



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**POGLED ŠTUDENTOV FAKULTETE ZA
ZDRAVSTVO ANGELE BOŠKIN NA POMEN
KOMUNIKACIJE V ZDRAVSTVENI NEGI IN
ODNOSNO KOMUNICIRANJE**

**OPINIONS OF ANGELA BOŠKIN FACULTY
OF HEALTH CARE STUDENTS ON THE
IMPORTANCE OF COMMUNICATION IN
NURSING AND ON RELATIONAL
COMMUNICATION**

Mentorica: doc.dr. Simona Hvalič Touzery

Kandidatka: Karolina
Starman

Jesenice, april, 2017

ZAHVALA

Zahvaljujem se svoji mentorici doc. dr. Simoni Hvalič Touzery, za njen časa, ki mi ga je namenil za strokovno pomoč, svetovanje in usmerjanje pri pisanju diplomske naloge.

Prav tako se zahvaljujem doc. dr. Ivici Avberšek Lužnik in mag. Branko Bregar, viš. pred, za recenzijo diplomskega dela, ter Nini Rustja, univ. dipl. bibl. za tehnični pregled.

Posebna zahvala pa gre mojim staršem, ki so me vseskozi spodbujali in mi omogočali študij, brez njih mi nebi uspelo. Ter tudi mojemu partnerju in vsem prijateljem, ki so mi pomagali in mi svetovali pri moji diplomski.

POVZETEK

Teoretično izhodišče: Če želi biti študent zdravstvene nege učinkovit pri svojem poklicu, se mora poleg vseh kompetenc, ki jih izvaja naučiti tudi učinkovito komunicirati. Medicinska sestra se mora v svojem poklicu odzvati v različnih situacijah, ki so velikokrat zelo stresne, zato je pomembno, da ima komunikacijske spretnosti in znanja, ki so ji v pomoč.

Cilj: Glavni cilj diplomskega dela je ugotoviti, pogled študentov zdravstvene nege na pomen komunikacije v zdravstveni negi in pridobiti njihovo oceno lastnih sposobnosti za odnosno komuniciranje s pacienti.

Metoda: Podatke smo pridobili z neeksperimentalno kvantitativno metodo. V vprašalnik smo vključili 3 mednarodne lestvice: Communication Skills Attitude Scale (CSAS), Caring Efficacy Scale (CES) in Perceived Importance of Medical Communication (PIMC). Vzorec znaša 139 študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin (33,1% realizacija). Za obdelavo pridobljenih podatkov smo uporabili programa Microsoft Excel 2013 in SPSS 23.0. Uporabljena je bila opisna in bivariantna statistika. Statistična značilnost je bila preverjena na ravni 5 % tveganja.

Rezultati Ugotavljamo nevtralen odnos anketiranih študentov zdravstvene nege do učenja komunikacijskih spretnosti ($PV=3,27$, $SO=0,36$). Povezavo med odnosom anketirancev do učenja komunikacijskih spretnosti in demografskimi podatki smo potrdili le pri vrsti študija ($p=0,018$). Anketiranci so imeli nevtralen odnos do pomena komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi ($PV=3,37$, $SO=0,37$). Povezanosti med demografskimi dejavniki in mnenjem anketirancev glede pomena komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi nismo potrdili ($p>0,05$). Odnos anketirancev do pacientov in s tem oceno lastne sposobnosti za odnosno komuniciranje so na lestvici od 1 do 6 anketiranci ocenili s povprečno vrednostjo, 3,42 ($SO=0,54$). Povezanosti z demografskimi podatki nismo potrdili ($p>0,05$), smo pa ugotovili močno statistično povezavo ($p=0,000$) med oceno odnosnega komuniciranja in odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti ter mnenjem o pomenu komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi.

Razprava: V naši raziskavi smo ugotovili, da anketirani študentje zdravstvene nege ocenjujejo, da nimajo zadostnega znanja in spretnosti za dobro komuniciranje s pacienti.

Zato je pomembno, da se študente tekom študija usmeri na razvijanje komunikacije in njenih spretnosti tako v teoretičnem znanju, kot tudi praktičnem.

Ključne besede: odnosno komuniciranje, odnosi in komunikacija v zdravstvu, komunikacijske obrambe, komunikacijske motnje in komunikacija študentov zdravstvene nege

ABSTRACT

Background: In order for nursing students to be efficient at their profession, they have to learn how to communicate effectively in addition to all other competencies. In their profession, nurses must respond to various situations, which are often extremely stressful, so it is important for nurses to possess helpful communication skills.

Aims: The main objective of the thesis is to gain insight into nursing student attitudes towards communication in the field of health care and to obtain the students' assessment of their own abilities in relationship communication.

Method: Data was obtained with a non-experimental quantitative method. The survey included the following three international scales: Communication Skills Attitude Scale (CSAS), Caring Efficacy Scale (CES) and Perceived Importance of Medical Communication (PIMC). The sample covered 139 students of the Angela Boškini Faculty of Health (33.3% response rate). The following software was used to process the acquired data: Microsoft Excel 2013 and SPSS 23.0. Descriptive and bivariate statistics were applied. Statistical significance was established at the risk level of 5%.

Results: Among the surveyed students, the predominant attitude towards learning communication skills was neutral ($PV=3.27$, $SO=0.36$). The link between the attitude of the respondents toward communication skills learning and demographic data has been confirmed only in the type of study ($p=0.018$). Respondents' attitude towards the importance of communications skills in health care was neutral ($PV=3.37$, $SO=0.37$). A connection between demographic factors and the correspondents' opinion regarding the importance of communication skills in health care was not confirmed ($p>0.05$). Respondents' relationship toward the patients, including respondents' assessment of their own relationship communication ability, was assessed by an average value of 3.42 ($SO=0.54$) by the respondents on a scale from 1 to 6. The connection with demographic data was not confirmed ($p>0.05$), however, a strong statistical link ($p=0.000$) was found between the assessment of the importance of communication skills and the attitude toward communication skills learning and the opinion of the importance of communication skills in health care.

Discussion: The research indicates that the interviewed nursing students estimate that their communication skills are insufficient to communicate effectively with the patients.

Key words: relationship communication, relationships and communication in health care, defensive communication styles, communication disruptions and communication of nursing students.

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	2
2.1	ODNOS IN ODNOSNO KOMUNICIRANJE	2
2.2	ODNOSI IN KOMUNICIRANJE V ZDRAVSTVU	4
2.2.1	Komunikacija s pacientom	5
2.2.2	Komunikacijske motnje in ovire v zdravstvu	7
2.2.3	Komunikacijske obrambe in instrumentalizacija odnosov v zdravstvu ...	10
2.3	ODNOSNO KOMUNICIRANJE ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE .	12
2.3.1	Pomen komunikacije v zdravstveni negi po oceni študentov zdravstvene nege.....	14
3	RAZISKOVALNI DEL	15
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	15
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	15
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	16
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	16
3.3.2	Opis merskega instrumenta	16
3.3.3	Opis vzorca	18
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	19
3.4	REZULTATI	20
3.4.1	Odnos do učenja komunikacijskih spretnosti	20
3.4.2	Pomen komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi.....	23
3.4.3	Ocena lastnih sposobnosti za odnosno komuniciranje	27
3.5	RAZPRAVA	31
4	ZAKLJUČEK	35
5	LITERATURA	36
6	PRILOGE	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografski podatki	18
Tabela 2: Učenje komunikacijskih spretnosti.....	20
Tabela 3: Odnos do učenja komunikacijskih spretnosti glede na vrsto študija.....	22
Tabela 4: Odnos do učenja komunikacijskih spretnosti glede na letnik študija.....	22
Tabela 5: Odnos do učenja komunikacijskih spretnosti glede na zaposlitveni status	22
Tabela 6: Odnos do učenja komunikacijskih spretnosti glede na spol	23
Tabela 7: Odnos do učenja komunikacijskih spretnosti glede na starost	23
Tabela 8: Pomen komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi.....	24
Tabela 9: Odnos do pomena komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi glede na vrsto študija	25
Tabela 10: Odnos do pomena komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi glede na spol	25
Tabela 11: Odnos do pomena komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi glede na letnik študija	25
Tabela 12: Odnos do pomena komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi glede na zaposlitveni status.....	26
Tabela 13: Odnos do pomena komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi glede na starost.....	26
Tabela 14: Ocena lastnega odnosnega komuniciranja s pacienti	27
Tabela 15: Ocena lastnega odnosnega komuniciranja s pacienti glede na vrsto študija in spol	29
Tabela 16: Ocena lastnega odnosnega komuniciranja s pacienti glede na letnik študija	29
Tabela 17: Ocena lastnega odnosnega komuniciranja glede na zaposlitveni status.....	29
Tabela 18: Ocena lastnega odnosnega komuniciranja s pacienti glede na starost.....	30
Tabela 19: Povezave med vsebinskimi sklopi.....	30

1 UVOD

V sodobnem času je vedno več poudarka na izobraženosti, razgledanosti in spretnostih na vseh področjih delovanja. Ena teh spretnosti je učinkovita komunikacija, ki naj bi jo osvojil vsak zdravstveni delavec. Zavedati se je potrebno, da vloga medicinske sestre v veliki meri sega preko same zdravstvene nege. Medicinska sestra mora znati odreagirati v različnih situacijah, ki se navezujejo na etične, pravne, paliativne in podobne situacije. Zato je pomembno, da se študentje zdravstvene nege, izobražujejo že tekom študija (Steckler, 2012).

Dobri medosebni odnosi so v veliki meri povezani z zadovoljstvom zaposlenih na delovnem mestu, ti pa se kažejo z napredovanjem zaposlenih, zmanjšanjem konfliktov, zaupanju in z odprto komunikacijo med zaposlenimi in pacienti. Iskrena, empatična in odprta komunikacija zdravstvenih delavcev je zelo pomembna za dobro oskrbo pacienta. Odnos med pacientom in zdravstvenim osebjem je kompleksen, saj zajema njegov socialni položaj, družinsko situacijo, njegove izkušnje, čustveno stabilnost in zmožnost obvladovanja stresnih situacij. Pacientu je potrebno izkazati zaupanja vreden odnos, saj je le ta eden glavnih ključev, ki omogoča kakovostno obravnavo pacienta (Leskovic, 2014, pp. 28-30).

Potrebno se je zavedati, da sodobna družba, daje prednost boleznim in njenim znakom ter s tem pozablja, da se oddaljuje od pacienta. Za zmanjševanje bolečine, trpljenja in tesnobe se zdravstveno osebje večkrat poslužuje instrumentalizaciji odnosa in medikalizaciji. Instrumentalizacija pa vzpostavlja distanco do pacienta in ga s tem pušča samega v njegovih strahovih. Zato se je potrebno naučiti imeti distanco do takšne mere, da je še vedno prisotna empatija in razumevanje trpljenja. Le tako bo doseženo ohranjanje zdravja pacienta in zaposlenih (Ule, 2010).

Z dobrimi medosebnimi odnosi pripomoremo k večji popolnosti, ki je pogoj za učinkovito in kakovostno opravljanje poklica zdravstvene nege. Zato je pomembno, da se študentje zdravstvene nege učijo komunikacijskih spretnosti in pomena dobrih medosebnih odnosov že tekom študija (Leskovic, 2014).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 ODNOS IN ODNOSNO KOMUNICIRANJE

Komunikacija sama po sebi še ne predstavlja nekega trdnejšega odnosa, ampak lahko predstavlja samo izmenjavo informacij ali dejanj. Odnosi pomenijo ponavljajoče se interakcije med osebami. Definicijo odnosa nikoli ne sestavlja posameznik, ampak vedno dve ali več oseb, ki sta med seboj v interakciji. Sestavljajo ga pravila o stopnji osebnosti in mejah zasebnosti, ki si jih sogovorniki postavijo sami. Za odnos so potrebne interakcije med osebami, ki se povezujejo z odnosom iz preteklih izkušenj in tudi prihodnjih, ki jih še čakajo v odnosu (Ule, 2005; 2009).

Ule (2010, pp. 316-317) opisuje kako se iz socialne interakcije razvije socialni odnos:

- Izbira: je proces, ko ljudje stopajo v kontakt in si ustvarjajo vtise o drugih. Je faza približevanja in zблиževanja, konflikta se izogibajo saj želijo pustiti dober vtis na druge.
- Naslednja faza je faza pogajanja v njej se ponavljajo interakcije med partnerji, izoblikujejo se pravila odnosa in vloge. Partnerji se med seboj začno bolj spoznavati in tudi tekmovati za večjo pozicijo in korist, zato lahko nastanejo konflikti.
- Nato sledi faza sporazuma, ko partnerji med seboj ugotovijo, da je bolje, da se dobro razumejo. Če pa udeleženci ugotovijo, da je več izgub kot koristi pa se s tem konča interakcija med njimi. Med seboj vzpostavijo zaupanje, ki pa je eden glavnih temeljev dobrega odnosa.
- Faza zavezanosti pa se pojavi tedaj, ko so partnerji med seboj tako povezani, da so vpleteni v življenje drug drugega. Kar pa pomeni, da so odgovorni za skrb nadaljnega razvoja odnosa. Odnos je odvisen od skrbi, čustev, časa, ki ga partnerji vložijo vanj. Odnos je lahko intimen, prijateljski ali poslovni.
- Zadnja faza je institucionalizacija, kjer se simbolizira norme, ki jih postavijo in sprejemajo partnerji v odnosu. Pripomore k zmanjšanju konfliktov in omogoča kontrolo vodenja odnosa.

Komunikacija in odnos sta v trdni povezavi saj se med seboj vedno prepletata. Iz tega izhaja izraz odnosno komuniciranje, ki pa predstavlja socialne interakcije med partnerji in najpomembnejšo obliko komuniciranja, ki se imenuje medosebna komunikacija. O medosebni komunikaciji govorimo, kadar dobimo od sogovornika povratno informacijo in zaznavanje drug drugega. Igra eno glavnih vlog našega življenja, saj z njo ugotavljamo in se učimo kdo smo, ohranjamo identiteto, zadovoljujemo potrebe po socialnih odnosih in s tem ohranjamo duševno in telesno zdravje (Ule, 2010).

