

KOMUNICIRANJE V PROCESU ZDRAVSTVENE NEGE

Marjeta Furlan-Lipovec

UDK 616-071-083

DESKRIPTORJI: *nega bolnika; komuniciranje; sestre medicinske*

IZVLEČEK – Dobro komuniciranje med bolnikom oziroma varovancem in negovalnim timom je temeljni pogoj za uspešno izvajanje procesa zdravstvene nege. Način oziroma izbira komuniciranja je odvisna predvsem od psihofizičnega stanja bolnika. V prvem delu je opisan pomen komuniciranja, zbiranje podatkov in njihovo klasificiranje po stopnji prizadetosti bolnika in po njegovih sposobnostih za komuniciranje, drugi del pa obravnava cilje, načrtovanje in izvajanje terapevtskega komuniciranja. Posebej je razčlenjeno verbalno (pogovor ob sprejemu ali ob prvem stiku z bolnikom, rekreacijski pogovor, intervju, pogovor na viziti zdravstvenega in negovalnega tima, zaupni pogovor itd.) in neverbalno komuniciranje (mimika, znaki, dotik). Sklepni del opredeljuje vrednotenje komuniciranja.

COMMUNICATION IN THE PROCESS OF NURSING

DESCRIPTORS: *nursing care; communication; nurses*

ABSTRACT – Free patient/nurse communication is a prerequisite of successful nursing. The way of this communication largely depends on the mental and physical condition of the patient. The first part of this article stresses the importance of communication and deals with the assembling of information and classification of data which should take into consideration the degree of the patient's ability to communicate. The second part presents therapeutic communication, its aims and planning. Verbal communication (conversation with the patient on admission, the first contact with the patient, interviews, conversation during medical or nursing team rounds, private conversation) and non-verbal communication (nonverbal elements, such as signs, gestures, touch) are described in detail. The paper closes with evaluation of the patient/ nurse communication.

Dandanes si ne moremo več zamisliti izvajanja zdravstvene nege brez dobrih podatkov o varovancu. Te podatke bo medicinska sestra lahko dobila z vzpostavitvijo dobre, pozitivne komunikacije. Tako bo lahko s primernimi podatki o varovancevih oziroma bolnikovih potrebah te zadovoljila na najboljši način in skupaj z njim načrtovala izvajanje aktivnosti.

Komuniciranje, predvsem verbalno, je človekova zavestna aktivnost. Človek komunicira s pomočjo besed (govor) in z nebesednim izražanjem (mimika, gestikuliranje, drža telesa, jok itd.).

Človek komunicira vse življenje, od rojstva do smrti, v različnih socialnih skupinah, z različnimi ljudmi. Komunicira kot socialno bitje znotraj posameznih socialnih skupin, znotraj neke stroke kot strokovnjak ali kot uporabnik te stroke. Vsaka stroka zahteva svoje specifične metode komuniciranja. Tako je v zdravstvu uporabljena metoda komuniciranja, ki jo lahko poimenujemo **terapevtsko komuniciranje**. Ta izraz lahko uporabljamo tudi v zvezi s komuniciranjem v procesu zdravstvene nege.

Terapevtsko komuniciranje

Varovanec, ki je vstopil v zdravstveni sistem, dostikrat sodi delovanje tega sistema po tem, kako je bil sprejet. Žal pri vzpostavitvi prvih stikov z zdravstvom sodelujejo nezdravstveni delavci, kot so: šoferji reševalnih avtomobilov, vratarji, telefonisti, administratorji in razni drugi delavci. Zaradi nepoznavanja osnov lepega vedenja nemalokrat pride do neprijaznih situacij v komuniciranju že kar na začetku. Zdravstveni delavci imajo kasneje veliko problemov z zaupanjem varovanca.

