

DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV NOVO MESTO  
FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE NOVO MESTO  
SPLOŠNA BOLNIŠNICA NOVO MESTO

# **MEDSEBOJNI ODNOSI V ZDRAVSTVENI NEGI**

zbornik prispevkov

**6. dnevi Marije Tomšič**



Novo mesto, 2014

DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV NOVO MESTO  
FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE NOVO MESTO  
SPLOŠNA BOLNIŠNICA NOVO MESTO

**MEDSEBOJNI ODNOSI  
V ZDRAVSTVENI NEGI**  
zbornik prispevkov

**6. dnevi Marije Tomšič**

Dolenjske Toplice, 23. januar 2014

Novo mesto, 2014

MEDSEBOJNI ODNOSI V ZDRAVSTVENI NEGI

6. dnevi Marije Tomšič

*Izdala in založila / Publishers ©*

Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto / Faculty of Health Sciences Novo mesto

*Recenzirala / Outside Reviewers*

*Dr. Bojana Filej*

*Lektorirala / Proofread by*

Melanija Frankovič

*Tehnična urednika / Technical Editors*

Bojan Nose, Brigita Jugovič

*Natisnila / Printed*

Tiskarna Littera picta, d.o.o.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

316.772.4:616-083(082)

DNEVI Marije Tomšič (6 ; 2014 ; Dolenjske Toplice)

Medsebojni odnosi v zdravstveni negi : zbornik prispevkov / 6. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 23. januar 2014. - Novo mesto : Fakulteta za zdravstvene vede, 2014

ISBN 978-961-93575-1-4

271286272

# VSEBINA

<i>Nana Ambrož, Irena Špela Cvetežar, Vesna Zupančič, mag.</i> Kongruentni model kot sredstvo za izboljšanje odnosov z dementnimi osebami	7
<i>Martina Golob</i> Pacientovo soglasje	17
<i>Irma Kumer, mag.</i> Ohranjanje dostojanstva v zdravstveni negi	23
<i>Mag. Ljiljana Leskovic</i> Komunikacija, ki zagotavlja zadovoljstvo pacienta in zaposlenih	28
<i>Munira Pejić, Nevenka Zagorc</i> Emocionalna inteligenca v medsebojnih odnosih na delovnem mestu	35
<i>Marija Račič</i> Živeti z drugimi se učimo v šoli	44
<i>Klara Ramovš</i> Z učinkovito komunikacijo do boljših medosebnih odnosov	50
<i>Mag. Jožica Rešetič</i> Vpliv pohval in pritožb na dobre medsebojne odnose	56
<i>Mojca Saje, mag.</i> Reševanje konfliktov v medosebnih odnosih	68
<i>Špela Skubic, Brigita Petek</i> Dobri medsebojni odnosi	78
<i>Edita Šviglej</i> Medsebojni odnosi v babiški negi	86
<i>Vesna Zupančič, mag.</i> Indikatorji profesionalnega odnosa izvajalcev zdravstvene nege	92
<i>Irena Žagar, mag.</i> Odnos med medicinsko sestro in umirajočim	101
<i>Lilijana Žerdoner, Janja Rotovnik Turinek, mag.</i> Kultura medosebnih odnosov	110
<i>Andreja Žurga</i> Tožarjenje, opravljanje in medsebojni odnosi zaposlenih v timu	116





## **Predgovor**

*Današnji čas je v praksi vedno bolj naklonjen izobraženi, široko razgledani medicinski sestri in to na vseh področjih njenega delovanja.*

*Rdeča nit letošnjega strokovnega srečanja Dnevi Marije Tomšič so medsebojni odnosi v zdravstveni negi. Vsakdanje spremembe v našem življenju in v družbi, hiter tempo dela in nenehne spremembe že obstoječih vrednot zelo vplivajo na medsebojne odnose zaposlenih v zdravstveni negi.*

*Mnoge raziskave, ki so jih izvedle naše kolegice, kažejo, da so ti odnosi tesno povezani z zadovoljstvom na delovnem mestu, z napredovanjem v delovni organizaciji, z dobrimi delovnimi pogoji brez večjih konfliktov, z zaupanjem v nadrejene in odprto komunikacijo do sodelavcev, nadrejenih ter pacientov in njihovih svojcev.*

*Iskrena in odprta komunikacija je zelo pomembna za dobro sodelovanje vseh vpletenih v procesu oskrbe pacientov. Za uspešno in enotno zdravstveno nego je potreben spoštljiv in korekten odnos, ki vpliva na kakovostno in varno opravljanje dela s pacienti.*

*Medsebojni odnosi so pomemben motivacijski dejavnik za uspešno opravljanje vsakdanjega dela zaposlenih v zdravstveni negi.*

*Za dobro opravljanje dela mora med zdravstvenimi delavci vladati zaupanje v organizacijo, v kateri so zaposleni. Če ni zaupanja, ni učinkovitosti, ta pa se kaže v večji odsotnosti zaposlenih z dela, manjši storilnosti, zmanjšanju odgovornosti do opravljenega dela in zmanjšani ustvarjalnosti in inovativnosti zaposlenih.*

*Pravijo, da na medsebojne odnose vpliva tudi socialni status zaposlenih. Medicinske sestre menimo, da opravljamo manj pomembno in bolj umazano delo kot zdravniki, zato se počutimo pri delu s pacienti manj vredne in manj pomembne od njih.*

*Kljub temu pa sta zdravstvena nega in medicina prav danes tesno povezani področji, zato mora medicinska sestra dobro obvladati medsebojne odnose in biti sposobna timskega dela. Samo z vzajemnim spoštovanjem in dobrim medsebojnim razumevanjem bomo dosegli priznanje za naše kakovostno opravljeno delo.*

*Vsem, ki ste se odločili, da z nami preživite ta lep dan, iskrena hvala.*

*mag. Jožica Rešetič,  
predsednica organizacijskega odbora*



# Kongruentni model kot sredstvo za izboljšanje odnosov z dementnimi osebami

*POVZETEK - Članek predstavlja kongruentni model kot dobro metodo dela, s katero se lahko izboljša medosebni odnos z dementno osebo. Predstavlja podobnosti in razlike v primerjavi z metodo validacije po Naomi Field. Podatki so bili zbrani na podlagi analize pisnih virov, ki so bili dostopni na spletnih straneh Firis-a, nemškega inštituta za spretnosti vzpostavljanja medosebnih odnosov in zadovoljstva pri delu (Institut für Beziehungskompetenz und Arbeitszufriedenheit), ter bibliografske baze COBIB.SI. Na podlagi kvalitativne analize vsebine je bil pripravljen nabor pomembnih informacij za uveljavljanje tega modela v Sloveniji. Ob primerjavi kongruentnega modela je bila z metodo validacije prepoznana razlika v načrtovanju »negovanja« odnosov. Kongruentni model temelji na naklonjenosti do osebe z demenco, na zavestnem, kontinuiranem in sistematičnem dojemanju pomena življenja za osebe z demenco, z namenom večanja, predvsem pa vzdrževanja njenega fizičnega, psihičnega, socialnega in duhovnega zdravja. Z dobrimi medosebnimi odnosi medicinske sestre pridobijo zaupanje, medtem ko dementne osebe pridobivajo dodatno motivacijo za kakovostnejše življenje. O uporabnosti in učinkovitosti kongruentnega modela pri delu z dementnimi osebami so potrebne nadaljnje raziskave. Potrebna je tudi raziskava o zadovoljstvu zaposlenih z učinkovitostjo metode tam, kjer se ta že izvaja.*

*KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, kongruenca, medicinska sestra, stanovalec z demenco, medosebni odnosi*

## 1 Uvod

Demenca, ki je imenovana tudi kuga tega časa ali tempirana bomba, ima toliko obrazov, kolikor ljudi zbolijo.

V letu 2010 je na svetu živelo okoli 36 milijonov ljudi z demenco. To število se bo do leta 2030 povzpelo na 66 milijonov, do leta 2050 pa celo na 115 milijonov. Približno dve tretjini dementnih ljudi živi v državah z nizkimi do srednje visokimi prihodki in ker se bodo te države v prihodnosti soočale z najhitreje rastočim številom starejših ljudi, je tu upravičeno pričakovati največji porast števila dementnih (Lipar, 2013).

Beseda demenca izhaja iz latinščine in pomeni upadanje razuma. Po mednarodni klasifikaciji bolezni se definicija glasi: »Demenca je kronična napredujoča možganska bolezen, ki prizadene višje možganske funkcije, kot so spomin, mišljenje, orientacija, razumevanje, računske in učne sposobnosti ter sposobnosti govornega izražanja in presoje. Bistvo demence je tudi oviranost bolnika pri dnevni življenjskih aktivnostih in omejena sposobnost obvladovanja vsakodnevnega življenja. Za



postavitve te diagnoze morajo biti simptomi prisotni šest mesecev, motnje zavesti pa morajo biti izključene« (van Hülсен, 2010, str. 17).

Poleg spolnih bolezni so tabu teme današnjega časa tudi demenca in druge duševne bolezni. O demenci ne želijo govoriti ne oboleli ne svojci. Še huje je to, da tudi nekateri zdravstveni delavci ob prvih znakih ne ukrepajo in rečejo, da je to za to starost normalno. Zdravil za ozdravitev demence ni, so le zdravila, ki upočasnjujejo napredovanje (Železnik, 2012).

Demenca se začne počasi. Pojavi se prva pozabljivost, pozablja se kratkoročne dogodke. Bolniki postavljajo enaka vprašanja, iščejo stvari po hiši. Slabo se znajdejo v novih prostorih, težko razmišljajo in se vedenjsko spremenijo. Nato sledijo dnevi, ko se ti simptomi ublažijo in svojci ne prepoznajo sprememb, vendar se to kasneje stopnjuje v vedno hujše simptome, ko bolnik ne prepozna več svojcev in ko preteklost za njih postane sedanost (Kogoj, 2010, v Železnik, 2012).

Demenca je na začetku pogosto neopazena, ker je skoraj vedno prisotnih več boleznih hkrati. Za starega človeka je občasna pozabljivost normalna, vendar si jo svojci lahko razlagajo tudi kot stranski učinek zdravil. Ko je ni več mogoče spregledati, nastanejo konflikti, nesporazumi in jeza. Tako dnevno delo z zmedenimi ljudmi vzame veliko energije. Pomaga nam lahko znanje, da nas prizadeta oseba ne želi jeziti, da ta oseba živi v svojem svetu ter da je njena sposobnost odzivanja omejena (van Hülсен, 2010).

Demenca je težka življenjska preizkušnja za bolnika in za svojce. Prinaša težave, ki porušijo medsebojno razumevanje. Bolnik občuti nemoč, potrnost, jezo in nerazumevanje. Ob zelo izraženih znakih bolnik potrebuje stalni nadzor. Ker svojci po navadi tega ne zmorejo, se odločijo za namestitev v domu starejših. Dementne osebe, ki bivajo v zavodih (domovih za starejše), se obravnavajo po treh sistemih (Zupančič, 2013):

1. *Integrirana metoda*. Tu stanovalci bivajo z ostalimi dementnimi stanovalci, pri čemer je tudi njihova obravnava skupna. Prednosti te metode so, da se zmanjša agresija in spodbuja medsebojno razumevanje, slabo pa je, da starostniki, ki nimajo demence, postajajo vedno manj tolerantni do dementnih, kar jih tudi obremenjuje in zato postajajo depresivni.
2. *Segregirana metoda*. V tej metodi sta nastanitev in obravnava stanovalcev z demenco ločeni v okviru posebnega oddelka.
3. *Kombinirana oblika*. Pri tej obliki gre za različne kombinacije elementov ločevanja (segregacije) in združevanja (integracije).

## 2 Kongruentni odnosni model

Kongruentni model je nov model negovanja oseb, ki je imenovan tudi kongruentno negovanje odnosov in temelji na pozornosti ter dosega pozitivne učinke pri ljudeh z

demenco ali pri ljudeh z mejnimi motnjami. Primarni avtor tega modela je Rüdiger Bauer (Bauer, 2010).

Rüdiger Bauer je že leta 1990 razvil model, ki je hitro dosegel uspeh v psihiatričnih klinikah. Leta 1997 je objavil knjigo z naslovom »Beziehungspflege« oziroma negovanje odnosov in kongruentni model tudi formuliral. Leta 2002 je ustanovil Inštitut za spretnosti vzpostavljanja odnosov in zadovoljstva pri delu, kjer so začeli zdravstvene delavce poučevati o ohranjanju skladnih odnosov (Bauer, 2010).

## 2.1 *Obstoj kongruentnega modela*

Model dosega zelo dobre učinke v ustanovah za nego starejših, predvsem pri ljudeh, ki so zboleli za demenco. Prav tako velik učinek je pri starejših, ki nimajo dodatnih obolenj in po dosedanjih izkušnjah tudi v vseh drugih področjih zdravstva. Primeri dobre prakse že obstajajo, saj se je ta novi model uveljavil že v 24-ih ustanovah za nego starejših, 11 od teh je v Avstriji (predvsem Karitasovi domovi za starejše), ostali pa so v Nemčiji in Švici. Model se je dobro izkazal tudi v bolnišnicah in psihiatričnih klinikah, kot so (Bauer, 2010, str. 38): Deželna nevrološka klinika Wagner v Linzu, Specialistična bolnišnica Asklepois v Teupitzu, forenzični oddelek v Bad Schussenriedu ter forenzični oddelek klinike Erlangen, Bolnišnica St. Josepha v Berlinu, Psihiatrična klinika Valduna v Vorarlbergu, Klinični center Nürnberg in Psihosomatski oddelek Bolnišnice Feldkirchen. Bauer (2010) navaja, da medicinske sestre opažajo spremembe v vseh prej omenjenih ustanovah. Zadovoljne so s kongruentnim modelom in pravijo, da težjih bolnikov ni več, pravijo tudi, da ljudi dvignejo iz njihove demence in da se s težjimi bolniki sedaj učinkoviteje ukvarjajo.

Skupno gledano se vzdušje v ustanovah izboljšuje, izginja panika, na voljo je dovolj časa in udeleženci so zelo zadovoljni z oskrbo. Odnosi v delovnih skupinah se spreminjajo v zaupne medsebojne odnose. Delno obstajajo tudi uspehi, ki jih niti ne slutimo. Tako na primer stanovalci, ki že več let niso mogli zapustiti svoje postelje, naenkrat vstanejo, ali po več letih molčanja spregovorijo. Sodelovanje med vodilnimi in sodelavci se bistveno izboljšuje. V psihiatričnih klinikah se pojavljajo pozitivni učinki pri negi ljudi z mnogimi ponovitvenimi obolenji, pri bolnikih z mejnimi motnjami in celo pri tistih s težjimi motnjami so opazne precejšnje izboljšave. Posebej izstopajo rezultati pri rabi na forenzičnem področju. Obstaja forenzični oddelek, kjer obravnava poteka po tem modelu in kjer že več let ni širjenja ali odstopanja pri bolezenskih stanjih (Bauer, 2010).

## 2.2 *Definicija kongruentnega modela*

Kongruentni negovalni model predstavlja zavestno dojemanje in obdelavo spoznanj bolnika. Pri načrtovanju negovanja odnosov gre za zavestno, kontinuirano dojemanje in vključevanje pomena življenja za ljudi, z namenom zvišanja njihovega telesnega, psihičnega, duhovnega in družbenega dobrega počutja. Kongruentni model usmerjeno išče človekove lepe spomine, ki lahko sprožijo aktivacijo pozitivnih živčnih celic, prepoznajo odziv na stres in strah ter ju tako preprečijo (Firis, 2010).

Bauer (2006, v Bauer, 2010) navaja, da je načrtovanje negovanja odnosov pri kongruentnem modelu najpomembnejši instrument za načrtovanje, izvajanje in ocenjevanje poteka odnosov med tistimi, ki izvajajo nego, in stanovalci. Pri načrtovanju izvajalci nege pozitivne pomene življenjskih dogodkov ljudi oblikujejo v biografije. Pozitivni življenjski dogodki se shranijo v možganih. Ti podatki pa so povezani s čustvenim centrom.

Spomini in negovanje pozitivnih življenjskih dogodkov biološko vodijo k aktivnostim živčnih celic, ki lahko ponovno aktivirajo strukture živčevja v čustvenem centru. Temu med drugim sledijo tudi hormonske emisije, na primer oksitocina in dopamina, ter telesu lastna sredstva proti bolečinam, kot so endogeni opioidi. Te snovi pripomorejo, da se povečata motivacija stanovalcev in njihovo zaupanje do negovalcev. Drugi učinki so tudi izboljšanje počutja, antidepresivni učinki, borba proti bolečinam, pospešeno celjenje ran in krepitev imunskega sistema (Bauer, 2010).

Osnovni cilj kongruentnega negovalnega modela je ustvariti skladnost (kongruenco) med horizontalno (odnosom med sodelavci in stanovalci) ter vertikalno osjo (odnosi v vodstveni hierarhiji) neke ustanove. Organizacijski model v kongruentnem negovanju odnosov je primarna nega, ki se uvaja istočasno z modelom. O načinu uvedbe se je treba dogovoriti in ga načrtovati na vodstveni ravni. Znotraj vodstvenega treninga si lahko sodelavci in vodstvo proces kadar koli prilagodijo (Bauer, 2010).

Bistveni element kongruentnega modela ni samo spoznavanje, ampak tudi spoznavanje spoznavanja. To pomeni, da skuša medicinska sestra skozi odnose spoznati, kako spoznava druge in kako drugi spoznavajo situacijo. Tako pride do skladnosti, kongruence in ujemanja z videnjem sveta drugega (Firis, 2010).

Kongruentno negovanje odnosov pospeši pozitivno delujoče nevrobiološke sisteme preko načrtovanja negovanja odnosov in z izvajanjem načrtovanih ukrepov ter tako doseže pozitivne učinke (Firis, 2010). Moberg (2003, v Firis, 2010) ugotavlja, da če negovalcu uspe načrtno usmeriti dražljaje na pozitivne spomine, se sproži oksitocinski refleks, ki deluje blagodejno. Ponovno prepoznavanje ob srečanjih z ljudmi se tako bistveno izboljša in ustvari se zaupanje.

Kongruentni model uporablja tri instrumente:

1. *Lestvica življenjskih dogodkov*. Načrtovanje se začne z ugotavljanjem človekovih življenjskih dogodkov. Pri tem ne sprašujemo po boleznih ali doživljanju bolezni, ampak povprašamo po drugih dogodkih v življenju, predvsem po lepih trenutkih (hrana v otroštvu, prva ljubezen, poroka itd.). Pri tem je možna tudi klasična biografija. S pomočjo lestvice življenjskih dogodkov vidimo bolnike drugačne, kot so, ker ta metoda preoblikuje podobo človeka. Nekoga, ki se stalno pritožuje nad bolečinami, nam zveni in je nejevoljen, lahko vidimo kot osebo, ki je skrbela za otroke, potovala ali bila nežen oče. In ta dejstva enostavno vključimo v proces zdravstvene nege. Ugotovili smo na primer, da je ta gospod rad potoval, zato ga med jutranjim umivanjem sprašujemo o tem, gospod se bo ob tem sprostil in manj pritoževal nad bolečinami. Že samo ukvarjanje z življenjskimi dogodki pri

bolnikih pospešuje motivacijo. Pomemben dejavnik spremembe je preoblikovanje pacientove podobe v očeh negovalcev in medicinskih sester, še zlasti, kadar bolnik velja za težavnega. To se doseže z instrumentom lestvice življenjskih dogodkov. Za takšno preoblikovanje podobe pa sta potrebna vaja in čas (Firis, 2010, str. 7).

2. *Načrtovanje procesa skladnega odnosa.* Skladen odnos in lestvica življenjskih dogodkov ne želita obravnavati simptomov in diagnoz. Želita ustvariti blagodejen odnos. Negovalci, medicinske sestre in bolniki pri tem doživljajo pozitivne spremembe, ki sproščajo oksitocin in dopamin, ta pa omogočata uravnoteženost, povečujeta sposobnost za navezovanje odnosov in zaupanja ter poskrbita za dobro počutje. Blažita tudi bolečine, izboljšujeta imunost in pomagata pri celjenju ran. Pacienti so tako bolj motivirani, uravnoteženi in tudi bolj zaupljivi. Zadovoljstvo pacientov se na splošno poveča, kar deluje tudi na zdravstvene delavce (Firis, 2010, str. 8).
3. *Bio-psiho-socialna hipoteza.* Bio-psiho-socialna hipoteza je ena izmed podlag za načrtovanje intervencij na ravni odnosov. Utemeljena je na poznavanju življenjskih dogodkov bolnika in sodobnih spoznanjih nevrobiologije in nevrologije. Proces odnosov lahko načrtujemo eksplicitno ali implicitno. Eksplicitno se usmerimo na pozitivne življenjske dogodke, implicitno pa načrtujemo na osnovi bio-psiho-socialne hipoteze. Te hipoteze ne moremo vedno sestaviti, ker zanjo potrebujemo zanesljive podatke iz razvojne zgodovine neke osebe. Takšnih informacij pa pogosto nimamo, še posebej jih nimamo pri osebah z demenco, zato v tem primeru izdelamo eksplicitno hipotezo. Implicitno hipotezo pa lahko zagotovo postavimo v psihiatrični negi. Bio-psiho-socialna hipoteza se oblikuje na več osnovah (Firis, 2010, str. 10).

Opisanega kongruentnega modela dela se ga morajo držati vsi zaposleni v zdravstveni ustanovi, tako direktorji, medicinske sestre, negovalci, fizioterapevti, delovni terapevti, socialni delavci, kot tudi čistilke, kuharji, natakariji itd., ne smemo pa pozabiti na svojce, saj so tudi oni tisti, ki pridejo v stik z bolnikom. Da se lažje upošteva kongruentni model, naredimo načrt negovanja odnosov. Za oblikovanje tega načrta je odgovorna medicinska sestra. Ta s pomočjo biografije ugotovi, kateri so negativni življenjski dogodki. Nato napiše načrt negovanja odnosa ter ga predstavi negovalnemu timu, zdravstvenemu timu, rehabilitacijskemu timu in vsakemu, ki pride v stik z dementnim bolnikom. S kongruentnim modelom preprečujemo, da tak bolnik zapade v negativna čustvena stanja. Po prebiranju literature smo dobili občutek, da je kongruentni odnosni model nadgradnja validacije (Bauer, 2010).

Kongruentni model počasi nadomešča metodo validacije, ker kongruentno negovanje odnosa močno pospeši pozitivno delujoče nevrobiološke sisteme preko načrtovanja negovanja odnosa in z izvajanjem načrtovanih ukrepov ter tako doseže pozitivne učinke.

## 3 Validacija

Van Hülsen navaja, da je beseda validacija francosko-latinskega izvora in pomeni vrednost, vrednoto. Validacija pomeni spoštovanje, priznavanje veljavnosti in spremljanje drugega na njegovi poti. Je način dela z dementnimi, ki se ravna po njihovem videnju in doživljanju stvari. Avtorica validacije je Naomi Fiel, ameriška gerontologinja in sociologinja. Med svojim delom z dementnimi osebami je ugotovila, da ti ljudje živijo v preteklosti in govorijo o njej, medicinske sestre in negovalci pa ostajajo v sedanjosti. Tako niso na istih ravneh, zato je motena tudi komunikacija, vez med razumevanjem in udejanjanjem je pretrgana (van Hülsen, 2010).

### 3.1 Komunikacija v validaciji

Matković, Zajc, Pečan Salokar in Bernot (2011) so ugotovili, da moramo biti v komunikaciji z bolniki pozorni in da se moramo izogibati nekaterim pogostim motnjam. Te se lahko pojavijo na strani oddajnika ali pa sprejemnika, pri čemer medicinska sestra in bolnik nastopata v obeh vlogah. Motnje se lahko pojavijo zaradi tako imenovanih šumov v komunikaciji, ki preprečijo, da bi prišlo do povratne informacije. Ti šumi so lahko hrup v prostoru, strah pred avtoriteto, napačno pričakovanje, agresija, časovni pritisk, neodkritost, pomanjkanje časa in bolezni, kot so demenca, motnje zavesti, motnje čustvenih razpoloženj, halucinacije in blodnje. Pri teh šumih sporočilo od oddajnika (medicinska sestra) ne pride do sprejemnika (bolnik).

To, kar govori človek z demenco, je veljavno in pravilno, četudi se ne sklada z realnostjo. Njegove izjave je treba jemati resno. Validacija omogoča komuniciranje med dementno osebo, svojci in negovalnim osebjem (van Hülsen, 2010, str. 35).

Negovalci in medicinske sestre so validacijo dobro sprejeli, ker je emocionalna metoda. Zdravniki zahtevajo le dejstva, teh pa pri človeku z demenco ne moremo dobiti (van Hülsen, 2010). V komunikaciji z dementno osebo je pomembno vzpostaviti osebni stik, se osredotočiti nanjo (centriranje), biti strpen, razumevajoč, govoriti iskreno in govoriti isti jezik. Uporabljamo enopomenske besede, konkretne izraze za trenutno stanje in težišče pogovora prenašamo na izpostavljeni čutni organ. Govorimo počasi, mirno in počakamo na odgovor. Če le-tega ni, ponovimo vsebino pogovora. Pomembno je tudi, da ne popravljamo napačnih stavkov sogovornika, ker dementno osebo tako še bolj zmedemo (van Hülsen, 2010).

### 3.2 Cilj in načela validacije

Cilj validacije je upočasniti proces staranja in preprečiti, da bi se demenca razvila v skrajno obliko. Dementni osebi pomagamo vzpostaviti občutek lastne vrednosti, ker jo jemljemo resno in ji nudimo pomoč. Tako ji pomagamo dvigniti samozavest ter zmanjšati stres in strah. Zaradi zmanjšanega strahu omejimo kemična (medikamentozna) in fizikalna prisilna sredstva oziroma posebne varovalne ukrepe. Glavni cilj

validacije je to, da oseba z demenco ne pride do stadija životarjenja, v katerem le leži v postelji in ne kaže znakov telesne aktivnosti (van Hülsen, 2010).

Načela validacije izhajajo iz razumevanja dementne osebe. Ta načela razlagajo njeno vedenje in pomagajo pri procesnem delu z njo. Za boljše razumevanje njenega vedenja moramo poznati njene telesne značilnosti ter njene psihične in socialne potrebe. Tako bomo lahko njeno vedenje označili za primerno ali neprimerno (van Hülsen, 2010). Naomi Fiel govori o več načelih (van Hülsen, 2010, str. 113):

- Vsak človek je edinstven in mora biti obravnavan kot individuum.
- Vsak človek je dragocen, ne glede na to, koliko je dezorientiran.
- Za vedenje dezorientiranih zelo starih ljudi obstaja razlog.
- Vedenje v starosti ni le posledica anatomskih sprememb v možganih, temveč rezultat kombinacije telesnih, socialnih in psihičnih sprememb, ki so se zgodile v življenju.
- Zelo starih ljudi ne moremo prisiliti, da bi spremenili svoje vedenje. To se lahko spremeni samo, če oseba res želi.
- Zelo stare ljudi moramo sprejemati, ne da bi jih ocenjevali ali stereotipizirali.
- K vsakemu življenjskemu obdobju sodijo določene naloge. Če jih človek v določenem obdobju ne opravi, to lahko povzroči psihične spremembe.
- Ko začne kratkoročni spomin popuščati, poskušajo starejši vzpostaviti ravnovesje tako, da se spominjajo preteklih dogodkov v svojem življenju.
- Ko se slabša vid, slišijo zvoke iz preteklosti.
- Izraženi in priznani boleči občutki, ki jih validirajo, oslabijo.
- Ignorirani in potlačeni boleči občutki postajajo vedno močnejši.
- Empatija prispeva k zaupanju, zmanjšuje anksioznost in znova vzpostavlja dostojanstvo.

## 4 Metoda

Uporabili smo kvalitativno metodo dela z zbiranjem podatkov o kongruentnem modelu ter o validaciji ter primerjali, v čem se razlikujeta. Teoretična izhodišča o kongruentnem modelu smo primerjali z modelom po Naomi Feil – validacija. Raziskovalno vprašanje je bilo: »Ali obstajajo razlike med validacijo in kongruentnim modelom?«

## 5 Rezultati

Primerjali smo obe metodi in ugotovili, da se razlikujeta v čustvenem vidiku, ki ga kongruentni model bolj upošteva. Ugotovili smo tudi, da se obe metodi integrirata v koncept gerontološke in geriatrične zdravstvene nege. Glavni cilj kongruentnega modela je, da je človek srečen, ker se s srečo sproščata dopamin in oksitocin. Glavni



cilj validacije pa je upočasniti proces staranja in preventiva pred skrajnimi oblikami demence. Skupni cilj obeh metod je, da negovalno osebje razume človeka z demenco ter da se lažje sporazumevajo med seboj. Občutna razlika med metodama pa je tudi populacija. Validacija se uporablja pri osebah z demenco, med tem ko se kongruentni model uporablja pri dementnih osebah, pa tudi pri osebah s psihiatričnimi motnjami, kot so psihoze, mejne motnje, shizofrenija, in pri agresivnih osebah. Ugotovili smo tudi, da se pri teh metodah uporabljajo različne tehnike dela. Validacija pogosto uporablja k-vprašanja (kaj, kdo, kako, kdaj, kje), s katerimi želi pri dementnih osebah ustvariti občutek varnosti. Uporablja tudi centriranje, kar pomeni, da se negovalno osebje osredotoči na sogovornika, vse ostale stvari pa pusti ob strani. Validacija veliko uporablja dotike in glasbo, katere glavni namen je sproščanje bolnika. Skupna tehnika obeh metod je biografija, saj je pomembno, da spoznamo človeka, njegov način življenja pred demenco in ga tako lažje razumemo. Ugotovili smo, da oba modela zagotavljata dobro počutje, ker upoštevata bolnikovo dostojanstvo, bolnik to opazi in se počuti bolje, pri tem pa tudi lažje zaupa osebju.

*Tabela 1: Razlike med kongruentnim modelom in validacijo*

	<i>Kongruentni model</i>	<i>Metoda validacije</i>
Definicija	Je metoda dela, ki osrečuje osebe z demenco ter pripomore k boljšemu medsebojnemu razumevanju.	Je metoda dela, ki se ravna po ravnanju in doživljanju bolnika.
Ciljna populacija	Osebe z demenco, mejnimi motnjami, agresivnim vedenjem, shizofrenijo. Upoštevati ga morajo vsi, ki pridejo v stik z bolnikom.	Osebe z demenco. Upošteva ga tim zdravstvene nege.
Namen	S pomočjo pozitivnih življenjskih dogodkov želimo osrečiti osebo, ki nam bo zaupala.	S pomočjo komunikacije, s spoštovanjem in »jemanjem resno« pacient dobi občutek lastne vrednosti.
Cilj	Srečen bolnik, reševanje konfliktov iz preteklosti, izboljšanje verbalne in neverbalne komunikacije, zmanjševanje strahu in izboljšanje telesnega počutja.	Upočasnjevanje procesa staranja, zmanjševanje stresa in strahu, zmanjšanje uporabe posebnih varovalnih ukrepov in preprečevanje umika v životarjenje.
Načela, teze	Osebe z demenco živijo v svojem svetu, vzdrževanje odnosa vedno poteka pri delu z bolnikom.	Človek je edinstven in dragocen, za vedenje vedno obstaja razlog, osebe ne smemo stereotipizirati.
Tehnike	Uporaba biografije, življenjske lestvice, vzpostavitev skladnega odnosa.	Temeljni odnos, centriranje, uporaba k-vprašanj, ponavljanje besed, spominjanje, uporaba glasbe in dotikov.

## 6 Razprava

Ugotavljamo, da je v Sloveniji malo literature o kongruentnem modelu ter da so ključne informacije o tem v nemškem jeziku, kar je slabo, ker se to znanje ne širi naprej. Ugotovili smo tudi, da je kongruentna metoda dobra, saj vključuje čustveno doživljanje bolnika. Medicinske sestre manj poznamo to metodo, smo pa zato bolj pripravljene več izvedeti o njej. Lipar (2011) ugotavlja, da veliko medicinskih sester, tako srednjih kot diplomiranih, ne želi delati s starejšimi osebamimi. Številne raziskave kažejo na to, da se medicinske sestre odločamo bolj za tehnično zahtevna področja, kot so kirurgija, intenzivna terapija in interna medicina. Ker pa se populacija stara in pričakujemo, da se bo število starejših povečalo za 35,4 %, bo tudi na področju gerontologije veliko prostih mest za medicinske sestre (Kogoj, 2008, v Blazinšek, Zurc, Skela Savič, 2013). S pomočjo dodatnega znanja o metodah, ki se uporabljajo pri delu z dementskimi osebamimi, bi se medicinske sestre lažje odločale za delo v gerontologiji ali geriatriji. Obe metodi dobro vplivata na to, da dementsko osebo lažje razumemo in lažje vzpostavimo medsebojni odnos. V prihodnje vidimo kongruentni model predvsem na področju gerontologije in geriatrije. To so domovi za starejše, oddelek gerontopsihiatrije in oddelek gerontopsihiatrične rehabilitacije. Tudi v Sloveniji so pokazali zanimanje za omenjeni model, kar se kaže v tem, da se veliko medicinskih sester udeležuje izobraževanja, ki ga organizira Firis Imperl iz Logatca.

## 7 Zaključek

Zakon o pacientovih pravicah (2008) moramo medicinske sestre spoštovati. Predvsem je to pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe. V opisu pravice je navedeno, da moramo upoštevati pacientove potrebe in vzpostaviti odnos, ki temelji na zaupanju. Izboljšanje pa je treba doseči na področju odnosov z bolniki (Ambrož, Zupančič, 2013). Metod za boljše odnose s starejšimi osebamimi je veliko, je pa odvisno od našega znanja, spretnosti in izkušenj, za katero se bomo odločili. Zavedati se moramo, da ima odnos, ki je pozitivno oblikovan, zdravilno moč in ne glede na naše odločitve moramo poznati osnove komuniciranja in dobrega pristopa.

## LITERATURA

1. Ambrož, N. in Zupančič, V. (2013). Ali študenti vemo vse o pacientovih pravicah. V: Filej, B. (ur.). Pravice, vrednote, svoboda, solidarnost in varnost. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo, str. 29-36.
2. Bauer, R. (2010). Kongruente Beziehungspflege. Lebenswelt Heim. Pridobljeno dne 13. 9. 2013 s svetovnega spleta: <http://www.lebensweltheim.at/cms/dv/images/lwh%2047%20kongruente%20beziehungspflege.pdf>.

3. Blazinšek, U., Zorc, J. in Skela Savič, B. (2013). Učinkovitost komunikacije diplomiranih in srednjih medicinskih sester z dementnimi bolniki v psihiatričnih bolnišnicah. *Obzornik zdravstvene nege*, 47, št. 1, str. 38-46.
4. Firis, I. (2010). *Nov teoretični znanstveni okvir za psihiatrično nego*. Logatec: Firis Imperl & Co.
5. Lipar, N. (2011). Želje bodočih medicinskih sester glede dela s starejšo populacijo. *Kakovostna starost*, 14, št. 3, str. 53.
6. Lipar, N. (2013). Stigmatizacija demence. Inštitut Antona Trstenjaka. Pridobljeno dne 10. 11. 2013 s svetovnega spleta: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost/clanek.html?ID=1316>.
7. Matković, M., Zajc, M., Pečan Salokar, T. in Bernot, M. (2011). Ko komunikacijski šumi predstavljajo nevarnost za pacienta. V: Matković, M. in Petrijevcčanin, B. (ur.). *Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkim pacientom*. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, str. 99-113.
8. Van Hülsen, A. (2010). *Zid molka*. Logatec: Firis Imperl & Co.
9. *Zakon o pacientovih pravicah*. (2008). Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije.
10. Zupančič, V. (2013). *Zdravstvena nega starostnika z gerontologijo in rehabilitacijo*. Neobjavljeno delo.
11. Železnik, N. (2012). *Adijo grem domov ... temne sence demence*. Ljubljana: Založba Forma 7.

# Pacientovo soglasje

*POVZETEK - Medicinske sestre se pri svojem delu vsakodnevno srečujemo z različnimi postopki in posegi, za katere mora pacient podati informirano soglasje. Pri pridobitvi soglasja se ne smemo zadovoljiti samo s podpisom pacienta na predvidenem obrazcu, ampak mora biti ta seznanjen z vsem postopkom, možnimi zapletmi ali drugimi načini zdravljenja. O pomenu vzpostavitve dobrih medsebojnih odnosov so razmišljale že prve teoretičarke. Tako je že Hildegard Peplau razvila model medsebojnih odnosov, v katerem je med drugim poudarila, da mora zdravstvena nega upoštevati interakcije med dvema ali več posamezniki, ki imajo jasno izražene cilje. V prispevku bomo predstavili pomen dobre komunikacije ter zakonodajo v zvezi s pacientovim informiranim soglasjem ali zavrnitvijo. Predstavili pa bomo tudi nekaj rezultatov raziskave, ki smo jo izvedli med naključno izbranimi prebivalci Dolenjske in se nanašajo na njihovo poznavanje zdravstvene zakonodaje.*

*KLJUČNE BESEDE: pacienti, informiranost, soglasje, zakonodaja*

## 1 Uvod

Da bi lahko dosegli dobre medsebojne odnose, moramo imeti obilo znanja s področja komunikacije. Ker je za zdravstvo značilen empatičen odnos, morajo imeti medicinske sestre in ostali člani negovalnega tima poleg splošnih sposobnosti za opravljanje poklica v zdravstveni negi tudi sposobnost za razumevanje spremenjenega odnosa pacienta do njegove okolice. Medosebni odnos med medicinsko sestro in pacientom se po modelu medsebojnih odnosov Hildegard Peplau razvija prek štirih faz: orientacija, identifikacija, interakcija in razrešitvena faza (Ramšak Pajk, 2000). Vsaka faza je pomembna, pa vendar se moramo prav v fazi orientacije še posebno potruditi, saj je le-ta pomembna za nadaljnji razplet odnosa. Skozi posamezne faze namreč medicinska sestra prevzame različne vloge, ki pa niso omejene ne na fazo in ne na čas. Pri teh njenih vlogah bi izpostavili vlogo osebe, ki daje pacientu informacije. Prav informiranost pacienta je namreč predpogoj za pridobitev informiranega soglasja. Tukaj pa je pomembna komunikacijska sposobnost medicinske sestre.

## 2 Komunikacija

Nekomunicirati ni mogoče. Čeprav se nam včasih zdi, da z nekom ne vzpostavimo komunikacije, če ga ignoriramo, je tudi to del nje. Komuniciramo lahko na več načinov. Najpogostejši način je z besedami. Lahko pa komuniciramo tudi nebesedno,

preko govornice telesa, intonacije glasu in tudi preko zunanjega videza. Nebesedno komuniciranje je najstarejši način komunikacije med ljudmi, saj z njim sporočajo naša čustva (napadalnost, sramežljivost, bojazen, veselje, jezo...). Besedno komuniciranje lahko delimo na govorno in pisno komuniciranje. Govorno zajema govorjenje, formalni razgovor med dvema osebama ali v skupini in neformalne pogovore. Pisno komuniciranje pa poteka preko pisem, časopisov in revij, oglasnih desk, e-pošte ... Prednosti pisnega komuniciranja so predvsem v trajnosti podatkov ter jasnosti in nazornosti sporočila.

Komunikacija je dinamičen, nenehno spreminjajoči se proces, ki poteka, medtem ko človek pošilja in sprejema besedna in nebesedna sporočila z namenom razumeti in biti razumljen ter se želi prilagoditi okolju in prenesti svoje ideje drugim. Pogoj za to so naše perceptivne (videti, slišati, otipati, vonjati), kognitivne (zmožnost točnega presojanja, spoznanje, razum), vedenjske (vedeti, kaj reči in narediti v dani situaciji – intuitivnost) ter emocionalne (ustrezno čustveno izražanje in odzivanje, empatija) sposobnosti (Blažič, 2002). Uspešno komuniciranje zahteva (Glasper, McEwing, Richardson, 2009):

- pošiljatelja – oseba, ki začne proces izmenjave informacij,
- sporočilo – informacija, ki jo oseba želi prenesti,
- medij – pot, kanal ali način prenosa sporočila od ene osebe do druge; neposredno iz oči v oči, e-naslov, telefon ...,
- sprejemnika – nekoga, ki bo pošiljateljevo sporočilo sprejel.

»Komunikativno delovanje temelji na komunikativni kompetenci obeh partnerjev. Vsak komunikativno delujoči subjekt mora obvladovati univerzalne zahteve po veljavnosti, te pa mora prepoznati tudi njegov komunikacijski partner. Glavna načela »zahtev po veljavnosti« so po Habermasu naslednja« (Blažič, 2002, str. 112):

- zahteva po razumljivosti: razumljivo izražanje in razumljivi stavki,
- zahteva po propozicionalni resnici: govoriti o tistem, kar je realno, naša izjava mora zadevati tisto realnost, ki jo zaznava in priznava partner v komunikaciji,
- zahteva po pravilnosti: izjava mora biti pravilna glede na družbeno priznane vrednote in norme,
- zahteva po resnicoljubnosti (iskrenosti): iskrenost, da verjamemo izjavi in zaupamo partnerju v komunikaciji.

Taka oblika komunikacije se mora izvajati tudi pri pridobitvi soglasja pacienta za preiskavo ali poseg. Saj si pacient ne želi, da bi informacijo zavijali v vato, ampak si želi natančne informacije o njegovem zdravstvenem stanju, da ima možnost samostojnega odločanja.

### 3 Pravna izhodišča

Pravni odnos med subjekti nastopi, ko pacient stopi v sistem zdravstvene obravnave ali oskrbe. Odnos med pacientom in medicinsko sestro je definiran v kodeksu etike

medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, ki le-tem nalaga, da morajo spoštovati pravico pacienta do izbire in odločanja. To pomeni, da mora medicinska sestra skrbeti za pacientovo avtonomijo (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 1994). Možnost izbire in odločanja pa ima samo takrat, ko dobi ustrezno pojasnilo o medicinskih posegih in le-ta pojasnila niso dana tik pred posegom, da je pacient seznanjen z načrtovanimi posegi vsaj dan prej, da lahko premisli in se potem zavestno odloči. Krušič Mate (2010, str. 48) v zvezi z vprašanji informirane privolitve navaja tri temeljna načela: »načelo avtonomije izbiranja in ravnanja, načelo dobrodelnosti in načelo pravičnosti«.

V zdravstvu se srečujemo tudi z raziskavami, pri katerih je prav tako treba pridobiti pacientovo soglasje. Pravno veljavna je samo tista raziskava, ki zadosti etičnim in zakonskim zahtevam. Zato moramo tudi pri raziskovanju pridobiti privolitev raziskovancev, saj jim to ne sme škodovati in mora ohranjati njihovo avtonomijo.

Etična načela v raziskovanju lahko združimo v štiri osnovne pravice vseh sodelujočih v raziskavi (Parahoo, 2006):

- pravica do neškodovanja raziskovancem,
- pravica do polne pojasnitve,
- pravica do samoodločbe in
- pravica do zasebnosti, anonimnosti in zaupnosti.

Tudi Rees (2011) navaja, da morajo raziskovalci upoštevati nekatere bistvene elemente etičnosti raziskovalnega procesa, kot so: pridobitev soglasja, zaupanje, varstvo podatkov ter možnost preklica danega soglasja.

»V Republiki Sloveniji nas za to področje obvezujeta Zakon o zdravstvenem varstvu, ki v 110. členu obravnava moralno-etična vprašanja raziskovalnega dela, in Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije ter Mednarodni kodeks babic« (Kvas in Klemenc, 2008, str. 149).

Uporaba etičnih načel med celotno zdravstveno obravnavo pacienta je pomembna tudi zato, ker naši običaji, morala ali vera določenega posega ne dopuščata. Tako se lahko zdravstveni delavec pri opravljanju svojega dela sklicuje na 56. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki mu daje pravico, da odkloni zdravstveni poseg, če meni, da ni skladen z njegovo vestjo in z mednarodnimi pravili etike. Kljub vsemu pa zdravstveni delavec ne sme odkloniti nujne medicinske pomoči. Tudi pacienti se lahko sklicujejo na ugovor vesti, saj imajo za to zakonsko podlago v 46. členu Ustave, ki pravi, da ima vsakdo pravico do ugovora vesti. Na to pravico se sklicujejo tudi Jehove priče, ki ne dajejo soglasja za nadomeščanje izgubljene krvi s polno krvjo ali krvnimi pripravki kljub pojasnilu o pomenu nadomeščanja krvi (Cijan, 1999). Zakon o pacientovih pravicah uvaja različne oblike pacientovih izjav volje, ki vplivajo na potek njegovega zdravljenja. Keresteš (2010, str. 281) navaja: »Ne glede na sistematiko zakona o pacientovih pravicah je mogoče te izjave volje razvrstiti predvsem v štiri kategorije: privolitev (26.–27. člen), zavrnitev (30.–31. in 34. člen), pacientovo zdravstveno pooblastilo (32. člen) in izključitev oseb za odločanje (33. člen).«



### 3.1 Pravice otrok

Za otroka do 15. leta in za osebe pod skrbništvom odločajo o njihovih pravicah starši ali skrbnik, po 15. letu starosti otroka pa se zdravnik posvetuje tudi s starši. Za tvegane posege morata podpisati privolitev oba starša. Če se ta ne moreta dogovoriti, o tem odloča organ, ki je za to pristojen, za ostale posege je dovolj privolitev enega od staršev. Če se starši ne strinjajo, se zdravnik odloča v največjo korist otroka, kolikor je mogoče se upošteva otrokovo mnenje, nujna medicinska pomoč pa se opravi tudi, ko jo starši ali skrbniki zavrnejo (Cijan, 1999).

