



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

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
**ZDRAVSTVENA NEGA**

**KOMUNIKACIJSKE SPRETNOSTI  
ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE**

**COMMUNICATION SKILLS OF NURSING  
CARE STUDENTS**

Mentorica: doc. dr. Simona Hvalič Touzery

Kandidat: Anže Fuhrmann

Jesenice, december, 2017

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. Simoni Hvalič Touzery za nasvete, pomoč in usmerjanje pri izdelavi diplomskega dela. Zahvaljujem se tudi recenzetu ter lektorju.

## **POVZETEK**

**Teoretična izhodišča:** Komunikacijske spretnosti študentov so temelj kakovostne zdravstvene nege. V današnjem času se vse začne, konča in tudi rešuje z dobro oziroma učinkovito komunikacijo.

**Cilj:** Glavni cilj diplomskega dela je ugotoviti komunikacijske spretnosti študentov zdravstvene nege in razlike v spretnostih glede na vrsto študija.

**Metoda:** Uporabljena je bila neeksperimentalna, kvantitativna metoda zbiranja podatkov, s strukturirano spletno anonimno anketo. V raziskavi je sodelovalo 158 rednih in izrednih študentov 1. in 2. stopnje Fakultete za zdravstvo Angele Boškin (FZAB). Zbiranje podatkov je potekalo s pomočjo spletne storitve [www.1ka.si](http://www.1ka.si). Zbrane podatke smo prenesli v program za statistično analizo podatkov Statistical Package for Social Sciences (SPSS), verzija 20.0, jih v njem tudi uredili ter nato analizirali. Uporabili smo opisno statistiko ter t-test in ANOVA test. Kot statistično pomembne rezultate smo upoštevali razlike, pri katerih je bila stopnja statistične značilnosti na ravni 0,05 ali manj.

**Rezultati:** Ugotavljamo, da imajo študentje pozitiven odnos do komunikacijskih spretnosti pri izvajanju zdravstvene nege ( $PV = 3,90$ ;  $SO = 0,487$ ). Odnos do učenja komunikacijskih spretnosti je statistično značilno povezan s starostjo ( $p = 0,000$ ), vrsto študija ( $p = 0,000$ ) in letnikom študija ( $p = 0,008$ ). Večina anketiranih študentov (86,6 %) svoj lasten pristop k pacientu med zdravstveno nego v povprečju ocenjuje kot pozitivno. Ocena lastnega pristopa k pacientu med zdravstveno nego je statistično značilno povezan le s starostjo ( $p = 0,029$ ), pri čemer z naraščanjem starosti anketiranci svoj lasten pristop k pacientu ocenjujejo bolj pozitivno.

**Razprava:** Čeprav večina anketiranih študentov ocenjuje odnos do učenja komunikacijskih spretnosti, kot tudi lasten pristop k pacientu med izvajanjem zdravstvene nege precej pozitivno, rezultati kažejo na določene razlike med skupinami študentov. Potrebno bi bilo raziskati, zakaj prihaja do tovrstnih razlik, kot tudi kakšna je situacija v dejanski praksi izvajanja zdravstvene nege.

**Ključne besede:** komunikacija, kompetence, spretnosti, študenti, zdravstvena nega

## SUMMARY

**Background:** The communication skills of students are the foundation of quality nursing care. Nowadays, everything begins and ends as well as resolves with good and effective communication.

**Aim:** The main aim of the thesis is to identify the communication skills of nursing students as well as the differences in skills according to the type of study.

**Method:** A non-experimental quantitative study design was employed, and the data were collected with a structured, on-line, anonymous questionnaire. The study included 158 full-time and part-time students on 1st and 2nd Bologna Study Programs of Angela Boškin Faculty of Health Care. Data were collected using the [www.1ka.si](http://www.1ka.si) online service. The collected data were transferred to the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) program, version 20.0, in which they were also edited and analyzed. We used descriptive statistics, t-test and ANOVA. Statistical significance was set at the  $p = 0,05$  level.

**Results:** Among the surveyed students, the predominant attitude towards learning communication skills was positive ( $ME = 3,90$ ;  $SD = 0,487$ ). Attitude towards learning communication skills is significantly related to age ( $p = 0,000$ ), type of study ( $p = 0,000$ ) and study year ( $p = 0,008$ ). Most respondents (86,6 %) consider their own approach to the patient during health care as positive on average. Assessment of their own approach to the patient during health care is significantly related to age ( $p = 0,029$ ), where older respondents consider their own approach to the patient more positively.

**Discussion:** Although most of the surveyed students estimate the relationship towards learning communication skills as well as their own approach to the patient during health care as fairly positive, the results indicate some differences in views on this relationship. The reasons for these differences would have to be further investigated, as well as what the situation is in the actual practice of giving nursing care.

**Key words:** communication, competences, skills, students, health care

# KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL .....</b>	<b>3</b>
2.1	OPREDELITEV KOMUNIKACIJE .....	3
2.2	VRSTE KOMUNIKACIJE.....	4
2.2.1	Verbalna komunikacija.....	5
2.2.2	Neverbalna komunikacija.....	7
2.3	KOMUNICIRANJE V ZDRAVSTVENI NEGI .....	9
2.3.1	Elementi dobre komunikacije.....	10
2.3.2	Ustrezno komuniciranje v zdravstveni negi .....	10
2.4	KOMUNIKACIJSKE KOMPETENCE V ZDRAVSTVENI NEGI.....	12
2.5	KOMUNIKACIJSKE SPRETNOSTI ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE.....	14
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL.....</b>	<b>18</b>
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	18
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	18
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	19
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	19
3.3.2	Opis merskega instrumenta .....	19
3.3.3	Opis vzorca.....	22
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	24
3.4	REZULTATI .....	25
3.4.1	Odnos študentov do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi.....	25
3.4.2	Povezanost spola z odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi.....	27
3.4.3	Povezanost starosti z odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi.....	28
3.4.4	Povezanost vrste študija z odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi .....	29

3.4.5	Povezanost stopnje študija z odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi .....	30
3.4.6	Povezanost letnika študija z odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi .....	31
3.4.7	Povezanost delovne dobe z odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi .....	32
3.4.8	Povezanost izkušenj z delom v kliničnem okolju z odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi .....	34
3.4.9	Povezava poslušanja predmeta Komunikacija z odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi.....	34
3.4.10	Ocena lastnega pristopa študentov k zdravstveni negi pacienta.....	35
3.4.11	Povezanost spola z oceno lastnega pristopa k pacientu.....	37
3.4.12	Povezanost starosti z oceno lastnega pristopa k pacientu.....	38
3.4.13	Povezava vrste študija z oceno lastnega pristopa k pacientu .....	39
3.4.14	Povezava stopnje študija z oceno lastnega pristopa k pacientu.....	40
3.4.15	Povezava letnika študija z oceno lastnega pristopa k pacientu .....	40
3.4.16	Povezava delovne dobe z oceno lastnega pristopa k pacientu .....	41
3.4.17	Povezava izkušenj z delom v kliničnem okolju z oceno lastnega pristopa k pacientu.....	42
3.4.18	Povezava poslušanja predmeta Komunikacija z oceno lastnega pristopa k pacientu.....	43
3.5	RAZPRAVA.....	44
<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK .....</b>	<b>48</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA .....</b>	<b>50</b>
<b>6</b>	<b>PRILOGE.....</b>	<b>.....</b>
6.1	INSTRUMENT.....	.....

## KAZALO SLIK

Slika 1: Elementi komunikacijskega procesa (vir: Grintal, 2012, p. 5).....	4
Slika 2: Načini sporočanja glede na obliko (vir: Fink et al., 2009, p. 12).....	5
Slika 3: Verbalna komunikacija (vir: Anon., 2017) .....	6
Slika 4: Neverbalna komunikacija (vir: Dzaher, 2016).....	8
Slika 5: Kompetence v zdravstveni negi (vir: Lasten, 2017) .....	14
Slika 6: Stopnja strinjanja anketirancev s trditvami glede odnosa do učenja komunikacijskih spretnosti pri izvajanju zdravstvene nege .....	25
Slika 7: Porazdelitev splošnega odnosa do učenja komunikacijskih spretnosti pri izvajanju zdravstvene nege.....	26
Slika 8: Graf porazdelitve starosti anketirancev .....	28
Slika 9: Graf porazdelitve delovne dobe anketirancev .....	32
Slika 10: Ocena lastnega pristopa k pacientu med izvajanjem zdravstvene nege anketirancev.....	36
Slika 11: Graf porazdelitve splošne ocene lastnega pristopa k pacientu med izvajanjem zdravstvene nege .....	37

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Trditve merjenja odnosa do učenja komunikacijskih spretnosti in njihova zanesljivost .....	20
Tabela 2: Spol in starost anketirancev .....	22
Tabela 3: Število in delež študentov glede na način študija, letih in stopnjo študija, status, zaposlitev ter delovno dobo.....	23
Tabela 4: Število in delež študentov glede na izkušnje z delom v kliničnem okolju s pacienti, poslušanju predmeta Komunikacija ter poznavanje lastne govorice telesa .....	24
Tabela 5: Število pripadnikov in značilnosti dveh skupin študentov z različnim odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti pri izvajanju zdravstvene nege .....	27
Tabela 6: Primerjava razlik v povprečnem odnosu do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi glede na spol anketirancev .....	27

Tabela 7: Število pripadnikov ter značilnosti dveh skupin študentov (mlajši, starejši) različnih starosti .....	28
Tabela 8: Primerjava razlik v povprečnem odnosu do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi dveh skupin anketirancev z različno povprečno starostjo.....	29
Tabela 9: Primerjava razlik v povprečnem odnosu do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi glede na vrsto študija .....	30
Tabela 10: Primerjava razlik v povprečnem odnosu do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi glede na stopnjo študija .....	31
Tabela 11: Primerjava razlik v povprečnem odnosu do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi glede na letnik študija .....	31
Tabela 12: Število pripadnikov ter značilnosti dveh skupin študentov z različno delovno dobo (krajša delovna doba, daljša delovna doba).....	33
Tabela 13: Primerjava razlik v povprečnem odnosu do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi dveh skupin anketirancev z različno delovno dobo .....	33
Tabela 14: Primerjava razlik v povprečnem odnosu do komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi glede na izkušnje z delom v kliničnem okolju s pacienti.....	34
Tabela 15: Primerjava razlik v povprečnem odnosu do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi glede na poslušanje predmeta Komunikacija .....	35
Tabela 16: Število pripadnikov in značilnosti dveh skupin študentov z različno povprečno oceno lastnega pristopa k pacientu med zdravstveno nego .....	37
Tabela 17: Primerjava razlik v oceni lastnega pristopa k pacientu med zdravstveno nego glede na spol anketirancev .....	38
Tabela 18: primerjava razlik v oceni lastnega pristopa k pacientu med zdravstveno nego dveh skupin anketirancev z različno povprečno starostjo .....	39
Tabela 19: Primerjava razlik v oceni lastnega pristopa k pacientu glede na vrsto študija .....	39
Tabela 20: primerjava razlik v oceni lastnega pristopa k pacientu glede na stopnjo študija .....	40
Tabela 21: Primerjava razlik v oceni lastnega pristopa k pacientu glede na letnik študija .....	41



Tabela 22: Primerjava razlik v oceni lastnega pristopa k pacientu dveh skupin anketirancev z različno delovno dobo .....	41
Tabela 23: Primerjava razlik v oceni lastnega pristopa k pacientu glede na izkušnje z delom v kliničnem okolju s pacienti .....	42
Tabela 24: Primerjava razlik v oceni lastnega pristopa k pacientu glede na poslušanje predmeta Komunikacija.....	43
Tabela 25: Povezava med splošnim odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti in splošno oceno lastnega pristopa k pacientu.....	44

## **SEZNAM KRAJŠAV**

HCAT	Health Communication Assessment Tool
IUSIR	Indiana University Simulation Integration Rubric
SCIRS	Simulated Client Interview Rating Scale

## 1 UVOD

Pri komunikaciji v zdravstvu gre za kompleksen odnos med različnimi ljudmi, kateri izhajajo iz različnih okolij, imajo različne kulture in različne značilnosti. To je razlog, da komunikacija v zdravstvu zahteva širši družbeni pristop, ker je del javnega mnenja, ki se širi in živi v družbi. To je razlog, zaradi katerega se zaposleni v zdravstvu morajo zavedati pomena komunikacije do pacienta kot tudi do svojih sodelavcev (Leskovic, 2014 cited in Tomšič, 2014, p. 33).

Zaradi neuspešne komunikacije med zdravstvenim osebjem je lahko varnost pacientov ogrožena. Ogroženost se kaže v pomanjkanju pomembnih informacij, napačni razlagi informacij in nejasna naročila preko telefona. Slaba komunikacija lahko vodi tudi do tragičnih posledic, pregled literature prav tako kaže, da učinkovita komunikacija pripelje do naslednjih pozitivnih rezultatov: izboljša pretok informacij, bolj učinkovite intervencije, izboljšanje varnosti, večjo moralo zaposlenih, poveča zadovoljstvo bolnika in njegove družine in zmanjša dolžino bivanja (Rosenstein & O'Daniel, 2008).

Za uspešnost komunikacije v zdravstveni negi ni dovolj samo poznavanje strokovnega besedišča, slovničnih pravil in struktur slovenskega jezika, temveč je potrebno upoštevati tudi nivo formalnosti oz. jezikovni stil, ki je primeren za določeno situacijo ali okoliščino. Za študente je nadvse pomembno, da jezik stroke spoznavajo in uporabljajo v kontekstu, kar pomeni, da znajo izpolnjevati zdravstveno dokumentacijo, razumejo navodila za uporabo pripomočkov za izvajanje zdravstvene nege, poročajo o izvedenih negovalnih postopkih (Šavle, 2008).

Človekovo dobro počutje je pomembno odvisno od sposobnosti, da konstruktivno in učinkovito upravlja s komuniciranjem in odnosi. To pa ni tako lahko, kot se morda zdi na prvi pogled, saj učinkovito komuniciranje ni prirojena sposobnost. Komunikacijski vzorci odražajo značilnosti in sposobnosti udeležencev komunikacijske situacije, njihovo osebno zgodovino in zgodovino odnosov, družbeni in situacijski kompleks v katerem komuniciranje poteka in zaznavo oziroma kognicijo drug drugega (Ule, 2009).

Pri komunikaciji se pojavljata dve vrsti vedenj, ki predstavljata skrajnosti medsebojnega komuniciranja. Tako agresivno kot pasivno vedenje. Pri komunikaciji ne povzročata cilja in namena komunikacije, le-ta pa je nek želen izid komunikacijske situacije. Nekateri avtorji poleg omenjenih dveh skrajnih polov navajajo tudi posredno agresivno vedenje, ki pa v komuniciranju prav tako ne prinaša želenega rezultata. Zato potrebujemo nov način odzivanja, ki nam pomaga pri komuniciranju in reševanju zapletenih in konfliktnih situacij, ki so v vsakdanjem delovnem okolju. Kot ustrezno in prepričljivo komunikacijsko vedenje, lahko opredelimo asertivnost (Gavranović, 2011), kar pomeni, da se znamo postaviti zase, zagovarjati lastno mnenje in se potegovati za lastne pravice.

Med komunikacijskimi spretnostmi študentov je posebej pomembno poslušanje. V primeru komuniciranja s pacientom to pomeni, da smo usmerjeni na njega in na njegov problem. Pomembno je, da mu jasno sporočamo, da ga razumemo in da sprejmemo njegovo težavo ter da skupaj z njim poiščemo rešitev (Wlatvsky, et al., 2007).

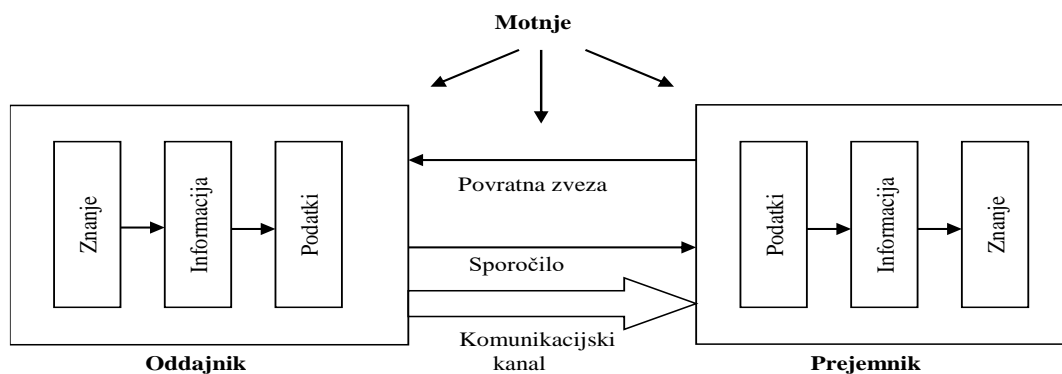
## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 OPREDELITEV KOMUNIKACIJE

Beseda komunikacija izvira iz latinščine in pomeni sporočilo. Pomeni lahko tudi zvezo ali povezavo (Ule, 2005, p. 29). Sporočilo ni nikoli enosmerno. To je interakcija, v kateri vsak pošiljatelj postane sprejemnik in obratno. Nepriznavanje dvosmernih komunikacijskih zmogljivosti pogosto vodi do negativnih sklepov in stališč (Kourkouta, 2011 cited in Kourkouta in Papathanasiou, 2014, p. 65). Po Fink et al., (2009, p. 6) pomeni beseda komunikacija, da z nekom sodelujemo, se posvetujemo, razpravljamo in vprašamo za nasvet. (Ule, 2005, p. 29). Komunikacija je več kot govorjenje ali pisanje. Da bi bila učinkovita, komunikacija zahteva oblikovanje skupnega razumevanja idej, stališč med ljudmi in želja (Brown, 2013). Pri komunikaciji sporočilo potuje od pošiljatelja k naslovniku (Ule, 2005, p. 29). Komuniciranje je življenjski element, v katerega se vzgojimo kot kulturna bitja, v katerem živimo, ustvarjamo, se realiziramo, skratka, je neizogiben in univerzalen del našega bivanja in bistva (Ule, 2009, p. 16). Kourkouta in Papathanasiou (2014, p. 65) komunikacijo opredelita kot transakcijo in ustvarjanje sporočil. Celoten proces se dogaja v kontekstu, ki sestoji iz fizičnega prostora, kulturnih, socialnih vrednot in psiholoških pogojev. Komunikacija pomaga pri opravljanju točnih, doslednih in enostavnih del v zdravstveni negi, ki zagotavljajo tako zadovoljstvo pacienta kot tudi zaščito zdravstvenih delavcev. Po Moussas, et al., (2010, p. 149) ima komunikacija vsebino in vrednost. Vsebino ima v zvezi s tem, kar je bilo rečeno, medtem ko vrednost, kako je bilo rečeno. Narava odnosa je odvisna od obeh strani kako je bilo razumljeno komunikacijsko zaporedje. Keyton (2011, p. 45) jo opredeli kot proces posredovanja informacij in skupni dogovor z ene osebe na drugo. Pri tem Hans in Hans (2014, p. 72) pravita, da je pomembno, da prejemnik informacijo razume. Stričević in Ivanc (2006, p. 67) informacijo imenujeta tudi interakcija, ki poteka med posamezniki s pomočjo znakov. S tem pa posameznik vpliva na mišljenje in vedenje drugega. Škufca Smrdel (2011 cited in Pterijevčanin Smrdel, 2011, p. 7) pravi, da komunikacija v odnosu zdravstveno osebje – pacient izraža resnico, pri čemer je veliko dejavnikov, ki ob medsebojni interakciji vplivajo oziroma modificirajo resnico v

tem odnosu. Ti dejavniki so dejavniki pacienta, zdravstvenega tima, zdravstvenega sistema, družine, družbe, bolezni in njenega poteka ter možnosti zdravljenja.