Za vzpostavitev dobre, pozitivne komunikacije, v kateri bo varovanec lahko prosto in brez zadržkov izražal vse svoje potrebe, je potrebno varovančevo **zaupanje** v zdravstvene delavce oziroma v medicinsko sestro, če gre za področje zdravstvene nege. Medicinska sestra je ena izmed članov zdravstvenega in negovalnega tima, ki zaradi narave svojega dela zelo pogosto (24 ur) komunicira z varovancem. Zato mora poleg osnovne socialne komunikacije obvladati tudi strokovno, specifično komunikacijo. Z varovancem se srečuje v različnih situacijah, kot so: sprejem v zdravstveno institucijo, sprejem na bolniški oddelek, pogovor z njegovimi svojci, vizita celotnega zdravstvenega tima, vizita negovalnega tima, izvajanje načrtovane zdravstvene nege, izvajanje medicinskotehničnih posegov, neprijetna in neugodna sporočila, vodeni pogovor (intervju), rekreacijski pogovor, odpust, smrt. V vseh teh situacijah mora medicinska sestra vedno najti primeren način komuniciranja. S tem želi doseči varovančevo informiranost o svojem stanju, o možnostih za zadovoljevanje njegovih potreb in aktivnosti in s tem zmanjševanje občutka strahu in negotovosti. Poglobilo se bo varovančevo zaupanje, saj bo ta čutil in spoznal, da ga medicinska sestra obravnava kot osebnost in mu želi pomagati v njegovem boju za ohranitev ali vrnitev zdravja. Tako bo prav varovančevo zaupanje medicinski sestri omogočilo, da bo z njim vzpostavila pozitiven, dober, sproščen odnos, ki ji bo pripomogel k zbiranju podatkov in informacij za individualni načrt zdravstvene nege. V nasprotnem primeru medicinska sestra ne bo od varovanca dobila potrebnih ali sploh nobenih podatkov in bo opredelitev načrta zdravstvene nege težja ali pa bo ta popolnoma rutinski – šablonski. Varovančevo nezaupanje pa ima lahko zanj tudi usodne posledice, npr. ne bo upošteval navodil medicinske sestre v zvezi z režimom življenja, ki je potreben za njegovo zdravstveno stanje.

Najbolj pogost primer takšnega neupoštevanja navodil je v zvezi z vstajanjem. Medicinska sestra bolniku sporoči, da zaradi narave bolezni ne sme vstajati. Pri tem ne stori nič, da bi mu to olajšala. Predvsem gre za osnovno človeško potrebo izločanja blata in urina v zanj najprimernejšem okolju, to je v stranišču. Če medicinska sestra ne bo pravočasno poskrbela in uredila vse potrebno s posteljno posodo, se bo bolnik verjetno, če bo le zmozel hojo, podal bos in brez halje na stranišče in pri tem omahnil, padel ali se poškodoval.

Pri obravnavi varovanca medicinska sestra ne sme zanemariti njegovih svojcev. Svojci ji namreč pomagajo spoznati varovančeve navade, potrebe in razvade, še posebno takrat, kadar varovanec ne more ali ne zna govoriti. Z njimi lahko vzdržuje stalen stik in jih vključi tudi v zdravstveno nego, da se ne prekine čustvena vez med bolnikom in njegovimi svojci, kar je še posebej pomembno pri njegovem odpustu v domačo oskrbo. Če ima stik s svojci, lahko pravočasno uredi vse

potrebno, če varovanec umira ali umre. Pri komuniciranju s svojci pa se medicinska sestra ravna po navodilih varovanca. S svojci ne razpravlja o stvareh, za katere je ni prosil.

Najlažje vzpostavimo govorno komunikacijo z varovancem, ki ima neokrnjeno sposobnost govora, sluha in vida. Problemi nastanejo pri bolnikih, ki nimajo vseh prej naštetih sposobnosti, npr. nezavestni, bolniki, ki so umetno ventilirani, traheostomirani bolniki, bolniki po možganski kapi z motorično ali senzorično afazijo, slepi in gluhi. Pri vseh teh je velikokrat ohranjena zmožnost, da govorno informacijo sprejmejo, ne morejo pa nanjo ustrezno odgovoriti. Prav je, da zaradi tega ne opustimo pogovora z bolnikom, temveč ga o našem delu še nadalje seznanjamo. Pri tem pa smo toliko previdni, da ne govorimo besed, ki bi ga lahko prizadele.

