

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

ASERTIVNOST PRI MANAGEMENTU V ZDRAVSTVENI NEGI

Ljubljana, julij 2011

SANDA GAVRANOVIĆ

IZJAVA

Študentka Sanda Gavranović izjavljam, da sem avtorica tega magistrskega dela, ki sem ga napisala v soglasju s svetovalko prof. dr. Nada Zupan, in da v skladu s 1. odstavkom 21. člena Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah dovoljujem njegovo objavo na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, 04.07.2011

Podpis: _____

KAZALO

| | |
|--|-----------|
| UVOD | 1 |
| 1 KOMUNIKACIJA NA DELOVNEM MESTU | 6 |
| 1.1 Splošno o komunikaciji | 7 |
| 1.2 Definicije komunikacije | 8 |
| 1.3 Komunikacijski proces..... | 11 |
| 1.4 Oblike komunikacij | 12 |
| 1.5 Poslovno komuniciranje..... | 15 |
| 1.5.1 Medosebno poslovno komuniciranje..... | 17 |
| 1.5.2 Vodenje in komunikacija..... | 20 |
| 1.5.3 Prepričljivost v komunikaciji..... | 21 |
| 1.6 Tipična komunikacijska vedenja | 24 |
| 2 ASERTIVNOST IN KOMUNIKACIJA | 26 |
| 2.1 Definicije in teoretična izhodišča asertivnosti..... | 27 |
| 2.2 Pomen in namen asertivnosti..... | 30 |
| 2.3 Tehnike in trening asertivnosti..... | 32 |
| 3 KOMUNIKACIJA IN ZDRAVSTVENA NEGA | 37 |
| 3.1 Opredelitev področja zdravstvene nege | 38 |
| 3.2 Poklic medicinska sestra | 39 |
| 3.3 Posebnosti managementa v zdravstveni negi | 43 |
| 3.4 Posebnosti komunikacije v zdravstveni negi..... | 46 |
| 3.5 Management v zdravstveni negi in asertivnost..... | 48 |
| 4 RAZISKAVA O ASERTIVNOSTI MANAGEMENTA V ZN | 49 |
| 4.1 Namen raziskave..... | 50 |
| 4.2 Metodologija | 50 |
| 4.2.1 Populacija | 50 |
| 4.2.2 Merilni postopki | 51 |
| 4.2.3 Metode obdelave podatkov..... | 52 |
| 4.3 Rezultati raziskave o asertivnosti managementa v zdravstveni negi..... | 53 |
| 4.3.1 Zanesljivost anketnega vprašalnika | 53 |
| 4.3.2 Splošni podatki iz vprašalnika | 54 |
| 4.3.3 Ugotavljanje normalnosti porazdelitev spremenljivk..... | 59 |
| 4.3.4 Predstavitev rezultatov raziskave o asertivnosti v zdravstveni negi..... | 60 |
| 5 RAZPRAVA IN PREDLOGI ZA IZBOLJŠANJE ASERTIVNOSTI pri managementu v zdravstveni negi | 77 |
| SKLEP | 78 |

| | |
|--------------------------------|-----------|
| LITERATURA IN VIRI..... | 80 |
|--------------------------------|-----------|

PRILOGE

KAZALO SLIK

| | | |
|-----------|---|----|
| Slika 1: | Komunikacijski proces in izvori komunikacijskih težav | 12 |
| Slika 2: | Pomen sporočila z verbalno in neverbalno komunikacijo, Raziskava dr. Mehrabiana, UCLA | 14 |
| Slika 3: | Vsebinska in odnosna raven | 15 |
| Slika 4: | Starostna struktura anketirancev | 55 |
| Slika 5: | Stopnja izobrazbe | 55 |
| Slika 6: | Delovna doba anketirancev | 56 |
| Slika 7: | Delovno mesto..... | 56 |
| Slika 8: | Število ljudi, ki so medicinskim sestram neposredno odgovorni | 57 |
| Slika 9: | Področje dela | 58 |
| Slika 10: | Poznavanje pojma asertivnost | 58 |
| Slika 11: | Dodatna znanja, ki so jih anketiranci pridobili s področja managementa v zadnjih treh letih | 59 |
| Slika 12: | Dodatna znanja, ki so jih anketiranci pridobili s področja asertivnosti v zadnjih treh letih..... | 59 |

KAZALO TABEL

| | | |
|------------|--|----|
| Tabela 1: | Koristi in slabosti skrajnih oblik komunikacijskih vedenj | 25 |
| Tabela 2: | Tehnike asertivnosti | 35 |
| Tabela 3: | Vsebine iz predmeta Komunikacija v formalnem izobraževanju v Sloveniji .. | 41 |
| Tabela 4: | Pregled hipotez, merilnih postopkov in testov za preverjanje..... | 52 |
| Tabela 5: | Aritmetična sredina ocen pomembnosti posamezne veščine managementa v zdravstveni negi..... | 60 |
| Tabela 6: | Razporeditev ocen o pomembnosti veščin managementa v zdravstveni negi (v %) | 61 |
| Tabela 7: | Razlike v trditvah (Sklop 1), ki kažejo na komunikacijska vedenja glede na vrsto sogovornika | 63 |
| Tabela 8: | Prikaz AS za Sklop 1 – Izražanje potreb, želja in čustev | 63 |
| Tabela 9: | Razlike v trditvah (Sklop 3), ki kažejo na komunikacijska vedenja glede na vrsto sogovornika | 64 |
| Tabela 10: | Prikaz AS za Sklop 3 – Delitev informacij s sogovornikom..... | 64 |
| Tabela 11: | Razlike v trditvah (Sklop 2), ki kažejo na komunikacijska vedenja glede na vrsto sogovornika | 65 |
| Tabela 12: | Prikaz AS za Sklop 2 – Iskanje rešitev..... | 66 |

| | |
|--|----|
| Tabela 13: Razlike v trditvah (Sklop 4), ki kažejo na komunikacijska vedenja glede na vrsto sogovornika..... | 66 |
| Tabela 14: Prikaz AS za Sklop 4 – Komunikacija v težkih situacijah ... | 66 |
| Tabela 15: Razlike v trditvah (Sklop 6), ki kažejo na komunikacijska vedenja glede na vrsto sogovornika..... | 67 |
| Tabela 16: Prikaz AS za Sklop 6 – Pri sprejemanju odločitev ... | 67 |
| Tabela 17: Razlike v trditvah (Sklop 5), ki kažejo na komunikacijska vedenja glede na vrsto sogovornika..... | 68 |
| Tabela 18: Prikaz AS za Sklop 5 – Kot poslušalec sem ... | 68 |
| Tabela 19: Razlike v trditvah (Sklop 7), ki kažejo na komunikacijska vedenja glede na vrsto sogovornika..... | 69 |
| Tabela 20: Prikaz AS za Sklop 7 – Pri komuniciranju ... | 69 |
| Tabela 21: Razlike v asertivnem vedenju glede na stopnjo izobrazbe | 72 |
| Tabela 22: T-test – primerjava po spolu | 74 |
| Tabela 23: Primerjava aritmetičnih sredin skupin sogovornikov | 75 |
| Tabela 24: Najpogostejši asertivni odgovori v komunikaciji s sodelavci (v %) | 75 |
| Tabela 25: Najpogostejši asertivni odgovori v komunikaciji z zdravniki (v %) | 76 |
| Tabela 26: Najpogostejši asertivni odgovori v komunikaciji z bolniki (v %)..... | 76 |

UVOD

O komunikaciji je bilo že veliko napisanega. Ko na spletnem brskalniku Google vnesemo beseda komunikacija, se nam izpiše 1.930.000 zadetkov, kar nedvomno kaže na pogosto uporabljeno besedo, na njen pomen v vsakdanji uporabi. Ko na spletnem brskalniku vnesemo besedo asertivnost, se nam izpiše 25.300 zadetkov, kar v primerjavi s komunikacijo predstavlja znatno manjši delež.

V Velikem splošnem leksikonu (2006) je pod besedo komunikacija zapisano **sporazumevanje**. V slovarju slovenskega knjižnega jezika (Slovar slovenskega knjižnega jezika, 1991) pomeni komuniciranje izmenjavati, posredovati misli, sporazumevati se, beseda komunikacija pa je sredstvo, ki omogoča izmenjavo, posredovanje informacij. Pojem komuniciranje (Možina, Tavčar, Zupan & Knežević, 1998, str. 20) izhaja iz latinske besede *communicare*, ki pomeni posvetovati se, razpravljati, vprašati za nasvet.

Nedvomno je komunikacija in komuniciranje del našega vsakdanjika, saj smo ljudje tako v privatnem kot v delovnem razmerju del družbe in tako nenehno vstopamo v takšne ali drugačne odnose z drugimi ljudmi. V teh odnosih vstopamo v situacije, v katerih je potrebno in nujno produktivno sodelovanje. Če tega ni, prihaja do nerazumevanja, konfliktov, slabega počutja, vse to pa posledično negativno vpliva na delovno storilnost in kakovost dela.

V poslovnem okolju se srečujemo s pojmom poslovno komuniciranje, ki je ciljno usmerjeno in pomembno je, kako prepričljivi smo v komuniciranju. Namen poslovnega komuniciranja (Možina et al., 1998, str. 17) je, da managerji tako dajejo kot pridobijo potrebne in koristne informacije v sodelovanju z zaposlenimi, nanje vplivajo in tako dosežejo zastavljene cilje. Samo takrat lahko govorimo o uspešni in učinkoviti komunikaciji. Če želimo zastavljene cilje doseči, moramo biti v komunikaciji prepričljivi. Za prepričljivo komunikacijo mora imeti posameznik, tako je poudarjal že Aristotel (Zidar, 1996, str. 16), v sebi izpolnjena tri temeljna prepričevalna sredstva. To so etos, patos in logos.

Problematika magistrskega dela. Pri komunikaciji se pojavljata dve vrsti vedenj, ki predstavljata skrajnosti medsebojnega komuniciranja. Tako agresivno kot pasivno vedenje (Možina et al., 1998, str. 422) pri komunikaciji ne povzročata cilja in namena komunikacije, le-ta pa je nek želen izid komunikacijske situacije. Nekateri avtorji poleg omenjenih dveh skrajnih polov navajajo tudi posredno agresivno vedenje, ki pa v komuniciranju prav tako ne prinaša želenega rezultata. Zato potrebujemo nov način odzivanja, ki nam pomaga pri komuniciranju in reševanju zapletenih in konfliktnih situacij, ki so v vsakdanjem delovnem okolju. Kot ustrezno in prepričljivo komunikacijsko vedenje lahko opredelimo asertivnost. Asertivnost (Ščuka, 2006, str. 10) je sposobnost, postaviti se

za sebe, zagovarjati lastno mnenje, zavzemati se za nekaj, potegovati se za lastne pravice, vendar na spoštljiv odnos do drugače mislečega, brez nasilja. Asertivno vedenje izhaja iz prepričanja »jaz sem v redu, ti si v redu« (Petrovič & Žnidarec, 2004, str. 39). Sama beseda izhaja iz latinščine *asserere*, kar pomeni trditi. Besedo težko prevedemo v slovenščino, kar morda dokazuje tudi to, da Slovenci nismo asertivni. Zanimivo je, da se asertivno vedenje pri komuniciranju velikokrat pojmuje kot agresivno vedenje, sploh če ga sodi oseba, za katero je tipično vedenje pri komunikaciji pasivno, na drugi strani pa osebe, ki imajo agresivno vedenje pri komunikaciji, sebe pojmujejo kot asertivne sogovornike (Rungapadiachy, 2003, str. 301).

Nekateri ljudje so po naravi bolj naravnani k asertivnemu vedenju, drugi si morajo to znanje pridobiti. Pri tem so nam na voljo nekatere tehnike asertivnosti. Cilj treninga asertivnosti je, da se izboljšajo ali popolnoma spremenijo tiste oblike dosedanjega načina komuniciranja, ki so za posameznika moteče in težko sprejemljive (Petrovič & Žnidarec, 2004, str. 36).

Koristi asertivnega vedenja so tako za posameznika kot organizacijo. Ljudje so bolj zadovoljni, samozavestni, delovno bolj učinkoviti, izboljšajo se medsebojni odnosi, lažje obvladujemo konflikte in zmanjšamo število le-teh, posledično pa se zmanjša tudi stopnja stresa na delovnem mestu (Možina et al., 1998, str. 424).

Ko gre za zdrave ljudi, postanemo vsi neizmerno občutljivi in ranljivi. Medicinske sestre pri svojem delu nenehno vstopajo v odnose z drugimi ljudmi, tako s pacienti, njihovimi svojci, sodelavci na horizontalnih in vertikalnih ravneh, z javnostjo, nenehno pa so v odnosu s seboj. Vsi pričakujemo, da so ti odnosi profesionalni, topli, prijazni.

Pri preučevanju strokovne literature na področju komunikacije v zdravstveni negi je napisanega veliko, kar kaže na izraženo potrebo po tem področju, malo manj pa smo zasledili strokovne literature prav na področju vedenj pri komuniciranju ter asertivnosti na področju zdravstvene nege.

Nedvomno eden največjih gurujev managementa Peter Drucker je o vodenju podjetij in uspešnosti managerjev (Drucker, 2005) zapisal preprosto resnico, da ljudi ne moreš voditi, če najprej ne znaš voditi samega sebe. Glavne medicinske sestre nastopajo v vlogi managementa, zato morajo biti na strokovnem področju strokovnjaki, poleg tega pa morajo znati upravljati in voditi ljudi, kar pa zanje velikokrat predstavlja težko obremenitev. Zato so medsebojni odnosi za optimalno in profesionalno zdravstveno nego ključnega pomena. Glavna medicinska sestra je vpeta med bolnike, svojce, zdravnike, ostale službe, ki sodelujejo v procesu zdravljenja ter ostale izvajalce zdravstvene nege. Pri tem mora znati pravilno in profesionalno komunicirati, zagovarjati v prvi vrsti interese pacienta, izražati toplino in prijaznost do pacienta in svojcev, zagovarjati stališča zdravstvene nege v odnosu

do zdravnikov in ostalih služb ter biti zgled in avtoriteta sodelavcem. Z gotovostjo lahko rečemo, da sta posledici neustrezne komunikacije nesoglasje in konflikt. Avtorja Petrovič in Žnidarec trdita (2004, str. 38), da je malo ljudi, ki so se sposobni obnašati asertivno na vseh področjih življenja. Zaradi vsega navedenega, predvsem pa zaradi občutljivosti in ranljivosti poslovnega področja, mora biti vedenje managementa v zdravstveni negi asertivno, saj le taka komunikacija omogoča profesionalnost do vseh, ki so vključeni. Na ta način ne prihaja v konflikt s seboj, saj temelji na filozofiji osebne odgovornosti in spoštovanja pravic do drugih ljudi. Zaradi nepoznavanja metod in veščin asertivnega komuniciranja je velikokrat pod velikim stresom, kar lahko poleg psihičnih težav povzroča tudi somatska obolenja.

Zadnja definicija zdravstvene nege po International Council of Nurses (v nadaljevanju ICN) se glasi: «Zdravstvena nega obsega samostojno in neodvisno obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalidne in umirajoče ljudi. Glavne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter managementa zdravstvenih sistemov in izobraževanja.» (Mednarodni svet medicinskih sester, 2002). Z enim stavkom lahko povzamemo zdravstveno nego kot skrb za zdravje ljudi.

Izvajalci zdravstvene nege (v nadaljevanju ZN) so osebe, ki delujejo na področju zdravstvene nege in so končale izobraževanje na srednji, višji, visoki, univerzitetni ali akademski stopnji. Medicinske sestre so hkrati nosilke in izvajalke stroke in imajo na področju zdravstvene nege samostojno funkcijo. Poleg strokovnega znanja morajo pri svojem delu uporabljati tudi psihološka in sociološka znanja, pridobljena v času formalnega izobraževanja. Medicinska sestra (Železnik, 2006, str. 35) mora poznati verbalno in neverbalno komunikacijo, saj je v nenehnem stiku z bolniki in je njihov sogovornik in poslušalec.

Bolnišnično dejavnost v Sloveniji je v letu 2008 izvajalo 29 izvajalcev, med temi 3 zasebni in 26 javnih (Zdravstveni statistični letopis 2009, str. 434). Pri svojem delu sem opazila veliko pomanjkanje znanja na tem področju in vse večje zanimanje glavnih medicinskih sester za ta dodatna znanja.

Empirični del naloge bo obsegal analizo raziskave, ki bo narejena v slovenskih bolnišnicah, torej na sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstva, med glavnimi medicinskimi sestrami oziroma v managementu zdravstvene nege. Po podatkih Zdravstvenega statističnega letopisa iz leta 2009 (Zdravstveni statistični letopis 2009, str. 438) predstavlja poklicna skupina ZN največji delež zaposlenih v zdravstvu, skupaj 69,8 % vseh zaposlenih. Vsekakor gre za pomembno poklicno skupino, ki jo je treba dobro in

učinkovito voditi. Glavnih medicinskih sester je v 29 zavodih (Zdravstveni statistični letopis 2009, str. 439-440) približno 348 (interni podatki posameznih bolnišnic). Zaključni del naloge bo potrdil ali zavrgel postavljene hipoteze.

Namen magistrskega dela z zastavljenimi hipotezami je, da na področju managementa v zdravstveni negi glavne medicinske sestre opozorimo na izrazito pomembno in občutljivo področje prepričljivega komuniciranja, saj s pravilnim pristopom dosežemo zastavljene cilje, kar je namen vsake komunikacije. Poudarek je na asertivni komunikaciji na različnih nivojih ter tem, kakšne so njene koristi, na drugi strani pa poudariti posledice neasertivnega vedenja, ki lahko povzročajo tudi stres na delovnem mestu. V uvodnem delu magistrskega dela bomo v prvem delu širše predstavili njegov namen in cilj. Sledil bo teoretični del, kjer bodo najprej predstavljena teoretična izhodišča komunikacije, natančneje se bomo osredotočili na prepričevalno komunikacijo, medsebojno komunikacijo in na koncu na teoretična izhodišča asertivnosti. Podrobno bomo opredelili tipična komunikacijska vedenja, saj bo celotna naloga temeljila na tej osnovi. Področja stresa se bomo dotaknili samo v kontekstu stresa na delovnem mestu kot posledico neustreznega medsebojnega vedenja pri komuniciranju. Teoretični del naloge bo obsegal tudi predstavitev zdravstvene nege ter posebnosti managementa v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah, predvsem z vidika komuniciranja in vodenja. Opredelili bomo posebnosti vodenja v neprofitnih organizacijah s poudarkom na javnih zavodih – bolnišnicah.

Cilji magistrskega dela so:

- Preučiti strokovno literaturo na področju asertivnosti;
- z raziskavo ugotoviti asertivnost glavnih medicinskih sester v slovenskih bolnišnicah;
- ugotoviti, kakšna so njihova tipična vedenja pri komuniciranju glede na sogovornika;
- katera asertivna vedenja so najpogosteje uporabljena v delovnem okolju;
- istočasno bi z raziskavo ugotovili, katere veščine managementa so anketirancem najpomembnejše pri opravljanju njihovega dela.

Na osnovi cilja naloge sem oblikovala naslednje delovne hipoteze:

H 1: Komunikacija spada med prve tri pomembne veščine managementa v zdravstveni negi

V uvodnem poglavju avtorice Rungapadiachy (2003, str. 1) je opredeljen pomen komunikacije v zdravstveni negi ter omenjene različne raziskave na tem področju (Cartwright, 1964; Raphael, 1969; Skeet, 1970), ki nakazujejo pomen komunikacije med osebjem in pacienti. Ko bolniki razpravljajo o zadovoljstvu z zdravstvenimi inštitucijami in

zdravstvenimi delavci, se pokaže, da je komunikacija osrednji koncept zadovoljstva. Potreba po komuniciranju se je izkazala tudi v raziskavi, ki je bila narejena med člani in članicami Društva pljučnih bolnikov v Sloveniji (Ule, 2003), kjer je bila poudarjeno, da topla komunikacija med bolnikom in zdravnikom razbremeni bolnika v procesu zdravljenja. Raziskava iz leta 1989 navaja, da bolniki, ki imajo dobre izkušnje s komuniciranjem z zdravniki, lažje prenesejo zdravniške zmote in jih doživljajo kot manj pomembne (Ule, 2006, str. 16).

H 2: Komunikacijska vedenja se v managementu zdravstvene nege razlikujejo glede na sogovornika

H.2.1. Tipično komunikacijsko vedenje pri komunikaciji z zdravniki je pasivno

H.2.2. Tipično komunikacijsko vedenje pri komunikaciji z bolniki je asertivno

H.2.3. Tipično komunikacijsko vedenje pri komunikaciji s sodelavci v zdravstveni negi je agresivno

Raziskava med medicinskimi sestrami in babicami na Irskem (Timmins & McCabe, 2004, str. 38) je pokazala razlike v asertivnosti medicinskih sester in babic glede na sogovornika, predvsem v odnosu do zdravnikov in managementa. Raziskava je obsegala vse medicinske sestre in babice, ne glede na položaj in stopnjo izobrazbe.

H 3: Asertivno vedenje se razlikuje glede na področje dela

H 4: Višja stopnja izobrazbe vpliva na bolj asertivno vedenje

Raziskava, narejena v Združenih državah Amerike (v nadaljevanju ZDA) leta 1993 (Kilkus, 1993, str. 1324), je pokazala statistično značilno razliko v asertivnosti medicinskih sester na področju stopnje izobrazbe ter glede na področje dela. Raziskava je vključevala 500 registriranih medicinskih sester, asertivnost pa je bila merjena na osnovi vprašalnika Rathus Assertive Schedule (Rathus, 1973, str. 398).

Metodologija. V procesu doseganja zastavljenih ciljev proučevanja sem se oprla predvsem na dve zvrsti metod družboslovnega raziskovanja. Teoretične raziskovalne metode smo uporabili pri preučevanju strokovne literature na področju komuniciranja, asertivnosti in tipičnih vedenj, ki se pojavijo v procesu komunikacije. Kot drugo zvrst družboslovnega raziskovanja pa smo uporabili empirične raziskovalne metode, kjer smo poskušali potrditi ali zavreči postavljene delovne hipoteze.

Teoretične raziskovalne metode, ki so uporabljene v delu:

- **Metoda analize vsebin relevantnih pisnih virov** kot osnovna metoda teoretičnega preučevanja pri oblikovanju temeljne zgradbe magistrskega dela
- **Opisna metoda** pri opredeljevanju najpomembnejših teoretičnih izhodišč in problematike
- **Metoda sinteze in kritične analize**

Empirične raziskovalne metode, ki so uporabljene v delu:

- **Anketiranje** 348 glavnih medicinskih sester v slovenskih bolnišnicah. Ankete so bile poslane po pošti ali so bile razdeljene osebno na kolegiju glavnih sester v posameznih bolnišnicah. Prvi del ankete je predstavljal demografske podatke. Anketiranci so svoje odgovore izrazili na 4 ali 5-stopenjski Likertovi lestvici. Anketa je vsebovala tudi tri vprašanja zaprtega tipa in tri vprašanja odprtega tipa.
- **Metode statistične obdelave podatkov**, kot so: deskriptivna statistika (opisna statistika), test normalnosti porazdelitve, T-test za neodvisne vzorce, analiza variance.
- **Obdelava podatkov**, izvedena s pomočjo statističnega paketa SPSS for Windows.

Zgradba magistrskega dela Empirični del naloge obsega analizo raziskave, ki je narejena v slovenskih bolnišnicah, torej na sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstva, med glavnimi medicinskimi sestrami oziroma v managementu zdravstvene nege. Po podatkih Zdravstvenega statističnega letopisa iz leta 2008 (Zdravstveni statistični letopis 2009, str. 438) predstavlja poklicna skupina zdravstvene nege največji delež zaposlenih v zdravstvu, skupaj 69,8 % vseh zaposlenih. Vsekakor gre za pomembno poklicno skupino, ki jo je treba dobro in učinkovito voditi. Glavnih medicinskih sester je v 29 zavodih (Zdravstveni statistični letopis 2009) približno 348 (interni podatki posameznih bolnišnic). Kot glavne medicinske sestre, opredeljene glede na delovno mesto, so v nalogi zajete tri skupine managementa v zdravstveni negi. Razdelili smo jih na:

- Glavna medicinska sestra bolnišnice oziroma pomočnik generalnega direktorja za področje zdravstvene nege;
- Glavna medicinska sestra celotne klinike (primer: glavna medicinska sestra kirurgije);
- Glavna medicinska sestra posamezne klinike (primer: glavna medicinska sestra abdominalne kirurgije).

Sledi del naloge, ki je pokazal rezultate raziskave in na osnovi testov potrdil ali zavrgel postavljene hipoteze. Zadnji del naloge obsega razpravo in predloge za izboljšanje asertivnosti v managementu zdravstvene nege ter sklep magistrskega dela.

1 KOMUNIKACIJA NA DELOVNEM MESTU

Na delovnem mestu preživimo veliko časa, običajno 40 ur na teden. V tem času smo v nenehni interakciji z drugimi ljudmi, z ljudmi, ki največkrat niso naši prijatelji, niti jih sami ne izbiramo. Komunikacija na delovnem mestu torej vključuje vso komunikacijo, od

verbalne do neverbalne, od pisne do ustne, elektronske, telefonske, med dvema ali več udeleženci, znotraj ali zunaj organizacije. Taki komunikaciji rečemo interna komunikacija. Cilj vsake organizacije je doseganje organizacijskih ciljev in komunikacija na delovnem mestu je ena od ključnih za doseganje tega. Kadar je interna komunikacija boljša, le-ta spodbuja zaposlene k večji motiviranosti, da dosežejo zastavljene organizacijske cilje, zaradi dobre komunikacije pa tudi bolje razumejo cilje organizacije (Možina et al., 2004, str. 23).

Za dobro komunikacijo na delovnem mestu smo v prvi vrsti odgovorni sami. Za to imamo na voljo kar nekaj metod, tehnik in načinov, kako lahko sami vplivamo na lastno počutje. Na to namreč imamo in moramo imeti vpliv. Zaradi toliko različnih pogledov, ljudi in situacij je neizogibno, da na delovnem mestu prihaja do konfliktov, od nas pa je odvisno, kako bomo to rešili in kako se ob tem počutili (Zidar Gale, 2004, str. 9–13).

Delovno mesto je drugačno okolje, ki vključuje stik z ljudmi, ki jih nismo prostovoljno izbrali, z njimi pa smo dnevno v stiku veliko časa. Zato komunikacija na delovnem mestu zahteva posebno obravnavo in upoštevanje, da obstajajo določene omejitve pri takem komuniciranju. Ljudje na delovnem mestu niso sposobni ali ne želijo sprejeti odgovornosti, ker velikokrat ne vedo, kaj se od njih pričakuje.

V bolnišničnem okolju se od medicinskih sester zahteva, da prenesejo bolnikove potrebe, želje in dejstva ostalim v timu. Čeprav se to sliši lahko, za to velikokrat obstajajo ovire, za katere je dobro, da jih poznamo in upoštevamo. Ovire so lahko fizične, psihološke, semantične in ovire, ki se nanašajo na spol (Whitehead, Weiss & Tappen, 2010, str. 75–77). **Fizične ovire** se nanašajo na hrup, preveč opravil in aktivnosti v delovnem času, neintimna komunikacija. **Psihološke ovire** so lahko povečana anksioznost, socialne vrednote, čustva, vnaprejšnje sodbe, kulturni vplivi, predhodne izkušnje. Med **semantične ovire** uvrščamo nepoznavanje pomena besed, saj se velikokrat govori v latinskih izrazih, kraticah, slengu, česar marsikdo, predvsem bolniki ne razumejo. Ovire, povezane s **spolom**, to je komunikacija med moškimi in ženskami, se kaže že v dobi odraščanja, saj razvijajo različna komunikacijska orodja in spretnosti, ki lahko vodijo v napačno razumevanje.

1.1 Splošno o komunikaciji

Komuniciranje je širok pojav, ki vsebuje tako proces med ljudmi, kot procese v nas samih. S tem mislimo, poleg kognitivnih procesov oblikovanja in razumevanja sporočil, tudi na notranji dialog s samim seboj v obliki mišljenja, razmišljanja, domišljije, sanjarjenja, fantaziranja, imaginacije. S komuniciranjem se ne omejujemo samo na komunikacijo med posamezniki, temveč tudi na komuniciranje med institucijami, komuniciranje prek medijev

(Ule, 2005, str. 10). Nedvomno je komuniciranje ena od bistvenih dejavnosti, ki omogočajo obstoj posamezniku in organizaciji (Kavčič, 2005, str. 1).

Komunikacija je vir vsakega uspeha, včasih tudi neuspeha. Uspešna notranja komunikacija povzroči homogenost organizacije, kar vodi v složno nastopanje zaposlenih tudi v najtežjih trenutkih, uspešna zunanja komunikacija pa omogoča tudi poslovne uspehe, pospeši prodajo, razširi tržišče. Uspešno komuniciranje je temelj vsake uspešne kariere, pripomore k doseganju zelenih ciljev tako posameznika kot organizacije. Sâmo medsebojno komuniciranje pa je danes ob veliki uporabi elektronskega načina komuniciranja postalo zanemarjena kategorija (Vir: Komunikacija in medsebojno komuniciranje, 2011).

V slovenskem dnevnem časopisu Dnevnik lahko v vsaki sobotni prilogi pod rubriko Zaposlitve & kariera zasledimo članke, ki se nanašajo na komunikacijo v organizacijah, na njeno potrebo, na nevarnosti in posledice, ki jih prinaša slaba komunikacija v podjetju, o nalogah in potrebah managerjev, kaj odlikuje dobre managerje (Petkovšek, 2010, str. 24; Petančič, 2010, str. 23).

Pojav mobinga oziroma trpinčenje na delovnem mestu, kot ga opredeljuje Zakon o delovnem razmerju, lahko preprečujemo z dobro komunikacijo. Posledice mobinga so dolgotrajne in škodljive tako za posameznika kot za podjetje in dober vodja mora zaznati, prepoznati in preprečiti mobing na delovnem mestu. V določenih poklicih je pojav mobinga bolj prisoten oziroma pogostejši. Kot kažejo raziskave, mednje spadajo tudi medicinske sestre. Mobing se lahko dogaja na več nivojih, na horizontalni ali/in na vertikalni ravni.

1.2 Definicije komunikacije

Omejitev komunikacije samo na izmenjevanje besed je že nekaj časa preteklost in ni dvoma o tem, da je komunikacija veliko več od tega. Gre za izredno zapleten, kompleksen proces medsebojnega odnosa, udeležbe med vpletenimi. Cilj vsake komunikacije je, da smo slišani in razumljeni, sprejeti. Ljudje komuniciramo, da bi se družili, izrazili svoje potrebe, svoje želje in da bi dali duška svojim čustvom. Komuniciramo zaradi osebne, socialne in ekonomske potrebe. Komuniciranje je ena izmed najpomembnejših dejavnosti managerjev v organizacijah in skoraj ni naloge, ki bi jo lahko opravili brez komuniciranja.

Nekaj latinskih izvorov in korenov, ki se nanašajo na pojem komunikacije (Ule, 2005, str. 10):

- Beseda komuniciranje izvira iz latinske besede »*communicare*«, kar pomeni (po)deliti, sporočiti, narediti nekaj skupno. V času renesanse se je ta beseda pojavila tudi v evropskih jezikih.

- Temeljni koren je »mun«, kar pomeni skupnost, radodarnost, pomen.
- Beseda »munus« se nanaša na darove ali na javno izkazane dolžnosti, davke, rituale v času mrtvih.
- Latinska beseda »communicatio« se je v latinščini nanašala na nekaj splošno otipljivega ali jasnega, na retorično spretnost govorcev.
- Beseda »communo« pomeni splošno korist.
- Beseda »commuto« pomeni menjati.

Komuniciranje je prenašanje sporočil med oddajniki (osebe ali naprave, ki sporočilo odda) in sprejemniki (osebe ali naprave, ki sporočilo sprejme) po komunikacijskem kanalu (element materialne ali energetske osnove, ki omogoča prenos sporočila) (Rozman, Kovač & Koletnik, 1993, str. 227).

V Slovarju slovenskega knjižnega jezika (1991, str. 393) so opredeljeni naslednji término:

- Komunikacija: »sredstvo, ki omogoča izmenjavo, posredovanje informacij«.
- Komunicirati: »izmenjevati, posredovati misli, informacije, sporazumevati se«.

Uletova v svojih knjigah navaja pogosto opredeljeno definicijo komuniciranja v psiholoških knjigah, povzeto po Adler in Rodman 2003 (Ule, 2005, str. 17; Ule, 2009, str. 16), in sicer: »O komuniciranju govorimo tedaj, ko med nami in našimi partnerji teče kontinuiran tok sporočil«. Sporočila, ki jih sprejmemo od drugih, moramo dekodirati, svoja sporočila, ki jih posredujemo drugim, pa kodirati, tako da jih drugi razumejo.

Najpogostejše psihološke definicije komuniciranja, povzeto po Trenholm in Jensen, 2000 (Ule, 2009, str. 16):

- Komuniciranje je razlikovalen odgovor organizma na dražljaj.
- Komuniciranje je težnja po smislu, kreativno dejanje, v katerem iščemo ključne za orientacijo v okolju in za zadovoljitev potreb.
- Komuniciranje je človeški akt, s katerim skušamo osmisliti zunanji svet in ta smisel deliti z drugimi.
- Komuniciranje je prenos informacij, idej, čustev, spretnosti z uporabo simbolov.
- Komuniciranje je proces, s pomočjo katerega ljudje ustvarjamo in upravljamo socialno varnost.

Implikacije zadnje definicije so opredeljene kot (Ule, 2009, str. 18):

- **Veliko tega kar mislimo, da je stvarno, je produkt komuniciranja.** Ljudje z različnimi izkušnjami vidijo svet različno. Velikokrat v laičnem žargonu slišimo izjavo, da je iz neke druge perspektive, iz drugega zornega kota zadeva videti

povsem drugačna. To je dokaz, da stvarnosti same po sebi ni, da je rezultat našega komuniciranja in razumevanja.

- **Komuniciranje ima moč nadzora nad našim mišljenjem in zunanjim vedenjem.** Naša percepcija ustvarjenega komuniciranja nadalje usmerja in nadzoruje naše vedenje.
- **Komuniciranje se vedno dogaja v družbenem kontekstu, ki postavlja splošna pravila in merila intersubjektivnega sveta.** Gre za omejitve, ki so nam dane in zato vplivajo na ustvarjanje stvarnosti, kot sta kulturno in socialno okolje z vsemi njunimi zakonitostmi in nam tako preprečujeta, da bi bili v ustvarjanju stvarnosti popolnoma svobodni.
- **Komuniciranje zahteva sodelovanje.** Temeljno pravilo medosebnega komuniciranja je, da moramo upoštevati druge, se jim prilagajati in jih spoštovati. Pomemben je naš odnos in le-ta prispeva k uspešnemu in učinkovitemu komuniciranju.

Komunicirati pomeni torej »napraviti nekaj, kar bo skupno«, usklajeno, jasno in sprejemljivo za vse udeležence. Pomeni poenotiti, združiti različnosti in šele v kasnejšem pomenu tudi **sporazumevati se** (Ščuka, 2006, str. 6).

V nadaljevanju najdemo (Možina, Tavčar & Kneževič, 1998, str. 23) opredelitve pojma komuniciranje, citirano po Schrammu, ki komuniciranje opredeljuje kot «izmenjavo misli, občutkov ali razumevanja zaznavanja» in Wrighta, kjer je pojem komuniciranje opredeljen kot »oddajanje sporočil tako, da jih prejemnik sprejme, in sprejemanje sporočil«. V isti strokovni literaturi najdemo opredelitev komuniciranja po Možini kot »proces prenašanja informacij z medsebojnim sporazumevanjem, saj se odvija proces vzpostavljanja stikov in oblikovanja vzdušja razumevanja dveh oseb«.

Namen magistrskega dela ni, poiskati in zapisati vse opredelitve in definicije, ki opisujejo pojem komuniciranje, ampak samo osvetliti pomen komuniciranja. Tudi opredelitve se med seboj razlikujejo, seveda pa vse v svojem bistvu opisujejo, da je komuniciranje proces sporazumevanja med enim ali več udeleženci, da gre za izmenjevanje informacij. Gre za dvosmeren proces izmenjave informacij med oddajnikom in sprejemnikom, ti dve vlogi pa se v procesu komuniciranja izmenjujeta (Kavčič, 2005, str. 1).

