

**UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
ORTOTIKA IN PROTETIKA, 1. STOPNJA**

Nika Lesjak

NEVERBALNA KOMUNIKACIJA V ZDRAVSTVU

Ljubljana, 2018

**UNIVERZA V LJUBLJANI
ZDRAVSTVENA FAKULTETA
ORTOTIKA IN PROTETIKA, 1. STOPNJA**

Nika Lesjak

NEVERBALNA KOMUNIKACIJA V ZDRAVSTVU

Pregled literature

**NON-VERBAL COMMUNICATION IN HEALTH
SCIENCES**

Literature review

Mentorica: pred. Mojca Divjak, univ. dipl. org., viš. fiziot.

Recenzentka: lekt. Tina Levec, prof. ang.

Ljubljana, 2018

ZAHVALA

Zahvalila bi se rada vsem, ki so mi kakorkoli po pomagali pri izdelavi diplomskega dela.

Posebna zahvala gre mentorici, predavateljici Mojci Divjak, za trud in potrpežljivost.

Poleg nje bi se rada zahvalila še družini, posebno sestri Staši, Janji za pomoč pri iskanju literature in fantu za vso spodbudo.

IZVLEČEK

Uvod: Komunikacija je del vsakdana, ki se ji ni mogoče izogniti. Poteka lahko zavedno ali nezavedno, poznamo pa verbalno ali besedno in neverbalno ali nebesedno komunikacijo. Neverbalna komunikacija obsega zelo široko področje, saj lahko poteka preko kretenj, obrazne mimike, očesnega stika, telesne razdalje in dotika, glasu ali pa tudi preko okolja, na primer preko barv. Neverbalna komunikacija v zdravstvu je zaradi okoliščin lahko ključna za uporabnikovo razumevanje zdravstvenega stanja in odnosa do zdravstvenega delavca in posledično pomembno vpliva na potek in uspešnost zdravljenja. **Namen:** Namen diplomskega dela je s pregledom literature opredeliti neverbalno komunikacijo in opisati njene oblike, kasneje pa temo povezati s področjem zdravstva in odnosa med zdravstvenim delavcem in uporabnikom. Hkrati je namen dela tudi predstaviti oblike in znake neverbalne komunikacije, ki lahko vplivajo na odnos med njima. **Metode dela:** Za pisanje diplomskega dela je bila uporabljena deskriptivna metoda, literatura pa je bila najdena v knjižnici Zdravstvene fakultete, knjižnici Splošne bolnišnice Celje ter v spletnih bazah Google učenjak, Medline, ScienceDirect in PubMed. **Rezultati:** Že v času šolanja naj bi se študentje, ki se šolajo za profil zdravstvenega delavca, učili komunikacije z uporabnikom. Zelo pomembna pri razumevanju le tega je empatija, ki se lahko v času dela nekoliko izgubi zaradi samih okoliščin. Največ raziskav, ki se ukvarjajo s povezavami med neverbalnimi znaki zdravstvenega delavca in uporabnikovim zaupanjem, omenja, da je zelo pomemben očesni stik, ki mora biti konstanten, ne pa nepretrgan, telesna govorica, obrazna mimika, ki z nasmehom sporoča empatijo in spodbudo, poleg teh telesnih dejavnikov pa izpostavlja še samo okolje, ki mora biti prilagojeno pacientu tako, da se ta počuti prijetno in enakovredno zdravniku. **Razprava in sklep:** Tema neverbalne komunikacije je zelo obsežna. V diplomskem delu je predstavljen dovršen del neverbalne komunikacije, njena uvrstitev ter znaki, na katere mora biti zdravstveni delavec pozoren med oskrbo uporabnika.

Ključne besede: komunikacija, neverbalna komunikacija, nebesedna komunikacija, zdravstvo, govorica telesa

ABSTRACT

Introduction: Communication represents a key part of everyday life and cannot be avoided. It can be conscious or unconscious; we also describe it as a verbal or non-verbal communication. Non-verbal communication can be described variously, through movements, facial expressions, eye contact, distance between two subjects or touch, voice or even through the environment, for example colours. Non-verbal communication can be one of the most important features while communicating in health department. Taking this into account, we can make the user to understand the health situation better in which he or she is in and improve the relationship between him and a health worker. That can influence the healing process. **Purpose:** With the help of the literature, we want to describe in a better way the non-verbal communication and the ways in which it can be presented. Later on we want to use the following information regarding health and relationship between the health worker and the user of services. We also want to represent forms and signs of non-verbal communication that are the most important for a relationship between the health worker and the user. **Methods:** : Descriptive method was used, with the help of literature found in the library of the Faculty of Health Sciences in Ljubljana, the Library of General Hospital Celje and in data bases Google Scholar, Medline, ScienceDirect and PubMed. **Results:** Health and medicine students learn how to communicate with patients during their study. It is important for students to learn empathy; however studies have shown that empathy is lost according to different circumstances in the years of practice, working in hospitals and other health departments. A number of researches which take a closer look at the connections between non-verbal signs of health workers and patient's trust highlight the importance of eye contact, which must remain constant throughout the communication, body language and face expressions, which can express empathy, understanding and encouragement. Researches have also shown the importance of taking the environment into account, describing it has to be adjusted to the patient to make him or her feel welcome and equivalent to the health worker. **Discussion and conclusion:** There is a broad number of ways to communicate non-verbally. We described several important areas of non-verbal communication, its description and signs which we must consider while providing a service for user.

Keywords: communication, non-verbal communication, health, medicine, body language

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
1.1	Neverbalno sporazumevanje.....	2
1.2	Komunikacija s pacientom.....	4
1.3	Druge oblike neverbalne komunikacije	4
2	NAMEN.....	13
3	METODE DELA	14
4	REZULTATI	15
5	RAZPRAVA.....	19
6	ZAKLJUČEK.....	21
7	LITERATURA IN DOKUMENTACIJSKI VIRI.....	22

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati.....	16
--------------------------	----

1 UVOD

Slovenska beseda komuniciranje izhaja iz latinščine- *communicare*. Njen prvotni pomen je podeliti, sporočiti, sporazumeti se in sodelovati. Pomen besede danes je izmenjati in podeliti si misli. Ljudje smo socialna bitja, zato je komunikacija ključni del našega vsakdana (Prebil, 2009). Glede na družbo, v kateri živimo, ni mogoče, da se ne bi sporazumevali (Rakovec-Felser, 2009). Komunikacija ne poteka le med ljudmi, ampak tudi med ustanovami, mediji, kulturami itd. (Prebil, 2009).

