



VISOKOŠOLSKO SREDIŠČE NOVO MESTO
Higher Education Centre Novo mesto
FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE NOVO MESTO
Faculty of Health Sciences Novo mesto

INTERDISCIPLINARNO POVEZOVANJE ZA PRETOK ZNANJA MED TEORIJO IN PRAKSO

Zbornik prispevkov

INTERDISCIPLINARY COOPERATION FOR THE TRANSFER
OF KNOWLEDGE BETWEEN THEORY AND PRACTICE
Conference Proceedings

Mednarodna znanstvena konferenca
International Scientific Conference

VISOKOŠOLSKO SREDIŠČE NOVO MESTO
Higher Education Centre Novo mesto
FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENEVEDE NOVO MESTO
Faculty of Health Sciences Novo mesto

INTERDISCIPLINARNO POVEZOVANJE ZA PRETOK ZNANJA MED TEORIJO IN PRAKSO

*INTERDISCIPLINARY COOPERATION FOR THE TRANSFER OF
KNOWLEDGE BETWEEN THEORY AND PRACTICE*

Zbornik prispevkov
Conference Proceedings

Mednarodna znanstvena konferenca
International Scientific Conference
24. oktober 2013

Novo mesto 2014

INTERDISCIPLINARNO POVEZOVANJE ZA PRETOK ZNANJA MED TEORIJO IN PRAKSO
*INTERDISCIPLINARY COOPERATION FOR THE TRANSFER OF KNOWLEDGE BETWEEN
THEORY AND PRACTICE*

Izdala in založila/Publisher ©

Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto/Faculty of Health Sciences Novo mesto

Uredil/Editor

Dr. Marjan Blažič

Recenzirali/Peer Reviewers

Dr. Bojana Filej, dr. Jasmina Starc

Lektorirali/Proofread by

Peter Štefančič, Tina Banfi

Naslovnica/Title page

Bojan Nose

Tehnična urednika/Tehcnical Editors

Brigita Jugovič, Bojan Nose

Natisnila/Printed

Tiskarna Littera Picta d.o.o.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

001.101:339.9(082)

INTERDISCIPLINARNO povezovanje za pretok znanja med teorijo in prakso : zbornik prispevkov : mednarodna znanstvena konferenca = Interdisciplinary cooperation for the transfer of knowledge between theory and practice : conference proceedings : international scientific conference, 24. oktober 2013, Novo mesto, Slovenia / uredil Marjan Blažič. - Novo mesto : Fakulteta za zdravstvene vede = Faculty of Health Sciences, 2013

ISBN 978-961-93575-2-1

1. Vzp. stv. nasl. 2. Blažič, Marjan
274401280

VSEBINA / CONTENTS

UVODNI REFERATI

<i>Dr. Jasmina Starc</i>	7
Usposobljenost medicinske sestre za povezovanje znanja iz zdravstvene nege s prakso The skill of registered nurses to link nursing knowledge with practice	
<i>Oscar R. De Miranda, PhD, Majda De Miranda</i>	22
The concept of transfer of knowledge in the Netherlands Koncept prenosa znanja na Nizozemskem	
<i>Dr. Jana Goriup</i>	34
Ali zdravstvena nega potrebuje zgolj (lastnosti) ženske? Does nursing care require only (the characteristics) of women?	

REFERATI

<i>Clarisse Behar Molad, PhD</i>	46
Technology commercialisation Komericializacija tehnologij	
<i>Marta Blažič, mag.</i>	53
Dokumentacija zdravstvene nege in interdisciplinarnost Documentation of nursing care and interdisciplinarity	
<i>Mag. Albina Bobnar</i>	57
Poznavanje komplementarnega in alternativnega zdravljenja ter odnos študentov zdravstvene nege do njega The attitude and knowledge of nursing students regarding the complementary and alternative treatment	
<i>Simona Cimermančič</i>	65
Medgeneracijsko sodelovanje v razmerju mentor – študent Intergenerational cooperation in the mentor-student relationship	
<i>Peter Čepin Tovornik</i>	75
Izobraževanje dijakov pri delodajalcu The education of students at the employer	
<i>Peter Čepin Tovornik</i>	83
Ozaveščenost dijakov glede preventivnih metod pri preprečevanju raka The awareness of students about the preventive methods for preventing cancer	
<i>Dr. Lučka Debevec Kodrič</i>	92
Dihalna stiska pri bolniku v končnem stadiju raka Respiratory distress in the end-stage cancer patient	

<i>Eva Dolenc, mag. Damjan Slabe, dr. Uroš Kovačič</i> Prva pomoč in vozniki motornih vozil First aid and drivers of motor vehicles	98
<i>Nataša Fink, mag., dr. Ksenija Dumičič, dr. Desimir Bošković</i> Ugotavljanje kakovosti zdravstvenih storitev na Dolenjskem Determining the quality of health services in the Dolenjska region	106
<i>Saša Geč, dr. Bojana Filej</i> Organizacijska kultura v zdravstveni negi The organisational culture in nursing care	116
<i>Martina Golob</i> Vloga medicinske sestre pri uvajanju klinične poti The role of nurses in the introduction of clinical pathways	127
<i>Mag. Malči Grivec</i> Informiranje potrošnikov o (varni) uporabi zdravil Providing information to customers about the (safe) use of medicines	134
<i>Mag. Katarina Kacjan Žgajnar, Teja Kump, mag.</i> Obremenitve v kmetijstvu Strain in agriculture	145
<i>Alma Karajić</i> Medpoklicno sodelovanje Interprofessional collaboration	154
<i>Kleopatra Kodrič</i> Sociološki pristop v interdisciplinarnem modelu posredovanja znanja The sociological approach in the interdisciplinary model of delivering knowledge	163
<i>Boža Kopač</i> Mentorstvo kot učinkovit način prenašanja znanja Mentorship as an effective means of transferring knowledge	170
<i>Dr. Milena Kramar Zupan</i> Skupnostna psihiatrična obravnava kot multidisciplinarni timi v osnovnem zdravstvu Community psychiatric treatment as multidisciplinary teams in primary health care	179
<i>Dr. Nevenka Kregar Velikonja</i> Razvoj tkivno-inženirskih izdelkov in biomaterialov za uporabo v medicini The development of tissue-engineered products and biomaterials for the use in medicine	189
<i>Teja Kump, mag., mag. Katarina Kacjan Žgajnar</i> Škodljivi mikroklimatski vplivi na delovnem mestu natakarja Microclimatic harmful effects on waiters in the workplace	196
<i>Alenka Mikec</i> Preprečevanje okužb pri uporabi centralnih venskih katetrov Infection prevention in the use of central venous catheters	204

<i>Dr. Blaž Mlačak</i>	214
Vloga družinskega zdravnika in diplomirane medicinske sestre v preventivi ateroskleroze The role of the family doctor and the registered nurse in the prevention of atherosclerosis	
<i>Natalija Nataša Plečnik, Mojca Saje, mag.</i>	222
Zdravstvena nega pacienta po vstavitvi endoproteze kolka Treatment of patients after inserting hip endoprosthesis	
<i>Mag. Ana Podhostnik</i>	231
Dojenje - pomen za zdravje otroka in obveznost za mater Breastfeeding – the importance for the child's health and the obligation of the mother	
<i>Mag. Barbara Rodica, dr. Iva Konda</i>	238
Raziskovanje v zdravstveni negi – pomen za prakso Research in nursing care – importance for practice	
<i>Mojca Saje, mag.</i>	248
Vloga medicinske sestre pri zdravljenju bolečine v paliativni oskrbi The role of nurses in relieving pain in palliative care	
<i>Melita Sajko, Marijana Neuberg, mag., Jurica Veronek, mag.</i>	260
Utjecaj duhovnosti na doživljanje smrti u osoba treće životne dobi The impact of spirituality on death experience for elderly people	
<i>Anita Sluga, mag.</i>	270
Vplivni dejavniki pri trženju pripomočkov za odvzem krvi preko javnih naročil Factors influencing the marketing of devices for blood sampling	
<i>Irena Stopar</i>	280
Motiviranje in nagrajevanje zaposlenih Motivating and rewarding employees	
<i>Uroš Zafošnik, Robertina Benkovič</i>	287
Human medsebojni odnos in skrb za bolnika med izvajanjem zdravstvene nege v Zdravstvenem domu Ljubljana A humane mutual relationship and care for the patient during nursing care in the Ljubljana Health Centre	
<i>Vesna Zupančič, mag.</i>	291
Etika poučevanja zdravstvene nege The ethics of teaching nursing care	
<i>Irena Žagar, mag.</i>	300
Zmanjševanje predoperativnega stresa pri pacientu in vloga medicinske sestre Reducing patients' preoperative stress and the role of nurses	

Usposobljenost medicinske sestre za povezovanje znanja iz zdravstvene nege s prakso

UDK 614.253.5+378

KLJUČNE BESEDE: znanje, teorija, praksa, diplomirane medicinske sestre, diplomirani zdravstveniki

POVZETEK – Stopnja konkurenčnosti med podjetji in posamezniki je v globalnem okolju iz dneva v dan večja. Od zaposlenih pričakujemo, da bodo svoje teoretično znanje, pridobljeno v času formalnega in/ali neformalnega izobraževanja, uspešno uporabili pri vsakdanjem delu. Posamezniki in organizacije, ki znajo uporabiti, izrabiti in poskrbeti za prenos obstoječega teoretičnega znanja iz izobraževalnih ustanov ter poiskati in izrabiti vire novega znanja, sodijo med najbolj uspešne ne glede na panogo dejavnosti. V prispevku predstavljamo mnenja diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov Visoke šole za zdravstvo o uporabnosti splošnega oziroma osnovnega znanja, pridobljenega v formalnem izobraževanju, v praksi. Ugotovili smo, da je odnos diplomantov do teoretičnega znanja v primerjavi s prakso dober. Večina jih tudi ugotavlja, da ima popolnoma ustrezno ali v veliki meri ustrezno teoretično znanje, ki ustreza njihovem delu. Iz tega lahko sklepamo, da so anketirani v času svojega študija pridobili ustrezno teoretično podlago za opravljanje svojega poklica ter da tudi danes spremljajo novosti na svojih strokovnih področjih in črpajo novo znanje iz različnih znanstvenih in strokovnih monografij s teoretično osnovo.

UDC 614.253.5+378

KEY WORDS: knowledge, theory, practice, registered nurse

ABSTRACT – There is increasingly fierce competition among companies and individuals in the global environment. It is expected that employees will effectively use their theoretical knowledge gained during formal and/or informal education. Individuals and organisations who know how to use, exploit and provide the transfer of the existing theoretical knowledge of educational institutions, and use the sources of new knowledge, are the most successful, regardless of their economic activity. The paper presents the opinions of registered nurses of the School of Health Sciences regarding the use of general or basic knowledge gained during formal education and practice. It was established that the attitude of the graduates towards theoretical knowledge is good in comparison with practice. The majority also believe that they have completely appropriate theoretical knowledge, or appropriate to a great extent, to perform their work. Based on the aforementioned, it can be concluded that the respondents gained appropriate theoretical knowledge during their studies to perform their work, and that they still follow new developments in their professional fields and gain new knowledge from various scientific and professional monographs with theoretical basis.

1 Uvod

Za podjetje je bistvenega pomena, da ima strokovno izobražene in usposobljene kadre, zato mora poskrbeti za ustrezno izobraževanje in usposabljanje. Le tako bodo zmožni opravljati svoje delo, ki je marsikdaj zapleteno in zahtevno. Podjetja v najbolj rastočih panogah se tako pri svojem delu vse manj naslanjajo na tradicionalne naravne vire in vse bolj usmerjajo k intenzivni rabi dragocenega znanja zaposlenih. Ključni dejavnik za doseganje konkurenčnosti, predstavlja način, kako zaposleni uspejo uporabiti, združiti in tržiti svoje znanje.

Učinkovitost usposabljanja in izobraževanja je odvisna od pripravljenosti in motiviranosti zaposlenih za izobraževanje in pridobivanje novega znanja. Podjetje bo imelo veliko večje koristi, če bo izobraževalni načrt pripravilo skupaj z zaposlenimi. Do nesoglasij lahko prihaja, ko zaposleni nimajo možnosti sami povedati, na katerih področjih čutijo potrebo po dodatnem izobraževanju. Realizacija njihovih potreb je hkrati dodatna motivacija za delo, ki vzporedno s tem privede tudi do boljšega poslovanja podjetja. Z nenehnim izobraževanjem in usposabljanjem si zaposleni povečujejo obseg znanja, pridobivajo nove izkušnje in ideje, vedno bolj so sposobni učenja novih spretnosti, lažje se prilagajajo nenehnim spremembam, povečuje se jim storilnost in kakovost dela ipd.

Vsak zaposleni mora biti za svoje delo dobro strokovno usposobljen, kar pomeni, da mora poklic obvladovati in učinkovito uporabljati teoretične osnove svoje stroke, imeti mora ustrezno praktično znanje in poklicne spretnosti. Z učinkovitim usposabljanjem lahko dosežemo izboljšanje dela posameznikov, timov ali celotnega podjetja. Večja usposobljenost za delo daje zaposlenim tudi več samozavesti, varnosti in možnosti bolj pravilne odločitve v danem trenutku.

2 Pridobivanje, razvoj in uporaba teoretičnega znanja v globalnem okolju

Globalizacija tržišč in zaostritev mednarodne konkurence, ki sta bili izzvani predvsem tudi z eksponentno rastjo tehnološkega znanja in s tem povezanih inovacij v organizacijskih strukturah, produkcijskih načinov in samimi produkti, postavljata podjetja pred nalogo, da morajo reagirati vse hitreje, bolj kreativno in fleksibilno. Obenem pa postavljajo razvoj v širšem in bližnjem podjetniškem svetu, dramatične spremembe na ravni mednarodne politike, socialni razvoj v družbi in ekološka odgovornost dodatne zahteve za vodenje podjetij. Usmerjanje in oblikovanje podjetij v takšnem visoko kompleksnem in turbulentnem sistemskem okolju zahteva zaposlene, ki razpolagajo z izrazitim, visoko kvalificiranim znanjem, ravno tako pa tudi z nujnimi pristojnostmi za prenos tega znanja.

V Sloveniji in v drugih evropskih državah se zaradi globalizacije vse bolj kaže potreba po povezovanju in sodelovanju, ki temelji na načelih skupnih interesov ter vsebinske, geografske in kulturne povezanosti sodelujočih v tem procesu. Samo učenje in izobraževanje za vse družbene vloge in z vsemi vsebinami, ki jih potrebuje posameznik, lahko omogočata priznavanje in razvijanje številnih razsežnosti njegove osebnosti – telesne, intelektualne, estetske, čustvene in duhovne. Temelj za razvoj neke države je dobra izobraženost vsega prebivalstva in njegova zmožnost za prilagajanje razmeram na evropskih trgih in v domačem okolju.

Uspešnost in učinkovitost vsake organizacije je dolgoročno in v veliki meri odvisna od celovite poslovne strategije, v okviru katere ima kadrovska poslovna strategija poseben pomen (Cimerman idr., 2003, str. 156). Pri načrtovanju zadovoljevanja potreb kadrovskih virov organizacije ne izhajajo samo iz njenih strateških in razvojnih ciljev,

temveč bodoče kadrovske vire v praksi najbolj pogosto ekstrapolirajo iz obstoječe kadrovske situacije. Izobraževanje zaposlenih in pridobivanje novega znanja je pomemben del razvoja kadrov v organizaciji in temelji na sistematičnih, dolgoročnih in individualnih razvojnih načrtih skladno s strateškimi usmeritvami in organizacijsko kulturo. Zaradi nenehnih sprememb v organizaciji in okolju mora razvoj spremljati zaposlene skozi vso delovno dobo. Samo stopnja in smer formalne izobrazbe nista dovolj za uspešno opravljanje delovnih nalog. Na različnih stopnjah razvoja posameznikove kariere se potrebe po izobraževanju in pridobivanju novega znanja spreminjajo. Naložba v razvoj zaposlenih pomeni dolgoročno investicijo, katere koristi so v veliki meri odvisne od ustreznosti programov izobraževanja, usposabljanja in izpopolnjevanja, ki jih ponujajo različne izobraževalne ustanove. Kariera zaposlenega pa ni odvisna samo od možnosti v organizaciji, ampak tudi od njegovih lastnih zmožnosti, sposobnosti, motivacije, ambicij in volje. Seveda pa morajo biti posameznikove težnje usklajene s potrebami in cilji organizacije.

Za uspešen nastop v globalni družbi postaja potreba po permanentnem in organiziranem izobraževanju ter izpopolnjevanju vse močnejša in izrazitejša, saj prispeva k trajnim spremembam vedenja posameznikov. Nenehne spremembe v znanosti, tehnologiji in tehniki vedno znova porajajo nove potrebe po vedno bolj organiziranemu dopolnilnemu izobraževanju in izpopolnjevanju. Pojavljajo se nove storitve in izdelki, inovacije v informacijski tehnologiji, čedalje bolj usposobljeni kandidati za zaposlitev, konkurenca na tržišču, podjetniške zamisli, izgube in dobički, vzponi in stečaji, pričakovanje po participativnem načinu vodenja, težnja k učeči se organizacijski kulturi in podobno, kar se med seboj prepleta in ustvarja globalizacijsko okolje, v katerem tekmujejo za kar najboljši uspeh (Možina idr., 2002, str. 13).

Izobraževanje je bolj odvisno od potreb in vrednot družbe, medtem ko je učenje bolj odvisno od posameznikovih potreb in aktivnosti. Vse vrste izobraževanja in usposabljanja naj bi pripomogle k izboljšanju opravljanja dela, k boljšemu organiziranju, vodenju in poslovanju in k sprožanju večje ustvarjalnosti ter posameznikovemu poklicnemu in osebnostnemu razvoju. Zajemalo naj bi sedanje in prihodnje cilje podjetja in posameznika. Izobraževanje, ki ni povezano s potrebami podjetja, je navadno opredeljeno kot izobraževanje, ki ni v interesu delodajalca in se mu v podjetjih praviloma namenja manj pozornosti.

Razvoj organizacije je najbolj odvisen od sposobnosti njenih članov, da dosegajo njene dolgoročne cilje. To omogoča priprava in izvajanje ustreznega sistema splošnega in družbenega izobraževanja. Na drugi strani je tudi razvoj višjih potreb ljudi odvisen od sposobnosti organizacije za njihovo zadovoljevanje. Proces permanentnega izobraževanja in razvoja organizacije sta torej neposredno med seboj povezana. Proces permanentnega (stalnega, trajnega) izobraževanja v organizaciji lahko definiramo kot mrežo dogodkov in aktivnosti za razvoj individualnih sposobnosti ljudi (Florjančič, Vukovič, Ferjan, 2002).

Stalnemu izobraževanju delovne sile namenjajo razvite države posebno pozornost. Čedalje manj je namreč možnosti za zaposlovanje nekvalificirane delovne sile, prav tako pa je gospodarsko okolje pospešilo tudi poklicne spremembe in preoblikovanje

zahtev po poklicnih kvalifikacijah. Razvitejša tehnologija, prestrukturiranje dela in podjetij, spremembe okusa porabnikov, zahteve po različnih in bolj kakovostnih izdelkih ipd. – vse to terja širšo usposobljenost delavcev in njihovo hitrejše prilagajanje novim zahtevam po strokovni usposobljenosti. Različni družbeni dejavniki poudarjajo različne vidike izobraževanja delovne sile, saj delodajalci v njem vidijo predvsem možnost za izboljšanje produktivnosti in konkurenčnosti podjetja. V vsakem primeru, ne glede na to, kako obravnavajo izobraževanje, želijo čim bolj zmanjšati izdatke. Vloga izobraževanja v dolgoročni strategiji podjetij ponavadi ni tako jasna kot vloga vlaganja v novo opremo in nakup drugih podjetij. V večini držav deluje trg izobraževanja delovne sile (Mohorčič Špolar in Ivančič, 1996, str. 33). Med povpraševalci so delodajalci, sindikati in posamezniki, ki iščejo različne oblike izobraževanja. Povpraševanje je lahko zelo različno in temelji na začetni izobrazbi, posebnih zahtevah delovnih mest, naravi proizvodne dejavnosti, naložbah na trgu proizvodov ipd. Ko pa govorimo o ponudnikih, imamo v mislih izvajalce nadaljnjega izobraževanja delovne sile. Nekateri so odgovorni že za začetno izobraževanje, drugi pa zagotavljajo izobraževanje kot odgovor na zahteve trga delovne sile.

Raven primanjkljaja izobrazbe zaposlenih je lahko delovna podlaga za sklepanje potreb po izobrazbi. Ta je samo splošen kazalnik primernosti osebe za usposobitev za delo, ni pa nujno, da ustreza konkretnim potrebam dela. V šolskih sistemih nas namreč ne pripravijo za opravljanje določenih vrst del, ampak nam dajo samo splošno podlago. Naloga organizacije je potem, da nas pripravi za opravljanje konkretne naloge.

Ko želimo v organizaciji organizirati izobraževalni sistem, ki bo ustrezal njenim potrebam in potrebam zaposlenih, moramo hkrati vedeti tudi za možnosti, ki so nujne za zadovoljevanje teh potreb. Po navadi ne moremo vseh izobraževalnih potreb uresničiti hkrati, ker imamo omejene možnosti. Pri tem si pomagamo z njihovim postopnim zadovoljevanjem v planih izobraževanja, kjer opredelimo programe, nosilce in potrebna sredstva za to dejavnost. Pri uresničevanju in izpeljavi izobraževalnih načrtov nam lahko pomaga za to ustrezna izobraževalna organizacija, izobraževanje lahko poteka v podjetju ali pa se poslužujejo kombinacijo obeh. Na stopnji priprav na izobraževanje morajo najprej izdelati ustrezne programe, ki so temelj, na podlagi katerih lahko izobraževanje pripeljemo najprej do organiziranja in nato do same izpeljave. Ko se določen program zaključi, je naša naloga, da ovrednotimo njegove učinke s stališča ciljev, ki smo si jih na začetku priprave programa tudi zastavili (Jereb, 1998, str. 103).

Zavedati se moramo, da živimo v času – ko se, podobno kot posameznik, ki se mora učiti celo življenje – uči tudi njegova organizacija. Prihodnost organizacij je odvisna predvsem od sposobnosti učenja in izobraževanja vseh zaposlenih, zlasti pa menedžerjev, ki morajo biti za zgled vsem drugim sodelavcem (Robbins, 2003, str. 51). Aktivno izobraževanje in usposabljanje zaposlenih je osnova za inovacije, ki omogočajo organizacijam, da si pridobijo ali ohranijo večjo konkurenčno prednost na trgu. Zato so danes izobraževanju naložene obsežne naloge, ki zahtevajo reformo celotne sfere. Pri tem ne smemo pozabiti na izkušnje preteklosti, hkrati pa vedno bolj upoštevati možnosti, ki jih med drugim nudi sodobna tehnologija. Boljše rezultate pa lahko upravičeno pričakujemo le od usklajenega posodabljanja vseh elementov izobraževalne

sfere. Sodobna tehnologija je zagotovo ena od pogojev za ustvarjalno, kreativno in inovativno razmišljanje zaposlenih, saj jim nudi nešteto možnosti za pridobivanje informacij, preko katerih lahko aktivno spremljajo dogajanja na domačem in tujem trgu.

Globalizacija prodira v vse pore našega vse bolj medsebojno povezanega in soodvisnega sveta, zato lahko govorimo o integriranem svetu, kjer se ne izobražuje in pridobiva znanje le v lokalnem oziroma nacionalnem okolju, pač pa se vse več izobražuje v globalnem okolju, kar pomeni pojem mobilnosti v znanosti in izobraževanju (Svetličič, 2006). Globalno okolje tako omogoča večjo količino novega znanja, izmenjavo tega znanja, a hkrati tudi povečano konkurenčnost, ki pa bi morala biti priložnost in gonilo vsakega posameznika in organizacije. Ustvarjati moramo razmere, v katerih bodo znanje, ustvarjalnost, inovativnost in podjetnost družbene vrednote in izobraževalni sistem naravnati tako, da jih bo spodbujal.

Razmerje med globalizacijo in izobraževanjem je kot med strelo in gozdnim požarom, če parafraziramo Pritheta. Čeprav lahko strela (globalizacija) povzroči gozdni požar, pa je škoda, ki jo povzroči, odvisna od tega, koliko in v kateri smeri se razširi požar, ter od vrste gozda (strukture, politike, izobraževanje...) in ne od vzrokov požara (Svetličič, 2006). Drugače povedano, moramo poznati vzroke/dejavnike konkurenčnosti (požara), toda za to, da ga skušamo omejiti, ko le-ta izbruhne, moramo ustvariti pogoje, da se ne bo razširil, moramo imeti takšen izobraževalni sistem znanja, ki bo omogočal odziv na nastali požar (globalizacijo) (Svetličič, 2006).

Futurologi so gospodarsko, finančno in socialno krizo napovedali. Ekonomska rast pride do svoje meje. Prestrukturiranje vrednot omogoča nov način delovanja ljudi za preživetje, je edina pot iz krize. Za to potrebujejo veliko več znanja in izobraževanje odraslih postane eden od glavnih dejavnikov za premagovanje svetovne krize. Vitalnost družbe se meri po stopnji razvitosti človeškega kapitala (povprečno število let šolanja na prebivalca, stopnja umrljivosti dojenčkov, pričakovana življenjska starost) (Krajnc, 2010, str. 12). Gospodarstva Evrope oziroma sveta vedno glasneje opozarjajo na nevarno razhajanje v usposobljenosti in znanjih, ki ustrezajo potrebam delodajalcev, ter obstoječo ponudbo, kar znatno vpliva na (ne)konkurenčnost nacionalnih gospodarstev. Znanje, usposobljenost in kompetence v družbi znanja namreč postajajo nujni pogoj konkurenčnosti globalnih trgov dela, kar je v kriznih časih še pomembnejši dejavnik za obstoj gospodarskih subjektov na trgu. Z drugimi besedami, za družbo znanja kot cilj integrirane Evrope je pri oblikovanju celostnih politik velikega pomena identificiranje sedanjih in prihodnjih potreb po usposobljenosti ter sodobnih znanjih. Šele celostno in sistematično spremljanje in identificiranje potreb namreč omogočata uravnoteženje ponudbe in povpraševanja na trgih dela, s tem pa tudi večjo konkurenčnost in visoko stopnjo socialne kohezije. Ustrezno usposobljena delovna sila vseh kvalifikacij in vseh generacij, vključena v vseživljenjsko izobraževanje, se namreč hitreje in uspešnejše prilagaja zahtevam sodobnega dinamičnega gospodarskega okolja in (poklicne, sektorske in geografske) mobilnosti. Ustrezno usposobljena delovna sila vseh kvalifikacij in vseh generacij, vključena v vseživljenjsko izobraževanje, se namreč hitreje in uspešnejše prilagaja zahtevam sodobnega dinamičnega gospodarskega okolja in (poklicne, sektorske in geografske) mobilnosti (Zupančič, 2009, str. 66).

Šolstvo in poklicno usposabljanje se v tem času srečujeta z mnogimi spremembami, ki jih prinašata globalizacija in nova ekonomija. Gre za relativno novo paradigmo, ki poizkuša eliminirati problem omejenosti oziroma redkosti virov kot glavnega nosilca in ga preusmerja k učinkoviti uporabi razpoložljive obnovljive blaginje. Šole naj bi zagotavljale znanje za prihodnost, ki pa je težko predvidljiva, zato naj bi predvsem ponujale veščine, spretnosti in temeljna znanja, ki omogočajo oziroma večajo zaposljivost in so uporabna na raznih področjih.

Šole, ki se ne zmorejo pravočasno odzivati na potrebe hitro spreminjajočega se svetovnega gospodarstva, je treba prestrukturirati, spreminjati in po potrebi tudi ukiniti. Ne smemo pa tudi pozabiti, da žal izobrazba ne omogoča vedno tudi zaposlitve. V pogojih velike ponudbe diplomantov vseh vrst in internacionalizacije trga dela in talentov postajajo delojemalci vse izbirčnejši. Formalno izobrazbo vse manj cenijo, saj jim je samo potreben, ne pa zadosten pogoj za zaposlitev. To pa so druga znanja in spretnosti (Svetličič, 2006). V prihodnje bo pomembneje, ne koliko bomo naučili otroke, pač pa to, kako jih bomo učili in ali jih bomo naučili spoznati, kako se velja stalno učiti (Friedman, 2006, str. 302).

Opredelitev za strategijo odprtega (gospodarskega/druženega) razvoja je v pogojih globalizacije nedvomno osnovni pogoj uspešnosti držav in podjetij. Globalizacija sicer ni »naraven« pojav, se celo lahko zaobrne, kot se je že v zgodovini, toda novejša izkušnje kažejo, da se to verjetno ne bo zgodilo. Zato je eden od temeljev konkurenčnosti sposobnost pravočasnega in ustreznega odzivanja na izzive globalizacije. Izobraževanje se zdi v tem pogledu tista infrastrukturna predpostavka, ki lahko to zagotavlja, saj država ne more delovati namesto posameznikov v podjetjih ali na univerzah oziroma šolah. Globalizacija torej ni nekaj zunaj nas, pač pa bi morala postati sestavni del našega izobraževanega sistema, saj le tako lahko oblikujemo strokovnjake z znanjem o tem pojavu in kompetencami za ustrezno odzivanje nanj (Svetličič, 2006).

3 Metodologija

3.1 Namen in cilji raziskave

Temeljni namen raziskave je bil ugotoviti in preučiti, koliko je diplomiranim medicinskim sestram in diplomiranim zdravstvenikom uporabno splošno oziroma osnovno znanje, pridobljeno v formalnem izobraževanju na Visoki šoli za zdravstvo Novo mesto, v praksi.

Cilji raziskave so bili:

- raziskati, kakšen je odnos diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov do teoretičnega znanja v primerjavi s prakso,
- raziskati, ali njihovo pridobljeno teoretično znanje zadostuje za delo in omogoča hitrejše reševanje problemov na delovnem mestu,
- ugotoviti, pri katerih učnih enotah lahko pridobljeno teoretično znanje v večji meri uporabijo v praksi oziroma na delovnem mestu.

3.2 Raziskovalna metoda

Uporabili smo deskriptivno neeksperimentalno metodo empiričnega raziskovanja.

3.3 Vzorec

Osnovno populacijo vzorca predstavljajo vseh 147 diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov, ki so do konca meseca septembra 2013 diplomirali na Visoki šoli za zdravstvo Novo mesto. V raziskavi je sodelovalo 93 diplomantov (65%). V celoti jih je anketo končalo 82 (58%). Med njimi je 13 odstotkov moških in 87 odstotkov žensk. Največ anketiranih (51%) je starih do 30 let, od 31 do 40 let (25%), od 41 do 50 let (22%) ter 51 let in več (3%). Do 10 let delovne dobe ima 48 odstotkov anketiranih, 11 do 20 let (30% anketiranih), 21 do 30 let (19%) in 31 do 40 let delovne dobe (3%). Delo diplomirane medicinske sestre oziroma diplomiranega zdravstvenika opravlja 76 odstotkov anketiranih. 86 odstotkov jih je z delom, ki ga opravljajo zadovoljnih oziroma zelo zadovoljnih.

3.4 Postopek zbiranja podatkov

Zbiranje podatkov je potekalo v prvi polovici meseca oktobra 2013 z anonimnim spletnim anketnim vprašalnikom, namenjenim vsem diplomantkam in diplomantom Visoke šole za zdravstvo Novo mesto.

4 Rezultati

Zanimalo nas je, ali bi se anketirani še izobraževali, če bi imeli to možnost.

Tabela 1: Želja po izobraževanju na drugi stopnji

<i>Odgovori</i>	<i>f</i>	<i>f (%)</i>
Da, kljub temu, da delovno mesto od mene tega ne zahteva.	31	33
Da, saj to od mene delovno mesto in delodajalec zahteva.	1	1
Ne, ker delo, ki ga opravljam, ne zahteva tega od mene.	20	22
Ne, kljub temu, da bi delo to zahtevalo od mene.	1	1
Že študiram na drugi stopnji.	16	17
Ne vem, o tem ne razmišljam.	22	24
Brez odgovora.	2	2
<i>Skupaj</i>	93	100

Ugotovili smo, da bi se 31 (33%) anketiranih izobraževalo, kljub temu, da delovno mesto od njih tega ne zahteva, samo 1 (1%) je tak, ki se bo v prihodnje moral izobraževati, saj to od njega delovno mesto in delodajalec zahteva, 20 (22%) je takih, ki želje po nadaljnjem izobraževanju nimajo, saj tega od njih delo, ki ga opravljajo, ne zahteva, 16 (17%) jih na drugi stopnji že študira. Skoraj četrtina anketiranih (24%) pa jih o možnosti nadaljnega izobraževanja sploh ne razmišlja.

Večina zaposlenih se na delovnem mestu srečuje s problemi, ki jih morajo rešiti, zato smo jih vprašali, katero znanje (teoretično ali praktično) je po njihovem mnenju za rešitev problemov na delovnem mestu najpomembnejše.

Tabela 2: Vrsta znanja, ki omogoča reševanje problemov na delovnem mestu

<i>Odgovori</i>	<i>f</i>	<i>f (%)</i>
Brez teoretičnega znanja ni mogoče rešiti problemov na delovnem mestu.	42	45
Brez teoretičnega znanja lahko rešim le enostavne probleme na delovnem mestu.	25	27
V večini primerov zadostuje že praktično znanje oziroma izkušnje.	18	19
Vse se da rešiti brez teorije z nekaj izkušnjami.	0	0
Brez odgovora.	8	9
<i>Skupaj</i>	93	100

42 anketirancev (45%) je odgovorilo, da brez teoretičnega znanja ni mogoče reševati problemov na delovnem mestu, 25 (27%) jih meni, da brez teoretičnega znanja lahko rešijo le enostavne probleme, slaba petina (18; 19%) je prepričanih, da v večini primerov zadostuje že praktično znanje oziroma izkušnje in nihče se ni strinjal s trditvijo, da se vse da rešiti brez teorije z nekaj izkušnjami.

Zanimalo nas je tudi, ali formalno pridobljena izobrazba anketiranih ustreza zahtevam in potrebam delovnega mesta (v praksi).

Tabela 3: Ustreznost izobrazbe oz. teoretičnega znanja za opravljanje dela

<i>Odgovori</i>	<i>f</i>	<i>f (%)</i>
Da, teoretično znanje oz. izobrazba popolnoma ustreza delu, ki ga opravljam (praksi).	34	37
Da, teoretično znanje oz. izobrazba v veliki meri ustreza delu, ki ga opravljam (praksi).	31	33
Ne, teoretično znanje oz. izobrazba le delno ustreza za opravljanje mojega dela (praksi).	15	16
Ne, teoretično znanje oz. izobrazba ne ustreza za opravljanje mojega dela (praksi).	3	3
Brez odgovora.	10	11
<i>Skupaj</i>	93	100

Kar 65 (70%) anketiranih trdi, da teoretično znanje oziroma izobrazba popolnoma in v veliki meri ustreza delu, ki ga opravljajo (praksi). Preostali delež anketiranih (18; 19%) pa so prepričani, da teoretično znanje oziroma izobrazba le delno ustreza oziroma ne ustreza za opravljanje njihovega dela (praksi).

Anketirane smo vprašali, v koliki meri je teoretično znanje ključno za opravljanje njihovega dela.

Tabela 4: Pomen teoretičnega znanja za opravljanje dela

Odgovori	<i>f</i>	<i>f</i> (%)
Da, saj brez »popolnega« teoretičnega znanja ni moč opravljati dela (prakse).	38	41
Da, saj vsaj brez »nekaj« teoretičnega znanja ni moč opravljati dela (prakse).	41	44
Ne, teoretično znanje le malokrat pripomore pri opravljanju dela (praksi).	3	3
Ne, za opravljanje dela (prakse) ni potrebno teoretično znanje.	1	1
Brez odgovora.	10	11
Skupaj	93	100

79 (85%) anketiranih meni, da brez teoretičnega znanja ni moč opravljati dela (prakse). S tem potrjujejo osnovno izhodišče, da brez teoretične podlage, ki jo seveda moramo znati implementirati v prakso, ne moremo kakovostno opravljati svojega dela. Prenos teorije v prakso je zanje izrednega pomena. Na drugi strani pa imamo 4 odstotke takih, ki menijo, da teoretično znanje za opravljanje dela ni potrebno.

Zanimalo nas je tudi, ali njim osebno njihovo pridobljeno teoretično znanje omogoča hitrejše reševanje problemov na delovnem mestu (praksi).

Tabela 5: Mnenje o pridobljenem teoretičnem znanju in njegovem vplivu na reševanje problemov

Odgovori	<i>f</i>	<i>f</i> (%)
Da, brez teoretičnega znanja ni rešitve v praksi, zato najprej preučim teorijo in se šele nato lotim reševanja problemov.	21	23
Da, večinoma mi teoretično znanje omogoča hitrejše reševanje problemov.	55	59
Ne, teoretično znanje le malokrat pripomore k hitrejši rešitvi problema, ki ga rešujem.	5	5
Ne, teoretično znanje ne pripomore k reševanju problemov, s katerimi se srečujem na delovnem mestu, zato najprej poskusim rešiti problem glede na pretekle izkušnje in šele nato preučim teorijo, če sem pri reševanju neuspešen.	2	2
Brez odgovora.	10	11
Skupaj	93	100

55 anketiranih (59%) meni, da jim teoretično znanje večinoma omogoča hitrejše reševanje problemov. 21 (23%) odgovarja, da, brez teoretičnega znanja ni rešitve v praksi, zato najprej preučijo teorijo in se šele nato lotijo reševanja problemov. 5 anketiranih (5%) jih pravi, da teoretično znanje le malokrat pripomore k hitrejši rešitvi problema, 2 odstotka pa najprej poskusi rešiti problem glede na pretekle izkušnje in šele nato preučijo teorijo, če so pri reševanju neuspešni.

Anketirane smo vprašali, kakšen se jim zdi pretok teoretičnega znanja v prakso.

Tabela 6: Pretok teoretičnega znanja v prakso

Odgovori	<i>f</i>	<i>f</i> (%)
Teoretično znanje je povsem drugačno od prakse.	10	11
Teoretično znanje se le bežno odraža v praksi.	18	19
Teoretično znanje in praksa se med seboj povezujeta.	57	61
Brez odgovora.	8	9
Skupaj	93	100

Več kot polovica (57; 61%) jih meni, da se teoretično znanje in praksa med seboj povezujeta, 18 (19%) jih trdi, da se teoretično znanje le bežno odraža v praksi, in 10 (11%) jih je mnenja, da je teoretično znanje povsem drugačno od prakse.

Zanimalo nas je tudi, ali anketirani lahko svoje teoretično znanje uporabijo pri opravljanju svojega dela.

Tabela 7: Uporaba teoretičnega znanja v praksi (pri delu)

<i>Odgovori</i>	<i>f</i>	<i>f (%)</i>
Delovno mesto mi v celoti omogoča uporabiti teoretično znanje.	9	10
Delovno mesto mi v veliki meri omogoča uporabiti teoretično znanje.	62	67
Le redko lahko uporabim teoretično znanje na delovnem mestu.	8	9
Delovno mesto mi ne omogoča uporabe teoretičnega znanja.	4	4
Brez odgovora.	10	11
<i>Skupaj</i>	336	100,0

71 anketiranih (77%) meni, da jim delovno mesto v celoti oziroma v veliki meri omogoča uporabo njihovega teoretičnega znanja na delovnem mestu. 8 (9%) redko uporablja teoretično znanje, 4 odstotki (4) pa svojega teoretičnega znanja ne more uporabiti, ker jim tega ne omogoča njihovo delovno mesto.

Ker nas je zanimalo, v koliki meri so lahko pridobljeno teoretično znanje pri posameznih učnih enotah med študijem na Visoki šoli za zdravstvo uporabili v praksi (pri opravljanju svojega dela), smo jim ponudili lestvico vseh učnih enot vseh letnikov v času študija, ki so jih merili s petstopenjsko lestvico Likertovega tipa, pri čemer pomeni: 1 – zelo redko, 2 – redko, 3 – ne morem se odločiti, 4 – pogosto in 5 – zelo pogosto.

Zaradi lažje interpretacije smo učne enote razdelili na temeljne vede, zdravstveno nego, družbene vede in na specialne izbirne module. V temeljne vede sodijo: anatomija, fiziologija in patologija; mikrobiologija s parazitologijo; farmakologija; biokemija, biofizika in radiologija; higiena z ekologijo in zdrava prehrana; preventivno zdravstveno varstvo; nujna medicinska pomoč in ZV v posebnih razmerah ter dietetika. V zdravstveno nego sodijo: etika in filozofija zdravstvene nege; teorija zdravstvene nege; didaktika zdravstvene vzgoje in promocija zdravja; informatika v zdravstveni negi in zdravstvu; zdravstvena nega žensk z ginekologijo in porodništvom; zdravstvena nega otroka in mladostnika s pediatrijo; osebni in profesionalni razvoj s supervizijo; zdravstvena nega in mentalno zdravje; zdravstvena nega starostnika z gerontologijo in rehabilitacijo; raziskovalno delo v zdravstveni negi; ZN internističnega bolnika z interno medicino; ZN kirurškega bolnika s kirurgijo; ZN onkološkega bolnika z onkologijo in paliativno oskrbo, ZN v patronažnem in dispanzerskem varstvu ter fizikalna in rehabilitacijska medicina v ZN. V družbene vede sodijo: psihologija; sociologija zdravja; strokovni tuji jezik; organizacija in vodenje v zdravstveni negi in zdravstvu; zdravstvena in socialna zakonodaja in izbirni predmeti metode komuniciranja v zdravstvu, zdravstvena vzgoja za zdrav slog življenja, strokovni angleški jezik II. Med specialne izbirne module sodijo intenzivna zdravstvena nega; obvladovanje bolnišničnih okužb; oskrba in nega na domu ter paliativna in gerontološka zdravstvena nega.

Tabela 8: Uporaba pridobljenega teoretičnega znanja med študijem v praksi

<i>Učna enota</i>	<i>zelo redko</i>	<i>redko</i>	<i>ne morem se odločiti</i>	<i>pogosto</i>	<i>zelo pogosto</i>	$\bar{x}$	<i>STD</i>
Anatomija, fiziologija in patologija	0 (0%)	9 (11%)	1 (1%)	43 (54%)	26 (33%)	4.1	0.9
Mikrobiologija s parazitologijo	7 (9%)	27 (36%)	6 (8%)	30 (39%)	6 (8%)	3.0	1.2
Etika in filozofija zdravstvene nege	4 (5%)	6 (8%)	9 (12%)	30 (39%)	28 (36%)	3.9	1.1
Teorija zdravstvene nege	18 (39%)	12 (26%)	6 (13%)	6 (13%)	4 (9%)	2.3	1.3
Psihologija	1 (1%)	7 (9%)	7 (9%)	36 (47%)	26 (34%)	4.0	1.0
Sociologija zdravja	8 (11%)	15 (20%)	14 (18%)	26 (34%)	13 (17%)	3.3	1.3
Farmakologija	4 (5%)	21 (28%)	5 (7%)	27 (36%)	19 (25%)	3.5	1.3
Biokemija, biofizika in radiologija	12 (16%)	24 (31%)	19 (25%)	19 (25%)	3 (4%)	2.7	1.1
Didaktika zdravstvene vzgoje in promocija zdravja	10 (13%)	16 (21%)	8 (11%)	26 (34%)	16 (21%)	3.3	1.4
Informatika v zdravstveni negi in zdravstvu	5 (6%)	15 (19%)	7 (9%)	32 (42%)	18 (23%)	3.6	1.2
Strokovni tuji jezik	9 (12%)	23 (30%)	10 (13%)	26 (34%)	9 (12%)	3.0	1.3
Higiena z ekologijo in zdrava prehrana	4 (5%)	16 (21%)	9 (12%)	34 (44%)	14 (18%)	3.5	1.2
Preventivno zdravstveno varstvo	3 (4%)	22 (29%)	9 (12%)	26 (34%)	16 (21%)	3.4	1.2
Zdravstvena nega žensk z ginekologijo in porodništvom	16 (21%)	23 (30%)	6 (8%)	25 (32%)	7 (9%)	2.8	1.3
Zdravstvena nega otroka in mladostnika s pediatrijo	15 (19%)	24 (31%)	5 (6%)	23 (30%)	10 (13%)	2.9	1.4
Osebnostni in profesionalni razvoj s supervizijo	9 (12%)	10 (13%)	13 (17%)	31 (40%)	14 (18%)	3.4	1.3
Organizacija in vodenje v zdravstveni negi in zdravstvu	5 (6%)	13 (17%)	11 (14%)	36 (47%)	12 (16%)	3.5	1.1
Nujna medicinska pomoč in ZV v posebnih razmerah	2 (3%)	11 (14%)	7 (9%)	23 (30%)	33 (43%)	4.0	1.2
Zdravstvena nega in mentalno zdravje	2 (3%)	15 (20%)	14 (19%)	33 (44%)	11 (15%)	3.5	1.1
Zdravstvena nega starostnika z gerontologijo in rehabilitacijo	4 (5%)	13 (17%)	8 (11%)	30 (39%)	21 (28%)	3.7	1.2
Raziskovalno delo v zdravstveni negi	16 (21%)	25 (32%)	11 (14%)	18 (23%)	7 (9%)	2.7	1.3
Zdravstvena in socialna zakonodaja	13 (17%)	20 (26%)	8 (11%)	24 (32%)	11 (14%)	3.0	1.4
Dietetika	12 (16%)	12 (16%)	11 (14%)	34 (44%)	8 (10%)	3.2	1.3
ZN internističnega bolnika z interno medicino	3 (4%)	10 (13%)	5 (7%)	38 (51%)	19 (25%)	3.8	1.1
ZN kirurškega bolnika s kirurgijo	2 (3%)	12 (16%)	7 (9%)	29 (38%)	27 (35%)	3.9	1.1
ZN onkološkega bolnika z onkologijo in paliativno oskrbo	8 (10%)	17 (22%)	10 (13%)	27 (35%)	16 (21%)	3.3	1.3
ZN v patronažnem in dispanzerskem varstvu	10 (13%)	28 (37%)	12 (16%)	17 (22%)	9 (12%)	2.8	1.3
Predmet modula intenzivna zdravstvena nega: perioperativna zdravstvena terapija in nega	10 (16%)	12 (19%)	8 (13%)	19 (30%)	14 (22%)	3.2	1.4
Predmet modula intenzivna zdravstvena nega: intenzivna terapija bolnika	8 (13%)	11 (17%)	11 (17%)	17 (27%)	16 (25%)	3.3	1.4
Predmet modula intenzivna zdravstvena nega: reanimatologija in urgentna medicina	6 (10%)	7 (12%)	10 (17%)	17 (29%)	19 (32%)	3.6	1.3
Predmet modula obvladovanje bolnišničnih okužb: bakteriologija z virologijo	16 (36%)	12 (27%)	7 (16%)	7 (16%)	2 (5%)	2.3	1.2
Predmet modula obvladovanje bolnišničnih okužb: bolnišnične okužbe in sterilizacija	8 (19%)	10 (23%)	5 (12%)	15 (35%)	5 (12%)	3.0	1.4
Predmet modula obvladovanje bolnišničnih okužb: preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb	8 (18%)	7 (16%)	5 (11%)	15 (33%)	10 (22%)	3.3	1.4
Predmet modula oskrba in nega na domu: zdravstvena nega in pomoč na domu	16 (34%)	10 (21%)	3 (6%)	13 (28%)	5 (11%)	2.6	1.5

Predmet modula oskrba in nega na domu: integralna nega na domu	18 (39%)	12 (26%)	6 (13%)	6 (13%)	4 (9%)	2.3	1.3
Predmet modula oskrba in nega na domu: socialna vključenost	12 (26%)	14 (30%)	7 (15%)	10 (21%)	4 (9%)	2.6	1.3
Predmet modula paliativna in gerontološka zdravstvena nega: paliativna zdravstvena nega	15 (33%)	10 (22%)	6 (13%)	10 (22%)	5 (11%)	2.6	1.4
Predmet modula paliativna in gerontološka zdravstvena nega: psihosocialna oskrba	10 (21%)	11 (23%)	5 (11%)	16 (34%)	5 (11%)	2.9	1.4
Predmet modula paliativna in gerontološka zdravstvena nega : kakovost gerontološke zdravstvene nege	13 (29%)	10 (22%)	6 (13%)	11 (24%)	5 (11%)	2.7	1.4
Izbirni predmet: metode komuniciranja v zdravstvu	3 (5%)	6 (10%)	7 (12%)	22 (37%)	21 (36%)	3.9	1.2
Izbirni predmet: zdravstvena vzgoja za zdrav slog življenja	7 (11%)	8 (13%)	7 (11%)	30 (48%)	11 (17%)	3.5	1.2
Izbirni predmet: fizikalna in rehabilitacijska medicina v ZN	7 (10%)	23 (34%)	10 (15%)	21 (31%)	7 (10%)	3.0	1.2
Izbirni predmet: strokovni angleški jezik II.	12 (24%)	15 (29%)	12 (24%)	8 (16%)	4 (8%)	2.5	1.2

Ugotovili smo, da diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki med temeljnimi vedami izpostavljajo anatomijo, fiziologijo in patologijo ($\bar{x} = 4.1$) ter nujno medicinsko pomoč in ZV v posebnih razmerah ($\bar{x} = 4.0$) kot učni enoti, pri katerih so lahko pogosto in zelo pogosto prenašali teoretična znanja, pridobljena pri obeh učnih enotah, v prakso oziroma v svoje delovno okolje. Višje ocenjeni učni enoti sta tudi farmakologija ($\bar{x} = 3.5$) ter higiena z ekologijo in zdrava prehrana ($\bar{x} = 3.5$). Pri učnih enotah s področja zdravstvene nege so ocenili, da lahko največ teoretičnega znanja uporabijo v praksi oziroma v njihovem delovnem okolju pri etiki in filozofiji zdravstvene nege ($\bar{x} = 3.9$), ZN kirurškega bolnika s kirurgijo ($\bar{x} = 3.9$), ZN internističnega bolnika z interno medicino ($\bar{x} = 3.8$) in pri ZN starostnika z gerontologijo in rehabilitacijo ($\bar{x} = 3.7$). Med učnimi enotami, ki sodijo v družbene vede, so prepoznali vsebine psihologije ($\bar{x} = 4.0$), metod komuniciranja v zdravstvu ($\bar{x} = 3.9$), organizacije in vodenja v zdravstveni negi in zdravstvu ($\bar{x} = 3.5$) ter zdravstvene vzgoje za zdrav slog življenja ($\bar{x} = 3.5$) kot tiste, ki jih lahko pogosto oziroma najpogosteje uporabijo pri svojem delu. Pri specialnih izbirnih modulih so ocenili možnost uporabe pridobljenega teoretičnega znanja v praksi z naslednjimi povprečnimi ocenami: modul intenzivna zdravstvena nega s povprečno oceno 3.4, modul obvladovanje bolnišničnih okužb (2.9), modul paliativna in gerontološka zdravstvena nega (2.7) in modul oskrba in nega na domu s (2.5).