Cilj komuniciranja je praviloma razumevanje sporočenega in tako doseganje zastavljenega cilja. Da je to možno, je treba sporočila oblikovati tako, da so razumljena tudi tistemu, ki ga sprejema in ne samo tistemu, ki ga oddaja. Komuniciranje je prisotno tako rekoč povsod in vedno, ne moremo se mu izogniti in zato je dobro, da smo nanj primerno pripravljeni. Vsekakor je to pomembno zlasti v poslovnem svetu, v poslovnem komuniciranju, kjer so cilji organizacije nedvomno odvisni od nenehnih, kakovostnih in učinkovitih komunikacij

tako znotraj organizacij na vseh možnih ravneh kot zunaj organizacij, do kupcev, javnosti, partnerjev.

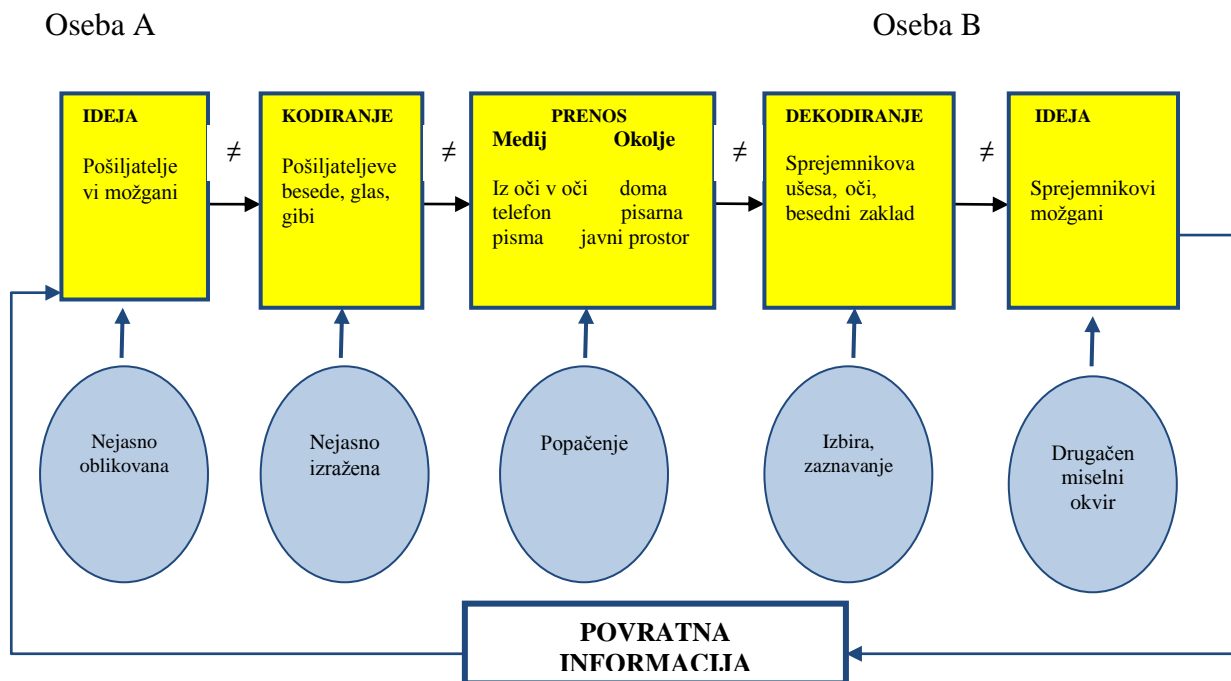
Komuniciranje je relativen proces, večdimenzionalni spekter delovanja in doživljanja. Treba je poudariti, da pri komuniciranju lahko nastopijo konflikti in sovraštvo ter ni vedno usmerjeno k harmoniziranju odnosov med ljudmi. Gre za pozitivne in negativne učinke, v vsakem primeru pa vzpostavlja razmerja in odnose med ljudmi. Dobre ali slabe (Ule, 2009, str. 19).

1.3 Komunikacijski proces

Medosebno komuniciranje je proces, kjer udeleženci pošiljajo, sprejemajo in različno interpretirajo sporočila, vse to pa se pogosto dogaja sočasno. Proces komunikacije in težave, ki se v procesu pojavljajo, sta ponazorjena na Sliki 1. Tu lahko vidimo, koliko je v komunikacijskem procesu možnosti, da se ne doseže cilja komunikacije. Proces komunikacije med dvema osebama obsega 7 temeljnih korakov (Možina et al., 2004, str. 52–53).

1. Namere, misli in čustva, ki spodbudijo pošiljatelja, da pošlje sporočilo. V pošiljateljevih možganih se rodi ideja, da sporočilo pošlje. Motnja, ki se tu pojavi, se lahko kaže v nejasno oblikovanem sporočilu.
2. Kodiranje – pošiljatelj kodira svoje sporočilo, to pove s svojimi besedami, gibi, čustvi, tako kot se njemu zdi najprimernejše. Pri tem lahko pride do nejasno izraženega sporočila.
3. Sporočilo pošlje prejemniku.
4. Pri tem uporablja različne komunikacijske poti – kanale. Tu je veliko možnosti popačenja sporočila, odvisno od kanala, ki je uporabljen.
5. Prejemnik sprejme sporočilo in ga dekodira. Informacijo sprejme na osnovi svojih zaznavanj, poznavanja, misli, čustev.
6. Na osnovi dekodiranja sporočila prejemnik oblikuje svojo idejo, ki je lahko v drugačnem miselnem okviru, kot je idejo oblikoval pošiljatelj, vzroki za to pa so različni.
7. Da je cilj komunikacije dosežen, je nujna povratna informacija, saj vidimo, da noben izmed zgornjih korakov ni popolnoma učinkovit.

Slika 1: Komunikacijski proces in izvori komunikacijskih težav



Vir: M. Gourdham, *Interpersonal skills at Work*, 1990, str. 170.

Kot smo že velikokrat omenili, je učinkovito tisto komuniciranje, pri katerem prejemnik razume sporočilo pošiljatelja tako, kot ga je pošiljatelj zasnoval (Možina et al., 2004, str. 52–53).

1.4 Oblike komunikacij

Komuniciranje poteka na različnih ravneh, od dialoga med dvema osebama, do globalnih socialnih interakcij med skupinami, institucijami. Standardna je delitev (Ule, 2009, str. 21) na štiri ravni komunikacijskega delovanja:

- Medosebno komuniciranje;
- skupinsko komuniciranje;
- organizacijsko komuniciranje;
- množično komuniciranje.

Nekateri avtorji pa navajajo sedem ravni komuniciranja, povzeto po avtorjih Richard West in Lynn Turner (Ule, 2009, str. 21):

- Znotrajosebno komuniciranje;
- medosebno komuniciranje;

- komuniciranje v skupinah;
- komuniciranje v institucijah;
- javno/retorično komuniciranje;
- množično komuniciranje;
- medkulturno komuniciranje.

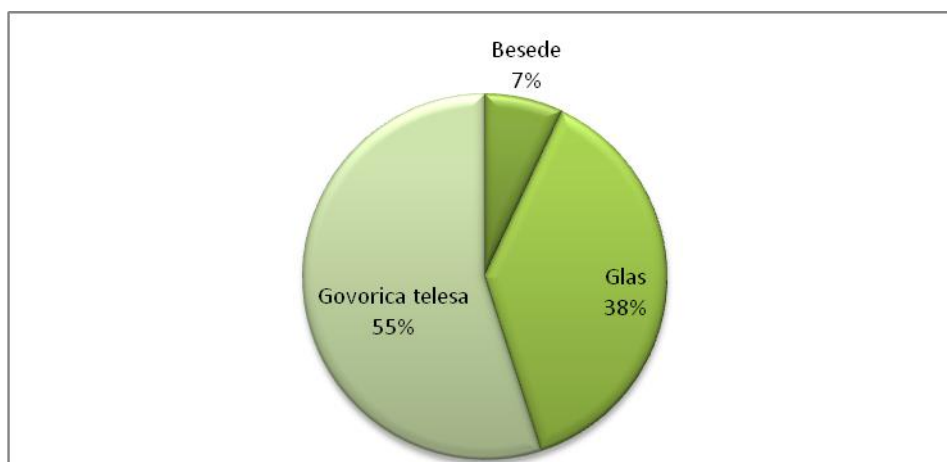
Najbolj znana delitev komunikacije je nedvomno na verbalno (besedno) in neverbalno (nebesedno komunikacijo).

Verbalna (besedna) komunikacija je lahko ustna ali pisna, vsaka od njiju pa ima svoje prednosti in slabosti. Nedvomno pa je pomembno, da znamo izbrati, kdaj je katero vrsto komunikacije najprimerneje izbrati. **Ustna komunikacija** je hitra in običajno zahteva povratno informacijo, kjer sogovornik lahko preveri, ali je sporočilo pravilno razumel. Z ustno komunikacijo je možno sočasno komunicirati z več ljudmi. Slabosti v ustni komunikaciji se pojavijo predvsem takrat, kadar v pošiljanju sporočil sodeluje več ljudi in je možnost izkrivljanja sporočila pri prenosu velika. **Pisna komunikacija** poteka po različnih komunikacijskih kanalih, v poslovnem okolju je nepogrešljiva komunikacija preko elektronske pošte. Prednost take komunikacije je nedvomno arhiviranje sporočil, jasnost, nazornost, saj je pisna komunikacija praviloma bolj pregledna, jasna, strukturirana. Slabost take komunikacije je nedvomno hitrost, saj zahteva od pošiljatelja veliko več časa in truda, kot pri govorni komunikaciji. Ena od slabosti je tudi v tem, da ni takojšnje povratne informacije, saj niti ne vemo, ali je prejemnik sporočilo sprejel in šele nato, ali ga je pravilno razumel (Možina et al., 2004, str. 54–55).

Neverbalna (nebesedna) komunikacija vključuje veliko več spretnosti in znanj, ki ga pošiljatelj sporočila mora imeti, kot pri verbalni komunikaciji. Obsega vse, razen ustne in pisne komunikacije. Sem spada govorica telesa, glas, prostor, čas, vonj, osebni videz, otip, osebni predmeti, obleka, urejenost, zvoki. Zanimiv je podatek, da je pisava stara nekaj tisočletij, govorica nekaj desetisočletij, nebesedno komuniciranje toliko, kot človeški rod. Govorica telesa naj bi obsegala okoli 700.000 »izrazov«, to pa je vsaj 100-krat več, kot je obseg besednjaka zelo izobraženega človeka (Možina et al., 2004, str. 55–56). Ob teh podatkih verjetno ni treba izgubljati odvečnih besed o pomenu nebesednega komuniciranja. Slika 2 prikazuje grafični prikaz raziskave, ki je bila narejena na kalifornijski univerzi v Los Angelesu (v nadaljevanju UCLA) in prikazuje, da v povprečnem poslovnem razgovoru z besedami povemo le 7 % pomena sporočila, kar 93 % pa pomenu sporočila prispeva nebesedna komunikacija, tisto, kar povemo z intonacijo govora ter glasom. Poudariti pa je potrebno, da te vrednosti veljajo pod predpostavko, da so besede pravilne, usklajene z vsebino sporočila.

Pod nebesedno komunikacijo tako uvrščamo vsa nebesedna sporočila, ki jih lahko zazna človeško čutilo.

Slika 2: Pomen sporočila z verbalno in neverbalno komunikacijo



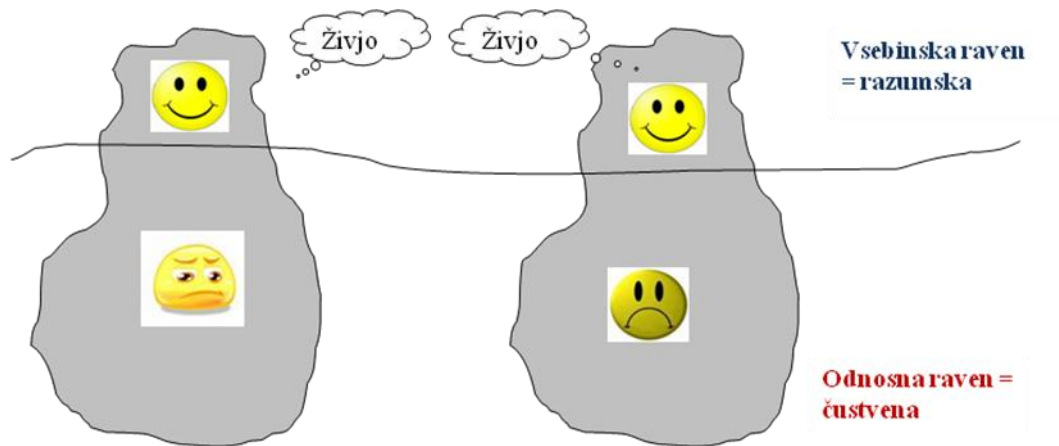
Vir: S. Možina et al., *Deleži sestavin v komuniciranju*, 2004, str. 56.

Po razsežnosti komuniciranja poznamo **formalne** in **neformalne** strukture v komuniciranju. Pripadnost različnim organizacijam vključuje posameznike v formalne strukture, sorodnost interesov pa v neformalne strukture z drugimi udeleženci. Formalna struktura je podrejena ciljem organizacije, neformalna struktura pa raste iz interesov in posebnih ciljev udeležencev (Možina et al., 2004, str. 65–77). Na posameznika ima formalna struktura velik vpliv, saj so tu opredeljene formalne vloge posameznikov v organizaciji, določeni so cilji organizacije in poslovni cilji, ki jih mora posameznik doseči, pooblastila, ki jih pri tem ima ter postopki in metode, ki jih lahko uporablja za dosego ciljev. Vse to lahko posamezniku predstavlja veliko obremenitev. Izrazito velik vpliv formalne strukture je opazen v bolnišnicah, kjer so hierarhija in s tem formalno opredeljeni cilji in naloge jasno določeni. Na posameznika pa imajo morda še večji vpliv neformalne strukture, saj so to tiste strukture, s katerimi se posameznik bolje, lažje identificira, saj jih doživlja bolj neposredno. V organizacijah bi managerji morali poznati in upoštevati vpliv neformalne organizacijske strukture na posameznika, saj lahko moč in velikost neformalne strukture vplivata na ustvarjalnost in prodornost posameznika pri delu. Za uspešnost komuniciranja je pomembna usklajenost med formalnimi in neformalnimi strukturami v organizaciji.

Komunikacija na delovnem mestu predstavlja kompleksen proces, ki pa se ga lahko učimo in naučimo. Raziskave so pokazale, da 75 % vseh problemov, ki jih imajo pri svojem delu vodje, izhaja iz slabe, nepopolne komunikacije. Komunikacija je bistvena večšina, ki jo mora management v zdravstveni negi imeti in obvladati (Boyle Grant & Massey, 1999, str. 51–52).

Za uspešno komunikacijo je treba upoštevati tudi vsebinski in odnosni vidik, ki pa izhajata iz dveh temeljnih konceptov o presojanju ljudi in stvari (Možina et al., 2004, str. 80). **Vsebinski vidik** pomeni vsebino povedanega, sporočilo, ki ga želimo posredovati, je tisto, kar vidimo, izhaja iz presojanja ljudi ali stvari in predstavlja razumsko raven. **Odnosni vidik** je tisto, česar ne vidimo in izhaja iz presojanja razmerij med stvarmi ali ljudmi, je čustvena raven v komunikaciji (Možina et al., 2004, str. 80). Odnosni vidik spremlja vsebinski vidik in je tisti, ki ima večji pomen za uspešno komunikacijo. Ta dva vidika si lahko predstavljamo kot ledeno goro. Slika 3 prikazuje razmerje med tema vidikoma: vsebinski del kot ledena gora gleda iz morja, odnosni vidik pa je prikrit in velikokrat odločujoč za uspešno komunikacijo.

Slika 3: Vsebinska in odnosna raven



Za uspešno komunikacijo je zato potreben dober stik v komunikaciji, ki predstavlja:

- Usklajenost v komunikaciji;
- stanje, ko se s sogovornikom srečamo v njegovem svetu;
- osnovo za učinkovito komunikacijo.

Najbolje deluje, ko se ga ne zavedamo in je spontan, lahko pa ga zavestno gradimo tako, da se prilagajamo sogovorniku na vseh ravneh komunikacije.

1.5 Poslovno komuniciranje

Poslovno komuniciranje poteka v organizacijah in med organizacijami, kjer so udeleženci komuniciranja, torej pošiljatelji in prejemniki (Možina, Tavčar & Kneževič, 1998, str. 23). Je pomemben del dejavnosti članov vsake organizacije, namen pa je, da se s pomočjo poslovnega komuniciranja postavijo cilji organizacije in da se postavljeni cilji dosežejo. Da

je poslovno komuniciranje učinkovito in uspešno, zahteva od managementa nenehno odločanje o ciljih komuniciranja ter o strategijah za doseganje teh ciljev (Možina, Tavčar & Knežević, 1998, str. 416).

Bistvena razlika med poslovnim komuniciranjem in drugimi vrstami komuniciranja je v tem, da ima poslovno komuniciranje cilj doseganje poslovnih rezultatov (Kavčič, 2005, str. 53).

Namen poslovnega komuniciranja (Možina et al., 2004, str. 17):

- Dajanje ali dobivanje informacij;
- medsebojna izmenjava podatkov, mnenj;
- vzdrževanje poslovnih, tržnih stikov;
- delovanje in prenos idej, zamisli, rešitev;
- začenjanje, razvoj in končanje dela;
- nabava, prodaja, pogodbe, pregled usmerjanje in usklajevanje tržnih poslov, dejavnosti;
- reševanje tekočih in potencialnih problemov;
- raziskovalna in razvojna dejavnost.

Cilj poslovne komunikacije je vplivanje na udeležence v komunikacijskem procesu. Uspešnost pa je odvisna predvsem od (Kavčič, 2005, str. 17):

- Značajskih lastnosti subjektov komuniciranja;
- stila vodenja komunikacije;
- potreb udeležencev.

Komuniciranje je uspešno, če povzroči ciljne spremembe in vpliva na udeležence tako, da spremenijo svojo naravnost in delovanje. Zato je potrebna moč vplivanja. Moč je torej zmožnost vplivanja na udeležence v komunikaciji (fizična moč, moč nagrad in kazni, moč znanja, moč idej, zgleda in osebnosti – karizme, interesna moč ...).

Managerji velik del svojega časa komunicirajo, tudi zato, da informirajo sodelavce in druge, da pridobijo koristne informacije od njih, da vplivajo na zaposlene in druge udeležence zunaj okolja z namenom doseganja ciljev organizacije, komunicirajo s poslovnimi partnerji, s konkurenco in številnimi drugimi zunanjimi dejavniki, vse to z namenom, da podprejo delovanje svoje organizacije. Poslovno komuniciranje je dejavnost managerjev in drugih strokovnjakov v organizaciji, je ciljno naravnano. Cilji morajo biti merljivi, dosegljivi in hkrati izzivni. Poslovna komunikacija v organizacijah poteka znotraj in zunaj organizacije (Možina et al., 2004, 16–17).

1.5.1 Medosebno poslovno komuniciranje

Medosebno komuniciranje je dogajanje, za katero je značilna navzočnost ekspresivnih dejanj pri eni ali več osebah (Ule, 2009, str. 21; 2006, str. 16). Ta so lahko zavestna ali nezavedna pri drugih ljudeh in povratno opazovanje, da takšno ekspresivno dejanje opazijo drugi. Značilnost medosebnega komuniciranja je ta, da so udeleženci komuniciranja usmerjeni drug na drugega in neposredno vplivajo drug na drugega. Med udeleženci se razvijajo občutki medosebne privlačnosti in/ali odbojnosti. Iz psihološkega vidika je to raven komuniciranja, ki je najbolj zanimiva. Za vsak medosebni odnos je bistveno medsebojno prepoznavanje drug drugega v odnosu. Medosebno komunikacijo bi lahko opredelili kot interakcijo ene osebe z drugo osebo ali z več osebami.

Značilnost medosebnega komuniciranja (Ule, 2009, str. 23–25):

- Nanaša se na simbolno obnašanje oseb v medosebnih stikih;
- je kontinuiran proces;
- gre za časovno usklajeno izmenjavo pomenov, simbolov, znakov;
- število udeležencev je majhno – najmanjše število sta dve osebi v dialogu, največje število pa tisto, ki dovoljuje osebni stik in odnos vsakega udeleženca;
- fizična navzočnost udeležencev – najlažje opredelimo kot komunikacijo iz oči v oči;
- stopnja formalizacije – gre za najmanj formalizirano obliko komuniciranja;
- osnovna enota sta dve osebi v neposrednem stiku;
- ima pomembno svetovalno in terapevtsko vlogo;
- proces ozaveščanja lastne samopodobe vključuje tudi partnerje v komuniciranju.

Za medosebno komuniciranje je značilno neposredno, sočasno komuniciranje – dvosmerno ali večsmerno, glede na število udeležencev. Ustno komuniciranje je hitro, učinkovito ter vsebinsko živahnejše in bogatejše od pisnega poslovnega komuniciranja. Prednosti se kažejo v neposrednem osebnem stiku, sprotnem odpravljanju nejasnosti in možnostih takojšnjega reagiranja. Najbolj značilne, tipične in uporabljane so naslednje vrste medosebnega komuniciranja (Hribar, 2009, str. 38 ; Možina et al., 2004, str. 103–382):

- **Poslovni razgovor.** Je prevladujoča in temeljna oblika poslovnega komuniciranja, ki je ciljno naravnana, namenjen doseganju poslovnih ciljev organizacije, istočasno pa zajema vsa razmerja in dejavnosti v organizaciji. Poslovni razgovor se najpogosteje odvija med udeleženci v istem prostoru – primer: prodajni sestanek; ali na daljavo – primer: telekonferenca, videokonferenca. Redko je namenjen obojestranskemu informiranju in se razvija iz sporočil in odgovorov nanja. Pri tem je jedro verbalna komunikacija, prav tako pa ima veliko težo neverbalna komunikacija. Rečemo lahko, da je poslovni razgovor osnovna oblika

interaktivnega govornega komuniciranja in tako predstavlja osnovo za poslovne sestanke, poslovna pogajanja, poslovne predstavitve, poslovno svetovanje in je sestavljen iz govorjenja, poslušanja in spraševanja. Osnovni koraki v poteku uspešnega poslovnega razgovora so priprave in uvod na poslovni razgovor, jedro in zaključek razgovora. Treba je poudariti posebno zvrst poslovnih razgovorov, to je telefoniranje. Tu je zaradi izključitve neposrednega stika velik poudarek na verbalni komunikaciji. Pri tem je potrebna dobra priprava, veliko taktičnosti in obzirnosti. Dandanes je neverbalna komunikacija zelo pogosta oblika poslovnega razgovora (Možina et al, 2004, str. 159–201).

- **Predstavitveni govor oziroma poslovne predstavitve.** Tu gre predvsem za neposredno govorno komuniciranje z različnim številom udeležencev. Nastopi se dogajajo predvsem širši skupini ljudi, predstavitve pa manjši skupini ljudi predvsem z namenom informiranja, vodenja in vplivanja. Vsak nastop in predstavitev morata imeti jasen cilj, govorec pa jasno strategijo. Kakšen slog predstavitve bo izbral govorec, je odvisno od teme, udeležencev, namena, vedno pa mora imeti vsaka predstavitev uvod, jedro in zaključek. Posebno pozornost naj govorec nameni uvodu in zaključku, saj si le-to udeleženci zapomnijo najbolj. Tu velja omeniti retoriko, večino govorjenja in dokazovanja, kar predstavlja sredstvo in ne namen predstavitve, vendar ju mora govorec dobro obvladati. V dobri predstavitvi aktivno sodelujejo tudi udeleženci. Managerji imajo različna stališča do poslovnih predstavitev, vsekakor pa velja, da je za to treba vložiti veliko dela, časa in truda. Pomembne so aktivnosti, samoocenjevanje in kritična analiza, ki jo govorec nameni po predstavitvi, kaj je bilo dobro in kaj v bodoče opraviti bolje (Možina et al., 2004, str. 323–382).
- **Poslovno pogajanje.** Predstavlja pomembno sestavino poslovnega delovanja ter posebno dejavnost managerjev v organizacijah (Možina et al, 2004, str. 273). Pogajanje je delovanje ali tehnika, ki naj bi pripomogla k skupnim odločitvam, tudi v primerih, ko imajo vpletene strani različne prednostne cilje. Je tudi stopnja v postopku sklepanja pogodbe, v kateri stranki preučujeta pogoje in možne sestavine prihodnje pogodbe (Veliki splošni leksikon 2006). Pogajanja morajo usklajevati interese in obvladovati nasprotja med udeleženci organizacije. Dolgoročno uspešna pogajanja so le tista, kjer vsi vpleteni občutijo več interesov. Pogajanja naj imajo merljiv, smiseln in dosegljiv cilj. Poznamo več slogov pogajanj in sicer jih po vsebinski naravnosti delimo na popustljiv, nepopustljiv in učinkovit slog pogajanja, možna pa je delitev še naprej na podatkovni slog, intuitivni, normativni ter analitični slog. Temeljni koncepti pogajanj pa so pogajanja na silo, kompromis, tekmovalna pogajanja, sodelovalna pogajanja in prikrita pogajanja. Glede na rezultat pogajanj so pogajanja distributivna (*win-loose*) – prvi trije koncepti ali integrativna pogajanja (*win-win*) kot rezultat pri sodelovalnih pogajanjih. Le-ta praviloma ustvarjajo boljše odnose med pogajalci kot distributivna. Prikrita pogajanja lahko spadajo v prvo ali drugo skupino. Potrebna je priprava na

pogajanje, kjer izberemo primerno strategijo, treba je določiti udeležence v pogajanjih. Samo izvajanje ima uvodni del, kjer se začne s spoznavanjem pogajalcev, določanje sporeda pogajanj ter opredeljevanje izhodišč. Opredeliti je treba časovni potek pogajanj. Za sodelovalna pogajanja veljajo vodila t.i. harvardskega projekta o pogajanjih, ki so razporejena v štiri temeljne skupine. V pogajanjih se lahko pojavijo težave, ki so posledica napak v izvajanju pogajanj. Pogajanja naj se končajo s sporazumom, dogovorom, ki naj, če je le možno, prinese več koristi vsem vpletenim stranem. Disributivna pogajanja naj se zaključijo s pisnim sporazumom, vsekakor pa je treba ocenjevati vsaka pogajanja in jih tudi evalvirati (Možina et al., 2004, str. 273–313).

- **Poslovni sestanek.** Je zbor dveh ali več ljudi, ki imajo skupne cilje. Govorna komunikacija je temeljni način za doseg ciljev sestanka. Sestanki so nepogrešljiva sestavina managerjev in sodelavcev v organizacijah, zato lahko rečemo, da je sestanek skupina ljudi, ki zmore več kot posamezniki. Velikost, delovanje in sestava skupine je lahko različna, pojavljajo pa se tudi različne vloge v skupinah. Pomembno vlogo v kulturi in obnašanju skupine imajo tiste vrednote, ki so skupne večini članov ter tako pomembno vplivajo na kulturo v organizaciji. Pomembno je zavedanje, da managerji, po raziskavi, ki je bila narejena v podjetju IBM, za pripravo na sestanek in udeležbo na sestankih porabijo 36 % delovnega časa (od njihovega povprečnega 61-urnega tedenskega delavnika). Poslovni sestanki so nujni, neizogibni, zaradi tega pa morajo biti dobro pripravljeni, načrtovani, vodeni in evalvirani (Možina et al., 2004, str. 203–256).
- **Pisna in elektronska komunikacija.** Dandanes je tako nujna, da si niti predstavljati ne moremo, kako bi lahko v poslovnem svetu funkcionirali brez tega. Razvoj na področju informacijske tehnologije je povzročil hiter napredek v industriji in tako v vseh poslovnih panogah. Pisna komunikacija je nujno potrebna v vseh panogah, vseh kulturah in je kot večšina nujna za učinkovitega in uspešnega managerja. Taka komunikacija ima svoje prednosti in slabosti, značilnosti in lastnosti, ravna pa se po temeljnih znanjih o komuniciranju. Elektronska komunikacija je posledica uporabe sodobne informacijske tehnologije za prenos sporočil od oddajnika do prejemnika. Zaradi dnevno velike količine teh sporočil je pomembno, da bo taka komunikacija učinkovita, zato mora oddajnik primerno in pregledno oddati svoje sporočilo. Da bo v tem primeru cilj komunikacije dosežen, torej da bo sporočilo pravilno razumljeno, je pomembno, kako učinkovito je branje teh poslovnih sporočil. Veščina učinkovitega branja je danes temeljna in pomembna večšina uspešnega managerja. Gre za zahtevno in miselno delo (Možina et al., 2004, str. 103–153).

»Medosebna komunikacija je hoteno ali nehoteno, zavestno ali nezavedno, načrtovano ali nenačrtovano pošiljanje in sprejemanje sporočil v medsebojnih, neposrednih odnosih ljudi,« citirano Brajša, 1994 (Hribar, 2009, str. 16).

1.5.2 Vodenje in komunikacija

Komunikacija je sestavni del nalog vodenja. Brez komuniciranja vodja ne more podati informacij, dobiti koristnih informacij, razumeti dogajanje v organizaciji in zunaj nje, delegirati nalog, reševati probleme, se prilagajati. Kot je že bilo omenjeno, managerji velik del svojega časa namenjajo komuniciranju. Možina navaja (2004, str. 16.), da porabijo približno tretjino svojega časa za aktivno komunikacijo, tretjino za poslušanje in samo tretjina časa poteče brez komunikacije. Skupina bo učinkovita le takrat, ko bodo člani sprejeli vodjo. To se dobro pokaže in dokaže v športu, kjer igralski tim upošteva navodila, ukaze, napotke trenerja. V športu trener velikokrat odstopi, če njegova ekipa ne doseže zastavljenih ciljev. Razlogov za to je veliko, vsekakor pa trener-vodja nosi odgovornost za zastavljene cilje. Enako lahko govorimo v organizacijah, kjer je vodja odgovoren za doseganje zastavljenih ciljev.

Nekaj splošnih načel uspešnega managementa je opredeljenih v poglavju 3.3., pa vendar se velikokrat sliši, da je nekdo rojen vodja. V zgodovinskih ikonah vodij se govori, da so bili karizmatični, da so bili rojeni z nekaterimi osebnostnimi lastnostmi, zaradi katerih so bili kot vodje uspešni. Znanstvenih dokazov za to ni. Vsekakor pa lahko zagotovo rečemo, da je uspešen vodja tisti, ki zna vplivati na svoje podrejene. Vodenje je vedno zahtevalo veliko veščin, ki jih je vodja pri svojem delu moral uporabljati, v tako nemirnem času pa je vodenje še večji izziv za vsakega managerja. Vodja je pomemben za delovanje svoje organizacije in tako nosi objektivno odgovornost za vse poslovne uspehe organizacije. Vse to zahteva ogromno znanj in sposobnosti tako na strokovnem področju, kot na področju vodenja in upravljanja s človeškimi viri. To pa zahteva dodatna znanja, veščine in sposobnosti managerjev, ki si jih morajo pridobiti, da svoje delo lahko opravljajo skladno s pričakovanji.

Vsem definicijam vodenja je skupen imenovalec 'vplivanje'. Rungapadiachy (2003, str. 222–223) omenja definicijo iz leta 1981, povzeto po avtorju Shaw, ki vodjo definira kot »člana skupine, ki izvaja pozitiven vpliv na ostale člane v skupini, ali kot člana, ki izvaja več pozitivnega vpliva na ostale člane skupine, kot pa oni nanj«. V nadaljevanju omenja tudi zanimivo ponazoritev in sicer stanje brez vodenja, ki po besedah Barkerja opisuje to stanje kot 'odsotnost akcije', ki bi skupino približevala njenemu cilju.

Eden od predpogojev učinkovitega vodenja je možnost prostega komuniciranja z vsakim članom skupine, kar med zgoraj naštetimi kanali nudi komunikacijska mreža prek odprtih kanalov. Učinkovita komunikacija pa je cilj vsake komunikacije, ključ do stabilnega skupnega življenja in uspešne skupinske dinamike, zagotavlja pa najmanjšo možnost konfliktnih situacij v procesu komuniciranja.

Vodenje je usmerjanje ljudi, vplivanje nanje tako, da svoje naloge opravljajo čim boljše, s čim manj porabljene energije in da so pri tem zadovoljni. Je umetnost vplivanja na druge v takšni meri, da naloge opravijo tako, kot si jih vodja želi. Vodenje je usmerjeno v ljudi in njegov namen je, da na posameznika ali skupino vpliva tako, da so doseženi cilji organizacije (Možina, 1994, str. 4; Hočevar, Jaklič & Zagoršek, 2003, str. 130). Vodja mora biti zaposlenim za zgled in samo tako lahko pravilno vpliva na ravnanje svojih zaposlenih. Drucker navaja (Drucker, 2001, str. 35), da mora vodja imeti sledilce, dosežati rezultate, dajati zgled ljudem in se pri tem zavedati odgovornosti, ki jo ima. Vodenje je trdo delo, ni privilegij, ne gre za priljubljenost. Vodenje je usmerjeno v rezultate.

Vodenje in komunikacija sta nujna spremljevalca, sta nenehno v simbiozi. Glede na stil vodenja, ki je značilen v določeni organizaciji, je pomembno, kakšno vrsto komunikacije bomo izbrali v organizaciji. Nedvomno kakovostna komunikacija v organizaciji prispeva k boljšemu zadovoljstvu zaposlenih in posledično k večji učinkovitosti in pripadnosti organizaciji. V raziskavi, ki je bila narejena v slovenskih podjetjih v letih 2001 in 2004 (Kajič, 2006, str. 1–8) je razvidno, da v Sloveniji prevladuje komunikacija od zgoraj navzdol, medtem ko se vse več evropskih organizacij zaveda pomena komunikacije od spodaj navzgor. Zaposleni so na ta način bolj motivirani za delo in prispevajo k večji učinkovitosti in pripadnosti organizaciji.

1.5.3 Prepričljivost v komunikaciji

Za management je bistveno, če želi da bo njegova komunikacija prepričljiva in tako tudi učinkovita, da v svoji organizaciji izbere pravi slog komuniciranja. Glede na teorije o pogledu ljudi poznamo teorijo X, teorijo Y in teorijo Z. Nabor slogov sega od avtoritarnega do participativnega sloga vodenja. Tako imamo na voljo štiri sloge vodenja ljudi in sicer (Možina, Tavčar & Kneževič, 1998, str. 33–35):

- **Naročanje** – pripravljenost sodelavcev je nizka, so malo zmožni. Vodja ima v tem primeru na voljo le avtoritarno vodenje, kar pomeni naročanje, usmerjanje, obvladovanje, nadzorovanje. Vodja je usmerjen na dejavnosti, ki jih opravlja posameznik, odgovornost za samo izvedbo je na vodji.
- **Poučevanje** – v tem primeru je pripravljenost sodelavcev večja, vendar so manj zmožni, sposobni. Vodja ima nalogo, da sodelavce usposobi za dejavnosti, vodenje je manj avtoritativno, pojasnjuje svoje odločitve, vodja se ukvarja tudi s sodelavcem, zato je odgovornost za delo razdeljena na oba.
- **Sodelovanje** – v tem primeru mora biti pripravljenost sodelavcev dokaj dobra, sodelavci so zmožni, niso pa prav veliko voljni. Vodja poskuša sodelavce motivirati, spodbuditi za dejavnost, se veliko ukvarja s sodelavci. Vloga vodje v

tem primeru je motivirajoča, da nalogo prenese na izvajalca in sama odgovornost je na izvajalcu.

- **Poverjanje** – ta način vodenja je primeren v primeru, če so sodelavci pripravljeni in sposobni za delovanje. Gre za participativno vodenje, sodelavcu vodja v celoti zaupa, njegova vloga je spremljanje in svetovanje.

Vsak manager mora v svoji organizaciji preučiti zadeve, ljudi, sebe in izbrati pravi način vodenja in komuniciranja. V mislih je treba imeti, da stil vodenja, ki je dober danes, ne pomeni, da bo enako učinkovit tudi jutri. Ljudje v organizaciji se spreminjajo, odhajajo, prihajajo novi ljudje, zmožnosti, pripravljenost na sodelovanje se spreminjata. Manager mora biti pripravljen na vse to. Le tako bo lahko dosežen uspeh. Manager mora dobro poznati komunikacijski proces, ovire in kako to premagati, da bo komunikacija uspešna.

