

**UNIVERZA V LJUBLJANI  
ZDRAVSTVENA FAKULTETA  
ZDRAVSTVENA NEGA, 1. STOPNJA**

**Ajla Šljivar**

**POMEN NEVERBALNE KOMUNIKACIJE S  
PACIENTI NA MEHANSKI VENTILACIJI**

**Ljubljana, 2017**







UNIVERZA V LJUBLJANI  
ZDRAVSTVENA FAKULTETA  
ZDRAVSTVENA NEGA, 1. STOPNJA

**Ajla Šljivar**

**POMEN NEVERBALNE KOMUNIKACIJE S  
PACIENTI NA MEHANSKI VENTILACIJI**

Pregled literature

**THE IMPORTANCE OF NON-VERBAL  
COMMUNICATION WITH A PATIENTS ON  
MECHANICAL VENTILATION**

Literature review

**Mentorica:** doc. dr. Andreja Kvas, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.

**Recenzentka:** pred. dr. Darja Thaler, viš. med. ses., univ. dipl. org., spec.  
supervizor

**Ljubljana, 2017**



## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorici, doc. dr. Andreji Kvas, za strokovno pomoč in vodenje pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se svoji družini in možu za vso potrpežljivost, spodbudo in podporo, ki sta mi jo nudila v času študija na Zdravstveni fakulteti.





## IZVLEČEK

**Uvod:** Neverbalna komunikacija je za paciente na mehanski ventilaciji težka in zahtevna naloga. Ne le, da niso zmožni verbalnega izražanja, zaradi svojega zdravstvenega stanja so večkrat depresivni, prestrašeni, jezni in občutijo veliko nelagodje, kar še dodatno otežuje njihovo zdravljenje. Poleg navedenega so omejeni v gibanju, nimajo moči in znanja o svojem zdravstvenem stanju, so sedirani ali pa se pojavi nezainteresiranost zdravstvenega osebja za komunikacijo s pacientom. Zaradi tega pri zdravstvenem osebjem večkrat naletijo na nerazumevanje zaradi nezadostnega znanja, ki ga ima osebje, ali pomanjkanja empatije.

**Namen:** Namen diplomskega dela je s pomočjo pregleda literature predstaviti pomen neverbalne komunikacije s pacienti na mehanski ventilaciji, ovire, ki se pojavljajo pri n komunikaciji in načine neverbalne komunikacije, ki so zanje najbolj uspešni in učinkoviti.

**Metode dela:** Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Izvedena je bila analiza ustrezne strokovne in znanstvene literature. V analizo smo vključili literaturo iz obdobja od leta 2005 do leta 2016. Literaturo smo iskali s pomočjo bibliografsko-kataložne baze COBIB.SI in podatkovnih baz CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) with Full Text, ScienceDirect in Medline. **Razprava in sklep:** Raziskave iz 14 relevantnih člankov kažejo, da pacienti na umetni ventilaciji doživljajo predvsem negativne občutke zaradi nezmožnosti verbalnega izražanja, so pod stresom in se bojijo, zato je zelo pomembna vloga medicinske sestre, da prepozna ovire in jih skuša odpraviti tako, da poišče čim bolj učinkovit način neverbalne komunikacije s pacientom. Kot najbolj uspešne in pogoste metode za paciente so se pokazale različne komunikacijske table s črkami in slikami. Najbolj pogost način komunikacije so tudi stisk roke in zapiranje ali odpiranje oči kot odgovor da oziroma ne. Pacienti na umetni ventilaciji se znajdejo v težki situaciji zaradi nezmožnosti verbalne komunikacije. Odvzeta jim je osnovna potreba, komunikacija. Kljub temu pa lahko z neverbalnim komuniciranjem sporočajo svetu, kaj si želijo, zato mora medicinska sestra imeti določena znanja in izkušnje, da se lahko ustrezno odzove in pomaga.

**Ključne besede:** medicinska sestra, pacient, komunikacija, enota intenzivne terapije, ovire v komunikaciji.



## ABSTRACT

**Introduction:** Non-verbal communication is very difficult and demanding for patients on mechanical ventilation. Not only are they unable to express themselves verbally, they are often depressive, scared, angry and very uncomfortable because of their condition, which makes the situation even worse. In addition, they cannot move, lack strength and knowledge, or are sedated. Health care staff may also become uninterested in their issues, which can cause misunderstanding due to insufficient knowledge or lack of empathy.

**Purpose:** The purpose of this thesis is to provide an overview of relevant literature, discuss the significance of non-verbal communication with a patient on mechanical ventilation, point to potential issues, and present the most successful and efficient types of non-verbal communication. **Methods:** This thesis is based on a descriptive research method involving an examination of relevant scientific literature from the period 2005–2016 and a presentation of the findings. The literature was found through the COBIB.SI bibliographic/catalogue database, the CINAHL data base with Full Text, and the ScienceDirect and Medline databases. **Discussion and conclusion:** The results of 14 relevant articles suggest that patients on mechanical ventilation experience negative feelings due to their inability to express themselves verbally. They are stressed and afraid, which is why it is up to the nurse to identify any obstacles and help the patient overcome them by finding the most effective way to communicate in a non-verbal manner. The most successful method of communication with such patients is communication boards featuring letters and pictures that patients can point at. However, hand squeezing and closing/opening the eyes to indicate a yes or a no are also common forms of communication. Patients on mechanical ventilation are in distress because they cannot communicate verbally, meaning that they are deprived of communication – their basic need. They can use non-verbal communication to express their wishes, but the nurse must possess sufficient knowledge and experience to react properly and provide assistance.

**Keywords:** nurse, patient, communication, intensive care unit, obstacles in communication.



# KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
2	NAMEN .....	3
3	METODE DELA.....	4
4	KOMUNIKACIJA .....	6
4.1	Neverbalna komunikacija .....	8
4.2	Komunikacija v zdravstvu .....	10
4.3	Komunikacija s pacientom v enoti intenzivne terapije.....	11
5	MEHANSKA VENTILACIJA.....	14
5.1	Vloga medicinske sestre pri pacientih na mehanski ventilaciji .....	16
5.2	Ovire pri komunikaciji s pacienti na umetni ventilaciji.....	18
5.3	Načini neverbalne komunikacije s pacienti na mehanski ventilaciji .....	20
6	RAZPRAVA.....	23
7	ZAKLJUČEK.....	27
8	LITERATURA IN DOKUMENTACIJSKI VIRI.....	28



## KAZALO TABEL

Tabela 1: Izbrana literatura.....	5
-----------------------------------	---





# 1 UVOD

Sposobnost človeškega komuniciranja je temelj vseh interakcij, je prenos informacij od ene do druge osebe. Pri vsakem medosebnem odnosu in socialni interakciji je za sporazumevanje ključno tisto, kar nameravamo sporočiti, in odziv, ki ga sporočanje dejansko izvabi. Komunikacija se dogaja stalno, vsaka beseda in vsako obnašanje nekaj sporoča. Ne moremo ne komunicirati. Komunicirati pomeni biti v medsebojni zvezi, sporočati, vzpostaviti določen odnos. Ljudje smo socialna bitja, ki med seboj ves čas komuniciramo. zavestno ali ne, toda komunikacija ni le pošiljanje sporočil, temveč tudi njihovo sprejemanje (Rakovec Felser, 2009).

Sporočilo je sestavni del življenja, brez sporočanja ne bi preživali. Verbalna in neverbalna komunikacija se začeta ob rojstvu in se končata s smrtjo. Komuniciramo ne samo v namen prenašanja informacij in znanja, temveč tudi z namenom, da razvijamo odnose, se povezujemo z ljudmi in širimo občutke povezanosti (Vertino, 2014).

Učinkovita komunikacija na področju zdravstva vključuje medicinsko sestro, pacienta, ostale člane zdravstvenega tima in pa tudi svojce. Komunikacija je sestavni del zdravstvene nege in celostne obravnave pacienta. Spretnost govora je pomembna pri oskrbi pacienta, saj slednji lažje sodeluje pri načrtovanju zdravstvene nege. Bistvo procesa je dober odnos med medicinsko sestro in pacientom (Železnik, 2006). Pomembno je, da zna medicinska sestra presoditi stanje pacienta, ugotoviti, kakšne so njegove potrebe in zahteve ter kakšna je sposobnost njegovega komuniciranja. Prav tako je pomembno komuniciranje med zaposlenimi, ki s pacientom sodelujejo tako ali drugače, saj dober odnos med njimi deluje v dobro pacienta (Grossbach et al., 2011).

Komunikacija v zdravstvu je pomembna, ker je osnova medosebnega odnosa. Dobra komunikacija dviga stopnjo zaupanja v zdravstvene delavce, z njo odkrivamo osebne značilnosti pacienta, dviga se učinkovitost zdravstvenega tima in pomaga pri razreševanju konfliktov. Rezultati dela so boljši, dviga se stopnja osebne rasti, poveča se kakovost odnosov med zaposlenimi, dviga se stopnja osebnega zadovoljstva glede na delovno nalogo (Krešić, 2013).

"V enoti intenzivne terapije in nege se srečujemo z zavestnimi in nezavestnimi pacienti. Pri komunikaciji z nezavestnimi pacienti je zelo pomembno, da se z njimi pogovarjamo, saj ne moremo predvidevati, koliko nas slišijo. Uspešno komunikacijo s pacienti na oddelku za intenzivno terapijo in nego dosežemo s procesom, ki je značilen za vsako komunikacijo med medicinsko sestro in pacientom. Zavedati pa se moramo tudi, da je proces komunikacije zaradi narave bolezni kritično bolnega pacienta večkrat zelo zahteven" (Križan, 2009).

