

# Doctor-patient communication in medicine and dental medicine

Danka Sinadinović<sup>1</sup>, Irena Aleksić-Hajduković<sup>2</sup>, Stevan Mijomanović<sup>1</sup>

<sup>1</sup>University of Belgrade, Faculty of Medicine, Belgrade, Serbia;

<sup>2</sup>University of Belgrade, School of Dental Medicine, Belgrade, Serbia

## SUMMARY

Doctor-patient communication is a type of institutional communication which distinct linguistic features can significantly affect patient satisfaction and treatment outcome. A medical encounter has a clearly defined structure that has been shifting from *clinician-centred* to *patient-centred*. Therefore, it is of utter importance for prospective doctors and dentists to be aware of the role of language when communicating with their patients. Given the fact that working in a medical/dental practice has become increasingly international, the paper focuses on the role of the English language. New communicative models and environments such as Computer-Mediated Medical Communication (CMMC) and Video Interaction Guidance (ViG) are also presented.

**Keywords:** computer-mediated communication; English for Medical Purposes; institutional communication; medical encounter

## INTRODUCTION

Doctor-patient communication as a type of institutional communication has been analysed within various disciplines over the past few decades – conversation analysis, critical discourse analysis, sociology, sociolinguistics, psychology, anthropology, and medicine itself. Research results from this field of communication are considered to be highly applicable in medical practice as they can improve interactions between doctors and patients and contribute to better treatment outcomes. It has been reported that the communicative style a doctor adopts highly affects both patient satisfaction and treatment outcome [1]. Besides, patients who have good communication with their doctors and are adequately informed of their condition seem to recover faster and more successfully after complex surgical procedures and are rarely depressed in comparison with other patients [2]. Studying doctor-patient interaction also reveals potential problems in this type of communication, helps solving these problems and results in better informed patients who can follow doctors' advice more precisely. Research results from this field are also valuable for teaching English for medical (academic) purposes (EMAP) as they provide practical examples and illustrate important characteristics of doctor-patient communication that can help prospective doctors/dentist communicate efficiently with foreign patients in an era of medical/dental tourism expansion.

This paper provides an insight into doctor-patient communication and its characteristics through the prism of medical encounters and encounters in dental medicine.

First, institutional communication is briefly presented and contrasted to ordinary communication. The characteristics of a medical encounter, as a typical representative of institutional communication, are given. Finally, the importance of contemporary communication in dentistry is emphasised, including computer-mediated communication (CMC).

## Institutional talk

This type of communication is usually accomplished through the exchange of talk between *professionals* (i.e. institutional representatives) and *lay people* (i.e. institutional clients) and it takes place in an institution such as a school, a police station, a courtroom or a hospital/examination room [3]. Such interaction: (1) involves participants in specific goal orientations which are connected with their institution-relevant identities (e.g. doctor-patient), (2) it includes specific constraints on what will be taken as allowable contributions to a particular business, and (3) it is associated with inferential frameworks and procedures that are specific for institutional contexts at hand [3, 4, 5].

Institutional talk is distinct from ordinary conversation in several different ways: turn-taking organization, word choice, and asymmetry being the most important ones [3, 6]. Turn-taking procedure is rather similar to that in ordinary conversation except that participants could be sanctioned for their contributions, e.g. if they answer when they are not supposed to, when they are expected to answer a question and they do not do it or when they talk when somebody else is talking [6]. Besides, turn-taking organization can differ considerably in various institutions.

Institutional representatives can sometimes organize their turns in such a way that they achieve a particular goal in communication with their clients. For example, in order to prepare their patient for a piece of bad news they are about to receive, a doctor might ask the patient for their own opinion of that problem and by doing this they prepare the patient for the information by changing their perspective of the problem, which makes it easier for the patient to understand the information [3]. In another example, a paediatrician asks parents how they see their child and only then presents the intended information partly relying on parents' own impressions [7].

Unlike ordinary conversation, which is fluid and prone to variations, institutional communication has a specific structural organization [3]. In institutional talk, participants usually choose more formal lexis than in ordinary conversations. They more often opt for descriptive terms [6] and it has also been noticed that institutional representatives frequently choose the first person plural (*we*) instead of the first person singular (*I*) with the aim of presenting themselves as institutional representatives rather than individuals [4]. Institutional euphemisms are also frequently used in order to downplay potentially problematic issues [6]. For example, references to pain are often euphemistic in a way that the words *pain* and *painful* are often avoided and replaced by something softer (e.g. *sore*) [8].

Asymmetry is one of the main characteristics of institutional talk and according to Heritage it is visible on different levels: (1) participation, (2) interactional and institutional *knowhow*, (3) epistemological caution and asymmetry of knowledge, and (4) rights of access to knowledge [6]. When it comes to asymmetry in participation, it can be illustrated by the fact that institutional representatives usually hold initiative throughout the conversation and they thus have greater power than their clients. However, Sinadinović and Polovina's research showed that the patient's initiative was very often accepted, which is contrary to some previous findings [9]. This means that patients do possess some power although doctors undoubtedly dominate the entire communication.

Institutional *knowhow* implies different attitudes that participants have towards the problem because of which a client has come to the institution; in other words, what is extremely important to the client may be just another routine case for the institutional representative. Asymmetry of knowledge can take two different forms – institutional representative may be cautious in expressing their opinion on something or they might openly show their superiority (this is often the case in doctor-patient interaction where doctors emphasize the possession of knowledge in a particular field). On the other hand, patients might miss asking important questions just because they do not have knowledge in the field and for the same reason, they might misunderstand doctor's agenda [6, 10]. Finally, rights of access to knowledge manifest themselves in the fact that institutional clients have no right to have the same knowledge that institutional representative possess owing to their position, education and profession. In doctor-patient interaction, this would mean that a patient should not reveal to their doctor if they have previously

informed themselves on their problem on Internet websites or elsewhere. Similarly, it has been reported that doctors who take their children to paediatricians try not to behave like doctors in such situations, but like parents who know nothing and they try to hide what they know in order not to offend their colleague [6, 11].

### Medical encounter

A medical encounter is considered to be a typical representative of the institutional communication being a "tightly organized event" which is almost completely ritualized [12, 13]. Authors in both *discourse literature* and *praxis literature*<sup>1</sup> agree that there are several phases of a medical encounter, but the number of phases and their content vary considerably. Byrne and Long were the first linguists to research the six-phase model known as the *biomedical model* containing the following steps: (1) establishing a relationship with a patient, (2) discovering the reason for the patient's visit, (3) conducting a verbal and/or physical examination of the patient, (4) considering the patient's condition with the help of the patient if necessary, (5) discussing further treatment or suggesting further investigation, and (6) ending the conversation (this is usually done by the doctor) [14]. Heritage and Maynard accepted these six phases, elaborating further on their content. They recommended that the first phase should be cordial and relaxing for the patient and they also insisted that in the fifth phase the patient's condition should not be discussed only by the doctor but that the patient should be involved as well and that their opinion on any further steps should be respected [15]. Almost identical models are found with Heath and also with Gill and Roberts [16, 17], whereas Mishler insisted on a three-part model – (1) doctor's question, (2) patient's answer to the question, and (3) doctor's assessment of patient's answer (e.g. *a-ha*, *mhm*, etc.) or another question [18].

