



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**OPOLNOMOČENOST ŠTUDENTOV
ZDRAVSTVENE NEGE FAKULTETE ZA
ZDRAVSTVO ANGELE BOŠKIN V
KOMUNIKACIJI S PACIENTOM Z DUŠEVNO
MOTNJO**

**EMPOWERMENT OF NURSING STUDENTS
AT THE ANGELA BOŠKIN FACULTY OF
HEALTH CARE IN COMMUNICATION
WITH A PATIENT WITH A MENTAL
DISORDER**

Mentor: doc. dr. Branko Bregar

Kandidatka: Ida Plestenjak

Jesenice, november, 2022

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem svojemu mentorju doc. dr. Branku Bregarju za vso pomoč, odzivnost, strokovnost, prijaznost in potrpežljivost pri pisanju diplomskega dela. Zahvaljujem se tudi recenzentki Mateji Bahun, viš. pred. za pregled in popravke.

Velika zahvala gre Juliji Buh za lektoriranje diplomskega dela.

Rada bi se zahvalila Doroteji za prijateljstvo, pomoč in nasvete.

Nenazadnje pa gre največja zahvala moji družini, brez katere ne ni bila to, kar sem. Hvala za vso podporo in pomoč skozi celoten študij.

Hvala tebi Urška, za vso podporo, spodbudo in iskreno prijateljstvo, hvala ker si.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Terapevtska komunikacija je oblika komunikacije, s pomočjo katere medicinska sestra in pacient razvijata terapevtski odnos in je še posebej pomembna pri pacientih z duševno motnjo. Namen diplomskega dela je bil ugotoviti znanje študentov o komunikaciji s pacientom z duševno motnjo.

Cilj: Ugotoviti pomen preteklih delovnih izkušenj s pacienti z duševnimi motnjami na počutje študentov, potrebo po dodatnem izobraževanju na področju komunikacije in oceniti znanje komunikacije študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin.

Metoda: Raziskava je temeljila na ne-eksperimentalni opisni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja z uporabo vprašalnika. Bila je izvedena v obdobju od decembra 2021 do februarja 2022. V vzorec je bilo vključenih 282 študentov, sodelovalo je 202 študentov zdravstvene nege Fakultete za zdravstvo Angele Boškin, kar znaša 71,6 % realizacijo vzorca. Podatki so bili analizirani z računalniškim programom IBM SPSS Statistic of Windows, Verzija 20.0 (IBM Corp., New York) in obdelani s pomočjo opisnih, bivariatnih in multivariatnih statističnih metod.

Rezultati: Večina študentov meni, da nimajo velikih težav pri komunikaciji s pacientom z duševno motnjo (PV = 3,27, SO = 0,906). Menijo, da je bila organiziranost kliničnega usposabljanja dobra (PV = 2,36, SO = 0,912). Študenti moškega spola (PV = 16,45, SO = 4,82) menijo, da so za komunikacijo bolj usposobljeni od študentk ženskega spola (PV = 18,37, SO = 3,96). Študenti rednega študija (PV = 11,36, SO = 3,00) ocenjujejo, da so bolj kompetentni za komunikacijo kot študenti izrednega študija (PV = 12,26, SO = 2,47).

Razprava: Anketirani študenti se po raziskavi v povprečju čutijo usposobljene za komuniciranje s pacienti z duševnimi motnjami. Presenetljivo je, da študenti rednega študija menijo, da so bolj usposobljeni za komunikacijo kot študenti izrednega študija. V prihodnosti bi bilo potrebno posvetiti več pozornosti izobraževanju komunikacije študentov s pomočjo simulacijskih treningov in opraviti ponovno raziskavo.

Ključne besede: terapevtska komunikacija, psihiatrična zdravstvena nega, medicinska sestra, študent

SUMMARY

Background: Therapeutic communication is a form of communication through which the nurse and the patient develop a therapeutic relationship and is especially important with patients with mental disorders. This diploma work aims to explore the knowledge of students about communication with a patient with a mental disorder.

Goals: The goal was to determine the impact of past work experiences with patients with mental disorders on students' well-being, the need for additional training in communication and to evaluate the communication skills of the students enrolled at the Angela Boškin Faculty of Health Care.

Methods: The research was based on non-experimental descriptive quantitative method of empirical research using a questionnaire. The study was conducted between December 2021 and February 2022. We included 282 students in the sample. In total, 202 students of the Nursing Care programme enrolled at the Angela Boškin Faculty of Health Care participated, which represents a 71.6 % response rate. The data was analysed using IBM SPSS Statistic of Windows, version 20.0 (IBM Corp., New York) software. The data was analysed with the help of descriptive, bivariate and multivariate statistical methods.

Results: Most students believe that they don't have major difficulties in communicating with patients with mental disorders ($M = 3.27$, $SD = 0.906$). They believe that the organisation of their clinical practice was good ($M = 2.36$, $SD = 0.912$). Male students ($M = 16.45$, $SD = 4.82$) believe that they are more qualified for communication than female students ($M = 18.37$, $SD = 3.96$). Full-time students ($M = 11.36$, $SD = 3.00$) believe they are more competent in communication than part-time students ($M = 12.26$, $SD = 2.47$).

Discussion: On average, the students participating in this study feel competent to communicate with patients with mental disorders. Surprisingly, full-time students believe they are more competent to communicate than part-time students. In the future, there should be more focus on training students in communication with the help of simulation training and repeat this study.

Key words: therapeutic communication, psychiatric healthcare, nurse, student

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	2
2.1	OPREDELITEV DUŠEVNEGA ZDRAVJA, DUŠEVNIH MOTENJ IN ZDRAVSTVENE NEGE NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA IN PSIHIATRIJE	2
2.1.1	Teorija Hildegard Peplau	5
2.1.2	Teorija Joyce Travelbee	6
2.2	USPOSOBLJENOST DIPLOMIRANIH MEDICINSKIH SESTER ZA DELO NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA IN PSIHIATRIJE	7
2.3	POMEN TERAPEVTSKE KOMUNIKACIJE NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA IN PSIHIATRIJE	9
2.3.1	Učenje terapevtske komunikacije v času izobraževanja	11
3	EMPIRIČNI DEL.....	12
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	12
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	12
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	13
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	13
3.3.2	Opis merskega instrumenta	13
3.3.3	Opis vzorca	14
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	15
3.4	REZULTATI.....	16
3.4.1	Faktorska analiza lestvice Kompetence iz komunikacije.....	16
3.4.2	Ocena kompetenc študentov v komunikaciji s pacientom z duševno motnjo.....	17
3.4.3	Analiza lestvice, ki ocenjuje zadovoljstvo s kliničnim usposabljanjem	20
3.5	RAZPRAVA	20
4	ZAKLJUČEK	25
5	LITERATURA	26
6	PRILOGE	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografski podatki	15
Tabela 2: Kompetence iz komunikacije – opisni podatki.....	17
Tabela 3: Primerjava faktorjev glede na spol, predhodno izobrazbo, letnik študija in način študija.....	19
Tabela 4: Ocena trditev o kakovosti kliničnega usposabljanja v psihiatrični bolnišnici	20

1 UVOD

Komunikacija in sporazumevanje sta sestavna dela življenja, brez katerih bi bilo nemogoče preživeti. Verbalna in neverbalna komunikacija se odvijata že od samega rojstva in se končata šele s smrtjo (Vertino, 2014). V zdravstveni negi ima komunikacija pomembno vlogo med izvajalci zdravstvene nege (medicinskimi sestrami) in prejemniki storitev (pacienti) (Itri, et al., 2017). Ustrezna komunikacija tako zagotavlja boljše psihično počutje pacienta, omogoča izražanje bolečine, trpljenja in drugih občutkov, medicinski sestri omogoča, da pacienta spodbuja v vseh fazah zdravljenja ter pripomore k večji uspešnosti pri obvladovanju in zdravljenju bolezni (Marhamati, et al, 2016). Komunikacija je pomembna pri vseh pacientih, pri pacientih z duševnimi motnjami še toliko bolj. Pacienti z duševnimi motnjami potrebujejo za uspešno zdravljenje spodbudo, pomoč in podporo, ki so jih deležni ob pogovoru z medicinsko sestro. Medicinska sestra z uporabo terapevtske komunikacije s pacientom vzpostavlja in gradi terapevtski odnos, saj pomaga pacientu, da se ta sooči z napačnimi občutki, stališči in prepričanji (Sherko, et al., 2013; Sibiya, 2018). Raziskava (Adistie, et al, 2018) je pokazala, da je uporaba terapevtske komunikacije v praksi med medicinskimi sestrami še vedno slaba. Usposabljanje komunikacijskih veščin študentov zdravstvene nege kot bodočih zdravstvenih delavcev je pomemben del izobraževanja v času študija in tudi kasneje, saj je neznanje terapevtske komunikacije eden od ključnih dejavnikov za slabo zdravstveno oskrbo pacientov (Neale, 2018).

Znanje o terapevtski komunikaciji in njena uporaba v zdravstveni negi je v Sloveniji še vedno premalo raziskana tema, zato smo se odločili raziskati opolnomočenost študentov zdravstvene nege Fakultete za zdravstvo Angele Boškin v komunikaciji s pacientom z duševno motnjo. Pomembno se nam zdi, da se študenti podrobneje seznanijo in izobrazijo s tovrstno problematiko, saj so to bodoči zdravstveni delavci, ki bodo svoje znanje, spretnosti in veščine komunikacije uporabljali v praksi, na vseh področjih zdravstvene nege.

2 TEORETIČNI DEL

Učinkovita in smiselna komunikacija med medicinsko sestro in pacientom je neločljivi del zdravstvene oskrbe pacienta, z uporabo katere se izvaja kakovostna oskrba. Medicinske sestre, ki obravnavajo paciente, s terapevtsko komunikacijo gradijo, ohranjajo in izboljšujejo terapevtski odnos s posebno vlogo in mejami. Odnos se začne razvijati, ko je pacient sprejet na bolnišnično zdravljenje in poteka vse do zaključka zdravljenja. Pomembno je, da imajo medicinske sestre sposobnost razviti dober medosebni odnos s pacientom, saj s tem zagotavljajo kakovostno oskrbo pacienta (Amoah, et al., 2019). Razvijanje in učenje komunikacijskih veščin je zelo pomembno, saj ima poleg pozitivnih rezultatov na strani pacientov, pozitivne učinke pri timskem delu in izboljšuje raven kakovosti oskrbe nasploh (Norouzinia, et al., 2016).

2.1 OPREDELITEV DUŠEVNEGA ZDRAVJA, DUŠEVNIH MOTENJ IN ZDRAVSTVENE NEGE NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA IN PSIHIATRIJE

Duševno zdravje je Svetovna zdravstvena organizacija opredelila kot stanje, v katerem se posameznik dobro počuti, razvija svoje potenciale in sposobnosti, je sposoben opravljati različna dela in naloge, s svojim delom prispeva v skupnosti in se učinkovito spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015). Druga opredelitev duševnega zdravja avtorice Parekh (2018) je, da je duševno zdravje temelj komunikacije, čustvovanja, razmišljanja, učenja in samozavesti. Izraz duševna motnja označuje širok spekter težav z različnimi simptomi. Za duševne motnje je značilna kombinacija nenormalnih misli, zaznav, čustev in vedenja. Pacienti z duševnimi motnjami imajo težave v odnosu z drugimi ljudmi in težave pri opravljanju vsakodnevnih obveznosti in aktivnosti. Duševne motnje tako pomembno ovirajo posameznikovo delovanje v vsakdanjem življenju (World Health Organization, 2019; First, 2020), katerega pomemben del je tudi posameznikovo komuniciranje in odnosi, ki jih vzpostavlja z ljudmi, kar je v svoji teoriji o 14 življenjskih aktivnosti opredelila teoretičarka Virginia Henderson (Gligor & Domnariu, 2020).