Če želimo doseči zastavljene cilje, moramo biti prepričljivi v komunikaciji. Hrastar je leta 2001 opredelil prepričljivost, ki jo lahko opredelimo kot sposobnost vplivanja na ljudi, da naredijo nekaj, česar brez našega vplivanja ne bi naredili, kar pomeni, da gre za spremembo vedenjskega vzorca. Vreg leta 2000 poudari, da prepričevanje izhaja iz predpostavke, da se ljudje najpogosteje vedejo skladno s svojimi stališči, zato je osnovni namen prepričevanja v tem, da zavestno vplivamo na spremembo stališč in vedenjskega vzorca pri prejemniku (Možina et al., 2004, str. 418).

Ključne sestavine prepričljive komunikacije (Možina et al., 2004, str. 420):

- Poznamo namen komunikacije (poslovna komunikacija je ciljno usmerjena);
- poznamo vsebino, ki jo želimo sporočiti;
- poznamo sebe (komunikacijske spretnosti, čustvene odzive ...);
- poznamo sogovornika(e) (njihove informacije in zaznave, kulturo, komunikacijske spretnosti, čustvene odzive ...);
- poznamo okoliščine, v katerih se odvija komunikacija.

Da bomo pri komunikaciji prepričljivi in tako dosegli zastavljene cilje, moramo biti na njo pripravljeni in je ne smemo prepuščati naključju. Za to je potrebna dobra priprava. Kavčič je leta 1998 opredelil štiri stopnje učinkovitega prepričevanja (Možina et al., 2004, str. 418) in sicer se prva stopnja nanaša na pridobitev verodostojnosti prepričevalca pri sogovorniku. To lahko dosežemo s strokovnostjo ali vzpostavitev odnosa s sogovornikom. Sledi določitev tistih izvorov prepričljivosti, ki so za sogovornika najprimernejši. Navajanje dokazov in čustvena prilagoditev pa sta nadaljevanje pravilne podlage in priprave. Lahko povzamemo, da je za uspešno prepričljivo komunikacijo treba ustvariti take pogoje, da je naše sporočilo čim bolj razumljeno, z ustreznimi prepričevalnimi sredstvi ustvarimo in dosežemo spremembo v vedenju in tako dosežemo želeni cilj.

Za prepričljivo komunikacijo mora imeti posameznik, tako je poudarjal že Aristotel (Zidar, 1996, str. 16; Možina et al., 2004, str. 421), v sebi izpolnjena tri temeljna prepričevalna sredstva. Za povečanje prepričljivosti moramo v poslovni komunikaciji doseči ustrezno kombinacijo vseh treh sredstev in ta nam prinese najboljše rezultate. Faktorji, ki vplivajo na uspešnost prepričevanja, so: etos, patos in logos.

ETOS – gre za ugled govornika, vnaprejšnje prepričanje poslušalcev o poštenosti, etičnosti in dobronamernosti govornika. Pomembna je verodostojnost govornika, ki lahko izhaja iz njegovega položaja, strokovnosti, informiranosti, dobronamernosti, poštenosti. Pri tem je treba poudariti pomembnost zaupanja v sporočevalca.

LOGOS – gre za logično ali razumsko dokazovanje, vplivanje na razumsko sklepanje poslušalcev (argumentacija).

PATOS – gre za izkoriščanje čustev, ustvarjanje vznemirjenja med poslušalci. Pomeni govoriti tisto, kar želijo poslušalci slišati.

Prepričljivost v komunikaciji dosežemo v treh stopnjah, kjer mora v **prvi stopnji** prejemnik razumeti naše sporočilo, nato sledi **druga stopnja**, kjer mora prejemnik sporočila spremeniti svoja stališča in vedenje. V tem delu se kaže uspeh naše prepričljivosti. In zadnja, **tretja stopnja**, se nanaša na to, da je prejemnik usmerjen v doseganje cilja. Naša prepričljivost mora biti vpeta v celoten komunikacijski proces. Stopnje prepričljivosti pa so v praksi težje izvedljive, saj v celotnem komunikacijskem procesu, ki je dokaj zapleten, lahko nastopajo določene težave in ovire. Težave so tako lahko najprej v sporočevalcu, nato pri prenosu informacij in ne nazadnje tudi pri prejemniku. Poudariti je treba, da je pri prepričljivi komunikaciji pomembno, da je vljudna, z občutkom za sogovornika, za njegove potrebe, interese, pri tem pa mora jasno izražati svoje misli. Zaradi vsega navedenega je nujno, da z vidika prepričljive komunikacije učinkovito vzpostavimo povratno zanko, ki nam omogoča preverjanje sporočenega. Najučinkovitejša prepričljiva medosebna komunikacija je komunikacija iz oči v oči (Možina et al., 2004, str. 418–420).

Zavedati se je treba, da se pri vsakem komuniciranju pojavljajo ovire, ki jih je treba prepoznati in odpraviti, zato moramo pošiljati jasna in razumljiva sporočila, pri tem upoštevati občutke in čustva sogovornika ter sporočilo prenesti na najustreznejši način za sogovornika (Možina et al., 2004, str. 420).

1.6 Tipična komunikacijska vedenja

Skrajnosti v komunikacijskem vedenju sta dve. To sta pasivno (submisivno) in na drugi strani agresivno vedenje. Poleg teh dveh skrajnih oblik poznamo še pasivno agresivnost in kot zaželeno vedenje v komunikaciji asertivnost.

Pasivno vedenje pomeni, da pri komunikaciji ne izrazimo svojega mnenja, svojih prepričanj in čustev. Zaradi tega nas drugi izkoriščajo in velikokrat se nam zgodi, da naredimo tisto, kar ne želimo, naše potrebe in želje ostanejo nezadovoljene. Rešitve sprejemamo sebi v škodo, pri odločitvah smo neodločni. Veljamo za slabe poslušalce, v komunikaciji se pogosto opravičujemo, čeprav za to nismo krivi, ter se izogibamo komunikaciji, med pogovorom umikamo pogled, pogosto se smehljamo in prikimavamo, smo negotovi, imamo nizko samospoštovanje. Ostali nas lahko označijo kot tihe, plašne, prestrašene. Velikokrat krivdo prevzamemo nase, čeprav za njo nismo odgovorni, izogibamo se konfliktom, smo »kameleoni«, kjer stališča in mnenja prilagajamo situaciji. Mnenja, želje, občutke zadržimo v sebi. Človek ima občutek, da drugi upravljajo z njim, ves čas ima občutek podrejenosti, krivde, zanikanja samega sebe, dajanje večvrednosti drugim. V komunikaciji ne poznamo besede NE. **Osnovno pravilo: Jaz nisem O.K., ti si O.K.** (Rungapadiachy, 2003, str. 303–304; Možina et al., 2004, str. 422–424; Small, 2010, str. 9).

Agresivno vedenje pomeni, da v komunikaciji upoštevamo samo in izključno lastne interese in želje, vedno se postavimo zase in samo za svoje pravice, ob tem nas ne zanima, kako se počutijo drugi. V komunikaciji smo lahko tudi napadalni, grozimo, kaznujemo. Naša komunikacija je groba, glasna, nespoštljiva, nesramna, sarkastična, žaljiva, uporabljamo šale na račun drugih, vendar na grob, nespoštljiv način, velikokrat krivimo druge, ne poznamo besed »hvala« in »prosim«. Gre za zadovoljevanje lastnih potreb na račun drugih in velikokrat so kršene njihove pravice. Agresivna oseba nikoli ne prizna svojih napak. Pri govorjenju druge podrežemo, jih prekinjamo, manipuliramo z ljudmi za dosego svojih ciljev. Informacije, občutke in mnenja zavestno prikrijemo, če vemo, da bi nam to lahko škodovalo. Agresivni ljudje lahko uporabijo tudi fizično nasilje, kadar s svojo komunikacijo ne dosežejo zelenega izida. V komunikaciji moramo biti vedno zmagovalci, sogovorniku vsilimo svoje odločitve, sogovorniku dajemo občutek večvrednosti in nadrejenosti. **Osnovno pravilo: Jaz sem O.K., ti nisi O.K.** (Rungapadiachy, 2003, str. 303–304; Možina et al., 2004, str. 422–424, Small, 2010, str. 9).

Pasivno-agresivno vedenje ali **manipulativno vedenje** je v primeru, ko sogovorniku ne povemo svojih občutkov in mnenj, za njegovim hrbtom pa vseeno poskušamo na vsak način priti do svojih ciljev. Človeka ponižujemo posredno. Pripombe, ki jih izreče oseba s takim vedenjem, so sarkastične, hitro se rade znajdejo v vlogi žrtve. Lahko bi jim rekli tudi »generali po bitki«, svoje mnenje redko povedo na glas, druge obtožujejo za svoje

frustracije. Pri manipulativnem vedenju ne zaupamo niti sebi niti drugim, naše cilje zadovoljimo tako, da pri ljudeh nenehno vzbujamo občutke krivde. Smo strokovnjaki v tem, da ljudi preslepimo. Pri manipulativnosti govorimo o posredni obliki agresivnosti, s pretiranim pritoževanjem si izsilimo pomoč, kar smo za dosego svojega cilja pripravljene izsiliti tudi z jokom. Spoštovanje drugih je samo pod pogojem, da imamo od njih korist (Možina et al., 2004, str. 422–424; Petrovič & Žnidarec, 2004, str. 43).

Asertivno vedenje je vedenje, katerega definicije in podrobnejše razlage so opisane in opredeljene v poglavju 2 **Asertivnost in komunikacija**. Tu naj omenim samo na kratko, da je asertivnost odgovorno in odraslo ravnanje, kjer je komunikacija usmerjena v zadovoljevanje lastnih potreb, želja in mnenj ob upoštevanju pravic drugih ljudi. Pomembna je poštenost do sebe in drugih ljudi. Je oblika komuniciranja med agresivnostjo in pasivnostjo. V komunikaciji iščemo rešitve, ki so sprejemljive za obe strani, pri tem informacij ne prikrivamo, niti jih ne zadržimo zase, ampak jih delimo z drugimi. Ob dosežku dogovora se počutimo dobro. Tudi s težkimi sogovorniki se soočamo odločno, veljamo za aktivnega poslušalca. **Osnovno pravilo: Jaz sem O.K., ti si O.K.** (Rungapadiachy, 2003, str. 303–304; Možina et al., 2004, str. 422–424).

Tako pasivno, pasivno-agresivno kot agresivno vedenje redko pripeljejo do zelenih rezultatov. Prav tako je treba poudariti, da v praksi redko najdemo te skrajne oblike vedenj, kajti velikokrat gre za kombinacijo vedenj, predvsem pa se v različnih življenjskih obdobjih in situacijah lahko vedemo drugače. Dobro je tudi razmisliti, ali nas asertivno vedenje vedno pripelje do cilja. Zanimiva je situacija, kjer imamo nasproti sebe osebo, ki je agresivna, po možnosti naš nadrejeni in naš asertivni odziv lahko naleti na velike težave. Treba je razmisliti, kdaj uporabiti asertivno vedenje. Pomembno ob tem pa je, da se tega zavedamo, da v takih primerih zavestno spremenimo svoje vedenje in tako pridemo do svojega cilja. V Tabeli 1 so povzete koristi in slabosti pasivnega in agresivnega vedenja.

Tabela 1: Koristi in slabosti skrajnih oblik komunikacijskih vedenj

| Oblika vedenja | Koristi | Slabosti |
|------------------------|---|---|
| Pasivno vedenje | <ul style="list-style-type: none"> • Izogibanje konfliktu • Odobravanje drugih • Sprejemanje s strani drugih • Kratkoročno se počutimo olajšane | <ul style="list-style-type: none"> • Občutek podrejenosti, anksioznosti • Zanikanje samega sebe • Možnost psihosocialnih obolenj • Manjša samozavest • Nespoštovanje s strani drugih • Smo ranljivi, boječi |

se nadaljuje

nadaljevanje

| | | |
|--------------------------|---|--|
| Agresivno vedenje | <ul style="list-style-type: none">• Ventiliranje občutkov in jeze• Manj možnosti, da bi bile naše pravice kršene• Občutki prevlade• Pogosteje dobiš, kar si želiš• Občutki večvrednosti• Ignoriranje vedenja drugih• Morda nas bodo nekateri občudovali | <ul style="list-style-type: none">• Okolica te izloči• Nerealna predstava o sebi• Nespoštovanje s strani drugih ljudi• Ljudje čutijo do nas strah, jezo, nemoč, zlorabo in zamero |
|--------------------------|---|--|

Vir: M. Dev Rungapadiachy, *Oblike vedenj*, 2003, str. 303–304; P. Erlah Petrovič in, S. Demšar Žnidarec, *Oblike komunikacijskih vedenj*, 2004, str. 41.

2 ASERTIVNOST IN KOMUNIKACIJA

Asertivnost lahko opredelimo tudi kot prepričljivo komunikacijsko vedenje, kot srednjo pot med skrajnostmi v komunikacijskem vedenju. Asertivno komunikacijo opredelimo kot odločno, samozavestno, pošteno in spoštljivo komunikacijo hkrati, gre za odgovorno in odraslo ravnanje, kjer za svoja ravnanja in vedenja prevzemamo popolno odgovornost (Možina et al., 2004, str. 422; Small, 2010, str. 7). Opredelimo jo lahko kot edino učinkovito vedenje, kjer gre za »win-win« rezultat, zlasti pomembna pa je vloga asertivnosti v reševanju zapletenih situacij. Takrat s pravilnim načinom reagiranja in odzivanja lahko veliko pripomoremo k pravilni usmeritvi dogajanja. To je navsezadnje cilj komuniciranja v vsakdanjem življenju, v poslovni komunikaciji pa je to nujna potreba. Asertivnost ni prirojena lastnost, kljub temu, da so nekateri ljudje bolj asertivno naravnani. Asertivnost se da priučiti, zato se v poslovnem svetu vse bolj poslužujejo oblik izobraževanja, kjer se zaposleni naučijo tehnike asertivnosti z namenom, izboljšati komunikacijo in s tem doseganje ciljev v organizaciji.

Asertivnost s filozofskega stališča predstavlja enostavno izvedbo, saj podpira splošne osebne pravice človeka, pa vendar njena uporaba v praksi kaže drugačno sliko. Pomembno vlogo v našem življenju ima nedvomno starševska vzgoja in kultura v naši primarni družbeni celici, nato širše kulturno okolje, v katerem živimo (vrtec, šola, služba). Vse te zadeve v otroštvu in mladosti vplivajo na naše vedenje v kasnejših letih, saj imamo vgrajene vedenjske vzorce preteklih generacij. Te so: »mora se«, »treba je« in velikokrat slišana »kaj bodo pa rekli ljudje« ali »zaradi ljubega miru« (Ščuka, 2006, str. 2).

Družbe, kjer deklice vzgajajo v tradicionalnih vrednotah, kjer je zadolžena za gospodinjska opravila, kjer je »podrejena« možu, kjer izobraževanje ni pomemben dejavnik v življenju žensk, tam težko pričakujemo, da se bo taka oseba razvila v samozavestno, odgovorno osebo, saj so njene osebne človekove pravice kršene od otroštva dalje. Iz take vzgoje lahko pričakujemo pasivno vedenje. Nasprotno pa tradicionalne družbe, kjer fante učijo, da morajo biti močni, da fantje ne jokajo, da mora biti glavni v družini, težko pričakujemo, da bodo znali kot odrasli spoštovati pravice drugih in najverjetneje se bo pri njih razvilo agresivno vedenje.

Kultura je tista, ki ustvarja psihološki profil naroda in usmerja naše vedenje. Iz naše zgodovine lahko sklepamo, da so Slovenci introvertirani, vendar pa po navedbah Muska leta 1994 veljamo tudi za agresivne. To se je ne nazadnje pokazalo tudi leta 1991 v želji po neodvisni, samostojni državi, želji po uveljavitvi in potrditvi. Vsekakor pa asertivnost slovenskem narodu ni »prirojena«. Pričujoče dejstvo za to se kaže tudi v tem, da slovenski jezik ne premore domače besede za to. Zanimivo je razmišljanje Ščuke, ki pravi, da Slovenci omejujemo vedenjske vzorce in da nam manjka temeljna sposobnost sproščenega pogovora o problemih. Pomembno je dejstvo, da je vzgoja, ki otroke usmerja v preozke vedenjske vzorce, prej dresura in zavira razvijanje otrokove osebnosti, učenja, svobode odločanja, prevzemanja odgovornosti za sprejete odločitve (Možina et al., 2004, str. 422; Ščuka, 2006, str. 3).

Asertivnost je eden od načinov komunikacijskih veščin, kjer so jo na Japonskem opredelili kot samoizražanje za obrambo človekovih osebnih pravic, brez kršenja pravic drugih ter samoizražanje, ki dopušča drugačno mnenje in želje drugih (Yamagishi, 2007, str. 604). Avtor navaja raziskave, ki so zmanjšale stres na delovnem mestu po pravilni predstavitvi asertivnega treninga.

2.1 Definicije in teoretična izhodišča asertivnosti

Asertivno vedenje si ljudje velikokrat razlagajo napačno in ga pojmujejo kot agresivno vedenje. V nadaljevanju je navedenih nekaj definicij asertivnosti in v nobeni od njih ne najdemo sledi agresivnosti:

- Alberti in Emmons, leta 1970 (Rungapadiachy, 2003, str. 303–304) asertivno vedenje opredelita kot vedenje, ki pri posamezniku omogoča, da deluje v skladu s svojim interesom, da se postavi zase brez nepotrebne anksioznosti, da svoja občutja izrazi brez neprijetnega občutka ali da uveljavlja svoje pravice, ne da bi ob tem zanikal pravice drugih.
- Harrisov model iz leta 1973 (Možina et al., 2004, str. 423) pravi, da je za asertivnost značilno, da tako sebe kot druge sprejemamo pozitivno.

- Egan leta 1977 (Rungapadiachy, 2003, str. 304) asertivnost pojmuje kot sposobnost, da veščine, ki jih imamo, uporabimo tudi v praksi. Asertivna oseba tako krmari med tem, da ne naredi ničesar in tem, da bi naredila preveč. Komunicira tako, da spoštuje svoje pravice ter pravice sogovornika.
- Leta 1990 sta Elliot in Gramling (Petrovič, 2004, str. 10) asertivnost opredelila kot interpersonalno spremenljivko, ki pomeni učinkovito izmenjavo misli in občutkov v socialnih institucijah na način, ki upošteva in dopušča mnenje in čustvovanje drugih.
- Back in Back leta 1992 (Rungapadiachy, 2003, str. 304) v članku *Assertiveness at work* asertivnost opredelita kot sposobnost varovanja svojih pravic na način, ko ne kršiš pravic drugih ljudi. Gre za izražanje svojih potreb, želja, mnenj, občutkov, prepričanj na način, ki je neposreden in odkrit.
- Fritchie leta 1988 asertivnost (Možina et al., 2004, str. 423) opredeli kot način ravnanja z ljudmi, ko udejanjanje lastnih ciljev vodi v odprt in pošten način.
- Taylor leta 2003 (Možina et al., 2004, str. 423) poudarja, da se pri asertivnosti zavedamo, da imamo potrebe mi in drugi, imamo pravice mi in drugi, lahko nekaj prispevamo mi in tudi drugi.
- Asertivnost ni ne ponižnost ne agresivnost, ampak srednja pot med obema. Je sposobnost, znati se postaviti zase, zagovarjati lastno mnenje, zavzemati se za nekaj, potegovati se za lastne pravice – vendar brez nasilja, s spoštljivim odnosom do drugačnosti drugega in do njegove svobode. Namenjena je torej varovanju sebe, lastne vrednote, osebnosti in dostojanstva. Asertivno sporazumevanje je znak enakopravnosti in ustvarjalnosti (Ščuka, 2006, str. 3–13).

Beseda asertivnost ima tri korene in sicer (Petrovič, 2004, str. 16):

- »*be assertive*« v slovenščini pomeni »biti asertiven« in pomeni imeti in izražati pozitivno zaupanje, gotovost in samozavest
- »*assertion*« pomeni vztrajanje pri določeni stvari (na primer: pravici, trditvi, izjavi)
- »*assert*« pomeni zahtevati nekaj, uveljaviti se, zagovarjati in samozavest.

Asertivnost je stil komuniciranja. Je sposobnost, izraziti svoje občutke, misli, prepričanja in mnenja na način, ki ne bo kršil pravice sogovornika.

Iz definicij asertivnosti lahko povzamemo skupni imenovalec, da biti asertiven pomeni varovati svoje pravice in ob tem upoštevati tudi pravice drugih. Gre za rezultat *win-win* situacije, ali kot v literaturi velikokrat najdemo, »jaz sem O.K., ti si O.K.«. Jedro asertivnosti so torej pravice (Rungapadiachy, 2003, str. 304). Osebne pravice so pravice, ki nam pomagajo pri asertivnem vedenju, da izrazimo sebe na tak način, da s tem ne ogrozimo oziroma kršimo pravice drugih ljudi. Namen pravice je tudi, da so nam v pomoč pri spreminjanju negativnega prepričanja o nas samih. Ko človek pozna svoje pravice in se

jih zaveda, se pogosteje in učinkoviteje pogaja, posluša in razume drugačna stališča, pri tem pa druge obravnava s takšnim spoštovanjem, kot bi si ga želel sam. Pravice so nekaj, do česar smo upravičeni (Petrovič, 2004, str. 56; Možina et al., 2004, str. 421). V svojem otroštvu sem bila deležna vzgoje, kjer je bilo »pravilo«, da z drugimi ravnaj tako, kot bi si želela, da drugi ravnajo z mano. To sporočilo neprestano prenašam naprej na svoje otroke.

Temeljne osebne pravice, povzeto po Taylor, 2003 in Latimer 2004 (Možina et al., 2004, str. 421; Rungapadiachy, 2003, str. 306), so:

- Pravica, da z nami ravnajo spoštljivo;
- pravica, da izrazimo svoja čustva in mnenja, prepričanja, želje;
- pravica, da nas poslušajo in jemljejo resno;
- pravica, da izrazimo svoje potrebe in prioritete;
- pravica, da zahtevamo odgovor na svoje vprašanje;
- pravica, da rečemo »ne«, ne da bi se ob tem počutili krivo;
- pravica, da prosimo za tisto, kar želimo;
- pravica, da rečemo »ne razumem«;
- pravica, da delamo napake, vendar ob tem sprejemamo odgovornost zanje;
- pravica, da se ne izpostavljam.

Temeljne človekove pravice (Rungapadiachy, 2003, str. 306), so:

- Pravica, da rečemo »ne«;
- pravica, da smo to, kar smo;
- pravica, da se sami odločamo glede na različne možnosti;
- pravica, da izrazimo svoja mnenja in prepričanja;
- pravica, da delamo to, kar želimo, če s tem ne posegamo na področje pravic drugih ljudi;
- pravica, da občasno naredimo napako;
- pravica, da izražamo svoje potrebe in želje;
- pravica, da se odločimo, ali bomo asertivni ali ne;
- pravica do molka;
- pravica, da smo informirani;
- pravica do nadzora nad lastnim telesom;
- pravica do nadzora nad svojo lastnino;
- pravica do odločanja;
- pravica do izobraževanja;
- pravica do poštene obravnave;
- pravica, da rečemo »ne razumem«;
- pravica, da sprašujemo;

- pravica, da zavrnamo odgovornost, ki je nismo pripravljeni sprejeti.

Zavedati pa se moramo, da imamo poleg pravic tudi svoje dolžnosti, zato je še kako pomembno, da jih poznamo in se jih zavedamo. Naše dolžnosti, povzeto po Latimer (2004 Možina et al., 2004, str. 421), so:

- Dolžnost, da spoštujemo druge in jih spodbujamo, da svobodno izražajo svoja mnenja in občutke;
- dolžnost, da drugim povemo, kaj občutimo, če njihovo vedenje negativno vpliva na nas;
- dolžnost, da drugim pomagamo ustvariti učinkovito komunikacijo;
- dolžnost, da razumemo in izpolnjujemo svoje moralne obveznosti do drugih.

Kadar so pravice in dolžnosti uravnotežene, nam pomen asertivnosti ne more biti tuj in delujemo asertivno. Zavedanje in poznavanje pomena pravic in dolžnosti nas avtomatično pripelje do asertivnosti. Skrajne oblike vedenj, kot sta agresivnost in pasivnost, se nanašata na poznavanje in zavedanje ali pravic ali dolžnosti, odvisno, kaj je prevladujoče v našem vedenju. Z gotovostjo lahko rečemo, da se agresivni ljudje zavedajo samo in izključno le svojih pravic. Na drugi strani se pasivni ljudje zavedajo samo dolžnosti, ki jih imajo predvsem do drugih.

2.2 Pomen in namen asertivnosti

Bistvo asertivnosti je v zavedanju pravic in dolžnosti do sebe in do drugih. Pomembna je poštenost do sebe in do drugih. Obstajajo različne tehnike, ki nam pomagajo razvijati sposobnost, da naravnost povemo svoje mnenje, želje, občutke, brez obžalovanja in brez škode za druge ljudi. Samozaupanje, pozitivna naravnost in razumevanje drugih so tesno povezani z asertivnostjo (Možina et al., 2004, str. 423). Asertivno sporazumevanje je znak enakopravnosti in ustvarjalnosti.

Pri uporabi asertivnosti je treba upoštevati tri pomembne sestavine učinkovitega komuniciranja. To so (Možina et al., 2004, str. 425):

1. Poslušanje in empatija;
2. jasno izražanje lastnih mnenj in občutkov;
3. iskanje rešitev, ki nas pripeljejo do cilja.

Uporaba asertivnega vedenja je koristna tako za posameznika kot za organizacijo. Pomembno je dejstvo, da z njeno uporabo z večjo verjetnostjo dosežemo tisto, kar si želimo, ob čemer se dobro počutimo, oblikujemo dobro mnenje o sebi in svojem vedenju.

Kljub temu pa se moramo zavedati, da asertivno vedenje ne pomeni vedno dobiti, kar želimo, ampak je pomembno, da se zavedamo možnosti kompromisa.

Koristi asertivnega vedenja, Firtchie, 1988 (Možina et al., 2004, str. 423):

- Ljudje so bolj zadovoljni s seboj;
- naša učinkovitost je večja z uporabo asertivnega vedenja in tako lažje dosežemo cilje;
- pri obvladovanju konfliktov in težkih situacij smo uspešnejši, učinkovitejši;
- občutno lahko zmanjšamo stopnjo stresa na delovnem mestu.

Asertivno vedenje pa ima koristi tudi za organizacijo, saj z asertivnim vedenjem zaposlenih dosežemo (Možina et al., 2004, str. 423):

- Zaposleni so bolj samozavestni in spretni;
- izboljšajo se medosebni odnosi;
- komunikacija je bolj neposredna;
- konflikti in problemi se rešijo v zgodnji fazi;
- ugled podjetja in uspeh sta na višji ravni.

Asertivnost nam pomaga, da se v vsakdanjem življenju počutimo močnejše, da verjamemo v lastno zmožnost odločanja in pri tem verjamemo vase. Pomaga nam, da izboljšamo svojo samozavest in samopodobo, da dosežemo svoje cilje in sanje. Izrednega pomena je, da smo sposobni izraziti svoje občutke, mnenja, čustva in da za to prevzamemo odgovornost. Ob tem se ne počutimo krive, brez kakršnegakoli obžalovanja rečemo odločno »**ne**«, »**ne morem več**«, »**ne upam si**«. Razlog, da tega nismo sposobni reči, ali vsaj ne brez obžalovanja, v veliki meri izhaja iz naše primarne vzgoje, iz šolskega sistema, ki nas je naučil, da je bolje biti tiho, kot postaviti »neumno« vprašanje. Bolj bi se morali zavedati dejstva, da ni neumnih vprašanj, so samo neumni odgovori. Zavedati se moramo pravic, ki jih imamo, saj si moramo izbrati tak življenjski stil, ki nam odgovarja in s katerim smo zadovoljni. Pri asertivnosti je izrednega pomena samopodoba, ki jo imamo. Pozitivna samopodoba vpliva na zadovoljstvo s samim seboj, tako smo tudi veliko uspešnejši pri obvladovanju in reševanju konfliktnih situacij, s katerimi se srečujemo. Smo samozavestni in kot taki bolje sodelujemo v timu, v organizacijah, kritiko znamo sprejeti in tudi znamo podati konstruktivno kritiko. Komplimenti so lepi in jih radi slišimo, zato asertivnost pomaga, da se pri tem počutimo lepo in ne v zadregi. Vse to nam pomaga, da je naša komunikacija z drugimi učinkovitejša in imamo zato z drugimi trdnejše medosebne odnose. Pri tem smo odprti, pozitivno naravnani in izrednega pomena je, da si sami izbiramo medosebne odnose, v katere vstopamo, pri tem pa prav tako spodbujamo samozavest in izražanje občutkov pri drugih. Zavedamo se, da nismo popolni in znamo spoznati in uporabljati govorico telesa (Petrovič & Žnidarec, 2004, str. 17–36; Small, 2010, str. 3).

Nasveti za povečanje asertivnosti (Možina et al., 2004, str. 426; Ščuka, 2006, str. 13–15; Whitehead, Weiss & Tappen, 2010, str. 74–75):

1. Izogibanje besedam, ki ustvarjajo prepreke v komunikaciji. Predvsem tu mislimo na besede »ampak«, »mimogrede«, »na žalost«, saj ustavijo pozitiven tok komunikacije. Namesto le-teh, če se jim ne moremo izogniti, raje uporabimo besedo »vendar«.
2. Pri izražanju svojega mnenja in občutkov asertivnost močno povečamo tako, da govorimo v prvi osebi ednine. Primer: »moje mnenje je, da ...«, »prepričan sem, da ...«. Ta uporaba je zlasti učinkovita in zaželena, kadar želimo povedati kritiko. Pri tem upoštevamo naslednja pravila:
 - Pristnost – sem tak(a) kot sem, in ne tak(a), kot bi drugi želeli, da bi bil(a);
 - odprtost – sprejemam te takega, kot si in ne takšnega, kot bi si morda želel(a), da bi bil;
 - postavljanje meje – razmejitev v medsebojnem odnosu;
 - neizbežnost nesoglasij – ni zmagovalcev in poražencev, obstajajo le različna stališča in mnenja.

Kadar govorimo v prvi osebi ednine, se soočamo s problemom, izzivom, ne da pri tem obtožujemo.

3. Pri predlaganju rešitev pa je bolje, da se temu izognemo in da sogovorniku damo aktivno vlogo in s tem pri njem spodbudimo občutek pomembnosti.
4. Nikoli ne govorimo o lastnostih osebe, ampak o njenem vedenju. Posebej pozorni moramo biti na to, kadar podajamo kritiko.
5. Uporaba pozitivnega besednjaka.
6. Specifične trditve so boljše kot posploševanje.
7. Sprejemanje dejstva, da drugi vidijo stvari drugače kot mi.

2.3 Tehnike in trening asertivnosti

Izmed vseh tehnik asertivnosti je **aktivno poslušanje** pogoj in prvi korak k asertivnosti. To pomeni, da sporočilo sogovornika celovito sprejemamo in ga poslušamo ter da želimo razumeti njegovo situacijo, poleg tega pa spremljamo čustva in druge oblike neverbalne komunikacije, predvsem pa usklajenost med besedno in nebesedno komunikacijo. Zelo pomembno je to, koliko je poslušalec motiviran za poslušanje, saj ne moremo uspešno komunicirati, če ne ugotovimo, kaj sogovornik resnično hoče. Aktivno poslušanje je pomembno zato, ker samo tako lahko izvemo, kaj je pomembno ter lahko rešimo kritične situacije in konflikte. Poslušamo besede in misli, ki so za besedami, čustva, ki spremljajo besede, kakšna je usklajenost med verbalno in neverbalno komunikacijo.

Ločimo aktivno in pasivno poslušanje, ki se med seboj razlikujeta po (Možina et al., 2004, str. 428–429):

- **Govorici telesa** – drža telesa je pri aktivnem poslušanju vzravnana, vzdržujemo očesni stik s sogovornikom, izogibamo se ponavljajočim se kretnjam, ki motijo sogovornika, kot na primer: prestopanje, globoki vzdih, pokašljevanje, čečkanje ali risanje po papirju Naše kretnje in obrazna mimika morajo sogovornika spodbujati h govorjenju, treba pa je upoštevati ustrezno razdaljo med sogovornikoma.
- **Pozornosti** – pozornost mora biti usmerjena na sogovornika in ne na nas.
- **Sprejemanju** – sogovornikove ideje in čustva sprejemamo.
- **Sočustvovanju** – čustev sogovornika ne preziramo, ampak jim prisluhnemo in jih jemljemo resno.
- **Vprašanjih** – Pomembno je postavljanje odprtih vprašanj, saj tako sogovornika spodbujamo, da pove več, izogibamo se postavljanju zaprtih vprašanj.
- **Pojasnjevanju** – sogovornika vprašamo za dodatna pojasnila, ali smo prav razumeli, kar je povedal in ne oblikujemo sami svojih mnenj.
- **Povzemanju** – glede na vsebino in kontekst pogovora občasno povzamemo povedano, s čimer dajemo sogovorniku zaupanje, da ga poslušamo.

Pri aktivnem poslušanju sogovornika gledamo v oči in mu pri pogovoru ne segamo v besedo. Pri tem ga spodbujamo, mu pritrujemo, kar je povedal in mu tako neverbalno pokažemo, kako ga kot sogovornika cenimo in poslušamo. Pomembno je, da svoja verbalna in neverbalna sporočila povežemo, da delujemo usklajeno in kot celota.

Govorica telesa je sestavni in pomemben del neverbalne komunikacije, s katero drugim ljudem sporočamo nekaj o sebi ali svojem počutju, ne da bi pri tem verbalno komunicirali. Z ustrezno govorico telesa lahko podpremo asertivnost, saj podpre naše besede z gestami, mimiko obraza, držo telesa. Zelo pomembna je sproščenost, vzravnana drža ter umirjene kretnje in gibanje. Učenje asertivne govorice telesa nam pomaga pri izražanju samega sebe na bolj samozavesten in neposreden način. Pri govorici telesa smo pozorni predvsem na (Možina et al., 2004, str. 429–430; Petrovič & Žnidarec, 2004, str. 34):

- Telesno držo, ki naj bo vzravnana in hkrati sproščena. Stojimo trdno na tleh, brez prestopanj, stopala so približno v širini ramen. V takem položaju pri sogovorniku vzbudimo občutek samozavestne osebe.
- Glavo – ta naj bo dvignjena, sproščena, vendar moramo paziti, da ne nakazujemo na vzvišenost, kar je značilno za agresivno obliko vedenja.
- Oči so naše ogledalo in pomembno je, da sogovornika gledamo v oči in z njim vzdržujemo očesni stik. To nam krepi verodostojnost naših besed, da stojimo za tem, kar govorimo.

- Obraz mora izražati naše besede. Izraz na obrazu je usklajen z verbalno komunikacijo in naj bo čim bolj avtentičen. Tako besede dobijo svoj pravi pomen.
- Glas – glasnost mora biti prilagojena kraju in vsebini, ki jo podajamo.
- Roke so sproščene, naj podpirajo verbalno komunikacijo in ji dajejo pomen.
- Gibanje/hoja naj bosta prilagojeni vsebini, ki jo podajamo, vsekakor pa naj bosta sproščeni, umirjeni in prilagojeni aktivnosti.
- Govor je jasen, sproščen, brez zatikanj, naj lepo teče.
- Videz je pomemben del naše komunikacije, ki pa naj ne bo vsiljiv, da sogovornik ne bo osredotočen nanj, temveč na vsebino, ki jo podajamo. Vsekakor moramo zunanjo podobo prilagoditi situaciji (pogreb, zabava ...).
- Osebni prostor je tisti del komunikacije, ki se nanaša na upoštevanje pravic, tako govorca kot sogovornika. Pomembno je, da se ga zavedamo, istočasno pa, da upoštevamo osebni prostor sogovornika.
- Dihanje naj bo sproščeno, umirjeno, enakomerno.

Tehnika »**pokvarjena plošča**« predstavlja mirno, vztrajno in jasno ponavljanje sporočila in je izredno uporabna takrat, ko sogovornik noče slišati našega sporočila. Najučinkoviteje je, če ključne besede ponavljamo v različnih stavkih, kar poveča moč našemu osnovnemu sporočilu. Tehnika je uporabna takrat, ko natančno vemo, kaj želimo reči in doseči ter nam pomaga, da brez vznemirjenja vztrajamo pri naši trditvi ali prošnji. Tehnika ni primerna v situaciji, ko smo sami neodločni in nejasni ter za kompleksne in občutljive osebne situacije. Tehnika ne vključuje poniževanja drugih (Možina et al., 2004, str. 430; Petrovič & Žnidarec, 2004, str. 94).

