E., Sparks G., Ledbetter A. (2023) *A first look at communication theory*. McGraw-hill. Eleventh ed.

Hannawa F.A. (2011). “*Shedding light on the dark side of doctor–patient interactions: Verbal and nonverbal messages physicians communicate during error disclosures*”. *Patient Education and Counseling*, Volume 84, Issue 3, 2011, Pages 344-351, ISSN 0738-3991.

Hargie, O., Dickson, D., & Nelson, S. (2003). *Working together in a divided society: A study of intergroup communication in the Northern Ireland workplace*. *Journal of Business and Technical Communication*, 17(3), 285-318.

Harshad S. (2024) *Verbal and non-verbal features of active listeners*. Valia International School. Izgūts no: <https://shcvaliaintschool.in/verbal-nonverbal-features-active-listeners/>

Hartley, P. (1993). *Interpersonal communication / Peter Hartley*. London : New York: Routledge.

Herrity J. (2022.g.22.dec.) *5 Generations in the Workplace: Their Values and Differences*. Generations in the workplace. Career development. Izgūts no: <https://www.indeed.com/career-advice/career-development/generations-in-the-workplace>

Hogg, M. A. (2016). *Social identity theory* (pp. 3-17). Springer International Publishing.

Holton, E. F., & Burnett, M. F. (2005). The basics of quantitative research. *Research in organizations: Foundations and methods of inquiry*, 29-44.

Hummert, M. L., Garstka, T. A., Ryan, E. B., & Bonnesen, J. L. (2004). *The Role of Age Stereotypes in Interpersonal Communication*. In J. F. Nussbaum & J. Coupland (Eds.), *Handbook of communication and aging research* (2nd ed., pp. 91–114). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Johnson, N. L. (2014). *Differences between generational cohort, conflict management style, and leadership style of managers in healthcare administration* (Doctoral dissertation, Capella University).

Izgūts no: <https://www.proquest.com/openview/2529fd4da678179955b2abbe8b4ef806/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>

Judith A.H., Jinni A.H., Rosenthal R. “*Nonverbal behavior in clinician—patient interaction*”. *Applied and Preventive Psychology*, Volume 4, Issue 1, 1995, Pages 21-37, ISSN 0962-1849. [doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80049-6](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80049-6)

Jurkiewicz, C.L., Bradley, D.B. Generational Ethics: Age Cohort and Healthcare Executives' Values. *HEC Forum* 14, 148–171 (2002). <https://doi.org/10.1023/A:1020907731617>

Kabir MR, Chan K (2022) “*Do we even have a voice?*” *Health providers' perspective on the patient accommodation strategies in Bangladesh*. *PLoS ONE* 17(8): e0271827. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271827>

Keepnews D.M., Brewer C.S., Kovner C.T. (2010). *Generational differences among newly licensed registered nurses*. *Nursing Outlook*, 58(3), 155-163. doi.org/10.1016/j.outlook.2009.11.001

Koņevņina A., Lapsa M. *Mans klients/mans pacients –izaicinājumi darbā ar personām ar psihiskiem, uzvedības un nervu sistēmas attīstības traucējumiem. (2021) [tiešsaiste]*
Izgūts no: https://www.talakizglitiba.lv/sites/default/files/2021-07/mans_klients.pdf

Krastiņš, O. (1998). *Statistika un ekonometrija*. Rīga: LR Centrālās statistikas pārvaldes poligrāfijas nodaļa. 193 Izgūts no: <http://ezis.appspot.com/Statistika/d.01.htm>

Latvijas Ārstu biedrība. (2019.g.6.nov.) *Latvijas Ārstu biedrība aicina medijus pārtraukt veselības nozares demonizāciju. Latvijas Ārstu biedrība.* Izgūts no: <https://www.arstubiedriba.lv/latvijas-arstu-biedriba-aicina-medijus-partraukt-veselibas-nozares-demonizaciju/>

Latvijas portāls. (2013). Mūžīgā problēma: ārsta un pacienta komunikācija. *Latvijas portāls.* Izgūts no: <https://lvportals.lv/viedokli/254747-muziga-problema-arsta-un-pacienta-komunikacija-2013>

Littlejohn, S., & Foss, K. (2009). *Encyclopedia of communication theory / Stephen W. Littlejohn, Karen A. Foss, editors.* Los Angeles, Calif.: Sage. Accommodation Theory. Volume 1, Pages 1-3.

Mayring, P. (2004). Qualitative content analysis. *A companion to qualitative research*, 1(2), 159-176.

McCabe, Catherine. *Nurse–patient communication: an exploration of patients’ experiences.* *Journal of clinical nursing* 13.1 (2004): 41-49. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x>

Monaghan L., Goodman J.E. (2007) *A Cultural Approach to Interpersonal Communication.* Essential Readings. Eds. Oxford etc: Blackwell Publishing.

Munter, M. (2000). *Guide to Managerial Communication* (5th ed.). New Jersey: Upper Saddle River. P. 3

Nardi, P. M. (2018). *Doing survey research: A guide to quantitative methods.* Routledge.

Pīzi A., B., (2006), *Ķermeņa valoda*, Rīga, apgāds Jumava.

Roberts S. (2023) *Verbal Communication: A Complete Guide* The Knowledge Academy. Izgūts no: <https://www.theknowledgeacademy.com/blog/verbal-communication/>

RSU Zraksti. (2016). Ārstu komunikācijas prasmju apguvei izmantoto metožu efektivitāte: pētījumu apskatu analīze. *Rīgas Stradiņa universitāte*. Izgūts no: <https://www.rsu.lv/zinatniskie-raksti/arstu-komunikacijas-prasmju-apguvei-izmantoto-metozu-efektivitate-petijumu>

Slimību profilakses un kontroles centrs. (2023.g.6.jūn.) Veselības statistikas datubāze. Izgūts no: https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/Health_Veselibas_aprupes_resursi/RES040_AP_vec_grupas.px/table/tableViewLayout2/

Tannen, D. (1995). The power of talk: Who gets heard and why. *Harvard business review*. 73, 138-138.

Tenny, S., Brannan, J. M., & Brannan, G. D. (2017). *Qualitative study*. Izgūts no: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470395/>

Veinberga S. (2019). *Komunikācija. Teorija un prakse*. Sava grāmata.

Weston M. (2006). "Integrating Generational Perspectives in Nursing" OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing Vol. 11 No. 2, Manuscript 1. doi.org/10.3912/OJIN.Vol11No02Man01

World Health Organization. *Value gender and equity in the global health workforce*. Izgūts no: <https://www.who.int/activities/value-gender-and-equity-in-the-global-health-workforce>

Yue-mei-tong Chen, Zhou Fang. (2022) *Inconsistency in the 11-point (0-10) Likert scale: evidence from subjective well-being survey*. Research Square. doi.org/10.21203/rs.3.rs-2215062/v2

Zivanovic, D., Ciric Z., (2017) *Therapeutic Communication in Health Care*, SCiFed Nursing & Health Care Journal 1,2. Izgūts no: https://www.researchgate.net/publication/320245946_Therapeutic_Communication_in_Health_Care

Доналдсон М.К., Доналдсон М. Умение вести переговоры. Диалектика. М., 2000.

PIELIKUMI

1.pielikums.

Aptaujas anketa ārstniecības personām

Labdien!

Aicinu Jūs piedalīties Latvijas Universitātes Sociālo zinātņu fakultātes Komunikācijas studiju nodaļas maģistra darba izstrādes vajadzībām, pētījumā par ārstniecības personu komunikāciju ar pacientiem.

Pētījuma viens no etapiem iekļauj aptaujas anketu, kas paredzēta tikai ārstniecības personām Latvijā. Aptauja ietver gan demogrāfiskus jautājumus, gan jautājumus, kas pauž Jūsu pieredzi un viedokli. Pētījumā iegūtie dati tiks izmantoti tikai apkopotā veidā, un Jūsu sniegto atbilžu konfidencialitāte ir garantēta.

Paldies Jums par veltīto atsaucību!

Ar cieņu,

Diāna Razumovska.

1. Lūdzu norādiet savu dzimumu:
 - a) Sieviete
 - b) Vīrietis

2. Kāds ir Jūsu darba stāžs profesijā?
 - a) Līdz 1 gadam
 - b) 1- 5 gadiem
 - c) 6-10 gadiem
 - d) 11- 20 gadiem
 - e) Vairāk kā 21 gads

3. Vai pašlaik esat praktizējošs veselības aprūpes sniedzējs?
 - a) Jā
 - b) Nē
 - c) Cits variants

4. Lūdzu norādiet savu vecumu:
 - a) līdz 24
 - b) 25-34
 - c) 35-44
 - d) 45-54
 - e) 55-64
 - f) 65-74
 - g) 75 un vairāk

5. Lūdzu norādiet atbilstošo variantu, kurš atbilst Jūsu dzimšanas gadam, no zemāk norādītajiem gadu nogriežņiem. Piemēram, dzimšanas gads 1960. - atbilst variants A:
- a) 1946 – 1964
 - b) 1965 – 1980
 - c) 1981 - 1996
 - d) 1997 – 2012
6. Lūdzu, atzīmējiet kāda ir Jūsu izglītība.
Ja izglītība iegūta pirms 01.07.1991. gada, lūdzu atzīmēt variantu, kas atbilst mūsdienu pielīdzinātajai izglītībai:
- a) 1.līmeņa profesionālā augstākā izglītība (koledža)
 - b) augstākā profesionālā izglītība (bakalaura)
 - c) augstākā profesionālā izglītība (maģistrs)
 - d) augstākā izglītība (rezidentūra vai doktorantūra)
 - e) Cits variants
7. Lūdzu norādiet savu profesiju (vairākas atbildes iespējamas):
- a) Ārsts
 - b) Zobārsts
 - c) Māsa
 - d) Vecmāte
 - e) Ārsta palīgs
 - f) Māsas palīgs
 - g) Zobu higiēnists
 - h) Zobārsta asistents
 - i) Fizioterapeits
 - j) Ergoterapeits
 - k) Audiologopēds
 - l) Mākslas terapeits
 - m) Uztura speciālists
 - n) Radiologa asistents
 - o) Biomedicīnas laborants
 - p) Podologs
 - q) Masieris
 - r) Skaistumkopšanas speciālists kosmetoloģijā
 - s) Optometrists
 - t) Cits variants

8. Lūdzu novērtējiet sekojošos apgalvojumus, vadoties pēc Jūsu ikdienas komunikācijas ar pacientu.

Skalā no 1 – pilnībā nepiekrītu, 10- pilnībā piekrītu

Apgalvojums	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Es pielāgoju savu balsi toni, tempu atbilstoši pacientam.										
2.Izvairos lietot medicīniskus terminus, kurus pacients varētu nesaprast.										
3.Komunikācijā ar pacientu pielietoju žargonvārdus.										
4.Komunikācijā ar pacientu demonstrēju acu kontakta uzturēšanu, galvas mājienus, lai norādītu, ka vēršu uzmanību pacienta teiktajam.										
5.Dotu pacientam iespēju man uzdotu interesējošos jautājumus.										
6.Apzināti izmantoju sarunās pauzes, lai pacients varētu, ko sacīt.										
7.Mainu sarunas tēmu ar pacientu, lai ievirzītu sarunu sev nepieciešamā virzienā.										
8.Mudinu pacientu uzņemties atbildību par savas veselības <i>sakārtošanu</i> .										
9.Komunikācijā ar pacientu izmantoju neverbālu saziņu (smaids, pieskāriens, žesti).										
10.Komunikācijā ar pacientu mēģinu izveidot savstarpēju uzticēšanos.										

9. Vai veicot pielāgošanos pacientam (runas stilā, uzvedībā u.c.), darat to apzināti?

- Pacientam nepielāgojos
- Jā, daru to apzināti ar konkrētu mērķi, iemeslu
- Nē, pielāgojos neapzināti, drīzāk daru to automātiski
- Grūti pateikt
- Cits variants

10. Lūdzu atzīmējiet 3 visbiežākos iemeslus, kādēļ mainiet savu uzvedību komunicējot ar pacientu.

- Savu uzvedību komunicējot ar pacientu nemainu
- Veicinu pacienta labsajūtu (drošumu, uzticēšanos) apmeklējuma laikā
- Lai iepatiktos pacientam
- Lai pacients labāk saprastu, uztvertu manis teikto

- e) Labākai kontakta izveidošanai
- f) Lai spētu veikt ātrāk, ērtāk savas ieplānotās manipulācijas
- g) Cits variants

11. Veids kā pacients ar Jums komunicē vai uzvedas raisa Jūsos nepatiku. Lūdzu atzīmējiet skalā no 1 līdz 10, cik ļoti šādā gadījumā, Jūs distancējaties no pacienta? (piemēram, necenšaties uzturēt acu kontaktu, emocionāli esat atturīgāks)

1 – pilnībā nedistancējos, 10 – pilnībā distancējos

12. Vai Jūsu profesijas apgūšanas laikā tika veltīts atsevišķs studiju kurss (lekcijas) par komunikāciju, saskarsmi ar pacientiem?