A medical encounter organized according to one of these classical models is *clinician-centred* and mostly follows the structure of an interview where patients are expected to answer doctors' questions. However, praxis literature has insisted on introducing a more *patient-centred* model that would help doctors reach more precise diagnoses, treat their patients more successfully and achieve better overall results [13]. Nowadays, patient-centredness is recognized as one of the essential constituents of continuous quality improvement (CQI) [19]. Fortin et al. suggested the so-called *biopsychosociological model* that respects patients' needs and promotes changing of some important health and lifestyle habits [20]. This is an 11-phase model – (1) setting the stage for the interview (putting the patient at ease), (2) eliciting the main concern and setting the agenda (deciding what is going to be covered during the interview),

1 Huge cross-disciplinary literature on medical encounters divides into these two categories, praxis literature being concentrated on speakers' intuitions rather than on providing discourse data and discourse literature offering the analysis of talk itself and being frequently oriented towards the balance of power between doctors and patients [13].

(3) asking an open-ended question (in order to let the patient express her/himself), (4) eliciting symptoms, the personal and emotional context, (5) summarizing previous conversation, checking accuracy and preparing the patient for the next step, (6) obtaining a chronological description of the complaint(s), (7) obtaining past medical history, (8) obtaining social history, (9) obtaining family history, (10) physical examination, and (11) terminating the interview. Fortin et. al insist on *integrated interviewing* that promotes using patient-centred skills in the first and the final part of the interview, whereas the central part of the interview is dedicated to physician-centred skills. This is the basic difference between this novel model and the biomedical model, which always favours doctors over patients and give doctors much more space [20].

Having conducted a thorough contrastive research where she compared doctor-patient communication in Serbian and English corpora, Sinadinović came to a conclusion that Serbian doctors still follow the biomedical model, but that there are certain steps which resemble some phases of the biopsychosociological model [21]. This is not surprising if we have in mind that medical encounters in Serbian are much shorter than those in English and they cannot be expected to cover all the recommended steps.

Classical physician-centred medical encounters are similar to interviews with precisely defined roles. In patient-centred interviewing narratives prevail over interviews as patients are allowed to present the problem in their own words and in the way they find most appropriate, while doctors should pay attention to some signals that are usually unobserved in typical doctor-patient communication [1]. Ainsworth-Vaughn believes that telling a story can considerably contribute to a more precise diagnosis [22]. Ainsworth-Vaughn, Davis and Young report that patients usually tell stories in order to bridge the gap between them and their doctor and to fight for their own voice in institutional communication [22, 23, 24]. According to Ainsworth-Vaughn, patients use narratives in order to explain why they have come or who have convinced them to (finally) come as well as to describe their symptoms or details of their lifestyle [22]. On the other hand, when doctors use narratives, they either do it in order to explain the diagnosis and prescribed therapy or to explain how human organism functions in a particular situation and how the prescribed therapy works. Sinadinović showed that narratives in the Serbian corpus were not as numerous as in the English corpus and that there were considerably more narratives told by doctors than those told by patients [21]. The very presence of narratives in medical encounters determines the genre of medical encounter – it possesses elements of both an interview and ordinary conversation. Mishler believes that a medical encounter is more humane when there are narratives in it as they enable patients to present their case in their own way, emotionally and subjectively [18]. This way, the *voice of lifeworld* interferes with the sterile and objective *voice of medicine* [18].

Interruption is an important characteristic of institutional communication in general and doctor-patient interaction in particular. Although both interruptions and overlaps are regularly found in the discourse of medical encounters,

interruptions are explored more thoroughly as they are a sign of unequal distribution of power. Beckman and Frankel report that there is an interval of only 18 seconds between doctor's first question and the moment when patient's answer to that question is interrupted [25]. Fairclough offers several reasons for interrupting a patient – by doing this, doctors can direct their patients towards a desired answer and prevent patients from repeating information or sharing irrelevant information [26]. According to Mishler, doctors interrupt their patients in several different ways: (1) by not paying attention to what the patient is saying (*interruption by inattention*), (2) by introducing a new topic and (3) by signalling the patient to stop talking, usually by using a particle *ok* (*active interruption*) [18]. Sinadinović noticed that the doctor interrupted the patient mostly by asking questions and ignoring what the patient was trying to say as it had nothing to do with his agenda [27]. West concluded that doctors interrupted their patients much more frequently than the other way around [28]. Interestingly enough, she discovered that female doctors interrupted patients more rarely than their male colleagues and that patients in comparison with their male colleagues more often interrupted them. Moreover, female doctors were more frequently interrupted by male patients than by female patients [28]. According to Klikovac, patients do interrupt doctors, although not that frequently, and they do it for one of the following reasons: to give a negative answer to the doctor's question, to introduce a new topic, to oppose the doctor's statement or to refuse the doctor's suggestion [29]. Sinadinović discovered that female patients interrupted both male and female doctors more often than male patients, whereas male doctors interrupted patients twice as much as their female doctors [21].

Finally, the choice of lexis doctors use when communicating with patients could be an important obstacle in their relationship. This is the reason why in praxis literature doctors are often advised to avoid technical terms and check if and to what extent their patient has understood them [2]. Doctors tend to use technical terms in order to support knowledge asymmetry and demonstration of power, but very few patients are capable of taking part in such communication. Consequently, patients are confused, and they do not fully understand what is expected of them, so they will possibly fail to adhere to the prescribed therapy or follow doctor's advice. Not all the doctors necessarily use technical terms, but a plethora of research in this field has proved that is frequently the case [27]. Apart from using technical terms, doctors tend to opt for formal lexis and to "translate" patient's words to the language of medicine in order to emphasise their superiority concerning medical knowledge [29]. Sinadinović showed that both oral and written doctor-patient communication in Serbian is characterized by a large number of terms borrowed from English, even when there are adequate Serbian terms [30].

### Communication in Dental Medicine

The study of communication is increasingly interdisciplinary and extends across disciplinary boundaries [31]. Thus, the role of communication skills in dentistry has been

recognised and investigated as one of key prerequisites for managing and treating patients [32, 33, 34]. Therefore, communication has been incorporated in the curricula of dental schools worldwide [33]. This comes as no surprise taking into account the fact that the Code of Ethics for Dentists in the European Union has stressed the role of communication by describing it as “fundamental to the dentist-patient relationship” [35, 36]. A model that is widely used by dental school to teach communication in health care is the *Calgary-Cambridge* model as it offers step-by-step descriptions of different stages of clinician-patient encounter [33]. However, in recent years an innovative method called *Video Interaction Guidance (VIG)* has proved to be effective in teaching communication in clinical settings [33]. Quinn et al. conducted a study to investigate dentists’ perceptions of the video review technique used to foster dentists’ communication skills in *complex clinical situations*<sup>2</sup> [33]. Their findings indicate that dentists find this technique beneficial as it helps them become aware of their verbal and non-verbal communication, including the communication strategies they had been applying that turned out to be ineffective [33].

Furthermore, communication represents an integral part of quality health care. There has been a necessity to assess the quality of communication in dental settings. This is carried out by patient satisfaction surveys which role is to measure and monitor patient satisfaction with dental services in primary care institutions, which was first introduced in Serbia in 2010 by distributing a questionnaire that evaluates whether a dentist provides clear explanations of procedures, among other factors contributing to providing quality health care [19]. This is in accordance with the fact that being able to provide proper and comprehensive information is of utter importance in doctor/dentist-patient relationship [35].

Two other studies have emphasised the importance of effective communication in dental practice. One of them was concerned with restorative treatments and understanding patients’ expectations related to aesthetics and concluded that any misunderstandings should be prevented by applying effective communication techniques “prior to initiation of irreversible therapy” [37], while the other was concerned with dental anxiety and concluded that being able to discuss dental anxiety with dentist before undergoing dental treatment contributed to alleviating patient anxiety [32].

