



Visoka šola  
za zdravstveno nego  
Jesenice

College  
of Nursing  
Jesenice

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študija programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**POMEN VERBALNE IN NEVERBALNE  
KOMUNIKACIJE V ZDRAVSTEVNI NEGI  
PACIENTA NA UMETNI VENTILACIJI**

Mentorica: dr. Saša Kadivec, viš. pred.

Kandidatka: Daša Makuc

Jesenice, februar, 2012

## **ZAHVALA**

Za ves trud, čas, pomoč in nasvete bi se rada zahvalila mentorici dr. Saši Kadivec, viš. pred., pomočnici direktorja za področje zdravstvene nege v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik (v nadaljevanju: Klinika Golnik), Katji Vrankar, strok. sod., vodilni medicinski sestri Oddelka za intenzivno terapijo in nego Klinike Golnik in vsem svojim sodelavkam in sodelavcem omenjenega oddelka Klinike Golnik, ki so mi pomagali pri nastajanju moje diplomske naloge. Zahvalila bi se tudi sociologinji Miljani Vegnuti za vso pomoč in nasvete pri anketi.

Posebna zahvala pa gre vsem intervjuvanim pacientom, ki so si vzeli čas zame, spet »odprli stare rane« in delili občutke in čustva, ki so jih doživljali med boleznijo. V veselje so mi bili vsi pogovori z njimi; hvaležna sem jim za odkritost in zanimivost, ki so jih delili z menoj.

Zahvala pa gre tudi moji družini, fantu in prijateljem, ki so me med študijem podpirali.

Brez vseh vas, ki ste mi kakor koli pomagali pri nastajanju diplomske naloge, mi vsekakor ne bi uspelo.

Hvala.

## **POVZETEK**

### **Teoretična izhodišča:**

Diplomsko delo predstavlja pomembnost in načine komunikacije v zdravstveni negi pacienta na umetni ventilaciji. Komunikacija je za pacienta na umetni ventilaciji izredno težka naloga. Ko se soočijo s stanjem, kjer prevladuje neverbalni način komunikacije, doživijo nelagodje, depresijo, stres in podobno. K temu veliko pripomore še omejevanje rok, sedacijska sredstva, nemoč, neznanje ter nezanimanje pacientov in medicinskih sester. Teoretični del diplomskega dela prikazuje značilnosti verbalne in neverbalne komunikacije, posebej pri pacientu na umetni ventilaciji. Empirični del temelji na analizi anketnih vprašalnikov, ki jih je izpolnilo 30 medicinskih sester na Oddelku za intenzivno terapijo in nego v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik ter 30 pacientov, ki so bili umetno ventilirani na Oddelku za intenzivno terapijo in nego Klinike Golnik.

Študija je pomembna zaradi pomembne vloge komunikacije v življenju pacientov, posebej tistih, ki so umetno ventilirani. Le s pomočjo kvalitetne raziskave lahko pomagamo pacientom, ki so ujeti v bolezen, ki jim odvzame možnost primarnega načina komunikacije.

**Cilji:** Glavni cilj je ugotoviti zadovoljstvo pacientov in načine komuniciranja v času umetne ventilacije z diplomiranimi medicinskimi sestrami in tehnikami zdravstvene nege in ugotoviti, katere vrste komunikacij se uporabljajo, katere so najbolj uspešne, kaj pacienti pri komunikaciji najbolj pogrešajo in kaj bi jim omogočalo boljše ter lažje izražanje.

**Metoda:** Uporabili smo deskriptivno metodo empiričnega raziskovanja. Raziskavo smo opravili s pomočjo anketnih vprašalnikov za paciente in za medicinske sestre.

**Rezultati:** Ocena zadovoljstva pacientov z načinom komunikacije v času umetne ventilacije je skupno 3,5 od skupne ocene 5, pri čemer večja ocena pomeni višjo stopnjo zadovoljstva. Uporaba neverbalnih komunikacijskih sredstev, kot so govorne tabele (povprečna ocena 2,9) in list papirja ter svinčnik (povprečna ocena 2,5), je manj kot srednje pogosta. Pacienti največkrat menijo, da je razumevanje s strani diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege srednje pogosto (povprečna ocena 3,2). V času hospitalizacije so pacienti najbolj pogrešali svojce in domače okolje (povprečna

ocena 4,1), pogovor s svojci in prijatelji (povprečna ocena 4,0), prav tako pa povprečen pacient meni, da ni znal sporočiti svojega sporočila na pravi način (povprečna ocena 3,4).

V anketnem vprašalniku se diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege strinjajo, da mora biti odnos do pacientov spoštljiv (povprečna ocena 4,6) in da je znanje o komunikaciji s pacienti na umetni ventilaciji zelo pomembno za delo (povprečna ocena 4,6). Pri komunikaciji uporabljajo bolj neverbalni način komunikacije (povprečna ocena 4,4), uporabljajo besede, ki jih pacienti razumejo (povprečna ocena 4,1), za boljšo komunikacijo uporabljajo druge pripomočke (povprečna ocena 3,8). Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege po njihovem mnenju dobro in učinkovito sodelujejo (povprečna ocena 4,3).

**Razprava:** Pacienti na umetni ventilaciji se znajdejo v posebnem položaju zaradi nezmožnosti verbalne komunikacije. Za delo s takim pacientom je treba imeti posebna znanja. Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege bi kljub trenutnemu znanju in izkušnjam z veseljem izkoristile dodatne seminarje in izobraževanja na to temo. Raziskovanje pa bi se lahko nadaljevalo tudi v smeri lažjega izražanja pacientov (nadgradnje črkovnih, govornih tabel, vpeljevanje tabličnih računalnikov) odvisno od potreb in zmožnosti pacientov.

**Ključne besede:** pacient, verbalna komunikacija, neverbalna komunikacija, umetna ventilacija, diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege.

## SUMMARY

### **Theoretical background:**

This diploma thesis tries to expose the importance of communication in nursing a patient requiring mechanical ventilation. Communication is an extremely difficult task for a person on mechanical ventilation. When patients are faced with condition where non-verbal communication is predominant, they can easily be subjected to discomfort, depression, stress, etc., to which a great deal is added through arm movement limitation, sedative drugs, helplessness, lack of knowledge, as well as lack of interest and knowledge of nurses. The theoretical part of the thesis deals with characteristics of verbal and non-verbal communication, with special emphasis given on patients requiring mechanical ventilation. The empirical part of the thesis is based on questionnaire analysis, obtained from completed questionnaires by 30 nurses from the Intensive Care Unit at the University Clinic of Respiratory and Allergic Diseases Golnik, as well as 30 patients on mechanical ventilation from the same ward.

The case study is relevant because of the importance of communication in the lives of patients, especially those on mechanical ventilation. Only with a thorough research can we adequately help the patients faced with disease that disables them from primary means of communication.

**Goals:** The main goals of this thesis are to assess the levels of communication satisfaction of patients on mechanical ventilation, as well as the methods of communication used between intubated patients and nursing staff. The thesis also tries to determine which methods of communication are adopted and which proved most effective. It also reveals the patients' frustrations with the methods used and ways of possible improvement in successful communication.

**Method:** Descriptive method of empirical researching was implored for the purposes of the thesis. Two sets of questionnaires were used, for the patients and nurses respectively.

**Results:** The level of patients' satisfaction with the methods of communication at the time of mechanical ventilation was 3,5 out of 5, where 5 presents the highest level of satisfaction. Use of non-verbal communication aids, such as writing tablets (average

level 2,9) and paper and pencil (average level 2,5) is less than average commonly used. The patients rated the understanding from the nursing staff as average common (average level 3,2). When hospitalized, the patients missed the most their family, domestic environment (average level 4,1); talking to family and friends (average level 4,0). Moreover, an average patient feels unable to have communicated a message in an appropriate way (average level 3,4).

According to the questionnaire, the nursing staff agree that the relationship to the patients must be respectful (average level 4,6); that knowledge of communicating with patients on mechanical ventilation is very important for their work (average level 4,6). The use of mostly non-verbal communication is present (average level 4,4); the use of familiar words is implored (average level 4,1); and other aids for improved communication are used (average level 3,8). According to their belief, the nursing staff cooperate well and efficiently (average level 4,3).

**Discussion:** Patients on mechanical ventilation are in a special situation due to their inability to communicate verbally. Special skills are required for working with such patients. Registered junior nurses would welcome any additional seminars and education on the subject. The research could continue also in the direction of how to improve and simplify the patients' communication (upgrading writing tablets, introduction of Ipads etc.).

**Key words:** patient, verbal communication, non-verbal communication, mechanical ventilation, nursing staff

## **KAZALO**

<b>1 UVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>2 KAKO KOMUNICIRAMO.....</b>	<b>3</b>
<b>3 KOMUNIKACIJA IN SESTAVA KOMUNIKACIJSKEGA PROCESA.....</b>	<b>5</b>
<b>4 VRSTE KOMUNIKACIJE .....</b>	<b>7</b>
4.1 Verbalno komuniciranje .....	7
4.2 Neverbalna komunikacija.....	8
<b>5 KOMUNIKACIJA V ZDRAVSTVU.....</b>	<b>10</b>
5.1 Motnje in nesporazumi, ki nastajajo v komunikaciji v zdravstvu .....	10
5.2 Komuniciranje v zdravstveni negi.....	11
5.3 Pacient na umetni ventilaciji in vloga medicinske sestre .....	13
5.4 Doživljanje stresa pri pacientih na umetni ventilaciji .....	17
5.5 Načini za učinkovito komunikacijo.....	18
<b>6 EMPIRIČNI DEL.....</b>	<b>20</b>
6.1 Problem in cilji raziskovanja .....	20
6.2 Raziskovalne hipoteze, raziskovalna vprašanja.....	20
6.3 Raziskovalna metodologija .....	21
6.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	21
6.3.2 Opis instrumentarija .....	21
6.3.3 Opis vzorca.....	23
6.3.4 Opis obdelave podatkov .....	23
6.4 Rezultati.....	24
6.4.1 Komunikacija s pacienti .....	24
6.4.2 Komunikacija medicinskih sester.....	30
6.5 Razprava.....	39

<b>7 ZAKLJUČEK .....</b>	<b>47</b>
--------------------------	-----------

<b>8 LITERATURA .....</b>	<b>50</b>
---------------------------	-----------

## **9 PRILOGE**

9.1 Anketni vprašalnik za paciente

9.2 Anketni vprašalnik za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege

## **KAZALO SLIK**

Slika 1: Udeležba na seminarju o komunikaciji z intubiranim pacientom. ....	36
---	----

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Pacientova ocena komunikacije diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege.....	25
---	----

Tabela 2: Ocena komunikacije diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege.....	30
--	----

Tabela 3: Pogostnost uporabljenih načinov komunikacije .....	32
--	----

Tabela 4: Odgovori diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege o načinu opravljanja postopka hranjenja, osebne higiene in aspiracije.....	33
--	----

Tabela 5: Primerjava izobrazbe, delovne dobe in starosti med diplomiranimi medicinskimi sestrami in tehniki zdravstvene nege .....	38
--	----



## 1 UVOD

Sposobnost človeškega komuniciranja je temelj vseh socialnih interakcij. Je prenos informacij od ene do druge osebe. Pri vsakem medosebnem odnosu in socialni interakciji je za sporazumevanje ključno tisto, kar nameravamo sporočiti, in odziv, ki ga to sporočanje dejansko izvabi. Komunikacija se stalno dogaja. Vsaka beseda in vsako obnašanje nekaj sporoča. Ne moremo ne komunicirati. Poslušajmo, kar nam nekdo govori, bodimo pozorni in spremljajmo njegovo obnašanje, ki nam sporoča tisto pravo resnico (Selič, 2007).

Beseda »komuniciranje« ima dolgo in bogato zgodovino. Izvira iz latinske besede *communicare*, ki pomeni (po)deliti, sporočiti, narediti nekaj skupaj. Beseda »communication« v latinščini ni pomenila splošne človeške spretnosti, ampak se je nanašala na nekaj splošno otipljivega ali jasnega, pa tudi na retorično spretnost govorcev, da pripravijo svoje občinstvo do sodelovanja v razpravi (Ule, 2005).

Komunikacija se začne z rojstvom in traja do smrti, ko ugasnejo vse življenjske funkcije. Skozi ta proces razvijamo svojo osebnost, odkrivamo pričakovanja drugih do nas in naša pričakovanja v odnosu do drugih, učimo se medsebojnih odnosov in vključevanja v življenjsko okolje. Pri vsem tem je problem, da se velikokrat ne zavedamo izrednega pomena, ki ga ima komuniciranje v vsakdanjem življenju, kar se kaže v tem, da je človekovo obnašanje skoraj vedno rezultat ali funkcija določene oblike komuniciranja. Na eni strani raznih oblik govornega komuniciranja, na drugi strani pa pisnega komuniciranja (Možina idr., 2004; Hoyer, 2005).

Za medicinsko sestro je, če želi, da pacienta celostno obravnava, znanje komuniciranja najvažnejša vrlina. Pogovor kot način sporazumevanja je ena od najzahtevnejših veščin, obenem pa je še vedno preslabo cenjena v zdravstvu, saj je na prvem mestu še vedno tehnologija in njeni napredki. Posvet med pacientom in medicinsko sestro predstavlja temelj reševanja praktično vseh zdravstvenih težav. Obliko sporazumevanja, ki jo v določeni situaciji uporabljamo, zberemo na podlagi pacientovega stanja, razumevanja in

načina komunikacije, katerega pacient najbolj razume. Veliko je odvisno tudi od znanja zdravstvenega in medicinskega osebja (Kersnik, 2007; Ule, 2009).

Raziskave (Rylance, 2002; Lešnik, 2007) so pokazale, da je dobro komuniciranje med pacientom in medicinsko sestro vsaj tako pomembno kot dobra strokovna obravnava in da se nezadovoljstvo z zdravstveno oskrbo veže prav na ta del obravnave.

## 2 KAKO KOMUNICIRAMO

Bistveni odgovor na vprašanje, zakaj komuniciramo, je, da bi preživel. S komuniciranjem lahko pridobivamo informacije in jih tudi dajemo. Informacije so bistveni element, ki nam omogoča, da se v okolju znajdemo. Podatke iz okolja pridobivamo s pomočjo naših čutil, ki so osnova za vnos informacij v naš organizem. Pravimo, da je komuniciranje življenjsko pomembna aktivnost (Mumel, 2008). Pri komunikaciji ne gre zgolj za sporočanje, z njo so zadovoljene tudi človekove psihološke potrebe po pripadnosti, ljubezni, varnosti in pri oblikovanju samopodobe. Celoten namen komuniciranja je biti slišan, priznan, razumljen in sprejet (Rungapadiachy, 2003).

Kadar se ljudje počutijo ogrožene, postanejo previdnejši, nezaupljivi, težje vzpostavijo stik z drugimi ljudmi, njihov prag strpnosti je nizek in pogosteje zahajajo v konflikte. Tako pa je tudi v zdravstvu, kjer imamo opraviti z ljudmi, ki so v stresnem stanju zelo ranljivi. Njihov prag strpnosti je zelo nizek že zaradi zdravstvenih težav. Če temu dodamo še ogroženo ekonomsko ali socialno varnost, lahko pričakujemo, da bomo v prihodnje potrebovali še veliko več komunikacijskih spretnosti, kot smo jih do sedaj. Zdravljenje je veliko bolj uspešno, če zdravstveno osebje in pacient dobro sodelujeta. Dobro sodelovanje pa je možno samo, če med njima poteka dobra komunikacija (Flajs, 2003).

Raziskave so pokazale, da so besede v komunikaciji še najmanj potrebne, saj je glas vsaj petkrat pomembnejši za sporazumevanje kot besede. Z glasom besedam vdahnemo čustva in razpoloženje. Z glasom lahko popolnoma spremenimo pomen istih besed. Zavedna raba besed, glasu in govornice telesa pripomore k boljšemu sporazumevanju. Opazovanje in poslušanje sogovornika, vživljanje v njegovo čustveno stanje, prizadevanje do drugačnosti pa nam po drugi strani zagotavlja lahkotno prilagajanje (Flajs, 2003).