- a) Nē, tāda atsevišķa studiju kursa nebija
- b) Jā, tāds kurss bija
- c) Grūti pateikt, neatceros
- d) Cits variants

13. Kā vērtējat kopumā savu kolēģu komunikāciju ar pacientiem? Lūdzu atzīmējiet savu atbilstošāko vērtējumu katrā ailē.

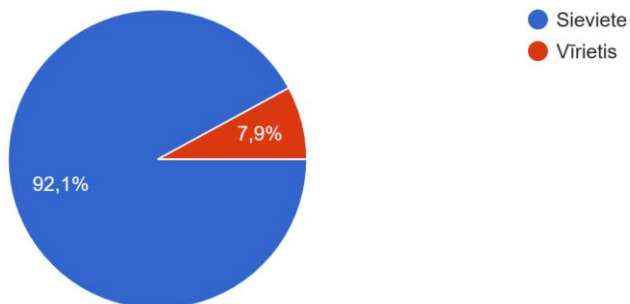
	Negatīvi	Drīzāk negatīvi, nekā pozitīvi	Drīzāk pozitīvi, nekā negatīvi	Pozitīvi	Grūti pateikt
Kolēģi, kas ir mani vienaudži (+/- līdz 10 gadu robežai)					
Kolēģi, kas ir par mani jaunāki (par 10 un vairāk gadiem)					
Kolēģi, kas ir par mani vecāki (par 10 un vairāk gadiem)					

Aptaujas anketas datu rezultāti

1.jautājums.

Lūdzu norādiet savu dzimumu.

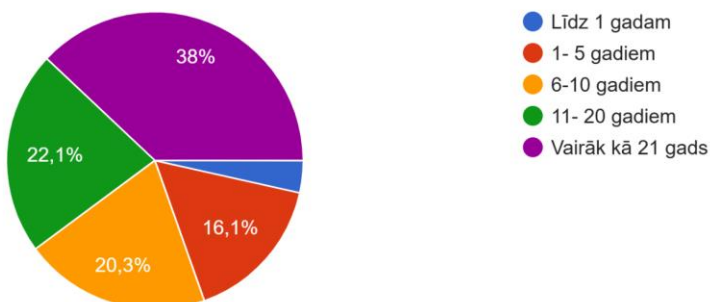
429 atbildes



2.jautājums.

Kāds ir Jūsu darba stāžs profesijā?

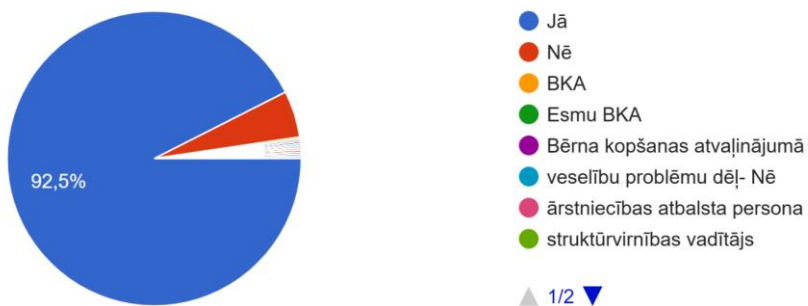
429 atbildes



3.jautājums.

Vai pašlaik esat praktizējošs veselības aprūpes sniedzējs?

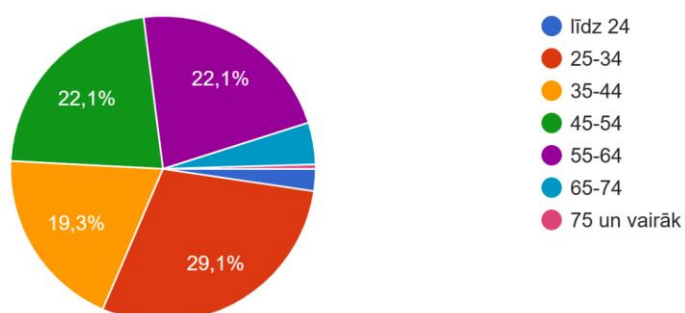
429 atbildes



4.jautājums.

Lūdzu norādiet savu vecumu.

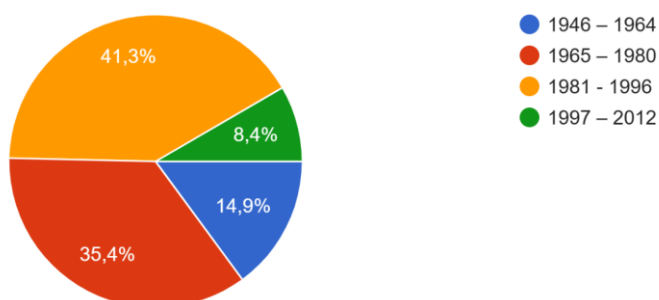
429 atbildes



5.jautājums.

Lūdzu norādiet atbilstošo variantu, kurš atbilst Jūsu dzimšanas gadam, no zemāk norādītajiem gadu nogriežņiem. Piemēram, dzimšanas gads 1960. - atbilst variants A.

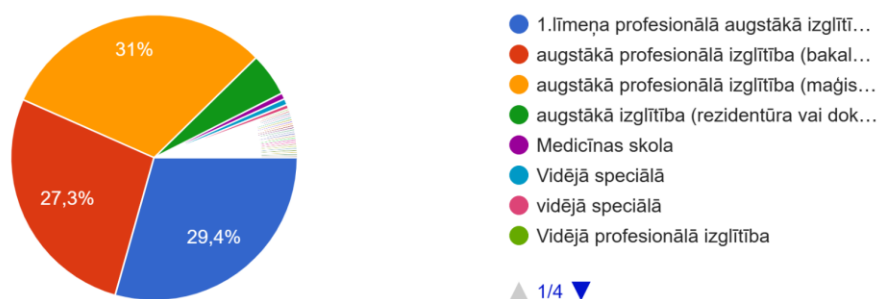
429 atbildes



6.jautājums.

Lūdzu, atzīmējiet kāda ir Jūsu iegūtā izglītība. Ja izglītība iegūta pirms 01.07.1991. gada, lūdzu atzīmēt variantu, kas atbilst mūsdienu pielīdzinātajai izglītībai.

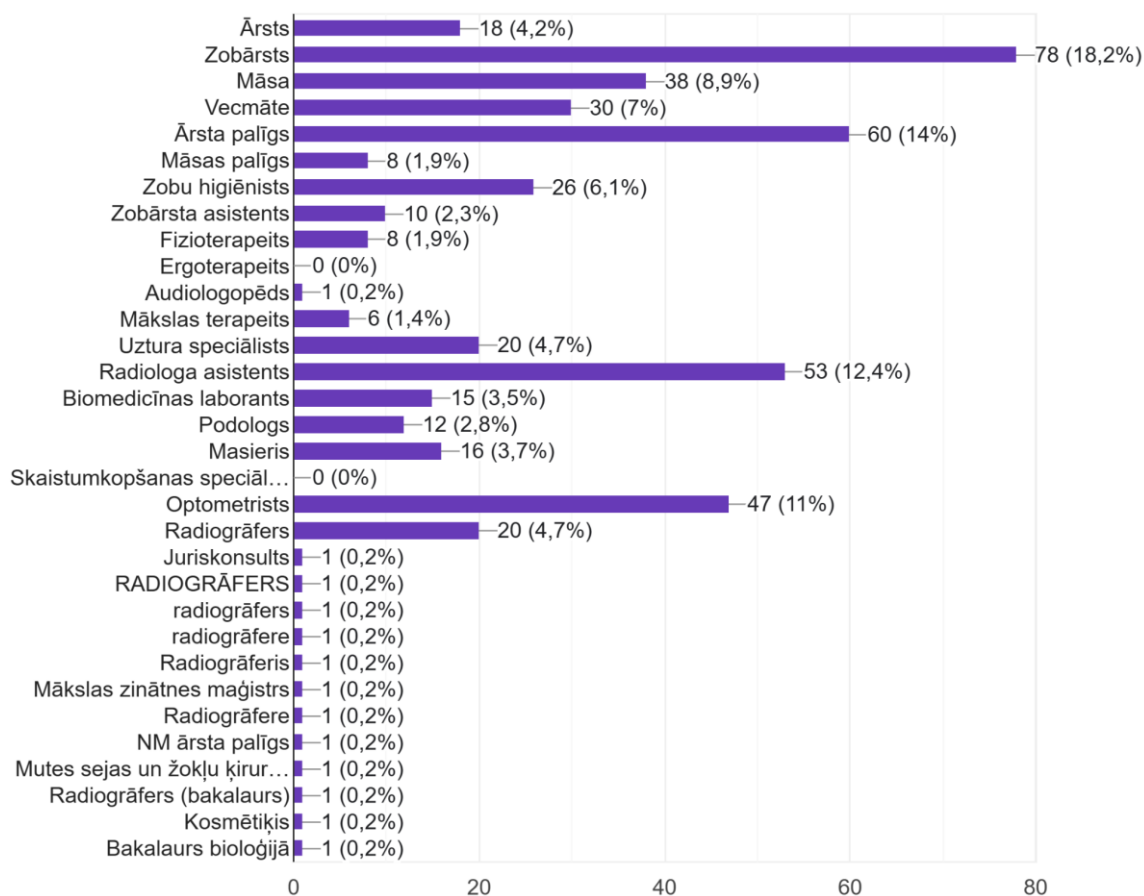
429 atbildes



7.jautājums.

Lūdzu norādiet savu profesiju.

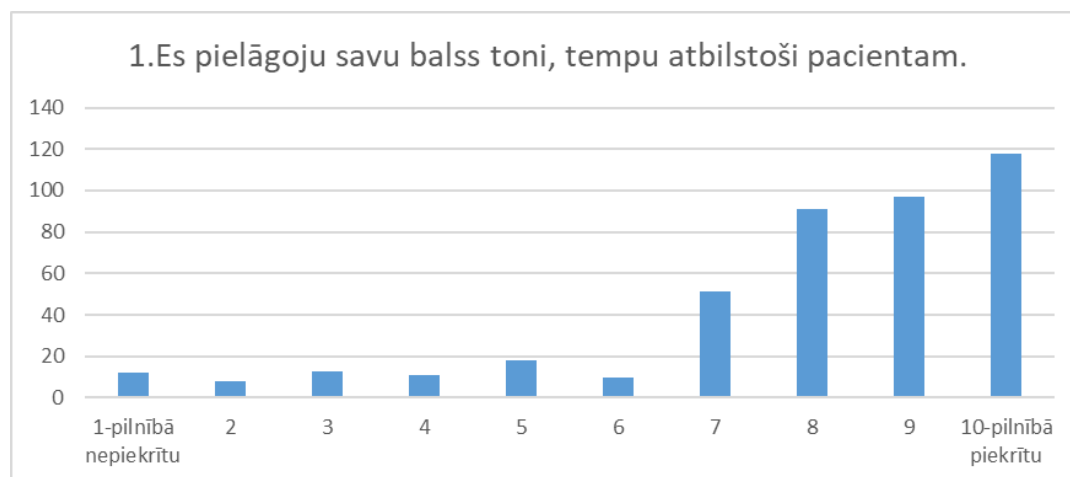
429 atbildes



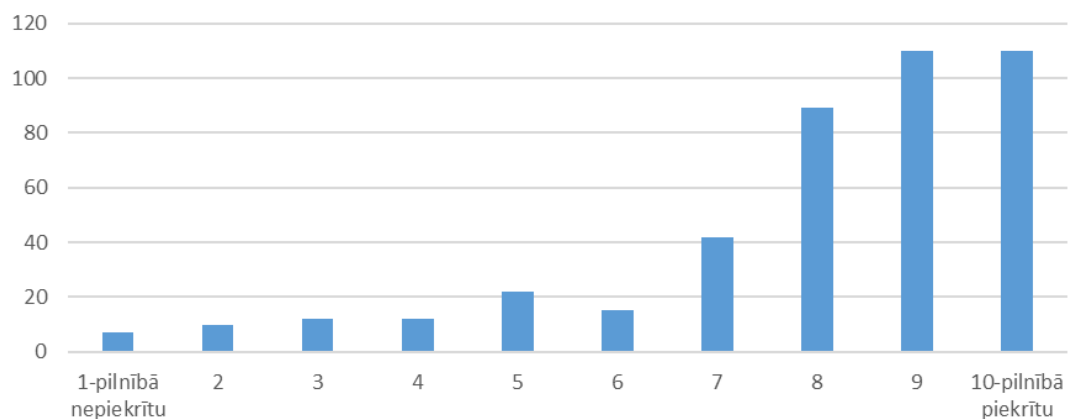
8.jautājums.

Lūdzu novērtējiet sekojošos apgalvojumus, vadoties pēc Jūsu ikdienas komunikācijas ar pacientu.

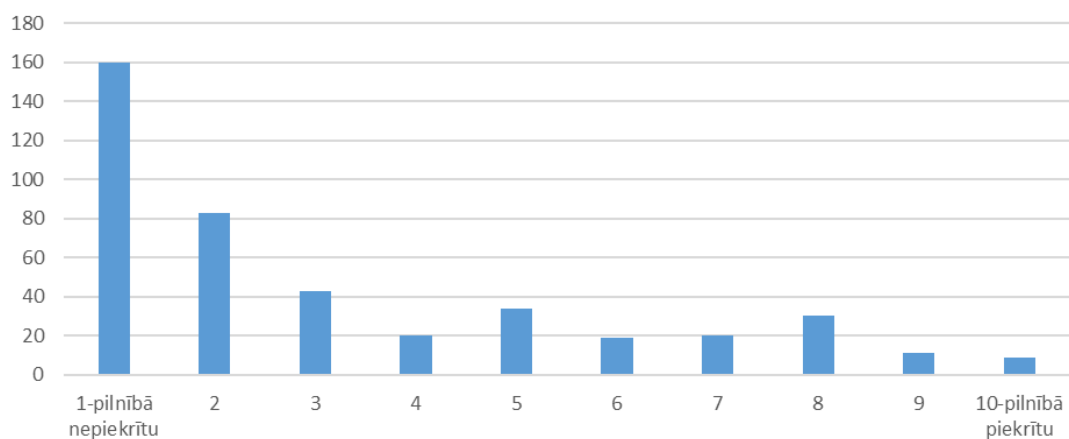
Skalā no 1 – pilnībā nepiekrītu, 10- pilnībā piekrītu



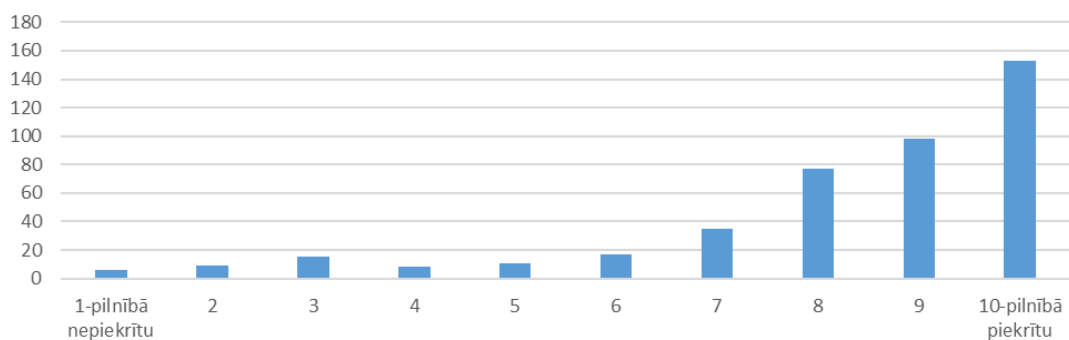
2. Izvairos lietot medicīniskus terminus, kurus pacients varētu nesaprast.