V grobem lahko komunikacijo delimo na verbalno (besedno) in neverbalno (nebesedno). Verbalna komunikacija je tista, ki se izraža skozi povedane besede, neverbalna pa se izraža preko drugih kanalov: s kretnjami, čustvi, barvami, vzdihmi ipd. (Prebil, 2009). Lichtman (1999) pravi, da lahko slednja predvideva, spreminja ali naglašuje verbalno komunikacijo, Rakovec-Felzer (2009) pa, da neverbalna komunikacija lahko verbalni tudi nasprotuje, če se ne skladata v končnem sporočilu.

Ule (2009) komunikacijo zaradi neposredne in stalne prisotnosti v vsaki situaciji deli na namerno ali nenamerno, na zavestno ali nezavestno, prepoznavno ali neprepoznavno in vplivno ali nevlivno. Proces komunikacije v splošnem opredeljuje kot dinamično in stopenjsko oblikovan socialno psihološki proces. V komunikacijo vpleteni udeleženci med sabo v dani situaciji izmenjujejo sporočila, ki pa nimajo nujno enakega pomena in posledično iz njih vsak konstruira svojo stvarnost. Za uspešno komunikacijo je zato pomembno stalno preverjanje interpretacij lastnih sporočil s strani drugega, pa tudi sodelovanje in želja po razumevanju med udeleženci.

Poleg zgoraj navedenih razdelitev Rakovec-Felser (2009) deli komunikacijo še na uravnoteženo, dopolnjujočo in simetrično, kriterij za to razdelitev pa je odnos med udeležencema.

V proces komunikacije so vpleteni udeleženci, kar pomeni, da o komunikaciji lahko govorimo samo takrat, ko poteka kot interakcija med vsaj dvema osebama. Sporočila potujejo od pošiljatelja do prejemnika, ta dva pa sta vpletena v odnos izmenjevanja sporočil. Med samim procesom komunikacije sporočila potujejo od prvega do drugega in obratno, zato pride do krožnega toka sporočanja, pri katerem se vlogi sporočevalca in prejemnika menjata. Temu Prebil (2009) pravi povratna zveza.

1.1 Neverbalno sporazumevanje

Komunikacijo delimo na verbalno in neverbalno. Prebil (2009) razlaga, da v nasprotju z verbalno, neverbalne komunikacije sporočevalec ne more popolnoma nadzirati, saj poteka tudi na nezavedni ravni, sporočila pa so spontana, včasih rutinska in se izražajo na zelo veliko načinov. Potekajo na veliko različnih področjih: na telesnem, na govornem, v obliki paralingvističnih sporočil, na področju pozicije v prostoru, ki jo sporočevalca zasedata in podobno. Kar okoli dve tretjini sporočil posredujemo po akustični in vizualni poti v obliki neverbalnih sporočil, 90% govora pa je izpopolnjenega z gestami in telesnimi sporočili, ki verbalnim sporočilom dodajo čustveno vrednost. Ta sporočila prikazujejo odnos vsake osebe do sogovornika (Rakovec-Felser, 2009), jasneje pa prikažejo tudi občutke, čustva in medsebojna razmerja med osebama (Prebil, 2009).

Ker se je neverbalnim sporočilom, zaradi njihove pogostosti, nemogoče izogniti v vsakdanji komunikaciji, lahko pride do napak pri razpoznavanju neverbalnih znakov. Lichtman (1999) opisuje, da se verbalna in neverbalna sporočila včasih med sabo ne skladajo, običajno pa takrat prevlada pomen drugih zaradi večje čustvene vrednosti. Neverbalnih sporočil ne oddaja le sporočevalec saj je odnos med pošiljateljem in prejemnikom sporočila vzajemen. Tudi prejemnik med sprejemanjem s svojimi odzivi lahko sporoča, kakšno čustveno vrednost ima zanj prejeto sporočilo (Rakovec-Felser, 2009). Pozorno poslušanje je zato pomemben del komunikacije, ki ga prejemnik lahko prepozna po očesnem stiku, telesnih kretnjah in obrazni mimiki (kot so dvignjene obrvi, ki so znak zanimanja). Za uspešno izmenjavo je pomembno tudi to, da sporočevalec nemoteno do konca preda sporočilo, prejemnik pa smiselno molči in prekinitve ustrezno naznani (Švab, 1995).

Komunikacijo med zdravstvenim delavcem in uporabnikom imenujemo posvet in je ključ do pridobivanja informacij o uporabnikovem zdravstvenem stanju (Bofulin, 2016). Med zdravstvenim delavcem in uporabnikom veliko komunikacije poteka tudi na nezavedni ravni, za boljše razumevanje uporabnika pa se mora zdravstveni delavec ves čas postavljati v njegovo vlogo (Rakovec-Felser, 2009). Poleg vživljanja v kožo sogovornika mora biti zdravstveni delavec pozoren na neverbalne znake, ki lahko znatno spremenijo percepcijo samega pogovora, posledično pa zaradi boljše komunikacije vplivajo na zaupanje ali nezaupanje med zdravstvenim delavcem in uporabnikom (Hillen, 2015). Prepoznavanje nebesednih znakov v pogovoru pripomore v situacijah, ko med osebama zaupanje še ni

zgrajeno, saj s prepoznavanjem teh zdravstveni delavec lahko pomaga pri analizi simptomov in tako natančneje opredeli težave, ki jih uporabnik verbalno morda težje izrazi (Lichtman, 1999). Prepoznavanje neverbalnih sporočil vpliva tudi na zaupanje, to pa predstavlja pogoj za dober odnos in bolj učinkovito delo. V nasprotnem primeru lahko ob nenatančnem ali nezadostnem prepoznavanju pride do napačne diagnoze in posledično tudi do napačne terapije. Zadovoljstvo z zdravstveno oskrbo je posledično slabše (Rakovec-Felser, 2009). Uporabniki, ki bodo zadovoljni z zdravstvenimi delavci, se bodo večkrat strinjali z načinom in potekom zdravljenja, ostali bodo pri istem zdravniku, prav tako pa se ne bodo v zatekali k alternativnim oblikam zdravljenja. Zdravniki, ki bodo pacientu nudili večje olajšanje simptomov, pa imajo tudi večje možnosti za pridobivanje bolj kvalitetnih informacij. S temi bodo sposobni prej postaviti boljše diagnozo (Lichtman, 1999).