Med duševne motnje spadajo organske duševne motnje, duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi, shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje, razpoloženske (afektivne) motnje, nevrotske, stresne in somatoformne motnje, vedenjski sindromi, ki so povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki, motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi, duševna manjrazvitost, motnje duševnega (psihološkega) razvoja, vedenjske in čustvene motnje, ki se navadno začnejo v otroštvu in adolescenci ter druge, neopredeljene motnje (Ziherl & Drnovšek, 2013). Organske duševne motnje, med katere spada tudi demenca, so motnje, ki imajo skupno etiologijo v možganski bolezni, poškodbi ali drugih okvarah možganov in povzročajo motnjo možganske dejavnosti. Pojavijo se lahko v različnih obdobjih življenja, najpogosteje pa v starosti (Kogoj & Ličina, 2013). Duševne in vedenjske motnje, ki nastanejo zaradi uživanja psihoaktivnih snovi, predstavljajo velik družbeni in zdravstveni problem. Psihoaktivne snovi, med katere spadajo alkohol, opioidi, kanabinoidi, kokain, sedativi, hipnotiki in druge, motijo človekovo zaznavanje, razpoloženje, razmišljanje in vedenje, kar lahko privede do zastrupitve, odtegnitve, delirijev, motenj razpoloženja, psihotičnih motenj in demence (Rus Makovec, 2013). Shizofrenija je ena izmed najresnejših in najzahtevnejših duševnih motenj, ki onemogoča normalno življenje in najpogosteje prizadene mlade. Zanja je značilno izkrivljeno mišljenje, glasno slišanje misli, vsiljevanje ali uhajanje misli, pacient doživlja različne blodnje, kot so nanašalne ali preganjalne, lahko mu primanjkuje volje (Plesničar Kores, 2013). Trajne razpoloženske motnje, manična epizoda, bipolarna motnja, depresivna epizoda in ponavljajoča se depresivna motnja spadajo med razpoloženske motnje. Zanje je značilno, da močno motijo pacientovo življenje in delo, saj vplivajo na doživljanje vsakodnevnih situacij in odnosov (Tavčar, 2013). Pacienti z anksioznimi motnjami doživljajo povečano tesnobo, kar ovira njihovo normalno funkcioniranje in negativno vpliva na kakovost življenja. Med anksiozne motnje med drugimi uvrščamo tudi panično motnjo, o kateri govorimo, kadar ima pacient v enem mesecu več paničnih napadov, v času med napadi pa pacient nima težav (Drnovšek, 2013). Stresne motnje so pretirani ali neprimerni odzivi na neko hudo človeško ogroženost ali izgubo, kot so izguba svojca, ločitev, prometna nesreča, izguba službe in drugo. Stresna motnja lahko nastane zaradi hudega stresorja oziroma povzročitelja stresa ali pa zaradi slabe zmožnosti posameznika za soočanje z vsakdanjimi stresnimi obremenitvami. Pogosto je vzrok součinkovanje obeh dejavnikov (Ziherl,

2013). Simptomi duševnih motenj se razlikujejo od osebe do osebe, od blagih do hudih. Na splošno pa večina oseb z duševno motnjo težko samostojno funkcionira v vsakdanjem življenju (Bhandari, 2020).

Nekatere osebe z duševnimi motnjami obravnavamo v domačem okolju, kjer zanje skrbijo družinski člani oziroma ožji sorodniki. Osebe z duševnimi motnjami so enakopravni člani skupnosti, ki imajo svoje potrebe in želje, vendar zaradi bolezni večinoma niso sposobni samostojno skrbeti zase. V družinah, kjer imajo posamezniki duševno motnjo, to čustveno vpliva na celotno družino. Za dobre medosebne odnose v družini je bistvenega pomena, da lahko vsak član družine na primeren način izrazi svoja čustva, misli in občutja (Smrdu, et al., 2015). Svojci pacienta z duševno motnjo se lahko soočajo s hudimi psihičnimi obremenitvami, stresom, žalostjo in drugimi negativnimi čustvi. Diagnoza duševne motnje je za družino in obolelega zelo stresen dogodek. Ob postavitvi diagnoze duševne motnje družina najprej doživi šok, temu pa sledi faza pogajanja, v kateri svojci dostikrat krivijo sebe za nastanek motnje. Tako pacient kot družina ne zmorejo razumeti, zakaj so ravno oni tisti, ki se soočajo z duševno motnjo v družini, zato lahko dostikrat izražajo jezo in žalost ter stanje prikrivajo oklici. Družina, ki je soočena z duševno motnjo, potrebuje čas, da sprejme in predela stanje in se postopoma vrne v normalno življenje. Včasih je trdna družina sposobna soočenja s stanjem prej kot posamezni član (Drnovšek, 2019).

Osebe z duševnimi motnjami za zdravljenje potrebujejo motivacijo, spodbudo in podporo svojcev in okolice, pri čemer je ključna komunikacija. Za paciente, ki so napoteni na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico, skrbi multidisciplinarni tim, ki ga sestavljajo psihiatri, medicinske sestre, delovni terapevti, klinični psihologi in drugi, ki skrbijo za celostno obravnavo pacienta (Inštitut za razvoj človeških virov, 2018). Medicinske sestre v multidisciplinarnem timu avtonomno in sodelujoče sodelujejo v procesu zdravljenja in oskrbe pacientov z duševnimi motnjami, ter do pacientov razvijejo zaupen, empatičen, pristen in razumevajoč odnos, s čimer pacientom z uporabo terapevtske komunikacije pomagajo razumeti njegovo zdravstveno stanje. Terapevtski odnos je odnos, ki se razvije med medicinsko sestro in pacientom in ni odvisen od zdravstvenega stanja pacientov, starosti, kulture ali socialno-ekonomskega statusa. Za medicinske sestre, ki delajo na

področju duševnega zdravja je opredeljen kot odnos pomoči, zaupanja in zaveznitva med pacientom in medicinsko sestro. Gre za sodelovanje obeh, tako medicinske sestre kot pacienta, s skupnim ciljem – pomagati pacientu izboljšati njegovo počutje (Moreno-Poyato, et al., 2016). Odnos med medicinsko sestro in pacientom z duševno motnjo je v teoriji medosebnih odnosov prva utemeljila doktorica Hildegard Elizabeth Peplau leta 1952 (Peplau, 1952; Zarea, et al., 2014). Medicinske sestre se morajo med izobraževanjem naučiti razviti veščine in zgraditi odnos, ki bo krepil interakcije med medicinsko sestro, pacientom, njegovo družino in drugimi posamezniki, ki so za pacienta pomembni. V zdravstveni negi so se tako razvile različne teorije medosebnih odnosov (Smith & Parker, 2020).

2.1.1 Teorija Hildegard Peplau

Doktorica Hildegard Elizabeth Peplau je zdravstveno nego definirala kot medosebni proces med dvema ali več osebami, ki je usmerjen k terapevtskemu cilju. Za doseg terapevtskega cilja medicinska sestra skupaj s pacientom izvaja namerna dejanja v točnem zaporedju. Opredelila je, da ima velik vpliv na razvoj človeka okolje, v katerem se človek razvija in oblikuje. Verjela je, da morajo medicinske sestre pridobiti znanje s področja lastnega vedenja in empatije. S tem ko medicinska sestra razume občutke pacienta, kot so tesnoba in panika, pacientu pomaga pri premagovanju težav. V svoji teoriji je opisala štiri faze, preko katerih se razvija odnos med medicinsko sestro in pacientom, ki temelji na zaupanju. Te faze so: faza orientacije, faza identifikacije, faza interakcije in faza razrešitve. Interakcije med medicinskimi sestrami in pacienti je doktorica opisala kot medosebno področje, kjer se medicinske sestre odzivajo na pacientove potrebe, stiske in reakcije v zvezi z njihovim zdravstvenim stanjem. Orientacijska faza: to je začetna faza, ko pacient poišče pomoč in se sreča z medicinsko sestro. Medicinska sestra izve namen in naravo odnosa, spozna pacienta in skupaj s pacientom določi približen časovni okvir terapevtske interakcije. Faza identifikacije: pacient v tej fazi prepozna svoje zdravstvene potrebe, ki jih bosta v nadaljevanju skupaj z medicinsko sestro reševala. Ključno je izražanje in raziskovanje pacientovih občutkov. Za pacienta je medicinska sestra izkušen izvajalec oskrbe, ki je sposobna pacientu pomagati, le ta pa njeno pomoč sprejema. Medicinska sestra v tej fazi prepozna svoje znanje, lastnosti in izkušnje, ki jih vnese v medosebni odnos. Faza raziskovanja: ta faza

zajema vse terapevtske dejavnosti, ki vodijo v doseganje opredeljenega cilja. Gre za odprto komunikacijo, ki je bistvena in zagotavlja zaupljiv odnos med medicinsko sestro in pacientom. Odnos med medicinsko sestro in pacientom je v tej fazi zelo intenziven, saj začne pacient prevzemati odgovornost zase, medicinska sestra pa ga spodbuja k neodvisnosti in samostojnosti. To predstavlja najtežjo točko v odnosu in je priprava na naslednjo fazo. Resolucija: zadnja faza, faza resolucije se pojavi, ko so potrebe pacienta izpolnjene in so doseženi cilji, ki sta jih medicinska sestra in pacient postavila v začetnih fazah. Za razrešitev je bistvenega pomena, da medicinska sestra oceni ali je pacient pripravljen na prekinitev terapevtskega odnosa, saj lahko predčasna prekinitve terapevtskega odnosa povzroči recidiv oz. ponovitev pacientovih težav. Pacient, ki je dosegel uspešno prekinitev, se odmakne od medicinske sestre in sam prevzame moč za zagotavljanje svojih potreb in si sam postavlja nove cilje (Peplau, 1952; Peden & Poellet, 2020).

2.1.2 Teorija Joyce Travelbee

Doktorica Joyce Travelbee je razvila model odnosa med medicinsko sestro in pacientom. Opredelila je, da je cilj zdravstvene nege nudenje pomoči posamezniku, družini ali skupnosti pri preprečevanju in soočanju z boleznijo in trpljenjem ter, če je potrebno, poiskati smisel in upanje. Pri svojem delu se je osredotočala predvsem na bolezen, trpljenje, bolečino, upanje, empatijo in komunikacijo ter terapevtsko uporabo samega sebe. Menila je, da se zdravstvena nega vzpostavlja skozi odnos med medicinsko sestro in pacientom, ki se začne s prvotnim srečanjem in nadaljuje skozi faze spoznavanja, razvijanja empatije in sočutja. Medosebni odnos vključuje dinamično, vzajemno, medosebno povezavo med medicinsko sestro in pacientom, ki se razvija s pomočjo terapevtske komunikacije. Namen je, da pacient sebe dojema kot edinstvenega in cenjenega. Medicinska sestra s terapevtsko uporabo samega sebe in z na dokazih podprtim znanjem zagotavlja kakovostno in profesionalno zdravstveno nego, ki spodbudi zaupanje pacienta. Bolezen za pacienta postane izkušnja, ki jo s pomočjo medicinske sestre predela in mu bo kasneje pomagala pri preprečevanju bolezni in krepitvi zdravja (Pokorny, 2017).

