



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo

visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje

ZDRAVSTVENA NEGA

**RAZVOJ EMPATIJE DO OSEB Z DUŠEVNO
MOTNJO PRI ŠTUDENTIH ZDRAVSTVENE
NEGE**

**NURSING STUDENTS AND THE
DEVELOPMENT OF EMPATHY TOWARDS
PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS**

Mentorica: dr. Vesna Čuk, viš. pred.

Kandidat: Semir Lemeš

Jesenice, april 2017

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici dr. Vesni Čuk, viš. pred., za hitro odzivnost in za vso pomoč ter nasvete pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi recenzentoma mag. Branko Bregarju, viš. pred., ter doc. dr. Simoni Hvalič Touzery za strokovno pomoč ter pravilne usmeritve pri nastajanju mojega diplomskega dela.

Hvala lektorju za hitro in natančno lektoriranje dela.

Svoje diplomsko delo pa posvečam moji mami, ter puncu Danijeli, ki mi je polepšala najina študijska leta in mi vedno stala ob strani.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Empatija je pomembna profesionalna kompetenca v zdravstveni negi, ki pomembno vpliva na počutje pacienta pri zdravljenju in zdravstveni negi. Posebej pomembna je uporaba empatije pri pacientih z duševno motnjo. V kliničnem okolju je pogosto opaziti, da empatija v zdravstveni negi ni dovolj razvita.

Cilj: Cilj diplomskega dela je bil ugotoviti odnos študentov zdravstvene nege do oseb z duševnimi motnjami in dojemanje empatije kot pomembne sestavine učinkovite komunikacije v kliničnem okolju.

Metoda: Uporabljena je bila neeksperimentalna kvantitativna raziskovalna metoda. Podatki so bili pridobljeni s pomočjo strukturiranega spletnega vprašalnika. Vprašalnik je bil razdeljen 140 študentom drugega in tretjega letnika Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Vrnjenih je bilo 107 vprašalnikov, realizacija namenskega vzorca je bila 76,5 %. Podatke smo obdelali in predstavili s statističnim programom SPSS 22.0. Rezultati so prikazani s frekvencami, odstotki, povprečnimi vrednostmi in standardnimi odkloni ter drugimi statističnimi metodami: t – test ($p < 0,05$) hi kvadrat test ($p < 0,05$) in Pearsonov koeficient ($p < 0,05$)

Rezultati: Anketirani študenti se v povprečju strinjajo ($PV = 4,37$; $SO = 0,747$), da uporabljajo empatijo kot pomemben element komuniciranja. V povprečju ($PV = 2,91$, $SO = 1,201$) se manj strinjajo s trditvijo, da imajo v kliničnem okolju do pacientov z duševno motnjo drugačen odnos. Ugotovili smo statistično pomembne razlike glede na letnik študija pri posameznih trditvah. Anketirani študentje drugega letnika imajo manj razvit občutek za empatijo kot anketirani študentje tretjega letnika, ki empatijo dojemajo kot sočustvovanje s pacientom in v večji meri pokažejo zanimanje za počutje pacientov ($t = 8,290$ in $p = 0,005$). Tudi glede na vrsto študija prihaja do statistično pomembnih razlik. Anketirani študentje izrednega študija se dobro počutijo, če se pacient dobro počuti, medtem ko anketiranim rednim študentom to ne predstavlja velikega pomena ($t = 5,705$ in $p = 0,019$).

Razprava: Ugotovili smo, da je najpomembnejši element za razvoj empatije pri študentih zdravstvene nege izkušnja v kliničnem okolju ter komunikacija in odnos, ki ga vzpostavijo pri pacientih z duševno motnjo. Razvoj empatije temelji na medosebnem

odnosu, kjer osebje v zdravstveni negi pacienta z duševno motnjo posluša in mu z veliko mero empatije posreduje skrb, pomoč in podporo.

Ključne besede: Komuniciranje, medosebni odnos, klinično okolje, delovne izkušnje, toleranca.

SUMMARY

Theoretical background: Empathy is an important professional competence in nursing which has remarkable impact on the wellbeing of the patient in the treatment and nursing. Especially important is the empathy for patients with mental disorders. Empathy in a clinical environment is often not sufficiently developed.

Objective: The aim of the thesis was to determine the attitude of nursing students towards people with mental disorders and perception of empathy as an important component of effective communication in the clinical environment.

Method: We used nonexperimental quantitative research method. The data were obtained through a structured online questionnaire. The questionnaire was distributed to 140 students in the second and third grade of the Faculty of Health Angele Boškin. It returned a total of 107 questionnaires, realization of a dedicated sample was 76.5%. The data was processed and presented with the statistical program SPSS 22.0. Results are shown by frequencies, percentages, mean values and standard deviations and other statistical methods: t - test. ($p < 0,05$), Hi square test ($p < 0,05$) and the Pearson coefficient ($p < 0,05$)

Results: On average students agree ($PV = 4.37$, $SO = 0,747$) to use the empathy as an important element of communication. On average ($PV = 2.91$, $SO = 1,201$), less students agree with the statement that in a clinical setting, they have a different attitude towards patients with mental disorder. We found statistically significant differences according to year of study in the individual arguments. Students in the second grade have less developed sense of empathy as students in third grade ($t = 8,290$ in $p = 0,005$). There were no statistically significant differences depending on the type of study. Students of part-time study feel well, if the patient feels well, while full-time students this does not represent a big concern ($t = 5,705$ in $p = 0,019$).

Discussion: We have found that the most important element for the development of empathy in students of nursing care are experiences in a clinical setting, and communication and relationship which they establish with patients with mental disorders. Developing of empathy is based on interpersonal relationships where nursing staff listens a patient with a mental disorder and shows him great empathy with care, help and support.

Keywords: Communication, interpersonal relations, clinical environment, work experience, tolerance.

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	2
	2.1 DUŠEVNE MOTNJE.....	2
	2.1.1 Opredelitev duševnih motenj	3
	2.1.2 Stigmatizacija in stereotipi o duševnih motnjah	4
	2.1.3 Zdravstvena nega na področju psihiatrije in duševnega zdravja	6
	2.2 EMPATIJA.....	8
	2.2.1 Opredelitev in dimenzije empatije	8
	2.2.2 Stopnje empatije	9
	2.2.3 Ovire za razvoj empatije	9
	2.3 POVEZANOST EMPATIJE IN KOMUNIKACIJE V ZDRAVSTVENI NEGI	10
	2.3.1 Empatično komuniciranje	12
	2.3.2 Podporno komuniciranje.....	13
	2.3.3 Uporaba komunikacije in razvoj empatije v kliničnem okolju.....	14
3	EMPIRIČNI DEL	16
	3.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA.....	16
	3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	16
	3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	17
	3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	17
	3.3.2 Opis merskega instrumenta.....	17
	3.3.3 Opis vzorca	18
	3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov.....	20
	3.4 REZULTATI	21
	3.5 RAZPRAVA.....	32

4	ZAKLJUČEK	38
5	LITERATURA	39
6	PRILOGE	
	6.1 INSTRUMENT	

KAZALO SLIK

Slika 1: Starost anketirancev	20
-------------------------------------	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Struktura stigme pri osebah z duševno motnjo.....	5
Tabela 2: Demografski podatki anketirancev	19
Tabela 3: Stališča anketirancev o odnosu do oseb z duševnimi motnjami.....	21
Tabela 4: Stališča anketirancev do oseb z duševnimi motnjami v kliničnem okolju	22
Tabela 5: Empatija in komuniciranje s pacienti	24
Tabela 6: Povezanost med spremenljivko empatija in spremenljivko komunikacija.....	25
Tabela 7: Dojemanje empatije v povezavi s komuniciranjem s pacienti	26
Tabela 8: Razlike v razumevanju empatije glede na spol anketirancev	27
Tabela 9: Razlike v razumevanju empatije glede na vrsto študija anketirancev	28
Tabela 10: Razlike v razumevanju empatije glede na letnik študija anketirancev	29
Tabela 11: Povezanost med trditvami glede na demografske podatke: spol, starost vrsta in letnik študija	30

1 UVOD

Empatija je terapevtski odgovor, ki pokaže sposobnost osebe, ki skrbi za druge, da razume, kakšne težave imajo in kaj doživljajo pacienti, brez tega, da bi to tudi sami doživeli (Callaghan & Waldock, 2006). Empatija je za veliko poklicev, ki se ukvarjajo bolj ali manj neposredno z ljudmi, nujno potrebna psihološka kakovost, brez katere je nemogoče razumeti težave posameznikov in skupin, v katerih ti delujejo. Ni si mogoče predstavljati dobrega izobraževalnega programa, v katerem bi bila empatija zanemarjena ali celo opuščena (Stamos & Lunaček, 2012).

Zdravstvena nega je skrbstvena disciplina, zato je empatija ključna in temeljna veščina za delo z ljudmi v stiski. Pogosto osebe, za katere skrbimo, ne morejo ali pa le stežka spregovorijo o svojih težavah, lahko jih celo prikrivajo. Pri komuniciranju si pomagamo z opazovanjem njihove govornice telesa. Sposobnost empatije vključimo, da bi v danih okoliščinah prebrali in razumeli, kako se osebe počutijo, kaj doživljajo in kakšne stiske jih tarejo. Profesionalni odnos medicinskega osebja do pacientov je vedno strokoven in nepristranski (Fenger, 2007).

Osnovno razumevanje pacientov z duševno motnjo je nujno, da jih lahko medicinske sestre in zdravstveni tehniki obravnavajo. V zdravstveni negi pacientov, ki imajo duševne motnje, bi morali biti zaposleni posamezniki, ki imajo visok nivo tolerance do duševnih bolnikov in jih razumejo. Nehote pa so lahko zdravstveni tehniki in medicinske sestre diskriminatorni in svoje delo lahko pogosto jemljejo kot nekoristno ali celo depresivno, zaradi stika in dela s pacienti, ki so lahko v določenem trenutku tudi nevarni (Hatler, 2008).

Pri pacientih z duševno motnjo je empatično komuniciranje ključnega pomena za ustrezen terapevtski odnos. Dobri medsebojni odnosi med medicinsko sestro in pacienti z duševnimi motnjami naj temeljijo na podpiranju ciljnega pacientovega vedenja in sposobnosti prilagajanja v korist pacientu. Za kakovostno oskrbo pacientov z duševno motnjo je potrebno timsko delo, kjer so vsi člani tima enakovredni, samostojni in stremijo k skupnemu cilju pacienta (Čuček Trifkovič & Pišlar, 2011).

2 TEORETIČNI DEL

»Ni zdravja brez duševnega zdravja« je moto svetovne zdravstvene organizacije in ga je izrekel tudi Ban Ki-moon, sekretar Združenih narodov ob Svetovnemu dnevu duševnega zdravja leta 2008. Duševne bolezni spadajo med najstarejše znane bolezni, saj Kores Plesničar (2011) navaja, da izvirajo prvi dokumenti opisa depresije iz leta 1900 pr. n. št., prav tako najdemo opise določenih duševnih motenj tudi v Bibliji. Kot prvi so duševne motnje klasificirali stari Grki in Rimljani, ki so opredelili štiri duševne motnje, in sicer delirij, manijo, melanholijo in histerijo. Kljub prepoznavnosti kategorij se tedanji zdravniki niso uspeli poenotiti glede njihovega izvora. Hipokrat je menil, da izvirajo v možganih, Galen pa je s svojimi somišljeniki menil, da vzrok tiči v neravnovesju telesnih tekočin. V nečem pa so se strinjali vsi, da so duševne bolezni po svoji naravi telesnega izvora (Kores Plesničar, 2011).

2.1 DUŠEVNE MOTNJE

Duševna motnja je začasna ali trajna motnja v delovanju možganov, ki se kaže kot spremenjeno mišljenje, čustvovanje, zaznavanje, vedenje ter dojemanje sebe in okolja (Zakon o duševnem zdravju, 2008). Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization (WHO), 2016) duševno zdravje definira kot »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela in prispeva v svojo skupnost«. Duševno zdravje je širok koncept, ki vključuje tako pozitivno duševno zdravje (»positive mental health«), npr. dober odnos do sebe in drugih, uspešno soočanje z izzivi, pozitivno samopodobo, občutek moči in sposobnost soočanja s težavami, kot negativno duševno zdravje (»ill mental health«) oz. duševne motnje.

Callaghan in Waldock (2006) navajata, da je empatija terapevtski odgovor, ki pokaže sposobnost osebe, ki skrbi za druge, da razume, kakšne težave imajo in kaj doživljajo pacienti, brez tega, da bi to tudi sami doživeli. Pri pacientih z duševno motnjo je empatično komuniciranje ključnega pomena za ustrezen terapevtski odnos. Dobri medsebojni odnosi med pacienti z duševnimi motnjami in medicinsko sestro naj

temeljijo na podpiranju ciljnega pacientovega vedenja in sposobnosti prilagajanja v korist pacientu. Timsko delo, kjer so vsi člani tima enakopravni, samostojni in želijo doseči skupni cilj, so potrebni za kakovostno oskrbo pacientov z duševno motnjo. (Čuček Trifkovič & Pišlar, 2011).

2.1.1 Opredelitev duševnih motenj

Klasifikacija duševnih motenj je ključni vidik psihiatrije in drugih poklicev, ki se ukvarjajo z duševnim zdravjem. Med najbolj znani in uporabljeni klasifikaciji duševnih bolezni spadata Mednarodna klasifikacija bolezni – 10. revizija (MKB-10), katero je sprejela svetovna zdravstvena organizacija (WHO), in Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (DSM-IV), ki ga izdaja Ameriško psihiatrično združenje (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2016).