Razlogov, za pomembnost prepoznavanja neverbalnih znakov v odnosu med zdravstvenim delavcem in uporabnikom je veliko, ni pa samoumevno, da jih bo zdravstveni delavec v komunikaciji tudi zaznal. Na prepoznavanje vplivata znanje in izkušnje, pri čemer Taveira-Gomez (2016) izpostavlja, da se pri mladih zdravnikih pojavljajo pogoste napake pri razpoznavanju kljub temu, da se skozi čas šolanja kot študentje učijo osnov dobre komunikacije. Carrion (2013) pravi, da bi posebno pozornost pri učenju zato morali nameniti tudi razlagi procesov zdravljenja, predstavitvi različnih oblik in učinkov.

Pri izkušenih zdravstvenih delavcih pa do napak pride med drugim tudi zaradi različnih pričakovanj do terapije, oskrbe in odnosa (Rakovec-Felser, 2009). Med tem, ko se zdravnik osredotoča na biomedicinski model zdravljenja bolezni, si uporabnik želi biopsihosocialnega (Hillen, 2015).

Biomedicinski model sestavljajo anamneza, status, diferencialna diagnoza in zdravljenje. Od samega začetka uporabe tega modela pa so se posamezni deli začeli širiti. Med tem biopsihosocialni model, ki se je kot teoretični koncept razvil kasneje, vključuje tudi psihološke, sociološke in duševne podatke o bolezni, ti pa so za bolnika lahko enakovredni fiziološkim, med tem ko lahko zdravniki na njih pogosto pozabijo (Švab, 1995).

Druga težava nastane, kadar zdravstveni delavec prevladuje v dajanju pobud in vodi komunikacijo. Slednje se lahko pojavi ob neodzivnosti uporabnika ali pa v primeru, ko zdravnik s stalnimi vprašanji ne dovoli, da bi se prvi izrazil s svojimi besedami. V tem primeru pride do tako imenovanega »k zdravniku usmerjenega komuniciranja«, kar

privede do enostavnega odgovarjanja z »da ali ne«. Zdravstveni delavec je takrat še bolj odvisen od nebesednih znakov uporabnika, saj na podlagi teh pride do razumevanja dejanskega stanja (Rakovec-Felser, 2009).

1.2 Komunikacija s pacientom

V času bolezni postane odnos med zdravstvenim delavcem in uporabnikom ključen, saj se zaupanje ali nezaupanje odražata v poteku zdravljenja. Pojavi se lahko anksioznost, ki za sabo pusti mnoge posledice za zdravljenje (Rakovec-Felser, 2009).

Marsikateri neverbalni znaki lahko izkazujejo nespoštovanje do uporabnika, le to pa vpliva na odnos med zdravstvenim delavcem in uporabnikom, kar pomeni, da bo sledeči izgubljal spoštovanje (Kee, 2017).

Zaradi zgoraj navedenih razlogov postaja učenje klinične komunikacije za študente čedalje bolj pomembno.

V odnosu se empatijo da nakazati z različnimi načini: kognitivno se lahko poskusimo vživeti v položaj nekoga drugega, s čimer poskušamo razumeti njegova stališča, čustveno se lahko fokusiramo na sočustvovanje in čutenje skupaj s pacientom, v primeru, ko čustva težje aktiviramo, pa se lahko empatično vključimo le s pomočjo etike. S samim razumevanjem težav skušamo nuditi osebi pomoč in podporo kljub temu, da je ne razumemo v tolikšni meri, kot bi se to zgodilo, če bi bili čustveno vpleteni. V tem primeru ni nujno, da naše vedenje vključuje sočutje, lahko govorimo le o razumevanju. Empatija ne more biti naučena, da pa se jo s praksami razumevanja izboljšati. Pri zdravstvenih delavcih pa se empatija velikokrat izgubi v času dela zaradi mehanicističnega pristopa k bolezni (Rakovec-Felser, 2009).

1.3 Druge oblike neverbalne komunikacije

V večini primerov neverbalni znaki le dopolnjujejo to, kar želi sporočevalec sporočiti, v nekaterih primerih v bolnišnici pa pride do situacij, ko uporabniki niso sposobni tvoriti verbalnih sporočil.

Včasih do težav v sporazumevanju pride že zaradi samega govora: tako zaradi različnih jezikov, narečij, kot tudi zaradi medicinskega žargona, ki je zdravstvenim delavcem tako samoumeven, da pozabijo, da ga uporabnik ne razume (Bofulin, 2016).

Obstajajo tudi uporabniki, s katerimi se ni mogoče sporazumevati verbalno zaradi različnih stanj. Takim uporabnikom je potrebno komunikacijo posebej prilagoditi. Po Lichtmanu (1999) jih ločimo na:

- tiste, ki ne govorijo jezika
- paciente v kritičnem stanju in na intenzivni negi
- paciente v rehabilitaciji, ki ne razumejo (npr. po kapi)
- gluhe in naglušne paciente.

Najosnovnejša oblika pogovora s takimi pacienti so vprašanja, na katera lahko pacient odgovarja z da ali ne (Sizemore, 2012). Ker se da takšno binarno komunikacijo pretvoriti tudi v neverbalno, ter ker je odgovarjanje tako preprosto, takšno sporočanje med uporabnikom in zdravstvenim delavcem lažje steče.

Druga oblika je pomoč z orodjem za komunikacijo, ki stremi k temu, da bo pacient lahko sporočal o težavah in čustvih svojem in osebju. V tem primeru pacienti na primer pišejo, hkrati pa lahko zdravstveni delavec ali družinski člani ocenjujejo še vizualna sporočila (Lichtman, 1999)

Ne glede na to, ali je pacient zmožen verbalne komunikacije ali ne pa se zdravstveni delavec vedno lahko ravna po uporabnikovih neverbalnih znakih.

Obrazne izraze z drugo besedo imenujemo tudi mimika. V več virih je navedeno, da je nekatera enostavna čustva mogoče brez težav razbrati iz obraznih izrazov, medtem ko kompleksna čustva pogosto težje berljiva (Hillen, 2015). Mimika zaradi tega lahko predstavlja zanesljiv vir informacij o počutju sogovornika (Kee, 2017), hkrati pa je redko dovolj izrazita in jasna, da bi prikazovala čustva, ki bi direktno odražala problem uporabnika in ne mešanih stanj. Med samim sprejemanjem sporočila se lahko poleg tega čustva pri prejemniku spreminjajo, kar je posledica spreminjajočega se odnosa s pošiljateljem. Slednje še dodatno otežuje razumevanje (Rakovec-Felser, 2009).