Tehnika **reči ne** na neposreden način, brez izmikanja, izgovarjanja in namišljenih razlogov, je verjetno težava veliko ljudi. Nekoliko lažje nam je, če to naredimo v pisni obliki, kadar pa gre za komunikacijo iz oči v oči, pa je zadeva še dodatno otežena. Razlogov za to je veliko in kažejo na to, da ne zmoremo jasno postaviti meja in prevzeti nadzora nad svojimi odločitvami in življenjem. Najbolje je, da najprej sami pri sebi razčistimo, da je pravi odgovor **ne** in razmislimo, kakšne bodo posledice, če rečemo **da**. Reakcija tistih ljudi, katerih prošnja bo zavrnjena z naše strani, bo verjetno negativna, saj to razumejo kot zavrnitev njih samih in ne kot zavrnitev prošnje. Nezmožnost reči **ne** kaže na nespoštovanje do samega sebe. Saj ne upoštevamo svojih potreb in želja in tako zanikamo svojo lastno pomembnost (Možina et al., 2004, str. 430; Petrovič & Žnidarec, 2004, str. 82).

Izvedljiv kompromis pomeni, pridobiti iz tvoje in moje skupno rešitev, ki je sprejemljiva za oba. V tem primeru vsaka stran nekoliko popusti pri svojih zahtevah in tako pridemo do skupne rešitve, vendar pa ne smemo pozabiti na cilj, ki ga želimo doseči (Možina et al., 2004, str. 431; Petrovič & Žnidarec, 2004, str. 96).

Notranji dialog je tehnika, ki jo velikokrat vidimo pri športnikih ali pevcih, ki si pred nastopom dajejo pozitivne misli in spodbude. Vsak od nas se je velikokrat v življenju soočil s situacijo, ki je bila zanj velik izziv (lahko gre za nastop, izpit, prvi zmenek, razgovor za službo ...) in v veliko pomoč nam je, da se pred tem »napolnimo« s pozitivno energijo in se tako pripravimo na učinkovito – asertivno komunikacijo. S tem premagamo strah in smo samozavestnejši. Gre za predhodno analizo težke situacije in pripravo učinkovitih rešitev (Možina et al., 2004, str. 432).

Zameglitev je izredno učinkovita tehnika, kadar moram v komunikaciji najprej umiriti čustva sogovornika, še posebej agresijo, jezo, bes ter ohraniti svojo celovitost. Sogovorniku pokažemo razumevanje, a istočasno svoje stališče, ki pa ni nujno strinjanje. Pokažemo mu, da razumemo njegov čustveni odziv, istočasno pa ne zmanjšujemo verodostojnosti našega sporočila (Možina et al., 2004, str. 433; Petrovič, Žnidarec, 2004, str. 95).

Izpoved občutkov, ko nam je lažje povedati, kaj mislimo o določeni stvari, kot pa, kaj občutimo ob tem. V poslovnem komuniciranju ima pomembno vlogo obvladovanje čustev, saj lahko predvsem negativna čustva močno zmanjšajo učinkovitost komunikacije. Zato je pomembno, da znamo svoje občutke izraziti, saj tako sogovorniku jasno povemo, kaj nas moti in kaj ovira učinkovito komunikacijo (Možina et al., 2004, str. 433).

Nasprotje trditev je tehnika, s katero razjasnimo pravi problem. V komunikaciji velikokrat naletimo na nasprotujoče si trditve in če na to sogovornika opozorimo, odpremo prostor za oblikovanje kompromisa (Možina et al., 2004, str. 433).

Ključna vsebina nekaterih pomembnih tehnik asertivnosti je podana v Tabeli 2:

Tabela 2: Tehnike asertivnosti

| Tehnika | Namen |
|----------------------------|---|
| aktivno poslušanje | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pokazati sogovorniku, da nas njegova čustva in mnenja zanimajo ▪ Ugotoviti, kakšni so sogovornikovi nameni |
| govorica telesa | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Podpreti verbalno komunikacijo ▪ Pokazati svoj namen pri komuniciranju ▪ Pokazati svoje občutke |
| »pokvarjena plošča« | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ohraniti svoj pogled, ko te nekdo presliši ali ignorira |
| reči ne | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Upreti se dejanjem, trditvam, prošnjam, s katerimi se ne strinjamo |
| izvedljiv kompromis | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Skupna rešitev, sprejemljiva za oba |
| notranji dialog | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Predhodna analiza težke situacije ter priprava učinkovitih rešitev |

nadaljevanje

| | |
|------------------------------------|--|
| zameglitev | <ul style="list-style-type: none">▪ Pomiriti agresijo▪ Ohraniti svojo celovitost▪ Pokazati razumevanje, a ne nujno strinjanje |
| izpoved občutkov | <ul style="list-style-type: none">▪ Jasno povedati, kakšno ravnanje nam ni všeč▪ Povedati, kaj nas prizadene▪ Povedati, kaj in kako se ob tem počutimo▪ Povedati, kaj bi radi, da se zgodi namesto tega |
| nasprotje trditev | <ul style="list-style-type: none">▪ Razjasniti pravi problem▪ Opozoriti na zmešnjavo |
| prehod od vsebine k procesu | <ul style="list-style-type: none">▪ Opozoriti na način, kako komuniciranje poteka▪ Tehnika je uporabna, ko nas sogovornik ne posluša |
| razpršitev | <ul style="list-style-type: none">▪ Sogovorniku omogočimo, da obvlada svoja čustva |
| prekinitev | <ul style="list-style-type: none">▪ Ustavimo proces, da vidimo, kje je problem |
| obravnava samo ene točke | <ul style="list-style-type: none">▪ Večji dosežek asertivnosti |

Povzeto po S. Možina et al., Tehnike asertivnosti, 2004, str. 427–428

V razvitih državah je asertivni trening priljubljena in razširjena metoda učenja veščin v načinu komuniciranja, zlasti v poslovnem svetu, javnih ustanovah, med strokovnjaki pri delu s socialno in vedenjsko motenimi, ženskih društvih (Ščuka, 2006, str. 3).

Trening asertivnosti je praktičen proces učenja veščin in spretnosti za samozavestno ravnanje in učinkovito komunikacijo v interakcijskih odnosih. Pomaga nam, da odkrijemo, kako se počutimo v posamezni situaciji ter se ob tem naučimo, kako te občutke izrazimo. Naše potrebe poskušamo zadovoljiti ob predpostavki, da upoštevamo tudi potrebe drugih. Vključuje sistematično delo, trening je akcijsko naravnani (Petrovič & Žnidarec, 2004, str. 16).

Cilj treninga asertivnosti (Petrovič, 2004, str. 16):

- Izboljšati, ali če je možno, popolnoma spremeniti tiste oblike dosedanjega načina komuniciranja, ki so za posameznika moteče in težko sprejemljive;
- Naučiti se umetnosti globlje komunikacije in aktivnega pristopa k življenju;
- Pridobivanje zavesti o sebi, svojih zmožnostih in sposobnostih;
- Spremeniti svoja dejanja, vedenje, mnenje o sebi.

Običajne vsebine treninga asertivnosti so (Petrovič & Žnidarec, 2004, str. 18):

1. Predstavitve asertivnega vedenja v primerjavi z ostalimi oblikami vedenj;
2. predstavitve in seznanitev osebnih pravic in odgovornosti;
3. asertivna govornica telesa;

4. ravnanje s prošnjami;
5. sprejetje kritike;
6. izražanje čustev in občutkov;
7. podajanje konstruktivne kritike;
8. pozitivna samopodoba;
9. ravnanje s komplimenti;
10. načrtovanje sprememb.

Metode asertivnega treninga obsegajo predavanja, video posnetke, diskusije, igranje vlog in konzultacije, vse skupaj pa traja od 1 dneva do tedenskih treningov. Prav tako trening asertivnosti poteka preko spletnega portala, na osnovi katerega je bila leta 2005 narejena raziskava na Japonskem, ki je zajela 33 medicinskih sester. V njej so anketiranke odgovarjale na vprašanja v treh časovnih presledkih: pred začetkom treninga, med samim treningom in 1 mesec po zaključku treninga. Namen tega treninga asertivnosti je bil, ugotoviti razlike v stopnji stresa na delovnem mestu pred in po asertivnem treningu. Rezultati raziskave so pokazali, da se je pri anketirankah, ki so zaključile asertivni trening, pomembno povečalo znanje asertivnih veščin ter asertivno vedenje, posledično pa so se zmanjšale delovne obremenitve, ki so stresno vplivale na anketirance. Raziskava je pokazala pozitiven učinek pri medicinskih sestrah, ki so obiskovale spletni asertivni trening (Yamagishi, 2007, str. 604–607).

3 KOMUNIKACIJA IN ZDRAVSTVENA NEGA

Že v 18. stoletju smo lahko zasledili, da je medicina poleg telesnega obravnavala tudi duševno zdravje. Kot smo opredelili že v uvodu, je danes bolnik vse bolj informiran in želi veliko vedeti o svojem zdravstvenem stanju, poteku bolezni in procesu zdravljenja. Kadar je komunikacija dobra in primerna, bolnik bolje sodeluje v procesu zdravljenja in rezultati zdravljenja so boljši. Komunikacija v zdravstvu je večplastna, saj gre za komuniciranje med uslužbenci, komuniciranje med zdravstvenimi delavci in bolniki ter za komuniciranje z javnostjo. Gre za komunikacijo, ki skozi dialoge in strokovne govore oblikuje mnenje širše javnosti. Zaradi narave dela so zaposleni v zdravstvenih ustanovah v različnih uniformah, kar pri bolnikih povzroča različne čustvene odzive, kar lahko najbolj pokažemo pri otrocih. Zato naj bi s primerno komunikacijo ublažili posledice te uniformiranosti (Ružič Koželj, 2004, str. 1–10).

Raziskava, ki jo je leta 1998 izvedla dr. Uletova, je pokazala, da si 91,5 % ljudi želi topel in prisrčen zdravnikov odnos do bolnika, več kot polovica pa jih je mnenja, da zdravnik ne sme biti avtoritativen in uraden (Ružič Koželj, 2004, str. 9).

V zahodnih državah je komunikacija in področje pridobivanja medosebnih spretnosti postalo del izobraževalnega procesa, saj je pomen pravilnega in ustreznega komuniciranja

na področju zdravstvene oskrbe bolnika postal neizogiben. Rečemo lahko, da je komunikacija osnova za nudenje kakovostne zdravstvene oskrbe in tako vodi do postavljanja višjih standardov v zdravstvu.

3.1 Opredelitev področja zdravstvene nege

Zasluge za razvoj zdravstvene nege, kot jo poznamo danes, prav gotovo pripadajo začetnici Florence Nightingale, ki je že v času Krimske vojne (1854–1856) v Bosporju organizirala bolnišnico, kjer je kot glavna sestra skrbela za bolne in ranjene. Po njeni zaslugi se je smrtnost ranjenih vojakov drastično znižala. S svojim delom je pokazala pomen zdravstvene nege in zato velja za začetnico razvoja današnje zdravstvene nege (Lovrec 2006, str. 41–42).

Področje dela medicinskih sester je **zdravstvena nega**. Definicijo zdravstvene nege je Svetovna zdravstvena organizacija sprejela leta 1958 po Virginiji Henderson. Po definiciji zdravstvene nege je medicinska sestra na področju izvajanja zdravstvene nege samostojna.

Definicija Zdravstvene nege, sprejeta po Virginiji Henderson leta 1958, se glasi: »Medicinska sestra (Lovrec, 2006, str. 7) pomaga zdravemu in bolnemu človeku v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi, vrnitvi zdravja ali mirni smrti in bi jih le-ta opravil samostojno, če bi imel za to voljo, moč in znanje. Na tem področju je medicinska sestra strokovnjakinja in ima pravico pobude in nadzora. Medicinska sestra sodeluje pri realizaciji diagnostično-terapevtskega načrta, katerega pobudnik je zdravnik. Je član širšega zdravstvenega tima, v katerem sodeluje pri načrtovanju in izvajanju celotne zdravstvene oskrbe bolnika ali varovanca.«

Definicija zdravstvene nege po ICN – Mednarodna zveza društev medicinskih sester), kot popravljena definicija iz leta 1987, se glasi: Zdravstvena nega obsega samostojno in soodvisno obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalidne in umirajoče ljudi. Glavne naloge zdravstvene nege so zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter managementa zdravstvenih sistemov in izobraževanja ter vzgoje (Filej, 2006, str. 20).

Nekatere osnovne značilnosti ZN in njenih izvajalcev so (Urbančič, 1996, str. 27; Lovrec 2006, str. 53):

- ZN sodi med prvobitne najstarejše dejavnosti, ki so bistveno vplivale na razvoj človeka;
- ZN je pomemben dejavnik v procesu zdravljenja;

- kakovostna ZN je možna le ob primerno strokovno izobraženem kadru;
- ZN je bila vedno preprosta, sestavljena iz enostavnih elementov in je temeljila na zdravi pameti, izkušnjah in intuiciji;
- za poklic se odločajo zaradi želje, pomagati drugim, samoodrekanja, ponižnosti, ubogljivosti;
- zaradi vsega tega so pogosto njihove osebne potrebe in želje potisnjene v ozadje, kar onemogoča osebni razvoj in rast posameznika.

Specifična vloga medicinske sestre je, pomagati zdravemu ali bolnemu varovancu, oceniti njegovo zdravstveno stanje in mu pomagati pri izvajanju tistih aktivnosti, ki pripomorejo k ozdravljanju ali mirni smrti in ki bi jih varovanec opravil sam, če bi imel za to ustrezno moč, voljo in znanje. Pomaga mu k čimprejšnji popolni ozdravitvi. V okviru celovitega zdravstvenega varstva medicinska sestra sodeluje z drugimi družbenimi službami pri načrtovanju, izvajanju in vrednotenju zdravstvenega varstva, ki omogočajo izboljšanje zdravja, preprečevanje bolezni in oskrbo bolnih in invalidnih posameznikov.

Za zdravstveno nego bi lahko rekli, da je poklic, ki s svojim znanjem, čustvi in voljo ščiti interese tako posameznikov kot skupin, istočasno pa vpliva na oblikovanje vrednostnih sodb o dogajanjih, zadevah, medsebojnih odnosih (Železnik, 2006, str. 35). Najpomembnejši cilj zdravstvene nege je, povečati blaginjo človeka in odriniti tisto, kar bi mu lahko škodovalo (Železnik, 2006, str. 35).

3.2 Poklic medicinska sestra

Medicinska sestra je usposobljena strokovnjakinja za celostno (holistično) obravnavo posameznikov in skupin, ki avtonomno prevzema naloge in odgovornosti v sistemu zdravstvenega in socialnega varstva ter področja šolstva. Je samostojna strokovnjakinja v negovalnem timu in članica zdravstvenega tima, v katerem si z drugimi strokovnjaki deli vloge v zdravstveni obravnavi pacienta. Išče učinkovite poti za spoštljive, strpne, razumevajoče in dobre medsebojne odnose na delovnem mestu, ki so temelj kakovostnega, uspešnega in učinkovitega dela in so bistvene za zadovoljstvo posameznika, skupine in institucije. Je zdravstvena delavka, katere strokovno področje je zdravstvena nega. Medicinska sestra deluje po načelih Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (Vir: Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011).

Medicinska sestra pomaga posamezniku, družini ali družbeni skupini pri ohranjanju in utrjevanju zdravja, preprečevanju bolezni in skrbi za bolne in invalidne osebe. Dela in naloge medicinske sestre so odvisne tudi od delovnega mesta, ki ga zaseda (glavna, oddelčna ali timska medicinska sestra, medicinska sestra v ambulanti ...) in od delovnega področja, kjer dela (internistično, kirurško, pediatrično, psihiatrično ...). Medicinska sestra (zdravstvenik): ugotavlja potrebe po zdravstveni negi; načrtuje, izvaja, nadzira in vrednoti

zdravstveno nego; dokumentira postopke zdravstvene nege; vzdržuje dobre stike z varovanci, svojci in člani zdravniškega tima. Vodi negovalni tim, organizira njegovo delo in člane sproti obvešča o vseh novostih; organizira, spremlja ali izvaja predpisan diagnostično-terapevtski program; jemlje vzorce biološkega materiala za preiskave; nadzoruje higienske razmere na oddelku; sodeluje pri preprečevanju širjenja infekcij ter preverja postopke za preprečevanje bolnišničnih infekcij; sodeluje s higiensko epidemiološko službo in z drugimi strokovnimi službami (prehrambno, tehnično, laboratorijem, lekarno, zavodom za transfuzijo krvi ...); skrbi za varne delovne, kadrovske in materialne razmere; organizira nakup in porabo delovnih pripomočkov in materiala, nadzira porabo zdravil in narkotikov; usposablja in vodi pomožno zdravstveno osebje. Kot zdravstvena vzgojiteljica deluje na vseh ravneh zdravstvenega varstva, sodeluje pri izobraževanju medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov in se nenehno tudi izobražuje. Vzdržuje pozitivno profesionalno identiteto, sodeluje pri raziskovalnem delu s področja zdravstvene nege in pri načrtovanju gradnje in opreme zdravstvenih zavodov (Vir: Opis poklica, 2011).

Po ICN, Kodeksu etike 2000, je: »Temeljna naloga medicinske sestre je krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje zdravja ter lajšanje trpljenja. Z zdravstveno nego so neločljivo povezane človekove pravice, posebej pravica do življenja in spoštovanja človekovega dostojanstva.« (Vir: Kodeks etike medicinske sestre in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011).

Izraz medicinska sestra, ki vključuje naslednje poklice: srednja medicinska sestra, zdravstveni tehnik/zdravstvena tehničarka, tehnik/ca zdravstvene nege, višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik, diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra, profesor/ica zdravstvene vzgoje in druge medicinske sestre s fakultetno izobrazbo (Vir: Kodeks etike medicinske sestre in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011).

Naziv »medicinska sestra« je dokaj pogovorni naziv, saj po končanem štiriletnem izobraževanju na Srednji zdravstveni šoli ter uspešno končanem zaključnem izpitu dijaki/nje pridobijo naziv zdravstveni tehnik, generacije, vpisane od šolskega leta 1999/2000 dalje, pa po uspešno opravljeni poklicni maturi dobijo naziv tehnik zdravstvene nege oziroma tehničarka zdravstvene nege (Lovrec, 2006, str. 2–6).

Tehniki in tehničarke zdravstvene nege pa imajo možnost nadaljevanja študija na Fakulteti za zdravstvo, kjer se za poklic diplomirane medicinske sestre odločijo z vpisom na študijski program **zdravstvena nega** v okviru Univerze v Ljubljani in Univerze v Mariboru. Po zagovoru diplomskega dela dobi diplomant/ka strokovni naziv diplomirana medicinska sestra oziroma diplomirani zdravstvenik.

Zgodovina izobraževanja na področju zdravstvene nege v Sloveniji ima tradicijo. Prva izobražena medicinska sestra v Sloveniji je bila Angela Boškin, ki pa si je strokovno izobrazbo pridobila v Avstriji leta 1918. Z njeno zaposlitvijo v SB Jesenice se je v Sloveniji pojavil poklic medicinska sestra.

Izvajalci ZN so osebe, ki delujejo na področju ZN in so končale izobraževanje na srednji, višji, visoki, univerzitetni ali akademski stopnji.

Formalno izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji je kronološko opredeljeno v Prilogi 1.

Danes imamo na področju izobraževanja medicinskih sester na nivoju srednješolskega izobraževanja osem srednjih zdravstvenih šol po vsej Sloveniji, na nivoju dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja pa pet zavodov. Visokošolski zavodi se individualno odločajo, koliko časa v svojem programu namenijo področju komunikacije. Nekje gre za samostojni predmet, nekje pa le-to poteka v sklopu drugega predmeta. V Tabeli 3 je prikazano število ur, ki ga ustanova namenja predmetu komunikacija (ali je del nekega predmeta) glede na število vseh ur.

Tabela 3: Vsebine iz predmeta Komunikacija v formalnem izobraževanju v Sloveniji

| Naziv ustanove | Dodiplomski | | Podiplomski | |
|-------------------------------------|----------------------|----------------|----------------------|----------------|
| | Št. ur (IZB)/vse ure | odstotek (IZB) | št. ur (IZB)/vse ure | odstotek (IZB) |
| Zdravstvena fakulteta Ljubljana | 270/3.600 | 7% | 125/3.000 | 4% |
| Fakulteta za zdravstvo Maribor | 120 (180)/3.600 | 3,3 % (10 %) | (250)/1.500 | 17% |
| | | | 510/3.600 | 14% |
| Visoka šola za zdravstvo Novo Mesto | 240 (300)/5.400 | 4 % (6%) | 180 (450)/3.600 | 5 % (12,5 %) |
| Visoka šola za ZN Jesenice | 140/5.400 | 2,60% | 240/1.600 | 15% |
| Visoka šola za zdravstvo Izola | 115/3.600 | 3% | 300/1.500 | 20% |

Vir: Spletne strani ustanov, Programi izobraževanja, 2010/2011

V Tabeli 3 lahko vidimo, da je predmet komunikacija oziroma vsebine s področja Komunikacija v formalnem izobraževanju na dodiplomskem in podiplomskem študijskem programu na različnih univerzah v Sloveniji različno obravnavano. V nekaterih ustanovah je samostojni predmet, v večini pa so vsebine s področja komuniciranja del nekega programa. Največkrat pa se kot samostojni predmet ali kot del nekega predmeta obravnava v okviru izbirnih predmetov.

Možnosti zaposlovanja za medicinske sestre:

- **Primarno zdravstveno varstvo.** Osnovni zdravstveni dejavnosti v zdravstvenih domovih, dispanzerjih za zdravstveno varstvo žena, otrok in mladine, v posvetovalnicah, patronažnem varstvu, splošni in družinski medicini, specialistično- ambulantni dejavnosti, zasebni zdravstveni praksi, socialno-varstvenih zavodih – domovih za starejše občane, zavodih za izobraževanje otrok in mladostnikov z motnjami v duševnem in telesnem razvoju, zavodih za zdravstveno varstvo ali reševalni službi .
- **Sekundarno zdravstveno varstvo.** V splošnih in specialnih bolnišnicah, na klinikah in inštitutih, v zavodih za rehabilitacijo in negovalnih oddelkih .
- **Terciarno zdravstveno varstvo.** Tu poteka najzahtevnejše ambulantno in bolnišnično zdravljenje.
- **Druga področja.** Medicinska sestra lahko dela tudi v šolah in vrtcih, humanitarnih organizacijah in drugih nevladnih organizacijah, socialno-medicinski, higienski, epidemiološki in zdravstveno-ekološki dejavnosti, zdraviliški dejavnosti ali na področju oskrbe s krvjo in krvnimi derivati (Vir: Opis poklica, 2011).

Na visokošolskih zavodih je v letu 2008 izobraževanje končalo 633 diplomantov, med njimi je bilo 93 % žensk. Poleg mladine je končalo programe s področja zdravstva še okoli 500 odraslih oseb (bodisi zaradi prekvalifikacije ali dokvalifikacije).

Konec leta 2010 je v Sloveniji opravljalo poklic medicinske sestre 16.900 zaposlenih, od tega 12 % moških, medicinskih tehnikov, ki so bili v povprečju za 4,1 % bolje plačani kot njihove poklicne kolegice. Večinoma gre za ženski poklic, vseeno pa je konec leta 2008 ta poklic opravljalo 1836 moških. V Sloveniji je bilo v letu 2008 na 100.000 prebivalcev 780 medicinskih sester. Največ medicinskih sester na 100.000 prebivalcev je bilo na Irskem (1551), najmanj pa v Bolgariji (423) (Vir: Mednarodni dan medicinskih sester, 2011).

Po zadnjih znanih podatkih za leto 2008 je bilo v Sloveniji skoraj 40 % medicinskih sester starejših od 45 let, nadaljnjih 28 % pa jih je bilo razvrščenih v starostni razred od 35 do 44 let. Priliv mladih s tem poklicom je premajhen, da bi zadostil vsem potrebam v zdravstveni dejavnosti (Vir: Zdravje in zdravstveno varstvo, 2009).

Povprečna mesečna bruto plača oseb, ki so opravljale poklic medicinske sestre, vključno z bobicami, je v letu 2009 znašala 1733 EUR, kar je bilo za dobrih 200 EUR več kot predhodno leto (v podatkih so vključene le tiste osebe, ki so opravljale poklic medicinske sestre in so bile vse leto zaposlene pri istem delodajalcu in to s polnim delovnim časom). Plača žensk v tem poklicu pa je bila za 2,4 % nižja od plače njihovih poklicnih kolegov (moških) (Vir: Mednarodni dan medicinskih sester, 2011).

Poklic medicinske sestre sodi v Sloveniji med deficitarne poklice. Zavod za zaposlovanje Republike Slovenije (v nadaljnjem ZZZRS) je za potrebe vključevanja brezposelnih oseb v ukrepih aktivne politike zaposlovanja (Vir: Opis poklica, 2011) 5. februarja 2009 objavil letni pregled deficitarnih poklicev. Poklic medicinske sestre je bil zabeležen kot deficitarni poklic v osmih izpostavah Zavoda RS za zaposlovanje od dvanajstih, in sicer v Kopru, Kranju, Ljubljani, Novi Gorici, Novem mestu, na Ptuj, v Sevnici in Trbovljah (Vir: Mednarodni dan medicinskih sester, 2011).

3.3 Posebnosti managementa v zdravstveni negi

V magistrskem delu bomo za bolnišnice uporabljali pojem neprofitne organizacije. Neprofitno delovanje se kot pojem uporablja za služenje splošnemu družbenemu interesu, ki je povsem legitimno operacionaliziran kot javni in skupni interes. Organizacijam, ki si to postavijo kot temeljni cilj svojega obstoja in delovanja, pravimo neprofitne organizacije. V javnih in zasebnih neprofitnih organizacijah se uresničuje splošni družbeni interes, operacionaliziran kot javni interes, skupni interes pa uresničujejo le zasebne neprofitne organizacije (Divjak, 2005, str. 14).

Osnovni namen in temeljni cilj obstoja neprofitnih organizacij ni ustvarjanje dobička za njihove lastnike, kljub temu pa mora v njih potekati proces maksimizacije profitabilnosti kapitala, za kar mora poskrbeti management (Kolarič et al., 2002, str. 10). Neprofitne organizacije niso namenjene same sebi, ampak je njihova naloga, da opravljajo določene naloge v družbi in zadovoljujejo potrebe tako posameznika kot družbe (Žnidaršič Kranjc, 1996, str. 9). Smisel obstoja neprofitnih organizacij je delovanje v splošnem družbenem interesu.

Management je kot veda proučevanja in kot stroka relativno mlada. Peter Drucker v knjigi, *The Concept of Corporation* (Koncept korporacije), ki jo je kot predmet proučevanja delovanja *General Motors* (v nadaljevanju GM) v 90. letih prejšnjega stoletja, navaja, da je management način organiziranja, načrtovanja, vodenja in nadzorovanja poslovnih aktivnosti v formalni ali neformalni instituciji, kjer posameznik oziroma poslovna skupina čimbolj učinkovito dosega svoje poslanstvo in cilje. Takšna opredelitev velja tako za profitne kot neprofitne organizacije in vključuje (Kovač, 1997, str. 6):

- Kolektivno delo in uravnavanje odnosov med ljudmi (organizacija);
- racionalno poslovno odločanje in doseganje zastavljenih ciljev;
- ustvarjanje presežka vrednosti (kadar gre za profitno usmerjena podjetja) oziroma vrednost (kadar gre za neprofitno usmerjena podjetja).

Managerji imajo na voljo veliko orodij za »kako storiti«, vse bolj pa se pojavlja vprašanje »kaj storiti«, ko se podjetje znajde v krizi. Temeljni vzrok za to je po navadi v tem, da se prave stvari počnejo brezplodno. Tudi organizacije, kot na primer sindikati, vladne organizacije in bolnišnice se srečujejo s tem problemom in na teh področjih ga je še težje obvladati (Drucker, 2004, str. 20).

Pojem management se je dolgo časa uporabljalo le za vodenje profitnih organizacij, saj je bil žaljiv za sodelavce neprofitnih organizacij. Beseda je pomenila poslovanje, neprofitne organizacije pa niso bile »okužene« s komercializmom in prepričanje je temeljilo na tem, da bi se s tem izgubilo poslanstvo in cilj neprofitne organizacije. Temeljni cilji neprofitnih organizacij niso ekonomski rezultati, temveč izpolnjevanje poslanstva organizacije. Med neprofitne organizacije tako uvrščamo šole, bolnišnice, gledališča, cerkev, prostovoljne organizacije, društva Če pa pogledamo dejstvo, da je neprofitni sektor največji ameriški delodajalec (Drucker, 2004, str. 144), je jasno, da se je potreba po managementu v neprofitnih organizacijah kmalu pokazala kot nujno potrebna. Taka podjetja potrebujejo management celo bolj kot profitna podjetja. Zavezanost k dobremu delu ne more nadomestiti organizacije in vodenja, odgovornosti, učinkovitosti in rezultatov. Management neprofitne organizacije mora zagotoviti, da vsi zaposleni razumejo in sprejemajo poslanstvo organizacije. Poslanstvo neprofitne organizacije govori o smislu obstoja take organizacije, njegovi udeleženci pa postavljajo njeno poslanstvo (Drucker, 2004, str. 147). Pri tem gre za opredelitev relativno trajnih namenov organizacije, kot so na primer:

- Kaj je poslovno področje neprofitne organizacije;
- kakšna naj bo širina dejavnosti;
- kakšna je konkurenčna prednost organizacije;
- kakšni bodo odnosi z udeleženci;
- vrednote, prepričanja organizacije.

Management mora poznati in spremljati tako zunanje kot notranje okolje organizacije. Pri ocenjevanju zunanjega okolja je treba ugotavljati razvojne tendence najprej v najširšem okolju, analizirati potencialne klientele organizacije, analizirati konkurenco. Notranje okolje organizacije mora management ocenjevati z vidika uspešnosti poslovanja take neprofitne organizacije, z vidika ocenjevanja resursov, izdelati pa mora profil prednosti in slabosti. Problem nastopi pri izražanju uspešnosti neprofitne organizacije, kjer je treba najprej analizirati in opredeliti merila za uspešnost. Oceniti je treba poslovne priložnosti in nevarnosti organizacije v prihodnjem obdobju. Potrebna je SWOT analiza.

Vsak manager si želi, da bi njegovo vodenje pripeljalo organizacijo do zastavljenih ciljev in poslanstva. Pri tem bi bilo treba upoštevati nekaj načel, ki dajejo dobro osnovo za doseganje odličnosti pri delu in poslovanju organizacije (Možina, 1998, str. 5–6):

1. **Uvid v situacijo** – management mora znati ugotoviti vzroke problema in tako pripraviti različne strategije za reševanje problemov.
2. **Kultura v organizaciji** – treba je ustvarjati in razvijati ustrezno kulturo, ki bo spodbujala zaposlene, da bodo dosegli zastavljene cilje. Za managerje je to velik izziv, saj morajo poskrbeti, da zaposleni ne postanejo pasivni, nemotivirani, nebogljeni ali da se ne počutijo izkoriščane. Manager mora znati poslušati in biti občutljiv za potrebe in cilje zaposlenih.
3. **Vizija ustvarjanja prihodnosti** – manager mora imeti vizijo, vanjo verjeti in jo pripeljati v prihodnost na osnovi dejstev, podatkov, želja, interesov, priložnosti, nevarnosti. V ta proces mora vključiti zaposlene.
4. **Spremenljivost** – Spremembe so del naše vsakdanjosti. Manager mora spremembe predvideti tako v notranjem kot zunanem okolju, jih zaznati, nanje pravočasno reagirati in se nanje pravočasno pripraviti. Manager mora imeti pred seboj vse pomembne cilje, ki jih želi organizacija doseči kratkoročno in dolgoročno.
5. **Usmerjenost k odličnosti** – Manager mora stremeti k nenehnemu izboljšanju in doseganju večje kakovosti, v kar mora verjeti ter to doseči s premišljenostjo in pripravo ugodnega okolja, tako notranjega kot zunanjega.

Vodenje tako kompleksnega sistema, kot so bolnišnice, nedvomno zahteva veliko znanja in spretnosti. Potreba po organiziranju, z namenom da se sprožijo spremembe, zahteva visoko stopnjo decentralizacije. Struktura organizacije mora omogočati hitro ukrepanje in sprejemanje odločitev (Drucker, 2004, str. 131). Potreba po organiziranju zdravstvene nege znotraj bolnišnice se je hitro izkazala za potrebno in ima v bolnišnicah danes, predvsem v zahodnem svetu, izredno pomembno vlogo.

Po Bizjaku (1998, str. 11) bo vodenje učinkovitejše, če bo zasnovano na zaupanju in spoštovanju, etiki, morali, vodja pa naj bi oblikoval kreativne vodstvene time ter znal pridobiti sodelavce in oblikovati ustrezno organizacijo. Učinkovito vodenje in upravljanje vključuje pomembne veščine in znanja na področju asertivnosti, upravljanja s časom (time management) ter ocene uspešnosti (Boyle & Massey, 1999, str. 77).

Covey (2004, str. 33) opisuje tri značilnosti, ki jih mora imeti dober vodja za uspešno rast in razvoj: vizija, pogum in ponižnost. Imeti vizijo je nujno potrebno, toda poleg tega je treba imeti pogum, da se vizija definira in skomunicira s podrejenimi, istočasno pa mora biti dovolj skromen, da doseže primeren čas in način, kako se ju implementira v prihodnost.

Vodenje v zdravstveni negi predstavlja izziv za glavne medicinske sestre. Raziskava, ki je bila narejena 2004 na Inštitutu za medicino (Yoder-Weiss, 2007, str. 52–53) je pokazala, da se okolje v bolnišnicah spreminja in da je za zagotavljanje še večje varnosti bolnikov treba spremeniti in določena pravila in načine vodenja. Za to je treba zagotoviti pet ključnih sprememb v procesih znotraj organizacije, in sicer:

- Aktivno upravljanje s procesom spreminjanja;
- zagotavljanje ravnotežja med učinkovitostjo in zanesljivostjo;
- ustvarjanje izobraževalnega okolja;
- ustvarjanje in vzdrževanje zaupanja;
- vključevanje zaposlenih v organizacijske spremembe in odločanje.

3.4 Posebnosti komunikacije v zdravstveni negi

Danes si verjetno večina od nas ne predstavlja, da pridemo v zdravstveno ustanovo, da nas pregledajo, na kakršenkoli način oskrbijo, zdravijo, ne da nam povedo, kaj se z nami dogaja, kaj nam bodo naredili, kakšen je naš status. Bolniki se vedno bolj zavedajo tako moralnih kot legalnih pravic. Pa vendar se še vedno dogaja, da smo kot bolniki nezadovoljni z zdravstveno oskrbo. Danes je ogromno informacij dostopnih navadnemu človeku in nekaj znanj že imamo, ko pridemo do zdravstvenega osebja. Prav zato pričakujemo, da nam bodo to znanje dodatno nadgradili, razložili. Ne predstavljam si, da nismo informirani na družbenem nivoju, da ne vemo, kaj se dogaja na političnem področju. Za vse to nam dobro služijo množični mediji kot so dnevni časopisi, TV, radijski sprejemniki, svetovni splet. Vse to je v zadnjih tridesetih letih prispevalo k vse večji potrebi po komuniciranju tudi na področju zdravstvene oskrbe. Kako pomembno je spodbudno komunikacijsko okolje v zdravstveni oskrbi, predvsem za zdravljenje mnogih problemov in bolečin, nakazujejo tudi raziskave na tem področju, ki to trditev dokazujejo. Komuniciranje je osrednji koncept, ki ga bolniki navedejo, kadar govorijo o zadovoljstvu z zdravstvenimi institucijami in zdravstvenimi delavci. Raziskava, narejena v Avstraliji leta 1996 (Ule, 2006) kaže, da je najpomembnejša lastnost dobrih zdravstvenih delavcev ta, da »si vzamejo čas za bolnika in da se pogovorijo o njegovem problemu«. Ta lastnost je celo bolj pomembna kot strokovno znanje. Podobna raziskava, ki jo navaja isti avtor, je bila v Sloveniji narejena leta 2003, v kateri so bili anketiranci člani Društva pljučnih bolnikov v Sloveniji, kjer se enoglasno strinjajo s trditvijo, da je pomemben odnos med bolnikom in zdravnikom, ki mora biti prisrčen in tako vpliva na razbremenitev bolnika.

