



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
FIZIOTERAPIJA

**SAMOOCENA KOMUNIKACIJSKIH VEŠČIN
ŠTUDENTOV PRVE STOPNJE
ZDRAVSTVENA NEGA (VS) IN
FIZIOTERAPIJA (VS) PRI DELU S PACIENTI
V KLINIČNEM OKOLJU – KVANTITATIVNA
RAZISKAVA**

**FIRST-CYCLE NURSING AND
PHYSIOTHERAPY STUDENTS' SELF-
ASSESSMENT OF COMMUNICATION
SKILLS IN THEIR WORK WITH PATIENTS
IN THE CLINICAL SETTING – A
QUANTITATIVE RESEARCH**

Mentorica: doc. dr. Sanela Pivač

Kandidatka: Hana Bešič

Jesenice, september, 2024

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici, doc. dr. Saneli Pivač, za vso strokovno pomoč, zavzetost in podporo pri izdelavi diplomskega dela. Iskreno se zahvaljujem tudi Marti Smodiš, viš. pred. za recenzijo diplomskega dela in Marjanci Šoško, prof., za lektoriranje diplomskega dela.

Prav tako sem hvaležna bratu, prijateljicam in fantu za vso podporo in pomoč tekom celotnega študija.

Največja zahvala pa gre mojim staršem, ki so mi omogočili študij in mi vedno stali ob strani.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Komunikacijske veščine študentov s področja zdravstva v kliničnem okolju so ključne za kakovosten odnos v kliničnem okolju med zdravstvenim osebjem in pacienti.

Cilj: Cilj diplomskega dela je bil med študenti prve stopnje študijskega programa Zdravstvena nega (VS) in Fizioterapija (VS) Fakultete za zdravstvo Angele Boškin ugotoviti ovire v poznavanju in uporabi komunikacijskih veščin v kliničnem okolju.

Metode: Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja s pomočjo anketnega vprašalnika. V raziskavi je sodelovalo 174 študentov prve stopnje študijskega programa Zdravstvena nega (VS) in Fizioterapija (VS) Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Za predstavitev osnovnih rezultatov je bila uporabljena osnovna deskriptivna statistika, ki zajema povprečno vrednost, standardni odklon in standardno napako. Naredili smo bivariatno statistično primerjavo med posameznimi odgovori glede na letnik in smer študija anketiranih oseb. Za primerjavo odgovorov smo uporabili enofaktorsko analizo – ANOVA.

Rezultati: Ugotovili smo statistično značilno razliko glede ocene sposobnosti podajanja povratnih informacij ($t = 2,384$; $p = 0,018$), ki kaže, da so študenti zdravstvene nege tudi v tem primeru svojo zmožnost podajanja povratne informacije ocenili višje (PV = 4,19; SO = 0,74) kot študenti fizioterapije (PV = 3,91; SO = 0,84). Študenti zdravstvene nege so večino uporabe odprtih vprašanj ocenili višje (PV = 4,31; SO = 0,73) kot študenti fizioterapije (PV = 4,07; SO = 0,92).

Razprava: Ugotovili smo, da študenti prve stopnje študijskega programa Zdravstvena nega (VS) in Fizioterapija (VS) v povprečju dobro poznajo in uporabljajo komunikacijske veščine. Anketirancem je največjo oviro pri poznavanju in uporabi komunikacijskih veščin predstavljalo sporočanje slabih novic pacientom, najmanjšo pa preverjanje, ali je pacient razumel podana navodila. Za krepitev ustrezne komunikacije med pacienti in zdravstvenimi delavci v kliničnem okolju so potrebne nadaljnje raziskave med študenti omenjenih študijskih programov.

Ključne besede: komunikacija, komunikacija v zdravstvu, komunikacijske veščine, študenti, izzivi, klinično usposabljanje

SUMMARY

Theoretical background: Communication skills of nursing students and physiotherapy students in the clinical environment are crucial for a quality relationship in the clinical setting between healthcare staff and patients.

Aims: The aim of the thesis was to identify the barriers in the knowledge and use of communication skills in the clinical setting among students of the undergraduate programs Nursing and Physiotherapy (higher education study programs) at the Angela Boškin Faculty of Health Care.

Methods: A quantitative research design was employed, and a survey questionnaire was used. A total of 174 students from the undergraduate programs Nursing and Physiotherapy at the Angela Boškin Faculty of Health Care participated in the study. Basic descriptive statistics, including mean value, standard deviation, and standard error, were used to present the primary results. A bivariate statistical comparison was made between individual responses based on the respondents' year and program of study. One-way analysis of variance (ANOVA) was used for comparing responses.

Results: A statistically significant difference was revealed in the assessment of the ability to provide feedback ($t = 2.384$; $p = 0.018$), indicating that nursing students rated their ability to give feedback higher ($M = 4.19$; $SD = 0.74$) compared to physiotherapy students ($M = 3.91$; $SD = 0.84$). Nursing students also rated the skill of using open-ended questions higher ($M = 4.31$; $SD = 0.73$) than physiotherapy students ($M = 4.07$; $SD = 0.92$).

Discussion: We found that students in the undergraduate programs Nursing and Physiotherapy programs generally have good knowledge and use of communication skills. The biggest barrier for respondents in understanding and using communication skills was delivering bad news to patients, while the smallest barrier was checking whether the patient understood the given instructions. Further research among students of these study programs is needed to strengthen appropriate communication between patients and healthcare professionals in the clinical setting.

Key words: communication, clinical practice, communication skills, healthcare students, physiotherapy students, communication challenge

KAZALO

1 UVOD.....	1
2 TEORETIČNI DEL.....	3
2.1 OPREDELITEV KOMUNIKACIJE.....	3
2.2 KOMUNIKACIJA V KLINIČNEM OKOLJU	4
2.3 KOMUNIKACIJSKE VEŠČINE V KLINIČNEM OKOLJU	5
2.3.1 Informiranje pacientov v kliničnem okolju.....	7
2.3.2 Kulturne raznolikosti v komunikaciji	9
2.3.3 Jezikovne razlike pri komuniciranju v kliničnem okolju.....	10
2.3.4 Sporočanje slabe novice pacientom	11
2.3.5 Informiranje pacientov ob odpustu v domače okolje.....	12
2.4 KOMUNIKACIJA Z RANLJIVIMI SKUPINAMI PACIENTOV	13
2.4.1 Komunikacija z osebami z motnjami v mentalnem razvoju	14
2.4.2 Komunikacija s slepimi pacienti	15
2.4.3 Komunikacija z gluhihimi pacienti	16
2.4.4 Komunikacija s pacienti z demenco.....	17
2.5 IZOBRAŽENJANJE ZDRAVSTVENIH DELAVCEV NA PODROČJU KOMUNIKACIJE.....	17
3 EMPIRIČNI DEL.....	19
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	19
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	19
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	20
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	20
3.3.2 Opis merskega instrumenta.....	20
3.3.3 Opis vzorca.....	21
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	23
3.4 REZULTATI.....	24
3.5 RAZPRAVA	28
3.5.1 Omejitve raziskave.....	35
3.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo.....	35
4 ZAKLJUČEK	36

5 LITERATURA.....37

6 PRILOGE

6.1 MERSKI INSTRUMENT

KAZALO TABEL

Tabela 1: Zanesljivost vprašanj	21
Tabela 2: Spol anketiranih študentov	22
Tabela 3: Starosti anketiranih študentov	22
Tabela 4: Smer študijskega programa prve stopnje, način študija	22
Tabela 5: Stik z delom v kliničnem okolju pred študijem	23
Tabela 6: Prepoznavanje in uporaba komunikacijskih veščin	24
Tabela 7: Prepoznavanje in uporaba komunikacijskih veščin glede na smer študija	25
Tabela 8: Ocena zahtevnosti komunikacijskih nalog za oceno ovir pri komunikaciji študentov	26
Tabela 9: Situacija kot najpogostejša ovira pri komuniciranju s pacientom.....	28

SEZNAM KRAJŠAV

ANA	American Nurses Association
FZAB	Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin
VS	visoko strokovni

1 UVOD

Komunikacija je sestavni del življenja; brez nje ne bi preživel. Verbalna in neverbalna komunikacija se začneta ob rojstvu in končata s smrtjo. Komunikacijo potrebujemo ne le za prenos informacij in znanja drug drugemu, ampak še pomembneje za povezovanje med seboj kot človeškimi bitji po vsem svetu v kontekstu odnosov, družin, organizacij in narodov (Vertino, 2014).

V slovarju slovenskega knjižnega jezika je komunikacija opredeljena kot »sredstvo, ki omogoča izmenjavo, posredovanje informacij«, kar vključuje dve predpostavki, in sicer, da sta v proces komunikacije vključena vsaj dva, ki izmenjujeta ali zgolj sporočata podatke. S komunikacijo vstopamo v odnose, jih nadgrajujemo in bogatimo. Uspešna komunikacija nas navda z občutki zadovoljstva, povezanosti z okoljem in sprejetosti ter utrjuje našo samozavest. Staranje in bolezni lahko vplivajo na sposobnost in učinkovitost komunikacije. Če ne moremo jasno izraziti svojih čustev, misli, potreb in želja ali ne razumemo, kar nam drugi sporočajo, lahko to vodi do frustracij, nemoči, nezadovoljstva in odtujenosti. Občutek nerazumljenosti lahko povzroči izogibanje ljudem ali situacijam, za katere se pričakuje, da bomo vzpostavljali in ohranjali komunikacijo (Andoljšek Mravljak, 2015).

Učinkovita komunikacija je izredno pomembna pri zagotavljanju varnega zdravstvenega varstva, saj bi bila brez nje kakovost zdravstvenega varstva slabša. Zagotovo bi se povečali stroški zdravstvenega varstva in negativni rezultati zdravljenja. Učinkovita komunikacija v zdravstvenem okolju ima več komponent: zdravstveno pismenost, kulturne kompetence in jezikovno ovire. Če je katera od teh komponent ogrožena, ne pride do učinkovite komunikacije. Zagotavljanje zdravstvene oskrbe je ogroženo, v kolikor pacient ali zdravstveni delavec ne razumeta jasno posredovanih informacij (Ratna, 2019).

Na podlagi petih splošno priznanih komunikacijskih modelov med zdravstvenimi delavci in pacienti je pomembnih sedem ključnih elementov, ki označujejo ustrezno komunikacijo med zdravstvenim delavcem in pacientom: vzpostavljanje odnosov,

uvodna razprava, zbiranje informacij, razumevanje pacientovega vidika, izmenjava informacij, doseganje sporazuma in zagotovitev zaključka. Empirične raziskave so pokazale, da je ocena uspešnosti komunikacijskih veščin študentov s strani učiteljev v izobraževalnem procesu pomembna iz več razlogov. Z ocenjevanjem uspešnosti v komunikaciji se študenti zavedajo pomena komunikacije med zdravstvenim delavcem in pacientom ter dobijo povratne informacije o načinu komunikacije. Ocena uspešnosti v komunikaciji učiteljem omogoča, da prepoznajo tiste študente s pomembnimi primanjkljaji in razkrijejo obstoječe slabosti (Cömert, et al., 2016).

Starost, spol, življenjske razmere, anamneza, zdravstveno stanje, družbeno-kulturno ozadje, verska prepričanja, življenjska filozofija in izobrazba so ključni za odnos med pacientom in zdravstvenim delavcem ter učinkovito komunikacijo. Na uspešnost komunikacije zdravstvenih delavcev vplivajo tudi njihova prepričanja o najboljšem za pacienta, kar lahko vodi v občutek nemoči. Sporočanje slabih novic zahteva znanje in izkušnje, saj je potrebno prilagajanje potrebam vsakega pacienta. Če se želimo izogniti vplivu lastnih perspektiv, moramo znati prisluhniti pacientovim potrebam (Zemlin, et al., 2024).

Z diplomskim delom bomo dobili vpogled v to, na katerih področjih imajo študenti največje izzive pri komuniciranju s pacienti in kako ocenjujejo komunikacijske veščine. Študente v kliničnem okolju večkrat najdemo v zadregi prav zaradi negotovosti glede ustrezne komunikacije med obravnavami pacientov.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 OPREDELITEV KOMUNIKACIJE

Komunikacija je proces, ki zahteva določene elemente. Najpreprostejša shema opredelitve komunikacije pravi, da morajo pri komunikaciji obstajati pošiljatelj, prejemnik in sporočilo. Način dostave sporočila vpliva na učinkovitost komunikacije, za katero je značilen dinamičen proces: z odzivom (povratno informacijo) pošiljatelj postane prejemnik, prejemnik postane pošiljatelj, sporočilo pa se spremeni. Poleg načina dostave sporočila na komunikacijo vplivajo naslednji dejavniki, tako v okolju kot v mislih komunikatorja. Ko pride do komunikacije z drugo osebo, jo ločimo na verbalni ali neverbalni ravni. Če postavimo komunikacijske aktivnosti v okolje zdravstva, je razvidno, da je pogosto treba komunicirati v omejenem časovnem obdobju, včasih pa tudi v zelo stresnih situacijah. Poleg vsebine, ki jo pošiljatelj želi sporočiti prejemniku lahko na vsebino dostavljenega sporočila vpliva tudi osebni cilj ali skriti interes pošiljatelja. Enako to velja v obratni smeri, da osebni cilj ali skriti interes prejemnika vpliva na sprejem vsebine iz dostavljenega sporočila. Zato je zelo pomembno razumeti dejavnike, ki vplivata na komunikacijski proces (Sallee, 2014). Obstajajo štirje osnovni nameni komunikacije. Skoraj vsi ti nameni so boljše doseženi z neposredno komunikacijo kot s posredno preko e-pošte ali tiskanih sporočil. Komunikacija se uporablja za posredovanje sporočil z informacijami znotraj organizacije med vodstvom in zaposlenimi in/ali med zaposlenimi, pa tudi za izmenjavo sporočil z informacijami med organizacijo in okoljem. Tak primer sporočila z informacijo je prošnja za pomoč (Fatimayin, 2018).