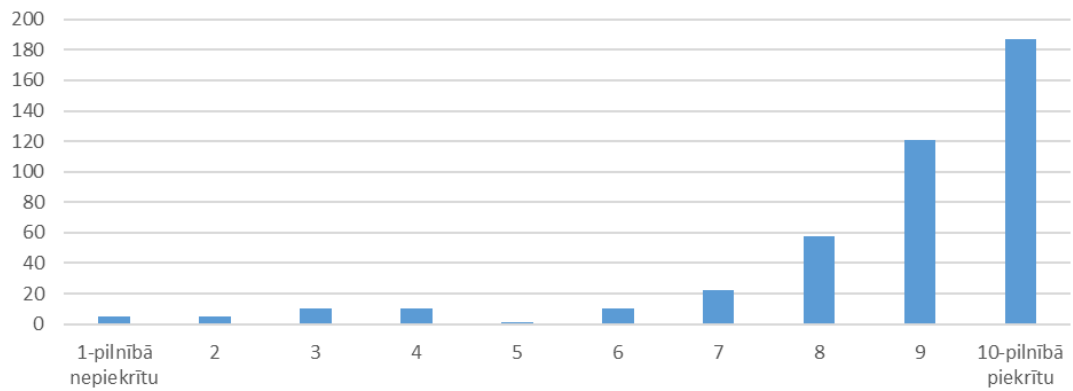
3. Komunikācijā ar pacientu pielietoju žargonvārdus.



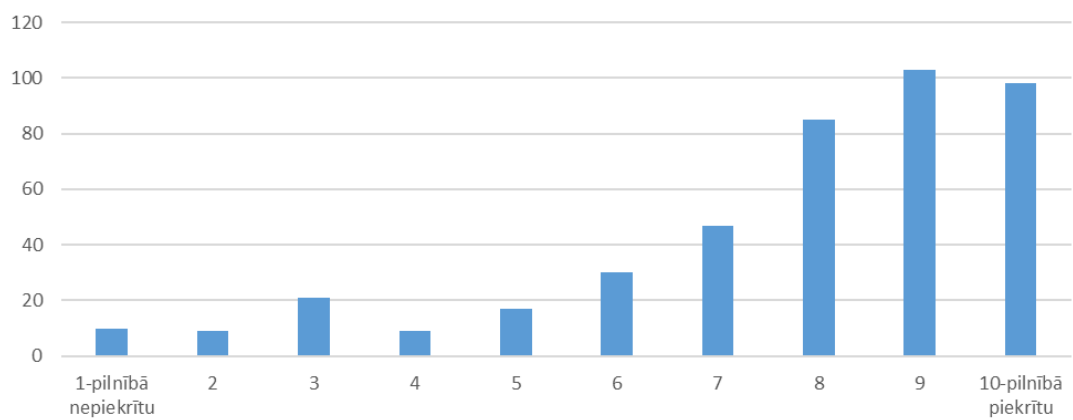
4. Komunikācijā ar pacientu demonstrēju acu kontakta uzturēšanu, galvas mājienus, lai norādītu, ka vēršu uzmanību pacienta teiktajam.



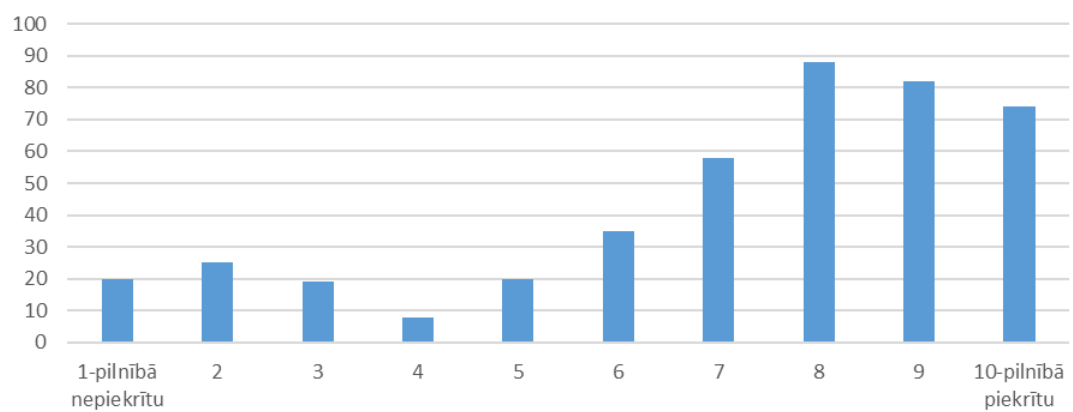
5.Dotu pacientam iespēju man uzdotu interesējošos
jautājumus.



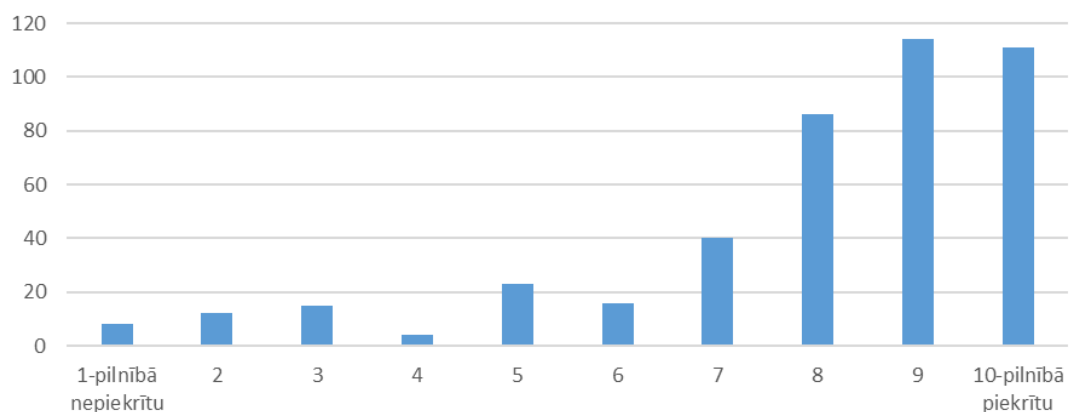
6.Apzināti izmantoju sarunās pauzes, lai pacients varētu, ko sacīt.



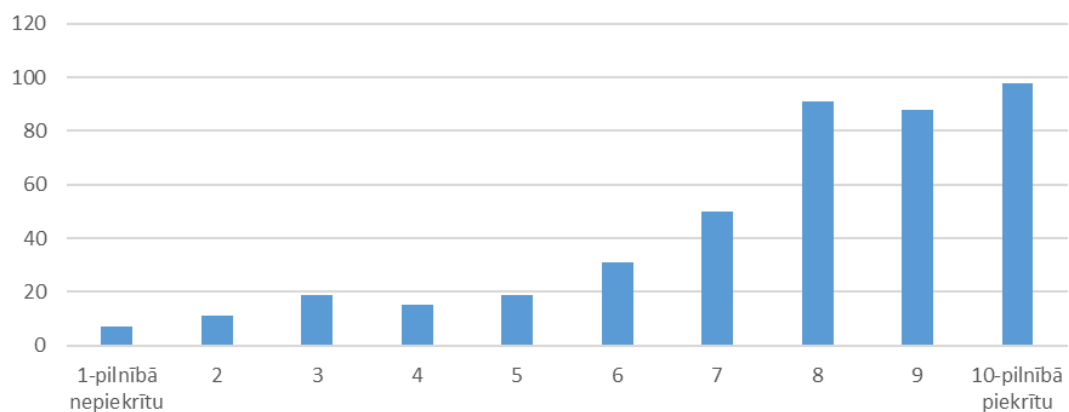
7.Mainu sarunas tēmu ar pacientu, lai ievirzītu sarunu sev
nepieciešamā virzienā.



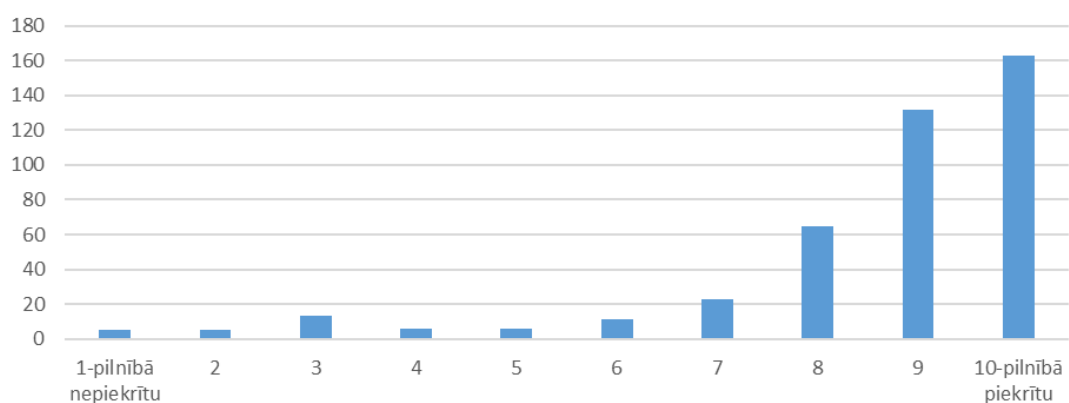
8. Mudinu pacientu uzņemties atbildību par savas veselības sakārtošanu.



9. Komunikācijā ar pacientu izmantoju neverbālu saziņu (smaids, pieskāriens, žesti).



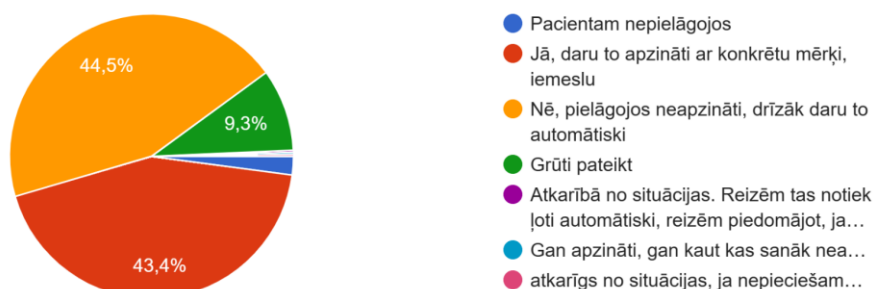
10. Komunikācijā ar pacientu mēģinu izveidot savstarpēju uzticēšanos.



9.jautājums.

Vai veicot pielāgošanos pacientam (runas stilā, uzvedībā u.c.), darat to apzināti?

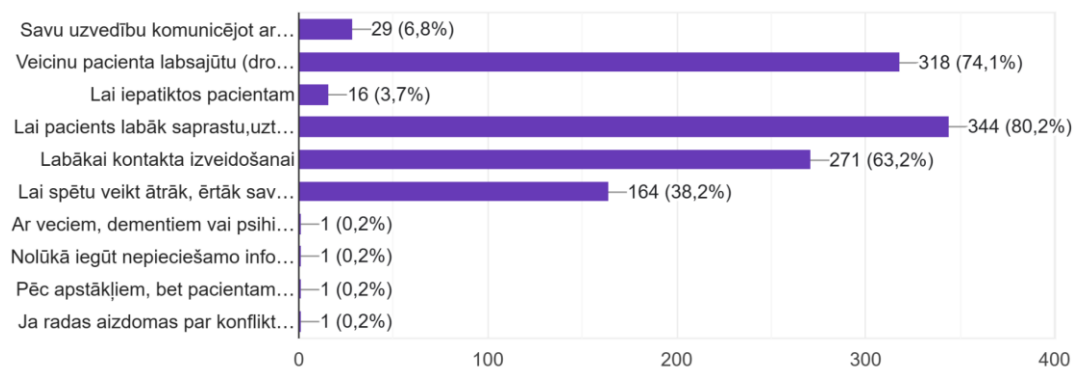
429 atbildes



10.jautājums.

Lūdzu atzīmējiet 3 visbiežākos iemeslus, no zemāk minētajiem, kādēļ mainiet savu uzvedību komunicējot ar pacientu.

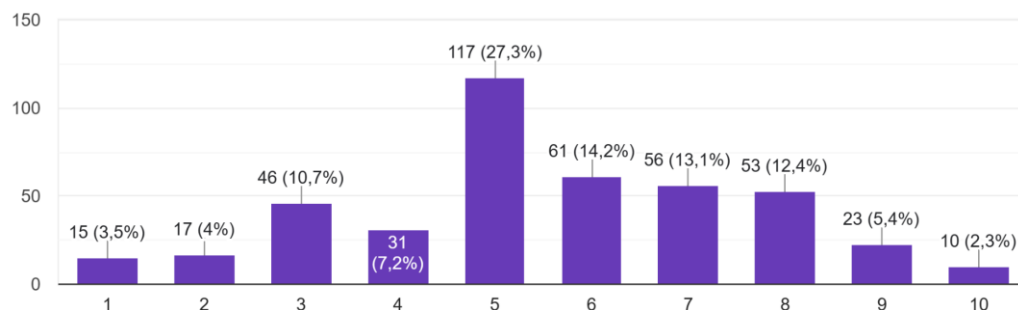
429 atbildes



11.jautājums.

