

## SOCIOLINGVISTIKA V PROCESU ZDRAVSTVENE NEGE

Roža Meglič

UDK/UDC 616–083–058

SOCIOLINGUISTICS IN THE PROCESS OF NURSING

DESKRIPTORJI: nega bolnika; lingvistika; socialno okolje

DESCRIPTORS: nursing care; linguistics; social environment

**IZVLEČEK** – *Sestavek prikazuje pomembnost in medsebojno odvisnost med uspešnostjo procesa zdravstvene nege in zdravljenja ter sociolingvistik.*

*Nova metoda ne more biti povsem uspešna, če medicinska sestra pri svojem delu ne upošteva pomembnosti izbire besed in tudi številnih drugih dejavnikov, ki vplivajo na uspešno sporazumevanje.*

**ABSTRACT** – *In the article, the importance and mutual dependence of the successful process of nursing, treatment process and sociolinguistics is presented. The new method can not be successful if the nurse is not aware of the importance of the use of appropriate speech when talking to different patients, as well as numerous other factors which enhance proper understanding.*

Proces zdravstvene nege kot metoda dela, njegove posamezne faze in prednosti so nam večidel že dobro znane, nekoliko manj pogosto pa se lotevamo problema povezave med metodo procesa nege in zdravljenja ter sociolingvistik.

Raziskave, ki so jih opravili v sedemdesetih in zgodnjih osemdesetih letih kažejo, da je metoda procesa manj uspešna zaradi kvalitativno in kvantitativno neustrezne komunikacije in s tem interakcije med medicinsko sestro in bolnikom.

Ugotovimo lahko, da smo v procesu zdravstvene nege uspeli poenotiti način dela in pristop; z boljšim načrtovanjem, sistematičnostjo, zaporedjem dejavnosti, celovitostjo obravnave bolnika, problemskim in individualiziranim pristopom skušamo povečati kvaliteto nege in zdravljenja. V zdravljenje naj bi vključevali tudi bolnika/varovanca samega, in to je najpomembnejša kvalitativna razlika med tradicionalnim pristopom in metodo procesa zdravstvene nege.

Naloga medicinske sestre ni le v tem, da stori vse, kar je za bolnika potrebno, pač pa mora bolnika oziroma varovanca aktivno vključiti v proces zdravljenja in nege, odločanja in zadovoljevanja potreb ter ga poučiti o načinih in metodah (oblikah) in ciljnih zdravljenja. V tradicionalnem pristopu je bilo vključevanje bolnika zanemarljivo, v metodi procesa pa je ta težnja zelo izrazita.

Bolnik lahko postane subjekt lastnega zdravljenja le, če je ustrezno seznanjen s svojim stanjem, diagnozo, prognozo ter načinom zdravljenja in nege. V nasprotnem primeru nima možnosti vplivanja in ta težnja se izrodi v le navidezno upoštevanje bolnika kot subjekta. Bolnik dejansko nima možnosti udeležanja svojih želja in sodelovanja, oziroma aktivnega vključevanja v samoodločanje in soodločanje.

Če naj metoda procesa zares zaživi, moramo več pozornosti posvetiti rabi jezika v kliničnem okolju, kajti številni zdravstveni delavci se še vedno ne zavedajo pomembnosti rabe jezika, oblik in načinov sporazumevanja, na podlagi katerih se oblikujejo medsebojni odnosi kot ključni dejavnik procesa zdravljenja.

Ugotavljamo, da nam poglobljena teoretična znanja o rabi jezika in aplikacija le-teh v praksi omogočajo uveljavitev nove aktivne vloge bolnika v procesu lastnega zdravljenja. S tem se lahko spremeni tudi vloga medicinske sestre iz »reševalca« v pomočnika pri reševanju bolnikovih problemov.

Vprašanje je, ali je medicinska sestra dovolj poučena o rabi jezika in o učinkih le-te na sporazumevanje z bolniki in s svojci. Če komuniciranje ne postane integralni del dela medicinske sestre, ostaja bolnik nepoučen in tako le navidezno vključen v proces nege in zdravljenja. Proces nege tako v celoti vodi in nadzoruje medicinska sestra in bolnik nima možnosti vplivanja, napori za doseganje želenih ciljev pa niso več skupni.

