



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**MNENJE ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE
NEGE O POMENU KOMUNIKACIJE ZA
DELO S PACIENTI**

**OPINION OF NURSING STUDENTS ON THE
IMPORTANCE OF COMMUNICATION IN
WORKING WITH PATIENTS**

Mentorica: Sanela Pivač, pred.

Kandidatka: Špela Piber

Jesenice, oktober, 2017

ZAHVALA

Pri pisanju diplomskega dela sem imela veliko podpore mnogih ljudi, ki bi se jim rada iz srca zahvalila, saj so me vsakodnevno spodbujali in usmerjali.

Zahvaljujem se svoji mentorici ge. Saneli Pivač, pred., ki je z veseljem delila svoje izkušnje ter znanje z menoj, me ves čas spodbujala, usmerjala in mi dajala nasvete skozi celotno diplomsko delo.

Rada bi se zahvalila lektorici Kaji Otovič za lektoriranje diplomskega dela ter recenzentkama diplomskega dela doc. dr. Simoni Hvalič Touzery in mag. Jožici Ramšak Pajk, viš. pred.

Največja zahvala pa gre moji družini, ker so mi omogočili študij, ter mojemu partnerju saj so me vsi v času študija spodbujali, pomagali in mi ves čas stali ob strani, brez njih mi ne bi uspelo.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Komunikacija predstavlja pomemben element za zagotavljanje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe pacientov. Komunikacija študentov na kliničnem usposabljanju mora potekati strokovno in profesionalno.

Cilj: Cilj diplomskega dela je bil ugotoviti mnenje študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin glede njihove usposobljenosti za komuniciranje, oceno o pomembnosti vključevanja terapevtske komunikacije in njihov odnos do komunikacije za delo s pacienti.

Metoda: Uporabili smo kvantitativno deskriptivno metodo raziskovanja, s pomočjo vprašalnika. V raziskavi je sodelovalo 130 študentov prve stopnje študijskega programa Zdravstvena nega (VS) Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Raziskava je potekala od 28. 10. 2016 do 30. 11. 2016. Statistična analiza je bila narejena s pomočjo programa SPSS, 20.0. Uporabili smo deskriptivno statistiko in enofaktorsko analizo – ANOVA.

Rezultati: Iz rezultatov je razvidno, da je 79 % študentov odgovorilo, da so zelo ali so usposobljeni za terapevtsko komunikacijo s pacientom v času klinične prakse, le 5 % pa jih meni, da za to niso usposobljeni. Vsi študenti se strinjajo, da je komunikacija zelo pomembna za delo s pacientom. Vsi trije letniki so na prvo mesto kot najbolj pomemben element terapevtske komunikacije postavili aktivno poslušanje in empatijo. Statistično pomembna razlika med anketiranimi študenti glede na letnik študija je bila pri trditvi o pomembnosti uporabe elementa neverbalne komunikacije ($F = 3,742$; $p = 0,027$). Študenti 2. letnika so se z navedeno trditvijo najbolj strinjali.

Razprava: Ugotovili smo, da so študenti usposobljeni za komunikacijo, da se jim komuniciranje v zdravstveni negi zdi pomembna. Študenti so do pacientov prijazni, spoštljivi in razumevajoči. Uporabljajo različne načine komuniciranja, tako verbalnega kot neverbalnega, ne uporabljajo pa slikovnih metod ali črkovnih tabel. Pomembne so jim vrednote, kot so empatija, zaupanje, terapevtski dotik in strokovnost pri svojem delu.

Ključne besede: komunikacija v zdravstvu, terapevtska komunikacija, študenti, zdravstvena nega, verbalna in neverbalna komunikacija

SUMMARY

Background: Communication represents an important element for ensuring quality and safe patient care. The students undergoing clinical training must communicate very professionally.

Goals: The purpose of this diploma thesis was to determine the Angela Boškin Faculty of Health Care students' opinions regarding their communication competence, assessment of the importance of integrating therapeutic communication and their attitudes towards communication when working with patients.

Methods: We used a quantitative descriptive method of research, using a questionnaire. The survey included 130 first-year students of the Nursing Care study program at the Angela Boškin Faculty of Health Care. The research was conducted between 28 October 2016 and 30 November 2016. Statistical analysis was performed using the SPSS 20.0 software. We used descriptive statistic and one-factor analysis – ANOVA.

Results: The results show that 79% of students answered, that they are very well or well trained for therapeutic communication with the patients during clinical practice, only 5% think they are not trained enough for this. All students agreed that communication is very important for working with patients. Students from all three years prioritized active listening and empathy, as the most important elements of therapeutic communication. The statistically significant difference between surveyed students in relation to the year of the study was found in the importance of non-verbal communication ($F = 3.742$; $p = 0.027$). The students of the 2nd year agreed with this assertion the most.

Discussion: We found that students are well trained for communication, and they believe communication is very important in nursing. Students are friendly, respectful and understanding towards patients. In communicating they use various verbal and non-verbal means of communication. They don't use the image method and alphabetic tables. They value empathy, trust, therapeutic touch and professional approach to work.

Key words: communication in health care, therapeutic communication, students, nursing, verbal and non-verbal communication

KAZALO

1 UVOD.....	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 KOMUNIKACIJA	3
2.2 VRSTE KOMUNIKACIJE	4
2.2.1 Verbalna komunikacija	5
2.2.2 Neverbalna komunikacija.....	6
2.2.3 Razlike med verbalno in neverbalno komunikacijo	7
2.2.4 Pomen in kultura komuniciranja	8
2.3 KOMUNIKACIJA V ZDRAVSTVENI NEGI.....	9
2.3.1 Terapevtsko komuniciranje v zdravstveni negi.....	10
2.3.2 Komunikacija s pacientom	14
2.3.3 Pomen komunikacije študentov zdravstvene nege v kliničnem okolju.....	18
3 EMPIRIČNI DEL.....	21
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	21
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	21
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	22
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	22
3.3.2 Opis merskega instrumenta	22
3.3.3 Opis vzorca.....	23
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	25
3.4 REZULTATI	25
3.5 RAZPRAVA.....	32
4 ZAKLJUČEK.....	36
5 LITERATURA	38
6 PRILOGE	
6.1 INSTRUMENT	

KAZALO SLIK

Slika 1: Ocena mnenj študentov o usposobljenosti za terapevtsko komunikacijo s pacientom v času klinične prakse	26
Slika 2: Mnenje študentov o pomembnosti uporabe terapevtske komunikacije v kliničnem okolju	26
Slika 3: Ocena pomembnosti elementov terapevtske komunikacije	27
Slika 4: Ocena, kaj si predstavljate pod pojmom terapevtska komunikacija	28

KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografski podatki (spol, starost, letnik študija, način študija in predhodna izobrazba)	23
Tabela 2: Mnenje študentov v odnosu do komunikacije s pacienti in mnenje o izobraževanju s področja komunikacije	28
Tabela 3: Ocena pomembnosti vključevanja elementov terapevtske komunikacije glede na letnik študija.....	30
Tabela 4: Uporaba načinov komuniciranja študentov pri delu s pacienti	31

SEZNAM KRAJŠAV

FZAB – Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

1 UVOD

Komunikacija, ki temelji na profesionalnosti, je temelj učinkovite in kakovostne zdravstvene nege, saj izboljšuje njeno uspešnost, kakovost in učinkovitost, in je tudi pogoj, ki zadovoljuje tako zaposlene kot tudi paciente. S komunikacijo pridobimo informacije, ki so pogoj za uspešnost našega dela. Premalo se zavedamo, kako pomembno je dandanes komuniciranje v zdravstveni negi, saj se začne in konča vse le s primerno komunikacijo. Do nezadovoljstva med pacienti in tudi med zaposlenimi pride ravno zaradi pomanjkanja komunikacije (Birk, 2009, p. 57).

Ljudje se ves čas srečujemo, razhajamo, prijateljujemo in družimo, vendar se vse stvari, ki so pomembne, zgodijo v vmesnem času. Ko opisujemo medosebne odnose in komuniciranje, pogosto rečemo: »Rada sem z njim/njo, ne vem zakaj, ali ni to dovolj?« Za nekoga, ki proučuje medosebno komuniciranje, to seveda ni zadosti. Taka dejanja samo sprožajo nova vprašanja, na katera pa potrebujemo odgovore. Dejstvo je, da smo večino našega časa v budnem stanju obkroženi z osebami, ljudmi, vrstniki, s sodelavci, sorodniki, sosedi, z delovnimi partnerji, naključnimi znanci, neznanci, s prijatelji, starši, z otroki. Vsi ti ljudje nam niso enako pomembni za naše bivanje, čustvovanje in delovanje, s številnimi od njih pa razvijamo pomembne medosebne odnose. Kakovost teh odnosov pa pomembno vpliva na stanje duha, na naše razpoloženje, počutje, samospoštovanje, spoštovanje drugih, osebno rast in razvoj, socialne vidike, celo na zdravstveno stanje (Ule, 2009, p. 7).

Komunikacija ima močen pomen za človeka tako na osebni kot tudi poslovni ter socialni ravni. Uspešno komuniciranje ni prirojeno, zato je potrebno, da se veščin uspešnega komuniciranja učimo, učimo se celo življenje, še največ pa se naučimo iz napak. Človek večino svojega časa preživi obkrožen z ljudmi, s katerimi ustvarja raznolike in skupne odnose (Žagar, 2012).

Komunikacija je pomemben del zagotavljanja kakovostne in varne zdravstvene nege. Študenti se zato morajo vključiti v negovalni tim in sodelovati, pri tem pa potrebujejo

dobre komunikacijske sposobnosti, da ne pride do nezadovoljstva pri delu, obravnavi bolnikov ter kakovosti zdravstvene obravnave (Drev, 2010, p. 23).

Ob pregledu literature smo ugotovili, da v slovenskem okolju še ni bila izvedena kvalitetna raziskava, ki bi raziskala odnos študentov do komunikacije pri delu s pacienti. Raziskovali so pred vsem negovalni tim, ki se srečuje z komunikacijo v zdravstveni negi (Balažic, 2012), vpliv komuniciranja na zadovoljstvo zaposlenih (Klun, 2010), ter uporaba terapevtske komunikacije v zdravstveni negi (Kogovšek, 2010). v diplomskem delu bomo zato obravnavali, kakšen odnos imajo študenti do komunikaciji pri delo s pacienti in kako vključujejo elemente terapevtske komunikacije ter mnenje o usposobljenosti za komunikacijo s pacienti.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 KOMUNIKACIJA

Birk (2009, p. 57) navaja, da beseda »komunicirati« izhaja iz latinske besede »communicare«, kar pomeni izražati svoje misli, dejanja, občutke, informacije, pomembna sporočila za sporazumevanje in posvetovanje, razpravljati, postavljati vprašanja, vprašati za nasvete, reševati konflikte, reševati napake. Kar pomeni, da udeleženci s komuniciranjem izmenjujejo in posredujejo informacije, svoje občutke, znanje, izkušnje in mnenje.

»Komuniciranje je proces, s pomočjo katerega ljudje skupno ustvarjamo in upravljamo socialno stvarnost« (Trenholm Jensen, 2005 cited in Ule, 2009, p. 17).

Komuniciranje je krožni proces, ki ga sestavlja tako oddajanje in sprejemanje sporočil med posameznimi osebami. Uspešnost komuniciranja je odvisna od pošiljatelja pa tudi od prejemnika sporočil, pomembno je, da ne pride do motenj v pošiljanju in prejemanju le-teh (Hajdinjak & Meglič, 2012, p. 90).

Komuniciranje ne more potekati brez druge strani, ki bodisi sprejema bodisi daje sporočila ali pa ga posreduje. Komuniciranje posega v interese ljudi, njihove odnose, v vloge in pravila obnašanja, poteka pa na več načinov, bodisi med dvema osebama, pogosto pa je več ljudi vpletenih in takrat veljajo pravila oziroma značilnosti vedenja v skupinah, ki je lahko bistveno drugačno. Znanje iz področja sociologije je drugi kamen uspešnega komuniciranja (Možina, et al., 2011, p. 50).

Ule (2009) točno definira vsak posamezni del komuniciranja in ga tudi dobro opisuje:

»Komuniciranje je proces«; vsak pojav v družbi stvarnosti lahko definiramo kot stvar ali kot proces. Stvari so statične, povezane s časom, prostorom in stvarnostjo in so nesprejemljive. Procesi se gibljejo, razlikujejo, nimajo ne začetka ne konca in se nenehno spreminjajo. Komuniciranje je torej spreminjajoč se proces, zato ga je nemogoče opazovati kot celoto, saj je različen vsak del in potek. Celota nam uhaja in se drobi v

stavke, besede, mimike in geste, ki pa so razumljivi samo kot del tekočega toka dogodkov, kot del zgodbe in niso razumljivi kot celota.

»**Komuniciranje je edinstveno človeško**«; komuniciranje uporabljamo za to, da pojasnujemo vedenje ljudi in razrešujemo določene situacije. S tem skušamo poudariti in omejiti medosebno komuniciranje na edinstveno človeško delovanje. Samo ljudje uporabljamo jezik zavestno in ustvarjalno, in sicer kot proces komuniciranja.