V MKB-10 so duševne in vedenjske motnje, razvrščene v naslednje sklope (NIJZ, 2016, pp. 234-240):

- »F00 – F09: Organske, vključno simptomatske duševne motnje,
- F10 – F19: Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi,
- F20 – F29: Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje,
- F30 – F39: Razpoloženske (afektivne) motnje,
- F40 – F49: Nevrotske, stresne in somatoformne motnje,
- F50 – F59: Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki,
- F60 – F69: Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi,
- F70 – F79: Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija),
- F80 – F89: Motnje duševnega (psihološkega) razvoja,
- F90 – F98: Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci,
- F99: Neopredeljena duševna motnja.«

Klančar (2008) opisuje, da duševne motnje opredeljujejo širok pomen in pojem, ki se v strokovni praksi uporablja za diagnoze fizioloških motenj možganov, ki poškodujejo

posameznikovo sposobnost razmišljanja, občutenja in vzpostavljanja odnosov z okolico. Če se duševne bolezni ne zdravijo, se posameznikova sposobnost obvladovanja vsakodnevnih življenjskih položajev zmanjša. Klančar (2008) v raziskavah ocenjuje, da več kot 20 odstotkov ljudi boleha za eno od duševnih bolezni, kar pomeni, da se duševna bolezen pojavi v vsaki peti družini, zato duševne bolezni danes spadajo med ene izmed najpogostejših bolezni pri nas in po svetu.

Mrevlje (2009) opisuje sistem, ki se uporablja v klinični praksi za opredeljevanje duševnih motenj. Imenuje se DSM-IV in je sestavljen iz petih osi:

os I: klinične motnje in druga stanja, ki so lahko predmet klinične pozornosti,

os II: osebnostne motnje in duševna/umska zaostalost,

os III: splošno zdravstveno stanje (povezano z duševnimi motnjami),

os IV: psihosocialne težave in težave v okolju ter

os V: globalna ocena funkcioniranja (splošna socialna, psihološka in profesionalna funkcionalnost).

2.1.2 Stigmatizacija in stereotipi o duševnih motnjah

Beseda stigma sega že daleč nazaj v zgodovino, kjer so jo uporabljali stari Grki za ožigovanje in javno označevanje "hudodelcev in pobeglih sužnjev". Ta znamenja, ki so jih poimenovali "stigme," so bila vžgana ali vrezana v kožo in so služila kot jasno označevanje njihove drugačnosti od drugih (Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU, 2014). Stigma razmejuje vrzel med stigmatiziranimi osebami in drugimi osebami s pomočjo pripisovanja negativnih lastnosti stigmatiziranim osebami. Mnogotere bolezni so stigmatizirane, ne glede na njihov izvor, saj predstavljajo neujemanje s socialnim normami v družbi. Stigmatizacija kot družbeni pojav se kaže v podcenjevanju, nepopolnih diagnozah ter nezadostnem zdravljenju (Kuklec, 2010).

Stigmatizacija se kaže prek najhujših posledic, kot so stereotipi oziroma predsodki, diskriminacija ter jasno izražen strah do oseb z duševno motnjo (Švab, 2009). Glavni in poglaviti vzrok za stigmatizacijo ljudi z duševno motnjo se skriva v nevednosti, neznanju in nepoučenosti o duševnih boleznih. Predsodki pri osebami z duševno motnjo

so neutemeljena, nepravilna stališča in se kažejo na več načinov (izogibanje, obrekovanje, zaničevanje) ter se kažejo in nanašajo na njihove lastnosti (o njihovi nezanesljivosti, zunanji prepoznavnosti, nasilnosti, nesposobnosti za delo, nesposobnosti za sodelovanje pri zdravljenju), hkrati pa močno vplivajo na zdravljenje in razvoj bolezni (Ping, et al., 2008).

Weiner in Auster (2010) navajata, da osebe z duševnimi motnjami lahko niso zmožne sprejemati lastnih odločitev, zato so zelo ranljiva skupina. Duševne motnje vplivajo na njihovo sposobnost, mišljenja, zaznavanja ter obnašanja. Corrigan in Wassel (2008) opisujeta strukturo stigme pri osebah z duševno motnjo in njihova znamenja, stereotipe in kje so najpogosteje diskriminirani (tabela 1).

Tabela 1: Struktura stigme pri osebah z duševno motnjo

ZNAMENJA	STEREOTIPI	DISKRIMANCIJA
Označbe	Avtoritatizem	Zaposlitev
Omejenost	Socialne omejitve	Bivališče
Videz	Nevarnost	Pripadnost
Simptomi	Benevolenca	

Vir: Corrigan in Wassel (2008)

Kobentar in Avguštin (2008) sta v svoji raziskavi prišli do spoznanja, da so najbolj stigmatizirani pacienti tisti, za katere mediji oz. javnost meni, da so sami odgovorni za svoje stanje oziroma duševno bolezen. Analiza je pokazala, da so pri pacientih z duševnimi motnjami to najpogosteje osebe s shizofrenijo ter osebe odvisne od alkohola. Odnos družbe do pacientov s hudimi duševnimi motnjami se spreminja izredno počasi, saj se na vsakem koraku srečujemo s predsodki za njihovo vključitev v normalno življenje. V večini primerov okolje pacienta z duševno motnjo potiska na rob družbe zaradi obiskovanja psihiatrične bolnišnice, vendar ne zaradi bolezni same, ampak njene stigmatizacije. Zaradi neozaveščenosti med ljudmi in tudi strokovnjaki prihaja do predsodkov in mitov o ljudeh z duševnimi motnjami. Problematika se kaže v majhnih resursih, namenjenih zdravljenju ter rehabilitaciji, kar omogoča razcvet alternativnih pristopov, ki se velikokrat izkažejo za napačne in škodljive (Nunčič, 2011).

2.1.3 Zdravstvena nega na področju psihiatrije in duševnega zdravja

Zdravstvena nega na področju psihiatrije in duševnega zdravja se od drugih vej zdravstvene nege loči predvsem po svoji specifičnosti in delovanju, ki je usmerjeno v (naj)bolj ranljivo in občutljivo populacijo pacientov (Gnezda, 2009). Kržišnik in Čuk (2010) navajata, da zdravstvena nega na področju psihiatrije ter njene dejavnosti zagotavljajo kontinuirano obravnavo pacientov, in da je za to zaslužno prav osebje, ki je zaposleno v zdravstveni negi, saj preživi največ časa s pacientom. Hkrati pa avtorja poudarjata, da pomoč pacientu z duševno motnjo zahteva prisotnost pri temeljnih življenjskih aktivnostih, opazovanju in njihovi varnosti ter lahko to posledično vodi v stres in izgorelost na delovnem mestu.

Psihična obremenjenost zdravstvenega osebja je visoka, saj zdravstvene nege ne moremo omejiti le na obravnavo simptomov, ampak mora biti celovita in kontinuirana ter usmerjena v terapevtsko komunikacijo. Vsak posameznik ima specifične težave ter svojstven vedenjski vzorec, ki je lahko večplasten. Program zdravstvene nege za posameznika z duševno motnjo je potrebno prilagoditi njegovim potrebam, ga vključiti v proces zdravljenja, prav tako pa je potrebno vključiti tudi svojce in pomembne druge osebe (Kržišnik & Čuk, 2010).

Zdravstvena nega in zdravljenje pacientov z duševnimi motnjami sta bili vedno odvisni od odnosa okolja do njih samih, stopnja razvoja znanosti v danem trenutku, družbeni odnosi ter politična ideologija. Zaradi tega je imela psihiatrija v medicini vedno posebno mesto. Pacient lahko z duševno motnjo s svojim vedenjem in posebnim doživljanjem v človeku, ki ni seznanjen s posebnostmi bolezni, vzbudi strah in odpor namesto sočutja (Weiner & Auster, 2007).

Kogovšek in Škerbinek (2002) navajata, da je odnos med medicinsko sestro in pacientom temeljna značilnost psihiatrične zdravstvene nege. Odnos medicinske sestre mora biti usmerjen k pospeševanju ciljnega vedenja in mora temeljiti na podpori pacienta, ki bo vplival na pacientovo osebno rast ter prilagajanju položaju, v katerem se nahaja. Čuček Trifkovič in Pišlar (2011) navajata vrste specifičnih nalog medicinskih

sester v zdravstveni negi na področju psihiatrije in duševnega zdravja, kot so (Čuček Trifkovič & Pišlar, 2011, pp. 78–79):

- pacienta in njegove svojce učimo ustrezne komunikacije, ustreznih medsebojnih odnosov ter pravih interakcij;
- ob notranjih bojaznih, konfliktnih in stiskah pacientu svetuje in mu daje informacije;
- pacienta uči socialnih, telesnih in družbenih dejavnosti, ga spodbuja in vodi njegovo vsakodnevno življenje na oddelku;
- pacienta spodbuja pri zadovoljevanju telesnih potreb, pri izvajanju medicinsko-tehničnih posegov in mu pomaga;
- spodbuja pacienta k izražanju čustev, ga spodbuja in zagotavlja pacientovo varnost;
- skrbi za terapevtsko vzdušje na bolniških oddelkih in povsod, kjer se zdravijo pacienti z duševnimi motnjami;
- deluje zdravstveno vzgojno v odnosu s pacientom, njegovimi svojci in tudi v širši skupnosti;
- vodi oskrbo in zdravstveno nego na psihiatričnih oddelkih in v drugih zdravstvenih ustanovah;
- medicinska sestra je samostojna izvajalka in sodelavka pri različnih oblikah skupinskega dela s pacienti ali individualnega dela, je pacientov svetovalec, sogovornik in njegov nadomestni bližnji, če je to potrebno.

Zdravstveno osebje ima običajno največ interakcij s pacienti, zato je pomemben njihov odnos do njih ter oblikovanje razpoloženja v enoti, kjer delujejo – to velja tudi za delo v psihiatričnih bolnišnicah. Za opravljanje dela medicinskega osebja ni dovolj le poznavanje duševnih stanj, ampak tudi načini za blaženje pacientovih duševnih problemov ter lažanje prilagajanja na oddelek ter osebno rast. Poleg tega pa je potrebno pridobiti njihovo zaupanje, imeti strokovno znanje in empatijo. Tako se bo njihovo delo dopolnjevalo z delom zdravnikov in ostalih strokovnih delavcev, kar je ključno za uspešno zdravljenje (Križan, 2009).

2.2 EMPATIJA

Empatija je terapevtski odgovor, ki pokaže sposobnost osebe, ki skrbi za druge, da razume, kakšne težave imajo in kaj doživljajo pacienti, brez tega, da bi to tudi sami doživeli (Callaghan & Waldock, 2006). Če želimo vstopiti v empatični odnos in ga želimo ohraniti, moram biti sposoben prepoznati psihična stanja drugih in razumeti, saj empatija temelji na sposobnosti spoznavanja nam podobnih ljudi, ne ozirajoč se na razlike, ki obstajajo. Empatija ne predstavlja identifikacije z drugo osebo ali združitve, ampak ohranja razliko med posamezniki. Empatija nam je omogočena, saj ljudje izhajamo iz podobnega izkustvenega in umnega stanja ter vsi doživljamo jezo, strah, žalost, veselje, ljubezen, razočaranje, ljubosumje, torej življenjske priložnosti, ki so tako pozitivne kot negativne (Hribar Sorčan, 2008).

Fielding (2006) navaja, da je empatija ključni dejavnik za komunikacijo med duševnimi pacienti in medicinskim osebjem ter ima vpliv na kakovostnejše kot tudi hitrejše zdravljenje. V komunikaciji je pomemben del dobrega odnosa med pacienti in zdravstvenimi delavci prav empatija, njen plod pa so pozitivni rezultati v odnosu in okrevanju pacienta.

2.2.1 Opredelitev in dimenzije empatije

Pojem empatija je široko uporabljen izraz. Pogosto je napačno interpretirana, kar nazorno kaže njena dolga zgodovina. Pojem »Einführung«, kot ga navaja Simonič (2010), se je omenjal že med leti 1847–1933, ko je o njem prvič pisal nemški filozof Robert Vischer. Sama beseda torej sega daleč nazaj v zlato dobo nemške estetike in pojem vživljanje se je nanašal predvsem na razumevanje in interpretacijo umetniških del in izkušenj drugih oseb.

Empatija je multidimenzionalen pojem, ki se pogostokrat primerja s sočutjem. To sta v bistvu dva različna koncepta. Sočutje se nanaša predvsem na čustva in usmiljenje do neke osebe, medtem ko je pojem empatije kompleksnejši. Ule (2010) navaja, da empatija pomeni sposobnost vživljanja v druge in sposobnost, da razumemo probleme

drugih ter jih lahko tudi razumsko dojemamo. Dimenzije empatije so (Ule, 2010, pp. 52):

- »- kognitivna dimenzija: sposobnost menjave perspektiv – začasno opustimo svoje mnenje in prevzamemo drugega;
- čustvena dimenzija: sposobnost vživljanja v občutke in čustva nekoga drugega;
- etnična dimenzija: sposobnost in skrb za drugega – spodbuja nas, da prevzamemo odgovornost za dobro počutje drugega.«

2.2.2 Stopnje empatije

Schonert – Reichl (2011) navaja podatke, da je ameriški psiholog Martin Hoffman kot eden izmed prvih predstavil model razvoja empatije. V štiristopenjskem modelu opisuje razvoj empatije skozi otroštvo, kjer se otrok iz egocentričnega posameznika, ki ga skrbi samo zase, razvije v empatičnega posameznika, ki razvije tudi prosocialno vedenje.

Razvojne stopnje empatije potekajo istočasno s stopnjami kognitivnega razvoja in zajemajo štiri stopnje: globalno empatijo, egocentrično empatijo, »kvazi egocentrično empatijo« in pravo empatijo (Ioannidou & Kounstantikaki, 2008).

Cunico in drugi (2012) v svoji raziskavi ugotavljajo, da ključni vidiki pri razvoju empatičnih sposobnosti prihajajo z rastjo zavesti posameznika oziroma njegovih kognitivnih procesov, zlasti čustvenih. Obstajata dva načina razvoja samozavedanja: neposredno in posredno. V primeru posrednega pristopa gre za učenje in razmišljanje prek literature, raznih filmov ter pripovednih izkušenj posameznikov z boleznijo, ki jo študenti razvijejo v prvem letu svojega študija. Neposreden pristop pa vključuje, da študentje (v drugem in tretjem letu študija) delajo neposredno s pacienti in krepijo svoje komunikacijske sposobnosti in odnose ter s tem razvijajo empatijo.