Šteje se, da je otrok, ki je dopolnil 15. leto starosti, sposoben privolitve, razen če zdravnik glede na otrokovo zrelost meni, da za to ni sposoben, pri čemer se glede na okoliščine, ki govorijo o sposobnosti odločanja o sebi, praviloma posvetuje s starši oziroma skrbnikom.

### 3.2 Medicinski posegi brez privolitve pacienta

Vsak poseg se sme izvesti samo, če pacient da soglasje k danemu posegu, vendar tudi tukaj poznamo izjeme. Ena od njih je zagotovo prisilna hospitalizacija, nudenje nujne medicinske pomoči in izvajanje ukrepov za preprečitev in širjenje nalezljivih bolezni.

*Prisilna hospitalizacija.* Prisilna hospitalizacija se največkrat izvede zaradi prisilnega zdravljenja v psihiatrični bolnišnici. Pacienta, ki močno ogroža svoje zdravje in življenje, lahko zdravimo tudi brez njegove privolitve. Vendar moramo tu upoštevati posebne zakonske predpise, na podlagi katerih mora odgovorna oseba bolnišnice, po 49. členu Zakona o zdravstveni dejavnosti, s posebnim obvestilom o pridržanju v 48 urah obvestiti okrajno sodišče, da je določena oseba neprostoVOLjno hospitalizirana na zaprtem oddelku psihiatrične bolnišnice (Strojin, 1998).

*Nujna medicinska pomoč.* Predvsem v urgentnih ambulantah se srečujemo z različnimi bolezenskimi stanji, ki zahtevajo takojšnjo medicinsko pomoč. Zakon o pacientovih pravicah navaja: »Če pacient ni sposoben odločanja o sebi ali ni zmožen izražati svoje volje, se lahko opravi nujna medicinska pomoč brez njegove privolitve« (Toplišek, 2008, str. 29). Takšni medicinski posegi temeljijo na načelu domnevne privolitve, saj se domneva, da bi vsaka razumna oseba privolila v poseg, s katerim ohranimo življenje. Flis (2006) ugotavlja, da načelo domnevne privolitve ni sporno, sporno pa je vprašanje o trajanju take privolitve. Po navedbah istega avtorja nas švicarska in nemška praksa usmerjata tako, da je treba pridobiti običajno privolitev, temelječo na ustreznem pojasnilu, takoj, ko je pacient za to sposoben.

*Cepljenje.* Čeprav se pojavljajo polemike glede obveznega cepljenja in stranskih učinkov le-tega, je za nekatere bolezni v Sloveniji cepljenje obvezno, kar je urejeno z Zakonom o nalezljivih boleznih, čeprav ima tudi ta zakon določene pomanjkljivosti. V nekaterih zahodnih državah pa cepljenje ni obvezno, temveč ga samo priporočajo (Primožič, 2006).

## 4 Poznavanje zdravstvene zakonodaje

S pomočjo deskriptivne metode dela in kvantitativne analize podatkov smo prišli do rezultatov raziskave na temo poznavanja zdravstvene zakonodaje in pridobivanja informiranega soglasja. Anketirali smo naključno izbrane prebivalce Dolenjske.

V raziskavi so sodelovali starši osnovnošolskih otrok, in sicer 35 žensk in 2 moška. Starost anketirancev je bila v razponu med 28 let in 57 let. Zanimala nas je njihova seznanjenost z zdravstveno zakonodajo in njihovo mnenje, ali je treba pridobiti od pacienta informiran pristanek za izvedbo medicinskega posega.

Podatki raziskave so pokazali, da starost anketirancev vpliva na njihovo seznanjenost z zdravstveno zakonodajo, in sicer, da so starejši bolj informirani o zdravstveni zakonodaji kot mlajši. Predvidevamo, da so starejši anketirani že imeli stike z zdravstvom posredno ali celo neposredno.

V raziskavi nas je tudi zanimalo, kakšna je seznanjenost anketirancev glede njihovih pravic v procesu zdravstvene oskrbe. 86 % jih je menilo, da so seznanjeni s pravicami, ki izhajajo iz zdravstvene zakonodaje, kar pa ni v skladu z odgovori na vprašanje o pridobitvi informiranega soglasja. Kar 40 % anketiranih je namreč menilo, da informiranega soglasja zdravstvenim delavcem ni treba pridobiti.

## 5 Zaključek

Za dosego dobrih rezultatov zdravljenja je nujno, da med timom vlada pozitivno in optimistično vzdušje, ki ga pacient skozi verbalno in neverbalno komunikacijo tudi začuti in se tako lažje pozitivno odziva na proces zdravstvene obravnave. Vidno mesto pri zahtevnem delu v zdravstvu je treba nameniti lastnemu védenju, sprejemanju sebe in drugih, spoštovanju sebe in drugih in tudi poznavanju sebe in drugih. Zavedati se moramo, da so medsebojni odnosi dinamični in se kot taki nenehno spreminjajo. Vključevanje teoretičnega modela Hildegard Peplau o medsebojnih odnosih nam lahko pomaga, da bomo s pacientom vzpostavili ustrezen odnos, ki nam bo olajšal načrtovanje njegove zdravstvene obravnave. Pacient, ki bo poznal svoje zdravstveno stanje, bo z nami lažje sodeloval, lažje bo dal soglasje, če bo poznal načrtovane posege in možno tveganje ter bo seznanjen z drugačnimi oblikami zdravljenja. Izvajanje zdravstvene obravnave namreč ni mogoče brez pacientovega soglasja. Za nekatere posege je dovolj samo pacientova ustna privolititev, za določene večje posege pa moramo pridobiti njegovo pisno soglasje. Zdravstveni delavci se moramo zavedati, da imajo v današnjem času tudi pacienti več možnosti, da pridobijo vedno nove podatke in nas zato lahko kaj hitro spravijo v kočljiv položaj. Medicinska sestra, ki se znajde iz oči v oči s pacientom, ki išče vedno nove in nove informacije, nemalokrat ostane brez besed, saj ne ve, kako bi se zagovarjala. Zdravniki namreč svojo pojasnilno dolžnost velikokrat preložijo na ramena medicinskih sester. Te se

tako najdemo pred dilemo, ali moramo same pojasnjevati pacientom potek preiskave in možne zaplete. Vemo, da moramo ščititi pacientovo avtonomijo in mu dati možnost izbire in odločanja, hkrati pa nas ščiti zakonodaja, saj je pravno odgovoren za posredovanje informacij in pridobitev soglasja izvajalec medicinskega posega.

Tudi medicinske sestre moramo dobro poznati zdravstveno zakonodajo, saj so pacienti vedno bolj informirani in terjajo od nas številne odgovore. Poznavanje zakonodaje je eden izmed elementov sodobne zdravstvene nege, ki vodi v avtonomnost, suverenost in profesionalizacijo le-te.

## LITERATURA

1. Blažič, M. (2002). Razsežnosti komunikacije. Novo mesto: Visoka šola za upravljanje in poslovanje.
2. Cijan, R. (1999). Osnove zdravstvene zakonodaje. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
3. Flis, V. (2006). Privolitev v zdravnikovo ukrepanje. V: Goriše, J. R. (ur.). Medicina in pravo: sodobne dileme. Maribor: Pravna fakulteta, str. 125-140.
4. Glasper, A., McEwing, G. in Richardson, J. (2009). Foundation studies for caring. United Kingdom: Palgrave Macmillan.
5. Keresteš, T. (2010). Pravna narava izjave volje pacienta. V: Rijavec, V. (ur.). Medicina in pravo: sodobne dileme II. Maribor: Pravna fakulteta, str. 281-289.
6. Krušič Mate, Z. (2010). Pravica do zasebnosti v medicini: zdravnikova pojasnilna dolžnost, pacientova informirana privolitev, varstvo osebnih podatkov. Ljubljana: GV Založba.
7. Kvas, A. in Klemenc, D. (2008). Raziskovalni projekti Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana v letih od 1999 do 2008. V: Skela Savič, B., Kaučič, B. M. in Ramšak Pajk, J. (ur.). Teorija, raziskovanje in praksa v zdravstveni negi – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, str. 139-151.
8. Parahoo, K. (2006). Nursing research: principles, process and issues. London, England: Palgrave Macmillan.
9. Primožič, P. (2006). Medicinski posegi brez privolitve bolnika. V: Goriše, J. R. (ur.). Medicina in pravo: sodobne dileme. Maribor: Pravna fakulteta, str. 125-140.
10. Ramšak Pajk, J. (2000). Hildegard E. Peplau in model medosebnih odnosov. Obzornik zdravstvene nege, št. 34, str. 27-31.
11. Strojín, T. (1998). Uvod v zdravstveno pravo (izbrana poglavja iz zdravstvene zakonodaje). Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije.
12. Toplišek, J. (2008). Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)/s stvarnim kazalom Janeza Topliška. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije.

# Ohranjanje dostojanstva v zdravstveni negi

*POVZETEK - Spoštovanje človekovega dostojanstva v zdravstveni negi je človekova potreba, ki jo pacient pričakuje v medsebojnih odnosih. Že sam medsebojni odnos je vir (ne)spoštovanja človekovega dostojanstva. Cilj našega prispevka je opisati koncept dostojanstva v medsebojnih odnosih z namenom ugotoviti, ali medicinske sestre ohranjajo dostojanstvo ter na kakšen način ga ohranjajo. Metodologija temelji na kvantitativni raziskavi z uporabo strukturiranega anonimnega vprašalnika. V vzorcu se med mlajšimi in starejšimi medicinskimi sestrami ne pojavljajo statistično pomembne razlike glede na njihovo zadovoljstvo na delovnem mestu, prav tako tudi ne v vzorcu anketiranih s srednjo in visoko stopnjo izobrazbe z ozirom na ogrožanje zasebnosti pacienta. Mnenje anketiranih medicinskih sester je bilo, da se pacientovo dostojanstvo najbolj krši pri nezagotavljanju zasebnosti pacienta. Manj pa so kršitve prisotne pri komunikaciji s pacientom in zagotavljanju oskrbe le-tega. Anketa je pokazala, da več kot polovica anketiranih medicinskih sester meni, da ne namenjajo dovolj časa pacientu in le 32 % jih meni nasprotno. Zaključek: Raziskava o (ne)ohranjanju človekovega dostojanstva je potekala samo pri medicinskih sestrah, zato bi bila potrebna tudi raziskava spoštovanja in doživljanja človekovega dostojanstva med pacienti, kajti preko refleksije lastnega doživljanja bi lažje razumeli in etično obravnavali doživljanje naših pacientov.*

*KLJUČNE BESEDE: medicinske sestre/zdravstveni tehniki, spoštovanje, kršenje, etika*

## 1 Uvod

Začetki etike v zdravstveni negi segajo v davnino, tako kot segajo tja zgodovinski zametki zdravstvene nege in negovanja ljudi. Zato je etika zdravstvene nege nezdružljivo povezana z vrednostmi človeka in vrednotami v zdravstvu. Hipokratova prisega (4. stol. p. n. št.) velja tudi za negovanje ljudi.

Vsak posameznik mora v svojem življenju (poklicu) pokazati moralno držo kot etično odgovorno bitje. Že ko se zdravstveni delavci odločimo za poklic, je pomembno, kakšne osebne norme imamo. Medicinska sestra mora profesionalno delovati na področju dela s pacientom.

## 2 Dostojanstvo človeka

Človekovo dostojanstvo je vrednota, lastna posamezniku, ki pride do izraza v medsebojnih odnosih (Šmitek, 2003, str. 302). Dostojanstvo je notranja vrednota, pomembnost, kot ugled in čast posameznika, ki jo drugi spoštujejo ter izhaja iz notranjega vira, iz človeka samega (Rines in Montag, v Šmitek, 2003, str. 302).

Dostojanstvo je človekova individualna vrednota, ki se oblikuje z razmerjem človeka skozi življenjsko obdobje in je povezana s samospoštovanjem in samoocenjevanjem. Pomembno razlago človekovega dostojanstva navaja Kant: »Človek je namen, cilj samega sebe in ne sredstvo za dosego ciljev.«

Dostojanstvo v etičnem pomenu predstavlja upoštevanje zakona, ki ga posameznik pripiše sebi (Morela, v Šmitek, 2003, str. 303). Dostojanstvo je notranja vrednost, pomembnost, kot ugled, čast posameznika, ki jo drugi spoštujejo, ter izhajajo iz notranjega vira, iz človeka samega (Rines in Montag, v Šmitek, 2003, str. 302).

Slovar slovenskega knjižnega jezika (1994) definira dostojanstvo kot čast, ponos, dostojanstvo osebnosti in dostojanstveno vedenje. Spoštovanje osebnostnega dostojanstva je človekova pravica, ki je izjemna. Dolžni smo spoštovati vsakega posameznika v družbi, obenem spoštovanje lastnega dostojanstva lahko upravičeno pričakujemo od drugih. Ljudje smo pri zagotavljanju pravic enaki in enakovredni. Nespoštovanje dostojanstva človek lahko občuti kot lastno ogroženost, kot ponižanje, nespoštljivost, neenakost, zanemarjanje, nemoč. Povezano je z negativnimi čustvi – žalost, užaljenost, malodušje, jeza, strah (Šmitek, 2003, str. 304).

Oseba pa ima dostojanstvo, ki je vrednota sama po sebi. Te vrednote osebe, njenega dostojanstva, pa ne smemo zanemarjati (Frankl, 2005, str. 190).

### *2.1 Spoštovanje in ohranjanje dostojanstva v zdravstveni negi*

Medicinske sestre poznamo devet temeljnih načel kodeksa etike. Načelo zasebnosti in dostojanstva zahteva od medicinske sestre najgloblje razumevanje človeka v vseh stanjih in to toliko bolj, kolikor bi ga hotelo trpljenje in bolezen razčleniti. Za pacienta moramo storiti vse, kar veleva zdravstvena nega, zahteva pa tudi, da v svojo obravnavo vložimo maksimalno kulturo negovanja (Grbec, 2003, str. 126). Medicinska sestra je oseba, ki pomaga zdravemu ali bolnemu v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranjanju zdravja, vrnitvi zdravja in mirni smrti, in bi jih le-ta opravil samostojno, če bi imel za to potrebno moč, voljo ali znanje (Henderson, v Pajnkihar, 1999, str. 19). Četrto načelo Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (1994) se glasi: »Medicinska sestra spoštuje dostojanstvo in zasebnost varovanca v vseh stanjih zdravja, bolezni in ob umiranju«. To načelo poudarja pomen individualnosti bolnikov, zasebnosti in okoliščin, ki so povezane z umiranjem. Seveda pa mora imeti medicinska sestra za takšno ravnanje znanje, ki predstavlja moč (Pajnkihar, 1999, str. 22).

Medicinska sestra bolnikovo dostojanstvo vzdržuje na več načinov: s spoštljivim kulturnim odnosom, s spoštovanjem bolnika kot enakovrednega partnerja v medsebojnem odnosu, z obravnavanjem bolnika na način, ki ohranja njegovo integriteto, z izkazovanjem določenih formalnosti in razdalje do bolnika (Šmitek, 2003, str. 309).

Posamezni avtorji, ki so raziskovali občutke dostojanstva pri bolnikih, so v posameznih raziskavah ugotovili, da medicinske sestre lahko ohranjajo in vzdržujejo

njihovo dostojanstvo na naslednje načine: z zagotavljanjem zasebnosti, z ustrezno komunikacijo, z uporabo izbranega imena, z omogočanjem nadzora nad situacijo, z omogočanjem samostojnega odločanja (avtonomija), z vzpostavljanjem neodvisnosti, z upoštevanjem pristojnosti bolnika (Matiti, v Šmitek, 2003, str. 310).

Bolnikovo dostojanstvo pa medicinske sestre ogrožajo pri: zanemarjanju le-tega, grobem odnosu do njega, norčevanju in zasmehovanju, pri pomanjkanju sredstev in pripomočkov za zdravstveno nego (Matiti, v Šmitek, 2003, str. 311).

Sodobna zdravstvena nega temelji na teoretičnih modelih, dognanjih raziskav in procesu zdravstvene nege, ki postavlja v središče dogajanja človeka s svojimi fizičnimi, psihičnimi, socialnimi in duhovnimi potrebami ter vrednotami. Posamezniku omogoča njegovo aktivno sodelovanje v procesu zdravstvene nege in s tem možnost uresničevanja etičnega načela - spoštovanje neodvisnosti pacienta. V takem odnosu je pacient subjekt, ki sta mu zagotovljena integriteta in dostojanstvo (Pajnkihar, 2006, str. 145).

Človekove izkušnje kažejo, da je dostojanstvo pomembno, zato moramo izobraziti profesionalce in zagotoviti resorje za spoštljivo ravnanje z bolnikom glede na njegovo individualnost. Medicinske sestre lahko z dodatnim znanjem bolniku pomagamo in prepoznamo primere, kjer je dostojanstvo ogroženo (Marley, 2005, str. 89).

»Vzpostavljeni humani medsebojni odnosi omogočajo priznavanje vrednot posameznika in dopuščajo pravico pacienta do sprejemanja lastne odločitve« (Pajnkihar, 2006, str. 164).

### 3 Metoda

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, na kakšen način medicinske sestre pri izvajanju zdravstvene nege ohranjajo dostojanstvo pacienta in ali delovne izkušnje vplivajo na način ohranjanja dostojanstva. Prav tako nas je zanimalo, ali starost medicinskih sester vpliva na zadovoljstvo.

Postavili smo si raziskovalni vprašanji: »Ali starost medicinskih sester vpliva na zadovoljstvo na delovnem mestu?«, »Ali izobrazba vpliva na ogrožanje dostojanstva pri zagotavljanju zasebnosti pacienta?« ter hipotezi: »Zadovoljstvo na delovnem mestu se zvišuje s starostjo medicinskih sester« in »Stopnja izobrazbe vpliva na ogrožanje zasebnosti pacienta«.

V vzorec smo vključili 100 diplomiranih medicinskih sester, diplomiranih zdravstvenikov, srednjih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (v nadaljevanju medicinska sestra). Vrnjenih je bilo 96 anketnih vprašalnikov, kar pomeni, da je bila realizacija vzorca 96,0 %.



## 4 Rezultati in razprava

Med anketiranimi medicinskimi sestrami je bilo največ starih od 26 do 35 let (32 %), 25 % jih je bilo starih do 25 let in ravno tako 25 % od 46 naprej. 18 % anketiranih medicinskih sester je bilo v starostni skupini 36 do 45 let. Večino je torej predstavljala skupina, ki že ima določene delovne izkušnje in je v najbolj produktivnem življenjskem obdobju. Kar 41 % zaposlenih medicinskih sester ima več kot 16 let delovne dobe, 31 % pa jih je začetnic. Iz vzorca lahko vidimo, da je velik odstotek mladih medicinskih sester, pa tudi starejših (nad 46 let).

39 % anketiranih medicinskih sester je izjavilo, da načelo zasebnosti upoštevajo pogosto in kar 52 % medicinskih sester vedno. Le 9 % se jih je menilo, da načela zasebnosti ne upoštevajo vedno. Ob tej ugotovitvi se moramo vprašati, zakaj upoštevanje zasebnosti pri medicinskih sestrah ni vedno prisotno. Morda gre za pomanjkanje spretnosti in/ali veščin, ki bi zagotavljale popolno zasebnost.

Največ medicinskih sester meni, da načelo dostojanstva ohranjajo, ko zagotavljajo zasebnost pacienta. Ti podatki so primerljivi z rezultati raziskave, ki je bila izvedena med slovenskimi medicinskimi sestrami leta 2003 (Šmitek, 2003, str. 313).

Razumevanje pomena dostojanstva je za zdravstveno nego izrednega pomena. Skozi razumevanje tega koncepta se skoraj v celoti izraža etični odnos do bolnika v praksi.

Raziskava, opravljena v UKC Ljubljana (2010), je pokazala rezultate, ki so primerljivi z opisanimi v SB Novo mesto. Obe raziskavi sta ugotovili, da zdravstveni tim pozna načelo dostojanstva in si prizadeva, da ga vključi v vsakdanje delo s pacienti.

Mnenje anketiranih medicinskih sester je bilo, da se pacientovo dostojanstvo najpogosteje krši pri nezagotavljanju zasebnosti pacienta, manj pa pri komunikaciji s pacientom in zagotavljanju oskrbe pacienta.

Podatki so pokazali, da morajo medicinske sestre bolj dosledno omogočati zasebnost pacientov. Upoštevanje dostojanstva pacienta privede sleherno medicinsko sestro k dosledni, kakovostni in etični oskrbi le-tega.

Raziskava, narejena v UKC Maribor leta 2009, je pokazala, da medicinske sestre pri svojem delu ne spoštujejo načela dostojanstva pacientov in ga ne izkazujejo v zdravstveni negi. Razlog za to je bilo prenaporno in prezahtevno delo ter preobremenjenost medicinskih sester. Izraženo je bilo mnenje, da imajo medicinske sestre premalo časa za opravljanje zdravstvene nege ob pacientu, vzpostavljanje stikov in izvajanje komunikacije z njim. Naša raziskava ne potrjuje omenjene raziskave, kajti medicinske sestre menijo, da je upoštevanje pacienta in njegovih pravic temeljnega pomena. Seveda se zavedajo, da je marsikdaj načelo dostojanstva tudi delno kršeno.

## 5 Zaključek

Osebnostno dostojanstvo je univerzalna vrednota, saj izhaja že iz same človekove danosti, da se rodi kot človek, in njegovega samozavedanja kot mislečega in čutečega posameznika in pripadnika človeške vrste. Vendar pa osebno dostojanstvo ni samo nekaj, kar nam samoumevno pripada, ampak nam ga morajo drugi tudi priznati. Ta vrednota je tako ponotranjena, da se človek racionalno niti ne zave, da je ogrožena, čuti le bolečino in ponižanje.

Razumevanje pomena človekovega dostojanstva je za zdravstveno nego izredno pomembno. Izhaja iz deontološkega pristopa in iz etike skrbi kot osnovnih teorij etike, ki usmerjajo prakso zdravstvene nege.

Spoštovanje človekovega dostojanstva predstavlja večino vsebine etike, ki je potrebna v odnosu medicinske sestre do bolnika v praksi. Človekovega dostojanstva samo na načelni ravni, brez praktičnih pomenov, namreč ni možno učinkovito spoštovati v praksi (Šmitek, 2006).

Pomemben sestavni del kakovosti zdravstvene nege je upoštevanje temeljnih človekovih pravic, predvsem varovanje osebne integritete in dostojanstva pacienta.

Raziskava o (ne)ohranjanju človekovega dostojanstva je potekala samo na vzorcu medicinskih sester. Zato bi bila potrebna tudi raziskava o spoštovanju in doživljanju človekovega dostojanstva med pacienti, kajti preko refleksije lastnega doživljanja bi lažje razumeli in etično obravnavali doživljanje naših pacientov.

## LITERATURA

1. Frankl, V. E. (2005). Človek pred vprašanjem o smislu. Ljubljana: Pasadena.
2. Grbec, V. (2003). Prvi kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. V: Klemenc, D. (ur.). Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: DMSZT, str. 123-126.
3. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (1994). Ljubljana: Zbornice zdravstvene nege Slovenije.
4. Marley, J. (2005). A concept analysis of dignity. In: Cutcliffe, R. J., McKenna, P. H. (eds.). The essential concepts of nursing: building blocks for practice, 1st ed. els, str. 77-89.
5. Pajnikihar, M. (1999). Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Studio Linea.
6. Pajnikihar, M. (2006). Spoštovanje pacientovega dostojanstva in avtonomnosti v medsebojnem partnerskem odnosu med medicinsko sestro in pacientom. V: Filej, B. (ur.). Zbornik predavanj in posterjev. 1. simpozij zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo. Maribor: DMSZT, str. 145-178.
7. Šmitek, J. (2003). Pomen človeškega dostojanstva v zdravstveni negi. V: Klemenc, D. (ur.). Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: DMSZT, str. 301-320.
8. Šmitek, J. (2006). Pomen človekovega dostojanstva v zdravstveni negi. Obzornik zdravstvene nege, 40, št. 1, str. 23-35.

# Komunikacija, ki zagotavlja zadovoljstvo pacienta in zaposlenih

*POVZETEK - V prispevku navajamo pregled literature o komunikaciji. Opisane so tudi povezave komunikacije z zadovoljstvom pacientov in zaposlenih na področju zdravstvene nege. Predstavili bomo vrste komunikacije in njen vpliv na odnose med zaposlenimi, pacienti in širše. V prispevku je povzeta kompleksnost komunikacije, predstavljene in analizirane so najpogostejše napake v komunikaciji. Na osnovi pregleda literature so predstavljeni uspešni slogi komuniciranja in hkrati je tu še odgovor na vprašanje, ali se komunikacija kot veščina da naučiti. Rezultati različnih tujih in domačih raziskav so potrdili, da med posamezniki ali skupinami ni dobrega razumevanja brez zadostne stopnje medsebojnega zaupanja. Pozitivna naravnost je torej pogoj, da večja količina komuniciranja prispeva k večji stopnji informiranosti in k boljšemu razumevanju v timu zdravstvene nege, pa tudi s pacientom. Pri komuniciranju med zaposlenimi v organizaciji večkrat prihaja do konfliktov, ki pa se jih ti morajo naučiti reševati. V svetu in tudi pri nas vse bolj narašča potreba po izobraževanju o veščinah komuniciranja, vendar pa se pri nas komunikacijske potrebe zaposlenih podcenjujejo.*

*KLJUČNE BESEDE: komunikacija, konflikti, zadovoljstvo, pacienti, zaposleni*

## 1 Uvod

Za razvite družbe je značilna potreba po podpornem in empatičnem komuniciranju, po razkrivanju težav in čustvenih stanj. Luptonova meni, da je to del človeške potrebe po izpovedovanju, kot navaja Foucault v svojih člankih (Lupton, 1996; Foucault, 2009). V »družbi izpovedovanja«<sup>2</sup> je splošno sprejeto pravilo, da ljudje razkrivajo svoje težave in čustvena stanja ter govorijo o njih s pomembnimi drugimi. Bolje je torej spodbujati pogovor kot potlačiti težave. Odprtost v komuniciranju in vzajemnost razkrivanja težav naj bi ustvarilo tudi zaupanje (Ule, 2010, str. 8). Ne preseneča dejstvo, da komuniciranje zavzema osrednji pomen, ko pacienti razpravljajo o dobrih in slabih zdravstvenih delavcih. Avstralska raziskava, opravljena med pacienti, razkriva (Lupton, 1996, str. 159), da je bila komunikacija zdravstvenih delavcev veliko pomembnejša kot pa njihovo strokovno znanje. Posebej je bilo v raziskavi izpostavljeno vprašanje o sposobnosti poslušanja in komuniciranja zaposlenih v zdravstvu in njihova pripravljenost, »da si vzamejo čas zame in se pogovorijo o mojih težavah«<sup>3</sup> (Ule, 2003). V raziskavi z naslovom »Komuniciranje med zdravniki in pacienti«<sup>4</sup> so med člani in članicami Društva pljučnih bolnikov v Sloveniji prišli do podobnih rezultatov (Ružič Koželj, 2004, str. 11).

Zastavlja se vprašanje, od kod taka potreba po komuniciranju v procesu zdravljenja? Znano je, da spodbudno komuniciranje vpliva na zdravljenje številnih težav in bolečin človeka. Jasno je, da spodbudno komuniciranje s pacienti prispeva k boljši in hitrejši ozdravitvi. Dobra komunikacijska spretnost ni samo dodatek k medicinskemu znanju, ki naredi zdravstvenega delavca bolj razumevajočega, ampak je spretnost, ki ga naredi učinkovitega. Komuniciranje je ključ do profesionalne učinkovitosti zdravstvenega osebja in na drugi strani zadovoljstva pacientov pri obravnavi (Myer-scough, 1989, povz. po Ule, 2010, str. 19).

Odnos med zdravstvenim delavcem in pacientom je kompleksen in zajema: spoznavanje pacientove življenjske zgodbe in življenjske situacije, ki zajema delovno situacijo, družinsko situacijo, socialni položaj pacienta, pacientovo samopodobo, čustveno stabilnost in zmožnost obvladovanja stresnih situacij. Evropejci se želijo aktivno vključevati v proces zdravljenja, je ugotovila raziskava izvedena na Piker Institut Europe (2002) (Švica 88 %, Nemčija 85 %, Švedska 77 %, Italija 73 %, Slovenija 72 %, Poljska 55 % in Španija 40 %). Raziskovalci ugotavljajo, da imajo različni vzorci komuniciranja različni učinek na klinično sliko pacienta. »Bistveno za dober odnos s pacientom je, da zdravnik ali zdravstveni delavec posluša pacientovo zgodbo, pokaže empatijo in spoštovanje do pacienta,« meni Stoeckle, profesor na Harvardu (Stoeckle, 1993, str. 1; povz. po Ule, 2010, str. 18).

Čeprav v zdravstvu komunikacija poteka predvsem znotraj zdravstvenih ustanov, pa zasebni pogovori med pacienti globalno vplivajo na javno mnenje o zdravstveni dejavnosti in posledično na mnenje o zaposlenih. Dejstvo je, da se o zdravstvu in odnosu do pacienta pogosto govori v splošni javnosti, v medijih in v zasebnih krogih, pa tudi znotraj drugih znanstvenih disciplin. Gre torej za komunikacijo, ki skozi dialoge in strokovne govore oblikuje mnenje širše javnosti (Ružič Koželj, 2004).

Moderna medicina daje prednost znanstveno-racionalni predelavi stvarnosti, v tem primeru boleznin in njenim znakom. Sploh na področju bolečine, trpljenja, negotovosti je afektivno zaznavanje odločujoče, in na to smo zelo slabo pripravljeni (Ule, 2010). Za zmanjševanje tesnobe in razbremenitev čustvene napetosti pacienta se zdravstveni delavci pogosto poslužujejo instrumentalizacije odnosa in medikalizacije situacije. Vendar instrumentalizacija odnosa le delno vzpostavlja distanco do pacienta, do njegove boleče situacije, ki mu vzbuja strah. Instrumentalizacija in objektivizacija sta zelo vprašljivi in v nasprotju z njunim empatičnim odnosom. Objektivizacija v zdravstvu ustvarja distanco tam, kjer zahteva pacient bližino in sočutje. Z jezikovno distanco sovпада tudi etična distanca, ki zdravstvenemu osebju omogoča beg pred trpljenjem drugih, pacienta pa pušča samega z njegovimi strahovi, bolečino, trpljenjem. V raziskavah je zaslediti, da se povečuje delež zaposlenih v storitvenih dejavnostih, za katere so značilne predvsem psihične obremenitve, ki vodijo v izgorelost (Leskovic in Vukovič, 2010).

Zaradi tega zdravstveni delavec potrebuje določeno distanco do pacienta, vendar takšno, ki ohranja empatijo in soudeležbo pri trpljenju pacienta ter ohranja zdravje zaposlenih. Uporaba določenih komunikacijskih tehnik brez sočasnega osebnega an-

gažmaja in pristnosti v odnosih ne vzpostavlja soodvisnosti, ki izvira iz občutka empatičnosti. Praviloma velja, da standardizacija komuniciranja odnosu prej škodi kot koristi. Če partnerji v komunikacijskem odnosu doživijo preveliko razliko med tem, kar od komuniciranja pričakujejo, se pogosto zatečejo v komunikacijske obrambe, ki se kažejo v resignaciji, cinizmu, neresnosti, poudarjeni skromnosti in zadržanosti (Ule, 2010, str. 20).

## **2 Kako naj komunikacijo v zdravstvu popravimo?**

Če zdravstveni delavec zavzame defenzivno obliko komunikacije za varovanje svojega statusa in strokovne podobe, potem se pacient odzove s podrejenim in podvrženim položajem v odnosu. Tako se odpove sporočanju in izražanju svojih čustev in težav, da ne bi ogrožal koncepta komunikacijskega odnosa zdravstvenega delavca. Postavlja ustrezljiva vprašanja, daje pričakovane in zaželene odgovore. Zdravnik pogosto zavzema položaj zadržanosti, vzvišene drže in daje zadržane odgovore (Albrecht, Fitzpatrick in Scrimshaw, 2000). Noben od teh položajev ne daje rezultatov in ne rešuje težav pacienta. Takšen slog ravnanja pri obeh obrambnih strategijah vodi v izrecno ponižnost pacienta in ga vodi v opravičevanje zaradi svojih težav, prevzemanje krivde za bolezen in komunikacijske motnje. Pacient nastopa v vlogi zdravstvenega delavca, ko ga želi razbremeniti, saj upa, da bo ohranil njegovo pozornost (Goffman, 1967, povz. po Ule, 2010, str. 20). Goffman (1982) trdi, da je to slog interakcijske odtujitve, ki zdravnikom in zdravstvenim delavcem odteguje kognitivno pozornost do pacienta in njegovih zdravstvenih težav, istočasno jih tudi čustveno oddaljuje. Komunikacijska rutina je sodoben odgovor zdravstvenega osebja na velika čustvena pričakovanja pacientov. Tako beg in uporaba rutine v pogovoru sta značilna za odtujenost in instrumentalizacijo odnosov med pacientom in zdravstvenim osebjem, česar v tej panogi ne bi smelo biti.

Potrebne so spremembe na področju komunikacije zaposlenih v zdravstveni dejavnosti. Da bi si lahko zdravstveno osebje izboljšalo komunikacijo, se mora zavedati lastnih napak, spremljati mnenje širše javnosti, zavedati se celovitosti človeka, vodstvo bi moralo zaposlovati ljudi z visoko stopnjo čustvene inteligence. Nujnost se kaže v povezovanju s humanističnimi vedami, ki podrobno opisujejo pomembnost komunikacije na področju zdravstva. Odločilno za nastanek situacije, ki ne dopušča izhoda oziroma možnosti umika ali vpliva je, da zdravstveni delavec čim pogosteje uporablja odprti slog komunikacije, ki ne daje razloga, da pacient odgovarja z da ali ne, temveč mu omogoča, da izrazi tudi svoje mnenje, strahove.

### 3 Analiza literature

V prispevku želimo predstaviti pregled literature na temo komuniciranja kot učinkovitega načina pri vzpostavljanju medsebojnih odnosov in odnosov s pacienti ter ostalimi vključenimi strokovnjaki pri oskrbi in zdravljenju.

#### 3.1 Tuja literatura

Tujo literature smo iskali v podatkovni bazi Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Upoštevane so bile publikacije, ki so omogočale dostop do celotnih besedil, postavljena je bila zahteva po raziskovalnih člankih. Obdobje iskanja je bilo od leta 1996 do 2012. Uporabili smo kombinacijo ključnih besed. S vpisom besede »communication« smo dobili 850 zadetkov. Ko smo dodali »nursing care«, se je število zadetkov zmanjšalo na 12, od katerih je bilo glede na temo izbranih 5 člankov. Ključne besede »communication« in »healthcare« so dale 4 zadetke.

#### 3.2 Slovenska literatura

Do domače literature smo dostopali s pomočjo baz podatkov vzajemne bibliografsko-kataložne baze podatkov Virtualne knjižnice Slovenije (COBIB.SI) in spletnega dostopa člankov iz zbornika Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice v slovenskem jeziku in v reviji Obzornik zdravstvene nege. V slovenskem jeziku smo uporabili kombinacijo naslednjih ključnih besed: komunikacija, zdravstvena nega, zdravstvo. Zajeli smo obdobje iskanja literature od leta 1995 do leta 2012. Pri iskanju člankov iz Obzornika zdravstvene nege v elektronski obliki smo uporabili besedo komunikacija. Dobili smo 409 zadetkov, glede na vsebino smo izbrali 3 članke.

### 4 Rezultati

#### 4.1 Tuja in slovenska literatura

S pomočjo ključnih besed smo v podatkovni bazi Cinahl našli 12 znanstvenih člankov, ki so se nanašali na temo komunikacija v zdravstveni negi in zdravstvu. 10 člankov je zajelo predstavitev raziskave na določeno temo. Pregledali smo vsebino člankov. V slovenskem prostoru je na temo komunikacije in zadovoljstva izvedenih malo raziskav. Po pregledu slovenske in tuje literature smo oblikovali tri sklope.

*Sklop 1 - Podporna komunikacija v zdravstveni negi vodi do zadovoljstva pacientov*  
Motivi za podporno komuniciranje so različni in kompleksni. Odvisni so od osebnih značilnosti udeležencev v komunikacijski situaciji, predvsem pa od sposobnosti empatije. Hoyer (1995) meni, da mora imeti človek za komunikacijo določene sposobnosti: perceptivne, kognitivne, vedenjske, emocionalne in empatične. Na drugi

strani Brečko (2010) navaja, da je čustvena inteligentnost sposobnost spoznavanja, obvladovanja, izražanja čustev in spretnost ravnanja z ljudmi. Čustvena inteligentnost je pravzaprav posebna socialna spretnost, ki je temelj dobrega sodelovanja in tudi temelj uspešnosti posameznikov in organizacij.

### *Sklop 2 - Podporna komunikacija zagotavlja zadovoljstvo na delovnem mestu*

Lorber in Skela Savič (2012) povzemata avtorja Starčević Vukajlovič (2008), ki je čustveno inteligentnost razdelil v pet temeljnih področij: zavest o sebi, samokontrola, samomotivacija, empatija in iznajdljivost v družbenih stikih. Vse navedene značilnosti se kažejo v dveh tipih odnosov, ki ju človek razvije skozi življenje: odnos do samega sebe in odnos do drugih. Raziskava, izvedena v štirih bolnišnicah v Sloveniji, o ugotavljanju lastnosti čustvene inteligentnosti je pokazala, da je pri delu zelo pomemben koncept, ki omogoča razumevanje drugih ljudi, sodelovanje z njimi in uspešno opravljeno delo. Ko človeka razumemo, lažje komuniciramo z njim in se mu tako lahko tudi bolj približamo (Brumec, 2010). Mrayyan (2008) je ugotovil, da organizacijska klima pomembno vpliva na odločitev zdravstvenih delavcev, da ostanejo na svojem delovnem mestu. Dejavnost vodij v zdravstvu bi morala biti usmerjena k izboljševanju organizacijske klime, kulture in v spodbujanje boljših medsebojnih odnosov med posameznimi profili, spodbujanje odprte komunikacije, medsebojnega zaupanja med vodjem in zaposlenimi ter omogočanje avtonomije pri izvajanju zdravstvene nege (Wils in dr., 2008). Dobnik in Lorber (2011) sta ugotovili, da na pripadnost organizaciji vplivajo medsebojni odnosi, komunikacija in zadovoljstvo.

### *Sklop 3 - Učinkovita komunikacija je ključ do uspeha*

Iršič (2008) meni, da je ena izmed osnovnih veščin timskega dela učinkovito medsebojno komuniciranje. Učinkovita komunikacija pomeni optimalen način prenašanja informacij, potrebnih za učinkovito opravljanje dela in delovanja. Flajs (2003) uspešnost komuniciranja meri po stopnji doseženega sporazuma. Ugotavlja, da je za doseganje uspešnosti in sklepanja sporazumov potrebna strpnost, razumevanje drugačnosti na obeh straneh. Burns (2009) je ugotovil, da je dobro komunikacijsko omrežje ključ do uspeha. Opisal jo je kot dvosmerno komunikacijo s člani zdravstvenega tima in vodij ter prenosom informacij od zgoraj navzdol. Filej (2005) ugotavlja, da je uspeh sleherne organizacije usodno odvisen od komuniciranja med ljudmi. Zaposleni vse bolj postajajo ne le izvajalci dela, temveč prinašajo novo znanje in kapital.

## **5 Razprava**

Filej (2005) kot tudi Skela Savič (2007) ugotavljata, da komunikacijski tokovi ne potekajo v skladu s sodobnimi trendi, ki obravnavajo človeka v ustanovi, kot je menila Filejeva, kot premoženje in ne kot strošek, saj je v vsakem posamezniku skrito potencialno znanje, ki ga v napredek usmerjeni vodje znajo prepoznati, priznati in omogočiti, da se novo znanje uvede v proces dela. Zagovorniki odprte komunika-



cije - Mrayyan (2008), Filej (2005), Brečko (2008) in Skela Savič (2008) - menijo, da se na tak način ustvarjajo pogoji in možnosti za napredek organizacije in razvoj stroke. Petkovšek-Gregorin (2012) pove, da se komunikacija v zdravstveni negi izvaja na nivoju strokovne komunikacije, komunikacije v organizaciji in komunikacije s pacientom. Ugotavlja, da je komunikacija potrebna tako za izvedbo organizacije in poteka delovnega procesa kakor tudi za zadovoljstvo pacientov.

## 6 Zaključek

Komunikacija v zdravstvu pomeni kompleksen odnos med različnimi ljudmi, ki izhajajo iz različnih okolij, kulture in tudi iz posameznikovih karakternih značilnosti. Zato komunikacija v zdravstvu zahteva širši družbeni pristop, ker je del javnega mnenja, ki se širi in živi v družbi. Zatorej se zaposleni na področju zdravstva morajo zavedati pomena komunikacije v odnosu do pacienta in sodelavcev.

## LITERATURA

1. Albrecht, G., Fitzpatric, R. in Scrimshaw, S. C. (eds.) (2000). Komunikacija, ki zagotavlja zadovoljstvo pacienta in zaposlenih. London: Social Studies in Health and Medicine. Sage.
2. Brečko, D. (2010). Kako izboljšati odnos zdravstvenih delavcev v kliničnem okolju in študentov zdravstvene nege do gerontologije ter dvigniti strokovni ugled do dela s starejšimi. Zbornik prispevkov z recenzijo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
3. Brumec, A. (2010). Ocena kakovosti komuniciranja med člani negovalnega tima. Diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
4. Burns, D. (2009). Clinical leadership for general practice nurses 2: facilitating factors. *Practice Nursing*, 20 (10), 519-523.
5. Dobnik, M. in Lorber, M. (2011). Medsebojni odnosi in pripadnost v zdravstveni negi. V: Skela Savič, B., et al. (ur.). Na dokazih podprta zdravstvena obravnava - priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, str. 229-38.
6. Filej, B. (2005). Vprašanja: ali imamo odgovore nanje? *Obzornik zdravstvene nege*, 39, št. 3, str. 173-174.
7. Flajs, B. (2003). Pomen samopodobe v medosebni komunikaciji. V: Kaučič, B. M., Lahe, M. (eds). Zbornik predavanj strokovnega seminarja za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
8. Foucault, M. (2009). Rojstvo klinike. Ljubljana: Študentska založba.
9. Goffman, E. (1982). *Interaction ritual*. New York: Pantheon Books.
10. Iršič, M. (2008). Kakovostna in učinkovita komunikacija v medosebnih odnosih. *Prepletanja*, str. 24.
11. Mrayyan, T. M. (2008). Hospital organizational climates and nurses' intent to stay: differences between units and wards. *Contemporary Nurse*, str. 223-236.

12. Leskovic, L. in Vukovič, G. (2010). Psihične obremenitve na delovnem mestu in načini soočanja z njimi v domovih za starejše občane. V: Kern, T., Rajkovič, V., Paape, B., Ferjan, M. (ur.). Človek in organizacija. Portorož.
13. Lorber, M. in Skela Savič, B. (2012). Moč čustvene inteligence vodij v zdravstveni negi. -V: Skela Savič, B., Hvalič Touzery, S., Skinder Savič, K. in Zurc, J. (ur.). Kakovostna zdravstvena obravnava skozi izobraževanje, raziskovanje in multiprofesionalno povezovanje. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, str. 294-398.
14. Lupton, D. (1996). Your life in their hands: trust in medical encounter. In: James, V. and Gabe, J. (eds). Oxford: Health and the Sociology of Emotion.
15. Petkovšek-Gregorin, R. (2012). Komunikacija kot pomemben del vodenja zaposlenih. V: Skela Savič, B., Hvalič Touzery, S., Skinder Savič, K. in Zurc, J. (ur.). Kakovostna zdravstvena obravnava skozi izobraževanje, raziskovanje in multiprofesionalno povezovanje. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, str. 294-398.
16. Ružič Koželj, N. (2004). Komunikacija v zdravstvu. Maribor: Medicinska fakulteta.
17. Skela Savič, B. (2007). Dejavniki uspešnega izvajanja sprememb v slovenskem zdravstvu, doktorsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
18. Ule, M. (2003). Spregledana razmerja. Maribor: Aristej.
19. Ule, M. (2010). Kako izboljšati odnos zdravstvenih delavcev v kliničnem okolju in študentov zdravstveni nege do gerontologije ter dvigniti strokovni ugled do dela s starejšimi. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
20. Willis, E. M., Toffoli, L. P., Henderson, J. A. and Walter, B. (2008). Enterprise bargaining: a case study in the de-intensification of nursing work in Australia. *Nursing Inquiry*, 15 (2) str. 148-157.

