

Pomen komunikacije v odnosu med zdravstvenim osebjem in ženskami v državnem presejalnem programu ZORA

Amela Duratović

Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, Ljubljana

Povzetek

Komunikacija je poleg diagnostike in zdravljenja temeljni element v procesu zdravstvene obravnave bolnika, zato je bila v zadnjih desetletjih predmet številnih razprav in raziskav. Rezultati teh študij so omejeni, saj je odnos med bolnikom in zdravnikom eden najbolj kompleksnih med vsemi medosebnimi odnosi. Kljub temu pa danes vemo, da dobra komunikacija vpliva na ugodnejši izid zdravljenja, zato je neizogibno, da ima zdravstveno osebje znanje tudi s tega področja. V članku bomo razpravljali o pomenu komunikacije med zdravstvenim osebjem in ženskami v državnem presejalnem programu ZORA. Na osnovnem modelu komuniciranja bomo prikazali potek komuniciranja v zdravstvu in dejavnike vpliva. Pri tem bomo izpostavili pomen znanja psihologije pri učenju komunikacijskih veščin. Zagovarjamo stališče, da zaradi kompleksnosti odnosa med zdravstvenim osebjem in bolnikom ni enoznačnega odgovora na vprašanje, kaj je dobra komunikacija. Če pa naj bo komunikacija uspešna, se mora prilagajati individualnim potrebam bolnika. Predstavili bomo tudi specifične komunikacijske veščine, katerih uporaba lahko pripomore k temu, da bosta odnos in posledično komunikacija boljša. To vodi k zadovoljnejšemu bolniku, boljšemu poteku zdravljenja in posledično k boljšemu zdravstvenemu izidu, kar je tudi skupni in glavni cilj tako bolnika kot zdravstvenega osebja.

Ključne besede: komunikacija v zdravstvu, odnos zdravstveni delavec-bolnik, presejalni program

1 Uvod

V zadnjih desetletjih so se v naši družbi in v sami medicini zgodile številne spremembe, ki so vplivale tudi na odnos med zdravstvenim osebjem, še posebej zdravnikom, in bolnikom. Razmah sodobne informacijske tehnologije je bolnikom omogočilo lahek in hiter dostop do številnih zdravstvenih informacij, tudi strokovnih, kar je posledično vodilo k večji informiranosti in ozaveščenosti bolnikov. Skladno s tem bolniki od zdravstvenega osebja poleg strokovnega znanja pričakujejo tudi korekten odnos in dobro komunikacijo. Na ta način želijo zvišati nivo aktivnega sodelovanja pri odločitvah o zdravljenju in poznejši rehabilitaciji. Zdravstveno osebje pa se na drugi strani mora zavedati, da z ustrezno komunikacijo in vzpostavitvijo medsebojnega zaupanja z bolnikom bistveno vpliva na bolnikovo sodelovanje in končni uspeh zdravljenja.

2 Pomen komuniciranja v zdravstvu

Predstava o dobrem zdravniku zelo močno temelji na predstavi o zaupanju, občutku, da lahko spregovorijo o intimnem počutju in strahovih, da ti zdravnik razloži problem na razumljiv način, da si vzame čas za pogovor in te posluša, da te spoštuje in komunicira s teboj kot osebo [1, 2, 3, 4]. Zaupanje se po mnenju bolnikov zgradi na komuniciranju in pristnem odnosu, ki ne zadeva samo obravnavo simptomov,

ampak upošteva in nudi podporo tudi psihični stiski bolnika (in svojcev) ob fizični bolezni [1, 4, 5].

Koristi dobrega odnosa in komuniciranja med bolnikom in zdravnikom oz. drugim zdravstvenim osebjem so za oba številne, naj jih naštejemo le nekaj: večje zadovoljstvo bolnika in zdravnika s posvetom in potekom obravnave, bolnikovo boljše razumevanje podanih informacij in predlaganih načinov zdravljenja, večje upoštevanje in sprejemanje zdravnikovih priporočil in, najpomembneje, boljši izid zdravstvene obravnave, pa tudi manj stresno sodelovanje in manj možnosti za (pri)tožbe [1, 5, 6, 7, 8, 9].