Komunikacijo v zdravstveni negi lahko opredelimo kot negovalno komunikacijo, ki ima pozitiven učinek na vsakdanje življenje, zdravje in dobro počutje ljudi (Ule, 2006, str. 15). Tako učinkovito negovalno komuniciranje povečuje samoučinkovitost, soočanje ter ugodno rešitev konfliktnih dogodkov in stresnih situacij. S pravilno komunikacijo

zmanjšujemo čustvene napetosti, rešujemo konflikte, probleme, dileme. Negovalno komuniciranje lahko zajema komaj opazne geste, kot so spontan dotik ali objem, lahko pa gre za bolj poglobljen odnos, kot je pogovor o osebnih problemih. Potrebujemo ga za razvoj ugodne samopodobe in odnosov, za učinkovito svetovanje in terapijo ter za učinkovitejše sporazumevanje, zahteva pa pozornost in prilagoditev na konkretno situacijo pri vseh udeleženi osebah. Negovalno komuniciranje temelji na konceptu socialne podpore, izraža in vsebuje pa visoka etična načela, kot so skrb za drugega, odgovornost, zaupanje, empatija, sočutje. Pri vsakem bolniku se vzpostavlja na novo in drugače, izključuje rutino, saj je vsaj posameznik unikaten. Je sestavina aktivnega sočutenja, ki povezuje zdravstvenega delavca in bolnika ter tako pospešuje pripravljenost bolnika na odprto in empatično komuniciranje. Bistvena značilnost empatičnega zdravstvenega komuniciranja je, da zdravstveni delavec spoštuje avtonomijo in dostojanstvo bolnika. Philip Myerscough (1989) je opredelil komuniciranje kot ključ do profesionalne učinkovitosti zdravstvenega osebja, kot absolutni pogoj za dober vpogled v zgodovino bolezenskega stanja, je ključ za verodostojnost zdravstvenega delavca ter pogoj, da bolnik sprejme nasvete zdravstvenega osebja in se po njih ravna. Ključnega pomena je tudi za sprejemanje pedagoških nasvetov zdravstvenega osebja (Ule, 2006, str. 15–19).

Komunikacija je bistvena veščina za glavne medicinske sestre, zato je pomembno, da se nenehno izobražujejo in razvijajo na tem področju. Pri tem morajo znati aktivno poslušati, spodbujati povratno informacijo in tako preprečevati morebitne nepravilnosti v razumevanju, njihova usmerjenost mora biti na lateralno komunikacijo, upoštevati morajo neformalno komunikacijo (Boyle & Massey, 1999, str. 52–53).

Medosebna komunikacija in odnosi, ki se pri tem razvijajo, so jedro zdravstvene nege in ravno medicinske sestre imajo veliko vlogo pri tem, da se ta razvije v pravo smer. Pri tem mora temeljiti na spoštovanju bolnikovega dostojanstva in avtonomiji. Pri zadovoljevanju bolnikovih potreb nam nedvomno pomaga dobra komunikacija, znanje in spretnosti v medsebojnih odnosih. Zaradi vse večjega obsega dela medicinskih sester, povezanega z administracijo, zapletenih postopkov, hierarhičnih položajev v zdravstvu, pa se ta medsebojni odnos rahlja prav v odnosu medicinska sestra – bolnik. Pri tem je medicinska sestra usmerjena k zdravniku in ne k bolniku, kot je njen namen. Medicinska sestra mora obvladovati medsebojne odnose, delovati interdisciplinarno in multidisciplinarno v timu, saj je vsekakor del tima, ki deluje v korist bolnika. Neposreden, informiran in zaupan komunikacijski vzorec olajša doseganje boljše in učinkovitejše interakcije v timu (Pajnkihar & Lahe, 2006, str. 31–33).

K temu morajo prispevati vsi posamezniki v timu, vsekakor pa je medicinska sestra vezni člen v timu in odnosu do bolnika, zato je pomembno, koliko je sposobna komunikacijski vzorec v timu vzpostaviti na ustrezen način, tako da spoštuje sebe, svoje pravice in vse to

tudi v odnosu z ostalimi sogovorniki. Zato je pomembno, da deluje na asertiven način, saj je v tem načinu komunikacije zajeto vse, kar pripomore k temu.

Medicinska sestra mora poleg svojega strokovnega znanja s področja zdravstvene nege poznati različne oblike komunikacije, tako verbalno kot neverbalno, saj največ svojega časa porabi za bolnika. Poznati mora in pri svojem delu upoštevati etična načela odnosov, spoštovanja, avtonomnosti, upoštevanja pravic drugih, pri komunikaciji upoštevati pravilo molčečnosti (Železnik, 2006, str. 35).

3.5 Management v zdravstveni negi in asertivnost

Področje asertivnosti v zdravstveni negi je večšina, ki se razvija zaradi potrebe in pomembnosti. Uporaba asertivnega vedenja omogoča medicinskim sestram obvladovanje konfliktnih situacij, vedenje brez jeze in pomoč pri zmanjševanju stresa na delovnem mestu. Predvidevanja so, da medicinske sestre niso asertivne, posebej pa velja omeniti, da se uporaba asertivnega vedenja bolj nanaša na vsakdanje življenje in da so na delovnem mestu manj asertivne (Gerry, 1989, str. 1002). Poklic medicinska sestra in njena tradicionalna vloga v družbi nakazujeta na dejstvo, da v osnovi niso asertivne, predvsem v raziskavah, ki so bile narejene v osemdesetih letih. Raziskava, narejena leta 1997 (Gerry, 1989, str. 1003) opisuje zdravstveno nego kot nejasno, negotovo in prehodno vedo, ki je v relaciji do medicine v podrejenem položaju. Leta 2001 jo Farrell opredeljuje kot potlačeno disciplino, izpostavljeno dejstvu, da so medicinske sestre, ki so večinoma ženske, bolj ranljive v primerjavi z moškimi kolegi na istem delovnem mestu. Definitivno to velja za poklic medicinske sestre (Timmins, 2004, str. 38). Dargon leta 1999 trdi, da so medicinske sestre dvojno »zatirane«: na eni strani zaradi spola, na drugi strani zaradi dominantne vloge zdravnika. Medicinske sestre najpogosteje kažejo pomanjkanje asertivnosti tako, da ne izrazijo svojega mnenja ter se s tem izognejo različnim konfliktnim situacijam (Tappen, 2001, str. 75).

Timska struktura zdravstvenega sistema velikokrat ne spodbuja medicinskih sester k asertivnosti. Vendar pa se je tradicionalna vloga medicinske sestre, predvsem s povečevanjem formalnega izobraževanja v zadnjih letih, močno spremenila in kot veda doživlja ponovno opredelitev, rekonstrukcijo k večji samostojnosti in neodvisnosti od medicine.

Management v zdravstveni negi oziroma glavne medicinske sestre imajo poudarjeno vlogo vodenja. Njihovo vedenje ima neposreden vpliv na bolnika, na delovne odnose znotraj tima zdravstvene nege kot multidisciplinarnega tima. Glavne medicinske sestre so strokovni vodje, od katerih se ne pričakuje le skrb za pacienta, ampak tudi profesionalna funkcija vodenja oddelka, enote, bolnišnice in administracija. Njihovo delo ima vpliv tudi na okolico, tako na odnose do pacientovih svojcev, kot na makro okolju v odnosu do širše

skupnosti in javnosti. Raziskave na področju vloge in funkcij glavnih medicinskih sester so številne. Duffied in Lumby sta leta 1994 pričakovane kompetence razdelila v štiri glavne skupine in sicer na operativni management, management, ki se ukvarja s človeškim potencialom, management, ki se nanaša na skrb za pacienta in vodenje. Mintzberg leta 1994 v raziskavi opazuje medicinske sestre v bolnišničnem okolju med delovnim dnevom. Njihovo delo je tako lahko opredeljeno kot kontroliranje, vodenje, povezovanje in delovanje (Drach – Zahavy & Dagan, 2001, str. 19).

Management v zdravstveni negi, glavne medicinske sestre, lahko dobro vodijo ljudi in uveljavljajo svojo moč s svojo strokovnostjo, z delegiranjem in s participacijo zaposlenih v odločanje. Tako razvijajo svoje pristojnosti in samozavest (Boyle Grant & Massey, 1999, str. 54).

Značilnost managementa v zdravstveni negi je sposobnost, zagotavljati ustrezno kadrovsko zasedbo na delovnem mestu ne glede na čas in razpoložljivost ljudi, saj je zahteva delovnega mesta 24-urna zdravstvena oskrba za bolnike. Upoštevati je treba še zakonske, etične in moralne odgovornosti pri tem, pri čemer svojo moč ne sme uveljavljati tako, da zaposlene pri razporejanju kaznuje, temveč jih mora vključevati v razporejanje in jih kar se da pravično razporejati. Na ta način so zaposleni motivirani za svoje delo in zmanjšuje se stopnja stresa na delovnem mestu (Boyle Grant & Massey, 1999, str. 114).

Vodenje v zdravstvu nasploh lahko opredelimo kot uporabo individualnih lastnosti in osebne moči, da deluje interaktivno znotraj tima, konstruktivno v odnosu do bolnikov ter interdisciplinarno znotraj širšega zdravstvenega tima z namenom doseganja zastavljenih ciljev. Odprta komunikacija medicinskim sestram omogoča dostop do informacij in znanja na organizacijski ravni ter vodilnim v zdravstveni negi omogoča, da so v ključnem položaju, kjer vodijo ostale v timu k doseganju zastavljenih ciljev ter jih vključujejo v odločanje na različnih organizacijskih ravneh (Yoder - Weiss, 2007, str. 5).

Zdravstveni sistem zahteva od državne blagajne veliko denarja, zato se vsaka vlada sprašuje, kako narediti uspešno zdravstveno reformo, da se ne poseže v pravice pacientov, da se ne zmanjšuje kakovost zdravstvene oskrbe ter da se ne režejo stroški na račun delovne sile. Glavne medicinske sestre imajo poleg svoje profesionalne vloge, ki jo imajo v timu, tudi veliko odgovornost na strani vodenja, upravljanja, koordinacije. Velikokrat imajo pomembno vlogo pri postopku javnih naročil. Njena vloga je vpeta med različne skupine, zato je izredno pomembno, kako lahko vse to naredi uspešno in učinkovito.

4 RAZISKAVA O ASERTIVNOSTI MANAGEMENTA V ZN

Glavne medicinske sestre morajo biti asertivne, saj s takim komunikacijskim vedenjem olajšajo prepoznavanje in reševanje problemov ter olajšajo sprejemanje odločitev v

delovnem okolju. Asertivnost olajšuje komunikacijo med osebjem in vodstvom, spodbuja ostale v timu, da se odzovejo na enak način ter tako spodbuja k doseganju zastavljenih ciljev. Na osebnem nivoju olajšuje spoprijemanje s stresnimi situacijami, omogoča doseganje pozitivne samopodobe in izboljšuje njeno profesionalnost in zadovoljstvo pri delu. Ustrezno asertivno vedenje je bistveno za učinkovito komunikacijo z bolniki ter pomaga pri učinkovitem upravljanju z jezo (Boyle & Grant, 1999, str. 78–79).

4.1 Namen raziskave

Namen raziskave je ugotoviti, koliko je v prvi vrsti pojem asertivnost poznan v managementu v ZN, kako se ga interpretira, predvsem pa, katera so tipična komunikacijska vedenja v odnosu do sogovornika. Zaradi tradicionalne vloge poklica medicinske sestre, zaradi dejstva, da gre predvsem za ženski poklic ter izrazito izraženo hierarhijo v delovnem okolju, je namen raziskave ugotoviti posebnosti v komunikaciji pri managementu v zdravstveni negi. Raziskava je bila opravljena v obdobju od maja do julija 2010.

4.2 Metodologija

Glavne medicinske sestre v bolnišnicah sem v magistrski nalogi opredelila kot management v zdravstveni negi, saj so one vodilne na področju samostojne zdravstvene nege. V magistrskem delu sem anketirala vodilne medicinske sestre na treh nivojih in sicer kot glavne medicinske sestre celotne bolnišnice, glavne medicinske sestre celotnih kliničnih oddelkov ter glavne medicinske sestre posameznih oddelkov. Njihovo delo zahteva strokovnost in profesionalnost tako na področju zdravstvene nege kot na področju upravljanja s človeškimi viri, katerega pomemben del je komunikacija.

4.2.1 Populacija

Merjenci so glavne medicinske sestre iz 28 slovenskih bolnišnic, kar predstavlja 348 anketirancev. Anketni vprašalniki so bili poslani 316 glavnim medicinskim sestram v slovenskih bolnišnicah, v samo raziskavo je bilo vključenih 156 glavnih medicinskih sester iz vse Slovenije (146 žensk in 10 moških) in predstavlja 49,4 % anketirancev. Nekatere bolnišnice niso hotele sodelovati v raziskavi.

Največ jih je bilo v starostnem intervalu 46–55 let (39, 7 %), tik za njo sledi skupina v starostnem intervalu 36–45 let (37,2 %). Obe skupini skupaj predstavljata 76,9 % vseh anketirancev. 16 % anketirancev je v starostnem intervalu 25–35 let in 7,1 % v starostnem intervalu 56–65 let (Slika 4).

4.2.2 Merilni postopki

Anketni vprašalnik je bil po pisnem ali telefonskem soglasju poslan na posamezne bolnišnice. Poslano je bilo potrebno število anketnih vprašalnikov s spremnim dopisom, priloženimi kuvertami, opremljenimi z znamkami in naslovom, kamor naj anketiranci vrnejo vprašalnike. To smo izvajali od maja do julija 2010. Skupaj smo poslali 316 vprašalnikov, izpolnjenih smo prejeli 164 vprašalnikov (51,90 %). V raziskavo smo vključili 156 vprašalnikov (49,37 %), 8 (2,53 %) vprašalnikov pa zaradi nepopolnosti odgovorov ni bilo primernih za nadaljnjo raziskavo.

Anketni vprašalnik (Priloga 4) je sestavljen iz štirih sklopov ter 3 neodvisnih vprašanj odprtega tipa. Prvi sklop vprašanj se nanaša na demografske značilnosti anketirancev (spol, starost, stopnja izobrazbe, delovna doba na vodilnem položaju, delovno mesto, število ljudi, ki so jim neposredno odgovorni ter področje dela).

Drugi del vprašalnika se nanaša na pomembnost veččin na delovnem mestu. Vprašalnik smo uporabili iz raziskave, ki je bila narejena leta 1990 (objavljena leta 1996) med ženskami na vodilnih položajih in sicer na Kitajskem in v Hong Kongu (Chow & Luk, 1996, str. 24). Raziskava je bila narejena na podlagi stereotipov hči–žena–mama, ki je v vzhodnih kulturah še kako prisotna. Zaradi specifičnosti poklica medicinska sestra, stereotipov, ki so še vedno prisotni ter zaradi področja vodenja smo vprašalnik vključili v magistrsko delo.

Tretji del vprašalnika se nanaša na trditve, ki kažejo na asertivno vedenje v komunikaciji. Vprašalnik smo vzeli iz knjige Poslovno komuniciranje (Možina et al., 2004, str. 436–437) in kaže obliko komuniciranja, ali je asertivno in samozavestno, kako reagiramo v določenih situacijah. Vprašalnik smo uporabili v treh skupinah sogovornikov (z bolniki, s sodelavci in z zdravniki).

Četrty del vprašalnika se nanaša na osebno komunikacijo glede na sogovornika. Vprašalnik smo oblikovali sami glede na značilnosti asertivnosti v primerjavi s pasivnostjo in agresivnostjo (Možina et al., 2004, str. 424). Trditve smo v anketnem vprašalniku razdelili v 7 sklopov, in sicer so se sklopi nanašali na: izražanje potreb, želja in čustev, iskanje rešitev, delitev informacij s sogovornikom, komunikacijo v težkih situacijah ..., kakšni smo kot poslušalci, kako reagiramo pri sprejemanju odločitev ter na splošno, kako komuniciramo.

Peti del vprašalnika se nanaša asertivnost glavnih medicinskih sester na delovnem mestu. Uporabljen je vprašalnik iz raziskave, narejene na Irskem leta 2004, ki je obsegala 1500 medicinskih sester in babic na Irskem (Timmins & McCabe, 2004, str. 38). Raziskava je pokazala razlike v asertivnosti medicinskih sester in babic glede na sogovornika, predvsem

v odnosu do zdravnikov in managementa. Raziskava je obsegala vse medicinske sestre in babice, ne glede na položaj in stopnjo izobrazbe.

Zadnji del vprašalnika se nanaša na zaprta/odprta vprašanja in sicer, ali sploh poznajo besedo **asertivnost**, ter da jo opišejo. Enak tip vprašanj se je nanašal tudi na pridobivanje dodatnega znanja iz vodenja ter asertivnosti v zadnjih treh letih.

Anketiranci so bili seznanjeni z namenom raziskave, njihova udeležba je bila prostovoljna in anonimna.

4.2.3 Metode obdelave podatkov

Po vnosu in kontroli vnosa podatkov v računalnik smo podatke obdelali s statističnim paketom SPSS for Windows, verzija 16. Pri obdelavi in testiranju hipotez smo uporabili test zanesljivosti merjenja Cronbachova alfa, test normalnosti porazdelitve Kolmogorov – Smirnov test, opisno statistiko, T-test za neodvisne spremenljivke, analizo variance.

Vse hipoteze smo sprejemali ali zavračali s stopnjo tveganja $\alpha = 5 \%$. V Tabeli. 4 so prikazane postavljene hipoteze v magistrskem delu, merilni postopki in test, ki smo ga uporabili pri preverjanju hipotez.

Tabela 4: Pregled hipotez, merilnih postopkov in testov za preverjanje

| Hipoteza | Merilni postopek | Test |
|--|--|---------------------------------|
| H1: Komunikacija spada med prve tri pomembne večšine managementa v zdravstveni negi | AS posameznih spremenljivk in frekvenčna porazdelitev | Primerjava in razvrščanje |
| H 2: Komunikacijska vedenja se v managementu zdravstvene nege razlikujejo glede na sogovornika | Razvrščanje AS spremenljivk v tabelah po posameznih sklopih glede na sogovornika | Primerjava ter analiza variance |
| H.2.1. Tipično komunikacijsko vedenje pri komunikaciji z zdravniki je pasivno | Razvrščanje AS spremenljivk v tabelah po posameznih sklopih glede na sogovornika | Primerjava ter analiza variance |
| H.2.2. Tipično komunikacijsko vedenje pri komunikaciji z bolniki je asertivno | Razvrščanje AS spremenljivk v tabelah po posameznih sklopih glede na sogovornika | Primerjava ter analiza variance |
| H.2.3. Tipično komunikacijsko vedenje pri komunikaciji s sodelavci v zdravstveni negi je agresivno | Razvrščanje AS spremenljivk v tabelah po posameznih sklopih glede na sogovornika | Primerjava ter analiza variance |
| H 3: Asertivno vedenje se razlikuje glede na področje dela | Primerjava AS, pridobljenih iz anketnih vprašalnikov med anketiranci na petih delovnih | Analiza variance |

nadaljevanje

| | področjih | |
|---|--|----------------------------|
| H 4: Višja stopnja izobrazbe vpliva na bolj asertivno vedenje | Primerjava AS, pridobljenih iz anketnih vprašalnikov med dvema skupinama stopnje izobrazbe | T-test za neodvisne vzorce |
| H 5: Asertivno vedenje se ne razlikuje med spoloma | Primerjava AS, pridobljenih iz anketnih vprašalnikov med spoloma | T-test za neodvisne vzorce |

4.3 Rezultati raziskave o asertivnosti managementa v zdravstveni negi

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati o asertivnosti v managementu v zdravstveni negi. Taka raziskava v Sloveniji, po naših podatkih, še ni bila narejena. Rezultati so predstavljeni na osnovi postavljenih hipotez, ki smo jih sprejeli ali zavrgli.

4.3.1 Zanesljivost anketnega vprašalnika

Zanesljivost merjenja sestavljene spremenljivke, ki jo merimo s posameznimi izmerjenimi spremenljivkami, je (Ferligoj, Leskošek & Kogovšek, 1995) z gledna, ko je Crombachova alfa večja od 0,81, zelo dobra, če je vrednost alfe med 0,7 in 0,8, zmerna, ko je vrednost alfe med 0,6 in 0,7 ter komaj sprejemljiva, če je vrednost alfe manjša od 0,6.

Rezultati v našem primeru so:

- Ugotavljanje tipičnega komunikacijskega vedenja glavnih medicinskih sester s sodelavci (7 spremenljivk), (N =156):
 - C. alfa (pasivnost) = 0,6336;
 - C. alfa (asertivnost) = 0,6824;
 - C. alfa (agresivnost) = 0,7115.

Izbor spremenljivk (trditve v vprašalniku), ki merijo posamezno obliko komunikacijskega vedenja, je sprejemljiv (zmeren). V našem primeru Crombahove alfe kažejo, da je izbor spremenljivk, ki merijo agresivnost pri komunikaciji glavnih medicinskih sester s sodelavci, najboljši.

- Ugotavljanje tipičnega komunikacijskega vedenja glavnih medicinskih sester z zdravniki (7 spremenljivk), (N =156):
 - C. alfa (pasivnost) = 0,6336;
 - C. alfa (asertivnost) = 0,7307;
 - C. alfa (agresivnost) = 0,7207.

V tem primeru Crombahove alfe kažejo, da je izbor spremenljivk, ki merijo asertivnost in agresivnost pri komunikaciji glavnih medicinskih sester z zdravniki, najboljši.

- Ugotavljanje tipičnega komunikacijskega vedenja glavnih medicinskih sester z bolniki (7 spremenljivk), (N =156):
 - C. alfa (pasivnost) = 0,5632;
 - C. alfa (asertivnost) = 0,6857;
 - C. alfa (agresivnost) = 0,7097.

Izbor spremenljivk, ki merijo agresivnost pri komunikaciji glavnih medicinskih sester z bolniki je tudi v tem primeru najboljši.

Metoda je bila uporabljena pri določenem segmentu vprašalnika, kjer smo s posameznimi spremenljivkami merili kompleksno spremenljivko (vprašanja od št. 30–50).

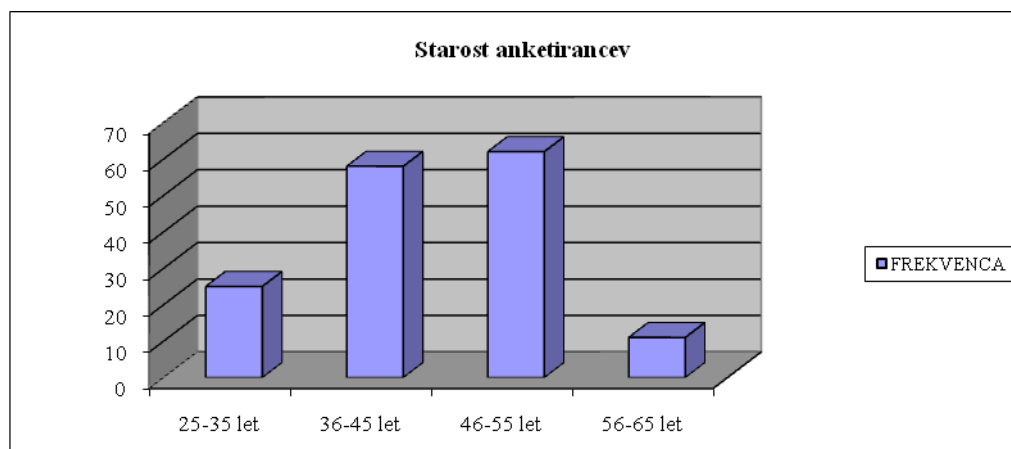
V vseh merjenih sklopih je vrednost C. alfe zadovoljiva pri komunikacijski lastnosti asertivnost, rezultati v nadaljevanju pa kažejo, da se tipično komunikacijsko vedenje glavnih medicinskih sester v odnosu na vse tri skupine sogovornikov ne razlikuje in je v vseh primerih asertivno.

4.3.2 Splošni podatki iz vprašalnika

Struktura anketirancev v našem vzorcu kaže, da je na področju managementa 94 % žensk in 6 % moških, kar je pričakovan rezultat glede na poklic medicinske sestre, ki nedvomno spada v feminizirane poklice. Število moških, ki delajo na področju zdravstvene nege, se konstantno dviga in na nekaterih delovnih mestih je celo bolj priporočeno, da delo opravljajo moški. So tudi delovna mesta, kjer je več moških (urgentni bloki, reševalne postaje) kot žensk.

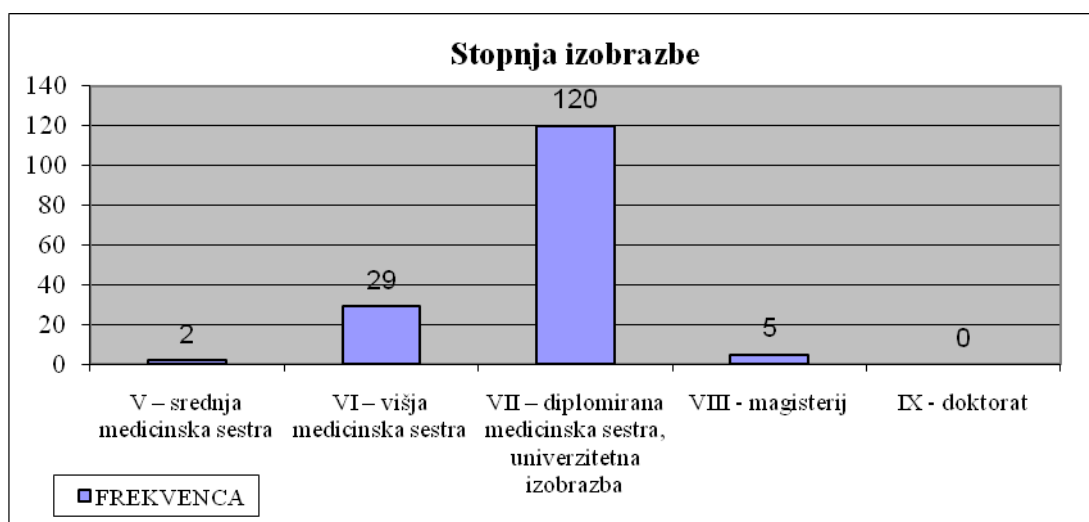
Največji odstotek anketirancev je v starostni skupini 46–55 let (39,7 %), sledi starostna skupina od 36–45 let (37,2 %), nato starostna skupina 25–35 let (16 %) in na koncu še starostna skupina 56–65 let, ki, razumljivo, predstavlja najmanjši delež (7,1 %) (Slika 4).

Slika 4: Starostna struktura anketirancev



Rezultati merjenecv so pokazali pričakovane rezultate na področju stopnje izobrazbe (Slika 5), saj so se glavne medicinske sestre v zadnjih 15. letih vpisovale na univerzitetni program ZN na različnih fakultetah in si tako pridobile VII. stopnjo izobrazbe ter naziv diplomirana medicinska sestra. Glavne medicinske sestre imajo v 77 % VII. stopnjo izobrazbe, sledi VI. stopnja izobrazbe (18,6 %), 3,2 % managementa v zdravstveni negi ima VIII. stopnjo izobrazbe in samo 1,3 % še V. stopnjo izobrazbe.

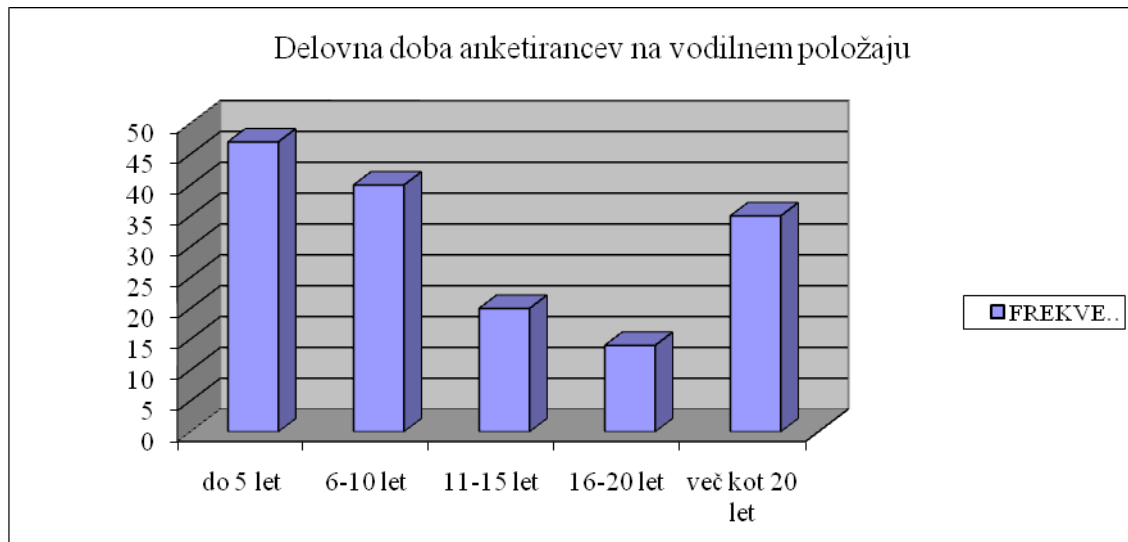
Slika 5: Stopnja izobrazbe



Po dobljenih rezultatih je največje število glavnih medicinskih sester v slovenskih bolnišnicah na vodilnem položaju tistih, ki to delo opravljajo relativno kratko obdobje (Slika 6), to je obdobje do 5 let. Takih anketirancev je 30,1 %. Sledi jim tista skupina, ki to delo opravlja od 6–10 let (25,6 %). Ti dve skupini predstavljata skupaj 55,8 %. 12,8 % jih

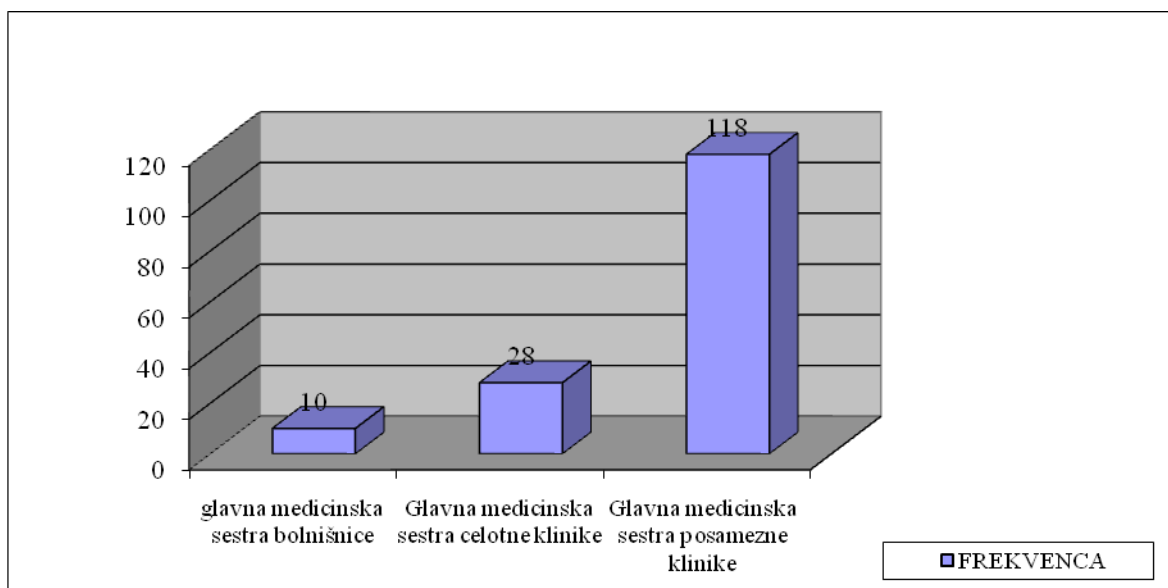
opravlja delo na vodilnem položaju 11–15 let, sledi tista skupina, ki to delo opravlja 16–20 let (9 %) ter nazadnje skupina, ki je na vodilnem položaju več kot 20 let (22,4 %).

Slika 6: Delovna doba anketirancev



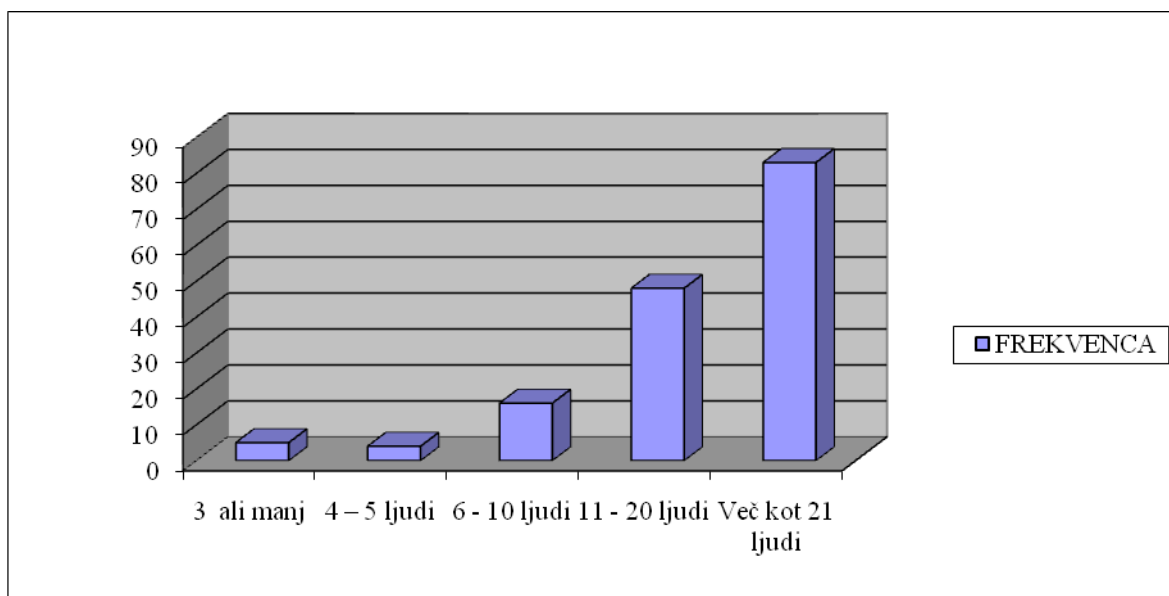
Slika 7 nam prikazuje frekvenco anketirancev glede na delovno mesto. 75,6 % anketirancev je bilo glavnih medicinskih sester posameznih klinik, sledi 17,9 % glavnih medicinskih sester celotnih klinik ter 6,4 % glavnih medicinskih sester v bolnišnicah.

