



UNIVERZA V MARIBORU  
FAKULTETA ZA ORGANIZACIJSKE VEDE

Diplomsko delo univerzitetnega študija  
Smer: Organizacija dela

# **PREDLOG MODELA KOMUNICIRANJA S STARŠI HUDO BOLNIH OTROK**

Mentor: izred. prof. dr. Marko Ferjan

Kandidatka: Judita Kolenc

Kranj, december 2005

## **PREHODIL BI SVET ZA EN SAM NASMEH**

**(Viki Grošelj)**

Zahvaljujem se:

Vam, spoštovani profesor, dr. Marko Ferjan, izredni profesor, ki ste mi že preko predavanj v okviru predmeta Poslovno komuniciranje navdušili za bolj poglobljeno razmišljanje na tem področju in mi ves čas stali ob strani z nasveti in znanjem.

Kliničnemu oddelku za nevrologijo in vsem sodelavcem, ki ste me v času mojega dela na Pediatrični kliniki vzpodbujali, mi pomagali in dovolili, da sem dozorela v medicinsko sestro z občutkom do ljudi, malih bolnikov in njihovih staršev.

Vam, Bračun Jožica, viš. med. ses., za plemenito in predvsem strokovno znanje na področju zdravstvene nege, ki me je izoblikovalo.

Tebi, mami, da si me naučila biti to kar sem, ostati to kar sem in mi posredovala vedenje, da se mora človek ves čas življenja izobraževati in se izpopolnjevati.

Tebi, dragi Primož, za vso podporo in razumevanje, ki sem jo prejela v času študija.

## POVZETEK

Človek komunicira od nekdaj. Ko se otrok rodi, zajoka. To je prva komunikacija z zunanjim svetom. Posameznik ves čas življenja v interakciji s sabo ali okoljem komunicira.

Tudi v poklicnem življenju v odnosu do sodelavcev, ožjega in širšega okolja komuniciramo. Zdravstveni delavci komuniciramo med sabo, z malimi bolniki in z njihovimi starši oziroma skrbniki. To je namreč naša poklicna dolžnost, ki jo moramo opraviti kvalitetno. Zato se moramo vsakodnevno izpopolnjevati, se učiti. Potrebno je analizirati stanje in ga reševati, če prihaja do konfliktov ali nesporazumov.

Starši hudo bolnih otrok so v procesu zdravljenja njihovega otroka njegov posrednik in predstavnik. Z njimi zdravstveni delavci komuniciramo formalno ali neformalno. Za kvalitetno in uspešno komuniciranje morata biti vsaj dva sogovornika, ki sta pripravljena sodelovati v oddajanju in sprejemanju informacij. Ker prihaja v procesu komuniciranja pogosto do motenj in nesporazumov, bi bilo ob upoštevanju vsega teoretičnega znanja iz področja poslovnega komuniciranja, ki sem ga predstavila v prvem delu diplomske naloge, in posebnosti sogovornika (zdravstvenega delavca in staršev hudo bolnih otrok) potrebno na podlagi kritične ocene sedanjega stanja izdelati model komuniciranja s starši ter izdelati obrazec, ki bi ga bilo potrebno tudi vestno izpolnjevati, kar sem predstavila v drugem delu naloge. Komuniciranje bi bilo potrebno poenotiti ob upoštevanju individualnosti staršev, posebnosti zdravstvenih delavcev in upoštevanju vseh faktorjev, ki vplivajo na komunikacijski proces. Cilj raziskave je bil zmanjšati konfliktno situacijo, izboljšati komunikacijo med zdravstvenimi delavci in starši hudo bolnih otrok, povečati zadovoljstvo delavcev in staršev ter hudo bolnih otrok.

Analiza stanja je pokazala, da so nekateri pogoji za dobro komunikacijo že vzpostavljeni. To so pravočasno seznanjenje z boleznijo, posredovanje publikacij in edukacija, vključevanje staršev v proces zdravstveno vzgojnega dela in negovanja, sodelovanje pri soodločanju, hitra in takojšnja informacija o zdravstvenem stanju otroka, komuniciranje zdravstvenih delavcev na način, ki je najprimernejši v dani situaciji. Nekaterim oviram se ne moremo izogniti zaradi neustreznih pogojev dela, kot so opremljenost prostorov bolnišnice, saj ni posebnega prostora za individualne razgovore s starši, premalo zdravstvenih delavcev in premalo znanja na tem področju. Področja, ki bi se jih dalo izboljšati pa so razumeti starše, komunicirati bolj preprosto, v jeziku, ki jim je razumljiv, informacije ponavljati, preverjati povratno zvezo in v primeru ugotavljanja motenj le te popraviti, biti bolj pozoren na nebesedno izražanje staršev, ustvariti pogoje za vse oblike komunikacijskega udobja staršev hudo bolnih otrok.

Metoda raziskovanja je bila izkustvena, opravljena na Pediatrični kliniki v Ljubljani. Rezultati prinašajo predlog modela komuniciranja s starši hudo bolnih otrok in predlog Obrazca komuniciranja s starši hudo bolnih otrok.

## **KLJUČNE BESEDE**

Komuniciranje, starši, hudo bolan otrok, zdravstveni delavci.

## **SUMMARY**

The man has communicated since former times. Cry of a newborn child is his first communication to the outside world. During all his life an individual communicates by interaction with himself and community.

We also communicate in our profession lives in relation to colleagues and to the near or large community. Health care workers communicate with each other, with young patients and their parents or caretakers. This is obviously our professional duty that has to be done properly. That is why we have to learn and improve our knowledge all the time. Whenever there are conflicts and misunderstandings we need to analyse the situation and try to find a solution.

In a process of treatment seriously ill children, parents are their agents and delegates. Health care workers communicate with them formally and informally. At least two speakers that are willing to give and accept information are needed for appropriate and successful communication. Taking the theory of professional communication which I introduced in the first part of my work, into consideration, and individuality of a person we communicate with (a health care worker or parents of seriously ill children), and on the critical asses of a momentary situation, we should make and then carry out a model of communication with parents what I introduced in the first part of my work, because there are problems and misunderstandings in the process of communication often. The communication should be standardised respecting individualities of parents, characteristics of health care workers and considering other factors that affect the process of communication. An aim of my survey is to reduce conflict situations, improve communication between health care workers and parents of seriously ill children and increase satisfaction of health care workers, parents and seriously ill children.

Analyses of present situation reveals that some conditions for good communication already exist: early informing of parents about illness, offering some written materials about it, teaching and including parents in the process of health education and health care, involving parents in making decisions, early and immediate information about the stage of illness of their children, the most appropriate communication of health care workers in actual situation. We are not able to avoid particular problems because of some irrelevant conditions of work process like equipment in hospitals which do not have special rooms for individual meetings with parents, deficit of health care workers and lack of special knowledge on this subject. Areas that could be improved are: understanding parents, communicating with them in simple and understandable language, repeating the same information, controlling their feedback information and adjusting the problems, perceiving unspoken

messages and creating circumstances for comfortable communication with parents of seriously ill children.

A method of survey was empirical and was carried out in Pediatric Hospital in Ljubljana. Its results reveal an idea of a model of communication with parents of seriously ill children and a suggestion of a form for communication with parents of seriously ill children.

**KEYWORDS:**

Communication, parents, seriously ill child, health care worker.

## KAZALO

1	OPREDELITEV PROBLEMA .....	6
<u>I TEORETIČNI DEL</u>		
2	OPREDELITEV TEMELJNIH POJMOV .....	8
2.1	KOMUNICIRANJE .....	8
2.2	KOMUNIKACIJSKI SISTEMI .....	9
2.2.1	ENOSMERNI KOMUNIKACIJSKI SISTEM .....	9
2.2.2	DVOSMERNI KOMUNIKACIJSKI SISTEM .....	9
2.2.3	KOMPLEKSNI KOMUNIKACIJSKI SISTEM .....	12
2.3	FAZE PROCESA KOMUNICIRANJA .....	13
2.3.1	PROCESI NA STRANI ODDAJNIKA .....	13
2.3.2	PROCESI NA STRANI SPREJEMNIKA .....	15
2.4	OBLIKE KOMUNIKACIJE .....	17
2.5	NAČINI KOMUNICIRANJA .....	18
2.5.1	VERBALNO KOMUNICIRANJE .....	18
2.5.2	NEVERBALNO KOMUNICIRANJE .....	20
2.6	KOMUNIKACIJSKI KANALI .....	25
2.6.1	TELEFON .....	25
2.7	MOTNJE PRI KOMUNICIRANJU .....	26
2.8	ČUSTVENI VIDIK KOMUNICIRANJA .....	28
2.9	KONFLIKTI IN NJIHOVO REŠEVANJE .....	28
3	KOMUNIKACIJSKO UDOBJE .....	31
3.1	INTERPERSONALNO KOMUNIKACIJSKO UDOBJE .....	31
3.2	KOMUNIKACIJSKO UDOBJE PODJETJA .....	32
4	KOMUNICIRANJE V ZDRAVSTVENI NEGI .....	33
4.1	ODNOS DO BOLNIKA .....	34
4.2	ČUSTVA .....	35
4.3	POSLUŠANJE .....	36
4.4	ETIKA IN MORALA V ZDRAVSTVENI NEGI .....	37
<u>II EMPIRIČNI DEL</u>		
5	RAZISKAVA .....	39
5.1	NAMEN OZIROMA CILJ RAZISKAVE .....	39
5.2	HIPOTEZE .....	39
5.3	METODA RAZISKOVANJA .....	39
6	REZULTATI RAZISKAVE .....	40
6.1	PREDSTAVITEV ORGANIZACIJ .....	40
6.2	ANALIZA STANJA KOMUNICIRANJA S STARŠI HUDO BOLNIH OTROK .....	43
6.2.1	KDO SODELUJE PRI PROCESU KOMUNICIRANJA .....	43
6.2.2	NAČINI KOMUNICIRANJA .....	46
6.2.3	KOMUNIKACIJSKI KANALI .....	49
6.2.4	KDAJ SE KOMUNICIRA .....	52
6.2.5	KJE POTEKA KOMUNICIRANJE .....	52
6.2.6	VSEBINA KOMUNICIRANJA .....	53
6.2.7	OBLIKE KOMUNICIRANJA .....	54
6.2.8	MOTNJE PRI KOMUNICIRANJU .....	55

6.3	ANALIZA KOMUNIKACIJSKEGA UDOBJA STARŠEV.....	57
6.3.1	VSEBNSKO KOMUNIKACIJSKO UDOBJE .....	57
6.3.2	PROSTORSKO KOMUNIKACIJSKO UDOBJE .....	58
6.3.3	ČASOVNO KOMUNIKACIJSKO UDOBJE .....	59
6.3.4	DELOVNO KOMUNIKACIJSKO UDOBJE .....	59
6.3.5	ČUSTVENOV KOMUNIKACIJSKO UDOBJE .....	60
6.4	KRITIČNO OVREDNOTENJE SEDANJEGA STANJA .....	61
6.4.1	KDO KOMUNICIRA .....	61
6.4.2	KDAJ SE KOMUNICIRA .....	61
6.4.3	PROSTOR KOMUNICIRANJA.....	61
6.4.4	O KATERIH VSEBINAH .....	62
6.4.5	OBLIKE KOMUNICIRANJA .....	62
6.4.6	NAČINI KOMUNICIRANJA .....	62
6.4.7	KOMUNIKACIJSKI KANALI .....	63
6.4.8	MOTNJA PRI KOMUNICIRANJU .....	65
6.4.9	KOMUNIKACIJSKO UDOBJE.....	66
7	PREDLOG MODELA KOMUNICIRANJA S STRAŠI	
	HUDO BOLNIH OTROK .....	69
7.1	CILJNE SKUPINE .....	69
7.2	CILJI KOMUNICIRANJA .....	69
7.3	SEZNAM NUJNIH VSEBIN KOMUNICIRANJA .....	70
7.4	ORGANIZACIJSKA OBLIKA .....	70
7.5	KADRI ZA POTREBE KOMUNICIRANJA .....	70
7.6	PROSTOR KOMUNICIRANJA .....	71
7.7	ČAS KOMUNICIRANJA .....	71
7.8	REŠEVANJE NESPORAZUMOV .....	71
7.9	VPLIVI NA PROCES KOMUNICIRANJA.....	72
7.10	OBRAZEC KOMUNIKACIJA V ZDRAVSTVU .....	72
8	ZAKLJUČEK.....	75
8.1	TEST HIPOTEZ .....	75
8.2	UGOTOVITVE .....	76
8.3	PREDLOGI ZA IZBOLJŠANJE .....	77
	LITERATURA .....	80

# 1 OPREDELITEV PROBLEMA

Zaradi hitro napredujoče medicinske znanosti, tehničnih spoznanj in novosti na področju zdravljenja in diagnostike je človek postal kakor stroj. Ni več kompleksno, čuteče bitje, temveč je obravnavan kot objekt, na katerem se uporabljajo določene metode in pravila. Vendar zdravljenje ni le medicina, ni le preiskava, ni le terapija, je tudi pogled, je tudi stisk roke, je tudi pogovor, je tudi prava beseda pravemu človeku ob pravem času. Bolnik je kompleksno bitje tudi z subjektivno, človeško sfero doživljanja. Medicina prihodnosti bo komunikacijska medicina, ali pa bo izgubila ljudi, zaradi katerih je pravzaprav tu, kot navaja Ule (2003).

V sodobni družbi se spreminja odnos ljudi do medicine. Zdravje je ena največjih vrednot prebivalstva. Zaupanje ni brezpogojno, pogosto se pojavlja dvom. Če gre za zdravje otroka, je še bolj izražena zahteva po ozdravitvi. Starši težko sprejmejo težko bolezen otroka, kronično bolezen ali celo smrt. Zato je komuniciranje med zdravstvenimi delavci in starši hudo bolnega otroka bistvenega pomena. Krepi odnos, pogloblja ali celo vrača zaupanje, tolaži, lajša, informira, mnogokrat celo podaljšuje življenje. Skrb za dobro komunikacijo je naloga vseh zaposlenih v zdravstvu.

Področje dela zdravstvenih delavcev je predvsem delo z ljudmi. Kjer pa so bolniki otroci, je sposobnost dobrega in učinkovitega komuniciranja še bolj pomembna. Bolezen je neprijetna za odraslega človeka, za otroka pa še bolj. Če mora otrok v bolnišnico zaradi težke, morda neozdravljive bolezni, kjer prejema več zdravil, ki lahko vplivajo na njegovo psihofizično stanje, kjer mu je okolje tuje, svojih želja, stisk, čustev, bolečine pa ne zna izraziti, ga tako stanje doživljanja bolnišnice in bolezni spremlja tudi še potem, ko je že v domačem okolju. Najbolj varno se počuti v bližini staršev, pomembno mu je že zagotovilo, da so nekje v bližini, tudi če samo na počivalniku v bolniški sobi. Strahovi izginejo, imajo nekoga, ki jih bo razumel in zagovarjal, če bo to potrebno. Doživljanje bolezni in bolnišnice je odvisno od starosti otroka, dolžine hospitalizacije, resnosti bolezni in sposobnosti zdravstvenih delavcev uspešnega komuniciranja.

Spretnost komuniciranja je poklicno področje zdravstvenih delavcev. Poteka s hudo bolnimi otroci in njihovimi starši, ki so ob njih pogosto štiriindvajset ur na dan. Uspeh zdravljenja je odvisen tudi od dobrega počutja malega varovanca in njihovih staršev. Komuniciranje med zdravstvenimi delavci in starši otrok je vsakodnevna. Vendar se pojavljajo motnje, katere bi bilo mogoče preprečiti ali odpraviti z boljšim komuniciranjem. Marsikatere napetosti, slabe volje, jeze ali nesporazuma bi ne bilo, zadovoljstvo zaposlenih bi se povečalo, ravno tako staršev in njihovih malih bolnikov.

Nekaterih stvari se zdravstveni delavci ne zavedamo, ker jih ne opazimo ali jih zavračamo. Vsakdo, ki je sam osebno izkusil bolezen in bil hospitaliziran, na osnovi lastne izkušnje spremeni način komuniciranja s starši, se bolj potrudi ali pa razume določene nelogičnosti razmišljanja na strani staršev, se bolj vživi v situacijo.



Vsebina raziskovanja diplomskega dela je komuniciranje med starši hudo bolnih otrok in zdravstvenimi delavci. Ugotovitve prinašajo kritično analizo sedanjega stanja ter predlog za izboljšanje na tem področju.

# I TEORETIČNI DEL

## 2 OPREDELEITEV TEMELJNIH POJMOV

### 2.1 KOMUNICIRANJE

Beseda komunicirati izhaja iz latinske besede *communicare* in pomeni občevati, razpravljati, posvetovati, vprašati za nasvet. Definicij komuniciranja je več, vse so si med seboj podobne in so se s časom razvijale in se dopolnjevale.

Lorbek citira Schramma, ki pravi, da komuniciranje v bistvu obsega izmenjavo misli, občutkov ali razumevanja zaznavanja, ter Wrighta, ki opredeljuje komuniciranje kot proces prenosa mnenja med posamezniki (Možina, Damjan 1992).

Lipovec meni, da je komuniciranje oddajanje sporočil tako, da jih prejemnik sprejme, in sprejemanje sporočil (Možina, Damjan 1992).

Možina pa navaja, da je komuniciranje proces prenašanja informacij z medsebojnim sporazumevanjem, saj se v komuniciranju odvija nek proces vzpostavljanja stikov in oblikovanja vzdušja razumevanja dveh oseb (Možina, Damjan 1992).

Življenje posameznika v različnih medosebnih sistemih (družinski, šolski, medosebni sistem podjetja, medosebni sosedski sistem, družbeno medosebni sistem) je odvisno od uspešnosti medosebnega komuniciranja. Le to je lahko nekakovostno ali kakovostno (Brajša 1994).

Uspešno sporazumevanje povezujejo s temeljnimi načeli vzhodnjaških borilnih veščin:

- bodite sproščeni,
- bodite prožni in uravnovešeni,
- bodite dejavno sprejemljivi,
- stopite na drugo stran (Šavko 2005).

Klasični komunikacijski model sta razvila Shannon in Weaver:

- Kdo?
- Kaj?
- Komu?
- Na kakšen način?
- S kakšnim učinkom? (Ferjan 1998).

Da se komunikacija vzpostavi, da sploh lahko poteka, so potrebni:

- oddajnik,
- sprejemnik,
- sporočilo,
- komunikacijski kanal.

Oddajnik sporočilo odda, sprejemnik ga sprejme, sporočilo potuje preko komunikacijskega kanala. Da smo seznanjeni z učinkom poslanega sporočila, je potrebna povratna zveza. Sporočilo je sestavljeno iz simbolov, ki morajo biti razumljivi pošiljatelju in prejemniku, preneseni morajo biti preko komunikacijskega kanala v taki obliki, kot so bili oddani, sprejemnik jih mora biti sposoben sprejeti, oddajnik pa oddati.

## **2.2 KOMUNIKACIJSKI SISTEMI**

Poznamo več vrst komunikacijskih sistemov:

- enosmerni komunikacijski sistemi,
- dvosmerni komunikacijski sistemi,
- kompleksni komunikacijski sistemi.

### **2.2.1 ENOSMERNI KOMUNIKACIJSKI SISTEMI**

Oddajnik le oddaja sporočilo, sprejemnik ga le sprejme, sporočilo potuje po komunikacijskem kanalu le v eno smer. V enosmerni komunikaciji prihaja do medsebojnega vplivanja le enega (oddajnika), medtem ko sprejemnik nima vpliva. Ne prihaja do dialoga.

### **2.2.2 DVOSMERNI KOMUNIKACIJSKI SISTEMI**

Oddajnik in sprejemnik sta na obeh straneh komunikacijskega sistema, sporočilo potuje po komunikacijskem kanalu v obe smeri. Oba sogovornika vplivata eden na drugega in se tudi spreminjata.

Dvosmerni komunikacijski sistem lahko preide v enosmerne zaradi motnje v komunikacijskem sistemu.

Sporočilo, poslano od pošiljatelja do sprejemnika bo učinkovito, če bo možna povratna zveza. Informacija o tem, ali je bilo sporočilo sploh prejeto, kako je bilo prejeto ter interpretirano, kakšna je bila reakcija na sporočilo, dobimo le s pomočjo povratne zveze. Komunikacijski sistem s povratno zvezo je prikazan na sliki 1.

Učinkovito prejetje sporočil temelji na:

- povratni zvezi o zaznavi sporočila,
- povratna informacija mora omogočati razjasnitev in nadaljevanje razgovora.

Ko oddajnik ugotovi, da je bilo sporočilo pravilno prejeto in razumljeno, bo na isti način komuniciral tudi v naslednjih komunikacijah. Povratna zveza je reakcija na akcijo. Mnogo nesporazumov in konfliktov izhaja iz nepravilno razumljene informacije, povratne zveze pa ni bilo ali je bila neučinkovita.

Vrste povratne zveze:

- besedni odgovor,
- nebesedna povratna zveza.

Povratna informacija je za odnos, komunikacijo med dvema nujno potrebna. Je vir informacij o nas samih, o drugih, o tem, kaj delaš prav, kaj narobe.

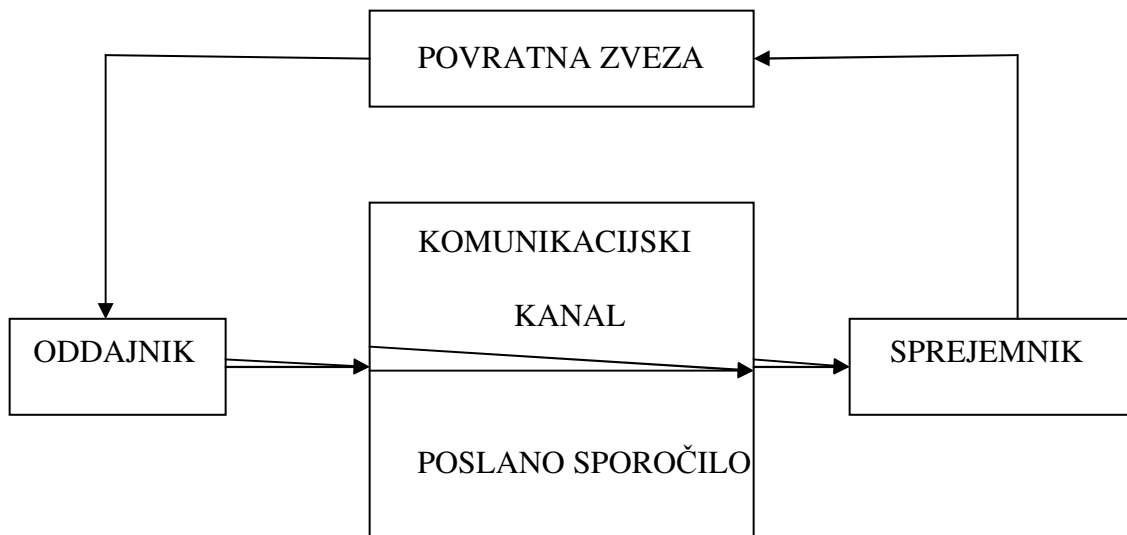
Povratna informacija:

- se nanaša na vedenje,
- se nanaša na osebo,
- skuša spremeniti vedenje,
- ne skuša spremeniti osebe,
- ima namen spodbuditi razvoj in rast,
- ni mišljena kot ponižanje,
- se daje samo takrat, ko smo zanjo prosili,
- se ne daje na silo,
- se nanaša na opažanja,
- se nanaša na zaključke in sklepanja,
- je opisna,
- ni ocena in ne vrednoti,
- se posreduje z občutkom, odkrito in s pristno skrbjo za drugega,
- je specifična, ne nejasna,
- je takojšnja, ne zapoznela,
- se nanaša na tiste vidike vedenja, ki jih je mogoče spremeniti,
- se daje osebno (Rundapadiachy 2003).

