



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**TERAPEVTSKA KOMUNIKACIJA
MEDICINSKE SESTRE V PALIATIVNI
ZDRAVSTVENI NEGI**

Mentorica: doc. dr. Brigita Skela Savič
Somentor: mag. Andreja Prebil, asist.

Kandidatka: Romana Špiler

Jesenice, marec, 2012

ZAHVALA

Najprej bi se rada zahvalila svoji mentorici doc. dr. Brigiti Skeli Savič in somentorici mag. Andreji Prebil, asist., za vso pomoč, usmeritve in nasvete pri pisanju diplomske naloge.

Zahvaljujem se dr. Anji Simonič, pred., in mag. Jožici Ramšak Pajk, viš. pred. za recenzijo diplomskega dela.

Zahvaljujem se slavistki Rut Zlobec, za lektoriranje diplomske naloge.

Zahvaljujem se tudi zaposlenim v Splošni bolnišnici Brežice, interni oddelek, ter zaposlenim Doma starejših občanov Krško, ki so sodelovali pri izpolnjevanju anketnega vprašalnika.

Hvaležna sem mojim staršem, ki so mi omogočili študij in mi ves čas nudili podporo, ter fantu Marku, ki me je spodbujal in mi nudil pomoč pri pisanju diplomske naloge.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Paliativna oskrba pomeni celostno oskrbo pacienta: zdravstveno nego, obvladovanje bolečine in lajšanje psihičnih, socialnih in duševnih težav. Terapevtsko komunikacijo lahko definiramo kot proces, ki je usmerjen na pacienta, cilj procesa je zadovoljevanje pacientovih potreb v okviru zdravstvene nege.

Cilj: Glavni cilj diplomskega dela je ugotoviti razumevanje pojma terapevtske komunikacije med medicinskimi sestrami v paliativni zdravstveni negi in uporabo le-te.

Metoda: Uporabili smo kvantitativno opisno metodo anketiranja. Vprašalnik je bil zaprtega tipa, vseboval je 22 vprašanj in 20 trditev, ob katerih so anketiranci razvrščali ponujene odgovore na Likertovi lestvici od 1 do 5. Med diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege smo po metodi namenskega vzorca razdelili 65 anketnih vprašalnikov, vrnjenih je bilo 31, kar predstavlja 47,7 % realizacijo vzorca. Pridobljene podatke smo kvantitativno obdelali s pomočjo računalniškega programa Microsoft Windows Excel in statističnega programskega orodja SPSS 20.0. Rezultate odgovorov pri posameznih anketnih vprašanjih smo frekvenčno prikazali, na podlagi hi-kvadrat testa in testa za neodvisne vzorce smo naredili tudi statistično primerjavo med posameznimi odgovori glede na delovne izkušnje anketiranih oseb. P-vrednost $< 0,05$ je pomenila statistično pomembnost.

Rezultati: 84 % anketirancev ocenjuje, da je terapevtska komunikacija zelo pomembna v paliativni zdravstveni negi. Anketiranci so z 32,3 % odgovorili, da imajo dovolj strokovnega znanja s področja terapevtske komunikacije, 22,5 % pa jih je menilo, da nimajo dovolj strokovnega znanja. Vlogo svojcev pri izvajanju terapevtske komunikacije v paliativni oskrbi je 65 % anketirancev ocenilo kot zelo pomembno. Ugotovili smo statistično pomembno razliko v dojetanju namena terapevtske komunikacije pri pacientu, saj so anketiranci z več delovnimi izkušnjami prepoznavanje čustev in potreb pacienta kot enega izmed možnih namenov terapevtske komunikacije postavili po pomembnosti višje kot pa anketiranci z manj delovnimi izkušnjami ($p=0,017$).

Razprava: Z raziskavo smo ugotovili, da medicinske sestre ocenjujejo terapevtsko komunikacijo kot zelo pomembno in da jo tudi ustrezno razumejo. Kot glavna ovira pri izvajanju terapevtske komunikacije se kaže preveč delovnih obveznosti in s tem

pomanjkanje časa za pogovor s pacientom. Vključevanje svojcev v proces terapevtske komunikacije s paliativnim pacientom se zdi anketirancem zelo pomembno, vendar so v praksi svojci še vedno premalo vključeni.

Ključne besede: paliativna oskrba, komunikacija v paliativni oskrbi, terapevtska komunikacija, izobraževanje s področja terapevtske komunikacije.

ABSTRACT

Background: Palliative care means complete patient care-health care, pain management and relief of psychological, social and mental problems. Therapeutic communication can be defined as a patient-oriented process which aims to meet the patient's nursing care needs.

Aims: The main aim of our thesis was to understand the concept of therapeutic communication among nurses in palliative nursing care and, furthermore, to understand the use of palliative nursing care.

Methods: A quantitative descriptive survey method was employed. Data was acquired with a closed-ended questionnaire containing 22 questions and 20 statements. Respondents were asked to indicate their agreement with the statements on a five-point Likert-type scale. The questionnaire was distributed among graduate nurses and medical technicians with a purposive sample. A total of 65 questionnaires were distributed. With 31 returned questionnaires, the response rate was 47.7%. Acquired data were quantitatively processed using Microsoft Windows Excel and statistical software SPSS 20.0. Frequency results were calculated with the chi-square test and the independent samples test to produce a statistical comparison among individual responses, depending on the respondents' work experience. P-value for statistical significance was set at <0.05 .

Results: In total, 84% of respondents claimed that therapeutic communication was very important in palliative nursing care. 32.3% of respondents thought they had sufficient knowledge of therapeutic communication, and 22.5% of the respondents estimated that they did not have enough knowledge of communication in palliative care. The role of relatives in the implementation of therapeutic communication in palliative care was rated by 65% of the respondents as very important. A statistically significant difference was established in the perception of the purpose of therapeutic communication with a patient: compared to respondents with less work experience ($p=0.017$), respondents with more work experience ranked the identification of feelings and needs as one of the possible therapeutic communication purposes higher.

Discussion: The research shows that nurses rate therapeutic communication as very important and that they also properly understand it. The main obstacle in the

implementation of therapeutic communication is too many work obligations and, consequently, lack of time for conversation with patients. Involving family members in the process of therapeutic communication with palliative care patients seems very important to the respondents, but in practice relatives are still not involved enough.

Key words: palliative care, communication in palliative care, therapeutic communication, education in therapeutic communication.

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	2
2.1 Opredelitev paliativne oskrbe	2
2.2 Zgodovinski razvoj paliativne oskrbe v svetu	3
2.2.1 Začetki paliativne oskrbe v Angliji	4
2.2.2 Razvoj paliativne oskrbe v Kanadi.....	4
2.3 Paliativna oskrba v sloveniji	5
2.4 Vloga društva hospic pri oskrbi umirajočega pacienta	6
2.5 Paliativni tim.....	7
2.5.1 Komunikacija v paliativnem timu	8
2.5.2 Izgorevanje zdravstvenih delavcev ob delu s hudo bolnimi in umirajočimi pacienti	9
2.6 Vloga svojcev v paliativni oskrbi	11
2.7 Pravice umirajočega pacienta	12
2.8 Opredelitev komunikacije.....	14
2.8.1 Verbalna komunikacija	15
2.8.2 Neverbalna komunikacija.....	16
2.8.3 Medosebno komuniciranje	17
2.9 Značilnosti terapevtske komunikacije	19
2.10 Značilnosti terapevtske komunikacije v paliativni oskrbi	21
2.10.1 Elementi terapevtske komunikacije v paliativni oskrbi	22
3 EMPIRIČNI DEL	24
3.1 Problem in cilji raziskovanja	24
3.2 Raziskovalna vprašanja.....	24
3.3 Raziskovalna metodologija.....	25
3.3.1 Metodologija in tehnika zbiranja podatkov.....	25
3.3.2 Opis instrumentarija	25
3.3.3 Opis vzorca.....	26
3.3.4 Potek raziskave.....	26
3.3.5 Opis obdelave podatkov	27
3.4 Rezultati ankete.....	27
3.5 Razprava	39
4 ZAKLJUČEK	43
5 LITERATURA	44
6 PRILOGA	51

KAZALO TABEL

Tabela 1: Kaj menite, kaj vzpostavlja učinkovita komunikacija med medicinsko sestro in pacientom? Primerjava glede na delovne izkušnje.....	28
Tabela 2: Katera oblika komunikacije z vidika terapevtskega učinka se vam zdi pomembnejša? Primerjava po delovnih izkušnjah	29
Tabela 3: Kaj si predstavljate pod pojmom terapevtske komunikacije? Primerjava po delovnih izkušnjah.....	30
Tabela 4: Kateri so po vašem mnenju najpomembnejši oziroma najmanj pomembni elementi terapevtske komunikacije? Primerjava po delovnih izkušnjah.....	30
Tabela 5: Kakšen je po vaši oceni glavni namen terapevtske komunikacije s pacientom? Primerjava po delovnih izkušnjah	31
Tabela 6: Rezultati glede na delovne izkušnje anketirancev (trditve od 1 do 20).....	33

1 UVOD

Mnogokrat se človek, dokler je zdrav, ne zaveda, da se lahko njegovo življenje v hipu spremeni zaradi bolezni. Že sama diagnoza hude bolezni pri človeku vzbudi ogromno negotovosti in negativnih čustev. Paliativna oskrba je pomemben element v življenju hudo bolnega človeka, vse od prve diagnoze pa do terminalne faze bolezni in posledično smrti, njen glavni namen pa je ohranjanje človekovega dostojanstva ves čas bolezni, lajšanje bolečin in zagotavljanje čim bolj kakovostnega življenja do smrti. Prebivalstvo se stara in s starostjo pridejo tudi najrazličnejše bolezni. Glede na to, da živimo v svetu, kjer so kronična obolenja vse pogostejša (sem sodijo: srčna obolenja, pljučna obolenja, nevrološka obolenja), prav tako pa se povečuje tudi pojavnost rakavih obolenj, bo pomen paliativne oskrbe v prihodnosti še večji. Paliativni oskrbi bo potrebno nameniti še več pozornosti, predvsem v smislu izobraževanja in usposabljanja zdravstvenega osebja in zagotavljanja ustreznih prostorskih in materialnih pogojev za nadaljnji razvoj te izredno pomembne veje zdravstvene oskrbe.

Paliativna oskrba pomeni vseobsegajočo oskrbo pacienta: nego, obvladovanje bolečine in drugih simptomov bolezni, hkrati pa tudi lajšanje psihičnih, socialnih in duševnih težav (Červek, 2006a). Kot celostna oskrba lajša trpljenje, zagovarja življenje in spoštuje umiranje kot normalen proces, zato niti ne pospešuje niti ne zavlačuje smrti (Poplas Susič, 2011).

Dobro sporazumevanje je eden od najpomembnejših vidikov oskrbe pacienta, saj je osnova za izgradnjo odnosov s pacientom. Dobre veščine sporazumevanja so potrebne predvsem ob sporočanju slabe novice, ob pacientovem ali svojčevem zanikanju stanja bolezni, ob težavnih neposrednih vprašanjih in ob močnih čustvenih reakcijah (Lunder, 2005). Terapevtska komunikacija je proces, ki zajema skupno doseganje ciljev v razmerju med pacientom in medicinsko sestro, kjer sta oba enakovredna in aktivna udeleženca in spoštujeta medsebojni odnos. Vzpostavljanje terapevtskega odnosa je proces, ki zahteva čas in skrbno vodenje medicinske sestre, sloni pa na zaupanju in spoštovanju pacienta ter prepoznavanju njegovih težav in potreb (Pajnkihar, 1999; cit. po Kogovšek, 2010).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 OPREDELITEV PALIATIVNE OSKRBE

Beseda paliativen prihaja iz latinskega glagola *palliare* (ogrnti s plaščem – prekriti simptome). Načela paliativne oskrbe spoštujejo življenje in sprejemajo umiranje kot naravno dogajanje, zato ta oskrba s svojimi posegi smrti ne zavlačuje niti je ne pospešuje. Pomaga pacientovi družini in njegovim bližnjim med boleznijo in v času žalovanja (Červek, 2002).

Paliativna oskrba teži k pomoči posamezniku in družini pri:

- naslavljanju telesnih, psiholoških, socialnih, duhovnih, praktičnih vprašanj in z njimi povezanimi pričakovanji, potrebami, upi in strahovi;
- pripravi na umiranje in
- premagovanju izgube in žalovanju med boleznijo in po smrti drage osebe (Benedik, 2008).

Definicija Svetovne zdravstvene organizacije (SZO, 1991, 2002) navaja: Paliativna oskrba izboljša kakovost življenja pacienta in njegovih bližnjih, ki se soočajo s problemi ob neozdravljivi bolezni, preprečuje in lajša trpljenje, ki ga zgodaj prepozna, oceni in obravnava bolečine in druge telesne, psihosocialne ter duhovne probleme.

Svetovna zdravstvena organizacija je določila tudi osnovna načela v paliativni oskrbi:

- omogočamo lajšanje bolečine in drugih motečih simptomov,
- priznavamo življenje in umiranje kot normalen proces,
- ne pospešujemo smrti niti je ne zavlačujemo,
- vključujemo psihološke in duhovne vidike v pacientovo oskrbo,
- nudimo podporni sistem pacientom, da živijo, kolikor je mogoče dejavno življenje do smrti,
- nudimo podporni sistem za pomoč družini med pacientovo boleznijo in v času žalovanja,

- uvajamo timski pristop pri oskrbi potreb pacienta in njegove družine, vključno z žalovanjem (zdravnik, medicinska sestra, socialni delavec, psiholog, delovni terapevt, fizioterapevt; po potrebi še: dietolog, duhovnik, prostovoljec),
- izboljšamo kakovost življenja in s tem lahko tudi vplivamo na potek bolezni,
- paliativno oskrbo vključujemo zgodaj v toku bolezni v povezavi z različnimi vrstami zdravljenja, katerih namen je podaljšanje življenja, kot so kemoterapija, obsevanje, ter vključujemo tiste preiskave, ki pomagajo k razumevanju in obravnavi kliničnih zapletov (Lunder, 2003).

Namen paliativne oskrbe je odkrivanje in celostna oskrba bolečine in drugih, tudi duševnih, duševno – družbenih in duhovnih vidikov trpljenja, ki prizadenejo pacienta. Vloga okolja (družine) je pri oskrbi terminalno bolnih čedalje manjša in ti pacienti zadnje obdobje svoje bolezni preživijo v zdravstvenih zavodih. Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja v Sloveniji kar 59,2 % ljudi umre v zdravstvenih ustanovah (bolnišnice, domovi za starejše občane, ...) (Lahe, 2004).

Paliativna zdravstvena nega je vključena v vse vidike onkološke paliativne oskrbe, to je od postavljanja diagnoze, paliativnega zdravljenja, do terminalne faze bolezni. Osrednjo vlogo pri paliativni zdravstveni negi imata pacient in njegova družina ter z njima povezane potrebe, ne pa prognoza bolezni. Medicinska sestra mora razumeti procese dojetanja in soočanja pacienta z napredovalo boleznijo ter vpliv pacientovega stanja na družino. Upanje pacienta je potrebno uskladiti z realnimi cilji za pacienta in družino (Skela Savič, 2005).

2.2 ZGODOVINSKI RAZVOJ PALIATIVNE OSKRBE V SVETU

Skrb za neozdravljivo bolne in starejše osebe je bila ključni del številnih družb na svetu. Od 4. stoletja naprej so bile ustanovljene različne ustanove (sanatoriji in tako imenovane hiše počitka), katerih namen je bil zadovoljiti potrebe neozdravljivo bolnih. V prvi polovici 20. stoletja so se z razumevanjem diagnoze raka in njegove pojavnosti med ljudmi za medicino začeli novi izzivi. Temeljni koncept paliativne oskrbe se je razvil med letoma 1960 in 1990, predvsem na področju onkologije (Mohanti, 2011).