Teorija Joyce Travelbee opisuje interakcijo med medicinsko sestro in pacientom, pri čemer medicinska sestra pomaga pacientu, da ta v negativni izkušnji – bolezní – najde upanje in koristi. Opredelila je pet faz odnosa med medicinsko sestro in pacientom. V prvi fazi, ko se medicinska sestra in pacient srečata, drug o drugem oblikujeta mnenje in sodbe, ki nato vplivajo na njun odnos in ga oblikujejo. Na mnenje posameznika v odnosu vplivajo pretekle izkušnje, mediji in stereotipi, kar pa lahko blokira razvoj dobrega medosebnega odnosa. Sledijo faze nastajajočih identitet, v katerih se začne tvoriti vez med medicinsko sestro in pacientom, vsaka interakcija pa vez pogloblja in dopolnjuje. Medicinska sestra med fazami ocenjuje proces zdravstvene nege, zbira informacije in ustvarja vtise o pacientu s čimer razvija empatijo (Staal & Lee Gullett, 2020).

Empatija ni le občutek razumevanja in sočutja do pacienta, temveč so to dejanja, ki jih medicinska sestra zavestno izvaja z namenom zmanjševanja pacientove stiske. Medicinski sestri empatija omogoča, da razume, kaj oseba doživlja in prestaja onkraj zunanjega vedenja. Vključuje čustveno in intelektualno razumevanje in je tesno povezana z načrtovanjem procesa zdravljenja, saj omogoča, da medicinska sestra intervencije prilagodi glede na posameznega pacienta (Howick, et al., 2018). Pomembno je, da medicinska sestra ne dela vnaprejšnjih zaključkov, ampak dovoli oz. omogoči pacientu, da ta izrazi svoje mišljenje in stiske ter mu jasno pokaže, da ga razume. S pacientom z duševno motnjo je potrebno vzpostaviti zaupanje, ga sprejeti, biti z njim empatičen in pozoren. Potrebno ga je usmerjati in razumeti ter ga spodbujati skozi celoten proces zdravljenja, kar omogoča hitrejšo in prijaznejšo vrnitev v socialno sredino (Bregar, 2012; Furnes, et al., 2018; O'Brien, 2020).

2.2 USPOSOBLJENOST DIPLOMIRANIH MEDICINSKIH SESTER ZA DELO NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA IN PSIHIATRIJE

V Sloveniji področje izobraževanja v zdravstveni negi urejajo veljavna Direktiva 2013/55/EU, Direktiva 2005/36/EC, Zakon o visokem šolstvu, različni standardi in merila ter Nacionalna agencija za kakovost v visokem šolstvu. Potrebe po izobraževanju v zdravstveni negi pa niso opredeljene, primanjkuje nam nacionalnih smernic, ki bi bile nadgradnja direktivi. Izobraževanje na področju zdravstvene nege se v Sloveniji izvaja na dveh ravneh in sicer srednješolski in visokošolski, pri čemer se razmerje med izvajalci

zdravstvene nege nagiba v korist srednješolsko izobraženega kadra. Zaradi pomanjkanja visokošolsko izobraženega kadra (diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov) nastajajo težave pri delitvi kompetenc in dela. Težave nastanejo tudi pri poimenovanju izvajalcev zdravstvene nege, saj se izraz »medicinska sestra« dostikrat uporablja v splošnem za vse izvajalce zdravstvene nege ne glede na kompetence in stopnjo pridobljene izobrazbe (Skela Savič, 2015).

Študij diplomiranih medicinskih sester za splošno zdravstveno nego zajema skupno najmanj tri leta študija od tega 4600 ur teoretičnega in kliničnega usposabljanja, pri čemer teoretično usposabljanje predstavlja približno tretjino, praktično oz. klinično usposabljanje pa približno polovico trajanja študija (Kregar Velikonja & Čampa, 2018). Diplomirane medicinske sestre so v timu zdravstvene nege nosilci zdravstvene nege. Med njihove kompetence sodijo ugotavljanje potreb po zdravstveni negi, načrtovanje zdravstvene nege, izvajanje, vrednotenje in dokumentiranje zdravstvene nege ter drugo. Poleg naštetega mora diplomirana medicinska sestra doseči še minimalne izobraževalne zahteve, ki jih določa direktiva EU 2013/55/EU v členu 31, ki so sposobnost za sodelovanje in usposabljanje osebja, poznavanje strokovnih področij, zadostno poznavanje načel zdravja in zdravstvene nege, ustrezne klinične izkušnje in drugo. Med usposabljanjem diplomirana medicinska sestra pridobi kompetence za celovito in profesionalno komuniciranje (Razširjen strokovni kolegij za zdravstveno in babiško nego, 2019). Kompetence, ki so opredeljene kot kombinacija znanja, razumevanja in strokovnih veščin, zagotavljajo medicinski sestri, da lahko opravlja naloge in dejavnosti v svojem poklicu. Obveščajo jo o dejanjih in ciljih, za katere bo priznana in nagrajena. Obenem so kompetence, ki jih pridobi medicinska sestra, merilo, ki organizaciji omogoča, da razume dejanja in vrednoti v kolikšni meri je medicinska sestra s kompetencami dosegla organizacijske cilje (Hayes, 2020).

Diplomirani izvajalci zdravstvene nege potrebujejo znanja, ki izvirajo iz potreb celotne družbe, zdrave in bolne. Znanje, ki ga pridobijo s formalnim izobraževanjem, jim omogoča razvoj potrebnih kompetenc in sposobnosti za samostojno prepoznavanje potreb pacientov, načrtovanje dela in končnih ciljev zdravstvene nege in oskrbe, izvajanje in vrednotenje, ob tem pa uporabo kritičnega mišljenja, trezne presoje, sprejemanja

odgovornost in odločitev ter drugo. Pomembno je, da svoje znanje širijo in izpopolnjujejo s timskim sodelovanjem z drugimi poklici, da sodelujejo v raziskovanju in da prevzemajo vodilna mesta (Kadivec, et al., 2013).

Zdravstvena nega je zahtevno in ob enem zanimivo strokovno področje, ki zajema človeka kot celoto, kar pa od izvajalcev zdravstvene nege zahteva veliko teoretičnega in praktičnega znanja. Medicinske sestre na področju duševnega zdravja potrebujejo poleg osnovnega znanja zdravstvene nege dodatna znanja, predvsem s področja komunikacije, medosebnih odnosov, empatije in varnosti. Njihovo delo vključuje delo s pacienti in njihovimi svojci, ki so lahko ranljivi, dvomijo vase in okolico, ter potrebujejo za zdravljenje dolgoročno pomoč. Pacienti z duševnimi motnjami so zaradi narave svoje bolezni večkrat, nekateri pa tudi neprekinjeno, vključeni v zdravstveno oskrbo, kar pomeni, da lahko terapevtski odnos med medicinsko sestro in pacientom traja dolgo časa ter se lahko razlikuje po intenzivnosti. Pacienti se gibljejo vzdolž kontinuuma med obdobji visoke odvisnosti na enem koncu, v akutnih fazah, ko doživljajo simptome svoje bolezni in obdobji neodvisnosti na drugem, ko so njihovi simptomi manj zaskrbljujoči (O'Brien, 2020). Medicinska sestra, ki pacienta razume, je empatična ter skuša s svojimi dejanji lajšati pacientovo trpljenje, razvija terapevtski odnos. Koncept terapevtskega odnosa se je postopoma razvijal z rastjo in profesionalizacijo zdravstvene nege za duševno zdravje in je bistven za kakovostno in profesionalno delo v psihiatrični bolnišnični oskrbi (Gabrielsson, et al., 2016).

2.3 POMEN TERAPEVTSKE KOMUNIKACIJE NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA IN PSIHIATRIJE

Dobra komunikacija je nujna na vseh področjih zdravstvene nege, še posebej pa na področju duševnega zdravja. Pri komuniciranju gre za izmenjavo mnenj in stališč najmanj dveh oseb, ki v komunikaciji sodelujeta. Pri tem zadovoljujeta svoje potrebe. Komunikacija poleg izražene vsebine določa tudi odnose med komunikatorjema in lahko poteka tako besedno (verbalno) kot tudi nebesedno (neverbalno) (Rus Makovec, 2013). Vsaka komunikacija med pacientom in zdravstvenim delavcem pa ni terapevtska komunikacija. Terapevtska komunikacija je sredstvo, ki sproži, izdelava in konča odnos med medicinsko sestro in pacientom, ter se osredotoča na izboljšanje čustvenega in fizičnega počutja pacienta. Vključuje medosebno komunikacijo med pacientom in

medicinsko sestro in je namenjena podajanju informacij o zdravstvenem stanju ter pomoči pacientu. Z uporabo terapevtske komunikacije medicinska sestra skupaj s pacientom določi cilje zdravstvene nege. Za izvajanje terapevtske komunikacije so potrebne veščine, ki pomagajo medicinski sestri, da pacienta bolje razume. Medicinska sestra doseže učinkovito terapevtsko komunikacijo s tem, da upošteva zasebnost in zaupnost podatkov pacienta, ščiti njegove pravice, mu dovoli, da svobodno izrazi svoje potrebe, misli in čustva ter ga upošteva. Razlikovati mora pacientove potrebe in namene, obenem pa mora določiti meje komunikacije, v kolikor presodi, da bodo kršene. Dober medosebni odnos in zaupanje, ki se zgradi kot posledica dobre terapevtske komunikacije, vključuje upoštevanje pravil, mej in odnosov med medicinsko sestro in pacientom (Sherko, et al., 2013; Sibiya, 2018).

Terapevtska komunikacija je namenska oblika komunikacije. Vsebuje ustrezno postavitev vprašanj, podajanje pomembnih informacij, parafraziranje, oceno razumevanja informacij, fokusiranje, samorazkrivanje in soočenje. Medicinska sestra pacientu zastavlja vprašanja eno za drugim, da najprej razišče temo pogovora, preden nadaljuje. Z uporabo parafraziranja oz. ponavljanja pacientovega sporočila, medicinska sestra pacientu sporoči, da posluša in razume njegova sporočila. S tem vzpostavi zaupanje. Med pogovorom oceni ali pacient razume izmenjane informacije in skrbi, da se tema pogovora osredotoča na ključna vprašanja pogovora. Medicinska sestra pomaga pacientu, da se ta sooči z napačnimi občutki, stališči in prepričanji. Del terapevtske komunikacije je tudi samorazkrivanje, katerega namen je, da medicinska sestra izkaže spoštovanje do pacienta (Sherko, et al., 2013).

