

Fenomenologija u javnom zdravstvu : praktikum

Vuletić, Silvije; Kern, Josipa

Authored book / Autorska knjiga

Publication status / Verzija rada: **Published version / Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)**

Publication year / Godina izdavanja: **2020**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:395585>

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-09**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine
Digital Repository](#)





PRAKTIKUM

FENOMENOLOGIJA U

JAVNOM ZDRAVSTVU

ZNANOST

egzaktna
empirijska
tehnološka
partikularna

DIJALOG

Vrijednost i
otkrivanje smisla

POLITIKA

ideološka
tradicionalna
kulturološka
singularna

Rješavanje
javnozdravstvenog
problema

Silvije Vuletić i Josipa Kern

Silvije Vuletić i Josipa Kern
FENOMENOLOGIJA U JAVNOM ZDRAVSTVU
PRAKTIKUM

Silvije Vuletić i Josipa Kern
FENOMENOLOGIJA U JAVNOM ZDRAVSTVU
PRAKTIKUM

Vlastita naklada

Silvije Vuletić

Recenzenti

Stjepan Orešković

Pavao Rudan

Prijelom i ilustracije

Alma Šimunec-Jović

ISBN 978-953-59492-2-0

Silvije Vuletić i Josipa Kern

FENOMENOLOGIJA U JAVNOM ZDRAVSTVU

PRAKTIKUM

Zagreb, 2020.

SADRŽAJ

PROLOG	1
UVOD	2
O podacima u javnom zdravstvu	2
Kvalitativno-kvantitativni pristup istraživanju	5
CILJEVI FENOMENOLOŠKOG PRISTUPA U JAVNOM ZDRAVSTVU	6
Kognitivni ciljevi	7
Postavljanje scene	7
Stvaranje prve fenomenološke slike	11
Definiranje subjekta i objekta istraživanja	12
Pragmatični ciljevi	13
Tehnički ciljevi	15
Tehnike i metode uzorkovanja	17
ANALIZA TEKSTA	21
Dekonstrukcija teksta	22
Tematiziranje teksta	23
Hermeneutička analiza	23
Teoretiziranje tema – podatkovno utemeljena teorija	24
KVANTIFIKACIJA KVALITATIVNIH PODATAKA	26
INTERPRETACIJA	27
Bortonov model.....	27
Gibbsov model.....	28
Kako čitati i interpretirati opis fenomenološke slike?.....	31
EVALUACIJA	32
HODOGRAM PRIMJENE FENOMENOLOŠKOG PRISTUPA U JAVNOM ZDRAVSTVU	34
EPILOG	36
REFERENCE	38

PROLOG

U znanstvenim i operativnim istraživanjima u javnom zdravstvu prevladava kvantitativna paradigma. Radi se o statističko-epidemiološkoj paradigmi ili, prema novijoj terminologiji, paradigmi koja se temelji na statističkoj metodologiji i informacijskim znanostima.

Kvantitativna paradigma je standardna tehnika javnozdravstvenog istraživanja u kojoj ocjenjujemo „istinu” primjenom teorije vjerojatnosti i statističke značajnosti. Pritom, istraživač mora naučiti pravila kvantitativne analize. Rezultati se često vizualiziraju, a takav prikaz daje kvantitativnu sliku zadanog javnozdravstvenog problema.

Međutim, u svojoj svijesti istraživač razvija kvalitativnu paradigmu prilikom analize problema. Problem se opisuje konceptualno kao refleksija a izražava se riječima.

Refleksija na javnozdravstveni problem podrazumijeva stvaranje slike percipiranog objekta sa svim akterima i njihovim životnim iskustvom.

Refleksiju koju je stvorio istraživač treba shvatiti kao sliku izvjesnog percipiranog objekta / javnozdravstvenog problema sa svim akterima uključenim u problem i njihovim životnim iskustvom. Možemo reći da refleksijom stvaramo vlastitu misao i sliku o problemu.

Fenomenološka slika sveobuhvatan je opis problema, njegove složenosti, i prostorne i vremenske.

Istraživač u javnom zdravstvu ispituje povezanost objektivnog, stvarnog događaja, i svoje subjektivne, apstraktne koncepcije percipiranog problema. Ovaj postupak stvara fenomenološku sliku percipiranog

javnozdravstvenog problema. Fenomenološka slika je sveobuhvatan opis problema, njegove složenosti, kako prostorne tako i vremenske.

Ova knjiga predstavlja metodologiju provođenja subjektivnog procesa razmišljanja u stvaranju fenomenološke slike o određenom javnozdravstvenom problemu, posebno korisnom u istraživanju kriznih situacija i definiranju javnozdravstvene politike.

UVOD

Podaci su bit stvari kojoj se nadamo, činjenice o stvarima koje ne vidimo.

King James

Sve što jest dolazi od uma, temelji se na umu i oblikovano je umom.

Canon, 500 p.n.e.

O podacima u javnom zdravstvu

Prema Achesonu (1988) javno zdravstvo treba shvatiti kao „vještinu i znanost o sprečavanju bolesti, produljenju života i promicanju zdravlja uz organizirano angažiranje društva” (Acheson, 1988; WHO).

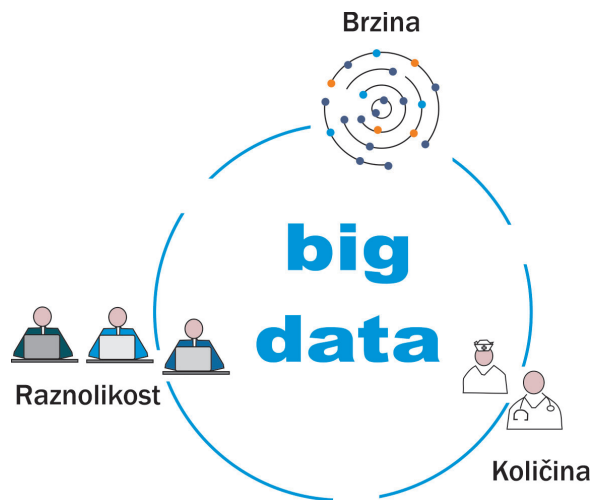
Javno zdravstvo nije isključivo biomedicinska disciplina. To je istovremeno i humanistička disciplina, štoviše kulturološka i politička disciplina. Javno zdravstvo ostvaruje svoje populacijske ciljeve složenim društveno-političkim procesima, unutar ideologije i politike koja prevladava u određenom razdoblju evolucije zdravstvene zaštite u zajednici.

Javno zdravstvo je vještina i znanost o sprečavanju bolesti, produljenju života i promicanju zdravlja uz organizirano angažiranje društva.



Slika 1. Sadržaj javnog zdravstva

Tradicionalno, javnozdravstvena istraživačka metodologija temelji se na organiziranim zdravstvenim mjerenjima i ispitivanjima u populaciji (engl. *health survey*), na primjeni statističkih metoda na strukturiranim matricama podataka (mjerenih i šifriranih) i na teoriji vjerojatnosti kao osnovi zaključivanja. U doba informatizacije javno zdravstvo zahtijeva razne vrste sirovih podataka, strukturiranih i nestrukturiranih (numeričkih, šifriranih, slikovnih, tekstnih itd.) pohranjenih na raznim medijima u zdravstvenom sustavu, podatke koje prikupljaju liječnici raznih specijalnosti, medicinske sestre i tehničari, kao i administratori u sustavu zdravstvenog i socijalnog osiguranja.



Slika 2. Podatkovna masivnost

Također se mogu uključiti i podaci s društvenih mreža. Masivni podaci ili podatkovna masivnost (engl. *big data*) novi je pojam koji se danas uvodi. Za razliku od masovnih podataka, koji označavaju samo veliku količinu podataka (volumen, engl. *volume*), podatkovnu masivnost karakterizira raznolikost izvora iz kojih podaci dolaze, načina na koji su zabilježeni (raznolikost, engl. *variety*), kao i brzina kojom podaci pristižu, svojim izvorom ili učestalošću promjena (brzina, engl. *velocity*). Stoga se često govori o 3v-podacima (*volume, variety, velocity*).

U kvantitativnom pristupu istraživači slijede Galilea Galileija: „Izmjeriti sve što se može mjeriti i učiniti mjerljivim ono što se ne može mjeriti.”

Alternativa Galileu je izreka Alberta Einsteina: „Ne treba brojati sve što je prebrojivo, a sve što se broji ne mora biti prebrojivo.”

„Nema kvalitativnih podataka, sve je binarno, 1 ili 0”. Berg (1989.), a Campbell (1974.) primjećuje „svako je naše istraživanje u konačnici kvalitativno, tekst”.

Na 447 stranica Darwinovog Podrijetla vrsta (Darwin, 2000) nema niti jednog broja niti tablice. Ipak je taj tekst postao osnova teorije evolucije. Darwin je opisao inter- i intra-varijabilnost, kao i termine distribucije i korelacije, pojmove koji su numerički opisani i definirani tek dosta kasnije.

Kao sirovinu analize u istraživanju u javnom zdravstvu možemo koristiti riječi, jezične izraze, priče, slike i filmove, zatim i brojeve kao rezultat mjerenja (na nominalnoj, ordinalnoj, intervalnoj i omjernoj skali). Može se reći da između riječi i brojeva postoje relacije u smislu da riječi tumače brojčane vrijednosti.

Značenje riječi lijepo je opisano u Evanđelju po Ivanu (Glava prva):

„U početku je bila RIJEČ, i RIJEČ je bila u BOGA sve je po njoj postalo, i bez nje ništa nije postalo u njoj bijaše život, i život bijaše Svjetlost ljudima...”.

„Riječ se ne odnosi na određene predmete koji mogu imati različite karakteristike u konkretnom, već na generalizirane ideje” (Ferdinad de Saussure, 2010).



Slika 3. Tipovi podataka

Danas u istraživanjima javnog zdravstva imamo dvije metodološke paradigme: jednu, kvantitativnu koja dominira, a drugu, kvalitativnu koja je zanemarena u javnozdravstvenim publikacijama. Štoviše, kvantitativna paradigma se smatra znanstvenom, a kvalitativna se navodi kao primjer neznanstvene metodologije (vjerojatno, zbog interakcije istraživača i predmeta istraživanja). Istraživači često ne razumiju da u istraživanju

(kvalitativnom ili kvantitativnom) uvijek postoji interakcija između subjekta i objekta. Dok je u opažajnim studijama objekt slobodan, u eksperimentalnim studijama objekt je pod kontrolom. Općenito, postoje dvije krajnosti: jedna je slobodni dubinski intervju, a druga dvostruko slijepi pokus.