Na razpolago imamo več načinov komuniciranja. Katerega bo medicinska sestra izbrala, je odvisno od dejanskega psihofizičnega stanja bolnika. Najboljša je seveda dvosmerna govorna komunikacija.

Neverbalna komunikacija je slabša od verbalne. Lahko poteka sama zase ali vzporedno z verbalno kot dopolnilo le-te. Bolnikovo telo s pomočjo vegetativnega živčnega sistema in s čustvi sporoča o počutju in reakciji telesa na notranje in zunanje dražljaje ali dogajanja. Zelo pogosta neverbalna komunikacija je izraz strahu. Ta se kaže v izrazu oči, s potenjem rok, z jecljanjem in podobno. Strah se navadno pojavi pred nepoznano situacijo. Za varovanca oziroma bolnika je to pogosto načrtovani medicinskotehnični poseg; boji se bolečin in posledic posega. Takega strahu ne moremo popolnoma odstraniti, lahko pa ga zmanjšamo s primerno informacijo o posegu. Neverbalno komunikacijo mora medicinska sestra poznati in jo upoštevati. Včasih ji prav ta omogoči, da zares spozna varovanca. Nekateri ljudje neradi govorijo o sebi in svojih problemih. Njihovo počutje spoznamo tudi na podlagi neverbalnih znakov. Dostikrat pa je lahko neverbalna komunikacija pristnejša od verbalne.

Posebna oblika neverbalne komunikacije je dotik. Pri tem moramo upoštevati, da je za nekatere ljudi lahko dotik moteč. V večini pa zelo blagodejno vpliva. Varovanca oziroma bolnika lahko nasmeh, stisk roke ali rahlo gladenje po roki ali čelu pomiri, mu da novih moči za borbo proti bolezni. Medicinska sestra naj se zaveda ugodnosti tega učinka in naj ga uporablja, kadar ugotovi, da je to primerno. Včasih je to edino, kar še lahko stori za bolnika.

Zbiranje podatkov ter njihovo klasificiranje

Pomembni so predvsem dejavniki, ki pripomorejo k vzpostavitvi komunikacije ali pa jo ovirajo.

Dejavniki, ki omogočajo dobro komunikacijo so: optimizem, vera v ozdravitev, zaupanje v zdravstvene delavce, psihična podpora svojcev, urejene domače razmere, zrela pozitivna osebnost, dobro stanje zavesti, orientiranost v kraju, času in prostoru, sposobnost govora in razumevanje govora, mladost itd.

Med dejavnike, ki ovirajo ali celo onemogočajo komunikacijo pa uvrščamo: pesimizem, apatičnost, nezaupanje, neurejene razmere doma, motnje zavesti, neorientiranost v kraju, času in prostoru, afazija (motorična ali senzorična), priključitev na dihalni aparat (intubacija), traheostoma, terapija z uspavali, pomir-

jevali, gluhost, naglušnost, slepota, slabovidnost, poškodbe v ustni votlini, imobilizacija čeljusti, brezzobost in brez zobne proteze, visoka starost (demenca).

Za lažje in preciznejše načrtovanje in s tem možnost izbora najboljše metode je potrebno zbrane podatke še klasificirati.

Klasifikacija ovir po stopnji prizadetosti bolnikov

1. Bolniki, ki imajo takšne ovire, da z njimi ni mogoče vzpostaviti verbalne komunikacije, vzpostaviti pa se dá neverbalna. Take ovire so: nezavest, senzorična in motorična afazija, krajevna, časovna in prostorska neorientiranost.

2. Bolniki, ki imajo ovire, pri katerih lahko pričakujemo motnje v komuniciranju, mogoče pa je vzpostaviti oba načina komuniciranja. Pri tem potrebujemo le več specifičnega znanja in truda. Te ovire so: somnolenca, motorična afazija, naglušnost, slabovidnost, slepota, terapija z uspavali ali pomirjevali, če bolnik nima zob in zobne proteze, imobilizacija čeljusti, treheostoma, priključitev na dihalni aparat.

3. Bolniki, pri katerih ne pričakujemo ovir pri vzpostavljanju verbalne in neverbalne komunikacije. Ta skupina bolnikov nima govornih motenj, motenj razumevanja, motenj zavesti, niti terapevtskih posegov, ki bi motili komunikacijo.