Brajša (1994) deli komunikacijski feedback v slabšo in boljšo obliko. Boljša oblika komunikacijskega feedbacka je:

- verbalna (izražena v besedah, ki zagotavljajo enoznačnost),
- pozitivna (prepozna tudi pozitivno in to poudarja),
- prilagojena sogovorniku (skrbi za to, da bo sporočilo razumljivo konkretnemu sogovorniku),
- konkretna (nanaša se na konkretno vedenje, konkretno sekvenco komunikacije),
- opisna (opisuje dogajanje in ga ne ocenjuje),
- jasna (natančno se razume, kaj hočemo povedati),

- objektivna (samo preverjene informacije dialogu),
- realna (ustreza realnosti),
- popolna (obravnavava vse elemente dogajanja),
- direktna (neposredno povezana s temo, z vsebino komunikacije),
- neposredna (nanaša se na tistega, ki mu je namenjena),
- iskrena (ustreza tistemu, kar res mislimo in čutimo),
- pravočasna (sporočena v času, ko je sogovornik pripravljen slišati, razumeti, sprejeti in se o njej pogovarjati),
- informativna (usmerjena k dajanju informacij, ne pa tudi k sprejemanju sogovornikovega mnenja),
- konstruktivna (usmerjena k reševanju problema),
- dobro namerna (»in dubio pro reo« - v dvomu izberemo različico, ki ustreza sogovorniku),
- uporabna (koristna, relevantna),
- dovoljena (dana s sogovornikovim privoljenjem in ne proti njegovi volji),
- kontaktibilna (z namenom vzpostavljanja dialoga),
- vzajemna (informacije dajemo, sprejemamo in iščemo).



Slika 1: Komunikacijski sistem s povratno zvezo (Florjančič, Ferjan 2000)

### 2.2.3 KOMPLEKSNI KOMUNIKACIJSKI SISTEMI

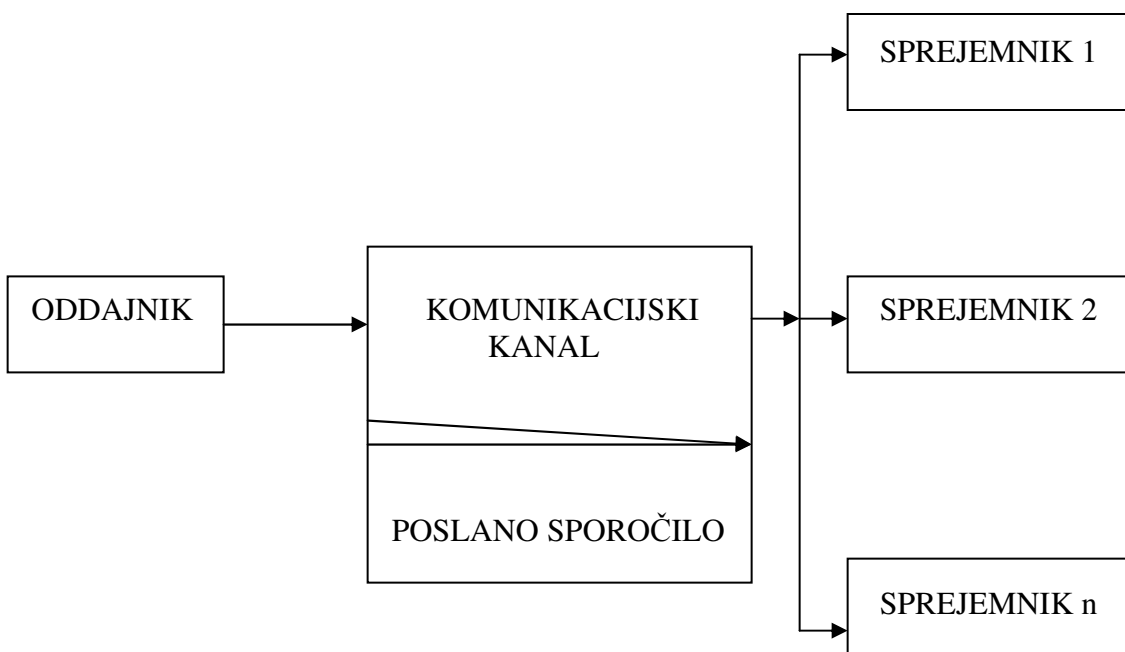
Kompleksni komunikacijski sistemi imajo enega ali več komunikacijskih kanalov, za katere velja, da so lahko sestavljeni iz:

- en oddajnik, več sprejemnikov (slika 2),
- več oddajnikov, en sprejemnik,
- več oddajnikov, več sprejemnikov (Ferjan 1998).

Usmerjene komunikacije so tiste komunikacije, pri katerih obstajata en oddajnik in en sprejemnik, kateremu je poslano sporočilo namenjeno. To sporočilo pa je sposoben sprejeti in ugotoviti pomen še eden ali več sprejemnikov, ki jim sporočilo ni bilo namenjeno. Takrat uporabimo selektiven pristop, ki pomeni, da mora sprejemnik, če želi sporočilo prejeti, prepoznati zaščitno kodo. Take sisteme uporabljamo v primeru, da je en oddajnik in več sprejemnikov, ki so sposobni sporočilo prejeti in razumeti, vendar mora biti vsebina sporočila namenjena le sprejemniku, kateremu je namenjena.

Glede na naravo sprejemnika, oddajnika in komunikacijskega kanala ločimo:

- neposredne komunikacije med ljudmi,
- komunikacije s pomočjo tehničnih sredstev, kjer je začetni oddajnik in končni sprejemnik človek,
- medsebojne komunikacije tehničnih sredstev,
- druge oblike komunikacij (Florjančič, Ferjan 2000).



Slika 2: Komunikacijski sistem z enim oddajnikom in več sprejemnikov (Florjančič, Ferjan 2000)

## **2.3 FAZE PROCESA KOMUNICIRANJA**

Pri komuniciranju potekajo določeni procesi na strani oddajnika in na strani sprejemnika.

### **2.3.1 PROCESI NA STRANI ODDAJNIKA**

Na strani oddajnika potekajo procesi, ki jih prikazuje slika 3:

- razmišljanje,
- kodiranje,
- neposredna oddaja sporočila (Florjančič, Ferjan 2000).

#### **RAZMIŠLJANJE**

Človek kot oddajnik razmišlja o:

- namenu komunikacije,
- vsebini komunikacije,
- semantiki,
- ali bo pravilno razumljen,
- čustvovanju med komunikacijo,
- podzavestno poslanih simbolih,
- motnjah med komunikacijo,
- drugem (Florjančič, Ferjan 2000).

#### **KODIRANJE**

Kodiranje pomeni proces pretvorbe misli, čustev, namenov, stališč itd v takšne znake, za katere predvidevamo, da jih bo drugi pravilno razbral (dekodiral) oz. ponovno pretvoril v tisto, kar smo želeli sporočiti (Vec 2005).

Sporočilo mora biti kodirano, da ga oddajnik in sprejemnik razumeta, ter da ga je komunikacijski kanal sposoben prenesti. Koda so: simboli, znaki, pravila, protokoli, besede, risbe, ... Gre za prevod čustev, namenov, misli v sporočilo. Poznamo besedno in nebesedno sporazumevanje. Pogosto ob povedanem pošiljamo tudi neverbalne simbole, katerih se zavedamo ali pa ne. Kljub bogatemu besednemu zakladu lahko prihaja do motenj med komunikacijo ravno zaradi slabo kodiranega sporočila. Pogosto je težko čisto natančno opisati določen dogodek, misel, doživljanje, čustvovanje. Ljudje se pogosto niti ne trudijo, da bi bili bolj natančni pri opisovanju. Nekateri nočejo, nekateri ne znajo, nekaterim pa se zdi škoda časa in energije.

## NEPOSREDNA ODDAJA SPOROČILA

Sporočilo oddamo v komunikacijski kanal s pisano ali govorjeno besedo, ali pa tudi drugače. Najpogosteje uporabljena sta verbalna in neverbalna komunikacija. Med sprejemnikom in oddajnikom je lahko neposredni komunikacijski kanal (se pogovarjata) ali pa je prenos preko tehničnih sredstev. Pri neposrednem komunikacijskem kanalu se lahko poleg verbalne komunikacije izraža tudi neverbalna, medtem ko se pri tehničnih sredstvih le ta ne zazna.

Čas potovanja sporočilo po komunikacijskem kanalu:

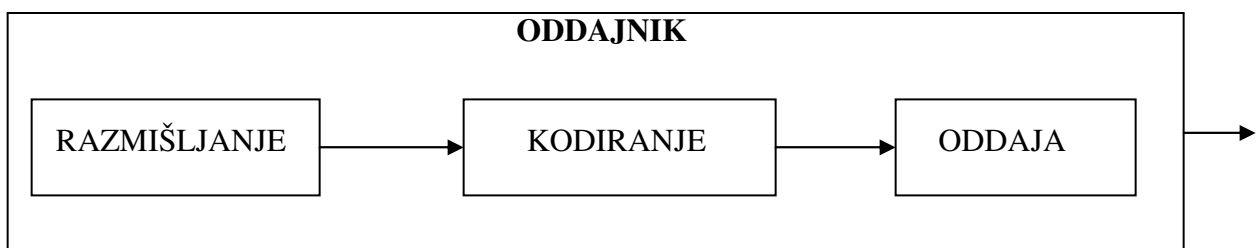
- takoj prenesena sporočila po komunikacijskem kanalu,
- prenos sporočila poteka nekaj časa, kar moramo upoštevati glede na obliko komunikacijskega kanala.

Shranjevanje sporočila:

- komunikacijski kanal ne omogoča shranjevanja sporočila (izgovorjena beseda), sporočilo je minljivo,
- komunikacijski kanal omogoča točno shranjevanje (elektronska pošta,...), sporočilo je neminljivo.

Vrste komunikacijskih kanalov:

- zrak,
- avdioakustična sredstva,
- telekomunikacijska sredstva,
- drugo.



Slika 3: Zaporedje procesov na strani oddajnika (Florjančič, Ferjan 2000)



### **2.3.2 PROCESI NA STRANI SPREJEMNIKA**

Procesi na strani sprejemnika sestavljajo:

- senzorski kanali,
- filtriranje,
- percipiranje,
- mentalna obdelava (Florjančič, Ferjan 2000).

#### **SENZORSKI KANALI**

Sporočila, ki jih pošilja oddajnik, sprejemnik zazna s pomočjo čutil za:

- vročino,
- mraz,
- vonj,
- bolečino,
- zvok,
- svetlobo,
- tip (Florjančič, Ferjan 2000).

Značilnost čutil je njihova specifičnost: zvok zaznamo v določenih frekvencah, nekateri narodi imajo glede na zunanje okoliščine bolj izrazito razvita določena čutila, drugi narodi spet druga. Bolečino se v različnih kulturah čuti zelo enoznačno (npr. udarec boli v vseh kulturah).

#### **FILTRIRANJE**

Filtriranje je proces, ko prejeta sporočila preko čutil sprejmemo, vendar jih zavestno ali podzavestno nekaj takoj izločimo. Nekatera sporočila izločimo, ker je sporočil preveč, ker se nekaterim preprosto želimo izogniti in jih ignorirati. Pri filtriranju sodeluje človeški možgani preko živčnega sistema. Katera sporočila ne izločimo je odvisni tudi od lastnega pogleda na sporočilo, preteklih izkušnjah s sporočilom, motivacijskega stanja posameznika in drugo.

Že sprejeta sporočila podzavestno ali zavestno izločamo zaradi:

- stresa,
- utrujenosti,
- stereotipov,
- predsodkov,
- stališč,
- vpliva alkohola, drog, zdravil,...
- prepričanj,
- komunikacijske obremenitve,
- drugo.

**Stres**

V sodobni družbi je stres pogost spremljevalec človeka. Pripomore, da se človekove psihofizične zmožnosti zmanjšajo in s tem tudi zmožnost zaznavanja s čutili in prekomerno izločanje sporočil.

**Utrujenost**

Tudi utrujenost zmanjšuje psihofizične sposobnosti človeka in tako ne le v procesu filtriranja, temveč v celotnem procesu komuniciranja vpliva na sprejete in izločene informacije.

**Stereotipi**

Stereotip je človekovo vnaprejšnje prepričanje o nečem. Ljudje se že na osnovi le nekaterih informacij, ki pa ni nujno da so bistvene, odločimo za prepričanje o določeni lastnosti posameznika.

**Predsodki**

Od vseh človeških slabosti nobena ni bolj destruktivna in škodljiva za dostojanstvo posameznika in njegovih socialnih vezi, kot so predsodki (Zimbardo v Rundapadiachy 2003). Predsodki so del vsakega posameznika, kljub temu, da nekateri mislijo, da jih nimajo. Predsodki so sovražen odnos do osebe, ki pripada neki skupini, že zato, ker pripada tej skupini. Predsodki so lahko pozitivni ali negativni, ravno tako je izločanje ali neizločanje sporočil zaradi predsodkov lahko pozitivno ali negativno.

**Stališča**

Stališče ni vedenje. Stališče je mentalno stanje pripravljenosti, ki je organizirana na podlagi izkušnje in neposredno vpliva na človekov odziv na vse objekte, na katere se to stališče nanaša (Allport v Rundapadiachy 2003). Stališča usmerjajo sedanje ali pretekle izkušnje.

Stališča se oblikujejo in spreminjajo zaradi vpliva staršev, vpliva skupine, vpliva medijev, neposredne izkušnje.

Lahko vplivamo na ljudi, da zavestno ali podzavestno spremenijo stališča (npr. z pogojevanjem, informiranjem, učenjem,...).

**Vpliv alkohola, drog, zdravil,...**

Alkohol, droge, nekatere vrste zdravil vplivajo na človekovo psihofizično počutje, na delovanje živčnega sistema, ki je pomemben dejavnik pri filtriranju sporočil.

**Prepričanja**

Prepričanja so trditve, ki kažejo na subjektivno verjetnost, da ima objekt neko določeno značilnost, ki jo zaznava posameznik (Fishebin in Ajzen v Rungapadiachy 2003).

Prepričanja imajo le spoznavno komponento. Sestavljajo jih tri dimenzije: deskriptivna, vrednostna in predpisovalna.

### **Komunikacijska obremenitev**

Kolikor večja je kompleksnost in pogostost sprejetih sporočil, toliko večja je komunikacijska obremenitev. Komunikacijska obremenitev je funkcija:

- števila odločitev, ki morajo biti sprejete v določenem časovnem intervalu,
- potrebne hitrosti, da se obdela določen informacijski vložek,
- zahtevane kakovosti obdelave informacij,
- predvidljivosti prihajanja sporočil,
- predvidljivosti vsebine sporočil (Florjančič, Ferjan 2000).

### **PERCEPIRANJE**

Percepcija ali zaznavanje je interpretacija čutnega vložka. Je proces izbiranja, organiziranja in interpretacije informaciji, zbranih s pomočjo čutil. S čutili sprejeta sporočila človek selekcioniira, jih percipira in jih shrani v spomin oziroma jih mentalno obdela (Ferjan 2001).

Na percepcijo vplivajo pretekle in sedanje izkušnje socialno kulturnega okolja, motivacijsko stanje posameznika, pretekle izkušnje posameznika, intuicija, čustva, pričakovanja, čas, zanimanje posameznika, drugo.

### **MENTALNA OBDELAVA**

Posameznik informacije po fazi percipiranja mentalno obdela oziroma jih shrani v spomin. Človek si najbolj zapomni tisto, kar sam naredi, sam reče, vidi in sliši, prebere. Zato je pomembno, da zdravstveni delavci informacije ponavljamo, saj na spomin vplivajo številni zunanji dejavniki, predvsem stres, ki vpliva tako na filtriranje pri poslušanju kot na pomnjenje.

## **2.4 OBLIKE KOMUNIKACIJE**

Vrste komunikacije glede na udeležence (Vec, 2005):

- Notranja komunikacija – intrapersonalna - izraža se v komunikaciji s samim seboj, ko se pogovarjamo, razmišljamo, analiziramo,... Vsak človek ima notranjo komunikacijo.
- Medosebna komunikacija – interpersonalna - je neposredno komuniciranje dveh ali več oseb in predstavlja neposredne odnose med ljudmi. David W. Jonson in Frank P. Jonson jo delita:
  - a. v širšem pomenu besede (besedno ali nebesedno vedenje, ki ga druga oseba zazna),

- b. v ožjem pomenu besede (s poslano informacijo zavestno vplivati na prejemnika sporočila).
- Skupinska komunikacija - medskupinska komunikacija - komunikacija med manjšo skupino ljudi kot so družina, prijatelji, sodelavci,...in poteka iz oči v oči. Večja skupina ljudi ima namen komunikacije v drugih vzrokih kot v manjših skupinah, veljajo tudi druga pravila komunikacije (v podjetju, na seminarjih, kongresih,...).
  - Množična komunikacija - komunikacija med ogromno množico ljudi (poštni sistem, telefonski sistem, množični koncerti, protesti,...).

Komunikacija lahko poteka simetrično ali komplementarno. Ko se odnosi med ljudmi v procesu komunikacije kažejo enakovredno, ko ni nekdo več vreden, popolnejši, boljši od drugih, govorimo o simetričnem poteku komunikacije. Odvija se v družini, med prijatelji,... Ko pa nekdo prevladuje nad drugim, ko komunikacija poteka v hierarhičnih odnosih, govorimo o komplementarnem poteku komunikacije (dajanje ukazov, navodil, odnos učitelj-učenec, odnos nadrejeni-delavec,...).

## **2.5 NAČINI KOMUNICIRANJA**

Komunikacija lahko poteka z besedami ali brez besed. Včasih komuniciramo že s tem, da smo navzoči, z gestami, gibi. Tega se zavedamo ali pa ne. Moč besed jasno izraža vsebino, opisuje dogajanje, neverbalni simboli in znaki pa imajo močnejši odnosni vidik.

### **2.5.1 VERBALNO KOMUNICIRANJE**

#### **GOVOR**

Temeljna oblika komuniciranja je govor. Večina ljudi komunicira preko govorne besede, ki je v različnih kulturah različno razvita.

Glas artikuliramo, ker želimo izreči neko misel. Človek se je naučil te veščine v stoletjih in tisočletjih svojega obstoja. Želel je nekaj povedati, zato je začel razvijati lokomotorične organe. Izgovorjena misel ima svoj pomen. Tudi opice imajo dovolj razvite lokomotorične organe, da bi lahko govorile, pa ne. Konrad Lorenz pravi (Trstenjak 1993): Opica ne spregovori zato, ker nima kaj povedati.

Izgovorjena beseda ima lahko več pomenov, je povedana na različne načine, tako da jo lahko prejemnik informacije različno razume od oddajnika. Le malo drugačen naglas lahko povzroči napačno razumevanje povedanega in lahko privede tudi do konfliktnih situacij. Sporočilo je lahko pomanjkljivo, nedorečeno ali posplošeno. Lahko vsebuje izpuščanje ali izkrivljanje. Pomembno je, da smo pri besedni obliki komunikacije konkretni, se dopolnjujemo in preverjamo.

Komponenti jezika sta vsebinska in formalna. Govor izboljšamo z vključevanjem neverbalnih oblik sporočanja kot so pogled, mimika, drža telesa, ter z glasovnimi elementi kot so višina glasu, tempo, barva glasu, jasna in glasna izgovorjava, poudarjanje.

Vloga besede:

- posreduje svet z njegovo podobo,
- povezuje človeka s sočlovekom.

## **PISAVA**

Besedo lahko izgovorimo ali jo zapišemo. Pisane besede ni možno spreminjati, ostane arhivirana, ni neposrednega stika z prejemnikom ter sporočilo je bolj ali manj brezosebno.

Grafologija je nauk o človeški pisavi, grafologi so strokovnjaki, ki se ukvarjajo z grafologijo.

Grafologi proučujejo:

- samoniklost pisave,
- ritem in takt,
- velikost in majhnost,
- hitro in počasno pisavo,
- trdo ali rahlo pisavo,
- široko ali ozko pisavo,
- zalito ali suho pisavo,
- pokončnost pisave,
- zveznost pisave,
- polno ali prazno pisavo,
- visoko ali nizko pisavo,
- prostor in vrste pisave (Florjančič, Ferjan 2000).

Pisava je sprva pomagala opisati sezname žita v starem Egiptu. Ljudje so mislili, da so jim jo podarili bogovi.

Pisava izraža čustveno stanje posameznika, karakter, lastnosti in doživljanja. Psihologi poznajo proučevanje risbe in pisave in določajo lastnost posameznika (npr. posebna pisava za introvertirane, sramežljive osebe). Sestavni del psiholoških testov so risbe, ki so del psihodiagnostične in terapevtske obravnave, vendar strokovnjaki opozarjajo, da se jih ne sme upoštevati izolirano, vsak znak posebej, vendar vedno celostno in v sodelovanju z drugimi, bolj zanesljivimi instrumenti.

## 2.5.2 NEVERBALNO KOMUNICIRANJE

Človek hote ali nehote sporoča tudi brez besed. Nebesedna komunikacija veliko pove o čustvih, namelih stališčih, počutju, ... Iz nebesedne govornice mnogokrat izvemo mnogo več kot od besed, pokončna drža in iskren nasmeh pomenita več kot tisoč besed. Interpretacija oziroma razumevanje nebesednega komuniciranja lahko prinese tudi napake in nesporazume, ker sporočila lahko razumemo napačno. Upoštevati je potrebno kulturne in skupinske razlike sporazumevanja (najstnik, ki je prepuščen sebi in ulici bo sporočal drugače kakor najstnik, ki je vzgojen v urejeni družini, določen znak – palec obrnjen navzdol pomeni v različnih kulturah različno).

### GOVORICA TELESA

Telo govori že samo po sebi, le če ga želimo opazovati. Pri opazovanju govornice telesa ne smemo pozabiti na to, da je ta govornica sestavljena iz povedi, ki jih tvorijo posamezne besede. Slišati moramo celotno poved, da razumemo pomen, zato moramo tudi opazovati celoten sestav kretenj, da razumemo njihov pomen, ne pa samo posameznih gibov, iztrganih iz celote, ki imajo lahko več pomenov, kakor tudi same besede (Možina, Damjan 1992).

Govornica telesa zajema izraze obraza, gibe telesa, držo telesa, telesni prostor in bližino ter dotik.

#### Izrazi obraza

Obraz je najbolj izpostavljen del telesa in si ga sočlovek najbolj in najprej ogleda. Obraz vsebuje veliko mišic, ki se lahko hitro premikajo in spreminjajo izraz na obrazu.

Obrazne mišice razodevajo človekova čustva:

- strah,
- jezo,
- žalost,
- presenečenje,
- gnus,
- prezir,
- zanimanje,
- bes,
- srečo,
- drugo.

#### Stik s pogledom

Ko se z nekom pogovarjamo, naj bi ga gledali v oči. Oči povedo veliko, izražajo zaljubljen, prestrašen, ubijalski, ... pogled. Oči so ogledalo duše. Pogosto sogovorniku oddajajo sporočila na povedano, izražajo čustva, informirajo o odnosu. Obstaja oblika olike in vedenja gledanja z očmi (predolgo buljenje v sogovornika, gledanje v določen

del telesa sogovornika, beganje z očmi daje vtis nemira in negotovosti, počasno mežikanje).

Funkcije stika s pogledom:

- Uravnavanje poteka pogovora – reguliranje komunikacije.

Oči lahko nakažejo začetek ali konec pogovora. Ko sogovornik naredi premor in nas pogleda, lahko spregovorimo. S pogledom lahko tudi preprečimo pogovor (pogledamo vstran, npr. ko nekdo prosi miloščino se ne odzovemo, temveč očesni kontakt usmerimo drugam) ali pa ga začnemo (pogledamo v smeri natakara v restavraciji, pa se bo odzval).