»**Komuniciranje je skupnostna dejavnost**«; vsi so odvisni od družbenega sporazumevanja in od pomena vsakega posameznika v skupnosti. Torej je zveza med posameznikom in komuniciranjem krožna, recipročna, potrebna sta tako sporočevalec kot prejemnik; ena tvorba ne more obstajati brez druge in obratno. Kar drži medsebojno družbo skupaj, je sposobnost njenih članov, posameznikov, da usklajujejo svoje dejavnosti in obveznosti z drugimi, kar bi bilo brez komuniciranja nemogoče. Komuniciranje se vedno nanaša na vsakdanjo izmenjavo simbolnih dobrin, občutkov ter na socialno sodelovanje.

»**Komuniciranje je ustvarjalno**«; neposreden rezultat človekovega komuniciranja je ustvarjalnost vsakega posameznika posebej. Nekatere stvari, na primer fizični objekti, obstajajo po svetu, se ne spreminjajo, nekatere stvari, kot je komuniciranje, pa obstajajo samo v simbolnem človeškem svetu, na primer sočutje, resnica, pravica, lepota. Pravzaprav večji del naše stvarnosti obstaja samo v jezikovnem sporazumevanju oziroma jo ustvarjamo in vzpostavljamo s komuniciranjem.

»**Komuniciranje je urejevalno**«; s komuniciranjem delujemo na svet okrog sebe, na vsakega posameznika okoli sebe. V tem smislu ima medsebojno komuniciranje tudi urejevalno in nadzorovalno vlogo, saj komunikacijo nadzorujemo. S komuniciranjem lahko preprečimo druge v določeno delovanje, situacijo, jih odvrnemo od njihovega delovanja, jim pomagamo, jih nasmejimo in se zabavamo, dolgočasimo, prizadenemo in osrečujemo (Ule, 2009, p. 17).

2.2 VRSTE KOMUNIKACIJE

Vrste komunikacije delimo na različne kriterije:

- Glede na »obliko« jo delimo na besedno in nebesedno oziroma verbalno in neverbalno komunikacijo.

- Glede na »razdaljo« med udeleženci jo delimo na direktno (iz oči v oči) ali neposredno in posredno ali indirektno (preko faksa, telefona, na daljavo).
- Glede na »smer« komuniciranja jo delimo na večsmerno, enosmerno in dvosmerno sporazumevanje.
- Glede na »udeležence« v procesu komuniciranja jo delimo na:
 1. intrapersonalno komuniciranje ali intraosebno (komuniciramo sami s seboj z notranjim govorom);
 2. interpersonalno ali medosebno (pogovor med dvema ali več osebami);
 3. skupinsko sporazumevanje;
 4. organizacijsko sporazumevanje;
 5. javno sporazumevanje (mediji, informativno, promocije).
- Glede na »vrsto zaznavnega kanala oziroma modaliteto« jo delimo na: olfaktorno in gustatorno sporazumevanje, vizualno, kinestetično, avdiotorno (Fink, et al., 2009, p. 9).

2.2.1 Verbalna komunikacija

Verbalno ali besedno komuniciranje je komuniciranje, ki ga največkrat uporabljamo. Lahko je pisno ali pa so to govorjena sporočila. Besedna sporočila so lahko direktna ali neposredna iz oči v oči ali pa so posredna oziroma indirektna po telefonu. Oddajnik mora pri govorni komunikaciji kodirati sporočilo, to pa stori tako, da prenese besede, znake sprejemniku, ki sporočilo prejme, in sicer brez odvečnih motenj v procesu komuniciranja. Če pride do morebitnih motenj, lahko oddajnik in sprejemnik sproti pojasnujeta in rešujeta motnje (Grintal, 2012, p. 16). Jezikovna, besedna ali verbalna komunikacija so glavni način medčloveškega komuniciranja (Počkar, 2008, p. 16).

Govorna komunikacija obsega formalizirane razgovore med dvema osebama, nagovore, razgovore med dvema osebama ali v skupini. Pisno komuniciranje pa zajema pisma, časopise, revije, oglasne plošče ter mnoge druge, zlasti pa so to elektronska in optična sporočila, ki prenašajo neko bistvo in je lahko zapisano z besedo ali simboli, risbami ali barvami ali pa kako drugače. Pri pisnem komuniciranju so sporočila vedno bolj dodelana, jasna, logična, saj posameznik o njih premišljuje in jih načrtno zapiše, kajti ve, da bo

sporočilo pričalo, da je bilo poslano z jasno določeno vsebino (Možina, et al., 2011, p. 54).

Velikokrat je sporazumevanje možno le osebno. Med vsaj dvema oseba se zgradi medosebni odnos, ta pa je zelo pomemben na izid pogovora in ima velik in pomemben vpliv (Fink, et al., 2009, p. 10). Pomemben vpliv ima jezik, ki je del človeške kulture, človek se ga nauči in ga predaja naslednjim generacijam. Jezik je torej kulturna dediščina, s katerim se najlažje sporazumevamo med seboj (Počkar, 2008, p. 16).

Prednosti verbalne komunikacije, če govorimo o pisnem sporazumevanju, so sporočila, ki se prenašajo s simboli, z besedo, barvami, risbami. Prednost takega sporazumevanja so jasna in nadzorna sporočila, ki pa jih lahko tudi naknadno preverjamo. Sporočila, ki jih sporočamo v pisni obliki, so bolj jasna, logična in dodelana. Pod govorne prednosti sporočanja prištevamo, da je veliko hitreje od pisanja, saj tako sporočilo posredujemo v nekaj minutah. Sporočanje v tej obliki omogoča takojšno povratno informacijo, ki je jasna, hkrati pa omogoča, da komuniciramo z več ljudmi hkrati (Grintal, 2012, p. 17). Fink in drugi (2009, p. 10) ugotavljajo prav tako prednosti verbalnega sporazumevanja, saj lahko takoj vidimo, ali je sprejemnik sporočilo, ki ga je prejel, razumel in ali je sporočilo prispelo do sprejemnika.

Slabosti verbalne komunikacije v pisni obliki so, da zahtevajo več časa in denarja, nimamo takojšne povratne informacije in pošiljatelj ni prepričan, ali je sprejemnik sporočilo prejel. Pod slabosti govornega sporazumevanja štejemo večinoma motnje, ki se zgodijo v kanalu komunikacije, še posebno takrat, kadar je v pogovor vključeno večje število udeležencev, saj je s tem velika možnost, da se sporočilo narobe razume. V osebem kontaktu pa slabosti vplivajo tudi na močna čustva in obremenjenost sogovornikov in je zato zmanjšan uspeh (Grintal, 2012, p. 17).

2.2.2 Neverbalna komunikacija

Le del komuniciranja z ljudmi se odvija na eksplicitni jezikovni ravni. Neverbalno komuniciranje na prvi pogled deluje preprosto. Ljudje si največkrat pod neverbalno komunikacijo predstavljajo, da govorijo samo z mimiko obraza, vendar le-ta zajema še

veliko drugih sporazumevanj. Ko komuniciramo na neverbalni način, komuniciramo s celotnim telesom, to pa kažemo z mimiko celotnega telesa, izrazom na obrazu in gestami, komuniciramo lahko tudi z znaki, kot so na primer prometni znaki (Ule, 2009, p. 171).

Glas siren reševalnega vozila ali zelena luč na semaforju dovolj povesta brez besed (Možina, et al., 2011, p. 54). Takemu načinu komuniciranja se je skoraj nemogoče izogniti in to je glavna značilnost neverbalnega komuniciranja. Verbalno in neverbalno komuniciranje se razlikujeta v tem, da verbalno komuniciranje lahko zavrremo z molkom, pri čemer pa neverbalnega ne moremo, saj še vedno odražamo neko sporočilo. Molk na primer lahko v neverbalnem smislu pomeni stiska, zadrega, nadzor nad ostalimi, z njim kaznujemo drugega ali pa z njim potrdimo sporočeno (Ule, 2009, p. 171). Neverbalne znake uporabljamo povsod v našem življenju, uporabljamo jih lahko v političnem komuniciranju (na primer zastave, druge državne simbole), v zdravstveni dejavnosti (letake za promocijo zdravja, ozaveščanje ljudi preko slik, simbolov), tudi umetniške zvrsti, kot sta plesna in likovna umetnost, vse to so oblike neverbalne komunikacije, saj odražajo neko sporočilo, ki ga ne slišimo, vendar pa ga lahko vidimo (Počkar, 2008, p. 17).

2.2.3 Razlike med verbalno in neverbalno komunikacijo

»En kanal nasproti več kanalom«; tukaj verbalno sporočanje poteka po enem kanalu. Besede govorimo eno za drugo, saj vedno lahko povemo samo določeno besedo v določenem trenutku. Neverbalno sporočanje pa poteka po več kanalih, saj lahko hkrati sogovornika gledamo v oči, se mu smehljamo ali se z njim rokujemo (Ule, 2009, p. 172).

»Kontinuiranost sporočil«; pri neverbalnem sporočanju istočasno oddajamo, sprejemamo in prevajamo sporočila, zato komuniciranje poteka istočasno in ne zaporedno. Pri verbalnem sporočanju pa imamo istočasno samo eno vlogo, lahko imamo vlogo govorca ali vlogo poslušalca. Neverbalno sporočanje je kontinuirano za razliko od verbalnega (Ule, 2009, p. 172).

»Zavestno in nezavestno pošiljanje in prejemanje sporočil«; pri verbalnem sporočanju najprej premislimo, na kakšen način bomo sporočali in kaj bomo rekli, to delamo zavestno. Pri neverbalnem sporočanju pa so večinoma sporočila nezavestno poslana in

spontana, lahko pa so tudi zavestno, na primer, ko se rokujemo, to služi namernemu pozdravu. Obenem pa imamo veliko neverbalnih sporočil, ki jih ne moremo nadzirati in se zgodijo spontano, ne da bi mislil o njih (Ule, 2009, p. 172).

»Ontološka in evolucijska prednost neverbalnega komuniciranja«; izraz na obrazu, telesna drža in gibi izdajajo več o nas kot besede, to so prve oblike komuniciranja v našem ontološkem razvoju, saj jih začnemo uporabljati že kot novorojenček. Zato je smiselno, da jih damo na pomembno mesto v komuniciranju, saj so vedno navzoči v medosebni izmenjavi (Ule, 2009, p. 172).

2.2.4 Pomen in kultura komuniciranja

»Ni mogoče ne komunicirati« pomeni, da ko pridemo z neko osebo v stik, začnemo komunicirati, in sicer ne nujno besedno, lahko tudi z medsebojnim vedenjem, mimiko, s stikom z očmi, kretnjami, gibi, barvo glasu, izogibanjem, odmori v pogovoru oziroma v govoru, tudi tišina je komuniciranje, saj vse to predstavlja določen pomen in sporočilo (Prebil, et al., 2009, p. 39).

Nekaj tisočletij je stara pisava, desetisočletij govorica in nebesedna oziroma neverbalna govorica toliko kot človeški rod. Le na videz naj bi prevladovalo verbalno komuniciranje – pisno in govorno; saj raziskave kažejo, da ima neposreden pomen besed v verbalnem razgovoru komaj 7-odstotni delež, zvok govora ima 38-odstoten delež, 55-odstoten delež pa ima govorica telesa oziroma neverbalno komuniciranje (Možina, et al., 2011, p. 55).

V procesu socializacije se komuniciranja v veliki meri naučimo sami od sebe. Ni nujno, da je to komuniciranje dobro, učinkovito ali trajno. Komuniciranja sicer ne moremo opredeliti, kako je učinkovito, kateri je pravi način, vendar vseeno ni odveč spoznati vsaj nekatere značilnosti oziroma zakonitosti tega procesa, saj tako sami izboljšamo svojo komunikacijsko prakso in pridobivamo komunikacijske sposobnosti (Počkar, 2008, p. 5). Če želimo sodelovati z drugimi, moramo z njimi tudi komunicirati, saj se drugače ne moremo medsebojno sporazumeti, komuniciranja pa se učimo celo življenje (Hren, 2008, p. 22).

Medosebno komuniciranje podpirajo določena pravila, ki jih je treba upoštevati pri vsakdanjih, družbenih srečanjih. To je osnovna kontaktna kultura in pri komuniciranju zahteva (Prebil, et al., 2009, p. 11):

- pozornost do sogovornika, ko ga srečamo ob prvem stiku, na primer: rokovanje (intenzivnost je odvisna od kakovosti odnosov, povezanosti, časa, namena, tradicije, izražanja) in pozdravljanje (lahko z besedami, zamahom roke, s kimanjem ali pomežikom),
- samopredstavitve in predstavitve drugih udeležencev v komuniciranju, na primer: svoje ime in priimek in ime in priimek drugih posameznikov, prisotnih v timu obravnave,
- nagovarjanje osebe, s katerim smo v stiku, vikanje nepoznanih, starejših, nadrejenih oseb ter tikanje, ki je izraz bližine, sorodstvenih vezi in povezanosti, na primer istim delovnim timom.