2.2.3 Ovire za razvoj empatije

Stamos in Lunaček (2008) navajata, da je sposobnost empatije pri zdravstvenih delavcih močno odvisna od tega, s čim nekdo empatizira ter na kakšen način. Navajata (prav

tam), da empatija zahteva sposobnost, da se prilagodimo čustvenemu stanju drugega, a hkrati del sebe ohranimo na primerni razdalji. Ta kompleksna funkcija se razlikuje od posameznika do posameznika. Empatija ima v odnosu med zdravstvenim osebjem in pacientom ključno vlogo, a vendar ni vedno zaželena in lahko sproži pacientov odpor. Taka ovira v odnosu je pogosta, saj pacienti na svoj način razumejo empatijo (da je to le tisti položaj, ki smo ga tudi mi doživeli oz. izkusili in je enak njihovemu) in lahko s takim laičnim razumevanjem spodkopavajo samo bistvo empatije.

2.3 POVEZANOST EMPATIJE IN KOMUNIKACIJE V ZDRAVSTVENI NEGI

Skrb in narava odnosa, ki temelji na empatiji, podporni komunikaciji in razumevanju med medicinsko sestro in pacientom so ključni vidiki za usposobljeno ter strokovno medicinsko sestro v zdravstveni negi na psihiatričnem področju (Townsend, 2008). Uspešen odnos med medicinsko sestro in pacientom lahko vzpostavimo le v primeru poglobljenega procesa, saj lahko številni dejavniki (npr. slepota, nemost, duševne motnje) otežujejo komunikacijo. Ko se medicinska sestra znajde v takšnem položaju, mora biti večja uporaba položaju primernega odnosa. Pacienta mora razumeti, prav tako njegovo bolečino ter morebitne stiske – temu pravimo empatija (Križan, 2009). Prvi stik s pacientom najpogosteje vzpostavi medicinska sestra, zato mora biti dober sogovornik in poslušalec ter sposobna prepoznati tudi neverbalno komunikacijo. Ker pa se naše vedenje spremeni, če smo bolni, mora biti medicinska sestra sposobna prepoznati posebnosti v našem vedenju ter se na njih ustrezno odzvati; zato mora biti odnos med njo in pacientom enakovreden (Železnik, 2006).

Empatija je ena od osnovnih veščin, ki jo mora medicinska sestra razviti v procesu zdravstvene nege. Empatija je sposobnost in veščina, ki se jo je mogoče naučiti in razviti s primerno izobrazbo in prakso (Rouhani, 2008)

Zupančič (2014) opisuje stopnje empatije v petstopenjski lestvici in navaja, da bi te stopnje morale upoštevati medicinske sestre pri obravnavi pacientov z duševno motnjo.

- 1. sprejemanje** – prva stopnja empatije in hkrati najbolj ključna je, da medicinska sestra prepozna in sprejme pacienta. To vključuje verbalno (ime pacienta) in neverbalno komunikacijo (geste, obrazna mimika, očesni stik). Ta faza vpliva na medsebojni odnos med pacientom in medicinsko sestro ter ga spodbuja k naslednji stopnji.
- 2. poslušanje** – v stopnji poslušanja medicinska sestra pacienta spodbuja h govorjenju ter mu s primerno držo, nasmehom ter kimanjem spodbuja in potrdi sprejemanje informacij.
- 3. razjasnjevanje** – medicinska sestra v stopnji razjasnjevanja pacienta sprašuje z vprašanji odprtega tipa. Pacientovo zaskrbljenost doživi skozi informacije, ki jih pridobi ter ji koristi za boljše razumevanje pacientovega doživljanja.
- 4. informiranje** – ključnega pomena za zdravljenje pacienta je njegova seznanjenost z boleznijo ter sodelovanje v procesu zdravljenja. Pogovor med medicinsko sestro in pacientom mora potekati na nivoju, ki ga bo pacient razumel (ne sme vključevati strokovnih izrazov, ki jih pacient ne razume). Medicinska sestra mora od pacienta dobiti jasno potrditev, da je vse potrebno razumel.
- 5. analiza** – zadnja stopnja empatije je analiziranje že obstoječih podatkov, ki pa je možna le v timskem pogovoru med zdravstvenimi delavci in le tako je možno doseči visoko stopnjo empatije, ki jo je možno uporabiti v praksi. Kakovostna zdravstvena nega temelji na empatičnem odnosu multidisciplinarnega tima, ki pa ni možna brez prakse ter samoizobraževanja (Zupančič, 2014).

Le iskren in dober namen, razumevanje in želja po pomoči bodo pripomogli k temu, da se nam pacient zaupa in spregovori o svojih težavah (Hvalec & Kobal Štravs, 2010). Gasar (2005) navaja, da se na splošno ljudje razlikujemo v zmožnostih empatije ali svojih sposobnostih vživljanja v druge, vendar pa večino teh veščin lahko izboljšamo in se jih tudi naučimo.

Podobno so občutki empatije, simpatije ali antipatije odvisni od konkretne osebe, s katero imamo stike, in zdi se, da nanje ne moremo kaj dosti vplivati (Holnhaner et.al., 2012).

Zdravstveni delavci morajo paziti, da zaradi svojih občutkov ne bodo različno ravnali z različnimi pacienti, predvsem pa se morajo zavzemati, da so vsi pacienti deležni strokovne in ustrezne zdravstvene nege (Hoyat, 2007).

2.3.1 Empatično komuniciranje

Empatično komuniciranje konstituira enega od ključnih elementov terapevtskega odnosa, tj. zaupanje. Pajnkihar in Lahe (2006) opisujeta, da medicinske sestre, ki zaradi zdravstvenega sistema, vpliva okolja, tradicije ali drugih dejavnikov, ne vzpostavljajo enakovrednih odnosov s pacienti v zdravstveni negi, tudi v timu ne morejo doseči enakovrednega odnosa kot posamezniki. Za vzpostavitev zaupanja vrednega odnosa s pacientom se mora medicinska sestra intelektualno in empatično odzivati na potrebe in težave pacienta.

Empatično komuniciranje v odnosu med pacientom in zdravstvenim osebjem pomeni zaupanje, ki naj bi pripomoglo k odpravljanju negotovosti. Pacient mora zaupati v delo zdravstvenega osebja, vendar mora zdravstveno osebje dejansko ustvariti zaupanje s spoštovanjem do bolnika, z informiranjem in z etičnim pristopom. Obe strani druga od druge pričakujeta zaupanje, sodelovanje in odgovornost. Medsebojno zaupanje je tako osrednji pojem vsakega empatičnega, podpornega in etičnega komunikacijskega procesa (Prebil et al., 2009).

Temeljnega pomena za umetnost zdravljenja in znanost je odnos med zdravstvenim osebjem in pacientom. Rouhani (2008) navaja, da do pozitivnih izidov pri pacientih vodijo empatične interakcije, predvsem tiste, ki imajo sposobnost terapevtske komunikacije in vključujejo razumevanje bolezni, problemov in pogledov druge osebe. Na podlagi tega so pacienti tudi bolj zadovoljni in skladni.

Ule (2009) opisuje bistvene značilnosti empatičnega komuniciranja, ki se v veliki meri nanašajo na dostojanstvo do pacienta, njegovo samodefincijo in samopodobo v poteku zdravljenja. Pri zaupanju med zdravstvenim osebjem in pacientom je lahko prisotna določena stopnja ambivalentnosti, negotovosti, strahu ter občutkov tveganja, saj ta

odnos nosi oziroma vsebuje visoko stopnjo ranljivosti in soodvisnosti. Del zaupanja v odnosu, kar pomeni odpreti se drug drugemu, lahko pogosto spremljata tudi strah in dvom (Wilks, 2009).

Zdravstveno osebje lahko probleme ublaži z izkazovanjem spoštovanja do pacientove osebnosti in z empatičnim odnosom do njegovega položaja. Empatična komunikacija torej ni le neka neizogibna dimenzija kakovosti življenja, h kateri stremimo le v procesu bolezni, temveč je svilena nit, na kateri lahko neposredno visi človeško življenje (Ule, 2009; Hvalec & Kobal Štravs, 2010).

2.3.2 Podporno komuniciranje

Podporno komuniciranje je eden izmed načinov komuniciranja, ki omogoča, da nudimo pomoč tistim, ki jo zares potrebujejo bodisi v čustveni podpori ali v interakciji z drugim položajem. Dejavnika, ki sta v takem načinu komunikacije ključnega pomena, sta sočutje in empatija (Ule, 2009).

Ščavničar (2003) in Ule (2009) opisujeta, da je podporni odnos kot odnos pomoči značilen za poklice pomoči, je način človekove povezanosti med osebo, ki pomaga, in osebo, ki pomoč potrebuje. Oseba, ki pomaga, je v supervizijskem procesu supervizor, oseba, ki je deležna pomoči, je supervizirani ali oziroma klient/varovanec. Podporni odnos je poleg supervizije potreben tudi na drugih poklicnih področjih, kot npr. v zdravstveni negi med pacientom/varovancem in medicinsko sestro, v šolstvu ali socialnem delu. Potreben je povsod, kjer je pomoč človeku temeljna značilnost poklicnega dela in se gradi v procesu supervizije korak za korakom, z različnimi aktivnostmi do določenega cilja.

Oseba, ki pomaga, uporablja za izgrajevanje podpornega odnosa vrsto veščin, ki jih varovanec čuti kot nekakšen signal, ki pomeni, da ga razume in deli z njim njegov notranji svet. Pogoj za učinkovito izražanje je dvosmerna komunikacija med njima. Poznamo tri osnovne pogoje za razvijanje podpornega odnosa, in sicer pristnost, brezpogojno pozitivno sprejemanje in empatijo (Ščavničar, 2003).

Ule (2009) navaja, da se podporno komuniciranje izraža prek visokih načel, kot so: odgovornost, zaupanje, empatija, sočutje ter skrb za drugega. Motive za podporno komuniciranje opisuje kot kompleksne in različne, ter da so odvisni od nas samih ter od naše etike skrbi do pacienta. Empatično komuniciranje temelji na ključnem elementu terapije – zaupanju. Avtonomija in dostojanstvo pacienta sta bistveni značilnosti podpornega komuniciranja s pacientom, saj s tem spoštujemo njega kot posameznika in njegovo samopodobo v procesu zdravljenja.

2.3.3 Uporaba komunikacije in razvoj empatije v kliničnem okolju

Empatična komunikacija ter vedenje se gojita v kliničnem okolju, kjer se študentje učijo ter hkrati opravljajo prakso, ter so priča različnim pacientom z raznovrstnimi boleznimi in problemi, ki jih težijo. Učna baza in šolstvo mora za študente izbrati mentorje, ki bodo nanje prenašali znanje in jim bili za vzor. Mentorji morajo imeti visoko razvito sposobnost empatije in sposobnost prenašanje te na svoje študente (Rossetti & Fox, 2009).

Fakulteta mora pri poučevanju poudarjati pomembnost empatičnega komuniciranja in ga mora pri poučevanju tudi uporabljati in razvijati. Učni načrt in okolje samo morata zagotavljati vsa potrebna sredstva za razvoj in spodbujanje empatije. Študentje bodo znanje, ki so ga pridobili o empatiji, prenesli v klinično okolje, med paciente (Ironsides, et al., 2005).

Za empatično komuniciranje mora imeti zdravstveno osebje veliko teoretičnega znanja in osebnostnih treningov. Tovrstne treninge je potrebno izvajati usposobljenim strokovnjakom ali mentorjem in potrebno jih je izvajati dalj časa. K boljšemu razumevanju in izvajanju empatičnega komuniciranja pa pripomore tudi teoretična podlaga, ki mora biti osvojena že pred treningi (Stamos & Lunaček, 2012). Klinična praksa določa posebno čustveno disciplino zdravstvenemu delavcu, ki v pogovor ne vpleta svojega čustvenega stanja in doživljanja pri pogovoru samem; svojih čustev ne sme mešati s pacientovimi, vendar to ne pomeni, da v odnosu ni empatije ali sočutja (Ule, 2009).

Študentje zdravstvene nege se dandanes soočajo z mešanico kompleksnih izzivov, v kliničnem okolju. Soočajo se z neznanjem empatičnega komuniciranja in ne vzpostavljajo medosebnih odnosov. Praksa je rešitev, ki študentom pomaga, da lažje razumejo paciente in razvijajo empatijo do pacientov (Sheldon & Kasser, 2008).

Usposobljenost in znanje posameznika je odvisno od izobraževanja in vseživljenjskega učenja. V zdravstveni negi je poudarek na kakovosti in varnosti pacienta, kar lahko dosežemo le s stalnim izobraževanjem, povezovanjem teorije s prakso in ustreznim definiranjem zahtevanih kompetenc (Hvalec & Kobal Straus, 2010).

3 EMPIRIČNI DEL

Teoretični del je temeljil na pregledu literature in raziskav na obravnavano temo o pomenu empatije za razvoj kompetenc v zdravstveni negi. V empiričnem delu diplomskega dela bomo predstavili raziskavo, ki je bila izvedena med študenti zdravstvene nege izbranega visokošolskega zavoda.

3.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA

V slovenskem prostoru je pomen empatije študentov zdravstvene nege do oseb z duševno motnjo slabo raziskan, zato je namen diplomskega dela podrobneje raziskati področje.

Cilji diplomskega dela so:

- izvesti raziskavo in ugotoviti odnos študentov zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin do oseb z duševnimi motnjami;
- ugotoviti dožemanje uporabe empatije kot pomembnega elementa komunikacije do oseb z duševnimi motnjami;
- ugotoviti razlike v razvoju empatije med študenti zdravstvene nege glede na demografske značilnosti proučevanega vzorca.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi pregleda domače in tuje literature ter primerljivih raziskav in na podlagi zastavljenih ciljev smo si postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

Raziskovalno vprašanje 1: Kakšen je odnos študentov zdravstvene nege do oseb z duševnimi motnjami?

Raziskovalno vprašanje 2: Ali študenti zdravstvene nege dojemajo uporabo empatije kot pomembnega elementa komuniciranja s pacienti v kliničnem okolju?