- Dajanje povratne informacije sogovorniku o tem, kar je povedal – opazovanje povratne informacije.

V interakciji med ljudmi daje stik s pogledom veliko povratnih informacij. Če človek išče povratne informacije pri sočloveku, ga bo opazoval. Gledanje govorca pomeni zanimanje o vsebini govora. Nošenje temnih očal pri enem od sogovornikov drugemu onemogoča stik s pogledom, ravno tako prinaša več premorov med pogovorom ter več prekinitev.

- Izražanje čustev.

Čustva vplivajo na izraz obraza, tako poznamo:

a) zaljubljen pogled (Slovenija – spogledovanje),

b) širjenje in ožjenje zenic (arabski trgovci so bili pozorni na širjenje zenic potencialnih kupcev, ocenili so vrednost in privlačnost njihovega blaga za kupca in tako postavljali ceno; Italijanke so si dajale v oči drogo, da bi bil njihov pogled privlačnejši),

c) položaj obrvi (dvignjene in usločene pomenijo presenečenje, dvignjene in potisnjene skupaj pomenijo strah, spuščene obrvi in veke kažejo gnus).

- Informiranje o odnosu – komuniciranje narave medosebnih odnosov.

Bliže smo človeku, s katerim imamo več stika z očmi. Daljši in pogostejši stik z očmi je pri prijetnih pogovorih in temah, medtem ko pri neprijetnem pogovoru najraje zremo stran ali si z dlanmi pokrijemo obraz. Znan rek pravi, da bi se od sramu najraje v zemljo vdrli.

Če nekdo strmi v sočloveka, lahko vrnemo pogled ali pa ga umaknemo. Če med komunikacijo treh oseb sodelujeta z očesnim kontaktom le dva, se bo tretji počutil neprijetno in se izključil iz pogovora.

### **Gibi, kretnje**

Gesta je katerikoli gib, ki je omejen na enega ali več delov telesa. Določene geste imajo isti pomen v vseh kulturah in družbah v določenem času, tako da jih lahko razume vsakdo:

- žuganje s prstom (starši izražajo nezadovoljstvo nad svojim otrokom),
- palec gor – živel boš, palec dol - umrl boš (stari Rim),
- binglanje z nogami (nestrpnost),
- drugo.

Gibi rok služijo:

- ilustraciji povedanega,
- poudarjanju tistega, ker z besedami ne moremo dovolj izraziti,
- popravljanju povedanega,
- izražanju čustev (Vec 2005).

### **Telesna drža**

Drža telesa je pomembna, ko človek javno nastopa. Sicer odraža družbeni, poklicni in socialni status, notranje počutje. Vključuje celo telo. Geste posameznika morajo biti skladne z držo telesa.

Pokončna drža in odločna hoja zaznamuje samozavestne ljudi, ki vedo kaj hočejo in imajo jasen cilj pred seboj. Nekateri pa že z držo povedo, da bi se najraje skrili, da jih je strah, hodijo plašno in nesamozavestno.

Drža telesa kaže čustveno stanje posameznika. Jezen človek je tog, napet, nogi sta druga ob drugi, roki sklenjeni, sedi ali stoji v pokončnem položaju ali pa rahlo upognjeno naprej. Depresivni človek ima skrušeno, apatično držo, gleda v tla. Majhni ljudje hodijo pokončno, zravnano, sedijo čisto do konca sedeža in zravnano. S tem želijo prikriti telesno višino.

Telesno držo kakor tudi ostalega neverbalnega komuniciranja se je možno naučiti. Najlažje je, če opazujemo druge in samega sebe. Dobro pomagalo je video kamera, zelo uspešno je sporočanje bližnjih (partnerja,...) o navadah in razvadah. Sogovornika najbolj motijo živčne kretnje, ki se jih sploh ne zavedamo.

### **Telesni prostor in bližina**

Vsako živo bitje ima svoj pas, svoj prostor okoli sebe. Živali se borijo za svoj življenjski prostor, sicer bi ne preživele. Ravno tako človek že v svojem vsakdanjem življenju kaže svoj prostor, npr. ima svoj stol pri mizi, soseda v avtobusu čuti kot vsiljivca v njegovem prostoru,...

Osebni prostor se deli:

- Intimni pas – pas oddaljenosti 15cm do 50cm.

V tem področju se dobro počutimo, smo varni in to področje varujemo kot svojo lastnino. V ta prostor smejo stopiti ljudje, s katerim smo si blizu, naš partner, družina, prijatelji, bližnji sorodniki,....

- Osebni pas – pas oddaljenosti 50cm do 150 cm.

To področje oddaljenosti je namenjeno pogovorom v službi, družbi, za znance, sodelavce, na družabnih prireditvah,...

- Socialni pas – pas oddaljenosti 150cm do 350cm.

V tej razdalji komuniciramo z neznanci (prodajalec,...).

- Javni pas – pas oddaljenosti nad 350cm.

Je razdalja, ki jo uporabljamo pri javnem nastopanju, če nagovarjamo večjo skupino.



Človekov pas je odvisen od socialnega okolja. Različni narodi imajo različne pasove. Razdalja med razgovorom je pri Slovencih običajno en meter, pri Arabcih pa mnogo manjša.

Če nekdo vdre v človekov pas, ki mu ni namenjen, se le ta počuti ogroženega, reakcija pa vpliva tudi na vitalne funkcije posameznika (poveča se srčni utrip).

### **Dotik**

Dotik je osnovna človekova potreba, ki je nekje bolj, drugje manj izrazita, odvisno od kulturne in psihološke pogojenosti naroda. Dotik pomeni vzpostavljanje intimnosti ali bližine, lahko pa predstavlja dimenzijo topline (strokovni dotik) ali dominantnosti (agresivni, nasilni dotiki). Zato se pogosto izogibamo dotikov s tujci. Različne vrste dotikov so dovoljene glede na položaj posameznika, oziroma glede na status posameznika (poslovni partnerji se pogosto rokujejo oziroma začnejo z dotikanjem, ljudje z nižjim položajem pa se pogosteje pustijo dotakniti, sami pa ne začno z dotikanjem).

Tipi dotika:

- pozitiven afekt,
- ritualni dotik,
- povezani z nalogo, zadolžitvijo,
- igriv dotik,
- nadzor, ki je očiten pri popuščanju,
- naključni dotik (Rungapadiachy 2003).

### **OBLAČENJE, MODA**

Obleka naredi človeka, pravi star slovenski pregovor. Modni dodatki, obleka, frizura, ličenje, nakit, tetoviranje veliko povedo o posamezniku, njegovi osebnosti in pripadnosti neki skupini. Ljudje pogosto po zunanosti sklepamo o sočloveku in njegovi pripadnosti ter si oblikujemo mnenje o njem, ne da bi se prepričali o njegovi pravi osebnosti (stereotipi).

Pri obleki sta pomembna urejenost, negovanost in eleganca. Skladnost linij, barv, materialov je pomembna.

Človek z obleko sporoča:

- svoj odnos do poklica,
- svoj odnos do ljudi, s katerimi komunicira,
- svoj odnos do položaja, katerega zaseda,
- odnos do institucije, v kateri je zaposlen (Florjančič, Ferjan 2000).

Trstenjak pa v svojem delu Psihologija barv, 1996, pravi o modi: Moda je mišljenje in čustvo dobe, spremenjeno v snov, lik ali barvo. Prav naše stoletje je v precejšnji meri izgubilo smisel za barvo. Vzrok temu je predvsem iskati v naraščajoči demokraciji

mišljenja in postopnem izginjanju razrednih družbenih razlik, tako da se posameznik vedno bolj izenačuje in nekako izgublja v skupnosti. Zato je tudi težnja sodobne mode v nasprotju do prejšnjih stoletij v čim večji uniformiranosti ali izenačenosti med posamezniki, ne pa v poudarjanju individualnih razlik ali celo razlik med posameznimi stanovi in poklici (Trstenjak 1996).

## **SPOROČILA BOLEZNI IN SIMPTOMOV**

Bolezen in simptom sta svojevrstno sporočilo, da je v posamezniku ali med njim in okoljem nekaj narobe (Tomori v Vec 2005).

Že stoletja je znano, da sta duša (psyho) in telo (soma) tesno povezani. Čustvena dogajanja lahko vplivajo in telo in obratno. Mnogo bolezni se razvije zaradi neharmonije med dušo in telesom. Izražajo se na različne načine, vedno pa človek želi na drug način sporočiti, da je nekaj narobe.

Psihosomatska motnja oziroma obolenje je prehodna ali trajna motnja telesne organiziranosti, ki nastane kot posledica delovanja sedanjih ali zgodnjih psiholoških vplivov in mehanizmov (Bezget 1985).

Nekatere govorice simptomov so bolj razumljive (preveč dominantna mater – otrokove težave z dihanjem, astmo; anoreksija – odklanjanje lastne ženskosti in poudarjanje otroške neobgljenosti; bolečine v križu – neučinkovito postavljanje zase, pretirano podrejanje in uklanjanje nadrejenim), druge pa bolj prikrite in manj razumljive, včasih celo paradoksalne in nelogične (Vec 2005).

Vsi organi ali organski sistemi lahko reagirajo na psihološke dejavnike. Najpogosteje srečamo bronhialno astmo, afektne napade, abdominalne krče, rano na želodcu ali dvanajstniku, omedlevico, izpuščaj, glavobol, migreno, zvišan krvni tlak, tahikardije in drugo.

Pri psihogenem glavobolu ne obstaja noben organski vzrok za sprožitev bolečinskega mehanizma. Zanj ni značilnega kliničnega opisa. Pogosto je posledica stresa, utrujenosti, nezadovoljstva, neuskkljenosti med željami in potrebami, strahu, drugo. Bolniku je potrebno razložiti, kakšno bolezen ima, poiskati vzrok težavam in se z njim pogovoriti. Zdravljenje z zdravili lahko le poveča glavobol in ga ne omili.

## 2.6 KOMUNIKACIJSKI KANALI

Komunikacijski kanal prenaša sporočilo od oddajnika do sprejemnika. Sporočila morajo biti prenesena v natanko isti obliki, kot so bila oddana. Komunikacijski kanal lahko prenaša v obe smeri (na obeh straneh komunikacijskega kanala poteka proces prejema in oddaje sporočila – dvosmerni komunikacijski sistem) ali pa le v eno smer (enosmerni komunikacijski sistem).

Komunikacijski kanali so se z razvojem človeštva izpopolnjevali in napredovali, postali so sestavni del vsakdanjika in si življenja brez njih nihče več ne predstavlja. Pot od odkritja papirja na Kitajskem (leto 105) do najnovejših računalniških in telekomunikacijskih naprav (20 stoletje) je bil dolg. Vendar so ljudje v vsej svoji zgodovini sporazumevali in prenašali sporočila po za tisti čas lastnih komunikacijskih kanalih.

### 2.6.1 TELEFON

Telefoniranje je sodobni nadomestek za osebne stike in se ga poslužuje veliko ljudi v vsakdanjem in poslovnem svetu. Kljub sodobni in napredni komunikaciji (internet, elektronska pošta,...) je telefon še vedno najbolj razširjena oblika komuniciranja v poslovnem svetu.

Prenašanje sporočil in informacij preko telefona ima prednosti (hitrost, priročnost, enostavnost, ugodna cena, ni zapisane informacije,...) in slabosti (ni osebnega kontakta, ni neverbalnega komuniciranja, ni življenja v sogovornika, ne ostane sledi, ni zapisa).

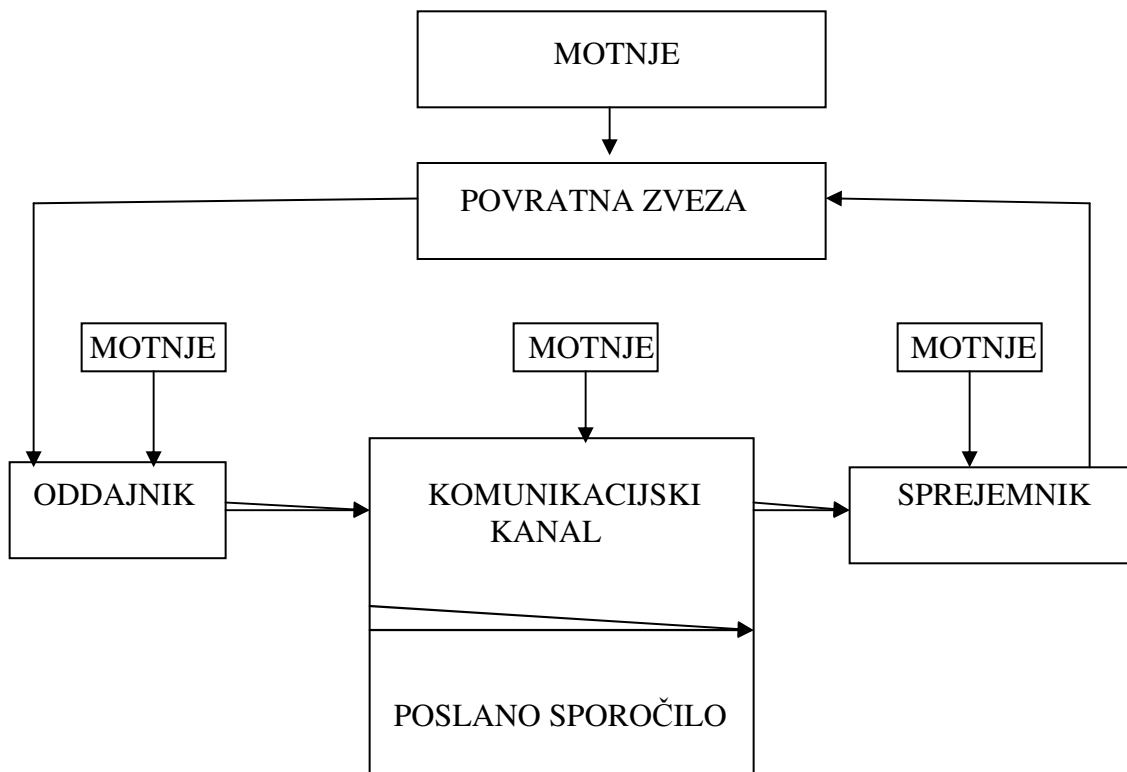
Faze telefoniranja:

- priprava na pogovor,
- klicanje,
- predstavitev in uvod,
- vsebina telefonskega pogovora,
- konec razgovora (Možina, Tavčar, Knežević 1995).

Vse faze imajo svoja pravila in zakonitosti, ki jih moramo upoštevati pri poslovnih telefonskih klicih. Predvsem pa telefoniranje ne sme postati nadomestek individualnih, osebnih stikov, ne sme omogočati skrivanja in tema razgovora mora biti primerna komunikacijskemu kanalu. Usposobljen posameznik, ki upošteva vsa pravila telefoniranja in individualne posebnosti sogovornika, bo uspešen pri poslovnih stikih.

## 2.7 MOTNJE PRI KOMUNICIRANJU

Motnje pri komuniciranju nastanejo na strani oddajnika, prejemnika ali komunikacijskega kanala, kar prikazuje slika 4.



Slika 4: Komunikacijski sistem z motnjami (Florjančič, Ferjan 2000)

Motnje pri pošiljatelju nastanejo, ker je sporočilo nejasno oblikovano, dvoumno, prepletajo se bistvene in nebistvene sestavine sporočila, ker je neprimerno kodirano, prejemnik je ne more dekodirati ali pa je prenos slab, sporočila so dolga, neurejena, površna, neprimerna,...

Motnje pri prejemniku se kažejo v nekodiranem sporočilu ali pa je sporočilo kodirano narobe, prejemnik ni zainteresiran za sporočilo, vsebina je dolgočasna, jo je preveč, sporočila so nejasna, sprejemnik se za pošiljatelja in njegova sporočila ne zmeni, z mislimi je drugje, sporočilo sprejme tako, kakor ugaja njemu, kakor si sam želi, je v posebnem odnosu do pošiljatelja, ki vpliva na prejem sporočila (nadrejeni,...), v času sporočanja je več drugih, za prejemnika pomembnejših sporočil v okolju, da se za konkretno sporočilo ne zanima, lahko ga tudi ignorira,...

Motnje na komunikacijski poti so tehnične motnje komunikacijskega kanala, hrup, neprimerno okolje, število posrednikov je preveliko, komunikacijski kanal je lahko prekinjen (izgubljeno pismo),...

Ovire pri komuniciranju:

- organizacijske ovire (struktura, specializacija, različnost ciljev, statusni odnosi),
- individualne ovire (nasprotujoče si predpostavke, semantika, čustva, komunikacijske spretnosti, komunikacijska preobremenitev, vnaprejšen odnos do sporočila) (Florjančič, Ferjan 2000) .

Vec (2005) pa navaja naslednje ovire, ki se lahko pojavljajo na poti k učinkoviti komunikaciji:

- ovire pri procesu zaznavanja in filtriranja so povezane s psihološkimi ovirami, saj se filtriranje dogaja v mišljenju (predpostavke, vnaprejšnje domneve),
- mehanične ovire oz. fizični dejavniki otežujejo ali onemogočajo komunikacijo (ropot, temperatura, osvetljenost),
- semantične ovire, ki se nanašajo na nepremišljeno uporabo besed (besede morajo biti uporabljene na ustrezen način in z ustreznim pomenom, ki je znotraj posameznih skupin dogovorjen),
- psihološke ovire (povezane so z prepričanji, stališči, vrednotami, stereotipi) so najpogostejši vir težav v medosebni komunikaciji.

Možni vzroki za motnje med procesom komuniciranja (Florjančič, Ferjan 2000):

- selektivna pozornost sprejemnika,
- selektivno izkrivljanje na strani oddajnika ali sprejemnika,
- selektivna povratna informacija.

Motnje pri komuniciranju je potrebno zaznati, jih analizirati in odpraviti.

Najtrdovratnejše komunikacijske pasti (Šavko 2004):

- domneva, da bi morali sogovornika popolnoma razumeti, ne glede na to, kaj pove,
- domneva, da nas mora sogovornik popolnoma razumeti, ne glede nato, kaj govorimo.

Dobro reševanje problemov zajema (Šavko 2004):

- odkrijte in določite problematično situacijo,
- spremenite svojo zaznavno situacijo (Pravi problem ni v tem, kdo je vpleten, ampak kako se odzivam jaz. Pravi problem ni tisto, kar je zame moteče, temveč kako se ob tem počutim jaz. Pravi problem ni v tistem, kar se dogaja, temveč kako jaz gledam na dogajanje.),
- poiščite alternativne rešitve (naučite se ustvarjalnega razmišljanja pri snovanju možnih rešitev in oblikujte najboljši strateški načrt),
- ocenite rezultat (Ali se stvari odvijajo tako, kot sem načrtoval? Ali sem z rezultati dosegel svoj cilj? Ali je ta rezultat boljši od prejšnjega?).

## 2.8 ČUSTVENI VIDIK KOMUNICIRANJA

Vsaka komunikacija ima vsebinski in odnosni vidik. Informacija, ki jo nekdo sporoča, je odvisna od odnosa med prejemnikom in oddajnikom. Npr. mati reče: zunaj je tri stopinje celzija, s tem pove vsebinski vidik informacije. Odnosni vidik pa vsebuje strah matere, da se bo otrok prehladil, ker je zunaj zelo mrzlo in je otrok premalo napravljen.

Če se tisto, kar govorimo in tisto, kar sporočamo z neverbalnim vedenjem med seboj ujema, ter če izgovorjena vsebina potrjuje naš odnos do nje in do prejemnika sporočila, komuniciramo kongruentno (usklajeno oziroma iskreno). Če pa se govorjeno in negovorjeno ne ujema, če z odnosom do vsebine in do tistega, s čimer komuniciramo, razvrednotimo in zanikamo izgovorjeno vsebino, komuniciramo inkongruentno, neusklajeno in neiskreno (Ferjan, Florjančič 2000).

Odnos med prejemnikom in oddajnikom je zelo pomemben, ravno tako odnos sprejemnika ali oddajnika do informacije.

- strinjamo se (+vsebina) in se maramo (+odnos),
- ne strinjamo se (-vsebina) in se ne maramo (-odnos),
- ne strinjamo se (-vsebina), vendar se še naprej maramo (+ odnos),
- strinjamo se (+ vsebina), čeprav se še vedno ne maramo (- odnos),
- kako naj se strinjamo (- vsebina), če se pa ne maramo (- odnos),
- ker se ne strinjamo (- vsebina), se niti marati ne moremo (- odnos),
- moramo se strinjati (+ vsebina), ker se moramo marati (+ odnos) (Brajša, 1994).

Bistvo uspešne komunikacije je v ločevanju obeh vidikov komunikacije. Posebno, ko želimo posredovati neko vsebino, vedenje, ki za oddajnika sporočila ni sprejemljivo, bi morali to povedati tako, da ne ogrožamo odnosa.

## 2.9 KONFLIKTI IN NJIHOVO REŠEVANJE

Zaradi motenj pri komuniciranju pogosto prihaja do konfliktnih situacij med dvema ali več osebami. Slovar slovenskega knjižnega jezika opredeli konflikt kot duševno stanje nemoči zaradi nasprotujočih si teženj; nasprotje, napetost: taka hotenja nujno povzročajo konflikt (Slovar slovenskega knjižnega jezika).

Konflikt vedno vključuje najmanj dva človeka z njunimi stališči, vrednotami, prepričanji, cilji in drugimi značilnostmi, ki so si bolj ali manj v nasprotju. Poznamo intrapersonalne, interpersonalne konflikte, konflikte v skupinah, konflikte med skupinami, intranacionalne in iternacionalne konflikte.

Neka oseba ima o določeni stvari svoja stališča, vrednote in prepričanja, ki jih zagovarja. Druga oseba ima popolnoma druge cilje, vrednote, stališča. Če se posameznika začeta medsebojno ovirati, pride do konflikta.

Koraki konfliktnega procesa:

- predhodni dogodki,
- kognitivna ocena,
- čustvena ocena,
- vedenjske manifestacije,
- razreševanje ali potiskanje konflikta,
- posledice razrešitve (Rundapagiachy 2003).

Predhodni dogodki so v resnici pripeljali do konflikta.

Kognitivna ocena je pomembna pri zaznavi situacije. Nekateri se konfliktno situacijo niti ne zavedajo, zato do konflikta ne more priti. Lahko pa je konflikt potencialni, ki se ga vpleteni zavedajo in se mu izognejo. Če pa konfliktni situaciji ni videti rešitve ali sprejetja dogovora med vpletenimi, se konflikt le pogloblja.

Čustvena ocena vključuje čustveni vidik posameznika v konfliktni situaciji. Če sta ali so strani vpletene čustveno, se strani obtožujejo za čustva, ki so prisotna med konfliktom. Če pa strani niso vpletene osebno, se obtožuje le medsebojno vedenje.

Vedenjske manifestacije opisujejo namen nekoga, ki je vpleten v konflikt. Če ta zazna poskus preprečitve doseganja zastavljenega cilja po naključju, je možnost za razvoj konflikta manjša, če pa ugotovi namerno preprečevanje doseganja cilja, se bo konflikt le poglobil.

Razreševanje ali potiskanje konflikta pomeni, da se konflikt ali rešuje ali pa čaka. Konflikt je mogoče rešiti le, če sta obe strani pripravljene sodelovati. Nekatere rešitve lahko pripeljejo le do poglobljanja konfliktov ali do ustvarjanja novih. Možni pristopi k reševanju konfliktov so (Možina 1994):

- prevladovanje (zelo: zadovoljitev lastnih potreb, malo: zadovoljitev potreb drugih),
- dogovarjanje (zelo: zadovoljitev lastnih potreb, zelo: zadovoljitev potreb drugih),
- kompromis (srednje: zadovoljitev lastnih potreb, srednje: zadovoljitev potreb drugih),
- izogibanje (malo: zadovoljitev lastnih potreb, malo: zadovoljitev potreb drugih),
- prilagajanje (malo: zadovoljitev lastnih potreb, zelo: zadovoljitev potreb drugih).