Yet, the question is – what happens in multilingual settings where linguistic differences may pose a barrier to providing high-quality dental care? This kind of dentist-patient encounter has been described as “exceptionally challenging” [38]. For example, the decision-making process can be significantly affected by linguistic differences, i.e. the fact that a dentist and a patient do not share the same language [35, 38]. Thus, English language has taken on the role of a *lingua franca* of the global health care. Owing to globalisation, medical/dental tourism has been prolifer-

ating and English language has become a dominant and an indispensable factor when it comes to communicating with foreign patients and providing quality health care. A study conducted in Australia in order to explore and analyse dentists’ perceptions related to providing dental care to patients whose English was limited revealed that on average dentists experienced communication barriers with patients on a weekly or monthly basis as a consequence of patients’ inadequate English [38]. Finally, the participants pointed out that it was particularly demanding to provide explanations in the fields of endodontics and periodontics – 28 and 19 per cent, respectively [38].

## Doctor/Dentist-Patient Communication 2.0

In today’s world, telecommunication and technological advances are developing at a very fast rate enveloping in its wake many other areas of life including science and medicine. Telehealth and telemedicine are steadily gaining applicability and seeping into everyday medical practice. Today, with the rise of internet and particularly Web 2.0, there are many different options at hand for a patient to communicate to a doctor or other medical professionals. These include apps, online forums and Q&A types of platforms, private email consultations, video consultations, and even social media. This type of communication via networked computers or other digital devices is called computer-mediated communication (CMC) [39]. CMC is a wider interdisciplinary field that includes psychology, sociology, linguistics, etc. The branch of CMC focused on language and language use which applies the methods of discourse analysis is called computer-mediated discourse (CMD) [40]. CMD covers a variety of genres or as Crystal [41] calls them *internet situations* that include email, chatrooms, discussion groups, MUDs (multi-user dungeons), and many other emerging genres.

One type of these genres includes sites where patients can communicate with doctors/dentists and seek medical advice, support, and online consultation and it falls under the label of computer-mediated medical communication (CMMC) [42]. CMMC in this form is considered asynchronous, where a message is sent and stored somewhere until read, which also makes it more lasting [40, 41]. This type of d-p communication differs from the traditional face-to-face communication in many ways. The patient initiates the communication which is established through messages/emails, turn-taking is typically limited (question and answer) and some questions even stay unanswered. This and the medium considerably influence the communication itself. Namely, textual messages typically cannot convey extra-linguistic information such as intonation, prosody, and other auditory information as well as any type of visual information that could be crucial in a medical consultation. Furthermore, patients typically use pseudonyms, which in turn allows for more disclosure, while at the same time any personal information that could lead to identification is anonymized by page administrators. Other medical information such as tests, findings, and patients’ photos are sent directly to the administrators or the corresponding doctor.

2 By *complex clinical situations* Quinn et al. refer to dentists attending to patients with intellectual disabilities and communication difficulties [33].

The communicative purpose of this online communicative event can vary. Zummo [42] has identified four categories: asking for opinion, asking for a second opinion, explanation or clarification of a term, procedure, etc., therapy, and diagnosis. Doctors, on the other hand, seem to provide a different service than that expected from users. Where possible, they will provide the patient with an answer, but in case of diagnosis they tend to solicit a proper visit, as they cannot make any conclusions without direct evidence [43].

Technological advances are influencing and will continue to influence not only medicine, but also the way medical professionals communicate with patients. The implications of this technological progress also include the way communication is taught to students of medicine and dentistry.

## CONCLUSION

Doctor-patient communication is an important cross-sectionally researched subtype of institutional communication that is held essential in the outcomes of medical treatments and patients' general adherence to therapy and doctors' recommendations. There are numerous differences between institutional communication and ordinary conversation with turn-taking organization, word choice and asymmetry being most conspicuous.

Medical encounters have been explored from various aspects, both by linguists (discourse literature) and medical doctors (praxis literature). The classical six-phase biomedical model has been explored and further developed since 1976. In the meantime, experience from practice has shown that a more patient-centred approach is necessary, so a novel biopsychosociological model was suggested in 2012. According to research results, in the context of Serbia, the biomedical model still seems to be more applied.

Doctor-patient communication seems to have elements of both an interview and a narrative. However, researchers report narratives' valuable contribution to more precise diagnoses and strengthening patients' voice in institutional communication. The choice of lexis seems to be one of the main reasons for misunderstandings and poor doctor-patient relationship. Consequently, praxis literature advises doctors to avoid technical terms and too formal lexis when communicating with their patients.

When it comes to dentistry, communication skills are believed to be essential for managing and treating patients. The Calgary-Cambridge model is traditionally used to teach communication, but an innovative model has recently been introduced – *Video Interaction Guidance*, which is found to be effective in teaching communicative strategies. Effective communication in dental practice has been investigated from different perspectives including dentist-patient relationship in primary care institutions (Serbia), dental tourism, understanding patients' expectations concerning restorative treatments, dental anxiety, dentist-patient communication in a multilingual setting (Australia), etc.

Finally, apart from face-to-face communication with a doctor/dentist, there is another option – computer-mediated

communication (CMC) that includes apps, online forums, Q&A platforms, private mail and video consultations, etc. Computer-mediated medical communication (CMMC) involves sites where patients communicate with doctors/dentists. CMMC is distinct from typical doctor-patient communication in several ways, limited turn-taking, unanswered questions, and pseudonym use being some of the features.

## REFERENCES

1. Elwyn G, Gwyn R. Narrative based medicine: Stories we hear and stories we tell: analysing talk in clinical practice. *BMJ*. 1999;318(7177):186–8. [DOI: 10.1136/bmj.318.7177.186] [PMID: 9888921]
2. Fletcher C. Listening and talking to patients. *BMJ*. 1980;281(6246):994–6. [DOI: 10.1136/bmj.281.6246.994] [PMID: 7427556]
3. Heritage J. Conversation analysis and institutional talk. In: Fitch K, Sanders R, editors. *Handbook of language and social interaction*. Mahwah: Erlbaum; 2005. p. 103–47.
4. Drew P, Heritage J. Analyzing talk at work: an introduction. In: Drew P, Heritage J, editors. *Talk at work: Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press; 1992. p. 3–65.
5. Heritage J, Clayman S. *Talk in action: interactions, identities and institutions*. Chichester: Wiley – Blackwell; 2010. p. 322.
6. Heritage J. Conversation analysis and institutional talk: analysing data. In: Silverman D, editor. *Qualitative research: Theory, method and practice*. London: Sage Publications; 2004. p. 161–82.
7. Maynard DW. Interaction and asymmetry in clinical discourse. *AJS*. 1991;97(2):448–95.
8. Heritage J, Sorjonen ML. Introduction: Analyzing turn-initial particles. In: Heritage J, Sorjonen ML, editors. *Between turn and sequence: Turn-initial particles across languages*. Amsterdam: John Benjamins; 2018. p. 1–22. (Studies in Language and Social Interaction; 31).
9. Sinadinović D, Polovina V. Istraživanje načina za ispoljavanje i preuzimanje inicijative u medicinskom susretu. In: *Jeziči i kulture u vremenu i prostoru 8. Zbornik radova*. Novi Sad: Filozofski fakultet; 2019. p. 391–402.
10. Frankel RM. Talking in interviews: a dispreference for patient-initiated questions in physician-patient encounters. In: Psathas G, editor. *Interaction competence*. Lanham: University Press of America; 1990. p. 231–62.
11. Strong P. *The ceremonial order of the clinic*. London: Routledge; 1979. p. 267.
12. Ten Have P. Talk and institution: a reconsideration of the “asymmetry” of doctor-patient interaction. In: Boden D, Zimmerman DH, editors. *Talk and social structure: Studies in ethnomethodology and conversation analysis*. Cambridge: Polity Press; 1991. p. 138–63.
13. Ainsworth-Vaughn N. The discourse of medical encounters. In: Schiffrin D, Tannen D, Hamilton HE, editors. *The handbook of discourse analysis*. Oxford: Blackwell Publishers; 2001. p. 453–69.
14. Byrne PS, Long BEL. *Doctors talking to patients: A study of the verbal behavior of general practitioners consulting in their surgeries*. London: HMSO; 1976. p. 195.
15. Heritage J, Maynard DW. Introduction: Analyzing interaction between doctors and patients in primary care encounters. In: Heritage J, Maynard DW, editors. *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: Cambridge University Press; 2006. p. 1–21.
16. Heath C. *Body movement and speech in medical interaction*. Cambridge: Cambridge University Press; 1986. p. 199.
17. Gill VT, Roberts F. Conversation analysis in medicine. In: Sidnell J, Stivers T, editors. *The handbook of conversation analysis*. Chichester: Wiley – Blackwell; 2013. p. 575–92.
18. Mishler, E. *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews*. Norwood: Ablex Publishing Corporation; 1984. p. 211.

