

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Alenka Bijol

Kakovost v zdravstveni negi: vidik komunikacije in podpore pacientu pri zdravljenju v  
bolnišnici

Diplomsko delo

Ljubljana, 2011

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Alenka Bijol

Mentorica: red. prof. dr. Mirjana Ule

Kakovost v zdravstveni negi: vidik komunikacije in podpore pacientu pri zdravljenju v  
bolnišnici

Diplomsko delo

Ljubljana, 2011

## ZAHVALA

*Za vso strokovno pomoč, vodenje ter spodbudne besede in prijaznost pri pisanju diplomskega dela se iskreno zahvaljujem mentorici, red. prof. dr. Mirjani Ule.*

*Posebna zahvala pa gre moji družinici, staršem in bratu, ki so me ves čas študija podpirali, se veselili z mano vsakega uspeha posebej ter verjeli vame.*

## **Kakovost v zdravstveni negi: vidik komunikacije in podpore pacientu pri zdravljenju v bolnišnici**

V poklicu medicinske sestre je v središču delovanja in zanimanja bolan ali zdrav človek. Tako mora imeti medicinska sestra za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege ustrezno znanje in spretnosti pri delu z ljudmi. Da je kakovost še kako pomembna, sem prikazala s pristopom, ki izhaja iz potreb pacienta in ga tudi aktivno vključuje v obravnavo. Znotraj pristopa k pacientu usmerjene zdravstvene nege pa je prav komuniciranje najpomembnejši izvedbeni element. Cilj diplomskega dela je podrobneje predstaviti področje komunikacije in podpore pacientu pri zdravljenju v bolnišnici kot dela kakovosti v zdravstveni negi. Želela pa sem predstaviti tudi mnenje pacientov o nivoju kakovosti na obravnavanem področju, ki jo doživljajo med zdravljenjem na Internem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice. Rezultati diplomskega dela so pokazali, da so pacienti s komunikacijo z medicinskimi sestrami ter podporo, ki so je deležni z njihove strani, zadovoljni, saj so jo ocenili z relativno visokimi ocenami. Manjše zadovoljstvo pa so pacienti izrazili na področju prvega srečanja oziroma prihoda na oddelek ter same seznanjenosti z negovalnimi postopki.

**Ključne besede:** kakovost v zdravstveni negi, komunikacija, podpora pacientu.

## **Quality in nursing: the aspect of communication and support to the patient during hospitalisation**

People, be they healthy or ill are at the centre of nurse's work. In order to provide a quality service a nurse needs knowledge and skills regarding dealing with the patients. Patient-focused approach to healthcare shows that quality matters and communication with the patient is at the core of the approach. Goal of my thesis is therefore to present the aspect of communication and support to the patient during hospitalisation as an integral part of quality in nursing. Further, I present the opinion of patients at the Internal medicine ward of Splošna bolnišnica Jesenice on the quality of nursing as they have experienced during their stay. The results show generally high patients' satisfaction regarding communication with nurses and support from them. Lower level of satisfaction was expressed regarding reception to the ward and being acquainted with nursing interventions.

**Keywords:** quality in nursing, communication, support to the patient.

## KAZALO

1	UVOD .....	7
2	ZAGOTAVLJANJE KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU .....	9
2.1	KONCEPTI MENEDŽMENTA KAKOVOSTI NA SPLOŠNO IN V ZDRAVSTVU .....	11
2.2	KONCEPT ZDRAVSTVENE OSKRBE, OSREDOTOČENE NA PACIENTA.....	13
2.3	KAKOVOST V MODERNI ZDRAVSTVENI NEGI IN KOMUNICIRANJE S PACIENTOM.....	14
3	KOMUNIKACIJA IN PODPORA PACIENTU.....	15
3.1	PSIHOLOGIJA KOMUNICIRANJA .....	16
3.1.1	Kaj je komuniciranje? .....	16
3.1.2	Pomen komuniciranja.....	17
3.1.3	Ravni komuniciranja .....	18
3.1.4	Vrste komuniciranja .....	20
3.2	PODPORA PACIENTU IN PODPORNO KOMUNICIRANJE .....	27
3.2.1	Empatija, sočutje in zaupanje kot dejavniki podpornega komuniciranja.....	28
3.2.2	Etični in pravni vidik varovanja dostojanstva in zasebnosti .....	31
3.2.3	Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.....	33
3.3	KOMUNICIRANJE JE ZDRAVLJENJE OZIROMA TUDI BESEDA JE ZDRAVILO .....	34
3.4	TERAPEVTSKA KOMUNIKACIJA .....	36
3.4.1	Razlogi za učenje terapevtske komunikacije v zdravstveni negi.....	37
3.5	MERJENJE KAKOVOSTI ZDRAVSTVENE OSKRBE PACIENTOV.....	39
3.5.1	Merjenje kakovosti zdravstvene nege v mednarodnem projektu Količina in kakovost v zdravstveni negi .....	41

4	EMPIRIČNA RAZISKAVA: POMEN KOMUNIKACIJE IN PODPORE PACIENTU PRI ZDRAVLJENJU V BOLNIŠNICI.....	45
4.1	OPREDELITEV PROBLEMA .....	45
4.2	OPIS METODE RAZISKOVANJA .....	45
4.2.1	Anketni vprašalnik .....	46
4.2.2	Vzorec .....	47
4.3	REZULTATI ANKETE .....	48
4.3.1	Analiza strukture anketirancev .....	48
4.3.2	Predstavitev rezultatov ankete.....	50
5	ZAKLJUČEK.....	63
6	LITERAURA .....	65
7	PRILOGA.....	69
	PRILOGA A: Anketni vprašalnik »Kakovost v zdravstvu: pomen komunikacije in podpore pacientu pri zdravljenju v bolnišnici« .....	69

#### **KAZALO SLIK IN GRAFOV**

Slika 1.1:	Razvoj pojmovanja kakovosti.....	12
Slika 1.2:	Shema koncepta k pacientu usmerjene zdravstvene nege.....	14
Slika 3.1:	Starostna struktura anketirancev .....	48
Slika 3.2:	Struktura anketirancev po delovnoaktivnem statusu .....	48
Slika 3.3:	Struktura anketirancev po izobrazbi .....	49

## 1 UVOD

Za temo diplomskega dela sem izbrala kakovost v zdravstveni negi, natančneje vidik komunikacije in podpore pacientu pri zdravljenju v bolnišnici. Kot diplomirana medicinska sestra se pri svojem kliničnem delu s pacienti vsakodnevno srečujem z dejstvom, da prav interakcija s pacientom predstavlja most med tehničnim vidikom postopkov zdravstvene nege in človekom, ki mu je zdravstvena nega namenjena. Komunikacija in podpora sta še toliko bolj pomembni zaradi objektivno težavnih okoliščin, ki spremljajo pacienta med bolnišničnim zdravljenjem. Posameznikovo stisko, strah, zaskrbljenost in negotovost, ki se s težo boleznimi stopnjujejo, lahko obvladujemo in hkrati moramo obvladovati prav s komunikacijo in podporo. Medicinske sestre in zdravstveni tehniki (v nadaljevanju medicinske sestre) smo v tem smislu ključni, saj imamo največ stika s pacienti.

Poklic medicinske sestre je zelo lep, a tudi zelo zahteven in odgovoren. Je pravzaprav več kot samo poklic. Je poslanstvo, ki zahteva ljubezen in splošno znanje ter etično držo. Središče delovanja in zanimanja je bolan ali zdrav človek. Za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege mora meti medicinska sestra ustrezno znanje in spretnosti. S stalnim spremljanjem novosti in pridobivanjem novih znanj medicinska sestra gradi osebnostno in strokovno rast. Skrb za lastno zdravje in zdravje drugih je pomembna dolžnost in odgovornost medicinske sestre. Tako podoba medicinske sestre oblikujeta osebnostna podoba in poklicne lastnosti (Prebil in drugi 2010, 99–100).

Diplomsko delo je predvsem praktično naravnano in napisano z namenom, da osvetli pomembne vidike zdravstvene nege, ki so še premalo raziskani. Diplomsko delo je razdeljeno v dva dela: prvi, teoretični, ter drugi, empirični del.

V prvem, teoretičnem delu, bom ob ustrezni literaturi predstavila koncept kakovosti v splošnem menedžmentu in zdravstvu. V nadaljevanju bom predstavila koncept zdravstvene oskrbe, osredotočene na pacienta, ter smernice, ki izpostavljajo pomen komuniciranja. Diplomsko delo se nadaljuje z obširnejšo predstavitvijo vidika o komunikaciji in podpori pacientu. Razmišljanje se je najprej ustavilo pri značilnostih komuniciranja, nadaljevala sem s podpornim komuniciranjem, poglavje pa zaključila s tem, da je komuniciranje zdravljenje, kot je v enem izmed svojih del opisala Uletova (2003). Teoretično poglavje sem zaokrožila s predstavitvijo sorodne raziskave o kakovosti dela v zdravstveni negi: »Količina in kakovost v zdravstveni negi«. Omenjena anketa mi je namreč služila kot inspiracija in vodilo za izvedbo

lastne. Rezultate te raziskave in izsledke ankete, pridobljene v mojem primeru, je sicer težko primerjati med seboj, saj sta cilja in predmeta raziskav različna.

Empirični del diplomskega dela sem izvedla v Splošni bolnišnici Jesenice med januarjem in marcem 2010, kjer sem z anketo preverjala zadovoljstvo anketiranih pacientov z vidiki in situacijami, ki v praksi odražajo področje komunikacije in podpore pacientu.

Na koncu predstavljam in komentiram rezultate ankete. V splošnem lahko rečem, da so le-ti spodbudni. Anketirani bolniki so namreč delu medicinskih sester na obravnavanem področju namenili relativno visoke ocene. Rezultatov pa seveda ne gre razumeti kot razlog za oddih, pač pa kot smernico, kako lahko zadovoljstvo pacientov še izboljšamo.



## 2 ZAGOTAVLJANJE KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU

Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je osnovna človekova pravica, ki jo priznavajo in spoštujejo Evropska unija, vse njene institucije in državljani Evrope. V skladu s tem dejstvom imajo pacienti pravico pričakovati, da bo ves trud vložen v zagotovitev njihove varnosti kot uporabnika vseh zdravstvenih storitev (Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika 2005). Slovenska resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 (Resolucija) (Uradni list RS. 72/2008: 9979) navaja kakovost v zdravstvu oz. »zagotavljanje varne in visokokakovostne celostne zdravstvene obravnave« kot eno izmed ključnih vrednot v zdravstvu.

Kako pomembna je kakovost v zdravstvu, natančneje v zdravstveni negi, pove ocena ameriškega Institute for Health Care Improvement (Healthgrades 2009, 1–3), ki je ocenil, da se v 4.000 bolnišnicah v ZDA dnevno zgodi skupno 40.000 napak pri zdravljenju in zdravstveni negi, ki pacientom škodujejo. V obdobju 2005–2007 je v ZDA tako pri 2,3 % oz. 864.765 hospitaliziranih pacientih prišlo do napak pri zdravljenju, ki so po oceni neposredno privedle do 92.882 smrti in 6,9 mrd ameriških dolarjev dodatnih stroškov.

Zagotavljanje kakovosti je oziroma bo temeljna usmeritev menedžmenta tudi v prihodnosti. To velja tudi v zdravstvu. V osnovi gre za optimalno preskrbo z zdravstvenimi storitvami pri najnižjih stroških za organizacijo in ob trajnem upoštevanju v svetu uveljavljenih meril in moralnih vrednot (Ritonja 1994). Česen (2003, 199) kakovost v zdravstvu opredeli kot »stopnjo ali vrsto poklicne odličnosti v zdravstveni oskrbi«. Svetovna zdravstvena organizacija je opredelila kakovost po naslednjih kriterijih:

- visoka stopnja profesionalne odličnosti,
- učinkovita izraba virov,
- minimalno tveganje,
- zadovoljstvo pacientov,
- končni vpliv na zdravje posameznika, skupine in skupnosti.

V Nacionalni strategiji kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015) pa so opredelili, da je bistvo vodenja kakovosti sistematično izboljševanje znanja izvajalcev, organiziranost procesa zdravstvene obravnave, delovnega okolja in vodenja. Kaže se v dvigu uspešnosti zdravljenja,

povečani dostopnosti zdravljenja, boljših delovnih pogojih, predvsem pa v večji varnosti pacientov (Kiauta in drugi 2010).

Kakovost je zadovoljevanje potreb tistih, ki zdravstvene storitve najbolj potrebujejo, ob najnižjih stroških menedžmenta. S kakovostjo v zdravstvu so pacienti zadovoljni, kadar daje tisto, kar pacienti želijo in pričakujejo. Primarni cilj celovitega zagotavljanja kakovosti je čim boljša zadovoljitev potreb uporabnika, neprestano sistematično izboljšanje kakovosti storitev, kakovosti procesov ob sočasnem zniževanju stroškov nekakovosti (Ritonja 1994).

Kot navaja Robida (2006), je kakovost v zdravstvu dosledno ustvarjanje izidov zdravljenja. Primerljivi so s standardi ali najboljšimi praksami, ob upoštevanju mednarodnih in evropsko sprejetih načel kakovosti in širših ciljev z vplivom na družbo: uspešnosti, varnosti, pravočasnosti, učinkovitosti, enakosti in osredotočenja na paciente. Kakovost ne pomeni posebne dejavnosti bolnišnice, ampak pomeni vpletenost v vsakdanje zdravstveno in poslovno delo. Tako je cilj nacionalne politike nenehnega izboljševanja kakovosti, da bi vključili kakovost kot obvezno in stalno dejavnost na vsa področja zdravstva (Robida 2006).

Robida (2006, 26–27) opozarja na različne poglede na kakovost. Za zdravstveno osebje je kakovost definirana primarno s tehničnega vidika. Pacienti zaradi omejenega medicinskega znanja tehnične kakovosti v večini ne morejo ustrezno (o)ceniti, v večji meri zato kot merilo kakovosti ocenjujejo odnos zdravstvenega osebja, njihovo dostopnost, skrb za dostojanstvo in potrebe, obveščenost o zdravljenju in možnost sodelovanja pri le-tem ter udobje. Zavarovalnice kot plačniki zdravstvenih storitev pa kakovost presojujejo z vidika stroškovne učinkovitosti. Te razlike v pojmovanju kakovosti je potrebno upoštevati, saj opozarjajo na dejstvo, da je kakovost v zdravstvu več kot le kakovost na enem ali na nekaj segmentih dela.

Pristop k upravljanju sistema celovite kakovosti v zdravstvenem varstvu je nekoliko drugačen kot v industrijskih panogah zaradi posebnih značilnosti javnega zdravstva, kot so (Robida 2006):

- odgovornost javnostim,
- omejena finančna sredstva,
- monopol,
- delovanje, ki ga ni vedno lahko meriti,

- možna narodnostna in krajevna podoba,
- podvrženost večjim spremembam,
- stroka ljudi.

Področja kakovosti, ki jih je treba obravnavati v zdravstvu, so zbrana v šestih načelih kakovosti:

**Uspešnost:** uspešnost zdravstvene obravnave je doseganje želenih izidov zdravljenja (Ali naši posegi izboljšajo zdravstveno stanje pacienta?).

**Varnost:** je zmanjševanje varnostnih zapletov pri pacientih med diagnostičnimi postopki, zdravljenjem, zaščito in rehabilitacijo in izogibanje, preprečevanje ali popravljanje varnostnih zapletov (Ali bomo škodili bolniku?).

**Pravočasnost:** pravočasno zdravljenje je primeren čas, ko je to dosegljivo glede na pacientove potrebe (Kako dolgo mora bolnik čakati?).

**Učinkovitost:** učinkovita zdravstvena obravnava je razmerje med izidi zdravljenja in uporabljenimi viri (Ali lahko to storimo ceneje z enakim rezultatom?).

**Enakost:** enakost zdravstvene obravnave je nediskriminacijsko obravnavanje pacienta (Ali prihaja do diskriminacije na osnovi spola, starosti, socialnega statusa?).

**Osredotočenje na bolnike:** zagotavlja spoštovanje pacientovih vrednot, upoštevanje izraženih potreb in možnosti izbire, zdravljenje bolečine, usklajevanje, povezovanje in nepretrganost zdravstvene obravnave, obveščenost, udobno okolje, stik s svojci in prijatelji ter drugimi izbranimi osebami, prostovoljno navzočnost izbrane osebe, če to ni proti interesom zdravstvene obravnave (Ali zdravimo paciente tako, kot bi zdravili lastne starše, otroke?) (Robida 2006, 21).

## **2.1 KONCEPTI MENEDŽMENTA KAKOVOSTI NA SPLOŠNO IN V ZDRAVSTVU**

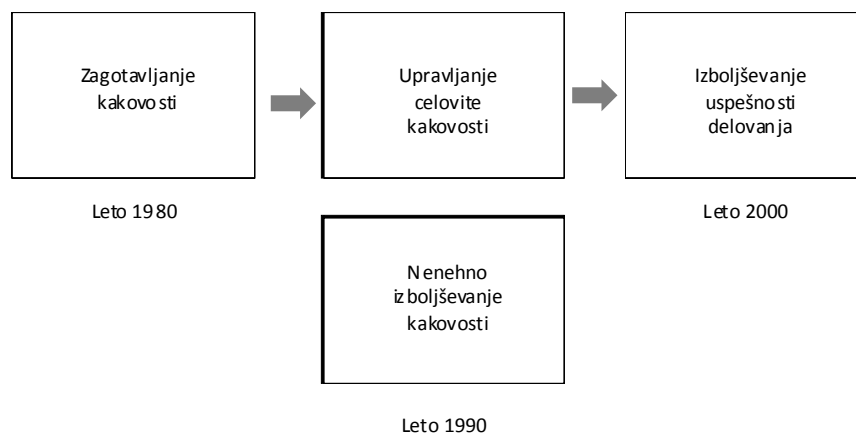
Ko govorimo o menedžmentu kakovosti v organizaciji, je za njeno zagotavljanje potreben koncept, ki nam služi kot zemljevid. Takšnih zemljevidov oziroma konceptov, s katerimi si lahko pomagamo, je precej. Začnemo lahko pri najbolj znanih in mednarodno uveljavljenih splošnih menedžerskih konceptih za zagotavljanje kakovosti, kot so kaizen, Total Quality

Management, Six Sigma, Toyota Way ipd. Njihova skupna značilnost je, da doseganje kakovosti opredelijo kot proces stalnih izboljšav, prilagajanja na spremembe v okolju, učenja, sistematične odprave napak in ovir na vseh nivojih proizvodnega procesa in področjih organizacije. Omenjeni koncepti so se v drugi polovici preteklega stoletja razvili v velikih proizvodnih podjetjih kot odgovor na zaostreno tržno konkurenco.

Princip stalnih izboljšav in sistematičnega pristopa k vsem vidikom »proizvodnega« procesa kot ključa za doseganje in vzdrževanje zelene kakovosti tudi v zdravstvu potrjuje tudi Resolucija (Uradni list RS 72/2008: 10036–10038), ki opredeljuje tri glavna izhodišča strategije izboljševanja kakovosti in varnosti v zdravstvu: a) vzpostavitev in razvoj sistema kakovosti in varnosti v zdravstvu na ravni države, b) nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene prakse na ravni izvajalcev zdravstvene dejavnosti ter c) izobraževanju in usposabljanju s področja kakovosti in varnosti v zdravstvu.

Robida (2006, 27) prikaže razvoj razumevanja kakovosti v zdravstvu skozi čas (Slika 1.1). Moderen pristop h kakovosti je sistemski oziroma celovit in procesen, tj. vsak proces je del sistema.

### Slika 2.1: Razvoj pojmovanja kakovosti



Vir: Robida (2006, 27).

Omenjeni temeljni koncepti so zaradi svoje splošne narave sicer široko uporabni, vendar je njihova neposredna aplikacija na tako specifičnem področju, kot je zdravstvo, otežena. Zaradi specifičnega »proizvodnega« procesa na področju zdravstva, natančneje zdravstvene nege, so se razvili posebni koncepti, s katerimi si lahko pomagamo pri menedžmentu kakovosti v

zdravstvu. V zadnjih letih je verjetno najaktualnejši koncept zdravstvene obravnave osredotočene na pacienta.

## **2.2 KONCEPT ZDRAVSTVENE OSKRBE, OSREDOTOČENE NA PACIENTA**

Moderni pristop k bolnišnični oskrbi izhaja iz potreb pacienta oziroma ga aktivno vključuje v obravnavo. V originalu koncept poznamo pod imenom »Patient-Centered Care«, kar v Sloveniji prevajamo kot koncept zdravstvene nege, osredotočene na pacienta (Robida 2009, 64–76).

Robida (2009) opozarja, da zdravstveni delavci svoje delo načelno vidijo kot osredotočeno na pacienta, vendar to vse prevečkrat pomeni, da na zdravstveno oskrbo gledajo le s svojega vidika, medtem ko resnično osredotočanje na pacienta temelji na partnerstvu z njim in s svojci (2009, 67).

American Hospital Association (2010) opredeli osredotočenje na pacienta kot pristop k načrtovanju, izvajanju in ocenjevanju zdravstvene oskrbe, temelječe na vzajemnem partnerstvu pacientov, njihovih svojcev in zdravstvenih delavcev s ciljem čim boljših izidov zdravljenja, kakovosti ter varnosti zdravstvene oskrbe.