Pri komunikaciji lahko dostikrat nastanejo tudi ovire. Komunikacija je motena oziroma ovirana zaradi različnih dejavnikov iz okolja in drugod. Najpogostejše ovire, ki motijo komunikacijo med pacientom in medicinsko sestro na strani pacienta so hrup, pomanjkanje zasebnosti, strah in tesnoba ter nezmožnost razlage svojih čustev in občutkov. Na strani medicinskih sester pa so najpogostejši dejavniki, ki ovirajo komunikacijo, pomanjkanje časa zaradi visoke delovne obremenitve, strah pred tem, da bi pacientu povzročili stisko in druge ovire, kot je pomanjkanje spretnosti in znanja za spopadanje s težkimi čustvi, reakcijami pacienta in vprašanji (Neese, 2016).

2.3.1 Učenje terapevtske komunikacije v času izobraževanja

V zdravstveno obravnavo pacienta z duševno motnjo so pogosto vključeni tudi študenti zdravstvene nege. Klinično usposabljanje študentov je sestavni del izobraževanja, na katerem pridobijo praktične veščine, znanja in izkušnje ter sprejemajo odločitve, ki so nujno potrebne za samostojno opravljanje poklica (Jahanpour, et al., 2016). Za študente zdravstvene nege je torej ključnega pomena, da med izobraževanjem pridobijo ustrezna znanja o terapevtski komunikaciji in odnosu do pacienta z duševno motnjo. Težave pri vzpostavitvi medosebnega odnosa lahko študentom povzročata dva dejavnika. Prvi dejavnik je zastarelo prepričanje družbe o duševnih motnjah – stigma, saj se še vedno ohranja prepričanje, da so osebe z duševnimi motnjami nevarne, nepredvidljive in nesposobne. Pomembno je, da se stigmatizirajoč odnos bodočih zdravstvenih delavcev. Študenti, ki imajo v družini ali v svoji okolici osebo z duševno motnjo, se v praksi lažje in samozavestneje vključujejo v medosebne odnose s pacienti z duševnimi motnjami in imajo manj predsodkov. Drugi dejavnik je stres, ki ga študenti doživljajo pred delom s pacienti z duševno motnjo. Študenti, ki nimajo zadostnega predznanja o načinu vzpostavitve medosebnega odnosa in komunikacije, lahko občutijo strah, tesnobo, anksioznost in neuspeh pri delu, ki izhaja iz strahu pred neznanim in je posledica učinkov medijev, vplivov vrstnikov, strahu pred nasiljem ter napačnih prepričanj. Nekatere raziskave ugotavljajo, da dodatno izobraževanje o terapevtski komunikaciji med študijem pripomore k boljšemu znanju in samozavesti študentov pri delu s pacienti z duševnimi motnjami. Z znanjem in uporabo terapevtske komunikacije se študenti osvobodijo lastnih skrbi in se namesto tega lažje osredotočajo na razumevanje pacienta (Hunter, et al, 2015; Abdolrahimi, et al., 2017; Furnes, et al, 2018).

Komunikacijske veščine so v zdravstveni negi temelj za izgradnjo odnosa, ki poteka med pacientom in medicinsko sestro, temelji na zaupanju in je obenem orodje za preprečevanje in razreševanje sporov, ki lahko nastanejo tako med pacienti, svojci ali zdravstvenimi delavci v timu. Pacienti in njihovi svojci imajo včasih velika ali napačna pričakovanja in zahteve, kar lahko vodi v konflikt z izvajalci zdravstvene nege. Učenje komunikacijskih veščin omogoča, da se študenti že v teoriji spoznajo s pravilnimi tehnikami komunikacije, ki jih nato uporabljajo v praksi (Zupan & Kolander, 2019).

3 EMPIRIČNI DEL

V empiričnem delu smo s podatki predstavili opolnomočenost študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin za komunikacijo s pacientom z duševno motnjo, počutje študentov pri delu s tovrstnimi pacienti glede na predhodne izkušnje s kliničnega usposabljanja na področju duševnega zdravja in potrebo študentov po dodatnem izobraževanju in usposabljanju v komunikaciji s pacientom z duševno motnjo.

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil raziskati in predstaviti poznavanje ter usposobljenost študentov zdravstvene nege prvega, drugega in tretjega letnika rednega in izrednega študija ter absolventov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin v komunikaciji s pacientom z duševno motnjo.

Cilji diplomskega dela so bili:

- ugotoviti pomen preteklih delovnih izkušenj med kliničnim usposabljanjem s področja duševnega zdravja na počutje študentov pri delu s pacientom z duševno motnjo,
- oceniti znanje študentov v komunikaciji s pacientom z duševno motnjo,
- ugotoviti potrebo študentov zdravstvene nege po dodatnem izobraževanju in usposabljanju v komunikaciji s pacientom z duševno motnjo.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Raziskovalna vprašanja, ki smo si jih zastavili na osnovi pregledane tuje in domače literature ter glede na zastavljene cilje so:

- Kakšen pomen imajo pretekle delovne izkušnje med kliničnim usposabljanjem s področja duševnega zdravja na počutje študentov pri delu s pacientom z duševno motnjo?
- Kakšno je znanje študentov za komunikacijo s pacientom z duševno motnjo?

- V kolikšni meri študentje zdravstvene nege potrebujejo dodatna izobraževanja in usposabljanja v komunikaciji s pacientom z duševno motnjo?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Za zbiranje podatkov smo uporabili ne-eksperimentalno kvantitativno opisno metodo raziskovanja.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V teoretičnem delu smo uporabili analitično metodo za pregled domače in tuje strokovne literature iz obravnavanega področja. Strokovno literaturo smo iskali v različnih podatkovnih bazah, kot so CINAHL, Google učenjak, ScinceDirect, COBISS idr. Literaturo smo iskali v slovenskem in v angleškem jeziku, pri čemer smo upoštevali starostno omejitev virov 10 let. Iskanje je potekalo s pomočjo naslednjih ključnih besed v slovenskem jeziku: »psihiatrična zdravstvena nega«, »duševne motnje«, »terapevtska komunikacija« in »pacienti z duševnimi motnjami«. V angleškem jeziku pa smo literaturo iskali s pomočjo ključnih besed: »Psychiatric Nursing«, »Psychiatric Healthcare«, »Mental Health Disorders«, »Therapeutic Communication«, in »Communication skills in Psychiatry«. Pri iskanju literature smo si pomagali z Booleanovima operatorjema »AND« in »OR«, s katerima smo omejili rezultate.

V empiričnem delu smo podatke pridobili s pomočjo strukturirane ankete v elektronski obliki.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

V diplomskem delu smo kot merski instrument uporabili anketo avtorjev Mani A. Zakaria in Abutaleb Mohammeda z naslovom Communication Skills of Novice Nurses at Psychiatric Hospital in Saudi Arabia iz leta 2017 (Mani & Abutaleb, 2017).

Anketa je sestavljena iz dveh sklopov. Prvi sklop zajema demografske podatke anketiranca, kot so spol, starost, izobrazba, letnik študija, smer študija in pretekle izkušnje

z delom s področja psihiatrije. Na vprašanja o demografskih podatkih so anketiranci odgovorili tako, da so pri posameznem vprašanju izbrali podan možen odgovor, razen pri vprašanju, ki se je nanašalo na starost anketiranca in letnik, ki ga obiskuje, kjer so starost in letnik študija navedli sami s številko. V drugem sklopu so anketiranci ocenjevali v kolikšni meri se strinjajo s podanimi trditvami s področja odnosa in komunikacije s pacienti z duševnimi motnjami, in trditvami, ki merijo mnenje o usposobljenosti za delo s pacienti. Skupaj je bilo postavljenih 15 trditev, vendar so na zadnjih 5 trditvah, ki so označene z zvezdico, odgovorili le študentje, ki so že opravljali praktično izobraževanje na področju duševnega zdravja. Na trditve so anketiranci odgovarjali s pomočjo Likertove lestvice strinjanja: 1 – se močno strinjam, 2 – se strinjam, 3 – se niti ne strinjam, niti strinjam, 4 – se nikakor ne strinjam in 5 – nisem prepričan.

Zanesljivost drugega sklopa merskega instrumenta smo ocenili s koeficientom Cronbach Alpha, ki je bil $\alpha = 0,641$ (Šifrer, 2013), kar je še na meji, ko lahko govorimo o zanesljivosti instrumenta.

3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo namenski, neslučajnostni (nerandomiziran) vzorec, ki vključuje vse študente prvostopenjskega programa zdravstvene nege 1., 2. in 3. letnika, rednega in izrednega študija ter absolvente na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Vzorec je zajemal 282 študentov. Vrnjenih smo dobili 202 rešenih anket, kar znaša 71,6 % realizacijo vzorca.

Med 202 vrnjenima anketama je bilo 171 študentov (84,7 %) ženskega spola, moškega spola je bilo 31 študentov (15,3 %). Večina študentov je imela predhodno izobrazbo zdravstvene smeri in sicer 139 študentov (68,8 %), ostalih 63 študentov (31,2 %) je imelo predhodno izobrazbo druge smeri. Tretji letnik je obiskovalo 84 študentov (41,6 %), drugi letnik 44 študentov (21,8 %), prvi letnik pa 74 študentov (36,6 %). Večina študentov, 128 (63,4 %), je rednih študentov, 74 (36,6 %) študentov je izrednih.

Brez izkušenj s področja duševnega zdravja je bilo 71 študentov (35,1 %), klinično prakso do 14 dni na področju duševnega zdravja je že opravilo 31 študentov (15,3 %), klinično

prakso, daljšo od 14 dni na področju duševnega zdravja je imelo 59 (29,2 %) študentov, 40 (19,8 %) študentov pa je bilo pogosto v stiku s pacientom z duševno motnjo (Tabela 1).

Tabela 1: Demografski podatki

Vzorec		n	%
Spol	Skupaj	202	100
	Moški	31	15,3
	Ženske	171	84,7
Predhodna izobrazba	Zdravstvena smer	139	68,8
	Druga smer	63	31,2
Letnik študija	Prvi	74	36,6
	Drugi	44	21,8
	Tretji	84	41,6
Način študija	Redni	128	63,4
	Izredni	74	36,6
Izkušnje na področju duševnega zdravja	Brez	71	35,1
	Klinična praksa do 14 dni	31	15,3
	Klinična praksa več kot 14 dni	59	29,2
	Pogosto sem v stiku s pacienti z duševno motnjo	40	19,8

Legenda: n = število anketirancev v vzorcu; % = delež.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za diplomsko delo smo najprej pripravili dispozicijo diplomskega dela, ki je bila predpogoj za opravljanje raziskave. Pri iskanju ustrezne strokovne literature za dispozicijo smo naleteli na raziskavo z naslovom *Communication Skills of Novice Nurses at Psychiatric Hospital in Saudi Arabia*, avtorjev Mani A. Zakaria in Abutaleb Mohammeda, iz leta 2017, ki je vsebovala anketo, ki je bila namenjena študentom oziroma novim zaposlenim na področju duševnega zdravja v Saudski Arabiji. Anketa se nam je zdela primerna za naše diplomsko delo (Mani & Abutaleb, 2017). Za dovoljenje o uporabi ankete smo najprej preko elektronske pošte, 13. 4. 2021, kontaktirali avtorja Mani A. Zakaria, vendar nismo prejeli odgovora. Anketo smo iz obstoječega – angleškega jezika prevedli v slovenski jezik in nato nazaj v angleški jezik, pri čemer smo naleteli na nekaj manjših razlik. Razlike so se pojavile v rubriki Izobrazba, saj se nazivi pridobljene izobrazbe v Saudski Arabiji nekoliko razlikujejo od nazivov v Sloveniji, preostale razlike so se nanašale le na različno izbiro sopomenk pri prevodu, pomen besede pa je ostal isti.

