



Fakulteta za zdravstvo  
Jesenice

Faculty of Health Care  
Jesenice

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**UPORABA ENOSTAVNIH  
PSIHOTERAPEVTSKIH TEHNIK  
V PSIHIATRIČNI ZDRAVSTVENI NEGI**

**USE OF SIMPLE  
PSYCHOTHERAPY TECHNIQUES  
IN PSYCHIATRIC NURSING**

Mentor: mag. Branko Bregar, viš. pred.

Kandidat: Miha Šubic

Jesenice, oktober 2014

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorju mag. Branku Bregarju, viš. pred. za vso strokovno pomoč in usmeritve pri izdelavi diplomskega dela.

Zahvaljujem se recenzentoma doc. dr. Emilu Benediku in mag. Jožici Ramšak Pajk, viš. pred. za ves trud in strokovno delo ter za usmeritve pri pisanju diplomskega dela.

Zahvala velja vsem, ki so sodelovali v raziskavi, za hitro in uspešno izvedbo poteka anketiranja.

Zahvaljujem se tudi podjetju Lektoriranje in jezikovno svetovanje, Jasmina Vajda Vrhunec, s. p., za lektoriranje diplomskega dela.

## **POVZETEK**

**Teoretična izhodišča:** Temelj zdravstvene nege na področju psihiatrije je terapevtski medosebni odnos med medicinsko sestro in pacientom. V diplomsko delo je vključena študija, ki ugotavlja, v kolikšni meri medicinske sestre v slovenskih psihiatričnih bolnišnicah poznajo psihoterapevtske tehnike in ali jih vključujejo v svoje delo.

**Cilj:** Cilj diplomskega dela je bil ugotoviti, katere psihoterapevtske tehnike se najpogosteje uporabljajo v zdravstveni negi na področju psihiatrije in kakšno znanje imajo medicinske sestre na tem področju.

**Metoda:** Za raziskavo je bila uporabljena anketa. Zanesljivost ankete je preverjena s Cronbachovim  $\alpha$  koeficientom notranje konsistence, ki znaša 0,766, kar pomeni, da je zanesljivost dobra. V psihiatričnih bolnišnicah je bilo razdeljenih 150 vprašalnikov, vrnjenih pa jih je bilo 106. Anketiranci so zaposleni na različnih psihiatričnih oddelkih. Podatki so bili obdelani s programom SPSS 20.0. Uporabljena je bila neeksperimentalna kvantitativna raziskovalna metodologija.

**Rezultati:** V povprečju so anketiranci z odgovori na teoretična vprašanja dosegli 50-odstotni uspeh pri poznavanju tehnik terapevtske komunikacije. Bolje te tehnike poznajo zaposleni na oddelku za zdravljenje odvisnih od alkohola, oddelku za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, oddelku za rehabilitacijo in oddelku za psihoterapijo ali v dnevni bolnišnici, prav tako pa tudi zaposleni na preostalih oddelkih, kar se je izkazalo za statistično značilno. Za statistično značilno se je izkazala tudi trditev, da so z izobraževanjem in usposabljanjem za delo v zdravstveni negi na področju psihiatrije bolj zadovoljne medicinske sestre z višjo izobrazbo in tiste, ki svojo usposobljenost za izvajanje psihoterapevtskih tehnik ocenjujejo višje.

**Razprava:** Usposabljanje na področju socioterapevtskega dela ni povezano s poznavanjem tehnik terapevtske komunikacije. Prav tako s poznavanjem teh tehnik nista povezani stopnja izobrazbe in samoocena usposobljenosti. Je pa s tem povezano področje dela anketirancev. Verjetno kompetentnost na tem področju izhaja iz dolgoletnega pridobivanja izkušenj in ne iz formalnega izobraževanja medicinskih sester.

**Ključne besede:** medicinska sestra, terapevtska komunikacija, terapevtsko okolje.

## ABSTRACT

**Theoretical starting points:** The key element of nursing care in the field of psychiatry is the therapeutic interpersonal relationship between the nurse and the patient. This diploma thesis comprises a study which establishes to what extent the nurses in Slovene psychiatric hospitals are acquainted with the psychotherapeutic techniques and whether they make use of them in their work.

**Objective:** The objective was to ascertain which psychotherapeutic techniques are most frequently used in nursing care in the field of psychiatry and what level of knowledge the nurses possess with regard to these techniques.

**Method:** A survey was used for the purposes of research. The reliability of the survey results was tested by Cronbach's  $\alpha$ , the coefficient of internal consistency. Its value amounted to 0.766, which means that the reliability was high enough. 150 questionnaires were distributed in psychiatric hospitals; 106 of them were filled in and returned. The respondents were the workers from various psychiatric departments. Data analysis was conducted with the SPSS 20.0 program. Non-experimental quantitative research methodology was employed.

**Results:** On average the respondents achieved a 50 % success rate with theoretical questions regarding the knowledge of therapeutic communication techniques. These techniques were better known to the workers in the departments of alcohol and drug addiction, the department of rehabilitation, the department of psychotherapy and in the day hospital as opposed to the workers in other departments, which turned out to be statistically significant. Another statistically important finding was the fact that the nurses with higher level of education and those who evaluated their competence in psychotherapeutic techniques as good are more satisfied with the training in nursing care in the field of psychiatry.

**Discussion:** The training in the area of socio-therapeutic work is not connected with the knowledge of therapeutic communication techniques. The level of education and the self-evaluation of competence are not related to it either. However, the respondent's area of work presents an important factor in the knowledge of therapeutic communication techniques. The competence connected with this area is probably the result of long-term experience rather than the formal education of nurses.

**Key words:** nurse, therapeutic communication, therapeutic environment

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>3</b>
2.1	RAZVOJ ZDRAVSTVENE NEGE NA PODROČJU PSIHIATRIJE.....	3
2.1.1	Zdravstvena nega na področju psihiatrije danes .....	4
2.2	VZPOSTAVITEV TERAPEVTSKEGA ODNOSA .....	5
2.3	TERAPEVTSKA KOMUNIKACIJA .....	8
2.3.1	Tehnike terapevtske komunikacije.....	8
2.3.2	Tehnike neterapevtske komunikacije .....	12
2.4	DRUGE PSIHOTERAPEVTSKE TEHNIKE.....	14
2.4.1	Kognitivno-vedenjska terapija .....	14
2.4.2	Milieu terapija ali terapevtska skupnost.....	16
2.5	MOTIVACIJSKI INTERVJU .....	17
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>19</b>
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	19
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	20
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	20
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	20
3.3.2	Opis merskega instrumenta .....	21
3.3.3	Opis vzorca.....	22
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	23
3.4	REZULTATI .....	24
3.5	RAZPRAVA .....	40
<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK</b> .....	<b>44</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA IN VIRI</b> .....	<b>45</b>
<b>6</b>	<b>PRILOGE</b> .....	<b>1</b>

6.1 INSTRUMENT.....	1
---------------------	---

## KAZALO SLIK

Slika 1: Histogram »Poznavanje tehnik komunikacije (%)« .....	30
---	----

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Tehnike terapevtske komunikacije .....	10
Tabela 2: Tehnike neterapevtske komunikacije .....	13
Tabela 3: Opis vzorca (spol, izobrazba, usposabljanje in področje dela).....	22
Tabela 4: Poznavanje tehnik terapevtske komunikacije (uporaba tišine, fokusiranje, terapevtska uporaba selfa in formulacija akcijskega načrta) .....	25
Tabela 5: Poznavanje tehnik terapevtske komunikacije (tehnika ponovitve in predstavitev realnosti).....	26
Tabela 6: Prepoznavanje neterapevtskih tehnik komunikacije.....	27
Tabela 7: Prepoznavanje tehnik terapevtske komunikacije.....	28
Tabela 8: Poznavanje komunikacijskih tehnik (ocenjeno) .....	29
Tabela 9: Vključevanje psihoterapevtskih tehnik.....	31
Tabela 10: Samoocena usposobljenosti za izvajanje psihoterapevtskih tehnik ter mnenje o izobraževanju in usposabljanju za delo v zdravstveni negi na področju psihiatrije....	32
Tabela 11: Povezanost usposabljanja na področju socioterapevtskega dela s poznavanjem tehnik komunikacije .....	33
Tabela 12: Povezanost izobrazbe in samoocene usposobljenosti za izvajanje psihoterapevtskih tehnik s poznavanjem tehnik komunikacije .....	34
Tabela 13: Povezanost izobrazbe in samoocene usposobljenosti za izvajanje psihoterapevtskih tehnik z zadovoljstvom z izobraževanjem in usposabljanjem za delo v zdravstveni negi na področju psihiatrije.....	35
Tabela 14: Primerjava poznavanja tehnik komunikacije, samoocene usposobljenosti za izvajanje psihoterapevtskih tehnik ter mnenj o izobraževanju in usposabljanju v zdravstveni negi na področju psihiatrije med moškimi in ženskami.....	36

**Tabela 15:** Primerjava poznavanja tehnik komunikacije med anketiranci, ki delajo na oddelku za zdravljenje odvisnikov od alkohola, oddelku za zdravljenje odvisnikov od prepovedanih drog, oddelku za rehabilitacijo in oddelku za psihoterapijo ali v dnevni bolnišnici, ter anketiranci, ki delajo na preostalih področjih..... 38

**Tabela 16:** Primerjava vključevanja psihoterapevtskih tehnik med anketiranci, ki delajo na oddelku za zdravljenje odvisnikov od alkohola, oddelku za zdravljenje odvisnikov od prepovedanih drog, oddelku za rehabilitacijo in oddelku za psihoterapijo ali v dnevni bolnišnici, ter anketiranci, ki delajo na preostalih področjih..... 39

**Tabela 17:** Primerjava vključevanja psihoterapevtskih tehnik med anketiranci s srednješolsko izobrazbo in anketiranci, ki imajo več kot srednješolsko izobrazbo ..... 40



## 1 UVOD

Zadnjo večjo prelomnico na področju sodobne psihoterapije lahko umestimo v leto 1990, ko se je v Strasburgu zbralo sedemnajst psihoterapevtov iz Avstrije, Švice in Nemčije ter 21. oktobra istega leta povezalo svojo vizijo psihoterapije v pet točk, znanih pod imenom »Strasburška deklaracija«. Evropska zveza za psihoterapijo kot prva že leta 1990 omenja psihoterapijo kot samostojno znanstveno disciplino, katere opravljanje predstavlja samostojen in svoboden poklic. Zajamčeno je mnoštvo psihoterapevtskih metod in pristopov. Izobraževanje na tem področju se opravlja na visoki, kvalificirani in znanstveni ravni. Popolna psihoterapevtska izobrazba obsega teorijo, osebno izkušnjo in prakso pod supervizijo. Dostop do izobrazbe pa je mogoč prek različnih predizobrazb, zlasti prek humanističnih in družboslovnih znanosti.

Sodobna psihoterapija je stara približno dvesto let. Na tem mestu naj omenimo le dva pomembna predstavnika: Franz Anton Mesmer (1734–1814), ki je odkril učinke hipnoze in oblikoval prvo metodo zdravljenja, ter Sigmund Freud (1856–1939), psiholog, zdravnik, nevrolog in vpliven mislec, ki je utemeljil psihoanalizo. Freud je bil hkrati neutruden organizator in vodja psihoanalitičnega gibanja, ki je imelo redna strokovna srečanja, bogato izdajateljsko in promocijsko dejavnost (Možina, 2010; Thornton, b. l.). V zadnjih desetletjih so se razvili številni novi psihoterapevtski pristopi. Utrdilo se je razumevanje psihoterapije kot množice vseh tistih postopkov in metod, ki z razvijanjem lečечеge odnosa med psihoterapevtom in pacientom zdravilno vplivajo na duševne, psihosomatske in psihosocialne motnje ter stiske, lajšajo pa tudi trpljenje pri kroničnih telesnih boleznih in izboljšujejo kakovost življenja nasploh (Možina, 2010).

Pomembno vlogo v procesu zdravstvene obravnave pacienta ima zdravstvena nega. Terapevtski medosebni odnos med medicinsko sestro in pacientom je temelj zdravstvene nege na področju psihiatrije ter hkrati tudi metoda dela, s katerim zaposleni v zdravstveni negi zagotavljajo zdravstveno oskrbo pacientom, ki potrebujejo psihosocialno pomoč. Vedeti morajo, kako si pridobiti zaupanje pacienta oziroma

njegove družine ter jih usmerjati in motivirati k ciljem zdravstvene obravnave. Te medosebne interakcije temeljijo predvsem na komunikaciji, ki naj bo, kolikor se le da, terapevtska. Kot orodje so medicinski sestri na voljo psihoterapevtske komunikacijske tehnike (Psychiatric Nursing, 2014). V tem diplomskem delu bomo pregledali strokovno literaturo, ki se nanaša na vključevanje različnih terapevtskih pristopov v zdravstveno nego na področju psihiatrije v tujini in pri nas. V empirični del diplomskega dela bomo vključili raziskavo in z njo ugotavljali, v kakšni meri medicinske sestre v slovenskih psihiatričnih bolnišnicah poznajo psihoterapevtske tehnike in ali jih v svoje delo tudi vključujejo.

## 2 TEORETIČNI DEL

Zdravstvena nega in v okviru te promocija zdravja imata v današnjem času pomembno vlogo pri spodbujanju pozitivnega duševnega zdravja, preprečevanju bolezni ter zdravljenju in rehabilitaciji. Neprestano se zavzemata za ohranitev ali vzpostavitev ponovne, kar se da samostojne skrbi zase. Doseči ali ponovno vzpostaviti se želi maksimalno mero lastne neodvisnosti oziroma samooskrbe (Nedog, 2004; Čuk, 2010).

### 2.1 RAZVOJ ZDRAVSTVENE NEGE NA PODROČJU PSIHIATRIJE

Glede razvoja zdravstvene nege na področju psihiatrije govorimo o več fazah, glede na to pa tudi o različnih oblikah delovanja medicinskih sester. Čuk (2007) opisuje faze razvoja zdravstvene nege na področju psihiatrije takole:

- medicinska sestra – ključar, varnostnik, čuvaj. Pacient je bil objekt opazovanja in nalogi zdravstvene nege takrat sta bili pacienta varovati in opazovati;
- medicinska sestra – tehnik. Ko so zdravstveno nego prevzele prve medicinske sestre, je bil poudarek predvsem na »somatski« zdravstveni negi, pri čemer je imela medicinska sestra vlogo pomočnika zdravnika in tehničnega asistenta;
- diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik (v nadaljevanju medicinska sestra) – socioterapevt. V tretji fazi se v zdravstveno obravnavo pacienta na področju psihiatrije začne uvajati terapevtska skupnost. Pacient postaja subjekt zdravljenja in vloga medicinske sestre se bistveno spremeni. Nastopi preusmeritev iz somatske zdravstvene nege v aktivno sodelovanje pri socioterapevtski obravnavi pacientov. Druga naloga zdravstvene nege je bila spoznati socialno strukturo pacientov in ustvariti interpersonalne odnose v skupini. Pacienta so poskušali čim prej vključiti v tekoče življenje, delo je bilo organizirano tako, da so aktivnosti potekale prek celega dne;
- medicinska sestra – nosilka procesa zdravstvene nege na področju psihiatrije, kar pomeni samostojno vlogo. Sodobna metoda dela zdravstvene nege z dokumentiranjem je utrdila spoznanje, da je medicinska sestra odgovoren član tima, enakopraven in samostojen zdravstveni delavec, ki opravlja svoje profesionalne naloge v okviru kompetenc;

- medicinska sestra je v današnjem času član tima v psihosocialni rehabilitaciji.

