

KOMUNIKACIJA S STARŠI PREZGODAJ ROJENEGA OTROKA V ENOTI INTENZIVNE NEGE IN TERAPIJE

COMMUNICATION WITH PARENTS OF A PREMATURELY BORN INFANT IN THE INTENSIVE CARE AND THERAPY UNIT

Klaudia Urbančič

UDK/UDC 616-053.32-083:614.253.8

DESKRIPTORJI: nedonošenček; starši; sestra-bolnik komunikacija; komunikacija

Izvleček – Članek opisuje komunikacijo v zdravstveni negi med medicinsko sestro in starši prezgodaj rojenega otroka v okviru zdravstvene vzgoje in zdravstveno vzgojnega svetovanja. Komunikacija je predstavljena kot spretnost v medsebojnih odnosih, ki je sestavni del nekaterih poklicnih področij in se je mogoče naučiti tudi z izkustvenim učenjem. Odvija se na treh ravneh: na ravni strokovne komunikacije, komunikacije z varovancem in komunikacije v organizacijski enoti. Pri interakciji in komunikaciji v socialnem vedenju so predstavljene posebnosti pri vzpostavljanju prvega kontakta med starši in osebjem, elementi uspešne komunikacije in komunikacijski proces. Ob koncu poda avtorica nekatere posebnosti značilne lasti za komunikacijo v zdravstveni negi. Članek je namenjen predvsem začetnikom v zdravstveni negi.

DESCRIPTORS: infaant, newborn; parents; nurse-patient relations; communication

Abstract – The article describes communication in the frames of nursing care between a nurse and parents of a prematurely born infant in the frames of nursing care and health education counseling. Communication is presented as a skill of interpersonal relations which forms a part of certain environments and can be learned through experience. Communication takes place on three levels: professional communication, communication with a client and communication within the organizational unit. In interaction and communication in the frames of social behavior, special characteristics of the establishment of of the first contact between parent and staff, the element of communication and communication process. In the end, some special features of communication in nursing care are presented. The article is intended in the first place for beginners in nursing care.

Uvod

Posameznik ne živi zgolj lastnega zdravja, temveč je v tem soodvisen od zdravja neposrednega socialnega okolja. Celoten življenjski krog posameznika temelji na vzpostavljanju in ohranjanju ravnotežja v samem sebi in v izmenjavi z okoljem. Za samosprijemanje in rast so enako pomembne lastne ocene (ne)samospešnosti in vrednotenje, ki mu ga zrcali okolje. Glavni način posameznikove interakcije z okoljem so spretnosti v medsebojnih odnosih. V veliki meri se jih naučimo v zgodnjem otroštvu, pozneje pa jih izvajamo bolj ali manj neodvisno od svoje volje. Za mnoge ljudi je spretnost v komuniciranju sestavni del njihovih osebnih značilnosti in njihove osebnosti. Vendar pa se je spretnosti v komuniciranju z drugimi ljudmi mogoče naučiti predvsem z vajo, z izkustvenim učenjem. Spretnosti v medsebojnih odnosih so sestavni del nekaterih **poklicnih področij**. Svoja razmišljanja bi želela usmeriti na področje zdravstva, točneje na področje zdravstvene nege, katerega nosilke so medicinske sestre.

Članek je namenjen predvsem začetnikom v zdravstveni negi – učencem, študentom, pripravnikom, ki že imajo določeno teoretično znanje o komunikaciji in se to mogoče razhaja z njihovimi prvimi praktičnimi izkušnjami. Zato bi s prepletanjem teoretičnih spoznanj in lastnih izkušenj želela dvoje: spodbuditi jih k samozavestnejšemu oblikovanju samega sebe na njihovi poklicni poti in prispevati k razjasnjevanju dvomov, ki jih v učencu povzroča težnja po tem, da bi v ravnanju ostal zvest teoriji in hkrati sprejemljiv (*podredljiv!*) za uveljavljeno prakso. Seveda namenjam razmišljanja tudi izkušenim izvajalcem zdravstvene nege, ki večino teh vsebin že poznajo in mogoče pogrešajo okvir, v katerega bi celostno zajeli svoje tovrstno znanje in izkušnje.

Komunikacija v zdravstveni negi

Z varovanci se medicinske sestre srečajo v vsakem obdobju, spremljajo jih od spočetja do smrti, tako v zdravju kot v stanju bolezni. Medicinske sestre preži-

vijo z varovancem najdaljši čas glede na ostale člane zdravstvenega tima. Neposreden stik z varovancem jim pogosto daje možnost, da vzpostavijo intimen pogovor.

Komunikacijo v zdravstveni negi bi glede na njen namen, različne vsebine in uporabnike lahko opisala na več ravneh:

- **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 ali spreminjanje stališč in spremembo v ravnanju ali vedenju.
- **komunikacija v organizacijski enoti:** pomeni pretok informacij v vseh smereh organigrama enote, poteka med zdravstvenim osebjem, med zdravstvenimi delavci in delavci v zdravstvu. Pomembna je za obstoj, ohranjanje in razvijanje organizacijske enote, ki jo lahko razumemo tudi kot delovni okvir jedrnim strokovnim vsebinam.

V uvodu sem že omenila, da so spretnosti v medsebojnih odnosih sestavni del nekaterih poklicev. V **teoretični podlagi** delovanja v zdravstveni negi se kaže orientiranost ali filozofija delovanja v odnosu med medicinsko sestro in varovanci. V tej osnovni naravnosti se posledično odslukuje tudi neposreden odnos in aktivnost komunikacije. Uporabljena je tudi *sistem-ska teorija*, po kateri predstavlja vsak človek sistem zase, hkrati pa je tudi sam podsistem pripadajočega okolja.

Pri svojem delu izhajajo medicinske sestre iz **definicije zdravstvene nege**, ki jo je leta 1989 sprejela Mednarodna zveza društev medicinskih sester (International Council of Nursing – ICN). Avtorica definicije je Virginija Henderson.

Slikovito opredelitev vloge medicinske sestre je Hendersonova podala takole: »...je občasna zavest nezavestnega, ljubezen do življenja suicidalnega, noga amputiranca, oči slepega, sredstvo gibanja dojenčka, znanje in zaupanje mlade matere, glas preslabotnih in nezmožnih govora« (Runk, Muth, 1987). Prav v tej slikoviti opredelitvi so še posebej opazni vzvodi delovanja v zdravstveni negi; skozi celotno definicijo se kot rdeča nit vlečejo elementi komunikacije: prepoznavanje neverbalnega, empatija, pozitivna drža, zaupanje.

Hendersonova navaja štirinajst (14) **življenjskih aktivnosti**. Posegajo na področje zadovoljevanja *fizičnih potreb* (aktivnosti od 1–9), *psihičnih* (10–12) in *soci-alnih* (13–14). Enajsta življenjska aktivnost se nanaša na komuniciranje.

Hendersonova meni, da je bistvo zdravstvene nege sposobnost medicinske sestre za vživljanje v probleme varovancev (empatija), jim pomagati do čimprejše neodvisnosti pri opravljanju dnevnih aktivnosti in zagotoviti razumevajoče, humano okolje tudi v času visoko razvite tehnologije.

Človek je pojmovan kot biopsihosocialno bitje, ki teži k nenehnemu vzpostavljanju ravnovesja. Njegove osnovne potrebe so: potreba po varnem domu, hrani in *komuniciranju*. Vsak človek je rezultat neposrednega fizičnega in socialnega okolja, zato je nujna holistična, celostna obravnava varovancev, ki zajema fizični, psihični in socialni vidik njihove osebnosti in okolje iz katerega prihajajo. Pri tem odigrajo pomembno vlogo svojci in tako imenovani varovancevi »pomembni drugi«. Medicinske sestre morajo temu prilagajati plan zdravstvene nege.

Komunikacija med starši in medicinsko sestro v enoti intenzivne terapije (EIT)

Posebnost poklica v zdravstveni negi je delo z ljudmi v vseh stanjih zdravja in bolezni ter v različnih okolišjih. Kompleksnost dela zahteva široko razumevanje človeka v psihičnem, fizičnem in socialnem smislu ter razumevanje družbenih pojavov, ki vplivajo na zdravje populacije. Medicinske sestre se v svojem poklicnem delu soočajo s spreminjajočimi se situacijami, ki od njih zahtevajo analitično, kritično in inovativno mišljenje in delovanje. Odločitve na področju poklicnega delovanja morajo temeljiti ne le na strokovnem znanju, temveč tudi na moralno etičnih načelih, ki zagotavljajo optimalne rešitve z vidika interesov posameznika, skupine ali družbe (Zdravstvena vzgoja: študijski program, 1993; Kodeks etike..., 1994).

Interpersonalna in intrapersonalna komunikacija

O komunikaciji govorimo takrat, ko gre za izmenjavo informacij med dvema ali več posamezniki. Človek je enkratna in neponovljiva osebnost in teži k temu, da ostaja zvest sam sebi (Musek, 1993). Poleg tega pa je njegova osnovna potreba potreba po vključevanju v socialne skupine. V skupino vstopi s tem, da sprejme konformnost, se ji podredi, upošteva pravila ravnanja skupine in se vključi v njeno dinamiko. Od interakcije med skupino in posameznikom je odvisno njegovo vedenje v njej, njegovo počutje in doživljanje sebe, prevzemanje odgovornosti in identifikacija s skupino ter sprejemanje odločitev (Trček, 1994; Musek, 1993).