Veda, ki preučuje takšno rabo jezika, se imenuje sociolingvistika. Kot samostojna veda se je razvila precej pozno, šele v šestdesetih letih. V ospredju njenega preučevanja ni jezik kot sistem, pač pa raba jezika; združuje spoznanja lingvistike in socioloških znanosti.

Sociolingvistika opredeljuje jezikovno dejavnost kot eno izmed oblik človekovega sporazumevanja, specifično obliko družbene prakse, s katero človek učinkuje na svet okoli sebe in ga tudi spreminja. Jezikovna dejavnost se odvija v družbi, zato jezika kot sistema znakov ne moremo ločevati od konteksta njegove rabe oziroma socialnega konteksta, v katerem se jezik uporablja. Sociolingvistika torej preučuje številne različne odnose med jezikovnimi in družbenimi strukturami, medsebojne vplive in interference. Ljudje namreč izbiramo med različnimi jezikovnimi (izraznimi) sredstvi, z ozirom na naše zaznavanje nenehno spreminjajočega se okolja, v katerem jezik uporabljamo in glede na našo družbeno vlogo v specifični govorni situaciji.

Odnos govorca do posameznikov ali skupine, s katerimi govorec vstopa v komunikacijo, je torej odločilnega pomena za odločanje o načinih in izbiri jezikovnih sredstev.

Kako pa je z rabo jezika v kliničnem okolju?

Potrebo po uspešni rabi jezika zaznavamo v vseh fazah procesa. Raziskave kažejo, da so medicinske sestre komunikacijsko uspešne predvsem v fazi zbiranja podatkov in ocenjevanja bolnikovega stanja, kar predstavlja izhodišče njihovega dela.

V tej fazi medicinska sestra zbira podatke v obliki zaprtih vprašanj, če želi dobiti informacije hitro in usmerjeno. Na primer: Ali ste dobro spali? Ali vas kaj boli? Na ta vprašanja bolnik odgovarja večidel z »da« ali »ne«.

Odprta vprašanja medicinska sestra uporablja zato, da spozna bolnikova stališča in vrednote, njegovo vedenje o problemu, stopnjo motivacije za zdravljenje in podobno. Tu medicinska sestra sprašuje predvsem s kako; kaj; zakaj; kje; kdaj.

Na primer: Kako se počutite danes? Kaj pričakujete od zdravljenja? Kakšni so vaši odnosi s svojci?

Izogibati se mora sugestivnih vprašanj, ki že vnaprej sugerirajo odgovor, recimo: Danes ste dobro spali, kajne?

Bolnika pa lahko zmedejo tudi mnogostranska vprašanja, ki povezujejo več vprašanj hkrati. Na primer: Kako se počutite danes, ste dobro spali, ali vas kaj boli?

Bolnika spodbujamo h govoru tudi s podkrepljevanjem, ponavljanjem ključnih besed iz bolnikovega sporočila – temu pravimo tudi »odmev«. Na primer: »Res sem zelo vznemirjen in nemočen zaradi svoje bolezni.« »Vznemirjeni ste?«

Veliko manj uspešne pa so medicinske sestre v drugih fazah procesa – kjer naj bi s posredovanjem informacij in vplivajnsko vlogo svoje jezikovne dejavnosti vključevale bolnika v načrtovanje in odločanje.

Ker je metoda procesa tudi v teh fazah odvisna od bolnikovega sodelovanja, je pravzaprav nenavadno, da smo tej problematiki doslej posvečali tako malo pozornosti. Razlog za to je morda v tem, da medicinske sestre o potrebi prilagajanja rabe jezika, jezikovnih sredstev posameznemu bolniku, specifičnemu govornemu položaju in učinkih jezikovne dejavnosti v sporazumevanju z bolniki premalo razmišljajo ali pa sploh ne. Vprašanje je tudi, ali se medicinske sestre zavedajo svojih nalog in odgovornosti v zvezi z vključevanjem bolnika in ali so za to razvile potrebne komunikacijske sposobnosti.

Kaj vse naj bi upoštevali pri komunikaciji z bolnikom? Kateri dejavniki vplivajo na uspešnost sporazumevanja?