Pacient, ki je na mehanski ventilaciji, ni zmožen verbalne komunikacije. Medicinski sestri ne more opisati in razložiti občutka tesnobe in izoliranosti, zato je toliko bolj pomembna neverbalna komunikacija. Iz njegove mimike obraza, kretenj rok in govorice telesa lahko razberemo, kaj nam želi sporočiti, prav tako pa lahko izvemo veliko o njegovem zdravstvenem stanju (Otuzlogu, Karahan, 2014).

## 2 NAMEN

Namen diplomskega dela je s pomočjo pregleda literature predstaviti pomen neverbalne komunikacije pri pacientih na mehanski ventilaciji in opisati ovire, ki se pojavljajo pri neverbalni komunikaciji ter predstaviti ustrezne načine sporazumevanja, ki jih medicinska sestra lahko uporabi pri svojem delu s takšnimi pacienti.

Cilji diplomskega dela so:

- predstaviti mehansko ventilacijo,
- opisati načine neverbalne komunikacije pri pacientih na mehanski ventilaciji,
- ugotoviti, na kakšne ovire naleti medicinska sestra pri komunikaciji s pacienti na mehanski ventilaciji

### 3 METODE DELA

Uporabljena je bila opisna metoda dela. Pregledali in analizirali smo domačo ter tujo strokovno in znanstveno literaturo. Iskanje je potekalo v mednarodnih podatkovnih bazah, kot so CINAHL NAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), PubMed, Cochrane, Healthsource, Springer Link, in v strokovni reviji Obzornik zdravstvene nege, do katerih smo dostopali prek spletne strani Zdravstvene fakultete. Uporabili smo tudi prispevke iz zbornikov, ki so bili najdeni s pomočjo slovenske vzajemne bibliografsko-kataložne baze podatkov COBIB.SI. Literaturo smo iskali s pomočjo naslednjih ključnih besed: pacient/patient, komunikacija v zdravstvu /communication in health care, neverbalna komunikacija/non-verbal communication, mehanska ventilacija/mechanical ventilation, komunikacija v enoti intenzivne terapije/communication in intensive care unit, ovire v komunikaciji/communication barriers.

Najustreznejšo literaturo smo izbrali glede na vsebinsko relevantnost in na ustreznost časa oziroma leto izdaje. Izbrana literatura se nanaša na čas od leta 2005 do leta 2016, članki, starejši od 11 let, so bili izločeni. Jezik izbora je slovenski, angleški in hrvaški, izključeni so članki v drugih tujih jezikih. Uporabljeni so članki v polnem besedilu, kratka poročila in opisi. Pridobljenih je bilo veliko člankov, vendar vsi niso bili primerni za analizo. Največ člankov je bilo najdenih in izbranih v podatkovni bazi CINAHL na podlagi ključne besede komunikacija v zdravstveni negi (456), ustreznih člankov glede na kriterije je bilo 12, nato po številu sledijo članki, najdeni po ključni besedi neverbalna komunikacija (69), ustreznih člankov je bilo 10, mehanska ventilacija (626), ustreznih člankov 8, in komunikacija v enoti intenzivne terapije (59), ustreznih člankov 5 (Tabela 1).

Tabela 1: Izbrana literatura.

	<b>Ključne besede</b>	<b>Število zadetkov</b>	<b>Število izbranih zadetkov v polnem besedilu</b>
<b>CINAHL</b>	-komunikacija v zdravstveni negi	456	12
	-neverbalna komunikacija	69	10
	-mehanska ventilacija	626	8
	-komunikacija v enoti intenzivne terapije	50	5
<b>PubMed</b>	-mehanska ventilacija IN komunikacija	172	1
	-neverbalna komunikacija	173	5
	enota intenzivne terapije IN komunikacija	723	3
	-ovire v komunikaciji v zdravstveni negi	360	2
<b>COBIB.SI</b>	-neverbalna komunikacija	677	4
	-mehanska ventilacija	78	1
	-komunikacija v zdravstveni negi	127	1

## 4 KOMUNIKACIJA

"Beseda komuniciranje izvira iz latinske besede »communicare«, ki pomeni (po)deliti, sporočiti, narediti nekaj skupaj. Beseda »communicare« v latinščini ni pomenila splošne človeške spretnosti, ampak se je nanašala na nekaj splošno otipljivega ali jasnega, pa tudi na retorično spretnost govorcev, da pripravijo svoje občinstvo do sodelovanja v razpravi" (Ule, 2009).

Slovar slovenskega knjižnega jezika (2005, 4–5) pojem komunicirati opredeljuje kot »izmenjavati, posredovati misli, informacije, sporazumevati se«. Pojem komunikacija pa kot »sredstvo, objekt, po katerem je možno premikanje iz enega kraja v drugega,« ter »sredstvo, ki omogoča izmenjavo, posredovanje informacij; komunikacijsko sredstvo«.

"Komunikacija se začne z rojstvom in traja do smrti, ko ugasnejo vse življenjske funkcije. Skozi ta proces razvijamo svojo osebnost, odkrivamo pričakovanja drugih do nas in naša pričakovanja v odnosu do drugih, učimo se medsebojnih odnosov in vključevanja v življenjsko okolje " (Hoyer, 2005).

Bistveni odgovor na vprašanje, zakaj komuniciramo je, da bi preživeli. S komuniciranjem pridobivamo informacije iz okolja in jih tudi pošiljamo nazaj. Informacije so bistveni element, ki nam omogoča, da se v okolju znajdemo. Podatke iz okolja pridobivamo s pomočjo čutil, ki so osnova za sprejem informacij v naš organizem. Pravimo, da je komuniciranje življenjsko pomembna aktivnost (Maning, 2006).

Da proces komunikacije steče, so pomembni trije dejavniki: pošiljatelj z informacijo, kanal informacije in prejemnik informacije (Kosi, 2006). Poznamo več vrst komuniciranja: namerno, nenamerno, simbolno, množično, medkulturno, odnosno, podporno. V vsakdanjem življenju nam je bližja in bolj razumljiva delitev na verbalno in neverbalno komunikacijo. Ločevanje komuniciranja na verbalno in neverbalno je možno v teoriji, sicer pa sta pojma povezana in prepletena, odvisna drug od drugega (Mohar et al., 2009).

"Verbalna komunikacija je najpogostejši način sporazumevanja. Besede tvorijo pogovor, ki je značilen za človeka, in ta ga dejansko loči od drugih živih bitij. Izrečene besede lahko pri udeležencih vzbudijo pozitivne, negativne in nevtralne predstave. Med vsakim pogovorom pa se ustvari medčloveški odnos, ki je pomemben za pacienta in tudi za ostale

subjekte komunikacijskega procesa. Pomembno je, da se s pacientom in njegovimi bližnjimi pogovarjamo in istočasno razvijamo dva pomembna elementa komuniciranja, to sta slišanje in poslušanje" (Hoyer, 2005).

Po mnenju Hamsleya in sodelavcev (2012) se ljudje razlikujejo tudi po značaju, zato je treba način komunikacije nenehno prilagajati. Nekateri ljudje so potrpežljivi, zainteresirani, aktivni, nenehni spraševalci, drugi so pasivni, nezainteresirani, nepotrpežljivi, pa tudi vdani v usodo.

V komunikaciji je pomembno, da je vsebina sporočila tistega, ki prek verbalnega in neverbalnega načina sporoča (oddajnik), čim bolj enaka vsebini sprejetega sporočila (prejemnik). Na to vpliva mnogo dejavnikov, med njimi tudi: oddajnik, sprejemnik in kontekst komunikacije (Škufca Smrdel, 2011). Ovire oziroma motnje v komunikaciji v zdravstveni negi lahko nastopijo na strani oddajnika (medicinska sestra) ali prejemnika (pacient). Nazadnje pa so lahko motnje tudi v komunikacijskem kanalu ali poti (šumi, motnje) (Pajnkihar, Lahe, 2006). Za komunikacijo je bistvena interakcija povratne zveze. Pomembno je, da sprejemnik sporočilo sprejme v prvotni obliki, ga interpretira, pojasni in odgovori oddajniku, ta pa mu da povratno informacijo in nanjo reagira (Hoyer, 2005).

Kosi (2006) navaja, da komunikacija nastane takrat, ko neka informacija doseže tistega, ki mu je namenjena, in ko sproži neko reakcijo pri tej osebi. Če informacija ne sproži reakcije pri prejemniku, ne vemo, ali je ta dosegla naslovnika. Reakcija pa je lahko različna ali v nasprotju s pričakovanji.

Uletova (2009) poudarja, da je komuniciranje v raznih oblikah tako razširjeno in tako zelo povezano z našim življenjem, da to jemljemo kot nekaj samoumevnega in danega. Zato se običajno ne zavedamo izrednega pomena, ki ga ima komuniciranje v vsakdanjem družbenem in gospodarskem življenju, in se kaže v tem, da je človekovo obnašanje skoraj vedno rezultat ali funkcija določene oblike komuniciranja.

## 4.1 Neverbalna komunikacija

"Neverbalna komunikacija je človekov prvi način komuniciranja. Obvladamo jo, še preden se naučimo govoriti. Šele pozneje se naučimo pomena besed in spregovorimo, saj naj bi obvladovanje govora oziroma besed zagotavljalo višjo stopnjo enoumnega razumevanja sporočil, ki jih človek oddaja ali sprejema. Vendar je področje komuniciranja veliko bolj kompleksno, zanašanje zgolj na besede je premalo, pomen neverbalnih sporočil pa nikakor ni zanemarljiv" (Paladin, 2011).

Knapp in Hall (2010) navajata, da so neverbalni znaki najbolj pomemben del našega sporočanja, razumevanje teh znakov in učinkovita uporaba pa sta ključna za naš uspeh pri vsakem socialnem stiku. "Na področju neverbalne komunikacije sta pomembni čutili vid in sluh, posebno v zdravstvu pa je zelo pomemben dotik" (Hoyer, 2005).