Interpersonalna komunikacija se nanaša na komunikacijo v neposrednem stiku med posameznikoma znotraj manjših primarnih skupin, kot so družina, šola, podjetje, skupnosti. Razlikuje se od sekundarne

indirektne komunikacije: množične, medijske, javne in politične. Interpersonalna komunikacija je verbalno ali neverbalno, hoteno ali nehoteno, zavestno ali nezavedno, načrtovano ali nenačrtovano, osebno ali neosebno pošiljanje, sprejemanje in delovanje sporočil v medsebojnih, neposrednih odnosih ljudi. Torej ima tudi svojo psihodinamično, globinsko-psihološko komponento. Komunikacija je popolna in strokovna takrat, ko pošilja posameznik sporočila hote, načrtovano in zavestno ter išče in sprejema povratne informacije. (Brajša, 1994).

Timsko delo je v zdravstveni negi izredno pomembno in nepogrešljivo. Delovno skupino medicinskih sester predstavlja tim zdravstvene nege (medicinska sestra, višja medicinska sestra, študent zdravstvene nege) ali zdravstveni tim (zdravnik, medicinska sestra, fizioterapevt, psiholog, rentgenolog, ...). Uspeh tima je odvisen od najšibkejšega člana.

Od socialne interakcije in načina komunikacije je močno odvisen uspeh timskega dela, ki se v končni obliki odraža pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene nege na bolniku.

Sodelovanje med člani je odvisno od osebnostnih lastnosti enega in drugega in zelo pogosto tudi od osebnostnih lastnosti nadzorne ali odgovorne medicinske sestre. Za ozračje v skupini je ključnega pomena čustvena klima (Quinn, 1992). Oblikujejo jo vsi člani skupine in način komunikacije med njimi. Pri tem je pomembna tako vrsta komunikacije (verbalna, neverbalna) kot tudi njena smer (horizontalna, vertikalna).

Intrapersonalna komunikacija pomeni posameznikovo notranje komuniciranje. Posameznik ves čas vodi notranje dialoge s samim seboj. Pri tem ima pomembno vlogo samopodoba, pojem lastnega jaza. Prek jaza se zrcali naš notranji svet. Vsako komuniciranje je tudi predstavitev sebe. Posameznik vedno razmišlja v modelu svojega jaza. V skladu svoje predstave o sebi ocenjuje druge, čustvuje na svoj poseben način, razsoja življenjske situacije, zavzema vloge (Kristančič, 1995; Skalar, 1990)

Samopodoba je predstava o samem sebi. V človeku se izoblikuje postopoma. Na samopodobo vpliva to, kako se človek dojema kot duhovno bitje, telesni jaz in socialni jaz (kaj o meni mislijo drugi). Del samopodobe javno prezentiramo (to so naše poklicne vloge), večji del pa ostaja intimen in predstavlja bistveni del nas samih (Musek, 1993; Ule, 1992; Skalar, 1990).

Interakcija in komunikacija v socialnem vedenju

Zdravstvena vzgoja je aktiven proces učenja ob lastnih izkušnjah, pri čemer pride ob aktivnem pristopu in analizi lastnega vedenja do spremembe vedenja. Ne gre le za širjenje informacij o zdravju, pač pa je to pomoč ljudem, da podane informacije razumejo, raz-

jasnijo svoja stališča in vrednote in razumejo posledice vedenja in stališč drugih, da so do njih strpni in da razvijejo razumevanje, zakaj so nekatere oblike vedenja škodljive zdravju. Zdravstvena vzgoja je pomoč ljudem pri razvijanju pomembnih veščin (Ewles, Simnett, 1992).

Zdravstvenovzgojno svetovanje je proces varovanja človeka aktivnega iskanja zanj najustreznejših rešitev ob pomoči strokovnjaka – medicinske sestre. Osnovno sredstvo svetovanja je komunikacija oziroma interakcija med varovancem in strokovnjakom (Kristančič, 1995). V tem socialnem stiku pride do interakcijskega delovanja, pri katerem vnašata oba udeležena v odnos vsak svoje enkratne in neponovljive osebnostne lastnosti. Instrument delovanja medicinske sestre je poleg njenega strokovnega znanja tudi njena osebnost. V odnos vlaga samo sebe ne le kot strokovnjak, ampak tudi kot človek, s svojimi potrebami, načinom čustvovanja in načinom vedenja. Interakcija med varovancem in medicinsko sestro nastopi hkrati na več ravneh: izmenjujejo se *misli*, *čustva* in *telesni stik/vedenje*. Medicinska sestra se mora tako zavedati, kako varovanca razume, presoja, kako ga vidi in kako ga sprejema.

Svetovanje je tako kompleksen in daljši proces intenzivne odprte komunikacije, kjer bo varovanec komuniciral na razumski in čustveni ravni, po predhodno vzpostavljenem in preverjenem zaupanju. Tedaj ne bo aktivnost komunikacije v zdravstveni negi omejena zgolj na enosmerno dajanje nasvetov, ampak bo delovala tudi terapevtsko.

V nadaljevanju sem na praktičnem primeru, ki sem ga pozneje analizirala, skušala povesti bralca v življenjsko situacijo, ali kot v žargonu temu pravijo medicinske sestre: v *situacijo ob postelji*. V primeru sem skušala zajeti že opisana teoretična spoznanja o svetovanju in komunikaciji ter znanja, ki jih potrebuje strokovnjak, da razvija svetovalni odnos. Namerno sem uporabila obliko dnevniškega zapisa, ki mi omogoča svobodo uporabe metafor in vsakdanjega izražanja.

Iz dnevnika medicinske sestre

V službo sem bila razpisana popoldne, na »zeleno«, kot smo v žargonu rekli sobi 1. Pogosto je popoldne delo na oddelku nekoliko bolj umirjeno kot v jutranji izmeni in zdi se, da se čas za hip ustavi, ni pa to pravilo. Z olajšanjem sem od sodelavke prevzela službo, saj sem otroke poznala že od prej, njihovo trenutno stanje pa je imelo napovedno moč: »do nadaljnjega mirno«, torej brez panike. V sredini pod stensko uro je bil svež otrok. S pogledom sem poiskala otročka skozi okence jasnine v zarošeni šipi »dregrece« (vrsta izolete): fantek, kakšnih 1100 g bi ocenila njegovo težo, precej živahen, intenzivno rdeč in edemast. V peščici je krepko stiskal vaticanec, tako da so prstki kar pobledeli. Bučko so pokrivali tako črni lasi, da so ustvarjali videz bledega obrazka, čeprav v resnici ni bil. Njihov lesk se je sklenil v mali obroč, ki je plaval po glavici med njenim premika-

njem. Verjetno so ga težko očistili verniksa in plodovnice in so skušali lasišče zbrisati z otroškim oljem.

Sedaj pogledam še dokumentacijo zdravstvene nege. V prvo informacijo skušam zajeti ključne podatke: Novak – deček (podatki so izmišljeni), star nekaj ur, teža 1200 g. Medicinske sestre in zdravniki smo vselej tekmovali med seboj v ugibanju otrokove telesne teže in tokrat sem se uštel. Otrokova ocena po Apgarjevi in dogajanje po porodu nista nakazovala nič posebnega: pač vse, kar pripada takemu prezgodaj rojenemu pikcu. Starši seveda to povsem drugače ocenjujejo.

Spet sem pogledala otroka. Bil je polulan, pa tudi mekoni je že odvajal in ker se je ura bližala obroku, sem se odločila, da zamenjam vatrance. Obrnila sem ga na trebušček, mogoče bi mu ta lega bolj odgovarjala in bi se umiril, ko sem opazila, da plaho vstopa v sobo drobna ženska. Ostale mamice sem že poznala, zato sem predvidevala, da je to mati najmlajšega varovanca. Znoj na čelu, petehijast obraz, sklonjena drža in drsajoča hoja, so nakazovali ne tako oddaljen porod in svežo bolečino. Poiskali sva se z očmi in tiho sem jo pozdravila, zakaj zdelo se mi je, da je dogajanje v njej zelo glasno in, da jo nestrpna vprašanja kar dušijo.

»Ste vi gospa Novak?« sem prevzela pobudo ob sprejemu.

Hotela je reči da, vendar je glas zatajil nekje v globini, zato je vidno prikimala. Predstavila sem se ji in nadaljevala:

»To je vaš otroček.« Z glavo sem pokazala na inkubator, ob katerem sem pravkar stala in namenoma zadržala roke v njem, čeprav sem z delom že končala. Ženska, ki se v hoji sploh ni ustavila, je sedaj odločneje usmerila pogled in s pogledom iskala bitje med ogrodjem izolete in mojimi rokami. Pogled na otroka, ujetega v številne žice in aparature, je zastrašujoč, zato sem skušala sploviti na mehkost situacije s svojo prisotnostjo v izoleti. Z levico sem objela otrokovo glavico, v desno dlan pa sem lovila brcajoče nožice. Dala sem ji čas, da je zbrala prve informacije, hkrati pa sem trepetala in bila pozorna, da mi ne bi omedlela. Z roko sem pogladila otrokovo glavico in nadaljevala gib po hrbtu navzdol. Sedaj sva obe opazovali otroka. Mali je nagrbančil celo, našobil ustnice, pokrčil roke k sebi in zlezal z glavo nazaj.

»Živijo, mamica, malo se moram pretegniti,« sem skušala pojasniti dogajanje v njegovem imenu, saj sem se bala, da bi s suho razlago počasneje omilila napetost v materi. Čutiti je bilo težo na njenem prsnem košu, ustnice pa so se ji le razlezele v nasmeh, vendar tih, prisiljen in kratkotrajen.