Raziskovalno vprašanje 3: Ali med študenti zdravstvene nege obstajajo razlike in povezava v razumevanju empatije glede načina in letnika študija ter glede na spol?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava je temeljila na deskriptivni neeksperimentalni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V teoretičnem delu diplomskega dela je bila uporabljena opisna metoda na podlagi pregleda literature in virov na proučevano tematiko. Za pregled smo uporabili pregled virov in raziskav iz dostopnih domačih in mednarodnih baz podatkov: CINAHL, Medline preko Ebsco Host in Pubmed. Uporabili smo tudi vire virtualne knjižnice Cobiss in spletnega brskalnika Google. Pregledali smo strokovno, znanstveno literaturo ter strokovne revije *Obzornik zdravstvene nege*, *Zdravniški Vestnik*, *Zdravstveno Varstvo* in različne monografije. Zadetke smo iskali s ključnimi besedami v slovenskem jeziku: empatija, duševne motnje, duševno zdravje; razvoj, komunikacija; zdravstvena nega, študenti; in v angleškem jeziku: empathy, mental disorders; development, nursing, mental health, communication; nursing students.

V empiričnem delu diplomskega dela je bil uporabljen kvantitativni raziskovalni pristop. Podatke smo zbrali z metodo anketiranja s pomočjo strukturiranega spletnega vprašalnika, ki je bil izdelan v namen raziskave. Anketirali so študente Fakultete za zdravstvo Angele Boškin, ki obiskujejo 2. in 3. letnik. Zbrani podatki so bili kvantitativno obdelani.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Merski instrument v diplomskem delu predstavlja strukturiran vprašalnik. Vprašalnik je bil anonimen in razdeljen na uvodno besedilo ter tri vsebinske sklope, oblikovane na

podlagi pregleda literature (Hoyt, et al., 2009; Ouzouni, et.al., 2012; Woods & Malachin, 2015).

V prvem sklopu so bila vprašanja o demografskih podatkih anketiranih študentov: spol, starost, letnik študija ter vrsta študija zdravstvene nege. Vsebinski sklopi vprašalnika so vsebovali trditve, s katerimi smo želeli odgovoriti na zastavljena raziskovalna vprašanja. Drugi vsebinski del vprašalnika je vključil šest splošnih trditev o odnosu študentov do oseb z duševnimi motnjami. Tretji sklop vprašalnika je vseboval trditve o komunikaciji in odnosu študentov zdravstvene nege do oseb z duševnimi motnjami v kliničnem okolju. V četrtem sklopu vprašalnika so bile trditve o razumevanju empatije kot pomembnem elementu komunikacije pri osebah z duševnimi motnjami v kliničnem okolju. Študenti so trditve v vseh treh vsebinskih sklopih ocenjevali s 5-stopenjsko Likertovo lestvico, pri čemer so sklop trditev ocenjevali z ocenami od 1 do 5, kjer 1 pomeni – se nikakor ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – mi je vseeno, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

Zanesljivost vprašalnika smo preverili s Cronbach Alpha koeficientom (Cencič, 2009). Preverili smo skladnost za posamezne vsebinske sklope trditev.

- Zanesljivost vprašalnika pri drugem vsebinskem sklopu, ki je vseboval šest splošnih trditev o odnosu študentov do oseb z duševnimi motnjami, empatiji in komuniciranju, je bila 0,902.
- Zanesljivost vprašalnika pri tretjem sklopu, ki je vseboval deset trditev o odnosu in komunikaciji študentov do oseb z duševnimi motnjami v kliničnem okolju, je bila 0,911.
- Pri četrtem sklopu, ki je vseboval deset trditev o razumevanju empatije kot elementu komuniciranja pri pacientih z duševno motnjo v kliničnem okolju, je koeficient Cronbach Alpha znašal 0,904.

3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec, v katerega smo vključili študente drugega in tretjega letnika dodiplomskega študijskega programa Zdravstvena nega na

Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin, ki so že imeli izkušnje pri pacientih z duševno motnjo v okviru kliničnega usposabljanja na področju Zdravstvene nege starostnika ter na področju Zdravstvene nege in duševnega zdravja. Vzorec je vključil vse vpisane študente v študijskem letu 2016/17. Vprašalnike smo razdelili skupno 140 študentom drugega ter tretjega letnika tako rednim kot izrednim študentom zdravstvene nege. Rednih študentov je bilo 103 (53 v drugem in 50 v tretjem letniku), izrednih pa 37 (20 v drugem in 17 v tretjem letniku). Vrnjenih je bilo 107 vprašalnikov. Realizacija namenskega vzorca je bila 76,5 %.

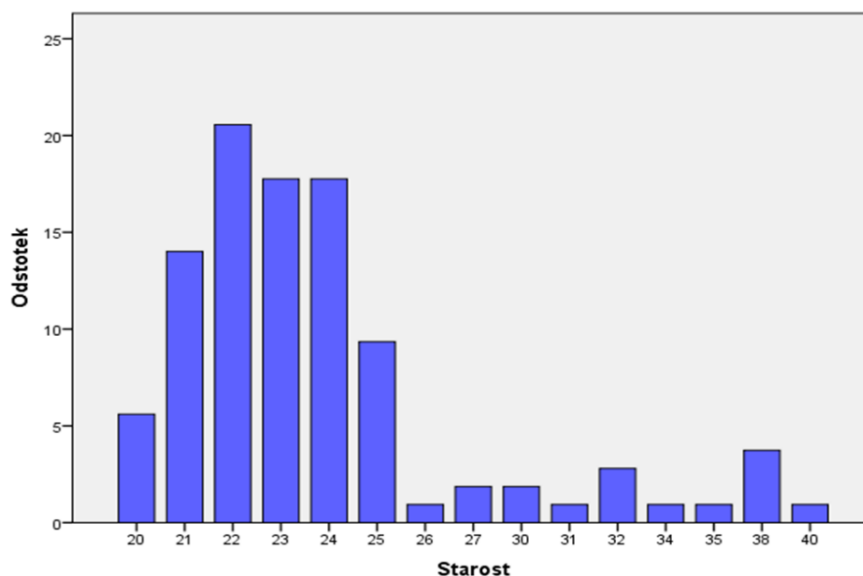
V vzorcu je bilo skupno 107 anketiranih, od tega 73 (68,2 %) študentov ženskega spola in 34 (31,8 %) anketiranih moškega spola. Anketiranih 2. letnika je bilo 54 (50,5 %) in 53 (49,5 %) je bilo anketiranih 3. letnika. Skupno je bilo v vzorcu 78 (72,9 %) rednih študentov in 29 (27,1 %) študentov drugega in tretjega letnika (Tabela 2).

Tabela 2: Demografski podatki anketiranih

		n	%	Kumulativni %
Spol	Moški	34	31,8	31,8
	Ženski	73	68,2	100,0
	Skupaj	107	100,0	
Vrsta študija	Redni študij	78	72,9	72,9
	Izredni študij	29	27,1	100,0
	Skupaj	107	100,0	
Letnik študija	2. letnik	54	50,5	50,5
	3. letnik	53	49,5	100,0
	Skupaj	107	100,0	

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež

Slika 1 prikazuje starost anketiranih. Povprečna starost vseh anketiranih je bila 24,21 leta, s standardnim odklonom 4,277 leta, kar nakazuje na velike razlike v letih med anketiranimi. Redni študentje so stari v povprečju 22,77 leta (SO = 2,03), izredni pa 28,45 leta (SO = 7,79).



Slika 1: Starost anketirancev

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Uporabljen je bil spletni vprašalnik, natančneje spletna anketa 1KA. Raziskavo smo izvedli v mesecu januarju 2017, po predhodni pridobitvi vseh soglasij s strani Fakultete za zdravstvo Angele Boškin, oziroma po odobritvi dispozicije in soglasja FZAB s strani Komisije za znanstveno in raziskovalno delo. Anketiranim smo predstavili namen vprašalnika in zbiranja podatkov, zagotovljena je bila anonimnost ter možnost zavrnitve sodelovanja. Vprašalnike smo poslali na elektronske naslove vsem študentom drugega in tretjega letnika dodiplomskega študijskega programa Zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin.

Podatke smo analizirali s pomočjo opisne statistike (frekvenca, delež, povprečje standardni odklon); t-testa za ugotavljanje razlik; Chi kvadrat testa za ugotavljanje povezanosti in razlik med trditvami. Analizo podatkov izpolnjenih anket smo kvantitativno obdelali s pomočjo programa Microsoft Windows Excel in programa SPSS verzija 22.0. (Cencič, 2009). V raziskavi smo uporabili izračune frekvenc, odstotkov, standardnih odklonov in povprečnih vrednosti. Za analizo razlik smo uporabili t-test in hi kvadrat test (p-vrednost statistične značilnosti $p < 0,05$). Za analizo

povezanosti pa Pearsonov korelacijski koeficient ($p < 0,05$). Dobljene rezultate smo prikazali s pomočjo grafov in tabel.

3.4 REZULTATI

V nadaljevanju bomo predstavili analizo podatkov glede na zastavljena raziskovalna vprašanja.

Raziskovalno vprašanje 1: Kakšen je odnos študentov zdravstvene nege do oseb z duševnimi motnjami?

Tabela 3 prikazuje ocene trditev anketiranih o odnosu do oseb z duševnimi motnjami.

Tabela 3: Trditve povezane z odnosom anketiranih do oseb z duševnimi motnjami

Odnos do oseb z duševnimi motnjami					
	n	PV	SO	MIN	MAX
Menim, da imam razvito empatijo	107	4,32	0,747	2	5
Empatija se razvije šele z izkušnjami pri delu	107	3,70	1,118	1	5
Menim, da sem dovolj komunikativen	107	4,23	0,853	2	5
Moja komunikacija je odvisna od položaja in od osebe, s katero se pogovarjam	107	4,03	0,926	1	5
Za pogovor z osebami z duševno motnjo je potrebna terapevtska komunikacija	107	4,04	0,889	2	5
Osebe z duševnimi motnjami se mi zdijo stigmatizirane	107	3,75	1,002	1	5

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; MIN = minimalna vrednost odgovora; MAX = maksimalna vrednost odgovora; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

Anketirani se strinjajo, da imajo razvito empatijo. Glede na nizek standardni odklon (PV = 4,32, SO = 0,747) so bili pri odgovarjanju dokaj enotni. Strinjajo se tudi s trditvijo, da se empatija razvije šele z izkušnjami pri delu, vendar so bili razponi med odgovori anketirancev veliki (PV = 3,70, SO = 1,118). V povprečju se anketiranci strinjajo s trditvijo, da so dovolj komunikativni (PV = 4,23, SO = 0,853). Strinjajo se tudi s trditvijo, da je komunikacija odvisna od položaja in od osebe, s katero se

pogovarjajo (PV = 4,03, SO = 0,926). V povprečju se anketirani strinjajo, da se je s pacienti z duševnimi motnjami potrebno pogovarjati terapevtsko (PV = 4,04, SO = 0,889). Anketirani se strinjajo, da so pacienti z duševnimi motnjami stigmatizirani, visok standardni odklon pa nakazuje na razpon med odgovori anketiranih (PV = 3,75, SO = 1,002).

V nadaljevanju predstavimo analizo podatkov v vsebinskem sklopu, s katerimi smo želeli ugotoviti odnos anketiranih zdravstvene nege do pacientov z duševnimi motnjami v kliničnem okolju. Tabela 4 prikazuje trditve povezane s pacienti z duševnimi motnjami.

Tabela 4: Trditve povezane s pacienti z duševnimi motnjami v kliničnem okolju

Trditve povezane s pacienti z duševnimi motnjami					
	n	PV	SO	MIN	MAX
Do pacientov z duševnimi motnjami se ne obnašam enako kot do ostalih pacientov.	107	2,91	1,328	1	5
Izogibam se stikom s pacienti z duševnimi motnjami.	107	2,36	1,291	1	5
Imam občutek, da so osebe z duševnimi motnjami nevarne, zato ne želim imeti stika z njimi.	107	2,21	1,242	1	5
Ko sem na oddelku, kjer se zdravijo osebe z duševnimi motnjami, sem bil/a bolj previden.	107	3,17	1,153	1	5
Osebe z duševnimi motnjami mi ne predstavljajo nobene ovire.	107	3,77	1,146	1	5
Pacientov z duševnimi motnjami ne jemljem resno.	107	2,49	1,417	1	5
Razjezi me, ko vidim, da pacienti zaradi svoje bolezni niso obravnavani enakopravno.	107	4,32	0,722	2	5
Študenti se v kliničnem okolju pogosto šalijo na račun oseb z duševnimi motnjami.	107	3,14	1,262	1	5
Z duševnimi pacienti se je težko pogovarjati, zato sem raje tiho in se pogovoru izogibam.	107	2,53	1,341	1	5
Menim, da imajo zaposleni na psihiatričnih oddelkih večjo mero empatije kot ostali zaposleni v zdravstvu.	107	1,10	1,101	1	5

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; MIN = minimalna vrednost odgovora; MAX = maksimalna vrednost odgovora; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

V povprečju se anketirani delno strinjajo s trditvijo, da se do pacientov z duševnimi motnjami ne obnašajo enako kot do ostalih pacientov, vendar si pri odgovarjanju niso bili enotni, kar nakazuje visok standardni odklon (PV = 2,91, SO = 1,328). Anketirani se v povprečju manj strinjajo s trditvijo, da se izogibajo stiku s pacienti z duševnimi motnjami (PV = 2,36, SO = 1,291), prav tako pa se ne strinjajo, da imajo občutek, da so pacienti z duševnimi motnjami nevarni in ne želijo imeti stika z njimi (PV = 2,21, SO = 1,242). Delno se strinjajo, da so na oddelku, kjer se zdravijo pacienti z duševnimi motnjami, bolj previdni (PV = 3,17, SO = 1,153). Strinjajo se s trditvijo, da jim pacienti z duševnimi motnjami ne predstavljajo nobene ovire (PV = 3,77, SO = 1,146). Anketirani se v povprečju ne strinjajo, da pacientov z duševnimi motnjami ne jemljemo resno, visok standardni odklon pa nakazuje na velik razpon pri odgovarjanju (PV = 2,49, SO = 1,417). V povprečju se anketiranci strinjajo, da so jezni, ko vidijo, da pacienti zaradi svoje bolezni niso obravnavani enakopravno (PV = 4,32, SO = 0,722). Delno se strinjajo s trditvama, da se študentje v kliničnem okolju pogosto šalijo na račun oseb z duševnimi motnjami (PV = 3,14, SO = 1,262) in da se je s pacienti z duševno motnjo težko pogovarjati, zato so raje tiho in se pogovoru izogibajo (PV = 2,53, SO = 1,341). Anketirani se ne strinjajo s trditvijo, da imajo zaposleni na psihiatričnih oddelkih večjo mero empatije kot ostali zaposleni v zdravstvu (PV = 1,10, SO = 1,101).