Klasifikacija in izražanje bolnikovih sposobnosti

1. Verbalna sposobnost:

- **govor:** izgovorjava, narečje, žargon, količina besed, oblikovanje glasu, dinamika, hitrost govora, intonacija in naglas;

- **pisava:** rokopis, tipkopis, lahko samo tiska, izraža se s pomočjo slik, lahko nariše, uporablja računalnik, kakšen stil pisanja ima:

Za uporabo govora mora bolnik: slišati, razumeti, govoriti, sodelovati.

Za uporabo pisave mora bolnik: videti, brati, razumeti, pisati.

2. Neverbalna sposobnost:

- **mimika:** izraz obraza, mimika obraza, stisk vek, gibi rok, znaki s prsti, gibi telesa;

- **znaki:** barve, predmeti, pokazovanje;

- **dotik:** občutljivost, stik roka – koža, stiskanje, dotikanje, udarjanje, dviganje delov telesa, podpiranje, objemanje, mraz-toplota, pritisk (nežen, čvrst), vlažnost, suhost.

Da to lahko uporabljamo, mora bolnik:

- za mimiko: videti, razumeti, sodelovati;

- za znake: videti, razumeti, izražati;

- za dotik: čutiti, sodelovati.

Cilji terapevtske komunikacije

Globalni cilj je vsekakor doseči z varovancem oziroma bolnikom najustreznejšo komunikacijo, da bo lahko prosto, brez zadržkov izražal svoje želje in potrebe. Etapne cilje postavimo, kadar obstaja v komuniciranju ovira in moramo načrtovati delo, da to oviro premagamo in odstranimo. Pri tem nam je v veliko pomoč klasifikacija teh ovir.

Načrtovanje komunikacije

Na podlagi dobljenih, klasificiranih in zabeleženih podatkov bo medicinska sestra lahko izbrala najustreznejšo metodo komuniciranja in potrebne pripomočke.

Izvajanje komunikacije

Pri medsebojnem komuniciranju uporabljamo verbalno in neverbalno komuniciranje. Neverbalnega uporabljamo samostojno, vendar je verbalni način neizogibno povezan z neverbalnim. Tisti, ki želi posredovati sporočilo, navadno uporablja oba načina. S tem zagotovi razumevanje sporočila.

Verbalni način komuniciranja

Verbalni način zahteva obvladovanje pogovornega jezika. Izvajamo ga z govorjeno in pisano besedo. Poleg teh neobhodnih sposobnosti je dobro, da medicinska sestra obvlada kulturo lepega vedenja. Sem sodijo vljudnostne navade, kot so pozdravljanje, vikanje starih več kot 18 let, naslavljanje s tovariš ali tovarišica in imenovanje varovanca oziroma bolnika po njegovem priimku. Seveda so te vljudnostne navade prvi pogoj za vzpostavitev komunikacije. Za pristnejšo in boljšo komunikacijo naj bo medicinska sestra in tudi drugi zdravstveni delavci prijazna. Prijaznega človeka se nihče ne boji. V tem odnosu, kjer je vzpostavitev komunikacije strokovna odločitev, mora medicinska sestra dosegati obe kvaliteti.

V nadaljevanju so opisane situacije, v katerih medicinska sestra uporablja verbalno komunikacijo.

1. Pogovor ob sprejemu ali ob prvem stiku z varovancem oz. bolnikom. Medicinska sestra bo varovanca pozdravila in se mu predstavila z imenom in priimkom. Pojasnila mu bo, kakšna je njena naloga v zvezi z njim in kdaj bo v službi. Medicinska sestra nosi na levi strani zaščitne obleke pripeto kartico s svojim imenom in priimkom. Varovanca kliče po njegovem priimku in to pričakuje tudi od njega. Čeprav se zdi nekaterim klicanje medicinske sestre po imenu bolj domače, to ni primerno. Pomembno je, da vzdržujemo vljuden, prijazen in korekten odnos, ki nikogar ne postavlja v podrejen položaj ter pri tem nihče ne krši pravil lepega vedenja.