Slika 7: Delovno mesto



Slika 8 nam prikazuje, da glavne medicinske sestre na različnih delovnih mestih vodijo relativno veliko število ljudi, saj 84 % anketirancev vodi 11 ljudi ali več, kar predstavlja relativno veliko skupino ljudi

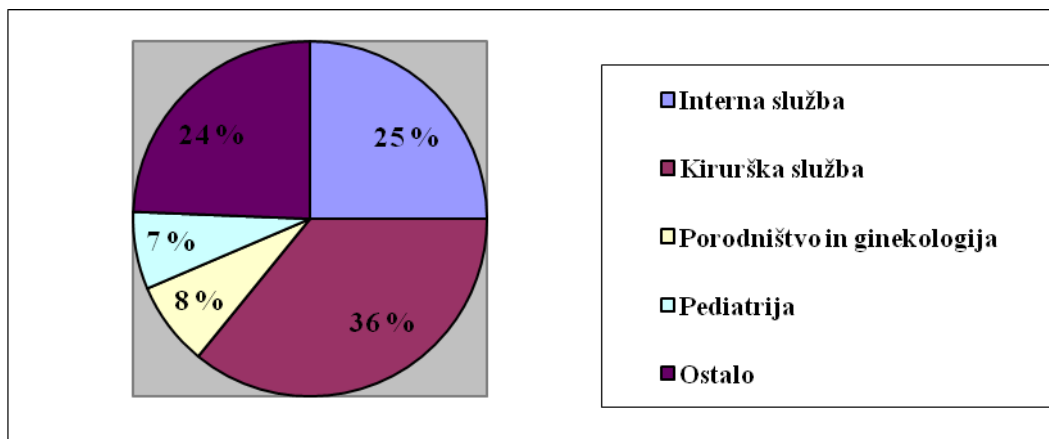
Slika 8: Število ljudi, ki so medicinskim sestram neposredno odgovorni



Slika 9 nam prikazuje, da so tri največja področja dela po številu zaposlenih. 25 % glavnih medicinskih sester je zaposlenih v interni službi, 24 % v kirurški službi, kar skupaj predstavlja 50 % vseh zaposlenih glavnih medicinskih sester v slovenskih bolnišnicah. Zaradi nepreglednosti v grafičnem prikazu ter kasnejše obdelave podatkov sem področja dela (deset področij iz anketnega vprašalnika) razdelila v naslednja področja (pet področij dela):

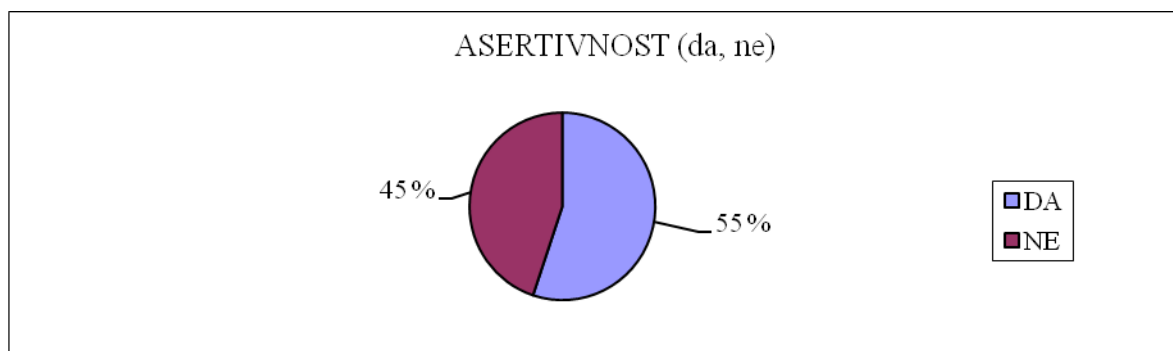
- 1 **interna** (interna, psihiatrija in geriatrija)
- 2 **kirurgija** (kirurška, urgentni blok in operacijski blok)
- 3 **porodništvo in ginekologija**
- 4 **pediatrija**
- 5 **ostalo** (ostalo in skupne službe)

Slika 9: Področje dela



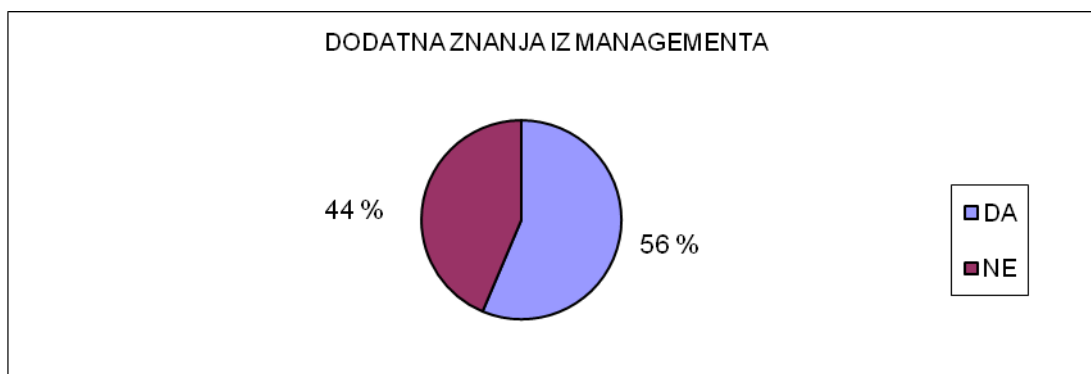
Zanimiv je podatek o frekvenci odgovorov na vprašanje **Ali poznate pojem asertivnost?** Kaže, da je 55 % glavnih medicinskih sester odgovorilo z odgovorom **da**. Tudi pri odprtem vprašanju »**Če ste na zgornje vprašanje odgovorili z DA, vas prosim, da na kratko opredelite pojem asertivnost**«, je 99 % anketirancev vsaj približno pravilno opisalo pojem. Kljub temu pa 45 % anketirancev ne pozna pojma (Slika 10). Treba pa je opozoriti, da so bili anketni vprašalniki izpolnjeni brez naše prisotnosti in so bili lahko podatki navedeni z uporabo literature ali interneta.

Slika 10: Poznavanje pojma asertivnost



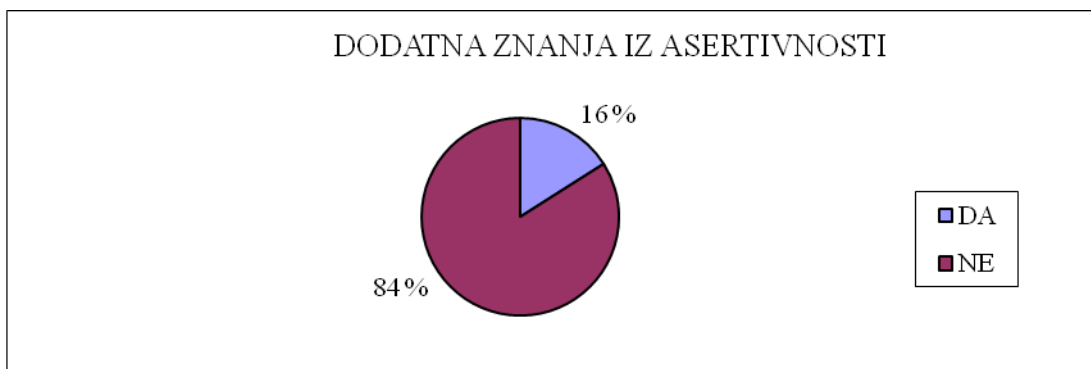
Slika 11 nam pokaže, da je 56 % vseh anketirancev na odprto vprašanje »**Ali ste pridobili dodatna znanja iz managementa – vodenja ljudi v zadnjih 3 letih (seminarji, delavnice**« v tem obdobju izvajala dodatna znanja iz managementa, bodisi v lastni režiji ali kot del izobraževanja, ki ga je organizirala bolnišnica. Veliko teh je v odprtem vprašanju *Iz katere vsebine* odgovorilo, da so vsebine s tega področja pridobili v okviru formalnega izobraževanja.

Slika 11: Dodatna znanja, ki so jih anketiranci pridobili s področja managementa v zadnjih treh letih



Samo 16 % anketirancev pa je v zadnjih 3 letih pridobilo dodatna znanja s področja asertivnosti. Na odprto vprašanje o vrsti in vsebini asertivnega znanja, ki so ga pridobili na področju asertivnosti, pa je večina anketirancev odgovorila, da je ta znanja pridobila v okviru formalnega izobraževanja.

Slika 12: Dodatna znanja, ki so jih anketiranci pridobili s področja asertivnosti v zadnjih treh letih



4.3.3 Ugotavljanje normalnosti porazdelitev spremenljivk

V Prilogi 1 lahko vidimo opredeljene spremenljivke ter njihovo porazdelitev. Vse spremenljivke se porazdeljujejo nenormalno. Pri natančnem pregledu (koeficienti asimetrije in sploščenosti ter histogrami) smo ugotovili, da se spremenljivke razporejajo bodisi asimetrično v levo ali desno in/ali koničasto.

Za nadaljevanje obdelave smo spremenljivke transformirali in v statističnih metodah, kjer je normalnost predpostavka ali pogoj, uporabili transformirane spremenljivke. Asimetrijo v levo smo popravili z matematično operacijo $X_t = 1/6 - X_i$, asimetrijo v desno z matematično operacijo $X_t = \log X_i$, pri koničastih smo uporabili računsko operacijo: $X_t =$

$X_i/5$. X_t je transformirana vrednost posamezne vrednosti spremenljivke, X_i pa je posamezna vrednost spremenljivke.

4.3.4 Predstavitev rezultatov raziskave o asertivnosti v zdravstveni negi

Rezultati magistrskega dela, ki se nanašajo na raziskavo o asertivnosti managementa v ZN, bodo predstavljeni v nadaljevanju dela. Glede na razdelitev vprašalnika po delih so v magistrskem delu opredeljena podpoglavja in rezultati raziskave.

4.3.4.1 Pomen komunikacije kot veščine

O pomembnosti komunikacije v zdravstveni negi ni dvoma in o tem je napisane veliko strokovne literature. Pomen pravilne komunikacije je opredeljen v Poglavju 3, smiselno pa je pogledati, kako pomembna je veščina »komunikacija« v odnosu na druge veščine, ki so pomembne pri delu. Na osnovi tega smo oblikovali hipotezo št. 1.

Hipoteza 1: Komunikacija spada med prve tri pomembne veščine managementa v zdravstveni negi

Tabela 5: Aritmetična sredina ocen pomembnosti posamezne veščine managementa v zdravstveni negi

| Veščina | AS |
|---|-------------|
| Komunikacija | 4,93 |
| Organiziranje dela | 4,91 |
| Reševanje problemov | 4,82 |
| Organizacijsko in strokovno znanje in veščine | 4,82 |
| Planiranje dela | 4,78 |
| Sprejemanje odločitev | 4,62 |
| Osebnostne veščine | 4,60 |
| Kontroliranje dela | 4,55 |
| Ukazovanje, usmerjanje | 3,82 |

Odgovori so bili ovrednoteni od 1–5, kjer pomeni, da je veščina:

- 1 – nepomembna
- 2 – malo pomembna
- 3 – niti pomembna niti nepomembna
- 4 – pomembna
- 5 – zelo pomembna.

Iz tabele 5, ki prikazuje aritmetične sredine odgovorov anketirancev je razvidno, da ocenjujejo večšino komunikacija kot najpomembnejšo večšino (AS = 4,93; na lestvici od 1–5), zato na osnovi teh podatkov **hipotezo št. 1 sprejmemo**.

Tabela 6 prikazuje frekvenco odgovorov v odstotkih, kjer je razvidno, da je večšino Komunikacija kar 93,6 % označilo kot zelo pomembno večšino. Naslednja večšina, ki je po mnenju anketirancev zelo pomembna, pa je večšina Organiziranje dela, saj je delo na oddelkih ali klinikah treba vedno dobro organizirati, vsakodnevno, v vsakem turnusu.

Tabela 6: Razporeditev ocen o pomembnosti večšin managementa v zdravstveni negi (v %)

| Veščina/ocena | 1 Nepomembna | 2 Malo pomembna | 3 Niti pomembna niti nepomembna | 4 Pomembna | 5 Zelo pomembna |
|--|-----------------|--------------------|------------------------------------|---------------|--------------------|
| Komunikacija | 0 | 0 | 0,6 | 5,8 | 93,6 |
| Organiziranje dela | 0 | 0 | 0 | 8,3 | 91,7 |
| Reševanje problemov | 0 | 0 | 0 | 17,3 | 82,7 |
| Organizacijsko in strokovno znanje ter večšine | 0,6 | 0 | 0 | 14,7 | 84,6 |
| Planiranje dela | 0 | 0 | 0 | 21,2 | 78,8 |
| Sprejemanje odločitev | 0 | 1,3 | 2,6 | 28,8 | 67,3 |
| Osebnostne večšine | 0 | 0,6 | 1,9 | 34,6 | 62,8 |
| Kontroliranje dela | 0 | 0 | 1,9 | 41,0 | 57,1 |
| Ukazovanje, usmerjanje | 0 | 1,3 | 21,2 | 46,2 | 22,4 |

4.3.4.2 Razlike v asertivnem vedenju glede na sogovornika

Iz tradicionalne vloge medicinske sestre, iz stereotipov, ki izhajajo tako iz poklica kot iz spola (saj je velika večina medicinskih sester žensk), smo predvidevali, da bo raziskava pokazala statistično značilne razlike v vedenju glede na sogovornika. Zato smo raziskovali, kako se tipično komunikacijsko vedenje glavnih medicinskih sester razlikuje, kadar je njihov sogovornik bolnik, zdravnik ali kadar se soočajo s svojimi poklicnimi kolegi – sodelavci. Raziskava med medicinskimi sestrami in babcami na Irskem (Timmins & McCabe, 2004, str. 38) je pokazala razlike v asertivnosti medicinskih sester in babc glede na sogovornika, predvsem v odnosu do zdravnikov in managementa. Raziskava je obsegala vse medicinske sestre in babice, ne glede na položaj in stopnjo izobrazbe. Številni avtorji

navajajo, da so medicinske sestre rajši tiho (pasivno vedenje), kot da izrazijo svoje mnenje in se na tak način izognejo soočenju (Whitehead, Weiss & Tappen, 2010, str. 75).

H 2: Komunikacijska vedenja se v managementu zdravstvene nege razlikujejo glede na sogovornika

H.2.1. Tipično komunikacijsko vedenje pri komunikaciji z zdravniki je pasivno

H.2.2. Tipično komunikacijsko vedenje pri komunikaciji z bolniki je asertivno

H.2.3. Tipično komunikacijsko vedenje pri komunikaciji s sodelavci v zdravstveni negi je agresivno

V vprašalniku, kjer smo anketirance spraševali o osebnem pogledu na komunikacijo, so se vprašanja oziroma trditve nanašale na sedem sklopov pogleda na komunikacijo, in sicer:

sklop 1 – Izražanje potreb, želja in čustev. Ta sklop se nanaša na način, kako anketiranec izraža svoje potrebe, želje in čustva v odnosu do sogovornika.

sklop 2 – Iskanje rešitev. Trditve v tem sklopu se nanašajo na način iskanja rešitev anketiranca v odnosu do sogovornika.

sklop 3 – Delitev informacij s sogovornikom. V tem sklopu trditve kažejo odnos anketiranca do sogovornika na področju delitve informacij.

sklop 4 – Komunikacija v težkih situacijah Trditve opisujejo, kako anketiranec v odnosu na sogovornika reagira, kadar se znajde v težki situaciji.

sklop 5 – Kot poslušalec sem Trditve, ki kažejo, kakšen je anketiranec kot poslušalec.

sklop 6 – Pri sprejemanju odločitev Ta sklop pove, na kakšen način anketiranec sprejema odločitve, kako je pri tem odločen oziroma neodločen.

sklop 7 – Pri komuniciranju Trditve v tem sklopu na splošno pokažejo način komunikacije anketiranca do sogovornika.

Odgovori so bili ovrednoteni od 1–5, kjer pomeni, da je večina uporabljena:

1 – nikoli

2 – redko

3 – včasih

4 – pogosto

5 – vedno

Vprašanja so bila v anketnem vprašalniku pomešana in niso bila v takem vrstnem redu, kot je navedeno spodaj in so bila oštevilčena od 30–50. V interpretaciji podatkov smo uporabili oznake: P za pasivnost, ASR za asertivnost in AG za agresivnost. Vsaka trditev v določenem sklopu je izražala tipično vedenje pri pasivnem, asertivnem ali agresivnem komunikacijskem vedenju. Aritmetične sredine odgovorov ter njihova interpretacija pri posameznih sklopih so podane v spodnjih preglednicah. Poleg AS smo za posamezno trditev izvedli tudi analizo variance, da smo ugotovili, ali obstajajo razlike v posameznih komunikacijskih vedenjih do posameznih sogovornikov.

Tabela 7: Razlike v trditvah (Sklop 1), ki kažejo na komunikacijska vedenja glede na vrsto sogovornika

| vedenje | sklop 1 – izražanje potreb, želja in čustev | AS | standardni odklon | F | F(P) |
|-----------|---|--------|-------------------|-------|-------------|
| P – SOD | Pri izražanju svojih potreb in čustev sem v podrejenem položaju, zlahka dovolim, da me prekinjajo | 0,4756 | 0,16593 | 5,183 | ,006 |
| P – ZDR | | 0,5397 | 0,16913 | | |
| P – BOL | | 0,5218 | 0,20644 | | |
| ASR – SOD | Jasno izrazim svoje potrebe, želje in čustva | 0,7872 | 0,18964 | 8,627 | ,000 |
| ASR – ZDR | | 0,7179 | 0,20930 | | |
| ASR – BOL | | 0,6859 | 0,25614 | | |
| AG – SOD | Pri izražanju svojih potreb in čustev si podrejam druge, jih prekinjam pri njihovem govorjenju | 0,3103 | 0,14599 | 5,412 | ,005 |
| AG – ZDR | | 0,3026 | 0,13910 | | |
| AG – BOL | | 0,2628 | 0,12403 | | |

Tabela 8: Prikaz AS za Sklop 1 – Izražanje potreb, želja in čustev

| vedenje | sklop 1 – izražanje potreb, želja in čustev | AS SOD | AS ZDR | AS BOL |
|---------|---|--------|--------|--------|
| P | Pri izražanju svojih potreb in čustev sem v podrejenem položaju, zlahka dovolim, da me prekinjajo | 2,40 | 2,71 | 2,62 |
| ASR | Jasno izrazim svoje potrebe, želje in čustva | 3,94 | 3,59 | 3,43 |
| AG | Pri izražanju svojih potreb in čustev si podrejam druge, jih prekinjam pri njihovem govorjenju | 1,55 | 1,51 | 1,32 |

Tabela 9: Razlike v trditvah (Sklop 3), ki kažejo na komunikacijska vedenja glede na vrsto sogovornika

| vedenje | sklop 3 – delitev informacij s sogovornikom | AS | standardni odklon | F | F (P) |
|-----------|---|---------|-------------------|-------|-------------|
| P – SOD | Zadržim informacije, svoja mnenja in občutke za sebe | 0,4667 | 0,21593 | 0,186 | 0,830 |
| P – ZDR | | 0,4744 | 0,21459 | | |
| P – BOL | | 0,4821 | 0,23705 | | |
| ASR – SOD | Delim informacije, svoja mnenja in občutke | -3,8205 | 0,96378 | 7,308 | ,001 |
| ASR – ZDR | | -3,4231 | 1,08878 | | |
| ASR – BOL | | -3,3910 | 1,24559 | | |
| AG – SOD | Zavestno prikrijem informacije, svoja mnenja in občutke | 0,1843 | 0,19804 | 1,066 | 0,345 |
| AG – ZDR | | 0,2051 | 0,20618 | | |
| AG – BOL | | 0,2186 | 0,22279 | | |

Tabela 10: Prikaz AS za Sklop 3 – Delitev informacij s sogovornikom

| vedenje | sklop 3 – delitev informacij s sogovornikom | AS SOD | AS ZDR | AS BOL |
|---------|---|--------|--------|--------|
| P | Zadržim informacije, svoja mnenja in občutke za sebe | 2,31 | 2,35 | 2,41 |
| ASR | Delim informacije, svoja mnenja in občutke | 3,99 | 3,59 | 3,56 |
| AG | Zavestno prikrijem informacije, svoja mnenja in občutke | 1,72 | 1,80 | 1,91 |

Pri sklopu 1 – **izražanje potreb, želja in čustev** (Tabela 8) in Sklopu 3 – **delitev informacij s sogovornikom** (Tabela 10) smo ugotovili najnižje aritmetične sredine odgovorov, ki kažejo na asertivno vedenje, ter istočasno najvišje vrednosti aritmetične sredine odgovorov, ki kažejo na pasivno vedenje v primerjavi z vsemi sklopi. Kljub temu pa aritmetične sredine odgovorov anketirancev kažejo, da so anketiranci v izražanju potreb, želja in čustev ter pri sklopu, ki nakazuje na delitev informacij s sogovornikom, asertivni ne glede na sogovornika.

Analiza variance je pokazala, da obstaja statistično značilna razlika odgovorov (Tabela 7) v sklopu 1 – **izražanje potreb, želja in čustev** v odnosu do sogovornika. Razlike v komunikaciji do različnih skupin sogovornikov se pojavijo v vseh treh oblikah komunikacijskega vedenja (asertivnost, pasivnost in agresivnost). Zelo velika razlika se kaže v komunikaciji anketirancev do sodelavcev ter do bolnikov in sicer v trditvi **Jasno izrazim svoje potrebe, želje in čustva**, ki kaže na asertivno vedenje, ter trditvi **Pri izražanju svojih potreb in čustev si podrejam druge**, jih prekinjam pri njihovem govorjenju, ki kaže na agresivno vedenje. Razlika v komunikaciji anketirancev do sodelavcev in do zdravnikov pa se kaže v trditvi **Pri izražanju svojih potreb in čustev sem v podrejenem položaju, zlahka dovolim da me prekinjajo**, ki kaže na pasivno obliko komunikacijskega vedenja.

V sklopu 3 – **delitev informacij s sogovornikom** pa je ta test pokazal, da obstaja statistično značilna razlika do sogovornikov (Tabela 9) samo v eni trditvi **Delim informacije, svoja mnenja in občutke**, ki kaže na asertivno vedenje. Razlika se kaže v komunikaciji anketirancev do sodelavcev in do bolnikov.

Tabela 11: Razlike v trditvah (Sklop 2), ki kažejo na komunikacijska vedenja glede na vrsto sogovornika

| vedenje | sklop 2 – iskanje rešitev | AS | Standar dni odklon | F | F (P) |
|-----------|---|--------|--------------------|-------|-------------|
| P – SOD | Sprejemam rešitve, ki so mi v škodo | 0,4000 | 0,16848 | 0,782 | 0,458 |
| P – ZDR | | 0,4090 | 0,18081 | | |
| P – BOL | | 0,3846 | 0,17233 | | |
| ASR – SOD | Iščem rešitve, ki so sprejemljive za obe strani | 0,8705 | 0,15871 | 0,703 | 0,496 |
| ASR – ZDR | | 0,8538 | 0,15796 | | |
| ASR – BOL | | 0,8744 | 0,17034 | | |
| AG – SOD | Manipuliram z ljudmi, da dosežem svoje | 0,1126 | 0,18210 | 3,676 | ,026 |
| AG – ZDR | | 0,1383 | 0,19441 | | |
| AG – BOL | | 0,0830 | 0,16334 | | |

Tabela 12: Prikaz AS za Sklop 2 – Iskanje rešitev

| vedenje | sklop 2 – iskanje rešitev | AS SOD | AS ZDR | AS BOL |
|---------|---|-----------|-----------|-----------|
| P | Sprejemam rešitve, ki so mi v škodo | 1,99 | 2,03 | 1,91 |
| AS | Iščem rešitve, ki so sprejemljive za obe strani | 4,34 | 4,26 | 4,37 |
| AG | Manipuliram z ljudmi, da dosežem svoje | 1,45 | 1,54 | 1,33 |

Tudi pri Sklopu 2 – **iskanje rešitev** (Tabela 12) smo ugotovili, da aritmetične sredine odgovorov anketirancev kažejo na asertivno vedenje, kar ni presenetljivo. Tudi analiza variance je pokazala, da obstajajo statistično značilne razlike (Tabela 11) samo v eni trditvi in sicer **Manipuliram z ljudmi, da dosežem svoje**, ki kaže na agresivno vedenje, kar vsebinsko gledano počnejo manj pri bolnikih kot pri sodelavcih in zdravnikih.

Tabela 13: Razlike v trditvah (Sklop 4), ki kažejo na komunikacijska vedenja glede na vrsto sogovornika

| vedenje | sklop 4 – komunikacija v težkih situacijah ... | AS | Standardni odklon | F | F (P) |
|-----------|--|---------|-------------------|-------|--------------|
| P – SOD | Nič ne rečem in se potem počutim kot poraženec ter sem nezadovoljen sam s seboj | 0,4091 | 0,18484 | 2,432 | 0,089 |
| P – ZDR | | 0,4526 | 0,19950 | | |
| P – BOL | | 0,4103 | 0,20920 | | |
| ASR – SOD | Ko dosežem dogovor oziroma rešitev problema, se dobro počutim | -4,3654 | 0,73983 | ,067 | 0,935 |
| ASR – ZDR | | -4,3333 | 0,79108 | | |
| ASR – BOL | | -4,3526 | 0,79896 | | |
| AG – SOD | Vedno moram obveljati za zmagovalca, pri tem me ne zanima, kako se počuti sogovornik | 0,1430 | 0,19020 | 3,008 | 0,050 |
| AG – ZDR | | 0,1259 | 0,18118 | | |
| AG – BOL | | 0,0940 | 0,16424 | | |

Tabela 14: Prikaz AS za Sklop 4 – Komunikacija v težkih situacijah ...

| vedenje | sklop 4 – komunikacija v težkih situacijah ... | AS SOD | AS ZDR | AS BOL |
|---------|---|-----------|-----------|-----------|
| P | Nič ne rečem in se potem počutim kot poraženec ter sem nezadovoljen sam s seboj | 2,04 | 2,26 | 2,05 |
| AS | Ko dosežem dogovor oziroma rešitev problema, se dobro počutim | 4,53 | 4,48 | 4,51 |

se nadaljuje

nadaljevanje

| | | | | |
|----|--|------|------|------|
| AG | Vedno moram obveljati za zmagovalca, pri tem me ne zanima, kako se počuti sogovornik | 1,54 | 1,47 | 1,35 |
|----|--|------|------|------|

Tabela 15: Razlike v trditvah (Sklop 6), ki kažejo na komunikacijska vedenja glede na vrsto sogovornika

| vedenje | sklop 6 – pri sprejemanju odločitev... | AS | Standardni odklon | F | F (P) |
|-----------|---|--------|-------------------|--------|--------------|
| P – SOD | Sem neodločen | 0,3987 | 0,15821 | 50,657 | 0,000 |
| P – ZDR | | 0,4244 | 0,16436 | | |
| P – BOL | | 0,2407 | 0,19825 | | |
| ASR – SOD | Jasno povem svoja stališča in odločitve | 0,8564 | 0,16192 | 2,516 | 0,082 |
| ASR – ZDR | | 0,8154 | 0,16931 | | |
| ASR – BOL | | 0,8385 | 0,15428 | | |
| AG – SOD | Vsilim svoje odločitve | 0,3333 | 0,15464 | 81,769 | 0,000 |
| AG – ZDR | | 0,3192 | 0,15371 | | |
| AG – BOL | | 0,1203 | 0,18355 | | |

Tabela 16: Prikaz AS za Sklop 6 – Pri sprejemanju odločitev ...

| vedenje | sklop 6 – pri sprejemanju odločitev ... | AS SOD | AS ZDR | AS BOL |
|---------|---|--------|--------|--------|
| P | Sem neodločen | 2,00 | 2,12 | 1,93 |
| AS | Jasno povem svoja stališča in odločitve | 4,29 | 4,08 | 4,18 |
| AG | Vsilim svoje odločitve | 1,67 | 1,59 | 1,46 |

Višje vrednosti aritmetične sredine odgovorov, ki kažejo na pasivno vedenje, je lahko zaznati tudi v Sklopu 4 – **komunikacija v težkih situacijah** ... (Tabela 14) in Sklopu 6 – **pri sprejemanju odločitev** ... (Tabela 16). Zaradi narave dela se medicinske sestre nenehno znajdejo v težkih situacijah in izrednega pomena je, da ob tem znajo pravilno komunicirati. Sprejemanje odločitev pa je področje, ki se razvija predvsem na področju zdravstvene nege, vendar je zdravstvena nega močno povezana z medicinsko stroko, tam

pa je še vedno zdravnik tisti, ki je odgovoren za zdravljenje bolnika in tako tudi za sprejemanje odločitev.

Analiza variance je pokazala, da obstaja statistično značilna razlika med glavnimi medicinskimi sestrami in sogovorniki v Sklopih 4 in 6 (Tabeli 13 in 15) v trditvah, ki se nanašajo na agresivno oziroma pasivno vedenje. Trditev, ki kaže na agresivno obliko vedenja »**Vedno moram obveljati za zmagovalca, pri tem me ne zanima, kako se počuti sogovornik**«, je pogosteje uporabljena pri sodelavcih in najmanj pogosto pri bolnikih in med tema dvema skupinama tako obstaja velika razlika.

Tabela 17: Razlike v trditvah (Sklop 5), ki kažejo na komunikacijska vedenja glede na vrsto sogovornika

| vedenje | sklop 5 – kot poslušalec sem... | AS | Standardni odklon | F | F (P) |
|-----------|--|---------|-------------------|-------|-------|
| P – SOD | Neučinkovit poslušalec, saj nič ne morem spremeniti | 0,1306 | 0,19581 | 1,062 | 0,346 |
| P – ZDR | | 0,1378 | 0,19662 | | |
| P – BOL | | 0,1074 | 0,18481 | | |
| ASR – SOD | Aktivni poslušalec | -4,2436 | 0,76935 | 2,256 | 0,106 |
| ASR – ZDR | | -4,1603 | 0,78833 | | |
| ASR – BOL | | -4,3526 | 0,84602 | | |
| AG – SOD | Neučinkovit poslušalec, me ne zanima, kaj sogovornik govori in misli | 0,2590 | 0,13672 | 0,156 | 0,855 |
| AG – ZDR | | 0,2679 | 0,14635 | | |
| AG – BOL | | 0,2654 | 0,15436 | | |

Tabela 18: Prikaz AS za Sklop 5 – Kot poslušalec sem

| vedenje | sklop 5 – kot poslušalec sem ... | AS SOD | AS ZDR | AS BOL |
|---------|--|--------|--------|--------|
| P | Neučinkovit poslušalec, saj nič ne morem spremeniti | 1,54 | 1,56 | 1,46 |
| AS | Aktivni poslušalec | 4,41 | 4,33 | 4,52 |
| AG | Neučinkovit poslušalec, me ne zanima, kaj sogovornik govori in misli | 1,30 | 1,34 | 1,33 |

Najvišje vrednosti aritmetične sredine odgovorov, ki kažejo na asertivnost, je opaziti v sklopu 5 – **kot poslušalec sem ...** (Tabela 18) in istočasno so v tem sklopu najnižje vrednosti aritmetične sredine odgovorov, ki kažejo na pasivno ali agresivno vedenje. V tem sklopu ni statistično značilnih razlik v odnosu na sogovornika po analizi variance (Tabela 17).

Tradicionalna vloga in izobraževanje medicinskih sester je temeljilo na ustrežljivosti in pokorščini do zdravnikov kot njihovi pomoči pri zdravljenju. Njihova vloga se je skozi zgodovino spreminjala skladno s socialnim statusom, izobraževanjem in asertivno vedenje je postalo bistvena strategija pri komuniciranju (Timmins & McCabe, 2004, str. 39). Vsekakor je dobro poslušanje predpogoj za uspešno komuniciranje.

Tabela 19: Razlike v trditvah (Sklop 7), ki kažejo na komunikacijska vedenja glede na vrsto sogovornika

| vedenje | sklop 7 – pri komuniciranju... | AS | Standardni odklon | F | F (P) |
|-----------|---|---------|-------------------|--------|--------------|
| P – SOD | Se pogosto opravičujem in izogibam komuniciranju | 0,2002 | 0,19624 | 24,514 | 0,000 |
| P – ZDR | | 0,2214 | 0,19262 | | |
| P – BOL | | 0,3385 | 0,17393 | | |
| ASR – SOD | Se odločno soočam s sogovorniki | -3,8333 | 0,84242 | 2,054 | 0,129 |
| ASR – ZDR | | -3,6282 | 0,93476 | | |
| ASR – BOL | | -3,7628 | 0,94434 | | |
| AG – SOD | Sem glasen, nesramen, sarkastičen in krivim druge | 0,1235 | 0,17246 | 8,132 | 0,000 |
| AG – ZDR | | 0,1177 | 0,17145 | | |
| AG – BOL | | 0,0573 | 0,13560 | | |

Tabela 20: Prikaz AS za Sklop 7 – Pri komuniciranju ...

| vedenje | sklop 7 – pri komuniciranju ... | AS SOD | AS ZDR | AS BOL |
|---------|---|--------|--------|--------|
| P | Se pogosto opravičujem in izogibam komuniciranju | 1,76 | 1,83 | 1,68 |
| AS | Se odločno soočam s sogovorniki | 4,01 | 3,79 | 3,92 |
| AG | Sem glasen, nesramen, sarkastičen in krivim druge | 1,46 | 1,43 | 1,22 |

Iz vseh sklopov lahko na osnovi aritmetične sredine razberemo, da so tipična komunikacijska vedenja glavnih medicinskih sester, ne glede na sogovornika, enaka, in sicer asertivna.

Najvišje vrednosti aritmetičnih sredin odgovorov, ki kažejo na tipično komunikacijsko vedenje glavnih medicinskih sester s sodelavci, so izražene pri komunikaciji s sodelavci in sicer v 6/7 sklopov. Najnižje vrednosti aritmetičnih sredin pa so izražene pri komunikaciji glavnih medicinskih sester z zdravniki in sicer v 5/7 sklopov.

AS kažejo, da je tipično komunikacijsko vedenje managementa v ZN enako, ne glede na sogovornika – to je ASERTIVNO. Najvišje vrednosti aritmetičnih sredin odgovorov, ki kažejo na tipično komunikacijsko vedenje glavnih medicinskih sester s sodelavci, so izražene pri komunikaciji s sodelavci in (vrednost AS od 3,99 – 4,53 v posameznih trditvah), sicer v 6/7 sklopov. Najnižje vrednosti aritmetičnih sredin pa so izražene pri komunikaciji glavnih medicinskih sester z zdravniki in sicer v (vrednost AS od 3,59-4,48) 5/7 sklopov.

Analiza variance je pokazala, da so v posameznih trditvah tudi razlike glede na sogovornika, a statistično značilna razlika je le pri trditvah (5/7 trditev), ki kažejo na AG komunikacijsko vedenje. Rezultati obdelave podatkov kažejo, da je tipično kom vedenje GMS, ne glede na sogovornika enako, to je **asertivno**. Zato **Hipotezo št. 2** zavrnamo.

Prav tako lahko zavrzemo **Hipotezo št. 2.1**, saj tipično komunikacijsko vedenje glavnih medicinskih sester z zdravniki ni pasivno, ampak je, glede na večino odgovorov, ki jih prikazuje aritmetična sredina, asertivno. **Hipotezo št. 2.3**, na osnovi teh odgovorov zavrnamo, saj je tipično komunikacijsko vedenje glavnih medicinskih sester s sodelavci v zdravstveni negi asertivno in ne agresivno, kot je bila postavljena hipoteza.

Hipotezo št. 2.2, na osnovi aritmetične sredine odgovorov sprejmemo, saj je tipično komunikacijsko vedenje anketirancev z bolniki asertivno.

4.3.4.3 Asertivnost glede na področje dela

V anketnem vprašalniku smo področje dela razdelili na deset področij (Interna služba, Kirurška služba, Skupne službe, Psihatrija, Porodništvo in ginekologija, Pediatrija, Urgentni blok, Geriatrija, OP blok, Ostalo). Pri statistični obdelavi podatkov, kjer smo prvotno upoštevali vseh deset področij dela, ni prišlo do statistično značilne razlike v asertivnosti glede na področje dela.

H 3: Asertivno vedenje se razlikuje glede na področje dela

Prvotna analiza, kjer smo upoštevali vseh deset področij dela, je pokazala, da imamo v nekaterih skupinah premajhno število ljudi, da bi analiza bila uporabna. Zato smo področja dela grupirali glede na sorodnost področij in tako pri ponovni analizi uporabili 5 področij del in sicer:

- 1 **interna** (interna, psihatrija in geriatrija)
- 2 **kirurgija** (kirurška, urgentni blok in operacijski blok)
- 3 **porodništvo in ginekologija**
- 4 **pediatrija**
- 5 **ostalo** (ostalo in skupne službe)

V Prilogi 3 so prikazani rezultati, iz katerih je razvidno, da se asertivno vedenje anketirancev ne razlikuje, ko primerjamo področje dela anketirancev. Statistična analiza je pokazala, da pri ugotavljanju razlik pri spremenljivkah v faktorju Področje dela ni statistično značilnih razlik in zato **Hipotezo št. 3 zavržemo**.

Raziskava, narejena v ZDA leta 1993 (Kilkus, 1993, str. 1324–1328), je zajemala 500 registriranih medicinskih sester, osnovana na podlagi vprašalnika RAS (*Rathus Assertiveness Schedule*), se je nanašala na raziskovanje, ali se asertivno vedenje anketirancev razlikuje glede na različne demografske podatke kot so starost, spol, delovne izkušnje, izobrazba, področje dela, tečaj asertivnega treninga. Raziskovalno vprašanje, ki se je nanašalo na razlike asertivnega vedenja glede na področje dela, je po analizi variance pokazalo, da obstaja statistična značilnost v asertivnem vedenju glede na področje dela. Kljub temu avtor opozarja na slabost tega podatka, saj je bila skupina, ki je imela najnižjo vrednost asertivnega vedenja, istočasno tudi najmanj številčna skupina. Zanimivost iz te raziskave je ta, da so medicinske sestre, ki delajo na področju psihiatrije, imele najvišje vrednosti asertivnega vedenja, sledijo jim medicinske sestre, ki delajo na področju izobraževanja in administracije. Medicinske sestre, ki delajo na tipičnih institucionalnih področjih dela kot so kirurgija, geriatrija, imajo najnižjo vrednost asertivnega vedenja. Raziskava je obsegala vse medicinske sestre, ne glede na položaj ter raven zdravstvenega varstva, torej je vključevala medicinske sestre na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju. V našem primeru smo anketirali samo glavne medicinske sestre, asertivnosti pa nismo merili na osnovi RAS vprašalnika, zato morda obstaja razlaga, da v našem primeru ni razlik v asertivnosti glede na področje dela. Prav tako je treba ponovno poudariti omejitve te raziskave. To je samoocena.