### 2.1.1 Zdravstvena nega na področju psihiatrije danes

Z razvojem zdravstvene obravnave pacienta z duševnimi motnjami in dodatnim izobraževanjem medicinskih sester, zaposlenih na področju psihiatrije, sta se v sodobnem času najbolj povečala vloga zdravstvene nege in s tem sodelovanje v skupnostni, kontinuirani skrbi, kar lahko vpliva na zmanjševanje socialne izolacije, stigmatizacije in identitetne težave pacientov z težavami v duševnem zdravju po odpustu iz bolnišnice. Aktivnosti zdravstvene nege so usmerjene v negovalne probleme, zadovoljevanje potreb ter svetovanje pacientom in svojcem v okviru kompetenc, kar poveča raven funkcioniranja in izboljša kakovost življenja pacientov in njihovih svojcev. Medicinska sestra v rehabilitacijskem načrtu za vsakega posameznega pacienta vključuje tudi intervencije zdravstvene nege po odpustu, ustvarja pogoje za uspešnost pacientovega odnosa z okolico, sodeluje z drugimi strokovnjaki in službami za izboljšanje pacientove avtonomije, spodbujanje potencialov in odgovornosti za zdravje. Aktivnosti lahko primerjamo z delom patronažne medicinske sestre v osnovnem zdravstvenem varstvu, vendar medicinska sestra v psihiatriji vključuje dodatne spretnosti in znanja, kot so ocena psihopatoloških znakov, svetovalno in podporno psihoterapevtsko delo, psihoedukacijo ter vedenjsko-kognitivne tehnike za reševanje problemov. Filozofija zdravstvene nege je v tem prizadevanju v pomoč, saj delovanje zdravstvene nege temelji na celostnem pristopu obravnave pacienta, odnos med medicinsko sestro in pacientom pa je terapevtski po naravi (Čuk, 2007; Švab, Jerič, 2009; Mivšek, 2012).

Kontinuiteta zdravstvene obravnave pacienta z duševno motnjo vključuje: zdravstveno nego, medicino, delovno terapijo, socialne službe, različne druge stroke ter sodelovanje družine, drugih pomembnih oseb in nevladnih organizacij. Zdravstvena nega na področju psihiatrije ima danes eno izmed nosilnih in vse natančneje opredeljenih vlog. Ne obstajajo dokazi, ki bi kazali, da katera koli izmed zgoraj naštetih zdravstvenih disciplin nudi večjo klinično učinkovitost pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe pacientom kot katera koli druga (Pišljarič, 2007; Ward, 2012).

## 2.2 VZPOSTAVITEV TERAPEVTSKEGA ODNOSA

Pomembna pri vzpostavljanju terapevtskega odnosa je sposobnost postaviti se v položaj drugega in se vanj vživeti ter analizirati svet iz njegove perspektive. Temu pravimo empatija. Če smo se sposobni in pripravljeni vživeti se v položaj drugega, potem nesreča drugega deluje motivacijsko in vpliva na potrebo po pomoči, solidarnosti. Medicinska sestra se tako mora znati vživeti v pacientovo vlogo in iz nje tudi izstopiti (Ule, 2010). Vendar pa obstaja več različnih opredelitev empatij, med katerimi so nekatere zelo ozke in nikakor ne pokrijejo tega fenomena, na drugi strani pa so opredelitve, ki opredeljujejo empatijo preveč na široko. Izpostavimo torej, da je empatija predvsem sposobnost razumeti čustva, misli, mnenja, položaj oziroma stanje posameznika. Ko si empatičen, si sposoben razumeti doživetja drugega (Stamos, Lunaček, 2012; Salters-Pedneault, 2014). Medosebni odnos med medicinsko sestro in pacientom je prva v teoriji utemeljila doktorica Peplau (1952) in ga poimenovala model medosebnih odnosov. Opisuje jo prek štirih faz, in sicer faz orientacije, identifikacije, interakcije ter razrešitve. Novejšo interpretacijo modela medosebnih odnosov pa interpretira Videbeck (2008), ki navaja, da v praksi te faze ne moremo jasno razlikovati oziroma da se druga z drugo prekrivajo. Faze poimenuje nekoliko drugače.

Tudi faza *orientacije* se po Videbecku začne, ko medicinska sestra prvič sreča pacienta, in konča, ko pacient začne prepoznavati probleme. Med fazo orientacije se med medicinsko sestro in pacientom gradi zaupanje. To je tudi pogoj za vzpostavitev primernega terapevtskega okolja. Najprej se medicinska sestra pacientom predstavi s svojim imenom, vlogo, stopnjo izobrazbe, nato vzpostavi oziroma določi vlogo, namen srečanja in okvirje naslednjih srečanj, prepozna pacientove probleme ter pričakovanja zdravstvene obravnave. Pacient se z dolgovezenjem lahko izogiba pojasnjevanju njegovih resničnih problemov. Še posebej nezaupljiv je lahko med prvim srečanjem in če so njegove izkušnje z zdravstvenim osebjem negativne. Še pred fazo orientacije ima medicinska sestra nalogo, da pregleda zgodovino pacientovih zdravstvenih obravnav, se seznaní z zdravili, ki jih pacient jemlje, zbere potrebno dokumentacijo in zagotovi mirno zasebno okolje. Faza orientacije je čas samoocenjevanja. Medicinska sestra mora pretehtati svoje prednosti in omejitve pri delu s pacientom. Pomembno je, da nima

nobenih predsodkov, o morebitnih problemih pa se lahko posvetuje s svojim nadrejenim (Videbeck, 2008; Townsend, 2012).

Medicinska sestra pacientu ob prvih srečanjih predstavi dolžnosti, ki jih morata upoštevati medicinska sestra in pacient ter o tem skleniti dogovor, najbolje pisni.

Dogovor določa naslednje (Videbeck, 2008):

- čas, lokacijo in dolžino srečanj;
- zaključek srečanja;
- osebe, ki bodo vključene v načrt zdravljenja (družinski člani, zdravstveno osebje idr.);
- pacientove dolžnosti (na srečanja prihaja pravočasno ipd.);
- dolžnosti medicinske sestre.

V nadaljevanju je povzet terapevtski dogovor, ki je lahko primer terapevtskega dogovora na dnevnem oddelku centra za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, nastane pa v fazi orientacije (Horvat, 2008):

*»Prihajal bom redno in točno. Nenačrtovano odsotnost bom opravičil še isti dan. Svoje obveznosti in druge aktivnosti bom prilagodil urniku dnevnega oddelka. Urinski test ostane obveznost (po dogovorjenem urniku) kljub odsotnosti. V času zdravljenja ne bom užival katere koli psihoaktivne snovi (PAS), razen tistih, ki jih predpiše zdravnik. O jemanju morebitnih drugih zdravil bom obvestil medicinsko sestro ali terapevta. Ob poskusu tovrstnega vedenja kot tudi verbalni ali fizični agresiji sledi prekinitev zdravljenja na dnevnem oddelku. Varoval bom anonimnost in zaupnost podatkov o članih skupine ter o vsebini pogovorov na njih. Ne bom vzpostavljaj intimnih, partnerskih in finančnih odnosov z drugimi člani skupine. V skupini bom vztrajal do zaključka programa zdravljenja. Ob morebitni želji, da predčasno zaključim program zdravljenja, bom o tem spregovoril v skupini. V primeru spodrseljaja se bom individualno pogovoril s terapevtom in se z njim dogovoril tudi o nadaljnji obravnavi. Ob naslednjem negativnem urinskem izvidu in alkotestu se spodrseljaj obravnava na naslednji skupini.»*

Pacientu za občutek večje varnosti pojasnimo, da podatke, pridobljene v procesu njegove obravnave, uporabljamo le za njegovo zdravljenje, in da z njimi razpolaga le zdravstveno osebje, ki je za zanj zadolženo. Le v primeru, če sumimo, da je pacient storil kaznivo dejanje zoper življenje in telo, kaznivo dejanje zoper spolno nedotakljivost ter kaznivo dejanje zoper zakonsko zvezo, družino in mladino, pri katerih je bil kot oškodovanec udeležen otrok, lahko zdravnik posreduje informacije o pacientu za to pristojnim institucijam (Zakon o pacientovih pravicah, 2008, čl. 45). Naj poudarimo, da naj bo v tej fazi medicinska sestra še posebej pozorna na pacientova suicidalna namigovanja, saj je incidenca samomorov med pacienti z duševno motnjo večja kot med drugimi skupinami pacientov (Qin, Nordentoft, 2005). To se najpogosteje pokaže s tem, da pacient prosi medicinsko sestro, naj določene informacije zadrži zase, taki obljubi o molku pa se je treba izogibati. Če pacientu medicinska sestra ne obljubi, da bo molčala, pacient v večini primerov vseeno razkrije svoje misli (Videbeck, 2008).

Naslednja faza pri terapevtskem odnosu medicinske sestre s pacientom je *delo*, ki je razdeljeno v fazo *identifikacije problemov* in fazo *izkoriščanja*. Med fazo *identifikacije problemov* pacient prepozna, identificira probleme, ki povzročajo njegove zdravstvene težave (Videbeck, 2008).

V fazi *izkoriščanja* medicinska sestra pacienta vodi k raziskovanju njegovih čustev in odzivov na probleme v okolici. Pacient razvije boljše sposobnosti pri spopadanju s problemi in pozitivnejšo samopodobo. To vodi k spremembi vedenja in večji samostojnosti. Medicinska sestra mora pacientu sporočiti, da ne bo nikoli razburjena in ga ne bo zavrnila, ko ji bo pripovedoval o svojih izkušnjah, problemih, vedenju.

Specifične naloge faze *izkoriščanja* so (Videbeck, 2008; Varcarolis, 2014):

- vzdrževanje razmerja;
- zbiranje dodatnih informacij;
- raziskovanje pacientove predstave o resničnosti;
- razvijanje mehanizma za pozitivno soočanje s problemi;
- spodbujanje pozitivnejše samopodobe;
- spodbujanje k verbalizaciji čustev;

- poenostaviti prehod k izboljšanju obnašanja;
- delati kljub pacientovim odporom;
- ocenjevanje napredka in sprotno postavljanje ciljev;
- zagotavljati možnosti, da pacient vadi nove načine vedenja;
- spodbujanje samostojnosti.

*Zaključek* oziroma faza *razrešitve* je zadnja faza pri terapevtskem odnosu. Začne se s tem, ko so pacientovi problemi rešeni, konča pa z odpustom pacienta v domače okolje. To lahko pacient občuti kot težko izgubo, deficit v njegovem življenju. Pacienti se v tej fazi lahko obnašajo, kot da njihovi problemi niso razrešeni, z namenom, da se proces zdravljenja ne zaključi. Ko medicinska sestra te občutke zazna, pacientu pojasni, da je to normalen odziv. Če pa pacient ponovno začne odpirati stare probleme, naj se medicinska sestra zaveda, da to ni za to, ker bi bila terapija neuspešna (Videbeck, 2008).

## **2.3 TERAPEVTSKA KOMUNIKACIJA**

Delo s pacienti z duševno motnjo temelji predvsem na empatičnem, pristnem in neposrednem odnosu (Bregar, 2012). Pri tem so nam v pomoč tehnike terapevtske komunikacije. Vendar pa zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije nehote vključujejo tudi neterapevtske odzive pri medosebnih interakcijah s pacienti. Da do tega ne prihaja, se je treba zavestno naučiti terapevtskih in tudi neterapevtskih komunikacijskih tehnik (ibid.).

### **2.3.1 Tehnike terapevtske komunikacije**

College of nurses of Ontario (2006) opisuje smernice pri terapevtskem komuniciranju medicinske sestre s pacientom, ki spominjajo na model medosebnih odnosov doktorice Peplau. Smernice so opisane kot pomoč medicinski sestri za lažjo vzpostavitev terapevtskega odnosa:

- najprej se medicinska sestra pacientu predstavi s svojim imenom, strokovnim nazivom ter dogovorom o svoji in pacientovi vlogi v procesu zdravljenja;



- pacienta je treba klicati z imenom, ki mu najbolj ustreza;
- medicinska sestra pacientu nakloni dovolj časa, da lahko pripoveduje o svojih problemih, pri tem pa se mora izogibati svetovanju;
- medicinska sestra pacientu zagotovi, da bodo podatki, pridobljeni v procesu obravnave pacienta, dostopni le za zdravstvene delavce;
- medicinska sestra se zaveda svojega besednega in nebesednega komuniciranja ter tega, kako lahko pacient to razume;
- način komunikacije medicinska sestra prilagaja pacientovim potrebam (npr. uporaba ustreznega jezika, upoštevanje pismenosti pacienta, sposobnost kognicije itd.);
- medicinska sestra se s pacientom pogovori o procesu zdravljenja in o pacientovih pričakovanjih glede njegovega izida;
- medicinska sestra pacienta posluša, razume in spoštuje v okviru pacientovih vrednot, možnosti, potreb in kulturno-etičnih prepričanj ter to vključi v negovalni načrt;
- medicinska sestra se zaveda, da ima vsako vedenje razlog, zato išče vzrok za njegov nastanek (npr. poiskati vzrok za pacientovo odklanjanje kosila – lahko da je vzrok verski ipd.);
- medicinska sestra spoštuje mnenja pacientove družine in drugih svojcev, ki so pacientu blizu;
- medicinska sestra pri medosebnih interakcijah s pacientom stalno izboljšuje terapevtske komunikacijske tehnike;
- medicinska sestra pacientu predstavi načrt zdravstvene obravnave po odpustu iz bolnišnice v domače okolje.

Medicinska sestra lahko uporablja različne psihoterapevtske komunikacijske tehnike. Izbira tehnike je odvisna od namena interakcije in pacientove zmožnosti besedne komunikacije. Treba je izbirati tehnike, ki naredijo interakcijo lažjo ter izboljšajo komunikacijo med medicinsko sestro in pacientom (Videbeck, 2008). Prav zato morajo medicinske sestre imeti stabilno samozavedanje, samospoštovanje in filozofsko prepričanje o življenju, smrti ter vseh humanih pogojih za učinkovito terapevtsko uporabo selfa (Luther Szpak, Kameg, 2013). V tabeli so opisane različne tehnike

terapevtske komunikacije, ki so pomembne za delo v zdravstveni negi na področju psihiatrije (Videbeck, 2008; Townsend, 2012).

**Tabela 1: Tehnike terapevtske komunikacije**

TERAPEVSTKA KOMUNIKACIJSKA TEHNIKA	PRIMER	OBRAZLOŽITEV
Sprejemanje: nakazuje sprejem	»Da.« »Razumem, kar mi pravite.« Kimanje.	Odziv s to tehniko kaže, da medicinska sestra posluša in sledi miselnemu toku pacienta. To še ne pomeni, da izraža strinjanje s pacientovimi besedami.
Ponujanje širokih iztočnic: dovoljuje pacientu, da prevzame pobudo in začne določeno temo	»Bi o čem radi govorili?« »S čim bi radi začeli?«	Ta tehnika jasno nakaže, da je pacient tisti, ki ima vodilno vlogo v interakciji.
Sporazumna potrditev: iskanje skupnega razumevanja povedanega	»Povejte mi, če vas prav razumem.« »Ali uporabljate to besedo v smislu ...«	Da ima komunikacija neki pomen, je pomembno, da imajo uporabljene besede enak pomen za vse sodelujoče.
Spodbujanje primerjave	»Ali je bilo kot ...« »Ali ste imeli podobne izkušnje?«	Primerjanje idej, izkušenj ali razmerij je lahko koristno za pacienta, saj se spomni, kako se je v preteklosti spopadal s podobnimi težavami in jih premagal.
Spodbujanje opisa zaznav: prosi pacienta, da ubesedi, kar zaznava	»Povejte mi, če se počutite vznemirjeni?« »Kaj občutite?« »Kaj vam prigovarja glas?«	Da bi medicinska sestra razumela pacienta, mora videti stvari z njegove perspektive.
Spodbujanje lastnega izražanja: prosi pacienta, da ovrednoti svoje izkušnje	»Kakšna so vaša občutja glede ...?« »Ali to prispeva k vaši duševni stiski?«	S tem ko medicinska sestra prosi pacienta, da obravnava ljudi in dogodke v luči svojih vrednot, ga spodbudi k lastni presoji, namesto da sledi mnenju drugih.
Raziskovanje: nadaljnja poglobitev v temo ali idejo	»Povejte mi kaj več o tem.« »Bi opisali to podrobneje?«	Ko se pacient ukvarja s temami površinsko, mu ta tehnika pomaga, da probleme razišče bolj poglobljeno. Če pacient ni pripravljen na podrobnejšo obravnavo določene teme, ga medicinska sestra upošteva.
Fokusiranje: osredotočanje na eno samo točko pogovora	»Posvetiva se podrobneje tej točki.« »Ali mi med vsemi naštetimi primeri lahko poveste, kateri je najbolj problematičen?«	Ta tehnika preprečuje, da bi pacienta preplavilo preveč problemov hkrati. Uporabna je tudi, kadar pacient hitro menjava temo pogovora.
Formulacija akcijskega načrta: medicinska sestra pacienta prosi, da razmisli o načinih vedenja, ki bi bili primerni v nadaljnjih situacijah	»Ko se vam naslednjič zgodi kaj podobnega, na kakšen način bi še lahko odreagirali?« »Kako bi lahko svojo jezo sprostili na neškodljiv način?«	Načrtovanje določenih odzivov pacientu pomaga, da se učinkoviteje spopada s podobnimi situacijami v resničnem življenju.