Proces posredovanja sporočil praviloma poteka s pomočjo besed (verbalno komunikacijo), ki se uporabljajo za izražanje informacij osebno, prek telefona ali orodij za video komunikacijo. Verbalna komunikacija se uporablja tudi za vplivanje na poslušalca ali občinstvo, kot jo uporabljajo politiki; najpomembnejši vidik so uporabljene besede, saj so to stvari, ki vplivajo na občinstvo. Vključuje lahko tudi neverbalne znake, kot sta oblačenje in splošni videz sogovornika (Fatimayin, 2018).

Verbalno komunikacijo dopolnjuje neverbalna komunikacija, ki predstavlja primarni

način izražanja čustev (na primer izražanje strahu, dvomov, skrbi). V pogovoru se ji ni mogoče izogniti, izraža pa se na veliko področjih in na različne načine. Pri vsakem se odraža na drugačen način, ključna pa je za razumevanje čustvenega vidika besedila, za kakovostno komunikacijo in za vzpostavljanje boljšega odnosa (Lesjak, 2018). Do težav v komunikaciji in do nepravilnega razumevanja neverbalnih znakov lahko pride zaradi karakternih značilnosti sporočevalca, kot je barva in jakost glasu, drža telesa itd. (Lesjak, 2018).

Bofulin, et al. (2016) opisujejo, da nebesedna komunikacija zajema: dotik, mimiko obraza, ki jo pojmujejo tudi kot obrazni izrazi, očesni stik, govorico telesa, uporabo osebnega prostora in uporabo slikovnih znakov in simbolov (na primer slik/plakatov, ki so lahko osnova za sporazumevanje v kliničnem okolju).

2.2 KOMUNIKACIJA V KLINIČNEM OKOLJU

Komunikacija v kliničnem okolju je kompleksna in zahtevna, saj pacienti pogosto prihajajo s strahovi, dvomi in potrebo po informacijah za čustveno podporo, medtem ko mora zdravstveno osebje zagotoviti strokovne informacije na pacientu razumljiv način. Okolje zdravstva je dinamično (hitre spremembe), kar posledično narekuje potrebo po poznavanju, razumevanju in raziskovanju dejavnikov, ki prispevajo k učinkoviti komunikaciji (Slacki, 2024). Komunikacija v kliničnem okolju velja za temeljno in najpogosteje uporabno klinično veščino zdravstvenih delavcev na poti do uspešne diagnoze in zdravljenja ter vzpostavitve odnosa s pacientom (Marojević Glibo & Topić Stipić, 2019).

Tudi v fizioterapiji je komunikacija ena izmed pomembnejših kompetenc na kliničnem usposabljanju. Na področju fizioterapije je komunikacija običajno osredotočena na ugotavljanje informacij, postavljanje diagnoze, posredovanje »ustreznega« načrta zdravljenja in zagotavljanje izobraževanja pacientov (Hiller & Delany, 2018).

Za zdravstveno obravnavo pacienta je značilno, da je fizioterapevt primarno osredotočen na naloge in manj na pacientova čustva in izražanja. Ta pristop, ki so ga nekateri označili

za »transakcijskega« ali »osredotočenega na terapevta«, postavlja terapevta v nadzor nad interakcijami z določanjem, kaj se razpravlja, ve in kaj se naredi. Strokovno pravilno komunikacijo v fizioterapiji je treba izražati skozi dinamične in odzivne interakcije, ki so občutljive na pacientova čustva, njegovo čustveno stanje in na komunikacijo glede poteka fizioterapevtskih obravnav. Za takšne interakcije je značilna osredotočenost na pacientove potrebe in perspektive, iskanje pacientove pripovedi in izkušnje, aktivno sodelovanje pacientov in aktivno poslušanje s strani fizioterapevta. Takšno komuniciranje, ki ga nekateri označujejo za »osebno osredotočeno« je povezano s pozitivnimi izkušnjami pacientov in rezultati terapije. Študentsko izobraževanje vodi v razvijanje poklicne identitete in razumevanja, kaj je to pomeni »biti« fizioterapevt in kako »izvajati« fizioterapijo (Bright, et al., 2018).

Prednosti učinkovite komunikacije med pacienti in zdravstvenimi delavci so dobro raziskane. Pacienti, ki zdravstvene delavce vidijo kot empatične in sposobne komunikatorje, pogosteje upoštevajo zdravstvena priporočila, poročajo o večjem zadovoljstvu in boljšem zdravju. Nasprotno pa je slaba komunikacija povezana s slabšimi izidi, kot so prekinitev zdravljenja, ogrožena varnost pacientov, nezadovoljstvo in neučinkovita uporaba materialnih virov (na primer zdravil, zdravstvenih pripomočkov), kar ima lahko tudi ekonomske posledice. Učinkovita komunikacija prispeva k boljšemu počutju zdravstvenih delavcev, manjšemu tveganju izgorelosti in manjši verjetnosti za pravne postopke zaradi napak pri delu. Čeprav so komunikacijske veščine ključne za študente zdravstvenih smeri, pa je usposabljanje in ocenjevanje komunikacijskih veščin pogosto pomanjkljivo. Mentorji v kliničnem okolju morajo biti ustrezno usposobljeni, da lahko študentom zagotovijo znanje in spretnosti za ohranjanje empatije ter za prilagajanje komunikacijskega vedenja glede na situacijo, pogosto pa tudi spodbujajo vrednoto zaupanja pri študentih (Dubosh & Carter, 2024).

2.3 KOMUNIKACIJSKE VEŠČINE V KLINIČNEM OKOLJU

Za kakovosten odnos med zdravstvenim osebjem in pacienti so pomembne komunikacijske veščine zdravstvenih delavcev za uporabo tako verbalne kot tudi neverbalne komunikacije. Verbalna komunikacija, ki temelji na govorni besedi, velja

za primarno obliko komunikacije v kliničnem okolju. Ko pacientu damo možnost, da svobodno spregovori, mu tudi omogočimo, da deli svoje misli, občutke in potrebe (Priest, 2014).

Kee, et al. (2018) v svojem članku, kjer proučuje pacientove pritožbe, navaja, da naj bi zdravstveni delavci omejevali izražanje izrazite obrazne mimike, še posebej, če je ta negativna, saj lahko pacientu sproži negativne občutke, kot je nezaupanje ali občutek pomanjkanja truda za vzpostavitev dobrega odnosa. Pozitivno obrazno mimiko pa pacienti običajno prepoznajo kot toplino in empatijo.

Zdravstveni delavci se ne smejo pretvarjati, da so razumeli pacienta, če v resnici niso prepričani o tem. Nerazumevanje bo prej ali slej prišlo na dan, kar lahko povzroči občutek nezaupanja in vtis, da zdravstvenemu delavcu pacientov pogled ni pomemben. To lahko negativno vpliva na dober odnos, ki je ključen za uspešno sodelovanje pri zdravljenju. Za zdravstvenega delavca je pomembno preverjati, kako ga je pacient razumel, vendar ne z vprašanjem »Ali ste me razumeli?«, saj bo večina pacientov iz vljudnosti odgovorila pritrdilno, tudi če imajo še veliko nejasnosti ali sploh niso razumeli (Bofulin, et al., 2016).

Avtorji ugotavljajo, da je ključen dejavnik kakovostne zdravstvene oskrbe odprta izmenjava informacij. Zdravstveno osebje tako pridobi vpogled v potrebe in cilje zdravstvene obravnave pacienta ter lahko zagotovi oskrbo, prilagojeno posamezniku (Johnsson, et al., 2018). Razumevanje pacientovega življenjskega konteksta in zdravstvenih potreb omogoča prepoznavanje ključnih dejavnikov, ki vplivajo na njegovo zdravje, ter zagotavljanje ustreznih intervencij in podpore. Drugi pomemben vidik je doseganje boljših rezultatov zdravljenja. Ko pacienti jasno razumejo diagnozo, terapije in priporočila, je večja verjetnost, da bodo dosledno sledili načrtom zdravljenja (Crawford, et al., 2017). Poleg tega odprta komunikacija pacientom omogoča izražanje svojih skrbi, strahov in želja, kar prispeva k boljšemu razumevanju njihovega zdravstvenega stanja in poveča učinkovitost obravnave (American Nurses Association (ANA) Nursing Resources Hub, 2023).

Pacienti, ki odkrito komunicirajo z zdravstvenim osebjem, lažje sprejmejo ključne

informacije o svojih diagnozah, terapijah in postopkih (Pérez-Prieto, et al., 2024). Odprta komunikacija jim omogoča, da aktivno sodelujejo pri zdravljenju, postavljajo vprašanja in izrazijo svoje želje. Zaupanje je pri tem ključno – ko pacienti zaupajo zdravstvenemu osebju, se počutijo varnejše in lažje delijo svoje osebne težave in skrbi (Birkhäuser, et al., 2017). Ko so pacienti odprti in iskreni z zdravstvenimi delavci, se ustvari zaupno in varno okolje, v katerem lahko prosto izmenjujejo pomembne informacije o svojem zdravstvenem stanju. S takšno odprtostjo pacienti lažje izrazijo svoje skrbi, strahove in vprašanja, ne da bi jih skrbelo, da bodo obsojani. To zdravstvenemu osebju, kot so zdravniki in medicinske sestre, omogoča boljše razumevanje njihovih potreb ter zagotavljanje prilagojene in učinkovite oskrbe (ANA Nursing Resources Hub, 2023).

Ko pacienti postavljajo vprašanja o poteku svojega zdravljenja, pridobijo boljše razumevanje svojega zdravstvenega stanja in lahko izrazijo svoje skrbi in strahove. To zdravstvenim delavcem omogoča, da zagotovijo ustrezno podporo in informacije skozi celoten potek zdravljenja. Pomembno je, da zdravstveni delavci spodbujajo paciente k postavljanju vprašanj ter jim zagotovijo, da so njihova vprašanja dobrodošla in natančno obravnavana. Zdravstveni delavci morajo odgovarjati jasno in razumljivo ter se prepričati, da pacienti razumejo vse podane informacije (Dunlay & Strand, 2016).

Asertivnost je komunikacijska veščina, ki vključuje tako poznavanje in spoštovanje sebe kot spoštovanje drugih. Gre za sposobnost odkritega izražanja lastnih mnenj, prepričanj, pravic, potreb ali čustev, pri čemer hkrati upoštevamo sogovornika. Ni agresivna niti pasivna, ampak omogoča razpravo o različnih mnenjih na podlagi dejstev in argumentov, ne pa moči. Številne raziskave so pokazale, da je asertivnost ključna za zagotavljanje varnosti uporabnikov zdravstvenih storitev. Zato je nujno, da organizacijska kultura v zdravstvu ne le dopušča, ampak aktivno spodbuja asertivno komunikacijo med zdravstvenimi delavci, tudi na različnih nivojih hierarhije, ter med njimi in uporabniki (Bofulin, et al., 2016).

2.3.1 Informiranje pacientov v kliničnem okolju

Komuniciranje pacientov z zdravstvenim osebjem, razumevanje informacij in navodil je

ključno za njihovo zdravje in dobro počutje. Če so diagnoze, načrti zdravljenja in navodila za zdravljenje jasno razloženi, pacienti lažje razumejo svoje stanje in ukrepe, ki jih morajo sprejeti (Pérez-Prieto, et al., 2024). Pomembno je, da so te informacije podane na preprost in razumljiv način, brez uporabe zapletenih medicinskih izrazov. Tako se pacienti počutijo bolj samozavestni in informirani (Sheehan, et al., 2021). Razumevanje informacij in navodil pacientom omogoča, da aktivno sodelujejo pri zdravstveni obravnavi. Ko so dobro obveščeni, lahko sprejemajo premišljene odločitve in tesno sodelujejo z zdravstvenim osebjem, da dosežejo najboljše možne rezultate zdravljenja (ANA Nursing Resources Hub, 2023).

Po podatkih nacionalne raziskave ima le 12 % odraslih ustrezno zdravstveno pismenost. To pomeni, da devet od deset odraslih nima dovolj veščin za učinkovito upravljanje svojega zdravja in preprečevanje bolezni. Zato je koristno obravnavati vse paciente kot potencialno takšne z nizko zdravstveno pismenostjo ter uporabljati primerne komunikacijske tehnike, da zagotovimo razumevanje (Naughton, 2018).

Priporočljivo je govoriti počasi, uporabljati preprost in nemedicinski jezik ter pacientom dati čas za vprašanja. Namesto vprašanja: »Imate vprašanja?« je bolje vprašati: »Katera vprašanja imate?«. Prav tako je smiselno preveriti pacientovo razumevanje s tem, da ga prosite, naj s svojimi besedami povzame, kar ste povedali, namesto da samo pritrdijo (Naughton, 2018).

Sallee (2014) v svojem delu »Učinkovita komunikacija in reševanje konfliktov« raziskuje proces in elemente komunikacije ter izpostavlja dejavnike, ki vplivajo na interpretacijo sporočila. Ugotavlja, da lahko na razumevanje informacij vplivajo različni dejavniki, kot so kontekst, okolje, hitri dogodki, vnaprej oblikovane ideje, osebne zaznave, način podajanja sporočila in pretekle izkušnje. Zaradi teh dejavnikov lahko prejemnik sporočilo razume na način, ki se bistveno razlikuje od namere pošiljatelja.