## Emocionalna inteligenca v medsebojnih odnosih na delovnem mestu

*POVZETEK - V zadnjih letih se je razmahnilo zanimanje za preučevanje čustev zaposlenih v različnih delovnih organizacijah. V službi preživimo večino svojega časa, zato je pomembno, kako se počutimo. Na delovnem mestu srečujemo ljudi, ki imajo dobre in slabe osebne lastnosti. Čustvena inteligenca je pomemben dejavnik pri prilagajanju drugim. Če torej želimo dobre medsebojne odnose, se moramo potruditi za osebni razvoj. Če posameznik nima razvite čustvene inteligentnosti, se ni sposoben vživeti v čustva drugih. To negativno vpliva na komunikacijo in medsebojne odnose med zaposlenimi in na odnos do bolnika. Zato moramo razvijati lastno čustveno inteligenco, ki se pozitivno odraža v kakovosti odnosov med zaposlenimi, motiviranosti, ustvarjalnosti. Osnovna raven pri preučevanju čustev in čustvene inteligence je posameznik, sledi delovna organizacija in širša družba. Etika v zdravstveni negi kot pluriperspektivno področje temelji na znanju, izkušnjah, načelih, etičnih refleksijah. Odločilni subjekt v tem procesu je pacient s svojimi stališči, željami in vrednotami. Pri etičnem delovanju je potrebno vseživljenjsko izobraževanje, dograjevanje obstoječega znanja in veččin ter pridobivanje novega.*

*KLJUČNE BESEDE: čustva, etika, zdravstvena nega, empatija*

### 1 Uvod

Živimo v času velikih družbenih sprememb, ki neprestano vplivajo na nas. Da bi lahko življenjske izzive uspešno premagovali, moramo v sebi prepoznati in aktivirati miselne procese, ki so rezultat vzgoje, etičnega obnašanja, izobraževanja, učenja, kreiranja novih pozitivnih miselnih vzorcev. Čustvena inteligenca je relativno novo področje v psihologiji in tudi novi del psiholoških raziskovanj. V zadnjih letih privlači interese medijev, postala je pogosta tema strokovnih revij, knjig, od katerih je najbolj znano delo Daniela Golemana, predavatelja na ameriški univerzi Harvard. Čustvena inteligenca se je prvič pojavila v strokovni literaturi v devetdesetih letih prejšnjega stoletja, za to sta zaslužna avtorja Peter Salovey z univerze Yale in John D. Mayer z univerze New Hampshire. Čustveno inteligenco sta opisala kot skupek lastnosti, ki pripomorejo k motiviranju, načrtovanju, uporabi čustev pri realizaciji ciljev v življenju (Takšič, 1998). Čustvena inteligenca torej omogoča procesiranje emocionalnih informacij (Roberts, Zeidner in Matthews, 2003). Čustva so organiziran mentalni odgovor na dogajanje, vključujejo pa psihološki, mentalni in kognitivni aspekt človeškega delovanja (Mayer, Di Paolo in Saloney, 1990). Hitri tempo življenja, vstop v svet globalizacije je ohromil tisti del človeka, zaradi katerega naj bi človek bil človek v pravem pomenu te besede. Čustveno inteligentnost predstavljajo

človekove čustvene potrebe, pobude, vrednote, oblikovanje človeškega vedenja. Od čustvene inteligence je odvisno, kako bo posameznik delal, koliko bo uspešen na delovnem mestu in v odnosih do drugih. Lastnosti, kot so odgovornost, družabnost, dobronamernost, krepijo odnose, medtem ko sebičnost, negativna naravnost, zahrbtnost, sovražnost slabijo odnose in v njih delajo nepotrebno in nemalokrat nepopravljivo škodo. Lahko smo zelo inteligentni, imamo dobro izobrazbo, delovne izkušnje, veselje do dela in vendar bomo v službi doživeli neuspeh, če po čustveni inteligentnosti ne bomo ustrezali delovnemu mestu (Simmons in Simmons, 2000).

V drugi polovici 20. stoletja, ko je zdravstvena nega postala avtonomna profesija, se je uveljavilo spoznanje, da je etika v zdravstveni negi samoumevno prisotna, da medicinske sestre točno vejo, kaj pomeni etično obnašanje na delovnem mestu. Ali je res tako? Etično obnašanje posameznika na delovnem mestu in opremljenost s čustveno inteligenco sta neločljivi vrednoti, ki zagotavljajo samospoštovanje in spoštovanje profesije. Skrb za pacienta poteka v zelo specifičnih pogojih.

## 2 Definicija etike

Beseda etika ima svoje korenine v grški besedi *ethos*, kar pomeni »obnašanje«, »karakter«. Etika se ukvarja z vrednotami, ki so v družbi in posamezniku zaželeni in spoštovane (Northouse, 2008).

Etika ali nauk o dobrem, pravilnem, je ena od glavnih vej filozofije in predstavlja filozofsko raziskovanje morale. Začetek etike kot filozofske discipline nekateri pripisujejo grškemu filozofu Sokratu (470 do 399 pr. n. št.), drugi pa Aristotelu (384 do 322 pr. n. št.). Vsekakor je Aristotelova predstavitev etike veliko bolj natančna, analitična in določena, njegova načela se pojavljajo tudi v sodobni etiki. Po Aristotelu je etika del politike, ker je človek vezan na skupnost. Cilj etike je prevladovanje razuma nad čuti in moralno delovanje ima prednost pred utilitarizmom. Cilj vsakega delovanja in ustvarjanja bi moralo biti nekaj dobrega, dobro pa je tisto, k čemur človek teži (Bošnjak, 1993). Za Aristotela je najvišje človekovo dobro eudajmonija ali srečnost, da pa jo je možno uresničiti, mora človek imeti v svoji duši nekatere vrline, ki zadevajo njegov um in voljo (Jerman, 1992). Te vrline so lahko dianoetične (razumske, miselne) kot um, znanje, modrost, veščina ... ali pa etične (značajske, moralne) kot pogum, radodarnost, plemenitost, blagost, dostojnost, prijateljstvo in pravičnost. Aristotelu predstavlja najvišjo etično vrlino pravičnost. To je popolna etična vrlina, kadar se nanaša na drugega človeka (Bošnjak, 1993). Etika predlaga, odkriva, ureja, preučuje in utemeljuje človekova dejanja z navajanjem določenih načel, ki določa pravilno delovanje v določenih situacijah. Predmet etike ni človekovo spontano obnašanje, ampak človekova dejanja in delovanje, ki je izbrano zavestno in namensko (Curtin in Flaherty, 1982). Lahko trdimo, da so predmet in cilji etike dobri in humani medčloveški odnosi.

## 2.1 Etika v zdravstveni negi

Ljudje se med seboj razlikujemo v marsičem, vsem pa je skupno človeško dostojanstvo, do katerega naj bi imeli vsi enako pravico. V odnosih do bolnih, trpečih in ranljivih je spoštovanje človeškega dostojanstva posebej pomembno (Mlinšek, 2012). Poleg strokovne usposobljenosti naj bi imela medicinska sestra določene osebne lastnosti, ki se kažejo z osebnim sprejetjem svojega poklica.

Načelo I v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2005) pravi, da »dejavniki, kot so rasa, narodnost, vera, spol, socialni položaj, zdravstveno stanje, starost, politično prepričanje, ne smejo vplivati na odnos do pacienta«.

Kodeks poudarja med drugim še štiri temeljne naloge medicinske sestre: krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje zdravja in lajšanje trpljenja. Za vse zaposlene v zdravstvu je to osnova za etično presojo njihovega dela (Mlinšek, 2012; cit. po Grbec, 2004).

Dolžnost spoštovanja načel enakosti zaposlenim v zdravstveni negi nalaga tudi Zakon o pacientovih pravicah (2008, 3. člen).

Medicinska sestra kot strokovnjak na področju zdravstvene nege mora biti občutljiva pri osebni odgovornosti do etičnih dilem, vprašanj, spoštovanja in zagovorništva pacientovih pravic (Kim, Park, You in Han, 2005). Ne glede na tehniko izvajanja posegov in tehnologijo, ki jo sodobna družba omogoča, je bistvena skrb za celovitega človeka (holističen pogled) kot edinstvenega in neponovljivega živega bitja.

Hall, Moore in Barnsteiner (2008) menijo, da zaposleni v zdravstveni negi, ki upoštevajo strokovno delovno etiko, zagotavljajo kakovostnejše storitve in so bolj zadovoljni s svojim delom. Etika v zdravstveni negi predvideva skrb za varnost pacienta in na dokazih podprto prakso (Bartzak, 2010).

## 3 Čustvena inteligenca

Pojem čustvena inteligenca se je pojavil v devetdesetih letih preteklega stoletja, definirala sta ga Mayer in Salovey (1997). Avtorja sta omenjeni koncept opisala kot sposobnost prepoznavanja lastnih čustev in čustev drugih, sposobnost osebnega motiviranja in obvladovanja čustev v nas samih in v odnosu z drugimi. Obsega sposobnosti, ki se razlikujejo od kognitivnih sposobnosti, akademske inteligence, merljive z IQ. Izraz je neposredno nasprotje umski inteligenci –IQ (Simmons in Simmons, 2000).

Pomembno je, da čustveno inteligentnost razvijamo, dograjujemo, povečujemo. To ni lastnost, ki nam je dana ali ne. Čustvena inteligenca nam omogoča, da smo optimistični in odločni, obenem pa tudi sočutni, pravični in razumevajoči.

### 3.1 Čustvena inteligenca in njen vpliv na delovno okolje

Da bi izboljšali svoje življenje, se moramo naučiti dejavno poslušati in biti pripravljeni pogledati širše in iz več zornih kotov. Naš način mišljenja določajo geni, naša osebnost in izkušnje, ki smo jih začeli kopičiti že v otroštvu. Večinoma radi mislimo, da se poznamo; zato je še toliko presenetljivejše, ko ob reševanju nekaterih težav odkrijemo, da nam vse do zdaj ni uspelo prepoznati številnih moči in slabosti, ki jih nosimo v sebi (Grant, 2003).

Razum sam po sebi pri reševanju problemov, s katerimi se danes srečujejo zaposleni, ne more biti vedno odločilen, saj jih je večina čustvene narave (Wood in Tolley, 2004).

Po Grossu (2001) ni strokovne in uspešne osebne komunikacije ali sodelovanja brez izražanja priznanja. Če ni priznanja, ni spoštovanja. Priznanje ne deluje pozitivno samo na tistega, ki ga dobi, ampak je tudi ena najučinkovitejših metod za črpanje moči in motivacije iz sodelovanja.

Nekoč je bilo za zaposlenega dovolj, da je imel ustrezno izobrazbo in strokovno usposobljenost. V današnjih časih, ko je poudarjeno timsko delo, pa so pomembne tudi osebne kvalitete delavca. Visok inteligenčni kvocient ni več odločilno merilo uspešnosti, je pa res, da je marsikje temeljni pogoj za vstop v visoko storilnostno naravnano okolje.

Pri delu v skupinah oz. timih je posameznik lahko uspešen, če se zaveda svojih zmogljivosti, fizičnih, umskih in tudi psihičnih. Bolj kot je delo zahtevno, bolj je čustvena inteligentnost odločilna in pomembna. Čustveno odzivanje v odnosu do sodelavcev, strank oz. vseh tistih, s katerimi stopamo v medsebojne odnose, odločilno vpliva na učinkovitost in rezultate. Nekateri odzivi in oblike vedenja so vgrajeni v nas, drugih pa smo se naučili; poleg tega imamo svojo lastno osebnost, ki vpliva na to, kako gledamo na okoliščine (Grant, 2003). Dolgo so bili vodilni delavci in zaposleni prepričani, da izražanje čustev ne sodi na delovno mesto in da je bolje »delati z glavo«, saj ukvarjanje s čustvi sodelavcev vzame preveč časa.

Visoke ocene čustvenega zaznavanja in jasnosti pri posamezniku so ozko povezane z različnimi dimenzijami prilagodljivosti, zdravstvenim počutjem, večjim življenjskim zadovoljstvom in pozitivno naravnanoostjo - optimizmom (Montes-Berges in Augusto, 2007).

Po Golemanu (2001) lahko ravno pomanjkanje srčnosti pokoplje celotno podjetje. Najpogostejša znamenja »čustvenega pomanjkanja« pri delu so: prestrašeni delavci, nemotivirani delavci, arogantni šefi in vse, kar prinaša nezdravo ozračje.

Golemanova raziskava (2001) med ameriškimi menedžerji je celo pokazala, da je za uspeh podjetja najodločilnejša prav čustvena inteligenca generalnega direktorja. Povezana je tudi z okoljem oziroma s situacijo, v kateri človek čustvo občuti (Milivojević, 2000). Tudi Williams in Shiaw (Mesner Andolšek, 2002) sta v začetku devetdesetih analizirala vpliv čustev na povečano delovno učinkovitost in ugotovila

pozitivno povezanost. Mc Queen (2004) v svoji metaanalizi čustvene inteligence v zdravstveni negi poudarja učenje in usposabljanje medicinskih sester pri osvajanju socialnih veščin, saj se čustvene inteligence da naučiti, to pa potrjuje tudi Smith in Gray (2000) v svojih raziskavah.

### 3.2 Čustveno inteligentni ljudje in kapital podjetja

Simmons in Simmons (2000) trdita, da so čustveno inteligentni ljudje pomemben kapital podjetja: ker se zavedajo samih sebe, razumejo svoje razpoloženje, poznajo svoja čustva in motivacijske vzvode, poznajo učinke svojega delovanja na druge ljudi, znajo realno oceniti svoje sposobnosti, zelo redko prevzamejo naloge, ki jim ne bi bili kos (s tem zavarujejo sebe in podjetje pred morebitnimi neuspehi), so »samozavedni ljudje«, sposobni nadzorovati impulzivne izbruhe, so generatorji zaupanja in poštenosti v delovnem okolju.

Čustveno inteligentnost oziroma sposobnost uspešnega obvladovanja nas samih in svojih odnosov sestavljajo štiri temeljne sposobnosti: zavedanje samega sebe, samoobvladovanje, zavedanje družbe in družbene spretnosti. Vsaka od teh sposobnosti je sestavljena iz posebnih sklopov zmožnosti (Goleman, 2001):

*Zavedanje samega sebe:*

- čustveno zavedanje samega sebe: sposobnost odkrivanja in razumevanja lastnih čustev in prepoznavanja njihovega vpliva na kakovost dela, odnosov in podobno,
- natančna ocena samega sebe: stvarna ocena svojih prednosti in slabosti,
- zaupanje vase: močan pozitiven občutek lastne vrednosti,
- samoobvladovanje,
- samonadzor: sposobnost nadzorovanja negativnih čustev in nagibov,
- izkazovanje zaupanja: dosledno izražanje poštenosti in integritete,
- vestnost: sposobnost prilagajanja sprejemljivim okoliščinam in premagovanja ovir,
- usmerjenost v dosežke: težnja zadovoljiti notranjim standardom odličnosti,
- prevzemanje pobude: pripravljenost zgrabiti priložnosti,
- zavedanje družbe,
- empatija: sposobnost občutenja čustev drugih ljudi, razumevanja njihovih stališč in zanimanja za njihove težave,
- razvijanje sodelavcev: podpiranje sodelavcev s povratnimi informacijami in z usmerjanjem,
- komunikacija: sposobnost poslušanja in oddajanja jasnih, prepričljivih in uglasenih sporočil,
- spodbujanje sprememb: oblikovanje novih zamisli in vodenje sodelavcev v nove smeri,
- reševanje sporov: sposobnost pomirjanja nesporazumov in usklajevanja rešitev,
- povezovanje: sposobnost ustvarjanja ter vzdrževanja različnih povezav in mrež med ljudmi,
- timsko delo in sodelovanje: spodbujanje sodelovanja in oblikovanja timov.



Emocionalna inteligentnost naj bi bila pomembno povezana z odnosom med posameznikom in sodelavci, s strategijami, ki jih uporablja za obvladovanje stresa in reševanje konfliktov na delovnem mestu, in z uspešnostjo v službi nasploh (Ashkanasy in Daus, 2005). Emocionalna inteligentnost naj bi pozitivno vplivala na določene vidike delovne uspešnosti. V raziskavi, izvedeni v zavarovalnem podjetju v ZDA, so bili analitiki in finančniki z višjimi rezultati na testu MSCEIT višje na lestvici najbolj uspešnih posameznikov v podjetju, prav tako so v povprečju dobivali višje dodatke k plačam in so hitreje napredovali. Poleg tega so jih kolegi in njihovi nadrejeni ocenili kot bolj komunikativne (interpersonal facilitation), bolj tolerantne na stres in z več voditeljskega potenciala, kot tiste z nižjimi rezultati na testu MSCEIT (Lopes, Grewal, Kadis, Gall in Salovey, 2006).

*Dojemanje organizacije:*

- sposobnost prepoznavanja aktualne problematike v organizaciji,
- ustvarjanje mrež za odločanje in usmerjanje organizacijske politike,
- usmerjenost v storitve: sposobnost prepoznavati in zadovoljevati potrebe ljudi.

*Družbene spretnosti:*

- vizionarsko vodenje: zavzemanje za trdno vizijo in navdihovanje drugih za njo,
- vplivanje: sposobnost uveljavljanja različnih tehnik prepričevanja.

*Nesporazumi na delovnem mestu:*

Procesi v skupinah ne potekajo vedno gladko. Ne moremo pričakovati, da bo vse teklo brez zapletov. »Vsakdo se lahko ujezi – to res ni težko. Toda težko se je ujeziti na pravo osebo, ravno prav, v pravem trenutku, iz pravega razloga in na pravi način«.

Kot navaja Grant (2003), so vzroki večine konfliktov v službi:

- pomanjkljivo komuniciranje,
- krivična kritika in krivične obtožbe,
- nerazumna pričakovanja,
- dajanje prednosti posameznikom,
- govornice, ki se razširijo zato, ker ljudje nimajo pravih informacij,
- hinavščina,
- ne sprejemanje drugačnih ljudi, mnenj, idej,
- sovražna naravnost.

## 4 Empatija

Empatija je sposobnost prepoznavanja in razumevanja čustev drugih ljudi. Temelji na zavesti o sebi, kajti tisti, ki ne razume sebe in svojih čustev, ne more razumeti niti čustev drugih ljudi. Glede na to, da je »slovar«, s katerim se izražajo čustva, neverbalen, je empatija povezana s sposobnostjo branja neverbalnih znakov komunikacije: gest, mimike, tona govora itn. V empatiji je vir sočutja, upoštevanja potreb drugih, altruizma in nasploh humanega odnosa do drugih ljudi. Empatija je prav

tako temelj moralnega presojanja in delovanja, občutka za pravičnost, poštenost in spoštovanje družbenih norm. Čustvena inteligenca je za delavca osnovni pogoj za učinkovito izrabo razumske inteligence. Razum brez čustvene inteligence ne deluje optimalno, temveč omejeno. Zavedanje lastnih in tujih čustev je del miselnih procesov in s pravilnim razumevanjem tega je človek bolj sposoben primernega odzivanja na določene situacije. Čustveno mišljenje je nekakšna povezava med čustvi, telesnimi občutki in okoljem. Lahko mu rečemo tudi povezovalno mišljenje. Delavec z dobro razvitim povezovalnim mišljenjem vodi svoj dialog z izkušnostjo, se med procesom uči s poslušanjem, dobro pa se znajde tudi v neznani situaciji. Čustvena inteligentnost je sposobnost prepoznavanja lastnih čustev in čustev drugih, sposobnost osebnega motiviranja in obvladovanja čustev v nas samih in v odnosu z drugimi (Goleman, 2001). Za človeka z visoko stopnjo čustvene inteligentnosti je značilno, da je sposoben hitro zaznati razpoloženje soljudi okrog sebe.

Salami (2011) ocenjuje, da, čeprav je empatija ključnega pomena za vse medsebojne odnose, katerih namen je pomoč posamezniku, je profesionalno osebje (med njih sodijo tudi nekatere medicinske sestre) ne izkazuje dovolj.

Koncept čustvene inteligence daje veliko globlji in kompleksnejši pogled na inteligentno obnašanje človeka. To ni več hladno, racionalno reševanje problemov in iznajdljivost v novih situacijah, temveč je izražanje humane narave v vseh njenih aspektih – od nagonkega pa vse do vrednostnega in moralnega. Inteligentni je tisti človek, ki dobro pozna samega sebe in vlada nad samim seboj. Ne prepušča se lastnim nagonom in prazni želji po užitkih, ker zna preložiti neposredno zadovoljitev potreb v imenu nekega bolj oddaljenega in bolj pomembnega cilja. Ima notranjo moč, s katero vztrajno stremi k zastavljenim ciljem, ne boji se naporov in težav, ne obremenjuje se z morebitnim neuspehom. Njegovi cilji niso in ne morejo biti egoistični in niso motivirani izključno z lastnim napredovanjem, saj čuti z drugimi ljudmi in zaznava njihove potrebe. Zato lahko žrtvuje lastne želje in deluje nesebično, plemenito in velikodušno. Če ima tudi zaželeno socialno veščino, je tudi sprejet in priljubljen, kar mu omogoča, da vpliva na svet okoli sebe in ga spreminja. In na koncu lahko ob razviti čustveni inteligenci pridejo do polnega izraza tudi obstoječe intelektualne sposobnosti.

## 5 Zaključek

Eden od čustveno najzahtevnejših poklicev je tisti, ki ga opravljajo zaposleni v zdravstvu. Medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci se pri svojem delu soočajo z veliko človeške bolečine, trpljenja, negotovosti, strahov ... V čustveno nabitih situacijah je pomembno, da usklajujejo številne čustvene podsisteme, zaznave in zavestno doživljanje.

Visoka stopnja čustvene inteligentnosti posameznika je ena pomembnejših lastnosti, potrebnih na delovnem mestu, in vse bolj postaja ključna lastnost, ki posameznika v odnosu do okolice izvzema iz povprečja, v odnosu do dela pa ga vodi po poti samo-preseganja in delovne uspešnosti. Prav lastnosti, izhajajoče iz čustvene inteligentnosti, so razlog, zakaj z nekaterimi ljudmi raje delamo in v tem primeru delo opravimo hitreje in bolje. Ti ljudje izžarevajo žar in energijo, imajo karizmo in poosebljajo občutke zaupanja, ljubeznivosti, spoštljivosti, poštenosti in zanesljivosti. Pri delu s takšnimi ljudmi se potrudimo toliko bolj, ker želimo izpolniti njihova pričakovanja, saj v nas vzbujajo našete občutke, ki nas samopotrjujejo in nam omogočajo samouresničitev.

Organizacije prihodnosti se morajo zavedati, da so ravno čustva tisti nujno potreben element organizacijskega dogajanja, ki se ga ne sme zatirati. Razlog lahko najdemo v dejstvu, da želi biti posameznik na delovnem mestu razumljen in obravnavan kot celota, z vsem, kar nosi s seboj in kar je (Longar, 2007). Posamezniki, organizacije in celotno družbeno okolje bi morali ne le bolj poudarjati čustveni in etični potencial, ki izhaja iz najgloblje biti človeka, temveč v procesu upravljanja z zaposlenimi, kot tudi pri upravljanju sodobne družbe, omogočati doseganje vedno večje čustvene inteligentnosti.

Čustveno inteligentno in etično obnašanje na delovnem mestu v zdravstveni negi je startna točka vseh veščin za uspešno ravnanje s samim seboj in v odnosu z drugimi.

## LITERATURA

1. Ashkanasy, N. M. in Daus, C. S. (2005). Rumors of the death of emotional intelligence in organizational behavior are vastly exaggerated. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 441–452.
2. Benett-Goleman, T. (2004). *Alkimija čustev*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
3. Denny, R. (1993). *Motivate to win: tested techniques for greater achievement*. London: Kogan Page.
4. Goleman, D. (1995): *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
5. Goleman, D. (2001). *Čustvena inteligenca na delovnem mestu*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
6. Goleman, D. (2011). *What makes a leader*. Boston: Harvard Business review.
7. Grant, W. (2003). *Vsakdanji nesporazumi*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
8. Gross, S. F. (2001) *Umetnost inteligentnega sporazumevanja; izostrite občutek za medčloveške odnose*. Ljubljana: DZS.
9. Kelly, D., Ross, S. and Gray, B. (2000). *Death, dying and emotional labour: problematic knjiga*. *Revija za univerzalno odličnost*, 1, št. 2, str. 60-72.
10. Levine, S. R. in Crom, M. A. (1997). *Kako uspešno vodimo ljudi*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
11. Lipičnik, B. (1997). *Človeški viri in ravnanje z njimi*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
12. Lipičnik, B. (1998). *Ravnanje z ljudmi pri delu*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.

13. Longar, M. (2007). Vloga čustvene inteligentnosti pri vodenju timov v podjetju Novoles, d. d.
14. Mayer, J. D. in Salovey, P. (2003). What is emotional intelligence? *Annual Review of Psychological Inquiry*, 15, str. 249-255.
15. Mayer, J. D., Salovey, P. in Caruso, D. (2004). Emotional intelligence: theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15, št. 3.
16. McQueen, A. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 17, št. 4, str. 435-447.
17. Mesner Andolšek, D. (2002). Čustva v organizaciji. *Teorija in praksa*, 39, št. 1, str. 10-29.
18. Parvesh, K. C. in Gopal, K. K. (2010). Emotional intelligence: a catalyst for inspirational
19. Roberts, R. D., Zeidner, M. in Matthews, G. (2001). Does emotional intelligence meet traditional standards for an intelligence? Some new data and conclusions. *Emotion*, 1, št. 3, str. 196-231.
20. Salami, S. O. (2011). Personality and psychological well-being of adolescents: the moderating role of emotional intelligence. *Social Behavior and Personality*, 39, št. 6, str. 785-794.
21. Simmons S. in Simmons J. (2000). Emocionalna inteligencija: vrste i procjene. Zagreb: Izvori.
22. Takšič, V. (1998). Validacija konstrukta emocionalne inteligencije. Doktorska dizertacija. Zagreb: Filozofski fakultet.
23. Trinidad, D. R. in Johnson, C. A. (2000). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, št. 47, 1, str. 101-108.
24. Weisbach, C., Dachs, U. (1999). Kako razvijemo čustveno inteligenco. Ljubljana: DZS.
25. Weisinger, H. (2001). Čustvena inteligenca pri delu z ljudmi: neizkoriščen vir uspeha. Ljubljana: Tangram.
26. Wilks F. (2001). Inteligentna čustva. Kranj: Gangeš.
27. Wood, R., Tolley, H. (2004). Ocenite svojo čustveno inteligenco: kako določiti in povečati svojo čustveno inteligenco? Ljubljana: Lisac & Lisac.
28. Zeidner, M., Matthews, G. in Roberts, R. D. (2005). Assessing emotional intelligence in gifted and non gifted high school students. Outcomes depend on the measure. *Intelligence*, 33, str. 369-391.

# Živeti z drugimi se učimo v šoli

*POVZETEK - V Srednji zdravstveni in kemijski šoli Novo mesto se pri pouku zdravstvene nege učimo za poklic in za življenje, največji proces pa predstavlja učenje o medsebojnih odnosih v zdravstveni negi. Treba si je zgraditi trdno osebnost in biti vzor mladim, v teoriji in praksi, v šoli in izven nje. V šoli se mladostniki učijo medsebojnih odnosov od učiteljev, doma od staršev. Pri zdravstveni negi se učimo pogovarjati. Potrebno je veliko energije, ljubezni in čuta za opazovanje. Pomembno je spoznati samega sebe, imeti pozitiven odnos do življenjskih vrednot. Živeti z drugimi se učimo v družini, v šoli in v zdravstveni negi. Pozitivni medsebojni odnosi so pogoj za kakovostno zdravstveno nego, saj je uspeh le-te odvisen od dobrih medsebojnih odnosov med vzgojitelji, učitelji, medicinskimi sestrami, zdravniki, skupinami na oddelku in v razredu.*

*KLJUČNE BESEDE: samopodoba, znanje, življenje, zdravstvena nega*

## 1 Uvod

*To sem jaz. Verjamem vase.*

Živeti z drugimi se učimo vsi vse življenje. To predstavlja največji proces, življenjsko nalogo in življenjsko delo. Ljubezen do ljudi in pozitivni odnosi so magnet učnja za poklic in življenje.

In ko se učimo za življenje, je ena najpomembnejših in morda najtežjih lekcij spoznati samega sebe. Verjamemo, da je za boljšo samopodobo potrebnih naslednjih deset in več korakov, da počasi, prijazno do sebe in drugih, daleč pridemo:

1. Spoštujem se in se sprejemam.
2. Postavljam si cilje in si prizadevam, da bi jih dosegel.
3. Sodelujem z drugimi, jih sprejemam, imam prijatelje.
4. Ne izogibam se problemom, poskušam jih reševati.
5. Učim se spopadati s stresom.
6. Razmišljam pozitivno.
7. Prevzemam odgovornost za svoje vedenje.
8. Zavedam se, da sem edinstven in neponovljiv.
9. Postavim se zase.
10. Prepoznavam, sprejemam in izražam svoja čustva.

To je treba posredovati mladim. Spoznati morajo največje vrednote, ki se jih nikjer na svetu ne da kupiti, spoznati morajo smisel življenja, ki vodi k ljubezni in učenju dobrega. Vedno znova se učimo abecede življenja, saj se učimo, dokler smo živi; učimo otroka prvih korakov, učimo ga prvih črk in števil, v srednji šoli se učimo

za poklic in življenje, učimo se na fakulteti za več in več, se poročimo in znova se učimo medsebojnih odnosov in kar naenkrat malo vemo glede rojstva, glede zdravja in bolezni, oz. se vprašamo: Ali se znamo obnašati ob poroki, rojstvu otroka, na valeti, maturi, ob bolezni, ob obisku v bolnišnici, ob smrti, ob pogrebni sedmini, na pokopališču?

Ko enkrat spoznaš, da nekaj veš, šele veš, da ničesar ne veš in da si na nek način zopet znova na začetku. Učimo dijake in učimo sebe, ob vsakem človeku posebej, za družino in družbo. Starši in učitelji učijo otroke, potem otroci učijo starše. In življenje naredi krog. To je doba priložnosti, saj več vedeti pomeni bolje živeti. Tudi učenje zdravstvene nege je veselje in učimo se je, dokler živimo, dokler mislimo, torej smo. Pomembno je, da hodimo eden poleg drugega in ne eden pred drugim ali eden za drugim. Potrebujemo slike življenja za spomin, potrebujemo igro in pravljice, tako za doživljanje sreče kot za naše stiske in bolečine.

Danes svet pripada tistim, ki premorejo več energije. Ta pa izvira iz našega čustvenega sveta. Skrite potenciale privabimo na dan šele s pomočjo čustev. Če smo nekoč verjeli, da so čustva rezervirana za intimni in zasebni svet, danes vemo, da ne moremo ločiti osebnosti na delo v službi in življenje doma. Na delo prihajamo kot celovite osebnosti, torej tudi s svojimi čustvi, pozitivnimi in negativnimi, s svojimi strahovi in veseljem.

Razvijanje čustvene inteligence, razvijanje sposobnosti za pogovor in komunikacijo ter aktivno poslušanje je primarna naloga vsakega izmed nas, zato gre predvsem zato, da se jih naučimo prepoznati, obvladovati in izražati na prijazen način.

Čustvena inteligenca je ključ do timskega dela, brez katerega si danes ne moremo več predstavljati uspešnega dela doma v družini, v šoli, v bolnišnici, v zdravstvenem domu, v domu starejših, zdravilišču.

## 2 Pozitivna samopodoba

Samopodoba je v našem življenju zelo pomembna, saj usmerja naše razmišljanje o sebi in o svetu, naše čustvovanje in vedenje ter vpliva na odnose z drugimi.

Pozitivna samopodoba pomembno določa posameznikovo zadovoljstvo z življenjem, njegovo srečo in deluje kot zaščita telesnega in duševnega zdravja. Človek, ki ima pozitivno samopodobo:

- se spoštuje, si zaupa in se ceni;
- si postavlja cilje in si prizadeva, da bi jih dosegel;
- sodeluje z drugimi, jih sprejema in ima prijatelje;
- se ne umika pred težavami, ampak jih poskuša reševati;
- je pri svojih odločitvah samostojen, ne potrebuje odobravanja drugih;
- se lažje prilagaja spremembam;
- prevzema odgovornost za svoje vedenje;

- prepozna, sprejema, izraža in uravnava svoja čustva ter je večinoma dobro razpoložen.

Človeka je ustvarila interpersonalna komunikacija. Ta je verbalna in neverbalna, je že na začetku človekovega obstoja in ga spremlja vse življenje.

Beseda ga uči, ustvarja in razvija. Človek je torej »otrok pogovora«, rezultat pogovora od spočetja do smrti. Da bi nastal, se razvijal in obdržal, potrebuje pogovor z besedami in brez njih. O njem govorimo celo pred spočetjem. Načrtovan je že v pogovoru svojih staršev. Pogovor človeka veskozi spremlja in se spreminja v osnovno sredstvo za njegovo preživetje. Pogovor z dijakom dobiva isti pomen, kot ga imajo kisik, voda, hrana. V šoli dijak naprej razvija svoje naučeno znanje od doma, iz obdobja osnovne šole, pri tem pa ima glavno vlogo pogovor med njim in učiteljem, med učitelji samimi in med učenci samimi. Pogovori v družini in v šoli postajajo osnovni nosilci vzgoje in izobraževanja naših otrok in mladine. Poleg družine zavzema pomembno mesto v socialni maternici tudi šola.

### 3 Sodelovalno učenje ali kdaj več glav več ve

Znanje, socialni procesi in čustveno-motivacijski procesi so posledica sodelovalnega učenja. Šola je kraj skupnega dela za doseganje skupnega cilja. Šola je kraj za »rojevanje ljudi«, saj je od plenice do človeka dolga pot. Osnovno vodilo človekovega razvoja je pogovor s starši, brati, sestrami, vzgojitelji, učitelji in sošolci. Tako postajajo poleg porodnišnic tudi družine, vrtci in šole kraji, kjer se otroci razvijajo in oblikujejo v človeka, za človeka. Tako kot obstaja možnost različnih poškodb pri biološkem rojstvu, prav tako lahko govorimo o poškodbah in napakah pri cerebralnem, osebnostnem in socialnem rojstvu.

Družinska in šolska interpersonalna komunikacija sta zato zelo pomembni. Pogovor pri zdravstveni negi je pomemben za razvoj znanja, osebnosti, identitete, za »dodelanost človeka« v osebnost.

Komunikacija je življenjsko pomembna spretnost za vsakogar (Robbins, 1989). Treba se je učiti in naučiti, saj ni dedna. Pomembno je gledati iz »oči v oči«, saj oči ne samo vidijo, temveč tudi čutijo, slišijo. Brez strokovne uporabe pogovora pri zdravstveni negi si je težko predstavljati strokovno vzgajanje in izobraževanje. Pogovor mora biti prijazen, s primeri prakse, iz življenja. Učitelj je odgovoren za delovanje na svojem področju, prevladuje naj izrazna oz. terapijska komponenta. Pomembno je, da nas dijaki hočejo slišati in videti. Komuniciramo z besedami in brez njih. Komuniciramo že z navzočnostjo v prostoru, v odnosu, ne da bi kar koli izrekli. V vsaki komunikaciji pri zdravstveni negi drugemu prenašamo neko vsebino in hkrati definiramo odnos do te vsebine in do dijaka kot prejemnika sporočila. Če se tisto, kar govorimo, in tisto, kar sporočamo z neverbalnim vedenjem, med seboj ujemata in če izgovorjena vsebina potrjuje naš odnos do nje in do prejemnika sporočila, takrat



komuniciramo usklajeno in iskreno. Če pa se govorjeno in negovorjeno ne ujemata, takrat komuniciramo neusklajeno in neiskreno, v odnosu do sebe, stroke zdravstvene nege, dijakov in sodelavcev. V vsakem pogovoru z dijakom pri zdravstveni negi nanj prenašamo neko vsebino, definiramo odnose, odkrivamo sebe in vplivamo nanj. Zavzemamo določena stališča in odnos do vsebine, do učencev. Brez uspešnega vplivanja na dijake vzgojne in izobraževalne vsebine izgubijo smisel, znanje zdravstvene nege je pomembno vgraditi v vedenje in mišljenje. Pomembno je torej v življenju ustrezno sejati, da kasneje dobro žanjemo, skladiščimo.

Realizacija poslanega sporočila je odvisna od sprejetega in ne od poslanega. Torej sta vedenje in delovanje dijakov pri teoriji in praksi zdravstvene nege rezultat sprejetih in ne poslanih sporočil, zato je uspešnost komuniciranja povezana s sprejetimi in ne s poslanimi sporočili. Da pa dijak sprejme tako pozitivno kot negativno sporočilo, ga moraš imeti rad, rad moraš imeti stroko in življenje. Pomembna je »free way« komunikacija, ko nekaj poveš ali narediš, on ponovi, ti pa potem potrdiš. Pomembno si je vzeti čas za pozitivno potrjevanje znanja, spretnosti, navad, zato dijakom večkrat povem, naj od vsakega izmed nas prevzamejo dobro, lepo, prijazno, bodisi besedo ali dejanje.

V šoli za poklic in življenje učimo z besedami, a tudi brez njih. Še v večji zmoti smo, če imamo izgovorjene besede za edini in najpomembnejši način komuniciranja z ljudmi.

Tudi medsebojni odnosi bolj vplivajo na rezultate komunikacije kot najbolj izoblikovana in strokovno obdelana vsebina (odnos med starši, med učitelji, med medicinskimi sestrami).

## 4 Zaključek

V življenjskem okolju, kjer so odnosi lepi, je življenje lepo in kakovost ter uspehi znanja zagotovljeni za poklic in za življenje.

Učenje za življenje v zdravstveni negi ni le verbalno in neverbalno, vsebinsko, odnosno in osebno, ampak delno tudi nezavedno, saj izgovorjena in neizgovorjena sporočila pošiljamo popolnoma nezavedno. Pomemben je vzor, saj na delo prihajamo kot individualne in celovite osebnosti. Pomembno je, da smo »dorečeni ljudje« oz. konkretni, da preverjamo svoje mišljenje, dovoljujemo izjeme in omejitve, pojasnjujemo svoja sporočila. Pogovarjamo se z »dijaki in ne samo z razredom«, »s pacienti in ne z oddelkom.« Človeka sprejmemo takšnega, kot je, in ne takšnega, kakršnega smo si zamislili v svoji glavi.

V pogovoru se trudimo biti odkriti, ne ogovarjamo in ne tožarimo sodelavcev, dijakov, pacientov, ne govorimo o tretji osebi. Pomembna je govorica telesa, ki je sestavljena iz vedenja telesa (drža, usmerjenost, gibi telesa pri sedenju, stoji, hoji, mimika, očesni stik, govor, dotik, oblačenje, vedenje v prostoru, času).

Dijaki so za neverbalna sporočila svojih učiteljev precej občutljivi. Kot gluhonemi berejo z njegovih ustnic, oči, obraza, opazujejo mimiko, držo, barvo glasu, sledijo gibom učiteljevih rok. Občutljivi so na dotik, reagirajo tako na preveč kot na premalo dotika, včasih ga potrebujejo več, včasih manj. Ni jim vseeno, kako se njihova učiteljica oblači, želijo lepo, mlado, prijazno. Neverbalno komuniciranje vpliva tako na tisto, o čemer govorimo, in na tiste, s katerimi govorimo. Moč naše besede izhaja iz njenega neverbalnega spremstva.

Vsak izmed nas ima svoje ime, ki ljudem nekaj pomeni. Na vsebinski ravni neverbalna sporočila spreminjajo, potrjujejo, dopolnjujejo in širijo tehtnost izgovorjene vsebine, usmerjajo k delu z njo. Na osebni ravni izražamo z neverbalnimi sporočili svoja pričakovanja in odpiramo sebe drugim, vlivamo pozitivna čustva. Na odnosni ravni izražamo svoja stališča, na vplivni ravni predstavljajo neverbalna sporočila močno sredstvo ozaveščanja in vplivanja naših verbalnih sporočil, pospešujejo ali upočasnjujejo komunikacijski feedback in dialog.

Govorica telesa je enakopravni partner govoric naših možganov in duha. Ne moremo se ji izogniti. Naše telo govori tudi takrat, kadar si tega ne želimo, pomembno se je pogovarjati tudi o svoji neverbalni komunikaciji. Vse to prispeva h kakovosti in uspešnosti vzgoje in izobraževanja pri zdravstveni negi, šoli za življenje. Odnosi se bolj kažejo, čutijo in manj verbalizirajo, učitelji in dijaki se imajo lahko radi, pomembno je timsko delo, medsebojni odnosi med učitelji vplivajo na odnos do vsebin in na njihov odnos do dijakov.

Vzdušje doma in v šoli vpliva na delo z dijaki. Pomembna je preprosta, nazorna komunikacija, primerjava, pojasnjevanje in razlaga, posredovanje primerov ob pravem času.

Razumevajoči učitelji govorijo zanimivo, z malo besedami posredujejo veliko informacij, sporočila so povezana in razčlenjena, na dijake se obračajo neposredno, osebno. Pomembno je, da je učitelj zdravstvene nege učitelj, dijak pa učenec. Pomembno je, da vzgajamo in učimo na isti, podoben ali drugačen način.

Naš cilj, naša vizija na Srednji zdravstveni in kemijski šoli je, da skupaj sooblikujemo dobrega človeka z odličnim znanjem za poklic in za življenje.

Zavedamo se, da delamo z mladimi, ki se šele oblikujejo. Torej, živeti z drugimi se učimo na šoli.

## LITERATURA

1. Brajša, P. (1993). Pedagoška komunikologija. Ljubljana: GLOTTA Nova.
2. Brečko, D. (1998). Vedenjske kompetence in čustvena inteligentnost pri vodenju. Ljubljana: Didakta.
3. Kinsey Goman, C. (1992). Ustvarjalnost in poslovna uspešnost. Ljubljana: Založba Mladinska knjiga.

4. Knežević, A. (2006). *Se znamo obnašati?* Ljubljana: Mladinska knjiga.
5. Mayer, J. et al. (2001). *Skrivnost ustvarjalnega tima*. Ljubljana: Dedalus - Center za razvoj vodilnih osebnosti in skupin.
6. Musek, J. (1982). *Osebnost*. Ljubljana: Univerza.
7. Peklaj, C. et al. (2001). *Sodelovalno učenje ali kdaj več glav več ve*. Ljubljana: DZS.
8. Spillane, M. (1997). *Kako se predstavimo*. Ljubljana: Založba Mladinska knjiga.
9. Šelih, A., Antić Gaber, M., Puhar, A., Rener, T., Šuklje, R. in Verginella, M. (2007). *Pozabljena polovica*. Ljubljana: Založba Tuma.
10. Tacol, A. (2010). *10 korakov do boljše samopodobe: priročnik za učitelje za preventivno delo z razredom: delavnica za mladostnike*. Celje: Zavod za zdravstveno varstvo Celje.
11. Timberlake, L., Reed, M. (2001). *Zgodba o uspehu*. Ljubljana: Tuma.
12. Zalokar Divjak, Z. (2002). *Brez pravljičice ni otroštva*. Krško: Gora, s. p.
13. Zalokar Divjak, Z. (2000). *Vzgajati z ljubeznijo*. Krško: Gora, s. p.
14. Zalokar Divjak, Z. (2001). *Jaz in ti*. Krško: Gora s. p.

# Z učinkovito komunikacijo do boljših medosebnih odnosov

*POVZETEK - Komunikacija daje barvo našemu življenju. Od tega, kako se znamo sporazumevati z drugimi ljudmi, je odvisno, kakšna je kvaliteta našega življenja. Zavedajmo se, da je vsak človek svet zase, drugačen od nas. Naučimo se izbrati prave ključne, da bomo vstopali v svet drugega človeka tako, da ga ne bomo užalili, prizadeli ali celo osramotili. Govorili bomo o pomenu prvega vtisa, o moči besed in o samopodobi, ki najbolj vpliva na odnos, ki ga imamo do sebe in do drugih ljudi.*

*KLJUČNE BESEDE: komunikacija, prvi vtis, moč besed, samopodoba*

## 1 Uvod

Komunikacija je proces, pri katerem gre za izmenjavo sporočil, informacij med dveh sogovornikoma ali več sogovorniki. Dojemanje komunikacije je subjektivno in ima veliko možnosti za napačno (spo)razumevanje. Komunikacija je ples, izmenjava misli, idej. Umetnost komuniciranja se začne, ko imamo o neki zadevi različno mnenje. Bistvo komunikacije je razumevanje in nestrinjanje. Komunikacija nastane z uporabo skupnih besednih in nebesednih simbolov. V komunikaciji uporabljamo besede, glas in govorico telesa. S komunikacijo drugemu sporočamo, kako se počutimo, kakšen odnos imamo do sebe in do drugega.