Situācija - veids kā pacients ar Jums komunicē vai uzvedas raisa Jūs nepatiku. Lūdzu atzīmējiet skalā no 1 līdz 10, cik ļoti šādā gadījumā, Jūs dist...s uzturēt acu kontaktu, emocionāli esat atturīgāks)

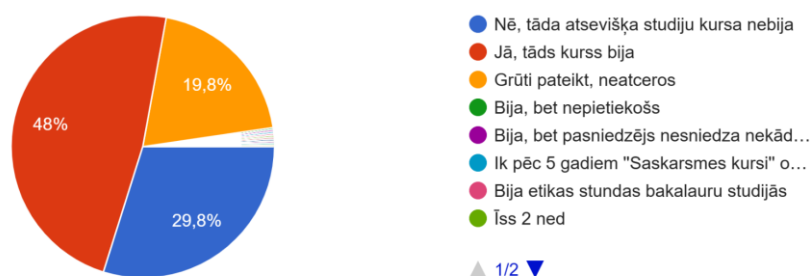
429 atbildes



12.jautājums.

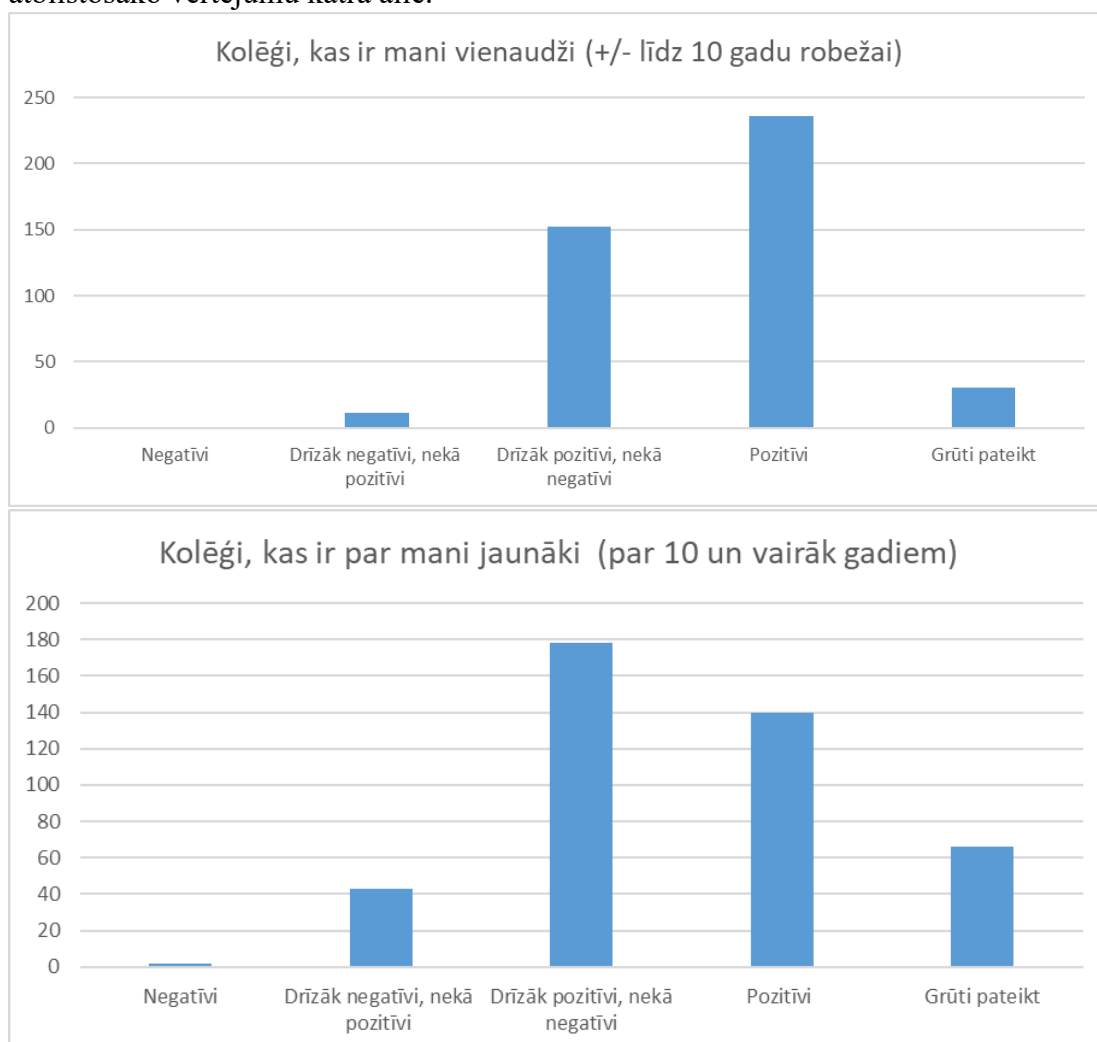
Vai Jūsu profesijas apgūšanas laikā tika veltīts atsevišķs studiju kurss (lekcijas) par komunikāciju, saskarsmi ar pacientiem?

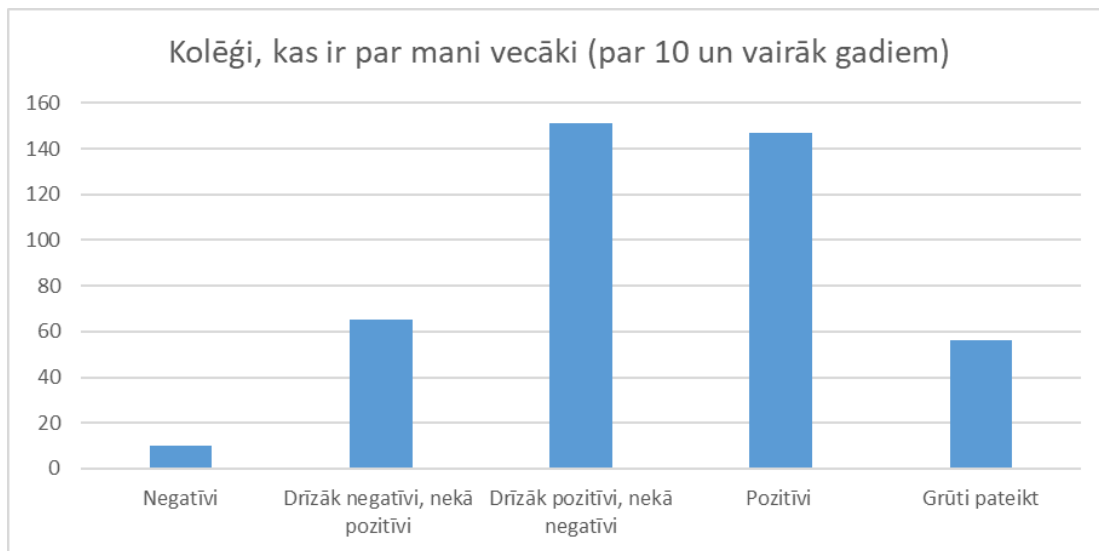
429 atbildes



13.jautājums.

Kā vērtējat kopumā savu kolēģu komunikāciju ar pacientiem? Lūdzu atzīmējiet savu atbilstošāko vērtējumu katrā ailē.





Intervēto kvantitatīvie dati

Nr.	Ārstniecības personas pārstāvētā profesija	Dzimums	Vecums	Pārstāvētā paaudze	Intervijas datums
1.	Māsa	Sieviete	24	Z	15.04.2024.
2.	Māsu palīgs	Vīrietis	55	X	16.04.2024.
3.	Ārsts	Sieviete	30	<i>Millennial</i> jeb Y	18.04.2024.
4.	Māsa	Sieviete	64	<i>Baby Boomer</i>	22.04.2024.
5.	Klīniskais psihologs	Vīrietis	30	<i>Millennial</i> jeb Y	29.04.2024.

Intervija nr.1

Māsa (sieviete), 24 gadi, Z paaudzes pārstāve

Vai varat dalīties pieredzē ar situāciju, kad izjutāt grūtības, komunicēt ar pacientu? Kāds bija iemesls, ko Jūs darījāt? Kā Jūs komunicējāt, kāda bija Jūsu uzvedība ar pacientu šajā situācijā?

Nu, noteikti visbiežākās situācijas, kad es saskaros un joprojām saskaros ar komunikācijas grūtībām ir valodas barjera. Es nepārvaldu krievu valodu, un tāpēc man ir dažkārt grūtības komunicēt ar pacientiem, kas nerunā latviski.

Es cenšos, vai nu izmantot tādās situācijās, tad to vārdu krājumu, kas man ir, izmantot to, ko es zinu, vai arī lūgt kādam palīdzību. Kolēģus, vai kādu, ar kuru es esmu tajā brīdī kopā. Tas ir viens. Citreiz arī citi pacienti palīdz, iesaistās. Citreiz var pāriet saziņā uz angļu valodu. Kaut kā jau parasti nonākam pie komunikācijas.

Un otrs, kur ir komunikācijas grūtības, ir ar pacientiem, kuriem ir intelektuālas attīstības traucējumi. Tur ir komunikācijas grūtības vienalga kādā valodā runātu.

Grūtās situācijās ar šādiem pacientiem ir kaut kā jāiziet uz kompromisu. Jārunā maksimāli vienkāršoti. Dažkārt ar sava veida manipulāciju jārunā, piemēram, es darīšu tā, bet tu (pacients) šitā.

Vai Jums ir kāda/-as komunikācijas taktikas, ko mēdz izmantot darbā ar pacientiem?

Katrs gadījums, katrs pacients ir diezgan individuāli izvērtējams.

Ir pacienti, ar kuriem es redzu, kad mēs varētu vairāk iziet uz kontaktu. Un es ar viņiem komunicēju tā, kā es komunicētu, es nevaru teikt kā ar draugu, bet tomēr vairāk līdzvērtīgā līmenī. Es nenostādu sevi augstākā pozīcijā par pacientu. Es labprāt parunāju, papļāpāju ar pacientu. Veltu laiku atbildot uz jautājumiem. Cenšos uzturēt tādas formāli draudzīgas attiecības. Dažkārt zinu, ka šādi izturoties (formāli draudzīgi) pacients labprātāk ar mani sadarbosies.

Vēl sākotnēji, kad uzsāku komunikāciju ar pacientu, lai arī zinu, ka visdrīzāk būs problēmas (uzvedības, sapratnes u.c.), cenšos uzsākt komunikāciju bez jebkādiem spriedumiem, stereotipiem. Aptuveni tā kā es neko nezinu, neuzlieku nekādu rāmi savai komunikācijai ar pacientu.

Kas ir pamatā Jūsu uzvedības maiņai komunikācijā ar pacientu (mērķis, iemesli)?

Viens no faktoriem ir vecums. Ar piecgadnieku nerunās, neapiesies gluži tāpat kā ar pieaugušajiem pacientiem. Darbā ar pieaugušajiem vēl jāskatās viņu sociālekonomiskais stāvoklis. Vai viņš vispār izprot, ko es viņam stāstu. Jāņem vērā izglītības līmenis. Dažkārt jānovienkāršo vārdos ārstēšanas plāns, zāļu iedarbība utml., lai pacients aizejot uz aptieku saprot, ko iegādāties.

Vai pielāgošanās pacientam ir apzināta vai neapzināta darbība?

Tas viss noteikti notiek tās sarunās un saskarsmes laikā. Brīdī, kad redzu, ka pacients kaut ko nesaprot, mainu savu komunikāciju un tad jau tas ir apzināti. Es teiktu, ka sākotnēji uzsākot komunikāciju ir neapzināta darbība, tā teikt krīt izvēle. Tālāk kā saruna ievirzās un kādā gultnē, tās ir apzinātas darbības.

Vai Jums tuvinoties, pielāgojoties pacientam pastāv robeža, kur tas vairāk netiek darīts?

Varētu teikt - vairs nepielāgojaties vai akcentējat atšķirības starp sevi un pacientu.

Darbā ar bērniem robežas ir jānosprauž vienmēr mums pašiem (pieaugušajiem). Tas pusaudzis varētu gribēt nākt vairākas reizes dienā parunāt, aizņemot manu darba manipulāciju laiku. Es radu tā teikt drošu augsni parunāt, uzklaut, bet tomēr atrodos arī darbā. Tas jāliek saprast. Es noteikti neļauju viņiem (pacienti) saprast, ka mēs esam pilnīgi līdzvērtīgi, bet es arī nelieku just pacientam sava stāvokļa ietekmi, piemēram, esmu svarīgāka vai labāka par tevi.

Kā Jums šķiet, vai pielāgošanās pakāpe darbā ar pacientu mainās atkarībā no ārstniecības personas pārstāvētās paaudzes? Piemēram, kā pielāgojas 25 gadu vecs speciālists un 55 gadus vecs speciālists.

Jā, noteikti būs atšķirības. Es bieži redzu, ka, jo tuvāk pacienta vecumam ir ārstniecības persona, jo vairāk uztver kā draugu, mammu (bērni). Tas palielina saikni ar pacientu. Savukārt, vecāka gada gājuma kolēģiem, tur varbūt netiek veidotas tādas saiknes ar pacientiem, līdz ar to var būt nav tik lielas vēlmes pielāgoties pacientam. Personiski es varu dažkārt satuvināties labāk ar pacientu, kas tuvāk manai vecuma grupai. Zinu tēmas, kas aktuālas, kuras var iepīt sarunās. Tas palīdz satuvināties.