Medicinske sestre so vodilne v zdravstveni praksi, ko gre za informiranje pacientov, vzpostavljanje odnosov in stalno oskrbo za izboljšanje zdravljenja. Raziskave in izkušnje dokazujejo, da so medicinske sestre ključne za izvajanje modela oskrbe pacientov s

kroničnimi obolenji, saj delujejo v timih, osredotočenih na potrebe pacienta (Marojević Glibo & Topič Stipić, 2019).

Raziskave poudarjajo, da je pri komunikaciji s kritično bolnimi pacienti ključno, da se zagotovijo jasne informacije o bolezni in zdravljenju. To pomaga zmanjšati občutke nemoči in negotovosti, ki jih pacienti pogosto doživljajo (Mehnert-Theuerkauf & Koranyi, 2022).

2.3.2 Kulturne raznolikosti v komunikaciji

Razlike v načinu komuniciranja niso le posledica osebnostnih lastnosti, ampak se večinoma oblikujejo v družinskem in širšem kulturnem okolju. Velike razlike v komunikacijskih stilih lahko povzročijo resne težave v odnosih, bodisi na delovnem mestu bodisi v intimnih razmerjih. Če se zavedamo teh razlik, je reševanje težav pogosto lažje. Razumevanje teh razlik je ključno za kakovostno komunikacijo v zdravstvu, kjer srečujemo ljudi iz različnih kulturnih okolij (Bofulin, et al., 2016).

Komuniciranje in kultura sta tesno povezana, saj komuniciranje predstavlja način, kako se kultura prenaša in ohranja. Razlike v kulturi in kulturna (ne)kompetentnost se zato najbolj odražajo v komunikaciji med zdravstvenimi delavci in uporabniki zdravstvenih storitev (Bofulin, et al., 2016).

Govorica telesa je ključni del komunikacije, ki je hkrati močno povezana s kulturnimi značilnostmi. Kar je v eni kulturi znak prijaznosti, je lahko v drugi razumljeno kot žaljivka (Bofulin, et al., 2016).

V kliničnem okolju se včasih pojavijo situacije, ko uporabniki niso sposobni posredovati verbalnih sporočil. Težave v sporazumevanju lahko nastanejo tudi zaradi samega jezika, zaradi različnih jezikov in narečij ali zaradi medicinskega žargona, ki ga zdravstveni delavci pogosto uporabljajo samoumevno, ne da bi se zavedali, da ga uporabniki ne razumejo (Bofulin, et al., 2016). Ko ne moremo izraziti, kaj želimo, ali ne razumemo, kaj nam drugi sporočajo, je to lahko zelo zastrašujoče – še posebej v zdravstvenem okolju.

Pomembno je upoštevati, da prestrašeni ljudje zaradi obrambnega vedenja pogosto delujejo agresivno, saj jih obvladuje strah (Bofulin, et al., 2016).

2.3.3 Jezikovne razlike pri komuniciranju v kliničnem okolju

Jezikovne ovire, ki se pojavljajo v kliničnih okoljih, predstavljajo veliko možnost za napačno in neuspešno komunikacijo. Jezikovne ovire so študente zdravstvene nege ovirale pri samem procesu komuniciranja, kar je posledično vplivalo na njihovo delovno obremenitev. Raziskava, izvedena v Egiptu, kjer so intervjuvali študente z jezikovno oviro, je pokazala, da je jezikovna ovira povzročila negativne izkušnje in slabe učne rezultate. Raziskave kažejo, da ima jezik pomembno vlogo pri doseganju učinkovite in temeljite komunikacije v okviru kliničnih srečanj. Študenti, ki se soočajo z jezikovnimi ovirami, so izrazili svoje mnenje, da niso bili sposobni sočustvovati s svojimi pacienti in doseči plodnega učnega rezultata ter so se soočali z izzivi pri pridobivanju pomembnih srečanj s pacienti in kliničnih izkušenj. To je povečalo njihovo delovno obremenitev in jih prisililo, da so se prilagodili, da bi premagali jezikovno oviro, s katero so se soočili (Sheikh, et al., 2022).

Jezikovne ovire lahko povečajo verjetnost, da zdravstveni delavci izvajajo nepotrebne intervencije, poveča se verjetnost sprejema v bolnišnico, pojavi se težava v nepoznavanju pacientove anamneze, napačne interpretacija simptomov in posledično napačna odločitev pri določanju negovalnih diagnoz, navodilih med zdravniškimi pregledi ali pa pomanjkljivo razumejo navodila o preprečevanju širjenja okužb, v primeru, da kažejo znake okužbe (Lipovec Čebren, 2020).

Priporočila Bofulina, et al. (2016) za učinkovito komuniciranje s posamezniki, katerih materni jezik ni slovenščina, vključujejo naslednje nasvete:

- Govorimo počasi in razločno, vendar ne povzdiguje glasov. V mnogih kulturah je glasno govorjenje ali kričanje lahko razumljeno kot grožnja.
- Podpirajmo govorjeno besedo z neverbalno komunikacijo, vendar uporabljajmo kulturno nevtralne kretnje.
- Spremljajmo sogovornikovo neverbalno izražanje, da bolje razumemo njihovo

- počutje in odzive.
- Izogibajmo se zapletenim stavkom in kulturno specifičnim prisposodobam (npr. frazemi, kot so »Vaše zdravje bo šlo rakom žvižgat«, so lahko za tujce nerazumljivi).
 - Osredotočimo se na bistvo, brez nepotrebnih podrobnosti.
 - Navodila posredujmo v kratkih korakih in jasnih stavkih.
 - Uporabljajmo aktivno poslušanje – pogosto povzemajmo sogovornikove besede in prosimo za dodatna pojasnila, če kaj ni jasno, da sproti odpravljamo nesporazume.
 - Če sogovornik ne zna jezika, prikažimo skrb in pomirimo uporabnika. Poskušajmo ugotoviti, kako lahko najbolje pomagamo ter čim prej zagotovimo ustreznega tolmača ali medkulturno mediacijo, če je to potrebno.
 - Poslušajmo pacientovo zgodbo, da razumemo njegovo perspektivo in izkušnje.

Neupoštevanje teh priporočil lahko vodi do slabših zdravstvenih izidov, zlasti, ko pacienti ne razumejo ali ne upoštevajo navodil za odpust, kar lahko privede do nepravilnega jemanja zdravil ali zanemarjanja pomembnih simptomov. Zato mora zdravstveno osebje nujno zagotoviti, da pacient pred odpustom popolnoma razume vsa navodila (DeSai, et al., 2021).

2.3.4 Sporočanje slabe novice pacientom

Obstajajo različni teoretični pristopi k opredelitvi slabe novice v zdravstveni oskrbi. Nekateri teoretiki menijo, da je slaba novica vsaka informacija, ki močno in negativno vpliva na pacientov pogled na prihodnost. Drugi pristopi opredeljujejo slabo novico kot situacije, v katerih je ogroženo duševno ali fizično dobro počutje osebe, njen življenjski slog, ali ko diagnoza pride ob neprimernem času (Marojević Glibo & Topič Stipić, 2019).

Stalna komunikacija je ključna, da vsi razumejo trenutne okoliščine in razloge za sprejete odločitve. Manj izkušenim zdravstvenim delavcem so takšni pogovori pogosto zahtevni, še posebej ob prvih poskusih, ko se lahko spopadajo z vprašanjem, kaj in kako neko informacijo o zdravljenju povedati (Marojević Glibo & Topič Stipić, 2019). Čustvena

podpora je ključna za zmanjšanje tesnobe in občutkov izoliranosti pri pacientih. Vendar pomanjkanje komunikacijskih veščin pogosto predstavlja oviro pri učinkoviti komunikaciji s hudo bolnimi pacienti in njihovimi svojci. Najpogostejši vzroki za to so neizobraženost, strah pred smrtjo in pomanjkanje časa za učinkovito komunikacijo (Sutherland, 2019).

2.3.5 Informiranje pacientov ob odpustu v domače okolje

Sistematični pregled, ki so ga opravili Newnham in sodelavci leta 2017, je analiziral, kako se informacije pacientom posredujejo ob odpustu iz bolnišnice. Odkril je, da obstajajo tri glavne metode:

Računalniške metode:

- Kaj vključujejo: uporabljajo se različne tehnološke rešitve, kot so računalniško ustvarjeni dokumenti, spletne strani, aplikacije ali videoposnetki.
- Prednosti: omogočajo preprosto in hitro posredovanje informacij ter lahko vključujejo interaktivne elemente, ki pomagajo pacientom bolje razumeti navodila.

Osebe, ki posredujejo informacije:

- Kaj vključujejo: zdravstveni delavci, kot so zdravniki in medicinske sestre, neposredno razložijo pacientom informacije o njihovem zdravju, zdravilih in nadaljnjih korakih.
- Prednosti: ta metoda omogoča osebni stik in neposredno komunikacijo, kar lahko poveča zaupanje in omogoči takojšnje odgovore na vprašanja pacienta.

Pisni materiali:

- Kaj vključujejo: papirni dokumenti, kot so brošure, listi z navodili ali izpisi iz računalniškega sistema.
- Prednosti: pacienti imajo pisne informacije, ki jih lahko pregledajo kasneje, vendar so te metode v primerjavi z računalniškimi in osebnimi metodami manj pogosto uporabljene.

Raziskava je pokazala, da so tako pacienti kot zdravstveni delavci raje uporabljali postopke odpusta, ki zagotavljajo jasne, kratke in prilagojene informacije ter so enostavni za uporabo. Računalniško ustvarjeni dokumenti, kot so povzetki in navodila, so bili zelo cenjeni zaradi svoje organiziranosti in učinkovitosti, kar je povečalo zadovoljstvo tako pacientov kot zdravstvenih delavcev, saj omogočajo hitro in enostavno dostopnost do informacij. Prav tako so video povzetki in navodila ob odpustu izboljšali razumevanje pacientovih diagnoz in navodil, saj so pacientom pomagali bolje razumeti zapletene informacije. Te ugotovitve kažejo, da uporaba tehnologije pri posredovanju informacij povečuje zadovoljstvo in učinkovitost zdravstvenih storitev ter izboljšuje razumevanje pacientovega stanja in navodil za odpust (Newnham, et al., 2017).

2.4 KOMUNIKACIJA Z RANLJIVIMI SKUPINAMI PACIENTOV

Vsak pacient ima svoje edinstvene potrebe in/ali pa so v posebnih zdravstvenih ali čustvenih stanjih, ki zahtevajo poseben pristop v komunikaciji. Komunikacija s posebnimi skupinami pacientov, kot so otroci, mladostniki, osebe z duševnimi motnjami, motnjami vida, sluha ali govora, ter starejši in tisti z neozdravljivimi boleznimi, zahtevajo dodatno občutljivost in prilagoditev. Pri teh skupinah so izobraževanje, sočutje in potrpežljivost ključni za vzpostavitev zaupanja in zagotavljanje ustrezne podpore pacientom in njihovim družinam (Sindik & Vučković Matić, 2016).

Komunikacija z otroki in mladostniki je ključna za njihov psihosocialni razvoj in uspešno zdravljenje. Pomembno je razumeti njihove razvojne stopnje in osebne posebnosti. Namesto da jih obravnavamo kot majhne odrasle, jih je treba prepoznati kot edinstvena bitja z lastnimi potrebami in glasovi, ki si zaslužijo posebno pozornost (Slacki, 2024). Komunikacijo z otroki v kliničnem okolju je treba obvezno prilagoditi individualnim potrebam otroka, pristop pa je odvisen od njihove starosti. K vsakemu otroku je potrebno pristopati na način, ki zagotovi pridobitev njihovega zaupanja, saj če otrok zaupa v zdravstvenega delavca, lažje sprejme in daje informacije, kar je pomembno za lažji in učinkovit proces zdravljenja (Sindik & Vučković Matić, 2016).

2.4.1 Komunikacija z osebami z motnjami v duševnem razvoju

Komuniciranje z osebami z motnjami v duševnem razvoju je zahtevno in zahteva specifične pristope. V zdravstveni negi ni enotnih navodil za izbiro ustrezne komunikacijske metode, zato so pogosto odvisne od izkušenj posameznih medicinskih sester. Pomanjkanje strokovne literature in znanstvenih dokazov otežuje iskanje najboljših praks. Medicinske sestre morajo razumeti, da so osebe z motnjami v duševnem razvoju edinstvene, kar pomeni, da je treba pristopiti k njim celostno, upoštevati njihove individualne potrebe in prilagoditi način komunikacije (Brglez, et al., 2015). Pri delu z osebami z duševnimi motnjami je ključno vzpostaviti odnos zaupanja, empatije in spoštovanja. Zdravstveni delavec mora pokazati, da pacienta resnično posluša in se zanima za njegove občutke. Pomembno je zagotoviti odnos, v katerem pacient čuti, da lahko izraža svoje misli in občutke, pri čemer mora zdravstveni delavec aktivno poslušati in biti pozoren tudi na trenutke tišine, saj so prav ti lahko zelo pomembni za globlje razumevanje. Zdravstveni delavec si mora vzeti dovolj časa za vsakega pacienta, ostati potrpežljiv z njimi in se poskušati izogniti motnjam med obravnavami, kar prispeva k boljši kakovosti komunikacije (Grassi, et al., 2015).

