



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

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**ODNOS MED PACIENTOM IN  
ZDRAVSTVENIMI DELAVCI ZDRAVI –  
IZKUŠNJE PACIENTOV Z DOLGOTRAJNIM  
ZDRAVLJENJEM**

**THE RELATIONSHIP BETWEEN PATIENTS  
AND HEALTHCARE PROFESSIONALS IS A  
HEALING ONE - THE EXPERIENCE OF  
PATIENTS UNDERGOING LONG-TERM  
TREATMENTS**

Diplomsko delo

Mentor: mag. Peter Markič, viš. pred.

Kandidat: Robert Lampret

Jesenice, oktober, 2022

## **ZAHVALA**

Najlepše se zahvaljujem mentorju Petru Markiču, viš. pred., za pomoč, nasvete, potrpežljivost in spodbudne besede pri nastajanju diplomskega dela. Zahvaljujem se tudi Marti Smodiš, viš. pred., za recenzijo in Maji Laznik za lektoriranje diplomskega dela.

Še posebej se za vso podporo in razumevanje zahvaljujem svojim najbližjim, ki so me podpirali in mi stali ob strani. Hvala vsem.

## **POVZETEK**

**Teoretična izhodišča:** Tekom zdravljenja in hospitalizacije je pacient lahko postavljen v težko situacijo, zaradi okrnjenega zdravja in bivanja v zdravstveni ustanovi, kjer je oddaljen od svojcev in domačega okolja. Takrat pa zelo pomembno vlogo odigrajo zdravstveni delavci, ki so v tem času največ prisotni ob pacientu. Namen diplomskega dela je predstaviti izkušnje pacientov z dolgotrajnim zdravljenjem v bolnišnici.

**Cilj:** Ugotoviti smo želeli, kako so določena ravnanja v procesu dolgotrajnega zdravljenja pacientom pomembna, na kaj so pozorni, kako dojemajo svet okoli njih in kakšna je vloga ter pomen odnosov med zdravstvenim osebjem in pacientom.

**Metoda:** Delo temelji na deskriptivni metodi kvantitativnega raziskovanja, v kateri smo uporabili metodo anketiranja v obliki strukturiranega vprašalnika dostopnega na spletu. Elektronsko smo ga posredovali predsednikom društev, ki so ga posredovali članom: Društvo bolnikov s krvnimi boleznimi, Koronarni klub Savinjske doline Žalec, Društvo onkoloških bolnikov Slovenije in še društvo, ki združuje kronične bolnike, vendar je želelo ostati anonimno. Vprašalnik je izpolnilo 110 anketirancev. Podatki so bili obdelani s pomočjo statističnega programa SPSS; uporabili smo osnovno deskriptivno statistiko.

**Rezultati:** Rezultati raziskave so pokazali, da se 50,91 % anketiranim zdi odnos zdravstvenega osebja zelo pomemben za izid pacientovega zdravljenja. Kar 56,36 % je najpomembnejši odnos z medicinsko sestro.

**Razprava:** Ugotovitve naše raziskave so pokazale, da so pacienti pozorni na odnos med njimi in strokovnim osebjem, s katerim so v stiku, medtem ko zdravijo svoje bolezni ali poškodbe in da jim je le ta pomemben. Ugotovitve raziskave so skladne z literaturo.

**Ključne besede:** medosebni odnosi, komunikacija, empatija, celostna obravnava pacienta

## SUMMARY

**Theoretical background:** During treatment and hospitalization, a patient may find themselves in a difficult situation due to impaired health and living in a medical institution away from relatives and the home environment. At that time, a very important role is played by healthcare professionals, who spend the most time with the patient during this time. The aim of this thesis is to present the experience of patients undergoing long-term treatment in hospitals.

**Goals:** We wanted to find out how certain behaviors in the process of long-term treatment are important to patients, what they pay attention to, how they perceive the world around them and what are the role and importance of the relationship between health care staff and patients.

**Method:** The work is based on a descriptive method of quantitative research, in which we used the method of questionnaires in the form of an online written structured questionnaire. Was distributed to members of 4 societies (Society of patients with blood diseases Slovenia, Coronary Club Savinjska dolina Žalec, Cancer Patients's Association of Slovenia and another association that joins chronic patients but wished to remain anonymous). Data was processed using the SPSS statistical software; we used basic descriptive statistics.

**Results:** The results of the research showed that 50.91% of the respondents think that the attitude of the medical staff is very important for the outcome of the patient's treatment. As much as 56.36% consider the relationship with the nurse to be the most important.

**Discussion:** The findings of our research have shown that patients pay attention to the relationship between them and the professional staff they are in contact with while they are being treated for their illnesses or injuries, and that this is important to them. The research findings are consistent with the literature.

**Key words:** interpersonal relationships, communication, empathy, holistic treatment

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL.....</b>	<b>3</b>
2.1	MEDOSEBNI ODNOSI .....	3
2.2	KOMUNIKACIJA .....	3
2.3	ČUSTVENA INTELIGENCA .....	4
2.4	KOMUNIKACIJA IN ODNOSI MED PACIENTI IN ZDRAVSTVENIM OSEBJEM.....	5
2.5	EMPATIJA .....	8
2.6	HOLISTIČNI PRISTOP V ZDRAVSTVENI NEGI.....	8
2.7	OBRAVNAVA PACIENTOV S KRONIČNO BOLEZNIJO .....	9
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL .....</b>	<b>12</b>
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	12
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	12
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	12
3.3.1	Metode in tehnike raziskovanja .....	12
3.3.2	Opis merskega inštrumenta.....	13
3.3.3	Opis vzorca .....	13
3.3.4	Metode obdelave podatkov .....	14
3.4	REZULTATI .....	14
3.5	RAZPRAVA.....	23
3.5.1	Omejitev raziskave .....	28
3.5.2	Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo .....	28
<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK.....</b>	<b>29</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA.....</b>	<b>30</b>
<b>6</b>	<b>PRILOGE.....</b>	<b>36</b>
6.1	INSTRUMENT.....	36

## KAZALO SLIK

Slika 1: Spol anketirancev .....	14
Slika 2: Starost anketirancev .....	15
Slika 3: Razlog dolgotrajne obravnave.....	16
Slika 4: Trajanje zdravljenja.....	16
Slika 5: Ocena pomembnosti ravnanj za vzdrževanje dobrih odnosov .....	17
Slika 6: Vloga odnosov med osebjem in pacienti .....	18
Slika 7: Pomen odnosov med pacientom in osebjem .....	19
Slika 8: Odnos z zdravstvenim osebjem.....	20
Slika 9: Vloga pogovora z zdravstvenim osebjem .....	21
Slika 10: Česa je pacientom manjkalo tekom zdravljenja? .....	23

## 1 UVOD

Zaposlitev v zdravstveni ustanovi prinaša pester in dinamičen poklic. Zaposleni so vsakodnevno priča različnim situacijam in dogodkom, ki so povezani z zdravstvenim stanjem posameznika. Pri svojem delu se srečujejo s pomembnimi dogodki za posameznika, kot so rojstvo, bolezen, poškodbe, umiranje in tudi smrt. Priča so lepim kot tudi manj lepim tragičnim dogodkom. Ob tem so medosebne interakcije z vsemi vključenimi v dogajanje neizbežne. Posameznik medicinske, zdravstvene in tehnične stroke vstopa tako ali drugače v posameznikovo intimno (telesno, psihično in fizično) okolje. Narava njihovega dela je takšna, da se pogosto srečujejo tudi z etičnimi vprašanji, dilemami, stiskami in odločitvami, pri čemer je njihova odločitev večkrat prepuščena moralni drži, prepričanjem in vrednotam (Černoga & Bohinc, 2009).

Predvsem pri dolgotrajnejših okrevanjih v bolnišnicah ali zdravljenju na domu ob nadzoru zdravstvene in medicinske stroke lahko govorimo o vzpostavitvi medosebnih odnosov med deležniki procesa zdravljenja. Človekova osebnost je skupek vedenjskih, telesnih in duševnih lastnosti. Zato se v moderni klinični praksi stremi k temu, da se pri zdravljenju uporablja bio – psiho - socialni model. Ta zahteva interdisciplinaren pristop k pacientu, pri čemer sodelujejo strokovnjaki različnih področij (Richardson, et al., 2015).

Omenjeni model je t.i. več segmentni model, ki združuje socialne, biološke in psihološke dejavnike bolezni in zdravja (Pate, 2016). Le-ti so v stalni medsebojni povezanosti. Gre za vključevanje systemske teorije v biomedicinsko oskrbo pacientov, pri čemer poudarjamo pacientovo doživljanje in izkušnje, s katerimi ima posameznik opravka (npr. okolje, odnosi itd.). Dejstvo je, da je človek zgrajen iz več podsistemov (nevrološkega, kardiovaskularnega, prebavnega itd.), ki so med seboj urejeni po hierarhiji in so povezani. Zdravstveno stanje posameznika je zato odsev neprestanih medsebojnih učinkov na makroravni (pomoč in podpora okolja, dolgotrajno stanje depresije, daljša anksioznost) in na mikroravni (celične okvare, porušeno kemijsko ravnovesje). Bolezen pa se ne dotakne samo pacienta, ampak postane del njegove družine. Posameznik in člani njegove družine se počutijo nemočne, zavedno ali nezavedno spremenijo njihov življenjski slog, vloge, družinska pravila, spremeni se družinska hierarhija.

Spremeni se tudi status posameznika v družini, zaradi bolezni se čuti vpliv na finančno, socialno in duhovno stanje družine. (McDaniel., et al. 2005).

Vsako zdravljenje bolezni ali poškodbe povzroči pri osebi nelagodni občutek, neželeno situacijo, ki od vsakega posebej zahteva določeno mero moči, poguma, samozavesti in energije. Med vsemi profili, ki jih pacient sreča na poti svojega zdravljenja, poteka glede na raziskave največ interakcije z medicinsko sestro. Ugotavlja se, da je vloga medicinske sestre v smislu medosebnih odnosov bolj izražena kot pri drugih profilih. Je v neprestani interakciji s pacientom, mu posreduje navodila, usmeritve in s pristnim partnerskim odnosom pomaga prebroditi zdravstveni izziv. Raziskave razkrivajo, da je veččinam komuniciranja in psihološke obravnave pacientov smiselno namenjati veliko pozornosti (Baile, 2020).



## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 MEDOSEBNI ODNOSI

»Medosebni odnosi so odnosi med dvema ali več osebami, za katere je značilna močna in raznolika soodvisnost, ki traja dlje časa« (Ule, 2009, str. 316). Odnos se razvije s pomočjo določenih faz, ki so izbira, pogajanje, sporazum, zavezanost in institucionalizacija (Ule, 2009). Človeka definirajo unikatna osebnost, razmišljanja in njegova mnenja. Vsaka oseba ima svoje razmišljanje, navade, sooča se s svojimi problemi in izzivi (Hajdinjak & Meglič, 2012).

Temeljna značilnost odnosov je soodvisnost. Soodvisnost »je oblika komuniciranja, pri kateri vsa dajanja ene osebe vplivajo na dajanje druge osebe« (Ule, 2009, str. 321) V tem sklopu omenimo še vzajemnost. »Vzajemnost pomeni veliko soodvisnost, pri čemer ljudje enako sodelujejo pri oblikovanju odnosa, dajanju čustvenih in mentalnih podpor, samoodprtosti in zaupanju« (Ule, 2009, str. 321).

### 2.2 KOMUNIKACIJA

»Komuniciranje je dinamičen interakcijski proces, ki sloni na skupnem socialnem znanju vseh vpletenih v komunikacijski proces« (Ule, 2009, str. 15).

Besedna komunikacija je pomembna za ljudi, saj na takšen način izmenjujemo informacije. V tem procesu se poslužujemo govornih ali napisanih besed, večinoma se eno dopolnjuje z drugim. Pri verbalni komunikaciji ne moremo izraziti občutkov, zato se le ta kombinira z neverbalno komunikacijo. Včasih se izrazimo samo z neverbalno komunikacijo tj. s kretnjo ali držo telesa. Tako kombinacija obojega, izgovorjena beseda in ob tem nakazana kretnja ali ton izgovorjave da izgovorjenemu določeno težo (Perušek, et al., 2013). Nebesedna komunikacija včasih razkrije pristne občutke in stališča v zvezi z določeno tematiko, ki bi jih sicer želeli zadržati zase. Neželjeno razkritje občutkov (strahu, negotovosti, obupa in drugih) večkrat izniči izgovorjeno in povzroči pri pacientu nemir, nelagodje in strah.

Terapevtska komunikacija je medosebni vzajemni odnos, v našem primeru med kroničnimi pacienti in zdravstvenim osebjem, v katerem je osebje naravnano na njihove potrebe. Z vzpostavljenim terapevtskim odnosom osebje prepoznava pacientove glavne strahove in skrbi in ji jim je hkrati v oporo in pomoč. Sestavni elementi terapevtske komunikacije so: vzpostavljen očesni kontakt s pacientom, aktivno poslušanje in opazovanje, ustrezna raba telesnega dotika, varovanje življenjskega prostora vsakega udeleženca v stiku in spoštovanje pravice do samoodločitve (Rakovec Felser, 2009).