Kriet (2008) ugotavlja, da sta dogovarjanje in pogovarjanje kot obliki besedne komunikacije veščini, s pomočjo katerih je mogoče razrešiti večino nesoglasij, preprirov, težav in konfliktov. Posameznik ga razvija vrsto let, nihče se ne rodi kot vrhunski govorec, za njegovo dosego se je treba potruditi, boriti in celo življenje učiti, velikokrat se je treba učiti na svojih napakah in napakah drugih. S pomočjo pogajanja je mogoče vzpostaviti nadzor nad situacijo. Neprijetnim situacijam se je mogoče izogniti tako, da ponudimo posamezniku možnost izbire, možnost pogovora, možnost reševanja neprijetne situacije. Na ta način jim omogočimo nadzor nad situacijo. O vsem se lahko dogovarjamo in o vsem se je mogoče dogovoriti.

2.3 KOMUNIKACIJA V ZDRAVSTVENI NEGI

Zupan & Hočevar (2010) ugotavljata, da je za delavce v zdravstveni negi vedno večja želja po usposobljenosti, znanju in spretnosti iz področja komunikacijskih veščin in osebne odličnosti v zdravstvu. Birk (2009) poudarja, da nam sposobnost dobre, uspešne komunikacije ni položeno v zibko oziroma prirojeno, vendar se jo je treba naučiti. Da bi mentorji poleg visoke strokovne usposobljenosti lahko prenašali znanje na študente, se jo

morajo najprej sami naučiti in potem morajo obvladati veščine komuniciranja. V znanstvenih člankih ugotavljamo, da je dokazano, da potrebujemo nove pristope v komuniciranju (Zupan & Hočevnar, 2010). Iz člankov je razvidno, da je treba medicinske sestre in študente zdravstvene nege v času študija in izobraževanja opolnomočiti z znanji iz področja veščin komuniciranja, saj s tem lahko prispevamo k tem, da bodo študenti zdravstvene nege in medicinske sestre znali kakovostno komunicirati in tudi sodelovati z drugimi poklici, ki jih v zdravstvu srečujemo, kot pa tudi pri delu s pacienti (Zupan & Hočevnar, 2010).

V zdravstveni negi gre bolj za inštrumentalno komuniciranje, lahko je osebno ali negovalno. Pri negovalnem komuniciranju v zdravstvu gre za upravljanje s pacientovimi problemi, izmenjavo neosebnih sporočil, uskladitev pacientovih želja in časovnih načrtov o poteku zdravljenja. Pri osebnem komuniciranju ali empatičnem komuniciranju pa poteka tedaj, ko gre za skrb za druge osebe in odnos med osebami (Ule, 2013, p. 11). Vsaka medicinska sestra oziroma zdravstveni delavec pa bi moral obvladati sporazumevanje, obveščanje in govorniško retorične veščine, saj so hitre, pravilne ter popolne informacije pri zdravstvenem delu ključnega pomena (Birk, 2009). Komunikacija v zdravstvu je nujna, da lahko gradimo pozitivno delovno vzdušje (Day et al., 2007, p. 403).

2.3.1 Terapevtsko komuniciranje v zdravstveni negi

Definicija terapevtske komunikacije, ki jo je opredelila Pajnkihar, je proces med medicinsko sestro in pacientom, ki zajema doseganje ciljev za zadovoljevanje pacientovih potreb, oba člana pa sta enakovredna in aktivna v procesu zdravstvene nege ter spoštujeta medsebojni odnos. Pri terapevtskem odnosu pa ni pomembno samo spoštovanje, temveč so tudi medsebojno zaupanje, poštenost in empatičen odnos (Pajnkihar, 1999 cited in Kogovšek, 2010, p. 19).

Terapevtsko komuniciranje je usmerjeno na zadovoljevanje pacientovih potreb po življenjskih aktivnostih. Namen terapevtskega komuniciranja pa je vzpostavljanje dobrih medsebojnih odnosov med pacientom in zdravstvenim osebjem. Oba člana morata biti

enakovredna, da lahko dosegamo končni cilj, ki je doseganje skupno zastavljenih ciljev. Razlika med vsakdanjo komunikacijo in terapevtsko komunikacijo je, da je terapevtska komunikacija osredotočena izključno na pacienta in doseganje njegovih ciljev in potreb, pri vsakdanji komunikaciji pa morata biti zadovoljeni obe strani udeležencev v komunikacijskem procesu (Kogovšek, 2010, p. 48).

Wolf (2008) opisuje, da se moramo zdravstveni delavci zavedati, da ko stopimo v stik s pacientom, je njihovo doživljanje drugačno, različno in spremenjeno, saj to doživljajo kot stres, v katerem je pacient. Naloga zdravstvenih delavcev pri tem je, da sprejmemo in razumemo reakcije pacienta, njegovo vedenje in komunikacijo. Hlade (2010) opisuje da je izrednega pomena v terapevtski komunikaciji razjasnitev vlog in pričakovanj, pomembno je, da pacientu ne obljubimo nečesa, kar ne moremo izpolniti. Jasmine TJX (2009) poudarja, da je za vsakega zdravstvenega delavca in prav tako za študenta zdravstvene nege izrednega pomena, da uporablja učinkovito terapevtsko komunikacijo za uspešno in pospešeno zdravljenje in ne le posredovanja in zbiranja informacij.

Sleeper & Thompson (2008) poudarjata, da moramo terapevtsko komunikacijo učinkovito uporabljati, saj je to pomembna komponenta pri zadovoljstvu potreb pacienta, njegovem zdravljenju in okrevanju. Prvi korak pri vzpostavljanju odnosa med medicinskimi sestrami, študenti zdravstvene nege in pacientom predstavlja temeljno večino, to je komunikacija v zagotavljanju kakovostne zdravstvene nege in v fazi, ko ocenjujejo potrebe po zdravstveni negi (Nishizawa, et al., 2006).

Značilnosti terapevtske komunikacije:

- Usmerjenost k pacientu: je usmerjen proces na pacienta, katerega je cilj zadovoljevanje potreb po štirinajstih življenjskih aktivnostih v zdravstveni negi. Zdravstveno osebje mora biti pozorno, da zadovoljuje pacientove potrebe in ne svojih lastnih potreb.
- Usmerjenost k cilju: je usmerjen proces k potrebam pacienta. Zdravstveno osebje mora biti pozorno, da je na začetku cilj vzpostavitve odnosa, kasneje dogovor in razjasnitev ciljev ter pričakovanj vseh udeležencev.

- Empatija: je spoštljiva nepristranska zavzetost do sočloveka. Zdravstveno osebje razume, kaj pacient doživlja, vendar ne podoživlja tega z njim. Zdravstveno osebje mora biti pozorno na to, da obvladuje empatijo in ne vpleta svojih čustev.
- Spoštovanje: je poznavanje pravice, da smo si ljudje različni. Zdravstveno osebje mora skrbeti za pacienta, katerega vrednote in cilji so različni, včasih lahko moteni. Če se ne strinjata glede ciljev, morata to spoštovati, saj imata tako zdravstveno osebje kot pacient pravico do lastnega mnenja.
- Sprejemanje: je sprejemanje pacienta in njegove ravni funkcioniranja. Včasih je lahko pacientovo vedenje napadalno in nespoštljivo, takrat zdravstveno osebje pacienta ne sme obsojati, vendar mu mora pomagati pri zavedanju neprimerne vedenja in ga naučiti primernejšega.
- Zaupnost: pomembno je, da se vzpostavi odnos zaupanja med zdravstvenim osebjem in pacientom. Informacije, ki jih pridobimo od pacienta, morajo biti zaupne narave.
- Samorazkrivanje: je v terapevtski komunikaciji namenjeno za doseganje uvida, občutkov in vedenja (Škerbinek, 1998 cited in Kogovšek, 2010, p. 19).

Tehnike terapevtske komunikacije:

Za vzpostavitev terapevtskega odnosa med pacientom in zdravstvenim osebjem morajo vsi zdravstveni delavci poznati tehnike terapevtskega komuniciranja.

- Poslušanje: je sprejemanje informacij sporočila in reakcije na prejeto sporočilo. Ta vrednota je vrednota neverbalnega komuniciranja, saj mora zdravstveno osebje z zanimanjem poslušati pacienta.
- Tišina: med dobrim komuniciranjem mora biti tudi tišina, da vsak posameznik razmisli o tem, kar je povedal sogovornik.
- Odprti komentarji: pacientu pojasnimo vprašanja, pacient z nami komunicira na odprti ravni, nam pojasnjuje določene stvari in ne odgovarja samo z da ali ne.
- Potrdilo: pacientu razložimo, kako pomemben člen je pri sodelovanju v zdravstvenem procesu in kako to vpliva na medsebojne odnose.
- Odraz, presoja: usmerjena je na pacientova čustva, ideje, zadovoljstvo in njegova vprašanja v povezavi z zdravljenjem.

- Iskanje razjasnitve: pacientu razložimo, da če nas ne razume ali če je prejel premalo informacij, da smo mu pripravljene podati dodatno razlago pri razumevanju določenega sporočila.
- Zbranost: pacientova vprašanja razvijemo v njegove ideje.
- Povzetek: če se nam kakšna izjava zdi sporna, jo še enkrat ponovimo, tako lahko pacient loči, kaj je zanj dobro in kaj ne.
- Načrtovanje: določimo cilje, ki smo si jih postavili skupaj s pacientom. Pacienta neprestano opozarjamo, kako pomembno je medsebojno sodelovanje in kako pomembni so medsebojni odnosi (Ule, 2009 cited in Kogovšek, 2010, p. 20).

Uspešno terapevtsko komuniciranje medicinske sestre s pacientom in z njegovimi svojci je pogoj za vzpostavitev in ohranjanje pozitivnega, umirjenega, prijateljskega in konstruktivnega medosebnega odnosa. V takem odnosu se pacient počuti, da je sprejet kot človek, kot osebnost in kot celota, zaupa medicinski sestri in se počuti spoštovanega, varnega in močnega. Uspešno terapevtsko komuniciranje je prav tako zelo pomembno za sporazumevanje in prenos informacij v timu zdravstvene nege in v zdravstvenem ter interdisciplinarnem timu, saj z dobro komunikacijo lahko veliko pripomoremo pri preprečevanju napak, ki bi se lahko zgodile v slabi medsebojni komunikaciji medicinskega tima (Hajdinjak & Meglič, 2012).

Cilji terapevtske komunikacije so:

- zadovoljiti temeljne človekove potrebe,
- vzpostaviti terapevtski odnos,
- posredovati informacije, izmenjati misli in občutke,
- vplivati na vedenje človeka,
- spodbujati k aktivnemu sodelovanju (Ule, 2009 cited in Kogovšek, 2010, p. 20).

Izraz terapevtska komunikacija se zelo pogosto uporablja, predvsem pri svetovanju v zdravstveni negi. Pri terapevtski komunikaciji lahko pride tudi do nesoglasij in s tem povzročimo ovire v terapevtski komunikaciji, ki se lahko pojavijo med zdravstvenim osebjem in pacientom (McCabe & Timmins, 2006). Kadar obravnavamo težavnega bolnika, pri katerim pride do ovir pri komuniciranju, moramo v ospredje dati zaupanje,

partnerstvo in avtonomijo bolnika, da ga lažje razumemo in se z njim soočiti v terapevtski komunikaciji (Kopčavar Guček, 2012, p. 33). Pozorni moramo biti na dobro komunikacijo, saj je ta ključ do profesionalne učinkovitosti zdravstvenega osebja (Prebil, et al., 2009, p. 88).

2.3.2 Komunikacija s pacientom

Fink & Kobilšek (2013) ugotavljata, da je dobra komunikacija s pacientom bistvenega pomena za učinkovito zdravstveno obravnavo pacienta. Odvisna je od celotnega zdravstvenega tima, pri tem pa so najpomembnejši medicinska sestra ter študentje, saj ti preživijo največ časa ob pacientu in zato morajo izbrati in prilagoditi način komunikacije glede na pacientovo razpoloženje in zdravstveno stanje.

Ružič Koželj (2004) pa po drugi strani ugotavlja, da je najpomembnejši topel in ljubeč odnos, saj ta pacienta razbremeni, prav tako pa s tem pacientu odražamo neko zaupanje. Zupan & Hočevar (2010) tudi govorita, kako je pomemben prvi stik, ki ga vzpostavijo medicinska sestra ali študentje na klinični praksi, saj mora biti prvi stik dober, da lahko pridobimo pacientovo zaupanje. S tem se pacient dobro počuti in ga lahko v celoti obravnavamo. Hedberg in drugi (2007) navajajo, da se mora medicinska sestra naučiti, kako vključevati pacienta v proces zdravstvene nege in tudi njihove svojce, če to želijo pacienti, saj imajo ti pravico, da sodelujejo pri strokovnem načrtovanju o svojem zdravstvenem stanju.