Nedaudz pamainot iepriekš uzdoto jautājumu. Interesanti noskaidrot Jūsu viedokli, vai pielāgošanos pacientam ietekmē faktors, ja pacients un ārstniecības persona pārstāv dažādas paaudzes? Piemēram, pacients ir 60 gadu vecs, bet speciālists 30 gadu vecs.

Domāju vecāka gada gājuma pacienti kopumā respektē ārstniecības personālu neatkarīgi no speciālista vecuma. Ir jau saprotams, ka notiek paaudžu maiņas un veselības aprūpes iestādēs ir gados jauni speciālisti.

Atceros no studiju laikiem, kad ieejot palātā ar kursa biedru (esmu es un kolēģis vīrietis) abi simulējam ārsta lomu, vecāka gada gājuma pacienti lielākoties uzreiz mani (sievieti) uztver kā māsu, bet vīrietis kā ārstu. Tas vairāk attiecas uz dzimuma lomām, ne vecumu, kā mūs (ārstniecības personas) uztver pacienti.

Savukārt, vecāka gada gājuma speciālistiem ir man liekas cits tēls. Lielāka stingrība. Tas man liekas nāk no profesijas apgūšanas laikiem. Tādas principiālākas robežas sarunā un izturēšanās ziņā ar pacientu. Kas nav slikti, bet ne vienmēr der tiem jaunākajiem pacientiem, it īpaši, ja pacients ir bērns.

Tiem, kas pašlaik tuvāk pensijas vecumam, mēdz gados jaunos pacientus pakacināt ar vārdiem: “kas tad tev tur”.

Kādu nozīmi komunikācijā ar pacientu Jūs piešķirtu tādām lietām kā - vienkāršots valodas pielietojums (bez terminiem, iespējama žargonu pielietošana), runas tempa samazināšana, emocionālas izpausmes, piemēram, neverbālās komunikācijas izmantošana (smaidi, pieskārieni, galvas mājieni u.c.), empātijas izrādīšana pacientam? Šim noteikti ir vēl lielāka nozīme, nekā tam, ko var pateikt pacientam. Piemēram, palēlināts runas temps, ja es runāšu ikdienas sarunā ar pacientu, tad es to lielākoties nedarīšu. Tomēr, ja jāveic manipulācija, piemēram, analīzu paņemšana, tad noteikti ar pacientu runāšu mierīgākā balsī, lai pacients nomierinās. Saprot, ka personāls ir nosvērts, un viss tiek kontrolēts. Dažkārt sarunās ar pacientiem izsprūk sarežģītāki termini, tad, ja pacients ir ieinteresēts, tad es paskaidroju, kas ir svarīgi. Dažkārt vēroju pacientu reakciju un pēc termina paskaidroju citiem vārdiem. Neverbālās izpausmes dažkārt var veido visu komunikāciju, it sevišķi ar pusaudžiem. Viens galvas mājieni, acu skatiens un viss ir savstarpēji izteikts un saprotams.

Minēšu trīs lietas un sakiet, lūdzu, vai, Jūsaprāt, tās viena otru kādi ietekmē vai starp tām ir kādas saistības, vai nē.

1. Komunikācija ar pacientu.

2. Ārstniecības personas veiktās manipulācijas (ārstēšanas, konsultācijas u.c.tml.) kvalitāte.

3. Pacienta apmierinājums par saņemto pakalpojumu.

Droši vien, ka ļoti liela saistība. Kā piemēram tās pašas analīzes. Pakalpojuma rezultāts būs atkarīgs no tā kāda komunikācija veikta ar pacientu, kāda pieeja bijusi, kā viss izskaidrots. Ja bērnam jāpaņem analīzes, tad pats bērns un arī bērna vecāks būs laimīgs, ja to izdosies izdarīt ar pirmo reizi, ne trešo.

Intervija nr.2

Māsu palīgs (vīrietis), 55 gadi, X paaudzes pārstāvis

Vai varat dalīties pieredzē ar situāciju, kad izjutāt grūtības, komunicēt ar pacientu?

Kāds bija iemesls, ko Jūs darījāt? Kā Jūs komunicējāt, kāda bija Jūsu uzvedība ar pacientu šajā situācijā?

Parasti jau tiek galā bez grūtībām. Dažkārt komunikācijas var nemaz nebūt. Ja pacients nevēlas komunicēt vai iziet uz sadarbību, tā ir viņa (pacienta) izvēle. Tad ir citādāk.

Bet, ja pacients paliek dusmīgs? Ko tad?

Tā ir bijis. Tajā brīdī cenšos kaut kā nolīdzināt situāciju.

Centies rast kompromisu?

Nu vai nu pa labam, vai sliktam. Bet es te runāju par pieaugušajiem, ne par bērniem. No sākuma cenšos pa labam.

Vai Jums ir kāda/-as komunikācijas taktikas, ko mēdzat izmantot darbā ar pacientiem?

Jāatrod tas no kā pacients varbūt baidās, vai, kas viņam patīk. Dažreiz var kaut ko pasolīt, vai otrādi, ja neklausā, tad izmantot kādu līdzekli, ar ko panākt, lai klausā. Protams, ne fiziski. Piemēram, viens pacients ieciklējies uz 18.datumu, ka viņu izrakstīs uz mājām. Viņš (pacients) sāk neklausīt. Un es saku, ka ja gribi mājās, tā darīt nedrīkst. Tad man jāsaka dakterei, ka slikti uzvedies, un tad jau tevi neizrakstīs.

Vai tā nav sava veida manipulāciju izmantošana?

Jā, varbūt. Visi līdzekļi labi, ja tas noved pie laba rezultāta.

Tas kā Jūs mainat uzvedību, ar kādiem mērķiem, iemesliem tas tiek darīts?

Man svarīgi, lai nodaļā ir kārtība. Ja viens sāks kaut ko demolēt, tad citi visdrīzāk arī. Bet tā nedrīkst notikt. Jāskatās trīs soļi uz priekšu, ko pacienta uzvedība var nodarīt, un ko es, lai to novērstu.

Vai pielāgošanās pacientam ir apzināta vai neapzināta darbība?

Katrā brīdī jāmeklē izeja. Nevar paredzēt, kas būs. Katra situācija atšķirīga. Laikam, ka tomēr neapzināta. Katrs pacients jau atšķirīgs.

Vai Jums tuvinoties, pielāgojoties pacientam pastāv robeža, kur tas vairāk netiek darīts?

Varētu teikt - vairs nepielāgojaties vai akcentējat atšķirības starp sevi un pacientu.

Atšķirības es neakcentēju, tādas nav starp mani un pacientu. Es tieši otrādi, varbūt cenšos būt pacienta lomā. Runāt kā ar savējo. Es sevi augstāk par pacientiem nekad nestādu.

Par robežu - tāda ir, ja sāk kāpt uz galvas. Tad gan būs tā kā es pateikšu. Kompromisa vai pielāgošanās nebūs.

Kā Jums šķiet, vai pielāgošanās pakāpe darbā ar pacientu mainās atkarībā no ārstniecības personas pārstāvētās paaudzes? Piemēram, kā pielāgojas 25 gadu vecs speciālists un 55 gadus vecs speciālists.

Man liekas, ka tomēr ir atšķirība.

Ko viņi dara atšķirīgi?

Grūti tā pateikt. Jāpadomā.

Ja salīdzinu pensijas vecuma dakteri, tad viņa ar pacientiem plaši nerunā. Tīri tikai konkrētie jautājumi, kas plānā, bet kaut ko parunāt papildus pa dzīvi, tā nav. Tas jaunākais ārsts vēl kaut ko parunās.

Nedaudz pamainot iepriekš uzdoto jautājumu. Interesanti noskaidrot Jūsu viedokli, vai pielāgošanos pacientam ietekmē faktors, ja pacients un ārstniecības persona pārstāv dažādas paaudzes? Piemēram, pacients ir 60 gadu vecs, bet speciālists 30 gadu vecs.

Man liekas līdzīgi kā iepriekšējā jautājumā.

Kādu nozīmi komunikācijā ar pacientu Jūs piešķirtu tādām lietām kā - vienkāršots valodas pielietojums (bez terminiem, iespējama žargonu pielietošana), runas tempa samazināšana, emocionālas izpausmes, piemēram, neverbālās komunikācijas izmantošana (smaidi, pieskārieni, galvas mājieni u.c.), empātijas izrādīšana pacientam? Mēs jau neesam roboti. Mums ir jāpasmaida. Ja nepieciešams, ir jāpielieto žargons, lai būtu savējais priekš pacienta, kā arī labāk mani sapratīs. Bet ne ar visiem, ir tādi pacienti, kas ir intelektuāļi, ar tiem nedaudz savādāk. Ar tiem es žargonus nepielietuju.

Es arī esmu cilvēks, kas var paust emocijas utml., lai pacienti to redz arī.

Bija viens gadījums, kad pacients atnāca pie manis ar lūgumu vākt naudu kosmosa stacijai un vajag iestāties, lai tur lidotu. Es spēlēju līdzi. Teicu, ka nevēlos utt. Pacients tikmēr mierīgs. Uzskatu, ka jāpielāgojas pie katra pacienta. Man ar viņu (pacientu) jāturpina komunikācija. Esmu ieinteresēts, lai nebūtu nekādu negludumu.

Domāju, ka tāda pielāgošanās nav izteikta visās specialitātēs medicīnā. Piemēram, onkoloģijā, psihiatrijā ir. Citās - paliek vienkārši saruna.

Minēšu trīs lietas un saki, lūdzu, vai, Jūsaprāt, tās viena otru kādi ietekmē vai starp tām ir kādas saistības, vai nē.

1. Komunikācija ar pacientu.

2. Ārstniecības personas veiktās manipulācijas (ārstēšanas, konsultācijas u.c.tml.) kvalitāte.

3. Pacienta apmierinājums par saņemto pakalpojumu.

Teiksim, vai, tad patients būs apmierināts, ja viņam ieliks katetru, bet neizņems adatu. Viss ir saistīts savā starpā. Ja noiet kaut kas greizi, jālabo ar komunikāciju. Mēs darbā mēdzam dažkārt novērst pacientu uzmanību ar pļāpāšanu, kamēr māsiņa veic procedūru. Beigās lielākoties labi gan mums, gan pacientam. Komunikācijai, protams, liela nozīme.

Intervija nr.3

Ārste (sieviete), 30 gadi, *Millennial* jeb Y paaudzes pārstāve

Vai varat dalīties pieredzē ar situāciju, kad izjutāt grūtības, komunicēt ar pacientu? Kāds bija iemesls, ko Jūs darījāt? Kā Jūs komunicējāt, kāda bija Jūsu uzvedība ar pacientu šajā situācijā?

Man ir gadījums par pacientu, kuru es pieņēmu savās konsultācijās. Paciente sākumā sniedza informāciju, kura bija smaga. Daudz problēmu ģimenes lietās. Laika gaitā atklājās, ka pacientes sniegtā informācija tomēr nebija pilntiesīgi patiesa. Pirmajās tikšanās reizēs es piedāvāju šai pacientei visādus veidus kā komunicēt, ko es tagad saprotu, ka šādi rīkojoties kļūdījies. Piedāvāju savu darba e-pastu drošai komunikācijai. Diemžēl paciente to uztvēra kā zaļo gaismu brīvai komunikācijai un sāka mani uzrunāt privātākos veidos - sociālos tīklos. Tad es sapratu, ka e-pasta došana nebija labs solis, jo pacients to uztvēra, ka esmu labāk sasniedzama un vēlas komunikāciju izvērst ārpus konsultāciju ietvara. Kad paciente uzsāka un turpināja rakstīt privāti, sapratu, ka šī situācija jāieliek atpakaļ rāmjos.

Nākošajā konsultācijā, kad tikāmies, mēģināju atrast balansu starp profesionālo nostāju un savu attieksmi, norādot, ka joprojām gribu viņai palīdzēt un uzklausišu. Šis bija man pirmais tāds gadījums, kad pacients izjauca manu tādu profesionālo rāmi, kā strādāju un man bija jāiemācās izveidot robežas starp mani un pacientu no jauna. Domāju, ka man joprojām jāliek tie stingrie punkti komunikācijā ar šo pacientu, lai es pati nejostos nekomfortabli.

Vēl es citreiz strādājot ar pacientiem jautāju uzvedinošus jautājumus, kas man liks saprast, kas nepieciešams pacientam. Piemēram, vai tev (pacientam) vajag pauzi, tikmēr es padaru kaut ko citu. Ir arī dažreiz jāiet pa "pacienta ceļu", un pēc tam jāmēģina novirzīties uz to virzienu, kur atkal man nepieciešams. Bieži vien sanāk mainīt manus mērķus un adaptēt tos atbilstoši situācijai. Parasti pacientam iedodu pauzi, skatoties pēc viņa vajadzībām. Citādāk, ja pacients neiegūs, ko viņam vajag, tad sabruks mana potenciālā sadarbība ar viņu.

Vai Jums ir sanācis arī ieturēt speciāli pauzi sarunā ar pacientu, lai ļautu iespējams pacientam vēlāk izteikties?

Jā. Tas ir varbūt izteiktāks tādiem lēnīgiem, nomāktiem pacientiem. Man jāiet līdzī vairāk tajā brīdī viņa (pacienta) tempam.

Vai Jums tuvinoties, pielāgojoties pacientam pastāv robeža, kur tas vairāk netiek darīts?

Varētu teikt - vairs nepielāgojaties vai akcentējat atšķirības starp sevi un pacientu.