Da je vidik dela s pacientom ključen vidik kakovosti zdravstvene oskrbe, poudarja Griffin (2006, 188), ki izpostavi, da mora izboljšana zdravstvena oskrba kot posledica izboljšane kakovosti pomeniti predvsem spremembo vedenja zdravstvenega osebja.

Raziskave so pokazale, da pacienti v različnih državah izražajo močno preferenco do k pacientu usmerjene oskrbe (Stewart in drugi 1995; Little in drugi 2001), ki a) upošteva pacientove razloge za obisk zdravnika, b) teži k celovitem razumevanju pacientove situacije, c) vodi do konsenza glede zdravstvenega problema in postopka zdravljenja med zdravstvenim osebjem in pacientom, d) krepi preventivno delovanje pacienta in e) krepi odnos med pacientom in zdravnikom oziroma zdravstvenim osebjem (Stewart in drugi 2003, 4).

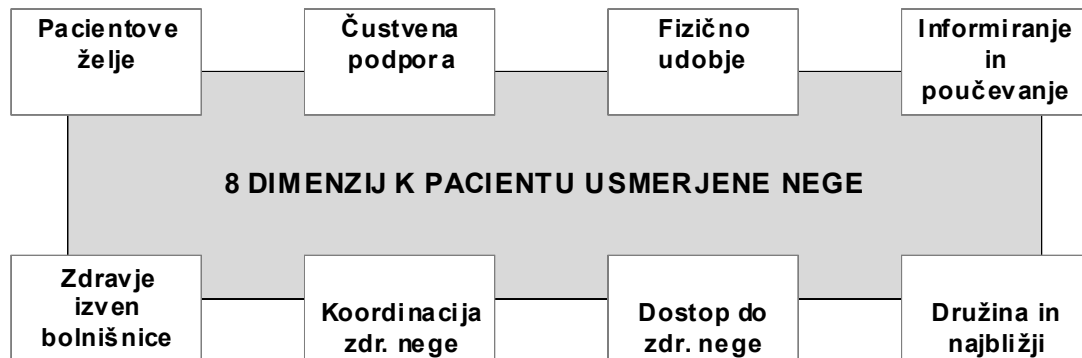
Pacienti se med seboj razlikujejo, prav tako pa tudi njihove potrebe in zaznavanja. Vsak pacient ima svoje mnenje, želje in potrebe glede vseh vidikov bivanja v bolnišnici s katerimi se sooča. Picker Institute<sup>1</sup> in Harvard Medical School sta na podlagi obsežne raziskave med

---

<sup>1</sup>Picker Institute je neodvisna neprofitna organizacija iz ZDA, ki se ukvarja z razvojem zdravstvene nege, usmerjene k pacientu (Patient-Centered Care).

bolnišničnimi pacienti oblikovala naslednji model osmih dimenzij k pacientu usmerjene nege (NRC Picker 2010).

**Slika 2.2: Shema koncepta k pacientu usmerjene zdravstvene nege**



Vir: NRC Picker (2010).

K pacientu usmerjena oskrba je koncept, ki bolnišnično oskrbo razume oziroma opredeli v najširšem smislu.

Bolnišnična oskrba naj (NRC Picker 2010):

- upošteva pacientove želje in ga aktivno vključi v proces zdravljenja,
- pacientu nudi čustveno oporo,
- zagotavlja fizično udobje v smislu lajšanja bolečine in bivanjskega okolja v bolnišnici,
- pacienta informira in pouči o bolezni in njenem zdravljenju,
- pacienta pouči o najboljši skrbi za svoje zdravje po odhodu iz bolnišnice,
- poskrbi za dostop do in koordinacijo celovite zdravstvene oskrbe tako v času bivanja v bolnišnici kot po odhodu iz nje,
- v proces zdravljenja vključi tudi osebe, ki so pacientu najbližje.

### **2.3 KAKOVOST V MODERNI ZDRAVSTVENI NEGI IN KOMUNICIRANJE S PACIENTOM**

Zdravstvo se ob velikih družbenih spremembah, ki so predvsem pogojene z napredkom informacijske tehnologije, sooča s pomembno transformacijo odnosa med pacientom in zdravstvenim osebjem. Pacient ima vse več informacij in znanja o bolezni in njenem

zdravljenju ter želi biti aktivno vključen v odločitve (Hopkins 2003; Stewart in drugi 2003, 11).

Engel (1977) opisuje, da je komuniciranje s pacientom ključni vidik, v katerem se moderna zdravstvena nega razlikuje od tradicionalne, ki je v Sloveniji žal še preveč prisotna. Tradicionalni pristop pacienta obravnava kot podrejen objekt zdravljenja. Bolezen je tradicionalno v celoti razumljena kot odklon od bioloških norm, pri čemer se socialne, psihološke in vedenjske vidike bolezni ignorira (Stewart in drugi 2003, 7–8).

Če k menedžmentu kakovosti v bolnišnični zdravstveni negi pristopimo na podlagi koncepta k pacientu usmerjene zdravstvene nege, je verjetno prav komuniciranje najpomembnejši izvedbeni element. Kot je lepo razvidno iz predstavljenega modela osmih dimenzij k pacientu usmerjene zdravstvene nege, je komuniciranje v vseh izraznih oblikah namreč ključna pri kar petih od osmih dimenzij oziroma pri vseh dimenzijah, kjer je pacient aktivno vključen (upoštevanje pacientovih želja, čustvena podpora, informiranje in poučevanje, poboljšani skrb za zdravje, vključevanje pacientovih najbližjih v zdravljenje).

Zato v nadaljevanju diplomskega dela prehajam na podrobnejšo obravnavo komunikacije in njene vloge v zdravstveni negi.

### **3 KOMUNIKACIJA IN PODPORA PACIENTU**

»Beseda »komuniciranje« izvira iz latinske besede *communicare*, ki pomeni (po)deliti, sporočiti, narediti nekaj skupno. Beseda *communicatio* se je v latinščini nanašala na nekaj splošno otipljivega ali jasnega, pa tudi na retorično spretnost govorcev, da pripravijo svoje občinstvo do sodelovanja v razpravi.« (Ule 2009, 8). Kot lahko vidimo, nas razlaga izvora besede komunikacija usmerja v nekaj, kar je aktivno, nosi določeno sporočilno vrednost, vključuje dinamiko in se udejanja v medsebojnih zvezah (Mauer 2007).

Komunikacija je tudi po mnenju marsikaterih avtorjev prenos informacije od posameznika do posameznika, človeška zmožnost za vzpostavljanje neposrednega stika s sočlovekom in vpliva nanj. Zato bom v tem poglavju poskusila zajeti najpomembnejše teme, ki se dotikajo komunikacije in podpore pacientu. Vse skupaj pa bo pripeljalo do končne točke, da je tudi komuniciranje zdravljenje.

### **3.1 PSIHOLOGIJA KOMUNICIRANJA**

V sledečem podpoglavju bom poskušala zajeti in pojasniti najpomembnejša področja komuniciranja, predvsem tista, s katerimi skušamo osmisliti pomen samega komuniciranja.

#### **3.1.1 Kaj je komuniciranje?**

Uletova (2005, 15) poudarja interdisciplinaren pristop k sami kompleksni teoretski obravnavi komuniciranja. Področje komuniciranja pokrivajo številne znanstvene discipline: sociologija, psihologija, politologija, jezikoslovje, antropologija, organizacijske vede, informatika. Vsaka v raziskovanju komuniciranja daje svoje teoretske strogosti. Tako je tudi psihološko raziskovanje komuniciranja interdisciplinarno in multidisciplinarno.

Komuniciranje je nekaj, kar vsi vseskozi počnemo, ali si tega želimo ali ne. Lahko smo skriti pred očmi drugih oziroma si ne želimo srečanja z drugimi, kadar smo nerazpoloženi, pa še vedno komuniciramo. Ne moremo ubraniti sebe pred komuniciranjem, tudi če se trudimo ne govoriti z drugimi, bo naše telo poslalo sporočilo drugi osebi (McCabe in Timmins 2006, 3).

Uletova (2003b, 114) razlaga, da teče komunikacija med ljudmi takrat, kadar med partnerji v socialnem odnosu teče nepretrgan tok sporočil. Sporočila, ki si jih partnerji izmenjujejo, so podana v takih znakovnih sistemih, da omogočajo prenašanje pomena med partnerji. Partnerji pa morajo imeti med seboj enak ali pa vsaj zelo podoben kod.

Rungapadiachy (2003) v svoji knjigi opisuje, da je komunikacija več kot zgolj izmenjava besed. Je nadvse zapleten proces medsebojne udeležnosti. Komuniciranje je prenos informacije od posameznika do posameznika. Do komunikacije med ljudmi pride takrat, ko med njimi teče kontinuiran tok sporočil. Je s pravili urejen dvosmerni tok sporočil med osebami.

»Komuniciranje kot medsebojno izzivanje pomenov s pomočjo simbolov vključuje celo vrsto psiholoških, zlasti kognitivnih stanj in procesov; zaznavanje, kategoriziranje, mišljenje, domišljijo, vrednotenje, projekcije. Komuniciranje v pravem pomenu nastopi šele tedaj, ko pride do namerne izmenjave simbolov med ljudmi, do socialne dejavnosti. Pri tem gre za neko skupno delovanje ljudi, ne le za izmenjavo simbolov. Gre za vrsto socialnih dejanj, ki uokvirjajo izmenjavo simbolov.« (Ule 2009, 14).



Mehanizem komunikacije vključuje prevajanje informacij v razumljive simbole, vedenje, ki pomeni prenos informacije, zaznavni sprejem simbolov in njihovo prepoznavanje (Mauer 2007).

Sporočila, ki si jih izmenjujejo, so podana v nekem kodu, ki omogoča prenos pomena. Za uspešno komuniciranje morata imeti partnerja enak ali pa zelo podoben kod. Poseben izraz človekove individualnosti in osebnosti je govor. Človek ga uporablja kot podobo svojega notranjega sveta ter kot ustvarjalno in zdravilno moč. Govor omogoča posamezniku, da se obrača na okolje in z njim vzpostavlja razmerje, gradi stike in jih neguje (Filipič 1998).

Vedno več pozornosti se namenja pacientu z vidika zadovoljstva zdravstvene oskrbe. Komunikacija je osnova za nudenje zdravstvene oskrbe, ne glede na mesto posameznika v zdravstveni ureditvi in ne glede na zdravstveno disciplino. To pomeni, da uspešna komunikacija vodi do boljših in višje postavljenih standardov nudenja zdravstvene oskrbe (Rungapadiachy 2003, 1).

### **3.1.2 Pomen komuniciranja**

Komunikacija kot neobhodno potreben element sporazumevanja med ljudmi je v praksi večšina, ki ji je potrebno posvetiti posebno pozornost, v zdravstveni obravnavi še posebej. Brez medosebne komunikacije si kakovostnega življenja ne moremo zamišljati. S komunikacijo omogočamo izmenjavo informacij, mnenj, stališč, želja in potreb na vseh nivojih in v vseh smereh; pomembno je upoštevanje vse prisotnih v komunikacijskem procesu. V zdravstveni negi je komunikacija eden od osnovnih procesov zdravstvene obravnave pacienta; gre za obojestranski, večplasten, vsebinsko in oblikovno zahteven in potreben del celostne obravnave posameznika (Klemenc 2006, 43).

Kot pravi Stanton (1986, v Sancin 2006, 75) je celoten namen komunikacije biti slišan in priznan, razumljen in sprejet. S kliničnega zornega kota, ko medicinska sestra nudi pomoč, komunicira, da bi pomirila pacienta in njegovo družino. In sicer s tem, da jim posreduje informacijo o bolezni oziroma problemu, kar zmanjša strah in tesnobo. Da bi to zmogli, morajo zdravstveni delavci sprejemati druge kot posameznike z lastnimi potrebami in občutki (Sancin, 2006). Tako Uletova (2005, 18) poudarja, da je komuniciranje edinstveno človeško. Uporabljamo ga za to, da pojasnujemo vedenje ljudi. S tem skušamo poudariti in omejiti komuniciranje na edinstveno človeško delovanje.

Tudi iz lastnih poklicnih izkušenj vem, da je dobra komunikacija ključ do profesionalne učinkovitosti zdravstvenega osebja. Komuniciranje je pomembno, če hočemo, da pacient sprejme naša navodila in nasvete. Bolezen lahko pogosto obvladamo šele s spremembo pacientovega načina življenja, s spremembo vsakdanjih navad pacienta.

Pomembno pa je omeniti, da ima svojo vlogo in mesto v pomenu komunikacije tudi podporno ali empatično komuniciranje. Je oblika besednega in nebesednega komuniciranja, s katerim hočemo pomagati tistim, za katere vemo, da potrebujejo podporo in pomoč. Podporno komuniciranje je v življenju nenehno navzoče in vpliva na zdravje in počutje ljudi, povečuje samoučinkovitost, soočenje s konfliktnimi dogodki in stresom, povezuje ljudi, povečuje kakovost življenja, oblikuje dobre odnose in izraža etična načela, kot so skrb za drugega, odgovornost, zaupanje in sočutje.

Komuniciranje je pomemben družbeni proces in družbena praksa, sistem družbeno pomenljivega delovanja ljudi, ki ima tako svoje zunanje kot notranje smotre. Zunanji smotri komuniciranja so različni; prenos sporočil med ljudmi, vzpostavljanje in ohranjanje socialnih razmerij in odnosov, usklajevanje delovanja ljudi med seboj. Notranji smotri komuniciranja so ustrezno izražanje komunikacijskih namer, uspešno sporazumevanje, konstrukcija in reprodukcija simbolnih gest in pomenljivih znakov oziroma simbolov (Ule 2009, 20).

Komuniciranje ima osrednjo vlogo v naših življenjih. Pomembno je, da v samo komuniciranje vključimo empatijo, predvsem takrat in s tistimi, ki so v naši oskrbi. Mi smo obraz zdravstvene nege in obraz spretnosti za naše paciente in naše obiskovalce. Na naši profesionalni poti bomo srečali še veliko ljudi. Verjetno si naših imen ne bodo zapomnili, zapomnili pa si bodo, kako smo z njimi ravnali in komunicirali skozi težke izkušnje v njihovem življenju.

### **3.1.3 Ravni komuniciranja**

Po navedbah Uletove (2005, 23) najdemo v različnih literaturah različno število delitev ravni komuniciranja. Ker poteka komuniciranje na različnih ravneh od dialoga med dvema osebama do globalnih interakcij med skupinami, je standardna delitev na štiri ravni komunikacijskega delovanja: medosebno komuniciranje, skupinsko komuniciranje, organizacijsko komuniciranje in množično komuniciranje. Nekateri avtorji pa zraven dodajajo še znotrajosebno komuniciranje in medkulturno komuniciranje.

Za natančnejšo prestavo o komuniciranju na različnih ravneh bom nekoliko širše predstavila medosebno komuniciranje ter na kratko znotrajosebno in skupinsko komuniciranje.

**Medosebno komuniciranje** je primer komuniciranja, iz katerega izvajajo druge oblike komuniciranja (Ule 2005, 23). Po mnenju Uletove pa je (2003b, 118) v socialnopsihološkem smislu medosebno komuniciranje najpopolnejša oblika komuniciranja. Je dinamičen dvosmerni proces, kjer partnerji pošiljajo svoja sporočila in pazijo, kaj jim sporoča partner. Ko je sprejemnik dal odgovor na sporočilo, ki ga je pravkar prejel, govorimo o medosebnem komuniciranju. Vse skupaj je proces in ne posamična dogajanja.

Rungapadiachy (2003, 244) tudi poudarja, da mora sporočilo, ki ga oseba pošlje drugi osebi, imeti nanjo in na njeno vedenje zavesten učinek, da bi sploh lahko govorili o komunikaciji. Učinkovitost komunikacije je torej odvisna od tega, ali je pošiljateljevo nameravano sporočilo tudi pri prejemniku interpretirano na tak način, kot je to želel pošiljatelj.

V vsakdanjem življenju smo nenehno obkroženi z drugimi ljudmi, s katerimi smo v različnih socialnih, delovnih, emocionalnih in drugih stikih in zato potrebujemo komuniciranje, da medsebojno usklajujemo naše dejavnosti in emocije. Uletova (2005, 118–119) opisuje, da s pomočjo te ravni komuniciranja zadovoljujemo svoje potrebe in vzpostavljamo socialno in psihofizično ravnotežje. Tri vrste socialnih potreb oziroma želja zadovoljujemo z medosebnim komuniciranjem: željo po vključenosti, da čutimo smisel pripadanja; željo po kontroli, po uveljavljanju svojega vpliva na druge; željo po skrbi za druge in željo, da drugi skrbijo za nas. Iz literature je možno spoznati, da je vsako medosebno komuniciranje sestavljeno iz vsebinskega in odnosnega vidika. Vsebinski vidik komuniciranja posreduje informacije med partnerji in označuje semantično vrednost sporočila; to je »kaj« sporočamo. Odnosni vidik pa določa pragmatsko vrednost sporočila, kako interpretirati sporočilo na osnovi obstoječega odnosa med partnerji v interakciji (Ule 2003b, 121). Uspešen potek komuniciranja terja medsebojno usklajenost vsebinskega in odnosnega vidika komuniciranja. Pogosto prihaja do motenj in nerazumevanj v komuniciranju ravno zaradi odnosnega vidika komuniciranja, ki je bolj prikrit kot vsebinski, težje ga je definirati in zaradi nejasnega ali celo konfliktnega odnosa med partnerji prihaja do nejasnosti. Nesoglasje pa se lahko pojavi tako na vsebinskem kot odnosnem nivoju komuniciranja. Če partnerji ugotovijo, kje so si nesoglasni in na tistem nivoju rešujejo nesoglasje, lahko nesporazum rešijo in komunicirajo naprej (Ule 2003b, 122). Goffman (1982 v Ule 2003b, 125) je bil tisti, ki je poudaril

pomembnost upravljanja z vtisi v medosebnem komuniciranju. Ljudje sami poskušamo že s svojim vedenjem in zunanjo podobo vplivati na druge ljudi tako, da bo to za nas ugodno. Javne podobe o nas samih pomagajo drugim, da oblikujejo svoj odnos do sebe. Tako je samopredstavitev neizogibna sestavina medosebnega komuniciranja (Ule 2003b, 126). Proces ozaveščanja lastne samopodobe pa vključuje tudi partnerje v komuniciranju. Druga oseba s svojimi odgovori na dejanja prve osebe potrdi ali zavrne njeno samopodobo. Odvisni smo od potrditev ali zavračanj drugih, saj šele s tem zgradimo podobo o sebi in o svojih odnosih z ljudmi okrog sebe. V uspešnem medosebnem komuniciranju postane ta proces recipročen, vsi udeleženci utrjujejo samopodobe in podobe drugega (Ule 2005, 27).

**Znotrajosebno komuniciranje** je kompleksen proces notranje predelave informacij v posamezniku in pošiljanje ter sprejemanje sporočil med posameznimi psihološkimi in fiziološkimi podsistemi posameznika. Lahko pa je tudi notranji dialog s samim seboj. Dialog s samim seboj je posebna oblika medosebnega komuniciranja. Osnovna razlika med medosebnim in znotrajosebnim komuniciranjem je glede opažanja napak. V znotrajosebnem ali domišljijem komuniciranju je težko, če ne nemogoče, zaznati napačne interpretacije svojih sporočil (Ule 2005, 23).

**Skupinsko komuniciranje** je običajna oblika komuniciranja v vsakdanjem življenju. Namenjeno je izmenjavi mnenj v delovnih skupinah, skupinskih srečanjih in pogovorih med prijatelji. Razlika med skupinskim in medosebnim komuniciranjem je, da v skupinskem komuniciranju ni nujno, da vsak udeleženec dejavno sodeluje v komunikacijskem procesu, za medosebno pa je to značilno (Ule 2005, 24).

#### **3.1.4 Vrste komuniciranja**

Po različnih kriterijih je mogoče razlikovati več vrst komuniciranja: namerno, nenamerno, simbolno, signalno, množično, medkulturno, odnosno, podporno; v vsakdanjem življenju pa nam je bližja in bolj razumljiva delitev na verbalno in neverbalno vrsto komuniciranja (Prebil in drugi 2009). Ločevanje komuniciranja na verbalno in neverbalno je možno v teoriji, sicer sta neločljivo povezana in prepletena, celo odvisna drug od drugega.

Pa pogledjmo nekaj več o pomenih znakov in sami vlogi jezika v človeški komunikaciji.

### 3.1.4.1 Simbolno komuniciranje in vloga jezika

Komuniciranje med ljudmi predpostavlja skupen simbolni sistem sporočil, ki jih pošiljamo drug drugemu. Simbolni sistemi predstavljajo znanje, ki ga uporabljamo, ne da bi posebej razmišljali o njem. Najobširnejši in najbolj izdelan sistem te vrste je govorni jezik. Ta je podlaga drugim jezikovnim sistemom, na primer pisnemu jeziku. Komuniciranje je res edina dejavnost in praksa, ki temelji na rabi simbolov. V tem smislu lahko rečemo, da je komuniciranje uporaba simbolov zato, da z njimi pri sogovornikih izzovemo pomene. Pri simbolnem komuniciranju so znaki tisto temeljno sredstvo, s katerimi izzovemo določene interakcijske učinke. Najpogostejši znaki v medčloveškem komuniciranju so besede. Omeniti pa velja tudi druge vrste znakov, ki lahko predstavljajo jezik, namreč simbolni sistem, urejen z določenimi sintaktičnimi, semantičnimi in pragmatškimi pravili (Ule 2005, 126).