<b>TERAPEVSTKA KOMUNIKACIJSKA TEHNIKA</b>	<b>PRIMER</b>	<b>OBRAZLOŽITEV</b>
Podajanje informacij: predstavitev ključnih podatkov	»Moje ime je ...« »Urnik srečanj je ...« »Razlog, da sem tukaj, je ...«	Ta tehnika izboljša pacientovo znanje o določeni temi. S pomočjo te tehnike se krepi pacientovo zaupanje.
Priznavanje pacienta: kaže na to, da je medicinska sestra ozaveščena o pacientu	»Dobro jutro gospod N ...« »Opazila sem, da imate novo frizuro.«	S to tehniko medicinska sestra pokaže, da doživlja pacienta kot osebo, posameznika.
Izražanje opažanj	»Zdite se mi napeti.« »Ali vam je neprijetno, ko ...?« »Vidim, da si grizete nohte.«	Ta tehnika se uporablja, kadar pacienti ne znajo ubesediti svojih občutij.
Terapevtska uporaba selfa	»Za trenutek bom posedela z vami.« »Zanima me, kaj mislite.«	Sposobnost medicinske sestre za zavestno uporabo lastne osebnosti v poskusu vzpostavitve povezanosti s pacientom in lažjo strukturacijo negovalnih intervencij.
Umeščanje dogodkov v čas oziroma zaporedje: pojasnjuje časovno razmerje med dogodki	»Kaj se vam zdi, da je vodilo k ...?« »Se je to zgodilo pred ali za tem?«	Pacient opazi razloge za določeno vedenje in njegove posledice. Medicinska sestra lahko s tem pridobi informacije o ponavljajočih se vzorcih v pacientovem obnašanju in odnosih.
Predstavitev realnosti: ko je očitno, da si pacient napačno predstavlja realnost, mu medicinska sestra poda pravo sliko	»Nikogar drugega ne vidim v tej sobi.« »Vaše mame ni tukaj; jaz sem medicinska sestra.«	Namen te tehnike je nakazati drugačen način mišljenja, ne pa prepričati pacienta, da so njegove predstave napačne.
Refleksija: usmerjanje pacientovih dejanj, misli, občutij nazaj na pacienta	Pacient: »Se vam zdi, da bi moral povedati zdravniku ...?« MS: »Se <i>vam</i> zdi, da bi morali?« Pacient: »Moj brat zapravi ves moj denar in potem si drzne prositi še za več.« MS: »Vas to razjezi?«	Ta tehnika spodbudi pacienta k prepoznavanju in sprejemanju svojih občutij. Medicinska sestra s tem pokaže, da ima pacientovo stališče določeno težo ter da ima pravico do svojega mnenja, lastnih odločitev in neodvisnega mišljenja.
Ponovna formulacija: ponovitev glavne misli	Pacient: »Ne morem spati. Ponoči ostajam buden.« MS: »Težave imate s spanjem.«	Medicinska sestra ponovi, kar je rekel pacient, s približno istimi besedami. To zagotovi pacientu, da je svoje misli učinkovito posredoval, kar ga spodbudi, da nadaljuje. Če medicinska sestra pacienta ni pravilno razumela, lahko pacient bolj podrobno pojasni svoje misli.
Iskanje informacij: razjasnitev nejasnih stvari	»Nisem prepričana, da vas prav razumem.« »Sem vas prav slišala?«	Medicinska sestra je dolžna zahtevati pojasnila pri interakciji s pacientom. To ji pomaga, da si ne ustvarja napačnih domnev, pacientu pa pomaga, da svoje misli in občutja izrazi nedvoumno.

TERAPEVSTKA KOMUNIKACIJSKA TEHNIKA	PRIMER	OBRAZLOŽITEV
Predlaganje sodelovanja: delo s pacientom, deljenje izkušenj za njegovo dobrobit	»Mogoče lahko midva razpravljava in odkrijeva vzroke za vašo anksioznost.« »Stopiva do vaše sobe in jaz vam bom pomagala najti to, kar iščete.«	Medicinska sestra vzpostavi s pacientom tak odnos, da lahko pacient prepozna probleme, ki nastopijo pri odnosih z drugimi. S tem čustveno raste in izboljša svojo zmožnost za tvorjenje zadovoljivih odnosov. Medicinska sestra ponudi pacientu skupno sodelovanje, ne pa opravljanja stvari namesto njega.
Povzemanje: organiziranje in strjevanje preteklih točk	»Zadnjo uro sva govorila o ...« »Torej sem vas prav razumela, da ...«	S povzemanjem se izpostavijo pomembne točke razprave in poveča razumevanje med obema sodelujočima. S pomočjo te tehnike se izpustijo nepomembni podatki. Pacientu in medicinski sestri omogoči, da zaključita pogovor v neko celoto.
Pretvarjanje občutkov: poskus verbalizacije pacientovih občutkov, ki jih drugače izraža le posredno	Pacient: »Mrtev sem.« MS: »Ali hočete reči, da se počutite brez življenja?« Pacient: »Lebdim sredi morja.« MS: »Zdi se mi, da se počutite osamljeni.«	Pacientove besede pogosto nimajo nobenega smisla, kadar jih vzamemo dobesedno. Da bi jih medicinska sestra razumela, se mora osredotočiti na to, kakšna občutja bi lahko spodbudila pacienta k takemu izražanju.
Ubeseditev impliciranega: izrazi tisto, na kar je pacient le namignil	Pacient: »Ne morem govoriti, ne z vami ne s komerkoli drugim.« MS: »Se vam zdi, da vas nihče ne razume?«	Ta tehnika pripomore k večji jasnosti diskusije. Medicinska sestra mora paziti, da ubesedi le tisto, kar je očitno, sicer lahko pride do napačnih sklepanj in zaključkov.
Izražanje dvoma: izražanje negotovosti glede resničnosti pacientovega dojetja	»Ali se vam ne zdi to nenavadno?« »Res?« »Temu je težko verjeti.«	To je še en način, kako se lahko medicinska sestra odzove na pacientovo popačeno realnost. Z izražanjem dvoma pacientu pokaže, da drugi ne doživljajo določenih dogodkov na isti način. Zaradi tega pacient ne bo nujno spremenil svojega pogleda, se bo pa vsaj zavedal drugih možnosti.

### 2.3.2 Tehnike neterapevtske komunikacije

Medicinska sestra se pri medosebnem komuniciranju izogiba neterapevtskim tehnikam. Različni neterapevtski odzivi lahko prekinejo, onemogočijo komunikacijo ali pa prihaja do težav pri nadaljnjih interakcijah. Primer: »vse se bo dobro izšlo« ali »mogoče bo jutri

boljši dan«. Postavljanje vprašanj, ki se začnejo z »zakaj«, lahko pacient zazna kot kritiko, negativno sodbo. Medicinska sestra sicer želi pacienta pomiriti, vendar le zavira komunikacijski proces. Ker se taki elementi pojavljajo v vsakdanji komunikaciji, je potrebne veliko vaje, da se jim medicinska sestra izogne pri svojem delu (Videbeck, 2008). V tabeli so opisane različne tehnike neterapevtske komunikacije (ibid.; Townsend, 2012).

**Tabela 2: Tehnike neterapevtske komunikacije**

<b>NETERAPEVTSKA KOMUNIKACIJSKA TEHNIKA</b>	<b>PRIMER</b>	<b>OBRAZLOŽITEV</b>
Dajanje nasvetov	»Mislim, da bi morali ...« »Zakaj pa ne bi ...«	Dajanje nasvetov navaja na mnenje, da le medicinska sestra ve, kaj je najbolje za pacienta.
Strinjanje	»Res je.« »Strinjam se.«	Strinjanje da pacientu občutek, da ima prav. To prepreči možnost, da bi si pacient premislil, saj bi to pomenilo, da je prej bil v zmoti.
Izzivanje	»Ampak kako ste lahko vi predsednik Republike Slovenije?« »Če ste mrtvi, zakaj vaše srce še vedno bije?«	Izzivanje povzroči, da pacient še močneje zagovarja svoje zablode in napačne predstave, namesto da bi jih ovrgel.
Zagovarjanje	»Ta bolnišnica je zelo ugledna.« »Prepričana sem, da vam vaš zdravnik želi le najboljše.«	Zagovarjanje tistega, kar pacient skritizira, pacientu sporoča, da nima pravice izražati svojih vtisov, mnenj ali občutkov. To otežuje uspešno komunikacijo.
Nestrinjanje	»To je narobe.« »Zagotovo se ne strinjam s ...« »Tega ne verjamem.«	Z nestrinjanjem se pacientu da občutek, da nima prav. Pacient posledično še bolj zagovarja svoje poglede in ideje.
Neodobravanje	»To je slabo.« »Raje bi videla, da ne bi ...«	Z neodobravanjem medicinska sestra posreduje svoje mnenje o pacientovih mislih in dejanjih. To pacientu posredno sporoča, da se od njega pričakuje, da ugodni medicinski sestri.
Odobravanje	»To je dobro.« »Vesela sem, da ...«	Odobravanje določenih stvari implicira, da so njihova nasprotja slaba. S tem se omejuje pacientova svoboda izražanja, lahko pa to pripelje do določenega ravnanja pacienta, da bi tako ugodil medicinski sestri.

<b>NETERAPEVTSKA KOMUNIKACIJSKA TEHNIKA</b>	<b>PRIMER</b>	<b>OBRAZLOŽITEV</b>
Vpeljevanje nepovezanih tem	Pacient: »Hočem umreti.« MS: »Ali vas je kdo obiskal prejšnji večer?«	Medicinska sestra pacientu prevzame pobudo v interakciji. To se običajno zgodi zato, ker je medicinski sestri neprijetno ali ne ve, kako naj se odzove.
Uporaba klišejev	»To je za vaše dobro.« »Glavo pokonci.«	Klišei in banalne pripombe kažejo na pomanjkanje tehtnega premisleka s strani medicinske sestre.
Zasliševanje	»Povejte mi vašo zgodovino zdravstvenih obravnav.« »Povejte mi o tem problemu. Saj veste, da to moram izvedeti.«	Zaradi zasliševanja se pacient počuti napadenega. Pacienti imajo pravico, da ne govorijo o določenih stvareh.
Zagotavljanje	»Jaz se zaradi tega ne bi obremenjevala.« »Vse bo v redu.«	Poskušanje, da bi pacienta pomirili z zmanjševanjem resnosti njegovih problemov, razvrednoti pacientova občutja.
Zavrnitev	»Ne razpravljava o ...« »Nočem poslušati o ...«	Z zavrnitvijo določene teme ali ideje se lahko tudi pacient počuti zavrnjenega.
Zahtevanje pojasnil	»Zakaj tako mislite?« »Zakaj to občutite?«	Vprašanja, ki se začnejo z »zakaj«, so običajno zastrašujoča, poleg tega pacient najverjetneje ne pozna točnih vzrokov za svoje misli in občutja.
Preverjanje	»Ali veste, kakšne vrste bolnišnica je to?« »Ali še vedno mislite, da ...?«	Take vrste vprašanja silijo pacienta k prepoznavi svojih problemov.
Zanikanje	Pacient: »Nič nisem vreden.« MS: »Seveda ste – vsakdo nekaj velja.« Pacient: »Mrtev sem.« MS: »Ne bodite neumni, no.«	Medicinska sestra zavrača pacientova čustva ali resnost situacije tako, da pacientovih komentarjev ne upošteva in ne poskuša odkriti njihovega pravega pomena.

## 2.4 DRUGE PSIHOTERAPEVTSKE TEHNIKE

V tem poglavju se bomo dotaknili le dveh psihoterapij, ki sta po našem mnenju zaradi široke uporabnosti pomembni za zdravstveno nego na področju psihiatrije.

### 2.4.1 Kognitivno-vedenjska terapija

V zadnjem času je ena izmed največkrat uporabljenih psihoterapij kognitivno-vedenjska terapija – primarno zaradi njene učinkovitosti, široke uporabnosti pri številnih duševnih

motnjah in kratkotrajnosti, sekundarno pa zaradi njene razumljivosti za paciente, usmerjenosti na aktualne probleme. Številne študije ugotavljajo, da je pri zdravljenju anksioznosti in depresije učinkovitejša kot samo zdravljenje z zdravili. Širše je kognitivno-vedenjska terapija uporabljena v individualni terapevtski obravnavi, vendar je prirejena tudi za partnersko, družinsko in skupinsko obravnavo (Smrdu, 2009; Branch, Willson, 2012).

Pri kognitivno-vedenjski terapiji medicinske sestre ne zanimajo vzroki za nastanek neprilagojenega vedenja, temveč kako posameznikovo okolje in njegov sistem prepričanj spodbujata tako vedenje. Na začetku izvajanja te terapije je bil poudarek na prevladi kognitivnih spoznanj nad čustvenimi odzivi; čustvene odzive se lahko predvidi na podlagi posameznikovih prepričanj in pričakovanj. V zadnjem času pa velja prepričanje, da je stroga ločitev sistematične desenzibilizacije in kognitivno-vedenjske terapije preveč posplošena. Poudarek pri vedenjskih intervencijah je danes na opredeljivih vedenjih, ki se jih zlahka nadzoruje in obravnava pri terapevtskih intervencijah. Kognitivno-vedenjska terapija predstavlja vključevanje te analitične stopnje skupaj z obravnavanjem misli in prepričanj, ki vodijo k disfunkcionalnemu vedenju. Namen takih intervencij je sprememba napačnih prepričanj z uporabo številnih tehnik, ki so medicinski sestri na voljo. Te vključujejo: sistematično desenzibilizacijo, samonadzorovanje, prepoznavanje ter izpodbijanje negativnih misli in domnev, dekatastrofizacijo in načrtovanje aktivnosti, ki pripomorejo k nadaljnjemu samonadzorovanju in izpodbijanju disfunkcionalnih prepričanj (Roth, Fonagy, 2006). Kognitivno-vedenjska terapija se najbolj uporablja pri zdravljenju fobij, alkoholizma, shizofrenije, obsesivno-kompulzivne motnje in drugih duševnih stanj (Varcarolis, 2014).

Ena izmed najbolj uporabnih terapevtskih tehnik v okviru kognitivno-vedenjske terapije je sistematična desenzibilizacija. Pri tej tehniki se zniža pacientova občutljivost na zunanje dražljaje, ki povzročajo njegovo psihično stanje. To se doseže v treh korakih (Psychiatric Nursing, 2014):

1. trening relaksacije: doseganje fizioloških učinkov, ki so nasprotni tistim pri anksioznosti (umirjen srčni utrip, boljša periferna prekrvavitev, živčno-mišična

- stabilnost itd.). Relaksacijo se lahko doseže na različne načine: s progresivnim sproščanjem mišic, hipnozo, mentalno imaginacijo (predstavljanje samega sebe v prijetnem okolju) ali meditacijo;
2. konstrukcija hierarhije: sestavljanje seznama dogodkov, ki povzročajo pacientovo psihično stanje, in razporeditev teh po njihovi intenziteti;
  3. desenzibilizacija: medicinska sestra pacienta vodi skozi seznam dogodkov – od najmanj do najbolj problematičnega – v stanju globoke sproščenosti. Predmet ali situacija, ki povzroča določeno psihično stanje pacienta, je pogojen stimulus, ki se ga je pacient naučil problematično doživljati zato, ker se je prvotno pojavil v stresni situaciji. S pojavom tega stimulusa v novi sproščeni situaciji se doseže redukcija stresne emocije. Pacient nato nadaljuje po seznamu, dokler se stresna emocija ne odpravi.