Velik pritek novih znanj na področju medicine je to kompleksno področje naredil še težje za razumevanje in obvladovanje. Medicinska obravnava bolnika se je poglobljeno osredotočila na obravnavo posameznih specifičnih sprememb na nivoju organov ali celo celic. Pri takšni obravnavi so in še vedno prevladujejo z objektivnimi meritvami potrjena dejstva, ki so nesporna in na osnovi katerih se poskuša bolnikom čim bolj prilagoditi zdravljenje, ki je zato tudi uspešnejše. Manj pozitivna posledica takega pristopa je potreba po zelo specializiranem znanju posameznega zdravnika ter potreba po vključitvi več različnih profilov zdravstvenega osebja v zdravljenje bolnika, kar velikokrat pripelje do razosebljenih odnosov med zdravstvenimi delavci in bolnikom. Če ob tem upoštevamo, da so

tudi bolniki zaradi lažje dostopnosti do strokovnih informacij in uzakonjenih bolnikovih pravic postali mnogo bolj zahtevni, pridemo do jasne ugotovitve, kako pomembna je ustrezna komunikacija med zdravstvenim osebjem in bolnikom [1, 3, 10, 11].

Da je dobra komunikacija med zdravnikom in bolnikom brez dvoma temelj dobre, celostne oskrbe bolnika, so potrdile številne študije [1, 5, 6, 7, 12]. Prav tako so številne študije pokazale jasno povezovalno med kakovostno komunikacijo zdravstvenega osebja in bolnikovim zadovoljstvom, razumevanjem ter upoštevanjem priporočil in rezultati zdravstvene oskrbe [2, 6, 7, 8]. Posledično se je komunikacija uveljavila kot bistven vidik medicinske izobrazbe in postaja sestavni del učnih načrtov na področju zdravstva [6, 12, 13]. Pred štirimi leti (v študijskem letu 2009/2010) je tudi Medicinska fakulteta v Ljubljani uvedla v študijski program nov predmet "Sporazumevanje". Cilj predmeta je bodočim zdravnikom pomagati razumeti, da je dober medsebojni odnos med bolnikom in zdravnikom ključnega pomena za uspešno obravnavo bolnika, za vzpostavitev dobrega odnosa pa je ključno ustrezno sporazumevanje [10].

3 Komuniciranje v (zdravstveni) praksi

Kljub naraščajočemu zavedanju o pomenu dobre komunikacije v zdravstvu in učenju komunikacijskih in medosebnih veščin pri zdravstvenem osebju pa so težave v komuniciranju še vedno eden najpogostejših vzrokov za pritožbe bolnikov [8, 9, 10, 14], tudi v Sloveniji [1, 4]. Razloge za takšno stanje, ki so številni in različni, skušamo združiti v tri skupine:

- kompleksnost odnosa in komunikacije med bolnikom in zdravstvenimi delavci;
- neustrezno razumevanje komunikacije in komunikacijskih veščin;
- organizacijske in sistemske ovire.

3.1 Kompleksnost odnosa in komunikacije med bolnikom in zdravstvenim osebjem

O komuniciranju med ljudmi govorimo, ko med partnerji v socialnem odnosu teče nepretrgan tok sporočil. Partnerji morajo pri tem imeti enak ali vsaj podoben znakovni sistem sporočanja, ki omogoča prenašanje pomena sporočila (npr. obvladati morajo isti jezik ali določenim gestam podeljevati enake socialne pomene). Komuniciramo na jezikovni ravni in tudi s celim telesom (neverbalno), ter tudi s samim odnosom in socialno situacijo [1, 15]. Pri tem je odnos med zdravnikom ter bolnikom eden od najbolj kompleksnih med vsemi medosebnimi odnosi. Pomeni odnos med dvema osebam v nenakoprnem položaju, ki je največkrat neprosto-