5 Razprava

Pogoj za to, da s pridobljenim teoretičnim znanjem v formalnem izobraževanju povečujemo produktivnost, krajšamo čas, potreben za proizvodnjo, izboljšamo kakovost in zanesljivost, ter povečamo vrednost oziroma konkurenčnost posameznika in organizacije, je sposobnost posameznika, da zna prenašati teoretično znanje v prakso, česar pa niso sposobni vsi, ki so vpeti v formalno izobraževanje. Posamezniki se pri delu stalno srečujemo z novostmi, razvojem in inovacijami, zato moramo naše teoretično

znanje, navade, spretnosti in sposobnosti neprestano izpopolnjevati, specializirati in dopolnjevati v različnih oblikah formalnega in neformalnega izobraževanja, usposabljanja in izpopolnjevanja na delovnem mestu. Če želimo biti konkurenčni na trgu dela, se moramo zavedati in sprejeti dejstvo, da je pridobivanje novega znanja naša permanentna naloga za vse življenje.

Ob rezultatih naše raziskave lahko ugotovimo, da je odnos zaposlenih do teoretičnega znanja v primerjavi s prakso dober, saj 72 odstotkov anketiranih meni, da brez teoretičnega znanja ni mogoče reševati problemov na delovnem mestu in da brez teoretičnega znanja lahko rešujemo samo enostavne probleme. Zavedajo se, da mora imeti vsak zaposleni ustrezno teoretično znanje, na katerem lahko gradi in nadgrajuje nova znanja, pridobljena s prakso. Ravno tako jih 70 odstotkov ugotavlja, da imajo popolnoma ustrezno ali v veliki meri ustrezno teoretično znanje, ki ustreza delu, ki ga opravljajo. Iz tega lahko sklepamo, da so anketirani v času svojega študija pridobili ustrezno teoretično podlago za opravljanje svojega poklica ter da tudi danes spremljajo novosti na svojih strokovnih področjih in črpajo novo znanje iz različnih znanstvenih in strokovnih monografij s teoretično osnovo. 23 odstotkov jih tudi meni, da brez teoretičnega znanja ni rešitve v praksi, zato večinoma preučijo teorijo in se šele nato lotijo reševanja problemov, s katerimi se soočajo pri opravljanju njihovega dela in 59 odstotkov jih je prepričanih, da jim teoretično znanje večinoma omogoča hitrejšo reševanje problemov. Več kot polovica anketiranih (61%) pa jih tudi potrjuje, da se teoretično znanje in praksa med seboj povezuje.

Pri ovrednotenju uporabe pridobljenega teoretičnega znanja v času študija pri opravljanju svojega dela (v praksi) ugotavljamo, da so diplomanti ocenili vsebine različnih učnih enot iz različnih področij. Tako na področju temeljnih ved najvišje ocenjujejo uporabo teoretičnega znanja v praksi pri učni enoti anatomija, fiziologija in patologija ($\bar{x} = 4.1$); na področju zdravstvene nege najvišje ocenjujejo etiko in filozofijo zdravstvene nege ($\bar{x} = 3.9$) ter ZN kirurškega bolnika s kirurgijo ($\bar{x} = 3.9$); na področju družbenih ved najvišje ocenjujejo psihologijo ($\bar{x} = 4.0$) ter na področju specialnih izbirnih modulov najvišje ocenjujejo modul intenzivna zdravstvena nega ($\bar{x} = 3.4$).

Glede na rezultate lahko sklepamo, da naš izobraževalni sistem ponuja ustrezno teoretično podlago diplomantom, ki se vključujejo v delovno okolje, prilagaja se tržnemu gospodarstvu in daje ustrezno osnovo za kasnejše vseživljenjsko učenje. Od izobraževalnih ustanov se seveda pričakuje in zahteva, da ponujajo in posodablajo svoje študijske programe v skladu z zahtevami gospodarstva, negospodarstva in javne uprave ter usposabljaajo diplomante za takojšnje vključevanje v neposredno delo. Če bo izbor večji, bo morala vsaka univerza ponuditi kar najbolj kakovosten in za gospodarske razmere čim bolj aktualen študijski program, s katerim bomo nenazadnje dosegli tudi višjo raven znanja diplomantov vseh strok. To pa je lahko le koristno pri uveljavljanju intelektualnih potencialov majhne Slovenije v veliki Evropi.

6 Sklep

Začetek 21. stoletja so zaznamovale globalizacijske zahteve, kar se odraža tudi na izobraževalnem področju. Ena izmed njih je, da postane izobraževanje praktično, fleksibilno in zasnovano tako, da lahko zadovoljuje potrebe tržišča. Če se izrazimo ekonomsko, postaja tudi znanje blago. Če smo v zgodovini razpravljali o odnosu med splošno in strokovno izobrazbo, so v globalnem svetu te dileme razrešene. Pomembna sta tisto znanje in kompetence, ki omogočajo neposredno vključevanje v delovni proces ter omogočajo ekonomski razvoj, ki pa je generator presežnega produkta, torej profita kot dominantnega motiva.

Strokovnjaki iz različnih institucij, centrov, zavodov in fakultet naj redno spremljajo stroko, novosti in poslovne dogodke doma in v tujini, saj je to nujno za ohranjanje ravni znanja in za zadržanje konkurenčnih prednosti in imidža tako njih samih kot tudi ustanove, v kateri izvajajo izobraževalni proces. Prav tako pa jim redno spremljanje stroke in poslovnih dogodkov omogoča, da zaposlene, vključene v formalno izobraževanje, seznanjajo z aktualnimi domačimi in tujimi usmeritvami, rešitvami in perspektivami na različnih področjih delovanja organizacije.

Konkurenčno prednost pri izbiri izobraževalnih ustanov in njihovih izvajalcev bi lahko omogočili tudi z javno objavo zadovoljstva uporabnikov njihovih storitev. Te rezultate bi zbrala neodvisna raziskovalna institucija, ki bi se lažje izognila vplivu organizacijskih in političnih dejavnikov, ki bi lahko vplivali na prirejanje rezultatov in neobjektivno oceno kakovosti dela posameznih izobraževalnih ustanov. Tako bi lahko prišli do lestvice najboljših ponudnikov izobraževalnih storitev, ki bi predstavljala eno izmed meril kakovosti njihovega dela. Ker cena izobraževalnih ponudb in ponudb programov usposabljanja in izobraževanja ni nizka, pogosto zaradi zunanjega imidža pretirana, je prav, da zaposleni, ki se odločajo za izobraževanje, vedo, za kakšno izobraževalno ustanovo se odločajo pri pridobivanju novega (teoretičnega) znanja.

Izzivi znanja in učenja so zlasti v potrebi po povečanju kakovosti znanja, intenzivnosti učenja, povečanju obsega, delitvi znanja, prenovi starega, neustreznega znanja in opravljanju z njim. Vse to je mogoče ustvariti le v okolju velikega medsebojnega zaupanja, skupnih vrednot in prepričanj, v okolju, kjer so ljudje prevladujoča strategija. Stalno izobraževanje in pridobivanje novega (teoretičnega) znanja v organizaciji zagotavlja prilagajanje zaposlenih novim zahtevam dela in izzivom iz okolja.

LITERATURA

1. Cimerman, M. et al. (2003). *Manager*, prvi med enakimi. Ljubljana: GV založba.
2. Florjančič, J., Vukovič, G. in Ferjan, M. (2002). *Planiranje in razvoj kadrov*. Kranj: Moderna organizacija.
3. Friedman, T. (2006). *The World is Flat*. New York: Straus and Giroux.
4. Jereb, J. (1998). *Teoretične osnove izobraževanja*. Kranj: Moderna organizacija.
5. Krajnc, A. (2010). *Pospešeno in kakovostno izobraževanje odraslih je pot iz gospodarske krize*. Andragoška spoznanja, 1, 10–22.

6. Mohorčič Špolar, V. in Ivančič, A. (1996). Potrebe po izobraževanju odraslih. Ljubljana: ACS.
7. Možina, S. et al. (2002). Menedžment znanja: znanje kot temelj razvoja. Maribor: Pivec.
8. Robbins, S. P. (2003). Organizational behavior. New Jersey: Prentice Hall.
9. Svetličič, M. (2006). Konkurenčnost gospodarstva in vlaganje v izobraževanje. HRM: strokovna revija za ravnanje z ljudmi pri delu, 4, (12), 8–20.
10. Zupančič, M. (2009). Usposobljenost in potrebe trga dela prihodnosti. Andragoška spoznanja, 4, 66–73.

The concept of transfer of knowledge in the Netherlands

UDC 001.101:616-083

KEY WORDS: concept, knowledge, transfer

ABSTRACT – Knowledge and innovation are important aspects to score a high ranking on the World Economy Ranking List. In the health care system, knowledge is an important factor in the process of the development of protocols in situations of best practice. Furthermore, knowledge is important in the process of interaction between the manager and the bedside-nurse to come to a better understanding, increase motivation and ensure the compliance with guidelines with regards to infection prevention. Depending on the way professionals organise and compare the variables of testing the hypothesis, they will be able to verify the theory and find statistics that provides an insight into and ensure more understanding about the health care system. This also brings us to the point that the transfer of knowledge can interfere with feelings, ideology, vision and policy how the profession, institute, nation or world would like to organise and transfer experience of good governance and best practice. It is very important that the treatment, prevention programme or designed care fulfil the criteria of being safe, efficient, realistic and contribute to the quality and well-being of the patient and his/her family.

UDK 001.101:616-083

KLJUČNE BESEDE: koncept, znanje, prenos

POVZETEK – Znanje in inovacije so pomemben vidik za doseganje visokega mesta na lestvici svetovnih gospodarstev. V zdravstvenem sistemu je znanje pomemben dejavnik v procesu razvoja protokolov v situacijah dobre prakse. Nadalje, znanje je pomembno v procesu interakcije med vodjo in medicinsko sestro, ki skrbi za pacienta v bolniški postelji, in sicer za boljše razumevanje, večjo motivacijo in zagotavljanje skladnosti s smernicami glede preprečevanja okužb. Odvisno od tega, kako strokovnjaki organizirajo in primerjajo spremenljivke pri preverjanju hipoteze, bodo lahko preverili teorijo in dobili statistične podatke, ki omogočajo vpogled in zagotavljajo več razumevanja o zdravstvenem sistemu. Na tej točki lahko tudi rečemo, da prenos znanja posega v občutke, ideologijo, vizijo in politiko o tem, kako bi stroka, zavod, narod ali svet želeli urediti in prenesti izkušnje dobrega upravljanja in dobre prakse. Zelo pomembno je, da zdravljenje, preventivni programi ali določena oskrba izpolnjujejo merila varnosti, učinkovitosti in resničnosti in prispevajo h kakovosti in dobremu počutju pacienta in njegove družine.

Knowledge and Innovation

Knowledge and innovation are important aspects to get a higher score on the World Economic Ranking List. According to this Economic International Platform, the Netherlands dropped from the fourth place to the eight place of this list, because of a lack of Education of youngsters on the item of Technological knowledge and on the topic of Innovations (The Global Competitiveness Reports 2012–2013). At the other hand the Universities of the Netherlands are ranked on the fourth place on the Global University Education Ranking list (The Global Competitiveness Index 2013.).

In the Health Care system of the Netherlands knowledge is an important factor in the procedure of the development of protocols. Theory and research form the basis for the performance of activities in Best Practice situations. Knowledge is also important in the process of interaction between the manager and the bedside-nurse to come to

a better understanding, motivation and compliance of guidelines with regards to e.g. Infection Prevention procedures.

Research showed that knowledge, control and support of the management and at the other hand experience and awareness of the risks that is taken by the nurse when she does not follow procedures and guidelines, are important factors to comply with the protocol on ward level (Yang, Guo-Ping, Jijang-Wei, Ying, 2013, str. 1106–1114).

Depending on the way the professional organize his variables of hypothesis testing, he will be able to verify the theory and find statistics that provides insight and understanding about the universe of the Health Care System.

There are on the internet many Blogs and Platforms where students and managers can communicate on topics as “How good is your knowledge management?” Do you focus on knowledge flows rather than on knowledge stocks?” Do your personnel learn from your knowledge management?” etc. (<http://www.apm.org.uk/blog/how-good-your-knowledge-management>).

Implicit and explicit Knowledge

Nonaka and Takeuchi made a dichotomy in knowledge in explicit and implicit knowledge (Nonaka, Takeuchi, 1995). Explicit knowledge is all knowledge that is accessible in the form of formal language by means of data, tables, mathematical expressions, handbook, guidelines and protocols. Explicit knowledge can be transferred by means of instruction and education.

Further more explicit knowledge can easy be transferred by means of notes, documents and electronic data systems. Besides explicit knowledge there is also implicit knowledge which is person bound knowledge. It is the knowledge which is based on the individual experience, values and norms. It includes factors which we cannot easy feel and or touch, such as the personal belief, vision and value system which have characteristics that are subjective, not accessible and unconscious.

Implicit knowledge includes our skills, experience and insight while explicit knowledge includes operational procedures, rules and standards.

Refreshing theory and skills for practice

In the Netherlands each five years a nurse have to prove by law her theoretical knowledge and skills to be qualified and classified to perform Nursing practice.

The nurse must show that during the past five years she kept her skills to perform the so called Risk-Full-Medical-Technical interventions, that she has up-dated her knowledge and skills on the latest reanimation techniques, that she is aware of the latest evidence based procedures and other interventions which are not useful any more.

Each nurse who works in the Health Care system of the Netherlands has to be registered at the Ministry of Health in order to work as a professional. This counts for the bedside nurse, clinical nurse specialist, nurse practitioners and all other health professionals involved in the direct and indirect nursing care of the Health care system in the Netherlands.

The nurse has to show that she worked during the last five years for at least 2048 hours with patients in order to be re-registered as a nurse on Bachelor level.

Some institutes also set criteria on theory and skills. A well-known institute for disabled wheel chair bound patients in the Netherlands does not allow any qualified Registered Nurse to connect or to work with a patient on the respirator if she did not first followed the additional in company refreshment course at the University, which is offered by the institute.

The reason for this policy is that in the Netherlands the nurse is responsible on the first place for her actions and interventions and she must be sure to be competent to perform nursing tasks. At the other hand the management of the organization is according to the law the person who is finally accountable for the whole process of care, medical and paramedical treatments within their organization.

Knowledge transfer in Practice

Knowledge transfer is not only a matter between an education center and practice, but also a matter between institutes in daily practice. This process of transfer of knowledge between two institutes, wards or specialists can also be find in the document of the Nursing discharge letter.

According to the Inspectorate from the Ministry of Health of the Netherlands (IGZ) the electronic discharge letter save now a days 20 minutes per discharge and the information is not only transferred by means of readable standard letters with regard to the continuity of care, but contributes also to improvement of the quality and treatment of the care of the patient (Vreeke, str. 23).

All inspection reports with the criteria of an inspection are published and available together with the recommendations of the Inspectorate at the website www.igz.nl.

Definition of Knowledge transfer

Ian D. Graham et al. define Knowledge Transfer as: "A systematic approach to capture, collect and share tacit knowledge in order for it to become explicit knowledge. By doing so, this process allows for individual and/or organizations to access and utilize essential information, which previously was known intrinsically to only one or a small group of people" (<http://www.pao.gov.ab.ca/learning/knowledge/transfer-guide/index.html>).

"Successful knowledge transfer involves much more than a one way, linear diffusion of knowledge and skills from a university to Industry it depends on access to people, information and infrastructure" (<http://www.pparc.ac.uk/in/aboutkt.asp> accessed).

"Knowledge transfer is about transferring good ideas, research results and skills between universities, other research organizations, business and the wider community to enable innovative new products and services to be developed" (<http://www.ost.gov.uk>).

Specialist Knowledge Transfer and Exchange (KTE)

In Ontario, Canada there is a special department of Knowledge Transfer and Exchange (KTE), funded by the Government of Ontario through the Ministry of Health and Long-Term Care.

The specialist Knowledge Transfer and Exchange is a person with a Master's degree in epidemiology, health sciences, informatics, or another relevant discipline; MD or PhD. This specialist is responsible for the planning, management and implementation of sound and innovative KTE activities including the provision of strategic and operational support of multiple concurrent initiatives utilizing a variety of innovative technologies. (<http://www.hgontario.ca>.)

Knowledge Transfer as a task in Nursing

In the Netherlands knowledge transfer belongs to one of the task of the Registered Nurse, Nurse Practitioner and the Practitioner Assistant. This competency must lead to contribute in the improvement of the quality of care on patient level (micro level), on organization level (meso-level) and as well on (inter)national professional level.

Transfer of knowledge out of Research

The communication activities within the Research programs contribute to the overall objective of the programs. This takes place by spreading knowledge about the topics in relation to the research themes; the transfer of scientific knowledge to social target groups and the transfer of practical knowledge.

The objectives of the communication from the programs in the Netherlands are in general to:

- Promote that parties with a role in the research themes and hotspots are well informed about scientific results of the topics and are aware of their role in the projects, programs and its results.
- Promote that scientist in the program are well informed about the policy, planning and developments in practice.
- Inform the general public about the results of the topic, so that a more societal vision and related policies will strengthen the education in the field of the topic.
- Improve dialogue processes if needed.

Good knowledge transfer can only take place if there is a closely-knit knowledge network and good cooperation within this network. An example of good knowledge transfer is the program on "Climate changes Spatial Planning and knowledge for Climate", which is co-finished by the Ministry of Infrastructure and Environment.

The Governmental organizations (central government, provinces, municipalities and water boards) and business, actively participate with each other in research programming through the input of additional resources (matching).

Knowledge transfer and publications

The publications which are released within the programs e.g. at the one mentioned on Climate changes Spatial Planning and Knowledge for Climate, are available via the publication database.

Publicly available publications and those programs which are financed by public funding can be downloaded via the database of the programs.

Cooperation between theory and practice

In the Netherlands there is willingness by both the professionals of Innovation and Knowledge Centers of the Netherlands to building up a partnership with representatives of daily practice. Highlights of such cooperation are published by the Association of Universities in the Netherlands (VSNU) (www.vnsu.nl).

Background information and results of the cooperation can be found in the annual reports of the Association and at their website: <http://www.vnsu.nl>.

To give an impression of the variety of topics of governmental and non-governmental organizations and institutes with and within the Health Care system four topics are listed here below:

University of Twente

Finding the right way is becoming increasingly important, not only for motorist but also for visitors to buildings. A researcher of the University of Twente developed smart signs to help visitors find their way in buildings.

Together with companies like Philips, Thales and Océ, the University of Twente is exploring ways of making the built-up environment more intelligent. Examples in this regard include intelligent car parks that guide individual vehicles to free spaces.

University of Groningen

Dutch people are coming into increasing contact with other cultures. A larger number of their colleagues, neighbors and friends come from other countries. If you work in the Health Care system you will meet colleagues from all over the world. It is like "East, North and South meet in the West".

This process is both enriching and a source of frictions and difficult situations. Researchers of the University of Groningen are helping to bridge the gap.

A professor of cross cultural psychology at the University of Groningen who conducted in the past research into the functioning of Western expatriates in Latin America, discovered that successful operating in a foreign culture depends on five skills that include openness, empathy and initiative.

Once back in the Netherlands he developed a training program based on his research. His program allows expatriates to practice the skills required to operate successfully abroad.

University of Maastricht

The ageing population in the Netherlands means that its working population is shrinking. Nevertheless many workers remain absent from work due to illness for extended periods of time. Maastricht University came up with a way to reduce long-term absence due to illness.

University of Leiden and the Free University (VU University) of Amsterdam

Many elderly Nursing Home residents with dementia have troublesome sleep wake rhythms. They spent their days dozing, while waking up frequently during the night.

A neurobiologist affiliated with the Netherlands Institute for Neuroscience, the Leiden University Medical Centre (LUMC) and VU University Amsterdam worked on solutions.

They discovered that the biological clock in our brains needs a stimulus of bright light during the day in order that the day-and-night cycle will not be disturbed.

Further more they also discovered that the fact that elderly nursing home patients with dementia tend to spend their days sitting around indoors. As consequence that their biological clocks are failing to get the regular stimulus they need.

Guidelines for Knowledge Transfer

When the objectives of the Lisbon Convention were formulated in 2000, the Dutch government decided that the Netherlands should give priority to achieving these objectives in 2010.

The wish was then that the Netherlands should be one of the most successful economies in Europe, which should itself be the most competitive knowledge-based economic region in the world (www.oecd.org).

With these objectives in mind, a consortium consisting of the Dutch Industry and universities (VNO-NCW and VSNU), the Royal Academy of Science, the Netherlands Organization for Scientific Research (NOW) and the Organization for Applied Research (TNO) encouraged the government to install an Innovation Platform under the presidency of the Prime Minister.

Although the Innovation Platform has had an impressive start, the approach aims mainly at long-term policy issues. But, in order to promote knowledge transfer between science and industry in the short term, more specific measures must be taken.

The confederation of Netherlands Industry and Employers (VNO-NCW) and the Association of Universities in the Netherlands (VSNU) are working now together to formulate guidelines for collaborative projects.

The aim of these guidelines is to promote understanding of the differences and similarities in the objectives of science and industry. Similarity in objectives is the starting point for clear principles on such issues as publication, scholarly integrity and financing. More information can be found on the website <http://www.oecd.org>

These guidelines are not meant as model contracts, but rather to point out important topics and considerations that should be taken into account in individual contracts.

Transfer of knowledge to foreign countries

In a practical sense, the Ministry of Finance contributes to the development of a number of countries. This happens in the form of technical assistance given to fellow ministries in these countries. The underlying idea is that a strong and smoothly functioning Ministry of Finance is vitally important for a policy that focuses on reform, growth and employment. Technical assistance is defined as ‘the transfer of knowledge by or via the Ministry to non-EU countries’. Different forms of transfer are possible ranging from seminars and short study visits to the long-term deployment of staff to the country in question.

The Countries

The following countries are eligible in 2013 for the transfer of knowledge from the Ministry of Finance;

- EU candidate-member state, including a transitional regime for countries that have recently been admitted as new member states;
- Countries that belong to the same selection group as the Netherlands for the IMF, World Bank and EBRD;
- Countries with which the Netherlands has specialties: current and former overseas territories of the Netherlands.

Type of support

The support can consist of different types of knowledge transfer:

- policy advice;
- knowledge transfer;
- EU twinning multi-year projects in which the Ministry of Finance, sometimes in cooperation with a fellow ministry from another EU member state, provides assistance to an EU candidate-member state;
- Technical assistance in related areas.

Areas of technical assistance by the Ministry of Finance

Taxation:

- detection of tax law offences;
- reform of tax administration;
- improvement of computerization;
- admission to Customs Information System Treaty;
- performance management;
- risk management;
- improvement of tax collection legislation and actual collection.

Customs:

- modernizing/reinforcing external borders
- supporting customs laboratory;
- customs legislation;
- drafting a business strategy plan.

Financial markets / financial management / financial supervision:

- setting up market for short government certificates of debt;
- carrying out EU directives on insurances;
- Management of government treasury;
- Management of government debt;
- Supervision of insurance industry;
- Corporate Governance Code;
- Setting up an interdepartmental coordination structure for EU affairs.

Budget:

- budget legislation;
- budget procedures;
- audit & control;
- setting up training institute for public financiers.

Cooperation Ministry of Finance with other organizations

In the Netherlands, the Ministry of Finance cooperates with several organizations in the transfer of knowledge to foreign countries:

- Rijksacademie voor Financiën en Economie (National Academy for Finance and Economics);
- De Nederlandsche Bank (Central Bank of the Netherlands);
- Autoriteit Financiën Markten (Netherlands Authority for Financial Markets);
- Algemene Rekenkamer (Court of Audit).

Cooperation abroad with the Ministry of Finance

The following countries are cooperating with the Ministry of Finance of the Netherlands:

- EU: European Commission (various departments);
- Slovenia: Centre of Excellence Finance (CEF) in Ljubljana;
- Belgium: World Customs Organization (WCO) in Brussels;
- Hungary: IOTA in Budapest;
- France: OECD-SIGMA in Paris.

Assistance of Knowledge at Technological Offices

There are at each University a Knowledge and Technology Office to assist and help in the cooperation of the University and the society. Two examples of such an office are given here below:

1. Radboud University Nijmegen in Nijmegen

The Knowledge and Technology Transfer Office (KTO) helps encourage innovation and new economic activity by transferring knowledge and technology. This also opens up new sources of funding which enable the KTO Radboud University Nijmegen to enhance the quality of their research and education.

KTTO aims in facilitate and stimulate all aspects of the knowledge and technology transfer process at Radboud University.

The knowledge and Technology Transfer Office Radboud University Nijmegen:

- provides an excellent support structure for the management and stimulation of partnership between the university, companies and public institutions
- help scientists apply for grants, set up spinoff companies or perform contract negotiations for university-industry collaborations
- provides information about Radboud University Nijmegen policy in the area of knowledge and technology transfer
- functions as a proactive portal, enabling businesses to link up with university research and vice versa, and helping scientists to find their way in the industry networks financial and legal services and government.

2. *Utrecht University in Utrecht*

Utrecht University is developing strategic alliances with public and private parties in the Netherlands and Europe. These partnerships lead to innovative research. Examples of key partnerships are:

- the strategic alliance between Utrecht University, University Medical Center Utrecht and Eindhoven University of Technology in the areas of sustainable energy, medical imaging, stem cells and regenerative medicine
- Utrecht Science Park which provides an innovative climate for ‘open science’ and value creation
- Utrecht Valorization Center, which provides specialist support in all tasks relating to knowledge transfer activity
- Utrecht Life Sciences, partnership between knowledge institutions, the business sector and public bodies aimed at enabling innovation in the areas of human and veterinarian medicine
- Utrecht Sustainability Institute, a partnership between knowledge institutions, the business sector, public bodies and public-service groups aimed at achieving a transition to sustainable urban regions
- Climate-Kic, a Pan-European consortium in which universities, knowledge institutions, business and public bodies work together through research, innovation and teaching to create solutions for a sustainable future.

If we analyze the concept of transfer of knowledge in the Netherlands, we can identify four levels of transfer of knowledge, with four aspects of the content, the procedure, the interaction and the feelings on the new knowledge and innovation depicted in the table here below.

Table 1: Aspects of the concept of knowledge on micro, meso, micro and abroad level

<i>Aspect / Level</i>	<i>Mirco (Individual)</i>	<i>Meso (Organization)</i>	<i>Macro (National)</i>	<i>Abroad (Global)</i>
Content (New personal knowledge / Innovation)	a-1			
Procedure (Institute Protocols, evidence based and best practice)	b-1	b-2		
Interaction (National. guidelines laws publications, implicit and explicit knowledge)	c-1	c-2	c-3	
Feelings (Global EU Directives, Beliefs, Vision, Ambition)	d-1	d-2	d-3	d-4

Micro level. The transfer of the content of the knowledge takes place by the individual (micro) level by means of education, training and learning activities, knowledge and innovations. On micro level, assistance is offered by the Knowledge and Transfer Institutes from the Universities. The Knowledge Transfer Institutes cooperate with individuals, organizations on national and international level as well.

Meso level. The transfer of knowledge with regards to the aspect of the procedure of the knowledge is a matter of the individual and the organization by using protocols, evidence based procedures and examples of Best Practice.

Macro level. The interaction of the knowledge takes place on the level of the individual, the organization and on national level through the guidelines, laws, publications, seminars, study visits and implicit and explicit knowledge. On Macro-level there is interdisciplinary cooperation between the national organizations.

Interdisciplinary cooperation on national level

Cooperation between inspectorates concerning Health Care system:

- ☐ Inspection for the Health Care system
- ☐ Inspection of Social affairs and Labor
- ☐ Inspection of Housing, Space and Ecology
- ☐ Dutch Authority for Nutrition and Goods
- ☐ Inspection of Living surrounding and Transport

However there is little research done to make an examination of the mechanisms by which knowledge crosses professional and disciplinary boundaries. The concern of Quilan and Robertson in their conclusions of their research is the structure of the intra team knowledge exchange behaviors and, in particular the role of the Nurse Practitioner as knowledge boundary spanner (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/23347245>.)

When implementing new knowledge or an innovation which has an added value it is important to work on a constructive way within and between organizations of the country and all disciplines involved. It is important to pay attention during all stages of the period of the project that the innovation gives an answer on the needs of the target group and that it is connected on way or another with the feelings, ambitions, vision and experience of the target group.

MATRA projects

In the successful (Ministry of External Affairs letter of B.G.) MATRA projects (<http://www.NSPOH.nl>), led by Majda de Miranda and Oscar R. de Miranda, Steering groups, Project groups and Workgroups were formed to execute and to guide the process of innovation. In each country a project coordinator was appointed and training on the job, coaching and support before, during and after each session within the implementation process. Also the planning with activities on the short-term and the long-term the strategy were discussed and evaluated. Where needed private lectures were given. Furthermore lectures were given on local, regional and national and international level. They were all either in the English language or in the language of the implementing country by the project leader Majda de Miranda in as well the work groups, project groups and workgroups as at the policy-makers and at the Ministry of Health and University. On request Curricula were developed for the Nursing profession on Bachelor and Masters level together with a Master plan for informatics on the nursing documentation, nursing discharge letter and Minimum Nursing Data Set, etc. for as well the National Nursing Association, the Ministries of Health, Ministry of Education and Sciences and Health Insurance Companies.

And last but not least law, Directives and guidelines, protocols were developed and proposed at the Ministries for use by the target groups on micro, organization and national level.

Most important of all was that there was a transparent and continuous flow of information and deliberation with mutual respect and support of all involved in the projects.

Our approach showed that for diffusion, adaptation, transfer and dissemination of new knowledge an interdisciplinary and multi-disciplinary approach is a must, besides good management leadership skills to cooperate with and as professionals on the basis of Nursing and Management Theory. As project leader it is necessary to be aware of the examples of Best Practice. But most of all there must be mutual respect and this counts from the bottom to the top of the organization and country.

Because of time limitations issues of the transfer of knowledge from sender to receiver, such as Top-Down (internet), Bottom-Up (Social Media) strategies, learning by doing methods e.g. Gamming (I-pod) and training on the job (Smart phone, Apps) are presented not presented, but we know for sure that in the near future these topics will belong to the daily practice.

Acknowledgement

Without mention any names and or positions the authors would like to thanks all Ministries of Health and Ministries of Foreign Affairs, Health Care Institutes, National Nursing Organization, WHO, Health Insurance Companies, Universities and all profit and non-profit organizations, non-governmental organizations and other institutes involved in one or other matter before, during and after the period of the MATRA projects for their inter- and multi- disciplinary cooperation and support, to implement,

realize, evaluate and disseminate all results out of the project. And last but not least all nurses with their patients involved in their country.

Also many thanks for giving us the opportunity to present a paper in the framework of the international symposium organized in at the Faculty of Health Sciences of Novo Mesto.

LITERATURE

1. The Global Competitiveness Reports 2012–2013. Country Profile Highlights Competitiveness ranking. 20 May 2013.
2. The Global Competitiveness Index 2013. World Economic Forum 2013.
3. Yang, L., Guo-Ping, H., Jijang-Wei, Z., Ying, Z. (2013). Factors impacting compliance with standard precautions in nursing, China. *International Journal of Infectious Diseases*, 14 (12), e1106–e1114.
4. Pridobljeno 27. 7. 2013, s <http://www.apm.org.uk/blog/how-good-your-knowledge-management>.
5. Nonaka, I. in Takeuchi, H. (1995). *The knowledge creating company. How Japanese Companies create the dynamics of innovation*. New York: Oxford University Press.
6. Vreeke, E.. E-Overdracht voor (transfer)verpleegkundige. *Inspectie enthousiast over aanpak Kernset e-Overdracht. Tijdschrift LVW* p 23, Elsevier Nederland.
7. Graham, I., Logan, J. et al. (2006). Lost Knowledge translation: Time for a Map? *The Journal of Continuing Education in Health Professions*, 26, 13–24.
8. Position: Specialist, Knowledge Transfer and Exchange (KTE) at Health Quality Ontario. Pridobljeno s <http://www.hqontario.ca>.
9. The Power of knowledge. Exploiting the results of University research. The Association of Universities in the Netherlands 2013 (VSNU) www.vnsu.nl.
10. Stiekema, E. I. (2005). Innovation in the Netherlands: towards Guidelines for Knowledge Transfer. *Journal for Higher Education Management and Policy*. 17 (1), 83-92. Published by OECD Paris <http://www.oecd.org>.
11. Utrecht University Strategic Plan for 2012 -2016, including performance agreements within the framework of the Outline Agreement. Utrecht Univeristy 2012.
12. Quinlan E. Roberson S. The communicative power of nurse practioners in multidisciplinary primary health care teams. PMD:23347245[PubMed – in process]. *J. Am Acad Nurse Pract* 2013 Feb;25(2):91-102 doi: 10.1111/j.1745-7599.2012.00768.x.Epub 2012 Aug 13. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23347245>. accessed on 28.8.2013.
13. Ministry of External Affairs letter of B.G. Meijerman, Assistant Director General off the Directorate for Southeast- East-Europe and Execution MATRA DZ001000108. 24 December 2011 on evaluation of the project ME 15231 to NSPOH Amsterdam, Mw. T. van Keulen. Project leaders Majda de Miranda and Oscar R. de Miranda.
14. Government to Government project MATRA / SI - 97-02 “Quantity and Quality in Primary Care in Slovenia with a pilot centre the Health Centre of Maribor’ with Mandated body of the Ministry of Health and the Ministry of External Affairs of the Netherlands the Catholic University of Nijmegen. Project leaders: Majda Zorec and Oscar R. de Miranda.
15. Government to Government project MATRA / HR 5379 - 03-06. “Quantity and Quality in Nursing Care at Primary Health Centres in Croatia”, with a pilot centre at the Split Dalmatian Health Centre, Home Care Centres and the Clinical Centre of Split. With as Mandated body of the Ministry of Health and the Ministry of External Affairs from the Netherlands, the Netherlands School of Public and Occupational Health Amsterdam. <http://www.NSPOH.nl>.

Ali zdravstvena nega potrebuje zgolj (lastnosti) ženske?

UDC 616-083:316.346.2

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, medicinske sestre, ženske, empatija, moški, družbene vloge

POVZETEK – Avtorica v svojem prispevku opozarja na nekatera prepričanja, stereotipe pa tudi zmote, prisotne v naši družbi, o »tipično ženskih lastnostih poklica v zdravstveni negi«. Procesi globalizacije so povzročili spremembo mnogih družbenih vlog in ob tem spremembe spolne strukture v poklicih. V preteklosti izključno moški poklici so tako postali dostopni tudi ženskam. Kljub temu pa je očiten preobrat tudi na področju zdravstvene nege, kjer še vedno prevladuje prepričanje, da so ženske tiste, ki posedujejo (naj)boljše lastnosti za poklic medicinske sestre, saj so: nežne, empatične ... Lik medicinske sestre ne sovпада več s tradicionalno predstavo njene vloge. Zato se neizbežno postavlja vprašanje, ali se moški in ženske v zdravstveni negi razlikujejo. In, če se, kako? Ali se razlikujejo v vedenju, čutenju in mišljenju? Ali predstavlja to problem za bolnike, zdravnike in zaposlene v zdravstveni negi? Na osnovi empiričnih podatkov avtorica predstavlja zaznavanje razlik v obravnavi posameznika s strani (ženske) medicinske sestre, saj so anketiranci »navajeni« na žensko, ki »je bolj prisotna od moškega«.

UDC 616-083:316.346.2

KEY WORDS: nursing care, nurse, women, empathy, men, social roles

ABSTRACT – The paper draws attention to some beliefs, stereotypes and misconceptions present in our post-modern society regarding the "typical feminine traits of the profession of nursing". It is true that the processes of globalisation entail the change of social roles in different areas of life in post-modern society and, consequently, the related changes in gender structures in the professions. However, it is also true that previously exclusively male professions are now accessible to women. Nevertheless, it is obvious that shift can also be seen in the field of nursing care, where it is still widely believed that women are the ones who hold the (best) features for the nursing profession because they are gentle, empathetic and so on. The character of a nurse does not coincide with the more traditional notion of her role. Therefore, an inevitable question is raised: whether men and women differ in nursing care. And if so, how? Do they differ in behaviour, thinking and feeling? And whether this presents a problem for patients, doctors and even employees in nursing care? Based on empirical data, the author presents the differences in the treatment of an individual by a (female) nurse because respondents are "accustomed" to the woman who "is more present than a man".

1 Uvod

Družboslovna raziskovanja so pokazala in opozorila na kulturno variabilnost spola. V naravi in družbi ločimo dva osnovna spola, in sicer biološkega (ang. sex) in družbenega (ang. gender). Za prvega je značilno, da je stalen, saj se ga ne da zamenjati, medtem ko je družbeni kulturno konstruiran in ne izhaja iz biološkega spola na en sam način (Prijon, 2008, str. 19). Družbeni spol označuje psihološke in emocionalne značilnosti določenega posameznika ter tako zajema razna prepričanja, vrednote, značilnosti posameznika, seksualno usmerjenost in spolno identiteto. Tukaj ima moč kultura, saj ta vpliva na percepcijo družbenega spola zaradi vseh pravil, pričakovanj in navad posameznika.

2 Družbeni in biološki spol

Švab (2002, str. 202–204) navaja, da biološki spol predstavlja anatomske razlike med spoloma in je do nedavnega praktical samo dve možnosti: ženski in moški. Ženskost in moškost nista univerzalni in nespremenljivi kategoriji, ampak diskurzivne konstrukcije, ki se razlikujejo glede na čas in prostor. Vendar pa se pri razumevanju spolnih razmerij pojavljajo težave, saj sta oba (družbeni in biološki) spola konstruirana, čeprav za biološkega velja, da je naraven. Ivy in Backlund (2004, str. 32–33; v Prijon, 2008, str. 20) pa pravita da je izbira pri družbenem spolu večja, saj gre tukaj za vprašanje ženskosti ali moškosti. Prijon (2008, str. 20) ugotavlja, da se družbeni spol izoblikuje v prvih treh letih otroka, nasprotno pa Imperato-McGuineley trdi, da ta kategorija ostaja fleksibilna skozi celotno otroštvo in se dokončno izoblikuje v puberteti, ko se hormoni ustalijo (Pearson in Davilla, 1993, str. 3; povzeto po Prijon, 2008, str. 20).

Butler (2001, str. 21) izpostavlja, da nekatere feministične teoretičarke navajajo, da je družbeni spol le sklop razmerij in ne posamezni atribut. Zaradi razlike med biološkim in družbenim spolom imajo lahko moški in ženske, v smislu biološkega spola, lastnosti tako žensk (npr. nežnost) kot moških (npr. moštost) ali lastnosti obeh spolov (Pearson in Davilla, 1993, str. 3, v Prijon, 2008, str. 20). Prijon (2008, str. 20) zato sklepa, da zato ni mogoče spoznati biološke resnice, ki bi bila izven kulturnih diskurzov, zato tudi ne obstaja biološki spol, ki ne bi bil (tudi) družbeni. K tej nejasnosti in kompleksnosti zameglitve med spoloma še dodatno pripomore dvojna in dvoumna seksualnost, kot je na primer biseksualnost (Švab, 2002, str. 204). Vendar pa to razlikovanje nekatere znanstvene discipline zavračajo (npr. medicina).

Sociološka raziskovanja so bila lep čas slepa za družbene neenakosti med spoloma. Analiza neenakosti v moči, ugledu in bogastvu ni bila njihov predmet raziskovanja. Za raziskovanje sta bila pomembna moški ali družina. Socialni status ženske je bil izpeljan iz statusa moškega (Prijon, 2008, str. 24). Toda v sodobnem razumevanju spola so danes različni sociologi prepričani, da to ni mogoče, ker (povzeto po Prijon, 2008):

- dohodki ženske pomembno pripomorejo k ekonomskemu statusu družine. Žensko plačano delo lahko določa razredni ali slojni status družine,
- zaposlitev ženske lahko določa položaj moškega,
- mož in žena lahko pripadata različnemu razredu ali sloju; ne moremo trditi, da je vedno odločilen samo položaj moža,
- delež družin, kjer je žena edina hranilka družine, narašča; sama določa svoj socialni status; in ker
- je spol eden izrazitejših dejavnikov, ki vplivajo na posameznikov družbeni položaj.

Zraven družbenega in biološkega spola v teoriji spolov ločimo še (spol, b. l.):

biološki spol (ang. sex), moška in ženska identiteta v biološkem smislu,

- družbeni spol (ang. gender), moška in ženska identiteta v sociološkem smislu,
- slovnični spol, značilnost samostalniške besede, ki jo (v nekaterih jezikih navadno kaže končnica pridevniške besede ob njej ali pa člen),
- spolnost, dejavnost, izhajajoča iz spolnega nagona.

Haralambos in Holborn (1999, str. 589) opozarjata, da je dolgo veljajo prepričanje, da so za razlikovanje moških in žensk po telesni strukturi in po vedenjskih značilnostih ter vlogah odgovorne biološke razlike. Vendar je z napredkom tehnologij in medicine, ki omogočajo zamenjavo spola, ta trditev izničena. Obveljalo je spoznanje, da sta oba spola družbeno konstruirana, njune značilnosti pa kulturno determinirane. Prijon (2008, str. 22) pa je prepričan, da preko socializacije in moralnega razvoja moški svojo spolno in osebno identiteto razvija na podlagi ločitve od matere in nadaljnje individualizacije, ženska pa preko zблиževanja. Za moške velja prepričanje, da morajo biti sposobni, učinkoviti, spretni, močni ipd., saj se na ta način dokazujejo pred drugimi moškimi in pred ženskami. Njihova samozavest se tako najlažje okrepi in s tem tudi raste, če nudi pomoč ali oporo ženskemu spolu. Ženske se od moških razlikujejo po vrednotah, saj so za ženske pomembnejša čustva, prijateljstvo, pristni medsebojni odnosi ipd. (Gray, 1994, str. 6–9).