S kazalcem sem zaokrožila po otrokovem ramenu in sledila roki do dlani, stimulirala njeno hrbtišče, da jo je razpel in pustila, da je zagrabil moj prst. Pri prezgodaj rojenem otroku je to prijemalni refleks in kot tak pogosto hiter in odločen in daje videz moči kljub relativni majhnosti otroka.

»Ooo, saj je močan,« in v oči so ji privrele solze, na usta nasmeh in v trenutkih, ki so sledili, se je zdelo, kot bi se mimične mišice oči in ust bojevale med seboj, kateri izraz obraza naj bi prevladal.

Še enkrat sem položila dlan na glavico, počakala, da se je umiril in, ko je mišični tonus popustil in se je zdelo, da je celo telesce pod lastno težo kar padlo med mehke vatrance, sem nežno izvlekla prst. Zaspal je. Tiho sem zaprla okenci izolete in za hip še zadržala pogled na otroku. Tudi mati ga je gledala skozi smeh in solze. Nato sva obe dvignili pogleda, se srečali z očmi, češ sedaj bo spal. Zravnila se je in globoko zavzdihnila, kot bi ji ob spoznanju odleglo.

Pospravila sem umazane plenice, si umila roke in se vrnila k našemu junaku, da vpišem parametre in življenjske aktivnosti. Tedaj me je spet poiskala z očmi.

»Kako ste vi, gospa?« sem vprašala.

»Jaz? V redu.« In spet pogleda otroka, kot da ona sedaj ni pomembna.

»Usedite se,« ji ponudim stol, sedaj, ko si je svoje dete »za silo« nagledala z ustrezne višine.

»Saj je v redu,« se je ponovno skušala odmakniti.

»Kar sedite, ...« ji pridržim stol in sem odločnejša, zakaj sedaj je bila že dolgo na nogah in bala sem se, da ne bi omedlela. Naredila je počasno gesto k naslonjalu in zadrževala bolečino in tudi dih. Videti je bilo, da je bil porod dokončan z epiziotomijo.

»Šivani ste bili.« Bolj povem, kot vprašam. »Kar počasi, postrani se usedite.«

»Ja,« reče v izdihu komaj slišno in me spet pogleda naklonjeno, ker sem prepoznala pretekle dogodke, boleče dogodke...Kaj porod, ampak šivanje, to pušča najbolj boleče spomine. In ponovno usmeri pogled na otroka, vse drugo je manj pomembno. Zato sem ponovno vrnila pogovor na otroka. Sedaj sem postala gostobesednejša, vendar sem ohranila mirno in tiho naravnost pogovora. Obe sva stremeli v otroka, le tu pa tam sem jo skušala ujeti z očmi.

»Vaš otroček se je prezgodaj rodil. To so vam razložili že v porodnem bloku, ne? Vam ga je sestra pokazala?«

»Ja, pokazali so mi ga. Vendar le za toliko, da sem mu dala poljubček in ga za hipec razvila.« Glasu ji tu pa tam zmanjka, težko tudi požira slino. Lahko je temu vzrok trenutno dogajanje in vegetativni odgovor ali pa je izsušena.

»Ker bi še moral rasti in se razvijati v vašem trebuhu,« nadaljujem, »pa se obenem že mora prilagajati na izvenmaternično življenje, mora ostanek nosečnosti preživeti v inkubatorju, ki skuša kar najbolje posnemati pogoje v maternici.« V tem trenutku me je preletelo, da sem pozabila pogledati v dokumentacijo izobrazbo matere, da bi prilagajala raven in terminologijo njenemu razumevanju. Ni sem si je upala vprašati, da ne bi rušila pravkar zgrajene klime pogovora in odnosa, zato sem čisto neopazno poškilila v list pred seboj. Sicer pa je veliko bolje, če izhajam iz razvijajoče se situacije.

»V inkubatorju tako točno naravnamo temperaturo, vlago in kisik. Tole je monitor. Ker je otroček še nezrel, občasno pozabi, da mora sam dihati in tudi utrip srca mu občasno pade, zato ta dogajanja spremljamo na ekranu. Če padejo vrednosti pod dovoljeno mejo, nas na to opozori alarm. Pri živahnih otrocih, takih kot je vaš, je pogosto alarm tudi lažen.« Pogledala sem jo, in, če je do sedaj napeto in v strahu poslušala, se je sedaj olajšano nasmehnila. V takih trenutkih sem vselej dobila preblisk situacije na prvih roditeljskih sestankih.

»Te slikice na prsnem košu so elektrode, prek njih je otrok povezan z monitorjem. Tale kresnička na stopalu je saturacija. Žica vodi do majhnega monitorja, s katerim zaznavamo, ali dobiva otrok dovolj kisika. Kisik prihaja v izoletu po tej modri rebrasti cevi, zato tudi ne smemo imeti inkubatorja predolgo odprtega, sicer kisik pade.« Mati je tiho kimala in sledila. Solze so se posušile, zdelo se je, da je lažje dihala in se umirila.

»Zelen metuljček na glavici,« sem skušala nadaljevati, vendar se mi je zazdelo, da sem jo za hip izgubila, zato sem jo pozvala: »ga vidite?«

»Ja.«

»To je infuzija. Skozi ta metuljček dobiva otrok vso potrebno tekočino, elektolite, minerale, glukozo, ...« Zdržnila sem se, da sem preveč strokovna in zato nerazumljiva, zato sem enostavneje povzela: »Skratka vse zanj najpomembnejše snovi in hrano. Ko boste vi dobili mleko, bo dobival vaše mleko.«

»Kako...?« to je bilo prvič, da je kaj vprašala.

»Načrpali ga boste v stekleničko, otrok pa ga bo potem dobil po sondici, taki tanki cevki, v želodček. Najprej bo popil mililiter, dva, potem pa čedalje več.«

»Kaj pa sedaj dobiva?«

»Dosej ni še nič dobil. Želodček je potrebno počasi obremeniti, najprej z glukozo, mililiter, dva, nato pol glukoze pol mleka in nato samo mleko. Ponavadi je to pre-aptamil, mleko za prezgodaj rojene otroke. Vendar je najboljše mamino mleko. »Zopet je pogledala otroka in ponovno so bile solze močnejše. Vendar to niso bile solze strahu, zato sem si upala izkoristiti ta trenutek, za zdravstveno vzgojno delovanje v času dojenja in tik po porodu in ponovno presmeriti pogovor z otroka nanjo.

»Da bi čimprej nastopilo mleko pri vas...« Pogovorili sva se o dojenju, o negi dojki, o počitku, prehrani in zadostni količini tekočin, o premagovanju stresa. Preveč je nisem smela utrujati, pa tudi ne obremenjevati s toliko informacijami.

»Malo ste že utrujeni, kajne?« Pričakovala sem, da bo nasprotovala, a je vdano prikimala. »Poklicala bom oddelčno sestro, da vas bo spremljala do vaše sobe. Dotlej pa vidva še kakšno recita,« sem skušala hudomušno zaključiti in pokazati na malega. »Če se boste v redu počutili, lahko pridete ob naslednjem obroku spet dol.«

»Ja, mož bo prišel. Ga bo lahko videl?«

Vedno me je bilo sram ob takšnih vprašanjih. Starše in varovance premalo informiramo o njihovih pravicah. Zato skušam pokazati na drugačen odnos, ki naj bi ga imeli kot starši v bolnišnici: »Seveda lahko, saj je otroček vaš. Ga je ob porodu že videl?« Skušala sem ugotoviti, kje bom morala začeti z informiranjem ob obisku očeta, čeprav so jim ponavadi mamice že pred tem natanko poročale o vsem.

»Ja, že.«

Samo pokimala sem, ostala v bližini, mamica pa se je ponovno s pogledi posvetila svojemu otroku.

Ura se je nagibala čez osemnajsto. Ravno sva s sodelavko zaključevali obrok hranjenja. V dokumentacijo sem vpisovala še zadnje parametre in življenjske aktivnosti. Popoldan je minil nenavadno mirno in domnevala sem, da je to tudi zaključek... no vsaj obiskov je ob tej uri navadno že konec. Vendar sta v sobo pravkar vstopila starša otroka Novak. Gospa je hodila ob podpori moža, vendar ji je bilo z obraza razpoznavno, da je bila to podpora tudi njenemu psihičnemu doživljanju. Oba sta bila prestrašena in že z vrat sobe usmerjala pogled k otroku. Srečale sva se s pogledom in si pokimale.

»Sva prišla ...«

»Je že jedel,« sem skušala spodbudno delovati zoper njun strah in bila sem vesela, da se je mati odločila še isti dan za še en obisk. Rokave sta imela zavihane nad komolce in roke sveže umite. Počakala sem, da sta nekaj časa postala ob svojem otroku in se prilagodila prostoru. Nato sem si še sama umila roke in stopila k njima:

»Gospa, bi pobožali vašega junaka?« sem ju povabila in odprla okenci na svoji strani izolete.

