



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**MOTNJE IN NESPORAZUMI V
KOMUNICIRANJU MED IZVAJALCI
ZDRAVSTVENE NEGE IN PACIENTI –
ŠTUDIJA PRIMERA**

**COMMUNICATION ERRORS AND
MISUNDERSTANDINGS BETWEEN
NURSING CARE PROVIDERS AND
PATIENTS – A CASE STUDY**

Mentorica: doc. dr. Katja Pesjak

Kandidatka: Tjaša Buh

Jesenice, november, 2021

ZAHVALA

Najprej se najlepše zahvaljujem svoji mentorici doc. dr. Katji Pesjak za vse usmeritve, nasvete in pomoč pri pisanju diplomskega dela ter recenzentki doc. dr. Saneli Pivač za recenzijo. Brez njiju diplomsko delo ne bi bilo to, kar je.

Posebna zahvala gre tudi vsem mojim domačim za spodbudo, motivacijo in podporo tekom pisanja mojega diplomskega dela.

Še enkrat hvala vsem!

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Med izvajalci zdravstvene nege in pacienti se pojavljajo motnje in nesporazumi v komuniciranju. Namen naše raziskave je bil ugotoviti načine odpravljanja prepoznanih motenj in nesporazumov, saj le-ti otežujejo kakovostno in varno zdravstveno obravnavo pacienta.

Cilj: Cilji diplomskega dela so bili ugotoviti vrste motenj in nesporazumov, ki se pojavljajo v komunikaciji med izvajalci zdravstvene nege in pacienti, ugotoviti mesto nastanka ter vzroke za pojav motenj in nesporazumov v komunikaciji med izvajalci zdravstvene nege in pacienti.

Metoda: Teoretični del je bil oblikovan na podlagi pregleda strokovne in znanstvene literature. Empirični del je temeljil na deskriptivni metodi kvantitativnega raziskovanja. Za zbiranje podatkov smo uporabili metodo anketiranja z vprašalnikom. V ciljno populacijo smo vključili vse zaposlene na področju zdravstvene nege ($n = 111$, 41,11 %) v eni izmed zdravstvenih ustanov. Pridobljene podatke smo najprej obdelali s pomočjo računalniškega programa Microsoft Windows Excel in nato statističnega programskega orodja IBM SPSS 27.0. Uporabljena je bila opisna in bivariatna statistika. Za statistično pomembne podatke smo upoštevali razlike, kjer je bila stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,05 in manj.

Rezultati: Rezultati so pokazali, da zaposleni v zdravstveni negi menijo, da pacienti največkrat izberejo pasivno vrsto komunikacije z izvajalci zdravstvene nege ($PV = 2,1$; $SO = 0,984$). Kot najpogostejši razlog motenj in nesporazumov navajajo način komunikacije ($PV = 2,1$; $SO = 1,044$), kot nekoliko manj pogosti razlog navajajo, da je razlog za nastanek motenj v samem pacientu ($PV = 2,3$; $SO = 0,883$). Kot razlog motenj in nesporazumov, ki je najmanjkrat vzrok za nesporazume v komunikacije, navajajo izvajalca zdravstvene nege ($PV = 2,7$; $SO = 0,803$). Zdravstveni delavci so kot pomemben vzrok za nesporazum navedli prvi pristop zdravstvenega delavca do pacienta ($PV = 4,3$; $SO = 0,762$) in pomanjkanje časa ($PV = 3,9$, $SO = 0,997$).

Razprava: Ugotovili smo, da se največkrat pojavi nerazumevanje navodil, ki jih pacienti dobijo od zdravstvenih delavcev, ter napačna interpretacija informacij. Motnje in nesporazumi se največkrat ustvarijo med prenašanjem informacij oz. na komunikacijski poti. Razlog za nastanek je hiter tempo dela, način dela v zdravstvu,

utrujenost, izčrpanost zdravstvenih delavcev, težak položaj pacienta zaradi vpliva diagnoze.

Ključne besede: komunikacija, nerazumevanje, napačna interpretacija

SUMMARY

Theoretical Backgrounds: There are disturbances and misunderstandings in communication between nursing providers and patients. The purpose of our research was to identify ways of correcting identified disorders and misunderstandings, as they make it difficult to treat the patient with quality and safe health.

Aims: The objectives of the thesis were to identify the types of disorders and misunderstandings that occur in communication between nursing providers and patients, to identify the location and the causes of disturbances and misunderstandings in communication between nursing providers and patients.

Methods: The theoretical part was created on the basis of a review of professional and scientific literature. The empirical part was based on the descriptive method of quantitative exploration. We used the questionnaire interview method to collect data. All nursing staff (n = 111, 41.11%) in one of the health institutions were included in the target population. The retrieved data was first processed using Microsoft Windows Excel and then the IBM SPSS 27.0 statistical software tool. Descriptive and bivariastat statistics have been used. For statistically significant data, differences were taken into account where the statistical significance rate was at 0.05 and lower.

Results: The results showed that nursing staff believe that patients most often choose a passive type of communication with nursing providers (PV = 2.1; SO = 0.984). The most common reason for disturbances and misunderstandings is the mode of communication (PV = 2,1; SO = 1,044), as a slightly less common reason, indicate that the patient itself (PV = 2.3; SO = 0.883). The care provider (PV = 2,7; SO = 0.803). Health professionals cited the first approach of the healthcare professional to the patient as an important cause of the misunderstanding (PV = 4.3; SO = 0.762) and lack of time (PV = 3.9, SO = 0.997).

Discussion: We found that most often there is a lack of understanding of the instruction's patients receive from health professionals and a misinterpretation of the information. Interference and misunderstandings are most often created during the transmission of information or on the communication channels. The reason for the emergence is the rapid pace of work, the way in which health care is done, fatigue,

exhaustion of health professionals, the difficult position of the patient due to the impact of the diagnosis.

Key words: communication, misunderstanding, misinterpretation

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	2
2.1 KOMUNIKACIJA	2
2.1.1 Komunikacija v zdravstvu.....	2
2.1.2 Medosebna komunikacija v zdravstvu	3
2.2 MOTNJE IN NESPORAZUMI V KOMUNIKACIJI.....	6
2.2.1 Motnje in nesporazumi v komunikaciji v zdravstvu	6
2.2.2 Vzrok nastanka motenj in nesporazumov	8
3 EMPIRIČNI DEL.....	9
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	9
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	9
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	9
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	9
3.3.2 Opis merskega instrumenta	10
3.3.3 Opis vzorca	11
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	12
3.4 REZULTATI	13
3.4.1 Mnenje glede nesporazumov.....	13
3.4.2 Rezultati glede na raziskovalna vprašanja.....	18
3.5 RAZPRAVA.....	24
3.5.1 Omejitev raziskave.....	27
3.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo	28
4 ZAKLJUČEK	29
5 LITERATURA	31
6 PRILOGE.....	37

6.1 INSTRUMENT	37
----------------------	----

KAZALO SLIK

Slika 1: Viri motenj v komuniciranju	6
--------------------------------------------	---

KAZALO TABEL

Tabela 1: Koeficient Cronbach alfa za sklop trditev o komunikaciji z pacienti.....	11
Tabela 2: Demografski podatki	11
Tabela 3: Starost	12
Tabela 4: Mnenje zaposlenih v zdravstveni negi glede komunikacije s pacienti.....	13
Tabela 5: Mnenje zaposlenih v zdravstveni negi o razlogu za nesporazume v komunikaciji s pacientom glede na spol.....	15
Tabela 6: Mnenje zaposlenih v zdravstveni negi o razlogu za nesporazume v komunikaciji s pacientom glede na starost	16
Tabela 7: Mnenje zaposlenih v zdravstveni negi o razlogu za nesporazume v komunikaciji s pacientom glede na izobrazbo.....	17
Tabela 8: Vrsta komunikacije, ki jo pacienti uporabljajo z izvajalci zdravstvene nege. 20	
Tabela 9: Mnenje zaposlenih v zdravstveni negi o mestu nastanka motenj in nesporazumov med izvajalci zdravstvene nege in pacienti	21
Tabela 10: Razlog za motnje in nesporazume v komunikaciji glede na spol.....	21
Tabela 11: Razlog za motnje in nesporazume v komunikaciji glede na starost	22
Tabela 12: Razlog za motnje in nesporazume v komunikaciji glede na izobrazbo.....	22

SEZNAM KRAJŠAV

FZAB	Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin
Obzor Zdrav Neg	Obzornik zdravstvene nege
ZN	zdravstvena nega

1 UVOD

Lorber in Skela Savič (2011) navajata, da je medosebna komunikacija bistvenega pomena na vseh področjih, še posebej na področju zdravstvene nege. Pomemben dejavnik je prejetje sporočila pošiljatelja na način, da prejemnik razume tako, kot je bilo mišljeno s strani pošiljatelja. Med spretnosti komuniciranja spadajo tudi poslušanje sogovornika, razumevanje čustev, občutkov in razmišljanja ter govornice telesa. Zaradi teh elementov komunikacije je mogoče, da različni ljudje isto sporočilo razumejo in interpretirajo drugače (Lorber & Skela Savič, 2011).

Poznamo več vrst komuniciranja in pristopa zdravstvenih delavcev do pacientov, to so medosebno, podporno, empatično ter etično komuniciranje. Vsako komuniciranje ima svoje posebnosti, na katerih je poudarek, skupno pa jim je to, da gradijo medsebojno zaupanje med zdravstvenimi delavci in pacienti (Ule, 2010; Terseglav, 2010; Stamos & Lunaček, 2012; Kelley & Kelley, 2013; Bauchat, et al., 2016; Porovne, 2018).

V komunikacijskem procesu pogosto prihaja tudi do prekinitev. Dejavnike, ki so za to odgovorni, imenujemo motnje. To so t. i. neželen element, ki spremljajo komunikacijski proces v vseh njegovih fazah in pri praktično vseh elementih procesa ter povzročajo izgube informacij. Sporočilo tako lahko do sprejemnika pride popačeno, s posplošeno vsebino, deli sporočila so lahko izgubljeni, izpuščeni ali celo izbrisani (Lapornik, 2017). V diplomskem delu smo poskusili ugotoviti, kako izvajalci zdravstvene nege vidijo problematiko komuniciranja s pacienti, in sicer kakšne motnje in nesporazumi nastajajo v komuniciranju med izvajalci zdravstvene nege in pacienti, kje največkrat pride do motenj in nesporazumov ter kaj je vzrok za njihov nastanek. Osredotočali smo se na problem nastanka motenj in nesporazumov v komuniciranju.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 KOMUNIKACIJA

Komunikacija v sodobnem času pomeni, da je človek slišan, razumljen, sprejet in priznan. Je sredstvo, ki omogoča izmenjavo in posredovanje informacij. Ljudje komuniciramo zato, da bi izrazili želje, potrebe in svoja čustva (Porovne, 2018).

Fink, et al. (2009) je razdelila komunikacijo glede na različne kriterije, in sicer na:

- obliko komunikacije (besedno in nebesno komuniciranje);
- razdaljo komunikacije med udeleženci (neposredna in posredna komuniciranje);
- smer komunikacije (enosmerna, dvosmerna ali večsmerna komunikacija);
- vrsto kanala komuniciranja (vizualna, avditorna, kinestetična, olfaktorna in gustatorna komunikacija);
- udeležence komunikacije (intraosebno, medosebno, skupinsko, organizacijsko ali javno komuniciranje).

2.1.1 Komunikacija v zdravstvu

Pomen komunikacije v zdravstvu je povečal sam razvoj stroke in uveljavljane sodobnih metod dela, ki pacienta poskušajo vključevati kot partnerja (Bullington, et al., 2019). Temelj kakovostne zdravstvene nege predstavlja profesionalna komunikacija, saj se z njeno podlago izboljšuje njena uspešno in učinkovitost. Hkrati je tudi eden izmed pogojev pri zadovoljstvu pacientov in zaposlenih v zdravstveni negi (Duratović, 2013). Za lažje delo s pacienti je nujno potrebna ustrezna komunikacija. Le-ta je odraz lastne potrebe kot želja po uveljavitvi poklica in vključenosti v družbo, enakopravnosti, skrbi do drugih ter dobrem odnosu pri delovanju s sodelavci (Koban, 2011). Mlakar in Pleterski Rigler (2011) menita, da je izobraževanja zdravstvenega osebja na tem področju malo oz. se izvajale v omejenem obsegu. Nepoznavanje komunikacijskih veščin lahko privede do zapletov v procesu zdravstvene nege (Duratović, 2013).