Kvalitativno-kvantitativni pristup istraživanju

Kvalitativni (KVAL) i kvantitativni (KVANT) pristupi u istraživanjima su komplementarni – unatoč razlikama koje postoje među njima. Po čemu se razlikuju ta dva pristupa?

1. Kako promatrati problem? KVAL promatra problem fenomenološki i prirodno, kao procese unutar sustava, dok KVANT pristupa pozitivistički i promatra isključivo činjenice.
2. Kakva je priroda podataka? U KVALu priroda podataka je idiografska – traži cjelovitu sliku problema koja se temelji na posebnom, individualnom. Sirovina analize su riječi. U KVANTu je priroda podataka je nomotetička – sirovina su numeričke vrijednosti (zahtijeva se pravilo aditivnosti i uređenosti) ili podaci kao nominalne vrijednosti koje se prebrojava.
3. Kako je problem definiran? KVAL polazi od problema kao nejasnog (nepoznatog, misterioznog) stanja unutar određenog sustava, kao sukoba između opcija i nepoželjnih situacija. KVANT polazi od tvrdnje, hipoteze, potrage za pravilima (nomotetička paradigma).
4. Što je uzorak / populacija? KVAL inzistira na cijeloj populaciji ili na namjernom uzorku koji je bogat informacijama – pretpostavlja se da se rezultati mogu prenijeti na druge slične situacije (prenosivost). KVANT inzistira na reprezentativnosti uzorka i procjeni statističkih parametara (generalizacija).



Slika 4.
Smisao razlika između
KVAL i KVANT

5. Što je teorijski koncept? U KVALu je teorijski koncept teorija procesa u kojima promatramo događaje, rezultate i ishode kao procesa tipa ulaz-izlaz (engl. *input-output proces*). U KVANTu je to teorija vjerojatnosti – raspodjela slučajnih varijabli, stohastika, zakon velikih brojeva, statistički modeli analize.

CILJEVI FENOMENOLOŠKOG PRISTUPA U JAVNOM ZDRAVSTVU

Primarni cilj fenomenologije je istraživanje pojava, bez unaprijed dane teorije o njihovom uzročnom objašnjenju.

Fenomenologija je filozofski pokret koji potječe iz 20. stoljeća. Glavni joj je cilj izravno istraživanje i opis pojava kao svjesno doživljenih iskustava, bez teorija o njihovom uzročnom objašnjenju i, što je moguće više, bez predrasuda i pretpostavki (Encyclopaedia Britannica,

<https://www.britannica.com/topic/phenomenology>).

Postoje razne definicije fenomenologije:

1. Fenomenologija je kvalitativni istraživački pristup koji ima za cilj opisati suštinu fenomena istražujući ga sa stanovišta onih koji su taj fenomen doživjeli (Teherani i sur., 2015).
2. Fenomenologija je proučavanje svijeta kroz životno iskustvo pojedinca što podrazumijeva da s vanjskim svijetom mogu komunicirati samo oni koji to iskustvo imaju (van Manen, 2016).

Iz svega proizlazi da je bit fenomenologije refleksija na vlastito iskustvo.

Fenomenološki pristup se temelji na tri cilja: kognitivnom, pragmatičnom i tehničkom cilju. Kognitivni cilj pretpostavlja kreiranje fenomenološke slike problema radi osvješćivanja samog problema. Pragmatični cilj podrazumijeva razjašnjavanje postupaka koje treba provesti do neposrednog uspjeha i koristi. Tehnički cilj se odnosi na ukupnost praktičnih sredstava prilagođenih za postizanje cilja i rješavanja problema.

Fenomenološka slika (ili slikovna prezentacija) je sveobuhvatan opis problema, njegove složenosti, kako prostorne tako i vremenske. Javnozdravstvena fenomenološka slika sveobuhvatan je i maštovit opis

javnozdravstvenog fenomena sa svom njegovom složenošću (akteri i relacije raznih vrsta), te sa sviješću ljudi o doživljenom iskustvu fenomena u prostoru i vremenu.

Kognitivni ciljevi

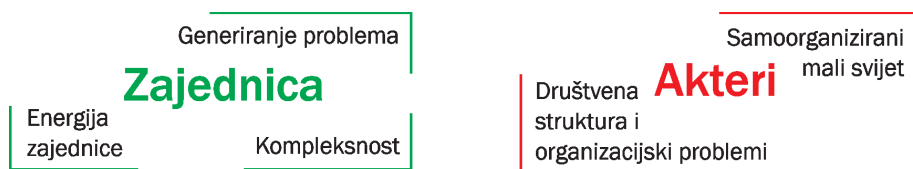
Kognitivni cilj stvaranja fenomenološke slike u javnom zdravstvu je podizanje svijesti o izvjesnom javnozdravstvenom problemu, njegovim sastavnim dijelovima i mogućem uzroku, uz emocionalni angažman ljudi povezanih s problemom.

Kognitivni cilj stvaranja fenomenološke slike je podizanje svijesti o problemu.

Ne postoje opća pravila, niti algoritam prema kojemu treba fenomenološki postaviti javnozdravstveno istraživanje. Ovisno o problemu, stručnjak za javno zdravstvo sam stvara i razrađuje metodologiju za stvaranje fenomenološke slike.

Postavljanje scene

Postavljanje scene određenog javnozdravstvenog problema započinje razmišljanjem o samom problemu i prikupljanjem različitih vrsta informacija o njemu: od literaturnih, verbalnih i audiovizualnih anegdota i priča koje kruže stanovništvom do dokumenata koji reguliraju problem i stvari oko njega (zakon, uredba, pravilnik, protokol, priručnik itd.).



Slika 5. Kognitivni ciljevi stvaranja fenomenološke slike

Tri su faze stvaranja teksta o određenom javnozdravstvenom problemu, odnosno postavljanje problema na javnozdravstvenu scenu

1. Na temelju informacija, stručnjak za javno zdravstvo stvara prvi opis, prvu fenomenološku sliku problema. Kroz prizmu društvene organizacije i strukture problema, javnozdravstveni stručnjak prepoznaje aktere

(engl. *agent*) i sudionike (engl. *participant*) u sustavu / problemu, njihove interakcije i veze, te gdje i kada se problem pojavio. Akteri i sudionici različiti su u smislu da akteri imaju aktivniju ulogu i utjecaj u razvoju problema.

Akteri i sudionici dio su postojećeg javnozdravstvenog sustava (ili javnozdravstvenog problema) koji djeluju kao mali samoorganizirani svijet.

U stvarnosti, akteri i sudionici i njihovo djelovanje predstavljaju mali, samoorganizirani svijet. Oni su umreženi nezavisno o sustavu socijalne zaštite, o socijalnim, pravnim i drugim problemima i pritiscima u zajednici.

Primjer 1. Maloljetničko opijanje

Fenomen maloljetničkog opijanja (adolescenti kao dionici u fazi svog društvenog odrastanja) predstavlja mali organizirani svijet. Fenomen se događa vikendom u parkovima i disko klubovima, ili na raznim drugim mjestima koja se spontano dogovaraju dan prije vikenda. U ovom primjeru sudionici su roditelji, ljudi koji opskrbljuju adolescente pićima ili im dopuštaju piće.

Primjer 2. Reforma zdravstvenog sustava

U jednoj od reformi sustava zdravstvene zaštite u Hrvatskoj dionici su bili liječnici-koncesionari, liječnici u domovima zdravlja, medicinske sestre i patronažne sestre, ravnatelji domova zdravlja, socijalni radnici, zavod za zdravstveno osiguranje itd. Svi oni doprinose složenosti zdravstvenog sustava. Sudionici su bili korisnici zdravstvene zaštite. Razumijevanje odnosa u mreži dionika međusobno i sudionika ono je što javnozdravstveni radnik mora ocijeniti.

2. Prepoznavanje energije (engl. *driving force*) u zajednici koja utječe na grupu ljudi, poput pojave dionika s određenim obrascima ponašanja. Ti dionici nastavljaju stvarati nova iskustva i vode javne diskurse. S

Energija se sastoji od ideja, interesa i vjerovanja koja podržavaju određeni oblik ponašanja.

jedne strane, energija je proizvod zakona i propisa koji uređuju sustav dionika izvana. S druge strane, ideologije, kultura i tradicionalizam sudjeluju u energiji iznutra. Sve to stvara iskustvo i obrazac ponašanja, tj. energiju unutar sustava dionika u zdravstvu. Na primjeru fenomena maloljetničkog opijanja, energija je sam proces odrastanja mladih. U slučaju koncesionara, energija je pokrenuta zakonskim propisima (koji je uveo kategoriju liječnika u koncesiji) i postupkom privatizacije.

3. U trećoj fazi stvaranja fenomenološke slike istražuje se postojanje generatora problema. Na primjer, je li dostupnost alkohola maloljetnicima jedan od glavnih pokretača problema opijanja maloljetnika, ili, je li upotreba marihuane generator razvoja naknadne uporabe teških droga, ili, je li koncesionarstvo generator nestanka socijalne misli

kod obiteljskih liječnika. Može li liberalizam biti uzrok problema kao globalnog trenda koji manje zemlje prepoznaju kao „zapadnjaštvo” (engl. *westernization*)?

Generator problema je nešto što potencijalno pretvara postojeću energiju u javnozdravstveni problem.

Tijekom realizacije kognitivnih ciljeva u stvaranju fenomenološke slike javnozdravstveni radnik prelazi iz stanja „ne znam što ne znam” (o problemu) u stanje „znam što ne znam” (Guba i Yvonna, 1998.). To je ključni uvodni korak u fenomenološkim istraživanjima javnog zdravstva. Ovaj postupak omogućuje izbjegavanje stereotipnog rješavanja problema.