Komuniciranje zahteva sodelovanje vseh udeleženi. Temeljno pravilo, ki ga je treba upoštevati pri komuniciranju, je, da moramo upoštevati drugega oziroma se moramo prilagajati. V sodobnem svetu in trenutnih kriznih razmerah je priporočeno podporno komuniciranje, takšno ki nas nagovarja, neguje in ohranja kot človeška bitja. Je oblika besednega in nebesednega komuniciranja, ki ima namen pomagati tistim, za katere zaznamo, da potrebujejo podporo in pomoč. Učinkovito podporno komuniciranje povečuje kakovost vsakdanjega življenja in povezuje ljudi, izraža visoka etična načela, kot so skrb za drugega, odgovornost, zaupanje, empatija in sočutje (Ule, 2009).

### **2.3 ČUSTVENA INTELIGENCA**

Pred približno dvajsetimi leti sta avtorja Salovey in Mayer prvič predstavila pojem čustvene inteligence. S tem pojmom sta izrazila skupek človekovih lastnosti kot so zmožnost se vživeti, biti samozavesten in obvladati čustva. Tukaj ne govorimo o podedovanih lastnostih ampak o nečem abstraktnem, ki se ga učimo celotno življenje. Mayer s sodelavci (2008) je prikazal definicijo čustvene inteligence in jo razdelili v pet osnovnih sposobnosti (zavedanje samega sebe, zmožnost obvladovanja čustev, spodbujanje samega sebe, prepoznavanje čustev drugih in uravnavanje medosebnih odnosov). V literaturi zasledimo še več teorij čustvene inteligence, katerim je bolj ali manj podobna razlaga. Čustvena inteligenca se je od njene definicije pa do danes začela pojavljati kot nov koncept na področju inteligenčnih teorij. Uporabljena je bila zelo učinkovito na področju inovacij v izobraževanju, psihološkem področju in razvoju organizacijske stroke. Raziskave na področju čustvene inteligence kažejo povezanost med visoko inteligenco in višjo uspešnostjo posameznikov, izboljšanimi

komunikacijskimi spretnostmi, boljše psihofizično počutje zaposlenih, manj odsotnosti z dela zaradi izgorelosti it. (Codier, et al., 2009). Čustveno inteligenco lahko tudi izmerimo s t.i. čustvenim kvocientom (angl. emotional quotient, EQ). EQ lahko razvijamo in se jo celo priučimo. Le zdravstveni delavec z razvito EQ je sposoben učinkovito oceniti potrebe pacienta (Heffernan, et al., 2010). Raziskave s tega področja govorijo v prid razviti EQ, saj vplivajo na sposobnost terapevtskega pogovora v komunikaciji s pacientom, na delovno uspešnost in ter na nudenje empatične zdravstvene nege (Codier, et al., 2010).

## **2.4 KOMUNIKACIJA IN ODNOSI MED PACIENTI IN ZDRAVSTVENIM OSEBJEM**

Čeprav imajo pacienti na splošno zaupanje v zdravstveno nego kot profesijo je razvoj medsebojnega zaupanja med posamezno medicinsko sestro ter pacientom povezan s profesionalnimi ter z osebnostnimi značilnostmi medicinske sestre – sposobnostjo skrbeti za paciente kot osebe, z zavedanjem njihovih resničnih potreb, empatijo, spoštovanjem, senzitivnostjo ter učinkovito komunikacijo (Dinc & Gastmans, 2013).

Komunikacija je vir vsakega uspeha, običajno pa tudi vzrok za neuspeh. Da tim deluje kot homogena celota, je potrebna uspešna notranja komunikacija. S tem se doseže, da bodo vsi člani tima tudi v najtežjih trenutkih delovnega procesa delovali kot eno. O uspešni zunanji komunikaciji pa lahko rečemo, da je ključ do uspeha dobrega sodelovanja kadar želimo da dobro sodelujejo vsi člani razširjenega zdravstvenega tima. Cilj tega bo vsekakor dobra oskrba pacienta na vseh obravnavanih ravneh (Blaj, 2010). Komunikacija v zdravstvu pomeni kompleksen odnos med različnimi ljudmi, ki izhajajo iz različnih okolij, kulture in tudi iz posameznikovih karakternih značilnosti. Zato komunikacija v zdravstvu zahteva širši družbeni pristop, ker je del javnega mnenja, ki se širi in živi v družbi. Zatorej se morajo zaposleni na področju zdravstva zavedati pomena komunikacije v odnosu do pacienta in sodelavcev (Leskovic, 2014). Iskrena in odprta komunikacija je zelo pomembna za dobro sodelovanje vseh vpletenih v procesu oskrbe pacientov. Za uspešno in enotno zdravstveno nego je potreben spoštljiv in korekten odnos, ki vpliva na kakovostno in varno opravljanje dela s pacienti.

Medsebojni odnosi so pomemben motivacijski dejavnik za uspešno opravljanje vsakdanjega dela zaposlenih v zdravstveni negi (Rešetič, 2014).

Dejstvo je, da je človek biopsihosocialno bitje, ki ga prevevajo tudi duhovne prvine, zato je neprimerno, da bi izvajalce zdravstvene oskrbe zanimali samo njegovi telesni problemi. Potrebno in nujno je, da se vsakega posameznika jemlje kot celoto (Filej & Kaučič, 2015). Pomemben sestavni del kakovosti zdravstvene nege je upoštevanje temeljnih človekovih pravic, predvsem varovanje osebne integritete in dostojanstva pacienta (Kumer, 2014).

Pacienta s kronično boleznijo kaže obravnavati celovito. Življenjski dogodki, težave in (ne)ustrezna ali (ne)zadovoljiva socialna podpora gotovo vplivajo na zdravje, vendar imajo središčno vlogo osebnostne značilnosti, zlasti pa predhodno zdravstveno stanje in narava posameznikovih strategij obvladovanja stresa. Posebno pozornost bi kazalo posvetiti socialni podpori pri pacientu s kronično boleznijo saj gre za tisti pomembni psihosocialni dejavnik, ki vpliva na zdravje oziroma zmanjšuje verjetnost slabšanja bolezni, obseg vpliva pa določajo številni drugi dejavniki, zlasti tisti, lastni posamezniku (Selič, 2010). Ko govorimo o celostni obravnavi pacienta, se pri tem upošteva njegove biološke, psihološke, socialne in duhovne plati, kar imenujemo holističen pristop. To poenostavljeno pomeni, da medicinska sestra in ostali deležniki v procesu zdravljenja pacienta pomagajo oboleli oz. poškodovani osebi, da se razvija kot celota. Avtorici Fink & Kobilšek (2012) še navajata, da holističen pristop predstavlja celovito oskrbo pacienta. Pri tem se zagovarja, da posameznik ni samo telo, ampak veliko več od tega, poleg zdravljenja z zdravili holistika priznava širok nabor ukrepov v procesu zdravljenja.

Pomembno je izobraževanje pacienta, komunikacija, pacientovo sodelovanje v procesu zdravljenja, predstavitev možnih dopolnilnih metod zdravljenja in podobno. Pozitiven doprinos k uspešnosti rehabilitacije pacienta je obravnavna, priznavanje in upoštevanje njegovih misli, čustev, kulturnega okolja iz katerega prihaja in pacientovo angažiranje ter spoštovanje njegovih mnenj in stališč (Zamanzadeh, et al., 2015). Medicinske sestre so ob posamezniku celi dan, vse dni v tednu. Predstavljajo svojo samopodobo in predstavo, ki jo imajo o sebi, svoje človeške lastnosti (prirojene in pridobljene), čustveno zrelost in humanost.

Pomemben del pri tem predstavlja tudi profesionalizem, saj je skozi delo medicinskih sester zaznati interes in skrb za posameznika. Pacient je v središču zdravstvene nege (Salmond & Echevarria, 2017). Medicinske sestre skrbijo za paciente in pomagajo pri obvladovanju telesnih potreb, preprečevanju bolezni in zdravljenju zdravstvenih stanj. Če želijo to narediti, morajo pacienta opazovati in spremljati ter zabeležiti vse ustrezne podatke, ki bodo pomagali pri odločanju o zdravljenju. Med celotnim postopkom zdravljenja spremljajo napredek pacienta in ravnajo v skladu z njegovimi interesi. Odgovorne so za celostno oskrbo pacientov, ki zajema psihosocialne, razvojne, kulturne in duhovne potrebe posameznika (Lowe, et al., 2013).

To je še posebej pomembno, ker pacienti pogosto ne razumejo zdravstvenih situacij in ravnajo tako, kot bi običajno. Vloga medicinskih sester je, da podpirajo pacienta in ves čas zastopajo njegove koristi, zlasti pri sprejemanju odločitev o zdravljenju (Hendriks, et al., 2014). Prav one so neposredno vključene v proces odločanja o zdravljenju pacientov. Pomembno je, da so sposobne kritično razmišljati pri ocenjevanju pacientovih znakov in ugotavljanju možnih težav, saj bodo le na takšen način lahko predlagale ustrezna priporočila in ukrepe. Ker so drugi zdravstveni delavci, na primer zdravniki ali specialisti, običajno zadolženi za sprejemanje končnih odločitev o zdravljenju, bi morale biti medicinske sestre sposobne učinkovito posredovati informacije o zdravju pacientov, saj so zaradi stalnega spremljanja njihovih znakov in simptomov najbolj seznanjene s situacijo posameznega pacienta. Morale bi sodelovati z drugimi člani medicinske ekipe za doseganje najboljših rezultatov zdravljenja (Heale, 2012).

Medicinske sestre so odgovorne tudi za to, da pacienti po svojih najboljših močeh razumejo svoje zdravje, bolezen, zdravila in zdravljenje. To je bistveno predvsem takrat, ko so pacienti odpuščeni iz bolnišnice in morajo prevzeti nadzor nad svojim zdravljenjem. Zato je zelo pomembno, da si medicinska sestra vzame čas, da pacientu in njegovi družini ali negovalcu razloži, kaj naj storijo in kaj lahko pričakujejo, ko zapustijo bolnišnico ali ambulanto. Poskrbeti morajo tudi, da se pacient počuti podprto in ve, kje naj poišče dodatne informacije (Trehearne, et al., 2014).

## 2.5 EMPATIJA

Kot navajajo Allan s sodelavci (2016) je empatija možna le pri človeku, ki ima pozitivno samopodobo. Pri empatiji gre za sposobnost, ki posamezniku omogoča čutenje, dojetje in povzemanje stanja, ki ga doživlja oseba, s katero je v stiku. Intuitivno bi lahko rekli, da je empatija lastnost posameznika, ki mu je bila položena v zibelko. Vendar pa čisto ne, saj je empatija tudi rezultat učenja in skupek izkušenj posameznika, ki jih je pridobil iz različnih situacij, v katerih se je znašel tekom življenja. Strokovnjaki navajajo empatijo kot večdimenzionalen koncept, ki vključuje kognitiven, čustven in etičen vidik.

Simpatija in empatija sta dve različni veličini. Empatičnost pomeni, da smo sposobni zaznati in razumeti pacientovo bolečino, prepoznati da ga je strah, identificirati njegova čustva, misli, se zavedati problemov in izzivov. Simpatija pa opredeljuje aktivnosti, pri katerih se pacienta razbremeni na način, da njegovo pozornost preusmerimo na pozitivne stvari. Gre za opozarjanje na tiste vsebine pacienta, ki kažejo na zdrav del psihičnega, socialnega in telesnega stanja (Stamos & Lunaček, 2012).

Ukvarjanje z razpoloženjem drugih ljudi, ustvarjanje občutkov zadovoljstva, pripadnosti, povezanosti, zaupljivosti je pri dajalcih emocionalnega dela povezano z njihovimi lastnimi emocijami, ki se sprožajo ali pa potlačujejo. Tudi ko se profesionalno ukvarjamo s čustvi drugih ljudi, uporabljamo lastna čustva kot pogoj in medij v procesu dela. Nudenje emocionalne opore drugi osebi pomeni investiranje lastne energije, časa in prizadevanja z namenom ustvarjanja izboljšanja doživljanja ali vzbujanja prijetnih sprememb pri drugi osebi (Hrovatič, 2010).

## 2.6 HOLISTIČNI PRISTOP V ZDRAVSTVENI NEGI

S holističnim pristopom je možno temeljito obravnavati pacienta in poleg klasičnih metod zdravljenja dopušča vrsto drugih alternativnih in komplementarnih metod, ki se jih pacienti ob primerni podpori zdravstvenega in medicinskega osebja oprimejo v želji po njihovi telesni in psihični rehabilitaciji (Papathanasiou, et al., 2013). Veliko vidikov je, ki jih je potrebno upoštevati v procesu k pacientu usmerjene obravnave.