Raziskovalno vprašanje 2: Ali študenti zdravstvene nege dojemajo uporabo empatije kot pomembnega elementa komuniciranja s pacienti v kliničnem okolju?

Tabela 5 prikazuje trditve povezane z empatijo in komuniciranjem s pacienti. Večina anketiranih se strinja s trditvijo, da če se pacient počuti dobro, se tudi sami počutijo dobro (PV = 4,32, SO = 0,721), delno se strinjajo s trditvijo, da ko jim pacienti razlagajo o svojih težavah, skušajo pogovor preusmeriti drugam (PV = 2,66, SO = 1,262). Anketirani se ne strinjajo s trditvama, da ne sočustvujejo z ljudmi, ki so si sami krivi za svoje težave (PV = 2,21, SO = 1,321), in da jih ne zanima, kako se drugi ljudje počutijo (PV = 2,28, SO = 1,471). Delno se strinjajo s trditvijo, da če s pacientom ne sočustvujejo, je tudi pogovor odveč (PV = 2,71, SO = 1,201). Anketirani se strinjajo s trditvijo, da je pri pacientih z duševno motnjo potrebna velika mera empatije in volje

(PV = 3,97, SO = 1,121). Prav tako se strinjajo s trditvama, da se trudijo, da se v kliničnem okolju čim več pogovarjajo s pacienti (PV = 4,34, SO = 0,784) in da je empatija terapevtska veščina, brez katere uspeh v zdravstveni negi ni celosten (PV = 4,42, SO = 0,837).

Tabela 5: Empatija in komuniciranje s pacienti

Empatija in komuniciranje s pacienti					
	n	PV	SO	MIN	MAX
Če se pacient počuti dobro, se dobro počutim tudi sam/a.	107	4,32	0,721	2	5
Ko mi pacient razlaga o svojih težavah in problemih, poskušam pogovor preusmeriti drugam.	107	2,66	1,262	2	5
Ne sočustvujem z ljudmi, ki so sami krivi za svoje težave.	107	2,21	1,321	1	5
Ne zanima me, kako se drugi ljudje počutijo.	107	2,28	1,471	2	5
Če s pacientom ne sočustvujem, je tudi pogovor odveč.	107	2,71	1,201	2	5
Pri duševnih pacientih je potrebna velika mera empatije in volje.	107	3,97	1,121	2	5
Trudim se, da se v kliničnem okolju čim več pogovarjam s pacienti.	107	4,34	0,784	1	5
Empatija je terapevtska veščina, brez katere uspeh v zdravstveni negi ni celosten.	107	4,42	0,837	1	5

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; MIN = minimalna vrednost odgovora; MAX = maksimalna vrednost odgovora; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

Tabela 6 prikazuje povezanost med trditvami o empatiji in trditvami o komunikaciji. Pri trditvah *Če se pacient počuti dobro, sem dobro počutim tudi sam/a* ($p = 0,001$, $r = 0,420$), *Ko mi pacient razlaga o svojih težavah in problemih, poskušam pogovor preusmeriti drugam* ($p = 0,010$, $r = 0,248$), *Ne sočustvujem z ljudmi, ki so sami krivi za svoje težave* ($p = 0,044$, $r = 0,195$), *Če s pacientom ne sočustvujem je tudi pogovor odveč* ($p = 0,028$, $r = 0,212$), *Pri duševnih pacientih je potrebna velika mera empatije in volje* ($p = 0,019$, $r = 0,227$) in *Trudim se, da se v kliničnem okolju čim več pogovarjam s pacienti* ($p = 0,018$, $r = 0,0229$) je $p < 0,05$, zato lahko trdimo, da pri anketiranih pri naštetih trditvah obstaja povezanost med uporabo empatije in komuniciranjem pri obravnavi pacientov v kliničnem okolju. Korelacija je vidna med empatijo in prej

našteti trditvi. Neznatna povezanost je med trditvami *Pri duševnih pacientih je potrebna velika mera empatij in volje ter Trudim se, da se v kliničnem okolju čim več pogovarjam s pacienti, Ne sočustvujem z ljudmi, ki so sami krivi za svoje težave in empatijo. Šibka povezanost je med empatijo in Ko mi pacient razlaga o svojih težavah in problemih, poskušam pogovor preusmeriti drugam, Če s pacientom ne sočustvujem je tudi pogovor odveč. Srednja/zmerna povezanost je med empatijo in Če se pacient počuti dobro, sem dobro počutim tudi sam/a. Ker Personova korelacija pokaže šibko povezanost med empatijo in komunikacijo, smo v nadaljevanju naredili še Hi kvadrat test.*

Tabela 6: Povezanost med spremenljivko empatija in spremenljivko komunikacija

		Empatija
Če se pacient počuti dobro, se dobro počutim tudi sam/a.	Pearson korelacija	0,420**
	Dvostranski test	0,001
	n	107
Ko mi pacient razlaga o svojih težavah in problemih, poskušam pogovor preusmeriti drugam.	Pearson korelacija	0,248*
	Dvostranski test	0,010
	n	107
Ne sočustvujem z ljudmi, ki so sami krivi za svoje težave.	Pearson korelacija	0,195*
	Dvostranski test	0,044
	n	107
Ne zanima me, kako se drugi ljudje počutijo.	Pearson korelacija	0,141
	Dvostranski test	0,148
	n	107
Če s pacientom ne sočustvujem, je tudi pogovor odveč.	Pearson korelacija	0,212*
	Dvostranski test	0,028
	n	107
Pri duševnih pacientih je potrebna velika mera empatije in volje.	Pearson korelacija	0,227*
	Dvostranski test	0,019
	n	107
Trudim se, da se v kliničnem okolju čim več pogovarjam s pacienti.	Pearson korelacija	0,229*
	Dvostranski test	0,018
	n	107
Empatija je terapevtska veščina, brez katere uspeh v zdravstveni negi ni celosten.	Pearson korelacija	0,166
	Dvostranski test	0,087
	n	107

Legenda: **korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,01; *korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,05; n = velikost vzorca

Tabela 7 prikazuje povezanost med uporabo empatije in komuniciranja s pacienti z duševnimi motnjami. Hi kvadrat test pokaže značilno statistično povezanost med spremenljivkama ($p = 0,014$ in je $<$ od $0,05$), zato lahko trdimo, da obstaja povezanost med spremenljivkama. To pomeni, da anketirani v povprečju dojemajo empatijo kot pomemben element komunikacije pri osebah z duševnimi motnjami v kliničnem okolju.

Tabela 7: Dojemanje empatije v povezavi s komuniciranjem s pacienti

		Vrednost	Stopnja prostostnih stopenj	p
Razvitost empatije pri študentih	Hi kvadrat test (a)	17,420	6	0,014
Komuniciranje s pacienti				

p = statistična značilnost

Raziskovalno vprašanje 3: Ali med študenti zdravstvene nege obstajajo razlike in povezava v razumevanju empatije glede na vrsto in letnik študija ter glede na spol?

Tabela 8 prikazuje osnovno statistiko glede na spol (t-test). Pri vseh trditvah, razen pri četrti, peti in šesti, je značilnost testa (p-vrednosti) nad $0,05$, kar pomeni, da ničelno hipotezo sprejmemo in sklepamo, da statistične razlike med spoloma ni. Pri četrti trditvi (*Ko mi pacient razlaga o svojih težavah in problemih, poskušam pogovor preusmeriti drugam*; $t = 5,072$, $p = 0,026$) je značilnost testa (p – vrednosti) pod $0,05$, kar pomeni, da ničelno hipotezo zavrnemo in sprejmemo nasprotno. Lahko sklepamo, da med spoloma obstaja statistična razlika. Tudi pri peti trditvi (*Ne sočustvujem z ljudmi, ki so sami krivi za svoje težave*; $t = 8,869$, $p = 0,004$) je značilnost testa (p – vrednosti) pod $0,05$, kar pomeni, da ničelno hipotezo zavrnemo in sprejmemo nasprotno. Pri šesti trditvi (*Ne zanima me, kako se drugi ljudje počutijo*; $t = 12,398$, $p = 0,001$) je značilnost testa (p-vrednosti) zopet pod $0,05$, kar pomeni, da ničelno hipotezo zavrnemo in sprejmemo nasprotno. Med spoloma obstaja statistična razlika o občutkih do drugih ljudi. Ostale vrednosti, kjer ni prišlo do statistično pomembnih razlik, so prikazane v tabeli 8.

Tabela 8: Razlike v razumevanju empatije glede na spol anketirancev

Razumevanje empatije	Spol	n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Empatija pomeni sočustvovati s pacientom.	moški	34	4,29	0,871	0,488	0,486
	ženski	73	3,93	1,005		
Empatija je bistvenega pomena za kakovostno in varno zdravstveno oskrbo.	moški	34	4,47	0,662	0,029	0,865
	ženski	73	4,29	0,736		
Če se pacient počuti dobro, se dobro počutim tudi sam/a.	moški	34	4,56	0,613	0,599	0,441
	ženski	73	4,40	0,682		
Ko mi pacient razlaga o svojih težavah in problemih, poskušam pogovor preusmeriti drugam.	moški	34	3,12	1,552	5,072	0,026
	ženski	73	2,34	1,272		
Ne sočustvujem z ljudmi, ki so sami krivi za svoje težave.	moški	34	2,88	1,493	8,869	0,004
	ženski	73	2,34	1,108		
Ne zanima me, kako se drugi ljudje počutijo.	moški	34	2,56	1,655	12,398	0,001
	ženski	73	1,97	1,213		
Če s pacientom ne sočustvujem, je tudi pogovor odveč.	moški	34	2,79	1,473	0,934	0,336
	ženski	73	2,48	1,324		
Pri duševnih pacientih je potrebna velika mera empatije in volje.	moški	34	4,26	0,963	1,371	0,244
	ženski	73	4,14	0,871		
Trudim se, da se v kliničnem okolju čim več pogovarjam s pacienti.	moški	34	4,50	0,615	0,726	0,396
	ženski	73	4,38	0,757		
Empatija je terapevtska veščina, brez katere uspeh v zdravstveni negi ni celosten.	moški	34	4,56	0,613	2,023	0,158
	ženski	73	4,30	0,893		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = statistika t-testa za neodvisne vzorce; p = statistična značilnost; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

Tabela 9 prikazuje osnovno statistiko glede na vrsto študija. Pri tretji, šesti, sedmi, osmi in deseti trditvi (*Če se pacient počuti dobro, sem dobro počutim tudi sam/a* ($t = 4,530$, p

= 0,036); Ne zanima me, kako se drugi ljudje počutijo ($t = 8,290$, $p = 0,005$); Če s pacientom ne sočustvujem je tudi pogovor odveč ($t = 12,941$, $p = 0,001$); Pri duševnih pacientih je potrebna velika mera empatije in voljen ($t = 5,705$, $p = 0,019$); Empatija je terapevtska veščina, brez katere uspeh v zdravstveni negi ni celosten ($t = 6,940$, $p = 0,010$) je značilnost testa (p-vrednosti) pod 0,05, na podlagi tega ničelne hipoteze zavrnamo in domnevamo, da obstajajo statistične razlike glede na vrsto študija. Ostale vrednosti so v tabeli 9.

Tabela 9: Razlike v razumevanju empatije glede na vrsto študija anketirancev

Razumevanje empatije	Vrsta študija	n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Empatija pomeni sočustvovati s pacientom.	izredni	29	4,09	0,885	3,809	0,054
	redni	78	3,93	1,193		
Empatija je bistvenega pomena za kakovostno in varno zdravstveno oskrbo.	izredni	29	4,37	0,647	2,321	0,131
	redni	78	4,28	0,882		
Če se pacient počuti dobro, se dobro počutim tudi sam/a.	izredni	29	4,46	0,596	4,530	0,036
	redni	78	4,41	0,825		
Ko mi pacient razlaga o svojih težavah in problemih, poskušam pogovor preusmeriti drugam.	izredni	29	2,56	1,465	2,522	0,115
	redni	78	2,66	1,261		
Ne sočustvujem z ljudmi, ki so sami krivi za svoje težave.	izredni	29	2,62	1,271	1,142	0,288
	redni	78	2,24	1,215		
Ne zanima me, kako se drugi ljudje počutijo.	izredni	29	2,22	1,509	8,290	0,005
	redni	78	2,00	1,000		
Če s pacientom ne sočustvujem, je tudi pogovor odveč.	izredni	29	2,73	1,448	12,941	0,001
	redni	78	2,17	1,071		
Pri duševnih pacientih je potrebna velika mera empatije in volje.	izredni	29	4,33	0,750	5,705	0,019
	redni	78	3,76	1,123		
Trudim se, da se v kliničnem okolju čim več pogovarjam s pacienti.	izredni	29	4,47	0,618	2,794	0,098
	redni	78	4,28	0,922		
Empatija je terapevtska veščina, brez katere uspeh v zdravstveni negi ni celosten.	izredni	29	4,41	0,653	6,940	0,010
	redni	78	4,31	1,168		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = statistika t-testa za neodvisne vzorce; p = statistična značilnost; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

Tabela 10 prikazuje osnovno statistiko glede na letnik študija. Pri prvi in šesti trditvi (Empatija pomeni sočustvovati s pacientom; Ne zanima me, kako se drugi ljudje počutijo) je značilnost testa (p-vrednosti) manjša od 0,05, na podlagi tega ničelne hipoteze zavrnemo in domnevamo, da obstajajo statistično pomembne razlike glede na letnik študija. Opisna statistika po letnikih študija pa nam pokaže povprečno vrednost pri vsaki trditvi, kjer so anketiranci obkroževali različne vrednosti (pri vsaki trditvi so anketiranci imeli možnost obkrožiti eno vrednost, pri čemer je veljalo: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 popolnoma se strinjam). V povprečju se anketiranci 2. in 3. letnika strinjajo s trditvama, da je empatija bistvenega pomena za kakovostno in varno zdravstveno oskrbo ($t = 3,616$, $p = 0,060$) in če se pacient počuti dobro, se tudi sami počutijo dobro ($t = 2,994$, $p = 0,087$). Tako študentje 2. letnika kot študentje 3. letnika se ne strinjajo s trditvama, da ko pacient razlaga o svojih težavah in problemih, poskušajo pogovor preusmeriti drugam ($t = 2,968$, $p = 0,088$) in da ne sočustvujejo z ljudmi, ki so sami krivi za svoje težave ($t = 3,577$, $p = 0,061$). Prav tako se v povprečju študentje obeh letnikov ne strinjajo s trditvijo, da če s pacientom ne sočustvujejo, je tudi pogovor odveč ($t = 0,875$, $p = 0,352$). Strinjajo se s trditvami, da je pri pacientih z duševnimi motnjami potrebna velika mera empatije in volje ($t = 0,817$, $p = 0,368$), da se trudijo v kliničnem okolju čim več pogovarjati s pacienti ($t = 0,081$, $p = 0,776$) in da je empatija terapevtska večšina, brez katere uspeh v zdravstveni negi ni celosten ($t = 0,074$, $p = 0,786$).