Posledice razreševanja konfliktov so odvisne od načina reševanja. Lahko nekdo misli, da je zmagovalec, drugi pa, da je poraženec. V takem primeru je spor kakor borba. Rezultat ni nikoli soglasje. Tako stanje lahko pripelje le do naslednjih konfliktnih situacij. Porazenec misli, da ne zna uveljavljati svojih interesov, da je na tleh, da je žrtev, da je za nekaj prikrajšan.

Lahko sta oba zmagovalca, oba nekaj pridobita in se nečemu odrečeta za skupno rešitev. To omogoča ustvarjanje novih zamisli, idej in rešitev. Oba sta zadovoljna. Take rešitve prinašajo večjo odprtost, nenehno osebnostno rast ter pridobivanje komunikacijskih spretnosti.

Vzroki konfliktov:

- različna in popačena prepričanja,
- frustriranost in različno vrednotenje,
- konfliktni odnosi in čustvovanje,
- konfliktnost in nagnjenost k agresivnosti.

Osebni vzroki konfliktnosti:

- napačna presoja resničnosti,
- nepoznavanje sebe,
- nenadzorovana čustva,
- tesnoba,
- predsodki,
- netolerantnost,
- pomanjkanje humorja (Brajša 1994).

Komunikacijski vzroki konfliktov:

- semantični nesporazumi,
- zamenjava komunikacijskih ravni,
- neprimerna čustvena reakcija,
- neverbalna spremljava,
- verbalno – neverbalna neusklajenost,
- amorfni način komuniciranja (brezosebno komuniciranja),
- fragmentarni način komuniciranja (sporočila so nepopolna),
- reaktivni stil komuniciranja (sporočila so defenzivna ali ofenzivna),
- simetrična eskalacija (medsebojno tekmovanje),
- toga komplementarnost (fiksiranje pozicije v komunikacijskih odnosih) (Brajša 1994).



### **3 KOMUNIKACIJSKO UDOBJE (Brajša 1994)**

Pomembna značilnost dobre, kvalitetne in učinkovite komunikacije je komunikacijsko udobje, ki prinese kakovostno in svobodno komunikacijo.

Vrste komunikacijskega udobja:

- vsebinsko komunikacijsko udobje,
- prostorsko komunikacijsko udobje,
- časovno komunikacijsko udobje,
- delovno komunikacijsko udobje,
- čustveno komunikacijsko udobje.

#### **3.1 INTERPERSONALNO KOMUNIKACIJSKO UDOBJE**

Vsebinsko komunikacijsko udobje dopušča podobnost in različnost mnenj, idej, predlogov. Sogovornik mora čutiti, da je svoboden v komunikaciji, da lahko govori o čemerkoli, podaja svoja mnenja in stališča, ne da bi bil pri tem oviran. Taka komunikacija je dobra in kvalitetna, sproščena in resnična. Vsakdo se lahko v vsebini komunikacije strinja ali ne strinja. To je pravica udeležencev v komunikaciji, če upošteva komunikacijsko udobje.

Prostorsko komunikacijsko udobje upošteva pravico do bližine in oddaljenosti sogovornikov. Vsakdo ima pravico do svojega ozemlja med pogovorom, v katerega spusti ali pa ne spusti drugo osebo. Vsakdo vstopi lahko le z dovoljenjem. Stopnjo bližine določa vsak sodelujoči.

Časovno komunikacijsko udobje omogoča vsakemu sodelujočemu, da si lastno izbira začetek, konec in trajanje komunikacije. Kakovostna in svobodna komunikacija mora dati možnost posamezniku v procesu komunikacije o lastni izbiri trajanja komunikacije, z možnostjo, da lahko svobodno izstopi kadarkoli želi. Ne zadošča samo pripravljenost komunicirati, temveč tudi lastna izbira začetka in konca komunikacije.

Delovno komunikacijsko udobje omogoča aktivnost in pasivnost udeležencev komunikacije. Vsakdo ima pravico molčati ali govoriti, spremljati pogovor aktivno ali pasivno. Nikogar ne smemo siliti, da naj ravna po naših željah, temveč svoboda odločanja o sodelovanju in izstopu iz komunikacije prinaša kvaliteto in uspeh le-te.

Čustveno komunikacijsko udobje prinaša razumevanje sogovornika, kako se počuti. Moramo pomisliti in se vživeti v sogovornika in njegovo čustvovanje. Samo čustveno zadovoljen človek lahko kakovostno komunicira dalj časa.

## 3.2 KOMUNIKACIJSKO UDOBJE PODJETJA

Poleg interpersonalnega komunikacijskega udobja poznamo tudi komunikacijsko udobje podjetja. Komunikacijsko udobje zahteva za vse zaposlene:

- dovolj podobnosti, a tudi različnosti na vsebinski ravni (zaposleni se med seboj strinjajo ali ne strinjajo),
- dovolj bližine in distance (medsebojno približevanje in oddaljevanje) na odnosni ravni,
- zadosti kratkoročnega in dolgoročnega v vsebinah komunikacije,
- zadosti prostosti pri določanju lastne udeležbe (aktivnost, pasivnost),
- primerno razmerje med zadoščenjem in prikrajšanostjo.

Vsebinsko komunikacijsko udobje podjetja dovoljuje zaposlenim, da razmišljajo enako, podobno ali popolnoma drugače od ostalih. Vzpodbuja se izmenjava mnenj, argumentiranje in razgovori, kjer se udeleženci strinjajo ali ne strinjajo z vsebino. Na podobnem gradijo, različno usklajujejo in o tem razpravljajo. Od nikogar mišljenje ne ignorirajo, niti ne kaznujejo. Za dober, hiter in kvaliteten razvoj ustanove je potrebno vzpostaviti vsebinsko komunikacijsko udobje podjetja.

Prostorsko komunikacijsko udobje omogoča bližino in oddaljenost sodelavcev v vsakodnevni komunikaciji. Delavci sami odločajo o bližini in oddaljenosti, glede na lastne potrebe in želje, ter želje in potrebe podjetja. Prednost nima niti bližina niti oddaljenost v komunikaciji.

Časovno komunikacijsko udobje zagotavlja takojšen in dolgotrajnejši pomen sporočil. Omogoča časovno varnost med komuniciranjem. Sodelavci se lahko pogovarjajo tukaj in zdaj o tistem jutri in kjerkoli drugje. Tako komuniciranje prinaša svobodo, pomembnost sporočanja, nihče se ne počuti prikrajšano ali prevarano. Sporočila imajo časovno vrednost, niso le za sedaj in tukaj, ampak so tudi za jutri in kjerkoli drugje.

Delovno komunikacijsko udobje upošteva pasivnost in aktivnost v komuniciranju. Nikogar se ne sme siliti, da bi bil aktiven ali pasiven. Vsakršna prisila daje slabe rezultate. Pasivnost je potrebno tolerirati in se truditi za izenačenost aktivnega in pasivnega sodelovanja v komuniciranju.

Čustveno komunikacijsko udobje podjetja omogoča čustveno različnost, dopušča, da je posameznik zadovoljen in nezadovoljen, vzpodbuja vzajemno zadovoljujočo izmeničnost zadovoljstva in nezadovoljstva.

Komunikacijsko udobje je potrebno razvijati in ga omogočati zaposlenim. Uspešno, kvalitetno in svobodno komuniciranje je pot do uspeha, le to pa bo možno, če bo udeležencem komuniciranja omogočeno vsebinsko, prostorsko, časovno, delovno in čustveno komunikacijsko udobje.

## 4 KOMUNICIRANJE V ZDRAVSTVENI NEGI

Medicinske sestre se z varovanci srečujemo vsak dan, spremljamo jih v vsakem obdobju njihovega življenja, od rojstva do smrti. Z njimi smo največji del časa, mnogo več kot zdravniki ali drugi zdravstveni delavci. Zato jih tudi najbolj poznamo, jih najbolj razumemo in smo njihov zaveznik v katerikoli situaciji, ne le v strogo zdravstveno strokovni sferi, ampak tudi v splošni človeški.

Današnji čas je čas hitenja, sodobnih tehnologij, visoke znanosti. Človek komaj pozna sočloveka, nima se časa z njim pogovarjati, niti ga globlje spoznati. Komunikacijske veščine so sestavni del posameznikovih osebnih značilnosti, ki se jih naučimo že v otroštvu. Toda učiti, dopolnjevati in spreminjati jih moramo preko celega življenja, saj so spretnosti v medsebojnih odnosih glavni način posameznikove interakcije z okoljem.

Mnogokrat mislimo, da nas nihče ne posluša, nas ne razume, si ne vzame časa za nas. Ravno tako pogosto si to vprašanje zastavljajo bolniki ali njihovi starši. Pogosta pripomba bolnikov in njihovih staršev je, da jih zdravstveni delavci ne razumejo. In ravno medicinska sestra, ki neguje bolnika in je z njim veliko časa, lahko vzpostavi kvalitetnejšo komunikacijo, ter pripomore k čimprejšnji ozdravitvi bolnika in njegovo vrnitev v domače okolje.

Definicijo zdravstvene nege, ki jo je sprejela tudi Mednarodna zveza društev medicinskih sester, je podala Virginia Henderson. Vsako delo medicinske sestre temelji na štirinajstih življenjskih aktivnostih, ki se nanašajo na zadovoljevanje fizičnih, psihičnih in socialnih potreb. Ena od življenjskih aktivnosti je tudi komuniciranje (enajsta).

Komunikacijo v zdravstveni negi glede na namen, različne vsebine in uporabnike delimo na:

- Strokovna komunikacija: zajema izmenjavo strokovnih informacij procesa zdravljenja in procesa zdravstvene nege. Poteka med člani tima zdravstvene nege in med člani zdravstvenega tima.
- Komunikacija z varovancem: poteka med varovanci in zdravstvenim osebjem. Njen namen ni zgolj posredovanje informacij varovancu ali zbiranje podatkov o njem, pač pa spodbuja aktivno sodelovanje varovanca ob analizi posredovanih vsebin, kritično razmišljanje, zavzemanje in spreminjanje stališč in spremembo v ravnanju ali vedenju.
- Komunikacija v organizacijski enoti: pomeni pretok informacij v vseh smereh organigrama enote, poteka med zdravstvenimi delavci, med zdravstvenim osebjem in delavci v zdravstvu. Pomembna je za obstoj, ohranjanje in razvijanje organizacijske enote, ki jo lahko razumemo tudi kot delovni okvir jedrnim strokovnim vsebinam (Urbančič 1998).

Z besedno in nebesedno komunikacijo sporočamo drugemu človeku, da se zanj zanimamo. Naše sporočilo mora biti primerno in vzpodbudno. Komunikacija je vedno prva in zadnja potreba. Naučiti se moramo odgovarjati na način komuniciranja drugih ljudi. S tem ne zmanjšujemo lastnega pomena. Ampak širimo svoje obzorje (Tschudin 2004).

Intrapersonalna komunikacija pomeni posameznikovo notranje komuniciranje. Medicinska sestra in varovanec oziroma njihovi starši komunicirajo sami s sabo, imajo samogovore. Pogostost te komunikacije je odvisna od notranjih in zunanjih dogajanj, od posameznika in njegovega značaja.

Sam sebe človek res vidi v srce in obisti; do mozga se lahko preizkuša, opazuje in prisluškuje vzgibom svojih čustev, strasti in skritih misli, ki jih nihče drug ne vidi. Človek samega sebe vidi – ne samo po svojih storitvah, ki jih vidijo tudi drugi, ampak celo po tistih mislih in nagibih, ki jih v storitvah ni mogel, ali pa morda ni hotel izraziti (Trstenjak 1993).

Interpersonalna komunikacija je hoteno ali nehoteno, zavestno ali nezavedno, načrtno ali nenačrtno pošiljanje, sprejemanje in delovanje sporočil v medsebojnih, neposrednih odnosih ljudi (Brajša 1994). Je najpogostejša oblika komunikacije med zdravstvenimi delavci in njihovimi varovanci.

## **4.1 ODNOS DO BOLNIKA**

Odnos Slovar slovenskega knjižnega jezika (1997) opredeljuje kot:

1. Obstaja med posamezniki, skupinami
  - ob skupni dejavnosti,
  - ob sodelovanju,
  - v osebem življenju.
2. Se kaže, izraža v ravnanju s kom, vedenju do koga.

Bolnik je zelo občutljiv. Je bolan, v drugem okolju, je odvisen od drugih, njegova prihodnost je lahko negotova. Spoprijeti se mora s strahovi, čustveno bolečino in negotovostjo. Pogled, lepa beseda, vzajemna izmenjava informacij, topel dotik, upoštevanje njegovih posebnosti lahko veliko pripomore k dobremu odnosu med medicinsko sestro in bolnikom. Le ta se začne razvijati že ob prihodu v zdravstveno ustanovo in temelji na zaupanju in iskrenosti.

Odnos vključuje besedno (pogovor, razlaga, prepričevanje, navodila, učenje) in nebesedno komuniciranje, ki ga zdravstveni delavci pogosto v stiski s časom premalo uporabljamo. Odnos je lahko tudi telesni (dotik, negovalni, medicinsko tehnični posegi).

Za bolnika le sodobne aparature in vrhunska znanost niso dovolj, potrebuje toplino in osebno spoštovanje. Aparatura je hladna in neprijetna, če pa bo ob tej vrhunski preiskavi sodelovala medicinska sestra, ki bo bolniku znala razložiti potek preiskave, ga potolažila in vzpodbujala, mu vlivala zaupanja in ga bodrila, bo bolnik čutil podporo in pomoč, ter lažje in bolje sodeloval pri preiskavi.

Za dober odnos med bolnikom in zdravstvenimi delavci veliko vpliva tudi zaupanje bolnika v osebje, zdravljenje in ustanovo, kjer se zdravi. Zaupanje je nujen pogoj, da se medsebojni odnos sploh lahko razvija. Samorazkrivanje vselej vključuje tveganje, da nas bo drugi prizadel ali zavrnil (Urbančič 1995). Človeški odnosi vseh vrst so rahločutni in da ljudje zaščitijo svojo ranljivost, ustvarijo obrambo pred izpostavljanjem sebe drugim (Tschudin 2004).

Medicinske sestre s svojim vedenjem, izražanjem (verbalnim in neverbalnim), usklajenostjo med verbalnim in neverbalnim, spoštovanjem, upoštevanjem pravice do intimnosti, znanjem in etičnimi načeli gradijo odnos do bolnika.

Odnosi do bolnika so:

- osebni,
- strokovni,
- moralno etični.

Odnos je lahko tudi demokratičen, ko upošteva želje in potrebe bolnika, ali dinamičen, ko se sprti prilagaja potrebam bolnika. Lahko je neposredni med medicinsko sestro in bolnikom, ali pa posredni, ko je element odnosa poleg medicinske sestre in bolnika tudi okolje.

Odnos medicinske sestre do bolnika naj bi vseboval vse oblike odnosa in bil v skladu s pričakovanji bolnika in zdravstvenega delavca.

## 4.2 ČUSTVA

V procesu komuniciranja so vključeni naslednji dejavniki:

- telo,
- čutila,
- čustva,
- misli (vrednote in pričakovanja).

Čustva so del človeka. So vpletena v vse aktivnosti posameznika, omogočajo, da človek ljubi, joka, se žalosti, jezi in veseli.

Dimenzije čustev:

- fiziološka,
- izrazna (se povezuje z obraznim izrazom),
- izkustvena (je odgovoren za motivirano dejanje).

Vsak zdravstveni delavec, če hoče pomagati drugim, se mora zavedati svoje čustvene vpletenosti v odnos. Njegovo vedenje mora biti usklajeno z njegovimi čustvi, kar pa ni vedno možno. Prevladovanje dobrih čustev mu mora biti cilj.

Čustev se je potrebno zavedati, jih prepoznati, z njimi navezati stik in spremljati lastno čustveno odzivanje.

Čustva so lahko:

- ustrežna ali neustrežna,
- pozitivna (sreča), negativna (sovrastvo), pozitivna ali negativna (nemir: ustvarjalni ali notranji),
- mešana čustva (groza, prezir, obžalovanje, spoštovanje,...).

### **4.3 POSLUŠANJE**

Predvsem moram poslušati, ker resnično hočem vedeti, kaj pomeni biti ti. To pomeni, da bom slišal veliko več kot le besede, ki jih uporabljaš. Slišal bom čustva, ki nihajo v tvojem glasu. Videl bom izraze na obrazu in zaznal govorico telesa, ki spremlja tvoje besede. V mislih ne bom pripravljaj svojega odgovora na to, kar si mi zaupal. Na koncu bom verjetno samo pokimal in se ti najiskrenejše zahvalil. Povedal ti bom, kako hvaležen sem ti za svoj dar. Obljubil ti bom, da bom ravnal ljubeznivo in spoštljivo s tvojimi zaupnostmi (Powell 1994).

Poslušanje pomeni usmerjanje pozornosti, pomnjenje in razumevanje vsebine govora (Rungapadiachy 2003).

Človek ima dvoje ušes in ena usta, da lahko dobro posluša. Aktivno poslušati pomeni predvsem bolnika hoteti poslušati, biti pozorni in zaznati vse spremljajoče dejavnike. Imeti čas za bolnika, ga gledati v oči in mu dati možnost, da lahko komunicira s svojimi besedami, ga vzpodbuditi h komunikaciji in nikoli biti brezbržni, vedno ga spoštovati in mu zaupati. Poslušanje pomeni upoštevati govorno kulturo in bonton.

Vodila za boljšo spretnost poslušanja (Vec 2005):

- bodite sprejemajoči,
- iščite stične točke,
- bodite pozorni,
- uporabljajte molk,

- izogibajte se nejasnostim,
- odstranite motnje,
- bodite potrpežljivi,
- odlašajte z vrednotenjem.

Načini poslušanja:

- pasivno poslušanje – zanima nas vsebina, malo sprašujemo in se malo odzivamo,
- kritično poslušanje – pretirano posegamo v razlago, stalno želimo preveriti trdnost, logičnost in resničnost povedanega,
- dejavno poslušanje – sogovornika skušamo razumeti (čustva, želje, potrebe), ne glede na to, ali se z njim strinjamo ali ne, ga skušamo razumeti, informacije dojeti z njegovega zornega kota.

Vprašanja lahko zastavimo na različne načine:

- Rad bi preveril, če sem te prav razumel.
- Dovoli, da ponovim, če prav razumem.
- Če prav razumem, želiš povedati, da...
- Razjasniva, če sem slišal prav.
- In na koncu tudi vprašate: Ali sem prav razumel?
- Nasveti.
- Poskušajmo razumeti sogovornika.
- Osredotočimo se na vsebino (nenehno se vprašajmo, kaj mi želi povedati).
- Vprašajmo za dovoljenje, da si zapišemo pomembne podatke.
- Pozornost posvetimo nebesedni govorici.
- Ostanimo pri bistvu zadeve.
- Bodimo budni in živahni (Šavko 2004).

## 4.4 ETIKA IN MORALA V ZDRAVSTVENI NEGI

Etika (grško ethos) pomeni značaj, dostojanstvo.

Morala (latinsko moralis) pomeni navado, običaj.

Biti moralen pogosto pomeni, da človek živi v izraziti skladnostmi z osebnimi ali verskimi načeli. Etika pomeni jasnost, poštenost, odgovornost ali prevzemanje stališč za ali proti določenim javnim razpravam. Vsaka javna organizacija ima svoj kodeks etike, tako da se ljudje lahko nanj sklicujejo, če je potrebno (Tschudin 2004).

Etika v zdravstveni negi izraža dolžnosti medicinske sestre do bolnika, do drugih zdravstvenih delavcev, do stroke in do družbe (Šmitek 1998).

Pristopi k etiki so:

1. Normativni, predpisni (kako moramo oziroma naj bi ravnali). V glavnem ga uporabljajo filozofi. Poudarek je na priporočljivem vedenju.

Za medicinske sestre je predpisan Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

2. Deskriptivni, nenormativni (kako v resnici ravnamo). V glavnem ga uporabljajo sociologi, psihologi, antropologi. Poudarek je na opazovanju dejanskega vedenja.

Medicinske sestre se bolj ukvarjajo z normativnimi kakor deskriptivnimi vidiki zdravstva. Povezane so z širšimi zdravstvenimi problemi (pomen trpljenja, smisel trpljenja, smisel smrti, namen in vloga sočutja in skrbi, zdravstvena nega bolnikov z motnjami v duševnem razvoju, dolgotrajne bolezni,...).

Teeološka teorija (teeologija grško: logika cilja – tudi razlaga z vidika cilja, veda o cilju, ciljih): pravilno se kaže z dobrim izidom, dobro ali slabo se kaže v posledicah dejanj (cilj opravičuje vsak namen). Glavna in najbolj znana teeološka teorija je utilitarizem (utile – koristen), katere glavno vodilo je: največ dobrega za največ ljudi, oziroma da koristna dejanja prinesejo največ dobrega za obstoj človeka.

Deontološka teorija (deontologija grško: kar je obveznost ali dolžnost): je teorija pravic in dolžnosti. Temelji na brezpogojnem spoštovanju ljudi, smatra interese in pravice posameznika kot prvenstvene pravice, ki služijo pravičnosti. Najbolj znan zagovornik je bil Immanuel Kant (1724 – 1804), ki je sestavil niz moralnih pravil ali zapovedi. Iz njegove teorije izhajajo tudi načela, kot so držati obljubo, govoriti resnico, vedno pomagati drugim, odvzem življenja je napačno dejanje.

Etične teorije imajo svoja načela in pravila, ki morajo biti jasna. Načela delujejo kot kompas: določajo smer, ne služijo pa kot zemljevid (Tschudin 2004).

Najpomembnejša etična načela v medicini in zdravstveni negi so:

- spoštovanje avtonomije,
- neškodovanje,
- dobrodelnost,
- pravičnost.

Vsaka država ima svoj kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, v katerih so opredeljena glavna etična načela za področje zdravstvene nege. Obstaja tudi mednarodni kodeks etike, ki je bil prvič sprejet leta 1953 (sprejel ga je Mednarodni svet medicinskih sester ICN).



## **II EMPIRIČNI DEL**

### **5 RAZISKAVA**

#### **5.1 NAMEN OZIROMA CILJ RAZISKAVE**

Namen raziskave:

- analizirati sedanje stanje komuniciranja zdravstvenih delavcev s starši hudo bolnih otrok,
- ovrednotiti komuniciranje,
- ugotoviti, kaj se da spremeniti,
- predstaviti model komuniciranja s starši hudo bolnih otrok na osnovi osvojenih teoretičnih spoznanj in praktične izkušnje,
- izboljšati lastno komunikacijo s starši hudo bolnih otrok,
- izboljšati počutje staršev v času bivanja na Pediatrični kliniki,
- preprečiti konfliktno situacije,
- pravilno reševati konfliktno situacije.

#### **5.2 HIPOTEZE**

- H 1: Starši so seznanjeni z boleznijo otroka pravočasno.
- H 2: Starši so vnaprej seznanjeni o poteku komunikacije.
- H 3: Starši razumejo vsebino komunikacije.
- H 4: Starši občasno ne marajo zdravstvenega delavca.
- H 5: Komunikacija poteka po vnaprej določenem modelu.
- H 6: Starši selekcionirajo prejete informacije.