Če razumemo nekatere razlike med moškimi in ženskami kot osrednje, je to samo po sebi kulturno dejstvo in ima svoje posledice, čeprav je to posledica zapletene interakcije med biološkim in kulturnim, ne pa predvsem ugotovitve biološkega (Morgan v: Haralambos in Holborn, 1999, str. 599). Z omenjenega vidika je spol družbeno konstruiran, saj se družbenega vedenja moških in žensk naučimo; ni pa neizogibno posledica biološke danosti. Teorija pričakovanja in vlog spola poudarja vpliv okolja in vpliv družbe na razliko med spoloma. Oakleyeva (v Haralambos in Holborn, 1999, str. 596) meni, da se ljudje učijo vedenja, ki se od njih pričakuje. Kulturni dejavniki determinirajo, kaj je primerna ženska oziroma moška vloga. In čeprav obstajajo določene razlike med ženskim in moškim spolom, pa Zupančičeva (2001) opozarja, da so tovrstne razlike sicer zelo majhne in časovno nestabilne. Biološki dejavniki sicer pomembno prispevajo k razlikam med spoloma v določenih obnašanjih, vendar je dejanska izraznost teh obnašanj izpostavljena vplivu okolja.

Binarna delitev, pa naj bo produkt narave ali družbe, ima za posledico neenakomerno porazdelitev moči. Poudarjanje prednosti oziroma pomanjkljivosti določenega spola spodbuja prednostno hierarhično naravnost. Sociologija spolov takšno urejanje imenuje seksizem. Joganova (v Furlan; 2006, str. 54) seksizem označuje kot »celotno prepričanje, stališča, vzorcev delovanj in praktičnih vsakdanjih delovanj, ki temeljijo na strogem ločevanju dejavnosti po spolu ter podeljujejo posameznikom posebne neenake lastnosti glede na spol«. Tudi feministke izpostavljajo, da so ženske zaradi svojega spola v podrejenem položaju v družbi. Feminizem je torej oblika nasprotovanja ekonomski, politični in socialni diskriminaciji, ki jo trpijo ženske. Feminizem se zavezuje k odpravi moške prevlade, kaže pa se v teoriji in družbenem gibanju, saj odkriva tudi spolno preddoločenost delovanja družbenih institucij in veljavnih kodov v vednosti, hkrati pa prihaja do spoznanja, da je pojem subjekta odraz in sredstvo perpetuiranja moške dominacije (Plesničar, 2012, str. 20).

Ta podrejenost nastaja z nenehnim prisiljevanjem k predanosti. Predanost je vpletena v vloge spolov in ravno to povzroča žensko podrejenost. To za ženske pomeni, da postavljajo sebe in svoje interese za interese drugih. A hkrati ta podrejenost ne pomeni popolnega odvzema moči. Zaradi njene predanosti namreč drugi postanejo odvisni od

nje in od njene pozornosti. Na takšen način ženska postane nepogrešljiva, v roke dobi oblast (Kelly, 1996, str. 15).

Za Parsonsa biološka razlika med spoloma nudi temelje za delitev dela in hierarhijo med spoloma, kar se še posebej izraža v družini. Pa tudi na trgu dela; torej tudi v zdravstveni negi.

Medosebni odnosi so za medicinsko sestro stalnica v njenem življenju. So del nje, njenih osebnostnih lastnosti in so usmerjeni na druge. Ob stiku z ljudmi vedno primerja sebe z drugimi in druge s sabo ter pri sebi izoblikuje neko mnenje, ki ga tudi izraža. Od le-tega pa je odvisna njena sposobnosti presojanja, kar, med drugim, pogojuje kakovost njenega dela.

3 Ženska v zdravstveni negi

Priznavanje različnosti glede na spol je eno izmed osnovnih značilnosti medosebnih odnosov med zaposlenimi v zdravstveni negi. To pomeni, da vsakemu priznavamo pravico do lastnega mišljenja, do osebnega zavzemanja, da priznamo njegovo spolno imanentnost.

V medsebojnih odnosih zaposlenih v zdravstveni negi si morajo zaposleni dopustiti, da se razlikujejo, ocenjujejo in sprejemajo. Pripravljeni morajo biti tako govoriti kot poslušati in slišati, oblikovati pa tudi sprejemati kritiko ter, če je potrebno, voditi in biti vodeni. In to ne glede na spol. Zaposleni se morajo ravnati po splošnih moralnih načelih tako, da spoštujejo tako svoje kot drugega profesionalne pa tudi osebne danosti in tuje prednosti, pomanjkljivosti, svoboščine, pravice in dolžnosti. Omogočanje osebnega izražanja je pravica vsakogar do osebnega izražanja, ločevanja in ustvarjanja novih odnosov; ne glede na spol. Pravica osebnega izražanja pomeni pravico do lastnega, samostojnega, neodvisnega, specifičnega, individualnega razvoja.

Ženske danes predstavljajo večino vseh zaposlenih v zdravstveni negi. Označuje jih ne le visoka zaposljivost, ampak tudi intenzivnost njihovega dela. Tako številčna participacija žensk v zdravstveni negi je posledica zgodovinskega dogajanja. Zgodovino zdravstvene nege povezujemo predvsem z »naravno« danostjo in obvezo žensk, da negujejo, čeprav so že, od samega začetka, v negi sodelovali moški, je zgodovina nege izključno zgodovina ženskih dosežkov na področju nege (Evans, 2004, str. 321). Čeprav se zdi, da je nega izključno v pristojnosti žensk, so se skozi zgodovino v zdravstveno nego vključevali tudi moški, in to ne zgolj kot »nadrejeni« v procesu, ampak kot enakovredni partnerji v negi.

Čeprav je očiten preobrat opazen, pa se v zdravstveni negi še soočamo s prepričanjem, da so ženske tiste, ki posedujejo (naj)boljše lastnosti za poklic medicinske sestre, saj so: nežne, empatične ... Tako Littlewood (v: Gruden Klančnik, 2000, str. 23) izpostavlja, da je zaradi asociacije zdravstvene nege z žensko vlogo in, posledično z žensko nego, pozicija zdravstvenega delavca – moškega obdržala določene nejasnosti in da v tem poklicu zdravstveni delavci – moški prevzemajo določene ženske lastnosti.

Čeprav je povsem razumljivo, da je za oboje, tako moške kot ženske, strokovno izobraževanje imperativ, pa med uporabniki njihovih storitev še vedno obstajajo pomsleki: ali je to bolj žensko ali bolj moško področje. Razumljivo je tudi, da so zaradi specifičnih bioloških razlik in zahtev določenih delovnih mest v zdravstveni negi nekatera bolj odvisna od moške (fizične) moči, druga pa bolj od ženske (empatičnosti). Na to, da je ta poklic razumljen kot bolj »ženski«, pa vplivajo družbeno želene in pričakovane spolno opredeljene vloge, ki so se spreminjale skozi družbeni čas. Še kako pa so odvisne od vsakokratnega družbenega dogajanja, in še posebej, prostora, ki ga določajo norme ljudi, ki le- te živijo.

Tako so se, ne nazadnje, oblikovali in utrjevali zlasti stereotipi, ki so predstavljali izhodišča za vrednotenje ženskega dela. Slednje na podlagi teh stereotipov nikoli ni bilo pošteno vrednoteno. Tudi zato, ker stereotipi, kljub mnogim družbenim spremembam, vztrajajo še danes. Zdravstvena nega zaradi svojega specifičnega dela z bolnimi, onemoglimi, umirajočimi, otroci, ... v ospredju izpostavlja tipične ženske lastnosti: nežnost, sočustvovanje, skrbnost ...

Vloga žensk v zdravstveni negi in njihov položaj v preteklosti sta bila, po Jogan (2007), neposredno povezana s položajem žensk v družbi in tudi s prevladujočim tipom odnosov med spoloma. Tako je moški svet prevzel in prenesel razne stereotipe in vrednotne premise do žensk v negovalno okolje iz širšega dominantnega patriarhalnega družbenega okolja (Kirn, 2000; str. 219). To bistvo predsodkov in stereotipov se še danes ni popolnoma spremenilo, v zdravstveni negi se je le nekoliko omililo in preoblikovalo. Evans (2002) je v svoji raziskavi ugotovila, da obstaja razlika med izvajanjem nege glede na spol izvajalca. Medtem ko so medicinske sestre izvajale svoje delo »bolj toplo in izkazovale nežnost z veliko dotika«, so moški izvajali isto delo »z veliko pogovora in kot izraz nežnosti uporabljali humor in tovarštvo«.

Mediji so pomembni vir informacij o medicinskih sestrah in njihovem delu ter tudi pomemben element promocije poklica medicinske sestre. Kot dejavnik socializacije služijo kot vir informacij o ženskah in spolnih vlogah in imajo kot taki vpliv na odločitve za poklic, še posebej pri mladih dekletih. Podobe medicinske sestre, ki prikazujejo ženske kot profesionalke, ki pomembno prispevajo k zdravju in življenju ljudi, lahko postanejo mladim vzor (Popović in Pahor, 2011, str. 137) ali pa jih izpostavljajo javnemu posmehu.

Če so medicinske sestre in njihovo delo v medijih predstavljene napačno in popačeno, če se aktivno ne vključujejo v oblikovanje javne podobe in dela medicinske sestre, obstaja nevarnost marginalizacije poklica in dela medicinske sestre. To lahko ima za posledico zmanjševanja njihovih pravic, delovnih pogojev in, neposredno, odnosov znotraj medicinskega tima (Darbyshire in Gordon, 2005, str. 70). Diskriminatorno je, kadar ima ženska utemeljene razloge za to, da meni, da bo njeno nasprotovanje takšnemu ravnanju imelo za posledico neugodnosti v zvezi z njeno zaposlitvijo, vključno z napredovanjem, ali bo povzročilo neprijazno delovno okolje.

Karoli (2007) o vlogi medicinski sestre v množičnih medijih ugotavlja, da se je pojavnost medicinskih sester v javnih medijih opazno povečala, večja je tudi prepoznavnost samega poklica. Z raziskavo je opozorila, da se medicinske sestre uveljavljajo v

družbi ne samo kot »stavkajoče medicinske sestre«, večkrat so citirane njihove izjave in ne izključno izjave zdravnikov. Annandale (1998, v Goriup, 2012) pa opozarja, da stigmatizacija poteka tudi v drugi smeri, kljub etiki zdravstvene nege, ki poudarja univerzalnost, saj delavci tega področja niso slepi za pacientovo pripadnost sloju, spolu in rasi. Predsodki in stereotipi tako vdirajo v njihovo skrb in nego in so (lahko) celo v nasprotju s poklicno etiko.

Zaposleni v zdravstveni negi se morajo vsak dan pri svojem delu odločati, kdo bo deležen ukrepov zdravljenja prej, kdo in kakšne nege bo deležen. Pri tem pa izstopa vloga telesnega stika. Telesni stik med medicinsko sestro in bolnikom je vsakodnevna delovna rutina; celo več! Vendar je (lahko) razumljen različno. Ker vedno obstaja možnost, da bo dotik medicinske sestre napačno razumljen, so ženske v zdravstveni negi razvile specifične strategije, s katerimi latentno nevarne nesporazume skušajo preprečiti tako, da:

- kot profesionalni zdravstveni delavci nosijo uniformo,
- za izgradnjo zaupanja, še pred dotikom, namenijo potreben čas, kar je še posebej pomembno pri moškem bolniku,
- obdržijo občutek formalnosti s stiskom roke, hkrati pa ocenijo stopnjo nelagodja pri bolniku,
- kadar ocenijo, da je delo in z njim povezan dotik potencialno nevaren, ga opravijo s sodelavkami,
- pri dotikih intimnih predelov bolnika delo opravijo subtilno; lahko v »nevidni« prisotnosti sodelavke,
- prilagajajo tehnike postopkov in posegov, da bi zagotovili čim večjo zaščito bolnikove intimne (Evans, 2002, str. 444–448).

V zdravstveni negi ima dotik tako funkcionalno kot/in diagnostično nalogo in še hkrati terapevtski učinek. Dotiku se medicinska sestra praktično skoraj ne more izogniti. Še posebej mora biti pozorna in pazljiva pri mladostnikih, otrocih, pa tudi moških bolnikih. Prav to, med drugim, pa je povzročilo grozdenje zaposlitev moških, na primer na psihiatriji, urgenci, na tehnično zahtevnejših delovnih mestih, v administraciji, vodstvenih strukturah. Ne pa tudi na primer na ginekologiji in pediatriji, kjer so v večini ženske.

4 Metodologija

4.1 Raziskovalna vprašanja in hipoteze

Ker nas je zanimalo:

- kateri dejavniki so odločilni v doživljanju poklica medicinske sestre?,
- ali so za kakovostno delo medicinske sestre potrebne pretežno ženske oziroma pretežno moške lastnosti?,
- ali znotraj poklica zdravstvene nege obstajajo področja dela, ki so bolj moška oziroma ženska?

Za potrebe raziskave smo izhajali iz izhodiščne raziskovalne hipoteze, da:

- H 0: kakovost dela v zdravstveni negi ni pogojena s spolom izvajalca nege; in iz nje izpeljali še naslednje tri raziskovalne hipoteze tako, da smo predvidevali v:
 - H 1: da medicinske sestre opravljajo delo v zdravstveni negi z veliko zadovoljstva,
 - H 2: da so za kakovostno delo medicinske sestre potrebne pretežno »ženske lastnosti«,
 - H 3: da znotraj zdravstvene nege obstajajo področja dela, ki so bolj moška oziroma ženska.

4.2 Raziskovalna metoda

Raziskovanje je temeljilo na kvantitativni metodologiji.

4.3 Potek zbiranja podatkov

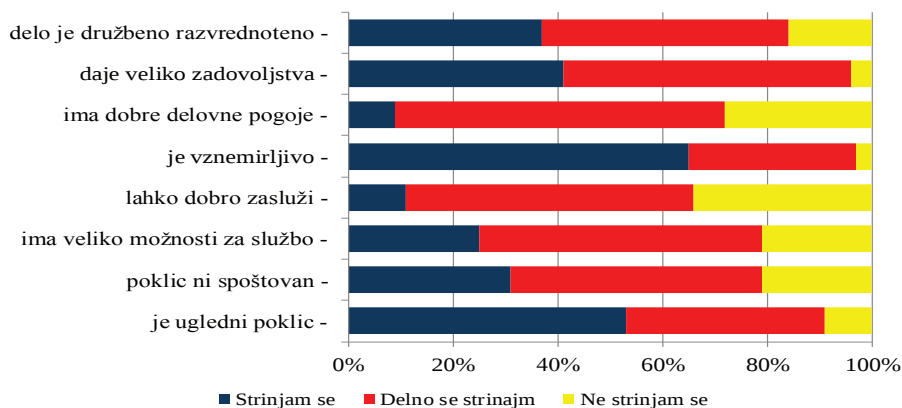
Anketni vprašalnik je sestavljalo 11 vprašanj zaprtega in vprašanje odprtega tipa. Dobljene empirične podatke smo statistično obdelali s pomočjo statističnega programa Ibm statistic spss version 20 in analizirali. Za zbiranje podatkov smo uporabili »Online« anketni vprašalnik, ki je bil aktiven 30 dni; maj – junij 2013. Anketni vprašalnik je ustrezno izpolnilo 312 anketirancev; neslučajnostni priložnostni vzorec.

5 Rezultati in razprava

Na osnovi dobljenih empiričnih podatkov ugotavljamo, da zaposlene doživljajo svoj poklic tako, da se:

- 65% anketiranih strinja, da je poklic medicinske sestre vznemirljiv,
- 53% anketiranih strinja, da je poklic medicinske sestre ugleden poklic,
- 41% anketiranih strinja, da opravljajo poklic z veliko zadovoljstva,
- 84% anketiranih strinja ali delno strinja, da je delo medicinske sestre družbeno razvrednoteno,
- 81% anketiranih strinja ali delno strinja, da poklic medicinske sestre ni spoštovan,
- 9% anketiranih strinja, da ima medicinska sestra dobre delovne pogoje,
- 11% anketiranih se strinja, da lahko medicinska sestra dobro zasluži (graf 1).

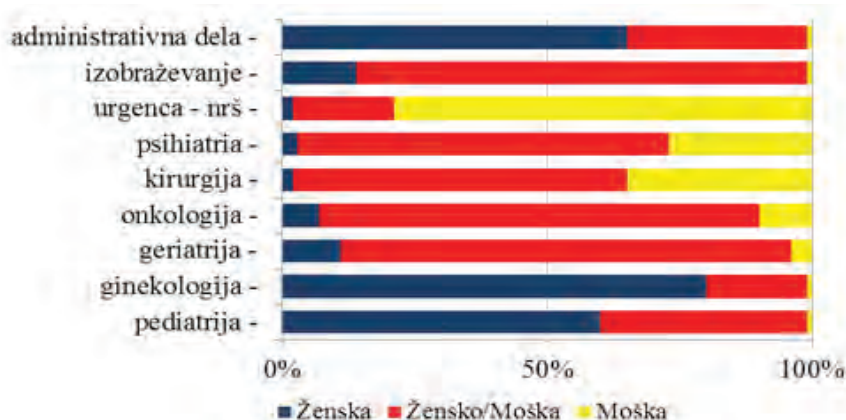
Graf 1: Opravljanje dela v zdravstveni negi glede na zadovoljstvo



Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Želeli smo ugotoviti, katera področja v zdravstveni negi so bolj »moška« oziroma bolj »ženska« (graf 2).

Graf 2: Ocena področja zdravstvene nege glede na spol

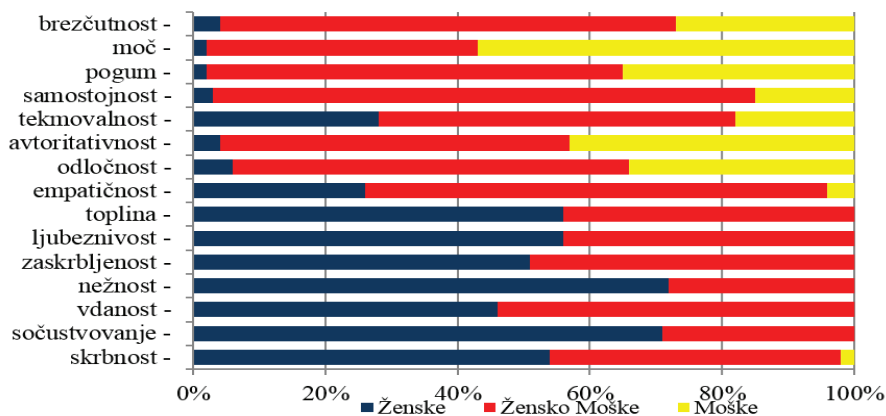


Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Na osnovi dobljenih empiričnih podatkov ugotavljamo, da je 79 odstotkov anketiranih prepričanih, da je urgenca bolj moško kot žensko področje. Za bolj žensko orientirana področja v zdravstveni negi je kar 80 odstotkov anketiranih ocenilo ginekologijo, 65 odstotkov kot tako ocenjuje administrativna dela in 60 odstotkov anketiranih to predstavlja pediatrija. Za področja zdravstvene nege, kjer delujejo tako moški kot ženske, je 85 odstotkov anketiranih ocenilo, da je to področje izobraževanje, prav toliko področje geriatrije, 83 odstotkov anketiranih ocenjuje, da je to na področju onkologije, 70 odstotkov tako ocenjuje psihiatrijo in 63 odstotkov kirurgijo.

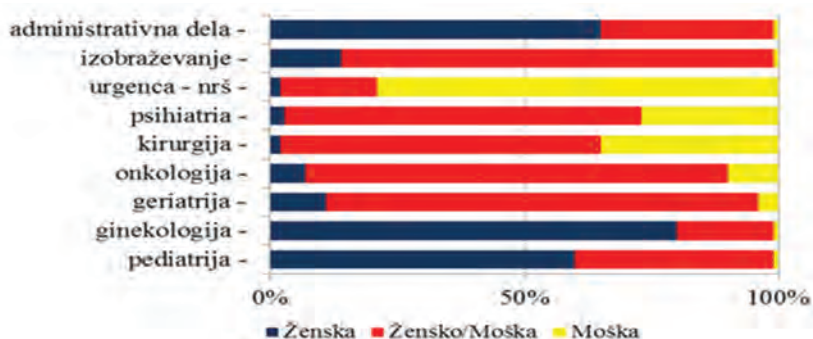
Na vprašanje »Katere od naštetih lastnosti ocenjujete glede na spol kot bolj ženske oziroma bolj moške«, je 72 odstotkov anketiranih za izrazito ženske lastnosti izbralo nežnost, sočustvovanje (71%), toplino (56%), ljubeznivost (56%), skrbnost (54%) in zaskrbljenost (51%). Kot poudarjene moške lastnosti je 57 odstotkov anketiranih navajalo moč, avtoritativnost (43%), pogum (35%) in odločnost (34%). Na osnovi pridobljenih empiričnih podatkov ugotavljamo, da so anketirani kot skupne lastnosti, ki jih opažajo tako pri moških kot ženskah, z najvišjim številom odgovorov označili samostojnost (82%), empatičnost (70%), brezčutnost (69%), pogum (63%), odločnost (60%), vdanost (54%), tekmovalnost (54%) in avtoritativnost (53%) (graf 3).

Graf 3: Pričakovane lastnosti medicinske sestre glede na spol



Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Graf 4: Osebnostne lastnosti dobre medicinske sestre



Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Z grafa 4 vidimo, da je med naštetimi lastnostmi dobre medicinske sestre kar 94 odstotkov anketiranih izbralo skrbnost, empatičnost (93%), odločnost in samostojnost (91%). Za 84 odstotkov anketiranih so zelo pomembne lastnosti tudi toplina, pogum (za 87%), sočustvovanje (za 74%) in enako ljubeznivost. Za anketirane so zelo pomembne lastnost medicinske sestre še vdanost (62%), nežnost (61%), moč (58%) in

avtoritativnost (3%). Kot srednje pomembna lastnost po ocenah anketiranih (49%) pa izstopa zaskrbljenost. Kot nepomembni lastnosti dobre medicinske sestre je 74 odstotkov anketiranih ocenilo brezčutnost in 50 odstotkov tekmovalnost.

6 Sklep

Različno razumevanje pa tudi vrednotenje in, kar ni povsem nezanemarljivo, vrednotenje med izkušnjami in označevanjem kakovosti dela v zdravstveni negi glede na spol je odvisno od stopnje (ne)moči in marginalnosti določene kategorije v zdravstveni negi. Kadar se v družbi omenja ženske, se jih nenehno umešča na položaje v družini, ob tem pa tudi zunaj nje na področja nege, oskrbe, pomoči. Dejstvo je, da družba na eni strani vidi žensko kot spolno kategorijo, zato ji tudi pripisuje tradicionalne ženske vloge (Oakley, 2000, str. 95). Njena primarna vloga je tako vloga gospodinje, da je žena/partnerica možu in mati otrokom. Te vrednote so seveda del tradicije in se prenašajo iz roda v rod ter tako skozi generacije diskriminirajo spol. Na drugi strani družba vidi žensko kot človeka, ki se je zmožna osebno izpopolnjevati, s čimer dokazujemo, da liberalno-demokratske vrednote veljajo za vse, ne glede na spol. Vse to pa kaže na dvojnost in zapletenost položaja žensk.

Ni skrivnost, da se dandanes profesionalno aktivne ženske soočajo z dilemo, kako uspešno uskladiti poklicno vlogo z zasebno. Za večino zahodnih družb velja, da ženska skozi proces socializacije ponotranji občutke dolžnosti in skrbi za rast toplote in emocionalne stabilnosti v njeni družini, zato se čuti odgovorno za vzgajanje in nego otrok (Bezenšek, 1996, str. 10). In prav zato se ženske tej vlogi prepustijo bolj kot moški. Našteti problemi se v današnjem času »turbo kapitalizma« pojavljajo tudi v zdravstveni negi, le da so ponekod izraženi bolj, drugod manj. Dejstvo pa je, da so ženske v zdravstveni negi zaradi usklajevanja družinskega življenja z zaposlitvijo z dela pogostejše kot moški odsotne zaradi bolniškega dopusta ali nege družinskih članov. Zato opravijo tudi manj nadur in počasneje napredujejo na delovnem mestu oziroma v karieri (Vertot et al., 2007).

Za konec lahko dodamo, da smo z raziskavo utemeljili tezo, da so ženske lastnosti v zdravstveni negi pričakovane in želene. Poleg tega pa moramo omeniti še, da postaja načelo enakih možnosti vedno bolj pomembna sestavina zavesti odgovornih oseb na ključnih položajih ustanov ali zavodov (Jogan, 2007, str. 165). To izpostavljamo tudi zato, ker so le-te tiste, ki določajo vsakdanje delovne razmere v zdravstveni negi ter (posredno) vplivajo na organizacije družin in družinskega življenja zaposlenih.

V sodobni družbi mnogi lik ženske v zdravstveni negi še vedno povezujejo s predsodki, ki jo utesnjujejo in ji jemljejo dobro voljo. Še posebej zato, ker obstajajo določene dejavnosti, v katerih se zdi ženska kot samoumevna in njene ženske lastnosti kot nekaj samo po sebi razumljivega. Lik medicinske sestre v sodobni slovenski postmoderni družbi pa nikakor ne sovпада več s tradicionalno predstavo vloge ženske, zato predstavlja problem bolnikom, zdravnikom in tudi samimi zaposlenim v zdravstveni negi.

LITERATURA

1. Bezenšek, J. (1996). Woman as a Teacher and as a mother. V Kalhous (ur.), Sborník z 6. konference o současných celosvětových otázkách alternativního školství (str. 7–18). Olomouc: Universitatis palackianae Olomucensis Fscultas Pedagogica.
2. Bezenšek, J. (2007). Nekateri sociološki vidiki poklicne aktivnosti medicinske sestre. V V. Rajakovič (ur.), Ustvarjalna organizacija (str. 214–220). Portorož: FOV.
3. Butler, J. (2004). *Studies in Gender and Sexuality*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
4. Darbyshire, P. in Gordon, S. (2005). Exploring popular images and Representations of Nursing. Daley, J. (ur.), Speedy, S. (ur.), Jackson, D. (ur.), Lambert, V. (ur.), Lambert, C. (ur.) *Professional nursing* (str. 69–92). New York: Springer publishing company.
5. Evans, J. (2002). Caoutius caregivers:gender stereotypes and the sexualization of men nurses touch. *Journal of Advance Nursing*, 40, 441–448.
6. Evans, J. (2004). Man nurse: A historical and feminist perspective. *Journal of Advance Nursing*, 47, 321–328.
7. Filej, B. (2001). Profesionalna načela v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 35, 71–74.
8. Furlan, N. (2006). Manjkajoče rebro. Koper: Založba Annales.
9. Goriup, J. (2012). Vloga kulturnega in socialnega kapitala medicinske sestre v primežu družbeno nezaželenih pojavov. V D. Železnik, M. Kaučič, U. Železnik (ur.), *Inovativnost v koraku s časom in primeri dobrih praks* (str. 40–56). Slovenj Gradec: VSZV-SG.
10. Grey, B. (1994). 'Women only management training - a past and present' in Morgan T. (ed.) *Women in Management: A Developing Presence* (str. 202–228). London: Routledge.
11. Gruden Klančnik, M. (2000). Vidiki dualizma znotraj zdravstvene službe. *Obzornik zdravstvene nege*, 34, 17–25.
12. Haralambos, M. in Holborn, M. (1999). *Sociologija Teme in pogledi*. Ljubljana: DZS.
13. Jogan, M. (2001). Seksizem v vsakdanjem življenju. Ljubljana: FDV.
14. Jogan, M. (2007). Delo in družina: razvojno geslo za oba spola v znanosti. V Sedmak in Medarič (ur.), *Med javnim in zasebnim* (str. 131–153). Koper: Založba Annales.
15. Kanduč, Z., Kmet, S., Plesničar, M. M., Petrovec, D., Završnik, A., Zgaga, S. (2012). Nežnejši spol?: ženske, nasilje in kazenskopравни sistem. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri PF v Ljubljani.
16. Karoli, B. (2007). Pojavljanje medicinskih sester v javnih medijih. *Obzornik zdravstvene nege*, 41, 21–24.
17. Kelly, H. (1996). Estranging David Copperfield: Reading the Novel of Divorce. *ELH*, 63, 989–1019.
18. Kelly, K., Rosenbaum, M., Kelley, S. M., Irwin, J., Washburn, A. in Wenger, L. (1996). Defunding the Poor: The Impact of Lost Access to Subsidized Methadone Maintenance Treatment on Women Injection Drug Users. *Journal of Drug Issues*, 923–942.
19. Kirn, A. (2000). Ženske v znanosti in znanost v družbi. *Družboslovne razprave*, 16 (34), 219–228.
20. Končar, P. in Kogovšek, B. (2002). Pravna narava kolektivnih pogodb – primerjalnoppravna analiza. Ljubljana: Pravna Fakulteta Univerze v Ljubljani.
21. Littellwood, R. (2000). Gender, role and sickness. V M. Gruden Klančnik (ur.), *Vidiki dualizma znotraj zdravstvene službe*. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 34, 17–25.
22. Oakley, A. (2000). *Gospodinja*. Ljubljana: Založba.
23. Plesničar, M. (2012). Ženske in kriminaliteta. V M. M. Plesničar (ur.), *Nežnejši spol?: ženske, nasilje in kazenskopравни sistem*. Inštitut za kriminologijo pri PF v Ljubljani, Ljubljana.
24. Popovič, P. in Pahor, M. (2011). Javna podoba medicinskih sester v Sloveniji: Spremembe po letu 2004. V M. Lahe (ur.), *Razvijanje medpoklicnega sodelovanja v času študija na področju zdravstvenih ved* (str. 129–137). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
25. Pridobljeno 23. 9. 2013, s <http://www.uproxx.com/webculture /2012/02/meme-watch-what-people-think-i-do-versus-what-i-really-do-reminds-us-that-all-jobs-kind-suck/attachment/whatpeoplethinkido-44-nurse/>.

26. Prijon, L. (2008). Hvala bogu, da sem ženska! kulturne prakse negovanja žensk in ženskega telesa. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani.
27. Scrubs (2013). Pridobljeno 23. 9. 2013, s http://scrubsmag.mindovermediallc.netdna-cdn.com/wp-content/gallery/nurse-internet-memes/scrubsmeme-male-nurse_2.jpg.
28. Švab, A. (2002). Družina: od modernosti k postmodernosti. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
29. Vertot, P. et al. (2007). Dejstva o moških in ženskah. Ljubljana: Statistični urad RS.
30. Zupančič, M. (2001). Razlike med spoloma in kako se oblikujejo. *Panika*, 5, 15–18.
31. Železnik, D. (2008). Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Technology commercialisation

UDC 001.894/.895+339

KEY WORDS: technology transfer, technology commercialisation, science to business

ABSTRACT – One of the most important challenges that European economies have to tackle is the capacity to transform scientific knowledge and technological achievements into commercial successes. The close synergy between science and business is tantamount to a high economic development of a country. Technology transfer from science to business is becoming the bedrock for building a knowledge-based economy. What is technology transfer and commercialisation? It is the process of transferring scientific and technical knowledge from one individual or organisation to another for economic advantage - generally for the purpose of commercialising that knowledge. We tend to think of academic technology transfer in the context of scientific or technical knowledge that is protected by a patent. University inventions and discovery are playing an increasingly important role in economic development. Since universities do not typically manufacture goods or services, the technology can be commercialised and become public through technology transfer. A university needs to use the most effective protection and commercialisation strategies to stimulate and capitalise on its scientists' intellectual property portfolio, thereby achieving maximum economic and humanitarian value for the public.

UDK 001.894/.895+339

KLJUČNE BESEDE: prenos tehnologij, komercializacija tehnologij, od znanosti do posla

POVZETEK – Eden najpomembnejših izzivov, s katerimi se spopadajo evropska gospodarstva, je sposobnost, da znanstveno znanje in tehnološke dosežke pretvorijo v prodajni uspeh. Tesna sinergija med znanostjo in podjetji je enako pomembna kot visok gospodarski razvoj države. Prenos tehnologij iz znanosti na podjetja postaja trdna osnova za ustvarjanje gospodarstva, ki temelji na znanju. Kaj je prenos tehnologij in komercializacija? Gre za proces prenosa znanstvenega in tehničnega znanja s posameznika ali organizacije na nekoga drugega zaradi ekonomske prednosti – na splošno zaradi komercializacije tega znanja. Običajno govorimo o prenosu tehnologije na akademski ravni v kontekstu znanstvenega in tehničnega znanja, ki je zaščiten s patentom. Inovacije in odkritja na univerzah imajo vse pomembnejšo vlogo v gospodarskem razvoju. Za univerze je značilno, da ne proizvajajo blaga ali ustvarjajo storitev, zato lahko tehnologijo komercializirajo in jo dajo v javnost s pomočjo prenosa tehnologije. Univerza potrebuje najučinkovitejše strategije zaščite in komercializacije, da spodbudi znanstvenike in unovči njihovo intelektualno lastnino, s čimer doseže najvišjo ekonomsko in humanitarno vrednost za javnost.

1 Introduction

Recognizing that a capacity to innovate and commercialize new high-technology products is increasingly a part of the international competition for economic leadership, governments around the world are taking active steps to strengthen their national innovation systems. These steps underscore the belief that the rising costs and risks associated with new potentially high-payoff technologies, and the growing global dispersal of technical expertise, require national R&D programs. They also reflect the belief that shared facilities, coupled with geographical proximity, can facilitate the transition of ideas from universities and laboratories to private markets.

Innovation can be defined as the transformation of an idea into a marketable product or service, a new or improved manufacturing or distribution process, or even a new method of providing a social service. This transformation involves an adaptive

network of institutions that encompass a variety of informal and formal rules, norms, and procedures - a national innovation ecosystem - that shape how individuals and corporate entities create knowledge and collaborate to bring new products and services to market.

2 Needed Steps in Balkans:

A. Strengthening the business sector propensity to introducing innovations:

- ☐ A.1. Increasing the awareness of the small and medium enterprises of the benefits of innovations
- ☐ A.2. Forming an Innovation and Technological Development Fund (ITF)
- ☐ A.3. Encouraging private investments in research and development

B. Strengthening human resources for innovations:

- ☐ B.1. Adaptation of the education policy to the development of skills required for innovations
- ☐ B.2. Incentives for educational development of talented students, as well as incentives for the professors involved in preparing the most successful students
- ☐ B.3. Increasing the quality of vocational education and training and promoting lifelong learning
- ☐ B.4. Supporting the relevance of university education with respect to innovations

C. Creating a regulatory environment conducive to innovations:

- ☐ C.1. Establishing an institutional infrastructure and providing an effective regulatory environment for academicians and research institutions
- ☐ C.2. Adaptation of public procurement practices with a view of encouraging innovative solutions
- ☐ C.3. Providing for a competitive business environment

D. Increasing the flow knowledge among the innovation stakeholders:

- ☐ D.1. Stimulating business networks and clusters
- ☐ D.2. Increasing the flow of knowledge between the research institutions and businesses
- ☐ D.3. Incorporation of FDIs and innovative stars in the National Innovation Strategy
- ☐ D.4. Increasing the links with the Diaspora

One key recommendation is also the creation of national Research Management Institute in each country in the region. Those are organizations managed by specialized professionals, whose main aim is to increase the wealth of the science community by promoting the culture of innovation and the competitiveness of its associated businesses and knowledge-based institutions. To enable these goals to be met, a Research Management Institute stimulates and manages the flow of knowledge and technology amongst universities, R&D institutions, companies and markets; it facilitates the creation and growth of innovation-based companies through incubation and spin-off processes and provides other value-added services.

A Research Management Institute seeks to encourage greater collaboration among universities, research laboratories, and large and small companies, in order to facilitate the conversion of new ideas into the innovative technologies for the market. The co-operation is aimed to generate higher returns on the new national investments in R&D.

Public-private partnerships are widely seen as a tool required to address today's innovation imperative. By stimulating cooperative research and development among industry, government, and universities, partnerships can play an instrumental role in introducing new technologies to the market.

Partnerships facilitate the transfer of scientific knowledge to real products; they represent one means to improve the output of the innovation eco-system. Partnerships help by bringing innovations to the point where private actors can introduce them to the market. Accelerated progress in obtaining the benefits of new products, new processes, and new knowledge into the market has positive consequences for economic growth and human welfare.

A Research Management Institute encourages public-private partnerships that foster knowledge flows-often between SME's and universities and among the labs-and contributes to regional economic growth and development. These partnerships enhance, both formally and informally, the efficiency of innovation.

The term, "basic research" refers to the advancement of fundamental knowledge and the theoretical understanding of the relations among variables. A researcher's curiosity, interest, and intuition often drive its exploratory nature. By contrast, the term "applied research" describes the use of accumulated theories, knowledge, methods, and techniques, for a specific purpose. Thus separated, basic research logically precedes applied research, which in turn precedes the development of an idea into a practical application.

In practice, distinctions between basic and applied research are often obscure, with the different stages of research intermixing frequently. This is particularly true for research and development in the sciences such as biotech, where fundamental research can be undertaken alongside work intended to develop new products.

This linear model of innovation creates the misimpression that increasing public and private investments in research will automatically result in greater commercialization, strengthening, in turn, a nation's competitiveness in global markets. Academic R&D creates innovation capacity, but does not by itself raise economic output or create the fast-growing "gazelle" firms that spur new growth.

A key advantage of creating a Research Management Institute is that it offers scientists, entrepreneurs, venture capitalists, and others a supportive environment that encourages collaboration across disciplines and feedback across the different stages of innovation. It aids in the transfer of technology and business skills between university and industry teams, encourages the creation of startups, and promotes technology-led economic development for the country.

One result of successful university-industry partnership is a shift in the university curricula toward more applied research. This also helps graduate students in science and

engineering find employment following their degrees. As a result, the university as a whole becomes more interested in innovation. Faculty who mentor students that are more attuned to the needs of industry.

The wealth and competitiveness of nations increasingly depends on their ability to convert new knowledge into products for the market. Universities have traditionally been devoted to the production of new knowledge and its dissemination through their mission to educate students.

Universities have, in fact, always been active in both research and in its application.

With the acceleration of knowledge-based competition by both established and emerging economies around the world, institutions of higher education increasingly find that they have no choice as to whether to be entrepreneurial or not. Indeed, the issue today for many of today's university leaders more squarely concerns how the university can assist in accelerating the commercialization of new knowledge and the development of local economies.

Like universities, university R&D laboratories are also repositories of knowledge and scientific aptitude and thus represent promising nuclei for the growth of innovation clusters. Moreover, the laboratories themselves need to recognize that they cannot fulfill their mission in isolation, especially given today's rapid pace of innovation. To remain effective, laboratories must understand that they need to stay abreast of the rapid technological change taking place in the commercial arena. This means building and maintaining ties to the private sector.

Five Factors behind a Successful National Research Management Institute:

- ☐ Committed board directors/champions with long-term visions.
- ☐ Well-managed and well-staffed.
- ☐ A strong science education base.
- ☐ A strong public-private partnership with key industries.
- ☐ The availability of committed finance.
- ☐ The presence of entrepreneurs.
- ☐ The presence of trust networks at an individual level.
- ☐ The right opportunity for collaboration among universities, businesses, and other organizations.
- ☐ A scale relative to the local economy, available resources, and public expectations.

By fostering a more robust interface between universities and laboratories and entrepreneurs and small and large businesses, a Research Management Institute needs to be seen as an effective policy tool to realize large and highly visible returns on a nation's R&D investments. Towards this end, many other nations are adopting a variety of directed strategies to launch and support the development of such institutions.

3 The Technology Transfer Process – Tips for Scientists

Technology transfer is the process of creating practical, commercial applications for scientific research. Although the commercial value of an invention is important to the university, there is a lot more at stake than a financial payoff since patents are typically issued only to practical processes – not theoretical innovations. In order for a university to claim exclusive rights to their scientific discovery, they need to find a way to make it commercially viable.

A technology transfer process bridges the gap between the university's scientists and businesses that are capable of making the invention work in the marketplace.

Here is how the process generally works:

Step 1: The Invention

The first step of the technology transfer process is to work with them to better understand the invention and determine its potential practical uses. If the invention seems promising, the transfer process will launch the initial steps of obtaining a patent for the university.

Step 2: The Patent

Since patents are costly and time-consuming, universities want a reasonable assurance that their investment will be well-spent. So the transfer process will convene a patent board of faculty, inventors, technology transfer specialists, and legal advisors to determine whether or not to pursue a full patent. If the decision is made to go ahead with the patent application, the transfer process then begins the grueling process of researching similar inventions not only for information that will assist the application process, but also for information that will be used to determine the invention's entry into the marketplace.

Step 3: The Marketplace

If everything goes as planned, the transfer process moves on to research and identify companies that may be interested in profiting from the university's new invention. Although universities typically provide a list of current technologies available to the private sector, it is not uncommon for transfer process to target and actively pursue companies they believe can benefit from the patent. The end result of this process is a licensing agreement that allows a private sector company to use the invention in exchange for royalties that are paid to the university. In turn, the university uses the royalties it earns to compensate inventors, pay for related expenses, and fund additional research.

Even though it sounds simple, the process of taking an invention from the research lab to store shelves is long and complicated, often requiring a time investment of ten years or more. However, under the right circumstances, your technology transfer process can provide the source of the next big idea.

4 Tips When Commercializing Research

Getting science out of the lab and into the market is not easy. Here are some tips to get scientist entrepreneurs started on the right track.

Every entrepreneur savors the possibility of turning the latest technological discovery into the next great successful product. Scientific entrepreneurs have an obvious advantage over the rest of the entrepreneurial field, but commercializing research still isn't easy. Here are some helpful tips:

Take Risks

Scientists generally tend to be cautious people. They prefer to delay action until they have all the facts about the subject they are studying. Entrepreneurs, on the other hand, are risk-takers. They understand that there is a certain amount of risk inherent in every business decision. As a scientific entrepreneur, you need to strike a balance between the two. Get as many facts as you can, but don't hesitate to take a risk when the situation calls for it.

Tap Expertise

Taking research from the lab to the marketplace requires no small amount of technical expertise. In addition to understanding the science behind the discovery, you need to understand its commercial applications, the patent process, and any number of business-related issues. Even if you have a scientific background, you probably don't have all the expertise you need to turn the research into a commercially viable product. Don't let your pride stand in the way of tapping into other people's expertise when you need it. Tap into other people's expertise early and often.

Consider Partnerships

One way to broaden your knowledge base is to create strategic partnerships with individuals and organizations. The key is to pursue partnerships capable of strengthening your weak areas. If your expertise lies in the science but not the business, consider partnering with an experienced entrepreneur. Conversely, if you are experienced in business but the science is over your head, a partnership with a university or a scientific professional may be in order. Although a partnership will undoubtedly require you to share your profits, the alternative may be a product concept that never makes it off the drawing board.

Work a Schedule

For the most part, scientists avoid setting schedules since the research itself determines the timeline. Entrepreneurs, however, live and die according to their ability to meet predetermined deadlines. As a scientific entrepreneur, you need to keep in mind that unlike pure research, the commercialization process requires adherence to a firm schedule. Investors and other interested parties need a reasonable estimate of

how long it will take for the product to hit store shelves in order to make an informed investment decision.

Stay Involved

The commercialization process needs a cheerleader – someone who will continue to move the process along and troubleshoot problems when they arise. Even if you are forced to rely on someone else's expertise at certain stages in the process, it is important to stay involved and provide the momentum that is needed to move the project forward.

LITERATURE

1. Drucker, P. F. (2002). The Discipline of Innovation. *Harvard Business Review*, 80 (8), 95–103.
2. Editors of HBR (2002). Inspiring Innovation. *Harvard Business Review*, 80 (8), 39–49.
3. Huston, L. and Sakkab, N. (2006). Connect and Develop. *Harvard Business Review*, 84 (3), 58–66.
4. Moss Kanter, R. (2006). Innovation: The Classic Traps. *Harvard Business Review*, 84 (11), 72–83.
5. Schilling, M. (2008). *Strategic Management of Technological Innovation*. 2nd Edition. New York: McGraw Hill.
6. Scott, D. A., Eyring, M. and Gibson, L. (2006). Mapping Your Innovation Strategy. *Harvard Business Review*, 84 (5), 104–113.

Dokumentacija zdravstvene nege in interdisciplinarnost

UDK 616-083:002.1

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, interdisciplinarnost, dokumentacija

POVZETEK – Medicinske sestre se pri svojem delu na področju zdravstvene nege vsakodnevno srečujemo z množico podatkov v zvezi z bolniki. To so pomembne informacije, ki jih beležimo in s tem ustvarjamo dokumente. Zbirka dokumentov pa predstavlja dokumentacijo zdravstvene nege, ki temelji na teoretičnih osnovah in je podprta s procesno metodo dela. Za pripravo takšne dokumentacije je nujno interdisciplinarno sodelovanje različnih strokovnjakov. Medicinske sestre moramo dobro poznati teorijo zdravstvene nege, negovalne diagnoze in proces zdravstvene nege. Izdelava ustrezne dokumentacije zdravstvene nege izhaja iz potreb stroke ob pomoči specialistov informacijske tehnologije. Izdelava se prototipna verzija in kasneje redna aplikacija z možnostjo nadgrajevanja. V Splošni bolnišnici Novo mesto imamo trenutno dokumentacijo v papirni obliki, izpolnjujejo pa jo na vseh oddelkih. Dostopna je tudi dijakom in študentom, ki prihajajo v bolnišnico na klinično prakso. Z dobro strojno in programsko opremo je omogočena elektronska dokumentacija zdravstvene nege. Ta ima več prednosti kot slabosti, zato bi medicinskim sestram zagotovo olajšala delo.

UDC 616-083:002.1

KEY WORDS: nursing care, interdisciplinarity, documentation

ABSTRACT – In nursing care, nurses are faced with a lot of data related to patients in their daily work. These are important pieces of information which are recorded and kept in files. These files consist of collected documents. This so-called documentation of nursing care is based on the theoretical bases and is supported by the processing method of work. In order to prepare such documentation, interdisciplinary collaboration of different experts is necessary. Nurses are required to have good knowledge of nursing theory, nursing diagnosis and nursing process. The production of adequate nursing documentation results from the needs of the profession with the assistance of information technology specialists. At first, a prototype version is constructed and later a regular application with upgrade options. In the Novo mesto General Hospital, we currently have documentation in paper form which is filled in in all the departments. It is also available to students who come to the hospital for clinical practice. Good hardware and software ensure electronic documentation of nursing care. The electronic nursing documentation has more advantages than disadvantages, and it would certainly make nurses' work easier.

1 Uvod

Medicinske sestre se pri svojem delu vsakodnevno srečujemo z množico podatkov, ki nastajajo pri bolniku na področju zdravstvene nege. Ti podatki nam dajo pomembne informacije, ki jih beležimo in s tem ustvarjamo dokumente. Z zbirko dokumentov pa ustvarimo dokumentacijo.