Komunikacijski proces sestavljajo: oddajnik, prejemnik, sporočilo in komunikacijski kanal (Grintal, 2012, p. 5). Proces prikazuje slika 1.



**Slika 1: Elementi komunikacijskega procesa (vir: Grintal, 2012, p. 5)**

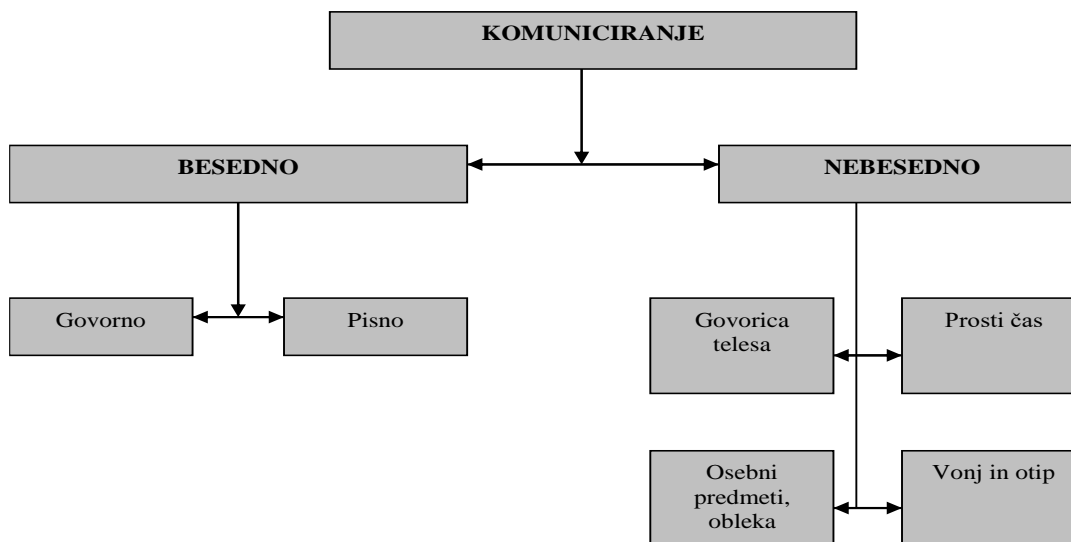
Oddajnik je oseba, ki sporočilo oblikuje in pobudnik komunikacijskega kanala. Sprejemnik je poslušalec, sogovornik. Lahko je oseba, skupina ali naprava (Kos, 2007). Kot pravi Gasar (2008, p. 6) velikokrat med oddajnikom in sprejemnikom prihaja do nesporazumov. Po komunikacijskem kanalu sporočilo potuje od oddajnika k sprejemniku (Grintal, 2012, p. 7).

Kot pravi Sands (2008 cited in Lokar, 2011, p. 27) se v zdravstvu uporabljajo številni komunikacijski kanali. Vsak od njih ima drugačne lastnosti. Ti kanali so lahko sinhroni ali asinhroni, prenosni ali fiksni, varni ali nezavarovani. Uporabniki se morajo odločiti, kateri kanali ustrezajo, glede na njihovo situacijo, ki jo morajo skomunicirati.

## 2.2 VRSTE KOMUNIKACIJE

Komunikacijo lahko razdelimo na različne kriterije (glede na obliko, razdaljo, smer, na udeležence in na modaliteto (Fink et al., 2009). Glede na obliko uporabljamo besedno ali verbalno in nebesedno ali neverbalno. Na razdaljo med udeleženci komunikacijskega procesa uporabljamo neposredno komuniciranje in posredno

komuniciranje ali komuniciranje na daljavo preko telefona, pisem in dopisov, elektronske pošte. Na smer komuniciranja je lahko komunikacija enosmerna, dvosmerna in večsmerna. Pri komunikaciji glede na udeležence, se uporabljajo različne smeri komuniciranja (Počkar, 2008) in glede na modaliteto je lahko vizualna, avditivna, kinestetična, olfaktorna in gustatorna (Fink et al., 2009).



**Slika 2: Načini sporočanja glede na obliko (vir: Fink et al., 2009, p. 12)**

V naslednji točki 2.2.1 in točki 2.2.2 bomo predstavili in proučili komunikacijo glede na obliko, ki je lahko verbalna ali neverbalna.

### 2.2.1 Verbalna komunikacija

Verbalno komuniciranje je govorno-jezikovno komuniciranje (branje, pisanje, govorjenje in poslušanje) (Jerenko & Serec, 2015). Nekateri avtorji (Fink et al., 2009, p. 12) pa so mnenja, da lahko tudi elektronsko poročanje razumemo kot posebno vrsto besednega komuniciranja. Spoštljiva in topla komunikacija v zdravstveni negi je najbolj primerna do pacienta (Jerenko & Serec, 2015). Govorno komunikacijo moramo v zdravstveni negi videti kot primarni proces in močno orodje pri ocenjevanju bolnika (Berry, 2007). Za govorno komunikacijo je bistvo dobro poslušanje in dobre komunikacijske spretnosti (Sheldon, 2005). Je ena izmed najstarejših in najpogostejših oblik verbalnega komuniciranja dveh oseb, ki ji pravimo dialog (Gasar, 2008, p. 7).

Grintal (2012, p. 17) med verbalne metode komuniciranja prišteva:

- razgovor (načrtovani, nenačrtovani),
- intervju,
- predavanja, konference, pogajanja,
- telefonske razgovore in
- dela v malih skupinah.

Pri verbalni komunikaciji se pojavijo tudi ovire. Med najpogostejše Maze in Plank (2012, p. 50) štejeta:

- izobrazbo, vrednote, spol,
- narečje, nacionalne, verske,
- razlike v politični opredeljenosti,
- omejene možnosti komunikacije zaradi bolezni, utrujenosti, bolečin,
- nezaupanje pacienta v zdravstveno osebje in
- nezainteresiranost pacienta za lastno zdravje.

Verbalna komunikacija ima prednosti in slabosti. Videčnik (2011, p. 5) pravi, da so prednosti verbalne komunikacije:

- poteka hitro,
- istočasno lahko sodeluje več oseb,
- z osebami imamo neposreden kontakt in zapisane besede so trajni arhiv.



**Slika 3: Verbalna komunikacija (vir: Anon., 2017)**



Med slabosti verbalne komunikacije pa Videčnik (2011, p. 6) navaja:

- oseba posluša skozi lastne filtre, zato so informacije velikokrat popačene zaradi razlik v razumevanju,
- površno izgovarja, stavki so nedokončani, posploševanje, hitrost govora vnaša v komunikacijo negotovost in dvome,
- razlike v razumevanju posameznih besed (narečja, tuji jeziki, tujke),
- slabo poslušanje (upadanje v besedo, slišimo samo del celote, precenjujemo ali podcenjujemo sogovornika)

Verbalno komuniciranje služi boljše pri osebnih občutjih čustev ter medosebnih odnosov in razmerij. Je bolj pomembno za odnosno in ekspresivno komuniciranje. Neverbalna sporočila imajo samostojno komunikacijsko vlogo, ki je nezamenljiva. Neverbalnemu komuniciranju se ne moremo izogniti in to je ena od pomembnih značilnosti neverbalnih sporočil. Lahko ga zavrnilo, molčimo, vendar se s tem ne izognemo neverbalnemu komuniciranju. Značilnost neverbalnega komuniciranja je tudi ta, da je večina poslanih sporočil takih, da jih pošiljatelj ni zavestno ali namerno poslal (Železnik & Železnik, 2007).

### 2.2.2 Neverbalna komunikacija

Neverbalno komunikacijo izvajamo s telesnimi kretnjami, z vzdihom, molkom, dotikom, s čustvi (smeh, jok). V procesu zdravstvene nege, jo najpogosteje izvajamo s čustveno toplino. Pacientu damo vedeti, da ga razumemo z dotikom, se vživimo z njim s prijaznim pogledom, nasmehom (Jerenko & Serec, 2015). Pomembno je, da je sporazum med verbalno in neverbalno komunikacijo. Še posebej v stresnih razmerah, v katerih je težko videti spremembe v neverbalnih sporočilih pacientov, s katerimi komuniciramo (Pangaltsos, 2011). Pri oblikovanju sporočila, je neverbalna komponenta pomembnejša kot verbalna (Paladin, 2011).

Neverbalno komuniciranje je drugačno od verbalnega. Pacientovo telo s pomočjo vegetativnega živčnega sistema in s čustvi sporoča o počutju in reakciji telesa na notranje in zunanje dražljaje ali dogajanja. Pri njej se zelo pogosto izraža strah. Ta se

kaže v izrazu oči, s potenjem rok, z jecljanjem in podobno. Strah se navadno pojavi pred nepoznano situacijo. Za pacienta je to pogosto načrtovani medicinsko-tehnični poseg (pacient se boji bolečin in posledic posega). Takega strahu ne moremo popolnoma odstraniti, lahko pa ga zmanjšamo s primerno informacijo o posegu. Neverbalno komunikacijo morata medicinska sestra in študent poznati ter jo upoštevati. Včasih jima prav ta omogoči, da spoznata svojega pacienta. Nekateri ljudje neradi govorijo o sebi in svojih problemih. Njihovo počutje spoznamo tudi na podlagi neverbalnih znakov. Dostikrat pa je lahko neverbalna komunikacija, pristnejša od verbalne (Furlan Lipovec, 1986). Tako kot verbalna, ima tudi neverbalna komunikacija svoje prednosti in slabosti.

Prednosti neverbalne komunikacije so Videčnik (2011, p. 5):

- da pojasnjuje besede,
- dodaja pomen besedam in ga natančno določa,
- zbuja asociacije,
- nakazuje občutek simpatije ali antipatije,
- razkriva besedno komunikacijo,
- vključuje čustva, ki se kažejo na obrazu, v glasu, kretnjah, drži,, pri hoji, v urejenosti, obvladovanju prostora in
- razlaga verbalno komunikacijo.



**Slika 4: Neverbalna komunikacija (vir: Dzaher, 2016)**

O slabostih neverbalne komunikacije težko govorimo, saj nam večinoma služi kot pomoč na poti sporazumevanja (Videčnik, 2011, p. 6).

## 2.3 KOMUNICIRANJE V ZDRAVSTVENI NEGI

Komunikacija je bistven element zdravstvene nege na vseh področjih delovanja in v vseh njenih posegih, kot so preprečevanje, zdravljenje, terapija, rehabilitacija, izobraževanje in promocija zdravja (Fakhr Movahedi, et al., 2011). Kot pravi Papadantonaki (2006, p. 297) zahteva učinkovita komunikacija razumevanje pacienta in izkušnje, ki jih izražajo. To zahteva znanje in hkrati iskren namen medicinske sestre in drugih zdravstvenih delavcev, ki se nanašajo na pacienta. Raziskavi, ki sta jo izvedli Ule, 2009 in Škufca-Smrđel, 2011 so potrdile, da je učinkovita komunikacija med zdravstvenimi delavci in pacienti brez dvoma temelj dobre in celotne oskrbe pacienta. Raziskave, ki so jo izvedli Krimshtein et al., (2011, Villagran, et al., 2010, Wittenberg-Lyles, et al., 2008) so pokazale, da izvajalci zdravstvenih storitev nimajo dovolj spretnosti, ki so potrebne za učinkovito komuniciranje z pacienti in njihovimi svojci. Da pa bi bile medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci uspešni pri svojem delu bi to dosegli z dodatnim izobraževanjem (tečajji, pripravništvo). Naučiti bi se morali različnih vidikov in aplikacij komuniciranja na področjih zdravstvene nege (Wikström & Svidén, 2011, p. 7).

Osredotočenost na odjemalce komuniciranja je sestavni del zdravstvene nege in je temelj za zagotavljanje visoko kakovostne zdravstvene nege (McCabe & Timmins, 2014, p. 3). Hamilton (2007, p. 30) pravi, da se uspešnost in učinkovitost odnosa med medicinsko sestro in odjemalcem skriva v besedah in govoricu telesa. Komuniciranje v zdravstveni negi je pomembno tako za medicinske sestre, študente, zdravnike, zdravstvene delavce in paciente (Papagiannis, 2010 cited in Fakhr Movahedi et al., 2012). Uporabljati morajo odlične komunikacijske in medosebne spretnosti. Njihova sporočila morajo biti vedno varna, sočutna in spoštljiva (Moriarty et al., 2010).

Komunikacija med zdravstvenimi delavci lahko (Mikanowicz & Gmeiner, 2017):

- poveča ozaveščenost o zdravstvenem problemu,
- vpliva na odnos za ustvarjanje podpore za individualne ali skupinske tožbe,
- dokaže ali ponazori sposobnosti,

- poveča povpraševanje po zdravstvenih storitvah in
- obvesti ali okrepi znanje in vedenje.

### 2.3.1 Elementi dobre komunikacije

Dobra komunikacija mora biti vzpostavljena že ob prvem stiku. Priporočljivo je, da pogovor poteka v ustreznih pogojih. Potrebna sta vljudnost in prijaznost (Papagiannis, 2010, Fakhr Movahedi et al., 2012). Da bo komunikacija pravilna in uspešna pa sta pomembna dejavnika tudi odkritost in poštenost (Papagiannis, 2010). Za njeno pravilno izvajanje so odgovorni vsi zaposleni in tudi pacient (Panagopoulou & Benos, 2004, Vuković, et al., 2010). S primerno komunikacijo se izognemo tudi stresu na delovnem mestu (Hopkins, 2003). Zdravstveni delavci morajo imeti dovolj komunikacijske moči (Gough et al., 2009), ki vplivajo na izkušnje v času bivanja v bolnišnici in je povezana s pacientovim zadovoljstvom (Mullan & Kothe, 2009). Medicinska sestra s pomočjo profesionalne komunikacije, pacienta vključi v postopek oz. proces zdravljenja (Hedberg et al., 2007). Študije (Baile, 2011, NCI, 2011, Zwitter, 2009 cited in Škufca Smrdel, 2011) so pokazale, da je dobra komunikacija povezana z dobrobitmi tako pri pacientih, kot pri zdravstvenih delavcih, saj bolniki ob boljši komunikaciji pridobijo več znanja in bolj razumejo komplekse medicinske informacije, psihološko se bolj prilagodijo, njihova pričakovanja so bolj realistična, ob jasnem načrtu zdravljenja se zmanjšajo občutja negotovosti in se poveča občutek, da je njihova situacija bolj pod nadzorom.

### 2.3.2 Ustrezno komuniciranje v zdravstveni negi

Pri komuniciranju v zdravstveni negi je izredno pomembno, da pacientu vedno govorimo resnico. Pacient, ki zaradi zdravstvenega staja ne more komunicirati z medicinsko sestro ali z drugim zdravstvenim osebjem, ne more opisati svojega občutka. V tem primeru je posebej pomembna neverbalna komunikacija. Saj lahko z mimiko obraza razberemo, kaj nam želi povedati (Križan, 2009).

Znanje so zdravstveni delavci sprejeli prek komunikacije, v primeru, da je bila dobra, so lahko svoje znanje uporabili za svoje poslanstvo. V nadaljevanju navajamo nekaj primerov, kot jih je zapisal Drobnjak (Drobnjak, 2016, pp. 14-15):

- anamneza – zdravstveni delavci morajo v okviru svojih pristojnosti obvladovati vse zdravstvene težave v zvezi z anamnezo,
- prenos okužb – več ko ima zdravstveni delavec znanja o tej problematiki in dosledno izvaja vse naloge v zvezi s prenosom okužb, na ta način obvaruje sebe in vse paciente s katerimi ima opravka,
- pravilo 10 P – vse v zvezi z dajanjem zdravil pacientu je izjemnega pomena, odstopanja niso dovoljena. Da pacient dobi pravo zdravilo ob pravem času, pravilno dozo, na pravi način, pravico ima biti informiran, pristati mora, da ga dobi, mora se ga opazovati idr.,
- higiena rok – gre za pomemben vidik prenosa okužb. Če je zdravstveni delavec zelo dobro poučen o higieni rok, potem nikoli ne bo vzroka za prenos infekcije in
- monitoring – zdravstveni delavec mora biti dobro poučen o nadziranju življenjskih funkcij in jih dosledno nadzirati.

Vso zgoraj omenjeno znanje je zdravstveni delavec pridobil s pomočjo komunikacije. Pomembno je, da to znanje uporabimo in informacije prenesemo svojim sodelavcem. Npr. da zdravnik medicinski sestri naroči spremembo terapije za določenega pacienta in medicinska sestra to pozabi, lahko pride do zapletov pri zdravljenju pacienta. Prav iz tega vidika, je pomembno, da je ustrezna komunikacija ključnega pomena za zagotavljanje varnosti pacienta (Drobnjak, 2016, p. 15).