Kljub temu si z določenimi obraznimi izrazi lahko pomagamo na vsakodnevni ravni ter v vseh okoljih. Nekateri izrazi so si podobni ne glede na medkulturne razlike. Najboljši primer tega je jok, ki izraža čustveno vznemirjenost (Rakovec-Felser, 2009).

V splošnem lahko trdimo, da lahko na podlagi zgornjega dela obraza (oči, obrvi, čelo) lažje prepoznamo negativna čustva, spodnji del pa je bolj jasno prepoznaven pri pozitivnih čustvih, pri čemer govorimo predvsem o nasmehu (Rakovec-Felser, 2009). Le ta ima zelo široko paleto pomenov, predstavlja pa lahko srečo, zadovoljstvo ali pa celo cinizem. Pomen nasmeha je različen v različnih kulturnih situacijah (Razvan, 2014), medtem ko gubanje čela kot gib zgornjega dela obraza pomeni skrb, jezo ali frustracijo.

Kljub temu, da je obrazna mimika najbolj razločen pokazatelj človekovih čustev, je dobro opazovati še druge telesne znake komuniciranja in izražanja (Rakovec-Felser, 2009). Že sam pogled lahko obravnavamo ločeno od obrazne mimike zaradi svoje izraznosti in pomembnosti pri komuniciranju, še pomembnejšo vlogo pa pogled dobi, ko preide v očesni stik.

Pogled pri človeku določajo čustveno stanje, poteze obraza, spol, starost, tema pogovora in včasih tudi kulturološki dejavniki. S pogledom lahko nadzorujemo in včasih celo reguliramo sogovornikova čustva, z njim pa tudi jasno prikažemo odnos do sogovornika (Rakovec-Felser, 2009). Ko ta preide v očesni stik, pa lahko ga ločimo na enostranski ali dvostranski. Dvostranski stik v povprečju traja 61% časa celotne komunikacije in ga opredeljuje pozornost in stik med obema sogovornikoma, pri enostranskem pa gre za odsotnost pogleda z ene strani. Sogovornika ne moreta biti ves čas osredotočena drug na drugega, zaradi česar enostranski očesni stik ne moremo opredeliti kot slabši, je pa nujno potrebno, da sta osebi v pogovoru kljub temu večino časa s pogledom usmerjeni druga na drugo. Kvalitativne lastnosti pogleda, ki jima pri tem pomagajo, so trajanje, ki ne sme trajati predolgo časa, pogledovanje med govorom, in pogostost pogleda. Kvaliteto pogleda, s katero lahko opredelimo, koliko informacij bo oseba prejela o sogovorniku, pa določajo skriti pogledi, pogostost pogledov, razširitev zenic in izraz v predelu oči (Rakovec-Felser, 2009). Čeprav zadnji dve redkokdaj ozavestimo, podata veliko informacij o čustvenem stanju posameznika.

Rakovec-Felser (2009) deli vloge pogledov v tri skupine. Ekspresivni pogledi izražajo čustva in odnose, regulativni določajo stik in bližino s sogovornikom, kontrolni pa nadzirajo sogovornikova čustva. To pomeni, da lahko s pogledom tako sporočamo kot tudi

pokažemo čustva ob poslušanju. Švab (1995) še dodaja, da mora biti pogled v obliki očesnega stika vzpostavljen vsaj na začetku in na koncu pogovora.

Obstaja veliko različnih dimenzij pogleda, ki se jih ne zavedamo, a lahko ob odstopanju hitro zmotijo komunikacijo. Direktnen pogled na primer lahko pomeni odkritost ali intimnost, lahko pa predstavlja tudi grožnjo. Pomembno je, da je skladen s situacijo, v kateri se nahajamo (Rakovec-Felser, 2009). Ljudje s slabšo podobo se bodo pogosto izogibali očesnemu stiku (Razvan, 2014). Bolj odprte oči naj bi na primer nakazovale pozitivna čustva (Rakovec-Felser, 2009), razširjene zenice pa močna čustva (Razvan, 2014). Pogosto mežikanje pa naj bi sporočalo nelagodje (Razvan, 2014). Pogled gor lahko pomeni, da si poslušalec poskuša nekaj zapomniti, pogled dol pa lahko nakazuje žalost, skromnost ali pa skrivanje čustev. Izogibanje pogledom lahko pomeni skrivanje čustev ali krivde (Rakovec-Felser, 2009). Dolg pogled pa lahko pomeni težnjo po bližini ali željo po prevladi, odtegnitev pogleda pa nezanimanje in tudi kazen.

Pri pogovoru z uporabnikom lahko zadnji nakazuje tudi uporabnikovo podrejenost zdravstvenemu delavcu zaradi potrebe po storitvi. Občutek podrejenosti s pogledom odraža tako, da vzpostavlja očesni stik le takrat, ko govori nadrejena oseba, ko pa govori podrejena sama, v odnosu do zdravstvenega delavca pogled umika (Rakovec-Felser, 2009). Pomembno je, da skušamo z uporabnikom vzpostaviti enakovreden odnos, saj se ta tako lažje izraža.

Težava lahko nastane v komunikaciji s slepimi, saj ti od sogovornika dobivajo manj informacij kot ostali uporabniki. Ti se bodo med pogovorom obrnili tako, da bodo sogovornika najbolje slišali, se pravi na stran, in ne bodo držali očesnega stika (Bofulin, 2016). To je pogosto bolj moteče za zdravstvenega delavca kot za uporabnika, saj je ta vaje situacije, medtem ko zdravstveni delavec lahko dobi občutek, da z njim težje komunicira. Pomembno je, da se zavedamo primanjkljaja, ki ga takšna oseba ima, ter da se pri taki osebi besedno izražamo zelo jasno.

Če se iz obraznega dela usmerimo celostno na človeka, vidimo, da lahko ta komunicira tudi s pomočjo drugih načinov, recimo kretnj. Kretnje, ki v osnovi pomenijo pomensko obarvane gibe, lahko delimo med tiste, ki spremljajo govor in tiste, ki jih uporabljamo samostojno. Najpogosteje se osredotočamo na kretnje, narejene z glavo ali z rokami, čeprav lahko kretnjo predstavlja tudi celoten položaj človeškega telesa. Človek naj bi

uporabljal več kot 700 000 kretenj, od tega pa jih 25 000 predstavlja kretnje obraza in okoli 5000 kretnje rok. Z njimi se lahko izrazi veliko čustev in odnos do sogovornika (Rakovec-Felser, 2009).