Medicinska sestra naj bi pri komuniciranju čim pogosteje uporabljala odprti slog komuniciranja, ki pacientu ne daje možnosti, da odgovarja le z da ali ne, temveč mu omogoča, da izrazi tudi svoje mnenje (velja za paciente, ki so zmožni bolj kompleksnega vprašanja in odgovora). Takšna komunikacija vzame sicer nekaj več časa, a prinaša boljše učinke v celotnem procesu zdravljenja. Nekateri ljudje takšno komunikacijo uporabljajo spontano, drugi pa se jo morajo priučiti (Ružič Koželj, 2004). Prav tako moramo za dobro in uspešno komunikacijo poznati 4 elemente odprte komunikacije. To so odprtost, pravočasnost, točnost in razumevanje. Vsi ti elementi pomembno sodelujejo pri učinkoviti komunikaciji v organizaciji (Manojlovich, Antonakos in Ronis, 2009).

Pri vsakem človeku prevladuje eden od načinov komuniciranja, ki ga uporablja glede na njegov značaj. Na osnovi te delitve pa ločimo tri tipe ljudi:

- Vizualne, ki svojo okolico doživljajo prek besed. Slike si prikličejo z besedami. Spremljajo našo mimiko in obraz.
- Akustične/slušne, ki uporabljajo besede, povezane s tem, kaj slišijo. Tak človek govori v mislih, posluša šume in razne glasove. Podrobnosti so zanj nepomembne.
- Motorične/kinestetične, ki govorijo počasneje, takšni so prav tako tudi njihovi gibi. Stvari dojemajo čustveno, prav tako ne poslušajo natančno. Kadar govorimo, opazujejo predvsem naše kretnje in se osredotočijo na občutenje (Dermol Hvala, 2001).

### 3 KOMUNIKACIJA IN SESTAVA KOMUNIKACIJSKEGA PROCESA

V proces komunikacije sta po navadi vključena najmanj dva udeleženca: oddajnik in sprejemnik. Oddajnik odda sporočilo sprejemniku, ki sprejme sporočilo, nato se vlogi menjata (Hoyer, 2005).

#### **Sestava komunikacijskega procesa:**

Elementi, ki sestavljajo komunikacijski sistem, so: oddajnik, sprejemnik, pot oziroma komunikacijski kanal, sporočilo, koda, povratna zveza ter komunikacijska klima.

**Oddajnik** je pobudnik komunikacijskega procesa. On sporočilo pripravi in pošlje, tako da izbere najprimernejši kanal za pot sporočila. Vsa sporočila oddajnik na začetku ustrezno kodira, da ta najbolj ustrezajo komunikacijskemu kanalu, pri tem pa moramo paziti, da je namen sporočila čim bolj jasen in razumljiv, hkrati pa organiziran. To pa je ključna stvar za uspešno komunikacijo.

**Sprejemnik** je oseba, kateri je sporočilo namenjeno in ga tudi sprejme. Sporočilo mora ustrezno dekodirati, s tem ga pravilno razume.

**Komunikacijski kanal** je pot, po kateri potuje sporočilo od oddajnika do sprejemnika, in jo uporabljamo za prenos sporočila. Največje pravilo je, da je kanal pravilno izbran za določeno vrsto komunikacije, saj s tem zagotovimo pravičen pomen in razumljivost sporočila.

**Sporočilo** je vsebina, ki jo prenašamo, naj bo to verbalna ali neverbalna. Najpomembneje pri sporočilu je, da je razumljivo, brez odvečnih in dvomljivih besed, ki bi nasprotnika lahko samo zmedle.

**Povratna zveza** je odgovor sprejemnika na oddajnikov sporočilo (Možina idr., 2004).

Komunikacija je spretnost, za katero moramo imeti:

- perceptivne ali zaznavne sposobnosti,
- kognitivne sposobnosti, kot so razum, sposobnost presojanja, dekodiranja, enkodiranja, spoznavanje,
- vedenjske sposobnosti, vedeti, kaj reči, kaj storiti v dani situaciji, povezane z intuitivnostjo,
- emocionalne sposobnosti, ustrezno čustveno reagiranje, čustveno inteligenco, kot je sposobnost empatije (Ule, 2005).

Za začetek procesa velja prvi pogoj in to je oddano sporočilo. To oddano sporočilo mora biti preneseno po nekem kanalu od oddajnika do tistega, ki mu je namenjeno, v tretji fazi pa je pomembno, da je sporočilo sprejeto in razumljivo. Za komunikacijo je bistvena interakcija povratne zveze. Pomembno je, da sprejemnik sporočilo sprejme, ga interpretira, pojasni in odgovori oddajniku, mu da povratno informacijo in ta nanjo reagira (Hoyer, 2005).

Pri nastopu pred skupino ljudi imajo deleži posameznih sestavin komunikacije različen vpliv:

- pomen besed: 7 %,
- glas, intonacija govora: 38 %,
- govorica telesa, neverbalna komunikacija: 55 % (Ule, 2005).

## 4 VRSTE KOMUNIKACIJE

Poznamo več vrst komunikacije: namerno, nenamerno, simbolno, signalno, množično, medkulturno, odnosno, podporno. V vsakdanjem življenju nam je bližja in bolj razumljiva delitev na verbalno in neverbalno komunikacijo. Ločevanje komuniciranja na verbalno in neverbalno je možno v teoriji, sicer pa sta neločljivo povezana in prepletena, celo odvisna drug od drugega (Mohar, Drobne in Prebil, 2009).

### 4.1 Verbalno komuniciranje

Besedna ali verbalna komunikacija je lahko govorjena ali pisna. Pri besedni ali verbalni komunikaciji uporabljamo za prenos sporočil besede, ki so sestavni del jezika. Komunikacija z uporabo jezika je značilna samo za ljudi in je prisotna v vseh kulturah. Jasnost izražanja je bistvenega pomena za uspešno komunikacijo. Beseda, izgovorjena s človeškim, toplim glasom, je nenadomestljiva. To ni samo tekst, ki ga izgovarjamo, temveč je del osebe, ki ga izgovarja (Kneževič, 2001).

Verbalno sporočilo naj bi bilo usklajeno, kar pomeni, da omogoča razmah intonacij, izziva velik razpon jakosti, številne besedne poudarke, pretrganost govora z mnogimi premori, preobrati ritmov in hitro spremembo tempa. Lahko rečemo, da so različne komponente verbalnega sporočila ključnega pomena za uspešno komunikacijo (Škarić, 2005).

O verbalni komunikaciji govorimo, ko neka informacija doseže tistega, kateremu je bila namenjena, in sproži proti tej osebi reakcijo. Sprožimo jo z namenom, da dobimo odziv oziroma povratno informacijo. Če informacija ne sproži reakcije pri prejemniku, ne vemo, ali je ta dosegla naslovnik. Prednost verbalnega komuniciranja je, da je hitro, navadno vsebuje povratno informacijo in omogoča sočasno komuniciranje z več ljudmi. Slabost govornega komuniciranja pa se pokaže takrat, kadar si podaja sporočilo daljša vrsta ljudi. Pri tem obstaja veliko možnosti, da se bo pri komuniciranju pojavila napaka.

To pomeni, da se bo sporočilo, ko bo prišlo do končnega prejemnika, močno razlikovalo od njegove prvotne vsebine (Ule, 2005).

Prav tako pa ima verbalna komunikacija tudi nekaj pomanjkljivosti:

- vsak človek ima svoje predstave, zato posluša skozi svoje »filtre«;
- informacije so pogosto popačene zaradi razlik v razumevanju – halo efekt;
- površnost v izgovorjavi, nedokončani stavki, posploševanje, hitrost govora vnašajo v komunikacijo negotovost in dvome;
- razlike v razumevanju besed (narečja, tuji jeziki);
- slabo poslušanje (vpadanje v besedo, slišimo samo del celote, precenjujemo ali podcenjujemo sogovornika (Flajs, 2003).

## 4.2 Neverbalna komunikacija

Neverbalna komunikacija je izredno raznolika vrsta komunikacije, pri kateri ne uporabljamo besed, govora, temveč slike, logose, govorico telesa in drugo (McGraw Hill, 2004). Tak način komuniciranja je lahko povsem spontan, kar pomeni, da se ga ne zavedamo popolnoma. Neverbalna sporočila lahko posredujemo nehoteno ali nenamerno, spontano, pa tudi rutinsko. Sporočila o nas samih mnogokrat povedo več, kot bi si sami želeli, podobno pa tudi o našem sogovorniku. Temu lahko rečemo moč neverbalnega komuniciranja. Kar 60–70 % vsega sporočanja v socialnih srečanjih je sestavljeno iz neverbalnih znakov, saj je to vsaka nebesedna komunikacija, kjer se sporočila izražajo s telesom ali posameznimi deli telesa, s čustvi, z barvami, s prostorom okoli nas in na nas samih, z vzdih, molkom, dotiki in s tem, kako hitro se odzivamo na sogovornike. Neverbalno komuniciranje poteka bolj na nezavedni, medtem ko verbalno večinoma na zavedni ravni (Mohar, Drobne in Prebil, 2009).

Čustveno neverbalno komuniciranje je veliko močnejše od besed, ima širši pomen in takojšen učinek, ki traja in je naraven. Z neverbalno komunikacijo drugi veliko odkrijejo o osebi, ki jo opazujejo. Svojo samozavest ali živčnost in tremo kažemo s telesno držo, z gibi rok, obraznimi izrazi, s tonom glasu in hitrostjo govora. To lahko



uporabimo za prepoznavanje samozavesti ali stresa pri pacientih (Payne in Walker, 2002).

Besedna intonacija, govorica telesa in dotik so pogoste oblike neverbalnega jezika. Dotik lahko nadomesti besede. Pri določenih kulturah je dotik ena od oblik komuniciranja, to je element, ki je neizogibno potreben v zdravstveni negi pri izvajanju negovalnih intervencij. V določenih kulturah je dotik ena od oblik negovalnih intervencij (Možina idr., 2004).

Neverbalni jezik ima v različnih kulturah različne posebnosti in različne pomene. Ljudje, ki ne obvladajo istega jezika, se poskušajo sporazumeti na neverbalni način. Pri tem so še posebej uspešni, če izhajajo iz kultur, ki so si podobne (Mohar, Drobne in Prebil, 2009).

## 5 KOMUNIKACIJA V ZDRAVSTVU

Komuniciranje je zelo pomembna veščina, ki bi jo moral obvladovati vsakdo. Profesionalno komuniciranje je temeljno tkivo, ki povezuje udeležence v organizaciji in med organizacijami. Prav tako je pomembno, da se medicinska sestra nauči, kako s pomočjo komunikacije pacienta vključi v proces zdravljenja in zdravstvene nege (Hedberg idr., 2007).

Medicinske sestre morajo za boljšo komunikacijo s pacienti in sodelavci imeti predvsem dobre govorniško-retorične spretnosti, saj so prave in popolne informacije v zdravstvenem sistemu ključnega pomena, z njimi pacientom rešujemo življenje in omogočamo, da živijo kakovostnejše. S prenosom primerno podanih informacij lahko prihranimo veliko časa in se izognemo velikim napakam (Birk, 2009).

### 5.1 Motnje in nesporazumi, ki nastajajo v komunikaciji v zdravstvu

Zelo pomembno pri pogovoru je spoštovanje sogovornika. Posameznika moramo obravnavati kot enkratno osebnost. Ne smemo prizadeti njegovega samospoštovanja, ker s tem prizadenemo njegovo osebnost, želje, cilje in pričakovanja. Pustiti mu moramo njegovo lastno mišljenje. Ovire oziroma motnje v komunikaciji v zdravstveni negi lahko nastopijo s strani oddajnika (medicinska sestra) in prejemnika (pacient). Nazadnje pa so lahko motnje tudi v komunikacijskem kanalu ali poti (šumi, motnje) (Pajnkihar in Lahe, 2006).

Najpogostejše motnje s strani medicinskih sester so po navadi, da:

- neurejeno, nejasno govorijo,
- narobe podajajo navodila,
- govorijo tiho in nerazločno,
- so negotove same vase,
- so neodkriti do pacientov in samih sebe,
- ne razumejo, koliko določene informacije lahko pomenijo pacientu,
- jim primanjkuje časa,

- ne obvladajo jezika,
- govorijo preveč strokovno, zato jih pacienti ne razumejo (Pajnkihar in Lahe, 2006).

Najpogostejše motnje s pacientove strani:

- se ne znajo, ne morejo izražati,
- bolečina,
- imajo okvarjen sluh,
- duhovna pasivnost,
- trpijo za pomanjkanjem pozornosti,
- ne poslušajo takrat, ko je treba,
- imajo strah pred spraševanjem, odgovarjanjem, avtoriteto,
- so sramežljivi,
- muči jih depresija,
- so agresivni (Pajnkihar in Lahe, 2006).

Pacient je z dobro komunikacijo bolj zadovoljen in raje sodeluje pri samem zdravljenju. Tudi dobra komunikacija med medicinskimi sestrami omogoča prijetnejše vzdušje v kolektivu in boljše delovne rezultate. Pri komunikaciji v zdravstvu gre za večplastno komunikacijo, ki po mnenju strokovnjakov vpliva na izid zdravljenja (Ružič Koželj, 2004).

## 5.2 Komuniciranje v zdravstveni negi

Poklic medicinske sestre je zelo odgovoren poklic. Središče njenega delovanja in zanimanja je bolan ali zdrav človek. Za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege mora imeti medicinska sestra ustrezno znanje in spretnosti. S stalnim spremljanjem novosti in pridobivanjem novih znanj medicinska sestra gradi osebno in strokovno rast. Skrb za lastno zdravje in zdravje drugih je pomembna dolžnost in odgovornost diplomirane medicinske sestre in tehnika zdravstvene nege (Mohar, Drobne in Prebil, 2009).

V zdravstveni negi komunikacija poteka med zaposlenimi v zdravstvu, pacientom, njegovimi svojci in študenti. Tudi komunikacija pri kliničnih vajah, ki se mora vzpostaviti med študenti zdravstvene nege in pedagoško medicinsko sestro, mora biti primerna, če želimo doseči namen vaj (Henderson idr., 2007).

S primerno komunikacijo bi se zaposleni v zdravstveni negi lahko izognili stresu na delovnem mestu, saj bi znali informirati tako zaposlene kot paciente in svojce. S pacienti bi znali in se upali pogovarjati ne glede na zdravstveno stanje in karakter posameznika. Pacienti bi postali bolj odprti in tako bi izboljšali odnos med pacientom in medicinsko sestro, pravi trenutek bi dobili želene informacije in tako ukrepali pravočasno. S tem bi pacientu skrajšali proces zdravljenja, ga naredili bolj prijetnega, saj se nikoli ne bi počutil izključenega in samega. Zdravstvo se ob velikih družbenih spremembah, ki so pogojene predvsem z napredkom informacijske tehnologije, sooča s pomembno transformacijo odnosa med pacientom in medicinsko sestro. Pacienti imajo vse več informacij in znanja o bolezni in njenem zdravljenju ter želijo biti aktivno vključeni v odločitve (Hopkins, 2003; Steward idr., 2003).

V enoti intenzivne terapije in nege se srečujemo z odvisnimi in nezavestnimi pacienti. Pri komunikaciji z nezavestnimi pacienti je zelo pomembno, da se z njimi pogovarjamo, saj ne vemo, koliko nas slišijo. Uspešno komunikacijo s pacienti na oddelku za intenzivno terapijo in nego dosežemo s poglobljenim procesom, ki je značilen za vsako komunikacijo med medicinsko sestro in pacientom, zavedati se moramo tudi, da je proces komunikacije otežen zaradi narave bolezni težkega pacientovega stanja. Pogosto je komunikacija otežena, saj se na oddelku intenzivne terapije in nege zdravijo pacienti z motenimi komunikacijskimi vzorci, s sindromom slabše razvidnosti, pacienti, ki so slepi, gluhi ali nemi, pacienti z duševnimi motnjami, pa tudi zasvojeni pacienti. Poleg vsega pa so lahko pacienti tudi intubirani in umetno ventilirani ter pod vplivom sedacije in analgezije, kar otežuje komunikacijo. Najpomembnejše delo medicinske sestre je ustvariti lažje okolje za pacienta in dajanje podpore pacientu. V komunikaciji s pacientom mora biti potrpežljiva in mu dati dovolj časa, da odgovori, mu ponavlja besede, stavke zahteve. Uporabljati mora znati preproste besede, ki so za pacienta razumljive, uporablja pa tudi vizualna pomagala in pomagala za pisan jezik. Pri

*Daša Makuc: Pomen verbalne in neverbalne komunikacije v zdravstveni negi pacienta na umetni ventilaciji*

pacientih, ki niso zmožni verbalno izražati svojih želja, mora medicinska sestra uporabljati primerne tehnike neverbalne komunikacije. Pri izvajanju terapevtskih in negovalnih postopkov pacientu vedno razložimo namen in izvedbo ter čas trajanja postopkov. Vedno je potrebno počakati na pacientove odzive, to lahko opazimo kot kimanje z glavo, odpiranje in zapiranje oči ter stisk roke. Preveriti je potrebno, ali je pacient pravilno razumel razlago. Pomembno je tudi, da pacientu vedno govorimo resnico. Pacient, ki je nezmožen govoriti z medicinsko sestro, je nezmožen opisati občutek tesnobe in izoliranosti, zato je pomembna neverbalna komunikacija, saj iz njegove telesne govorice in mimike obraza lahko razberemo, kar nam želi povedati, prav tako pa lahko razberemo tudi veliko o pacientovem stanju (Križan, 2009).