2.1.2 Medosebna komunikacija v zdravstvu

Howick s sodelavci (2018) ugotavlja, da uporaba empatije pri zdravstvenih delavcih in spodbujanje pozitivnih pričakovanj v pogovorih s pacienti ugodno vplivata na zaznavanje bolečine in tesnobe pri pacientih. Raziskave pokažejo, da se pozitivna naravnost in sporočila, ki jih oddaja zdravstveno osebje, odražajo tudi na izboljšanju fizičnega izraza boleznih – npr. povečanje bronhialne aktivnosti pri astmatičnih bolnikih in telesna funkcija pri pooperativnih bolnikih (Thompson & McCabe, 2012; Kelley, et al., 2014; Howick, et al., 2018). Poleg navedenega je komunikacija pri izvajalcih zdravstvene nege pomembna tudi za zagotavljanje varne in kakovostne zdravstvene obravnave. Ustrezna komunikacija povečuje pogostost razumevanja, odločanja in vodi do opolnomočenja pacientov (Sep, et al., 2014; Brooks, et al., 2019). Komunikacija med izvajalci zdravstvene nege in pacienti je temeljnega pomena pri oblikovanju funkcionalnega odnosa oz. neke vrste zavezištva med izvajalci zdravstvene nege in pacienti. Če so izvajalci zdravstvene nege sposobni vzpostaviti učinkovito komunikacijo, so pacienti več kot dvakrat bolj pripravljeni sodelovati (Thompson & McCabe, 2012). Ker se zdravstveni delavec spozna z življenjsko zgodbo in situacijo posameznega pacienta, ki zajema delovno in družinsko situacijo, pacientovo samopodobo, njegov socialen status, čustveno stabilnost in zmogljivost obvladanja stresnih situacij, je odnos med pacientom in zdravstvenim delavcem kompleksen. Le-ta je bistvenega pomena, saj z dobrim odnosom zdravstveni delavec lahko pacienta brez večjih težav posluša ter mu ustrezno pokaže empatijo in spoštovanje. (Leskovic, 2014). Dober odnos temelji na ustrezni medosebni komunikaciji. Dobro je, da pacient natančno razloži, kar ga teži, in da pozorno posluša zdravstvenega delavca. Naloga slednjega je tudi, da posluša pacienta in mu pomaga. Vendar pogosto ni tako. Tu so motnje, ki ovirajo komunikacijo ter odnos med pacientom in zdravstvenim delavcem. Zato je poznavanje temeljev komunikacije pomembno pri zagotavljanju učinkovite zdravstvene nege (Sibiya, 2018).

Terapevtski odnos je odnos med medicinsko sestro in pacientom, ki se izključno osredotoča na potrebe, čustva, ideje in dosedanje izkušnje pacienta. Za pristop medicinske sestre k pacientu so potrebne komunikacijske spretnosti, osebne značilnosti posameznika ter razumevanje pacientovega vedenja. Za razvoj terapevtskega

odnosa je potrebna določena raven samozavedanja medicinske sestre ter osredotočenost na potrebe pacienta. V teoriji Hildegard Peplau Model medosebnih odnosov še posebno poudarja pomen terapevtskega odnosa med medicinsko sestro in pacientom (Hajdinjak & Meglič, 2012; Bello, 2017). Po Peplau naj bi bila zdravstvena nega opredeljena kot proces terapevtske interakcije med dvema osebama. Prva oseba naj bi potrebovala zdravstveno pomoč oziroma oskrbo, druga oseba pa je izobrazena za prepoznavanje in ustrezno odzivanje na klic pomoči (Peplau, 1997 cited in Bello, 2017, pp. 14-17). Dinamičen medosebni odnos med medicinsko sestro in pacientom temelji na razvijanju in spreminjanju udeležencev odnosa med posameznimi fazami odnosa. V odnosu se vzpostavljajo vloge, ki so odvisne od okoliških dejavnikov, predhodnih pričakovanj, znanj, stališč, kultur ter verovanja. Dodaten temelj za enakopraven in dober odnos medicinske sestre in pacienta so osebnostne lastnosti in strokovne spretnosti, ki jih lahko definiramo kot spoštovanje pacienta kot človeka, njegovega dostojanstva in pravic, razumevanje njegovih sposobnosti in omejitev, sposobnost vzpostavljanja zaupanja, sprejemanja pacienta kot neponovljivega posameznika, sposobnost terapevtskega samorazkrievanja, upoštevanja psiholoških, bioloških in sociokulturnih vidikov posameznika, izkazovanje poštenosti in iskrenosti ter samo strokovno znanje (Hajdinjak & Meglič, 2012; Porovne, 2018).

Poznamo tudi več vrst tipičnih komunikacijskih vedenj. Obstajata dve skrajni obliki vedenj, to sta pasivnost in agresivnost, medtem ko asertivnost velja za nek kompromis oz. kombinacijo med njima. Vsi smo sposobni izražati obe skrajnosti oblik vedenja, vendar pa je večina ljudi nagnjena k eni izmed teh dveh oblik. Za asertivnost bi lahko rekli, da se jo je treba naučiti. Četrta oblika komunikacijskega vedenja je manipulativnost in se opredeljuje kot posebna oblika agresivnosti. Poznamo torej štiri osnovne oblike komuniciranja, ki jih vsi ljudje izmenično uporabljamo (Pišotek, 2018). Porovne (2018) v svojem diplomskem delu ugotavlja, da je pri komunikaciji med zdravstvenimi delavci in pacienti posebej pomembno, da zdravstveni delavci pazljivo poslušajo pacienta, odkrivajo njihove bojazni in skrbi. Poskušajo naj vzpostaviti zaupljiv odnos, uporabljajo naj jasne razlage, sporočajo v razumljivem jeziku in sproti preverjajo razumljenost sporočil. Pomembna so tudi pacientova čustva ter odzivi z empatijo. Temu rečemo drugače tudi medosebna komunikacija (Porovne, 2018). Zdravstvena nega kot celostni pristop k posamezniku zajema medosebne odnose ter

družbenokulturne specifike posameznikov. Zato številne sodobne komunikacijske poti in načini (t. i. telekomunikacija) ne morejo učinkovito nadomestiti medosebne komunikacije, ki poteka v živo med medicinsko sestro in pacientom (Barbosa & Silva, 2017). Medosebno komuniciranje ima dva vidika, in sicer vsebinskega in odnosnega. Vsebinski vidik določa posreduje informacije med udeleženci odnosa in se nanaša na vsebino sporočanja. Odnosni vidik določa »kako« sporočilo razumemo, glede na odnos med udeleženci. Z medosebno komunikacijo si med seboj sporočamo kognitivne vsebine, čustva in občutke. V medosebnem komuniciranju so torej združeni vsi temeljni načini komunikacije (Terseglav, 2010).

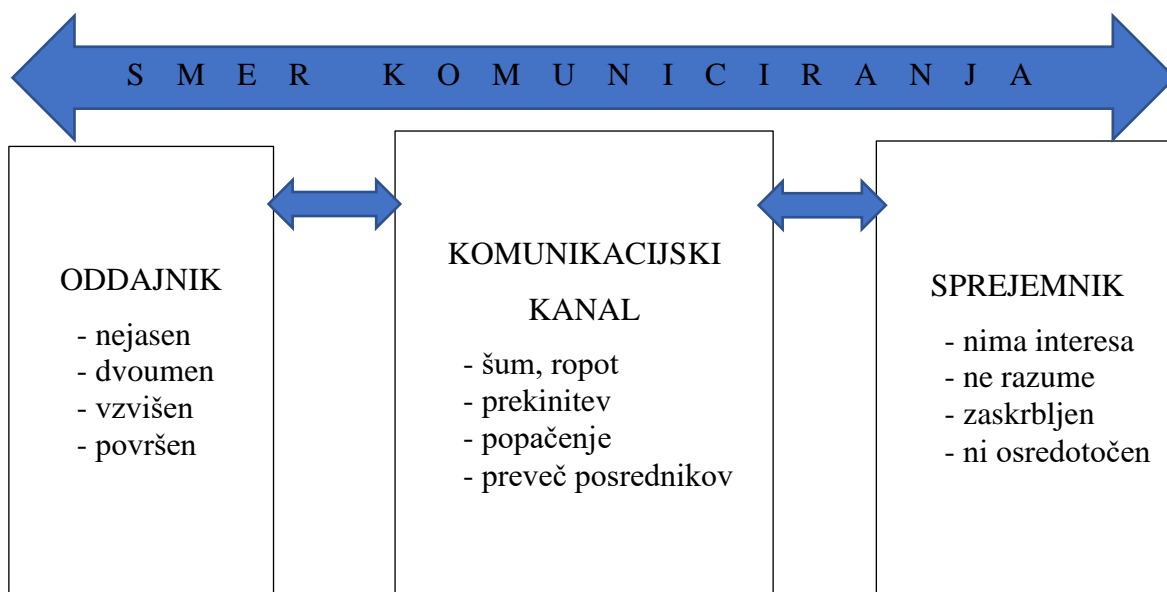
Podporno ali z drugimi besedami empatično komuniciranje ima v zdravstveni negi velik pomen. To je oblika besednega in nebesednega komuniciranja, z njim pa želimo pomagati tistim, ki znano potrebujejo pomoč in podporo drugih (Jones & Bodie, 2016; Sibiya, 2018). Podporno komuniciranje ima dva zelo pomembna dejavnika. To sta empatija in sočutje. Empatija je opisana kot »racionalno in čustveno dogajanje, ki temelji na sposobnosti postavljanja v položaj drugega in vživljanja vanj«, medtem ko sočutje predstavlja občutek usmiljenja do težav drugega oziroma podoživljanje njegovih občutkov (Ule, 2010, p. 302). Z empatijo si želimo približati občutke sveta nekoga drugega. Tako damo pacientu vedeti, da cenimo in skrbimo za njegove izkušnje, medtem ko se sami soočajo s simptomi, boleznimi, ki omejujejo njihovo življenje, težkimi diagnozami ter zdravljenju. Etika skrbi in odgovornost za ljudi v nesrečnih okoliščinah sta močno povezani z omenjeno empatijo (Ule, 2011; Stamos & Lunaček, 2012).

Ključni element terapevtskega odnosa, ki izoblikuje empatično komuniciranje, je zaupanje. V odnosu med zdravstvenim osebjem in pacientom pomeni zaupanje, ki pripomore k odpravljanju negotovosti. Medicinske sestre, ki v svojem delovnem timu ne morejo doseči enakovrednega odnosa kot posamezniki, prav tako niso zmožne vzpostavljati enakovrednih odnosov s pacienti. Vzrok je lahko zdravstveni sistem, tradicija, okolje ali drugi dejavniki. Medicinska sestra mora razumsko in empatično odgovoriti na potrebe pacienta, če želi vzpostaviti zaupanja vreden odnos s pacientom. Zdravstveno osebje mora zagotoviti zaupanje s spoštovanjem bolnika, z etničnim pristopom v delovanju ter z informiranjem, če želi pridobiti pacientovo zaupanje v delo zdravstvenega osebja. Pričakovano je medosebno zaupanje, sodelovanje ter

odgovornost. Osrednji pojem vsakega empatičnega in etičnega komunikacijskega procesa je torej medosebno zaupanje (Kelley & Kelley, 2013; Bauchat, et al., 2016).

2.2 MOTNJE IN NESPORAZUMI V KOMUNIKACIJI

Kot že omenjeno, v komunikacijskem procesu pogosto prihaja tudi do prekinitev. Dejavnike, ki so za to odgovorni, imenujemo motnje. To so t. i. neželeni elementi, ki spremljajo komunikacijski proces v vseh njegovih fazah in pri praktično vseh elementih procesa ter povzročajo izgube. Prenos informacije od oddajnika k sprejemniku brez različic je samo teoretično izvedljiv, medtem ko je v resničnosti praktično nemogoče. Rezultati vpliva motenj naj bi bila ne razumljiva vsebina sporočila, ki ga prejme prejemnik, to je popačena, posplošena vsebina, deli sporočila so lahko izbrisani ali izpuščeni oziroma celo spremenjeni. Motnje se dogajajo pri oddajniku, sprejemniku in pri komunikacijskem kanalu (slika 1) (Lapornik, 2017).