Ljudje se sporazumevamo verbalno in neverbalno, vendar je neverbalna govorica bolj zgovorna, iskrena in neposredna kot beseda. Zaradi presojanja in razmišljanja lahko verbalno komunikacijo nadzorujemo, da je bolj primerna določeni situaciji, vendar pa ni vedno najbližja resnici. Sporočil, ki jih oddajamo z neverbalno komunikacijo, ne moremo vedno nadzorovati in obvladati. V okolje jih pošiljamo prek mimike obraza, kretenj in drže telesa ter se jih ne zavedamo. Prav zato so takšna sporočila bolj spontana in pristna, so odsev naših misli, ko smo v stiku z drugimi. Z besedami lahko izražamo strinjanje, a telesna govorica izdaja naše mnenje in resnični odnos. Sporočilo je verodostojno, ko se z besednim sporočilom ujemajo izraz na obrazu, pogled, drža, geste, gibi, kakovost glasu, oblačila in razdalja (Rakovec Felser, 2009).

Čustveno neverbalno komuniciranje je veliko močnejše od besed. Ima širši pomen in takojšen učinek, ki traja in je naraven. Iz neverbalne komunikacije drugi odkrijejo veliko o osebi, ki jo opazujejo ali majo določen stik. Samozavest ali živčnost kažemo s telesno držo, z gibi rok, mimiko obraza, s tonom glasu in hitrostjo govora. Po tem pa lahko prepoznamo samozavest ali stres pri pacientih (Higginson, 2011).

Spretnost komuniciranja s pacientom je ena izmed pomembnejših nalog v zdravstveni negi, saj gre za večino, ki jo medicinske sestre najpogosteje potrebujemo. Nebesedna sporočila so pogosto dvoumna in nejasna, vendar pa nam v kombinaciji z besednimi sporočili in



situacijo pomagajo razvozlati celoten pomen tega, kar bi nam sogovornik rad posredoval (Mumel, 2008).

Cevasco (2010) ugotavlja, da neverbalna komuniciranja zdravstvenega osebja vpliva na pacientovo zadovoljstvo in na njegovo spoznavno ter čustveno stanje. Kratkoročno in dolgoročno spremembo spoznavnega stanja avtor pripisuje dejstvu, da izrazi obraza sporočajo razumevanje in skrb za pacienta, kar se kaže v zadovoljstvu in izboljšanju zdravstvenega stanja pacienta.

Kar 60 do 70 odstotkov vsega sporočanja v socialnih srečanjih je sestavljeno iz neverbalnih znakov, saj je to vsaka nebesedna komunikacija. Neverbalno komuniciranje poteka bolj na nezavedni, medtem ko verbalno večinoma na zavedni ravni (Mohar et al., 2009). Neverbalna komunikacija je pomembna na vseh področjih, kjer delamo z ljudmi in kjer so od ustreznega ter kakovostnega odnosa odvisni rezultati dela (Rakovec Felser, 2009). Vedeti moramo, da je neverbalno komunikacijo težko nadzorovati, saj lahko posredujemo sporočila nehotno, spontano in rutinsko. Takšna sporočila lahko povedo o nas več, saj so po večini spontana (Hoyer, 2005).

Pacient, ki ne more verbalno komunicirati, težko izrazi, kaj si želi in česa ne, kako se počuti in kaj misli. Komunikacijo doživlja kot oviro, ki mu otežuje bivanje v bolnišnici in zmanjšuje dobro počutje, pogosto ima občutek nemoči. Ko želi tak pacient nekaj sporočiti, pa ga sogovornik ne razume, se odzove z neželenimi vedenjskimi vzorci, postane slabo razpoložen in nemiren (Vrankar, 2011).

Čeprav pacient ne more verbalno komunicirati, je pomembno, da se zdravstveni delavci pacientu predstavijo in ga ogovarjajo z imenom in priimkom, mu zagotovijo ter nudijo ustrezna pomagala, uporabljajo razumljiv in enostaven jezik, mu razložijo, kaj se dogaja in kakšen je načrt (Happ et al., 2008).

Pomembno je, da medicinska sestra ovrednoti pomen mimike pri neverbalni komunikaciji. Sama lahko pove pacientu svoja opažanja, in sicer, če ima pacient jezen izraz na obrazu ali žalosten, vznemirjen, vesel, prestrašen. Poiskati mora možne vzroke za take občutke in ustrezno rešitev. Pomembno je, da vzdržuje očesni stik s pacientom, upoštevati pa mora tudi nekatere kulturne razlike (Grossbach et al., 2011).

## 4.2 Komunikacija v zdravstvu

Komunikacija je v zdravstvu zelo pomembna veščina, ki bi jo moral obvladati vsakdo. Za medicinsko sestro je pomembno, da se nauči, kako s pomočjo komunikacije pacienta vključiti v proces zdravljenja in zdravstvene nege (Hedberg et al., 2007).

Medicinska sestra je odgovorna za komunikacijski proces in skrbi, da ta nemoteno in kakovostno teče, ter gradi odnos, v katerem se mora pacient počutiti varnega. Pomaga mu s poslušanjem, sprejemanjem, razumevanjem in vključevanjem v proces zdravljenja. Komunikacija v zdravstvu je pomembna, ker je osnova medosebnega odnosa. Dobra komunikacija dviga stopnjo zaupanja v zdravstvene delavce saj z njo odkrivamo osebne značilnosti pacienta. Učinkovitost zdravstvenega tima se večja in pomaga pri razreševanju konfliktov. Rezultati dela so boljši, stopnja osebne rasti je večja prav tako pa se poveča kakovost odnosov med zaposlenimi in stopnja osebne zadovoljstva glede na delovno nalogo (Krešić, 2013).

Medicinska sestra mora za boljšo komunikacijo s pacientom in sodelavci imeti predvsem razvite govorniško-retorične spretnosti, saj so prave in popolne informacije v zdravstvenem sistemu ključnega pomena. Z njimi pacientom rešujemo življenje in omogočamo, da živijo kakovostnejše. "S prenosom primerno podanih informacij lahko prihranimo veliko časa in se izognemo velikim napakam" (Birk, 2009).

Besede lahko pri pacientih vzbujajo negativne, pozitivne ali nevtralne občutke. Velikokrat medicinska sestra zaradi pomanjkanja časa in naprednih aparatov pozabi, da pacienti potrebujejo prijazno besedo in topel pogled. Tako se osebni stiki zmanjšajo na minimum. Medicinska sestra svoje delo opravlja na različnih področjih zdravstvene nege in se dnevno srečuje z različnimi ljudmi, zato so taktnost, diskretnost in razumevanje nujni v primeru, ko gre za neprijetne situacije (Ivanuša, Železnik, 2008).

Čukova (2005) navaja, da med veščine komunikacije, ki naj bi jih obvladala vsaka medicinska sestra, spadajo učinkovita komunikacija v timu, reševanje konfliktov, izmenjava strokovnih in običajnih informacij, poučevanje, komuniciranje v večjih in manjših skupinah. Johnson in sodelavci (2006) navajajo, da vsak pacient na svoj način razume svojo bolezen, zdravstveno stanje in bolečino ter na svoj način razume, kaj mu medicinska sestra pripoveduje. Železnikova (2006) opisuje, da je komunikacija življenjsko

pomembna spretnost, ki zahteva nenehno učenje. Uletova (2009) pa poudarja, da ima le komunikacija zmožnost preseči medosebne, gospodarske, sociokulturne razlike in nudi zaupanje, spoštovanje ter medosebno razumevanje.

Ko komuniciramo z nezavestnim pacientom, se moramo zavedati, da ne moremo oceniti, koliko nas pacient sliši (pomembno je, da se vedemo, kakor da pacient vse sliši). Zato je treba prilagoditi vsebino pogovora, da ga ne bi še dodatno vznemirjali (Benedik, 2008). Lešnik (2007) v raziskavi ugotavlja, da je dobro komuniciranje med pacientom in medicinsko sestro vsaj tako pomembno kot dobra strokovna obravnava ter da se nezadovoljstvo z zdravstveno oskrbo veže prav na ta del obravnave.

"Komunikacija je v zdravstvu še vedno slabo cenjena, čeprav je spodbudno komunikacijsko okolje velikega, če ne celo odločilnega pomena za zdravljenje in zmanjšanje bolečin sodobnega človeka. Zdravstvo zaznamuje zanemarjanje pomena komunikacije, čeprav so psihosomatske težave, ki so posledica komunikacijskih motenj v družbi, vedno večja težava, na katere zdravstvo ne reagira. Prednost imajo tehnologija in njeni napredki, čeprav le pogovor med zdravstveno delavko in pacientom lahko razreši marsikatero težavo" (Ule, 2009).

Učinkovita komunikacija tudi s pacienti postaja vse pomembnejši element na področju zdravljenja in zdravstvene nege. Za vse, ki delajo v zdravstvu, je nujno, da poznajo osnovne značilnosti komuniciranja in dejavnike, ki vplivajo na to, ali bo komuniciranje uspešno ali ne. Komunikacija je osnova za nudenje zdravstvene oskrbe, ne glede na mesto posameznika v zdravstveni ureditvi in ne glede na zdravstveno disciplino. To pomeni, da uspešna komunikacija vodi do boljših in višje postavljenih standardov nujenja zdravstvene oskrbe (Kaučič, Pagon, 2006).

### **4.3 Komunikacija s pacientom v enoti intenzivne terapije**

Vrankar (2011) piše, da so pacienti v enotah intenzivne terapije velikokrat "intubirani, sedirani ali močno poškodovani. Iz teh ali drugih razlogov v času hospitalizacije ne zmorejo verbalne komunikacije. Pri takšnih pacientih se uporabljajo različne tehnike komunikacije, ki jih uporabljajo tudi svojci in obiskovalci. Pacienti, ki ne zmorejo govoriti,

težko izražajo svoje počutje, želje in potrebe. Verbalna komunikacija jim predstavlja oviro, sami pa se obenem počutijo nemočni, so slabo razpoloženi in nemirni."