V tujini (Združene države Amerike, Anglija itd.) medicinske sestre v svoje delo vključujejo kognitivno-vedenjsko terapijo. Vendar pa strokovnjaki poudarjajo pomen izobraževanja medicinskih sester na tem področju in navajajo, da izobraževanje medicinskih sester o kognitivno-vedenjski terapiji bistveno razširi nabor terapevtov in s tem omogoči boljšo dostopnost te terapije pacientom z duševnimi motnjami (Pinninti et al., 2006).

#### 2.4.2 Milieu terapija ali terapevtska skupnost

V zadnjih letih so raziskave v psihoterapiji identificirale odnos med terapevtom in pacientom ter pokazale pomen močne terapevtske alianse kot bistvenega dela terapevtskih tehnik. Dokazano je, da pozornost do pacientov, podpora, enakost, empatija, toplina, razumevanje in zaupanje pozitivno vplivajo na zdravljenje (Roth, Fonagy, 2006). Pri Milieu terapiji so ti dejavniki temelj za vzpostavitev odnosa. Cilj te terapije je namreč manipulacija okolja, da so lahko vse bolnišnične izkušnje pacienta na koncu terapevtskega značaja oziroma je lahko vsaka interakcija terapevtska (Vatne, Hoem, 2008).



Milieu terapija prepoznava paciente in zdravstveno osebje, okolje, organiziranost in čustveno ozračje kot pomembne elemente za uspešno zdravljenje. Pri tej terapiji se običajni dogodki iz okolja uporabljajo kot učne priložnosti za paciente, kar jih pripravlja na vključitev v vsakdanje, učno ali delovno okolje. Rezultati so navadno še boljši, če pacienti medsebojno sodelujejo. Ta terapija lahko temelji na številnih terapevtskih načinih, od organizirane vedenjske terapije do spontanih humanistično usmerjenih pristopov (Videbeck, 2011; Varcarolis, 2014).

Podobno kot kognitivno-vedenjska terapija je tudi Milieu terapija pomembna dejavnost v zdravstveni negi na področju psihiatrije. Medicinske sestre so stalno vključene v ocenjevanje in zagotavljanje varnega in učinkovitega okolja za svoje paciente. Med pogoste primere spada zagotavljanje varnega okolja za paciente s suicidalnimi nagnjenji ali kognitivnimi motnjami (npr. Alzheimerjeva bolezen) (Varcarolis, 2014).

## 2.5 MOTIVACIJSKI INTERVJU

Na tem mestu bomo predstavili motivacijski intervju, ki spodbuja sodelovanje oziroma interakcije med terapevtom in pacientom, z namenom, da pacienta spodbudimo k motiviranju za spremembe (Miller, Rollnick, 2013). Pri tem je pomembno, da poznamo šeststopenjski model sprememb, ki prikazuje možne intervencije terapevta (Prochaska, DiClemente, Norcross, 1992; Kantchelov, 2008; Devinder, Upton, 2013 ):

*Nezavedanje (prekontemplacija):* oseba še ne priznava svojih problemov, težav. Na tej stopnji še ne razmišlja o spremembah ali jim celo nasprotuje. Morda zato, ker ta oseba še ni razmišljala o svoji situaciji in zato ne premišljuje o možnostih za spremembo. Možna intervencija je usmerjena v ozaveščanje pacienta o njegovem vedenju za nastanek dvoma o neproblematičnosti vedenja. Informacije večajo zavedanje o problemu in nastanek možnosti za spremembo vedenja.

*Zavedanje (kontemplacija):* na tej stopnji se posameznik zaveda, da problem obstaja. Oseba pride do točke, da bi problem rešila, vendar še ne sklene zaveze za njegovo rešitev. Vzrok je lahko strah. Intervencije so usmerjene v razlago pacientu o tveganosti

njegovega vedenja in hkrati o tem, kakšne koristi bi posameznik pridobil, če bi spremenil svoje vedenje.

*Priprava:* glavna intervencija terapevta predstavlja razvoj sprejemljivega, dostopnega in učinkovitega načrta s strani pacienta za spremembo. Ta faza vključuje spremembe v bližnji prihodnosti.

*Akcija:* to je čas, ko se načrt za izvajanje sprememb začne aktivno izvajati. Takrat posameznik spreminja vedenje, okolje za premagovanje njegovih težav. Intervencije so torej usmerjene v pomoč pacientu za izvajanje načrta sprememb.

*Vzdrževanje:* usmerjeno je v vzdrževanje vedenjske spremembe in integracijo teh sprememb v njihov življenjski stil ter preventivo recidiva. Intervencije so usmerjene v pomoč pacientu za ohranjanje doseženih sprememb in ohranitev pacienta v procesu zdravljenja.

*Relaps:* to ni faza v procesu motivacijskega intervjuja, temveč izid faze akcija ali faze vzdrževanja. Če je torej pacient v teh dveh fazah neuspešen, potem mora iti nazaj v fazo zavedanja (kontemplacije). Intervencije so usmerjene v pomoč pacientu pri neizgubi zaupanja v zdravljenje in odvrčanja od tega. Pacient naj krizo prepozna kot priložnost za učenje in ne kot neuspeh.

Tuja strokovna literatura, ki smo jo uporabljali pri delu diplomskega dela (Peplau, 1952; Roth, Fonagy, 2006; Videbeck, 2008; Townsend, 2012; Varcarolis, 2014; Psychiatric Nursing, 2014), jasno nakazuje socio- oziroma psiho-terapevtsko vlogo medicinske sestre na področju psihiatrije. Medicinske sestre pri svojem delu vključujejo različne psihoterapevtske tehnike in vzpostavljajo varno terapevtsko okolje. Terapevtska komunikacija za terapevtsko okolje predstavlja temelj gradnje empatičnega odnosa s pacientom. Na podlagi takih in podobnih dejstev smo se v tem diplomskem delu odločili raziskati, kakšno je terapevtsko vzdušje v zdravstveni negi v slovenskih psihiatričnih bolnišnicah.

### 3 EMPIRIČNI DEL

V drugi polovici diplomskega dela, to je v empiričnem delu, bomo z raziskavo ugotavljali, kakšno je terapevtsko vzdušje med zaposlenimi v zdravstveni negi na področju psihiatrije (v nadaljevanju medicinske sestre) v slovenskih bolnišnicah. Na tem področju v Sloveniji ne obstaja veliko raziskav kot tudi ne same literature, ki bi opisovala terapevtski odnos in v kakšni meri se medicinske sestre ukvarjajo s psihoterapevtskimi tehnikami. Eden izmed zanimivejših člankov pa navaja, da odnos ni nekaj, kar nastane, temveč je dinamično stanje, ki se razvija, spreminja in ob tem vpliva na osebnostno rast obeh udeležencev (Ramšak Pajk, 2000).

#### 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je v teoretičnem delu predstaviti psihoterapevtske tehnike, ki jih medicinske sestre doma in drugod po svetu vključujejo v svoj proces dela, ter podrobneje prikazati vse pomembne elemente terapevtske in neterapevtske komunikacije. Z raziskavo želimo predstaviti koncept razumevanja terapevtskega in neterapevtskega komuniciranja s strani medicinskih sester ter psihoterapevtske tehnike, ki jih medicinske sestre pri nas vključujejo v svoj proces dela.

Cilji diplomskega dela:

- ugotoviti, katere psihoterapevtske tehnike se najpogosteje uporabljajo v zdravstveni negi na področju psihiatrije;
- oceniti znanje terapevtske komunikacije v zdravstveni negi na področju psihiatrije;
- ugotoviti, ali medicinske sestre na področju psihiatrije potrebujejo dodatna izobraževanja za izvajanje terapevtske komunikacije;
- ugotoviti mnenja medicinskih sester na področju psihiatrije, ali se za vključevanje različnih psihoterapevtskih tehnik v svoje delo počutijo dovolj kompetentne.

### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

- Kakšno znanje o terapevtskem komuniciranju imajo medicinske sestre na področju psihiatrije?
- Ali se medicinske sestre na področju psihiatrije počutijo dovolj kompetentne za izvajanje terapevtske komunikacije?
- Ali medicinske sestre na področju psihiatrije potrebujejo dodatno izobraževanje za izvajanje terapevtske komunikacije, ki je resnično učinkovito?
- Katere psihoterapevtske tehnike se najpogosteje uporabljajo v zdravstveni negi na področju psihiatrije?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

V diplomskem delu smo uporabili neeksperimentalno kvantitativno raziskovalno metodologijo. To pomeni, da smo v raziskovalnem delu iskali odgovore na vprašanja s pomočjo ankete in pridobljene podatke kvantitativno obdelali.

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V teoretičnem delu smo uporabili analitično metodo za pregled domače in tuje strokovne literature, strokovnih člankov in internetnih virov z obravnavanega področja. Strokovno literaturo smo iskali v različnih podatkovnih bazah: CINAHL, ScinceDirect, SPRINGERLINK, COBISS, Google učenjak idr. V podatkovni bazi ScinceDirect smo literaturo omejili na iskanje med letoma 2008 in 2013 ter pod ključnimi besedami »Psychiatric Nursing« in »Psychotherapy« dobili 1912 zadetkov, pod »Psychiatric nursing« in »Therapeutic Communication« pa 286 zadetkov. V podatkovni bazi CINAHL smo literaturo omejili na iskanje med letoma 2008 in 2013 ter zahtevk celotno besedilo v angleškem jeziku pod ključnimi besedami »Psychiatric Nursing« in »Psychotherapy« ter tako dobili 41 zadetkov. V podatkovni bazi SPRINGERLINK pa smo iskali pod ključnimi besedami »Psychotherapy in nurse care« in »Therapeutic Communication« ter dobili 726 zadetkov, omejenih med letoma 2008 in 2013. V

slovenskem prostoru smo za iskanje literature uporabili virtualno knjižnico Slovenije – COBISS. Iskali smo pod naslednjimi ključnimi besedami v slovenskem jeziku: »psihoterapija v zdravstveni negi«, »psihoterapija«, »vedenjsko-kognitivna terapija«, »terapevtska komunikacija«. Literaturo smo iskali še na spletni strani Obzornika zdravstvene nege pod rubriko »Iskanje po člankih« in v Google učenjaku, kjer smo uporabili iste ključne besede kot v virtualni knjižnici COBISS.

V empirični del je vključena anketa, s pomočjo katere smo izvedli raziskavo v treh psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji ter na strokovnih srečanjih v Ljubljani, ki jih je organizirala Zbornica zdravstvene nege – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.

### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Kot merski instrument smo uporabili anketo, ki smo jo osnovali po pregledu literature na tem področju. Pri tem smo uporabili predvsem dva vira (Videbeck, 2008; Psychiatric Nursing, 2014). Anketa je sestavljena iz vprašanj, ki anketirancem omogočajo obkroževanje ali dopolnjevanje oziroma zapisovanje po njihovem mnenju najprimernejših odgovorov, vsebuje pa tudi Likertovo lestvico. Stopnjo strinjanja so ocenjevali z naslednjo lestvico: 1. se v celoti ne strinjam, 2. se ne strinjam, 3. delno se strinjam, 4. se strinjam in 5. popolnoma se strinjam. Anketirance smo prosili, da ocenijo, v kolikšni meri se strinjajo s štirimi trditvami, ki merijo mnenje o lastni usposobljenosti za delo v zdravstveni negi na področju psihiatrije, in tremi trditvami, ki merijo mnenje o izobraževanju in usposabljanju za delo v zdravstveni negi na področju psihiatrije. Anketa vsebuje tudi demografske podatke, trditve in vprašanja glede psihoterapevtskih tehnik, ki jih medicinske sestre, zaposlene v psihiatriji, doma in v tujini uporabljajo pri obravnavi pacientov. Pred izvedbo raziskave smo želeli preveriti razumljivost na način, da smo predhodno anketirali 5 medicinskih sester, zaposlenih na področju psihiatrije. Vse so trdile, da je anketa sicer razumljiva, vendar zahtevna. Od skupno 150 anket jih je bilo vrnjenih 106, kar predstavlja 70,7-odstotno realizacijo vzorca, to pa zadosti kriteriju, da lahko trdimo, da je raziskava verodostojna. Preverili

smo še zanesljivost merskega instrumenta s Cronbachovim  $\alpha$  koeficientom notranje konsistence, ki znaša 0,766, kar pomeni, da je zanesljivost dobra (Cenčič, 2009).

### 3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo namenski, neslučajnostni (nerandomizirani) vzorec, ki vključuje medicinske sestre v treh psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji: v Psihiatrični bolnišnici Begunje, v Psihiatrični kliniki Ljubljana ter v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Ankete smo še razdelili medicinskim sestram na strokovnih srečanjih, ki so potekali v mesecu marcu in aprilu v Ljubljani in jih je organizirala Zbornica zdravstvene nege – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.

Skupno vseh razdeljenih anket je bilo 150. Vrnjenih jih je bilo 106 anket, kar predstavlja 70,7-odstotno realizacijo vzorca. Anketiranci so stari od 23 do 56 let, njihova povprečna starost je 40 let. 28 (26,4 %) oseb v vzorcu je moškega spola, 77 (72,6 %) pa ženskega spola. 53 (50,0 %) anketirancev ima višješolsko oziroma visokošolsko izobrazbo, 42 (39,6 %) srednješolsko izobrazbo, 7 (6,6 %) pa univerzitetno izobrazbo. Na področju socioterapevtskega dela se je usposabljal 33 (31,1 %) anketirancev, medtem ko se jih 69 (65,1 %) ni usposabljal na tem področju. 38 (35,8 %) anketirancev opravlja delo na intenzivnem psihiatričnem oddelku, 16 (15,1 %) jih dela na oddelku za psihoterapijo, po 12 (11,3 %) na oddelku za zdravljenje od alkohola oziroma v (specialistični) ambulanti, 11 (10,4 %) pa na geriatričnem oddelku (tabela 3).

**Tabela 3: Opis vzorca (spol, izobrazba, usposabljanje in področje dela)**

		n	%
<b>Spol</b>	Moški	28	26,4 %
	Ženski	77	72,6 %
	Brez odgovora	1	0,9 %
<b>Izobrazba</b>	Osnovnošolska	1	0,9 %
	Srednješolska	42	39,6 %
	Višješolska/visokošolska	53	50,0 %
	Univerzitetna	7	6,6 %

	Magisterij/doktorat	2	1,9 %
	Brez odgovora	1	0,9 %
<b>Usposabljanje na področju socioterapevtskega dela</b>	Da	33	31,1 %
	Ne	69	65,1 %
	Brez odgovora	4	3,8 %
<b>Področje dela</b>	Intenzivni psihiatrični oddelek	38	35,8 %
	Oddelek za psihoterapijo	16	15,1 %
	Oddelek za zdravljenje odvisnih od alkohola	12	11,3 %
	(Specialistična) ambulanta	12	11,3 %
	Geriatrski oddelek	11	10,4 %
	Oddelek za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog	5	4,7 %
	Brez odgovora	4	3,8 %
	Dnevna bolnišnica	1	0,9 %
	Drugo	15	14,2 %

n – število, % – delež v odstotkih

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala v mesecu marcu in aprilu 2014 v treh psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji: v Psihiatrični bolnišnici Begunje, v Psihiatrični kliniki Ljubljana, ter v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Za bolj reprezentativne podatke smo ankete medicinskim sestram razdelili še na strokovnih srečanjih v Ljubljani, ki jih je organizirala Zbornica zdravstvene nege – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.