Teoretiki jezika danes ločijo štiri glavna področja raziskovanja jezika: sintakso (skladnjo), fonologijo (zakonitosti oblikovanja glasov – fonemov in besednih morfemov), semantiko (teorijo jezikovnega pomena in smisla) in pragmatiko (uporabo jezika, odvisnost rabe jezika od socialnega konteksta), ki je za psihologijo komuniciranja najzanimivejša raven (Janežič 2004).

Shannon (1964, v Ule 2005, 99) je zaznamovan kot tvorec najstarejšega linearnega modela komuniciranja, ki je v osnovi sestavljen iz treh sestavin: sporočevalca, prejemnika in sporočil, ki potekajo med sporočevalcem in prejemnikom sporočil. Nadalje tudi opiše kanal komuniciranja, po katerem tečejo signali, ki prenašajo sporočilo. Sporočilo se najprej kodira v določeno zaporedje signalov, ki jih sporočevalec pošlje prejemniku. Le-ta jih, kolikor se da, nepopačeno sprejme in dekodira informacijo, ki je vsebovana v signalu. Šele če mu to uspe, lahko rečemo, da je prejel sporočilo. Avtorji, ki pa se opirajo na linearni model komuniciranja, ki sem ga predhodno omenila, pa pogosto izenačujejo komuniciranje z verbalnim komuniciranjem. Uletova (2005, 104) nadalje opisuje, da je takemu poenostavljenemu enačenju podlegel tudi Jurgen Habermas (1981), ki komunikacijsko delovanje zožuje na jezikovni pogovor med udeleženci komuniciranja.

Šele kasneje, po opisovanju v zadnjih desetletjih, je večji pomen in zanimanje dobil socialni kontekst komuniciranja, čustvena dimenzija komuniciranja ter jezik. Vsekakor igra pomembno vlogo izmenjava informacij med ljudmi kot verbalna izmenjava. Vendar komuniciranje presega čisto verbalno izmenjavo. Pomislimo samo na poglede, dotike, čustva

in druga doživljanja ob poslušanju glasbe, plesa. Vendar o tej vrsti komuniciranja nekoliko kasneje.

Verbalni jezik je človekov najpomembnejši simbolni sistem. Ni pa le simbolni sistem, je tudi družbeni sistem. Je sistem sporočanja, ki velja za določeno družbeno skupnost. Ujemanje v pomenih pa tudi ni nikoli popolno, tako da med ljudmi vedno obstaja možnost za nesporazume. Pogosto presenečeni ugotovimo, da drugi ljudje iste besede razumejo povsem drugače, kot mi sami. A na srečo, prav komuniciranje poskrbi za to, da te razlike niso tako velike, da se ne bi mogli sporazumeti in da ne bi bilo določenega ujemanja v pomenih simbolov. Interpretiranje simbolov tako ni le stvar posameznikov, ampak je družbeni proces (Ule 2005, 130).

Trenholm in Jensen (2000 v Ule 2005, 133) navajata več različnih trditev o razsežnosti govora. Nekaj jih prav gotovo velja omeniti, saj nam po njunem mnenju uporaba jezika omogoča številne razsežnosti, kot so mišljenje, delovanje, vplivanje, sočustvovanje. Izpostavljata, da nam jezik omogoča, da izražamo čustva in upravljamo z njimi. Tako lahko z govorom razkrijemo svoja čustva, zmanjšamo notranjo napetost. Z jezikom lahko razkrijemo ali prikrijemo misli, namene. Omogoča nam tudi, da vzpostavimo stike, odnose ali pa se jim izognemo. Lahko uporabimo jezik, da prikrijemo ali posredujemo informacije. Z njim tudi razlagamo, zagovarjamo in interpretiramo dogajanje v okolju.

Po mnenju Zidarjeve (1996) je izgovorjena beseda najhitrejša pot do sočloveka. Govorimo in kakor znamo govoriti, tako potem govorijo o nas. Z besedo izražamo lastno misel, lastno čustvo, nakažemo lahko zgolj golo dejstvo, lahko pa tudi čustveno razmerje do njega. Vedno, kadar z nekom govorimo, se ustvari medčloveški odnos, ki je med zdravstvenim delavcem in pacientom še posebej pomemben. Izrečene besede lahko pri pacientih zbudijo pozitivne, negativne ali nevtralne predstave, čustvene povezave in pomene.

Pacienti ocenjujejo, ugotavljajo, kakšen je odnos; topel ali hladen, pozitiven ali negativen ... prav tako pa jih presoja tudi sami. Pri govorjenju dajemo na preizkušnjo sebe in svojo osebnost; s pogledom, nastopom, videzom, resnostjo, verodostojnostjo, zanesljivostjo itn. Človek, ki zboli, je posebej občutljiv. Včasih ne potrebuje drugega kot topel pogled, pomirjajoč dotik ali samo razumevajočo besedo. Zdravstveno osebje naj bi upoštevalo pacienta kot človeško bitje, ki pa je bolno. Pri tem veliko pripomore vzajemna izmenjava

informacij ter izražena skrb in sočustvovanje. Zaradi vedno večje časovne stiske in uporabe aparatov pa so osebni stiki omejeni na minimalen čas, kar še bolj bremeni odnose v zdravstvu. Tudi medicinska sestra pogosto pozablja, kako pomembna je prijazna kretnja ali nasmeh, medtem ko opravlja svoje delo pri pacientu. Prav tako je moteče, če zdravstveno osebje ne ponudi dovolj informacij o bolezni in ne odgovori na vsa vprašanja. Pacient pogosto ne ve, koliko preiskav bo moral opraviti in kakšne, čemu služijo, katera zdravila mora vzeti in zakaj, kako bo potekal proces (Filipič, 1998).

Kar s težkim srcem napišem, »se zgodi«, pa vendar se dogaja, kot je zapisala Dermol Hvala (2001) v svojem članku o občutkih, ki jih je med svojim bivanjem v bolnišnici zapisala neka bolnica:

*»Zver bolezni je udarila v trenutku in brez napovedi. Obsodila me je na bolečino in ležanje. Vso so me pregledali. Kolikokrat sem se morala sleči. Izgubila sem ime in postala diagnoza. Pošiljajo me na preiskave, ne da bi mi prej razložili, kako bodo potekale. Pogoltniti moram celo pest zdravil, ne da bi vedela, zakaj so. Samo bližina omogoča, da preživiš. Koliko ponižnosti je potrebno, da sprejemam pomoč. Lažje mi je dajati, kot sprejemati. Kako težko pozvonim za to, da me obrnejo v postelji. Medicinske sestre me negujejo – lažje jih prosim, če čutim, da jim nisem odveč. Pomagajo mi tudi sobolnice v bolniški sobi. One točno vedo, kako težko je sprejemati pomoč. Ne maram, da se drugim smilim. Kako cenim, če mi bližnji ne ponujajo poceni nasvetov in lažne tolažbe. V največjo tolažbo mi je, če me sprejemajo tako, kot sem. Kakor sonce odpira češnjev cvet, tako človeška bližina odpira srce ... «*

Če želimo olajšati navezovanje medsebojnih stikov in omogočiti učinkovito sporazumevanje, moramo doseči, da pacienti vso pozornost posvetijo našim besedam. Zato se moramo naučiti neke mešanice govoric, s katero zaposlimo vseh pet čutov – pacienti morajo videti, slišati, občutiti, pa tudi vonjati in okusiti. V možganih imamo tri komunikacijska središča: vizualno, avditivno in kinestetično. Pri vsakem človeku prevladuje eno izmed njih, na osnovi tega pa ločimo tri tipe ljudi:

- **vizualne**, ki svojo okolico doživljajo prek besed. Slike si prikličejo z besedami: »Poglejte si to ... Predstavljajte si ... « To pomeni, da sprejemajo naš obraz in obrazno mimiko.

- **akustične/avditivne**, ki uporabljajo besede, povezane s tem, kar slišijo: »Pa poslušajmo, kaj boš povedal!« Tak človek v mislih govori, posluša šume in glasove. Podrobnosti so zanj nepomembne. Ljudi posluša, a težko čaka na trenutek, ko bo še sam lahko spregovoril. Osredotoči se na naš glas.

- **motorične/kinestetične**, ki govorijo bolj počasi. Takšni so tudi njihovi gibi. Stvari dojemajo čustveno: »Ali občutiš, kaj mislim?« Ne poslušajo natančno. Kadar govorimo, opazujejo predvsem naše kretnje in se osredotočijo na občutenje.

Da bi se bolnikom lahko čim bolj približali, moramo uporabljati vse tri načine, najprej pa moramo prepoznati tistega, ki prevladuje pri nas. To nam bo pomagalo, da bomo svojo pozornost znali prilagajati tudi drugim tipom, bolniki pa nas bodo temeljiteje razumeli. Z besedo ne dajemo drugemu samo besede, ampak obenem samega sebe. Če znamo prisluhniti, se nasmehniti in odkrito spregovoriti, potem smo na pravi poti. Poskusimo s tehtnimi, vsebinsko polnimi in bogatimi besedami prinašati tolažbo in upanje (Dermol Hvala 2001, 46).

#### **3.1.4.2 Neverbalno komuniciranje**

Neverbalno komuniciranje ni popolnoma ločena oblika komuniciranja. Z verbalnim komuniciranjem je v komuniciranju vseskozi navzoče in se tudi delno ter občasno povezuje med seboj. Tako je neverbalno komuniciranje pogosto označeno kot komuniciranje, ki ni verbalno; kar pa z začetnimi omembami presežemo negativne konotacije neverbalnega komuniciranja (Ule 2005, 237).

Po mnenju Uletove (2005, 239) ne moremo »ne komunicirati«. Če nas ne izdajo besede ali ton glasu, nas morda geste, pogled, izraz na obrazu, drža in gibi rok ali nog. Ne moremo se ne izraziti v odnosu. Neverbalna sporočila imajo tako samostojno komunikacijsko vlogo, ki je nezamenljiva, in nam služijo pri sporočanju osebnih občutij, čustev ter medosebnih odnosov. Pozorni moramo biti tudi na večpomenskost neverbalnih sporočil. Če jih hočemo smiselno interpretirati, moramo upoštevati kontekst, v katerem se pojavljajo, zgodovino odnosov med udeleženci ter čustveno ozračje, v katerem poteka komunikacijski proces.

Po mnenju Kinsey Gomana (2008) je za pravilno razumevanje neverbalne komunikacije oziroma tistega dela, ki ga predstavlja govorica telesa, potrebno upoštevati naslednje: napako pri branju govorice telesa naredimo, če razlagamo posamezne kretnje ločeno med seboj ali od okoliščin. Podobno kot govorjeni jezik ima tudi telesni jezik besede, stavke in ločila.



Posamezna kretnja je kot beseda in posamezna beseda ima lahko različne pomene. Kretnje se pojavljajo v stavkih, ki jim rečemo nizi, iz njih pa lahko odkrivamo resnico o posameznikovih čustvih ali stališčih. Za pravilno razumevanje je vedno potrebno gledati niz ali skupino kretenj. Kretnje je potrebno preučevati tudi v povezavi z okoliščinami, v katerih se pojavijo (kretnje kot odziv na mraz ali kretnje kot odziv na negativno stališče).

Asja Nina Kovačev (1997, 130) loči tri temeljne značilnosti neverbalne komunikacije:

- Termin neverbalna komunikacija se najpogosteje nanaša na komunikacijo med osebami, ki so neposredno navzoče druga ob drugi. Takšna komunikacija je mogoča le ob neposrednem soočenju oseb, ki se lahko direktno odzivajo na sogovornikova dejanja in s svojimi odgovori vplivajo nanj.
- Pomena oziroma komunikacijske vrednosti vedenja, ki ga pojmuje kot obliko neverbalne komunikacije in temeljno komponento komunikacije na splošno, ni mogoče nadomestiti z drugimi (večinoma verbalnimi) komunikacijski sredstvi.
- Neverbalna komunikacija vključuje predvsem sporočila, ki jih ni mogoče eksplicitno formulirati, ampak jih implicirajo subjektova dejanja. Zato jih povzemamo po njih.

Moč neverbalnega izražanja je prav v veliki zavezanosti te oblike komuniciranja. Interpretacija neverbalnega izražanja stanj pri drugi osebi implicira določeno stopnjo in obliko soudeležbe v tem stanju ali v odnosu. Tu ne moremo biti zgolj stvarni opazovalci, ampak se moramo tudi sami postaviti v občutke, odnos in temu ustrezno komunicirati (Ule 2005, 242).

### **3.1.4.3 Podobnosti in razlike med verbalnim in neverbalnim komuniciranjem**

Splošni način razvrščanja komunikacije je besedna in nebesedna komunikacija. Rungapadiachy (2003) ne daje točne razmejitev med besedno in nebesedno komunikacijo, saj je besedni simbol lahko velikokrat glasoven ali neglasoven. Krik je na primer glasoven, pa vendar nebeseden. Tako zaradi lažjega razumevanja postavi definicijo, da kadar gre za strategije pošiljatelja ali oddajnika, ki ne vsebujejo glasovnih ali jezikovnih sredstev, sporočilo sodi v kategorijo nebesedne komunikacije.

Izgovorjava, kontrola govora in melodija omogočajo verbalno komunikacijo. Izrazna moč telesa pa s tem še zdaleč ni izčrpana. Človek namreč govori z vsem telesom in s svojim vedenjem. Za komunikacijo v prvi vrsti uporabljamo govor, ki je osnovni način sporazumevanja med ljudmi. Z besedami dajemo in prejemamo informacije. Kljub

zapletenosti govora kot instrumenta sporazumevanja se včasih zgodi, da ta odpove – zmanjka nam besed. V takih primerih si ponavadi pomagamo z govorico telesa ali uporabo simbolov.

»V »praksi« človek komunicira enovito, torej verbalno in neverbalno, in šele celota obeh načinov komuniciranja daje komunikacijski učinek. Zato je bolj upravičeno govoriti o dveh vidikih komuniciranja kot o dveh različnih načinih ali področjih komuniciranja. To pa ne pomeni, da ne obstajajo pomembne posebnosti neverbalnega komuniciranja, ki ga razlikujejo od verbalnega komuniciranja.« (Ule 2009, 171–172).

Uletova (2009, 171) navaja naslednje najpomembnejše razlike med verbalnim in neverbalnim komuniciranjem:

– *En kanal nasproti več kanalom*; verbalni govor poteka v določenem času samo po enem kanalu. Vedno lahko povemo samo eno besedo v določenem časovnem trenutku. Neverbalna sporočila pa do nas prihajajo simultano po več kanalih.

– *Kontinuiranost sporočil*; značilno za neverbalno komuniciranje je, da istočasno oddajamo svoja sporočila, sprejemamo in prevajamo sporočila drugih udeležencev komunikacijske situacije. Pri verbalnem komuniciranju pa se časovno izmenjujejo vloge govorcev in poslušalcev, kjer ima v določenem časovnem trenutku en udeleženec lahko samo eno vlogo.

– *Zavestno in nezavedno pošiljanje in prejemanje sporočil*; pri verbalnih sporočilih najprej zavestno premislimo, kaj bomo rekli, neverbalna sporočila pa so večinoma spontana in nezavedno poslana. Seveda pa so lahko tudi neverbalna sporočila namerna in premišljena, npr. nasmeh.

– *Ontološka in evolucijska prednost neverbalnega komuniciranja*; neverbalni signali so prva oblika komuniciranja v našem evolucijskem razvoju vrste in v našem ontološkem razvoju od novorojenčka ter v naših prvih srečanjih in vtisih z drugimi. Zaradi te primarne vloge neverbalnih signalov je smiselno, da jim damo pomembno mesto v medosebnem komuniciranju.

Govor bi bil brez nenehne podpore neverbalnega komuniciranja osiromašen. Ko človek govori, zgolj z govorno obliko svojih sporočil, na primer s poudarki, intonacijo glasu, glasovnimi dodatki, posreduje informacije, ki presegajo čisto jezikovno formulirano vsebino. Poleg tega govor največkrat spremlja specifično gibanje rok, glave, drža telesa in podobno. Z

neverbalnim komuniciranjem obveščamo svoje sogovornike o tem, ali jih pazljivo poslušamo ali ne, sporočamo jim svoje strinjanje ali nestrinjanje z njimi. Vloga neverbalnega komuniciranja je tako najpogosteje definirana kot pomoč in okrepitev verbalnega govora, sestavine obeh pa delujejo skupaj kot usklajeni deli celote. Delitev komuniciranja na verbalno in neverbalno je zato bolj tehnična, uporabna v raziskovalne in strokovne namene, kot delitev udejanjena v praksi (Ule 2009, 207).

### **3.2 PODPORA PACIENTU IN PODPORNOKOMUNICIRANJE**

Uletova v enem izmed svojih del podrobno opisuje ter analizira značilne komunikacijske praske, ki konstituirajo odnosno, emocionalno, podporno, medkulturno in posredovano komuniciranje. Ker je ena izmed glavnih tem diplomskega dela podporno komuniciranje, bom poskušala zajeti glavne točke tega komuniciranja ter predstaviti njegov pomen.

»Podporno komuniciranje je oblika besednega in nebesednega komuniciranja, ki ima namen pomagati tistim, za katere zaznamo, da potrebujejo podporo in pomoč. Podpora, svetovanje, pomoč so pomembni cilji in vsebina komuniciranja, za človekovo osebno izkušnjo prav tako pomembni kot sporočanje in prepričevanje. Podporno komuniciranje je v komunikaciji vseskozi navzoče, v življenju in komuniciranju smo vsi iskalci in dajalci podpore.« (Ule 2009, 295).

Podporno komuniciranje naj bi uporabljali tako v poklicu kot tudi v vsakdanjih medosebnih odnosih. To nam lahko življenje obogati in pripomore k oblikovanju kvalitetnejših medosebnih odnosov.

Podporna sporočila so del podporne interakcije, ki vključujejo iskanje, dajanje, procesiranje in interpretiranje socialne podpore. Z raziskovanjem podpornega komuniciranja skušajo raziskovalci ugotoviti uspešne oblike sporočil, po katerih se uspešne oblike razlikujejo od manj uspešnih. Ugotovitve kažejo, da niso vsa podporna sporočila ali dejanja enako uspešna. Učinkovitost sporočil je odvisna od specifične vrste težav in od konteksta komuniciranja. Podporno komuniciranje je lahko zavestno in namerno, lahko pa je podporno komuniciranje tudi povsem naključno, spontano in nezavedno (Ule 2009).

Na samo učinkovitost podpornega komuniciranja vplivajo predvsem štiri skupine dejavnikov (Ule 2009, 297–300):

- komunikacijska namera oziroma pripravljenost, da ponudimo podporo, naredi sporočilo za podporno;
- uporaba naklonjenih neverbalnih sporočil, predvsem govornica obraza, sporoča, da kljub temu, da oseba ne more sama rešiti težave in potrebuje pomoč, ne zmanjšuje njene vrednosti v očeh tistega, ki ji pomaga;
- informativnost podpornih sporočil je lahko deklarativna ali direktivna. Uporabna deklarativna sporočila so tista, ki vsebujejo primerno količino jasno izraženih uporabnih dejstev, uporabna direktivna sporočila pa so tista, ki ponujajo take predloge, s katerimi učinkovito rešimo težavo. Informacijska podporna sporočila lahko namreč hitro presežejo mejo primernosti in uporabnosti;
- odnosna sporočila so podporna sporočila, ki so usmerjena k osebi, s problemom in upoštevajo čustveno in kognitivno stanje tistega, ki mu pomagamo, predvsem uporabo govora, ki drugega spodbuja, da sam prouči svoj odnos do problemske situacije; podporna sporočila, ki upoštevajo drugega, se tudi izogibajo moraliziranju, kritiziranju.

### **3.2.1 Empatija, sočutje in zaupanje kot dejavniki podpornega komuniciranja**

»Motivi za podporno komuniciranje so različni in kompleksni. Odvisni so od osebnostnih značilnosti udeležencev komunikacijske situacije, predvsem od sposobnosti empatije, od čustvenih povezav med njimi, skupnostnih norm, predvsem etike skrbi.« (Ule 2005, 347).

V literaturi sta najpomembnejša dejavnika podpornega komuniciranja empatija in sočutje.

V vseh poklicih, kjer je osnovna narava dela usmerjena predvsem v delo z ljudmi, so poleg znanja in izrazite motivacije potrebne še določene osebnostne lastnosti, brez katerih pri takšnem delu ne moremo biti uspešni. Ena izmed prej omenjenih lastnosti je empatija. Empatijo opredeljujemo kot vživljanje, akt projiciranja samega sebe v določen položaj, kot obliko identificiranja z nekom (Škerbinek 1991).

Empatija je sposobnost sprejemati občutja drugih ljudi in se biti sposoben o tem z njimi pogovarjati. Ko spoznamo, kaj se dogaja v nas samih, bomo lažje razumeli svet drugih ljudi. S

tem ne pridobimo le sposobnosti, ampak tudi samozavest, da se ukvarjamo z drugim človekom. Pomagati empatično in učinkovito pomeni, da ostanemo neprizadeti, ko pomoč ni več potrebna. Ne čutimo izčrpanosti in občutimo, da smo kot človek ob drugem človeku obogateli (Tschudin 2004).