Reader in sodelavci (2007) v razpravo vključujejo raziskave, ki so pokazale, da so taki pacienti prestrašeni, občutijo paniko, dvigne se raven stresa in pojavijo se motnje spanja. Težavo predstavljajo tudi fizična oslabeledost, sedacija, fiksacija rok zaradi različnih diagnostično - terapevtskih posegov in postopkov ali zdravstvenega stanja pacienta, jezikovne ovire, poškodbe v predelu vratu in glave, slepota in naglušnost. Prav tako nastanejo ovire na strani medicinskih sester zaradi pomanjkanja časa, veliko dela, kritično bolnih pacientov, težav pri branju z ustnic in pomanjkanja komunikacijskih spretnosti.

Glede na pacientovo stanje mora medicinska sestra izbrati ustrezno tehniko komuniciranja, narediti načrt zdravstvene nege in oceniti izvedeno intervencijo (Wujetwicz et al., 2015). Za mnoge paciente je namestitev v enoti intenzivne terapije stresen dogodek, ki vzbudi občutek strahu in zmedenosti. Nekateri se na to že pripravijo, ker to pričakujejo, za druge pa je to nenadno (Batty, 2009).

Pacient v intenzivni enoti ne zmore govoriti večinoma zaradi umetne dihalne poti, sedacije, fiksacije, utrujenosti in nevroloških bolezni. Otežen govor je najpogostejša težava, ki jo pacienti opisujejo, kar jim povzroča dodatni stres. Prav tako se pojavijo anksioznost, strah, frustracija, jeza, panika, nespečnost in različne stiske. Medicinske sestre navajajo še razočaranje pacientov, ko ugotovijo, da ne morejo verbalno izražati svojih potreb glede bolečine in nelagodja. Težave, ki nastanejo, ko se zdravstveni delavci soočajo s pacientom, ki ne zmore verbalne komunikacije, so znane, vendar enote intenzivne terapije nimajo razvitega še nikakršnega merljivega standarda, ki bi bil v pomoč v takih primerih (Happ et al., 2011).

Pacient, hospitaliziran na oddelku intenzivne terapije, se običajno sooča z življenjsko ogrožajočimi boleznimi. Njegovo zdravstveno stanje zahteva monitoring, sodobno opremo, invazivne in neinvazivne postopke ter posege. Tak status pacienta vpliva na njegove sposobnosti in mu onemogoča izražanje samega sebe. Komunikacija odraža naš socialni svet in dolgo je bila v ospredju le verbalna komunikacija, vendar obstajajo še druge možnosti komunikacije v odnosu medicinske sestre in pacienta (Alasad, Ahmad, 2005).

Pacient, ki je bil urgentno intubiran, potrebuje krajše razlage, kot so: »Imate cev v grlu, ki vam pomaga dihati« in »Ne morete govorit zaradi vstavljenе cevi.« Besede spodbude so največkrat lahko: »Dobro vam gre«, »Vse je v redu«, »Pomagamo vam dihati«, »Počutili se boste bolje ob ustreznem dihanju« (Kabes et al., 2009).

Raziskave so pokazale (Khalaila et al., 2011), da čeprav se medicinske sestre, ki delajo v enoti intenzivne terapije, zavedajo pomena ustrezne komunikacije s kritično bolnimi pacienti, komunikacije ne izvajajo pravilno oziroma za to nimajo prave volje.

Za medicinsko sestro, ki pacienta celostno obravnava, je zelo pomembno znanje komuniciranja. Pogovor kot način sporazumevanja je ena od najzahtevnejših veščin, obenem pa je še vedno v zdravstvu premalo cenjen, saj so na prvem mestu še vedno tehnologija in njeni napredki. Pogovor med pacientom in medicinsko sestro predstavlja temelj reševanja skoraj vseh zdravstvenih težav. Obliko sporazumevanja, ki jo v določeni situaciji uporabljamo, izberemo na podlagi pacientovega zdravstvenega stanja, razumevanja in načina komunikacije, ki ga pacient najbolj razume. Veliko je odvisno tudi od znanja zdravstvenega in medicinskega osebja (Ule, 2009).

Raziskava, ki so jo izvedli v treh bolnišnicah v Jordaniji (Alasad, Ahmad, 2005), je vključevala 28 medicinskih sester, ki so bile zaposlene v enotah intenzivne nege, kjer so imeli do 90-odstotno zasedenost s kritično bolnimi pacienti. Vzorec je vključeval medicinske sestre z od 5 do 20 let delovnih izkušenj. Rezultate so dobili s poglobljenim intervjujem, z vprašanji odprtega tipa, kot je na primer: »Kaj si mislite o komunikaciji s kritično bolnimi pacienti?« Večina vprašanih medicinskih sester je povedala, da je psihično veliko lažje delati s sediranimi pacienti, saj niso zahtevni oziroma niso v stanju pokazati svojega razburjenja ali razdražljivosti. Pri nezavestnih pacientih se jim ni treba pretirano ukvarjati s tem, kaj ti skušajo povedati in sporočiti.

## 5 MEHANSKA VENTILACIJA

Mehanska ventilacija ali umetno predihavanje pljuč je metoda, s katero pomagamo pacientu, ki iz različnih vzrokov ne more z lastnimi močmi zagotoviti zadostne spontane ventilacije. To je periodični prenos zraka oziroma mešanice zraka in kisika med dvema mehanskima sistemoma – aparatom za dihanje in torakopulmonalnim sistemom pacienta. Pogoj za mehansko predihavanje je povezava med pacientom in ventilatorjem po endotrahealnem tubusu ali kanili (Vahčič, Simonič, 2012).

Pacient na mehanski ventilaciji spada pod življenjsko ogrožene. Ima odpoved enega ali več pomembnih organskih sistemov oziroma obstaja verjetnost, da bo do odpovedi prišlo. Umetna dihalna pot, ki pacienta povezuje z mehanskim ventilatorjem, je nenaravna, invazivna in nefiziološka pot dihanja. Tudi če pacient ni uspavan, je zaradi tega omejen v vseh življenjskih aktivnostih (Škerjanec, 2011).

Ventilator je aparat, ki podpira dihanje pacienta, pri katerem je zaradi različnih bolezenskih vzrokov to nezadostno. Aparat, ki se v ta namen uporablja, imenujemo respirator ali aparat za dihanje (Crocker, Scholes, 2009). Izraz respirator ni najbolj primeren, saj nadomesti samo predihavanje (ventilacijo). Kadar se ventilator uporablja v anesteziji, ga imenujemo anestezijski ventilator (Manohin, Križmarič, 2006).

Mehanska ventilacija pomeni dovajanje zraka v pljuča z napravo (respirator), ki ritmično napolnjuje pljuča s svežim zrakom. Mehanska ventilacija je namenjena pacientom v hudi akutni respiracijski insuficienci in pacientom v kronični respiracijski insuficienci zaradi kronične alveolarne hipoventilacije (Vrankar, 2011). Vzrokov za mehansko ventilacijo je veliko, zagotovo pa lahko opredelimo štiri skupine vzrokov, ki so najbolj pomembne: zaščita in toaleta dihalne poti, hipoksemija, motnje ventilacije in splošna anestezija (Johnson et al., 2006).

Najpogostejši vzrok za odpoved dihanja je zapora dihalnih poti, ki je lahko delna ali popolna. Vzroki za nastanek so različni in lahko nastopijo na katerem koli delu dihalne poti. Pri nezavestnem pacientu se najpogosteje zapre dihalna pot v predelu žrela, ker ima zmanjšan mišični tonus, zaradi česar jezik in mehka tkiva v žrelu zaprejo dihalno pot (Melo et al., 2014).

Mekiš (2011) je vzroke za odpoved dihanja razdelil v tri "glavne" skupine, in sicer na zaporo dihalne poti, moteno dihalno funkcijo in bolezenske spremembe pljučnega parenhima. Nastane lahko akutna ali kronična (pri napredovanju bolezni) odpoved delovanja dihal, ki postopoma slabša dihalno funkcijo.

Prosen (2011) je dihalno pot opredelil kot pot, ki jo mora zrak oziroma kisik prepotovati od začetka vdih pri nosnicah do sapnika. Dihalno pot sestavljajo nos, usta, žrelo, grlo z glasilkami in sapnik. Dihalna pot se lahko zapre kjerkoli zaradi različnih vzrokov (tujek, edem dihalne poti, globoka nezavest ali infekcija).

"Poznamo dve skupini pripomočkov, s pomočjo katerih lahko vzpostavimo in vzdržujemo umetno dihalno pot: enostavni ali endotrahealni pripomočki, kamor spadata ustno-žrelni (orofaringealni) in nosno-žrelni (nazofaringealni) tubus, in supraglotični ali alternativni pripomočki, kamor spadajo laringealna maska in tubus ter I-gel" (Zorko, 2011).

"Intubacija je lahko nujna (urgentna) ali načrtovana (programska). O nujni intubaciji govorimo takrat, kadar iz različnih bolezenskih razlogov (npr. akutna pljučna embolija) nastopi akutna dihalna stiska, ki ogroža življenje pacienta. O načrtovani (programski) intubaciji pa govorimo takrat, če se dihalna stiska šele razvija in pacient ni neposredno ogrožen, zato imamo čas za pripravo pripomočkov" (Kodila, 2008).

Poznamo dva načina mehanskega predihavanja: invazivni in neinvazivni. Glavna razlika je, da mora imeti pacient pri invazivnem načinu predihavanja vzpostavljeno umetno dihalno pot, prek katere je povezan z mehanskim ventilatorjem, pri neinvazivnem načinu predihavanja pa umetne dihalne poti ne potrebuje, ker ga predihavamo s pomočjo maske ali čelade, ki se zelo redko pojavlja (Tingsvik et al., 2015).