Slika 1: Viri motenj v komuniciranju

2.2.1 Motnje in nesporazumi v komunikaciji v zdravstvu

Nesporazumi in motnje v komuniciranju so prisotne povsod. Pomembno je reševanje le-teh in ohranjanje kakovostne komunikacije. Pozornost je potrebno posvetiti predvsem

ovirami v zdravstvu, saj lahko negativno delujejo na zdravljenje pacienta. Posledica pa je nekakovostno delo zdravstvenih delavcev (Lium, et al., 2013). Namreč, zdravstvo je področje, kamor je vključena heterogena populacija posameznikov. Zato je treba prilagajati komunikacijski proces. Posamezniki imajo lastne želje, pričakovanja, stiske in življenjske zgodbe, bolezni, umiranje in pojavi, ki spremljajo starost, so del vsakdana. Ta celotni kontekst je treba upoštevati pri komunikaciji (Lorber & Skela Savič, 2011). Ovire lahko nastanejo tako pri izvajalcu zdravstvene nege kot pri posamezniku, vendar je medicinska sestra dolžna ugotoviti vzrok in način, kako popraviti komunikacijo. Če želi to preprečiti, potrebuje znanje in komunikacijske spretnosti, kar pa izvajalci zdravstvene nege imajo, saj se komunikacijskih veščin učijo že med študijem (Lium, et al., 2013; Starman, 2017). Matković in sodelavci (2011) so ugotovili, da moramo biti v komunikaciji bolniki pozorni in da se izogibamo nekaterim pogostim motnjam. Te se lahko pojavijo na strani oddajnika ali sprejemnika, pri čemer medicinska sestra in bolnik nastopata v obeh vlogah. Motnje se lahko pojavijo zaradi komunikacijskih šumov, ki preprečijo, da bi prišlo do povratne informacije. Ti šumi so lahko hrup v prostoru, strah pred avtoriteto, napačno pričakovanje, agresija, časovni pritisk, neodkritost, pomanjkanje časa in pa bolezni, kot npr. demenca, motnje zavesti, motnje čustvenih razpoloženj, halucinacije in blodnje. Pri teh šumih sporočilo od oddajnika (medicinska sestra) ne pride do sprejemnika (bolnik). Do motenj v komunikaciji torej pogosto prihaja zaradi napak pri komuniciranju. Poleg tega dobro komunikacijo ovirajo tudi aktivnosti, ki jih izbirajo govorniki in poslušalci: prekinjanje sogovornika, nespoštovanje težav sogovornika, slabo sodelovanje, poudarjanje lastnih vidikov. Tako motnje in nesporazumi v komunikaciji lahko privedejo do konfliktov, ki rezultirajo v odnosu med izvajalcem zdravstvene nege in pacientom oz. med govornikom in poslušalcem. Na področju zdravstva se pogosto tudi pojavijo nesoglasja med stroko in pričakovanji zaposlenih ter pacientov na eni strani in finančnim kontekstom institucije drugi strani (Tomšič, 2010; Jurišić, 2012). Motnje v komuniciranju se odpravljajo na način, da zdravstveno osebje oblikuje jasna in kratka sporočila, ki so razumljiva prejemniku. Oblikovana morajo biti na način, da je jasen glavni namen (Tomšič, 2010).

2.2.2 Vzrok nastanka motenj in nesporazumov

Za preprečevanje oviranja učinkovitega komuniciranja moramo najprej poiskati vzroke motenj v komunikacijskem procesu. Ob dvosmernem komuniciranju, kjer pošiljatelj prejme od prejemnika sporočila odziv, se motnje veliko hitreje odkrijejo in odpravijo. Nepogrešljive so tudi povratne informacije prejemnika pošiljatelju. Povratno komuniciranje sicer dodatno obremenjuje komunikacijski kanal, vendar sproti odpravlja motnje in zagotavlja obojestransko razumevanje in tako občutno poveča natančnost prenosa sporočila (Starman, 2017).

Včasih pa komuniciranje otežujejo tudi drugače ovire pri človeških oddajnikih in prejemnikih, na katere posamezniki nimajo vpliva. Razloge za motnje na strani pacienta lahko povzroči stanje pacienta (strah, anksioznost, samovoljnost, agresivnost itd.), na strani zdravstvenega osebja pa nepripravljenost poslušati, neosebne obravnave, uporaba strokovnih izrazov. Avtorica v svojem delu zapiše, da okrog 80 % vseh vprašanj v odnosu zdravnik – pacient postavlja zdravnik. Vprašanja so običajno zaprtega tipa in pacient lahko odgovori samo z »da« ali »ne« (Kapler, 2011). Razloge za motnje lahko povzročajo ovire kot recimo okvara govora, okvara vida, okvara motoričnih sposobnosti, ovire v intelektualnem delovanju, ovire v kognitivnem delovanju, ovire v čustvenih in vedenjskih procesih ter primanjkljaji v miselnih procesih. Za dostopne oblike komunikacije se moramo zavzemati tako organizacije kot posamezniki, ki predstavljamo lokalno skupnost, saj je pravica do informacij in razumevanja informacij ena od osnovnih človekovih pravic, ki je opredeljena v Zakonu o izenačevanju možnosti invalidov. Z upoštevanjem določenih prilagoditev sporočila in kanala sporočanja lahko izenačimo položaj oseb z oviranostjo in spoštujemo uporabo njihove primarne oblike komuniciranja. Pomembno je, da osebam z oviranostjo zagotovimo enake pogoje, kot jih imajo osebe brez oviranosti (Demšar, 2017).

Poznavanje in izogibanje oviram pri komuniciranju pomaga medicinski sestri pri uspešnem in kakovostnem delu. Kadar se posameznik ne zna rešiti ovir zaradi obremenjujočega stresa, se lahko zateče k obrambnim mehanizmom. Vpliv njih pa je lahko pozitiven ali negativen, zato se mora v takih situacijah obrniti tudi na strokovno pomoč, ki mu je ponujena (Liumet, et al., 2013).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil raziskati vrste motenj in nesporazumov v komuniciranju med izvajalci zdravstvene nege in pacienti pri delovanju v delovnem okolju zdravstvenih delavcev ter ugotoviti vzroke za nastanek le-teh.

Cilji diplomskega dela so:

- Cilj 1: Ugotoviti vrste motenj in nesporazumov, ki se pojavljajo v komunikaciji med izvajalci zdravstvene nege in pacienti.
- Cilj 2: Ugotoviti mesto nastanka motenj in nesporazumov med izvajalci zdravstvene nege in pacienti.
- Cilj 3: Raziskati vzroke za pojav motenj in nesporazumov v komunikaciji med izvajalci zdravstvene nege in pacienti.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi zastavljenih ciljev diplomskega dela smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

- RV 1: Kakšne motnje in nesporazumi se pojavljajo v komunikaciji med izvajalci zdravstvene nege in pacienti v vsakdanji praksi?
- RV 2: Kje nastanejo motnje in nesporazumi v komunikaciji med izvajalci zdravstvene nege in pacienti?
- RV 3: Kaj je vzrok za nastanek motenj in nesporazumov v komunikaciji?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V diplomskem delu smo uporabili deskriptivno metodo dela s pregledom strokovne in znanstvene literature. Teoretični del smo oblikovali na podlagi strokovne in znanstvene literature, ki je dostopna v spletnih knjižnicah in v knjižnici Fakultete za zdravstvo

Angele Boškin. Uporabili smo podatkovne baze: Obzornik zdravstvene nege, CINAHL, Google Učenjak, PubMed, Proquest, Science direct in Wiley Online Library. Ključne besede, po katerih smo iskali literaturo v slovenskem jeziku, so bile »komunikacija«, »komunikacija v zdravstvu«, »komunikacija v zdravstveni negi«, »motnje v komunikaciji«, »nesporazumi v komunikaciji«, v angleškem jeziku pa »communication«, »communication in health«, »communication in health care«, »communication disorders« in »misunderstanding in health care«. V teoretičnem delu je bila uporabljena literatura, ki ni starejša od 10 let. Izjema je vir Fink et al., 2009, ki smo ga uporabili zaradi pomembnosti ugotovitev. Uporabili smo omejitvene kriterije, s katerimi smo zožili izbor pridobljenih podatkov, in sicer: celotno besedilo člankov, strokovno recenzirane revije, obdobje od 2010 do 2021, ter angleški in slovenski jezik. Pregled literature v slovenskem in angleškem jeziku je potekal v obdobju od decembra 2020 do februarja 2021.

Empirični del je temeljil na deskriptivni metodi kvantitativnega raziskovanja. Za zbiranje podatkov smo uporabili vprašalnik (neeksperimentalna metoda). Na podlagi vprašalnika, ki je bil razdeljen med zdravstvene delavce, smo zbirali podatke s tehniko anketiranja. Zbrane podatke smo kvantitativno obdelali. Vprašalnik je bil sestavljen preko spletne -strani www.1ka.si ter v spletni obliki razdeljen v spodaj omenjeno skupino.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za zbiranje podatkov smo uporabili metodo anketiranja z vprašalnikom. Vprašalnik iz treh sklopov smo izdelali na podlagi pregleda strokovne literature o komunikaciji ter motnjah in nesporazumih v komunikaciji. Uporabili smo spoznanja več avtorjev (Dobnik, 2007; Hudnik, 2007; Ule, 2011; Włoszczak-Szubzda & Jatosh, 2013; Starman, 2017; Sibiya, 2018). Vprašalnik je bil namenjen izvajalcem zdravstvene nege v kliničnih okoljih in je bil zato kratek ter je konkretno naslavljal raziskovalna vprašanja. Poleg demografskih podatkov v prvem sklopu (spol, starost, raven zaposlitve) je imel vprašalnik tudi drugi sklop z odprtimi in zaprtimi vprašanji ter tretji sklop s 14 trditvami o načinu komuniciranja zdravstvenih delavcev v njihovem poklicnem delovanju. Na raziskovalna vprašanja smo dobili odgovore s pomočjo drugega in tretjega sklopa

vprašanj. Drugi in tretji sklop sta predstavljala vprašanja in trditve o komuniciranju med izvajanjem zdravstvene nege. S temi vprašanji in trditvami smo s pomočjo 5-stopenjske Likertove lestvice ugotavljali vrsto in način komuniciranja med izvajalci zdravstvene nege in pacienti, pri čemer vrednost 1 pomeni »sploh ne drži«, vrednost 2 »ne drži«, vrednost 3 »niti ne drži niti drži«, vrednost 4 »drži« in vrednost 5 »popolnoma drži«.

Zanesljivost vprašalnika smo preverili na podlagi izračuna koeficienta Cronbach alfa, Večja kot je vrednost koeficienta oz. bližje vrednosti 1, bolj verjetno je, da bi v primeru ponovitve raziskave dobili enak oz. zelo podoben rezultat.

Tabela 1: Koeficient Cronbach alfa za sklop trditev o komunikaciji z pacienti

Sklop trditev	Cronbach α	Število trditev
Komunikacija s pacienti	0,846	14

Koeficient Cronbach alfa je za sklop vprašanj *Mnenje zaposlenih v zdravstveni negi glede komunikacije s pacienti* znašal 0,846 (n = 14 vprašanj) (tabela 1). Koeficient Cronbach alfa je presegel vrednost 0,7, ki v strokovni literaturi predstavlja prag za dovolj visoko stopnjo zanesljivosti vzorca (George & Mallery, 2018).

3.3.3 Opis vzorca

V ciljno populacijo smo vključili zaposlene v zdravstveni ustanovi. Sodelovali so vsi zaposleni na področju zdravstvene nege, s končano srednjo zdravstveno šolo, 1., 2. ali 3. stopnjo študijskega programa zdravstvene nege. To so srednje medicinske sestre, zdravstveni tehniki, diplomirane medicinske sestre, diplomirani zdravstveniki, magistri zdravstvene nege ter doktorji zdravstvenih ved. Dobljenih je bilo 111 ustrezno rešenih anket.