Medicinska sestra kot aktivni udeleženec v komunikaciji pri oblikovanju sporočila želi doseči dvoje in sicer informirati oziroma prenesti podatke o objektivni stvarnosti in s sporočilom vplivati na bolnika (varovanja).

Medicinska sestra mora poznati poti in načine, po katerih človek uveljavlja in izraža družbena razmerja in spoznavne vsebine. Temeljna vloga sporazumevanja ni le sporočanje objektivnih podatkov o svetu in prenašanje predmetnih in miselnih podatkov. To je le predstavljena vloga ali informiranje. V vsakem govornem dejanju pa človek kot poročevalec ali tvorec besedila stopa v družbeno razmerje do naslovnika ali prejemnika sporočila in v razmerje do dejanskosti oziroma stvarnosti, se pravi vsebinske podstatki sporočila.

Ne sporazumevamo se namreč le zaradi sporočanja različnih vsebin, pač pa tudi zaradi učinkov, ki jih s sporočenim želimo doseči pri naslovniku, njegovemu znanju, potrebah, pričakovanjih, stališčih in čustvih.

Zato ima govorno dejanje poleg predstavljene vloge (prenosa objektivnih podatkov – informiranje) tudi vplivajnsko vlogo, se pravi, da vpliva na naslovnikovo razmerje do zunajjezikovnega sveta. To vplivajnsko vlogo imenujemo tudi medosebno funkcijo sporočila, vplivajnsko moč ali vplivajnsko dejanje. Poročevalec želi z nekim jezikovnim izrazom vplivati na naslovnikovo ravnanje.

Če to prenesemo v klinično okolje, lahko rečemo, da medicinska sestra bolnika ne le informira, pač pa tudi vpliva na njegova stališča, interese, voljo, odnos do problema, odnos do samega sebe. Vpliva na njegovo doživljanje in sprejemanje bolezni, spodbuja ga k aktivnemu odnosu do bolezni, preprečuje, da se bolnik preprosto vda v usodo, proti kateri ne more ničesar storiti. Bolnika spodbuja, da v zdravljenju aktivno sodeluje in s tem prevzema del odgovornosti za lastno zdravljenje nase. Vpliva na njegov odnos do dolžnosti in odgovornosti, kar bolniki pogosto odklanjajo.

Spodbuja ga k postavljanju realnih cijev in mu pomaga pri odločanju. Vpliva tudi na njegov odnos do prihodnosti, na način urejanja življenjsko pomembnih

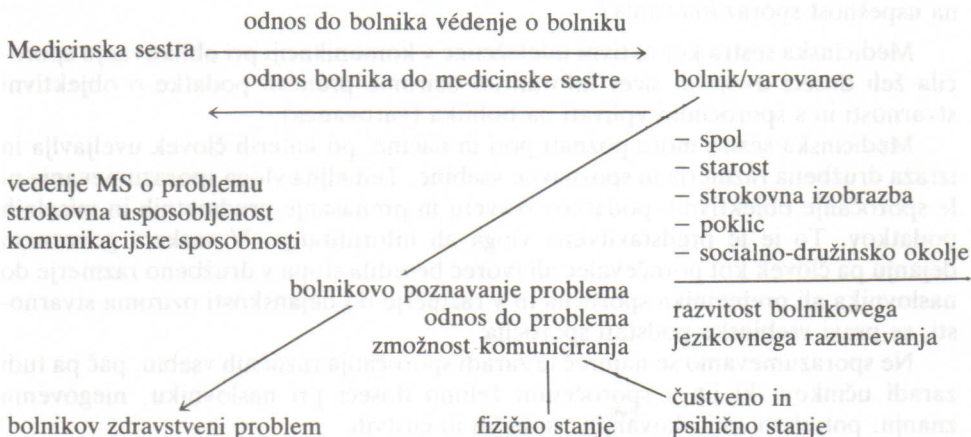
dejavnosti. Spodbuja ga k razmišljanju, spreminjanju in oblikovanju stališč, uči ga živeti s problemi, ki jih ne more rešiti, poučuje ga o zdravem načinu življenja.