»Kako...a lahko...« Spogledali sva se, nakar me je počasi posnemala v odpiranju line. Celo dlan sem položila na otroka in »dihala« z njim, kot smo v žargonu rekli. Zopet sva se spogledali in pokimala sem ji. Mati se je počasi in plaho približala le z blazinicami kazalca in sredinca. V izrazitem drhtenju je dotik usmerila proti laskom na senceh, se jih točkasto dotaknila in izmaknila dlan, in ko je ponovno zbrala pogum, je dotik ponovila. Sedaj je trajal nekoliko dlje. Ulile so se ji solze, vendar je roko obdržala na otroku in me sedaj posnemala v božanju s celo dlanjo. Gospod jo je objel čez ramena. Povabila sem ga, naj se še on dotakne otroka. S prosto roko je vstopil skozi lino in z dlanjo pokrnil ženino ter otroka. Svojo roko sem počasi izvlekla in neslišno zaprla svoje okence, rekoč: »...da ne bo prepiha.«

Oddaljila sem se k lijaku, onadva pa sta me negotovo pogledala, da ju ne bi pustila sama v sobi. Potem sem se ponovno vrnila k njima in ju naslonjena na mizico tiho opazovala.

»Sta mu mogoče že izbrala ime?« Za hip sem ju zaustavila v ljubkovanju otroka in v en glas sta med solzami in smehom odgovorila:

»Miha bo.«

Vprašala sem, če ime lahko vpišem v dokumentacijo.

»Tako, sedaj ne bo več deček Novak,« sem še pripomnila in se umaknila naprej k delu k ostalim otrokom.

Če sem dobro prisluhnila, sem slišala, kako sta čez čas, ko sta se nekoliko opogumila, pričela Mihi tiho prigovarjat.

Pomislila sem: »Prvi družinski pogovor...« in bila sem vesela, da sta starša že prvi dan toliko dosegla v zblizevanju z otrokom. Včasih pride do prvega dotika otroka pozneje, lahko matere dotik otroka tudi odklonijo.

Vzpostavitev kontakta med starši in osebjem

Pri oblikovanju odnosa med varovancem – osredotočila se bom na otrokovo mater in očeta – in medicinska sestra je zelo pomemben prvi stik. Najpogosteje pride do tega prvega srečanja ob inkubatorju ob materinem prvem obisku otroka v EIT. Mati je prestrašena, negotova glede otrokovega preživetja, pretresena in navdana z občutki krivde ob prezgodnjem porodu. Poleg takih strahov deluje nanjo zaviralno tudi običajna utesnjenost zaradi novega okolja, novih nepoznatih ljudi.

Ob prvem stiku z materjo pride do izraza **kontakt-na kultura** zdravstvenega delavca (Carnegie, 1981). Pomembno je, da nameni materi **takojšnjo pozornost**, da ji s tem pokaže, da ji v psihosocialnem prostoru namenja prostor in dobrodošlost. Pozornost do matere naj ima prednost pred ostalim dogajanjem v EIT. Tudi ob nastopitvi urgentnih dogodkov (bodisi ob drugem otroku, zlasti pa, če gre za dogajanja ob otroku dotičnih staršev) je prav, da si medicinska sestra vzame trenutek časa, kratko razloži nastalo situacijo in vljudno prosi starše za razumevanje. Vrata v socialno bližino varovanca odpira medicinski sestri njena osebna **predstavitev z imenom in priimkom**, in ne le pred-

stavitev s funkcijo, ki jo opravlja v EIT. Verjetno je slednji način predstavljanja posledica prikrivanja prevzemanja osebne odgovornosti za svoje delo. Vendar pa zahteva sodobni potrošnik – uporabnik zdravstvenih storitev partnerski odnos z zdravstvenim osebjem, kar pomeni tudi drugačen način vedenja zdravstvenega delavca. Dotaknila bi se nazivanja varovanja; medicinska sestra naj bi pri tem uporabljala – gospod Novak, gospa Novak. Z uporabo priimka postane nazivanje bolj osebno. Nedopustno je nazivanje matere na primer z *mami, dajte no!* Sprejemljivo je podobno nazivanje staršev v ustreznem kontekstu, v direktnem govoru, ki ga medicinska sestra uporabi za mehčanje čustveno nabite situacije ob otroku na primer: *Živ'jo mami, buden sem!* Nedopustno je tikanje mladoletnih staršev.

Ob tem prvem stiku in zlasti še potem v procesu zdravstveno-vzgojenga učenja deluje na starše **spodbudno** naslednje **vedenje** (Wong, 1978; Mogan, Knox, 1986): pripravljenost za demonstracijo, ki bo pomagala k pojasnitvi problema, zanimanje zanje in spoštljiv odnos do njih, spodbujanje in izrekanje pohvale, ocenjevanje napredovanja, smisel za humor, prijeten glas, biti na razpolago, ko jih potrebujejo, dovoliti si nekaj supervizije, izkazovati zaupanje vase in v starše.

Vsako socialno interakcijo lahko opazujemo tudi glede na **stopnje njenega razvoja**. Na prvi stopnji utrjujemo vsa medčloveška razmerja v smeri zadovoljevanja svojih potreb in želja. To je v nekem smislu trgovanje. Na drugi stopnji postaja clovek sposoben živeti se v vlogo drugega (empatija ali intelektualna identifikacija). S tem spoznava nujnost sodelovanja, pripadnosti, strpnosti. Za tretjo stopnjo je značilno, da zmorejo ljudje v medsebojnem stiku storiti drugim to, kar si želijo, da bi drugi njim storili (King, Grewing, 1981; Žerovnik, 1991; Ule, 1992).

Uspešna komunikacija

Dober medsebojni odnos sloni na **uspešni komunikaciji**. Watzlawickovi zakoni komunikacije pravijo (Watzlawick, Rogers v: Kristančič, 1995; Saris, 1995):

1. **Ni mogoče ne komunicirati.** Takoj, ko se dve osebi pojavita v vidnem polju, že komunicirata. Komunikacija torej ni omejena zgolj na izmenjavo besed, ampak tudi na neverbalno sporočanje. V našem primeru je to naklonjenost medicinske sestre, takojšnja pozornost do otrokove matere, stik z očmi, odprta drža telesa k materi, pripravljenost za poslušanje. Sporočilno za medicinsko sestro pa delujeta izraz in barva na obrazu matere, upognjena drža telesa, tihi podrsavajoči koraki, plaho neslišno vstopanje v prostor, iskanje ali izogibanje stiku z očmi, solze v očeh. Seveda vključuje medicinska sestra veliko teh elementov komunikacije že v svoje osnovno strokovno znanje za prepoznavanje dogajanja in procesov v poporodnem obdobju.
2. **Vsaka komunikacija ima vsebinski in odnosni vidik.** Prezgodaj rojen otrok dobiva drugačne spodbude kot donošen otrok. Izpostavljen je hitrim in grobim urgentnim prijemom, močni svetlobi, postavljen je v izoleto in ne v materino varno in toplo naročje, izpostavljen je hrupu in ne ritmu utripa materinega srca ter ritmu pomirjujočega dihanja na njenih prsih. Pogosto ni sposoben dojenja in ob tem stika z očmi in ljubkovanja, kar je temelj primarne komunikacije vsakega otroka. Tak način rokovanja z otrokom ne spodbuja navezovanja čustveno-socialne vezi med njim in materjo. Mati se svojega otroka boji, navdajajo jo občutki krivde, izogiba se kontaktu z njim ali pa je dotik in pozneje pestovanje negotovo, plaho. Zato naj bi medicinska sestra čimprej ob prvem obisku otroka spodbudila mater k dotiku in naj bi ob plahem in odklonilnem vedenju matere poskrbela za dodatne spodbude in vodila mater ob demonstraciji. Pogosto nastopita v tej komunikacijski situaciji naslednja vidika: na vsebinskem se mati bori sama s seboj in se poskuša dotakniti otroka, vendar se kmalu umakne in zapre okence izolete, rekoč da se bo otrok ohladil ali vznemiril; odnosni vidik pa sporoča šibko vzpostavljeno psihosocialno vez in obremenjujoče občutke krivde matere. Za ponazoritev obeh vidikov komunikacije bi lahko navedla tudi naslednji primer; opazna vnema in skrb za otroka, številna vprašanja matere – vsebinski vidik, obenem pa brezbrizen odnos do sebe, zanikanje bolečine, razdajanje – odnosni vidik.
3. **Vsaka komunikacija poteka posredno (digitalno) in neposredno (analogno).** Posreden je jezik, je dogovorjen sistem znakov, simbolov. Neposredna je pogosto neverbalna komunikacija: dotik, kretnja, molk, glas, jok, slika. Posredne komunikacije se posameznik nauči, zlasti za strokovni jezik je potrebno dodatno znanje. Neposredna komunikacija je prvinska, lastna že otroku. K njej se pogosto **zateče** posameznik tedaj, ko je v stiski, ko težje nadzira svoje vedenje, ko ne zmore opisati dogajanja z besedami, pač pa ga izjoče, odmolči, nariše ali pokaže. Na ta način sporoči posameznik več, kot pa je pripravljen povedati. V EIT so to zelo pogoste situacije, zlasti ob komuniciranju z očeti otrok. Pomembna je **skladnost** (kongruenca) obeh posredne in neposredne komunikacije. Primer lahko ponazarja medicinska sestra, ki si je za poklic izbrala delo z otroki v EIT in že s tem nakazuje ljubezen do otrok, obenem pa ravna z njimi hladno, neosebno. Primer neskladja je spodbujanje matere k božanju in tihem pogovarjanju z otrokom, sami zdravstveni delavci pa govorijo glasno, v kontakt z otrokom stopajo neosebno, prezirajoč otrokovo osebnost (mimo otroka). Razhajanje pomeni tudi spodbujanje dojenja kot najintimnejšega načina komuniciranja (in ne zgolj hranjenja) med materjo in

otrokom, ki naj ga ne bi nič prekinjalo. Po drugi strani pa vdirajo vanj zdravstveni delavci s postopki med opravljanjem vizite.