Empatija je racionalno in čustveno dogajanje, ki temelji na sposobnosti postavljanja v položaj drugega in življenja vanj. Je sposobnost, da se postavimo na stališče drugega in analiziramo svet iz perspektive drugega. Empatija ima po opisovanju Uletove (2009, 302–303) tri dimenzije:

- kognitivno dimenzijo, kar pomeni prevzeti oziroma se postaviti v položaj drugega, tako da začasno opustimo svoje mnenje in prevzamemo mnenje drugega;
- čustveno dimenzijo, ki nam omogoča, da se vživimo v občutke in čustva drugega;
- etično dimenzijo, skrb za dobrobit drugega.

Empatijo pogosto zamenjujemo s sočutjem, vendar se koncepta med seboj pomembno razlikujeta. Sočutje pomeni, da čutimo usmiljenje do težav drugega, da podoživljamo njegove občutke in čustva, na primer bolečino. Empatija pa pomeni več, da ne samo čutimo, ampak da tudi razumemo težave drugega, da se znamo vživeti vanje. Zaradi vpletenosti kognitivne komponente v empatijo lahko težave drugih tudi razumsko predelujemo in najdemo rešitve zanje, zato empatija vsebuje tudi potrebo po odpravi vzrokov za bolečino in torej potrebo po pomoči drugemu. Šele empatija nas motivira za to, da dajemo podporo in za podporno komuniciranje (Ule 2009, 303).

Kanadska medicinska sestra in filozofinja Simone Roach (1992 v Tschudin 2004) je utemeljila vrsto elementov skrbstvenega dela. Nanašajo se posebej na zdravstveno nego, izhajajo pa iz njene temeljne izjave: »Skrb je človeški način bivanja.« (Roach v Tschudin 2004, 6). Skrbstveno delo je opredelila s posebnimi lastnostmi in vključujočimi kakovostmi, kot so: sočutje, kompetentnost, zaupanje, vest, dolžnost (Tschudin 2004).

Tako lahko sočutje opredelimo, kot drug najpomembnejši dejavnik podpornega komuniciranja in pogosto kot odgovor na osnovi globokega notranjega občutka, ko nekdo potrebuje pomoč. To je posebno ravnanje kot odgovor na posebno potrebo. Je več kot preprosta prijaznost in več kot skrbstveno delo. Sočutje je hkrati odločno in jasno, ostro in

mehko. Sočutja se ne moremo naučiti, kako ga pridobiti ali kako ga uporabiti. Ne moremo ga naštudirati; noben program iz občutljivosti nam ga ne bo dal. Sočutni smo lahko samo, ker smo bili sočutja deležni sami (Tschudin 2004).

Medicinske sestre so pogosto v položaju, ko so zagovornice, ko sprejemajo poklicne odločitve ter ko postavljajo vprašanja o zdravljenju na osnovi vesti ali vrednot; s tem medicinske sestre branijo slabotne. Da bi bili sočutni in ne bi mislili samo nase, moramo vedeti, od kod te lastnosti prihajajo in kam merijo. Sočutje je kompleksen vidik skrbstvenega dela. Predvsem zahteva poznavanje posameznika in njegovih vrednot. Če sami ne poznamo sebe, na nek način lahko povzročamo bolečine drugim ali pa ustvarjamo napetosti, da nato potrebujejo tretje, da bi bili sočutni s tistimi, ki smo jih mi ranili; seveda nezavedno. Sočutje je bolj posebno kot skrbstveno delo. Sočutje sprašuje, vodi k zaključkom in brani druge ter temelji na izkustvu. Pridobimo ga preko lastne izkušnje sočutja in ga ne dajemo iz občutka dolžnosti, ampak iz občutka vzajemnosti (Tschudin 2004).

Predhodno sem omenila empatijo in sočutje kot dejavnika podpornega komuniciranja. Pomembno je omeniti tudi tretji dejavnik podpornega komuniciranja, to je zaupanje. Zaupanje je po mnenju Uletove (2005, 363) eden ključnih elementov empatičnega komuniciranja. Empatično komuniciranje v odnosu med pacientom in zdravstvenim osebjem pomeni zaupanje, ki naj bi bilo sredstvo za odpravljanje negotovosti. Ko se znajdemo v vlogi pacienta, se od nas pričakuje, da zaupamo v delo zdravstvenih delavcev. Vendar mora zaupanje ustvarjati zdravstveni delavec s spoštovanjem do pacienta, informiranjem, z etičnim pristopom. Obe strani druga od druge pričakujeta zaupanje, sodelovanje in odgovornost. Medsebojno zaupanje je tako osrednji pojem vsakega empatičnega, podpornega in etičnega komunikacijskega procesa (Prebil in drugi, 2009).

»Zaupanje v zdravstvu počiva na karizmatični avtoriteti, ki jo investiramo v ljudi, ki »včasih vzamejo naša življenja v svoje roke«. Zaupanje v navzočnosti negotovosti je ključno za odnos med pacientom in zdravstvenimi delavci. Težava pa je v tem, ker se v sodobni porabniški družbi človek jasno ali nejasno zaveda nevarnosti zaupanja v drugega.« (Ule 2009, 312).

Giddens (2000 v Ule 2009, 312) govori, da je zaupanje vedno povezano z verodostojnostjo drugega. »Tako je zaupanje osrednji pojem vsakega empatičnega in podpornega komunikacijskega procesa. Empatično komuniciranje pa ni le neka neizogibna dimenzija

kakovosti življenja, h kateri stremimo tudi v bolezni, temveč je svilena nit, na kateri lahko neposredno visi človeško življenje (Ule 2009, 314).

Empatija je tako nujno potrebna za razumevanje. V idealnem primeru je vživljanje oziroma empatija, izraz kot tudi sredstvo razširjanja pacientove zavesti kot tudi zavesti zdravstvenih delavcev (Ule 2003a, 136). Gottschlich (1998 v Ule 2003a, 136) navaja, da empatično komuniciranje razumemo kot del zdravnega procesa, procesa, ki zajema tako tistega, ki pomaga, kot tistega, ki išče pomoč. Po mnenju Uletove (2003a, 136) ni receptov za empatično komuniciranje. Vloga takega komuniciranja je, da spoštuje pacientovo samopodobo. Vse kar človek ceni in v kar investira svoja čustva, je predstava o njem samem. Predstave pa potrebujejo komuniciranje. V tem spoznanju pa leži izziv, zavedati se ranljivosti komunikacijskega procesa.

V današnjem času ne čutimo pomanjkanja strokovnosti in znanja, čutimo pa veliko pomanjkanje sočutja. Medicinska sestra je tista, ki bi morala še bolj kot drugi izkazovati sočutje in srčnost. Pa naj bo to kot nekakšen uvod v naslednje poglavje; dela ob pacientu ni mogoče natančno predpisati z navodili in tudi ne nadzorovati kot v proizvodnji. Tukaj je potreben notranji etični nadzor (Prebil in drugi 2010,69).

### **3.2.2 Etični in pravni vidik varovanja dostojanstva in zasebnosti**

Na podporno komuniciranje vplivajo splošno družbeno, kulturno vzdušje ter civilizacijske norme, ki človeka nagovarjajo bodisi kot odgovornega za skupnostno življenje, za dobrobit človeštva bodisi k temu, da je predvsem sam odgovoren za svoje življenje ali celo kot posameznika, ki si svoje udobje gradi na račun drugih (Ule 2005, 347).

Tako ima pomembno vlogo tudi delo medicinske sestre za zdravje in življenje ljudi. S tem prevzema veliko odgovornost, ki je ni mogoče opredeliti samo z zakoni in predpisi, pomembna je etična drža posameznika, ki izhaja iz njegovih moralnih vrednot. Medicinska sestra je zagovornica koristi pacienta in mu nudi fizično, psihično, socialno, duhovno ter moralno podporo.

Etična drža pa je povezana z zdravstveno nego pacientov, oblikovanje profesionalne etične drža pa sega v čas, ko so bile ustanovljene prve šole za medicinske sestre. Profesionalno etično držo sta s svojim delom dokazovali Florence Nightingale, začetnica modernega

sestrinstva (zaslovela je tudi kot »gospa s svetilko«), in Angela Boškin, ki je s svojim profesionalnim odnosom do pacientov udejanjala etična načela humanosti, enakosti in spoštovanja človekovega življenja (Prebil in drugi 2010, 69).

Dostojanstvo človeka se je v zgodovini izoblikovalo skozi dolgotrajen boj in prizadevanje posameznika za spoštovanje človekovih pravic in temeljnih svoboščin vsakomur, ki pa se še vedno nadaljuje in bo trajalo, dokler bo trajalo človeštvo. Dostojanstvo je neodtujljiva vrednota, ki pripada vsakemu človeku, preprosto zato, ker je človek. Ni ga mogoče izmeriti niti vrednotiti, ne uničiti. Danes je človekovo dostojanstvo najpomembnejša človekova ustavno zavarovana vrednota, ki je nihče (niti pravo) ne more podeliti niti je ne sme odvzeti, lahko jo samo varuje. Vselej je naslovljeno na določeno osebo, ki ji drugi s tem izkazujejo spoštovanje, sprejetost takšne, kakršna je. Spoštovanje dostojanstva je poleg strokovnega znanja osnovna prvina v zdravstveni negi in predpogoj za etičen odnos do pacienta (Ivanc 1999).

Tako se s priznavanjem osebnostnih pravic daje posamezniku pravico do oblikovanja življenja na podlagi lastnih odločitev, kar nedvomno velja tudi za odločanje v zvezi s posegi v zdravstveni negi.

Posameznik postaja v moderni družbi vse bolj odmaknjen in zasebnost pomeni dobro, ki jo želi ohraniti. Zasebnost je nekakšen oklep, ki varuje posameznika samo pod pogojem, da ostaja cel, nepoškodovan. Posegi v zasebnost ta »oklep« poškodujejo in lahko omajajo ugled posameznika v družbi ter njegovo duševno stabilnost. Do vdorov v zasebnost prihaja zaradi radovednosti, kar opisuje E. L. Godkin v svojem delu *The Rights of the Citizen, IV – To His Own Reputation 1890* (Spoštovanje zasebnosti). Samo kadar je želeni cilj sprejemljiv v demokratični družbi in je poseg v človekove pravice res nujen in edini možen, je poseg v posameznikove pravice do zasebnosti dopusten. Pojem nujnosti vpogleda v posameznikove osebne podatke pa je zelo raztegljiv. Pri odločitvah v zvezi s pravicami posameznika je treba pretehtati vsa znana dejstva, preden je odločitev podana (Lampe 2004).

Dostojanstvo, osebnostne pravice, zasebnost in varstvo osebnih podatkov so pravice, ki jih priznava Evropska konvencija o človekovih pravicah, na podlagi katere odloča Evropsko sodišče za človekove pravice. V Republiki Sloveniji te pravice varuje Ustava, na njeni osnovi pa posamezni zakoni in profesionalni kodeksi. Zato je za etičen odnos do pacientov



medicinska sestra dolžna slediti Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, ki jo napotuje na profesionalen odnos s pacientom, kar znova omogoča najprej spoštovanje dostojanstva in zasebnosti pacienta (Marinič 2010).

### **3.2.3 Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije**

Začetki etike v zdravstveni negi segajo v davnino, tako kot segajo v davnino zgodovinski zametki zdravstvene nege in negovanja ljudi. Zato je etika zdravstvene nege nerazdružljivo povezana z vrednotami človeka in vrednotami v zdravstvu.

Prvi pisni deontološki dokument v slovenskem jeziku za medicinske sestre in babice je iz leta 1788. V 19. stol. je mnoga etična načela opredelila Florence Nightingale, utemeljiteljica sodobne zdravstvene nege in poklica medicinske sestre. Svetovna zveza medicinskih sester (ICN) pa je oblikovala prve profesionalne etične kodekse (1899), ki veljajo za medicinske sestre. Še danes je ena izmed nalog ICN posodabljanje etičnih kodeksov medicinskih sester. Leta 1994 pa je bil sprejet Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Grbec 2003).

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov je zbirka pravil in predpisov o etičnem delovanju, zapis vrednot v zdravstveni negi ter opis temeljnih nalog medicinske sestre, ki temelji na spoštovanju človekovih pravic (Prebil in drugi 2010, 74).

Kodeks etike ima namen pomagati medicinski sestri pri oblikovanju etičnih vrednot in je vodilo ter spodbuda pri delu v praksi zdravstvene nege. Kodeks medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije nalaga izvajalcu zdravstvene nege na štirih temeljnih področjih: odnos do bolnika, odnos do sodelavcev, odnos do družbe, odnos do lastne stroke. Ta področja so zajeta v devet temeljnih načel (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije 2006).

Vodilna načela v zdravstveni negi so: načelo dobronamernosti, načelo neškodovanja, načelo pravičnosti in načelo avtonomnosti, ki jih moramo upoštevati pri izvajanju vseh aktivnosti zdravstvene nege (Prebil in drugi 2010, 74).

Ostre ločnice med njimi ni, je pa smiseln prikaz po časovnem zaporedju. Temeljno načelo etike v zdravstvu je načelo dobronamernosti. Predpostavlja, da zdravstveni delavci vedno delujemo v korist pacienta in da prispevamo k zdravju, dobremu počutju ter zmanjševanju

trpljenja (Grbec 2003). Kot naslednjega omenimo načelo pravice pacienta do izbire in odločanja, ki govori o zagovorništvu, informiranem soglasju in spoštovanju pacientove avtonomije (Prebil in drugi 2010, 76). Za vse medicinsko tehnične posege in postopke, ki jih izvajamo, smo dolžni pridobiti informirano soglasje pacientov, ne glede na to, ali gre za bolj ali manj invazivne oziroma neinvazivne postopke. Vsi člani zdravstveno negovalnega tima smo dolžni spoštovati pravico pacientov do informiranosti in jih natančno seznaniti z vsem, kar pri njih in z njimi počnemo, seveda v okviru svojih kompetenc (Naka 2009). Tretje načelo zajema poklicno molčečnost. Poudarja trajno zavezanost medicinske sestre k spoštovanju poklicne skrivnosti, tudi po pacientovi smrti. Četrto načelo govori o spoštovanju dostojanstva in zasebnosti pacienta v vseh stanjih zdravja, bolezni in ob umiranju. Peto načelo zajema dolžnost medicinske sestre, da nudi pacientu kompetentno zdravstveno nego v mejah svoje strokovnosti ter izvaja postopke, za katere ima ustrezno znanje in izkušnje. Skrbi za stalno strokovno izpopolnjevanje, skrbi za razvoj stroke in deluje zdravstvenovzgojno. Šesto načelo vsebuje priporočila, ki medicinsko sestro vodijo k takšnim odločitvam, da bodo pacientu v korist. Treba je skrbeti za izvajanje takšne zdravstvene nege, ki bo v skladu z vrednotami in standardi, ki so zapisani v kodeksu. Sedmo načelo govori o odnosu medicinske sestre do članov negovalnega tima in o spoštovanju drugih strokovnjakov različnih zdravstvenih poklicev. Osmo načelo vsebuje usmeritve, ki zagotavljajo boljše zdravje pacienta in celotne družbe ter v zadnjem devetem načelu navaja odgovornost medicinske sestre do upoštevanja in razvijanja etičnih načel v zdravstveni negi. S tem v zadnjem in ne najmanj nepomembnem nalaga medicinski sestri, da s svojim etičnim in moralnim ravnanjem dviguje ugled poklica in poklicnih organizacij v družbi (Prebil in drugi 2010, 76–77).

Tako je kodeks etike le vodnik (ni zakon) in spodbuda za delovanje medicinske sestre. Njegov namen je pomagati medicinski sestri pri oblikovanju etičnih vrednot in je podlaga za etično presojo, saj olajša odločanje pri njenem delu, še posebej takrat, ko nastopijo dileme (Prebil in drugi 2010, 75).

### **3.3 KOMUNICIRANJE JE ZDRAVLJENJE OZIROMA TUDI BESEDA JE ZDRAVILO**

Ule (2003b,113) piše, da je bilo zdravljenje od nekdanj na različne načine povezano s komuniciranjem. Zdravljenje, po njenem mnenju, prav tako kot komuniciranje temelji na

vzajemnosti in obojestranskem angažiranju pacienta in zdravnika. S tem presežemo dualizem med pacientom in zdravnikom, ob predpostavki, da je bolezen in zdravljenje tudi zdravnikov in ne samo pacientov primer.

Trditev, ki je najbolj soglasno sprejeta med anketiranci članov in članic Društva pljučnih bolnikov v Sloveniji, je po zapisih Uletove (2003b, 129): »Važno je, da je odnos med bolnikom in zdravnikom topel in prisrčen, ker to zelo vpliva na razbremenitev bolnika.« Pozitiven odnos, pozitivna komunikacija in pozitivna pričakovanja zdravstvenega osebja statistično pomembno vplivajo na pozitiven rezultat zdravstvene obravnave (Bordy 2000 in Thomas 1987 v Zupan, Hočevar 2010). Ule (2003b) po navedbah različnih avtorjev opisuje, da se v komunikacijskem odnosu skriva nesluten in presenetljiv potencial zdravljenja. Za zdravljenje mnogih problemov in bolečin sodobnega človeka je tako vzpodbudno komunikacijsko okolje velikega, celo odločilnega pomena.

Iz besed Gottschlich (1998 v Ule 2003b, 132) lahko razberemo, da bo medicina prihodnosti komunikacijska medicina ali pa bo izgubila ljudi, zaradi katerih je tu. Po njegovem mnenju je škodljiva izguba komuniciranja, ki jo izziva sodobna medicina; vznemirljiv simptom globlje ležeče duhovne krize moderne medicine, ki pa se je ne da rešiti z nekaj priučenimi verbalnimi vzorci komuniciranja. Pa se zavrtimo okrog te trditve. Uletova (2003b, 111–112) navaja, da zaradi velike teže, ki jo imajo naravoslovni zakoni v medicini ter zaradi potrebe po znanstveni objektivnosti, sodobna medicina težko prizna, da obstajajo pri zdravju in bolezni določene duševne dimenzije, ki se odtegujejo medicinsko-tehnični diagnostiki. V taki medicini tudi ni prostora za intuitivne spoznavne metode, ki so bile osnova tradicionalnih umetnosti zdravljenja; čeprav sodobna medicina ne more zanikati teh učinkov na zdravljenje. Uspeh terapije je dokazljivo odvisen od prepričanj, celo od verovanj zdravnika in pacienta. Tako se po mnenju Uletove, če sprejmemo te teze, spremenijo miselne predpostavke moderne medicine. Objektivne zakonitosti naravoslovne medicine se morajo odpreti psihofizični celosti človeka.

Pomembno je tudi dejstvo, da je v medicini vse več govora o komuniciranju, žal pa se komuniciranje pogosto razume napačno. Razume se po besedah Uletove (2003b, 114) kot »mazilo« za nemoten potek medicinsko-tehničnih, diagnostičnih in terapevtskih postopkov. Vse to je seveda res, da komuniciranje služi tudi za to, ampak to ni njegov pravi namen.

Komuniciranje ni zgolj sredstvo za doseganje določenih ciljev, temveč srečanje dveh oseb, ki ju združuje neko dogajanje, ki povezuje oba. Zato lahko rečemo, da zdravje počiva na komuniciranju (Ule 2003b, 114).

Na začetku sem poglavje imenovala: Tudi beseda je zdravilo. Pa naj razložim od kod. Prav kmalu potem, ko sem se zaposlila (pred 7 leti) v Splošni bolnišnici Jesenice, smo se zaposleni udeležili učne delavnice na prej omenjeno temo. Namen in cilj je bil, da spoznamo, da je za zdravstvene delavce poleg dobrega strokovnega znanja najpomembnejše delovno orodje komunikacija. Z njo ustvarimo prvi stik s pacientom, pridobivamo informacije o njem in poteku bolezni. S komunikacijo pogosto nezavedno vplivamo tudi na notranje stanje pacienta in s tem na samozdraviteljske sposobnosti, saj vemo, da so telo, čustva in mišljenje tesno povezani. Kakovost komunikacije pa ustvarja tudi zunanjo podobo ustanove, kar je dandanes pomemben dejavnik. Bila je koristna izkušnja, kjer smo spoznali, da z učinkovito komunikacijo ustvarjamo boljše medosebne odnose, da se moramo vztrajno učiti ohranjati svojo samopodobo in da je treba v vsakem človeku prepoznati dobro ter mu pomagati, da prepozna potencial v sebi. Tako v procesu ustreznega medsebojnega odnosa med medicinsko sestro in pacientom pacient lažje najde sposobnosti in moč za delo na sebi, ki ga mora opraviti, da ozdravi.

Včasih si moramo vzeti čas in razmisliti o tem, se pogovoriti o medsebojnih odnosih, v katere vstopamo in si dopustiti, da se pogledamo v »zrcalu«. To je koristno tako za naše paciente kot za nas, naše osebno zadovoljstvo in srečo v poklicu. V procesu učenja o sebi in drugih spoznamo različne odzive v vedenju, srečamo različne potrebe. Nekatera medsebojna srečanja s pacienti nam ostanejo v spominu kot vesela in zadovoljujoča, druga kot boleča. Z vsakim srečanjem pa dobimo priložnost, da se naučimo spoštovati bogastvo človeškega doživljanja in veliko zelo različnih priložnosti za polno človeško doživljanje v medsebojnih odnosih.