Dobra in uspešna komunikacija koristi tako pacientu kot medicinski sestri, saj z dobro komunikacijo dobimo dobro anamnezo, pacient zaupa osebju in sledi nadaljnjim njihovim navodilom, hitrejša pride do okrevanja zaradi neobremenjenosti, medicinska sestra z dobrim odnosom razbremeni tudi sebe, dobra komunikacija pa zmanjša tako število pritožb kot število napak (Ružič Koželj, 2004). Komunikacija mora biti usmerjena v vzpostavitev medosebnega odnosa, zmanjševanje negotovosti, zagotavljanje potreb, občutkov in omejitev (Fink & Kobilšek, 2013, p. 233).

Za doseganje dobrega stika je zelo pomembna čutna ostrina. To pomeni, da je treba dobro opazovati in poslušati o pacientovem zdravstvenem stanju. Za dober stik je treba biti

pozoren na različne elemente komunikacije: besedne vzorce, mimiko obraza, telesno govorico, držo telesa, dihanje, intonacijo in ritem, hitrost govora (Zupan & Hočevar, 2010, pp. 46-48).

Temelji učinkovite komunikacije s pacientom so:

- kalibriranje, kar pomeni opazovanje posameznih elementov na vseh ravneh komunikacije, je primer uglaševanj in usklajevanja,
- spremljanje, kar pomeni uporabljati specifične elemente iz komunikacije sogovornika, na primer, da govorimo enako hitro kot naš sogovornik,
- dober stik, kar pomeni, da se s sogovornikom razumemo in smo v dobrih odnosih,
- vodenje, kar pomeni varnost in lahko prevzamemo pobudo sogovornika, lahko spremenimo svoj telesni položaj in opazujemo sogovornika, če nas pri tem spremlja (Zupan & Hočevar, 2010, pp. 46-48).

Načini za učinkovito komuniciranje, glede na potrebe pacienta:

Načini komuniciranja s pacienti so različni in jih uporabljamo glede na pacientove potrebe. Lahko jih razdelimo na načine komuniciranja s pacienti s posebnimi potrebami, govorno-jezikovnimi motnjami pri pacientih, s pacienti, ki so gluhi ali naglušni, slepi ali slabovidni. Načini komuniciranja se prav tako razlikujejo glede na komuniciranje z otroki ali s starši, starostniki ali pacienti, ki so dolgotrajno bolni in hudo bolni, ali z umirajočim pacientom (Prebil, et al., 2009).

Način komuniciranja s pacientom z motnjami v duševnem razvoju in z gibalno oviranimi osebami: tukaj je še posebej pomembno, da na začetku sprejmemo osebo takšno, kakršna je, da vzpostavimo odnos, ki bo temeljil na zaupanju in pristnosti, da govorimo jasno in urejeno, uporabljamo dotik in druge načine neverbalnega komuniciranja. Predvsem je pomembno, da si vzamemo čas za delo z njimi, saj drugače ne dosegamo dobrih rezultatov (Prebil, et al., 2009, p. 101).

Način komuniciranja z osebami z govorno-jezikovnimi motnjami: obravnavamo jih enako kot druge, pozorni moramo biti na to, da so spočiti, saj se takrat lažje sporazumevajo, saj utrujenost in vznemirjenost lahko neugodno vplivata na potek

sporazumevanja. Prav tako poskrbimo, da v prostoru ni motečih dejavnikov, svojo komunikacijo moramo obogatiti z neverbalno komunikacijo, ki jo lažje razumejo. Komunikacija mora biti preprosta, sporočila pa ponovimo, če ga sogovornik ne razume. Tukaj je pomembna tudi potrpežljivost zdravstvenih delavcev, pacientom je treba dati dovolj časa za odgovor in jih pri tem spodbujati ter pohvaliti uspeh. Pomembno je, da teh pacientov ne izločimo iz potreb po zdravstveni obravnavi samo zaradi tega, ker ne govorijo (Prebil, et al., 2009, p. 102).

Način komuniciranja z gluhihimi in naglušnimi pacienti: pozorni smo, da smo obrnjeni k pacientu, pri tem spremljamo njegove kretnje in mimiko obraza. Zdravstveno osebje mora govoriti razločno, brez predmetov v ustih, pomembna je strpnost, saj taki pacienti potrebujejo več časa za sprejem in predelavo informacij. Tukaj lahko uporabljamo še druge načine komuniciranja, kot so na primer pisna sporočila s pomočjo table in sodobne melodije. Pozorni smo na to, da je pacient razumel sporočilo (Prebil, et al., 2009, pp. 103-104).

Način komuniciranja s slepimi in slabovidnimi pacienti: prvo pravilo pri komuniciranju s takimi pacienti je, da ga najprej vprašamo, če mu lahko pomagamo pri čemer koli in spoštujemo njegovo osebnost. Osebi se najprej predstavimo, tudi ko končamo, ga na to opozorimo in se ne oddaljimo brez pozdrava. Če pacienta vodimo, mu ponudimo roko ali komolec in hodimo pred njim, pri tem pa mu opisujemo pot. Pomembno je, da je stil pogovora naraven, brez zadržkov lahko uporabljamo besede, kot sta »videti« in »ogledati si«, saj oseba predmete zaznava na svoj način (Prebil, et al., 2009, pp. 104-106).

Način komuniciranja z otroki in s starši: za dobro komunikacijo med zdravstvenim timom in otroki je treba uporabljati otroško govorico (dialekt, žargon) ter svojo razlago poenostaviti, da otrok razume, kako bo potekalo zdravljenje. V pogovoru z njegovimi straši pa lahko uporabljamo tudi strokovne izraze in potek zdravljenja razložimo v njim razumljivem jeziku (Prebil, et al., 2009, pp. 106-107).

Način komuniciranja s starostniki: ne postopamo vedno na enak način, ampak moramo svoj pogovor prilagoditi glede na posebnosti in spremembe, ki so nastale v njihovem

življenju. Pogosto starostnika sprašujemo, kako se počuti, kako je preživel noč, kakšne so njegove potrebe in želje, s tem pa pacient začuti našo skrb in se ne počuti osamljenega. Pozorni smo na starostnike z demenco, njim moramo večkrat ponoviti navodila in jim dati natančna navodila, kje imajo kaj. Z njimi moramo biti obzirni, potrpežljivi in spoštovati njihove potrebe in želje (Prebil, et al., 2009, pp. 108-109).

Način komuniciranja z dolgotrajno bolnim, hudo bolnim in umirajočim: takšna komunikacija zajema veliko našega truda, saj je s takimi pacienti težje komunicirati, To pa je gotovo povezano z našim strahom pred bolečinami, umiranjem in ob pogledu na smrt. Vedeti moramo, da v tem času postane potreba po pogovoru pacienta izrazitejša. Tukaj je zelo pomembno empatično komuniciranje zdravstvenega osebja, dotik pacienta in mimika obraza ob pogovoru z njim (Prebil, et al., 2009, pp. 110-112).

Pri komunikaciji s pacientom pa lahko pride tudi do motenj v komunikaciji. Motnje se lahko pojavijo tako s strani oddajnika oziroma medicinske sestre, kot tudi prejemnika oziroma pacienta. Niso pa vedno motnje samo v povezavi z enim od njiju, lahko so tudi motnje v komunikacijskem kanalu ali na poti, kot so na primer šumi (Pajnkihar & Lahe, 2006).

Najpogostejše motnje v komunikaciji pri pacientu so:

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

Najpogostejše motnje v komunikaciji pri zdravstvenem osebju so:

- narobe podajanje navodil pacientu,
- neurejeno, nejasno govorijo,
- so negotovi do samega sebe,
- govorijo nerazločno,
- govorijo tiho,
- jim primanjkuje časa,
- ne razumejo, koliko določene informacije lahko pomenijo pacientu,
- govorijo v strokovnem jeziku, ki ga pacienti ne razumejo,
- ne obvladajo jezika (Pajnkihar & Lahe, 2006).

2.3.3 Pomen komunikacije študentov zdravstvene nege v kliničnem okolju

Štular (2008) navaja, da prihajamo v generacijo Y, kjer so velike generacijske razlike. Tako študentje zdravstvene nege vstopajo v klinično okolje, kjer se bodo sistemi morali prilagoditi razlikam, ki s tem prihajajo. Generacijo Y opisuje kot ambiciozno in z željami po hitrem napredovanju in doseganju dobrih ter uspešnih rezultatov. Posebnost teh generacij je tudi v tem, da imajo veščine, ki obvladajo najmodernejšo tehnologijo. Avtoriteto dosežejo z zgledom in spodobno komunikacijo. V zdravstveni negi komunikacija poteka med različnimi zaposlenimi v zdravstvu, s pacienti, z njihovimi svojci ter s študenti v zdravstveni negi. Komunikacija pri kliničnih vajah, ki se vzpostavi med študenti zdravstvene nege, medicinsko sestro ter pacienti, mora biti strokovna ter primerna za klinično okolje, če želimo doseči namen kliničnih vaj (Henderson, et al., 2007, p. 91).

Poznamo tri nivoje, kjer študentje zdravstvene nege nujno potrebujejo vrhunske komunikacijske veščine:

1. nivo: komuniciranje s pacienti,
2. nivo: medosebne komunikacije pri študiju in delu,
3. nivo: medosebne komunikacije pri delu kliničnih vaj.

Poleg naštetih nivojev morajo študentje tudi dobro poznati druge nivoje, kot so nivoji prenosa znanj in veščin, timsko delo, nivo vodenja in osebni nivo (Zupan & Hočvar, 2010, p. 15).

Strategija komuniciranja študentov vključuje tudi besedni raport ob predaji druge izmene med zdravstvenim osebjem, prav tako pa so študentje prisotni pri več disciplinarnih timskih sestankih, ki vključujejo reševanje problemov in uporabo uveljavljenih standardih poti, kot so oddelčne komunikacijske knjige (Stapleton, et al., 2007, 811). Shellman (2006) navaja, da ko se študenti zdravstvene nege pogovarjajo s pacientom in ga sprašujejo o njegovi preteklosti, izboljšajo medsebojni odnos in komunikacijo. S spraševanjem pacienta študenti razvijajo zaupen odnos, kar pozitivno vpliva na zdravje pacienta in pri tem izboljšajo svoje komunikacijske veščine. K vzpostavitvi dobrega kakovostnega odnosa med delavci v zdravstveni negi in pacientom morajo prispevati vsi zaposleni v zdravstveni negi, še posebej medicinske sestre, s katerimi se pacienti najpogosteje pogovarjajo (Klun, 2010).

Deschodt in drugi (2010) poudarjajo, da morajo biti študentje zdravstvene nege v prihodnosti dobro pripravljene za delo s pacienti, in sicer na vseh področjih zdravstvene nege, predvsem z velikim poudarkom na komunikaciji. Kameg in drugi (2009) navajajo, da je v izobraževalnem programu na področju zdravstvene nege komunikacija temeljna komponenta, saj ima ključen pomen pri zdravstvenem stanju in zadovoljstvu pacientov. Sleeper & Thompson (2008) ugotavljata, da študentje za klinično prakso potrebujejo trde temelje terapevtskih komunikacijskih spretnosti. Komunikacijska sposobnost študentov pred vstopom v klinično prakso lahko spodbuja njihovo komunikacijo s pacienti, prav tako pa s tem zmanjša anksioznost študenta.

Cilji vsakega visokošolskega izobraževalnega programa so, da študent zdravstvene nege razvije sposobnosti, neodvisnost in kritično ocenjuje, oblikuje in rešuje probleme, neodvisno identificira ter se prilagaja spremembam v kliničnem okolju. Študenti morajo razviti komunikacijske možnosti, da ovrednotijo svoje znanje in so sposobni slediti razvoju znanja ter si ga izmenjevati tudi z drugimi osebami, ki so lahko brez specializiranega znanja na tem področju. Cilj visokošolskega programa je razviti

sposobnost študenta, da postanejo kritični misleci, to pa lahko postanejo, če obvladajo komunikacijsko znanje (Florin, et al., 2011). Pušavec (2013) navaja, da mora študent zdravstvene nege poleg znanja, spretnosti in sposobnosti, ki jih ima, imeti tudi motivacijo do dela. Murphy (2006) prav tako navaja, da je eden od ključnih dejavnikov, ki ga potrebujemo v izobraževalnem sistemu, motivacija študenta.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je ugotoviti mnenje študentov zdravstvene nege o pomenu komunikacijskih sposobnostih, ki jih imajo za delo s pacienti v kliničnem okolju.