#### **5.3 METODA RAZISKOVANJA**

- Metoda: izkustvena metoda raziskovanja.
- Pri pisanju diplomskega dela sem uporabila izkustveno metodo raziskovanja. Na Pediatrični kliniki v Ljubljani sem zaposlena 12 let kot višja medicinska sestra in opravljam dela glavne medicinske sestre dve leti. Ves čas delam na Kliničnem oddelku za nevrologijo, kjer se vsakodnevno srečujem s starši malih bolnikov, z njimi komuniciram in jih spremljam ves čas hospitalizacije njihovega otroka. Preko opazovanja komuniciranja zdravstvenih delavcev s starši hudo bolnih otrok sem si pridobila lastne izkušnje, mnenja in ideje.
- Kraj raziskovanja: Pediatrična klinika Ljubljana.
  - Čas raziskovanja: od 1993 do 2005.

## 6 REZULTATI RAZISKAVE

### 6.1 PREDSTAVITEV ORGANIZACIJE

Klinični center Ljubljana je javni zdravstveni zavod, ki opravlja zdravstveno dejavnost na sekundarni in terciarni ravni ter izobraževalno in raziskovalno dejavnost. Izjemoma izvajamo tudi primarno zdravstveno dejavnost.

Klinični center Ljubljana je največja zdravstvena ustanova v Sloveniji. Konec leta 2001 je bilo v Kliničnem centru več kot 6000 zaposlenih in več kot 2000 bolniških postelj. Te številke Klinični center uvrščajo med največje bolnišnice v Srednji Evropi.

#### **Zdravstvena dejavnost**

Med zdravstvene dejavnosti na sekundarni ravni, ki jih izvajamo v Kliničnem centru, sodita specialistična ambulantna dejavnost in bolnišnična dejavnost, ki obsegata:

- diagnostiko,
- zdravljenje,
- medicinsko rehabilitacijo in
- zdravstveno nego.

V Kliničnem centru te dejavnosti opravljamo predvsem za območje ljubljanske zdravstvene regije. Sprejemamo pa tudi bolnike iz drugih zdravstvenih regij, če nimajo organizirane ustrezne zdravstvene dejavnosti na regionalni ravni oziroma kadar so k nam napoteni iz drugih bolnišnic, ker so za njihove zdravljenje potrebne najzahtevnejše metode, s katerimi razpolagamo v Kliničnem centru.

Zdravstvena dejavnost na terciarni ravni obsega:

- razvijanje specialističnih zdravstvenih dejavnosti v državi, v skladu z njihovim razvojem v svetu,
- oblikovanje medicinske doktrine,
- uvajanje novih zdravstvenih metod,
- posredovanje novega znanja in veščin drugim zdravstvenim zavodom,
- izvajanje najzahtevnejših zdravstvenih storitev ter
- zdravljenje bolnikov, napoteni iz drugih bolnišnic.

#### **Izobraževalna dejavnost**

Zdravstveni delavci in drugi strokovnjaki Kliničnega centra:

- izvajamo izobraževalne dejavnosti za potrebe Medicinske fakultete, Fakultete za farmacijo ter drugih zdravstvenih šol na dodiplomski in podiplomski ravni,
- sodelujemo pri oblikovanju vsebine izobraževalnih programov s področja zdravstva,
- izvajamo podiplomsko izobraževanje zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev,
- sodelujemo kot člani komisij za strokovne izpite za zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce
- in se strokovno, pedagoško in raziskovalno izpopolnjujemo.

### **Raziskovalna dejavnost**

Strokovnjaki, zaposleni v Kliničnem centru:

- izvajamo raziskave v okviru načrta zdravstvenega varstva in nacionalnega raziskovalnega programa,
- izvajamo raziskave za domače in tuje naročnike,
- usposabljam mlade raziskovalce,
- zagotavljamo mentorje pri raziskovalnih nalogah,
- zagotavljamo izvedensko-recenzijsko delo predlogov in rezultatov raziskovalnih projektov za različne naročnike,
- organiziramo znanstveno-raziskovalna in strokovna srečanja.

### **Dejavnosti skupnega pomena**

Med dejavnosti, ki so potrebne za delovanje Kliničnega centra, sodijo:

- storitve bolnišničnega zdravstvenega varstva, kot so: nemedicinska oskrba (namestitve, prehrana),
- druge zdravstvene dejavnosti (dejavnosti laboratorijev, prevozi z reševalnimi vozili in druge dejavnosti),
- dejavnost lekarn,
- upravno-administrativne storitve,
- tehnično vzdrževalne storitve,
- uvoz in izvoz blaga ter storitev v okviru registrirane dejavnosti za lastne potrebe.

Povzeto po <http://www2.kclj.si/kc-1.html>

**STRUKTURA NEVROLOŠKEGA ODDELKA PEDIATRIČNE KLINIKE**

<b>Struktura Kliničnega oddelka za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo (Pediatrična klinika v Ljubljani)</b>				
<b>Hospitalna oddeleka</b>		<b>Ambulante</b>	<b>Laboratoriji za funkcijsko nevrološko diagnostiko</b>	<b>Samostojni republiški centri</b>
Oddelek za dojenčke in malčke	Oddelek za predšols. otroke, šolske otroke in mladino	Amb. za dojenčke in malčke	EEG laboratorij	Oddelek za razvojno nevrologijo z registrom
		Amb. za predšolske otroke, šolske otroke in mladino	Razvojna psihologija	RC za epilepsijo otrok in mladostnikov
		Amb. za otroke z epilepsijo	Razvojno-nevrološka obravnava	RC za nevropsihologijo
		Amb. za otroke z motnjami spanja	SEG laboratorij	
		Amb. za razvojno nevrologijo	Videotelemetrija	
		Amb. za obravnavo bolnikov z vsadkom vagusnega vzpodbujevalca	Enota za UZ glave	

Povzeto po <http://www2.arnes.si/~pednevro/oddelek/oddelek.htm>

## **6.2 ANALIZA STANJA KOMUNICIRANJA S STARŠI HUDO BOLNIH OTROK**

Med najpomembnejše naloge zdravstvenega delavca sodi komunikacija, ki se deli na komunikacijo s sodelavci, bolniki ter njihovimi starši. Vsak sprejeti pacient potrebuje zdravstveno oskrbo, katere cilj je vrnitev bolnika v domače okolje. Pediatrični varovanec ne more skrbeti sam zase, zato so njegovi pravni in uradni zastopniki njegovi starši. Zdravstveni delavci se pogosto premalo zavedamo te dimenzije – tudi pri komunikaciji. Imamo dva sogovornika, otroka ter njegove starše. Komunikacija mora zato potekati na dveh različnih nivojih. Drugače se komunicira s starši kot z otroci, ki so hudo bolni.

### **6.2.1 KDO SODELUJE PRI PROCESU KOMUNICIRANJA**

V procesu komunikacije s starši hudo bolnih otrok sodelujejo vsi zaposleni, ki pridejo v stik s starši ali skrbniki hudo bolnih otrok:

1. Zdravnik:
  - sobni zdravnik,
  - zdravniki, ki so zaposleni na bolniškem oddelku, kadar je sobni zdravnik odsoten,
  - dežurni zdravnik v času dežurne službe.
2. Diplomirana ali višja medicinska sestra:
  - sobna medicinska sestra,
  - oddelčna medicinska sestra,
  - dežurna medicinska sestra,
  - glavna medicinska sestra.
3. Zdravstveni tehnik, srednja medicinska sestra.
4. Psiholog.
5. Vzgojitelj.
6. Specialna pedagoginja.
7. Administratorka.
8. Čistilka.
9. Dietetik.
10. Študentje, pripravniki.

Starši hudo bolnih otrok so v komunikacijskem sistemu lahko oddajnik ali pa sprejemnik, ravno tako zdravstveni delavci.

Oddajnik oddaja sporočila določenemu zdravstvenemu delavcu, staršem malih bolnikov, tretji osebi, ki v procesu komunikacije sodeluje kot posrednik (brat, sestra,...).

Sprejemnik v procesu komuniciranja je lahko zdravstveni delavec ali starši bolnih otrok.

Informacije prejemamo preko čutil, ki so pri posamezniku različno razvita. Nekdo je bolj dojemljiv za zvočne signale, drugi je na vidno zaznavnem področju močnejši. Pomembno je, da zdravstveni delavci razvijajo vse oblike sprejemanja informacij.

Določene že zaznane informacije posameznik lahko takoj izloči. Pomemben vzrok so stres, izčrpanost, stališča, prepričanja, stereotipi in predsodki, ki so prisotni tako pri starših hudo bolnih otrok kot pri zdravstvenih delavcih.

**Stres** je pogost dejavnik, ki povzroča izločanje sporočil. Sama hospitalizacija otroka deluje na družino stresno, če pa je bolezen težka ali neozdravljiva, prihodnost nejasna, je podzavestno izločanje ali zanikanje informacij možno.

Tako kot v vseh drugih poklicih, se tudi v zdravstvu srečujemo z vsakodnevnimi stresnimi situacijami na delovnem mestu. Stres je večinoma sorazmeren z odgovornostjo delavca.

**Utrujenost** je prisotna tako pri zdravstvenih delavcih kot pri starših hudo bolnih otrok. Večina staršev je z boleznijo otrok fizično bolj obremenjena, saj morajo poleg vsakodnevnih obveznosti biti čim več časa navzoči pri bolnem otroku. Nekateri prenočijo ob postelji malega bolnika, kar še povečuje fizično izčrpanost.

Dežurstvo zdravstvenega delavca, ki je pogosto fizično in psihično zelo obremenjujoče, lahko privede do zmanjšane zmožnosti zaznave in tudi izločanje sprejemniku nepomembnih informacij, ki pa so lahko za oddajnika zelo pomembne.

**Stereotipi** so prisotni na strani zdravstvenega delavca in staršev. Starši si lahko preko tretje osebe z negativno izkušnjo z osebjem ali samo ustanovo že vnaprej izoblikujejo lastno mnenje, so negativno naravnani in ne zaupajo zdravstveni oskrbi in osebju. Podzavestno izločajo določene informacije in jim ne verjamejo.

Zdravstveni delavci lahko glede na zunanjo urejenost in izgled staršev oblikujejo mnenje o njih, kar vpliva na večjo možnost izločitve lahko tudi pomembnih informacij.

**Predsodki** so težko razpoznavni, saj so večinoma tako pri starših kot pri zdravstvenih delavcih prikriti.

**Alkohol, droge in zdravila** bistveno vplivajo na izločanje informacij. Vendar njihova uporaba ni zaznana niti pri starših niti pri zdravstvenih delavcih.

**Komunikacijska obremenitev** staršev hudo bolnih otrok je pogosto velika, saj so ob spremljanju bolezni pogosto seznanjeni z veliko količino podatkov o bolezni, navodili ter potekom zdravljenja.

Zaradi števila odločitev, ki jih morajo sprejeti zdravniki v določenem časovnem intervalu, pomembnosti teh odločitev (rešujejo življenje), hitrosti odločanja, predvidljivosti in mnogokrat nepredvidljivosti simptomov, ki jih morajo zdraviti, je njihova komunikacijska obremenitev velika. Ravno tako kot pri stresu, se

komunikacijska obremenitev manjša sorazmerno z zmanjšanjem odgovornosti posameznega zdravstvenega delavca.

### **Čustvena obremenjenost**

V času zdravljenja starši pridobivajo različne informacije o bolezenskem stanju, zdravljenju, negovanju, diagnozi, prognozi njihovega otroka. Ker so čustveno obremenjeni, določene informacije pozabijo. Pozabijo jih lahko tudi namerno, ker jih ne želijo sprejeti. Ne poslušajo dovolj pozorno, potrebujejo ponavljanje vsebin. Zdravstveni delavci se morajo zavedati teh motenj pomnenja in na primeren način, jasno in enostavno informacije ponavljati, dokler jih starši ne osvojijo (zdravstveno vzgojno delo, negovanje otroka,...).

Izkušnje pri delu s hudo bolnimi otroci in njihovimi starši nam pomagajo, da sporočila ne preslišimo ali ga napačno razumemo. Čustvena obremenjenost je velika tako pri sprejemniku kot pri oddajniku sporočila, motivacija pa prepotrebna za delo na težkih bolniških oddelkih. Potrebno je poslušati in slišati ne glede na okoliščine sporočanja, kar je v danih okoliščinah lahko težavno.

### **Povratna zveza**

Pri komunikaciji v zdravstvu je povratna zveza zelo pomembna, saj pokaže, ali je sprejemnik sporočilo prejel in kako ga je razumel. Do nesporazumov pri razumevanju sporočila prihaja pogosto zaradi čustvene komponente staršev, ne sprejemanja ali zavračanja realnosti. Zdravstveni delavci pa pogosto informirajo preveč strokovno, laičnim staršem nerazumljivo, nepopolno ali nejasno. Ne zaznavajo dovolj nebesedne komunikacije, tako da se nanjo ali ne odzovejo ali pa si jo napačno interpretirajo. Povratne zveze ni, če starši ne želijo ali ne zmorejo komunicirati, socialno ali intelektualno ne zmorejo slediti komunikaciji, ali če potrebujejo posrednika zaradi jezikovne ovire.

Delo s starši hudo bolnih otrok, ki so prijazni, korektni, vljudni, resnicoljubni je lažje, tudi komuniciranje se vzpostavi hitreje in je bolj uspešno kakor s starši, ki so nezadovoljni, nergajo, so nepravični, ves čas jezni in slabe volje. To zdravstveni delavci zaznamo in na podlagi prepričanja (lastne subjektivne ocene posameznika) komunikacija ne poteka uspešno, lahko je le formalna, ali pa celo odsotna.

Preden starši hudo bolnih otrok začno s komuniciranjem, razmišljajo o:

- kaj želijo doseči s komunikacijo,
- o vsebini komunikacije,
- ali bodo pravilno razumljeni,
- ali bodo zavrjeni (prošnje,...),
- ali bodo dobili dovolj informacij o željeni vsebini komunikacije,
- s kom naj komunicirajo,
- ali naj sploh začnejo s komunikacijo,
- o motnjah v komunikacijskem kanalu,

- ali bo sprejemnik spoštoval njihov način razmišljanja, potrebe, ki so različne od posameznika do posameznika,
- kakšno bo njihovo čustvovanje med komunikacijo,
- o empatiji ali simpatiji s prejemnikom,
- o izidu komunikacije,
- o posledicah komunikacije,
- o prostoru komunikacije – pred otrokom ali v drugem prostoru,
- o preteklih izkušnjah komunikacije s prejemnikom informacij,
- ali začetek komunikacije sproži določen dogodek, poslabšanje zdravstvenega stanja, ali je cilj komunikacije zgolj prošnja sprejemniku, da posluša,
- ali so v podrejenem položaju,
- ali bodo sposobni zaključiti komunikacijo po predhodno zasnovanem načrtu, ali bodo popustili prejemniku, ker so v podrejenem položaju,
- ali prejemniku lahko zaupajo.

Tudi zdravstveni delavci pri pripravi na razgovor razmišljajo o:

- kdaj naj začno komunicirati,
- s kom naj komunicirajo,
- katero obliko komunikacije naj uporabijo,
- ali bodo pravilno razumljeni,
- kako naj porazdelijo vsebino, če ne poznajo sprejemnika in je to prva komunikacija,
- posledicah komunikacije,
- na katere nebesedne simbole naj bodo pozorni pri sprejemniku, glede na prejšnje izkušnje komunikacije,
- ali bodo dovolj jasni in enostavni,
- ali je o načrtovani temi s sprejemnikom govoril že kakšen drug udeleženeec zdravstvenega sistema (zdravnik na terenu,...),
- kako bodo čustva vpliva na zaključek pogovora,
- kako ravnati v primeru, da pride do vsebinskih nesoglasij.

## 6.2.2 NAČINI KOMUNICIRANJA

Sporočilo mora biti kodirano, da ga prejemnik in oddajnik razumeta na enak način, ter da ga komunikacijski kanal lahko prenese.

Znaki, simboli, besede, kretnje (koda) morajo biti v takšni obliki, da se lahko prenašajo po komunikacijskem kanalu.

### **Verbalna – besedna komunikacija:**

#### **- Govorno komuniciranje.**

Govorno komuniciranje v pravem trenutku, pravi osebi na pravi način je še vedno najmočnejše sredstvo prenosa informacij. Govorni način prenosa informacij je potreben,



ko se informira o stanju otroka, ko razlagamo o bolezni, prognozi ter o ostalih pomembnih informacijah. Določene vsebine morajo biti nujno podane govorno.

- **Pisno komuniciranje.**

Starši hudo bolnih otrok pogosto uporabljajo na papirju predhodno postavljena vprašanja ali glavne točke pogovora. To doprinese h kvalitetnejši in bolj usmerjeni komunikaciji, posebno v primeru, ko starši želijo določene informacije od prejemnika.

Zbranost med pogovorom z zdravstvenimi delavci, predvsem ko je vsebina pridobivanje informacij o zdravstvenem stanju njihovega hudo bolnega otroka, je zelo pomembna. Ker starši že v procesu razmišljanja ugotovijo možnost nezbranosti zaradi čustvene nemoči, stiske, utrujenosti (fizične in psihične), bolečine, soočenja s težko boleznijo pri njihovem otroku, se poslužujejo vnaprej pripravljenih v pisni obliki postavljenih vprašanj. Ta vprašanja morajo biti preprosta, enostavna, bistvena. Sprejemnik pogosto vzpodbudi starše k pisni obliki komunikacije – vprašanja so pripomoček staršem, da kakšno pomembno vsebino ne pozabijo ali izpustijo. Na vprašanja v pisni obliki sprejemnik lahko:

- odgovori v pisni obliki,
- odgovori verbalno v obliki pogovora,
- odgovori v kombinaciji pogovora in pisnega odgovora.

**Neverbalna – nebesedna komunikacija:**

- **Govorica telesa.**

Zelo pomembna oblika komunikacije je tudi govorica telesa.

**Izrazi obraza**

Starši hudo bolnega otroka doživljajo otrokovo bolezen kot veliko stisko. Soočajo se z boleznijo, ki je lahko neozdravljiva, ki prinaša v njihov vsakdan skrb in nemoč pomagati svojemu otroku, soočajo se s fizično ali psihično spremenjenim otrokom, katerega spremljajo na poti njihove bolezni. Ozdravljenje je negotovo. Lahko popolnoma ozdravijo, lahko se življenje otroka nadaljuje, vendar je mali bolnik duševno ali telesno bolan, odvisen od staršev in okolja celo nadaljnje življenje. Ena od možnosti pa je, da se morajo soočiti z izgubo otrokovega življenja, s smrtjo. Zato je še posebej pomembno, da je govorica obraza zdravstvenega delavca usklajena z informacijami, ki jih posreduje.

Prvi stik med dvema je srečanje z očmi. Oči lahko povedo zelo veliko, izražajo čustva in nadomeščajo besedno komunikacijo. Starši z očmi lahko pokažejo:

- da so povedano informacijo razumeli ali je niso razumeli,
- da želijo začeti pogovor,
- da pogovor želijo zaključiti,
- so veseli,
- so žalostni,
- so jezni ali zbegani,
- izražajo zadovoljstvo,

- spremljajo dogajanje okoli bolnika, s katerim se strinjajo ali ne strinjajo,
- so jezni.

### **Gibi**

Gibi rok, nog in glave imajo poseben pomen v komunikaciji. Tako starši kot zdravstveni delavci pogosto izražajo svoje mnenje, strinjanje ali ne strinjanje s kretnjami rok, nog oziroma glave. Gibi so tudi v pomoč pri prenosu informacije o bolezenskih znakih, ki se pogosto lažje pokažejo z gibi kot pa opišejo z besedami.

Gibi rok služijo:

- popravljanju povedanega (opisovanje epileptičnega napada, ki so ga videli pri otroku, pa ga ne znajo besedno opisati),
- poudarjanje tistega, kar z besedo niso mogli dovolj jasno opisati (govorijo: to nima smisla, to nima smisla,... in ob tem krilijo z rokami),
- ilustraciji povedanega (pri opisovanju znakov bolezni pokažejo velikost spremembe na koži,...),
- izražanje čustev (negotovost in skrb izražajo z grizenjem nohtov, vrtenjem prsta okoli pramena las,...).

Bingljanje nog nas opozarja na nestrpnost.

Mimiko predstavljajo kretnje mišic okoli ust. Predstavlja veselje, žalost, zaskrbljenost, samozavest, jezo, vzvišenost, aroganco.

### **Drža telesa**

Drža telesa izraža naše počutje. Prikazuje naše zanimanje, strah, nesamozavest ali samozavest, ponos, nekateri že z držo telesa izražajo muko do teme pogovora, sogovornika, najraje bi se nekam skrili ali pobegnili. Starši hudo bolnih otrok pogosto izražajo počutje in odnos do teme in sogovornika z držo telesa.

### **Telesni prostor in bližina**

Človek ima nek svoj telesni prostor, ki mu pomeni veliko in se počuti ogroženega, če se le ta zoži ali razširi. Starši in zdravstveni delavci v procesu komunikacije zavzemajo socialno pas oddaljenosti (1,5 – 3 m).

### **Dotik**

Obstajajo razlike komu dovolimo dotik in na katerem delu telesa. Pogosto tolažimo zaskrbljene starše ali njihove svojce z dotikom rame ali pa z dotikom in stiskom rok nakažemo razumevanje za njihovo stisko. Jokajoči starši pogosto poiščejo objem zdravstvenega delavca, ki mu zaupajo (najpogosteje medicinski sestri, ki je z bolniki in njihovimi starši 24 ur na dan, ki spozna njihovo stisko in jo pomaga razumeti in tolažiti).

**- Govorica oblačenja in mode.**

V bolniški sobi ob hudo bolnem otroku je govorica oblačenja, ličenja,... manj izrazita. Lahko pa prikazuje stanje zadovoljstva in napredka pri otroku. Ko je mali bolnik v izredno težki zdravstveni situaciji, obleka, modni dodatki, ličilo, niso pomembni. Pomembna je prisotnost staršev ob otroku in udobnost pri oblačenju v dani situaciji. Lahko pa se ob izboljšanju zdravstvenega počutja tudi poveča pomembnost izgleda.

Uniformiranost zdravstvenih delavcev pa je v procesu komunikacije zelo pomembna. Starši po različnih barvah in modelih uniforme prepoznajo zaposlenega, s katerim komunicirajo. Uniforme v zdravstvu so pogosto brez izraza in občutka za lepo, včasih so predolge, prekratke, nedomiselne. V tujini (Švedska) so nekateri zdravniki v civilni obleki, ki prinaša manj travme in bolečine, kakor uniforma.

Dodatki - plišaste igračke, obeski za ključke, ropotuljice,... prinašajo kot redni dodatek zdravstvenega delavca domačnost in sproščenost v bolniško sobo.

**- Sporočila boleznim in simptomom.**

Starši v težki situaciji, ko so v neprestanem strahu in stresu zaradi težko ali celo neozdravljivo bolnega otroka, ko so ob njem prisotni ves čas zdravljenja, ko ga tudi negujejo in skrbijo za njegovo udobje, lahko tudi sami zbolijo za psihično pogojenimi boleznimi kot so glavobol, bruhanje, onemoglost,... Stiske ne znajo rešiti, zatekajo se k zdravilom, ki jim težave ne rešijo. Vključevanje psihologa v proces zdravljenja težko bolnih otrok je nujno potrebno, saj le ta s strokovnim znanjem in vodenjem lahko staršem pomaga iz stiske ali jim jo omili. Zdravstveni delavci tudi priporočamo, da se ob postelji bolnega otroka izmenjavata mati in oče, da se teža prerazporedi na oba starša. Tako se lahko razumeta v medsebojnih pogovorih o potrebah malega bolnika, se razbremenita in stisko delita tudi s prisotnostjo na dva dela.