Od prvega stika je seveda odvisno, kako se bo odvijala nadaljna komunikacija. Če bo varovanec spoznal, da je dobrodošel in da se je obrnil na pravo institucijo za reševanje svojih problemov, se bo med njim in zdravstvenimi delavci vzpostavilo potrebno zaupanje.

2. Rekreativski pogovor. To je oblika pogovora, ki dostikrat nastane spontano, ko se medicinska sestra za trenutek ustavi ob varovancu ali ko pri njem opravlja poseg. Takšne pogovore imajo bolniki navadno radi, ker jim razbija monotonijo bolnišničnega bivanja, medicinski sestri pa dajejo možnost pridobivanja dodatnih informacij o bolniku, o njegovih potrebah in željah, o njegovih življenjskih navadah in razvadah. Dostikrat lahko tako spozna še varovancevo družino, saj bolniki o članih svoje družine radi govorijo. Medicinska sestra tako lahko dobi pomembne informacije, ki jih pri formalnem pogovoru morda ne bi dobila.

Rekreacijski pogovor lahko medicinska sestra opravlja nenačrtovano, kadar ima čas. Lahko pa načrtujemo tudi to obliko pogovora. Predvsem moramo vedeti, da to ni nikakršno zapravljanje časa, ampak je takšen pogovor povsem strokovna odločitev. Navadno ima ugoden učinek na bolnike vseh starosti in obeh spolov.

3. Voden pogovor ali intervju. Pri vodenem pogovoru je tema vnaprej znana. V njem želi medicinska sestra od bolnika izvedeti določene podatke. To mora navadno tudi zapisati, še posebno če jih je veliko. Zato bo v takem primeru bolnika najprej obvestila, da si bo podatke zapisala, npr. pogovor ob sprejemu bolnika, ko ga sprašuje o njegovem načinu življenja doma, o njegovih navadah glede zadovoljevanja svojih življenjskih aktivnosti (anamneza). Takšen pogovor opravi, ko se pri bolniku pojavi problem v zvezi z zdravstveno nego in izvajalci ter podobno.

4. Pogovor na viziti zdravstvenega tima. Glavna oseba v tem pogovoru je bolnik, vodi pa ga oddelčni ali sobni zdravnik. Oddelčna ali sobna sestra pri tem sodelujeta tako, da spodbujata bolnika k pogovoru. Na viziti naj bi se zdravstveni delavci pogovarjali le z bolniki, saj se o njih lahko pogovarjajo na sestankih zdravstvenega tima pred vizito ali po njej.

5. Pogovor na viziti negovalnega tima. Vodi ga oddelčna sestra ali vodja negovalnega tima. Medicinska sestra, ki opravlja zdravstveno nego pri posameznem bolniku, bolnika spodbuja, da pove tisto, kar misli, da je potrebno. O bolniku se prav tako lahko pogovarjajo na sestanku negovalnega tima.

6. Pogovor, ki ima neprijetno ali kočljivo vsebino. To so navadno pogovori, ko mora medicinska sestra bolniku sporočiti neprijetne ugotovitve ali odločitve. Za take pogovore si mora vedno vzeti dovolj časa. Poskrbeti mora tudi za intimnost. Za medicinsko sestro je lahko zelo neprijeten pogovor o tem, ali bo bolnik ozdravel ali ne. Izid bolezni bolniku pojasni le zdravnik. Medicinska sestra v takšnem pogovoru ne sme dajati lažnih upanj. Najti mora način, da pomiri bolnika.

Bolnik včasih želi medicinski sestri zaupati skrivnosti, ki jih ne bi rad zaupal nikomur drugemu. To ji tudi pove. Če medicinska sestra ugotovi, da je »skrivnost« pomemben podatek tudi za druge zdravstvene delavce, posebno še za zdravnika, bolnika na to opozori. Bolnik naj potem sam presodi o načinu pogovora in o tem, komu bo to skrivnost zaupal. Prav je, da se bolnik o svoji skrivnosti pogovori z zdravnikom.