19. Jovanović S, Milošević M, Aleksić-Hajduković I, Mandić J. Quality indicators of dental health care in Serbia. *Serb Dent J*. 2019;66(1):36–42. [DOI: 10.2478/sdj-2019-0005]
20. Fortin AH, Dwamena FC, Frankel RM, Smith RC. *Smith's patient – centered interviewing: An evidence – based method*. 3rd ed. New York: McGraw Hill Medical; 2012. p. 284.
21. Sinadinović D. *Jezički aspekti interakcije lekara i pacijenta u engleskom i srpskom*. Beograd: Filološki fakultet; 2017 [unpublished doctoral dissertation]
22. Ainsworth-Vaughn N. *Claiming power in doctor – patient talk*. New York: Oxford University Press; 1998. p. 224.
23. Davis K. *Power under the microscope*. Dordrecht: Foris Publications; 1988. p. 408.
24. Young K. *Narrative embodiments: enclaves of the self in the realm of medicine*. In: Shotter J, Gergen K, editors. *Texts of identity*. Newbury Park: Sage; 1989. p. 152–65.
25. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection data. *Ann Intern Med*. 1984;101(5):692–6. [DOI: 10.7326/0003-4819-101-5-692] [PMID: 6486600]
26. Fairclough N. *Language and power*. 2nd ed. Essex: Pearson Education Ltd; 2001. p. 226.
27. Sinadinović D. *Diskurs moći u interakciji lekara i pacijenta*. In: *Zbornik sa VI naučnog skupa mladih filologa Srbije*. Kragujevac: Filološko-umetnički fakultet; 2015. p. 205–16.
28. West C. When the doctor is a 'lady': power, status and gender in physician-patient encounters. *Symbolic Interaction*. 1984 Spring; 7(1):87–106. [DOI: 10.1525/si.1984.7.1.87]
29. Klikovac D. *Prilog kritičkoj analizi konverzacije: diskurs moći u lekarskoj ordinaciji*. MSC Naučni sastanak slavista u Vukove dane. 2008;38(3):33–80.
30. Sinadinović D. *Prilagodbenost govora lekara široj populaciji*. In: *Zbornik sa V naučnog skupa mladih filologa Srbije*. Kragujevac: Filološko-umetnički fakultet; 2014. p. 339–47.
31. Craig R. *Communication as a Field and Discipline*. In: Donsbach, W, editor. *The concise encyclopedia of communication*. Chichester: John Wiley & Sons, Inc.; 2015. p. 76–8.
32. Hally J, Freeman R, Yuan S, Humphris G. The importance of acknowledgement of emotions in routine patient psychological assessment: the example of the dental setting. *Patient Edu Councel*. 2017;100(11):2102–5. [DOI: 10.1016/j.pec.2017.05.005] [PMID: 28619274]
33. Quinn S, Herron D, Menzies R, Scott L, Black R, Zhou Y, et al. The Video Interaction Guidance approach applied to teaching communication skills in dentistry. *Eur J Dent Educ*. 2016;20(2):94–101. [DOI: 10.1111/eje.12146]
34. Freeman R, Humphris G. *Communication in Dental Practice: Stress-Free Dentistry and Improved Patient Care*. Quintessence Publishing Co. Ltd, New Malden, Surrey, UK; 2005. p. 104.
35. Conti A, Delbon P, Laffranchi L, Paganelli C. What about the dentist–patient relationship in dental tourism? *J Med Ethics*. 2014;40(3):209–10. [DOI: 10.1136/medethics-2013-101415] [PMID: 23632010]
36. Council of European Dentists. *Code of Ethics for dentists in the European Union*. <https://cedentists.eu/ced-code-of-ethics.html>
37. Marzola R, Derbabian K, Donovan TE, Arcidiacono A. The science of communicating the art of esthetic dentistry. Part I: patient-dentist-patient communication. *J Esthet Restor Dent*. 2000;12(3):131–8. [DOI: 10.1111/j.1708-8240.2000.tb00212.x] [PMID: 11324081]
38. Goldsmith C, Slack-Smith L, Davies G. Dentist-patient communication in the multilingual dental setting. *Aus Dental J*. 2005;50(4):235–41. [DOI: 10.1111/j.1834-7819.2005.tb00366.x] [PMID: 17016888]
39. Herring SC, Androutsopoulos J. *Computer-mediated discourse 2.0. The handbook of discourse analysis*. Second edition. Chichester, UK: John Wiley and Sons; 2015. p. 127–51.
40. Herring SC. *Computer-mediated Discourse. The handbook of discourse analysis*. Oxford: Blackwell; 2001. p. 612
41. Crystal D. *Language and the Internet*. Cambridge University Press; 2001. p. 304.
42. Zummo ML. Online trends, linguistic innovation and further implications in the language of the online consultation: a corpus study. In: Pop A, editor. *Trends in medical language teaching and learning*. Târgu-Mureş: University Press; 2016. p. 228–50.
43. Zummo M. Health on the net: the doctor answers. In: Dabrowska M, Lesniewska J & Piatek B, editors. *Languages, literatures and cultures in contact: English and American studies, Part II – Computer-mediated discourse*. Krakow: Tertium; 2012. p. 191–216.

---

Received: 14.01.2020 • Accepted: 09.03.2020

# Komunikacija između lekara i pacijenta u medicini i stomatologiji

Danka Sinadinović<sup>1</sup>, Irena Aleksić-Hajduković<sup>2</sup>, Stevan Mijomanović<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Beograd, Srbija;

<sup>2</sup>Univerzitet u Beogradu, Stomatološki fakultet, Beograd, Srbija

## KRATAK SADRŽAJ

Komunikacija između doktora i pacijenta jeste vid institucionalne komunikacije čije lingvističke karakteristike mogu u znatnoj meri uticati na zadovoljstvo pacijenata, ali i na ishod lečenja. Medicinski susret ima jasno definisanu strukturu, koja se u poslednje vreme menja iz one koja je usmerena na doktora na onu koja pacijenta stavlja u prvi plan. Stoga je od posebne važnosti da budući doktori medicine i stomatologije poseduju svest o ulozi jezika kada komuniciraju sa svojim pacijentima. Imajući u vidu činjenicu da su i medicina i stomatologija trenutno pod uticajem internacionalizacije, ovaj rad nudi osvrt i na ulogu engleskog jezika. Novi komunikativni modeli i okruženja poput kompjuterski posredovane medicinske komunikacije i video-interakcije takođe su predstavljeni u radu.