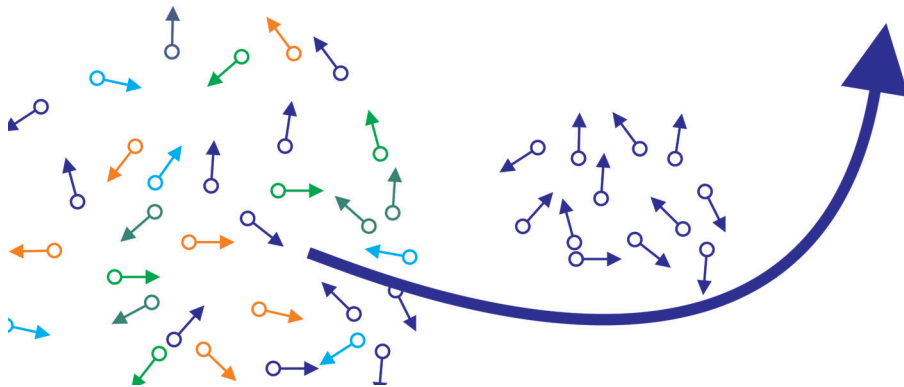
Da bi se došlo do stanja „znam što ne znam” započinje javni diskurs o samoorganiziranom malom svijetu. Primjerice, tijekom zdravstvene reforme (primjer 2) u samoorganiziranom malom svijetu obiteljskih liječnika pojavljuje se KoHOM (Koordinacija hrvatske obiteljske medicine). KoHOM je primjer usmjerene snage i energije. Ta se energija sastoji od ideja, interesa i uvjerenja koji podržavaju određeni oblik ponašanja.

Snaga energije može biti vrlo privlačna i, u pravilu, dovodi dionike do određenih ponašanja. Takvu snagu nazivamo atraktorom sustava. Prema tome, KoHOM je jedan primjer atraktora u reformi zdravstvenog sustava koja se tiče obiteljske medicine. Treba napomenuti da se atraktor u zajednici ne širi slučajno. Nasuprot tome, takvi se atraktori šire određenim kanalima koje možda nije lako identificirati.

Atraktor je kvaliteta ili značajka koja izaziva zanimanje, naklonost ili želju.

Atraktori mogu biti srž određenog javnozdravstvenog problema, poput žudnje (za drogom) u problemu ovisnosti (o drogi) u nekoj zajednici ili populaciji.

Atraktori, u pravilu, imaju raspršenu dinamičku strukturu. Uspješna intervencija na atraktoru dovodi do toga da se sam atraktor smanji ili nestane. Činjenica da nismo smanjili učestalost ovisnosti ukazuje da je naš intervencijski model u rješavanju problema ovisnosti o drogi nepotpun. Dizajniranje intervencije, traženje učinkovitog i efikasnog modela bez prepoznavanja atraktora određenog javnozdravstvenog problema, postaje tek formalni posao.



Slika 6. Pitoreskni pogled na atraktore

Primjer 3. Atraktori u hrvatskom zdravstvenom sustavu

U hrvatskom zdravstvenom sustavu u posljednjih sto godina postojala su (odnosno postoje) tri atraktora:

- Štamparova socijalna misao o zdravlju,
- Liberalno-kapitalistički stav prema zdravstvenom sustavu,
- Tehnološko-znanstveni pristup



Slika 7. Tri ideologije kao atraktori

Elementi svih triju ideologija mogu se naći u hrvatskim zakonima, propisima i priručnicima. Svaka ideologija izričito zahtijeva vlastitu strukturu zdravstvene ustanove i vodi specifičnom profesionalnom ponašanju. Ova situacija dovela je i do restrukturiranja domova zdravlja. Nestanak izvornih funkcija domova zdravlja danas je organizacijski problem. Zdravstvena reforma koja se oslanja na izvjesnu kombinaciju javnog i privatnog predstavlja potencijalno rješenje problema.

Stvaranje prve fenomenološke slike

Stvaranje prve fenomenološke slike javnozdravstvenog problema znači holističko istraživanje problema. Ovo je važna karika u kasnijim dubljim kvalitativnim i kvantitativnim ispitivanjima. Prva fenomenološka

Mapiranje je postupak koji povezuje razne komponente sustava i prikazuje ih u grafičkom obliku.

slika javnozdravstvenog problema predstavlja se tekstem i mapiranjem (engl. *mapping*) što daje opću sliku problema javnog zdravstva. Mapiranje je postupak koji povezuje razne komponente izvjesnog javnozdravstvenog problema (ili sustava) i prikazuje ih u grafičkom obliku.

Prva fenomenološka slika je javno priopćavanje i uspostavljanje određenih problema javnog zdravstva. Treba napomenuti da u stvaranju fenomenološke slike zdravstveni radnik mora biti neutralan, bez predrasuda i ideologije.

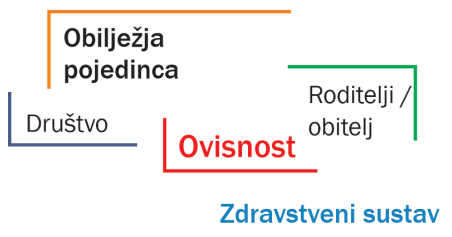
Evo nekoliko primjera mapiranja:

Primjer 1. Specifične potrebe samohranih majki (Vuletić, 2017)
Problem samohranih majki skriven je problem u javnozdravstvenoj praksi. Mapiranje ovog javnozdravstvenog problema kao podloga za intervenciju prikazano je na slici 8. Vodeći akteri u ovom problemu su roditelj(ON) i roditelj(ONA).



Slika 8. Mapiranje intervencije u rješavanju problema samohranih majki

Primjer 2. Maloljetničko opijanje (Samardžić, 2017)
Problem maloljetničkog opijanja jedan je od akutnih problema koji se mora riješiti javnozdravstvenom praksom. Mapiranje faktora ovisnosti o alkoholu prikazano je na slici 9.



Slika 9. Mapiranje komponenata problema maloljetničkog opijanja

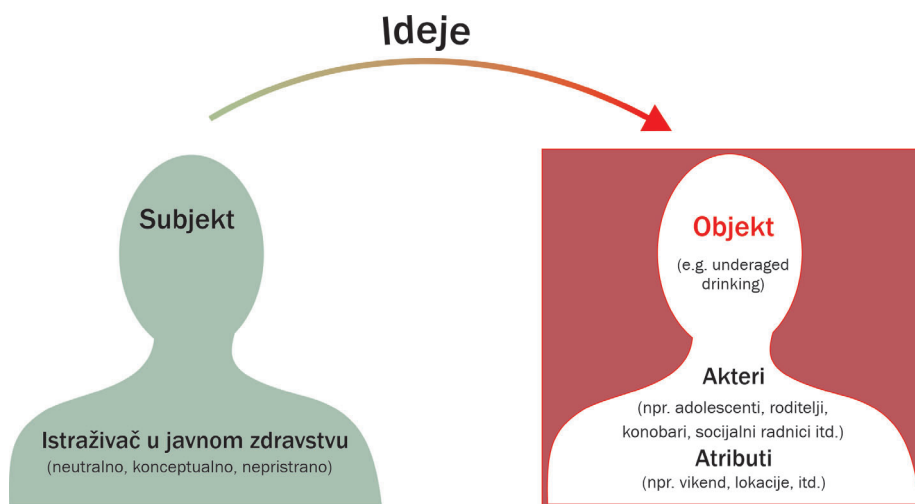
Definiranje subjekta i objekta istraživanja

Prije uspostavljanja relacije subjekt-objekt subjekt i objekt istraživanja treba definirati. Objekt istraživanja javnog zdravstva je izvjesni javnozdravstveni problem. Subjekt može biti sam istraživač koji izravno provodi istraživanje, definira odgovarajući problem i, analizirajući i rješavajući ga, provodi cjelokupni istraživački postupak. Radi se o istraživanju u prvom licu. Može se uključiti i druge subjekte kao dijelove istog javnozdravstvenog problema. To mogu biti drugi istraživači i znanstvenici, javnozdravstveni radnici i rukovoditelji, ili bilo koji drugi subjekt povezan s objektom ili problemom javnog zdravstva koji analiziramo. Relacije između subjekta i objekta treba definirati nepristrano, tj. bez ikakvih predrasuda i ideja.

Ponekad bi se ipak definiranje relacija moglo temeljiti na određenoj ideji ili filozofskom konceptu. Relacije unutar objekta, tj. relacije između aktera i sudionika te svojstva problema moraju se pažljivo odrediti. Cijeli kasniji korpus podataka u studiji ovisi o uspostavljenim relacijama.

Objekti istraživanja u javnom zdravstvu su javnozdravstveni problemi.

Subjekti su istraživači koji provode cjelokupni istraživački proces.



Slika 10. Relacije: „subjekt – objekt” i „unutar objekta”

Na primjer, analizirajući Štamparovu integralnu socijalnu i zdravstvenu politiku, vidimo da je osnovna relacija u cjelokupnom istraživanju sljedeća: Štampar kao subjekt – znanstvenik; zdravlje naroda kao objekt analize. U nekim studijama može biti više subjekata i njihovih relacija s istim ili

različitim problemima. To mogu biti različiti akteri u zdravstvu, na primjer, obiteljski liječnik kao liječnik koncesionar i liječnik u domu zdravlja, ali s istim objektom (pacijentom). Tijekom analize otkrivamo brojne suprotnosti i sukobe u njihovim postupcima prema pacijentu.

Moramo jasno razlikovati interpretatora kao subjekta i onoga što treba interpretirati (subjektova relacija prema objektu). To je hermeneutički krug između subjekta i objekta, unutar kojeg se odvija cjelovita analiza (Slika 10). Kao interpretator, subjekt analizu usmjerava prema mreži odnosa subjekt i objekt. Mrežu odnosa subjekata i objekata prikazujemo na shematski prikazanoj mapi. Unutar ove mreže nalaze se elementi za analizu, tj. sastavni dijelovi fenomenološke slike javnozdravstvenog problema.

Postoje samoorganizirana ponašanja u zdravstvenom sustavu, koja nisu u potpunom skladu s zakonskim i regulatornim propisima.

Osnovna strategija kvalitativnog fenomenološkog pristupa je prepoznavanje dinamike samoorganiziranih malih svjetova u zdravstvenom sustavu. To je način na koji gradimo prvu fenomenološku sliku problema zajednice. Tek nakon prve fenomenološke slike javnozdravstvenog problema možemo pristupiti kvalitativnim i kvantitativnim istraživanjima. Samoorganizirani mali svijet jedinstveno je okruženje koje akteri i sudionici usko dijele.

Organizacijsko ponašanje zdravstvenih ustanova, rizično ponašanje skupina stanovništva i javne diskurzivne prakse tri su elementa koja se ocjenjuju u javnozdravstvenim istraživanjima. Nastaviti istraživanje širokim spektrom kvalitativnih i kvantitativnih modela analize ima smisla tek nakon što je napravljena inicijalna fenomenološka slika.