Za sodelovanje v raziskavi smo jih prosili osebno ter jim hkrati predstavili namen raziskave in anketo, zagotovljena pa jim je bila tudi anonimnost. Opis vzorca in razlaga raziskovalnih vprašanj sta narejena na podlagi frekvenčnih odstotkov za kategorične dejavnike oziroma povprečne vrednosti (PV) in standardnega odklona (SO) za numerične dejavnike. Razlike v povprečnih vrednostih med dvema neodvisnima skupinama smo preverili s t-testom za neodvisni vzorec. Stopnjo povezanosti med numeričnimi spremenljivkami smo preverili s Spearmanovim korelacijskim koeficientom, stopnjo povezanosti med ordinalnimi spremenljivkami pa s Pearsonovim korelacijskim koeficientom. Vrednost  $p < 0,05$  je pomenila statistično pomembnost. Statistična obdelava je bila narejena s programom SPSS 20.0. Odgovore na sklop vprašanj, ki preverja poznavanje tehnik terapevtske komunikacije (tabela 4–7), smo ovrednotili na naslednji način: 1. pravilni odgovori 2 točki, 2. nepravilni odgovori –0,5

točke (v nasprotnem primeru bi medicinska sestra oziroma zdravstveni tehnik, ki obkroži vse (tudi napačne) odgovore, pridobil vse točke), 3. brez odgovora 0 točk. Podatki so predstavljeni s pomočjo tabel.

### 3.4 REZULTATI

Poznavanje tehnik terapevtske komunikacije daje odgovor na vprašanje: *Kakšno znanje o terapevtskem komuniciranju imajo medicinske sestre na področju psihiatrije?*

V sklopu »Poznavanje tehnik terapevtske komunikacije« smo preverjali znanje medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov o terapevtskih in neterapevtskih komunikacijskih tehnikah. Pri posameznem vprašanju je navedena tehnika, za njo pa nabor več trditev. Anketiranci so morali izbrati pravo, možnih je bilo več odgovorov. Pri tehniki »uporaba tišine« je kar 57,5 % anketirancev menilo, da zanjo velja napačna trditev: *»Medicinska sestra se s pacientom pogovarja, pogovora ne prekine ter vzdržuje očesni stik in izraža zanimanje.«* Medtem pa je pravilno trditev, to je: *»Medicinska sestra pogovor prekine, vzdržuje očesni stik in izraža zanimanje.«*, navedlo le 35,8 % anketirancev. Pri tehniki »fokusiranje« je 57,5 % anketirancev pravilno obkrožilo trditev: *»Je tehnika, ki lahko medicinski sestri koristi, ko pacient pogosto menja temo pogovora.«* 41,5 % jih je tudi pravilno obkrožilo trditev za tehniko fokusiranja: *»Medicinska sestra napeljuje pacienta k določeni temi pogovora.«* Kar 39,6 % anketirancev pa je fokusiranju pripisalo napačno trditev *»Primer za tehniko fokusiranja je lahko s strani medicinske sestre: »Zakaj tako mislite?«.* Pri tehniki »terapevtska uporaba selfa« je 63,2 % anketirancev pravilno označilo trditev *»Sposobnost medicinske sestre za uporabo lastne osebnosti zavestno, v poskusu vzpostavitve povezanosti s pacientom, in lažjo strukturacijo negovalnih intervencij.«* Le 19,8 % jih je pravilno označilo trditev *»Primer za terapevtsko uporabo selfa je lahko: »Nekaj časa bom sedel tu z vami.«.* 23,6 % anketirancev pa je terapevtski uporabi selfa narobe pripisalo trditev *»Primer za terapevtsko uporabo selfa je lahko: »To je dobro, zelo sem vesel za vas.«.* Pri tehniki »formulacija akcijskega načrta« je pravilno trditev *»Primer za formulacijo akcijskega načrta je lahko: »Ko se vam naslednjič zgodi kaj podobnega, na kakšen način bi še lahko odreagirali?«.* izbralo 68,9 % vprašanih, trditev *»Sposobnost*



medicinske sestre za uporabo lastne osebnosti zavestno, v poskusu vzpostavitve povezanosti s pacientom, in lažjo strukturacijo negovalnih intervencij.« pa je pravilno izbralo 62,3 % anketirancev. Napačne trditve je izbralo relativno malo anketirancev (< 10 %) (tabela 4).

**Tabela 4: Poznavanje tehnik terapevtske komunikacije (uporaba tišine, fokusiranje, terapevtska uporaba selfa in formulacija akcijskega načrta)**

Tehnika	Trditev	n	%
Uporaba tišine	Medicinska sestra pogovor prekine, vzdržuje očesni stik in izraža zanimanje.*	38	35,8 %
	Medicinska sestra se s pacientom pogovarja, pogovora ne prekine ter vzdržuje očesni stik in izraža zanimanje.	61	57,5 %
	Neprekinjeno nadaljevanje besedne komunikacije omogoči pacientu organizacijo svojih misli, občutij za lažje nadaljevanje pogovora.	23	21,7 %
	Neprekinjena besedna komunikacija s strani medicinske sestre pogosto spodbuja pacienta k besednemu komuniciranju.	13	12,3 %
	Brez odgovora.	2	1,9 %
Fokusiranje	Medicinska sestra napeljuje pacienta k določeni temi pogovora.*	44	41,5 %
	Je tehnika, ki lahko medicinski sestri koristi, ko pacient pogosto menja temo pogovora.*	61	57,5 %
	Primer za tehniko fokusiranja je lahko s strani medicinske sestre: »Zakaj tako mislite?«	42	39,6 %
	Primer za tehniko fokusiranja je lahko s strani medicinske sestre: »Nočem se pogovarjati o tem, temveč o ...«	9	8,5 %
	Brez odgovora.	1	0,9 %
Terapevtska uporaba selfa	Sposobnost medicinske sestre za uporabo lastne osebnosti zavestno, v poskusu vzpostavitve povezanosti s pacientom, in lažjo strukturacijo negovalnih intervencij.*	67	63,2 %
	Sposobnost pacienta za uporabo lastne osebnosti pri vzpostavitvi terapevtskega odnosa z medicinsko sestro.	13	12,3 %
	Primer za terapevtsko uporabo selfa je lahko: »Nekaj časa bom sedel tu z vami.«*	21	19,8 %
	Primer za terapevtsko uporabo selfa je lahko: »To je dobro, zelo sem vesel za vas.«	25	23,6 %
	Brez odgovora.	15	14,2 %
Formulacija akcijskega načrta	Pacientu načrtovanje, kako naj odreagira v agitiranem stanju, ne koristi ali pa le preloži izbruh jeze.	9	8,5 %
	Je lahko v pomoč pacientu, če v prihodnje načrtuje, kakšen bo njegov odziv na primer v izbruhu jeze, da bo znal na tako ali podobno psihično stanje lažje odreagirati.*	66	62,3 %
	Primer za formulacijo akcijskega načrta je lahko: »Menim, da bi morali prenehati z vašim vedenjem.«	3	2,8 %
	Primer za formulacijo akcijskega načrta je lahko: »Ko se vam naslednjič zgodi kaj podobnega, na kakšen način bi še lahko odreagirali?«*	73	68,9 %

	Brez odgovora.	7	6,6 %
--	----------------	---	-------

n – število, % – delež v odstotkih

\* – pravičen odgovor

Pri tehniki »ponovitve« je 72,6 % anketirancev pravilno odgovorilo, da zanjo velja trditev »Medicinska sestra ponovi, kar je pacient povedal, s približno istimi besedami, ki jih je uporabil.« 61,3 % jih je pravilno izbralo trditev »Ta tehnika je uporabna tudi takrat, ko ne razumemo, kaj nam je pacient povedal.« 18,9 % pa jih je napačno menilo, da za tehniko ponovitve velja tudi trditev »Primer za tehniko ponovitve je lahko: »Povejte mi kaj več o tem problemu, saj veste, da je dobro če to izvem.« Tehniki »predstavitve realnosti« je 67,9 % anketirancev pravilno pripisalo trditev »Ko je očitno, da si pacient napačno predstavlja realnost, mu jo medicinska sestra lahko predstavi.« Le 36,8 % je tej tehniki pravilno pripisalo trditev »Primer za predstavitev realnosti je lahko: »Vaše mame ni v tej sobi, jaz sem medicinska sestra.« Kar 42,5 % anketirancev pa je predstavitvi realnosti napačno pripisalo trditev »Primer za predstavitev realnosti je lahko: »Ali veste, v kateri bolnišnici ste?« (tabela 5).

**Tabela 5: Poznavanje tehnik terapevtske komunikacije (tehnika ponovitve in predstavitev realnosti)**

Tehnika	Trditev	n	%
<b>Tehnika ponovitve</b>	Medicinska sestra ponovi, kar je pacient povedal, s približno istimi besedami, ki jih je uporabil.*	77	72,6 %
	To dejanje navadno povzroči, da pacient ne nadaljuje pogovora.	4	3,8 %
	Ta tehnika je uporabna tudi takrat, ko ne razumemo, kaj nam je pacient povedal.*	65	61,3 %
	Primer za tehniko ponovitve je lahko: »Povejte mi kaj več o tem problemu, saj veste, da je dobro, če to izvem.«	20	18,9 %
	Brez odgovora.	2	1,9 %
<b>Predstavitev realnosti</b>	Realnost navedemo tako, da prepričujemo pacienta o njegovem zmotnem mišljenju.	6	5,7 %
	Ko je očitno, da si pacient napačno predstavlja realnost, mu jo medicinska sestra lahko predstavi.*	72	67,9 %
	Primer za predstavitev realnosti je lahko: »Očitno se motite, to sem jaz, medicinska sestra.«	6	5,7 %
	Primer za predstavitev realnosti je lahko: »Vaše mame ni v tej sobi, jaz sem medicinska sestra.«*	39	36,8 %
	Primer za predstavitev realnosti je lahko: »Ali veste, v kateri bolnišnici ste?«	45	42,5 %
	Brez odgovora.	1	0,9 %

n – število, % – delež v odstotkih

\* – pravilen odgovor

V nadaljevanju smo medicinske sestre prosili, da iz seznama enajstih komunikacijskih tehnik izberejo neterapevtske tehnike.

Terapevtsko tehniko »osredotočanje« je za neterapevtsko označil le en anketiranec, terapevtski tehniki »ponovitve« in »fokusiranje« pa sta za neterapevtski tehniki označila le dva anketiranca. Vse preostale tehnike so bile neterapevtske tehnike komunikacije. Najmanj anketirancev je za neterapevtsko tehniko pravilno označilo »preizkušanje« (11,3 %), največ anketirancev pa je kot neterapevtsko tehniko komunikacije pravilno označilo »zavrnitve« (zavrnitev pacientovih idej) (75,5 %) (tabela 6).

**Tabela 6: Prepoznavanje neterapevtskih tehnik komunikacije**

	n	%
Dajanje zagotovil*	53	50,0 %
Osredotočanje	1	0,9 %
Zavrnitve (zavrnitev pacientovih idej)*	80	75,5 %
Zahtevanje pojasnil z vprašanjem »zakaj«*	56	52,8 %
Postavljanje stereotipiziranih sporočil*	76	71,7 %
Tehnika ponovitve	2	1,9 %
Preizkušanje*	12	11,3 %
Nestrinjanje*	42	39,6 %
Fokusiranje	2	1,9 %
Neodobravanje*	60	56,6 %
Tolmačenje*	27	25,5 %

n – število, % – delež v odstotkih

\* – pravilen odgovor

Nadalje je bilo navedenih šest trditev, ob vsaki trditvi pa tri komunikacijske tehnike. Anketiranci so morali označiti, za katero od treh navedenih tehnik komunikacije velja posamezna trditev.

Da gre pri trditvi »Sledim temu, kar ste dejali.« za tehniko sprejemanja, je pravilno odgovorilo 50,0 % anketirancev, 30,2 % pa jih je menilo, da trditev predstavlja tehniko terapevtske uporaba selfa. Trditev oziroma vprašanje »Ste imeli podobno izkušnjo?« je

kot tehniko spodbujanja primerjave pravilno uvrstilo 70,8 % anketirancev, trditev oziroma vprašanje »Mi lahko o tem poveste še kaj več?« pa je pod terapevtsko tehniko raziskovanja pravilno uvrstilo 80,2 % anketirancev – ti dve trditvi je pravilno uvrstil največji delež medicinskih sester. Da gre pri trditvi oziroma vprašanju »Ali med vsemi naštetimi primeri lahko poveste, kateri je najbolj problematičen?« za fokusiranje, je pravilno odgovorilo 56,6 % vprašanih, kar 22,6 % pa jih na vprašanje ni odgovorilo. Trditev »Ostal bom tu z vami.« je pravilno uvrstilo v tehniko terapevtske uporabe selfa le 32,1 % anketirancev, kar 37,7 % pa jih je menilo, da gre za tehniko zmanjševanja razdalje. Da gre pri trditvi »Zadnjo uro sva govorila o ...« za povzemanje, je pravilno odgovorilo 57,5 % anketirancev, 21,7 % pa jih je napačno menilo, da trditev predstavlja osredotočanje (tabela 7).

**Tabela 7: Prepoznavanje tehnik terapevtske komunikacije**

Trditev	Tehnika	n	%
»Sledim temu, kar ste dejali.«	Tehnika sprejemanja*	53	50,0 %
	Predstavitve realnosti	4	3,8 %
	Terapevtska uporaba selfa	32	30,2 %
	Brez odgovora	17	16,0 %
»Ste imeli podobno izkušnjo?«	Fokusiranje	13	12,3 %
	Spodbujanje primerjave*	75	70,8 %
	Dajanje informacij	5	4,7 %
	Brez odgovora	13	12,3 %
»Mi lahko o tem poveste še kaj več?«	Tehnika raziskovanja*	85	80,2 %
	Terapevtska uporaba selfa	2	1,9 %
	Izražanje dvoma	3	2,8 %
	Brez odgovora	16	15,1 %
»Ali med vsemi naštetimi primeri lahko poveste, kateri je najbolj problematičen?«	Postavljanje smernic	18	17,0 %
	Priznavanje pacienta	4	3,8 %
	Fokusiranje*	60	56,6 %
	Brez odgovora	24	22,6 %
»Ostal bom tu z vami.«	Zmanjševanje razdalje	40	37,7 %
	Terapevtska uporaba selfa*	34	32,1 %
	Priznavanje pacienta	9	8,5 %
	Brez odgovora	23	21,7 %
»Zadnjo uro sva govorila o ...«	Osredotočanje	23	21,7 %
	Povzemanje*	61	57,5 %
	Formuliranje akcijskega načrta	6	5,7 %

	Brez odgovora	16	15,1 %
--	---------------	----	--------

n – število, % – delež v odstotkih

\* – pravilen odgovor

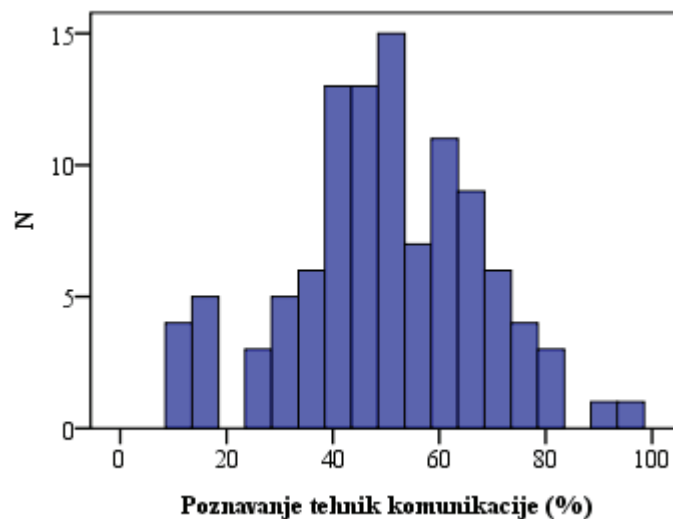
Odgovore na sklop vprašanj, ki preverja poznavanje tehnik komunikacije (tabela 4–7), smo ovrednotili na naslednji način:

1. pravilni odgovori 2 točki;
2. nepravilni odgovori –0,5 točke (v nasprotnem primeru bi anketiranec, ki obkroži vse (tudi napačne) odgovore, pridobil vse točke);
3. brez odgovora 0 točk.

Vseh pravih odgovorov je bilo 25, torej je bilo vseh možnih točk 50. Anketiranci so v povprečju zbrali 50 % točk, najmanj 11 % in največ 95 %. Porazdelitev točk je glede na koeficienta asimetrije in sploščenosti ( $< |0,150|$ ) ter histogram precej normalna (tabela 8 in slika 1).