7. Poklicna tajnost. Ta zavezuje vse zdravstvene delavce. O bolniku sme medicinska sestra razpravljati le na za to določenem mestu ali situaciji. Razpravlja lahko na sestankih zdravstvenega ali negovalnega tima. O bolniku se ne sme pogovarjati z drugimi zdravstvenimi delavci na hodnikih, stopniščih, v rekreacijskih prostorih ali drugje. Kršenje poklicne tajnosti je tudi dajanje podatkov o bolniku osebam, ki niso bolnikovi oziroma varovančevi najožji sorodniki. Medicinska sestra ne sme dajati podatkov sama od sebe naključnim obiskovalcem, ki sicer bolnika poznajo. Podatke o zdravstveni negi torej lahko medicinska sestra posreduje v zdravstvenem ali negovalnem timu in varovančevim svojcem, za katere dá dovoljenje varovanec. Prav tako se ne sme pogovarjati o bolniku zunaj zdravstvene institucije, razen v študijske namene. Takrat pa izpusti ime in priimek in uporablja le začetnici. Enako ravna takrat, ko v člankih ali učbenikih piše o konkretnem primeru.

Uporaba pisne besede

Pisavo lahko uporabljata oba, bolnik in medicinska sestra, lahko pa piše samo medicinska sestra. Za to obliko komunikacije mora medicinska sestra pripraviti pripomočke, lahko tudi skupaj s psihologom, logopedom ali delovnim terapevtom. Priprava teh pripomočkov je odvisna od bolnikovih motoričnih in senzoričnih sposobnosti. Dostikrat je dovolj, da imamo na razpolago bel papir in svinčnik ter trdo podlago. Tako lahko bolnik medicinski sestri napiše svoje želje in potrebe. Lahko pa tudi sama napiše morebitne želje bolnika, ki jih ta potrdi s kimanjem glave ali kakšnim drugim znakom (npr. premik veke; enkratni premik veke pomeni da, dvakratni pa ne). V veliko pomoč je pri tem abecedna sestavljenka. Bolnik poišče črke in jih sestavi v zeleno besedo ali frazo. Kadar bolnik ni sposoben komunicirati s črkami in besedami, lahko namesto tega pripravi medicinska sestra kartone s simboli ali tiskanimi besedami, kot so: voda, okno, vrata, luč, kahlica, odpri, zapri, ugasni, prižgi in podobno. Če bolnik nosi očala ali uporablja očne leče, mu jih moramo preskrbeti. Prav tako mora biti vedno pri roki dnevna ali umetna svetloba.

Pri vzpostavljanju te komunikacije naj medicinska sestra vedno preveri, če ni motečih dejavnikov, ki dekoncentrirajo bolnika. Ti so: veliko ljudi okoli bolnikove postelje, televizijska oddaja in podobno.

Pripomočke, ki smo jih načrtovali, mora imeti bolnik vedno v dosegu rok.

Neverbalni način komuniciranja

Neverbalno komuniciranje uporablja medicinska sestra kot samostojno obliko pri zelo prizadetih bolnikih, kjer ni mogoče vzpostaviti dvosmerne verbalne komunikacije. Kakšno neverbalno komunikacijo bo vzpostavila, je odvisno od bolnikovih sposobnosti.

1. **Mimika.** Ta daje dovolj možnosti za razumevanje, vendar natančnega počutja bolnik sam ne more izraziti. V veliko pomoč mu je medicinska sestra, ki z dobro postavljenimi vprašanji omogoči bolniku reagirati s preprostimi znaki in tako z besedami medicinske sestre povedati svoje želje in izraziti počutje. Če bolnik lahko premika roke in prste, se sporazumevata z govorom gluhih. Če pa lahko premika veke, bo uporabil to metodo. Za enostavne želje lahko uporabi gib roke kot znak za: pridi k meni, pojdi proč, pusti me, prosim, tiho in podobno.

2. **Znaki.** Medicinska sestra in bolnik uporabljata kartone, na katerih so narisani predmeti ali dejanja, ki jih bolnik želi. To so npr.: kozarec, luč, okno, prekrizana luč, prekrizano odprto okno in podobno. S tem načinom bolnik sicer težko natančno izrazi svoje počutje. Pove pa lahko vsaj, kaj bi rad. Tako je manj izpostavljen neugodju popolne osamitve zaradi nesposobnosti verbalnega izražanja.