Ekman in Friesen delita kretnje na samostojne, spremljevalne, čustvene izraze, regulatorje in adaptorji (Rakovec-Felser, 2009).

Samostojne kretnje ali emblemi predstavljajo znake, kot so prikimavanje in odkimavanje in se uporabljajo namesto besed.

Ilustratorji so dopolnilne kretnje, ki poudarjajo povedano in tisto, kar se ne da povedati z besedami. Včasih razkrivajo tudi tisto, česar sporočevalec ne želi povedati, primer je na primer škripanje z zobmi.

Regulatorji so znaki potrebe po vključevanju v pogovor, kot je dvig roke.

Adaptorji pa so za prilagajanje situaciji. Taka sta na primer zehanje ob utrujenosti in grizenje nohtov ob živčnosti.

Pomen kretenj se razpozna iz konteksta. Dvignjena pest lahko pomeni jezo in sovražnost, lahko pa tudi solidarnost. Razprte roke pogosto pomenijo odprtost in sprejemanje, roka pred usti pa začudenost. Glava naslonjena na dlan lahko nakazuje z dolgočasnost, med tem ko le prst prslonjen na lice pomeni izjemno zanimanje (Rakovec-Felser, 2009). Pomembno je, da kontekstne informacije in informacije o počutju osebe pri razlaganju kretenj vzamemo v zakup, poleg tega pa lahko preko kretenj sporočevalec pokaže, ali je pogovoru dorasel (Rakovec-Felser, 2009). V situaciji je potrebno presoditi, ali so neke kretnje primerne. Ob prvem stiku moramo presoditi, ali smo si s sogovornikom enakopravni ali pa je kateri od dveh nadrejen, posledično tudi vemo, ali se bomo pozdravili s kimanjem, mahanjem z roko ali s pomežikom (Hillen, 2015). Pomembno je, da neko vrsto takšne komunikacije vseeno uporabimo, saj lahko odsotnost telesne govornice daje slab vtis (Rakovec-Felser, 2009).

Kretnje lahko izražajo tudi socialni status osebe. Telo nagnjeno naprej lahko pomeni tako zanimanje kot tudi skrb, sproščena drža in telo naslonjeno nazaj pa lahko pomeni sproščenost, pretirano samozavest ali celo vzvišenost (Rakovec-Felser, 2009). Pri izražanju je treba upoštevati tudi kulturne navade ter se v primeru, da se nahajamo v nepoznanem okolju, izražati s previdnostjo. V nekaterih kulturah je upravljanje izrazitih gest

razumljeno kot nevljudno, pri bolj čustveno ekspresivnih kulturah, katere primera sta italijanska in španska, pa je uporaba izrazitih gest ne samo povsem običajna, temveč je celo zaželena (Razvan, 2014). Preden se tako odločimo za izrazite kretnje, je dobro vedeti, ali so te primerne v trenutnem okolju.

Pri komunikaciji z uporabnikom moramo tako upoštevati telesne geste in druge vizualne značilnosti, s katerimi lažje zgradimo odnos z osebo. Zaupanje lažje pridobi oseba urejenega videza s hitrimi in zanesljivimi gibi, živahnim pogledom, ki ne izraža znakov živčnosti (Rakovec-Felser, 2009). Slednjih napotkov se je pri komunikaciji zelo pomembno držati ne samo v zdravstvu, temveč v splošni komunikaciji.

Pri osebah, ki vzpostavljajo čustveni stik, se lahko komunikacija prestavi tudi na raven telesnega dotika. Kljub temu čustvena navezanost ni edini pogoj za tako komunikacijo, saj to zaradi same narave dela zdravstveni delavci pogosto uporabljajo. Dotik je v samem bistvu prva vrsta komunikacije, ki jo razume novorojenec, skozi odraščanje pa začne izgubljati svoj pomen, saj pogled postane pomembnejši. Pri odraslih je največkrat dvoumno razumljena vrsta neverbalne komunikacije. Odvisna pa je od starosti, spola, narave odnosov, socioloških in kulturoloških dejavnikov (Rakovec-Felser, 2009).

V odnosu navadno veljajo nepisana pravila, kakšni dotiki in kdaj so dovoljeni. Zdravstveni delavci se pogosto pacienta dotikajo, vsi dotiki pa ne nosijo vedno blagodejnega učinka, kljub temu, da bi to pričakovali. Pri zlorabljenih osebah se marsikdaj ob dotiku pojavi nelagodje, poleg tega pa je primernost telesnega stika pogosto pogojena z navadami, ki jih imajo ljudje v družinskih okoljih in s telesnim stikom, ki ga običajno prejmejo (Rakovec-Felser, 2009).

Dotik je odvisen tudi od statusa osebe. Nadrejene osebe se lahko dotikajo podrejenih oseb, zaradi česar se zdravnikovo dotikanje pacienta ne zdi nič spornega, obratno pa se lahko smatra kot nevljudno (Rakovec-Felser, 2009). Dotik je odvisen tudi od kulture in okolja. Kot omenjeno je lahko dotik zdravstvenega delavca ključen za opravljanje njegovega dela, kljub temu pa se lahko pojavi v različnih situacijah, ne le med samim pregledom. Ob prvem srečanju naj bi se začel s stiskom roke, tako pa naj bi se posvet tudi zaključil. Stisk roke ali kakšen drugačen dotik, kot je recimo trepljanje po rami, naj bi se lahko pojavil tudi kot izraz tolažbe (Švab, 1995).

V primeru, da se nam oseba ne približa zadosti, da bi stik z njo lahko vzpostavili, se lahko marsikaj naučimo tudi od razdalje, ki jo je vzpostavila z nami.

Telesna razdalja je močno povezana in odvisna od odnosa med dvema osebama. Uravnavanje le te imenujemo proksemija (Prebil, 2009). V primeru, ko oseba stoji bližje, kot pa bi si druga to želela, lahko s tem vdira v njen osebni prostor, kar lahko sogovorniku predstavlja grožnjo. Prevelika razdalja pa lahko nakazuje prekinitev odnosa. Hall (1959) razdalje deli na:

- Intimno razdaljo, ki je razdalja približno 50 centimetrov ali razdalja dolžine roke. V slednjem primeru se sogovornika dobro vidita in slišita, zaznava pa se tudi telesna toplota in vonj. Seveda je za primernost takšne razdalje potreben zelo intimen odnos med osebama.
- Osebna razdalja obsega razdaljo od približno 50 do 120 centimetrov. Vzrok za takšno razdaljo je navadno pogovor iz oči v oči, vanjo pa navadno spustimo sorodnike, prijatelje in znance.
- Socialna razdalja meri približno od 2,5 do 3,5 metra. Je prva razdalja, pri kateri je intimnost zaščitena, pojavlja pa se v formalnih, poslovnih, izobraževalnih in svetovalnih odnosih. Razen slišnega pri njej ne iščemo drugega stika s sogovornikom.
- Javna razdalja je večja od 3,5 metrov. Nekatera vizualna in govorna sporočila so pri njej težja za prepoznavanje. Mnogokrat so za razumevanje in komunikacijo uporabljeni tudi tehnični pripomočki, kot je mikrofoni. Gre za govore in javno nastopanje.