4.3.4.4 Stopnja izobrazbe in asertivnost

Hipoteza je bila oblikovana na osnovi raziskave, ki je bila narejena v ZDA leta 1993 (Kilkus, 1993, str. 1324–1327) na osnovi vprašalnika RAS in je pokazala, da so medicinske sestre z višjo stopnjo izobrazbe bolj asertivne kot medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo. Raziskava je obsegala 500 anketirancev, medicinskih sester, ne glede na položaj in stopnjo izobrazbe.

H 4: Višja stopnja izobrazbe vpliva na bolj asertivno vedenje

V anketnem vprašalniku so anketiranci lahko izbirali med V., VI., VII. in VIII. stopnjo izobrazbe. Zaradi premajhnega števila anketirancev s V. in VI. stopnjo izobrazbe smo v statistični analizi anketirance glede na stopnjo izobrazbe razdelili v dve skupini. Prva skupina (1), je vključevala anketirance s V. in VI. stopnjo izobrazbe, druga skupina (2) pa je obsegala anketirance s VII. in VIII. stopnjo izobrazbe. Tabela 21 nam prikazuje razlike v asertivnem vedenju glede na stopnjo izobrazbe.

Tabela 21: Razlike v asertivnem vedenju glede na stopnjo izobrazbe

| Trditev | Št. | AS (1) | AS(2) | T | P(T) |
|---|-------------------|--------|-------|--------|---------------|
| V težavnih razpravah govorim umirjeno | 1 (31) 2 (125) | 1,55 | 1,50 | 0,326 | 0,745 |
| Če sem negotov/a, z lahkoto vprašam za pomoč | 1 (31) 2 (125) | 1,55 | 1,45 | 0,739 | 0,461 |
| Čeprav je v skupini agresiven človek, zadeve lahko urejam na miren način | 1 (31) 2 (125) | 1,55 | 1,50 | 0,396 | 0,693 |
| Kadar se mi ponudi izjemna priložnost, znam uveljaviti svoje želje | 1 (31) 2 (125) | 1,74 | 1,72 | 0,154 | 0,877 |
| Čeprav se drugi ne strinjajo z mano, znam mirno zagovarjati svoje stališče | 1 (31) 2 (125) | 1,48 | 1,60 | -0,873 | 0,384 |
| Če verjamem, da me ne jemljejo resno, na to odgovorim brez zamere in razburjenja | 1 (31) 2 (125) | 1,58 | 1,75 | -1,100 | 0,273 |
| Če me nekdo prosi za dovoljenje (npr., smem kaditi?), a meni bolj ustreza da ga zavrnem, to storim brez slabega občutka | 1 (31) 2 (125) | 2,16 | 1,99 | 0,888 | 0,376 |
| Svoje mnenje povem tudi takrat, ko vem, da ne bo naletelo na odobravanje | 1 (31) 2 (125) | 1,45 | 1,66 | -1,373 | 0,172 |
| S starejšimi od sebe lahko urejam zadeve učinkovito in brez zadrege | 1 (31) 2 (125) | 1,39 | 1,32 | 0,517 | 0,606 |
| Izdelek / storitev reklamiram, ne da bi osebno napadel(la) prodajalca | 1 (31) 2 (125) | 1,81 | 1,34 | 2,274 | 0,029* |
| Če je nekdo nesramen do mene ali do drugih, mu to odkrito povem | 1 (31) 2 (125) | 1,65 | 1,47 | 1,227 | 0,222 |
| Ko opazim problem, ga začnem takoj reševati, preden pride do večjih težav | 1 (31) 2 (125) | 1,52 | 1,30 | 1,310 | 0,198 |
| Če moram povedati slabo novico, to storim umirjeno in brez sramu | 1 (31) 2 (125) | 1,48 | 1,38 | 0,731 | 0,466 |
| Če nekaj želim, direktno vprašam | 1 (31) 2 (125) | 1,35 | 1,47 | -0,841 | 0,402 |
| Če me nekdo ne razume, ne čutim krivde in ga ne ponižujem | 1 (31) 2 (125) | 1,48 | 1,41 | 0,460 | 0,646 |
| Če se ne strinjam z mnenjem večine, povem svoje stališče in se zaradi tega ne opravičujem | 1 (31) 2 (125) | 1,74 | 1,56 | 1,222 | 0,223 |

nadaljevanje

se nadaljuje

| | | | | | |
|---|-------------------|------|------|-------|-------|
| Kritiko sprejemam dobronamerno | 1 (31) 2 (125) | 1,58 | 1,38 | 1,079 | 0,287 |
| Nisem v zadregi, kadar kaj pohvalim | 1 (31) 2 (125) | 1,65 | 1,36 | 1,495 | 0,143 |
| Če sem jezen(na), izrazim svoje mnenje brez opravičevanja ali dominiranja | 1 (31) 2 (125) | 1,84 | 1,73 | 0,718 | 0,474 |
| Če me kdo med govorjenjem ne posluša, povem zadevo do konca, ne da bi se sam(a) sebi zasmilil (a) | 1 (31) 2 (125) | 1,65 | 1,52 | 0,815 | 0,417 |

Opomba: * pomeni $p < 0,05$

Statistična analiza je pokazala, da pri ugotavljanju razlik pri spremenljivkah v faktorju Stopnja izobrazbe ni statistično značilne razlike. Samo v eni spremenljivki od 20 je statistična razlika in na osnovi tega **Hipotezo št. 4 zavrnamo**. Kljub vsemu pa moramo analizo vzeti z rezervo, saj je v skupini anketirancev s peto in šesto stopnjo izobrazbe le 31 anketirancev. Iz podatkov je razvidno, da višja stopnja izobrazbe pomeni višjo asertivnost. Aritmetične sredine odgovorov kažejo, da višja stopnja izobrazbe (VII. stopnja ali več) pomeni višjo stopnjo asertivnosti, vendar razlike niso statistično značilne, razen v 1 spremenljivki – Izdelek/storitev reklamiram, ne da bi osebno napadel(la) prodajalca.

4.3.4.5 Asertivnost in razlike med spoloma

Pri obdelavi podatkov se nam je porodilo vprašanje, ali obstajajo statistično značilne razlike med spoloma. Raziskava, ki je bila narejena v ZDA leta 1993 (Kilkus, 1993, str. 1324–1327) na osnovi vprašalnika RAS, ni pokazala nobenih razlik med spoloma.

H 5: Asertivno vedenje se ne razlikuje med spoloma

To hipotezo smo preverjali s pomočjo T-testa za neodvisne vzorce, ki je pokazal, da razlik med spoloma ni. Statistično značilne razlike smo našli samo v 11 / 107 spremenljivk, zato **Hipotezo št. 5 sprejmemo**. Vsekakor pa moramo to hipotezo sprejeti z zadržkom, saj je do razlik prišlo samo v 10 % spremenljivk. Razlog je treba iskati tudi v tem, da je na splošno v tem poklicu malo moških, še manj pa jih je na vodilnem položaju. Da bi dobili bolj relevantne podatke, bi bilo smiselno, da bi raziskavo naredili v eni bolnišnici, med vsemi medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami, ne glede na delovno mesto in položaj.

V *Tabeli 22* so predstavljene samo tiste spremenljivke, v katerih so statistično značilne razlike med spoloma.

Tabela 22: T-test – primerjava po spolu

| | Št. | AS (M) | AS(Ž) | T | P(T) |
|--|-------------------|--------|-------|--------|--------------|
| Izdelek/storitev reklamiram, ne da bi osebno napadel(la) prodajalca | M (10) Ž (146) | 1,10 | 1,46 | 2,523 | 0,024 |
| Če je nekdo nesramen do mene ali do drugih, mu to odkrito povem | M (10) Ž (146) | 1,20 | 1,53 | 2,244 | 0,043 |
| Nisem v zadregi, kadar kaj pohvalim | M (10) Ž (146) | 1,00 | 1,45 | 6,875 | 0,000 |
| SOD – V težkih, odločilnih situacijah moram obveljati za zmagovalca, pri tem me ne zanima, kako se počuti sogovornik | M (10) Ž (146) | 1,90 | 2,05 | -2,545 | 0,012 |
| ZDR – V težkih, odločilnih situacijah moram obveljati za zmagovalca, pri tem me ne zanima, kako se počuti sogovornik | M (10) Ž (146) | 2,10 | 2,27 | -3,004 | 0,013 |
| BOL – Sogovorniku vsilim svoje odločitve | M (10) Ž (146) | 1,90 | 1,43 | -2,238 | 0,049 |
| SOD – Iščem rešitve, ki so sprejemljive za obe strani | M (10) Ž (146) | 3,50 | 4,41 | 3,649 | 0,000 |
| ZDR – Iščem rešitve, ki so sprejemljive za obe strani | M (10) Ž (146) | 3,30 | 4,34 | 4,224 | 0,000 |
| BOL – Iščem rešitve, ki so sprejemljive za obe strani | M (10) Ž (146) | 3,20 | 4,45 | 4,807 | 0,000 |
| BOL – Ko dosežem dogovor oziroma rešitev problema, se dobro počutim | M (10) Ž (146) | 3,90 | 4,56 | -2,579 | 0,011 |
| BOL – Dovolim sogovorniku, da izrazi svoje mnenje | M (10) Ž (146) | 4,30 | 4,79 | 2,510 | 0,013 |

4.3.4.6 Tipična asertivna vedenja v komunikaciji

Zadnji sklop vprašanj se je nanašal na tipična asertivna vedenja – katere trditve anketiranci jasno in brez težav izrazijo s sogovornikom. Ta vprašanja so bila oštevilčena od št. 51–58.

Odgovori so bili ovrednoteni od 1–5, kjer pomenijo:

- 1 – nikoli
- 2 – redko
- 3 – včasih
- 4 – pogosto
- 5– vedno.

Aritmetična sredina odgovorov je pokazala, da ne glede na sogovornika anketiranci jasno in brez težav izrazijo vedenje, izraženo s trditvijo **dovolim sogovorniku, da izrazi svoje mnenje** (Tabela 23).

Tabela 23: Primerjava aritmetičnih sredin skupin sogovornikov

| | jasno in brez težav ... | AS SOD | AS ZDR | AS BOL |
|-----------|--|-------------------|-------------------|-------------------|
| 51 | Izražam svoje nestrinjanje z mnenjem sogovornika | 3,57 | 3,36 | 3,16 |
| 52 | Izrazim konstruktivno kritiko do sogovornika | 3,52 | 3,25 | 3,09 |
| 53 | Izrazim svoje mnenje sogovorniku | 4,11 | 3,89 | 3,82 |
| 54 | Rečem NE sogovorniku, kjer je to primerno | 3,91 | 3,74 | 3,69 |
| 55 | Dovolim sogovorniku, da izrazi svoje mnenje | 4,65 | 4,67 | 4,77 |
| 56 | Zahtevam nekaj od sogovornika | 3,36 | 3,09 | 3,04 |
| 57 | Posredujem svoje predloge sogovorniku | 4,18 | 3,93 | 4,11 |
| 58 | Dajem komplimente sogovorniku | 3,63 | 3,19 | 3,54 |

Raziskava, narejena na naključno izbranih medicinskih sestrah na Irskem leta 2004 (Timmins & McCabe, 2004, str. 38–45) je prav tako pokazala, da je asertivna trditev »**Dovolim sogovorniku, da izrazi svoje mnenje**«, v komunikaciji uporabljena najpogosteje. Anketiranci so odgovarjali, kako pogosto posamezna asertivna vedenja uporabljajo pri svoji komunikaciji s sodelavci v zdravstveni negi, z zdravniki in managementom. Spodnje tabele (Tabele 24, 25 in 26) nam prikazujejo frekvenco odgovorov v odstotkih.

Tabela 24: Najpogostejši asertivni odgovori v komunikaciji s sodelavci (v %)

| asertivno vedenje s sodelavci | nikoli | redko | včasih | pogosto | vedno |
|--|---------------|--------------|---------------|----------------|--------------|
| Izražam svoje nestrinjanje z mnenjem sogovornika | 3,2 | 7,1 | 34,0 | 41,0 | 14,7 |
| Izrazim konstruktivno kritiko do sogovornika | 3,2 | 10,3 | 26,9 | 50,0 | 9,6 |
| Izrazim svoje mnenje sogovorniku | 1,3 | 3,8 | 9,6 | 51,3 | 34 |
| Rečem NE sogovorniku, kjer je to primerno | 4,5 | 3,8 | 17,9 | 42,9 | 30,8 |
| Dovolim sogovorniku, da izrazi svoje mnenje | 1,3 | 0 | 1,3 | 26,3 | 71,2 |

nadaljevanje

| | | | | | |
|---------------------------------------|-----|------|------|------|------|
| Zahtevam nekaj od sogovornika | 6,4 | 12,2 | 30,1 | 41,7 | 9,6 |
| Posredujem svoje predloge sogovorniku | 6 | 2,6 | 7,7 | 55,1 | 34 |
| Dajem komplimente sogovorniku | 3,2 | 7,1 | 30,8 | 41,7 | 17,3 |

Tabela 25: Najpogostejši asertivni odgovori v komunikaciji z zdravniki (v %)

| asertivno vedenje z zdravniki | nikoli | redko | včasih | pogosto | vedno |
|--|---------------|--------------|---------------|----------------|--------------|
| Izražam svoje nestrinjanje z mnenjem sogovornika | 2,6 | 12,8 | 40,4 | 35,3 | 9,0 |
| Izrazim konstruktivno kritiko do sogovornika | 5,1 | 14,1 | 39,1 | 34,6 | 7,1 |
| Izrazim svoje mnenje sogovorniku | 1,3 | 6,4 | 20,5 | 44,2 | 27,6 |
| Rečem NE sogovorniku, kjer je to primerno | 4,5 | 7,7 | 21,2 | 41,7 | 25,0 |
| Dovolim sogovorniku, da izrazi svoje mnenje | 1,3 | 6,0 | 1,3 | 23,7 | 73,1 |
| Zahtevam nekaj od sogovornika | 10,3 | 16,7 | 32,7 | 34,6 | 5,8 |
| Posredujem svoje predloge sogovorniku | 1,3 | 3,8 | 19,2 | 51,9 | 23,7 |
| Dajem komplimente sogovorniku | 7,7 | 18,6 | 32,7 | 28,8 | 12,8 |

Tabela 26: Najpogostejši asertivni odgovori v komunikaciji z bolniki (v %)

| asertivno vedenje z bolniki | nikoli | redko | včasih | pogosto | vedno |
|--|---------------|--------------|---------------|----------------|--------------|
| Izražam svoje nestrinjanje z mnenjem sogovornika | 6,4 | 19,9 | 33,3 | 31,4 | 9,0 |
| Izrazim konstruktivno kritiko do sogovornika | 7,7 | 18,6 | 37,2 | 28,8 | 7,7 |
| Izrazim svoje mnenje sogovorniku | 3,8 | 6,4 | 21,2 | 39,7 | 28,9 |
| Rečem NE sogovorniku, kjer je to primerno | 6,4 | 7,1 | 22,4 | 39,1 | 25,0 |
| Dovolim sogovorniku, da izrazi svoje mnenje | 1,3 | 0 | 1,9 | 14,7 | 82,1 |
| Zahtevam nekaj od sogovornika | 12,2 | 18,6 | 30,8 | 29,5 | 9,0 |
| Posredujem svoje predloge sogovorniku | 0,6 | 3,2 | 13,5 | 50,0 | 32,7 |
| Dajem komplimente sogovorniku | 6,4 | 10,9 | 22,4 | 42,9 | 17,3 |

Najpogosteje uporabljena asertivna trditev pri glavnih medicinskih sestrah v slovenskih bolnišnicah v komunikaciji s sodelavci, z zdravniki in bolniki je na podlagi frekvence odgovorov trditev »**Dovolim sogovorniku, da izrazi svoje mnenje**«. Kar 97,5 % anketirancev to trditev uporablja v komunikaciji s sodelavci pogosto ali vedno (Tabela 24), 96,8 % jo uporablja v komunikaciji z zdravniki ter bolniki (Tabeli 25 in 26).

5 RAZPRAVA IN PREDLOGI ZA IZBOLJŠANJE ASERTIVNOSTI pri managementu v zdravstveni negi

Asertivnost je večšina, ki predvsem od vodilnih kadrov zahteva, da se nenehno razvija in vzdržuje, »izvajati« se mora tako v delovnem kot privatnem okolju, najbolje pa je, da otroke vzgajamo v asertivnem vedenju. Kot sem omenila že v uvodu, je zdravje ljudi in vse, kar je povezano s tem, vse bolj občutljiva tema in zahteva od ljudi, ki se ukvarjajo s tem, da so strokovnjaki na vseh področjih. Strokovnost in profesionalnost se izražata na vseh nivojih, tudi v komunikaciji.

Asertivnost omogoča učinkovito komunikacijo med vsemi udeleženci v procesu in samo tako lahko vključuje interdisciplinarno vrednotenje prispevkov vseh, sodelovanje pri reševanju problemov, ohranjanje odprtosti (Boyle & Maseey, 1999, str. 52–73).

Napačno je razmišljanje, da ljudje, ki so v komunikaciji asertivni, vedno dosežejo, kar želijo. Biti asertiven vključuje tako pravice kot dolžnosti (Whitehead, Weiss & Tappen, 2010, str. 75).

V prihodnosti je pred vodilnimi v zdravstveni negi nedvomno veliko izzivov. Dober vodja se bo soočal z izzivi, ki jim bo lahko kos le z močnimi komunikacijskimi spretnostmi in veščinami, z dobrimi pogajalskimi spretnostmi, saj bo le tako lahko učinkovito vodil multidisciplinarni tim ter bil enakovreden vse boljši informiranosti bolnikov. Okolje v zdravstvu se hitro spreminja, zato je treba gledati v prihodnost. Bodoči management v zdravstveni negi bo moral osvojiti nova znanja in veščine v vodenju, ki se razlikujejo od tistih, ki so bila v uporabi v preteklosti. Management v zdravstveni negi mora razmišljati o reinvestiranju v sebe, na osredotočenje na strateško razmišljanje, kjer bodo stereotipi o pasivni vlogi medicinskih sester pozabljeni. Samo tako bo vodenje lahko učinkovito in uspešno (Yoder - Weiss, 2007, str. 6; Grossman & Valiga, 2009, str. 67–69).

Kljub temu, da je raziskava, ki sem jo naredila na področju asertivnosti pri managementu v zdravstveni negi v Sloveniji pokazala, da je tipično vedenje glavnih medicinskih sester asertivno ne glede na starost, spol, stopnjo izobrazbe, delovno mesto, kdo je sogovornik, bi rada poudarila, da je treba upoštevati omejitve te raziskave:

- Raziskava je obsegala rezultate samoocenitve, kjer je objektivnost vprašljiva.
- Druga omejitev se nanaša na pravo izbiro samega anketnega vprašalnika. Da bi dobili objektivnejše rezultate, bi bilo dobro narediti raziskavo na večjem številu anketirancev, saj smo v raziskavo vključili le 44,8 % glavnih medicinskih sester iz vseh slovenskih bolnišnic. Še boljše pa bi bilo, če bi naredili raziskavo med vsemi medicinskimi sestrami/zdravstvenimi tehnikami v Sloveniji, ne glede na spol, starost, področje dela, stopnjo izobrazbe in delovno mesto.

- V raziskavo v našem primeru bi morali biti vključeni tudi bolniki, vsi sodelavci in zdravniki. To predstavlja veliko težavo za samo raziskavo, zato bi bilo najbolj primerno, da bi se ta raziskava naredila v eni ali dveh največjih bolnišnicah v Sloveniji, kjer bi glavne medicinske sestre ocenjevali tudi sodelavci, bolniki in zdravniki. Takrat bi raziskava objektivno pokazala asertivnost glavnih medicinskih sester.

Predlogi za povečanje asertivnosti:

- V formalnem izobraževalnem programu na dodiplomskem in podiplomskem študiju kot redno študijsko obvezo uvrstiti predmet, ki obravnava komunikacijo ter znotraj tega še asertivno komunikacijo.
- Meriti asertivnost na začetku in na koncu študijskega izobraževanja. Na ta način bi se poudaril pomen pravilne in uspešne komunikacije za profil medicinske sestre.
- Redna in kontinuirana izobraževanja znotraj delovnega procesa, ki se nanašajo na razvoj vodij, na področju vodenja in komunikacije.
- Postaviti prave ljudi na vodilna delovna mesta, kjer se ne upoštevajo samo pretekli strokovni dosežki posameznika ter njegova stopnja izobrazbe, temveč tudi drugi dejavniki, ki jih lahko objektivno določimo. Za to imamo na voljo številna orodja.
- V določenem časovnem intervalu organizirati interaktivne delavnice – trening asertivnosti, ki jih vodijo strokovnjaki na tem področju. Da se vidi napredek v načinu vedenja, je treba pred delavnico narediti raziskavo o asertivnosti in jo nato ponoviti po delavnici.
- Meriti organizacijsko klimo na posameznih oddelkih, bolnišnicah in tako povezati asertivno vedenje s klimo in zadovoljstvom zaposlenih.
- Redno meriti zadovoljstvo bolnikov in svojcev s storitvami.

SKLEP

V polno zasedenem in včasih kaotičnem delavniku je delo medicinske sestre v nenehnem kontaktu z različnimi ljudmi. Ta različnost in dinamičnost daje delu še poseben izziv, ki pa zahteva, da ljudje komunicirajo učinkovito tako s sodelavci, z ostalo stroko v zdravstvu in zlasti z bolniki.

Zavedanje glavnih medicinskih sester o pomembnosti komunikacije na delovnem mestu je velika. Ne samo, da vpliva na boljšo in kakovostnejšo obravnavo bolnika, ki predstavlja bistvo zdravstvene nege je prav, da je to ostala temeljna skrb medicinskih sester. Vendar pa je uspešna in učinkovita komunikacija pomembna tudi za boljše delovne pogoje znotraj tima, med sodelavci ter znotraj celotnega širšega tima. Komunikacija je temelj za dobro

počutje vseh na delovnem mestu. Glavne medicinske sestre pa so odgovorne, da bodo pomembnost tega področja razvijale, negovale in gradile.

Opaziti je veliko izobraževanja na tem področju v bolnišnicah, ki jih izvajajo zunanji, za to usposobljeni strokovnjaki, ki spremljajo in razvijajo ljudi v delovnem procesu. Zelo pomembno je tudi zavedanje managementa, koga zaposliti na katero delovno mesto, da se bo posameznik počutil dovolj samozavestnega, da bo delo opravljal kakovostno, da bo zadovoljen posameznik, na drugi strani pa, da bo zadovoljil potrebe delodajalca.

Rezultat raziskave Asertivnost pri managementu v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah je pokazal, da je tipično komunikacijsko vedenje glavnih medicinskih sester, ne glede na področje dela, stopnjo izobrazbe, spol ter ne glede na to, koga imajo za sogovornika (bolnike, sodelavce ali zdravnike) enako, to je asertivno ter se tako razlikuje od izsledkov različnih raziskav, ki so omenjene v magistrskem delu. Dokazano je, da večina glavnih medicinskih sester v tej raziskavi verjame vase in v svoje komunikacijske sposobnosti. Upati je, da bo to prepričanje vodilo do nadaljnjih osebnih in profesionalnih uspehov.

Pomembno je zavedanje glavnih medicinskih sester in nasploh managementa v bolnišnicah, da se bo v prihodnosti povečevala konkurenca tudi na področju zdravstva, da se odpirajo nove, privatne ali tuje bolnišnice in se bo treba tržno usmeriti in delovati tudi na tem področju. V določeni stopnji se to dogaja že danes. Primer so manjše porodnišnice v Sloveniji, kjer s strokovnostjo na področju zdravljenja tekmujejo z velikimi bolnišnicami, pri tem pa ne pozabijo na ostale storitve, ki jih krasijo in se zato pri njih povečuje število rojstev. Vsekakor se zavedajo in delujejo v smeri »dober glas seže v deveto vas«.

LITERATURA IN VIRI

1. Addis, J., & Gamble, C. (2004). Assertive outreach nurses' experience of engagement. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 452–460.
2. Anderson, M. C. & Matthew, M. M. (2004). Communication Motives of Assertive and Responsive Communicators. *Communication Research Reports*, 12(2), 186–191.
3. Bigec, M. (2006). Razmerja med medicino in zdravstveno nego z vidika pristojnosti, odgovornosti in timskega dela. *Zbornik predavanj (str. 23 – 29) Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor.
4. Bizjak, F. (1999). Kako voditi neprofitne organizacije II del. *Neprofitni management* 5(6), 7–13.
5. Boyle Grant, A., & Massey, H. V. (1999). *Nursing Leadership, Management & Research*. Pennsylvania: Springhouse Corporation.
6. Černelič Bizjak, M. (2009). Asertivnost in zdravstvo. *Obzornik Zdravstvene nege* 43(1), 31–36.
7. Begley Cecily, M., & Glacken, M. (2004). Irish nursing students' changing levels of assertiveness during their pre-registration programme. *Nurse Education Today*, 24, 501–510.
8. Caris-Verhallen, W., Kerkstra, A., & Bensing, M. J. (1999). Non-verbal behaviour in nurse – elderly patient communication. *Journal of Advanced Nursing* 29(4), 808–818.
9. Chang, Y. (2008) The Impact of Chinese Cultural Values on Taiwan Nursing Leadership Styles: Comparing the Self-Assessment of Staff Nurses and Head Nurses. *Journal of Nursing Research*. 16(2). 109–119.
10. Chow, S. W., Luk W. M. (1996). Management in the 1990s. A comparative study of women managers in China and Honk Kong. *Journal of Managerial Psychology*, 11(1), 24–36.
11. Covey, R. S. (2004). *The 8th habit: From effectiveness to greatness*. New York: W.W. Norton.
12. Čeferin Kveder, M. (2004). *Ustvarjalnost glavnih medicinskih sester pri vodenju zdravstvene nege v Kliničnem centru Ljubljana* (magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za Družbene vede.
13. Deltidou, A. (2009). Undergraduate nursing students' level of assertiveness in Greece: A questionnaire survey. *Nurse Education in Practice*, 9, 322–330.
14. Divjak, M. (2005). *Management neprofitne organizacije* (magistrsko delo). Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta Maribor.
15. Dornik, E. (2002). *Vpliv sprememb v izobraževanju medicinskih sester v Sloveniji na objavljanje v njihovem strokovnem glasilu* (magistrsko delo). Ljubljana: Filozofska fakulteta.

16. Drucker, P. (2001a). *Managing The Non-Profit Organization. Practices and Principles*. Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd.
17. Drucker, P. (2001b). *Managerski izzivi v 21. stoletju*. Ljubljana: GV Založba.
18. Drucker, P. (2004). *O managementu*. Ljubljana: GV Založba.
19. Drucker, P. *Obvladujte sebe in nato podjetje; bodite zgled*. Bled: IEDC.
20. Drah-Zahavy, A., & Efrat, D. (2002). From caring to managing and beyond: an examination of the head nurse's role. *Journal of Advanced Nurses*, 38(1), 19–28.
21. Ferligoj, A., Leskošek, B., & Kogovšek, T. (1995). *Zanesljivost in veljavnost merjenja*. Zbirka Metodološki zvezki št. 11. Ljubljana: Univerza v Ljubljani: Fakulteta za Družbene vede.
22. Filej, B. (2006). Razmerja med medicino in zdravstveno nego z vidika pristojnosti, odgovornosti in timskega dela. *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege*. Zbornik predavanj.(str. 20-22). Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor.
23. Filipič, I. (1998). Komunikacija v zdravstveni negi. *Obzornik Zdravstvene nege* 32, 221–225.
24. Gerry, M. E. (1989). An investigation into the assertive behaviour of trained nurses in general hospital settings. *Journal of Advanced Nursing*. 14, 1002–1008.
25. Grebenc, M. (2008). *Prenos dobre prakse iz gospodarstva v zdravstvo. Primer: Danfoss/Univerzitetna bolnišnica Odense Danska. Ravnanje z zaposlenimi in sodelavci*. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
26. Grossman, C. S., & Valiga, M. T. (2009). *The new leadership challenge. Creating the future in nursing* (3rd ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
27. Hočevar, M., Jaklič, M., & Zagoršek, H. (2003). *Ustvarjanje uspešnega podjetja – akcijski pristop k strateškemu razmišljanju, vodenju in nadziranju*. Ljubljana: Gospodarski Vestnik.
28. Hribar, B. (2009). *Poslovno sporazumevanje in vodenje*. Ljubljana: Zavod IRC, 2009.
29. Ilgo, P. (2008). Ključni dejavniki sprememb poslovne kulture so zaposleni (od direktorja do vratarja). *Ravnanje z zaposlenimi in sodelavci*. Društvo ekonomistov v zdravstvu.
30. *Informacije o študiju*. Najdeno 10. Marca 2011 na spletnem naslovu <http://www.fzv.uni-mb.si/page/index.php>
31. Jereb, D. (2008). S poslovnim komuniciranjem do izboljševanja kakovosti storitev v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. *Ravnanje z zaposlenimi in sodelavci*. Društvo ekonomistov v zdravstvu.
32. Kajič, B. (2006). *Komunikacija kot osnova participacije zaposlenih*. *Industrijska demokracija* 10(3).
33. Kavčič, B. (2005). *Poslovno komuniciranje*. Celje: Visoka komercialna šola.
34. Kersnik, J. (2008). Komunikacija: zdravnik, medicinska sestra, bolnik. *Ravnanje z zaposlenimi in sodelavci*. Društvo ekonomistov v zdravstvu.

35. Kilkus, S. P. (1993). Assertiveness among professional nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1324–1330.
36. Klemenc, D. (2006). Komunikacija kot element kakovostne zdravstvene obravnave z vidika etičnih načel in pacientovih pravic. *Zbornik predavanj (str. 43-47). Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor.
37. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. (2005). Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije 2005. Najdeno 15. Maja 2011 na spletnem naslovu <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=201040&stevilka=2004>
38. Kolarič, Z., Černač Meglič, A., & Vojnovič, M. (2002). *Zasebne neprofitne – volonterske organizacije v mednarodni perspektivi*. Ljubljana: Fakulteta za Družbene vede
39. *Komunikacija in medsebojno komuniciranje*. Najdeno 16. Marca 2011 na spletnem naslovu http://www.komunikeweb.net/products/komunikacija_komuniciranje.htm
40. Kovač, J., Mayer, J., & Jesenko, M. (2004). *Stili in značilnosti uspešnega vodenja*. Kranj: Založba moderna organizacija.
41. Kovač, B. (2005). Menedžment neprofitnih organizacij. *Neprofitni Management* 1, 5–7.
42. Krupat et al. (1999). Patient assertiveness and physician decision-making among older breast cancer patients. *Social Sciences & Medicine*, 49, 449–457.
43. Lobnikar, B. (2008). Osebna zavzetost kot cilj razvoja zaposlenih v bolnišnici. *Ravnanje z zaposlenimi in sodelavci. (str- 63-68)*. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
44. Lovrec, K. (2006). *Altruizem in seksizem-poklic medicinske sestre* (magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
45. Marquis, L. B. (2009). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing. Theory and applications* (6th ed.)
46. Mayer, J. (2008). Vpliv sodobnih kadrovskih procesov na kakovost zdravstvenih zavodov. *Ravnanje z zaposlenimi in sodelavci. (str. 7-13)*. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
47. McCartan, P. J. & Owen, D. W. H. (1990). Assessing assertive behaviour in student nurses: a comparison of assertion measures. *Journal of Advanced Nursing*, 15,1370–1376.
48. Mcdan, M., & Wright, N. (2005). A review of the literature considering the role of mental health nurses in assertive outreach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 648–660.
49. *Mednarodni dan medicinskih sester*. Najdeno 21. Maja 2011 na spletnem naslovu http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=2334
50. Miklavčič, D., & Može, M. (2008). Obvladovanje kadrov v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana s poudarkom na vodilnih in vodstvenih kadrih.

- Ravnanje z zaposlenimi in sodelavci. (str. 69-77)* Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
51. Možina S., Tavčar M., Zupan N. & Knežević A. N. (2004). *Poslovno komuniciranje: evropske razsežnosti*. Maribor: Obzorja.
 52. Možina S., Tavčar M., Zupan N. & Knežević A. N. (1998). *Poslovno komuniciranje*. Maribor: Obzorja.
 53. Možina, S., Tavčar M., Zupan N. & Knežević A. N. (1994). *Management*. Radovljica: Didakta.
 54. *Opis poklica* Najdeno 19. Marca 2011 na spletnem naslovu http://www.ess.gov.si/ncips/cips/opisi_poklicev/opis_poklica?
 55. Pajnkihar, M., & Lahe, M. (2006). Spoštovanje pacientovega dostojanstva in avtonomnosti v medsebojnem partnerskem odnosu med medicinsko sestro in pacientom. *Zbornik predavanj (str. 31-34). Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor.
 56. Petančič, B. (2010). Dober menedžer je avtentičen vodja. *Dnevnik*, str. 23
 57. Petkovšek Štakul, J. (2010, 24. julij). Slaba komunikacija omogoča hiter razrast mobinga. *Dnevnik*, str. 24.
 58. Petrovič Erlah, P., & Žnidarec Demšar, S. (2004). *Asertivnost. Zakaj jo potrebujemo in kako si jo pridobimo*. Nazarje: Argos.
 59. Picker Rotem, O., et al. (2008). Nursing leaders of tomorrow: a peer selection process. *Journal of Nursing Management*. 16, 915–920.
 60. Rathus, A., S. (1973). *A 30-Item Schedule for Assessing Assertive Behaviour*. New Jersey: Montclair State College. 398–406.
 61. Renko, P. (2009). *Intranet kot orodje interne komunikacije* (diplomsko delo). Ljubljana: Fakulteta za Družbene vede
 62. Rungapadiachy Dev, M. (2003). *Medosebna komunikacija v zdravstvu*. Ljubljana: Educy.
 63. Ružič Koželj, N. (2004). *Komunikacija v zdravstvu*. Maribor.
 64. Sedmak, M., & Medarič, Z. (2007). *Med javnim in zasebnim. Ženske na trgu dela*. Koper, Založba Annales.
 65. Small, B. (2010a). *What about me, What do I want?* Oxford: Trafford Publishing.
 66. Small, B. (2010b). *Blah, blah, blah... Changing your negative self-talk*. Oxford: Trafford Publishing.
 67. Stričević, J., & Ivanc, Z. (2006). Besedne in nebesedne spretnosti pri sporazumevanju. *Zbornik predavanj (str. 67-71). Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor.
 68. Sullivan, J. E., & Decker, J. P. (2009). *Effective Leadership and Management in Nursing*. 7th edition. Pearson Educational International. 2–336.

69. Svetlik, I. et al. (2009). *Menedžment človeških virov*. Ljubljana, Fakulteta za družbene vede.
70. Ščuka, V. (2006). *Asertivnost v komunikaciji*. Ljubljana: Aktiv socialnih delavcev domov za stare pri Skupnosti socialnih zavodov Slovenije.
71. *Študijski programi*. Najdeno 10.marca 2011 na spletnem naslovu <http://www.vszn-je.si/index.php?page=studijski-program-druge-stopnje-zdravstvena-nega>
72. *Študijski programi*. Najdeno 11. marca 2011 na spletnem naslovu <http://www.vsz.upr.si/index.php?catid=71&lang=slo>
73. *Študijski programi*. Najdeno 11. marca 2011 na spletnem naslovu http://www.vsz.vs-nm.si/sl/o_soli/
74. *Študijski program oddelka za zdravstveno nego*. Najdeno 11. marca 2011 na spletnem naslovu <http://www.vsz.uni-lj/vsebina>
75. Tappen, M. R. (2001). *Nursing Leadership and Management. Concepts and Practise*. (4th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
76. Timmins, F., & McCabe, C. (2005a). Nurses' and midwives' assertive behaviour in the workplace. *Journal of Advanced Nurses*, 51(1), 38–45.
77. Timmins, F., & McCabe, C. (2005b). How assertive are nurses in the workplace? A preliminary pilot study. *Journal of Nursing Management*, 13, 61–67.
78. Ule, M. (2009). *Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov*. Ljubljana: Fakulteta za Družbene vede
79. Ule, M. (2006). Spregledana razmerja; vloga negovalnega komuniciranja v zdravstvu. *Zbornik predavanj (str. 15-19). Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor.
80. Ule, M. (2005). *Psihologija komuniciranja*. Ljubljana: Fakulteta za Družbene vede.
81. Veliki splošni leksikon. (2006). Ljubljana: DZS.
82. Yamagishi, M. et al. (2007). Effect of web-based assertion training for stress management of Japanese nurses. *Journal of Nursing Management*, 15, 603–607.
83. Yen-Ru, L. et al. (2004). Evaluation of an assertiveness training program on nursing and medical students' assertiveness, self-esteem, and interpersonal communication satisfaction. *Nurse Education Today*, 24, 656–665.
84. Yoder-Wise, S. P. (2007). *Leading and Managing in Nursing* (4th ed.) Texas: Texas Tech University Health Science Center Lubbock.
85. Urbančič, K. (1996). *Zgodovinski razvoj zdravstvene nege*. *Obzornik Zdravstvene nege* št. 30, 21– 28.
86. Vecchio, R. P. (2002). Leadership and gender advantage. *The Leadership Quarterly*, 13, 643–671.
87. Xianyu, Y., & Lambert, A. V. (2006). Investigation of the relationships among workplace stressors, ways of coping and the mental health of Chinese head nurses. *Nursing and Health Sciences*, 8, 147–155.