Vsako medsebojno komuniciranje je sestavljeno iz vsebinskega in odnosnega vidika. Vsebinski vidik pomeni posredovanje informacij med partnerji in se nanaša na to kaj želimo povedati. Odnosni vidik pa nam pove, kako razumeti sporočilo glede na odnos med partnerjema (Terseglav, 2010). Odnosni vidik pa se navezuje na to kako razumeti samo sporočilo in predstavlja vrsto komuniciranja, ki ji rečemo metakomuniciranje (Perlman & Vangelisti, 2006). Metakomuniciranje pomeni, da komunikacija postne reflektivna. To se dogaja takrat, ko s komunikacijo želimo drug drugemu povedat kako komuniciramo. Je zelo dobra tehnika reševanja problemov in ohranjanja dobrih odnosov, saj si izpovemo čustva, želje, strahove in počutje v odnosu. Pri še tako enostavni komunikaciji se vedno uporablja, odnosni in vedenjski vidik komuniciranja, saj sta med seboj tesno povezana. Uspešnost komunikacije se kaže s prilagajanjem obeh vidikov. Konflikti pa lahko nastanejo na obeh vidikih vendar, če partnerji ugotovijo kje so nesoglasni, lahko nesporazum rešijo. V nasprotnih primerih pa prihaja do motenj, ki vodijo v propad odnosa (Perlman & Vangelist, 2006; Ule, 2009).

Medsebojnost ima tudi različne ravni, zato medosebni odnos predstavlja holističen pristop (Perlman & Vangelisti, 2006). West & Turner (2004 cited in Ule, 2009, pp. 21-25) dobro opisuje te ravni, ki so:

- Znotraj-osebno komuniciranje: zajema psihološko in fiziološko obdelavo sporočil. So oblike dialogov samim s seboj na-primer mišljenje, sanjarjenje, domišljanje in predstavlja obliko medosebnega komuniciranja.
- Skupinsko komuniciranje: gre za izmenjavo informacij med prijatelji, znanci ali delovnimi skupinami.

- Komunikacija v institucijah: vključuje medosebno in skupinsko komunikacijo na delovnem mestu.
- Komuniciranje v javnosti zajema: prepričevanje, izobraževanje in širjenje informaciji med ljudi.
- Množično komuniciranje: zajema izmenjavo informacij med ljudmi, brez kakršnega koli osebnega stika.
- Medkulturno komuniciranje: predstavlja komuniciranje med pripadniki različnih kultur sveta ter vpliva na pomiritev, napetosti in manjvrednosti med narodi.

Medosebna komunikacija pripomore k tem, da se udeleženci usmerijo drug na drugega, je več kot le izmenjava informacij, je navezanost na drugega. Medosebne interakcije privedejo do medosebnega odnosa, ki je pogoj za zdravo življenje. Za medosebni odnos ni pomembna samo interakcija ampak tudi sodelovanje, gojenje občutkov in zavedanje o tem kakšen je odnos. Torej razlika v odnosu in medosebne odnosu je v tem, da odnos vedno temelji na razmerju predvsem na čustvenem, medosebni odnos pa temelji na tem, da sodelujemo in si ustvarimo duševno podobo našega odnosa z drugimi. Temelj dobrega odnosa je zaupanje, naklonjenost, empatija in odgovornost do drugih (Ule, 2009; 2010).

2.2 ODNOSI IN KOMUNICIRANJE V ZDRAVSTVU

Brez komunikacije ne bi bilo odnosov saj z njo izkažemo čustva, želje, potrebe in vzpostavimo socialni stik s svetom. Še posebno pa je potrebno poudariti komunikacijo v organizaciji, ki je obsežna in se nanaša predvsem na dobro delovanje, zadovoljstvo zaposlenih in organizacijsko kulturo. Učinkovito komunikacijo in dobre odnose na delovnem mestu vzpostavimo tako, da imamo pravila, ki so za vse enaka in smo jih sposobni opraviti in se jih držati. Z uspešno opravljenimi nalogami dobimo motivacijo, zadovoljstvo zaposlenih in s tem bolj kakovostno delo (Rungapadiachy, 2003; Lupša, 2009; Terseglyay, 2010). Na omenjeno vpliva učinkovitost komuniciranja. Učinkovito komuniciranje omogoča uresničiti naše cilje, ideje, ki smo si jih zastavili, hkrati pa se z njim izognemo motnjam, nesporazumom ter s tem pridobimo motivacijo in zadovoljstvo zaposlenih (Sadar, 2010).

Tudi Klun (2010) navaja pomen učinkovite komunikacije še posebej v zdravstvu saj delo poteka z ljudmi, ki so bolni, potrebujejo pomoč, podporo, zaupanje in razumevanje. Zdravstveni delavci z njo lahko razbremenijo napetost in stres, ki vpliva na dobro počutje in dosežejo boljše medosebne odnose in učinkovitost dela. Komunikacija je za medicinsko sestro velikega pomena, saj oblikuje odnose s sočlovekom in s tem kaže svojo odnos do dela, ki ga opravlja. Terseglav (2010) daje velik pomen komunikaciji med zdravstvenimi delavci, ki vključuje tudi komunikacijo do pacienta in študentov. Pri tem pa poudarja, da je potrebno upoštevati merila etičnosti, humanosti, izobraževanje ljudi, prilaganje drug drugemu, poslušanja in zaupanja.

Komunikacijo v zdravstveni negi lahko razdelimo na strokovno komunikacijo, ta naj bi potekala med zaposlenimi v zdravstvenem timu in naj bi služila za izmenjavo strokovnih informacij. Razdelimo pa jo tudi na komunikacijo z bolniki in svojci, njen namen pa je izmenjava informacij, vključevanje in sodelovanje v postopkih zdravljenja. Poznamo pa še komunikacijo v organizacijski enoti, ta poteka med vsemi zaposlenimi v organizaciji in je pomembna za vodenje, obstoj in kakovostno delo (Jankovec, 2006).

2.2.1 Komunikacija s pacientom

Zdravstveni delavci so osebe, ki so vedno v stiku z ljudmi in jim nudijo pomoč, zato je pomembno, da vzpostavijo zaupanja vreden odnos, spoštovanje sočloveka, empatičnost in se izogibajo obsodbam drugih, ter so pristni in pošteni (Rungapadiachy, 2003). Prvi stik s pacientom je zelo pomemben saj pacient prihaja v neznan svet, ki mu povzroča strah in negotovost. Prav zato je pomembno pacientu pokazati empatijo, pomoč ter mu podati potrebne informacije. Zdravstveni delavci v času bolnikove hospitalizacije preživijo veliko časa z njim in že prvi stik z nekom, vpliva na nadaljnjo komuniciranje in ohranjanje dobrega medosebnega komuniciranja (Klun, 2010).

Prav tako kot je pomemben prvi stik je pomembna tudi komunikacija pri odpustu, saj pacient dobi navodila in priporočila o oskrbi doma. Ena od nalog medicinske sestre je dati navodila pacientu, na-primer kako pravilno vzeti zdravilo. Pri tem je pomembno, da je medicinska sestra jasna, jedrnata, razumljiva, dovolj glasna ter da ne uporablja strokovnih izrazov, ki jih pacienti ne razumejo (Jankovec, 2006).

Za uspešno komuniciranje med hospitalizacijo je potrebna usmerjenost k pacientu, ki je glavna značilnost terapevtske komunikacije. Terapevtska komunikacija je ena od aktivnosti, katere cilj je zadovoljstvo pacienta. Medicinska sestra mora poleg osnovne komunikacije dobro obvladati tudi strokovno specifično komunikacijo, saj le s tem doseže zaupanje pacienta, ki pa je pogoj za doseganje ciljev in kakovostne obravnave pacienta (Lupša, 2009).

Ule (2005, pp. 340-353) navaja, da se je pri izvajanju terapevtske komunikacije potrebno držati pravil, ki so:

- Empatičnost: ki, pomeni razumeti drugo osebo in se vživeti vanjo ali situacijo, ki jo doživlja.
- Zaupnost: je pravilo, ki se navezuje, na vse stvari, ki nam jih je pacient povedal in ne želi, da se izvejo. Izključene so zdravniško pomembne informacije.
- Spoštovanje: nam prikazuje vsakega posameznika, ki ima različen pogled na svet, zato je tukaj potrebno poudariti razumevanje drug drugega.
- Usmerjenost k cilju: je pravilo, ki nam omogoča doseganje ciljev, ki smo si jih zastavili.
- Usmerjenost k pacientu: to pravilo nam želi povedati, kako pomembno je zadovoljevanje pacientovih potreb, če želimo doseči zastavljen cilj, ki je bil zastavljen iz strani pacienta in medicinske sestre.
- Zaupanje: predstavlja temelj dobrega odnosa, pridobimo ga s poslušanjem, spoštljivostjo in empatičnostjo.
- Sprejemanje osebe brez obsojanja: osebo sprejmemo takšno kakršna je.
- Samo-razkrivanje: pravilo je usmerjeno na razkrivanje pacienta, ne pa medicinske sestre saj lahko pri pacientu povzroči še dodatne obremenitve.

Pomemben element komunikacije je tudi poslušanje saj, s pomočjo katerega izvemo za pacientove tegobe, želje, občutke in si pridobimo zaupanje ter s tem primerno zastavljene cilje, ki jih pacient lahko doseže (Prebil, et al., 2009).

Način komuniciranja je zelo pomemben za ohranjanje dobrih medosebnih odnosov. Revolucionarne spremembe na področju dobrih medosebnih odnosov v zdravstveni negi

je prinesla Hildegard Peplau, (1952), saj je raziskovala medosebne odnose med medicinsko sestro in pacientom. Opredelila je štiri faze, ki so v zdravstvu pomembne za dobre medosebne odnose (Cijan, 2009, p. 48). Prva je faza orientacije, kjer pacient ugotovi, da si sam ne more več pomagati in poišče strokovno pomoč. V tej fazi sta medicinska sestra in pacient tujca. Medicinska sestra pomaga pacientu, ga pravilno orientira v kraju, času, osebah, pomembno je zaupanje, nato nastopi faza identifikacije. Pacient se začne zavedati, kaj se z njim dogaja in začne zaupati drugim, zmanjša se strah in išče rešitev za svoj problem. Odnos pa se lahko začne tudi obratno, kar pomeni, da pacient ne želi stopati v interakcijo z medicinsko sestro in je rad sam. Vloga medicinske sestre se v tej fazi kaže kot informatorka in učiteljica. Potem sledi faza, ki se imenuje interakcijska faza, v kateri pacient prične iskati informacije za njegovo zdravje, se vključuje v obravnavo in poskuša postati čim bolj samostojen. Vloga medicinske sestre je svetovanje in vodenje. Sledi še razrešitvena faza, kjer se medicinska sestra in pacient razideta. Nastopi takrat, ko je delo opravljeno in pacient odide v domačo oskrbo (Ramšak Pajk, 2000, pp. 27-31). Konec odnosa pa je odvisen od vrste bolezni, starosti in zrelosti medicinske sestre in pacienta, ter seveda časa hospitalizacije pacienta. Faza razrešitve je lahko težka za medicinsko sestro in pacienta, saj sta si lahko v času bolnikove hospitalizacije ustvarila zaupanja vreden medsebojni odnos (Hajdinjak & Meglič, 2006).

V fazah dobrega medsebojnega odnosa, ki jih opisuje Hildegard Peplau medicinska sestra zamenja veliko vlog, zato za uspešno vodenje dobrega medosebnega odnosa potrebuje znanje in izkušnje, saj se velikokrat pojavijo komunikacijske motnje in ovire, ki jih je dolžna rešiti oziroma se jim izogniti, če je to seveda možno (Lupša, 2009).

2.2.2 Komunikacijske motnje in ovire v zdravstvu

Motnje v komuniciranju se pojavijo, kadar pride do prekinitev v komunikacijskem procesu. To se zgodi takrat, ko komunikacija med pošiljateljem in prejemnikom ne poteka učinkovito. Zato je potrebno ugotoviti nastanek komunikacijskih motenj, ter jih rešiti (Lupša, 2009).

Mihaljčič in Koželj (2006, p. 12) opisuje več mest nastanka motenj in sicer:

- Motnje pri oddajniku: Nastanejo zato, ker oddajnik, da sprejemniku informaciji v jeziku, ki ga on ne razume ali pa ga lahko napačno razume na več načinov, če informacija ni točna in razumljiva. Prav tako nastane motnje, če poleg glavne informacije oddajnik doda še nepomembno informacijo saj sprejemnik ne razbere katera je glavna.
- Motnje pri sprejemniku: Nastanejo kadar, sprejemnik ni usmerjen popolna sporočilo oddajnika, prav tako kadar je sporočilo preveliko in ni jedrnato in razumljivo. Motnja nastane tudi takrat, ko sprejema več sporočil hkrati in ni usmerjen samo na eno in če sprejemnik ne dojame sporočila tako, kot oddajnik.
- Motnje komunikacijskih poti: Mednje sodi poleg samega sporočila še komunikacijski kanal na-primer: motnje na televiziji, šumi v telefonu hrup in podobno. Lahko pride tudi do izgube pisma ali do nesporazumov zaradi prevelikega prejema.

Motnje so prisotne povsod vendar je pomembno, da jih rešimo in s tem ohranimo kakovostno komunikacijo. Pozorni moramo biti predvsem na ovire, ki nastajajo v zdravstvu, saj z njimi lahko negativno vplivamo na zdravljenje in nekovostno delo. Ovire lahko nastanejo tako pri medicinski sestri kot pri posamezniku, vendar je medicinska sestra dolžna ugotoviti vzrok in način kako popraviti komunikacijo. Če želi to preprečiti potrebuje znanje in spretnosti terapevtske komunikacije (Lium, et al., 2013).