Glede na to, da komunikacija v zdravstvu poteka znotraj organizacije, pa zasebni pogovori med pacienti globalno vplivajo na javno mnenje o zdravstveni dejavnosti in hkrati tudi na mnenje zaposlenih. Znano je, da se o zdravstvu in odnosu do pacienta govori o medijih. Gre torej za komunikacijo, ki skozi strokovne govore oblikuje mnenje širše javnosti (Ružič Koželj, 2004 cited in Leskovic, 2014, p. 29). Kot pravi avtorica v nadaljevanju, so potrebne na področju komunikacije v zdravstvu spremembe. Medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci bi se morali zavedati lastnih napak pri

komuniciranju, spremljati bi morali mnenja širše javnosti, zavedati bi se morali celovitosti človeka, zaposlovati bi bilo potrebno osebe z visoko stopnjo čustvene inteligence. Nujno bi bilo potrebno se povezati s humanističnimi vedami, katere podrobno opisujejo kako pomembna je komunikacija v zdravstvu. Pomembno je, da zdravstveno osebje čim večkrat uporablja odprto komunikacijo, da pacienti odgovarjajo z da ali ne, ampak da izrazi svoje mnenje ter občutke (Ružič Koželj, 2004 cited in Leskovic, 2014, p. 30).

Avtorji Ammentorp, et al. (2007, p. 272) in Fox, et al. (2009, p. 181) so enakega mnenja. Kljub temu, da se v zdravstvu zavedajo pomena dobre komunikacije in komunikacijskih spretnosti, so kljub temu komunikacije še vedno najpogostejši vzrok za pritožbe pacientov. Enakega mnenja je tudi Ule (2009). Razlogi za to so različni. Kažejo se v kompleksnosti odnosa in komunikacijo med pacientom in zdravstvenim osebjem, pri neustreznem razumevanju komunikacije in komunikacijskih spretnosti ter pri organizacijskih in sistemskih ovirah (Duratović, 2013).

## **2.4 KOMUNIKACIJSKE KOMPETENCE V ZDRAVSTVENI NEGI**

Pojem kompetenca se nanaša na kombinacijo veščin, obnašanj in stališč, ki so neposredno povezana z uspešnim izvajanjem določenega dela (United Nations, 2011 cited in Kvas, 2014, p. 14). Uporabljene so v skladu s standardnimi dejavnostmi, pričakovanimi od posameznika na delovnem mestu.

Po Železnik et al. (2008, p. 15) so pomembne zaradi:

- zagotavljanja jasne slike vlog in odgovornosti, ki jih imajo medicinske sestre,
- vplivanja na proces zagotavljanja zaščite javnosti,
- pospeševanja prostega globalnega gibanja medicinskih sester in s tem prost pretok delovne sile,
- zagotavljanja osnove za določanje standardov,
- prispevanja k individualni in poklicni odgovornosti,

- pojasnjevanja prispevka medicinskih sester v odnosu do prispevka drugih strokovnjakov zdravstvenega varstva in drugih poklicnih strokovnjakov v multidisciplinarnem timu,
- zagotavljanja temelja za pripravo učnega programa, za študij zdravstvene nege in procese ocenjevanja tako v teoretičnih kot v praktičnih okoljih, zaradi česar bodo medicinske sestre imele takšno izobrazbo in usposobljenost, da bodo lahko zadovoljile zdajšnje potrebe zdravstvenega varstva in zdravstvene nege v svoji državi,
- pomoč pri določanju poklicnih pričakovanj, v zvezi z nalogami v zdravstveni negi,
- zagotavljanja osnove za določitev kriterijev uspešnosti, za vsako specifično delo.

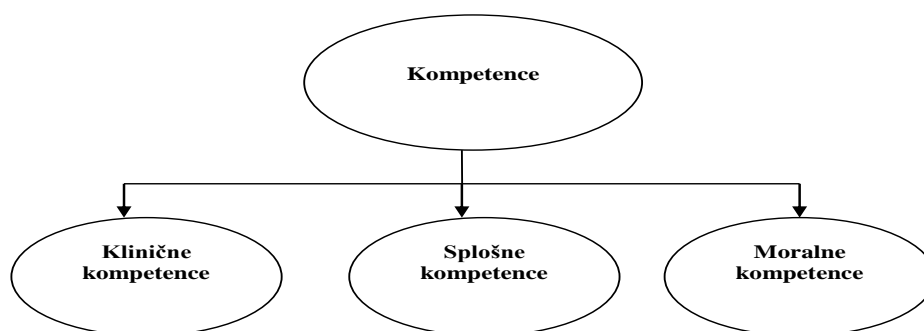
Komunikacijska kompetenca je ena izmed vodilnih kompetenc v zdravstveni negi. Terseglav (2010 cited in Kvas, 2014, p. 17) pravi, da komunikacijska kompetenca pomeni situacijsko sposobnost zastavljanja realističnih in ustreznih komunikacijskih ciljev ter njihovo optimalno doseganje z uporabo znanj o sebi, drugih, kontekstu, pa tudi poznavanje komunikološke teorije, da bi temu primerno prilagodili svoj komunikacijski nastop. Gruban (2007, p. 26) jih opredeli kot vedenjske zapise, ki jih imajo zaposleni v svojih delovnih procesih.

Kompetenca kot rezultat izobraževalnega sistema je kompleksen pojem, ki vključuje različna področja učenja (Khomeiran, et al., 2006, p. 7). Združuje znanje, spretnosti, sposobnosti in presojo. Vse to se pojavlja v formalnih, neformalnih učnih izkušnjah. Uporabljajo se v skladu s standardnimi dejavnostmi, ki jih pričakujemo od našega sodelavca na delovnem mestu (International labour office, 2006). Znanje vključuje razmišljanje, razumevanje teorije, strokovnih standardov prakse in spoznanja, pridobljenih iz konteksta, praktične izkušnje, osebne sposobnosti in uspešnosti vodenja. Spretnosti vključujejo komunikacijo, medosebne in problemske spretnosti za reševanje. Sposobnost je, da deluje učinkovito. To zahteva poslušanje, celovitost, samozavedanje, čustveno inteligenco in odprtost za povratne informacije. Presoja vsebuje kritično razmišljanje, reševanje problemov, etično razmišljanje in odločanje (ANA Leadership Institute, 2013, p. 3). Eden od osnovnih komponent kliničnega usposobljenja je, kako

komunicirati s sodelavci in pacienti (Hanifi, et al., 2012). Da bo delo uspešno opravljeno, mora zdravstveno osebje poleg organizacijskih, imeti tudi komunikacijske kompetence. Te so predvsem pomembne za doseganje rezultatov in izboljšanje kakovosti (Lorber & Skela Savič, 2011 v Kvas, 2014).

Kompetence zdravstvene nege so opisane kot sposobnost izvajanja osnovnih negovalnih spretnosti, ki vključujejo tri kompetence (Tzeng & Ketefian, 2003; Edwards, et al., 2004; Swider, et al., 2006; Vanaki in Memarian, 2009 cited in Trobec et al., 2014, p. 316):

1. klinične kompetence – sposobnost ocenjevanja, izvajanja intervencij, klinične presoje ter tehnične spretnosti,
2. splošne kompetence – komunikacijske spretnosti, sposobnost kritičnega razmišljanja ter sposobnost reševanja problemov,
3. moralne kompetence – sposobnost posameznika, da živi skladno z osebnim moralnim kodeksom in profesionalnimi zadolžitvami.



**Slika 5: Kompetence v zdravstveni negi (vir: Lasten, 2017)**

## **2.5 KOMUNIKACIJSKE SPRETNOSTI ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE**

Priprava študentov na oblikovanje konstruktivnih, komunikacijskih odnosov je bistvenega pomena, za prakso zdravstvene nege (Rosenberg & Gallo Silver, 2011). Študentom omogoča, da spoštuje in zagotovi varno zdravstveno nego za paciente (McGilton, et al., 2006). Vendar nekatere študije kažejo, da študenti nimajo potrebnega



znanja in spretnosti za komuniciranje z pacienti (Jaffari Golestan, et al., 2008), zato mora biti komunikacija jasna, razumljiva in sprotna.

Komunikacija v zdravstveni negi, poteka med zaposlenimi (medicinska sestra, zdravnik), pacientom, pacientovimi svojci in študenti. V zdravstveni negi so izredno pomembna razmerja med udeleženci v komunikaciji, medicinska sestra je lahko v podrejenem položaju (z glavno medicinsko sestro, zdravnikom), enakovrednem (med kolegi) ali vmesnem (med pacientom in zdravnikom) (Šavle, 2008).

Študenti in drugi zdravstveni delavci morajo za boljšo komunikacijo s pacienti imeti dobre govorniško-retorične spretnosti. Prave in popolne informacije so v zdravstvu ključnega pomena, saj z njimi pacientom rešujemo življenje in omogočamo kakovostnejše življenje. S tem lahko prihranimo veliko časa in se izognemo napakam (Birk, 2009).

Pridobivanje neposrednih izkušenj v kliničnem okolju z učenjem na delovnem mestu pomembno vpliva na pridobivanje znanja, spretnosti in kompetenc, tako splošnih kot poklicno specifičnih (Khomeiran, et al., 2006). Nelson in Blenkin (2007) ugotavljata, da študent zdravstvene nege prek simulacije realnih kliničnih situacij povečujejo lastne komunikacijske spretnosti (Nelson & Blenkin, 2007).

Komunikacija pri kliničnih vajah, ki se vzpostavi med študenti zdravstvene nege in pedagoško medicinsko sestro, mora biti ustrezna, da lahko z njo dosežemo namen prakse (Henderson, et al., 2007). Študentova naloga je, da si ustrezno približa jezik prakse in se nauči veščin uspešne komunikacije ter se nato seznaniti še z ostalimi spretnostmi rabe jezika oziroma komunikacije, kot so npr. samostojno iskanje, razumevanje in uporaba tuje strokovne literature, ter uporaba različnih drugih virov informacij pri študiju in delu (Šavle, 2008).

Med komunikacijskimi spretnostmi študentov je posebej pomembno poslušanje. V primeru komuniciranja s pacientom to pomeni, da smo usmerjeni na njega in na njegov

problem. Pomembno je, da mu jasno sporočamo, da ga razumemo in da sprejmemo njegovo težavo ter, da skupaj z njim poiščemo rešitev (Wlatvsky, et al., 2007).

K dobrim komunikacijskim spretnostim štejemo tudi povratno informacijo. Povratna informacija mora biti konkretna in specifična, osredotočena na dogajanje. Povratno informacijo mora študent izreči osebno, kot stališče in ne kot komentar. Pomembno je tudi, da medicinska sestra, mentor ali drugo zdravstveno osebje študenti takoj posreduje povratno informacijo, kadar jo le-ta potrebuje, saj to prispeva k študentovi strokovni rasti. Informacija mora biti razumljiva, da jo študent razume. Medicinska sestra, mentor ali drugo zdravstveno osebje lahko to preveri s spretnostjo aktivnega poslušanja (Govekar, et al., 2010).

Raziskava med 312-imi študenti iz 22-ih kitajskih zdravstvenih fakultet zdravstvene nege ugotavlja, da študenti zdravstvene nege potrebujejo usposabljanje s področja komunikacijskih spretnosti, pred samim začetkom kliničnega usposabljanja. To usposabljanje mora biti ne le teoretično, ampak tudi praktično. Raziskava je namreč pokazala, da kar 88,1% študentov zdravstvene nege potrebuje dodatna usposabljanja z vedenja v kliničnem okolju in medosebnega komuniciranja (Xie, et al., 2013). Do podobnega spoznanja so prišli v iranski raziskavi med 200 študenti ene od zdravstvenih fakultet. Ugotavljajo, da bi večina študentov morala izboljšati svoje komunikacijske spretnosti tako s področja vedenja v kliničnem okolju, kot tudi lastnih zmožnosti komuniciranja ob izvajanju zdravstvene nege. Študenti višjih letnikov so imeli sicer boljše komunikacijske spretnosti, kot študenti nižjih letnikov (Shafakhah, et al., 2015). V ameriški raziskavi pa so prišli do ugotovitve, da so študenti zdravstvene nege (n=178) v dveh tretjinah interakcij s pacienti informacije predali na človeku dostojen način (D'emeh, 2007). Tudi Irski raziskovalci (McCarthy, et al., 2008) opozarjajo na pomen usposabljanja študentov zdravstvene nege s področja komunikacije. Avtorji menijo, da bi morali imeti študenti v zadnjem letu študija zdravstvene nege modul s področja komunikacijskih spretnosti. Ocenjujejo, da je to obdobje, ko imajo študenti dovolj znanj, da lahko dobro prenesejo spretnosti učinkovite komunikacije v prakso.

S pregledom literature ugotavljamo, da so komunikacijske spretnosti ena od pomembnih kompetenc v zdravstveni negi. Dobra komunikacija pa vodi k boljši zdravstveni negi in boljšim medsebojnim odnosom. Sodobne razmere v zdravstvu zahtevajo spremembe v pristopu komuniciranja in kažejo na potrebo po uporabi asertivne komunikacije. Ker so študenti zdravstvene nege bodoča delovna sila na področju zdravstvene nege, bomo raziskali kakšne so njihove komunikacijske spretnosti. Obstaja vrsta vprašalnikov, s katerimi se neposredno ocenjuje komunikacijske spretnosti študentov v simuliranem okolju ali v kliničnem okolju, med njimi: The Simulated Client Interview Rating Scale (SCIRS) (Arthur, 1999); Health Communication Assessment Tool (HCAT) (Campbell et al., 2013), The Indiana University Simulation Integration Rubric (IUSIR) (Reising et al., 2015). Redkeje se za namen ugotavljanja kakovosti komunikacijskih spretnosti študentov uporablja vprašalnik, na katerega odgovarjajo sami študenti. Ker je neposreden način ocenjevanja komunikacijskih spretnosti v kliničnem okolju zelo kompleksen proces, smo se odločili, da bomo komunikacijske spretnosti študentov zdravstvene nege ugotavljali prek njihove lastne ocene teh spretnosti.

### 3 EMPIRIČNI DEL

#### 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je ugotoviti komunikacijske spretnosti študentov zdravstvene nege in razlike v spretnostih glede na vrsto študija.

Cilji diplomskega dela so:

1. Ugotoviti odnos študentov zdravstvene nege do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi.
2. Ugotoviti razlike v odnosu študentov zdravstvene nege do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi glede na njihove socio-demografske značilnosti (starost, vrsta študija, letnik študija, leta delovne dobe, izkušnja z delom v kliničnem okolju, poslušanje predmeta komunikacija).
3. Ugotoviti oceno lastnega pristopa k pacientu.
4. Preveriti povezanost socio-demografskih značilnosti študentov (starost, vrsta študija, letnik študija, leta delovne dobe, izkušnja z delom v kliničnem okolju, poslušanje predmeta komunikacija) z njihovo oceno lastnega pristopa k pacientu.

#### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Kakšen je odnos študentov zdravstvene nege do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi?
2. Kakšne so razlike v odnosu študentov zdravstvene nege do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi, glede na njihove socio-demografske značilnosti (starost, vrsta študija, letnik študija, leta delovne dobe, izkušnja z delom v kliničnem okolju, poslušanje predmeta komunikacija)?
3. Kako študenti ocenjujejo lastni pristop k zdravstveni negi pacienta?
4. Kakšna je povezanost med oceno lastnega pristopa k pacientu in socio-demografskimi značilnostmi (starost, vrsta študija, letnik študija, leta delovne dobe, izkušnja z delom v kliničnem okolju, poslušanje predmeta komunikacija)?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V teoretičnem delu smo predstavili sintezo znanj tuje in domače znanstvene literature, ki nam je služila tudi kot izhodišče za nadaljnjo raziskavo. Opredelili smo pojme in pojave, vezane na temo raziskovanja. Uporabili smo deskriptivno metodo, ki zajema opis posamičnih pojmov z primerjavami in razlikami. Z analitično metodo smo proučevali knjige, članke in znanstveno literaturo. Poslužili smo se pregleda strokovne in znanstvene literature iz splošnih in strokovnih knjižnic. V pomoč nam je bila tudi spletna knjižnična baza COBISS in bibliografske baze: PubMed, EBSCOhost CINAHL. Pri iskanju ustreznih virov smo uporabili naslednje ključne besede in besedne zveze: komunikacija, komunikacijske spretnosti študentov zdravstvene nege, komunikacijske kompetence, izobraževanje medicinskih sester. Za iskanje po tujih bazah smo uporabili angleško različico besednih zvez: communication skills in nursing students, communication competencies in nursing.

Pri izdelavi teoretičnega dela smo uporabili literaturo, ki ni starejša od 10 let, omejili smo se na letnice v obdobju med letoma 2006 in 2016. Štirje viri so sicer starejši (1986), (2005), (2003), uporabili smo ju zaradi verodostojnosti podatkov in velikega pomena pri izdelavi.

Za izvedbo empirične raziskave pa smo uporabili neekperimentalno kvantitativno metodo zbiranja podatkov. Empirične podatke smo zbrali s pomočjo strukturirane spletne anonimne ankete. Zbrane podatke smo nato analizirali s pomočjo različnih statističnih metod.

#### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za izvedbo empirične raziskave smo uporabili vprašalnik, ki je v večji meri prevzet in izhaja iz že validiranih vprašalnikov, kjer je bila preverjena njihova zanesljivost. Pregledane raziskave navajajo visoko notranjo konsistentnost (zanesljivost) vseh treh

sklopov merskega instrumenta nad 0,8 (Rees et al., 2002, cited in Steckler, 2012; Kato, 2014). Podatke za empirični del raziskave smo zbrali s pomočjo strukturiranega vprašalnika. Vprašalnik je sestavljen iz demografskega dela in dveh vsebinskih sklopov. Demografski podatki vključujejo spol, starost, vrsto študija, letnik študija, leta delovne dobe, izkušnje z delom v kliničnem okolju ter poslušanje predmeta komunikacija. V prvem vsebinskem sklopu, v katerem merimo odnos do učenja komunikacijskih spretnosti, smo uporabili že uveljavljen instrument Communication Skills Attitude Scale (CSAS) (Rees et al., 2002, cited in Steckler, 2012). Vsebuje 26 pozitivnih in negativnih trditev, pri katerih je uporabljena 5-stopenjska Likertova lestvica (1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – nevtrarno, 4 – se strinjam, 5 – zelo se strinjam). V drugem sklopu smo uporabili mednarodni instrument Caring Professional Scale-Student Version for the Simulated Patient (CPS-SVSP) (Kato, 2014), ki temelji na Caring Professional Scale (CPS). Z instrumentom ugotavljamo, kakšen je študentov pristop k zdravstveni negi pacienta. CPS-SVSP instrument vsebuje 18 trditev, do katerih so se anketiranci opredelili s pomočjo 5-stopenjske Likertove lestvice. Odgovori so 1 - Da, vsekakor; 2 - Večino časa; 3 - Polovico časa; 4 - Občasno; 5 - Nikakor, N/A - Ne morem trditi.