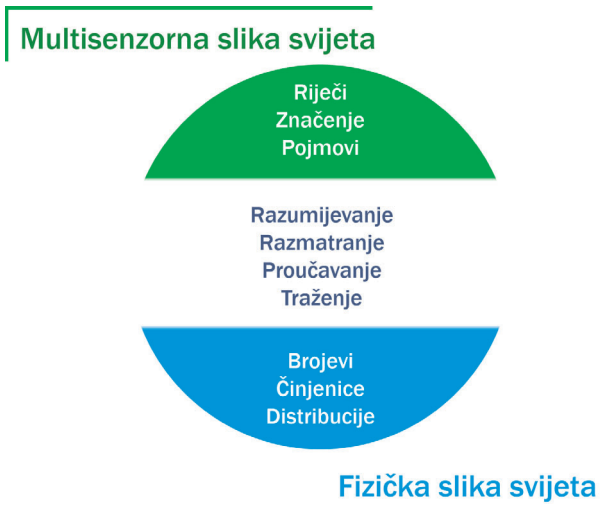
Pragmatični ciljevi

Pragmatični cilj u analizi početne fenomenološke slike podrazumijeva metodološki angažirano promatranje i ispitivanje problema. Pragmatično se bavi stvarima razumno i realno na način koji se temelji na praktičnim, a ne teorijskim razmatranjima. Postoje dva pragmatična pristupa, kvalitativno i kvantitativno, kao dvije logički komplementarne taktike.

Pragmatični cilj stvaranja fenomenalne slike u javnom zdravstvu odnosi se na postupke koji vode k uspjehu i korisnosti.

Prva pragma uključuje sposobnost razumijevanja riječi, pojmova i značenja, stvaranje misli o „svijetu” i dobivanje objektivne multisenzorne slike. Druga pragma uključuje sposobnost prebrojavanja, prikupljanja činjenica,

proučavanja distribucija i razumijevanja objekta kao cjelovitog fizičkog svijeta. Ove dvije pragme omogućuju nam postizanje cjelovite slike objekta koji se proučava.



Slika 11. Kvalitativna i kvantitativna pragma

Primjerice, javno zdravstvo u Hrvatskoj je u tranziciji, i ideološki i organizacijski. Važna značajka ovog vremena su promjene koje zdravstveni radnici ili stanovništvo ne prihvaćaju bezbolno. Štoviše, postoje otpori svih vrsta, od poricanja do frontalnih napada na „novo”.

Promjene postojećeg zdravstvenog sustava u Hrvatskoj mogu se svesti na pet smjerova:

1. Prijelaz iz socijalizma u kapitalizam i pokazatelji postupnog ulaska u postkapitalističko društvo,
2. Fragmentacija u zdravstvenoj organizaciji se povećava,
3. Sve je više zdravstveno-rizičnih ponašanja,
4. Snažan razvoj novih tehnologija (posebno informacijskih tehnologija) i razvoj novog koncepta zdravstvene zaštite, takozvane „personalizirane medicine”.

Karakteristike javnozdravstvenog stručnjaka:

- „majstor za sve“
- komuniciranje s društveno-političkom zajednicom i dionicima u zdravstvu
- primjena naturalističkih metoda propitivanja
- razumijevanje i objašnjenje interakcije svih sudionika, i sveobuhvatne uzročnosti problema

5. Ljudske zajednice traže nova značenja starih pojmova, na primjer, pojmove socijalne, jednakosti i pristupa zdravstvenoj skrbi.

Složenost procesa u zdravstvenom sustavu zahtijeva fenomenološku sliku ovih pet smjerova u suvremenom javnom zdravstvu.

Dakle, potreban je novi profil javnozdravstvenog stručnjaka:

- „Majstor za sve” (fr. *bricoleur*), tj. istraživač koji rješava svaki javnozdravstveni problem na temelju informacija koje sumu dostupne (Denzin i Lincoln, 2008),
- Istraživač u procesu istraživanja komunicira s društveno-političkom zajednicom i svim dionicima u zdravstvu,
- U istraživanju koristi naturalističke metode propitivanja. Kvalitativni pristup je metodologija primjerena za opis, analizu i razumijevanje zdravstvenog sustava i javnozdravstvenih intervencijskih programa.
- Javnozdravstveni radnik je u velikom stresu zbog kontradikcija suvremenog zdravstvenog sustava. Od njega se traži da razumije i objasni interakcije aktera, sudionika i populacije u sveobuhvatnoj uzročnosti događanja u javnom zdravstvu.

Postoje tri aktualna područja djelovanja za javnozdravstvene profesionalce:

1. Organizacijsko ponašanje zdravstvenih ustanova i organizacija,
2. Raznolikost socijalnih i zdravstvenih rizika stanovništva,
3. Javni diskurs između zdravstvene politike i zdravstvenih radnika – od diskursa moći i prevladavanja do argumentirano-dijaloške norme ponašanja.

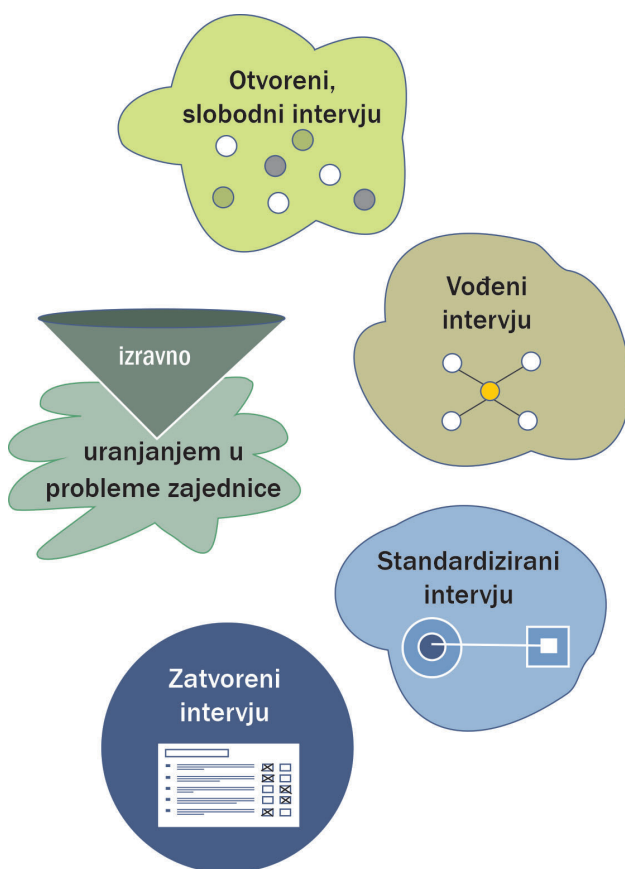
Tehnički ciljevi

Postoji nekoliko mogućnosti za postizanje tehničkih ciljeva:

1. Otvoreni, slobodni intervju (nestandardizirano, individualno, neograničeno, s „terapijskom” namjerom); rezultat u obliku znanja, opsežnog i neograničeno,
2. Vođeni intervju (vođen ciljem) (nestandardizirano, individualno, s ograničenom svrhom); znanje je opsežno ali ograničeno,

3. Standardizirani intervju, grupna intervencija; znanje se smanjuje zbog standardizacije,
4. Zatvoreni intervju, anketa (standardizirana, intervencija u populaciji); znanje ograničeno, zatvoreno unutar kategorija,
5. Izravno uranjanje u probleme zajednice (etnografski), životno, maksimalno, dubinski i esejistički

Tehnički cilj stvaranja fenomenološke slike u javnom zdravlju odnosi se na sveukupnost praktičnih sredstava prilagođenih za postizanje cilja rješavanja javnozdravstvenog problema.



Slika 12. Kako prikupiti podatke?

Javnozdravstveni radnik postaje Homo Narrans koji (koristeći različite modele intervjua) oblikuje narativnu interpretaciju određenog javnozdravstvenog problema. Dijalektička suprotnost Homo Narransu je Homo Statisticus.

Tehnike i metode uzorkovanja

U pravilu, postoji više metoda uzorkovanja. Na primjer, slučajnim uzorkovanjem postiže se bolja statistička reprezentativnost kako bi se procjene učinile pouzdanijim i preciznijim. Međutim, u kvalitativnom pristupu standard uzorkovanja je namjerno uzorkovanje. Postoji samo jedno pravilo u namjernom uzorkovanju: izabrani ispitanici moraju biti bogati informacijama o problemu koji istražujemo



Slika 13. Uzorkovanje i naracija

Što se tiče veličine uzorka, u statističkom istraživanju veličina uzorka ovisi o veličini populacije iz koje je uzorak uzet. Ovisi i o izboru statističkog modela i željenim granicama pouzdanosti u procjeni parametara. Veličina namjernog uzorka ograničena je na manji broj. Obično se radi o desetak ili više ispitanika koje uzimamo za intervju. Veličina uzorka ovisi o njegovoj informativnosti.

Postoji nekoliko tehnika prikupljanja podataka na temelju odabranog uzorka: terenska promatranja, intervjuiranja (individualna ili grupna) i anketa. Naglašavamo da uspjeh ovih tehnika ovisi o tome koliko je javnozdravstveni radnik obučen u tim tehnikama.

Svaka tehnika ima svoje karakteristike:

1. Terenska promatranja

Promatranja na terenu ovise o kulturi, uvjerenjima, interesima i pristranosti javnozdravstvenog stručnjaka. Javnnozdravstvene radnike treba osposobiti za poboljšavanje njihove sposobnosti percepcije i problema promatranja (Patton, 2002):

- kako usmjeriti pozornost na određena pitanja: identificirati aktere i sudionike, prepoznati njihove relacije, vidjeti i čuti što je ovdje problem, i što postoji u stvarnom prostoru i vremenu,
- tekstom opisati situaciju i probleme,
- disciplinirati se i voditi terenske bilješke / dnevnike,
- odvojiti detalje od trivijalnosti – oprez (!) da trivijalnost ne prevladava u opisu problema,
- izbjegavati stereotipe u opisivanju problema,
- utvrditi teorijsku i praktičnu valjanost opažanja,
- inzistirati na strogosti svih postupaka koje koristimo za promatranje,
- prepoznati snage i slabosti problema; uočiti razinu znanja o problemu koji se promatra.