Lium, s sodelavci (2013, pp. 97-98) opisujejo več ovir za uspešno komunikacijo medicinske sestre s pacientom in sicer:

- Anksioznost: če sta medicinska sestra ali pacient anksiozna pride do neučinkovite in spremenjene komunikacije. Za preprečevanje obstajajo obrambni mehanizmi, ki zmanjšajo anksioznost. Mednje sodijo: zanikanje, projekcija in premestitev. Medicinska sestra je dolžna prepoznati in zmanjšati vzrok za nastanek le-teh.
- Drža in odnos: Medicinska sestra se mora poglobiti v svoje vedenje in ugotoviti kaj pacienta ovira pri odnosih z njo, ker drugače lahko pride do nepravilnega dojetanja in negativizma.

- Vrzeli med medicinsko sestro in posameznikom: Sem prištevamo ovire, ki jih sogovorniki ustvarijo med seboj zaradi razlik v veri, spolu, jeziku, socio-ekonomskem statusu, letih in predstavljajo razlog za nepravilno dojetje bistva sporočila. Prav tako je potrebno poudariti tudi znanje tujih jezikov na primer angleščine, ki jo še vedno nekatere medicinske sestre ne znajo, zato prihaja do nepravilnega razumevanja. Rešitev za to je dodatno izobraževanje in iskanje prevajalca (Smith, et al., 2010 cited in Lium, et al., 2013, pp. 97-98).
- Odpor: Je ovira, ki izvira iz strahu, kadar se oseba počuti ogroženo in se izogiba določenim ljudem, temam in zavira terapevtski cilj. Zato je potrebno ugotoviti iz česa izvira strah in kako ga preprečiti oziroma se spopasti s temi težavami.
- Prenos in prenosi pri zdravstvenih delavcih: Prenos je reakcija na osebo, ki nas spominja na neko drugo osebo iz preteklosti. Lahko je negativen ali pozitiven. Vloga medicinske sestre je pomagati pacientu raziskati občutke in misli o njem samem. Šele nato skupaj s pacientom odkrijeta primerjavo osebe iz preteklosti. Prenos pri zdravstvenih delavcih pa opisuje občutke, ki jih doživljajo zdravstveni delavci. Če so občutki pod nadzorom ni bojazen za strah, če pa medicinska sestra goji močna čustva do pacienta, na primer, da se po odpustu ne bo zmožela sam urediti, brez njene pomoči pa lahko s tem ogrozi napredek in cilje pacienta. Zato je pomembno, da si pri pojavljanju takih težav poišče osebo, ki ji bo pomagala.
- Senzorične ovire: Kadar ima pacient senzorične ovire se mora medicinska sestra naučiti drugih načinov komuniciranja ali prositi za pomoč terapevte, ki so za to usposobljeni ali uporabljati pripomočke, ki pripomorejo k razumevanju.
- Nezmožnost navezati se na skrbi ali na potrebe posameznika: Ta lahko izvira iz neznanja, neustrezne ocene pacienta in nezmožnosti ločevanja med potrebami medicinske sestre in pacienta. Tu je potrebno poudariti jasen odnos, ki zajema predvsem pomoč in ne nek prijateljski odnos, ki lahko privede tudi do spolnih privlačnosti. Medicinska sestra za to potrebuje izkušnje in znanja, izvesti mora samo-evalvacijo in preučiti odzive.

Poznavanje in izogibanje tem oviram pomaga medicinski sestri pri uspešni komunikaciji in kakovostnem delu. Kadar je posameznik pod velikim stresom in ne zna rešiti ovir se lahko zateče k obrambnim mehanizmom. Vpliv njih pa je lahko pozitiven

ali negativen, zato je potrebno, da se v takih situacijah obrne tudi na strokovno pomoč (Lium, et al., 2013).

2.2.3 Komunikacijske obrambe in instrumentalizacija odnosov v zdravstvu

V sodobni družbi prihaja vedno bolj do distance med ljudmi in s tem do pozabljanja pomena medosebnih odnosov. Ule (2005a) ugotavlja, da so odnosi v zdravstvu ambivalentni, torej razpeti med zaupanjem, sodelovanjem na eni strani in rutino ter intrumentalizacijo na drugi strani. V zdravstvu se v komunikaciji pogosto uporablja obrambne mehanizme, ki povzročajo neučinkovito komunikacijo in odtujenost med pacientom in zdravstvenim osebjem (Ule, 2009).

Eden teh obrambnih mehanizmov se imenuje intrumentalizacija odnosa pod katero razumemo vzpostavljanje distance med zdravstvenim osebjem in pacientom. Kaže se v »lepem videzu odnosov, kvaziempatčnosti na eni strani in nezaupanju na drugi strani, kar generira dvome, sumničenja, tožbe (Ule, 2005a, p. 177). Z instrumentalizacijo se pozablja na empatičnost in sočutje do pacienta, in gradi ne-zaupen odnos (Ule, 2009). Ob uporabi asimetričnega komuniciranja in instrumentalizacije, so »izključene emocionalne vsebine o počutju, strahovih, prihodnosti, ki bi bolnika opogumile in okrepile njegove lastne sposobnosti samozdravljenja. Prav tako tak odnos nima nobenega povratnega učinka na družbo in na njene sposobnosti ravnanja z boleznimi in bolečino« (Ule, 2005a, p. 177). Potrebno se je zavedati, da vsak potrebuje distanco in osebni prostor vendar v taki meri, da se ohranja empatija. Instrumentalizaciji se je mogoče izogniti s komunikacijskimi spretnostmi, ki se jih zdravstveno osebje nauči z izkušnjami in dodatnimi izobraževanji (Ule, 2010).

Tovrstnih odnosov se vedno bolj poslužujejo zdravniki, ki opravljajo tržne storitve na primer zdravnik opravi ultrazvok in za to storitev dobi denar. Vse poteka hitro, predstavljal enakopraven odnos, ki pa je brez medosebnega odnosa in empatije. Neučinkovitost komuniciranja pa pripelje do napak in nezadovoljstva (Ule, 2005).

Poznamo tudi druge obrambne mehanizme, ki so tako škodljivi kot ob pravilni uporabi tudi varovalni. Medicinska sestra se sooča z ljudmi, ki so pod stresom, jezo in v teh situacijah se zanaša na obrambne mehanizme, ki lahko negativno vplivajo na

komunikacijo. Medicinska sestra mora te obrambne mehanizme prepoznati ter pacientu pomagati. Izrečenih besed pacienta v trenutku jeze, stresa ne sme vzeti osebno. Mora raziskati pacientove razloge za skrb in poiskati primerno rešitev ali pa ga napotiti k strokovnjaku (Yoost & Crawford, 2016).

Za odkrivanje in reševanje le teh potrebujemo izkušnje in izobraževanje, ter prepoznavanje obrambnih mehanizmov, ki jih navajata Yoost in Crawford (2016, pp. 51-52) :

- Kompenzacija: v ospredje postavimo naše prednosti, da bi pomanjkljivosti pozabili;
- Zanikanje: izogibamo se oziroma zavračamo občutke, ki nam niso všeč;
- Premeščanje, premestitev: naša čustva, energijo usmerimo stran od dejavnika, ki povzroča stres na nekaj kar nas sprošča in ni z njim povezan;
- Introjekcija: določenih značilnosti drugih oseb ne uporabljamo, prevzemamo jih od drugih;
- Projekcija: ne krivimo drugih za našo slabo energijo in čustva;
- Racionalizacija: zanikamo dejanja, motive za dejanja in prilaganje le-teh družbi;
- Regresija: vrnemo se na manj zrelo razvojno raven;
- Represija: slabe stvari, občutke želimo za nekaj časa pozabiti, zato jih dajemo v podzavestno raven, želimo se jim izogniti za nekaj časa;
- Sublimacija: neprijetne stvari, dejanja spremenimo v družbene dejavnosti, ki nas sproščajo;
- Represija ali potlačevanje: z namenom, da se bomo bolje počutili, odstranjujemo neprijetne občutke iz zavesti.

Pomembno je zavedanje, da so obrambni mehanizmi, ki lahko dobro vplivajo na reševanje težav in so določeni obrambni mehanizmi, ki so vedno slabi, zato jih je potrebno prepoznati in jih odstraniti. S tem pripomoremo k reševanju problemov in povečamo zaupanje v nas same in druge (Yoost & Crawford, 2016).

Goffman (1967 cited in Ule, 2005, pp. 188-189) opisuje obrambe, ki se jih je v zdravstvu potrebno izogibati, če želimo kakovostno obravnavo pacienta, saj to prav tako vpliva na izid zdravljenja. Te komunikacijske obrambe pa so:

- *Odklanjanje od zunaj*: zdravnik se ne posveča pacientu in ne sledi sami temi pogovora ampak med pogovorom opravlja druge stvari
- *Usmeritev na lastno sebstvo*: zdravnik zanemari samo temo pogovora in jo preusmeri na sebe in ukvarjanje s samimi seboj, to se zgodi takrat ko se počuti ogroženega in želi zamenjati temo pogovora s preusmeritvijo nase
- *Pristranskost interakcij*: pacient se začne ukvarjati z prilaganje zdravniku in temo pogovora, da na stran
- *Ujetost z drugim se* :zdravnik se ukvarja bolj z vtisom na pacienta kot pa na samo temo pogovora
- *Strategija izravnave in popravljanja*: pacient izkazuje ponižnost, uporablja opravičila, priznava svojo krivdo za bolezen, za komunikacijske motnje in s tem upa da bo ohranil hvaležnost in pozornost zdravnika.

Interakcijske odtujitve, zdravnika oddaljujejo od pacienta in njegovih težav in ga puščajo samega z njegovimi čustvi. Če se želimo temu izogniti se moramo naučiti poslušati pacienta, se mu posvetiti, ustvariti prijetno vzdušje, ki omogoča, da pacient ni pod stresom ampak nam zaupa svoje težave, skrbi, želje. S tem dosežemo kakovostnejše delo in preprečimo napake, ki bi lahko nastale zaradi neustrezne komunikacije (Ule, 2010).

2.3 ODNOSNO KOMUNICIRANJE ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE

Hoffman (2013) meni, da za študente zdravstvene nege klinična praksa predstavlja novost, kjer pridobijo nove izkušnje in znanja. Zgled jim dajejo medicinske sestre, ki so njihove mentorice in jih učijo. Prav tako kot medinska sestra je tudi študent dolžan učinkovito komunicirati, vendar potrebuje izkušnje, ki jih pridobi tekom študija. Študent se mora poleg diagnostično terapevtskih postopkov naučiti tudi medsebojnega komuniciranja in empatičnosti, le te pa so velikokrat postavljeni v ozadje.

Medicinska sestra mora študentu svetovati, ga spodbujati, saj le s tem pripomore k bolj celoviti oskrbi pacienta. Študenta vključuje v tim in mu dovoli da izraža svoja mnenje in inovativnost. Prav tako pa je tudi študent dolžan spoštljivo komunicirati in sprejemati

nasvete ter kritike, ki ga pripeljejo do dobrih medosebnih odnosov med pacientom in zaposlenimi (Sadler, 2003). Mosele & Davies (2008) ugotavljata, da velikokrat ni tako. Medicinske sestre so v službi pod veliko obremenitvijo, zato si ne vzamejo dovolj časa za študenta. Posledica je nezadovoljstvo na obeh straneh in slabi medosebni odnosi.

Tudi medsebojna različnost in boljše razumevanje z enim kot z drugimi osebami vpliva na mentorstvo, zato lahko prihaja do neučinkovite komunikacije, nezaupanja in s tem do nezadovoljstva ter posledično slabše oskrbe pacienta (Hodges, 2009).

Prav tako Ramvi (2011) navaja, da so študentje, velikokrat prepuščeni sami sebi, pri komunikaciji pa se daje predvsem poudarek na vljudnost in opravljanje diagnostično terapevtskega postopka. Premajhen poudarek je dan čustvenem vidiku med pacientom, medicinsko sestro in študentom. Pri tem pacient ostane v ozadju in prav tako njegovi problemi in strahovi. S tem se ustvari distanca in nezaupanje, ki vodita v nekakovostno oskrbo in nezadovoljstvo vseh vključenih v komunikacijo.

Kulaš & Skela Savič (2013) navajata, da tudi odnos, ki ga imajo študenti do mentorjev pokaže zadovoljstvo med obema, ki pa se kaže s spoštovanjem, upoštevanjem pravil, reševanjem problemov, zavzetostjo, inovativnostjo in zanimanjem za delo. Če so medosebni odnosi med študentom in mentorjem dobri, se tudi študent lažje vključi v tim, kjer ima možnost za izražanje svojega mnenja, skupno reševanje problemov in zastavljanje ciljev. S tem pridobi znanje, izkušnje in zaupanje. Med mentorjem in študentom se vzpostavi zaupanje in tudi kakovostna oskrba pacienta.

Potrebno je tudi poudariti odnos med študentom in pacientom. Študentje so s pacienti velikokrat v interakciji, saj opravljajo različne intervencije zdravstvene nege in pri tem pozabijo, jih je strah ali ne znajo vzpostaviti medosebnega odnosa, ki je ključ do zaupanja in celostne oskrbe pacienta. Ko se pojavi strah, se pojavijo tudi obrambni mehanizmi, pri katerih se študent želi oddaljiti in ne želi stopati v stik s pacientom. Obenem pa se lahko obrača tudi na etično načelo, ki se kaže kot spoštovanje pacientove integritete. Razlog, ki ga navajajo je, strah pred prevelikim drezanjem v pacientovo zasebnost in vsiljivost z vprašanji. Zato je potrebno, da se študent zdravstvene nege

pridobijo izkušnje in se naučijo od mentorjev, kako odreagirati v določeni situaciji (Ramvi, 2011). Študent s tem pridobi komunikacijske kompetence in kritično razmišljanje, ter gradi poklicno samozavest. S poklicno samozavestjo pa zmanjšuje strah in vpliva na dobre medosebne odnose (Kalender Smajlovič, et al., 2013).