Svetovna zdravstvena organizacija je postavila prvo definicijo paliativne oskrbe v letu 1990 (Yetter Morgan, 2010). Prvi hospici so bili ustanovljeni že v času križarskih vojn. Delovali so v skladu z religioznimi načeli, njihov namen pa je bil zagotavljanje hrane, zavetišča in duhovne oskrbe za romarje. V sredini 19. Stoletja so vdove umrlih za rakom ustanovile prve hospice v Franciji. Podobne ustanove so ustanovile redovnice v Dublinu na Irskem (Jeyaraman, Kathiresan in Gopalsamy, 2010). Pomembna prelomnica v zgodovini razvoja paliativne oskrbe je strokovno delo ameriškega zdravnika dr. Alfreda Worcesterja, *The care of the aged, the dying and the dead*, katerega glavne ideje so bile, da je vloga zdravstvenih ustanov poleg zdravljenja pacienta tudi empatičen pristop do pacientov in ustvarjanje varnega okolja za pacienta (Seymour, b.l.).

2.2.1 Začetki paliativne oskrbe v Angliji

Oskrba umirajočih se je začela v Angliji z ustanovitvijo prvega hospica v Londonu leta 1967. Ustanovila ga je Cicely Saunders s somišljeniki. Pionirsko delo Cicely Saunders v Angliji je opozorilo medicinsko stroko in javnost na pomembnost razvoja paliativne oskrbe (Mohanti, 2011). 8 let kasneje je sledila ustanovitev hospica St. Lukes v Sheffieldu s prvim timom, ki je iz hospica deloval tudi v bolnišnici. Ustanavljanje novih hospicev in paliativnih oddelkov v bolnišnicah se je nato razmahnilo po vsej Angliji. V letu 2000 je bilo v Angliji že preko 240 hospicev, katerih dve tretjini sta imeli hišo ali oddelek s posteljami. V bolnišnicah je bil v tem letu v 350 ustanovah ustanovljen tudi paliativni oddelek ali vsaj paliativni tim. Večina hospicev prireja programe izobraževanja vsaj v obliki neformalnih programov za medicinske sestre in zdravnike v lokalni skupnosti, mnogi pa imajo organizirano tudi rezidencialno in strokovno priznано izobraževanje zdravstvenih delavcev (Lunder, 2002).

2.2.2 Razvoj paliativne oskrbe v Kanadi

Pod vplivom razvoja hospicev v Angliji se je prva dejavnost paliativne oskrbe moderne dobe pričela v Kanadi v novembru 1974 v okviru bolnišnice Winnipeg, Manitoba. Leta 1973 je izraz paliativna oskrba uporabil dr. Balfour Mount kot nov program v bolnišnici

Royal Victoria v Montrealu (Yetter Morgan, 2010). Od takrat naprej se je paliativna oskrba razvijala po vseh regijah Kanade v različnih oblikah specializirane paliativne oskrbe in v nekaj hospicijah. Za Kanado je najbolj značilno, da so se začetki paliativne oskrbe porodili v bolnišnicah v okviru zasebnega in državnega zdravstvenega sistema. Zelo dobro je v Kanadi razvita paliativna oskrba za neozdravljive bolne otroke in njihove starše (Lunder, 2002).

2.3 PALIATIVNA OSKRBA V SLOVENIJI

V Sloveniji je paliativna oskrba še relativno nerazvita. To dejstvo kaže na zgodovinsko, kulturološko in sociološko pogojenost v našem prostoru, kjer sta umiranje in smrt še zelo veliki tabu temi. Temelj razvoja paliativne oskrbe v Sloveniji predstavlja ustanovitev hospica leta 1995. Hospic je bil ustanovljen kot nevladna organizacija, ki nudi zdravstveno nego in psihosocialno podporo pacientom na domu, obiske prostovoljcev in izobraževanje za zdravstvene delavce in javnost. Na Onkološkem inštitutu so leta 2000 začeli ustanavljati paliativni tim. Zametki paliativne oskrbe se pojavljajo tudi v obliki negovalnih bolnišnic. Kot element paliativne oskrbe so v osmih mestih v Sloveniji organizirane protibolečinske ambulante, ki nudijo pomoč pacientom s hudimi bolečinami. Slovenska zdravniška zbornica specializacije iz paliativne oskrbe še ne priznava (Lunder, 2006).

Paliativna oskrba je danes zelo dobro organizirana na Onkološkem inštitutu v Ljubljani. Obravnava paliativnih pacientov je lahko osnovna in se izvaja v ambulantah in posvetovalnicah, specialistična paliativna oskrba pa se izvaja na oddelku akutne paliativne oskrbe in je namenjena paliativnim pacientom s težje obvladljivimi simptomi. Namen oddelka je nuditi tudi psihosocialno podporo svojcem, ter pripraviti načrt paliativne oskrbe za pacienta v domači oskrbi ali oskrbi v drugih zdravstvenih ustanovah (Onkološki inštitut Ljubljana, 2012). Pri paliativni oskrbi pacientov je zelo pomemben tudi paliativni oddelek, ki deluje v okviru KOPA Bolnišnica Golnik. Leta 2006 je bila v tej bolnišnici organizirana paliativna oskrba za paciente s pljučnim rakom. Ob celostnem zadovoljevanju pacientovih potreb je cilj te oskrbe tudi vključevanje svojcev v čim večji meri (Bolnišnica Golnik, 2012).

2.4 VLOGA DRUŠTVA HOSPIC PRI OSKRBI UMIRAJOČEGA PACIENTA

Slovensko Društvo Hospic je nevladna, neprofitna humanitarna organizacija, ustanovljena junija 1995. leta in deluje na več območjih Slovenije. Društvo spremlja neozdravljivo bolne in njihove svojce. Prizadeva si za detabuizacijo smrti in za naraven odnos do umiranja in žalovanja v slovenski družbi (Slovensko Društvo Hospic, 2009; cit. po Benkovič, 2011).

Hospic nudi celostno oskrbo pacienta in njegovih svojcev takrat, ko aktivno zdravljenje raka ni več mogoče in lahko v kratkem času pride do smrti. Cilj oskrbe Hospica je učinkovito lajšanje pacientovega trpljenja, posluš za njegove potrebe, usmerjanje v smiselno izpolnitev zadnjih mesecev življenja in opora svojcem v času umiranja in žalovanja (Žargi, 2006).

Celostno oskrbo v Hospicu izvaja interdisciplinarni strokovni tim: medicinska sestra, strokovni delavec za psihosocialno oporo / socialni delavec, sodelavec za duhovno oporo v sodelovanju s prostovoljci, ki s svojo sočutno prisotnostjo pripomorejo, da pacientove ure niso samotne, omilijo občutke nemoči in dokazujejo, da je vsak dan pomemben. Z vzpostavljanjem tesnih vezi z bolnim in njegovimi svojci pripomorejo k polnosti njihovega bivanja (Käch, 2009).

Hospic pomeni kraj, kjer umirajoči polno živijo do zadnjega dne. Neprofitno društvo Hospic ponuja več dejavnosti, od delavnic za žalujoče do brezplačne oskrbe na domu in nasvetov glede oskrbe pacientov. Cilj Hospicovih pacientov je, da umirajo mirni in večinoma doma. Društvo pa ponuja tudi svojcem številne oblike opore, ki se jih udeležijo po želji: skupine za samopomoč, delavnice za žalujoče, literaturo, individualno svetovanje, pomoč na domu (Lunder, 2002; cit. po Pelcar, 2010).

2.5 PALIATIVNI TIM

Timsko delo je definirano kot skupinsko delo razmeroma samostojnih posameznikov, ki se ukvarjajo s kompleksnimi problemi, ki presegajo okvire ene znanstvene discipline oziroma stroke. Vsak posameznik prispeva svoj delež k skupnemu cilju (Praper, 1991; cit. po Knafelc, 2011). Bistvo timskega dela je ustrezno vodenje tima, ki mora temeljiti na medsebojnem zaupanju, nesebičnem sodelovanju in pomoči ter spoštovanju človeka kot osebnosti (Knafelc, 2011).

V paliativnem timu sodelujejo zdravnik specialist (osebni izbrani zdravnik in lečeči zdravnik), medicinske sestre, patronažne medicinske sestre, magister farmacije, socialni delavec, klinični psiholog, fizioterapevt, delovni terapevt, dietetik, izvajalec duhovne oskrbe in prostovoljci. Sestava tima se prilagaja stanju pacienta in njegovim potrebam ter razpoložljivim sredstvom (Skela Savič, 2005).

Poznamo več vrst paliativnih timov:

- *Osnovni paliativni tim*, v katerem so zdravnik, medicinska sestra, socialni delavec in psiholog, po potrebi sodelujejo še fizioterapevt, delovni terapevt, dietolog, duhovnik in prostovoljci.
- *Tim za paliativno oskrbo v primarnem zdravstvenem varstvu*, v katerem so že naštetih strokovnjaki, deluje v okviru zdravstvenih domov.
- *Tim za paliativno oskrbo na sekundarni in terciarni ravni* predstavlja podporo in ima v glavnem svetovalno vlogo. Oskrba pacienta je primarna naloga izbranega osebnega zdravnika oziroma lečečega zdravnika v bolnišnici in negovalnega osebja, tim za specialistično paliativno oskrbo pa jih podpira in jim svetuje. Opravlja tudi funkcijska usposabljanja, izobraževanja in raziskovanja.
- *Mobilni paliativni tim* je specialistični paliativni tim, ki izvaja svetovanje in storitve specialistične paliativne oskrbe na mestu potreb. Funkcija mobilnega paliativnega tima se izvaja tudi na pacientovem domu, kadar so težave kompleksnejše.

- *Specialistična enota v bolnišnici za paliativno oskrbo* je namena oskrbi pacientov in njihovih bližnjih s težjimi in kompleksnimi telesnimi, duševnimi, psihološkimi, socialnimi in duhovnimi potrebami (Petrovič, 2010).

Zaposleni, ki sodelujejo v paliativnih timih, morajo obvladati naslednje osnovne veščine:

- veščine sporazumevanja s pacienti, svojci in sodelavci;
- prepoznavanje, ocenjevanje in obravnava simptomov neozdravljive bolezni (fizičnih in psihosocialnih potreb);
- poznavanje etičnih principov in predpisov;
- poznavanje klinične poti;
- poznavanje znakov in ukrepanje za preprečevanje sindroma izgorelosti pri zaposlenih;
- biti morajo ustrezno poklicno usposobljeni in se udeleževati dodatnih izobraževanj (Červek, 2006b).

2.5.1 Komunikacija v paliativnem timu

Komunikacija med člani paliativnega tima je zelo pomembna, saj ustrezna komunikacija omogoča izvajanje strokovnega dela in s tem zagotavlja ustrezno obravnavo pacienta. Dobra komunikacija s sodelavci pomeni boljši pretok informacij, ki so potrebne in hkrati tudi pomembne pri obravnavi pacienta. Odnosi in komunikacija med zdravstvenimi delavci so različno intenzivni. Na intenzivnost vplivajo različni faktorji, eden izmed najpomembnejših je človekova osebnost. Zato je nujno, da se zavedamo svojih čustev in odnosov in da znamo vstopiti in izstopiti iz odnosa. Osebo zadovoljstvo bo izboljšalo naše medsebojne odnose in komunikacijo (Wolf, 2004).

Dobro sporazumevanje med vsemi, ki nudimo zdravstveno oskrbo pacientom, vodi k bolj kakovostni oskrbi. Izboljševanje kakovosti sporazumevanja med kolegi na različnih ravneh zdravstvenega varstva in med posameznimi poklicnimi skupinami je v zadnjem desetletju postalo pomembna prednostna naloga tako v evropskih zdravstvenih sistemih kot tudi pri nas. Pogovarjanje je znanje, ki se ga moramo vsi učiti. Razvijamo ga lahko,

v kolikor bomo spremenili svoje stališče o našem medsebojnem komuniciranju in razumeli, da je to najbolj sestavni del našega dela. Redna komunikacija med člani tima paliativne oskrbe je bistvenega pomena zaradi omogočanja multidisciplinarnega pristopa pri načrtovanju oskrbe (Poplas Susič, 2011).

Za boljšo oskrbo pacienta je pomembno, da si vsi strokovni sodelavci, ki sodelujejo pri oskrbi pacienta, prizadevajo za kakovostno delo. Potrebno je tudi medsebojno spoštovanje, medsebojna pomoč, partnerski odnos ter, kar je najpomembnejše, pravilna in učinkovita komunikacija (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2005). Neučinkovita komunikacija poveča možnost nastanka psihičnih problemov pri članih zdravstvenega tima (Walker, 1996; cit. po Skela Savič, 2002). Poznamo pa tudi komunikacijske obrambe, ki jih srečamo pri zdravstvenih delavcih in to so: resignacija ali cinizem, zaigrana neresnost, poudarjena skromnost, demonstrativna zadržanost (Ule, 2009).

2.5.2 Izgorevanje zdravstvenih delavcev ob delu s hudo bolnimi in umirajočimi pacienti

Izraz *burnout* (angleško), v slovenščini izgorelost, izpraznjenost, tudi poklicni stres, je prvi uporabil klinični psiholog Freudenberg (leta 1974), ki je raziskoval duševne težave pri osebju. Po njegovem mnenju pride do izgorelosti takrat, ko je posameznik postavljen pred zahteve, ki presegajo njegove sposobnosti, energijo, moč, sredstva (Freudenberg, 1974 v: Čebašek Travnik, 2002; cit. po Knafelc, 2011). Stanje notranje izgorelosti je neposredno povezano z občutkom brezsmiselnosti lastnega početja in izkušnjo komunikacijske izgube (Ule, 2003).

Izgorelost je pravzaprav negativna reakcija na stres in je odvisna od posameznikovih sposobnosti za obvladovanje stresa (Bilban, 2009; cit. po Knafelc, 2011). Danes je življenje bolj stresno in naporno kot kdaj koli prej. Živimo v dobi stresa. Stresu in pritiskom smo izpostavljeni vsepovsod: na delovnem mestu, v šoli, doma, če so družinski odnosi slabi, celo v prometu (Bilban in Maučec, 2009; cit. po Knafelc, 2011).

Zdravstveni delavci so zaradi zahtevnega dela z ljudmi izpostavljeni številnim stresnim situacijam, kot so umiranje in smrt, nujna somatska in psihična stanja, operativni posegi, podaljšanje delovnega časa in dežurstvo. Negativne stresne situacije doživljajo intenzivno in vsakodnevno (Kralj, 2009; cit. po Knafelc, 2011).

Če si že izberemo delovno mesto, tako da se izognemo dejavnikom stresa (izmensko delo, nočna dežurstva, ponavljajoče se operacije, itd.) pa se v zdravstvu najbrž nikoli ne moremo izogniti dejavnikom stresa, ki se porajajo v odnosih s pacienti in njihovimi svojci ob njihovih življenjsko pomembnih prelomnicah ob hudi bolezni, poškodbi ali smrti. Prav tako se ne moremo izogniti izzivom v komunikaciji s sodelavci, ker je delo v zdravstvu skupinsko in odvisno od več ljudi in hierarhije (Lunder, 2002).

Za preprečevanje sindroma izgorelosti v paliativnem timu se lahko uporabljajo naslednje oblike podpore: pogovori, organizirana supervizija in usmerjeno strokovno izobraževanje. Za medicinsko sestro je pomembno, da vedno znova preverja lastna stališča in čustvene odzive, pravočasno prepozna tudi lastni strah in se ga uči obvladovati. Na odnos med medicinsko sestro in pacientom vplivajo tudi naše lastne predstave o bolezni, smislu zdravljenja, vrednosti življenja z boleznijo ter stališča o življenju in smrti nasploh. V ta odnos vnaša svoja stališča tudi pacient. Bolj kot se predstave, doživljanja in pričakovanja obeh strani razlikujejo, toliko postaja medsebojni odnos obremenjujoč. Pomembno je, da medicinska sestra obvlada odnos s težko bolnimi in umirajočimi, ki čustveno različno reagirajo. V nasprotnem primeru se lahko zgodi, da težave pacienta začnejo medicinsko sestro tako obremenjevati, da se jim začne izogibati. Za uspešno delo s hudo bolnimi in umirajočimi mora medicinska sestra biti sposobna prepoznavati samo sebe, svoje sposobnosti in šibke plati. Poznavanje samega sebe in samospoštovanje sta temelja za razumevanje in spoštovanje drugih (Brumec, 2004).