### **3.4 TERAPEVTSKA KOMUNIKACIJA**

Razlika med običajno vsakdanjo komunikacijo in terapevtsko komunikacijo med medicinsko sestro in pacientom leži v profesionalnem kontekstu in motivaciji medicinske sestre, ki deluje v okviru kvalitetne zdravstvene nege za paciente v okviru njihovih individualnih potreb. Po mnenju McCabejeve in Timminsove je terapevtska komunikacija široko uporabljen pojem v zdravstvu ter v povezavi s svetovanjem in psihoterapijo (McCabe in Timmins 2006, 49–50).

Po mnenju Kobentarjeve in drugih (1996, 16) pa je terapevtska komunikacija na pacienta usmerjen proces, katerega cilj je zadovoljevanje njegovih potreb po zdravstveni negi. V tem se ta komunikacija razlikuje od vsakdanje, ki zadovoljuje potrebe obeh udeležencev.

### **3.4.1 Razlogi za učenje terapevtske komunikacije v zdravstveni negi**

Življenje slehernemu lahko prinese fizične in psihične težave, bolezni, poškodbe in trpljenje, ki se jih ne moremo ubraniti. Takrat človek potrebuje pomoč od zunaj. Tako je v situacijah, ko človek išče pomoč v zdravstvu, pogosto prav medicinska sestra osnovni vir pomoči pacientu, in sicer včasih kar mimogrede ob svojem delu, ko se sreča s pacientom kot človek s človekom v medsebojnem odnosu. Če imamo znanje in izkušnje s komunikacijo, s pacientom toliko lažje »raziskujemo« vse dimenzije telesnega in duševnega trpljenja na naporni poti do ozdravitve.

Škerbinkova (1992, 30) opisuje, da so terapevtska komunikacija in ustrezni medsebojni odnosi tisti, ki medicinski sestri omogočijo, da pomaga pacientu ali sodelavcu, da se ponovno dokoplje do volje do življenja, do sozvočja s svetom, če je njegova integriteta porušena. Pot do tega je možna samo s človeško udeležbo. Človeški »dotik« v zdravstveni negi se uresniči takrat, ko smo se sposobni spontano in odgovorno odzvati na pacientove potrebe, in to v tistem trenutku, ko te obstajajo in ko smo v pomoč pacientu, kadar nas le-ta potrebuje (Škerbinek, 1992, 30).

Komunikacija medicinske sestre s pacienti je najizrazitejša in najzahtevnejša v najbolj kompleksni komponenti poklica medicinske sestre, to je pri zagovarjanju pacienta. Lahko jo definiramo kot aktivnosti, usmerjene v zagotavljanje najvišje kvalitete zdravstvene nege. Medicinska sestra je s svojo aktivnostjo vpletena v osebno rast in razvoj pacienta. V tej vlogi mora medicinska sestra uporabljati terapevtsko komunikacijo.

Vzpostavljanje terapevtskega odnosa je proces, ki zahteva čas, skrbno vodenje medicinske sestre in sloni na zaupanju. Oblikovanje vzdušja zaupanja se začne že s tem, da ponudimo svojo pomoč, kar pomeni samega sebe. Včasih to storimo z besedo, lahko pa tudi samo s svojo prisotnostjo. Pomemben korak pri vzpostavljanju komunikacije je razjasnitev, kdo je kdo, kakšne so posamezne vloge in pričakovanja. To, da pacientu povemo, kakšno vlogo imamo in kaj bomo zanj storili, omogoča jasna pričakovanja, ki zmanjšajo strah pri pacientu, nas obvarujejo pred nesporazumi, pacientu pa omogočimo lažjo prilagoditev na novo okolje.

Zaupanje v odnosu gradi tudi doslednost v vedenju medicinske sestre. Pacientu vedno obljubimo samo tisto, kar lahko izpolnimo. Terapevtski odnos temelji na spoštovanju. Spoštovanje pomeni, da sprejmemo in cenimo osebnost pacienta, spoznamo njegove potrebe in probleme. Spoštovanje pomeni, da gledamo na stvari iz pacientovega zornega kota. Za zaupen odnos je prav tako pomembna poštenost. Pacient naj bi verjel v tisto, kar medicinska sestra reče, in sicer na podlagi pozitivnih izkušenj. V terapevtsko komunikacijski proces sta vključena pacient in medicinska sestra. Vsak od njiju predstavlja celoto. Vsak od njiju je prinesel v ta odnos svoje spomine, občutke, strahove, pričakovanja, vrednote, sposobnosti, svoje napake in omejitve. Poleg besednih sporočil so pomembna v odnosu in komunikaciji tudi nebesedna sporočila, pacienta in medicinske sestre (Kobetarjeva in drugi 1996).

Kobentarjeva in drugi (1996, 16–17) pa navajajo naslednje **značilnosti terapevtske komunikacije**:

#### **Usmerjenost v varovanca**

O usmerjenosti terapevtske komunikacije k pacientu s ciljem zadovoljevanja njegovih potreb sem pisala že na začetku tega poglavja.

#### **Usmerjenost k cilju**

Vsaka interakcija je usmerjena k potrebam pacienta. Na začetku je cilj vzpostavitve odnosa, nato terapevtski dogovor in razjasnitev ciljev in pričakovanj obeh.

#### **Empatija**

Empatija pomeni spoštljivo nepristransko zavzetost; temu sem že namenila svoje »mesto« v predhodnem poglavju diplomskega dela.

#### **Spoštovanje**

Spoštovanje pomeni poznavanje pravice, da je lahko drug človek drugačen, tako tudi pacient. Večkrat mora medicinska sestra skrbeti za pacienta, katerega vrednote in življenjski cilji so drugačni, včasih celo moteni. Če se pacient in medicinska sestra ne strinjata glede ciljev, vendar je njun odnos spoštljiv, imata možnost spoznati razlike, hkrati pa jima daje svobodo in pravico do lastnega mnenja.

#### **Sprejemanje**

Značilnost terapevtske komunikacije je sprejemanje pacienta in njegove sedanje ravni funkcioniranja. Najpomembnejši pri tem je čustveni dejavnik. Medicinska sestra, ki ne obsoja

ampak samo sporoča, kar vidi, ima veliko več možnosti, da pomaga pacientu z neprimernim vedenjem, da se tega zave in se nauči primernejšega vedenja.

### **Zaupnost**

Vse interakcije s pacientom morajo biti zaupne narave, razen določenih informacij, ki so pomembne za ostale zdravstvene delavce, vendar namenjene v dobro pacienta.

### **Samorazkrivanje**

Tudi v tem se terapevtska komunikacija loči od vsakdanje, kjer se običajno razkrivata oba udeleženca. V terapevtski komunikaciji je samorazkrivanje pacienta namenjeno doseganju uvida v njegove probleme, občutke in vedenje.

Kar je nujno potrebno v zdravstvu in je nam vsem potrebno v medsebojnih odnosih, je uvid, da je komuniciranje življenjsko pomembno, da ga potrebujemo za preživetje in da zdravilna moč naših besed izvira iz moči naših prepričanj in naših čustvovanj (Ule 2003, 136).

Kot je zapisala Uletova (2006, 19), kažejo raziskave, da zdravstvena nega za razliko od medicinske stroke vendarle drugače postavlja etične dileme v zdravstvu. Zdravstvena nega je osredičena okrog »etike skrbi«, kar predstavlja pravo alternativo prevladujočemu tehničnemu odnosu do pacientov. Zdravstvena nega poudarja udeležbo v interakciji s pacienti v kontekstu trajnejših in kontinuiranih odnosov s komunikacijskim stilom, ki je usmerjen v vzpodbujajoče razumevanje. Medicinske sestre so v primerjavi z zdravniki občutljivejše glede pacientovih doživljanj procesov. Skrbijo za počutje pacientov, lajšanje telesnih in duševnih stisk. V tem smislu zdravstvena nega predstavlja alternativo nevarnosti instrumentalizacije dela s pacienti. Na tem potencialu bi lahko zdravstvena nega gradila svojo profesijo in postala pomemben dejavnik razvoja ne samo svoje stroke, ampak tudi razvoja zdravstvenega sistema nasploh (Ule 2006).

## **3.5 MERJENJE KAKOVOSTI ZDRAVSTVENE OSKRBE PACIENTOV**

Raziskave na temo komunikacije so relativno redke. V Sloveniji je javno znana Nacionalna anketa o izkušnjah bolnikov v bolnišnici (Robida 2006), kjer je bil namen vprašalnika nenehno izboljševanje zdravstvene oskrbe pacientov. Anketa se je osredotočala na pacientovo zaznavanje zdravstvene oskrbe; razsežnosti kakovosti, ki jih je zajemala anketa, pa so naslednje:

1. dostopnost in čakanje,
2. komunikacija z zdravniki in medicinskimi sestrami,
3. informacije in osredotočenje na pacienta,
4. lajšanje bolečine,
5. bolnišnično okolje in prehrana (Robida 2006, 38).

V Sloveniji so se začeli zavedati potrebe po ureditvi kakovosti na državni ravni sredi devetdesetih let 20. stoletja s pomočjo Svetovne zdravstvene organizacije (SZO). Leta 2001 je bil pripravljen dokument *Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji*. Opisuje stanje v državi in nekatere mehanizme, ki so na voljo za zagotavljanje vsaj najnujnejših standardov. Pravega sistema upravljanja celovite kakovosti oziroma nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti za paciente pa Slovenija ni imela. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu poudarjajo osrednje naloge in dejavnosti za izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov in usmerjajo ljudi pri vsakodnevnem delu z jasno opredeljenimi odgovornostmi. Na podlagi mednarodnih in nacionalnih ter že potekajočih dejavnosti, povezanih s kakovostjo v zdravstvu, opisuje Robida (2006) usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu z namenom, da bi v Sloveniji upoštevali mednarodno in evropsko sprejeta načela kakovosti, torej širše cilje z vplivom na družbo:

- uspešnost,
- varnost,
- pravočasnost,
- učinkovitost,
- enakost,
- osredotočenje na paciente.

Zmanjšali bi:

- nesprejemljivo raven odklonov izidov zdravljenja,
- neuspešno ali neučinkovito uporabo zdravstvenih tehnologij (premajhna uporaba, prevelika uporaba, nepravilna uporaba),
- visoko ceno slabe kakovosti,



- nezadovoljstvo uporabnikov,
- neenak dostop do zdravstvenih storitev,
- čakalne dobe.

Povečali bi:

- uspešnost delovanja zdravstva in zdravstvenih organizacij,
- kakovost zdravstvenega varstva,
- motivacijo spreminjanja organizacijske kulture (spreminjanje obnašanja/upravljanja),
- usmerjanjem k izidom obravnave,
- usposabljanjem in izobraževanjem,
- večdisciplinarnostjo in integracijo obravnave (Robida 2006, 50–51).

### **3.5.1 Merjenje kakovosti zdravstvene nege v mednarodnem projektu Količina in kakovost v zdravstveni negi**

V kratkem povzetku želim povzeti najpomembnejše smernice, ki so bile zajete v projektu »Količina in kakovost v zdravstveni negi« v zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor ter se s tem nekoliko približati razlogom pri izbiri anketnih vprašanj v svojem anketnem vprašalniku. Mednarodni projekt, ki je potekal v zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca v Mariboru, je bil izveden v sodelovanju s Katoliško univerzo v Nijmegenu na Nizozemskem in financiran s strani nizozemskega zunanjega ministrstva – fundacije MATRA in je usmerjen na področje kakovosti zdravstvene nege.

Orodje za merjenje kakovosti zdravstvene nege, uporabljeno v projektu »Količina in kakovost v zdravstveni negi«, najdemo v štirih konceptih: koncept procesa v zdravstveni negi in koordinacije zdravstvene nege, koncept negovalne aktivnosti v procesu izvajanja zdravstvene nege, koncept komunikacije in podpore pacientu in koncept poti pacienta. Okvir predstavljata teorija samooskrbe Dorotheje Orem in teorija bolnikovih potreb Virginije Henderson (Kersnič in Filej 2002).

Orodje je bilo razvito v skladu z raziskovalnimi metodami v znanosti zdravstvene nege in preizkušeno glede na statistične postopke njegove veljavnosti in zanesljivosti. Namen tega orodja je spoznati, v kolikšnem obsegu medicinske sestre dosegajo standarde in kriterije za

dobro zdravstveno nego v osnovni zdravstveni dejavnosti. Pri razvijanju orodja so uporabili dve orodji različnih avtorjev. Sestavljeni sta bili iz treh osnovnih konceptov v procesu zdravstvene nege: negovalnega procesa in koordinacije zdravstvene nege, komunikacije in podpore pacientu ter družini in negovalne intervencije. Vsak od teh konceptov je merjen s pomočjo kritičnih kazalcev in vprašanj. Sama sem se oprla na vidik komunikacije in podpore pacientu pri zdravljenju v bolnišnici. V mariborskem modelu pa so kot ogrodje obdržali vse tri osnovne koncepte. Dodani so bili kritični kazalci, kriteriji in vprašanja. V kriterijih kakovosti so bile upoštevane tudi določbe iz pravic pacientov in Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Dodali so tudi koncept poti pacienta, pri katerem kriteriji temeljijo na obstoječih kriterijih kakovosti ISO-9000. Za vsakim kritičnim kazalcem je bil opredeljen kriterij v zdravstveni negi, katerega namen je, da ima medicinska sestra, ki vodi intervju, strokovno ozadje za vsako vprašanje. Prilagojeno orodje za merjenje kakovosti v zdravstveni negi vsebuje toliko sprememb, da je dejansko novo orodje. Za potrditev veljavnosti orodja pa so uporabili metodologijo prečiščevanja instrumenta: podrobni pregled novih variant, izbor detajlov, oblikovanje merila in metodologijo preizkušanja instrumenta: preizkušanje oblike vprašalnika, veljavnost vsebine z oceno skupine neodvisnih strokovnjakinj zdravstvene nege (angl. contentvalidity), medsebojne zanesljivosti (angl. interraterreliability) in notranje skladnosti (angl. internalconsistency). Ker ogrodje vprašalnika predstavljajo štiri koncepti, bom za lažjo predstavbo in primerjavo z mojim vprašalnikom predstavila samo enega od štirih konceptov, to je, komunikacija in podpora pacientu. Vsak od teh konceptov ima pet do devet kritičnih kazalcev. Vsak kritični kazalec je sestavljen iz enega ali več kriterijev. Nadalje so v njihovem primeru kriteriji zajeti v vprašanjih medicinskim sestram in pacientom, nekateri odgovori pa so primerjani z dokumentacijo zdravstvene nege in opazovanjem.

V nadaljevanju bom predstavila kazalce koncepta komunikacije in podpore pacientu, ki kot vidik kakovosti zdravstvene nege v procesu izvajanja zdravstvene nege vključuje:

1. spoštovanje osebnosti pacienta;
2. atmosfero zaupanja, varnosti v ambulanti ali na domu pacienta;
3. stopnjo prizadevanja medicinske sestre, da pacient skrbi zase v največji možni meri;
4. možnost vpliva pacienta na obravnavo v procesu zdravstvene nege;
5. stopnjo sodelovanja med medicinsko sestro in pacientom;

6. vključitev družine in/ali za pacienta pomembnih drugih v proces zdravstvene nege (Kersnič in Filej 2002).

Meritve izvajajo posebej usposobljene medicinske sestre. Meritev kakovosti dela v zdravstveni negi so izvedli s pomočjo intervjuja z medicinsko sestro, intervjuja s pacientom, ki ga obravnava medicinska sestra, s pregledom negovalne dokumentacije tega pacienta in opazovanjem. Vprašanja medicinski sestri in pacientu so zaprtega tipa. Nekaj dni po intervjuju pa je potreben tudi telefonski klic, da so izmerili dostopnost do ambulante in medicinske sestre, ki je bila intervjuvana. Pregled dokumentacije obsega vse dokumentiranje medicinske sestre o pacientu, družini, negovalnih intervencijah, ki pripomorejo k oblikovanju negovalnega načrta. Opazovanje pacienta pa se prične v čakalnici in konča ob izhodu iz zdravstvenega doma. Po njihovem mnenju je orodje je narejeno tako, da z njim merimo kakovost zdravstvene nege na oddelku kot celoto in z njim ni možno meriti samo določenega dela, npr. odnosa medicinske sestre, zadovoljstva pacienta, negovalne dokumentacije ali poti pacienta. Z izračunom posameznih kriterijev in vseh kriterijev v posameznem konceptu, dobijo odstotek doseganja kakovosti zdravstvene nege po posameznih konceptih (Kersnič in Filej 2002).

Koncept kakovosti zdravstvene nege je lahko videti kot relativen, prav tako pa je v literaturi veliko definicij. Vendar je v vseh teh definicijah nekaj skupnega. Po mnenju Kersničeve in Filejeve (2002) izražajo razkorak med realnostjo in zaželenim stanjem. Orodje, ki je prilagojeno in razvito v zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor, meri obseg, v katerem so bili doseženi kriteriji. Kakovost je dinamičen koncept z množico vidikov, na katere moramo pomisliti. Orodje predstavlja osnovni koncept zdravstvene nege z vidika medicinske sestre, pacienta in organizacije. Proces adaptacije in preizkušanja orodij zahteva vpogled v sistem vodenja zdravstvene nege ter v sistem zdravstvene nege v osnovni zdravstveni dejavnosti.

Teoriji Dorotheje Orem in Virginije Henderson v njihovem primeru predstavljata teoretični okvir in osnovo, kaj lahko pričakujemo od medicinske sestre v procesu zdravstvene nege. Kritični indikatorji pa nam dajo dober vpogled v aktivnosti, ki jih je izvedla medicinska sestra, obenem pa dajejo možnost za odločitev, v katero smer naj se dnevna rutina

medicinskih sester spremeni za zagotovitev boljše kakovosti dela v zdravstveni negi. Menijo, da je večina metod, ki jih uporabljamo v menedžmentu zdravstvene nege, ni preizkušena glede zanesljivosti in skladnosti. Zato so veliko časa namenili prav temu. Rezultat te naravnosti je, da ima zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor zanesljivo orodje za merjenje kakovosti zdravstvene nege v osnovni zdravstveni dejavnosti. To daje drugim medicinskim sestram v Sloveniji možnost, da ga lahko uporabijo in na podlagi rezultatov pacientu zagotovijo kakovostno zdravstveno nego (Kersnič in Filej 2002).

Tukaj se teoretični del diplomskega dela zaključuje. S kratko predstavitvijo raziskave »Količina in kakovost zdravstvene nege« sem želela osvetliti določene točke v sami raziskavi, ki je bila tudi izhodišče za sestavo anketnega vprašalnika, ki ga predstavljam v naslednjem, empiričnem delu.

## **4 EMPIRIČNA RAZISKAVA: POMEN KOMUNIKACIJE IN PODPORE PACIENTU PRI ZDRAVLJENJU V BOLNIŠNICI**

### **4.1 OPREDELITEV PROBLEMA**

Rungapadiachy (2003) opisuje, da je komunikacija osnova za nudenje zdravstvene oskrbe, ne glede na mesto posameznika v zdravstveni ureditvi in ne glede na zdravstveno disciplino. Tako je komunikacija in podpora pacientu s strani medicinskih sester nedvomno pomemben vidik zdravljenja v bolnišnici.

Raziskave, ki so izvedene v posameznih bolnišnicah, so interne narave. Raziskavo »Količina in kakovost zdravstvene nege«, ki jo je slovensko-nizozemska raziskovalna skupina (Cibic, Filej, Van den Hout, Kersnič, de Miranda, Robida,...) leta 2002 izvedla v zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor, pa je bila izhodišče za sestavo mojega vprašalnika, katerega namen je merjenje kakovosti zdravstvene nege na področju komunikacije in podpore pacientom v Splošni bolnišnici Jesenice.

V zvezi s kakovostjo na področju komunikacije in podpore pacientu je bilo do sedaj relativno malo napisanega oz. se to področje zelo malo ocenjuje. Tako se je tudi porodila ideja o novem doprinosu k razvoju zdravstvene nege v okviru Splošne bolnišnice Jesenice.

V okviru raziskovalnega dela me je zanimalo, kako so pacienti, ki so bili hospitalizirani na Internem oddelku, zadovoljni s komunikacijo in podporo, ki jim jo nudimo med samimi negovalnimi postopki in tudi med samim bivanjem na oddelku.

### **4.2 OPIS METODE RAZISKOVANJA**

Pri raziskovanju kakovosti zdravstvene nege lahko izbiramo med več metodološkimi pristopi, ki se jih tradicionalno poslužujejo sociološke raziskave. Sama sem izbrala anonimno anketo s strukturiranim vprašalnikom zaprtega tipa. Takšen pristop sem izbrala zaradi naslednjih razlogov:

Raziskava pokriva odnos med pacientom in medicinskimi sestrami. Morebitna bojazen anketiranih pacientov, da bi nizke ocene dela in odnosa medicinskih sester negativno vplivale na kakovost zdravstvene nege, bi lahko anketirance navedla k neobjektivnemu, tj. previsokemu ocenjevanju. Rešitev predstavlja anonimna anketa.

Anketni vprašalnik zaprtega tipa predstavlja najhitrejši in najlažji način zbiranja podatkov. Takšen pristop je najprimernejši, ker se v raziskavi obračamo na okrevajoče bolnike, ki jih ne moremo obremenjevati z daljšim in zahtevnejšim anketiranjem. Da bi anketirancem omogočili izražanje mnenj izven ponujenih vprašanj, so bili ob koncu ankete povabljeni, da v za to namenjeno okence napišejo dodatni komentar.