Stiske in trpljenje pri svojem delu doživljajo tudi zdravstveni delavci, ki se zaradi preobremenjenosti, odgovornosti, stresa na delovnem mestu kažejo kot psihosomatske motnje. Bolečine v trebuhu, glavobol, zaspanost, so pogost spremljevalec zaposlenih na bolniških oddelkih, kjer se zdravijo težko bolni otroci.

## 6.2.3 KOMUNIKACIJSKI KANALI

**Besedna komunikacija**

Najpogosteje uporabljen komunikacijski kanal med starši hudo bolnih otrok in zdravstvenimi delavci je pogovor (neposredni stik med pošiljateljem in prejemnikom), med katerim lahko sprejemnik poleg povedanega zazna tudi sporočene mu nebesedne simbole. Le ti so lahko zelo izraziti, ko staršem sporočamo žalostne informacije o zdravstvenem stanju otroka.

**Nebesedna komunikacija**

Nebesedna komunikacija je v bolnišnici pogosta. Starši ali obiskovalci z njo želijo povedati tisto, kar si ne upajo ali ne želijo besedno. Lahko pa tudi želijo le poudariti pomen povedanega. Bistvo nebesedne komunikacije je, da jo sprejemnik zazna, pravilno interpretira ter realno nanjo odgovori. Če sprejemnik ni prepričan, da je nebesedno sporočilo pravilno razumel, nanj ne sme reagirati. Posvetovati se mora s sodelavci zdravstvenega tima, če so tudi oni zaznali podobno sporočilo in šele nato reagirati.

**Telefon**

Telefon je eden od komunikacijskih kanalov, ki se uporablja vedno manj. Če je le mogoče, uporabimo direktno besedno komunikacijo (pogovor), saj pri tej obliki lahko zaznamo tudi nebesedno reagiranje sprejemnika in oddajnika.

Telefonske oblike komunikacije se poslužujemo, ko s starši ne moremo vzpostaviti komunikacije na drugačen način, ali ko jim sporočamo nujno informacijo, ki ne more počakati na prvo naslednje srečanje v obliki pogovora (smrt otroka,...). Po telefonu tudi lahko le informiramo ali sporočamo datum preiskave.

Telefonski pogovori se opravljajo v dnevnem prostoru, ki je javni prostor in ne omogoča zaupnosti. Potreba po posebnem prostoru s telefonom za pogovore s starše hudo bolnih otrok je močno prisotna in nujna. Ravno tako priprava na klic, samo klicanje, predstavitev in uvod, vsebina razgovora in konec razgovora ne poteka po mehanizmih poslovnega razgovora, ki ima določene značilnosti in posebnosti, ki bi jih morali zdravstveni delavci razumeti in upoštevati.

Na oddelku se vodi knjiga telefonskih razgovor, ki omogoča retrospektivni pogled klicev in njihove vsebine, vendar stoji na javnem prostoru ob telefonu v dnevnem prostoru, ki ni posebej ograjen oziroma ločen od javnega prostora.

**Internet**

internet je posredni komunikacijski kanal, preko katerega informiramo starše o obstoječi literaturi ali člankih o bolezni, ki jo ima njihov otrok.

Nekateri zdravniki komunicirajo s starši bolnih otrok tudi preko elektronske pošte. To so kratke informacije, pri katerih sodelujeta oddajnik in sprejemnik, in je kratka in jedrnata oblika komunikacije. O težjih in zapletenih vprašanjih se preko elektronske pošte ne komunicira, saj še vedno prevladuje mnenje, da pogovora na štiri oči ne moreš zamenjati z nobeno drugo obliko komunikacije v primeru občutljive teme. Sporočila preko elektronske pošte morajo biti kratka in jedrnata.

**Domača stran** predstavlja enosmerno komunikacijo in je namenjena predstavitvi ustanove – bolnišnice, bolniškega osebja, zaposlenih, novosti,... Klinični center ima domačo stran, preko katere se predstavlja tudi Pediatrična klinika.

**Spletni forumi** so namenjeni izmenjavi mnenj in izkušenj med starši bolnih otrok. Zdravstvena ustanova bi morala spremljati te internetne klepetalnice in se nanje tudi odzvati, saj prinašajo mnenja, stiske in težave tudi staršev hudo bolnih otrok.

### **Zloženke, strokovno – laična literatura, zdravstveno vzgojne publikacije**

Ena od oblik komunikacije med zdravstvenimi delavci in starši bolnih otrok je tudi zdravstveno vzgojno delo, ko moramo starše poučiti in jih pripraviti na življenje s hudo bolnim otrokom. Zloženke morajo biti enostavne in razumljive. Edukacija poteka tudi s pomočjo demonstracije uporabe določenega pripomočka, priprave zdravila, prikaz načina pomoči v določeni situaciji, ko mora prisotna oseba ravnati v skladu s postavljenimi standardi.

Primer:

- komunikacija poteka nebesedno, ko staršu le izročimo publikacijo za boljše razumevanje bolezni, simptomov (Epilepsija pri otroku in mladostniku),
- kombinacija besedne in nebesedne komunikacije ko poleg zloženke tudi demonstriramo prikazano (bukalana uporaba Midazolama).

### **Videokasete**

Uporaba videokaset je redka, vendar zelo praktična oblika komunikacije. Prikazana vsebina je jasna, enostavna ter predvsem dobro vidna. Če vsebuje sočasno razlago prikazane teme, lahko prepreči nejasnosti in zaplete.

Primer:

- prikaz epileptičnih napadov na videu z obrazložitvijo prve pomoči in pristopa ob napadu pogosto zmanjša nejasnosti,
- zdravniki predlagajo staršem, naj na domači video posnamejo epileptične napade, da lahko popolno in celostno spremljajo vrsto in obliko napadov, kar jim je v pomoč za nadaljnjo diagnostiko in zdravljenje,
- fotografiranje, ko zdravstveni delavci fotografiramo otroka za študijske potrebe.

### **CD, DVD**

Uporaba CD ali DVD medija je redka. Najpogosteje se uporablja zgoščenke v študijske namene ali za edukacijo staršev (strokovno laična literatura).

### **Risba**

Ko zdravstveni delavci želijo poleg besedne informacije predstaviti povedano tudi preko enostavne lastne ali v literaturi prikazane risbe.

Primer:

- Informacija o diagnozi hudo bolnega otroka: tumorska sprememba v možganih. Zdravnik želi tudi preko risbe prikazati položaj in potek spremembe.
- Zdravstveno vzgojno delo diplomirane medicinske sestre, ko preko risbe prikaže različne položaje, način aplikacije zdravila,...

Vsak udeleženec komunikacijskega sistema izbere sebi najprimernejšo obliko prenosa informacije, ki je odvisna od vsebine in pomembnosti.

#### **6.2.4 KDAJ SE KOMUNICIRA**

Komunikacija med zdravstvenimi delavci in starši hudo bolnih otrok poteka:

- ob prihodu v bolnišnico v sprejemni ambulanti, ne glede na čas prihoda,
- ob sprejemu otroka na bolniški oddelek, ne glede na čas prihoda,
- na vizitah, vsakodnevno ob istem času,
- ob individualnih pogovorih med zdravstvenimi delavci in starši, ki so lahko terminsko določeni ali pa tudi ne,
- ob poslabšanju zdravstvenega stanja otroka,
- ob rednih napovedanih ali nenapovedanih razgovorih,
- v redni ali dežurni službi,
- na konzilijih, ki so vedno terminsko določeni,
- vsakodnevno ob vsakem času dneva poteka neverbalna komunikacija med medicinsko sestro in starši bolnih otrok,
- ob odpustu bolnika, ki je določen vnaprej; starši so z odhodom otroka iz bolnišnice seznanjeni, vendar točen čas odhoda ni možno vedno določiti (ni spisano odpustno pismo, zdravnik je zadržan in ne more posredovati odpustnih informacij,...),
- ko pride do kakšne nove informacije s strani staršev ali zdravstvenih delavcev,
- pred diagnostično terapevtskimi postopki,
- po prejemu pisnih izvidov preiskav.

#### **6.2.5 KJE POTEKA KOMUNICIRANJE**

Komuniciranje med zdravstvenimi delavci in starši hudo bolnih otrok najpogosteje poteka:

- v bolniški sobi,
- na hodniku bolniškega oddelka,
- v večnamenskem prostoru,
- v sobi za intervencije,
- v pisarni,
- na hodniku bolnišnice,
- v vseh prostorih bolniškega oddelka, ki jih uporabljajo starši in njihovi bolni otroci,
- v prostorih za diagnostične postopke (Rtg, laboratorij za EKG, laboratorij za EEG, prostori videotelemetrije,...),
- pred bolnišnico na dvorišču ali na vrtu za bolnišnico,
- v bolnišnični šoli, ki poteka na bolniškem oddelku ali v posebnih prostorih šole.

Prostor poteka komunikacije je zelo pomemben. Njegova izbira je odvisna od vsebine in čustvene stabilnosti, kje se bomo kaj pogovarjali. Če je tema pogovora težka, prinaša s

seboj posledice za celo družino, če sogovornik potrebuje tolažbo, je potrebno primerno izbrati prostor pogovora. Ravno tako je pomembno, kaj se bomo pogovarjali le s starši in kaj v prisotnosti malega bolnika.

Nikoli se ne smemo pogovarjati o bolezni, zdravljenju, in ostalih pomembnih informacijah vpričo ostalih bolnikov, staršev ali obiskovalcev. Poskrbeti moramo tudi, da so na vizitah prisotni samo starši ali skrbniki od enega bolnika.

### **6.2.6 VSEBINA KOMUNICIRANJA**

Zdravnik s starši hudo bolnih otrok komunicira o:

- poteku zdravljenja,
- zaključku zdravljenja,
- poteku preiskav,
- rezultatih preiskav,
- stanju bolnika – težavah,....,
- počutju in sodelovanju staršev v diagnostično terapevtskih posegih,
- posledicah zdravljenja,
- prognozi.

Zdravnik tudi jemlje anamnezo ter vsakodnevno formalno in neformalno komunicira s starši malih bolnikov.

Komuniciranje diplomirane/višje medicinske sestre s starši otrok se nanaša na:

- sprejemno negovalno anamneza,
- zdravstveno-vzgojno delo,
- poteku preiskav in zdravljenja – negovalni del,
- neformalno vsakodnevno komunikacija o težavah, problemih, ki nastopijo z boleznijo,
- obrazložitev vsakega postopka, ki se dogaja pri otroku,
- plan naslednjih postopkov,
- vključevanje staršev v proces zdravstvene nege,
- edukacijo cele družine,
- reševanje konfliktnih situacij, ki nastopijo tekom hospitalizacije,
- posredovanje informacij zdravniku ali ostalim članom zdravstvenega tima na željo staršev,
- trenutno zdravstveno stanje bolnika,
- družinske in ostale probleme, ki jih starši nosijo s seboj v bolniško sobo kot breme.

Zdravstveni tehnik/srednja medicinska sestra se s starši otrok pogovarja o:

- negovanju bolnika,
- življenjskih aktivnostih bolnika,
- zdravstveno vzgojno delo,

- vsakodnevna neformalna komunikacija – besedna in nebesedna (starši največ zaupajo srednjim medicinskim sestram, ki so z otroki 24 ur na dan),
- težavah in simptomih bolezni,
- terapevtsko diagnostičnih posegih,
- počutju staršev in bolnika.

Čistilka vsakodnevno neformalno komunicira s starši hudo bolnih otrok (besedno in nebesedno).

Psiholog komunicira:

- v okviru del in nalog po predhodnem predlogu zdravnika o bolezni, situaciji, reševanju problemov,
- neformalno vsakodnevno - besedno in nebesedno.

Vzgojitelj neformalno vsakodnevno komunicira:

- besedno in nebesedno preko igre z otrokom,
- s starši v obliki pogovora, ki se ob neuradni osebi sprostijo.

Vsebina komunikacije med specialno pedagoginjo in starši hudo bolnih otrok:

- o šolskih problemih,
- o stanju, težavah malih bolnikov.

## 6.2.7 OBLIKE KOMUNICIRANJA

- Formalna - pogosta,
- Neformalna - pogosta.
  
- Enosmerna - manj pogosta.
- Dvosmerna - pogosta.
- Kompleksna - manj pogosta.

### **Intrapersonalna, notranja komunikacija**

Pogosto izvajana oblika komunikacije v zdravstvu, saj pogosto premišljujemo in se pogovarjajo sami s seboj tako starši kakor zdravstveni delavci.

Starši hudo bolnih otrok pogosto razmišljajo o sami bolezni in posledicah, kako naj ravnajo ali reagirajo, v mislih si zamislijo razgovor z zdravstvenim delavcem, do katerega še ni prišlo. V mislih so jezni na ves svet, zdravstvo in zdravstvene delavce, znanost in usodo. Prepirajo se sami s sabo in si očitajo, da niso dovolj skrbeli za otroka ali da so kaj spregledali.

Ravno tako intrapersonalna komunikacija poteka pri zdravstvenih delavcih. Le ti pogosto razmišljajo o patologiji, otroku, simptomih, se pogovarjajo sami s seboj, kakor



da bi v resnici govorili s starši, dajejo ukaze ali navodila. Posebej izražena notranja komunikacija je v konfliktnih ali v stresnih situacijah.

### **Medosebna, interpersonalna komunikacija**

Je najpogostejša oblika komunikacije v zdravstvu in predstavlja komunikacijo znotraj skupine med dvema ali več ljudmi.

Medosebna komunikacija v širšem in ožjem pomenu besede je:

- v širšem pomenu besede pomeni vsako besedno ali nebesedno vedenje, ki ga zazna druga oseba,
- v ožjem, običajno bolj uporabljenem pomenu pa je medosebna komunikacija definirana kot sporočilo, ki je poslano od ene osebe k drugi(m) z zavestnim namenom vplivati na vedenje sprejemnika (David W. Johnson in Frank P. Johnson v Vec 2005).

Primer:

- vsa nebesedna ali besedna vsakodnevna komunikacija med starši in zdravstvenimi delavci, ki ni načrtovana vnaprej, ko medicinska sestra ob negovanju komunicira s starši o počutju,
- diplomirana medicinska sestra poučuje starše hudo bolnih otrok o negovanju njihovega otroka in s tem želi zavestno vplivati na spremembo ravnanja staršev pri negovanju njihovega otroka .

### **Skupinska komunikacija/medskupinska komunikacija**

Ko komunicira tim zdravstvenih delavcev z vso družino ali le s starši hudo bolnega otroka (na konziliju). To je komunikacija iz oči v oči.

### **Množična komunikacija**

v času zdravljenja težko bolnega otroka je redka, vendar se lahko zgodi na predavanjih, ko starši poslušajo temo, ki jih zanima (bolezen, prva pomoč,...).

Bistvo vsake komunikacij (ne glede na obliko) je, da so vsi člani pripravljene komunicirati in reševati konflikte, če do njih prihaja. Nihče ne sme biti v procesu komunikacije zmagovalec ali poraženec, kar se v zdravstvu pogosto dogaja.

## **6.2.8 MOTNJE PRI KOMUNICIRANJU**

### **Zdravstveni delavci v procesu komuniciranja so lahko:**

- nejasni (razlaga o preiskavah, vrstnem redu in pomembnosti terapije in diagnostiki, o boleznih sami, je lahko nejasna, zdravstveni delavci povedo prehitro in brez razlage),
- prestrokovni (starši ne razumejo medicinskih izrazov, ne vedo ničesar o medicini, zdravstveni delavci pa včasih razlagajo vse v njim nerazumljivem, tujem medicinskem jeziku),

- vzvišeni (zdravstveni delavci lahko glede na prehojeno intelektualno, akademsko in poklicno pot, delujejo vzvišeno, čeprav se to pri pediatrih opazi manj, ker delajo z otroci, in jih že narava dela opozarja na drugačno raven obnašanja),
- površni (površni v komunikacijah s starši hudo bolnih otrok, ti namreč pogosto mislijo, da je njihov otrok najbolj bolan, da potrebuje največ skrbi in nege, zdravstveni delavci pa teh neverbalnih simbolov ne opazijo in nanje ne reagirajo),
- dvoumni (povedano sporočilo je napačno preneseno do prejemnika, je dvoumno),
- se ne vživijo v prejemnika (Nimajo dovolj informacij o preteklih dogajanjih in komunikacijah prejemnika, zato ga ne razumejo, da je nestrpen, utrujen. Mama, ki pride v bolnico s hudo bolnim otrokom iz oddaljenega kraja, ima lahko težave, da uredi varstvo za ostale otroke, obišče izbranega pediatra, se pripelje v Ljubljano. Poleg dolge vožnje čaka v sprejemni ambulanti, skrbi jo o prihodnosti njenega otroka, zato je včasih nestrpna, ne razume, da je potrebno za določene preiskave čakati.),
- komunikacijsko preobremenjeni (dežurstva trajajo 16 ur poleg redne službene obveznosti – 8 urni delavnik),
- izoblikujejo vnaprejšen odnos do sporočila,
- predpostavljajo, da bo prejemnik sporočilo interpretiral, kakor oni želijo,
- premalo pozorni na nebesedno komunikacijo pri starših hudo bolnih otrok (ne slišijo, ne vidijo, ne razumejo),
- premalo dosledni pri sprejemanju dejstva, da so ljudje različno komunikativni,
- ne sprejemajo čustvene labilnosti staršev,
- imajo vnaprejšen odnos do sporočila,
- imajo vnaprejšen odnos do prejemnika sporočila,
- nezaupljivi na predhodne izkušnje v komunikaciji s starši hudo bolnih otrok,
- prenašalci lastnih konfliktnih situacij v proces komunikacije,
- sporočila so nedorečena,
- ne poudarjajo dovolj pomembnih informacij, izjav,
- izbira prostora komunikacije je neprimerna,
- želijo aktivnost od sogovornika, sami pa niso kreativni (če želiš kakovostno komunikacijo, bodi tudi ti kakovosten sogovornik),
- premalo pojasnjujejo, razlagajo,
- ne preverjajo, ali so bili pravilno razumljeni,
- premalo aktivni poslušalci,
- izpuščajo informacije, ki so njim nepomembne, staršem pa lahko zelo pomembne,
- ne prenesejo kritike.

**Starši hudo bolnih otrok:**

- slišijo, pa ne razumejo,
- slišijo, pa zavestno selekcionirajo in izločajo neprijetne informacije,
- ne poznajo ozadja delovanja zdravstvenih delavcev, zato so obtožujoči,
- imajo vnaprej izdelano mnenje, odnos do sporočila,
- čustveno so obremenjeni,
- lastne težave, skrbi in negotovosti prenašajo v komunikacijo,
- niso realni,

- fizično so preobremenjeni,
- so nejasni, povedo drugače, kakor mislijo,
- čustva (jeza, strah, ...) so izrazita,
- pogosto komunicirajo nebesedno in so zato napačno razumljeni,
- interpretirajo sporočilo, kakor bi sami želeli,
- imajo razvite obrambne mehanizme,
- zanikanje – izogibajo se neprijetni resnici, da je njihov otrok hudo bolan, da lahko tudi umre, da bodo posledice za njegovo kasnejše življenje težke,
- premeščanje – nesporazumi, stiske, vsakodneвно bivanje in negovanje v bolnišnici ob hudo bolnem otroku, puščajo nezadovoljstvo, ki ga starši prenašajo v domače okolje (nesporazum z zdravnikom prenesejo domov),
- projekcija – starši ne marajo zdravstvene ustanove ali zdravnika ali medicinskih sester (osebja) pa njih obtožijo, da jih ne marajo,
- introjekcija – zavzemajo vrednote nekoga drugega, ki jim je blizu in ne upoštevajo znanja strokovnjakov na svojem področju,
- potiskanje – ko so starši v bolnici ob svojem otroku, so lahko tudi v hudi finančni stiski, vendar to potisnejo zunaj področja zavedanja in o tem ne želijo razmišljati,
- njihove reakcije so nepričakovane, nasprotno.

## **6.3 ANALIZA KOMUNIKACIJSKEGA UDOBJA STARŠEV**

### **6.3.1 VSEBINSKO KOMUNIKACIJSKO UDOBJE**

Starši pogosto razmišljajo o tem, da so v podrejenem položaju, da v komunikaciji ne smejo imeti lastnega ali drugačnega mnenja od zdravstvenih delavcev. Predpostavljajo, da o dogajanju in soodločanju o njihovem otroku niso pravočasno ali pravilno obveščeni. Zamerijo vsebinske napake zdravstvenih delavcev, ki so lahko plod lastne nestrokovnosti in neznanja o sami patologiji in bolezni njihovega otroka. Pričakujejo vse najboljše in če se to ne uresniči se počutijo ogoljufani, hočejo vplivati na vsebinski ravni zdravljenja, ki pogosto ni znanstveno utemeljena ali je na laičnih osnovah. To ne velja za vse starše.

Ali starši bolnih otrok izvedo vse informacije:

- da, katere želijo slišati,
- da, katere želijo razumeti,
- da, katere se jim zdijo pomembne,
- da, katere se zdijo pomembne zdravstvenemu delavcu,
- da, vendar jih ne razumejo, zato si jih razlagajo po svoje,
- da, vendar jih ne razumejo in iščejo razlago pri drugih zdravstvenih delavcih.

Termin »vse« različno interpretirajo zdravstveni delavci, različno pa starši bolnih otrok.

Pravica do različnosti mnenj, idej in predlogov je v interpersonalni komunikaciji med starši in zdravstvenimi delavci pomemben faktor uspešne komunikacije. Če do tega ne pride, lahko sprejemnik ali oddajnik beži pred komunikacijo in se je izogiba.

Nekateri starši popolnoma zaupajo zdravstvenim delavcem in jim prepustijo nadzor nad svojim otrokom. Ne sprašujejo več, kakor jim je povedano in ne izražajo različnih lastnih mnenj o stvareh, o katerih bi lahko soodločali v procesu zdravljenja.

Mnogokrat spremembo na področju vsebinskega komunikacijskega udobja prinese dolžina hospitalizacije. Ko spoznajo okolje, osebe, način funkcioniranja delovnega procesa in napredovanje bolezni pri njihovem otroku, se tudi vsebinsko komunikacijsko udobje spremeni. V pogovorih z zdravstvenimi delavci so bolj zahtevni. Predvsem na vsebinskih področjih, kjer lahko soodločajo, izražajo lastna stališča in mnenja, kaj je najbolje za njihovega otroka.

Na izražanje podobnosti in različnosti v procesu komunikacije vpliva:

- Sogovornik (hierarhična lestvica).

PRIMER: pri razgovoru z zdravnikom starši ali skrbniki ne izrazijo lastnega mnenja, medtem ko medicinski sestri povedo pomisleke z namenom, da jih le poslušajo, da je posrednik.

- Izkušnje na področju komuniciranja iz preteklosti.

PRIMER: če starši opravljajo poklic, kjer je proces komuniciranja zelo izrazit (novinar,...), se lažje in hitreje vzpostavi komunikacijsko udobje.

- Socialna in izobrazbena struktura staršev/skrbnikov.

PRIMER: iz socialno šibkih družin ali preprostih poklicev je besedni zaklad manjši in način izražanja bolj tog in robot.

- Obvezna razlaga, zakaj nekaj ne sprejmemo, dovolimo, ne priporočamo.

PRIMER: odvzem krvi je boleča in neprijetna stvar, toda določene preiskave je potrebno ponavljati ali pa kri odvzeti ob točno določeni uri (strokovni standardi). Če otrok ob tej uri spi in ga je potrebno zbuditi, starši pa zaradi že tako slabega spanja želijo, da se bolnika ne zbujajo, je potrebna podrobna razlaga.

- Skladnost med verbalno in neverbalno komunikacijo.

PRIMER: če zdravstveni delavec podaja žalostne informacije in ob tem ne kaže z nebesedno komunikacijo nobene skladnosti z vsebino, starši hudo bolnih otrok to opazijo in se izogibajo pogovorom s tem zdravstvenim delavcem.