Tabela 10: Razlike v razumevanju empatije glede na letnik študija anketirancev

Razumevanje empatije	Letnik študija	n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Empatija pomeni sočustvovati s pacientom.	3. letnik	53	4,31	0,696	8,160	0,005
	2. letnik	54	3,77	1,137		
Empatija je bistvenega pomena za kakovostno in varno zdravstveno oskrbo.	3. letnik	53	4,30	0,816	3,616	0,060
	2. letnik	54	4,40	0,599		
Če se pacient počuti dobro, se dobro počutim tudi sam/a.	3. letnik	53	4,41	0,740	2,994	0,087
	2. letnik	54	4,49	0,576		
Ko mi pacient razlaga o svojih težavah in problemih, poskušam pogovor preusmeriti drugam.	3. letnik	53	2,78	1,513	2,968	0,088
	2. letnik	54	2,40	1,276		

Razumevanje empatije	Letnik študija	n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Ne sočustvujem z ljudmi, ki so sami krivi za svoje težave.	3. letnik	53	2,87	1,318	3,577	0,061
	2. letnik	54	2,15	1,099		
Ne zanima me, kako se drugi ljudje počutijo.	3. letnik	53	2,41	1,536	9,489	0,003
	2. letnik	54	1,91	1,181		
Če s pacientom ne sočustvujem, je tudi pogovor odveč.	3. letnik	53	2,80	1,406	0,875	0,352
	2. letnik	54	2,36	1,317		
Pri duševnih pacientih je potrebna velika mera empatije in volje.	3. letnik	53	4,13	0,933	0,817	0,368
	2. letnik	54	4,23	0,869		
Trudim se, da se v kliničnem okolju čim več pogovarjam s pacienti.	3. letnik	53	4,43	0,690	0,081	0,776
	2. letnik	54	4,42	0,745		
Empatija je terapevtska veščina, brez katere uspeh v zdravstveni negi ni celosten.	3. letnik	53	4,33	0,824	0,074	0,786
	2. letnik	54	4,43	0,821		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = statistika t-testa za neodvisne vzorce; p = statistična značilnost; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

Tabela 11 prikazuje povezanost med trditvami o razumevanju empatije in demografskimi značilnostmi anketirancev: spol, starost, vrsta študija in letnik študija. Za oceno povezanosti smo uporabili Pearsonovo korelacijo.

Tabela 11: Povezanost med trditvami glede na demografske podatke: spol, starost, vrsta in letnik študija

		Spol	Starost	Vrsta študija	Letnik študija
Do pacientov z duševnimi motnjami se ne obnašam enako kot do ostalih pacientov.	Pearson korelacija	-0,230*	-	-0,227*	-0,142
	Dvostranski test	0,017	0,002	0,019	0,144
	n	107	107	107	107
Izogibam se stikom s pacienti z duševnimi motnjami.	Pearson korelacija	-	-0,202*	-0,189	-0,179
	Dvostranski test	0,002	0,037	0,051	0,065
	n	107	107	107	107
Imam občutek, da so osebe z duševnimi motnjami nevarne, zato ne želim imeti stika	Pearson korelacija	-0,244*	-0,175	-0,186	-0,165

z njimi.	Dvostranski test	0,011	0,071	0,054	0,090
	n	107	107	107	107
Ko sem na oddelku, kjer se zdravijo osebe z duševnimi motnjami, sem bil/a bolj previden.	Pearson korelacija	-0,145	-0,319**	-0,382**	-0,194*
	Dvostranski test	0,137	0,001	0,001	0,045
	n	107	107	107	107
Pacientov z duševnimi motnjami ne jemljem resno.	Pearson korelacija	-0,192*	-0,179	-0,076	-0,222*
	Dvostranski test	0,048	0,066	0,437	0,021
	n	107	107	107	107
Pacienti z duševno motnjo mi predstavljajo šum v komunikaciji, zato se je z njimi težko pogovarjam in sem raje tiho in se pogovoru izogibam.	Pearson korelacija	-0,314**	-0,180	-0,086	-0,171
	Dvostranski test	0,001	0,063	0,379	0,078
	n	107	107	107	107
Menim, da imajo zaposleni na psihiatričnih oddelkih večjo mero empatije kot ostali zaposleni v zdravstvu.	Pearson korelacija	-0,214*	-0,261**	-0,233*	-0,037
	Dvostranski test	0,027	0,007	0,016	0,703
	n	107	107	107	107

Legenda: **korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,01; *korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,05; n = velikost vzorca

Pri trditvah *Do pacientov z duševnimi motnjami se ne obnašam enako kot do ostalih pacientov* ($r = -0,230$, $p = 0,017$), *Izogibam se stikom s pacienti z duševnimi motnjami* ($r = -0,291$, $p = 0,002$), *Imam občutek, da so osebe z duševnimi motnjami nevarne, zato ne želim imeti stika z njimi* ($r = -0,244$, $p = 0,011$), *Pacientov z duševnimi motnjami ne jemljem resno* ($r = -0,192$, $p = 0,048$), *Pacienti z duševno motnjo mi predstavljajo šum v komunikaciji, zato se je z njimi težko pogovarjam in sem raje tiho in se pogovoru izogibam* ($r = -0,314$, $p = 0,001$) in *Menim, da imajo zaposleni na psihiatričnih oddelkih večjo mero empatije kot ostali zaposleni v zdravstvu* ($r = -0,214$, $p = 0,027$) je $p < 0,05$, zato lahko trdimo, da obstaja statistična povezava med trditvami in spolom. Ker je korelacija pri vseh trditvah negativna in večinoma šibka, lahko trdimo, da obstaja statistična povezava med ženskami in trditvami. S starostjo so statistično povezane naslednje trditve: *Izogibam se stikom s pacienti z duševnimi motnjami* ($r = -0,202$, $p = 0,037$), *Ko sem na oddelku, kjer se zdravijo osebe z duševnimi motnjami, sem bil/a bolj previden* ($r = -0,319$, $p = 0,001$) in *Menim, da imajo zaposleni na psihiatričnih oddelkih večjo mero empatije kot ostali zaposleni v zdravstvu* ($r = -0,261$, $p = 0,007$). Zopet je korelacija pri vseh trditvah negativna, zato trdimo da obstaja statistična povezava med

trditvami in starejšimi anketiranci. Statistična povezava prihaja med vrsto študija in naslednjimi trditvami: *Do pacientov z duševnimi motnjami se ne obnašam enako kot do ostalih pacientov* ($r = -0,227$, $p = 0,002$), *Ko sem na oddelku, kjer se zdravijo osebe z duševnimi motnjami, sem bil/a bolj previden* ($r = -0,382$, $p = 0,001$) in *Menim, da imajo zaposleni na psihiatričnih oddelkih večjo mero empatije kot ostali zaposleni v zdravstvu* ($r = -0,233$, $p = 0,016$). Korelacija je negativna, zato lahko trdimo da obstaja močnejša povezava med spremenljivkami in rednimi študenti. Zanimala nas je še povezanost med trditvami in letnikom študija. Trditvi *Ko sem na oddelku, kjer se zdravijo osebe z duševnimi motnjami, sem bil/a bolj previden* ($r = -0,194$, $p = 0,045$) in *Pacientov z duševnimi motnjami ne jemljem resno* ($r = -0,222$, $p = 0,021$) imata $p < 0,05$, zato lahko trdimo, da obstaja med njima in letnikom študija povezanost (korelacija je negativna, zato je močnejša povezanost s študenti 3. letnika).

3.5 RAZPRAVA

Namen diplomskega dela je bil podrobneje raziskati odnos anketiranih študentov zdravstvene nege do pacientov z duševno motnjo. Na podlagi raziskave smo ugotovili, da anketirani v povprečju nimajo težav pri delu s pacienti z duševnimi motnjami, vendar se pojavljajo zadržki pri komuniciranju s tovrstnimi pacienti in tudi oskrba včasih ni primerna, predvsem zaradi pomanjkanja izkušenj v kliničnem okolju. Manj izkušenj s pacienti z duševnimi motnjami imajo anketirani, ki redno obiskujejo 2. letnik.

Dal Santo in sodelavci (2014) navajajo, da je empatija ključna kompetenca v vlogi medicinskih sester. Ima veliko vlogo pri zdravstveni negi pacienta in je zelo pomembna za nadaljnje napredovanje pacientovega zdravljenja ter kakovostno izvršeno zdravstveno nego. V kliničnem okolju lahko pogosto opazimo, da zdravstveni delavci nimajo dovolj razvite stopnje empatije in zato je povezava med medicinsko sestro in skrbjo za dobro počutje pacienta šibka (Dal Santo, et al., 2014).

Ugotovili smo, da anketirani študenti zdravstvene nege dojemajo uporabo empatije kot pomembnega elementa komuniciranja s pacienti v kliničnem okolju. Ugotovili smo povezanost med razvitostjo empatije pri anketiranih in komuniciranjem s pacienti, kar pomeni, da anketirani dojemajo empatijo skozi komuniciranje s pacienti. Blazer Riley

(2012) navaja, da je empatično komuniciranje izredno pomembno. Za vzpostavitev empatičnega komuniciranja mora medicinska sestra zbristriti svojo glavo in vzpostaviti red v njej, kar pomeni, da mora zasebno življenje ločiti od profesionalnega, ter pri pogovoru s pacientom posvetiti vso pozornost pacientu. Ključnega pomena je, da se medicinska sestra osredotoči na sogovornika, da ga posluša in sliši, ter z vprašanji preveri, če je vse razumela. Sogovornika pri pogovoru ne sme prekinjati. Medicinska sestra mora biti pozorna na pacientova verbalna in neverbalna sporočila ter poslušati, kakšne besede pacient uporablja pri opisovanju svojih občutkov. Medicinska sestra si mora postaviti tudi vprašanje, kaj sogovorec želi, da sliši, ter zbrati najpomembnejše podatke, ki jih pacient poda. Medicinska sestra mora pacientu podati empatičen odgovor, ki je specifičen in natančen, obenem pa mora paziti tudi na neverbalno komunikacijo. Na koncu procesa komuniciranja je potrebno preveriti učinkovitost empatije in odziv pacienta (Blazer Riley, 2012). Tschudin (2004) pravi, da je besedno in nebesedno komuniciranje izredno pomembno, saj s tem sporočamo pacientom, da se zanj zanimamo. Tudi Rungapadiachy (2003) navaja, da je komunikacija temelj dobre zdravstvene oskrbe in je predpostavka za vsakega, ki se odloči za poklic nudenja pomoči. Medicinske sestre morajo imeti razvite tri dejavnike, to so odzivanje, sledenje in poslušanje. Mercer in Reynolds (2002) navajata, da lahko empatijo definiramo kot sposobnost komunikacije, ki omogoča razumevanje pacienta, perspektivo občutkov in razumevanje pacienta.

Ugotovili smo, da imajo anketirani razvito empatijo, vendar jo bodo morali v praksi s pacienti še razviti pod mentorstvom izkušenih nadrejenih, na kar nakazujejo rezultati raziskave, kjer se študentje strinjajo, da se empatija popolnoma razvije šele z izkušnjami pri delu, in delno strinjajo, da se do pacientov z duševnimi motnjami ne obnašajo enako kot do ostalih pacientov. Anketirani so se v večini strinjali, da so osebe z duševno motnjo obravnavane stigmatizirano, tudi s strani medicinskih sester. MacInnes (2008) je v raziskavi dokazal, da je bilo v času opazovanja programa Self-stigma opaženo občutno zmanjšanje stigmatizacije ter izboljšanje sprejemanja, samopodobe in psihološkega počutja udeležencev. Torej, morajo študentje zdravstvene nege pridobiti praktične izkušnje s pacienti z duševno motnjo, da jih ne bodo stigmatizirali in jim izkazali enake mere empatije kot ostalim pacientom. Tudi Ketola in Stein (2013)

navajata, da psihiatrično klinično okolje pomaga študentom pri učenju, kako pristopiti do posameznika z duševno boleznijo, ter z raziskavo potrjujeta, da imajo študentje z izkušnjami drugačen odnos do pacientov kot študentje brez izkušenj. Študentje z izkušnjami imajo boljše komunikacijske sposobnosti, višjo stopnjo samozavesti, občutljivost za občutke drugih ter samozavedanje, ki so zelo pomembni elementi za razvoj empatije in za kakovostno zdravstveno nego pacienta. Na podlagi rezultatov raziskave smo ugotovili, da se anketirani delno strinjajo, da se do pacientov z duševno motnjo ne obnašajo enako kot do ostalih pacientov in da so na oddelku, kjer se zdravijo osebe z duševnimi motnjami, bolj previdni. Anketirani se v povprečju ne strinjajo, da »pacientov z duševnimi motnjami ne jemljem resno«, visok standardni odklon pa nakazuje na velik razpon pri odgovarjanju. Delno se strinjajo, da se študentje v kliničnem okolju pogosto šalijo na račun oseb z duševnimi motnjami in da se je s pacienti z duševno motnjo težko pogovarjati, zato so raje tiho in se pogovoru izogibajo, ne strinjajo pa se s trditvijo, da imajo zaposleni na psihiatričnih oddelkih večjo mero empatije kot ostali zaposleni v zdravstvu. Na podlagi raziskave smo ugotovili, da anketirani empatije do pacientov z duševno motnjo še nimajo povsem razvite in da bodo potrebovali več izkušenj, da bodo pravilno obravnavali paciente z duševno motnjo in z njimi tudi empatično komunicirali. Sheehan in drugi (2013) priporočajo, da je potrebno empatijo pri študentih zdravstvene nege med študijem razvijati postopoma v povezavi med teorijo in pridobivanjem spretnosti in izkušenj s pacienti v realnem kliničnem okolju. Razumevanje in razvoj empatije je ključna veščina, ki pomembno vpliva na poučevanje in učenje ter opravljanje dela študentov v kliničnem okolju. Prav tako je pomembno, da postanejo študenti med kliničnimi izkušnjami kompetentni in usposobljeni za delo s pacienti. Kljub temu da anketirani študentje potrebujejo več prakse na področju obravnave pacienta z duševno motnjo, pa se dela s pacienti z duševnimi motnjami ne izogibajo in jim ne predstavlja nobene ovire.