Pomen razdalje je v splošnem odvisen od starosti, spola, situacije in kulture. Vstop v osebni prostor mora biti dovoljen, saj lahko v nasprotnem primeru predstavlja vdor v intimnost. Pri delu v zdravstvu, kjer je dotikanje in približevanje osebi navadno nujno za opravljanje dela, je zato nujno, da gesto ali približevanje prej nakažemo ali verbalno pojasnimo. Tako pacienta razbremenimo in ga pripravimo na spremembo odnosa, ki sledi pri npr. pregledu (Prebil, 2009). Pri verbalnem nakazovanju, ki je najpogostejše, je seveda pomemben tudi sam glas.

Sporočilom v glasu s tujko rečemo paralingvistična sporočila, ki se kažejo v oblikah poudarkov, kvalitete in jakosti glasu, ki ga oseba uporablja. Z glasom lahko sporočevalec manipulira s prejemnikom ali pa poudarja lastno prisotnost v pogovoru (Rakovec-Felser, 2009).

Razlike v govoru lahko povzročijo kvaliteta glasu (razpon, nadzor ustnic, izgovorjava), glasovne značilnosti (elementi kot je smeh, šepet, kašljanje...), glasovni označevalci (maksimalna jakost glasu, višina) in ločila (kot so mašila in tihi premori) (Rungapadiachy, 2003). Poznamo tudi parajezik, ki predstavlja različne glasove, ki se pojavijo med govorom, kot so vzdihljaji, stokanje, hitrost in ton govora (Prebil, 2009). Ti ob močnejših čustvih postanejo pogosto bolj izraziti, kot bi si želeli, zato mora bit zdravstveni delavec nanje pozoren med pogovorom z uporabnikom in jih po potrebi omejiti. S paralingvističnimi sporočili sogovornika pa si lahko pomaga (Prebil, 2009).

V primeru, da oseba ne spregovori, si lahko njeno počutje interpretiramo tudi z molkom. Kljub temu, da molk predstavlja odsotnost glasu, je lahko občasno vsaj toliko informativen kot govor sam. Z molkom je mogoče ob različnih trenutkih izraziti različne občutke, pozitivne ali negativne. Prejemnik lahko z molkom izrazi tako odsotnost, užaljenost, prestrašenost, nestrinjanje, kot tudi zanimanje, spoštljivost, sočutnost in razumevanje. Skozi molk se lahko odraža tudi zrelost (Prebil, 2009).

Poseben pomen ima v zdravstvu, saj marsikdaj zdravstveni delavci vedo podatke, ki jih ne smejo prenesti naprej, tako molk nosi vlogo blokiranja prenašanja informacij in igra pomembno vlogo zaradi zaščite osebnih podatkov.

Po drugi strani moramo upoštevati, da lahko z molkom in različnimi neverbalnimi sporočili posredujemo bolniku informacije, ki si jih lahko ta včasih tudi napačno razlaga. Zato je pomembno, da pri izražanju, kadar se le da, verbalno predstavimo vse informacije, ki jih lahko delimo z uporabnikom (Prebil, 2009).

Pri komunikaciji v zdravstvu je treba stalno načrtovati lastnosti okolja, s katerimi bomo osebam omogočili najboljše možno počutje. Velikokrat na pogoste lastnosti okolja, npr. velikosti prostorov ali pa vremena, ne moremo vplivati, nekoliko pa lahko vplivamo na barve v okolju.

Barve so fizikalni dražljaji iz okolja, ki lahko imajo na različne ljudi različen vpliv, prav tako pa imajo v različnih kulturah različne pomene. Z barvami se lahko izrazi čustveno stanje in razpoloženje. Poznamo tudi kromoterapijo, ki pomeni zdravljenje z barvami. V bolnišnicah naj bi bile barve pomirjujoče in nevsiljive. Pri tem moramo upoštevati predvsem barve sten, ne smemo pa pozabiti na strop. V bolniški sobi, kjer se bolniki pogostokrat počutijo priklenjeni na posteljo, naj bi bil ta prepleskan z nežnimi barvami, saj je bolnikov pogled večino časa usmerjen tja (Prebil, 2009).

Zaradi neznanja o komunikaciji in prepoznavanju neverbalnih znakov lahko pride do manj uspešnega procesa zdravljenja, saj se zdravstveni delavec včasih težko sporazumeva z uporabnikom in ga zato manj vključuje v zdravljenje. Pri pacientu se lahko zato pojavi nesigurnost in anksioznost (Sizemore, 2012). Ena izmed študij je recimo pokazala, da so ženske kot zdravstvene delavke bolj usmerjene k pacientu (Taveira-Gomes, 2016). Moški so med tem samozavestnejši in samostojnejši, oba spola in vsak posameznik posebej pa se mora zavedati svojih šibkih točk pri komunikaciji in jo vedno prilagoditi uporabniku, če želi doseči kar najbolj optimalne rezultate (Taveira-Gomes, 2016).

Kot pa navaja avtorica Rakovec Felser (2009), lahko v razmerju med zdravstvenimi delavci in uporabniki primerjamo vlogo zdravnika z vlogo očeta, saj ta predstavlja avtoriteto, ki daje, zahteva in omejuje, medicinska sestra pa predstavlja mamo, ki kaže razumevanje in toplino. V odnosu med zdravstvenim delavcem in uporabnikom je pričakovana avtoritativna drža zdravstvenega delavca, ki je pozitivna za ohranjanje zaupanja v strokovnost (Bofulin, 2016).

2 NAMEN

Namen diplomskega dela je bil s pregledom strokovne literature prikazati pomen neverbalne komunikacije, jo opredeliti, razdeliti in prikazati, kako vpliva na odnos med zdravstvenim delavcem in uporabnikom.

3 METODE DELA

Pri pisanju diplomskega dela smo uporabili deskriptivno metodo raziskovanja.