Izboljšanje sposobnosti medicinskih sester za obvladovanje stresa so preučevale različne študije. Uporabljale so se različne kognitivne tehnike in oblike relaksacijskih terapij, kot so: glasba, razgibavanje in humor. Ugotovljeno je bilo, da nobeden od naštetih pristopov ne izstopa po učinkovitosti (Skela Savič, 2005).

2.6 VLOGA SVOJCEV V PALIATIVNI OSKRBI

Huda bolezen in umiranje ne prizadeneta samo tistega, ki je zbolel, temveč se dotikata vseh, ki so mu blizu, še posebej ožjih družinskih članov. Družinski člani doživljajo fizične obremenitve, ki jo prinaša oskrba pacienta, od nege do številnih obiskov osebnega zdravnika, specialista, spremljanj na kontrolne preglede v bolnišnico. Poleg strahu in vsega, kar obremenjuje družino ob hudi bolezni in umiranju, pa so na preizkušnji tudi vzdržljivost medsebojnih vezi, ustaljene navade in rituali. Vloga svojcev pri oskrbi umirajočega je neprecenljiva. Le najbližji lahko ohranjajo umirajočemu potrebno intimnost, dostojanstvo in občutek zaželenosti ob zaključevanju življenja, sami pa se čutijo potrebni in koristni (Vindiš in Brumec, 2009).

Kako se bo družina soočala z boleznijo, smrtjo in žalostjo, je odvisno od številnih dejavnikov. Drugačno je sprejemanje umiranja starejših kot mladih. Drugačni sta nenadna ali pričakovana smrt. Družinska dinamika, ki je do takrat delovala, se poruši. Dejavnosti se usmerijo v ohranjanje ravnotežja normalnega in ustaljenega življenja (Wolf, 2006).

Čeprav je izkušnja terminalne bolezni strašna in opazovanje umirajočega morda še težje, pa paliativna oskrba lahko dokaže, kako veliko je mogoče narediti za zmanjšanje trpljenja pacienta in družine oziroma svojcev. Najbližji umirajočemu zagotovijo potrebno intimnost in »znajo brati želje iz oči«. Pomembno je vključevanje vseh družinskih članov v vse odločitve v zvezi s pacientom (Mudrovčič, 2003).

Svojci doživljajo lastno pot spoprijemanja s procesom umiranja: zanikanje, dvom, jezo, pogajanje, depresijo in mnogokrat tudi sprejetje. Ves čas hude bolezni je napolnjen s čustvi tesnobe, strahu, upanja, brezupa, krivde, jeze, žalosti, razočaranja, nemoči; pa tudi zadoščenja, zaupanja, hvaležnosti, bližine, odpuščanja. Družinski člani čutijo tudi fizično obremenitev, prizadevajo si za vse mogoče načine in metode zdravljenja, ki bi utegnile še pomagati (Brumec, 2008).

2.7 PRAVICE UMIRAJOČEGA PACIENTA

Listina pravic umirajočih je bila sprejeta na generalni skupščini Organizacije združenih narodov leta 1975. Pravice, ki jih ima umirajoči, so:

- da z njim ravnajo kot s človeškim bitjem vse do zadnjega diha;
- da upa, ne glede na spremembe in možnosti upanja;
- da z njim upajo tisti, ki ga negujejo;
- da lahko svobodno izpove svoj nemir pred smrtjo, ki je na pragu;
- da soodloča glede zdravljenja;
- da ga zdravi strokovno osebje, čeprav je vsem jasno, da umira;
- da ne umre osamljen;
- da mu lajšajo bolečine;
- da mu na vprašanja iskreno odgovarjajo;
- da ga nihče ne slepi;
- da mu drugi pomagajo, da bi sam in njegovi najbližji sprejeli njegovo smrt;
- da umre mirno in dostojanstveno;
- da ohrani svojo osebnost in ga nihče ne obtožuje, če ne soglaša z njegovim prepričanjem;
- da sme pri umiranju izpovedati svoje versko prepričanje in prejeti, kar mu daje vera;
- da njegovemu telesu po smrti izkazujejo dolžno spoštovanje;
- da ga negujejo strokovno usposobljene in občutljive osebe, ki bodo razumele vse njegove želje, da bo lahko pomirjeno zrl smrti v oči (Klevišar, 2006, str. 98).

Kodeks medicinske deontologije Slovenije v 45. členu določa, da ima umirajoči pravico do oskrbe, nege in človeškega odnosa ter do navzočnosti svoje družine v trenutkih končnega obdobja njegove bolezni oziroma bližajoče se smrti. Zdravnik mora pacientovi družini skrbno obrazložiti svoja prizadevanja in postopke pri lajšanju trpljenja pacienta in do kod lahko seže njegova pomoč. Zdravnik je dolžan umirajočemu v okviru možnosti zagotoviti priložnost, da se lahko duševno in duhovno pripravi na pričakovano smrt (Kodeks medicinske deontologije Slovenije, 1992).

V današnji družbi so pravila o pravicah pacientov zapisana v državnih in mednarodnih kodeksih, deklaracijah, zakonih in pravilnikih (Pleterski Rigler, 2002).

Na generalni skupščini junija 2002 je Evropska liga proti raku sprejela skupno deklaracijo o pravicah pacientov z rakom. Te pravice so:

- pravica do zdravljenja,
- pravica do obveščenosti,
- pravica do soodločanja,
- pravica do zaupnosti in zasebnosti,
- pravica do socialne pomoči,
- dolžnosti pacientov in
- možnosti pritožbe in način uveljavljanja pravic (Primic Žakelj, 2003).

Za varovanje pravic pacientov je Mestna občina Maribor na predlog Splošne bolnišnice Maribor prva uvedla varuha pacientovih pravic. Pristojnosti varuha pacientovih pravic niso represivne narave. Varuh pacientovih pravic predstavlja vez med nezadovoljnimi pacienti in zdravstvenimi ustanovami, njegova glavna naloga je prizadevanje za sporazumno rešitev spornih vprašanj in tudi odškodninskih zahtevkov (Planinšec, 2002).

Kot sem že omenila, imajo lahko pacienti v paliativni oskrbi različne bolezni in s tem tudi zdravstvene težave. V nadaljevanju bom izpostavila pravice pacientov z rakom. Zakon o pacientovih pravicah v svojem 39. členu določa, da ima pacient pravico, da se brez odlašanja ukrene vse potrebno za odpravo ali največjo možno ublažitev bolečin in drugega trpljenja povezanega z njegovo boleznijo. Določa tudi, da ima pacient pravico, da se pri njegovi zdravstveni oskrbi po strokovnih standardih preprečijo nepotrebne bolečine in drugo trpljenje, povezano z medicinskim posegom. Ta člen določa tudi, da ima pacient v končni fazi bolezni in pacient z neozdravljivo boleznijo, ki povzroča hudo trpljenje, pravico do paliativne oskrbe (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).

2.8 OPREDELITEV KOMUNIKACIJE

Beseda komuniciranje izvira iz latinske besede *communicare*, ki pomeni podeliti, sporočiti, narediti nekaj skupno, sporazumeti se, sodelovati. Komuniciranje pomeni izmenjavo, posredovanje misli, podatkov, informacij med udeleženci v procesu komuniciranja. V ožjem pomenu pod komunikacijo razumemo interakcijo ali sporazumevanje med dvema ali več osebami. Poznamo različne vrste komuniciranja, ki se delijo glede na različne kriterije. Ena izmed takšnih delitev je delitev komunikacije na verbalno in neverbalno komunikacijo. Verbalno komuniciranje se udejanja prek govorjenja, poslušanja, branja in pisanja. Neverbalno komuniciranje je vsaka nebesedna komunikacija, kjer se sporočila izražajo s telesom ali posameznimi deli telesa, s čustvi, z barvami, s prostorom itd. (Prebil, Mohar in Drobne, 2009). Po mnenju avtorjev, Arnold in Boggs (1995) in Balzer – Riley (1996), je komunikacija vzajemni proces pošiljanja in sprejemanja sporočil z mešanico verbalne in neverbalne komunikacijske spretnosti (gl. McCabe, 2004). Komunikacija je bistveni del vsakega poklica in je zato potrebna za spodbujanje in ohranjanje zdravega odnosa (Jasmine TJX, 2009). Brez komunikacije ne bi mogli normalno živeti. Da lahko funkcioniraš, delaš v okolju, moraš komunicirati. Tudi po mnenju avtorice Ule je komuniciranje dejavnost osrednjega pomena, ki tvori pomemben in neizogiben del našega vsakdanjika (Ule, 2005).

Tudi v zdravstvu ima komunikacija bistven pomena. Eden izmed pogojev za ustvarjanje dobrega vzdušja za delo v zdravstveni organizaciji je dvigniti kakovost komunikacije. Za medicinsko sestro je komuniciranje proces, s katerim vzpostavlja odnos do sočloveka in tako opravlja svoje poklicno poslanstvo kot pomočnica posamezniku ali družini v preventivi, zdravljenju, doživljanju bolezni in trpljenju. Pomanjkanje komuniciranja lahko pomembno vpliva na rezultate zdravljenja. Ustrezna komunikacija s pacientom ima lahko izredno velik terapevtski učinek in tudi pozitiven prispevek k zdravljenju pacienta. K vzpostavitvi kakovostnega odnosa med pacientom in medicino morajo prispevati vsi delavci v zdravstvenem sistemu, zlasti tisti, s katerimi se pacienti največ pogovarjajo, to pa so medicinske sestre (Klun, 2010).

2.8.1 Verbalna komunikacija

Besedna komunikacija nastane takrat, ko neka informacija doseže tistega, kateremu je namenjena, in pri njem sproži povratno reakcijo. Reakcija je lahko različna, lahko je v skladu z našimi pričakovanji ali pa tudi v nasprotju. Prednosti verbalnega komuniciranja so predvsem naslednje:

- običajno je hitro,
- vsebuje tudi povratno informiranje,
- omogoča sočasno komuniciranje z več ljudmi hkrati (Pajnkihar, 1999; cit. po Kogovšek, 2010).

Komunikacijo sprožimo z namenom, da dobimo odziv; povratno informacijo. O komuniciranju tako ne moremo govoriti, če ne sodelujeta vsaj dve osebi. Komuniciranje je doseganje socialne narave z namenom interakcije (Klun, 2010). Komuniciranje med ljudmi predpostavlja simbolni sistem sporočil, ki jih pošiljamo drug drugemu. Temelji na verigi socialnih dejanj, ne zgolj sporočil. Najbolj izrazita oblika socialnega delovanja v komuniciranju je govor, to je komuniciranje z uporabo govornih znakov, besed, stavkov. Osnovni cilj komuniciranja je doseganje in ohranjanje socialnega koordiniranja dejanj, ki omogoča nadaljevanje, čim bolj gladek in uspešen potek komuniciranja (Ule, 2009).

Ključni dejavniki učinkovite komunikacije so:

- govorite jasno, na jedrnat način in počasi, dovolj, da lahko poslušalec razume. Poslušajte, ko je druga oseba na vrsti, da govori;
- uporabljajte pozitivno besedišče in govorite z energijo;
- govorite v celotnih stavkih;
- dajte poslušalcu priložnost za postavljanje vprašanj in se prepričajte, da od njih dobite pojasnila na vprašanja, da ste na isti valovni dolžini;
- poskušajte, da ne govorite »hmmmm« ali »ummm« ali pa da pustite dolge premore med svojimi stavki;
- zastavljajte vprašanja o drugih, ne govorite vedno samo o sebi;
- ne povzdignite svojega glasu na koncu stavka;

- uporabite svoje celotno telo, ko govorite, vzpostavite neposreden očesni stik, naredite, da bo vaša telesna govorica ustrezala vašemu govorjenju, vašim kretnjam (Verbal communication, 2008).

2.8.2 Neverbalna komunikacija

Opredelitev neverbalnega komuniciranja je preprosta, saj če verbalno komuniciramo s pomočjo besed, potem neverbalno pomeni komuniciranje brez besed. Neverbalnemu komuniciranju se je skoraj nemogoče izogniti, kar je tudi ena od pomembnih značilnosti neverbalnega komuniciranja. Neverbalno komuniciramo že s svojo navzočnostjo v socialni situaciji oziroma v prostoru (Ule, 2009).

Komuniciramo pravzaprav s celotnim telesom, na primer z gestami, s kretnjami, z mimiko, z izrazom na obrazu, z uporabo časa, prostora, s parajezikom, s telesnim videzom, itd. Komuniciramo tudi s samim odnosom oziroma s socialno situacijo. Na primer, celotno vzdušje v nekem prostoru lahko opazovalcu, ki je pravkar vstopil, pove, ali je zaželen ali ne (Ule, 2005). Z neverbalno komunikacijo lažje in bolj neposredno izražamo čustva in občutke (Kneževič, 2001; cit. po Klun, 2010).

Področja neverbalnega komuniciranja so:

- osebni prostor,
- fizični izgled (telo, oblačenje, nakit),
- očesni kontakt,
- izraz obraza (mimika),
- kretnje oziroma gestetika so: znaki, ilustratorji, adaptorji,
- vokalni vidiki podajanja informacije,
- proksemika (položaj in gibanje v prostoru) (Kosi, 2002; cit. po Klun, 2010).

Neverbalna komunikacija predstavlja kar 80 % našega celotnega komuniciranja. Dokazano je, da je neverbalna komunikacija ključnega pomena v kliničnem srečanju. Če obstaja neuskklajenost med verbalno in neverbalno komunikacijo, je neverbalna bolj resnični pokazatelj pacientovega stanja uma (Broome, b.l.).

Najpomembnejše razlike med verbalno in neverbalno komunikacijo, ki jih navaja Uletova, so:

- en kanal nasproti več kanalom (verbalni govor poteka v času po samo enem kanalu, neverbalna sporočila pa do osebe prihajajo po več kanalih; z osebo se lahko rokujemo, jo pogledamo iz oči v oči, se nasmehnemo, itd. Interpretacija neverbalnega komuniciranja je tako zaradi več kanalov težavnejša od verbalne);
- kontinuiranost sporočil (pri verbalni komunikaciji ima lahko posameznik samo eno vlogo, to je vloga poslušalca ali govorca, pri neverbalni komunikaciji pa vloge potekajo istočasno);
- zavestno in nezavedno pošiljanje in prejemanje sporočil (pri verbalnem komuniciranju običajno najprej vedno premislimo, kaj bomo rekli, večina neverbalnih sporočil pa je spontanah oziroma nezavedno poslanih);
- ontološka in evolucijska prednost neverbalnega komuniciranja (telesni gibi, izrazi na obrazu in drža telesa izdajajo več o naših namerah kot naše besede, saj jih veliko težje namreč zavestno nadziramo);
- čustva in občutke je dosti lažje sporočiti neverbalno kot verbalno (Ule, 2009).

2.8.3 Medosebno komuniciranje

Medosebno komuniciranje je komuniciranje med dvema osebama ali komuniciranje med več osebami na osebni ravni. V tej kategoriji ločimo več oblik glede na število udeležencev v procesu komuniciranja:

- komuniciranje posameznika s posameznikom,
- komuniciranje posameznika s skupino,
- komuniciranje skupine s posameznikom,
- komuniciranje skupine s skupino (Mumel, 2008).

Medosebna komunikacija je dogajanje, za katerega je značilna prisotnost ekspresivnih dejanj pri eni osebi ali več osebah, zavestna ali nezavedna percepcija takšnih dejanj pri drugih ljudeh in povratno opazovanje, kako takšno dejanje zaznavajo drugi. Zanj je značilen proces ozaveščanja samopodobe, vključuje tudi partnerja v komunikaciji, kajti

drugi partner s svojimi odgovori na dejanja prve osebe potrdi ali zavrne njena izkustva, občutke, njeno samopodobo (Klun, 2010).

Medosebna komunikacija se odvija v vsakem okolju. Značilna je osebna bližina sogovornikov (iz oči v oči). Lahko pa je medosebno komuniciranje namenjeno tudi reševanju težav, dilem ali sprejemanju odločitev. Ima pa tudi pomembno svetovalno in terapevtsko vlogo, kar pa je zelo pomembno tudi pri obravnavi pacienta (Blažič, 2002; cit. po Kogovšek, 2010).