Medinske sestre in študentje lahko ob slabi komunikaciji vplivajo na nezadovoljstvo pacientov in to privede do negativnih posledic, tako za paciente, kot tudi zaposlene (Al Mutairi, et al., 2007).

2.3.1 Pomen komunikacije v zdravstveni negi po oceni študentov zdravstvene nege

Steckler (2012) navaja, da študentje zdravstvene nege menijo, da bodo izboljšali komunikacijo, z vajami, ki jih izvajajo pri predmetu zdravstvena nega in se navezujejo na komunikacijo in uporabo le-te na praksi. Z učenjem bodo pridobili komunikacijske spretnosti in postali bolj samozavestni. Vse to pa bo vplivalo na učinkovitost prakse in kakovostno delo. Al Mutairi, et al. (2015) navaja, da študentje zdravstvene nege dajejo velik poudarek komunikaciji. Meni, da lahko komunikacijske spretnosti vodijo do učinkovitejšega zdravljenja in večajo zadovoljstvo pacientov. Z dobro komunikacijo naj bi dosegli tudi varnost in izogibanje delovnim napakam.

Oba avtorja Al Mutairi, et al. (2015) in Steckler (2012) ugotavljata, da so študentje mnenja, da komunikacija igra pomembno vlogo v zdravstvu in da za dobro komunikacijo študentje potrebujejo spretnosti, ki jih pridobijo na praksi z izkušnjami ali se jih naučijo na fakulteti.

Glede na pregledano literaturo ugotavljamo, da je odnosno komuniciranje v zdravstvu z vidika študentov zdravstvene nege slabo raziskano. Zato smo se odločili, da raziščemo pogled študentov zdravstvene nege na odnosno komuniciranje, njihovo oceno sposobnosti komunikacijskih spretnosti in odnos, ki ga imajo do pacientov.

3 RAZISKOVALNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je ugotoviti pogled študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin na pomen komunikacije v zdravstveni negi in pridobiti njihovo oceno lastnih sposobnosti za odnosno komuniciranje s pacienti.

Cilji diplomskega dela so:

1. Ugotoviti odnos študentov zdravstvene nege do učenja komunikacijskih spretnosti.
2. Ugotoviti razlike med odnosom študentov do učenja komunikacijskih spretnosti in demografskimi dejavniki (spol, starost, leto in vrsta študija, zaposlitveni status).
3. Ugotoviti mnenje študentov zdravstvene nege o pomenu komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi.
4. Ugotoviti razlike v mnenju študentov zdravstvene nege o pomenu komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi z demografskimi dejavniki (spol, leto in vrsta študija, zaposlitveni status).
5. Ugotoviti oceno študentov o njihovih lastnih sposobnostih za odnosno komuniciranje.
6. Ugotoviti razlike v oceni lastnih sposobnosti študentov za odnosno komuniciranje glede na demografske dejavnike (spol, leto in vrsta študija, zaposlitveni status).

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Kakšen je odnos rednih in izrednih študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin do učenja komunikacijskih spretnosti?
2. Kakšne so razlike v odnosu študentov do učenja komunikacijskih spretnosti glede na demografske podatke (vrsta študija, letnik študija, zaposlitveni status)?
3. Kakšno mnenje imajo študenti zdravstvene nege glede pomena komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi?

4. V kolikšni meri se kažejo razlike v mnenju anketiranih študentov zdravstvene nege o pomenu komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi glede na demografski dejavnik (spol, leto in vrsta študija, zaposlitveni status)?
5. Kako študenti zdravstvene nege ocenjujejo lastne sposobnosti za odnosno komuniciranje?
6. Kakšna je razlika v lastni oceni sposobnosti za odnosno komuniciranje glede na demografske dejavnike (spol, leto in vrsta študija, zaposlitveni status)?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Za zbiranje podatkov smo uporabili neeksperimentalno kvantitativno metodo zbiranja podatkov. V empiričnem delu so bili podatki zbrani s strukturiranim vprašalnikom, ki je bil poslan preko spleta. V teoretičnem delu diplomskega dela smo uporabili deskriptivno metodo s pregledom slovenske in tuje strokovne literature. Za iskanje literature smo uporabili kooperativni sistem COBISS, podatkovne baze CINAHL, PROQUEST, PubMed ter brskalnik Google učenjak. Pri iskanju literature smo se omejili na leto izida literature, zato smo iskali članke od leta 2005 do leta 2016. Literaturo smo zbrali na podlagi ključnih besed: odnosno komuniciranje, odnosi in komunikacija v zdravstvu, komunikacijske obrambe, komunikacijske motnje in komunikacija študentov zdravstvene nege, attitude and communication, relationships and communication in health, communication defence, communication disorders and communication nursing students.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili vprašalnik, ki je razdeljen na štiri sklope. Prvi sklop zajema demografske podatke (spol, starost, leto in vrsta študija, zaposlitveni status). Naslednji trije sklopi so sestavljeni iz vprašanj po Likertovi lestvici s trditvami od 1 do 5 (1 = sploh se ne strinjam, 2 = ne strinjam, 3 = delno se ne strinjam, delno se strinjam, 4 = se strinjam, 5 = zelo se strinjam).

Za drugi sklop vprašalnika smo uporabili lestvico Communication Skills Attitude Scale - CSAS (Ress, 2002 cited in Steckler, 2012, pp. 36-37). Lestvica proučuje odnos študentov zdravstvene nege do komunikacijskih spretnosti. Z njo merimo pozitiven ali negativen odnos študentov do komunikacijskih spretnosti. Sestavljena je iz 26-ih trditev. Anketiranci so stopnjo strinjanja izrazili na petstopenjski Likertovi lestvici, pri čemer 1 pomeni »sploh se ne strinjam«, 2 = ne strinjam, 3 = delno se ne strinjam, delno se strinjam, 4 = se strinjam in 5 = zelo se strinjam.

V tretjem sklopu smo uporabili lestvico Perceived Importance of Medical Communication - PIMC Languille, et al., 2001 cited in Steckler, 2012, p. 37). Z njo merimo dožemanje pomembnosti komunikacije v zdravstvu. Ta lestvica je bila s strani omenjenega avtorja že prilagojena zdravstveni negi. Lestvica je sestavljena iz 12-ih trditev. Anketiranci so stopnjo strinjanja izrazili na petstopenjski Likertovi lestvici, pri čemer 1 pomeni »sploh se ne strinjam«, 2 = ne strinjam, 3 = delno se ne strinjam, delno se strinjam, 4 = se strinjam in 5 = zelo se strinjam.

V zadnjem sklopu pa je bila uporabljena lestvica Caring Efficacy Scale (CES) (Coates, 1997 cited in Steckler, 2012, pp. 37-39), ki proučuje, percepcijo lastnih zmožnosti za odnosno komuniciranje s pacienti. Lestvica je sestavljena iz 30-ih trditev. 23 trditev je pozitivnih, 7 pa negativnih. Anketiranec so se do njih opredeli na 6-stopenjski Likertovi lestvici, pri čemer 1 pomeni »sploh se ne strinjam«, 2 = ne strinjam se, 3 = delno se ne strinjam, 4 = delno se strinjam, 5=strinjam se in 6 = zelo se strinjam.

Zanesljivost merskega instrumenta smo preverili z izračunom Cronbach alfa koeficient. Zanesljivost smo preverili pri vsakem sklopu posebej, ter še za vse skupaj. Pri lestvici Communication Skills Attitude Scale – CSAS je bil Cronbach alfa koeficient 0,769, kar kaže na dobro zanesljivost vprašalnika. Zanesljivost lestvice Perceived Importance of Medical Communication - PIMC, je bila nizka, saj je bil Cronbach alfa koeficient 0,584. Lestvico Caring Efficacy Scale (CES) smo uredili tako, da smo sedem negativnih trditev rekordirali, da je lestvica v celoti merila v pozitivno smer, saj smo le tako izračunali pravi Cronbach alfa koeficient, ki je znašal 0,837, kar kaže na dobro zanesljivost vprašalnika. Ko smo izmerili vsakega posebej smo preverili še zanesljivost

celotnega vprašalnika, Cronbach alfa koeficient je znašal 0,901, kar kaže na odlično zanesljivost (Cencič, 2009).

3.3.3 Opis vzorca

V raziskavi smo uporabili neslučajnostni namenski vzorec. K sodelovanju smo povabili vse redne in izredne študente prve stopnje prvih, drugih in tretjih letnikov ter absolventov zdravstvene nege Fakultete za zdravstvo Angele Boškin (FZAB). Vseh poslanih anketnih vprašalnikov je bilo 299, vrnjenih je bilo 139, v analizo pa smo jih vključili 99, kar predstavlja 33,1% realizacijo. Študenti so na nekatere dele vprašalnika manj številčno odgovarjali, vendar, ker gre za različne vsebinske sklope, smo obdržali vseh 99 vprašalnikov.

Vprašalnik je rešilo 12 (12%) moških in 87 (87,9%) žensk, od teh jih je bilo 61 (61,6%) rednih in 38 (38,4%) izrednih študentov. Povprečna starost anketirancev je bila 24,83 let (SO=6,049). Prvi letnik je obiskovalo 22 študentov (22,2%), drugi 29 (29,3%), tretji 23 (23,2%), absolventov pa je bilo 25 (25,3%). 31 študentov (31,3%) je bilo zaposlenih, v povprečju 9,9 let (SO=7,34). Več kot 10 let delovne dobe ima kar 15 študentov od teh je najvišja doba 26 let. Največ jih je bilo zaposlenih v socialnem zavodu 12 (34,3%) (tabela 1).

Tabela 1: Demografski podatki

Spol	n	%
Moški	12	12,1
Ženski	87	87,9
Skupaj	99	100
Izobrazba		
Prvi letnik	22	22,2
Drugi letnik	29	29,3
Tretji letnik	23	23,2
Absolvent	25	25,3
Skupaj	99	100
Vrsta študija		
Redni	61	61,6
Izredni	38	38,4
Skupaj	99	100
Zaposleni		
Da	31	31,3
Ne	68	68,7

Trenutno zaposleni		
Zdravstveni dom	3	8,6
Splošna bolnišnica	6	17,1
Univerzitetna klinika	8	22,9
Socialni zavod	12	34,3
Drugo	6	17,1
Skupaj	35	100

n=število, %=odstotki

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Zbiranje podatkov je potekalo avgusta 2016, po pridobitvi soglasja Komisije za znanstveno-raziskovalno in razvojno dejavnost na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Študentje so vprašalnik prejeli preko elektronskega naslova izdelano v programu 1KA, čas izpolnjevanja je bil en mesec. Zaradi slabega odziva smo študente še dvakrat pozvali k izpolnjevanju vprašalnika. Ankete so bile anonimne in uporabljene za namen raziskave v okviru diplomskega dela.

Vprašalnik, ki smo ga uporabili smo najprej prevedli v slovenski jezik, saj kolikor smo zasledili še ni bil uporabljen v Sloveniji. Prevod je bil strokovno opravljen v obe smeri, po navodilih predpisanih za pripravo strokovnega prevoda.

Za obdelavo pridobljenih podatkov smo uporabili Microsoft Excel 2013 in statistični program SPSS 23.0. Pri demografskih podatkih smo naredili osnovni statistični pregled podatkov. Za vrsto študija, spol in zaposlitveni status smo uporabili t- test s katerim smo preverjali razlike med povprečji med izbranimi spremenljivkami. Pri starosti študentov smo uporabili Spearmanov korelacijski koeficient, z njim smo ugotovili povezanost med spremenljivkami. Pri letu študija smo najprej naredili Levenov test, s katerim smo preverjali homogenost spremenljivk. Če je bila spremenljivka homogena smo uporabili ANOVA, če pa ne pa smo uporabili test Brown Forsythe, z njima smo ugotavljali razlike v povprečjih med tremi ali več skupinami. Analizirali smo vsak sklop posebej in gledali, če obstajajo razlike. Na koncu smo naredili še dodatno analizo, pri kateri smo želeli izvedeti, če med posameznimi sklopi obstajajo povezave, uporabili smo Pearsonov korelacijski koeficient. Statistična značilnost je bila preverjena na ravni 5 % tveganja.

3.4 REZULTATI

3.4.1 Odnos do učenja komunikacijskih spretnosti

Odnos anketiranih študentov zdravstvene nege do učenja komunikacijskih spretnosti smo ugotavljali z lestvico CSAS (Communication Skills Attitude Scale). Študentje so se najbolj strinjali s trditvama, da bi bila uspešna medicinska sestra moram imeti dobro razvite komunikacijske sposobnosti (PV=4,55, SO=0,67) in učenje komunikacijskih spretnosti je izboljšalo mojo spretnost pri komuniciranju s pacienti (PV=4,37, SO=0,83). Sploh se niso strinjali s trditvijo v učenju komunikacijskih spretnosti ne vidim smisla (PV=1,75, SO=0,81) in s trditvijo za delo medicinske sestre ne potrebujem dobrih komunikacijskih spretnosti (PV=1,86, SO=1,24). Skupni odnos študentov do učenja komunikacijskih spretnosti je bil nevtralen (PV=3,27, SO=0,36) (tabela 2).