Anketo smo nato prilagodili našemu okolju. Po odobritvi dispozicije s strani Fakultete za zdravstvo Angele Boškin smo pridobili še soglasje komisije za Raziskovalno dejavnost Fakultete za zdravstvo Angele Boškin za opravljanje raziskave. Nato smo referat fakultete prosili za posredovanje našega vabila študentom za sodelovanje v raziskavi in povezavo do ankete. K anketi so bila priložena vsa potrebna navodila, študentom smo zagotovili anonimnost in prostovoljnost. Anketiranje je potekalo elektronsko s pomočjo spletnega vprašalnika 1KA, v mesecih decembru 2021, januarju in februarju 2022. Po dogovoru je referat fakultete študente povabil k sodelovanju trikrat v razmaku enega meseca, kar je pripomoglo k dobri udeležbi študentov v anketi.

Podatke, ki smo jih pridobili z anketiranjem, smo uredili in statistično obdelali za potrebe raziskave v skladu s cilji diplomskega dela. Uporabili smo opisno, bivariatno metodo analize podatkov in faktorsko analizo. Stopnja statistične značilnosti je bila upoštevana pri $p < 0,05$.

3.4 REZULTATI

V nadaljevanju smo predstavili rezultate ankete po sklopih.

3.4.1 Faktorska analiza lestvice Kompetence iz komunikacije

Celotna lestvica, ki jo predstavlja Tabela 2, je sestavljena iz enajstih trditev. Zaradi lažje nadaljnje analize trditev smo poskušali trditve zreducirati oziroma združiti s pomočjo faktorske analize v manjše število spremenljivk. Najprej smo ocenili primernost podatkov v Tabeli 2 za izvedbo faktorske analize (pregled korelacijske matrike je pokazal prisotnost vrednosti koeficientov $> 0,3$; KMO = 0,777 in Bartlett $p < 0,001$). Analiza glavnih komponent za 11-stopenjsko lestvico vprašalnika Communication Skills of Novice Nurses at Psychiatric Hospital in Saudi Arabia je pokazala prisotnost treh komponent oziroma faktorjev z lastnimi vrednostmi več kot 1, s katerimi lahko pojasnimo 60,58 % skupne variance, s prvim faktorjem 31,31 %, z drugim faktorjem 18,66 %, s tretjim faktorjem pa 10,61 % skupne variance. Rezultati paralelne Hornove analize so pokazali, da je bilo smiselno ohraniti dva faktorja, zato smo v nadaljevanju izvedli pravokotno rotacijo Varimax z dvema fiksnima faktorjema, s katerima smo pojasnili 44,00 % skupne

variance, in sicer s prvim faktorjem 22,81 %, z drugim pa 21,18 %. Porazdelitev trditev med dva faktorja je predstavljena v Tabeli 2. Prvi faktor združuje trditve, ki najbolj pojasnjujejo »usposobljenost za komuniciranje« ($\alpha = 0,679$), drugi faktor pa »(ne)usposobljenost za komuniciranje« ($\alpha = 0,690$).

3.4.2 Ocena kompetenc študentov v komunikaciji s pacientom z duševno motnjo

V raziskavi so anketiranci ocenjevali svojo usposobljenost za komuniciranje s pacientom z duševno motnjo.

Anketirani študentje so se v sklopu vprašanj o usposobljenosti v komunikaciji s pacientom z duševno motnjo najbolj strinjali s trditvijo »Med pogovorom s pacientom sem pozoren na njegovo telesno govorico« (PV = 1,82, SO = 0,749) in trditvijo »Če pacient povzdigne glas, sem sposoben ostati miren« (PV = 2,15, SO = 0,912). Študentje so najmanjše strinjanje izrazili pri trditvi »Imam težave v komunikaciji s pacientom z duševno motnjo« (PV = 3,27, SO = 0,906). Rezultati so prikazani v Tabeli 2.

Tabela 2: Kompetence iz komunikacije – opisni podatki

Trditve	n	PV	SO	F 1	F 2
Menim, da imam zadostno predznanje za komunikacijo s pacientom z duševno motnjo.	199	3,05	1,038	0,627	-0,060
Menim, da sem v času izobraževanja na fakulteti do sedaj prejel zadovoljive informacije za komunikacijo ali interakcijo s pacientom z agresivnim vedenjem.	200	3,18	0,991	0,532	0,333
Komunikacijske veščine, ki sem se jih naučil v času izobraževanja so/bi mi pomagale pri delu s pacientom z duševno motnjo.	199	2,80	0,988	0,535	0,285
Počutim se neprijetno med emocionalno napeto situacijo s pacientom z duševno motnjo.	198	3,06	1,038	0,140	0,797
Oklevam pri obravnavi pacienta, ki kaže znake agresivnega vedenja.	200	3,03	1,079	0,046	0,794
Imam težave v komunikaciji s pacientom z duševno motnjo.	200	3,27	0,906	-0,051	0,672
Sposoben sem komunicirati s pacientom, ki bi lahko bil agresiven.	199	2,76	1,016	0,589	-0,395
Sposoben sem prepoznati/ugotoviti razpoloženje pacienta že samo z opazovanjem.	198	2,39	0,910	0,606	-0,249
Če pacient povzdigne glas, sem sposoben ostati miren.	199	2,15	0,912	0,627	-0,116
V komunikaciji s pacientom se izogibam občutljivim temam.	200	2,36	0,881	0,357	0,396

Trditve	n	PV	SO	F 1	F 2
Med pogovorom s pacientom sem pozoren na njegovo telesno govorico.	200	1,82	0,749	0,536	-0,169

Legenda: n = število anketirancev v vzorcu; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; F 1 = faktor 1; F 2 = faktor 2.

V Tabeli 3 smo v nadaljevanju primerjali oba faktorja glede na spol, izobrazbo, načina študija in letnik. Do razlik pri faktorju »usposobljenosti za komuniciranje« prihaja pri spolu, kjer anketiranci menijo, da so bolj usposobljeni za komuniciranje v primerjavi z anketirankami ($t = -2,53$, $p = 0,012$). Do razlik pri faktorju »(NE)usposobljenost za komuniciranje« prihaja pri načinu študija, kjer se redni študentje ocenjujejo kot bolj kompetentni za komuniciranje s pacientom z duševno motnjo ($t = -2,178$, $p = 0,031$). Do statistično pomembnih razlik pri faktorju »(NE)usposobljenost za komuniciranje« prihaja tudi glede na letnik študija ($F = 3,361$, $p = 0,037$), kjer se najbolj neusposobljeni za komuniciranje ocenjujejo anketiranci drugega letnika (PV = 12,58, SO = 2,88), sledijo anketiranci prvega letnika (PV = 11,71, SO = 3,08), kot najbolj usposobljeni se ocenjujejo anketiranci tretjega letnika (PV = 11,21, SO = 2,51).

Starost ni statistično pomembno povezana z »usposobljenostjo za komuniciranje« ($r = -0,126$, $p = 0,76$) ali z »(NE)usposobljenostjo za komuniciranje« ($r = 0,034$, $p = 0,628$).

Tabela 3: Primerjava faktorjev glede na spol, predhodno izobrazbo, letnik študija in način študija

Faktor 1 in 2	n	PV	SO	PV Spol (M / Ž)	SO Spol (M / Ž)	t Spol (p)	PV Izo. (ZN / DS)	SO Izo. (ZN / DS)	t Izo. (p)	PV Študij (R / I)	SO Študij (R / I)	t Študij (p)	F Letnik (p)
Usposobljenost za komuniciranje	200	18,07	3,93	16,45 / 18,37	4,82 / 3,69	-2,53 (0,012)	17,75 / 18,79	3,82 / 4,12	-1,73 (0,085)	18,16 / 17,93	4,04 / 3,77	0,392 (0,696)	2,060 (0,130)
(NE)usposobljenost za komuniciranje	200	11,96	2,84	12,29 / 11,58	2,69 / 2,86	1,27 (0,202)	11,59 / 11,90	2,69 / 3,17	-0,709 (0,479)	11,36 / 12,26	3,00 / 2,47	-2,178 (0,031)	3,361 (0,037)

Legenda: n = število anketirancev v vzorcu; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; ZN = zdravstvena nega; DS = izobrazba druge smeri; IZO = izobrazba; t = t test; F = ANOVA; p = statistična značilnost $p < 0,05$

3.4.3 Analiza lestvice, ki ocenjuje zadovoljstvo s kliničnim usposabljanjem

Anketiranci so odgovarjali na Likertovi lestvici, kjer je bila petstopenjska lestvica ovrednotena: 1 – se močno strinjam, 2 – se strinjam, 3 – se niti ne strinjam, niti strinjam, 4 – se nikakor ne strinjam in 5 – nisem prepričan. V Tabeli 4 so navedene ocene anketirancev glede trditvev o kliničnem usposabljanju v psihiatrični bolnišnici, najvišje anketiranci ocenjujejo »Menim, da je bila organiziranost prakse v psihiatrični bolnišnici dobra« (PV = 2,36, SO = 0,912) in »Osebjem sem sposoben opisati pacientovo obnašanje z uporabo psihiatrične terminologije« (PV = 2,78, SO = 1,003).

Tabela 4: Ocena trditvev o kakovosti kliničnega usposabljanja v psihiatrični bolnišnici

Trditve	n	PV	SO
Medicinske sestre na oddelku so mi posredovale povratne informacije o moji interakciji in komunikacijskih veščinah s pacientom z duševno motnjo.	109	2,61	1,036
Menim, da je bila organiziranost prakse v psihiatrični bolnišnici dobra.	108	2,36	0,912
Zaposlenim sem bil med klinično prakso sposoben s psihiatričnimi izrazi opisati znake agresivnega vedenja.	108	2,64	1,036
Osebjem sem sposoben opisati pacientovo obnašanje z uporabo psihiatrične terminologije.	108	2,78	1,003
Na kliničnem usposabljanju sem imel zagotovljenega dovolj časa za prilagoditev.	108	2,67	0,986

Legenda: n = število anketirancev v vzorcu; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon.

3.5 RAZPRAVA

Večina študentov meni, da so dobro usposobljeni za komuniciranje s pacientom z duševno motnjo, kar nas je presenetilo. V nekaterih državah študenti zdravstvene nege na splošno prejmejo le navodila o tehnikah komunikacije, kar kasneje predstavlja velike težave pri komuniciranju v praksi s pacienti (Xie, et al., 2013). Cowen in sodelavci (2016) poročajo, da mnogi študenti pogosto čutijo zaskrbljenost pred vstopom v klinično okolje zaradi pomanjkanja zaupanja v svoje komunikacijske sposobnosti s pacienti z duševnimi motnjami. Ponekod študentje izražajo zaskrbljenost in negotovost, saj se bojijo, da bodo v določenih situacijah s pacienti z duševnimi motnjami napačno komunicirali (Halter & Varcarolis, 2014). Tudi avtor Gaylle (2015) navaja, da se pri medicinskih sestrah, ki skrbijo za paciente z duševnimi motnjami v enotah splošnih bolnišnic, pojavlja nelagodje,

ki je povezano z pomanjkanjem večšin za samozavestno in kompetentno oskrbo tovrstnih pacientov. Komunikacija s pacienti z duševnimi motnjami za študente predstavlja vir tesnobe. Uporaba terapevtske komunikacije predstavlja prednost pri razumevanju pacientov, krepi zaupanje, zagotavlja tolažbo in olajša obvladovanje čustev, kar je ključnega pomena za dobro počutje pacientov, vendar pa kljub izkušnosti medicinskih sester v terapevtski komunikaciji, še vedno prihaja do vrzeli v komunikaciji, saj je včasih težko razumeti pacientova stališča (Amoah, et al., 2019).