Poleg tega, da nam medosebno komuniciranje pomaga pri definiranju sebe, nam pomaga realizirati lastno socialnost. S pomočjo medosebnega komuniciranja zadovoljujemo svoje potrebe in vzpostavljamo socialno in psihofizično ravnotežje. Z medosebnim komuniciranjem zadovoljujemo: željo po vključenosti, da čutimo smisel pripadanja; željo po kontroli; željo po skrbi za druge in željo, da drugi skrbijo za nas, kadar smo pomoči potrebni (Ule, 2003).

Ko komuniciramo, vzpostavljamo odnos. Odnosno komuniciranje zajema mnogo oblik, načinov in ravni komuniciranja, predvsem pa se seveda nanaša na proces komuniciranja v medosebnih odnosih, na socialne interakcije med ljudmi. V medosebnih interakcijah je odnosna raven komuniciranja najbolj izpostavljena. Za vzdrževanje odnosov je torej nujno, da smo v komuniciranju pozorni na to, kaj nam sporočila povedo o odnosu, oziroma na to, kaj je njihova tema. Ključna značilnost kvalitete odnosnega komuniciranja je medosebna vpletenost vseh udeležencev v odnos, ne samo v sporočanje. Odnosno komuniciranje se vedno ukvarja z odnosom do partnerjev v komuniciranju. Sposobnost za odnosno komuniciranje je ključna življenjska sposobnost, ki se je moramo naučiti in jo ceniti. Uspešno odnosno komuniciranje se ne zgodi kar tako, temveč terja veliko truda, izkušenj in učenja komunikacijskih spretnosti (Ule, 2009).

2.9 ZNAČILNOSTI TERAPEVTSKE KOMUNIKACIJE

Komunikacija je naš vsakdanjik, brez nje ne bi zmogli živeti. Spremlja nas povsod, v službi, doma, itd. Tudi različni avtorji opisujejo komunikacijo kot nepredstavljeni del našega življenja. Ule piše, da je komunikacija bistveno več kot le izmenjava besed. Je nadvse zapleten proces medsebojne udeležnosti: jaz postajam nek tvoj del in ti postajaš nek moj del (Ule, 2003). Avtorica Dermol Hvala pravi, da se vedno, kadar z nekom govorimo, ustvari medčloveški odnos, ki je med zdravstvenim delavcem in pacientom še posebej pomemben (Dermol Hvala, 2001). Tu je izpostavila odnosno komuniciranje, ki zajema mnogo oblik, načinov in ravni komuniciranja, predvsem pa se seveda nanaša na proces komuniciranja v medosebnih odnosih, na socialne interakcije med ljudmi (Ule, 2005). Pri komuniciranju pa je pomembno tudi podporno komuniciranje, ki je oblika besednega in nebesednega komuniciranja. Namen podpornega komuniciranja je pomagati tistim, za katere zaznamo, da potrebujejo podporo in pomoč, in jih podpirati. Podpora, svetovanje, pomoč so pomembni cilji in vsebina komuniciranja. Podporno komuniciranje je v komuniciranju vseskozi navzoče, v življenju in v komuniciranju smo vsi iskalci in dajalci podpore (Ule, 2009). V zdravstvu pa je še posebej pomembna terapevtska komunikacija, ki je usmerjena na pacienta. Definicija terapevtske komunikacije, ki jo je napisala Pajnkihar je, da terapevtsko komunikacijo lahko definiramo kot na pacienta usmerjen aktiven proces, katerega cilj je zadovoljevanje pacientovih potreb v okviru zdravstvene nege. Pri terapevtskem odnosu pa je pomembno tudi vzpostavljanje spoštovanja, zaupanja, poštenosti in empatije (Pajnkihar, 1999; cit. po Kogovšek, 2010). Empatija je pri pacientu še posebno pomembna. Je čustveno dogajanje, ki temelji na sposobnosti postavljanja v položaj drugega. Pomeni, da začasno živimo v življenju nekoga drugega in se v njem premikamo, ne da bi obsojali; pomeni, da zaznamo pacientovo stisko (Ule, 2009; cit. po Kogovšek, 2010).

Terapevtska komunikacija je vrsta komunikacije, ki je usmerjena v zadovoljevanje pacientovih potreb. Njen namen je vzpostavljanje ustreznega odnosa med medicinsko sestro in pacientom, v katerem sta oba enakovredna člana, končni cilj tega odnosa pa je doseganje skupnih ciljev. Temeljna razlika terapevtske komunikacije od običajne, vsakdanje komunikacije je v tem, da je prva usmerjena izključno v pacienta in njegove

potrebe, pri običajni komunikaciji pa poskušata zadovoljiti potrebe obe strani, ki sta udeleženi v komunikaciji (Kogovšek, 2010).

Terapevtska komunikacija je veliko več kot zgolj prenos informacij, je srečanje enega človeka z drugim. V odnosu med medicinsko sestro in pacientom je izrednega pomena razjasnitev vlog in pričakovanj, pomembna je tudi doslednost v vedenju, kar pomeni, da pacientu lahko obljubimo samo tisto, kar lahko resnično izpolnimo (Kobentar, Kogovšek in Škerbinek, 1996; cit. po Hlade, 2010).

Ko vstopamo v odnos s pacientom, se moramo zavedati, da je njegovo doživljanje spremenjeno, bodisi zaradi stresnih okoliščin, katerim je izpostavljen, bodisi zaradi pešanja in odpovedi čutil. Prepoznavanje dogajanja pri pacientu nam omogoča sprejeti in razumeti reakcije, vedenje in komunikacijo (Wolf, 2008).

Za medicinsko sestro je izrednega pomena, da uporablja učinkovite terapevtske veščine komuniciranja, ne le za zbiranje in posredovanje informacij, ampak tudi za pospeševanje okrevanja v procesu zdravljenja (Jasmine TJX, 2009). Učinkovita uporaba terapevtske komunikacije je pomembna komponenta v kakovosti zdravstvene nege. Komunikacija ima pomembno vlogo pri zadovoljstvu pacientov, zdravljenju in okrevanju (Chant, Jenkinson, Randle in Russell, 2002; cit. po Sleeper in Thompson, 2008).

Cilji terapevtske komunikacije so:

- zadovoljiti temeljne človekove potrebe,
- vzpostaviti terapevtski odnos,
- posredovati informacije, izmenjati misli in občutke,
- vplivati na vedenje človeka,
- vzpodbujati k aktivnemu sodelovanju (Ule, 2009; cit. po Kogovšek, 2010).

Terapevtska komunikacija je izraz, ki se pogosto uporablja v zdravstvu in predvsem v zvezi s svetovanjem in psihoterapijo. Terapevtska komunikacija je osredotočena v namenski odnos, ki ga medicinska sestra uporablja, da bi ocenila, načrtovala, izvajala in

ovrednotila zdravstveno nego, ki jo potrebuje pacient. Vendar pa lahko pri terapevtski komunikaciji naletimo tudi na ovire, ki se lahko pojavijo pri medicinski sestri, pacientu in v okolju (McCabe in Timmins, 2006).

Ovire, ki se najpogosteje pojavijo, so:

- *poslušanje* (naloga in odgovornost medicinskih sester ter drugih zdravstvenih delavcev je poslušanje pacienta, da ugotovijo reakcije, vprašanja, potrebe in težave),
- *dotik* (dotik je oblika neverbalne komunikacije na področju zdravstvene nege; dotik lahko ponudimo kot trepljanje ali držanje za roko),
- *jezik* (medicinske sestre so dogovorne, e da pacientom dajejo informacije na razumljiv način, da bo okrevanje hitrejše),
- *komunikacijski filtri ali sporočila* (obrambni mehanizmi, stališča, prepričanja in vrednote, predsodki in zaznavne motnje) (prav tam).

2.10 ZNAČILNOSTI TERAPEVTSKE KOMUNIKACIJE V PALIATIVNI OSKRBI

Terapevtska komunikacija v paliativni oskrbi ima naslednje značilnosti:

- *Usmerjenost v pacienta*: terapevtska komunikacija je namenja zadovoljevanju potreb pacienta. Medicinska sestra bi morala imeti to dejstvo vedno pred očmi, da ne bi morda nezavedno uporabljala interakcije za zadovoljevanje svojih lastnih potreb.
- *Usmerjenost k cilju*: vsaka interakcija je usmerjena k cilju, na začetku je cilj vzpostavitev odnosa, nato terapevtski dogovor in razjasnitev ciljev ter pričakovanj obeh.
- *Empatija*: pomeni spoštljivo nepristransko zavzetost, medicinska sestra razume, kaj pacient doživlja, ne podoživlja pa z njim čustev.
- *Spoštovanje*: pomeni poznavanje pravice, da je lahko drug človek drugačen, tako tudi pacient.
- *Sprejemanje*: medicinska sestra mora delati s pacientom ne glede na njegovo vedenje, pomembno je, da medicinska sestra ne obsoja, ampak samo sporoča,

kar vidi, ker lahko edino tako pomaga pacientu spoznati njegovo neprimerno vedenje.

- *Zaupnost*: vse interakcije s pacientom morajo biti zaupne narave, razen določenih informacij, ki so pomembne za ostale zdravstvene delavce.
- *Samorazkrivanje*: tudi v tem se terapijska komunikacija loči od vsakdanje, kjer se običajno razkrivata oba udeleženca. V terapijski komunikaciji je samorazkrivanje pacienta namenjeno doseganju uvida v njegove probleme, občutke in vedenje. Samorazkrivanje medicinske sestre ni primerno, ker lahko pacientu predstavlja dodatni stres (Škerbinek, 1998; cit. po Kogovšek, 2010).

2.10.1 Elementi terapijske komunikacije v paliativni oskrbi

Za vzpostavljanje terapijske komunikacije uporablja medicinska sestra specifične elemente. Pri tem mora biti nepristranska in tankočutna ter upoštevati, da je vsak pacient individuum s svojimi potrebami in željami (Kogovšek, 2010).

V nadaljevanju so povzeti bistveni elementi terapijske komunikacije, ki so pomembni tudi v paliativni oskrbi.

Elementi terapijske komunikacije so:

- *Aktivno poslušanje* - proces sprejemanja informacij in reakcij na sprejeto sporočilo. Terapijska vrednota je neverbalna komunikacija medicinske sestre, ki z zanimanjem posluša pacienta.
- *Terapijski dotik* - sodi med oblike neverbalnih sporočil. Pomen je odvisen od narave odnosov med osebami, od starosti, spola, od situacije. Ločimo dotik intimnosti, dotik dominantnosti in ritualno vlogo dotikov. Če želimo doseči pravi terapijski učinek, moramo dotik uporabiti ob pravem času, na pravem mestu in na pravi način.
- *Očesni kontakt* je eden od najpogostejših in najučinkovitejših neverbalnih signalov. Ima pomembno vlogo v komuniciranju čustev in kaže naravo odnosov med osebama.
- *Odprta vprašanja* - pacientu pojasnimo vprašanja, da sam določi smer in se odloči, kaj je zanj primerno.

- *Ton glasu* je oblika neverbalne komunikacije. Ko govorimo, izražamo naše razpoloženje in odnos do povedanega.
- *Telesna drža* predstavlja našo fizično pojavnost, kar je izjemno močno sporočilo drugim ljudem. Telo je v komuniciranju nenehno navzoče, nenehno je postavljeno na ogled.
- *Empatija* je ena izmed najpomembnejših dejavnikov podpornega komuniciranja. Empatija je racionalno in čustveno dogajanje, ki temelji na sposobnosti postavljanja v položaj drugega in vživljanja vanj. To pomeni, da drugega razumemo in z njim sočustvujemo.
- *Tišina* je oblika neverbalne komunikacije med udeleženci.
- *Zbranost* - vprašanja ali izjave razširimo ali razvijemo v pacientove ideje. Vključimo se v direktni govor (Ule, 2009; cit. po Kogovšek, 2010).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen raziskave je ugotoviti pomen terapevtske komunikacije v paliativni zdravstveni negi.

Cilji:

- ugotoviti razumevanje pojma terapevtske komunikacije med medicinskimi sestrami v paliativni zdravstveni negi pacienta;
- ugotoviti uporabo terapevtske komunikacije medicinskih sester v odnosu do pacientov, vključenih v paliativno zdravstveno nego;
- raziskati dejavnike, ki vplivajo na izvajanje terapevtske komunikacije medicinskih sester v odnosu s pacienti v paliativni oskrbi;
- raziskati vlogo in način vključevanja svojcev v paliativno oskrbo pacienta.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi opredeljenih ciljev smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

- Ali medicinske sestre razumejo terapevtsko komunikacijo kot pomemben element paliativne zdravstvene nege?
- Ali medicinske sestre pri izvajanju paliativne oskrbe pacienta uporabljajo terapevtsko komunikacijo?
- Kateri dejavniki vplivajo na izvajanje terapevtske komunikacije (na primer čas, večšine oz. strokovna usposobljenost medicinskih sester, starost...)?
- Kakšni so načini, ki jih uporabljajo medicinske sestre pri vključevanju svojcev v izvajanje terapevtske komunikacije?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metodologija in tehnika zbiranja podatkov

Kot glavna raziskovalna metoda je bila v diplomski nalogi uporabljena kvantitativna opisna metoda. Za potrebe empiričnega dela je bila zbrana strokovna literatura pridobljena iz različnih knjižnic in podatkovnih baz: CINAHL, PUB MED, DIGITALNA KNJIŽNICA UNIVERZE V MARIBORU. Kot ključne besede za iskanje strokovne literature smo uporabili naslednje besede in besedne zveze: paliativna oskrba, *palliative care*, komunikacija v paliativni oskrbi, *communication in palliative care*, terapevtska komunikacija, *therapeutic communication*, izobraževanje s področja terapevtske komunikacije, *education in therapeutic communication*.

3.3.2 Opis instrumentarija

V diplomski nalogi je bila izvedena raziskava s pomočjo strukturiranega anketnega vprašalnika v pisni obliki. Vprašanja so bila oblikovana na osnovi analize strokovne literature na temo terapevtske komunikacije v paliativni oskrbi. Uporabili smo spoznanja več avtorjev (Kogovšek, 2010; Peternelj, Simonič, 2009; Burnik, 2010).

Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz vprašanj zaprtega tipa in razdeljen na tri glavne sklope:

- v prvem sklopu so bili demografski podatki (spol, starost, stopnja izobrazbe in delovne izkušnje),
- v drugem sklopu so bila različna vprašanja s področja terapevtske komunikacije v paliativni zdravstveni negi,
- tretji del vprašalnika pa je predstavljala Likertova lestvica z dvajsetimi trditvami in lestvico možnih ocen pri posamezni trditvi od 1 do 5: 1 - popolnoma se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 - delno se strinjam, 4 - se strinjam, 5 - popolnoma se strinjam.

Izračunali smo zanesljivost vzorca na podlagi koeficienta Cronbach alfa, ki je znašal 0,85 in s to vrednostjo prekoračil prag 0,7, ki v mednarodni literaturi predstavlja ustrezno zanesljivost vzorca (Revelle in Zinbarg, 2009).

3.3.3 Opis vzorca

Uporabljen je bil nenaključni namenski vzorec. Anketirane so bile diplomirane medicinske sestre in zdravstveni tehniki. Anketni vprašalnik je zajemal 20 vprašanj merjenih z Likertovo lestvico od 1 do 5. V Splošni bolnišnici Brežice je bilo glede na število zaposlenih v zdravstveni negi na internem oddelku razdeljenih 40 anket, od katerih je bilo vrnjenih 22 anket, v Domu starejših občanov Krško pa je bilo razdeljenih 25 anket, od katerih je bilo vrnjenih 9 anket. Tako je bilo v Splošni bolnišnici Brežice pridobljenih 71 % anket, v Domu starejših občanov pa 29 % anket. Vse skupaj je bilo razdeljenih 65 anket, od katerih je bilo vrnjenih 31, kar pomeni 47,7 % realizacijo vzorca. Vzorec smo opisali na podlagi frekvenčne in odstotne porazdelitve.