Za oba sklopa trditev smo preverili zanesljivost z izračunom Cronbachovega koeficienta alfa, ki ju prikazujemo v drugem stolpcu tabele 1. Zanesljivost za prvi sklop trditev, ki ga imenujemo »Odnos do učenja komunikacijskih spretnosti«, znaša 0,721, kar je nad še dopustno mejo zanesljivosti 0,7. Vrednost Cronbachovega koeficienta alfa za drugi sklop trditev, ki ga imenujemo »Lasten pristop k zdravstveni negi pacienta«, znaša 0,663, kar je pod dopustno mejo zanesljivosti 0,7 (Field, 2009).

**Tabela 1: Trditve merjenja odnosa do učenja komunikacijskih spretnosti in njihova zanesljivost**

Sklop	Cronbach koeficient alfa	
	pred korekcijo trditev	po korekciji trditev
Odnos do učenja komunikacijskih spretnosti	0,721	0,891
Lasten pristop k zdravstveni negi pacienta	0,663	0,873

V obeh primerih smo pred izvedbo same analize preverili tudi celoten vsebinski sklop ter preverili, ali je mogoče najti zanesljivejšo rešitev. V vsebinskem sklopu »Odnos do učenja komunikacijskih spretnosti« smo ugotovili, da so trditve »Ne vidim smisla v učenju komunikacijskih spretnosti«, »Nimam časa za učenje komunikacijskih spretnosti«, »Udeležba na predavanjih iz komunikacijskih spretnosti mi je odveč«, »Pri učenju komunikacijskih spretnosti se razlaga nekaj splošnega, kar se zapleteno predstavi«, »Učenje komunikacijskih spretnosti je preveč enostavno«, »Težko zaupam informacijam o komunikacijskih spretnostih, ki mi jih podajo predavatelji izven zdravstvene stroke«, »Za opravljanje poklica medicinske sestre ne potrebujem dobrih komunikacijskih spretnosti«, »Učenje komunikacijskih spretnosti težko vzamem resno« ter »Učenje komunikacijskih spretnosti bi morali prepustiti študentom psihologije, ne pa zdravstvene nege« v negativni korelaciji z ostalimi trditvami, zato smo njihove vrednosti obrnili tako, da vrednost 1 na lestvici pomeni »Zelo se strinjam«, vrednost 5 pa »Sploh se ne strinjam«. S tem smo podatke uredili tako, da v primeru vseh trditev višja vrednost na lestvici možnih odgovorov kaže na pozitivnejši odnos do komunikacijskih spretnosti. S pomočjo Cronbachovega koeficienta alfa smo ponovno preverili zanesljivost in ugotovili, da se je vrednost iz 0,721 povečala na 0,852. Nadalje smo ugotovili tudi, da vsebinsko nekatere trditve niso v skladu s preostalimi trditvami, na kar nas je opozorila tudi višja vrednost Cronbachovega koeficienta alfa v primeru, če te trditve iz vsebinskega sklopa izbrišemo. Glede na to smo iz nadaljnje analize izključili trditve »Poučevanje komunikacijskih spretnosti bi imelo boljšo podobo, če bi bilo podobno znanstvenemu predmetu«, »Težko priznam, da imam težave s komunikacijo« in »Čez program zdravstvene nege me bo popeljala moja sposobnost, da opravim izpite, ne pa moje komunikacijske spretnosti«. Kot je prikazano v tretjem stolpcu tabele 1, je rezultat še zanesljivejši merski instrument, saj se je vrednost Cronbachovega koeficienta alfa iz 0,852 povečala na 0,891.

Tudi v primeru vsebinskega sklopa »Lasten pristop k zdravstveni negi pacienta« smo najprej ugotovili, da so nekatere trditve v negativni korelaciji s celoto, zato smo jim obrnili vrednosti na lestvici. Te trditve so: »Med zdravstveno nego pacienta sem čustveno umaknjen/a«, »Med zdravstveno nego pacienta sem odrezav/a« in »Med zdravstveno nego pacienta sem žaljiv/a«. Tako smo tudi tokrat za vse trditve poskrbeli,

da višja vrednost na lestvici izraža pozitivnejši pristop k pacientu. S pomočjo Cronbachovega koeficienta alfa smo ponovno preverili zanesljivost in ugotovili, da se je vrednost iz 0,663 povečala na 0,825. Poleg tega smo ugotovili, da lahko zanesljivost merskega instrumenta izboljšamo tudi z izločitvijo naslednjih trditev: »Med zdravstveno nego pacienta sem tolažeč/a«, »Med zdravstveno nego pacienta sem pozitiven/na«, »Med zdravstveno nego pacienta sem žaljiv/a« in »Med zdravstveno nego pacienta sem oseben/na«. Kot je prikazano v tretjem stolpcu tabele 1, je tudi v tem primeru rezultat še zanesljivejši merski instrument, saj se je vrednost Cronbachovega koeficienta alfa iz 0,825 povečala na 0,873.

### 3.3.3 Opis vzorca

Za raziskavo smo uporabili neslučajnostni, namenski vzorec. Anketirali smo redne in izredne študente 1. in 2. stopnje Fakultete za zdravstvo Angele Boškin (FZAB). Na 1. stopnji študijskega programa zdravstvena nega smo anketirali študente, vpisane v 1., 2. in 3. letnik, na 2. stopnji študijskega programa zdravstvena nega pa študente, ki so evidenčno vpisani in s statusom. Po podatkih Referata za študijske in študentske zadeve FZAB to zajema 296 študentov na 1. stopnji ter 77 študentov na 2. stopnji študija. Pridobili smo 158 vsaj delno izpolnjenih anket, torej več, kot smo sprva načrtovali (t.j. 80 izpolnjenih anket). Glede na zajeto število študentov smo dosegli 42,4% realizacijo vzorca (35,1% realizacija na prvi stopnji in 46,7% realizacija vzorca na drugi stopnji študija). Podatki o spolu in starosti anketiranih študentov so prikazani v tabeli 2. Večino vzorca predstavljajo študentke (81,0 %), povprečna starost sodelujočih študentov pa je 27,56 let (SO=8,96).

**Tabela 2: Spol in starost anketirancev**

<b>Spol</b>	<b>n = 158</b>	<b>(%)</b>
moški	30	19,0
ženski	128	81,0
<b>Starost</b>	<b>n = 156</b>	
Min	20	
Maks	58	
PV	27,56	
SO	8,96	

n = število anketirancev, % = odstotki, Min = najnižja vrednost, Maks = najvišja vrednost, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon



Podatki o načinu študija, letniku in stopnji študija, statusu, zaposlitvi ter delovni dobi zaposlenih študentov so predstavljeni v tabeli 3. Med sodelujočimi študenti jih največ (63,4 %) študira redno. Največji delež anketiranih študentov obiskuje 1. letnik prve stopnje študija (27,5%), najmanjši delež pa 2. letnik druge stopnje študija (3,3 %). Glede na status je med sodelujočimi študenti največ šolajočih (62,0 %) ter študentov brez redne zaposlitve (62,5 %). Za študente, ki so redno zaposleni, smo preverili tudi njihovo delovno dobo. Ugotovili smo, da imajo ti študentje med 1 in 35 let delovne dobe, v povprečju pa imajo 13,82 let delovne dobe.

**Tabela 3: Število in delež študentov glede na način študija, letih in stopnjo študija, status, zaposlitev ter delovno dobo**

<b>Način študija</b>	<b>n = 153</b>	<b>(%)</b>
redni	97	63,4
izredni	56	36,6
<b>Letnik in stopnja študija</b>	<b>n = 153</b>	<b>(%)</b>
študij na prvi stopnji – 1. letnik	42	27,5
študij na prvi stopnji – 2. letnik	33	21,6
študij na prvi stopnji – 3. letnik	29	19,0
študij na drugi stopnji – 1. letnik	11	7,2
študij na drugi stopnji – 2. letnik	5	3,3
študij na drugi stopnji – absolvent	20	13,1
<b>Status</b>	<b>n = 158</b>	<b>(%)</b>
šolajoči	98	62,0
aktivni	54	34,2
neaktivni/brezposelni	6	3,8
<b>Redna zaposlitev</b>	<b>n = 152</b>	<b>(%)</b>
da	57	37,5
ne	95	62,5
<b>Delovna doba</b>	<b>n = 57</b>	
Min	1	
Maks	35	
PV	13,82	
SO	9,80	

n = število anketirancev, % = odstotki, Min = najnižja vrednost, Maks = najvišja vrednost, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Podatki o izkušnjah z delom v kliničnem okolju s pacienti, poslušanju predmeta komunikacija ter poznavanju lastne govorice telesa so prikazani v tabeli 4. Večina sodelujočih študentov že ima izkušnje z delom v kliničnem okolju s pacienti (94,0 %). Podobno jih je večina tudi že poslušala predmet komunikacija v sklopu študija na FZAB ali drugje (89,4%). Največ sodelujočih študentov ocenjuje, da dobro pozna lastno govorico telesa (41,1 %).

**Tabela 4: Število in delež študentov glede na izkušnje z delom v kliničnem okolju s pacienti, poslušanju predmeta Komunikacija ter poznavanje lastne govornice telesa**

<b>Izkušnje z delom v kliničnem okolju s pacienti</b>	<b>n = 151</b>	<b>(%)</b>
da	142	94,0
ne	9	6,0
<b>Poslušanje predmeta Komunikacija</b>	<b>n = 151</b>	<b>(%)</b>
da	135	89,4
ne	16	10,6
<b>Poznavanje lastne govornice telesa</b>	<b>n = 151</b>	<b>(%)</b>
je ne poznam	1	0,7
slabo	5	3,3
srednje	45	29,8
dobro	62	41,1
zelo dobro	38	25,2

n = število anketirancev, % = odstotki

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketo smo pripravili s pomočjo spletne storitve [www.1ka.si](http://www.1ka.si). Spletno anketiranje smo izvedli v obdobju od 26. maja 2017 do 7. junija 2017 na FZAB po predhodni pridobitvi soglasja s strani Komisije za znanstveno raziskovalno in razvojno dejavnost FZAB. Vsi sodelujoči študentje so bili seznanjeni z namenom raziskave, prejeli so tudi pisna navodila za izpolnjevanje ankete. Zagotovili pa smo jim tudi popolno anonimnost in diskretnost.

Zbrane podatke smo nato s pomočjo spletne storitve [www.1ka.si](http://www.1ka.si) prenesli v program za statistično analizo podatkov Statistical Package for Social Sciences (SPSS), verzija 20.0, ter jih v njem tudi uredili. Pred pričetkom preverjanja raziskovalnih vprašanj pa smo morali urediti tudi posamezne trditve proučevanih vsebinskih sklopov na način, kot smo ga opisali v poglavju 3.3.2. S pomočjo tako smiselno urejenih podatkov, smo nato izvedli analizo. V prvem koraku smo s pomočjo opisne statistike predstavili glavne značilnosti anketirancev na osnovi posameznih demografskih spremenljivk. Pri tem smo za statistični prikaz uporabili tabele, v katerih smo podali frekvenčne (n) in odstotne (%) porazdelitve vrednosti. Glavne značilnosti anketirancev v zvezi s trditvami obeh vsebinskih sklopov smo predstavili grafično, pri čemer smo podali povprečne vrednosti (PV) posameznih trditev. Za analizo raziskovalnih vprašanj pa smo uporabili bivariatne metode (Levenov test, t-test, ANOVA test). V pomoč nam je bilo tudi hierarhično

razvrščanje v skupine, pri čemer smo enote razvrstili v skupine s pomočjo Wardove metode. Statistično značilnost smo preverjali pri 5 % stopnji tveganja ( $p = 0,05$ ).

### 3.4 REZULTATI

#### 3.4.1 Odnos študentov do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi

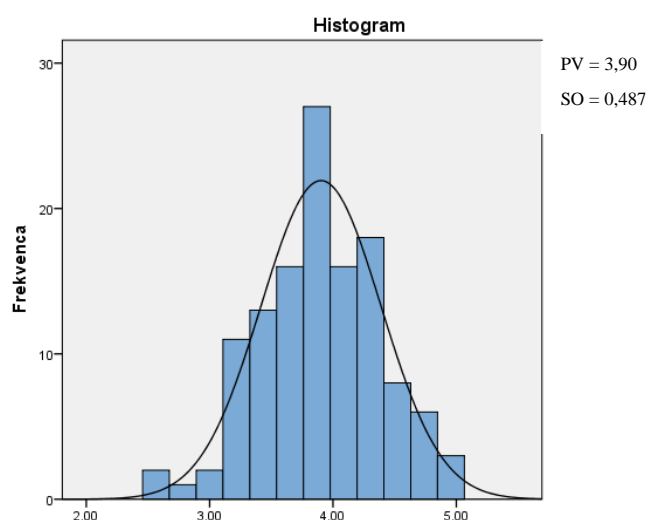
Med študenti zdravstvene nege nas je zanimalo, kakšen je njihov odnos do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi. Slika 6 prikazuje povprečne vrednosti na posameznih trditvah s katerimi smo merili ta odnos.



Vrednosti na lestvici: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 – zelo se strinjam

**Slika 6: Stopnja strinjanja anketirancev s trditvami glede odnosa do učenja komunikacijskih spretnosti pri izvajanju zdravstvene nege**

Ugotovimo lahko, da se v povprečju anketirani študenti najbolj strinjajo, da če želijo biti dobri pri opravljanju svojega poklica (diplomirane medicinske sestre / diplomiranega zdravstvenika), da morajo imeti dobre komunikacijske spretnosti (PV = 4,59, SO = 0,711). Precej neopredeljeni pa so glede trditve, da se pri učenju komunikacijskih spretnosti razlaga nekaj splošnega, kar se predstavi zapleteno (PV = 3,01, SO = 1,028). Na osnovi trditev smo izračunali tudi splošen odnos do učenja komunikacijskih spretnosti pri opravljanju poklica zdravstvene nege. Porazdelitev spremenljivke prikazuje slika 7.



n = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon; Vrednosti na lestvici: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 – zelo se strinjam

### Slika 7: Porazdelitev splošnega odnosa do učenja komunikacijskih spretnosti pri izvajanju zdravstvene nege

Opazimo lahko, da je porazdelitev približno normalna, odgovori študentov se gostijo okrog vrednosti 4 («se strinjam»). Povprečje spremenljivke je enako 3,90 (SO=0,487), kar pomeni, da imajo študentje pozitiven odnos do učenja komunikacijskih spretnosti pri izvajanju zdravstvene nege.

Nenazadnje smo s pomočjo združevanja v skupine, pri čemer smo uporabili Wardovo metodo, anketirane študente razdelili v dve skupini. Ti dve skupini sta notranje homogeni ter med seboj čim bolj heterogeni. Glavne značilnosti dobljenih skupin študentov prikazuje tabela 5.

**Tabela 5: Število pripadnikov in značilnosti dveh skupin študentov z različnim odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti pri izvajanju zdravstvene nege**

Skupine študentov glede na odnos do učenja komunikacijskih spretnosti	n	Min	Maks	PV	SO
Skupina 1	72	2,57	3,96	3,58	0,32697
Skupina 2	51	4,00	5,00	4,35	0,26495

n = število anketirancev, Min = najnižja vrednost, Maks = najvišja vrednost, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

V prvo skupino s povprečnim odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti 3,58 je uvrščenih 72 študentov. V drugi skupini s povprečnim odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti 4,35 je 51 študentov. V splošnem tako lahko rečemo, da med anketiranimi študenti obstaja več tistih, ki imajo odnos bližje nevtralnemu, kot pa tistih, ki imajo pozitiven odnos.

### 3.4.2 Povezanost spola z odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi

Za preverjanje povezanosti spola z odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi smo uporabili t-test za dve neodvisni skupini, ki med seboj primerja povprečji teh dveh skupin. Najprej smo s pomočjo Levenovega testa preverili, ali je razpršenost v primerjanih skupinah enaka ali različna. Ugotovili smo, da je razpršenost podatkov za moške statistično značilno različna od razpršenosti podatkov za ženske. V skladu s tem smo preverili razliko med povprečji pod predpostavko, da razpršenost v primerjanih skupinah ni enaka. Povprečja ter rezultat testa prikazuje tabela 6. Ugotavljamo, da sicer med moškimi in ženskimi anketiranci manjše razlike v povprečnih vrednostih obstajajo, vendar pa ta razlika ni statistično značilna. Glede na to ne moremo trditi, da obstajajo razlike v povprečnem odnosu do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi med študentkami in študenti zdravstvene nege.

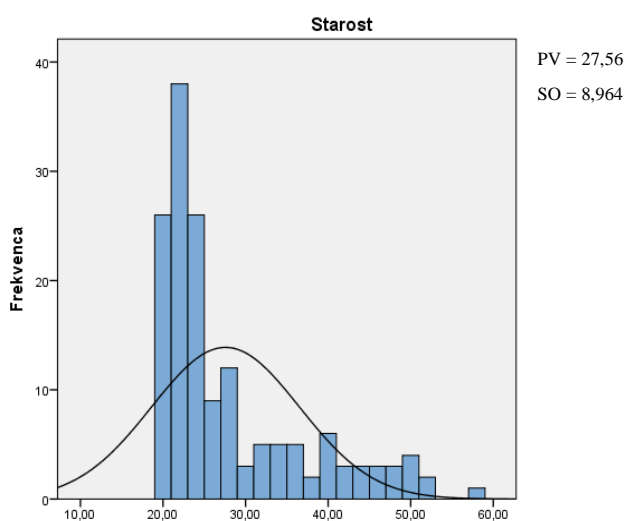
**Tabela 6: Primerjava razlik v povprečnem odnosu do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi glede na spol anketirancev**

Spol	n	PV	SO	t	p
moški	24	3,81	0,62427	-1,044	0,299
ženski	99	3,93	0,44798		

n = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, Vrednosti na lestvici: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 – zelo se strinjam, t-test: statistična značilnost pri vrednosti p je manj kot 0,05

### 3.4.3 Povezanost starosti z odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi

Preverjali smo tudi, ali obstaja povezanost med starostjo anketirancev ter odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi. Pri tem smo najprej preverili porazdelitev starosti študentov, ki je prikazana na sliki 8. Iz grafa je razvidno, da je porazdelitev precej neenakomerna, asimetrična v desno, zato je test korelacije neprimeren.



n = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

**Slika 8: Graf porazdelitve starosti anketirancev**

Glede na to smo anketirance glede na starost razdelili v skupine, pri čemer smo izvedli analizo združevanja v skupine. Uporabili smo Wardovo metodo, ki omogoča tvorjenje notranje homogenih ter zunanje čim bolj izoliranih skupin. V našem primeru smo oblikovali dve skupini, ki sta predstavljeni v tabeli 7.