Ugotovili smo, da ko pacient razlaga o svojih težavah in problemih, moški poskušajo preusmeriti pogovor drugam, medtem ko ženske bolj poslušajo paciente in jim naklonijo več pozornosti. Ouzouni in Nakasis (2012) sta v svoji raziskavi, ki sta jo izvedla v Grčiji, ugotovila, da so osebe ženskega spola veliko bolj empatične kot osebe moškega spola. Ugotovila sta še, da so študentje, ki so se vpisali na študij zdravstvene

nege prostovoljno in po svoji odločitvi, pokazali do pacientov veliko več empatije kot študentje, ki so se na študij vpisali po priporočilu drugih ali zaradi drugih okoliščin. V naši raziskavi ženske bolj sočustvujejo z ljudmi, ki so sami krivi za svoje težave, kot moški, ki s takimi ljudmi ne sočustvujejo. Ženske tudi bolj zanima, kako se drugi ljudje počutijo, medtem ko moških to v povprečju ne zanima. Zanimiva študija (National Institutes of Health, 2014) je bila narejena na temo empatije in spolov. V raziskavi je bilo ugotovljeno, da so do 8. tedna starosti pri vseh zarodkih možgani enaki, vsi so ženskega spola. Zarodke, ki imajo gensko zasnovo XY v osmem tednu, zalije spolni hormon testosteron, ki preplavi možgane in jih preoblikuje v moške. Del središč za čustva in komunikacijo pri tem testosteron uniči, zato trdijo, da imajo moški manj empatije od žensk in so ženske zmožne boljšega prepoznavanja čustev, ki jih posameznik prikazuje z obrazno mimiko.

Tudi glede na vrsto študija smo med anketiranimi ugotovili statistično pomembne razlike. Anketirani študentje rednega študija se dobro počutijo, če se pacient dobro počuti, medtem ko anketiranim izrednega študija to ne predstavlja velikega pomena. Anketirane rednega študija zanima, kako se drugi ljudje počutijo, in menijo, da če tudi s pacientom ne sočustvujejo, pogovor ni odveč. Anketirani rednega študija menijo, da je pri pacientih z duševnimi boleznimi potrebna velika mera empatije in volje, in da je empatija terapevtska veščina, brez katere uspeh v zdravstveni negi ni celosten. Curtis in drugi (2012) so poudarili pomen podpore pri izvajanju sočutne zdravstvene nege. V raziskavi med študenti zdravstvene nege so namreč ugotovili, da se študenti pogosto počutijo ranljive in prizadete, ko v kliničnem okolju doživijo razlike med profesionalnimi vrednotami in realnostjo in kjer se srečajo z etičnimi dilemami. Ta podatek lahko navežemo na podatek naše raziskave in predvidevamo, da izredni študenti že hodijo v službo in se v delovnem okolju vsakodnevno srečujejo z dilemami v kliničnem okolju, medtem ko redni študentje opravljajo le redno prakso in še nimajo izkušenj v kliničnem okolju in s pacienti z duševnimi motnjami.

Glede na letnik študija prihaja do statistično pomembnih razlik pri nekaterih trditvah. Študentje tretjega letnika menijo, da empatija pomeni sočustvovati s pacientom in jih zanima, kako se drugi ljudje počutijo, medtem ko imajo študentje prvega letnika

občutek za empatijo manj razvit. Mercera in sodelavci (2005) so v raziskavi ugotovili, da mlajši posamezniki besedi empatije ne pripisujejo tolikšnega pomena kot starejši posamezniki.

Zanimalo nas je, ali obstajajo statistično pomembne povezave med trditvami o razumevanju empatije in spolom, starostjo, vrsto študija in letnikom študija. Ženske med pacienti ne delajo razlik, medtem ko moški jih. Ženske se manj izogibajo pacientom z duševnimi motnjami kot moški. Moški imajo močnejši občutek, da so pacienti z duševnimi motnjami nevarni, kot ženske. Ženske paciente z duševnimi motnjami jemljejo bolj resno, jim ne predstavljajo šuma v komunikaciji in menijo, da imajo zaposleni na psihiatričnih oddelkih večjo mero empatije kot ostali zaposleni v zdravstvu. Tudi med starostjo in nekaterimi trditvami smo potrdili statistično povezavo. Starejši imajo bolj razvito empatijo kot mlajši anketirani, starejši se manj izogibajo stikom s pacientom z duševnimi motnjami kot mlajši. Mlajši anketirani so na oddelku s pacienti, ki se zdravijo za duševnimi motnjami, bolj previdni, mlajši anketirani se v kliničnem okolju pogosteje šaljijo na račun pacienta z duševno motnjo kot starejši. Starejši anketirani študentje menijo, da imajo zaposleni na psihiatričnih oddelkih večjo mero empatije kot ostali zaposleni v zdravstvu. Arbor (2013) v članku navaja, da so na podlagi statistične analize populacije ugotovili, da so ženske srednjih let tiste, ki so najbolj empatične in razumevajoče. Tudi moški srednjih let so bolj empatični kot mlajši moški. Statistično pomembne povezave pa smo ugotovili tudi med načinom študija in nekaterimi trditvami. Anketirani izredni študentje se do pacientov z duševnimi motnjami obnašajo enako kot do ostalih pacientov, bolj so previdni, ko so na oddelku, kjer so duševno motene osebe; osebe z duševnimi motnjami izrednim študentom ne predstavljajo nobenih ovir in anketirani izredni študentje menijo, da imajo zaposleni na psihiatričnih oddelkih večjo mero empatije kot ostali zaposleni v zdravstvu. Glede na dobljene rezultate lahko sklepamo, da so izredni študentje bolj izkušeni, imajo daljšo delovno dobo v kliničnem okolju in zato bolj razvito empatijo do pacientov kot redni študentje. Statistična povezanost pa obstaja tudi med letnikom študija in dvema trditvama. Študentje tretjega letnika so na oddelku, kjer se zdravijo osebe z duševnimi motnjami, bolj previdni kot študentje drugega letnika. Študentje tretjega letnika paciente z duševno motnjo jemljejo bolj resno kot študenti drugega letnika.

Dal Santo in sodelavci (2014) so izvedli študijo z namenom ugotavljanja vloge empatije pri spodbujanju dobrega počutja pacienta in s tem dobro opravljenega dela medicinske sestre. Ugotovili so, da ima sočutje lahko različen vpliv na dobro počutje medicinske sestre in predlagajo nadaljnje študije ter izobraževanje medicinskih sester, da bi si pomagale zmanjšati stres na delovnem mestu in tako omogočile boljše počutje medicinskih sester na delovnem mestu. Torej so izobraževanje, delovne izkušnje in učenje tehtni dejavniki pri pridobivanju empatije v kliničnem okolju, še posebej pa je pomembno, da se študenti zgledujejo po mentorjih in nobenega pacienta ne jemljejo samoumevno, tudi pacientov z duševnimi motnjami ne. Gosak (2011) poudarja, da je zdravstvena nega in zdravljenje duševno bolnih odvisno od družbe, ki jih obkroža. Tudi zdravstvena nega duševno bolnih je zaradi svoje specifičnosti na nenehni preizkušnji. Zdravstvena nega oseb z duševnimi motnjami je v veliki meri odvisna od komunikacije, empatije in medosebnega odnosa med medicinsko sestro in pacientom. Medosebni odnos mora biti usmerjen v pomoč pacientu, da ta doseže najoptimalnejšo samostojnost in neodvisnost, ki jo je zmožen doseči ob pravilnem odnosu medicinske sestre do pacienta.

Omejitve raziskave

Omejitev raziskave je prav gotovo pomankanje literature o razvoju empatije zdravstvenih delavcev do pacientov. Tudi statističnih podatkov o razvoju empatije zdravstvenih delavcev do pacientov je zelo malo. Za nadaljnjo obdelavo bi lahko pridobili podatke in zaznamke iz bolnišnic in pri študentih zdravstvene nege, jih povzeli in prikazali. Za namen raziskave bi vzeli še večji reprezentativni vzorec, s čimer bi bili rezultati natančnejši, izvedla pa bi se lahko tudi statistična primerjava z dejanskimi statističnimi podatki o empatiji zdravstvenih delavcev. Za še boljše predstavitev področja bi lahko uporabili triangulacijo podatkov, kjer bi za natančnejšo raziskavo uporabili kvantitativno in kvalitativno raziskavo.

4 ZAKLJUČEK

Namen diplomskega dela je dosežen. Ugotovili smo, kakšen je odnos študentov zdravstvene nege do oseb z duševnimi motnjami in kako se pri študentih med študijem razvija empatija. Prav tako smo ugotovili odnos in oblike empatičnega komuniciranja študentov zdravstvene nege do oseb z duševnimi motnjami.

Empatija je v veliki meri odvisna od vsakega posameznika, z raziskavo, ki smo jo izvedli v okviru diplomskega dela, pa smo dokazali, da je empatija odvisna od spola, starosti, izkušenj, načina življenja in delovnih izkušenj v kliničnem okolju. Anketirani študenti, ki so že delali z duševnimi bolniki in imajo nekaj prakse v kliničnem okolju, so bolj empatični kot študenti, ki izkušenj še nimajo in opravljajo le obvezno prakso v okviru študijskih obveznosti. Neizkušeni študenti se pogosteje počutijo nelagodno v bližini pacientov z duševno motnjo, z njimi težje komunicirajo in nekaj se jih celo šali na njihov račun, kar je vsekakor neetično in nesprejemljivo, tudi za še neizkušene zdravstvene delavce.

Prišli smo do spoznanja, da je najpomembnejši element za razvoj empatije prav komunikacija, ki jo mora zdravstveno osebje vzpostaviti s pacientom. Zgraditi morajo medosebni odnos, kjer pacienta zdravstveno osebje posluša, ga ne prekinja in mu z veliko mero empatij posreduje odgovore. Če študentje še ne premorejo tolikšne mere empatije v klinični praksi, je bolje, da poslušajo mentorje in absorbirajo informacije, ki jih prejmejo, saj so informacije in izkušnje iz praktičnega okolja največ, kar študentje lahko prejmejo za razvoj empatije do pacientov z duševno motnjo.

Nadaljnje raziskave v tej smeri so priporočljive. Smiselno bi bilo vzeti večji reprezentativen vzorec, morda vseslovenski in kvantitativno raziskavo o empatiji narediti konkretno na zdravstvenem osebju v kliničnem okolju. Dobljeni rezultati bi prikazali dejansko stanje ter kritične točke, na podlagi katerih bi lahko vpeljali izboljšave v medosebni odnos med zdravstvenim osebjem in pacienti z duševnimi boleznimi.

5 LITERATURA

Arbor, A., 2013. *Age and Empathy: Middle-aged are most likely to feel your pain.* Institute for social research. Available at: <http://home.isr.umich.edu/releases/age-and-empathy-middle-aged-are-most-likely-to-feel-your-pain/> [Accessed 16 October 2016].

Blazer Riley, J., 2012. *Communication in Nursing-Empathy.* United States od America: Jeffery Patterson, pp. 32–22.

Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer empirične neeksperimentalne raziskave.* Ljubljana: Zavod RS za šolstvo, pp. 49.

Callaghan, P. & Waldock, H., 2006. *Oxford Handbook of Mental Health Nursing.* Oxford University Press, pp. 271-282.

Cunico, L., Sartori, R., Marognolli, O. & Meneghini, A.M., 2012. Developing empathy in nursing students: a cohort longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13), p. 25.

Curtis, K., Horton, K. & Smith, P., 2012. Student nurse socialisation in compatisionate practice. *Nurse Education Today*, 32(7), pp. 790–795.

Corrigan, P. & Wassel, A., 2008. Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal Of Psychosocial Nursing And Mental Health Services*, 46(1), pp. 42–48.

Čuček Trifkovič, K. & Pišlar, M., 2011. Osnove zdravstvene nege v psihiatriji. In: B. Kores Plesničar, ed. *Duševno zdravje.* Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 13–16.

Dal Santo, L., Pohl, S., Saiani, L. & Battistelli, A., 2014. Empathy in the emotional interactions with patients. Is it positive for nurses too?. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(2), pp. 74-81.

Fenger, J., 2007. *Nudenje pomoči pri utrujenosti*. Ljubljana. Cankarjeva založba, p. 4.

Fielding, M., 2006. *Effective communication in organisations*. Cape Town: Juta & Co.

Gasar, S., 2005. *Koncepti in veščine komuniciranja: učbenik za višje strokovne šole*. Celje: Celjska Mohorjeva družba, pp. 23–31.

Gnezda, S., 2009. Zgodovina psihiatrične zdravstvene nege. In: P. Pregelj & R. Kobentar, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 14–8.

Hatler, M.J., 2008. Perceived characteristics of psychiatric nurses: stigma by association. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(1), pp. 6-20.