Centre for Developmental Disability Health Victoria (2017) poudarja, da je pri vzpostavljanju učinkovite komunikacije z uporabniki ključno spoštovanje. Verbalna in neverbalna komunikacija morata biti usklajeni, ton in višina glasu pa prilagojeni starosti uporabnika. Za začetek komunikacije z osebami z motnjami v duševnem razvoju je pomembno pridobiti uporabnikovo pozornost, tako da ga pokličemo po imenu in vzpostavimo očesni stik ter, kadar je to primerno, uporabimo dotik. Za učinkovito komunikacijo je priporočljivo govoriti počasneje in zagotoviti uporabniku dovolj časa za premislek. Prav tako sta pomembna neposredno nagovarjanje uporabnika ter uporaba jasnih in kratkih povedi. Izogibati se je treba zapletenemu jeziku, abstraktnim pojmom in žargonu. Postavlja se eno vprašanje hkrati in uporabniku ste omogoči, da v miru oblikuje svoj odgovor. Ker imajo lahko uporabniki težave pri izražanju svojih misli in občutkov, je pomembno, da se jim omogoči dovolj časa za oblikovanje odgovora. Če je vprašanje nejasno, je morda treba »raziskati« z uporabnikom, da bi razjasnili pomen vprašanja.

Vizualni pokazatelji, kot so slike, diagrami, obrazna mimika in govorica telesa, so lahko v veliko pomoč pri razumevanju uporabnikov.

2.4.2 Komunikacija s slepimi pacienti

Težave v komunikaciji se lahko pojavijo pri slepih osebah, ker prejmejo manj informacij kot drugi. Med pogovorom se običajno obrnejo na stran, da sogovornika bolje slišijo, zato ne vzpostavijo očesnega stika (Bofulin, et al., 2016). To je pogosto bolj moteče za zdravstvenega delavca, saj slepa oseba tega ne doživlja kot težavo. Zdravstveni delavec lahko misli, da je komunikacija težja. Pomembno se je zavedati tega izziva in pri slepih osebah jasno govoriti (Lesjak, 2018).

Ko komuniciramo s slepimi osebami, moramo upoštevati, da odsotnost očesnega stika ni znak nepozornosti, temveč specifičnost njihovega načina komunikacije. Ker so slepi ljudje predvsem odvisni od sluha, se pogosto obračajo, da bi bolje slišali, kar lahko sogovornika zmede, saj ni običajnega očesnega stika (Bofulin, et al., 2016). Ljudje, ki nenadoma izgubijo vid, pogosto prehajajo skozi različne faze, od zanikanja do soočanja z novim načinom življenja. Težave pri komunikaciji, kot je nezmožnost opažanja neverbalnih znakov, dodatno otežujejo njihovo vključevanje v družbo. Nove raziskave ugotavljajo, da pomanjkanje dodatnega izobraževanja medicinskih sester o komunikaciji s slepimi pacienti vodi do neustreznih obravnav slepih pacientov tekom zdravljenja (Nikbakht Nasrabad, et al., 2022).

Priporočila za komunikacijo s slepimi osebami (Bofulin, et al., 2016) so naslednja:

- Ko se približujete slepi osebi, se najprej predstavite in pojasnite, zakaj želite vzpostaviti stik. To storite počasi in jasno.
- Govorite umirjeno in razločno.
- Vljudno nagovorite osebo z njenim polnim imenom, na primer: »Gospa Novak, dovolite, da se vam predstavim, sem [vaše ime] in moja naloga je ...«.
- Če oseba uporablja psa vodnika, bodite pozorni, da pes zazna vaše približevanje kot prijazno in dobronamerno. Nikoli se ne dotikajte psa brez dovoljenja lastnika.
- Preden zapustite osebo, ji to sporočite in se prepričajte, da se po vašem odhodu

- počuti varno in dobro orientirano.
- Preden se dotaknete slepe osebe, vedno razložite, kaj nameravate storiti, in pridobite njeno soglasje. To še posebej velja, če jo nameravate voditi ali ji pomagati pri orientaciji v prostoru.
 - Pri izvajanju postopkov v bližini slepe osebe natančno opišite, kaj počnete in zakaj.

2.4.3 Komunikacija z gluhihimi pacienti

Ob prihodu v klinično okolje so gluhe osebe pod večjim stresom, saj se soočajo z večjim tveganjem za prejem neustrezne zdravstvene oskrbe in informacij zaradi težav pri vzpostavljanju učinkovite komunikacije z zdravstvenim osebjem. Kljub zavedanju teh težav je raziskav o komunikaciji med zdravstvenimi delavci in gluhihimi osebami premalo. Učinkovita komunikacija z gluhihimi pacienti lahko izboljša njihove izkušnje in rezultate. To zahteva prilagoditve na osebni in organizacijski ravni, s poudarkom na prilagoditvi oskrbe pacientov (Abou-Abdullah, et al., 2021).

Priporočila Bofulin, et al. (2016) za učinkovito komuniciranje z gluhihimi vključujejo naslednje smernice:

- Znakovni jezik: glede na to, da se gluhi in tisti, ki so sluh izgubili v zgodnjem otroštvu, sporazumevajo v znakovnem jeziku, je za učinkovito komunikacijo nujno, da uporabimo tolmača, če sami ne obvladamo tega jezika.
- Govor in branje z ustnic: tisti, ki so sluh izgubili kasneje ali so močno naglušni, pogosto uporabljajo govor in berejo z ustnic. V tem primeru se je pomembno potruditi razumeti, tudi če govor ni popolnoma jasen. Če kaj ni jasno, naj bo pogovor postopen in naj se sogovorniku omogoči, da ponovi, ker je povedal. Poskrbeti je treba, da smo vedno v dobrem vidnem polju sogovornika – izogibati se je treba nošenju mask, sklanjanju nad zapiske in osvetlitvi, ki bi govorcu ali sogovorniku lahko zakrila obraz.
- Zvočne naprave: namestitev zvočne zanke v prostor lahko bistveno izboljša komunikacijo z osebami, ki uporabljajo slušne aparate, saj te naprave pretvorijo govor v frekvence, ki so lažje razumljive za slušni aparat.

2.4.4 Komunikacija s pacienti z demenco

Demenca predstavlja hitro naraščajočo svetovno zdravstveno krizo, saj se zaradi staranja prebivalstva povečuje tako breme na ravni posameznika kot družbe. Ena izmed ključnih značilnosti demence so VPSD (vedenjski in psihološki simptomi demence), ki so pogosti pri Alzheimerjevi bolezni in drugih sorodnih demencah. VPSD vključuje različne manifestacije, ki lahko resno vplivajo na kakovost življenja oseb z demenco in njihovih negovalcev. Ko bolezen napreduje, se lahko težave z jezikom in komunikacijo pojavijo kot del VPSD. Osebe z demenco pogosto težko izrazijo svoje potrebe, kar lahko vključuje osnovne potrebe, kot so lakota ali potreba po obisku stranišča ter simptome bolečine ali nelagodja. Ko te potrebe niso zadovoljene, lahko oseba z demenco poskuša komunicirati skozi čustvene izraze, kar lahko še dodatno poslabša komunikacijo in socialne odnose. Razumevanje, da lahko VPSD pomenijo poskus izražanja nezadovoljenih potreb, je ključno za izboljšanje klinične oskrbe, spodbujanje kakovosti življenja, zmanjšanje stigme in spodbujanje pozitivne komunikacije z osebami z demenco (Warren, 2022).

2.5 IZOBRAŽENJANJE ZDRAVSTVENIH DELAVCEV NA PODROČJU KOMUNIKACIJE

Po modelu Calgary-Cambridge je raziskava pokazala, da ima usposabljanje komunikacijskih veščin prek virtualnega izobraževanja pomemben vpliv na odnos in prakso študentov medicine na Univerzi za medicinske vede v Iranu. Študenti medicine potrebujejo več kot le teoretično znanje komunikacijskih spretnosti; njihovo praktično usposabljanje je ključno za uspešno komunikacijo. To usposabljanje se mora izvajati v prisotnosti profesorjev in v okolju, kjer je etika institucionalizirana. Poleg tega spretnostne delavnice in simulirani treningi pomembno pripomorejo k izboljšanju komunikacijskih veščin (Ramezani, et al., 2023).

Nepripravljeni in neizkušeni zdravstveni delavci se pogosto počutijo preobremenjene, kar vodi v stres, nezadovoljstvo in izgorelost. Usposabljanje komunikacijskih veščin že v predklinični fazi študija, npr. z igrami vlog, lahko poveča samozavedanje in je stroškovno učinkovito. Te veščine bi morale biti sestavni del medicinskih učnih načrtov s

formativnimi ocenami (Zemlin, et al., 2024). Kljub vse večjemu pomenu usposabljanja komunikacijskih veščin v kliničnem okolju je opaženo pomanjkanje splošno sprejete opredelitve ustrezne komunikacije med zdravstvenimi delavci in pacienti (Cömert, et al., 2016).

V raziskavi iz leta 2016, kjer so zdravnike dodatno usposabljali v komunikacijskih tehnikah in veščinah, so zdravniki izrazili visoko zadovoljstvo s tečajem. Menili so, da je bil tečaj upravičena naložba časa, saj so bile pridobljene spretnosti relevantne in praktično uporabne. Program je učinkovito izboljšal njihovo znanje in veščine na področju k pacientom osredotočene komunikacije. Poleg tega so zdravniki poročali o občutnem povečanju empatije in zmanjšanju izgorelosti (Boissy, et al., 2016).

Brglez (2014) v svoji raziskavi ugotavlja, da več kot polovica anketiranih zdravstvenih delavcev meni, da bi potrebovali dodatno strokovno izobraževanje in usposabljanje na področju komunikacije. Ta potreba je nekoliko izrazitejša pri tistih z visokošolsko strokovno izobrazbo. Vendar pa se zdi, da so anketiranci premalo samokritični glede svojih potreb po izobraževanju. Za delo z zahtevnimi skupinami uporabnikov je namreč nujno stalno strokovno izobraževanje in seznanjanje z najnovejšimi komunikacijskimi metodami. Le tako lahko bolje razumemo potrebe uporabnikov in jim pomagamo doseči večji uspeh in zadovoljstvo v življenju. Manj kot petina anketirancev meni, da takšnega izobraževanja ne potrebujejo.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je ugotoviti samooceno komunikacijskih veščin študentov prve stopnje študijskega programa Zdravstvena nega (VS) in Fizioterapija (VS) pri komuniciranju s pacienti v kliničnem okolju ter kakšne izzive jim to predstavlja.

Cilji diplomskega dela so:

- C1 Ugotoviti trditve o poznavanju in uporabi komunikacijskih veščin, ki predstavljajo študentom prve stopnje študijskih programov Zdravstvena nega (VS) in Fizioterapija (VS) največje in najmanjše ovire v kliničnem okolju.
- C2 Ugotoviti razlike med študenti prve stopnje študijskih programov Zdravstvena nega (VS) in Fizioterapija (VS) glede stopnje ovir pri komunikaciji s katerimi se najpogosteje srečujejo v kliničnem okolju.
- C3 Ugotoviti situacijo ob delu v kliničnem okolju, ki predstavlja študentom programov Zdravstvena nega (VS) in Fizioterapija (VS) najpogostejšo oviro pri komuniciranju s pacientom.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

R1 Katere trditve o poznavanju in uporabi komunikacijskih veščin predstavljajo študentom prve stopnje študijskih programov Zdravstvena nega (VS) in Fizioterapija (VS) največjo in katere najmanjšo oviro v kliničnem okolju?

R2 Kakšne so razlike med študenti prve stopnje študijskih programov Zdravstvena nega (VS) in Fizioterapija (VS) glede stopnje ovir pri komunikaciji, s katerimi se najbolj pogosto srečujejo v kliničnem okolju?

R3 Katera situacija ob delu v kliničnem okolju predstavlja študentom programov Zdravstvena nega (VS) in Fizioterapija (VS) najpogostejšo oviro pri komuniciranju s pacientom?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Pri pregledu znanstvene in strokovne literature v tujem in slovenskem jeziku smo pri izdelavi diplomskega dela uporabili deskriptivno kvantitativno metodo zbiranja podatkov. Raziskava je potekala septembra 2024 s pomočjo spletnega vprašalnika, ki je bil dostopen vsem študentom prvega, drugega in tretjega letnika FZAB študijskih programov Zdravstvena nega (VS) in Fizioterapija (VS). Raziskavo smo izvedli z metodo anketiranja, s pomočjo vprašalnika, ki smo ga sestavili na podlagi preučene strokovne literature. Strokovno literaturo, ko smo pridobili iz mednarodnih baz podatkov Cinahl, PEDro, Pub Med, Medline in Google Učenjak. Literaturo smo pridobivali na osnovi ključnih besed v slovenskem in angleškem jeziku in se pri tem omejili na starost literature do 10 let. Ključne besede po katerih smo pridobivali literaturo, so bile komunikacija, komunikacija v zdravstvu, komunikacijske veščine, študenti, izzivi, klinično usposabljanje, ter v angleščini communication, clinical practice, communication skills, healthcare students, physiotherapy students, communication challenges.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Raziskavo smo izvedli z uporabo deskriptivne metode kvantitativnega raziskovanja. Za zbiranje podatkov smo uporabili vprašalnik. Vprašalnik smo sestavili na podlagi pregleda strokovne literature o komunikaciji, delu študentov v kliničnih okoljih in ovir komunikacije s pacienti. Uporabili smo spoznanja več avtorjev (Sallee, 2014; Marojević Glibo & Topič Stipić, 2015; Bofulin, et al., 2016; Lesjak, 2018). Vprašalnik je bil sestavljen iz treh sklopov različnih tipov vprašanj. Prvi sklop je sestavljen iz šestih demografskih vprašanj, od tega petih zaprtih vprašanj in enega odprtega vprašanja. Zanimali so nas podatki o spolu, starosti, smeri študija, letniku študija, načinu študija ter o preteklih izkušnjah z delom v kliničnem okolju. Drugi sklop vprašanj se je nanašal na samooceno lastnih komunikacijskih veščin anketirancev. Tretji sklop vprašanj se je nanašal na navajanje, kako preprosta oziroma zahtevna so opravila s pacienti, s tem pa smo merili stopnjo ovire pri komunikaciji. V tretjem sklopu smo pridobili tudi podatek o

tem, katera situacija ob delu v kliničnem okolju je anketiranim študentom predstavljala najpogostejšo oviro pri komuniciranju s pacientom.