**Ključne reči:** kompjuterski posredovana komunikacija; engleski jezik za medicinske svrhe; institucionalna komunikacija; medicinski susret

## UVOD

Komunikacija između lekara i pacijenta kao vid institucionalne komunikacije u prethodnih nekoliko decenija proučavana je u okviru različitih disciplina, poput analize konverzacije, kritičke analize diskursa, sociologije, sociolingvistike, psihologije, antropologije i medicine. Rezultati ovih istraživanja nalaze primenu u medicinskoj praksi kako bi se unapredila interakcija između lekara i pacijenta i kako bi se poboljšali ishodi lečenja. Prethodna istraživanja pokazala su da komunikativni stil lekara značajno utiče na zadovoljstvo pacijenata, kao i na ishod lečenja [1]. Osim toga, čini se da se pacijenti koji uspostave dobru komunikaciju sa svojim lekarima i koji su pravilno informisani o svom stanju brže i uspešnije oporavljaju posle složenih hirurških procedura, kao i da se ređe suočavaju sa depresijom u poređenju sa drugim pacijentima [2]. Proučavanjem interakcije lekara i pacijenta takođe se otkrivaju mogući problemi kada je reč o ovom tipu komunikacije i doprinosi se prevazilaženju tih problema, što dovodi do bolje informisanosti pacijenata, koji mogu tačnije da slede uputstva lekara. Rezultati ovih istraživanja značajni su i za nastavu engleskog jezika za medicinske (akademske) svrhe s obzirom na to da pružaju praktične primere i ukazuju na bitne odlike komunikacije između lekara i pacijenta, što može pomoći budućim doktorima medicine i stomatologije da efikasno komuniciraju sa pacijentima iz inostranstva u doba ekspanzije medicinskog/stomatološkog turizma.

Ovaj rad predstavlja osvrt na komunikaciju između doktora i pacijenta, kao i na karakteristike ovakvog vida institucionalne komunikacije u okviru medicine i stomatologije. Najpre ćemo predstaviti pojam *institucionalne komunikacije* i uporediti ovakav vid komunikacije sa običnom (svakodnevnom) komunikacijom. Odlike medicinskog susreta, kao tipičnog predstavnika institucionalne komunikacije, biće posmatrane sa nekoliko aspekata i predstavljene kroz primere. Najzad, ukazaćemo na značaj komunikacije u stomatologiji i predstaviti najvažnije odlike savremene komunikacije između doktora stomatologije i pacijenta, uključujući kompjuterski posredovanu komunikaciju.

## Institucionalna komunikacija

Ovakav oblik komunikacije se uglavnom ostvaruje putem konverzacije između *profesionalaca* (tj. predstavnika institucija) i *laika* (tj. klijenata institucija) u nekoj instituciji kao što je škola,

policajska stanica, sudnica ili bolnica, odnosno ambulanta [3]. Takva interakcija: (1) uključuje učesnike sa posebnim ciljevima koji su direktno povezani sa svojim ulogama u okviru neke institucije (npr. lekar–pacijent); (2) podrazumeva postojanje posebnih ograničenja u vezi sa onim što je dozvoljeno ili nije dozvoljeno u datoj komunikaciji; (3) poštuje posebne okvire i procedure koji važe za odgovarajuće institucionalne kontekste [3, 4, 5].

Institucionalna komunikacija razlikuje se od svakodnevne komunikacije u nekoliko aspekata, pri čemu se posebno ističu sistem preuzimanja reči, izbor leksike i asimetrija [3, 6].

Sistem preuzimanja reči u institucionalnoj komunikaciji je prilično sličan sistemu preuzimanja reči u svakodnevnoj komunikaciji, ali u institucionalnoj komunikaciji učesnici mogu biti sankcionisani zbog izgovorenog, npr. ukoliko odgovore kada ne bi trebalo, kada ne odgovore na pitanje kada se to od njih očekuje ili kada govore dok neko drugi govori [6]. Zatim, sistem preuzimanja reči se može značajno razlikovati u zavisnosti od institucije. Predstavnici institucija nekada mogu organizovati sledove tako da postignu određeni cilj kod svojih klijenata. Na primer, kako bi pripremio pacijenta za nepovoljne vesti koje će primiti, lekar može upitati pacijenta za mišljenje o njegovom problemu i tako pripremiti pacijenta za informaciju koja sledi, pri čemu će takođe promeniti način na koji pacijent sagledava problem, što će olakšati pacijentu da obradi i razume nepovoljne vesti [3]. Recimo, pedijatar prvo može upitati roditelje kako oni vide svoje dete i tek onda saopštiti informaciju koju je nameravao, pritom se delimično oslanjajući na utiske samih roditelja [7].

Za razliku od svakodnevne komunikacije, koja je fluidna i podložna varijacijama, institucionalna komunikacija ima jasno određenu strukturalnu organizaciju [3]. Učesnici u institucionalnoj komunikaciji uglavnom biraju formalnije izraze nego što je to slučaj u svakodnevnoj komunikaciji. Takođe se češće opredeljuju za deskriptivne izraze [6], a istraživanjima institucionalne komunikacije uočeno je da predstavnici institucija često biraju prvo lice množine (*mi*) umesto prvog lica jednine (*ja*), upravo kako bi se predstavili kao predstavnici institucija, a ne kao pojedinci [4]. Institucionalni eufemizmi se takođe često upotrebljavaju kako bi se ublažile moguće problematične situacije [6]. Na primeru engleskog jezika, lekar će često izbegavati reči *pain* (srp. *bol*) i *painful* (srp. *bolno*) i umesto njih upotrebiti neku blažu reč (npr. *sore*) [8].

Asimetrija je jedna od osnovnih odlika institucionalne komunikacije i, prema Heritidžu, vidljiva je na nekoliko različitih nivoa: (1) učešće; (2) interakcijski i institucionalni *knowhow*;

(3) epistemološka opreznost i asimetrija po pitanju znanja; (4) asimetrija po pitanju prava na pristup znanju [6]. Kada je reč o asimetriji po pitanju učešća u interakciji, ona se može prikazati kroz činjenicu da predstavnici institucija uglavnom preuzimaju inicijativu tokom konverzacije, u čemu se oslikava i njihova moć u odnosu na klijenta. Ipak, istraživanje koje su sprovele Sinadinović i Polovina pokazalo je da su lekari često prihvatili inicijativu pacijenta, što je u suprotnosti sa prethodnim istraživanjima [9]. Institucionalni *knowhow* ukazuje na različite stavove koje učesnici imaju po pitanju problema zbog kojeg je klijent i došao u instituciju; odnosno, ono što je od izrazito velikog značaja za klijenta može biti samo još jedan rutinski slučaj za predstavnika institucije. Asimetrija u pogledu znanja ogleda se u dva različita oblika: a) predstavnik institucije može biti oprezan prilikom iskazivanja svog mišljenja o nečemu ili može otvoreno pokazivati superiornost, što je čest slučaj u interakciji između lekara i pacijenta, gde lekari ističu svoje znanje u određenoj oblasti. Nasuprot tome, pacijenti mogu propustiti priliku da postave važna pitanja upravo zbog nedostatka znanja u domenu određene oblasti, a iz istog razloga mogu pogrešno protumačiti lekarevu agendu [6, 10]. Naposljetku, pravo na pristup znanju ogleda se u činjenici da klijenti institucija nemaju prava na isto znanje koje poseduje predstavnik institucije zahvaljujući svojoj poziciji, obrazovanju i profesiji. U interakciji između lekara i pacijenta, ovo bi značilo da pacijent svom lekaru ne bi trebalo da otkriva da se o svom problemu prethodno informisao putem interneta ili nekog drugog izvora. Pored toga, primećeno je da lekari koji odvođe svoju decu kod pedijataru pokušavaju da se ponašaju kao roditelji koji ne znaju ništa u takvim situacijama, a ne kao doktori, pritom ne ističući svoje znanje kako ne bi uvredili kolegu [6, 11].