U fenomenološkim promatranjima moraju se prepoznati dva tipa relacija: relacija subjekt- objekt i relacije koncept-događaj-ponašanje. U hrvatskom javnom zdravstvu faza promatranja često se zanemaruje i odmah se prelazi na statističke analize. Dok ne stekne dovoljno iskustva i vještina, dobra je ideja da se javnozdravstveni radnik pridržava pravila unutar četiri koordinate: akteri i sudionici, njihove međuovisnosti i ponašanja te mjesto i vrijeme u kojem se problem javlja.

2. Intervjuiranje

Intervju je razgovor dviju osoba koje razmjenjuju informacije i znanja o problemu. Na kraju intervjuja oboje postaju bogatiji informacijama i znanjem. Postoji ljestvica intervjuja s dvije krajnosti, jedno je visoko strukturiran intervju orijentiran na problem, a drugo je potpuno nestrukturirano i nestandardizirano prikupljanje informacija o problemu. Koju vrstu primijeniti, ovisi o istraživačkom problemu i ciljevima istraživanja.

Problemski intervju definiramo s tri obvezna „must”. Naime, intervjuom se mora:

- prepoznati stvarni problem zajednice u kojoj se problem pojavljuje,
- prepoznati uvjete pod kojima je problem nastao ili se dalje razvija,
- istražiti ciljeve i mogućnosti za rješenje problema.

Problemski intervju treba biti unaprijed dogovoren. Intervju mora biti dvosmjernan, a intervjuer mora izbjegavati bilo kakvo autoritativno ponašanje.

Slobodan, nestrukturiran, narativni intervju kreativan je proces u kojem se ispitanika ne suočava sa standardiziranim pitanjima, već se dopušta da razgovor slobodno teče. Intervjui mogu biti u obliku lijevka (na početku općenito i široko, a s vremenom se sužava i usredotočuje na problem) (Halmi, 2005):

- na početku intervjuja intervjuer postavlja opća pitanja. Pri tome on postupno ulazi u problem. U početku, intervjuer „ne zna što ne zna o problemu”. Daljnjim ispitivanjem on dolazi do toga da može reći „sad znam što me zanima u ovom problemu”. Nakon toga intervjuer prelazi na tematska pitanja.
- tematska pitanja sve se više usmjeravaju prema temi i svrsi intervjuja; treba napraviti vjerodostojne bilješke.
- vjerodostojne bilješke sadrže visok stupanj pouzdanosti i valjanosti što daje vrijednost rezultirajućem tekstu intervjuja.

Preporučljivo je da se javnozdravstveni profesionalac pridržava ovih savjeta prilikom razgovora (Patton, 2002):

- započnite s općim pitanjima, ne „zamrzavajte” intervju
- možete početi s maglovitim (nejasnim, udaljenim od problema) pitanjima, ali ne zaboravite ih kasnije ukloniti
- previše pitanja vodi do velikih poteškoća. Isto tako i ako ima premalo pitanja. Nema općeg recepta. Za jedan termin preporučuje se desetak pitanja
- u istraživanju s više aspekata (npr. ekonomski, socijalni, zdravstveni, kulturološki itd.) budite sigurni da vas svi razumiju
- razmislite je li svako pitanje relevantno za istraživanje
- ponekad formulirajte okvir i postavite specifična pitanja unutar zadanog okvira
- kontrolirajte se tijekom intervjuja, držite u ruci bilješke / pitanja
- radi pouzdanosti poželjno je angažirati promatrača kao kontrolni mehanizam.

3. Multivju, grupni intervju

Posebni oblik intervjuiranja u javnozdravstvenim istraživanjima je intervju sa skupinom ispitanika. Mnoge su strukture i subjektivne odrednice pojedinaca čvrsto uklopljene u socio-psihološki kontekst javnozdravstvenog problema. Grupne rasprave omogućuju rušenje psihološke barijere pri ulazu u stavove i ideje grupe. Mnogo je pretpostavki, ali svi se slažu da u principu postoje dvije vrste grupnih razgovora: onaj u kojem ispitanici iz grupe od 6 do 10 vode dublji i iskreniji razgovor, i drugi, u kojima ostvarujemo neosobni kontakt s nekoliko desetaka ljudi okupljenih u publici u kojoj slušaju i / ili gledaju prezentaciju ili čitaju neki tekst. Nakon toga ispituju se u malim skupinama.

Posebna vrsta grupnog intervjuja je tzv. fokus-grupa ili fokusna skupina. Fokusna skupina je oblik kvalitativnog istraživanja (uvježbavanja) koje se oblikuje unutar određene kulturne, društvene ili ideološke skupine kako bi se odredio odgovor ove skupine i stav koji ona zauzima prema nekom proizvodu, usluzi, konceptu ili obavijesti.

4. Anketa

Ankete u pravilu sadrže pitanja s unaprijed definiranim kategorijama kao odgovorima („zatvoreni” odgovori). Međutim, kada se nađemo u situaciji u kojoj ne možemo unaprijed definirati kategorije odgovora (a pitanja smatramo važnim), tada u anketi postavljamo nekoliko pitanja na koja se očekuju „otvoreni” odgovori. To pruža informacije o stavovima i mišljenjima većih grupa ispitanika. Otvoreni odgovori takvih istraživanja obrađuju se tekstnim statističkim metodama.

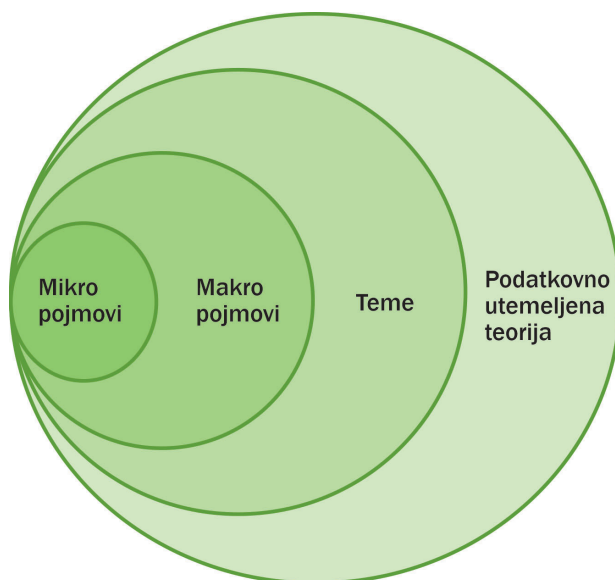
ANALIZA TEKSTA

Analiza teksta koji opisuje fenomenološku sliku ciklički je proces. Govorimo o logičnom slijedu:

- Manji, jednostavni izrazi (mikro pojmovi)
- Veći, složeniji izrazi (makro pojmovi ili kategorije)
- Teme
- Teorija

Kategorizacija je misaona sinteza bitnih, zajedničkih obilježja istovrsnih predmeta koja ima opseg i sadržaj (Hrvatski enciklopedijski rječnik, 2002).

U prva dva koraka u navedenom slijedu provodi se kategorizacija. Nakon kategorizacije slijedi prepoznavanje tema i stvaranje teorijskog okvira problema.



Slika 14. Od pojmova do teorije

Postupak prepoznavanja pojmova u tekstu, jednostavnih i složenih, zovemo dekonstrukcijom teksta. Konačni rezultat analize teksta je teorija odnosno teorijsko objašnjenje pojave i događanja koje istražujemo.

Dekonstrukcija teksta

Dekonstrukcija teksta započinje prepoznavanjem riječi, misli, kratkih rečenica i njihovim izdvajanjem iz teksta te stvaranjem popisa karakterističnih riječi. Te su riječi zapravo osnovni pojmovi koje prepoznajemo u tekstu, tzv. mikro i makro pojmovi. Mikro-pojmovi su pojmovi prvog koraka. Neki autori mikro-pojmove nazivaju kodovima, prvim konstrukcijama i slično..

Dekonstrukcija teksta je razotkrivanje sadržaja.

Daljnji korak dekonstrukcije teksta je izvođenje pojmova na osnovu mikro-pojmova. To su tzv. kategorije. Kategorija je fundamentalni pojam koji sadrži najopćenitija svojstva, veze i odnose postojanja i mišljenja, i to je temelj svake tekstne analize (Saldana, 2009).

Kategorizacija je bit kvalitativno-fenomenološke analize. U tekstu prepoznajemo socijalni kontekst, socijalne organizacije, tj. njihove sudionike, aktere događanja, njihove povezanosti i ovisnosti u određenom prostoru i vremenu.

Kategoriziramo da bismo u tekstovima prepoznali:

- Kognitivne aspekte ili značenje sudionika/aktera (npr. ideologije, pravila, osobni koncepti...)
- Emocionalne aspekte ili osjećaje sudionika/aktera (empatije, simpatije, zadovoljstva, ljutnje...)
- Hijerarhijske aspekte, nejednakosti, suprotnosti sudionika/aktera (društvene, političke, edukacijske, financijske...).

Slika 15. Tri aspekta kategorizacije

U analizama često tražimo bipolarne pojmove (prema spolu, tipovima zdravstvene zaštite i slično). Saldane (2006) je u svojim analizama nasilja školske djece izdvojio dvije kategorije nasilja: nasilje koje koristi snagu i ranjava napadnutoga, prvenstveno kod dječaka, i nasilje koje djeluje na emocije, vrijeđa osobnost, koje je zapaženo kod djevojčica.



Primjer relacije tekst-mikropojam-kategorija:

Tekst	Mikropojam	Kategorija
...naime, potužila se kako otkad je kći bolesna, ljudi u selu gledaju drugačije na nju. Gledaju je pomalo sa prezirom kao da ima zaraznu bolest. Osjeća da ju ne shvaćaju i to joj teško pada. Shvaća da je to nešto s čime mora živjeti, ali ima osjećaj da je sredina neće prihvatiti...	bolesna kći drukcije gledanje neshvaćanje teško joj pada sredina je ne prihvaća	stigma bolesti

Tematiziranje teksta

Tema je glavna misao, predmet, osnova nekog teksta koji analiziramo. Tema je ishod prepoznavanja mikro-pojmova i kategorija. Sama po sebi tema nije pojam. Govorimo o makro- i mikro-temama. Od interesa mogu biti i događanja na marginama pa govorimo o marginalnim temama. Mikro-pojam, kategorija i tema nisu disjunktne. Može se dogoditi u analizi da se mikro-pojam razvije u temu. Na primjer, već u ranoj fazi analize prepoznavemo pojam „maloljetničko nasilje”, pa maloljetničko nasilje postaje glavna tema.

Tematiziranje teksta je prepoznavanje teme kao bitnog dijela sadržaja teksta.