Pozitivno nas je presenetilo, da je velika večina študentov med pogovorom s pacientom pozorna na pacientovo telesno govorico, študenti tudi menijo, da so sposobni pacientovo obnašanje opisati z uporabo psihiatrične terminologije. Pomembnost opazovanja pacientove telesne govorice poudarja avtor Chahal (2017), ki meni, da preko pacientove mimike obraza, telesne drža in gibov že v nekaj sekundah do nekaj minutah lahko pridobimo več informacij kot s samim pogovorom. Nasmeh je pogost primer pacientovega resničnega obnašanja, saj je nasmeh družbeno sprejet kot topel, prijazen in na splošno pozitiven, vendar bo dobro izurjen zdravstveni delavec prepoznal ali pacient z nasmehom le prikriva negativna čustva. Telesna govorica je pozitivno orodje, ki krepi verbalno komunikacijo in pomaga razumeti počutje pacienta. Pacient, ki trdi, da se dobro počuti, lahko s telesno držo izraža nasprotno, zato je pomembno opazovanje in spremljanje pacientove telesne drža in obnašanja (Ali, 2018). V raziskavi smo ugotovili, da so bili študenti s kliničnim usposabljanjem v psihiatrični bolnišnici zadovoljni in v večini menijo, da je bila organiziranost kliničnega usposabljanja dobra. Kako pomembno je, da se študent dobro počuti v okolju kliničnega izobraževanja, opozarjajo že avtorji Joolae, et al. (2016) in Baraz, et al. (2015), ki navajajo, da lahko učinkovito klinično okolje odločilno vpliva na študenta, ko bo ta izbiral okolje zaposlitve v prihodnje. Izkušnje študentov v kliničnem okolju pripomorejo k boljšemu razumevanju samega poklica medicinske sestre in pogojev dela na določenem področju zdravstvene nege. Kakovost zdravstvene nege je odvisna od kakovosti izobraževanja študentov v kliničnem okolju, saj bodo zadovoljni in uspešni študentje hitreje in uspešneje diplomirali in se zaposlili, kar lahko vpliva na bolj zdravo skupnost (Joolae, et al., 2015). Pri kliničnem izobraževanju je za študenta ključnega pomena pozitivno učno okolje, podpora kliničnega

mentorja, odprta in profesionalna komunikacija, vrstniki, ki jih ima študent in komunikacija s pacienti (Serçekuş & Başkale, 2016).

Rezultati so pokazali, da so anektirani študentje sposobni ostati mirni, če pacient povzdigne glas. Iz tega lahko sklepamo, da študentje pacienta razumejo in ga bodo poskušali pomiriti. Povzdigovanje glasu, vpitje in preklinjanje so vedenjski znaki jeze oziroma agresije pacienta. Prepoznavanje in obvladovanje pacientove jeze je pomembno za zagotavljanje varnosti zdravstvenega osebja, drugih pacientov in varnosti pacienta samega. V praksi se za obvladovanje pacientove jeze in agresije uporabljajo deeskalacijske tehnike komunikacije in obnašanja (Chipidza, et al., 2016). Tudi Gaynes, et al. (2017) opozarjajo, da je povzdigovanje glasu začetni znak vznemirjenosti pacienta, ki lahko kasneje vodi v agresivno vedenje in dejansko fizično nasilje in ga je moč preprečiti z uporabo deeskalacijskih tehnik komunikacije in vedenja.

Anketirani študentje moškega spola menijo, da so bolj usposobljeni za komuniciranje v primerjavi z anketiranimi študentkami, kar lahko pripisujemo večji samozavesti in pa tudi telesni moči moških. Med moškim in ženskim spolom so že od otroštva tako fiziološke in psihološke kot tudi socialne razlike, ki vplivajo na način dela (Vatandost, et al., 2020). Čeprav so moški fizično močnejši od žensk in lažje dvigujejo težka bremena, še vedno predstavljajo manjšino v poklicu zdravstvene nege. Zdravstvena nega tradicionalno še vedno velja za pretežno ženski poklic, predvsem zaradi lastnosti kot so prijaznost, empatija, občutljivost in podpora (Cottingham, 2014). Kljub manjšemu številu moških v poklicu zdravstvene nege, vse več pacientov zelo dobro sprejema izvajalce zdravstvene nege moškega spola, nekateri pacienti se počutijo celo bolj prijetno in udobno, če zanje skrbijo tehniki zdravstvene nege moškega spola kot ženskega spola (Younas & Sundus, 2018). Podobno navaja tudi avtor *Budu s sodelavci* (2019).

Redni študentje se ocenjujejo kot bolj usposobljene oziroma kompetentne za komuniciranje s pacientom z duševno motnjo, kar je presenetljivo, saj imajo redni študenti pogosto manj predhodnih delovnih izkušenj in stika s pacienti v nasprotju z izrednimi študenti, ki so ponavadi že vključeni v delovno okolje. Ker so razlike majhne, lahko rezultat pripisujemo tudi neuravnoteženemu vzorcu rednih in izrednih študentov.

Kratko časovno obdobje, ki ga študenti zdravstvene nege preživijo na kliničnem usposabljanju, je pogosto bolj usmerjeno v zmanjševanje fizičnih težav pacienta in ne toliko v psihološko oskrbo pacienta (Zamanzadeh, et al., 2014; Heidari & Mardani, 2015). Študenti zdravstvene nege vidijo terapevtsko komunikacijo kot eno najbolj stresnih nalog na kliničnem usposabljanju (Cowen, et al., 2016). Da je uporaba terapevtske komunikacije v praksi za študenta zahtevna in stresna, ugotavlja tudi avtor Ma, et al. (2014). Avtorji (Ma, et al., 2014) v nadaljevanju poročajo, da študenti, ki niso opolnomočeni v komunikaciji, občutijo anksioznost, depresijo in nizko samopodobo. Rednim študentom se morda zdi tematika terapevtske komunikacije, ki jo predelajo skozi izobraževalni proces, pri stiku s pacientom tudi manj pomembna. Prav to ugotavlja tudi avtor MacDonald-Wicks (2012), ki navaja padanje oziroma zniževanje stopnje uporabe terapevtske komunikacije med študenti, saj ti menijo, da je terapevtska komunikacija ena izmed najmanj pomembnih komponent zdravstvene nege. Neuspešna interakcija med pacientom in študentom zdravstvene nege, ki je posledica napačne interpretacije informacij, povzroča nezadovoljstvo pacienta in svojcev ter posledično zmanjšuje kakovost oskrbe (Jvaher, et al., 2014).

Kljub temu da se redni študentje počutijo bolj kompetentne v komunikaciji s pacientom z duševno motnjo kot izredni študentje, pa avtorji v literaturi navajajo (Kumaran & Carney, 2014), da večina na novo zaposlenih v zdravstveni negi nima dovolj znanja s področja komunikacije v primerjavi z že izkušenimi izvajalci zdravstvene nege. Od na novo diplomiranih medicinskih sester se dostikrat pričakuje, da bodo ob vstopu v delovno okolje takoj delali avtonomno, profesionalno, neodvisno, da bodo prevzemali odgovornost za lastna dejanja (Missen, et al., 2016). Avtorica Neale (2018) poudarja pomen uporabe simulacijskega usposabljanja zaposlenih na področju duševnega zdravja, ki je hitro razvijajoča se tehnika poučevanja terapevtske komunikacije. O prednostih učenja komunikacijskih veščin s pomočjo simulacije sta jasni tudi avtorici Zupan in Kolander (2019). Učenje študentov in zaposlenih s pomočjo simuliranega pacienta je kakovostna, uspešna in varna metoda, ki v praktičnem usposabljanju omogoča učenje ustreznega dialoga. Gre za posnemanje realnega okolja s pomočjo uporabe vnaprej pripravljenih scenarijev in temelji na aktivnem in izkustvenem učenju (Zupan & Kolander, 2019). Ugotovili smo, da ima na usposobljenost oziroma neusposobljenost za

komuniciranje vpliv tudi letnik študija študentov. Anketirani študenti drugega letnika menijo, da so najmanj usposobljeni za komuniciranje s pacientom z duševno motnjo, sledijo študenti prvega letnika, študenti tretjega letnika pa se počutijo najbolj usposobljeni za komunikacijo s tovrstnimi pacienti. Kompetentnost v komunikaciji s pacientom z duševno motnjo študentov tretjih letnikov lahko pripisujemo tudi sestavi učnega programa Fakultete za zdravstvo Angele Boškin, saj se s snovjo o duševnem zdravju in zdravstveni negi na tem področju študenti srečajo šele v zadnjem, tretjem letniku (Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, 2017).

Omejitve raziskave

Raziskava je bila izvedena v obliki spletnega anketiranja, zato smo študente morali večkrat povabiti k sodelovanju s pomočjo referata za študentske in študijske zadeve Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Uporabili smo vprašalnik, ki smo ga najprej prevedli iz angleškega v slovenski jezik in nato nazaj v angleščino, pri čemer je pri prevodu prišlo do manjših slovničnih razlik. Opazili smo, da so nekateri anketiranci samo odprli anketo in niso začeli z reševanjem oziroma ankete niso rešili. Nekateri študentje pa so anketo izpolnili, vendar pri vprašanju ali dveh niso podali odgovora. Pri nekaterih primerjavah, ki smo jih delali med različnimi skupinami anketirancev (spol, predhodna izobrazba, letnik študija in način študija), bi lahko bili rezultati drugačni, če bi imeli bolj uravnotežen vzorec med skupinami.

4 ZAKLJUČEK

Komunikacija med ljudmi se zaradi sodobnega načina življenja odvija vse bolj hitro in površinsko, z namenom izluščiti samo bistvene informacije, ki jih v danem trenutku potrebujemo. S tem izgublamo osebno povezanost in odnos, ki se razvija, kadar je komunikacija spoštljiva in kakovostna. Komunikacija v zdravstveni negi med medicinsko sestro in pacientom je tema, ki potrebuje več pozornosti skozi celoten proces izobraževanja, zato bi bilo potrebno tej temi nameniti več pozornosti. Študenti med izobraževanjem prejmejo teoretične informacije s področja komunikacije, vendar v praksi lahko pride do težav, predvsem na začetku, ko študentje vstopijo v klinično okolje. Komunikacija in sporazumevanje sta zelo pomembna v vsakdanjem življenju. S komunikacijo izražamo svoje počutje, mnenja, stališča, spodbude in si izmenjujemo informacije. Poteka tako besedno kot nebesedno, večkrat na popolnoma nezavedni ravni. Je večšina za vzdrževanje stikov med ljudi na splošno, še posebej med ljudmi, ki so bolni. V komunikaciji s pacientom izražamo našo skrb, empatijo, podporo in pomoč ter gradimo odnos.