**Tabela 8: Poznavanje komunikacijskih tehnik (ocenjeno)**

	Poznavanje tehnik komunikacije	
	točke	%
Število	106	100
Povprečje	24,83	49,65
Mediana	25,00	50,00
Standardni odklon	8,926	17,852
Asimetrija	-,147	-,147
Sploščenost	,007	,007
Minimum	6	11
Maksimum	48	95



**Slika 1: Histogram »Poznavanje tehnik komunikacije (%)« – »N« pomeni število anketirancev, »%« pa procentualno dosežene točke**

*Uporaba psihoterapevtskih tehnik, samoocena usposobljenosti za njihovo izvajanje ter mnenje o izobraževanju in usposabljanju za delo v psihiatrični zdravstveni negi*

*Katere psihoterapevtske tehnike se najpogosteje uporabljajo v zdravstveni negi na področju psihiatrije?*

Raziskava je pokazala, da medicinske sestre, zaposlene na področju psihiatrije, v delo s pacienti od psihoterapevtskih tehnik najpogosteje vključujejo tehnike terapevtske komunikacije (74,5 %) in skupinsko terapijo (50,9 %), 31,1 % pa jih vključuje tudi tehnike kognitivno-vedenjske terapije (beleženje, načrtovanje misli, sistematična desenzibilizacija, identifikacija avtomatskih misli, identifikacija problema itd.). Po 6 anketiranih medicinskih sester oziroma zdravstvenih tehnikov (5,7 %) uporablja medosebno psihoterapijo, psihodinamično psihoterapijo oziroma likovno terapijo, štiri anketiranci (3,8 %) uporabljajo Milieu terapijo, trije (2,8 %) pa so navedli še druge terapije (transakcijska analiza, logoterapija in šport terapija). 13,2 % jih ni odgovorilo na vprašanje oziroma so odgovorili, da niso usposobljeni za izvajanje psihoterapije (tabela 9).

**Tabela 9: Vključevanje psihoterapevtskih tehnik**

<b>Pri delu vključujem naslednje psihoterapevtske tehnike:</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tehnike terapevtske komunikacije	79	74,5 %
Skupinska terapija	54	50,9 %
Tehnike kognitivno-vedenjske terapije (beleženje, načrtovanje misli, sistematična desenzibilizacija, identifikacija avtomatskih misli, identifikacija problema itd.)	33	31,1 %
Medosebna psihoterapija	6	5,7 %
Psihodinamična psihoterapija	6	5,7 %
Likovna terapija	6	5,7 %
Milieu terapija	4	3,8 %
Drugo	3	2,8 %
Brez odgovora/nisem usposobljen/-a za izvajanje psihoterapije	14	13,2 %

n – število, % – delež v odstotkih

Zanimalo nas je še: *Ali se medicinske sestre na področju psihiatrije počutijo dovolj kompetentne za izvajanje terapevtske komunikacije?*

Anketirance smo prosili, da ocenijo, v kolikšni meri se strinjajo s štirimi trditvami, ki merijo mnenje o lastni usposobljenosti za delo v zdravstveni negi na področju psihiatrije, in tremi trditvami, ki merijo mnenje o izobraževanju in usposabljanju za delo v zdravstveni negi na področju psihiatrije. Stopnjo strinjanja so ocenjevali z naslednjo lestvico:

1. se v celoti ne strinjam;
2. se ne strinjam;
3. delno se strinjam;
4. se strinjam;
5. popolnoma se strinjam.

S trditvijo, da imajo dovolj znanja, se strinja oziroma popolnoma strinja le 7,7 % anketirancev, nekoliko več, a še vedno malo (12,5 %) pa se jih strinja oziroma popolnoma strinja s trditvijo, da so za delo s pacienti na področju psihoterapije dovolj usposobljeni. S trditvijo, da se počutijo kompetentne za terapevtsko komunikacijo s pacienti, se (popolnoma) strinja 44,7 % anketirancev, s trditvijo, da vedo, kdaj pri

pogovoru s pacientom vključujejo tehnike terapevtske komunikacije, pa se (popolnoma) strinja 47,1 % vprašanih.

*Ali medicinske sestre na področju psihiatrije potrebujejo dodatno izobraževanje za izvajanje terapevtske komunikacije, ki je resnično učinkovito?*

To raziskovalno vprašanje smo na to mesto umestili zato, ker menimo, da moramo za uvedbo dodatnih izobraževanj v zdravstveni negi na področju psihiatrije najprej upoštevati mnenja medicinskih sester, ki na tem področju delajo. S trditvijo, da bi za delo v zdravstveni negi na področju psihiatrije potrebovali študijski program, ki bi z dodatnimi strokovnimi znanji in izkušnjami iz psihiatrije prispeval h kakovostnejši obravnavi pacientov, se (popolnoma) strinja kar 85,6 % vprašanih, 30,4 % se jih (popolnoma) strinja s trditvijo, da so zadovoljni z izobraževanjem in usposabljanjem na tem področju, le 3,9 % pa se jih (popolnoma) strinja s trditvijo, da na področju izobraževanja za takšno delo ne želijo dodatnih programov (tabela 10).

**Tabela 10: Samoocena usposobljenosti za izvajanje psihoterapevtskih tehnik ter mnenje o izobraževanju in usposabljanju za delo v zdravstveni negi na področju psihiatrije**

	Ocena (%)					n	PV	SO
	1	2	3	4	5			
<b>Samoocena usposobljenosti</b>								
O psihoterapevtskih tehnikah imam dovolj znanja.	17,3 %	55,8 %	19,2 %	6,7 %	1,0 %	104	2,18	0,83
Za delo s pacienti sem na področju psihoterapije dovolj usposobljen.	14,4 %	49,0 %	24,0 %	11,5 %	1,0 %	104	2,36	0,90
Počutim se kompetentnega, ko s pacientom terapevtsko komuniciram.	3,9 %	12,6 %	38,8 %	25,2 %	19,4 %	103	3,44	1,06
Vem, kdaj pri pogovoru s pacientom vključujem tehnike terapevtske komunikacije.	4,9 %	7,8 %	40,2 %	31,4 %	15,7 %	102	3,45	1,01
<b>Mnenje o izobraževanju in usposabljanju</b>								
Z izobraževanjem in usposabljanjem za delo v psihiatrični zdravstveni negi sem zadovoljen.	11,8 %	22,5 %	35,3 %	12,7 %	17,6 %	102	3,02	1,24



Za delo v psihiatrični zdravstveni negi bi potrebovali študijski program, ki bi z dodatnimi strokovnimi znanji in izkušnjami iz psihiatrije prispeval h kakovostnejši obravnavi pacientov.	1,9 %	1,9 %	10,6 %	32,7 %	52,9 %	104	4,33	0,89
Na področju izobraževanja za delo v psihiatrični zdravstveni negi ne želim dodatnih strokovnih programov.	64,1 %	29,1 %	2,9 %	2,9 %	1,0 %	103	1,48	0,78

n – število veljavnih odgovorov, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon

*Povezanost usposabljanja na področju socioterapevtskega dela, izobrazbe in samoocene usposobljenosti za izvajanje psihoterapevtskih tehnik s poznavanjem tehnik komunikacije*

S t-testom za neodvisne vzorce smo najprej preverili, ali se poznavanje tehnik komunikacije (tabela 8) statistično značilno razlikuje med medicinskimi sestrami, ki so se usposabljele na področju socioterapevtskega dela ( $n = 33$ ), in tistimi, ki se na tem področju niso usposabljele ( $n = 69$ ).

Medicinske sestre, ki so se usposabljele na področju socioterapevtskega dela, so v povprečju na testiranju poznavanja tehnik komunikacije dosegle 50,27 %, tiste, ki se niso usposabljele na tem področju, pa so v povprečju dosegle 49,36 %. Razlika se ni izkazala za statistično značilno ( $t(100) = 0,236$ ,  $p = 0,814$ ), zato ni mogoče trditi, da je usposabljanje na področju socioterapevtskega dela povezano s poznavanjem tehnik terapevtske komunikacije (tabela 11).

**Tabela 11: Povezanost usposabljanja na področju socioterapevtskega dela s poznavanjem tehnik komunikacije**

Ali ste se usposabljali na področju socioterapevtskega dela?	Poznavanje tehnik komunikacije (%)				T-test za neodvisne vzorce		
	n	PV	SO	SN(PV)	t	df	p
Da	33	50,27	16,803	2,925	0,236	100	0,814
Ne	69	49,36	18,858	2,270			

n – število, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, SN(PV) – standardna napaka povprečja  
t – t-statistika t-testa za neodvisne vzorce, df – prostorske stopnje, p – statistična značilnost (2. sm.)

Nadalje smo s Spearmanovim korelacijskim koeficientom preverili, kako je s poznavanjem tehnik komunikacije povezana izobrazba, s Pearsonovim korelacijskim koeficientom pa smo preverili, kako je s poznavanjem tehnik komunikacije povezana samoocena usposobljenosti za izvajanje psihoterapevtskih tehnik.

Izračunali smo novo spremenljivko »samoocena usposobljenosti« kot povprečje spremenljivk, ki merijo mnenje o lastni usposobljenosti za izvajanje psihoterapevtskih tehnik. Cronbachov  $\alpha$  koeficient ima vrednost 0,766, tako da lahko sklepamo, da so spremenljivke dovolj povezane, da lahko trdimo, da merijo isti pojav. Povprečna vrednost nove spremenljivke je 2,9, najnižja vrednost je 1, najvišja pa 4,5. Višja ocena pomeni, da anketirane medicinske sestre menijo, da so bolj usposobljene, nižja ocena pa, da so manj usposobljene za izvajanje psihoterapevtskih tehnik.

Izkazalo se je, da s stopnjo poznavanja tehnik komunikacije nista statistično značilno povezani niti izobrazba ( $r_s = 0,133$ ,  $p = 0,176$ ) niti samoocena usposobljenosti ( $r = 0,149$ ,  $p = 0,134$ ) (tabela 12).

**Tabela 12: Povezanost izobrazbe in samoocene usposobljenosti za izvajanje psihoterapevtskih tehnik s poznavanjem tehnik komunikacije**

		Izobrazba	Samoocena usposobljenosti
Poznavanje tehnik komunikacije (%)	Korelacijski koeficient	0,133 <sup>rs</sup>	0,149 <sup>r</sup>
	Stat. zn. (2. sm.)	0,176	0,134
	Število	105	102

rs. Spearmanov korelacijski koeficient

r. Pearsonov korelacijski koeficient

*Povezanost izobrazbe in samoocene usposobljenosti za izvajanje psihoterapevtskih tehnik z zadovoljstvom z izobraževanjem in usposabljanjem za delo v zdravstveni negi na področju psihiatrije*

S Spearmanovim korelacijskim koeficientom smo preverili, kako je z zadovoljstvom z izobraževanjem in usposabljanjem za delo v zdravstveni negi na področju psihiatrije povezana izobrazba, s Pearsonovim korelacijskim koeficientom pa smo preverili, kako je z zadovoljstvom z izobraževanjem in usposabljanjem za delo v zdravstveni negi na področju psihiatrije povezana samoocena usposobljenosti za izvajanje psihoterapevtskih tehnik.

Izkazalo se je, da se strinjanje s trditvijo »Z izobraževanjem in usposabljanjem za delo v psihiatrični zdravstveni negi sem zadovoljen.« statistično značilno zvišuje z višanjem stopnje izobrazbe ( $r_s = 0,210$ ,  $p = 0,035$ ), prav tako pa se strinjanje z navedeno trditvijo statistično značilno viša z večanjem samoocene usposobljenosti ( $r = 0,460$ ,  $p < 0,001$ ) (tabela 13).

Trdimo torej lahko, da so z izobraževanjem in usposabljanjem za delo v zdravstveni negi na področju psihiatrije bolj zadovoljne medicinske sestre z višjo izobrazbo in tiste, ki svojo usposobljenost za izvajanje psihoterapevtskih tehnik ocenjujejo višje.

**Tabela 13: Povezanost izobrazbe in samoocene usposobljenosti za izvajanje psihoterapevtskih tehnik z zadovoljstvom z izobraževanjem in usposabljanjem za delo v zdravstveni negi na področju psihiatrije**

		Izobrazba	Samoocena usposobljenosti
<b>Strinjanje s trditvijo: »Z izobraževanjem in usposabljanjem za delo v psihiatrični zdravstveni negi sem zadovoljen.«</b>	Korelacijski koeficient	,210 <sup>rs</sup>	,460 <sup>r</sup>
	Stat. zn. (2. sm.)	,035	,000
	Število	102	101

rs. Spearmanov korelacijski koeficient

r. Pearsonov korelacijski koeficient

*Primerjava poznavanja tehnik terapevtske komunikacije, samoocene usposobljenosti za izvajanje psihoterapevtskih tehnik ter mnenj o izobraževanju in usposabljanju v zdravstveni negi na področju psihiatrije med moškimi in ženskami*

S t-testom za neodvisne vzorce smo preverili, ali se moški in ženske statistično značilno razlikujejo v poznavanju tehnik komunikacije, samooceni usposobljenosti za izvajanje psihoterapevtskih tehnik ter mnenjih o izobraževanju in usposabljanju v zdravstveni negi na področju psihiatrične.

Izkazalo se je, da med spoloma ni mogoče potrditi statistično značilnih razlik niti v poznavanju tehnik terapevtske komunikacije ( $t = 0,313$ ,  $p = 0,755$ ) niti v samooceni usposobljenosti za delo v zdravstveni negi na področju psihiatrije ( $t = 0,073$ ,  $p = 0,942$ ), prav tako pa nismo ugotovili razlik v mnenjih o izobraževanju in usposabljanju na tem področju, konkretno v stopnji strinjanja s trditvami »Z izobraževanjem in usposabljanjem za delo v psihiatrični zdravstveni negi sem zadovoljen.« ( $t = -0,275$ ,  $p = 0,784$ ), »Za delo v psihiatrični zdravstveni negi bi potrebovali študijski program, ki bi z dodatnimi strokovnimi znanji in izkušnjami iz psihiatrije prispeval h kakovostnejši obravnavi pacientov.« ( $t = -0,985$ ,  $p = 0,327$ ) in »Na področju izobraževanja za delo v psihiatrični zdravstveni negi ne želim dodatnih strokovnih programov.« ( $t = -0,489$ ,  $p = 0,626$ ) (tabela 14).

**Tabela 14: Primerjava poznavanja tehnik komunikacije, samoocene usposobljenosti za izvajanje psihoterapevtskih tehnik ter mnenj o izobraževanju in usposabljanju v zdravstveni negi na področju psihiatrije med moškimi in ženskami**

Spremenljivka	Spol	n	PV	SO	SN(PV)	T-test za neodvisne vzorce		
						t	df	p
Poznavanje tehnik komunikacije	Moški	28	25,20	8,012	1,514	0,313	103	0,755
	Ženski	77	24,58	9,283	1,058			
Samoocena usposobljenosti	Moški	27	2,87	0,732	0,141	0,073	99	0,942
	Ženski	74	2,86	0,747	0,087			
Z izobraževanjem in usposabljanjem za delo v psihiatrični zdravstveni negi sem zadovoljen.	Moški	27	2,96	1,344	0,259	-0,275	99	0,784
	Ženski	74	3,04	1,221	0,142			
Za delo v psihiatrični zdravstveni negi bi potrebovali študijski	Moški	27	4,19	1,039	0,200	-0,985	101	0,327

program, ki bi z dodatnimi strokovnimi znanji in izkušnjami iz psihiatrije prispeval h kakovostnejši obravnavi pacientov.	Ženski	7 6	4,38	0,83 2	0,095			
Na področju izobraževanja za delo v psihiatrični zdravstveni negi ne želim dodatnih strokovnih programov.	Moški	2 7	1,41	0,57 2	0,110	-0,489	100	0,626
	Ženski	7 5	1,49	0,84 4	0,097			

n – število, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, SN(PV) – standardna napaka povprečja  
t – t-statistika t-testa za neodvisne vzorce, df – prostorske stopnje, p – statistična značilnost (2. sm.)