3. **Dotik.** Ta način ima najmanjšo izrazno moč. Lahko pa bolnika pomiri ali mu za kratek čas ublaži bolečino. Dotik medicinske sestre dá bolniku občutek, da ni osamljen, da je nekdo ob njem. Če pri tem sestra uporablja še pomirjujoče besede, bolnik reagira na to z rahlim nasmehom ali pa s pomirjenjem. To velja predvsem za nezavestne bolnike, za katere menimo, da na videz ne reagirajo na dražljaje iz zunanjega sveta. Vendar je iz veliko pričevanj znano, da so ti bolniki

imeli moč za preživetje, še posebno, če je bil ob bolniku človek, ki ga je imel zelo rad, npr. mati pri otroku ali žena pri možu.

Kakršnokoli komunikacijo smo vzpostavili, moramo to označiti na negovalnem listu. To omogoča vsem zdravstvenim delavcem in tudi svojcem, da z bolnikom lahko vzpostavijo stik. Če medicinska sestra pri delu z bolnikom najde kakšno novo možnost stikov, naj to takoj zapiše.

Vrednotenje komuniciranja

Če želimo doseči dobro vrednotenje načrtovane in izvajane komunikacije, potem je dobro, da se z bolnikom pogovorimo, kakor hitro se mu vrne sposobnost verbalne komunikacije. Pri tem bolnika vprašamo, kako se je počutil tisti čas in kaj bi sam dodal za še boljše sporazumevanje. Ob tem spoznamo, če smo z varovancem vzpostavili dober, pozitiven odnos, če nam je bolnik zaupal in se počutil varnega. Istočasno pa lahko ocenimo ali je varovanec oziroma bolnik dobil tisto, kar je pričakoval od zdravstvene nege in obratno. Doseganje etapnih ciljev je seveda odvisno od tega, kakšne so bile ovire. Odgovor na vprašanje, ali smo vzpostavili z varovancem oziroma bolnikom dobro komunikacijo, bo torej lahko dal sam – s svojim vedenjem ali pa z neposrednim pisanim in ustnim odgovorom.

LITERATURA

1. Börsing A, Steinacker I. Communication with the patient in the intensive care unit. *Nurs Times* 1982, 78: Suppl.
2. Diekelman N, Bennet PH, Shauger M, Vickerman LB. *Fundamentals of nursing*. New York: McGraw-Hill, 1980: 68–82.
3. Lamovec T. Frommova teorija osebnosti. V: Lamovec T, Musek J, Pečjak V, ur. *Teorije osebnosti*. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1975.
4. Myron CR. Clarity expression in interpersonal communication. 1981; 11: 42–8.
5. Phipps WJ, Long BC, Woods NF, eds. *Medical surgical nursing: concepts and clinical practice*. 2nd ed. St. Louis, Toronto, London: Mosby 1983: 113–29.

IZKORIŠČANJE OTROŠKE DELOVNE SILE

Po svetu mora delati od 50 do 200 milijonov otrok, mlajših od 15 let

Ženeva, 24. septembra (Tanjug) – Mednarodna organizacija dela je v poročilu, ki je bilo včeraj objavljeno na sedežu v Ženevi, opozorila, da mora na svetu delati 50 do 200 milijonov otrok, mlajših od 15 let. Številni otroci v državah v razvoju so zaposleni v nevarnih industrijskih panogah, delajo na poljih, polnih pesticidov, ali pa pri pouličnih trgovcih.

V 60. letih je na področju zmanjševanja otroškega dela prišlo do pomembnega napredka, in sicer predvsem zaradi širjenja osnovnega izobraževanja v deželah v razvoju. Toda poceni otroška delovna sila je v državah, prizadetih zaradi velike revščine in brezposelnosti, še vedno pomemben produkcijski dejavnik. Na otroke, mlajše od 15 let, pride po analizi mednarodne organizacije dela 11 odstotkov celotne delovne sile v nekaterih azijskih državah oziroma 17 odstotkov ponekod v Afriki.