Tabela 2: Demografski podatki

Demografski podatki	Odgovor	n	%
Spol	Moški	25	22,5
	Ženski	86	77,5
	Skupaj	111	100
Starost	18–30	52	46,8
	31–40	35	31,5

Demografski podatki	Odgovor	n	%
Starost	41–50	17	15,3
	51–60	7	6,3
	Skupaj	111	100
Naziv	Medicinska sestra/ zdr. tehnik	35	32,4
	Dipl. m. s./ dipl. zdr	64	59,3
	Mag. zdr. nege	8	7,4
	Dr. zdr. ved	1	0,9
	Skupaj	111	100

Legenda: n = število odgovorov, % = delež anketiranih

V raziskavi je sodelovalo 111 zaposlenih v zdravstveni negi, od tega je bilo 25 moških (22,5 %) in 86 žensk (77,5 %) (tabela 2). Starost smo razdelili v štiri kategorije: 18–30 let; 31–40 let, 41–50 let in 51–60 let. Največ anketirancev je bilo starih od 19 do 30 let (n = 52 oz. 46,8 %); nekoliko manj je bilo anketirancev, starih med 31 in 40 let, in sicer 35 (31,5 %). Anketirancev, starih med 41 in 50 let, je bilo 17 oz. 15,3 %, najmanj jih je bilo v starostni skupini 51–60 let, in sicer 7 (6,3 %).

Zdravstveni delavci, ki so sodelovali v raziskavi, so se razlikovali glede na stopnjo izobrazbe. Največ je bilo diplomiranih medicinskih sester in dipl. zdr. (n = 64 oz. 59,3 %), manj je bilo medicinskih sester/zdr. tehnikov z zaključeno srednjo zdravstveno šolo (n = 35 oz. 32,4 %) in magistrrov zdravstvene nege (n = 8 oz. 7,4 %). Le en (0,9 %) udeleženec študije je imel zaključen doktorat znanosti (n = 1 oz. 0,9 %).

Tabela 3: Starost

	N	Min	Maks	PV	SO
Starost	111	18	60	33,3	9,4

Legenda: n = število odgovorov, min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Anketiranci so bili stari od 18 do 60 let, njihova povprečna starost pa je bila $33,3 \pm 9,4$ leta (tabela 3).

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Vprašalnik je bil oblikovan na spletnem portalu 1KA. Sestavljen je bil za potrebe diplomskega dela, anonimen in prostovoljen. Anketiranje smo izvedli v obdobju od julija 2021 do avgusta 2021. Pred začetkom anketiranja smo pridobili soglasje Komisije

za znanstvenoraziskovalno in razvojno dejavnost na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin in soglasje zdravstvene ustanove za izvajanje anketiranja. Po potrditvi soglasja smo anketo objavili na interni spletni strani zavoda in jim sporočili, da je sodelovanje prostovoljno ter da se bodo podatki prikazali in obdelali anonimno. Pridobljene podatke smo najprej obdelali s pomočjo računalniškega programa Microsoft Windows Excel. Rezultate smo prikazali s tabelami ter jih podkrepili z besedilom. Statistična analiza je bila izdelana s programom IBM SPSS 27.0 (IBM Corp., Armonk, NY). Uporabili smo opisno statistiko in bivariatne metode analize podatkov. Rezultati so bili predstavljeni na podlagi frekvenčnih vrednosti (n) in pripadajočih odstotkov (%). Uporabili smo tudi povprečne vrednosti (PV), najmanjšo (MIN) in največjo vrednost (MAX) in standardni odklon (SO). S pomočjo bivariatne analize smo ugotavljali povezavo med spolom, starostjo, izobrazbo in pojavom motenj in nesporazumov v komunikaciji med zaposlenimi v zdravstveni negi in pacientom. Od bivariatnih statističnih metod smo uporabili t-test za neodvisne vzorce in enosmerno analizo variance (ANOVA). Vrednost $p < 0,05$ je določala statistično pomembnost.

3.4 REZULTATI

3.4.1 Mnenje glede nesporazumov

Tabela 4: Mnenje zaposlenih v zdravstveni negi glede komunikacije s pacienti

Trditve	Min	Max	PV	SO
Pacienta pozorno poslušam in mu dam to tudi vedeti (uporabljam tudi nebesedno komunikacijo).	3	5	4,5	0,538
S pacientovimi željami se strinjam in mu tudi ugodim, saj ne želim, da imajo o zdravstvu nasploh slabo luč in ne želim provocirati slabe volje.	1	5	3,3	0,768
Ker je od prvega stika odvisna celotna obravnava pacienta, se vedno potrdim in do pacient pristopim z dobro voljo.	2	5	4,5	0,599
Pri razvoju nesporazumov v komunikaciji je pomemben prvi pristop zdravstvenega delavca do pacienta.	2	5	4,3	0,762
Pri komunikaciji zdravstvenega delavca in pacienta se pojavi refleksivno obnašanje (kakor se bo obnašal pacient do mene, se bom tudi jaz do njega).	1	5	2,8	1,161
Moja komunikacija s pacientom je odvisna od odnosa pacienta do mene.	1	5	2,9	1,168
Na mojo komunikacijo do pacienta vpliva okolje, v katerem deluje.	1	5	3,1	1,099

Trditvev	Min	Max	PV	SO
Če pride do nesporazuma, ga želim rešiti brez dodatnih zapletov. Želim izvedeti, kje je do zapleta prišlo in to tudi rešiti.	4	5	4,6	0,499
Ko pride do motnje v komunikaciji med menoj in pacientom, na pomoč, pokličem sodelavca in skupaj poskusimo najti rešitev, ki ustreza obema.	2	5	3,6	0,862
Velikokrat se pojavijo nesporazumi med mano in pacientom.	1	4	1,8	0,644
Večkrat so za pojav nesporazumov in motenj v komunikaciji krivi pacienti in ne zdravstveni delavci.	1	5	3,0	0,783
Če bi imeli več časa za pacienta, bi se v manjšem številu pojavile motnje v komunikaciji in nesporazumi.	1	5	3,9	0,997
Zaznavanje in reševanje nesporazumov je skozi leta in delovne izkušnje lažje.	1	5	4,3	0,828
Motnjo v komuniciranju zaznam v dokaj kratkem času in jo želim rešiti čim prej.	3	5	4,3	0,543

Legenda: Min = minimum, Max = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO: standardni odklon

V zadnjem delu vprašalnika smo s pomočjo petstopenjske merske lestvice ocenjevali stališča zaposlenih v zdravstveni negi o komunikaciji s pacienti glede na stopnjo strinjanja s trditvami, pri čemer so pomenile ocene *1 – sploh ne drži*, *2 – ne drži*, *3 – niti ne drži niti drži*, *4 – drži*, *5 – popolnoma drži*.

Iz tabele 4 je razvidno, da so zdravstveni delavci z najvišjo oceno izrazili svoje strinjanje z naslednjimi trditvami: "Če pride do nesporazuma, ga želim rešiti brez dodatnih zapletov. Želim izvedeti, kje je do zapleta prišlo in to tudi rešiti." (PV = 4,6; SO = 0,499); "Ker je od prvega stika odvisna celotna obravnava pacienta, se vedno potrdim in do pacient pristopim z dobro voljo" (PV = 4,5; SO = 0,599); "Pacienta pozorno poslušam in mu dam to tudi vedeti" (PV = 4,5; SO = 0,538).

Najmanj so se strinjali s trditvami »Moja komunikacija s pacientom je odvisna od odnosa pacienta do mene«, saj so svoje strinjanje izrazili s povprečno oceno PV = 3,1 (SO = 1,099); »Večkrat so za pojav nesporazumov in motenj v komunikaciji krivi pacienti in ne zdravstveni delavci« (PV = 3,0; SO = 0,783); »Moja komunikacija s pacientom je odvisna od odnosa pacienta do mene« (PV = 2,9; SO = 1,168) in »Velikokrat se pojavijo nesporazumi med mano in pacientom« (PV = 1,8; SO = 0,644).

V nadaljevanju nas je zanimalo, ali se pojavljajo razlike v mnenju glede nesporazumov glede na spol (tabela 5).

Tabela 5: Mnenje zaposlenih v zdravstveni negi o razlogu za nesporazume v komunikaciji s pacientom glede na spol

Trditev	Moški		Ženske		t	p
	PV	SO	PV	SO		
Pacienta pozorno poslušam in mu dam to tudi vedeti.	4,3	0,5	4,5	0,5	1,186	0,241
S pacientovimi željami se strinjam in mu tudi ugodim, saj ne želim, da imajo o zdravstvu nasploh slabo luč in ne želim provocirati slabe volje.	3,4	0,7	3,3	0,8	0,559	0,579
Ker je od prvega stika odvisna celotna obravnava pacienta, se vedno potrdim in do pacienta pristopim z dobro voljo.	4,6	0,5	4,5	0,6	0,477	0,635
Pri razvoju nesporazumov v komunikaciji je pomemben prvi pristop zdravstvenega delavca do pacienta.	4,6	0,5	4,3	0,8	1,168	0,248
Pri komunikaciji zdravstvenega delavca in pacienta se pojavi reflektivno obnašanje.	3,0	1,2	2,8	1,2	0,410	0,684
Moja komunikacija s pacientom je odvisna od odnosa pacienta do mene.	3,5	1,0	2,8	1,2	1,723	0,090
Na mojo komunikacijo do pacienta vpliva okolje, v katerem deluje.	3,5	0,7	3,0	1,1	1,431	0,158
Če pride do nesporazuma, ga želim rešiti brez dodatnih zapletov. Želim izvedeti, kje je do zapleta prišlo in to tudi rešiti.	4,7	0,5	4,5	0,5	0,897	0,374
Ko pride do motnje v komunikaciji med menoj in pacientom, na pomoč pokličem sodelavca in skupaj poskusimo najti rešitev, ki ustreza obema.	3,4	1,0	3,6	0,8	0,609	0,545
Velikokrat se pojavijo nesporazumi med mano in pacientom.	2,0	0,5	1,8	0,7	1,054	0,306
Večkrat so za pojav nesporazumov in motenj v komunikaciji krivi pacienti in ne zdravstveni delavci.	3,2	0,6	2,9	0,8	0,963	0,340
Če bi imeli več časa za pacienta, bi se v manjšem številu pojavile motnje v komunikaciji in nesporazumi.	4,2	0,9	3,9	1,0	0,942	0,350
Zaznavanje in reševanje nesporazumov je skozi leta in delovne izkušnje lažje.	4,2	1,2	4,3	0,7	0,244	0,808
Motnjo v komuniciranju zaznam v dokaj kratkem času in jo želim rešiti čim prej.	4,5	0,5	4,3	0,5	1,107	0,273

PV: povprečna vrednost; SO: standardni odklon, t: t-test za neodvisne vzorce; p: statistična značilnost

V tabeli 5 je prikazano mnenje glede nesporazumov v komunikaciji glede na spol udeležencev študije. Rezultati so pokazali, da se mnenje o nesporazumih v komunikaciji ni statistično pomembno razlikovala glede na spol, saj so moški in ženske izrazili podobno mnenje glede posameznih trditev.

V nadaljevanju nas je zanimalo še, ali se pojavljajo razlike v mnenju glede nesporazumov glede na starost (tabela 6).