Pogoj za izvajanje mehanskega predihavanja je povezava med pacientom in ventilatorjem prek endotrahealnega tubusa ali kanile (Kodila, 2008). "Indikacija za mehansko predihavanje je dihalna stiska, ki jo ugotavljamo s pomočjo naslednjih parametrov (Kodila, 2008):

- motnje v mehaniki dihanja (previsoka ali prenizka frekvenca dihanja, premajhen enkratni in minutni dihalni volumen, zmanjšana inspiracijska in ekspiracijska dihalna moč),

- motnje v oksigenaciji (hipoksemija) in
- motnje v odstranjevanju (eliminaciji) ogljikovega dioksida (hiperkapnija)."

Enote intenzivne terapije zagotavljajo stalen in strokoven nadzor kritično bolnih pacientov, med katere spadajo tudi pacienti na mehanski ventilaciji, ki potrebujejo pomoč pri predihavanju, kot obliki zdravljenja in kot podpori dihalnemu sistemu. Mehanska ventilacija je še posebej pri pacientih, ki so umetno ventilirani sedem dni ali dlje, ena izmed najbolj zahtevnih in zapletenih postopkov z vidika zdravstvene oskrbe v enotah intenzivne terapije (Johnson et al., 2006).

"Mehansko predihavanje je potrebno pri:

- boleznih pljuč – pnevmonitis zaradi okužbe, aspiracije ali inhalatorne poškodbe, poškodbe prsnega koša,
- kardiogenem pljučnem edemu – akutni miokradni infarkt, kardiomiopatija, volumska preobremenitev,
- boleznih dihal – poslabšanje kronične obstruktivne pljučne bolezni, hudo poslabšanje astme,
- odpovedi dihalne miškulature – sindrom Guillain-Barre, miastenija gravis,
- predoziranju zdravil,
- sistemskih boleznih – šok in sepsa,
- splošni anesteziji" (Jurca, 2011).

Pacienti, ki prejemajo umetno ventilacijo, zahtevajo zdravstveno nego, v katero spadajo naloge, kot so trahealna sukcija, kontrola cuffa (balončka), preprečevanje preležanin zaradi tubusa, varen prevoz v druge enote, pomembni so tudi ukrepi za preprečitev dodatnih zapletov, kot so aspiracijska pljučnica, razjeda zaradi pritiska, izpad tubusa, barotravma in pneumotoraks (Melo et al., 2014).

## **5.1 Vloga medicinske sestre pri pacientih na mehanski ventilaciji**

Pacient na mehanski ventilaciji je v enoti intenzivne enote pod neprekinjenim opazovanjem. Medicinska sestra opazuje njegovo splošno stanje, življenjske funkcije in pravilno delovanje naprav, ki ga ohranjajo pri življenju med katere spada tudi ventilator.



Pacient, ki je priključen na ventilator, ne sme ostati brez nadzora izkušene medicinske sestre. Alarmne naprave z ustrezno nastavljenimi mejami morajo biti ves čas vključene (Prestor, 2005).

Nadzor nad mehansko ventilacijo zahteva na tem področju izobraženo in izkušeno ekipo zdravstvenega osebja, ki obvlada delovanje različnih tipov ventilatorjev, različne oblike ventilacije, ustrezno opremo in organizacijo. Pacient, ventilator in osebje so medsebojno vpeti v trikotnik, v katerem lahko usodno vplivajo drug na drugega. Med mehansko podporo dihanju je pozornost osebja usmerjena k ventilatorju in pacientu (Cerović, 2009).

Pacienti na mehanski ventilaciji so bolj zahtevni, bolj nepotrpežljivi in jezni, saj jim je z nezmožnostjo verbalne komunikacije vzeta avtonomija in samospoštovanje. (Carroll, 2007). V raziskavi, ki je potekala pri pacientih na mehanski ventilaciji, ekstubiranih v roku 72 ur, so ugotavljali njihovo doživljanje zdravljenja z mehansko ventilacijo. S pacienti so opravili intervjuje, ki so trajali od 20 do 60 minut, 62 odstotkov pacientov je odgovorilo, da so čutili visoko stopnjo frustracije brez komunikacije, medtem ko so bili umetno ventilirani. Pacientova nezmožnost sporočanja se je kazala v občutku izgube nadzora, depersonalizaciji, anksioznosti, strahu in stiski ter medicinske sestre niso prepoznale bolečine (Crocker, Scholes, 2009)

Khalaila in sodelavci (2011) navajajo stiskanje roke kot najpogostejšo metodo, s katero pacienti izražajo svoje potrebe, nato sledi obrazna mimika. To pomeni, da mora medicinska sestra biti najprej dobra opazovalka, da lahko prepozna strah, neugodje ali odobravanje pacienta na njegovem obrazu. Pri komuniciranju s pacienti na umetni ventilaciji sta potrebna čas in napor. Pri pacientih velikokrat zaznamo občutek nestrpnosti in jezo, ker jih lahko napačno razumemo. Predvsem je pomembno, da zna medicinska sestra presoditi, kakšne so pacientove potrebe, zahteve in sposobnosti komuniciranja. Prav tako je pomembno komuniciranje med vsemi zaposlenimi, ki s pacientom sodelujejo, saj dober odnos med njimi deluje v dobro vseh pacientov (Grossbach et al., 2011).

Po mnenju pacientov zdravstveno osebje ni dovolj usposobljeno, da lahko bere z ustnic in razume sporočilo. Dejavniki, ki po večini vplivajo na to, so nezmožnost gibanja, nezavesten pacient, strah in izogibanje stika zdravstvenega osebja s pacientom. Ko zdravstveno osebje ne zmore vzpostaviti uspešne komunikacije z intubiranim pacientom,

običajno to pripiše nezainteresiranosti in ravnodušnosti pacienta, kar pa le še pogloblja pacientove negativne občutke in znatno upočasni potek zdravljenja (Otuzoglu, Karahan, 2014).

Medicinska sestra mora pri pacientu posredovati mirno in samozavestno, tako da s svojim obnašanjem na pacienta deluje blagodejno. Pomembno je, da ohrani potrpežljivost, tudi ko je pacient jezen ali razočaran, ko ni zmožen verbalne komunikacije. Pokazati mora veliko mero sočutja in razumevanja. Pacientu mora pustiti dovolj časa, da ta predela sporočilo. Po potrebi poišče pomoč, ko je časovno omejena (Patak et al., 2006).

Tudi svojci želijo pomagati pacientu v času, ko je mehansko ventiliran. Želijo biti njegovi skrbniki. To pacientu lahko zelo olajša vso situacijo, saj znan glas in dotik delujeta pomirjujoče. Sorodniki imajo prednost, da lahko hitreje prepoznajo jezo ali strah s pacientovega obraza in nemirnost, ker ga poznajo. To je lahko zdravstvenemu osebjem v veliko pomoč. Vendar se lahko tudi pri svojcih pojavijo občutki pomanjkanja, saj se pacient ne more odzvati na način, kot bi želeli. Pomembno je, da tudi svojcem v teh trenutkih nudimo podporo in empatijo (Eadie et al., 2006).

Na uspešnost ali neuspešnost medsebojnega sporazumevanja vplivajo mnogi dejavniki. Najbolj pomembni dejavniki so namen, vsebina pogovora, osebe, ki so vključene v komuniciranje, pa tudi način, čas in kraju ter drugimi okoliščinami, kjer se komunikacija odvija. V zdravstveni negi je komunikacija eden od temeljnih elementov zdravstvene obravnave pacienta. "Gre za obojestranski, večplasten, vsebinsko in oblikovno zahteven ter potreben del celostne obravnave posameznika" (Klemenc, 2006).

## **5.2 Ovire pri komunikaciji s pacienti na umetni ventilaciji**

Pacient, ki je intubiran, je priključen na ventilator in ne more z besedami izraziti svojih občutkov. Istočasno je omejen v gibanju, saj je odvisen od pripomočkov, ki vzdržujejo in nadzirajo njegove življenjske funkcije. Počuti se osamljenega in nemočnega. Endotrahealni tubus mu povzroča bolečino, nelagodje in strah, da ne bo več zmožel samostojnega dihanja in gibanja (Tingsvink et al., 2015).

Težave pri komunikaciji povzročajo pri pacientu na mehanski ventilaciji stres, ki pozneje vodi do čustvene stiske, ta se izraža z depresijo, anksioznostjo, strahom, jezo, frustracijo, občutki panike, motnjo spanja, zmanjšano samozavestjo in izgubo nadzora (Wujetwicz et al., 2015). Pacient kljub vstavljenemu endotrahealnemu tubusu skuša govoriti in premikati ustnice, da bi ga sogovorniki razumeli, vendar je zaradi vstavljenega tubusa prek ust premikanje ustnic oteženo (Crocker, Scholes, 2009).

Raziskave so pokazale, da se pri neverbalni komunikaciji s pacienti na mehanski ventilaciji pojavljajo določene težave, kot so nezmožnost branja z ustnic, nezmožnost pisanja pri pacientu, določene pacientove značilnosti, kot so zavračanje stika z zdravstvenim osebjem, zdravstveno osebje pa je deležno premalo izobraževanj na temo neverbalne komunikacije ter preveč obremenjeno z delom (Lindgren, Ames, 2016).

Vzroki za oteženo verbalno komunikacijo z intubiranimi pacienti so največkrat neprimerna razlaga zdravstvenega osebja in neustrezno razumevanje, nezmožnost komuniciranja pacienta in težave z različnimi komunikacijskimi tehnikami ter strah. Upoštevati moramo tudi stopnjo zavesti, fizične in mentalne sposobnosti, motorične spretnosti, vedenjske značilnosti in kulturni vpliv. Pomembno je, da v različnih obdobjih pacientove bolezni uporabljamo ustrezno komunikacijsko tehniko, da upoštevamo jezikovne razlike, da mu priskrbimo slušni aparat ali očala po potrebi. Izbrati moramo pravi trenutek, da se zavedamo omejenosti gibanja ali zaradi fizične oslabelosti ali zaradi fiksacije, ne smemo pa pozabiti niti na splošne težave, poškodbe in različna zdravila, ki bi lahko vplivala na potek komunikacije (Vrankar, 2011).