### **5.3 Pacient na umetni ventilaciji in vloga medicinske sestre**

Odpoved dihanja je primarna indikacija za respiratorno podporo. To se zgodi, ko je pljučna izmenjava plinov dovolj oslABLJENA, da bo povzročil hipoksemijo. Vzrokov za odpoved dihanja je več, vsi pa so zelo zahtevni in težki za pacienta (Bersten in Soni, 2003).

Naprava, ki jo uporabljamo za nadomeščanje ali krepitev pacientovega spontanega dihanja, se imenuje ventilator. Pojavlja se tudi ime respirator, ki pa ni primerno, saj ventilator nadomesti samo predihavanje (ventilacijo). Kadar se ventilator uporablja v anesteziji, ga imenujemo anestezijski ventilator (Manohin in Križmarič, 2006).

Mehanska ali umetna ventilacija je postopek, s katerim se vzdržujejo vitalne funkcije pri pacientu, ki je sam tega zaradi bolezenskega stanja nezmožen. Ventilator je aparat, ki podpira dihanje pacienta, pri katerem je dihanje zaradi različnih bolezenskih procesov nezadostno. Aparat, ki se v ta namen uporablja, imenujemo respirator ali aparat za dihanje (Cör, 2007).

Vloga medicinske sestre je zelo pomembna, saj je ob pacientu 24 ur na dan, zato mora prepoznati vse parametre ventilatorja in izvajati pri pacientu ustrezen nadzor. Merijo se EKG, neinvazivno merjenje krvnega tlaka in merjenje saturacije (nasičenosti

hemoglobina s kisikom). Vsi ti podatki dajejo informacije o stanju obtočil, podatke o izmenjavi plinov in iz tega je tudi razvida stopnja pacientove prilagoditve na aparat (Bahns, 2004).

Medicinska sestra, ki je zaposlena v organizaciji, kjer se ukvarjajo s pacienti na umetni ventilaciji, mora imeti zelo specifično znanje na področju diagnostičnega in intervencijskega zdravljenja. Medicinska sestra mora biti natančna pri rokovanju z diagnostičnimi in intervencijskimi pripomočki za izvedbo intubacije. Takšno delo od medicinske sestre zahteva redno in strokovno usposabljanje in sprotno seznanjanje z novostmi (Kupnik, 2006).

Pogosti so očesni stiki in govorica telesa, manj je pisanja, abecednih ali raznih drugih govornih plošč in tabel. Komunikacija je velikokrat ovirana zaradi oslABLjenosti, sedacije, utrujenosti, delirija ali nevroloških bolezni, zato stisko pacienti prenašajo skozi tesnobo, paniko, jezo, frustracijo, nespečnostjo, stresom. Veliko podatkov in raziskav je bilo opravljenih na temo komunikacije s pacienti na umetni ventilaciji in vse kažejo na isti problem, neverbalno komunikacijo in nezmožnostjo izražanja želja misli, kar se kaže z večjo resnostjo bolezni, občutki jeze, frustracij (Houze, Radtke in Sereika, 2010).

Primarni načini komunikacije pacientov na umetni ventilaciji so: kimanje z glavo, stik z usti, geste, pisanje. Raziskava (Rotondi idr., 2002), ki je potekala na oddelku intenzivne terapije in nege, je pokazala, da je biti intubiran in umetno ventiliran opisan kot strašna izkušnja za kritično bolne paciente. Komunikacija je pomemben dejavnik pri ocenjevanju bolečine in drugih simptomov, vendar je pri njih zaradi umetne ventilacije okrnjena. Zelo pomembno je sodelovanje med medicinskimi sestrami in pacientom, saj lahko olajša izražanje pomembnih misli in čustev, prav tako pa lahko izboljša oceno simptomov kritično bolnih. Veliko pacientov na oddelku za intenzivno terapijo in nego umre, brez možnosti, da v celoti izrazijo svoje želje in potrebe ob koncu življenja. Prav tako pa jih endotrahealni tubus ovira pri komunikaciji z njihovimi družinskimi člani. Pacienti se v takem trenutku znajdejo v izredno neprijetni situaciji, prav zaradi izgube verbalnega komuniciranja. Po raziskavah sodeč si veliko sorodnikov od vsega najbolj

želi slišati glas svojca, nekateri pa se zadovoljijo z odgovori na njihova vprašanja na neverbalen način.

Pri komuniciranju s pacientom na umetni ventilaciji je potreben čas in napor. Pri pacientih velikokrat lahko zaznamo občutke nestrpnosti, motnje, jezo, ker jih lahko napačno razumemo. Poleg očesnega stika je tudi dotik in stisk rok lahko eden od načinov komuniciranja z intubiranimi pacienti. Medicinske sestre se tako znajdejo z mnogimi izzivi pri takem delu, saj obstaja zelo malo raziskav, povezanih s komunikacijo s pacienti na umetni ventilaciji, zato si največ znanja naberejo prav v praksi (Eadie idr., 2006).

Pri pacientih, ki so na umetni ventilaciji, je komunikacija omejena predvsem na preproste kratkoročne informacije, povezane s telesno vlogo, z različnimi vprašanji in ukazovanji. Pacienti, ki so na umetni ventilaciji, ne morejo verbalno odgovarjati na naše vprašanje, ampak le z neverbalno komunikacijo, ki jo zelo zatremo z omejitvijo zapestja. Po drugi strani pa obstaja skrb, da bi si pacient, ki ima proste roke, kaj nehote ali hote odstranil, kar bi pomenilo, da bi lahko sam sebi škodoval. Vse to privede do pacientovega stresa, depresije, ker ne more komunicirati tako kot prej, ko je bil zdrav. Najlažji pacientov način, kot smo že omenili, je kimanje z glavo ali rokami. Vprašanja, ki jih medicinske sestre zastavljajo pacientom, pa naj bi bila preprosta in naj bi se nanje lahko odgovarjalo z da ali ne. Predvsem potrebuje medicinska sestra za delo s takimi pacienti veliko več časa, truda in predvsem več znanja za uspešno komunikacijo (Morse in Pooler, 2002).

Pacienti na umetni ventilaciji imajo večjo željo in potrebo po komuniciranju, saj je med procesom zdravljenja, ko so umetno ventilirani, ta sposobnost onemogočena. Raziskava (Carroll, 2004) je potekala pri pacientih na umetni ventilaciji, ekstubiranih v roku 72 ur. Osebe so sodelovale v pogovoru, ki je trajal od 20 pa do 60 minut, vsa vprašanja pa so se navezovala na njihovo doživljanje zdravljenja na umetni ventilaciji. V raziskavi je 62 % pacientov odgovorilo, da so čutili visoko stopnjo frustracije brez komunikacije, medtem ko so bili umetno ventilirani. Pacientova nezmožnost sporočanja se kaže v

občutku izgube nadzora, depersonalizaciji, anksioznosti, strahu, stiski in neprepoznavanju bolečine s strani medicinskih sester. Veliko pacientov je postalo zaskrbljenih, medtem ko njihove potrebe niso bile izpolnjene zaradi njihove nezmožnosti ustnega komuniciranja z medicinskim osebjem ali družino.

Nezmožnost govora je za pacienta zelo močna negativna izkušnja. Dobljene podatke je potrebno pravilno pretvoriti in dati pacientom znak, da smo jih pravilno razumeli, s tem si pri njih pridobimo zaupanje. Pacienti na umetni ventilacijo so bolj zahtevni, bolj nepotrpežljivi, jezni, saj jim je z odvzajem verbalne komunikacije vzeta vsa avtonomija. Zato se sčasoma naučimo delati s takimi pacienti, postanemo bolj potrpežljivi, dovzetni in jih tudi lažje razumemo (Carroll, 2007).

Študija (Laakso, Hartelius in Idvall, 2009) pokaže, da dobra komunikacija med pacienti na umetni ventilaciji in diplomiranimi medicinskimi sestrami in tehnikami zdravstvene nege pospešuje dobro okrevanje, saj je dokazano, da je slaba komunikacija eden od glavnih duševnih težav, s katerimi se srečujejo pacienti. Medicinska sestra takemu pacientu daje občutek varnosti in zaupanja. Prav tako je pozitivno raziskan tudi vpliv družinskih članov k dobri komunikaciji med pacientom samim in medicinsko sestro, saj lahko medicinske sestre prek svojcev spoznajo pacienta, njegove navade, običaje, želje, način obnašanja (Chelluri idr., 2003).

Študije (Bruto, 2003), ki govorijo o izkušnjah in stresnih dogodkih pri pacientih na umetni ventilaciji, kažejo na pomemben odnos oziroma veliko povezavo med zmožnostjo govorjenja in občutkom panike in negotovostjo, prav tako tudi z motnjo spanja in s stresom, ki jih taki pacienti doživljajo (Bruto, 2003).

Raziskava (Houze, Radtke in Sereika, 2010) je pokazala, da 37 % pacientov medicinske sestre niso uspešno razumele, medtem ko so pacienti navajali potrebe in zahteve. Največkrat ni bila prepoznana bolečina, ki so jo doživljali. Med vzroke za to so največkrat navajali oslABLjenost, sedacijo, utrujenost, delirij ali nevrološke bolezni, zato stisko pacienti prenašajo skozi tesnobo, paniko, jezo, frustracijo, nespečnost, stres.



#### 5.4 Doživljanje stresa pri pacientih na umetni ventilaciji

Pacienti na umetni ventilaciji poročajo o hudem stresu (Moser idr., 2003). Pacienti se soočajo s pomanjkanjem spanja, z nočnimi morami in izrazitim občutkom izolacije in osamljenosti. Ker smo ljudje komunikativna bitja, je odvzem komunikacije, kot ga lahko doživimo pri pacientih na umetni ventilaciji, zelo neprijetna izkušnja, ki lahko popelje pacienta do izredno stresnega stanja (Rotondi idr, 2002). Pomoč medicinskih sester pacientom daje občutek varnosti, vendar je po raziskavah (Happ, 2001) še vedno velik problem, da imajo medicinske sestre veliko dela, veliko časa se posvečajo aparaturam za vzdrževanje življenjskih funkcij, pacientom težko berejo z ustnic, ne prepoznajo pisave, vse pa je povezano z znanjem medicinske sestre o komunikaciji s pacienti na umetni ventilaciji (Alasad in Ahmad, 2005).

Motnje spanja so pogoste prav zaradi problemov in stresa, ki jih imajo pacienti v enoti intenzivne terapije. Pogosto ne morejo spati ali pa je njihov spanec zelo rahel (Tamburri idr., 2004). Čeprav ni vedno mogoče, je prav, da se medicinska sestra potruzi, da skuša pacienta čim bolj pripraviti na spanje, in da skuša izločiti dejavnike, ki bi ga lahko motile pri spanju (hrup, luči, alarmi, prezračenos prostora) (Honkus in Thomas, 2003). Raziskava (Arabi in Tavakol, 2009) pokaže, da se nekateri pacienti bojijo zaspati, ker mislijo, da bodo umrli, drugi pa zaradi tega, ker jih motijo drugi pacienti. Pacienti imajo velikokrat težave s prepoznavanjem dneva in noči in posledično zamenjan ritem spanja.

Občutek, da se pacienti na umetni ventilaciji počutijo varno, je bistvenega pomena. Vsi negativni občutki, kot so osamljenost, strah, tesnoba, ovirajo pacientovo zaupanje in varnost. Medicinska sestra lahko takemu pacientu pomaga s tem, da mu okolje naredi bolj njemu prijazno. Za boljšo orientacijo o času in datumu lahko pacientu postavimo uro nasproti njega, da bo lahko sam spremljal, koliko je ura in kateri dan je. Prav tako lahko takemu pacientu v njegovo vidno polje postavimo različne slike družine. Velik pripomoček k boljšemu počutju pa je komunikacija med pacientom in medicinsko sestro in spodbujanje družine za komunikacijo s svojcem (Jones idr., 2000; Price, 2004).

Študije so pokazale, da pri komunikaciji med medicinsko sestro in pacientom na oddelku intenzivne terapije in nege pogostejše in pozitivnejše odzive komunikacije doživljajo s pacienti, ki imajo večjo odzivnost, kot s pacienti, ki so manj odzivni. Sedativi ali narkotična zdravila resno škodujejo ali preprečujejo komunikacijo pacientov (Happ, Tuite, Dobbin, DiVirgilio-Thomas in Kitutu, 2004). Medtem ko so pacienti na umetni ventilaciji sedirani, se zmanjša sodelovanje z medicinskimi sestrami, saj budni pacienti lahko veliko bolj dejavno sodelujejo v komunikaciji in poudarjanju njihovih lastnih potreb, prav tako pa naj bi vplivala tudi na njihov nadaljnji odnos (Fridlund; Hemstreet; Lundberg; Mirski in Samuelson, 2007).

Uspešna komunikacija s pacientom na umetni ventilaciji je bistvenega pomena predvsem za zadovoljitev osnovnih fizioloških in duševnih potreb, ki jih človek normalno potrebuje. Predvsem je pomembno, da zna medicinska sestra oceniti pacienta, kakšne so njegove potrebe, zahteve in sposobnost njenega in pacientovega komuniciranja. Zato morata diplomirana medicinska sestra in tehnik zdravstvene nege prilagoditi način komunikacije in imeti zanjo primerna znanja, zato da bodo njegove potrebe zadovoljene (Markstrom in Sundell idr., 2002; Windisch in Crie, 2006). Prav tako je pomembno komuniciranje med vsemi zaposlenimi, ki s pacientom sodelujejo, saj dober odnos med njimi samimi deluje v dobro pacienta (Grossbach, Stranberg in Chlan, 2011). Sodelovanje bistveno vpliva na pacientov izid in dolžino zdravljenja. Kljub temu da so pacienti na umetni ventilaciji močno prikrajšani na različnih področjih dojetja telesa, se dobro zavedajo stanja, v katerem so (Narasimhan; Eisen; Mahoney in Acerra, 2006).

## **5.5 Načini za učinkovito komunikacijo**

Komunikacija, ki jo uporabljamo s pacienti na umetni ventilaciji na oddelkih intenzivne terapije in nege, je rutinska aktivnost za zdravstveno osebje. Za kar najbolj učinkovito komunikacijo se lahko uporabljajo različne komunikacijske tehnike, ki se je morajo posluževati tako svojci kot obiskovalci. Učenje komuniciranja in prilagajanja novim tehnikam je za paciente težko in utrujajoče. Predvsem gre za nezmožnost verbalnega komuniciranja. Pacienti kljub vstavljenemu tubusu skušajo govoriti, a ne morejo.

Uporaba sedativov zmanjšuje sposobnost komuniciranja. Prav tako prihaja do telesne oslabeledosti pacienta, kar posledično zmanjša možnosti komuniciranja (Vrankar, 2011).

Za doseganje učinkovite komunikacije s pacienti na umetni ventilaciji obstaja več orodij. Medicinske sestre skušajo prepoznavati branje mimike in telesa in uporabljajo svinčnik in papir. Poznani so tudi drugi pripomočki za olajšanje sporazumevanja, kot so različne besedne deske za komuniciranje ali pa elektronsko naprave, ki se uporabljajo predvsem pri pacientih, ki so dolgo časa hospitalizirani, predvsem za ocenjevanje in vrednotenje bolečine (Happ, 2001). Najpogostejše oblike komuniciranja s pacienti na umetni ventilaciji so (Wojnicki-Johansson, 2001): komuniciranje s telesnimi kretnjami, obrazna mimiko, branje z ustnic, stik z očmi, postavljanje kratkih in jasnih vprašanj, na katera pacient odgovarja z da/ne, uporaba svinčnika in papirja, uporaba abecedne sestavljanke ter slikovnih tabel s simboli.

## 6 EMPIRIČNI DEL

Raziskava temelji na deskriptivni metodi empiričnega raziskovanja. Pri empiričnem delu so podatki zbrani in analizirani na primarnih in sekundarnih virih. Primarni viri oziroma anketni del pa temelji na kavalni metodi analiziranja in interpretacije podatkov anketnega vprašalnika. Sekundarni viri so zbrani s pomočjo strokovne literature internetnih virov ter podatkovnih baz: CINAHL, PUB MED, itd.