Za izdelavo ustrezne dokumentacije zdravstvene nege izhajamo iz potreb stroke in sodelovanja specialistov z znanji informacijske tehnologije. Izdelava prototipne verzije omogoča uporabnikom, da se z dokumentom seznanijo, ga pregledajo, popravijo in ga pripravijo kot delovno verzijo. Dokument mora biti fleksibilen z možnostjo dopolnjevanja. Zdravstvene nege si danes brez ustrezne dokumentacije ne moremo več predstavljati, dokument pa nikoli ni dokončan.

Pred uvedbo je potrebno predvideti spremembe v postopkih, delovanju in vlogah ter izbrati ustrezen pristop za obvladovanje. Medicinske sestre morajo aktivno sodelovati pri izbiri in uvajanju dokumenta. To je edini način k sprejemljivosti njegove uporabe.

2 Dokumentacija zdravstvene nege

Za zdravstveno nego Pajnkiharjeva (1999) navaja, da se razvija v sodobno, avtonomno stroko znotraj zdravstvenega varstva. Vsako sistematično, strokovno in kakovostno delo je zasnovano na dobri dokumentaciji.

Dokumentacija zdravstvene nege temelji na teoretičnih osnovah in je podprta s procesno metodo dela. Za pripravo takšne dokumentacije je nujno potrebno interdisciplinarno sodelovanje različnih strokovnjakov. Medicinske sestre moramo dobro poznati teorije zdravstvene nege, negovalne diagnoze in proces zdravstvene nege. Vse to znanje pridobimo v času srednješolskega izobraževanja in dodiplomskega študija. Teoretične osnove v praksi uporabimo z individualnim pristopom k bolniku in na osnovi negovalnih diagnoz postavimo cilje, naredimo načrt zdravstvene nege, nato zdravstveno nego izvajamo in na koncu evalviramo.

Za dobro in pravilno dokumentiranje ni dovolj samo ustrezen dokument, medicinske sestre moramo imeti tudi ustrezna znanja in jasna navodila, da dokumentacijo sploh lahko izpolnjujemo.

Naka (2006) v svojem članku navaja, da je osnovni namen dokumentiranja zdravstvene nege čim bolj prikazati opravljeno zdravstveno nego, ki jo je bolnik prejel, prikazati njeno stanje in potek dogodkov v času obravnave. Že Periceva (1997) in Naka (2006) navajata, da je negovalna dokumentacija pomembna za zagotavljanje varne, kakovostne, kontinuirane zdravstvene nege, za raziskovalno delo in kot pravna zaščita izvajalcev zdravstvene nege.

V Splošni bolnišnici Novo mesto smo po vzorcu nekaterih slovenskih bolnišnic (Murska Sobota, Jesenice, Valdoltra) izdelali ustrezne dokumente: Negovalna anamneza ob sprejemu bolnika, Negovalne diagnoze s cilji po 14 življenjskih aktivnostih, List zdravstvene nege in Poročilo službi zdravstvene nege pri odpustu/premestitvi. Izdelana so tudi navodila za izvajanje in dokumentiranje aktivnosti zdravstvene nege in so dostopna vsem medicinskim sestram, ki negovalno dokumentacijo izpolnjujemo, kot tudi študentom in dijakom, ki prihajajo v našo bolnišnico na klinično prakso. Dokumentacijo zdravstvene nege, ki je v papirni obliki, izpolnjujejo vsi oddelki naše bolnišnice.

Gečeva (2000) navaja, da je dokumentiranje zbiranje, urejanje in zapisovanje vseh podatkov. Pisna informacija je v zdravstveni negi potrebna in je lahko tudi računalniško podprta.

Z dobro strojno in programsko opremo lahko omogočimo elektronsko dokumentacijo zdravstvene nege. Uvedba zdravstvenih informacijskih sistemov v zdravstvenih zavodih je bila sprva v pomoč administrativnemu osebju za obračunavanje zdravstvenih

storitev ter za ekonomske in statistične namene, kasneje pa tudi za uvedbo v klinično okolje, kar je vplivalo na spremembe pri delu in posledično zmanjšano zadovoljstvo na delovnem mestu.

Vzroki za nastanek odpora do teh sprememb so predvsem nerealistična pričakovanja tradicionalnih postopkov, nezadostno vključevanje uporabnikov pri oblikovanju informacijskega sistema, izboljševanje sistema kot nov način dela in navsezadnje strah od neznanega (Priatelj, Črv, 2004):

Za zmanjševanje odpora pri uvajanju informacijskega sistema za področje zdravstvene nege je nujno potrebno sodelovanje med informatiki in medicinskimi sestrami.

Elektronska dokumentacija je sistem, ki uporablja računalniško opremo in specializirano programsko opremo z namenom zbiranja, shranjevanja, obdelovanja, razvrščanja, tiskanja in prikazovanja zdravstvenih podatkov o pacientu, ki so potrebni za analizo kliničnih podatkov (Aiken, 2004).

Kljub uporabi informacijske tehnologije se na področju zdravstvene nege še vedno ustvarjajo podatki v papirni obliki, kar privede do podvajanja podatkov in dokumentov.

Podatkovni standardi, minimalen nabor podatkov in enotna dokumentacija so osnova za elektronsko evidentiranje podatkov v zdravstveni negi. Pomembno vlogo pri njihovi uvedbi ima država. Razširjenost in uporaba informacijske tehnologije pa močno vpliva na raven razvoja informatike v zdravstveni negi (Priatelj, 2005, str. 175).

Implementacija elektronskega beleženja podatkov lahko predstavlja problem pri izvajalcih. Slabo interdisciplinarno sodelovanje, slabo delovno vzdušje, pomanjkanje računalnikov na delovnem mestu, neenotna terminologija ter strah pred računalniškimi okvarami in izgubami podatkov vodijo medicinske sestre k nastajanju in shranjevanju papirne oblike dokumentacije. Vsake spremembe in novosti pa imajo svoje prednosti in slabosti.

Aiken (2004) navaja prednosti elektronske dokumentacije zdravstvene nege:

- ☐ prihranek časa in denarja,
- ☐ izboljšanje kakovosti beleženja,
- ☐ izboljšanje kakovosti zdravstvene nege,
- ☐ možnost vrednotenja negovalnih problemov s pomočjo računalniškega programa,
- ☐ interdisciplinarno sodelovanje,
- ☐ zmanjšanje papirne birokracije,
- ☐ zmanjšanje prirejanja podatkov,
- ☐ podpora individualnega in holističnega pristopa k pacientu,
- ☐ zmanjšanje odvečnih dokumentov,
- ☐ možnost grafičnega pregleda podatkov,
- ☐ omogočanje samodejnega tiskanja poročil,
- ☐ negovalna dokumentacija je pripravljena glede na kategorizacijo pacienta,
- ☐ poznavanje pacientovih odzivov in rezultatov zdravstvene nege je izboljšano,
- ☐ izboljšanje dostopnosti informacij za raziskovalne namene,
- ☐ možna je uporaba pacientovih podatkov z več računalnikov hkrati.

Aiken (2004) omenja tudi slabosti elektronskega beleženja zdravstvene nege, in sicer:

- namerna in nenamerna izdaja zaupnih podatkov,
- izbris pacientovih podatkov,
- vnos nepravilnih podatkov o pacientu v računalnik,
- sprejemanje negovalnih intervencij na podlagi nepravilnih podatkov.

3 Sklep

Medicinske sestre se pri svojem delu srečujemo s podatki, ki nam dajo informacijo o bolnikovem zdravstvenem stanju. Dokumentacija zdravstvene nege nam omogoča, da vse te zbrane podatke dokumentiramo.

Z ustrezno podporo informacijskega sistema in aktivnega sodelovanja strokovnjakov s področja informatike bi bilo potrebno izdelati elektronsko dokumentacijo zdravstvene nege. Ima več prednosti kot slabosti in bi zagotovo medicinskim sestram delo olajšali.

V celoti podprta računalniška dokumentacija zdravstvene nege bi bil nov prispevek k razvoju sodobne zdravstvene nege.

LITERATURA

1. Aiken, T. D., RN, BSN, JD (2004). *Legal, Ethical, and Political Issues in Nursing*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
2. Geč, T. (1999). Razumevanje in razlaga računalniških informacij, ki spremljajo celostno obravnavo varovancev. V M. Šlajmer Japelj (ur.), *Informatika v zdravstveni negi* (str. 21–37). Maribor: Visoka zdravstvena šola.
3. Naka, S. (2006). Pomen dokumentacije v zdravstveni negi. V I. Rijavec (ur.), *Dokumentiranje v procesu zdravstvene nege kirurškega bolnika* (str. 4–7). Ljubljana: Zbornica – Zveza.
4. Pajnikihar, M. (1999). *Teoretične osnove zdravstvene nege*. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
5. Peric, H. K. (1997). Dokumentiranje zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 31, 115–26.
6. Pridobljeno 20. 9. 2013, s http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000200002&script=sci_arttext.
7. Prijatelj, V. in Črv, M. (2004). Načrtovanje in uvajanje informacijskega sistema zdravstvene nege. *Inform Med Slov*, 9 (1–2), 63–67.
8. Prijatelj, V. (2005). Priložnosti in ovire pri elektronskem zbiranju podatkov zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 39, 175–179.

Poznavanje komplementarnega in alternativnega zdravljenja ter odnos študentov zdravstvene nege do njega

UDK 616-083-057.875:615.8

KLJUČNE BESEDE: komplementarno zdravljenje, alternativno zdravljenje, učni programi

POVZETEK – Zdravstveni delavci se zaradi porasta uporabe komplementarnega in alternativnega zdravljenja pogosto srečujejo s temi vprašanji, toda te vsebine še vedno niso vključene v učne programe zdravstvene nege v mnogih državah. Namen raziskave je bil ugotoviti poznavanje komplementarnega in alternativnega zdravljenja ter odnos do njega med študenti zdravstvene nege in kakšne so njihove potrebe po izobraževanju. V raziskavi so sodelovali študenti 2. letnika zdravstvene nege na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani v študijskem letu 2011/2012. Podatki so bili pridobljeni z anketnim vprašalnikom. Ugotovili smo, da imajo anketiranci pomanjkljivo znanje o komplementarnem in alternativnem zdravljenju. Bi pa ga priporočili drugim, ker so prepričani, da večina tehnik pri takem zdravljenju ni nevarna. Ne vedo pa, da so rezultati največkrat posledica placebo učinka. Študenti imajo pozitiven odnos do komplementarnega in alternativnega zdravljenja, vendar jim manjka ustrezno znanje, zato menimo, da bi morali te vsebine vključiti v učni program zdravstvene nege.

UDC 616-083-057.875:615.8

KEY WORDS: complementary and alternative treatment, nursing student, study programme

ABSTRACT – Despite the growing popularity of complementary and alternative treatment, the health professionals are often faced with these questions, but this content has not yet been included in the nursing curriculum in many countries. The purpose of this study was to determine attitudes and knowledge about complementary and alternative treatment among nursing students and what their educational needs are. The study included nursing students in the second year of study at the Faculty of Health Sciences in Ljubljana in the 2011/12 academic year. Data were obtained by a questionnaire filled. We have found that respondents have a lack of knowledge about complementary and alternative treatment. However, they would advise others to undergo such treatment because they believe that most techniques are not dangerous. On the other hand, they do not know that results are mostly due to the placebo effect. The nursing students have a positive attitude towards complementary and alternative treatment, but they lack knowledge. It would be necessary to include this content in the study programmes of nursing care.

1 Uvod

Izraz komplementarno in alternativno zdravljenje (KAZ) obsega različne tehnike zdravljenja, katerih učinki niso znanstveno dokazani, ker njihovo delovanje ni možno znanstveno razložiti in ne morejo biti del zahodne medicine ter zdravstveno negovalne oskrbe (Buchan, Shakeel, Trinidad, Buchan in Ah See, 2012). Nacionalni center za komplementarno in alternativno medicino (NCCAM, 2008) definira komplementarno zdravljenje, ki ga lahko uporabljamo kot dopolnilo konvencionalnemu in tako tudi v zdravstveni negi. Alternativno zdravljenje pa uporabljamo namesto konvencionalnega zdravljenja oziroma bolnik se v okviru uradne zahodne medicine ne more hkrati zdraviti tudi s temi vrstami zdravljenj.

Uporaba KAZ postaja vedno bolj popularna med ljudmi v Ameriki in Evropi (Barnes, Bloom in Nahin, 2008), za Slovenijo, pa so podatki samo za njen osrednji del, kjer tehnike KAZ uporablja 40 odstotkov populacije (Dernovšek, 2011). KAZ se lahko razlikujejo od dobro opredeljenih kemičnih molekul, rastlinskih ali živalskih substanc, do zdravljenj, kot so duhovne in psihosocialne intervencije, in med temi so Barnes in sodelavci (2008) ugotovili, da se pri otrocih najbolj pogosto uporablja naravne produkte in kiropraktika, pri odraslih pa akupunktura, dihalne vaje, masaža, meditacija, naravno zdravljenje in joga.

Medtem ko se ljudje, zdravi in bolni, poslužujejo zdravljenj, ki jih moderna medicina ocenjuje kot nekonvencionalna, so študenti medicine z leti študija vedno bolj skeptični do KAZ (Furnham in McGill, 2003), po drugi strani pa menijo, da naj bi zdravnik imel znanje o tem, ker bi mu bilo v pomoč pri profesionalnem delu v prihodnje (Akan idr., 2012; Hasan in Behjat, 2000). Zdravstveni delavci se pogosto ne zavedajo možnih neželenih učinkov s predpisanimi zdravili, menita Taylor in Blackwell (2010), ker primanjkuje ustrezne znanstveno podprte literature ter izobraževanj s področja KAZ. Zdravniki v veliki meri vedo, da bolniki uporabljajo KAZ (Boutin, Buchwald, Robinson in Collier, 2000; Sawni in Thomas, 2007) in so odgovorni za oceno namembnosti uporabe KAZ, vzdrževanje kontakta z bolniki in nadzorovanje učinkov (Frenkel in Borkan, 2003). Zato menijo, da bi moral biti pogovor o KAZ del rutinske medicinske anamneze, in si želijo več izobraževanja s tega področja (Sawni in Thomas, 2007).

V zdravstveni negi se je interes za vključitev KAZ v učne programe povečal v zadnjih letih (Hon idr., 2006), ker naj bi bila obravnava bolnikov v zdravstveni negi holistična in ravno to je značilno tudi za večino KAZ (Yildirim idr., 2010). V strokovni literaturi za zdravstveno nego so opisane nekatere vrste KAZ kot negovalne intervencije: terapevtski dotik, masaža, relaksacijske tehnike, meditacija, vizualizacija. To pomeni, da so že dolgo del zdravstvene nege (Halcon, Chlan, Kreitzer in Leonard, 2003), vendar ima večina medicinskih sester še vedno pomankljivo znanje o KAZ in se ne čutijo dovolj usposobljene za podajanje informacij o tej temi (Yildirim idr., 2010). V učne programe zdravstvene nege na prvi stopnji vsebine o KAZ niso vključene, so pa vključene v podiplomske, magistrske in doktorske programe v Ameriki (Helms, 2006) in Afriki (Akinola, 2011).

V Sloveniji vsebine o KAZ niso vključene v učne programe za zdravstveno nego, zato je namen prispevka prikazati odnos in znanje o KAZ med študenti zdravstvene nege in kakšne so njihove potrebe po izobraževanju. Cilj raziskave je bil ugotoviti razlike med rednimi in izrednimi študenti zdravstvene nege v odnosu do in znanju o KAZ ter ugotoviti povezanost med znanjem o posameznih tehnikah KAZ, njihovem mnenju o klinični uporabnosti, pripravljenostjo priporočiti KAZ bolnikom ter katero tehniko so že kdaj sami uporabili.

2 Metodologija

Raziskava je imela kvantitativen značaj, s hipotezo, da imajo študenti pozitiven odnos do KAZ in premalo znanja, da bi se počutili kompetentne glede svetovanja pacientom in izvajanja določenih tehnik v zdravstveni negi.

2.1 Opis poteka raziskave, vzorca in obdelave podatkov

Narejena je bila presečna raziskava na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani med študenti 2. letnika, študijskega programa Zdravstvena nega prve stopnje, v študijskem letu 2011/2012. V tem šolskem letu je bilo vpisanih 238 študentov, 133 rednih in 105 izrednih. Anketni vprašalnik je izpolnilo 113 od 166 (68%), 63 rednih in 50 izrednih študentov, ki so bili 14. februarja 2012 ob 15. uri prisotni na izpitu iz predmeta onkološka zdravstvena nega. Udeležencev moškega spola je bilo 13 (11,5%), ženskega pa 100 (88,5%). Sodelovanje v raziskavi je odklonilo 53 študentov, ostali pa so po končanem izpitu izpolnili anketni vprašalnik prostovoljno in anonimno, kar jim je vzelo 5 do 10 minut časa. Celotni odgovor študentov 2. letnika zdravstvene nege je bil 48 odstotkov (113/238). Tako majhen odstotek sodelujočih je mogoče pripisati izvedbi po opravljanju izpita; študenti so ponavadi po izpitih psihično izčrpani in jim je dodatno izpolnjevanje raziskovalnih vprašalnikov v breme ter jim jemlje čas.

Podatki so statistično obdelani s programom SPSS 20.0. Narejena je bila primerjava med skupinami rednih in izrednih študentov 2. letnika zdravstvene nege. Primerjava po spolu ni bila izvedena, ker so v vzorcu raziskave v večini osebe ženskega spola. Za prikaz statistično pomembnih razlik je bil uporabljen Pearsonov hi-kvadrat test, meja statistične značilnosti je bila postavljena na $p < 0,05$.

2.2 Opis instrumenta

Za zbiranje podatkov je bil v raziskavi uporabljen prirejen vprašalnik, ki so ga razvili raziskovalci za uporabo podobnih predhodnih raziskovanj (Kreitzer, Mitten, Harris in Shandeling, 2002; Uzun in Tan, 2004; Chaterji idr., 2007; Yildirim idr., 2010). Vprašalnik je sestavljen iz štirih delov. V prvem delu so sociodemografski podatki (spol, redni/izredni študent). V drugem delu so študenti s petstopenjsko Likertovo lestvico ocenjevali svoj odnos do KAZ, v tretjem so se opredelili za vire, s katerimi so dobili informacije o KAZ. V četrtem delu so študenti v štirih tabelah opisali 19 tehnik KAZ, in sicer: koliko znanja imajo o njih (»dovolj«, »malo«, »nič«), kakšno mnenje imajo o njihovi uporabnosti (»uporabno«, »neodločen«, »škodljivo«), kakšna je njihova želja po priporočitvi posamezne KAZ tehnike bolnikom (»priporočam«, »neodločen«, »ne priporočam«) ter če so že kdaj sami uporabili določeno tehniko (»da«, »ne«). V tabelah so tehnike KAZ povzete po Nacionalnem centru za komplementarno in alternativno medicino (NCCAM, 2008). Le-ta jih deli v pet kategorij: alternativni medicinski sistemi (akupunktura, homeopatija), miselno telesne intervencije (tehnike sproščanja, vizualizacija, zdravlilna molitev, biološka povratna zveza, hipnoza, meditacija, joga, podporne skupine), biološko osnovane tehnike (zdravljenje z zelišči, prehranske diete), terapije z dotikom in gibanjem (masaža, kiropraktika, akupresura) ter zdravljenja z

»močjo energije« (terapevtski dotik). Dodane so še tri tehnike (aromaterapija, humor, vitamini), ki niso uvrščene v NCCAM (2008), uporabili pa so jih tudi v drugih raziskavah (Furnham in McGill, 2003; Uzun in Tan, 2004; Chaterji idr., 2007; Yildirim idr., 2010). Vprašalnik so pilotno testirale tri predavateljice za zdravstveno nego, ki imajo pozitiven odnos do KAZ. Po upoštevanih pripombah je bil vprašalnik primeren za raziskavo.

3 Rezultati

Rezultati raziskave so pokazali, da se odnos do KAZ in znanje o njem, med rednimi in izrednimi študenti statistično pomembno ne razlikuje, zato so rezultati prikazani skupaj kot enoten vzorec 113 študentov zdravstvene nege. V tabeli 1 so prikazani rezultati, ki so odraz osnovnega odnosa študentov zdravstvene nege do KAZ. 60 odstotkov se jih strinja, da je KAZ potrebno vključiti v šolski učni načrt in 68 odstotkov v klinično oskrbo. Da je KAZ nevaren za javno zdravje se ne strinja 52 odstotkov študentov, 48 odstotkov se jih strinja, da bi bilo potrebno opustiti tehnike, ki niso znanstveno testirane; kar 40 odstotkov se jih ne more odločiti, ali so rezultati KAZ posledica placebo učinka in 67 odstotkov se jih strinja, da spodbujajo naravno moč zdravljenja telesa.

Tabela 1: Odnos študentov zdravstvene nege do KAZ

	<i>se ne strinjam n (%)</i>	<i>sem neodločen n (%)</i>	<i>se strinjam n (%)</i>	<i>p- vrednost</i>
KAZ (prakso) bi bilo treba vključiti v šolski učni načrt (n = 113)	16 (14)	29 (26)	68 (60)	3,238
KAZ bi bilo treba vključiti v klinično prakso (n = 113)	10 (9)	26 (23)	77 (68)	1,374
KAZ je nevaren za javno zdravje (n = 112)	58 (52)	33 (29)	21 (19)	3,176
Tehnike KAZ-a, ki niso znanstveno testirane, bi bilo treba opustiti (n = 110)	28 (25)	34 (31)	48 (44)	4,337
Rezultati KAZ-a so v večini primerov rezultat oz. posledica placebo učinka (n = 113)	28 (25)	46 (40)	39 (35)	2,309
Tehnike KAZ-a spodbujajo naravno moč zdravljenja telesa (n = 113)	9 (8)	28 (25)	76 (67)	0,583

Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

Študenti zdravstvene nege so bili vprašani, kje so dobili največ informacij o KAZ. Najpogostejša vira informacij sta študentom internet (83, 73%) ter revije/članki (63/55, 7%). Tema sledita televizija (44, 39%) in knjige (41, 36%). V socialnem okolju, kot so družina, prijatelji, jih dobi informacije 30 (27%), najmanj pa na predavanjih (25, 22%) in od zdravstvenih delavcev (17, 15%).

Tabela 2: Porazdelitev odgovorov študentov zdravstvene nege na vprašanja: koliko imajo znanja o posameznih tehnikah KAZ, ali se jim zdijo uporabna, katera bi priporočili pacientom in katera so sami uporabili

	dovolj znanja			uporabno			bi priporočili			so uporabili		
	(vsi)	n %	p	(vsi)	n %	p	(vsi)	n %	p	(vsi)	n %	p
akupunktura	108	15	1,968	103	57	0,174	98	47	0,241	98	14	1,228
akupresura	106	4	2,658	103	31	3,790	97	21	0,523	98	8	4,658
aromaterapija	107	24	0,438	102	55	4,047	97	46	0,204	98	22	3,577
bio. povratna zveza	104	6	0,802	102	13	4,471	98	13	1,217	98	5	0,138
dietna	107	60	1,856	103	67	0,249	97	65	2,141	98	58	1,180
homeopatija	108	19	2,972	101	30	5,108	98	27	0,777	98	11	0,249
humor	107	47	0,169	103	74	0,907	98	66	1,395	98	40	0,303
hipnoza	105	25	8,138	102	35	0,296	98	30	1,945	98	10	0,054
joga	105	40	3,460	103	69	2,408	94	60	3,321	96	14	3,662
kiropraktika	109	13	0,641	100	37	6,714	97	24	1,293	98	43	0,082
masaža	107	50	2,631	103	79	1,648	96	70	0,641	98	35	3,430
meditacija	107	15	2,265	102	63	2,982	96	58	4,236	98	33	2,536
molitev	106	40	6,544	102	54	0,156	96	43	2,668	98	13	0,683
podporna skupina	106	28	0,863	102	60	0,544	96	58	5,239	98	35	2,560
tehnika sproščanja	107	35	1,758	103	72	1,745	95	58	0,405	97	20	0,500
terapevtski dotik	106	31	1,452	102	65	0,958	94	57	1,596	97	9	3,472
vitamini	106	46	1,736	103	63	1,158	96	50	0,490	98	46	2,948
vizualizacija	106	13	3,096	102	24	0,960	95	23	3,609	98	34	1,969
zdravljenje z zelišči	107	27	2,056	103	52	4,127	96	50	4,161	97	28	3,497

Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

Tabela 2 prikazuje povzetek rezultatov opisov posameznih tehnik KAZ. Študenti zdravstvene nege najmanj poznajo akupresuro (4%) in biološko povratno zvezo (6%). Največ študentom se zdi, da imajo dovolj znanja o dietah (60%), med 46 do 49 odstotkov, pa jih meni, da imajo znanje o vitaminih, humorju in masaži.

Več kot 70 odstotkov študentov zdravstvene nege meni, da so masaža, humor in tehnike sproščanja uporabne v klinični praksi; uporabna se jim zdi tudi joga (69%), diete (67%), terapevtski dotik (65%) ter meditacija in vitamini (63%). Študenti se niso izrazili glede škodljivosti akupunkture, biološke povratne zveze, humorja, masaže, podpornih skupin, tehnik sproščanja, terapevtskega dotika in zdravljenja z zelišči. 70 odstotkov študentov bi priporočilo pacientom uporabo masaže, humor (66%), homeopatijo (65%) in jogo (60%). Od 50 do 58 odstotkov bi jih priporočilo vitamine, podporne skupine, terapevtski dotik, tehnike sproščanja in meditacijo. Dieto (58%) je največ študentov zdravstvene nege preizkusilo na sebi, sledi uporaba vitaminov (46%) ter kiropraktika (43%). Biološko povratno zvezo (5%), akupresuro (8%) in terapevtski dotik (9%) pa najmanj uporabljajo.

4 Razprava

Z raziskavo smo zbrali in primerjali podatke o odnosu do KAZ in znanju o njem med študenti 2. letnika zdravstvene nege na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani. Rezultati so pokazali, da med rednimi in izrednimi študenti zdravstvene nege ni razlik v odnosu in znanju o KAZ, čeprav smo jih pričakovali glede na to, da naj bi imeli izredni študenti več delovnih izkušenj. Obstajajo povezave znotraj celotne skupine sodelujočih študentov glede znanja o posameznih tehnikah KAZ, mnenjem o njihovi klinični uporabnosti, pripravljenostjo, da jih priporočijo bolnikom in lastno uporabo.

Mnogi uporabniki KAZ pričakujejo informacije o njihovem načinu delovanja in zdravilnih učinkih od zdravstvenih delavcev. Med njimi je morda prav medicinska sestra tista, ki je največ v stiku z bolniki in bi morala imeti določeno znanje o tem (Helms, 2006). Zato je pohvalno, da se skoraj dve tretjini študentov strinja, da bi morale biti vsebine o KAZ vključene v šolski učni načrt in klinično oskrbo, podobno kot menijo to medicinske sestre v Turčiji (Uzun in Tan, 2004). Dobra polovica se tudi strinja, da s tem ne bi bilo ogroženo javno zdravje.

V Ameriki (Avino, 2011) in Afriki (Akinola, 2011) so se že pokazali pozitivni učinki za vključitev tehnik KAZ v učne programe za medicinske sestre, ki v večini primerov igrajo vlogo svetovalca in bolnika obravnavajo holistično. Iz predstavljenega lahko sklepamo, da imajo študenti pozitiven odnos do KAZ, kar se ujema z ugotovitvami drugih raziskav, da medicinske sestre podpirajo bolnike pri uporabi teh vrst zdravljenj (Damkier idr, 1998; Uzun in Tan, 2004; Yildirim idr. 2010; Buchan idr., 2012). Vendar v raziskavi to mnenje okoli dve tretjini študentov spodbija z odgovori, da bi bilo potrebno vse tehnike KAZ, ki niso znanstveno testirane, opustiti, da ne vedo, da je z njimi v večini primerov možno doseči samo placebo učinek; vedo pa, da spodbujajo naravno moč tistega, ki jih uporablja.

Pomanjkanje znanstvenih dokazov je pri večini tehnik, ki so navedene v vprašalniku, in še več, tudi opravljene raziskave imajo velikokrat nasprotujoče rezultate, ki zavajajo njihove uporabnike (Long, 2011). To je zaskrbljujoče, ker je večina teh ugotovitev predstavljenih na internetu, ki je vir, s katerega študenti v raziskavi dobijo največ informacij. V Turčiji so študenti zdravstvene nege največ informacij o KAZ dobili iz knjig in televizije (Yildirim idr., 2010), v naši raziskavi pa so knjige šele na četrtem mestu. Najmanj informacij dobijo študenti na predavanjih in od zdravstvenega osebja, kar je razumljivo, saj v Sloveniji in tudi drugih evropskih državah (Taylor in Blackwell, 2010), KAZ ni zakonsko urejeno zdravljenje, teh vsebin ni v učnih programih in o tem se zdravniki z bolniki ne pogovarjajo (Boutin idr., 2000; Long, 2011).

Raziskava je pokazala, da so tehnike KAZ, ki jih najbolj pozna okoli polovico študentov (diete, masaža, humor, vitamini), po njihovem mnenju tudi najbolj klinično uporabne (poleg akupunkture, aromaterapije, joge, meditacije, molitve, podpornih skupin, tehnik sproščanja, terapevtskega dotika in zdravljenja z zelišči) in bi jih največkrat priporočili bolnikom (poleg joge, meditacije, podpornih skupin, tehnik sproščanja in terapevtskega dotika). Medtem ko se je pokazalo, da so sami največkrat uporabili

samo zdravljenje z dieto, še manjkrat vitamine in kiropraktiko. Zanimivo pri tem je, da imajo študenti malo znanja o tehnikah KAZ, kot so: akupunktura, hipnoza, joga in terapevtski dotik, katerih učinkovitost je največkrat znanstveno dokazana in v nekaterih državah so že del konvencionalnih zdravljenj (Akinola, 2011). Kljub temu pa imajo veliko zaupanje do teh tehnik KAZ, saj menijo, da so vse uporabne in neškodljive. Nekoliko manj so pripravljeni priporočiti te tehnike bolnikom, morda zaradi pomanjkanja znanja, kot se je pokazalo v raziskavi v Turčiji (Uzun in Tan, 2004).

5 Sklep

Večina študentov zdravstvene nege je bila seznanjena s KAZ, ki se med ljudmi v zahodnem svetu pogosto prikrito uporablja pred zdravstvenimi delavci. Medtem ko ima večina študentov pozitiven odnos do tehnik KAZ, kot tudi željo po teoretičnem znanju in praktičnem usposabljanju o uporabi le-teh v klinični praksi in bi jih verjetno priporočili bolnikom v prihodnjem poklicnem življenju, jih pa sami razmeroma malo uporabljajo. Zaradi vse večjega znanstvenega razvoja KAZ in povečane »popularnosti« bi bilo potrebno, da bi se uskladilo politiko vključevanja KAZ v učni program za medicinske sestre glede na pričakovanja in povratne informacije študentov zdravstvene nege, ki bi bile upoštevane pri določanju izobraževalnih standardov.

LITERATURA

1. Akan, H., Izbirak, G., Kaspar, E. C., Kaya, C. A., Aydin, S., Demircan, N. idr. (2012). Knowledge and attitudes towards complementary and alternative medicine among medical students in Turkey. *BMC Complement Altern Med*, 12 (115), 1–7.
2. Akinola, O. B. (2011). Should complementary and alternative medicine familiarisation modules be taught in Africa medical schools? *J Chin Integr Med*, 9 (11), 1165–1169.
3. Avino, K. (2011). Knowledge, attitudes, and practices of nursing faculty and students related to complementary and alternative medicine: a statewide look. *Holist Nurs Pract*, 25 (6), 280–288.
4. Barnes, P. M., Bloom, B. in Nahin, R. (2008). Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. *National Health Statistics Reports*, 12, 1–24.
5. Boutin, P. D., Buchwald, D., Robinson, L. in Collier, A. C. (2000). Use of and attitudes about alternative and complementary therapies among outpatients and physicians at a municipal hospital. *J Altern Complement Med*, 6 (4), 335–343.
6. Buchan, S., Shakeel, M., Trinidade, A., Buchan, D. in Ah See, K. (2012). The use of complementary and alternative medicine by nurses. *Br J Nurs*, 21 (11), 672–675.
7. Chaterji, R., Tractenberg, R. E., Amri, H., Lumpkin, M., Amorosi, S. B. in Haramati, A. (2007). A large-sample survey of first- and second-year medical student attitudes towards complementary and alternative medicine in the curriculum and in practice. *Altern Ther Health Med*, 13 (1), 30–35.
8. Damkier, A., Elverdam, B., Glasdam, S., Jensen, A. B. in Rose, C. (1998). Nurses' attitudes to the use of alternative medicine in cancer patients. *Scand J Caring Sci*, 12 (2), 119–126.
9. Dernovšek, M. (2011). Analiza alternativnega zdravljenja v Sloveniji. Diplomsko delo. Koper: Fakulteta za management.
10. Frenkel, M. A. in Borkan, J. M. (2003). An approach for integrating complementary–alternative medicine into primary care. *Family Practice*, 20 (3), 324–332.

11. Furnham, A. in McGill, C. (2003). Medical students' attitudes about complementary and alternative medicine. *J Alter Complement Med*, 9 (2), 275–284.
12. Halcon, L. L., Chlan, L. L. Kreitzer, M. J. in Leonard, B. J. (2003). Complementary therapies and healing practices: faculty/student beliefs and attitudes and the implications for nursing education. *J Prof Nurs*, 19 (6), 387–397.
13. Hasan, M. Y., Das, M. in Behjat, S. (2000). Alternative medicine and the medical profession: views of medical students and general practitioners. *East Mediterr Health J*, 6 (1), 25–33.
14. Helms, J. E. (2006). Complementary and alternative therapies: a new frontier for nursing education? *J Nurs Educ*, 45 (3), 117–123.
15. Hon, E. K., Twinn, S. F., Leung, T. F., Thompson, D. R., Wong, Y. in Fok, T. F. (2006). Chinese nursing students' attitudes toward traditional Chinese medicine. *J Nurs Educ*, 45 (5), 182–185.
16. Kreitzer, M. J., Mitten, D., Harris, I. in Shandeling, J. (2002). Attitudes toward CAM among medical, nursing and pharmacy faculty and students: a comparative analysis. *Altern Ther Health Med*, 8 (6), 44–47, 50–53.
17. Long, A. (2011). Complementary and alternative medicine: what physicians should know. *Rx for Prevention*, LA County department of Public Health, 2 (9), 1–6.
18. NCCAM (2008). What is cam. Pridobljeno 6. 2. 2013, s <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam>.
19. Sawni, A. in Thomas, R. (2007). Pediatricians' attitudes, experience and referral patterns regarding complementary/alternative medicine: a national survey. *BMC Complement Altern Med*, 7 (8), 1–7.
20. Taylor, N. in Blackwell, A. (2010). Complementary and alternative medicine familiarization: what's happening in medical schools in Wales? *Evid Based Complement Alternat Med*, 7 (2), 265–269.
21. Uzun, O. in Tan, M. (2004). Nursing students' opinions and knowledge about complementary and alternative medicine therapies. *Complement Ther Nurs Midwifery*, 10 (4), 239–244.
22. Yildirim, Y., Parlar, S., Eyigor, S., Serto, O. O., Eyigor, C., Fadiloglu, C. idr. (2010). An analysis of nursing and medical students' attitudes towards and knowledge of complementary and alternative medicine (CAM). *J Clin Nurs*, 19 (7-8), 1157–1166.

Medgeneracijsko sodelovanje med mentorjem in študentom

UDK 331.361.3:616-083

KLJUČNE BESEDE: mentorji, praktično usposabljanje, medicinske sestre

POVZETEK – Direktiva 2005/36/ES (Ul EU, 2005) pravi, da je klinično usposabljanje del izobraževanja medicinskih sester; pri katerem se udeleženci učijo dela v skupini, v neposrednih stikih z zdravim ali bolnim posameznikom, skušajo organizirati, pripravljati in aplicirati zdravila in tako ovrednotiti zahtevano celovito zdravstveno nego. Klinično usposabljanje v izobraževalnem procesu zdravstvene nege predstavlja edino možnost za profesionalni razvoj študentov zdravstvene nege. Zato je vloga mentorja v kliničnem okolju ključna in predstavlja veliko odgovornost, saj študenti na kliničnih vajah pridobivajo izkušnje neposredno preko učenja v praksi (Lorber in Donik, 2009). Pri svojem delu smo se usmerili k odnosu mentor – študent pri usposabljanju na področju zdravstvene nege, opisali smo vlogo mentorja in njegove kompetence, v okviru tega smo se dotaknili lastnosti in sposobnosti, ki naj bi jih imel dober mentor. V nadaljevanju smo na kratko predstavili klinično usposabljanje in didaktična načela, ki so nam pri tem pomagala.

UDC 331.361.3:616-083

KEY WORDS: mentor, practical training, nurse

ABSTRACT – Directive 2005/36/EC (EU, 2005) defines that clinical training is part of nursing education in which participants learn to work in groups, make direct contact with a healthy or ill individual, try to organise, prepare and administer medicines and evaluate the required holistic nursing care. In the educational process of nursing care, clinical training is the only option for the professional development of nursing students. Therefore, the role of the mentor in the clinical setting is crucial and presents a great responsibility, since trainees or students in clinical work gain experience directly through learning in practice (Lorber and Donik, 2009). In our work, we focus on the mentor-student relationship during training in the field of nursing care. We describe the role of the mentor and his/her competence in this context, and we discuss the traits and abilities that a good mentor should have. We briefly introduce clinical training and didactic principles that help us in this process.

1 Uvod

Praktično usposabljanje študentu omogoča spoznavanje, razvijanje in utrjevanje strokovnih kompetenc, lastne osebnosti in profesionalnega potenciala. Mnogo avtorjev ugotavlja, da učenje v kliničnem okolju pripomore študentu k lažjemu vključevanju v profesionalno prakso, ga spodbuja k odgovornosti in kritičnemu razmišljanju in privzga razumsko mišljenje. Pri učenju klinične prakse sta medsebojno povezana dva člena; mentor in študent, za uspešno sodelovanje med mentorjem in študentom je potrebno sodelovanje obeh. Odnos morata vzpostavljati oba, ga skupaj oblikovati, pri tem pa vsak zase prevzeti odgovornost za kakovosten odnos. Lahko pa se zgodi, da med mentorjem in študentom ne pride do pravega odnosa, zato proces mentorstva ne bo učinkovit in kakovosten. Prav zaradi tega mora imeti mentor precejšnjo mero sposobnosti in osebnostnih lastnosti, da poskuša najti pravo pot, ki bo pripomogla k strokovnemu in osebnostnemu razvoju študenta.

V nalogi smo se usmerili k odnosu mentor in študent pri usposabljanju na področju zdravstvene nege, opisali smo vlogo mentorja in njegove kompetence, v okviru tega smo se dotaknili lastnosti in sposobnosti, ki naj bi jih dober mentor imel. V nadaljevanju smo na kratko predstavili klinično usposabljanje in didaktična načela, ki so nam pri tem v pomoč.

Pri izdelavi naloge smo si zastavili raziskovalna vprašanja:

- ☐ Kaj je praktično usposabljanje?
- ☐ Kakšne so mentorjeve naloge in kompetence?
- ☐ Kaj pričakujemo od praktikanta/študenta na praktičnem usposabljanju?
- ☐ Ali so mentorji pri praktičnem usposabljanju usmerjeni k praktikantu oz. študentu?
- ☐ Kako poteka praktično usposabljanje glede na vnaprej pripravljenih učnih načrtih/strategijah?

Skoraj vsak študent je na začetku neizkušen in prestrašen, zato potrebuje ob sebi mentorja – učitelja, ki je hkrati strokovnjak na svojem področju, z osebnostnimi lastnostmi, ki študentu omogočajo ustvarjalno razvijanje njegovih spretnosti in veščin.

2 Klinično usposabljanje študentov

Direktiva 2005/36/ES (UI EU, 2005) pravi, da je klinično usposabljanje del izobraževanja medicinskih sester, pri katerem se udeleženci praktičnega izobraževanja oziroma usposabljanja učijo v skupini in tako v neposrednih stikih z zdravim ali bolnim posameznikom in skupnostjo skušajo organizirati, pripravljati in aplicirati zdravila in tako ovrednotiti zahtevano celovito zdravstveno nego. Medicinska sestra se kot udeleženka praktičnega usposabljanja nauči ne le delati v skupini, ampak tudi voditi skupino in organizirati kakovostno zdravstveno nego. Usposabljanje poteka v bolnišnicah in drugih zdravstvenih ustanovah pod nadzorom učiteljev oziroma mentorjev zdravstvene nege.

Klinično usposabljanje v izobraževalnem procesu zdravstvene nege predstavlja edino možnost za profesionalni razvoj praktikantov zdravstvene nege. Zato je vloga mentorja v kliničnem okolju ključnega pomena in predstavlja veliko odgovornost, saj praktikanti oziroma študenti na kliničnih vajah pridobivajo izkušnje preko učenja neposredno v praksi. Vsak mentor, ki stopa v interakcijo s praktikantom zdravstvene nege v kliničnem okolju, ima dvojne pomembnih nalog. Najprej mora svoje delo pri pacientu opraviti strokovno po določenih standardih, profesionalno, pravočasno in natančno, na drugi strani pa od njega pričakujemo, da posreduje znanje in veščine, nadzira in ocenjuje delo študenta in tudi, da mentorstvu posveti dovolj časa. Zavedamo se, da je vse to včasih težko izvedljivo, prav tako pa moramo upoštevati, da tako mentor kot študent v tem odnosu nastopata vsak s svojimi individualnimi osebnostnimi značilnostmi (Lorber in Donik, 2009).

Opalk (2003) opredeli uspešnega mentorja kot nekoga, ki:

- ☐ ga zaposleni spoštujejo,
- ☐ praktikantom namenja čas in jih ustrezno vodi,

- ☐ je dober poslušalec, ima dobre komunikacijske sposobnosti,
- ☐ je pripravljen poučevati,
- ☐ je prilagodljiv in se zna postaviti v vlogo drugega,
- ☐ spodbuja praktikanta,
- ☐ sprejema študente brez predsodkov,
- ☐ je odkrit in zna postavljati izzive.

3 Mentorjeva vloga

Sam izraz mentor izvira iz antične Homerjeve Odiseje. Odisej, kralj Itake, se je odpravil v trojansko vojno. Skrb za vzgojo, vodenje in poučevanje svojega sina Telemaha je zaupal pametnemu in zaupanja vrednemu prijatelju Mentorju. Mentor, ki je bil preoblečena boginja modrosti Atena, uteleša moške in ženske kvalitete, kot so: biti vzgojen, podporen, zaščitniški, pa tudi agresiven, samozavesten in tvegajoč (Kranjčec in Govekar – Okliš, 2010, str. 138).

Angleški andragog Jarvis (1995, v Mesarič, 2012) in Clutterbuck (1994, v Mesarič, 2012) sta v devetdesetih letih 20. stoletja navajala širšo opredelitev mentorja; mentor ima znanje in izkušnje o podjetju, stroki, pozna sposobnost praktikanta in ga lahko vodi.

Opredelitve o tem, kdo je mentor, nam prikazujejo, da mora imeti mentor določene osebnostne lastnosti, da je lahko v pomoč študentu in ga tudi strokovno in osebnostno razvija. Na podlagi navedenega lahko sklepamo, kakšne so mentorjeve vloge v praktičnem usposabljanju (Govekar – Okoliš, Kranjčec, Gruden, Kosevski Puljić, Merkač Skok, 2010, str. 6).

Govekar – Okoliš, Kranjčec, Gruden, Kosevski Puljić in Merkač Skok navajajo, da avtor Opalk (2003) vidi mentorja v vlogi vzornika, motivatorja in hkrati svetovalca za razliko od Kranjca (1984, v Mesarič, 2012), ki pravi, da sta pri oblikovanju mentorjeve vloge pomembna dva tipa mentorjev:

- ☐ mentorji, ki delujejo usmerjevalno in po vnaprej določeni poti in shemi učnih epizod sistematično vodijo do znanja,
- ☐ mentorji, ki niso usmerjevalni, delujejo bolj sproščeno, odprto in poskušajo vključiti v proces učenja tisto, kar pri študentu sproti odkrivanje.

V obeh primerih je mentorjeva vloga vodilna.

Najboljši so tisti mentorji, ki imajo že vnaprej začrtano pot in shemo poučevanja, hkrati pa so se pripravljeni prilagajati sprotnim odkritjem študentovih potreb in, če je treba kakšno metodo ali način dela zamenjati oziroma prilagoditi, to tudi storijo (Govekar – Okoliš, Kranjčec, Gruden, Kosevski Puljić in Merkač Skok, 2010, str. 8).

3.1 Mentorjeve kompetence

Kompetence v poslovnem okolju razumemo kot zmožnost organizacije, da nekaj proizvede, da se nečesa nauči ali se na primer nečemu prilagodi. Na posameznikovi ravni

so kompetence ključne značilnosti in vedenja zaposlenih, ki so osnova za učinkovito delovanje v določeni organizaciji ali službi.

Govekar – Okoliš, Kranjčec, Gruden, Kosevski Puljić in Merkač Skok (2010, str. 14) povzemajo opredelitev mentorjevih kompetenc praktičnega usposabljanja praktikan-tov v delovnih organizacijah na: strokovne, odnosno-komunikacijske in organizacij-sko-administrativne.

3.1.1 Strokovne kompetence mentorja

- Model strokovnjaka, ki izkazuje kakovostno strokovno znanje, poznavanje učnih metod in pristopov pri poučevanju stroke.
- Posameznik kaže entuziazem (čustveno povezavo z idejo in energija narašča in narašča) pri svojem delu ter s praktikantom razvije pozitiven odnos do prihodnjega strokovnega poklica.
- Poznati mora delovanje institucije, kjer poteka praktično usposabljanje, sistem dela, zakonodajo in dokumentacijo.
- Pri načrtovanju dela s študentom upošteva izobraževalne potrebe posameznika in se prilagaja stopnji razvoja njegovih praktičnih veščin v poklicu.
- Študentu pomaga pri načrtovanju, izvajanju in vrednotenju praktičnega dela.
- Daje napotke za delo v instituciji ob nenehnem spodbujanju študenta h kritični refleksiji o opravljenem delu, s tem študent lastne izkušnje povezuje s širšimi teo-retičnimi in praktičnimi strokovnimi spoznanji.
- Obvlada razne metode in oblike opazovanja in spremljanja poteka študentovega praktičnega usposabljanja ter upošteva posameznikove učne stile in učne navade.
- Uporablja informacijsko-komunikacijske tehnologije pri praktičnem usposabljanju in k temu navaja študenta.
- Zna ocenjevati študentove sposobnosti in dosežke ter mu daje konstruktivno po-vratno informacijo o njegovem delu.
- Ustrezno vpliva na študentovo poklicno socializacijo in na razvoj njegove poklic-ne identitete.
- Ima razvito samopodobo, je samokritičen, se ne precenjuje in ne podcenjuje.
- Skrbi za osebni in poklicni razvoj s stalnim strokovnim izpopolnjevanjem.
- Skrbi za lastno vseživljenjsko učenje in izobraževanje.