Z izbiro oblike sporočila (besedila) torej ne deluje le na razum, pač pa tudi na čustva, občutke, namere, hotenja, motivacijo, stališča in globalni okvir bolnikovega vedenja. V sporazumevanju mora sprotno reševati praktično vprašanje: kako naj se izrazim, da bi z besedami dosegla želeni učinek, pripravila bolnika k želenemu dejanju, ga od neželenega dejanja odvrnila. Izbira lahko med različnimi jezikovnimi ali izraznimi sredstvi glede na nenehno speminjajoče se okolje, v katerem jezik uporablja.

Uspešnost komunikacije je odvisna od uspešnosti realizacije govorne namere v okviru kompleksnega sistema zunanjih pogojev in intersubjektivnih presoj. Preden kaj izreče, izbira med več možnimi besedili, kar je v prvi vrsti odvisno od konteksta jezikovne rabe, kar vselej vsebuje prvine nepredvidljivega.

V kliničnem okolju ta kontekst vključuje medicinsko sestro, bolnika oziroma varovanca ter specifični zdravstveni problem.

#### KONTEKST VKLJUČUJE:



Izbira jezikovnih sredstev je torej odvisna od medicinske sestre, njenega odnosa do bolnika oziroma varovanca védenja o bolniku in njegovem zdravstvenem problemu, od odnosa med medicinsko sestro in bolnikom, se pravi njunega družbenega razmerja.

Njeno védenje o bolniku temelji na oceni in poznavanju bolnikovega spola, starosti, stopnje izobrazbe, poklica ter socialnega in družinskega okolja.

Vsi ti elementi vplivajo na razvitost bolnikovega jezikovnega sporazumevanja. Okolje, v katerem človek odrasča in živi, in stopnja izobrazbe vplivajo na način besednega sporazumevanja. Višja stopnja izobrazbe omogoča boljše razumevanje in uporabo abstraktnih pojmov, medtem ko se govorci z nižjo stopnjo izobrazbe ponavadi v komunikaciji omejujejo le na konkretno raven, pri čemer so usmerjeni predvsem vase. To pravzaprav pomeni, da govorca sicer lahko govorita v istem jeziku, uporabljata pa različno zahtevne jezikovne strukture. Njuno razumevanje

in dojemanje izrečenega je različno. Uporaba skupnega jezika daje le lažen videz enotnega razumevanja in uvidenja predmetnosti, ki jo govorca ponazarjata z jezikovnimi znaki.

Zanimiva je ugotovitev, da otroci fizičnih delavcev manj pogosto uporabljajo glagole, s katerimi označujejo namen in učinke izrečenega. Ker živijo v okolju, ki živi od dela svojih rok, tovrstna interpretativna sposobnost ni tako pomembna kot v okolju, kjer ljudje živijo od sadov besednega učinkovanja. Vplivansko vlogo besedila izražajo predvsem v neposredni obliki, na primer kot zapoved, prepoved, grožnjo ali siljenje, ne kot spodbudo, prošnjo, nasvet.

Človek tudi ne more razviti ustreznih komunikacijskih vzorcev, če so moteni družinski odnosi, v nepopolnih družinah, če so v družini neustrezni pogoji za razvoj socializacije. Človek namreč vedenjske vzorce, ki jih razvije v družini, prenaša tudi v druga okolja.

Medicinska sestra se mora zavedati stopnje sporazumevalnih možnosti bolnika tudi zato, da bo ustrezno sprejela povratno informacijo oziroma bolnikovo sporočilo. Isto predmetno vsebino lahko bolnik izrazi na več načinov, kar je odvisno od njegovega lastnega načina izražanja. Recimo: Kdaj bom venar že končno operiran? Ali pa: Slišal sem, da bo potrebna operacija. Kdaj pa bo, če smem vprašati? Oba bolnika sta enako zaskrbljena, oba vprašujeta po enaki predmetni vsebini (po času operacije). Zaplete se lahko pri prvem bolniku, ker medicinska sestra morda meni, da je grobost namenjena njej. V drugem primeru pa morda bolnika ne jemlje dovolj resno. Zato mora občutiti in spoznati bolnikov način komuniciranja.

Medicinska sestra se mora tudi sama izogibati nedemokratičnega komuniciranja in skušati doseči svojo komunikacijsko namero z oblikami posrednega, demokratičnega izražanja.