Svaka tema se analizira s aspekta značenja teme u zajednici, organizaciji ili nekoj definiranoj populaciji ili u sub-populaciji ispitanika: ima li značenja za intervenciju, planiranje, predstavlja li opasnost za zajednicu, npr. opasnost HIV-pozitivnih nalaza u nekoj prema istom ili suprotnom spolu orijentiranoj skupini ispitanika.

Hermeneutička analiza

Hermeneutika (grčki: *Hermeneuin*) ukazuje na jedinstven način ulaska u pitanja, postavke, podneske, istrage i objašnjenja određenih javnozdravstvenih problema. Bleicher (1980) definira hermeneutiku kao teoriju ili filozofiju tumačenja značenja.

Hermeneutika u javnom zdravlju metoda je otkrivanja i objašnjenja vrijednosti i smisla javnozdravstvenih akcija i intervencija

Prema Heideggeru, hermeneutika je umjetnost interpretacije, dokazivanja i razumijevanja (Hrvatski enciklopedijski rječnik, 2000). U novijoj filozofiji hermeneutika je metoda izlaganja i objašnjavanja značenja i vrijednosti nečega i nekoga. Da parafraziramo ovu definiciju, hermeneutika je metoda otkrivanja i objašnjavanja vrijednosti i smisla javnozdravstvenih akcija i intervencija.

Osnove hermeneutičke analize uključuju:

1. Sirovina hermeneutičke analize su tekstovi. Osnovni i univerzalni hermeneutički problem je pronaći simboličko značenje jezičnog izraza, odnosno otkriti metaforu koja je skrivena u tekstovima koji opisuju određeni javnozdravstveni problem.
2. Problem predstavljamo kao mrežu relacija generiranih od strane društvenih aktera. To znači da u određenom javnozdravstvenom problemu moramo identificirati sve aktere s njihovim namjerama, ciljevima i radnjama.
3. U hermeneutici razlikujemo interpretatora i ono što se interpretira. To je hermeneutički krug između subjekta i objekta analize.
4. Interpretacija problema u pravilu je analiza brojnih suprotnosti, konfliktnih situacija i diskurzivan je dijaloški proces.
5. Razumijevanje ima cirkularnu strukturu – od partikularnog do univerzalnog i obrnuto. Razlikujemo cjelinu kao fenomen i njegove sastavnice.
6. Postoji interpretatorov horizont i horizont problema koji se interpretira. Tijekom analize dolazimo do spajanja horizonta interpretatora i interpretiranog problema.
7. U našim se analizama neprestano suprotstavljamo razumijevanju problema i njegovom prikazivanju.
8. Kontekst analize mora sadržavati povijesne i kulturne elemente fenomena u javnom zdravstvu.

Teoretiziranje tema – podatkovno utemeljena teorija

Konačno, pitanje svake ozbiljne analize teksta glasi: hoćemo li postići sustavno razmišljanje o zadanoj temi i generalizirati znanje koje smo stekli na vlastitim podacima i vlastitom empirijom? Drugim riječima: hoćemo li se uključiti u teoretiziranje teme koju definiramo kao suštinu istraživanja

fenomena? U pravilu, kvalitativna javnozdravstvena metodologija traži pravila ponašanja, zavisnosti i, rijetko, principijelnost u pojavama koje ispituje.

Teoretiziranje tema je postupak razvoja jedinstvene teorijske tvrdnje o procesima koji nastaju i reguliraju proučavani problem.

Dakle, ne nomotetički, već ideografski: pitamo se o značenju pojedinih događanja u nekoj pojavi, o razumijevanju onoga što se događa i razumijevanju zašto se nešto događa u proučavanom fenomenu. U tom se kontekstu theoretiziranje svodi na tzv. teoriju utemeljenu na podacima ili podatkovno utemeljenu teoriju. Narativno istraživanje usredotočeno je na fenomenologiju istraživačkog problema, na djelovanje pojedinih uzroka problema, posebno na njihov odnos i ovisnost.

Podatkovno utemeljena teorija nadilazi deskriptivnu. Predstavlja jedinstvenu teorijsku tvrdnju o procesima koji nastaju i reguliraju proučavani problem. Na temelju pojedinačnog ponašanja uzroka / sudionika, podatkovno utemeljena teorija generira opće znanje o ponašanju proučavanog fenomena. Podatkovno utemeljena teorija ograničena je na procese i radnje i njihovu „faznu igru”. Theoretiziranje rezultata kvalitativnog istraživanja rijetko se promatra u istraživačkoj praksi. Theoretiziranje zahtijeva duboki terenski empirizam, empatiju prema problemu. Mnoge studije uopće ne dobivaju tematsku vrijednost.

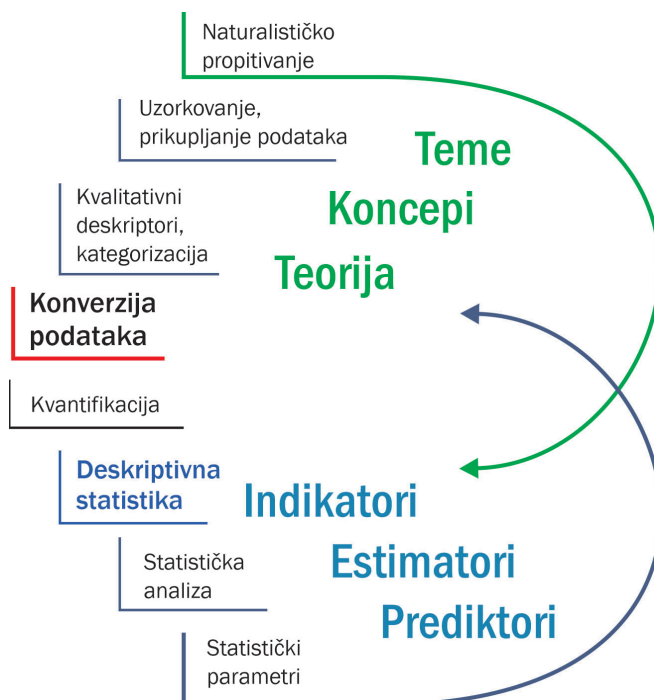
Analitički postupak stvaranja podatkovno utemeljene teorije:

Faze	Opis
Inicijalna kategorizacija teksta	Ekstrakcija mikro pojmova, kategorija; karakteristične riječi, izrazi, stanja, događanja
Aksijalno kodiranje, određivanje veličine kategorija	Kreiranje makro kategorija; kategorije obrazaca ponašanja, događanje kroz vrijeme, usredotočenja na nešto
Selektivno kodiranje, imenovanje kategorija	Relacije između kategorija; imenovanje kategorija (npr. mentalni mobing, financijski kolaps itd.)
Teorijski koncept, teorija	Kreiranje općeg znanja o biti problema koji se istražuje; modeliranje, mapiranje itd.

KVANTIFIKACIJA KVALITATIVNIH PODATAKA

U daljnjoj obradi fenomenološke slike potrebno je kvantificirati određene pojmove i kategorije. U pravilu se pitamo jesu li neki izraz ili kategorija mjerljivi, ili, ako ne, kako se mogu mjeriti. Mjerenje znači pretvorbu pojma (koji je jezično opisan) u varijablu na nominalnoj, ordinalnoj ili intervalnoj skali. Nakon konverzije pojmova i kategorija u nove varijable moguće je napraviti statističku obradu i analizu. Obrada podataka nastavlja se primjenom deskriptivne i analitičke statistike, što rezultira procjenama statističkih parametara:

- Indikatori (pokazatelji) – koji pokazuju učestalost karakteristika / koncepata / kategorija u određenom javnozdravstvenom problemu,
- Estimatori (procjenitelji) – procjena vjerojatnosti da će se značajka / pojam / kategorija pojaviti u određenom javnozdravstvenom problemu,
- Prediktori – procjena budućih kretanja u vezi s određenim javnozdravstvenim problemom.



Slika 16. Kvalitativna i kvantitativna analiza – shematski

INTERPRETACIJA

Analiza fenomenološke slike je proces rastavljanja cjelovite slike na njezine sastavne dijelove. To pokazuje ŠTOSTVO, tj. ono što se stvarno događa. Interpretacija znači objašnjenje tj. odgovor na pitanje zašto se promatrani javnozdravstveni problem manifestira upravo na takav način.

Interpretirati fenomenološku sliku znači objasniti zašto se promatrani javnozdravstveni problem očitovao na takav način.

Kako stručnjak za javno zdravstvo tumači zadanu fenomenološku sliku? On to čini svojom refleksivnošću, refleksijom (sposobnošću da primijeni refleksiju) i reflektivnom praksom (primjenom refleksije u praksi).

Refleksija je naknadno promišljanje izravno zamijećenog sadržaja (uspoređujući, provjeravajući i emocionalno).

Refleksija je čin iskustva i spoznaje. Ovaj čin podrazumijeva preispitivanje određenog javnozdravstvenog problema. Reflektivna praksa je mentalni postupak ispitivanja i kontinuirane analize i odlučivanja tijekom procesa istraživanja

zadanog javnozdravstvenog problema.

Kolb (1984) vjeruje da u reflektivnoj praksi ne postoji niz „prvo konkretno, a zatim apstraktno”. Rescher (2012) naglašava da konkretno i apstraktno nisu u uzročnom nego u koordinacijskom odnosu. Oboje se odvijaju istovremeno i ciklički. Ne upuštajući se u sustavnu prezentaciju modela reflektivne prakse, navodimo dva modela, Borton (1970) i Gibbs (1988).

Bortonov model

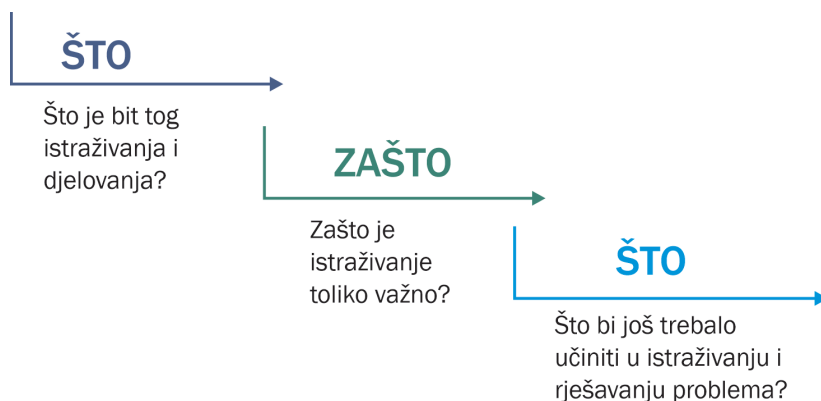
Bortonov model čine tri ŠTO: što (što radiš), zašto radiš (to što radiš) i što će biti sljedeće (nastavljaš li istraživati)? Svaki ŠTO uključuje dodatna pitanja:

ŠTO: Što je suština tog istraživanja i djelovanja, što se zapravo radi, što je dobro/uspješno i što je loše / neuspješno u radu i istraživanju.