Cilji diplomskega dela so:

- Ugotoviti mnenje študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin (v nadaljevanju FZAB) o usposobljenosti za komunikacijo s pacienti.
- Ugotoviti pomembnost vključevanja elementov terapevtske komunikacije študentov FZAB za delo s pacienti glede na letnik študija.
- Ugotoviti odnos študentov FZAB do komunikacije s pacienti.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Kakšno mnenje imajo študenti FZAB o svoji usposobljenosti za komunikacijo pri delu s pacienti?
2. Kako študenti FZAB ocenjujejo pomembnost vključevanja elementov terapevtske komunikacije glede na letnik študija?
3. Kakšen je odnos študentov FZAB do komunikacije s pacienti pri delu s pacienti?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Ob pregledu znanstvene in strokovne literature v tujem in slovenskem jeziku je bila pri izdelavi diplomskega dela uporabljena deskriptivna kvantitativna metoda zbiranja podatkov. Raziskava je potekala od meseca oktobra do novembra 2016 preko spletnega vprašalnika, ki je bil dostopen vsem študentom FZAB prvega, drugega in tretjega letnika. Metoda anketiranja je bila izvedena z vprašalnikom, ki smo ga predhodno sestavili na podlagi preučevanja strokovne literature. Za iskanje strokovne literature smo uporabili bibliografski kooperativni sistem COBISS, mednarodne podatkovne baze, kot so Chinal, Eric, Medline, Pub Med, Springer Link, Google Učenjak in obzornik zdravstvene nege. Literaturo smo zbrali na podlagi ključnih besed v slovenskem in angleškem jeziku, pri tem pa upoštevali dostopnost literature ter bili pozorni, da literatura ni starejša od 10 let. Slovenski jezik: komunikacija, komunikacija v zdravstvu, terapijska komunikacija, verbalna komunikacija, neverbalna komunikacija, sodobna zdravstvena nega, vodenje, študenti, zdravstvena nega.

Angleški jezik: communication, communication in health care, therapeutic communication, verbal communication, non-verbal communication, modern health care, leadership, students, health care.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili deskriptivno metodo kvantitativnega raziskovanja, in sicer tehniko zbiranja podatkov v obliki vprašalnika. Vprašalnik smo izdelali na podlagi pregleda strokovne literature o komunikaciji v zdravstveni negi in komunikaciji s pacienti. Uporabili smo spoznanja več avtorjev (Kogovšek, 2010; Burnik, 2010; Balažic, 2012; Makuc, 2012). Vprašalnik je bil sestavljen iz dveh sklopov. Prvi sklop je vseboval demografske podatke, sestavljen je bil iz štirih zaprtih vprašanj s ponujenimi odgovori. Zanimali so nas podatki o spolu, letniku študija, smeri študija in predhodni izobrazbi. Vseboval je tudi eno odprto vprašanje o starosti.

Drugi sklop se je nanašal na vprašanja o oceni in uporabljanju terapevtske komunikacije. Tretji sklop vprašalnika pa je zajemal odnos študentov do pacienta, mnenje o komunikaciji, mero uporabe komunikacije za delo s pacienti, na kakšen način študenti komunicirajo s pacienti, katero vrsto komunikacijskih veščin uporabljajo in kaj se jim pri tem zdi pomembno. Vprašanja so bila oblikovana kot postavke širše vsebine, ki je tema diplomskega dela. Izmerjene so bile s petstopenjsko Likertovo lestvico strinjanja, kjer so vprašanja ocenjevali z ocenami od 1 do 5, pri čemer pomeni ocena 1 »popolnoma se ne strinjam«, 2 »se ne strinjam«, 3 »niti se strinjam niti se ne strinjam«, 4 »se strinjam«, 5 »popolnoma se strinjam«. Pri sklopu, ki se je nanašal na način komuniciranja študentov, pomeni 1 «nikoli», 2 »včasih«, 3 »niti včasih niti pogosto«, 4 »pogosto« in 5 »vedno« in pri sklopu, ki se nanaša na pomembnost vključevanja elementov terapevtske komunikacije, pomeni 1 »sploh se mi ne zdi pomembno«, 2 »ni pomembno«, 3 »niti je pomembno niti ni pomembno«, 4 »je pomembno«, 5 »zelo se mi zdi pomembno« in vsebuje 29 vprašanj in 4 zaprta vprašanja z že ponujenimi odgovori.

Zanesljivost merskega inštrumenta smo preverili s Cronbachovim alfa koeficientom, ki je znašal 0,72. Cencič (2009) navaja, da je Cronbachov koeficient alfa zanesljiv, če je pridobljena vrednost čim bližja številu 1.

3.3.3 Opis vzorca

Vprašalnik smo v elektronski obliki poslali študentom prvega, drugega in tretjega letnika prve stopnje študijskega programa Zdravstvena nega (VS) FZAB, tako rednim kot izrednim. 28. 10. 2016 smo vprašalnike poslali 259 študentom, vrnjenih je bilo 174, kar kaže na 67 % realizacijo vzorca. 130 vprašalnikov je bilo izpolnjenih v celoti, 44 pa le delno izpolnjenih. Analizirali smo vprašalnike, ki so bili izpolnjeni v celoti.

Tabela 1: Demografski podatki (spol, starost, letnik študija, način študija in predhodna izobrazba)

Spol	n	%
Moški	24	18

Spol	n	%
Ženski	106	82
Starost		
18 do 22 let	97	75
23 do 25 let	14	10
26 let in več	19	15
Letnik študija		
1.	72	55
2.	24	18
3.	34	27
Način študija		
Redni	97	75
Izredni	33	25
Predhodna izobrazba		
Zdravstveni tehnik	102	78
Gimnazijski maturant	14	11
Drugo	14	11

n = število anketirancev, % = odstotek

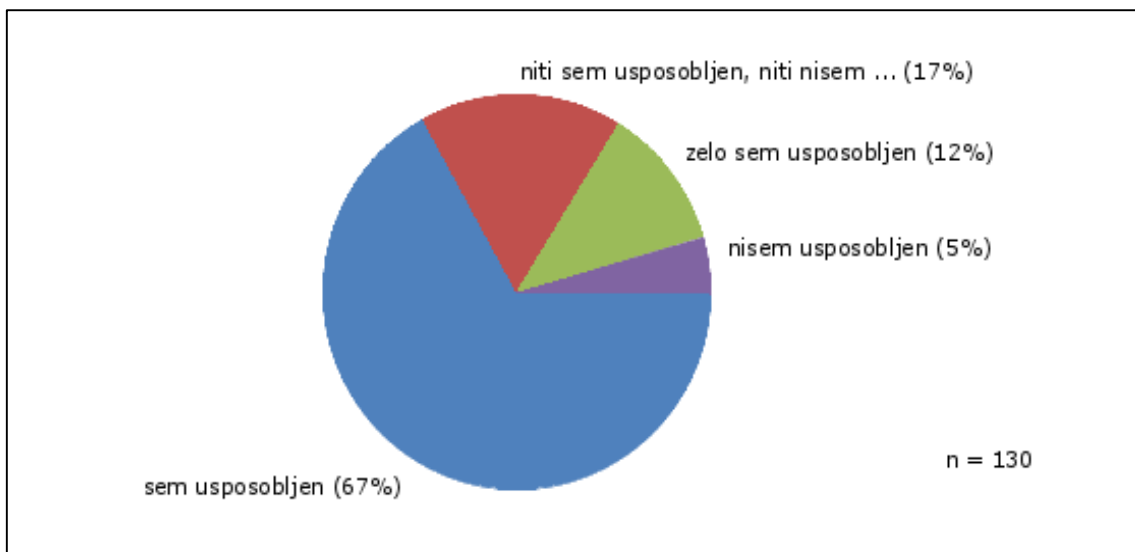
Iz tabele 1 je razvidno, da je pri anketiranju sodelovalo 106 (82 %) žensk in 24 (18 %) moških. Veliko število anketiranih študentov je bilo starih med 18 in 22 let, in sicer 97 (75 %) študentov. 72 (55 %) anketiranih študentov obiskuje prvi letnik, 24 (18 %) drugi letnik in 34 (27 %) 3. letnik študija. Največ anketiranih študentov obiskuje redni študij, in to kar 97 (75 %) študentov. 102 (78 %) študentov, ki je sodelovalo v vprašalniku, ima za predhodno izobrazbo opravljeno srednjo šolo, smer zdravstveni tehnik, 14 (11 %) so gimnazijski maturanti in 14 (11 %) jih prihaja iz drugih srednješolskih izobraževalnih programov.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala med študenti prvega, drugega in tretjega letnika FZAB. Za izvedbo raziskave smo predhodno pridobili pisno soglasje Komisije za znanstveno raziskovalno in razvojno dejavnost FZAB. Raziskava je potekala od 28. 10. 2016 do 30. 11. 2016. Vprašalnik smo poslali v obliki elektronske pošte študentom prvega, drugega in tretjega letnika tako rednega kot tudi izrednega študija. Sodelovanje pri vprašalniku je bilo prostovoljno, zagotovljena pa je bila anonimnost anketiranih oseb. Pridobljene podatke smo pred analizo pregledali in jih označili glede na popolne in nepopolne izpolnitve. Podatke smo obdelali v statističnem računalniškem programu SPSS 20.0. Uporabili smo osnovno deskriptivno statistiko, ki zajema povprečno vrednost, standardni odklon in standardno napako. Naredili smo bivariantno statistično primerjavo med posameznimi odgovori, glede na letnik študija anketiranih oseb. Za primerjavo odgovorov glede na letnik študija smo uporabili enofaktorsko analizo – ANOVA. Za statistično pomembne podatke smo upoštevali razlike, kjer je stopnja statistične pomembnosti na ravni $p \leq 0,05$. Pridobljene podatke smo uredili in jih analizirali ter jih prikazali s pomočjo grafov in tabel.

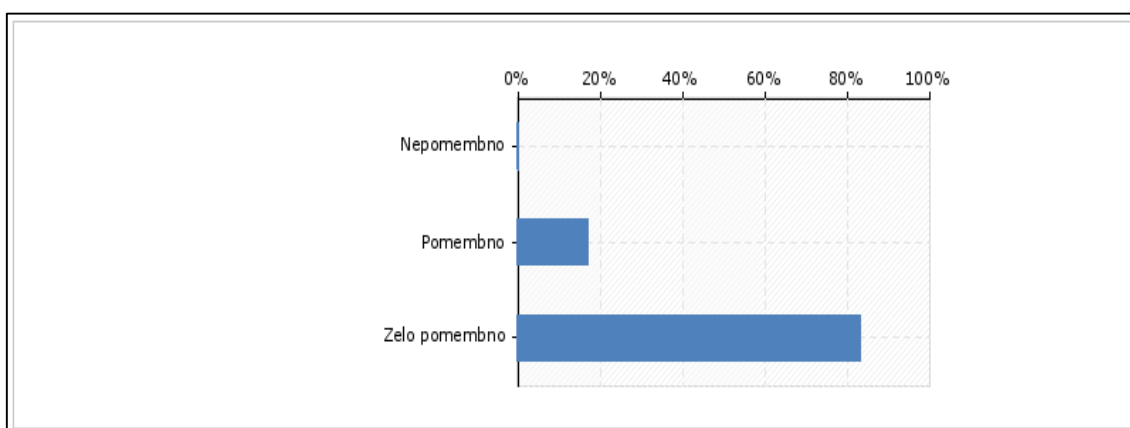
3.4 REZULTATI

Od skupno 130 anketirancev jih 67 % (87) meni, da so usposobljeni za izvajanje terapevtske komunikacije s pacientom, 12 % (15) jih meni, da so zelo usposobljeni, 17 % (22), da niti niso oziroma niti so usposobljeni in 5 % (6) jih meni, da niso usposobljeni za izvajanje terapevtske komunikacije v času klinične prakse (slika 1).



Slika 1: Ocena mnenj študentov o usposobljenosti za terapevtsko komunikacijo s pacientom v času klinične prakse

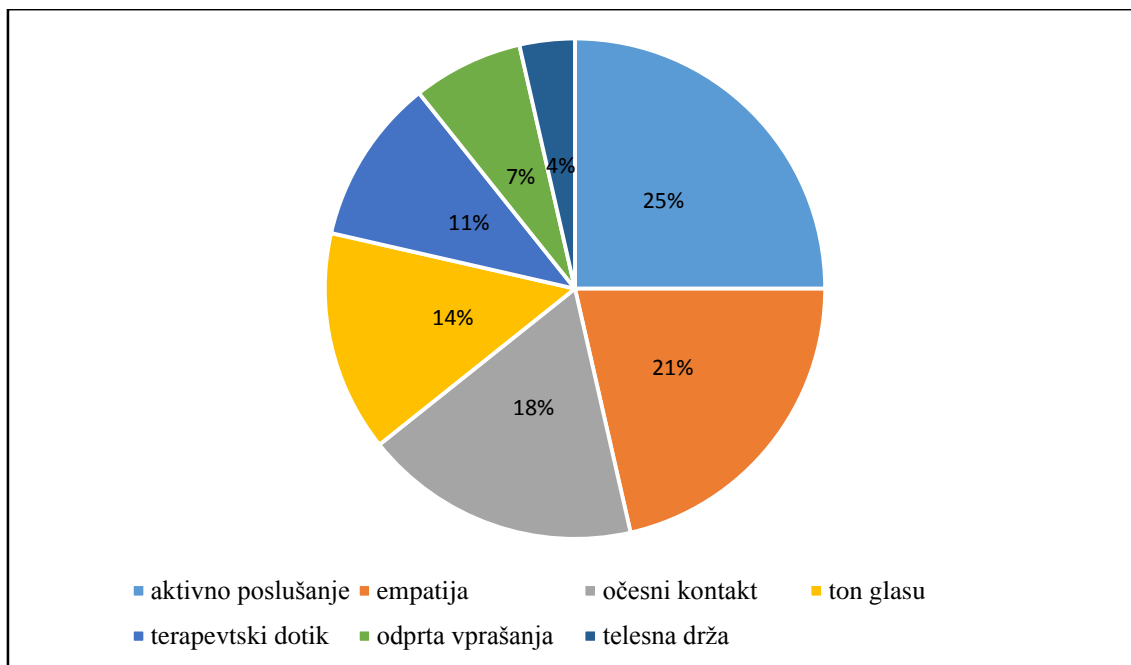
Večina študentov, in sicer 108 (83 %), je na vprašanje, kako ocenjujejo pomembnost uporabe terapevtske komunikacije za delo s pacientom, odgovorilo, da se jim to zdi zelo pomembno, ostalim 22 (17 %) pa se to zdi pomembno. Nihče na to vprašanje ni odgovoril, da se mu terapevtska komunikacija zdi nepomembna, kar je dober rezultat (slika 2).