**Tabela 7: Število pripadnikov ter značilnosti dveh skupin študentov (mlajši, starejši) različnih starosti**

Skupine študentov glede na starost	n	Min	Maks	PV	SO
Skupina 1 (mlajši)	111	20,00	28,00	22,56	2,38817
Skupina 2 (starejši)	45	30,00	58,00	39,91	7,04796

n = število anketirancev, Min = najnižja vrednost, Maks = najvišja vrednost, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

V prvi skupini, s povprečno starostjo 22,56 let, je 111 študentov in jih označujemo za mlajše študente. V drugi skupini, s povprečno starostjo 39,91 let, je 45 študentov in jih označujemo za starejše študente.

Za ugotavljanje razlik v odnosu do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi med mlajšimi in starejšimi študenti smo uporabili t-test za dve neodvisni skupini, ki med seboj primerja povprečji teh dveh skupin. Najprej smo s pomočjo Levenovega testa preverili, ali je razpršenost v primerjanih skupinah enaka ali različna. Ugotovili smo, da se razpršenost podatkov za mlajše statistično značilno ne razlikuje od razpršenosti podatkov za starejše. V skladu s tem smo preverili razliko med povprečji pod predpostavko, da je razpršenost v primerjanih skupinah enaka. Povprečja ter rezultat testa prikazuje tabela 8.

**Tabela 8: Primerjava razlik v povprečnem odnosu do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi dveh skupin anketirancev z različno povprečno starostjo**

Starost	n	PV	SO	t	p
mlajši	86	3,80	0,44769	-4,599	0,000
starejši	36	4,20	0,41371		

n = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, Vrednosti na lestvici: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 – zelo se strinjam, t-test: statistična značilnost pri vrednosti  $p$  je manj kot 0,05

Ugotavljamo, da med mlajšimi in starejšimi študenti obstaja statistično pomembna razlika v povprečjih ( $p = 0,000$ ). Mlajši študentje se v povprečju s trditvami manj strinjajo kot starejši študentje. Glede na to ugotavljamo, da z naraščanjem starosti anketirancev postaja odnos do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi pozitivnejši.

#### 3.4.4 Povezanost vrste študija z odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi

Za preverjanje povezanosti vrste študija z odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi smo uporabili t-test za dve neodvisni skupini, ki med seboj primerja povprečji skupin rednih in izrednih študentov. Najprej smo s pomočjo

Levenovega testa preverili, ali je razpršenost v primerjanih skupinah enaka ali različna. Ugotovili smo, da se razpršenost podatkov za redne študente statistično značilno ne razlikuje od razpršenosti podatkov za izredne študente. V skladu s tem smo preverili razliko med povprečji pod predpostavko, da je razpršenost v primerjanih skupinah enaka. Povprečja ter rezultat testa prikazuje tabela 9.

**Tabela 9: Primerjava razlik v povprečnem odnosu do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi glede na vrsto študija**

Vrsta študija	n	PV	SO	t	p
redni	73	3,76	0,46587	-4,152	0,000
izredni	50	4,11	0,44402		

n = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, Vrednosti na lestvici: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 – zelo se strinjam, *t*-test: statistična značilnost pri vrednosti *p* je manj kot 0,05

Ugotavljamo, da med rednimi in izrednimi študenti obstaja statistično pomembna razlika v povprečjih ( $p = 0,000$ ). Redni študentje se v povprečju s trditvami manj strinjajo kot izredni študentje. Glede na to ugotavljamo, da imajo izredni študentje do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi pozitivnejši odnos v primerjavi z rednimi študenti.

### 3.4.5 Povezanost stopnje študija z odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi

Za preverjanje povezanosti stopnje študija z odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi smo uporabili *t*-test za dve neodvisni skupini, ki med seboj primerja povprečji skupin študentov na prvi in drugi stopnji študija. Najprej smo s pomočjo Levenovega testa preverili, ali je razpršenost v primerjanih skupinah enaka ali različna. Ugotovili smo, da je razpršenost podatkov za študente na prvi stopnji študija statistično značilno različna od razpršenosti podatkov za študente na drugi stopnji študija. V skladu s tem smo preverili razliko med povprečji pod predpostavko, da razpršenost v primerjanih skupinah ni enaka. Povprečja ter rezultat testa prikazuje tabela 10.



**Tabela 10: Primerjava razlik v povprečnem odnosu do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi glede na stopnjo študija**

Stopnja študija	n	PV	SO	t	p
prva	82	3,84	0,43019	-1,744	0,088
druga	32	4,04	0,57924		

n = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, Vrednosti na lestvici: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 – zelo se strinjam, t-test: statistična značilnost pri vrednosti p je manj kot 0,05

Ugotavljamo, da sicer med študenti na prvi stopnji in študenti na drugi stopnji študija manjše razlike v povprečnih vrednostih obstajajo, vendar pa ta razlika ni statistično značilna. Glede na to ne moremo trditi, da obstajajo razlike v povprečnem odnosu do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi med študenti na prvi stopnji ter študenti na drugi stopnji študija.

#### 3.4.6 Povezanost letnika študija z odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi

Za ugotavljanje povezanosti med letnikom študija ter odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi smo uporabili test primerjave več kot dveh povprečij, ki med seboj primerja povprečja skupin študentov glede na letnik študija. Najprej smo s pomočjo Levenovega testa preverili, ali je razpršenost v primerjanih skupinah enaka ali različna. Ugotovili smo, da se razpršenosti podatkov v primerjanih skupinah ne razlikujejo. V skladu s tem smo razliko med povprečji preverjali s pomočjo ANOVA testa, ki je prikazan v tabeli 11.

**Tabela 11: Primerjava razlik v povprečnem odnosu do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi glede na letnik študija**

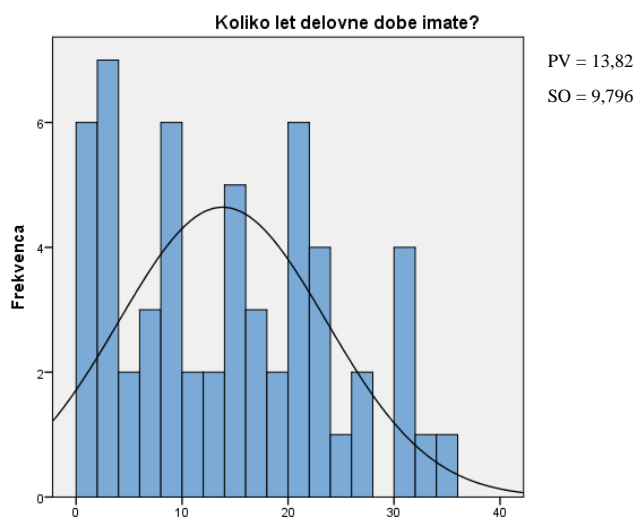
Stopnja in letnik študija	n	PV	SO	F	p
Prva stopnja – 1. letnik	34	3,81	0,43069	3,289	0,008
Prva stopnja – 2. letnik	26	3,77	0,43409		
Prva stopnja – 3. letnik	22	3,97	0,41745		
Druga stopnja – 1. letnik	10	3,90	0,52343		
Druga stopnja – 2. letnik	4	4,71	0,27811		
Druga stopnja – absolvent	18	3,97	0,57498		

n = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, Vrednosti na lestvici: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 – zelo se strinjam, F = ANOVA: statistična značilnost pri vrednosti p je manj kot 0,05

Ugotavljamo, da je razlika v negativnem odnosu do učenja komunikacijskih spretnosti med različnimi stopnjami in letniki študija statistično značilna ( $p = 0,008$ ). Glede na to smo s pomočjo t.i. post hoc testa Tukey HSD preverili tudi posamezne primerjave med skupinami. Statistično značilne razlike v povprečnem odnosu do učenja komunikacijskih spretnosti zasledimo med študenti, ki študirajo v drugem letniku na drugi stopnji študija, ter vsemi ostalimi skupinami študentov. V skladu s tem ugotavljamo, da imajo študentje drugega letnika druge stopnje študija do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi statistično značilno bolj pozitiven odnos kot preostali študenti.

### 3.4.7 Povezanost delovne dobe z odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi

Preverjali smo tudi, ali obstaja povezanost med delovno dobo anketirancev ter odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi. Pri tem smo najprej preverili porazdelitev delovne dobe študentov, ki je prikazana na sliki 9. Iz grafa je razvidno, da je porazdelitev precej neenakomerna, zato je test korelacije neprimeren.



$n$  = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

**Slika 9: Graf porazdelitve delovne dobe anketirancev**

Glede na to smo anketirance, ki poročajo, da imajo redno zaposlitev, glede na delovno dobo razdelili v skupine, pri čemer smo izvedli analizo združevanja v skupine. Tudi

tokrat smo uporabili Wardovo metodo, ki omogoča tvorjenje notranje homogenih ter zunanje čim bolj izoliranih skupin. V našem primeru smo oblikovali dve skupini, ki sta predstavljeni v tabeli 12. V prvi skupini, s povprečno delovno dobo 5,32 let, je 28 študentov, v drugi skupini, s povprečno delovno dobo 22,03 let, pa je 29 študentov.

**Tabela 12: Število pripadnikov ter značilnosti dveh skupin študentov z različno delovno dobo (krajša delovna doba, daljša delovna doba)**

Skupine zaposlenih študentov glede na delovno dobo	n	Min	Maks	PV	SO
Skupina 1 (krajša delovna doba)	28	1,00	13,00	5,32	3,830
Skupina 2 (daljša delovna doba)	29	14,00	35,00	22,03	5,973

n = število anketirancev, Min = najnižja vrednost, Maks = najvišja vrednost, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Za ugotavljanje razlik v odnosu do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi med študenti s krajšo in študenti z daljšo delovno dobo smo uporabili t-test za dve neodvisni skupini, ki med seboj primerja povprečji teh dveh skupin. Najprej smo s pomočjo Levenovega testa preverili, ali je razpršenost v primerjanih skupinah enaka ali različna. Ugotovili smo, da se razpršenost podatkov za študente s krajšo delovno dobo statistično značilno ne razlikuje od razpršenosti podatkov za študente z daljšo delovno dobo. V skladu s tem smo preverili razliko med povprečji pod predpostavko, da je razpršenost v primerjanih skupinah enaka. Povprečja ter rezultat testa prikazuje tabela 13.

**Tabela 13: Primerjava razlik v povprečnem odnosu do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi dveh skupin anketirancev z različno delovno dobo**

Delovna doba	n	PV	SO	t	p
krajša delovna doba	24	4,07	0,45075	-0,578	0,566
daljša delovna doba	27	4,14	0,52466		

n = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, Vrednosti na lestvici: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 – zelo se strinjam, t-test: statistična značilnost pri vrednosti  $p$  je manj kot 0,05

Ugotavljamo, da razlika v povprečnem strinjanju med študenti s krajši in študenti z daljšo delovno dobo ni statistično značilna. Glede na to ne moremo trditi, da obstajajo razlike v povprečnem odnosu do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi glede na delovno dobo redno zaposlenih študentov.

### 3.4.8 Povezanost izkušenj z delom v kliničnem okolju z odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi

Za ugotavljanje razlik v odnosu do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi med študenti z in brez izkušenj z delom v kliničnem okolju s pacienti smo uporabili t-test za dve neodvisni skupini, ki med seboj primerja povprečji teh dveh skupin. Najprej smo s pomočjo Levenovega testa preverili, ali je razpršenost v primerjanih skupinah enaka ali različna. Ugotovili smo, da se razpršenost podatkov za študente z izkušnjami z delom v kliničnem okolju s pacienti statistično značilno razlikuje od razpršenosti podatkov za študente brez izkušenj z delom v kliničnem okolju s pacienti. V skladu s tem smo preverili razliko med povprečji pod predpostavko, da je razpršenost v primerjanih skupinah različna. Povprečja ter rezultat testa prikazuje tabela 14.

**Tabela 14: Primerjava razlik v povprečnem odnosu do komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi glede na izkušnje z delom v kliničnem okolju s pacienti**

Imate izkušnje z delom v kliničnem okolju s pacienti?	n	PV	SO	t	p
Da	116	3,93	0,45542	1,414	0,205
Ne	7	3,50	0,79731		

n = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, Vrednosti na lestvici: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 – zelo se strinjam, t-test: statistična značilnost pri vrednosti  $p$  je manj kot 0,05

Ugotavljamo, da sicer med študenti z in študenti brez izkušenj z delom v kliničnem okolju s pacienti manjša razlika v povprečni vrednosti obstaja, vendar pa ta razlika ni statistično značilna. Glede na to ne moremo trditi, da je odnos do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi povezan z izkušnjami študentov z delom v kliničnem okolju s pacienti.

### 3.4.9 Povezava poslušanja predmeta Komunikacija z odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi

Za ugotavljanje razlik v odnosu do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi med študenti, ki so že, in študenti, ki še niso poslušali predmeta Komunikacija, smo uporabili t-test za dve neodvisni skupini, ki med seboj primerja povprečji teh dveh skupin. Najprej smo s pomočjo Levenovega testa preverili, ali je razpršenost v

primerjanih skupinah enaka ali različna. Ugotovili smo, da se razpršenost podatkov za študente, ki so že poslušali predmet Komunikacija, statistično značilno ne razlikuje od razpršenosti podatkov za študente, ki še niso poslušali predmeta Komunikacija. V skladu s tem smo preverili razliko med povprečji pod predpostavko, da je razpršenost v primerjanih skupinah enaka. Povprečja ter rezultat testa prikazuje tabela 15.

**Tabela 15: Primerjava razlik v povprečnem odnosu do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi glede na poslušanje predmeta Komunikacija**

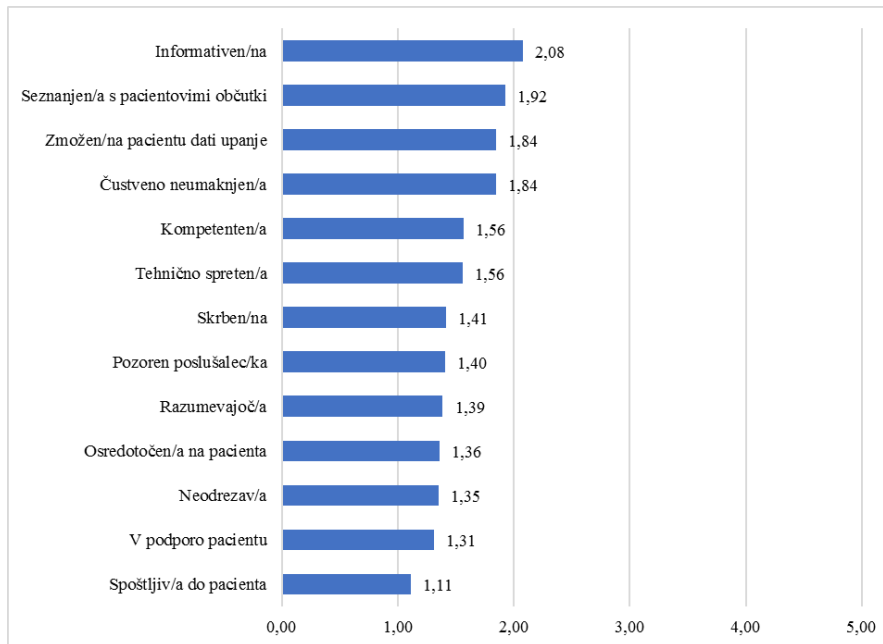
Ali ste že poslušali predmet Komunikacija?	n	PV	SO	t	p
Da	110	3,92	0,46165	1,312	0,192
Ne	13	3,74	0,66164		

n = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, Vrednosti na lestvici: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 – zelo se strinjam, *t*-test: statistična značilnost pri vrednosti *p* je manj kot 0,05

Ugotavljamo, da sicer med študenti, ki so že poslušali predmet Komunikacija, in študenti, ki tega predmeta še niso poslušali, manjša razlika v povprečni vrednosti obstaja, vendar pa ta razlika ni statistično značilna. Glede na to ne moremo trditi, da je odnos do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi povezan z dejstvom, da je študent že poslušal predmet Komunikacija.

#### 3.4.10 Ocena lastnega pristopa študentov k zdravstveni negi pacienta

Med študenti zdravstvene nege nas je tudi zanimalo, kako ocenjujejo lasten pristop k pacientu med izvajanjem zdravstvene nege. V ta namen smo s pomočjo trditev ocenili njihov pristop k pacientu, povprečne vrednosti (PV) odgovorov za posamezno trditev pa prikazuje slika 10.



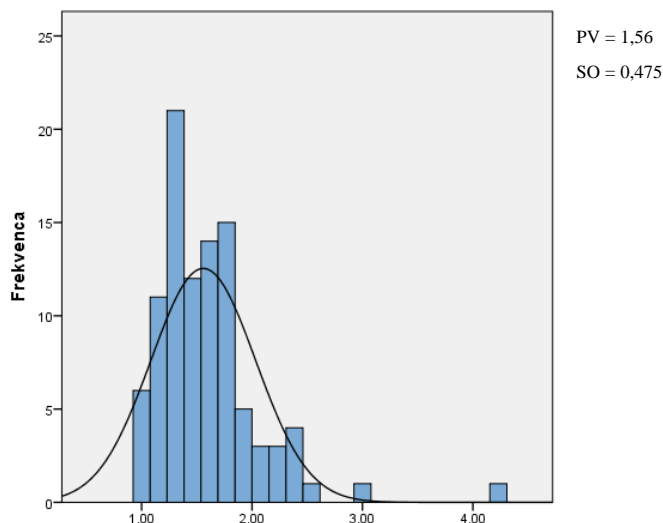
Vrednosti na lestvici: 1 – Da, vsekakor, 2 – Večino časa, 3 – Polovico časa, 4 – Občasno, 5 – Nikakor

### Slika 10: Ocena lastnega pristopa k pacientu med izvajanjem zdravstvene nege anketirancev

Ugotovimo lahko, da so v povprečju anketirani študenti po lastni oceni najpogosteje spoštljivi do pacienta (PV = 1,11, SO = 0,387), le večino časa pa so med zdravstveno nego pacienta informativni (PV = 2,08, SO = 0,993).

Na osnovi trditev smo izračunali tudi splošen pristop anketirancev k pacientu med zdravstveno nego. Porazdelitev spremenljivke prikazuje slika 11.