### Medicinski susret

Medicinski susret se smatra tipičnim predstavnikom institucionalne komunikacije kao „strogo organizovan događaj“ koji je gotovo potpuno ritualizovan [12, 13]. Autori u okviru literature koja se bavi *diskursom*, ali i literature koja se bavi *medicinskom praksom*<sup>1</sup> saglasni su da postoji nekoliko faza medicinskog susreta, ali ne postoji jasan konsenzus kada je u pitanju broj ovih faza, kao i njihov sadržaj. Birn i Long su bili prvi lingvisti koji su ispitivali model poznat kao *biomedicinski model*, a koji se sastojao od šest faza: (1) uspostavljanje veze između lekara i pacijenta; (2) definisanje razloga za pacijentov dolazak; (3) usmeni i/ili fizički pregled pacijenta; (4) razmatranje stanja pacijenta uz pomoć pacijenta, ukoliko je to neophodno; (5) razmatranje daljeg lečenja ili ispitivanja; (6) završetak konverzacije, pri čemu je mahom lekar onaj koji okončava razgovor [14]. Heritidž i Mejnard su uvažili ovih šest faza, ali su ih dopunili stavom da prva faza medicinskog susreta treba da bude opuštajuća i srdačna, kao i da u petoj fazi stanje pacijenta ne treba da razmatra samo lekar, već da i pacijent treba da bude uključen, pri čemu će se uvažavati njegovo mišljenje o narednim koracima koje je potrebno preduzeti [15]. Gotovo identične modele srećemo kod Hita (Heath), kao i kod Gila i Robertsa (Gill & Roberts) [16, 17], dok Mišler insistira na modelu koji čine tri dela: (1) lekarovo

pitanje; (2) pacijentov odgovor; (3) procena pacijentovog odgovora od strane lekara (npr. *a-ha, mhm*, itd.) ili naredno pitanje [18].

Medicinski susret organizovan prema jednom od ovih klasičnih modela predstavlja susret koji je usmeren na lekara i uglavnom prati strukturu intervjua u kome se od pacijenata očekuje da odgovara na pitanja lekara. Međutim, u literaturi koja se bavi medicinskom praksom već neko vreme se insistira na modelu koji je u većoj meri usmeren na pacijenta i koji bi pomogao lekarima da uspostave što preciznije dijagnoze, pruže što bolju negu pacijentima i ostvare što bolje rezultate u svakom smislu. Danas se usmerenost na pacijenta prepoznaje kao jedan od osnovnih elemenata kontinuiranog unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite [19]. Tako su Fortin i autori predložili tzv. *biopsihosociološki model*, koji podrazumeva poštovanje potreba pacijenata i usmeren je ka promovisanju promena po pitanju važnih navika u vezi sa zdravljem i stilom života [20]. Ovaj model se sastoji od ukupno jedanaest faza: (1) stvaranje atmosfere u kojoj će se razgovor odvijati (tako da se pacijent oseća lagodno); (2) saznanja o pacijentovom problemu i pravljenje plana za razgovor, odnosno agende (odluka o tome koje teme će biti obrađene razgovorom); (3) postavljanje pitanja otvorenog tipa (kako bi se pacijentu omogućilo da sam iskaže svoj problem); (4) saznanja o simptomima, ličnom i emocionalnom kontekstu; (5) sumiranje prethodne konverzacije, proveravanje tačnosti podataka i priprema pacijenta za naredni korak; (6) prikupljanje hronološkog opisa tegobe, odnosno tegoba; (7) pribavljanje anamneze; (8) prikupljanje informacija o društvenoj istoriji; (9) prikupljanje informacija o porodičnoj istoriji; (10) fizički pregled pacijenta; (11) završetak intervjua. Fortin i autori insistiraju na *integrisanom intervjuisanju* koje se zasniva na primenjivanju veština kojima pacijent preuzima centralnu ulogu u prvom i završnom delu intervjua, dok je središnji deo posvećen veštinama kojima se lekar stavlja u prvi plan. Ovo predstavlja osnovnu razliku između ovog novog modela i biomedicinskog modela, kojim se uvek ističe uloga lekara, kome se daje i mnogo više prostora u konverzaciji [20].

Posle temeljne kontrastivne analize kojom je obuhvatila komunikaciju lekara i pacijenta u srpskom i engleskom korpusu, Sinadinović je došla do zaključka da se lekari u Srbiji još uvek drže biomedicinskog modela, ali da postoje određeni koraci koji su slični nekim fazama u okviru biopsihosociološkog modela [21]. Ovaj podatak ne iznenađuje, imajući u vidu da su medicinski susreti koji se odvijaju na srpskom jeziku mnogo kraći nego oni koji se odvijaju na engleskom jeziku, te se ne može očekivati da će biti uključeni sve predloženi koraci.

Klasični medicinski susreti u okviru kojih se lekar ističe u prvi plan slični su intervjuima sa precizno utvrđenim ulogama. U komunikaciji koja je usmerena na pacijenta pripovedanje prevladava u odnosu na intervju, jer je pacijentima dozvoljeno da predstavljaju svoj problem sopstvenim rečima i na način koji oni smatraju odgovarajućim, dok lekari treba da obrate pažnju na neke signale koji uglavnom ne budu primećeni u tipičnoj komunikaciji između doktora i pacijenta [1]. Ejnsvort-Von (Ainsworth-Vaughn) smatra da prepričavanje može u značajnoj meri doprineti preciznijoj dijagnozi [22]. Dejvis (Davis), Jang (Young) i Ejnsvort-Von ističu da se pacijenti uglavnom koriste prepričavanjem kako bi premostili jaz između sebe i lekara i kako bi se izborili za sopstveni glas u institucionalnoj komunikaciji [22, 23, 24]. Prema Ejnsvort-Von, pacijenti koriste pripovedanje kako bi obrazložili razlog dolaska ili objasnili ko ih je (konačno) naterao da posete svog lekara, ali i da bi objasnili simptome ili detalje u vezi sa svojim načinom života

<sup>1</sup> Obimna krosdisciplinarna literatura koja se tiče medicinskog susreta može se svrstati u dve kategorije: a) literatura o medicinskoj praksi koja je usredsređena na intuicije govornika pre nego na pružanje podataka o diskursu; b) literatura o diskursu koja se bavi analizom same komunikacije i često je usmerena ka odnosu moći između doktora i pacijenata [13].



[22]. S druge strane, kada se lekari koriste pripovedanjem, oni to čine kako bi obrazložili dijagnozu ili prepisanu terapiju ili kako bi objasnili kako ljudski organizam funkcioniše u određenoj situaciji, kao i kako prepisana terapija deluje. Sinadinović je ustanovila da pripovedanje u srpskom korpusu nije tako zastupljeno kao u engleskom korpusu, kao i da su pripovedanja od strane lekara češća od pripovedanja pacijenata [21]. Samo prisustvo pripovedanja u medicinskim susretima određuje žanr medicinskog susreta, koji poseduje elemente intervjua i svakodnevnih komunikacije. Mišler (Mishler) smatra da upravo pripovedanje čini medicinski susret humanijim, jer to omogućava pacijentima da iznesu sopstveni slučaj na svoj način, emocionalno i subjektivno [18]. Na ovaj način, „glas svakodnevnog života“ utiče na sterilan i objektivian „glas medicine“ [18].