### 6.1 Problem in cilji raziskovanja

Namen diplomske naloge je ugotoviti zadovoljstvo pacientov z načinom komuniciranja v času umetne ventilacije in načine komuniciranja pacientov na umetni ventilaciji z diplomiranimi medicinskimi sestrami in tehnikami zdravstvene nege. Namen je ugotoviti prednosti in slabosti komunikacije s pacienti na umetni ventilaciji pri izvajanju življenjskih aktivnosti, kot so hranjenje, izvajanje osebne higiene in diagnostično terapevtskega posega aspiracije dihalnih poti. Namen je ugotoviti najpogostejše in najučinkovitejše poti komunikacije, ki jih uporabljajo diplomirane medicinske sestre in tehnikami zdravstvene nege.

Cilji raziskave:

- Ugotoviti zadovoljstvo pacienta z načinom komunikacije v času umetne ventilacije.
- Ugotoviti učinkovite načine komunikacije v času zdravljenja pacienta na umetni ventilaciji.
- Ugotoviti značilnosti komunikacije pri izvajanju življenjske aktivnosti prehranjevanja, osebne higiene ter aspiracij skozi endotrahealni tubus.
- Ugotoviti, kakšne načine komunikacije ocenjujejo diplomirane medicinske sestre in tehnikami zdravstvene nege kot najpogostejše in najučinkovitejše.
- Ugotoviti, kako diplomirane medicinske sestre in tehnikami zdravstvene nege ocenjujejo svojo usposobljenost za komunikacijo s pacienti na umetni ventilaciji.

### 6.2 Raziskovalne hipoteze, raziskovalna vprašanja

1. raziskovalno vprašanje:

- Ali so diplomirane medicinske sestre in tehnikami zdravstvene nege z dodatnim izobraževanje usposobljeni za kakovostno in učinkovito komunikacijo s pacienti na umetni ventilaciji?

2. raziskovalno vprašanje:

- Ali diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege uporabljajo kakovostno in učinkovito komunicirajo s pacienti na umetni ventilaciji med izvajanjem nekaterih življenjskih aktivnosti (hranjenje, osebna higiena) in diagnostično terapevtskih posegih (aspiracija dihalnih poti skozi endotrahealni tubus)?

3. raziskovalno vprašanje:

- Ali je pacient na umetni ventilaciji zadovoljen z načini komunikacije?

### **6.3 Raziskovalna metodologija**

#### 6.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je potekala od maja do oktobra 2011 na Oddelku za intenzivno terapijo in nego Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik). Uporabljena je bila tehnika zbiranja podatkov z anketo za zaposlene diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege ter tehnika zbiranja podatkov za paciente – intervju. Metoda anketiranja zaposlenih je bila izvedena z anketnim vprašalnikom, katerega smo predhodno sestavili na podlagi preučevanja teorije in prakse in smo ga razdelili med izbrano osebje. Anketirali smo diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege Oddelka za intenzivno terapijo in nego ter s pripravljenim strukturiranim intervjujem intervjuvali paciente, ki so se predhodno zdravili na omenjenem oddelku Klinike Golnik. Pri tem je bila vsem anketirancem zagotovljena popolna anonimnost.

Ključne besede, ki smo jih uporabili pri iskanju literature: pacient, verbalna komunikacija, neverbalna komunikacija, umetna ventilacija, diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege.

Prav tako smo si pri preučevanju literature pomagali z podatkovnimi bazami: CINAHL, PUB, MED, itd.

#### 6.3.2 Opis instrumentarija

Za raziskavo diplomske naloge smo uporabili metodo strukturiranega intervjuja za paciente in metodo anketiranja za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene

nege. Vprašalnik in vprašanja smo pripravili na osnovi študije literature o komunikaciji in komunikaciji s pacienti. Vprašalnika sta sestavljena iz dveh sklopov: prvi sklop z demografskimi podatki in drugi sklop z vprašanji, ki so oblikovana kot postavke širše vsebine, ki je tema naloge, izmerjene s petstopenjsko lestvico strinjanja.

Za testiranje hipotez so bile uporabljene tudi posamezne podskupine odgovorov, za katere je bil predhodno izračunan koeficient skladnosti.

Strukturiran intervju za paciente je sestavljen iz 44 vprašanj. Prva 3 vprašanja so demografska, ostalih 38 je strukturiranih z vnaprej pripravljenimi odgovori, zadnja 3 vprašanja so odprtega tipa. Vsi rezultati intervjuja so prikazani v tabeli št. 1, ki prikazuje srednje vrednosti in standardne odklone, dobljene iz rezultatov odgovorov intervjuvanih pacientov.

Anketa za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege je sestavljena iz 44 vprašanj. Prva 4 vprašanja so demografska, ostalih 31 je strukturiranih z vnaprej pripravljenimi odgovori, med njimi je 5 vprašanj odprtega tipa. Tabela št. 2 prikazuje oceno komunikacije diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege in njihov vidik, kakšen mora biti odnos do pacienta. Tabela št. 3 prikazuje pogostost uporabljenih načinov komunikacije, ki jih pri sporazumevanju s pacienti uporabljajo diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege. Tabela št. 4 pa prikazuje, kako diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege ocenjujejo svoj način opravljanja postopka hranjenja in osebne higiene, in kako ocenjujejo svoje znanje pri opravljanju postopka aspiracij.

Za vnaprej pripravljena vprašanja smo uporabili 5-stopenjsko Likertovo lestvico ocenjevanja. Pri anketi za paciente 1 pomeni »nikoli«, 2 »redko«, 3 »včasih da, včasih ne«, 4 »pogosto« in 5 »vedno«. Pri anketi za zdravstveno osebje pa 1 pomeni »sploh se ne strinjam«, 2 »se ne strinjam«, 3 »neodločeno«, 4 »se strinjam« in 5 »popolnoma se strinjam«.

### 6.3.3 Opis vzorca

Raziskavo smo izvedli na Oddelku za intenzivno terapijo in nego Klinike Golnik. Vzorec sestavljajo pacienti, ki so bili predhodno od datumske opredelitve, ki poteka od 1. 1. 2011 do 31. 10. 2011, na umetni ventilaciji. V tem času je bilo na Oddelku intenzivne terapije in nege Klinike Golnik intubiranih in umetno ventiliranih 69 pacientov, od tega jih je 28 umrlo. V anketnem intervjuju je sodelovalo 30 pacientov, 5 pacientov je pogovor zavrnilo, 4 niso bili dosegljivi. 2 pacienta sta ob zaključku anketnega vprašalnika še vedno na umetni ventilaciji. Glede na spol je bilo 19 moških (63 %) in 11 žensk (37 %).

Na anketo za zaposlene je odgovarjalo 30 diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege, od tega 8 diplomiranih medicinskih sester, 1 diplomirani zdravstvenik, 18 srednjih medicinskih sester in 7 tehnikov zdravstvene nege. Glede na spol je odgovarjalo 24 žensk (80 %) in 6 moških (20 %). Večina anketiranega zdravstvenega osebja ima končano srednjo šolo (22), 1 zdravstveni delavec ima končano višjo šolo in 7 jih ima končano visoko šolo. 16 jih je mlajših od vključno 30 let, 14 pa starejših od vključno 31 let. 16 anketirancev je bilo starih 21–30 let, 8 anketirancev 31–40 let, 5 anketirancev 41–50 let in 1 anketiranec 51–60 let. Več kot polovica delavcev (17) ima krajšo delovno dobo od desetih let. 17 anketirancev ima od 1–10 let delovne dobe, 8 anketirancev ima od 11–20 let delovne dobe, 3 anketiranci imajo od 21–30 let delovne dobe, 2 pa več kot 30 let delovne dobe.

Vzorčenje smo izvedli od maja do oktobra 2011.

### 6.3.4 Opis obdelave podatkov

Vse dobljene podatke anketnega vprašalnika, ki smo ga pripravili in razdelili v obdobju od maja do oktobra 2011, smo v oktobru 2011 kvalitativno in kvantitativno obdelali, pri čemer smo uporabili računalniška programa Word in Excel. Za testiranje hipotez smo uporabili tudi posamezne podskupine odgovorov, za katere smo predhodno izračunali koeficient skladnosti. Za mero skladnosti podskupin vprašanj, ki tvorijo novo spremenljivko, smo uporabili Cronbachov alfa koeficient.

Lestvica zadovoljstva pacientov iz vprašalnika za paciente je sestavljena iz 14 postavk in ima glede na koeficient medsebojne skladnosti odgovorov zelo visoko skladnost, *Daša Makuc: Pomen verbalne in neverbalne komunikacije v zdravstveni negi pacienta na umetni ventilaciji*

0,88. Večina pacientov se je strinjala s postavkami, ki merijo pozitivne odnose med pacienti in medicinskimi sestrami.

Skupina treh postavk iz vprašalnika za paciente, ki se nanašajo na komunikacijo med pacientom in medicinskimi sestrami, ima glede na koeficient medsebojne skladnosti odgovorov, ki odraža enakomernost ocen istih postavk na celotnem vzorcu delavcev, 0,508, ki pomeni razmeroma majhno skladnost. Dobili smo ga iz 3 vprašanj iz tabele št. 1. Prvo vprašanje: Pri komunikaciji sem uporabljal/-a govorno tabelo; drugo vprašanje: Pri komunikaciji sem uporabljal/-a list papirja in svinčnik; in tretje vprašanje: Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege so razumeli, kaj jim hočem povedati.

Statistične postopke porazdelitve spremenljivk smo pregledali s frekvencami in z aritmetičnimi sredinami ter standardnimi odkloni.

Razlike med aritmetičnimi sredinami dveh skupin v primerjavi istih opazovanih spremenljivk med pacienti in medicinskimi sestrami smo testirali s t-testom za homogene vzorce, ker so imele vse spremenljivke v razdelitvi na podskupine enake variance. Za mero povezanosti med spremenljivkami smo uporabili Spearmanov rho koeficient.

Podatki so bili statistično obdelani v programu SPSS 16.0.

## **6.4 Rezultati**

### **6.4.1 Komunikacija s pacienti**

Pri intervjuvanju pacientov (30), ki so bili umetno ventilirani na Oddelku intenzivne terapije in nege Klinike Golnik smo skušali izvedeti občutke in načine komunikacije v času umetne ventilacije. Pacienti so na trditve odgovarjali po Likertovi lestvici z možnostjo ocene 1–5, pri čemer vrednost 1 pomeni nikoli, vrednost 5 pa vedno.

Rezultati prikazujejo, kakšno mnenje imajo pacienti o komunikaciji v času umetne ventilacije in kakšen odnos imajo do diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege, kako na vse to gledajo diplomirane medicinske sestre, kako se sporazumevajo s pacienti na umetni ventilaciji in kaj se jim zdi, da ti pacienti preživljajo.



**Tabela 1: Pacientova ocena komunikacije diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege**

<b>TRDITEV</b>	<b>Najnižja ocena</b>	<b>Najvišja ocena</b>	<b>Povprečna ocena</b>	<b>Standardni odklon</b>
Zaupal/-a sem medicinskim sestram.	1	5	4,7	0,8
Dobro sem se razumel/-a z medicinskimi sestrami in s tehniki zdravstvene nege.	2	5	4,4	0,9
Pred opravljanjem osebne higiene so mi diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege razložili, kaj bojo počeli z menoj.	3	5	4,3	0,8
Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege so mi bili na doseg in so se v primernem času odzivali na moje klice.	3	5	4,3	0,7
Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege so mi vedno povedali, kaj bodo počeli z menoj.	1	5	4,1	1,0
Pogrešal/-a sem svojce, domače okolje.	1	5	4,1	1,0
Pogrešal/-a sem pogovor s svojci in prijatelji.	1	5	4,0	1,1
Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege imajo dovolj znanja o komunikaciji z intubiranimi pacienti.	1	5	4,0	1,2

<b>TRDITEV</b>	<b>Najnižja ocena</b>	<b>Najvišja ocena</b>	<b>Povprečna ocena</b>	<b>Standardni odklon</b>
Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege so si vzeli čas zame in za moja vprašanja.	2	5	3,9	1,1
Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege so mi po opravljanju velike in male potrebe v kratkem času zamenjali plenico in me uredili, da sem se počutil čisto in urejeno.	1	5	3,9	1,3
Imel/-a sem suha usta.	1	5	3,8	1,3
Bil/-a sem žejen/-a.	1	5	3,7	1,4
Bolnišnično okolje sem sprejel/-a dobro.	1	5	3,7	1,1
Zagotovljena mi je bila zasebnost pri osebni higieni.	1	5	3,6	1,2
Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege so razumeli, kaj jim hočem povedati.	1	5	3,5	1,0
Velikokrat nisem znal/-a sporočiti na pravi način, zato me pogosto niso pravilno razumeli.	1	5	3,4	1,3
Veliko stvari med zdravljenjem se ne spominjam.	1	5	3,4	1,0
Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege so se vedno predstavili, kdo in kaj so.	1	5	3,2	1,3

<b>TRDITEV</b>	<b>Najnižja ocena</b>	<b>Najvišja ocena</b>	<b>Povprečna ocena</b>	<b>Standardni odklon</b>
Ko sem dobil/-a obiske, sem s svojci in prijatelji težko komuniciral/-a.	1	5	3,1	1,1
Zjutraj sem se zbuja/-a utrujen/-a.	1	5	2,9	1,3
Endotrahealni tubus me je zelo motil.	1	5	2,9	1,5
Pri komunikaciji sem uporabljal/-a govorno tabelo.	1	5	2,9	1,5
Zaradi endotrahealnega tubusa me je bolelo grlo.	1	5	2,8	1,6
Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege so mi povedali, kakšne tablete mi bodo dali po hranilni sondi.	1	5	2,7	1,4
Ponoči nisem dobro spal/-a.	1	5	2,7	1,4
Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege so mi povedali, kakšno in koliko hrane dobim.	1	5	2,7	1,5
Ko sem se zavedel/-a svojega stanja, sem bil/-a miren/-a.	1	5	2,6	1,2
Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege so govorili preveč strokovno.	1	5	2,5	1,3
Med aspiracijami sem imel/-a občutek, da ne dobivam dovolj zraka.	1	5	2,3	1,3
Pri opravljanju osebne higiene me je bilo sram.	1	5	2,2	1,2
Aspiracije so mi povzročale bolečine.	1	5	2,2	1,4

<b>TRDITEV</b>	<b>Najnižja ocena</b>	<b>Najvišja ocena</b>	<b>Povprečna ocena</b>	<b>Standardni odklon</b>
Med aspiracijo sem postal/-a paničen/-a zaradi občutka dušenja.	1	5	2,2	1,3
Pri aspiraciji po endotrahealnem tubusu v ustih mi je bilo slabo.	1	5	2,2	1,4
Ponoči nisem dobro spal/-a, saj me je zdravstveno osebje nenehno budilo.	1	4	2,1	1,1
Pri komunikaciji sem uporabljal/-a list papirja in svinčnik.	1	4	2,0	1,1
Ponoči so me zbujali drugi pacienti.	1	4	1,9	1,1
Poskušal/-a sem se ekstubirati.	1	5	1,8	1,4
Po hranjenju mi je bilo slabo.	1	5	1,8	1,3

Iz analize anketnega vprašalnika za paciente je razvidno, da so pacienti z najvišjo povprečno oceno ocenili vprašanje: Zaupal sem medicinskim sestram in tehnikom zdravstvene nege (4,7); Dobro sem se razumel z diplomiranimi medicinskimi sestrami in s tehniko zdravstvene nege (4,4); Pred opravljanjem osebne higiene so mi diplomirane medicinske sestre in tehniko zdravstvene nege razložili, kaj bodo počeli z menoj (4,3); Diplomirane medicinske sestre in tehniko zdravstvene nege so mi bili na dosegu in so se na moje klice odzivali v primernem času (4,3).

Najslabšo povprečno oceno pa so dobila vprašanja: Po hranjenju mi je bilo slabo (1,8); Poskušal/-a sem se ekstubirati (1,8); Ponoči so me zbujali drugi pacienti (1,9). Za vsa ta najslabše ocenjena vprašanja lahko rečemo, da v bistvu niti niso najslabše ocenjena, temveč imajo zelo dobro povprečje, saj so zastavljena na drugačen način kot nekatera ostala, ker sprašujejo po slabostih in ne po ugodju (primer: Po hranjenju mi je bilo slabo (1,8), se pravi ni bilo slabo (3,2) pacientom).