voljen in zadeva življenjsko pomembna vprašanja. Je torej čustveno obremenjen odnos, ki zahteva tesno sodelovanje [7], če naštejemo le nekaj izmed pomembnih značilnosti tega odnosa. Na komunikacijo med zdravstvenim delavcem in bolnikom poleg dejavnikov bolezni, značilnosti bolnika in zdravstvenega osebja in konteksta komunikacije vplivajo tudi številni širši socialni dejavniki (Slika 1) [5, 7, 15, 16].

3.2 Neustrezno razumevanje komunikacije in komunikacijskih veščin - pomen psihologije za uspešno komunikacijo

Vedno bolj se v medicini govori o komuniciranju med bolnikom in zdravstvenim osebjem, vendar se komuniciranje pogosto razume napačno in, kar je še bolj problematično, tudi učenje komuniciranja temelji na teh napačnih predpostavkah. Komuniciranje med bolnikom in zdravstvenim osebjem mnogi še vedno vidijo kot neke vrste mazilo za lažji potek medicinskih postopkov. Komuniciranje je v učnih načrtih omejeno zgolj na komunikacijske veščine, ki poudarjajo predvsem spretnost podajanja informacij, brez upoštevanja psihologije. Ta pa je temelj medosebnih spretnosti komunikacije [1, 12]. Te ugotovitve podpira tudi poročilo Slovenskega zdravniškega društva (SZD), kjer poudarjajo, da osnovna pravila psihologije zdravnikom ne bi smela biti tuja, njihova uporaba pa bi morala biti osnova za vse ostale postopke zdravljenja. Pri tem izpostavljajo pomen korektnega odnosa, ki upošteva psihično stisko zaradi bolezni [4].

Glede na zgoraj opisano stanje bomo v nadaljevanju pojasnili nekaj osnovnih psiholoških pojmov, vezanih na uporabo psihologije v procesu komuniciranja.

Intrapsihični elementi in samozavedanje

Kot je razvidno tudi iz slike 1, je komunikacija širok pojem, ki zajema tako procese med ljudmi (zunanjo komunikacijo) kot procese v nas samih (notranjo komunikacijo) [15]. In ravno ti intrapsihični elementi so gonilna sila medosebne komunikacije. Dejanja posameznika postanejo bolj razumljiva, če raziščemo njihov pomen. Da bi lahko razumeli druge ter resnično komunicirali z njimi, pa moramo najprej razumeti sebe. Začetna točka tega procesa je samozavedanje. Ljudje namreč lahko izboljšamo svoje vedenje le, če smo sposobni samozavedanja in samorefleksije [8, 13]. To je še posebej pomembno pri nudenju zdravstvene oskrbe [12]. Zato mnogi predlagajo, da se v komunikacijsko izobraževanje vključi samoocenjevanje in ocenjevanje znotraj zdravstvenega tima o odnosu in zaupanju v lastne komunikacijske veščine [8, 10, 17].