Tabela 2: Učenje komunikacijskih spretnosti

	n	PV	Mo	SO
1. Da bi bila uspešna medicinska sestra moram imeti dobro razvite komunikacijske sposobnosti	83	4,55	5	0,67
2. V učenju komunikacijskih spretnosti ne vidim smisla	83	1,57	1	0,81
3. Zaradi slabih komunikacijskih spretnosti na študiju zdravstvene nege ne bo nihče neuspešen	83	2,46	3	1,07
4. Razvijanje mojih komunikacijskih spretnosti je prav tako pomembno kot pridobivanje znanja o negi.	84	4,08	4	0,79
5. Učenje komunikacijskih spretnosti mi bo pomagalo spoštovati paciente	84	4,10	4	0,86
6. Za učenje komunikacijskih spretnosti nisem imel časa.	84	2,20	2	0,89
7. Učenje komunikacijskih spretnosti je zanimivo.	84	3,76	4	0,96
8. Ne smem biti pod prisilo, da se udeležujem predavanj o komunikacijskih spretnostih	84	3,82	4	1,09
9. Učenje komunikacijskih spretnosti mi je ali mi bo pomagalo pri spretnostih za timsko delo.	85	4,33	5	0,85
10. Učenje komunikacijskih spretnosti je izboljšalo mojo spretnost pri komuniciranju s pacienti	84	4,37	5	0,83
11. Pri poučevanju komunikacijskih sposobnosti se najprej navaja očitno, nato pa vse zakomplicira.	84	3,11	3	1,02
12. Učenje komunikacijskih spretnosti je zabavno.	85	3,76	4	0,96
13. Učenje komunikacijskih spretnosti je prelahko.	85	2,36	2	0,81
14. Učenje komunikacijskih spretnosti mi je pomagalo ali mi bo pomagalo spoštovati stanovske kolege.	85	3,86	4	0,90

	n	PV	Mo	SO
15. Težko verjamem informacijam o komunikacijskih spretnostih, ki mi jih posredujejo predavatelji, ki ne delajo v kliničnem okolju.	85	2,93	3	1,15
16. Učenje komunikacijskih spretnosti mi je ali mi bo pomagalo pri prepoznavanju pacientovih pravic glede zaupnosti in soglasja.	85	3,88	4	0,93
17. Poučevanje komunikacijskih spretnosti bi uživalo večji ugled, če bi zvenelo bolj kot kakšen znanstveni predmet.	85	3,01	3	1,07
18. Ob prijavi na program zdravstvene nege, se mi je zdelo zelo pomembno, naučiti se komunikacijskih spretnosti.	84	3,63	4	1,03
19. Za delo medicinske sestre ne potrebujem dobrih komunikacijskih spretnosti.	85	1,86	1	1,24
20. Težko priznam, da imam nekaj težav s komunikacijskimi spretnostmi v zdravstveni negi	85	2,56	3	0,98
21. Pri programu zdravstvene nege se mi zdi učenje komunikacijskih sposobnosti zelo uporabno	85	4,08	4	0,86
22. Moja sposobnost opraviti izpite mi bo bolj v pomoč pri zaključku programa zdravstvene nege, kot pa moja sposobnost komuniciranja	85	2,86	3	1,03
23. Učenje komunikacijskih spretnosti je primerljivo z učenjem zdravstvene nege	85	3,44	4	1,02
24. Učenje komunikacijskih spretnosti težko resno jemljem	84	2,17	2	0,97
25. Učenje komunikacijskih spretnosti je pomembno, saj je moja zmožnost komuniciranja vseživljenjska spretnost.	84	4,12	4	0,80
26. Učenje komunikacijskih spretnosti bi moralo biti namenjeno študente psihologije, ne pa na študente zdravstvene nege	84	1,94	2	0,97
Skupaj	79	3,27	3,15	0,36

n=število, PV=povprečna vrednost, modus=najpogostejša vrednost, SO= standardni odklon, Mo=modus, 1 = sploh se ne strinjam, 2 = ne strinjam, 3 = nevtralna, 4 = se strinjam, 5 = zelo se strinjam

Redni (PV=3,24, SO= 0,24) in izredni študenti (PV=3,38, SO= 0,26) so imeli do učenja komunikacijskih spretnosti prav tako nevtralen odnos. Ugotovili smo statistično pomembne razlike v povprečnih vrednostih rednih in izrednih študentov o odnosu do učenja komunikacijskih spretnosti ($p=0,018$) (tabela 3).

Tabela 3: Odnos do učenja komunikacijskih spretnosti glede na vrsto študija

Vrsta študija		N	PV	SO	t-test	P
Komunikacijske spretnosti	Redni	45	3,24	0,24	-2,427	0,018
	Izredni	33	3,38	0,26		

n=Število, PV=povprečna vrednost, SO=standardni odklon, 1 = sploh se ne strinjam, 2 = ne strinjam, 3 = nevtralna, 4 = se strinjam, 5 = zelo se strinjam, ; t-test: statistična značilnost pri vrednosti p je manj kot 0,05

Če smo želeli ugotoviti razlike med letniki študija in učenjem komunikacijskih spretnosti smo morali najprej izračunati homogenost varianc, ki je pogoj za izračun ANOVA testa. Izračunali smo ga z Leveneovim testom, vrednost testa je bila 0,226 kar kaže, da je spremenljivka homogena in lahko izračunamo ANOVA test. Vrednost testa je bila višja od 0,05 ($p=0,575$) kar pomeni, da ne obstajajo statistično značilne razlike v povprečjih med različnimi letniki študija (tabela 4).

Tabela 4: Odnos do učenja komunikacijskih spretnosti glede na letnik študija

Leto študija	n	PV	SO	Leveneov test (p- vrednost)	ANOVA	
					F	p vrednost
Prvi letnik	19	3,34	0,20	0,226	0,668	0,575
Drugi letnik	21	3,24	0,24			
Tretji letnik	17	3,30	0,32			
Absolvent	21	3,32	0,27			
Skupaj	78	3,30	0,26			

n=Število, PV=povprečna vrednost, SO=standardni odklon, Leveneov test (p- vrednost)= pove na homogenost varianc za izračun ANOVE, F=vrednost testa za izračun p vrednosti, p- vrednost če je manjša od 0,05 lahko govorimo, da obstajajo med skupinam statistične razlike

Zaposleni (PV= 3,42, SO=0,24) in nezaposleni (PV=3,42, SO=0,24) v vzorcu so imeli do učenja komunikacijskih spretnosti nevtralen odnos. Ugotovili smo, da ne obstajajo statistično pomembne razlike med zaposlitveni statusom in učenjem komunikacijskih spretnosti ($p=0,566$) (tabela 5).

Tabela 5: Odnos do učenja komunikacijskih spretnosti glede na zaposlitveni status

Zaposlitveni status	n	PV	SO	t- test	p
Zaposleni	20	3,42	0,24	-0,577	0,566
Nezaposleni	38	3,49	0,51		

n=Število, PV=povprečna vrednost, SO=standardni odklon, 1 = sploh se ne strinjam, 2 = ne strinjam, 3 = nevtralna, 4 = se strinjam, 5 = zelo se strinjam; t-test: statistična značilnost pri vrednosti p je manj kot 0,05

Z analizo smo hoteli ugotoviti še povezavo med odnosom študentov do učenja komunikacijskih spretnosti in spolom ter starostjo. Tabela 6 nam prikazuje, da je bila povprečna vrednost pri moških 3,29 (SO=0,29) pri ženskah pa 3,30 (SO=0,25). Ker je pri tem sodelovalo tako malo število moških nadaljnje raziskave o tem, če obstaja povezava med spoloma nismo mogli izvesti.

Tabela 6: Odnos do učenja komunikacijskih spretnosti glede na spol

Spol	n	PV	SO
Moški	9	3,29	0,29
Ženski	69	3,30	0,25

n=Število, PV=povprečna vrednost, SO=standardni odklon, 1 = sploh se ne strinjam, 2 = ne strinjam, 3 = nevtralna, 4 = se strinjam, 5 = zelo se strinjam

Zanimala nas je tudi povezanost med starostjo in odnosom do učenja komunikacijske spretnosti, zato smo uporabili Spearmanov korelacijski koeficient. Ker p-vrednost presega 0,05 ne moremo govoriti o obstoju povezanosti med spremenljivkama (tabela 7).

Tabela 7: Odnos do učenja komunikacijskih spretnosti glede na starost

		Starost	Učenje komunikacijskih spretnosti
Starost	Pearsonov koeficient korelacije	1,000	0,190
	Asimp. p-vrednost (2-stranska)	/	0,096
	n	79	78
Učenje komunikacijskih spretnosti	Pearsonov koeficient korelacije	0,190	1,000
	Asimp. p-vrednost (2-stranska)	0,096	/
	n	78	79

n=število, korelacija= ugotavlja povezanost ene spremenljivke z drugo, p-vrednost= če je manjša kot 0,05, potem lahko trdimo, da je korelacija statistično pomembna

3.4.2 Pomen komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi

Mnenje anketiranih študentov zdravstvene nege glede pomena komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi smo ugotavljali s PIMC lestvico. Študentje so se najbolj strinjali s trditvama: pomembno je, da se pacientom razloži potek zdravljenja (PV=4,59, SO=0,719) in medicinske sestre in drugi zdravstveni strokovnjaki si morajo prizadevati za uspešnejše sodelovanje (PV=4,48, SO=0,689). Najmanj so se strinjali s trditvama:

dojemanje pacientove izkušnje v odnosu med pacientom in medicinsko sestro ni pomembno (PV= 1,68, SO=0,883) in pacienti so splošno gledano neobčutljivi na neverbalne odzive medicinskih sester (PV=1,85, SO=0,995). Ugotovili smo, da imajo študentje do pomena komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi nevtralen odnos (PV=3,37, SO=0,37) (tabela 8).

Tabela 8: Pomen komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi

	n	PV	Mo	SO
1. Pomembno je, da se pacientom razloži potek zdravljenja.	82	4,59	5	0,719
2. Preverjanje ali nas pacient razume, je na splošno nepotrebno	82	2,04	1	1,392
3. Čeprav je kohezija v zdravstvenih timih zaželena, posameznik k njej lahko prispeva le malo.	82	2,60	3	0,928
4. Dobra komunikacija je temeljna klinična spretnost.	82	4,40	5	0,751
5. Medicinske sestre in drugi zdravstveni strokovnjaki si morajo prizadevati za uspešnejše sodelovanje.	82	4,48	5	0,689
6. Dojemanje pacientove izkušnje v odnosu med pacientom in medicinsko sestro ni pomembno.	80	1,68	1	0,883
7. Ukvarjanje s pacientovimi čustvenimi težavami ni delo medicinskih sester, pač pa delo psihiatrov, psihologov in socialnih delavcev.	82	1,83	2	0,858
8. Informiranje o življenjskem slogu je pomemben del zdravstvene nege	82	4,22	4	0,770
9. Ukvarjanje s pacientovimi čustvi in njihovimi psihološkimi težavami je danes nujen del zdravstvene nege	82	4,12	4	0,792
10. Dobra komunikacija med medicinsko sestro in pacientom vpliva na zdravstvene izide bolnikov	82	4,28	4	0,742
11. Pacienti so splošno gledano neobčutljivi na neverbalne odzive medicinskih sester.	82	1,85	1	0,995
12. Medicinske sestre se morajo v pogovoru s pacienti zavedati svoje telesne govornice in upoštevati pacientov osebni prostor	82	4,35	5	0,760
Skupaj	80	3,37	3,33	0,37

n=število, PV=povprečna vrednost, Mo=najpogostejša vrednost, SO= standardni odklon, 1 = sploh se ne strinjam, 2 = ne strinjam, 3 = nevtralna, 4 = se strinjam, 5 = zelo se strinjam

Zanimalo nas je, ali obstaja statistična razlika v odnosu anketirancev do pomena komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi glede na demografske podatke (vrsta študija, spol, starost, leto študija, zaposlitveni status). Redni (PV=3,37, SO=0,27) in izredni (PV=3,44, SO= 0,23) študenti v vzorcu so imeli do pomena komunikacije nevtralen odnos. Razlika med aritmetičnima sredinama obeh skupin ni bila statistično pomembna ($p=0,220$) (tabela 9).

Tabela 9: Odnos do pomena komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi glede na vrsto študija

Vrsta študija		N	PV	SO	t-test	p
Komunikacijske spretnosti	Redni	46	3,37	0,27	-1,238	0,220
	Izredni	33	3,44	0,23		

n=Število, PV=povprečna vrednost, SO=standardni odklon, 1 = sploh se ne strinjam, 2 = ne strinjam, 3 = nevtralna, 4 = se strinjam, 5 = zelo se strinjam, ; t-test: statistična značilnost pri vrednosti p je manj kot 0,05

Tabela 10 nam prikazuje odnos do pomena komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi med moškimi (PV= 3,38, SO=0,20) in ženskami (PV=3,40, SO=0,20). Ker je vzorec moških premajhen, nismo delali nadaljnjih statističnih analiz.

Tabela 10: Odnos do pomena komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi glede na spol

Spol	n	PV	SO
Moški	9	3,38	0,20
Ženski	70	3,40	0,26

n=Število, PV=povprečna vrednost, SO=standardni odklon,

S pomočjo Leveneovega testa smo izračunali homogenost varianc. Ker je bila p-vrednost 0,004, torej manj kot 0,05, spremenljivka ni bila homogena. Zato smo namesto ANOVA testa uporabili test Brown-Forsythe. Dobili smo p-vrednost, ki je bila višja od 0,05, zato ne moremo trditi, da obstajajo statistično pomembne razlike v odnosu anketirancev do pomena komunikacije v zdravstveni negi, glede na letnik študija. (tabela 11).

Tabela 11: Odnos do pomena komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi glede na letnik študija

Leto študija	n	PV	SO	Leveneov test (p- vrednost)	F	Test Brown-Forsythe (p- vrednost)
Prvi letnik	19	3,50	0,30	0,004	1,483	0,217
Drugi letnik	22	3,38	0,31			
Tretji letnik	17	3,32	0,16			
Absolvent	21	3,40	0,19			
Skupaj	79	3,40	0,26			

n=Število, PV=povprečna vrednost, SO=standardni odklon, Leveneov test (p- vrednost) izračun homogenost varianc, Test Brown Forsythe uporabljamo za analizo nehomogenih varianc; Brown-Forsythe test: p je več kot 0,05, zato statistične značilnosti ni

Zaposleni (PV=3,42, SO=0,19) in nezaposleni (PV=3,39, SO=0,29) v naši raziskavi so imeli do pomena komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi nevtralen odnos. Ugotovili smo, da ne obstajajo statistično pomembne razlike med zaposlitvenim statusom in odnosom do pomena komunikacije v zdravstveni negi (tabela 12).