Med njimi avtorji navajajo spoštovanje človekovih vrednot, umeščanje pacienta v središče oskrbe, upoštevanje pacientovih potreb, koordiniranje in integracija oskrbe. Pomembna je tudi dobra in primerna komunikacija, redno informiranje in kvalitetno izobraževanje, glede na pacientove zmožnosti zagotavljanje fizičnega udobja in varnosti, zadostna čustvena podpora, čim hitrejšo vključevanje družine in prijateljev. (Hin, 2016). Holistična paradigma se je razvila z vključevanjem idej filozofije, sistemske teorije in holističnega procesa oskrbe. Medicinska sestra pomaga drugi osebi, da se razvija kot celota, da so skladni njegovo telo, razum in duša (Filej, 2014).

V letu 2007 se je zgodila prelomnica, saj je Ameriško združenje medicinskih sester (ANA - American Nurses Association) priznalo zdravstveno nego po principu holistike kot specialnost v stroki (Filej & Kaučič, 2015). Dandanes tovrsten pristop ne predstavlja več novosti, ampak je standardna metoda, s katero lahko osebje, vključeno v pacientovo obravnavo, pozitivno pripomore h kakovostnejši obravnavi pacienta (Jasemi, et al., 2017).

K pacientu usmerjena oskrba ne pomeni, da nudimo pacientom to kar si želijo, temveč jim pomagamo, da razmislijo o svojih odločitvah, vrednotah, družinskih razmerah, socialnem okolju in življenjskem stilu, pomeni, da vidimo paciente kot posameznike in skupaj z njimi razvijemo ustrezne rešitve. Zaradi navedenega bi bilo nujno, da zdravstvene in druge službe postanejo bolj fleksibilne, da bi prepoznale pacientove potrebe na način, ki bi bil najboljši za njega. To pomeni, da moramo intenzivirati delo s pacientovimi svojci in njegovimi družinami, da bi našli najboljši način oskrbe. Filozofija navedenega koncepta je jasna: »izvajati oskrbo s pacienti in ne za njih« (Anon, 2019).

## **2.7 OBRAVNAVA PACIENTOV S KRONIČNO BOLEZNIJO**

S podaljševanjem pričakovane življenjske dobe Slovencev in Slovenk, se v populaciji pojavlja tudi več dolgotrajnih in počasi napredujočih bolezni. S pridevnikom »kronični« opisujemo lastnost, ki se počasi razvija in dolgo traja, s pojmom »kronične bolezni« pa vsako bolezen, ki traja določeno obdobje in po navadi se preneha, vendar se njej potek lahko spreminja (Softič, et al., 2011). S pojavom kronične bolezni se pacientu življenje bistveno spremeni.

Delovanje v okolju je omejeno, spremeni se družbeni položaj, tako v delovnem kot v domačem okolju. Ogrožena je dosedanja vloga v družbi. Pacientovo doživljanje bolezni je odvisno od kulturnih vrednost in osebnih prepričanj, predvidevanj ter pričakovanj o svojem telesu (Abrazović, et.al., 2012).

Človek, ki ga doleti dolgotrajna kronična bolezen, je soočen z oviro, ki se ga dotakne fizično, psihološko in socialno. V osnovi je prizadeto človekovo telo, bolj kot to pa večkrat tudi njegovo občutenje, sprejemanje okolice, njegova čustva in socialne odnose. Ustaljen način in preživljanje vsakdanjega življenja je večkrat spremenjen. Spremeni se tudi način doživljanja samega sebe. Življenje postane negotovo. Samopodoba postane ranljiva. Ko se človek spopada s kronično boleznijo, se ne sreča samo z oslabljenim telesom ter bolečinami. Nastanejo tudi psihične in socialne posledice, ki jih prinese bolezen. Pojavi se negotovost, strahovi povezani z boleznijo, obstojem, kaj bo v prihodnje, spremenjen odnos do sebe in do sveta okoli itd. Omenjene posledice včasih še bolj obremenjujejo pacienta kot samo telesno stanje. Kronična bolezen terja od človeka, da je dolgo časa – včasih celo življenje – postavljen v vlogo pacienta. Tako se oseba znajde v trajnem položaju bolnega posameznika, ki je obdan z zdravimi ljudmi, kjer je biti zdrav moralna in družbena norma (Blaj, 2010). Kronične nenalezljive bolezni na letni ravni terjajo več kot 36 milijonov smrtnih žrtev. Od tega srčno - žilne bolezni terjajo večino s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi povezanih smrti, ali 17.3 milijona ljudi letno, sledijo smrti zaradi različnih vrst raka (7.6 milijonov), bolezni dihalnega sistema (4.2 milijonov) in sladkorne bolezni (1.3 milijonov).

Te štiri skupine bolezni povzročijo okrog 80 % vseh z nenalezljivimi kroničnimi boleznimi povezanih smrti. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) jih je razdelila med štiri dejavnike tveganja: uporaba tobaka, fizična neaktivnost, škodljiva uporaba alkohola in nezdrave prehranjevalne navade (World Health Organization (WHO), 2013).

Omenjena obolenja še vedno predstavljajo glavni vzrok prezgodnje umrljivosti in obolevnosti v Evropi. To neposredno vpliva na dvig stroškov, ki so s tem povezani, in na obremenjenost zdravstvene službe. Vse več pacientov s kroničnim obolenjem pomeni dodaten izziv za izvajalce zdravstvene in babiške nege.



Kadar nastopi bolezen:

- Najprej nastopi šok, ko pacienti spoznajo resnost njihove bolezni in strah, ki se s tem pojavi
- Nadalje sledi zavračanje bolezni, ki se pojavi po tem ko mine začetna faza. Pacient je ob tem prestrašen, zmeden, zanika resnost situacije
- V naslednji fazi se pri pacientu pojavi jeza. Navadno je to posledica spoznanja, da so nemočni proti bolezni. V tej fazi običi veliko pacientov. Ne morejo se znebiti občutka krivde, so žalostni itd. Pojavijo se tudi depresije – še posebno takrat ko ugotovijo da se njihovo stanje tekom zdravljenja ni izboljšalo ali pa se je celo poslabšalo.
- V zadnji fazi pa govorimo o sprejemanju bolezni. Pacienti se z njo sprijaznijo in sprejmejo, da morajo zaradi zdravstvenega stanja živeti drugače kot so pred boleznijo (Blaj, 2010).

### **3 EMPIRIČNI DEL**

#### **3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA**

V teoretičnem delu je bil namen predstaviti odnos med pacienti in zdravstvenimi delavci. Z raziskavo želimo ugotoviti in preučiti, kakšne izkušnje so imeli pacienti tekom zdravljenja z zdravstvenim osebjem pri dolgotrajnem zdravljenju.

Cilji diplomskega dela so:

- Raziskati pomembnost ravnanj za vzdrževanje dobrih odnosov med zdravstvenim osebjem in pacientom v procesu zdravljenja.
- Ugotoviti vlogo in pomen odnosov med zdravstvenim osebjem in pacientom tekom njihovega zdravljenja.
- Ugotoviti oceno pogovora z zdravstvenim osebjem v procesu njihovega zdravljenja.

#### **3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

Na podlagi ciljev smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kako pomembna so navedena ravnanja za vzdrževanje dobrih odnosov med zdravstvenim osebjem in pacientom v procesu zdravljenja?
2. Kakšno vlogo in pomen pripisujejo pacienti odnosom z zdravstvenim osebjem tekom njihovega zdravljenja?
3. Kako pacienti ocenjujejo pogovor z zdravstvenim osebjem v procesu svojega zdravljenja ?

#### **3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA**

##### **3.3.1 Metode in tehnike raziskovanja**

Empirični del diplomskega dela smo izvedli s pomočjo deskriptivne metode kvantitativnega raziskovanja.

Izvedli smo anketo med ciljno populacijo z osebami, ki so bile dolgotrajno hospitalizirane. Diplomsko delo sestavljata teoretičen in empiričen del, vključena je literatura iz obdobja 2009 do 2022. V teoretičnem delu smo raziskali področje medosebnih odnosov in komunikacije v zdravstveni negi ter izkušnje pacientov z dolgotrajnim zdravljenjem. Pregledali smo domačo in tujo literaturo. Članke smo iskali v zbirkah CINAHL, PubMed, MEDLINE, DOAJ in Google učenjaku. Iskali smo s slovenskimi ključnimi besedami »medosebni odnosi«, »komunikacija«, »celostna obravnava pacienta« in »zdravstveno osebje« ter v angleškem jeziku: »interpersonal relationships«, »communication«, »holistic approach« and »healthcare professionals«.

### 3.3.2 Opis merskega inštrumenta

Anketirani so najprej odgovorili na nekaj vprašanj, ki so se nanašala na njihove demografske značilnosti, zdravstveno stanje in na razloge, zakaj so prišli v stik z zdravstvenim sistemom. Za anketni vprašalnik smo uporabili Likertovo lestvico stališč, kar pomeni, da je anketirani označil odnos do pojavov od skrajno slabih pa do skrajno dobrih stališč, s katerimi smo pridobili informacijo o njegovem dojetanju celostne obravnave v zdravstvenem sistemu, o njegovih izkušnjah s komunikacijo in podporo medicinske sestre tekom zdravljenja. V zadnjem sklopu smo zastavili nekaj demografskih vprašanj, s katerimi smo lahko naš vzorec še bolj natančno definirali.

### 3.3.3 Opis vzorca

Na anketna vprašanja je odgovarjalo 110 članov društev, ki združujejo paciente z izkušnjo dolgotrajnega zdravljenja v zdravstveni ali socialno - varstveni instituciji. V našem primeru je šlo za namenski vzorec.

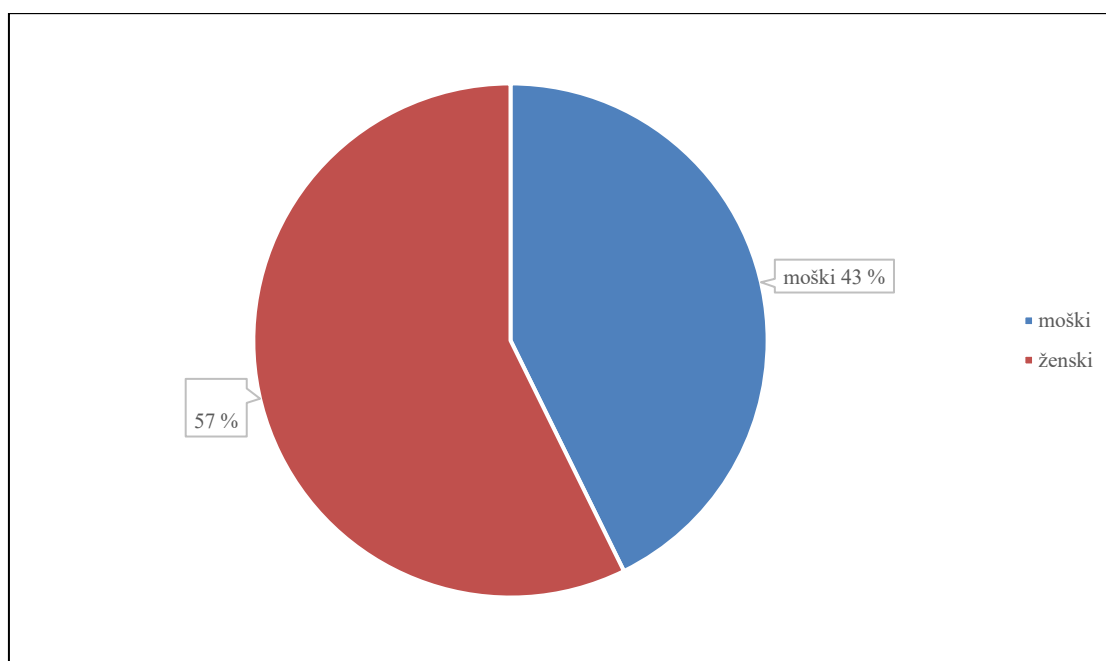
K sodelovanju smo povabili člane društev s kroničnimi obolenji, hujšimi poškodbami ter invalidnostjo (Društvo bolnikov s krvnimi boleznimi, Koronarni klub Savinjske doline Žalec, Društvo onkoloških bolnikov Slovenije in še društvo, ki združuje kronične bolnike, vendar je želelo ostati anonimno).