88. *Zaposlitveni portal v zdravstvu*. Najdeno 9. Aprila 2011 na spletnem naslovu <http://www.zdravstvena.info/zaposlitev/>
89. Zdravstveni statistični letopis. (2009). Zdravstveni statistični letopis 2009. Najdeno 15. Junija 2011 na spletnem naslovu http://ivz.si/Mp.aspx/BOLNI%20NI%20c4%8cNA_DEJAVNOST.pdfni=164&pi=5&_5_Filename=2681.pdf&_5_MediaId=2681&_5_AutoResize=false&pl=164-5.3
90. Zidar Gale, T. (2007). *Retorika – veščina prepričevanja. Odličnost nastopanja v poslovnem svetu*. Ljubljana: Planet GV.
91. Zidar Gale, T. (2005). *Medosebno komuniciranje na delovnem mestu*. Ljubljana: GV izobraževanje.
92. Zidar Gale, T., & Gale, B. (2002). *Dialog, gibalo sprememb. Medosebno komuniciranje v podjetju*. Ljubljana: Založba GV.
93. Zidar, T. (1996). *Retorika moč besed in argumentov*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
94. Zupan, N. (2001). *Nagradite uspešne: spodbujanje uspešnosti in sistemi nagrajevanja v slovenskih podjetjih*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
95. Zupan, N. (2007). *Značilnosti uspešne HRM-strategije*. Ljubljana: Gospodarski vestnik, 6, 6–9.
96. Železnik, D. (2006). Pomen komunikacije in etike v zdravstveni negi. *Zbornik predavanj (str. 35-42). Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor.
97. Whitehead, K. D., Weiss, A. S. & Tappen, M. R. (2010). *Essentials of Nursing Leadership and Management (5th ed.)*. Philadelphia: F.A. Davis Company. 3–267.

PRILOGE

KAZALO PRILOG

| | |
|--|---|
| Priloga 1: Formalno izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji | 1 |
| Priloga 2: Kolmogorov–Smirnov Test | 1 |
| Priloga 3: Asertivnost glede na področje dela..... | 7 |
| Priloga 4: Vprašalnik za raziskavo..... | 9 |

Priloga 1: Formalno izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji

- 1753– 1981 ustanovljena babiška šola v Ljubljani
- Leta 1923 ustanovljena šola za sestre v Ljubljani
- 1951/1952 začetek izobraževanja medicinskih sester na višješolskem nivoju v Ljubljani
- 1993/1994 pričetek izvajanja univerzitetnega programa zdravstvene vzgoje, vendar se je zadnja generacija vpisala leta 1995/1996 v Ljubljani
- 1993 ustanovljena Višja zdravstvena šola v Mariboru
- 1995 se Višja zdravstvena šola v Mariboru preoblikuje v Visoko zdravstveno šolo v Mariboru
- Marca 2002 začne delovati pod okriljem Univerze na Primorskem Visoka šola za zdravstvo Izola
- 2004/2005 je visokošolski študij usklajen z bolonjsko deklaracijo in EU
- Konec 2006 je Državni zbor Republike Slovenije sprejel Odlok o preoblikovanju Visoke zdravstvene šole v Mariboru v Fakulteto za zdravstvene vede Univerze v Mariboru; 12./03./2007 je bila v skladu z objavljenimi spremembami in dopolnitvami Statuta Univerze v Mariboru v Uradnem listu, št. 22/2007 VZŠ UM tudi uradno preoblikovana v Fakulteto za zdravstvene vede Univerze v Mariboru
- Leta 2007 začne svojo izobraževalno in raziskovalno dejavnost izvajati Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice
- Leta 2007 vrata odpre tudi Visoka šola za zdravstvo Novo mesto, ustanovljena na podlagi Akta o ustanovitvi, in sicer 31./08./2007; ustanovitelj šole je Visokošolsko središče Novo mesto

(Urbanič, 1996, str. 28; Lovrec, 2006, str. 43–45; Dornik, 2002, str. 15–17).

Priloga 2: Kolmogorov–Smirnov Test

| Spremenljivke | Število | Vrednost testa | Statistična značilnost testa |
|---|---------|----------------|------------------------------|
| VEŠČINA Planiranje dela | 156 | 6,066 | 0,000 *** |
| VEŠČINA Organiziranje dela | 156 | 6,679 | 0,000 *** |
| VEŠČINA Kontroliranje dela | 156 | 4,610 | 0,000 *** |
| VEŠČINA Reševanje problemov | 156 | 6,279 | 0,000 *** |
| VEŠČINA Sprejemanje odločitev | 156 | 5,086 | 0,000 *** |
| VEŠČINA Ukazovanje, usmerjanje | 156 | 3,376 | 0,000 *** |
| Osebnostne veščine | 156 | 4,879 | 0,000 *** |
| VEŠČINA Komunikacija | 156 | 6,682 | 0,000 *** |
| VEŠČINA Organizacijsko in strokovno znanje in veščine | 156 | 6,116 | 0,000 *** |

se nadaljuje

nadaljevanje

| | | | |
|---|-----|-------|-----------|
| V težavnih razpravah govorim umirjeno | 156 | 4,325 | 0,000 *** |
| Če sem negotov(a), z lahkoto vprašam za pomoč | 156 | 4,714 | 0,000 *** |
| Čeprav je v skupini agresiven človek, zadeve lahko urejam na miren način | 156 | 4,371 | 0,000 *** |
| Kadar se mi ponudi izjemna priložnost, znam uveljaviti svoje želje | 156 | 3,222 | 0,000 *** |
| Čeprav se drugi ne strinjajo z mano, znam mirno zagovarjati svoje stališče | 156 | 3,847 | 0,000 *** |
| Če verjamem, da me ne jemljejo resno, na to odgovorim brez zamere in razburjenja | 156 | 3,464 | 0,000 *** |
| Če me nekdo prosi za dovoljenje (npr., smem kaditi?), a meni bolj ustreza da ga zavrnem, to storim brez slabega občutka | 156 | 2,697 | 0,000 *** |
| Svoje mnenje povem tudi takrat, ko vem, da ne bo naletelo na odobravanje | 156 | 4,094 | 0,000 *** |
| S starejšimi od sebe lahko urejam zadeve učinkovito in brez zadrege | 156 | 5,504 | 0,000 *** |
| Izdelek / storitev reklamiram, ne da bi osebno napadel(la) prodajalca | 156 | 5,215 | 0,000 *** |
| Če je nekdo nesramen do mene ali do drugih, mu to odkrito povem | 156 | 4,496 | 0,000 *** |
| Ko opazim problem, ga začnem takoj reševati, preden pride do večjih težav | 156 | 5,427 | 0,000 *** |
| Če moram povedati slabo novico, to storim umirjeno in brez sramu | 156 | 5,038 | 0,000 *** |
| Če nekaj želim, direktno vprašam | 156 | 4,773 | 0,000 *** |
| Če me nekdo ne razume, ne čutim krivde in ga ne ponižujem | 156 | 5,265 | 0,000 *** |
| Če se ne strinjam z mnenjem večine, povem svoje stališče in se zaradi tega ne opravičujem | 156 | 3,928 | 0,000 *** |
| Kritiko sprejemam dobronamerno | 156 | 5,034 | 0,000 *** |
| Nisem v zadregi, kadar kaj pohvalim | 156 | 5,411 | 0,000 *** |
| Če sem jezen(na), izrazim svoje mnenje brez opravičevanja ali dominiranja | 156 | 3,234 | 0,000 *** |
| Če me kdo med govorjenjem ne posluša, povem zadevo do konca, ne da bi se sam(a) sebi zasmilil (a) | 156 | 4,472 | 0,000 *** |
| SOD – Pri izražanju svojih potreb in čustev sem v podrejenem položaju | 156 | 3,556 | 0,000 *** |

se nadaljuje

nadaljevanje

| | | | |
|---|-----|-------|-----------|
| ZDR – Pri izražanju svojih potreb in čustev sem v podrejenem položaju | 156 | 3,213 | 0,000 *** |
| BOL – Pri izražanju svojih potreb in čustev sem v podrejenem položaju | 156 | 2,938 | 0,000 *** |
| SOD – V težkih situacijah nič ne rečem in se potem počutim kot poraženec ter sem nezadovoljen sam s seboj | 156 | 3,044 | 0,000 *** |
| ZDR – V težkih situacijah nič ne rečem in se potem počutim kot poraženec ter sem nezadovoljen sam s seboj | 156 | 2,739 | 0,000 *** |
| BOL – V težkih situacijah nič ne rečem in se potem počutim kot poraženec ter sem nezadovoljen sam s seboj | 156 | 2,966 | 0,000 *** |
| SOD – V komunikaciji s sogovornikom ga ne poslušam, saj me ne zanima, kaj sogovornik govori in misli | 156 | 5,687 | 0,000 *** |
| ZDR – V komunikaciji s sogovornikom ga ne poslušam, saj me ne zanima, kaj sogovornik govori in misli | 156 | 5,596 | 0,000 *** |
| BOL – V komunikaciji s sogovornikom ga ne poslušam, saj me ne zanima, kaj sogovornik govori in misli | 156 | 5,652 | 0,000 *** |
| SOD – Delim informacije, svoja mnenja in občutke | 156 | 3,429 | 0,000 *** |
| ZDR – Delim informacije, svoja mnenja in občutke | 156 | 2,875 | 0,000 *** |
| BOL – Delim informacije, svoja mnenja in občutke | 156 | 3,094 | 0,000 *** |
| SOD – Pri sprejemanju odločitev sem neodločen | 156 | 3,002 | 0,000 *** |
| ZDR – Pri sprejemanju odločitev sem neodločen | 156 | 2,737 | 0,000 *** |
| BOL – Pri sprejemanju odločitev sem neodločen | 156 | 3,131 | 0,000 *** |
| SOD – Jasno izrazim svoje potrebe, želje in čustva | 156 | 3,459 | 0,000 *** |
| ZDR – Jasno izrazim svoje potrebe, želje in čustva | 156 | 2,945 | 0,000 *** |
| BOL – Jasno izrazim svoje potrebe, želje in čustva | 156 | 2,869 | 0,000 *** |

se nadaljuje

nadaljevanje

| | | | |
|---|-----|-------|-----------|
| SOD – Pri iskanju rešitev manipuliram z ljudmi, da dosežem svoje | 156 | 5,153 | 0,000 *** |
| ZDR – Pri iskanju rešitev manipuliram z ljudmi, da dosežem svoje | 156 | 4,701 | 0,000 *** |
| BOL – Pri iskanju rešitev manipuliram z ljudmi, da dosežem svoje | 156 | 5,674 | 0,000 *** |
| SOD – V težkih, odločilnih situacijah, moram obveljati za zmagovalca, pri tem me ne zanima, kako se počuti sogovornik | 156 | 4,517 | 0,000 *** |
| ZDR – V težkih, odločilnih situacijah, moram obveljati za zmagovalca, pri tem me ne zanima, kako se počuti sogovornik | 156 | 4,770 | 0,000 *** |
| BOL – V težkih, odločilnih situacijah, moram obveljati za zmagovalca, pri tem me ne zanima, kako se počuti sogovornik | 156 | 5,325 | 0,000 *** |
| SOD – Pri izražanju svojih potreb in čustev si podrejam druge, jih prekinjam pri njihovem govorjenju | 156 | 4,155 | 0,000 *** |
| ZDR – Pri izražanju svojih potreb in čustev si podrejam druge, jih prekinjam pri njihovem govorjenju | 156 | 4,407 | 0,000 *** |
| BOL – Pri izražanju svojih potreb in čustev si podrejam druge, jih prekinjam pri njihovem govorjenju | 156 | 5,462 | 0,000 *** |
| SOD – V komunikaciji se odločno soočam s sogovorniki | 156 | 3,763 | 0,000 *** |
| ZDR – V komunikaciji se odločno soočam s sogovorniki | 156 | 3,727 | 0,000 *** |
| BOL – V komunikaciji se odločno soočam s sogovorniki | 156 | 3,414 | 0,000 *** |
| SOD – Sogovorniku vsilim svoje odločitve | 156 | 3,578 | 0,000 *** |
| ZDR – Sogovorniku vsilim svoje odločitve | 156 | 4,070 | 0,000 *** |
| BOL – Sogovorniku vsilim svoje odločitve | 156 | 4,967 | 0,000 *** |
| SOD – Iščem rešitve, ki so sprejemljive za obe strani | 156 | 3,496 | 0,000 *** |
| ZDR – Iščem rešitve, ki so sprejemljive za obe strani | 156 | 3,218 | 0,000 *** |

se nadaljuje

nadaljevanje

| | | | |
|--|-----|-------|-----------|
| BOL – Iščem rešitve, ki so sprejemljive za obe strani | 156 | 3,768 | 0,000 *** |
| SOD – Zavestno prikrijem informacije, svoja mnenja in občutke | 156 | 3,593 | 0,000 *** |
| ZDR – Zavestno prikrijem informacije, svoja mnenja in občutke | 156 | 3,292 | 0,000 *** |
| BOL – Zavestno prikrijem informacije, svoja mnenja in občutke | 156 | 3,202 | 0,000 *** |
| SOD – Ko dosežem dogovor oziroma rešitev problema, se dobro počutim | 156 | 4,715 | 0,000 *** |
| ZDR – Ko dosežem dogovor oziroma rešitev problema, se dobro počutim | 156 | 4,713 | 0,000 *** |
| BOL – Ko dosežem dogovor oziroma rešitev problema, se dobro počutim | 156 | 4,748 | 0,000 *** |
| SOD – Pri komuniciranju sem glasen, včasih tudi nesramen in krivim druge | 156 | 4,884 | 0,000 *** |
| ZDR – Pri komuniciranju sem glasen, včasih tudi nesramen in krivim druge | 156 | 5,015 | 0,000 *** |
| BOL – Pri komuniciranju sem glasen, včasih tudi nesramen in krivim druge | 156 | 6,213 | 0,000 *** |
| SOD – Vedno aktivno poslušam sogovornika | 156 | 3,957 | 0,000 *** |
| ZDR – Vedno aktivno poslušam sogovornika | 156 | 3,469 | 0,000 *** |
| BOL – Vedno aktivno poslušam sogovornika | 156 | 4,768 | 0,000 *** |
| SOD – Zadržim informacije za sebe, svoja mnenja in občutke ne delim s sogovornikom | 156 | 2,332 | 0,000 *** |
| ZDR – Zadržim informacije za sebe, svoja mnenja in občutke ne delim s sogovornikom | 156 | 2,439 | 0,000 *** |
| BOL – Zadržim informacije za sebe, svoja mnenja in občutke ne delim s sogovornikom | 156 | 2,141 | 0,000 *** |
| SOD – Sprejemam rešitve, ki so mi v škodo | 156 | 2,642 | 0,000 *** |
| ZDR – Sprejemam rešitve, ki so mi v škodo | 156 | 2,809 | 0,000 *** |
| BOL – Sprejemam rešitve, ki so mi v škodo | 156 | 3,110 | 0,000 *** |
| SOD – Sogovornika ne poslušam aktivno, saj vem, da nič ne morem spremeniti | 156 | 4,812 | 0,000 *** |
| ZDR – Sogovornika ne poslušam aktivno, saj vem, da nič ne morem spremeniti | 156 | 4,573 | 0,000 *** |

se nadaljuje

nadaljevanje

| | | | |
|--|-----|-------|-----------|
| BOL – Sogovornika ne poslušam aktivno, saj vem, da nič ne morem spremeniti | 156 | 5,175 | 0,000 *** |
| SOD – Jasno povem svoja stališča in odločitve | 156 | 3,182 | 0,000 *** |
| ZDR – Jasno povem svoja stališča in odločitve | 156 | 3,391 | 0,000 *** |
| BOL – Jasno povem svoja stališča in odločitve | 156 | 3,254 | 0,000 *** |
| SOD – Pri komuniciranju se pogosto opravičujem in izogibam komuniciranju | 156 | 3,147 | 0,000 *** |
| ZDR – Pri komuniciranju se pogosto opravičujem in izogibam komuniciranju | 156 | 3,490 | 0,000 *** |
| BOL – Pri komuniciranju se pogosto opravičujem in izogibam komuniciranju | 156 | 3,425 | 0,000 *** |
| SOD – Izražam svoje nestrinjanje z mnenjem sogovornika | 156 | 2,926 | 0,000 *** |
| ZDR – Izražam svoje nestrinjanje z mnenjem sogovornika | 156 | 2,609 | 0,000 *** |
| BOL – Izražam svoje nestrinjanje z mnenjem sogovornika | 156 | 2,368 | 0,000 *** |
| SOD – Izrazim konstruktivno kritiko do sogovornika | 156 | 3,663 | 0,000 *** |
| ZDR – Izrazim konstruktivno kritiko do sogovornika | 156 | 2,592 | 0,000 *** |
| BOL – Izrazim konstruktivno kritiko do sogovornika | 156 | 2,473 | 0,000 *** |
| SOD – Izrazim svoje mnenje sogovorniku | 156 | 3,639 | 0,000 *** |
| ZDR – Izrazim svoje mnenje sogovorniku | 156 | 3,241 | 0,000 *** |
| BOL – Izrazim svoje mnenje sogovorniku | 156 | 3,079 | 0,000 *** |
| SOD – Rečem NE sogovorniku, kjer je to primerno | 156 | 3,368 | 0,000 *** |
| ZDR – Rečem NE sogovorniku, kjer je to primerno | 156 | 3,249 | 0,000 *** |
| BOL – Rečem NE sogovorniku, kjer je to primerno | 156 | 3,117 | 0,000 *** |
| SOD – Dovolim sogovorniku, da izrazi svoje mnenje | 156 | 5,177 | 0,000 *** |
| ZDR – Dovolim sogovorniku, da izrazi svoje mnenje | 156 | 5,277 | 0,000 *** |

se nadaljuje

nadaljevanje

| | | | |
|--|-----|-------|-----------|
| BOL – Dovolim sogovorniku da izrazi svoje mnenje | 156 | 5,884 | 0,000 *** |
| SOD – Zahtevam nekaj od sogovornika | 156 | 3,076 | 0,000 *** |
| ZDR – Zahtevam nekaj od sogovornika | 156 | 2,567 | 0,000 *** |
| BOL – Zahtevam nekaj od sogovornika | 156 | 2,255 | 0,000 *** |
| SOD – Posredujem svoje predloge sogovorniku | 156 | 3,599 | 0,000 *** |
| ZDR – Posredujem svoje predloge sogovorniku | 156 | 3,623 | 0,000 *** |
| BOL – Posredujem svoje predloge sogovorniku | 156 | 3,406 | 0,000 *** |
| SOD – Dajem komplimente sogovorniku | 156 | 3,006 | 0,000 *** |
| ZDR – Dajem komplimente sogovorniku | 156 | 2,200 | 0,000 *** |
| BOL – Dajem komplimente sogovorniku | 156 | 3,316 | 0,000 *** |

(Opomba: *** pomeni $p < 0,0001$)

Priloga 3: Asertivnost glede na področje dela

| trditev | področje dela | Št. | AS | Standardni odklon | F | P(F) |
|--|---------------|-----|------|-------------------|-------|-------|
| V težavnih razpravah govorim umirjeno | 1 | 39 | 1,54 | 0,555 | 0,678 | 0,608 |
| | 2 | 56 | 1,55 | 0,711 | | |
| | 3 | 12 | 1,25 | 0,452 | | |
| | 4 | 11 | 1,36 | 0,505 | | |
| | 5 | 38 | 1,55 | 0,828 | | |
| Če sem negotov(a), z lahkoto vprašam za pomoč | 1 | 39 | 1,38 | 0,590 | 1,455 | 0,219 |
| | 2 | 56 | 1,38 | 0,620 | | |
| | 3 | 12 | 1,42 | 0,515 | | |
| | 4 | 11 | 1,55 | 0,522 | | |
| | 5 | 38 | 1,68 | 0,873 | | |
| Čeprav je v skupini agresiven človek, zadeve lahko urejam na miren način | 1 | 39 | 1,44 | 0,502 | 0,155 | 0,960 |
| | 2 | 56 | 1,54 | 0,762 | | |
| | 3 | 12 | 1,50 | 0,522 | | |
| | 4 | 11 | 1,55 | 0,820 | | |
| | 5 | 38 | 1,53 | 0,647 | | |
| Kadar se mi ponudi izjemna priložnost, znam uveljaviti svoje želje | 1 | 39 | 1,77 | 0,667 | 0,369 | 0,830 |
| | 2 | 56 | 1,68 | 0,716 | | |
| | 3 | 12 | 1,83 | 0,718 | | |
| | 4 | 11 | 1,55 | 0,688 | | |
| | 5 | 38 | 1,76 | 0,751 | | |

se nadaljuje

nadaljevanje

| | | | | | | |
|--|---|----|------|-------|-------|-------|
| Čeprav se drugi ne strinjajo z mano, znam mirno zagovarjati svoje stališče | 1 | 39 | 1,49 | 0,556 | 0,844 | 0,499 |
| | 2 | 56 | 1,66 | 0,721 | | |
| | 3 | 12 | 1,33 | 0,492 | | |
| | 4 | 11 | 1,64 | 0,674 | | |
| | 5 | 38 | 1,61 | 0,718 | | |
| Če verjamem, da me ne jemljejo resno, na to odgovorim brez zamere in razburjenja | 1 | 39 | 1,69 | 0,800 | 0,608 | 0,657 |
| | 2 | 56 | 1,73 | 0,820 | | |
| | 3 | 12 | 1,50 | 0,522 | | |
| | 4 | 11 | 2,00 | 0,894 | | |
| | 5 | 38 | 1,71 | 0,732 | | |
| Če me nekdo prosi za dovoljenje (npr., smem kaditi?), a meni bolj ustreza, da ga zavrnem, to storim brez slabega občutka | 1 | 39 | 1,97 | 0,986 | 1,266 | 0,286 |
| | 2 | 56 | 2,05 | 0,942 | | |
| | 3 | 12 | 2,50 | 1,087 | | |
| | 4 | 11 | 1,64 | 0,674 | | |
| | 5 | 38 | 2,00 | 0,930 | | |
| Svoje mnenje povem tudi takrat, ko vem, da ne bo naletelo na odobravanje | 1 | 39 | 1,59 | 0,715 | 0,126 | 0,973 |
| | 2 | 56 | 1,66 | 0,837 | | |
| | 3 | 12 | 1,50 | 0,798 | | |
| | 4 | 11 | 1,64 | 0,674 | | |
| | 5 | 38 | 1,63 | 0,786 | | |
| S starejšimi od sebe lahko urejam zadeve učinkovito in brez zadrege | 1 | 39 | 1,46 | 0,682 | 1,160 | 0,331 |
| | 2 | 56 | 1,38 | 0,702 | | |
| | 3 | 12 | 1,08 | 0,289 | | |
| | 4 | 11 | 1,18 | 0,405 | | |
| | 5 | 38 | 1,26 | 0,644 | | |
| Izdelek / storitev reklamiram, ne da bi osebno napadel(a) prodajalca | 1 | 39 | 1,56 | 0,821 | 0,765 | 0,549 |
| | 2 | 56 | 1,46 | 0,873 | | |
| | 3 | 12 | 1,50 | 0,905 | | |
| | 4 | 11 | 1,18 | 0,405 | | |
| | 5 | 38 | 1,32 | 0,739 | | |
| Če je nekdo nesramen do mene ali do drugih, mu to odkrito povem | 1 | 39 | 1,59 | 0,637 | 0,481 | 0,750 |
| | 2 | 56 | 1,48 | 0,763 | | |
| | 3 | 12 | 1,33 | 0,492 | | |
| | 4 | 11 | 1,36 | 0,505 | | |
| | 5 | 38 | 1,55 | 0,795 | | |
| Ko opazim problem, ga začnem takoj reševati, preden pride do večjih težav | 1 | 39 | 1,18 | 0,389 | 1,793 | 0,133 |
| | 2 | 56 | 1,41 | 0,757 | | |
| | 3 | 12 | 1,25 | 0,452 | | |
| | 4 | 11 | 1,09 | 0,302 | | |
| | 5 | 38 | 1,50 | 0,797 | | |
| Če moram povedati slabo novico, to storim umirjeno in brez sramu | 1 | 39 | 1,26 | 0,498 | 0,988 | 0,416 |
| | 2 | 56 | 1,39 | 0,705 | | |
| | 3 | 12 | 1,50 | 0,522 | | |
| | 4 | 11 | 1,36 | 0,674 | | |
| | 5 | 38 | 1,55 | 0,828 | | |

se nadaljuje

nadaljevanje

| | | | | | | |
|--|---|----|------|-------|-------|-------|
| Če nekaj želim, direktno vprašam | 1 | 39 | 1,28 | 0,510 | 0,756 | 0,555 |
| | 2 | 56 | 1,50 | 0,786 | | |
| | 3 | 12 | 1,50 | 0,522 | | |
| | 4 | 11 | 1,55 | 0,688 | | |
| | 5 | 38 | 1,50 | 0,762 | | |
| Če me nekdo ne razume, ne čutim krivde in ga ne ponižujem | 1 | 39 | 1,44 | 0,788 | 1,806 | 0,131 |
| | 2 | 56 | 1,39 | 0,779 | | |
| | 3 | 12 | 1,08 | 0,289 | | |
| | 4 | 11 | 1,09 | 0,302 | | |
| | 5 | 38 | 1,66 | 1,047 | | |
| Če se ne strinjam z mnenjem večine, povem svoje stališče in se zaradi tega ne opravičujem | 1 | 39 | 1,69 | 0,694 | 0,444 | 0,777 |
| | 2 | 56 | 1,57 | 0,871 | | |
| | 3 | 12 | 1,58 | 0,669 | | |
| | 4 | 11 | 1,36 | 0,505 | | |
| | 5 | 38 | 1,61 | 0,679 | | |
| Kritiko sprejemam dobronamerno | 1 | 39 | 1,33 | 0,662 | 0,970 | 0,426 |
| | 2 | 56 | 1,39 | 0,705 | | |
| | 3 | 12 | 1,42 | 0,669 | | |
| | 4 | 11 | 1,82 | 0,982 | | |
| | 5 | 38 | 1,45 | 0,795 | | |
| Nisem v zadregi, kadar kaj pohvalim | 1 | 39 | 1,38 | 0,847 | 0,068 | 0,992 |
| | 2 | 56 | 1,41 | 0,826 | | |
| | 3 | 12 | 1,42 | 0,900 | | |
| | 4 | 11 | 1,36 | 0,924 | | |
| | 5 | 38 | 1,47 | 0,862 | | |
| Če sem jezen(na), izrazim svoje mnenje brez opravičevanja ali dominiranja | 1 | 39 | 1,64 | 0,628 | 0,762 | 0,551 |
| | 2 | 56 | 1,79 | 0,889 | | |
| | 3 | 12 | 1,58 | 0,515 | | |
| | 4 | 11 | 1,64 | 0,505 | | |
| | 5 | 38 | 1,89 | 0,831 | | |
| Če me kdo med govorjenjem ne posluša, povem zadevo do konca, ne da bi se sam(a) sebi zasmilil(a) | 1 | 39 | 1,46 | 0,643 | 1,365 | 0,249 |
| | 2 | 56 | 1,52 | 0,831 | | |
| | 3 | 12 | 1,25 | 0,622 | | |
| | 4 | 11 | 1,55 | 0,522 | | |
| | 5 | 38 | 1,76 | 0,852 | | |

Priloga 4: Vprašalnik za raziskavo

| | | |
|------|---|---|
| SPOL | Ž | M |
|------|---|---|

| | | | | |
|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| starost | 25–35 let | 36–45 let | 46–55 let | 56–65 let |
|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|

| | | | |
|-------------------|-------------------------------|------------------------------|--|
| stopnja izobrazbe | V – srednja medicinska sestra | VI – višja medicinska sestra | VII – diplomirana medicinska sestra, univerzitetna izobrazba |
| | VIII magisterij | IX doktorat | |

Obkrožite tisto številko, za katero menite, da najbolj oceni vaše vedenje. Če se v določenih situacijah niste nikoli znašli, si jih poskušajte predstavljati.

Ocene pomenijo:

1 – pogosto

2 – včasih

3 – redko

4 – nikoli

| | Trditev | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|--|----------|----------|----------|----------|
| 10 | V težavnih razpravah govorim umirjeno | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Če sem negotov(a), z lahkoto vprašam za pomoč | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Čeprav je v skupini agresiven človek, zadeve lahko urejam na miren način | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Kadar se mi ponudi izjemna priložnost, znam uveljaviti svoje želje | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Čeprav se drugi ne strinjajo z mano, znam mirno zagovarjati svoje stališče | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Če verjamem, da me ne jemljejo resno, na to odgovorim brez zamere in razburjenja | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | Če me nekdo prosi za dovoljenje (npr., smem kaditi?), a meni bolj ustreza, da ga zavrnem, to storim brez slabega občutka | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | Svoje mnenje povem tudi takrat, ko vem, da ne bo naletelo na odobravanje | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | S starejšimi od sebe lahko urejam zadeve učinkovito in brez zadrege | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Izdelek / storitev reklamiram, ne da bi osebno napadel(la) prodajalca | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Če je nekdo nesramen do mene ali do drugih, mu to odkrito povem | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21 | Ko opazim problem, ga začnem takoj reševati, preden pride do večjih težav | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 | Če moram povedati slabo novico, to storim umirjeno in brez sramu | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 | Če nekaj želim, direktno vprašam | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24 | Če me nekdo ne razume, ne čutim krivde in ga ne ponižujem | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25 | Če se ne strinjam z mnenjem večine, povem svoje stališče in se zaradi tega ne opravičujem | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26 | Kritiko sprejemam dobronamerno | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27 | Nisem v zadregi, kadar kaj pohvalim | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28 | Če sem jezen(na), izrazim svoje mnenje brez opravičevanja ali dominiranja | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29 | Če me kdo med govorjenjem ne posluša, povem zadevo do konca, ne da bi se sam(a) sebi zasmilil(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |

3. Pogled na vašo komunikacijo s sodelavci v zdravstveni negi, z zdravniki in bolniki / svojci

Pri vsaki trditvi obkrožite tisto številko, za katero menite, da najbolj oceni vaše vedenje v komunikaciji s (1) sodelavci v ZN, (2) z zdravniki ter (3) bolniki in s svojci.

Če se v določenih situacijah niste nikoli znašli, si jih poskušajte predstavljati.

Ocene pomenijo:

1 – nikoli

2 – redko

3 – včasih

4 – pogosto

5 – vedno

A pasivno

B asertivno

C =agresivno

| | sklop 1 – izražanje potreb, želja in čustev | s sodelavci v ZN | | | | | z zdravniki | | | | | z bolniki in s svojci | | | | |
|------|---|------------------|---|---|---|---|-------------|---|---|---|---|-----------------------|---|---|---|---|
| 30 A | Pri izražanju svojih potreb in čustev sem v podrejenem položaju, zlahka dovolim, da me prekinjajo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35 B | Jasno izrazim svoje potrebe, želje in čustva | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38 C | Pri izražanju svojih potreb in čustev si podrejam druge, jih prekinjam pri njihovem govorjenju | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | sklop 2 – iskanje rešitev | s sodelavci v ZN | | | | | z zdravniki | | | | | z bolniki in s svojci | | | | |
|------|---|------------------|---|---|---|---|-------------|---|---|---|---|-----------------------|---|---|---|---|
| 47 A | Sprejemam rešitve, ki so mi v škodo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41 B | Iščem rešitve, ki so sprejemljive za obe strani | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36 C | Manipuliram z ljudmi, da dosežem svoje | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | sklop 3 - delitev informacij s sogovornikom | s sodelavci v ZN | | | | | z zdravniki | | | | | z bolniki in s svojci | | | | |
|------|--|-------------------------|---|---|---|---|--------------------|---|---|---|---|------------------------------|---|---|---|---|
| 46 A | Zadržim informacije za sebe, svoja mnenja in občutke | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33 B | Delim informacije, svoja mnenja in občutke | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42 C | Prikrijem informacije, svoja mnenja in občutke | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | sklop 4 - komunikacija v težkih situacijah ... | s sodelavci v ZN | | | | | z zdravniki | | | | | z bolniki in s svojci | | | | |
|------|--|-------------------------|---|---|---|---|--------------------|---|---|---|---|------------------------------|---|---|---|---|
| 31 A | Nič ne rečem in se potem počutim kot poraženec ter sem nezadovoljen sam s seboj | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43 B | Ko dosežem dogovor oziroma rešitev problema, se dobro počutim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37 C | Vedno moram obveljati za zmagovalca, pri tem me ne zanima, kako se počuti sogovornik | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | sklop 5 - kot poslušalec sem ... | s sodelavci v ZN | | | | | z zdravniki | | | | | z bolniki in s svojci | | | | |
|------|--|-------------------------|---|---|---|---|--------------------|---|---|---|---|------------------------------|---|---|---|---|
| 48 A | Neučinkovit poslušalec, saj nič ne morem spremeniti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45 B | Aktivni poslušalec | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32 C | Neučinkovit poslušalec, me ne zanima, kaj sogovornik govori in misli | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | sklop 6 - pri sprejemanju odločitev ... | s sodelavci v ZN | | | | | z zdravniki | | | | | z bolniki in s svojci | | | | |
|------|--|-------------------------|---|---|---|---|--------------------|---|---|---|---|------------------------------|---|---|---|---|
| 34 A | Sem neodločen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49 B | Jasno povem svoja stališča in odločitve | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40 C | Vsilim svoje odločitve | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | sklop 7 - pri komuniciranju ... | s sodelavci v ZN | | | | | z zdravniki | | | | | z bolniki in s svojci | | | | |
|------|---|-------------------------|---|---|---|---|--------------------|---|---|---|---|------------------------------|---|---|---|---|
| 50 A | Se pogosto opravičujem in izogibam komuniciranju | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39 B | Se odločno soočam s sogovorniki | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44 C | Sem glasen, nesramen, sarkastičen in krivim druge | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

4. Asertivna vedenja

Obkrožite tisto številko, za katero menite, da najbolj oceni vaše vedenje v komunikaciji s (1) sodelavci v ZN, (2) z zdravniki ter (3) bolniki in s svojci. Če se v določenih situacijah niste nikoli znašli, si jih poskušajte predstavljati.

Ocene pomenijo:

- 1 – nikoli
- 2 – redko
- 3 – včasih
- 4 – pogosto
- 5 – vedno

| | jasno in brez težav ... | S sodelavci | | | | | Z zdravniki | | | | | Z bolniki in svojci | | | | |
|----|--|--------------------|---|---|---|---|--------------------|---|---|---|---|----------------------------|---|---|---|---|
| 51 | Izražam svoje nestrinjanje z mnenjem sogovornika | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 52 | Izrazim konstruktivno kritiko do sogovornika | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

se nadaljuje

nadaljevanje

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53 | Izrazim svoje mnenje sogovorniku | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54 | Rečem NE sogovorniku, kjer je to primerno | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 55 | Dovolim sogovorniku, da izrazi svoje mnenje | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 56 | Zahtevam nekaj od sogovornika | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 57 | Posredujem svoje predloge sogovorniku | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 58 | Dajem komplimente sogovorniku | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

5. Ali ste pridobili dodatna znanja iz managementa – vodenja ljudi v zadnjih 3 letih (seminarji, delavnice)

DA

NE

ČE DA, KATERE VSEBINE?

6. Ali ste pridobili dodatna znanja s področja asertivnosti v zadnjih 3 letih (seminarji, delavnice, asertivni treningi ...)

DA

NE

ČE DA, KATERE VSEBINE?