Kako komuniciramo:

- jezikovno sporočanje (verbalno) oziroma besedna komunikacija – pomeni dajanje informacij in navodil,
- ne-jezikovno sporočanje (neverbalno) oziroma ne-besedna komunikacija – sporočanje informacij s telesom.

Komunikacija je spretnost, ki se je lahko vsakdo nauči. V življenjskih situacijah se velikokrat obnašamo nagonsko kot živali. Ko se počutimo ogroženi, napademo ali se umaknemo. Tako se odzivamo, če ne treniramo in ne vadimo komunikacijskih veščin. Spretnosti, ki zagotavljajo uspešno komunikacijo, so: pridobivanje povratne informacije (komunikacijska pentlja), poslušanje in govorica telesa. Ne-komunicirati ni možno.

*Komunikacijski aksiomi*

- Obdelujmo svoj vrt. Sprašujmo se, kaj je tisto, kar lahko jaz spremenim?
- Spremeni sebe in spremenil boš svet. Ali lahko spreminjam drugega?

- Vedno imam možnost izbire. Odkrivanje pozitivnega pri svojem delu. Kako dolgo bom vztrajal pri odkrivanju negativnih plati?
- S svojim obnašanjem vedno govorim o sebi. Ali se zavedam, da s svojim obnašanjem razkrivam bistvo moje osebnosti, mojega notranjega doživljanja?
- Imeti rad svoje delo. Ali imam pred očmi, da stvari, ki jih rad počnem, počnem z večjo lahkoto?

## 2 Besedna in nebesedna komunikacija

<i>Besedna komunikacija</i>	<i>Nebesedna komunikacija</i>
<input type="checkbox"/> Moč besed <input type="checkbox"/> Poslušanje <input type="checkbox"/> Komunikacijska pentlja	<input type="checkbox"/> Moč prvega vtisa <input type="checkbox"/> Vzpostavljanje in vzdrževanje prvega vtisa <input type="checkbox"/> Izdajalska govorica telesa

Večina ljudi pripisuje besedam ključno vlogo v komunikaciji, vendar ni tako. Raziskave so pokazale, da je razumevanje med ljudmi bolj odvisno od govorice telesa kot od besed. Dokazali so celo, da so besede še najmanj pomembne, saj je glas kar petkrat pomembnejši za sporazumevanje kot besede. O teh stvareh ne razmišljamo vsakodnevno in zato pozabljamo, da imamo ljudje različne predstave o stvareh in pojmi in da predstavljajo besede zgolj imena (nalepke) zanje. Z glasom jim vdahnemo čustva in razpoloženje. Postanejo nam prepoznavne po svojih odtenkih. Z glasom lahko popolnoma spremenimo pomen istih besed (na primer: »Pridi sem!« – le z glasom razločimo pomen, in sicer lahko drugega nežno vabiš ali pa mu ukažeš). Niti ne zavedamo se, da s spremenjenim glasom običajno zavzamemo tudi drugačno držo, in s tem pospremimo izgovorjeno besedo vsaj s pogledom, če že ne z gibom. Med pogovorom spreminjamo tudi razdalje med ljudmi in se jih celo dotikamo. Običajno registriramo vse to podzavestno, in se ne zavedamo, da je razumevanje komunikacije še najbolj odvisno od prepoznavanja znakov govorice telesa, ki vedno prihaja korak pred ostalimi znaki. Govorica telesa hkrati povezuje, razlaga, vnaša občutke in dopolnjuje prazen prostor med besedami in glasom (na primer: govorimo, nenadoma nam zmanjka besed in takrat avtomatično naredimo kretnjo z roko). Ko s človekom vzpostavimo prvi stik, takrat naredimo prvi vtis.

### 2.1 Besedna komunikacija – moč besede

Besede vzbudijo pri sogovorniku različne predstave, pomene in tudi čustvene pove-zave. Besede pri sogovorniku sprožijo notranje procese, zato je zelo pomembno, da pri komunikaciji izberemo prave besede, da si bo sogovornik resnično predstavljal tisto, kar mu želimo sporočiti. Pri opisovanju dejstev navadno ni težav. Te nastopijo, kadar želimo pri sogovorniku vzbuditi določene občutke. Zavedati se moramo, da je sogovornikovo dožemanje manj objektivno, kadar je pod vplivom pretiranega navdušenja, jeze, strahu, sovraštva, žalosti in drugih čustev. Kadar sogovornika prevzame čustveni naboj sporočila, v njem ne prepozna več dejstev.

Posamezniki smo sicer različno občutljivi na besede, te različno vplivajo na nas. Nekatere izjave so še posebej škodljive za poslovno in zasebno življenje, ker zatirajo nove ideje in ogrožajo inovativnost, zato se jih je potrebno izogibati.

Primer negativnih izjav na delovnem mestu: »Ne bo delovalo ...; Kdo si je pa to izmislil? ...; To smo že poskusili ...; Tega ne bodo sprejeli ...; Ne razumete našega problema ...; Počakajmo, pa bomo videli ...; Nismo usposobljeni ...; Ni naša odgovornost ...; Pretiravate ...« in podobno.

Primeri negativnih izjav v zasebnem življenju: »Nikoli ne vem, kaj bi rekel ...; Ni mam več toliko energije ...; Tako ne zdržim več ...; Že zdaj vem, da mi ne bo všeč ...; Pred skupino ljudi vedno onemim ...; Nisem ustvarjen za kaj takega ...; Zakaj ne morem izbrati prav ...« in podobno.

## 2.2 Besedna komunikacija - poslušanje

Zelo malo ljudi zna poslušati. Med »slišati« in »poslušati« je namreč velikanska razlika. Slišimo z organi sluha. To je proces zaznavanja signalov v naših možganih in ni odvisen od naše volje. Poslušamo pa zavedno. Za dobro poslušanje sta potrebni pozornost in zbranost. Če znamo po takem poslušanju vsebino povzeti in postrežemo z argumenti »za« in »proti«, govorimo o kritičnem poslušanju. Aktivno poslušanje zahteva poleg tega, da se v sogovornika vživljamo, tudi da ga poskušamo razumeti brez lastnih filtrov in predsodkov. Če se želimo naučiti aktivnega poslušanja, moramo vaditi kar nekaj stvari:

- Govorečemu ne vpadamo v besedo in mu ne dokončujemo stavkov. Ko poslušamo, molčimo in demonstriramo pozornost (drža, pogled, gibi, spodbudne kratke besede).
- Govorcu omogočimo sproščenost, pokažemo mu, da želimo poslušati in odstranimo motnje (mobilni telefon, glasba, televizija in podobno).
- Opazujemo govorcevo govornico telesa, pozorni smo na spremembo glasu in se poskušamo vživljati v njegovo čustveno stanje, ki ga tudi odsevamo (posnemamo, opišemo).
- Bodimo potrpežljivi. Ljudje se razlikujemo. Nekateri govorijo hitro, drugi počasi, nekateri potihlo, drugi glasno; nekateri na dolgo razlagajo, drugi se ne potrudijo, da bi stavke dokončali in podobno. Pomagajmo jim z vprašanji in s pojasnili. Ni treba, da se strinjamo, pomembno je, da se razumemo.
- Obvladujmo svoje vedenje. Če je potrebno (posebno v telefonskih pogovorih) si zapisujemo pomembne točke. Če je pogovor daljši, v premorih prevzamemo besedo, povzamemo vsebino in preverimo razumevanje (komunikacijska pentlja).
- Kadar poslušamo, varčujemo s kritiko, z ocenjevanjem in dokazovanjem. Če želimo, da nas drugi razumejo, jim moramo dati možnost za to.

## 2.3 Besedna komunikacija – pridobivanje povratne informacije

Pridobivanje povratne informacije ali zaokrožena informacija (komunikacijska pentlja) je za medsebojno razumevanje izrednega pomena. Šele ko od sogovornika dobi-

mo povratno informacijo, vemo, ali nas je prav razumel. Razčistimo lahko nejasnosti in dosežemo sporazum. Zdi se, da nam tako sporazumevanje vzame preveč časa (danes smo vsi v časovni stiski), toda v resnici ta čas ni zavržen. Če se ne potrudimo, da bi dobili povratno informacijo (vrnitveno sporočilo) in se zadovoljimo s prikimavanjem, se nam lahko zgodi, da bomo zaradi nerazumevanja porabili dvakrat ali trikrat več časa za doseganje resničnega razumevanja. Ob takem (enosmernem) komuniciranju ne bomo izgubljali samo dragocenega časa, temveč tudi zaupanje sogovornika. V komunikacijo bomo vnašali dvome, napetosti in nestrpnosti, kar pogosto preraste v konflikte. Ključne besede za pridobivanje povratne informacije so: »Če sem vas prav razumel/a, ste mi hoteli povedati, da ...; Vi torej pravite, da ...; Potem velja ...;« in podobno.

Kaj se zgodi, če tega ne upoštevamo?

- Izbris vsebin;
- Dodajanje;
- Posploševanje;
- Popačenje;
- Pogosto izgubimo bistvo.

Naučimo se obvladovati situacije tako, da povratno informacijo vrnemo v dveh fazah:

1. *faza*: vrneš sporočilo v obliki »jaz« sporočila (izjava o sebi)

Mene je to prizadelo ..., Začuden sem nad to izjavo ..., Žalostna sem, ko slišim ....

2. *faza*: je faza postavljanja vprašanj in aktivnega poslušanja. Tako ugotovimo, kaj je v resnici sogovornik želel meni sporočiti.

Če napademo, bodo drugi napadli nazaj. Premislimo, ali se izplača?

## 2.4 Neverbalna komunikacija

Neverbalna komunikacija izdaja. Zakaj in kdaj?

- Ker prihaja iz podzavesti in se je torej ne zavedamo;
- Ne moremo je kontrolirati;
- Ko besede govorijo nekaj, telo pa nekaj drugega. Gre za neskladje – če lažeš, se to začuti;
- Vedno pride pred govorom (ali imate radi pizzo – najprej obrneš oči, nato rečeš).

*Govorica telesa*. Nekatera telesna sporočila kažejo naš interes in pozornost za sogovornika. To je tako imenovana govorica telesa, s katero po nekaterih avtorjih izražamo največ čustev.

- Izraz obraza – obrazna mimika: prijateljski, sproščen nasmeh že na samem začetku oblikovanja odnosa kaže naš interes za sogovornika. Ko druga oseba govori z nami, naj bi naš izraz obraza kazal željo po tem, kar nam pripoveduje.
- Gledanje – kontakt z očmi – to so kazalci našega interesa za sogovornika in sprejemanja pomembnih sporočil z izraza obraza. Hkrati nam stik z očmi omogoča, da



ugotovimo, kdaj prenehamo poslušati in kdaj naj se odzovemo na sogovornikova sporočila. Gledanje sogovornika v oči naj bi bilo čim bolj pogosto. Prepogosto gledanje navzdol ali stran lahko kaže stisko, napetost ali ne-zainteresiranost.

- Gibi ali geste – kažejo pozornost do osebe, s katero komuniciramo. Zlasti gibi glave lahko sogovornika spodbujajo ali ovirajo v komuniciranju. Tudi gibi rok ali ramen kažejo na odzivanje sogovornika. Preveč ali premalo gibov rok in glave lahko sogovornika zavre v komunikaciji. Zaviralni gibi so ponavadi: prekrizane roke, sklenjeni prsti, bobnanje s prsti, zavijanje las, mašenje ušes, polaganje rok na usta, in podobno.
- Drža – vsebuje fizično odprtost in sproščenost. Fizično odprtost do sogovornika bomo pokazali, ko ne bomo k njemu obrnjeni le z obrazom, ampak s celim telesom. Sproščena drža pomeni, da sogovornika sprejemamo. Telo lahko nagnemo naprej, nazaj ali postrani. Če smo nagnjeni preveč naprej, nas lahko sogovornik doživi kot osebo, ki se vsiljuje v njegov prostor. Telo, ki je preveč nagnjeno nazaj, lahko sogovorec doživi kot distanco – razdaljo. Drža telesa je predvsem pomembna na začetku odnosa.
- Razdalje – so v bistvu področja intimnosti, ki so odvisna od vrste in narave pogovora, kar mora tisti, ki posluša, tudi spoštovati. Če prehitro prodremo v osebni prostor druge osebe, se ta ne bo počutila le nelagodno, ampak se bo oddaljila od nas. Nasprotno pa, če smo preveč oddaljeni od druge osebe, bomo morali ne le glasneje govoriti, ampak se bomo tudi čustveno distancirali. Najugodnejše za komunikacijo je, da sta glavi obeh oseb na isti ravni.

### 3 Beseda zdravi, beseda rani

Kako izrečemo pohvalo? Pohvalimo osebno: »To si dobro naredil«.

Kako izrečemo grajo ali kritiko? Grajamo ali kritiziramo neosebno: »Tako se ne dela«.

#### 3.1 Temne besede

Vzbujajo v sogovorniku odpor, nelagodje prizadetost, odklonilno stališče, ker se dotikajo osebe in ne napake. Nekaj primerov temnih besed: vedno, nikoli, ti ne delaš prav, ti nimaš prav (bolje je reči neosebno – to ni prav, tako se ne dela), ampak, zakaj, ko govorimo o dogodkih, ki so se že zgodili in jih ne moremo spremeniti.

#### 3.2 Svetle besede

So besede zaupanja, pohvale, občudovanja: Lepo mi je ob tebi. Občudujem, kako to narediš. Ob tebi se počutim varno.

V komunikaciji poskušamo najti pri sogovorniku nekaj lepega, dobrega, pozitivnega. Iščimo dobro tudi v ljudeh, s katerimi imamo o neki zadevi velikokrat različno mnenje.

### 3.3 Magične besede

So besede, ki so nas jih naučile naše mame, zato jih uporabljajmo tudi kot odrasli: hvala, prosim, dober večer, dober dan, dobro jutro, lahko noč, izvolite, oprostite.

Poslovni pozdrav je vedno v lepem slovenskem jeziku, pri poslovnem pogovoru ni dopustno uporabljati pozdravov kot so: ciao, hi, živijo, adijo...

## 4 Osebna urejenost

Pomemben del neverbalne komunikacije je osebna urejenost.

Ta ni stvar prestiža, ampak samoumevna nuja, ki ji je treba nameniti dobršen del pozornosti, ne glede na položaj, ki ga imamo v družbi ali na delovnem mestu. Osebna urejenost na delovnem mestu ni stvar osebne odločitve posameznika, temveč njegova delovna dolžnost.

Ko govorimo o osebni urejenosti, se mnenja razlikujejo. Enim se zdi prav tako, drugim drugače. Če hočemo na zunaj delovati profesionalno, si moramo izdelati podrobna navodila, da bomo vsi vedeli, kaj pomeni primerna osebna urejenost. Taka pravila se bodo razlikovala glede na vsebino dela, ki ga opravljamo. Pomembna je celovitost. Osebna urejenost se začne z osebno higieno (tuširanje, urejenost pričeske, brk in brade). Uniforma je obleka, ki zahteva poseben odnos. Nosimo jo tako, kot nam je bila zaupana. Poskrbimo, da bo vedno brezhibno čista, zlikana in ne kombinirajmo jo s svojo garderobo.

## LITERATURA

1. Brooks, M. (1996). Zbližanje in ujemanje. Kranj: Ganeš.
2. Birkenbihl, V. F. (1994). Trening uspešnosti. Žalec: Sledi.
3. Burnell, I. (1997). Moč pozitivnega delovanja. Ljubljana: DZS.
4. Goleman, D. (1997). Čustvena inteligenca. Ljubljana: Založba MK.
5. Justinek, D. (2003). Komunikacija, skripta za izobraževanje za poklic inštruktor/inštruktorica. Ljubljana.
6. O'Connor, J. in Seymour, J. (1996). Spretnosti sporazumevanja in vplivanja. Uvod v nevrolingvistično programiranje. Žalec: Založba Sledi.
7. Osredečki, E. (1995). Novi sodobni bonton. Ljubljana: Slovenska založba.
8. Paese, A. (1981). Govorica telesa. Ljubljana: Založba MK.
9. Plut Pregelj, L. (1990). Učenje ob poslušanju. Ljubljana: DZS.
10. Ramovš, K. (2003). Učinkovita komunikacija na delovnem mestu. Seminarsko gradivo. Ljubljana.

# Vpliv pohval in pritožb na dobre medsebojne odnose

*POVZETEK - Velike spremembe v svetu posledično vplivajo tudi na neprofitne organizacije. Slednje se vsak dan bolj borijo za svoj obstoj in nova tržišča. Če hočejo obstati in uspeti, morajo predvsem skrbeti za svoj ugled, ki pa je odvisen od storitev organizacije, mišljenja zaposlenih in uporabnikov storitev, dobrih medsebojnih odnosov zaposlenih, vrednot, prepričanj in navad, ki prevladujejo v posamezni organizaciji. Da organizacija izboljša procese dela in poveča svoj ugled, mora uporabnike svojih storitev vprašati za njihove pripombe in predloge/pohvale, ki se nanašajo na le-to. Pritožbe in pohvale predstavljajo pomemben vir informacij o zadovoljstvu oz. nezadovoljstvu uporabnikov storitev in medsebojnih odnosih zaposlenih v posamezni organizaciji. Osnovni namen naloge je preučiti pomen pohval in pritožb v Splošni bolnišnici Novo mesto. Cilj bolnišnice je kakovostno izvajanje vseh ponujenih storitev in zadovoljstvo njenih uporabnikov.*

*KLJUČNE BESEDE: pohvale, pritožbe, medsebojni odnosi*

## 1 Uvod

Tako pridobitno kot tudi nepridobitno naravnane organizacije (Kovač, 1998) se v sodobnih pogojih delovanja srečujejo z nešteti izzivi, ki jih morajo, če želijo uspeti in rasti, uspešno premagovati. Tavčar (2002) pravi, da informacijsko dobo danes počasi zamenjuje doba čustev in občutkov, v kateri bodo o uspehu in neuspehu bolnišnic in šol odločala nedotakljiva sredstva, kot so nevidna vrednost bolnišnice ter ustvarjalni odnos med ponudniki in potrošniki.

Današnje neprofitne organizacije morajo svoje sisteme obravnavati kot poslovne sisteme: kot odprte, dinamične in celovite sisteme z mnogimi, tudi protislovnimi značilnostmi. Vedno bolj se uveljavlja procesni vidik delovanja teh organizacij. V njihovem upravljanju in delovanju se poleg »trdih« komponent vedno bolj uveljavljajo tudi »mehke« organizacijske komponente, ki se nanašajo na zaposlene in na njihove značilnosti, stališča, vzgibe delovanja, na organizacijsko kulturo, medsebojne odnose in ugled. Čedalje bolj se uveljavlja tudi prepričanje, da brez organizacijske kulture ne moremo razumeti dinamike razvoja in spreminjanja organizacije (Žurga, 2003).

Vodstvo vsake organizacije mora sprejeti in izvajati načela vodenja, ki bodo zagotovila kakovost in obvladovanje procesov. To pomeni, da mora vodstvo vedeti v kakšnih mejah se gibljejo procesi v organizaciji ter vedeti za odstopne.

Žurga (2003) govori, da mora organizacija za doseganje vseh postavljenih ciljev in načrtovanih rezultatov spremeniti tudi način delovanja. Organizacija bo namreč morala postati še bolj fleksibilna v odnosu do svojega okolja in svojih uporabnikov storitev, kar pomeni, da bo morala tudi delovati na bolj fleksibilen način, ter z zaposlenimi, ki bodo imeli več pristojnosti in odgovornosti.

Tudi Blannchard (2004) meni, da se vsaka učinkovita dejavnost začne z jasnimi cilji kot npr. učinkovito komuniciranje z zaposlenimi in uporabniki storitev organizacije.

Namen članka je predstaviti pomen pohval in pritožb na dobre medsebojne odnose med zaposlenimi v Splošni bolnišnici Novo mesto in povečanje zadovoljstva pacientov in njihovih svojcev z našimi storitvami.

Cilj članka je s pomočjo izbranih podatkov izdelati primerjalno študijo pritožb in pohval v bolnišnici in podati statistične ugotovitve s pomočjo Likertove lestvice (ocene so od 1 do 5) o dejanskem stanju na tem področju.

Na osnovi teoretičnega znanja in rezultatov primerjalne študije bomo v nadaljevanju članka podali priporočila za izboljšanje posameznih področij, na katerih bi lahko bolnišnica izboljšala kakovost svojega dela in s tem povečala ugled v svojem ožjem in širšem okolju, med zaposlenimi in uporabniki svojih storitev.

## 2 Pohvale in pritožbe

V teh nemirnih časih smo priča, da zaposleni dobivajo zelo malo pohval. Kritike so nekaj, kar zaposleni poznajo, pohvale pa so prava redkost. Včasih imamo občutek, da vodilni mislijo, da so pohvale prepovedane in pozabljamo, da imajo zaposleni rajši pohvale kot pritožbe. Pohvale so posebno pomembne za tiste, ki dobro delajo in imajo o sebi zelo nizko mnenje. Zaradi pohvale bodo ti zaposleni še bolje delali in se predvsem počutili dobro. Zavedati se moramo, da pohvala nas nič ne stane, prinese pa lahko velike rezultate za organizacijo.

Nekaj razlogov za skromnost pri dajanju pohval tiči v naši kulturi. Naši starši in vodje pohvalam niso namenjali neke pozornosti. Eden od osnovnih razlogov tiči v popačenem mišljenju, da se bodo tisti, ki jih hvalimo, zaradi tega prevzeli in pričeli delati manj kvalitetno (Pohvale, pritožbe, 2013).

Pohvala definitivno koristi in izboljšuje odnos med osebo, ki pohvalo daje in osebo, ki pohvalo prejema. S pohvalo dejansko dajemo drugim vedeti, kaj nam je pri njihovem vedenju všeč. Tako je, prav ste prebrali. Hvalimo neko vedenje, za katero želimo, da se ponavlja (Pohvale, pritožbe, 2013).

### 3 Medsebojni odnosi

Vstopanje v odnose, njihovo oblikovanje, preoblikovanje, vzdrževanje in prekinjanje so trajne dejavnosti vsakega človeka in so temelji človekove družbene narave. Človek je družbeno (socialno) bitje in skozi odnose z drugimi uresničuje svoja hotenja, misli, čustva in dejavnosti. Medosebni odnosi so zelo pomembni za razvoj človekove osebnosti v socialnem, čustvenem in intelektualnem smislu. Učinkoviti in zadovoljujoči odnosi so prvi pogoj za človekovo osebno in poklicno zadovoljstvo.

Medosebni odnosi niso samo predmet psiholoških raziskav. Predstavljajo zapleteno enotnost različnih faktorjev.

Za razvijanje in ohranjanje dobrih in učinkovitih odnosov na delovnem mestu je potrebno obvladati temeljne spretnosti komunikacije, medsebojnega poznavanja in zaupanja, prilagajanja, sprejemanja drugačnosti, medsebojnega sprejemanja in potrjevanja, ter konstruktivnega reševanja konfliktov. K dobrim medosebnim odnosom na delovnem mestu prispevajo priznavanje različnosti, vzajemnost in sodelovanje, omogočanje osebnega izražanja, dajanje in sprejemanje konstruktivnih povratnih informacij ter odsotnost vsiljevanja, nadlegovanja in zlorabe drugega (Delovni odnosi, 2013).

Goriup (2013) govori, da v zdravstveni negi je osebno doživljanje poklicnega dela na eni in organizacije na drugi strani v vsakodnevnih medsebojnih odnosih znotraj najožje delovne skupine za zaposlene izredno pomembno. Nadaljuje z mislijo, da nihče drug ne razpravlja o enakih problemih z istimi ljudmi kot oni sami med seboj.

Različnost osebnosti v medosebnih odnosih lahko bogati ali razdvaja, dobri medosebni odnosi pa v veliki meri vplivajo na uspešnost poslovanja (Medsebojni odnosi, 2013).

Černuta (2006) govori, da dobri medsebojni odnosi prinašajo organizaciji več kot zeleno nagrado - zaupanje in spoštovanje s strani zaposlenih in uporabnikov storitev.

### 4 Organizacijska kultura

Mihalič (2006) meni, da organizacijsko kulturo opredeljujemo kot celostni sistem vrednot, norm, pravil, stališč, prepričanj, skupnih lastnosti, vedenj in načina delovanja zaposlenih, načina izvajanja posameznih procesov, skupnih ciljev ter vrste in oblike interakcij tako znotraj poslovnega sistema kot z zunanjim okoljem, ki v sedanjosti odraža prakso skupne preteklosti in je pod vplivom občutka skupne prihodnosti pripadnikov posameznega poslovnega sistema. Nadaljuje z mislijo, da se neka organizacijska kultura preko navedenih elementov razvija, krepi, ohranja in obenem spreminja ter prenaša na nove pripadnike sistema. Vse to se izraža v fenomenu or-

ganizacije, ki ga zelo poenostavljeno imenuje »tako delamo mi« oziroma »tako je pri nas«.

V zdravstvu je velik problem doseganja skupnih ciljev, ker se po oddelkih izvajajo različne naloge z različnimi cilji in vsak oddelek hoče pokazati pomembnost svojega dela in svoje naloge in cilji se ne usmerjajo v pomembne cilje organizacije.

Kavčič (2008) se sprašuje: »Kako meriti organizacijsko kulturo v neki organizaciji?« Meni, da so zunanjemu opazovalcu na razpolago le tiste sestavine, ki jih je mogoče dokumentirano opazovati. Teh se lahko člani zavedajo, ali pa ne.

V zdravstveni negi prihaja do sprememb delovne klime, saj se prisotne vezi med zaposlenimi trgajo zaradi različnih vzrokov in tako ozračje negativno vpliva na medsebojne odnose zaposlenih, ki so temeljna sestavina le-te (Goriup, 2013).

## 5 Komuniciranje in informiranost

Komunikacija je po mnenju mnogih medij, v katerega smo vključeni vsi, na takšen ali drugačen način. Z njo razvijamo odnose do samega sebe in drugih ljudi, ki nas obdajajo v vsakdanjem življenju. Pri nudenju zdravstvene oskrbe se komunikacija začne takoj, ko pacient in njegovi svojci vstopijo v zdravstveno organizacijo. Pri tem je pomemben naš prvi stik z njimi. Komunikacija je kompleksen proces, ki je pomemben za vzpostavljanje in vzdrževanje medsebojnih odnosov. Medicinska sestra ves svoj delovni čas komunicira s pacienti in njihovimi svojci, saj je komunikacija sestavni del zdravstvene nege. Medicinska sestra zato mora obvladati večšine komunikacije.

Komunikacija je dejavnost, ki se ji ne moremo izogniti in jo opravljamo bolj ali manj uspešno skozi celo življenje. Vsa naša razmišljanja, ki jih prelevamo sami zase ali pa jih sporočimo svojim bližnjim, sodelavcem, znancem in neznancem, predstavljajo komunikacijo (Komunikacije, 2013).

Komuniciranje je ena od temeljnih dejavnosti človeka, saj s komunikacijo spoznava svet, samega sebe ter tako spreminja svoja stališča, navade, vrednote in vedenje. Uspešno komuniciranje pa ni prirojeno s tem, ko se naučimo govoriti in poslušati, ampak se je potrebno večšin komuniciranja naučiti. Prav tako velja za poslovno komuniciranje, ki se pojavlja znotraj vsake organizacije. O uspešnem poslovnem komuniciranju govorimo takrat, ko nam le-ta omogoča doseganje zastavljenih ciljev (Černuta, 2006).

V današnjem času, ko je stroka zdravstvene nege tako zelo na vrhuncu razvijanja in posodabljanja ter je usmerjena v celotno in individualno obravnavo pacienta, ima pomembno vlogo pri načrtovanju in izvajanju le-te prav komunikacija. Poseben pomen za pacientovo dobro počutje in s tem tudi uspešno zdravljenje je odnos medicinske sestre in zdravstvenega tehnika do pacienta in tudi oseba med seboj. Poredoš

(2006) pravi, da je kakovostna komunikacija možna le, če se pacient znajde v okolju, ki mu daje občutek varnosti in kjer so prisotni pogoji za medsebojno zaupanje.

Komunikacija je edina aktivnost, ki je skupna prav vsem ljudem in je nepogrešljiva v vseh sredinah. S prijaznim pozdravom, nasmehom in osebno predstavitvijo bo medicinska sestra lahko hitro vzpostavila prijazen in human odnos do pacientov in njihovih svojcev.

Komuniciranje in sodelovanje sta nujna procesa za ohranjanje odnosov na delovnem mestu, kakor tudi v življenju nasploh. Dobri odnosi med sodelavci, kakor tudi med vodstvom in podrejenimi so lahko močan (ne) motivacijski dejavnik za delo in za občutek (ne)pripadnosti delovni organizaciji. Mnogokrat, predvsem v kriznih časih in stresnih situacijah ter zaradi negotovosti, v delovnih organizacijah trpijo tudi odnosi med sodelavci. Mednje se prikrade strah pred izgubo delovnega mesta, katerega posledica je nespretno oz. neuskkljeno komuniciranje.

Informiranje je splošno gledano opisovanje in razlaganje pretežno v smislu enosmerne komunikacije, medtem ko je učenje interaktiven proces in temelji ne teoriji učenega in procesa informiranja (Klemenc, 2004). Informiranost je pacientova pravica, zato smo zdravstveni delavci dolžni posredovati pacientu resnične informacije o njegovem zdravstvenem stanju.

## 6 Konflikti

Ljudje se med seboj razlikujemo, zato so tudi konflikti med zaposlenimi in pacienti in njihovimi svojci praktično neizogibni. Železnik (2003) govori, da profesionalni odnos med medicinsko sestro in pacientom predstavlja možnost za osebno rast obeh udeležencev v odnosu, zato mora medicinska sestra upoštevati pomembno dejstvo, da je vso njeno delo usmerjeno k pacientu. Goriup (2013) meni, če medicinska sestra dela in ravna v skladu s svojimi vrednotami in sposobnostmi, je delu bolj predana in veliko manj dovzetna za konflikte.

Konfliktom znotraj organizacije se ni mogoče izogniti, saj ti nastanejo zaradi odnosa nadrejeni – podrejeni. Vemo, da procesi v skupinah ali timih ne tečejo vedno gladko, ampak se včasih zapletejo. Ne moremo pričakovati, da bo vse teklo brez zapletov, nasprotij in na te morajo računati vedno tudi vodje timov, če želijo ustvarjati tim in tim, ki naj se aktivno prilagaja spremembam. Ker tim sestavlja več ljudi, je razumljivo, da lahko nastane konfliktna situacija. En vir konflikta so lahko razlike med zaposlenimi, možna nasprotja, stresi za posameznike v timu in organizaciji, saj je tega veliko. Vodje timov, upoštevajoč konfliktno situacijo, morajo znati presoditi, kdaj konflikt lahko preide v ugoden razplet, seveda pod pogojem, da stvar nadzorujejo. Tim bo uspešnejši, če člani razumevajo konflikte in jih znajo uspešno razreševati. S tem vsi nekaj pridobijo, izboljša se sposobnost reševanja težav, ki so del vsakega odnosa (Reševanje Konfliktov pri timskem delu, 2013).



## 7 Ugled

Ugled je nekakšna vrsta družbenega spomina o posamezni organizaciji, saj se izoblikuje na osnovi vseh naših izkušenj z organizacijo in vsega, kar smo kadarkoli slišali ali prebrali o organizaciji, in tako predstavlja nekakšno celostno oceno privlačnosti organizacije. Grajenje ugleda organizacije je tako dolgotrajen proces, ki ga je potrebno skrbno načrtovati in nadzirati (Merjenje ugleda, 2013).

Mnogi ugled zamenjujejo z imidžem organizacije, čeprav je ugled veliko več kot imidž. Ugled je ovrednoten imidž, vrednostno ocenjena podoba organizacije, ki jo le-ta kaže navzven. Tavčar (2002) pravi, da je ugled strateško sredstvo delovanja bolnišnice. Ugled je niz različnih pomenov (Veliki splošni leksikon, 1998), na podlagi katerih si ljudje določen objekt zapomnijo, ga opišejo in se povežejo z njim.

Danes se vedno več organizacij zaveda, da je ugled njihov najpomembnejši kapital. Visok ugled namreč povečuje dobičkonosnost organizacij s tem, da privlači kupce oz. stranke k nakupu njihovih izdelkov oz. storitev, investitorje k investiranju v njihove delnice, najboljše delavce pa k zaposlovanju v takšnih podjetjih. Z rednim merjenjem ugleda organizacije natančno identificirajo šibke, močne in kritične elemente ugleda, kar je pogoj za pripravo uspešnih programov.

## 8 Predstavitev študije

Florjančič in Paape (2002) govorita, da živimo v času, ko se vsak dan srečujemo s številnimi spremembami. Hkrati menita, da smo priče pomembnim dosežkom v znanosti, šolstvu, tehniki in ostalih področjih človekovega delovanja. V svoji razpravi poudarjata, da se moramo zavedati, da vse poti vodijo naprej - tistega, ki danes dela tako kot včeraj, jutri ne bo več.

V nadaljevanju je prikazana primerjalna študija pohval in pritožb in njihov vpliv na dobre medsebojne odnose v Splošni bolnišnici Novo mesto. Ti podatki so doprinos k dobrim medsebojnim odnosom zaposlenih, spodbuda za boljše komunikacijske odnose in nenazadnje tudi za ugled zavoda s strani uporabnika in širše javnosti. Posebno pozornost pa moramo polagati ravno pritožbam, kajti ko zmanjšujemo število pritožb, se nam dvigujejo pohvale. V zadnjem času se veliko uporabnikov naših storitev odziva na pritožbe in pohvale, kar je zelo dobrodošlo za storitveni zavod.

Hkrati je namen študije tudi pridobiti podatke in argumente, ki bodo koristili pri odločanju in ukrepanju za izboljšanje zadovoljstva pacientov in njihovih svojcev predvsem pa bodo vplivali na izboljšanje organizacije dela v Splošni bolnišnici Novo mesto.

Pri analizi predmeta preučevanja je uporabljena teoretična raziskovalna metoda in metoda vsebinske analize relevantnih virov. Statistične ugotovitve so podane s po-

močjo Likertove lestvice (Pritožbe: 8 in več zelo slabo, 6-7 slabo, 4-5 dobro, 2-3 zelo dobro, 0-1 odlično; Pohvale: 0-1 zelo slabo, 2-3 slabo, 4-5 dobro, 6-7 zelo dobro, 8 in več odlično).

Odgovori po tej lestvici so bili obdelani s točkovanjem. Dobljeni podatki iz izpolnjenih vprašalnikov so bili ročno in računalniško obdelani v sistemu Windows, s programskim paketom Microsoft Office in preglednico Excel. Predstavljen je grafični in strukturni prikaz podatkov.

## 9 Rezultati primerjalne študije

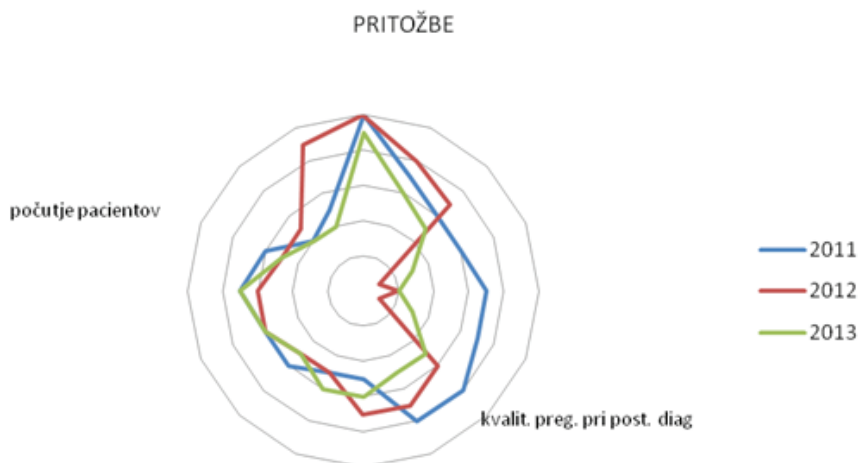
V Splošni bolnišnici Novo mesto je bilo v letu 2011 (46) pritožb, v letu 2012 pa (78) pritožb. V prvi polovici leta 2013 pa beležimo 37 pritožb. Vse pritožbe so prikazane v tabelah in grafih.

Tabela 1: Pritožbe

<i>Vsebina pritožbe</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
čakalne vrste	10	10	9
opravljeno delo v očeh uporabnika storitev	7	8	6
odnos do pacientov	6	7	5
spoštovanje hišnega reda	6	1	3
razkuževanje rok	7	2	2
zasebnost pacientov	7	1	3
kvaliteta pregleda pri postavitvi diagnoze	8	6	5
prijaznost osebja	8	7	5
organizacija dela - strokovnost	5	7	6
delovni pripomočki in tehnika	5	5	6
klimatski pogoji	6	5	5
hrana	6	6	6
oprema in obleke	7	6	7
počutje pacientov	6	5	5
čistost prostorov	4	5	4
odzivnost osebja	5	9	4

*Vir:* Splošna bolnišnica Novo mesto, 2013.

Graf 1: Pritožbe



Vir: Splošna bolnišnica Novo mesto, 2013.

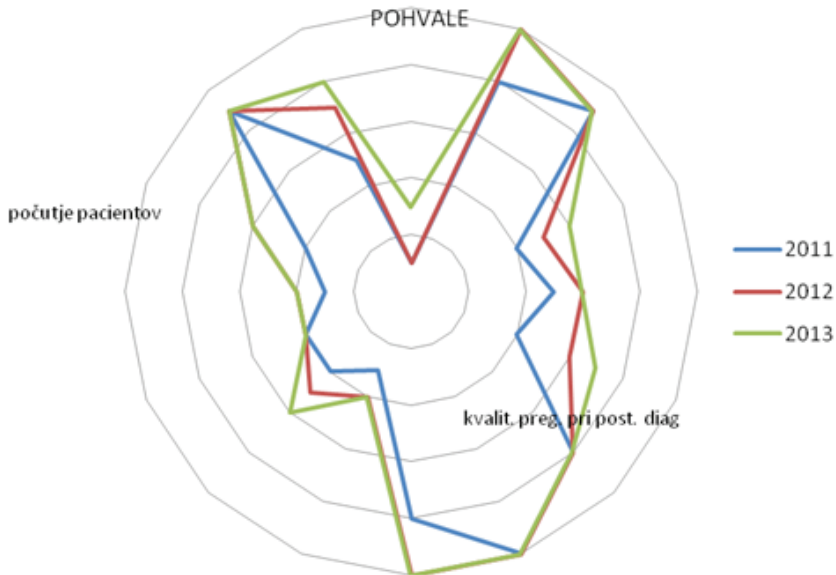
Tako kot se dviguje število pritožb, se dviguje tudi število pohval. V letu 2011 smo beležili 73 pohval s strani uporabnikov, v letu 2012 pa že 199 pohval. V prvi polovici leta 2013 pa beležimo že preko 226 pohval, kar je zelo spodbudno za zaposlene.

Tabela 2: Pohvale

Vsebina pohvale	2011	2012	2013
čakalne vrste	1	1	3
opravljeno delo v očeh uporabnika storitev	8	10	10
odnos do pacientov	9	9	9
spoštovanje hišnega reda	4	5	6
razkuževanje rok	5	6	6
zasebnost pacientov	4	6	7
kvaliteta pregleda pri postavitvi diagnoze	8	8	8
prijaznost osebja	10	10	10
organizacija dela - strokovnost	8	10	10
delovni pripomočki in tehnika	3	4	4
klimatski pogoji	4	5	6
hrana	4	4	4
oprema in obleke	3	4	4
počutje pacientov	4	6	6
čistost prostorov	9	9	9
odzivnost osebja	5	7	8

Vir: Splošna bolnišnica Novo mesto, 2013.

Graf 2: Pohvale



Vir: Splošna bolnišnica Novo mesto, 2013.

## 10 Razprava

Kaj smo torej iz te primerjalne študije izvedeli o pohvalah in pritožbah in kako te vplivajo na medsebojne odnose vseh vpletenih deležnikov?

Ferjan (1996) meni, da je treba v bolnišnici ugotoviti kateri so tisti dejavniki, ki vplivajo na spoštovanje, dobre medsebojne odnose in s tem na ugled.

Obravnavane pohvale oz. pritožbe so v večini prispele iz nabiralnikov, ki so nameščeni po oddelkih Splošne bolnišnice Novo mesto, nekaj po elektronski pošti, zelo malo pa po navadni pošti.

Iz rezultatov je razvidno, da se pritožbe in pohvale v letih 2011, 2012 in v prvi polovici leta 2013 nanašajo na podobne aktivnosti.

Iz predstavljene radarske slike je razvidno, da se največ pritožb v vseh treh predstavljenih letih nanaša na čakalne vrste, opravljeno delo, odnos do pacientov, odzivnost osebja in opremo. V letu 2011 pa je bilo več pritožb tudi na razkuževanje rok, zasebnost, hrano in počutje pacientov.

Pohvale se v vseh treh letih nanašajo največ na organizacijo dela, prijaznost osebja, opravljeno delo, odnos do pacientov in čistočo prostorov, kar nam prikazuje tudi radarska slika.

V bolnišnici je še vedno izpostavljena kot pomembnost primarna funkcija (oskrba ljudi), dobri zdravniki, okolje in prijazen zgled. Prijazna okolica in promocija pripomorejo k boljši prepoznavnosti in celostni sliki bolnišnice in prav na teh segmentih bo morala bolnišnica še veliko postoriti.

Medsebojni odnosi so osnovni pojav v vsaki organizaciji in vse bolj jih povezujemo z uspešnostjo in ugledom le-te. Za kakovostno opravljanje storitev je pomembno, da so medsebojni odnosi v organizaciji dobri. To pomeni, da se osebje med seboj dobro razume, si zaupa, podpira in dobro sodeluje z uporabniki njihovih storitev.

Do konfliktov na delovnem mestu pride zaradi različnih ciljev, mnenj, interesov, položaja posameznika. Aristotel je zapisal: »Vsakdo se lahko ujezi – to res ni težko. Toda težko je ujeziti se na pravo osebo, ravno prav, v pravem trenutku, iz pravega razloga in na pravi način«. Pri reševanju konfliktov mora vsak posameznik imeti občutek spoštovanja, sprejemanja in zaupanja, saj ima vsak človek pravico do lastnega mnenja.

Komunikacija medicinske sestre in ostalih zdravstvenih delavcev je spodbuda za osebno reakcijo pacienta. Dobra komunikacija vpliva tudi na izboljšanje medsebojnih odnosov in kvalitetno opravljeno delo. V veliki meri pa vpliva tudi na večje zadovoljstvo zaposlenih, pacientov in njihovih svojcev, zato je pomembno, da vemo kako komunicirati s pacienti in njihovimi svojci, da jih ne užalimo, razburimo, ne dajemo napačnega upanja in da znamo v določeni situaciji pravilno ter strokovno reagirati.

Organizacijska kultura je dobrodošla v zdravstvu, jo pa težko spremenimo skozi noč, ker je navada železna srajca in zato zaposleni dostikrat nočejo spremeniti svojih navad.

Pacienti danes imajo velike možnosti za pridobivanje informacij, vendar pa te ne morejo nadomestiti osebnega kontakta. Večina pacientov in njihovih svojcev še vedno pričakuje, da bodo pomembne informacije pridobili z medicinsko sestro, zdravnikom in ostalim zdravstvenim osebjem. Pri informiranju ima medicinska sestra velik pomen, pacientu in njegovim svojcem nudi potrebne informacije, na razumljiv in obziren način ter v okviru svojih kompetenc.

Dobljene informacije od pacientov, njihovih svojcev in zaposlenih vplivajo na ustvarjanje slike o bolnišnici. Tudi Velikonja, Plestenjak, Razdevšek Pučko, Resman in Troha (1990) poudarjajo, da si posameznik lahko določeno mnenje oblikujejo na podlagi lastnih izkušenj, ki so pozitivne ali negativne.

Pridržujemo se mnenju Florjančič in Paape (2002), ki menita, da deležniki konec koncev predstavljajo gonilne vire bolnišnice.

## 11 Zaključek

Pohval se v Splošni bolnišnici vedno znova razveselimo, ker nas spodbujajo k boljšemu in kakovostnejšemu delu z našimi pacienti in njihovimi svojci. Naš cilj je prav njihovo zadovoljstvo. Še posebej pa smo veseli vseh predlogov/pritožb, ki jih skrbno preučimo v osmih dneh od dneva pritožbe in podamo ukrepe za izboljšanje procesov našega dela. Včasih se zgodi, da kaj ne naredimo dobro, zato so vsa opozorila naših uporabnikov storitev dobrodošla. Zavedamo se, da so nosilci sprememb vedno ljudje, zato strmimo k temu, da se vsak posameznik v bolnišnici zavzema za uresničevanje skupnih ciljev. Da bomo to dosegli pa moramo zaposlene dodatno seznanjati, izpopolnjevati, usposablјati in izobraževati; predvsem na področju komunikacij, medsebojnih odnosov, informiranosti, higiene rok in zasebnosti pacientov.

Splošna bolnišnica Novo mesto se danes zaveda, da je ugled najpomembnejši kapital. Z visokim ugledom se bolnišnici povečuje tudi podoba organizacije navzven.