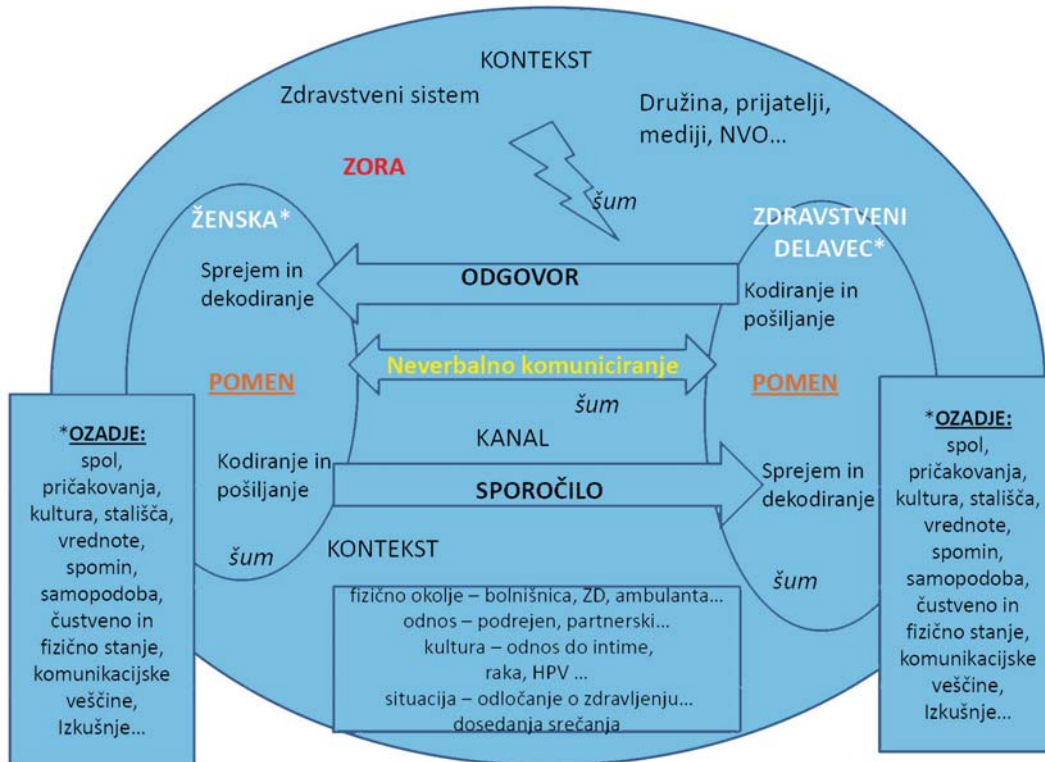
Subjektivno dojetanje komunikacije

Komunikacija vedno poteka v nekem socialnem kontekstu in je določena z njim [15], svoj pomen pa dobi šele s subjektivno interpretacijo posameznika [13]. Pomen subjektivnega dojetanja je pogosto podcenjen [17], vendar je ravno to vzrok, da imajo iste komunikacijske veščine različne učinke. Kaj bo prejemnik slišal, ni odvisno le od tega, kaj govorec govori, ampak tudi od poslušalčevih subjektivnih procesov, družbenih kontekstov in od njihovih dosedanjih izkušenj (Slika 1) [13]. Kompleksne komunikacije, kakršna poteka npr. med obiskom bolnika v ambulanti, zato ne moremo razdeliti na objektivne komunikacijske veščine. Zato je tudi težko definirati splošne principe za dobro vodenje komunikacije - enega pristopa komunikacije ne moremo uporabiti pri vseh bolnikih, pa tudi ne v vseh situacijah pri enem bolniku [13].

Vodilo zdravstvenemu osebju za dobro komuniciranje bi zato morala biti originalnost, ki naj se prilagaja bolnikovi individualnosti in njegovemu trenutnemu psihofizičnemu stanju. S tem namenom bi šolanje zdravstvenih strokovnjakov moralo omogočati sledeče: da znajo dobro presojati posameznega bolnika in njegove (trenutne) potrebe ter da se zavedajo lastnih prednosti in po-

manjkljivosti in to upoštevajo pri komuniciranju z bolnikom [13]. Pomen takšnih fleksibilnih pristopov, ki temeljijo na uporabi specifičnih komunikacijskih veščin, potrjujejo tudi želje bolnikov, da bi jih zdravstveni strokovnjaki obravnavali kot osebe in ne kot »primer« ali številko... Pričakujejo, da bodo zdravstveni delavci prepoznali njihovo individualnost in ustvarjali občutek partnerstva [2]. Za vzpostavitev takšne komunikacije bo treba v prihodnosti uskladiti izobraževanje in klinično prakso komuniciranja. S tem bi izkoristili psihološke teorije komuniciranja in orodja komunikacijskih veščin, vendar na način, ki daje poudarek kreativnosti zdravstvenega osebja pri oblikovanju izvornih rešitev za edinstvene komunikacijske potrebe [13].