*Primerjava poznavanja tehnik komunikacije in vključevanja psihoterapevtskih tehnik med anketiranci, ki delajo na oddelku za zdravljenje odvisnih od alkohola, oddelku za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, oddelku za rehabilitacijo in oddelku za psihoterapijo ali v dnevni bolnišnici, ter anketiranci, ki delajo na preostalih področjih.*

S t-testom za neodvisne vzorce smo preverili, ali se poznavanje tehnik terapevtske komunikacije (preglednica 8) statistično značilno razlikuje med anketiranci, ki delajo na oddelku za zdravljenje odvisnih od alkohola, oddelku za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, oddelku za rehabilitacijo in oddelku za psihoterapijo ali v dnevni bolnišnici (n = 35), ter anketiranci, ki delajo na preostalih področjih (n = 71).

Medicinske sestre, ki delajo na oddelku za zdravljenje odvisnih od alkohola, oddelku za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, oddelku za rehabilitacijo in oddelku za psihoterapijo ali v dnevni bolnišnici, so v povprečju dosegle 55,29 % na testiranju poznavanja tehnik komunikacije, tiste, ki delajo na preostalih področjih, pa so v povprečju dosegle 46,87 %. Razlika se je izkazala za statistično značilno ( $t(104) = 2,329$ ,  $p = 0,022$ ), zato lahko trdimo, da zaposleni v zdravstveni negi na oddelku za zdravljenje odvisnih od alkohola, oddelku za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, oddelku za rehabilitacijo in oddelku za psihoterapijo ali v dnevni bolnišnici bolje poznajo tehnike terapevtske komunikacije kot zaposleni na preostalih področjih (tabela 15).

**Tabela 15: Primerjava poznavanja tehnik komunikacije med anketiranci, ki delajo na oddelku za zdravljenje odvisnih od alkohola, oddelku za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, oddelku za rehabilitacijo in oddelku za psihoterapijo ali v dnevni bolnišnici, ter anketiranci, ki delajo na preostalih področjih**

Področje dela	Poznavanje tehnik komunikacije (%)				T-test za neodvisne vzorce		
	n	PV	SO	SN(PV)	t	df	p
Dnevna bolnišnica in oddelki: zdravljenje odvisnih od alkohola, zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, rehabilitacija, psihoterapija	35	55,29	17,588	2,973	2,329	104	0,022
Ostali	71	46,87	17,438	2,070			

n – število, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, SN(PV) – standardna napaka povprečja  
t – t-statistika t-testa za neodvisne vzorce, df – prostorske stopnje, p – statistična značilnost (2. sm.)

Z  $\chi^2$ -testom smo preverili, ali se anketiranci, ki delajo na oddelku za zdravljenje odvisnih od alkohola, oddelku za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, oddelku za rehabilitacijo in oddelku za psihoterapijo ali v dnevni bolnišnici, statistično značilno pogosteje ali redkeje poslužujejo naštetih psihoterapevtskih tehnik kot anketiranci, ki so zaposleni na preostalih področjih.

Izkazalo se je, da lahko trdimo, da zaposleni na oddelku za zdravljenje odvisnih od alkohola, oddelku za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, oddelku za rehabilitacijo in oddelku za psihoterapijo ali v dnevni bolnišnici pogosteje uporabljajo likovno terapijo, saj jo uporablja 14,3 %, kot anketiranci, ki so zaposleni na preostalih oddelkih, med katerimi likovno terapijo uporablja samo en zaposleni ( $p = 0,014$ ). Pri preostalih tehnikah ni mogoče govoriti o statistično značilni povezanosti med področjem dela in uporabi psihoterapevtskih tehnik (preglednica 16).

**Tabela 16: Primerjava vključevanja psihoterapevtskih tehnik med anketiranci, ki delajo na oddelku za zdravljenje odvisnih od alkohola, oddelku za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, oddelku za rehabilitacijo in oddelku za psihoterapijo ali v dnevni bolnišnici, ter anketiranci, ki delajo na preostalih področjih**

	Področje dela						p
	Dnevna bolnišnica in oddelki: zdravljenje odvisnih od alkohola, zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, rehabilitacija, psihoterapija		Ostali		Skupaj		
	n	%	n	%	n	%	
Tehnike terapevtske komunikacije	27	77,1 %	52	73,2 %	79	74,5 %	0,664
Skupinska terapija	21	60,0 %	33	46,5 %	54	50,9 %	0,190
Tehnike kognitivno-vedenjske terapije (beleženje, načrtovanje misli, sistematična desenzibilizacija, identifikacija avtomatskih misli, identifikacija problema itd.)	10	28,6 %	23	32,4 %	33	31,1 %	0,689
Milieu terapija	2	5,7 %	2	2,8 %	4	3,8 %	0,597 <sup>a</sup>
Medosebna psihoterapija	2	5,7 %	4	5,6 %	6	5,7 %	1,000 <sup>a</sup>
Psihodinamična psihoterapija	3	8,6 %	3	4,2 %	6	5,7 %	0,394 <sup>a</sup>
Likovna terapija	5	14,3 %	1	1,4 %	6	5,7 %	0,014 <sup>a</sup>

n – število, % – delež v odstotkih, p – statistična značilnost  $\chi^2$ -testa, a – Fisherjev  $\chi^2$ -test

*Primerjava vključevanja psihoterapevtskih tehnik v svoje delo med anketiranci s srednješolsko izobrazbo in anketiranci, ki imajo več kot srednješolsko izobrazbo*

Z  $\chi^2$ -testom smo preverili, ali se anketiranci s srednješolsko izobrazbe statistično značilno pogosteje ali redkeje poslužujejo naštetih psihoterapevtskih tehnik kot anketiranci z višjimi stopnjami izobrazbe.

Izkazalo se je, da ni mogoče trditi, da obstaja povezanost med stopnjo izobrazbe in uporabi psihoterapevtskih tehnik ( $p > 0,05$ ) (tabela 17).

**Tabela 17: Primerjava vključevanja psihoterapevtskih tehnik med anketiranci s srednješolsko izobrazbo in anketiranci, ki imajo več kot srednješolsko izobrazbo**

	Izobrazba						p
	Srednješolska izobrazba		Več kot srednješolska izobrazba		Skupaj		
	n	%	n	%	n	%	
Tehnike terapevtske komunikacije	33	78,6 %	44	71,0 %	77	74,0 %	0,385
Skupinska terapija	19	45,2 %	34	54,8 %	53	51,0 %	0,337
Tehnike kognitivno-vedenjske terapije (beleženje, načrtovanje misli, sistematična desenzibilizacija, identifikacija avtomatskih misli, identifikacija problema itd.)	13	31,0 %	20	32,3 %	33	31,7 %	0,888
Milieu terapija	1	2,4 %	3	4,8 %	4	3,8 %	0,684 <sup>a</sup>
Medosebna psihoterapija	3	7,1 %	3	4,8 %	6	5,8 %	0,683 <sup>a</sup>
Psihodinamična psihoterapija	2	4,8 %	4	6,5 %	6	5,8 %	1,000 <sup>a</sup>
Likovna terapija	3	7,1 %	3	4,8 %	6	5,8 %	0,683 <sup>a</sup>

n – število, % – delež v odstotkih, p – statistična značilnost  $\chi^2$ -testa, a – Fisherjev  $\chi^2$ -test

### 3.5 RAZPRAVA

Raziskavo smo izvajali v treh bolnišnicah oziroma klinikah v Sloveniji: v Psihiatrični bolnišnici Begunje, v Psihiatrični kliniki Ljubljana ter v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Ankete smo razdelili še medicinskim sestram na strokovnih srečanjih v Ljubljani, ki jih je organizirala Zbornica zdravstvene nege – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.

Znanje medicinskih sester smo preverjali na način, da smo navedli terapevtsko tehniko, za vsako tehniko pa po štiri ali pet trditvev. Označevati je bilo treba pravilne trditve. S pomočjo histograma, ki je prikazan na *sliki 1*, smo prikazali oceno znanja, ki med drugim kaže tudi povprečno vrednost in znaša malo manj kot polovico doseženih točk. Če se dotaknemo posameznih odgovorov, bi na tem mestu izpostavili tehniko »uporaba tišine«, o kateri ima dobra polovica anketirancev napačno mnenje, in sicer da medicinska sestra s pacientom pogovora ne prekine, kljub temu da vseeno vzdržuje očesni stik in izraža zanimanje. Pravilna trditev je seveda, da medicinska sestra pogovor



prekine, vzdržuje očesni stik in izraža zanimanje, zanjo pa se je odločila le dobra tretjina anketirancev. Nato smo medicinske sestre prosili, da iz seznama enajstih komunikacijskih tehnik izberejo neterapevtske tehnike. Tu se kar polovica anketirancev ni odločila za tehniko »dajanje zagotovil«, za katero Videbeck (2008) navaja, da z njo razvrednotimo pacientova čustva.

Zaradi tega ne moremo trditi, da se medicinske sestre poslužujejo »dajanja zagotovil« pacientom, lahko pa trdimo vsaj to, da ne poznajo te tehnike in jo lahko, ker se je zavestno niso naučile, v svoje delo vključijo nehote.

Medicinske sestre smo v anketi nadalje prosili, da ocenijo, v kolikšni meri se strinjajo s trditvijo »O psihoterapevtskih tehnikah imam dovolj znanja.« S to trditvijo se kar 3/4 anketiranih (v celoti) ni strinjalo. To pomeni, da večina zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije zase meni, da nimajo dovolj znanja na tem področju. Po Pravilniku o preverjanju in ocenjevanju znanja na prvi stopnji študijskega programa Zdravstvena nega na Fakulteti za zdravstvo Jesenice povprečna ocena pri poznavanju tehnik komunikacije (tabela 8) ne ustreza minimalnim kriterijem za opravljanje izpita, izpit pa bi vseeno opravilo približno 2/5 anketiranih. Poudariti je treba, da so nekateri dosegli zelo dober rezultat, skoraj vse točke. Iz teh rezultatov ne moremo ugotavljati, ali so dejansko usposobljeni za uporabo teh tehnik v praksi. Tu je znanje treba ločiti od usposobljenosti, ki je pa v tej raziskavi nismo preverjali.

V sklopu samoocene usposobljenosti smo medicinske sestre spraševali, ali zase menijo, da so kompetentne za terapevtsko komuniciranje s pacientom. Može (2005) navaja, da je kompetentnost dokazana oziroma prikazana sposobnost posameznika, da v obstoječih poklicnih situacijah ustrezno uporablja svoje znanje, spretnost ali usposobljenost oziroma kvalificiranost. Kompetentnost obsega vsa znanja, spretnosti in sposobnosti, potrebne za izvajanje nalog v določenem poklicu, oseba pa si jih je pridobila s formalnim ali neformalnim izobraževanjem, pri delu ali z drugimi izkušnjami. Zato, če pogledamo trditev »O psihoterapevtskih tehnikah imam dovolj znanja.«, se kar 3/4 medicinskih sester odloči, da se s to trditvijo (v celoti) ne strinjajo. Medicinske sestre so torej odgovarjale, da o psihoterapevtskih tehnikah nimajo dovolj znanja, kljub temu pa

se polovica medicinskih sester počuti kompetentne, ko s pacienti terapevtsko komunicirajo. Na podlagi samoocen medicinskih sester o svojem znanju in kompetentnosti za izvajanje tehnik terapevtske komunikacije ter na podlagi ocene znanja pri poznavanju tehnik terapevtske komunikacije ne moremo trditi, da so medicinske sestre kompetentne za vzpostavljanje učinkovitega terapevtskega okolja oziroma terapevtske skupnosti. Tudi Videbeck (2008) navaja, da je terapevtska komunikacija temelj za vzpostavitev terapevtskega okolja v bolnišnicah.

Medicinske sestre so še ocenjevale, v kolikšni meri se strinjajo s trditvami, ki merijo mnenje o izobraževanju in usposabljanju za delo v zdravstveni negi na področju psihiatrije. Večina medicinskih sester (več kot 4/5) meni, da bi za delo v zdravstveni negi na področju psihiatrije potrebovali študijski program, ki bi z dodatnimi strokovnimi znanji in izkušnjami iz psihiatrije prispeval h kakovostnejši obravnavi pacientov. Skoraj vse medicinske sestre pa se ne strinjajo s trditvijo, da ne želijo dodatnih strokovnih programov v zdravstveni negi na področju psihiatrije. Po tem lahko sklepamo, da medicinske sestre za delo v zdravstveni negi na področju psihiatrije želijo študijski program, ki bi z dodatnimi strokovnimi znanji in izkušnjami prispeval h kakovostnejši obravnavi pacientov, ter da tega tudi potrebujejo.

Rezultati so še pokazali, da večina medicinskih sester v delo vključuje tehnike terapevtske komunikacije (3/4 anketiranih) in skupinsko terapijo (približno polovica), približno tretjina pa se jih ukvarja tudi s tehnikami kognitivno-vedenjske terapije (beleženje, načrtovanje misli, sistematična desenzibilizacija, identifikacija avtomatskih misli, identifikacija problema itd.).

Pri preverjanju povezanosti med različnimi spremenljivkami ugotavljamo, da usposabljanje na področju socioterapevtskega dela ni povezano s poznavanjem tehnik terapevtske komunikacije. Prav tako s poznavanjem teh tehnik ni povezana stopnja izobrazbe in tudi ne samoocena usposobljenosti (spremenljivka, ki meri mnenje o lastni usposobljenosti za izvajanje psihoterapevtskih tehnik). Stopnja izobrazbe prav tako ni povezana z vključevanjem različnih psihoterapevtskih tehnik v svoje delo s pacienti. Razlika v poznavanju tehnik terapevtske komunikacije pa se je izkazala za statistično

značilno pri zaposlenih na oddelku za zdravljenje odvisnih od alkohola, oddelku za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, oddelku za rehabilitacijo in oddelku za psihoterapijo ali v dnevni bolnišnici, zato ti bolje poznajo tehnike terapevtske komunikacije kot pa zaposleni na preostalih področjih (intenzivni psihiatrični oddelek, geriatrični oddelek, specialistične ambulante, splošni psihiatrični oddelek idr.) in pogosteje v svoje delo vključujejo likovno terapijo. Zanimiv je podatek, ki kaže, da so anketirani z višjo stopnjo izobrazbe in tisti, ki svojo usposobljenost za izvajanje tehnik terapevtske komunikacije ocenjujejo višje, bolj zadovoljni z izobraževanjem na področju psihiatrije.

Znanje smo primerjali še med spoloma. Tu se je izkazalo, da ni statistično pomembnih razlik niti v poznavanju tehnik komunikacije niti v samooceni usposobljenosti za delo v zdravstveni negi na področju psihiatrije, prav tako pa nismo ugotovili razlik v mnenjih o izobraževanju in usposabljanju glede na spol.

#### *Omejitve raziskave*

Menimo, da je bil odziv na raziskavo dober, vendar obstaja možnost, da je bil anketni vprašalnik prezahteven ali premalo razumljiv. Verjetno bi bilo treba za boljšo zanesljivost anketo dopolniti z vsebinskimi obrazložitvami (razlage strokovne terminologije ipd.) in razširiti vzorec za bolj reprezentativne podatke. Vsekakor lahko trdimo, da bi ob ponovitvi raziskave na istem vzorcu dobili podobne rezultate.

## 4 ZAKLJUČEK

Medicinske sestre pri interakcijah s pacienti vključujejo različne psihoterapevtske tehnike, med katerimi najbolj izstopajo tehnike terapevtske komunikacije. Rezultati raziskave so pokazali, da v določeni meri medicinske sestre te tehnike poznajo, vendar menimo, da bistveno premalo za njihovo učinkovito implementacijo v prakso, saj se je teh tehnik treba zavestno naučiti in niso pridobljene same po sebi (Videbeck, 2008). Na podlagi tega prav tako sklepamo, da medicinske sestre niso dovolj kompetentne za ustvarjanje učinkovitega terapevtskega okolja na svojem delovnem mestu. Menimo, da bi bilo dobro v študijske programe za medicinske sestre vključiti vsebino poznavanja tehnik terapevtske komunikacije, za medicinske sestre zaposlene na področju psihiatrije pa na področju terapevtske komunikacije vpeljati intenzivnejša izobraževanja oziroma klinično specializacijo, ki bi z dodatnimi strokovnimi znanji in izkušnjami iz psihiatrije prispevala h kakovostnejši obravnavi pacientov. Raziskavo, ki smo jo izvedli, bi bilo treba razširiti, predvsem dopolniti anketo ter podrobneje raziskati zdravstveno nego na področju psihiatrije in pomen izobraževanja medicinskih sester na tem področju. Menimo, da bomo le na tak način v prihodnje tudi v Sloveniji imeli medicinske sestre, ki lahko pacientom nudijo učinkovito terapevtsko okolje in zdravstveno nego s psihosocialno in socioterapevtsko vlogo v zdravstveni obravnavi pacienta.