Z rednim merjenjem pohval in pritožb bo organizacija natančno identificirala šibke, močne in kritične elemente, ki vplivajo na medsebojne odnose in s tem povečala podobo organizacije, ki jo kaže navzven.

Zaključila bi z mislijo, da je ugled res redka dobrina in konkurenčna prednost, ki pa se je še vsi ne zavedamo, zato bomo morali spoznati sebe, spoznati naše deležnike, njihova pričakovanja in na osnovi izkušenj priti do spoznanj v prid za lastni obstoj.

## LITERATURA

1. Arhiv (2013). Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto.
2. Blanchard, K. (2004). Pljusk pohval! Ljubljana: Založba Tuma.
3. Černuta, K. (2006). Dobri medsebojni odnosi kot dejavnik uspešnosti podjetja. Diplomsko delo. Koper: Univerza na Primorskem Fakulteta za management.
4. Delovni odnosi (2013). Pridobljeno dne 7. 7. 2013, [https://sl.wikipedia.org/wiki/Delovni\\_odnosi](https://sl.wikipedia.org/wiki/Delovni_odnosi).
5. Florjančič, J. in Paape, B. (2002). Organizacija in management. Kranj: Moderna organizacija.
6. Goriup, J. (2013). Zdravstvena nega v primežu spremenjenih vrednot slovenske postmoderne družbe. Revija za zdravstvene vede, 1, št. 1, str. 5.
7. Kavčič, B. (2007). Organizacijska kultura. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
8. Klemenc, D. (2004). Medicinska sestra-zagovornica pacientovih pravic. Ljubljana: Obzornik zdravstvene nege.
9. Komunikacije (2013). Pridobljeno dne 7. 7. 2013, [www.leila.si/dokumenti/pok\\_2009.pdf](http://www.leila.si/dokumenti/pok_2009.pdf).
10. Kovač, J. (1998). Organizacijska kultura zdravstvene ustanove in menedžiranje neprofitnih organizacij. Ljubljana: Dedalus.
11. Medsebojni odnosi (2013). Pridobljeno dne 7. 7. 2013, [www.fov.uni-mb.si/index](http://www.fov.uni-mb.si/index).

- php?t=news&id=489&l=sl.
12. Merjenje ugleda (2013). Pridobljeno dne 17. 07. 2013, dne.ena.com/E-svet/.../9-stvari-ki-lahko-unicijo-vas-ugled-na-spletu.ht.
  13. Mihalič, R. (2006). Management človeškega kapitala. Škofja Loka: Mihalič in Partner d.o.o.
  14. Pohvale, pritožbe (2013). Pridobljeno dne 7. 7. 2013, www.vodja.net/index.php?blog=1&title=mo-pohvale...
  15. Poredoš, P. (2006) Medsebojni odnosi v zdravstvenem timu – pogoj za kakovostno storitev. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
  16. Reševanje Konfliktov pri tiskem delu (2013). Pridobljeno dne 18. 7. 2013, http// www.bb.si/doc/diplome/Miklavc\_Nina.pdf.
  17. Tavčar, M. I. (2002). Strateški management. Izola: Birografika Bori.
  18. Veliki splošni leksikon (1998). Ugled. Ljubljana: Tiskarna Mladinska knjiga.
  19. Žurga, G. (2003). Dobre prakse v slovenski javni upravi. Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve Republike Slovenije.



# Reševanje konfliktov v medosebnih odnosih

*POVZETEK - Medosebni odnosi nas spremljajo povsod v življenju. Izhajajo iz nas, iz naših osebnostnih lastnosti in so usmerjeni na druge. Ob stiku z ljudmi vedno primerjamo sebe z drugimi in druge med sabo ter pri sebi izoblikujemo neko mnenje, ki ga tudi izražamo. Kakšno bo to mnenje, je odvisno od naše spretnosti presojanja, saj nimamo vsi ljudje istih meril. Posledica tega je, da se naša mnenja do odnosov z drugimi razlikujejo. Zato je pomembno, da znajo člani tima pravilno komunicirati, prepoznavati probleme in rešljive konflikte. Na delovnem mestu preživimo veliko časa, zato so medosebni odnosi še kako pomembni. Pogosto ne moremo izbirati konfliktov, v katerih se bomo znašli, vedno pa lahko izbiramo, kako se bomo nanje odzvali. Zavedati se moramo, da prihaja do konfliktov predvsem zaradi slabih komunikacijskih poti med posamezniki, oddelki in ravnmi na hierarhični lestevici, kar povzroča nezadovoljstvo, nesporazume. Pri reševanju konfliktov nas lahko vodi preprosto pravilo za izbiro odziva, in sicer pomembnost lastnega interesa in pomembnost medosebnega odnosa.*

*KLJUČNE BESEDE: nastanek konflikta, zdravstvena nega, odzivi, reševanje*

## 1 Uvod

Kakovostni medosebni odnosi v zdravstvu so ključ do delovnega uspeha. Odnosi na delovnem mestu pomembno vplivajo na počutje, zdravje in posledično na zadovoljstvo z delom, ki ga medicinske sestre opravljajo. Če vladajo med zaposlenimi dobri medosebni odnosi, le-ti pripomorejo k manjšemu stresu, so vir veselja ter zadovoljstva ter omogočajo večjo učinkovitost. Konflikt pa je neizogiben del medosebnih odnosov, zato med zaposlenimi v vsaki delovni organizaciji pogosto prihaja do konfliktov. Glavni vir konfliktov med zaposlenimi so razlike med njimi. Vzroki so zelo različni, kot npr. nerazumevanje, napačno razlaganje dogodkov, razlike v starosti, spolu, kulturi, strah, nezaupanje, osebni predsodki. V zdravstveni negi se kot stresorji, ki povzročajo konflikte uvrščajo delovne obremenitve, dolgotrajni delovnik, omejitve na delovnem mestu in pomanjkanje podpore, nepredvidljive okoliščine dela, negotovosti v zvezi z zdravljenjem pri pacientovem trpljenju in umiranju, hierarhija v zdravstvu (Fan idr., 2009). Konflikti imajo lahko pozitiven ali pa negativen vpliv. Za dobre medosebne odnose je pomembno, da konflikt zaznamo, poiščemo vzrok in ga poskušamo ugodno rešiti oziroma odpraviti.

## 2 Najpogostejši poklicni stresorji za nastanek konflikta

Konflikt se začne v mislih najmanj dveh oseb in gre za dve nasprotni želji ali dva nasprotna cilja. Pri tem je potrebno razlikovati med pojmovanjem konflikta in problema. Vsak konflikt vsebuje določen problem, vendar vsak problem ne vodi v konflikt. Medosebni konflikt je stanje, ko dva ali več posameznikov znotraj tima delujejo neoptimalno zaradi njihove neuskkljenosti. Problem pa je stanje, ki ni zaželeno, a trenutno ne vidimo možnosti, da bi ga spremenili. Problem so vsakodnevne nerešljive življenjske težave, ki se jim moramo prilagoditi (Iršič, 2004). Zelo velik problem za nastajanje stresa pri poklicih, ki so izpostavljeni zagotavljanju neprekinjenega zdravstvenega varstva, je usklajevanje zahtev njihovega delovnega mesta in zasebnega življenja. Neskladje med zahtevami na delovnem mestu in zasebnim življenjem je pri medicinskih sestrah vir stresnih situacij, ki so najbolj rizične za dekompenzacijo kot posledico stresa (Fan idr., 2009).

Delovne obremenitve. Med vire stresa, ki izhajajo iz dela, se na prvo mesto uvršča delovna obremenitev ter zagotavljanje neprekinjenega zdravstvenega varstva. Znano je, da so nekateri poklici precej bolj izpostavljeni stresu, sem se prišteva tudi poklic medicinske sestre (Horvatič, 2013). Poklic zdravnika in medicinske sestre sta uvrščena med poklice, ki jih opravljajo v težjih okoliščinah in posebnih pogojih dela, pri svojem delu so odgovorni za zdravje in življenje pacientov, delo pa je v nenehni neposredni povezavi z ljudmi.

Dolgotrajen in neenakomerno porazdeljen delovnik. Delovni čas pogosto vpliva na obremenjenost medicinskih sester. Večinoma so medicinske sestre izpostavljene dvo- ali triizmenskemu delu, poleg tega se vključujejo v dežurstvo in delo v stalni pripravljenosti. Operativni posegi velikokrat zahtevajo podaljšanje delovnega časa, prav tako delovnega mesta ne morejo zapustiti takrat, ko je njihov urnik dela uradno zaključen. Delo v dežurstvu se začne popoldan in traja do naslednjega dne, medicinske sestre so na delovnem mestu neprekinjeno 16 ur, pa tudi 24 ur. Večkrat se zgodi, da zaposleni zaradi pomanjkanja kadrov po zaključenem dopoldanskem delu nastopijo dežurstvo, delovnik je v tem primeru daljši od 24 ur. Lockley, Scott in drugi (2007, v Horvatič, 2013) ugotavljajo da:

- kadar medicinske sestre delajo več kot 12,5 ur so tveganja za napake skoraj dvakrat večja, možnost kritičnega mišljenja se z dodatno opravljenimi urami manjša;
- medicinske sestre in zdravniki utrpijo več vbodov z iglami ravno v zadnjih dveh urah 12-urne delovne izmene, prav tako se poveča možnost razlitja bioloških tekočin;
- utrujenost, povezana z zagotavljanjem neprekinjenega zdravstvenega varstva je tako duševna kot telesna, zahteva pa daljši čas za obnovitev moči in sposobnosti.

Omejitev na delovnem mestu. Omejitve na delovnem mestu delimo na dve kategoriji (Močnik, 2010): človeške in organizacijske ovire. Človeške ovire vključujejo pomanjkanje znanja in izkušenj, pomanjkanje čustvenega dobrega počutja in pomanjkanje podpore s strani odgovornih oseb. Organizacijske ovire pa vključujejo

prevelike delovne obremenitve, pomanjkanje kadra, pomanjkanje uveljavljenih medicinsko-tehničnih pripomočkov.

Konflikti na delovnem mestu. Medicinske sestre pri varovanju zdravja, preprečevanju in odkrivanju bolezni ter zdravljenju bolnikov/poškodovancev najpogosteje sodelujejo z zdravniki. Pri tem ima vsaka skupina svojo funkcijo glede na poklic in usposobljenost. Uspešno medsebojno sodelovanje zdravstvenih delavcev je odvisno tudi od njihove sposobnosti, da uskladijo razlike v vrednotah, potrebah, znanju, ciljih in poklicnih kompetencah (Cox, 2003). Skupno delo medicinske sestre in zdravnika je sodelovalne in ne tekmovalne narave.

Hierarhija v zdravstvu. V preteklosti so bili zdravniki tradicionalnega moškega in medicinske sestre ženskega spola. Fletcher (2003) uvršča moško vlogo v javno sfero življenja, ženska vloga pa je spregledana in se uvršča v privatno sfero. Medicinske sestre so najštevilčnejša skupina zdravstvenih delavcev, vendar je status poklica obravnavan slabše od zdravniškega. Bezenšek in Barle (2007) ugotavljata, da medicinske sestre le redko dosežejo ustrezno profesionalno priznanje. Pačnik (1992, v Horvatič, 2013) navaja, da je položaj medicinske sestre povsod pogojen s hierarhijo v zdravstvu.

Pomanjkanje podpore. Med podporo na poklicnem področju se prištevajo: prožnost na delovnem mestu, podpora organizacijske kulture, dobri odnosi s sodelavci, medsebojno spoštovanje in ustvarjanje enakih možnosti (Cox, 2003). Zadovoljstvo ima tako velik vpliv na pripadnost organizaciji ali na absentizem in fluktuacijo zaposlenih.

Nepredvidljive okoliščine dela. Ekipe nujne medicinske pomoči, zaposleni na urgencah, v oddelkih za anesteziologijo in intenzivno terapijo se morajo spopadati s hitrimi in visokimi poklicnimi zahtevami. Zaposleni morajo dobro funkcionirati v zelo nepredvidljivih in časovno omejenih okoliščinah, reagirati morajo hitro in ustrezno, da lahko zagotovijo varnost pacientov (Milojčić, 2012). Velika izpostavljenost travmatičnim izkušnjam, kot so smrt, trpljenje in bolečine, povzročajo dodatno čustveno obremenjenost in stres.

Prisostvovanje pri pacientovem trpljenju in umiranju. Medicinske sestre se pri svojem delu, odvisno od delovnega mesta, pogosto srečujejo z umirajočimi pacienti. Stik z umirajočimi ali svojci umirajočih zahteva pogum, sposobnost empatije, predvsem pa realen pristop do umiranja in smrti, ki je sestavni del vsakega človeškega življenja. Izhodišča zdravstvene nege pri umirajočem so enaka kot pri ogroženih, hudo bolnih pacientih. Medicinska sestra, ki pri svojem delu prihaja v stik z umirajočimi in njihovimi svojci, mora v celoti upoštevati njihove fizične, psihične, duhovne in socialne potrebe (Saje, 2013). Kompleksen proces zdravljenja in zdravstvene nege vključuje hkrati obravnavo akutnih in umirajočih pacientov, vmes pa so medicinske sestre še na razpolago svojcem, ki imajo pogosto veliko vprašanj in nerealna pričakovanja glede zmožnosti zdravstvene nege.

Medosebni konflikt ali prepir, kot ga lahko pojmujejo, nastane zaradi vrste neresenih ali nerešljivih situacij. Pomembno je, kdaj nastajajoči konflikt zaznamo, da

ga lahko začnemo reševati. Pogosto konflikt opazimo šele takrat, ko zavestno ne moremo več vplivati na njegov pojav. Prag tolerance oz. prag zaznavanja, prepoznavanja konfliktnih situacij pomeni, koliko napetosti ali kako intenziven konflikt (prepir) smo sposobni zdržati, da ohranimo konstruktivno sodelovanje. V splošnem lahko vplive na to, kako zaznavamo konfliktna situacije razvrstimo v pet sklopov (Iršič, 2004):

- fiziološki dejavniki (lakota, neprespanost, utrujenost, bolezen),
- psihološki dejavniki (stres, vznemirjenost, potrtnost, žalost),
- okolje (določeni ljudje, prostor, čas),
- spremembe (prijod domov),
- nerazrešeni konflikti iz preteklosti (v določenem odnosu in nasploh).

Medicinske sestre se morajo zavedati, da zaradi pogojev dela prihaja do pomembnega nihanja praga tolerance za prepire oz. konflikte. Če vemo, kdaj je naša toleranca nižja, je smiselno reševanje konfliktov preložiti. V zdravstveni negi najpogosteje konflikt nastane zaradi:

- razlik v ciljih – npr. cilj enega oddelka lahko ovira doseganje ciljev drugega oddelka, kar pripelje do konflikta. Pri usklajevanju ciljev sta pomembni čustvena in razumska komponenta, ki sta v ciljih običajno obe prisotni, ter se ju težko razdeli.
- Odpora do sprememb – kadar v organizaciji prihaja do sprememb (novi načini dela, sprememba delovnega urnika, koriščenja prostih dni), zaposleni s svojim vedenjem izražajo odpor. Na splošno velja, da se ljudje upirajo spremembam, ker pomenijo ogrožanje ustaljenega načina obnašanja, statusa, plače (Armstrong, 1996).
- Različnost vlog – mnogo konfliktov je povezanih z različnimi vlogami posameznika, ki jih pri svojem delu opravlja (vloga sodelavca, mentorja, nadrejenega, podrejenega). Vsak posameznik si oblikuje različne vloge, pri tem pa izhaja iz svojih osebnih lastnosti.
- Pomanjkanje humorja - kajti z njim je mogoče razrešiti marsikateri konflikt (Trček, 1998).
- Značilnosti organizacijske strukture – konflikti se pojavijo tudi zaradi nekaterih značilnosti organizacijskih struktur. To so pogosto piramidne strukture, ki povečujejo rivalstvo med posamezniki. Hierarhična razdelitev oblasti se pojavlja kot vzrok večanja odvisnosti in prisotnosti strahu pred ocenjevanjem, ter pojava individualne odgovornosti (Vrčko idr., 2004). Weisinger (2001) navaja, da je velikost nekaterih modernih organizacijskih struktur s težavami v komuniciranju lahko sama po sebi vzrok za pojav konflikta. Komunikacija lahko povezuje ali razdružuje, zato je učinkovita komunikacija zelo pomembna.

Tradicionalno konflikt pojmuje kot škodljiv dejavnik, ki se mu je potrebno izogniti. Danes pa prevladuje mnenje, da konflikti sami po sebi niso ne dobri ne slabi. Konflikt je lahko tudi konstruktiven, ko izboljšuje kakovost odločitev, spodbuja kreativnost in povečuje interes in radovednost med timom. Lahko je tudi sredstvo za prevetritev težav, spodbuja samoocenjevanje in boljšo prilagoditev spremembam. Negativne posledice konfliktov v timu pa so nezadovoljstvo, slabši medsebojni od-

nosi in zmanjševanje delovne uspešnosti. Pojavi se upad komunikacije med sodelavci, stagnacija in/ali celo razpad odnosa ali sistema kot celote, pojavlja se psihično nasilje, izključitev posameznikov, duševne motnje, psihosomatske bolezni, motnje optimalne interakcije, prenos in dezintegracija (Iršič, 2005). Tako kot je nemogoče vnaprej predvideti posameznikovo vedenje, tudi ne moremo predvideti, kakšne bodo posledice konflikta v organizaciji.

Glede na obširnost negativnih posledic konfliktov moramo pravočasno pristopiti k reševanju konfliktna situacije že na začetku. Pri izboru ustreznega stila reševanja konfliktov pa moramo biti posebej pozorni na to, kateri način bomo izbrali.

### 3 Odzivi na konflikt

Odzivi na konflikt so različni tako pri različnih ljudeh, kot tudi pri istem posamezniku v različnih situacijah. Vsak človek ima svoj prevladujoč stil odzivanja, ki je poleg splošne naravnosti v zvezi s konfliktom, odvisen še od konkretnih okoliščin, razpoloženja (utrujenosti) in socialnega okolja. Udeleženci konflikta se lahko zavijejo v molk, poln skritih zamer in očitkov, vse do situacije, ko že fizična bližina sproži v enem ali drugem hudo čustveno napetost in neugodje. Iršič (2004) navaja pet najpogostejših odzivov:

Način izogibanja (umik). Kadar problem nima velike vrednosti za posameznika, se raje umakne, kot, da bi konflikt reševal. Zaradi prepričanja, da je vsak poskus reševanja konflikta že vnaprej obsojen na propad, se je pripravljen odpovedati svojim osebnim ciljem in tudi odnosu z drugimi. Umik je lahko fizičen ali psihološki, da samo umolkne in z mislimi zapusti dogajanje. Tak posameznik najbolje dela, kadar je sam, ker se s tem izogne potencialnim napetostim. Kadar problem resnično obstaja je takšno vedenje neproduktivno, ker se s takšnim ravnanjem ne doseže ničesar. V nekaterih situacijah pa je primerno (Možina, 2002):

- kadar so konflikti manjšega pomena in je škoda izgubljati čas za njihovo analizo,
- kadar ni dovolj informacij, ki bi posamezniku omogočili reševanje konflikta,
- kadar posameznik nima ustrezne moči v primerjavi z drugimi (podrejeni ne more veliko vplivati na novo strategijo, pa če mu je všeč ali ne).

Način prilagajanja (izglajevanje). Posamezniku medosebni odnosi veliko pomenijo, ker je rad z vsemi sodelavci v dobrih in nekonfliktnih odnosih. Ker menijo, da konflikti odnosom škodujejo, se odrečejo svojim osebnim ciljem, da bi nastale razmere rešili, če napetosti niso prehude jih skuša zgladiti s šalo ali prijaznostjo. Tak človek najbolje dela v timu, kjer vlada dobro vzdušje in dobri medosebni odnosi. S tem načinom se zagotovi dobro počutje ljudi, pravi problem pa ostane nedotaknjen in se pokaže prej ali slej. Način prilagajanja je dober vsaj za kratek čas, in sicer (Možina, 2002):

- kadar so zaposleni zapleteni v potencialno močan čustven konflikt, ki ga je potrebno omiliti,

- kadar so v timu dalj časa prisotna (prevladujoča) ostra nasprotja,
- kadar so problemi osebne narave in niso povezani z delom.

Način prevladovanja. Ko so osebni interesi zelo pomembni, odnos oz. interes drugega pa ne, bo posameznik izbral prevlado. Poskuša uveljaviti svoje mnenje, svojo rešitev ali svoj način, ter ne izgublja časa z iskanjem ali poslušanjem alternativ. Cilj hočejo doseči za vsako ceno, prikrito ali odkrito; pri tem se ne ozirajo na druge. Ljudi delijo na zmagovalce in poražence, sami želijo biti zmagovalci, ker jim zmaga daje občutek uspeha in ponosa. Prednost takega posameznika je, da zna biti uspešen, primanjkuje pa mu občutek za človeka. Če nastane konflikt med člani v timu, potem posameznik, ki je zagovornik tega načina, poprosi nadrejenega, da bi z njegovo pomočjo obvladal nasprotno stran. Nepopustljivo vztrajanje ene ali obeh strani vodi v stresno ali krizno situacijo (Možina, 2002). Preveliko uporabljanje tega načina škodi, ker druga stran ob tem otopi. V nekaterih situacijah pa bi bil tak način primeren:

- kadar okoliščine terjajo hitro odzivanje in ni časa za razne predloge ali želje,
- kadar je potrebno opraviti neprijetne zadolžitve (spremembe delovnega urnika, prepoved kajenja),
- kadar je potrebno koga zaščititi pred prevladovanjem druge osebe.

Pristajanje na kompromise. Kadar je posamezniku pomemben osebni cilj in tudi medosebni odnos, je pripravljen sklepati kompromis. Ker se zaveda pomembnosti medosebnih odnosov, je pripravljen v svojih zahtevah tudi popustiti, kljub temu pa preko pogajanj zase iztrži kar največ. Popusti toliko, da se najde skupna rešitev, vendar običajno ne več kot za polovico. Prednost takega posameznika je, da se zna pogajati in je večš iskanja hitrih rešitev. Veliko avtorjev (Možina, 2002; Iršič, 2004; Anderson, 2007) meni, da je to bolj stvarna oblika vedenja v konfliktnih situacijah. Ta način je primeren:

- kadar kompromis pomeni za obe strani večji dosežek ali vsaj ne slabšega, kakor če ga ne bi bilo,
- kadar ni mogoče doseči kaj več od tega,
- kadar predlogi ene strani blokirajo cilje druge strani.

Način dogovarjanja (razreševanje). Je način reševanja konfliktov, kadar so posamezniku pomembni tako lastni kot tuji interesi ter dobri medosebni odnosi. Prizadeva si poiskati optimalno rešitev konfliktna situacije. Pri iskanju rešitve uveljavlja svoje poglede ali interese, a hkrati obdrži dobre odnose. V proces iskanja take rešitve je pripravljen vložiti veliko energije in časa. Pristane samo na rešitev, ki zadovolji obe strani. Za razreševanje konfliktov v nasprotju s kompromisom potrebujemo več časa. Način dogovarjanja je posebno primeren:

- kadar imajo obe strani enega ali več skupnih ciljev, ne strinjajo pa se glede različnih poti, sredstev, načinov izvedbe,
- kadar dogovor vodi k najboljši rešitvi za konflikt,
- kadar se je potrebno na podlagi informacij odločiti kar najbolje, morda tudi s pomočjo zunanjega strokovnjaka.



## 4 Reševanje konfliktov v medosebnih odnosih

Pomembno je, da se zavedamo prisotnosti najrazličnejših konfliktov v vsakdanjem življenju ter, da kar precejšnjega števila teh konfliktov nikoli ne bomo rešili. Spособnost uspešnega reševanja in spopadanja s konflikti je v veliki meri odvisna od naše zmožnosti živeti z njimi. Medosebnih odnosov ni brez konfliktnih situacij in konfliktnih situacij ni brez medosebnih odnosov (Trček, 1998). Konflikti imajo lahko pozitiven učinek, če premoremo sposobnost, da jih uspešno rešujemo in sicer s komuniciranjem. Konflikti so dobri, če so dobri, če so neposredni, jasni, povezani s sedanjim problemom in težijo k ohranitvi odnosov. Konflikti so slabi, če so posredni, nejasno izraženi, povezani s preteklimi, časovno oddaljenimi problemi, ne težijo k ohranitvi medosebnih odnosov ter so polni neizrečenih misli in čustev (Vrčko, 2004).

Anderson (2007) nam predstavlja štiri korake reševanja konfliktov:

*Prvi korak – Soočite se z resnico (Ugotovite svojo glavno potrebo).* Medicinske sestre, se kot ostali ljudje, obdajo se z zidom, ko začutijo, da jih drugi na kakršen koli način ogrožajo. Ko to začutijo, (tudi, če si to samo domišljajo), se popolnoma človeško, odzovejo najprej z negativnimi občutki in odzivi. Njihov nagon za preživetje jim narekuje, da se morajo hitreje odzvati na občutke nevarnosti, kot na priložnosti. Odločajo se, ne da bi se popolnoma zavedale, kaj jih spodbuja. Čim bolj bodo poznale sebe, boljši bo njihov odziv in njihova izbira. V takšnih trenutkih moramo upočasniti dogajanje ter si priti na jasno sami s sabo tako, da se vprašamo: »Kaj si želimo? Kaj je za nas pomembno?« Skratka, najprej moramo ugotoviti svojo glavno potrebo. Vprašati se morate, kam se boste zatekli, kje boste našli podporo, pomoč ali tolažbo. Vprašati se tudi morate, kako in koliko vi podpirate sodelavce, ko so v težavah, ter kakšne so vaše sposobnosti? Kadar dajete drugim, kar potrebujejo, vam bodo povrnili, morda celo preden se boste tega zavedli sami. Lahko vam bo pomagal kdo, na katerega niste računali.

*Drugi korak – Stopite drugi strani naproti (Katere so potrebe drugega)?* Vprašajmo se, kaj drugi najbolj potrebuje in je zanj v konkretnem primeru, pomembno. Težko je pokazati, da se z nekom ne strinjamo, (predvsem s predpostavljenim). Poskušajte pogledati na situacijo z njihovega vidika, pozorno prisluhnite, kaj vam pripovedujejo. Zavedati se morate, da naše mnenje oblikujejo naše izkušnje in ne obratno. Nikdar ne mislite, da veste kaj si drugi mislijo ali želijo, tudi če ga dobro poznate. V naši naravi je, da mislimo, da je naše stališče edino pravilno in resnično. Poiščite šibke točke druge strani. Spoznanje uporabite za to, da boste lažje predvideli težave in se jim izognili in ne za njihovo razkrivanje in spreminjanje.

*Tretji korak – Pozorno prisluhnite drugi strani (Morda so nam podobni bolj, kot si mislimo).* Pozorno prisluhnimo drugi strani in pokažimo, da smo prisluhnili njihovim pomislekom. Najhitreje in najmočneje se odzovemo na tiste, ki se od nas razlikujejo po starosti, narodnosti, spolu, delovnem mestu. Bodimo spoštljivi v besedah in dejanjih. Na tej stopnji reševanja konflikta ne bo dobro, če bomo hoteli uveljaviti svojo voljo. Pogosto je najbolj odločilen trenutek v konfliktu, ko naša dejanja zaneti-



jo izbruh konflikta (ali doprinesejo), da se ta ohladi. Nikar ne hitimo in ne drezajmo v drugega vpletenega v konflikt. Bolj ko nam je nasprotnik zoprn, več časa in moči (truda) bomo potrebovali, da bomo pokazali, kako ga poslušamo, spoštujemo ter se zavedamo njegovih potreb. Nekaj enostavnih nasvetov:

- Govorimo tiho in počasi. Ne bodimo preveč zgovorni.
- Ne krilimo z rokami, prav tako ne zavzamemo odklonilne, zaprte drže (prekrižane roke ali noge, če sedimo), saj s tem sporočamo, da jih ne razumemo, ne jemljemo resno, ne pustimo do sebe.
- Postavljamo pomembna vprašanja (sprašujemo in ne zaslišujemo). Veliko več izvedemo o ljudeh iz njihovih vprašanj, kot iz odgovorov. Kadar boste nekomu dovolili, da vam zastavi tri vprašanja, ne da bi ga prekinjali, bo pri tretjem vprašanju že voljan izraziti svoje prave skrbi in bo o sebi povedal več, kot je sicer nameraval.
- Pozorno poslušajmo (sogovornik ima vedno prednost pred telefonom).
- Ne obnašajmo se, kot bi bili vsemogočni (na začetku razgovora ne uporabljajte besed ampak, čeprav, ker s tem kažete, da se s sogovornikom ne strinjate).
- Obvladujmo se. Ne dovolimo čustvom, da bi nas ovirala pri sporazumevanju, kar je pogosta napaka medicinskih sester. Kadar smo jezni ali čutimo, da smo ogroženi, začnemo govoriti glasneje in hitreje in prekinjamo sogovornika. Bodimo pozorni na to, da bomo govorili počasneje, uporabljamo razumljive besede, zmehčajmo glas. Kadar se ne strinjamo, pokažimo, da smo slišali (delno povzamemo povedano), prosimo za več podatkov, potrdimo, kar smo slišali in šele nato povejmo svoje mnenje.

*Četrti korak – Predlagajte rešitev za njegove in vaše glavne potrebe (Dokažite, da ste pravični).* Kadar predlagate rešitev konflikta, dokažemo svojo pravičnost tako, da v resnici prisluhnemo drugi strani. Potem mu z njegovimi besedami pojasnite, kaj bi lahko pridobil. Pojasnite mu tudi prednosti, ki jih ima takšna rešitev za vas. Tako boste pokazali, da ste spoštljivi. Ljudje se najpogosteje pritožujejo nad službo (Anderson, 2007), ker:

- nimajo občutka, da jih drugi poslušajo,
- ne čutijo, da jih drugi spoštujejo,
- mislijo, da skušajo drugi z njimi manipulirati ali jih nadzorovati,
- nimajo vpliva na odločitve, ki se tičejo njihovega dela.

Kadar boste najprej spregovorili o svojih potrebah, boste najverjetneje izzvali eno od teh pritožb. Kadar boste izbrali tehniko »krožnega potovanja« (štirje koraki), vam drugi ne bodo nasprotovali v dvogovoru, ublažili boste pritožbe, pritegnili pozornost, drugi pa bodo bolj motivirani, da držijo besedo. Najprej govorite o rešitvi, ki jim bi pomagala (zgradite most), nato šele nadaljujte z rešitvijo, ki bo ugodna za obe strani. Končajte z rešitvijo, ki bi pomagala vam. Kadar rešitev predlagate v tem vrstnem redu, boste dosegli naslednje:

- drugim boste pokazali, kaj bodo s tem pridobili;
- dokazali boste, da ste pripravljeni sodelovati, ne pa nadvladati ali tekmovati;
- njihovo pozornost boste preusmerili na možnosti, ki jih ponuja vaš predlog;
- pokazali boste, da imate častne namene.

Anderson (2007) predlaga deset načinov kako do sporazumne rešitve konflikta:

1. Predstavljajte si, da vsak po svoje pridobi.
2. Ne govorite, dokler se niste pripravljene sporazumeti.
3. Ohranite dobro voljo.
4. Kadar mislite, da je vaš kos torte premajhen, si predstavljajte večjo torto.
5. Časovni pritisk naj poveča vašo učinkovitost.
6. Ne pretvarjajte se, ne bodite hinavski.
7. Zadev, ki so za vas najpomembnejše, ne smete pustiti za konec.
8. Kadar bo potrebno, da posreduje tretji, ga morata spoštovati obe strani.
9. Bodite prilagodljivi.
10. Spoštujte trud in prispevek vsakogar, ki je prispeval k sporazumu.

## 5 Zaključek

Vsak človeški stik je vzajemen. Z vsem kar povemo, pa tudi s tistim, kar ni izgovorjeno, vplivamo na drugo osebo, ki se ob nas počuti ugodno ali pa mu vzbujamo občutke nelagodja. Medosebni odnosi nas spremljajo povsod v življenju. Izhajajo iz nas, iz naših osebnostnih lastnosti in so usmerjeni na druge. Ob stiku z ljudmi vedno primerjamo sebe z drugimi in druge med sabo ter pri sebi izoblikujemo neko mnenje, ki ga tudi izražamo. Kakšno bo to mnenje, je odvisno od naše spretnosti presojanja, saj nimamo vsi ljudje istih meril. Posledica tega je, da se naša mnenja do odnosov z drugimi razlikujejo. Zato je pomembno, da znajo člani tima pravilno komunicirati, prepoznavati probleme in rešljive konflikte. Za zaposlene v zdravstvu se čas, preživet na delovnem mestu daljša, delovni čas je razporejen neenakomerno, vsakdanjiki postajajo zasičeni z delom, zaposlitveni pogoji pa vse ostrejši. Na delovnem mestu preživimo veliko časa, zato so medosebni odnosi še kako pomembni. Pogosto ne moremo izbirati konfliktov, v katerih se bomo znašli, vedno pa lahko izbiramo, kako se bomo nanje odzvali. Zavedati se moramo, da prihaja do konfliktov predvsem zaradi slabih komunikacijskih poti med posameznimi oddelki in ravnmi na hierarhični lestvici, kar povzroča nezadovoljstvo, nesporazume. Konflikti lahko postanejo komunikacijski problem, ker udeleženci v konfliktu izgubljajo veliko časa, energije, kreativnosti, poveča se sovražnost, zmanjša se medsebojno zaupanje in odprtost, kar za zdravstveno nego ni dobro. Nesoglasja na delovnem mestu povzročajo, da postanemo nejevoljni, nezadovoljni in nesrečni in posledično, ne da bi sicer to želeli, postanejo žrtev pacienti. Nerešljive konfliktne situacije na delovnem mestu lahko pomembno vplivajo na uspešnost zdravstvene nege. Pravijo, da je tudi beseda zdravilo. Če je medicinska sestra večša komunikacije in se zaveda dobrega medosebnega odnosa, je to zagotovo uspeh na delovnem področju.

## LITERATURA

1. Anderson, K. (2007). Učinkovito reševanje konfliktov. Ljubljana: Tuma.
2. Armstrong, M. (1996). Personal management practice. London: Cogan Page.
3. Bezenšek, J. in Barle, A. (2007). Poglavlja iz sociologije medicine. Maribor: Medicinska fakulteta.
4. Cox, B. K. (2003). The effects of Intrapersonal, Intragroup and Intergroup Conflict on Team Performance Effectiveness and Work Satisfaction, 27, št. 2, str. 153-163.
5. Fan, W., Feng, Y. in Wu, L. (2009). The stressors in Professional Woman s Work –family Conflict. Canadian Social Science, 5, št. 3, str. 62-67.
6. Fletcher, J. K. (2003). Gender Perspectives on Work and Personal Life. Journal of Management Inquiry, 3, št. 1, str. 74-82.
7. Horvatič, M. (2013). Osebni konflikti zaposlenih in njihov vpliv na delovanje organizacije. Magistrsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta.
8. Iršič, M. (2004). Umetnost obvladovanja konfliktov. Ljubljana: Rakmo.
9. Iršič, M. (2005). Uvod v reševanje konfliktov v medosebnih odnosih. Ljubljana: Rakmo.
10. Milojčič, D. (2012). Stres in izgorevanje na delovnem mestu medicinske sestre. Diplomsko naloga. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
11. Močnik, R. (2010). Konflikt med delom in družino pri medicinskih sestrah. Diplomsko naloga. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
12. Možina, S. (2002). Menagement: Nova znanja za uspeh. Radovljica: Didakta.
13. Saje, M. (2013). Paliativna oskrba – vidik kakovosti ob izteku življenja. Magistrsko delo. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo.
14. Trček, J. (1998). Medosebno komuniciranje-kontaktna kultura. Ljubljana: Korona plus.
15. Vrčko, M. et al. (2004). Poslovno sporazumevanje in vodenje. Ljubljana: Biro Praxis.
16. Weisinger, H. (2001). Čustvena inteligenca pri delu z Ljudmi. Ljubljana: Tanagram.

## Dobri medsebojni odnosi

*POVZETEK - Dobri medsebojni odnosi in povezovanje, tako znotraj samega tima referenčne ambulante družinske medicine (RADM) kot z zunanjimi sodelavci, predstavlja pomembno vlogo pri kakovostni in celostni obravnavi pacienta na primarnem nivoju zdravstva. Namen prispevka je predstavitev dobre prakse medsebojnega povezovanja in sodelovanja v Zdravstvenem domu (ZD) Ljubljana. Posamezniki s svojimi znanji in kompetencami lahko pomembno pripomorejo h kakovostni in uspešni obravnavi pacientov, vendar lahko z dobrimi medsebojnimi odnosi in povezovanjem dosežemo še kakovostnejšo, celovitejšo in pacientom prijaznejšo obravnavo. V članku smo uporabili opisno metodo dela, ki temelji na prikazu dobrih praks obravnave pacientov v okviru RADM v ZD Ljubljana. Delo medicinskih sester temelji na strokovnem in kakovostnem delu ter dobrih medsebojnih odnosih v timu RADM, kot tudi na uspešnem povezovanju z ostalimi timi v zdravstvenem sistemu (ambulante družinske medicine - ADM, zdravstveno vzgojni centri - ZVC, diabetična ambulanta, patronažna služba) znotraj ZD Ljubljana. Dobri medsebojni odnosi v samem timu RADM, kot tudi z ostalimi timi znotraj zdravstvenega sistema, lahko pomembno pripomorejo h kakovostnejši in celovitejši obravnavi pacientov. Hkrati dobri medsebojni odnosi pozitivno vplivajo tudi na zaposlene in odnose s pacienti.*

*KLJUČNE BESEDE: medsebojni odnosi, referenčne ambulante, družinska medicina, celostna obravnava pacienta*

### 1 Uvod

Dan današnji, ko redna zaposlitev predstavlja neke vrste privilegij, se po drugi strani srečujemo z vedno večjimi pritiski s strani vodstev zavodov in s strani uporabnikov naših storitev – pacientov. Pogosto se zdi, da so dobri medsebojni odnosi v takih okoliščinah nemogoči. Pa res ne moremo sami nič narediti za boljše medsebojne odnose? Je res potrebno vložiti preveč energije v dobre odnose in pri tem računati na nizek izkupiček? Ali so dobri medsebojni odnosi lahko nekaj vsakdanjega v našem domačem in delovnem okolju? Smo res dolžni v zdravstveni negi vedno le potrpeti in delati na etični pogon?

V prispevku bomo skušali prikazati na praktičnem primeru obravnave pacienta v RADM, kako malo je potrebno storiti, da nam naši odnosi s sodelavci in pacienti ne bodo v breme, ampak v zadovoljstvo. Pri čemer bi radi poudarili, da v kolikor vsak udeleženec, ki vstopa v odnos, prispeva kanček dobrega in dober rezultat praktično ne more izostati. Na dolgi rok bomo ob vsakodnevnih dobrih medsebojnih odnosih pridobili tako mi zaposleni kot naši pacienti in ne nazadnje tudi naši domači.

## 2 Medsebojni odnosi v timu

Človek že od rojstva čuti potrebo po povezovanju, praktično bi brez stikov in povezovanja z ostalimi ljudmi propadel. Stiki omogočajo posamezniku normalen in nemoten razvoj, pomembni pa so tudi za oblikovanje njegove osebnosti (Musek, 1997).

Narava dela in življenja nas vodita k temu, da vedno več časa preživimo na delu. Počutje v delovnem okolju tako predstavlja pomemben dejavnik kakovosti življenja in dela posameznika. Na počutje v delovnem okolju pomembno vplivajo medsebojni odnosi zaposlenih. Utopično bi bilo pričakovati brezkonfliktne medsebojne odnose, saj so konflikti normalen življenjski pojav s pozitivno konotacijo. Razvoj mnogih medsebojnih odnosov bi bil brez konfliktov praktično nemogoč, toda prepogosta pojavnost konfliktov vodi v psihično obremenjenost posameznika in skupine. Navkljub vsemu se običajno o kakovosti medsebojnih odnosov sprašujemo in začnemo pogovarjati šele, ko imamo občutek, da gre v odnosu nekaj zelo narobe in potrebujemo zunanjo pomoč pri reševanju konfliktov. Najslabša možnost rešitve konfliktov v medsebojnih odnosih pa predstavlja ignoriranje konflikta, le to pa vodi v upad motiviranosti, kreativnosti, iniciativnosti in v napeto vzdušje v delovnem okolju (Terseglav, 2010).

Medsebojni odnosi in sodelovanje temeljijo na komunikaciji, katere namen je biti opažen, slišan, razumljen, priznan in sprejet. Namen komunikacije je spodbujanje akcij, s katerimi se doseže vpliv na druge ljudi; druženje, izražanje potreb, želja in čustev (Rungapadiachy, 2003).

## 3 Referenčna ambulanta družinske medicine

Populacija prebivalstva se stara, vse večja je obolenost za kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, število družinskih zdravnikov pa je z dneva v dan premajhno za potrebe prebivalstva. Pred timi ambulant družinske medicine je nov izziv. V svoje delokroge sprejemajo diplomirane medicinske sestre, ki se bodo ukvarjale predvsem s preventivnim presejanjem zdravih in obravnavo pacientov z urejeno kronično boleznijo. Kar bo klasične ambulante družinske medicine spremenilo v RADM. Diplomirane medicinske sestre (dipl. m. s.) tako same prevzemajo veliko odgovornost za varno obravnavo pacientov. S svojim dosedanjim znanjem in kontinuirano nadgradnjo le tega bodo v veliko pomoč tako zdravnikom v družinski medicini kot pacientom.

Obstoječemu timu ambulante družinske medicine, ki je do leta 2011 vključeval zdravnika in zdravstvenega tehnika oz. srednjo medicinsko sestro, se je pridružila za polovični delovni čas, še dipl. m. s. Uveljavila se je povsem drugačna organizacija in drugačne vsebine dela v primarnem zdravstvu. Referenčne ambulante so enakomer-

no porazdeljene po vsej Sloveniji, tako v javnih zavodih kot pri zasebnikih družinske medicine s koncesijo (Poplas Sušič in Marušič, 2011).

Delo v RADM se deli na dve specifični področji in sicer na preventivo ter obravnavo kroničnih pacientov.

### 3.1 Preventiva

Splošne ambulante so do sedaj opravljale preventivne programe bolj po lastni presoji in iznajdljivosti posameznega zdravnika, nosilca dejavnosti v ambulanti. To pripisujemo predvsem nepriznavanju programa preventive s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Torej, do sedaj ni bilo možno govoriti o sistematičnem presejanju populacije (Poplas Sušič in Marušič, 2011). V okviru referenčnih ambulant družinske medicine se presegajo naslednje bolezni (Vrtačnik, 2012, str. 6-15):

- srčno-žilna bolezen (SŽB),
- sladkorna bolezen tipa 2 (SB),
- astme,
- kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB),
- depresija in
- rakava obolenja.

Najnovejše raziskave kažejo na vse večji pomen celovite preventivne obravnave, saj je le ta lahko uspešna in učinkovita (Poplas Sušič, 2006).

Rezultati poročila kazalnikov kakovosti, ki jih v ZD Ljubljana vsak mesec sproti beležimo, so pokazali, da je bilo na nivoju ZD Ljubljana v oktobru 2013 preventivno presejanih 987 oseb, kar pri 771 je bil odkrit vsaj en dejavnik tveganja, le 143 je bilo zdravih. Dipl. m. s. so pri presejanju odkrile 22 pacientov z novoodkrito SB tipa 2, pri ostalih 48 so odkrile druge bolezni (pri 5-astmo, 8-KOPB, 1- SŽB, 29-arterijsko hipertenzijo, 5-depresijo). Taki in podobni vsakomesečni rezultati dokazujejo, da je preventivno presejanje v RADM še kako potrebno in upravičeno (Kazalniki kakovosti ZD Ljubljana, 2013).

### 3.2 Obravnava kroničnih pacientov

V okviru RADM se za enkrat obravnavajo pacienti s sledečimi kroničnimi boleznimi:

- sladkorno boleznijo tipa 2,
- arterijsko hipertenzijo (AH),
- KOPB in
- astmo.

Za varno in celostno obravnavo pacienta so bili v ta namen izdelani protokoli zdravstvene obravnave, ki varujejo tako pacienta kot diplomirano medicinsko sestro pred napakami, kar zagotavlja visoko stopnjo kakovosti pri obravnavi.

Opis posamezne stopnje obravnave kroničnega pacienta lahko ponazorimo s pomočjo sledečih parametrov (Poplas Sušič in Marušič, 2011, str. 12.):

1. Kaj narediti ob vsakem rednem pregledu.
2. Merila urejenosti bolezni.
3. Pogostost rednih (načrtovanih) pregledov, način komuniciranja itd.
4. Merila urgentnega stanja.
5. Ukrepi na primerni ravni ob napotitvi na urgenco.
6. Indikacije za napotitev na sekundarno/terciarno raven (poslabšanje, zapleti).
7. Kako urejati neurejenost/poslabšanje bolezni na primarni ravni.
8. Komunikacijske poti družinski zdravnik – bolnik.
9. Kazalniki kakovosti obravnave pacienta s kronično boleznijo.
10. Merila (zdravniška navodila) za ukrepanje diplomirane medicinske sestre.