Tabela 12: Odnos do pomena komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi glede na zaposlitveni status

Zaposlitveni status	n	PV	SO	t-test	p
Zaposleni	27	3,42	0,19	0,495	0,622
Nezaposleni	52	3,39	0,29		

n=Število, PV=povprečna vrednost, SO=standardni odklon, t-test: statistična značilnost pri vrednosti p je manj kot 0,05

Zanimalo nas je tudi, ali obstaja povezanost med starostjo študentov in njihovim odnosom do pomena komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi. V ta namen smo uporabili Spearmanov korelacijski koeficient. Spearmanov korelacijski koeficient je bil statistično neznačilen. P-vrednost presega 0,05, zato ne moremo govoriti, da obstaja povezanost med spremenljivkama. Povezave ne moremo potrditi (tabela 13).

Tabela 13: Odnos do pomena komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi glede na starost

		Starost	Pomen komunikacijskih spretnosti
Starost	Pearsonov koeficient korelacije	1,000	-0,034
	Asimp. p-vrednost (2-stranska)	/	0,767
	n	80	79
Pomen komunikacijskih spretnosti	Pearsonov koeficient korelacije	-0,034	1,000
	Asimp. p-vrednost (2-stranska)	0,767	/
	n	79	80

n=število, korelacija= ugotavlja povezanost ene spremenljivke z drugo, p-vrednost= če je manjša kot 0,05, potem lahko trdimo, da je korelacija statistično pomembna

3.4.3 Ocena lastnih sposobnosti za odnosno komuniciranje

Odnos anketiranih študentov do pacientov, ki je temelj odnosnega komuniciranja, smo merili z lestvico CES. Celotna lestvica nam je pokazala, da je bila povprečna vrednost na lestvici 3,42 (SO=0,54), kar pomeni, da so lastno odnosno komuniciranje s pacienti ocenili kot nekaj srednjega. Najbolj so se anketiranci strinjali s trditvijo v sobo znam vstopiti z občutkom vedrine in take energije, da se bo pacient dobro počutil (PV=4,90, SO=1,08). Nestrinjanje s trditvijo so anketiranci izrazili pri več trditvah, od teh sta imeli najnižjo povprečno vrednost trditvi ne čutim se sposobnega, da bi izrazil skrb do svojih pacientov (PV=2,00, SO=1,17) in običajno v odnosu s pacienti težko uporabim empatijo (PV=2,19, SO=1,16) (tabela 14).

Tabela 14: Ocena lastnega odnosnega komuniciranja s pacienti

	n	PV	Mo	SO
1. Ne čutim se sposobnega, da bi izrazil skrb do svojih pacientov.	71	2,00	1	1,17
2. Če s pacientom ne morem vzpostaviti dobrega odnosa, skušam analizirati, kako se lahko povežem z njim.	70	4,33	4	1,22
3. Pri izvajanju zdravstvene nege mi ni neprijetno dotikati se pacientov.	71	3,79	4	1,59
4. Na paciente prenašam občutek osebne moči.	71	3,52	4	1,49
5. Pacienti mi lahko povedo kar želijo in me ne bo pretreslo.	71	3,56	3	1,40
6. V stresnih situacijah znam ohraniti mirne živce.	70	4,36	4	1,36
7. Ni se mi težko osredotočiti na številne plati zdravstvene nege pacienta in jih obenem tudi poslušati.	69	4,42	4	1,28
8. Pri poslušanju in sprejemanju pacienta kot osebe mi je težko opustiti svoja prepričanja in predsodke.	69	3,32	3	1,39
9. V sobo znam vstopiti z občutkom vedrine in take energije, da se bo pacient dobro počutil.	70	4,90	6	1,08
10. Sposoben sem se vživeti v pacienta in pozabiti svoje osebne skrbi.	70	4,67	4	1,03
11. Običajno znam poiskati način, s katerim se lahko povežem z vsakim pacientom.	69	4,49	4	1,16
12. Manjka mi zaupanje v lastne sposobnosti komuniciranja s pacienti iz drugačnega kulturnega okolja kot je moje.	70	3,01	1	1,55
13. Zdi se mi, da mi bodo pri individualnem, osebnem pogovoru s pacientom stvari lahko ušle izpod nadzora.	68	2,75	3	1,32
14. Pri zagotavljanju bolj individualizirane zdravstvene nege uporabim informacije, ki mi jih zaupajo pacienti.	70	3,80	4	1,30
15. Ne čutim se dovolj močnega, da bi poslušal strahove in skrbi mojih pacientov.	70	2,27	1	1,20

	n	PV	Mo	SO
16. Tudi kadar sem pri večini stvari samozavesten, se mi zdi, da nisem sposoben vzpostaviti odnosa s pacienti.	70	2,41	1	1,26
17. Zdi se mi, da imam težave pri vzpostavljanju odnosa z mojimi pacienti.	70	2,27	1	1,26
18. Z mojimi pacienti običajno vzpostavim tesen stik.	70	3,86	4	1,30
19. Pacientom sem običajno všeč.	68	4,35	4	0,89
20. Po-navadi pacientom težko podam svoje mnenje, ko je to potrebno.	70	2,99	3	1,30
21. Kadar skušam s pacienti razrešiti spor, po-navadi vse poslabšam.	70	2,33	3	1,18
22. Kadar se mi zdi pacient zaskrbljen ali bi potreboval pomoč, pristopim k njemu.	69	4,75	4	1,08
23. Če s pacientom težko vzpostavim odnos, se ne trudim več sodelovati s to osebo.	70	2,74	3	1,28
24. Težko vzpostavim odnos s pacienti, ki pripadajo drugačnemu kulturnemu okolju kot je moje .	70	2,20	1	1,27
25. Moja sposobnost vzpostaviti tesen in dober odnos s pacientom, je pomagala že mnogim od njih.	70	4,13	4	1,12
26. Običajno v odnosu s pacienti težko uporabim empatijo.	70	2,19	1	1,16
27. Težave, s katerimi se srečujejo pacienti, me pogosto preobremenjujejo.	70	2,76	3	1,27
28. Kadar pacient težko komunicira z mano, se mu z lahkoto približam.	70	3,54	3	1,32
29. Četudi se močno trudim, se najtežavnejšim pacientom ne uspem približati.	69	2,91	3	1,39
30. Pri izražanju skrbi do pacientov ne uporabljam ustvarjalnih ali nenavadnih pristopov.	69	3,71	4	1,23
Skupaj	59	3,42	3,40	0,54

n=število, PV=povprečna vrednost, Mo=najpogostejša vrednost, SO= standardni odklon, 1 pomeni »sploh se ne strinjam«, 2 = ne strinjam se, 3 = delno se ne strinjam, 4 = delno se strinjam, 5=strinjam se in 6 = zelo se strinjam

Redni (PV=3,47 SO=0,56) in izredni (PV=3,45, SO=0,22) anketirani študentje so lastne sposobnosti za odnosno komuniciranje s pacienti ocenili srednje. Nižjo povprečno vrednost na lestvici smo ugotavljali tudi glede na spol, kjer so moški dosegli nižjo povprečno vrednost (PV=3,37, SO=0,36) kot ženske (PV=3,47, SO=0,45). Zanimalo nas je v kolikšni meri se lastna ocena sposobnosti za odnosno komuniciranje razlikuje glede na vrsto študija in spol. Glede na spol dodatnih statističnih analiz zaradi premajhnega vzorca moških nismo mogli narediti. Glede na vrsto študija pa ugotavljamo, da ni bilo statistično pomembne razlike med skupinama (tabela 15).

Tabela 15: Ocena lastnega odnosnega komuniciranja s pacienti glede na vrsto študija in spol

Vrsta študija	n	PV	SO	t-test	p
Redni	32	3,47	0,56	0,230	0,819
Izredni	26	3,45	0,22		
SPOL					
Moški	7	3,37	0,36	/	/
Ženski	51	3,47	0,45		

n=Število, PV=povprečna vrednost, SO=standardni odklon

Pri letnikih študija smo izračunali homogenost varianc z Leveneovim testom ($p=0,038$), spremenljivka ni bila homogena, zato smo za izračun uporabili test Brown-Forsythe. Ker p-vrednost ni bila višja od 0,05 ($p=0,108$), ne moremo trditi, da obstajajo med različnimi letniki študija statistično značilne razlike v povprečju ocene lastnega odnosnega komuniciranja s pacienti (tabela 16).

Tabela 16: Ocena lastnega odnosnega komuniciranja s pacienti glede na letnik študija

Leto študija	n	PV	SO	Leveneov test (p- vrednost)	F	Brown-Forsy test p-vrednost
Prvi letnik	13	3,63	0,44	0,038	3,013	0,108
Drugi letnik	14	3,47	0,23			
Tretji letnik	14	3,23	0,58			
Absolvent	17	3,52	0,37			
Skupaj	58	3,46	0,44			

n=Število, PV=povprečna vrednost, SO=standardni odklon, Leveneov test (p- vrednost) izračun homogenost varianc, Test Brown Forsythe uporabljamo za analizo nehomogenih varianc; Brown-Forsythe test: p je več kot 0,05, zato statistične značilnosti ni

Zaposleni (PV=3,42, SO=0,24) in nezaposleni (PV=3,49, SO=0,51) študentje v raziskavi so lastne sposobnosti za odnosno komuniciranje s pacienti ocenili kot srednje dobre. Statistično pomembnih razlik v odgovorih glede na zaposlitveni status nismo ugotovili ($p=0,566$) (tabela 17).

Tabela 17: Ocena lastnega odnosnega komuniciranja glede na zaposlitveni status

Zaposlitveni status	n	PV	SO	t-test	p
Zaposleni	20	3,42	0,24	0,577	0,566
Nezaposleni	38	3,49	0,51		

n=Število, PV=povprečna vrednost, SO=standardni odklon, ; t-test: statistična značilnost pri vrednosti p je manj kot 0,05

Pogledali smo tudi povezanost med oceno lastnega odnosnega komuniciranja s pacienti in starostjo anketirancev pri čemer smo uporabili Spearmanov korelacijski koeficient, ki pa je bil statistično neznačilen. P-vrednost je presegala 0,05 zato ne moremo govoriti, da obstaja povezava med spremenljivkama (tabela 18).

Tabela 18: Ocena lastnega odnosnega komuniciranja s pacienti glede na starost

		Starost	Pomen komunikacije
Starost	Pearsonov koeficient korelacije	1,000	-0,218
	Asimp. p-vrednost (2-stranska)	7	0,101
	n	59	58
Odnosno komuniciranje	Pearsonov koeficient korelacije	-0,218	1,000
	Asimp. p-vrednost (2-stranska)	0,101	/
	n	58	59

n=število, korelacija= ugotavlja povezanost ene spremenljivke z drugo, p-vrednost= če je manjša kot 0,05, potem lahko trdimo, da je korelacija statistično pomembna

Na koncu nas je zanimalo še, če obstajajo povezave med vsebinskimi sklopi znotraj našega vprašalnika. Pri tem smo izračunali Pearsonov koeficient korelacije. Med prvim sklopom, ki je zajemal odnos do učenja komunikacijskih spretnosti in drugim sklopom, ki zajema odnos do pomena komunikacije obstaja močna statistična povezava ($p=0,000$). Močno statistično povezavo ($p=0,000$) smo ugotovili tudi med prvim (komunikacijske spretnosti) in tretjim (sposobnost odnosnega komuniciranja) sklopom, ter tretjim (sposobnost odnosnega komuniciranja s pacienti) in drugim (pomen komunikacije) sklopom. Pri vseh sklopih lahko potrdimo zmerno oziroma srednjo moč povezave med spremenljivkami (tabela 19).

Tabela 19: Povezave med vsebinskimi sklopi

		Komunikacijske spretnosti	Pomen komunikacije	Odnosno komuniciranje
Komunikacijske spretnosti	Pearsonov koeficient korelacije	1	0,789**	0,612**
	Asimp. p-vrednost (2-stranska)	/	0,000	0,000
	n	79	76	55

		Komunikacijske spretnosti	Pomen komunikacije	Odnosno komuniciranje
Pomen komunikacije	Pearsonov koeficient korelacije	0,789**	1	0,609**
	Asimp. p-vrednost (2-stranska)	0,000	/	0,000
	n	76	80	56
Odnosno komuniciranje	Pearsonov koeficient korelacije	0,612**	0,609**	1
	Asimp. p-vrednost (2-stranska)	0,000	0,000	/
	n	55	56	59

n=starost

3.5 RAZPRAVA

V raziskavi ugotavljamo da anketirani študenti ocenjujejo, da jim manjka teoretičnega in praktičnega znanja o komunikaciji v zdravstveni negi, prav tako so nevtralno ocenili lasten odnos s pacientom. Medosebna komunikacija in odnosi so pri študentih površni in slabi saj komunikacija sloni predvsem na izvajanju postopkov, ne pa na odnosu, ki zajema pacienta kot celoto z vzpostavljeno empatijo (Ramvi, 2011). Dobra komunikacija zagotavlja zaupanje, bolj kakovostno zdravljenje in oskrbo pacienta, zato je pomembno, da se študentje tekom študija učijo komunikacijskih spretnosti, saj bodo le tako lahko kakovostno in varno opravljali svoj poklic (Al Mutairi, et al., 2007).

V raziskavi smo uporabili CSAS lestvico, s katero smo želeli ugotoviti odnos anketiranih študentov zdravstvene nege do učenja komunikacijskih spretnosti. Povprečna vrednost na lestvici je kazala na nevtralen odnos anketiranih študentov. Čeprav so bile posamezne trditve zelo dobro ocenjene lahko sklepamo, da se jim učenje komunikacijskih spretnosti zdi pomembno. Rezultate smo primerjali z raziskavo na eni izmed ameriških univerz (Steckler, 2012). Njihova raziskava je pokazala, da so študentje (n=12) na lestvic CSAS, dosegli povprečno vrednost 3,9 (SO=0,53), kar pomeni, da imajo boljši odnos do učenja komunikacijskih spretnosti kot študentje v naši raziskavi (Steckler, 2012). Al Mutairi, et al. (2007) v svoji raziskavi med študenti zdravstvene nege šole kralja Saud Abdulaziza v južnem Missisippiju primerja že

diplomirane študente (n=29) in študente, ki še obiskujejo višjo šolo (n=29). Ugotavlja, da med študenti v odgovorih na CSAS lestvici ni bilo bistvenih razlik. Dosegli so povprečno vrednost 3,75, kar tudi nakazuje na razmeroma dobre rezultate. Lium in ostali (2013) navajajo, da je za spretnost v komunikaciji pomembno, da se učimo komunikacije in njenega pomena že tekom študija. Predmet komunikacije je pomemben del izobraževanja, vendar pa se je komunikacijskih spretnosti najbolje naučiti v kliničnem okolju.