Tāds pirmais ir tas, ka, ja tiek pārkāpts mans darba režīms. Meklēts kontakts nepiemērotā veidā, nepiemērotā laikā. Otrais, kas šajā kontaktā tiek izpausts. Man ir gadījies, kad pacientu piederīgie pazaudē manu e-pastu un raksta sociālos tīklos ar lūgumu izrakstīt zāles. Tā ir neakceptējama komunikācijas forma, kur man jānorāda, ka šādā veidā ar mani nekomunicē, bet konteksta dēļ saku, ka šis būs ekstra izņēmuma gadījums, kurā lūgums tiks izpildīts. Pacienti un to piederīgajiem ir jāsaprot man pieņemamas komunikācijas formas. Dažkārt, ja iedod par daudz vaļas, ar tevi var sākt manipulēt.

Vai šajā situācijā, kad pacientu piederīgie sazinās ar Jums nepiemērotā veidā, ir jūtams, ka jānorāda sava ietekmes puse? Sava veida hierarhija.

Kaut kādā brīdī liekas, ka tas būtu jāparāda, bet man nav sajūta, ka man viņi jānāca, jānorāda kļūdas. Esmu vienkārši tajā brīdī direktīva, ar skaidriem saviem nosacījumiem. Man liekas, ka medicīnā ir pārāk daudz vertikālas komunikācijas. Mēs visi esam komanda un strādājam vienkārši dažādos atzaros.

Par to hierarhiju starp mani un pacientiem - tas ir atkarīgs no pacienta individuāli. Dažkārt ir bijis tā, ka jāpasaka vārdi stingri, varbūt pat autoritatīvi, lai viņi saprastu manis sniegto informāciju un panāktu, ka kaut kas mainīsies.

Vai Jums ir kāda/-as komunikācijas taktikas, ko mēdzat izmantot darbā ar pacientiem?

Varbūt nav īsti slepeni, es ceru, ka daudzi tā dara. Tomēr man tas pirmais, ar ko es sāku darbā ar pacientiem, ir jautāt, piemēram, ar ko jūs šodien atnācāt, kāda ir tā problēma. Ļauju izteikt pacientiem pašiem, kas viņiem šķiet, ka kaiš (diagnozes).

Es pārskrienot pāri dokumentiem un iepazīstoties ar informāciju par pacientu redzu lietas, kas man liekas svarīgas, bet patiesībā ģimenei tas varbūt nav nemaz aktuāli. Viņiem (ģimenei, pacientiem) ir sāpe un akcents uz citām lietām. Nemēģinu pateikt sausi, ka problēmas ir tur, tur, tur, bet aptvert vairākas lietas, ko var izrunāt, lai pacients un piederīgie pēc konsultācijas aiziet projām ar sajūtu, ka ieguvuši vairāk, ko jaunu arī.

Ar maziem bērniem svarīgi atrast to, kas viņiem aktuāli un ļaut izpausties. Piemēram, parunāt par videospēlēm, kad viņi redz, ka es saprotu kaut ko no viņu interesēm, tad tas man liekas satuvina. Mainās tajā brīdī sarunas kvalitāte. Es mēdzu izmantot iedrošinošu izturēšanos, piemēram, jā, droši man parādi, ko spēlē, ko esi izveidojis utml.

Kas ir pamatā Jūsu uzvedības maiņai komunikācijā ar pacientu (mērķis, iemesli)?

Viens no, lai pacients labāk mani saprastu. Atrast labu saikni ar pacientu. Man jāparāda, ka man interesē tā viņa (pacienta) problēma, tā ir aktuāla un svarīga. Psihiatrijas nozarē, ar pacientu būs jāsadarbojas ilgstoši. Ir vērts veidot kontaktu, no kura ir jēga. Pacients sāks arī vairāk atklāties un sadarbība izveidosies labāka. Augstāka arī iespēja, ka manis sniegtās rekomendācijas pacients tiešām ņems vērā un izpildīs.

Vai pielāgošanās pacientam ir apzināta vai neapzināta darbība?

Es domāju, ka viņas sākumā ir vairāk apzinātas, kad piedomā pie tā, ko vajag mainīt sarunā. To darot ar laiku, paliek neapzināta darbība. Man ir gadījies, kad saprotu, ka kaut kāda reakcija jau automātiski ir izveidojusi manu darbību. Piemēram, pacients sākt kliegt, bet es palieku mierīga apzināti.

Es teiktu - mācās apzināti, tad tā ieiet kā dabiska automātiska lieta un kļūst neapzināta darbība.

Kā Jums šķiet, vai pielāgošanās pakāpe darbā ar pacientu mainās atkarībā no ārstniecības personas pārstāvētās paaudzes? Piemēram, kā pielāgojas 25 gadu vecs speciālists un 55 gadus vecs speciālists.

Man gribētos teikt, ka katrā paaudzē ir gan labie, gan sliktie piemēri. Spēlē arī individuāls faktors. Man liekas, ka nelielas atšķirības iezīmējas. Varbūt konkrētās atšķirības pastāv konkrētajās paaudzēs.

Cilvēki, kas jau ilgāk strādā šajā visā sistēmā, ir vērsti varbūt vairāk uz automātiskām darbībām. Es esmu vēl domājusi, ka šajā gadījumā pieredze un gari iegūtā prakse liek savu nastu, varbūt apgrūtina komunikāciju, ja tas ir īstais vārds. Varbūt nedaudz stereotipiski, bet jauns speciālists, kas tikko sācis strādāt, nav bērnu, nav jādodomā par ģimenes lietām, varbūt būs vairāk resursu darbam. Nav tik daudz rūpju, nastu, kas parādītos un ietkēmētu darba ikdienu.

Es zinu daudzus kolēģus, kas ir par mani vecāki un, no kuriem es varu mācīties cieņpilnu attieksmi pret pacientiem.

Nedaudz pamainot iepriekš uzdoto jautājumu. Interesanti noskaidrot Jūsu viedokli, vai pielāgošanos pacientam ietekmē faktors, ja pacients un ārstniecības persona pārstāv dažādas paaudzes? Piemēram, pacients ir 60 gadu vecs, bet speciālists 30 gadu vecs.

Tās ir plūstošas un dažādas. Es domāju, ka ir noteikti arī no pacientiem, stereotipi par jauniem speciālistiem. Jautā - vai jūs zināsiet, cik ilgi jūs jau strādājat. Man bija gadījums, kad viena pacienta piederīgais mani konsultācijas laikā uzrunāja ilgstoši par meitenīti. Es norādīju uz to, ka man šis nepatīk, uzrunāju piederīgo izteiktāk uz "jūs".

Dažreiz ir runa par uzrunas formu. Gadījumos, kad komunikācija ar vecākiem pacientiem man kā jaunam speciālistam dažreiz jānorāda/jāuzsver, ka es runāju no speciālista pozīcijas, ne par dzīves pieredzes apmaiņu.

Atceros vienā gadījumā man viena pacienta vecāki vairākas reizes jautāja, vai man ir bērni. Man nācās vēlreiz norādīt mana speciālista nozīmi, pozīciju. Jā, balss tonis palika stingrāks, vienkāršas frāzes izmantoju, lai saprotama skaidra un konkrēta nostāja.

Kādu nozīmi komunikācijā ar pacientu Jūs piešķirtu tādām lietām kā - vienkāršots valodas pielietojums (bez terminiem, iespējama žargonu pielietošana), runas tempa samazināšana, emocionālas izpausmes, piemēram, neverbālās komunikācijas izmantošana (smaidi, pieskārieni, galvas mājieni u.c.), empātijas izrādīšana pacientam?

Es domāju, ka pilnīgi noteikti. Par to vienkāršoto terminoloģiju, man liekas ir ļoti svarīgi. Arī man pašai aktuāli. To, ko esmu mācījusies un apguvusi, spēt pasniegt pacientiem pēc iespējas vienkāršāk, lai viņš saprastu. Terminoloģiju man liekas var atstāt vairāk kolēģu starpā. Tie pacienti, kas sēž pretī ārstam tā jau ir apjukuši vai nobijušies, un, ja mēs sākam izmantot terminus, tas man liekas attālina viena no otra. Esmu arī vizuāli zīmējusi pacientiem slimību fizioloģiju, lai viņi labāk saprastu kā strādā un no kurienes rodas simptomi.

Balss tonis var ļoti mainīt sarunas virzību. Piemēram, tie, kas runā agresīvāk, sagaida lielākoties pretī to pašu reakciju. Tomēr, ja es runāju mierīgi, es varu vieglāk viņus atgriezt atpakaļ uz mierīgu, jēgpilnu sarunu.

No visa minētā uzskaitījuma man visinteresentākie liekas pieskārieni. Kādreiz ir adekvāti, bet kādreiz arī aizdomīgi momenti var gadīties.

Minēšu trīs lietas un saki, lūdzu, vai, Jūsaprāt, tās viena otru kādi ietekmē vai starp tām ir kādas saistības, vai nē.

1. Komunikācija ar pacientu.

2. Ārstniecības personas veiktās manipulācijas (ārstēšanas, konsultācijas u.c.tml.) kvalitāte.

3. Pacienta apmierinājums par saņemto pakalpojumu.

Visi trīs noteikti ir saistīti. No sākotnējās darba pieredzes, kad sāku strādāt kā māsu palīgs, varu teikt, ka tas kā iesāks konkrēto procedūru, tas uzliek zīmogu, ietvaru kā notiks procedūra un kā jūtīsies patients. Tas, kas man ir ikdiena, tas pacientam ir kaut kas jauns. Ir jāiejūtas pacienta ādā. Komunikācija var parādīt kāda sadarbība notiks starp personālu un pacientu. Tas savukārt jau noved pie pacienta apmierinājuma par saņemto pakalpojumu.

Varētu teikt, ka gala ziņa, ko mēs (kolēģi) gribam nodod pacientiem ir viena un tā pati, bet atšķirības ir tajā, kā mēs to nododam. Veltot sarunai ne 10 sekundes, bet minūti, tas dod lielāku ieguldījumu visam ārstniecības procesam.

Intervija nr.4

Māsa, 64 gadi, *Baby Boomer* paaudzes pārstāve

Vai varat dalīties pieredzē ar situāciju, kad izjutāt grūtības, komunicēt ar pacientu? Kāds bija iemesls, ko Jūs darījāt? Kā Jūs komunicējāt, kāda bija Jūsu uzvedība ar pacientu šajā situācijā?

Tā uzreiz grūti pateikt, jo situācijas ir bijušas daudz un dažādas. Es varētu teikt to, ka, kad es sāku strādāt ar pacientiem, komunikācija bija daudz vienkāršāka, salīdzinot ar to kā ir tagad. Agrāk pacienti vairāk novērtēja mediķu darbu. Šodien ļoti bieži tas tā nenotiek. Agrāk bija ārkārtīgi reti, ka kāds protestētu pret darbu, procedūrām, kas jāveic mediķim. Tagad daudzi ir paši ievākuši par sevi visu informāciju internetā, uzstādījuši sev diagnozes un terapiju. Tas ir mans personiskais viedoklis no savas pieredzes skatoties. Daudzi (pacienti, piederīgie) arī uzskata, ka ir augstāk stāvoši par mani, kuri saka, ko es iedomājos, kāpēc viņi (pacienti) nedrīkst būt pēc/pirms operācijas. Es pat teiktu, ka tie ir tādi vidējās paaudzes cilvēki (no 40 līdz 50 gadiem), kuri ir iedomājušies, ka jānotiek tā kā viņiem vajag. Protams, man tajā brīdī visas dusmas un negatīvas emocijas ir jānorij, un jāskaidro manipulāciju, norādījumu ievērošanas nepieciešamību.

Bija viens smags ķirurģisks pacients, kam bija nepieciešama liela aprūpe, bet viņš pats par sevi bija ļoti patstāvīgs par savu taisnību, neatkarīgs savā uzvedībā neņemot vērā, kur viņš atrodas - ārstniecības iestādē ar saviem noteikumiem. Vienā no pārsēju maiņas reizēm viņš mums ar dakteri meta ar šībera vāku. Viņš bija slepeni lietojis alkoholu un acīmredzami palika agresīvi noskaņots. Ilgs laiks pagāja līdz mēs viņam stāstījām, kāpēc viņam nepieciešams atrasties slimnīcā. Bija viens cits gadījums ar jaunu vīrieti, kuram atklāja vēzi un bija veikta operācija. Viņš gulēja un tajā pašā dienā viņam piedzima bērniņš. Mēs abi divi gandrīz raudam. Viņš bija reālistisks par savu veselības stāvokli, kas bija smags. Viņš saprata, ka savu bērnu visticamāk nesatiks un tā diemžēl arī bija. Man trūka vārdu. Protams, es mēģināju viņu kaut kā mierināt, rīkoties empātiski, bet tas nav līdz galam iespējams, jo es skaidri zinu, ka nebūs tā kā saku, proti, labvēlīgs rezultāts.

Agrāk, kad uzsāku strādāt, pacientiem daudz nestāstīja par nelabvēlīgām prognozēm. Šī pacienta gadījumā bija grūtāk, jo viņš bija jauns izglītots cilvēks un pats saprata situācijas nopietnību, kad ar katru dienu nepalika labāk, bet sliktāk.

Vai Jums ir kāda/-as komunikācijas taktikas, ko mēdzat izmantot darbā ar pacientiem?

Jāmēģina pierunāt. Jāstāsta, kas notiks (procedūru plānā utml.). Jāstāsta, kādēļ nepieciešama noteikumu ievērošana, piemēram, pēcoperācijas periodos. Visu sīki un smalki izstāstīt. Klāstīt patiesību, varbūt nedaudz dramatiskāk jāizpušņo dažreiz informācija, kas ziņo par riskiem. Tas viss, lai panāktu, ka pacients uztvers un tiešām pildīs savu pienākumu daļu atveseļošanās procesā.