## 4 Primer iz prakse

V ZD Ljubljana stremimo vsakodnevno k čim večji optimizaciji dela, pri čemer je naše glavno vodilo pacientom in zaposlenim prijazna obravnava, kakovost in celovitost oskrbe. Zavedamo se, da je doseganje navedenega možno le, če v timu in izven njega negujemo dobre medsebojne odnose, ki temeljijo na zaupanju in strokovnosti. To nam omogoča večje zadovoljstvo in motivacijo pri delu ter lažje reševanje morebitnih konfliktov.

*Primer bolnika z novoodkrito sladkorno boleznijo:*

58-letni Franc pride v ZD z namenom, da prevzame recepte za svojo mamo. V avli ZD medicinske sestre RADM in ZVC izvajajo ob dnevu sladkorne bolezni (14. november) populacijsko presejanje za sladkorno bolezen z vprašalnikom Findrisc, merijo krvni tlak in določajo raven glukoze v krvi. Že sami plakati izobešeni po hodnikih ZD, nagovorijo g. Franca k udeležbi presejanja. Ob pomoči medicinske sestre izpolni vprašalnik, na katerem doseže 17 točk, kar ga že uvršča v skupino oseb z visokim tveganjem za SB. Medicinska sestra razloži gospodu pomen izračuna in mu priporoči kapilarni odvzem krvi za določitev glukoze pri kolegici. Gospodu Francu na meritvi določijo vrednost glukoze v krvi 11,2 mmol/L, pri čemer pove, da je pred odhodom v ZD zajtrkoval. Medicinska sestra pacientu razloži izmerjeno vrednost in ga napoti v RADM, kjer ima izbranega osebnega zdravnika (IOZ). Z rezultatom meritve se gospod takoj odpravi do svoje ambulante. Na vratih ga sprejme srednja medicinska sestra. Ko izve, s kakšnim namenom se je gospod oglasil v ambulanti, pokliče kolegico diplomirano medicinsko sestro, ter se pozanima, če bo utegnila z gospodom že isti dan opraviti kratko obravnavo. Gospodu sporoči, da bo moral nekaj minut počakati na obravnavo pri dipl.m.s.. Le ta ga sprejme v svojih prostorih in mu predstavi svojo vlogo v RADM. Skupaj pogledata izvid meritve in vprašalnik in se dogovorita, da bo gospod Franc v naslednjem tednu opravil venozni odvzem krvi



v laboratoriju ZD na tešče. Naroči ga k sebi na obravnavo čez teden dni. Do takrat gospod ne bo spreminjal svojih življenjskih navad.

Po tednu dni se g. Franc ponovno oglasi pri dipl.m.s. v RADM, pred tem pa je že opravil odvzem krvi v diagnostičnem laboratoriju ZD. Skupaj z dipl. m. s. pregledata izvide in ugotovita, da je vrednost glukoze v krvi na tešče 7,2 mol/L. Poleg tega opravi dipl. m. s. vse meritve, ki jih je potrebno opraviti pri preventivnem presejanju za SB in ostale kronične nenalezljive bolezni. Pri čemer izmeri povečano telesno maso (ITM 32,4 kg/m<sup>2</sup>), zvišane vrednosti lipidov (holesterol 7,3 mmol/L, HDL 0,8 mmol/L, LDL 4,5 mmol/L, trigliceridi 3,02 mmol/L) in povišane vrednosti krvnega tlaka (156/90 mmHg). Gospod pove, da si doma občasno izmeri krvni tlak in izmerjene vrednosti nikoli ne dosežejo tako visokih vrednosti. Dipl. m. s. pacienta naroči na ponovni kontrolni pregled čez 10 dni k sebi in kasneje v istem dnevu še k IOZ, pri čemer naj pacient dan pred pregledom ponovno obišče diagnostični laboratorij v ZD za ponovni odvzem krvi (določitev glukoze v krvi), poleg tega pa naj si doma meri krvni tlak po protokolu dvakrat dnevno deset dni, meritve naj zapisuje v dnevnik, ki mu ga predstavi dipl. m. s. Dogovorita se tudi, da bo domači merilec krvnega tlaka gospod prinesel na naslednji pregled pri dipl. m. s.

Dipl. m. s. ob koncu delovnega časa obišče zdravnico in ji predstavi pacienta in rezultate meritev, skupaj ugotovita najverjetnejšo SB in AH pri pacientu in določita okvirne nadaljnje cilje in ukrepe, ki se bodo izvajali pri gospodu.

Ob ponovnem obisku gospod Franc prinese dipl. m. s. dnevnik meritev krvnega tlaka, povprečne vrednosti domačih meritev znašajo 144/86 mmHg, glukoza v krvi določena na tešče pa sedaj znaša 8,5 mmol/L. Dipl. m. s. gospodu še sama izmeri KT (150/88 mmHg) razloži izmerjene vrednosti ter ga napoti k IOZ. Le-ta predpiše gospodu peroralno terapijo za zdravljenje SB in AH, izda mu napotnico za pregled očesnega ozadja. Določita predviden datum kontrole, ki bo čez mesec dni. Do takrat bo gospod redno po navodilih zdravnice jemal predpisana zdravila in meril krvni tlak. Poleg tega bo skušal nekoliko spremeniti dosedanji življenjski slog.

Čez mesec dni gospod Franc ob ponovnem obisku pri dipl. m. s. predstavi svoj dnevnik merjenja KT, pove kako je skušal spremeniti življenjski slog, vendar potoži, da ni zadovoljen z rezultati sprememb, ki se po njegovem mnenju nični. Nima motivacije za telesno dejavnost in nima idej kaj naj si kuha. Izvidi iz diagnostičnega laboratorija pokažejo, da je glukoza v krvi padla na 6,2 mmol/L, iz dnevnika meritev KT razberemo povprečno vrednost 136/82 mmHg. Ne želenih stranskih učinkov zdravil ne opaža. Ob pregledu dipl. m. s. opravi še pregled stopal in naredi presejalni test za diabetično stopalo. Glede na to, da pacient sam ni motiviran za spremembe in se počuti doma osamljenega, mu dipl. m. s. predlaga udeležbo na delavnicah, ki jih izvajajo dipl. m. s. v okviru ZVC in dipl. m. s. edukatorica v sklopu diabetološke ambulante. Predstavi mu aktualne delavnice in ker gospod izrazi zanimanje za udeležbo, pokliče kolegico edukatorico in se pozanima ali, in kdaj bi se gospod lahko vključil v delavnico. Ker so se delavnice za novoodkrite bolnike s SB šele dobro pričele, je dipl. m. s. edukatorica pripravljena gospoda takoj vključiti v program delavnic. Dipl. m. s.

izda interno napotnico za ZVC in pacienta pospremi do IOZ. IOZ se strinja z izdelanim načrtom vodenja SB in predpiše gospodu recepte za tri mesečno obdobje. Med tem gospod Franc od soseda izve, da organizira ZVC na bližnji osnovni šoli redno telovadbo pod vodstvom izkušene fizioterapevtke in se tudi sam navduši za vadbo. Pokliče dipl. m. s. v RADM in se pozanima o možnostih za udeležbo. Dipl. m. s. z navdušenjem sprejme njegovo pobudo in mu obljubi, da ga bo obvestila ob potrjeni prijavi. Pokliče kolegici v ZVC in prosi, če lahko vključijo v delavnico telesne dejavnosti še gospoda Franca. Stopnja njegove motivacije je bila na visoki ravni, zato se obema zdi smiselno in pomembno, da ga vključita v program takoj. Dipl. m. s. iz RADM napiše interno napotnico in obvesti gospoda o pozitivno rešeni prošnji za vključitev v program telesne dejavnosti.

#### *4.1. Pomen in razčlenitev dobrih medsebojnih odnosov*

V zgoraj navedenem primeru lahko najdemo več navedb dobrih medsebojnih odnosov tako v samem timu RADM, kot tudi izven njega. Skupno je bil dosežen isti cilj, zadovoljen pacient in zadovoljni zaposleni.

#### *Odnos diplomirana medicinska sestra v RADM – pacient*

Vloga diplomirane medicinske sestre v odnosu do pacienta se je v zadnjih letih razvila v smeri vzgojiteljice, sodelavke, strokovnjakinje, zagovornice. Dipl. m. s. v RADM z nenehnim učenjem in razvojem same zdravstvene nege kot stroke, pacientom zagotavlja celovitejšo in strokovnejšo obravnavo. Dipl. m. s. si mora za vsakega pacienta vzeti dovolj časa, da z njim pregleda in predela informacije, ki jih je dobil. Poleg izobraževanja pacienta na individualni ravni in timski ravni, naj pacient prejme tudi pisno gradivo, z zanj vključenimi pomembnejšimi informacijami (priložne zloženke, dodatna navodila idr.). Dipl. m. s. tako s svojim znanjem in zdravstveno vzgojnim delovanjem lahko doseže pri pacientu kontinuiran, poglobljen in terapevtski odnos, ki vodi do cilja. Le ta je opolnomočenje pacienta, do največje možne mere, ki jo posameznik še lahko doseže. Opolnomočen pacient se bo manjkrat vračal v ambulanto RADM in pri njem lahko pričakujemo, da bo število zapletov kronične bolezni znatno manjše, kot pri ne opolnomočenem pacientu. Ravno to naj bo še dodatna spodbuda za dipl. m. s., da motivirano in poglobljeno dela z vsemi pacienti.

#### *Odnos znotraj tima RADM*

Odnos sodelovanja med medicinskima sestrama je usklajen, delovne naloge se opravljajo uspešno, kar ima za rezultat povečano uspešnost dela. Sodelavki se med seboj spoštujeta, si pomagata, skupaj rešujeta probleme, ki nastajajo. S takim odnosom sodelovanja ne naletita na pomembnejše konflikte. Diplomirana medicinska sestra se dobro zaveda pomena dela srednje medicinske sestre v RADM, njeno delo spoštuje, ji zaupa in ji pomaga. Dobri medsebojni odnosi med medicinskima sestrama predstavljajo osnovo za dobro delovanje RADM.

Zdravnica kot vodja tima RADM svojima sodelavkama medicinskima sestrama zupa, jima pomaga k boljši učinkovitosti pri delu, motivira paciente za obisk pri dipl. m. s. in vsakemu posebej predstavi pomen njenega delovanja. Skupaj z medicinskima sestrama iščejo rešitve za boljšo in prijaznejšo obravnavo pacientov. Morebitne nejasnosti in konflikte skušajo reševati sproti ob nastanku in jih ne prelagajo. Da bi tim deloval čim bolj uigrano se udeležujejo skupnih izobraževanj, ki jih izkoristijo tudi za neke vrste »team building«.

Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki je relativno nov pojav, do pred kratkim je veljal ta odnos za podrejenost - nadrejenost. Medsebojni odnosi v timu RADM temeljijo na povezovanju, soodvisnosti, partnerstvu in skupni moči za isti cilj. Zavedajo se, da je vsaka uspešna posameznica v timu pomemben in uspešen člen, skupaj kot tim so lahko še boljše.

### *Odnos diplomirana medicinska sestra v RADM – diplomirana medicinska sestra v ZVC*

Z uvedbo RADM se je pri delu stroke pojavil dvom in celo strah, da bo zmanjkalo dela za ZVC. Vendar se je le to izkazalo za napačno predvidevanje. Preventivnega dela s pacienti je dovolj tako za ZVC kot tudi za time RADM, ob našem skupnem povezovanju pa lahko pacientom ponudimo kar največ in najboljše možno stopnjo obravnave. Dobra komunikacija med medicinskimi sestrami lahko marsikateremu pacientu prihrani čas in poveča motivacijo za spreminjanje življenjskega sloga. Kot dobra praksa se je izkazala tudi udeležba dipl. m. s. iz RADM v vseh delavnicah, ki jih ponuja ZVC v enoti. S tem je bolje spoznala same delavnice in jih posledično bolje predstavila pacientom ter jih tako uspešneje motivirala za udeležbo. Kot dobro pa se je izkazalo tudi skupno organiziranje dogodkov za širšo populacijo, ki obiskuje ZD (merjenje krvnega tlaka, krvnega sladkorja, določitev PSA, idr.), ki jih izvajamo ob različnih priložnostih (svetovni dan zdravja, svetovni dan sladkorne bolezni idr.).

### *Odnos diplomirana medicinska sestra v RADM – diplomirana medicinska sestra edukatorica*

Dipl. m. s. v RADM vodi praviloma dobro urejene bolnike s sladkorno boleznijo tipa 2, ki ne prejemajo inzulinske terapije. Njena kolegica dipl. m. s. edukatorica, pa se ukvarja z bolj zapletenimi pacienti, ki potrebujejo bolj kompleksno obravnavo. Kljub temu, da vse dipl. m. s. v RADM opravijo modul vodenja bolnikov s SB lahko naletijo na težave, ki jih same težko rešijo. Pri tem se lahko v ZD vedno obrnejo po pomoč k dipl. m. s. edukatoricam. Skupni cilj povezovanja je vsekakor dobro vodena sladkorna bolezen z nič ali manj zapletov, posledično popolnomočen in zadovoljen pacient.

### *Odnos diplomirana medicinska sestra v RADM – vodstvo*

Z navedenega primera obravnave pacienta se sicer direktno ne razbere odnos dipl. m. s. in vodstva. Vsekakor pa se to pomembno odraža pri njenem vsakdanjem delova-

nju. Ravnanje z ljudmi pri delu pomembno vpliva na organizacijsko klimo, tega se vodstvo ZD Ljubljana zaveda. Redno vsakoletno v ta namen preko anonimne ankete merijo zadovoljstvo zaposlenih in skušajo pridobiti od zaposlenih čim več predlogov za izboljšavo dejavnikov, ki vplivajo na zadovoljstvo zaposlenih pri delu. Zavedanje zaposlenih, da v danih pogojih ne morejo pričakovati višanja plač kot nagrado; motivacijo pri delu lahko vodstvo doseže z drugimi vrstami motiviranja zaposlenih (primerno delovno okolje, delovni pogoji, urnik dela, omogočanje internih izobraževanj, samostojnost pri delu, izzivi pri delu, ugled dela, skupna neformalna srečanja idr.).

## 5 Zaključek

Tako v domačem kot delovnem okolju se vedno bolj zavedamo, da je pomen medsebojnih odnosov nezanemarljiv. Celo več, v današnji družbi, kjer se na prvi pogled zdi, da vrednote izgubljajo pomen, postavljamo dobre medsebojne odnose na visoko mesto v lestvici zadovoljstva pri delu. Naloga vodstva je, da čim bolje upravlja s človeškimi viri, pri tem pa ne obravnava zaposlenih kot strošek, ampak pri vsakem posamezniku poišče in ceni njegova znanja, kvalitete in veščine. Pomembno je, da vodje ustvarjajo dobre medosebne odnose, zdravo in stimulatивно delovno okolje, le-to bo omogočilo zaposlenim osebno rast in prijetno počutje na delovnem mestu. Pri čemer pa zaposleni ne smejo zanemariti osebnih odnosov v domačem okolju in privatnem življenju, ker le-ti posredno vplivajo tudi na počutje v službi. Osebno zadovoljstvo in dobre medsebojne odnose v zdravstvu pa vsekakor najbolj občutijo pacienti.

## LITERATURA

1. Kazalniki kakovosti ZD Ljubljana (2013). Ljubljana: Zdravstveni dom Ljubljana.
2. Musek, J. (1997). Psihologija. Človek in družbeno okolje. Ljubljana: Educy.
3. Poplas Susič, A. in Marušič, D. (2011). Referenčne ambulante. Bilt – Ekon Organ Inform Zdrav 2011, 27, št. 1, str. 13.
4. Poplas Sušič, T. (2006). Vloga osebnih zdravnikov in možni javnozdravstveni ukrepi pri zmanjševanju pitja alkohola v Sloveniji. Doktorska disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta.
5. Rungapadiachy, M. D. (2003). Medosebna komunikacija v zdravstvu. Ljubljana: Educy.
6. Terseglav, S. A. (2010). Dobri medsebojni odnosi kot dejavnik uspešnosti ljudi in organizacij. V: Zorko, A. (ur.). Učinkovitost upravljanja in vodenja v zdravstvu. Čatež: Društvo ekonomistov v zdravstvu, str. 55-59.
7. Vrtačnik, K. (2012). Aplikacija teorije Dorothee Orem v procesu zdravstvene oskrbe kroničnega pacienta v referenčni ambulanti. Diplomsko delo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

# Medsebojni odnosi v babiški negi

*POVZETEK - Rojstvo je verjetno najbolj čustven, dramatičen in spoštovanja vzbujajoč dogodek v življenju posameznika in njegove družine. Zdravje mlade družine je temelj zdravja celotne družbe. Poslanstvo babiške nege je obravnava ženske med nosečnostjo, porodom, poporodnim obdobjem ter novorojenčka, dojenčka, s ciljem ohraniti oziroma doseči najboljše zdravje, posega pa tudi na področje ginekologije in načrtovanja družine. Babiška nega upošteva, da sta nosečnost in rojevanje naravni del življenjskega ciklusa, na katerem temelji zdravje družine oziroma celotne skupnosti, upošteva potrebe in želje žensk in njihove odločitve, sprejete na osnovi ustreznih informacij. Modeli in teorije babiške nege, so v fazi razvijanja, osnovani so iz osnov modelov zdravstvene nege, kar pa se izkazuje kot pomanjkljivost, s stališča, da sta nosečnost in rojevanje fiziološki pojav, ki je mnogo bolj povezan z zdravjem kot boleznijo. Medsebojni odnosi so zelo pomembni pri zadovoljevanju potreb vsakega posameznika, kar se odraža tudi v babiški negi, kjer imajo medsebojni odnosi posebej pomembno vlogo, saj so v teh odnosih poleg babice in ženske (nosečnice, porodnice, otročnice) prisotni tudi zdravnik-specialist ginekologije in porodništva ter spremljevalec pri porodu (partner, mama, sestra, prijateljica, doula- porodna spremljevalka).*

*KLJUČNE BESEDE: babica, babiška nega, medsebojni odnosi, modeli in teorije babiške nege, profesionalizacija v babištvu*

## 1 Uvod

Medsebojni odnosi so oblika medosebne socialne interakcije med najmanj dvema udeležencema tega procesa. Medsebojni odnosi vplivajo na ljudi in izide delovanja med njimi. Komunikacija je osnovni element medosebnih odnosov. S komunikacijo medosebne odnose krepimo ali pa z njo le- te poslabšamo. Medosebna komunikacija je interakcija med udeleženci v stiku, je nujno potreben proces za nastanek in ohranjanje medosebnih odnosov in drugih socialnih odnosov, vendar je medosebni odnos, ki se vzpostavi, več kot le trajnejša interakcija med osebami. Razlika je v razmerju, predvsem v čustvenem razmerju med njimi. Razmerje določajo številni psihološki in psihosocialni dejavniki (spol, starost, izkušnje, socialni položaj in interesna usmerjenost ter vloge, stališča ter vrednote) vseh udeležencev v stiku (Rakovec, 2009, str. 38). Medsebojni odnosi so zelo pomembni pri zadovoljevanju potreb vsakega posameznika, kar se odraža tudi v babiški negi, kjer imajo medsebojni odnosi posebej pomembno vlogo, saj so soudeleženci v teh odnosih večplastni in povezujoči se. Rojevanje je stresno dogajanje, je kulturno preoblikovan fiziološki pojav, za porodnico, spremljevalca pri porodu. Med rojevanjem se pojavi zaskrbljenost, strah in negotovost. Zaupanje, spoštovanje in empatični pristop so nujno potrebni za vzpostavitev dobrega medsebojnega odnosa, za uspešno sodelovanje. To prinaša po-

zitivne rezultate in dobro korist (udobno počutje med rojevanjem, pozitivna izkušnja rojevanja, uspešno dojenje). Dobri medsebojni odnosi pozitivno vplivajo na potek in odvijanje faz porodnih dob, kar posledično pripomore k bolj hitremu, manj bolečemu porodu, kajti porodnica se počuti v vzajemnem odnosu varna in zaupa babici, ter je pripravljena sodelovati.

## 2 Medsebojni odnosi v babiški negi

Medsebojni odnosi v babištvu temeljijo na teoretičnih osnovah in modelih zdravstvene nege, ki se uporabljajo tudi v babiški negi ter na glavnih elementih novega profesionalizma. Profesionalizem (fr.professionnalis -me) pomeni poklicno opravljanje dejavnosti (Priročni slovar tujk, 2005, str. 663). Profesionalizacija poklicev predstavlja enega temeljnih konceptov v sociologiji dela in v sociologiji profesij, ter pojasnjuje spremembe na ravni družbe in družbene delitve dela. Koncept profesionalizma se spreminja skladno z družbenimi razmerami, zato elementi starega profesionalizma (etika, moč, strokovno znanje) niso dovolj, da bi bil določen poklic opredeljen za profesijo. Vse pomembnejši postajajo odnosni elementi, kot so reflektivna praksa, medpoklicno sodelovanje ter sodelovanje z uporabniki, to pomeni empatija, empatični pristop, skrb, refleksija (Mivšek, 2012). Babica je strokovnjakinja na svojem področju dela, na področju babiške nege. Babištvo je profesija. Sodelovanje z uporabniki ter dobri medsebojni odnosi so temeljni element profesionalizma in ključen dejavnik kakovostnih babiških storitev v smislu žensko osrediščene skrbi. Babica v obravnavi ženske podpira informirano odločitev (porodni načrt, to je scenarij poroda, ki ga izdelajo in oblikujejo ženske za aktivno soodločanje o porodu). Babiška filozofija, ki oblikuje vrednote in načela babiške nege, predstavlja, da so nosečnost, porod in poporodno obdobje, materinstvo normalni - fiziološki procesi v življenju ženske. Babiški model skrbi za ženske spodbuja enakopraven in sodelovalen odnos z žensko, gradi na njenem medsebojnem spoštovanju in stremi k samostojnosti žensk. Ženske naj bi se na podlagi informacij o skrbi zase odločale same ter soodločale in kot posledica le tega tudi sprejemale odgovornost za lastne želje in odločitve. V kontekstu informirane odločitve babica spoštuje željo ženske o porodnem okolju, načinu poroda (lajšanje porodne bolečine, različni položaji rojevanja), glede posegov (klistir, britje, predrtje plodovih ovojev) in obravnave. Babice pri svojem delu in pri oblikovanju medosebnih odnosov z žensko in njenim spremljevalcem med porodom, ter v odnosu z zdravnikom uporablja teoretične koncepte - uporaba modelov in teorij zdravstvene nege, ki so uporabni tudi v babiški negi. V uporabi je procesna metoda dela ter teorija zdravstvene nege V. Henderson. Prisotne so razlike med stroko zdravstvene nege in babiške nege, glede na njun ločen razvoj in specifičnost področja dela (Mivšek, Skoberne, 2006). V babiški negi se uporabljajo tudi modeli, ki temeljijo na socioloških teoretičnih osnovah in feminističnih teorijah. Najbolj pogosto uporabljeni modeli v babiški negi so: Model Roperjeve, Model Oremove, ki je osrediščen na samooskrbo in zdravje, teorija R. Sleutel, ki je osnovana



na teoriji socialne podpore (emocionalna podpora, nasvet, informacija, spodbuda in potrditev, fizična pomoč). Pri vzpostavitvi in načinu medsebojnega odnosa z žensko, ki rojeva ter spremljevalcem pri porodu babica poleg že opredeljenih modelov in teorij uporablja tudi teorijo zdravstvene nege H. Peplau, tako imenovan interakcijski model medosebnih odnosov. Interakcija pomeni medsebojno delovanje, delovanje drug na drugega, medsebojno vplivanje. Model medosebnih odnosov, to je teorija H. Peplau pomeni terapevtski medosebni proces, ki s pomočjo učenja in svetovanja vodi in pospešuje razvoj osebnosti (Ramšak Pajk, 2000). Osnovni element modela je medosebni odnos med babico in žensko (nosečnico, porodnico, otročnico). Cilji babiške nege so lahko doseženi le s sodelovanjem v dobrem medosebnem odnosu med babico in žensko. Ta odnos imenujemo terapevtski medosebni odnos, kajti oba udeleženca se razvijata, spreminjata, spoznavata skozi odnos.

### *2.1 Medsebojni odnos babica - porodnica*

Medosebni odnos med babico in žensko se razvija preko različnih faz, faza orientacije, faza identifikacije, faza interakcije ter razrešitvena faza. Skozi faze medosebnega odnosa babica prevzema različne vloge (vloga tujca, vloga osebe, ki daje ženski informacije, vloga učiteljice, ki žensko uči, vloga svetovalke, vloga vodje in izvajalke babiške nege). Babica vodi in je koordinator poteka faz medosebnega odnosa, medtem, ko je vsebinski vodja ženska. Medosebni odnos je priložnost za rast in razvoj obeh. Za reševanje problemov je uporaben problemski pristop. Babica in ženska lahko v medosebnem odnosu ugotovita nepravilnosti, pomanjkljivosti in se skupaj dogovorita za spremembe, možne izboljšave. Babica žensko vodi, jo spodbuja, ji svetuje, in se ne odloča namesto ženske. Prisotnost babice ob ženski, ki rojeva, je zelo pomembna. Ženska, ki rojeva, naj ne bo nikoli sama. Fizična prisotnost, je prisotnost babice ob ženski, pomeni fizično pomoč. Fizična pomoč pomeni podporno dejanje babice pri opravljanju aktivnosti, ki jih porodnica ne zmore opraviti sama. Tolažba, zagotavljanje udobja - lajšanje porodne bolečine, dotik, držanje za roko. Huda porodna bolečina lahko pri porodnici povzroči zavračanje sebe in otroka ter občutek socialnega zavračanja - ne čuti se sprejeto. Psihološka prisotnost babice - medosebni odnos med babico in žensko oziroma terapevtska prisotnost pa pomeni delovanje in vplivanje drug na drugega. Emocionalna podpora (empatija, samozavest, skrb, spoštovanje, reflektivno poslušanje), se med porodom izražajo z dotikom, bližino, očesnim kontaktom. Vse to daje ženski občutek varnosti, tolažbe in občutek, da zanjo nekdo skrbi. Ženska, ki rojeva je v središču pozornosti, je spoštovana in cenjena. Emocionalna podpora dviga porodnici zmožnost za prenašanje intenzivne porodne bolečine ter spodbuja njeno samozavest. Babica porodnici daje nasvete in informacije, kar olajšuje sprejemanje dane situacije (obveščanje porodnice o poteku poroda vpliva na samopodobo, zavedanje porodnice o dogajanju omogoča njen notranji nadzor). Babica žensko spodbuja na podlagi vrednotenja njenega truda, na ta način babica krepi njeno samozavest. Porodnica stalno primerja svoja dejanja z idealom - kako si je sebe predstavljala v dani situaciji, ter kritično presoja svoja dejanja in zmogljivost med porodom. Če ima porodnica občutek nemoči, to lahko v njej



povzroči občutek nesposobnosti ter izgubo samokontrole. Babica lahko te občutke omili, na način, da porodnico pomiri, jo spodbuja ter poskuša ponovno vzpostaviti njeno notranjo kontrolo. Svetovanje ima velik vpliv na medosebni odnos med babico in žensko. Svetovanje je metoda, ki pomaga ženski prepoznati in nadzirati stres ter olajša medsebojne odnose ženske in njene družine z drugimi zanjo pomembnimi ljudmi, ter babico. Babica s svetovanjem ženski pomaga sprejeti aktualne spremembe, ki so posledica stresa. Svetovanje je emocionalna, intelektualna in psihološka pomoč ženski, ki jo nudi babica. V svetovalnem odnosu delujeta oba sogovornika skupaj z vzajemnim spoštovanjem. Kakovost medsebojnega odnosa je odvisna od deleža posameznikovih lastnosti tistega, ki pomaga. Svetovanje skoraj lahko primerjamo s poučevanjem. Za svetovanje in poučevanje so potrebne dobre komunikacijske sposobnosti in spretnosti babice, rezultat pa je sprememba pri ženski. Pri svetovanju sprememb sledi novo vedenje in čustva, medtem, ko je pri poučevanju žarišče sprememb intelektualna rast, pridobivanje znanja. V vsakem medosebnem odnosu, je bistvena komunikacija - sposobnosti babice za komunikacijo. Sposobnost babice, da sliši oziroma zna poslušati. Dober poslušalec je tisti, ki v medosebnem odnosu želi razumeti drugega, ga je pripravljen poslušati in usmeri vso svojo pozornost sogovornika. Jezikovne sposobnosti - pomembno je uporabljati jezik, ki ga ženska razume, jedro v medosebnem odnosu je govor oziroma uporaba jezika. Uporaba strokovnih izrazov zmanjša kakovost in razumevanje v medosebnem odnosu. Sposobnost zastavljanja in oblikovanja vprašanj - intervju je najpogostejši način za pridobivanje podatkov.

Dinamičnost dobrega, zaupnega medosebnega odnosa med babico in žensko, ki rojeva, prispeva k boljšemu razumevanju potreb, občutkov, težav in prepričanj, medsebojni odnos ni nekaj, kar nastane, temveč je dinamično stanje, ki se razvija, spreminja in ob tem vpliva na osebnostno rast in razvoj. Babica v medsebojnem odnosu z žensko deluje čustveno z empatijo, na podlagi reflektivne prakse ter nudenjem možnosti izbire, odločitve in soodločanja.

## *2.2 Odnos babica - zdravnik, specialist ginekologije in porodništva: element profesionalizma medpoklicno sodelovanje*

Medpoklicno sodelovanje je proces skupnega načrtovanja in dejavnosti, z enakimi cilji in deljeno odgovornostjo (Mivšek, 2012). Medpoklicno sodelovanje predstavlja medsebojno soodvisnost, vendar pa vsak posameznik prevzema odgovornost za svoje delo. Medsebojno sodelovanje je koristno predvsem za uporabnice zdravstvenih storitev, obenem pa tudi za stroko, ki se povezuje (babiška nega, klinično področje ginekologije in porodništva). Medsebojno sodelovanje med zdravniki in bobicami zagotavlja bolj kakovostne zdravstvene storitve, zadovoljstvo na delovnem mestu, hkrati pa dviga in izboljšuje tudi dobro delovno počutje v delovnem okolju (porodna soba, dispanzer za ženske, ginekološko - porodniški oddelek). Zadovoljstvo bobic z lastnim poklicem, ter možnost bobic, da opravljajo vse vloge, ki jih predpisuje definicija poklica, dviga profesionalno samopodobo bobic in krepi občutek zadovoljstva

na delovnem mestu. V primeru, da babice nimajo občutka samostojnosti, avtonomije in se ne počutijo varne na delovnem mestu in v odnosu do zdravnika, to izražajo tudi v medosebnem odnosu do žensk. Predpogoj za uspešen interdisciplinarni odnos so skupne vrednote, znanje o interprofesionalni komunikaciji, podobnost med strokama in občutek nizke stopnje ogroženosti. Nujno za dobro sodelovanje je torej aktivna vloga vseh vpletenih, medsebojno spoštovanje ter zavedanje, da vsakdo igra pomembno vlogo, učenje drug od drugega, odprtost v komunikaciji, dogovarjanje, pripravljenost na sklepanje kompromisov. V medsebojnem sodelovanju in odnosu med babico in zdravnikom so ovire lahko številne, in sicer različna stopnja izobrazbe, uporaba različnih vrst znanja, razlike v družbenem statusu ter stroga hierarhija zdravstvenega sistema, problematični pa so tudi spolni diskurzi. Babištvo v obstoječem zdravstvenem sistemu, trenutno ne zmora razviti vseh svojih potencialov. Babice niso samostojne izvajalke babiške nege, temveč asistentke zdravniku-ginekologu, porodničarju. Prepričanje babic o avtonomiji lastne stroke zavira odprtost za medsebojno sodelovanje, prav tako ločevanje filozofij na medicinski in babiški model skrbi za žensko. Za sodobno obliko organizacije dela je značilna nujnost timskega dela, kar povzroči spremembo odnosov. Medicinski model je dominanten model, ki nosečnost, porod in poporodno obdobje smatra za potencialno patološko stanje, ki zahteva intervencije in obravnavo medicinsko strokovnega osebja. Babiški model je alternativa medicinskemu modelu. Uspeh za zdravnike je nizka maternalna in perinatalna morbiditeta in mortaliteta, za žensko in babico pa pomeni porod izpolnjujočo porodno izkušnjo, uspešno vzpostavitev odnosa in stika z novorojenčkom in uspešna integracija nove socialne vloge ženske kot matere. Zdravnik se vidi kot ekspert, ki se zna odločati na podlagi svojega strokovnega znanja, babištvo v ozir jemlje žensko, njeno intuicijo, občutke in potrebe. Babice v povezavi z žensko odklanjajo dominantno medicinski model rojevanja ter ponovno odkrivajo in razvijajo prakse, značilne za tradicionalno babištvo, babice in ženske si želijo partnerski odnos, ter gradijo individualen, holistični pristop. Babištvo kot profesija obstaja le skupaj in z žensko.

### *2.3 Medsebojni odnosi babica- spremljevalec pri porodu*

Prisotnost spremljevalca pri porodu (partner, mama, sestra, prijateljica, doula - porodna spremljevalka) je pozitivna, saj ustvarja vez z domačnostjo v tujem okolju. Lahko pa se spremljevalec pri porodu počuti brezmočnega oziroma celo občuti jezo, če mu manjka podpore in je ločen iz dogajanja med potekom poroda. Partner je danes aktivno vključen v dogajanje poroda, ženski, ki rojeva nudi oporo (držanje za roko, masiranje križa, stik z očmi, dotik). Prisotnost partnerja ni vedno ugodna za porodnico, zlasti takrat, ko partner čuti stisko, nemoč ob porodni bolečini njegove žene. Prestrašen partner utegne prikriti strah, tako, da veliko govori, sprašuje, kar vpliva na koncentracijo porodnice. Zaščitniški, posesivni partner, ki lahko porodnico prekomerno stimulira (stalna masaža, govorjenje, prigovarjanje) na ta način ne dovoli porodnici, da se vede instinktivno. Babica lahko pomaga, da se partner počuti bolj udobno. Babica se porodnici in spremljevalcu pri porodu predstavi, nudi oporo, uredi okolje, da informacije o okolju, kar vpliva na sprostitev, spodbuja k dobrim

odločitvam in samooskrbi. Babica sproti obvešča o napredovanju poroda ob vsakem vaginalnem pregledu, pohvali napore porodnice in spremljevalca, spodbuja, pojasnjuje sprostitevne tehnike dihanja, lajšanja porodne bolečine. Babica upošteva želje porodnice in spremljevalca med porodom (prisotna glasba, temen prostor, prerezanje popkovnice, pestovanje novorojenčka). Vsak par, ki rojeva, je edinstven in prinaša k izkušnji poroda svoja pričakovanja, upanja. Neprimerno vedenje, verbalno nasilje s strani spremljevalca pri porodu so lahko izraz strahu, anksioznosti ali pa prošnja za pomoč. Spremljevalci med porodom so lahko vključeni v proces rojevanja kot zgovorniki porodnice, pomočniki, ki zagotavljajo udobje in oporo porodnici. Spremljevalci med porodom so soudeleženci v osrečujočem življenjskem dogodku, rojstvu otroka (Skoberne, 2006).

### 3 Zaključek

Babištvo je intuitivna veda ali znanost. Babice znajo prisluhniti intuiciji, pri svojem delu uporabljajo veščine in tradicionalna znanja, nosečnost, porod in poporodno obdobje obravnavajo kot naravna- fiziološka obdobja ženske. Stroko opredeljujejo dejstva, z dokazi podprto znanje, standardi in pravila. Interakcijski model medosebnih odnosov daje koristno ogrodje delu babice in vodi k nastajanju in poudarjanju pomembnosti dobrega medosebnega odnosa. Koncept modela medosebnih odnosov, kjer se ženska integrira v medosebni odnos, ko se spopada s svojim strahom, zaskrbljenostjo in drugimi vsebinami, tako preko različnih intervencij babice - emocionalna podpora, nasvet, informacija, spodbuda in potrditev doseže zastavljeni cilj (pozitivna izkušnja rojevanja, vzpostavljeno uspešno dojenje).

## LITERATURA

1. Mivšek, A. P.: Proces profesionalizacije babištva v Sloveniji, 2012. Pridobljeno dne: 1. 10. 2013 s svetovnega spleta: [http://uni-lj.si/doktorska\\_dela/pdfs/dr\\_mivsek-anapolona.PDF](http://uni-lj.si/doktorska_dela/pdfs/dr_mivsek-anapolona.PDF).
2. Mivšek, A. P. Skoberne, M. (2006). Uporaba Modelov in teorij zdravstvene nege v babištvu. Zdravstveni Obzornik, št. 40, str. 15 -21.
3. Priročni slovar tujk (2005). Ljubljana: Cankarjeva založba.
4. Rakovec, A. (2009). Medsebojni odnosi v zdravstveni negi. Diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
5. Ramšak-Pajk, J. in Hildegard E. Peplau (2000). Model medsebojnih odnosov. Zdravstveni Obzornik, št. 34, str. 27- 31.
6. Skoberne M. (2006). Izbrana poglavja iz porodniške zdravstvene nege. Ljubljana: Univerza v Ljubljani.

# Indikatorji profesionalnega odnosa izvajalcev zdravstvene nege

*POVZETEK - Indikatorji profesionalnega odnosa v zdravstveni negi so lahko različni in temeljijo na elementih kritičnega samovrednotenja udeleženih izvajalcev zdravstvene nege, vrednotenja njihovih sodelavcev, pacientov ali širše javnosti tudi na podlagi govoric ali objav v medijih. Pomembni presojevalci profesionalnega odnosa izvajalcev zdravstvene nege pa so tudi študenti zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju. V prispevku bodo predstavljeni prepoznani indikatorji profesionalnega odnosa s strani študentov zdravstvene nege. Glede na visoko povprečno vrednost ocene zadovoljstva študentov Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto s profesionalnim odnosom kliničnih mentorjev na kliničnem usposabljanju ( $x = 4,56$ ) je bilo naknadno med študenti izvedeno poizvedovanje z zastavljenim odprtim vprašanjem o uporabljenih indikatorjih za vrednotenje odnosa s kliničnim mentorjem. Analiza podatkov je potekala v skladu s kvalitativno raziskovalno metodologijo. Rezultati nakazujejo, da so študenti kot podlago za vrednotenje uporabili različne indikatorje, ki so razvrščeni v štiri kategorije: znanje, odnos, delovanje in podoba kliničnega mentorja. Zbrani nabor indikatorjev nakazuje na potrebo po natančnejšem definiranju in dimenzioniranju pojma »profesionalni odnos izvajalcev zdravstvene nege«. Ugotovitve bodo pomagale izboljšati kakovost delovanja in profesionalnega ugleda izvajalcev zdravstvene nege v javnosti.*

*KLJUČNE BESEDE: klinično usposabljanje, študenti, zdravstvena nega, etika*

## 1 Uvod

Zlato pravilo, da izvajalec zdravstvene nege nikoli nikomur ne stori ničesar takega, česar ne želi, da bi storili njemu ali njegovim najbližjim, se vse pogosteje dopolnjuje z rekom, naj izvajalec zdravstvene nege pred delovanjem pomisli na odziv javnosti ob objavi opisa njegovega delovanja v medijih naslednji dan. Danes so si raziskovalci enotni v prizadevanju dolgoročnega vpliva medijev na zaznavo, vrednote in vedenje posameznika, poudarjajo pa, da je ta vpliv selektiven, omejen in odvisen od osebnosti posameznika, njegovega socialnega okolja in konteksta izpostavljenosti medijskemu vplivu. Indikatorji profesionalnega medsebojnega odnosa v zdravstveni negi so lahko zelo različni in temeljijo na elementih kritičnega samovrednotenja udeleženih izvajalcev zdravstvene nege, vrednotenja njihovih sodelavcev, pacientov ali širše javnosti tudi na podlagi govoric ali objav v medijih. Nabor indikatorjev presojanja profesionalnega medsebojnega odnosa tako zagotovo temelji tudi na stališčih, vrednotah, motivih, znanju in izkušnjah presojevalcev.

Pomembni presojevalci profesionalnega medsebojnega odnosa izvajalcev zdravstvene nege so tudi študenti zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju, saj to izhaja iz priprave na poklicno delo že v času izobraževanja. Glede na visoko povprečno oceno zadovoljstva študentov Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto s profesionalnim odnosom kliničnih mentorjev na kliničnem usposabljanju ( $x = 4,56$ ) je bilo naknadno za presojanje kakovosti instrumenta za vrednotenje kakovosti kliničnega usposabljanja študentom zastavljeno raziskovalno vprašanje, na podlagi katerih indikatorjev so vrednotili profesionalni odnos kliničnega mentorja.

## 2 Profesionalni medsebojni odnos izvajalcev zdravstvene nege

Zdravstvena nega je odnosna disciplina, saj je subjekt delovanja človek. Vzpostavljeni odnos izvajalca zdravstvene nege s pacientom predstavlja osnovni transferni pogoj za izvajanje zdravstvene nege. Transfer je kot pojem pogosto raziskovan v kontekstu učne situacije v formalnem izobraževanju, pomeni pa vpliv/prenos že naučenega na novo naučeno oz. ravnokar naučeno. Židan (2013) navaja, da poznamo pozitivni in negativni transfer, pa tudi splošni in specifični transfer. Pozitivni in negativni transfer lahko povežemo s prisotnostjo stereotipov in predsodkov pri vzpostavljanju odnosa s strani izvajalcev zdravstvene nege. Splošni transfer vključuje sposobnost ukvarjanja z novimi problemi na osnovi principov in odnosov, ki so se jih izvajalci zdravstvene nege naučili v kakšnih drugih nepodobnih situacijah. Specifični transfer pa omogoča neko pravilo, dejstvo, naučeno v določeni situaciji, uporabiti v podobni situaciji.

Bistvo transferja aktivnosti v zdravstveni negi je torej odnos. Odnos je po Slovarju slovenskega knjižnega jezika (2005) tisto, kar obstaja med osebami, ki imajo z določenega stališča kaj skupnega. V zdravstveni negi so lahko na odnosni ravni izpostavljene relacije izvajalec zdravstvene nege ↔ izvajalec zdravstvene nege, izvajalec zdravstvene nege ↔ sodelavec v obravnavi pacienta, izvajalec zdravstvene nege ↔ pacient, izvajalec zdravstvene nege ↔ svojec, izvajalec zdravstvene nege ↔ študent zdravstvene nege itd. Profesionalnost v odnosu pa je očitna, želena in pričakovana lastnost, značilnost izvajalcev zdravstvene nege, ki je sicer povezana s stopnjo profesionalizacije zdravstvene nege, vendar pa pomeni tudi vrhunsko kakovost delovanja izvajalca/sluzbe zdravstvene nege, ki temelji in izhaja iz kakovosti ustvarjenih odnosov s pacientom, njegovimi svojci, sodelavci iste in drugih strok ter tudi z bodočimi izvajalci zdravstvene nege itd.

### 2.1 Vrednotenje profesionalnega odnosa izvajalcev zdravstvene nege

Vrednotenje profesionalnega odnosa izvajalcev zdravstvene nege lahko vključuje presojo iz deontološkega, teleološkega in/ali ontološkega vidika. Deontološki vidik vključuje presojanje iz dolžnosti ravnanja v skladu s pravili. Teleološki pristop temelji na presojanju posledic ravnanja izvajalca zdravstvene nege in njegovega izbiranja

dejanj, ki vodijo do pozitivnih posledic, ontološki pristop pa vključuje presojanje z vidika značaja izvajalca zdravstvene nege, njegovih vrlin.

Podlaga za presojanje javnosti ni profesionalni etični kodeks, kot to velja za medsebojno presojanje medicinskih sester, temveč družbene norme in javno mnenje. Družbene norme so rezultati zavednih in nezavednih procesov, ki se oblikujejo znotraj družbene skupine (države, lokalne skupnosti, članov društva itd.). Pripadnost družbeni skupini za posameznika pomeni brezpogojno prilagodljivost njenim skupnim normam. Graham (2003) meni, da gre za skupna pričakovanja, pravila, ki omejujejo in vodijo dejanja članov neke družbene skupine. Norme se od pravil razlikujejo v tem, da so »pravila določena skozi kodifikacijo in so predpisana in kontrolirana«. Kontrolirajo jih določeni člani in zunanja avtoriteta, ki tudi kaznuje člane, ki kršijo pravila (Burnett in Bonnici, 2003, str. 334). Norme niso stalne, ampak se spreminjajo skozi delovanje članov. Imajo velik moralni pomen, največkrat pa niso zakonsko podkrepljene. Gre za rutino, ki spremlja ljudi v vsakdanjem življenju. Uveljavljajo se formalno (npr. preko medijev, z navodili, s sankcijami, z grožnjami, z opozorili na podlagi pisnih dokumentov) ali neformalno (s komunikacijo, z govorico telesa) in se jih naučimo na podlagi družbene interakcije. Če ljudje ne sledijo tem normam, so označeni za deviantne in postanejo izobčenci družbe. Čeprav to niso formalni zakoni v družbi, predstavljajo obliko družbenega nadzora (Haralambos in Holborn, 2005) kot javno mnenje. Ločimo tri dejavnike, ki vplivajo na oblikovanje javnega mnenja: interes posameznika, pomembni vplivni dogodki in javna diskusija (Wilcox in Nolte, 1997). V vlogi posrednika kot orodje akterjev za prenos informacij do določene ciljne skupine nastopajo množični mediji.