Strukturiran vprašalnik zaprtega tipa z ocenjevanjem po Likertovi lestvici je uporabniku prijazen in razumljiv, kar je posebej pomembno zaradi dejstva, da je bilo 50 % anketirancev starejših od 60 let.

#### **4.2.1 Anketni vprašalnik**

Podatki so bili zbrani s pomočjo anketnega vprašalnika Kakovost v zdravstvu: pomen komunikacije in podpore pacientu pri zdravljenju v bolnišnici (Priloga A), ki sem ga oblikovala na osnovi že prej omenjene raziskave v zadnjem poglavju teoretičnega dela.

Vprašanja so strukturirana po naslednjih sklopih:

- prvo srečanje oziroma sprejem na oddelek (vprašanja 1–3),
- zagotavljanje zasebnosti (vprašanja 4–6),
- pozornost in potrpežljivost medicinske sestre (vprašanja 7–8, 12–13),
- seznanjenost z negovalnimi postopki (vprašanja 9–11),
- medicinska sestra, ki se ji lahko zaupate (vprašanja 14–17),
- vpogled v dokumentacijo (vprašanje 18),
- naročila medicinske sestre, ki jih dejansko ne morete izvesti (vprašanje 19),
- seznanjenost o oddaji pritožbe oziroma pohvale (vprašanje 21),
- zadovoljstvo s strokovnostjo dela medicinskih sester in odnosom do pacientov (vprašanje 22–23),
- seznanjenost s strani medicinske sestre o lastni oskrbi (vprašanja 20, 24, 25–26)<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Na prvih 24 vprašanj so odgovarjali vsi anketiranci, na zadnji dve pa le tisti, ki so po odhodu iz bolnišnice potrebovali pomoč na domu. Na koncu vprašalnika so bili anketiranci naprošeni, da podajo tudi morebitno opisno mnenje oziroma komentar, ki bi presegal zastavljena.

## 4.2.2 Vzorec

Anketiranje je bilo anonimno, izvedeno v obdobju med januarjem in marcem 2010. Pri anketiranju sem ciljala na čim krajše obdobje izvedbe, s čimer izločimo vpliv zunanjih dogodkov na mnenje anketirancev. Vzorec pacientov, zajetih v anketo, je bil zato nujno slučajen, vendar pa po moji oceni ne odstopa pomembno od populacije, ki se sicer zdravi na obravnavanem oddelku. To dejstvo ocenjujem kot pomembno za kakovost rezultatov. Raziskava je namreč izvedena z željo, da pokaže sliko odnosov med pacienti in medicinskimi sestrami ter poda smernice za njihovo izboljšanje. Če bi atributi anketiranega vzorca pomembno odstopali od atributov populacije, bi bila relevantnost rezultatov ankete postavljena pod vprašaj.

V anketo je bil zajet slučajni vzorec 58 pacientov, ki so v obdobju izvedbe ankete zaključevali svoje zdravljenje na Internem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice in so bili za sodelovanje v anketi psihično in fizično sposobni. Posledično rezultatov ankete ne moremo razširiti na celotno populacijo bolnikov obravnavanega oddelka niti na celotno populacijo bolnikov obravnavanega oddelka, sposobnih za sodelovanje v tovrstni anketi<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup>V izvedbo ankete namreč ne moremo vključiti pacientov, ki zaradi svojega zdravstvenega stanja ne morejo dati objektivnih odgovorov.

Nadalje bi izvedba reprezentativne raziskave nujno trajala daljše časovno obdobje, v katerem pa bi lahko prišlo do takšnih sprememb zunanjih dejavnikov (npr. do menjav v sestrskem kadru, politiki kakovosti zdravstvene nege ipd.), ki bi pomembno vplivali na predmet raziskave. *(se nadaljuje)*

*(nadaljevanje)*

Pomembno omejitev predstavlja tudi sam način zbiranja podatkov, tj. anketa in njena izvedba. Strukturiran anketni vprašalnik zaprtega tipa, ki ga anketiraneц izpolnjuje sam, nam nujno postreže s plitkejšim vpogledom v problematiko, kot bi bilo to mogoče ob uporabi kompleksnejših metod, npr. daljšim vprašalnikom, pol strukturiranimi intervjuji ali fokusnimi skupinami. Omenjeni pristopi bi verjetno omogočili boljši vpogled v doživljanja in razmišljanja bolnikov, vendar bi zahtevali bistveno drugačno izvedbo.

Nenazadnje velja omeniti, da je moral biti vprašalnik zaradi dejstva, da ga izpolnjujejo okrevajoči pacienti, čim krajši. To dejstvo seveda prav tako negativno vpliva na vsebino in obseg zbranih podatkov.

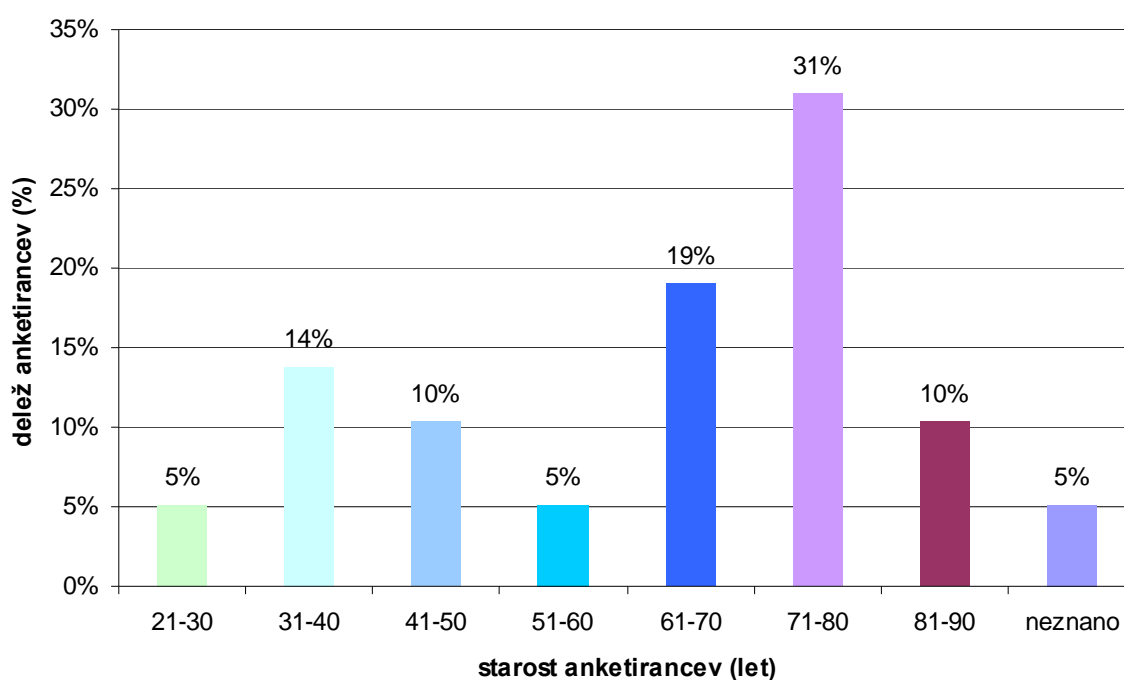
## 4.3 REZULTATI ANKETE

### 4.3.1 Analiza strukture anketirancev

V raziskavi je sodelovalo 58 pacientov, ki so v obdobju med januarjem in marcem 2010 zaključevali zdravljenje na Internem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice.

Od tega je bilo polovico oziroma 29 moških in polovico žensk. Starostno strukturo sodelujočih predstavljam v spodnjem grafikonu.

**Slika 4.1: Starostna struktura anketirancev**

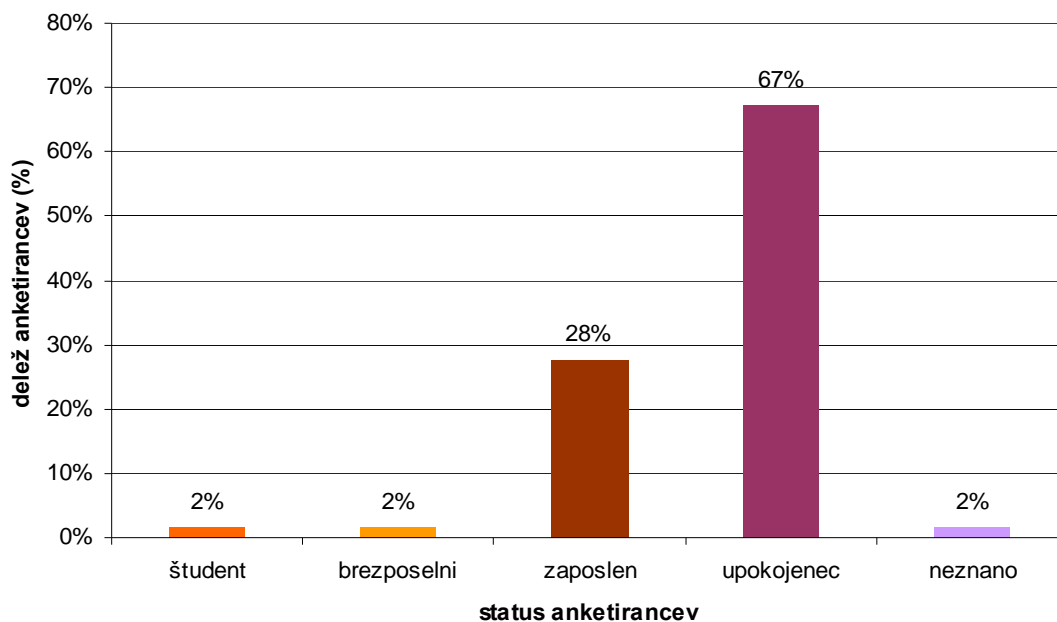


Vir: Bijol, 2010.

Kot je razvidno iz grafa 3.1, je bilo 50 % anketirancev starih med 61 in 80 let. 10 % anketirancev je bilo starejših, starih do 90 let. Povprečna starost anketirancev je bila 63 let.

**Slika 4.2: Struktura anketirancev po delovnoaktivnem statusu**

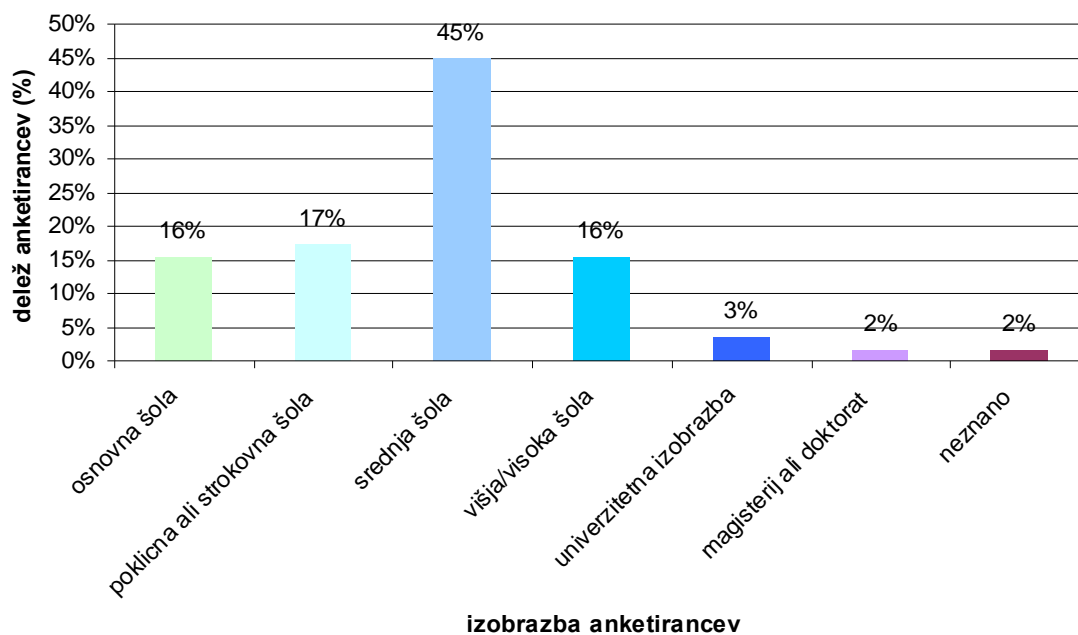




Vir: Bijol, 2010.

Dve tretjini vseh anketirancev so bili upokojenci. 28 % sodelujočih v raziskavi je bilo zaposlenih, 2 % je bilo študentov ter brezposelnih, 2 % pa svojega aktivnozaposlitvenega statusa nista izdala.

**Slika 4.3: Struktura anketirancev po izobrazbi**



Vir: Bijol, 2010.

Kot pokaže graf 3.3 je največja izobrazbena skupina anketirancev z dokončano srednjo šolo (45 %). 16 % anketirancev ima dokončano osnovno šolo, 17 % poklicno ali strokovno šolo, 16 % je anketirancev z višjo ali visoko izobrazbo, 5 % pa ima univerzitetno diplomu ali podiplomsko izobrazbo.

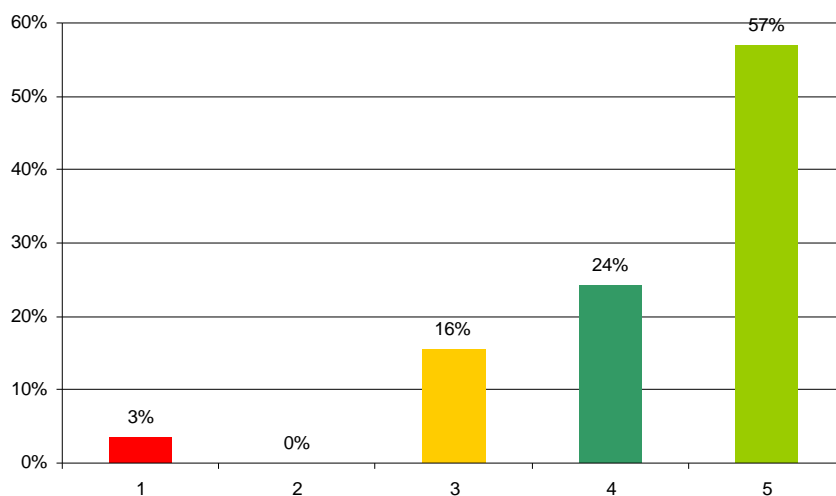
### 4.3.2 Predstavitev rezultatov ankete

V nadaljevanju predstavljam odgovore anketirancev na 26 anketnih vprašanj.

#### 1 Ali se je medicinska sestra predstavila ob prvem srečanju z vami?

Več kot dvema petinama vprašanih (61 %) se je medicinska sestra predstavila ob prvem srečanju, 39 % vprašanim se medicinska sestra ob prvem srečanju ni predstavila.

#### 2 Kako prijazna je bila do vas medicinska sestra ob sprejemu na oddelek?



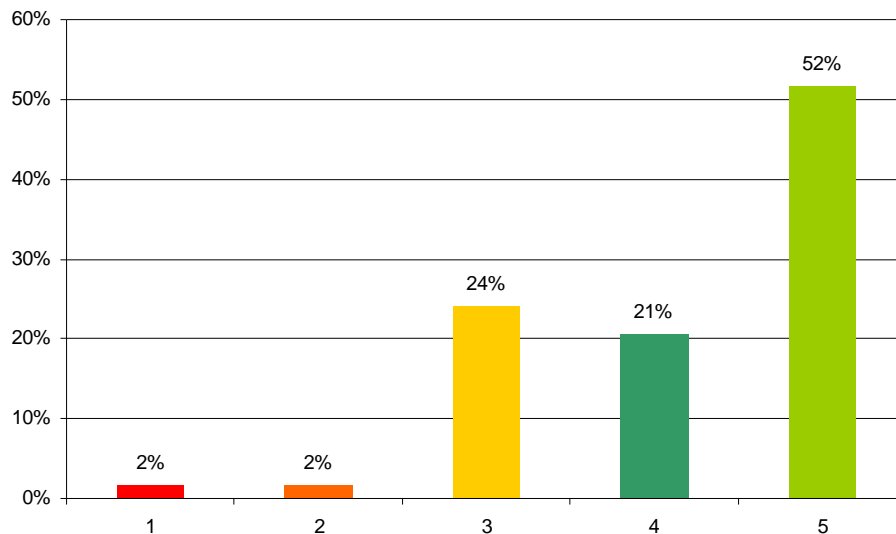
Povprečje = 4,31

Prijaznost medicinske sestre je ob sprejemu na oddelek z najboljšo oceno ocenilo kar 57 % vprašanih, 24 % vprašanih se je odločilo za oceno 4, 16 % za oceno 3 in 3 % za najslabšo oceno 1.

#### 3 Ali se je medicinska sestra pogovarjala z vami o vaših problemih ali razlogu prihoda na tak način, da so to lahko poslušali drugi?

Pri jemanju negovalne anamneze oziroma pogovarjanju o problemih pacientov je večina anketirancev, to je 62 % odgovorila, da je bila njihova zasebnost dovolj varovana, 38 % anketirancev pa je menilo, da so pogovor lahko slišali tudi drugi.

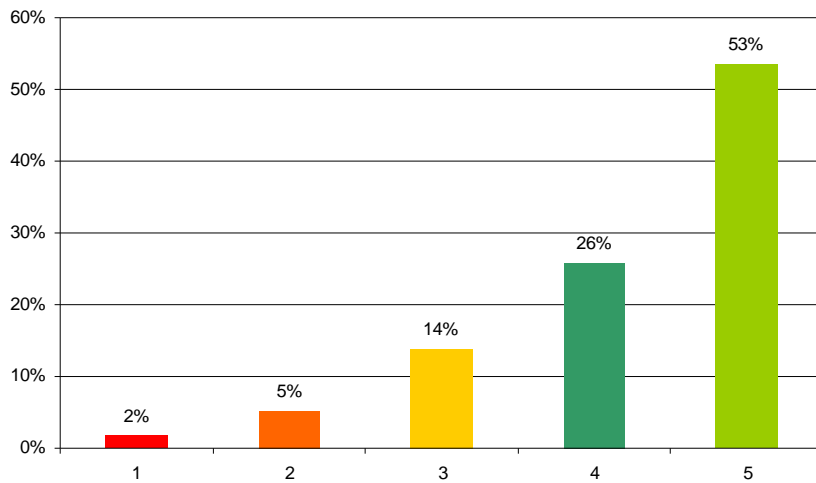
#### **4 Kako pomembno je za vas zagotavljanje zasebnosti pri izvajanju negovalnih intervencij (na ta način, da medicinska sestra zapre vrata, zagrne zaveso, zagotovi zasebnost pri oblačenju, slačenju ipd)?**



Povprečje = 4,19

Odgovori na vprašanje kažejo, da je zasebnost med izvajanjem negovalnih posegov za bolnike zelo pomembna. Večini anketirancev (52 %) zagotavljanje zasebnosti pri izvajanju negovalnih intervencij veliko pomeni. 21 % anketirancev zasebnost pri negovalnih posegih ceni nekoliko manj, ocenili so jo s pomembnostjo ocene 4, z oceno 3 je problematiko ocenilo 24 % anketirancev, z oceno 2 in 1 pa po 2 % anketirancev.

## 5 Kako ocenjujete stopnjo zasebnosti, ki so vam jo medicinske sestre zagotavljale pri izvajanju negovalnih postopkov (na ta način, da so zaprle vrata, zagrnile zaveso)?



Povprečje = 4,24

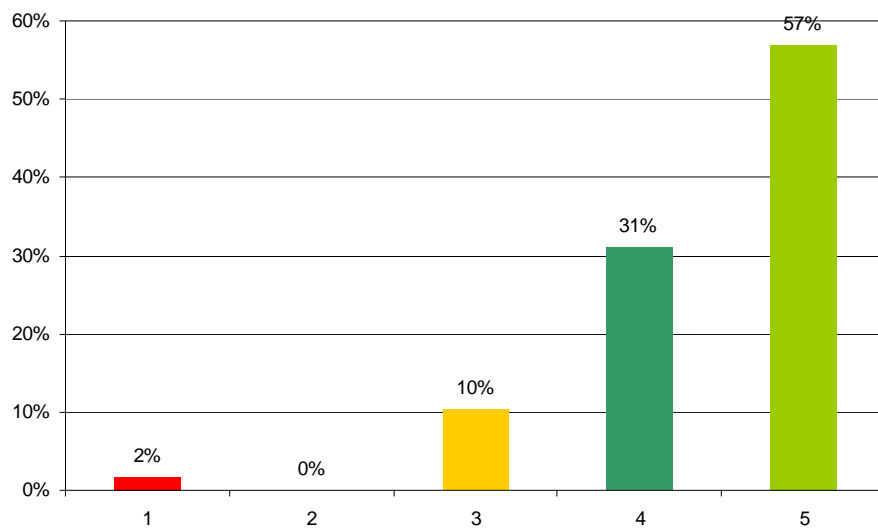
Medicinske sestre so bile pri ocenjevanju stopnje zasebnosti pri samem izvajanju negovalnih postopkov ocenjene z najboljšo oceno pri 53 % anketirancev, oceno 4 je namenilo 26 % anketirancev, 14 % anketirancev oceno 3, 5 % anketirancev oceno 2 in 2 % anketirancev oceno 1.

Odgovori kažejo, da na pomembnem vidiku zdravstvene nege, tj. zagotavljanju zasebnosti, medicinske sestre ustrezno delujejo. Pri tem je seveda potrebno poudariti, da zagotavljanje zasebnosti pri delu s pacienti ni odvisno zgolj od prizadevnosti medicinskih sester. Osnova za kakovostno storitev je v primeru zagotavljanja zasebnosti namreč opremljenost bolnišnice.