Kas ir pamatā Jūsu uzvedības maiņai komunikācijā ar pacientu (mērķis, iemesli)?

Tas pacients mani pieņem, tad draudzīgāk. Ja es pieeju viņam (pacientam) klāt un parunāju mierīgā balsī, pieturu viņam roku, uzsmaidu, mierinu, viņš paliek draudzīgāks un saprot procedūras nozīmi. Paliek līdzestīgāks.

Daļēja pielāgošanās. Tas pacients varbūt domā, ka mēs abi divi tagad līdzvērtīgi domājam.

Vai pielāgošanās pacientam ir apzināta vai neapzināta darbība?

Es domāju gan, gan. Ar vecākiem pacientiem ir jāapsēžas blakus un jāmēģina visu iestāstīt, kas tagad notiks un kāpēc tā notiks, un kāpēc tā jādara. Tur ir apzinātas darbības, lai panāktu, ka pacients sapratīs manis sniegto informāciju.

Individuāli arī jāvērē. Atkarīgs no pacienta. Es pieeju klāt pacientam un jau izvērtēju, vai sanāks izveidot veiksmīgi kontaktu, vai viņš ir jau pieņēmis pozu (atraidošu).

Vai varētu teikt, ka no šiem pacientiem, no kuriem var just noraidošu vai negatīvu attieksmi, vēlme pielāgoties viņiem ir mazāka?

Jā. Var izjust nepatiku un palikt tāds asāks (speciālists). Tas smaids un pieskāriens, tad aiziet otrā plānā. Ieslēdzas tas, ka ir jāpasaka viņam (pacientam) tas, kas jāpasaka. Un viss. Protams, ne rupjā veidā. Komunikācija paliek mazāka ar tādiem pacientiem.

Vispār kopumā jābūt lielai pacietībai strādājot ar pacientiem, cilvēkiem.

Vai Jums tuvinoties, pielāgojoties pacientam pastāv robeža, kur tas vairāk netiek darīts?

Varētu teikt - vairs nepielāgojaties vai akcentējat atšķirības starp sevi un pacientu.

Varētu būt tie paši attieksmes faktori no pacientu puses. Individuāli pēc situācijas jāvērtē.

Kā Jums šķiet, vai pielāgošanās pakāpe darbā ar pacientu mainās atkarībā no ārstniecības personas pārstāvētās paaudzes? Piemēram, kā pielāgojas 25 gadu vecs speciālists un 55 gadus vecs speciālists.

Es domāju, ka nedaudz mainās, bet ļoti atkarīgs no katra cilvēka paša personības. Domāju varbūt tas nav tik ļoti atkarīgs no vecuma tieši. Grūti izvērtēt. Neatkarīgi no speciālista vecuma, pacientam ir jābūt kā pirmajā vietā. Tagad man šķiet, ka jaunajiem dakteriem tiek uzkrauts par daudz no veco kolēģu puses. Ja jāizdara daudz darbu veco kolēģu vietā, tad pacientam atliek maz laika. It sevišķi, kad jāaizpilda visa birokrātiskā kārtība - dokumentācijas utml.

Nedaudz pamainot iepriekš uzdoto jautājumu. Interesanti noskaidrot Jūsu viedokli, vai pielāgošanos pacientam ietekmē faktors, ja pacients un ārstniecības persona pārstāv dažādas paaudzes? Piemēram, pacients ir 60 gadu vecs, bet speciālists 30 gadu vecs.

Es gribētu teikt, ka nē. Jāizvērtē katrs cilvēks individuāli. Protams, varbūt 70 gadīgam pacientam vairākas reizes jāatkārto informācija, bet tāda izteikta atšķirība es nedomāju, ka ir.

Kādu nozīmi komunikācijā ar pacientu Jūs piešķirtu tādām lietām kā - vienkāršots valodas pielietojums (bez terminiem, iespējama žargonu pielietošana), runas tempa samazināšana, emocionālas izpausmes, piemēram, neverbālās komunikācijas izmantošana (smaidi, pieskārieni, galvas mājieni u.c.), empātijas izrādīšana pacientam?

Es domāju ļoti liela nozīme tam visam gan tembram kā runā, gan tonim kā pasaka lietas pacientiem. Pieskārieni nebūs domāti visiem, bet lielākai daļai - jā. Uzlikt roku uz pleca vai roku paturēt kādā brīdī ir nepieciešams.

Minēšu trīs lietas un saki, lūdzu, vai, Jūsaprāt, tās viena otru kādi ietekmē vai starp tām ir kādas saistības, vai nē.

1. Komunikācija ar pacientu.

2. Ārstniecības personas veiktās manipulācijas (ārstēšanas, konsultācijas u.c.tml.) kvalitāte.

3. Pacienta apmierinājums par saņemto pakalpojumu.

Noteikti ietekmē viena otru, jo, ja pacientam neko neizstāstīs, ko ar viņu tagad darīs viņš būs šokā. Ar tiem, kuriem visa informācija tiek sniegta kvalitatīvi un pilnvērtīgi, viss lielākoties izdosies, pacients būs apmierināts.

Vai komunikācija varētu kalpot kā veiksmīgs “ierocis”, lai veiktu manipulāciju, procedūru veiksmīgi?

Dažkārt jā. Tā runāšana gan nomierina pacientu, gan nomāc to fizisko sāpi.

Intervija nr.5

Klīniskais psihologs (vīrietis), 30 gadi, *Millennial* jeb Y paaudzes pārstāvis

Vai varat dalīties pieredzē ar situāciju, kad izjutāt grūtības, komunicēt ar pacientu? Kāds bija iemesls, ko Jūs darījāt? Kā Jūs komunicējāt, kāda bija Jūsu uzvedība ar pacientu šajā situācijā?

Jā, tas bija otrais Covid-19 gads. Viena no mana tā laika pacientēm bija stacionēta akūti un bija ļoti negatīvi noskaņota par visu. Viņa negribēja, lai viņai paliek labāk. Terapijai īsti nebija gatava, nodarbības apmeklēt apmeklēja, bet īsti nesadarbojās. Es biju viņas konsultējošais psihologs, un mans mērķis ir padarīt to situāciju kaut kādā veidā labāku. Mēģināt ar viņu pārrunāt resursus, atrast dzīves mērķi, saprast, kas ir tās galvenās grūtības šobrīd, un tad varbūt kopā ar ārstu meklēt rekomendācijas, ieteikumus pacientei pēc stacionāra. Ar šo pacienti šāda pieeja galīgi nestrādāja. Katra mūsu saruna tik un tā beidzās ar negatīvām pacientes domām par sevi un dzīvi. Tajā brīdī es jutos ļoti "iestrēdzis" darbā ar viņu. Es veidoju atgriezenisko saiti, pārfrāzēju to, ko dzirdu, bet beigu rezultāts tik un tā nemainījās. Tad bija sajūta, ko man darīt, ko man mainīt.

Ko darījāt, lai mainītu to virzību, strupceļu, kurā varbūt bija nonākts?

No sākuma es sapratu, ka parastās stratēģijas nestrādā. Es tās noliku malā un sapratu, ka man ar šo cilvēku ir jāizveido kontakts. Noliku savu lomu (specialitātes) nedaudz malā un mēģināju viņu iepazīt kā cilvēku. Mums bija ļoti daudz sarunas, kas bija vienkārši pa kaut kādām tēmām, kas viņai bija tuvas.

Vai, skatoties no malas, šīs sarunas viņai patika labāk nekā tās formālās?

Jā. Tajā pašā laikā mēs varējām parunāt arī par neitrālām tēmām. Caur kurām tik un tā vijās viņas problēmas. Tur mēs varējām arī nopietnāk parunāt, bet tas fokuss bija uz to, ka centos runāt vairāk kā draugs. Tad es sapratu, ka reizēm viņa pastāsta jau, ko vairāk par sevi un savā dzīvē notiekošo. Caur šīm sarunām es sapratu galveno lietu, ar kuru mēs varētu strādāt, kamēr viņa atrodas stacionārā. Neformālo sarunu laikā viņa arī atklāja vairāk. Tajā laikā man bija nedrošība vai tas ir labi, ko es daru. Skatoties tagad atpakaļ, es zinu, ka tas bija pareizais lēmums runāt ar viņu neformālāk. Ar vairāku gadu pieredzi pašlaik es bieži vien redzu, ka tas ir efektīvāk, izveidot kontaktu ar pacientiem, runāt draudzīgi. Tajā brīdī, kad esam iepazīnušies (ar pacientiem), tad labāk varam uzsākt terapeitisko darbu. Toreiz tajā gadījumā ar pacienti, es uzreiz gribēju uzsākt terapeitisko darbu, bet nebiju iepazinies. Tā bija kļūda.

Vai Jums ir kāda/-as komunikācijas taktikas, ko mēdzat izmantot darbā ar pacientiem?

Es tās laikam nesaukšu par taktikām vai stratēģijām. Es cenšos būt tāds, kas noliek robežas. Viena no lietām, ko es pasaku, cik ilgi es runāšu ar viņu (pacientu).

Vēl pielietoju tādu nelielu humora izmantošanu: “Hey, es zinu, ka tu varbūt negribi ar mani runāt, *davai* es uzdošu pāris jautājumus. Ja tu galīgi negribi ar mani runāt, tu vari mani mest laukā. Ja es tev galīgi riebšos, saki, es došos projām”. Viņi parasti pasmejās. Tas humors ir tāds laikam primārais, ko es izmantoju.

Ja es redzu, ka pacienti ir tādi ļoti noslēgti, tad es cenšos būt aktīvāks. Cenšos būt enerģiskāks, varu arī par sevi pajokot. Piemēram, es atnāku pēc pusdienām, saku, ka es esmu tik miegains, neesmu izdzēris kafiju, bet mums ir kaut kā jāiztur šī saruna. Tad viņi pasaka: “Jā, es arī gribu kafiju” vai “Man arī garšo kafija”. Kaut kā tā es dažeiz iesāku ar pacientiem sarunas.

Ja runa iet par mani kā psihologu, es cenšos nedomāt par sevi kā psihologu - speciālistu. Es zinu, kas es esmu, bet mana tā funkcija ir panākt kontaktu un runāt ar viņiem par viņu grūtībām. Ja viņi nevēlas runāt par grūtībām, tad es sāku runāt par tēmām par kurām viņi ir gatavi runāt. Es nespiežu runāt par to smago pārdzīvojumu.

Dalīšanās ar savu pieredzi - nosacīti. Vai to es saukšu par stratēģiju es nezinu, bet teiksim, ja es dzirdu, ka man nāk pacients no kādas mācību iestādes, kuru es zinu, tad es dalos ar savu pieredzi. Tad viņi man uzticas mazliet vairāk. Par kaut kādam interesēm līdzīgām es arī runāju ar pacientiem. Piemēram, ja kādam pacientam patīk mūzika, tas var būt mūsu kopsaucējs.

Man bija viena paciente, kurai patīk 80-to gadu roks un mēs sākām runāt, jo mums abiem patīk šī veida mūzika. Tā saruna beigās atver čakras un viņa pastāstīja par lietām, kas pašlaik viņas ikdienā nav foršas, un mēs domājam, ko ar to iesākt.

Vai, ja pacients pirmais sāks runāt par mūziku, vai Jūs turpināsiet sarunu, vai novirzīsieties no temata?

Turpināšu, es parasti pielāgojos, bet te ir tā mazliet sarežģīti, jo man ir tēmas, kuras es gribu ar viņiem pārrunāt bieži vien, bet es arī uzreiz nelecu iekšā savās nospraustajās tēmās, ko vēlos pārrunāt. Ja viņi uzsāk sarunu par savām interesēm, es parasti plūstu līdzī. Tajā pašā laikā man nav grūti norādīt, ka es vēlos parunāt arī par kaut ko citu. Kad mēs parasti ar pacientu to komunikāciju esam jau izveidojuši, parasti arī viņi piekrīt un atbild uz tiem jautājumiem, uz kuriem man nepieciešamas atbildes un uz kuriem viņi jau zin, ka būs jāatbild, jārunā.

Ir viena paciente, kura mani pirmo reizi satiekot teica: “Nē, nerunā ar mani, tu vari iet projām”. Grib savu pastāvīgo psihologu, kas tajā brīdī nebija iespējams, un gāju es. Es viņu par to informēju, ka esmu es, jo otrs kolēģis nevar pašlaik būt šeit. Vēl teicu, ka man jāuzdod pāris jautājumu, ja tu mani izturēsi piecas minūtes, ja neizturēsi, es iešu projām.

Viņa piekrita, bet es stāvēju turpat palicis gaitenī, durvīs, viņai parādot, ka jeburā brīdī varu iet projām. Mēs beigās norunājām 20 minūtes.

Vai tajā brīdī, kad viņa bija tik noraidoša pret Jums, nebija domas arī neturpināt sarunu, iet projām?

Nē. Ja es būtu uzdevis jautājumus, un redzējis, ka viņa mani pilnībā ignorē, tad kādas 5-10 min. ar klusumu es pabūtu, un tad es pateiktu - labi, es tevi lieku mierā, es varbūt atnākšu vēl kādu reizi (ko es arī noteikti izdarītu). Pabeigtu sarunu.

Protams, šajā gadījumā, kad viņa tā reaģēja uz mani, bija nedaudz nepatīkami, bet es mēģinu viņus tā maigi piespiest ar mani parunāt sarunas gaitā.

Vai Jums tuvinoties, pielāgojoties pacientam pastāv robeža, kur tas vairāk netiek darīts? Varētu teikt - vairs nepielāgojaties vai akcentējat atšķirības starp sevi un pacientu.