Vpliv medijev je v sodobnem svetu izjemen, saj predstavljajo osnovni vir informacij za večino javnosti. Mediji nam oblikujejo podobo o svetu in imajo zato velik vpliv pri spreminjanju odnosov med ljudmi. Množični mediji s svojim poročanjem soustvarjajo podobe ljudi in veljajo poleg drugih dejavnikov za enega najmočnejših vplivov na oblikovanje stališč in vrednot. Za medijske vsebine je pomembno vprašanje, ali prihaja do transferja z medijsko-domišljjskega področja na osebno-realno področje. Ta transfer se lahko zgodi, če medijske informacije predstavljajo človekovo edino izkustvo o ljudeh, okolju, zadevi. Če torej posameznik nima nobene zaloge informacij iz osebno-realnega področja, bo njegovo percepcijo določala medijska realnost (Luthar, 1995). Mediji lahko odločajo o tem, katere probleme bodo izpostavili javnosti, na kakšen način jih bodo predstavili ter kdo, pod kakšnimi pogoji bo sodeloval pri predstavitvi problema. Sicer pa je zelo malo ljudi, ki nimajo realnega izkustva sodelovanja z medicinskimi sestrami.

Indikatorji presojanja profesionalnega odnosa medicinskih sester tako vključujejo poleg smernic, določenih v profesionalnem etičnem kodeksu, tudi indikator javnega mnenja in osebnih izkušenj. Celoten spekter indikatorjev presojanja profesionalnega odnosa izvajalcev zdravstvene nege pa je mogoče definirati zgolj na podlagi kritičnega samovrednotenja presojevalcev, upoštevajoč njihovo pozicijo do izvajalcev zdravstvene nege.



## 2.2 Profesionalni odnos med kliničnim mentorjem in študentom zdravstvene nege

Pomembni presojevalci profesionalnega medsebojnega odnosa izvajalcev zdravstvene nege so tudi študenti zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju, saj to izhaja iz procesa priprave na delo v tem poklicu že med izobraževanjem. Direktiva EU 2005/36 v 31. členu pravi, da je »klinično usposabljanje del usposabljanja medicinskih sester, pri katerem se medicinske sestre, udeleženke praktičnega usposabljanja učijo v skupini in v neposrednem stiku z zdravim ali bolnim posameznikom in/ali s skupnostjo organizirati, pripravljati in dajati zdravila ter oceniti zahtevano celovito zdravstveno nego na podlagi pridobljenega znanja in veščin. Študenti si morajo v času izobraževalnega procesa in praktičnega usposabljanja pridobiti znanje, določene veščine, razviti kompetence, pridobiti samozavest. Proces vzgoje in izobraževanja mora podpirati tudi razvoj za delo medicinskih sester, temeljnih načel, kot so humanost, moralnost, etičnost in strokovnost, njihova osrednja vrednota pa mora ostati ali postati skrb za sočloveka. To je možno zgolj s pomočjo mentorjev, s katerimi študenti delajo in so z njimi vsakodnevno v stiku. Ne glede na njun medsebojni odnos, formalen ali neformalen, ima mentor pomembno vlogo pri razvoju in rasti bodočih diplomiranih medicinskih sester (Ramšak Pajk, 2007).

Mentorstvo je edinstven odnos, ki se vzpostavi med dvema posameznikoma – mentorjem in mentorirancem (študentom), gre za učno partnerstvo. Mentorski odnos med posameznikoma se razvija od stopnje popolnih tujcev do stopnje vzajemnega in partnerskega odnosa, med katerima poteka dinamičen in spremenljiv odnos, ki je sicer »vzajemen, vendar vedno asimetričen« (Govekar Okoliš, Krajnc, 2010, str. 17). Vloga mentorja je, da je študentu na kliničnem usposabljanju hkrati vzornik, motivator in svetovalec, ki spodbuja strokovni razvoj študenta zdravstvene nege, ustvarja priložnosti za učenje na področjih komuniciranja, kritičnega mišljenja, odgovornosti, prilagodljivosti in timskega dela, postavlja izzive in dodeljuje odgovornosti, daje konstruktivne povratne informacije o študentovih močnih in šibkih točkah, pomaga razumeti kulturo izvajalca praktičnega usposabljanja, odgovarja na vprašanja in je hkrati dosegljiv za pogovor, spodbuja, podpira in informira (Kristil idr., 2007).

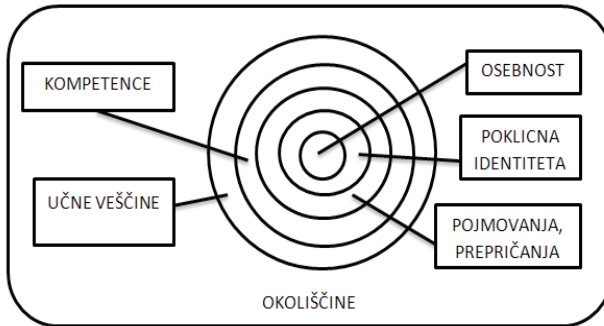
Profesionalnost kliničnega mentorja v odnosu do študenta pa se odraža zelo kompleksno (slika 1).

Kompetence za uspešno mentorstvo segajo na področje osebnosti človeka, komunikacije, načinov in modelov ter kakovosti vodenja, prenosa znanja, timskega dela, odločanja, kulture, organiziranja dela, spremljanja in ocenjevanja praktičnega usposabljanja. Potrebno pa je tudi znanje didaktike, metodike, psihologije ter osebna komponenta – smisel za delo z ljudmi (Može, 2005). Za klinične mentorje je nujno, da reflektirajo lastno delo, si prizadevajo za izboljšanje komunikacije s študenti, znajo prisluhniti posamezniku in izhajati iz njegovih konkretnih okoliščin in potreb (pomembna je individualna izkušnja posameznika), pomagajo odkriti specifične potrebe učečega se in najti njemu lastne cilje oz. poti izobraževanja in učenja, znajo učečega motivirati in spodbujati, da je na svoji izobraževalni poti v okviru okoliščin



in možnosti uspešen glede na določene cilje in pričakovane rezultate. Znajo sprejeti učečega v izobraževalnem procesu kot enakopravnega partnerja v dialogu, seveda pa s strokovnim znanjem tako voditi izobraževalni proces, da študent pride do rešitve in prevzame odgovornost zanjo (Zupančič, 2013).

Slika 1: Večplastni model profesionalnosti kliničnega mentorja



Vir: Marentič Požarnik, 2007, str. 11; Rupnik Vec, 2011, str. 95.

### 3 Metoda

Evalvacija kakovosti kliničnega usposabljanja poteka na več načinov. Ocenjevanje kakovosti s strani študentov na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto (FZVNM) poteka na podlagi anketnega vprašalnika o njihovem zadovoljstvu na kliničnem usposabljanju. Študenti stopnjo zadovoljstva glede na posamezne navedene kriterije ocenijo s pomočjo ordinalne lestvice. Na podlagi analize podatkov iz 1013 zbranih anketnih vprašalnikov je razvidno, da so študenti dali kliničnim mentorjem visoke ocene. Glede na visoko povprečno oceno zadovoljstva študentov tudi s profesionalnim odnosom kliničnih mentorjev na kliničnem usposabljanju ( $x = 4,56$ ) je bilo naknadno med študenti izvedeno poizvedovanje z zastavljenim odprtim vprašanjem o uporabljenih indikatorjih za vrednotenje profesionalnega odnosa s kliničnim mentorjem. Analiza podatkov je potekala v skladu s kvalitativno raziskovalno metodologijo.

### 4 Rezultati

Zbrani podatki o izraženih indikatorjih za ocenjevanje profesionalnega odnosa kliničnih mentorjev s strani študentov FZVNM so predstavljeni v tabeli 1.

**Tabela 1:** Indikatorji profesionalnega odnosa kliničnih mentorjev z vidika študentov Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto

<i>Kategorije</i>	<i>Kode</i>	<i>Odgovori študentov</i>
Znanje	pedagoško znanje	razumljiv, zna dobro obrazložiti stvari, zna podati snov razumljivo, podaja znanje s praktičnimi primeri, zna teorijo povezati s prakso, ima pedagoške veščine, kaj pove, kako pove, mora znati pokazati, pripravljen, da prenaša znanje, zna predati svoje znanje, podaja znanje na pravi način.
	strokovno znanje	podučen, nauči kaj novega, ima delovne izkušnje, zna pojasniti, zakaj je treba kakšno stvar narediti, zna dobro obrazložiti stvari, količina znanja, ki ga poseduje, zna odgovoriti na vprašanja študenta, je strokoven, izobražen, mora obvladati svoje delo, prikaže sodelovanje pri posegih, posreduje potrebne prvovrstne informacije
Odnos	vedenje, obnašanje, odnos do sodelavcev, odnos do pacientov, komunikacija	prijazen, spoštuje študenta, je na voljo, dosegljiv za študente, dostopen, vreden zaupanja, dobronameren, zna preprečiti napake študenta, razumevajoč, ustrezljiv, ne gleda študenta zviška, zna reševati konflikte, ne ignorira, ni nesramen, pravičen, ne sprašuje o osebnih stvareh, pošten do vseh, razume težave študentov, se nanj lahko zaneseš, je korekten, fleksibilen, odprt za vsa študentova vprašanja, si želi sodelovati s študenti, upošteva osnovni bonton, ima osnovno kulturo, kakšno komunikacijo ima z menoj, enak odnos do vseh študentov ne glede na spol, starost, izgled, nastop
Delovanje	namenjanje časa, predstavitev oddelka, ustvarjanje učne situacije, ravnatežje med nadzorovanjem in dopuščanjem samostojnosti	pokaže, kje kaj stoji, koliko časa mi posveti, koliko mi pokaže, koliko se potegne zame, omogoča, da vidim čim več, omogoča sodelovanje pri raznih posegih, enakovredno vključuje v negovalni tim, me zna pritegniti, me spodbuja k delu, kaj nas nauči, razloži, prikaže, koliko se mi prilagaja, koliko mi zaupa, pravično ocenjuje, prikaže vse intervencije, je fleksibilen glede urnika študenta, je večino časa ob študentu, mi zaupa, da lahko samostojno izvedem večino postopkov, se trudi, predan delu, upošteva pravilnike, me spremlja, nadzoruje, išče znanje, ne neznanje, ima študenta pod nadzorom, dokler ni le-ta samostojen, nesebično predaja znanje, koliko mi pomaga, ko potrebujem, nauči negovalne postopke, se medsebojno prilagaja, se zna živeti v zgodbo kliničnega usposabljanja, me vedno vzame s seboj, ko gre kaj delat, ob zaključku prakse naj bi ga izprašal o delu, me predstavi ostalim sodelavcem, zdravnikom, administratorjem, koliko mi pusti, da se učim na pacientih.
Podoba	izgled	urejenost kliničnega mentorja, prvi vtis kliničnega mentorja na študenta, kajenje kliničnega mentorja

## 5 Razprava

Znanje, odnos, delovanje in podoba kliničnega mentorja so štiri področja, ki z vidika študentov zdravstvene nege dimenzionirajo profesionalni odnos kliničnega mentorja na kliničnem usposabljanju. Glede na pogostost pojavljanja je znanje kliničnega mentorja absolutno najpomembnejši indikator, takoj zatem pa sledita delovanje in

odnos, najmanj študentov je kot indikator profesionalnega odnosa opredelilo podobo kliničnega mentorja. Sicer je v dokumentu *Podoba medicinske sestre* (2011) opisana osebnostna podoba izvajalcev zdravstvene nege, ki jo sestavljajo njene temeljne lastnosti, kot so človekoljubnost, dostojanstvo, dobrohotnost, pravičnost, zaupnost, preudarnost, vztrajnost, optimizem, spoštljivost, poštenost in strpnost. Dopolnjujejo jo sposobnost sožitja z ljudmi, humanost in profesionalno vživljanje v sočloveka in odlikujejo osebnostna kultura z izraženo komunikacijsko kulturo, s sposobnostjo zaznavanja, kritičnega mišljenja, samoocenjevanja, z ustvarjalnostjo in razvojno-raziskovalno usmerjenostjo, kar vključuje večina navedb študentov, razvrščenih v druga področja. Klinični mentor tako vedno spoštuje temeljne človekove vrednote in pacientove pravice ter s svojim vedenjem in ravnanjem vedno in povsod vzdržuje pozitivno samopodobo svojega poklica in povečuje zaupanje javnosti vanj (International Council of Nurses, 2005).

Jokelain idr. (2010) npr. poudarjajo, da profesionalni odnos kliničnega mentorja vključuje tudi imenovanje nadomestnega mentorja v času odsotnosti, organiziranje dela po sistemu 1:1, usmerjenost v učne naloge, zagotavljanje učne priložnosti in vrednotenje izobraževanja. Levett-Jones idr. (2009) pa poudarja, kako je za odnos pomemben tudi pozitiven odnos s strani študenta. Ta pred prihodom v klinično okolje podpiše izjavo o potrditvi odgovornosti, kjer potrjuje, da bo kot študent deloval profesionalno, da bo upošteval pravila kliničnega usposabljanja, da ne bo samovoljno spreminjal določene lokacije in terminov kliničnega usposabljanja, da ne bo moteče vplival na delovni proces v učnem zavodu, da bo varoval pacientove osebne podatke, da ne bo povzročal materialne škode, da ne bo ogrožal tujega in svojega zdravja in da s svojim obnašanjem ne bo zmanjševal ugleda Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto, kar so zagotovo indikatorji profesionalnega odnosa.

Klinični mentor svojo profesionalnost kaže tudi skozi ocenjevanje študenta, njegove zunanje podobe, strokovne usposobljenosti, delovne discipline in odnosa do dela ter odnosa do pacienta, strokovnih delavcev in sodelavcev ter drugih udeleženi. V področje medosebnih odnosov se uvrščajo kot kriteriji ocenjevanja študenta ustreznost odzivanja na pacientove potrebe, profesionalnost v odnosu s pacientom in njegovimi bližnjimi, s sodelavci v timu zdravstvene nege, z drugimi udeleženi nezdruženih disciplin, z drugimi študenti, dijaki v učnem zavodu, pripravljenost na pomoč drugemu, pripravljenost in sposobnost za sodelovanje, povezovanje. Postavljeni kriteriji ocenjevanja študenta s strani kliničnega mentorja, projicirani v obratno smer, pa lahko dopolnjujejo seznam indikatorjev profesionalnega odnosa kliničnega mentorja v sistemu kliničnega usposabljanja.

## 6 Zaključek

Dimenzioniranje pojma »profesionalni odnos izvajalcev zdravstvene nege« je z vidika zagotavljanja celovitega pristopa zahteven večdimenzionalni proces. Opredelitev

indikatorjev s strani študentov zdravstvene nege je zgolj ena dimenzija tega procesa. Postavlja se vprašanje kakovosti evalvacijskih anketnih vprašalnikov in razumevanje posameznih uporabljenih pojmov v anketnem vprašalniku s strani študentov. To pa nikakor ne spremeni dejstva o uspešnosti kliničnih mentorjev pri delu s študenti zdravstvene nege FZVNM na kliničnem usposabljanju. Indikatorji profesionalnega odnosa izvajalcev zdravstvene nege tvorijo večdimenzionalni model, katerega razsežnost je v prispevku samo nakazana. Sicer pa uporaba pojma profesionalnost pomeni govoriti univerzalni jezik kakovosti. Prizadevanje za kakovost izobraževanja in delovanja bodočih/sedanjih izvajalcev zdravstvene nege pa zagotovo pozitivno vpliva tudi na profesionalni ugled izvajalcev zdravstvene nege v javnosti.

## LITERATURA

1. Burnett, G. in Bonnici, L. (2003). Beyond the FAQ: Explicit and implicit norms in Usenet newsgroups. *Library & Information Science Research*, 25, str. 333-351.
2. Direktiva Evropskega parlamenta in Sveta 2005/36/ES. (2005). Uradni list Evropske Unije. Pridobljeno dne 25. 10. 2013 s svetovnega spleta: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:sl:PDF>.
3. Govekar-Okoliš, M. in Kranjčec, R. (2010). Izobraževanje mentorjev za praktično usposabljanje študentov po bolonjskih študijskih programih v podjetjih/zavodih. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Center za pedagoško izobraževanje.
4. Graham, C. (2003). A Model of Norm Development for Computer-Mediated Teamwork. *Small Group Research*, 34, str. 322-352. Pridobljeno dne 3. 11. 2013 s svetovnega spleta <http://sgr.sagepub.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/content/34/3/322.full.pdf+html>.
5. Haralambos, M. in Holborn, M. (2005). Sociologija: teme in pogledi. Ljubljana: DZS.
6. International Council of Nurses. (2003). ICN Framework and core competencies for generalist nurse. Geneva: International Council of Nurses. Pridobljeno dne 23. 10. 2013 s svetovnega spleta: <http://myweb.polyu.edu.hk/~hswhoc/resouce/D/2009DisasterNursingCompetencies.pdf>.
7. Jokelainen, M., Turunen, H., Tossavainen, K., Jamookeah, D., Jokelainen, K. C. et al. (2010). A systematic review of mentoring nursing students in clinical placements. *Nurse Education in Practice*, 10, str. 176-182. Pridobljeno dne 3. 11. 2013 s svetovnega spleta: <http://ehis.ebscohost.com.nukweb.nuk.unilj.si/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=14a29881-9cab-4671-9d4a-beb417efbbcc%40sessionmgr15&vid=4&hid=2>.
8. Kristil, J., Juriševič, M., Šoukal-Ribič, M., Pucelj, J., Vrtačnik, J., Trošt, Z. et al. (2007). Smernice za praktično usposabljanje na Univerzi v Ljubljani. Ljubljana: Univerza.
9. Levet Jones, T., Lathlean, J., Higgins, I. in Mcmillan, M. (2009). Staff – student relationships and their impact on nursing students' belongingness and learning. *Journal of Advanced Nursing*, 65, št. 2, str. 316–324. Pridobljeno dne 23. 10. 2013 s svetovnega spleta: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2008.04865.x/abstract;jsessionid=E8D3115E3899B677E8D6A9EBC724BB7E.f02t02?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>.

10. Luthar, B. (1995). Ponudba identitet na TV. V: Košir, M. (ur.). *Otrok in mediji*. Zveza prijateljev mladine Slovenije, str. 27-36.
11. Marentič Požarnik, B. (2007). Vloga mentorja pri spodbujanju profesionalne rasti študentov - prihodnjih učiteljev. V: Peklaj, C. (ur.), *Mentorstvo in profesionalna rast učiteljev*. Ljubljana: Center za pedagoško izobraževanje Filozofske fakultete, str. 7- 48.
12. Može, M. (2005). Pridobivanje nacionalnih poklicnih kvalifikacij na področju zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 39, št. 1, str. 39-45.
13. *Podoba medicinske sestre*. (2011). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije-Zveza strokovnih društev medicinskih sester in babic Slovenije. Pridobljeno dne 23. 10. 2013 s svetovnega spleta: [http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti%5CPodoba\\_medicinske\\_sestre.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti%5CPodoba_medicinske_sestre.pdf).
14. Ramšak Pajk, J. (2007). Pomen mentorstva in praktičnega usposabljanja v izobraževanju za zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 41, str. 71-75.
15. Rupnik Vec, T. (2011). Izzivi poučevanja: spodbujanje razvoja kritičnega mišljenja. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
16. *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. (2005). Ljubljana: DZS.
17. Wilcox, D. L. in Nolte, L. W. (1997). *Public relations writing and media techniques*. New York, Longman.
18. Zupančič, V. (2013). *Integralni pristop v zdravstveni negi*. Magistrsko delo. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo Novo mesto.
19. Židan, A. (2013). *Specialna didaktika sociologije*. Pridobljeno dne 17. 10. 2013 s svetovnega spleta: [http://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=13&ved=0CDUQFjACOAo&url=http%3A%2F%2Fwww.verbic.org%2Fdoc%2Fzt%2FZidan-sem.pdf&ei=jZSGUq7ENMidtQb08ICQCw&usq=AFQjCNH2kV\\_0l5ziegXy6P65c1PlZb6-\\_A&sig2=NOPWTWgnXDFDwB5ZLV8zeA](http://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=13&ved=0CDUQFjACOAo&url=http%3A%2F%2Fwww.verbic.org%2Fdoc%2Fzt%2FZidan-sem.pdf&ei=jZSGUq7ENMidtQb08ICQCw&usq=AFQjCNH2kV_0l5ziegXy6P65c1PlZb6-_A&sig2=NOPWTWgnXDFDwB5ZLV8zeA).

## Odnos med medicinsko sestro in umirajočim

*POVZETEK - Definicija opredeljuje medicinsko sestro kot profesionalko, kot pomočnico zdravemu ali bolnemu varovancu, ocenjevalko in izvajalko tistih aktivnosti, ki pripomorejo k njegovemu ozdravljenju ali mirni smrti. Torej ima medicinska sestra v poklicnem delu priložnost, da svoje znanje, sočutje in človeški odnos vplete tudi v obravnavo umirajočega. To označuje strokovnost dela medicinske sestre, kjer potreba po etiki skrbi in sočutju narašča. S tem preprečuje in lajša trpljenje umirajočih in njihovih družin ter izboljšuje kakovost njihovega preostanka življenja. Namen odnosa med medicinsko sestro in umirajočim je odkrivanje duševnih, duševno – družbenih in duhovnih vidikov trpljenja, ki prizadenejo pacienta. Za pomoč in strokovno delo je prepoznavanje in razumevanje telesnih in čustvenih sprememb nujno. Pogoj za to je dobra komunikacija, ki doda kakovost delu in prispeva k večjemu zadovoljstvu ter dobrim medsebojnim odnosom med pacientom in njegovimi svojci ter medicinsko sestro. Zavedati se je potrebno, da spoštovanje življenja pomeni tudi sprejemanje procesa umiranja in smrti, ob upoštevanju pravic umirajočega in njegovih svojcev.*

*KLJUČNE BESEDE: medicinska sestra, umirajoči, paliativna zdravstvena nega, komunikacija z umirajočim*

### 1 Uvod

Mnogokrat se človek, dokler je zdrav, ne zaveda, da se lahko njegovo življenje v hipu spremeni zaradi bolezni. Že sama diagnoza hude bolezni pri človeku vzbudi ogromno negotovosti in negativnih čustev. Paliativna oskrba je pomemben element v življenju hudo bolnega človeka, vse od prve diagnoze pa do terminalne faze bolezni in posledično smrti. Beseda paliativen izhaja iz latinskega glagola palliare, kar pomeni ogrniti s plaščem – prekriti simptome. Načela paliativne oskrbe spoštujejo življenje in sprejemajo umiranje kot naravno dogajanje, zato ta oskrba s svojimi posegi smrti ne zavlačuje niti je ne pospešuje. Njen glavni namen je vzdrževati optimalno kakovost življenja z upoštevanjem vseh bolnikovih potreb, ter pomagati svojcem med boleznijo in v času žalovanja. Bolnikove potrebe zajemajo zdravstveno nego, obvladovanje bolečine in drugih telesnih simptomov, lajšanje psihičnih, socialnih in duhovnih potreb. Paliativna oskrba mora biti neprekinjena in usklajena, ob sodelovanju strokovnjakov različnih strok in z ustrezno izobrazbo s področja paliativne oskrbe (Červek, 2009).

V Sloveniji je paliativna oskrba še relativno nerazvita. To dejstvo kaže na zgodovinsko, kulturološko in sociološko pogojenost v našem prostoru, kjer sta umiranje in smrt še zelo veliki tabu temi. Vloga okolja (družine) je pri oskrbi terminalno bolnih čedalje manjša in ti pacienti zadnje obdobje svoje bolezni preživijo v zdravstvenih

zavodih. Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja v Sloveniji kar 59,2 % ljudi umre v zdravstvenih ustanovah (bolnišnice, domovi za starejše občane..) (Lahe, 2004).

Temelj razvoja paliativne oskrbe predstavljajo hospici. Zamisel o hospicijah je stara, saj so že v srednjem veku nastali občudovanja vredni hospici, v katerih so utrujene romarje okrepili, trpeče negovali, za umirajoče skrbeli in jih spremljali. Za osnovo misli o hospicu je veljalo krščansko prepričanje, da je človeško življenje romanje od zemeljskega življenja v večnost. V hospicu velja načelo: dodajati življenje dnevom, ne dneve življenju. V Sloveniji je bil hospic ustanovljen leta 1995 kot nevladna organizacija, ki nudi zdravstveno nego in psihosocialno podporo pacientom na domu, obiske prostovoljcev in izobraževanje za zdravstvene delavce in javnost (Klevišar, 1996).

## 2 Pojmovanje umiranja in smrti v sodobni družbi

Smrt vedno pride nepričakovano in izgubiti ljubljenega človeka pomeni eno najhujših stisk v življenju. Za svojece in prijatelje se s smrtjo konča spremljanje umirajočega, hkrati pa se začne velika preizkušnja s poslavljanjem, žalovanjem. Sodobni človek se o smrti večinoma ne želi pogovarjati, želi jo zamolčati in izriniti iz življenja ter prepustiti naključju (Jankovič, 2009). Današnji čas izriva tudi žalovanje. Družba človeku ne pusti javno žalovati, saj ljudje ne vedo kaj bi se z njimi pogovarjali in se izogibajo ljudem, ki žalujejo. Zelo pomembno je, da ima človek priložnost za žalovanje na svoj način, da ima ob sebi nekoga, ki mu to dovoli in ga posluša in medicinska sestra se more tega predvsem zavedati v medsebojnem odnosu s svojci umirajočega (Klevišar, 1997).

### 2.1 Umirajoči bolnik

Umiranje je nekaj osebnega, individualnega, uganka in skrivnost, izkustvo, ki se mu s svojimi predstavami lahko samo približa. V literaturi je ta proces opisan kot obdobje najintenzivnejšega življenja, kot čas, ki ga prav zaradi omejenosti človek doživi zavestno (Hersberger, 2000).

Zdravnica E. Kübler-Roos je med pogovori z umirajočimi opazovala v njihovem vedenju spremembe, ki potekajo v različnih fazah, le te so lahko različno dolge in intenzivne in ne potekajo vedno na opisane načine:

- *Šok ali zanikanje* – umirajoči se izogiba resničnosti, ne more sodelovati v odločitvah glede zdravljenja, poskuša izvajati aktivnosti, vendar ne vzdrži dolgo, ne upa se pogovarjati, ne podreja se zdravljenju, porablja energijo za zavračanje resnice, kaže se narejeno srečnega.
- *Jeza* – maščevalno se obnaša do svojcev, negovalnega osebja, zdravnikov. Postaja zahteven in ukazovalen, jezi se, ker je odvisen od drugih. Občutek krivde mu lahko poveča tesnobo, strah in zmanjša samozavest.
- *Pogajanje* – izgubljanje telesnih funkcij in samokontrole ter doživljanje bolečine,



povzroči, da se želi spremeniti, želi spremeniti potek bolezni, sprejeti vse nove oblike terapije.

- *Depresija* – zaradi bolečega občutka se izogiba svojcev, ne pogovarja se rad, izraža občutek zapuščenosti, zanemari zunanji videz, misli na samomor, je obupan.
- *Sprejetje* – sprejema smrt in njeno dejstvo; nanjo se začne pripravljati: napiše oporoko, ureja finančne zadeve v družini, izraža občutke o smrti, pogovarja se o preteklosti, obuja spomine.

Kdor spremlja umirajočega bolnika, tudi sam prehaja skozi posamezne stopnje umiranja, ki pa običajno niso usklajene s stopnjami umirajočega (Ivanuša in Železnik, 2008).

Umirajoči bolnik potrebuje predvsem dvoje: da ni sam in da ga ne boli. Poleg tega potrebuje tudi dobro nego, to, da z njim do konca ravnamo človeško in dostojanstveno in da ima ob sebi človeka, ki z njim upa, ki je z njim odkrit in mu omogoči, da lahko spregovori o sebi. Prav gotovo umirajoči ne potrebuje zahtevnih in agresivnih preiskav ali aktivnega zdravljenja, kar naredi bolnika še slabšega, svojcem prinaša še več stisk, rezultatov pa ni. Bolje je svojo energijo usmeriti v preprečevanje in lajšanje trpljenja, kot pa v podaljševanje življenja za vsako ceno. Neozdravljivo bolnemu se s tem omogoči, da mirno in dostojanstveno umre (Klevišar, 1996).

Zelo pomembno je, da se umirajočemu pomaga ohraniti upanje, ki naj ne bo lažno. Najprej je tu upanje, da se bo na koncu vse dobro končalo, kljub bolezni, kljub umiranju, čeprav se ne ve kako. Naslednje upanje je upanje majhnih korakov, ki spreminja kakovost življenja, ker spreminja lestvico življenjskih vrednot. Dragoocene postanejo drobne vsakdanje stvari, odnosi z ljudmi, življenje dobiva novo večjo vrednost – živeti za sedanjí trenutek. Upanje je dar, ki se ga človek ne more naučiti. Za upanje potrebuje bolnik ob sebi ljudi, ki upajo z njim. Na prvem mestu so to njegovi svojci, pa tudi vsi drugi, ki prihajajo v stik z njim: zdravnik, medicinska sestra, prijatelji, sosedje, sobolniki.

## 2.2 Medicinska sestra in umirajoči

Pri izvajanju zdravstvene nege bolnika v terminalni fazi bolezni je pomembno prepoznavanje in sprejemanje procesa umiranja in smrti. Zdravstvena nega v zadnjih dneh življenja si prizadeva za zadovoljitev naslednjih bolnikovih potreb:

- *fizične* – lajšanje bolečin, lajšanje ostalih simptomov, osebna higiena, menjava položaja, spanje, počitek,
- *čustvene* – komunikacija, izražanje čustev, preprečevanje osamljenosti,
- *socialne* – hrana po želji bolnika, glasba, zagotovitev primerne prostora za pogovore bolnika s svojci, možnost in spodbujanje stalne prisotnosti svojcev ob umirajočem,
- *duhovne* – poslušanje in razumevanje bolnika, ureditev duhovne podpore.

Zdravstvena nega hudo bolnega vključuje skrb in pomoč umirajočemu in njegovim svojcem. Medicinska sestra mora upoštevati posebnosti posameznika pri ugotavljanju potreb, načrtovanju, izvajanju in vrednotenju zdravstvene nege, ki je enaka zdra-

vstveni negi drugih bolnikov. Pomembno je poučevanje svojcev, kako bolniku lajšati bolečine, mu zagotoviti dobro počutje, jih vključevati v neposredno nego, saj jim to daje občutek koristnosti ter samozavesti (Ivanuša in Železnik, 2008).

Pozorna obravnava simptomov pri umirajočem bolniku je temelj kakovostne paliativne oskrbe in se začne z razumno presojo. Bolnikov strah in tesnoba pogosto poveča učinek in važnost simptomov, posebno če je prisotna bolečina poleg strahu pred zadušitvijo (Ivanuša in Železnik, 2008). Pomemben del kakovostne in učinkovite obravnave v paliativni oskrbi je prepoznavanje, ocenjevanje in obravnavanje motečih simptomov, kjer se vedno upošteva bolnikovo doživljanje in občutenje težave:

- *Bolečina* je eden najpogostejših motečih simptomov. Najpomembnejši koraki pri obravnavi bolečine so: ocena bolečine, jakost, lokacija, časovni potek, kako se bolnik vede, ko ga boli (guganje, korakanje, obrambna drža, umik). Ukrepa se v soglasju z bolnikovimi cilji. Bolečino se ocenjuje s pomočjo bolečinske lestvice ali s pomočjo »ABCDE metode«, za oceno bolečine pri bolnikih z napredovalo demenco, pa je priporočena uporaba lestvice PAINAD, ki je preverjeno preprosto in zanesljivo orodje za oceno bolečine pri ljudeh, ki ne morejo izražati svojih občutenj (Jakhel in Peternelj, 2010).
- *Dispneja* je subjektivni občutek težkega dihanja. Jakost se ocenjuje s spraševanjem bolnika in glede na bolnikov opis. Bolniki so ob dispneji močno prestrašeni, saj dušenje neposredno ogroža njihovo življenje. Ukrepa se hitro in trezno, s tem se zmanjša bolnikov strah. Pomaga tudi, če se odpre okno, svetuje se razbremenilni položaj, kot je sedeči z visoko dvignjenim vzglavjem, podloženimi rokami, tako da se sprost prsni koš (Zakotnik, 2009).
- *Slabost in bruhanje* sta po navadi posledica napredovanja osnovne bolezni, morfnih preparatov, kemoterapije, motenj v prebavnem traktu, okužbe. Pri oceni slabosti in bruhanja mora medicinska sestra upoštevati intenzivnost, kdaj so se začele težave, trajanje, pogostnost, prizadetost bolnika, poslabšanje/izboljšanje, kakšna je količina, videz in primesi izbruhane mase (Jakhel in Peternelj, 2010).
- *Nemir* je velikokrat spregledan in pri oceni bolnika ne prepoznani simptom, vendar je pri vseh bolnikih z napredovalo neozdravljivo boleznijo zelo pogost. Potrebno je ugotoviti vzrok nemira, ki je lahko posledica drugega prisotnega motečega telesnega simptoma ali neustrezne ocene čustvenih, duhovnih ali drugih potreb. Ko se ga odstrani ali obvlada, se s tem vpliva tudi na zmanjšanje nemira.
- *Zaprtje* bolnika zelo obremenjuje. Pri bolniku se izraža zaprtje z napenjanjem, odvajanjem trdega blata, občutkom nepopolnega praznjenja črevesja ali z odvajanjem v daljših časovnih razmikih. Bolniku se svetuje, če je le mogoče, da se giba v okviru svojih zmožnosti, da zaužije dovolj tekočin in prehrano z veliko vlaknin. Pomembno je, da se simptom zazna pravočasno, se ga oceni, glede na njegov vzrok pa je načrtovana nadaljnja obravnava.
- *Delirij* je simptom, ki ga spremljata motena zavest in sprememba kognitivnih sposobnosti. Potrebno je opazovati bolnikovo vedenje, besedno izražanje, se z njim pogovarjati, oceniti njegovo orientiranost glede časa in kraja, poiskati vzrok

in temu prilagoditi nadaljnjo obravnavo. Terminalni delirij je ireverzibilen simptom, je del procesa umiranja, ki ga spremlja stokanje, ječanje, nemir in agitacija.

- *Dehidracija* povzroča občutek žeje, suhih ust, motnje mišljenja, zavesti. Samo žejo in suha usta lahko dobro obvladujemo z minimalnimi vnosi tekočin skozi usta, z vlaženjem in mazanjem ustnic. Za nadaljnjo obravnavo se odloči zdravnik individualno na temelju simptomov (Zakotnik, 2009).
- *Anoreksija/kaheksija* se kaže kot velika izguba teže in mišične mase, oslabelost, utrujenost z izgubo apetita in okusa, izpadanjem zob, bledico. Sprememba bolnikove podobe negativno vpliva na njegovo psihično stanje, povzroča depresijo, jezo in izolacijo. Medicinska sestra svojo pomoč usmeri na psihično oporo, skrbno nego kože in ustno higieno (Trobec, 2008).

Medicinska sestra, ki skrbi za umirajočega, velikokrat doživlja nemoč in razočaranja pri svojem delu ter stres. Kadar je v stiski, tudi sama potrebuje oporo, npr. pogovore v ožjem krogu medicinskih sester in z drugimi strokovnjaki kot so: psiholog, zdravnik, duhovnik (Ivanuša in Železnik, 2008).

### 2.3 Komunikacija z umirajočim

Komunikacija je pomemben element za kakovostno zagotavljanje psihične varnosti pri bolniku, saj izraža razmišljanja, čustva in stališča posameznika (Klevišar, 1996). Komunikacijo v paliativni oskrbi označujeta dva osnovna elementa. Prvi vključuje pogovore, kjer se bolniku sporoča informacije, v drugem se osredotoči na sprejemanje bolnikovega izraza težav, v katerem se reši določene težave in zmanjša bolnikovo stisko (Lunder, 2003).

Umirajoči bolnik pogosto govori drug jezik, ker je tudi njegov svet drugačen. Zato je vsaka komunikacija s hudo bolnim in umirajočim pot v neznano, na kateri si vedno znova začetnik. Tu prihajajo do izraza vse oblike človeške komunikacije: besedna (direktna in simbolična) in nebesedna (pogled, dotik, nasmeh). Nebesedna govorica je govorica celega človeka, zato se mora polagati posebno pozornost na vsako kretnjo, na vsak pogled, vsak dotik, ton glasu. Bolnik ne bo verjel besedam, če jih ne bo podpirala govorica telesa. Ni vseeno, kako se vstopi v sobo k bolniku, kako se spusti kljuko, kako se pogleda, kako se odide, v kakšni drži se z njim pogovarja (Klevišar, 1996).

Večini bolnikov so zdravstveni delavci najpomembnejši vir informacij o bolezni in njenem zdravljenju, prav tako pa tudi pomemben vir emocionalne podpore pri sprejemanju z boleznijo. Za zdravstvene delavce so najpomembnejša načela komunikacije ob koncu življenja sledeča:

- Izkazovanje spoštovanja do bolnikov in njihovih bližnjih.
- Obravnavanje bolnika kot človeka in ne kot številko/diagnozo/problem.
- Odkrito in iskreno pogovarjanje z bolniki in njihovimi svojci.
- Pomoč pri ohranjanju upanja.
- Izogibanje se nepotrebnim oziroma neupravičenim domnevam o bolniku.

Ljudje smo tisti, ki dajemo svetu in življenju človečnost. Brez dobrih medosebnih odnosov seveda ne moremo dosežati velikih uspehov. Timsko delo zahteva povezanost ljudi med seboj, pri tem pa moramo obvladovati celo vrsto spretnosti. Največji problem komunikacije je različnost ljudi, ki so v njej udeleženi. Kolikor je ljudi, toliko je različnih načinov zaznavanja in odzivanja. Strpnost in priznavanje pravice do drugačnosti nam je v veliko pomoč (Flajs, 2004).

Zdravstveni delavci s pravilnim pristopom do umirajočega, ob njegovi ranljivosti, ogroženosti, situaciji polni nejasnosti, lahko omogočijo varen terapevtski odnos. Bolniki si ne želijo samo zdravljenja v »tehničnem« pomenu te besede, želijo si določeno skrb zase kot za človeka: prisotnost, sočutnost, prijaznost. Pri komunikaciji je zato pomembno znati prisluhniti, spoznati, spoštovati bolnikovo individualnost in ji slediti. Da pa bi to človek zmož, bi potreboval tudi dober stik s samim seboj, s svojim doživljanjem, s svojimi pogledi nase, na druge in svet. Ob spremljanju bolnika se mora znati svoje poglede začasno umakniti na stran in v prvi vrsti slišati bolnika.

#### 2.4 Pravice umirajočih

V odnosu z umirajočim, je medicinska sestra dolžna spoštovati pravice pacientov, ki so zapisane v listini o pravicah umirajočih in jo je izdala Generalna skupščina združenih narodov, leta 1975. V njej je zapisano; umirajoči izraža, da ima pravico, da:

- se z njim ravna kot s človeškim bitjem, dokler ne umre,
- obdrži upanje, ne glede na cilje in vsebino upanja,
- z njim upajo tisti, ki ga negujejo,
- more svobodno izpovedati njegovo vznemirjenost in čustva pred smrtjo, ki se bliža,
- soodloča glede zdravljenja in zdravstvene nege,
- ga zdravi strokovno osebje, čeprav je vsem jasno, da umira,
- ne umre osamljen,
- mu lajšajo bolečine,
- mu na vprašanja iskreno odgovarjajo,
- ga nihče ne slepi in razočara,
- mu drugi pomagajo, da bi on in njegovi najbližji sprejeli njegovo smrt,
- umre mirno in dostojno človeku,
- ohrani svojo osebnost in ga nihče ne obtožuje, če ne soglaša z njegovim prepričanjem,
- sme pri umiranju izpovedati svoje versko prepričanje in prejeti, kar mu vera ponuja,
- bo celostnost njegovega telesa spoštovana tudi po smrti,
- ga negujejo strokovne in čuteče osebe, ki bodo razumele njegove potrebe in mu bodo pomagale, da bo lahko pomirjen zrl smrti v oči (Čebašek Travnik, 2010).

#### 2.5 Pet stvari, ki jih ljudje ob smrti najbolj obžalujejo

Bronnie Ware je avstralska paliativna medicinska sestra, ki je vrsto let delala v paliativni oskrbi. Skrbela je za paciente v njihovih zadnjih dvanajstih tednih življenja.

Zapisala je pet najpogostejših stvari, ki jih ljudje ob smrti najbolj obžalujejo in jih strnila v knjigi z naslovom »Pet stvari, ki jih umirajoči najbolj obžalujejo«:

- *Želim si, da bi imel/a pogum živeti življenje zvesto sebi, ne kot so to drugi pričakovali od mene.*
- *Želim si, da ne bi toliko preveč (trdo) delal/a.*  
To je bilo mišljenje predvsem moških, ki jih je negovala. Globoko so obžalovali, da so večino življenja zapravil na tekočem traku, zamudili pa so otroštvo svojih otrok in družbo svojih partnerjev.
- *Želim si, da bi imel/a pogum izraziti svoja čustva.*
- *Želim si, da bi ohranil/a stike s svojimi prijatelji.*
- *Želim si, da bi si dovolil/a biti srečnejši.*

Wareova je zapisala, da so vsi tožili o »zataknenosti« v svojih navadah in vzorcih. V tako imenovani »zoni udobja« in »domačnosti«, so pustili, da jim je to prevzelo čustva tako kot njihov fizičen obstoj. Strah pred spremembo jih je silil v pretvarjanje pred drugimi in samim seboj, da so zadovoljni, medtem, ko so globoko v sebi hrepeneli po smehu in norčavosti v njihovem življenju (Pogreb ni tabu, 2011).

## *2.6 Zgodbe, ki jih je zapisala zdravnica, ki se je srečevala z umirajočimi in njihovimi svojci ter varuhinja človekovih pravic*

Pričujoče zgodbe je zdravnica zapisala zgolj zaradi ranljivosti umirajočih, zaradi njihovega dostojanstva in tudi zato, ker bi bilo prav, da bi se družba zaveda teh posebnih obdobij v življenju, da bi ustvarila pogoje, v katerih slovo od življenja ne bi bilo dodatno zapleteno z nepotrebnimi postopki ali z neustreznim ravnanjem ljudi, ki bi po svoji vlogi morali biti v pomoč prizadetim.

### *Prva zgodba*

Starejša gospa se je vse življenje branila odhoda v bolnišnico. »Od tam ne bom prišla živa, raje umrem doma«. Pa se je zgodilo ravno to; ker ji v domačem okolju niso mogli pomagati, so jo v stanju izgube zavesti odpeljali v bolnišnico. Tam so naredili kup preiskav, postavili diagnozo in jo začeli zdraviti. Prišla je k zavesti in seveda hotela domov. Podrobnosti je izpustila. Gospa ni prišla domov, umrla je v bolnišnici, sama, brez bližnjih, ki so smeli biti ob njej le 15 minut čez dan. Tudi ko so se hoteli v bolnišnici še zadnjč posloviti od nje, jih niso pustili blizu. Pa so jo odkrili, ljubo mamo, pokrito z rjuho v temnem prostoru, kjer so sicer skladiščili čistila.

### *Druga zgodba*

Starejša gospa v bolnišnici, brez svojcev, a z obilico prijateljev. Ti so ji v njenih zadnjih dneh želeli stati ob strani. Dovolili so jim, a le čez dan. Po sedmi uri zvečer je konec obiskov ... Gospa je čutila, da bo kmalu umrla, bala se je, da bo umrla sama, brez sočloveka v bližini. Zato je prosila, da v sobi ne bi bila sama čez noč, vsaj drugo pacientko naj ji dajo zraven. Brez uspeha; ne prijateljev, ne zdravstvenega osebja, nikogar ni bilo v bližini, ko je umrla. Njena bojazen se je uresničila.

### *Tretja zgodba*

Mlada ženska v terminalnem stadiju bolezni. Mati majhnega otroka, ki ga je imela rada bolj kot vse na svetu. Na dan, ko je umrla, ga je želela videti, objeti. Ni ji bilo dano. Kdo naj bi poskrbel za uresničitev njene zadnje velike želje? Kdo bi jo lahko preprečil?

### *Četrta zgodba*

Družina, kjer se niso razumeli, pravzaprav so bili – že odrasli ljudje – hudo sprti med seboj. Oče je zbolel, mati ni dovolila, da bi ga hčerke obiskovale v bolnišnici. Ob vseh postopkih varovanja osebnih podatkov je bilo težko izvedeti, kje se zdravi. A je hčerka nekako uspelo priti do njega. Bil ju je zelo vesel, dovolil, da sta se tudi oni dve vpisali na listo zelenih obiskovalcev. Kmalu zatem je umrl. Nista se mogli posloviti od njega. Ne v bolnišnici, ker sta bili o smrti obveščeni šele, ko so ga že odpeljali, ne kasneje, ker jima pogrebno podjetje ni »izdalo« ne časa ne kraja pogreba. Še zdaj ne vesta, kje počiva njun oče (Čebašek Travnik, 2010).