## 5 LITERATURA IN VIRI

Branch R, Willson R. Kognitivno-vedenjska terapija za telebane. Spoznajte osnove KVT. Ljubljana: Založba Pasadena; 2012: 7-13.

Bregar B. Obravnava samomorilno ogroženega pacienta. Obzor Zdr N. 2012;46(1):67-74.

Cenčič M. Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo; 2009: 49.

College of nurses of Ontario. Therapeutic Nurse-Client Relationship. Dostopno na: [http://www.cno.org/Global/docs/prac/41033\\_Therapeutic.pdf](http://www.cno.org/Global/docs/prac/41033_Therapeutic.pdf) (06.07.2014).

Čuk V. Predstavitev zdravstvene nege v psihiatrični bolnišnici Idrija. In: Čuk V, ed. Celostna in kontinuirana obravnava v psihiatriji: zbornik prispevkov, Psihiatrična bolnišnica Idrija, 26. oktober 2007. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija; 2007: 7-8.

Čuk V. Zdravstvena nega in duševno zdravje. Obzor Zdr N. 2010;44(3):145-6.

Devinder R, Upton D. Psychology for Nurses. New York: Routledge; 2013: 69-71.

Horvat R. Dnevni oddelek centra za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CZOPD). In: Možgan B, ed. Obravnava bolnika odvisnega od prepovedanih drog: zbornik prispevkov, 18. april 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2008: 143-50.

Kantchelov A. Motivational Interventions for Methadone-Treated Patients. The Principles and Practice of Methadone Treatment. Ospedaletto: Pacini Editore Medicina; 2008: 233-6.

Luther Szpak J, Kameg KM. Simulation Decreases Nursing Student Anxiety Prior to Communication With Mentally Ill Patients. AACN Clin Issues. 2013;9(1):13-9.

Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: helping people change. New York: The Guilford Press; 2013: 3-4.

Mivšek A. Izkušnje diplomirane medicinske sestre v psihoterapevtski skupini odpuščenih pacientov s psihozo. In: Bregar B, Mrak L, eds. Izzivi pri obravnavi psihoz: zbornik predavanj z recenzijo, Idrija, 13. november 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2012: 40-7.

Može M. Pridobivanje nacionalnih poklicnih kvalifikacij na področju zdravstvene nege. Obzor Zdr N. 2005;39(1):39-45.

Možina M. Za psihoterapijo kot samostojen poklic: kaj se dogaja po Evropi? Kairos. 2010;3(4):63-104.

Nedog K. Psihodinamsko zasnovana zdravstvena nega psihotičnih bolnikov na oddelku psihiatrične bolnišnice. Obzor Zdr N. 2004;38(2):129-33.

Peplau, HE. Phase of nurse-patient relationship. Interpersonal relations in nursing. New York: G.P. Putnam's Sons; 1952: 17-42.

Pinninti NR, Hollow MI, Sanghadia M, Thompson K. Training Nurses in Cognitive Behavioral Therapy: Enhancing Community Care of Patients With Serious Mental Illness. Adv Pract Nurs Ejournal. 2006;6(3). Dostopno na: [http://www.medscape.com/viewarticle/544349\\_print](http://www.medscape.com/viewarticle/544349_print) (21.07.2014).

Pišljar M. Celostna in kontinuirana obravnava v psihiatriji. In: Čuk V, ed. Celostna in kontinuirana obravnava v psihiatriji: zbornik prispevkov, Psihiatrična bolnišnica Idrija, 26. oktober 2007. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija; 2007: 6.

Pravilnik o preverjanju in ocenjevanju znanja na prvi stopnji študijskega programa Zdravstvena nega na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice. Dostopno na: [http://www.vszn-je.si/uploads/file/Pravilnik%20o%20preverjanju%20in%20ocenjevanju%20znanja%20na%20prvi%20stopnji\\_dopolnitve\\_Zurc\\_15042013.pdf](http://www.vszn-je.si/uploads/file/Pravilnik%20o%20preverjanju%20in%20ocenjevanju%20znanja%20na%20prvi%20stopnji_dopolnitve_Zurc_15042013.pdf) (1. 7. 2014)

Psychiatric Nursing. Therapeutic Communication in Psychiatric Nursing. Dostopno na: [http://nursingplanet.com/pn/therapeutic\\_communication.html](http://nursingplanet.com/pn/therapeutic_communication.html) (12. 5. 2014).

Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *Am Psychol.* 1992;47(9):1102.

Qin P, Nordentoft M. Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(4):427-43.

Ramšak Pajk J. Hildegard E. Peplau in Model medosebnih odnosov. *Obzor Zdr N.* 2000;34:27-31

Roth A, Fonagy P. What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research. London: The Guilford Press; 2006: 7-11, 464-8.

Salters-Pedneault K. What is empathy? A definition of empathy; 2014. Dostopno na: <http://bpd.about.com/od/glossary/g/empathy.htm> (13. 6. 2014).

Smrdu M. Vedenjsko-kognitivna terapija in njene tehnike. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2009: 347-53.

Stamos V, Lunaček M. Pomembnost empatije. *Zdrav Var.* 2012;51(4):299-301.

Švab V, Jerič A. Skupnostna skrb za osebe s psihozo. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju.* Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2009: 458-63.

The European Association for Psychotherapy. Strasbourg declaration on psychotherapy; 1990. Dostopno na: <http://www.europsyche.org/download/cms/100510/EAPLogo-Strassburg-Dekl-e.pdf> (1. 10. 2013).

Thornton SP. *Internet Encyclopedia of Philosophy.* Ireland: University of Limerick; b. l. Dostopno na: <http://www.iep.utm.edu/freud/> (30. 4. 2014).

Townsend MC. *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice.* B. k.: F.A. Davis Company; 2012: 135-59.

Ule M. Pomen empatije in dobre komunikacije z zdravstvenim osebjem za zdravje bolnika. In: Skela Savič B, Hvalič Tauzery S, Kavčič BM, eds. *Kako izboljšati odnos zdravstvenih delavcev v kliničnem okolju in študentov zdravstvene nege do gerontologije ter dvigniti strokovni ugled dela s starejšimi: zbornik prispevkov z recenzijo, Jesenice, 9.–10. september 2010.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2010: 21-2.

Varcarolis EM. *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing.* St Louis: Elsevier Health Sciences; 2014: 28–35,141-2.

Vatne S, Hoem E. Acknowledging communication: a milieu-therapeutic approach in mental health care. *J Adv Nurs.* 2008;61(6):690-8.

Videbeck SL. *Therapeutic Communication.* In: Darcy P, Burland K, Kinsella M, eds. *Psychiatric-Mental Health Nursing.* New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2008: 80-119.



Videbeck SL. Psychiatric-Mental Health Nursing. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2011: 50-1.

Ward M. Psychiatric Mental Health Nursing and Psychotherapy. Horatio Position Document; 2012: 7. Dostopno na: [http://www.horatio-web.eu/downloads/Psychotherapy\\_position\\_paper.pdf](http://www.horatio-web.eu/downloads/Psychotherapy_position_paper.pdf) (8. 12. 2013).

Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list Republike Slovenije št. 15/2008.

## 6 PRILOGE

### 6.1 INSTRUMENT

#### **Anketa, namenjena medicinskim sestram/zdravstvenim tehnikom, zaposlenim na psihiatriji**

Sem Miha Šubic, absolvent na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice. Opravljam raziskavo za diplomsko delo z naslovom »Uporaba enostavnih psihoterapevtskih tehnik v psihiatrični zdravstveni negi« pod mentorstvom mag. Branka Bregarja.

Anketa, ki je pred vami, obravnava vprašanja s področja terapevtske in neterapevtske komunikacije ter drugih psihoterapevtskih tehnik, ki jih medicinske sestre in zdravstveni tehniki pri svojem delu uporabljajo pri nas ter drugod po svetu. Anketa je anonimna in bo uporabljena izključno v raziskovalne namene. Za sodelovanje v anketi se vam že vnaprej lepo zahvaljujem.

Pod izrazom medicinska sestra so v anketi mišljeni zdravstveni tehnik, višja medicinska sestra in diplomirana medicinska sestra.

1. Starost v letih: \_\_\_\_\_

2. Spol:    M    Ž

3. Vaša izobrazba:

- a) osnovnošolska
- b) srednješolska
- c) višješolska/visokošolska
- d) univerzitetna
- e) magisterij/doktorat

4. Ali ste se usposabljali na področju socioterapevtskega dela:    DA    NE

5. Obkrožite ali dopišite svoje področje dela:

- a) intenzivni psihiatrični oddelek
- b) oddelek za zdravljenje odvisnikov od alkohola
- c) oddelek za psihoterapijo
- d) dnevna bolnišnica
- e) geriatrični oddelek
- f) drugo: \_\_\_\_\_

### **Tehnike terapevtske komunikacije**

Spodaj so navedene tehnike terapevtske komunikacije, pod njimi pa trditve. Obkrožite pravilno trditev, možnih je tudi več odgovorov.

1. Uporaba tišine:

- a. Medicinska sestra pogovor prekine, vzdržuje očesni stik in izraža zanimanje.
- b. Medicinska sestra se s pacientom pogovarja, pogovora ne prekine ter vzdržuje očesni stik in izraža zanimanje.
- c. Neprekinjeno nadaljevanje besedne komunikacije omogoči pacientu organizacijo svojih misli in občutij za lažje nadaljevanje pogovora.
- d. Neprekinjena besedna komunikacija s strani medicinske sestre pogosto spodbuja pacienta k besednemu komuniciranju.

2. Fokusiranje:

- a. Medicinska sestra napeljuje pacienta k določeni temi pogovora.
- b. Je tehnika, ki lahko medicinski sestri koristi, ko pacient pogosto menja temo pogovora.
- c. Primer za tehniko fokusiranja je lahko s strani medicinske sestre: »Zakaj tako mislite?«
- d. Primer za tehniko fokusiranja je lahko s strani medicinske sestre: »Nočem se pogovarjati o tem, temveč o ...«

3. Terapevtska uporaba selfa:

- a. Sposobnost medicinske sestre za uporabo lastne osebnosti zavestno, v poskusu vzpostavitve povezanosti s pacientom, in lažjo strukturacijo negovalnih intervencij.
- b. Sposobnost pacienta za uporabo lastne osebnosti pri vzpostavitvi terapevtskega odnosa z medicinsko sestro.
- c. Primer za terapevtsko uporabo selfa je lahko: »Nekaj časa bom sedel tu z vami.«
- d. Primer za terapevtsko uporabo selfa je lahko: »To je dobro, zelo sem vesel za vas.«

4. Formulacija akcijskega načrta:

- a. Pacientu načrtovanje, kako naj odreagira v agitiranem stanju, ne koristi ali pa le preloži izbruh jeze.
- b. Je lahko v pomoč pacientu, če v prihodnje načrtuje, kakšen bo njegov odziv, na primer v izbruhu jeze, da bo znal na tako ali podobno psihično stanje lažje odreagirati.
- c. Primer za formulacijo akcijskega načrta je lahko: »Menim, da bi morali prenehati z vašim vedenjem.«
- d. Primer za formulacijo akcijskega načrta je lahko: »Ko se vam naslednjič zgodi kaj podobnega, na kakšen način bi še lahko odreagirali?«

5. Tehnika ponovitve:

- a. Medicinska sestra ponovi, kar je pacient povedal, s približno istimi besedami, ki jih je uporabil.
- b. To dejanje navadno povzroči, da pacient ne nadaljuje pogovora.
- c. Ta tehnika je uporabna tudi takrat, ko ne razumemo, kaj nam je pacient povedal.
- d. Primer za tehniko ponovitve je lahko: »Povejte mi kaj več o tem problemu, saj veste, da je dobro, če to izvem.«

6. Predstavitev realnosti:

- a. Realnost navedemo tako, da prepričujemo pacienta o njegovem zmotnem mišljenju.
- b. Ko je očitno, da si pacient napačno predstavlja realnost, mu jo medicinska sestra lahko predstavi.
- c. Primer za predstavitev realnosti je lahko: »Očitno se motite, to sem jaz, medicinska sestra.«
- d. Primer za predstavitev realnosti je lahko: »Vaše mame ni v tej sobi, jaz sem medicinska sestra.«
- e. Primer za predstavitev realnosti je lahko: »Ali veste, v kateri bolnišnici ste?«

**Neterapevtske komunikacijske tehnike**

Obkrožite številko pred neterapevtsko komunikacijsko tehniko:

1. Dajanje zagotovil
2. Osredotočanje
3. Zavrnitve (zavrnitev pacientovih idej)
4. Zahtevanje pojasnil z vprašanjem »zakaj«
5. Postavljanje stereotipiziranih sporočil
6. Tehnika ponovitve
7. Preizkušanje
8. Nestrinjanje
9. Fokusiranje
10. Neodobravanje
11. Tolmačenje

**Za spodnje primere na levi strani tabele obkrožite, katera psihoterapevtska komunikacijska tehnika za njih velja.**

»Sledim temu, kar ste dejali.«	A	Tehnika sprejemanja
	B	Predstavitev realnosti
	C	Terapevtska uporaba selfa
»Ste imeli podobno izkušnjo?«	A	Fokusiranje
	B	Spodbujanje primerjave

	C	Dajanje informacij
»Mi lahko o tem poveste še kaj več?«	A	Tehnika raziskovanja
	B	Terapevtska uporaba selfa
	C	Izražanje dvoma
»Ali med vsemi naštetimi primeri lahko poveste, kateri je najbolj problematičen?«	A	Postavljanje smernic
	B	Priznavanje pacienta
	C	Fokusiranje
»Ostal bom tu z vami.«	A	Zmanjševanje razdalje
	B	Terapevtska uporaba selfa
	C	Priznavanje pacienta
»Zadnje uro sva govorila o ...«	A	Osredotočanje
	B	Povzemanje
	A	Formuliranje akcijskega načrta

Medicinske sestre pri delu s pacienti vedno bolj vključujejo različne psihoterapevtske tehnike (»terapevtska komunikacija«, »skupinska terapija«, tehnike kognitivno-vedenjske terapije, Milieu terapija ipd.). Spodaj obkrožite ali pripišite, katero psihoterapevtsko tehniko uporabljate pri svojem delu s pacienti.

**Pri delu vključujem naslednje psihoterapevtske tehnike:**

- a. tehnike terapevtske komunikacije
- b. skupinska terapija
- c. tehnike kognitivno-vedenjske terapije (beleženje, načrtovanje misli, sistematična desenzibilizacija, identifikacija avtomatskih misli, identifikacija problema itd.)
- d. Milieu terapija
- e. medosebna psihoterapija
- f. psihodinamična psihoterapija
- g. likovna terapija
- h. drugo: \_\_\_\_\_

**S križcem označite stopnjo strinjanja z naslednjimi trditvami.**

Trditev	Se v celoti ne strinjam	Se ne strinjam	Delno se strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
O psihoterapevtskih tehnikah imam dovolj znanja.					
Za delo s pacienti sem na področju psihoterapije dovolj usposobljen.					
Počutim se kompetentnega, ko s pacientom terapevtsko komuniciram.					
Vem, kdaj pri pogovoru s pacientom vključujem tehnike terapevtske komunikacije.					
Z izobraževanjem in					

usposabljanjem za delo v psihiatrični zdravstveni negi sem zadovoljen.					
Za delo v psihiatrični zdravstveni negi bi potrebovali študijski program, ki bi z dodatnimi strokovnimi znanji in izkušnjami iz psihiatrije prispeval h kakovostnejši obravnavi pacientov.					
Na področju izobraževanja za delo v psihiatrični zdravstveni negi ne želim dodatnih strokovnih programov.					

Hvala za sodelovanje!