Zanesljivost merskega inštrumenta smo preverili s Cronbach alfa koeficientom.

Tabela 1: Zanesljivost vprašanj

	Število trditev	Cronbach alfa koeficient
Prepoznavanje in uporaba komunikacijskih veščin	10	0,850
Ocena zahtevnosti komunikacijskih nalog	10	0,876

Oba sklopa vprašanj kažeta visoko stopnjo zanesljivosti, kar pomeni, da so vprašanja znotraj posameznega sklopa dosledna in ustrezno merijo specifične komunikacijske veščine oz. zahtevnost nalog, s katero smo merili v kolikšni meri študentje zaznavajo določene situacije kot ovire pri komunikaciji s pacienti. Vrednosti Cronbach alfa koeficienta (nad 0,8) v obeh primerih nakazujejo na visoko zanesljivost merilnega instrumenta, saj so vrednosti alfa koeficienta nad 0,8 običajno označene kot zelo dobre.

3.3.3 Opis vzorca

Raziskavo smo izvedli med študenti študijskega programa Zdravstvena nega (VS) in Fizioterapija (VS), ki so bili v študijskem letu 2023/2024 vpisani v 1., 2. in 3. letnik, smeri redni in izredni študij na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin.

Vprašalnik smo 5. 9. 2024 v elektronski obliki posredovali 413 anketirancem. V celoti izpolnjenih smo prejeli 174 vprašalnikov, kar predstavlja 42% realizacijo vzorca. Dobili smo tudi 239 delno izpolnjenih vprašalnikov, ki pa jih nismo upoštevali v rezultatih raziskave.

Demografske podatke predstavljamo v tabelah 2, 3, 4 in 5.

Tabela 2: Spol anketiranih študentov

Spol anketiranih študentov	f	f %
Moški	50	28,7
Ženski	124	71,3
Skupaj	174	100,0

F = frekvenca, f % = relativna frekvenca

Iz tabele 2 je razvidno, da smo v vzorec zajeli 28,7% moških in 71,3% žensk.

Tabela 3: Starosti anketiranih študentov

Starost	F	f %
Do 20 let	18	10,3
Od 21 do 25 let	108	62,1
Od 26 do 30 let	24	13,8
Od 31 do 35 let	9	5,2
Od 36 do 40 let	9	5,2
več kot 41	6	3,4
Skupaj	174	100,0
Minimum	Maksimum	PO SO
18 let	46 let	25,1 5,6

Legenda: F = frekvenca f % = relativna frekvenca, PO = povprečna ocena, SO = standardni odklon

Iz tabele 3 je razvidno, da največji delež anketirancev spada v starostno skupino od 21 do 25 let, ki predstavlja kar 62,1 % celotnega vzorca. S 13,8 % so sledili anketiranci v starostni skupini od 26 do 30 let starosti. Nekaj več kot desetina ali 10,3% jih bilo starih od 15 do 20 let. Ostale starostne skupine so bile zastopane z manjšimi deleži. Povprečna starost anketirancev je bila 25,1 let. Najmlajši anketiranec je bil star 18, najstarejši pa 46 let. Standardni odklon je znašal 5,6.

Tabela 4: Smer študijskega programa prve stopnje, način študija

Smer študijskega programa prve stopnje	F	f %
Zdravstvena nega	89	51,1
Fizioterapija	85	48,9
Skupaj	174	100,0
Način študija	f	f %
Redni študij	91	52,3
Izredni študij	83	47,7
Skupaj	174	100,0
Letnik študija	f	f %
Prvi letnik	37	21,3
Drugi letnik	43	24,7
Tretji letnik	42	24,1
Absolvent	52	29,9
Skupaj	174	100,0

F = frekvenca, f % = relativna frekvenca

Podatki o študijskih programih prve stopnje, predstavljeni v tabeli 4, kažejo razdelitev študentov med programoma Zdravstvena nega (VS) in Fizioterapija (VS) v raziskovanem obdobju. Od skupno 174 anketirancev je v raziskavi sodelovalo 51,1% študentov programa zdravstvene nege, medtem ko smo jih s programa fizioterapije v vzorec pridobili 48,9%.

Iz tabele 4 je nadalje razvidno, da je bilo rednih študentov v vzorcu nekaj več kot polovica ali 52,3%, izrednih pa 47,7%.

Podatki o letniku študija razkrivajo naslednjo razdelitev anketirancev. V prvem letniku je 37 anketirancev, kar predstavlja 21,3% vseh anketiranih. Delež anketirancev v drugem letniku je 24,7%, medtem ko je v tretjem letniku slaba četrtina vseh anketirancev ali natančneje 24,1%. Največji delež anketirancev je med absolventi, kar predstavlja 29,9% vseh študentov. Razdelitev anketiranih glede na letnik študija je torej dokaj enakomerna (tabela 4).

Tabela 5: Stik z delom v kliničnem okolju pred študijem

Stik z delom v kliničnem okolju pred študijem	F	f %
Da	118	67,8
Ne	56	32,2
Skupaj	174	100,0

Legenda: F = frekvenca, f % = relativna frekvenca

Pred začetkom študija je 67,8% anketirancev že imelo izkušnje z delom v kliničnem okolju. Nasprotno pa 32,2% anketirancev, kar je 56 posameznikov, ni imelo predhodnih izkušenj v tem okolju (tabela 5).

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala od 5. 9. 2024 do 12. 9. 2024, po predhodno prejeti odobritvi dispozicije na Komisiji za diplomska in podiplomska zaključna dela Fakultete za zdravstvo Angele Boškin ter po prehodno prejeti odobritvi Komisije za znanstveno-raziskovalno in razvojno dejavnost senata FZAB. Dostop do spletnega vprašalnika v spletnem orodju 1Ka je bil študentom 1., 2. in 3. letnika, tako študentom redne kot izredne smeri Zdravstvena nega (VS) in Fizioterapija (VS), poslan po elektronski pošti.

Anketirancem je bila zagotovljena anonimnost in prostovoljna odločitev za sodelovanje v raziskavi, ravno tako so bili seznanjeni z namenom raziskave in prejeli navodila za reševanje ankete. Za vnos podatkov in statistično obdelavo podatkov smo uporabili program SPSS 23.00. Za predstavitev osnovnih rezultatov je bila uporabljena osnovna deskriptivna statistika, ki zajema povprečno vrednost, standardni odklon in standardno napako. Naredili smo bivariatno statistično primerjavo med posameznimi odgovori, glede na letnik in smer študija anketiranih oseb. Za primerjavo odgovorov smo uporabili enofaktorsko analizo – ANOVA. Statistično značilnost smo preverjali na ravni 5% tveganja ($p=0,05$). Pridobljene podatke smo uredili in jih analizirali ter prikazali s pomočjo grafov in tabel.

3.4 REZULTATI

Predstavitev tabel po sklopih anketnih vprašanj

Rezultate drugega sklopa vprašanj o samooceni komunikacijskih veščin na vprašanje »Za vsako trditev o poznavanju in uporabi komunikacijskih veščin ocenite vaše strinjanje z oceno od 1 do 5, kjer 1 pomeni »sploh se ne strinjam«, 2 »se ne strinjam«, 3 – »niti se strinjam niti se ne strinjam«, 4 – »se strinjam« in 5 – »se popolnoma strinjam«, predstavljamo v tabeli 6.

Tabela 6: Prepoznavanje in uporaba komunikacijskih veščin

Trditev	Sploh se ne strinjam		Se ne strinjam		Niti se strinjam niti se strinjam		Se strinjam		Se popolnoma strinjam		Skupaj			
	F	f%	F	f%	F	f%	F	f%	F	f%	F	f%	PO	SO
Pri pogovoru znam pacientu pomagati pri vzpostavljanju zaupanja.	0	0,0	5	2,9	18	10,3	62	35,6	89	51,1	174	100,0	4,35	0,78
Sporočila pacientov znam povzeti s svojimi besedami.	0	0,0	3	1,7	25	14,4	66	37,9	80	46,0	174	100,0	4,28	0,77
V pogovoru s pacienti znam prepoznati neverbalna sporočila.	0	0,0	7	4,0	26	15,0	62	35,8	78	45,1	173	100,0	4,22	0,85

Trditev	Sploh se ne strinjam		Se ne strinjam		Niti se strinjam niti se strinjam		Se strinjam		Se popolnoma strinjam		Skupaj			
	F	f%	F	f%	F	f%	F	f%	F	f%	F	f%	PO	SO
V pogovoru s pacienti znam uporabljati odprta vprašanja.	1	0,6	4	2,3	29	16,7	66	37,9	74	42,5	174	100,0	4,20	0,84
V pogovoru s pacientom mu pomagam pri iskanju možnosti za reševanje problemov.	0	0,0	4	2,3	25	14,4	83	47,7	62	35,6	174	100,0	4,17	0,75
V pogovoru s pacienti se lahko vživim v njihov položaj in razumem njihovo razmišljanje.	0	0,0	3	1,7	36	20,7	66	37,9	69	39,7	174	100,0	4,16	0,81
Paciente znam spodbuditi, da govorijo o sebi, svojih čustvih in občutkih.	0	0,0	6	3,4	30	17,2	72	41,4	66	37,9	174	100,0	4,14	0,82
V pogovoru s pacienti znam dati ustrezno povratno informacijo.	0	0,0	4	2,3	39	22,4	75	43,1	56	32,2	174	100,0	4,05	0,80
Znam pomagati pacientu pri identifikaciji problemov in ciljev.	0	0,0	7	4,0	34	19,5	79	45,4	54	31,0	174	100,0	4,03	0,82
Pri komunikaciji s pacienti ne uporabljam strokovnih izrazov.	1	0,6	15	8,6	58	33,3	41	23,6	59	33,9	174	100,0	3,82	1,02

Legenda: F = frekvenca, f% = relativna frekvenca, PO = povprečna ocena, SO = standardni odklon

Za drugi sklop vprašanj smo prav tako primerjali stopnje ovir pri različnih komunikacijskih nalogah v klinični praksi glede na študijsko smer. Pridobljene statistične podatke smo prikazali v tabeli 7.

Tabela 7: Prepoznavanje in uporaba komunikacijskih veščin glede na smer študija

Trditev	Zdravstvena nega			Fizioterapija			TS	PV
	n	PO	SO	n	PO	SO		
Pri pogovoru znam pacientu pomagati pri vzpostavljanju zaupanja.	89	4,45	0,81	85	4,25	0,74	1,717	0,088

Trditev	Zdravstvena nega			Fizioterapija			TS	PV
	n	PO	SO	n	PO	SO		
Paciente znam spodbuditi, da govorijo o sebi, svojih čustvih in občutkih.	89	4,19	0,85	85	4,08	0,79	0,872	0,385
V pogovoru s pacienti znam uporabljati odprta vprašanja.*	89	4,31	0,73	85	4,07	0,92	1,936	0,054
V pogovoru s pacienti znam prepoznati neverbalna sporočila.	88	4,33	0,77	85	4,11	0,91	1,745	0,083
Sporočila pacientov znam povzeti s svojimi besedami.	89	4,33	0,75	85	4,24	0,80	0,772	0,441
V pogovoru s pacienti znam dati ustrezno povratno informacijo.*	89	4,19	0,74	85	3,91	0,84	2,384	0,018
V pogovoru s pacientom mu pomagam pri iskanju možnosti za reševanje problemov.	89	4,18	0,79	85	4,15	0,72	0,234	0,815
Pri komunikaciji s pacienti ne uporabljam strokovnih izrazov.	89	3,82	1,02	85	3,81	1,03	0,055	0,957
V pogovoru s pacienti se lahko vživim v njihov položaj in razumem njihovo razmišljanje.	89	4,20	0,80	85	4,11	0,82	0,786	0,433
Znam pomagati pacientu pri identifikaciji problemov in ciljev.	89	4,06	0,77	85	4,01	0,87	0,357	0,721

Legenda: *Razlika med skupinama je statistično značilna ($p \leq 0,05$), n = število enot, PO = povprečna ocena, SO = standardni odklon, TS = testna statistika t testa, PV = povprečna vrednost.

V tabeli 8 so prikazani statistični rezultati za tretji sklop in osmo vprašanje iz našega spletnega vprašalnika. Z njimi smo želeli pridobiti oceno ovir anketiranih študentov pri komunikaciji in odgovore na navodilo »V spodnji tabeli so navedene trditve o poznavanju in uporabi komunikacijskih veščin. Navedite, kako enostavne oziroma zahtevne so za vas naslednje naloge/opravila s pacienti od 1 do 5, kjer 1 pomeni »zelo težko«, 2 »težko«, 3 – »niti niti«, 4 – »lahko« in 5 – »zelo lahko«. Stopnje ovire smo merili z oceno zahtevnosti komunikacijskih nalog.