### 3.3.4 Metode obdelave podatkov

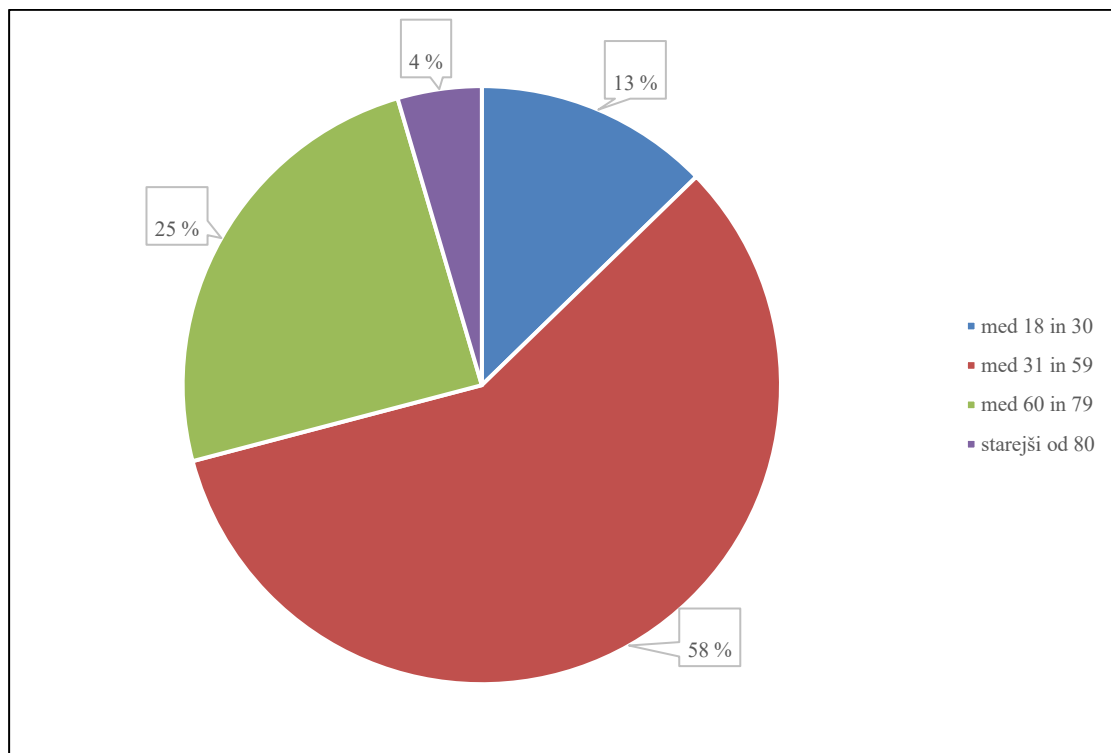
Rešene ankete smo pregledali, jih uredili in nato statistično obdelali. Podatke smo uvrstili v kategorije, ki smo jih nato prikazali v obliki grafikonov (histogrami in strukturni krogi) v programu Office, analitično obdelali, statistična analiza je bila narejena s pomočjo programa SPSS, 20.0. Uporabili smo deskriptivno statistiko in enofaktorsko analizo – ANOVA.

## 3.4 REZULTATI

Slika 1 prikazuje delitev anketirancev po spolu. Moških anketirancev je bila slaba polovica (43 %), dobra polovica (57 %) pa je bila ženskega spola.



**Slika 1: Spol anketirancev**

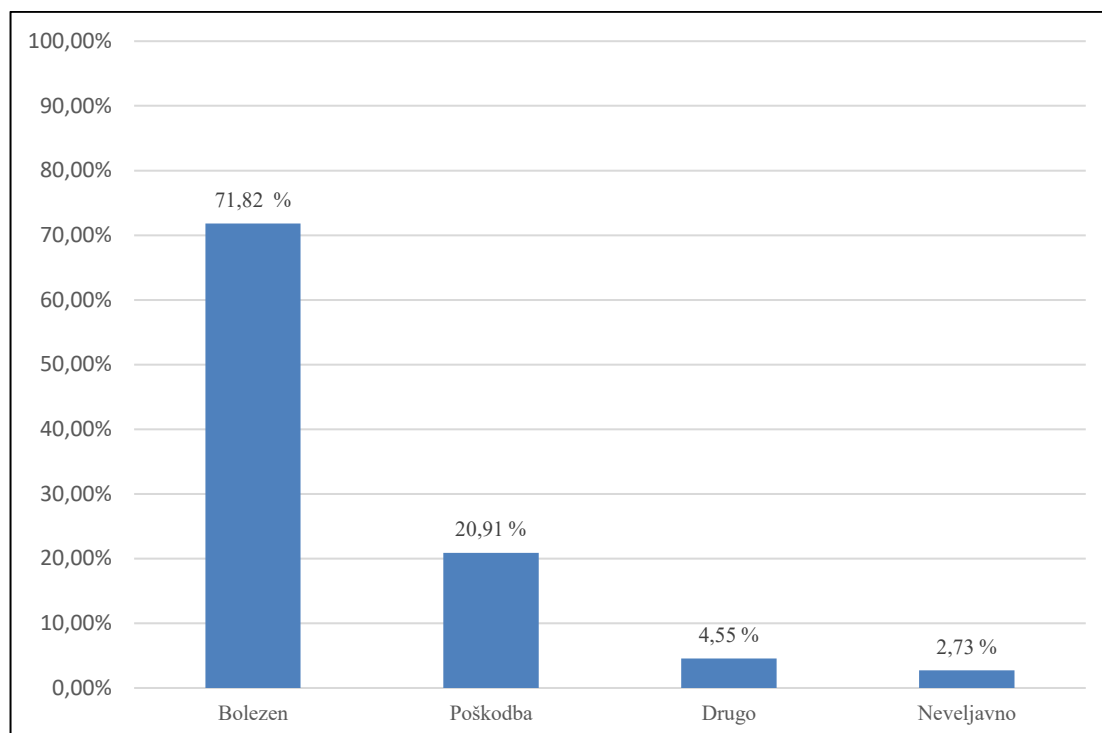


**Slika 2: Starost anketirancev**

Slika 2 prikazuje starostno strukturo anketiranih. Med 18 in 30 leti starosti je bila dobra desetina (13 %), 31 in 59 letom starosti je bilo dobra polovica anketirancev (57 %), med 60 in 79 letom starosti jih je odgovarjala skoraj četrtina (25 %) in le redki (4 %) so bili starejši od 80 let. Povprečna starost anketiranca je bila 48,94 let.

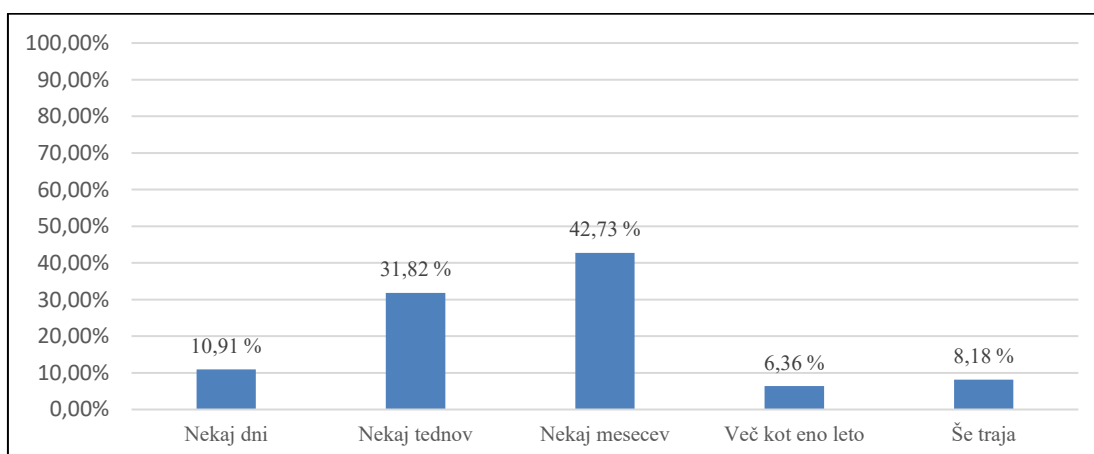
Anketirance smo povprašali, zaradi katerega razloga so se znašli v zdravstvenem sistemu. Slika 3 prikazuje razporeditev sodelujočih v anketi glede na razlog obravnave.

Najpogostejši razlog obravnave je bila bolezen (71,82 %). Petina (20,91 %) je takšnih, ki so bili oz. so še obravnavani zaradi poškodbe, le redki (4,55 %) pa navajajo drug razlog.



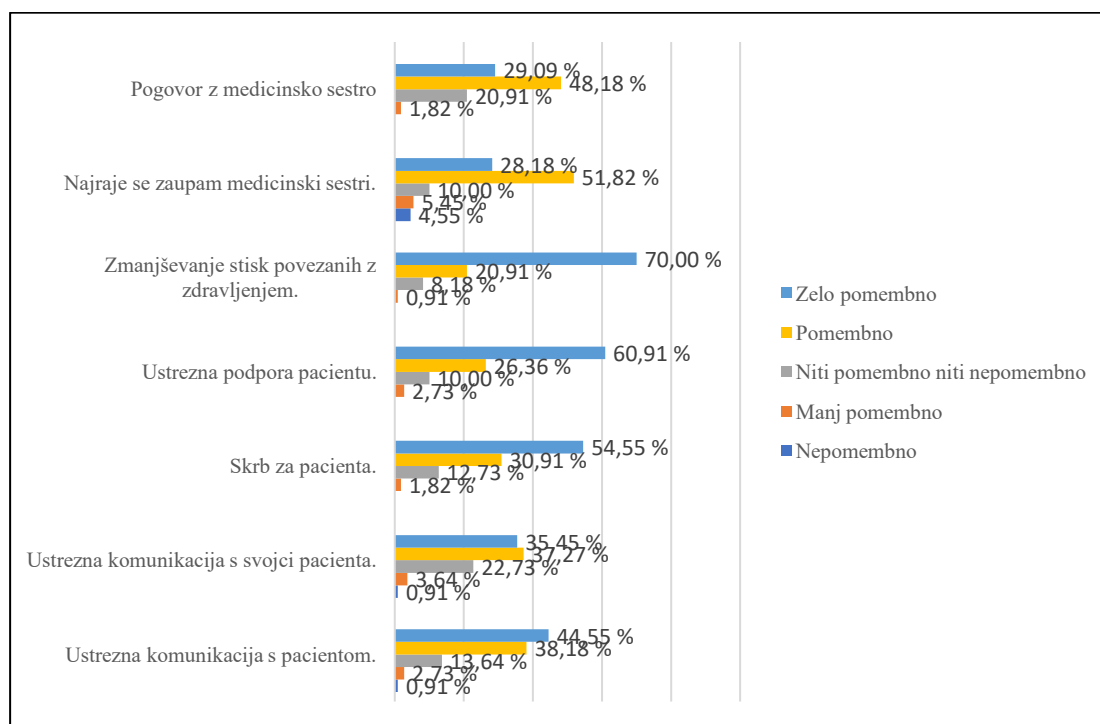
**Slika 3: Razlog dolgotrajne obravnave**

V nadaljevanju nas je zanimalo, koliko časa je trajalo njihovo zdravljenje. Slika 4 prikazuje razporeditev anketiranih glede na trajanje zdravljenja.



**Slika 4: Trajanje zdravljenja**

Pri dobri desetini (10,91 %) je zdravljenje potekalo nekaj dni, pri slabi tretjini (31,82 %) nekaj tednov in skoraj polovici (42,73 %) nekaj mesecev, le pri redkih (6,36 %) je trajalo zdravljenje več kot leto dni oziroma zdravljenje še traja (8,18 %).