3.1.2 Odnosno-komunikacijske kompetence mentorja

- Vzpostavi učinkovito in jasno komunikacijo; izkazovati mora potrebne komuni-kacijske spretnosti, spretnost poslušanja, spretnosti takojšnjega odziva na sogo-vornikove besede s ciljem spodbujanja študenta k lastni refleksiji, svetuje, uporab-lja usmerjena in odprta vprašanja ter obvlada slovenski knjižni jezik.
- S študentom mora vzpostaviti kakovostne osebne in delovne odnose ob razumeva-nju njegovih strahov in negotovosti ter vzpostaviti pozitivno vzdušje.
- Spretno obvlada nezaželene dogodke pri praktičnem usposabljanju v instituciji (konflikti, nemotiviranost, nedisciplina) in svoje odzive na te dogodke, k temu pa poskuša navajati tudi študenta.
- Podpira študenta pri njegovem delu v instituciji tako na spoznavnem kot čustve-

nem področju ter ga istočasno izzove k spremembam v nadaljnjem razvoju znanj in spretnosti pri praksi.

- Zna spodbujati študenta, da lahko ta brez zadržkov vpraša za nasvet pri praktičnem usposabljanju.
- Uspešno sodeluje z drugimi strokovnimi sodelavci v instituciji, z vodstvom, s strokovnimi institucijami in zavodi, ter zna povezovati kadrovske potencial podjetja za čim bolj učinkovito usposabljanje študenta.

3.1.3 Organizacijsko-administrativne kompetence mentorja

- Zna primerno obvladovati čas glede na svoje cilje (organizacija, načrtovanje in izvedba praktičnega usposabljanja) in k temu navaja tudi študenta.
- Zna ustrezno organizirati študentovo delo v instituciji, po potrebi študentu spremeni urnik izvedbe praktičnega dela, vodenje dokumentacije, uskladi praktikanovo delo s sodelavci v instituciji.

Mentorjeve kompetence, ne glede na strokovno področje, smo priredili in jih konkretizirali za naše potrebe (Govekar – Okoliš, Kranjčec, Gruden, Kosevski Puljić in Merkač Skok, 2010, str. 15).

3.2 Opredelitve mentorstva

Mentorstvo lahko najbolje opišemo kot recipročni in sodelovalni učni odnos med dvema ali več posamezniki, ki si delijo vzajemno odgovornost pri pomoči kandidatu za doseganje jasnih in skupno opredeljenih učnih ciljev (Govekar – Okoliš, Kranjčec, Gruden, Kosevski Puljić in Merkač Skok, 2010, str. 15).

Hierarhični prenos informacij in znanja od starejše (bolj izkušene osebe) na mlajšo (manj izkušeno) ni več prevladujoča paradigma. Mentorska praksa se je premaknila iz modela, za katerega je značilen prenos znanja, k procesno usmerjenemu odnosu, ki vključuje pridobivanje, uporabo in kritičen premislek. Zachary (2000) opredeljuje osnovne elemente na kandidata usmerjene paradigme mentorstva v tabeli 1.

Posameznik ima v sodobni paradigmi bolj dejavno vlogo v učenju kot v prejšnji, bolj tradicionalni paradigmi, kjer je kandidat odvisen od mentorja, je nedejaven, pri nalogah sledi mentorju in sprejema znanje (Kranjčec in Govekar – Okoliš, 2010, str. 141). Danes na mentorstvo ne gledamo več kot na pretok modrosti od mentorja k kandidatu, ampak je pomemben učni odnos, v katerem oba udeleženca skušata pridobiti boljše razumevanje delovnega mesta in sveta. Mentor ima bolj spodbujevalno vlogo, kandidat pa se uči deliti odgovornost za učno okolje, prioritete, učenje in vire ter postaja vse bolj samousmerjen. Kadar kandidat ni pripravljen za prevzem te stopnje odgovornosti, mentor razvija kandidatovo zmožnost za samousmerjanje (od odvisnosti k neodvisnosti do medsebojne odvisnosti). V razvoju učnega odnosa oba partnerja v mentorskem odnosu delita odgovornost za doseganje kandidatovih učnih ciljev.

Tabela 1: Elementi na kandidata usmerjene paradigme

<i>Elementi mentorstva</i>	<i>Sprememba v paradigmi v paradigmi</i>	<i>Načelo učenja odraslih</i>
Vloga kandidata	Od nedejavnega prejemnika k dejavnemu partnerju	Odrasli se najbolje učijo, kadar so vpleteni v diagnosticiranje, načrtovanje, usvajanje in ovrednotenje svojega lastnega učenja
Vloga mentorja	Od avtoritete k spodbujevalcu	Vloga spodbujevalca je, da ustvarja in ohranja podporno vzdušje, ki spodbuja pogoje, nujne za učenje.
Učni proces	Od mentorjevega usmerjanja in njegove odgovornosti za kandidatovo učenje k samousmerjanju in kandidatovi lastni odgovornosti za svoje učenje.	Odrasli imajo potrebo po samousmerjanju.
Trajanje odnosa	Od osredotočanja na koledar k določanju ciljev.	Pripravljenost na učenje narašča, kadar obstaja specifična potreba po vodenju.
Mentorski odnos	Od enega mentorja v življenju k več mentorjem in več mentorskim modelom; individualni, vrstniški in skupinski modeli.	Življenjska izbira izkušenj je glavni učni vir; življenjske izkušnje drugih obogatijo učni proces.
Okolje	Od neposredne komunikacije k več različnim okoljem ter možnostim.	Odrasli imajo sebi lastno potrebo za takojšnjo uporabo.
Osredotočenost	Od usmerjenosti na prenos in pridobivanje znanja k usmerjenosti na proces: kritični premislek in uporaba.	Odrasli se najbolj odzivajo na učenje, kadar so notranje motivirani zanj.

Vir: Mesarič, H. (2012). Predlog posodobitve modela praktičnega usposabljanja študentov na zavodu za varstvo pri delu d. d. Magistrsko delo. Maribor: Fakulteta za organizacijske vede.

Po Govekar – Okoliš, Kranjčec, Gruden, Kosevski Puljić, Merkač Skok (2010, str. 9) v praktičnem usposabljanju ločimo glede na to, kdo lahko vodi praktično usposabljanje, dve vrsti mentorjev. Mentor mora biti strokovno usposobljena oseba in je lahko:

- habilitiran učitelj – koordinator/mentor na izobraževalnem zavodu (fakulteti),
- mentor v delovni organizaciji (t. i. zunanji mentor), ki je imenovan glede na strokovne zahteve posameznega zavoda:
 - ki je zaposlen v delovni organizaciji z izobrazbo, ki ni nižja od tiste, ki jo bo pridobil študent po zaključku šolanja oziroma študija, in ima delovne izkušnje na določenem področju,
 - izjemoma tudi zaposlena oseba, ki ima največ izkušenj z zahtevnimi in odgovornimi nalogami, a le v primeru, da nihče od izvajalcev v instituciji ne izpolnjuje pogojev za mentorja (Kristl idr., 2007, str. 17).

Shema 1: Vrste mentorjev pri praktičnem usposabljanju



Vir: Govekar – Okoliš, M., Kranjčec, R., Gruden, U., Kosevski Puljić, B., Merkač Skok, M. (2010). Izobraževanje mentorjev za praktično usposabljanje študentov po bolonjskih študijskih programih podjetjih/zavodih Ljubljana: Znanstvena založba.

3.3 Mentorstvo z vodstvenega vidika

Za razumevanje mentorstva so z vodstvenega vidika primerne situacijske teorije vodenja. Te so osnovane na predpostavki, da so različni vedenjski vzorci različno učinkoviti in da enaki vedenjski vzorci niso optimalni v vseh položajih (Yukl, 1989, v Mesarič, 2012), kar velja tudi za mentorske odnose. Mentor naj bo fleksibilen in sposoben uporabljati štiri različne stile vodenja: direktivni, inštruktivni, bodrilni in delegiranje (Govekar – Okoliš, Kranjčec, Gruden, Kosevski Puljić in Merkač Skok, 2010, str. 19).

Tabela 2: Štirje osnovni stili vodenja za potrebe mentorstva

1 stil	Direktivni	Mentor daje navodila in natančno nadzoruje študentovo izpeljavo naloge.
2 stil	Inštruktivni	Mentor nadaljuje direktivo in natančno nadzoruje študentovo izpeljavo naloge, poleg tega pa razlaga odločitve, prisluhne sugestijam in spodbuja napredek.
3 stil	Bodrilni	Mentor pomaga študentu in ga podpira v izpeljavi nalog ter skupaj z njim sprejema odločitve.
4 stil	Delegiranje	Mentor prenese odgovornosti za sprejemanje določenih odločitev in reševanje težav na študenta.

Vir: Govekar – Okoliš, Kranjčec, Gruden, Kosevski Puljić in Merkač Skok (2010). Praktično usposabljanje študentov v delovnih organizacijah in primeri praks. Ljubljana: Center za pedagoško izobraževanje.

Pri posamezniku obstajajo različne kombinacije sposobnosti in zavzetosti, zato naj mentor pri razvijanju le-teh sledi naslednjim korakom ter spreminja svoj stil vodenja skladno z napredkom študenta:

- ☐ mentor pove študentu, kaj naj dela,
- ☐ mentor pokaže študentu, kaj naj naredi,
- ☐ mentor dovoli, da študent poskusi opraviti delo,
- ☐ mentor opazuje študentovo vedenje,
- ☐ mentor pohvali študentov napredek.

4 Učni načrt

Da bi bili učni cilji in učne vsebine prilagojeni neposredni učni uporabi, jih je treba primerno izbrati, razvrstiti in prilagoditi ter stopnjevati glede na vrsto in stopnjo šolanja. Prav to je naloga učnega načrta. Učno dogajanje usmerja ne le ciljno in vsebinsko, ampak predvsem tudi organizacijsko in metodično, v njem se stekajo vse temeljne učne odločitve in dileme. Zato sta sistematično in racionalno poučevanje ter učenje precej odvisna prav od učnega načrta (Blažič, Ivanuš – Grmek, Kramar, Strmčnik, 2003, str. 240).

4.1 Faze sistematičnega usposabljanja

Vukovič in Miglič (2006, str. 93) navajata posamezne faze sistematičnega usposabljanja.

Analiza – faza ima dva prevladujoča namena, in sicer:

- ugotavlja, katera težava je sprožila potrebo po usposabljanju in ali je usposabljanje dejansko prava rešitev (ocenjevanje potreb),
- preučuje naloge in spretnosti, potrebne za izvajanje funkcije ali dela,
- določa prednosti zadovoljevanja potreb, analizira vzroke delovne neuspešnosti, išče možne rešitve,
- ugotavlja, kateri delavci (posamezniki ali skupine) potrebujejo usposabljanje,
- njena poglavitna naloga je potrditi, da je usposabljanje prava in stroškovno najučinkovitejša rešitev, poleg tega pa faza vključuje tudi analizo značilnosti učencev in okolja, v katerem bo znanje uporabljeno.

Oblikovanje – v tej fazi:

- je določena strategija usposabljanja,
- izbrani in razloženi so podatki, na podlagi katerih so oblikovani cilji in vsebina usposabljanja, ki v nadaljevanju usmerjajo oblikovanje programa usposabljanja in določajo izbor učnih metod ter pripomočkov,
- določen je čas, potreben za učenje novih spretnosti in trajanje posameznih vsebin itd.

Razvoj – v tej fazi je:

- začrtana prva končna podoba neposredne izvedbe,
- izbrane ali na novo razvite metode podajanja posameznih programskih vsebin ter učna gradiva, avdiovizualni pripomočki, izbrana je tehnična oprema, dokončno so izdelani urniki.

Izvedba - neposredna izvedba usposabljanja (delavnica, seminar itd.), med katero izvajalec spremlja tudi napredek in reakcije udeležencev, s čimer že sproti evalvira uspešnost oblike in neposrednega prenosa ter se po potrebi in glede na možnosti prilagaja situacijskim zahtevam.

Evalvacija - evalvacijski podatki in povratne informacije so namenjeni izboljšanju, predelavi in dopolnitvam predhodnih faz usposabljanja ter so izhodišče za merjenje uspešnosti in učinkovitosti programa. Faza, ki dejansko poteka znotraj posameznih

faz in tudi med njimi. Vodi neposredno nazaj k fazi analize, v kateri evalvacijski rezultati usmerjajo ugotavljanje nadaljnjih potreb po usposabljanju.

Koncept modela sistematičnega usposabljanja nam omogoča celovit pregled nad procesom usposabljanja. Stopnja poudarka posameznih faz se spreminja glede na posamezne programe.

5 Didaktična načela pri praktičnem usposabljanju

Na podlagi znanstvenih metod je didaktika opredelila tudi učna načela ali didaktične principe, ki odražajo bistvo uspešne prakse. Na učna načela ne smemo gledati posamično, ker niso povsem samostojna, ampak so drug drugemu pogoj, pa tudi drug drugega omejujejo. V nadaljevanju bomo navedli nekatera najbolj splošna učna načela po Jerebu (1998, str. 52), ki veljajo tudi pri praktičnem usposabljanju.

K uresničevanju načela zavestne dejavnosti študenta nas vodijo vsa sodobna dognanja didaktike in psihologije učenja. Brez razumevanja, miselnega sodelovanja ter aktivnega učenja ne more biti uspešno nobeno, še tako dobro pripravljeno izobraževanje. To načelo mentor v praksi uresničuje zlasti z zbirko aktivnih učnih oblik in metod ter z njihovim ustvarjalnim kombiniranjem.

Načelo primernosti zahteva, da je vsako usposabljanje prilagojeno študentovim posebnostim, značilnostim in sposobnostim.

Usposabljanje mora biti nazorno in dostopno študentu. Z uresničevanjem načela nazornosti vodi mentor študente do jasnih predstav, ki so pogoj za jasnost pojmov. Nazornost, ki jo mentor uresničuje zlasti z živimi opisi ali skicami, demonstracijami stvari in postopkov dela, bistveno olajša in pospešuje dojetje in zapomnitev. Z nazornostjo je mentorjeva razlaga študentu bolj dostopna, saj izhaja iz konkretnosti in se nanjo opira. Nazornost mentor doseže predvsem z vključevanjem ustrezne učne tehnologije, učnih sredstev in pripomočkov.

Načelo postopnosti in sistematičnosti mentor uresničuje z upoštevanjem pravil, kot so: od neznanega k znanemu, od lažjega k težjemu, od preprostega k zapletenemu, od bližnjega k daljnemu itd. V učnem procesu mora mentor izhajati predvsem iz študentovih delovnih in življenjskih izkušenj. Učne vsebine, ki jih posreduje, morajo biti sistematično urejene in si slediti v svojem logičnem zaporedju.

Upoštevanje načela povezovanja teorije s prakso je za praktično usposabljanje nujnost. Teoretično znanje mora mentor stalno povezovati z delom in z izkušnjami študenta ter ga tako sproti preverjati v praksi, to je preizkušati njegovo uporabnost.

Pomembno didaktično načelo je tudi načelo trajnosti znanja. K večji trajnosti znanj in spretnosti lahko prispeva pravilna izbira učnih metod in oblik.

Didaktični pristopi morajo v največji meri analizirati stvarne izkušnje udeležencev, pri tem pa se zavedati vrednosti in pomena dejanskega izkustva (Vukovič in Miglič, 2006, str. 176).

6 Sklep

Učenje v kliničnem okolju predstavlja edino možnost za profesionalni razvoj študentov zdravstvene nege. Zato je vloga in pomen mentorja v kliničnem okolju zelo pomembna in odgovorna, saj študenti na kliničnih vajah pridobivajo izkušnje neposredno preko učenja v praksi. Vsak mentor, ki stopa v interakcijo s študentom zdravstvene nege v kliničnem okolju, ima dvoje pomembnih nalog. Svoje delo mora pri pacientu opraviti strokovno, profesionalno, pravočasno in natančno, na drugi strani pa od njega pričakujemo, da posreduje znanje in veščine, nadzira in ocenjuje delo študenta in tudi, da mentorstvu posveti dovolj časa. Vemo, da je vse to včasih težko izvesti, prav tako pa moramo upoštevati še dejstvo, da tako mentor kot študent v tem odnosu nastopata vsak s svojimi individualnimi osebnostnimi značilnostmi.

Izobraževanje in praktično usposabljanje sta med seboj povezana in se nenehno prepletata, kot pravijo strokovnjaki, ni je dobre teorije brez prakse in ni je dobre prakse brez teorije. Menim, da je večini študentov na področju zdravstvene nege praktično usposabljanje v veliko pomoč pri razumevanju težke prakse. Pred vpisom na kateri koli študij marsikdo sploh ne ve, kaj mu ta poklic prinaša, kaj bo s tem poklicom lahko delal, in praksa je idealno sredstvo za seznanitev z realno situacijo. Za razvoj profesionalnosti je potrebnih kar nekaj ur praktičnega usposabljanja, volje, teoretičnih osnov in včasih spodbude, za to v večini primerov poskrbijo mentorji. Za aktivno in učinkovito usposabljanje pa sta vedno potrebna oba, mentor in študent.

LITERATURA

1. Blažič, M., Ivanuš – Grmek, M., Kramar, M. in Strmčnik, F. (2003). Didaktika. Novo mesto: Visokošolsko središče Novo mesto.
2. Direktiva Evropskega parlamenta in Sveta o priznavanju poklicnih kvalifikacij 2005/36/ES, 40-46 (2005). Uradni list Evropske unije.
3. Govekar – Okoliš, M., Kranjčec, R., Gruden, U., Kosevski Puljič, B. in Merkač Skok, M. (2010). Praktično usposabljanje študentov v delovnih organizacijah in primeri praks. Ljubljana: Center za pedagoško izobraževanje.
4. Jereb, J. (1998). Teoretične osnove izobraževanja. Kranj: Moderna organizacija.
5. Kranjčec, R. in Govekar – Okoliš, M. (2010). Izobraževanje mentorjev za praktično usposabljanje študentov po bolonjskih študijskih programih podjetjih/zavodih. Ljubljana: Znanstvena založba.
6. Kristl, J. idr. (2007). Smernice za praktično usposabljanje na Univerzi v Ljubljani. Ljubljana: Univerza Ljubljana.
7. Lorber, M. in Donik, B. (2009). Učenje v kliničnem okolju – pomemben del izobraževanja v zdravstveni negi. V S. Majcen Dvoršak (ur.), Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč (str. 112). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
8. Mesarič, H. (2012). Predlog posodobitve modela praktičnega usposabljanja študentov na zavodu za varstvo pri delu d.d. Magistrsko delo. Maribor: Fakulteta za organizacijske vede.
9. Opalk, V. (2003). Vloga mentorja in podjetja pri strokovnih praksah: priročnik za usmerjanje mentorjev in vzpostavitev učinkovitega programa strokovne prakse v podjetju. Ljubljana: Pedagoški center Ekonomske fakultete.
10. Vukovič, G. in Miglič, G. (2006). Metode usposabljanja kadrov. Kranj: Moderna organizacija.

Izobraževanje dijakov pri delodajalcu

UDK 373.5.091.33

KLJUČNE BESEDE: usposabljanje, delodajalci, PUD, dijaki, mentorji, učitelji

POVZETEK – Namen raziskovalne naloge je bil ugotoviti, kako mentorji dijakov na praktičnem usposabljanju pri delodajalcu (PUD) ter dijaki in učitelji praktičnega pouka ocenjujejo izvajanje PUD-a. Cilj raziskovalne naloge pa je, da bi dijaki ozavešili pozitiven pomen praktičnega usposabljanja pri delodajalcu in da bi znali povezati teorijo s prakso. V teoretičnem delu so opisani cilji PUD-a, naloge šole, mentorjeva vloga in pravice dijakov na PUD-u. Za potrebe raziskave smo razdelili 167 anketnih vprašalnikov, od tega so 104 ankete vprašalnike izpolnili mentorji na PUD-u, 52 dijaki Srednje zdravstvene šole Celje, ki so bili na PUD-u in 10 učitelji praktičnega pouka na Srednji zdravstveni šoli Celje. Rezultati so pokazali, da delovno disciplino, urejenost, zainteresiranost za delo, kakovost dela, željo po učenju in dodatnem znanju. Kot prednosti PUD-a dijaki in učitelji najpogosteje navajajo kontinuirano in timsko delo, povezanost teorije in prakse ter pridobitev novih izkušenj, med slabosti pa hitro delo, odsotnost mentorja PUD-a in pomanjkanje materiala. Med predlogi za izboljšanje PUD-a so dijaki in učitelji navedli pogostejšo prisotnost mentorja pri dijakih in delo z njim.

UDK 373.5.091.33

KEY WORDS: training, employer, PUD, student, mentor, teacher

ABSTRACT – The aim of the research was to find out how, in practical training at the employer (PUD), mentors, students and teachers of practical training assess the implementation of PUD. The aim of the research is also to make students aware of the positive effects of practical training at the employer, and enable them to connect theory with practice. The theoretical part describes the aims of PUD, the duties of the school, the role of the mentor and the rights of students during PUD. The basis of the empirical part was 167 questionnaires, of which 104 questionnaires were filled in by mentors in PUD, 52 were filled in by the students of the Celje Secondary School for Nurses who underwent PUD and 10 by teachers of practical lessons at the Celje Secondary School for Nurses. The results showed that labour discipline, tidiness, interest in work, the quality of work, a desire to learn and gain additional knowledge. As the benefits of PUD, students and teachers the most commonly reported continuous work and teamwork, the connection between theory and practice and gaining new experience. As weaknesses, they mentioned a fast tempo of work, the absence of the mentor and the lack of material. Among the proposals to improve PUD, students and teachers reported more frequent presence of the mentor among students and work with them.

1 Uvod

Hitre spremembe v gospodarstvu, novi organizacijski prijemi ter pojav novih poklicev zahtevajo hitre odzive izobraževalnega sistema in institucij, ki so vključene v izobraževanje. Prav tako se morajo delodajalci kar najhitreje prilagajati tržišču in gospodarskim tokovom ter temu primerno načrtovati tudi svoje kadrovanje. Potrebe po poklicno kompetentnih kadrih, ki imajo primerna poklicna znanja in sposobnosti za uspešno delo v posamezni panogi oziroma stroki, so vse večje in večje. Modularno zasnovani izobraževalni programi in praktično usposabljanje z delom odpirajo dijakom velike možnosti za zaposlitev, delodajalcem pa pristojnosti, da vplivajo na izobraževalni proces in prenos znanja na mlade. Prav poklicne kompetence, ki jih di-

jaki pridobijo na praktičnem usposabljanju z delom (v nadaljevanju se uporablja tudi kratica PUD), jim dajejo odločilne prednosti na trgu dela (Korunovski, 2011, str. 4).

2 Praktično usposabljanje z delom

Praktično izobraževanje v poklicnem in strokovnem izobraževanju izvajajo kot praktični pouk in kot praktično usposabljanje z delom. Praktično izobraževanje je določeno z izobraževalnim programom, ki ga izvajajo v šoli kot praktični pouk, pri delodajalcu v podjetju pa kot usposabljanje z delom (Justinek, 2011, str. 4).

PUD je ena od oblik praktičnega izobraževanja, kjer gre za povezovanje teorije in prakse, v katero se vključujejo dijaki z namenom, da si pridobijo praktične izkušnje ter da nato v šoli skušajo uporabiti pridobljeno znanje v konkretnih delovnih situacijah (Korunovski, 2011, str. 4).

2.1 Cilji praktičnega usposabljanja z delom

Med cilje praktičnega usposabljanja z delom uvrščamo:

- pridobivanje praktičnih izkušenj ter povezovanje izobraževanja in dela,
- nadgrajevanje v šoli pridobljenih znanj in prenos teoretičnega znanja v prakso,
- usposabljanje in razvoj specifičnih sposobnosti ter kompetenc poklica,
- spoznavanje novih učnih situacij in procesov,
- spoznavanje novih delovnih sredstev, naprav, pripomočkov in materialov,
- učenje sodelovanja, timskega dela in komunikacije nastopa pred strankami ter
- razvijanje odgovornosti za lastno delo, za kakovost, ki je potrebna pri poklicnem delu, in za upoštevanje predpisov iz varnosti in zdravja pri delu ter varovanja okolja (Korunovski, 2011, str. 5).

2.2 Pravice dijakov na PUD-u

Temeljna podlaga, da bi lahko dijaki uveljavljali pravice iz zdravstvenega zavarovanja, je zagotovljeno osnovno zdravstveno zavarovanje. Zavarovanje je namenjeno zagotavljanju zdravstvenega varstva delavcev, ne pa morebitnih odškodnin v primeru nezgod pri delu, zato priporočamo, da dijaki sami sklenejo še nezgodno zavarovanje (Korunovski, 2011, str. 10).

V primeru odsotnosti in neopravljenih ur PUD-a se dijak sam dogovori z delodajalcem o nadomeščanju, organizatorja PUD-a pa obvesti o predvidenem času in trajanju nadomeščanja. Za ta čas ponovno sklenejo zavarovanje, sicer bi delodajalec naredil prekršek. Organizator PUD-a poskrbi v skladu z veljavnim Zakonom o varnosti in zdravju pri delu, da bodo dijaki v šoli pred odhodom na PUD obvezno spoznali temeljne vsebine varnosti in zdravja pri delu ter opravili pisni preizkus znanja, ki ga po treh letih ponovijo. O morebitnih zdravstvenih omejitvah za opravljanje PUD-a dijaki obvezno obvestijo mentorja na PUD-u in tudi organizatorja PUD-a na šoli. Na to dijake opozori razrednik in tudi organizator PUD-a (Korunovski, 2011, str. 11).

O drugih pravicah in obveznostih, ki izhajajo iz praktičnega usposabljanja z delom pri delodajalcu, odloča delodajalec (79. člen Zakona o poklicnem in strokovnem izobraževanju ZPSI-1). O morebitni zahtevi pravic dijakov odloča komisija za varstvo pravic po 80. členu istega zakona. Izvedbo PUD-a organizirajo v skladu s šolskim koledarjem in letnim delovnim načrtom šole. Glede odmorov in počitkov, nočnega dela, opravičenih odsotnosti z dela, posebnega varstva mladine ter disciplinske in odškodninske odgovornosti uporabljajo določbe zakona, ki ureja delovna razmerja (Korunovski, 2011, str. 11, 12).

2.3 Mentorjeva vloga

V podjetjih se pogosto dogaja, da je mentorjem njihova vloga dodeljena, obenem pa niso seznanjeni, kaj pravzaprav to pomeni in kakšne odgovornosti prinaša. Običajno nadrejeni naj ne bi bil neposredno mentor. Priporočljivo je, da je to nekdo, ki ima vpogled v delo dijaka in s katerim slednji največ sodeluje. Mentorstvo je proces, v katerem mentor in dijak prehajata od ene do druge učne enote, dokler ni opravljen celoten niz med seboj povezanih enot, ki vodi do postavljenega učnega cilja (Vodopivec in Smerajec, 2012, str. 81).

Mentorstvo je omejeno na določeno temo in zahteva predhodne priprave, saj mora biti mentor seznanjen s tem, kaj je dijak že dosegel in kaj ga še čaka. Vedeti mora, kaj mu predstavlja problem, da mu lahko svetuje, kako se lotiti problema. Mentorski odnos je osnova vsake strokovne prakse, katere učinek je v veliki meri odvisen prav od mentorja. Ta je izkušen vzornik, ki s svetovanjem vodi in usmerja strokovni razvoj manj izkušenega posameznika. Dijaku je hkrati vzornik, motivator in svetovalec, ki:

- ☐ spodbuja strokovni razvoj dijaka,
- ☐ ustvarja priložnosti za učenje na področju komuniciranja, kritičnega mišljenja, odgovornosti, prilagodljivosti in timskega dela,
- ☐ uči specifične spretnosti,
- ☐ postavlja izzive in dodeljuje odgovornosti,
- ☐ daje konstruktivne povratne informacije tako o dijakovih močnih kot šibkih točkah,
- ☐ odgovarja na vprašanja in je dosegljiv za pogovor,
- ☐ spodbuja in nudi podporo (Vodopivec in Smerajec, 2012, str. 81).

Mentorstvo je osebni odnos. V dobrem mentorskem odnosu mentor in dijak medsebojno spoštujeta drug drugega, si zaupata in sta podobnih misli o tem, kaj želita od tega odnosa – gre torej za dvosmeren proces (Vodopivec in Smerajec, 2012, str. 82).

3 Metodologija

3.1 Namen raziskave

Namen raziskave je bil ugotoviti, kako mentorji na PUD-u, dijaki in učitelji praktičnega pouka ocenjujejo izvajanje PUD-a.

3.2 Cilj raziskave

Cilj raziskave pa je, da bi dijaki ozavestili pozitivni pomen praktičnega usposabljanja pri delodajalcu ter da bi znali povezati teorijo s prakso.

3.3 Hipoteze

H1: Dijaki ocenjujejo svojo zainteresiranost na PUD-u kot za zelo dobro v večjem odstotku kot njihovi mentorji.

H2: Dijaki svojo kakovost dela na PUD-u ocenjujejo bolje kot mentorji PUD-a.

H3: Več kot polovica dijakov si je na PUD-u pogosto želela več učenja in pridobitve dodatnega znanja.

H4: Izdelavo poročila oziroma pisanje dnevnika ocenjujejo kot zelo uspešno v največjem odstotku dijaki.

H5: Učitelji bodo pri praktičnem pouku pridobljeno znanje na PUD-u v povprečju ocenili boljše kot dijaki sami.

3.4 Vzorec

Osnova za obdelavo podatkov je bilo 167 anketnih vprašalnikov, ki so jih izpolnili mentorji praktičnega pouka pri delodajalcu (v nadaljevanju tudi mentorji PUD-a ali mentorji), dijaki programa zdravstvena nega (v nadaljevanju tudi dijaki ZN ali ZN) ter dijaki programa bolničar-negovalec (v nadaljevanju tudi dijaki BN ali BN) in učitelji praktičnega pouka na Srednji zdravstveni šoli Celje (v nadaljevanju tudi učitelji PRA ali učitelji).

Mentorji na PUD-u so v programu ZN izpolnili 60 anketnih vprašalnikov, od tega 30 v šolskem letu 2011/2012 in 30 v šolskem letu 2012/2013. Mentorji na PUD-u v programu BN pa so izpolnili 45 anketnih vprašalnikov, od tega 28 v šolskem letu 2011/2012 in 17 v šolskem letu 2012/2013.

Dijaki, ki so bili na PUD-u, so izpolnili 52 anketnih vprašalnikov, od tega 27 v programu ZN in 25 v programu BN.

Učitelji PRA pa so izpolnili 10 anketnih vprašalnikov. Vse anketne vprašalnike so izpolnile učiteljice PRA (v nadaljevanju se za ženski spol uporablja tudi učitelji PRA).

Mentorji na PUD-u so anketni vprašalnik izpolnjevali v šolskem letu 2011/2012, programa ZN v mesecih december in januar, v programu BN pa v mesecih junij in julij, v šolskem letu 2012/2013 pa v programu ZN v oktobru in novembru, v programu BN pa v januarju in februarju.

Dijaki programa ZN so anketni vprašalnik izpolnjevali 14. februarja 2013, prav tako dijaki programa BN 14. februarja 2013. Učitelji praktičnega pouka pa so anketni vprašalnik izpolnjevali od 12. do 14. februarja 2013.

4 Rezultati

Mentorji na PUD-u so dijake glede delovne discipline ocenili (v več kot 80%) kot zelo uspešne, ta odstotek se je v programu ZN od šolskega leta 2011/2012 do 2012/2013 povečal za 14 odstotkov, medtem ko se je v programu BN ta odstotek zmanjšal za 2 odstotka. Dijaki ocenjujejo svojo delovno disciplino kot zelo uspešno (v več kot 70%). Dijaki programa ZN ocenjujejo lastno delovno disciplino (za 9%) bolje v primerjavi z dijaki programa BN.

Mentorji na PUD-u (v 90% in več) ocenjujejo urejenost dijakov kot zelo uspešno. Ta odstotek se je pri dijakih programa ZN iz šolskega leta 2011/2012, (90%) v šolskem letu 2012/2013 povečal za 10 odstotkov. Ocena dijakov BN s strani mentorjev pa se je iz 96 odstotkov iz šolskega leta 2011/2012 zmanjšala v šolskem letu 2012/2013 za 2 odstotka. Več kot 72 odstotkov dijakov obeh programov ocenjuje svojo urejenost na PUD-u kot zelo dobro.

Mentorji PUD-a ocenjujejo dijake po zainteresiranosti za delo (v 70% in več) kot zelo dobro, do 30 odstotkov pa ocenjujejo njihovo zainteresiranost kot dobro. Zainteresiranost pri dijakih programa ZN se je povečala za 10 odstotkov v šolskem letu 2012/2013 v primerjavi z letom poprej, medtem ko se je odstotek pri dijakih programa BN iz šolskega leta 2011/2012 (89%) zmanjšal za 7 odstotkov v šolskem letu 2012/2013. Dijaki programa BN menijo, da so bili izredno dobro zainteresirani za delo na PUD-u (84%), medtem ko so dijaki programa ZN samo v dobri polovici svojo zainteresiranost ocenili kot zelo dobro. Kar 7 odstotkov dijakov programa ZN pa meni, da so bili nezainteresirani za delo.

Mentorji ocenjujejo kakovost dela dijakov na PUD-u (v več kot 70%) kot zelo uspešno. Ta odstotek se je iz šolskega leta 2011/2012 v primerjavi s šolskim letom 2012/2013 v programu ZN povečal za 17 odstotkov, pri dijakih programa BN pa za 2 odstotka. Dijaki programa BN so lastno kakovost dela na PUD-u ocenili kot zelo uspešno (76%).

Mentorji so (v več kot 70%) ocenili dijake na PUD-u, da si pogosto želijo več učenja in dodatnega znanja. Pogosto zanimanje za dodatno znanje na PUD-u se je pri dijakih programa ZN v šolskem letu 2012/2013 zmanjšalo za 10 odstotkov v primerjavi s šolskim letom 2011/2012, medtem ko se je pri dijakih programa BN ta želja iz šolskega leta 2011/2012 v šolsko leto 2012/2013 povečala za 2 odstotka. Dijaki obeh programov so podobnega mišljenja, da so si na PUD-u želeli več učenja (več kot 60%). Kar 11 odstotkov dijakov programa ZN pa si ni želela več učenja in dodatnega znanja.

Mentorji so (nad 93%) odgovorili, da so dijaki obeh programov upoštevali določila varstva pri delu. Dijaki obeh programov so (v več kot 85%) odgovorili, da so zelo oziroma pogosto upoštevali določila varstva pri delu. Varstva pri delu pa ni upoštevalo 4 odstotki dijakov programa ZN.

V več kot 70 odstotkov mentorji PUD-a ocenjujejo izdelavo njihovega poročila kot zelo uspešno. Izdelavo poročila je dobra polovica dijakov programa ZN ocenila kot zelo uspešno, medtem ko je dobra polovica dijakov v programu BN izdelavo svojega

poročila ocenila kot uspešno, 4 odstotki dijakov istega programa pa celo kot manj uspešno.

90 odstotkov učiteljev PRA ocenjuje delovno disciplino dijakov kot uspešno, samo ena učiteljica pa meni, da je disciplina pri praktičnem pouku dijakov manj uspešna, nihče pa delovne discipline dijakov ne ocenjuje kot zelo uspešno. Učitelji PRA (v 80%) menijo, da so dijaki dobro urejeni pri praktičnem pouku, 20 odstotkov pa jih meni, da so zelo dobro urejeni. Učitelji PRA (v 80%) menijo, da so dijaki zainteresirani za delo pri praktičnem pouku, 20 odstotkov pa jih meni, da so nezainteresirani. 80 odstotkov učiteljev PRA meni, da dijaki svoje delo opravijo kakovostno, 20 odstotkov pa, da opravljajo delo slabo. 60 odstotkov učiteljev PRA meni, da si dijaki redko želijo več učenja. Da si dijaki želijo več učenja oziroma da si ne želijo pa meni 20 odstotkov učiteljev PRA. Učitelji v 50 odstotkih menijo, da dijaki pogosto oziroma zelo pogosto upoštevajo določila varstva pri delu, 50 odstotkov pa, da jih redko upoštevajo. Učitelji PRA izdelavo poročil oziroma pisanje dnevnika v 50 odstotkih menijo, da dijaki uspešno pišejo dnevnike pri praktičnem pouku, 50 odstotkov pa, da jih pišejo slabo (manj uspešno).

5 Razprava

Da lahko dijak postane dober izvajalec nege in oskrbe oziroma zdravstvene nege, mora poleg teoretičnega znanja imeti tudi praktične izkušnje. Pomembno je tudi pravilno povezovanje teorije in prakse. To pa se dijaki lahko naučijo le, če izvajajo praktično usposabljanje pri delodajalcu.

Pri analizi anketnega vprašalnika, ki so ga izpolnjevali mentorji PUD-a, dijaki in učitelji PRA, jim je bilo postavljenih nekaj istih oziroma skupnih vprašanj. Na vprašanje o delovni disciplini na PUD-u so le-to mentorji bolje ocenili kot dijaki sami, medtem ko med učitelji PRA delovno disciplino dijakov na praktičnem pouku nihče ni ocenil kot zelo uspešno, velika večina jih je ocenila kot uspešno, ena učiteljica PRA celo (10%) kot manj uspešno.

Urejenost je sestavni del vključevanja dijaka v delo na PUD-u, tako v programu ZN kot v programu BN. Po urejenosti včasih celo ocenjujemo ljudi na delovnem mestu. Zaradi sodobnega časa in spremembe vrednot je opaziti tudi spremembe na področju urejenosti dijakov. Tako se pojavljajo različne tetovaže, piercingi, neprimerne pričeške in drugo, kar lahko pri drugih osebah vzbudi dvom glede strokovnosti. Dijaki so svojo urejenost na PUD-u večinoma ocenili kot zelo uspešno.

Od mladostnika, ki obiskuje določeno srednjo šolo, pričakujemo, da bo zainteresiran za šolanje oziroma še posebej za opravljanje praktičnega pouka. Res je, da se 15-letniki, ko se srečajo z dnem, ko morajo podati svojo odločitev glede nadaljnjega šolanja, včasih srečajo s težavo, ker ne vedo, kam bi se vpisali. Zato se včasih vpisujejo po različnih kriterijih, med katerimi ni dovolj interesa. Prvo hipotezo lahko zato ovržemo, saj so dijaki svojo zainteresiranost slabše ocenili kot njihovi mentorji, in sicer v programu ZN so jo ocenili zelo dobro v 52 odstotkih, dijaki programa BN pa v 84

odstotkih, njihovi mentorji pa so svoje dijake povprečno po zainteresiranosti ocenili bolje, iz obeh šolskih let v povprečju 75 odstotkih pri dijakih programa ZN in 85,5 odstotka pri dijakih programa BN. Tukaj učitelji praktičnega pouka zopet zainteresiranost dijakov ne ocenjujejo kot zelo dobro, saj nihče od anketiranih učiteljev PRA ni odgovoril v njihov prid.

Nezainteresiranost za delo se kaže tudi v kakovosti opravljanja dela. Mentorji so kakovost dela dijakov na PUD-u v več kot 70 odstotkih v obeh programih ocenili kot zelo uspešno, nihče od mentorjev pa nobenega dijaka v obeh programih ni ocenil glede kakovosti njihovega dela kot manj uspešnega. Drugo hipotezo lahko ovrmemo, saj so dijaki svojo kakovost dela ocenili slabše kot njihovi mentorji na PUD-u.

Če dijak ni zainteresiran za opravljanje določenega dela, potem si tudi ne želi učenja in dodatnega znanja. Tretja hipoteza je potrjena, saj si je več kot polovica dijakov obeh programov pogosto želela več učenja in dodatnega znanja.

Pri izvajanju kateregakoli dela je potrebno upoštevati pravilna določila varstva pri delu. To še posebno velja v poklicih zdravstva, kjer dijaki pridejo v stik z različno populacijo ljudi, ki imajo različne težave, še posebno so nevarne okužbe in nalezljive bolezni, ki jih lahko dijaki, še posebej, če niso zaščiteni, hitro pridobe. Zaradi tega je potrebno upoštevati določila varstva pri delu glede nošenja ustreznih zaščitnih sredstev, ustrezne delovne obutve in drugo, kar pripomore k zdravju dijaka na PUD-u oziroma praktičnem pouku.

Vsak dijak mora na koncu praktičnega usposabljanja oddati dnevnik praktičnega usposabljanja pri delodajalcu, ki ga piše sproti med opravljanjem PUD-a in v katerem dokumentira opravljanje svojega dela. Prav tako dijaki pišejo dnevnik pri praktičnem pouku. Pisanje dijakovega poročila oziroma dnevnika najboljše ocenjujejo mentorji PUD-a, zato je četrta hipoteza ovržena.

Namen PUD-a je povezava teorije s prakso in v praksi delati stvari, ki jih pri praktičnem pouku v kabinetu ne moremo. Ko človek dela tako, pridobi izkušnje in dodatno znanje, včasih nevede, kar omogoča, da se lahko določeno teoretično znanje lažje naučimo ali predstavljamo. Dijaki ocenjujejo, da so na PUD-u pridobili zelo veliko oziroma veliko znanja, takšnega mnenja je več dijakov programa BN. Učitelji pa ravno nasprotno ugotavljajo, da dijaki s PUD-a odnesejo malo znanja glede strokovnosti. Učitelji PRA samo v 10 odstotkih menijo, da dijaki pridobijo veliko znanja na PUD-u in ga pri praktičnem pouku izkažejo, dijaki pa količino svojega znanja ocenjujejo v več kot 30 odstotkih kot za zelo veliko oziroma veliko, zato je peta hipoteza ovržena.

6 Sklep

Praktično usposabljanje pri delodajalcu je način izobraževanja, pri katerem dobimo veliko znanja, izkušenj in delovnih navad.

Dijak pride v stik z oskrbovancem oziroma pacientom in se z njim lahko na tak in drugačen način poveže, ga spozna in tako ustvarja nek nov odnos. Pomembno je, da dijak

upošteva vso teoretično znanje in ga prenaša v prakso ter ga tam izpopolnjuje. Veliko je dijakov, ki po 3 -letnem izobraževanju spoznajo, da se ne vidijo v tem poklicu in da tega dela ne bodo opravljali dobro, saj vedo, da jim ni všeč. To največkrat spoznajo pri praktičnem usposabljanju pri delodajalcu.

V triletnem izobraževanju je mogoče za nekatere res predolga doba opravljanja PUD-a, saj se ga nekateri lahko res naveličajo, zlasti, če jim to delo ni všeč in ga ne opravljajo radi. Dijaki programa ZN bi bili pa bolj veseli, če bi imeli več PUD-a, saj so izrazili, da ga imajo premalo, dijaki BN pa, da ga je ravno prav.

Če se pojavijo slabi odnosi med dijakom in zaposlenim oziroma nadrejenim, jih je potrebno čim prej odpraviti. Pomembno je, da tudi, če nadrejeni pove, da naj še naredi nekaj dodatnega, ne vzame tega kot neko prisilo, saj če bo to storil, bo sam sebi naredil veliko korist, saj se bo sčasoma tudi sam navadil, da bo videl kakšno dodatno delo, ki ga prej mogoče ni.

Da bi izboljšali stanje na PUD ter da bi bili vsi dijaki zadovoljni, je zelo težko doseči. Zmeraj ne moremo upoštevati samo mnenja dijakov, ampak tudi urnike in razporede. Smiselno bi bilo, da bi vsak dijak lahko izrazil svoja pričakovanja oziroma želje, da bi se dobro počutil na PUD-u, saj tako tudi ne bi bilo dodatnih težav, ki se pojavljajo na PUD-u. Dijaki bi se morali tudi sami vsaj malo prilagajati, da ni to nekaj, kar nam ne bo nikoli koristilo.

Za izboljšanje stanja in dela v domu je potrebno, da bi se predstavniki šole individualno in pogostejše pogovarjali z dijaki ter z vodstvom doma, v katerim le-ti opravljajo PUD, saj nenazadnje bodo dijaki tisti, ki bodo ves čas v stiku z domom, in bi tako lažje opravljali delo ter se boljše počutili. Pri tem je pomembna povratna informacija in primerna komunikacija. Težko je, če dijak spozna na PUD-u, da je zgrešil poklicno pot in da se v tem poklicu ne vidi, vendar ve, da bo moral iti čez to, da opravi PUD. To bo za njega velika težava, saj dela nima rad, trajalo bo dlje časa in vsekakor se to lahko odraža v medsebojnih odnosih. Lahko pa ravno na PUD-u spozna, da je to delo za njega, ker si tako lahko predstavlja svojo bodočo službo.

Zavedati se moramo, da je delo bolničarja-negovalca, srednje medicinske sestre oziroma srednjega zdravstvenika lep poklic, čeprav velikokrat naporen, in da s svojim delom ter pristopom lahko naredimo veliko dobrega, čeprav se tega ne zavedamo vedno. Upam, da se bodo tega dijaki zavedali prej kot šele takrat, ko bodo sami potrebovali pomoč.

LITERATURA

1. Justinek, A. (2011). Vodnik za organizatorje, praktično usposabljanje z delom. Pridobljeno 27. 2. 2013, s <http://www.cpi.si/files/cpi/userfiles/Datoteke/PUD/MUNUS2-Vodnik-organizatorji.pdf>.
2. Korunovski, M. (2012). Vodnik za mentorje, praktično usposabljanje z delom. Pridobljeno 27. 2. 2013, s http://www.google.si/search?q=program+usposabljanja+pri+delodajalcu%2C+&hl=sl&gbv=2&gs_l=heirloomhp.
3. Vodopivec, M. in Smerajec, M. (2012). Usposabljanje mentorjev dijakom in študentom. Pridobljeno 27. 2. 2013, s http://1051.gvs.arnes.si/sites/default/files/datoteke/Brosura_mentorji.pdf.
4. Zakon o poklicnem in strokovnem izobraževanju (2006). Uradni list št. 79.