Vzporedno s prav tako vedno bolj individualiziranim medicinskim zdravljenjem lahko zdravstveno osebje na tak način uspešno sledi potrebam in zahtevam današnjega bolnika po celostni obravnavi, s čimer večajo tudi lastno zadovoljstvo na delovnem mestu. Če povzamemo, prilagojeno izobraževanje, ki omogoča individualen pristop komuniciranja z bolnikom, predstavlja nadgradnjo znanja zdravstvenega osebja in nesporno pomeni dodano vrednost za kvaliteto obravnave bolnikov.



Slika 1: prilagojen osnovni model procesa komuniciranja po Schrammu

3.3 Organizacijske in sistemske ovire za uspešno komunikacijo

Poleg zgoraj naštetih možnih ovir za uspešno komunikacijo v zdravstvenem okolju so ovire lahko tudi sistemske in organizacijske narave. Kot sistemske oviro vidimo sedanjo prakso umeščenosti učenja komunikacijskih veščin, ki je večinoma (in v omejenem obsegu) del dodiplomskega medicinskega izobraževanja. Le redko so tovrstne vsebine del podiplomskega študija, kjer se zdravstveni delavci izobražujejo neposredno v kliničnem okolju. Našo tezo potrjujejo raziskave, ki so pokazale močno potrebo samih strokovnjakov po komunikacijskem izobraževanju na podiplomskem nivoju, saj menijo, da so nepripravljeni na velike čustvene zahteve bolnikov [14]. Da bi naučeno komunikacijsko znanje uspešno postalo del rutinskega vedenja zdravstvenih delavcev, pa bi se morale zgoditi tudi spremembe na nivoju oddelka ali cele organizacije. Te spremembe so pogoj za pozitiven vpliv komunikacijskih izobraževanj. V nasprotnem pa ob številnih delovnih obveznostih in pomanjkanju časa zdravstvenih delavcev težko pričakujemo prepoznano dodano vrednost komunikacije kot osrednje klinične veščine [14]. Zato mnogi menijo, da bi moralo biti učenje komunikacijskih veščin kontinuirano in sestavni del medicinske ter nadaljnje izobrazbe, tudi v samih zdravstvenih organizacijah [14, 16] in ob sodelovanju tudi s strokovnjaki drugih strok [4].

Kljub razširjenemu prepričanju, da učinkovito komuniciranje ni možno predvsem zaradi pomanjkanja časa [17], pa so nekatere študije pokazale, da ustrezno zastavljena komunikacija ni podaljšala posveta [6]. Pri tem ne smemo pozabiti na zelo pomemben dejavnik, ki lahko vodi v neučinkovito komunikacijo, to je čustvena obremenitev zdravstvenega osebja. Zdravstveni delavec se velikokrat znajde v situaciji, ko mora podati slabo novico, ko se srečuje z bolnikovimi strahovi, jezo... pa tudi s svojo nemočjo. Zato je zelo pomembna možnost razreševanja tudi teh čustvenih stisk na delovnem mestu in podpora sodelavcev ter organizacije [5].

4 Komuniciranje v presejalnem programu

Z vidika komuniciranja so organizirani presejalni programi poseben primer. Tu je naloga sodelujočih v programu (tako medicinskega kot administrativnega podpornega osebja), da pristopijo k navidezno zdravi populaciji brez vidnih simptomov bolezni in posameznike prepričajo, da se udeležijo preventivnega pregleda. V primeru presejalnega programa za rak materničnega (RMV) vratu ZORA je to ginekološki pregled z odvzemom brisa materničnega vratu na vsake tri leta. Prvi cilj takšne-