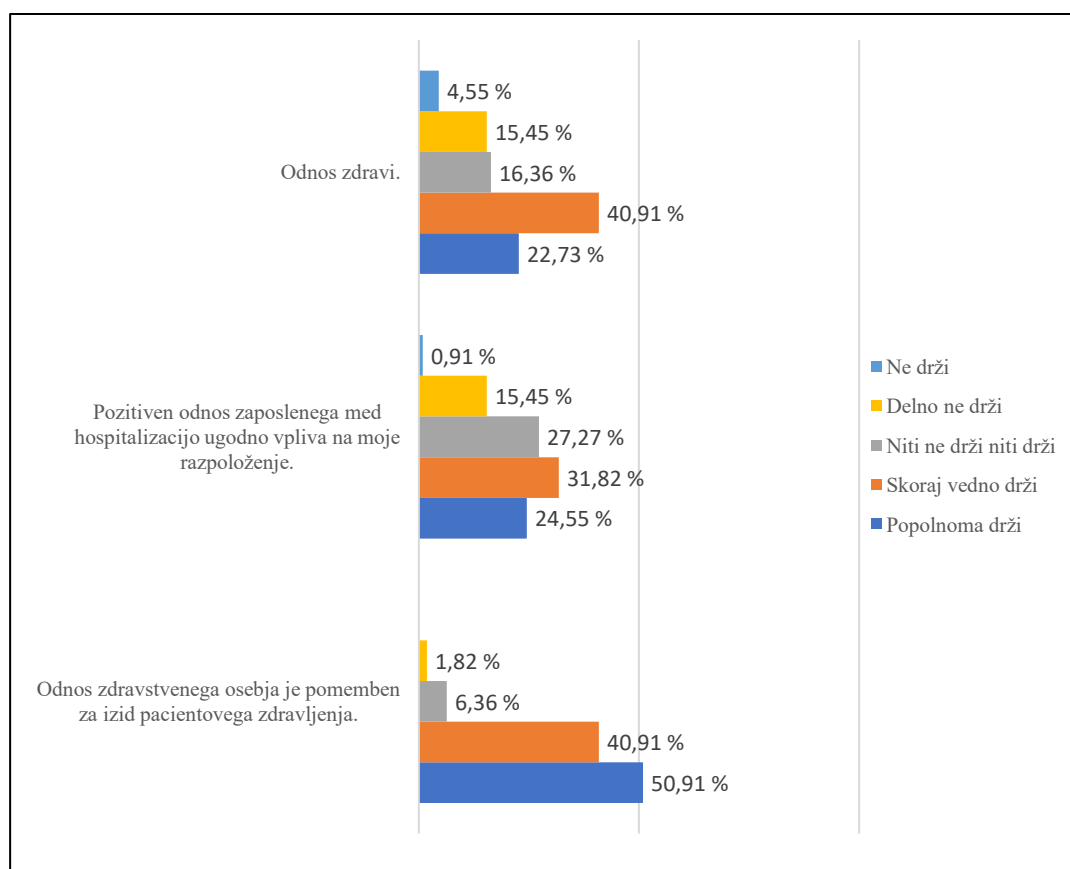


**Slika 5: Ocena pomembnosti ravnanj za vzdrževanje dobrih odnosov**

Skoraj polovici (48,18 %) se zdi pogovor z medicinsko sestro pomemben, slabi tretjini (29,09 %) se zdi to zelo pomembno, nevtralna je dobra petina (20,91 %) in le redkim (1,82 %) se zdi pogovor z medicinsko sestro manj pomemben. Dobra polovica (51,82 %) se najraje zaupa medicinskim sestram, desetina (10 %) jih je glede te trditve nevtralna. Le redki (5,45 %) menijo, da je to manj pomembno ter nepomembno (4,55 %). Zelo pomemben podatek se nam zdi, da skoraj dve tretjini menita (70 %), da je zelo pomembno zmanjševanje stisk povezanih z zmanjševanjem stisk, povezanih z zdravljenjem. Dobri četrtini (20,91 %) se zdi to pomembno, slabi desetini (8,18 %) je glede tega nevtralnega mnenja in le redki (0,91 %), da je to manj pomembno. Tako smo izvedeli, kako zelo pomembni so odnosi tekom zdravljenja. Ustrezna podpora pacienta in zelo pomembna več kot polovici (60,91 %), dobra četrtina (26,36 %) jih meni, da je pomembna, desetina (10 %) jih je nevtralnih in le nekaj (2,73 %) se to zdi manj pomembno.

Skrb za pacienta je zelo pomembna za več kot polovico (54,55 %), za slabo tretjini (30,91 %) pomembna. nevtralnih je dobra desetina (12,73 %) in za redke (1,82 %) je to manj pomembno. Ustrezna komunikacija s pacientovimi svojci je zelo pomembna za več kot tretjino (35,45 %), prav tako za več kot tretjino (37,27 %) pomembna. Nevtralnih je bilo dobra petina (22,73 %) in le nekaj jih je mnenja, da je to manj pomembno (3,54 %) ter nepomembno (0,91 %). Nadalje smo vprašali kako pomembna se jim zdi ustrezna komunikacija s pacientom. Da to zelo pomembno vpliva na hospitaliziranega pacienta, se je odločila skoraj polovica (44,55 %), pomembno - dobra tretjina (38,18 %), nevtralnih je bila dobra desetina (13,64 %) in le redki menijo, da je to manj pomembno (2,73 %) ali nepomembno (0,91 %).

V naslednjem raziskovalnem vprašanju smo anketirane spraševali glede strinjanja z določenimi trditvami glede odnosov tekom zdravljenja. Slika 6 prikazuje odgovore na vprašanja v zvezi z odnosi med zdravstvenim osebjem in pacienti.

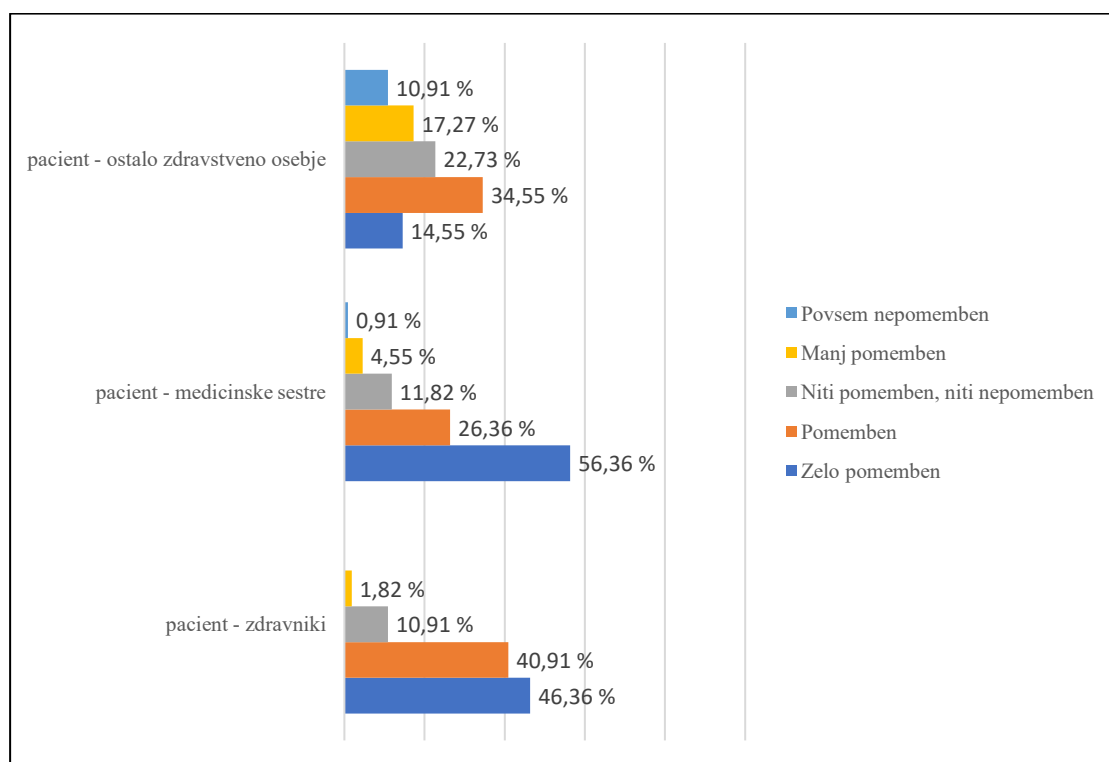


**Slika 6: Vloga odnosov med osebjem in pacienti**



Da odnos zdravi in to skoraj vedno drži, meni slaba polovica vprašanih (40,91 %), skoraj četrtina (22,73 %) pa jih meni, da to popolnoma drži ter le redkim (4,55 %) se zdi, da to ne drži. Da pozitiven odnos zaposlenega med hospitalizacijo ugodno vpliva na pacientovo razpoloženje in to popolnoma drži, dobra petina (22 %) in slaba četrtina (24,55 %) pa, da to skoraj vedno drži. Redki (0,91 %) menijo, da to ne drži. Več kot polovica (50,91 %) jih meni, da popolnoma drži, da je odnos zdravstvenega osebja pomemben za izid pacientovega zdravljenja, manj kot polovica (40,91 %) jih meni, da to skoraj vedno drži in le redki so (6,36 %), ki temu ne pripisujejo pomena ali pa da to ne drži (1,82 %).

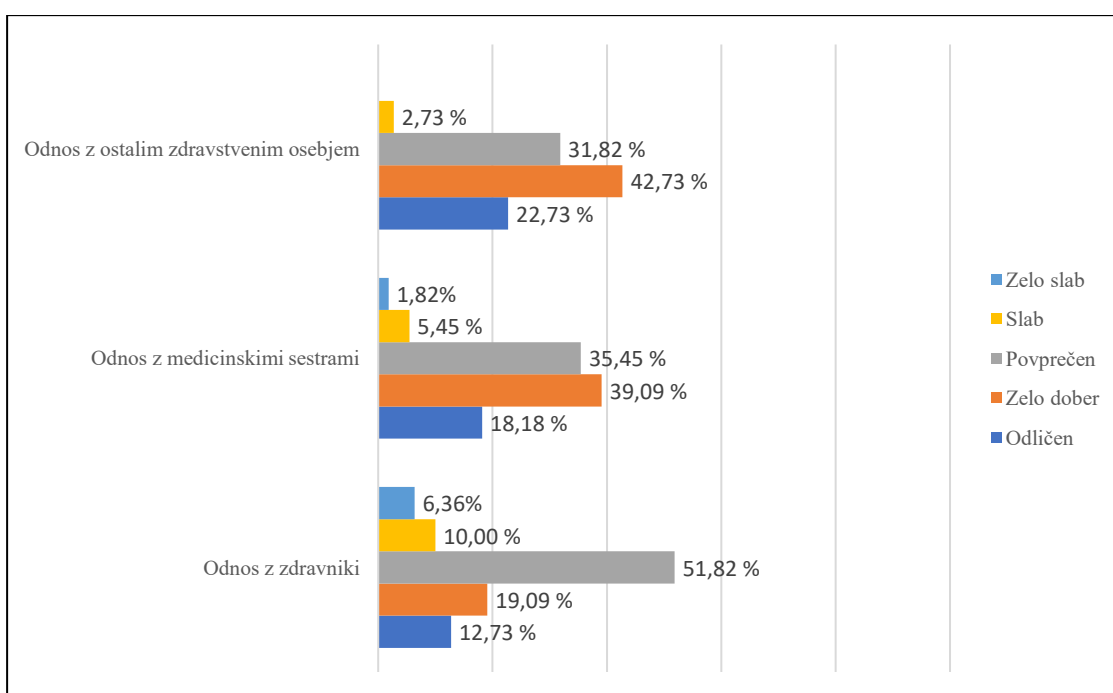
Nadalje smo anketirane spraševali po pomembnosti odnosov med različnimi deležniki v času njihovega zdravljenja. Slika 7 prikazuje, kako anketirani ocenjujejo pomembnost odnosa med njimi in zdravnikom, medicinsko sestro in ostalimi zaposlenimi.



**Slika 7: Pomen odnosov med pacientom in osebjem**

Skoraj polovici (46,36 %) se zdi odnos pacient–zdravniki zelo pomemben in tudi manj kot polovici (40,91 %) pomemben, dobra desetina (10,91 %) jih temu odnosu ne pripisuje

pomena, le redkim (1,82 %) se zdi manj pomemben. Več kot polovici (56,36 %) se zdi odnos pacient–medicinske sestre zelo pomemben, več kot četrtina (26,36 %) jih meni, da je pomemben. Za neopredeljen pomen odnosa ima tega dobra petina (11,82 %) in le nekaj (4,55 %) za manj pomembnega in povsem nepomembnega (0,91 %). Odnos pacient–ostalo osebje pa se zdi dobri tretjini (34,55 %) pomemben, dobri petini pa zelo pomemben (22,73 %). Za nevtralen pomen v odnosu, se je opredelila skoraj četrtina (22,73 %), manj kot petina (17,72 %) jih ima za manj pomembne in za nepomemben odnos se je opredelila dobra petina (10,91 %). Na podlagi prejšnjega raziskovalnega vprašanja o pomembnosti odnosov med pacientom in zdravstvenimi delavci nas je v nadaljevanju zanimalo, kakšen odnos pa so dejansko anketiranci imeli tekom svojega zdravljenja. To prikazuje slika 8.