Največji del anketirancev je bil star od 31 do 40 let, kar predstavlja 45,2 % (14), nato pa so sledili z 22,6 % (7) od 20 do 30 let, v razponu od 41 do 50 let in od 51 do 60 let pa je bilo v obeh kategorijah 5 anketirancev, kar predstavlja 16,1 %. Starejših anketirancev od 60 let ni bilo. Glede na stopnjo izobrazbe je bilo največ anketirancev s srednješolsko izobrazbo in sicer 80,6 % (25), dva anketiranca oziroma 6,5 % sta imela višjo šolo, štirje anketiranci oziroma 12,9 %, pa so imeli visoko izobrazbo. Največ anketirancev je bilo v zdravstveni negi zaposlenih več kot 20 let, teh je bilo 25 % (8), nato sledijo anketiranci z 1 do 5 let delovne dobe in 11 do 15 let delovne dobe v zdravstveni negi, katerih je bilo 19,4 % (6), 16,1 % (5) je bilo anketirancev z 6 do 10 let delovne dobe in 16 do 20 let delovne dobe, najmanj pa je bilo anketirancev z manj kot enim letom delovnih izkušenj, in sicer 3,2 % (1).

3.3.4 Potek raziskave

Raziskava je bila izvedena v mesecu avgustu 2011, in sicer v Splošni bolnišnici Brežice, na internem oddelku, in Domu starejših občanov Krško. Na obeh lokacijah imajo paciente vključene v paliativno oskrbo, kar je bil eden od ključnih razlogov za izbiro navedenih ustanov. Sodelovanje v anketi je bilo prostovoljno, o namenu in vsebini raziskave pa so bili anketiranci obveščeni s strani glavnih medicinskih sester. Najprej smo s strani vodstva Splošne bolnišnice Brežice in Doma starejših občanov Krško pridobili pisno soglasje za izvedbo anketiranja v njihovi ustanovi. Nato smo anketne

vprašalnike razdelili glavni medicinski sestre na internem oddelku Splošne bolnišnice Brežice in glavni medicinski sestre v Domu starejših občanov Krško, ki sta poskrbeli, da so vprašalnike prejeli zaposleni v zdravstveni negi in jih v čim večji meri izpolnili. Zagotovljena je bila anonimnost anketirancev. Anketiranje v Splošni bolnišnici Brežice je potekalo v terminu od 18. 7. 2011 do 5. 8. 2011, v Domu starejših občanov Krško pa od 22. 7. 2011 do 25. 8. 2011.

3.3.5 Opis obdelave podatkov

Podatke, ki smo jih pridobili s pomočjo anketnega vprašalnika, smo kvantitativno obdelali s pomočjo računalniškega programa Microsoft Windows Excel in statističnega programskega orodja SPSS 20.0 (Statistical package for social sciences). Rezultate odgovorov pri posameznih anketnih vprašanjih smo frekvenčno prikazali, naredili smo tudi statistično primerjavo med posameznimi odgovori, glede na delovne izkušnje anketiranih oseb. Primerjava odgovorov glede na delovne izkušnje je bila napravljena na podlagi hi-kvadrat testa in testa za neodvisne vzorce. P-vrednost $< 0,05$ je pomenila statistično pomembnost. Za potrebe primerjave med odgovori glede na delovne izkušnje anketirancev smo anketirance razvrstili v dve skupini, in sicer do 15 let delovnih izkušenj in več kot 16 let delovnih izkušenj. Podatke smo tudi grafično predstavili s pomočjo grafov in tabel. Pri analizi pridobljenih podatkov smo obravnavali skupaj tako zdravstvene tehnike in diplomirane medicinske sestre v obeh ustanovah.

3.4 REZULTATI ANKETE

Demografski podatki, ki so bili vsebovani v prvem delu anketnega vprašalnika, so opisani že v vzorcu raziskave. V drugem delu anketnega vprašalnika so anketiranci odgovarjali na različna vprašanja s področja terapevtske komunikacije medicinske sestre v paliativni zdravstveni negi. V nadaljevanju so povzete glavne ugotovitve oziroma rezultati pri teh vprašanjih. Pri tabelarnem prikazu rezultatov odgovorov pomenijo kratice: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; p = mejna statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj.

Pri vprašanju, ali anketiranci sebe ocenjujejo kot komunikativno osebo, je skupina anketirancev z manj delovnimi izkušnjami in skupina anketirancev z več delovnimi izkušnjami pretežno navajala, da sebe ocenjujejo kot komunikativno osebo (88,9 % anketirancev v skupini do 15 let delovnih izkušenj in 100 % v skupini z več kot 16 let delovnih izkušenj). Hi-kvadrat test ni pokazal statistično pomembne razlike ($p=0,462$).

Na vprašanje, kaj vzpostavlja učinkovita komunikacija med medicinsko sestro in pacientom, so anketiranci izmed štirih ponujenih možnih odgovorov najvišje uvrstili zaupanje 39 % (12), sledi spoštovanje 29 % (9) in nato še sodelovanje in razumevanje 16 % (5). Rezultati v spodnji tabeli prikazujejo, da so manj izkušeni anketiranci glede na povprečno vrednost kot najmanj pomembno ocenili razumevanje ($PV=2,1$), bolj izkušeni pa sodelovanje ($PV=2,1$). Vendar pomembnih statističnih razlik med skupinama anketirancev glede na delovne izkušnje ni bilo (pri razumevanju je $p=0,548$; pri sodelovanju je $p=0,140$).

Tabela 1: Kaj menite, kaj vzpostavlja učinkovita komunikacija med medicinsko sestro in pacientom? Primerjava glede na delovne izkušnje

Delovne izkušnje	skupaj (n=31)		15 let ali manj (n=18)		16 let ali več (n=13)		p-vrednost
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	
odgovori							
zaupanje	2,8	1,2	2,6	1,2	3,1	1,2	0,303
sodelovanje	2,4	1,0	2,6	1,0	2,1	0,9	0,140
spoštovanje	2,6	1,1	2,7	1,2	2,5	1,0	0,649
razumevanje	2,2	1,1	2,1	1,0	2,3	1,3	0,548

PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; p= mejna statistično pomembna vrednost pri 0.05 ali manj

Z vidika terapevtskega učinka so anketiranci glede na povprečno vrednost ocenjevali pogovor kot najučinkovitejšo obliko terapevtske komunikacije ($PV=3,6$; $p=0,865$). Anketiranci z manj delovnimi izkušnjami so enakovredno pogovoru ocenili še poslušanje ($PV=3,6$; $p=0,425$). Kot najmanj učinkovito obliko terapevtske komunikacije pa sta obe skupini anketirancev, tako tisti z več delovnimi izkušnjami kot tudi z manj

izkušnjami, ocenili svetovanje (PV=2,5; p=0,698). Statistično pomembnih razlik glede na delovne izkušnje ni bilo.

Tabela 2: Katera oblika komunikacije z vidika terapevtskega učinka se vam zdi pomembnejša? Primerjava po delovnih izkušnjah

Delovne izkušnje	skupaj (n=31)		15 let ali manj (n=18)		16 let ali več (n=13)		p- vrednost
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	
Odgovori							
pogovor	3,6	1,1	3,6	1,0	3,5	1,3	0,865
dotik	2,8	1,2	2,8	1,2	2,8	1,3	0,978
poslušanje	3,4	1,5	3,6	1,6	3,2	1,5	0,425
svetovanje	2,5	1,6	2,4	1,5	2,6	1,7	0,698
izražanje razumevanje pacienta	2,7	1,3	2,6	1,3	2,8	1,3	0,548

PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; p= mejna statistično pomembna vrednost pri 0.05 ali manj

Na vprašanje, kolikokrat si anketiranci vzamejo čas za pogovor s pacientom, je večina anketirancev odgovorila, da si vzame čas za pogovor s pacientom več kot trikrat tedensko. Takšnih je bilo 61 % (19). Le 13 % (4) anketirancev si vzame čas za pogovor s pacientom 1-krat do 2-krat tedensko.

Na vprašanje, kaj si anketiranci predstavljajo pod pojmom terapevtske komunikacije, so anketiranci z delovnimi izkušnjami do 15 let glede na povprečno vrednost kot najpomembnejše postavili ustvarjanje zaupanja pri pacientu (PV=3,5; p=0,467), anketiranci v skupini z delovnimi izkušnjami več kot 16 let pa so kot najpomembnejše ocenili zadovoljevanje pacientovih različnih potreb (PV=3,4; p=0,293). Kot najmanj pomembno se anketirancem z delovnimi izkušnjami do 15 let zdi pomirjanje pacienta (PV=2,6; p=0,572), anketirancem z delovnimi izkušnjami več kot 16 let pa vzpodbujanje pacienta k aktivnostim, ki pripomorejo k hitrejši ozdravitvi (PV=2,7; p=0,748). Pomembnih statističnih razlik med skupina glede na delovne izkušnje ni bilo.

Tabela 3: Kaj si predstavljate pod pojmom terapevtske komunikacije? Primerjava po delovnih izkušnjah

Delovne izkušnje	skupaj (n=31)		15 let ali manj (n=18)		16 let ali več (n=13)		p-vrednost
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	
zadovoljevanje pacientovih različnih potreb	3,0	1,6	2,8	1,4	3,4	1,7	0,293
ustvarjanje zaupanja pri pacientu	3,4	1,3	3,5	1,3	3,2	1,3	0,467
razumevanje pacienta	3,1	1,1	3,2	1,1	2,8	1,0	0,339
vzpodbijanje pacienta k aktivnostim, ki pripomorejo k hitrejši ozdravitvi	2,8	1,6	2,9	1,6	2,7	1,8	0,748
pomirjanje pacienta	2,7	1,5	2,6	1,6	2,9	1,3	0,572

PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; p= mejna statistično pomembna vrednost pri 0.05 ali manj

Ne glede na delovne izkušnje so anketiranci kot najpomembnejši element terapevtske komunikacije (glede na povprečno vrednost) ocenili empatijo (PV=4,6; p=920), kot najmanj pomemben element so anketiranci z manj delovnimi izkušnjami ocenili ton glasu (PV=3,1; p=0,324), anketiranci z več delovnimi izkušnjami pa odprta vprašanja (PV=3,2; p=0,433). Pomembnih statističnih razlik med skupinami glede na delovne izkušnje ni bilo.

Tabela 4: Kateri so po vašem mnenju najpomembnejši oziroma najmanj pomembni elementi terapevtske komunikacije? Primerjava po delovnih izkušnjah

Delovne izkušnje	skupaj (n=31)		15 let ali manj (n=18)		16 let ali več (n=13)		p-vrednost
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	
aktivno poslušanje	4,3	2,5	4,1	2,5	4,5	2,6	0,605
terapevtski dotik	4,3	1,8	4,4	1,8	4,2	1,8	0,658
očesni stik	4,3	1,4	4,3	1,4	4,2	1,5	0,846
odprta vprašanja	3,5	2,1	3,8	2,2	3,2	2,2	0,433
ton glasu	3,3	1,5	3,1	1,7	3,6	1,2	0,324
telesna drža	3,7	2,1	3,7	2,1	3,6	2,1	0,891
empatija	4,6	2,2	4,6	2,1	4,7	2,3	0,920

PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; p= mejna statistično pomembna vrednost pri 0.05 ali manj

Spodnja tabela (5) prikazuje, da anketiranci z manj delovnimi izkušnjami ocenjujejo prepoznavanje čustev in potreb kot manj pomembno (PV=2,6), medtem ko bolj izkušeni anketiranci temu pripisujejo večji pomen (PV=3,8). Razlika v povprečni vrednosti je statistično pomembna $p=0,017$.

Tabela 5: Kakšen je po vaši oceni glavni namen terapevtske komunikacije s pacientom? Primerjava po delovnih izkušnjah

Delovne izkušnje	skupaj (n=31)		15 let ali manj (n=18)		16 let ali več (n=13)		p- vrednost
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	
nudenje ustrezne čustvene opore	2,9	1,2	3,2	1,1	2,4	1,3	0,060
pomirjanje	3,1	1,4	3,3	1,6	2,8	1,2	0,339
razumevanje stiske	2,6	1,2	2,7	1,2	2,5	1,2	0,560
prepoznavanje čustev in potreb	3,1	1,5	2,6	1,4	3,8	1,2	0,017
vzpostavljanje zaupanja med pacientom in medicinsko sestro	3,3	1,7	3,2	1,8	3,5	1,7	0,557

PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; p= mejna statistično pomembna vrednost pri 0.05 ali manj

84 % (26) anketirancev ocenjuje, da je terapevtska komunikacija zelo pomembna v paliativni zdravstveni negi, preostalih 16 % (5) anketirancev pa meni, da je terapevtska komunikacija pomembna v paliativni zdravstveni negi. Nihče od anketiranih ni ocenil, da komunikacija ni pomembna.

Kot največjo oviro v procesu terapevtske komunikacije je 90 % (28) anketirancev navedlo pomanjkanje časa, 6,5 % (2) je kot oviro ocenilo neustrezne osebnostne lastnosti, 3,2 % (1) anketiranih pa je ocenilo kot oviro tudi pomanjkanje komunikacijskih spretnosti.

71 % (22) anketiranih ocenjuje, da jim delovne obveznosti ne dopuščajo dovolj časa za pogovor s pacienti, 29% (9) anketirancev pa ocenjuje, da jim delovne obveznosti deloma dopuščajo čas za pogovor s pacienti.

Na vprašanje ali imajo anketiranci dovolj strokovnega znanja s področja terapevtske komunikacije, je 45,2 % (14) anketiranih ocenilo, da deloma, 22,5 % (7) anketiranih je ocenilo, da nimajo dovolj strokovnega znanja s področja terapevtske komunikacije, 32,3 % (10) anketiranih pa meni, da imajo strokovnega znanja dovolj. Tisti anketirani, ki so ocenili, da imajo premalo strokovnega znanja s področja terapevtske komunikacije, bi se želeli udeležiti naslednjih oblik izobraževanj: reševanje konfliktnih situacij 45,2 % (14), sporočanje slabe novice 22,5 % (7), vodenja pogovora 19,3 % (6) in izobraževanj s področja neverbalne komunikacije 13 % (4).

Na vprašanje, kako anketiranci ocenjujejo vlogo svojcev pacienta pri izvajanju terapevtske komunikacije v paliativni oskrbi, je 65 % (20) anketirancev odgovorilo, da je vloga svojcev zelo pomembna, 35 % (11) anketirancev pa meni, da je vloga svojcev pomembna. Nihče izmed anketiranih ni odgovoril, da vloga svojcev v procesu terapevtske komunikacije ni pomembna. 55 % (17) anketiranih je odgovorilo, da so v njihovi organizaciji svojci delno vključeni v proces terapevtske komunikacije, 29 % (9) anketirancev ne vključuje svojcev v proces terapevtske komunikacije, samo 16 % (5) anketirancev je odgovorilo, da v njihovi ustanovi vključujejo svojce v proces terapevtske komunikacije. Anketirani, ki so odgovorili, da v proces terapevtske komunikacije vključujejo svojce, to izvajajo s prvim razgovorom s svojci ob sprejemu pacienta, različnimi razgovori na oddelku in rednim vabljenjem in opravljanjem razgovorov s svojci.

V zadnjem delu anketnega vprašalnika so se anketiranci s stopnjami strinjanja od 1 do 5 opredelili glede 20 trditev s področja komunikacije medicinskih sester v paliativni oskrbi. Tabela 7 prikazuje povprečne vrednosti strinjanja anketirancev s posameznimi trditvami, prikazan je še standardni odklon pri posamezni trditvi in narejena primerjava med dvema skupinama anketirancev glede na delovne izkušnje.

V nadaljevanju bom podrobneje predstavila rezultate pri posameznih trditvah Likertove lestvice.