Opazimo lahko, da je porazdelitev rahlo asimetrična v desno, odgovori študentov se gostijo med vrednostma 1 (»Da, vsekakor«) in 2 (»Večino časa«). Povprečje spremenljivke je enak 1,56 (SO = 0,475), kar pomeni, da študentje v povprečju lasten pristop k pacientu večinoma ocenjujejo precej pozitivno.



n = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon; Vrednosti na lestvici: 1 – Da, vsekakor, 2 – Večino časa, 3 – Polovico časa, 4 – Občasno, 5 – Nikakor

**Slika 11: Graf porazdelitve splošne ocene lastnega pristopa k pacientu med izvajanjem zdravstvene nege**

Nenazadnje smo s pomočjo združevanja v skupine, pri čemer smo uporabili Wardovo metodo, anketirane študente razdelili v dve skupini. Ti dve skupini sta notranje homogeni ter med seboj čim bolj heterogeni. Glavne značilnosti dobljenih skupin študentov prikazuje tabela 16.

**Tabela 16: Število pripadnikov in značilnosti dveh skupin študentov z različno povprečno oceno lastnega pristopa k pacientu med zdravstveno nego**

Skupine študentov glede na oceno lastnega pristopa k zdravstveni negi pacienta	n	Min	Maks	PV	SO
Skupina 1	13	2,08	4,15	2,46	0,56741
Skupina 2	84	1,00	1,92	1,42	0,26172

n = število anketirancev, Min = najnižja vrednost, Maks = najvišja vrednost, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

V prvo skupino s povprečno oceno 2,46 (SO = 0,567) je uvrščenih 13 študentov. V drugi skupini s povprečno oceno 1,42 (SO = 0,262) je 84 študentov. V splošnem tako lahko rečemo, da med anketiranimi študenti obstaja več tistih, ki v splošnem svoj pristop k pacientu med zdravstveno nego ocenjujejo pozitivno, kot tistih, katerih ocena lastnega pristopa je nekoliko nižja.

#### 3.4.11 Povezanost spola z oceno lastnega pristopa k pacientu

Za preverjanje povezanosti spola z oceno lastnega pristopa k pacientu smo uporabili t-test za dve neodvisni skupini, ki med seboj primerja povprečji moških in žensk. Najprej smo s pomočjo Levenovega testa preverili, ali je razpršenost v primerjanih skupinah enaka ali različna. Ugotovili smo, da je razpršenost podatkov za moške statistično značilno različna od razpršenosti podatkov za ženske. V skladu s tem smo preverili razliko med povprečji pod predpostavko, da razpršenost v primerjanih skupinah ni enaka. Povprečja ter rezultat testa prikazuje tabela 17.

**Tabela 17: Primerjava razlik v oceni lastnega pristopa k pacientu med zdravstvenemu glede na spol anketirancev**

Spol	n	PV	SO	t	p
moški	18	1,71	0,74917	0,992	0,334
ženski	79	1,53	0,38595		

n = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, Vrednosti na lestvici: 1 – Da, vsekakor, 2 – Večino časa, 3 – Polovico časa, 4 – Občasno, 5 – Nikakor, t-test: statistična značilnost pri vrednosti  $p$  je manj kot 0,05

Ugotavljamo, da sicer med moškimi in ženskimi anketiranci manjša razlika v povprečnih vrednostih obstaja, vendar pa ta razlika ni statistično značilna. Glede na to ne moremo trditi, da moški lasten pristop k pacientu ocenjujejo drugače kot ženske.

#### 3.4.12 Povezanost starosti z oceno lastnega pristopa k pacientu

Preverjali smo tudi, ali obstaja povezanost med starostjo anketirancev ter oceno lastnega pristopa k pacientu. Ker smo že v prejšnjem podpoglavju ugotovili, da je porazdelitev spremenljivke starost precej neenakomerna, asimetrična v desno, tudi v tem primeru test korelacije ni primeren za izvedbo analize.

Tako smo pri preverjanju povezanosti zopet uporabili spremenljivko, ki nam študente razdeli v dve skupini – na mlajše in starejše. Za ugotavljanje razlik v oceni lastnega pristopa k pacientu med mlajšimi in starejšimi študenti smo uporabili t-test za dve neodvisni skupini, ki med seboj primerja povprečji teh dveh skupin. Najprej smo s pomočjo Levenovega testa preverili, ali je razpršenost v primerjanih skupinah enaka ali različna. Ugotovili smo, da se razpršenost podatkov za mlajše statistično značilno ne razlikuje od razpršenosti podatkov za starejše. V skladu s tem smo preverili razliko med



povprečji pod predpostavko, da je razpršenost v primerjanih skupinah enaka. Povprečja ter rezultat testa prikazuje tabela 18.

**Tabela 18: primerjava razlik v oceni lastnega pristopa k pacientu med zdravstveno nego dveh skupin anketirancev z različno povprečno starostjo**

Starost	n	PV	SO	t	p
mlajši	65	1,63	0,51718	2,222	0,029
starejši	32	1,41	0,33355		

n = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, Vrednosti na lestvici: 1 – Da, vsekakor, 2 – Večino časa, 3 – Polovico časa, 4 – Občasno, 5 – Nikakor, *t*-test: statistična značilnost pri vrednosti *p* je manj kot 0,05

Ugotavljamo, da med mlajšimi in starejšimi študenti obstaja statistično pomembna razlika v povprečjih ( $p = 0,029$ ). Mlajši študentje v povprečju nekoliko manj pogosto pristopajo k pacientu pozitivno kot starejši študentje. Glede na to ugotavljamo, da z naraščanjem starosti anketiranci svoj lasten pristop k pacientu ocenjujejo bolj pozitivno.

### 3.4.13 Povezava vrste študija z oceno lastnega pristopa k pacientu

Za preverjanje povezanosti vrste študija z oceno lastnega pristopa k pacientu smo uporabili *t*-test za dve neodvisni skupini, ki med seboj primerja povprečji skupin rednih in izrednih študentov. Najprej smo s pomočjo Levenovega testa preverili, ali je razpršenost v primerjanih skupinah enaka ali različna. Ugotovili smo, da se razpršenost podatkov za redne študente statistično značilno ne razlikuje od razpršenosti podatkov za izredne študente. V skladu s tem smo preverili razliko med povprečji pod predpostavko, da je razpršenost v primerjanih skupinah enaka. Povprečja ter rezultat testa prikazuje tabela 19.

**Tabela 19: Primerjava razlik v oceni lastnega pristopa k pacientu glede na vrsto študija**

Vrsta študija	n	PV	SO	t	p
redni	56	1,59	0,41456	0,850	0,397
izredni	41	1,51	0,54820		

n = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, Vrednosti na lestvici: 1 – Da, vsekakor, 2 – Večino časa, 3 – Polovico časa, 4 – Občasno, 5 – Nikakor, *t*-test: statistična značilnost pri vrednosti *p* je manj kot 0,05

Ugotavljamo, da med rednimi in izrednimi študenti statistično pomembna razlika v povprečjih ne obstaja. To pomeni, da redni študentje lastnega pristopa k pacientu ne ocenjuje drugače kot izredni študentje.

#### 3.4.14 Povezava stopnje študija z oceno lastnega pristopa k pacientu

Za preverjanje povezanosti stopnje študija z oceno lastnega pristopa k pacientu smo uporabili t-test za dve neodvisni skupini, ki med seboj primerja povprečji skupin študentov na prvi in drugi stopnji študija. Najprej smo s pomočjo Levenovega testa preverili, ali je razpršenost v primerjanih skupinah enaka ali različna. Ugotovili smo, da se razpršenosti podatkov za študente na prvi stopnji in za študente na drugi stopnji študija statistično značilno ne razlikujeta. V skladu s tem smo preverili razliko med povprečji pod predpostavko, da je razpršenost v primerjanih skupinah enaka. Povprečja ter rezultat testa prikazuje tabela 20.

**Tabela 20: primerjava razlik v oceni lastnega pristopa k pacientu glede na stopnjo študija**

Stopnja študija	n	PV	SO	t	p
prva	60	1,60	0,41359	0,404	0,687
druga	28	1,55	0,61729		

n = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, Vrednosti na lestvici: 1 – Da, vsekakor, 2 – Večino časa, 3 – Polovico časa, 4 – Občasno, 5 – Nikakor, t-test: statistična značilnost pri vrednosti  $p$  je manj kot 0,05

Tudi v tem primeru ugotavljamo, da med študenti na prvi in študenti na drugi stopnji študija statistično pomembna razlika v povprečjih ne obstaja. To pomeni, da študentje na prvi stopnji študija lastnega pristopa k pacientu ne ocenjuje drugače kot študentje na drugi stopnji študija.

#### 3.4.15 Povezava letnika študija z oceno lastnega pristopa k pacientu

Za ugotavljanje povezanosti med letnikom študija ter oceno lastnega pristopa k pacientu smo uporabili test primerjave več kot dveh povprečij, ki med seboj primerja povprečja skupin študentov glede na letnik študija. Najprej smo s pomočjo Levenovega testa preverili, ali je razpršenost v primerjanih skupinah enaka ali različna. Ugotovili smo, da

se razpršenosti podatkov v primerjanih skupinah ne razlikujejo. V skladu s tem smo razliko med povprečji preverjali s pomočjo ANOVA testa, ki je prikazan v tabeli 21.

**Tabela 21: Primerjava razlik v oceni lastnega pristopa k pacientu glede na letnik študija**

Stopnja in letnik študija	n	PV	SO	F	p
Prva stopnja – 1. letnik	22	1,65	0,48520	0,772	0,572
Prva stopnja – 2. letnik	20	1,64	0,39390		
Prva stopnja – 3. letnik	18	1,49	0,33388		
Druga stopnja – 1. letnik	10	1,75	0,90658		
Druga stopnja – 2. letnik	3	1,41	0,47001		
Druga stopnja – absolvent	15	1,46	0,36600		

n = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, Vrednosti na lestvici: 1 – Da, vsekakor, 2 – Večino časa, 3 – Polovico časa, 4 – Občasno, 5 – Nikakor, F = ANOVA: statistična značilnost pri vrednosti p je manj kot 0,05

Ugotavljamo, da razlike v povprečnih ocenah lastnega pristopa k pacientu glede na letnik študija niso statistično značilne. Glede na to študentje, ne glede na letnik študija, ocenjujejo lasten pristop k pacientu precej podobno.

#### 3.4.16 Povezava delovne dobe z oceno lastnega pristopa k pacientu

Preverjali smo tudi, ali obstaja povezanost med delovno dobo anketirancev ter oceno lastnega pristopa k pacientu. Ker smo že v prejšnjem podpoglavju ugotovili, da je porazdelitev spremenljivke delovna doba precej neenakomerna, tudi v tem primeru test korelacije ni primeren za izvedbo analize. Tako smo pri preverjanju povezanosti zopet uporabili spremenljivko, ki nam študente razdeli v dve skupini – na tiste s krajšo in tiste z daljšo delovno dobo. Za ugotavljanje razlik v oceni lastnega pristopa k pacientu med tema dvema skupinama študentov smo uporabili t-test za dve neodvisni skupini. Najprej smo s pomočjo Levenovega testa preverili, ali je razpršenost v primerjanih skupinah enaka ali različna. Ugotovili smo, da se razpršenost podatkov za študente s krajšo delovno dobo statistično značilno ne razlikuje od razpršenosti podatkov za študente z daljšo delovno dobo. V skladu s tem smo preverili razliko med povprečji pod predpostavko, da je razpršenost v primerjanih skupinah enaka. Povprečja ter rezultat testa prikazuje tabela 22.

**Tabela 22: Primerjava razlik v oceni lastnega pristopa k pacientu dveh skupin anketirancev z različno delovno dobo**

Delovna doba	n	PV	SO	t	p
krajša delovna doba	19	1,59	0,37339	1,842	0,073
daljša delovna doba	23	1,38	0,35174		

n = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, Vrednosti na lestvici: 1 – Da, vsekakor, 2 – Večino časa, 3 – Polovico časa, 4 – Občasno, 5 – Nikakor, *t*-test: statistična značilnost pri vrednosti *p* je manj kot 0,05

Tudi v tem primeru ugotavljamo, da med redno zaposlenimi študenti s krajšo delovno dobo ter študenti z daljšo delovno dobo statistično pomembna razlika v povprečjih ne obstaja. To pomeni, da redno zaposleni študentje ne glede na delovno dobo lasten pristop k pacientu ocenjujejo precej podobno.

### 3.4.17 Povezava izkušenj z delom v kliničnem okolju z oceno lastnega pristopa k pacientu

Za ugotavljanje razlik v oceni lastnega pristopa k pacientu med študenti z in brez izkušenj z delom v kliničnem okolju s pacienti smo uporabili *t*-test za dve neodvisni skupini, ki med seboj primerja povprečji teh dveh skupin. Najprej smo s pomočjo Levenovega testa preverili, ali je razpršenost v primerjanih skupinah enaka ali različna. Ugotovili smo, da se razpršenost podatkov za študente z izkušnjami z delom v kliničnem okolju s pacienti statistično značilno razlikuje od razpršenosti podatkov za študente brez izkušenj z delom v kliničnem okolju s pacienti. V skladu s tem smo preverili razliko med povprečji pod predpostavko, da je razpršenost v primerjanih skupinah različna. Povprečja ter rezultat testa prikazuje tabela 23.

**Tabela 23: Primerjava razlik v oceni lastnega pristopa k pacientu glede na izkušnje z delom v kliničnem okolju s pacienti**

Imate izkušnje z delom v kliničnem okolju s pacienti?	n	PV	SO	t	p
Da	93	1,52	0,38822	-1,558	0,216
Ne	4	2,46	1,20649		

n = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, Vrednosti na lestvici: 1 – Da, vsekakor, 2 – Večino časa, 3 – Polovico časa, 4 – Občasno, 5 – Nikakor, *t*-test: statistična značilnost pri vrednosti *p* je manj kot 0,05

Ugotavljamo, da sicer med študenti z in študenti brez izkušenj z delom v kliničnem okolju s pacienti manjša razlika v povprečni vrednosti obstaja, vendar pa ta razlika ni statistično značilna. Glede na to ne moremo trditi, da je ocena lastnega pristopa k pacientu povezana z izkušnjami študentov z delom v kliničnem okolju s pacienti.

### 3.4.18 Povezava poslušanja predmeta Komunikacija z oceno lastnega pristopa k pacientu

Za ugotavljanje razlik v oceni lastnega pristopa k pacientu med študenti, ki so že, in študenti, ki še niso poslušali predmeta Komunikacija, smo uporabili t-test za dve neodvisni skupini, ki med seboj primerja povprečji teh dveh skupin. Najprej smo s pomočjo Levenovega testa preverili, ali je razpršenost v primerjanih skupinah enaka ali različna. Ugotovili smo, da se razpršenost podatkov za študente, ki so že poslušali predmet Komunikacija, statistično značilno ne razlikuje od razpršenosti podatkov za študente, ki še niso poslušali predmeta Komunikacija. V skladu s tem smo preverili razliko med povprečji pod predpostavko, da je razpršenost v primerjanih skupinah enaka. Povprečja ter rezultat testa prikazuje tabela 24.

**Tabela 24: Primerjava razlik v oceni lastnega pristopa k pacientu glede na poslušanje predmeta Komunikacija**

Ali ste že poslušali predmet Komunikacija?	n	PV	SO	t	p
Da	88	1,56	0,47366	0,244	0,808
Ne	9	1,52	0,51282		

n = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, Vrednosti na lestvici: 1 – Da, vsekakor, 2 – Večino časa, 3 – Polovico časa, 4 – Občasno, 5 – Nikakor, t-test: statistična značilnost pri vrednosti  $p$  je manj kot 0,05

Ugotavljamo, da razlika v primerjanih povprečnih vrednostih ni statistično značilna. Glede na to ne moremo trditi, da je ocena lastnega pristopa k pacientu med zdravstveno nego povezan z dejstvom, da je študent že poslušal predmet Komunikacija.

Na koncu nas je zanimalo tudi, ali obstaja povezava med proučevanima vsebinskima sklopoma. V ta namen smo izračunali Pearsonov korelacijski koeficient med splošnim odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti in splošno oceno lastnega pristopa k pacientu. Rezultat prikazuje tabela 25.

**Tabela 25: Povezava med splošnim odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti in splošno oceno lastnega pristopa k pacientu**

		Odnos do učenja komunikacijskih spretnosti	Ocena lastnega pristopa k pacientu
<b>Odnos do učenja komunikacijskih spretnosti</b>	Pearsonov koeficient korelacije	1,000	-0,369**
	Asimp. p-vrednost (2-stranska)	/	0,000
	n	123	97
<b>Ocena lastnega pristopa k pacientu</b>	Pearsonov koeficient korelacije	-0,369**	1,000
	Asimp. p-vrednost (2-stranska)	0,000	/
	n	97	97

n = število anketirancev

Med odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti in oceno lastnega pristopa k pacientu obstaja srednje močna negativna povezanost ( $p=0,000$ ). To pomeni, da bolj kot anketirani študentje pozitivno ocenjujejo lasten pristop k pacientu, bolj pozitiven je njihov odnos do učenja komunikacijskih spretnosti (in obratno).

### 3.5 RAZPRAVA

Z raziskavo ugotavljamo, da je večina anketiranih študentov že poslušala predmet Komunikacija ter se zavedajo, da je za kakovostno opravljanje poklica v zdravstveni negi pomembno imeti dobre komunikacijske spretnosti. Komunikacija je namreč bistven element zdravstvene nege na vseh področjih delovanja in v vseh njenih posegih (Fakhr Movahedi, et al., 2011). Pomemben dejavnik razvoja komunikacijskih spretnosti pa je odnos študentov do učenja le teh (Čuček Trifkovič, et al., 2017).

V raziskavi smo s pomočjo CSAS lestvice želeli ugotoviti, kakšen je odnos anketiranih študentov zdravstvene nege do učenja komunikacijskih spretnosti. Ugotovili smo, da je njihov odnos pozitiven. Za razliko od naše raziskave, predhodna slovenska raziskava med študenti zdravstvene nege ( $n = 139$ ) ugotavlja njihov nevtralen odnos do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi ( $PV = 3,27$ ,  $SO = 0,36$ ) (Starman, 2017). Delno se rezultati naše in omenjene raziskave pokrivajo, saj smo sicer tudi mi ugotovili, da je bil v vzorcu večji delež anketirancev, pri katerih smo prepoznali nevtralen odnos,

kot pa anketirancev s pozitivnim odnosom. Pozitiven odnos do učenja komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi pa je podobno kot mi zabeležila raziskava med študenti zdravstvene nege na eni od ameriških univerz (Steckler, 2012).