Ozaveščenost dijakov o preventivnih metodah pri preprečevanju raka

UDK 616-006-084:373.5

KLJUČNE BESEDE: rak, preprečevanje, samopregledovanje, dijaki, preventivni programi

POVZETEK – V teoretičnem delu je predstavljena definicija raka in snovi, ki ga lahko povzročijo. V nadaljevanju so predstavljene metode za preprečevanja raka. Namen raziskovalne naloge je bil ugotoviti, koliko so dijaki ozaveščeni o preventivnih metodah pri preprečevanju rakavih obolenj in koliko te preventivne metode v vsakdanjem življenju izvajajo. Cilj naloge je, da bi se dijaki zavedali resnosti rakastih obolenj in da bi preventivno delovali v smeri zgodnjega odkrivanja raka z izvajanjem preventivnih metod ter da bi to znanje kot bodoči zdravstveni delavci uspešno posredovali čim širšemu krogu prebivalstva. Kot instrument za pridobivanje podatkov smo uporabili anketni vprašalnik, ki so ga izpolnili dijaki različnih srednjih šol v Celju. Rezultati so pokazali, da več kot polovica dijakov ni osveščena o zgodnjem odkrivanju raka, jih pa 90 odstotkov in več ve, da alkohol in kajenje povzročata raka.

UDC 616-006-084:373.5

KEY WORDS: cancer, prevention, self-examination, student, preventive programme

ABSTRACT – The theoretical part presents an overview of the definition of cancer and substances that can cause cancer. Next, the methods of cancer prevention are presented. The purpose of the study was to determine how many students are aware of the preventive methods to prevent cancers and how these preventive methods are implemented in everyday life. The aim of this research is to make students aware of the seriousness of cancer and ensure that they carry out prevention activities for the purpose of early detection of cancer by applying preventive methods, as well as to enable students to successfully impart this knowledge to a wider population as future health professionals. A questionnaire was used as the method for obtaining data. The questionnaire was filled in by students of various secondary schools in Celje. The results showed that more than half of the students are not aware of early detection of cancer. However, more than 90% of the students are aware that alcohol and smoking cause cancer.

1 Uvod

Rak še dandanes predstavlja za človeka zahrbtno bolezen, ki prodre v človeški organizem ter ga tiho ter počasi razjeda in tako prisili človeka, da se nauči živeti s temnimi stranmi življenja. Kljub sodobni medicini je rak še vedno bolezen, polna ugank, ki vsako leto povzroči prezgodnjo smrt milijonov ljudi. Na srečanje z rakom večina ljudi ni pripravljena. Vprašanja, ki se pojavijo, ko nastopi rakasto obolenje, ponavadi nimajo odgovora, saj je ta bolezen, kot smo že prej omenili, začaran krog ugank brez rešitev, vendar je kljub temu ena izmed najbolj ozdravljivih kroničnih bolezni (Oset, Škrubej, Zupanc Terglav, 2010).

Mnogo ljudi še vedno meni, da obolenje za rakom pomeni konec vseh sanj, želja in ciljev, a temu na srečo ni tako. Vendar pa moramo vedeti, da se umrljivost za rakom ne niža tako hitro, kot bi si želeli. Vsi ljudje, ki menijo, da imajo večjo možnost zbolevanja za rakom, naj se čim prej odločijo za posvet pri zdravniku, kjer se bodo seznanili s preventivnimi metodami preprečevanja karcinoma, saj se je potrebno truditi za čim zgodnejše odkritje morebitnih sprememb pri človeku, ki bi lahko vodile v rakasto

obolenje. Človek, ki pravočasno ugotovi nastanek te bolezni, ima večje možnosti za preživetje, saj je raka v prvi fazi razvoja možno odstraniti ali vsaj delno ozdraviti.

Rak je eden najpogostejših vzrokov smrti v razvitem svetu ter skupno ime za več kot dvesto malignih bolezni. Po ocenah Mednarodne agencije za raziskovanje raka je polovica vseh rakov posledica načina življenja in vplivov iz okolja.

Sicer je rak drugi najpogostejši vzrok smrti v Evropi, takoj za boleznimi srca in ožilja. Dnevno za rakom zboli več kod šest tisoč Evropejcev, kar tri tisoč jih zaradi te bolezni umre. Rak postaja v razvitem svetu glavni vzrok smrti in podobno kot v drugih evropskih državah je med vzroki smrti tudi pri nas na drugem mestu.

Napovedujejo, da bo kljub dobri preventivi rak še vedno pogosta bolezen tudi v Sloveniji. Register raka za Slovenijo je leta 2008 na podlagi podatkov iz obdobja med letoma 1996 do 2005 napovedal incidenco raka do leta 2013, po kateri pričakujejo več kot 14 tisoč novih primerov. Če se današnje stanje ne bo bistveno spremenilo, bo po izračunih do 75. leta starosti zbolel za rakom skoraj vsak drugi prebivalec Slovenije in skoraj vsaka tretja prebivalka Slovenije (Oset, Škrubej, Zupanc Terglav, 2010).

Vse več slovenskih bolnikov z rakom tudi preživi. Rak dojk je visoko ozdravljiv, če je odkrit dovolj zgodaj. Tako se, čeprav se obolevanje za to vrsto raka povečuje, smrtnost zaradi te bolezni v zadnjih letih v razvitem svetu zmanjšuje – z načrtnim »iskanjem« raka pri najbolj ogroženih ženskah s tako imenovanimi presejalnimi testi in z uvažanjem novih učinkovitejših načinov zdravljenja. Po napovedih naj bi v prihodnosti zbolela za rakom dojk vsaka osma ženska.

Rak je splošno ime za obsežno skupino različnih bolezni, katerih glavna značilnost je nenadzorovana razrast spremenjenih, rakastih celic. Človeško telo je zgrajeno iz različnih tipov celic, ki rastejo in se delijo le takrat, ko organizem to potrebuje. Ker je življenjska doba večine celic omejena, je celična delitev, s katero nastajajo nove celice, nujna za obnavljanje tkiv in za ohranitev zdravega organizma. Včasih pa lahko zaradi različnih vzrokov pride do prekomerne delitve in kopičenja celic, kar povzroči nastanek tumorja. Karcinogeni so kemične snovi, ki naj bi povzročile raka. Karcinogeni so sposobni prodreti v celico in spremeniti lastnosti njene dedne snovi. To je zapleten kemični proces, ki danes še ni v celoti poznan. Če karcinogeni napadejo celico v veliki količini, celica umre; če pa napada celico majhna količina karcinogena, in to v daljšem časovnem razdobju od 10 do 30 let, se celica lahko spremeni v rakavo (Lukič, 1980).

Onkološka sekundarna preventiva zajema skupek ukrepov, s katerimi iščemo zgodnje znake raka ali predrakave spremembe, za katere vemo, da iz njih lahko nastane rak. Njen osnovni cilj je zmanjšati umrljivost za rakom. Zdravljenje večine vrst raka je namreč uspešnejše, če so odkrite na začetni stopnji. Med ukrepe za zgodnje odkrivanje raka uvrščamo vse tiste, ki pomagajo pri čim hitrejšemu odkrivanju bolezni, ki se je že izrazila s kliničnimi znaki. Tako se v populaciji poveča delež bolnikov z zgodnjimi stadiji bolezni, zmanjša pa se delež tistih z napredovalo boleznijo.

V okviru zgodnjega odkrivanja naj bi po eni strani z zdravstveno vzgojo opozarjali prebivalstvo na zgodnje simptome in znake bolezni, po drugi pa zdravnike usposobili, da bi tovrstne znake čim prej diagnostično ovrednotili.

Med znake in simptome, na katere je treba ljudi opozarjati, sodijo naslednji:

- ☐ bula v dojkah ali kjer koli v telesu,
- ☐ ranica, ki se ne zaceli (tudi v ustih),
- ☐ materino znamenje, ki je spremenilo obliko, velikost ali barvo,
- ☐ neobičajna krvavitev iz katerekoli telesne votline (kri v izpljunku, urinu, blatu ali izcedku iz maternice),
- ☐ trdovraten kašelj,
- ☐ hripavost,
- ☐ spremembe pri izločanju in odvajanju ter
- ☐ nepojasnjeno hujšanje (Primc Žakelj in Zadnik, 2009).

Presejanje pomeni uporabo čim preprostejših preiskav, ki med ljudmi brez kliničnih težav odkrijejo tiste, pri katerih je velika verjetnost, da imajo predinvazijsko ali zgodnjo invazijsko obliko raka oziroma so izpostavljeni dejavniku tveganja, za katerega je znano, da z veliko verjetnostjo povzroča raka. Presejanja izvajajo samo pri ljudeh, pri katerih je verjetnost, da bodo zboleli za določenim rakom, velika. V tako imenovane ogrožene skupine sodijo tisti, za katere vemo, da nanje deluje kateri od znanih nevarnostnih dejavnikov. Presejalne preiskave lahko izvajajo na pobudo posameznika ali njegovega zdravnika, lahko pa so organizirane na populacijski ravni (Primc Žakelj in Zadnik, 2009).

2 Metodologija

2.1 Namen raziskave

Namen raziskovalne naloge je bil ugotoviti, koliko so dijaki ozaveščeni o preventivnih metodah pri preprečevanju raka in koliko te preventivne metode v vsakdanjem življenju izvajajo.

2.2 Cilj raziskave

Prvi cilj raziskovalne naloge je bil, da bi se dijaki zavedali resnosti bolezni in da bi preventivno delovali s ciljem zgodnjega odkrivanja raka z izvajanjem preventivnih metod. Drugi cilj pa je bil, da bi se dijaki pravilno naučili izvajanja preventivnih metod zgodnjega odkrivanja raka in da bi to znanje kot zdravstveni delavci uspešno posredovali čim širšemu prebivalstvu.

2.3 Hipoteze

H1: Več kot polovica dijakov 1. letnikov meni, da niso dovolj osveščeni o zgodnjem odkrivanju raka.

H2: Dijaki 1. in 4. letnikov so se s pravilnim samopregledovanjem dojk/mod največ seznanili v šoli.

H3: Dijaki 4. letnikov v več kot 20 odstotkih poznajo preventivni program za odkrivanje predrakavih sprememb materničnega vratu.

2.4 Vzorec

Vzorec je obsegal 354 anketnih vprašalnikov, ki so jih izpolnili: dijaki Srednje zdravstvene šole Celje (SZŠC) 132 (1. letnik 88, od tega dijaki (v nadaljevanju tudi moški 31) in dijakinje (v nadaljevanju tudi ženske 57); 4. letnik 44, od tega dijaki 17, dijakinje 27); dijaki Srednje poslovno komercialne šole Celje (SPKŠ) 115 (1. letnik 63, od tega dijaki 19, dijakinje 44; 4. letnik 52, od tega dijaki 18, dijakinje 34) in dijaki I. gimnazije v Celju 107 (1. letnik 30, od tega dijaki 8, dijakinje 22; 4. letnik 77, od tega dijaki 26, dijakinje 51).

Anketiranje je potekalo v času od 1. do 10. decembra 2009.

3 Rezultati

Rezultati so pokazali, da je najmanj 74 odstotkov dijakov anketiranih srednjih šol seznanjenih s tem, da je rak nehoteno razmnoževanje telesu lastnih celic. V manj kot 26 odstotkih so se dijaki odločili, da je rak ozdravljiva bolezen.

Dijaki četrtnih letnikov so bolj seznanjeni s pojmom, kaj pomenijo kancerogeni, kot pa dijaki prvih letnikov. Dijaki prvih letnikov so na to vprašanje v povprečju 38 odstotkov odgovorili z ne vem.

Dijaki vseh srednjih šol so (v več kot 50%) podali odgovor, da niso dovolj osveščeni o zgodnjem odkrivanju raka. Med njimi prevladujejo dijaki prvega letnika gimnazije, ki so kar v celoti (100%) odgovorili nikalno. Najbolj osveščeni o zgodnjem odkrivanju raka so dijaki četrtega letnika SZŠC (38%).

Dijaki SZŠC so bolj obveščeni o tem, da je rak lahko tudi dedna bolezen, kot dijaki drugih dveh srednjih šol. V zelo majhnem odstotku (pod 23%) so dijaki vseh srednjih šol odgovorili z odgovorom ne vem.

Na vprašanje, ali je možno rakaste spremembe ugotoviti dovolj zgodaj, so dijaki vseh srednjih šol složno (v več kot 79%) odgovorili pritrdilno. Da ni možno dovolj zgodaj ugotoviti rakastih sprememb pri človeku, meni največ dijakov četrtega letnika SPKŠ (9,62%), z ne vem pa je odgovorilo največ dijakov prvega letnika SPKŠ (12,70%).

Zelo nas je presenetilo, da so dijaki četrtega letnika SZŠC in dijaki prvega letnika gimnazije na to vprašanje 100-odstotno odgovorili z da. Največ dijakov, ki menijo, da zgodaj odkritega raka ni mogoče ozdraviti, so gimnazijci četrtega letnika (11,69%). Z 10 odstotki pa so dijaki prvega letnika SZŠC odgovorili z ne vem.

Dijaki četrtega letnika gimnazije so 100-odstotno odgovorili, da se za rakom zboleva v vseh življenjskih obdobjih, sledijo jim dijaki četrtnih letnikov SZŠC (95%). Največ dijakov, ki meni, da za rakom ne zbolevalo ljudje v vseh življenjskih obdobjih, je med dijaki prvega letnika SPKŠ (12,70%).

Dijaki četrtnih letnikov vseh srednjih šol so bolj osveščeni kot dijaki prvih letnikov, da lahko nepravilna prehrana povzroči raka. Med njimi prevladujejo dijaki četrtega

letnika SZŠC (75%). V povprečju 40 odstotkov dijakov prvih letnikov na vprašanje, ali nepravilna prehrana povzroča raka, ne pozna odgovora.

Dijaki prvih in četrth letnikov so v večini (nad 90%) seznanjeni, da kajenje lahko povzroči raka. Odgovora ne in ne vem sta bila izražena v manj kot 7 odstotkih.

53 odstotkov dijakov vsake izmed anketiranih srednjih šol se je odločilo za odgovor, da alkohol pogojuje nastanek raka. 22,73 odstotka dijakov četrtega letnika SZŠC pa meni, da alkohol ne povzroča nastanka raka. Največ (28%) dijakov ni seznanjeno s tem, ali alkohol pogojuje nastanek raka.

Preseneča, da so vsi anketirani dijaki seznanjeni s tem, da prekomerno izpostavljanje soncu povzroča raka. Največ dijakov (od 5% do 7%), ki menijo, da sonce nima škodljivega vpliva na človeka, je med dijaki SPKŠ. Največ dijakov, ki ne poznajo odgovora na to vprašanje, je bilo med dijaki SPKŠ (od 4% do 9%), ostali dijaki drugih dveh šol pa so z ne vem odgovorili v manj kot 2 odstotkih.

Pri vprašanju, ali je slaba higiena pogoj za nastanek raka, je osveščenost slabša, saj so odgovori skoraj enakovredni. Največ dijakov, ki je na to vprašanje odgovorilo pritrdilno, je med dijaki četrtega letnika SZŠC (36,36%) in SPKŠ (32,69%) ter med dijaki prvega letnika gimnazije (26,67%). Vsi dijaki prvih in četrth letnikov so na to vprašanje v večjem odstotku odgovorili nikalno kot pritrdilno. Izjema so le dijaki četrtega letnika SPKŠ, ki so na to vprašanje za približno 4 odstotke več odgovorili, da slaba higiena pogojuje nastanek raka.

Vsi dijaki, ki so bili anketirani, se v povprečju (52%) strinjajo, da dobra telesna pripravljenost pomaga preprečiti raka. Izstopajo pa dijaki četrtega letnika SZŠC, saj so na to vprašanje odgovorili pritrdilno (več kot 70%). 6,67 odstotka dijakov prvega letnika gimnazije pa meni, da vzdrževanje telesne kondicije ne pripomore pri preprečevanju nastanka raka.

Zelo veliko dijakov (nad 70%) meni, da lahko s samopregledovanjem dojk/mod sami dovolj zgodaj odkrijemo raka. Izjema so dijaki prvega letnika SPKŠ, ki so v 33,33 odstotka odgovorili, da bi rakave spremembe ugotovil zdravnik specialist.

Najmanj so s samopregledovanjem dojk/mod seznanjeni dijaki vseh prvih letnikov (nad 69%). Izmed anketiranih dijakov četrth letnikov srednjih šol so s pravilnim samopregledovanjem dojk/mod najbolj seznanjeni dijaki SZŠC. Dijaki so se pravilnega samopregledovanja naučili največ na sistematskem pregledu, izjema so dijaki četrtega letnika SZŠC, ki so (v 38,63%) odgovorili, da so se pravilnega samopregledovanja naučili v šoli.

Dijaki vseh prvih letnikov si (v več kot 49%) dojke/moda ne pregledujejo, medtem ko je ta odstotek pri vseh dijakih četrth letnikov za 11 odstotkov v povprečju nižji v korist samopregledovanja dojk/mod občasno. Redno pa si dijaki dojke/moda pregledujejo med 13 in 19 odstotkov, izjema pa so dijaki četrtega letnika SPKŠ, ki si redno, vsak mesec enkrat, pregledujejo dojke/moda samo v 3,85 odstotka, in pa dijaki prvega letnika SZŠC, ki so na to vprašanje odgovorili v 7,95 odstotka.

Anketiranci so najpogostejše odgovorili, da tega ne počnejo, ker s tem nimajo težav ali pa se jim to ne zdi potrebno. Pod drugo so napisali, da jim nihče ni povedal, da si je potrebno dojk/moda redno pregledovati.

Vsi dijaki se (v več kot 86%) zavedajo, da je samopregledovanje dojk/mod naloga in hkrati tudi odnos skrbi za lastno zdravje. Med dijaki, ki ne vedo, zakaj bi bilo potrebno samopregledovanje dojk/mod, prevladujejo dijaki prvega letnika SZŠC, ki so na to vprašanje odgovorili v več kot 9 odstotkov. Največ (10%) dijakov pa je takih, ki ne vedo, zakaj bi to bilo potrebno. Očitno je, da dijake motijo novonastala znamenja na koži, zato so tudi odgovori temu primerni. V več kot 77 odstotkov so dijaki pozorni na novonastala znamenja na koži, izjema so dijaki četrtega letnika SPKŠ, saj so (v 34,62%) odgovorili, da na novonastala znamenja na koži niso pozorni.

Dijaki prvih in četrth letnikov vseh srednjih šol bi v več kot 85 odstotkov ob povečanju znamenja takoj obiskali zdravnika. Izjema so dijaki prvega letnika SPKŠ (9,52%) in dijaki četrtega letnika SZŠC (4,55%), ki bi znamenja, ki bi se začela povečevati oziroma spreminjati barvo, namazali z mazilom.

Dijaki tako prvih kot četrth letnikov vseh srednjih šol (v več kot 74%) menijo, da je reden pregled pri ginekologu potreben. Tisti dijaki, ki menijo, da reden pregled pri ginekologu ni potreben, so dijaki prvega letnika SZŠC (13,64%) in dijaki prvega letnika SPKŠ (11,11%).

Samo 25 odstotkov dijakov četrtega letnika SZŠC in SPKŠ ter 20 odstotkov dijakov prvega letnika gimnazije je vedelo, da se državni program za odkrivanje predrakavih sprememb materničnega vratu imenuje ZORA, ostali dijaki pa so pravilno odgovorili na to vprašanje v manj kot 12 odstotkov.

4 Razprava

Pri prvem vprašanju, kaj je rak, so dijaki prvih in četrth letnikov odgovarjali približno enako. Pri odgovorih sta prevladovala odgovora ozdravljiva bolezen in da je rak nehoteno razmnoževanje telesu lastnih celic.

S pojmom karcinogeni so najbolj seznanjeni dijaki četrtega letnika SZŠC, saj je ta odgovor izbralo več kot 95 odstotkov dijakov. Kot drugi najpogostejši odgovor se je pojavil odgovor ne vem, za katerega se je odločilo največ dijakov prvega letnika SPKŠ (44,44%). Pričakovali smo, da bodo dijaki četrtega letnika SZŠC v večini poznali pravilni odgovor, saj se o tem izobražujejo. Presenetilo pa nas je, da so dijaki četrtega letnika gimnazije pravilni odgovor obkrožili v več kot 90 odstotkih.

Zanimivo za nas pa je vprašanje, če so dijaki dovolj osveščeni o zgodnjem odkrivanju raka, saj so dijaki odgovarjali po pričakovanjih, v večini z odgovorom, da o zgodnjem odkrivanju raka niso dovolj osveščeni, zato je prva hipoteza potrjena. Presenetila nas je enotnost dijakov prvega letnika gimnazije, saj so vsi odgovorili z odgovorom ne. Na to vprašanje je z odgovorom da odgovorilo samo 38,64 odstotka dijakov četrtega letnika SZŠC, kar nas preseneča, saj se o tej temi pogovarjajo v šoli.

Na vprašanje, če je rak dedna bolezen, so dijaki vseh srednjih šol odgovorili v več kot 60 odstotkih pritrdilno, z izjemo prvega letnika SPKŠ, ki so odgovor da uporabili v manj kot 50 odstotkih.

Več kot 79 odstotkov dijakov prvih in četrth letnikov se je odločilo za odgovor, da je možno rakaste spremembe ugotoviti dovolj zgodaj. Največ dijakov, ki so se odločili za ta odgovor, pa je dijakov prvega letnika gimnazije (96,67%). Pričakovali smo, da bodo dijaki SPKŠ na to vprašanje odgovarjali slabše kot dijaki SZŠC in gimnazije, in to se je tudi zgodilo.

Dijaki prvega letnika gimnazije so na vprašanje, ali je zgodaj odkritega raka mogoče ozdraviti, odgovorili 100-odstotno, prav tako tudi dijaki četrtega letnika SZŠC. Ostali dijaki so odgovarjali z odgovorom da v več kot 85 odstotkih.

Na vprašanje, ali za rakom zbolevajo v vseh življenjskih obdobjih, so pritrdilno (100%) odgovorili dijaki četrtega letnika gimnazije. Sledijo jim dijaki SZŠC (95,45%).

Dijaki četrtega letnika SZŠC vedo (v 75%), da nepravilna prehrana povzroča raka, kar predstavlja največji odstotek pravih odgovorov v primerjavi z dijaki ostalih srednjih šol.

Dijaki vseh anketiranih šol se (z več kot 92%) strinjajo, da kajenje povzroča raka.

Dijaki prvega letnika SZŠC so večinsko pravilno odgovorili, da alkohol pogojuje nastanek raka. Pravilni odgovor je uporabilo več dijakov četrtega letnika SPKŠ kot pa dijakov četrtega letnika SZŠC, nad čemer smo razočarani, saj smo prepričani, da se na šoli o tej temi dosti govori.

Vsekakor so dijaki prvih in četrth letnikov anketiranih srednjih šol seznanjeni s tem, da pretirano izpostavljanje soncu povzroča raka, saj so vsi dijaki odgovorili z da (v več kot 84%).

Slaba higiena neposredno ne vpliva na razvoj rakastega obolenja, lahko pa v določeni okoliščinah pripomore, da se razvije rakasto obolenje. Na to vprašanje so dijaki odgovarjali različno. Pritrdilno so v največjem odstotku odgovorili dijaki četrtega letnika SZŠC, v najmanjšem odstotku pa dijaki prvega letnika SZŠC in dijaki prvega letnika SPKŠ.

O vprašanju, ali ohranjanje telesne kondicije preprečuje nastanek raka, imajo dijaki različna mnenja. Dijaki četrth letnikov vseh treh šol so večkrat odgovorili na to vprašanje pritrdilno kot dijaki prvega letnika.

Dijaki prvih in četrth letnikov anketiranih srednjih šol menijo, da lahko z metodo samopregledovanja dojk/mod sami dovolj zgodaj odkrijejo rakave spremembe dojk/mod. Vendar so se dijaki prvih letnikov v primerjavi s četrthimi letniki v manjši meri odločali za ta odgovor. S pravilnim samopregledovanjem dojk/mod so najslabše seznanjeni dijaki prvih letnikov vseh treh srednjih šol. Skoraj polovica dijakov je odgovorila, da si dojk/mod ne pregleduje. Ker so se dijaki pravilnega samopregledovanja naučili najpogosteje na sistematskem pregledu ali pa le-tega ne znajo, druga hipoteza ni potrjena.

Na vprašanje, zakaj si dojk/mod ne pregledujejo, so dijaki izbirali različne odgovore. Dijaki prvega letnika SPKŠ tega ne počnejo, ker s tem nimajo težav, prav tako tudi dijaki prvega letnika SZŠC. Predvsem se to ne zdi potrebno dijakom prvega letnika gimnazije. Pod odgovorom drugo so dijaki zapisali, da niso vedeli, da se tako da ugotoviti raka, da na te stvari ne mislijo, prav tako se je pojavil odgovor, da tega ne počno, ker s tem niso seznanjeni oziroma jih o tem nihče ni poučil. Vsekakor nam je to dalo vedeti, da bi se moralo o tem več govoriti oziroma dijake poučiti o tem. Smo mnenja, da bi dijaki to počeli, če bi vedeli kako.

Pri vprašanju, ali menite, da je samopregledovanje dojk/mod naloga in hkrati tudi odnos skrbi za lastno zdravje, pa je večina dijakov odgovorila z da.

Dijake novonastala znamenja na koži motijo in to potrjujejo tudi rezultati. Na to vprašanje so dijaki (v več kot 65,38% – četrti letnik SPKŠ) odgovorili pritrdilno. Najmanj so na novonastala znamenja na koži pozorni četrti letniki SPKŠ, kar 34,62 odstotka jih je obkrožilo odgovor ne.

Dijake smo v anketnem vprašalniku vprašali, kaj bi storili, če bi se materino znamenje začelo večati ali pa spreminjati barvo. Večina dijakov vsakega letnika anketiranih srednjih šol bi nemudoma obiskalo zdravnika. Najbolj bi to skrbelo dijake prvega letnika gimnazije, saj so se za ta odgovor odločili vsi dijaki. Očitno je, da so seznanjeni s tem, da večanje materinega znamenja ali spreminjane barve le-tega ni nekaj normalnega.

Tudi na vprašanje, ali menite, da je redni pregled pri ginekologu potreben, so odgovori presenetljivi. Tudi tukaj je večina dijakov odgovarjala pozitivno. Preseneča nas tudi, da so prvi letniki gimnazije odgovorili na to vprašanje bolj pozitivno kot četrti letniki SZŠC, saj bi pričakovali obratno sliko. Vsekakor pa so redni pregledi pri ginekologu potrebni, saj se le s tem lahko preventivno zaščitimo proti raku na spolnih organih.

Program za odkrivanje predrakavih sprememb na materničnem vratu se imenuje ZORA. To dijaki po večini niso vedeli, zato tretja hipoteza ni bila potrjena. Predvidevali smo, da bodo dijaki SZŠC pravilno odgovorili vsaj v večini, izkazalo pa se je, da ni tako. Pravilno je odgovorilo 25 odstotkov dijakov, prav tako tudi 25 odstotkov dijakov iz gimnazije.

5 Sklep

Rak je dandanes ena najboljšežnejših bolezni, ki lahko prizadene vsakega, tudi najmlajše. Ob zbiranju informacij smo tudi mi dobivali nove podatke, ki nam bodo še kako koristili, če bomo želeli živeti lepo in zdravo življenje. Upamo, da so tudi dijaki, ki so sodelovali pri reševanju anketnega vprašalnika, ki so nam pomagali do ugotovitev, izvedeli kaj novega in se bodo pametnih nasvetov o samopregledovanju tudi držali.

Zdravje je ena naših največjih vrednot, zato ga poskušajmo ohraniti čim dlje časa, varujmo ga in naredimo vse, da se izognemo različnim boleznim. Da pa bo temu tako, pogosto obiščimo zdravnika, opazujmo spremembe na naši koži, uživajmo veliko tekočin, se zdravo prehranjujmo, bodimo aktivni in se poskušajmo izogniti stresu,

čeprav je to v današnjih časih malce težko. Marsikateri človek se pomena bolezni ne zaveda, dokler ga le-ta ne doleti, in potem vidi, ko je, če prepozno spozna, da se je igral s svojim življenjem. Bolezni predstavljajo veliko nesrečo tudi za bližnje ljudi zbolelega za katero koli boleznijo.

Rak je bolezen, ki dandanes ljudi ubija, zahrbtno, potihoma in hitro. Z veliko trpljenja se ljudje prikopljejo do ničesar – do smrti. Poskrbimo zase in za svoje telo, preden bo prepozno. Za to, da preprečimo nastanek raka, je potrebno narediti prvi korak, in sicer opazovati svoje telo ter pregledovati območja na telesu, kjer se rak najpogosteje razvije.

LITERATURA

1. Lukič, F. (1980). Rak ni smrt. Trst: Založništvo tržaškega tiska.
2. Oset, M., Škrubej, K. in Zupanc Terglav, B. (2010). Ozaveščenost dijakov glede preventivnih metod pri preprečevanju karcinoma. Celje: Mladi za Celje.
3. Primc Žakelj, M. in Zadnik, V. (2009). Onkologija. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Dihalna stiska pri bolniku v končnem stadiju raka

UDK 616-006+616.24-008.4

KLJUČNE BESEDE: zdravljenje, rak, dispneja

POVZETEK – Rak je bolezen, ki nezdavljena ali neuspešno zdravljena prej ali slej privede do smrti. Ko je izčrpano proti raku usmerjeno zdravljenje, večina bolnikov še vedno potrebuje zdravstveno oskrbo. Poleg bolečin je v tem obdobju največji problem dispneja. To je subjektivni občutek težkega dihanja. Je posledica raka samega, zdravljenja raka ali drugih bolezni, ki se zaradi tega poslabšajo. Ukrepanje pri dihalni stiski je odvisno od prizadetosti bolnika, vzrokov dihalne stiske ter smiselnosti ukrepanja. Za odločanje o slednjem moramo poznati diagnozo, potek bolezni in dosedanjega zdravljenja. Če je glede na bolnikovo stanje ter prognozo smiselno in možno, na dihalno stisko vplivamo z zdravljenjem njenega neposrednega vzroka. Pogosti neposredni vzroki za dihalno stisko so: obsežen plevralni izliv, perikardialni izliv, krvavitev v dihalnih poteh, zožitev zgornjih dihalnih poti, zožitev sapnika ter zapora ali zožitev velikih bronhijev. Kadar ne moremo ali ni smiselno vplivati na neposredni vzrok dihalne stiske, jo zdravimo simptomatsko: z dodajanjem kisika, z opiaty in anksiolitiki ter drugimi zdravili. Pomembno je sodelovanje bolnika, svojcev in celotnega tima, ki izvaja zdravstveno oskrbo.

UDC 616-006+616.24-008.4

KEY WORDS: treatment, cancer, dyspnea

ABSTRACT – Untreated or unsuccessfully treated cancer leads to death. Most patients not eligible for specific oncological treatment still need health care. In addition to pain, the most bothering symptom during this period is dyspnea. It is defined as a sense of shortness of breath. Dyspnea is a consequence of cancer, treatments of cancer, or comorbidities worsening due to cancer progression and/or treatments. Acting in the case of dyspnea depends on patient impairment, causes of dyspnea and the rationality of action. To determine the rationality of action, the patient's diagnosis, the course of the disease and previous treatments should be known. Considering the patient's impairment and prognosis, respiratory distress is managed by treating its cause. Frequent direct causes of respiratory distress are: extensive pleural effusion, pericardial effusion, air-way hemorrhage, upper air-way stenosis, tracheal stenosis, occlusion or stenosis of major bronchi. If it is not possible or rational to treat the cause, respiratory distress is managed symptomatically by oxygen supply, opiates, anxiolytics and other medication. The cooperation of the patient, his/her family and the whole health care team is very important.

1 Uvod

Rak je bolezen, ki nezdavljena ali neuspešno zdravljena prej ali slej privede do smrti. Ko je izčrpano zdravljenje usmerjeno proti raku, pa večina bolnikov še vedno potrebuje zdravstveno oskrbo zaradi raka samega, zaradi posledic zdravljenja ali zaradi drugih bolezni, ki raka spremljajo. Poleg bolečin so za bolnika, pa tudi za njegove svojce in za izvajalce zdravstvene oskrbe, največji problem težave z dihanjem.

Za bolnika v končnem stadiju raka štejemo bolnika, pri katerem je rak tako napredoval, da onkološko zdravljenje ni več možno niti smiselno, in pri katerem začnejo odpovedovati življenjsko pomembni organi, da lahko v kratkem pričakujemo smrt.

2 Dispneja

Dispneja je subjektiven občutek oteženega dihanja. Hudo dispnejo imenujemo dihalna stiska. Dispneja je simptom, ki ni nujno v skladu s frekvenco dihanja, nasičenjem hemoglobina s kisikom ali z izvidom plinske analize arterijske krvi. Zato je ne moremo meriti, bolniku lahko samo verjamemo na besedo, da ga duši. Čas, ki ga namenimo razumevanju bolnikovih želja za lajšanje težav in pogovoru z bolnikom (če je to sploh mogoče) in njegovimi svojci o načinu ukrepanja, pomembno vpliva na doživljanje dihalne stiske.

Dispneja je lahko posledica samega raka, zdravljenja raka ali pa drugih bolezni, ki se zaradi tega poslabšajo. Vzroki dispneje so navedeni v shemi 1.

Shema 1: Vzroki dispneje pri bolnikih z rakom



Ukrepanje pri dihalni stiski je odvisno od prizadetosti bolnika, vzrokov dihalne stiske ter smiselnosti ukrepanja. Za odločanje o slednjem moramo poznati diagnozo, potek bolezni in dosedanjega zdravljenja (Debevec, 2006, str. 389 – 399). Če se srečamo z bolnikom v dihalni stiski v urgentni službi (bodisi na terenu, bodisi v urgentni ambulanti), je nujno potrebno pridobiti ustrezne, po možnosti objektivne podatke. Najbolje je, da ima bolnik (ali njegovi svojci) pri sebi ustrezno dokumentacijo. Pri zdravljenju terminalnega bolnika se moramo zavedati, da so simptomi medsebojno soodvisni. Tako je lahko dispneja povezana tudi s tesnobo, paniko, nespečnostjo in depresijo.

Če je glede na bolnikovo stanje in prognozo smiselno in možno, na dihalno stisko vplivamo z zdravljenjem njenega neposrednega vzroka. Kadar so takšni ukrepi neinvazivni (npr. zdravljenje srčnega popuščanja, okužbe, pljučne embolije) je odločitev zanje manj problematična. Pred invazivnimi posegi pa je vedno potrebno pretehtati njihovo smiselnost. Bolnik mora biti za takšne ukrepe sposoben, motiviran in seznanjen z možnimi zapleti. S slednjimi naj bodo seznanjeni tudi bolnikovi svojci.

2.1 Obsežen plevralni izliv

Dispneja je v takem primeru posledica zmanjšane podajnosti prsne stene, zmanjšane ga volumna pljuč, sploščenosti prepone in pri enostranskem izlivu tudi pomika mediastinuma v nasprotno stran. Terapevtska torakocenteza vsaj začasno olajša dihanje. V primeru ponovnega nabiranja izliva je smiselno razbremenilne oziroma izpraznilne plevralne punkcije ponavljati. Če so potrebne punkcije na 3-4 dni in se ob radiološki kontroli pljuča razpnejo, pride pri bolniku, ki je motiviran in pričakujemo, da bo živel vsaj mesec dni, v poštev plevrodeza. Plevrodezo je mogoče izvesti na različne načine: kemično plevrodezo s smukcem in torakoskopsko mehanično plevrodezo, za katero je potrebna kirurška torakoskopija (video-assisted thoracic surgery, VATS). Torakalno drenažo za plevrodezo naredimo v lokalni anesteziji. Ko se dnevna količina izliva zadovoljivo zmanjša, po drenu vbrizgamo v plevralni prostor suspenzijo smukca. Z istim namenom je možno uporabiti tudi citostatike, kar pa je po objavljenih podatkih manj uspešno. V literaturi je opisana 80–90-odstotna uspešnost plevrodeze s smukcem, ocenjevane po enem mesecu (Debevec, 2011, 412 – 420). Glavne težave po plevrodezi so bolečine in povišana telesna temperatura. Poleg tega je povečano tudi tveganje okužbe. Bolniki so zaradi napredovallega raka in lahko tudi zaradi zdravljenja namreč praviloma imunokompromitirani. Pri obojestranskem malignem plevralnem izlivu se plevrodeza poskusi najprej na eni strani, šele nato tudi na drugi strani.

2.2 Perikardialni izliv

Maligni perikardialni izliv se najpogosteje pojavi pri pljučnem raku (okoli polovica vseh perikardialnih izlivov) ter pri raku dojke (okoli petina vseh perikardialnih izlivov), mnogo redkeje pri drugih rakih. Praviloma se nabira počasi in povzroča značilne težave, kot so splošna oslabelost, dispneja, kašelj. Pri hemodinamsko pomembnem perikardialnem izlivu opazujemo zanke Beckove triade: distenzijo vratnih ven, hipotenzijo in tihe srčne tone. Pogosta sta tahikardija in paradoksn pulz. V EKG-ju vidimo mikrovoltazo in nespecifične motnje repolarizacije, na rentgenski sliki prsnih organov pa (kadar ne motijo obsežnejši plevralni izlivi) značilno šotorasto srčno senco. Ehokardiografija potrdi diagnozo in omogoča orientacijo za izvedbo in kontrolo perikardiocenteze, ki pa je simptomatski in ponavadi začasen ukrep. Kadar zdravljenje s kemoterapijo in/ali obsevanjem ni možno ali ni smiselno, bolnik pa je sposoben in motiviran, pride v poštev kirurška fenestracija perikarda, ki omogoča odtok perikardialnega izliva v plevralno votlino.

2.3 Krvavitev v dihalnih poteh

Dihalna stiska zaradi krvavitve v dihalnih poteh je ena najbolj dramatičnih situacij pri bolniku z rakom. Taka krvavitev se kaže z izkašljevanjem krvi in z dušenjem. Pri tem je pomembna tudi količina izkašljane krvi v določenem času. Ukrepanje je odvisno od klinične slike in od bolnikove prognoze. Z bronhoskopom ugotovimo mesto krvavitve in poskušamo s koagulacijo (z argon plazmo ali elektrokavterjem) krvavitev zaustaviti. Obe koagulacijski sondi lahko uvedemo skozi upogljivi bronhoskop. Tudi koagulacija z laserjem je lahko učinkovita, vendar je za to potrebno uporabiti

togi bronhoskop. Pri krvavitvi iz perifernih delov pljuč lahko že aspiracija in čiščenje dihalnih poti z izpiranjem zmanjša draženje na kašelj, zmanjša ali celo zaustavi krvavitve. Na mesto krvavitve apliciramo adrenalin. Pri hudih krvavitvah bronhoskopsko vstavljamo posebne balonske katetre, s katerimi zamašimo določen bronhij. Pri zelo hudi krvavitvi je možna le intubacija v nasprotni glavni bronhij ali intubacija z dvolumenskim tubusom. V takem primeru je potrebna čimprejšnja sklerozacija tumorskega žilja, ki je interventni radiološki poseg. Kirurška odstranitev prizadetega dela pljuč pri terminalnem bolniku ni indicirana.

Za zdravljenje izkašljevanja krvi je lahko uspešno tudi obsevanje. To pride v poštev tudi v primeru, ko je bila krvavitev zaustavljena z bronhoskopsko intervencijo. Dodatno paliativno obsevanje pljuč zaradi krvavitve pride v poštev tudi pri bolnikih, ki so že bili obsevani, odvisno predvsem od že prejete obsevalne doze in časa, ki je potekel od tedaj.

2.4 Zožitev zgornjih dihalnih poti

Pri dihalni stiski zaradi raka v grlu in žrelu je zožitev mogoče premostiti začasno z vstavitvijo endotrahealnega tubusa, trajna rešitev pa je traheostoma. Kadar je vzrok dispneje paraliza obeh povratnih živcev in zaradi tega ozka špranja med glasilkama, je to mogoče odpraviti z delno odstranitvijo glasilk, ki se lahko naredi tudi z laserjem.

2.5 Zožitev sapnika ter zapora in zožitev velikih bronhijev

Interventna bronhoskopija je pri terminalnih bolnikih potrebna redko. Večinoma so to znani bolniki s centralnim pljučnim tumorjem, pri katerih bolezen napreduje. Kadar pridejo v dihalni stiski, se za bronhoskopsko intervencijo odločamo na osnovi klinične slike in prognoze ter možnosti za dodatno paliativno zdravljenje, predvsem obsevanje. Najprej z upogljivim bronhoskopom ugotovimo mesto in v skladu z rentgensko sliko in/ali CT-jem tudi obsežnost stenoze. Skozi upogljivi bronhoskop lahko uporabimo argon plazma koagulator ali elektrokavter ter drobne kleščice. Za odstranitev obsežnejših tumorskih granulacij iz sapnika ali glavnih bronhijev uporabljamo togi bronhoskop, skozi katerega lahko uporabljamo večje kleščice za mehanično odstranjevanje ali s samim togim bronhoskopom izluščimo granulacije v sapniku (coring). Skozi togi bronhoskop lahko uporabljamo upogljivega in skozi tega argon plazma koagulator ali elektrokavter, predvsem za preprečevanje in zaustavljanje krvavitve. Skozi togi bronhoskop se za odstranjevanje tumorskih granulacij uporablja tudi YAG laser. Krioterapija ali zdravljenje z zamrzovanjem s tekočim dušikom se uporablja skozi upogljivi bronhoskop.

Za premostitev zožitve zaradi pritiska tumorja, povečanih bezgavk ali hude fibroze po obsevanju, na centralne dihalne poti od zunaj, uporabljamo posebne opornice, imenovane stenti. Te uvedemo s pomočjo posebnih aplikatorjev skozi togi bronhoskop in pod diaskopsko kontrolo. Stent mora segati preko robov zožitve in se po vstavitvi primerno razpeti in utrditi. Stenti so narejeni iz različnih materialov (silikonski, kovinski). Lahko povzročajo draženje dihalnih poti. Stent se lahko premakne, bolnik ga včasih celo izkašlja. Lego stenta je potrebno kontrolirati rentgensko in po vstavitvi

vsaj enkrat tudi bronhoskopsko. Bolnik, ki ima vstavljen stent, večkrat dnevno inhalira fiziološko raztopino, s tem vlaži dihalne poti in tako olajša izkašljevanje sluzi, ki se nabira ob stentu.

Brahiradioterapija je metoda, pri kateri vstavimo radioaktivni vir v prizadeti bronhij skozi vodilo, vstavljeno z bronhoskopom. Učinek obsevanja sega nekaj cm v okolico vira, to je v območje prizadete dihalne poti in v njeno okolico v predelu tumorja. Brahiradioterapijo lahko uporabimo tudi v primeru, da je bolnik že bil obsevan na obsevalnem aparatu. V Sloveniji možnosti za endobronhialno brahiradioterapijo nimamo.

2.6 Simptomatsko zdravljenje dihalne stiske

Kadar ne moremo ali ni smiselno vplivati na neposredni vzrok dihalne stiske, jo zdravimo simptomatsko še na druge načine: z dodajanjem kisika, z opiat in anksiolitiki, v nekaterih primerih (limfangiokarcinomatoza pljuč, sindrom zgornje votle vene) tudi s sistemskimi kortikosteroidi in diuretiki. Pri bolnikih z astmo ali KOPB so učinkoviti tudi bronhodilatatorji. Pri velikih količinah bronhialnega sekreta so učinkoviti antiholinergiki, kot sta atropin in skopolamin.

Dovajanje kisika preko venti maske, na terenu običajno 100-odstotnega kisika, je po navadi prvi ukrep pri zdravljenju hude dihalne stiske. Zdravljenje s kisikom je pomemben simbol zdravniške pomoči. Ta ukrep je učinkovit pri hipoksemičnih bolnikih. Pri bolnikih, ki so dispnoični in niso hipoksemični, gre pri tem za placebo učinek. Velikokrat se podoben učinek lahko doseže s samim gibanjem zraka v prostoru, na primer z ventilatorjem ali zračenjem, ki tako kot kisik stimulira receptorje trigeminalnega živca. Problem daljšega zdravljenja rakavega bolnika s kisikom je tudi cena. Trajno zdravljenje s kisikom namreč zahteva ali hospitalizacijo ali zagotovitev koncentratorja na bolnikovem domu.

Princip dvojnega učinka imenujemo situacijo, ko zdravnik ukrepa v pričakovanju dobrega izhoda, hkrati pa se zaveda tudi možnosti škode za bolnika, kar predstavlja etično dilemo. Osnovni namen ukrepanja opravičuje tveganje za poslabšanje, ki je lahko v skrajnem primeru celo smrt bolnika. S principom dvojnega učinka se srečujemo tudi pri zdravljenju dihalne stiske. Čeprav so lahko invazivni postopki dejansko za bolnika bolj tvegani od zdravljenja z zdravili, se strah pred povzročitvijo smrti največkrat povezuje z uporabo opiatov. Dejansko pa je tveganje za depresijo dihanja pri uporabi opiatov po predpisanih smernicah zelo majhno. Pomembno je začeti z majhnim odmerkom ter odmerek poviševati, dokler se ne pokaže zadovoljiv učinek. Načeloma veljajo za uporabo opiatov pri dihalni stiski enake smernice kot za zdravljenje bolečine. Pri bolnikih, ki še niso prejeli opiatov, so pri hujši dispneji pogosto učinkoviti že majhni peroralni odmerki, na primer 5–15 mg morfina vsake 4 ure. Kadar je klinična slika dihalne stiske dramatična, je bolj smiselno aplicirati morfin v začetku parenteralno, na primer podkožno, po izboljšanju pa preiti na peroralno dajanje. Vedno uporabljamo kratko delujoče preparate, in ko ugotovimo učinkovit in primeren odmerek, preidemo na dolgo delujoča zdravila. Skoraj vedno se kot stranski učinek uporabe opiatov pojavi zaprtje. Zato moramo bolnika, ki mu predpišemo opiate za redno uporabo, na to opozoriti in mu predpisati odvajalo na podlagi sene.

Kadar je hudi dispneji pridružena tudi anksioznost, je smiselno opiatom dodajati benzodiazepine. Tudi v takih primerih začnemo z nizkimi odmerki kratkodelujočih preparatov in jih titriramo do želenega učinka ter po potrebi kasneje preidemo na dolgo delujoče preparate.

3 Sklep

Pri zdravljenju dihalne stiske je pomembno sodelovanje bolnika, njegovih svojcev in vseh, ki sodelujejo pri obravnavi bolnika v bolnišnici, v negovalni ustanovi ali na bolnikovem domu, vključno s socialno službo in pri vernem bolniku tudi duhovnika njegove vere. Če želimo doseči kar največji učinek, moramo bolniku predvidene ukrepe obrazložiti in preveriti, če jih je pravilno razumel.