Slika 2: Mnenje študentov o pomembnosti uporabe terapevtske komunikacije v kliničnem okolju

Pri naslednjem vprašanju nas je zanimalo, kako študenti ocenjujejo pomembnost posameznih elementov terapevtske komunikacije. Študenti so elemente razvrstili po

pomembnosti, pri čemer pomeni 1 najmanj pomembno in 7 najbolj pomembno. Slika 3 prikazuje razvrstitev elementov.

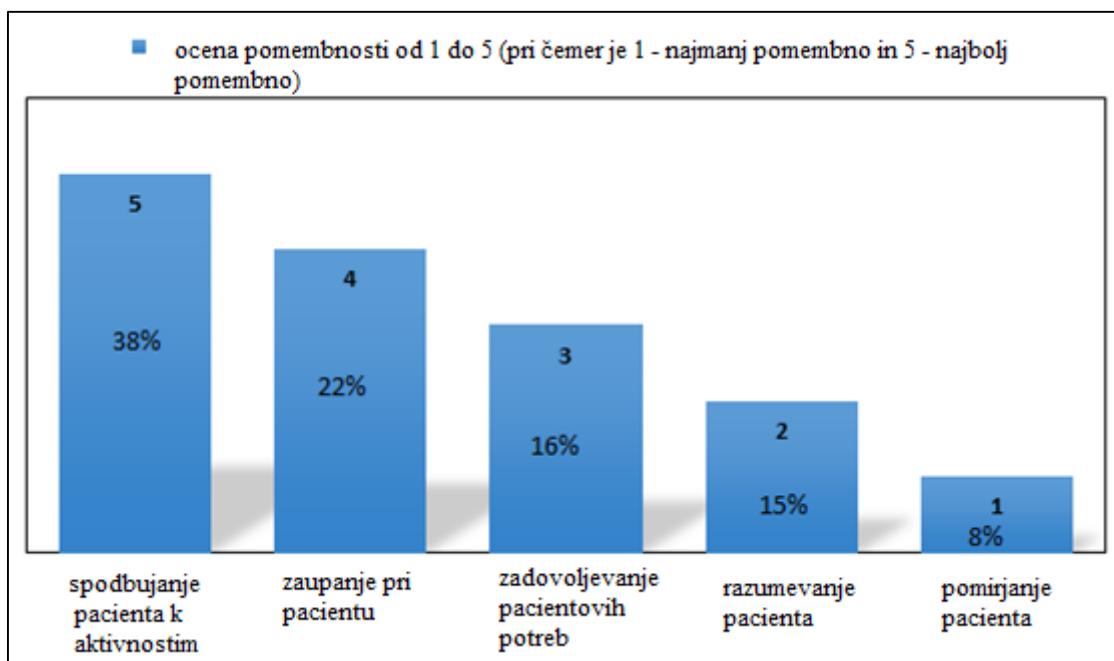


Slika 3: Ocena pomembnosti elementov terapevtske komunikacije

Študenti so največji pomen predpisali aktivnemu poslušanju in empatiji. Pod oceno 7 kot najbolj pomemben element terapevtske komunikacije je 25 % študentov dalo aktivno poslušanje, pod oceno 6 je 21 % študentov dalo empatijo, z 18 % je pod oceno 5 očesni kontakt, 14 % študentov je pod oceno 4 dalo ton glasu, 11 % študentov meni, da je terapevtski dotik pod oceno 3, za manj pomembne pa ima 7 % študentov odprta vprašanja in 4 % telesno držo.

Slika 4 prikazuje rezultate o oceni, kaj si študenti predstavljajo pod pojmom terapevtska komunikacija. Odgovore so razvrščali po pomembnosti od 1 do 5, pri čemer je 1 pomeni najmanj pomembno in 5 najbolj pomembno. Večina študentov, in sicer 50 (38 %), ocenjuje, da terapevtska komunikacija pomeni spodbujanje pacienta k aktivnostim, ki pripomorejo k hitrejši ozdravitvi, nato ustvarjanje zaupanja pri pacientu z 28 (22 %) odgovori. Na tretjem mestu je zadovoljevanje pacientovih potreb z 21 (16 %) odgovori. Kot manj pomemben element terapevtske komunikacije ocenjujejo razumevanje

pacienta, in sicer z 20 (15 %) odgovori in kot najmanj pomembnega so študenti ocenili pomirjanje pacienta z 11 (8 %) odgovori. Slika 4 prikazuje navedene rezultate.



Slika 4: Ocena, kaj si predstavljate pod pojmom terapevtska komunikacija

Tabela 2: Mnenje študentov o komunikaciji s pacienti in mnenje o izobraževanju s področja komunikacije (n = 130)

TRDITEV	PV	SO
Menim, da je komunikacija pomembna v zdravstveni negi.	4,8	0,38
Menim, da znam pravilno komunicirati.	4,1	0,59
Znanje o komunikacijskih veščinah je pomembno za delo s pacienti.	4,6	0,52
Odnos do pacientov mora biti spoštljiv.	4,9	0,35
Odnos do pacientov mora biti razumevajoč.	4,7	0,51
Odnos do pacientov mora biti prijazen.	4,7	0,55
Znanje o komuniciranju dobimo na klinični praksi.	3,9	0,90
V času izobraževalnega programa predavatelji dajejo zadosten poudarek, kako komunicirati s pacientom.	3,8	0,76

TRDITEV	PV	SO
Izobraževalni program daje zadosten poudarek o komunikacijskih veščinah.	3,6	0,81
V odnos s pacientom je treba vložiti veliko lastnega truda.	4,5	0,59
Izobraževalni programi spodbujajo in omogočajo učenje komunikacije za boljši odnos s pacienti.	3,9	0,67
Osvojitev komunikacijskih veščin pridobimo z leti izkušenj.	4,4	0,73

n = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, 1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam

V tabeli 2 so prikazani rezultati, ki kažejo mnenja študentov v odnosu do komunikacije s pacienti. Najvišje povprečne vrednosti so anketiranci izrazili pri trditvah, da mora biti odnos do pacienta spoštljiv (PV = 4,9; SO = 0,35), da je komunikacija pomembna v zdravstveni negi (PV = 4,8; SO = 0,38), da mora biti odnos do pacienta razumevajoč (PV = 4,7; SO = 0,51), da mora biti odnos do pacienta prijazen (PV = 4,7; SO = 0,55), da je znanje o komunikacijskih veščinah pomembno za delo s pacienti (PV = 4,6; SO = 0,52), da je za dober odnos s pacientom treba vložiti veliko lastnega truda (PV = 4,5; SO = 0,59), da komunikacijske veščine osvojimo z leti izkušenj (PV = 4,4; SO = 0,73) in da študenti menijo, da znajo pravilno komunicirati (PV = 4,1; SO = 0,59). Nižje ocene so anketiranci izrazili pri trditvah, da znanje o komuniciranju pridobijo na klinični praksi (PV = 3,9; SO = 0,90), da izobraževalni programi spodbujajo in omogočajo učenje komunikacije za boljši odnos s pacienti (PV = 3,9; SO = 0,67), da v času izobraževalnega programa predavatelji dajejo zadosten poudarek, kako komunicirati s pacientom (PV = 3,8; SO = 0,76) in da izobraževalni program daje zadosten poudarek o komunikacijskih veščinah (PV = 3,6; SO = 0,81). To kaže, da so se anketiranci s temi trditvami manj strinjali, saj so vse ostale trditve imele povprečno vrednost nad 4,0.

Tabela 3: Ocena o pomembnosti vključevanja elementov terapevtske komunikacije pri delu s pacienti, glede na letnik študija

TRDITVE	Celotna populacija	LETNIK ŠTUDIJA				
		1	2	3	ANOVA (p)	F
		n = 72	n = 24	n = 34		
		PV ± SO	PV ± SO	PV ± SO	PV ± SO	
Empatičen odnos do pacienta.	4,6 ± 0,545	4,6 ± 0,575	4,6 ± 0,576	4,6 ± 0,460	0,568	0,569
Vsak zdravstveni delavec mora biti dober poslušalec.	4,6 ± 0,600	4,5 ± 0,627	4,6 ± 0,647	4,6 ± 0,488	0,336	1,101
Terapevtski dotik povrne pacientu upanje.	4,2 ± 0,701	4,2 ± 0,605	4,3 ± 0,751	4,0 ± 0,891	0,707	0,348
Verbalni način komuniciranja.	4,4 ± 0,650	4,4 ± 0,625	4,5 ± 0,721	4,3 ± 0,670	0,665	0,409
Neverbalna komunikacija.	4,2 ± 0,770	4,1 ± 0,820	4,5 ± 0,659	4,3 ± 0,678	0,027	3,742
Strokovno izvajanje terapevtskih in diagnostičnih postopkov.	4,7 ± 0,535	4,8 ± 0,489	4,8 ± 0,442	4,5 ± 0,690	0,258	1,370

n = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, p = analiza variance ANOVA, F = razmerje

V tabeli 3 so prikazani rezultati analize varianc ANOVA za sklop trditev, povezanih z oceno pomembnosti vključevanja elementov terapevtske komunikacije glede na letnik študija. Izračuni so pokazali, da so statistično pomembne razlike ($p = 0,05$ in manj) med

anketiranimi študenti glede na letnik študija pri trditvi o pomembnosti uporabe elementa neverbalne komunikacije ($F = 3,742$; $p = 0,027$). Študenti 2. letnika so se z navedeno trditvijo najbolj strinjali. Statistično pomembnih razlik pri ostalih trditvah nismo dokazali.

Tabela 4: Uporaba načinov komuniciranja študentov pri delu s pacienti (n = 130)

TRDITEV	PV	SO
V kolikšni meri uporabljate terapevtsko komunikacijo pri svojem delu?	4,0	0,63
Pri delu s pacienti, med izvajanjem diagnostično-terapevtskih posegov, uporabljam strokovne izraze.	2,6	1,04
Menim, da imam dovolj znanja za izvajanje terapevtske komunikacije.	3,5	0,80
V kolikšni meri uporabljate verbalno ali besedno komunikacijo s pacientom?	4,4	0,68
Pri komunikaciji s pacienti uporabljam neverbalni (mimika ...) način komuniciranja.	3,7	1,14
Dobro in učinkovito sodelujem s pacientom.	4,2	0,58
Pacientu se pred začetkom izvajanja postopkov vedno predstavim.	4,1	1,00
Pri komunikaciji s pacientom uporabljam druge načine komuniciranja (slikovne metode, črkovne tabele ...).	2,4	1,04
Na klinični praksi imam dovolj časa, da se pacientu posvetim in se z njim odkrito pogovorim.	3,0	0,99
Pacienti mi zaupajo.	4,0	0,63

n = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, 1 – nikoli, 2 – včasih, 3 – niti včasih niti pogosto, 4 – pogosto, 5 – vedno

V tabeli 4 so prikazani rezultati, ki kažejo, katerim načinom komuniciranja anketiranci pripisujejo največji pomen pri delu s pacienti. Najvišje ocene trditev so anketiranci izrazili pri trditvah, da pri delu s pacienti uporabljajo verbalno ali besedno komunikacijo (PV = 4,4; SO = 0,68), da s pacientom dobro in učinkovito sodelujejo (PV = 4,2; SO = 0,58), da se pred začetkom izvajanja postopkov vedno predstavijo (PV = 4,1; SO = 1,00), da pogosto uporabljajo terapevtsko komunikacijo pri svojem delu (PV = 4,0; SO = 0,63), da jim pacienti zaupajo (PV = 4,0; SO = 0,63). Nižje ocene trditev so anketiranci izrazili pri trditvah, da pri komunikaciji s pacientom uporabljajo neverbalni način komuniciranja

(PV = 3,7; SO = 1,14), da imajo dovolj znanja za izvajanje terapevtske komunikacije (PV = 3,5; SO = 0,80), da imajo na klinični praksi dovolj časa, da se pacientu posvetijo in se z njim odkrito pogovorijo (PV = 3,0; SO = 0,99), da pri delu s pacienti med izvajanjem diagnostično-terapevtskih posegov uporabljajo strokovne izraze (PV = 2,6; SO = 1,04), najslabše pa so ocenili trditev, da pri komuniciranju s pacientom uporabljajo druge načine komuniciranja, kot so slikovne metode, črkovne tabele (PV = 2,4; SO = 1,04).