Pri ugotavljanju razlik v odnosu študentov do učenja komunikacijskih spretnosti glede na demografske dejavnike smo potrdili statistično pomembno razliko le pri vrsti študija. Ugotovili smo, da imajo izredni študenti nekoliko boljši odnos do učenja komunikacijskih spretnosti kot redni študenti. Steckler (2012) navaja, da je za uspešno komuniciranje treba imeti dobre komunikacijske spretnosti, nekaj od teh se lahko naučimo že tekom predavanj. Zato je potrebno študente tekom študija informirati in motivirati za učenje dobre komunikacije, da jo bodo znali pravilno uporabiti v kliničnem okolju.

Lestvica PIMC kaže, da je dožemanje študentov zdravstvene nege v naši raziskavi glede pomembnosti komunikacije v zdravstvu nevtrarno. Steckler (2012) je prišel v raziskavi med študenti zdravstvene nege (n=12) do podobnih rezultatov kot mi (PV=3,41, SO=0,25). Rezultati v obeh raziskavah so bili šibki, zato Steckler, (2012) navaja, da bi morali biti v študij zdravstvene nege vključen predmet komunikacija v zdravstvu, ki bi izboljšal komunikacijske spretnosti v zdravstveni negi. El Mutairi (2007) je naredil primerjavo pred in po izobraževanju o komunikaciji, saj ga je zanimalo kako študentje zdravstvene nege dojemajo pomembnost komunikacije. Ni ugotovil bistvene razlike med njimi, vendar pa vseeno poudarja, da je potrebno študente izšolati tako, da bodo prepoznali pacientove težave in strahove. Odnos študentov do komunikacijskih spretnosti, lahko pripelje do izboljšanja pacientovega zdravja in pripomore k kakovostnejši oskrbi pacienta. Ramvi (2011) je prav tako proučevala komunikacijo v kliničnem okolju in v raziskavo vključila študente zdravstvene nege (n=6), paciente in mentorje v kliničnem okolju (n=6). Ugotovila je, da je bila med njimi zelo slaba komunikacija. Uporabljali so le osnovno komuniciranje, ki se je navezovalo na opravila, ki so jih izvajali pri pacientu ne pa za nek čustven, zaupanja vreden odnos, ki naj bi

povezoval študenta, pacienta ter mentorja. Kot je ugotovila imajo študentje zdravstvene nege premalo komunikacijskih spretnosti, zato je pomembno, da se tekom študija o tem izobražujejo pri predmetih in si pridobijo izkušnje v kliničnem okolju. Mentorji pa se premalo posvečajo študentom, zato ne pride do dobre medosebne komunikacije med njimi. Warren (2010) meni, da je pomembno, da si mentorji na klinični praksi vzamejo dovolj časa za komunikacijo in vzpostavljanje dobrega odnosa. Ramvi (2011) je mnenja, da bi morala mentorica medicinska sestra naučiti študente zdravstvene nege ne samo opravil, ki jih imajo pri pacientu, ampak jim tudi dati usmeritve glede komunikacije in dobrega medosebnega odnosa, ki je pogoj za zaupanje. Študentje pa bi morali uporabljati znanja o komunikaciji, ki so jih pridobili tekom izobraževanja.

Zanimale so nas tudi razlike v mnenju anketiranih študentov zdravstvene nege o pomenu komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi glede na demografske dejavnike, a v raziskavi teh razlik nismo potrdili.

Uporabili smo še CES lestvico, ki prikazuje oceno študentov zdravstvene nege do lastnega odnosnega komuniciranja s pacienti. Steckler (2012) v svoji raziskavi ugotavlja, da je odnos študentov zdravstvene nege ($n=12$) do pacientov dober ($PV=4,5$, $SO=0,51$). Tudi Sadler (2003) v svoji raziskavi proučuje skrb študentov zdravstvene nege do pacientov od začetka študija do končanega semestra zadnjega letnika ($n=193$). Študentje so imeli dober odnos do pacientov ($PV=5,02$), čeprav so študentje prvega letnika odstopali z nekoliko slabšim odnosom ($PV=3,97$). Najboljše rezultate na lestvici CES so dosegli diplomanti ($PV=5,33$). Raziskava med avstralskimi medicinskimi sestrami ($n=633$) je pokazala, da so le-te dosegale še boljše rezultate in da je bil njihov odnos do pacientov zelo dober ($PV=5,07$, $SO=0,49$). Vse medicinske sestre (100%) so imele dober odnos do pacientov od teh jih je 80 odstotkov zadovoljnih na delovnem mestu (Reid, 2012). V naši raziskavi smo prišli do precej slabših rezultatov. Ugotovili smo, da anketirani študentje lastne sposobnosti za odnosno komuniciranje s pacientom ocenjujejo kot srednje. Kvantitativna raziskava med študenti zdravstvene nege ($n=15$) ugotavlja, da je odnos študentov do pacientov pogojen s procesom učenja o sebi, drugih ter o lastni vlogi kot izvajalca zdravstvene nege. Če želimo doseči dobro medosebno komunikacijo je potrebno pokazati skrb za pacient (Hoffman, 2013). Ramvi (2011)

navaja, da bi moral biti odnos med študentom in pacientom tudi empatičen in čustven. Vendar pa je ugotovila, da je bil odnos med študenti zdravstvene nege (n=6) in pacienti le površinski.

Tudi v tem vsebinskem sklopu so nas zanimale razlike med lastno oceno sposobnosti za odnosno komuniciranje glede na demografske dejavnike (spol, leto in vrsta študija in zaposlitveni status). Rezultati analize teh razlik niso potrdili.

Omejitev raziskave

Naša raziskava je bila izvedena na manjšem vzorcu študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin, saj so bili študenti slabo odzivni. To pomeni, da rezultatov ne moremo posploševati na vse študente Fakultete za zdravstvo Angele Boškin kot tudi ne na vse študente zdravstvene nege. V raziskavi smo uporabili mednarodne instrumente, ki pa niso bili prevedeni v slovenski jezik. Prevajanje instrumentov je zahteven raziskovalni proces, ki zahteva vključitev ne le dobrega anglista, ampak tudi strokovnjakov s proučevanega področja, zato se zavedamo omejitve pri sami kakovosti prevoda instrumentov.

4 ZAKLJUČEK

Če želi biti študent zdravstvene nege učinkovit pri svojem poklicu, se poleg vseh kompetenc, ki ji izvaja mora naučiti tudi učinkovito komunicirati. Medicinska sestra mora obvladati komunikacijske spretnosti, etične in pravne zadeve ter sodelovati pri tinskem delu. V naši raziskavi smo ugotovili, da anketiranim študentom zdravstvene nege primanjkuje ustreznih znanj in spretnosti za ustrezno odnosno komunikacijo pri delu s pacienti. Zato je pomembno, da se študente tekom študija usmeri tudi na razvijanje komunikacije tako v teoretičnem znanju, kot tudi praktičnem, ki ga lahko dobijo na klinični praksi.

Kot smo ugotovili veliko avtorjev navaja, da bi bilo študente potrebno preizkusiti o tem koliko znanja imajo o komunikaciji in odnosih v zdravstvu ter jih s pomočjo mentorjev usmeriti k učinkoviti komunikaciji in dobrim medsebojnim odnosom. S tem bi dosegli kakovostnejšo komunikacijo študentov in s tem izboljšali odnose s pacienti in sodelavci.

Študentje so bili pri vseh vsebinskih sklopih nevtralni, moramo pa izpostaviti, da so izredni študentje boljše ocenjevali odnos do učenja komunikacijskih spretnosti, kot redni. Zato bi bilo tukaj zanimivo pogledati oziroma spremljati študente na klinični praksi in nato primerjati tiste, ki imajo že delovno dobo in tiste, ki je še nimajo. Zanimalo bi nas, koliko delovna doba in izkušnje pripomorejo na kakovost medosebnih odnosov na klinični praksi. Raziskavo bi bilo zanimivo razširiti na vse študente zdravstvene nege v Sloveniji.

5 LITERATURA

Al Mutairi, M., Khormi, F.A. & Herz, A.A., 2007. A description of communication patterns used by baccalaureate nursing students when interacting with patients in the clinical setting. In: A. Tuwajri, M. Bawazzer & Y.A. Eissa, eds. *The 6th scientific conference for KSAU-HS Students. KSAU-HS Riyadh Campus, Covection Center, 2. Februar 2015*. Mississippi: PhD Dissertation The University of Southern Mississippi, p. 170.

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

Cijan, K., 2009. Z učinkovito komunikacijo do boljših medsebojnih odnosov v zdravstveni negi. In: D. Plank, ed. *Uspešnost in učinkovitost v zdravstveni negi - izziv današnjega časa: zbornik predavanj 10. strokovnega srečanja medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov celjske regije Celje. Celje, 1.oktober 2009*. Celje: Splošna bolnišnica Celje, pp. 46-49.

Coates, C.J., 1997. The caring efficacy scale: Nurses self-reports of caring in practice. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3(1), pp. 53-59.

Dobnik, M., 2007. *Analiza komunikacijskega udobja in motenj pri komunikaciji*. *Obzornik zdravstvene nege*, 41(3), pp. 153-158.

Goffman, E., 1967. *Intrraction Ritual*. New York: Pantheon Books.

Hajdinjak, A. & Meglič, R., 2006. *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo Ljubljana, pp. 240-260.

Hodges, B., 2009. Factors than can influence mentorship relationship. *Pediatric Nurse*, 21(6), pp. 32-36.

Hoffman, F.S., 2013. *How Nursing Students Experience Caring Relationships with Patients*. Raleigh, North Carolina: Adult and Community College Education, pp. 1-16.

Jankovec, K., 2006. *Učinkovita komunikacija kot dejavnik za zmanjševanje stresa pri medicinskih sestrah: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta Ljubljana, pp. 30-40.

Klemenc, D., 2007. *Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki - priložnost za nenehno izboljševanje kakovosti*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 55-59.

Klun, N., 2010. *Vpliv komuniciranja na zadovoljstvo zaposlenih-študija primera: magistrska naloga*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper, pp. 16-24.

Kulaš, F. & Skela Savič, B., 2013. *Zadovoljstvo kliničnih mentorjev s kliničnim usposabljanjem študentov zdravstvene nege v terciarnih zdravstvenih zavodih: rezultati raziskave*. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery, S. Kalender Smlajovič & S. Pivač eds. *7 šola za klinične mentorje: Odgovornost za kakovostno visokošolsko izobraževanje na področju zdravstvene nege*. Kranj, 24. september 2013. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 32-43.

Languille, D.B., eds., 2001. *Faculty attitudes toward medical communication and their perceptions of Medical*, pp. 548-554.

Leskovic, L., 2014. *Komunikacija, ki zagotavlja zadovoljstvo pacienta in zaposlenih*. In: B. Nuse & B. Jugovič, eds. *6 dnevi Marije Tomšič: Medsebojni odnosi v zdravstveni negi: zbornik prispevkov*. Doljenske Toplice, 23. januar 2014. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 28-30.

Lium, E., Lynn, M.C. & Kudzma, E., 2013. *Health Promotion Throughout the Life Span*. St. Louis: Elsevier-Health Sciences Division, pp. 90-100.

Lupša, P., 2009. *Patronažna zdravstvena nega in komunikacija: diplomska naloga*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor, pp. 8-17.

Mihaljčič, Z. & Koželj, G., 2006. *Poslovno komuniciranje. Učbenik za višje strokovno izobraževanje, izobraževani program Komerčjalist*. Ljubljana: Jutro, p. 12.

Mosele, L.G. & Davies, M., 2008. What do mentors find difficult?. *Journal of Clinical Nursing*, 17(12), pp. 1627-34

Pahor, M., 2006. *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki kot družbeni pojav*. *Zdravstveni vestnik*. Ljubljana: Fakulteta za zdravstvo v Ljubljani, pp. 43-47.

Peplau, S.H., 1952. *Simpson H. Peplau is model in action*. London: The Macmillan Press.

Perlman, D. & Vangelisti, A., 2006. *The Cambridge Handbook of Personal Relationship*. Cambridge: University of Cambridge Press, pp. 3-11.

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

Ramšak Pajk J., 2000. Hildegard E. Peplau in model medosebnih odnosov. *Obzornik zdravstvene nege*, 34(1), pp. 27-31.

Ramvi, E., 2011. The risk of entering relationships: experiences from a norwegian hospital. *Journal of social work practice*, 25(3), pp. 285-296.

Rees, C., Sheard, C. & Davies, S., 2002. The development of a scale to measure medical students' attitudes towards communication skills learning: The communication skills attitude scale (CSAS). *Medical Education*, 36 (2), pp. 141-147.

Reid, C., 2012. *Examination of Relationship and Mediating Effects of Self-Efficacy, Locus of Control, Coping and the Practice Environment of Caring Efficacy and Job Satisfaction in Australian Registered Nurses*. Queensland: Queensland University of Technology, pp. 74, 130

Rungapadiachy, D.M., 2003. *Medosebna komunikacija v zdravstvu*. Ljubljana: Educy.

Sadar, L., 2010. *Komuniciranje med predavatelji in študenti na izbrani fakulteti: diplomsko delo*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper.

Sadler, J., 2003. Pilot study to Measure the Caring Efficacy. *Nursing Education Perspectives*, 24(6), pp. 295-299.