Tabela 6: Mnenje zaposlenih v zdravstveni negi o razlogu za nesporazume v komunikaciji s pacientom glede na starost

Trditvev	18–30 let		31–40 let		41–50 let		51–60 let		F	p
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO		
Pacienta pozorno poslušam in mu dam to tudi vedeti.	4,5	0,6	4,4	0,5	4,6	0,5	4,5	0,6	0,386	0,777
S pacientovimi željami se strinjam in mu tudi ugodim, saj ne želim, da imajo o zdravstvu nasploh slabo luč in ne želim provocirati slabe volje.	3,3	0,8	3,1	0,7	3,4	0,5	4,0	0,8	1,799	0,158
Ker je od prvega stika odvisna celotna obravnava pacienta, se vedno potrdim in do pacient pristopim z dobro voljo.	4,6	0,5	4,4	0,7	4,4	0,5	4,5	0,6	0,436	0,728
Pri razvoju nesporazumov v komunikaciji je pomemben prvi pristop zdravstvenega delavca do pacienta.	4,2	0,8	4,4	0,7	4,6	0,5	4,3	0,9	0,532	0,662
Pri komunikaciji zdravstvenega delavca in pacienta se pojavi refleksivno obnašanje.	2,9	1,2	3,0	1,1	2,2	1,3	3,2	0,9	0,979	0,409
Moja komunikacija s pacientom je odvisna od odnosa pacienta do mene.	3,1	1,2	2,9	1,1	2,5	1,2	2,5	0,6	0,853	0,471
Na mojo komunikacijo do pacienta vpliva okolje, v katerem deluje.	3,0	1,1	3,2	1,0	2,9	1,1	3,5	1,3	0,402	0,752
Če pride do nesporazuma, ga želim rešiti brez dodatnih zapletov. Želim izvedeti, kje je do zapleta prišlo in to tudi rešiti.	4,6	0,4	4,6	0,5	4,6	0,5	4,3	0,5	0,668	0,575
Ko pride do motnje v komunikaciji med menoj in pacientom, na pomoč pokličem sodelavca in skupaj poskusimo najti rešitev, ki ustreza obema.	3,6	0,8	3,3	0,9	3,8	0,7	3,5	1,3	0,623	0,603
Velikokrat se pojavijo nesporazumi med mano in pacientom.	1,9	0,6	1,9	0,6	1,8	1,0	1,8	0,5	0,113	0,952
Večkrat so za pojav nesporazumov in motenj v komunikaciji krivi pacienti in ne zdravstveni delavci.	3,1	0,7	2,9	0,8	3,1	0,6	2,3	0,9	1,628	0,194
Če bi imeli več časa za pacienta, bi se v manjšem številu pojavile motnje v komunikaciji in nesporazumi.	4,2	0,7	3,6	1,0	3,6	1,6	3,8	0,5	2,024	0,122
Zaznavanje in reševanje nesporazumov je skozi leta in delovne izkušnje lažje.	4,2	1,0	4,3	0,7	4,5	0,5	4,3	0,5	0,305	0,821

Trditev	18–30 let		31–40 let		41–50 let		51–60 let		F	p
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO		
Motnjo v komuniciranju zaznam v dokaj kratkem času in jo želim rešiti čim prej.	4,3	0,6	4,3	0,5	4,6	0,5	4,3	0,5	1,021	0,390

PV: povprečna vrednost; SO: standardni odklon, F: enofaktorska analiza variance; p: statistična značilnost

V tabeli 6 je prikazano mnenje udeležencev študije o nesporazumih v komunikaciji glede na starost udeležencev študije. Rezultati so pokazali, da se mnenje o nesporazumih v komunikaciji ni statistično pomembno razlikovalo glede na starost saj so udeleženci študije izrazili podobno mnenje glede posameznih trditev ne glede na starostno skupino (18–30 let, 31–40 let; 41–50 let ali 51–60 let).

V nadaljevanju nas je zanimalo, ali se pojavljajo razlike v mnenju glede nesporazumov glede na izobrazbo (tabela 7).

Tabela 7: Mnenje zaposlenih v zdravstveni negi o razlogu za nesporazume v komunikaciji s pacientom glede na izobrazbo

Trditev	Medicinska sestra/ zdr. tehnik		Dipl. m. s./ dipl. zdr.		Mag. zdr. nege		F	p
	PV	SO	PV	SO	PV	SO		
Pacienta pozorno poslušam in mu dam to tudi vedeti.	4,5	0,5	4,5	0,6	4,3	0,5	0,291	0,749
S pacientovimi željami se strinjam in mu tudi ugodim, saj ne želim, da imajo o zdravstvu nasploh slabo luč in ne želim provocirati slabe volje.	3,4	0,8	3,3	0,8	3,0	0,6	0,505	0,606
Ker je od prvega stika odvisna celotna obravnava pacienta, se vedno potrdim in do pacient pristopim z dobro voljo.	4,6	0,5	4,5	0,6	4,3	0,5	0,455	0,637
Pri razvoju nesporazumov v komunikaciji je pomemben prvi pristop zdravstvenega delavca do pacienta.	4,2	0,7	4,3	0,8	4,8	0,4	1,491	0,234
Pri komunikaciji zdravstvenega delavca in pacienta se pojavi refleksivno obnašanje.	3,4	0,9	2,6	1,1	2,8	0,9	2,222	0,118
Moja komunikacija s pacientom je odvisna od odnosa pacienta do mene.	3,2	1,1	2,8	1,1	2,7	1,6	0,483	0,619
Na mojo komunikacijo do pacienta vpliva okolje, v katerem deluje.	3,2	1,2	3,0	1,1	2,7	1,2	0,522	0,596
Če pride do nesporazuma, ga želim rešiti brez dodatnih zapletov.	4,6	0,5	4,5	0,5	4,8	0,4	0,807	0,452
Ko pride do motnje v komunikaciji med menoj in pacientom, na pomoč pokličem sodelavca in skupaj poskusimo najti rešitev, ki ustreza obema.	3,8	0,8	3,5	0,8	3,3	1,0	0,656	0,523
Velikokrat se pojavijo nesporazumi med mano in pacientom.	1,8	0,9	2,0	0,5	1,5	0,5	1,462	0,241
Večkrat so za pojav nesporazumov in motenj v komunikaciji krivi pacienti in ne zdravstveni delavci.	2,9	0,8	3,0	0,8	3,2	1,0	0,357	0,701

Trditev	Medicinska sestra/ zdr. tehnik		Dipl. m. s./ dipl. zdr.		Mag. zdr. nege		F	p
	PV	SO	PV	SO	PV	SO		
Če bi imeli več časa za pacienta, bi se v manjšem številu pojavile motnje v komunikaciji in nesporazumi.	4,3	0,9	3,9	1,0	3,2	1,0	2,901	0,064
Zaznavanje in reševanje nesporazumov je skozi leta in delovne izkušnje lažje.	4,5	0,5	4,1	0,9	4,5	0,8	1,084	0,345
Motnjo v komuniciranju zaznam v dokaj kratkem času in jo želim rešiti čim prej.	4,2	0,4	4,3	0,6	4,5	0,5	0,502	0,608

PV: povprečna vrednost; SO: standardni odklon, F: eno-faktorska analiza variance; p: statistična značilnost

V tabeli 7 je prikazano mnenje udeležencev študije o nesporazumih v komunikaciji glede na njihovo izobrazbo. Rezultati so pokazali, da se mnenje o nesporazumih v komunikaciji ni statistično pomembno razlikovalo glede na izobrazbo, saj so udeleženci študije izrazili podobno mnenje glede posameznih trditev.

3.4.2 Rezultati glede na raziskovalna vprašanja

V nadaljevanju smo najprej predstavili pridobljene rezultate vprašalnika po zastavljenih raziskovalnih vprašanjih.

RV 1: Pri prvem raziskovalnem vprašanju smo iskali vrste motenj in nesporazumov, ki se pojavljajo med izvajalci zdravstvene nege in pacienti v delovnem okolju zdravstvenih delavcev. V prilogi, kjer je anketni vprašalnik, smo zastavili anketirancem vprašanje 2., ki je bilo odprtega tipa. Zdravstveni delavci so nanj odgovarjali iz lastnih izkušenj in videnj. Kot najpogostejše vrste motenj in nesporazumov, ki se pojavljajo v komunikaciji med izvajalci zdravstvene nege in pacienti navajajo zdravstveni delavci naslednje dejavnike:

- neposvečanje zdravstvenih delavcev do pacienta in hitenje zdravstvenih delavcev (zaradi pomanjkanja časa in prezaposlenosti se medicinska sestra pacientu ne posveča dovolj in ga ne obravnava celostno. Pacienti mislijo, da jim zdravstveni delavci ne posvečajo dovolj pozornosti. Brez holističnega pristopa ne pridobimo zaupanja in ustreznega odnosa s pacientom, ki nam pomaga k uspešnem sodelovanju zdravstvenega delavca in pacienta, kar vodi v kvalitetno izvedeno zdravstveno nego in zadovoljnega pacienta ter s tem posledično tudi zadovoljenega zdravstvenega delavca);

- nerazumevanje navodil, ki jih pacienti dobijo od zdravstvenih delavcev (strah pacientov, slab sluh, naglušnost, pacienti ne razumejo našega jezika (tujci), dementni pacienti. Pacienti ne razumejo namena naših postopkov, kljub ustreznemu pojasnilu, zato včasih pride do nestrpne komunikacije. Včasih zaradi zmedenosti oziroma zdravstvenega stanja pacienti ne poslušajo zdravstvenih delavcev, posledično prihaja do neupoštevanja le-teh);
- napačna interpretacija informacij, saj zaposleni uporabljajo nerazločne in strokovne izraze (termine), ki jih pacienti ne razumejo (slaba razlaga poteka obravnave in koliko časa bo trajala obravnava);
- agresivnosti, nestrpnost, neposlušnost in nesodelovanje pacientov (pacienti bi želeli na več preiskav, kot jim jih glede na zdravstveno stanje svetuje zdravnik ... Nekateri pacienti informacije preberejo na internetu in je za njih mnenje zdravnika drugorazredno, pojavi se nezadovoljstvo s končno odločitvijo zdravnika. Nekateri pacienti povejo, kakšne so njihove pravice in to brezpogojno takoj zahtevajo. Pacienti izsiljujejo prednostno obravnavo. So nestrpni, zahtevni, egoistični, včasih pacienti ne želijo razumeti, zakaj toliko časa potrebujemo za izvide. Pacienti si želijo, da se jih obravnava na način, kot so si ga oni predstavljali, kljub nepoznavanju postopkov in načina izvajanja zdravstvene nege v zdravstveni ustanovi, kar privede do neupoštevanja navodila zdravstvene ustanove);
- neorganiziranosti zdravstvenih zavodov (čas naročanja, preiskav,...), neenotni postopki v slovenskem zdravstvenem sistemu, neenotne informacije (strokovne in organizacijske) različnih zdravstvenih delavcev;
- verbalna komunikacija, predvsem enosmerna, nezadostna, napačna interpretacija tona pogovora (hitro obsojanje neprimerne komunikacije);
- motnje v razumevanju eden drugega, šum v komunikaciji;
- neopolnomočeni pacienti (pacienti so premalo obveščeni o poteku bolezni in o zdravljenih le-te);

Kot vzrok nesporazumov bi lahko že omenjeno opredeliti tudi neustrezno komuniciranje.

Iz tabele 8 je razvidno mnenje zdravstvenih delavcev glede vrste komunikacije, ki jo največkrat uporabljajo pacienti kot komunikacijo z izvajalci zdravstvene nege. Pri tem ocena 1 pomeni »največkrat«, ocene 2 in 3 so vmesne ocene; ocena 4 pomeni »najmanjkrat«.

Tabela 8: Vrsta komunikacije, ki jo pacienti uporabljajo z izvajalci zdravstvene nege

Vrsta komunikacije, ki jo pacienti uporabljajo z izvajalci zdravstvene nege	Min	Maks	PV	SO
Pasivna (ustrežljivo in podrejeno obnašanje pacienta)	1	4	2,1	0,984
Agresivna (pacient vam ukazuje, ne dovoli, da pridete do besede)	1	4	3,1	0,918
Manipulativna (pacient želi doseči lastne želje z izogibanjem direktnega komuniciranja)	1	4	2,6	0,875
Asertivna (pacient se postavi zase, ob tem ne krši pravic drugih)	1	4	2,5	0,989

Legenda: n = število odgovorov, min = minimum, maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Rezultati so pokazali, da zaposleni v zdravstveni negi menijo, da pacienti največkrat izberejo pasivno vrsto komunikacije z izvajalci zdravstvene nege in se obnašajo ustrežljivo in podrejeno (PV = 2,1; SO = 0,984). Kot malenkost manj pogosto vrsto komunikacije z povprečno oceno 2,5 (SO = 0,989) so navedli asertivno komunikacijo v kateri se pacient postavi zase in ob tem ne krši pravic drugih. S povprečno oceno 2,6 (SO = 0,875) so anketiranci navedli manipulativen način komunikacije z izvajalci zdravstvene nege, pri čemer pacient želi doseči lastne želje z izogibanjem direktnega komuniciranja. Kot vrsto komunikacije, ki jo pacienti najredkeje uporabljajo v komunikaciji z izvajalci zdravstvene nege, so anketiranci navedli s povprečno oceno 3,1 (SO = 0,918) agresivno komunikacijo, s katero pacient ukazuje zdravstvenim delavcem in ne dovoli, da pridejo do besede.