Prekidanje sagovornika je važna odlika institucionalne komunikacije, uopšteno govoreći, a posebno je to slučaj kada je reč o komunikaciji između doktora i pacijenta. Iako i prekidi i preklapanja predstavljaju učestale pojave u diskursu medicinskih susreta, prekidanje sagovornika se podrobnije ispituje, jer ono predstavlja indikator nejednake distribucije moći. Bekman i Frenkl (Beckman & Frankel) ustanovili su da postoji interval od svega 18 sekundi između prvog pitanja postavljenog od strane lekara i trenutka kada se pacijentov odgovor na to pitanje prekida [25]. Ferklaf (Fairclough) navodi nekoliko obrazloženja za prekidanje pacijenta od strane lekara – na ovaj način doktori mogu da navedu pacijenta na željeni odgovor i izbegnu ponavljanje odgovora ili nepotrebne informacije [26]. Prema Mišleru, lekari prekidaju svoje pacijente na nekoliko načina: (1) ne obraćajući pažnju na ono što pacijent govori; (2) uvodeći novu temu; i (3) dajući znak pacijentu da prestane da govori (*aktivno prekidanje*) [18]. Sinadinović je uočila da doktori uglavnom prekidaju pacijenta tako što postavljaju pitanja ili ignorišu ono što pacijent pokušava da kaže, jer nema nikakve veze sa lekarovom agendom [27]. Vest je zaključila da doktori prekidaju pacijente znatno češće nego što pacijenti prekidaju lekare [28]. Posebno je zanimljivo saznanje da lekarke znatno ređe prekidaju pacijente nego lekari, kao i da pacijenti češće prekidaju lekarke nego lekare [28]. Prema Klikovac, pacijenti prekidaju lekare, mada ne tako često, a to čine kako bi odrično odgovorili na pitanje lekara, uveli novu temu, suprotstavili se tvrdnji ili odbili predlog lekara [29]. Sinadinović je u svom istraživanju primetila da pacijenti ženskog pola češće prekidaju lekare i muškog i ženskog pola nego pacijenti muškog pola, dok lekari muškog pola dvostruko više prekidaju pacijente nego što je to čine lekari ženskog pola [21].

Najzad, izbor leksike kojom se koriste doktori prilikom komunikacije sa pacijentima može predstavljati prepreku u uspostavljanju dobrog odnosa između lekara i pacijenta. Upravo je ovo razlog zbog kojeg se u literaturi o medicinskoj praksi često sreće preporuka da treba izbegavati stručne izraze, kao i da treba proveriti u kojoj meri ih je pacijent razumeo [2]. Doktori upotrebljavaju stručne izraze kako bi istakli asimetriju u znanju i nadmoć, ali vrlo mali broj pacijenata može da učestvuje u takvoj komunikaciji. Iz toga proističe da se pacijenti osećaju zbunjeno i ne razumeju potpuno šta se od njih očekuje, što može dovesti do toga da se neće pridržavati prepisane terapije ili poslušati savete svog lekara. Ne koriste nužno svi doktori stručne termine, ali mnoštvo istraživanja je pokazalo da je to česta pojava [27]. Osim upotrebe stručnih izraza, doktori se često opredeljuju za formalniju leksiku i „prevode“ reči pacijenata na jezik medicine kako bi naglasili superiornost u smislu medicinskog znanja koje

poseduju [29]. Sinadinović je ustanovila da kako usmena tako i pisana komunikacija između lekara i pacijenta na srpskom jeziku obiluje izrazima koji su pozajmljeni iz engleskog jezika, čak i u slučajevima kada postoji adekvatan izraz na srpskom jeziku [30].

## Komunikacija u stomatologiji

Proučavanje komunikacije je postalo krajnje interdisciplinarno i prevazilazi granice među naučnim oblastima [31]. Stoga je značaj komunikacijskih veština prepoznat i analiziran kao jedan od ključnih preduslova za rad sa pacijentima [32, 33, 34]. Ovo je razlog zbog kojeg se komunikacija nalazi u kurikulumima stomatoloških fakulteta širom sveta [33], posebno ako se uzme u obzir činjenica da Etički kodeks stomatologa u Evropskoj uniji ističe ulogu komunikacije opisujući je kao „presudnu za odnos između stomatologa i pacijenta“ [35, 36]. Model koji se na stomatološkim fakultetima često primenjuje za nastavu komunikacije u zdravstvu jeste *Calgary-Cambridge*, koji sadrži detaljne opise različitih faza medicinskog susreta [33]. Međutim, poslednjih godina se uvodi inovativan model koji podrazumeva video-interakciju – *Video Interaction Guidance* i koji se pokazao kao vrlo efikasan kada je u pitanju nastava komunikacije u kliničkom okruženju [33]. Kvin i autori su sprovedli istraživanje kako bi ispitili utiske stomatologa o ovoj tehnici, koja podrazumeva pregledanje video-materijala koji sadrži snimke konverzacije stomatologa i pacijenta, sa ciljem da se unaprede veštine komunikacije stomatologa u *složenim kliničkim situacijama*<sup>2</sup> [33]. Njihovi rezultati pokazuju da stomatolozi smatraju ovu tehniku korisnom, jer im ona pomaže da steknu svest o svojoj verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji, uključujući strategije koje su primenjivali, a koje nisu efikasne [33].

Komunikacija predstavlja sastavni deo kvalitetne zdravstvene zaštite. Stoga, postoji potreba za procenom kvaliteta komunikacije u stomatološkoj praksi. Ovo je jedan od aspekata koji se ocenjuje u okviru anketa koje su u Srbiji prvi put uvedene 2010. godine, a kojima se ispituje zadovoljstvo pacijenata stomatološkim uslugama u institucijama primarne zdravstvene zaštite, a jedna od stavki tiče se pružanje jasnih instrukcija [19]. Ovo je u skladu sa stavom da je pružanje odgovarajućih i detaljnih informacija od izrazitog značaja za odnos između lekara/stomatologa i pacijenta [35].

Treba navesti još dva istraživanja koja su ukazala na značaj komunikacije u stomatološkoj praksi. Jedno od njih tiče se restaurativnih procedura i toga koliko je važno razumeti očekivanja pacijenta koja se tiču estetike. Zaključak ovog istraživanja bio je da treba preduprediti nesporazume primenom efikasnih strategija u komunikaciji „pre započinjanja tretmana koji se ne može opovrgnuti“ [37]. U fokusu drugog istraživanja jeste anksioznost koju pacijenti mogu osećati zbog odlaska stomatologu, a zaključak je bio da mogućnost da se o ovom problemu razgovara pre samog tretmana značajno ublažava taj osećaj kod pacijenta [32].

Međutim, postavlja se pitanje šta se dešava u multilingvalnoj sredini, gde jezičke razlike mogu predstavljati prepreku kada je reč o pružanju kvalitetne stomatološke usluge. Ovakav susret smatra se vrlo zahtevnim [38]. Na primer, jezičke razlike, tj. činjenica da stomatolog i pacijent ne govore istim jezikom, mogu u velikoj meri uticati na donošenje odluka [35, 38]. Tako je usled

2 Pod *složenim kliničkim situacijama* podrazumevaju se situacije u kojima se stomatolog bavi pacijentima sa intelektualnim smetnjama koji imaju poteškoće u komunikaciji [3].

globalizacije i porasta medicinskog i stomatološkog turizma engleski jezik preuzeo ulogu *zajedničkog jezika*, odnosno *lingua franca* i postao dominantan, nezaobilazan faktor u komunikaciji sa pacijentima iz inostranstva. Istraživanje sprovedeno u Australiji koje je za cilj imalo da ispita utiske stomatologa o pružanju stomatološke zdravstvene zaštite pacijentima sa ograničenim znanjem engleskog jezika pokazalo je da se stomatolozi u proseku jednom nedeljno ili jednom mesečno susreću sa problemima u komunikaciji zbog neadekvatnog znanja engleskog jezika koje poseduju njihovi pacijenti [38]. Učesnici u istraživanju su takođe istakli da im je posebno teško da pruže objašnjenja u domenu endodontije (28%) i parodontologije (19%) [38].