4. Vsaka komunikacija poteka **komplementarno** (zdravstveni delavec/učitelj – mati/učenec) ali **simetrično** (na primer mati–mati). V komplementarni komunikaciji se medicinska sestra in mati dopolnjujeta v vlogah. Vendar ne sme to pomeniti podrejenega položaja. Medicinska sestra naj oblikuje partnerski odnos s starši, posreduje naj nasvete strokovno nedirektivno. Upošteva naj sposobnost in pripravljenost staršev za vsebino in hitrost sprejemanja informacij. Pri doseganju zdravstvenovzgojnih ciljev so zelo učinkovite informacije mater, ki so v EIT dalj časa in lahko prenašajo svoje izkušnje na novinke. Delujejo kot skupine za samopomoč.
5. Komunikacija je interpunkcija **dveh soslednih dogodkov**. V komunikaciji se izmenjujejo sporočila medicinska sestra–mati–medicinska sestra–mati–... Naslednje vprašanje je vselej odvisno od predhodnega odgovora. To lahko razumemo tudi kot načelo individualnosti varovanca. Komunikacijo naj bi vodila medicinska sestra, vendar v vsebinskem in časovnem tempu, ki ga narekuje varovanec. Poteka dogajanj medicinska sestra ne more vnaprej predvideti in izhaja iz trenutne komunikacijske situacije. Zlasti pri delu z varovanci z motečo osebnostjo, krajevno ali časovno orientiranostjo (starostniki) ali pri delu z otroki, se pogosto dogaja, da zdravstveni delavec premalo upošteva njihovo soudeležnost v procesu komunikacije.

Poleg omenjenih aksiomov so temeljni elementi v komunikaciji še: uglašen ritem med sogovornikoma tudi v neverbalni komunikaciji, dvosmerna izmenjava mnenj, tempo akcije narekuje manj izkušen sogovornik.

Pri tem ne smemo zanemariti sporočilne vrednosti posameznikeve govorice telesa, osnovne držje, govorice oči, ki naj bodo skladni z besedami in dejanji. (Ule, 1992; Davidhizar, Giger, 1994; Watzlawick, Rogers v: Kristančič, 1995; Saris, 1995)

Komunikacijski proces

Komunikacija ne pomeni zgolj prenašanja sporočil. Udeleženca – medicinska sestra in mati se v tem procesu zaznavata, prepoznata, percipirata, interpretirata sporočeno ter se odzoveta v skladu z interpretacijo. Ta proces je močno odvisen od socialne interakcije med njima, ki vpliva na to, kako se med seboj sprejemata, razvrščata zaznana in odzivata. Vse to se dogaja istočasno. Sporočilo je lahko verbalno ali neverbalno, prenašata ga ena na drugo pri čemer uporabljata določen način/kanal (besede, glas).

Učinkovita komunikacija je tista, pri kateri sprejemna oseba interpretira poslan namen, misli ali izgovorjene besede sporočila tako, kot je pošiljatelj nameraval. Šele ko sprejemna oseba sporočilo razume in ga na določen način interpretira, lahko le-to vpliva nanjo in na njeno vedenje. Sprejemna oseba lahko reagira samo na svoje interpretirano sporočilo in določa svoje vedenje do pošiljatelja sporočila in do poslane vsebine. Reagiranje prejemnika sporočila lahko razumemo samo kot rezultat njegove interpretacije poslanega sporočila in ne kot namen in izrečeno sporočilo pošiljatelja. Zato je nujno, da nenehno preverjamo uso do poslanega sporočila. V vsaki od faz komunikacijskega procesa lahko nastopi motnja, ki običajno ne nastopi zaradi pomanjkanja verbalnih sposobnosti, ampak je pogosto emocionalne ali socialne narave (Kristančič, 1995; Lamovec, 1993; Brajša, 1994).

Interakcija in komunikacija med medicinsko sestro in materjo se prepletata. Vsaka od njiju ima svoj **notranji položaj** in svoje **reakcijsko polje**. Medicinska sestra in mati sočasno komunicirata med seboj – javni del, in v samogovoru s samo seboj – zasebni del. Akcija posameznika je odvisna od reakcije na notranji in zunanji položaj. Nastane neprekinjen krog vzajemnega delovanja misli, čustev in vedenja.

Poglejmo nekatera **notranja dogajanja**, ki jih udeleženci v EIT vnašajo v komunikacijski prostor in, ki utegnejo delovati kot motnja/šum v komunikacijskem procesu.

Komunikacija matere

Ko se varovanec znajde v stiski, ki je zanj čustveno obremenjujoča, je veliko bolj pozoren na nebesedna sporočila osebja. Na hudo anksioznost lahko reagira tako, da niti besed ne dojema več in mu v spominu ostane le vtis nebesednih sporočil, konteksta, prostora, kar si pozneje po svoje razlaga (Vegej-Pirc, 1994).

Otrokova mati se običajno znajde v situaciji, ko jo je prezgodnji porod prehitel in iztrgal domačemu okolju, namesto da bi se postopno pripravljala na porod in otroka. Na komunikacijo z medicinsko sestro in njeno sodelovanje ob otroku vpliva tudi njeno notranje okolje; zaskrbljena je nad dogajanjem doma, zlasti če so doma ostali sorojenci, verjetno si še ni uspela pripraviti opreme za dojenčka, negotova je tudi zaradi otrokovega preživetja. Na njeno doživljanje vplivajo tudi telesne in psihične spremembe po porodu: prisotnost bolečine, hormonalno neravnovesje in vzpostavljanje laktacije ter poporodna tesnoba. Zaviralno lahko delujejo njene predhodne izkušnje s porodom in otrokom, predvsem če so negativne (neuspele nosečnosti, smrt otroka). Nezanemarljiva je tudi daljša ločitev od partnerja, zlasti če sta na začetku ustvarjanja skupnega življenja.

Vse to vpliva na njeno sprejemanje informacij in nasvetov, zato je pomembno, da medicinske sestre nekatere stvari večkrat ponovijo, preverjajo razumevanje in vztrajno spodbujajo k spremembi ravnanja. Zla-

sti je sprejemanje matere omejeno v začetku, zaradi velike količine novosti, utesnjenosti in barrier, ki jih nosi v sebi. Potrebno je vzpostaviti zaupanje, in šele ko se bo mati čutila dovolj varna in sprejeta, se bo upala spregovoriti, začela bo zastavljati vprašanja in razkrila tudi svoje strahove in občutke krivde. Seveda pripomore k temu največ spoznanje o otrokovem napredovanju. Čez čas, ko otrokovo stanje to dopušča, pripomore k doseganju materine samozavesti in občutka koristnosti zlasti njeno vključevanje v hranjenje in negovanje otroka.

Komunikacija očeta

Tudi očeta je prezgodni porod prestrašil in prese-netil. Poleg otrokovega je še posebej zaskrbljen za ženinino zdravje. V vsakodnevnih obiskih je razpet med domom, oddelkom, kjer leži žena, in EIT, kjer je nameščen otrok. Ponoči in takrat, ko je ločen od njiju, ga navdaja strah in nemir pred hitro spremembo stanja ali izgubo otroka. Pomirjujoče delujemo, če zagotovimo vsaj telefonsko povezavo z EIT. Stik po telefonu deluje odrešujoče tudi takrat, ko se mati odloči oditi domov k ostalim otrokom in se je pollaščajo razdiralni občutki krivde zaradi zapustitve novorojenčka v EIT.

Komunikacija otroka

Primarna komunikacija prezgodaj rojenega otroka je predvsem neverbalna. Ker je bilo v materinem trebuhu temno in tiho, se dobro odziva na dotik, zvok in spremembo temperature v okolju. Jok in nasmeh pogosto še nista socialno pogojena. Da bi spodbujali otrokov psihosocialni razvoj in vsaj nekoliko omili delovanje hladnega, glasnega, neprijaznega okolja, uporabljamo taktilne stimulacije, tih govor, mirno rokovanje, predvajanje nežne glasbe in pestovanje na materinih prsah – kenguru metoda. Z njo dosegamo stik koža–koža, otroka pomirja poslušanje materinega srca, prevajanje njenega glasu po notranjosti prsne votline, njeno enakomerno dihanje in mogoče tudi poslušanje zamolklega pretakanja trebušne vsebine.

Komunikacija medicinske sestre

Poleg tega, da zavzema medicinska sestra vlogo strokovnjaka, deluje nanjo tudi notranje okolje posameznice z vsakdanjimi potrebami. V brezhibno strokovno delovanje in nastopanje pred varovanci pogosto pronicajo lastni strahovi, dolgoleten stres in nara-va dela, mlade medicinske sestre – bodoče matere pa se često identificirajo s svojimi varovankami in otroki.

Za uspešno komunikacijo z varovanci je poleg osnovnega strokovnega znanja za medicinsko sestro pomembno poznavanje same sebe, prepoznavanje in sprejemanje lastnih čustvovanj in strahov prek samorefleksije, razvijanje pozitivne samopodobe. Medicinska sestra nosi svoj strokovni inštrument v sebi, kar zahteva nenehno zavestno izpopolnjevanje lastne osebnosti, vedenja in ravnanja, tako na delovnem me-

stu kot zunaj njega. Pogoj za spreminjanje lastne osebnosti, je sprejemanje same sebe, takšne, kot je (Ule, 1992; Bratanič, 1990; Rogers, 1985).