Tabela 8: Ocena zahtevnosti komunikacijskih nalog za oceno ovir pri komunikaciji študentov

Trditev	Zelo težko		Težko		Niti niti		Lahko		Zelo lahko		Skupaj		PO	SO
	F	f %	F	f %	F	f %	F	f %	F	f %	F	f %		
Pri pacientu preverim, ali je	0	0,0	2	1,2	21	12,1	56	32,4	94	54,3	173	100,0	4,40	0,75

Trditev	Zelo težko		Težko		Niti niti		Lahko		Zelo lahko		Skupaj		PO	SO
	F	f %	F	f %	F	f %	F	f %	F	f %	F	f %		
razumel podana navodila.														
Pacientu med obravnavo morate podati jasne napotke o tem, kar potrebujete od njega (v kateri položaj, kakšen gib mora izvesti).	1	0,6	2	1,2	33	19,1	64	37,0	73	42,2	173	100,0	4,19	0,82
Pacientu morate podati točne informacije ob odpustu v domače okolje.	0	0,0	7	4,0	35	20,2	54	31,2	77	44,5	173	100,0	4,16	0,89
Opraviti morate zdravstveno nego / fizioterapevtsko obravnavo z otrokom.	7	4,0	21	12,1	57	32,9	57	32,9	31	17,9	173	100,0	3,49	1,05
Komunikacijo s pacientom zaradi jezikovne ovire morate opravljati preko prevajalca.	11	6,4	26	15,0	54	31,2	46	26,6	36	20,8	173	100,0	3,40	1,16
Zdravstveno nego / fizioterapevtsko obravnavo opravljate z dementnim pacientom.	11	6,4	28	16,2	59	34,1	42	24,3	33	19,1	173	100,0	3,34	1,15
Opraviti morate zdravstveno nego fizioterapevtsko obravnavo s pacientom, ki je zaostal v duševnem razvoju.	22	12,8	38	22,1	50	29,1	31	18,0	31	18,0	172	100,0	3,06	1,28
Opraviti morate zdravstveno nego / fizioterapevtsko obravnavo s slepim pacientom.	28	16,2	40	23,1	39	22,5	36	20,8	30	17,3	173	100,0	3,00	1,34
Opraviti morete zdravstveno nego / fizioterapevtsko obravnavo z gluhih pacientom.	22	12,9	53	31,0	39	22,8	34	19,9	23	13,5	171	100,0	2,90	1,25
Pacientu morate sporočiti slabo novico o izidu	30	17,4	38	22,1	49	28,5	34	19,8	21	12,2	172	100,0	2,87	1,26

Trditev	Zelo težko		Težko		Niti niti		Lahko		Zelo lahko		Skupaj		PO	SO
	F	f %	F	f %	F	f %	F	f %	F	f %	F	f %		
njihove obravnave.														

Legenda: F = frekvenca, f% = relativna frekvenca, PO = povprečna ocena, SO = standardni odklon

Na deveto vprašanje, v tretjem sklopu, samoocenjevanje ovir pri komunikaciji, ki se je glasilo »Katera situacija ob delu v kliničnem okolju vam je predstavljala najpogostejšo oviro pri komuniciranju s pacientom?«, so študenti podali naslednje odgovore, ki jih predstavljamo v tabeli 9.

Tabela 9: Situacija kot najpogostejša ovira pri komuniciranju s pacientom

Situacija	F	f %
Delo z ranljivim skupinami (slepi, gluhi, dementni, duševno ovirani ipd.).	53	30,5
Delo z zahtevnimi pacienti (agresivni, neposlušni, nezainteresirani ipd.).	25	14,4
Jezikovne ovire (delo s tujci).	20	11,5
Specifične situacije (npr. sporočanje slabih novic, odpust v domače okolje).	20	11,5
Nesporazumi v komunikaciji s pacientom.	9	5,2
Nezadostno znanje, pomanjkanje praktičnih izkušenj za podajanje jasne razlage.	6	3,4
Delo z otroci.	6	3,4
Komunikacija z družinskimi člani pacienta.	2	1,1
Brez ovir.	2	1,1
Drugo.	4	2,3
Brez odgovora.	27	15,5
Skupaj	174	100,0

F = frekvenca, f% = relativna frekvenca

3.5 RAZPRAVA

Z raziskavo smo želeli ugotoviti komunikacijske veščine študentov prve stopnje študijskih programov Zdravstvena nega (VS) in Fizioterapija (VS). Skozi teoretična izhodišča različnih avtorjev smo ugotovili, da so komunikacijske veščine študentov Zdravstvene nege in študentov Fizioterapije ključne za kakovosten odnos med zdravstvenim osebjem in pacienti pri delu kliničnem okolju. Različni avtorji opisujejo, da kljub temu, da so komunikacijske veščine ključne za študent zdravstvenih smeri, pa je usposabljanje in ocenjevanje komunikacijskih veščin pogosto pomanjkljivo. Študenti medicine potrebujejo več kot le teoretično zanje komunikacijskih spretnosti, torej rabijo praktično usposabljanje, ki je ključno za študente medicine in pripravnike (Hiller & Delany, 2018; Marojević Glibo & Topič Stipić, 2019; Dubosh & Carter, 2024).

Rezultati samoocen lastnih komunikacijskih veščin anketirancev razkrivajo visoke povprečne ocene za vse trditve. Skrajno negativna ocena »Sploh se ne strinjam« je bila namreč izbrana samo pri dveh trditvah), hkrati pa je zelo malo anketirancev izbiralo oceno 2 – »Se ne strinjam«. Najvišje povprečne ocene so bile dosežene pri komunikacijskih veščinah, ki vključujejo pomoč pri vzpostavljanju zaupanja s pacientom in povzemanju sporočil pacientov s svojimi besedami, ter pri prepoznavanju neverbalnih sporočil med pogovorom.

Sindik & Vučković Matić (2016) in Birkhauer, et al. (2017) menijo, da je zaupanje ključno, saj lahko pacienti lažje delijo svoje osebne težave z zdravstvenim osebjem, z zaupanjem pa tudi lažje sprejmejo informacije o svojem zdravljenju, kar vodi v lažji in bolj učinkovit proces zdravljenja.

Bofulin. et al. (2016) menijo, da se lahko s povzemanjem sporočil s svojimi besedami sproti izognemo nesporazumom s pacientom.

Lesjak (2018) pravi, da je opažanje neverbalnih znakov v pogovoru bistveno, saj omogoča razumevanje čustvenega vidika pacientov. Tudi Wanko Keutchafo, et al. (2022) so na podlagi pregleda prišli do spoznanja, da je učinkovita neverbalna komunikacija med medicinskimi sestrami in starejšimi pacienti ključna veščina za medicinske sestre, ki izboljša zadovoljstvo pacienta in kakovost zdravstvene oskrbe pacientov.

Prav tako so anketiranci dosegli visoke povprečne ocene samoocene znanj za uporabo odprtih vprašanj, kompetenc glede iskanja možnosti za reševanje pacientovih problemov, sposobnosti vživljanja v pacientov položaj in razumevanju njihovega razmišljanja ter glede sposobnosti spodbujanja pacientov k izražanju lastnih občutkov in čustev.

Kompara (2016) svetuje uporabo odprtih vprašanj, saj s tem ne omejujemo pacientovih odgovorov in sicer pravi, da s postavljanjem odprtih vprašanj dobimo vpogled v pacientove težave z njegovega zornega kota. S tem pacienti tudi lažje izražajo svoje čustveno stanje. Odprta vprašanja nam omogočajo tudi vpogled v pacientovo razumevanje, saj ga lahko po podajanju bolj zahtevnih informacij vprašamo »Kakšen

povzetek ste naredili?».

Raziskava Shahbazi, et al. (2018) je dokazala, da so imeli pacienti z zdravstvenimi delavci, ki so imeli dodatno izobraževanje na področju reševanja težav, bolj kakovostno zdravstveno obravnavo in bili veliko bolj zadovoljni z zdravljenjem, kot tisti, kjer zdravstveni delavci niso imeli dodatnega usposabljanja na tem področju.

Mnenja več avtorjev (Dunlay & Strand, 2016; Andoljšek Mravljak, 2018; American Nurses Association (ANA) Nursing Recourses Hub, 2023) so bila, da pacientovo izražanje občutkov in čustev vodi zdravstvene delavce k boljšemu razumevanju njihovega zdravstvenega stanja in poveča učinkovitost obravnave, zmanjša pa pacientove frustracije in nezadovoljstva. Z izražanjem svojih strahov in skrbi pacienti zdravstvenim delavcem olajšajo zagotavljanje ustrezne podpore in informacij skozi potek zdravljenja.

V naši raziskavi smo ugotovili, da je nekoliko nižja povprečna ocena pri izjavi, da zdravstveni delavci pri komunikaciji s pacienti ne uporabljajo strokovnih izrazov, pri njej so vrednosti tudi najbolj razpršene, kar nakazuje nižjo stopnjo nestrinjanja in variabilnost v odgovorih anketirancev pri tej trditvi.

Naughton (2018), Sheehan, et al. (2021) in ANA Nursing Recourses Hub (2023) ugotavljajo, da se je pri komunikaciji s pacienti treba izogibati strokovnim izrazom in uporabljati čimbolj preprost jezik, saj s tem pacientom omogočimo boljše razumevanje informacij. Ko pacienti dobro razumejo vse informacije, se bolje zavedajo svojega zdravstvenega stanja in tako lažje aktivno sodelujejo pri svoji oskrbi.

Na splošno rezultati kažejo na visoko raven komunikacijskih veščin študentov pri delu s pacienti v kliničnem okolju.

Na prvo vprašanje »Katere trditve o poznavanju in uporabi komunikacijskih veščin predstavljajo študentom prve stopnje študijskih programov Zdravstvena nega (VS) in Fizioterapija (VS) največjo in katere najmanjšo oviro v kliničnem okolju?«, smo kot odgovor prejeli oceno anketirancev o zahtevnosti različnih komunikacijskih nalog oz.

opravil s pomočjo 5-stopenjske lestvice. Podane ocene anketirancev so v tem delu veliko bolj razpršene in zavzemajo vse vrednosti uporabljene 5stopenjske lestvice, kar pomeni, da so študenti zaznali komunikacijske naloge kot različno zahtevne in da med ocenjevanjem različnih nalog obstaja večja variabilnost. Medtem ko nekateri naloge ocenjujejo kot zelo lahke, jih drugi dojemajo kot težje, kar kaže na razlike med študenti.

Najvišja povprečna ocena je bila dosežena pri nalogi preverjanja, ali je pacient razumel podana navodila, kar kaže, da študenti to nalogo zaznavajo kot najmanj zahtevno. Sledita podajanje jasnih napotkov pacientu med obravnavo in podajanje točnih informacij ob odpustu pacienta v domače okolje, kar sta edini preostali opravili, ki sta bili ocenjeni s povprečno oceno nad 4. Okrog ocene 3,5 in 4 je bila ocenjena še komunikacija pri zdravstveni negi oz. fizioterapiji otroka.

Naughton (2018) svetuje preverjanje pacientovega razumevanja na način, da pacient sam ponovi podane informacije. Svetuje tudi izpostavitvev, tega, da lahko pacient postavi vprašanje v primeru kakršne koli nejasnosti.

Mnenja avtorjev Bofulin, et al. (2016), Dunlay & Strand (2016) in ANA Nursing Resources Hub (2023) so, da ko pacienti razumejo svojo diagnozo, svoje zdravstveno stanje in podana navodila, so bolj dosledni pri sledenju načrtov zdravljenja. Smiselno je preverjati pacientovo razumevanje in s tem zagotoviti, da so bili podatki jasno podani. Poudarjajo, da morajo zdravstveni delavci odgovarjati na pacientova vprašanja jasno in razumno, saj se tako lahko prepričajo, da bodo pacienti podane informacije res razumeli.

DeSai, et al. (2021) izpostavlja pomen pacientovega popolnega razumevanja navodil pred odpustom, saj se s tem lahko pacient izogne težavam zaradi neupoštevanja teh navodil (nepravilno jemanje zdravil, zanemarjanje pomembnih simptomov).

V izvedeni raziskavi smo opredelili tri zahtevnejše skupine pacientov, kjer je bila zahtevnost komunikacije v povprečju ocenjena okrog ocene 3, kar kaže na to, da študenti te naloge zaznavajo še kot nekoliko bolj zahtevne. Komunikacija z dementnim pacientom pri negi oz. fizioterapevtski obravnavi kaže, da komunikacija s temi pacienti študentom

predstavlja srednje zahtevno nalogo. Zelo podobno velja tudi za komunikacijo s pacienti, ki so zaostali v duševnem razvoju ter pri zdravstveni negi oz. fizioterapevtski obravnavi slepega pacienta in gluhega pacienta.

Warren (2022) pravi, da osebe z demenco pogosto težko izražajo svoje potrebe, čeprav so te osnovne (lakota, potreba po uporabi stranišča, bolečina, nelagodje...). Prav zato je še toliko bolj pomembno, da znamo z dementnimi pacienti vzpostavljati uspešno komunikacijo.

Brglez, et al. (2015), Grassi, et al. (2015) in Centre for Developmental Disability Health Victoria (2017) so prišli do spoznanja, da je komuniciranje z osebami z motnjami v duševnem razvoju zahtevno in zahteva prilagojen pristop, za katerega ni dovolj smernic, zato se zdravstveni delavci zanašajo na lastne izkušnje. Pomembna je vzpostavitev zaupanja, empatije in spoštovanja, pri čemer mora zdravstveni delavec pacienta aktivno poslušati, upoštevati neverbalne signale in mu pustiti dovolj časa za odziv. Uporaba jasnih, kratkih stavkov, primerne tona in vizualnih pokazateljev ter prilagoditev tempa pogovora so ključne za učinkovito komunikacijo z osebami z motnjami v duševnem razvoju.

V naši raziskavi smo ugotovili, da je najbolj zahtevna komunikacijska naloga oz. opravilo sporočanje slabih novic. To je torej področje, kjer študenti zaznavajo največje izzive pri komunikaciji.