Z našo raziskavo smo sicer ugotovili, da študenti Fakultete za zdravstvo Angele Boškin na splošno menijo, da imajo zadostno znanje s področja komunikacije, vendar kljub temu menimo, da bi bilo smiselno v program izobraževanja vključiti tudi praktično izobraževanje terapevtske komunikacije, kjer bi študenti s simuliranim pacientom izpopolnili svoje znanje. Menimo, da bi bilo v prihodnosti potrebno opraviti ponovno raziskavo o znanju komunikacije ne le med študenti zdravstvene nege, temveč tudi zaposlenimi, v tem primeru na področju duševnega zdravja.

Potrebno je začeti opozarjati družbo na pomembnost načina komunikacije in jo seznaniti s pomenom kakovostne komunikacije. S tem pripomoremo k boljšemu počutju, povezanosti in večji kakovosti življenja.

5 LITERATURA

Abdolrahimi, M., Ghiyasvandian, S., Zakerimoghadam, M. & Ebadi, A., 2017. Therapeutic communication in nursing students: A Walker & Avant concept analysis. *Electron Physician*, 9(8), pp. 4968-4977. 10.19082/4968.

Adistie, F., Mediani, H.S., Nurhidayah, I. & Hendrawati, S., 2018. The Implementation of Therapeutic Communication of Nurses To the Parents of Pediatric Patients in Pre-Operative Stage. *Belitung Nursing Journal*, 4(4), pp. 356-365. 10.33546/bnj.439.

Ali, M., 2018. Communication skills 3: non-verbal communication. *Nursing times*, 114(2), pp. 41-42.

Amoah, V.M.K., Anokye, R., Boakye, D.S., Acheampong, E., Budu-Ainooson, A., Okyere, E. & Afriyie, J.O., 2019. A qualitative assessment of perceived barriers to effective therapeutic communication among nurses and patients. *BMC nursing*, 18(1), pp. 1-8. 10.1186/s12912-019-0328-0.

Baraz, S., Memarian, R. & Vanaki, Z., 2015. Learning challenges of nursing students in clinical environments: A qualitative study in Iran. *Journal of education and health promotion*, 4(1), p. 52. 10.4103/2277-9531.162345.

Bhandari, S., 2020. *Mental Illness Basics*. [online] Available at: <https://www.webmd.com/mental-health/mental-illness-basics> [Accessed 7 April 2021].

Bregar, B., 2012. Obravnava samomorilno ogroženega pacienta. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 46(1), pp. 67-74.

Budu, H.I., Abalo, E.M., Bam, V.B., Agyemang, D.O., Noi, S., Budu, F.A. & Pephrah, P., 2019. "I prefer a male nurse to a female nurse": patients' preference for, and satisfaction with nursing care provided by male nurses at the Komfo Anokye teaching hospital. *BMC nursing*, 18(1), pp. 1-9. 10.1186/s12912-019-0369-4.

Chahal, K., 2017. The utility of assessing nonverbal communication in the psychiatric evaluation. *American Journal of Psychiatry Residents' Journal*, 12(8), pp. 3-5. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp-rj.2017.120802>.

Chipidza, F., Wallwork, R.S., Adams, T.N. & Stern, T.A., 2016. Evaluation and treatment of the angry patient. *The primary care companion for CNS disorders*, 18(3), pp. 4000-4088. 10.4088/PCC.16f01951.

Cottingham, M., 2014. Recruiting men, constructing manhood: How health care organizations mobilize masculinities as nursing recruitment strategy. *Gender and Society*, 28(1), pp. 133-156. <https://doi.org/10.1177/089124321350905>.

Cowen, K., Hubbard, L. & Hancock, D., 2016. Concerns of nursing students beginning clinical courses: A descriptive study. *Nurse Education Today*, 100(43), pp. 64-68. 10.1016/j.nedt.2016.05.001.

Drnovšek, Z.M., 2013. Anksiozne motnje. In: P. Pregelj, ed. *Psihijatrija*. Ljubljana: Psihiatrična klinika, pp. 228-234.

Drnovšek, Z.M., 2019. Svojci oseb z duševnimi motnjami. In: L. Šprah, ed. *Z več znanja o motnjah razpoloženja do izhodov iz labirintov*. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU, pp. 189-195.

Pokorny, E.N., 2017. Nursing Theorists of Historical Significance. In: J. Eddy, ed. *Nursing Theorist and Their Work*. Greenville, North Carolina: Elsevier Health Sciences, pp. 11-19.

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, 2017. *Študijski program prve stopnje*. [online] Available at: <https://www.fzab.si/si/mainmenu/studijski-programi-2/studijski-programi-prve-stopnje/zdravstvena-nega-vs-prenova-2016/predmetnik-3-letnika-2/> [20 September 2022].

First, M.B., 2020. *Overview of Mental Illness*. [online] Available at: <https://www.msmanuals.com/home/mental-health-disorders/overview-of-mental-health-care/overview-of-mental-illness> [Accessed 7 April 2021].

Furnes, M., Kvaal, K.S. & Høye S., 2018. Communication in mental health nursing- Bachelor Students' appraisal of a blended learning training programme- an exploratory study. *BMC Nursing*, 17(20), pp. 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0288-9>.

Gabrielsson, S., Sävenstedt, S. & Olsson, M., 2016. Taking personal responsibility: Nurses' and assistant nurses' experiences of good nursing practice in psychiatric inpatient care. *International journal of mental health nursing*, 25(5), pp. 434-443. 10.1111/inm.12230.

Gayle D., 2015. *Effects of a Mental-Health Clinical Simulation Experience Using Standardized Patients and Two Debriefing Styles on Prelicensure Nursing Students' Knowledge, Anxiety, and Therapeutic Communication and Psychiatric Assessments Skills: doktorska disertacija*. San Francisco: The Faculty of the School of Education Learning and Instruction Department.

Gaynes, B.N., Brown, C.L., Lux, L.J., Brownley, K.A., Van Dorn, R.A., Edlund, M.J. & Lohr, K.N., 2017. Preventing and de-escalating aggressive behavior among adult psychiatric patients: a systematic review of the evidence. *Psychiatric services*, 68(8), pp. 819-831. 10.1176/appi.ps.201600314.

Gligor, L. & Domnariu, C.D., 2020. Patient care approach using nursing theories- comparative analysis of Orem's self-care deficit theory and Henderson's model. *ACTA Medica Transilvanica*, 25(2), pp. 11-14. 10.2478/amtsb-2020-0019.

Halter, M., & Varcarolis, E.M., 2014. Future Challenges and Roles for Psychiatric Mental Health Nurses. In: E. M. Varcarolis, eds. *Varcarolis' Foundations of psychiatric mental health nursing*. St. Luis, Missouri: Elsevier Health Sciences, pp. 13-15.

Hayes, P., 2020. *Why Quality is Important and How It Applies in Diverse Business and Social Environments: Business Expert Press*. New York: Business Expert Press.

Heidari, H., & Mardani, H.M., 2015. Improving communication skills in clinical education of nursing students. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 1(2), pp. 77-82.

Howick, J., Bizzari, V. & Dambha-Miller, H., 2018. Therapeutic empathy: what is and what it isn't. *Journal of Royal Society of Medicine*, 111(7), pp. 233-236. <https://doi.org/10.1177/0141076818781403>.

Hunter, L., Weber, T., Shattell, M. & Harris A.B., 2015. Nursing Students Attitudes about Psychiatric Mental Health Nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(1), pp. 29-34. 10.3109/01612840.2014.935901.

Inštitut za razvoj človeških virov, 2018. *Napotitev- kdaj se odzvati*. [online] Available at: https://www.psihoterapija-ordinacija.si/psihoterapija/koristne-informacije-o-psihoterapiji/napotitev-bliznjega-po-pomoc/napotitev-kdaj_se_odzvati [Accessed 6 April 2021].

Itri, J.N., Yacob, S. & Mithqal, A., 2017. Teaching communication skills to radiology residents. *Current problems in diagnostic radiology*, 46(5), pp. 377-381. 10.1067/j.cpradiol.2017.01.005.

Jahanpour, F., Azodi, P., Azodi F. & Khansir, A.A., 2016. Barriers to Practical Learning in the Field: A Qualitative Study of Iranian Nursing Students Experiences. *Nursing and Midwifery Studies*, 5(2), pp. 1-3. 10.17795/nmsjournal26920.

Joolae, S., Amiri, S.R.J. & Farahani, M.A., 2015. Iranian nursing students' preparedness for clinical training: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 35(10), pp.13-17. 10.1016/j.nedt.2015.07.026.

Joolae, S., Farahani, M.A., Amiri, S.R.J. & Varaei, S., 2016. Support in clinical settings as perceived by nursing students in Iran: a qualitative study. *Nursing and Midwifery Studies*, 5(1), pp. 43-50. 10.17795/nmsjournal31292.

Jvaheer, A.A. Khaghanizadeh, M. & Ebadi, A., 2014. Study of communication skills in nursing students and its association with demographic characteristics. *Iranian Journal of Medical Education*, 14(1), pp. 23-31.

Kadivec, S., Skela-Savič, B., Kramar, Z., Zavrl Džananović, D. & Bregar, B., 2013. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020: povzetek. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp. 97-112.

Kogoj, A. & Ličina, M., 2013. Organske duševne motnje. In: P. Pregelj, ed. *Psihijatrija*. Ljubljana: Psihiatrična klinika, pp. 140-156.

Kregar Velikonja, N. & Čampa, J., 2018. Povezanost razvoja študijskih programov in razvoja stroke zdravstvene nege. In: B. Nose, eds. *Zdravstvena nega v luči globalnih izzivov*. Novo Mesto, 18. in 19. januar 2018. Novo Mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo Mesto, pp. 55-59.

Kumaran, S. & Carney, M., 2014. Role transition from student nurse to staff nurse: Facilitating the transition period. *Nurse education in practice*, 14(6), pp. 605-611. 10.1016/j.nepr.2014.06.002.

Ma, F., Li, J., Liang, H., Bai, Y. & Song, J., 2014. Baccalaureate nursing Students' perspectives on learning about caring in China: a qualitative descriptive study. *BMC-Medical Education*. 14(1), pp. 1-9. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-42>.

MacDonald-Wicks, L. & Levett-Jones, T., 2012. Effective teaching of communication to health professional undergraduate and postgraduate students: A Systematic Review. *JBI Evidence Synthesis*, 10(28), pp. 1-12. 10.11124/jbisrir-2012-327.

Mani, A.M. & Abutaleb, M., 2017. Communication Skills of Novice Nurses at Psychiatric Hospital in Saudi Arabia. *Journal of Nursing and Care*, 6(4), pp. 1-5. 10.4172/2167-1168.1000407.

Marhamati, S., Amini, M., Mousavinezhad, H. & Nabeiei, P., 2016. Design and validating the nurse-patient communication skills questionnaire. *Journal of Health Management & Information Science*, 3(2), pp. 57-63.

Missen, K., McKenna, L. & Beauchamp, A., 2016. Registered nurses' perceptions of new nursing graduates' clinical competence: A systematic integrative review. *Nursing & health sciences*, 18(2), pp. 143-153. 10.1111/nhs.12249.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. *Kaj je duševno zdravje?* [online] Available at: <https://www.nijz.si/sl/kaj-je-dusevno-zdravje> [Accessed 7 April 2021].