Jenabzadeh in Chlan (2011) v članku navajata izkušnje medicinske sestre, ki je bila intubirana v enoti intenzivne terapije in ni bila zmožna verbalne komunikacije. Nezmožnost komunikacije je bila največja težava. Uporabljala je tablo z različnimi znaki, vendar je svojci kljub temu večkrat niso razumeli, kaj jim je želela sporočiti. Zaradi tega so se pojavljali občutki jeze in nemoči, pa tudi pomanjkanje volje za napredek.

Alasad in Ahmad (2005) opisujeta, da nezavestni pacienti niso zmožni verbalne komunikacije in nam ne morejo dati nobenih pomembnih povratnih informacij. Poudarjata, da moramo s pacientom vseeno govoriti, mu povedati, kdo smo, kje je, zakaj je tu, kateri dan je danes in da je na varnem. Medicinske sestre pozabljajo na takšno komunikacijo ali

zaradi zatopljenosti v delo ali zaradi narave same komunikacije. Raziskava kaže tudi, da se medicinske sestre zavedajo pomena verbalne komunikacije z nezavestnim pacientom, vendar večinoma ne poteka med izvajanjem zdravstvene nege.

Predvsem je pomembno, da zna medicinska sestra predvideti, kakšne so pacientove potrebe in zahteve ter kakšna je sposobnost njenega in pacientovega komuniciranja. Zato mora prilagoditi način komunikacije in imeti primerna znanja, da bodo potrebe pacienta zadovoljene. Sedativi ali narkotična zdravila resno škodujejo ali preprečujejo komunikacijo s pacientom; budni pacient namreč veliko bolj aktivno sodeluje v komunikaciji kot sedirani (Caroll, 2007).

Alasad in Ahmad (2005) navajata, da bi nezavestni pacienti slišali in celo razumeli verbalno komunikacijo, ter da medicinske sestre, ki ne komunicirajo z njimi, doživljajo kot nestrokovne in nezainteresirane. Verbalna komunikacija z nezavestnim pacientom ohranja njegovo identiteto, spoštovanje in optimizem, kar bi posledično izboljšalo njegovo psihično in fizično stanje. Pomaga pri pacientovi stopnji zavesti in sposobnosti, da se odzove (Eadie, 2006).

### **5.3 Načini neverbalne komunikacije s pacienti na mehanski ventilaciji**

Jus (2006) navaja, da je za uspešno komunikacijo treba poslušati, spoštovati in opazovati verbalno in neverbalno izražanje ter ne samo poslušati, ampak tudi občutiti. Preveriti moramo, kako je pacient dojel naše sporočilo, reševati skupne probleme, dopuščati stališča, drugačna od naših, ne govoriti zviška, opravičiti se in sprejeti opravičilo.

"Komunikacija, ki jo uporabljamo s pacienti na mehanski ventilaciji na oddelkih intenzivne terapije in nege, je rutinska aktivnost za zdravstveno osebje. Za kar najbolj učinkovito komunikacijo se lahko uporabljajo različne komunikacije tehnike, ki se jih morajo posluževati tako svojci kot obiskovalci. Učenje komuniciranja in prilagajanja novim tehnikam je za pacienta težko in utrujajoče" (Vrankar, 2011).

Za doseganje učinkovite komunikacije s pacientom na umetni ventilaciji obstaja več orodij. Medicinske sestre skušajo prepoznavati mimiko obraza in telesa. Poznani so tudi drugi

pripomočki za lajšanje sporazumevanja, kot so različne besedne deske za komuniciranje ali elektronske naprave, ki se uporabljajo predvsem pri pacientih, ki so dolgo časa hospitalizirani, predvsem za ocenjevanje in vrednotenje bolečine (Happ et al., 2011). Curtis in sodelavci (2013) ter Nilsen in sodelavci (2014) navajajo telesne kretnje, obrazno mimiko, stik z očmi in postavljanje kratkih vprašanj, na katera pacient odgovarja z da ali z ne, kot najpogostejše oblike komuniciranja s pacientom.

Pertab (2011) in Roter (2008) pa navajata kot najpogostejše oblike načinov komuniciranja z intubiranim pacientom še:

- branje z ustnic,
- uporabo svinčnika in papirja,
- uporabo abecedne sestavljanke in
- uporabo slikovne table s simboli.

Poleg očesnega stika sta tudi dotik in stisk roke lahko eden od načinov komuniciranja z intubiranim pacientom. Pri izvajanju terapevtskih in negovalnih postopkov pacientu vedno razložimo namen in izvedbo ter čas trajanja postopkov. Vedno je treba počakati na pacientove odzive. To lahko opazimo kot kimanje z glavo, odpiranje in zapiranje oči ter stisk roke (Križan, 2009). Ilustrirane table so zelo učinkovit način komunikacije oziroma olajšajo pacientu izražanje želja, saj ta le pokaže na sliko, kaj si želi (če je pri zavesti in sposoben premikanja rok) (Patak et al., 2006).

Bolj učinkovito komunikacijo oziroma odziv pacienta dobimo, če postavljamo preprosta in kratka vprašanja, na katera se lahko pacient odzove z da in ne oziroma s prikimavanjem in odkimavanjem. Prav tako pacientu dajemo kratka navodila, kot na primer: »pokimajte z glavo« in »stisnite roko«. Miren glas in samozavesten pristop ter terapevtski dotik lahko na pacienta vplivajo pomirjujoče (Otuzoglu, Karahan, 2014).

Čeprav je komunikacija s pacientom, ki je na mehanski ventilaciji, izziv tako za pacienta kot tudi za negovalno osebje in svojce, so določene komunikacijske metode namenjene temu, da ublažijo težave pri komuniciranju in zmanjšajo stres pri pacientu (Pertab, 2009). Raziskave, ki so bile opravljene na temo komunikacije s pacienti na umetni ventilaciji kažejo na isti problem, nepoznavanje neverbalne komunikacije in nezmožnost izražanja

želja, misli, kar se kaže z večjo resnostjo bolezni, občutki jeze in frustracij pri pacientu (Nilsen et al., 2014).

## 6 RAZPRAVA

Enota intenzivne terapije je področje z največjo potrebo po komunikaciji in tudi kraj, kjer so komunikacijske ovire največje. Izguba komunikacijskih sposobnosti in pomanjkanje informacij sta največja težava pacientov hospitaliziranih v oddelku intenzivne terapije. V enotah intenzivne terapije se je razvil predsodek, da pacienti ne zmorejo govoriti zaradi različnih vzrokov. To je seveda res, vendar ne smemo pozabiti, da to ne pomeni odsotnost komuniciranja (Starčević, Petković, 2012).

Učinkovita komunikacija pomaga ranljivim pacientom obvladovati in sprejemati boljše odločitve v zvezi z njihovim zdravljenjem in oskrbo. Vendar ohranjanje učinkovite komunikacije v zdravstvenem okolju, ki je zelo stresno tako za pacienta kot za zdravstveno osebje, zahteva strokovnjaka na tem področju, ki ima razvite spretnosti medosebnega razumevanja in zavedanja sebe ter drugih (Bramhall, 2014). Raziskave so pokazale, da čeprav se medicinske sestre, ki delajo v enotah intenzivne terapije, zavedajo pomena ustrezne komunikacije s kritično bolnimi pacienti, te ne izvajajo pravilno oziroma za to nimajo volje (Pertab, 2009).

"Prav tako je pri komunikaciji s pacienti na umetni ventilaciji zelo pomembno urejeno, jasno sporočilo, ki ga medicinska sestra da pacientu. Medicinska sestra se mora vedno prepričati, ali jo pacient pravilno razume, prav tako mora pravilno razumeti pacienta, s katerim komunicira" (Pajnkihar, Lahe, 2006).

Intubirani pacient je v novem okolju zelo zmeden in ima potrebo po ustvarjanju reda in dodelitvi smisla temu okolju v upanju, da se čim bolj prilagodi. To lahko opazimo, ko hoče prijeto tubus, nazogastrično sondo in premikati katetre. Okolje si razlaga po svojih senzornih izkušnjah, z vidom, tipom, vohom in z gibanjem. Vendar ima večina pacientov spremenjen perceptualni sistem, ki jim onemogoča popolnoma razumeti okolje. Zaradi nezmožnosti komunikacije, prisotnosti bolečine ali pomanjkanje določene opreme za komunikacijo (tabele, elektronske naprave itd.) doživljajo strah in tesnobo (Roter, 2008).

Happ in sodelavci (2011) so objavili raziskavo, v kateri je komunikacija med medicinsko sestro in pacientom v enoti intenzivne terapije celovito ocenjena. Izvedena je bila na kardiotorakalnem kirurškem intenzivnem oddelku na University of Pittsburgh Medical

Center. Za namen raziskave so naključno izbrali 10 medicinskih sester in 30 kritično bolnih pacientov, ki so bili budni in odzivni, vendar nezmožni verbalne komunikacije zaradi vstavljenega endotrahealnega tubusa. Pacienti so morali ocenjevati pozitivne interakcije medicinske sestre, na primer očesni stik in jasna navodila, ter uporabo različnih komunikacijskih pripomočkov. Rezultati raziskave kažejo splošno sliko o tem, ali so pacienti sporočila medicinske sestre sprejemali dobro ali z določeno stopnjo težavnosti. Večinoma so pobudo za komunikacijo dale medicinske sestre (86 odstotkov), kar so pacienti označili kot zelo spodbudno. Najbolj pogosta interakcija je bil očesni stik, ki ga medicinska sestra ni vzpostavila za več kot eno minuto. Kljub temu pa je skoraj 40 odstotkov pacientov komunikacijo z medicinsko sestro ocenilo od nekoliko do zelo težavno iz neznanih razlogov, razbrati pa ni bilo uporabe komunikacijskih tabel in drugih pripomočkov, ki bi pacientom zelo olajšali povratno komunikacijo.