Že omejitev števila oseb okoli bolnika ali znižanje sobne temperature in prezračenje prostora, v katerem biva bolnik, lahko zmanjša dihalno stisko. Tudi uporaba ventilatorja, primerna vlažnost zraka, polsedeč položaj bolnika so lahko koristni. Pomemben ukrep je tudi preprečevnje osamljenosti bolnika.

Svojce moramo poučiti o pomenu bolnikove samoocene stopnje dispneje. Kadar je bolnik zdravljen ustrezno in dispneje ne občuti več, lahko še vedno diha pospešeno, s pomožnim dihalnim mišičjem ali celo hrope. V takem primeru pri terminalnem bolniku tudi zasičenost hemoglobina s kisikom ni pomembna. Svojci, zdravstveno in negovalno osebje se morajo zavedati, da se je potrebno pri bolniku v končnem stadiju raka orientirati predvsem po njegovem doživljanju težav in ne toliko po kliničnih in laboratorijskih znakih.

Ob vseh navedenih možnostih za lajšanje dihalne stiske bolnikov v končnem stadiju raka obstajata predvsem dva problema: pomanjkanje nekaterih pripomočkov (stentov) in aparatov za različne posege ter nepoznavanje indikacij in smiselnosti posameznih postopkov. Ker le redkokdaj lečeči zdravnik sam povsem pozna vse možnosti za lajšanje dihalne stiske, je priporočljivo, da tudi o tem odloči ustrezní tímski konzilij.

LITERATURA

1. Debevec, L. (2006). Pomen zamejitve bolezni in ocena sposobnosti bolnika za zdravljenje pljučnega raka. *Zdravniški vestnik*, 75 (6/7), 389–399.
2. Debevec, L. (2011). Tumorji pljuč. V M. Košnik idr. (ur.). *Interna medicina* (str. 412–420). Ljubljana: Littera picta: Slovensko medicinsko društvo.

Prva pomoč in vozniki motornih vozil

UDK 796.71-051:614.88

KLJUČNE BESEDE: prva pomoč, vozniki, motorna vozila

POVZETEK – Prometne nesreče so realnost sodobnega sveta. Združeni narodi to označujejo kot glavni zdravstveni problem s hudimi socialno-ekonomskimi posledicami. Velik delež posledic bi lahko omilili z ustreznim izvajanjem temeljnih postopkov oživljanja in z drugimi ukrepi prve pomoči (v nadaljevanju PP). Namen raziskave je bil ugotoviti, kaj menijo vozniki motornih vozil o svoji pripravljenosti za dajanje PP in kakšno je znanje voznikov motornih vozil o PP na danih primerih lažjih in težjih poškodb. Uporabljena je bila strategija raziskovanja presečne študije z deskriptivno metodo raziskovanja. Rezultati kažejo, da tisti anketiranci, ki se pri svojem delu ali hobiju srečujejo s PP, svojo pripravljenost za dajanje PP ocenjujejo kot povprečno dobro tako ob lažjih kot tudi ob težjih poškodbah/stanjih. Tisti anketiranci, ki se s PP pri delu ne srečujejo, pa kot srednjo pripravljenost pri težjih, pri lažjih poškodbah/stanjih pa kot povprečno dobro. Na njihovo znanje ne vpliva samo stik z vsebinami PP, ampak tudi čas, ki je minil od zadnjega tečaja PP. V opisanih namišljenih situacijah so anketiranci pokazali dobro znanje pri lažjih poškodbah, pri življenjsko ogrožujočih stanjih pa je njihovo znanje slabo.

UDK 796.71-051:614.88

KEY WORDS: first aid, motor vehicle drivers

ABSTRACT – Traffic accidents are reality of the modern world. The United Nations consider that fact as a major health problem with serious socio-economic consequences. The proper implementation of basic CPR and other first aid (FA) measures could mitigate a great deal of accidents effects. The aim of the research is to determine the view of motor vehicle drivers about their own willingness to give FA (in the case of minor and major injuries). The aim is also to find out what is their level of knowledge about FA in the given cases of minor and major injuries. The strategy of cross-sectional study with descriptive method of work was used. The results show that respondents who deal with FA during their work or hobby have certain characteristics. Their self-evaluation about FA knowledge and willingness to give FA is higher compared with those who do not deal with FA. The respondents were requested to respond to given imaginary situations. Their knowledge in the case of minor injuries was good, but their knowledge in the case of serious situations is poor.

1 Uvod

Svetovni trend vse večje urbanizacije ima negativen vpliv na zdravje, zlasti med ranljivimi skupinami prebivalstva (IFRC, 2011). Na splošno se soočamo z večanjem števila primerov nenalezljivih bolezni. Na lestvici desetih najpogostejših vzrokov smrti so z 1,24 milijona povzročenih žrtev letno tudi prometne nesreče (WHO, 2013).

V svetovnem merilu vsak dan na cesti izgubi življenje skoraj 3.400 ljudi. Letno je poškodovanih med 20 in 50 milijonov oseb, trend pa je naraščajoč (WHO, 2013). Leta 2011 je v Evropski uniji na cestah umrlo 30.100 oseb (Vlada RS, 2013). Na slovenskih cestah je bilo v letu 2012 mrtvih 130 ljudi (Javna agencija RS za varnost cestnega prometa, 2013).

Združeni narodi prometne nesreče označujejo kot glavni zdravstveni problem s socialno-ekonomskimi posledicami (WHO, 2013). Velik delež posledic bi lahko omilili s pravočasnimi in pravilnimi izvajanjem temeljnih postopkov oživljanja in uporabo dru-

gih večšin PP. PP je namreč tista neposredna zdravstvena oskrba, ki jo dobi poškodovanec ali nenadno oboleli na kraju dogodka in kar najhitreje po dogodku (Derganc, 1994). Neposredne nevarnosti za življenje, ki zahtevajo dajanje hitre in pravilne PP so: nezavest, prenehanje dihanja in bitja srca, huda krvavitev, šok in zastrupitve (Kovačič, 2000).

Dajanje PP je etična in pravna obveznost. Slednjo določajo Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 72/06), Kazenski zakonik (Ur. l. RS, št. 5/12), Zakon o varnosti cestnega prometa (Ur. l. RS, št. 25/2006), Zakon o varnosti in zdravju pri delu (Ur. l. RS, št. 11), Pravilnik o organizaciji, materialu in opreми za PP, na delovnem mestu (Ur. l. RS, št. 136/06) in drugi.

V Sloveniji so odgovorne številne organizacije, društva, šole, fakultete in združenja, ki širijo znanja in veščine PP, da se državna regulativa tudi dejansko uresničuje. Ena vodilnih je Rdeči križ Slovenije, ki usposabljanje laične javnosti za dajanje prve pomoči izvaja kot javno pooblastilo (Ur. l. RS, št. 7/93). Vodilna svetovna organizacija, ki se ukvarja s pomenom promocije PP, je Mednarodna federacija društev Rdečega križa in Rdečega polmeseca, v okviru katere deluje tudi Globalni referenčni center za prvo pomoči. Ta ima poleg Evropskega sveta za reanimacijo pomembno vlogo na področju poučevanja in postavljanja standardov PP v Evropi in v svetu (Slabe in Tašner, 2008).

Pomembnost zakonske določbe o obveznosti tečaja PP za voznike motornih vozil je utemeljena z rezultati številnih raziskav (Van de Velde idr., 2009; Kuramoto idr., 2008; Strömsöe, 2013; IFRC, 2011). Pogosto se zgodi, da ljudje PP v nesreči ne dajo prve pomoči (Recek, 2006; Bizjak in sod., 2009; Slabe in sod., 2012). To prinaša negativne posledice: večje zdravstvene zaplete pri poškodovanih ali nenadno obolenih osebah ali smrt (Rajapakse in sod., 2010).

2 Metodologija

2.1 Nameni in cilji raziskovanja

Namen raziskave je ugotoviti, kakšno je teoretično znanje PP med vozniki motornih vozil v Sloveniji v primeru lažjih in težjih poškodb ali obolenj, in to znanje primerjati z rezultati sorodnih raziskav.

2.2 Raziskovalna vprašanja

1. Kakšna je opredelitev vzrokov motornih vozil do njihove lastne pripravljenosti (znanje, sposobnosti) za dajanje PP v primeru lažjih in težjih poškodb?
2. Kakšno je znanje PP vzrokov motornih vozil na podanih primerih lažjih in težjih poškodb?
3. Ali je znanje PP med vozniki motornih vozil, ki se pri svojem poklicu ali hobiju srečujejo z vsebinami PP, boljše kot pri tistih, ki se s temi vsebinami ne srečujejo?

2.3 Raziskovalne metode

Uporabljena je bila strategija raziskovanja presečna študija. Najprej je bil opravljen pregled domače in tuje literature, iskanje je potekalo s pomočjo sistema COBISS in podatkovnih baz Google učenjak, EBSCOhost z definiranimi vključitvenimi in izključitvenimi kriteriji za izbor ustrezne literature. Uporabljena je bila deskriptivna metoda raziskovanja.

2.4. Instrument in potek raziskave

Zbiranje podatkov je potekalo s pomočjo anonimnega anketnega vprašalnika. Izdelan je bil v programu za izdelavo spletnih anket Ika, hiperpovezava na spletno anketo pa je bila objavljena na spletnih straneh Rdečega križa Slovenije, Avto-moto zveze Slovenije in Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani, na forumih, ki jih obiskujejo vozniki motornih vozil (BMW forum, Hondaforum, Slottech), in posredovana preko socialnih omrežij in e-pošte. Pred objavo so anketni vprašalnik ovrednotili ekspertni ocenjevalci (10). Vprašanja so bila zaprtega tipa.

2.5 Vzorec populacije

Predmet raziskave so vozniki motornih vozil, obeh spolov in vseh starostnih skupin nad 16 let. Načrtovano je odzivna skupina štela 1000 oseb.

2.6 Obdelava podatkov

Pridobljeni kvantitativni podatki so bili obdelani s pomočjo programa za statistično obdelavo podatkov SPSS. Rezultati so prikazani grafično in besedno ter primerjani z rezultati že obstoječih raziskav v Sloveniji in tujini.

3 Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 60 odstotkov žensk in 40 odstotkov moških, največ jih sodi v starostni razred od 20 do 40 let (62%), kar je pričakovano, saj so anketiranci vozniki motornih vozil. Približno polovica anketiranih ima dokončano srednjo šolo, večina ostalih (43%) pa visokošolski ali univerzitetni program. Več kot štirje od desetih voznikov motornih vozil so se zadnjega tečaja ali izobraževanja o PP udeležili pred več kot 5 leti, skoraj trije od teh pa kar pred več kot 10 leti. Približno polovica anketirancev označuje, da imajo pri svojem poklicu ali hobiju stik z vsebinami prve pomoči.

Več kot 50 odstotkov anketirancev ocenjuje svojo pripravljenost (sposobnosti, znanje) za dajanje PP kot srednje dobro ali dobro (ocena 3–4 točke na lestvici 1–5) v primeru lažjih in težjih poškodb ali obolenj, razen v primeru poškodb hrbtenice in nezvestne osebe, ki ne diha, kjer so v splošnem ocenili svoje znanje s povprečno oceno 2,9. V primeru težjih in lažjih poškodb je samoocena pripravljenosti za dajanje PP boljša pri tistih voznikih motornih vozil, ki imajo pri svojem poklicu ali hobiju stik s PP. Pri težjih poškodbah se povprečna samoocena znanja med tema skupinama anketirancev

razlikuje za 1 oceno (2,9 je povprečna samoocena tistih, ki nimajo stika z vsebinami PP, in 3,9 pri tistih, ki ga imajo), pri lažjih poškodbah pa za 0,7 (3,7 je povprečna samoocena tistih, ki nimajo stika z vsebinami PP, in 4,4 pri tistih, ki ga imajo) ocene (graf 1).

Graf 1: Primerjava samoocene pripravljenosti za dajanje PP v primeru lažjih in težjih poškodb med anketiranci, ki imajo stik z vsebinami PP, in tistimi, ki tega stika nimajo



Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Strah pred napakami in pomanjkanje znanja sta glavna razloga (skupaj približno 40% anketirancev), da anketiranci v nekaterih primerih samoocenjujejo znanje za dajanje PP kot slabo ali zelo slabo (graf 2).

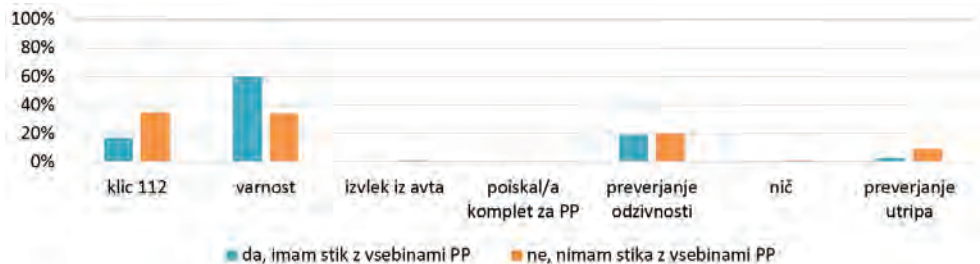
Graf 2: Glavni razlogi anketirancev, zakaj je njihova samoocena pripravljenosti za dajanje PP slaba ali zelo slaba



Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

V primeru, da bi naleteli na osebo, ki je negibno naslonjena na volan, so anketiranci, ki imajo stik s PP pri svojem delu ali hobiju, kot prvi ukrep navedli skrb za varnost (60%), kar je pravilen odgovor. Tisti anketiranci, ki pri svojem delu ali hobiju nimajo stika s PP, pa so označili, da bi poklicali 112 (35%) ali poskrbeli za varnost (34%) (graf 3).

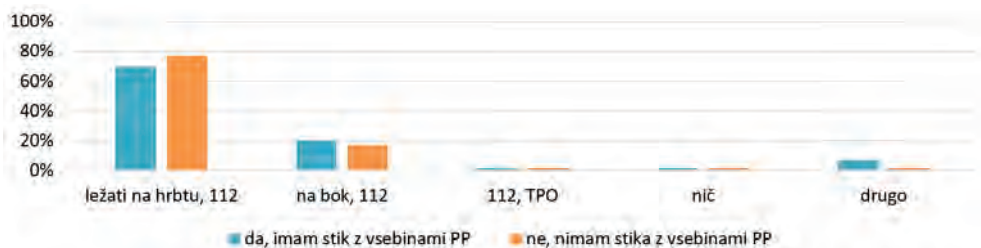
Graf 3: Primerjava odgovorov anketirancev, ki imajo stik s PP, in tistimi, ki tega stika nimajo, o ukrepih pri pristopu k ponesrečeni osebi, ki je negibno naslonjena na volan



Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Nezavestno osebo, ki diha, a pri njej sumijo za poškodbo vratne hrbtenice, bi vozniki motornih vozil v večini (> 70%) pustili ležati na hrbtu in poklicali 112. Le okrog 20 odstotkov anketirancev bi jo obrnilo na bok in s tem preprečilo zadušitev (graf 4). Pri tem vprašanju nismo ugotovili razlik med skupino anketirancev, ki imajo stik z vsebinami PP, in skupino voznikov, ki nima pogostega stika z vsebinami PP. Med ostale ukrepe (drugo) so anketiranci najpogosteje navedli prilagojen trojni manever (graf 4).

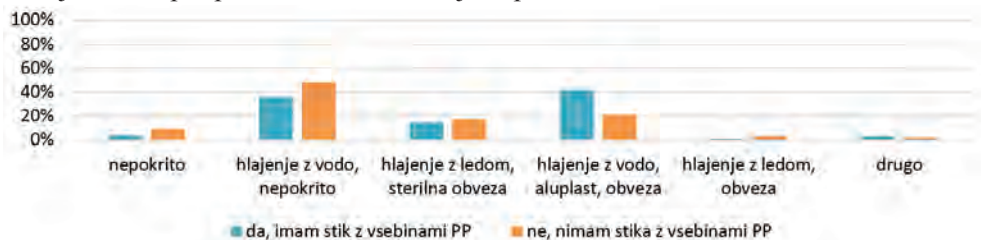
Graf 4: Primerjava odgovorov anketirancev, ki imajo stik s PP, in tistimi, ki tega stika nimajo, o ukrepih pri pristopu k nezavestni osebi, pri kateri sumimo za poškodbo vratne hrbtenice



Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

V primeru lažje poškodbe (zlom na roki) bi vozniki motornih vozil v večini ravnali pravilno: poškodovano roko bi dali v trikotno ruto in jo z drugo trikotno ruto učvrstili ob telo. Hlajenje z vodo, uporaba aluplasta in obveza so pravilni ukrepi, če si nekdo opeče roko. Te ukrepe so anketiranci, ki imajo pri svojem delu ali hobiju stik s PP, navedli najpogosteje (42%); 36 odstotkov anketirancev iz te skupine bi opekline hladilo in pustilo nepokrito. Polovica tistih voznikov motornih vozil, ki nimajo stika s PP, bi opekline hladila in pustila nepokrito (graf 5).

Graf 5: Primerjava odgovorov anketirancev, ki imajo stik s PP, in tistimi, ki tega stika nimajo, o ukrepih pri osebi, ki ima manjšo opeklinsko rano na roki



Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Pri primerjavi odgovorov anketirancev smo ugotovili, da v naštetih primerih pripravljenosti za dajanje PP in primerih poznavanja pravilnih ukrepov PP obstaja soodvisnost s tem, ali imajo vozniki motornih vozil pri svojem delu ali poklicu stik z vsebinami PP ($p < 0,05$).

4 Razprava

Ugotovili smo, da se velik delež (približno polovica) anketiranih voznikov motornih vozil z vsebinami PP srečuje pri svojem delu ali v prostem času. Rezultat je spodbuden, saj nakazuje na to, da ima PP v slovenskem prostoru določen pomen. Bolj zaskrbljujoče je dejstvo, da so se več kot štirje od desetih voznikov motornih vozil zadnjega tečaja ali izobraževanja iz PP udeležili pred več kot 5 leti, skoraj trije od teh pred več kot 10 leti. Če znanja PP ne obnavljamo in ne utrjujemo, to zastara in se pozabi (Arding, 2008; IFRC, 2011; Einspruch idr., 2007, Roppolo idr., 2007; Andresen idr., 2008, Berden idr., 1993; Woollard idr., 2006). Znanje PP voznikov motornih vozil je potrebno nenehno obnavljati in tako na cesti poskrbeti za kar največjo lastno varnost ter varnost drugih udeležencev v prometu (Ahčan in sod., 2007). Idealno bi morali vsi državljani imeti vsaj nekaj znanja o PP (Nolan idr., 2010). Z vprašanjem o razlogu, zakaj je samoocena pripravljenosti voznikov motornih vozil v nekaterih primerih poškodb zelo slaba ali slaba, smo potrdili rezultate mnogih raziskav, ki kažejo, da ljudje ne dajo PP, ker jim primanjkuje znanja o PP in jih je strah morebitnih napak. Večina domačih avtorjev ugotavlja, da je znanje PP laikov, tudi voznikov motornih vozil, slabo, še zlasti v primeru težjih poškodb ali obolenj (Rajapakse in sod., 2010; Simončič, 2013; Kos, 2010, Izlakar in Slabe, 2011; Karničnik, 2010; Štular, 2011; Lorenčič, 2007). Podobno kažejo tako rezultati naše raziskave kot tudi ugotovitve raziskav na tujem (Eisenburger and Safar, 1999; Singer idr., 2012, Goniewicz, 1998).

Zdravstveni delavci so v zadnjem času vse bolj opazovani skozi oči javnosti, zato je njihovo znanje PP še toliko pomembnejše (Dean, Mullgan, 2009a). Rezultati v tujini govorijo o pomanjkanju znanja PP tudi med medicinskimi sestrami in babicami (Johnson, 2008). Pojavljajo pa se tudi pravne dileme in strah pred PP, kar lahko preprečimo, če imamo dovolj znanja in vaje (Dear, Mulligan, 2009b). Ugotovili smo, da vozniki motornih vozil, ki se pri svojem poklicu ali hobiju srečujejo z vsebinami PP, višje ocenjujejo svojo pripravljenost za dajanje PP v primeru lažjih in težjih poškodb, tudi njihovo znanje je v vseh preverjenih primerih boljše. To je skupina, ki ima več izkušenj, predvsem pa znanje PP obnavlja. To je v skladu s predlogi o pomenu spodbujanja izobraževanja ter prizadevanji za izboljšanje usposobljenosti voznikov motornih vozil in ljudi nasploh za dajanje PP (Larsson et al., 2003). Ni dovolj znanje PP samo pridobiti, potrebno ga je tudi obnavljati ter s tem posodobiti in utrjevati.

LITERATURA

1. Ahčan, U., Kosec, L., Rajapakse, R., Slabe, D., Šutanovac, R. (2007). Prva pomoč za voznike motornih vozil. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
2. Andresen, D., Arntz, H. R., Grafling, W. et al. (2008). Public access resuscitation program including defibrillator training for laypersons: a randomized trial to evaluate the impact of training course duration. *Resuscitation*, 76, 419–424.
3. Arding, N. (2008). Essential skills: First aid. *Summit*, 49, 62–63.

4. Berden, H. J., Willems, F. F., Hendrick, J. M., Pijls, N. H., Knape, J. T. (1993). How frequently should basic cardiopulmonary resuscitation training be repeated to maintain adequate skills? *BMJ*, 306, 1576–1577.
5. Bizjak, K. in Slabe, D. (2009). Raven nudenja prve pomoči na območju službe nujne medicinske pomoči Ajdovščina. *Ujma*, 23, 182–186.
6. Dean, R. in Mullgan, J. (2009a). Introduction to the nurses rule in providing first aid. *Nursing stansards. Art and science collaboration*, 24 (4), 42–45.
7. Dean, R. in Mullgan, J. (2009b). Management of procedures and reactions following first aid. *Art and science collaboration*, 24 (11), 35–39.
8. Derganc, M. (1994). Osnove prve pomoči za vsakogar. Priročnik s praktičnimi primeri. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
9. Einspruch, E. L., Lynch, B., Aufderheide, T. P., Nichol, G. in Becker, L. (2007). Retention of CPR skills learned in a traditional AHA Heartsaver course versus 30min video self training: a controlled randomized study. *Resuscitation* 74, 476–486.
10. Goniewicz, M. (1998). The ability of drivers to give first aid- testing by questionnaire. *Wiad Lek*, 51 (3-4), 208–215.
11. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2011). International first aid and resuscitation guidelines 2001. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies: Geneva.
12. Izlakar, J. in Slabe, D. (2011). Prva pomoč dojenčku s popolno zaporo dihalne poti s tujkom – praktično znanje laikov. V M. Lahne, (ur.) in A. Lovrenčič, (ur.), *Razvijanje medpoklicnega sodelovanja v času študija na področju zdravstvenih ved* (35–43). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, Univerza v Mariboru.
13. Javna agencija Republike Slovenije za varnost prometa (2013). Pregled stanja varnosti v cestnem prometu za obdobje januar – maj 2013. Pridobljeno 24. 8. 2013, s http://www.avp-rs.si/images/dokumenti/SARK/statistika/Pregled_stanja_varnosti_v_cestnem_prometu_za_obdobje_januar_-_maj_2013.pdf.
14. Johnson, P. (2008). First aid training in pre-registration nurse education. *Nursing standards. Art and science collaboration*, 22 (51), 42–46.
15. Karničnik, A. (2010). Nujna stanja pri otrocih in prva pomoč staršev. Diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
16. Kazenski zakonik (2012). Uradni list Republike Slovenije št. 50.
17. Kos, M. (2010). Seznanjanje laikov z ukrepi nujne medicinske pomoči. Diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
18. Kovačič, A. (2000). Prva pomoč za voznike motornih vozil. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
19. Kuramoto, N., Morimoto, T. in Kubota, Y. et al. (2008). Public perception of and willingness to perform bystander CPR in Japan. *Resuscitation*, 79, 475–481.
20. Larsson, E. M., Martensson, N. L. in Alexanderson, K. A. E. (2002). First- aid Training and Bystander Actions at traffic crashes- A population study. *Prehosp Disant Med*, 17 (3), 134–141.
21. Nolan, J. P. et al. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2011. Section 1. Executive summary. *Resuscitation* 81: 1219–76. Pridobljeno 31. 8. 2014, s http://www.resuscitationjournal.com/issues?issue_key=S0300-9572%2810%29X0010-7.
22. Pravilnik o organizaciji, materialu in opremi za prvo pomoč na delovnem mestu (2006). Uradni list Republike Slovenije št. 136.
23. Rajapakse, R., Noč, M. in Kersnik, J. (2010). Public knowledge of cardiopulmonary resuscitation in Republic of Slovenia. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 122 (23/24), 667–672.
24. Recek, D. (2006). Interaktivni DVD. V U. Ahčan, (ur.), *Prva pomoč. Priročnik s praktičnimi primeri*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
25. Roppolo, L. P., Pepe, P. E. in Campbell, L. et al. (2007). Prospective, randomized trial of the effectiveness and retention of 30min layperson training for cardiopulmonary resuscitation and automated external defibrillators: The American Airlines Study. *Resuscitation*, 74, 276–285.
26. Simončič, J. (2013). Ukinjanje tečaja prve pomoči bi bil korak nazaj. Delo.

27. Singer, et al. (2012). Improving parental first aid practices. *Emergency nurse*, (3), 14–19.
28. Slabe, D. in Tašner, D. (2008). Evropski referenčni center za izobraževanje iz prve pomoči. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 42 (3), 168.
29. Slabe, D., Jenštrle, A. in Sotler, R. (2012). Prva pomoč kot oblika solidarnosti: študija primera. *Ujma*, (26), 243–248.
30. Strömsöe, A. (2013). Cardiopulmonary resuscitation in Sweden – yesterday, today and tomorrow. Gothenburg, Sweden.
31. Štular, M. (2011). Praktično znanje prve pomoči med vozniki motornih vozil. Diplomsko delo. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
32. Van de Velde, S., Heselmans, A., Roex, A., Vandekerckhove, P., Ramaekers, D. in Aertgeerts, B. (2009). Effectiveness of nonresuscitative first aid training in laypersons: a systematic review. *Ann Emerg Med.*, 54 (3), 447–457.
33. Vlada Republike Slovenije (2013). Resolucija o nacionalnem programu varnosti cestnega prometa za obdobje od 2013 do 2022. Pridobljeno 23. 8. 2013, s http://www.avp-rs.si/en/images/nacionalni_nacrt/nacionalni_program_2013_2022.pdf.
34. Woollard, M., Whitfield, R., Newcombe, R. G., Colquhoun, M., Vetter, N. in Chamberlain, D. (2006). Optimal refresher training intervals for AED and CPR skills: a randomised controlled trial. *Resuscitation*, 71, 237–47.
35. World health organisation (2013). Global status report on road safety. Geneva: World health organization Press.
36. Zakon o Rdečem križu Slovenije (1993). Uradni list Republike Slovenije št. 7.
37. Zakon o varnosti cestnega prometa (2006). Uradni list Republike Slovenije št. 25.
38. Zakon o varnosti in zdravju pri delu (2011). Uradni list Republike Slovenije št. 43.
39. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (2006). Uradni list Republike Slovenije št. 72.

Ugotavljanje kakovosti zdravstvenih storitev na Dolenjskem

UDK 614.2-021.4(497.434)

KLJUČNE BESEDE: zdravstvene storitve, kakovost, uporabniki, zadovoljstvo uporabnikov, ISO 9001

POVZETEK – Zdravstvene storitve morajo biti zagotovljene vsakemu občanu. Uporabniki pričakujemo v zdravstvenih ustanovah popolno storitev, saj tja največkrat pridemo z namenom, da se pozdravimo. Ob tem pričakujemo, da bomo kmalu na vrsti, da bo zdravnik vzel dovolj časa in se nam povsem posvetil, in končno, da bomo iz zdravstvene ustanove odšli z rešitvijo za naš problem oziroma bolezen. S to raziskavo ugotavljamo, kako kakovost zdravstvenih storitev ocenjujejo uporabniki na Dolenjskem. Izvedli smo kvantitativno raziskavo s pomočjo anketnega vprašalnika po modelu Servperf. Preučili smo tudi odzive uporabnikov glede na spol, starost in izobrazbo. Našo hipotezo, da uporabniki visoko ocenjujejo kakovost zdravstvenih storitev, smo na osnovi analize potrdili. V prispevku predstavljamo rezultate raziskave, ki bodo lahko koristno uporabljeni tudi v praksi. Ugotovitve bodo pomembno vplivale na nadaljnje poslovanje zdravstvenih ustanov, če se bodo te na podlagi rezultatov odločile uvesti izboljšave za zagotavljanje (po oceni uporabnikov) kakovostnejših storitev.

UDC 614.2-021.4(497.434)

KEY WORDS: user satisfaction, quality, health services, ISO 9001, users

ABSTRACT – Health services should be provided to every person. Service users expect a full service in health institutions, since they usually come there in order to get better. They expect not to wait too long, for medical staff to be kind, for the doctor to take enough time and be totally devoted to them and, last but not least, to walk out of the health institution with the solution for their problem or disease. Our survey will determine whether the users who filled in the questionnaire are satisfied with services in health institutions in Dolenjska. We carried out a quantitative study using the Servperf questionnaire model. We studied the users' responses based on gender, age and education. Our hypothesis, which states that users of health institutions rate the quality of health services as high, was confirmed based on the analysis of the questionnaire. Our paper presents the results of the survey which can be utilised in practice. The findings will significantly affect the future operations of health institutions, if they decide to introduce improvements based on the results in order to ensure quality services, as rated by users.

1 Storitve

1.1 Storitve in njihov pomen

Različni avtorji opisujejo storitve zelo različno. Lahko bi rekli, da jih opisujejo s takšno mero različnosti, kot dejansko se storitve med seboj razlikujejo.

Beseda storitev izhaja iz latinskega izraza »servio«, ki pomeni delati za nekoga oziroma služiti komu, streči, skrbeti zanj, pomagati komu oziroma narediti zanj nekaj, ustrezati, ravnati se po čem, odslužiti, skrbeti, izvajati, posluževati, oskrbovati, ponujati, delovati, zadovoljevati, obnašati se (Bradač, 1990, str. 483; povzeto po Snoj, 1998, str. 32).

Kodrinova (2008, str. 13) meni, da so storitve dejanja, ki jih njen izvajalec opravi v korist uporabnika in lahko zadevajo uporabnika samega ali pa v uporabnikovo korist –

stvari, njihovo sestavo ali delovanje. Pri tem poudarja, da storitev ne pomeni lastništva nečesa.

Storitve kot necenovna oblika konkurence, predstavljajo dopolnilno in hkrati vse bolj značilno sredstvo diferenciranja ponudbe v marketingu. Po mnenju Boškovića (2005, str. 227) sodijo med osnovne značilnosti storitev neotipljivost, nedeljivost izdelka od storitve, standardizacija storitve, stopnja pokvarljivosti storitve in visoka stopnja nerazdružljivosti storitve od uporabnika. Navedene specifičnosti storitev imajo velik vpliv na marketing. Osnovno vodilo vodstva je usmerjena v napredovanje kakovosti storitev, da bi se s tem približala lojalnosti uporabnikov.

Osnovna značilnost storitev je njihova neotipljivost, ki jo Mihaljčič (2009, str. 12) razlaga kot najlažje opazno značilnost storitev. Po nakupu storitve uporabnik pogosto nima v posesti ničesar oprijemljivega. Zaradi tega uporabnik tudi težje ocenjuje vrednost storitve, ki jo je prejel, prav tako pa izvajalec ne more natančno nadzirati kakovosti opravljene storitve.

Eden izmed slovenskih proučevalcev trženja storitev, Potočnik (2004, str. 70), opredeljuje storitveni proces kot osrednjo sestavino vsake storitve. Po njegovem mnenju so pogoji za dobro izvedbo storitvenega procesa:

- da organizacija dobro pozna svoje uporabnike, razume njihove potrebe in razvija pozitivne medsebojne odnose,
- da organizacija sproti usklajuje ponudbo storitev s povpraševanjem in zmanjšuje razlike med tem, kar prodaja, kar uporabniki pričakujejo in dobijo,
- da »neotipljivost« storitvenega procesa dopolni z »otipljivimi« sestavinami, če je le mogoče,
- da ustvari pozitivno vzdušje v prostoru ali na kraju, kjer poteka storitveni proces,
- da storitveni proces izpelje v realnem času, ki je bil dogovorjen, ker zamude pogosto ne more nadomestiti,
- da zagotovi potrebne strokovne izvajalce in materialne vire in jih ustrezno povezuje med izvajanjem storitvenega procesa,
- da sproti izboljšuje izvajanje storitvenega procesa in ga prilagaja čedalje bolj zapletenim tržnim zahtevam.

Sodelovanje uporabnikov pri izvajanju storitev je po mnenju Johnsona in soavtorjev (1986, str. 359; povzeto po Snoj, 1998, str. 43) ključni del sistema izvedbe storitev.

Uporabniki pogosto ocenjujejo kakovost storitve na podlagi vtisov, ki jih pridobijo med soočenjem s storitvijo (service encounter). Pojem soočenje s storitvijo uporabljamo za opisovanje vzajemnega odnosa med zaposlenimi, ki predstavljajo storitveno organizacijo, in uporabniki. Izraz soočenje pogosto nadomešča izraz trenutek resnice. Za storitveno organizacijo je trenutek resnice predvsem trenutek priložnosti, ko lahko resnično prepriča uporabnika o koristnosti svoje storitve. Oblikovanje in nadziranje tega trenutka je pomembna naloga vsake storitvene organizacije. Slaba stran trenutka resnice je v tem, da pri nastanku problema med samim izvajanjem storitve napake ni mogoče več popraviti (Potočnik, 2000, str. 159–161). Ob tem Beckwith (2003, str. 122) poudarja, da ta trenutek traja in lahko dobro ali slabo vpliva na uspešno poslovanje organizacije.

1.2 Storitve v zdravstvu

Zdravstveni sistem se v Sloveniji nenehno spreminja. Zdravstvo se je usmerilo na dve osnovni smernici: preventivo in kurativo oziroma zdravljenje bolezni. Leta 1992 smo v Sloveniji dobili zakon o zdravstvenem varstvu, ki je uvedel obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Obvezno zdravstveno zavarovanje pomeni za državljane zagotavljanje le dela zdravstvenih storitev in pravic, kot so pravice do zdravstvenih storitev in pravice do denarnih nadomestil. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje pa pomeni način zbiranja sredstev v zdravstveno blagajno. Za to vrsto zavarovanja se odloči vsak posameznik prostovoljno. Ob tem je pomembno, da se vsak posameznik zaveda, da plačevanje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v praksi prinaša le zagotovilo za brezplačne osnovne in nujne storitve v slovenskem zdravstvu.

Green in Labonte (2008, str. 18) poudarjata, da se je izvajanje storitev v zdravstvu spreminjalo skozi čas. S privatizacijo javne zdravstvene službe je prišlo do konkurenčnosti na trgu zdravstvenih storitev. Pacient je postal uporabnik in se lahko sam odloči, ali kupi zdravstveno storitev (zdravstveni pregled, cepljenje, zdravilo...). Njegova odločitev je individualna in ravno tako, kot pred odločitvijo o nakupu dobrin (čevlji, obleka), predhodno preveri trg. Po lastni presoji in v okviru dohodkovnih zmožnosti opravi nakup in s tem prevzame tudi tveganje za dober ali slab nakup. Lastno odločanje ne velja za zakonsko določena obvezna cepljenja.

Česen (2003, str. 6) opredeljuje zdravstvene storitve kot številne ukrepe, posege, postopke in odnose, v katere stopata uporabnik in izvajalec, da bi izpostavljeno težavo pripeljala k najboljšemu možnemu izidu. Največjemu delu teh odnosov lahko rečemo zdravljenje. Vendar je to preozek izraz za vse odnose, ki pri tem nastajajo. Poleg zdravljenja so tu še številne preventivne, administrativne, socialne in druge storitve, ki so sestavina zdravstvene oskrbe. Ločimo dejavnosti v neposredni zvezi z zdravljenjem, kamor sodi pospeševanje zdravja, preprečevanje bolezni, ugotavljanje, zdravljenje in rehabilitacija ter druge dejavnosti, kamor sodijo uslužnostne dejavnosti, brez katerih se zdravstvena oskrba ne bi mogla opravljati (Kersnik, 2003, str. 7).

1.3 Kakovost storitev v zdravstvu

Kadar govorimo o kakovosti storitev, največkrat in najhitreje pomislimo na nekaj odličnega, natančnega, usklajenega s specifikacijami,

Po mnenju Potočnika (2000, str. 158) je kakovost storitev razlika med pričakovano in dejansko prejeta storitvijo, kot jo zazna uporabnik. Kakovost storitve je povezana s pojmovanjem nečesa pozitivnega, dobrega, odličnega. Takšno poimenovanje je enostransko, saj pri zaznavanju in merjenju kakovosti iste storitve različni uporabniki dajejo ocene od najslabše do najboljše.

Kakovost zdravstvene oskrbe zajema pogoje, v katerih nudimo oskrbo, način nudenja storitev, sporazumevanje z uporabnikom, izvajanje diagnostike, zdravljenje, poučevanje bolnika o postopkih in zdravem načinu življenja, ki vsebujejo zmožnost, da preko njih v postopku oskrbe dosežemo zastavljeni cilj. Kakovost je torej lastnost oskrbe, s katero presojamo, ali je določena oskrba dosegla cilj ali ne (Kersnik, 1995, str. 21).

Kersnik (2003, str. 7) navaja tri sestavine, ki so se uveljavile v krogih, ki izvajajo nadzor, ocenjevanje in izboljševanje kakovosti v zdravstvu:

- pogoji, v katerih poteka oskrba,
- postopek nudenja določene zdravstvene oskrbe in
- izid zdravstvene oskrbe (oziroma dosežena zdravstvena korist).

Zdravstvena oskrba in njena kakovost je sestavljena iz pogojev, postopkov, ki jih opravljajo izvajalci oziroma zaposleni, in rezultatov. Prikazani so na spodnji sliki.

Slika 1: Sestavni deli zdravstvene oskrbe



Vir: Kersnik, J. (1995). *Kakovost v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD str. 7.

Potrebno je poudariti, da se kakovost v očeh uporabnika navadno razlikuje od izvajalčevega pogleda na kakovost.

Za uveljavitev, obvladovanje in preverjanje celovite kakovosti poznamo kar nekaj organizacij v svetovnem merilu, ki skrbijo za tehnično-tehnološke, ekonomske in politične rešitve. Dumičičeva, Knego in Melvan (2007, str. 26) predstavljajo številne svetovne organizacije, ki se ukvarjajo s poenotenjem trendov proizvodov in storitev, ki se dotikajo tudi kakovosti. Med najbolj poznanimi naštevajo ISO (International Standards Organization), UN (United Nations), ILO (International Labour Organization), IEC (International Electro technical Commission), WB (World Bank), WTO (World Trade Organization), WTC (World Trade Centre), NATO (North Atlantic Treaty Organization), ASEAN (Association of South East Asian Nations), EU (European Union), CEFTA (Central European Free Trade Association).

Standardov in smernic presoje kakovosti, ki se uporabljajo v praksi v zdravstvu, je nešteto, a nekateri v našem okolju niso uporabljivi. Ameriška Malcolm-Baldrige

Award ali japonska Demingova nagrada ipd. V zdravstvu se uvajajo standardi po sistemu ISO 15189:2007 Medical laboratories – Particular requirements for quality and competence, ISO 17025:2005 General requirements for the competence of testing and calibration laboratories, smernica IWA 1:2005 Quality management systems – Guidelines for process improvements in health service organizations... V konkretnih panogah uporabljajo panožno usmerjene standarde, ki so bolj tehnično usmerjeni, a predstavljajo sistemski pristop (Fink, 2009, str. 49).

Zanimanje za kakovostne storitve v zdravstvu je naraslo iz nekaterih najpomembnejših vzrokov (Kersnik, 1995, str. 30):

- številne raziskave so pokazale na velike razlike pri izvajanju oskrbe uporabnikov storitev, ki jih ni bilo mogoče pojasniti samo s težo zdravstvenega stanja in razlikami v sistemu zdravstvenega varstva,
- uporabniki storitev v zdravstvu so vedno bolj ozaveščeni, želijo sodelovati pri načrtovanju in neposrednih odločitvah pri izvajanju zdravstvenih storitev,
- javnost zahteva razvidnost in javnost dela zdravstvene službe,
- znanje in tehnične možnosti presegajo finančne možnosti sistemov zdravstvenega varstva, kar jih sili v obvladovanje stroškov,
- izvajalci želijo pokazati svojo strokovno usposobljenost in se primerjati z drugimi,
- vodilni v zdravstvenih ustanovah in plačniki zdravstvenih storitev želijo zagotoviti čim boljšo kakovost za razpoložljiva sredstva. V nekaterih okoljih pri sklepanju dogovorov poleg cene in količine storitev vedno bolj upoštevajo tudi kakovost izvedene storitve. Za vodilne v zdravstvenih ustanovah v ZDA je opravljena presoja sistema kakovosti »vizitka« za sklepanje posla s plačniki zdravstvenih storitev,
- z uporabo standardov družine ISO 9000 ima organizacija priložnost, da poveča vrednost svojih aktivnosti in z osredotočanjem na svoje glavne procese nenehno izboljšuje svojo učinkovitost. Standardi posebej poudarjajo pomembnost povezovanja sistemov vodenja kakovosti s procesi v organizaciji ter nenehnega izboljševanja.

Sistem vodenja kakovosti ISO pomeni način, kako organizacija zagotavlja skladnost svojih izdelkov oziroma storitev glede na uporabnikove zahteve. To doseže tako, da redno spremlja zastavljene cilje in plane ter jih primerja s preteklim obdobjem in cilji tako, da so izkazana pozitivna gibanja. Učinkovit sistem vodenja kakovosti je temeljni pogoj za uspešno nastopanje na razvitih svetovnih trgih. Čeprav je velikokrat slišati, da vzpostavitev sistema kakovosti vodi v birokracijo (Rusimovič, 2005, str. 15), pa uporabnikom zbuja zaupanje, ki je glavni pogoj za vzpostavljane dolgoročnih poslovnih povezav, organizacijam pa omogoča dobavljati kakovostne izdelke oziroma storitve učinkovito, pravočasno, po konkurenčnih cenah in z nizkimi stroški.

Tudi v zdravstvu prepoznavajo prednosti uvedbe standarda kakovosti ISO 9001. Robida in Kocirova (2006, str. 197) menita, da želimo s sistemom kakovosti v zdravstvu v Sloveniji omogočiti ljudem dostop do kakovostne in varne zdravstvene obravnave. Pri tem morajo sodelovati vsi udeleženci v sistemu zdravstvenega varstva. Da bi zdravnikom, medicinskim sestram in drugemu zdravstvenemu in nezdravstvenemu osebju omogočili vsakodnevno delovanje na področju kakovosti in varnosti uporabnikov, jim mora vodstvo za tako dejavnost zagotoviti primerne pogoje.

2 Metodologija

2.1 Namen in cilji raziskave

Raziskavo o kakovosti zdravstvenih storitev na Dolenjskem smo izvedli z namenom, da ugotovimo, kolikšna je kakovost opravljenih storitev, ki jo prejmejo uporabniki.

Proučevali smo mnenja uporabnikov o kakovosti storitev glede na spol, starost in izobrazbo, saj nas je zanimalo, kako se mnenja uporabnikov zdravstvenih storitev razlikujejo glede na proučevane dimenzije.

Cilj raziskave je bil ugotoviti in prikazati stopnjo kakovosti zdravstvenih storitev na Dolenjskem. Menimo, da ima ocena kakovosti zdravstvenih storitev z vidika uporabnikov velik pomen.

2.2 Instrument

Za raziskavo o kakovosti zdravstvenih storitev na Dolenjskem smo uporabili standardizirani vprašalnik po modelu Servperf, ki smo ga po proučitvi v fokusni skupini prilagodili za dejavnost zdravstva. Merili smo zaznano vrednost kakovosti storitev uporabnikov zdravstvenih storitev. Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz več delov. V uvodnem delu so bila podana navodila za izpolnjevanje. V tem delu je bila predstavljena tudi 7-stopenjska Likertova lestvica strinjanja. Drugi del vprašalnika je zajemal demografske podatke, tretji del pa je vseboval trditve, ki so zajemale dimenzije kakovosti. Proučevali smo sledeče dimenzije:

- ☐ zanesljivost,
- ☐ odzivnost,
- ☐ zaupanje,
- ☐ usmerjenost k uporabnikom,
- ☐ ostali elementi.

Rezultate smo vrednotili tako, da vrednosti nad 5 predstavljajo visoko stopnjo strinjanja z navedenimi trditvami in s tem visoko stopnjo kakovosti zdravstvenih storitev.

2.3 Vzorec

Anketo je izpolnilo 280 uporabnikov storitev v javnih zdravstvenih ustanovah na Dolenjskem. Aktivnost anketiranja smo izvedli v drugi polovici lanskega leta. Osebo smo anketirali naključne uporabnike, ki smo jih predhodno nagovorili, in sicer v Zdravstvenem domu Novo mesto, Zdravstvenem domu Črnomelj, Zdravstvenem domu Trebnje ter Splošni bolnišnici Novo mesto, kar predstavlja reprezentativen vzorec za območje Dolenjske. Podatke smo obdelali v programu SPSS for windows. Posebnih omejitev pri delu nismo imeli. Omejitve morda vidimo le v tolmačenju rezultatov zaradi zaokroževanja, ki ga oblikuje program in s tem prinese minimalne razlike v rezultatih.

Na anketo je odgovorilo 155 žensk in 125 moških. Največ anketirancev je bilo starih od 30 do 40 (55) let, sledijo jim starejše generacije (153). 44 anketirancev je bilo starih

do 30 let, nad 70 let pa je bilo starih 28 anketirancev. Kar 29 odstotkov anketirancev ima dokončano srednjo šolo ali gimnazijo. Nekaj manj jih ima dokončano višjo ali visoko šolo. Univerzitetno izobrazbo ima 11 odstotkov anketirancev, 3 odstotke jih ima dokončan magistririj ali doktorat. Prav tako 3 odstotke anketirancev pa nima dokončane osnovne šole.