Nadalje smo ugotovili, da na odnos do učenja komunikacijskih spretnosti statistično značilno vpliva starost, pri čemer z naraščanjem starosti anketirancev postaja odnos do komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi pozitivnejši. Poleg tega smo tudi ugotovili, da imajo izredni študentje do komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi pozitivnejši odnos v primerjavi z rednimi študenti. Slednje je ugotovila tudi raziskava Starman (2017). Nenazadnje pa so naši rezultati tudi pokazali, da se sicer med študenti prve in druge stopnje študija odnos do komunikacijskih spretnosti statistično značilno ne razlikuje, vendar pa obstajajo razlike med posameznimi letniki študija. V splošnem imajo namreč študentje drugega letnika druge stopnje študija do komunikacijskih spretnosti v zdravstveni negi statistično značilno bolj pozitiven odnos kot preostali študenti. Raziskava Čuček Trifkovič, et al. (2017) med študenti zdravstvene nege (n=143) podobno ugotavlja povezanost letnika študija z odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti. Prepoznali so, da se pozitiven odnos do tovrstnih spretnosti rahlo poveča s prvega na drugi letnik študija in rahlo zmanjša v zadnjem letniku študija. Hkrati so tudi ugotovili, da se negativen odnos do učenja komunikacijskih spretnosti rahlo zmanjša s prvega na zadnji letnik študija.

Kot zanimivost naj izpostavimo še nekaj rezultatov analize odnosa, ki ga imajo študentje FZAB do komunikacijskih spretnosti. Čeprav raziskava Xie et al. (2013) ugotavlja, da študenti zdravstvene nege potrebujejo ne le teoretično, ampak tudi praktično usposabljanje s področja komunikacijskih spretnosti, pa naša raziskava kaže, da na odnos do učenja komunikacijskih spretnosti izkušnje z delom v kliničnem okolju s pacienti ne vplivajo, pri čemer le 7 vključenih študentov nima izkušenj s tovrstnim delom. Do podobnih rezultatov smo prišli tudi v primeru, ko smo primerjali odnos do učenja komunikacijskih spretnosti med študenti, ki so že ali še niso poslušali predmet Komunikacija. Tudi v tem primeru razlik med skupinama ni.

Z raziskavo pa smo tudi ugotovili, da večina anketiranih študentov že ima izkušnje z delom v kliničnem okolju s pacienti, kar predstavlja pravo pot k pridobivanju komunikacijskih spretnosti. Priprava študentov na oblikovanje konstruktivnih komunikacijskih odnosov je namreč bistvenega pomena za izvajanje zdravstvene nege (Rosenberg & Gallo Silver, 2011). In ravno pridobivanje neposrednih izkušenj v kliničnem okolju pomembno vpliva na pridobivanje znanja, spretnosti ter splošnih in poklicnih kompetenc (Khomeiran, et al., 2006).

V raziskavi smo komunikacijske spretnosti študentov zdravstvene nege ocenili s pomočjo CPS-SVSP instrumenta, ki omogoča pridobitev ocene lastnega pristopa študentov k zdravstveni negi pacientov. Ugotovili smo, da so po lastni oceni anketirani študenti najpogosteje spoštljivi do pacienta, najredkeje pa pacientu nudijo pomoč v obliki podajanja informacij. Naša raziskava je pokazala, da študentje v povprečju lasten pristop k pacientu večinoma ocenjujejo precej pozitivno. Do podobnih rezultatov so prišli tudi v ameriški raziskavi, v katero je bilo vključenih 49 študentov prvih letnikov zdravstvene nege in ki so lasten pristop k pacientu prav tako ocenili pozitivno (Kato, 2014).

V naši raziskavi smo ugotovili tudi, da z naraščanjem starosti anketiranci svoj lasten pristop k pacientu ocenjujejo bolj pozitivno. Raziskava Li et al. (2016) med 657 anketiranci, ki so jih sestavljali tako študenti zdravstvene nege kot tudi medicinske sestre / zdravstveni tehniki, podobno ugotavlja povezanost starosti s pristopom k pacientu tako med študenti zdravstvene nege, kot tudi v celotnem vzorcu anketiranih. Po drugi strani pa smo ugotovili, da na oceno lastnega pristopa študentov k zdravstveni negi pacientov ne vpliva način študija (redni / izredni), kot tudi ne letnik in stopnja študija. Ta ugotovitev je v nasprotju z ugotovitvami raziskave Khademian in Vizeshtar (2008), ki je na vzorcu 90 študentov zdravstvene nege ugotovila, da na dojetje pomembnosti določenih pristopov k pacientu pri izvajanju zdravstvene nege pomembno vpliva letnik študija. Na razlike v pristopu študentov zdravstvene nege k pacientu glede na letnik študija pa je opozorila tudi raziskava Murphy et al. (2009). Na osnovi odgovorov 174 študentov zdravstvene nege so namreč rezultati analize pokazali, da študentje prvega letnika pomembnost pozitivnega pristopa k pacientu ocenjujejo višje



kot študentje tretjega letnika. S tem pa je raziskava tudi nakazala na možnost, da izobraževalni proces zmanjšuje pomembnost, ki jo študentje pripisujejo pristopu k pacientu. V povezavi s tem omenimo Irsko, kjer so McCarthy, et al. (2008) opisale sam potek vključitve novega, na komunikacijske spretnosti osredotočenega modula v študij zdravstvene nege.

V raziskavi pa smo nazadnje proučili tudi povezanost med oceno lastnega pristopa k pacientu ter odnosom do učenja komunikacijskih spretnosti. Ugotovili smo, da bolj kot študentje lasten pristop k pacientu ocenjujejo pozitivno, bolj pozitiven je tudi njihov odnos do učenja komunikacijskih spretnosti. Rezultat je v skladu z navedbami raziskave Steckler (2012), ki izpostavlja vpliv kognitivnega dožemanja učenja na spreminjanje vedenja.

Naša raziskava ima nekaj omejitev. Prva je ta, da zaradi načina vzorčenja rezultatov ne moremo posploševati na vse študente FZAB, saj uporabljen vzorec ni reprezentativen. Iz tega sledi tudi dejstvo, da rezultatov ne moremo posploševati na ostale študente zdravstvene nege. Nadalje kot omejitev raziskave izpostavljam tudi, da smo uporabljen instrument zbiranja podatkov prevedli iz angleškega jezika, saj je sam proces prevajanja instrumentov precej zahteven in potrebuje posebno pozornost in testiranja. Nenazadnje pa kot omejitev raziskave izpostavljam tudi sam način, na katerega so študenti podali podatke. Namreč, uporabljen merski instrument temelji predvsem na lastni oceni študentov tako njihovega odnosa do učenja komunikacijskih spretnosti, kot tudi lastnega pristopa k pacientu pri opravljanju zdravstvene nege. Tovrstni podatki lahko dajejo popačeno sliko tega, kakšne so dejanske komunikacijske spretnosti ter na kakšen način študenti pristopajo k pacientom v praksi.

## 4 ZAKLJUČEK

Komunikacija je dvosmeren proces, v katerega smo ljudje vpeti praktično vsak dan. S komunikacijo se srečujemo na različnih področjih, v različnih situacijah, nanjo pa vplivajo različni dejavniki. Ravno zato je način ter potek komunikacije v različnih življenjskih situacijah različen, zaradi česar je pomembno, da udeleženci komunikacije posedujejo komunikacijske spretnosti, ki so prilagojene dani situaciji.

V pričujočem delu smo se osredotočili na področje komuniciranja v zdravstveni negi. Zavedati se moramo, da je za tovrstno komunikacijo značilno, da ne poteka le med zdravstvenim osebjem, temveč vključuje tudi paciente in njihove svojce. V ta proces so preko kliničnih vaj vključeni tudi študentje zdravstvene nege, ki poleg splošnih in poklicno specifičnih kompetenc pridobivajo tudi neposredne izkušnje in gradijo na svojih komunikacijskih spretnostih.

Glede na pomembnost tega vidika, smo tako proučili komunikacijske spretnosti, ki so značilne za študente zdravstvene nege Fakultete za zdravstvo Angele Boškin (FZAB). Večina študentov FZAB je tekom svojega izobraževanja že poslušala predmet Komunikacija, še več pa jih je že imelo priložnost pridobivanja izkušenj v kliničnem okolju s pacienti. Tako imajo na splošno gledano pozitiven odnos do učenja komunikacijskih spretnosti. To še posebej velja za starejše študente višjih letnikov študija ali tiste, ki se šolajo izredno. Vendar pa je tudi med preostalimi, mlajšimi in redno vpisanimi študenti mogoče zaslediti pozitiven odnos do učenja komunikacijskih spretnosti. Tudi lasten pristop k pacientu pri opravljanju zdravstvene nege študentje ocenjujejo precej pozitivno, kar še posebej velja za starejše, življenjsko bolj izkušene študente.

Pri tem seveda ne smemo zanemariti dejstva, da smo v raziskavi komunikacijske spretnosti študentov zdravstvene nege ocenili s pomočjo merskega instrumenta, ki je od anketiranih študentov pridobil zgolj njihovo mnenje glede odnosa do učenja komunikacijskih spretnosti ter lastno oceno pristopa k pacientu pri izvajanju zdravstvene nege. Zato predlagamo, da v prihodnje proučimo komunikacijske spretnosti

študentov zdravstvene nege med samim izvajanjem zdravstvene nege, na osnovi za to vzpostavljenega evalvacijskega vprašalnika.

Vse ugotovitve naše raziskave so precej spodbudne in lahko vodijo do večjih premikov pri ozaveščanju sedanjih in bodočih zdravstvenih delavcev glede pomena ter učenja komunikacijskih spretnosti. Zavedanje pomembnosti tega aspekta opravljanja poklica zdravstvenih delavcev ter naklonjenost in pripravljenost študentov učenja in pridobivanja praktičnih izkušenj tudi na področju komuniciranja pa lahko vzamemo kot enega izmed glavnih temeljev, na katerem je možno v prihodnosti graditi in izpopolniti študij zdravstvene nege, ki bo še več pozornosti posvečal komunikacijskih spretnostim.

## 5 LITERATURA

Ammentorp, J., Sabroe, S., Kofoed, P. & Mainz, J., 2007. The effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy. A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 66(3), pp. 270-277.

ANA Leadership Institute, 2013. *Competency Model*. [online] Available at: [https://learn.ananursingknowledge.org/template/ana/publications\\_pdf/leadershipInstitute\\_competency\\_model\\_brochure.pdf](https://learn.ananursingknowledge.org/template/ana/publications_pdf/leadershipInstitute_competency_model_brochure.pdf) [Accessed 5 February 2017].

Arthur, D., 1999. Assessing nursing students' basic communication and interviewing skills: the development and testing of a rating scale. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), pp. 658-665.

Birk, K., 2009. Profesionalna komunikacija kot del managementa v zdravstveni negi. In: Š. Bojanec, ed. *Zbornik 6. študentske konference Fakultete za management. Koper, 18.-20. november 2009*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper, pp 57-61.

Berry, D., 2007. *Health communication theory and practice*. In: S. Payne & S. Horn, eds. Health psychology. England: Open university press.

Brown, B. 2013. *Definition of Effective Communication Skills*. [online] Available at: <http://www.livestrong.com/article/67317-definition-effective-communication-skills/> [Accessed 16 August 2013].

Campbell Hetzel, S., Pagano, M., Osha, E.R., Connery, C., & Colby, C., 2013. Development of the Health Communication Assessment Tool: Enhancing Relationships, Empowerment, and Power-Sharing Skills. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(11), pp. 543-550.

Čuček Trifkovič, K., Lorber, M., Denny, M., Denieffe, S. & Gönc, V., 2017. *Attitudes of Nursing Students Towards Learning Communication Skills*. In: M. Pajnkihar, D. Vrbnjak & G. Stiglic, eds. *Teaching and Learning in Nursing*. Rijeka: InTech, pp. 2-15.

D'emeh M., 2007. *A description of communication patterns used by baccalaureate nursing students when interacting with patients in the clinical setting: doctor dissertation*. Mississippi USA: The University of Southern Mississippi.

Drobnjak, D., 2016. Varnost in komunikacija. In: T. Požarnik, ed. *Zbornik XXXV: Varnostna kultura- zapleti in odkloni, ki nam pretijo. Bled, 15.04.2016*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti., pp. 10-16.

Duratović, A., 2013. *Pomen komunikacije v odnosu med zdravstvenim osebjem in ženskami v državnem presejalnem programu ZORA. Zbornik predavanj, 4. izobraževalni dan programa ZORA – ZORA 2013. Brdo pri Kranju, 26. 04.2013*. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, pp. 60-65.

Dzaher, A., 2016. *Utilising nonverbal communication in the nurse patient relationship*. [online] Available at: <http://today.mims.com/topic/utilising-nonverbal-communication-in-the-nurse-patient-relationship> [ Accessed 12 November 2016].

Fakhr Movahedi, A., Salsali, M., Negarandeh, R. & Rahnavard, Z., 2011. Raziskovanje kontekstualne dejavnike odnos sestra-bolnik: kvalitativna študija. *Koomesh Journal*, 13(1), pp. 23-34.

Fakhr Movahedi, A., Negarandeh, R. & Salsali, M., 2012. Exploring Nurse-Patient Communication Strategies. *Hayat Journal of Faculty of Nursing & Midwifery*, 18(4), pp. 28-46.

Field, A., 2009. *Discovering Statistics Using SPSS*. London: SAGE.

Fink, I., Goltnik Urnaut, A. & Števančec, D., 2009. *Poslovno komuniciranje. konzorcij višjih strokovnih šol za izvedbo projekta Impletum*. [online] Available at: [http://www.impletum.zavod-irc.si/doc/Skriti\\_dokumenti/Poslovno\\_komuniciranje-Fink\\_Goltnik\\_Stevancec\\_.pdf](http://www.impletum.zavod-irc.si/doc/Skriti_dokumenti/Poslovno_komuniciranje-Fink_Goltnik_Stevancec_.pdf) [Accessed 9 February 2017].

Fox, A.S., Heritage, J., Stockdale, E.S., Asch, M., Steven, D.N. & Reise, P.S., 2009. Cancer screening adherence: Does physician-patient communication matter? *Patient Education and Counseling*, 75(2), pp. 178-184.

Furlan Lipovec, M., 1986. Komuniciranje v procesu zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 20, pp. 277-284.

Gasar, S., 2008. *Poslovno komuniciranje : učbenik za višjo strokovno šolo*. Kranj: B&B.

Gavranović, S., 2011. *Asertivnost pri managementu v zdravstveni negi: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.

Gough, J., Johnson, L., Waldron, S., Tyler, P. & Donath, S., 2009. Clinical communication: Innovative education for graduate nurses in paediatrics. *Nurse Education in Practice*, 9(3), pp. 209-214.

Govekar-Okoliš, M., Kranjčec, R. & Gruden, U., 2010. *Pogledi mentorjev na praktično usposabljanje študentov v delovnih organizacijah*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.

Grintal, B., 2012. *Znam komunicirati na delovnem mestu*. [pdf] Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport. Javni zavod Cene Štupar- Center za izobraževanje Ljubljana. Available at: [http://www.cenestupar.si/images/uploads/Gradivo\\_Znam\\_komunicirati\\_na\\_delovnem\\_mestu.pdf](http://www.cenestupar.si/images/uploads/Gradivo_Znam_komunicirati_na_delovnem_mestu.pdf) [Accessed 17 February 2017].

Gruban, B., 2007. Kompetenčni profil vodje tretje generacije managementa. *HRM: strokovna revija za ravnanje z ljudmi pri delu*, 5(17), pp. 26-33.

Hamilton, S., 2007. A framework for effective communication skills in patient education. *Nursing times*, 103(48), pp. 30-31.

Hanifi N., Parvizy S. & Joolae, S., 2012. The miracle of communication as a global issue in clinical learning motivation of nursing students. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 12(47), pp. 1775-1779.

Hans, E. & Hans, A., 2014. Role of professional communication in today's world of business and commerce. *Journal of Research in Humanities and Social Science*, 2(9), pp. 72-76.

Hedberg, B., Cederborg, A.C. & Johanson, M., 2007. Care-planning meetings with stroke survivors: nurses as moderators of the communication. *Journal of Nursing Management*, 15(2), pp. 214-221.

Henderson, A., Heel, A. & Twentyman, M., 2007. Enabling Student Through strategic partnerships between a health-care organizations and tertiary institutions. *Journal of Nursing Management*, 15(1), pp. 91-96.

Hopkins, J., 2003. *American health ways: Defining the patient-physician relationship for the 21 st century. 3 rd annual disease management outcomes summit*. Phoenix, Arizona, ZDA: American healthways, inc, pp. 1-13.

International Labour Office. 2006. *Guidelines for development of regional model competency standards*. Bangkok: International Labour Organization.

Jaffari Golestan, N., Vanaki, Z. & Memarian, R., 2008. Organizing "nursing mentors committee": an effective strategy for improving novice nurses' clinical competency. *Iranian Journal of Medical Education*, 7(2), pp. 236-237.

Jerenko, Ž. & Serec, J., 2015. *Etična komunikacija v zdravstveni negi*. [online] Available at: <https://prezi.com/s2ah2gdb8aey/eticna-komunikacija-v-zdravstveni-negi/> [Accessed 30 November 2017].

Kato, A., 2014. The Effect of a Recorded Life Story on Nursing Students Caring Behaviors. *Nursing Theses, Dissertation and Projects*, Paper 25. East Eisenhower Parkway: ProQuest LLC.

Keyton, J., 2011. *Communication and organizational culture: A key to understanding work experience*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Khademian, Z. & Vizeshtar, F. 2008. Nursing students' perceptions of the importance of caring behaviors. *Journal of Advanced Nursing*, 61(4), pp. 456-462.

Khomeiran, T.R., Yekta, Z.P., Kiger, A.M. & Ahmadi, F., 2006. Professional competence: factors described by nurses as influencing their development. *International Nursing Review*, 53(1), pp. 66-72.

Kos, B., 2007. *Učinkovita komunikacija*. [online] Available at: <http://www.blazkos.com/ucinkovita-komunikacija.php> [Accessed 18 February 2017].

Kourkouta, L. & Papathanasiou, I., 2014. Communication in nursing practice. *Journal Materia Socio Medica*, 26(1), pp. 65-67.

Krimshtein, N.S., Luhrs, C.A., Puntillo, K.A., Cortez, T.B., Livote, E.E., Penrod, J.D. & Nelson, J.E., 2011. Training nurses for interdisciplinary communication with families in the intensive care unit: An intervention. *Journal of Palliative Medicine*, 14(12), pp. 1325-1331.