Najslabšo negativno povprečno oceno pa so dobila vprašanja: Pri komunikaciji sem uporabljal/-a list papirja in svinčnik (2,0); Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege so govorili preveč strokovno (2,5); Ko sem se zavedel/-la svojega stanja, sem bil/-a miren/-a (2,6); Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege so mi povedali, kakšno in koliko hrane dobim (2,7).

**Na zastavljeno vprašanje »Kakšne občutke ste doživljali, medtem ko ste bili intubirani?« so imeli anketiranci možnost odgovoriti prosto.**

Od skupno 30 anketiranih pacientov na to vprašanje nista odgovorila 2 pacienta.

Za večino je bila to zelo težka izkušnja, ki si jo bodo zapolnili za vse življenje (19 anketirancev). Nekateri so ta čas zdravljenja opisali kot nič posebnega (7 anketirancev). Prepustili so se toku zdravljenja, prepustili so se nam, medicinskim sestram, in niso dajali nekega velikega poudarka zaradi izgube verbalne komunikacije in dostojanstva, ki ga bolezen po navadi vzame. Nekateri so imeli občutek omotičnosti, ki jim je oslabila spomin med zdravljenjem (2 anketiranca). Pri večini je bilo zaznati močno željo po ozdravitvi in v bistvu narediti za to vse, kar je potrebno. Ko so bili nekateri že malo boljši, jim je bilo zelo dolgčas, saj niso imeli možnosti početi nič, kar bi jim lahko skrajšalo čas.

**Na vprašanje »Kako ste se počutili, ko ste se soočili z neverbalno komunikacijo? Ste pogrešali govorjenje?«**

Vsi anketirani pacienti (30) so odgovorili pritrdilno.

Govorjenje so pogrešali. Edina pomoč pri takem stanju so razni govorni pripomočki, kot so abecedne, slikovne tabele, svinčnik in papir, s katerim so se nekateri bolj, drugi manj znašli. Ko se človek znajde v stanju, kjer je verbalna komunikacija okrnjena oziroma je sploh nemogoča, je potrebno kar nekaj časa, da se navadi drugih načinov sporazumevanja. Nekateri so za še lažje komuniciranje predlagali tudi tablične računalnike, ki bi nekaterim še bolj pomagala.

**Na vprašanje »Kaj bi sporočili diplomiranim medicinskim sestram in tehnikom zdravstvene nege, da bi vnaprej še bolj učinkovito sodelovali in delovali na tem področju?«**

3 anketirani pacienti od skupno 30 anketiranih na to vprašanje niso odgovorili.

24 anketiranih pacientov je pohvalilo usposobljenost, znanje, požrtvovalnost, prijaznost, empatičnost, ustrezljivost diplomiranih medicinskih sester in tehnikov. Trije anketiranci pa so bili v glavnem zadovoljni z delom diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege, edino, kar bi hoteli izvedeti, je več o svojem poteku zdravljenja, motile pa so jih tudi pretrdo zavezane roke. Svetovali so, naj se vsaka diplomirana medicinska sestra in tehnik najprej postavi v vlogo pacienta, da bi dobila občutek, kaj vse doživljajo pacienti med zdravljenjem.

#### 6.4.2 Komunikacija medicinskih sester

V tabeli 2 so predstavljeni rezultati anketnega vprašalnika, kjer so diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege (30) odgovarjali na vprašanje ocene komunikacije s pacienti. Anketirani so na trditve odgovarjali po Likertovi lestvici z možnostjo ocene 1–5, pri čemer ocena 1 pomeni popolno nestrinjanje, ocena 5 pa popolno strinjanje. V tabeli 3 so diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege ocenjevali pogostnost uporabljenih načinov komunikacije s pacienti. Anketirani so na trditve odgovarjali po Likertovi lestvici z možnostjo ocene 1–5, pri čemer 1 pomeni vrednost nikoli, 5 pa vedno.

**Tabela 2: Ocena komunikacije diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege**

<b>TRDITEV</b>	<b>Najnižja ocena</b>	<b>Najvišja ocena</b>	<b>Povprečna ocena</b>	<b>Standardni odklon</b>
Odnos do pacientov mora biti spoštljiv.	4	5	4,6	0,5
Znanje o komunikaciji je zelo pomembno za delo s pacienti.	4	5	4,6	0,5

<b>TRDITEV</b>	<b>Najnižja ocena</b>	<b>Najvišja ocena</b>	<b>Povprečna ocena</b>	<b>Standardni odklon</b>
Odnos do pacientov mora biti razumevajoč.	2	5	4,5	0,7
V odnos med ms in pacientom je potrebno vložiti veliko truda.	1	5	4,3	0,9
Odnos do pacientov mora biti empatičen.	2	5	4,3	0,8
Znanje o komunikaciji pridobivamo z leti izkušenj.	2	5	4,3	0,9
Nadrejeni spodbujajo in omogočajo učenje komunikacije za boljši odnos s pacienti.	1	5	3,4	0,9
Šola in organizacije dajejo zadosti poudarka veščinam komunikacije z intubiranimi pacienti.	1	5	2,6	1,1

Najvišjo povprečno oceno pri tabeli št. 2, kjer so diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege ocenjevali svojo komunikacijo, so dobila sledeča vprašanja: Odnos do pacientov mora biti spoštljiv (4,6); Znanje o komunikaciji je zelo pomembno za delo s pacienti (4,6); Odnos do pacientov mora biti empatičen (4,5); in V odnos med medicinsko sestro in pacientom je potrebno vložiti veliko truda (4,3).

Najslabše pa so diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege ocenili odgovora: Šola in organizacije dajejo zadosti poudarka veščinam komunikacije z intubiranimi pacienti (2,6); Nadrejeni spodbujajo in omogočajo učenje komunikacije za boljši odnos s pacienti (3,4).

**Tabela 3: Pogostnost uporabljenih načinov komunikacije**

<b>TRDITEV</b>	<b>Najnižja ocena</b>	<b>Najvišja ocena</b>	<b>Povprečna ocena</b>	<b>Standardni odklon</b>
Pri komuniciranju uporabljam verbalni način komuniciranja.	4	5	4,4	0,5
Dobro in učinkovito sodelujem s pacienti.	3	5	4,3	0,6
Pri komunikaciji s pacienti uporabljam besede, ki jih pacienti razumejo in ne preveč strokovne literature.	2	5	4,1	0,7
Znam reševati konflikte, ki nastanejo med menoj in pacienti.	2	5	3,9	0,7
Pacienti mi zaupajo.	2	5	3,9	0,9
Pri komunikaciji uporabljam druge pripomočke komunikacije kot so slikovna, črkovna tabela	1	5	3,8	1,1
Pri komuniciranju uporabljam neverbalni način.	1	5	3,4	1,3
Imam dovolj časa, da se kakovostno pogovorim s pacientom in mu odgovorim na zastavljena vprašanja.	1	5	3,2	1,0
Pacientu se vedno predstavim, kdo in kaj sem.	2	5	3,2	1,0
Pri komunikaciji z intubiranimi pacienti sem v stresu, saj mi je pogovor z njimi zelo naporen.	1	5	2,4	1,2

Tabela št. 3 prikazuje pogostost najbolj uporabljenih načinov komunikacije, ki jih uporabljajo diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege. Najbolje



ocenjena vprašanja so bila: Pri komunikaciji uporabljam verbalni način komunikacije (4,4); Dobro in učinkovito sodelujem s pacienti (4,3); Pri komunikaciji s pacienti uporabljam besede, ki jih pacienti razumejo in ne preveč strokovne literature (4,1); Znam reševati konflikte, ki nastanejo med menoj in pacienti (3,9).

Najslabše pa so bila ocenjena vprašanja: Pri komunikaciji z intubiranimi pacienti sem zelo v stresu, saj mi je pogovor z njimi zelo naporen (2,4), vendar to štejem za dobro, saj več kot polovica diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege ni v stresu pri delu z intubiranimi pacienti; Pacientu se vedno predstavim (3,2); Imam dovolj časa, da se kakovostno pogovorim s pacientom in mu odgovorim na zastavljena vprašanja; Pri komunikaciji uporabljam neverbalni način komunikacije (3,4).

**Tabela 4: Odgovori diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege o načinu opravljanja postopka hranjenja, osebne higiene in aspiracije**

<b>TRDITEV</b>	<b>da</b>	<b>ne</b>	<b>Skupno število anketiranih</b>
Za opravljanje postopka prek hranilne sonde sem dovolj usposobljen/-a.	29	0	29
Vedno pred hranjenjem prek nazogastične sonde povem pacientu, koliko hrane bo dobil.	12	11	23
Vedno pred dajanjem terapije prek nazogastične sonde pacientu povem, kakšno zdravilo bo dobil.	12	11	23
Imam občutek, da je pacientom slabo po hranjenju, pa mi tega niso znali povedati.	6	18	24
Pacienti mi velikokrat potožijo, da imajo suha usta.	23	6	29
Pacientu vedno pred opravljanjem osebne higiene ustrezno razložim, kaj bom počel/-a z njim.	23	5	28

<b>TRDITEV</b>	<b>da</b>	<b>ne</b>	<b>Skupno število anketiranih</b>
Pacientu zagotavljam zasebnost pri opravljanju osebne higiene.	29	0	29
Ker vem, da je nekaterim nerodno, skušam biti čim bolj profesionalen/-a.	30	0	30
Vedno skušam ustreči pacientovim željam.	29	0	29
Mislim, da sem dovolj usposobljen/-a za opravljanje postopka aspiracije.	30	0	30
Vedno poskušam čim hitreje zagotoviti uspešno aspiracijo, ko je ta potrebna.	30	0	30
Aspiracija se mi zdi zelo pomemben postopek dela pri intubiranem pacientu.	30	0	30
Mislim, da je aspiracija pacientom zelo nelagodna.	30	0	30

Tabela 4 prikazuje rezultate na vprašanje opravljanja postopka hranjenja, osebne higiene, aspiracije s strani medicinskih sester. Anketirani so na vprašanje odgovarjali z Likertovo lestvico 1–3, pri čemer vrednost 1 pomeni da, vrednost 2 ne. Manjkajoči odgovori so bili neodločeni odgovori ali opisni.

Največkrat so anketiranci odgovorili z »da« na naslednja vprašanja: Mislim, da je aspiracija pacientom zelo nelagodna (30 anketirancev); Aspiracija se mi zdi zelo pomemben postopek dela pri intubiranem pacientu (30 anketirancev); Vedno poskušam čim hitreje zagotoviti uspešno aspiracijo, ko je ta potrebna (30 anketirancev); Mislim, da sem dovolj usposobljen/-a za opravljanje postopka aspiracij (30 anketirancev).

Največkrat so anketiranci odgovorili z »ne« na naslednja vprašanja: Imam občutek, da je pacientom po hranjenju slabo, pa mi tega niso znali povedati (6 anketirancev); Vedno

pred hranjenjem prek nazogastrične sonde povem pacientu, koliko hrane bo dobil (12 anketirancev); Vedno pred dajanjem terapije prek nazogastrične sonde pacientu povem, kakšno zdravilo bo dobil (12 anketirancev).

**Na zastavljeno vprašanje »Kakšne so po vašem mnenju potrebne lastnosti dobrega zdravstvenega delavca za uspešno komunikacijo z intubiranimi pacienti?«**

Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege so našeli kar nekaj lastnosti, ki naj bi jih dobra diplomirana medicinska sestra in tehnik zdravstvene nege imela za uspešno komunikacijo s pacienti, še posebej pa za paciente na umetni ventilaciji. Zanje velja nekoliko zahtevnejša komunikacija. Najpogostejše so bile: empatija (10x), potrpežljivost (11x), prijaznost (6x), znanje (4x), razumevanje (4x), ustrežljivost, razumljivost, odprtost, volja, komunikativnost, iznajdljivost, toleranca, strpnost, zbranost, poštenost, spoštljivost, izkušnje, dotik, mirnost. Od skupno 30 anketiranih, na to vprašanje 3 diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege niso odgovorili.

**Na zastavljeno vprašanje »Vaše najboljše in najslabše lastnosti pri komuniciranju s pacientom«**

Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege so izpostavili:

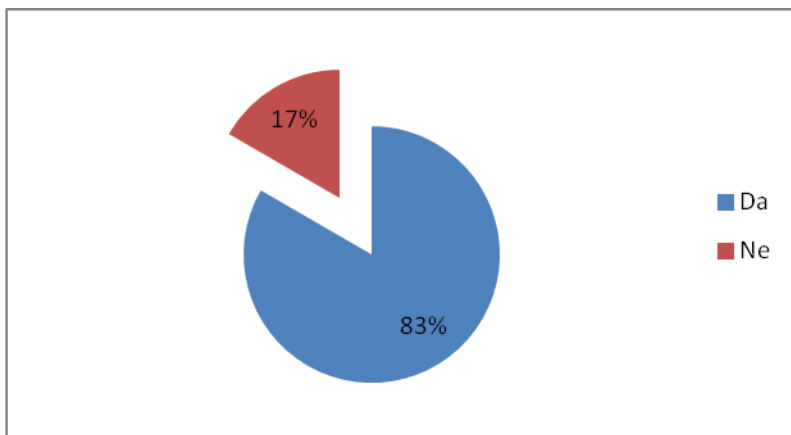
**Najboljše:** empatija (4x), vedeti oziroma videti (1x), razumevanje (5x), znati poslušati pacienta (1x), zadovoljstvo pacienta (1x), potrpežljivost (3x), vztrajnost (1x), sočutnost (1x), komunikativnost (8x), učenje komunikacije za boljšo komunikacijo (2x), dobra volja (1x), nasmejanost (2x), iznajdljivost (3x), toleranca (1x), prijaznost (1x), odprtost (2x), dobro opazovanje (2x), dobro znanje (3x).

**Najslabše:** nerazumevanje (3x), nepotrpežljivost (4x), pomanjkanje časa (4x), nestrpnost (2x), nekomunikativnost (1x), premalo delovnih izkušenj (1x), slaba dojemljivost (1x), preveč rutinsko delo (2x), glasno govorjenje (1x).

Od skupno 30 anketiranih, na to vprašanje 4 anketirane diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege niso odgovorili.

**Rezultate na zastavljeno vprašanje »Če bi imel/-a priložnost, bi se udeležil/-a seminarja o komunikaciji z intubiranimi pacienti« prikazuje slika 1.**

**Slika 1: Udeležba na seminarju o komunikaciji z intubiranim pacientom.**



Kot vidimo, bi se ob dani priložnosti kar 25 (83 %) anketirancev udeležilo seminarja o komunikaciji z intubiranimi pacienti, 5 (17 %) anketirancev pa ne. Iz tega rezultata lahko sklepamo, da bi bilo tak seminar smiselno izpeljati, saj so zdravstveni delavci kljub znanju, ki ga že imajo, željni novega znanja o komunikaciji z intubiranimi pacienti, ker bi jim to dodatno znanje lahko omogočilo še boljše sodelovanje s pacienti.

**Odgovore na vprašanje »Kakšno je po vaše počutje, ko komunicirate in delate z intubiranimi pacienti? Ali je težje kot pogovor in delo z verbalno govorečimi pacienti?« smo razdelili v tri skupine:**

Od skupno 30 anketiranih, na to vprašanje 3 diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege niso odgovorili.

1. skupina: sem spada 17 anketiranih medicinskih sester, ki mislijo, da je komunikacija s pacienti na umetni ventilaciji težja kot z verbalno govorečimi pacienti. Pri tej komunikaciji rabiš veliko več znanja (6x), razumevanja (4x), potrpežljivosti (1x). Znati moraš razumeti pacienta, biti dojemljiv in mu pomagati pri izražanju. Pacienta je težje

razumeti, če je ta neodziven, slabše razume ali sploh nič, slabo vidi, ne sliši, je zmeden (3x), počutijo se nemočno, nelagodno (3x).

2. skupina: sem spada 7 medicinskih sester, katerim se komunikacija ne zdi težja kot z verbalno govorečimi. Nekateri s takimi pacienti delajo še raje kot z verbalno govorečimi (5x), imajo dovolj izkušenj, zato se ne počutijo slabo pri komuniciranju z njimi (3x), dobro komunicirajo prek črkovne tabele (2x).