Nekatere posebnosti komunikacije v zdravstveni negi

Zaupanje

Varovanci želijo iskren, naklonjen odnos in enakovredno sprejemanje ob razumevanju njihove osebnosti in značilnostih. Za uspešno sodelovanje je zelo pomembno *zaupanje* (Kristančič, 1995; Rogers, 1985). Zaupanje je nujen pogoj, da se medsebojni odnos sploh lahko razvija. Samorazkrivanje vselej vključuje tveganje, da nas bo drugi prizadel ali zavrnil (Lamovec, 1993) Varovanci zaupajo tistim ljudem, ki jih spoštujemo zaradi njihovih sposobnosti in dejanj. Tako naj bi medicinske sestre gradile na svoji osebnosti in strokovni avtoriteti (Ule, 1992). Preden tvegajo in spregovorijo o svojem zasebnem, si varovanci lahko često zastavljajo vprašanja: ali lahko zaupam, do katere mere jim lahko zaupam, ali me bodo razumeli, ali bodo moja čustva zavrgli, se mi bodo posmehovali ali me bodo pomilovali? Zaupanje je izbira. Čakanje, dokler posameznik ne dobi popolne garancije za zaupanje, lahko ostane le pri čakanju. Edini način, kako se naučiti zaupati je, da človek pač zaupa. Torej na osnovi izkustva (Powell, 1995).

Vedenje in način svetovanja medicinske sestre sta predpogoja, da bo varovanec zaupal svoje strahove ter moralno ali družbeno drugačna vedenja. Odločilno v tem odnosu je njeno *spoštovanje* varovanca. Če je le-ta deležen spoštovanja, se bo prej odprl in reflektiral svoja doživljanja in bo dovzetnejši za spreminjanje lastnih stališč. Verbalna in neverbalna komunikacija medicinske sestre naj bi varovancu omogočili spoznati, da je osebnost s svojimi željami, mislimi in vedenjem, ki bo sprejeta s spoštovanjem, **brez obsojanja!** (na primer: mati, ki je okužena s prenosljivim obolenjem, starši, ki oddajo otroka v rejo, izražanje verskega prepričanja posameznika in podobno).

Medicinska sestra izraža svoje spoštovanje verbalno in neverbalno: z emocijami, z vero v človeka, s pričakovanji, stališči in vedenjem, kar vse vpliva na varovančevo izkušnjo in doživljanje, da bosta sprejeti njegova identiteta in individualnost. Spoštovanje varovanca pomeni, da ga medicinska sestra sprejema z njegovega zornega kota in s stališča njegovih emocij. To vključuje tudi aktivno poslušanje. Spoštovanje ne pomeni, da se strokovnjak popolnoma strinja z varovančevimi stališči, verovanjem, vedenjem. Spoštovanje pomeni, da strokovnjak ceni varovanca kot osebnost, ki ima vse pravice do lastne izbire in načrtovanja. Spoštovanje pomaga strokovnjaku, da varovanca sprejme brez obsojanja, takega, kakršen je (Kristančič, 1995).

Z ohranjanjem zaupanja je neločljivo povezana dolžnost zdravstvenih delavcev **poklicna molčečnost**. Medicinska sestra je dolžna varovati kot poklicno skrivnost podatke o zdravstvenem stanju varovanca, o vzrokih, okoliščinah in posledicah tega stanja. Medicinska sestra je dolžna varovati poklicno skrivnost tudi pred družinskimi člani varovanca in tudi po bolnikovi smrti. Dolžnosti varovanja poklicne skrivnosti lahko medicinsko sestro razreši prizadeta oseba sama ali sodišče, za mladoletne osebe ali osebe pod skrbništvom pa starši oziroma skrbniki (Kodeks etike, 1994).

Dotik

Dotik je dobro razvit primarni čut z močnim čustvenim in spominskim odzivom. Pomen dotika naraste, ko so možnosti govora, poslušanja in vidnega zaznavanja zmanjšane (Vortherms, 1991).

Dotik predstavlja najintimnejšo obliko komuniciranja. Uporabljam ga v zdravilne namene: masaža, taktilne stimulacije otroka, metoda pestovanja otroka »kenguru«. Dotik je ena najbolj pristnih oblik neverbalne komunikacije, medtem ko je besedna že izkrivljena (Trček, 1994). Dotik je med najbolj uporabnimi in najbolj sporočilnimi načini komuniciranja zlasti z novorojenčki in z umirajočimi. Telesni dotik je za medicinsko sestro neogiben za izvajanje določenih aktivnosti zdravstvene nege. Povezan je lahko z občutkom sramu in predstavlja zahtevno obliko komunikacije za medicinsko sestro. Ohranjanja profesionalne distance, obenem pa izvajanja toplega in pristnega dotika, bo medicinska sestra sposobna ob dobrem poznavanju lastnega čustvovanja, ozaveščanju lastnih občutkov in spodbujanju samozavesti s strokovnim znanjem. Pravica posameznika je, da se dotika in je dotikan (Routasalo, Isola, 1996). Torej naj bolnik čuti, da je vreden dotika, da ga zdravstveni delavec sprejema.

Primer: zdravnik pri pregledu otroka z namazanimi rokami od daleč/izogibajoč se otrokovi koži opravlja klinični pregled, otrok ga nepremično gleda in ko z ročico najde zdravnikovo roko, mu jo ta odtegne.

Nekateri načini dela v zdravstvu zahtevajo zaradi varnega postopanja med varovanci in osebjem, uporabo pripomočkov, s čimer lahko pride do odtujevanja varovanca (uporaba rokavic, osamitev varovanca v prostoru, ...). Sodobne učinkovitejše metode dela imajo tudi slabe lastnosti z vidika komuniciranja z varovancem: na primer medicinska sestra opazuje na glavnem monitorju stanje varovancev priključenih na sobne monitorje. S tovrstno posodobitvijo se je zmanjšala pogostnost obiskov medicinske sestre v posamezni sobi in tudi možnost komuniciranja.

Raziskava je pokazala, da doživljajo varovanci dotikanje medicinske sestre kot nežno, prijetno in pomembno. Medicinske sestre doživljajo pri svojem delu

dotikanje varovancev kot preprosto in naravno. Varovanci se redko dotikajo medicinske sestre pogosteje, kot je potrebno. V nekaterih primerih so medicinske sestre doživele nasilno dotikanje varovancev. Nekateri medicinske sestre ženskega spola so občutile dotikanje moških varovancev kot spolno naravnano in neprijetno. To jih je izučilo, da so se dotikanja izogibale. Kljub temu pa je prijateljsko in hvaležno dotikanje varovancev izrednega pomena za medicinsko sestro. Kadar se dotikanje uporablja zgolj v čustvene namene, to pripomore k dobrim medsebojnim odnosom med medicinsko sestro in varovanci (Routasalo, Isola, 1996)

Molk, tišina

Med komunikacijskimi tehnikami sodi molk med najučinkovitejše spodbujevalne tehnike, in sicer tehnike siljenja. Zlasti tedaj, ko se bolnik znajde v stanju nezdravja in se vede ter izraža drugače kot takrat, ko je zdrav, je pomembno, da ga ne priganjamo z gostobesednostjo, ne vpadamo v njegovo pripovedovanje in ga aktivno poslušamo. Pomembno je tudi, kako ravnamo z molkom ali tišino v prostoru ob bolniku. Zdravstveni delavci se morajo zavedati, da predstavlja besedna komunikacija v medsebojnem sporazumevanju le majhen delež sporočil.

Naj navedem nekaj primerov;

- *Medicinska sestra je ob zaposlitvi z neko dejavnostjo tiho prisotna v sobi in nedirektivno opazuje mater med njenim učenjem rokovanja z otrokom. Ob tako imenovani molčeči prisotnosti medicinske sestre se nevěšča mati počuti bolj sproščena, varna, sama izvaja aktivnosti ob otroku in zastavlja vprašanja neposredno ob delu, ko se le-ta pojavijo in bosta tako tudi njihova razlaga in razumevanje večje.*
- *Iz svoje srednješolske prakse se spomnim neozdravljivo bolnega varovanca v terminalni fazi. Neko jutro člani vizite sploh niso vstopili v njegovo sobo. Oddelčni zdravnik je samo stopil mimo zaprtih vrat, rekoč: »Tu nič...«. V sobo pa so se slišali koraki in govorjenje. Bolnik je vedel, da je to čas obhoda zdravnikov, vendar k njemu niso vstopili. Dijaki smo se spogledali. Le še medicinska sestra in mi smo pri tem varovancu izvajali aktivnosti. Poslej smo vedeli: molk pomeni neugoden izid.*
- *Podobno lahko pomeni za umirajočega varovanca jemanje upanja nenadno tiho govorjenje v njegovi bližini.*

Empatija

Sposobnost vživljanja – empatija – je za odnos med varovancem in zdravstvenim delavcem bistvenega pomena. Pomeni, da mora na primer medicinska sestra znati prepoznati, podoživljati njegova čustva, vedenje in razmišljanja. Pri tem pa mora znati ohranjati profesionalno distanco, saj se kaj lahko zgodi, da se medicinska sestra preveč vživi v varovanca ali se celo z njim **poisti**. To pa ji onemogoča strokovno opravljanje svo-

jega dela in nudenje kakovostne in zadostne opore varovancu. Druga nevarnost je **projekcija**, ko medicinska sestra prenaša svoja čustva in strahove na bolnika. Pogosto medicinska sestra svoje strahove in stiske izrinja iz zavesti, jih skuša podzavestno premagati in jim odvzeti smisel z razumskimi razlagami. To je obrambni mehanizem **racionalizacije** (Vegej-Pirc, 1994). Pomembno je, da imajo medicinske sestre ves čas vpogled v svoje čustvovanje in doživljanje. S pomočjo oblik dela, kot so svetovanje, supervizija, negujejo svojo osebnost, ozaveščajo dogajanja in stiske v sebi in se učijo učinkovitejših oblik premagovanja stresa.