RV 2: V nadaljevanju smo z našo anketo raziskovali tudi mesto nastanka motenj in nesporazumov med izvajalci zdravstvene nege in pacienti.

V tabeli 9 je prikazano mnenje zdravstvenih delavcev o razlogih motenj in nesporazumov v komunikaciji. Pri tem ocena 1 pomeni »največkrat«, ocene 2 in 3 so vmesne ocene; ocena 4 pomeni »najmanjkrat«.

Tabela 9: Mnenje zaposlenih v zdravstveni negi o mestu nastanka motenj in nesporazumov med izvajalci zdravstvene nege in pacienti

Mesto nastanka motenj in nesporazumov v komunikaciji	Min	Maks	PV	SO
V pacientu.	1	4	2,3	0,883
V izvajalcu zdravstvene nege.	1	4	2,7	0,803
V komunikacijski poti.	1	4	2,5	1,064
V načinu komunikacije.	1	4	2,1	1,044

Legenda: Min = minimum, Maks = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO: standardni odklon

Iz tabele 9 je razvidno mnenje zaposlenih v zdravstveni negi o razlogih motenj in nesporazumov v komunikaciji. Kot najpogostejši razlog motenj in nesporazumov navajajo način komunikacije (PV = 2,1; SO = 1,044), kot nekoliko manj pogosti razlog navajajo, da je v samem pacientu (PV = 2,3; SO = 0,883). S povprečno oceno 2,5 (SO = 1,064) so navedli, da je razlog za nesporazume v komunikaciji komunikacijska pot. Kot razlog motenj in nesporazumov, ki je najmanjkrat vzrok za nesporazume v komunikaciji navajajo izvajalca zdravstvene nege (PV = 2,7; SO = 0,803).

Mnenje glede mesta nastanka smo ločili tudi glede na spol, starost in izobrazbo udeležencev raziskovanja.

Tabela 10: Razlog za motnje in nesporazume v komunikaciji glede na spol

Mesto nastanka motenj in nesporazumov v komunikaciji	Moški		Ženski		F	p
	PV	SO	PV	SO		
Pacient	2,4	1,08	2,3	0,8	0,350	0,727
Izvajalec zdravstvene nege	3,0	0,7	2,6	0,8	1,638	0,122
Komunikacijska pot	2,7	0,8	2,5	1,1	0,594	0,555
Način komunikacije	2,5	0,9	2,0	1,0	1,269	0,210

PV: povprečna vrednost; SO: standardni odklon, t: t-test za neodvisne vzorce; p: statistična značilnost

Mnenje moških in žensk se glede trditve, da je najpogosteje pacient razlog za nesporazume v komunikaciji med zdravstvenim delavcem in pacientom, ni statistično pomembno razlikovalo ($t = 0,350$; $p = 0,727$). Tudi pri ostalih navedenih razlogih (izvajalec zdravstvene nege, komunikacijska pot ali način komunikacije) se ni pokazala statistično značilna razlika v njihovem mnenju oz. so moški in ženske navedli podobno mnenje glede razloga za nastanek motenj in nesporazumov v komunikaciji (tabela 10).

V nadaljevanju nas je zanimalo, kako se je mnenje o razlogih za nastanek motenj in nespornost v komunikaciji razlikovalo glede na starost udeležencev študije.

Tabela 11: Razlog za motnje in nespornost v komunikaciji glede na starost

Mesto nastanka motenj in nespornost v komunikaciji	18 – 30 let		31 - 40 let		41 – 50 let		51 - 60 let		F	p
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO		
Pacient	2,3	0,8	2,2	0,7	2,3	1,3	2,8	1,3	0,392	0,760
Izvajalec zdravstvene nege	2,7	0,8	2,7	0,8	2,6	0,7	2,8	0,5	0,021	0,996
Komunikacijska pot	2,6	1,0	2,4	0,9	2,4	1,3	2,5	1,7	0,136	0,938
Način komunikacije	2,0	1,0	1,8	0,9	2,9	1,1	2,5	1,3	2,217	0,097

PV: povprečna vrednost; SO: standardni odklon, F: eno-faktorska analiza variance; p: statistična značilnost

Ne glede na starostno skupino se mnenje o razlogu za nastanek motenj in nespornost v komunikaciji (pacient, izvajalec zdravstvene nege, komunikacijska pot ali način komunikacije) ni statistično značilno razlikovala (tabela 11). Tako so na primer vse starostne skupine (18–30 let; 31–40 let; 41–50 let in 51–60 let) izrazile podobno mnenje o tem, kako pogosto so pacient ($F = 0,392$; $p = 0,760$) ali izvajalec zdravstvene nege ($F = 0,021$; $p = 0,996$) razlog za nespornost v komunikaciji.

Prav tako smo preverili, kako se je mnenje o razlogih za nastanek motenj in nespornost v komunikaciji razlikovalo glede na izobrazbo udeležencev študije.

Tabela 12: Razlog za motnje in nespornost v komunikaciji glede na izobrazbo

Mesto nastanka motenj in nespornost v komunikaciji	Medicinska sestra/ zdr. tehnik		Dipl. m. s./ dipl. zdr		Mag. zdr. nege		F	p
	PV	SO	PV	SO	PV	SO		
Pacient	1,9	0,8	2,6	0,9	1,8	0,7	4,554	0,015
Izvajalec zdravstvene nege	2,5	0,8	2,8	0,8	2,7	0,8	0,473	0,514
Komunikacijska pot	2,4	1,0	2,6	1,1	2,2	1,2	0,627	0,538
Način komunikacije	2,2	1,0	2,2	1,1	1,8	1,2	0,246	0,782

PV: povprečna vrednost; SO: standardni odklon, F: eno-faktorska analiza variance; p: statistična značilnost

Diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki menijo, da je pacient razlog za nespornost v komunikaciji statistično pomembno bolj pogosto, kot to menijo medicinske sestre in zdravstveni tehniki ali zaposleni v zdravstveni negi z magisterijem ($F = 4,554$; $p = 0,015$). Mnenja glede ostalih razlogov za nastanek motenj in nespornost v komunikaciji (pacient, izvajalec zdravstvene nege, komunikacijska pot

ali način komunikacije) se ni statistično značilno razlikovala glede na izobrazbo (tabela 12).

RV 3: Cilj diplomskega dela je bil tudi ugotoviti vzroke za pojav motenj in nesporazumov v komunikaciji med izvajalci zdravstvene nege in pacienti.

Zdravstveni delavci so kot pomemben vzrok za nesporazum navedli prvi pristop zdravstvenega delavca do pacienta (PV = 4,3; SO = 0,762) in tudi pomanjkanje časa, saj so s povprečno oceno 3,9 (SO = 0,997) izrazili svoje strinjanje s trditvijo “Če bi imeli več časa za pacienta, bi se v manjšem številu pojavile motnje v komunikaciji in nesporazumi”. Da to niti drži niti ne drži, so zdravstveni delavci izrazili svoje mnenje, da so večkrat za pojav nesporazumov in motenj v komunikaciji krivi pacienti in ne zdravstveni delavci (PV = 3,0; SO = 0,783).

Med ostalimi odgovori zdravstvenih delavcev, ki so sodelovali v raziskavi, zasledimo naslednje vzroke za pojav motenj in nesporazumov:

- hiter tempo dela in pomanjkanje časa pri zdravstvenem kadru (zdravstveni delavci si ne vzamejo dovolj časa za razlago in pogovor s pacientom na njemu primeren način);
- način dela v zdravstvu (preveč časa posvečenega birokraciji, papirologiji in ne pacientu);
- utrujenost, izčrpanost, preobremenjenost zdravstvenih delavcev (preveliko število pacientov in premalo zdravstvenega kadra);
- nejasne informacije, ki jih pacienti dobijo od zdravstvenih delavcev;
- težak položaj pacienta zaradi vpliva diagnoze, poteka zdravljenja, vloge čustev, nenavadnih trenutkov, strah kaj bo in kaj bodo pokazali izvidi, zmedenost;
- vzrok naj bi bil tudi “slab dan” ali “slaba volja”, neprimeren pristop, pomanjkanje bontona pri enem ali drugem udeležencem pogovora;
- različna pričakovanja, stališča, želje pacientov;
- čakalne dobe (največkrat se nesporazumi pojavljajo zaradi npr. čakanja na obravnavo, pojavi se tudi fizično nasilje zaradi čakalnih dob, časi obravnave so po mnenju pacientov predolgi, nekateri pacienti zahtevajo določene

- stvari, da se naredijo obvezno čim prej, ne glede na ostale. Storitve želijo takoj, ne bi čakali na prosti termin);
- egoistično, zahtevno obnašanje pacientov, neučakanost, nepotrpežljivost, nestrpnost pacientov, zahteve pacientov do pretirane (želja pa dobri in hitri obravnavi)
 - slabe dosedanje izkušnje pacientov, (*“Obširnost informacij, ki so napačne, lažne, zastarele, zavajajoče, površne ali nepopolne o zdravstvu na medijih ustvarja paranoično sliko in prikrite teorije med ljudmi, ki jih prepričajo, da ima zdravstvo nek skriven motiv za storitve, da izkoriščajo ljudi. Ljudje ne verjamejo, ne zaupajo zdravstvenim uslužbencem, odlašajo z obiski in so proti cepljenju. Pri direktni komunikaciji se pacient osredotoča na informacije, ki potrjujejo njegovo paranojo.”*)
 - pomanjkanja znanja veččin dobre komunikacije (večina zdravstvenih delavcev komunicira po enem naučenem modelu komunikacije in pričakuje, da se bo bolnik prilagodil stilu komunikacije), napačno izražanje (s strokovnimi besedami), ne preverja se, kakšen je nivo komunikacije zdravstvenih delavcev, saj so mnogi preveč nesramni in nepopustljivi;
 - okoliški dejavniki (problem so maske, ki jih nosimo v času epidemije koronavirusa in si ne morejo pomagati z branjem iz ust; motnje v okolici, ki motijo komunikacijo, neustrezne prostor za zasebno komunikacijo).

3.5 RAZPRAVA

Z raziskavo smo ugotavljali vrste motenj in nesporazumov, ki se pojavljajo v komunikaciji med izvajalci zdravstvene nege in pacienti ter razlike oziroma podobnosti o mnenju glede na spol, starost in izobrazbo izvajalcev zdravstvene nege. Naše ugotovitve lahko primerjamo tudi z drugimi avtorji in raziskovalci.

Z našim raziskovanjem smo ugotovili, da je pri načinu komunikacije pomembna tudi nebesedna komunikacija. Podobno tudi Jurišić (2012) s svojim raziskovanjem ugotavlja, da je v komunikaciji pomembno tako sredstvo komuniciranja kot namen komuniciranja. Kot sredstva navaja kazanje, pogled, očesni stik, govor, jok ipd. Opozarja, da je sredstvo največkrat govor, ki ga dopolnjuje nebesedna komunikacija. Posledica

neuspešne komunikacije pa je nesporazum. Pove tudi, da bi se morali komunikacije učiti prednostno in poglobljeno.

Na področju odnosa med zdravstvenimi delavci in pacienti smo z raziskovanjem ugotovili, da je eden izmed členov tudi prvi pristop in dobra volja. Zdravstveni delavci menijo, da je celoten odnos in obravnava pacienta odvisna od prvega pristopa, zato se trudijo do pacienta pristopiti z dobro voljo. Z vprašanji odprtega tipa smo pridobili odgovore, ki opredeljujejo vzrok nastanka nesporazumov v komunikaciji »slab dan« ali »slaba volja«, neprimeren pristop ter pomanjkanje bontona. Posledica je nezaupanje vseh sodelujočih v odnosu. Škufca Smrdel (2011) v svoji raziskavi ugotavlja, da je ena izmed ključnih komponent pri ustvarjanju zaupanja vrednega odnosa med pacientom in zdravstvenim delavcem ravno komunikacija. To pomeni, da nesporazumi in motnje v komuniciranju nastajajo zaradi nezaupanja zdravstvenih delavcev do pacienta in obratno. Razlog za nastanek motenj v komuniciranju je tudi nerazumevanje jezika različno govorečih ljudi (Bijelič, 2020). Da se take motnje pojavljajo ne glede na spol, starost ter izobrazbo zdravstvenih delavcev smo ugotovili tudi z našim raziskovanjem.