Križan, P., 2009. *Poklicno zadovoljstvo medicinskih sester v enoti intenzivne terapije: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.



Kvas, A., 2014. Komuniciranje kot ključna kompetenca vodilnih zdravstveni negi. In: A. Kvas, S. Đurđa, P. Požun, G. Lokajner & R. Kobentar, eds. *Prenos informacij v zdravstveni in babiški negi*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 11-21.

Leskovic, L., 2014. Komunikacija, ki zagotavlja zadovoljstvo pacienta in zaposlenih. In: M. Tomšič, ed. *Medsebojni odnosi v zdravstveni negi. Zbornik prispevkov. 6. dnevi Marije Tomšič. Dolenjske Toplice, 23.01.2014*. Novo mesto: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto, Fakulteta za zdravstvene vede, Splošna bolnišnica Novo mesto, pp. 28-34.

Li, YS., Yu, WP., Yang, BH. & Liu CF., 2016. A comparison of the caring behaviours of nursing students and registered nurses: implications for nursing education. *Journal of Clinical Nursing*, 25(21-22), pp. 3317-3325.

Lokar, K., 2011. Vpliv sodobne tehnologije na komunikacijo v zdravstvu. In: M. Matkovič & B. Petrijevčanin, eds. *Komunikacija in njene vrzeli pri delu z okološkim pacientom. Zbornik predavanj. Maribor, 01.04.2011*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 27-35.

Maze, H. & Plank. D., 2012. *Zdravstvena nega in raziskovanje*. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju.

McCabe, C. & Timmins, F., 2014. *Communication Skills for Nursing Practice*. 2. izd. London: Palgrave Macmillan.

McCarthy, B., O'Donovan, M. & Twomey, A., 2008. Person-centered communication: Design, implementation and evaluation of a communication skills module for under-

graduate nursing students – an Irish context. *Contemporary Nurse: Healthcare Across the Lifespan*, 27(2), pp. 207-222.

McGilton, K., Irwin Robinson, H., Boscart, V. & Spanjevic, L., 2006. Communication enhancement: nurse and patient satisfaction outcomes in a complex continuing care facility. *Journal of Advanced Nursing*, 54(1), pp. 35-44.

Mikanowicz, C. & Gmeiner, A., 2017. *Communication Strategies*. [online] Available at: <https://www.nursece.com/courses/48> [ Accessed 14 February 2017].

Moriarty, J., Manthorpe, J., Stevens, M., Hussein, S., Macintyre, G. & et al., 2010. A degree of success? Messages from the new social work degree in England for nurse education. *Nurse Education Today*, 28(1), pp. 29-42.

Moussas, G.I., Karkanias, A.P. & Papadopoulou, A.G., 2010. Psychological dimension of cancer genetics: Doctor-Patient communication. *Journal Phychiatriki*, 21(2), pp. 148–157.

Mullan, B.A. & Kothe, E.J., 2010. Evaluating a nursing communication skills training course: The relationships between self-rated ability, satisfaction, and actual performance. *Nurse Education in Practice*, 10(6), pp. 374-378.

Murphy, F., Jones, S., Edwards, M, James, J. & Mayer, A., 2009. The impact of nurse education on the caring behaviours of nursing students. *Nurse Education Today*, 29(2), pp. 254-264.

Nelson, D.L. & Blenkin, C., 2007. The power of online role- play simulations: technology in nursing education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 4(1), pp. 1-12.

Paladin, M., 2011. *Neverbalna komunikacija: dopolniti besede in biti prepričljiv*. Nova Gorica: Educa.

Panagopoulou, E. & Benos, A., 2004. Communication in medical education. A matter of need or an unnecessary luxury?. *Archives of Hellenic Medicine*, 21(4), pp. 385-390.

Pangaltsos, A., 2011. *Medical thought*. Solun: M. Barbounaki.

Papadantonaki, A., 2006. Communication and Nursing. *Nosileftiki- Hellenic Journal of Nursing*, 45(3), pp. 297-298.

Papagiannis, A., 2010. Talking with the patient: fundamental principles of clinical communication and announcement of bad news. *Medical Time Northwestern Greece*, 6(Supplement) pp. 43-49.

*Patient Safety Authority*. 2017. Educational Tools. [online] Available at: <http://patientsafetyauthority.org/EducationalTools/PatientSafetyTools/healthlit/Pages/home.aspx> [Accessed 12 February 2017].

Počkar, M., 2008. *Poslovno komuniciranje*. Ljubljana: Zavod IRC. [online] [http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/vs/Gradiva\\_ESS/Impletum/IMPLETUM\\_304POSLOVNI\\_Poslovno\\_Pockar.pdf](http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/vs/Gradiva_ESS/Impletum/IMPLETUM_304POSLOVNI_Poslovno_Pockar.pdf) [Accessed 12 February 2017].

Reising, D.L., Carr, D.E., Tieman, S., Fealther, R. & Ozdogan, Z., 2015. Psychometric Testing of a Simulation Rubric for Measuring Interprofessional Communication. *Nursing Education Perspectives*, 36(5), pp. 311-316.

Rosenberg, S. & Gallo Silver, L., 2011. Therapeutic communication skills and student nurses in the clinical setting. *Teaching and Learning in Nursing*, 6(1), pp. 2-8.

Rosenstein, A. & O'Daniel, M., 2008. Survey links disruptive behavior to negative patient outcomes. *OR Manager*, 21(3), pp. 20-22.

Shafakhah, M., Zarshenas, L., Sharif, F. & Sabet Sarvestani, R., 2015. Evaluation of Nursing Students' Communication Abilities in Clinical Courses in Hospitals. *Global Journal of Health Science*, 7(4), pp. 323-328.

Sheldon, L., 2005. *Communication for nurses: Talking with patients*. 2. izd. London: Jones and Bartlett publishers.

Starman, K., 2017. *Pogled študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin na pomen komunikacije v zdravstvu in odnosno komuniciranje*: diplomsko delo. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

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

Stričević, J. & Ivanc, Z., 2006. Besedna in nebesedne spretnosti pri sporazumevanju. In: B. Filej, B. M. Kaučič, M. Lahe & M. Pajnikihar, eds. *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege – Zbornik predavanj in posterjev 1. simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo*. Maribor 2006. Maribor: Založba Pivec, pp. 67-71.

Šavle, M., 2008. Strokovna angleščina v zdravstveni negi veščine uspešne komunikacije. *Obzornik zdravstvene nege*, 42(4), pp. 1-4.

Škufca Smrdel, A.C., 2011. Veščine komunikacije v odnosu zdravstveni delavec – bolnik. In: M. Matkovič & B. Petrijevčanin, eds. *Komunikacija in njene vrzeli pri delu z okološkimi pacientom*. Zbornik predavanj. Maribor, 01.04.2011. Ljubljana: *Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije*, pp. 7-16.

Trobec, I., Čuk, V. & Istenič Starčič, A., 2014. Kompetence zdravstvene nege ter opredelitev strategij razvoja kompetenc na dodiplomskem študiju zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(4), pp. 310-322.

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

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

Videčnik, I. 2011. *Komuniciranje v zdravstvu*. Modul licenca. [online] Available at: <http://www.dmsbztsg.si/2011/images/stories/novice/izobrazevanje/KOMUNICIRANJE%20V%20ZDRAVSTVU.pdf> [ Accessed 9 february 2017].

Villagran, M., Goldsmith, J., Wittenberg Lyles, E. & Baldwin, P., 2010. Creating COMFORT: A communication based model for breaking bad news. *Communication Education*, 59(3), pp. 220-234.

Vuković, M., Gvozdenović, B.S., Stamatović Gajić, B., Ilić, M. & Gajić, T., 2010. Development and evaluation of the nurse quality of communication with patient questionnaire. *Srpski Arhiv za Celokupno Lekarstvo*, 138(1-2), pp. 79-84.

Wikström, B.M. & Svidén, G., 2011. Exploring communication skills training in undergraduate nurse education by means of a curriculum. *Nursing Reports*, 1(1), pp. 17-27.

Wittenberg Lyles, E., Goldsmith, J., Sanchez-Reilly, S. & Ragan, S.L., 2008. Communicating a terminal prognosis in a palliative care setting: Deficiencies in current communication training protocols. *Social Science and Medicine*, 66(11), pp. 2356-2365.

Wlatvsky, Z., Hočevar, F., Kitek, A. & Vidmar, J., 2007. *Priročnik za mentorje pri usposabljanju z delom*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo.

Xie, J., Ding, S., Wang, C. & Liu, A., 2013. An evaluation of nursing students' communication ability during practical clinical training. *Nurse Education Today*, 33, pp. 823-827.

Železnik, D. & Železnik, U., 2007. *Posebnosti komuniciranja s starejšimi ljudmi*. In: E. Kavaš, M. Zrim, Z. Lebar & I. Šumak, eds. *Obravnava starejših z vidika zdravstvene nege v vseh okoljih- Zbornik strokovnega seminarja 2010*. Murska Sobota, 1.12.2010. Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja., pp. 8-13.

Železnik, D., Brložnik, M., Hajdarevič-Buček, I., Dolinšek, M., Filej, B., Istenič, B., Kersnič, P., Grabnar Kos, E., Leskovic, L., Njenjić, G., Popović, S. & Verbič, M., 2008. *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

## **6 PRILOGE**

### **6.1 INSTRUMENT**

#### **ANKETA O KOMUNIKACIJSKIH SPRETNOSTIH ŠTUDENTOV FAKULTETE ZA ZDRAVSTVO ANGELE BOŠKIN**

Spoštovani,

Sem Anže Fuhrmann, študent Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Pripravljam diplomsko delo z naslovom Komunikacijske spretnosti študentov zdravstvene nege, pod mentorstvom doc. dr. Simona Hvalič Touzery. Z raziskavo želim ugotoviti komunikacijske spretnosti študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Prosim vas, da izpolnite anketo in mi pomagate pri izdelavi diplomskega dela. Vaše sodelovanje pri raziskavi je na prostovoljni osnovi, anketa je anonimna. Podatki, ki jih bomo pridobili od vas, bodo uporabljeni izključno za izdelavo diplomskega dela.

Za vašo pripravljenost k sodelovanju se vam že vnaprej zahvaljujem.

#### **1. Spol (obkrožite)**

- a) Ženski
- b) Moški

#### **2. Starost (dopišite)**

V letih: \_\_\_\_\_

**3. Označite s križcem, katero leto študija ste in ali ste redni ali izredni študent:**

		<b>3a. REDNI</b>	<b>3b. IZREDNI</b>
	<b>Študij na prvi stopnji (ZN)</b>		
1.	1.letnik		
2.	2.letnik		
3.	3.letnik		
	<b>Študij na drugi stopnji (ZN)</b>		
4.	1.letnik		
5.	2.letnik		
6.	Absolvent		
7.	Drugi		

**4. Ali ste redno zaposleni?**

- a) Da
- b) Ne

**4.1 Če DA, napišite v letih, koliko let delovne dobe imate: \_\_\_\_\_ let**

**5. Ali ste že delali v kliničnem okolju s pacienti? (Ustrezno obkrožite)**

- a) Da
- b) Ne

**6. Ali ste že poslušali predmet KOMUNIKACIJA v sklopu študija na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin ali drugje?**

- a) Da
- b) Ne

**7. Kako dobro poznate lastno govorico telesa? (Ustrezno obkrožite)**

- a) je ne poznam
- b) slabo
- c) srednje
- d) dobro
- e) zelo dobro



**SKLOP 1: ODNOS ŠTUDENTOV DO POMENA KOMUNIKACIJSKIH SPRETNOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI (Rees et al., 2002)**

Preberite naslednje trditve o komunikacijskih spretnostih s pacienti in obkrožite, v kakšni meri se vam zdi pomemben posamičen način komuniciranja s pacienti, pri čemer 1 pomeni – zelo se ne strinjam, 2 pomeni –ne strinjam se, 3 pomeni – niti se ne strinjam niti se strinjam , 4 pomeni –se strinjam, 5 pomeni – zelo se strinjam.

<b>S1</b>		<b>1 sploh se ne strinjam</b>	<b>2 se ne strinjam</b>	<b>3 niti se ne strinjam, niti strinjam</b>	<b>4 se strinjam</b>	<b>5 zelo se strinjam</b>
S1_1	Če želim biti dobra medicinska sestra/medicinski tehnik, moram imeti dobre komunikacijske spretnosti.					
S1_2	Ne vidim smisla v učenju komunikacijskih spretnosti.					
S1_3	Ob pomanjkanju komunikacijskih spretnosti bi bil pri šolanju redko kdo uspešen.					
S1_4	Razvijanje komunikacijskih spretnosti je enako					

S1		1 sploh se ne strinjam	2 se ne strinjam	3 niti se ne strinjam, niti strinjam	4 se strinjam	5 zelo se strinjam
	pomembno kot znanje iz zdravstvene nege.					
S1_5	Učenje komunikacijskih spretnosti mi bo pomagalo pri spoštovanju pacientov.					
S1_6	Nimam časa za učenje komunikacijskih spretnosti.					
S1_7	Učenje komunikacijskih spretnosti je zanimivo.					
S1_8	Udeležba na predavanjih iz komunikacijskih spretnosti mi je odveč.					
S1_9	Učenje komunikacijskih spretnosti mi je pomagalo oziroma mi bo pomagalo					

S1		1 sploh se ne strinjam	2 se ne strinjam	3 niti se ne strinjam, niti strinjam	4 se strinjam	5 zelo se strinjam
	uspešno delovati v timu.					
S1_10	Učenje komunikacijskih spretnosti je izboljšalo mojo sposobnost za komuniciranje s pacienti.					
S1_11	Pri učenju komunikacijskih spretnosti se razlaga nekaj splošnega, kar se zapleteno predstavi					
S1_12	Učenje komunikacijskih spretnosti je zabavno.					
S1_13	Učenje komunikacijskih spretnosti je preveč enostavno.					
S1_14	Učenje komunikacijskih spretnosti mi je					

S1		1 sploh se ne strinjam	2 se ne strinjam	3 niti se ne strinjam, niti strinjam	4 se strinjam	5 zelo se strinjam
	pomagalo oziroma mi bo pomagalo spoštovati kolege.					
S1_15	Težko zaupam informacijam o komunikacijskih spretnostih, ki mi jih podajo predavatelji izven zdravstvene stroke.					
S1_16	Učenje komunikacijskih spretnosti mi je pomagalo oziroma mi bo pomagalo prepoznati pacientove pravice (npr. zaupnost, pridobivanje soglasja).					
S1_17	Poučevanje komunikacijskih sposobnosti bi imelo boljše podobo, če bi bilo podobno					

S1		1 sploh se ne strinjam	2 se ne strinjam	3 niti se ne strinjam, niti strinjam	4 se strinjam	5 zelo se strinjam
	znanstvenemu predmetu.					
S1_18	Ko sem se odločil za poklic medicinske sestre/tehnika se mi je zdelo zelo dobro, da se bom učil komunikacijske spretnosti					
S1_19	Za opravljanje poklica medicinske sestre ne potrebujem dobrih komunikacijskih spretnosti.					
S1_20	Težko priznam, da imam težave s komunikacijo.					
S1_21	Mislim, da je zelo koristno, da se pri študiju zdravstvene nege učimo o komunikacijskih					

S1		1 sploh se ne strinjam	2 se ne strinjam	3 niti se ne strinjam, niti strinjam	4 se strinjam	5 zelo se strinjam
	spretnosti.					
S1_22	Čez program zdravstvene nege me bo popeljala moja sposobnost, da opravi izpite, ne pa moje komunikacijske spretnosti.					
S1_23	Učenje komunikacijskih sposobnosti spada k učenju zdravstvene nege					
S1_24	Učenje komunikacijskih spretnosti težko vzamem resno.					
S1_25	Učenje komunikacijskih spretnosti je pomembno, ker je moja sposobnost komuniciranja življenjska veščina.					
S1_26	Učenje					

<b>S1</b>		<b>1 sploh se ne strinjam</b>	<b>2 se ne strinjam</b>	<b>3 niti se ne strinjam, niti strinjam</b>	<b>4 se strinjam</b>	<b>5 zelo se strinjam</b>
	komunikacijskih spretnosti bi morali prepustiti študentom psihologije, ne pa zdravstvene nege.					

**SKLOP 2: OCENA LASTNEGA PRISTOPA K PACIENTU (CPS-SVSP) (Kato, 2014)**

Označite številko pri besedah, ki najboljše opisujejo kako običajno pristopate k zdravstveni negi pacienta: 1 pomeni – da, vsekakor, 2 pomeni – večino časa, 3 pomeni – polovico časa, 4 pomeni – občasno , 5 pomeni – nikakor, N/A pomeni- ne morem trditi.

<b>S2</b>	<b>Da, vsekakor</b>	<b>Večino časa</b>	<b>Polovico časa</b>	<b>Občasno</b>	<b>Nikakor</b>	<b>Ne morem trditi</b>
<b>Med zdravstveno nego pacienta sem:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>N/A</b>
S2_1 Čustveno umaknjen/a?						
S2_2 Tolažeč/a?						
S2_3 Pozitiven/a?						

<b>S2</b>	<b>Da, vsekakor</b>	<b>Večino časa</b>	<b>Polovico časa</b>	<b>Občasno</b>	<b>Nikakor</b>	<b>Ne morem trditi</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>N/A</b>
<b>Med zdravstveno nego pacienta sem:</b>						
S2_4 Odrezav/a?						
S2_5 Žaljiv/a?						
S2_6 Informativen/a?						
S2_7 Kompetenten/a?						
S2_8 Razumevajoč?						
S2_9 Oseben/a?						
S2_10 Skrben/a?						
S2_11 V podporo pacientu?						
S2_12 Pozoren poslušalec/ka?						
S2_13 Osredotočen/a na pacienta?						
S2_14 Tehnično spreten/a?						
S2_15 Seznanjen/a s pacientovimi						



<b>S2</b>	<b>Da, vsekakor</b>	<b>Večino časa</b>	<b>Polovico časa</b>	<b>Občasno</b>	<b>Nikakor</b>	<b>Ne morem trditi</b>
<b>Med zdravstveno nego pacienta sem:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>N/A</b>
občutki?						
S2_16 Vidno ganjen/a ob pacientovi izkušnji?						
S2_17 Zmožen/na pacientu dati upanje?						
S2_18 Spoštljiv do pacienta?						

Hvala za sodelovanje!