3. skupina: v tej skupini sta 2 diplomirani medicinski sestri in tehnika zdravstvene nege. Komunikacija se jima zdi enako težka kot z verbalno govorečimi pacienti, saj je na splošno komunikacija zaradi narave bolezni, ki jih imajo pacienti, otežena. Naj si bodo gluhi, slepi, težko govorijo, so na umetni ventilaciji. Ne glede na to, kakšen je pacient, se je potrebno za vse enako potruditi, saj je komunikacija ena od pomembnejših stvari, ki so v zdravstvu pomembne.

### **Na zastavljeno vprašanje »Kako mislite, da se počutijo pacienti na umetni ventilaciji? Kaj bi jim po vašem mnenju olajšalo čas v bolnišnici?«**

Od skupno 30 anketiranih, na to vprašanje 6 diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege ni odgovorilo.

Vse diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege, ki so na vprašanje odgovorili (24) mislijo, da so občutki in doživljanja intubiranega v času hospitalizacije zelo težki. Po njihovih besedah sodeč, ki jih prav tako lahko primerjamo z dejanskimi odgovori samih pacientov, večina diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege empatično razmišlja in si nekako predstavlja vse muke, ki jih takšni pacienti doživljajo za bolj uspešno delo z njimi samimi. Po besedah diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege se pacienti v takem stanju počutijo grozno, so prestrašeni (3x), omejeni zaradi fiksacije rok (3x), se dolgočasijo (3x), prepuščeni so tujim ljudem, ki zanje skrbijo (1x), diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege si ne znajo predstavljati, kako se pacienti sploh počutijo (4x).

Za lažje in hitrejše okrevanje in preživljanje časa bi diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege predlagali, da bi si glede na sposobnosti in želje pacientov pacienti čas krajšali s televizijskimi sprejemniki (12x), z radiem (4x), branjem (1x).

*Daša Makuc: Pomen verbalne in neverbalne komunikacije v zdravstveni negi pacienta na umetni ventilaciji*

Prav tako smo med seboj primerjali stopnjo izobrazbe, delovne dobe in starosti med diplomiranimi medicinskimi sestrami in tehnikami zdravstvene nege, saj nas je zanimalo koliko vse to vpliva na kvaliteto in učinkovitost dela.

**Tabela 5: Primerjava izobrazbe, delovne dobe in starosti med diplomiranimi medicinskimi sestrami in tehnikami zdravstvene nege**

	Izobrazba	Število oseb	Povprečje lestvice	SD	p (t-test)
Izobrazba	srednja šola	22	4.2	4.7	0.210(1.002)
	višja in visoka šola	8	4.2	4.8	
Delovna doba	do 10 let	17	4.2	4.1	0.722(1.100)
	11 let in več	13	4.2	5.8	
Starostni skupini	do 30 let	16	4.3	4.6	0.290 (1.079)
	31 let in več	14	4.1	4.7	

Vrednost lestvice komunikacij smo primerjali med dvema skupinama po izobrazbi, dvema skupinama glede na dolžino delovne dobe in glede na starostni skupini s t-testom za neodvisne vzorce. Glede na izračunano verjetnost za razlike v vrednostih lestvice komunikacij med opazovanimi skupinami ugotovimo, da ni verjetno, da bi delavci, ki so starejši, ali z daljšo delovno dobo ali z višjo ali visoko izobrazbo imeli boljše oceno na lestvici komunikacij kot srednje medicinske sestre in tehnikami zdravstvene nege (tabela 5). Prav tako ni verjetno obratno sklepanje, da bi bila lestvica kvalitete komunikacij nižja pri delavcih s krajšo delovno dobo od 10 let, pri mlajših od 30 let ali pri srednje izobraženih delavcih.

## 6.5 Razprava

S pomočjo raziskave opazamo, da je pomen komuniciranja zelo širok pojem. To smo ugotovili tudi s prebiranjem in preučevanjem literature, kjer komunikacijo opisujejo različni avtorji, ki pravijo, da prav vse socialne interakcije, ki potekajo med sočlovekoma, vsebujejo neko obliko komunikacije, ki je lahko besedna ali nebesedna. Prav tako je komunikacija razširjena v različnih oblikah in tako povezana z našim življenjem, da jo jemljemo kot nekaj samoumevnega in danega, zato pa jo prevečkrat jemljemo premalo resno in se ne zavedamo vsega izrednega pomena, ki jo komunikacija v vsakdanjem družbenem in delovnem življenju ima in je skoraj vedno rezultat ali funkcija določene oblike komuniciranja. Prav tako je to večšina, ki jo bolj ali manj obvladamo vsi. Posebni pomen komunikacije pa imajo ljudje, ki delujejo v različnih institucijah, prav tako je tudi v zdravstveni negi, kjer morajo vsi delovci imeti znanje komunikacije za bolj kakovostno in bolj uspešno delo s pacienti (Možina idr., 2004; Hoyer, 2005 ; Selič, 2007).

Ružič Koželj (2004) trdi, da dobra komunikacija v procesu zdravljenja pozitivno vpliva na ugodnejši izid zdravljenja. Če je pacient zadovoljen, se lažje odpre in s tem boljše sodeluje pri samem zdravljenju. Prav tako je za komunikacijo v zdravstvu pomembno, da je ta večplastna, se pravi, da gre za obravnavo celostnega človeka in ne le njegove disfunkcije, saj tudi ta obravnava pozitivno vpliva na rezultate in izide zdravljenja. To pomeni, da mora za te pozitivne rezultate steči odprt dialog, ki pacientu samemu daje možnost izražanja mnenja. Pacienti si želijo biti predvsem razumljeni in poslušani, spoštovani in ne razosebljeni, biti dobro in razumljivo informirani, dobiti ustrezno podporo in svetovanje pri zdravljenju. Iz naše raziskave vidimo, da se diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege zavedajo, da je dobra komunikacija s pacienti zelo pomembna za dober odnos (92 %).

**Na prvo raziskovalno vprašanje:** Ali so diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege z delovnimi izkušnjami in s pridobljenim znanjem usposobljeni za kakovostno in učinkovito komunikacijo s pacienti na umetni ventilaciji? Smo dobili odgovor:

***Stopnja pridobljenega znanja in obseg delovnih izkušenj diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege (merjeno v letih izkušenj in stopnji dosežene izobrazbe) vplivata na kvaliteto komunikacije s pacienti na umetni ventilaciji (ocena po lestvici kvalitete komunikacij).***

Pri naših anketirancih ne velja zgoraj navedena trditev, saj je večina glede na rezultate po njihovem mnenju dovolj izobrazena za takšno delo, kot ga opravljajo, ne glede na leta izkušenj. Po njihovem mnenju je važno znanje, ki ga imajo in ga znajo pravilno in učinkovito uporabljati. Edino, kar smo lahko opazili v raziskavi je, da si večina želi več izobraževanj o komunikaciji z intubiranim pacientom, saj naj bi šole in organizacije dajale premalo poudarka tej vrsti komunikacije, zato si morajo zaposleni tako znanje sami pridobiti. Po (Hedberg idr., 2007) je večšina profesionalne komunikacije ena od najpomembnejših elementov, ki jih dobra medicinska sestra mora imeti. Dobra medicinska sestra se mora s pomočjo znanja komunikacije, znati naučiti kako to čim bolje uporabiti za pomoč pri odnosu s pacientom.

Raziskave kažejo, da sta ustrezno znanje in usposobljenost diplomiranih medicinskih sester za dobro medsebojno komunikacijo in opravljanje postopkov, pridobljena v času izobraževanja v šoli in institucijah, zelo pomembni (Rylance, 2002; Kersnik, 2007; Lešnik, 2007), prav tako naj bi večjo usposobljenost dale izkušnje in višja izobrazba diplomiranih medicinskih sester ter tehnikov zdravstvene nege (86% diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege). Naša raziskava je pokazala obratno, in sicer, da med zaposlenimi diplomiranimi medicinskimi sestrami in tehniki zdravstvene nege Oddelka za intenzivno terapijo in nego Klinike Golnik ni pomembnih razlik med stopnjo izobrazbe, delovno dobo in starostno skupino, saj so vsi odgovarjali enako, zato lahko rečemo, da so si po njihovih besedah enakovredni v znanju in veščinah. Prav tako se tudi ne strinjajo s trditvijo, da nadrejeni v zadostni meri spodbujajo in omogočajo učenje komunikacije za boljši odnos s pacienti na umetni ventilaciji, saj jih je 68 % odgovorilo, da je tega spodbujanja s strani nadrejenih dovolj, manj pa ga je s strani šol in organizacij, ki po dobljenih rezultatih dajejo premalo poudarka na veščine komunikacije s pacienti na umetni ventilaciji (52 %).



**Drugo raziskovalno vprašanje:** Ali diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege uporabljajo kriterij kakovosti in učinkovitosti s pacienti na umetni ventilaciji med izvajanjem življenjskih aktivnosti (hranjenje, osebna higiena) in diagnostično terapevtskega posega (aspiracija dihalnih poti skozi endotrahealni tubus)?

***Ponuja odgovor: Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege Oddelka za intenzivno terapijo in nego Klinike Golnik so dovolj usposobljeni za opravljanje življenjskih aktivnosti hranjenja in osebne higiene ter aspiracij dihalnih poti skozi tubus, ter postopke kakovostno in učinkovito opravljajo. Pri tem ima velik pomen tudi komunikacija med medicinsko sestro in pacientom in ustrezna priprava pacienta pred opravljanjem postopkov.***

Pomembno za zdravstveno nego pacienta je zadovoljevanje 14 življenjskih aktivnosti. Hendersonova (1998) pravi, da je diplomirana medicinska sestra in tehnik zdravstvene nege tisti, ki pomaga zdravemu ali bolnemu v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi zdravja ali mirni smrti in bi jih le-ta opravil samostojno, če bi imel za to voljo, moč in znanje. Na tem področju je diplomirana medicinska sestra in tehnik zdravstvene nege strokovnjak in ima pravico pobude nadzora. V našem anketnem vprašalniku smo se osredotočili na aktivnosti osebne higiene, hranjenja in na postopek aspiracij skozi endotrahealni tubus. Diplomirane medicinske sestre so po pričevanju pacientov usposobljene za izvajanje in pomoč pri 14 življenjskih aktivnostih, prav tako mislijo tudi same diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege. Rezultati naše raziskave pravijo, da pacientom v več kot polovici primerov (72 %) zagotavljajo zasebnost pri opravljanju osebne higiene, prav tako jim hitro in ustrezno nudijo pomoč pri osebni higieni, da se počutijo čisto in urejeno (78 %). Pri opravljanju aktivnosti hranjenja moramo poudariti, da se 96 % diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege počuti dovolj usposobljenih za dajanje hrane in terapije prek nazogastrične sonde, slab rezultat pa so dosegli pri sporočanju pacientom, kaj in koliko hrane in terapije dajejo pacientom, saj jim je to povedala le slaba polovica (54 %). Veliko pacientov je tudi potožilo, da so bili med umetno ventilacijo pogostokrat žejni (74 %) ali pa so imeli občutek suhih ust (78 %), kar bi diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege lahko omilili z večkratnim mokrenjem ustnic, ustno nego. *Kot Daša Makuc: Pomen verbalne in neverbalne komunikacije v zdravstveni negi pacienta na umetni ventilaciji*

pravi (Križan, 2009) je prvovrstno delo medicinske sestre ustvariti lažje okolje za paciente. Znati mu mora dajati primerno podporo, je potrpežljiva, uporablja preproste za pacienta razumljive besede, mu pomaga pri izražanju njegovih želja in potreb, prav tako pa mora biti vedno strokovna in odkrita do pacienta.

Pri analizi odgovorov, ki so jih podale diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege, lahko rečemo, da sami sebe ocenjujejo za dovolj usposobljene za izvajanje življenjskih aktivnosti (hranjenje in osebna higiena) in za diagnostične terapevtske posege, kot je aspiracija dihalnih poti, saj je na vsa vprašanja odgovorilo z da več kot 96,6 % anketiranih.

Ustrezno usposobljeni za postopek aspiracij in zagotavljanju le-teh v času, ko jih pacient potrebuje so po rezultatih ankete vsi anketirani zaposleni. Po besedah in opazovanju diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege je pacientom med postopkom aspiracij zelo nelagodno (100 %) in slabo, sami pacienti pa so povedali, da v večini ne doživljajo bolečin (bolečine je doživljalo 44 % pacientov) in slabosti ob samem postopku. Oboji pa se strinjajo, da je postopek aspiracij zelo pomemben pri pacientih na umetni ventilaciji.

Priložnost za večji uspeh in bolj kakovostno in učinkovito delo diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege s pacienti so v večji obveščenosti pacientov s strani diplomirane medicinske sestre in tehnikov zdravstvene nege v zvezi s sondno prehrano, saj le 12 od skupno 30 anketiranih medicinskih sester ter tehnikov zdravstvene nege pove, kakšno in koliko hrane da pacientu, enako je pri obveščanju pri dajanju zdravil. Vse diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege bi morali povedati, kakšno hrano in zdravila dajejo pacientom, saj imajo pravico izvedeti, kaj dobivajo. Dobra komunikacija je pomemben del kakovostne in učinkovite zdravstvene nege. Tudi študija (Laakso, Hartelius in Idvall, 2009) zagovarja uspešno komunikacijo med pacienti in diplomiranimi medicinskimi sestrami in tehniki zdravstvene nege, prav tako pa je bilo raziskano tudi področje družinskih članov, ki naj bi zelo pozitivno vplivale na pozitivno zdravljenje pacienta. Iz naše raziskave je

razvidno, da je kar 82% anketiranih pacientov pogrešalo svoje svojci in bi si želeli več njihove bližine.

Po besedah Birka (2009) naj bi medicinske sestre za boljšo komunikacijo s pacienti in sodelavci imeli dobre govorniško-retorične spretnosti, saj se s prenosom pravih informacij lahko izognemo marsikaterim napakam. Prav tako naj bi se s pravih znanjem komunikacije izognili stresu na delovnem mestu tako s svojimi sodelavci, svojci in kot seveda s pacienti. V naši raziskavi ugotavljamo, da kar 80 % anketiranih pacientov trdi, da so diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege Oddelka za intenzivno terapijo in nego Klinike Golnik ustrezno izobraženi in imajo ustrezno znanje za komunikacijo s pacienti na umetni ventilaciji. Svojo usposobljenost in znanje so ocenjevali tudi diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege sami, pri čemer smo ugotovili, da skoraj večina (86 %) diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege po svojem lastnem mnenju dobro in učinkovito sodeluje s pacienti na umetni ventilaciji. Mnenja pacientov in diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege so dokaj enakovredna, kot vidimo, so malo bolj same sebe ocenile diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege. To, da pacient ve, kdo z njim dela, je zelo pomemben podatek, ki ga včasih zapostavljamo. To lahko opazimo tudi iz rezultatov anket, kjer je samo dobra polovica anketiranih pacientov (64 %) odgovorila, da so se jim diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege predstavili s svojim imenom in nazivom, z enakim odstotkom pa so ta odgovor ocenili diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege. Za to vprašanje lahko rečemo, da je informativnost s strani diplomiranih medicinskih sester in tehnikov slaba, saj ima vsak pacient pravico izvedeti, kdo mu pomaga, ga neguje skrbi zanj, ko sam ne more. V literaturi je jasno izraženo, da dobra in uspešna komunikacija in odnos med sočlovekoma steče šele takrat, ko sta obe strani enakovredni in med njima steče povezan tok sporočil, ki jih razumeta obe strani izvedenega procesa (Ule, 2005). Zelo pomembno je tudi, da diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege poskušajo pacientom čim bolj olajšati čas hospitalizacije. Kot lahko razberemo iz zgornjih navedb, so se pacienti dobro razumeli z diplomiranimi medicinskimi sestrami in tehniki zdravstvene nege, s sprejemanjem bolnišničnega okolja pa se niso strinjali. Bolnišnično

okolje je dobro sprejelo 74 %, stanje, v katerem so se znašli, pa je dobro sprejelo le 52 % pacientov.

**Na tretje raziskovalno vprašanje:** Ali je pacient na umetni ventilaciji zadovoljen z uporabljenimi načini komunikacije?

***Sledi odgovor: Zadovoljstvo pacienta na umetni ventilaciji (ocena zadovoljstva) je odvisno od pogostosti uporabljenih načinov komunikacije (načini komunikacije po anketnih vprašanjih: verbalna, pismena, gestikularna).***

Pri tem raziskovalnem vprašanju se sklicujemo na tabelo št. 1, kjer je povprečje lestvice komunikacij, ki ga ocenimo v intervalu od 1 (nikoli) do 5 (vedno) 2,8, kar pomeni, da povprečni pacient ocenjuje dogodke kot srednje pogoste. Največkrat pa povprečni pacient izjavlja, da so ga diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege razumeli. Pri lažjem izražanju so si pacienti pomagali z govorno tabelo (2,9), listom papirja in s svinčnikom (2,0). Pacienti so ocenili uspešno medsebojno komunikacijo (3,4), zato lahko rečemo, da so diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege dovolj usposobljeni za komunikacijo s pacienti na umetni ventilaciji.