Ugotovili smo tudi, da pacienti dobijo nejasne informacije od zdravstvenih delavcev, velikokrat v strokovnem jeziku, ki pacientu niso razumljive. Posledično si pacienti napačno interpretirajo informacije in ne upoštevajo navodil zdravstvenih delavcev zaradi neinformiranosti. Tudi Porovne (2018) ugotavlja, da motnje in nesporazumi hitreje nastanejo ob nejasnih razlagah zdravstvenega stanja pacientom brez preverjanja razumevanja predanega sporočila. Raziskave so pokazale tudi pomembnost vsebine oddanega sporočila. Vsebina naj bi bila čim bolj enaka vsebini prejetega sporočila prejemniku – tako verbalnega kot neverbalnega vedenja sporočila, ter da na prenos vplivajo različni dejavniki (oddajnik, prejemnik, kontekst komunikacije in pot). Kot pravi Škufca Smrdel (2011), so vzroki za nastanek motenj in nesporazumov v komuniciranju med izvajalci zdravstvene nege in pacienti starost bolnika, njegova izobrazba, rasa ter socialno-ekonomski status. Omenjeno je tudi pomanjkanje znanja dobre komunikacije in čustvena obremenitev med zdravstvenimi delavci. Pri vseh je prisoten posameznikov pogled zdravstvenega osebja, njihova osebna prepričanja, pravila, domneve o sebi, ljudeh, življenju, bolezni in zdravju, umiranju, smislu življenja itd. Pri razvoju motenj in nesporazumov sta pomembna dejavnika psihofizične kondicije zdravstvenih delavcev ter prisotnost sindroma izgorelosti. Kar lahko primerjamo z

rezultati naše raziskave in ugotovimo, da v večini tako na vprašanja odgovarjajo tudi anketiranci. Poleg navedenega je pomembna tudi kakovost delovne ekipe (medsebojne simpatije) in seveda tipi zadolžitev oz. nalog, ki se v danem trenutku pojavijo. Vse to vpliva na učinkovitost komunikacije in posledično zagotavljanja zdravstvene oskrbe (Campbell, et al., 2018). Tudi Thompson & McCabe (2012) v svojem raziskovanju ugotavljata pomembnost vezi med pacientom in zdravstvenim delavcem. Prinašale naj bi boljšo osredotočenost na pacienta, zadovoljstvo ter boljšo zdravstvenim kondicijo pacienta, kar posledično zmanjšuje nesporazume med komuniciranjem.

Na področju prenašanja informacij oz. komunikacijskega kanala so se zdravstveni delavci, ne glede na spol, starost ter izobrazbo, opredelili, da motnje in nesporazumi velikokrat nastajajo v komunikacijski poti oziroma kanalu. Lokar (2011) navaja, da je za celotno komunikacijo med pacientom ter zdravstvenim delavcem potreben dober komunikacijski kanal. Eni izmed njih so e-pošta, telefaks ali blog. Vendar se vedno lahko zgodi tudi odpoved le-teh. Razlog naj bi bil neustrezna izbira komunikacijskega kanala ali odsotnost prejemnika. Kot ugotavljamo z raziskovanjem, je za dober odnos zdravstveni delavec – pacient pomemben tudi čas in posvečanje zdravstvenih delavcev do pacienta. Zaradi hitrega tempa dela in natrpanega delavnika ugotavljamo, da lahko pride do motenj v komunikaciji. Kot ugotavlja tudi Martino s sodelavci (2016) za oblikovanje dobre in učinkovite komunikacije so seveda pomembne tudi določene osebnostne spretnosti, vendar se te osebnostne spretnosti lahko izgubijo pod pritiskom dejavnikov, ki motijo komunikacijo – obremenitve na delovnem mestu, medkulturne razlike, nesoglasja v delovnem timu, pomanjkanje kadra. Campbell in sodelavci (2018) so v obsežni raziskavo ugotovili, da komunikacijske motnje in nesoglasja rezultirajo v prepozmem informiranju pacientov in sodelavcev, zdravstveno osebje ne posluša pacientov in ne sodeluje z njimi. Sep, et al. (2014) kot vzrok navaja tudi nezbranost pacientov, saj povprečno le-ti pozabijo od 40 do 80 % posredovanih informacij. Zaradi čustvenega vzbujenja pozornost zožijo in preusmerijo v druge misli in s tem zmanjšujejo obdelavo prejetih informacij. Kot rešitev poda empatično ter podporno komunikacijo in pomiritev pacienta, saj omenjene tehnike zmanjšujejo anksioznost. Med pacientom in zdravstvenih delavcem se tako vzpostavi zaupanje, kar zmanjšuje nastanek motenj in nesporazumov. Z raziskovanjem smo ugotovili, da ima veliko vlogo tudi položaj, v katerem se znajde pacient. Zaradi diagnoz, poteka zdravljenja ter vpliva

čustev lahko pride do motenj oziroma nesporazumov v komunikaciji med zdravstvenimi delavci ter pacienti. Kraut (2021) opozarja, da se motnje v komuniciranju pojavljajo namerno ali nenamerno, saj lahko v zdravstveni oskrbi pride do vrste nepredvidljivih, zapletenih in stresnih dogodkov. Potrebe pacientov se lahko pojavijo nepričakovano in zdravstveno stanje se lahko spremeni izredno hitro. Nepredvidljivost in urgentnost pa neobičajno privede do nenačrtovane oz. neustaljene komunikacije, ki lahko vodi do komunikacijskih motenj in napak. Široka delitev komunikacije je delitev na verbalno in neverbalno; tudi motnje in nesporazumi v neverbalni komunikaciji lahko vodijo do neugodnih posledic pri zdravstveni obravnavi pacienta. Na primer, napaka v tiskanju formularjev oz. podatkov na formularjih ali prepozna delitev podatkov lahko ogrozi varnost pacienta. Zato je izjemnega pomena, da se izvajalci zdravstvene nege zavedajo pomembnosti komunikacije in možnosti nastanka komunikacijskih napak in motenj (Regis College, n.d.; Campbell, et al., 2018). Kapler (2011) v svoji raziskovalni nalogi ugotavlja, da so vzroki za nastanek samih motenj v komuniciranju tudi drugačnost ljudi. Vsak človek drugače dojema in si razlaga pojave okoli sebe in se nanje tudi drugače odziva. Tako lahko vzrok v komunikaciji predstavlja nepopolno razumevanje in slabo posredovanje sporočila, kot na primer nenatančnost izgovorjave, slabo izbrane besede in oblikovani stavki, žargon in strokovne bese, narava govora. Razlogi so vselej dvostranski. Kot vzroke pri pacientih navaja stresne situacije in vznurjenost, spomin pacienta ter močno interferenco informacij. Vzroki pri zdravstvenih delavcih pa so prezaposlenost, rutinsko delovanje, neiskrenost. Ugotavlja tudi problem zdravstvenih delavcev, saj velikokrat zaradi lastnih kulturnih pričakovanj in izkušenj velikokrat napačno presojajo potrebe ali motive drugih ljudi.

3.5.1 Omejitev raziskave

Pri raziskovalnem delu diplomskega dela smo anketirali zdravstvene delavce na področju zdravstvene nege v eni izmed ustanov. To je bila tudi glavna omejitev ankete. Posledično so rezultati prikazani kot študija primera. Lahko bi razširili vzorec in anketirali še zdravstvene delavce iz več zdravstvenih ustanov. Omejitev najdemo tudi pri literaturi. Izbrana literatura je namreč zgolj v slovenskem in angleškem jeziku.

3.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Anketa je doprinesla refleksijo dela zdravstvenih delavcev in napake, ki jih opazijo sami pri delu s pacienti. To pomeni, da se določenih vzrokov za nastanek nesporazumov in motenj v komuniciranju zdravstveni delavci zavedajo in lahko način komunikacije tudi spremenijo. Posledično bi v prihodnosti prihajalo do manj nesporazumov in nezadovoljstva tako pri pacientih kot tudi pri zdravstvenih delavcih. Raziskovanje bi lahko nadgradili z anketiranjem pacientov in njihovim pogledom na nesporazume in motnje v komuniciranju, kjer bi rezultate lahko primerjali z našo izvedeno anketo.

4 ZAKLJUČEK

Raziskava je pokazala, kakšne vrste motenj in nesporazumov v komuniciranju med izvajalci zdravstvene nege in pacienti nastajajo, kje nastanejo in kakšen je njihov razlog za nastanek. Ugotovili smo, da so najpogostejše motnje in nesporazumi hitenje zdravstvenih delavcev in premalo posvečenega časa za pacienta, nerazumevanje navodil, ki jih pacienti dobijo od zdravstvenih delavcev, napačna interpretacija informacij, neenotni postopki v slovenskem zdravstvenem sistemu, neenotne informacije ter ne opolnomočeni pacienti. Z raziskavo se je izkazalo, da je način komunikacije najpogostejše mesto nastanka motenj in nesporazumov. Manjkrat je za nastanek motenj in nesporazumov kriva komunikacijska pot. Kot razlog nastanka motenj in nesporazumov v komuniciranju so zdravstveni delavci navajali hiter tempo njihovega dela in pomanjkanje posvečenega časa pacientu pri zdravstvenem kadru kot posledica utrujenosti, izčrpanosti ter preobremenjenosti zdravstvenih delavcev. Ugotovili smo, da se zdravstveni delavci zavedajo pomanjkanja znanja veščin dobre komunikacije ter napačnega izražanja s strokovnimi besedami. Vzroka sta tudi način dela v zdravstvu in čakalne dobe. Pri pacientu pride v ospredje težak položaj zaradi vpliva diagnoze, poteka zdravljenja, vloge čustev ter slabših dosedanjih izkušenj. Kot ugotovljeno, pa motnje in nesporazumi ne nastajajo samo pri človeških dejavnikih, ampak imajo vlogo tudi okoliški dejavniki kot komunikacijski kanal oziroma komunikacijska pot.

Dejstvo je, da je način dela premalo usmerjen v čas zdravstvenih delavcev s pacientom, kar lahko pripelje do manj zadovoljujoče komunikacije in v nezadovoljstvo pacientov. Znano je, da se pacienti spoprijemajo s situacijo bolezni, kar ima refleksijo na njihovo obnašanje. Pogosto pozabijo na druge in sebe postavijo pred vse, kar prinese arogantno obnašanje brez potrpljenja do zdravstvenih delavcev.

Z raziskovanjem smo ugotovili, da se zdravstveni delavci trudijo vzpostaviti dobro komunikacijo s pozornim poslušanjem. Če pride do nesporazuma, ga želijo brez dodatnih zapletov tudi rešiti. Dobra komunikacija ni prirojena, ampak se jo je mogoče naučiti z usposabljanjem. Ugotovili smo, da se zdravstveni delavci tega zavedajo in si želijo komunikacijo tudi izboljšati. Pomembno je, da smo samozavestni in profesionalni

na področju komuniciranja, saj tako bistveno zmanjšamo nastanek nesporazumov in motenj ter s tem povečamo varno obravnavo pacientov.

Za zmanjšanje komunikacijskih motenj in nesporazumov bi v prihodnje lahko izvedli raziskovanje še na pacientih in poizvedeli, kaj so za njih motnje in nesporazumi v komunikaciji med izvajalci zdravstvene nege in pacienti, kje po njihovem mnenju nastanejo težave ter kaj je vzrok za nastanek le-teh.

5 LITERATURA

Barbosa, I.A. & Silva, M.J.P., 2017. Nursing care by telehealth: what is the influence of distance on communication? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), pp. 928–934.

Bauchat, J.R., Seropian, M. & Jeffries, P.R., 2016. Communication and Empathy in the Patient-Centered Care Model-Why Simulation-Based Training Is Not Optional. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(8), pp. 356–359.