Primer: Medicinska sestra v nedeljski službi sprejme hudo poškodovanega otroka, z neprepoznanim obrazom. Njeni otroci so danes doma. Kaj, če se je prav komu od njih zgodila nesreča...? ...Ne bo vedela, dokler poškodovanemu otroku ne umije obraza.

Uporaba strokovnega jezika in žargona

Zlasti določeni poklici, na primer zdravniški, odvetniški uporabljajo pri svojem delu vrsto strokovnih terminov (lahko tudi v latinskem ali grškem jeziku). Uporaba terminov tudi pri komunikaciji z laiki pomeni zapiranje komunikacije in favoriziranje poklicne skupine. To je še zlasti značilno za zdravstvene poklice. Ustvarjanje tako imenovane *socialne zapore* z namerano uporabo izrazov, ki jih drugi ljudje ne poznajo, ima namen izključitve laikov in omejevanje od njih. Zdravstveni delavci kažejo odpor tudi do ljudi, ki njihove strokovne izraze osvojijo ali tistih, ki posegajo po medicinski literaturi. Ravno to omejevanje dokazuje, da medicinsko znanje ni racionalno, ampak dopušča interpretacijo (Pahor, 1988).

Uporaba nerazumljivih strokovnih izrazov lahko deluje na varovanca zastrašujoče in vnaša vanj zmedo. Neposredno ustvarja pritisk nanj in posredno preskuša njegovo znanje in ga lahko sili v podrejeno vlogo. Prepričevanje varovanca o svoji strokovni avtoriteti zgolj z uporabo terminov še zdaleč ni dovolj (Krištančič, 1995). Zdravstveni delavec naj uporablja enostaven in razumljiv jezik in naj sproti preverja varovančevo razumevanje povedanega. Cilj zdravstveno vzgojnega svetovanja ni zgolj prenašanje informacij, ampak je usmerjeno k lastni aktivnosti in dejanjem. Če varovanec že povedanega ne razume, kako bo šele nasvete udejanjil. Strokovno znanje takega strokovnjaka potem ni namenjeno laikom in nikoli ne doseže uporabe v praksi.

Drugo načelo kodeksa etike medicinske sestre se nanaša na avtonomijo varovanca in na soodločanje varovanca pri postopkih zdravstvene nege in zdravljenja. Medicinske sestre omogočijo varovancu aktivno sodelovanje s predhodnim polnim informiranjem v njemu razumljivem jeziku. Dolžne so ga seznaniti s prednostmi in posledicami določene aktivnosti (Kodeks etike, 1994).

Primer: Mati je nemirna. Njenega vročičnega in jokavega otroka pregleduje zdravnik. Brez besed in odsotno išče po otrokovi glavi, menjuje instrumente, nakar vzame karton in med pisanjem pojasni: »Gre za otitis media, povečane bezgavke, nekaj vam bom predpisal in šli boste domov.« Zdravnikov obraz je brezizrazen in ne kaže pripravljenosti za pogovor. Mati ne zbere poguma, da bi zdravniku zastavila vprašanje. Molče in nerodno dvigne otroka in oblačila in se vrne v predsobo k medicinski sestri. Tu jo premaga jok in komaj zadrži otroka. Medicinska sestra ji ponudi robček in prevzame skrb za oblačenje otroka. Med delom ji pojasni, da njen otrok nima smrtno nevarnega obolenja in da gre lahko domov, ker je toliko zdrav, ne pa zato, ker mu ne bi bilo več pomoči, kot si je mati sama razložila. Vnetje srednjega ušesa se ponavadi zdravi doma.

Dokumentiranje v zdravstveni negi

V splošnem je dokumentiranje zdravstvene nege v Sloveniji zelo pomanjkljivo v primerjavi z državami na zahodu (Peric, 1997). Medicinske sestre tako težko prikažejo svoje opravljeno delo. Onemogočeno je argumentiranje aktivnosti, ki postane pomembno zlasti v primerih zagotavljanja kakovosti zdravstvene nege in dokazovanja v pravne namene. Medicinske sestre bi morale dokumentirati predvsem *nevidne* aktivnosti in storitve, katerih učinek ni merljiv takoj, ampak šele po daljšem času. Na tem mestu bi želela omeniti prav aktivnost komunikacije, ki ji medicinske sestre namenijo velik del svojega časa, vendar se je ne zavedajo in je ne vrednostijo kot pomembno aktivnost. Verjetno pripomore k temu tudi nepoznavanje jasne poklicne vloge v procesu zdravljenja. To bi želela podpreti z rezultati raziskave (Urbančič, 1995), v kateri so študenti zdravstvene nege na vprašanje, v katere aktivnosti se vključujejo v času praktičnega pouka, odgovarjali takole: omenili so vzdrževanje telesne čistoče in urejenosti, hranjenje, izločanje ter ostalo, medtem ko aktivnosti komunikacije niso našteli. V tujini se pomembnosti komunikacije z varovanci dobro zavedajo tudi menedžerji zdravstvene nege in to upoštevajo pri organizaciji službe zdravstvene nege. Na primer za jutranje postiljanje ležišč raje razporedijo eno medicinsko sestro kot dve, saj bi lahko v tem primeru ti dve komunicirali le med seboj, medtem ko lahko ena medicinska sestra vzpostavi usmerjeno in kakovostnejšo komunikacijo z varovancem v sobi.

Hierarhija med zdravstvenimi delavci

Ugodno psihosocialno klimo na oddelku pogosto ruši še vedno močno prisotna hierarhija med zdravstvenimi delavci. V zdravstvu se ohranjajo medsebojni odnosi podrejenosti in nadrejenosti, ki poklicnim zdravstvenim delavcem, zlasti zdravnikom, tudi najbolj ustrezajo, čeprav so že kontraproduktivni. Zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege za bolnika je odvisno tudi od medsebojnih odnosov med zdravstve-

nimi delavci različnih poklicev. Samostojnejša in aktivnejša vloga bolnika je možna le v okolju, kjer povezovanje ne sloni le na podrejanju in kjer samostojnost enega ne pomeni nesamostojnosti drugega (Pahor, 1988).

Primer: tudi to je komunikacija!

V sobi je veliko otrok, vsi jokajo. Medicinska sestra hiti kolikor more, vsakega previje in nato nahrani. Otroci so neješčji, eden od njih je na kisiku in potrebuje dodatno opazovanje. V sobo vstopi zdravnik, pozdravi in stopi k otroku, ki je pravkar s težavo pojedel obrok. »Tega bom pogledal,« reče zdravnik in spusti ograjico posteljice. Ne vpraša po dosedanem počutju otroka ali po tem, če je bil že nahranjen. Medicinska sestra hitro vstane, prekine s hranjenjem svojega otroka, ga zapre v posteljico in uslužno pripravi izbranega otroka za pregled: ga predrami, sleče, obrne in nazaj obleče. Otrok med obračanjem bruha. Medicinska sestra ga uredi in hiti nazaj k hranjenju prejšnjega otroka. Zdravnik vpiše ugotovitve pregleda in brez navodil zapusti sobo.

Predsodki in stereotipi o podobi medicinske sestre

V javni podobi so dolga leta medicinske sestre veljale za dobre ženske, ki se razdajajo v pomoči bolnim in oslabeлим. Za svoje delo niso nikoli smele zahtevati plačila. Veljale so za skromne, ponižne, redkobesedne, vselej v vlogi zagovornika bolniku in nekakšne hišne pomočnice v službi gospodarja zdravnika. Morale so biti nasmejane in vedno pripravljene pomagati. Njihovi problemi so bili drugotnega pomena, za bolnikovimi (Urbančič, 1996).

Emocije so temeljno notranje doživljanje posameznika. Vselej najprej presodimo, ali je določena situacija za nas ugodna ali neugodna, nakar sledi naš odziv – emocija. Dolgoletne kulture so nas učile, da naj izražamo samo pozitivna čustva, negativna pa potisnemo v sebi, saj bi s tem motili socialno interakcijo. Vendar se ob potiskanju čustev energija kopiči v notranjosti in nato v različnih oblikah udari ven. Zato je pomembno, da se človek nauči ubesediti svoja čustva in se jih zavedati (Musek, 1993; Furlan, 1985; Trček, 1986; Andrilovič, Čudina, 1986).

Samo posameznik – medicinska sestra, ki sprejema svojo telesno podobo in gradi pozitivno samopodobo (tudi poklicno samopodobo) na osnovi samocen in vrednotenja socialne okolice, bo lahko zadovoljen pri opravljanju svojega poklica in bo to prenašal na ljudi, s katerimi dela. Sodobni trendi zahtevajo zlasti za delo z ljudmi strokovnjaka z drugačnimi osebnostnimi lastnostmi, drugačnim mišljenjem in čustvovanjem.