ga programa je, da prepriča vsaj 70 % povabljenih žensk, da se povabilu odzove. Pri tem bo le nekaj med njimi v svojem življenju zbolelo za RMV, prav vsaka pa se bo soočila s stresno situacijo pregleda in čakanja na rezultat testa. Presejalni program je tako izrazit primer, kjer je neposredno od načina komuniciranja odvisna kakovost zdravstvenih storitev. Na primeru presejalnega programa lahko vidimo, kako pomembno komuniciranje vpliva na kakovost zdravstvenih storitev. Številne raziskave so namreč potrdile, da je način komuniciranja enako pomemben kot sama vsebina sporočanja in da vpliva na to, kako ženske upoštevajo priporočila glede presejanja [9, 18, 19, 20, 21]. Zato je izjemnega pomena točno, razumljivo in celostno informiranje žensk: o bolezni, tveganjih za nastanek bolezni, presejalnem testu (prednosti, slabosti) in o postopkih v morebitni nadaljnji obravnavi [9, 18, 21].

4.1 Kaj ženske pričakujejo od zdravstvenega osebja v presejalnem programu?

Raziskave v tujini so pokazale, da ženske od izvajalcev v presejalnem programu pričakujejo, da se bodo z njimi pogovarjali z občutkom empatije in izkazano skrbjo, brez medicinskih izrazov in prevelikega obsega tehničnih informacij [21, 23]. Komunikacija bo imela večji vpliv, če ženska občuti, da zdravstveno osebje nedvoumno podpira presejanje, in če ženska natančno pozna bolezen in delovanje programa [9, 22]. Ravno zmote o RMV in namenu presejalnega testa, ki v ženskah vzbujajo strah in nelagodje, so največje ovire, da se ženske ne udeležujejo pregledov ali se ne odzivajo na povabila na dodatne preiskave. Večina žensk navaja strah pred postopki v obravnavi, rakom, nezmožnostjo zanositve v prihodnje, stigmatizacijo in občutek krivde in sramu zaradi spolno prenosljivega virusa. Vsi ti strahovi izhajajo iz napačnih prepričanj: v presejanje so vključene le ženske s simptomi bolezni; presejanje je namenjeno le (zgodnjemu) iskanju raka (nepoznavanje pomena presejanja za odkrivanje predrakavih sprememb); nepoznavanje tveganj v presejanju (vključno s psihološko obremenitvijo ob napačno pozitivnih/negativnih rezultatih, ob čakanju na rezultat, ob dodatnih diagnostičnih postopkih), nepoznavanje povezave med okužbo s humanimi papiloma virusi (HPV) in RMV in na splošno slabo poznavanje HPV. Ta vprašanja je treba pojasniti vsaki udeleženci na način, ki ga bo razumela [18, 23, 24, 25].

4.2 Učinkovita komunikacija zdravstvenega osebja v presejalnem programu

S primernim komuniciranjem lahko zmanjšamo ovire za udeležbo v presejanju, zmanjšamo psihično obremenjenost žensk in izboljšamo spopri-

jemanje z negotovostjo zaradi bolezni [9, 21, 22, 23, 24]. Ženske že samo informiranje razumejo kot podporo s strani zdravstvenega osebja [23]. Zdravstveno osebje pa lahko ženskam nudi podporo tudi z uporabo specifičnih komunikacijskih veščin, kot so: i) pozorno poslušanje, ii) postavljanje odprtih vprašanj, iii) spodbujanje izražanja čustev in iv) izražanje empatije [5, 23, 26, 27, 28, 29]. Priporočljivo je, da zdravstveno osebje upošteva tudi druga načela dobre komunikacije: izogibanje uporabi strokovnih izrazov, uporaba preprostega in razumljivega jezika, strokovna dejstva naj bodo opremljena z razumljivimi in pomirjujočimi razlagami, količina informacij v enem obisku naj bo omejena in prilagojena zmožnostim ženske za razumevanje povedanega, vseskozi je treba ohranjati spoštljiv in skrben odnos [18, 23].