Holnthaner, R., Vidmar, J. & Rakovec-Felser, Z., 2012. Slovene medical students' attitudes toward emphatic relationships in the context of patient care. *Nursing Care*, 27(1), pp. 226-227.

Hoyt, A.L., Rhodes, R.E., Hausenblas, H.A. & Giacobbi, P.R., 2009. Integrating five-factor model facet-level traits with the theory of planned behavior and exercise. *Psychology of Sport and Exercise*, 10(1), pp. 565-572.

Hoyat, M., 2007. *Empathy in patient care: Antecedents, development, measurement, and outcomes*. New York: Springer, pp. 12–15.

Hribar Sorčan, V., 2008. *O empatiji in intersubjektivnosti*. Anthropos, 40(1), pp. 11–25.

Hvalec, Š. & Kobal Straus, K., 2010. Empatija in značilnosti udeležencev izobraževanja v programu bolničar - negovalec. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 44(4), pp. 245–252.

Ioannidou, F. & Kounstantikaki, V., 2008. Empathy and Emotional intelligence: What is it really about. *International Journal of Caring Sciences*, 1(3), pp. 118–123.

Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU, 2014. *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. Ljubljana: Založba ZRC, Znanstvenoraziskovalni center SAZU.

Ironside, P., Diekelmann, N., & Hirschmann, M., 2005. Learning the practices of knowing and connecting: The voices of students. *Journal of Nursing Education*, 44(8), pp. 153–155.

Klančar, D., 2008. Sočasne bolezni in stanja duševnih bolnikov. In: J. Kersnik. & R. Iljaž, eds. *Sočasne bolezni in stanja, 22. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*. Ljubljana. Združenje zdravnikov družinske medicine, pp. 127–135.

Ketola, J. & Stein, J.V., 2013. Psychiatric clinical course strenghtness the student-patient relationships of baccalaureate nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(1), pp. 23–24.

Kobentar, R. & Avguštin, B., 2009. Kristalni paravan med družbo in samoto: stigma z vidika laične populacije. In: S. Majcen Dvoršak, A. Kvas, B. Kaučič, D. Železnik, B. Klemenc & I. Buček Hajdarevič, eds. *Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč. 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 1–8.

Kores Plesničar, B., 2011. Duševno zdravje in duševne motnje. In: B. Kores Plesničar, ed. *Duševno zdravje*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, p. 13.

Kogovšek, B. & Škerbinek, A., 2002. *Zdravstvena nega bolnika z duševnimi motnjami*. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, pp. 11–26.

Kržišnik, K. & Čuk, V, 2010. Obremenitve in izgorevanje zdravstveno negovalnega osebja v psihiatriji. In: B. Bregar & J. Peterka Novak, eds. *Kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege –

Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 30–46.

Križan, P., 2009. *Poklicno zadovoljstvo medicinskih sester v enoti intenzivne terapije, diplomsko delo*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede Maribor, pp 71–78.

Kuklec, V., 2010. Stigmatizacija pacientov z različnimi diagnozami s strani zaposlenih v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(3), pp. 195–2.

MacInnes, D.L., 2008. The evaluation of a short group programme to reduce stigma in people with serious and enduring health problems. *Psychiatric Nursing*, 15(8), pp. 59–65.

Mercer, S.W. & Reynolds, W.J., 2002. Empathy and Quality of care. *British Journal of General Practice*. Available at: <http://bjgp.org/content/52/supplement/S9.full.pdf+html> [Accessed 15 october 2016].

Mercera, W.S., McConnachie, A., Maxwell, M., Heaney, D. & Watta, C., 2005. *Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice*. Available at: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/22/3/328.short> [Accessed 20 November 2016].

Mrevlje, G.V., 2009. Znaki in simptomi duševnih motenj. In: P. Pregelj, R. Kobentar, A. Kobal & O. Šušteršič, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju: učbenik*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 71–80.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2016. *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Avstralska modifikacija (MKB-10-AM). Pregledni seznam bolezni*. 6. izd. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podatki/klasifikacije_sifranti/mkb/mkb10-am-v6_v03_splet.pdf [Accessed on 9 november 2016].

National Institutes of Health, 2014. Gender Differences in the Relationship Between Empathy and Forgiveness. Author Manuscript. *Journal of Sociology and Psychology*, 145(6), pp. 673–685.

Nunčič, P., 2011. Zdravstvena nega bolnika z bipolarno motnjo. In: B. Kores Plesničar, ed. *Funkcionalno izobraževanje iz psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije*. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, Oddelek za psihiatrijo, pp. 122–126.

Ouzouni, C. & Nakasis, K., 2012. An exploratory study of student nurses empathy. *Health Science Journal*, 6(3), pp. 534-552.

Ping, T., Carol, I., Aruna, T. & Weiss Roberts, L., 2008. Stigma in Mental Health care. *Academic Psychiatry*, 32(2), pp. 70–2.

Pajnkihar, M. & Lahe, M., 2006. Spoštovanje pacientovega dostojanstva in avtonomnosti v medsebojnem partnerskem odnosu med medicinsko sestro in pacientom. In: B. Filej, B.M. Kaučič, M. Lahe, & M. Pajnkihar, eds. *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege - zbornik predavanj in posterjev 1. simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor, pp. 31–34.

Prebil, A., Mohar, P., Drobne, J., Hoyer, S., & Ermenc, K.S., 2009. *Komunikacija v zdravstvu*. Celje: Celjska Mohorjeva družba, pp. 34–41.

Rossetti, J., & Fox, P.G., 2009. Factors related to successful teaching by outstanding professors: An interpretive study. *The Journal of Nursing Education*, 48(2), pp. 11–16.

Rouhani, A., 2008. *An investigation into emotional intelligence, foreign language anxiety and empathy through a cognitive-affective course in an EFL context*. Available at: http://www.linguistikonline.de/34_08/rouhani.pdf. [Accessed on 20 november 2016].

Rungapadiachy, D.M., 2003. *Medosebna komunikacija v zdravstvu*. Ljubljana: Educy d.o.o., pp. 70–82.

Sheehan, A.C., Perrin, O.K., Potter, L.M., Kazanovski, M.K. & Laurie, A.B., 2013. Engendering Empathy in Baccalaureate Nursing Students. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3), pp. 456–464.

Sheldon, K.M. & Kasser, T., 2008. Psychological threat and extrinsic goal striving. *Motivation and Emotion Journal*, 32(1), pp. 37-45.

Stamos, V. & Lunaček, M., 2012. Pomembnost empatije. *Zdravstveno Varstvo*, 51(4), pp. 299–301.

Simonič, B., 2010. *Empatija - moč sočutja v medosebnih odnosih*. Ljubljana: Frančiškanski in družinski inštitut, pp. 22–31.

Schonert - Reichl, K., 2011. Promoting empathy in school-aged children: Current approaches and implications for practice. In: K. Nadler, ed., *School rampage shootings and other youth disturbance. Early preventive interventions*. New York: Routledge, pp. 159–203.

Ščavničar, E., 2003. Vzpostavitev podpornega odnosa v superviziji s poudarkom na empatiji. *Obzornik zdravstvene nege*, 37(3), pp. 183-187.

Švab V., 2009. *Duševna bolezen in stigma*. Ljubljana: ŠENT Slovensko združenje za duševno zdravje, pp. 21.

Townsend, M., 2008. *Essentials of psychiatric mental health nursing: concepts of care in evidence-based practice*. Philadelphia: Davis Company, pp. 22–26.

Tschudin, V., 2004. *Etika v zdravstveni negi-razmerja skrbi*. Ljubljana: Založba Educy d.o.o., pp. 67–91.

Ule, M., 2009. *Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, pp. 70–74.

Ule, M., 2010. Pomen empatije in dobre komunikacije z zdravstvenim osebjem za zdravje bolnika. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & B.M. Kaučič, eds. *Kako izboljšati odnos zdravstvenih delavcev v kliničnem okolju in študentov zdravstvene nege do gerontologije ter dvigniti strokovni ugled dela s starejšimi*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 17–23.

Woods, A. & Malachin, S., 2015. A comparison of empathy in Sophomore and Senior Bassalaureate nursing students. *Honors Research Projects*, p. 129.

World Health Organization (WHO), 2016. *Mental disorders*. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/> [Accessed on 22 november 2016].

Wilks, F., 2009. *Inteligentna čustva: čustva - kako jih prepoznati, razumeti in harmonizirati*. Kranj: Moderna organizacija, pp. 101–109.

Weiner, S.J., & Auster, S., 2007. From Empathy to Caring: Defining the Ideal Approach to a Healing Relationship. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 80(3), pp. 123–130.

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr), 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 77

Zupančič, V., 2014. Odločanje v zdravstveni negi za varnost in kakovost pacientovega življenja. *Revija za zdravstvene vede*, 1(1), pp. 39–54.

Železnik, D., 2006. Pomen komunikacije in etike v zdravstveni negi. In: B. Filej, B.M. Kaučič, M. Lahe & M. Pajnkihar, eds. *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelj zdravstvene in babiške nege - Zbornik predavanj in posterjev 1. simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor, pp. 35–42.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Vprašalnik

Pozdravljeni,

moje ime je Semir Lemeš in sem absolvent na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. V sklopu mojega diplomskega dela z naslovom Razvoj empatije do oseb z duševno motnjo pri študentih zdravstvene nege pod mentorstvom dr. Vesne Čuk želim raziskati, kakšen odnos imajo študentje do oseb z duševno motenimi osebami in kakšen je način uporabe empatije kot elementa komuniciranja. Pomemben del diplomskega dela je tudi anketa, ki je pred vami. Sodelovanje v raziskavi je prostovoljno in anonimno, pridobljene podatke pa bom uporabil zgolj za raziskavo svojega diplomskega dela.

Vprašanja v anketi so zaprtega tipa. V prvem sklopu so predstavljeni demografski podatki, kjer nas zanima spol, starost, smer študija in letnik študija, v drugem in v tretjem sklopu je predstavljena 5-stopenjska Likertova lestvica, kjer odgovor označite glede na stopnjo vašega strinjanja z ocenami od 1 do 5, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam/delno se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

Za sodelovanje se vam zahvaljujem,

Semir Lemeš

Demografski podatki

SPOL, obkrožite

- a) Ženski
- b) Moški

STAROST, dopišite _____

SMER ŠTUDIJA, obkrožite

- a) Redni
- b) Izredni

LETNIK ŠTUDIJA, obkrožite

- a) Drugi
- b) Tretji

2. SKLOP: ODNOS ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE DO OSEB Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI

Pri navedenih trditvah opredelite vašo stopnjo strinjanja. Označite samo eno trditev v vrstici.

Pri tem upoštevajte pomen ocenjevalne lestvice:

1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – nisem odločen/-a, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

1	Menim, da imam razvito empatijo	1	2	3	4	5
2	Empatija se razvije šele z izkušnjami pri delu	1	2	3	4	5
3	Menim, da sem dovolj komunikativen	1	2	3	4	5
4	Moja komunikacija je odvisna od položaja in od osebe, s katero se pogovarjam	1	2	3	4	5
5	Za pogovor z osebami z duševno motnjo je potrebna terapevtska komunikacija	1	2	3	4	5
6	Osebe z duševnimi motnjami se mi zdijo stigmatizirane	1	2	3	4	5

Pri navedenih trditvah opredelite vašo stopnjo strinjanja. Označite samo eno trditev v vrstici.

Pri tem upoštevajte pomen ocenjevalne lestvice:

1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – nisem odločen/-a, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

1	Do pacientov z duševnimi motnjami se ne obnašam enako kot do ostalih <i>pacientov</i> .	1	2	3	4	5
2	Izogibam se stikom s pacienti z duševnimi motnjami.	1	2	3	4	5
3	Imam občutek, da so osebe z duševnimi motnjami nevarne, zato ne želim imeti stika z njimi.	1	2	3	4	5
4	Ko sem na oddelku, kjer se zdravijo osebe z duševnimi motnjami, sem bil/a bolj previden.	1	2	3	4	5
5	Osebe z duševnimi motnjami mi ne predstavljajo nobene ovire.	1	2	3	4	5
6	Pacientov z duševnimi motnjami ne jemljem resno.	1	2	3	4	5
7	Razjezi me, ko vidim, da pacienti zaradi svoje bolezni niso obravnavani enakopravno.	1	2	3	4	5
8	Študenti se v kliničnem okolju pogosto šalijo na račun oseb z duševnimi motnjami.	1	2	3	4	5
9	Z duševnimi pacienti se je težko pogovarjati, zato sem raje tiho in se pogovoru izogibam.	1	2	3	4	5
10	Menim, da imajo zaposleni na psihiatričnih oddelkih večjo mero empatije kot ostali zaposleni v zdravstvu.	1	2	3	4	5

3. SKLOP: RAZUMEVANJE EMPATIJE KOT POMEMBEN ELEMENT KOMUNICIRANJA V KLINIČNEM OKOLJU PRI DUŠEVNO MOTENIH PACIENTIH

Pri navedenih trditvah opredelite vašo stopnjo strinjanja.

Pri tem upoštevajte pomen ocenjevalne lestvice:

1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – nisem odločen/-a, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam

1	Empatija pomeni sočustvovati s pacientom.	1	2	3	4	5
2	Empatija je bistvenega pomena za kakovostno in varno zdravstveno oskrbo..	1	2	3	4	5
3	Če se pacient počuti dobro, se dobro počutim tudi sam/a.	1	2	3	4	5
4	Ko mi pacient razlaga o svojih težavah in problemih, poskušam pogovor preusmeriti drugam.	1	2	3	4	5

5	Ne sočustvujem z ljudmi, ki so sami krivi za svoje težave.	1	2	3	4	5
6	Ne zanima me, kako se drugi ljudje počutijo.	1	2	3	4	5
7	Če s pacientom ne sočustvujem, je tudi pogovor odveč.	1	2	3	4	5
8	Pri duševnih pacientih je potrebna velika mera empatije in volje.	1	2	3	4	5
9	Trudim se, da se v kliničnem okolju čim več pogovarjam s pacienti.	1	2	3	4	5
10	Empatija je terapevtska veščina, brez katere uspeh v zdravstveni negi ni celosten.	1	2	3	4	5