## 6 Ali so vas medicinske sestre spraševale o stvareh, o katerih vi ne želite govoriti in ki po vašem mnenju ne pripomorejo k boljši zdravstveni negi?

K boljši zdravstveni negi prav gotovo ne pripomorejo vprašanja, o katerih pacienti ne želijo govoriti. Anketiranci, razen enega, v tem pogledu niso imeli slabe izkušnje. To je pomembno, če želimo med zdravstvenim osebjem in pacientom vzpostaviti zaupanje, ki je temelj sodelovanja v postopku zdravljenja.

## 7 Kako zadovoljni ste bili s spoštovanjem in pozornostjo, ki so vam jo namenile medicinske sestre med vašim bivanjem v bolnišnici?

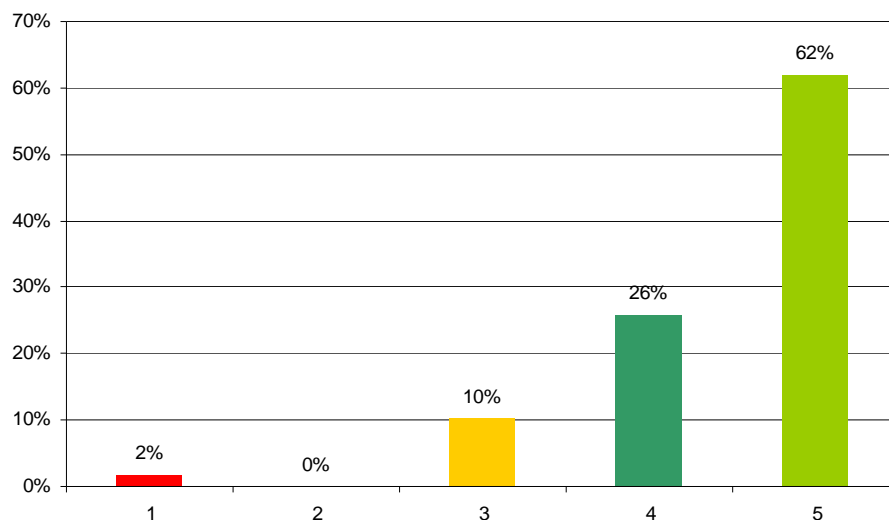


Povprečje = 4,41

Anketirani pacienti so najboljšo oceno glede spoštovanja in pozornosti, ki so je bili deležni, podelili v 57 %. 31 % anketirancev se je odločilo za oceno 4, za oceno 3 se je odločilo 10 % anketirancev, najslabšo oceno pa je podal le en anketiranec.

Spoštovanje in pozornost do pacienta sta elementa, ki kažeta, da medicinska sestra pacienta obravnava kot enakovredno osebo pri izvajanju postopka zdravljenja.

## 8 Kako potrpežljive so bile medicinske sestre z vami in vašimi bližnjimi?

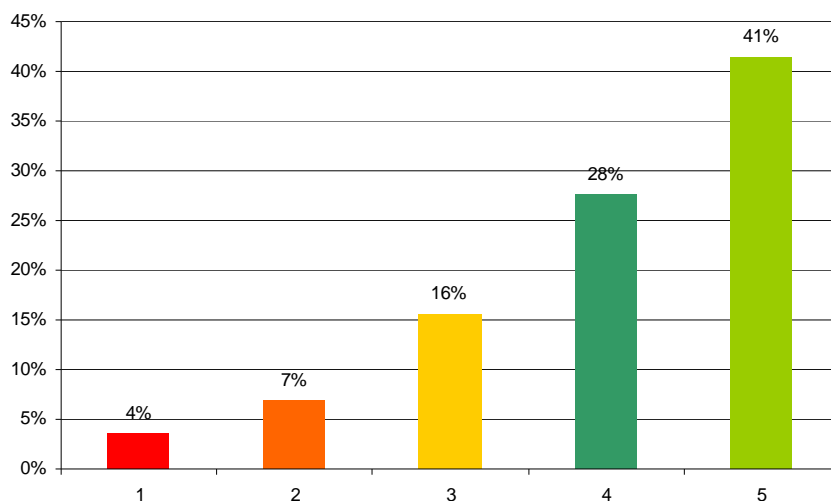


Povprečje = 4,47

Podobno ugodne kot pri vprašanju o spoštovanju in pozornosti so bile tudi ocene glede potrpežljivosti. Najboljšo oceno je podelilo 62 % anketirancev, 26 % anketirancev oceno 4, oceno 3 in 1 pa enako kot pri prejšnjem vprašanju.

Potrpežljivost pri delu s pacienti je za medicinske sestre zelo pomembna. Bolniki so zaradi svojega zdravstvenega stanja bolj občutljivi in težje razumejo zahteve procesa zdravljenja. Poleg tega imajo največkrat omejeno znanje o svoji bolezni. Če si želimo pridobiti njihovo zaupanje in jih vključiti kot aktivne soudeležence v procesu zdravljenja, je potrpežljivost pri delu in razlagi ključna.

## 9 Kako dobro ste bili seznanjeni o razlogih in poteku negovalnih postopkov, ki so jih izvajale medicinske sestre?



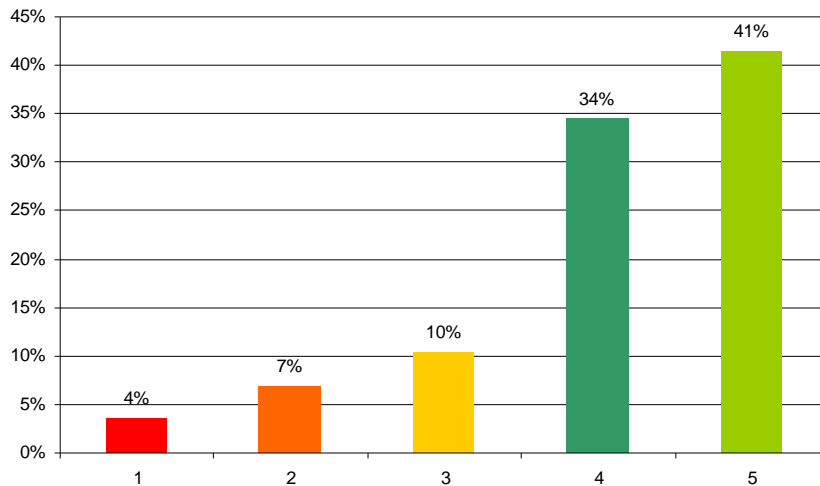
Povprečje = 4,02

41 % anketirancev je bilo o razlogih in poteku negovalnih postopkov, ki so jih izvajale medicinske sestre, zelo dobro seznanjenih, 28 % anketirancev je podelilo oceno 4, 16 % anketirancev oceno 3, za oceno 2 se je odločilo 7 % anketirancev, 4 % anketirancev pa je na omenjeno vprašanje odgovorilo z najslabšo oceno.

Visoka ocena glede seznanjenosti z negovalnimi postopki kaže na zasledovanje modernega pristopa zdravstvene nege, osredotočene na pacienta, ki le-tega aktivno vključuje. Pacient, ki z negovalnimi postopki ni (dovolj dobro) seznanjen, bo med zdravljenjem podvržen večjemu

stresu in negotovosti, njegovo zaupanje v zdravljenje pa bo omajano. Posledično bo težje zagotoviti njegovo najboljše sodelovanje, kar bo zdravljenje otežilo.

### **10 Kako razumljivo so vam medicinske sestre razložile pomen negovalnih postopkov, ki so jih izvedle?**



Povprečje = 4,07

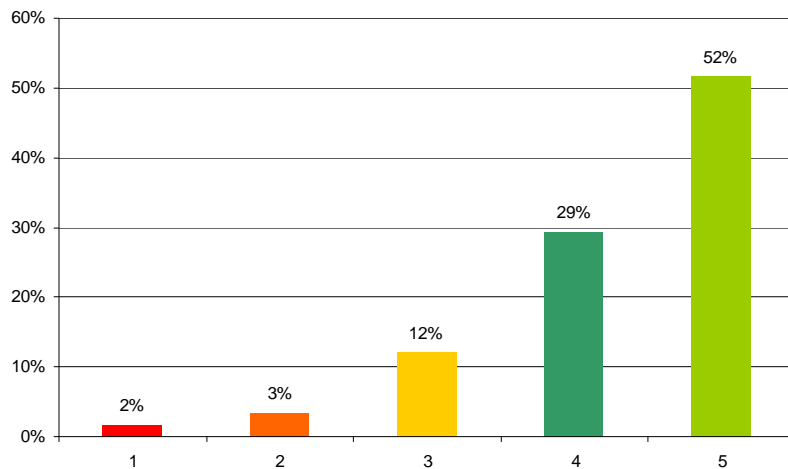
Pri razlagi pomena negovalnih postopkov smo bile medicinske sestre ocenjene z najboljšo oceno s strani 41 % anketirancev, oceno 4 je podelil nekoliko manjši odstotek 34 %, za oceno 3 se je odločilo 10 %, 7 % se je odločilo za oceno 2 in 4 % za oceno 1.

Visoka ocena razumljivosti razlage je pomembna, če želimo realno pričakovati uspešno komunikacijo s pacientom in njegovo sodelovanje pri zdravljenju.

### **11 Ali so bili negovalni postopki, ki so jih izvajale medicinske sestre, odločeni v razgovoru z vami in izvedeni z vašim pristankom?**

Negovalni postopki naj bi bili izvedeni ob razumevanju pacientov in z njihovim pristankom. Da je bilo temu dejansko tako, se strinja 80 % anketirancev, 20 % anketirancev pa je menilo, da v njihovem primeru ni bilo tako.

## 12 Kako pozorna je bila medicinska sestra do vas pred in med posameznim negovalnim postopkom?



Povprečje = 4,28

52 % anketirancev je odgovorilo na vprašanje, kako pozorna je bila medicinska sestra do njih pred in med negovalnim postopkom z najboljšo oceno, za oceno 4 se je odločilo 29 % anketirancev, 12 % za oceno 3, 3 % za oceno 2, za najslabšo oceno pa 2 % anketirancev.

Kljub temu da je petina anketirancev izrazila mnenje, da negovalni postopki niso bili odločeni in izvedeni z njihovim soglasjem, pa so anketiranci v povprečju visoko ocenili pozornost, ki jim je bila namenjena ob izvedbi negovalnih postopkov.

## 13 Ali ste imeli občutek, da se je med izvedbo negovalnega postopka medicinska sestra posvetila samo vam?

Medicinska sestra naj bi se med izvedbo negovalnega postopka posvetila samo pacientu. Da je bilo temu tudi dejansko tako, je odgovorilo 70 % anketirancev, negativno, da se medicinska sestra ni posvetila samo njim, pa je odgovorilo 30 % anketirancev.

Negativni odgovori anketirancev lahko pomenijo dvoje: ali se medicinske sestre pri opravljanju svojega dela premalo posvečajo pacientu, ki ga trenutno obravnavajo, ali pa je njihova pozornost motena zaradi obilice drugih nalog oz. pacientov, ki zahtevajo njihovo pozornost.



**14 Ali je na oddelku medicinska sestra, ki ji lahko zaupate in se z njo pogovorite o svojih potrebah, težavah?**

81 % anketirancev meni, da je na oddelku medicinska sestra, ki ji lahko zaupajo, 19 % anketirancev pa meni, da take medicinske sestre na oddelku ni. Pri tem vprašanju sem pričakovala še višji odstotek pritrdilnih odgovorov, vendar je anketa pokazala drugačen rezultat.

**15 Ali mislite, da bi lahko govorili z medicinsko sestro takrat, ko bi jo potrebovali?**

79 % anketirancev je mnenja, da bi ob določenem trenutku lahko govorili z medicinsko sestro, ki ji zaupajo, 21 % pa je mnenja, da to ne bi bilo možno. Glede na visoko oceno pozornosti, ki jo medicinske sestre namenjajo pacientom, razumem negativne odgovore predvsem kot odraz preobremenjenosti medicinskih sester, ki si za paciente posledično ne vzamejo dovolj časa.

**16 Ali z medicinsko sestro lahko govorite o stvareh, ki niso dobro izvedene v zdravstveni negi?**

67 % anketirancev je mnenja, da lahko govorijo z medicinsko sestro o stvareh, ki niso dobro izvedene v zdravstveni negi, 33 % anketirancev pa meni, da o tem ni možno govoriti.

Zanimivo je, da zadnja tri vprašanja pokažejo na upadanje zaupanja anketiranih pacientov, ko se delikatnost izpostavljene tematike povečuje. To morda kaže na ostanek prisotnosti dojemanja položaja pacienta kot podrejenega v razmerju do zdravstvenega osebja. Takšno, »klasično« dojetje razmerja moči med pacientom in zdravstvenim osebjem ovira aktivno vključitev pacientov v zdravljenje in negativno vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe. Pacienti namreč zaradi občutka podrejenosti ne upajo izraziti negativne kritike.

**17 Ali se bojite posledic (drugačne obravnave), če bi povedali medicinski sestri, da niste zadovoljni z zdravstveno nego?**

Pri tem vprašanju se večjega nezaupanja kot pri zadnjih treh ni zaznalo, saj je strah pred posledicami oz. drugačno obravnavo zaradi izraženega nezadovoljstva izrazilo 23 % anketirancev, 77 % pa se jih ne boji posledic oz. drugačne obravnave.

Dejstvo, da se večina anketirancev ne boji posledic negativne kritike, je pomembno in pozitivno. Kaže namreč na visoko stopnjo zaupanja anketiranih pacientov v profesionalnost dela in ravnanja medicinskih sester.

**18 Ali vam medicinska sestra pokaže vašo zdravstveno/negovalno dokumentacijo, če jo želite videti?**

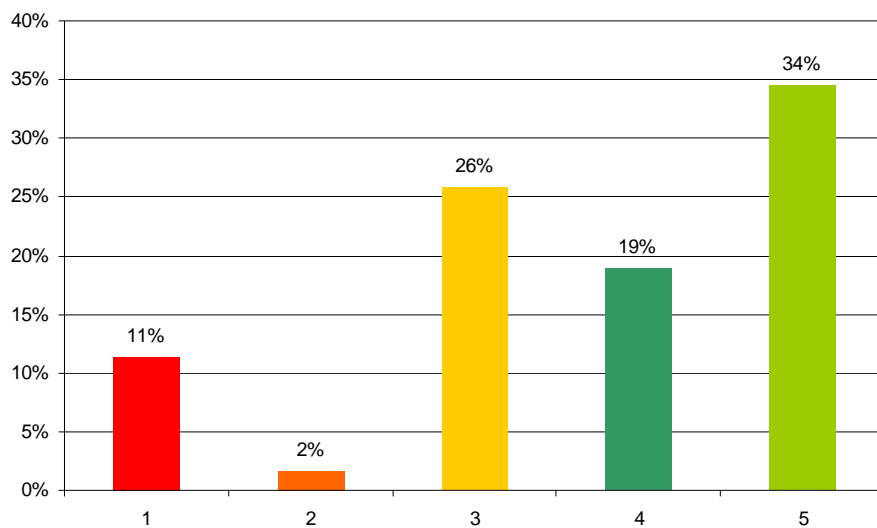
Iz izkušenj lahko zatrdim, da pacienti v večini primerov ne povprašujejo po njihovi negovalni dokumentaciji; pogosto gre tudi za starejše paciente. Vendar to ne pomeni, da se jim le-te ne pokaže, če zanje zaprosijo. Tako je bilo 63 % anketiranih pacientov mnenja, da bi jo medicinska sestra pokazala, če bi želeli videti njihovo zdravstveno dokumentacijo. 37 % anketirancev je mnenja, da medicinska sestra negovalne dokumentacije ne bi pokazala.

**19 Ali vam je medicinska sestra naročila, da naredite karkoli v skrbi za sebe, česar dejansko ne morete izvesti?**

Vsekakor medicinska sestra ne sme zahtevati, da pacient v skrbi zase naredi karkoli, česar dejansko ne more izvesti. 93 % anketirancev trdi, da medicinska sestra česa takega od njih ni zahtevala, 7 % anketirancev pa je na to vprašanje odgovorilo pritrdilno.

Dejstvo, da medicinska sestra od pacienta ne zahteva nečesa, česar ta ne more storiti, je še pomembnejše kot spraševanje pacientov o stvareh, o katerih le-ti ne želijo govoriti. Neprimerne zahteve do pacientov lahko le-te zmedejo ali prestrašijo, predvsem pa spodkopljejo zaupanje do zdravstvenega osebja.

## 20 Kako dobro vas je medicinska sestra seznanila, kako morate skrbeti zase po odhodu iz bolnišnice?



Povprečje = 3,65

34 % anketirancev je mnenja, da jih je medicinska sestra dobro seznanila s tem, kako morajo skrbeti zase po odhodu iz bolnišnice. 19 % anketirancev se je odločilo za oceno 4, kar 26 % anketirancev se je odločilo za oceno 3, oceno 2 je podelilo 2 % anketirancev, 11 % anketirancev pa najslabšo oceno 1.

Koncept zdravstvene nege, osredotočene na pacienta oziroma moderna zdravstvena nega, se ne konča na pragu bolnišnice. Ustrezna skrb za lastno zdravje je tudi po odpustu iz bolnišnice izjemno pomembna. Da bi pacienti lahko tudi doma kar najbolje skrbeli zase, jih je potrebno ustrezno seznaniti z dobro prakso. Glede na podane odgovore lahko trdimo, da nam v Splošni bolnišnici Jesenice to tudi v veliki meri uspeva.

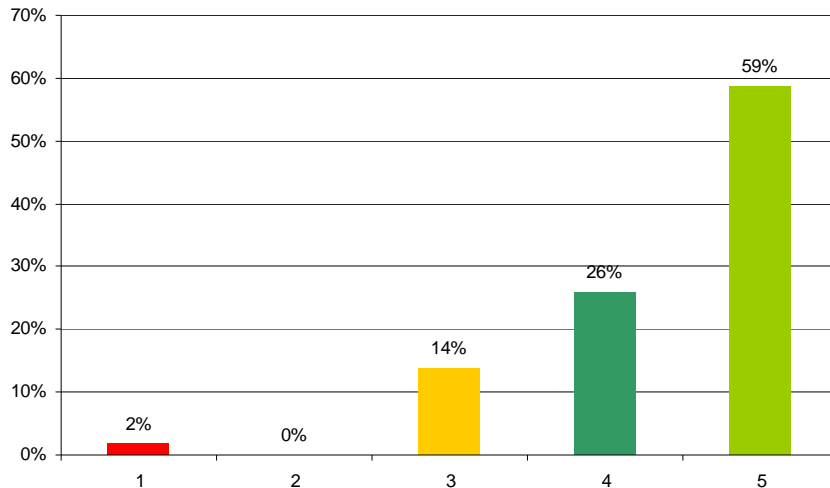
## 21 Ali ste seznanjeni s tem, kam oddate pritožbo oz. pohvalo o medicinski sestri ali o njenem delu?

Pacienti v 57 % niso seznanjeni, kam bi lahko oddali pritožbo oziroma pohvalo. 43 % bolnikov pa je seznanjenih, da pritožbo oziroma pohvalo lahko oddajo v za to namenjene in označene rumene nabiralnike na vhodu vsakega oddelka.

Glede na dejstvo, da dobra polovica anketiranih pacientov ne ve, kje lahko odda pritožbo ali pohvalo, bi bilo o tem potrebno bolnike v prihodnje bolje seznaniti. Mnenja pacientov o

njihovem bivanju so namreč izjemno pomembna za razvoj kakovosti v vseh procesih v bolnišnici. Pacient, ki ne ve, kje bi mnenje lahko oddal, ga najverjetneje sploh ne bo oddal, bolnišnica pa bo izgubila dragoceno povratno informacijo.

## 22 Kako ste v celoti zadovoljni s strokovnostjo dela medicinskih sester?

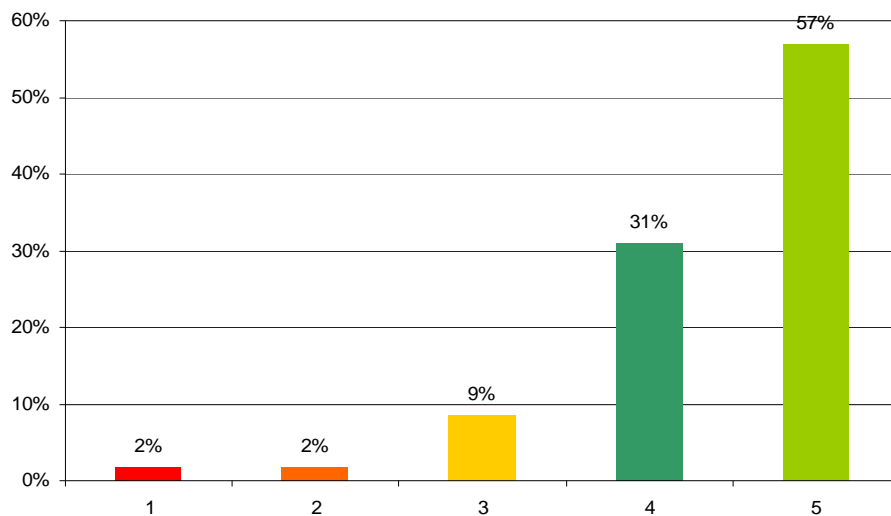


Povprečje = 4,40

Z najboljšo oceno je strokovnost dela medicinskih sester ocenilo kar 59 % vprašanih, 26 % je strokovnost dela ocenilo z oceno 4, 14 % vprašanih se je odločilo za oceno 3, z najslabšo oceno pa je strokovnost dela ocenilo 2 % vprašanih.