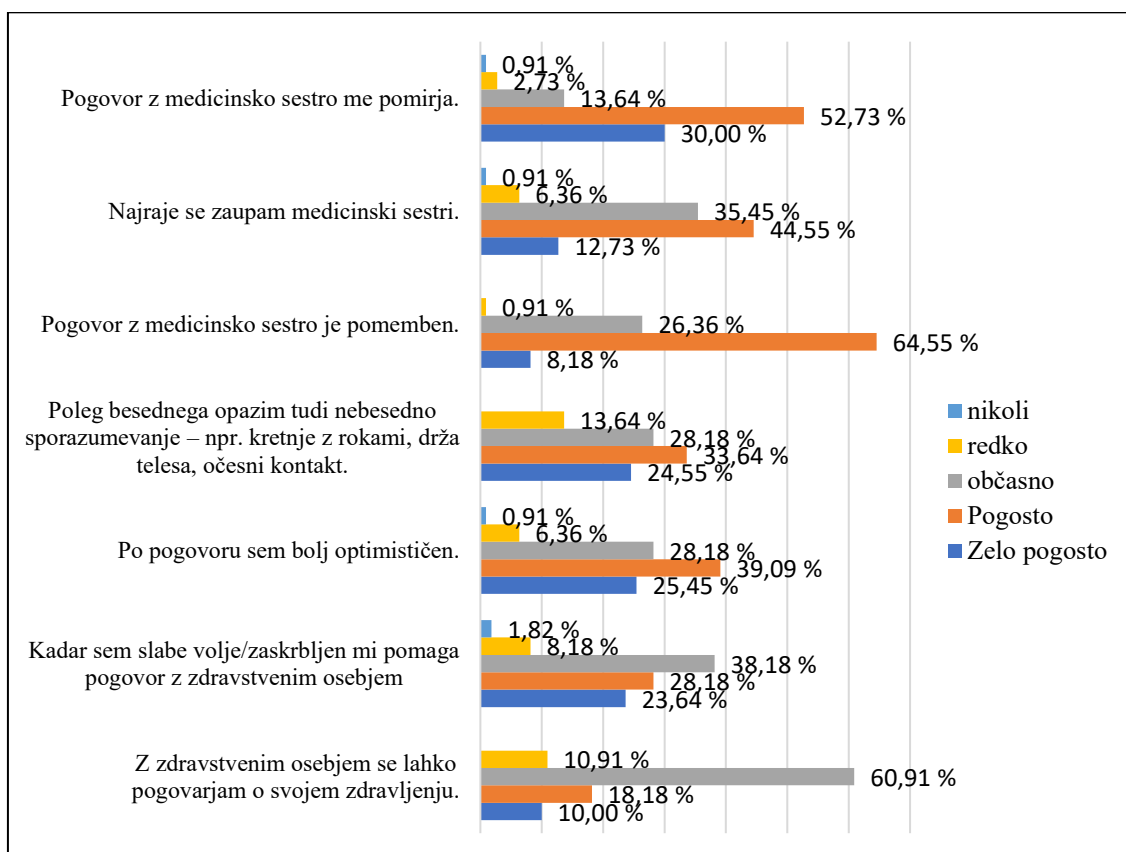


**Slika 8: Odnos z zdravstvenim osebjem**

Izkušnje pacientov v odnosu z zdravniki dobra desetina (12,73 %) ocenjuje kot odlične, skoraj petini (19,09 %) se zdi zelo dober, dobri polovici (51,82 %) povprečen, desetini slab (10 %) in le redkim zelo slab (6,36 %). Odnos z medicinskimi sestrami je slaba petina (18,18 %) ocenila kot odličen, dobra tretjina (39,09 %) kot zelo dober, dobra tretjina (35,45 %) kot povprečen, le redki pa menijo, da je bil slab (5,45 %) ali zelo slab (1,82 %).

Manj kot polovica ocenjuje zelo dober (42,73 %) odnos z ostalim zdravstvenim osebjem, dobra petina (22,73 %) jih meni, da je odličen, slaba tretjina (31,82 %) ga ocenjuje kot povprečen, le redkim (2,73 %) se zdi slab.

Naslednja raziskovalna vprašanja so se nanašala na dojetanje in vlogo pogovora v času zdravljenja anketiranih. Rezultate prikazuje slika 9.



**Slika 9: Vloga pogovora z zdravstvenim osebjem**

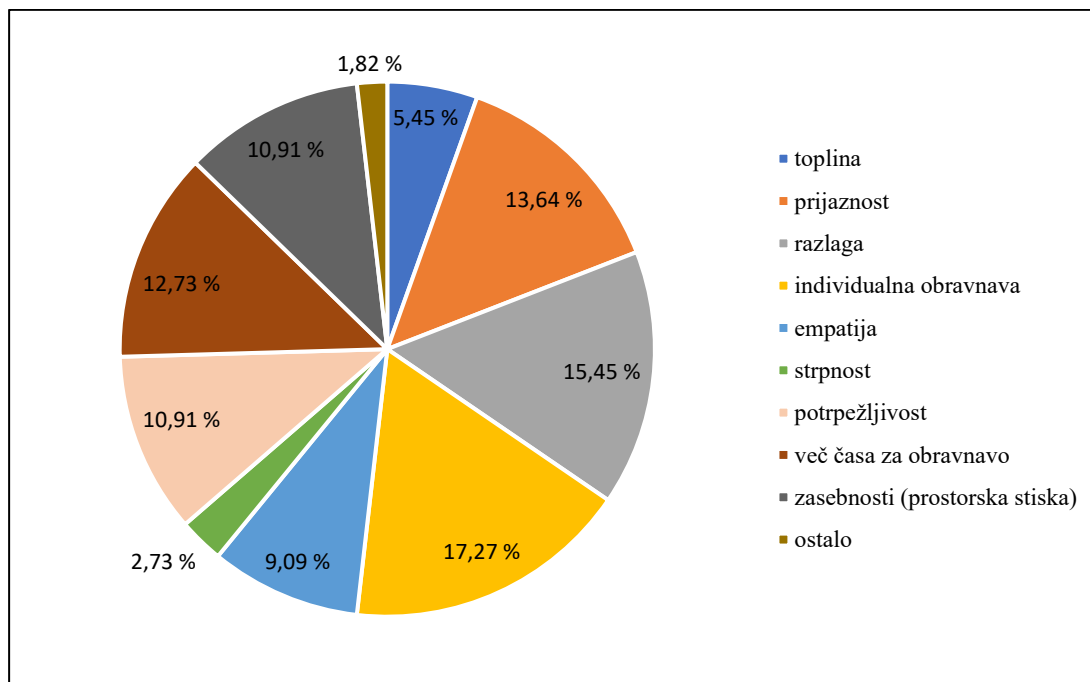
Da pogovor z medicinsko sestro pogosto pomirja, jih meni več kot polovica (52,73 %), skoraj tretjina (30 %) meni, da jih zelo pogosto pomirja, dobra desetina (13,46 %) meni, da občasno, le nekaj jih je pritrdilo, da je to redko (2,73 %), nikoli pa (0,91 %). Najraje se medicinskim sestram zaupa manj kot polovica (44,55 %), le dobra petina (12,73 %) zelo pogosto, občasno se jih zaupa dobra tretjina (35,45 %) in le nekaj jih je povedalo, da redko (6,36 %) ali nikoli (0,91 %).

Več kot polovica (64,55 %) meni, da je pogosto pomemben pogovor z medicinsko sestro, slaba desetina (8,18 %) meni, da je pogovor pomemben zelo pogosto, dobri četrtini (26,36 %) pomemben le občasno in le nekaterim je pomemben redko (0,91 %). Skoraj četrtina (25,45 %) poleg besednega zelo pogosto opazi tudi nebesedno sporazumevanje – npr. kretnje z rokami, drža telesa in očesni kontakt. Skoraj tretjina (33,64 %) jih to opazi pogosto, dobra četrtina (28,18 %) občasno, le malo (13,64 %) jih to opazi redko.

Po pogovoru je dobra četrtina (25,45 %) zelo pogosto bolj optimistična, dobra četrtina (28,18 %) je le občasno bolj optimistična, le redki so občasno bolj optimistični (6,36 %) ali pa nikoli (0,91 %).

Kadar so slabe volje ali zaskrbljeni, zelo pogosto pogovor z zdravstvenim osebjem pomaga slabi četrtini (23,64 %), pogosto dobri četrtini (28,18 %), več kot tretjini (38,18 %) občasno in le nekaterim to pomaga redko (8,18 %) ali nikoli (1,82 %). Negativno nas je presenetil odgovor, da jih več kot polovica (60,91 %) meni, da se z zdravstvenim osebjem lahko pogovarja o svojem zdravljenju le občasno. Desetina (10 %) meni, da se zelo pogosto lahko pogovarja, skoraj petina (18,18 %) meni, da pogosto in dobra desetina (10,91 %), da redko.

Zadnje raziskovalno vprašanje smo zastavili tako, da bi od anketiranih izvedeli, kaj so tekom njihovega zdravljenja pogrešali, kaj jim je manjkalo in česa bi si želeli več. Pridobljene odgovore prikazuje slika 10.



**Slika 10: Česa je pacientom manjkalo tekom zdravljenja?**

Anketirani so v odgovorih nanizali, kaj so pogrešali oz. pogrešajo pri odnosih z osebjem. Največkrat pogrešajo individualno obravnavo, saj to meni slaba petina (17 %). Dobra desetina (15 %) meni, da je primanjkovalo razlage, sledi pomanjkanje prijaznosti (14 %), ter več časa za obravnavo (13 %), potrpežljivosti (11 %) in enakemu deležu (11 %) - zasebnosti (prostorska stiska). Slaba desetina izpostavlja pomanjkanje empatije (9 %), občutek topline (5 %). Le redki (3 %) so izpostavili tudi pomanjkanje strpnosti, preostali (3 %) pa so označili možnost: ostalo.

### 3.5 RAZPRAVA

Z raziskavo smo želeli izvedeti, koliko so pomembni odnosi in kakšen vpliv imajo le-ti na proces zdravljenja pacientov med dolgotrajnim zdravljenjem. Cilje raziskovalne naloge smo dosegli in odgovorili na raziskovalna vprašanja.

Pri pregledu vrnjenih vprašalnikov, smo z ugotovili, da so medsebojni odnosi, kakor tudi izkušnje, ki jih dobimo z odnosi, zelo pomembni.

Tekom hospitalizacije, je pacient lahko postavljen v težko situacijo, zaradi okrnjenega zdravja in bivanja v zdravstveni ustanovi, kjer je oddaljen od svojcev in domačega okolja. Takrat pa zelo pomembno vlogo odigrajo zdravstveni delavci, ki so v tem času največ prisotni ob pacientu.

Glede na prvo raziskovalno vprašanje »Kako pomembna so navedena ravnanja za vzdrževanje dobrih odnosov med zdravstvenim osebjem in pacientom v procesu zdravljenja?« je naša raziskava pokazala, da za najbolj pomembno ravnanje v procesu zdravljenja anketirani opredeljujejo zmanjševanje stisk povezanih z zdravljenjem. Temu po pomembnosti sledi ustrezna podpora, nato skrb za pacienta, ustrezna komunikacija s pacientom, ustrezna komunikacija s svojci, pogovor z medicinsko sestro in zaupanje medicinski sestri. Kako pomemben je odnos in komunikacija zdravstvenega delavca do pacienta, se dobro zavedajo že študenti tekom študija zdravstvene nege, kar je pokazala raziskava Piber (2017) med študenti prve stopnje študijskega programa Zdravstvena nega (VS) Fakultete za zdravstvo Angele Boškin.

Raziskava je pokazala, da študenti pripisujejo velik pomen ustreznemu komuniciranju, poznavanju in zavedanju pomena uporabe elementov terapevtske komunikacije. Fink in Kobilšek (2012) pravita, da mora biti komunikacija usmerjena v vzpostavitev medosebnega odnosa, zmanjševanje negotovosti, zagotavljanje potreb, občutkov in omejitev. Z raziskavo smo ugotovili, da so pacienti tekom zdravljenja najbolj pogrešali individualno obravnavo, temu sledi pomanjkanje razlage, prijaznosti, več časa za obravnavo, potrpežljivosti, zasebnosti, empatije, občutek topline in pomanjkanje strpnosti. Tudi Hall & Nayar (2014) navajata, da zato, da medicinske sestre lahko s pacienti, še posebej z otroki ter njihovimi družinami, razvijejo medsebojno zaupanje, je namreč nujno potreben čas.

V raziskavi Ohranjanje dostojanstva v zdravstveni negi (Kumer, 2014) so rezultati pokazali, da anketirane medicinske sestre menijo, da se pacientovo dostojanstvo najbolj krši pri pomanjkanju zagotavljanja zasebnosti pacienta. Manj pa so kršitve prisotne pri komunikaciji s pacientom in zagotavljanju oskrbe le-tega. Anketa je pokazala, da več kot polovica anketiranih medicinskih sester meni, da ne namenjajo dovolj časa pacientu.

Le tretjina anketiranih zaposlenih pri delu s pacientom meni nasprotno. Na drugo raziskovalno vprašanje »Kakšno vlogo in pomen pripisujejo odnosu z zdravstvenim osebjem tekom njihovega zdravljenja?« smo z našo raziskavo prišli do ugotovitev, da je odnos zdravstvenega osebja pomemben za izid pacientovega zdravljenja, saj je to potrdila dobra polovica. Izsledki raziskave se ujemajo s trditvijo Blaj (2010), ki trdi, da profesionalna komunikacija in odnos omogočata zaposlenemu, da pomaga pacientu, da ponovno čuti voljo do življenja in sobivanja s svetom, ki ga obdaja. To se da doseči le v primeru, ko medicinska sestra in pacient stketa pristen medsebojni stik, ko se zaposleni pravočasno in pravilno odzovejo na pacientove potrebe. Medicinska sestra ves svoj delovni čas komunicira s pacienti oziroma varovanci, saj je komunikacija sestavni del zdravstvene nege. Z raziskavo smo ugotovili, da kadar so pacienti slabe volje ali so zaskrbljeni, jim lahko zelo pomaga pogovor z zdravstvenim osebjem. Rezultati so pokazali tudi, da je pacientu najbolj pomemben odnos z medicinsko sestro, temu sledi odnos z zdravnikom in šele nato z ostalim osebjem.