Kalender Smajlović, S., Pivač, S., Zurc, J. & Skela Savič, B., 2013. Zadovoljstvo študentov zdravstvene nege in kliničnih mentorjev VŠZNJ s kliničnim usposabljanjem: rezultati za študijsko leto 2012/2013 in ukrepi izboljšav. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery, S. Kalender Smlajović & S. Pivač., eds. *7 šola za klinične mentorje: Odgovornost za kakovostno visokošolsko izobraževanje na področju zdravstvene nege. Kranj, 24.september 2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 44-56.

Steckler, R., 2012. *Improving communication skills among nursing students: assessing the comfort curriculum as an intervention: Theses and Dissertations-communication*. Lexington: University of Kentucky, pp. 37-39.

Terseglav, S.A., 2010. Dobri medsebojni odnosi kot dejavnik uspešnosti ljudi in organizacij. In: M. Ferjanc, C. Barbo, E. Furlan & M. Mezek, eds. *17. strokovno*

srečanje ekonomistov in poslovodij. Učinkovitost upravljanja in vodenja v zdravstvu. Čatež, 20-21. maj 2009. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu, pp. 53-59.

Ule, M., 2003. *Spregljana razmerja*. Maribor: Univerzitetna knjižnica Maribor.

Ule, M., 2005a. Teoretični in praktični vidiki komuniciranja med bolnikom, farmacevtom in ostalimi zdravstvenimi delavci. *Farmaceutski vestnik*, 56(2), pp. 176-178.

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

Ule, M., 2009. *Psihologija komuniciranja in medsebojnih odnosov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede FDV.

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 do dela s starejšimi*. Zbornik prispevkov z recenzijo. Jesenice, 9-10. september 2010. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 17-23.

Warren, D., 2010. Facilitating pre-registration nurse learning: a mentor approach. *British Journal of Nursing*, 21(19), pp. 1364-1367.

West, R. & Turner, L.H., 2004. *Introducing Communication Theory*. Analysis and Application. Boston: McGraw-Hill.

Yoost, L.B. & Crawford, R.L., 2016. *Fundamentals of Nursing: Active Learning for Collaborative Practice*. St. Louis, Missouri: Elsevier, pp. 50-55.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

POGLED ŠTUDENTOV FAKULTETE ZA ZDRAVSTVO ANGELE BOŠKIN NA POMEN KOMUNIKACIJE V ZDRAVSTVENI NEGI IN ODNOSNO KOMUNICIRANJE

Spoštovani,

sem Karolina Starman, absolventka na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. V okviru diplomskega dela z naslovom »Pogled študentov FZAB na pomen komunikacije v zdravstveni negi in odnosno komuniciranje«, želim izvesti raziskavo pod mentorstvom doc. dr. Simona Hvalič Touzery. Z raziskavo želim pridobiti podatke o odnosnem komuniciranju študentov zdravstvene nege na praksi in ovirah s katerimi se soočajo, zato Vas vljudno prosim za sodelovanje.

Zagotavljam vam anonimnost, saj je vprašalnik namenjen izključno samo raziskavi diplomskega dela.

Že vnaprej se Vam zahvaljujem za sodelovanje in Vas lepo pozdravljam.

Karolina Starman

VPRAŠALNIK

Navodila za izpolnjevanje vprašalnika

Na vprašanja odgovarjajte tako, da obkrožite črko pred enim ali več odgovorov.

1. DEL: DEMOGRAFSKI PODATKI

1. Spol:

1. Moški
2. Ženska

2. Starost (vpišite): _____ let

3. Izobrazba:

1. Prvi letnik
2. Drugi letnik
3. Tretji letnik
4. Absolvent

4. Vrsta študija

1. Redni
2. Izredni

5. Ali ste bili v času študija redno zaposleni?

1. DA
2. NE

5.1 Če DA, napišite v letih, koliko let delovne dobe imate:

5.2 Če DA, prosimo obkrožite kje ste trenutno zaposleni:

1. zdravstveni dom
2. splošna bolnišnica
3. univerzitetna klinika
4. socialni zavod
5. Drugo: _____

2. SKLOP: UČENJE KOMUNIKACIJSKIH SPRETNOSTI

Ko odgovarjate na vprašanja, prosim označite številko, ki najbolj ustreza vašemu odgovoru. Zaželeno je, da odgovorite na vsa vprašanja, čeprav lahko določena vprašanja, na katere ne želite odgovoriti, preskočite. Prosim ocenite v kolikšni meri se strinjate s spodnjimi izjavami o učenju komunikacijskih spretnosti (1 = sploh se ne strinjam, 2 = ne strinjam, 3 = nevtralna, 4 = se strinjam, 5 = zelo se strinjam).

1. Da bi bila uspešna medicinska sestra moram imeti dobro razvite komunikacijske sposobnosti	1	2	3	4	5
2. V učenju komunikacijskih spretnosti ne vidim smisla	1	2	3	4	5
3. Zaradi slabih komunikacijskih spretnosti na študiju zdravstvene nege ne bo nihče neuspešen	1	2	3	4	5
4. Razvijanje mojih komunikacijskih spretnosti je prav tako pomembno kot pridobivanje znanja o negi.	1	2	3	4	5
5. Učenje komunikacijskih spretnosti mi bo pomagalo spoštovati paciente	1	2	3	4	5
6. Za učenje komunikacijskih spretnosti nisem imel časa.	1	2	3	4	5
7. Učenje komunikacijskih spretnosti je zanimivo.	1	2	3	4	5
8. Ne smem biti pod prisilo, da se udeležujem predavanj o komunikacijskih spretnostih	1	2	3	4	5
9. Učenje komunikacijskih spretnosti mi je ali mi bo pomagalo pri spretnostih za timsko delo.	1	2	3	4	5
10. Učenje komunikacijskih spretnosti je izboljšalo mojo spretnost pri komuniciranju s pacienti	1	2	3	4	5
11. Pri poučevanju komunikacijskih sposobnosti se najprej navaja očitno,	1	2	3	4	5

nato pa vse zakomplicira.					
12. Učenje komunikacijskih spretnosti je zabavno.	1	2	3	4	5
13. Učenje komunikacijskih spretnosti je prelahko.	1	2	3	4	5
14. Učenje komunikacijskih spretnosti mi je pomagalo ali mi bo pomagalo spoštovati stanovske kolege.	1	2	3	4	5
15. Težko verjamem informacijam o komunikacijskih spretnostih, ki mi jih posredujejo predavatelji, ki ne delajo v kliničnem okolju.	1	2	3	4	5
16. Učenje komunikacijskih spretnosti mi je ali mi bo pomagalo pri prepoznavanju pacientovih pravic glede zaupnosti in soglasja.	1	2	3	4	5
17. Poučevanje komunikacijskih spretnosti bi uživalo večji ugled, če bi zvenelo bolj kot kakšen znanstveni predmet.	1	2	3	4	5
18. Ob prijavi na program zdravstvene nege, se mi je zdelo zelo pomembno, naučiti se komunikacijskih spretnosti.	1	2	3	4	5
19. Za delo medicinske sestre ne potrebujem dobrih komunikacijskih spretnosti.	1	2	3	4	5
20. Težko priznam, da imam nekaj težav s komunikacijskimi spretnostmi v zdravstveni negi	1	2	3	4	5
21. Pri programu zdravstvene nege se mi zdi učenje komunikacijskih sposobnosti zelo uporabno	1	2	3	4	5
22. Moja sposobnost opraviti izpite mi bo bolj v pomoč pri zaključku programa zdravstvene nege, kot pa moja sposobnost komuniciranja	1	2	3	4	5
23. Učenje komunikacijskih spretnosti je primerljivo z učenjem zdravstvene nege	1	2	3	4	5
24. Učenje komunikacijskih spretnosti težko resno jemljem	1	2	3	4	5
25. Učenje komunikacijskih spretnosti je pomembno, saj je moja zmožnost komuniciranja vseživljenjska spretnost.	1	2	3	4	5
26. Učenje komunikacijskih spretnosti bi moralo biti namenjeno študente psihologije, ne pa na študente zdravstvene nege	1	2	3	4	5

3. SKLOP: POMEN KOMUNIKACIJE (PIMC lestvica)

Pri naslednjih vprašanjih nas zanima vaše mnenje o vlogi komunikacije, uporabljena je ista lestvica kot pri prejšnjem vprašanju (1 = sploh se ne strinjam, 2 = ne strinjam, 3 = nevtralna, 4 = se strinjam, 5 = zelo se strinjam).

1. Pomembno je, da se pacientom razloži potek zdravljenja.	1	2	3	4	5
2. Preverjanje ali nas pacient razume, je na splošno nepotrebno	1	2	3	4	5
3. Čeprav je kohezija v zdravstvenih timih zaželeno, posameznik k njej lahko prispeva le malo.	1	2	3	4	5
4. Dobra komunikacija je temeljna klinična spretnost.	1	2	3	4	5
5. Medicinske sestre in drugi zdravstveni strokovnjaki si morajo prizadevati za uspešnejše sodelovanje.	1	2	3	4	5
6. Dojemanje pacientove izkušnje v odnosu med pacientom in medicinsko sestro ni pomembno.	1	2	3	4	5
7. Ukvarjanje s pacientovimi čustvenimi težavami ni delo medicinskih sester, pač pa delo psihiatrov, psihologov in socialnih delavcev.	1	2	3	4	5
8. Informiranje o življenjskem slogu je pomemben del zdravstvene nege	1	2	3	4	5
9. Ukvarjanje s pacientovimi čustvi in njihovimi psihološkimi težavami je danes nujen del zdravstvene nege	1	2	3	4	5
10. Dobra komunikacija med medicinsko sestro in pacientom vpliva na zdravstvene izide bolnikov	1	2	3	4	5
11. Pacienti so splošno gledano neobčutljivi na neverbalne odzive medicinskih sester.	1	2	3	4	5
12. Medicinske sestre se morajo v pogovoru s pacienti zavedati svoje telesne govorice in upoštevati pacientov osebni prostor	1	2	3	4	5

4. SKLOP: ODNOS DO PACIENTOV(Caring Efficacy lestvica)

V naslednjem vprašanju nas zanima kakšen odnos imajo študentje pri delu s pacientom. Prosim ocenite v kolikšni meri se strinjate s spodnjimi izjavami (1 pomeni »sploh se ne strinjam«, 2 = ne strinjam, 3 = delno se ne strinjam, 4 = delno se strinjam 5=strinjam se in 6 = zelo se strinjam). Označite številko, ki najbolj odraža vaše mnenje

	sploh se ne strinjam			popolnoma se strinjam		
	1	2	3	4	5	6
1. Ne čutim se sposobnega, da bi izrazil skrb do svojih pacientov.						
2. Če s pacientom ne morem vzpostaviti dobrega odnosa, skušam analizirati, kako se lahko povežem z njim.						
3. Pri izvajanju zdravstvene nege mi ni neprijetno dotikati se pacientov.						
4. Na paciente prenašam občutek osebne moči.						
5. Pacienti mi lahko povedo kar želijo in me ne bo pretreslo.						
6. V stresnih situacijah znam ohraniti mirne živce.						
7. Ni se mi težko osredotočiti na številne plati zdravstvene nege pacienta in jih obenem tudi poslušati.						
8. Pri poslušanju in sprejemanju pacienta kot osebe mi je težko opustiti svoja prepričanja in predsodke.						
9. V sobo znam vstopiti z občutkom vedrine in take energije, da se bo pacient dobro počutil.						
10. Sposoben sem se vživeti v pacienta in pozabiti svoje osebne skrbi.						
11. Običajno znam poiskati način, s katerim se lahko povežem z vsakim klientom/pacientom.						
12. Manjka mi zaupanje v lastne sposobnosti komuniciranja s pacienti iz drugačnega kulturnega okolja kot je moje.						
13. Zdi se mi, da mi bodo pri individualnem, osebnem pogovoru s pacientom stvari lahko ušle izpod nadzora.						

14. Pri zagotavljanju bolj individualizirane zdravstvene nege uporabim informacije, ki mi jih zaupajo pacienti.	1	2	3	4	5	6
15. Ne čutim se dovolj močnega, da bi poslušal strahove in skrbi mojih pacientov.	1	2	3	4	5	6
16. Tudi kadar sem pri večini stvari samozavesten, se mi zdi, da nisem sposoben vzpostaviti odnosa s pacienti.	1	2	3	4	5	6
17. Zdi se mi, da imam težave pri vzpostavljanju odnosa z mojimi pacienti.	1	2	3	4	5	6
18. Z mojimi pacienti običajno vzpostavim tesen stik.	1	2	3	4	5	6
19. Pacientom sem običajno všeč.	1	2	3	4	5	6
20. Ponavadi pacientom težko podam svoje mnenje, ko je to potrebno.	1	2	3	4	5	6
21. Kadar skušam s pacienti razrešiti spor, ponavadi vse poslabšam.	1	2	3	4	5	6
22. Kadar se mi zdi pacient zaskrbljen ali bi potreboval pomoč, pristopim k njemu.	1	2	3	4	5	6
23. Če s pacientom težko vzpostavim odnos, se ne trudim več sodelovati s to osebo.	1	2	3	4	5	6
24. Težko vzpostavim odnos s pacienti, ki pripadajo drugačnemu kulturnemu okolju kot je moje .	1	2	3	4	5	6
25. Moja sposobnost vzpostaviti tesen in dober odnos s pacientom, je pomagala že mnogim od njih.	1	2	3	4	5	6
26. Običajno v odnosu s pacienti težko uporabim empatijo.	1	2	3	4	5	6
27. Težave, s katerimi se srečujejo pacienti, me pogosto preobremenjujejo.	1	2	3	4	5	6
28. Kadar pacient težko komunicira z mano, se mu z lahkoto približam.	1	2	3	4	5	6
29. Četudi se močno trudim, se najtežavnejšim pacientom ne uspem približati.	1	2	3	4	5	6
30. Pri izražanju skrbi do pacientov ne uporabljam ustvarjalnih ali nenavadnih pristopov.	1	2	3	4	5	6

Iskreno se Vam zahvaljujem za sodelovanje