Ponazorimo s primerom: medicinska sestra želi doseči, da bi bolnik vzel zdravila.

a) primeri demokratičnega načina izražanja ali posredne oblike:

– Kaj ne bi vzeli zdravil, ki jih je predpisal zdravnik?

– Svetujem vam, da vzamete ta zdravila.

– Kaj res ne bi vzeli teh zdravil?

– Prosim, vzemite ta zdravila!

– Če boste vzeli ta zdravila, vam bo kmalu odleglo.

– Dobro bi bilo, če bi vzeli ta zdravila.

b) neposredne oblike izražanja:

– Vzemite zdravila!

– Vzemite no vendar že zdravila!

– Takoj vzemite zdravila, drugače bom poklicala zdravnika.

– Zadnjič vam pravim, da morate to zdravilo redno jemati.

– Dajmo, dajmo, vzemite že ta zdravila!

– Če ne boste vzeli zdravil, ne boste smeli domov.

Na oblikovanje sporočila vpliva tudi bolnikovo poznavanje lastne bolezni in odnos do zdravstvenega problema, njegova motivacija za reševanje le-tega ter njegova trenutna zmožnost komuniciranja, ki je odvisna od njegovega psihofizičnega stanja. Bolnikovo poznavanje zdravstvenega problema vpliva na vpenjanje novega v okvir znanega, kadar bolnika informiramo. Njegov odnos do problema, psihično in čustveno stanje pa pogojujejo vplivanski del sporočila.

Na oblikovanje sporočila vpliva tudi strokovna usposobljenost medicinske sestre in njeno poznavanje specifičnega zdravstvenega problema bolnika ter njene komunikacijske sposobnosti.

Medicinska sestra z visoko razvitimi komunikacijskimi sposobnostmi se mora zavedati pomena jezikovne dejavnosti v kliničnem okolju; le-ta mora biti ciljno usmerjena in ustvarjalna.

Če torej želi doseči aktivno sodelovanje bolnika v vseh fazah procesa, mora vedeti nekaj več o povezanosti metode in sociolingvistike in se v svoji jezikovni dejavnosti ne sme omejevat na dnevno ponavljajoče se sporazumevalne klišeje. Zavedati se mora svojih pravic in odgovornosti v zvezi s komunikacijo, spoštovati mora pravice sogovornika in mu omogočiti enakopravno sodelovanje. Izogibati pa se mora predvsem izrabljanju jezika kot sredstva moči v kliničnem okolju, kajti njena strokovna usposobljenost oziroma strokovna znanja ter družbena razmerja do naslovnika, bolnika, omogočajo tudi to.

#### Literatura:

1. Bugarski R. Jezik u društvu. Beograd: Prosveta, 1986.
2. Burnard P. Meaningful dialogue. Nurs Times 1987; 83 (20): 43-5.
3. Ehlamn K. Professional Effectiveness Trought Responsible Communication. J Enterostom Ther 1986; 13:182-6.
4. Kunst-Gnamuš O. Govorno družbeno dejanje; komunikacijski model jezikovne vzgoje. Ljubljana: Univerza Edvarda Kardelja, Pedagoški inštitut, 1983.
5. Mišević N. Jezik kot dejavnost. Ljubljana: Dopisna delavska univerza Univerzum, 1983.
6. Macleod-Clark J. The continuing challenge: communication: Nurs Times 1988; 84 (23); 24-7.
7. Norberg A, Asplund K. Patterns of speech. Nurs Times 1987, 83 (24): 64-6.
8. Pahole M. Andragoški pristop v rehabilitaciji shizofrenih bolnikov s poudarkom na razvijanju komunikativnosti. SodP 1988; 39: 484-98.
9. Swaffiel L. Tunned in: communication: good communication is something nurses should strive for but don't always achieve. Nurs Times 1988; 84 (23): 28-31.
10. Ward M. Sociolinguistics and the nursing process. Senior Nurse 1988; 8 (11): 21-3.
11. Watson P. Towers of Bavel: being able to understand what is being said by patients is vital for every health worker, and nurses no less than others. Nurs Times 1986; 82 (49): 40-1.