4.3 Drugi pomembni dejavniki pri komuniciranju v presejalnem programu

Pri uspešnem komuniciranju z ženskami v presejalnem programu je izvajalcem lahko v veliko pomoč tudi sodelovanje z nevladnimi organizacijami (NVO) in mediji. NVO pomagajo osveščati laično populacijo o pomenu presejalnega programa in RMV in nudijo podporo ženskam med obravnavo v programu ali med zdravljenjem in po njem. Množični mediji imajo prav tako velik vpliv na mnenje javnosti o sodelovanju v presejalnem programu. Izvajalci bi zato morali sodelovati z njimi in jim redno zagotavljati aktualne, točne in razumljive informacije [18]. Na učinkovito izvajanje presejalnega programa vpliva tudi komunikacija med izvajalci – tako v posamezni ginekološki ambulanti kot tudi s citologi, presejalci in drugimi specialisti, ki so vključeni v nadaljnjo obravnavo. Pomembno je tudi zagotavljanje povratnih informacij s strani centralnega registra (v Sloveniji Registra ZORA) izvajalcem in odločevalcem o delovanju programa. Register predstavlja most, ki lahko izboljša komunikacijo med izvajalci in ženskami, saj ženske podrobnejše informacije lahko dobijo tudi tam, kar lahko nekoliko razbremeni izvajalce v presejalnem programu [18, 19, 21].

5 Namesto zaključka

Na odločitve žensk glede sodelovanja v presejalnem programu vplivajo med drugim individualne značilnosti, družina in širše družbeno okolje, nara-va in stopnja bolezni, vrsta zdravstvene obravnave ter odnos in komunikacija z zdravstvenim osebjem. Večina žensk ob prvem soočenju z boleznijo ali patološkim izvidom ne razume v celoti svoje bolezni. Nekatere potrebujejo več mesecev ali celo let, da se ob podpori svojcev in ustreznih komunikaciji zdravstvenega osebja soočijo z vsemi dejstvi in svojimi

občutki in da popolnoma sprejmejo bolezen. Nekatere pa zaradi različnih razlogov, ki se skrivajo v zgoraj omenjenih dejavnikih, tega ne zmorejo nikoli. To se pogosto kaže v odklanjanju zdravnikovih priporočil ali iskanju rešitev v komplementarnem ali alternativnem zdravljenju. Za zdravstveno osebje je pomembno, da se teh izjem zaveda in da njihove odločitve spoštuje, saj je tudi to sestavni del uspešne komunikacije [20, 23, 30].

Literatura

1. Ule M. Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Aristej; 2009.
2. Deledda G, Moretti F, Rimondini M, Zimmermann C. How patients want their doctor to communicate. A literature review on primary care patients' perspective. *Patient Education and Counseling* 2013; 90:297-306.
3. Butalid L, Verhaak M F P, Boeije R H, Bensing M J. Patients' views on changes in doctor-patient communication between 1982 and 2001: a mixed-methods study. *BMC Family Practice* 2012; 13:80.
4. Poročilo o posvetu "Zakaj se bolniki pritožujejo nad zdravnikovim delom" (Delo SZD). *Zdrav Vestn* 2003; 194; 3-5: 312-325.
5. Škufca Smrdel A. C. Veščine komunikacije v odnosu zdravstveni delavec – bolnik. In Matković M, Petrijevčanin B, eds. *Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkim pacientom*. Maribor: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške neg – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011. p. 7-16.
6. Harrington J, Noble M. L, Newman P. S. Improving patients' communication with doctor: a systematic review of interventions studies. *Patient Education and Counseling* 2004; 52:7-16.
7. Ong L. M. L, de Haes M. J. C. J, Hoos M. A, Lammes B. F. Doctor-Patient Communication: A review of the Literature. *Soc. Sci. Med.* 1995; 40:903-918.
8. Ammentorp J, Sabroe S, Kofoed P, Mainz J. The effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy. A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling* 2007; 66:270-277.
9. Fox A. S, Heritage J, Stockdale E. S, Asch M. Steven, Duan N, Reise P. S. Cancer screening adherence: Does physician-patient communication matter? *Patient Education and Counseling* 2009; 75:178-184.
10. Šter Petek M, Švab I, Zalar B, Tomori M. Spora-zumevanje – nov predmet na Medicinski fakulteti v Ljubljani. *Zdrav Vestn* 2011; 80: 865-72.
11. Reddy K M C. The Doctor:patient Relations & Art of Practice of Medicine. *Indian J Surg* 2011; 73:321-323.
12. Rungapadiachy M. D. Medosebna komunikacija v zdravstvu. Ljubljana: Educy; 2003.
13. Salmon, P, Young B. Creativity in clinical communication: from communication skills to skilled communication. *Medical Education* 2011; 45:217-226.
14. van den Eertwegh, van Dulmen S, van Dalen J, Scherpbier A. J. J. A, van der Vleuten P. M. C. Learn-