Za nadaljnjo osebno rast se morajo pacienti naučiti marsičesa. Med drugim sprejetje telesnih sprememb, stranskih učinkov zdravljenja, kako biti zadovoljen sam s sabo in kako si ustvariti dobro samopodobo. Dobro je, da pacient najde aktivnosti in se zaposli z dejavnostmi, ki so mu prijetne, ga zamotijo in mu dajejo občutek, da je koristen. Smiselnost obstoja klub resni kronični bolezni je za pacienta zelo pomembna (Blaj, 2010).

Pacienti se pogosto zelo slabo zavedajo svojih čustev in občutkov. Pogosto jih ne znajo izraziti, zato večkrat uporabljajo primitivne obrambe kot je npr. zanikanje pri soočanju z življenjskimi problemi. Usmerjenost na problem ali čustva navadno prinašajo izboljšave stanja, izogibanje in zanikanje bolezni pa stanje slabšajo (Selič, 2010). Iz vprašalnika smo razbrali, da večina anketiranih poleg besednega opazijo tudi nebesedno sporazumevanje, kot so na primer: kretnje z rokami, drža telesa, očesni kontakt, frekvenca dihanja, beganje z rokami in podobne. Tudi Ule (2009) navaja, da se neverbalna sporočila uporablja za sporočanje osebnih občutenj, čustev in medosebnih odnosov. Zdravstveni delavci gojijo drugačen odnos do kritično bolnih pacientov, katerim nudijo zdravstveno nego. Mnogo le teh zaradi zdravstvenega stanja ne zmore tvoriti besedne komunikacije, zato se zaposleni z njimi sporazumevajo s pomočjo telesnega stika in neverbalne komunikacije.

To privede do empatije in večjega razumevanja skrbi za pacienta (Perušek, et al., 2013). Prav tako smo ugotovili, da pozitiven odnos zaposlenega med hospitalizacijo zelo ugodno vpliva na pacientovo razpoloženje, da je odnos zdravstvenega osebja za izid pacientovega zdravljenja pomemben in da odnos zdravi. Kronične bolezni predstavljajo velik javno - zdravstveni problem. Najti smisel življenja s kronično boleznijo ni lahko in predstavlja pacientu in njegovim bližnjim izziv. Pacienti si morajo ponovno oblikovati red v življenju, oblikovati samopodobo in živeti z boleznijo naprej. Pri vsem tem se pacienti srečujejo z zdravstvenimi delavci, ki jim s pomočjo dobre komunikacije poskušajo pomagati skozi vse faze v razvoju bolezni. Dejstvo je, da je uspešna komunikacija pot do uspeha (Blaj, 2010). Watz in Ingstad (2021) po opravljeni raziskavi na Norveškem ugotavljata, da je pacientom pomembno, da se jim zdravstveno osebje posveti in da so v času interakcije predani pacientu. Anketiranci so izpostavili, da je nujno, da občutijo umirjenost zdravstvenih delavcev in da dobijo občutek, da se imajo z njimi čas ukvarjati in da jim niso v breme. Občutek, da pacient ni samo številka, je pomemben.

Pri tretjem raziskovalnem vprašanju »Kako pacienti ocenjujejo pogovor z zdravstvenim osebjem v procesu svojega zdravljenja?« se je izkazalo, da je bil tekom zdravljenja anketirancem najbolj pomemben odnos med zdravstvenimi delavci z medicinskimi sestrami, saj je skoraj dve tretjini anketiranih ocenila pomemben pogovor za pogosto. Več kot polovica je potrdila, da jih pogosto pogovor z medicinsko sestro pomirja, skoraj polovica pa je po pogovoru bolj optimistična. Ulrich (2014) navaja, da je odnos med medicinsko sestro in pacientom nenapisan sporazum, ki mora biti neodvisen od ostalih odnosov v procesu zdravljenja in rehabilitacije. To je temelj zaupanja in vere v ozdravitev, kar pripomore k pozitivnemu vzdušju in optimistični naravnosti pacienta. Pri gojenju pristnega odnosa ima veliko vlogo besedna in nebesedna komunikacija medicinske sestre. Obvladovanje te kompetence pomeni, da se pacient v zdravstveni ustanovi počuti dobro, da verjame v uspešnost zdravljenja in k temu pripomore z lastno voljo in pripravljenostjo. Z dobrimi komunikacijskimi spretnostmi tudi lahko obvladujemo bolezen. Zaradi dobre komunikacije med pacientom in zaposlenimi, nekateri pacienti dobijo občutek, da so bolezen obvladali. Ravno dobra komunikacija z družino, partnerjem in prijatelji daje nekaterim pacientom potrebno moč, da obvladajo bolezen (Blaj, 2010).



Iz vprašalnika lahko razberemo, da se je velik delež tekom zdravljenja z zdravstvenim osebjem le občasno pogovarjal o svojem zdravstvenem stanju, čemur bi se v prihodnosti lahko z raziskavami bolj posvetili, se opredelili na še večje število anketiranih, raziskali problematiko in jo poskušali odpraviti, saj bi bilo dobro, da bi se pacienti lahko zelo pogosto pogovarjali o svojem zdravstvenem stanju z zdravstvenim osebjem.

Temelj odnosa med zdravstvenim delavcem in pacientom je skrit v poslušanju in sposobnostjo zdravstvenega delavca, da opazuje pacienta in mu prisluhne. Ključno je opazovanje pacientovega obnašanja, medtem ko z nami govori. Mimika obraza, pacientovo obnašanje in drugi znaki, ki nam jih pacient nevede kaže, so pomembni del uspešne interakcije s pacientom (Stamos & Lunaček, 2012). Za uspešno vodenje in spremljanje kroničnih pacientov, so pomembni strokovni nasveti zdravstvenih delavcev, večinoma medicinskih sester (Bizjak, 2010).

V raziskovalni nalogi »Komunikacija in kakovost odnosov med medicinsko sestro in starostniki v patronažnem varstvu« (Perušek, et al., 2013) je bilo ugotovljeno, da je bilo anketirancem najbolj pomembno, da je medicinska sestra do njih vljudna in prijazna. V naši raziskavi se je pokazalo, da je v veliki meri pacientom tekom zdravljenja manjkala prijaznost, na drugem mestu pa se pokazalo pomanjkanje razlage o njihovem zdravstvenem stanju in poteku zdravljenja tekom obravnave. Ugotavljamo, da pacientom manjka najbolj to, kar jim v obravnavi največ pomeni. Zdravniki lahko predpisujejo zdravila, medicinske sestre pa lahko dajejo ta zdravila in poučujejo svoje paciente, kaj naj storijo ob odpustu. Izobraževanje pacientov je še posebej pomembno v primeru obvladovanja kroničnih bolezni in poškodb, saj morajo pacienti ali njihovi svojci po odpustu iz bolnišnice prevzeti sami skrb za zdravstveno nego v pacientovem domačem okolju. Za uspešno obvladovanje teh bolezni in poškodb se morajo pacienti seznaniti s svojimi boleznimi oz. zdravstvenim stanjem in dovolj učinkovito samostojno izvajati zdravljenje .

V raziskavi smo predstavili izkušnje pacientov z dolgotrajnim zdravljenjem. Ovir pri raziskavi nismo imeli, saj se je na prošnjo za sodelovanje odzvalo višje število članov društev, kot smo pričakovali na začetku.

Možnost za nadaljnje raziskovalno delo bi lahko izhajala tudi iz podatkov, kaj je pacientom manjkalo tekom zdravljenja. Vzroke za le-te bi morali raziskovati širše med pacienti in zdravstvenimi delavci in jih odpravljati.

Kot v vsakem okolju je tudi v zdravstvenih ustanovah mnogo priložnosti za izboljšave. Pacienti opažajo pomanjkljivosti, ki jih zdravstvo že samo prepoznava kot nujna področja za nadgradnjo. To so prostorske stiske, pomanjkanje časa zaposlenih, pomanjkanje empatije, strpnosti ... Ob zasledovanju evropskih standardov, nenehnih izobraževanjih in mnogih izkušnjah se bomo sčasoma približali razvitim zdravstvenim sistemom.

### 3.5.1 Omejitev raziskave

Naša raziskava je pokazala primerljive rezultate kot ugotavljajo drugi avtorji. Izpostavljamo omejitev pri vzorčenju. Glede na število vseh kroničnih pacientov s Sloveniji, smo pridobili sorazmerno majhen vzorec.

Zaradi tega dejstva ugotovitve težko posplošimo za celotno populacijo kroničnih pacientov v naši državi.

### 3.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Na podlagi izsledkov naše raziskave lahko sklenemo, da se bomo morali v prihodnje še posvetiti odkrivanju in obravnavanju interakcij in intervencij, ki bi bile najučinkovitejše pri podpori pacientom tekom hospitalizacije in tudi po odpustu iz bolnišnice. Predlagamo, da bi se na tem področju še več raziskovalo, saj smo tekom naše raziskave opazili, da pacientom še vedno manjkajo pogovori z zdravstvenim osebjem in seznanjanje o njegovem zdravljenju. Menimo, da bi bilo treba še bolj poučevati zdravstveno osebje o posvečanju časa pogovorom, dajanju informacij in pomenu odnosov s pacienti.

## **4 ZAKLJUČEK**

Z raziskavo smo dobili rezultate izkušenj sodelujočih z zdravstvenimi delavci tekom njihovega zdravljenja in ocenah odnosov ter pomembnosti le-teh. Z ocenami pacientov, smo ugotovili, da smo na pravi poti, vendar pa je vsekakor še potrebno delati na tem, da se zadovoljstvo pacientov še izboljša.

Raziskava je pokazala, da so anketirani pozorni na odnos med njimi in strokovnim osebjem, s katerim so v kontaktu, medtem ko zdravijo svoje bolezni ali poškodbe. Večini anketiranih se zdijo dobri odnosi in komunikacija izrednega pomena in so mnenja, da pripomorejo k njihovemu boljšemu počutju in uspešnejšemu zdravljenju ter doživljanju trenutne situacije, v kateri so se znašli, pa naj gre za kratkotrajno ali dolgotrajno zdravljenje. Med drugim menijo, da dobro sodelovanje z medicinskimi sestrami, zdravniki, svojci in ostalimi zaposlenimi, ki so vključeni v njihovo zdravljenje, pozitivno vpliva na njihovo razpoloženje, jih motivira in posledično so tudi izidi zdravljenja uspešnejši. Zaradi pogostejšega sodelovanja z medicinskimi sestrami se anketiranim zdi, da je komunikacija z njimi intenzivnejša in se jim posledično lažje zaupajo in sproti razrešujejo osebne stiske, ki so se jim pojavile tekom zdravljenja.

Prav tako se vključenim v raziskavo zdi pomembno, da se jim zdravstveno osebje v času obravnave posveti, jih posluša, podpira, skrbi za njih in jim pomaga, na njih deluje pomirjajoče, sproti preverjajo, ali razumejo slišano, predvsem pa, da jim ne dajejo občutka, da so jim kot pacienti v breme. Anketirani so cenili, da so medicinske sestre med zdravljenjem upoštevale njihove osebne lastnosti ter se jim tudi prilagodile.

## 5 LITERATURA

Abrazović, M., Abram, T. & Jarabek Marčetić, B., 2012. *Zdravila in kronični bolnik*. [pdf]. Slovensko farmacevtsko društvo, Sekcija farmacevtov javnih lekarn. Available at: [https://documen.site/download/o-pravilni-in-varni-uporabi-zdravil-zdravila-in-kronini-bolniki\\_pdf](https://documen.site/download/o-pravilni-in-varni-uporabi-zdravil-zdravila-in-kronini-bolniki_pdf). [Accessed 20 Januar 2022].

Allan, PN., Oglesby, ME., Short, NA. & Schmidt, NB., 2016. Examining the panic attack specifier in social anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(3), pp. 177–82. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1124447>.

Anon. 2019. *What is person-centred care and why is it important?* [online] Available at: [https://healthinnovationnetwork.com/system/ckeditor\\_assets/attachments/41/what\\_is\\_person-centred\\_care\\_and\\_why\\_is\\_it\\_important.pdf](https://healthinnovationnetwork.com/system/ckeditor_assets/attachments/41/what_is_person-centred_care_and_why_is_it_important.pdf). [Accessed 1 Januar 2022].

Baile, WB., 2020. *The complete guide to Communication skills in clinical practise*. [pdf] Available at: <https://www.mdanderson.org/documents/education-training/icare/pocketguide-texttabscombined-oct2014final.pdf>. [Accessed 9 Februar 2022].