Pri ocenjevanju komunikacije pacientov, vidimo, da je v povprečju ocenjena z 2,8, in lahko rečemo, da je ocena dokaj nizka in predstavlja problem v določenih trenutkih, saj je pomembnost in možnost samega izražanja ogromnega pomena v komunikaciji pacienta na umetni ventilaciji, saj zmanjšuje možnost nastanka depresivnih in duševnih motenj pacienta. Samo zadovoljstvo komunikacije, ustrežljivosti, hitrosti medicinskih sester pa so pacienti ocenili s povprečno oceno 4,1 in lahko rečemo, da so bili pacienti zadovoljni z uslugami in s kvaliteto in kakovostjo samih diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege. Prav tako imajo diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege dovolj znanja in kakovosti za sporazumevanje s pacienti na umetni ventilaciji. Priložnost za izboljšanje in za še bolj kakovostno in učinkovito komunikacijo vidimo v še večji uporabi in učenju sporazumevanja skozi razne govorne in abecedne tabele, pomoči svinčnika in papirja ter uvedbi računalniško podprtih

pripomočkah, ki so pri nas še vedno zelo slabo zastopani, v tujini pa jih že močno prakticirajo. Prav tako bi bila priložnost za izboljšanje v povečanem prizadevanju nadrejenih in samih medicinskih sester za čim bolj kakovosten odnos s pacientom, da bi si znali vzeti čas za kakovostno druženje in pogovor, saj smo ljudje le družbena bitja, ki potrebujemo bližino drug drugega, pogovor, naklonjenost. Študija (Carroll 2004) je raziskovala umetno ventilirane pacienti in prišla do rezultata, da je kar 62% pacientov ob zdravljenju z umetno ventilacijo čutilo visoko stopnjo frustracije zaradi pomanjkanja komunikacije in slabega razumevanja medicinskih sester. To je pri njih samih povzročilo strah in nelagodje ter obremenjevanje kako bodo izrazili svoje želje sporočila.

Iz naše raziskave ugotavljamo, da je dobra polovica anketiranih pacientov Oddelka za intenzivno terapijo in nego Klinike Golnik (58 %) za pomoč pri svojem sporazumevanju v času umetne ventilacije uporabljala govorno tabelo, še manj jih je uporabljajo list papirja in svinčnik, le 40 %. Pri tem ne vemo, ali ta delež ni bil večji zaradi neznanja uporabe sredstev, ali jim ta možnost ni bila ponujena zaradi nemoči, ali pa preprosto pripomočkov niso hoteli uporabljati, ker niso imeli želje po tem. Če primerjamo te podatke z rezultati anketiranih diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege, je 88 % diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege odgovorilo, da je verbalni način komunikacije njihov najpogostejši način komunikacije s pacienti in da druge pripomočke za lažjo komunikacijo uporabljajo v 76 %. Prav tako je kar 62 % pacientov imelo težave pri sporazumevanju s svojci, prijatelji, saj so jih le težko razumeli. V študiji (Houze, Radtke in Sereika, 2010) je bilo raziskano, da kar v 37% anketiranih pacientov, medicinske sestre niso razumele pri navajanju njihovih potreb in želja. Največkrat so medicinske sestre spregledale bolečino pri pacientih.

Nekateri pacienti so za lažje sporazumevanje predlagali bolj izpopolnjene govorne tabele in elektronske pripomočke, ker naj bi bili po njihovem mnenju lažji za uporabo in bolj točni, za kar je pri komunikaciji zelo pomembno. Učinkovita komunikacija pri takih pacientih je bistvenega pomena, saj pacienti lahko le na tak način izrazijo svoje

osnovne fiziološke in psihološke potrebe, pošiljajo in sprejemajo odločitve, izražajo svoje zahteve in želje, zato je možnost izražanja in razumevanja s strani zdravstvenega osebja zelo pomembna (Grossbach, Stranberg in Chlan 2011).

Prav tako je pri komunikaciji s pacienti na umetni ventilaciji zelo pomembno tudi urejeno, jasno sporočilo, ki ga diplomirana medicinska sestra da pacientu. Diplomirana medicinska sestra in tehnik zdravstvene nege se mora vedno prepričati, ali jo pacient pravilno razume, prav tako pa mora on/ona pravilno razumeti pacienta, s katerim komunicira. Izogibanje motenj s strani medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege ter pacientov je izrednega pomena za vse vključene, saj jim da občutek zaupanja in ustvarja bolj povezan odnos med njima (Pajnkihar in Lahe, 2006). Iz dobljenih rezultatov anket je razvidno, da 94 % anketiranih pacientov zaupa diplomiranim medicinskim sestram, 88 % se z njimi tudi dobro razume. 70 % pacientov je izjavilo, da so jih diplomirane medicinske sestre razumele, kljub temu pa moramo omeniti, da sami velikokrat svojih želja in vprašanj niso znali sporočiti na pravi način (68 %), to pa je pri pacientih, ki doživljajo umetno ventilacijo, zelo pomembno, saj se ne morejo sporazumevati kot običajno. Možnost izražanja in sporočanja svojih čustev ter želja je pri pacientih na umetni ventilaciji zelo pomembna, saj pomanjkanje komunikacije lahko pripelje do raznih duševnih motenj, stresa, nelagodja, ki ga začnejo doživljati pacienti (Houze, Radtke in Sereika, 2010).

Iz primerjave med že obstoječo literaturo in našo raziskavo za paciente in diplomirane medicinske sestre ter tehnike zdravstvene nege sklepamo, da se diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege Oddelka za intenzivno terapijo in nego Klinike Golnik, trudijo, da bi pacientom olajšali čas hospitalizacije, pacienti pa se po večini prepustijo in potrudijo za čim boljše sodelovanje z njimi samimi, saj vedo, da je to ključ do hitrejše ozdravitve in vrnitve njihovega življenja v prvotno stanje pred samo boleznijo.

## 7 ZAKLJUČEK

V raziskavi smo skušali dobiti in med seboj primerjati, kako na komunikacijo med umetno ventilacijo gledajo pacienti, ki so to sami doživeli, ter kako na to gledajo diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege, ki za take paciente skrbijo vsak dan in dejansko tudi vidijo, kaj vse se dogaja z njimi. Raziskava je potekala skoraj polovico leta (od maja do oktobra 2011), saj je bilo vzorec 30 pacientov, ki so bili uspešno ekstubirani in primerni za odgovarjanje na zastavljena vprašanja, zelo težko dobiti.

Z zastavljenimi vprašanji smo lahko odgovorili na vsa raziskovalna vprašanja, ki smo si jih na začetku naloge zastavili.

Pri prvem raziskovalnem vprašanju smo ugotovili, da stopnja pridobljenega znanja in obseg delovnih izkušenj medicinskih sester in tehnikov (merjeno v letih izkušenj in stopnji dosežene izobrazbe) ne vplivata na kvaliteto komunikacije s pacienti na umetni ventilaciji (ocena po lestvici kvalitete komunikacij). Vrednost lestvice komunikacij smo med seboj primerjali med dvema skupinama po izobrazbi in dvema skupinama glede na dolžino delovne dobe in glede na starost. Pri tem smo ugotovili, da so si zdravstveni delavci med seboj enakovredni ne glede na dosežena leta delovne dobe in stopnjo izobrazbe. To pomeni, da so zdravstveni delavci, ki so zaposleni na Oddelku za intenzivno terapijo in nego, zelo usposobljeni in primerni za to delo, ne glede na stopnjo izobrazbe in leta izkušenj.

Pri drugem raziskovalnem vprašanju smo ugotovili, da diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege uporabljajo kriterij kakovosti in učinkovitosti s pacienti na umetni ventilaciji med izvajanjem življenjskih aktivnosti (hranjenje, osebna higiena) in diagnostično terapevtskih posegih (aspiracije), saj so vsi usposobljeni za izvajanje teh aktivnosti, pri tem se držijo kakovosti in čim večje učinkovitosti izvajanih postopkov. Trudijo se tudi, da pacientom čim hitreje in čim bolj profesionalno ustrezajo. Tako se pacienti počutijo dobro in bolje sodelujejo z njimi. Edino, kar je bilo v anketnem vprašalniku slabo ocenjeno in zastopano, je potek komunikacije v zvezi hranjenjem pacientov po nazogastrični sondi.

Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege morajo izboljšati povratno komunikacijo pri tem in vse paciente sproti obveščati, kaj in koliko hrane ter kakšna zdravila dobivajo po nazogastrični sondi.

Pri tretjem raziskovalnem vprašanju pa smo ugotovili, da je skladnost odgovorov (tabele št. 1, 2 in 3), ki se nanašajo na komunikacijo med pacienti in diplomiranimi medicinskimi sestrami in tehniki zdravstvene nege, razmeroma majhna. Kot srednje pogoste dogodke lahko označimo tudi uporabo raznih pripomočkov za lažje razumevanje in sporočanje, vendar to za zaposlene diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege ni težava, saj naj bi po pričevanju pacientov in njih samih tudi brez raznih pripomočkov paciente dobro razumela. Prav tako pacienti ocenjujejo povezanost med njimi in diplomiranimi medicinskimi sestrami in tehniki zdravstvene nege na nivoju zadovoljstva kot visoko.

Kar pa se tiče uporabe boljših in novejših pripomočkov za lažje sporazumevanje in komunikacijo, gre tehnologija vsako leto naprej, zato bi tudi na Oddelku za intenzivno nego in terapijo Klinike Golnik v prihodnje lahko začeli uporabljati katero od njih (nove, bolj izpopolnjene govorne in slikovne table, računalniške tabele, ki so v tujini že zelo zastopane), ki bi pacientom pomagale pri lažjem sporazumevanju in izražanju želja in preživljanju bolj kvalitetnega časa hospitalizacije med umetno ventilacijo (po zmožnostih in željah pacientov; branje, gledanje televizije, poslušanje glasbe, ročne spretnosti po zmožnostih pacientov, in stvari, ki so jih pacienti radi počeli v prostem času doma ...).

Potrebna bodo še nadaljnja raziskovanja v smeri komunikacije pacientov na umetni ventilaciji, saj je to še zelo neraziskano področje. Raziskovanja bi lahko pomagala pri lažjem razumevanju takšnih pacientov, prav tako pa bi pripomogla k bolj kvalitetni in kakovostni obravnavi. K temu pa bi pripomogli razni seminarji, delavnice, učne ure v izobraževalnih ustanovah in večje spodbujanje organizacij in nadrejenih za takšno vrsto komunikacije.

Splošno smo ocenili stanje pacientov, v katerem se znajdejo, kot zelo težko obdobje za njih same in njihove svojce, prijatelje. Okrnitev komunikacije, bolezen, odvisnost



od drugih, tuje okolje bi vsakega, ki bi se znašel v tem, korenito zaznamovalo. Med časom, ko je potekala raziskava, sem dobila povsem nov pogled na paciente na umetni ventilaciji. Čeprav je bilo nekaterim pacientom težko obnoviti stare rane in povedati stvari, ki jih skušaš čim prej pozabiti, mislim, da so bili zelo pozitivno naravnani na vsa vprašanja, saj so videli da nas bodo lahko z odgovori poučili, naučili drugače razmišljat. Prav tako ne smemo zanemariti pacientovih svojcev in prijateljev, ki v času, ko je njihov svojec hospitaliziran, doživljajo prav tako kot pacient težke čase. Vzeti si moramo čas za pogovor z njimi samimi in njihovimi svojci in rešiti vprašanja, ki se jim porajajo.

Po drugi strani pa tudi delo diplomirane medicinske sestre in tehnika zdravstvene nege, ki se ukvarja s pacienti na umetni ventilaciji, ni lahko. Za dobro komunikacijo med njimi samimi in pacienti potrebujemo izkušnje in veliko potrpljenja, vendar mislim, da če bi se vsak, ki dela s takšnimi pacienti, postavil za nekaj minut v kožo pacienta, kaj hitro vedel, kaj pacient potrebuje in kaj ne. Kot smo že rekli, dobro sodelovanje pozitivno vpliva na boljše in hitrejše zdravljenje, prav tako pa tudi na lažje delo medicinskih sester. Zato se poskušajmo truditi za čim večje partnerstvo in kakovostno delo v prid pacientov.

## 8 LITERATURA

- Alasad J, Ahmad M. Communication with critically ill patients. JAN 2005; 50 (4): 356-62.
- Arabi A, Tavakol K. Patient's experiences of mechanical ventilation 2009; IJNMR; 14 (2): 83- 88.
- Bahns E. Bipap. Two steps in ventilation. Dräger medical: 2004. Dostopno na: [http://www.draeger.com/media/10/08/27/10082732/rsp\\_savina\\_300\\_br\\_906673\\_5\\_dm\\_en.pdf](http://www.draeger.com/media/10/08/27/10082732/rsp_savina_300_br_906673_5_dm_en.pdf). (Datum dostopa: 25.8.2011).
- Bersten DA, Soni N. Oh's Intensive Care Manual (Trauma). Butterworth-Heinemann Oxford; 2003: 351-60.
- Birk K. Profesionalna komunikacija kot del managementa v zdravstveni negi. Zbornik 6. študentske konference Fakultete za management 2009; Nov 18- 20; Koper, Slovenija.
- Bruto J. Striving for a gentle farewell. New York Times, 3. avgust 2003; Sekte 1.
- Carroll S M. Nonvocal ventilated patients' perceptions of being understood. WJN 2004; 26(1): 85–103.
- Carroll, S M Silent, slow lifeworld: The communication experience of nonvocal ventilated patients.QHR 2007; 17(9): 1165–77.
- Chelluri L, Mendelsohn AB, Belle SH, edt. Hospital costs in patients receiving prolonged mechanical ventilation: does age have an impact?. Crit Care Med. 2003; 31: 1746–51.
- Cör A. Anatomija, histologija in fiziologija. In: Štiblar Martinčič D., eds. Histologija dihal. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani; 2007.
- Davies D. Reflection on practice: an intubated patient suffering panic attacks. Nurs Crit Care 2007; 12(4): 198–201.
- Day G, Minichiello V, Madison J. Self-reported perceptions of Registered Nurses working in Australian hospitals. J Nurs Manag 2007; 15(4): 403–13.
- Dermol Hvala H. Pomen govorjene besede pri delu zdravstvenih delavcev. Obzor Zdr N 2001; 35, 1/2: 45- 49.

- Eadie TL, Yorkston KM, Klasner ER, Dudgeon BJ, Deitz JC, Baylor CR, et al. Measuring communicative participation: A review of self-report instruments in speech-language pathology. *AJSLP* 2006; 15(4): 307–20.
- Flajs N. Komunikacija na delovnem mestu. In: Kaučič , Lahe M, eds . Zbornik predavanja s strokovnega seminarja za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege in zdravstvene tehnike Maribor: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003.
- Grossbach I, Stranberg S, Chlan L. Promoting effective communication for patients receiving mechanical ventilation. *Crit Care Nurse* 2011; 31(3): 46–60.
- Happ M. Communicating with mechanically ventilated patients. State of the science. *AACN Clinical Issues* 2001; 12: 247–58.
- Happ MB, Tuite P, Dobbin K, DiVirgilio - Thomas D, Kituti J. Communication ability, method and content among nonspeaking nonsurviving patients treated with mechanical ventilator in the Intensive Care Unit. *AJCC* 2004; 3: 210–18.
- Happ MB, Garrett K, DiVirgilio Thomas J, Tate J, George E, Houze M, et al. Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit. *AJCC*, 2011; 20, (2:) 28–40.
- Hedberg B, Cederborg A-C, Johanson M. Care planning meetings with stroke survivors. Nurses as moderators of the communication. *J Nurs Manag* 2007; 15: 214–21.
- Henderson V. Osnovna načela zdravstvene nege. Zbornica zdravstvene nege Ljubljana: Slovenija; 1998.
- Henderson A, Heel A, Twentyman M. Enabling Student Through strategic partnerships between a health-care organizations and tertiary institutions. *JNurs Manag* 2007; 15(1): 91–6.
- Honkus V. Sleep deprivation in critical care units. *Crit Care Nurs Q* 2003; 26(3): 179–89.
- Hopkins J. American health ways: Dewfining the patient-physician relationship for the 21st century. 3rd annual disease management outcomes summit. Phoenix, Arizona, ZDA: American health ways, inc; 2003:1-13.

- Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2005.
- Ivanuša A, Železnik D. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Mladinska knjiga; 2002.
- Jones C, Griffiths R, Humphries G. Disturbed memory and amnesia related to intensive care. *Memory* 2000; 8(2): 79–94.
- Kersnik J. Osnove družinske medicine: Učbenik za študente medicine v 4. letniku MF UM. Maribor: Medicinska fakulteta; 2007.
- Kneževič, AN. Oljka o sporazumevanju in obnašanju. Tudi tako govorimo. Radovljica: Didakta; 2001.
- Križan P. Poklicno zadovoljstvo medicinskih sester v enoti intenzivne terapije. [Diplomsko delo]. Maribor; 2009.
- Kupnik D. Oskrba dihalne poti in drugi nujni posegi. In: Grmec Š, Čretnik A, Kupnik D, eds. Oskrba poškodovancev v predbolnišničnem okolju. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2006: 103–13.
- Laakso K, Hartelius L, Idvall M. Ventilator-supported communication: a case study of patient and staff experiences. *JMS - Language Pathology*: 2009; 1-11.
- Lešnik A. Spoštovanje pacientovega dostojanstva in avtonomije v času sprejema in obravnave v zdravstveni ustanovi [diplomsko delo]. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2007.
- MacAulay F, Judson A, Etcheles M, Asharaf S, Ricketts IW, Waller A, et al. ICU-Talk, A communication aid for intubated intensive care patients; 2002: 2-4.
- Manohin A, Križmarič M. Temeljne fizikalne osnove v anesteziologiji, anestezijski aparat, anestezijski dihalni sistemi in anestezijski ventilator. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2006.
- Manojlovich M, Antonakos CL, Ronis DL. Intensive care units, communication between nurses and physicians, and patients' outcomes. *Am J Crit Care* 2009; 18(1): 21–30.
- Markstrom A, Sundell K, Lysdahl M, Andersson G, Schedin U, Klang B. Quality-of-life evaluation of patients with neuromuscular and skeletal diseases

- treated with noninvasive and invasive home mechanical ventilation. *Chest* 2002; 122(5): 1695–700.
- McGraw-Hill: Business Communication Boston; 2007.
  - Mirski MA, Hemstreet MK. Critical care sedation for neuroscience patients. *JNS* 2007; 261(1–2): 16–34.
  - Morse JM, Pooler C. Patient-family-nurse interactions in the trauma-resus. *Am J citation room crit Care* 2002; 11: 240–9.
  - Moser DK, Misook LC, McKinley S, Reigel B, Kyungeh A, Cherrington CC, et al. Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management. *Intensive Crit Care Nurs* 2003; 19: 276–88.
  - Možina S, Tavčar M, Zupan N, Kneževič A N. Poslovno komuniciranje evropske razsežnosti. Maribor: Obzorja; 2004.
  - Mumel D. Komuniciranje v poslovnem okolju. Založba Zlatko Weingerl Maribor; 2008.
  - Narasimhan M, Eisen LA, Mahoney CD, Acerra FL, Rosen MJ. Improving Nurse-Physician Communication and Satisfaction in the Intensive Care Unit With a Daily Goals Worksheet. *AJCC* 2006; 15: 217–22.
  - Pajnkihar M, Lahe M. Spoštovanje pacientovega dostojanstva in avtonomnosti v medsebojnem partnerskem odnosu med medicinsko sestro in pacientom. In: Filej M, Kaučič B M, Lahe M, Pajnkihar M, eds. *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik referatov in posterjev 1. simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo*, Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2006; 31–34.
  - Payne S, Walker J. Psihologija v zdravstveni negi: Humanistična znanost v zdravstveni negi. Ljubljana: Ecucy; 2002.
  - Price AM. Intensive care nurses' experiences of assessing and dealing with patients' psychological needs. *Nurs Crit Care* 2004; 9(3): 134–42.
  - Raca S. Pomen inhalacij in aspiracij pri pacientih s traheostomo. In Miklavčič T, Ceglar K, Režun P: *Zbornik predavanj, Menjava trahealnih kanil*. Ljubljana:

Univerzitetni klinični center, Klinika za otorinolargiologijo in cervikofacialno kirurgijo. Ljubljana 2008; 35–46.

- Rotondi AJ, Chelluri L, Sirio C, Mendelsohn A, Schulz R, Belle S e tal. Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Crit Care Med* 2002; 30(4): 746–52.
- Rungapadiachy M D. Medosebna komunikacija v zdravstvu. Ljubljana; Educy: 2003.
- Ružič Koželj N. Komunikacija v zdravstvu; kako do uspešne interakcije. NR Design Maribor; 2004.
- Samuelson KA, Lundberg D, Fridlund B. Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients. *Nurs Crit Care*. 2007; 12(2): 93–104.
- Selič P. Nebesedno sporazumevanje za vsakdanjo rabo. Ljubljana: Inštitut Pares; 2007.
- Stevard MJB, Brown WW, Weston IR, Mcwhinney CL, McWilliam, Freeman TR. Patient centered medicine transformnig the clinical method. 2nd ed. Oxford; Radcliffe medical press ltd; 2003.
- Škarič I. V iskanju izgubljenega govora. Ljubljana, Pleško: Šola retorike; 2005.
- Tamburri LM, DeBrienza R, Zozula R, Redeker N. Nocturnal care interactions with patients in critical care units. *AJCC* 2004; 13 (2): 102–12.
- Thomas LA. Clinical management of stressors perceived by patients on mechanical ventilation. *AACN Clin Issues* 2003; 14(1): 73–81.
- Ule M. Psihologija komuniciranja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2005.
- Ule M. Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2009.
- Vrankar K. Komunikacija s pacientom na respiratorju. Predavanje Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkim pacientom. 38 strokovni seminar. Maribor, Slovenija; 1. 4. 2011.
- Windisch W, Crie CP. Quality of life in patients with home mechanical ventilation. *Pneumologie* 2006; 60(9): 539–46.

- Wojnicki-Johansson G. Communication between nurse and patient during ventilator treatment: Patient reports and RN evaluations. *Intens Crit Care Nurs* 2001; 17: 29–39.

## 9 PRILOGE

### 9.1 Anketni vprašalnik za paciente

Anketni vprašalnik

Pozdravljeni.

Sem študentka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice in Vas prosim, da odgovorite na nekaj zastavljenih vprašanj. S tem mi boste pomagali pri moji diplomski nalogi, ki ima naslov **Pomen verbalnega in neverbalnega komuniciranja pri pacientih na umetni ventilaciji**. Na vsa vprašanja odgovarjate anonimno, dobljeni podatki pa bodo uporabljeni izključno v namen moje diplomske naloge.

Že vnaprej se Vam lepo zahvaljujem.

SPOL (obkrožite): 1. Moški 2. Ženska

Starost :

Čas intubacije ( napišite število dni intubacije):

<b>Kratke trditve o komunikaciji</b>	<b>1- nikoli</b>	<b>2 - redko</b>	<b>3- večsah DA, včasih NE</b>	<b>4 – pogosto</b>	<b>5- vedno</b>
1. Ko sem se zavedel/-a, svojega stanja, sem bil/-a miren/-a.					
2. Bolnišnično okolje sem sprejel/-a dobro.					
3. Pogrešal/-a sem svojce, domače okolje.					
4. Ponoči sem dobro spal/-a.					
5. Ponoči nisem dobro spal/-a, saj me je zdravstveno osebje nenehno budilo, zaradi raznih merjenj in dajanja terapije.					
6. Ponoči so me zbujali drugi pacienti.					
7. Zjutraj sem se zbujal/-a utrujen/-a.					
8. Veliko stvari med zdravljenjem se ne spominjam.					
9. Dobro sem se razumel/-a z medicinskimi sestrami in tehnikami zdravstvene nege.					
10. Pogrešal/-a sem pogovor s svojci in prijatelji.					
11. Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege so razumele, kaj jim hočem povedati.					



<b>Kratke trditve o komunikaciji</b>	<b>1- nikoli</b>	<b>2 - redko</b>	<b>3- večasih DA, večasih NE</b>	<b>4 – pogosto</b>	<b>5- vedno</b>
12. Pri komunikaciji sem uporabljal/-a govorno tabelo.					
13. Pri komunikaciji sem uporabljal/-a list papirja in svinčnik.					
14. Ko sem dobil/-a obiske, sem s svojci in prijatelji težko komuniciral/-a.					
15. Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege so mi vedno povedale, kaj bodo počele z menoj.					
16. Poskušal/-a sem se ekstubirati (izvleči cevko iz grla).					
17. Endotrahealni tubus me je zelo motil.					
18. Zaradi endotrahealnega tubusa me je bolelo grlo.					
19. Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege so si vzele čas zame in za moja vprašanja.					
20. Ko sem hotel/-a kaj sporočiti, tega velikokrat nisem znal/-a storiti na pravi način, zato me velikokrat niso pravilno razumeli.					
21. Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege so govorile preveč strokovno, zato jih nisem razumel/-a.					
22. Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege imajo dovolj znanja o komunikaciji z intubiranimi ljudmi.					
23. Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege so se mi predstavile, kdo in kaj so.					
24. Zaupal/-a sem medicinskim sestram.					
25. Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege so mi bile na dosegu in so se odzvale v primernem času na moje klice.					
26. Po hranjenju mi je bilo slabo.					
27. Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege so mi povedale, kakšno in koliko hrane dobim.					
28. Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege so mi povedale, kakšne tablete mi bodo dale po hranilni sondi.					
29. Imel/-a sem suha usta.					
30. Bil sem žejen/-a.					

<b>Kratke trditve o komunikaciji</b>	<b>1- nikoli</b>	<b>2 - redko</b>	<b>3- večasih DA, včasih NE</b>	<b>4 – pogosto</b>	<b>5- vedno</b>
31. Pred opravljanjem osebne higiene so mi diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege razložile, kaj bodo počele z menoj.					
32. Zagotovljena mi je bila zasebnost pri osebni higieni.					
33. Pri opravljanju osebne higiene me je bilo sram					
34. Diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege so mi po opravljanju velike im male potrebe vedno v kratkem času zamenjale plenico in me uredile, da sem se počutil čisto in urejeno.					
35. Pri aspiraciji po endotrahealnem tubusu, ustih mi je bilo slabo					
36. Aspiracije so mi povzročale bolečine					
37. Med aspiracijo sem imel/-a občutek, da ne dobivam dovolj zraka.					
38. Med aspiracijo sem postal/-a paničen/-a, zaradi občutka dušenja.					

- Kakšne občutke ste doživljali, medtem ko ste bili intubirani?

---



---

- Kako ste se počutili, ko ste se soočili z neverbalno komunikacijo? Ste pogrešali govorjenje?

---



---

- Kaj bi sporočili medicinskim sestram, da bi v naprej še bolj učinkovito sodelovale in delovale na tem področju?

---



---

## 9.2 Anketni vprašalnik za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege

### Anketni vprašalnik

Pozdravljeni

Sem študentka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice in Vas prosim, da odgovorite na nekaj zastavljenih vprašanj. S tem mi boste pomagali pri moji diplomski nalogi, ki ima naslov **Pomen verbalnega in neverbalnega komuniciranja pri pacientih na umetni ventilaciji**. Na vsa vprašanja odgovarjate anonimno, dobljeni podatki pa bodo uporabljeni izključno v namen moje diplomske naloge. Že vnaprej se Vam lepo zahvaljujem.

Obkrožite in dopolnite:

1. Spol: 1. Moški 2. Ženska

2. Starost:

1. 0–20 let
2. 21–30 let
3. 31–40 let
4. 41–50 let
5. 51–60 let ali več

3. Izobrazba:

1. Srednja šola
2. Višja šola
3. Visoka šola
4. Univerzitetna fakulteta
5. Magisterij
6. Doktorat

4. Delovna doba:

1. 0–10 let
2. 11–20 let
3. 21–30 let
4. Več kot 30 let

1. Kakšne so po Vašem mnenju potrebne lastnosti dobrega zdravstvenega delavca za uspešno komunikacijo z intubiranimi pacienti?

---

---

2. Vaše najboljše in najslabše lastnosti pri komuniciranju s pacientom?

Najboljše:

---

Najslabše:

---

<b>Kratke trditve o komunikaciji</b>	<b>1 - sploh se ne strinjam</b>	<b>2 - se ne strinjam</b>	<b>3 - neodločeno</b>	<b>4 - se strinjam</b>	<b>5 - popolnoma se strinjam</b>
1. Znanje komunikacije je zelo pomembno za delo s pacienti.					
2. Odnos do pacientov mora biti empatičen.					
3. Odnos do pacientov mora biti spoštljiv.					
4. Odnos do pacientov mora biti razumevajoč.					
5. V odnos med medicinsko sestro in pacientom je potrebno vložiti veliko truda.					
6. Znanje o komunikaciji pridobivamo z leti izkušenj.					
7. Šola in organizacije dajejo zadosti poudarka veščinam komunikacije z intubiranimi pacienti.					
8. Nadrejeni spodbujajo in omogočajo učenje komunikacije za boljši odnos s pacienti.					

<b>Pogostost, način komunikacije</b>	<b>1- nikoli</b>	<b>2- včasih</b>	<b>3- neodločeno</b>	<b>4- pogosto</b>	<b>5- vedno</b>
1. Dobro in učinkovito sodelujem s pacienti.					
2. Pacientu se vedno predstavim kdo in kaj sem.					
3. Pri komunikaciji s pacienti uporabljam besede, ki jih pacient razume in ne preveč strokovne literature, ki bi pacientu onemogočale razumevanje stvari.					
4. Pri komuniciranju uporabljam verbalni (besedni...) način komunikacije.					
5. Pri komuniciranju uporabljam neverbalni (mimika...)način komuniciranja.					
6. Pri komunikaciji uporabljam druge pripomočke komunikacije, kot so slikovna, črkovna tabela ...					
7. Pri komunikaciji z intubiranimi pacienti sem v stresu, saj mi je pogovor z njimi zelo naporen.					
8. Pacienti mi zaupajo.					
9. Imam dovolj časa, da se kakovostno pogovorim s pacientom in mu odgovorim na zastavljena vprašanja.					
10. Znam reševati konflikte, ki nastanejo med menoj in pacienti.					

<b>Trditve v zvezi s sondno prehrano, osebne higijene ter aspiracije intubiranega pacienta</b>	<b>1.-da</b>	<b>2.-ne</b>	<b>3 - neodločeno</b>	<b>Opiši, če je odgovor neodločen</b>
1. Za opravljanje postopka hranjenja prek hranilne sonde sem dovolj usposobljen/-a.				
2. Vedno pred hranjenjem prek nazogastrične sonde povem pacientu, koliko hrane bo dobil.				
3. Vedno pred dajanjem terapije prek nazogastrične sonde pacientu povem, kakšno zdravilo bo dobil.				
4. Imam občutek, da je pacientom slabo po hranjenju, pa mi tega niso znali povedati.				
5. Pacienti mi velikokrat potožijo, da imajo suha usta.				
6. Pacientu vedno pred opravljanjem osebne higijene ustrezno razložim, kaj bom počel/-a z njim.				
7. Pacientu zagotavljam zasebnost pri opravljanju osebne higijene.				
8. Ker vem, da je nekaterim nerodno pri opravljanju osebne higijene, se trudim, da sem čim bolj profesionalen/-a.				
9. Vedno skušam ustreči pacientovim željam (če nam sporoči, da je za preobleči, to storim, takoj ko uspem).				
10. Mislim, da sem dovolj usposobljen/a za opravljanje postopka aspiracije in se zavedam vseh njenih možnih zapletov.				
11. Vedno poskušam čim hitreje zagotoviti uspešno aspiracijo, če je to potrebno.				
12. Aspiracija pri intubiranemu pacientu se mi zdi zelo pomemben postopek.				
13. Mislim, da je aspiracija pacientom zelo nelagodna.				

- Če bi imeli priložnost, ali bi se udeležil/-a seminarja o komunikaciji z intubiranimi pacienti ?

- Da.
- Ne.

- Kakšno je vaše počutje, ko komunicirate in delate z intubiranimi pacienti? Ali je težje kot pogovor in delo z verbalno govorečimi pacienti?

---

---

- Kako mislite, da se počutijo pacienti na umetni ventilaciji? Kaj bi jim po vašem mnenju lajšalo čas v bolnišnici?

---

---