3.5 RAZPRAVA

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšno mnenje imajo študenti glede lastne usposobljenosti za terapevtsko komunikacijo v času izvajanja kliničnega usposabljanja. Raziskava, ki smo jo izvedli med študenti, je pokazala, da je uporaba terapevtske komunikacije pri delu s pacienti zelo pomembna. Različni avtorji opisujejo komunikacijo tako, da vsaka interakcija med osebami vsebuje komunikacijo, pa naj bo ta besedna ali nebesedna. Komunikacijo večinoma jemljemo premalo resno in kot nekaj samoumevnega, kot veščino, ki jo obvladamo vsi. Dobre veščine komuniciranja morajo imeti osebe, zaposlene v zdravstvu, če želijo pacienta obravnavati kakovostno, strokovno in uspešno (Možina idr., 2004; Hoyer, 2005; Selič, 2007; Makuc, 2012).

Na prvo raziskovalno vprašanje »Kakšno mnenje imajo študenti FZAB o svoji usposobljenosti za komunikacijo pri delu s pacienti?« smo dobili deljena mnenja. Večina študentov meni, da so usposobljeni. Makuc (2012) v svoji raziskavi ugotavlja, da je večina zaposlenih v zdravstvu dovolj izobražena in usposobljena za komunikacijo, ne glede na leta izkušenj. S tem se v naši raziskavi ne moremo strinjati, saj večina študentov meni, da osvojitve komunikacijskih veščin pridobimo z leti izkušenj. Kogovšek (2010) ugotavlja, da večina zaposlenih v zdravstveni negi zna pravilno komunicirati. Druge raziskave kažejo, da usposobljenost za komunikacijo pri delu s pacientom pridobimo v šoli in na klinični praksi (Kersnik, 2007; Lešnik, 2007). Z našo raziskavo smo prav tako prišli do teh ugotovitev, saj študenti, ki trdijo, da so usposobljeni za dobro komunikacijo, so študenti drugega in tretjega letnika, študenti, ki menijo, da niso usposobljeni za uspešno komuniciranje s pacienti, pa so študenti prvega letnika, ki so šele pričeli z izobraževalnim programom. Kogovšek (2010) v svoji raziskavi ugotavlja, da je

komunikacija v zdravstveni negi za delo s pacientom zelo pomembna, predvsem za boljše sporazumevanje med študentom in pacientom. S komunikacijo se pokaže naša kakovost dela, pacienti ti bolj zaupajo, pomembna je za boljše počutje pacientov in medsebojne odnose. V naši raziskavi je večina študentov ocenila, da je pomembnost za usposobljenost terapevtske komunikacije pri delu s pacienti zelo pomembna. V komunikaciji študenta s pacienti moramo vedeti, da gre za dva pola – čustveni in strokovni, med njima pa moramo iskati druge poti. To pomeni, da študent, ki uporablja strokovni pol, mora znati razumeti in sprejeti čustva in ne biti le subjekt za iskanje nepravilnosti. Tako razumevanje pričakujemo tudi z druge strani, med obema poloma pa mora potekati usposobljena komunikacija brez šuma in ne kot bi med seboj govorili različne jezike (Ružič Koželj, 2008).

Na drugo raziskovalno vprašanje »Kako študenti FZAB ocenjujejo pomembnost vključevanja elementov terapevtske komunikacije glede na letnik študija?« je večina študentov ocenila, da je vključevanje elementov terapevtske komunikacije zelo pomembna. Na prvo mesto so postavili vključevanje aktivnega poslušanja in empatijo študenta do pacienta. Ta dva elementa se jim zdita najbolj pomembna pri delu s pacientom. Če gledamo glede na letnik, so študenti prvega letnika razporedili elemente po pomembnosti v naslednjem vrstnem redu: najbolj pomembni so jim empatija, aktivno poslušanje, terapevtski dotik, očesni kontakt, ton glasu, odprta vprašanja in najmanj pomembna se jim zdi telesna drža. Študenti drugega letnika so razporedili elemente kot najpomembnejše aktivno poslušanje, empatijo, očesni kontakt, terapevtski dotik, odprta vprašanja, ton glasu in najmanj pomembno telesno držo študenta. Tretji letnik je ocenil kot najpomembnejšo empatijo, nato aktivno poslušanje, terapevtski dotik, ton glasu, očesni kontakt, za najmanj pomembna elementa pa odprta vprašanja in telesna drža študenta. V vseh letnikih so študenti ocenili kot najmanj pomemben element, ki ga vključujejo v delo s pacienti, telesno držo študenta. Kogovšek (2010) v svoji raziskavi ugotavlja, da sta najpomembnejša elementa terapevtski dotik in neverbalna komunikacija. Gorše Muhič (2009) izpostavlja, da so elementi, kot so izraz obraza, telesna drža in ton glasu, pogosto podzavestno motivirani in so lahko tudi bolj natančni od naših besed, saj izrazijo tisto, kar nekdo želi posredovati. Opisuje, da je telo ravno tako pomembno kot besede, ki jih izrečemo, saj sporočamo tako iskreno skrb za paciente. Da so elementi

terapevtske komunikacije pomembni za vključevanje, je izpostavila med prvimi teoretičarka Hildegard Peplau (1952). Osredotočala se je na medčloveške terapevtske odnose in procese, ki jih mora razviti medicinska sestra s pacientom. V zdravstveni negi je poudarila, da moraš razumeti lastno vedenje, da pomagaš drugim in da moraš čutiti težave ter spoštovati načela (Ramšak Pajk, 2011, p. 22).

Na tretje raziskovalno vprašanje »Kakšen je odnos študentov FZAB do komunikacije pri delu s pacienti?« so bili študenti enotnega mnenja, da mora biti odnos do pacienta spoštljiv. Večina študentov se strinja, da moramo biti prijazni s pacientom, kar je nasprotno v primerjavi z raziskavo Kogovšek (2010), v kateri ima manj kot polovica anketirancev prijazen odnos do pacientov. Če želimo biti dobri zdravstveni delavci, moramo spoštovati soljudi, to je etično načelo zdravstvene nege ter pravica pacienta. Pacienta moramo obravnavati kot celoto in spoštovati njegovo dostojanstvo. Na ta način izkazujemo pozornost do pacienta. To pa lahko dosežemo s spoštovanjem, vljudnostjo in prijaznostjo (Gorše Muhič, 2009). Da mora biti odnos do pacienta razumevajoč, so se študenti v naši raziskavi v večini strinjali. V raziskavi, ki so jo izvedli Reis in drugi (2010), so ugotovili, da je za zadovoljstvo in dobro počutje pacientov ključen odnos, ki ga imajo zdravstveni delavci do pacientov. V naši raziskavi so se študenti strinjali, da je za dober odnos s pacientom treba vložiti veliko lastnega truda, kar pomeni, da morajo študenti sami graditi na odnosu in si prizadevati, da komunikacija med njimi uspešno poteka. Zaupanje je pomemben dejavnik pri odnosu komuniciranja v naši raziskavi, večina študentov pa meni, da jim pacienti zaupajo. Kogovšek (2010) v svoji raziskavi ugotavlja, da je zaupanje eden od ključnih dejavnikov za dobre medosebne odnose med pacientom in zdravstvenim delavcem in da bi brez zaupanja težko komunicirali. Ugotovil je, da tudi pacienti v večini menijo, da zdravstvenim delavcem zaupajo.

Z izvedeno raziskavo ugotavljamo, da so študenti prvega, drugega in tretjega letnika na FZAB poučeni o komunikaciji v zdravstveni negi. Na kliničnem usposabljanju se trudijo pravilno, učinkovito komunicirati s pacienti in se zavedajo, kako pomembna je dobra komunikacija.

Kot omejitev raziskave navajamo ne reprezentativen vzorec, saj nismo dobili dobro posredovane lastnosti anketirancev in neenakomerno razporeditev vzorca med letniki, saj je bila skupina anketiranih v prvem letniku bistveno večja kot v drugem in tretjem letniku. Raziskavo bi bilo smiselno razširiti tudi na druge zdravstvene šole in primerjati rezultate med seboj, saj bi tako dobili širši vpogled na mnenje o komunikaciji študentov.

4 ZAKLJUČEK

V raziskavi smo skušali dobiti pogled in mnenje študentov o pomenu komunikacije za delo s pacienti. Ugotovili smo, da študenti pripisujejo velik pomen ustreznemu komuniciranju, poznavanju in zavedanju pomena uporabe elementov terapevtske komunikacije. V času kliničnega usposabljanja študenti skrbijo za paciente in spremljajo njihov potek zdravljenja, pomagajo pri kakovostni obravnavi in spodbujajo paciente k aktivnostim za hitrejšo ozdravitev. Pri vsem delu, ki ga študenti izvajajo v kliničnem okolju, potrebujejo dobro znanje komunikacije, saj se le tako lahko vključijo v celoten tim zdravstvene nege.

Z raziskavo smo odgovorili na predhodno zastavljena raziskovalna vprašanja. Pri prvem vprašanju smo ugotovili, da so študenti usposobljeni za izvajanje terapevtske komunikacije v kliničnem okolju. Strinjajo se tudi s tem, da je za izvajanje dobre in uspešne komunikacije treba vložiti veliko lastnega truda in da svojo usposobljenost za osvojitve komunikacijskih veščin pridobijo z leti izkušenj. Znanje o komunikaciji pridobijo v izobraževalnih programih.

Z raziskavo smo ugotovili, da so elementi terapevtske komunikacije pomembni pri delu s pacientom. Študenti morajo znati dobro in aktivno prisluhniti pacientu, mu pri tem ponuditi empatičen odnos, dotik, se z njimi pogovoriti odkrito, pri tem pa upoštevati, da je pomembna tudi nebesedna govorica telesa, ki je vedno prisotna pri pogovoru med študentom in pacientom, čeprav se študenti nebesedne govornice še ne zavedajo povsem. Študenti se trudijo spodbujati paciente za hitrejšo ozdravitev in to si tudi največkrat predstavljajo pod pojmom terapevtske komunikacije, pri tem pa se jim zdi pomembno, da strokovno in natančno izvajajo terapevtske in diagnostične postopke v skladu s standardi in strokovnostjo.

Študentom je pomembno znanje o komunikaciji, saj le s tem lahko pravilno postopajo pri odnosu do pacienta. Vsi študenti se trudijo in strinjajo, da morajo biti spoštljivi, razumevajoči in prijazni pri delu. Trudijo se vzpostaviti določen odnos, in sicer z učenjem in izkušnjami, ki jih pridobivajo na kliničnem usposabljanju. Poznajo različne načine

komuniciranja, zato v svojem odnosu s pacientom uporabljajo tudi druge tehnike komuniciranja (slikovne metode, črkovne tabele ...), če je to potrebno, vendar pa veliko študentov tega še ni uporabljalo. Da je zaupanje temelj medosebnih odnosov smo dokazali tudi z raziskavo, saj se s tem v večini študenti strinjajo in gradijo zaupni odnos med študentom in pacientom, potrebno pa je predvsem veliko njihovega potrpljenja. Potrebno se je truditi in prilagoditi, da pridobijo dober odnos s pacienti, da hodijo na klinično prakso z veseljem in s tem pridobijo čim več izkušenj, ki jim bodo koristile v njihovih nadaljnjih delovnih poteh.

5 LITERATURA

Balažič, I., 2012. *Negovalni tim in komunikacija v zdravstveni negi: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Birk, B., 2009. Profesionalna komunikacija kot del managementa v zdravstveni negi. In: T. Andrejašič, ed. *Zbornik 6. študentske konference Fakultete za management Koper, 18.-20. november 2009*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper, pp. 57-60.

Burnik, T., 2010. *Kakovost anketnega vprašalnika »Internet Dating«: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.

Day, G., Minichiello, V. & Madison, J., 2007. Self-reported perceptions of Registered Nurses working in Australian hospitals. *Journal of Nursing Management*, 15(4), pp. 403-13.

Deschodt, M., Casterel, B.D. & Milisen, K., 2010. Gerontological care in nursing education programmes. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), pp. 139-148.

Drev, D., 2010. Komunikacija med izvajalci zdravstvene nege in zdravniki – pogled medicinske sestre. In: D. Plank & K. Esih, ed. *Zdravstvena nega v okolju, ki zagotavlja varno in kakovostno obravnavo bolnika*. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, pp. 23.

Fink, A., & Kobilšek, P.V., 2013. *Zdravstvena nega pacienta pri življenjskih aktivnostih. Učbenik za modul zdravstvene nege v izobraževalnem programu Zdravstvena nega za vsebinski sklop Življenjske aktivnosti in negovalne intervencije*. Ljubljana: Grafenauer.

Fink, I., Goltnik, A. & Števančec, D., 2009. *Poslovno komuniciranje*. Konzorcij višjih strokovnih šol za izvedbo projekta IMPLETUM. Ljubljana: Zavod IRC.