Carroll (2007) je raziskovala umetno ventilirane paciente in ugotovila, da je kar 62 odstotkov pacientov pri zdravljenju z mehansko ventilacijo čutilo visoko stopnjo frustracije zaradi pomanjkanja pozornosti in razumevanja medicinskih sester. To je pri njih povzročilo nelagodje ter obremenjevanje s tem, kako bodo izrazili svoje želje in sporočila.

Laakso in sodelavci (2009) so ugotovili, da dobra komunikacija med pacienti na umetni ventilaciji in medicinskimi sestrami pospešuje dobro okrevanje, saj je dokazano, da je slaba komunikacija ena od glavnih težav, s katerimi se srečujejo pacienti. Medicinska sestra takemu pacientu daje občutek zaupanja in varnosti. Prav tako je kot pozitiven pojasnjen vpliv družinskih članov na dobro komunikacijo med pacientom in medicinsko sestro, saj lahko medicinska sestra prek svojcev spozna pacienta, njegove navade, običaje, želje in način obnašanja.

Patak in sodelavci (2006) so izvedli raziskavo, v kateri so pacienti imeli možnost uporabiti katero od ponujenih metod komuniciranja (mimika obraza, geste, branje z ustnic, dotik, pisanje na papir). Glede na oceno večine pacientov so ugotovili, da ti načini ne zadoščajo za izražanje pacientovih potreb in želja. Veliko boljše so se izkazale ilustrirane tabele s slikami, ki so pacientom omogočile bolj jasno in nazorno izražanje. Ugotovili so tudi, da je kar 62 odstotkov ( $n = 29$ ) testiranih pacientov imelo velike težave pri komuniciranju z medicinskim osebjem in da je medicinsko osebje razumelo samo 5 odstotkov teh pacientov. Učinkovita komunikacija pri takih pacientih je bistvena, saj lahko le na tak



način izrazijo svoje osnovne fiziološke in psihološke potrebe, pošiljajo in sprejemajo odločitve, izražajo svoje zahteve in želje, zato je možnost pacientovega izražanja zelo pomembna, prav tako pa je pomembno, da zdravstveno osebje pacienta razume (Grossbach et al., 2012).

Pomembno je, da medicinska sestra oceni komunikacijske potrebe pacienta in da opredeli ustrezno komunikacijsko strategijo. To pomeni, da mora ustvariti načrt za zdravstveno nego intubiranega pacienta kot tudi za njegovo družino in ostale člane zdravstveno negovalnega tima. Tak načrt mora biti viden in dostopen vsem, ki so v stiku s pacientom, pri katerem ni možna verbalna komunikacija. Zdravstveno osebje in svojci se morajo zavedati, da nas bo pacient razumel samo, če bomo komunicirali na njemu razumljiv način (Grossbach et al., 2011).

Leta 2009 so izvedli raziskavo, v katero so vključili 15 medicinskih sester iz dveh mestnih bolnišnic za namen odkrivanja ovir in potrebnih strategij pri komuniciranju s kritično bolnimi pacienti. V tej raziskavi so medicinske sestre navedle čas kot glavno oviro pri delu s pacienti, ki niso zmožni verbalne komunikacije (Hamsley et al., 2012). Medicinske sestre dojemajo čas kot pozitiven ali kot negativen dejavnik, odvisno od tega, koliko ga imajo. Tiste, ki menijo, da komunikacija s takim pacientom traja predolgo in terja preveč časa, so prikrajšane za boljšo interakcijo s pacientom in posledično za prepoznavanje težav pacienta ter izbiro najboljše metode. Tiste, ki se posvetijo pacientu ne glede na časovne ovire, pa razvijejo potrebne strategije za vsakega pacienta posebej in si posledično olajšajo delo pri komunikaciji s pacientom, saj poznajo primeren komunikacijski način (Hamsley et al., 2011).

Vrankar (2011) navaja, da so za pacienta novi načini komuniciranja in nove komunikacijske tehnike utrujajoče ter težke. Komunikacijske tehnike je treba načrtovati, jih zavesti v načrt zdravstvene nege, saj se na ta način nadaljuje uspešna komunikacija in tudi sodelavcem prihrani čas za nadaljnje ugotavljanje ustrezne komunikacijske tehnike.

Jenabzadeh in Chlan (2011) opisujeta svojo izkušnjo kot intubirana pacienta: medicinskim sestram svetujeta, naj delajo s pacientom tako, kot bi same želele, da delajo z njimi. »Vprašajte se, kaj bi vi potrebovali in kaj želeli vedeti o sebi in svojem stanju, tako ravnajte tudi s pacienti.«

Strpnost in vztrajnost sta zelo pomembni. Čukova (2005) navaja, da je uspešnost komunikacije odvisna tudi od zunanjih pogojev in notranjih presoj. Medicinska sestra se mora zavedati stopnje pacientove zmožnosti razumevanja, saj bo na tak način ustrezno prejela povratno informacijo oziroma pacientovo sporočilo. Zato mora poznati pacientov način komuniciranja.

Za ugotavljanje načinov komuniciranja, zlasti neverbalnega, pacientov na umetni ventilaciji v Sloveniji predlagamo nadaljnja raziskovanja, saj je to področje pri nas še razmeroma slabo raziskano. Na osnovi podatkov iz raziskav pa bi lahko izdelali protokole ali navodila za neverbalno komunikacijo s pacienti na umetni ventilaciji, kar bi medicinskim sestram omogočilo bolj kakovostno zdravstveno obravnavo teh pacientov. Poleg tega je zelo pomembno, da se medicinske sestre, ki delajo v enotah za intenzivno terapijo in nego, nenehno strokovno izpopolnjujejo in usposabljujejo, saj osvežitev, nadgraditev in razširitev znanj ter veščin pripomore k bolj kakovostni zdravstveni obravnavi pacienta na mehanski ventilaciji.

Kakovostna komunikacija med medicinskimi sestrami in pacienti namreč pripomore k boljši in učinkovitejši zdravstveni negi, saj so medicinske sestre tiste, ki pacientu s svojo prisotnostjo omogočajo stik z okoljem in svojci. Ne glede na to, ali so pacienti budni ali ne in ali čutijo ter vidijo dogajanje v bolniški sobi, je treba ravnati z njimi enako občutljivo in nežno.

## 7 ZAKLJUČEK

Komunikacija je osnovna potreba vsakega človeka. Z njo sporočamo svetu, kaj si želimo, in dobivamo povratne informacije. Neverbalna komunikacija je skupna vsem, ker je spontana in nepredvidljiva. Pacienti se razlikujejo po tem, koliko informacij o svojem zdravstvenem stanju potrebujejo in želijo. Pacienti, ki so v enoti intenzivne terapije in nege, so večkrat v življenjsko ogroženem stanju in pod vplivom raznih zdravil, zato je njihova komunikacija otežena, še zlasti pri tistih, ki so mehansko ventilirani. To jim predstavlja velik stres in pri njih povzroča negativne občutke, kar še dodatno slabša položaj. Zaradi tega se pacienti zaprejo vase in niso pripravljeni sodelovati. Vsekakor imajo na tem mestu velik pomen medicinske sestre, ki lahko z enostavnimi pojasnili o zdravstvenem stanju, posegih in negovalnih postopkih, ki jih bodo izvajale pri pacientu, zmanjšajo strah in tako vplivajo na izboljšanje njegovega počutja.

Medicinska sestra je oseba, ki je v stalnem stiku s pacientom in največkrat edini stik z zunanjo okolico. Zato si mora prizadevati, da razume paciente in njihove potrebe oziroma kaj ji ti želijo sporočiti, in to pravilno izvesti. Medicinske sestre, ki delajo s kritično bolnimi pacienti, morajo biti seznanjene z zdravstvenim stanjem pacienta s katerim delajo in se zavedati mnogih neprijetnih občutkov, ki se lahko pojavijo pri pacientih, ki so dolgo časa na mehanski ventilaciji. Morajo si prizadevati za zmanjšanje teh negativnih občutij, kolikor je v njihovi moči.

## 8 LITERATURA IN DOKUMENTACIJSKI VIRI

Alasad J, Ahmad M (2005). Communication with critically ill patients. *J AdvNurs* 50(4): 356–62.

Batty S (2009). Communication, swallowing and feeding in the intensive care unit patient. *Nurs Crit* 14 (4): 175–9.

Benedik J (2008). Delirij v paliativni medicini. *Onkologija*, 12(2): 105–7.

Birk K (2009). Profesionalna komunikacija kot del managementa v zdravstveni negi. In: Trnavčevič A, eds. Zbornik 6. študentske konference Fakultete za management. Koper, Slovenija.

Bramhall E (2014). Effective communication skills in nursing practice. *Nurs Stand* 24(14): 53–9.

Carroll SM (2007). Silent, slow life word: the communication experience of nonvocal ventilated patients. *QualHealth Res* 17(9): 1165–77.

Cerović O (2009). Nadzor nad mehansko ventilacijo. In: Grosek Š, Podbregar M, Gradišek P, eds. Šola intenzivne medicine. Novo Mesto: Slovensko združenje za intenzivno medicino, 95–105.

Cevasco AM (2010). Effect of the therapist's nonverbal behaviour on participation and affect of individuals with alzheimer's disease during group music therapy sessions. *Journal of Music Therapy*, 47(3): 282–98.

Crocker C, Scholes J (2009). The importance of knowing the patient in weaning from mechanical ventilation. *Nurs Crit Care* 14(6): 289-96.

Curtis JR, Back AI, Ford DW et.al (2013). Effect of communication skills training for resident and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: a randomized trial. *JAMA* 310(21): 2271-81.

Čuk V (2005). Komunikacija v zdravstveni negi. In: Trampuž I, ed. Zbornik prispevkov, Komunicirajmo med seboj. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 35–42.