ZAŠTO: Zašto je istraživanje toliko važno i koja je važnost toga istraživanja.

ŠTO sljedeće: Što još treba učiniti u istraživanju i rješavanju problema, što se drugo može učiniti, kakve se posljedice mogu očekivati nakon akcije.

Odgovori na ta pitanja ovise o kontekstu javnozdravstvenog problema i daju ideju za konkretno djelovanje, procjenu te značenje i vrijednost samog istraživanja i djelovanja.



Slika 17. Bortonovih tri ŠTO

Gibbsov model

Gibbov model prikazuje refleksiju kao ciklički niz pitanja (Gibbsov reflektivni ciklus,

<https://www.mindtools.com/pages/article/reflective-cycle.htm>):

1. Deskripcija

Sljedeća pitanja mogu vam pomoći opisati situaciju:

- Kada i gdje se to dogodilo?
- Zašto ste bili tamo?
- Tko je još bio tamo?
- Što se dogodilo?
- Što si učinio?
- Što su radili drugi ljudi?
- Što je bio rezultat ove situacije?

2. Emocije

Sljedeća pitanja mogu potaknuti aktore da govore o svojim razmišljanjima i osjećajima tijekom svog iskustva (komentari o svojim emocijama nisu dopušteni):

- Što ste osjećali prije nego što se dogodila ta situacija?
- Što ste osjećali dok se ova situacija odvijala?
- Što mislite, što su drugi ljudi osjećali tijekom ove situacije?
- Što ste osjećali nakon situacije?
- Što sada mislite o situaciji?
- Što mislite, što drugi ljudi osjećaju u vezi s tom situacijom sada?

3. Evaluacija

Pitanja za ocjenu mogu biti:

- Što je bilo pozitivno u ovoj situaciji?
- Što je bilo negativno?
- Što je dobro prošlo?
- Što nije išlo tako dobro?
- Što ste vi i drugi ljudi učinili da doprinesete situaciji (bilo pozitivno ili negativno)?

4. Zaključci

Pitanja za zaključak mogu biti:

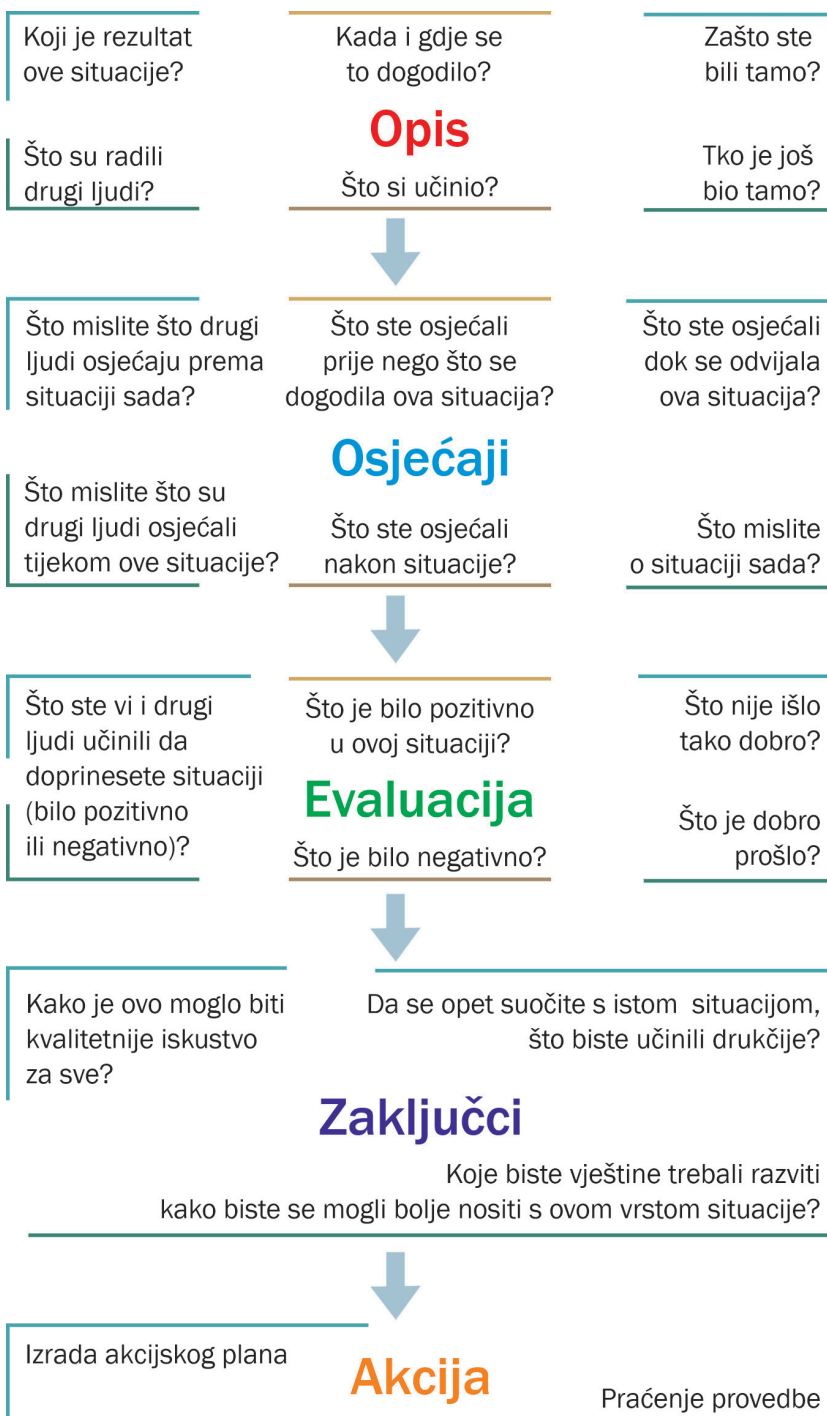
- Kako je ovo moglo biti pozitivnije iskustvo za sve koji su uključeni?
- Da ste se ponovo suočili s istom situacijom, što biste učinili drugačije?
- Koje vještine trebate razviti da biste bolje rješavali ovu situaciju?

5. Akcija

Izrada akcijskog plana i praćenje provedbe.

Važno je napomenuti da u suvremenoj istraživačkoj praksi sami stvaramo svoj vlastiti model refleksije. Model analize fenomenološke slike ekvivalentan je epidemiološkom statističkom modelu.

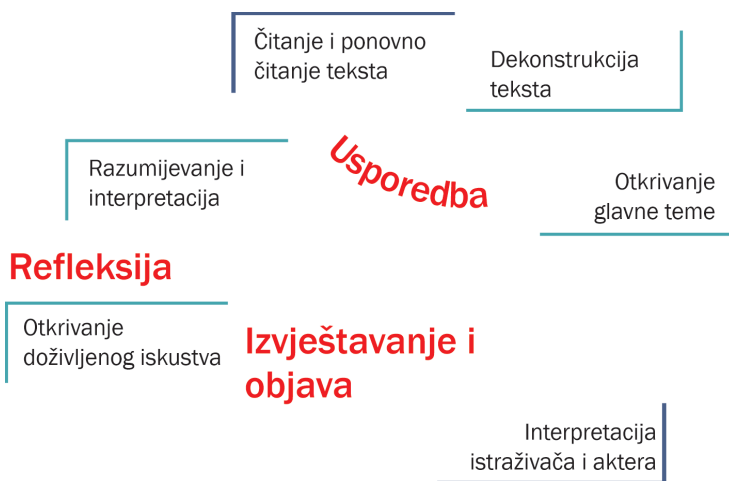
U fenomenološkoj slici postoji jedinstvo svijesti i svijeta, misli i stvarnosti, istraživača i objekta istraživanja. Za javnozdravstvenog praktičara um je stvarnost i stvarnost je um.



Slika 18. Gibbsov ciklus

Kako čitati i interpretirati opis fenomenološke slike?

Čitanje teksta, opis fenomenološke slike zahtijeva uzastopno ponavljanje postupaka opisanih na slici 18.



Slika 19. Kako čitati i interpretirati fenomenološku sliku?

EVALUACIJA

Evaluacija je proces vrednovanja nečega ili nekoga. Zahtijeva sustavno prikupljene informacije iz različitih faza istraživanja. Svako ozbiljno kvalitativno fenomenološko istraživanje prepuno je kategorija kao osnova za tematizaciju. Ako sadržaj to dopušta, istraživač u javnom zdravstvu započinje teoretizirati rezultate istraživanja.

Evaluacija je postupak koji daje odgovor o univerzalnosti rješenja javnozdravstvenog problema.

U praksi istraživač često postavlja jedno ili više teorijskih pitanja. Manje se često razvija teorija o tome kako i zašto se određeni problem pojavljuje u populaciji. Odgovor na teorijska pitanja znači razumijevanje i objašnjenje problema istraživanja kako bi se definirala intervencija za rješavanje ovog problema. Pragmatični kriterij svake studije, uključujući kvalitativnu, jest: što dobivam i kako mogu procijeniti rezultate?

Sljedeće pitanje je mogućnost generalizacije rezultata istraživanja: može li se određeno iskustvo generalizirati kao nešto sveobuhvatno i univerzalno? Odgovor na to pitanje je ključ kvalitativne evaluacije.

Evaluacija je također kultura i istraživača i ispitanika. Istraživači i ispitanici mogu poticati iz različitih kultura. Tada su u međukulturalnom dijalogu. Javnozdravstveno istraživanje je participativno istraživanje koje se razlikuje od eksperimentalnog dizajna biomedicinskih istraživanja. Kvalitativno javnozdravstveno istraživanje povezano je s određenim skupinama stanovništva i funkcioniranjem sustava i organizacija. Partikularizacija problema je važna u takvim istraživanjima. Generalizacija rezultata, kako se tumači u epidemiološkim i statističkim studijama, ovdje nije primjenjiva. Znanje „onog posebnog” koje dobivamo u kvalitativno-naturalističkim istraživanjima jedan je od oblika generalizacije. Znanje koje dobivamo iz namjernog uzorka od ne više od desetak ispitanika primjer je naturalističke generalizacije (naravno, ako se uzimaju u obzir norme naturalističkog istraživanja, tj. ako su prepoznate sve relacije između aktera u vremenu i prostoru).