### **6.3.2 PROSTORSKO KOMUNIKACIJSKO UDOBJE**

Določene misli, razmišljanja, čustva so človeku lastna in svoja notranja doživetja ne želi deliti z nikomer. V ta prostor nima pravice vstopiti nihče, če ni povabljen, niti ne sme spreminjati načina razmišljanja. Če nekdo v procesu komunikacije občasno sogovornika ne mara, ga sovraži, je jezen nanj (lahko le posredno zaradi bolezni otroka), le ta ne sme to vzeti osebno ali celo zameriti.

Ne sme priti do načela: vsi moramo imeti radi vse, ker to ne prinaša prostorskega komunikacijskega udobja.

Med komunikacijo staršev hudo bolnih otrok in zdravstvenimi delavci je tudi izraženo kršenje prostorskega komunikacijskega udobja, saj pogosto eni ali drugi ne upoštevajo želje do bližine ali oddaljenosti sogovornika.

### **6.3.3 ČASOVNO KOMUNIKACIJSKO UDOBJE**

Vsaka komunikacija ima določena pravila, da bo uspešna. Ni dovolj, da sta dva ali več oseb pripravljenih komunicirati, primerno mora biti izbran čas in dolžina komuniciranja. Vsi ti faktorji morajo biti izpolnjeni pri vseh sodelujočih. Če nekdo ne želi komunicirati ob določenem času, če želi biti daljši ali krajši, če nakaže konec komunikacije, mora sogovornik to upoštevati.

Začetek pogovora je pri neformalni obliki komunikacije nakazan na različne načine in ga zdravstveni delavci in starši bolnih otrok upoštevajo glede na situacijo in časovne omejitve. Če kdo ne želi komunikacije, se to upošteva.

Pri formalni obliki pogovora bi moral biti vedno termin vnaprej določen, kar pa ni vedno realizirano. Okvirni pili in dogovori obstajajo, terminu se prilagajajo starši in zdravstveni delavci. Vendar je vedno treba upoštevati zunanje faktorje, kot so:

- dnevni red dela na oddelku (če so dogovorjeni časovni okviri dajanja informacij, se jih morajo držati vsi: zdravstveni delavci in starši hudo bolnega otroka),
- urgentno stanje zdravstvenega delavca (nov nenapovedan sprejem otroka, ki potrebuje takojšnjo pomoč),
- prispelost vseh izvidov (npr. dogovorjeni čas razgovora se mora prestaviti, če zdravnik nima vseh izvidov v pisni obliki),
- pravočasnost komunikacije, predvsem pri posredovanju informacij o bolezni, diagnozi, prognozi (kdaj bo zdravstveni delavec komuniciral s starši je odvisno od teme pogovora in pomembnosti vsebine).

### **6.3.4 DELOVNO KOMUNIKACIJSKO UDOBJE**

Uspešnost komunikacije je odvisna tudi od aktivnosti in pasivnosti udeležencev komunikacije. Starši oziroma skrbniki so lahko pasivni ali aktivni kadar in kolikor želijo.

Zdravstveni delavci:

- lahko le vplivamo in vzpodbujamo k večji aktivnosti in sodelovanju,
- ne smemo nikogar siliti v aktivnost ali pasivnost,

- ne smemo pričakovati, da bi bil sogovornik pasiven ali aktiven takrat, ko to nekdo od njega pričakuje ali želi.

Pri komuniciranju med zdravstvenimi delavci in starši hudo bolnih otrok pogosto zdravstveni delavci vzpodbujamo k večji aktivnosti med pogovorom, lahko pa tudi glede na trenutno situacijo, potrebe staršev in pomembnost (vsebinsko) komuniciranja dovolimo, da iz pogovora izstopi ali da je tiho. V določenih primerih (nujno potrebujemo pristanek staršev ali skrbnikov za operacijo) pasivnosti ali tihote ne dovolimo, lahko pa, če je možno, časovno oddaljimo ali prestavimo odločitev (cilj) komunikacije.

### 6.3.5 ČUSTVENO KOMUNIKACIJSKO UDOBJE

Zdravstvenega delavca mora zanimati, kako se počutijo starši, ko se z njimi pogovarjajo. Zdravstveni delavec se mora zavedati, da če sam nima podobne izkušnje, ne more vedeti, kako se sogovornik počuti, mora pa ga zanimati in se vživeti v starše hudo bolnih otrok.

Mora nas zanimati, kako se sogovornik počuti, ga tudi povprašati ali sami iz nebesedne simbolike ugotoviti počutje, nikoli pa ne smemo reči, da vemo, kako se sogovornik počuti, ker tega, če nimamo lastne izkušnje, ne vemo.

Da bi zdravstveni delavci lahko prepoznali čustva staršev hudo bolnih otrok, se morajo najprej zavedati lastnih čustev, jih prepoznati (pozitivna in negativna), navezati stik z njimi (prepoznati telesne manifestacije čustev, biti pozoren na misli ter vedenjske manifestacije čustev) in spremljati svoja čustvena odzivanja (ali se katera čustva pojavljajo pogosteje od ostalih, kako se telesno odzivamo nanje, kakšen je vzrok, ali se česa naučimo). Potrebno pa se je tudi naučiti, katera čustva spremljajo starše hudo bolnih otrok, ali jih prepoznamo, kako nanje reagiramo, v kakšni povezavi so njihova čustva in čustva zdravstvenih delavcev, ali se prepletajo, ali vplivajo, ali imajo pozitivni ali negativni učinek, ali se iz tega kaj naučimo.

Pri starših hudo bolnih otrok pogosto srečamo naslednja čustva, ki se kažejo ne samo kot obrazni čustveni izrazi, ampak so izraženi verbalno:

- žalost,
- skrb,
- zaskrbljenost,
- jezo,
- bes,
- negotovost,
- ponižanje,
- neučakanost,
- malodušje,

- nemir,
- veselje,
- odločnost,
- toplino,
- občudovanje,
- zadovoljstvo.

Prevladujejo negativna čustva, vendar so pozitivna bolj močno izražena.

Zdravstveni delavec se mora zavedati, da pride do navideznega nudenja pomoči takrat, ko čustva bolnika ali njegovih staršev niso usklajena s čustvi terapevta. V takem primeru bi bilo potrebno zdravstvenega delavca zamenjati, kar pa ni vedno izvedljivo (bolnika lahko zdravi drug zdravnik specialist, če je to možno, medtem ko za medicinsko sestro pogosto ni možno najti zamenjave).

## **6.4 KRITIČNO OVREDNOTENJE SEDANJEGA STANJA**

### **6.4.1 KDO KOMUNICIRA**

Komuniciranje s starši hudo bolnih otrok je dolžnost vseh zaposlenih, ki pridejo z njimi v stik. To ni domena le zdravnikov in medicinskih sester, česar se na Pediatrični kliniki zavedamo in tudi izvršujemo.

### **6.4.2 KDAJ SE KOMUNICIRA**

Informacije starši izvedo pravočasno. Glede časa posredovanja informacij pa se mnenje pri zdravstvenih delavcih in starših razlikuje.

Mnenje staršev malih bolnikov je, da se v zdravstvu, kjer ni izvzeta tudi naša ustanova, čaka za pogovor predolgo. Vendar razlogi obstajajo, so objektivne narave in bi jih bilo potrebno upoštevati na obeh straneh komunikacijskega sistema.

### **6.4.3 PROSTOR KOMUNICIRANJA**

Neformalno komuniciranje poteka vsakodnevno v vseh prostorih bolnišnice, kar je dobro.

Za formalno obliko komunikacije prostori Pediatrične klinike ne omogočajo pogovora, ki bi zagotovil mir, individualnost, vse pripomočke, če jih ob pogovoru potrebujemo. Vedno tudi ni možno zagotoviti varovanja osebnih podatkov (jemanje anamneze poteka

tudi v dnevnem prostoru, kjer je prisotno veliko ljudi – ostalih obiskovalcev, tudi iz sosednjega oddelka, ker smo prehodni oddelek; ravno tako posredovanje informacij, predvsem ob odpustu bolnika).

Ob hudi bolezni otroka je komuniciranje s starši bolj zahtevno, ker so čustva bolj izražena, prisoten je stres in negotovost, informacije so lahko zelo boleče za starše in izzovejo različne čustvene reakcije. Zaradi naštetih razlogov bi morale vsako formalno komuniciranje potekati v zato posebej namenjenem prostoru, ki bi zagotavljal kvaliteto individualno ali skupinsko komuniciranje.

#### **6.4.4 O KATERIH VSEBINAH**

Vsebine komunikacije so dobro izbrane in pretehtane. Vsak zdravstveni delavec posreduje tiste vsebine, za katere je po strokovni plati usposobljen in jih je dolžan prenašati staršem malih bolnikov. Starši bi pogosto radi izvedeli več, vendar določene vsebine ne razumejo dovolj; ali nočejo izvedeti vsega. Nekateri so bolj radovedni in poizvedujejo po internetu, berejo strokovno literaturo, več sprašujejo, so bolj seznanjeni s potekom in zdravljenjem bolezni svojega otroka. Meja, kdo posreduje katere vsebine, je določena in se je držijo vsi zdravstveni delavci.

Vsebine se tudi lahko ponavljajo, starši sprašujejo druge udeležence zdravstva, ker želijo preverjati informacije (dežurno službo).

#### **6.4.5 OBLIKE KOMUNICIRANJA**

Vse oblike komuniciranja so dobre in primerne glede na čas in vsebino.

Skupinska komunikacija med starši in zdravstvenimi delavci bi bila lahko bolj pogosta, predvsem v obliki pogovora na konziliju, kjer bi se več zdravstvenih strokovnjakov s starši pogovarjajo o vnaprej določeni vsebini.

#### **6.4.6 NAČINI KOMUNICIRANJA**

##### **BESEDNO KOMUNICIRANJE**

##### **GOVORNO KOMUNICIRANJE**

Besedno sporazumevanje med zdravstvenimi delavci in starši poteka dobro in korektno.

##### **PISNO**

Uporaba pisne oblike prenosa informacij med zdravstvenimi delavci in starši je dobra. Zdravstveni delavci vzpodbujajo starše za to obliko komuniciranja, jim s tem omogočijo



kvalitetnejše in boljše razumevanje vsebine, preprečijo nesporazume, vsebina ostane napisana .

## **NEBESEDNO KOMUNICIRANJE**

### **GOVORICA TELESA**

Izraz obraza zdravstvenemu delavcu pove veliko o trenutnem stanju in razpoloženju staršev. Vendar ga ta vedno ne opazi, ga pravilno ne interpretira ali ga namerno prezre.

Lahko pa ga opazi, nanj reagira, izbere primerno obliko komuniciranja ali vsebinsko prilagodi pogovor, opozori sodelavce na trenutno stanje staršev.

Če gibov rok, nog in glave, ki so pogosto uporabljena nebesedna oblika komuniciranja, ne povežemo z povedano vsebino, je lahko le ta izkrivljena.

### **SPOROČILO BOLEZNI IN SIMPTOMOV**

Zdravstveni delavci skoraj vedno zaznamo sporočila bolezni in simptomov pri starših ter jih napotimo po ustrezno pomoč. Ponudimo razgovor s psihologom, zdravnik predlaga ukrepe (starše napoti k osebnemu zdravniku ali psihiatru).

Pri sebi zaznamo ta sporočila, vendar jih ne rešujemo na pravilen način. Uporaba zdravil ni vedno najboljša rešitev. Potrebno bi bilo poiskati vzrok težav, spremeniti bi morali način življenja, se učiti tehnik sproščanja in obvladovanja stresa. Potrebno bi bilo uvesti zunanje supervizije, na katerih bi usposobljeni strokovnjaki vodili pogovore z zaposlenimi na bolniških oddelkih, kjer se zdravijo hudo bolni otroci.

Prehrana staršev, ki so ob bolnem otroku, je neredna in slaba, pogosto sestavljena iz sendvičev ali hitro pripravljene hrane. Starši so neprespani, zaskrbljeni, kar lahko vodi v pojavljanje različnih bolezni in simptomov. Pediatrična klinika za starše bolnih otrok nima dovolj prostora, tako da marsikatera mama prenoči ob bolnem otroku na ležalniku ali celo na stolu. To je začaran krog, ki le pogloblja možnost obolevanja tudi staršev, ki so prisotni ob hudo bolnem otroku tudi ves čas.

## **6.4.7 KOMUNIKACIJSKI KANALI**

Najpogosteje uporabljeni komunikacijski kanali so telefon, internet, videokasete in risba. Njihova uporaba v praksi prinaša pozitivne izkušnje (dobro), ali pa pomanjkljivosti (slabo).

### **TELEFON**

#### **Dobro**

Vodi se knjiga klicev.

Telefonski razgovor uporabljamo za posredovanje zdravstvenega stanja otroka le izjemoma, za informiranje staršev o počutju otroka in zdravstveni negi pa pogosto. Vsi se vedno predstavimo in upoštevamo faze telefonskega pogovora.

**Slabo**

Vsi telefonski pogovori potekajo v dnevnem prostoru. Prostor je javen, razgovor lahko poslušajo vsi obiskovalci. Vedno začasno ne prekinemo klica, ko čakamo, da pride klicani do telefonskega aparata.

Nimamo zaposlene osebe, ki bi sprejemala klice, jih koordinirala, pripravljala dokumentacijo in odgovarjala na mnogokrat le posredna vprašanja, za katere ni nujno, da nanje odgovarja zdravstveni delavec, na katerega je bil klic naslovljen.

**INTERNET****Dobro**

Predstavljen Klinični center, lokacija, osebje, področje dela.

Klepetalnica za starše, spletni forum.

Nekateri zdravniki odgovarjajo na elektronsko pošto staršev.

Na internetu je veliko strokovne in laične literature o bolezni, terapiji.

**Slabo**

Na klepetalnice se ne odzovemo vedno.

**VIDEOKASETE****Dobro**

Uporablja se jih v informativne namene, za razjasnitev poteka bolezni.

Lahko bi jih bolj uporabljali v edukacijske namene.

Če starši posnamejo svojega otroka v domačem okolju, je potrebno strokovno ravnanje z pridobljenimi podatki, uporaba le za strokovne namene (starši dovolijo uporabo z podpisom izjave). Za te namene bi morali imeti arhive, ki bi bili dostopni le pooblaščenim osebam.

**RISBA**

Je zelo praktična, poslužujemo se je premalo, lahko bi se je več.

#### 6.4.8 MOTNJE PRI KOMUNICIRANJU

Kritično ovrednotenje motenj pri komuniciranju med zdravstvenimi delavci in starši hudo bolnih otrok na osnovi izkustvene metode:

**- Dobro.**

Vsakodnevni odmor je skupinski, kjer so prisotni vsi profili zdravstvenih delavcev oddelka, in se lahko pogovarjajo o vseh motnjah, ki jih zaznajo pri svojem delu. Prisoten je tudi psiholog. Dokaj redni oddelčni sestanki so tudi namenjeni spoznavanju in reševanju motenj pri delu z malimi bolniki in njihovimi starši.

Vsi starši ob odpustnici dobijo anketni vprašalnik, kjer izrazijo svoje mnenje o bivanju v bolnišnici. To je dobra povratna zveza, ki zdravstvenim delavcem poda pozitivna in negativna mnenja, ki jih analiziramo. Motnje poskušamo odpraviti.

**- Slabo.**

Zaradi pomanjkanja časa, znanja in ustreznih prostorov je mnogokrat tudi komuniciranje s starši temu primerno. Reševanje motenj je prepočasno, nekatere ne zaznamo in jih niti ne rešujemo. Ni kritične zunanje analize.

Premalo ali napačne informacije vodijo v nerazumevanje motenj in nepravilno odpravljanje le teh. Prenos informacij po horizontalni in vertikalni ravni je prepočasen in nedokumentiran.

Po daljšem času dela v zdravstvu, predvsem na težkih oddelkih, kjer so otroci hudo bolni, zaostajajo v duševnem in telesnem razvoju, kjer je prisotno umiranje malih otrok, kjer rešujejo življenja, zdravstveni delavci otopijo. Ne zaznajo dovolj nebesedne komunikacije staršev, postanejo trdi in nedostopni. To je rezultat dolgotrajnega dela na takih oddelkih. Ni supervizije, ni zunanje psihološke podpore, premalo kadra, ni ustreznega počitka.

Ni dovolj razumevanja in znanja, da starši mnogokrat ne želijo slišati, ne želijo vedeti, nočejo poslušati, nas ne marajo, jim ne dovolimo biti zaskrbljeni ali tiho, vse njihove stiske in težave, ki jih odraža tudi njihovo vedenje in nebesedna komunikacija, prenesemo nase, vzamemo osebno.

Nesporazumi in konfliktna stanja med zaposlenimi zdravstvenimi delavci in nezadovoljstvo nad opremljenostjo bolnišnice se nezavedno prenaša na bolnike in njihove starše. Težki pogoji dela (ni ustrezne kopalnice za negovanje bolnikov) vplivajo na odnos med zdravstvenimi delavci in starši, vendar bi se s pravim pristopom in informiranjem te vrste motnje presegle.

Dolgotrajna bolezen in bivanje otroka v bolnici, lahko tudi z prekinitvami omogoča nekatere privilegije za te bolnike in njihove starše (direktni sprejem mimo sprejemne

ambulante, ambulantni pregled v popoldanskem času, ko je njihov terapevt dežuren). Vendar, ko to ni vedno mogoče iz organizacijskih in praktičnih razlogov, prihaja do nesoglasij. Starši mislijo, da ne naredimo nič zanje, da jih pustimo na cedilu. Toda vedno vse ni mogoče izvesti po želji staršev. Potreben bi bil strokovni in pravični pristop od samega začetka hospitalizacije ne glede na bolezen otroka.

Zasledimo miselnost staršev malih bolnikov, da za njihovega otroka ni bilo narejeno vse. Zdravstveni delavci bi morali z ustrežno komunikacijo staršem predstaviti vse njihovo opravljeno delo.

Število vrnjenih anketnih vprašanj je malo, mnogokrat si starši ne upajo izraziti mnenja ali pa bi se morale težave reševati ažurno, takoj ko nastanejo, kajti kasnejše reševanje motenj in nesporazumov je včasih težko in neuspešno.

#### **6.4.9 KOMUNIKACIJSKO UDOBJE**

##### **VSEBINSKO KOMUNIKACIJSKO UDOBJE**

Nekateri starši dobijo vse informacije od zdravstvenih delavcev. Njihovo komunikacijsko udobje je visoko.

Hudo bolni otroci so dolgo hospitalizirani, zato starši dolgo bivajo v bolnišnici. Z dolžino hospitalizacije se tudi vsebinsko komunikacijsko udobje spremeni. Starši se počutijo bolj sproščeni, svobodni, upajo predstaviti lastno mnenje in ga zagovarjati. Z boljšim spoznavanjem z osebjem se jim dopusti, da razmišljajo drugače, po svoje.

Nekateri starši ne dobijo vseh informacij od zdravstvenih delavcev.

Zdravstveni delavci in starši hudo bolnih otrok nimajo istega stališča glede pomembnosti informacij in njihove prioritete. Starši so si različni in niso vsi enako pripravljeni sprejeti informacije. Zdravstveni delavec je tisti, ki na podlagi znanja in izkušenj presodi katero informacijo, kdaj in na kakšen način bo posredoval staršem hudo bolnih otrok. Za določenega starša je pomembno, da ve neko informacijo, ki je drugi starš ne bo nikoli vprašal. Zdravstveni delavci bi morali zaznati različne potrebe po različnih informacijah vsakega posameznika in jih tako tudi podajati.

Starši razmišljajo, da so v podrejenem položaju, ker so odvisni od zdravstvenih delavcev. So v strahu, da njihov otrok ne bo kvalitetno zdravstveno obravnavan, če se s čim ne strinjajo ali se pritožijo. Zdravstveni delavci premalo vzpodbujamo starše in jim dajemo občutek svobode in možnost izražanja vsebinskega komunikacijskega udobja: da se lahko ne strinjajo z nami, da imajo lahko lastno mnenje, da ga lahko izrazijo, mi pa ga strokovno sprejmemo ali zavržemo.

## **ČASOVNO KOMUNIKACIJSKO UDOBJE**

Starši so glede pomembnih informacij pravočasno informirani.

Čas komuniciranja je izbran dobro, komuniciranje poteka po ustaljenem vnaprej pripravljenem časovnem terminu. Začetek in konec pogovora ter trajanje določita sogovornika ob upoštevanju objektivnih razlogov za prekinitve s strani zdravstvenega delavca. Dolžino pogovora včasih usmerjajo tudi starši hudo bolnih otrok, ki včasih zaradi psihične stiske, osebnih težav ali stisk niso sposobni komunicirati z zdravstvenimi delavci ves čas pogovora. To mora zdravstveni delavec ugotoviti in upoštevati časovno komunikacijsko udobje staršev.

Zdravstveni delavci imajo premalo časa za kvalitetno komuniciranje z starši hudo bolnih otrok.

Ne zaznajo vedno, kdaj je najprimernejši čas pogovora, ne usmerjajo dolžine, začetka in konca komuniciranja glede na stanje staršev.

Zaradi neprestane naglice in mnogo administrativnega dela se krajša čas, ki ga vsi zdravstveni delavci lahko preživimo ob bolniku in z njim komuniciramo. Čas je strogo odmerjen in bolniki ter njihovi starši imajo občutek, da se jim nameni premalo časa.

## **DELOVNI KOMUNIKACIJSKO UDOBJE**

Dopušča se pasivnost in aktivnost udeležencev (staršev) pri komuniciranju. Če želijo molčati, če želijo biti aktivni ali pasivni, se jim to dopusti, vendar le v določenih situacijah in stanjih, ki to dopuščajo. Nikoli se nikogar ne sili v pogovor, upošteva se trenutno stanje staršev. Se jih pa vzpodbuja, da so aktivni udeleženci v pogovoru, da aktivno sodelujejo v procesu komuniciranja.

## **ČUSTVENO KOMUNIKACIJSKO UDOBJE**

Zdravstveni delavci včasih prepoznamo lastna čustva in se z njimi soočimo.

Zdravstveni delavci prepoznamo čustva staršev hudo bolnih otrok, jih razumemo in upoštevamo pri delu. Upoštevamo kompleksnost, da besede dopolnjujejo nebesedno komuniciranje, da geste, gibi, čustva, ki se kažejo kot nebesedno izražanje dopolnjujejo vsebino povedanega.

Če ugotovimo negativno čustvovanje staršev, se o tem pogovorimo s sodelavci, ali so jih tudi oni zaznali in se posvetujemo o ravnanju v takem primeru.

Če so naša lastna čustva neustrezna, nekompatibilna s čustvi staršev, je bolje, da skrb za tega bolnika in njihove starše prevzame sodelavec.

Pojavljanje čustev upoštevamo glede na čas pojavljanja in vzporedna dogajanja (če čakajo na izvid, so negotovi, zaskrbljeni, žalostni, če so imeli konflikt doma ali z zdravstvenim delavcem so potrti, jezni).

Zdravstveni delavci včasih ne prepoznamo čustev staršev, zato tudi proces komuniciranja tedaj ni zelo uspešen, pušča nesoglasja ali nesporazume, ki niso rešeni.

Včasih čustva prepoznamo, vendar si lahko napačno razlagamo njihov vzrok. Možno je tudi, da jih prepoznamo, pa jih ne upoštevamo v komunikaciji s starši.

Tudi ni pravilno, da na sicer prepoznana čustva napačno reagiramo. Posledično s tem poslabšamo situacijo in poglobimo negativno čustvo staršev hudo bolnih otrok.

Nimamo dovolj izobraževanj na področju dela z ljudmi, čustvene inteligence, poslovnega komuniciranja.