Vse to dosega posameznik z razvijanjem drugačnih spretnosti v medsebojnih odnosih in z **novim načinom komuniciranja**. V le-tem je poudarek na spoštovanju socloveka, na sprejemanju drugačnosti, ven-

dar tudi na spoštovanju samega sebe in skrbi za lasten razvoj. V novem načinu komuniciranja je poudarek na naslednjem:

- Posameznik naj pozorno spremlja obrazno mimiko, govornico telesa, višino glasu, šele potem naj bo pozoren na besede in naj odgovori na vse, kar je videl, slišal in občutil.
- Zaveda naj se, da zbudijo njegove besede v poslušalcih drugačne predstave, drugačna čustva in drugačne pomene, kakor v njem.
- Navodila naj daje vedno tako jasno in natančno, kot je mogoče in vselej preveri, da ga je poslušalec v celoti razumel.
- Posameznik naj pokaže tudi svoja čustva in naj jih deli z drugimi.
- Z jasnimi in neobtožujočimi besedami naj sogovorniku nakaže njegove napake: zdi se mi..., menim da..., čutim da..., opazil sem.... Tako se bo izognil nesporazumu.
- Kadar posameznik stori napako, naj se takoj, ko okoliščine dovoljujejo opraviči in najde primerno nadomestilo zanje, da se izogne konfliktu. Naj ne prikriva napake, da bi zadržal pozitivno mnenje o sebi neprizadeto.
- Vedno naj išče resnico nekje sredi in ne le v črnem ali belem.
- Vedno naj jasno izrazi svoje želje, brez tveganja, da bodo zavrnjene. Če nič ne tvegamo, tudi nimamo kaj pričakovati.
- Če posameznika nekdo obtoži, da ga je prizadel, naj ga posluša, posluša in posluša, dokler prizadeti ne konča. Tedaj naj ga vpraša, če ga še kaj moti in naj mu zopet da možnost za odgovor. Šele ko prizadeti pove vse, naj se mu opraviči in mu odgovori tako, da sprejme nesporazum.

(Green, 1991)

Sklep

Glavni način posameznikove interakcije z okoljem so spretnosti v medsebojnih odnosih. V veliki meri se jih naučimo v zgodnjem otroštvu, pozneje pa jih izvajamo bolj ali manj neodvisno od svoje volje. Za mnoge ljudi je spretnost v komuniciranju sestavni del njihovih osebnih značilnosti in njihove osebnosti. Vendar pa se je spretnosti v komuniciranju z drugimi ljudmi mogoče naučiti predvsem z vajo, z izkustvenim učenjem. Spretnosti v medsebojnih odnosih so sestavni del nekaterih **poklicnih področij**.

Zdravstvena nega je dejavnost v razvoju. V veliki meri poudarja negovanje, psihosocialno in emocionalno podporo varovancu, neinvazivne metode dela, za razliko od medicine, ki daje prednost predvsem telesnemu zdravju, ki ga je moč doseči z visoko medicinsko kulturo. Tako se zdravstvena nega razvija interdisciplinarno s psihologijo, sociologijo in ostalimi znanostmi. Vendar pa je razvoj zdravstvene nege in do-

seganje avtonomije poklica povezan z družbenim dogajanjem in problemi spola in slojev ter s političnim dogajanjem.

V zdravstvenovzgojnem svetovanju je prav komunikacija tista dejavnost, s katero oblikujemo odnos med varovancem in strokovnjakom – medicinsko sestro. Zdravstvena vzgoja je aktiven proces učenja ob lastnih izkušnjah, pri čemer pride ob aktivnem pristopu in analizi lastnega vedenja do spremembe le-tega. Torej ne gre le za širjenje informacij o zdravju, pač pa je cilj dosežen, ko pri varovancu dosežemo akcijo, dejanje.

Odločilnega pomena v komunikaciji med medicinsko sestro in materjo je socialna interakcija, ki jo vzpostavi ob prvem srečanju. Vsaka od njiju vnaša v skupen komunikacijski prostor svoje reakcijsko polje in svoj notranji položaj. Zlasti v zdravstvu, ko varovanci v stanju nezdravja in doživljanja stisk težje komunicirajo z besedami, je še posebej pomembno, da medicinske sestre ali drugi zdravstveni delavci temeljito poznajo komunikacijski proces in načine uspešne komunikacije. S tem zagotavljajo tudi kakovostno zdravstveno nego in zdravljenje varovancu.

Za uspešno komunikacijo z varovanci je poleg osnovnega strokovnega znanja za medicinsko sestro pomembno poznavanje same sebe, prepoznavanje in sprejemanje lastnih čustvovanj in strahov prek samorefleksije, negovanje pozitivne samopodobe. Nekateri predsodki in stereotipi v podobi medicinske sestre lahko zavirajo uspešno komunikacijo z varovanci. Medicinske sestre naj bi osvojile nov način komuniciranja. Medicinska sestra nosi svoj strokovni del v sebi, kar zahteva nenehno zavestno izpopolnjevanje svoje osebnosti, vedenja in ravnanja, tako na delovnem mestu kot zunaj njega. Pri tem so dobrodošle oblike pomoči, kot so: svetovanje, supervizija in drugo. Vključevati bi jih moral že menedžment vsakega oddelka, predvsem pa enote z intenzivnimi obremenitvami, kjer sta stres in izgorevanje delavcev večja.

Literatura

- Andrilović V, Čudina M. Osnove opče i razvojne psihologije. Zagreb: Školska knjiga, 1986.
- Brajša P. Managerska komunikologija. Ljubljana: Gospodarski vestnik, 1994.
- Bratanić M, Kunej M. Odškrnjena vrata podzavesti. Vzgoja in izobraževanje 1990; 21: 11–3.
- Bratanić M. Sprejemanje sebe – pogoj za spreminjanje osebnosti. Vzgoja in izobraževanje 1990; 21: 20–3.
- Carnegie D. Psihologija uspeha I. Zagreb: Biblioteka popularne psihologije, 1981.
- Davidzihar R. When your patient is silent. Journal of advanced nursing 1994; 20: 703–6.
- Ewles L, Simnett I. Promoting health. A practical guide. London: Scutari press, 1992.
- Furlan I. Čovjekov psihicki razvoj. Zagreb: Školska knjiga, 1985.
- King V, Gerwing N. Humanizing nursing education. Massachusetts: Nursing Resources, 1981.
- Klevisar M. Bolnik in njegovo upanje. Ljubljana: Obzor Zdr N 1994; 28: 175–8.
- Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica ZN Slovenije, 1994.
- Kristančič A. Svetovanje in komunikacija. Ljubljana: Inserco, 1995.
- Lamovec T. Eksperimentalni priročnik iz psihologije motivacije, emocij, osebnosti in učenja. Ljubljana: FF, 1980.
- Lamovec T. Spretnosti v medsebojnih odnosih. Ljubljana: Center za psihodiagnostična sredstva, 1993.
- Mogan J, Knox JE. Characteristics of best and worst clinical teachers as perceived by university nursing faculty and students. Journal of advanced nursing 1987; 12: 331–7.
- Musek J. Znanstvena podoba osebnosti. Ljubljana: Educy, 1993.
- Pahor M, Grbec V. ur. Zdravstvena vzgoja študijski program. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 1993.
- Pahor M. Nekateri razvojni procesi (osamosvajanja in povezovanja) v zdravstvu. Magistrska naloga. Ljubljana: FSPN, 1988.
- Peric H. Dokumentiranje v zdravstveni negi. Ljubljana: Obzor Zdr N 1997; 31.
- Powell J. Skrivnost vztrajanja v ljubezni. Ljubljana: Župnijski urad Ljubljana-Dravljje, 1995.
- Quinn GM. The principles and practice of nurse education. London: C&H, 1991.
- Rogers K. Kako postati ličnost. Beograd: Nolit, 1985.
- Routasalo P, Isola A. The right to touch and be touched. Nursing Ethics 1996; 3: 163–75.
- Skalar M. Poimovanje samega sebe in samovrednotenje. Ljubljana: Pedagoška akademija, 1990.
- Trček J. Medicinska psihologija. Ljubljana: Višja šola za zdravstvene delavce, 1986.
- Trček J. Medosebno komuniciranje in kontaktna kultura. Radovljica: Didakta, 1994.
- Trček J. Socialna psihologija. Izbrana poglavja o medosebnem komuniciranju. Ljubljana: Višja šola za zdravstvene delavce, 1984.
- Ule M. Psihologija vsakdanjega življenja. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, 1993.
- Ule NM. Socialna psihologija. Ljubljana: znanstveno in publicistično središče, 1992.
- Urbančič K. Zgodovinski razvoj zdravstvene nege. Ljubljana: Obzor Zdr N 1996; 30: 21–8.
- Urbančič K. Pomen praktičnega pouka pri izobraževanju za zdravstveno nego. Prešernova naloga. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 1995.
- Vegej-Pirc M. Psihoonkologija: Pomen in vloga komunikacije. In: Zbornik predavanj s področja onkologije za višje medicinske sestre. Ljubljana: Onkološki inštitut, 1994.
- Vortherms RC. Clinically improving communication through touch. J Gerontol Nurs 1991; 17: 6–10.
- Wong S. Nurse teachers behaviour in the clinical field: apparent effect on nursing student learning. Journal of advanced nursing 1978; 3: 4.
- Žerovnik A. Kako urejamo medsebojne odnose v šoli. Vzgoja in izobraževanje 1991; 22: 27–31.