Eadie TL, Yorkston KM, Klasner ER, et.,al. (2006). Measuring Communicative Participation: A Review of Self-Report Instruments in Speech-Language Pathology. *AJSLP* 15(4): 307–20.

Grossbach I, Stranberg S, Chlan L (2011). Promoting effective communication for patients receiving mechanical ventilation. *Crit Care Nurse* 31(3): 46–60.

Hamsley B, Balandin S, Worrall L (2012). Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and a facilitator to successful communication in hospital. *J Adv Nurs* 68(1): 116–26.

Happ MB, Garrett K, Thomas DD (2011). Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit. *Am J Crit Care* 20(2): e28–e40.

Hedberg B, Cederborg AC, Johanson M (2007). Care-planning meetings with stroke survivors: nurses as moderators of the communication. *J Nurs Manag* 15(2): 214–21.

Higginson R (2011). The role of the nurse in mechanical ventilation. *Br J Nurs* 20(21): 1341.

Hoyer S (2005). Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 116–32.

Ivanuša A, Železnik D (2008). Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Jenabzadeh NE, Chlan L (2011). A nurse's experience being intubated and receiving mechanical ventilation. *Crit care Nurse* 31(6): 51–4.

Johnson P, John W, Moyle W (2006). Long-term mechanical ventilation in a critical care unit: existing in an un everyday world. *J Adv Nurs* 53(5): 551–8.

Jurca T (2011). Nadzor dihalnih spremenljivk pri umetno predihavanem bolniku. In: Nunar Perko A, Stjepanović Vračar A, eds. Nadzor in vrednotenje življenjskih funkcij. Ljubljana, Slovenija: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji, str. 83–6.

Jus A (2006). Komunikacija s svojci in očividci ob nujnem dogodku na terenu. In: Gričar M, Vajd R, Štromajer D, eds. 13. Mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož. Slovensko združenje za urgentno medicino, 405–8.

Kabes AM, Graves JK, Norris J (2009). Further validation of the nonverbal pain scale in intensive care patients. *Crit Care Nurs* 29(1): 59–66.

Kaučič BM, Pagon M (2006). Dejavniki uspešnega timskega dela v zdravstveni negi. In: Filej B, Kaučič BM, Lahe M, Pajnkihar M, eds. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelj zdravstvene in babiške nege. Zbornik predavanj in posterjev 1. Simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo, Maribor: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 145–51.

Khalaila R, Zbidat W, Anwar K, Bayya A, Linton DM, Svir S (2011). Communication difficulties and psychoemotional distress in patients receiving mechanical ventilation. *Am J Crit care* 20(6): 470–9.

Klemenc D (2006). Komunikacija kot element kakovostne zdravstvene obravnave z vidika etičnih načel in pacientovih pravic. In: Filej B, ed. Zbornik predavanj in posterjev 1. simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo, Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelj zdravstvene in babiške nege. Maribor: Društvo medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov, 43–7.

Knapp M, Hall J (2010). *Nonverbal communication in human interaction*. 7th ed. Wadsworth: Cengage Learning.

Kodila V (2008). Osnovni vodnik po kirurški enoti intenzivnega zdravljenja. Priročnik za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana.

Kosi T (2006). Poslovno komuniciranje. Celje: Poslovno komercialna šola Celje, Višja strokovna šola.

Krešić V (2013). Komunikacija u sestrinstvu međuljudski odnosi zdravstvenih djelatnika. Sg Nj 8(1): 41–3.

Križan P (2009). Poklicno zadovoljstvo medicinskih sester v enoti intenzivne terapije. (diplomsko delo). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede Maribor.

Laakso K, Markstrom A, Idvall M, Hvastam C, Hartelius L (2009). Ventilator - supported communication: a case study on patient and staff experiences. JMS- Language Pathology, 17(4): 1–11.

Lešnik A (2007). Spoštovanje pacientovega dostojanstva in avtonomije v času sprejema in obravnave v zdravstveni ustanovi. Magistrsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Lindgren VA, Ames NJ (2016). Caring for patient on mechanical ventilation. AJN, 105(5), 50–8.

Manning ML (2006). Improving clinical communication through structured conversation. Nurs Econ 24(5): 268–71.

Manohin A, Križmarič M (2006). Temeljne fizikalne osnove v anesteziologiji, anestezijski aparat, anestezijski dihalni sistemi in anestezijski ventilator. Maribor: Visoka zdravstvena šola.

Mekiš D (2011). Pomen zagotovitve varne dihalne poti in nadzora dihanja. In: Borovšak Z, ed. Oskrba dihalne poti. Maribor: Univerzitetni klinični center, Oddelek za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečin, 11–6.

Melo EM, Teixeira CS, Terto de Oliveira R et al., (2014). Nursing care of hospitalised patients receiving mechanical ventilation in intensive care units. Indian J Crit Care Med 17(1): 56–61.

Mohar P, Drobne J, Prebil A (2009). *Komunikacija v zdravstvu*. Celje, Slovenija: Celjska Mohorjeva družba.

Mumel D (2008). *Komuniciranje v poslovnem okolju*. Maribor: De vesta.

Nilsen ML, Sereika SM, Hoffman LA, Barnato A, Donovan H, Happ MB (2014). Nurse and patient interaction behaviors effects on nursing care quality for mechanically ventilated older adults in the ICU. *Res Gerontol Nurs* 7(3): 113–25.

Otuzoğlu M, Karahan A (2014). Determining the effectiveness of illustrated communication material for communication with intubated patients at an intensive care unit. *Int J Nurs Pract* 20(5): 490–8.

Pajnikihar M, Lahe M (2006). Spoštovanje pacientovega dostojanstva in avtonomnosti v medsebojnem partnerskem odnosu med medicinsko sestro in pacientom. In: Filej B, Kaučič M, Lahe M, Pajnikihar M, eds. *Zbornik referatov in posterjev 1. simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo, Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelj zdravstvene in babiške nege*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 31–3.

Paladin M (2011). *Neverbalna komunikacija in prepričljivost posameznika*. Magistrsko delo. Nova Gorica : Fakulteta za management.

Patak L, Gawlinski A, Fung NI (2006). Communication boards in critical care: patients' views. *Appl Nurs Res* 19(4): 182–90.

Pertab D (2009). Principles of mechanical ventilation - a critical review. *Br J Nurs* 18(15): 915–8.

Prestor L (2005). Bolnik na dolgotrajni ventilaciji- predstavitev primera. In: Košnik M, ed. *Zbornik predavanj, 4. Golniški simpozij- program za medicinske sestre in zdravstvene tehnike*, Golnik, Brdo pri Kranju, Bolnišnica Golnik- Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergij, 106–10.

Prosen G (2011). Oskrba dihalne poti v predbolnišničnem okolju. In: Posavec A, ed. *Oskrba dihalne poti in umetna ventilacija v predbolnišničnem okolju*. Ljubljana. Zbornica



zdravstvene in babiške nege Slovenije-Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu, 7–18.

Rakovec Felser Z (2009). Psihologija telesnega bolnika. Maribor. Založba Pivec.

Reader TW, Flin R, Cuthbertson BH (2007). Communication skills and error in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care* 13(6): 732–6.

Roter B (2008). Komunikacija z intubiranim bolnikom. In: Cerović O, Pernat A, eds. 14 seminar intenzivne medicine za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Bled: Slovensko združenje za intenzivno medicino, 76–9.

Selič P (2007). Nebesedno sporazumevanje za vsakdanjo rabo. Ljubljana: Inštitut Pares.

Slovar slovenskega knjižnega jezika (2005). Ljubljana: DZS, 4–5.

Starčević L, Petković S (2012). Komunikacija sa intubiranim bolesnikom, World federation of critical care nurses. 8th International congress, Šibenik, 24–5.

Škerjanec HA (2011). Zdravstvena nega odraslega bolnika na mehanski ventilaciji. In: Nunar PA, Stjepanović V, eds. Nadzor in vrednotenje življenjskih funkcij. Rogla: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji.

Škufca Smrdel AC (2011). Veščine komunikacije v odnosu zdravstveni delavec-bolnik. In: Matković M, Petrijevcčanin B, eds. Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkim pacientom. Maribor: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege - Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic, zdravstvenih tehnikov Slovenije, 7.

Tingsvik C, Johansson K, Martensson J (2015). Weaning from mechanical ventilation: factors that influence intensive care nurses' decision-making. *Nurs Crit Care* 20(1): 16–24.

Ule M (2009). Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov. Ljubljana. Fakulteta za družbene vede.

Vahčič M, Simončič S (2012). Vzdrževanje umetne dihalne poti pri bolniku na mehanski ventilaciji. In: Gradišek P, Grosek Š, Podbregar M, eds. Mednarodni simpozij intenzivne medicine in 18, seminar intenzivne medicine za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana: Slovensko združenje za intenzivno medicino, 42–5.

Vertino KA (2014). Effective Interpersonal Communication: A Practical Guide to Improve Your Life. *Online J Issues Nurs* 19(3): 1.

Vrankar K (2011). Komunikacija z intubiranim pacientom na ventilatorju. In: Matković M, Petrijevčanin B, eds. Zbornik predavanj. Maribor: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 155–62.

Wujetwicz M, Wujetwicz A, Owczuk R (2015). Conflicts in the intensive care unit. *Anaesthesiology Intensive Therapy* 47(4): 360–2.

Zorko N (2011). Endotrahealna intubacija. In: Posavec A, ed. Oskrba dihalne poti in umetna ventilacija v predbolnišničnem okolju, Ljubljana. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije-Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu, 37–42.

Železnik D (2006). Pomen komunikacije in etike v zdravstveni negi. In: Filej B, Kaučič M, Lahe M, Pajnikihar M, eds. Zbornik referatov in posterjev 1. simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo: Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelj zdravstvene in babiške nege. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 35–42.