Florin, J., Ehrenberg, A., Wallin, L. & Gustausson, P., 2011. Educational support for research utilization and capability beliefs regarding evidence – based practice skills: a national survey of senior nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), pp. 888-897.

Gorše Muhič, M., 2009. Zdravstvena nega pacienta s shizofrenijo. In: R. Kobentar & P. Pregelj, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 179-190.

Grintal, B., 2012. *Znam komunicirati na delovnem mestu: izobraževalni program*. Ljubljana: Program splošnega neformalnega izobraževanja odraslih.

Hajdinjak, G., & Meglič, R., 2012. *Sodobna zdravstvena nega: 2. dopolnjena izdaja*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.

Hedberg, B., Cederborg A-C. & Johanson, M., 2007. Care planning meetings with stroke survivors. Nurses as Moderators of the communication. *Journal of Nursing Management*, 15, pp. 214-21.

Henderson, A., Heel, A. & Twentyman, M., 2007. Enabling Student Through strategic partnerships between a health-care organizations and tertiary institutins. *Journal of Nursing Management*, 15(1), pp. 91-6.

Hlade, S., 2010. *Paliativna zdravstvena nega kronično bolnih v domačem okolju: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Hren, M., 2008. *Vloga in pomen neverbalnega komuniciranja v podjetju Comet umetni brusi in nekovine, Zreče: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta.

Jasmine, T.J.X., 2009. The use of effective therapeutic communication skills in nursing practice. *Singapore nursing Journal*, 16(3), pp. 111-116.

Kameg, K., Mitchell, A.M., Clochesy, J., Howard, V.M. & Suresky, A., 2009. Communication and Human Patient Simulation in psychiatric Nursing. *Issues Mental Health Nursing*, 30(8), pp. 503-508.

Kersnik, J., 2007. *Osnove družinske medicine: Učbenik za študente medicine v 4. letniku medicinske fakultete Univerze v Mariboru*. Maribor: Medicinska fakulteta.

Klun, N., 2010. *Vpliv komuniciranja na zadovoljstvo zaposlenih: diplomsko delo*. Maribor: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper.

Kogovšek, K., 2010. *Uporaba terapevtske komunikacije v zdravstveni negi: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Kopčavar Guček, N., 2012. *Kako komunicirati s težavnim bolnikom? In: K. Tušek Bunc, ed. 7. mariborski kongres družinske medicine: zbornik predavanj. Maribor, 23.-24. november 2012*. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, pp 33-41.

Kriet, K., 2008. Enhancing and Using Negotiation Skills. *Dermatology Nursing*, 20(2), pp. 140.

Lešnik, A., 2007. *Spoštovanje pacientovega dostojanstva in avtonomije v času sprejema in obravnave v zdravstveni ustanovi: diplomsko delo*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Makuc, D., 2012. *Pomen verbalne in neverbalne komunikacije v zdravstveni negi pacienta na umetni ventilaciji: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

McCabe, C. & Timmns, F., 2006. *Communication Skills for Nursing Practice*. New York: Palgrave Macmillan.

Možina, S., Tavčar, M., Zupan, N. & Knežević, A.N., eds. 2011. *Poslovno komuniciranje evropske razsežnosti*. Maribor: Obzorje.

Murphy, F., 2006. Motivation In Nurse Education Practice: A Case Study Approach. *British Journal of Nursing*, 15(20), pp. 1364-1367.

Nishizawa, Y., Saito, M., Ogura, N., Kudo, S., Saito, K. & Hanaya, M., 2006. The non-verbal communication skills of nursing students: Analysis of interpersonal behaviour using videotaped recordings in a 5-minute interaction with simulated patient. *Japan Journal of Nursing Science*, 3(1), pp. 15-22.

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

Počkar, M., 2008. *Poslovno komuniciranje*. Konzorcij višjih strokovnih šol za izvedbo projekta IMPLETUM. Postojna: Zavod IRC, Ljubljana.

Prebil, A., Mohar, P. & Drobne, J., 2009. *Komunikacija v zdravstvu: učbenik za predmet Etika in komunikacija in za modul Kakovost v zdravstveni negi*. Celje: Celjska Mohorjeva družba, Društvo Mohorjeva družba.

Pušavec, M., 2013. *Merjenje razvoja kakovosti študija – vidik zaposljivosti študenta: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za upravo Ljubljana.

Ramšak Pajk, J., 2011. Etični vidik terapevtske komunikacije. In: B. Skela Savič, A. Prebil, K. Romih, S. Pivač & K. Skinder Savič, eds. *Napredna znanja za kakovostno delo s študenti zdravstvene nege - poklicna etika in profesionalni razvoj/4.šola za klinične mentorje. Jesenice, 13.-15. september 2011.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 22-30.

Reis, H.T., Smith, S.M., Carmichael, C.L. & Caprariello P.A., 2010. Are You Happy for Me? How Sharing Positive Events With Others Provides Personal and Interpersonal Benefits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(2), pp. 311-329.

Ružič Koželj, N., 2004. *Komunikacija v zdravstvu; kako do uspešne interakcije.* Maribor: NR Design Maribor.

Ružič Koželj, N., 2008. *Komunikacija v zdravstvu in trenja med stroko in uporabniki.* [online] Available at: <http://polemika.si/2008/12/komunikacija-v-zdravstvu-in-trenja-med-stroko-in-uporabniki/> [Accessed 16 December 2016].

Shellman, J., 2006. Making a Connection: BSN students' Perceptions of Their Reminiscence experiences with Older Adults. *Journal of Nursing Education*, 45(12), pp. 497–503.

Sleeper, J. & Thompson, C., 2008. The use of hi fidelity simulation to enhance nursing students therapeutic communication skills. *International Journal of Nursing Education Scholarsh*, 5(42), pp. 1-12.

Stapleton, P., Henderson, A., Creedy, D.K., Cooke, M., Petterson, E. & Alexander, H., 2007. Boosting morale and improving performance in the nursing seting. *Journal of Nursing Management*, 15(8), p. 811.

Štular, S., 2008. Spremembe v vodenju. In: B.M. Kaučič, D. Klemenc, P. Požun & N. Vidnar, eds. *Ali potrebujemo spremembe na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu? - novi izzivi: zbornik predavanj z recenzijo. Podčetrtek, 5.-6. november 2008.* Ljubljana:

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; Sekcija medicinskih sester v managementu, pp. 15-16.

Ule, M., ed. 2009. *Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov: knjižna zbirka Psihologija vsakdanjega življenja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Wolf, N., 2008. *Težave v komunikaciji strokovnih delavcev z umirajočimi in svojci*. In: M. Krajnc, ed. *2. strokovno srečanje Patronažna medicinska sestra ob umirajočim bolniku, 15. april 2008*. Sp. Duplek: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester, pp. 55-58.

Zupan, N. & Hočevar, N., eds. 2010. *Osebna odličnost v zdravstvu*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

Žagar, I., 2012. *Vloga osebnega bančnika v obvladovanju osebnih financ: diplomsko delo*. Ptuj: GEA College, Center višjih šol.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

VPRAŠALNIK

Sem absolventka 3. letnika Fakultete za zdravstvo Angele Boškin in Vas prosim, da odgovorite na vprašanja, ki so v sklopu mojega diplomskega dela z naslovom MNENJE ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE O POMENU KOMUNIKACIJE ZA DELO S PACIENTI, pod mentorstvom Sanele Pivač, pred. Sodelovanje v vprašalniku je anonimno, dobljeni podatki bodo uporabljeni izključno v namen diplomskega dela.

Vnaprej se Vam zahvaljujem.

Obkrožite:

1. Spol:

a) Moški

b) Ženski

2. Starost (v letih): _____

3. Letnik študija:

a) 1. letnik

b) 2. letnik

c) 3. letnik

d) Drugo _____

4. Smer študija:

a) Redni študij

b) Izredni študij

5. Pridobljen poklic/naziv po končani srednji šoli:

- a) Zdravstveni tehnik
- b) Gimnazijski maturant
- c) Drugo _____

6. Označite, kako ocenjujete sebe za usposobljenost terapevtske komunikacije s pacientom v času klinične prakse?

- a) Sploh nisem usposobljen
- b) Nisem usposobljen
- c) Niti sem usposobljen niti nisem usposobljen
- d) Sem usposobljen
- e) Zelo sem usposobljen

7. Kako ocenjujete pomembnost usposobljenosti za terapevtsko komunikacijo pri delu s pacienti?

- a) Nepomembno
- b) Pomembno
- c) Zelo pomembno

8. Kateri so po vašem mnenju najpomembnejši oziroma najmanj pomembni elementi terapevtske komunikacije? Razvrstite jih po pomembnosti od 1 do 7, pri čemer je 1 najmanj pomembno in 7 najbolj pomembno.

- a) Aktivno poslušanje ___
- b) Terapevtski dotik ___
- c) Očesni kontakt _____
- d) Odprta vprašanja ___
- e) Ton glasu ___
- f) Telesna drža ___

g) Empatija ____

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

- a) Zadovoljevanje pacientovih potreb ____
- b) Ustvarjanje zaupanja pri pacientu ____
- c) Razumevanje pacienta ____
- d) Spodbujanje pacienta k aktivnostim, ki pripomorejo k hitrejši ozdravitvi ____
- e) Pomirjanje pacienta ____

10. V spodnji tabeli so zapisane trditve o komunikaciji. Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo:

- 1 – sploh se ne strinjam;
- 2 – se ne strinjam;
- 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam (neopredeljen);
- 4 – se strinjam;
- 5 – popolnoma se strinjam.

	TRDITVE	OCENA				
1	Menim, da je komunikacija pomembna v zdravstveni negi.	1	2	3	4	5
2	Menim, da znam pravilno komunicirati.	1	2	3	4	5
3	Znanje o komunikacijskih veščinah je pomembno za delo s pacienti.	1	2	3	4	5
4	Odnos do pacientov mora biti spoštljiv.	1	2	3	4	5
5	Odnos do pacientov mora biti razumevajoč.	1	2	3	4	5
6	Odnos do pacientov mora biti prijazen.	1	2	3	4	5
7	Znanje o komuniciranju dobimo na klinični praksi.	1	2	3	4	5

	TRDITVE	OCENA				
8	V času izobraževalnega programa predavatelji dajejo zadosten poudarek, kako komunicirati s pacientom.	1	2	3	4	5
9	Izobraževalni program daje zadosten poudarek o komunikacijskih veščinah.	1	2	3	4	5
10	V odnos s pacientom je treba vložiti veliko lastnega truda.	1	2	3	4	5
11	Izobraževalni programi spodbujajo in omogočajo učenje komunikacije za boljši odnos s pacienti.	1	2	3	4	5
12	Osvojitve komunikacijskih veščin pridobimo z leti izkušenj.	1	2	3	4	5

11. Naslednje trditve se nanašajo na način komuniciranja. Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo:

1 – nikoli;

2 – včasih;

3 – niti se ne strinjam niti se strinjam (neopredeljen);

4 – pogosto;

5 – vedno.

	TRDITVE	OCENA				
1	V kolikšni meri uporabljate terapevtsko komunikacijo pri svojem delu?	1	2	3	4	5
2	Pri delu s pacienti, med izvajanjem diagnostično-terapevtskih posegov, uporabljam strokovne izraze.	1	2	3	4	5
3	Menim, da imam dovolj znanja za izvajanje terapevtske komunikacije.	1	2	3	4	5
4	V kolikšni meri uporabljate verbalno ali besedno komunikacijo s pacientom?	1	2	3	4	5
5	Pri komunikaciji s pacienti uporabljam neverbalni (mimika ...) način komuniciranja.	1	2	3	4	5
6	Dobro in učinkovito sodelujem s pacientom.	1	2	3	4	5
7	Pacientu se pred začetkom izvajanja postopkov vedno predstavim.	1	2	3	4	5

	TRDITVE	OCENA				
8	Pri komunikaciji s pacientom uporabljam druge načine komuniciranja (slikovne metode, črkovne tabele ...).	1	2	3	4	5
9	Na klinični praksi imam dovolj časa, da se pacientu posvetim in se z njim odkrito pogovorim.	1	2	3	4	5
11	Pacienti mi zaupajo.	1	2	3	4	5

12. Našteti imate nekaj elementov terapevtske komunikacije. Ocenite, kaj se vam zdi bolj pomembno in kaj manj, pri čemer je:

- 1 – sploh se mi ne zdi pomembno;
- 2 – ni pomembno;
- 3 – niti ni pomembno niti je pomembno (neopredeljen);
- 4 – je pomembno;
- 5 – zelo se mi zdi pomembno.

	TRDITVE	OCENA				
1	Empatičen odnos do pacienta.	1	2	3	4	5
2	Vsak zdravstveni delavec mora biti dober poslušalec.	1	2	3	4	5
3	Terapevtski dotik povrne pacientu upanje.	1	2	3	4	5
4	Verbalni način komuniciranja.	1	2	3	4	5
5	Neverbalna komunikacija.	1	2	3	4	5
6	Strokovno izvajanje terapevtskih in diagnostičnih postopkov.	1	2	3	4	5