Tabela 6: Rezultati glede na delovne izkušnje anketirancev (trditve od 1 do 20)

Trditve	skupaj (n=31)		15 let ali manj (n=18)		16 let ali več (n=13)		p- vrednost
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	
Terapevtska komunikacija je pomemben element paliativne oskrbe.	4,74	0,514	4,7	0,6	4,8	0,4	0,807
Verbalna komunikacija je pri izražanju terapevtske komunikacije pomembnejša od neverbalne komunikacije.	3,65	1,082	3,7	1,1	3,6	1,0	0,899
Ob prvem stiku s pacientom se mora medicinska sestra predstaviti pacientu.	4,19	1,195	4,2	1,2	4,2	1,2	0,886
Glavna ovira pri izvajanju terapevtske komunikacije je pomanjkanje časa.	4,39	0,882	4,7	0,6	4,0	1,1	0,060
Terapevtska komunikacija pomeni izražanje razumevanje pacienta.	4,29	0,693	4,4	0,6	4,2	0,8	0,360
Terapevtski dotik pacienta pomirja.	4,52	0,724	4,6	0,7	4,5	0,8	0,728
Zelo pomemben element terapevtske komunikacije je poslušanje.	4,65	0,608	4,7	0,6	4,6	0,7	0,821
Terapevtska komunikacija vzpostavlja odnos zaupanja med medicinsko sestro in pacientom.	4,68	0,541	4,8	0,4	4,5	0,7	0,266
Medicinska sestra bi morala biti večča terapevtskega komuniciranja s pacientom.	4,58	0,620	4,6	0,6	4,5	0,7	0,745
To, da znamo terapevtsko komunicirati, je povezano z našimi osebnostnimi lastnostmi.	3,94	1,093	3,9	1,1	3,9	1,2	0,958
Medicinska sestra bi se morala zavedati pomena in moči neverbalne komunikacije.	4,39	0,715	4,4	0,7	4,4	0,8	0,987
Prepoznavanje pacientovih različnih potreb (fizičnih, psihičnih, duhovnih ...) mi ne dela težav.	4,26	0,773	4,1	0,8	4,5	0,7	0,219
Ko se pogovarjaš s pacientom, si moraš vzeti čas.	4,65	0,551	4,7	0,5	4,5	0,7	0,368
Terapevtska komunikacija ni enaka vsakdanjemu pogovoru.	4,19	0,946	4,3	0,7	4,0	1,2	0,388
Stresne okoliščine zahtevajo uporabo večšin terapevtske komunikacije.	4,32	0,748	4,3	0,8	4,4	0,8	0,702
Dobre komunikacijske spretnosti vplivajo na učinkovito izražanje terapevtske komunikacije.	4,35	0,709	4,3	0,7	4,5	0,8	0,486
Nudenje čustvene opore pacientu je ključnega pomena v paliativni oskrbi.	4,55	0,624	4,6	0,6	4,5	0,7	0,519
Kot medicinska sestra imam dovolj znanja s področja terapevtske komunikacije.	3,58	1,057	3,4	1,0	3,8	1,1	0,241
Pomembno je vključevanje vseh družinskih članov v izvajanje terapevtske komunikacije.	4,35	0,915	4,4	1,0	4,3	0,9	0,812
Kot medicinska sestra se kontinuirano udeležujem izobraževanj s področja terapevtske komunikacije.	3,26	1,264	3,1	1,3	3,5	1,3	0,456

PV = povprečna vrednost (Likertova lestvica od 1 do 5); SO = standardni odklon; p = mejna statistično pomembna vrednost pri 0.05 ali manj

S trditvijo, da je terapevtska komunikacija pomemben element paliativne oskrbe, se je v celoti strinjalo 77,4 % (24) anketirancev, 19,4 % (6) anketirancev se je s trditvijo strinjalo, delno se je s trditvijo strinjalo 3,2 % (1) anketirancev. Nihče od anketirancev se ni opredelil, da se s trditvijo ne strinja in popolnoma ne strinja. Povprečna vrednost strinjanja je bila 4,74, standardni odklon pa 0,51. Ne opazamo statistično značilnih razlik med anketiranci z delovnimi izkušnjami do 15 let in anketiranci z delovnimi izkušnjami 16 let in več ($p=0,807$).

S trditvijo, da je verbalna komunikacija pri izražanju terapevtske komunikacije pomembnejša od neverbalne komunikacije, se je v celoti strinjalo 25,8 % (8) anketirancev, 29 % (9) anketirancev se je s trditvijo strinjalo, delno se je strinjalo 32,3 % (10), s trditvijo se ni strinjalo 9,7 % (3), 3,2 % (1) anketirancev se v celoti ni strinjalo s trditvijo. Povprečna vrednost strinjanja je bila 3,65, standardni odklon pa 1,08. Ne opazamo statistično značilnih razlik med anketiranci z delovnimi izkušnjami do 15 let in anketiranci z delovnimi izkušnjami 16 let in več ($p=0,899$).

S trditvijo, da se mora ob prvem stiku s pacientom medicinska sestra predstaviti pacientu, se je popolnoma strinjalo 58 % (18) anketirancev, 19,4 % (6) anketirancev se je s trditvijo strinjalo, 13 % (4) anketirancev se je delno strinjalo, 3,2 % (1) anketirancev se ni strinjalo s trditvijo, popolnoma se s trditvijo ni strinjalo 6,4 % (2) anketirancev. Povprečna vrednost strinjanja je bila 4,19, standardni odklon pa 1,19. Ne opazamo statistično značilnih razlik med anketiranci z delovnimi izkušnjami do 15 let in anketiranci z delovnimi izkušnjami 16 let in več ($p=0,886$).

S trditvijo, da je glavna ovira pri izvajanju terapevtske komunikacije pomanjkanje časa, se je v celoti strinjalo 61,3 % (19) anketirancev, strinjalo se je 19,4 % (6) anketirancev, delno se je strinjalo 16,1 % (5) anketirancev, s trditvijo pa se ni strinjalo 3,2 % (1) anketirancev, nobeden anketiranec se s trditvijo popolnoma ne strinja. Povprečna vrednost strinjanja je bila 4,39, standardni odklon pa 0,88. Ne opazamo statistično značilnih razlik med anketiranci z delovnimi izkušnjami do 15 let in anketiranci z delovnimi izkušnjami 16 let in več ($p=0,060$).

Terapevtska komunikacija pomeni izražanje razumevanje pacienta. S trditvijo se je v celoti strinjalo 42 % (13) anketirancev, strinjalo se je 45,1 % (14) anketirancev, delno se je strinjalo 12,9 % (4) anketirancev. Nihče od anketirancev se s trditvijo ne strinja oz. popolnoma ne strinja. Povprečna vrednost strinjanja je bila 4,29, standardni odklon pa

0,69. Ne opazamo statistično značilnih razlik med anketiranci z delovnimi izkušnjami do 15 let in anketiranci z delovnimi izkušnjami 16 let in več ($p=0,360$).

Da terapevtski dotik pacienta pomirja, se je popolnoma strinjalo 64,5 % (20) anketirancev, strinjalo se je 22,5 % (7) anketirancev, delno se je strinjalo 13 % (4) anketirancev. Nihče od anketirancev se s trditvijo ne strinja oz. popolnoma ne strinja. Povprečna vrednost strinjanja je bila 4,52, standardni odklon pa 0,72. Ne opazamo statistično značilnih razlik med anketiranci z delovnimi izkušnjami do 15 let in anketiranci z delovnimi izkušnjami 16 let in več ($p=0,728$).

Da je zelo pomemben element terapevtske komunikacije poslušanje, se je popolnoma strinjalo 71 % (22) anketirancev, s trditvijo se je strinjalo 22,5 % (7) anketirancev, delno se je strinjalo 6,5 % (2), nihče se s trditvijo ne strinja oziroma se popolnoma ne strinja. Povprečna vrednost strinjanja je bila 4,65, standardni odklon pa 0,60. Ne opazamo statistično značilnih razlik med anketiranci z delovnimi izkušnjami do 15 let in anketiranci z delovnimi izkušnjami 16 let in več ($p=0,821$).

S trditvijo, da terapevtska komunikacija vzpostavlja odnos zaupanja med medicinsko sestro in pacientom, se je popolnoma strinjalo 71 % (22) anketirancev, s trditvijo se je strinjalo 25,8 % (8) anketirancev, delno se je strinjalo 3,2 % (1) anketirancev, nihče se s trditvijo ne strinja oziroma popolnoma ne strinja. Povprečna vrednost strinjanja je bila 4,68, standardni odklon pa 0,54. Ne opazamo statistično značilnih razlik med anketiranci z delovnimi izkušnjami do 15 let in anketiranci z delovnimi izkušnjami 16 let in več ($p=0,266$).

S trditvijo, da bi medicinska sestra morala biti večča terapevtskega komuniciranja s pacientom, se je popolnoma strinjalo 64,5 % (20) anketirancev, strinjalo se je 29 % (9) anketirancev, delno se je strinjalo 6,5 % (2), nihče se s trditvijo ne strinja oziroma se popolnoma ne strinja. Povprečna vrednost strinjanja je bila 4,58, standardni odklon pa 0,62. Ne opazamo statistično značilnih razlik med anketiranci z delovnimi izkušnjami do 15 let in anketiranci z delovnimi izkušnjami 16 let in več ($p=0,745$).

35,5 % (11) anketirancev se je popolnoma strinjalo in strinjalo s trditvijo, da je to, da znamo terapevtsko komunicirati, povezano z našimi osebnostnimi lastnostmi. S trditvijo se je delno strinjalo 22,5 % (7) anketirancev, nihče od anketiranih se ni opredelil, da se s trditvijo ne strinja, 6,5 % (2) anketirancev pa se s trditvijo popolnoma ne strinja. Povprečna vrednost strinjanja je bila 3,94, standardni odklon pa 1,09. Ne

opazamo statistično značilnih razlik med anketiranci z delovnimi izkušnjami do 15 let in anketiranci z delovnimi izkušnjami 16 let in več ($p=0,958$).

Medicinska sestra bi se morala zavedati pomena in moči neverbalne komunikacije. S to trditvijo se je popolnoma strinjalo 51,6 % (16), strinjalo se je 35,5 % (11), delno se je strinjalo pa 13 % (4) anketirancev. Nihče pa se ni opredelil, da se ne strinja oziroma da se popolnoma ne strinja s trditvijo. Povprečna vrednost strinjanja je bila 4,39, standardni odklon pa 0,71. Ne opazamo statistično značilnih razlik med anketiranci z delovnimi izkušnjami do 15 let in anketiranci z delovnimi izkušnjami 16 let in več ($p=0,987$).

S trditvijo, da prepoznavanje pacientovih različnih potreb (fizičnih, psihičnih, duhovnih ...) anketirancem ne dela težav, se je v celoti strinjalo 45,1 % (14) anketirancev, strinjalo se je 35,5 % (11) anketirancev, 19,4 % (6) pa se je delno strinjalo. Nihče pa se ni opredelil, da se ne strinja oziroma da se popolnoma ne strinja s trditvijo. Povprečna vrednost strinjanja je bila 4,26, standardni odklon pa 0,77. Ne opazamo statistično značilnih razlik med anketiranci z delovnimi izkušnjami do 15 let in anketiranci z delovnimi izkušnjami 16 let in več ($p=0,219$).

Ko se pogovarjaš s pacientom, si moraš vzeti čas. S to trditvijo se je popolnoma strinjalo 67,7 % (21) anketirancev, strinjalo se jih je 29 % (9) anketirancev, delno se je strinjal samo en anketiranec oziroma 3,2 % anketiranih. Da se s trditvijo ne strinja oziroma popolnoma ne strinja, se ni opredelil nihče od anketiranih. Povprečna vrednost strinjanja je bila 4,65, standardni odklon pa 0,55. Ne opazamo statistično značilnih razlik med anketiranci z delovnimi izkušnjami do 15 let in anketiranci z delovnimi izkušnjami 16 let in več ($p=0,368$).

Da terapevtska komunikacija ni enaka vsakdanjemu pogovoru, se je popolnoma strinjalo 48,4 % (15) anketirancev, strinjalo se jih je 29 % (9), delno se je strinjalo 16,1 % (5), dva anketiranca (6,5 %) se s trditvijo nista strinjala. Nihče se ni opredelil, da se s trditvijo v celoti ne strinja. Povprečna vrednost strinjanja je bila 4,19, standardni odklon pa 0,94. Ne opazamo statistično značilnih razlik med anketiranci z delovnimi izkušnjami do 15 let in anketiranci z delovnimi izkušnjami 16 let in več ($p=0,388$).

S trditvijo, da stresne okoliščine zahtevajo uporabo večščin terapevtske komunikacije, se je popolnoma strinjalo 48,4 % (15) anketirancev, strinjalo se jih je 35,5 % (11), delno se je strinjalo 16,1 % (5) anketirancev. Nihče od anketiranih se ni opredelil, da se s trditvijo ne strinja oziroma popolnoma ne strinja. Povprečna vrednost strinjanja je bila

4,32, standardni odklon pa 0,74. Ne opažamo statistično značilnih razlik med anketiranci z delovnimi izkušnjami do 15 let in anketiranci z delovnimi izkušnjami 16 let in več ($p=0,702$).

Da dobre komunikacijske spretnosti vplivajo na učinkovito izražanje terapevtske komunikacije, se je popolnoma strinjalo 48,4 % (15) anketirancev, 38,7 % (12) anketirancev se je s trditvijo strinjalo, 12,9 % (4) pa se je s trditvijo delno strinjalo. Nihče pa se ni opredelil, da se ne strinja oziroma da se popolnoma ne strinja s trditvijo. Povprečna vrednost strinjanja je bila 4,35, standardni odklon pa 0,70. Ne opažamo statistično značilnih razlik med anketiranci z delovnimi izkušnjami do 15 let in anketiranci z delovnimi izkušnjami 16 let in več ($p=0,486$).

S trditvijo, da je nudenje čustvene opore pacientu ključnega pomena v paliativni oskrbi, se je popolnoma strinjalo 61,3 % (19) anketirancev, strinjalo se jih je 32,3 % (10), dva anketiranca oziroma 6,4 % pa se je delno strinjalo. Da se s trditvijo ne strinja oziroma popolnoma ne strinja, se ni opredelil nihče od anketiranih. Povprečna vrednost strinjanja je bila 4,55, standardni odklon pa 0,62. Ne opažamo statistično značilnih razlik med anketiranci z delovnimi izkušnjami do 15 let in anketiranci z delovnimi izkušnjami 16 let in več ($p=0,519$).

S trditvijo: kot medicinska sestra imam dovolj znanja s področja terapevtske komunikacije, se je popolnoma strinjalo 25,8 % (8) anketirancev, strinjalo se jih je 22,6 % (7), delno se je strinjalo 35,5 % (11), pet anketirancev oziroma 16,1 % pa se s trditvijo ni strinjalo. Nihče se ni opredelil, da se popolnoma ne strinja s trditvijo. Povprečna vrednost strinjanja je bila 3,58, standardni odklon pa 1,05. Ne opažamo statistično značilnih razlik med anketiranci z delovnimi izkušnjami do 15 let in anketiranci z delovnimi izkušnjami 16 let in več ($p=0,241$).

Da je pomembno vključevanje vseh družinskih članov v izvajanje terapevtske komunikacije, se je popolnoma strinjalo 61,3 % (19) anketirancev, strinjalo se jih je 16,1 % (5), delno se je strinjalo 19,4 % (6), en anketiranec (3,2) % se ni strinjal s trditvijo. Nihče se ni opredelil, da se s trditvijo popolnoma ne strinja. Povprečna vrednost strinjanja je bila 4,35, standardni odklon pa 0,91. Ne opažamo statistično značilnih razlik med anketiranci z delovnimi izkušnjami do 15 let in anketiranci z delovnimi izkušnjami 16 let in več ($p=0,812$).

S trditvijo: kot medicinska sestra se kontinuirano udeležujem izobraževanj s področja terapevtske komunikacije, se je popolnoma strinjalo 19,4 % (6) anketirancev, strinjalo in delno strinjalo se jih je 25,8 % (8), 19,4 % (6) se jih ni strinjalo, s trditvijo se trije anketiranci oziroma 9,6 % popolnoma ni strinjalo. Povprečna vrednost strinjanja je bila 3,26, standardni odklon pa 1,26. Ne opazamo statistično značilnih razlik med anketiranci z delovnimi izkušnjami do 15 let in anketiranci z delovnimi izkušnjami 16 let in več ($p=0,456$).