Gan jau, ka daudz tādu piemēru varētu būt. Pirmie, kas man nāk prātā, kad pacienti mēģina pārkāpt arī kaut kādas manas personīgās robežas. Piemēram, man nav problēmas, ka ar mani runā uz *tu*. Mēs ar pacientu varam būt familiāri, esam vienā līmenī. Man tas liekas godīgi. Viņi ar mani tā runā, es ar viņiem. Es to pieņemu, tā ir daļā no darījuma. Teiksim, ja man jautā kaut ko par manu ģimeni. Varu atbildēt vispārīgi, bet, ja man uzdod specifiskus jautājumus, piemēram, vai es varu redzēt tavas ģimenes bildes. Tur es saku, nē. Nejūtos komfortabli.

Vai Jums ir sanācis sarunās norādīt sava veida hierarhiju sarunas vadībā ar pacientu?

Ar jaunākiem pacientiem man tā ir bijis. Kaut kur ap 10 gadu veciem pacientiem, kuri ir sākotnēji jau agresīvi noskaņoti, ļoti enerģiski. Ar viņiem man ir bijis tā, ka norādu, ka esmu tomēr psihologs un mums ir jāparunā, tad tu būsi *brīvs*. Parasti manā pieredzē tas nostrādā. Ja es redzu, ka tas galīgi nestrādā, tad atnāku citā laikā.

Ar pusaudžiem īsti nē, bet nu varbūt ļoti retu reizi. Tur, savukārt, otrādāk ne ap 14-15 gadu veciem jauniešiem, bet jau lielākiem. Tiem, kam tuvu pie 18 gadiem. Viņi vēlas jau runāt par savām tēmām, un grib tā kā kontrolēt sarunu, tad man ir nācies norādīt par ko mēs runāsim, un par ko nē. Tajā pašā laikā es to daru plūstoši. Norādu, ka mums jāparunā par to, un vēlāk varēsim parunāt par ko citu, ko tu vēlies.

Vai pielāgošanās pacientam ir apzināta vai neapzināta darbība?

Sākotnēji, kad es sāku strādāt, es pieļauju, ka tas bija neapzināti. Tagad tas ir apzināti. Tas ir apzināti tādā līmenī, ka es ļauju sev to darīt, laikam tā tas būtu jāsaka. Tajā pašā laikā man ir bijušas situācijas, ka es ar kādu pacientu jau ilgi runāju un saprotu, ka tas nekur neved, neko nedod, nav efektīvi. Es sevi apstādinu, un es sevi apzināti velku atpakaļ uz to, ka man jānovirzās uz savu darbiņu, kas jāizdara. Kopumā es teikšu, ka tas ir apzināti.

Kas ir pamatā Jūsu uzvedības maiņai komunikācijā ar pacientu (mērķis, iemesli)?

Tas vispārējais mērķis man ir saprotams. Tādā ziņā, ka tas veicina to rehabilitācijas efektivitāti. Tas ir manā pieredzē, ko esmu novērojis. Pirmkārt, viņi (pacienti) atverās. Viņi uzticās vairāk, viņi stāsta par sevi vairāk. Protams, tas izveido labākas, ciešākas terapeitiskās attiecības. Jo ciešākas terapeitiskās attiecības, jo lielāka iespēja, ka būs lielāks efekts tam, ko mēs darām.

Es bieži mēdzu iedomāties sevi pacientu vietā. Kā es justos ērti, kad ar mani runātu. Kā es runāju ar pacientiem, es vēlētos, lai tā runātu ar mani.

Laikam attiecību veidošana. Tas būtu prioritāri no manis.

Kā Jums šķiet, vai pielāgošanās pakāpe darbā ar pacientu mainās atkarībā no ārstniecības personas pārstāvētās paaudzes? Piemēram, kā pielāgojas 25 gadu vecs speciālists un 55 gadus vecs speciālists.

Es domāju, ka tur ir starpība. To, vai tas ir tik ļoti saistīts ar vecumu, man ir grūtāk spriest. Manā pieredzē ir tik daudz kas atkarīgs no tā cilvēka rakstura iezīmēm. Ir cilvēki, kas savos 55 gados, "iet pretī" citiem vairāk. Tajā pašā laikā es pazīstu jaunos speciālistus, kuri tiešām mēģina to profesionālo robežu turēt un nestāstīt daudz par sevi, un tajā visā komunikācijā būt delikātiem.

Manā pieredzē tas laikam apstiprinās. Vecāki speciālisti mazliet mazāk iesaistās, un jaunie varētu iesaistīties mazliet vairāk. Es mēģinu tagad saprast, vai tas ir mans tāds stereotipiskais skatījums, vai es to varu tā pamatot. Jo man nav sanācis tik daudz komunicēt ar 55+ speciālistiem, kā viņi veido komunikāciju. Es vairāk esmu dzirdējis no pacientiem informāciju, viedokli, ko viņi stāsta.

Mani kolēģi, kas ir mana vecuma pārstāvji, un ir manā lokā, liekas esam aktīvi tajā komunikācijā ar pacientiem. Ir arī kolēģi, kas ir pārāk aktīvi komunikācijā. Man ir arī mani vienaudži, kur man atkal dažkārt nepatīk kā viņi komunicē. Laikam man ir tas stereotipiskais uzskats nedaudz, ka vecākus speciālistus es tik pozitīvi nenovērtētu. Savukārt, jaunākus speciālistus es vērtētu līdzīgi sava vecuma nogrieznī, nedaudz atvērtāki tādām neitrālām tēmām. Tomēr atkal, jāņem vērā katra individuālās rakstura īpašības.

Nedaudz pamainot iepriekš uzdoto jautājumu. Interesanti noskaidrot Jūsu viedokli, vai pielāgošanos pacientam ietekmē faktors, ja pacients un ārstniecības persona pārstāv dažādas paaudzes? Piemēram, pacients ir 60 gadu vecs, bet speciālists 30 gadu vecs.

Gan jau, ka jā. Tā komunikācija ar bērniem ir citādāka nekā ar pieaugušajiem. Piemēram, iepriekš es runāju un stāstīju par komunikāciju ar bērniem. Savukārt, ar pieaugušajiem tās sarunas būs formālākas. Tā saruna būs mazāk aktīva, mazāk draudzīga, bet vairāk izglītojoša. Manā pieredzē tas būs citādāk. Tajā pašā laikā ar vecāku pacientu man arī ir svarīgi izjust kontaktu. Ar vecākiem pacientiem es arī izmantoju humoru. Dalos ar saviem novērojumiem, kas var būt komisks, vai netipisks. Tas var būt bieži ir tāds kā ledlauzis. Piedomāju es vairāk, kad runāju ar vecākiem cilvēkiem. Ar jauniešiem es būšu aktīvāks.

Mērķi ir tie paši abiem vecumiem. Jo labāka būs komunikācija, jo vieglāk būs kaut ko atrisināt.

Kādu nozīmi komunikācijā ar pacientu Jūs piešķirtu tādām lietām kā - vienkāršots valodas pielietojums (bez terminiem, iespējama žargonu pielietošana), runas tempa samazināšana, emocionālas izpausmes, piemēram, neverbālās komunikācijas izmantošana (smaidi, pieskārieni, galvas mājieni u.c.), empātijas izrādīšana pacientam?

Viss no minētā ir daļa no mana komunikācijas stila. Izņemot varbūt pieskārienus. Es varu iedod pieci, vai paspiest roku. Es varu terapijas beigās, ja nepieciešams aplikt roku ap pleciem, vai samīļot, ja nepieciešams. Tas ir maksimums, ko es daru.

Man tāds vistuvākais laikam ir tā valoda. Es esmu diezgan runātīgs, man patīk izteikties.

Kopēji saistošais šīm lietām ir tas, ka tās ir tādas neatņemamas sastāvdaļas no kvalitatīvas komunikācijas un no komunikācijas, kura ir iespējamība, ka tās kļūs uzticamāka savā ziņā, un patiesāka. Tāda ir mana sajūta.

Minēšu trīs lietas un saki, lūdzu, vai, Jūsaprāt, tās viena otru kādi ietekmē vai starp tām ir kādas saistības, vai nē.

1. Komunikācija ar pacientu.

2. Ārstniecības personas veiktās manipulācijas (ārstēšanas, konsultācijas u.c.tml.) kvalitāte.

3. Pacienta apmierinājums par saņemto pakalpojumu.

Es domāju, ka ietekmē viena otru. Ja pacientam ir labi izskaidrots to, kas viņam notiek, tas viņu potenciāli sagatavo turpmākajam. Uzlabo izpratni ar to, kas notiek ar viņu pašu (pacientu). Arī ārstam ir vieglāk veikt savas manipulācijas. Komunikācija kļūst var veiksmīgu sastāvdaļu visam procesam, palielina rehabilitācijas attīstību.

Pētnieka novērojumi interviju laikā

Intervijas nr.	Neverbālā komunikācija	Verbālā komunikācija	Sarunas vadība	Emocionālās izpausmes
1. Z paaudze	Uztur acu kontaktu, žestikulē gan ar rokām, gan ar galvas mājieniem, pielieto sejas mīmiku, ķermeņa poza atvērta, rokas klēpī	Atbild uzreiz un konkrēti, stāsta par savu personisko pieredzi, pajoko	Runā brīvi, vadās pēc intervētāja	Smaida un brīžiem iesmejās, kad runā par pieredzēto, ārēji mierīga, intervijas sākumā nedaudz uztraukta, vēlāk tas nav manāms
2. X paaudze	Acu kontaktu uztur, nežestikulē, ietur vienu konkrētu ķermeņa pozu visas intervijas laikā, sejas mīmika neaktīva	Runā maz, atbild īsi, atbildes "jāvelk ārā", runā mierīgi un lēni, atbildēs jūtama "melns vai balts" nostāja	Ietur pauzes gan, norādot, ka var uzdot nākošo jautājumu, gan, lai apdomātu atbildi, sarunu aktīvāk jāuztur intervētājam	Šķietami atbildot uz jautājumiem, uztver, ka atbildes ir pašsaprotamas, visu intervijas laiku nosvērts, neizrāda emocijas
3. Y paaudze	Acu kontaktu runājot uztur daļēji, ķermeņa pozas mainīgas, aktīvi žestikulē ar rokām, sejas mīmika aktīva	Labprāt stāsta par praksē pieredzēto, atbild uzreiz un plaši, atsaucas darbā uz teoriju	Runā ļoti brīvi, vadās pēc intervētāja	Izpaužas brīvi, smaida, emocionāli pacilāta, pozitīvi noskaņota
4. Baby Boomer paaudze	Acu kontaktu uztur, nedaudz žestikulē ar rokām, ķermeņa pozu ietur vienu - kājas nesakrustotas, mugura taisna, izturas cieņpilni, sejas mīmika aktīva	Atbild plaši un brīvi, dažreiz nedaudz ietur nelielu pausi pirms atbildes, daudz piemin savu personisko pieredzi, mazāk atsaucas uz teorētisko praksi, balss toni mainīgi, runā emocionāli	Intervijas sākumā neliels neērtums starp intervēto un intervētāju, kas pēc tam izzūd, saruna brīžiem "aizplūst", nepieciešams novirzīt vajadzīgajā virzienā	Aktīvi pauž emocijas, it sevišķi, par darba pieredzi, smaida, var pasmieties, ārēji jūtas brīvi un ērti intervijas laikā, nebaidās paust savas domas un nostāju
5. Y paaudze	Acu kontaktu pamazām sāk uzturēt intervijas laikā, izmanto sejas mīmiku, žestikulē ar rokām	Sniedz plašas, konkrētas atbildes, balss tonis mierīgs, nosvērts	Runā brīvi, vadās pēc intervētāja	Smaida, var pasmieties, pajokot, ārēji nosvērts, pozitīvi noskaņots

Interviju analīzes kategorijas

	Nr.1.	Nr.2.	Nr.3.	Nr.4.	Nr.5.
Pārstāvētā paaudze					
Problēmsituācijas risināšana (CAT iespējamā pielietošana praksē)					
Komunikācijas taktikas, stratēģijas (CAT iespējamā pielietošana praksē)					
Mērķis un iemesli uzvedības maiņai (interpersonālā nozīme)					
Apzināta vai neapzināta darbību veikšana					
Pielāgošanās robežas (iespējamā diverģences izmantošana)					
Pielāgošanās pacientiem starpaudžu vidū (viedoklis, novērtējums)					
Vecuma faktors starp pacientu un ārstniecības personu					
CAT stratēģiju novērtējums					
Saistības, novērtējums, viedoklis (starp komunikāciju, pakalpojuma kvalitāti un pacienta apmierinājumu)					
Piezīmes					

Maģistra darbs “Sociālās pielāgošanās teorijas stratēģiju izmantošana dažādu paaudžu ārstniecības personu darbā ar pacientiem” izstrādāts LU Sociālo zinātņu fakultātē.

Ar savu parakstu apliecinu, ka pētījums veikts patstāvīgi, izmantoti tikai tajā norādītie informācijas avoti un iesniegtā darba elektroniskā kopija atbilst izdrukai.

Darba apjoms (no ievada līdz secinājumiem ieskaitot) ir 151 845 rakstzīmes (ieskaitot intervālus, bet neieskaitot zemsvītras atsaucis).

Autors: _____ Diāna Razumovska
(paraksts)

Rekomendēju/nerekomendēju darbu aizstāvēšanai.

Vadītāja: Dr.sc.comm. Laura Ardava -Āboliņa _____
(paraksts)

24.05.2024.

Recenzents: asoc. profesore Dr. sc. comm. Marita Zitmane _____
(paraksts)

Darbs iesniegts Komunikācijas studiju nodaļā 24.05.2024.

Dekāna pilnvarotā persona: metodiķe Inga Poļaka _____
(paraksts)

Darbs aizstāvēts maģistra gala pārbaudījuma komisijas sēdē

06.06.2024. prot. Nr. _____

Komisijas sekretārs: _____ (paraksts)