Neale, J., 2018. What is the evidence for the use of simulation training to teach communication skills in psychiatry? *Evidence-Based Mental Health*, 22(1), pp. 23-25. 10.1136/ebmental-2018-300075.

Neese, B., 2016. *Effective Communication in Nursing: Theory and Best Practices*. [online] Available at: <https://blog.diversitynursing.com/blog/effective-communication-in-nursing-theory-and-best-practices> [Accessed 10 March 2022].

Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M. & Samami, E., 2016. Communication barriers perceived by nurses and patients. *Global journal of health science*, 8(6), p. 65. 10.5539/gjhs.v8n6p65.

O'Brien, L., 2020. The Effective Nurse. In: K. Evans, D. Nizette, A. O'Brien & K. Johnson, eds. *Psychiatric and Mental Health Nursing in the UK*. University of Nottingham: Elsevier Health Sciences, pp. 3-15.

Parekh, R., 2018. *What Is Mental Illness?*. [online] Available at: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness> [Accessed 6 April 2021].

Peplau, H.E., 1952. Phrase of nurse-patient relationship. *Interpersonal relations in nursing*. New York: G. P. Putnam's Sons, pp. 17-42.

Plesničar Kores, B., 2013. Shizofrenija in blodnjave motnje. In: P. Pregelj, ed. *Psihiatrija*. Ljubljana: Psihiatrična klinika, pp. 195-217.

Razširjen strokovni kolegij za zdravstveno in babiško nego, 2019. Poklicne kompetence izvajalcev in sodelavcev v zdravstveni negi. In: M. Ažman, eds. *Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 32-40.

Moreno-Poyato, R.A., Montesó-Curto, P., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R.M., Leyva-Moral, J., Lluch-Canut, T. & F. Roldán-Merino, J., 2016. The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Archives of psychiatric nursing*, 30(6), pp. 782-787. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.001>.

Peden, R.A. & Poellet, N., 2020. Nurse-Patient Relationship Theories. In: D. L. Gullett, ed. *Nursing Theories and Nursing Practice*. Philadelphia: F. A. Davis, pp. 68-75.

Rus Makovec, M., 2013a. Odvisnost od psihoaktivnih snovi. In: P. Pregelj, ed. *Psihiatrija*. Ljubljana: Psihiatrična klinika, pp. 164-194.

Rus Makovec, M., 2013b. Terapevtska komunikacija z bolnikom. In: P. Pregelj, ed. *Psihiatrija*. Ljubljana: Psihiatrična klinika, pp. 238-241.

Serçekuş, P. & Başkale, H., 2016. Nursing students' perceptions about clinical learning environment in Turkey. *Nurse Education in Practice*, 17(1), pp. 134-138. 10.1016/j.nepr.2015.12.008.

Sherko, E., Sotiri, E. & Lika, E., 2013. Therapeutic communication. *JAHN-European Journal of Bioethics*. 4(7), pp. 457-466.

Sibiya, N.M., 2018. *Effective Communication in Nursing*. [pdf] IntechOpen. Available at: https://www.researchgate.net/publication/327783706_Effective_Communication_in_Nursing/fulltext/5ba446b6299bf13e6040e905/Effective-Communication-in-Nursing.pdf [Accessed 7 April 2021].

Skela Savič, B., 2015. Smernice za izobraževanje v zdravstveni negi na študijskem programu prve stopnje Zdravstvena nega (VS). *Obzornik zdravstvene nege*, 49(4), pp. 320-333.

Smith, M.C. & Parker, M.E., 2020. Marlaine Smith's theory of unitary caring. In: M. E. Parker, eds. *Nursing theories and nursing practice*, Philadelphia: F. A. Davis Company, pp. 495-505.

Smrdu, M., Belak Pavao, E. & Švab, V., 2015. Delo z družinami. In: V. Švab, ed. *Obravnava v skupnosti*. Ljubljana: Šent- slovensko združenje za duševno Zdravje, pp. 51-59.

Staal, J. & Gullett, L.D., 2020. Nurse-Patient Relationship Theories. In: D. L. Gullett, ed. *Nursing Theories and Nursing Practice*. Philadelphia: F. A. Davis, pp. 75-79.

Šifrer, J., 2013. *Metode merjenja zanesljivosti in veljavnosti konstrukta »mnenje državljanov o spoštovanju zakonov«: magistrsko delo*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Tavčar, R., 2013. Razpoloženijske motnje. In: P. Pregelj, ed. *Psihijatrija*. Ljubljana: Psihiatrična klinika, pp. 218-227.

Vatandost, S., Oshvandi, K., Ahmadi, F. & Cheraghi, F., 2020. The challenges of male nurses in the care of female patients in Iran. *International nursing review*, 67(2), pp. 199-207. 10.1111/inr.12582.

Vertino, K.A., 2014. Effective interpersonal communication: A practical guide to improve your life. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 19(3), pp. 1-6. 10.3912/OJIN.Vol19No03Man01.

World Health Organization, 2019. *Mental disorders*. [online] Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> [Accessed 7 April 2021].

Xie, J., Ding, S., Wang, C. & Liu, A., 2013. An evaluation of nursing students' communication ability during practical clinical training. *Nurse education today*, 33(8), pp. 823-827. 10.1016/j.nedt.2012.02.011.

Younas, A. & Sundus, A., 2018. Experiences of and satisfaction with care provided by male nurses: A convergent mixed-method study of patients in medical surgical units. *Journal of Advanced Nursing*, 74(11), pp. 2640-2653. 10.1111/jan.13785.

Zamanzadeh, V., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., Nikanfar, A., Alavi-Majd, H. & Ghahramanian, A., 2014. Factors influencing communication between the patients with cancer and their nurses in oncology wards. *Indian journal of palliative care*, 20(1), p. 12. 10.4103/0973-1075.125549.

Zarea, K., Maghsoudi, S., Dashtbozorgi, B., Hghighizadeh, H.M. & Javadi, M., 2014. The impact of Peplaus Therapeutic Communication Model on Anxiety and Depression in Patients Candidate for Coronary Artery Bypass. *Clinical practice & Epidemiology in Mental Health*, 14(10), pp. 159-165. 10.2174/1745017901410010159.

Ziherl, S. & Drnovšek, Z.M., 2013. Diagnoza in klasifikacija duševnih motenj. In: P. Pregelj, ed. *Psihatrija*. Ljubljana: Psihiatrična klinika, pp. 95-99.

Ziherl, S., 2013. Stresne motnje. In: P. Pregelj, ed. *Psihatrija*. Ljubljana: Psihiatrična klinika, pp. 238-241.

Zupan, R. & Kolander, T., 2019. Učenje komunikacijskih veščin s simuliranim pacientom. In: T. Štemberger Kolnik, S. Majcen Dvoršak, A. Kvas & A. Prelec, eds. *12. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Medicinske sestre in babice, zagovornice zdravja za vse. Medicinske sestre in babice, zagovornice zdravja za vse: zbornik prispevkov z recenzijo. Kongresni center Brdo, Brdo pri Kranju, 9.-10. maj 2019*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 66-72.

6 PRILOGE

INSTRUMENT

ANKETA O OPOLNOMOČENOSTI ŠTUDENTOV V KOMUNIKACIJI S PACINETOM Z DUŠEVNO MOTNJO

Anketa, namenjena študentom zdravstvene nege na fakulteti za zdravstvo Angele Boškin

Spoštovani,
sem Ida Plestenjak, absolventka 3. letnika, rednega študija na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Pred vami je anketa mojega diplomskega dela z naslovom »**Opolnomočenost študentov zdravstvene nege fakultete za zdravstvo Angele Boškin v komunikaciji s pacientom z duševno motnjo**«, ki jo izvajam pod mentorstvom doc. dr. Branka Bregarja.

Anketa, ki je pred vami, obravnava vprašanja s področja terapevtske komunikacije in odnosov študentov do pacientov z duševnimi motnjami. Anketa je prostovoljna in anonimna, uporabljena bo izključno v raziskovalne namene.

Za sodelovanje v anketi se vam že vnaprej lepo zahvaljujem,

Ida Plestenjak

ANKETA

DEMOGRAFSKI PODATKI UDELEŽENCEV

1. SPOL: M Ž
2. STAROST: _____ let
3. PREDHODNO PRIDOBLJENA IZOBRAZBA:
 - a) Izobrazba zdravstvene smeri
 - b) Izobrazba druge smeri
4. LETNIK, KI GA OBISKUJEM: _____ letnik
5. ŠTUDIJ: redni izredni
6. IZKUŠNJE Z DELOM NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA:
 - a) Nimam izkušenj iz tega področja
 - b) Že opravljaj praktično izobraževanje na tem področju do 14 dni

- c) Že opravljaj praktično izobraževanje daljše od 14 dni
- d) Pogosto sem v stiku s pacienti z duševnimi motnjami

KOMPETENCE IZ KOMUNIKACIJE

V spodnji tabeli so navedene trditve, ki se navezujejo na kompetence s področja komunikacije. Za vsako trditev, ki jo označite z X v praznem prostoru, se opredelite glede na stopnjo z ocenami od 1 do 5, pri čemer pomeni: 1 – se močno strinjam, 2 – se strinjam, 3 – se niti ne strinjam niti strinjam, 4 – se nikakor ne strinjam, 5 – nisem prepričan.

	1. Se močno strinjam	2. Se strinjam	3. Se niti ne strinjam, niti strinjam	4. Se nikakor ne strinjam	5. Nisem prepričan
Menim, da imam zadostno predznanje za komunikacijo s pacientom z duševno motnjo.					
Menim, da sem v času izobraževanja na fakulteti do sedaj prejel zadovoljive informacije za komunikacijo ali interakcijo s pacienti z agresivnim vedenjem.					
Komunikacijske veščine, ki sem se jih naučil v času izobraževanja so/bi mi pomagale pri delu s pacienti z duševnimi motnjami.					
Počutim se neprijetno med emocionalno napeto situacijo s pacientom z duševno motnjo.					
Oklevam pri obravnavi pacienta, ki kaže znake agresivnega vedenja.					
Imam težave v komunikaciji s pacientom z duševno motnjo.					

	1. Se močno strinjam	2. Se strinjam	3. Se niti ne strinjam, niti strinjam	4. Se nikakor ne strinjam	5. Nisem prepričan
Sposoben sem komunicirati s pacientom, ki bi lahko bil agresiven.					
Sposoben sem prepoznati/ugotoviti razpoloženje pacienta že samo z opazovanjem.					
Če pacient povzdigne glas, sem sposoben ostati miren.					
V komunikaciji s pacientom se izogibam občutljivim temam.					
Med pogovorom s pacientom sem pozoren na njegovo telesno govorico.					

***Na spodaj navedena vprašanja odgovorite samo, če ste že delali ali imeli praktično usposabljanje na področju duševnega zdravlja.**

Medicinske sestre na oddelku so mi posredovale povratne informacije o moji interakciji in komunikacijskih veščinah s pacientom z duševno motnjo.					
Menim, da je bila organiziranost prakse v psihiatrični bolnišnici dobra.					
Zaposlenim sem bil med klinično prakso sposoben s psihiatričnimi izrazi opisati znake agresivnega vedenja.					
Osebjem sem sposoben opisati pacientovo obnašanje z uporabo					

psihiatrične terminologije.					
Na klinični praski sem imel zagotovljenega dovolj časa za prilagoditev.					

Najlepša hvala za sodelovanje!