3.5 RAZPRAVA

V diplomskem delu smo s študijem domače in tuje literature ter rezultati raziskave poskušali ugotoviti, kako medicinske sestre v ustanovah, kjer smo izvedli anketiranje, razumejo pojem terapevtske komunikacije v paliativni oskrbi in ali jo pri svojem delu uporabljajo. Poskušali smo ugotoviti ali so medicinske sestre dovolj izobražene in usposobljene za terapevtsko komunikacijo s pacienti, ki so vključeni v paliativno oskrbo, ali so svojci vključeni v proces terapevtske komunikacije in kakšna je vloga svojcev pri izvajanju le-te. Naredili smo primerjavo odgovorov anketirancev glede na delovne izkušnje. Raziskava je pokazala, da pri večini odgovorov anketirancev ni statistično pomembnih razlik med skupinama anketirancev z delovnimi izkušnjami do 15 let in delovnimi izkušnjami več kot 16 let. Ugotovili smo statistično pomembno razliko v dojetanju namena terapevtske komunikacije pri pacientu, saj so anketiranci z več delovnimi izkušnjami prepoznavanje čustev in potreb, enega izmed možnih namenov terapevtske komunikacije, postavili po pomembnosti višje kot anketiranci z manj delovnimi izkušnjami.

V raziskavi, ki jo je izvedla McIlfatrick (2007), so pacienti navajali, da je poleg socialne podpore, zagotavljanja zdravstvene nege ter informiranja zelo pomembna pacientova potreba po psihološki in čustveni opori. Tudi naša raziskava je pokazala, da medicinske sestre razumejo prepoznavanje pacientovih čustev in potreb kot pomemben namen terapevtske komunikacije v paliativni oskrbi.

Skupni rezultati raziskave kažejo, da anketiranci visoko ocenjujejo pomembnost terapevtske komunikacije v paliativni oskrbi, saj večina meni, da je terapevtska komunikacija zelo pomembna, manjši delež da je pomembna, zanimiv podatek pa je, da nihče od anketiranih ni ocenil, da terapevtska komunikacija ni pomembna. To pomeni, da se medicinske sestre zavedajo pomembnosti terapevtske komunikacije v paliativni oskrbi. Anketiranci ocenjujejo, da je pogovor najučinkovitejše sredstvo glede na terapevtski učinek. V raziskavi je bilo ugotovljeno, da se medicinske sestre poslužujejo predvsem vsakdanjega pogovora, redko pa uporabijo organizirani sistematični ali vodeni pogovor. Vzrok za to bi lahko bil v pomanjkanju znanja s področja vodenja

sistematičnega pogovora, usmerjenega k določenemu vnaprej zastavljenemu cilju. Iz rezultatov ankete je razvidno, da se anketiranci, ki so menili, da nimajo dovolj znanja s področja terapevtske komunikacije, želijo izobraziti tudi na področju vodenja pogovorov. Kot možen vzrok za to, da medicinske sestre namesto strukturiranega sistematičnega pogovora uporabljajo predvsem vsakdanji pogovor, bi lahko bilo tudi pomanjkanje časa za pogovor. To lahko sklepamo na podlagi dejstva, da so anketiranci kot največjo oviro pri izvajanju terapevtske komunikacije ocenili pomanjkanje časa zaradi preobilice dela. Tudi raziskava, ki so jo izvedli Anoosheh, Zarkhah, Faghihzadeh in Vaismoradi (2009), je pokazala, da medicinske sestre navajajo kot primarno oviro pri komuniciranju s pacientom veliko delovno obremenitev in s tem premalo časa za pogovor s pacientom.

Zdravstveno osebje se mora zavedati dejstva, da terapevtska komunikacija ni običajna komunikacija, za katero velja, da jo vsak posameznik do neke mere obvlada in načeloma v veliki meri spontano poteka, ampak je velika spretnost, ki se jo mora medicinska sestra naučiti in utrditi preko delovnih izkušenj. Znati komunicirati pomeni prilagoditi svojo komunikacijo konkretnemu cilju, to je konkretnemu pacientu, seveda z upoštevanjem vseh etičnih načel (Gorše Muhič, 2009; cit. po Mravljak, 2011).

Rezultati raziskave, ki sta jo izvedli Peternelj in Simonič (2009), kažejo, da se velika večina zdravstvenih delavcev srečuje z umirajočimi pacienti, pri čemer pa je njihovo izobraževanje o paliativni oskrbi pomanjkljivo. Iz naše raziskave je razvidno, da anketiranci ocenjujejo svoje znanje o terapevtski komunikaciji s paliativnimi pacienti kot delno. Relativno majhen delež anketirancev pa je odgovoril, da imajo dovolj znanja s področja terapevtske komunikacije. Raziskava, ki so jo izvedli McIlpatrick, Mawhinney in Gilmour (2010), je pokazala, da so medicinske sestre sicer vključene v programe izobraževanja, da pa ti temeljijo predvsem na pridobivanju znanj, ki sama po sebi ne pomenijo suverenosti in kompetentnosti medicinske sestre pri opravljanju njenega dela. Glavni zaključek omenjene raziskave je, da morajo izobraževanja vsebovati tudi strategije za razvoj usposobljenosti in zaupanja v praksi. Ni dovolj, da imajo medicinske sestre samo neko teoretično znanje, ampak je potrebno, da ga znajo ustrezno uporabiti v konkretni situaciji.

Rezultati raziskave Globočnik Papuga (2007) kažejo, da medicinske sestre v komuniciranju s težko bolnimi in umirajočimi pacienti ter njihovimi svojci doživljajo negotovost, čustveno stisko in strah pred reakcijo pacientov in njihovih svojcev. V raziskavi, ki so jo izvedli Fallowfield, Jenkins, Farewell in Solis-Trapala (2003) je bilo ugotovljeno, da bi morali izobraževalni programi za zdravstveno osebje, ki so namenjeni učenju komuniciranja, vsebovati uporabo odprtih vprašanj, večšine poslušanja in empatijo. Našteti elementi naj bi pri pacientu zmanjševali strah in izboljšali njegovo zadovoljstvo. Glede na rezultat naše raziskave bi bilo potrebno še več vlagati v izobraževanje medicinskih sester na področju terapevtske komunikacije s paliativnim pacientom, predvsem se anketiranci želijo dodatno izobraziti na naslednjih področjih: reševanje konfliktnih situacij, sporočanje slabe novice, vodenje pogovora in večšin neverbalne komunikacije. Če ima medicinska sestra ustrezen nabor strokovnega znanja s področja terapevtske komunikacije, se lahko izogne strahovom in negotovosti pri komuniciranju s pacientom in svojci, ki jih navaja v svoji raziskavi Globočnik Papuga (2007).

V raziskavi Šolar in Mihelič Zajec (2007) avtorici navajata, da 78 % anketiranih zdravstvenih delavcev svojcem omogoči spremljanje umirajočega. V raziskavi Pahor in Štrancar (2009) rezultati kažejo, da pacientom daje največjo podporo družina, ki jim pomaga s konkretno pomočjo, spremljanjem, razumevanjem. Iz naše raziskave je razvidno, da se medicinske sestre zavedajo vloge svojcev pri izvajanju terapevtske komunikacije pri paliativnih pacientih, vendar pa je delež tistih anketirancev, ki svojce dejansko celostno vključujejo v proces izvajanja terapevtske komunikacije, še vedno premajhen. Tisti anketiranci, ki so odgovorili, da svojce aktivno vključujejo v proces izvajanja terapevtske komunikacije, to izvajajo s prvimi razgovori ob sprejemu, rednimi razgovori na oddelku in rednim vabljenjem svojcev na skupne razgovore.

Stajduhar, Thorne, McGuinness in Kim-Sing (2010) so v svoji raziskavi ugotovili, da pacienti empatijo in dotik dojemajo kot odraz skrbi in podpore. Tudi rezultati naše raziskave so pokazali, da anketiranci, ne glede na delovne izkušnje, menijo, da je empatija glavni element terapevtske komunikacije. Kot najmanj pomemben element so tisti z manj delovnimi izkušnjami ocenili ton glasu, anketiranci z več delovnimi

izkušnjami pa odprta vprašanja. Anketiranci se zavedajo, da ustrezna komunikacija vzpostavi zaupanje in spoštovanje med medicinsko sestro in pacientom.

Omejitve raziskave so v nenaključnem vzorcu in velikosti vzorca. Interpretiranih rezultatov raziskave ne moremo posploševati, lahko pa služijo kot orientacija vodstvenim delavcem v zavodih, ki so vključeni v raziskavo, za načrtovanje in izvajanje dodatnega izobraževanja in usposabljanja zaposlenih ter za uvajanje ukrepov za večje vključevanje svojcev v proces paliativne obravnave pacienta.

4 ZAKLJUČEK

Diplomsko delo obravnava izjemno pomembno, a hkrati v slovenskem prostoru še vedno dokaj nerazvito področje paliativne oskrbe in terapevtske komunikacije znotraj le-te. Vzpostavitev zaupanja in spoštovanja med medicinsko sestro in pacientom je temelj za nadaljnje delo, katerega cilj je predvsem prepoznavanje in zadovoljevanje pacientovih potreb ter ohranjanje njegovega dostojanstva, vse do smrti. Bistveno pri nadaljnjem razvoju paliativne oskrbe je vlaganje v izobraževanje in usposabljanje zaposlenih v zdravstveni negi, ki je v praksi mnogokrat še vedno premajhno.

Rezultati izvedene raziskave so pokazali, da zaposleni v zdravstveni negi razumejo terapevtsko komunikacijo pri pacientih, vključenih v paliativno oskrbo, kot zelo pomembno. Ugotovljeno je bilo tudi, da so zainteresirani za izvajanje terapevtske komunikacije, saj si pogosto vzamejo čas za pogovor s pacientom, ki pa je v večini primerov pretirano vsakdanje narave in ni sistematično voden razgovor z vnaprej opredeljenimi cilji. Vzrok za to je mogoče tudi že v prej omenjeni premajhni izobraženosti negovalnega kadra, ki pogosto nima dovolj strokovnega znanja za vodenje takšnih pogovorov. Na splošno smo z raziskavo ugotovili, da relativno majhen delež anketiranih meni, da imajo dovolj znanja s področja terapevtske komunikacije v paliativni oskrbi. Predvsem bi si želeli pridobiti dodatna znanja in veščine s področja vodenja pogovorov, neverbalne komunikacije, sporočanja slabe novice in reševanja konfliktnih situacij. Poleg dodatnega usposabljanja negovalnega osebja bi bilo potrebno še več pozornosti nameniti vključevanju svojcev v proces terapevtske komunikacije, saj so svojci zelo pomembni pri lažšanju pacientovih težav in predvsem pri njegovem razumevanju trenutne situacije in sprejemanja bolezni.

5 LITERATURA

Anoosheh M, Zarkhah S, Faghihzadeh S, Vaismoradi M. Nurse – patient communication barriers in Iranian nursing. *Int Nurs Rev* 2009; 56(2): 243-9.

Benedik J, Červek J, Červ B, Gugić Kevo J, Mavrič Z, Serša G, et al. Pogosta vprašanja v paliativni oskrbi. Ljubljana: Onkološki inštitut; 2008.

Benkovič K. Pomen in delovanje slovenskega društva Hospic. Maribor: Univerza v Mariboru – Fakulteta za zdravstvene vede; 2011.

Bolnišnica Golnik. Dostopno na: www.klinika-golnik.si/dejavnost-bolnišnice/klinična-dejavnost/paliativna-dejavnost/ (26.1.2012).

Broome M. Nonverbal communication, b.l. Dostopno na: <http://edo.med.miami.edu/documents/NONVERBAL%20COMMUNITION.PDF> (10.9.2011).

Brumec M. Soočanje družine s procesom umiranja. In: Krajnc M, Peternej A, eds. 2. strokovno srečanje Patronažna medicinska sestra ob umirajočem bolniku; 2008 Apr 15; Sp. Duplek, Slovenija. Sp. Duplek: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester; 2008: 41-6.

Brumec M. Stiske strokovnih delavcev v zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih. In: Lahe M, Kaučič BM, eds. Vloga medicinske sestre v paliativni oskrbi - Zbornik predavanja s strokovnega srečanja, Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor; 2004 Okt 6-7; Maribor, Slovenija. Maribor: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2004: 11-6.

Burnik T. Kakovost anketnega vprašalnika »Internet Dating«. Ljubljana: Univerza v Ljubljani – Fakulteta za družbene vede; 2010.

Červek J. Organizacija paliativne oskrbe na onkološkem inštitutu. In: Krčevski Škvarč N, eds. Zbornik predavanj: 10. seminar o bolečini, Paliativna medicina z mednarodno udeležbo, Maribor, 9.-10. Junij 2006. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine; 2006a: 46-7.

Červek J. Paliativna oskrba. In: Zakotnik B, Bešič N, eds. Le ovinek na poti življenja. Ljubljana: Janssen – Cilag, Farmaceutski del Johnson & Johnson; 2006b: 58-9.

Červek J. Principi paliativne oskrbe bolnika. In: Krčevski Škvarč N, eds. Zbornik predavanj: Seminar o bolečini, Maribor, 7.-8. Junij 2002. Maribor: Splošna bolnišnica; 2002: 177-81.

Dermol Hvala H. Pomen govorjene besede pri delu zdravstvenih delavcev. *Obzor Zdr N* 2001; 35(1-2): 45-9.

Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Solis-Trapala I. Enduring impact of communication skills training: Results of a 12-month follow-up. *Br J Cancer* 2003; 89(8): 1445-9.

Globočnik Papuga P. Pomen izobraževanja o komuniciranju v paliativni oskrbi. *Obzor Zdr N* 2007; 41(1): 33-6.

Hlade S. Paliativna zdravstvena nega kronično bolnih v domačem okolju. Maribor: Univerza v Mariboru – Fakulteta za zdravstvene vede; 2010.

Jasmine TJX. The use of effective therapeutic communication skills in nursing practice. *Singapore Nurs J* 2009; 36(1): 35-40.

Jeyaraman S, Kathiresan G, Gopalsamy K. Hospice: rehabilitation in reverse. *Indian J Palliat Care* 2010; 16(3): 111-6.

Käch H. Metulji otrok: nega umirajočega otroka doma. Maribor: Hiša knjig, Založba KMS; 2009.

Klevišar M. Spremljanje umirajočih. Ljubljana: Založba Družina; 2006.

Klun N. Vpliv komuniciranja na zadovoljstvo zaposlenih – študija primera. Koper: Univerza na Primorskem – Fakulteta za management Koper; 2010.

Knafelc M. Obremenitve in proces izgorevanja medicinske sestre v enoti intenzivne terapije. Maribor: Univerza v Mariboru – Fakulteta za zdravstvene vede; 2011.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005. Dostopno na: http://www.dmszt-nm.si/media/pdf/kodeks_etike.pdf (10.9.2011).

Kodeks medicinske deontologije Slovenije. Zdravniška zbornica Slovenije, 1992. Dostopno na: <http://www.zdravniskazbornica.si/zzs.asp?FolderId=386> (28.11.2011).

Kogovšek K. Uporaba terapevtske komunikacije v zdravstveni negi. Maribor: Univerza v Mariboru – Fakulteta za zdravstvene vede; 2010.

Lahe M. Paliativna oskrba kot pomemben element sodobne zdravstvene nege. In: Brumec M, Kaučič BM, eds. Vloga medicinske sestre v paliativni oskrbi - Zbornik predavanja s strokovnega srečanja, Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor; 2004 Okt 6-7; Maribor, Slovenija. Maribor: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2004: 3.

Lunder U. Možnosti organizacije paliativne oskrbe v Sloveniji. In: Krčevski Škvarč N, Cesar Komar M, eds. Zbornik predavanj: 10. seminar o bolečini, Paliativna medicina z mednarodno udeležbo, Maribor, 9.-10. Junij 2006. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine; 2006: 17-21.

Lunder U. Nekateri uspešni modeli paliativne oskrbe v svetu. In: Krčevski Škvarč N, eds. Zbornik predavanj: Seminar o bolečini, Maribor, 7.-8. Junij 2002. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine; 2002: 185-93.

Lunder U. Paliativna oskrba – njena vloga v zdravstvenih sistemih. Zdrav Vestn 2003; 72(11): 639-42.