## **3 Zaključek**

Človek v življenju neprestano potrebuje zdravljenje, v tej ali oni obliki. K zdravljenju spada vse, kar človeku pomaga, da živi polnejše, da je laže kos vsem življenjskim izzivom, da v sebi najde ravnotežje, da živi polne človeške odnose, predvsem pa vse, kar mu pomaga najti odgovor na vprašanje o smislu njegovega življenja. Vse to se človek prične zavedati, ko se kar naenkrat pojavi bolezen. Huda bolezen namreč poruši tudi družinsko ravnovesje. Zunanji svet vdre v intimnost družine (z različnimi posegi, pomočjo in zanimanjem). Bolnik ni samo član družine, pač pa ves sistem- torej cela njegova družina. Pomembna je pomoč vsem. V zdravstvenem okolju se prav od medicinske sestre pričakuje, da umirajočemu olajša umiranje in svojcem žalovanje. Naj se ne boji spremenjenega človeka, ki trpi, oziroma naj ga ne pusti samega, temveč mu na osnovi emocionalnega odnosa in empatijskega razumevanja pomaga v vseh njegovih potrebah.

## **LITERATURA**

1. Čebašek Travnik, Z. (2010). Pravice umirajočih in njihovih bližnjih. Varuh človekovih pravic. Pridobljeno dne 12. 11. 2013 s svetovnega spleta: <http://www.varuh-rs.si/publikacije-gradiva-izjave/govori-referati-in-clanki/novice/detajl/posvet-o-pravicah-in-oskrbi-umirajocih-v-cetrtek-14-10-v-celju>.
2. Červek, J. (2009). Bolnik ob koncu življenja. V: Novaković, S. Zakotnik, B. Žgajnar, J. (ur.). Paliativna oskrba bolnika ob koncu življenja – zbornik predavanj 22. onkološkega vikenda. Ljubljana: Kancerološko združenje SZD, Onkološki inštitut Ljubljana, Zveza slovenskih društev za boj proti raku, str. 5-9.

3. Flajs, N. (2004). Medosebna komunikacija in kontaktna kultura. V: Lahe, M., Kaučič B. M. (ur.). Zbornik predavanja s strokovnega srečanja za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Maribor: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, str. 129-137.
4. Hersberger, Y. (2000). Spremljanje svojcev v času poslavljanja. Ljubljana: Slovensko društvo Hospic, str. 11-31.
5. Ivanuša, A. in Železnik, D. (2008). Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, str. 647-660.
6. Jakhel, T. in Peternelj, A. (2010). Ocena, poročanje, obravnava in vrednotenje motečih simptomov v paliativni oskrbi. V: Kadivec, S. (ur.). Zdravstvena obravnava bolnika s pljučno boleznijo in paliativna oskrba – 8. Golniški simpozij. Golnik: Bolnišnica Golnik - Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, str. 95-98.
7. Jankovič, R. (2009). Kulturni vidiki komunikacije v onkološki zdravstveni negi. V: Mlakar Mastnak, D. in Logonder, M. (ur.). Podporna onkološka zdravstvena nega – 36. strokovni seminar. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 24-28.
8. Klevišar, M. (1996). Spremljanje umirajočih. Ljubljana: Družina, str. 7-12.
9. Lahe, M. (2004). Paliativna oskrba kot pomemben element sodobne zdravstvene nege. V: Brumec, M. in Kaučič, B. M. (ur.). Vloga medicinske sestre v paliativni oskrbi – Zbornik predavanj s strokovnega srečanja, Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Maribor. Maribor: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, str. 3.
10. Lunder, U. (2003). Paliativna oskrba – njena vloga v zdravstvenih sistemih. Zdrav vestn 2003. Pridobljeno dne 12.11.2013 s svetovnega spleta: <http://vestnik.sz.d.si/st3-11/639-642.pdf>.
11. Pogreb ni tabu (2011). Kaj obžalujejo ljudje na smrtni postelji? Pridobljeno dne 10. 11. 2013 s svetovnega spleta: <http://www.pogreb-ni-tabu.si/2011/12/kaj-obzalujejo-ljudje-na-smrtni-postelji/>.
12. Trobec, I. (2008). Hospic in paliativna oskrba-učno gradivo. Izola: Visoka šola za zdravstvo Izola, str. 1-47.
13. Zakotnik, B (2009). Obvladovanje najpogostejših simptomov. V: Novaković, S., Hočevar, M., Jezeršek Novaković, B., Strojjan, P., Žgajnar, J. (ur.). Onkologija: raziskovanje, diagnostika in zdravljenje raka. Ljubljana: Mladinska knjiga, str. 206-209.



## Kultura medosebnih odnosov

*POVZETEK - Medosebni odnosi zadevajo prav vsakogar. Ljudje pač nismo sami sebi namen, ampak v veselje, pomoč in tolažbo drug drugemu. Vse to pa lahko uresničimo le takrat, ko znamo in zmoremo živeti v sožitju. Kot posamezniki smo ponosni na svoje sposobnosti, znanja in spretnosti, ki se jih lahko naučimo in s pridom uporabljamo pri svojem delu. Pri ustvarjanju medosebnih odnosov je potrebno uporabiti vsa svoja znanja in vse svoje danosti. Človek je svobodno bitje, ki se lahko v vsakem trenutku odloča, kakšen odnos bo ustvaril – dober, slab ali ga sploh ne bo. Ta svoboda mu daje velike možnosti, toda tudi velike odgovornosti. Odgovorno obnašanje je vedno izraz povezanosti z nekim človekom ali delom, ki ga opravljamo. Pri tem pa ne smemo pozabiti na okolico in na soljudi. Pomembno je torej, da imamo pred očmi skupen cilj – trdnost medosebnih odnosov, ki nas vedno bolj zbližujejo in nas osebnostno bogatijo.*

*KLJUČNE BESEDE: medosebni odnosi, osebnost, človek, ljudje*

### 1 Uvod

Ljudje smo nenehno vpeti v življenje, ki ima za vsakogar od nas svoje izzive. Vzeti si čas za razmišljanje, sanjarjenje, branje, sprehod in pogovore, je v čistem nasprotju z zahtevami potrošniškega načina življenja, kjer sta glavni vrednoti denar in dober posel. Cena takšnega življenja se najprej pokaže pri osebnih odnosih v najožji družini, pa tudi pri sodelavcih in prijateljih, če jih takšni ljudje sploh imajo. Čeprav so navidezno lahko zelo uspešni, osebnostno ne morejo rasti, kar pa se vidi tudi navzven v njihovem hitenju, napetosti in površnih odnosih (Zalokar Divjak, 2001). V naravi se zgodi vsak dan kaj novega, in če ne znamo opazovati in začutiti njenega zdravilnega vpliva, odidemo prazni. Vsem tistim, ki so že otopeli v nenehnem hrupu in smradu civilizacije, lahko narava ponovno oživi čutila, če ji le znajo prisluhniti. Žalostno in predvsem strah zbujajoče je dejstvo, da se danes na tisoče mladih duševno hrani z elektronsko glasbo, fizično potrebuje razne droge, da doseže neko stanje osebnega zadovoljstva, starši pa to počasno otopelost mirno gledajo. Ravno zaradi tega je nujno, da imamo vedno čas za pogovore, izobraževanje ter izmenjavo mnenj in s tem za tako imenovani medosebni stik, kontakt, odnos.

### 2 Medosebni odnosi

Medosebni odnosi zadevajo prav vsakogar. Ljudje pač nismo sami sebi namen, ampak v veselje, pomoč in tolažbo drug drugemu. Vse to pa lahko uresničimo le takrat,

ko znamo in zmoremo živeti v sožitju. Kot posamezniki smo običajno ponosni na svoje sposobnosti, znanja in spretnosti, ki se jih lahko naučimo in s pridom uporabljamo pri svojem delu.

Pri ustvarjanju medosebnih odnosov je potrebno uporabiti vsa svoja znanja in vse svoje danosti. Prične se ustvarjati odnos, ki potem preide v ustrezno vsebino, odvisno od tega s kom smo v stiku. Govorimo o partnerskem, starševskem, družinskem, prijateljskem, službenem, sosedskem ali družbenem odnosu. Vedno pa se odnos nanaša na določeno osebo in vedno ga je potrebno sproti ustvarjati.

Medosebni odnosi so najpomembnejši vir informacij o nas samih in svetu, v katerem živimo. Dajejo nam vedeti, kako nas naše okolje zaznava, preko česar se naučimo na podoben način zaznavati sebe (če nas drugi zaznavajo kot vredne, se bomo kot take zaznavali tudi sami; lastnosti, ki jih občudujemo pri drugih, bomo skušali razviti tudi pri sebi). V medosebnih odnosih se naučimo prevzemati različne družbene vloge, ki jih vključimo v svojo predstavo o sebi. Drugi so tudi tisti, ki potrjujejo naše zaznave in vtise. Šele na osnovi sporočil pomembnim drugim, postanemo prepričani v to, da je nekaj dobro oziroma slabo, kaj lepo, kaj grdo. Okolica nas preko medosebnih odnosov hkrati tudi potrdi kot osebo in nam pokaže, da smo normalni, zdravi in vredni spoštovanja in obratno dajemo te stvari vedeti drugim. Ustrezni medosebni odnosi so osnovni pogoj za posameznikovo duševno zdravje, njegovo osebno srečo in uspešnost v izobraževanju in karieri.

Medosebne odnose vzpostavljamo v vseh obdobjih življenja. Njihova narava je pogojena z našimi zaznavami ljudi in situacij, našo zmožnostjo točnega presojanja in z ustreznim vedenjskim in čustvenim odzivanjem. Učiti se jih začnemo praktično takoj po rojstvu, naučimo pa se jih lahko le na osnovi izkušenj. Medosebni odnosi zadevajo prav vsakogar. Ljudje smo socialna bitja. Živimo in delujemo v interakciji z ljudmi iz našega okolja (Zalokar Divjak, 2001).

Razvijanje medosebnih odnosov se prične že v ranem otroštvu v otrokovi okolici in v njegovi družini. Družina je tista, za katero pravimo, da je temelj vseh relacij, ki jih kot posamezniki vzpostavljamo v svojem življenju. Družina je osnovna enota človeške družbe. Je skupnost ljudi, ki jih vežejo sorodstvenih vezi. Osnovne funkcije družine so tako biološko-reprodukcijske, kot sociološko-kulturne.

Družina je osnovna, primarna celica družbe, je aktiven element, ki se vzpenja od aktivne oblike k višji v isti meri, kot se družba razvija od nižje stopnje k višji. Družino pravzaprav ustvarijo otroci. Otrok se v družini rodi, z njo živi, v njej zori in se z njo uči (Pšunder, 1994).

Z odnosi, ki se ustvarjajo v družini, dajemo otrokom popotnico za življenje. Družina ima pomembno vlogo pri oblikovanju identitete posameznika. Predvsem zato, ker zagotavlja vsakemu največjo varnost in sprejetost, ter na podlagi tega možnost iskanja lastne vrednosti. Šele takrat, ko se čutimo popolnoma varne, se začne v naši notranjosti graditi tudi zaupanje. Zaupanje v ljudi okoli sebe pa odpira poti tudi navzven.

Raziskave so pokazale, da so tisti otroci, ki so živeli v čustveno in komunikacijsko toplih družinah, z velikim zaupanjem odhajali v svet. Od doma so imeli dobro izkušnjo, zato so se lahko brez strahu podali v iskanje svojih življenjskih izzivov. Nasprotno pa so iskali otroci, ki so živeli v čustveno in komunikacijsko hladnih družinah, svoje mesto v svetu z veliko strahu in nezaupanja. Hkrati pa mora otrok doživljati tudi neuspehe in poraze, da bo znal ponovno zbrati svoje moči, se boriti, biti potrpežljiv in uvideven tudi do drugačnih ljudi okoli sebe (Zalokar Divjak, 2001).

Pri izgrajevanju medosebnega odnosa je pomembna skupna usmerjenost. Pri soudeležencih določenega odnosa mora prihajati do dokaj visoke stopnje medsebojnega ujemanja v njihovi vrednostni usmerjenosti in upoštevanju družbenih pravil o odnosih; usklajeni morajo biti glede tistih smernic in pogledov, ki določajo vedenje v njihovem določenem odnosu. Ta vidik je pogosto pomembnejši kot posamezne medosebne spretnosti, saj določa, kako bosta dva posameznika sodelovala v določenem odnosu, npr. ali bo njuno sodelovanje izključno na ravni koristoljubja – izmenjava uslug, ali bo imel odnos tudi elemente intimnosti ipd.

Vsak od nas si gotovo želi, da bi svoje življenje preživel čim bolj srečno. Ta sreča pa se največkrat nanaša prav na naše medosebne odnose. Ko smo zadovoljni z odnosi, potem nam nobeno delo in nobena ovira, ki spremlja naše življenje ni pretežka (Zalokar Divjak, 2001).

Hi kakovosti človekovega življenja največ prispevajo medosebni odnosi. Raziskave, poročila in statistike nas opozarjajo na številne anomalije: veliko razvez, trpečih in zlorabljenih otrok, nesrečnih posameznikov doma in na delovnih mestih. Vse pa imajo skupni imenovalc – ljudje niso znali, zmogli ali hoteli ustvariti dobrega odnosa s svojimi najbližjimi, sodelavci, prijatelji. Dober medosebni odnos pa zahteva od nas tudi odgovornost. Odgovorno obnašanje je vedno izraz povezanosti z nekim človekom ali delom, ki ga opravljamo. Ta povezanost pomeni, da gre za ustvarjanje odnosa, ki ga začnemo oblikovati takoj, ko začutimo, da se je treba na določeno stanje odzvati.

Pomembno je, da imamo ob čustveni krizi ob sebi ljudi, ki se znajo vživeti v naš položaj, kajti takrat potrebujemo najprej predvsem človeško in šele nato strokovno pomoč.

## *2.1 Negovanje odnosov*

Naše odnose z drugimi je potrebno negovati. V vsakdanjem življenju smo nenehno v stiku drug z drugim. Osnova medosebnih odnosov je v tem, da te ljudi doživljamo, kakšno vrednost in pomen imajo za nas.

Prva značilnost vsakega odnosa je v tem, da medosebni odnos ustvarjamo vsi udeleženci v njem. Druga značilnost izhaja iz naše duhovne naravnosti, ko je vsak posameznik osebno odgovoren za kakovost odnosa, to pa v praktičnem življenju pomeni, da je vedno najvažnejši lasten prispevek k uspehu odnosa.

Glede na ti dve značilnosti je jasno, da smo torej sami popolnoma odgovorni za uspele ali neuspele odnose, zato si je treba za odnose tudi nenehno prizadevati. Značilnost dobrega odnosa je njegova odprtost, to pa pomeni, da daje v takšnem odnosu vsak posameznik drugemu na voljo vse, kar premore.

Pomemben je tudi prvi stik - vtis. Nikoli namreč ne dobimo druge priložnosti, da bi ustvarili dober prvi vtis. Neuspeli medosebni odnosi znižujejo naše samospoštovanje. Nizko samospoštovanje nam pobere energijo in motivacijo za reševanje vsakodnevni težav (Zalokar Divjak, 2001).

Neizogibna sestavina medosebnih odnosov so tudi nesoglasja, nasprotujoča si mnenja in interesi. Gre za situacije, v katerih dejanje ene osebe onemogoča, otežuje ali ovira dejanje druge osebe. Ustrezno reševanje nesoglasij pripomore k trdnosti odnosa. Poveča medsebojno zaupanje in naklonjenost. Vsi udeleženci imajo občutek, da so nekaj pridobili. Izboljša se tudi sposobnost za reševanje težav, ki so del vsakega odnosa. Seveda pa se moramo zavedati tudi lastnih pomanjkljivosti. Ko se lotimo urejanja lastnih pomanjkljivosti, to terja od nas najprej zrelost, da se sploh zavedamo potrebe po spremembah, potem pa tudi veliko samodiscipline, da si resnično prizadevamo za kontrolo svojih čustev in ravnanj. Ljudje smo predvsem odnosna bitja, zato je nujno prerasti meje lastnega egoizma in samovšečnosti.

Kadar gradimo medosebne odnose, vedno vgradimo del sebe. Tisto kar prispevamo, je odvisno od osebnostnih lastnosti posameznika, njegovega odnosa do dela, strokovnosti in pripadnosti poklicu. Odvisno je tudi od sposobnosti prevzemanja odgovornosti in še vrste dejavnikov, ki so odvisni od posameznika, ali nastopijo v določenih situacijah. Odnos vedno terja spremembe v načinu življenja, stališčih in prepričanjih, ki smo jim sledili ali smo verjeli, da so pravilna. Ko se ne zmoremo ali nočemo vživeti v nove naloge, ki nam jih prinese neki odnos, nastopijo konflikti, toda tudi ti so lahko spodbudni, ko znamo iz njih ustvariti še tesnejše boljše vezi.

Medsebojna bližina v nekem odnosu je lahko velikokrat tudi boleča. Pomembno je, kaj nam drugi v odnosu pomeni. Če ga imamo za enakovrednega sogovornika ali partnerja, nam ne more biti vseeno, kaj on razmišlja, kaj si on želi ali kaj pričakuje.

Na odnosnih področjih velja pravilo, da lahko drugemu damo samo tisto, kar nosimo v sebi. V sebi pa lahko nosimo veliko ljubezni, strpnosti, upanja in ustvarjalnosti ali obratno: sovraštva, nestrpnosti, razočaranj in otopelosti.

Vsakodnevno si moramo prizadevati za odnose, ki nas osrečujejo. Neprenehoma moramo paziti, da koga ne prizadenemo. Kajti ljudje se najbolj prizadenemo takrat, ko nimamo časa spoznati stališč in mnenj drug drugega in ko nimamo časa razmisliti o svojih odgovorih. Potem pa, ko nekoga prizadenemo, želimo svojo napako popraviti. Prizadeti navadno sicer oprostijo dejanje, vendar ob tem radi poudarijo, da »ne bodo pozabili«. Ljudje se v bistvu najbolj prizadenemo z besedami, zato ni odveč razmisliti, kako bomo povedali. Premalo se tudi zavedamo, da si z opravičevanjem zmanjšujemo možnosti za lastno osebnostno rast.

Veliko ljudi pa ne najde prave moči, odločnosti in volje za reševanje svojih odnosnih relacij. V ospredju vidijo samo svoje čustveno stanje, ki je polno jeze, žalosti, strahu in razočaranj. Ko pa je naša notranjost preveč obremenjena z nepredelanimi vsebinami in smo v stalni časovni stiski, se rado zgodi, da se ne obrnemo vase, ampak iščemo krivce in razloge za uspehe zunaj nas. Začnemo se vrteti v začaranem krogu, toda v odnosnih relacijah ni krivcev, ostanejo le ranjeni posamezniki.

## 2.2 *Komunikacija*

Odkar se je na zemlji pojavilo človeško bitje, je komunikacija največji samostojni dejavnik, ki odloča o tem, kakšne vrste odnosov bo kdo vzpostavil z ljudmi okrog sebe in kaj se bo s kom na tem svetu zgodilo. V fazi komunikacije so narejeni prvi koraki k osebemu in delovnemu odnosu.

Komunikacija ima mnogo plati. Lahko je pripomoček, s katerim dva človeka drug drugemu merita raven samovrednotenja. Komunikacija zajema najrazličnejše načine, s katerimi ljudje oddajamo in sprejemamo sporočila (Satir in Čačinovič Vogrinčič, 1995). Pri komunikaciji se je potrebno vzdržati brezosebnega avtomatizma strinjanja s tem, kar je povedal sogovornik, še posebej, ko ta sporoča svoja čustva. Odzivati se je treba z razumevanjem, ki ga najlažje dosežemo tako, da s svojimi besedami ponovimo, kako smo razumeli in doživeli sporočilo, kar nam omogoča lažje vživljanje v situacijo drugega. Komunikacija ni strinjanje, komunikacija je razumevanje.

S komuniciranjem posredujemo sporočila, ob enem pa z njim opredeljujemo naš medosebni odnos in s tem določamo obnašanje udeležencev komunikacije.

Medosebni odnosi tudi pri delu veliko prispevajo k razvoju in utrjevanju lastne vrednosti posameznika in hkrati tudi h končnemu doživljanju smiselnosti njegovega dela (Zalokar Divjak, 2001).

V poslovnih in drugih odnosih na delu želja, da drugemu nekaj pomenimo, ne obstaja na enak način kot v družini. Tukaj je pglavitno, da se delo uspešno opravi. Vendar si ljudje poleg poslovnosti želijo zdravih odnosov na delu, dobrega vzdušja in kolegialnosti.

Vedno pa se najdejo posamezniki, ki zastrupljajo medosebne odnose in tako posredno tudi kakovost dela. To so tisti posamezniki, ki nimajo lastnega samospoštovanja, ampak si ga ustvarjajo z iskanjem napak ter omalovaževanjem drugih. Običajno imajo težave tudi na osebem področju, to pa je razumljivo, saj je človek celota in posledica nezadovoljstva s samim sabo je tudi nezadovoljstvo z delom, posledica vsega pa so seveda slabi medosebni odnosi.

Konflikte lahko uporabimo za razvoj in izboljšanje odnosov, če pa se nanje odzivamo napačno oz. če jih ne znamo konstruktivno uporabiti, pa lahko vodijo do poslabšanja ali celo prekinitve odnosov, upada motivacije in delovnega vzdušja in prispevajo k nastanku psiholoških in psihosomatskih težav.

Pomembno je, da nam naše lastne zahteve in zahteve okolice vzbujajo navdušenje in ustvarjalni nemir, kajti le tako stanje vodi k uspešnemu delu in lastnemu zadovoljstvu. Seveda pa si moramo za svoje delo znati postaviti stvarne cilje ter določiti prednostne naloge, kajti tudi skupek vseh teh dejavnikov pripomore k dobremu delovnemu vzdušju in posledično pozitivni kulturi medosebnih odnosov.

### 3 Zaključek

Zdravje v najširšem pomenu besede dosežemo s stalnim prizadevanjem za usklajenost in ravnotežje organizma na vseh področjih naše osebnosti, torej z dobrimi kulturnimi medosebnimi odnosi.

Vsak dan opravljamo najrazličnejše življenjske naloge. Le-te pa si moramo razporediti tako, da nam vedno ostane čas za sprotno preverjanje, dopolnjevanje, eksperimentiranje in razmišljanje o še boljšem načinu izvedbe. Pri tem pa ne smemo pozabiti na okolico, na soljudi. Šele s skupkom vseh se izognemo stalnim napetostim in napakam, kajti vse je v zelo tesni povezavi.

Življenje teče gladko, ko imamo dovolj osebne energije, moči in potrpljenja. Da naloge lahko opravimo, moramo biti osebnostno opremljeni z dobrimi lastnostmi in pozitivno naravnostjo k rešitvam. Za vse to pa je nujno, da se znamo umiriti, posedeti v tišini, razmisliti.

Zavedati se moramo, da so konfliktna stanja v odnosih nujna, znati pa jih moramo pravilno reševati v dobro vseh, ki jih vsebina zajema. V svoji osebni zrelosti skušajmo biti vedno trdni, kadar pa osebnostno nazadujemo je dobro imeti ob sebi ljudi, ki nam bodo pomagali pri iskanju drugačnih možnosti in rešitev. Torej nam bodo pomagali v medosebnih odnosih.

Mogoče se kot posamezniki veliko premalo zavedamo, da smo v svoji notranjosti stabilnejši in trdnjši, čim intenzivnejša je naša vrednostna orientacija. Ko imamo pred sabo jasno opredelitev, kaj želimo, kam je vredno vlagati svoj čas, energijo ali trud, potem čutimo, da stojimo trdno na svojih nogah in nas tudi razni zunanji vplivi ne morejo premakniti (Zalokar Divjak, 2001).

## LITERATURA

1. Pšunder, M. (1995). Knjižica za učitelje in starše. Maribor: Zavod za šolstvo in šport.
2. Satir, V. in Čačinovič Vogrinčič, G. (1995). Družina za naš čas. Ljubljana: Cankarjeva založba.
3. Zalokar Divjak, Z. (2001). Jaz in ti: medosebni odnosi v sodobnem času. Krško: Gora.

# Tožarjenje, opravljanje in medsebojni odnosi zaposlenih v timu

*POVZETEK - V članku sta opisani posebni obliki komunikacije, pravimo jima tožarjenje in opravljanje in njun vpliv na medsebojne odnose zaposlenih v timu. Vsakemu zaposlenemu se kdaj zgodi, da opravlja ali tožari in da ga opravljajo ali zatožijo. V tem duhu je bila v Splošni bolnišnici Novo mesto narejena tudi kratka anketa in sicer za naslovom »anketni vprašalnik o vplivih tožarjenja in opravljanja na odnose v timu«. Rezultati so predstavljeni na koncu članka.*

*KLJUČNE BESEDE: odnosi, komunikacija, tožarjenje, opravljanje, anketa*

## 1 Uvod

Odnosom, ki jih razvijemo na delovnem mestu lahko rečemo tudi delovni odnosi in predstavljajo edinstvene medsebojne odnose. Kakovostni medsebojni odnosi na delovnem mestu so ključnega pomena za delovno storilnost in uspešnost organizacije ter zadovoljstvo zaposlenih. Spodbujajo pripadnost delovni organizaciji in so pomemben motivacijski dejavnik za delo.

Za razvijanje in ohranjanje dobrih in učinkovitih odnosov na delovnem mestu je potrebno obvladati temeljne spretnosti komunikacije, medsebojnega poznavanja in zaupanja, medsebojnega sprejemanja in potrjevanja ter konstruktivnega reševanja konfliktov. K dobrim medsebojnim odnosom na delovnem mestu prispevajo priznavanje različnosti, vzajemnost in sodelovalnost, omogočanje osebnega izražanja, dajanje in sprejemanje konstruktivnih povratnih informacij ter odsotnost vsiljevanja, nadlegovanja in zlorabe drugega.

Ločimo med institucionalnim in spontanim načinom oblikovanja odnosov na delovnem mestu. Institucionalni način je temeljni način oblikovanja delovnih odnosov. Ljudje vstopajo v določeno delovno okolje, kjer se že nahajajo člani, ki opravljajo svoje poslovne in delovne naloge. S samim vstopom v to delovno okolje se oblikujejo odnosi. K tem odnosom pa se štejejo dolžnosti, pravice ter odgovornost pri delu zaposlenega. V spontani obliki pa delovni odnosi izvirajo iz osebnih vprašanj in težav posameznika. Na tak način se oblikujejo medsebojni odnosi med posamezniki, ki nastajajo v bolj neformalni obliki. Primer takega načina povezovanja med zaposlenimi je recimo druženje med malico ali odmori.

Nesoglasja na delovnem mestu povzročajo, da zaposleni postanejo nejevoljni, nezadovoljni in nesrečni in posledično, ne da bi to sicer želeli, postanejo žrtve pacienti.



Nerešljive konfliktno situacije na delovnem mestu lahko drastično vplivajo na uspešnost zdravstvene nege.

## 2 Opredelevanje in značilnosti medsebojnih odnosov

Možina (2002) ugotavlja, da medsebojni odnosi predstavljajo nekakšno psihološko ozračje, ki ga tvorijo zaposleni, zato je zelo pomembno vedeti, kakšno je to ozračje in kaj bi bilo morda potrebno popraviti. Prav zaradi tega moramo poznati temeljne značilnosti medsebojnih odnosov, predvsem z vidika dosedanjih izkušenj in raziskav.

Razčlenitev značilnosti medsebojnih odnosov po Možini (2002) je sledeča:

- priznavanje različnosti;
- vzajemnost odnosov;
- omogočanje osebnega izražanja;
- dajanje in sprejemanje povratnih informacij;
- priznavanje nasprotij;
- preprečevanje dvopomenske situacije;
- odsotnost nehotne in nevrtilne zlorabe drugega;
- priznavanje podobnosti in različnosti v odnosih;
- odsotnost kakršnega koli vsiljevanja.

Na medsebojne odnose vpliva več skupin dejavnikov:

- sprejete norme;
- sistem informiranja;
- kakovost organizacije;
- razvitost demokratičnih aktivnosti;
- stopnja delovne morale;
- stopnja strokovnega, splošnega in osebnega izobraževanja ter kulture delavcev.

Ti dejavniki pa so lahko:

- pozitivni;
- negativni;
- posredni;
- neposredni.

## 3 Komunikacija in njen pomen v zdravstveni negi

Hoyerjeva (2005) pravi, da je komunikacija proces, skozi katerega spoznavamo sebe in druge ter se učimo medsebojnih odnosov. V komunikacijskem procesu se osebe medsebojno odpirajo ena drugi. Od komunikacije je odvisno, kako bomo dosegli svoje cilje, kako bomo razvijali svoja notranja intimna doživetja, kako bomo dosegli

uskklajenost s seboj in z drugimi, kako bomo ustvarjalno reševali nasprotja in različnosti.

Znati komunicirati pomeni, znati biti sposoben prilagoditi svojo komunikacijo trenutnemu položaju, določenim sogovornikom in ciljem, vendar v povezavi s temeljnimi etičnimi načeli, katerih upoštevanje je v zdravstvu še posebej pomembno (Hoyer, 2005). V komunikaciji lahko pride do motenj in napak, ki so lahko s strani oddajnika ali s strani sprejemnika. Ko pa v zdravstveni negi prihaja do situacij, ko člani zdravstvenega tima med seboj ne komunicirajo oziroma se poslužujejo neustreznih komunikacijskih načinov in poti, je na propad obsojen tako odnos med posameznimi vpletenimi in timi. Še najbolj pa je v tem odnosu prizadet pacient.

Weisinger (2001) navaja naslednje komunikacijske sposobnosti, ki omogočajo učinkovito in produktivno sporazumevanje in so na delovnem mestu neprecenljive:

- samorazkrivanje (jasno povemo, kaj mislimo, čutimo in hočemo);
- odločnost (branimo svoje mnenje, ideje, prepričanja in potrebe ter opisano spoštujemo tudi pri drugih);
- dinamično poslušanje (slišimo, tisto, kar drugi zares govori);
- kritika (konstruktivno izrazimo svoje mnenje in občutke o idejah, orodje za uspešno kritiziranje in sprejemanje kritike je čustvena inteligenca);
- skupinska komunikacija (sporazumevanje v skupinski situaciji).

Pobližje si poglejmo obliki komunikacije, ki zrušijo vse pozitivno kar je v uvodnem delu članka napisano. Ti obliki komunikacije sta najpogosteje opravljanje in tožarjenje in imata za posledico veliko škodo. Ta škoda se kaže v odnosih, saj ubijata zaupanje, sodelovanje in moralo, povečujeta napetost in zaskrbljenost, povzročata nastajanje zaprtih skupin, povzročata blokade v komunikaciji, škodujeta ugledu določenih posameznikov. Rezultat vsega tega pa je splošno nezadovoljstvo, stalna negotovost in nizka delovna učinkovitost.

Najprej je potrebno razjasniti kakšna je razlika med tema dvema načinoma komunikacije. Da bo razumevanje lažje bomo razložili kar na primeru:

»Danes zjutraj sem zamudila v službo petnajst minut. Sodelavka je to opazila. Ko je ostalim sodelavkam med pitjem kave povedala, da me je videla zjutraj zamuditi v službo, me je opravljala. Ko pa je s to isto informacijo šla k najini nadrejeni, me je zatožila.«To se pravi horizontalni prenos »kočljivih« informacij je opravljanje, vertikalni prenos teh istih informacij je tožarjenje. Posledice, glede na isto informacijo, pa se zaradi načina prenosa močno razlikujejo.

Pa povejmo malo več o opravljanju. Tisti, ki opravljajo mislijo, da s svojim početjem ne delajo nobene škode. Navadno se obdajo z ljudmi, ki so šibki in nimajo osebne integritete, ker se bojijo, da bi bili tudi sami žrtve opravljanja. Opazke so usmerjenje najpogosteje proti vodstvu, lahko pa tudi proti določenim posameznikom. Lahko rečemo, da je opravljanje oblika osebnega napada, ki je uničujoč.

No, pa se dotaknimo še tožarjenja. Tožarijo navadno ljudje, ki imajo manipulativna nagnjenja in ki so zelo nezadovoljni sami s sabo. Ko ljudje zatožijo druge in jim pripisujejo slaba dejanja in slabe lastnosti, premikajo fokus s sebe na druge. Tožarjenje izhaja iz človekovih zavestnih in podzavestnih strahov, potrebe po moči, kontroli, slabe samopodobe, nepripravljenosti ukvarjati se s samim seboj.

Tožarjenja in opravljanja se poslužujejo ljudje, ki ne znajo biti avtentični in se ju poslužujejo kot obliki obrambnega mehanizma. Načeloma pa je tako, da so vzvodi za tožarjenje in opravljanje pri posameznikih podobni, če ne celo isti. Zatožimo ali opravljamo nekoga zato, da se sami pokažemo v boljši luči in preusmerimo pozornost drugam.

Ljudje se v glavnem zelo neradi ukvarjamo sami s sabo. Težko priznamo svoje napake in pomanjkljivosti in še težje prevzamemo odgovornost za svoja dejanja. Zakaj pa bi, če lahko preprosto s prstom pokažemo drugam in tako elegantno preusmerimo pozornost.

Opravljamo vsepovsod: ob kavi, na hodnikih, ob predajah službe, ob pacientu med delom in to seveda glasno in brez dlake na jeziku. Da se navadno pacient, ki leži na postelji, spremeni v prestrašenega reveža, zleze sam vase, se skriva pod odejo in ima na široko odprte in izbuljene oči. A si lahko predstavljamo, kaj si pacient misli? Verjetno nič spodbudnega. S takim načinom pa rušimo verodostojnost vsem zaposlenim ne samo tistemu katerega opravljamo. V zagovor najpogosteje uporabimo, da smo itak pretežno ženski kolektiv in da tako brez tega ne gre. Moč opravljalcem pa lahko odvzamemo tako, da takoj povemo da nas to ne zanima in se ne spuščamo v razglabljanje. Še najbolje pa se je fizično umakniti.

Tožarjenje pa poteka po določenih kanalih in to od podrejenega k nadrejenemu. V svojem delovnem okolju opažam tri načine tožarjenja in sicer preko elektronske pošte, telefona ali za tiste malo bolj pogumne, kar osebno. Vodja je navadno že zjutraj zelo zaposlen s poslušanjem in branjem sporočil »toži bab«. Ja napisala sem kar »toži bab«, saj tako se jim pogovorno tudi reče. Kakega bolj ustreznega pravilno slovenskega izraza pa nisem našla. Odzivi vodje na dobljeno informacijo pa so različni. Nekako tudi potekajo po treh poteh. Prva je, da informacijo takoj oceni kot nepomembno in jo zavrže. Druga, da diskretno preveri informacijo in po lastni presoji ukrepa. Tretja najbolj pogost pri nas, pa je takojšnja reakcija na dobljeno informacijo, brez preverjanja ozadja. Kar sproža ogenj v strehi in veliko slabe volje in še več tožarjenja.

Pametni vodje imajo in bi morali imeti ničelno toleranco na tožarjenje. Mi vsi pa prav tako na opravljanje. Najslabše kar pa lahko vodja stori je, da sam uporabi podobne taktike. In s tem tako vsem pokaže, da ima dvojna merila, dvojno moralo.

## 4 Anketa

Da pa ne bi kdo rekel, da smo podajali zgolj svoja opazovanja in da stvari niso preverjene v praksi, smo v svoji delovni ustanovi izvedli kratko anketo.

Raziskovalne metode. Pri raziskovanju smo uporabili kvantitativno metodo. Za zbiranje, analizo ter interpretacijo podatkov smo kot raziskovalni inštrument uporabili anketni vprašalnik, ki je sestavljen iz 12 vprašanj zaprtega tipa, od tega so anketirani pri enem vprašanju lahko dopisali tudi svoje mnenje. Razdeljenih je bilo 160 vprašalnikov, od tega je bilo vrnjenih 134 izpolnjenih vprašalnikov. Iz nadaljnje obravnave sem izločila 26 vprašalnikov, ker iz njih ni bilo moč razbrati pravih odgovorov ali so bili nepopolno izpolnjeni.

Raziskovalni vzorec. V raziskavo je bilo vključenih 134 članov zdravstvenega tima. Anketa je potekala anonimno.

Raziskovalno okolje. Raziskava je potekala v Splošni bolnišnici Novo mesto in sicer na večini njenih oddelkov. Pred pričetkom raziskave smo pridobili soglasje ustanove.

Etični vidik. Vsi sodelujoči so bili na začetku raziskave seznanjeni z namenom in ciljem raziskave. Upoštevali smo načelo prostovoljnosti in anonimnosti.

### 4.1 Rezultati ankete

Povprečna starost anketirancev v letih je 37,50. Med anketiranimi ima do 5 let delovno dobo 21 (15,67 %) anketirancev, od 5 do 10 let 22 (16,41 %) anketiranih, od 11 do 15 let 22 (16,41 %) anketiranih, od 16 do 20 let 14 (10,44 %) anketiranih, od 21 do 25 let 16 (11,94 %) anketiranih, od 26 do 30 let 16 (11,94 %) in več kot 30 let 23 (17,16 %) anketiranih.

Na anketni vprašalnik je odgovarjalo 105 (78,35 %) vprašanih s srednjo izobrazbo, višjo izobrazbo ima 1 (0,74 %) anketiranec, visoko strokovno izobrazbo jih ima 21 (15,67 %) anketiranih, univerzitetno izobrazbo imajo 3 (2,23 %) anketirani, magistriraj imata 2 (1,49 %) anketiranca in doktorat 2 (1,49 %) anketiranca.

24 (17,91 %) anketiranih meni, da je tožarjenja veliko prisotnega, za srednje prisotno se je odločilo 53 (39,55 %) anketiranih, za malo se je odločilo 47 (35,07 %) anketiranih, 10 (7,46 %) pa jih meni da ni prisotno.

Da se opravlja veliko meni 39 (29,10 %) anketiranih, za srednje se je odločilo 60 (44,77 %) anketiranih, za malo se je odločilo 28 (20,89 %) anketiranih, da se ne opravlja nič pa meni 7 (5,22 %) anketiranih.

Kot žrtev tožarjenja je bilo 96 (81,34 %) anketiranih, 38 (28,35 %) pa ne. Žrtev opravljanja je bilo 109 (81,34 %) anketiranih, ostalih 25 (18,65 %) pa ne.

Tožarilo je 58 (43,28 %) anketiranih, 76 (56,71 %) jih ni. Opravljalo pa je 102 (76,1 %) anketiranih, 32 (23,88 %) anketiranih pa ne opravlja.

Kar 123 (91,79 %) vseh anketiranih meni, da vplivata tožarjenje in opravljanje na odnose, ostalih 11 (8,20 %) pa vpliva ne zazna.

Za odlične odnose se je odločilo 5 (3,73 %) anketiranih, da so dobri meni 71 (52,98 %) anketiranih, za niti dobre niti slabe se je odločilo 31 (23,13 %) anketiranih, da so slabi meni 24 (17,91 %) anketiranih, za zelo slabe so se odločili 3 (2,23 %) anketirani.

Da so razmišljali o odhodu na bolniško je razmišljalo 30 (22,38 %) anketiranih, 104 (77,61 %) pa niso o tem razmišljali.

Da imata tožarjenje in opravljanje velik vpliv meni 49 (36,56 %) anketiranih, da ima srednji vpliv meni 52 (38,80 %) anketiranih, za majhen vpliv se je odločilo 28 (20,89 %) anketiranih in da nima nobenega vpliva meni 5 (3,73 %) anketirancev.

Da vodja ustrezno reagira na tožarjenje in opravljanje meni 57 (42,53 %) anketiranih, za neustrezno reagiranje pa se je odločilo 77 (57,46 %) anketiranih.

Na zadnje vprašanje ali menijo, da obstajajo kolektivi kjer tožarjenje in opravljanje ni prisotno pa jih je kar 127 (94,77 %) anketiranih odgovorili da ne, ostalih 7 (5,22 %) pa meni da taki kolektivi so.

## 4.2 Razprava

Kako se posameznik počuti v svojem delovnem okolju je v veliki meri odvisno od medsebojnih odnosov in le ti so pomemben del življenja vsakega izmed nas.

Povprečna starost anketirancev je 37,50 let. To se pravi, da so to zaposleni z že kar nekaj delovnimi izkušnjami in že dolgo soustvarjajo odnose. Delovna doba zaposlenih je skoraj enakomerno razporejena. Saj so deleži skoraj enaki v vseh kategorijah. Pretežno so na vprašalnik odgovarjali zaposleni s srednjo izobrazbo. To so medicinske sestre in zdravstveni tehniki in predstavljajo največji delež zaposlenih v SB NM.

Že preden smo razposlali anketo smo predvidevali, da se je tožarjenje povečalo. Več kot 50% zaposlenih meni, da je veliko in srednje prisotno, 35 % zaposlenih se je odločilo za malo in samo 10 zaposlenih meni, da ni prisotno v njihovem kolektivu. O opravljanju ni bilo nobenega dvoma saj je prisotno v vseh delovnih okoljih, še sploh v okolju kjer so zaposlene pretežno osebe ženskega spola. Po mnenju anketiranih se opravlja v kolektivu več kot se tožari, saj kar več kot 70 % zaposlenih trdi, da je veliko in srednje prisotno. Malo več kot 20 % zaposlenih pa se je odločilo za malo ali celo nič.

V kolektivih kjer je tožarjenje in opravljanje prisotno, sploh v meri, ki se je izkazala za našo ustanovo, posamezni zaposleni lahko hitro postanejo žrtve.

Iz raziskave je razvidno, da medsebojni odnosi med zaposlenimi tvorijo zlato sredino, torej niso niti dobri niti slabi. Saj le pet zaposlenih meni, da so odnosi odlični in trije, da so slabi. Ko posamezni zaposleni postanejo žrtev, pa naj bo opravljanja ali tožarjenja, se lahko posamezniki kaj hitro zatečejo v bolniški stalež. V naši ustanovi

jih je 22,38 % anketiranih že razmišljalo o odhodu na bolniško. Ostali pa o tem še niso razmišljali.

Navadno se tožari po vertikalni liniji, to se pravi od podrejenega k nadrejenemu. Opravlja se pa največkrat v horizontalni liniji. Zato me je zanimalo, kakšno mnenje imajo zaposleni o vplivu vodje na pogostost tožarjenja in opravljanja. Več kot 70 % anketiranih meni, da ima vodja velik ali vsaj srednji vpliv. Za majhen vpliv se je odločilo 20,89 % anketiranih in da sploh nima nobenega vpliva meni 5 anketirancev. Praviloma bi moral biti vodja tisti, ki bi moral zajeziti take oblike komunikacije in z vzgledom poskrbeti za zmanjšanje oziroma, če je le možno popolno prenehanje vsaj tožarjenja. Opravljalo se še vedno bo, s svojimi pripombami sodeluje tudi vodja tima.

Kot smo že zapisali, se navadno toži k nadrejeni osebi. Zato smo želeli pridobiti mnenje zaposlenih o ustreznosti reagiranja vodje tima na dobljene informacije. Iz odgovorov sodeč, več kot polovica anketiranih meni, da vodja ne reagira ustrezno.

## 5 Zaključek

Nerealno bi bilo misliti, da bomo kdaj živeli v svetu in delali v kolektivu, kjer tožarjenje in opravljanje ne bo prisotno. Lahko pa vsi mi poskusimo soustvarjati boljši in prijaznejši jutri tudi tako, da se izognemo situacijam kjer bi lahko opravljali in, če že moramo, tožimo samo takrat, ko menimo, da je bil na kakršen koli način oškodovan pacient, v tem primeru pa tožarjenje ni več tožarjenje temveč razjasnjevanje neljubih dogodkov.

## LITERATURA

1. Hoyer, S. (2005). Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
2. Možina, S. et al. (2002). Management. Nova znanja za uspeh. Radovljica: Didakta.
3. Weisinger, H. (2001). Čustvena inteligenca pri delu z ljudmi: Tanagram.

SREČANJE SO OMOGOČILI

Generalni sponzor:

# SE TE NEKAJ LOTEVA?

Pri gripi in prehladu hitro vzemi



proti vročini in  
bolečinam



proti vročini in bolečinam,  
zamašenemu nosu, izcedku  
iz nosu ter suhemu kašlju

[www.krka.si](http://www.krka.si)



*Naša inovativnost in znanje  
za učinkovite in varne  
izdelke vrhunske kakovosti.*

Pred uporabo natančno preberite navodilo!

O tveganju in neželenih učinkih se posvetujte z zdravnikom ali s farmacevtom.



Ostali sponzorji:



**BAXTER**

**DRUŠTVO PODEŽELSKIH ŽENA DOLENJSKE  
TOPLICE**

**MEDIS**

**OBČINA DOLENJSKE TOPLICE**

**PAUL HARTMANN ADRIATIC**

**SANOLABOR**