Marojević Glibo & Topič Stipić (2019), Sutherland (2019) in Zemlin, et al. (2024) poudarjajo, da sporočanje slabih novic zahteva znanje in izkušnje, saj je potrebno prilagajanje potrebam vsakega pacienta, pomembno je izogibanje lastnim perspektivam in ohranjanje stalne komunikacije, da lažje zagotovimo temeljeno razumevanje okoliščin. Najpomembnejša komunikacijska veščina pri sporočanju slabih novic pa je sposobnost podajanja čustvene podpore, ki zmanjšuje občutek izoliranosti in tesnobo.

Na drugo raziskovalno vprašanje »Kakšne so razlike med študenti prve stopnje študijskih programov Zdravstvena nega (VS) in Fizioterapija (VS) glede stopnje ovir pri

komunikaciji, s katerimi se najbolj pogosto srečujejo v kliničnem okolju?» smo v primerjalni analizi samoocene študentov glede prepoznavanja in uporabe komunikacijskih veščin glede na smeri študija Zdravstvena nega (VS) in Fizioterapija (VS) ugotovili nekatere statistično značilne razlike. Zaznani sta dve področji, kjer se skupini značilno razlikujeta v oceni svojih veščin, in sicer uporaba odprtih vprašanj v pogovoru s pacienti ter podajanje ustrezne povratne informacije pacientom. Študenti zdravstvene nege so večino uporabe odprtih vprašanj ocenili višje kot študenti fizioterapije. Razlika nakazuje trend, da študenti zdravstvene nege nekoliko bolj samozavestno uporabljajo odprta vprašanja v primerjavi s študenti fizioterapije.

Prav tako smo v naši raziskavi ugotovili statistično značilno razliko glede ocene sposobnosti podajanja povratnih informacij, ki kaže, da so študenti zdravstvene nege tudi v tem primeru svojo zmožnost podajanja povratne informacije ocenili višje kot študenti fizioterapije. Jamshidi, et al. (2016) so v raziskavi ugotovili, da se zaradi ne zadostnih izkušenj veliko študentov ne počuti dovolj samozavestno, da bi znali pacientu odgovarjati na njihova vprašanja. Pomanjkanje znanja študentov pa lahko vpliva tudi na točnost podane informacije.

Preostale razlike v naši raziskavi med skupinama niso bile statistično značilne, kar pomeni, da na drugih področjih prepoznavanja in uporabe komunikacijskih veščin ni bilo pomembnih razlik med študenti obeh smeri. Ti rezultati kažejo, da imajo študenti obeh smeri podobno samozavest pri večini komunikacijskih veščin, vendar pa študenti zdravstvene nege nekoliko boljše ocenjujejo svoje sposobnosti na področju uporabe odprtih vprašanj in podajanja povratnih informacij.

Za tretje raziskovalno vprašanje *»Katera situacija ob delu v kliničnem okolju predstavlja študentom programov Zdravstvena nega (VS) in Fizioterapija (VS) najpogostejšo oviro pri komuniciranju s pacientom?»* smo odgovor prejeli tako, da so anketirani odgovore vpisali z lastnimi besedami in smo jih pred analizo skodirali, kar pomeni, da smo jih kategorizirali v smiselne skupine, na podlagi katerih smo pripravili statistično obdelavo rezultatov. Rezultati naše raziskave kažejo, da je najpogostejša ovira pri komuniciranju s pacienti delo z ranljivimi skupinami (slepi, gluhi, dementni, mentalno ovirani ipd.), kar

je izpostavilo 30,5 % anketiranih študentov. Vsak pacient ima edinstvene potrebe, zato komunikacija z ranljivimi skupinami, kot so otroci, osebe z duševnimi motnjami, motnjami vida, sluha ali govora, starejši in neozdravljivo bolni, zahteva prilagoditve, sočutje in potrpežljivost za vzpostavitev zaupanja in podpore (Sindik & Vučković Matić, 2016).

Na drugem mestu po pogostosti je delo z zahtevnimi pacienti (agresivni, neposlušni, nezainteresirani ipd.), kar je izpostavilo 14,4 % študentov. Acar & Buldukoğlu (2016) sta v svoji raziskavi potrdila, da študentom delo z zahtevnimi pacienti predstavlja zelo pogosto oviro. Študentje so v tej raziskavi izrazili željo po bolj obsežnem učenju komunikacijskih veščin tekom študija, saj menijo, da bi si s tem olajšali komunikacijo s to vrstnimi pacienti.

Sledijo jezikovne ovire, kot so delo s tujci, ki jih je omenilo 11,5 % anketirancev, kar nakazuje na težave pri komunikaciji zaradi nepoznavanja skupnega jezika. V Egiptu izvedena raziskava (Sheikh, et al., 2022) kaže, da jezikovna ovira povzroča negativne izkušnje, saj je bilo težje sočustvovati s pacienti in izvajati zdravstveno obravnavo. S tem so imeli študentje večjo obremenitev, saj jim jezikovne ovire predstavljajo veliko možnost za napačno oziroma neuspešno komunikacijo.

Pogosto so kot ovire študenti izpostavili še specifične situacije kot npr. sporočanje slabih novic in različne nesporazume v komunikaciji s pacientom. Nekateri študenti so navedli tudi nezadostno znanje ali pomanjkanje praktičnih izkušenj za podajanje jasne razlage, kar lahko nakazuje na potrebo po večjem osredotočanju na praktično usposabljanje pri študiju. Hood, et al. (2014) so v svoji raziskavi ugotovili, da so študentje z velikim zanimanjem sprejeli nova znanja med kliničnim usposabljanjem in jih uporabili v svojem nadaljnjem delu v kliničnem okolju. S tem dokazujejo, da se lahko veščine študentov med kliničnim usposabljanjem opazno izboljšujejo.

Manj pogosto so bili izpostavljeni izzivi pri delu z otroki ter komunikacija z družinskimi člani pacienta. Le dva študenta sta izpostavila, da pri komunikaciji s pacienti nista zaznala ovir. Pomembno je omeniti tudi, da nekaj anketirancev na vprašanje ni odgovorilo, kar lahko kaže na to, da nekateri študenti niso zaznali konkretne ovire ali pa niso želeli podati

odgovora.

3.5.1 Omejitve raziskave

Omejitve raziskave predstavlja velikost vzorca in omejeno število raziskav, ki bi omogočale boljšo primerjavo izsledkov, ki so bili sicer zelo specifični, posledično pa v podatkovnih bazah nismo našli dovolj primernih raziskav za primerjavo.

Rezultati samoocenjevanja temeljijo na samooceni študentov, kar pomeni, da obstaja možnost, da študenti svoje komunikacijske veščine precenjujejo. Študenti lahko svoje kompetence dojemajo bolj pozitivno zaradi omejenih praktičnih izkušenj ali pa se morda niti ne zavedajo vseh vidikov učinkovite komunikacije.

Prav tako omejitev predstavlja premalo virov s področja samoocene komunikacijskih veščin izključno pri študentih fizioterapije, saj v okviru pregleda literature v teoretičnem delu nismo našli veliko raziskav s področja fizioterapije.

3.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Raziskava o samooceni komunikacijskih veščin pri delu v s pacienti v kliničnem okolju predstavlja prvo raziskavo v Sloveniji in daje globlji uvid v poznavanje in uporabo komunikacijskih veščin, ovir pri komunikaciji med študenti zdravstvene nege in fizioterapije. Naša raziskava predstavlja doprinos za prakso, saj lahko na njeni osnovi Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin izboljša usposabljanje študentov pri tistih veščinah in situacijah, pri katerih imajo študenti najmanj znanja v komuniciranju v kliničnem okolju. Področje ocenjevanja komunikacijskih veščin študentov nudi priložnost za izboljševanje, zato priporočamo ponovitve raziskave v Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin in tudi širše na drugih fakultetah za zdravstvo in fizioterapijo v Sloveniji. To je še posebej pomembno ob dejstvu, da se študenti v kliničnem okolju večkrat znajdejo v zadregi prav zaradi negotovosti glede ustrezne komunikacije med obravnavami pacientov.

4 ZAKLJUČEK

Z raziskavo smo skušali ugotoviti samooceno komunikacijskih veščin študentov prve stopnje študijskega programa Zdravstvena nega (VS) in Fizioterapija (VS) Fakultete za zdravstvo Angele Boškin pri komuniciranju s pacienti v kliničnem okolju ter kakšne izzive jim to predstavlja.

Ugotovili smo, da se študenti v splošnem počutijo precej kompetentne na področju komunikacije. Povprečne ocene so visoke, kar nakazuje na to, da so študenti samozavestni v svoji sposobnosti vzpostavljanja zaupanja, prepoznavanja neverbalnih sporočil, uporabe odprtih vprašanj ter spodbujanja pacientov, da izražajo svoja čustva in težave ter pri vzpostavljanju zaupanja in vzpostavljanju dvosmerne komunikacije s pacienti. Prostor za izboljšave smo zaznali glede prilagajanja izrazoslovja pacientu. Najnižje strinjanje smo namreč izmerili glede trditve, da se anketirani pri komunikaciji s pacienti izogibajo uporabi strokovnih izrazov.

Ravno tako z izvedeno analizo zahtevnosti komunikacijskih nalog ugotavljamo, da so anketirani študenti pokazali široko razpršenost ocen, kar nakazuje različne stopnje zaznane zahtevnosti teh nalog. Medtem ko so nekateri naloge ocenili kot zelo lahke, jih drugi dojemajo kot težje, kar odraža veliko variabilnost v zaznavanju zahtevnosti. Rezultati tako odražajo različne stopnje izkušenj, samozavesti ali razumevanja specifičnih komunikacijskih nalog študentov pri delu s pacienti v kliničnem okolju. V analizi je bila ugotovljena tudi nekoliko višja samoocena študentov študijske smeri Zdravstvena nega (VS) kot samoocena študentov študijske smeri Fizioterapija (VS), kar lahko kaže na to, da so študenti Zdravstvene nege (VS) bolj samozavestni ali pa so med kliničnim usposabljanjem prejeli več izkušenj na področju komunikacije s pacienti.

Vsekakor menimo, da bi bilo v prihodnosti smiselno bolj natančno raziskati razlike komunikacijskih veščin med študenti študijskih smeri Zdravstvena nega (VS) in Fizioterapija (VS) ter ugotoviti, kako bi komunikacijske veščin pri obeh lahko še dodatno izboljšali.

5 LITERATURA

Abou-Abdallah, M. & Lamyman, A., 2021. Exploring communication difficulties with deaf patients. *Clinical medicine*, 21(4), pp. 380-383. 10.7861/clinmed.2021-0111.

Acar, G. & Buldukoğlu, K., 2016. Student Difficulties Communicating with Patients and Their Perceptions of the Characteristics of Difficult Patients. *Journal of Psychiatric - Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, 7(1), pp. 7-12. 10.5505/phd.2016.20592.

American Nurses Association (ANA) Nursing Resources Hub, 2023. *Nurturing trust in the nurse-patient relationship*. [online] Available at: <https://www.nursingworld.org/content-hub/resources/becoming-a-nurse/nurse-patient-relationship-trust/> [Accessed 10 September 2024].

Andoljšek Mravljak, V., 2015. Komunikacija in staranje. *Kakovostna starost*, 18(3), pp. 60-63.

Birkhäuser, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C. & Gerger, H., 2017. Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PloS one*, 12(2), pp. 1-13. 10.1371/journal.pone.0170988.

Bofulin, M., Farkaš Lainščak, J., Gosenca, K., Jelenc, A., Keršič Svetel, M., Lipovec Čebren, U. & Škraban, J., 2016. Komuniciranje. In: L. Zaletel Kragelj, ed. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 197-264.

Boissy, A., Windover, A.K., Bokar, D., Karafa, M., Neuendorf, K., Frankel, R.M., Merlino, J. & Rothberg, M.B. 2016. Communication skills training for physicians improves patient satisfaction. *Journal of general internal medicine*, 31(2), pp. 755-761. 10.1007/s11606-016-3597-2.

Brglez, M., 2014. *Načini komuniciranja izvajalcev zdravstvene nege z osebami z motnjami v duševnem razvoju: diplomsko delo*. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju.

Brglez, M., Kaučič, B.M. & Limonšek, I., 2015. Ovire v komunikaciji pri obravnavi oseb z motnjami v duševnem razvoju. *Revija za zdravstvene vede*, 2(2), pp. 47-61. 616.899:316.77.

Bright, F.A., Cummins, C., Waterworth, K., Gibson, B.E. & Larmer, P., 2018. Physiotherapy students' conceptualisations of clinical communication: A call to revisit communication in physiotherapy education. *OpenPhysio*, 3(1), pp. 1-10. 10.14416/art/509.

Centre for Developmental Disability Health Victoria, 2017. *Working with people with intellectual disabilities in healthcare*. [pdf] Centre for Developmental Disability Health Victoria. Available at: <https://cddh.monashhealth.org/wp-content/uploads/2021/01/2017-working-with-people-with-intellectual-disabilities.pdf> [Accessed 17 September 2024].

Cömert, M., Zill, J.M., Christalle, E., Dirmaier, J. & Härter M.S., 2016. Assessing Communication Skills of Medical Students in Objective Structured Clinical Examinations (OSCE) - A Systematic Review of Rating Scales. *Plos ONE*, 11(3), pp. 1-15. 10.1371/journal.pone.0152717.

Crawford, T., Candlin, S. & Roger, P., 2017. New perspectives on understanding cultural diversity in nurse-patient communication. *Collegian*, 24(1), pp. 63-69. 10.1016/j.colegn.2015.09.001.