Guba i Lincoln (1981) naglašavaju da je gotovo nemoguće zamisliti kako se bilo koje ljudsko ponašanje, usko povezano s kontekstom i prirodom naturalističkih istraživanja, može generalizirati. Oni uvode novi termin, transferabilnost na druge kvalitativne studije sličnih problema. Ako su konteksti dviju studija sukladni, to jest slični po prirodi, obliku i problemu, tada govorimo o logičkoj i problemski orijentiranoj ekstrapolaciji rezultata. Takvu ekstrapolaciju nazivamo naturalističkom generalizacijom.



Slika 20. Pitanja na koja proces evaluacije treba odgovoriti

U naturalističkim istraživanjima istraživač je u stalnoj interakciji s objektom. Odgovara se na sva pitanja, ali postavljaju se i neka nova pitanja. To motivira istraživače na sve dublje i dublje razmatranje problema jer konačni odgovori ne postoje.

HODOGRAM PRIMJENE FENOMENOLOŠKOG PRISTUPA U JAVNOM ZDRAVSTVU

Hodogram je niz postupaka kojih se treba pridržavati prilikom rješavanja problema.

1. Kognitivni ciljevi

a. Postavljanje scene (str. 7)

Razmišljajući i prikupljajući informacije o nekom problemu, opišite sve potencijalne aktere, energije (pokretačke snage) i atraktore, identificirajte potencijalne male samoorganizirane svjetove i sve ono što potencijalno generira (ili je generiralo) problem;

b. Stvaranje prve fenomenološke slike (str. 11)

Napravite početni tekst i provedite mapiranje (početna fenomenološka slika).

c. Definiranje subjekta i objekta (str. 12)

Tko su subjekti i objekti. Dodajte moguće nove elemente postojećem tekstu (početna fenomenološka slika) i mapiranje.

2. Pragmatični i tehnički ciljevi (str. 13)

Odredite način uzorkovanja i primjenjivih narativa; onda obavite razgovor (tet-a-tet) ili elektronički i, možda, terenski rad. Dodajte nove elemente (intervjuiranje i drugi rezultati) postojećoj fenomenološkoj slici.

3. Analiza teksta (str. 21)

Napravite dekonstrukciju teksta (mikro i makro pojmovi, kategorije, teme, teorijski koncept). Dopunite postojeću fenomenološku sliku rezultatima dekonstrukcije teksta slijedeći pritom osnovne postavke hermeneutičke analize.

4. Kvantifikacija kvalitativnih podataka (str. 26)

Provedi konverziju izabranih pojmova (mikro, makro) u kvantitativni (ili kvazi-kvantitativni) oblik i osnovnu statističku analizu (indikatori, estimatori, prediktori). Rezultate dodaj postojećoj fenomenološkoj slici

5. Interpretacija (str. 27)

Provedite refleksiju prema modelima (Gibbs, Borton); Dodajte nove

elemente (rezultati primijenjenog modela) postojećoj fenomenološkoj slici; Načini izvještaj (prema Slici 19).

6. Evaluacija (str. 32)

Odgovorite na pet pitanja (slika 20).

Kognitivni ciljevi										
Postavljanje scene		■								
Izrada fenomenološke slike			■	■	■	■	■	■		
Subjekti i objekti				■						
Pragmatični tehnički ciljevi					■					
Analiza teksta						■				
Kvantifikacija kvalitativnih podataka							■			
Interpretacija								■		
Evaluacija									■	

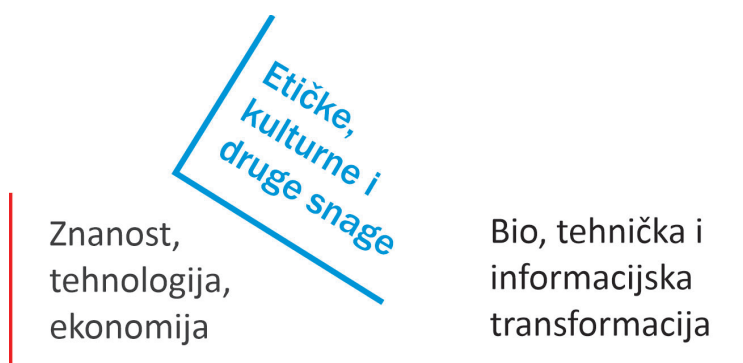
Slika 21. Vremenski slijed postupaka

EPILOG

Primjena fenomenologije u rutinskoj javnozdravstvenoj praksi nije alternativa, već nova, dodana vrijednost javnozdravstvenim aktivnostima i istraživanjima. Obavezno je kvalitativnu fenomenološku paradigmu uključiti u standardne kvantitativne epidemiološke metodologije javnog zdravstva, kako akcijske tako i znanstveno-istraživačke programe. U pravilu provodimo fenomenološko ispitivanje kad se pojavi problem. To ne znači da fenomenološku misao ne možemo uključiti u planiranje i provođenje javnozdravstvenih aktivnosti. Štoviše, fenomenološka metodologija izrade i analize slike je također prikladna za analizu post-humane transformacije globalnog društva.

Suvremeni francuski filozof Morin (2018) piše: „post-humana preobrazba započela je pod slijepim pritiskom trojnog motora znanosti/tehnike/ekonomije koji pokreće svemirski brod Zemlja, dok etičko/kulturno/društvena preobrazba, koja je toj preobrazbi sve potrebija, ostaje u povojima”.

Pod pritiscima znanosti / tehnologije / ekonomije očekujemo značajne promjene u budućim zdravstvenim strukturama. Dovoljno je spomenuti nove discipline i koncepte, poput personalizirane ili precizne medicine, masivnih podataka (big data) i umjetne inteligencije u zdravstvenim sustavima, koji neizbježno zahtijevaju da biotehničko-informacijska transformacija javnog zdravstva bude koordinirana i nadzirana etičko-kulturno-socijalnim transformacija. Jedan od pokretača takve transformacije je fenomenološko-kvalitativna paradigma javnog zdravstva.



Slika 22. Pokretači post-humanog društva

U bilo kojoj javnozdravstvenoj djelatnosti, bilo da se radi o znanstveno-istraživačkoj, političkoj, administrativnoj, obrazovnoj, reformskoj, potrebno je procijeniti etičko-kulturno-socijalne snage zajednice i uspostaviti etičko-kulturni-društveni-javni diskurs u zajednicama zdravstvene zaštite.

REFERENCE

- WHO 1988. Accessible at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services>
- Berg, B 1989, *Qualitative Research for the Social Science*, Boston, Allyn & Bacon.
- Bleicher, J 1980, *Contemporary Hermeneutics: Hermeneutics as Method, Philosophy, and Critique*, Routledge & Kegan Paul.
- Borton, T 1970, *Reach, Teach and Tuch*, Mc Graw Hill, London.
- Campbell, D 1974, *Qualitative Knowing in Action Research*, Occasional paper, Stanford, Evaluation consortium, Stanford University.
- Darwin, C 2000, *Postanak vrsta*, Naklada Ljevak d.o.o., Zagreb.
- Denzin, NK & Lincoln, YS 2010, *Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research*, Handbook of Qualitative Research 4th Ed. SAGE Publications
- Gibbs, G 1998, *Learning by Doing A Guide to Teaching and Learning Methods*. Oxford Brooks University, Oxford.
- Guba, EG & Yvonna, SL 1989, *Fourth Generation Evaluation*, New Bury Park, SAGE Publications
Guba, EG 1990, *The Alternative Paradigm Dialog*, in Guba, EG (ed), *The Paradigm Dialog*. New Bury Park, CA:SAGE.
- Halmi, A 2004, *Strategija Kvalitativnih istraživanja u primjenjenim društvenim znanostima*, Udžbenici Sveučilišta u Zagrebu, SLAP.
- Kolb, DA 1984, *Experiential Learning: experience as the source of learning and development*, Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- Morin, E 2018, *Spoznaja, neznanje, misterij*, TIM press d.o.o., Zagreb.
- Patton, QP 2002, *Qualitative Research & Evaluation Methods*, SAGE Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi.
- Rescher, N 2010, *Philosophical Inquiries, An Introduction to Problems of Philosophy*, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, Pa., 15260.
- Saldane, J 2009, *Coding Manual for Qualitative Researchers*. SAGE Publications.
- Samardžić, S 2017, *Ovisnost učenika četvrtog razreda srednje škole*. U: Vuletić, S i sur. (ur.), *Fenomenologija profesije javno zdravstva*, Vlastita naklada 2017, Zagreb, str. 96-129.
- Saussure, F 2010, *Tečaj opće lingvistike u Žmegač, V, Prošlost i budućnost 20. stoljeća*, Matica Hrvatska.
Wright, 1975, *Objašnjenje i razumljevanje*, Nolit, Beograd.
- Teherani, A, Martimianakis, T, Stenfors-Hayes, T, Wadhwa, A & Varpio, I 2015, *Choosing a Qualitative Research Approach*, *J. Grad. Med. Educ.*, vol. 7, no 4, pp. 669-670.
- van Manen, M 2016, *Researching lived experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*.
- Vuletić, S 2017, *Specifične potrebe jednoroditeljskih obitelji*. U: Vuletić, S i sur. (ur.), *Fenomenologija profesije javno zdravstva*, Vlastita naklada 2017, Zagreb, str. 39-49.

Fenomenologija je resurs za refleksiju javnozdravstvenih pitanja koja se temelje na iskustvu aktera. Kao rezultat toga kreira se usmjerena politika javnog zdravstva (policy) koja za svoju realizaciju zahtijeva odgovarajući usklađeni politički angažman (politics)...

Priručnik "Fenomenologija u javnom zdravstvu" ulogom je razmjeran savršenom Neckamovom opisu kompasa. Izum kompasa omogućio je određivanje smjera kada je nebo bilo oblačno ili maglovito i kad orijentiri nisu bili na vidiku. Vuletić i Kern "stvorili" su kompas s konceptualno, moralno i metodološki "magnetiziranom" iglom koji bi nam mogao pomoći pri putovanju zacrtanim i neistraženim teritorijima istraživanja i intervencija u javnom zdravstvu.

Stjepan Orešković