Knjižne vire smo iskali v knjižnici Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani, Splošne bolnišnice Celje in Osrednje knjižnici Celje v obdobju od julija do decembra 2017. Uporabili smo domačo in tujo literaturo, v slovenskem in angleškem jeziku. Pri tem smo se osredotočili na vire, ki so povezani z našim kulturnim okoljem in tistimi, ki se z njim povezujejo oziroma so dovolj splošni, da smo lahko znanje povezali.

Članke smo iskali po spletnih bazah Medline, Google učenjak, ScienceDirect in PubMed v časovnem obdobju od julija do decembra 2017. Vsi članki so bili v angleškem jeziku.

Za pisanje diplomskega dela smo uporabili štirinajst virov, v rezultate pa smo vključili tistih pet, ki so na primerih predstavljali različne načine neverbalne komunikacije, ki neposredno vplivajo na odnos. Ti so s primeri utemeljevali podatke.

Za poglavje razprava smo izključili splošne podatke o verbalni ali neverbalni komunikaciji in tiste, ki so vsebovali podatke le o odnosu med zdravstvenim delavcem in uporabnikom. Želeli smo se poglobiti v odnos med zdravstvenim delavcem in pacientom. Po pregledu literature smo opazili, da se je večina nanaša na odnos med zdravnikom ali medicinsko sestro in uporabnikom, manj pa se je nanaša na ostale zdravstvene delavce, ki so lahko tudi neposredno vključeni v sam proces zdravstvene oskrbe uporabnika. Menimo, da bi bilo potrebno večje vključevanje tudi drugih profilov v raziskave, saj je zdravstvena oskrba obširen in celovit proces.

Pri iskanju literature smo uporabili ključne besede v slovenskem jeziku: neverbalna komunikacija, komunikacija, očesni stik, mimika, kretnje, zdravstvo, komunikacija v zdravstvu in v angleščini: communication, non-verbal communication, health, medicine in body language.

4 REZULTATI

V diplomsko delo je bilo vključenih 13 virov, v rezultate pa 5, ki so ustrezali kriterijem, ker so opisovali neverbalne znake in njihov vpliv na odnos med uporabnikom in zdravstvenim delavcem. Viri so v slovenskem in angleškem jeziku.

Vir	Oblika	Znaki neverbalnega izražanja	Namen izražanja	Posledice odsotnosti izražanja	Drugo
Hillen, 2015	OČESNI STIK	Daljši ali neprekinjen očesni stik	<p>Večje zaupanje uporabnika do zdravstvenega delavca</p> <p>Občutek, uporabnika, da je razumljen s strani zdravstvenega delavca</p> <p>Izraz pozornosti do uporabnika</p>	<p>Uporabnikov občutek manjše vključenosti</p> <p>Uporabnik poda manj informacij</p>	<p>Odsotnost očesnega stika zaradi strmenja zdravstvenega delavca v računalniški ekran (računalnik kot tretja oseba)</p> <p>To lahko povzročijo tudi drugi moteči dejavniki, ki odvrtačajo pogled</p>
	KRETNJE	Nagib telesa naprej, proti uporabniku	<p>Zdravstveni delavec izkazuje večje zanimanje</p> <p>Boljša vključenost uporabnika</p>		Telo in obraz naj bi bila usmerjena proti uporabniku

Tabela 1: Rezultati

Vir	Oblika	Znaki neverbalnega izražanja	Namen izražanja	Posledice odsotnosti izražanja	Drugo
Prebil, 2009	RAZDALJA	Poseg v intimno razdaljo		Umik pogleda Izogibanje pogovoru	Izvajanje stika v varnem prostoru
	MIMIKA	Nasmeh	Dober namen zdravstvenega delavca Želja po sodelovanju		Uporabnik ga ne sme zamenjati s smejanjem
	KRETNJE	Pozdrav z rokovanjem	Spoštovanje Naklonjenost Dober namen	Ob odsotnosti zdravstveni delavec daje vtis hladne osebe	
	OKOLJE	Obleka (uniforma)	Simbol poklica	Lahko predstavlja pregrado	Razločevanje poklicev
Kee, 2017	MIMIKA	Negativna mimika		Občutek nezaupanja Zbujanje dvoma	
		Jezen ali nesrečen obraz		Ne prizadevanje zdravstvenega delavca za dober odnos	
		Izkazovanje čustev Izrazita mimika	Empatija Toplina Razumevanje		

Nadaljevanje tabele 1: Rezultati

Vir	Oblika	Znaki neverbalnega izražanja	Namen izražanja	Posledice odsotnosti izražanja	Drugo
Kee, 2017	GLAS	Glasovni označevalci	Dojemanje povedanega		Pojavijo se lahko zaradi osebnosti zdravstvenega delavca
		Monoton glas		Občutek, da je zdravstveni delavec zdolgočasen	
		Povzdigovanje glasu	Poudarjanje resnosti situacije Poudarjanje povedanega	Negativna čustva: strah Uporabnik se počuti napadenega	
Švab, 1995	OKOLJE	Postavitev prostora	Spodbujanje sodelovanja	Postavljanje zdravnika v nadrejen položaj	Stola postavljena pravokotno ena na drugega ne nasproti si Med njima ni pregrade
Rungapadiachy, 2003	OČESNI STIK	Neprekinjen očesni stik		Neprijetno strmenje	
	GESTE	Telesna drža			Opreljuje odnos med uporabnikom in zdravstvenim delavcem

Nadaljevanje tabele 1: Rezultati

5 RAZPRAVA

V rezultatih smo predstavili bistvene ugotovitve avtorjev o neverbalni komunikaciji glede na njihovo literaturo.

Hillen (2015) v članku govori o odnosu med pacientom in zdravnikom onkologom. Poudarjen je pomen zaupanja, ki se ga da, kot govori članek, doseči tudi s pravilno uporabo neverbalnih sporočil.

Na področju očesnega stika ugotavlja, da ta pripomore k zaupanju in povezanosti zdravstvenega delavca in uporabnika, do težav pa lahko pride, ker se ga lahko pogosto prekinja zaradi motečih dejavnikov v prostoru. Primer takšnega motečega dejavnika je monitor, na katerega je zdravstveni delavec osredotočen, ker so na njem zbrani podatki, ki jih potrebuje za obravnavo.

Na področju kretenj Hillen (2005) izpostavlja, da drža zdravstvenega delavca lahko vpliva na občutek vključenosti uporabnika. Drža telesa naj bi bila usmerjena proti uporabniku tako z obrazom kot tudi s trupom. Ravno nasprotni učinek zdravstveni delavec lahko doseže, če med pogovorom stoji, saj taka drža lahko daje uporabniku občutek, da se mu mudi ali, da si ni pripravljen vzeti časa.