- ing in context: Identifying gaps in research on the transfer of medical communication skills to the clinical workplace. *Patient Education and Counseling* 2013; 90:184-192.
15. Ule M, Kline M. Psihologija tržnega komuniciranja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 1996.
 16. Street R L JR, Gordon H, Haidet P. Physician' communication and perception of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Social Science and Medicine* 2007; 65:586-598.
 17. Ferrario S R, Cremona G. Communication in a medical setting: can standards be improved? *Multidisciplinary Respiratory Medicine* 2013; 8:1.
 18. Giordano L, Webster P, Anthony C, Szarewski A, Davies P, Arbyn M e tal. Improving the quality of communication in organised cervical cancer screening programmes. *Patient and Education Counseling* 2008; 72:130-136.
 19. www.zora.onko-i.si
 20. Coker LA, Eggleston SK, Meyer TE, Luchok K, Das Prabhu I. What predicts adherence to follow-up recommendations for abnormal Pap test among older women? *Gynecology Oncology* 2007; 105:74-80.
 21. Simon MA, Cofta-Woerpel L, Randhawa V, John P, Makoul G, Spring B. Using the word 'cancer' in communication about an abnormal pap test: finding common ground with patient-provider communication. *Patient Education and Counseling* 2010; 81:106-112.
 22. Denberg DT, Wong, S, Beattie A. Women+s misconceptions about cancer screening: implications for informed decision-making. *Patient Education and Counseling* 2005; 57:280-285.
 23. Bertram C. C., Magnussen L. Informational needs and experiences of women with abnormal papanicolaou smears. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2008; 20:455-462.
 24. Waller J, McCaffery K, Nazroo J, Wardle J. Making sense of information about HPV in cervical screening: a qualitative study. *British Journal of Cancer* 2005; 92:265-270.
 25. Goldsmith M R, Bankhead C R, Kehoe S T, Marsh G, Austoker J. Information and cervical screening: a qualitative study of women's awareness, understanding and information needs about HPV. *Journal of Medical Screening* 2007; 14:29-33.
 26. Turan S, Elcin M, Odabasi O, Sayek I, Senemoglu N. The impact of clinical visits on communication skills training. *Patient Education and Counseling* 2009; 77:42-47.
 27. Benedik J, Červek J. Komunikacija na prehodu v paliativno zdravljenje. In Matkovič M, Petrijevčanin B, eds. Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkimi pacientom. Maribor: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011. p. 50-59.
 28. Rosenberg S, Gallo-Silver L. Therapeutic communication skills and student nurses in the clinical setting. *Teaching and Learning in Nursing* 2011; 6:2-8.
 29. Maguire P, Pitceathy C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002; 325:697-700.
 30. Verhoef M.J., Boon H.S., Page S.A. Talking to cancer patient about complementary therapies: is it the physician's responsibility? *Curr Oncol.* 2008; 15:88-93.