## **7 PREDLOG MODELA KOMUNICIRANJA S STARŠI HUDO BOLNIHOTROK**

Komuniciranje med zdravstvenimi delavci in starši hudo bolnih otrok poteka vsakodnevno. Analiza stanja na osnovi izkustvene metode je pokazala, da nekatera področja komuniciranja obvladamo dobro in jih je potrebno le nadgrajevati. Nekatera področja se v danem trenutku na da spremeniti zaradi neugodnih dejanskih razmer, kot na primer dejstvo, da Pediatrična klinika nima ustreznih prostorov za komuniciranje s starši hudo bolnih otrok, ki bi omogočali zasebnost. Nekatera področja bi bilo potrebno izboljšati in jih upoštevati pri svojem delu s starši malih bolnikov. Spretnosti komuniciranja se je možno naučiti z vajo, z izkustvenim učenjem. Delavnice bi bile ena od možnosti pridobivanja znanja na tem področju. Za dobro, kvalitetno in učinkovito komuniciranje bi morali imeti zdravstveni delavci razvit model, ki bi upošteval vse specifičnosti komuniciranja s starši hudo bolnih otrok in razvit enoten dokument, ki bi ga izpolnjevali vsi zdravstveni delavci.

### **7.1 CILJNE SKUPINE**

Ciljni skupini sta:

- starši hudo bolnih otrok,
- zdravstveni delavci.

### **7.2 CILJI KOMUNICIRANJA**

Cilji komuniciranja:

- zadovoljni starši,
- razumevanje vsebine komunikacije,
- izoblikovana pravilna predstava o komunikaciji,
- pravilno izbran prostor glede na vsebino komunikacije,
- zadovoljni zdravstveni delavci,
- zadovoljen bolnik,
- komunikacija brez motenj,
- pravilno izbrana organizacijska oblika komuniciranja,
- poučeni starši,
- informirani starši,
- potolaženi starši.

### **7.3 SEZNAM NUJNIH VSEBIN KOMUNICIRANJA**

Nujne vsebine komuniciranja med starši hudo bolnih otrok in zdravstvenimi delavci so:

- anamneza,
- status bolnika,
- zdravstveno vzgojno delo,
- predstavitev diagnostično terapevtskih posegov,
- uvajanje v negovalni proces,
- informacije o zdravstvenem stanju bolnika,
- predstavitev predvidene metode zdravljenja,
- reševanje težav in problemov.

### **7.4 ORGANIZACIJSKA OBLIKA**

Organizacijske oblike komuniciranja med starši otrok in zdravstvenimi delavci:

- individualni pogovor,
- predavanje,
- zloženke,
- videokasete, DVD filmi,
- risanje,
- internet,
- ankete,
- skupinski pogovor,
- konziliji,
- telefonski pogovori,
- elektronska pošta,
- poučevanje,
- intervju.

Organizacijska oblika mora biti primerno izbrana glede na okoliščino in namen komuniciranja.

Obvezno dokumentiranje pri formalni obliki komuniciranja.

### **7.5 KADRI ZA POTREBE KOMUNICIRANJA S STARŠI HUDO BOLNIH OTROK**

Predvideni kadri za potrebe komuniciranja s starši hudo bolnih otrok:

- zdravnik (sobni, dežurni, nadomestni),
- medicinska sestra (sobna, oddelčna, glavna),
- zdravstveni tehnik,



- vzgojitelj,
- specialna pedagoginja,
- psiholog.

Neformalno komunikacijo izvajajo vsi zdravstveni delavci glede na stike s starši hudo bolnih otrok. Formalna oblika komunikacije mora biti pripravljena vnaprej, izvajati pa jo mora tisti zdravstveni delavec, ki je za konkretno področje zadolžen. Biti mora dokumentirana.

## **7.6 PROSTOR**

Prostor komuniciranja zdravstvenih delavcev s starši otrok:

- bolniška soba – neformalna komunikacija,
- bolniška soba – formalna komunikacija,
- soba za pogovore – soba, ki je namenjena individualnim pogovorom,
- soba za pogovore – soba, ki je namenjena skupinskim pogovorom,
- soba za intervencije – soba, kjer se izvaja edukacija,
- bolniška soba – ob bolniku, kjer se izvaja edukacija negovanja,
- prostori bolniškega oddelka – neformalna komunikacija,
- psihološka ambulanta – razgovori s psihologom,
- igralnica – neformalna komunikacija z vzgojiteljem,
- ločeno ograjen sestriški pult na bolniškem oddelku – formalna ali neformalna komunikacija.

Prostor mora biti primerno izbran glede na vsebino pogovora, biti mora predhodno pripravljen ter mora zagotoviti diskretnost in domačnost.

## **7.7 ČAS KOMUNICIRANJA**

Neformalna komunikacija bi morala potekati vsakodnevno ob katerikoli uri, formalna komunikacija pa mora biti vnaprej dogovorjena in časovno usklajena glede na pomembnost pogovora in zasedenost udeležencev komunikacije.

## **7.8 REŠEVANJE NESPORAZUMOV**

Potek reševanja nesporazumov:

1. nesporazum zaznati,
2. nanj reagirati:
  - odprto,
  - jasno,

- takoj,
  - z argumenti,
  - s pomočjo sodelavcev, psihologa,
  - obe strani sta pripravljene sodelovati,
3. ne reagirati :
- vedeti zakaj ne,
  - reakcijo preložiti na kasneje,
  - se posvetovati, primerjati stališča,
  - počakati, da čustveno nismo vpleteni,
  - pozabiti,
  - se opravičiti.

Vsa konfliktna stanja morajo biti pisno dokumentirana.

## **7.9 VPLIVI NA PROCES KOMUNICIRANJA**

Vsi zdravstveni delavci se morajo ves čas svoje poklicne poti izobraževati tudi na področju medosebnih odnosov in komunikacije. Poznati morajo zunanje vplive, ki vplivajo na komuniciranje s starši hudo bolnih otrok:

- vrsta in faza bolezni,
- vrsta prizadetosti,
- zunanje okolje (družba),
- notranje okolje (družina, sorodniki, prijatelji),
- delovno okolje staršev (ali imajo razumevanje v službi),
- kolektiv v bolnišnici,
- konfliktna stanja in njihovo reševanje,
- hospitalizem staršev,
- materialne razmere v bolnišnici ,
- materialne razmere družine.

## **7.10 OBRAZEC KOMUNIKACIJA V ZDRAVSTVU**

Za potek kvalitetne, svobodne, dobre in uspešne komunikacije med starši hudo bolnih otrok in zdravstvenimi delavci bi moral obstajati obrazec, ki bi ga izpolnjevali vsi zdravstveni delavci. Moral bi biti enoten in pregleden. Predstavljam primer obrazca (tabela 1), in je le primer poskusa uvedbe obrazca o komunikaciji v zdravstvo. Prinašal bi vse elemente dobre komunikacije, predvsem pa bi doprinesel pisno obliko, ki bi bila dostopna vsem zdravstvenim delavcem, ki so v stiku z bolnikom in njegovimi starši.

## NALEPKA S PODATKI BOLNIKA

	<b>ZDRAVNIK</b>	<b>VMS DMS</b>	<b>SMS ZT</b>	<b>PSIHOLOG</b>	<b>VZGOJITELJ</b>
<b>SKRBNIKI</b>					
<b>OSEBJE</b>					
<b>ČAS</b>					
<b>VSEBINA</b>					
<b>OBLIKA</b>					
<b>PROSTOR</b>					
<b>KDO NAJ BO SEZNANJEN</b>					
<b>PISNO DOKUMETIRANO</b>					
<b>NESPORAZUMI</b>					

Tabela 1: Primer obrazca Komunikacija v zdravstvu

## NALEPKA S PODATKI BOLNIKA

	<b>ZDRAVNIK</b>	<b>VMS DMS</b>	<b>SMS ZT</b>	<b>PSIHOLOG</b>	<b>VZGOJITELJ</b>
<b>SKRBNIKI</b>	Starši M.J.	H.M.,H.J.	Mama M.J.	Mama M.J.	Mama M.J.
<b>OSEBJE</b>	Dr. Kovač	Kolenc	Mandelj	Javornik	Mira
<b>ČAS</b>	3.8.2005, termin dogovorjen	6.8.2005, termin dogovorjen	4.8.2005 ob jutranji negi	4.8.2005 po viziti	5.8.2005
<b>VSEBINA</b>	izvid MR, uvajanje terapije: VPA	edukacija bukalno Midazolam	prosi za razgovor z zdravnikom	premagovanje stresa zaradi bolečine otroka	/
<b>OBLIKA</b>	razgovor, prikaz sheme	razgovor, zloženka, DVD, demonstracija, ponavljanje, preverjanje	neformalno	razgovor, neformalno	razgovor, neformalno
<b>PROSTOR</b>	bolniška soba	soba za intervencije	bolniška soba	bolniška soba	bolniška soba
<b>KDO NAJ BO SEZNANJEN</b>	dežurni zdravnik, zdravstveni tim na oddelku	zdravnik, ZT SMS	lečeči zdravnik	zdravnik, zdravstveno osebje	nihče
<b>PISNO DOKUMETI- RANO</b>	DA	DA	NE	NE	NE
<b>NESPORAZUMI</b>	12.8.2005 pritožba dedka M.J. direktorju				

Tabela 2: Primer uporabe obrazca Komunikacija v zdravstvu

## 8 ZAKLJUČEK

### 8.1 TEST HIPOTEZ

Hipoteze, ki sem jih predstavila, bom tu potrdila ali jih ovrgla, ter jih utemeljila.

#### **H 1: Starši so seznanjeni z boleznijo otrok pravočasno.**

##### **Hipoteza drži.**

Starše o bolezni seznaniti sobni zdravnik po prejemu vseh izvidov, na podlagi katerih lahko obvesti starše o bolezni njihovega otroka. To opravi pravočasno.

Informacije o stanju otroka ali zdravstveni negi podajajo zdravstveni delavci, ki so za določeno področje odgovorni. Vsak zdravstveni delavec podaja informacije v primerni obliki in na način in obseg, kakršnega presodi, da ga starši razumejo in sprejmejo. Dolžni so podati vse informacije, ki jih starši ali skrbniki želijo, ter tiste informacije, ki so jih po znanstvenih, etičnih in moralnih normah dolžni posredovati.

#### **H 2: Starši so vnaprej seznanjeni o poteku komunikacije.**

##### **Hipoteza ne drži.**

Čas komuniciranja s starši hudo bolnih otrok ni vedno določen. Neformalna oblika komuniciranja poteka stalno, formalni pogovori bi morali biti vnaprej časovno določeni in usklajeni med zdravstvenimi delavci in starši hudo bolnih otrok, kar pa zaradi narave dela ni vedno možno. Čakanje na zdravstvenega delavca za pogovor, posredovanje informacij je različno dolgo. Tudi če je čas pogovora vnaprej dogovorjen, se lahko preloži zaradi narave dela v zdravstvu (nujni sprejem bolnika, konzultacija na drugem oddelku).

#### **H 3: Starši razumejo vsebino komunikacije.**

##### **Hipoteza ne drži.**

Razgovori, predvsem zdravnikov s starši hudo bolnih otrok so še vedno preveč strokovni, nerazumljivi, zapleteni. Starši se po ponovne informacije vračajo k osebju zdravstvene nege.

#### **H 4: Starši občasno ne marajo zdravstvenega delavca.**

##### **Hipoteza drži.**

Pogosto starši hudo bolnih otrok ne marajo določenega zdravstvenega delavca. Razlog za to je lahko stres in negativna čustva ob sprejemanju bolezni otroka.

#### **H 5: Komunikacija poteka po vnaprej določenem modelu.**

##### **Hipoteza ne drži.**

Zdravstveni delavec o določeni vsebini informira starše, vendar ostali člani tima o tem niso seznanjeni, pretok informacij ni zadosten, pisno ni dokumentirano, zaradi česar je komuniciranje oteženo (zdravnik informira starše o diagnozi njihovega otroka, medicinska sestra pa o tem ni seznanjena).

#### **H 6: Starši selekcionirajo prejete informacije.**

##### **Hipoteza drži.**

Vsi neugodni čustveni, telesni in ostali napori prispevajo k temu, da starši hudo bolnih otrok pogosto selekcionirajo prejete informacije.

## **8.2 UGOTOVITVE**

Vsi zdravstveni delavci se vsakodnevno srečujemo s starši hudo bolnih otrok in z njimi komuniciramo. To je naloga, ki jo moramo opraviti strokovno. Na tem področju se moramo vsakodnevno učiti in izpopolnjevati. Zaradi motenj v komunikaciji lahko pride do nepredvidljivih zapletov. Predvsem starši, ki so že tako zelo prizadeti zaradi bolezni svojega otroka, trpijo tudi zaradi nerazumevanja s strani zdravstvenih delavcev, ali pa tudi le zaradi napačnega razumevanja informacije.

V času zdravljenja starši pridobivajo različne informacije o bolezenskem stanju, zdravljenju, negovanju, diagnozi, prognozi njihovega otroka. Ker so čustveno obremenjeni, določene informacije pozabijo. Pozabijo jih lahko tudi namerno, ker jih ne želijo sprejeti. Ne poslušajo dovolj pozorno, potrebujejo ponavljanje vsebin. Zdravstveni delavci se premalo zavedamo teh motenj pomnjenja ter potrebe, da moramo na primeren način, jasno in enostavno informacije ponavljati, dokler jih starši ne osvojijo (zdravstveno vzgojno delo, negovanje otroka).

Pri komunikaciji v zdravstvu je povratna zveza zelo pomembna, saj pokaže, ali je sprejemnik sporočilo prejel in kako ga je razumel. Do nesporazumov pri razumevanju sporočila prihaja pogosto zaradi čustvene komponente staršev, nesprejemanja ali zavračanja realnosti. Zdravstveni delavci pa pogosto informiramo preveč strokovno, laičnim staršem nerazumljivo, nepopolno ali nejasno. Ne zaznavamo dovolj nebesedne komunikacije, tako da se nanjo ali ne odzovemo ali pa si jo napačno interpretiramo.

Povratne zveze ni, če starši ne želijo ali ne zmorejo komunicirati, socialno ali intelektualno ne zmorejo slediti komunikaciji.

Temeljna oblika komuniciranja je še vedno pogovor. Način komuniciranja je odvisen od predhodnih izkušenj, izobrazbe in načina življenja posameznika. Stresne situacije lahko zelo spremenijo način govora staršev ali zdravstvenih delavcev. Skrbno izbrane besede ali pa le čustveni izbruh žaljivk je odraz težke bolezni otroka in trenutne stiske staršev.

Pri starših vse te stiske doprinesejo močno čustvovanje in je zato pogosto prisotna nebesedna komunikacija, zlasti izraz obraza glede na trenutno stanje in razpoloženje staršev.

Prostori na Pediatrični kliniki ne omogočajo primerne izbire prostora za komunikacijo, tako da pogovori pogosto potekajo v dnevnem prostoru ali na hodniku. Anamneza, informacije o stanju otroka, odpustne informacije se podajajo ravno tako na javnem skupinskem prostoru, kjer so prisotni drugi obiskovalci in celo zunanji ljudje, ker je bolniški oddelek prehodan. Zato se starši in zdravstveni delavci počutimo nelagodno, neprijetno, saj nam ni vseeno, če vsebino razgovora slišijo tudi ostali udeleženci zdravstvene ustanove.

Nekatere motnje komuniciranja zaznamo ali nas nanje opozorijo drugi ter jih skušamo odpraviti. Vendar ta proces je dolgotrajen, potrebovali bi več strokovnega znanja iz področja poslovnega komuniciranja, ki ga imamo zdravstveni delavci premalo.

Komunikacijska obremenjenost je prisotna, česar se zavedamo vsi zaposleni, zato bi bilo potrebno upoštevati proces dela in temu primeren počitek. V dežurni službi je dela veliko in naslednji dan je zelo izražena komunikacijska obremenjenost. Morali bi oditi na počitek domov, kar pa ni možno zaradi pomanjkanja kadra.

Zdravstveni delavci se premalo zavedamo, da staršem hudo bolnega otroka veliko pomeni že topel pogled, razumevajoč nasmeh, dotik, prijazna in vzpodbudna beseda, ki na človeški način zdravi in prinaša sončne žarke v bolniško sobo.

### **8.3 PREDLOGI ZA IZBOLJŠANJE**

Da bi izboljšali komunikacijo se moramo truditi vsi zdravstveni delavci. Na tem področju bi morale potekati več izobraževanja in predavanj v obliki delavnic – za vse strukture zaposlenih.

Potrebno je bolj dejavno poslušati starše hudo bolnih otrok. To pomeni, da svoja stališča, svoje interese, svoja čustva ne smemo upoštevati prednostno. Moramo se potruditi, da dojamemo stališče otrokovih staršev. A to ne pomeni poslušanje le s

prikimavanjem. Ves čas moramo zastavljati vprašanja in s svojimi besedami ponoviti slišano, dokler sogovornik ne bo čisto zadovoljen, in bo tudi potrdil, da smo ga pravilno razumeli.

Pri poslušanju sogovornika ne smemo priganjati in mu dopustimo, da molči ali od nas zahteva molk. Ne smemo mu vpadati v besedo in ga prekinjati.

Zdravstveni delavci morajo upoštevati, da se bolan človek vede in izraža drugače, kakor zdrav. Zunanje okoliščine, kakor je sprejem v zdravstveno ustanovo, to drugačno izražanje in vedenje le še pogloblja.

Mnoge informacije se podvajajo ali pa niso podane usklajeno. Pomembno je, da bi bila tudi komunikacija vodena in zapisana v neki formalni obliki, ki bi bila enostavna, jasna, enotna za vse zaposlene na nekem delovnem področju neke ustanove (npr. Pediatrična klinika). Samo, če bi se nek model v praksi obdržal, da bi ga uporabljali vsi zaposleni in ga tudi dosledno izvajali, bi lahko pričakovali izboljšave na področju komuniciranja.

Na področju informacij preko telefona je Klinični oddelek uvedel Knjigo telefonskih razgovorov, kjer se zapisujejo vsi telefonski pogovori. Izkušnje kažejo pozitivne rezultate uvedbe novosti, saj ne prihaja do nejasnosti, nesoglasij, informacije se lahko preverijo tudi za nazaj, zato je manj konfliktnih situacij. Podobno predlagam uvedbo modela komuniciranja s starši hudo bolnih otrok v obliki obrazca, kot je bil predstavljen v tem diplomskem delu.

Kakor vsak nov obrazec, bi moral tudi predstavljeni obrazec Komunikacija v zdravstvu v začetni uvajalni dobi pridobivati pripombe, predloge za izboljšave in na podlagi končne analize postati uradni obrazec, ki bi ga izpolnjevali zaposleni.

Realne možnosti, da ta ali kakšen podoben obrazec zaživi v praksi so majhne zaradi odklonilnega odnosa zaposlenih do povečanja administrativnega dela. Razlog za to je tudi pomanjkanje kadra. Da bi vse izboljšave lahko tudi v praksi izpolnjevali, bi morali imeti zaposleni za to namenjenega več časa. Toda prepričana sem, da bo v prihodnosti tudi na področju komuniciranja s starši hudo bolnih otrok prišlo do uvedbe podobnega obrazca.

Nekaterih problemov se zaradi slabih prostorskih pogojev ne da rešiti. Gradi se nova Pediatrična klinika, kjer bodo pogoji dela vsekakor izboljšani. Vendar obstaja bojazen, da vsi naši predlogi ne bodo upoštevani.

Potrebno bi bilo uvesti vsakoletne delavnice in strokovna predavanja o komuniciranju med zdravstvenim osebjem in starši, z otroci ter tudi o komunikaciji med zaposlenimi.



Predlagam uvedbo bolj rednih sestankov, kjer bi se pogovarjali o motnjah pri komuniciranju med nami in z bolniki in njihovimi starši, spremljali konfliktna situacije in jih reševali.

Tudi zdravstveni delavci bi potrebovali psihološko podporo v obliki specialista, s katerim bi se lahko pogovorili o težavah pri delu z bolniki, ki so težko bolni ter njihovimi starši. Takšna razbremenitev bi prinesla tudi bolj kvalitetno in uspešno komuniciranje.

## LITERATURA

Bezget, A. (1985) Psihosomatska obolenja, Zdravstveni obzornik, 19 (6), strani 394-399.

Brajša, P. (1994) Managerska komunikologija: komuniciranje, problemi in konflikti, Gospodarski vestnik, Ljubljana.

Dermol Hvala, H. (2001) Pomen govornje besede pri delu zdravstvenih delavcev, Obzornik zdravstvene nege, 35 (1-2), strani 45-51.

Ferjan, M. (1998) Poslovno komuniciranje, Moderna organizacija, Kranj.

Ferjan, M. (2001) Percepcijska organizacija, Organizacija, revija za management, informatiko in kadre, 34 (6), strani 357-361.

Florjančič, J., Ferjan, M. (2000) Management poslovnega komuniciranja, Moderna organizacija, Kranj.

<http://www2.arnes.si/~pednevro/oddelek/oddelek.htm> (15.10. 2005).

<http://www2.kclj.si/kc-1.html> (15.10.2005).

Klinični center Ljubljana (2004) Delovno gradivo iz motivacijske delavnice: Čustvena inteligenca pri delu z ljudmi - motivacijska delavnica, Znanka d.o.o., 2004.

Možina, S. (1993) Poslovno komuniciranje, Ekonomska fakulteta Ljubljana.

Možina, S., Damjan, J. (1992) Poslovno komuniciranje, Ekonomska fakulteta, Ljubljana.

Možina, S., Tavčar, M., Kneževič, A. (1995) Poslovno komuniciranje, Založba Obzorja Maribor, Maribor.

Powell, J. (1994) Sreča izvira iz notranjosti, Župnijski urad Ljubljana-Dravljje, Ljubljana.

Rungapadiachy, Dev.M. (2003) Medosebna komunikacija v zdravstvu, Educy, Ljubljana.

Slovenska akademija znanosti in umetnosti, znanstveno raziskovalni center SAZU, Inštitut za slovenski jezik Franja Ramovša (1997) Slovar slovenskega knjižnega jezika, DZS, Ljubljana.

Trstenjak, A. (1993) Po sledih človeka, Založba Mladinska knjiga, Ljubljana.

Trstenjak, A. (1996) Psihologija barv, Inštitut A Trstenjaka za psihologijo, logoterapijo in antropohigieno, Ljubljana.

Šmitek, J. (1998) Filozofija, morala in etika v zdravstveni negi, Obzornik zdravstvene nege, 32(3-4), strani 127-139.

Tschudin, V. (2004) Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi, Educy, Ljubljana.

Ule, M. (2003) Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine, Aristej, Maribor.

Urbančič, K. (1995) Zdravstvena vzgoja staršev prezgodaj rojenega otroka, Obzornik zdravstvene nege, 29(3-4), strani 127-139.

Urbančič, K. (1998) Komunikacija s starši prezgodaj rojenega otroka v enoti intenzivne nege in terapije, Obzornik zdravstvene nege, 32(3-4), strani 155-167.

Vec, T. (2005) Komunikacija – umevanje sporazuma, Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, Ljubljana.

## **KAZALO SLIK**

- Slika 1: Komunikacijski sistem s povratno zvezo (Florjančič, Ferjan 2000).  
Slika 2: Komunikacijski sistem z enim oddajnikom in več sprejemnikov (Florjančič, Ferjan 2000).  
Slika 3: Zaporedje procesov na strani oddajnika (Florjančič, Ferjan 2000).  
Slika 4: Komunikacijski sistem z motnjami (Florjančič, Ferjan 2000).

## **KAZALO TABEL**

- Tabela 1: Primer obrazca Komunikacija v zdravstvu.  
Tabela 2: Primer uporabe obrazca Komunikacija v zdravstvu.