DeSai, C., Janowiak, K., Secheli, B., Phelps, E., McDonald, S., Reed, G. & Blomkalns A., 2021. Empowering patients: simplifying discharge instructions. *BMJ Open Quality*, 10(3), pp. 1-7. 10.1136/bmjopen-2021-001419.

Dubosh, N.M. & Carter, K., 2024. Teaching Trainees Effective Patient Communication Skills in the Clinical Environment: Best Practices Under Crisis Conditions. *Academic Medicine*, 99(4), pp. 370-373. 10.1097/ACM.0000000000005595.

Dunlay, S.M. & Strand, J.J., 2016. How to discuss goals of care with patients. *Trends in cardiovascular medicine*, 26(1), pp. 36-43. 10.1016/j.tcm.2015.03.018.

Fatimayin, F., 2018. What is communication. *Communication and Language Skills*, 21(1), pp. 21-40.

Grassi, L., Caruso, R. & Costantini, A., 2015. Communication with patients suffering from serious physical illness. *Clinical Challenges in the Biopsychosocial Interface*, 34(2), pp. 10-23. 10.1159/000369050.

Hiller, A. & Delany, C., 2018. Communication in physiotherapy: Challenging established theoretical approaches. In: B.E. Gibson, D.A. Nicholls, J. Setchell & K. Synne Groven, eds. *Manipulating practices: A critical physiotherapy reader*. Portico: Nordic Open Access Scholarly Publishing, pp. 308-333.

Hood, K., Cant, R., Baulch, J., Gilbee, A., Leech, M., Anderson, A. & Davies, K., 2014. Prior experience of interprofessional learning enhances undergraduate nursing and healthcare students' professional identity and attitudes to teamwork. *Nurse Education in Practice*, 14(2), pp. 117-122. 10.1016/j.nepr.2013.07.013.

Jamshidi, N., Molazem, Z., Sharif, F., Torabizadeh, C. & Najafi Kalyani, M., 2016. The challenges of nursing students in the clinical learning environment: A qualitative study. *The scientific world journal*, 2016(1), pp. 115-146. 10.1155/2016/1846178.

Johnsson, A., Wagman, P., Boman, Å. & Pennbrant, S., 2018. What are they talking about? Content of the communication exchanges between nurses, patients and relatives in a department of medicine for older people - An ethnographic study. *Journal of clinical nursing*, 27(7-8), pp. 1651-1659. 10.1111/jocn.14315.

Kee, J.W.Y., Khoo, H.S., Lim, I. & Koh, M.Y.H., 2018. Communication Skills in Patient-Doctor Interactions: Learning from Patient Complaints. *Health Professions Education*, 4(2), pp. 97-106. 10.1016/j.hpe.2017.03.006.

Khan, A., Egbue, O., Palkie, B. & Madden, J., 2017. Active learning: Engaging students to maximize learning in an online course. *Electronic Journal of e-learning*, 15(2), pp. 107-115.

Kompara, A., 2016. *Pomen komunikacije pri spreminjanju življenjskega sloga pacienta s kronično boleznijo: diplomsko delo*. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.

Lesjak, N., 2018. *Neverbalna komunikacija v zdravstvu: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Lipovec Čebren, U., 2020. Jezikovne in kulturne ovire v zdravstvenih ustanovah. In: I. Huber, U. Lipovec Čebren & S. Pistotnik, eds. *Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: kvalitativna raziskava v 25 okoljih*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 124-129.

Marojević Glibo, D. & Topič Stipić, D., 2019. Načela uspešne komunikacije u zdravstvu. *Mostariensia: časopis za društvene i humanističke znanosti*, 23(1), pp. 81-93.

Mehnert-Theuerkauf, A. & Koranyi, S., 2022. Communication with seriously ill patients—More than just breaking bad news. *Therapeutische Umschau. Revue Therapeutique*, 79(1), pp. 29-35. 10.1024/0040-5930/a001325.

Naughton, C.A., 2018. Patient-centered communication. *Pharmacy*, 6(1), pp. 1-18. 10.3390/pharmacy6010018.

Newnham, H., Barker, A., Ritchie, E., Hitchcock, K., Gibbs, H. & Holton. S., 2017. Discharge communication practices and healthcare provider and patient preferences,

satisfaction and comprehension: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(6), pp. 752-768. 10.1093/intqhc/mzx121.

Nikbakht Nasrabadi, A., Malek, M., Shali, M. & Jafari, H., 2022. Exploring nursing students' experiences of blindness simulation: A phenomenological study. *Nursing Open*, 9(4), pp. 2199-2208. 10.1002/nop2.947.

Pérez-Prieto, D., Soria, A., Torruella, M. & de Puig, N. P., 2024. Informing Patients. In: B. Kocaogolu, L. Laver, L. de Girolamo & R. Compagnoni, eds. *Musculoskeletal Injections Manual: Basics, Techniques and Injectable Agents*. Cham: Springer Nature Switzerland, pp. 21-24. 10.1007/978-3-031-52603-9_4.

Priest, H., 2014. Uvod u psihološku njegu u sestinstvu i drugim zdravstvenim strukama. *Jastrebarsko: Naklada Slap*, pp. 50-68.

Ramezani, G., Khoshokhan, K., Moradi, E., Soltani Arabshahi, K. & Rasouli, D., 2023. Effect of Communication Skills Virtual Module Based on the Calgary-Cambridge Model on the Attitude and Performance of Medical Students. *Strides in Development of Medical Education*, 20(1), pp. 195-203. 10.22062/sdme.2023.198860.1260.

Ratna, H., 2019. The Importance of Effective Communication in Healthcare Practice. *Harvard Public Health Review*, 23(4), pp. 1-6. 10.54111/0001/W4.

Sallee, A.M., 2014. Effective Communication and Conflict Resolution. In: B. Cherry & S.R. Jacob, eds. *Contemporary Nursing: Issues, Trends & Management*. Elsevier: Amsterdam, pp. 322-325.

Shahbazi, S., Heidari, M., Sureshjani, E.H. & Rezaei, P., 2018. Effects of problem-solving skill training on emotional intelligence of nursing students: An experimental study. *Journal of education and health promotion*, 7(1), pp. 156-168. 10.4103/jehp.jehp_50_18.

Sheehan, J., Laver, K., Bhojti, A., Rahja, M., Usherwood, T., Clemson, L. & Lannin, N. A., 2021. Methods and effectiveness of communication between hospital allied health and primary care practitioners: a systematic narrative review. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 14(1), pp. 493-511. 10.2147/JMDH.S295549.

Sheikh, A.M., Sajid, M.R., Bakshi, E.N., Khan, A.U., Wahed, M.M., Sohail, F. & Sethi, A., 2022. The Perceptions of Non-native Medical Students Towards Language Barrier on Clinical Teaching and Learning: a Qualitative Study from Saudi Arabia. *Medical Science Educator*, 32(4), pp. 865-872. 10.1007/s40670-022-01579-w.

Sindik, J. & Vučković Matić, M., 2016. *Komuniciranje u zdravstvu (zbirka nastavnih tekstova)*. Dubrovnik: Sveučilište u Dubrovniku.

Slacki, R., 2024. *Čimbenici učinkovite komunikacije zdravstvenog osoblja i pacijenata: diplomski rad*. Pula: Medicinski fakultet u Puli, Sveučilišni diplomski studij Sestrinstva.

Sutherland, R., 2019. Focus: death: dying well-informed: the need for better clinical education surrounding facilitating end-of-life conversations. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 92(4), pp. 757-764.

Vertino, K.A., 2014. Effective Interpersonal Communication: A practical Guide to Improve Your Life. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 19(3), pp. 168-179. 10.3912/OJIN.Vol19No03Man01.

Wanko Keutchafo, E.L., Kerr, J. & Baloyi, O.B., 2022. A model for effective nonverbal communication between nurses and older patients: a grounded theory inquiry. *In Healthcare*, 10(11), p. 2119. 10.3390/healthcare10112119.

Warren, A., 2022. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia as a Means of Communication: Considerations for Reducing Stigma and Promoting Person-Centered Care. *Frontiers in psychology*, 13(2), pp. 1-2. 10.3389/fpsyg.2022.875246.

Zemlin, C., Nourkami-Tutdibi, N., Schwarz, P., Wagenpfeil, G. & Goedicke-Fritz, S., 2024. Teaching breaking bad news in a gynecological setting: a feasibility study implementing the SPIKES framework for undergraduate medical students. *BMC Medical Education* 24(134), pp. 1-8. 10.1186/s12909-024-05096-9.

6 PRILOGE

6.1 MERSKI INSTRUMENT

VPRAŠALNIK

Spoštovani!

Sem Hana Bešič in obiskujem tretji letnik študijskega programa prve stopnje Fizioterapije na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. V okviru diplomskega dela pripravljam raziskavo na temo: Samoocena komunikacijskih veščin študentov prve stopnje Zdravstvena nega (VS) in Fizioterapija (VS) pri delu s pacienti v kliničnem okolju – kvantitativna raziskava pod mentorstvom doc. dr. Sanele Pivač.

Z vprašalnikom, bom pridobila pomembne podatke o izzivih študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin na področju komunikacije v kliničnem okolju za svoje diplomsko delo.

Vljudno vas prosim, da si vzamete nekaj minut časa in odgovorite na spodnja vprašanja. Raziskava je anonimna, sodelovanje v raziskavi je popolnoma prostovoljno. Podatki bodo uporabljeni izključno za pripravo diplomskega dela.

Za vaše sodelovanje se iskreno zahvaljujem.

I. SKLOP-DEMOGRAFSKI PODATKI

1.) Spol:

- moški
- ženski

2.) Starost (napišite v letih):

3.) Smer študijskega programa prve stopnje:

- Zdravstvena nega
- Fizioterapija

4.) Letnik študija:

- prvi letnik
- drugi letnik
- tretji letnik
- absolvent

5.) Način študija:

- redni študij
- izredni študij

6.) Ali ste pred študijem že imeli stik z delom v kliničnem okolju?

- da
- ne

II. SKLOP - SAMOOCENA KOMUNIKACIJSKIH VEŠČIN

7.) V spodnji tabeli so navedene trditve o poznavanju in uporabi komunikacijskih veščin. Za vsako trditev ocenite vaše strinjanje z oceno od 1 do 5, kjer 1 pomeni – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – se strinjam in 5 – se popolnoma strinjam.

Trditve	1	2	3	4	5
a.) Pri pogovoru znam pacientu pomagati pri vzpostavljanju zaupanja.					
b.) Paciente znam spodbuditi, da govorijo o sebi, svojih čustvih in občutkih.					
c.) V pogovoru s pacienti znam uporabljati odprta vprašanja.					

Trditve	1	2	3	4	5
d.) V pogovoru s pacienti znam prepoznati neverbalna sporočila.					
e.) Sporočila pacientov znam povzeti s svojimi besedami.					
f.) V pogovoru s pacienti znam dati ustrezno povratno informacijo.					
g.) V pogovoru s pacientom mu pomagam pri iskanju možnosti za reševanje problemov.					
h.) Pri komunikaciji s pacienti ne uporabljam strokovnih izrazov.					
i.) V pogovoru s pacienti se lahko vživim v njihov položaj in razumem njihovo razmišljanje.					
j.) Znam pomagati pacientu pri identifikaciji problemov in ciljev.					

Legenda: 1 - se sploh ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 - delno se strinjam, 4 - se strinjam, 5 - se popolnoma strinjam.

III. SKLOP – OCENA OVIR PRI KOMUNIKACIJI

8.) V spodnji tabeli so navedene trditve o prepoznavanju in uporabi komunikacijskih veščin. Navedite kako enostavne oziroma zahtevne so za vas naslednje naloge/opravila s pacienti od 1 do 5, kjer 1 pomeni – zelo lahko, 2 – lahko, 3 – niti niti, 4 – težko in 5 – zelo težko.

Trditve	1	2	3	4	5
a.) Pacientu med obravnavo morate podati jasne napotke o tem, kar potrebujete od njega (v kateri položaj, kakšen gib mora izvesti).					
b.) Pacientu morate podati točne informacije o njegovi zdravstveni/fizioterapevtski obravnavi ob odpustu v domače okolje.					
c.) Pri pacientu preverim ali je razumel podana navodila.					
d.) Zdravstveno nego opravljate z dementnim pacientom.					
e.) Fizioterapevtsko obravnavo opravljate z dementnim pacientom.					
f.) Opraviti morate zdravstveno nego z otrokom.					
g.) Opraviti morate fizioterapevtsko obravnavo z otrokom.					
h.) Opravljate zdravstveno nego z gluhim pacientom.					

Trditve	1	2	3	4	5
i.) Opravljate fizioterapevtsko obravnavo z gluhim pacientom.					
j.) Opraviti morate zdravstveno nego s slepim pacientom.					
k.) Opraviti morate fizioterapevtsko obravnavo s slepim pacientom.					
l.) Opraviti morate zdravstveno nego s pacientom, ki je zaostal v duševnem razvoju.					
m.) Opraviti morate fizioterapevtsko obravnavo s pacientom, ki je zaostal v mentalnem razvoju.					
n.) Komunikacijo s pacientom zaradi jezikovne ovire morate opravljati preko prevajalca.					
o.) Pacientu morate sporočiti slabo novico o izidu njihove obravnave.					

Legenda: 1 - ni ovire, 2 - majhna ovira, 3 - srednja ovira, 4 - precej velika ovira, 5 - huda ovira.

9.) Napišite, katera situacija ob delu v kliničnem okolju vam je predstavljala najpogostejšo oviro pri komuniciranju s pacientom.