Bello, O., 2017. *Effective communication in nursing practice: A literature review*. [pdf] Arcada. Available at: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/130552/OPE%20THESIS%20Final%20submitted.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Accessed 19 February 2021].

Bijelič, A., 2020. *Doživljanje komunikacijskih ovir medicinskih sester pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe tujcev: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Brooks, L.A., Manias, E., Bloomer, M.J., 2019. Culturally sensitive communication in healthcare: A concept analysis. *Collegian*, 26, pp. 383–391.

Bullington, J., Söderlund, M., Sparén, E.B., Kneck, A., Omérov, P. & Cronqvist, A., 2019. Communication skills in nursing: A phenomenologically-based communication training approach. *Nurse Education in Practice*, 39, pp. 136–141.

Campbell, P., Torrens, C., Pollock, A. & Maxwell, M., 2018. *A scoping review of evidence relating to communication failures that lead to patient harm*. Glasgow: University of Sterling.

Demšar, D., 2017. *Premagovanje ovir v komunikaciji*. Ljubljana: Beletrina.

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

Duratović, A., 2013. *Pomen komunikacije v odnosu med zdravstvenim osebjem in ženskami v državnem presejalnem programu ZORA*. [pdf] Onkološki inštitut. Available at: <http://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-NFDEZZEN/0036219e-0ed1-47ea-a2f7-e72ab2134b73/PDF> [Accessed 19 February 2021].

Fink, I., Goltnik Urnaut, A. & Števančec, D., 2009. *Poslovno komuniciranje*. [pdf] Konzorcij višjih strokovnih šol za izvedbo projekta IMPLETUM. Available at: http://www.impletum.zavod-irc.si/docs/Skriti_dokumenti/Poslovno_komuniciranje-Fink_Goltnik_Stevancec_.pdf [Accessed 19 February 2021].

George, D. & Mallery, P., 2018. *IBM SPSS Statistics 25. Step by Step*. 15th ed. New York: Routledge, Taylor & Francis.

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

Howick, J., Moscrop, A., Mebius, A., Fanshawe, T.R., Lewith, G., Bishop, F.L., Mistiaen, P., Roberts, N.W., Dieninyte, E., Hu, X.Y., Aveyard, P. & Onakpoya, I.J., 2018. Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 111(7), pp. 240–252.

Hudnik, S., 2007. *Motnje v komuniciranju med zdravstvenimi delavci in pacienti: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta.

Jones, S.M. & Bodie, G.D., 2016. Supportive communication. In: P.J. Schulz & P. Copley, eds. *Handbooks of Communication Science: Interpersonal Communication*. De Gruyter Mouton, pp. 371–394.

Jurišić, D.B., 2012. Podporna in nadomestna komunikacija je za nekatere med nami edina možnost. *Naš zbornik*, 45(2), pp. 3–15.

Kapler, T., 2011. *Komunikacija v zdravstvu: projektna naloga*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management.

Kelley, K.J. & Kelley, M.F., 2013. Teaching Empathy and Other Compassion-Based Communication Skills. *Journal for Nurses in Professional Development*, 29(6), pp. 321–324.

Kelley, J.M., Kraft-Todd, G., Schapira, L., Kossowsky, J. & Riess, H., 2014. The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and MetaAnalysis of Randomized Controlled Trials. *Plos ONE*, 9(4), pp. 1-6.

Koban, B., 2011. Vpliv komunikacije in odnosov na nastop neželenih dogodkov v zdravstveni negi. In: B. Bregar, ed. *Varnostni zapleti pri pacientu – priložnost za učenje: zbornik predavanj z recenzijo. Maribor, 12. oktober 2011*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 10–17.

Kraut, N., 2021. *Effects of poor communication patterns between nurses & providers*. [online] Available at: <https://www.healthstream.com/resource/blog/the-impact-of-poor-communication-patterns-between-nurses-and-providers> [Accessed 17 September 2021].

Lapornik, K., 2017. *Učinkovita komunikacija – korak do sočloveka in uspeha*. Gradivo za udeležence. Trbovlje: Združenje izobraževalnih in svetovalnih središč Slovenije.

Lemeš, S., 2017. *Razvoj empatije do oseb z duševno motnjo pri študentih zdravstvene nege: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

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. Dolenjske 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.

Lokar, K., 2011. Vpliv sodobne tehnologije na komunikacijo v zdravstvu. In: M. Matković, ed. *Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkim pacientom: zbornik predavanj. Maribor, 1. april 2011*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, pp. 26–36.

Lorber, M. & Skela Savič, B., 2011. Komunikacija in reševanje konfliktov v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 45 (4), pp. 247–252.

Martino, L., Helen, P. & Britt, K., 2016. Better Communication and Interprofessional Education. *Journal of Allied Health*, 45(4), p. 307.

Matković, M., Zajc, M., Pečan Salokar, T. & Bernot, M., 2011. Ko komunikacijski šumi predstavljajo nevarnost za pacienta. In: M. Matković & B. Petrijevčanin, eds. *Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkim pacientom*. Maribor: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, pp. 99–113.

Mlakar, J. & Pleterski Rigler, D., 2011. Vpliv izobraževanja zaposlenih na razvoj varnostne kulture v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. In: Z. Kramar, B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery, A. Kraigher & K. Skinder Savič, eds. *Varnost – rdeča nit celostne obravnave pacientov: strokovno srečanje, zbornik prispevkov. 4. dnevi Angele Boškin: Gozd Martuljek, 7.–8. april 2011*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, p. 39.

Pišotek, J., 2018. *Uporaba asertivne komunikacije za reševanje konfliktov v zdravstveni negi: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Porovne, N., 2018. *Razvoj komunikacijskih veščin pri študentih zdravstvene nege: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Regis College, n.d. *What Is the Importance of Communication in Health Care?* [online] Available at: <https://online.regiscollege.edu/blog/importance-communication-health-care/> [Accessed 17 September 2021].

Sep, M.S.C., van Osch, M., van Vliet, L.M., Smets, E.M. & Bensing, J.M., 2014. The power of clinicians' affective communication: How reassurance about non-abandonment can reduce patients' physiological arousal and increase information recall in bad news consultations. An experimental study using analogue patients. *Patient Education and Counseling*, 95, pp. 45–42.

Sibiya, M.N., 2018. *Effective Communication in Nursing*. [online] Available at: <https://www.intechopen.com/books/nursing/effective-communication-in-nursing> [Accessed 22 February 2021].

Stamos, V. & Lunaček, M., 2012. Pomembnost empatije. *Zdravstveno varstvo*, 51, pp. 299–301.

Starman, K., 2017. *Pogled študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin na pomen komunikacije v zdravstveni negi in odnosno komuniciranje: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 31–33.

Street, R., 2013. How clinician–patient communication contributes to health improvement: Modeling pathways from talk to outcome. *Patient Education and Counseling*, 92, pp. 286–291.

Škufca Smrdel, A.C., 2011. Veščine komunikacije v odnosu zdravstveni delavec-bolnik. In: M. Matković, ed. *Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkim pacientom: zbornik predavanj. Maribor, 1. april 2011.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, pp. 7-16.

Terseglav, S.A., 2010. Dobri medsebojni odnosi kot dejavnik uspešnosti ljudi in organizacij. In: N. Banović, ed. *Učinkovitost upravljanja in vodenja v zdravstvu: 17. strokovno srečanje ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu. Čatež, 20.–21. maj 2010.* Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu, pp. 55–59.

Thompson, L. & McCabe, R., 2012. The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 12(87), pp. 1–12.

Tomšič, V., 2010. *Zadovoljstvo in komuniciranje v zdravstvenem zavodu: diplomsko delo.* Maribor: Fakulteta za organizacijske vede.

Ule, M., 2011. Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov. [online] Available at: <http://www.fdv.uni-lj.si/zalozba/edostop.asp> [Accessed 23 February 2021].

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.

Włoszczak-Szubzda, A. & Jatosz, M.J., 2013. Professional communication competences of nurses – a review of current practice and educational problems. *Annals of agricultural and environmental medicine*, 20(1), pp. 183–188.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Pozdravljeni!

Sem študentka Fakultete za zdravstvo Angele Boškin Tjaša Buh in v okviru diplomskega dela pod mentorstvom doc. dr. Katje Pesjak raziskujem pojav motenj in nesporazumov v komunikaciji med izvajalci zdravstvene nege in pacienti. Ker vsaka rešena anketa pripomore h kakovostnejšemu diplomskemu delu, vas kot izvajalca zdravstvene nege prijazno prosim, da si vzamete 5 minut in rešite mojo anketo. Anketa je anonimna in ustvarjena zgolj v namen mojega diplomskega dela.

Najlepša hvala in lep pozdrav!

Spol M/Ž

Starost _____ let

Stopnja izobrazbe srednja zdravstvena šola /

1. stopnja študijskega programa ZN /

2. stopnja študijskega programa ZN /

3. stopnja študijskega programa ZN

1. Kakšne vrste komunikacije po vašem mnenju pacienti največkrat uporabljajo kot komunikacijo z izvajalci zdravstvene nege? Pri vsaki trditvi podajte oceno - označite od 1 (največkrat) do 4 (najmanjkrat).
 - a. Pasivna (ustrežljivo in podrejeno obnašanje)
 - b. Agresivna (ukazovanje, brez ugovarjanja ali zavrnitve)
 - c. Manipulativna (doseganje želja z izogibanjem direktnega komuniciranja)
 - d. Asertivna (vedenje, pri katerem se postavite zase, ob tem ne kršitev pravic drugih)

2. Kakšne motnje in nesporazumi se po vašem mnenju največkrat pojavljajo pri delu s pacienti?
-
-

3. Kje je po vašem mnenju razlog motenj in nesporazumov v komunikaciji? Pri vsaki trditvi podajte oceno – označite od 1 (največkrat) do 4 (najmanjkrat).

- a. V pacientu.
- b. V izvajalcu zdravstvene nege.
- c. V komunikacijski poti.
- d. V načinu komunikacije.

3.1 Zakaj tako mislite?

4. Zakaj se po vašem mnenju pojavijo motnje in nesporazumi v komunikaciji med zdravstvenimi delavci in pacienti?

5. Spodaj so zapisane trditve o komunikaciji. Od 1 do 5 (1 pomeni »sploh ne drži«, 5 pomeni »popolnoma drži«) označite, koliko drži za vas trditev v skladu z vašim poklicnim delovanjem.

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

	TRDITVE	OCENA				
		1	2	3	4	5
1	Pacienta pozorno poslušam in mu dam to tudi vedeti (uporabljam tudi nebesedno komunikacijo).					
2	S pacientovimi željami se strinjam in mu tudi ugodim, saj ne želim, da imajo o zdravstvu nasploh slabo luč in ne želim provocirati slabe volje.					
3	Ker je od prvega stika odvisna celotna obravnava pacienta, se vedno potrdim in do pacient pristopim z dobro voljo.					

	TRDITVE	OCENA				
		1	2	3	4	5
4	Pri razvoju nesporazumov v komunikaciji je pomemben prvi pristop zdravstvenega delavca do pacienta.					
5	Pri komunikaciji zdravstvenega delavca in pacienta se pojavi refleksivno obnašanje (kakor se bo obnašal pacient do mene, se bom tudi jaz do njega).					
6	Moja komunikacija s pacientom je odvisna od odnosa pacienta do mene.					
7	Na mojo komunikacijo do pacienta vpliva okolje, v katerem deluje.					
8	Če pride do nesporazuma, ga želim rešiti brez dodatnih zapletov. Želim izvedeti, kje je do zapleta prišlo in to tudi rešiti.					
9	Ko pride do motnje v komunikaciji med menoj in pacientom, na pomoč pokličem sodelavca in skupaj poskusimo najti rešitev, ki ustreza obema.					
10	Velikokrat se pojavijo nesporazumi med mano in pacientom.					
11	Večkrat so za pojav nesporazumov in motenj v komunikaciji krivi pacienti in ne zdravstveni delavci.					
12	Če bi imeli več časa za pacienta, bi se v manjšem številu pojavile motnje v komunikaciji in nesporazumi.					
13	Zaznavanje in reševanje nesporazumov je skozi leta in delovne izkušnje lažje.					
14	Motnjo v komuniciranju zaznam v dokaj kratkem času in jo želim rešiti čim prej.					

Hvala za sodelovanje!