Med tem, ko Hillen (2005) v članku opredeli kretnje in očesni stik na način, ki lahko pripomore k izboljševanju stika med zdravstvenim delavcem in uporabnikom z uporabo pravih neverbalnih znakov, pa Prebil s sodelavci (2009) izpostavi kaj lahko povzroči nasprotni učinek pri napačni medsebojni razdalji. Zgodi se, da mora zdravstveni delavec posegati v intimni prostor, ki je sicer namenjen najbližjim, a je hkrati tudi ključen za opravljanje njegovega dela. Pri tem je pomembno, da zdravstveni delavec skozi svoje delo sporoča uporabniku, kaj bo delal in napove svoje korake.

Kretnjo stiska roke Prebil in sodelavci (2009) povezujejo s pozdravom oziroma s prvim snidenjem. Zdravstveni delavec, ki se predstavi s stiskom roke, s tem izrazi spoštovanje in dober namen. Hillen (2005) pa ga povezuje tudi s spodbudo in intimnostjo.

Prebil in sodelavci (2009) nasmeh v odnosu zdravstvenega delavca do uporabnika opisujejo kot sredstvo za izražanje empatije, Hillen (2005), ki pa se v članku ukvarja z

odnosom med onkologom in rakavim bolnikom pa poleg empatije nasmeh predstavi tudi kot izraz spodbude. Vseeno pa ne pomeni vedno boljšega zaupanja uporabnika.

Prebil in sodelavci (2009) kot del neverbalne komunikacije opredeljujejo tudi obleko. Ta pove, katero funkcijo zdravstveni delavec opravlja in ga ločuje od uporabnika. Bel plašč je potreben pri nekaterih posegih, v ordinaciji pri splošnem pregledu pa Švab (1995) izpostavlja da ni.

Kee (2017) v članku izpostavi, da naj bi zdravstveni delavec skrival izrazito obrazno mimiko, še posebej, če je ta negativna, saj pri uporabniku vzbudi negativne občutke, kot sta lahko nezaupanje ali ne-prizadevanje za dober odnos. Pozitivno mimiko uporabnik povezujejo s toplino in empatijo.

Švab (1995) v članku medtem predstavlja dejavnike okolja, ki morajo biti določeni in upoštevani za boljše sodelovanje. Primer tega je sedenje zdravnika in pacienta ob sosednjih robovih mize. To preprečuje, da bi se pacient počutil ločenega od zdravnika in drugega postavljaj v nadrejeni položaj.

6 ZAKLJUČEK

Neverbalna komunikacija predstavlja primarni način izražanja čustev in je povezana z verbalno komunikacijo. V pogovoru se ji ni mogoče izogniti, izraža pa se na veliko področjih in na različne načine. Pri vsakem se odraža na drugačen način, ključna pa je za razumevanje čustvenega vidika besedila, za kvalitetno komunikacijo in za vzpostavljanje boljšega odnosa.

Skozi pisanje diplomskega dela smo ugotovili, da se marsikateri znaki neverbalne komunikacije prenašajo v naše okolje in v ordinacijo. Primer tega je, da uporabnik zdravniku ne sedi nasproti, preko mize, ampak sedita ob vogalu. Pomembno je, da zdravstveni delavec vzpostavi dober očesni stik in ne strmi v napravo, ki jo ima pred sabo, na primer ekran, saj s tem da uporabniku občutek neprisotnosti med pogovorom.

Do težav v komunikaciji in do nepravilnega razumevanja neverbalnih znakov lahko pride zaradi karakternih značilnosti sporočevalca, kot je barva in jakost glasu, drža telesa itd.

Menimo, da smo dobro opisali značilnosti, ki lahko izboljšajo ali poslabšajo situacijo med zdravstvenim delavcem in uporabnikom in opredelili, kako lahko z uporabo neverbalne komunikacije izboljšamo odnos in kakovost le te z uporabo pravih neverbalnih znakov.

7 LITERATURA IN DOKUMENTACIJSKI VIRI

Bofulin M in sod.. (2016). Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba - priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 197-242.

Carrion C et al. (2013). Learning Clinical Communication. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 141, 85 – 89.

Dostopno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814034405>
<8.8.2018>

Hall E T (1959). *The silent language*. New york: Doubleday, Garden City, 187-211.

Hillen M A et al. (2015). All eyes on the patient: the influence of oncologists' nonverbal communication on breast cancer patients' trust. *Breast Cancer Res Treat*, 153, 161–171.
doi: 10.1007/s10549-015-3486-0

Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26227472> <8.8.2018>

Kee J W Y, Khoo H S Lim I, Koh M Y H (2017). Communication Skills in Patient-Doctor Interactions: Learning from Patient Complaints. *Health Professions Education*, 4 (2018), 79 – 106.

Dostopno na: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2452301116301225>
<8.8.2018>

Lichtman R (1999). *The development, formative evaluation, diffusion, and usage of a health communication tool for noncommunicative patients*. Michigan: UMI, 1-8.

Dostopno na:

http://digitalcommons.wayne.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2266&context=oa_dissertations
<8.8.2018>

Prebil A, Mohar P, Drobne J (2009). *Komunikacija v zdravstvu*. Celje: Mohorjeva družba, 12-81.

Rakovec-Felser Z (2009). *Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja*. Maribor: Založba Pivec, 313-60.

Razvan C D (2014). Non-verbal Communication - Indispensable Complement of Oral and Written Communication. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 137105 – 11.

Dostopno na: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814036921>

<8.8.2018>

Rungapadiachy D M (2003). Medsebojna komunikacija v zdravstvu. Ljubljana: Educy, 249-66.

Sizemore J T (2012). Augmentative and Alternative Communication in the Intensive Care Unit: UMI, 1-9.

Dostopno na:

<https://encompass.eku.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.si/&httpsredir=1&article=1217&context=etd> <8.8.2018>

Švab I (1995). Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom – učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 41-90.

Taveira-Gomes I, Mota-Cardoso R, Figueiredo-Braga M (2016). Communication skills in medical students – An exploratory study before and after clerkships. *Porto Biomed*, 1(5), 173–180.

Dostopno na:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2444866416300265?via%3Dihub>

<8.8.2018>

Ule M (2009). Psihologija komuniciranja in medsebojnih odnosov. Ljubljana: Založba FDV, 169-199.