Bizjak, T., 2010. Uvodnik: obravnava pacientov s kroničnimi obolenji – izziv in priložnost za zdravstveno in babiško nego. In: T. Štemberger Kotnik, S. Majecn Dvoršak, eds. *12. simpozij zdravstvene in babiške nege: Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: zbornik predavanj z recenzijo. Portorož, 12. maj 2010*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in bobic, strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in bobic Koper, pp. 7-9.

Blaj, M., 2010. Komunikacija s kroničnim bolnikom. In: D. Plank, ed. *11. strokovno srečanje medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov celjske regije: Vloga medicinskih sester pri izboljšanju kakovosti življenja kroničnih bolnikov. Celje, 23. september 2010*. Celje: Splošna bolnišnica Celje, Društvo medicinskih sester, bobic in

zdravstvenih tehnikov Celje, pp. 61-83.

Codier, E., Kamikawa, C., Kooker, B. & Shoultz, J., 2009. Emotional Intelligence, Performance, and Retention in Clinical Staff Nurses. *Nursing Administration Quarterly*, 33(4), pp. 310-316.

Codier, E., Muneno, I., Franey, K. & Matsuura, F., 2010. Is emotional intelligence an important concept for nursing practice? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, pp. 940-948. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01610.x>.

Černoga, A. & Bohinc, M., 2009. Profesionalna in etična odgovornost medicinske sestre. *Obzornik zdravstvene nege*, 43(3). [pdf] Available at: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-9RUAJOHQ/1baf86f2-5790-4cb2-b02c-64e7eec8dd25/PDF>. [Accessed 8 Marec 2022].

Dinc, L. & Gastmans, C., 2013. Trust in nurse-patient relationships: a literature review. *Nursing Ethics*, 20, pp. 501-516.

Filej, B. & Kaučič, B.M., 2015. Koncepti metaparadigme v holistični obravnavi. In: B.M. Kaučič & B. Filej, eds. *Sodelovanje strokovnjakov v paliativnem timu za celostno obravnavo pacientov in svojcev. Participation of experts in the palliative team for holistic treatment of patients and relatives, Celje, 9. April 2015*. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, pp. 12-20.

Filej, B., 2014. Holistična paradigma za kakovostno obravnavo pacientov. In: N. Kregar Velikonja, ed. *Celostna obravnava pacienta v zdravstvenem in socialnem varstvu: zbornik povzetkov. Mednarodna znanstvena konferenca, Novo mesto, 14. november 2014*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, pp. 15.

Fink, A. & Kobilšek, P.V., 2012. *Zdravstvena nega pacienta pri življenjskih aktivnostih*. Ljubljana: Grafenauer založba.

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

Hall, J. & Nayar, S., 2014. *Building trust to work with children after a severe traumatic accident*. *Contemporary nurse*, 46, pp. 161-169.

Heale, R., 2012. Overcoming barriers to practice: a nurse practitioner-led model. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24(6), pp. 358-363. 10.1111/j.1745-7599.2012.00737.x.

Health innovation network (HIN), 2016. What is person-centred care and why is it important? [pdf] [https://healthinnovationnetwork.com/wp-content/uploads/2016/07/What\\_is\\_person-centred\\_care\\_HIN\\_Final\\_Version\\_21.5.14.pdf](https://healthinnovationnetwork.com/wp-content/uploads/2016/07/What_is_person-centred_care_HIN_Final_Version_21.5.14.pdf) [Accessed 8 March 2022].

Heffernan, M., Quinn Griffin, MT., McNulty, SR. & Fitzpatrick, JJ., 2010. Self-compassion and emotional intelligence in nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 16, pp. 366–373. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01853.x>.

Hendriks, JML., Vrijhoef, HJM., Crijns HJGM. & Brunner-La Rocca, HP., 2014. The effect of a nurse-led integrated chronic care approach on quality of life in patients with atrial fibrillation. *Europace*, 16(4), pp. 491-499. <https://doi.org/10.1093/europace/eut286>.

Hrovatič, D., 2010. Socialni vidik dela s pacientom s kronično boleznijo. In: T. Štemberger Kotnik & S. Majcen Dvoršak, eds. *12. simpozij zdravstvene in babiške nege: Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: zbornik predavanj z recenzijo*. Portorož, 12. maj 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in bobic; Koper: Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in bobic, pp. 24-27.

Jasemi, M., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V. & Keogh, B., 2017. A Concept Analysis of Holistic Care by Hybrid Model. *Indian Journal of Palliative Care*, 23(1), pp. 71-80.

Kumer, I., 2014. Ohranjanje dostojanstva v zdravstveni negi. In: B. Nose & B. Jugovič, eds. *Medsebojni odnosi v zdravstveni negi. 6. dnevi Marije Tomšič. Dolenjske Toplice, 23. januar 2014*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 24-26.

Leskovic, L., 2014. Komunikacija, ki zagotavlja zadovoljstvo pacienta in zaposlenih. In: B. Nose & B. Jugovič, eds. *Medsebojni odnosi v zdravstveni negi: 6. dnevi Marije Tomšič. Dolenjske Toplice, 23. januar. 2014*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, pp. 28-34.

Lowe, G., Plummer, V. & Boyd, L., 2013. Nurse practitioner roles in Australian healthcare settings. *Nursing Management*, 20(2). 10.7748/nm2013.05.20.2.28.e1062.

Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2008). Emotional intelligence: New ability or eclectic traits? *American Psychologist*, 63, 503-517.

McDaniel, SH., Campbell TL., Hepworth, J. & Lorenz, A., 2008. Family-Oriented primary care. [pdf] Available at: <http://eknygos.lsmuni.lt/springer/155/Contents%20and%20Front%20Matter.pdf>. [Accessed 17 July 2022].

Papathanasiou, I., Sklavou, M. & Kourkouta, L., 2013. Holistic nursing care: theories and perspective. *American Journal of Nursing Science*, 2(1), pp. 1-5.

Pate, T., 2016. Sistemska in duhovna perspektiva zdravja in bolezni. *Bogoslovni vestnik*, 76(2), pp. 433-439,

Perušek, A., Zurc, J. & Skela Savič, B., 2013. Komunikacija in kakovost odnosov med medicinsko sestro in starostniki v patronažnem varstvu. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(3), pp. 253-259.

Piber, Š., 2017. *Mnenje študentov zdravstvene nege o pomenu komunikacije za delo s*

*pacienti: diplomsko delo.* Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

Rakovec Felser, Z., 2009. *Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja.* Maribor: Založba Pivec.

Rešetič, J., 2014. Medsebojni odnosi v zdravstveni negi. In: B. Nose & B. Jugovič, eds. *6. dnevi Marije Tomšič. Dolenjske Toplice, 23. januar 2014.* Novo Mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, p. 6.

Richardson, C., Percy, M. & Hughes, J., 2015. Nursing therapeutics: teaching student nurses care, compassion and empathy. *Nurse education today*, 35(5), pp. 1-5. 10.1016/j.nedt.2015.01.016.

Salmond, S., Echevarria, M., 2017. Healthcare transformation and changing roles for nursing. *Orthopedic nursing*, 36(1), pp. 12-25. 10.1097/NOR.0000000000000308.

Selič, P., 2010. Kronični bolnik – psihološki vidik. In: T. Štemberger Kotnik & S. Majcen Dvoršak, eds. *12. simpozij zdravstvene in babiške nege: Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: zbornik predavanj z recenzijo. Portorož, 12. maj 2010.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in bobic; Koper: Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in bobic, pp. 28-34.

Softič, N., Smogavec, M., Klemen-Ketiš, Z. & Kersnik, J., 2011. Ocena pogostosti kroničnih bolezni med polnoletnimi prebivalci Slovenije. *Zdravstveno varstvo*, 50, pp. 185-190.

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

Trehearne, B., Fishman, P. & Lin, EHB., 2014. Role of the nurse in chronic illness



management: Making the medical home more effective. *Nursing Economics*, 32(4), pp. 178-184.

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

Ulrich, B., 2014. The responsibility and accountability of being a registered nurse. *Nephrology nursing journal*, 41(3), pp. 241-254. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25065056>.

Watz, SM. & Ingstad, K., 2021. Keeping calm on busy day – an interpersonal skill home care patients desire in health workers: hermeneutical phenomenological method. *BMC Nursing*, 21(1):49. 10.1186/s12912-022-00825-1.

World Health Organization (WHO), 2013. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases. [online] Available at: [9789241506236 eng.pdf;jsessionid=8FD986A84A974FE19DB4BAED56003EDC](https://www.who.int/publications/m/item/global-action-plan-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases) (who.int). [Accessed 18 Juni 2022].

Zamanzadeh, V., Jasemi, M., Valizadeh, L., Keogh, B. & Taleghani, F., 2015. Effective Factors in Providing Holistic Care: A Qualitative Study. *Indian Journal of Palliative Care*, 21(2), pp. 214-224.

## 6 PRILOGE

### 6.1 INSTRUMENT

#### ANKETA

Spoštovani,

sem Robert Lampret, absolvent visokošolskega študijskega programa Zdravstvena nega Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Za potrebe diplomskega dela izvajam anketo z naslovom Odnos med pacientom in zdravstvenimi delavci zdravi – izkušnje pacientov z dolgotrajnim zdravljenjem. Pred vami je anketni vprašalnik, ki se nanaša na vaše izkušnje z zdravljenjem. Za izpolnitev potrebujete približno 5 minut časa. Anketa je anonimna, prosim odgovarjajte iskreno. Prosim vas, da anketo izpolnite v celoti.

Za vaše sodelovanje se lepo zahvaljujem.

#### 1. Obkrožite, zakaj ste prišli v stik z zdravstvenim sistemom:

- Bolezen,
- poškodba,
- drugo (napišite kaj): \_\_\_\_\_.

#### 2. Koliko časa traja oz. je trajalo zdravljenje (obkrožite)?:

- nekaj dni
- nekaj tednov
- nekaj mesecev
- več kot eno leto
- še traja

### 3. Ocenite pomembnost ravnanj za vzdrževanje dobrih odnosov med zdravstvenim osebjem in pacientom v procesu zdravljenja

TRDITEV	OCENA				
	5	4	3	2	1
Ustrezna komunikacija s pacientom.					
Ustrezna komunikacija s svojci pacienta.					
Skrb za pacienta.					
Ustrezna podpora pacientu.					
Zmanjševanje stisk povezanih z zdravljenjem.					
Najraje se zaupam medicinski sestri.					
Pogovor z medicinsko sestro.					

Legenda: Likertova lestvica: zelo pomembno – 5, pomembno – 4, niti pomembno, niti nepomembno – 3, manj pomembno – 2, nepomembno – 1.

### 4. Vloga odnosov med pacientom in zdravstvenim osebjem v procesu zdravljenja.

TRDITEV	OCENA				
	5	4	3	2	1
Odnos z zdravstvenega osebja je pomemben za izid njegovega zdravljenja.					
Pozitiven odnos zaposlenega med hospitalizacijo ugodno vpliva na mojo razpoloženje.					
Odnos zdravi.					

Legenda: Likertova lestvica: popolnoma drži – 5, skoraj vedno drži – 4, niti ne drži niti drži – 3, delno ne drži – 2, ne drži – 1.

### 5. Ocenite pomen odnosov med pacientom in zdravstvenim osebjem pri zdravljenju:

TRDITEV	OCENA				
	5	4	3	2	1
pacient - zdravniki					
pacient - medicinske sestre					
pacient - ostalo zdravstveno osebje					

Legenda: Likertova lestvica: zelo pomembno – 5, pomembno – 4, niti pomembno, niti nepomembno – 3, manj pomembno – 2, nepomembno – 1.

**6. Ocenite, kakšen je bil vaš odnos z zdravstvenim osebjem:**

TRDITEV	OCENA				
	5	4	3	2	1
Odnos z zdravniki.					
Odnos z medicinskimi sestrami.					
Odnos z ostalim zdravstvenim osebjem.					

Legenda: Likertova lestvica: odličen – 5, zelo dober – 4, povprečen – 3, slab – 2, zelo slab – 1.

**7. Kako bi ocenili pogovor z zdravstvenim osebjem v procesu vašega zdravljenja?**

TRDITEV	OCENA				
	5	4	3	2	1
Z zdravstvenim osebjem se lahko pogovarjam o svojem zdravljenju.					
Kadar sem slabe volje/zaskrbljen, mi pomaga pogovor z zdravstvenim osebjem.					
Po pogovoru sem bolj optimističen.					
Poleg besednega opazim tudi nebesedno sporazumevanje – npr. kretnje z rokami, drža telesa, očesni kontakt.					
Pogovor z medicinsko sestro je pomemben.					
Najraje se zaupam medicinski sestri.					
Pogovor z medicinsko sestro me pomirja.					

Legenda: Likertova lestvica: zelo pogosto – 5, pogosto – 4, občasno – 3, redko – 2, nikoli – 1.

**8. Česa bi si želeli več, kaj ste v odnosih z osebjem pogrešali?**

Spol: M    Ž

9. Starost \_\_\_\_\_

Hvala za vaše sodelovanje v anketi.