### Komunikacija između lekara/stomatologa i pacijenta

U današnjem svetu, telekomunikacije i tehnologija se brzo razvijaju i utiču na druge oblasti života uključujući nauku i medicinu. Teledržavstvo i telemedicina postepeno prodiru u svakodnevnu medicinsku praksu i sve više se upotrebljavaju. Danas, razvitkom interneta, a posebno svetske mreže, tj. Web 2.0, sve je više mogućnosti na raspolaganju pacijentima koji žele da stupe u kontakt sa lekarom i drugim medicinskim osobljem. Opcije koje su na raspolaganju uključuju različite aplikacije, onlajn forume i platforme Q&A (pitanje–odgovor), privatne konsultacije putem mejla, video-konsultacije, pa čak i društvene mreže. Ovakva vrsta komunikacije putem umreženih računara i drugih digitalnih uređaja naziva se komunikacijom uz posredstvo računara (KPR) [39]. KPR je šira interdisciplinarna oblast koja uključuje različite discipline, kao što su psihologija, sociologija, lingvistika itd. Podoblast KPR koja se usredsređuje na jezik i upotrebu jezika i koja koristi metodologiju analize diskursa naziva se diskursom uz posredstvo računara [40]. Diskurs uz posredstvo računara podrazumeva različite vrste žanrova ili, kako ih Kristal [41] naziva, *internet situacije* koje obuhvataju elektronsku poštu, časakaonice, diskusione grupe, virtualne igraonice i mnoge druge žanrove koji su u nastajanju.

Jedna vrsta ovih žanrova su i stranice na kojima pacijenti mogu da komuniciraju sa lekarima/stomatolozima u svrhu traženja medicinskog saveta, podrške i onlajn konsultacija i one potpadaju pod naziv medicinska komunikacija uz posredstvo računara [42]. Medicinska komunikacija uz posredstvo računara u ovom obliku smatra se asinhronom komunikacijom, u kojoj se poslata poruka negde pohranjuje do trenutka čitanja, što je čini i trajnijom [40, 41]. Ova vrsta komunikacije između lekara/stomatologa i pacijenta razlikuje se od tradicionalnog susreta na mnogo načina. Pacijent započinje komunikaciju koja se uspostavlja putem poruka/imejla, preuzimanje reda govorenja je uglavnom ograničeno (pitanje–odgovor), a neka pitanja čak ostaju neodgovorena. Navedeno kao i sam medijum značajno utiču na samu komunikaciju. Naime, tekstualne poruke obično ne mogu da prenesu ekstralingvističke informacije kao što su intonacija, prozodija i druge zvučne informacije, pa ni bilo koju vrstu vizuelne informacije, koje mogu biti od suštinske važnosti u medicinskom susretu. Pored toga, pacijenti uglavnom koriste pseudonime, koji ih podstiču da budu otvoreniji u pružanju informacija lekarima. Istovremeno, administratori stranice anonimiziraju svaki lični podatak koji može dovesti do identifikacije pacijenta. Druge medicinske informacije u formi testova, rezultata i slika pacijenata šalju se direktno administratorima ili lekaru/stomatologu sa kojim pacijenti razgovaraju.

Komunikativna namena ovakvog onlajn komunikativnog događaja varira. Zumo [42] je identifikovala četiri kategorije: traženje mišljenja, traženje drugog mišljenja, objašnjenje medicinskog termina, procedure itd, traženje terapije i traženje dijagnoze. S druge strane, lekari/stomatolozi izgleda pružaju drugačiju vrstu usluge od one koju pacijenti očekuju. Kada je to moguće, odgovoriće na pitanje, ali kada je u pitanju dijagnoza, imaju tendenciju da preporuče posetu lekaru/stomatologu, jer bez konkretnih uvida u stanje pacijenta ne mogu da donose nikakve zaključke [43].

Napredak tehnologije utiče i uticaće na medicinu, kao i na način na koji medicinsko osoblje komunicira sa pacijentima. Implikacije ovakvog napretka podrazumevaju i način na koji se komunikacija podučava studentima medicine i stomatologije.

### ZAKLJUČAK

Komunikacija između lekara i pacijenta predstavlja vid institucionalne komunikacije koja se smatra ključnom za ishod lečenja i utiče na to u kojoj će se meri pacijenti pridržavati prepisane terapije. Ujedno je ovo oblast koja je u fokusu krosdisciplinarnih istraživanja. Brojne su razlike između institucionalne i svakodnevnice komunikacije, pri čemu se posebno izdvajaju sistem preuzimanja reči, izbor leksike i asimetrija.

Medicinski susret analiziran je sa različitih aspekata, kako od strane lingvista (literatura koja se bavi diskursom), tako i od strane doktora (literatura koja se bavi medicinskom praksom). Klasični biomedicinski model koji se sastoji od šest faza ispitivan je i usavršavan od 1976. godine. U međuvremenu se, na osnovu iskustva iz prakse, pojavila potreba za pristupom koji pacijenta stavlja u prvi plan, tako da je 2012. godine predložen biopsihosociološki model. Prema rezultatima istraživanja, čini se da je u Srbiji još uvek zastupljeniji biomedicinski model.

Komunikacija između doktora i pacijenta sadrži elemente intervjuisanja i pripovedanja. Međutim, istraživanja pokazuju da pripovedanje značajno doprinosi preciznijoj dijagnozi i glasu pacijenta u institucionalnoj komunikaciji. Deluje da je odabir leksike jedan od glavnih uzroka zbog kojih dolazi do nesporazuma i loše veze između doktora i pacijenta.

Kada je reč o stomatologiji, komunikacijske veštine se smatraju ključnim za rad sa pacijentima. Model *Calgary-Cambridge* se tradicionalno primenjuje sa ciljem učenja komunikacije, ali je nedavno uveden inovativni model pod nazivom *Video Interaction Guidance*, koji se pokazao efikasnim. Efikasna komunikacija u stomatološkoj praksi proučava se sa različitih aspekata, uključujući interakciju stomatologa i pacijenta (Srbija), stomatološki turizam, očekivanja pacijenata kada su u pitanju restorativne procedure, anksioznost pacijenata, komunikacija između stomatologa i pacijenta u multilingvalnom okruženju (Australija) itd.

Najzad, osim komunikacije sa lekarom ili stomatologom koja se odvija licem u lice, postoji još jedna mogućnost – kompjuterski posredovana komunikacija koja podrazumeva aplikacije, onlajn forume, platforme predviđene za pitanja i odgovore, privatnu elektronsku poštu, video-konsultacije i sl. Kompjuterski posredovana medicinska komunikacija podrazumeva internet stranice gde pacijenti mogu komunicirati sa lekarima ili stomatolozima. Između ostalog, kompjuterski posredovana medicinska komunikacija razlikuje se od tipične komunikacije između doktora i pacijenta zbog ograničenog sistema preuzimanja reči, neodgovorenih pitanja i upotrebe pseudonima.