Pri obravnavi podane ocene se je potrebno zavedati, da lahko pacienti v večini primerov zaradi pomanjkljivega strokovnega medicinskega znanja strokovnost nudene zdravstvene nege ocenjujejo le subjektivno, npr. na podlagi udobja, uspešnosti lajšanja bolečin ipd. Kljub temu je visoka ocena ohrabrujoča.

### 23 Kakšno ste v celoti zadovoljni z odnosom medicinskih sester do vas?



Povprečje = 4,40

Vprašanje se od prejšnjega razlikuje, saj ne sprašuje, kako so pacienti zadovoljni s strokovnostjo dela medicinskih sester, pač pa glede odnosa medicinskih sester do pacientov. 57 % anketirancev je zadovoljstvo ocenilo z najboljšo oceno, oceno 4 je dalo 31 % anketirancev, oceno 3 je podelilo 9 % anketirancev, oceno 2 in 1 pa po 2 % anketirancev.

Ocene anketirancev so v obeh primerih visoke, zato lahko trdimo, da je pristop medicinskih sester do bolnikov celostno ustrezen.

### 24 Ali boste po odhodu domov potrebovali pomoč pri skrbi zase?

Velika večina (79 %) anketirancev je mnenja, da po odhodu domov ne bodo potrebovali pomoči pri skrbi zase, 21 % anketirancev pa je mnenja, da jo bodo potrebovali.

### 25 Ali se je kdo (medicinska sestra, zdravnik) posvetoval ali razpravljal z vami, v kakšnem obsegu boste doma skrbeli sami zase, npr. pri osebni higieni, hoji v kopalnico...?

Če so anketiranci na prejšnje vprašanje odgovorili pritrdilno, so v tem vprašanju v 83 % pritrdili, da se je zdravstveno osebje z njimi pogovorilo o obsegu opravil in skrbi zase. 17 % anketirancev pa trdi, da se zdravstveno osebje o obsegu opravil in skrbi zase ni posvetovalo z njimi.

## **26 Ali vas je medicinska sestra seznanila o možni pomoči na domu?**

Anketiranci so bili o možnih oblikah pomoči na domu seznanjeni v 58 %, v 42 % primerov pa ne.

Dokaj visok delež negativnih odgovorov kaže, da je informiranje pacientov, ki bodo tudi po odhodu domov potrebovali pomoč pri skrbi zase, potrebno še izboljšati. Pri tem dopuščam možnost, da so na anketo odgovarjali še pred zadnjim razgovorom z zdravnikom oziroma preden so dobili vse potrebne informacije.

## 5 ZAKLJUČEK

S svojim diplomskim delom sem želela podrobneje predstaviti področje komunikacije in podpore pacientu pri zdravljenju v bolnišnici kot dela kakovosti v zdravstveni negi.

V samem diplomskem delu sem veliko prostora namenila komuniciranju, pomenu komuniciranja kot tudi samih vrstah. Tako je medsebojno razumevanje izraz, ki ga velikokrat slišimo, vendar ni vedno jasno, kaj hočemo z njim povedati. Po mnenju Welsbya (2003) gre za naše razumevanje z drugimi, ki ga sestavljajo spretnosti, s katerimi ustvarjamo dolgotrajne in plodne odnose. Vsi vemo, da prav dober odnos nagne tehtnico na stran uspeha.

V odnosih pa ne gre toliko za stroko kot za človečnost. Stroko moramo obvladati, če hočemo delati. Če hočemo dobro delati, pa moramo obvladati sebe in imeti vrsto človeških lastnosti, ki nam pomagajo vzpostavljati in ohranjati stik z drugimi na ravni dobrih odnosov. Osnova za dobre odnose pa je zaupanje. Ne moremo ga kupiti, ne pride samo, treba si ga je pridobiti. Pridobimo pa si ga z odnosom (Lahe in Kaučič, 2004). In tako je tudi vzpostavljanje terapevtskega odnosa proces, ki zahteva čas in skrbno vodenje medicinske sestre, ki prav tako sloni na zaupanju. S terapevtsko komunikacijo in ustreznimi medsebojnimi odnosi pa medicinska sestra pomaga pacientu, da najde voljo in pot k boljšemu počutju oziroma zdravljenju.

Omenila in izpostavila sem tudi druga pomembna dejavnika podpornega komuniciranja, empatijo in sočutje.

Nadalje sem z anketo v empiričnem delu želela preveriti mnenje pacientov o stopnji kakovosti na obravnavanem področju, ki jo doživljajo med zdravljenjem na Internem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice, kjer delam tudi sama.

Rezultati ankete so spodbudni. Anketirani pacienti so komunikacijo z medicinskimi sestrami ter podporo, ki so jo deležni z njihove strani, ocenili z relativno visokimi ocenami. Vendar pa prostor za izboljšave nedvomno še obstaja. Začnemo lahko že s tako preprostim področjem, kot je predstavitev medicinske sestre, ki pacienta sprejme ob prihodu na oddelek. Že preprosto stisk roke, pogled v oči ter predstavitev z imenom in priimkom pacientu vzbudijo občutek večje varnosti in zaupanja. Izboljšati bi bilo potrebno stopnjo zasebnosti, ki jo nudimo pacientu med negovalnimi postopki in ga z njimi, tj. razlogi zanje in njihovim potekom, boljše

seznaniti. Tako je morda največji izziv večja odprtost in višja stopnja zaupanja v komunikaciji med pacienti in medicinskimi sestrami, kar se tiče izražanja mnenja pacientov glede kakovosti dela medicinskih sester.

Vemo namreč, da je vse manj pacientov, ki so pasivno prepuščeni zdravstveni obravnavi. Vedno bolj imamo opravka s pacienti, ki hočejo biti aktivno vključeni v postopek zdravljenja, zanimajo jih metode in znanje, kako bi jim lahko zdravstveni delavci pomagali ohranjati oziroma izboljšati zdravstveno stanje. Tukaj vsekakor velja omeniti zadnjo točko, za katero mora medicinska sestra poskrbeti, preden pacient odide domov. Rezultati so pokazali šibko točko na področju seznanjenosti o skrbi zase po odhodu iz bolnišnice. Prepričana sem, da za tiste, ki ne morejo poskrbeti za nemoteno in nadaljnjo oskrbo, poskrbimo medicinske sestre v bolnišnici. Problem so tisti pacienti, ki so lahko trenutno v skrbi zase samostojni, zdravstveno stanje pa se lahko kaj hitro spremeni, takrat pa nastane problem. Pacientom bi morali bolje razložiti in predstaviti možne oblike pomoči izven bolnišnice, da bi si lahko v takih primerih lažje pomagali. To pa vsekakor pomeni večjo angažiranost medicinske sestre izven okvirov bolnišnice za pomoč bolnemu ali kasneje pomoči potrebnemu pacientu. Velikokrat pa na raznih točkah, ne samo na tej končni točki, ko se pogovarjamo o pomoči izven bolnišnice, medicinska sestra (še vedno) opravlja tradicionalno obzdravniško vlogo, čas pa teče. In ta čas nas morda potrebuje pacient, lahko tudi samo za pogovor ali stisk roke.

Če je cilj diplomskega dela nekaj podrobneje predstaviti, je namen predvsem veliko se naučiti. Obravnavana tema je preplet kakovosti v zdravstvu ter področja komuniciranja nekoliko širše. Kot celota pa je pregledna slika nad stanjem z vidika komunikacije in podpore, ki jo medicinske sestre nudimo pacientom v času hospitalizacije.



## 6 LITERAURA

1. Hopkins, Jons. 2003. *American Health Ways: Defining the Patient-Physician Relationship for the 21st Century*. 3rd Annual Disease Management Outcomes Summit. Phoenix, Arizona. ZDA: American Health Ways, Inc.
2. American Hospital Association. 2010. *Strategies for Leadership: Patient-and Family-Centered Care*. Dostopno prek: <http://www.aha.org/aha/issues/Communicating-With-Patients/pt-family-centered-care.html> (24. januar 2011).
3. Česen, Marjan. 2003. *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.
4. Dermol Hvala, Hedvika. 2001. Pomen govornjene besede pri delu zdravstvenih delavcev. *Obzornik zdravstvene nege* 35 (1–2): 45–49.
5. Filipič, Ida. 1998. Komunikacija v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege* 32 (5–6): 221–225.
6. Grbec, Vera. 2003. *Zdravstvena nega v luči etike: Prvi kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
7. Griffin, Don. 2006. *What they are and how they work*. Sandbury. Massachusetts: Jones and Bartlett publishers.
8. Healthgrades. 2009. *Health Grades Sixth Annual Patient Safety in American Hospitals Study*. Dostopno prek: <http://www.healthgrades.com/business/img/PatientSafetyInAmericanHospitalsStudy2009.pdf> (21. januar 2011).
9. Ivanc, Blaž. 1999. Dignitas hominis v izhodišču (pravne) kulture. *Dignitas* (1): 12–27.
10. Janežič, Maja. 2004. *Komunikacija med bolniki in zdravniki v informacijski družbi*. Diplomsko delo. Ljubljana: FDV.
11. Kersnič, Petra in Bojana Filej, ur. 2002. *Količina in kakovost zdravstvene nege v osnovni zdravstveni dejavnosti: metode, meritve, management in načini za doseganje ciljev*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor.
12. Kiauta, Marko, Mircha Poldrugovac, Miran Rems, Andrej Robida in Biserka Simčič. 2010. *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015)*. Dostopno prek: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/nacionalna\\_strategija\\_kakov\\_in\\_varn\\_20102015/Nacionalna\\_strategija\\_kakovosti\\_in\\_varnosti\\_v\\_zdravstvu\\_2010-2015.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/nacionalna_strategija_kakov_in_varn_20102015/Nacionalna_strategija_kakovosti_in_varnosti_v_zdravstvu_2010-2015.pdf) (15. januar 2011).

13. Kinsey Goman, Carol. 2008. *The Nonverbal Advantage*. San Francisco, California: Berrett-Koehler Publishers, Inc. Dostopno prek: <http://www.scribd.com>.
14. Klemenc, Darinka. 2006. Komunikacija kot element kakovostne zdravstvene obravnave z vidika etičnih načel in pacientovih pravic. V *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege*, ur. Bojana Filej, 43–47. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
15. Kobentar, Radojka, Brane Kogovšek in Ladi Škerbinek. 1996. Komunikacija – komunikacija v timu, z varovanci in komunikacija s starostniki. *Obzornik zdravstvene nege* 30 (1–2): 13–19.
16. Kovačev, Asja Nina. 1997. *Govorica telesa*. Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.
17. *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*. 2006. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
18. Lahe, Milica in Boris Miha Kaučič. 2004. *Medosebna komunikacija in kontaktna kultura*. Zbornik predavanj s strokovnega srečanja. Maribor: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
19. Lampe, Rok. 2004. *Sistem pravice do zasebnosti*. Ljubljana: Bonex.
20. Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K. in S. Payne. 2001. Preferences of Patients for Patient Centred Approach to Consultation in Primary Care: observational study. *British Medical Journal* (322): 468–472.
21. *Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika*. 2005. Dostopno prek: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz\\_dokumenti/delovna\\_podrocja/zdravstveno\\_varstvo/kakovost/Luksembur\\_\\_ka\\_delaracija\\_o\\_varnosti\\_bolnikov.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/Luksembur__ka_delaracija_o_varnosti_bolnikov.pdf) (11. januar 2011).
22. Marinič, Milena. 2010. Etični in pravni vidik varovanja dostojanstva in zasebnosti. *Utrip* (XVIII) 3: 15.
23. Mauer, Petra. 2007. *Neverbalna komunikacija kot (ne)kakovostna prvina v pedagoškem procesu*. Diplomsko delo. Ljubljana: FDV.
24. McCabe, Catherine in Fiona Timmins. 2006. *Communication Skills for Nursing Practice*. New York: Palgrave Macmillan.
25. Naka, Sandra. 2009. Informiranost pacientov. *Utrip* (XVII) 7–8: 31.

26. NRC Picker. 2010. *Eight Dimensions of Patient-Centered Care*. Dostopno prek: <http://www.nrcpicker.com/Measurement/Understanding%20PCC/Pages/DimensionsofPatient-CenteredCare.aspx>. (11. januar 2011).
27. Prebil, Andreja, Pjerina Mohar in Jelka Drobne. 2009. *Komunikacija v zdravstvu*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
28. Prebil, Andreja, Pjerina Mohar in Alojzija Fink. 2010. *Etika in zakonodaja v zdravstvu*. Ljubljana: Grafenauer.
29. Robida, Andrej. 2006. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.
30. --- 2009. *Pot do odlične zdravstvene prakse*. Ljubljana: Planet GV.
31. Ritonja, Slavica Alojzija. 1994. Zdravstveni management kot faktor kakovosti dela v zdravstvu. V *Globalni in kadrovske management*, ur. Jože Florjančič, 357–366. Kranj: Moderna organizacija.
32. Rungapadiachy, Dev. M. 2003. *Medosebna komunikacija v zdravstvu*. Ljubljana: Educy.
33. Tschudin, Verena. 2004. *Etika v zdravstveni negi: Razmerja skrbi*. Ljubljana: Educy.
34. Ule, Mirjana. 2003a. Etične posledice novih ideologij zdravja in bolezni za zdravstveno nego. V *Zdravstvena nega v luči v etike*, ur. Darinka Klemenc, 131–147. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
35. --- 2003b. *Sprejeda razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.
36. --- 2005. *Psihologija komuniciranja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
37. --- 2006. Sprejeda razmerja; vloga negovalnega komuniciranja v zdravstvu. V *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babilške nege*, ur. Bojana Filej, 15–19. Maribor: Društvo medicinskih sester, babil in zdravstvenih tehnikov.
38. --- 2009. *Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
39. *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«*. Ur. l. RS 78/2008 (17. julij 2008).
40. Sancin, Dubravka. 2006. Obvladovanje veščin komuniciranja vpliva na boljšo oceno pacientovih potreb. V *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene*

*in babiške nege*, ur. Bojana Filej, 73–77. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

41. Stewart, M. 2001. Towards a Global Definition of Patient-Centered Care. *British Medical Journal* (322): 444. Dostopno prek: <http://www.bmj.com/content/322/7284/444.full#ref-2> (11. januar 2011).
42. Stewart, M., J. B. Brown, W. W. Weston, I. R. McWhinney, C. L. McWilliam in T. R. Freeman. 2003. *Patient-Centred Medicine Transforming the Clinical Method*. Second edition. Oxford: Radcliffe Medical Press Ltd.
43. Škerbinek, Ladi. 1991. Empatija. *Obzornik zdravstvene nege* 25 (1–2): 51–57.
44. --- 1992. Profesionalna komunikacija medicinske sestre. *Obzornik zdravstvene nege* 26 (1–2): 29–32.
45. Zidar, Tatjana. 1996. *Retorika: moč besed in argumentov*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
46. Zupan, Neja in Nina Hočevar. 2010. *Osebna odličnost v zdravstvu*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
47. Welsby, Pam. 2003. Medosebno razumevanje – ključ do uspešnega dela z ljudmi. *Human Resource Management* 1 (1): 56–57.

## 7 PRILOGA

### **PRILOGA A: Anketni vprašalnik »Kakovost v zdravstvu: pomen komunikacije in podpore pacientu pri zdravljenju v bolnišnici«**

Spoštovani,

moje ime je Alenka Bijol in sem absolventka Sociologije na Fakulteti za družbene vede. Izbrala sem si diplomsko nalogo na temo Kakovost v zdravstvu: pomen komunikacije in podpore pacientu pri zdravljenju v bolnišnici. Rezultati ankete bodo povsem anonimni, uporabila pa jih bom izključno za izdelavo diplomske naloge in oblikovanje predlogov izboljšav pri delu medicinskih sester v klinični praksi.

Že vnaprej se vam zahvaljujem za vaš čas in sodelovanje, ki mi bo v veliko pomoč.

Lep pozdrav,

Alenka Bijol

Na vprašanja odgovorite z **DA** ali **NE** oziroma z oceno **od 1 do 5**

**(1 = najslabše oz. se ne strinjam, 5 = najboljše oz. popolnoma se strinjam)**

Št.	Vprašanje	Ocena				
		DA		NE		
1	Ali se je medicinska sestra predstavila ob prvem srečanju z vami?	DA		NE		
2	Kako prijazna je bila do vas medicinska sestra ob sprejemu na oddelek?	1	2	3	4	5
3	Ali se je medicinska sestra pogovarjala z vami o vaših problemih ali razlogu prihoda na tak način, da so to lahko poslušali drugi?	DA		NE		
4	Kako pomembno je za vas zagotavljanje zasebnost pri izvajanju negovalnih intervencij (na ta način, da medicinska sestra zapre vrata, zagrne zaveso, zagotovi zasebnost pri oblačenju, slačenju ipd)?	1	2	3	4	5
5	Kako ocenjujete stopnjo zasebnosti, ki so vam jo medicinske sestre zagotavljale pri izvajanju negovalnih postopkov (na ta način, da so zaprle vrata, zagnile zaveso)?	1	2	3	4	5
6	Ali so vas medicinske sestre spraševale o stvareh, o katerih vi ne želite govoriti in ki po vašem mnenju ne pripomorejo k boljši zdravstveni negi?	DA		NE		
7	Kako zadovoljni ste bili s spoštovanjem in pozornostjo, ki so vam jo namenile medicinske sestre med vašim bivanjem v bolnišnici?	1	2	3	4	5
8	Kako potrpežljive so bile medicinske sestre z vami in vašimi bližnjimi?	1	2	3	4	5
9	Kako dobro ste bili <b>seznanjeni o razlogih in poteku</b>	1	2	3	4	5

	<b>negovalnih postopkov</b> , ki so jih izvajale medicinske sestre?					
10	Kako razumljivo so vam medicinske sestre <b>razložile pomen negovalnih postopkov</b> , ki so jih izvedle?	1	2	3	4	5
11	Ali so bile negovalni postopki, ki so jih izvajale medicinske sestre, odločeni v razgovoru z vami in izvedeni z vašim pristankom?	DA			NE	
12	Kako pozorna je bila medicinska sestra do vas pred in med posameznim negovalnim postopkom?	1	2	3	4	5
13	Ali ste imeli občutek, da se je med izvedbo negovalnega postopka medicinska sestra posvetila samo vam?	DA			NE	
14	Ali je na oddelku medicinska sestra, ki ji lahko zaupate in se z njo pogovorite o svojih potrebah, težavah?	DA			NE	
15	Ali mislite, da bi lahko govorili z medicinsko sestro takrat, ko bi jo potrebovali?	DA			NE	
16	Ali z medicinsko sestro lahko govorite o stvareh, ki niso dobro izvedene v zdravstveni negi?	DA			NE	
17	Ali se bojite posledic (drugačne obravnave), če bi povedali medicinski sestri, da niste zadovoljni z zdravstveno nego?	DA			NE	
18	Ali vam medicinska sestra pokaže vašo zdravstveno/negovalno dokumentacijo, če jo želite videti?	DA			NE	
19	Ali vam je medicinska sestra naročila, da naredite karkoli v skrbi za sebe, česar dejansko ne morete izvesti?	DA			NE	
20	Kako dobro vas je medicinska sestra seznanila, kako morate skrbeti zase po odhodu iz bolnišnice?	1	2	3	4	5
21	Ali ste seznanjeni s tem, kam oddate pritožbo oz. pohvalo o medicinski sestri ali o njenem delu?	DA			NE	

22	Kako ste v celoti <b>zadovoljni s strokovnostjo dela</b> medicinskih sester?	1	2	3	4	5
23	Kako ste v celoti <b>zadovoljni z odnosom</b> medicinskih sester do vas?	1	2	3	4	5
24	Ali boste po odhodu domov potrebovali pomoč pri skrbi zase?	DA			NE	

**Če ste na zadnje vprašanje odgovorili z DA, vas prosim, da odgovorite še na dve vprašanji, sicer ju preskočite.**

25	Ali se je kdo (medicinska sestra, zdravnik) posvetoval ali razpravljal z vami, v kakšnem obsegu boste doma skrbeli sami zase, npr. pri osebni higieni, hoji v kopalnico ...?	DA	NE
26	Ali vas je medicinska sestra seznanila o možni pomoči na domu?	DA	NE



Ali bi želeli v zvezi z delom in odnosom medicinskih sester med vašim bivanjem v bolnišnici dodati še kakšen **predlog, kritiko ali pohvalo**?

**Prosim, odgovorite še na nekaj demografskih vprašanj:**

**SPOL:** 1) moški            2) ženski

**LETNICA ROJSTVA:**

**STOPNJA IZOBRAZBE**

**STATUS**

1) osnovna šola

1) študent

2) poklicna ali strokovna šola

2) brezposelen

3) srednja šola

3) zaposlen

4) višja/visoka šola

4) upokojenec

5) univerzitetna izobrazba

6) magisterij ali doktorat

**Iskreno se vam zahvaljujem, da ste izpolnili anketo in vas lepo pozdravljam.**

**Alenka Bijol**