Lunder U. Sporazumevanje z bolnikom, ko mu je najtežje. In: Novaković S, eds. Zbornik paliativna oskrba bolnikov z rakom 18. Onkološki vikend, Laško, 10.-11. Junij

2005. Ljubljana: Kancerološko združenje slovenskega zdravniškega društva: Onkološki inštitut: Zveza slovenskih društev za boj proti raku; 2005: 83-90.

McCabe C. Nurse – patient communication: an exploration of patients' experiences. *J Clin Nurs* 2004; 13(1): 41-9.

McCabe C, Timmins F. *Communication skills for nursing practice*. New York: Palgrave Macmillan; 2006.

McIlpatrick S. Assessing palliative care needs: views of patients, informal carers and healthcare professionals. *J Adv Nurs* 2007; 57(1): 77-86.

McIlpatrick S, Mawhinney A, Gilmour F. Assessing the educational needs of palliative care link nurses. *Int J Palliat Nurs* 2010; 16(11): 555-9.

Mohanti B. Research focus in palliative care. *Indian J Palliat Care* 2011; 17 Suppl S8 – S11.

Mravljak N. *Paliativna oskrba in pomen komunikacije s hudo bolnimi bolniki in njihovimi svojci*. Maribor: Univerza v Mariboru – Fakulteta za zdravstvene vede; 2011.

Mudrovčič B. Pomen svojcev v paliativni oskrbi in oskrbi v hospicu. *Onkologija: strokovni časopis za zdravnike* 2003; 7(1): 41-4.

Mumel D. *Komuniciranje v poslovnem okolju*. Maribor: Založniško podjetje De Vesta; 2008.

Onkološki inštitut Ljubljana. Paliativna oskrba. Dostopno na: www.onko-i.si/dejavnosti/zdravstvena_dejavnost/skupne_zdravstvene_dejavnosti/paliativna_oskrba/index.html (26.1.2012).

Pahor M, Štrancar K. Ljudje v bližini smrti: Kvalitativna raziskava. *Obzor Zdr N* 2009; 43(2): 119-25.

Pelcar B. Zdravstvena nega paliativno zdravljenega onkološkega pacienta. Maribor: Univerza v Mariboru – Fakulteta za zdravstvene vede; 2010.

Peternej A, Simonič A. Izkušnje, znanje in predstave zdravstvenih delavcev in sodelavcev o paliativni oskrbi, 2009. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres_zbn/pdf/232b.pdf (10.9.2011).

Petrovič E. Timski pristop v obravnavi težko bolnega pacienta na domu. Maribor: Univerza v Mariboru – Fakulteta za zdravstvene vede; 2010.

Planinšec V. Nekatere uzakonjene pravice bolnikov. In: Štabuc B, eds. Dolžnosti in pravice v zvezi z zdravjem - pravice bolnikov z rakom / X. seminar "In memoriam dr. Dušana Reje". Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku: Onkološki inštitut: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2002: 18-21.

Pleterski Rigler D. Etična in moralna načela o pravicah bolnikov. In: Štabuc B, eds. Dolžnosti in pravice v zvezi z zdravjem - pravice bolnikov z rakom / X. seminar "In memoriam dr. Dušana Reje". Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku: Onkološki inštitut: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2002: 12-7.

Poplas Susič T. Vodenje bolnikov v paliativni medicinski obravnavi na domu. In: Lunder U, eds. Zbornik srečanja: Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice; 2011 Feb 3; Ljubljana, Slovenija. Golnik: Bolnišnica, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2011: 11-4.

Prebil A, Mohar P, Drobne J. Komunikacija v zdravstvu. Celje: Celjska Mohorjeva družba: Društvo Mohorjeva družba; 2009.

Primic Žakelj M. Pravice bolnikov z rakom. In: Štabuc B, eds. Seminar Več znanja o raku, manj smrti; 2003 Apr; Strunjan, Slovenija. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku; 2003: 11-4.

Revelle W, Zinbarg R. Coefficients alfa, beta, omega, and the glb: Comments on Sijtsma. *Psychometrika* 2009; 74(1): 145-54.

Seymour J. The principles and practice of palliative care. Palliative care in neurological disease, b.l. Dostopno na: <http://www.radcliffe-oxford.com/books/samplechapter/2935/Byrne%20chpt%2002-c8bb1d0rdz.pdf> (16.2.2012).

Skela Savič B. Pomen zdravstvene nege pri paliativni oskrbi. In: Novaković S, eds. Zbornik paliativna oskrba bolnikov z rakom, 18. Onkološki vikend, Laško, 10.-11. Junij 2005. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Kancerološko združenje, Onkološki inštitut, Zveza slovenskih društev za boj proti raku; 2005: 13-7.

Skela Savič B. Vloga in pomen informiranja bolnika z rakom. In: Štabuc B, Primic-Žakelj M, Bergant, O, Zdešar A, Fras AP, Zveza slovenskih društev za boj proti raku, et al., eds. X. seminar »In memoriam dr. Dušana Reje«, Dolžnosti in pravice v zvezi z zdravjem – pravice bolnikov z rakom. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku: Onkološki inštitut: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2002: 51-65.

Sleeper J, Thompson C. The use of hi fidelity simulation to enhance nursing students' therapeutic communication skills. *Int J Nurs Educ Scholarsh* 2008; 5(42): 1-12.

Stajduhar K, Thorne S, McGuinness L, Kim-Sing C. Patient perception of helpful communication in the context of advanced cancer. *J Clin Nurs* 2010; 19(13-14): 2039-47.

Šolar B, Mihelič Zajec A. Vloga medicinske sestre v procesu umiranja in duhovni oskrbi v splošni bolnišnici Jesenice. *Obzor Zdr N* 2007; 41(2): 137-46.

Ule M. Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2009.

Ule M. Psihologija komuniciranja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2005.

Ule M. Spregledana razmerja o družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Založba Aristej; 2003.

Verbal communication. Setting Workplace Standards. The center for organizational cultural competence, 2008. Dostopno na: <http://www.businessetiquettebriefs.com/COC>

C_Brief_Verbal_Communication.pdf (10.9.2011).

Vindiš A, Brumec M. Odnos in komuniciranje z bolnikovimi bližnjimi v zadnjih dneh življenja. In: Lunder U, eds. Zbornik sestanka: Paliativna oskrba v zadnjih dneh življenja; 2009 Jan 27; Bled, Slovenija. Golnik: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2009: 21-6.

Wolf N. Komunikacija pri težko bolnih in umirajočih bolnikih. In: Lahe M, eds. Vloga medicinske sestre v paliativni oskrbi. Zbornik predavanja s strokovnega srečanja Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2004 Okt 6-7; Maribor, Slovenija. Maribor: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2004: 4-8.

Wolf N. Dodatni program za medicinske sestre in zdravstvene tehnike: Družina v času hude bolezni, umiranja in žalovanja. In: Krčevski Škvarč N, eds. Zbornik predavanj: 10. seminar o bolečini, Paliativna medicina z mednarodno udeležbo, Maribor, 9.-10. Junij 2006. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine; 2006: 135-6.

Wolf N. Težave v komunikaciji strokovnih delavcev z umirajočimi in svojci. In: Krajnc M, eds. 2. strokovno srečanje Patronažna medicinska sestra ob umirajočem bolniku; 2008 Apr 15; Sp. Duplek, Slovenija. Sp. Duplek: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester; 2008: 55-8.

Yetter Morgan D. Palliative care 2010. Arkansas Nurs News 2010; 6(2): 6-11.

Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list RS št. 15/2008. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200815&stevilka=455> (28.11.2011).

Žargi T. Vloga hospica pri oskrbi terminalnih bolnikov. In: Krčevski Škvarč N, eds. Zbornik predavanj: 10. seminar o bolečini, Paliativna medicina z mednarodno udeležbo, Maribor, 9.-10. Junij 2006. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine; 2006: 100-2.

6 PRILOGA

Priloga 1: Anketni vprašalnik

Moje ime je Romana Špiler in sem študentka tretjega letnika dodiplomskega študija zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice – redni študij.

V okviru svoje diplomske naloge želim raziskati, kako medicinske sestre razumejo pojem terapevtske komunikacije in koliko jo uporabljajo pri delu s pacienti vključenimi v paliativno oskrbo, ali imajo dovolj strokovnega znanja s področja terapevtske komunikacije in kakšno vlogo posvečajo v paliativni oskrbi, katere del je tudi terapevtska komunikacija, svojcem pacienta. Vprašalnik je sestavljen iz različnih vprašanj zaprtega tipa z možnim enim odgovorom, pri nekaterih vprašanjih pa je potrebno razvrstiti možne odgovore po lestvici (na primer: od 1 do 5), na koncu vprašalnika so navedene še trditve, glede vsake trditve se opredelite glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5, kjer pomeni: 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

Izpolnjevanje anketnega vprašalnika je prostovoljno, anketa je anonimna, pridobljene podatke pa bom uporabila izključno za namen izdelave diplomske naloge.

Za vaše sodelovanje se vam najlepše zahvaljujem.

1. SPOL: a) moški b) ženska

2. STAROST:

- a) od 20 do 30 let
- b) od 31 do 40 let
- c) od 41 do 50 let
- d) od 51 do 60 let
- e) več kot 60 let

3. STOPNJA IZOBRAZBE:

- a) srednja šola
- b) višja šola
- c) visoka šola

- d) univerzitetna izobrazba
- e) magisterij
- f) doktorat

4. DELOVNE IZKUŠNJE:

- a) manj kot eno leto
- b) 1 – 5 let
- c) 6 – 10 let
- d) 11 – 15 let
- e) 16 – 20 let
- f) več kot 20 let

5. Ali sebe ocenjujete kot komunikativno osebo?

- a) da
- b) ne
- c) delno

6. Ali se ob prvem srečanju predstavite pacientu?

- a) da
- b) ne
- c) odvisno od situacije

7. Kaj menite, kaj vzpostavlja učinkovita komunikacija med medicinsko sestro in pacientom? Razvrstite od najbolj pomembne (4) do najmanj pomembne (1).

- a) zaupanje___
- b) sodelovanje___
- c) spoštovanje___
- d) razumevanje___

8. Katera oblika komunikacije z vidika terapevtskega učinka se vam zdi pomembnejša? Razvrstite od najbolj pomembne (5) do najmanj pomembne (1).

- a) pogovor___
- b) dotik___
- c) poslušanje___
- d) svetovanje___
- e) izražanje razumevanja pacienta___

9. Kolikokrat na teden si vzamete čas za pogovor s pacientom?

- a) 1 – 2 krat
- b) 2 – 3 krat

- c) več kot 3 krat

10. Kaj si predstavljate pod pojmom terapevtske komunikacije? Razvrstite odgovore od najbolj pomembne (5) do najmanj pomembne (1).

- a) zadovoljevanje pacientovih različnih potreb____
- b) ustvarjanje zaupanja pri pacientu____
- c) razumevanje pacienta____
- d) vzpodbujanje pacienta k aktivnostim, ki pripomorejo k hitrejši ozdravitvi____
- e) pomirjanje pacienta____

11. Kateri so po vašem mnenju najpomembnejši oziroma najmanj pomembni elementi terapevtske komunikacije? Razvrstite jih po pomembnosti od 1 – 7.

- a) aktivno poslušanje____
- b) terapevtski dotik____
- c) očesni kontakt____
- d) odprta vprašanja____
- e) ton glasu____
- f) telesna drža____
- g) empatija____

12. Kakšen je po vaši oceni glavni namen terapevtske komunikacije s pacientom? Razvrstite jih po pomembnosti od 1 – 5.

- a) nudenje ustrezne čustvene opore____
- b) pomirjanje____
- c) razumevanje stiske____
- d) prepoznavanje čustev in potreb____
- e) vzpostavljjanje zaupanja med pacientom in medicinsko sestro____

13. Katere vrste terapevtskega pogovora s pacientom se najpogosteje poslužujete?

- a) vsakdanji pogovor
- b) organiziran sistematičen (ali voden) pogovor
- c) drugo:_____

14. Kako ocenjujete pomembnost terapevtske komunikacije v paliativni oskrbi?

- a) nepomembna
- b) pomembna
- c) zelo pomembna

15. Kdo je v vaši ustanovi v večji meri vključen v proces terapevtske komunikacije?

- a) medicinska sestra
- b) zdravnik
- c) socialni delavec
- d) psiholog

16. Kaj se vam zdi največja ovira v procesu terapevtske komunikacije?

- a) pomanjkanje časa
- b) nezaupanje pacienta
- c) neustrezne osebnostne lastnosti
- d) pomanjkanje komunikacijskih spretnosti

17. Ali ocenjujete, da vam delovne obveznosti dopuščajo dovolj časa za pogovor s pacienti?

- a) da
- b) ne
- c) deloma

18. Ali menite, da imate dovolj strokovnega znanja s področja terapevtske komunikacije?

- a) da
- b) ne
- c) deloma

19. V katere oblike izobraževanja s področja terapevtske komunikacije v paliativni oskrbi ste največkrat vključeni?

- a) strokovni seminarji, konference
- b) interna predavanja v delovni organizaciji
- c) usposabljanja na specializiranih paliativnih oddelkih
- d) učne delavnice
- e) nikoli nisem še bil/a na nobenem izobraževanju na tem področju
- f) drugo: _____

20. V primeru, da ocenjujete, da imate premalo strokovnega znanja, s katerega področja terapevtske komunikacije bi se želeli dodatno izobraziti?

- a) vodenja pogovora
- b) neverbalna komunikacija
- c) reševanje konfliktnih situacij
- d) sporočanje slabe novice

21. Kako ocenjujete vlogo svojcev pacienta pri izvajanju terapevtske komunikacije v paliativni oskrbi?

- a) nepomembna
- b) pomembna
- c) zelo pomembna

22. Ali v vaši delovni organizaciji aktivno vključujete v proces terapevtske komunikacije tudi svojce pacientov? Če je vaš odgovor da, napišite na kakšen način vključujete svojce v proces terapevtske komunikacije.

- a) da
- b) ne
- c) delno

Kako: _____

23. Prosim, če se opredelite še glede trditev navedenih v spodnji tabeli. Pri vsaki trditvi označite v kolikšni meri se strinjate z njo.

TRDITVE	1- popolnoma se ne strinjam	2 - se ne strinjam	3 - delno se strinjam	4 - se strinjam	5- popolnoma se strinjam
Terapevtska komunikacija je pomemben element paliativne oskrbe.					
Verbalna komunikacija je pri izražanju terapevtske komunikacije pomembnejša od neverbalne komunikacije.					
Ob prvem stiku s pacientom se mora medicinska sestra predstaviti pacientu.					
Glavna ovira pri izvajanju terapevtske komunikacije je pomanjkanje časa.					
Terapevtska komunikacija pomeni izražanje razumevanje pacienta.					
Terapevtski dotik pacienta pomirja.					
Zelo pomemben element terapevtske komunikacije je poslušanje.					
Terapevtska komunikacija vzpostavlja odnos zaupanja med medicinsko sestro in pacientom.					
Medicinska sestra bi morala biti večča terapevtskega komuniciranja s pacientom.					
To, da znamo terapevtsko komunicirati, je povezano z našimi osebnostnimi lastnostmi.					
Medicinska sestra bi se morala zavedati pomena in moči neverbalne komunikacije.					

Prepoznavanje pacientovih različnih potreb (fizičnih, psihičnih, duhovnih ...) mi ne dela težav.					
Ko se pogovarjaš s pacientom, si moraš vzeti čas.					
Terapevtska komunikacija ni enaka vsakdanjemu pogovoru.					
Stresne okoliščine zahtevajo uporabo veččin terapevtske komunikacije.					
Dobre komunikacijske spretnosti vplivajo na učinkovito izražanje terapevtske komunikacije.					
Nudenje čustvene opore pacientu je ključnega pomena v paliativni oskrbi.					
Kot medicinska sestra imam dovolj znanja s področja terapevtske komunikacije.					
Pomembno je vključevanje vseh družinskih članov v izvajanje terapevtske komunikacije.					
Kot medicinska sestra se kontinuirano udeležujem izobraževanj s področja terapevtske komunikacije.					