3 Rezultati in razprava

V tabeli 1 prikazujemo podrobne rezultate ankete glede na vse trditve, ki proučujejo kakovost storitev dolenjskih zdravstvenih ustanov. Rezultati kažejo, da vsi anketiranci v povprečju dobro ocenjujejo storitve, ki jih prejmejo v zdravstvenih ustanovah na Dolenjskem. Povprečna vrednost je namreč 5,61. Najbolje so anketiranci v povprečju ocenili trditve, da je osebje urejeno in prepoznavno oblečeno (6,34). Zelo dobro so ocenili tudi trditvi, da so napisi, oznake, oglasne deske v stavbi dobro vidne ter da so čakalnice in ambulate urejene in čiste. V povprečju so se anketiranci tudi zelo strinjali, da je oprema v ambulantah sodobna. Po drugi strani pa so anketiranci slabše ocenili dostopnost do zdravstvene ustanove in primernost parkirnih prostorov (tabela 1).

Če pogledamo rezultate glede na spol, lahko rečemo, da so v veliko primerih ženske ocenile kakovost storitev malo slabše kot moški. Moški so se pogosto strinjali s trditvami, ki kažejo na visoko kakovost storitev v zdravstvenih ustanovah na Dolenjskem. Odgovori glede na starostno strukturo so pokazali, da starejši višje ocenjujejo kakovost zdravstvenih storitev kot mlajši. Starejši uporabniki ne ocenjujejo slabe kakovosti pravzaprav pri nobeni trditvi, razen pri dostopnosti do zdravstvene ustanove. Zelo izobraženi anketiranci so v veliki meri navedli visoko stopnjo strinjanja s trditvami, ki prikazujejo kakovost storitev v proučevanih zdravstvenih ustanovah. Nekoliko slabše mnenje so imeli le o delovnem času ambulate, dostopnosti do stavbe in parkiranja. V povprečju so ocenili najslabšo kakovost storitev višje in visoko izobraženi anketiranci v primerjavi z drugimi.

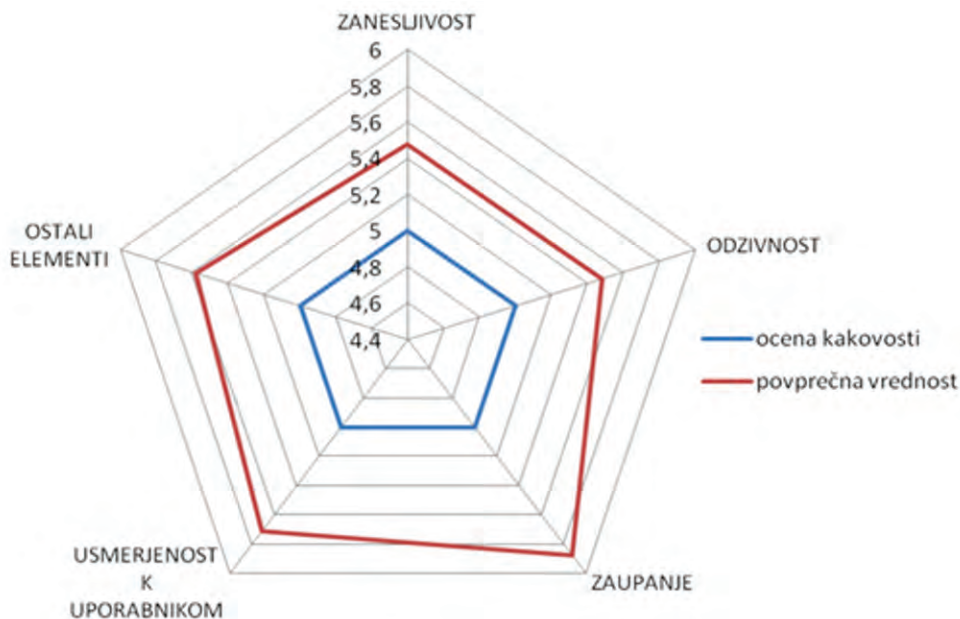
Na splošno so anketiranci v povprečju najbolje ocenili dimenzijo zaupanje (5,88), kamor sodijo trditve, da zdravstvenemu osebju popolnoma zaupajo in da je zdravstveno osebje poskrbelo za zasebnost v času pogovorov in morebitnih intervencij (pregledi, prevezi). Sledi ji dimenzija usmerjenost k uporabnikom. Dimenzijo ostali elementi so anketiranci v povprečju ocenili z 5,58, čeprav so v tej dimenziji nekatere trditve ocenili najbolje, nekatere pa najslabše. Anketiranci v povprečju najvišje ocenjujejo kakovost na podlagi prepoznavnosti osebja, obveščanja in oznak, najnižje pa na podlagi dostopnosti in parkiranja. V povprečju so anketiranci najslabše (5,48) ocenili dimenziji zanesljivost in odzivnost. Zbrane rezultate prikazujemo tudi na sliki 2.

Tabela 1: Rezultati zaznav kakovosti zdravstvenih storitev na Dolenjskem

<i>Trditve po dimenzijah</i>	<i>število odgovorov</i>	<i>povprečna vrednost</i>
<i>Zanesljivost</i>		
Zdravstveno osebje mi prisluhne in me seznani o stvareh, ki so pomembne.	280	5,62
Naročanje je vedno natančno (dogovorjen datum in ura).	280	5,28
Vedenje zdravstvenega osebja pri uporabnikih storitev ustvarja vtis o zanesljivosti storitev.	280	5,53
<i>Odzivnost</i>		
Čakalna doba na obisk pri zdravniku je sprejemljiva.	280	5,07
Naročanje je dovolj jasno in uporabnik storitev je na vrsti po razporedu.	280	5,24
Zdravstveno osebje ima dober odnos do uporabnikov.	280	5,68
Obisk pri zdravniku je izpolnil moja pričakovanja.	280	5,76
Delovni čas ambulate je primeren.	280	5,66
<i>Zaupanje</i>		
Zdravstvenemu osebju popolnoma zaupam.	280	5,75
Zdravstveno osebje je poskrbelo, da je pogovor potekal zaupno in da drugi niso slišali informacij, povezanih z mojim obiskom.	280	5,91
Zdravstveno osebje je zagotovilo zasebnost, če je bilo potrebno (predvsem v primeru negovalnih intervencij; pregledi, prevezi,...)	280	5,98
<i>Usmerjenost k uporabnikom</i>		
Zdravstveno osebje mi nameni dovolj pozornosti.	280	5,73
Zdravstveno osebje je spoštljivo in vljudno do uporabnikov.	280	5,75
Zdravstveno osebje razume potrebe in želje uporabnikov storitev.	280	5,70
Zdravstveno osebje upošteva potrebe in želje uporabnikov storitev.	280	5,64
<i>OSTALI ELEMENTI</i>		
Dostopnost do zdravstvene ustanove je primerna.	280	4,40
Parkirni prostori so primerni.	280	4,18
Čakalnice in ambulate so urejene in čiste.	280	6,21
Oprema v ambulantah je sodobna.	280	6,08
Zdravstveno osebje je urejeno in prepoznavno oblečeno.	280	6,34
Napisi, oznake, oglasne deske v stavbi so dobro vidne.	280	6,26
<i>SKUPAJ</i>	280	5,61

Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

Slika 2: Rezultati raziskave po posameznih dimenzijah (anketa, 2012)



Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

4 Sklep

Raziskavo smo izvedli z namenom ugotavljanja kakovosti zdravstvenih storitev na Dolenjskem. Rezultati, ki smo jih dobili z analizo, so potrdili našo hipotezo in s tem potrdili, da so uporabniki zadovoljni z omenjenimi storitvami. Na nekatere trditve so anketiranci odgovarjali z manjšo mero strinjanja, vendar je skupni rezultat pokazal visoko kakovost zdravstvenih storitev, kot jo ocenjujejo uporabniki. Na podlagi izsledkov raziskave lahko obravnavane zdravstvene ustanove potrdijo, da je kakovost storitev zadovoljiva, in namenijo pozornost vsebinam, kjer so uporabniki izkazali nižjo oceno kakovosti. Vsekakor pa se morajo zdravstvene ustanove zavedati tudi v prihodnje, da je potrebno izvajati vse potrebne dejavnosti, da bo kakovost storitev ostala na isti ravni ali se celo povišala (krog nenehnih izboljšav, ...). Kakovost zdravstvenih storitev na Dolenjskem je smiselno spremljati tudi v prihodnje.

LITERATURA

1. Beckwith, H. (2003). Prodaja nevidnega. Ljubljana: Lisac&Lisac.
2. Bošković, D. (2005). Marketing u turizmu, ekologija i menadžment održivim razvojem. Sv. Katarina: G. E. M.
3. Česen, M. (2003). Management javne zdravstvene službe. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.

4. Dumičić, K., Knego, N. in Melvan, P. (2007). Okruženje kao mjera kvalitete i poslovne izvrsnosti. Zagreb: Hrvatski institut za kvalitetu.
5. Fink, N. (2009). Presoja kakovosti storitev na Zavodu za zdravstveno varstvo Novo mesto. 2009. Magistrsko delo. Celje: Fakulteta za komercialne in poslovne vede.
6. Green, J. in Labonte, R. (2008). Critical perspectives in public health. New York: Routledge.
7. Kersnik, J. (1995). Kakovost v splošni medicini. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD.
8. Kersnik, J. (2003). Bolnik v slovenskem zdravstvu: monografija o zadovoljstvu bolnikov in organizaciji pritožnega sistema. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
9. Kodrin, L. (2008). Trženje storitev. Celje: Visoka komercialna šola – Učbeniki VKŠ.
10. Mihaljčić, Z. (2009). Delo s strankami. Ljubljana: Jutro.
11. Potočnik, V. (2000). Trženje storitev. Ljubljana: GV založba.
12. Potočnik, V. (2004). Trženje storitev s primeri iz prakse. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
13. Robida, A. in Kociper, B. (2006). Nacionalna politika in vizija za razvoj kakovosti in varnosti v zdravstvu. Uporabimo najboljše izkušnje za boljše življenje. Zbornik referatov. 15. letna konferenca. Slovensko združenje za kakovost
14. Rusimovič, T. (2005). Obvladovanje celovite kakovosti poslovanja v zdravstvu. Kakovost v zdravstvu. Zbornik referatov. 2005. 12. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu. Društvo ekonomistov v zdravstvu.
15. Snoj, B. (1998). Management storitev. Koper: Visoka šola za management.

Organizacijska kultura v zdravstveni negi

UDK 614.2:005.73

KLJUČNE BESEDE: organizacije, organizacijska kultura, zdravstvena nega

POVZETEK – Organizacijska kultura je sistem vrednot, norm, pravil, stališč, skupnih lastnosti, vedenja, načinov delovanja zaposlenih in komuniciranja med njimi. Komunikacija je sredstvo za izoblikovanje in ohranjanje organizacijske kulture, ki predstavlja vodilo za delovanje zaposlenih znotraj organizacij. S pomočjo vprašalnika Organisational Culture Assessment Instrument (OCAI) smo preučevali organizacijsko kulturo v Zdravstvenem domu Brežice. V raziskavo so bili vključeni zaposleni s področja zdravstvene nege, ki trenutno organizacijsko kulturo vidijo kot kulturo hierarhije. V prihodnosti si zaposleni najbolj želijo kulture klana, ki skrbi zanje in za katero je značilno prijazno delovno okolje, visoka stopnja zaupanja, timsko delo in sodelovanje vseh zaposlenih. Za dvig organizacijske kulture bodo morali zaposleni in vodstvo poglobiti komunikacijo in zaupanje ter oblikovati skupne cilje, s čimer jo bodo lahko postopoma tudi izboljšali.

UDC 614.2:005.73

KEY WORDS: organisation, organisational culture, nursing care

ABSTRACT – Organisational culture is defined as a system of values, norms, rules, viewpoints, common characteristics, behaviour, the working principles of employees and the communication among them. Communication presents the means of establishment and maintenance of organisational culture in an organisation, which presents the guiding principle for employees' performance within the organisation. Based on the "Organisational Culture Assessment Instrument" (OCAI) questionnaire, the organisational culture in the Brežice Health Centre was analysed. The research included employees in the field of nursing care. The current organisational culture in the Brežice Health Centre is defined as the hierarchy culture. In the future, the employees wish for the clan culture that takes care of its employees and is known for a friendly working environment, a high level of trust, teamwork and the cooperation of all members within an organisation. In order to accomplish the desired type of organisational culture, the employees and managers at the Brežice Health Centre will have to improve the communication and trust among them, as well as set common goals that can gradually change the organisational culture.

1 Uvod

Ljudje iz različnih okolij v enakih okoliščinah pogosto ravnamo različno. Eden izmed dejavnikov, ki zelo vpliva na vedenje ljudi, je vsekakor kultura naroda, v kateri se je pojavila določena oblika vedenja. Ko želimo pojasniti vedenje ljudi v različnih poslovnih okoliščinah, je treba prav gotovo upoštevati kulturo. Za njeno preučevanje so raziskovalci do danes razvili več znanstvenih modelov. Uporaba teh je nujna predvsem v organizacijah, ki svojo dejavnost usmerjajo v mednarodno in globalno okolje. Moč organizacijske kulture pride do izraza pri vpeljevanju sprememb, zato je pomembno, da vodje spremljajo organizacijsko kulturo ter poskušajo vpeljevati spremembe počasi in neopazno. Organizacijska kultura ima velik pomen za organizacijo, saj močno vpliva na njeno delovanje. V primerjavi z drugimi področji je v zdravstvu organizacijska kultura šele pred kratkim postala obravnavana kot pomemben dejavnik uspeha. Raziskave so pokazale, da samo strukturne spremembe v zdravstvu ne prinesejo pričakovanih izboljšav, vnesti je treba elemente organizacijske kulture.

2 Organizacijska kultura

Številni avtorji in raziskovalci organizacijsko kulturo definirajo različno. Jacobs in Roodt (2008) sta organizacijsko kulturo opredelila kot vzorec predpostavk o tem, kako je treba delati v združbi. Schein (2010) navaja, da je organizacijska kultura vzorec temeljnih domnev, ki jih je skupina iznašla, odkrila in razvila, ko se je spopadala s problemi prilagajanja in povezovanja, vzorec obnašanja, s katerim nove člane učijo po tem vzorcu dojemati probleme. Kar drži organizacijo skupaj, je organizacijska kultura (Zagoršek in Štemberger, 2005).

Schein (2010) je naštel glavne dejavnike za ohranjanje organizacijske kulture: dejavniki, ki jim vodje in timi namenjajo največ pozornosti in nadzora, reakcije menedžerjev na kritične dogodke in organizacijske krize, timsko oblikovanje vlog, poučevanje in vodenje, kriteriji za podeljevanje nagrad in statusa, kriteriji za izbor, promocijo in odstranitev iz organizacije in organizacijski obredi, ceremonije ter zgodbe. Ti dejavniki vplivajo na to, da se kultura podjetja sčasoma utrdi in stabilizira ter tako zagotovi stabilno in predvidljivo okolje in jasen komunikacijski sistem.

3 Širjenje in uveljavljanje organizacijske kulture v zdravstveni negi

Organizacijska kultura v zdravstveni negi je šele pred kratkim postala obravnavana kot pomemben dejavnik uspeha (Shortell in sod., 2001). Raziskave zdravstvenega managementa so pokazale, da so poleg organizacijske kulture za uspešnost organizacije pomembni še drugi dejavniki, kot sta timski pristop ter vodenje in informacijska tehnologija (Skela Savič, 2006a). Avtorji opisujejo organizacijsko kulturo kot enega izmed dejavnikov za uspešno spreminjanje zdravstvene organizacije. Njihovo mnenje je, da je v zdravstvenih organizacijah potrebna prodorna organizacijska kultura, ki spodbuja uvajanje sprememb in poudarja pomembnost kakovosti dela.

Medicinske sestre morajo v raziskovanju svojega dela prepoznati moč za uvajanje sprememb in izboljšanje kliničnega dela. Uporaba teorij s področja uvajanja sprememb lahko pospeši uvajanje na dokazih temelječe zdravstvene nege. Praksa zdravstvene nege se mora usmeriti v preverjanje učinkovitosti svojega delovanja do posameznega pacienta, tima in zdravstvene organizacije (Skela Savič, 2010). Poudariti moramo, da vloga komunikacije ni le v prenosu informacij, ampak se prek komunikacije med zaposlenimi prenašajo vrednote, predpostavke in se ustvarja odnos. Pri tem ima pomembno vlogo vodstvo. To mora najprej oblikovati vrednote in cilje organizacije, ki jih nato prek komunikacije prenese do drugih zaposlenih, ti pa jih sprejemajo. Zaposleni tako sprejemajo odločitve, ki so konsistentne z organizacijsko kulturo in na ta način v skladu z organizacijskimi normami, vrednotami in cilji (Jakič, 2010).

3.1 Spremembe organizacijske kulture v zdravstveni negi

Organizacijska kultura je temeljni neotipljivi element v zdravstvenih organizacijah, v katerih je načrtovanje sprememb zahtevno. Klinična kultura sloni na globokih izkušnjah v študijih zdravstvene smeri z veliko odgovornostjo za posameznega pacienta in potrebo po profesionalnosti in odločanju o tem, kaj je najboljše za bolnika. V nasprotju s tem menedžerska kultura v osnovi temelji na socioloških in vedenjskih znanostih. Ne moremo prezreti dejstva, da je zdravstvena nega, tako kot druge poklicne dejavnosti, vpeta v družbene razmere in tokove spreminjanja ter da vsaka politična, družbena, ekonomska ali zakonodajna sprememba vpliva nanjo (Filej, 2001).

Upravljanje in spreminjanje organizacijske kulture je ključ za uspešno uvajanje in sprejemanje izboljšav, kot tudi osnova za adaptacijo in preživetje moderne organizacije v stalno spreminjajočem se okolju. Ne da bi dosegli spremembo vodenja pri posamezniku, organizacijske kulture ne moremo spreminjati (Skela Savič, 2006b). Največ raziskav na področju zdravstva je bilo narejenih na temo sprememb (Skela Savič, 2006a). Spremembe se najprej kažejo v spremenjenem obnašanju. Ko se spremembe v obrazcih obnašanja pokažejo kot uspešne, se okrepijo, ta proces pa spremlja postopna sprememba vrednot. Menedžerji v zdravstvu morajo zato pridobiti znanje o različnih konceptih in orodjih, da lahko sami izberejo ustrezno metodo, ki je v določenih razmerah najprimernejša za menedžment sprememb (Bohinc in Gradišar, 2006).

Filejeva (2008) meni, da je izvajanje sprememb v organizaciji zahtevna naloga, ki je v veliki meri odvisna od vsakega posameznika, predvsem njegovega hotenja, da doseže spremembe. Dejavnost zdravstvene nege lahko torej opazujemo kot odprt organizacijski sistem. Spremembe so odvisne od jakosti povezav med posameznimi elementi.

Spreminjanje organizacijske kulture je počasen proces, saj je treba spreminjati vrednote in stališča zaposlenih, ki so se oblikovala pod vplivom preteklih razmer in odnosov. Nove organizacijske kulture ni mogoče učiti, mogoče jo je zgolj sooblikovati in soustvarjati (Skela Savič, 2005). Shortell s sodelavci (2001, v Skela Savič, 2006a) navaja štiri pomembne dejavnike za uspešno uvajanje sprememb pri delu v zdravstvu, ki pa se razlikujejo od predhodnega: vodenje na vseh nivojih; izgradnja prodorne kulture, ki spodbuja učenje skozi procese dela; poudarek na razvoju učinkovitih timov; večja uporaba informacijske tehnologije pri uvajanju stalnih izboljšav in spreminjanje odgovornosti. Osnovna napaka pri spremembah je, da večino časa in energije porabimo za ukrepanje v smeri želenih rezultatov, ne v smeri dejavnikov, ki te rezultate povzročajo. Dejavniki, ki vplivajo na kulturo, zajemajo poslanstvo in filozofijo, strukture, sisteme in veščine oziroma kompetence ter kakovost. Le-ti potem postanejo vzvodi za spremembe v fazi načrtovanja razvojnih aktivnosti in sprememb (Gruban, in Kelly, 2012).

Filejeva (2007, v Filej, 2008) meni, da menedžerji ne bi smeli obsojati odporov posameznikov ali skupin, temveč bi jih morali analizirati in oceniti glede na njihovo moč in nujnost odpravljanja. Običajno se organizacija in posamezniki upirajo tistemu, ki želi izvesti spremembe in ki prihaja od zunaj, ker menijo, da ne pozna dovolj dobro situacije, in mu ne zaupajo. Ko govorimo o uspešnosti zdravstvene nege v smislu

organizacijskega sistema, govorimo o njegovi kakovosti, ki je ni možno doseči brez stalnega organizacijskega spreminjanja ter osredotočenja na zmogljivosti glavnih medicinskih sester (Filej, 2008).

3.2 Vzroki za odpor do sprememb organizacijske kulture v zdravstveni negi

Spreminjanje obstoječe kulture je težje od začetnega nastajanja, a se zaposleni trdno oklepajo obstoječe kulture. Gre namreč za oklepanje oblikovanih rešitev problemov in notranje integracije.

Najpogostejši razlogi za odpor do sprememb so: neobveščenost oziroma napačna obveščenost o spremembah, bojazen pred neugodnimi ekonomskimi posledicami, pred socialnimi neugodnostmi, pred neznanim, nestrinjanje z metodo uvajanja sprememb, druge neprijetnosti (Kavčič, 2010). Zaposleni isto spremembo razumejo na različne načine (Rozman, 2001).

3.3 Vpliv vodij na organizacijsko kulturo v zdravstveni negi

Upravljanje z organizacijsko kulturo je najpomembnejša naloga menedžmenta znotraj organizacije. Da bi lahko učinkovito upravljali organizacijsko kulturo, morajo biti postavljeni dobri temelji v menedžmentu zunanje podobe kulture in v sistemu prepričanj. Pomembno je, da vodje verjamejo v kulturne različnosti, saj imajo lahko te velik vpliv na uspešnost organizacije in kakovosti dela njenih članov (Wood idr., 2010).

Vodja v zdravstvu mora imeti znanja in veščine s področja komunikacije, povezovanja ljudi in ciljev, analitične in diagnostične sposobnosti, sposobnosti oblikovanja skupne vizije, sposobnosti izvrševanja idr. Potrebni so tudi programi za izobraževanje vodij, ki morajo biti skupni vsem poklicnim skupinam v zdravstvu. Učinkovito vodenje je orodje za implementacijo sistema kakovosti (Shortell idr. 2001, v Skela Savič, 2008).

Obvladovanje organizacijske kulture sodi v pristojnost vodenja v zdravstveni negi, kjer sta na prvem mestu vodenje z zgledom in ustrezna komunikacija, s katerima vodja pooseblja želene vrednote, norme in kulturne standarde (Skela Savič, 2005). Vendar pa velja, čeprav empirično še ni dokazano, da organizacijska kultura v bolnišnicah lahko prispeva k nižjemu izpadu osebja. Kultura ima v takšnih bolnišnicah jasne cilje: krepitev moči vodij, sodelovalni menedžment, osredotočanje na pacienta, usmerjenost k nagrajevanju, dosegljive vodje in podpiranje izobraževanja (Jacobs in Roodt, 2008). V slovenskem zdravstvu je vodenje še vedno tradicionalno in vezano na poklicno avtoriteto. Vodje se zanašajo na pridobljene izkušnje (Fakin, 2008).

4 Metodologija

4.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabili smo kavzalno neeksperimentalno metodo, in sicer kvantitativno tehniko zbiranja podatkov.

4.2 Opis instrumenta

Kot instrument zbiranja podatkov smo uporabili anketni vprašalnik z vprašanji zaprtega tipa. Vprašalnik vsebuje splošne podatke o anketirancih ter vprašanja oziroma trditve, ki so delo avtorjev Camerona in Quinna. Instrument se imenuje OCAI (Organizational Culture Assessment Instrument) oziroma instrument za ocenjevanje organizacijske kulture. Instrument nam omogoča določiti trenutno in organizacijsko kulturo po mnenju zaposlenih v organizaciji. Vprašalnik je sestavljen iz šestih sklopov, od katerih vsak vsebuje po štiri trditve, ki označujejo tip organizacijske kulture. Trditev pod črko A opisuje kulturo klana, pod B kulturo ad hoc, pod C kulturo trga in pod D kulturo hierarhije. Vsak posamezen sklop v anketnem vprašalniku opisuje dejavnike organizacijske kulture, in sicer:

1. sklop: glavne značilnosti organizacijske kulture,
2. sklop: stil vodenja,
3. sklop: sistem ravnanja z zaposlenimi,
4. sklop: lepilo organizacije,
5. sklop: strateški poudarki,
6. sklop: merilo uspeha.

Zaposleni v vsakega od teh sklopov razdelijo 100 točk, glede na to, katera trditev najbolj oziroma najmanj opisuje tip organizacijske kulture v organizaciji.

Analiza vprašalnika se prične s seštevanjem točk po posameznih trditvah A, B, C in D. Najprej z vseh pravilno izpolnjenih vprašalnikov seštejemo točke za trditev A, nato vsoto delimo s šest, ker imamo šest sklopov trditve, in tako pri posamezniku dobimo povprečje za trditev A. Enako naredimo še s trditvami B, C in D. Naslednji korak je, da tako dobljeno povprečje za posameznika za trditev A, B, C in D delimo s 17 (ker je to število izpolnjenih anket), saj tako dobimo povprečno vrednost za vsako od trditve.

4.3 Opis vzorca

V raziskavo je bilo vključenih 40 zaposlenih na področju zdravstvene nege v Zdravstvenemu domu Brežice, vrnjenih je bilo 24 anket, od tega jih je bilo 17 pravilno izpolnjenih.

5 Rezultati

V anketi je sodelovalo 16 (94,1%) žensk in 1 (5,9%) moški. Največ vprašanih, namreč 9 (52,9%), je starih od 41 do 50 let; 4 (23,8%) so stari nad 51 let; 2 (11,8%) sta stara 31–40 let; 2 (11,8%) med 21 in 30 let; starih manj kot 20 let pa med zaposlenimi ni. 4 vprašani (23,5%) so zaposleni 26–30 let in 4 (23,5%) 21–25 let. 3 (17,6%) so zaposleni 30 in več let; 2 (11,8%) sta zaposlena 16–20 let; 2 (11,8%) od 11–15 let; 1 (5,9%) pa je zaposlen 6–10 let ter 1 (5,9%) od 0 do 5 let. Iz rezultatov ankete je razvidno, da ima 8 zaposlenih (47%) srednješolsko izobrazbo; 9 (53%) višjo ali visoko izobrazbo; zaposlenih s fakulteto, magisterijem, doktoratom ali specializacijo med vprašanimi ni.

Tabela 1: Ocena sklopov organizacijske kulture

Sklop vprašanj	Sedanja kultura					Želena kultura			
		A	B	C	D	A	B	C	D
		Kultura klana	Kultura ad hoc	Kultura trga	Kultura hierarhije	Kultura klana	Kultura ad hoc	Kultura trga	Kultura hierarhije
1. glavne značilnosti organizacijske kulture	Σ	390	310	560	460	905	300	290	205
	N	17	17	17	17	17	17	17	17
	%	22,9%	18,2%	32,9%	27,1%	53,2%	17,6%	17%	12%
2. stil vodenja	Σ	350	295	410	490	730	390	210	210
	N	17	17	17	17	17	17	17	17
	%	20,3%	17,3%	24,1%	28,8%	42,9%	22,9%	12,4%	12,4%
3. sistem ravnanja z zaposlenimi	Σ	515	330	235	630	760	330	195	520
	N	17	17	17	17	17	17	17	17
	%	30,3%	19,4%	13,8%	37%	44,7%	13,5%	11,5%	30,6%
4. lepilo organizacije	Σ	385	270	515	570	980	250	160	310
	N	17	17	17	17	17	17	17	17
	%	22,6%	15,9%	30,3%	33,5%	57,6%	14,7%	9,4%	18,2%
5. strateški poudarki	Σ	505	330	345	520	835	270	205	390
	N	17	17	17	17	17	17	17	17
	%	29,7%	19,4%	20,3%	30,6%	49,1%	15,9%	12%	22,9%
6. merilo uspeha	Σ	490	285	350	600	845	235	225	385
	N	17	17	17	17	17	17	17	17
	%	28,8%	16,7%	20,5%	35,3%	49,7%	13,8%	13,2%	22,6%
7. Organizacijska kultura v Zdravstvenem domu Brežice	Σ	439,2	303,3	402,5	842,5	842,5	295,8	214,2	336,7
	N	17	17	17	17	17	17	17	17
	%	25,8%	17,8%	23,7%	32%	49,6%	17,4%	12,6%	19,8%

Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

Zaposleni so v prvem sklopu vprašanj največ točk, ki označuje značilnosti organizacije sedaj, namenili trditvi C – kultura trga (32,9%), nato trditvi D – kultura hierarhije (27,1%), na tretjem mestu trditvi A – kultura klana (22,9%), najmanj točk pa trditvi B – kultura ad hoc (18,2%). Glede značilnosti, ki si jih želijo, so največ točk namenili trditvi A – kultura klana (53,2%), sledi trditev B – kultura ad hoc (17,6%), trditev D – kultura hierarhije (17%) in na koncu trditev C – kultura trga (12%).

Največ točk, ki opisuje »stil vodenja« v »sedanji kulturi«, so namenili trditvi D – kultura hierarhije (28,8%), nato trditvi C – kultura trga (24,1%), na tretjem mestu trditvi A – kultura klana (20,3%) in najmanj točk trditvi B – kultura ad hoc (17,3%). Želijo si, da bi prevladovala trditev A – kultura klana (42,9%), nato ji v vrstnem redu sledijo trditev B – kultura ad hoc (22,9%), trditev D – kultura hierarhije (12,4%) in trditev C – kultura trga (12,4%), ki so ji namenili najmanj točk.

Največ točk, ki označuje ravnanje z zaposlenimi v »sedanji kulturi«, so namenili trditvi D – kultura hierarhije (37%), nato trditvi A – kultura klana (30,3%) in trditvi

C – kultura trga (19,4%), najmanj pa trditvi B – kultura ad hoc (13,8%). Želijo si predvsem način ravnanja z zaposlenimi, predstavljen pod trditvijo A – kultura klana (44,7%), nato pod trditvijo D – kultura hierarhije (30,6%) in trditvijo B – kultura ad hoc (13,5%), najmanj pa si želijo »kulture trga« – C (11,5%).

»Lepilo« oziroma dejavniki, ki trenutno držijo skupaj organizacijo, se najbolj izražajo skozi trditev D – kultura hierarhije (33,5%), sledi ji trditev C – kultura trga (30,3%), nato trditev A – kultura klana (22,6%) in na koncu trditev B – kultura ad hoc (15,9%). Zaposleni si želijo, da bi bilo lepilo organizacije takšno, kot je izraženo v trditvi A – kultura klana (57,6%), ki so ji namenili največ točk, na drugem mestu je trditev D – kultura hierarhije (18,2%), na tretjem trditev B – kultura ad hoc (14,7%), trditev z najmanj točkami pa je trditev C – kultura trga (9,4%).

Strateški poudarki v organizaciji »sedanja kultura« so izraženi s trditvijo D – kultura hierarhije (30,6%) in trditvijo A – kultura klana (29,7%), sledita pa trditvi C – kultura trga (20,3%) in B – kultura ad hoc (19,4%). Zaposleni si želijo stanja, kot je opisano v trditvi A – kultura klana (49,1%), nato trditvi D – kultura hierarhije (22,9%), trditvi B – kultura ad hoc (15,9%) in na koncu trditvi C – kultura trga (12%).

Merilo uspeha, kot ga zaposleni vidijo sedaj, označuje trditev D – kultura hierarhije (35,3%), sledi ji trditev A – kultura klana (28,8%), nato trditev C – kultura trga (20,5%) in trditev B – kultura ad hoc (16,7%). Merilo uspeha, ki si ga želijo v prihodnje, je opisano pod trditvijo A – kultura klana (49,7%), nato pod trditvijo D – kultura hierarhije (22,6%), trditvijo B – kultura ad hoc (13,8%) in trditvijo C – kultura trga (13,2%).

Tip organizacijske kulture, ki je trenutno značilen v Zdravstvenem domu Brežice in so mu anketirani namenili največ točk, je opisan v trditvi D – kultura hierarhije (32%), sledi ji trditev A – kultura klana (25,8%), nato trditev C – kultura trga (23,7%) in na koncu trditev B – kultura ad hoc (17,8%). Zaposleni si želijo tip organizacijske kulture, opisan pod trditvijo A – kultura klana (49,6%), sledi trditev D – kultura hierarhije (19,8%), nato trditev B – kultura ad hoc (17,4%) in na koncu še trditev C – kultura trga (12,6%).

6 Razprava

Za raziskovanje organizacijske kulture smo se odločili predvsem zaradi njenega vse večjega pomena – tako pozitivnega kot negativnega. Ne velja več, da je organizacijska kultura vse tisto, kar ni pojmovano v organizaciji, in ne enačimo je več z organizacijsko klimo. Z raziskovanjem smo dobili odgovore na vprašanja, ki smo si jih zastavili na začetku. Na podlagi dobljenih podatkov smo Zdravstvenemu domu Brežice predlagali, kako naj se loti spreminjanja organizacijske kulture iz trenutne v želeno.

Na podlagi rezultatov, ki smo jih dobili po izbrani metodologiji Camerona in Quinna, smo določili tip trenutne kulture in zelene kulture organizacije. Rezultati so podani v šestih sklopih, ki zajemajo glavne značilnosti organizacije, stil vodenja, sistem ravn-

nja z zaposlenimi, lepilo organizacije, strateške poudarke, merilo uspeha ter organizacijsko kulturo, ki je značilna za Zdravstveni dom Brežice.

Namen raziskave je odgovoriti na zastavljeno raziskovalno vprašanje: kakšni sta trenutna in želena organizacijska kultura v Zdravstvenem domu Brežice.

Iz rezultatov je razvidno, da je trenutna organizacijska kultura zaposlenih, ki prevladuje v vseh šestih sklopih, kultura hierarhije, kar pomeni, da je organizacija usmerjena navznoter in deluje v stabilnem okolju z močnim vodjem na vrhu, ki podaja podrejenim navodila in naloge, ki jih morajo le-ti izpolniti. Zaposleni se strogo držijo pravil, vodje se vidijo kot učinkoviti organizatorji. V prihodnosti si zaposleni želijo predvsem kulturo klana, ki skrbi za zaposlene. Značilno je prijazno delovno okolje, visoka stopnja zaupanja, njihovo delo je timsko in omogoča sodelovanje vseh v organizaciji. Vodje imajo predvsem vlogo mentorja, zaposlenim nudijo pomoč in oporo pri njihovih nalogah in doseganju zastavljenih ciljev. Premočna kultura hierarhije ne onemogoča dovolj odprte komunikacije ter ne spodbuja ustvarjalnosti zaposlenih.

Ob interpretiranju podatkov smo prišli do spoznanj, da so pri vodenju v organizaciji potrebne spremembe.

Uvajanje sprememb je najbolj raziskano področje v menedžmentu, vendar ima vodstvo veliko težav z uvajanjem novosti, saj jih želijo uvesti direktno, ne da bi zaposlene pripravili na novosti in spremembe, ki bodo sledile. V zdravstvu je bilo največ raziskav narejenih na področju nivojev sprememb, zasledimo lahko, da Ferlie in Shortell (2001) opisujeta nivoje, kot so: celotna organizacija in celotni sistem v okolju, v katerega je vpeta organizacija, tim ali skupino in posameznika. Največ težav pri uvajanju predstavljajo predvsem posamezniki, ki niso pripravljeni na sodelovanje v timu. Zdravstvene organizacije ki imajo učinkovite time in delajo po metodi timskega dela z dobrim vodstvom, ki jih usmerja in pripravlja na spremembe, delajo učinkovito in so pripravljeni na vpeljevanje novosti, kar je predvsem značilno za organizacijsko kulturo klana, ki si je zaposleni želijo.

Spreminjanje organizacijske kulture je mogoče, če se spreminja tudi vodenje. Vodje v zdravstveni negi oblikujejo in upravljajo organizacijsko kulturo in sooblikujejo kulturo celotne zdravstvene organizacije, sprejeti morajo odgovornost za oblikovanje in spreminjanje organizacijske kulture. Zavedanje, da je za spreminjanje organizacijske kulture odgovorno vodstvo, ni dovolj.

Kultura se ustvarja in spreminja počasi, zanesljivo z doslednim upoštevanjem vrednot vseh zaposlenih. Potrebno je vzpostaviti vodstveno vodenje, ki krepi vzgojne aktivnosti, ki krepijo vrednote med zaposlenimi, vodstvene in komunikacijske spretnosti, izobraževalne in vzgojne aktivnosti, ki morajo biti usmerjene v razvoj timskega dela. Prizadevanja vodstva in vseh zaposlenih v organizaciji morajo biti usmerjena k oblikovanju čim bolj dinamične organizacijske kulture, kjer bodo zaposleni z veseljem opravljali svoje delo in dosegali odlične rezultate.

Vodje v slovenskem zdravstvu so posamezniki, ki so dobri strokovnjaki in nimajo dodatnih znanj za vodenje, zato se srečujemo z zastarelostjo vodenja. Kaučič (2008) ugotavlja, da imajo vodilne medicinske sestre v slovenskem zdravstvu prevladujoče

tehnično funkcionalno sidro, kar pomeni, da skozi svoje vrednote sebe vidijo kot strokovnjakinje na strokovnem področju in ne kot menedžerke. Tehnično funkcionalno sidro je v nasprotju z menedžerskim sidrom, ki je značilno za vodje na prvem nivoju.

Bohinc (2005) meni, da vodje v slovenskem zdravstvu niso pripravljeni za vodenje zaposlenih in prevzemanje odgovornosti za rezultate dela. Dosedanja organizacija zdravstvenih zavodov še vedno temelji na hierarhičnih odnosih, ki povzročajo nastanek osebnih, medosebnih in organizacijskih konfliktov.

Po mnenju Bohinčeve (2005) so vzroki, ki vplivajo na konflikte, naslednji: nejasna razmejitev del in nalog, nesodobna organizacija, nesodobno vodenje, nejasne pristojnosti med zdravnikom, medicinsko sestro in zdravstvenim tehnikom glede na kompetence v zdravstvenem timu.

To je zelo pomembno zlasti pri povezovanju posameznikov v skupine in time. Dober vodja mora poleg usposobljenosti za vodenje imeti tudi znanja, ki mu omogočajo razumevanje vedenja posameznikov in skupin v organizaciji. Spremembe v organizacijski kulturi bi dosegli, če bi vodstvo skrbelo za svoje zaposlene, jim omogočalo razvoj v medosebnih odnosih, ki temeljijo na zaupanju, soglasju, pozornosti, timskem delu. Vodje bi morale spodbujati zaposlene pri doseganju ciljev, izpolnjevanju zahtevnih nalog ter jih podpirati kot mentorji.

Raziskave na področju upravljanja organizacijske kulture so pokazale, da morajo vodje za uspešno upravljanje organizacije upoštevati in upravljati tudi organizacijsko kulturo. Pomembno je, da vodstvo dobro pozna, kakšne so značilnosti trenutne organizacijske kulture v zdravstveni organizaciji v kateri deluje, potem pa v skladu s cilji zdravstvene ustanove uvaja spremembe za doseganje želenega tipa organizacijske kulture. Organizacijska kultura ni zapovedana, potrebno jo je oblikovati in upravljati v okviru kakovostnih interakcij med zaposlenimi v zdravstveni organizaciji.

Temeljne predpostavke pri organizacijah, za katere je značilna organizacijska kultura klana, so, da je za delo z zaposlenimi najboljša oblika timsko delo, preko katerega skrbijo za razvoj zaposlenih, organizacija je zadolžena za takšen razvoj delovnega okolja, ki bo podpiral razvoj in zadovoljstvo zaposlenih. Zavzetost zdravstvenih delavcev bo velika, saj si med sabo delijo enake vrednote, za organizacijo bo značilna visoka zavzetost vseh in razvita individualnost. Zaposleni bodo čutili, da jih vodje spodbujajo k osebnem razvoju, ki bo v korist organizacije in bo prineslo pozitivno vzdušje med zaposlene, ki jih bo povežalo v večjo složnost, boljše timsko delovanje, soglasje in sodelovanje med vsemi zaposlenimi v organizaciji. Zaposleni bodo čutili boljše medosebne odnose, zaupanje, dobili bodo občutek, da so nekaj naredili, so upoštevani, cenjeni in tudi pohvaljeni pri nadrejenih, in da bo njihovo sodelovanje del uspeha organizacije in ne samo delo vodstva. Za organizacije z organizacijsko kulturo klana lahko trdimo, da je zanje značilna visoka pripadnost organizacije do zaposlenih.

Rezultate lahko primerjamo z rezultati ankete, ki jo je leta 2006 izvedla Skela Savič v slovenskih bolnišnicah in ki prav tako prikazujejo, da je trenutno prevladujoča kultura hierarhije, želijo pa si predvsem organizacijske kulture klana. Iz skupnih rezultatov ugotovimo, da v slovenski zdravstveni negi primanjkuje kulture klana, ki je usmerjana

navzven, v timsko delo, uvajanje izboljšav in sodelovanje. Preveč pa je kulture hierarhije, ki je negativno povezana z uvajanjem sprememb.

Za doseganje sprememb je potrebno veliko časa, energije in želje po spremembah med zaposlenimi v organizaciji. Kultura naj spodbuja uvajanje sprememb in kakovost dela naj postane vrednota. Pri uvajanju sprememb v zdravstveni negi moramo upoštevati vpliv različnih strokovnih področij. Dobro bi bilo, da bi se posamezno strokovno področje uvajanja sprememb lotilo znotraj svojega strokovnega področja. Za uvajanje sprememb moramo zagotoviti temelje na področju, kjer jih bomo izvajali, zavedati se moramo, da so spremembe potrebne na področju zdravstvene nege.

7 Sklep

Vsaka organizacija ima svojo organizacijsko kulturo s posebnimi značilnostmi, vendar pa se jih večina ne zaveda vse večjega pomena tega pojma. Boljše kot je razumevanje pojma organizacijske kulture, lažji so vrednotenje, spreminjanje in razumevanje njenega pomena v organizaciji. Vodstvo se navadno ne zaveda povsem pomembnosti organizacijske kulture in organizacije bodo morale na svoji poti do uspeha nameniti več časa notranjim dejavnikom svoje uspešnosti, kjer ima predvsem organizacijska kultura zelo pomembno vlogo. Organizacija, ki se bo znala prilagoditi, biti fleksibilna, pripravljena na nove izzive, znanje kadra, ki ga ima na strokovnem področju zdravstvene nege, obdržati, nadgraditi, povečati, spodbujati pri pridobivanju novega znanja, bo uspešna pri sprejemanju sprememb in doseganju želenega cilja. Vloga vodij je izredno pomembna, saj s svojo podporo in spodbujanjem pri zaposlenih dosežejo večjo stopnjo ustvarjalnosti, timskega delovanja, zaupanja, medsebojnega razumevanja in sodelovanja med zaposlenimi, kar je ključno za delovanje zdravstvenega tima.

LITERATURA

1. Bohinc, M. (2005). Konflikti med zdravstvenim timom in managementom. V R. Rozman in J. Kovač (ur.), *Konflikti v in med organizacijami* (str. 1–5). Ljubljana, Maribor: Zveza organizatorjev Slovenije.
2. Bohinc, M. in Gradišar, M. (2006). *Koncepti in pristopi managementa sprememb v zdravstvu*. Kranj: Moderna organizacija.
3. Fakin, S. (2008). Razvoj organizacijske kulture, ki podpira pričakovanja uporabnikov storitev. V Z. Kramar in A. Kragner (ur.), *Dejstvo za kakovost: 2. strokovni seminar: Zbornik predavanj* (str. 9–19). Bled: Splošna bolnišnica Jesenice.
4. Ferlie, E. B. in Shortell, S. M. (2001). Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and United States: A Framework for Change. *The Milbank Quarterly*, 79 (2), 281–315.
5. Filej, B. (2001). Slovenska zdravstvena nega – Quo vadis. *Obzornik zdravstvene nege*, 35 (3–4), 65–68.
6. Filej, B. (2008). Vpliv posameznika na organizacijsko spreminjanje v zdravstveni negi. V B. M. Kaučič, D. Klemenc, P. Požun in N. Vidnar (ur.), *Ali potrebujemo spremembe na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu? – novi izzivi* (str. 51–57). Podčetrtek: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v managementu.

7. Gruban, B. (2012). Upravljanje organizacijske kulture. *Human Resource Management*, 10 (45), 20–25.
8. Ivanko, Š. (2004). *Temelji organizacije*. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
9. Jacobs, E. in Roodt G. (2008). Organisational culture of hospitals to predict turnover intentions of professional nurses. Pridobljeno 28. 2. 2012, s <http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=2329&accno=2009879128>.
10. Jakič, M. (2010). *Organizacijska kultura in socialne reprezentacije v Slovenski vojski*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
11. Kavčič, B. (2010). *Organizacijska kultura*. Celje: Visoka komercialna šola Celje.
12. Rozman, R. (2001). *Analiza in oblikovanje organizacije*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta
13. Schein, E. H. (2010). *Organizational Culture and Leadership*. London: Jossey-Bass.
14. Shortell, S. M., Zazzali, J. L., Burns, L. R., Alexander, J. A., Gillies, R. P., Budetti, P. P., idr. (2001). Implementing evidence-based medicine: The role of market pressures, compensation incentives, and culture in physician organizations. *Medical Care*, 39 (7), 62–68.
15. Skela Savič, B. (2005). Organizacijska kultura in spremembe v zdravstveni negi. *Utrip*, 2, 29–32.
16. Skela Savič, B. (2006a). Organizacijska kultura in uvajanje sprememb v slovenskih bolnišnicah: subkulture in mesto zdravstvene nege?. *Obzornik zdravstvene nege*, 40 (4), 187–196.
17. Skela Savič, B. (2006b). Organizacijska kultura v zdravstvu kot izhodišče za razumevanje medpoklicnega sodelovanja v zdravstvu. V A. Kvas, M. Pahor, D. Klemenc in J. Šmitek (ur.), *Sodelovanje med medicinski sestrami in zdravniki v zdravstvenem timi: priložnost za izboljšanje kakovosti* (str. 172–179). Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
18. Skela Savič, B. (2010). Zakaj potrebujemo raziskovanje in na dokazih podprto prakso v zdravstveni negi? V B. Skela Savič, B. M. Kaučič, B. Filej, K. Skineder Savič, M. Mežik Veber, K. Romih, idr. (ur.), *Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege* (str. 28–39). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
19. Wood, J. M., Zeffane, R., Fromoholtz, M., Wiesner, R., Creed, A., Schermerhorn, J. idr. (2010). *Organisational behaviour: core concepts and applications*. Milton: Wiley.
20. Zagoršek, H. in Štemberger, A. (2005). Kultura in njen vpliv na poslovanje podjetij. V J. Prašnikar in A. Cimerman (ur.), *Globalno gospodarstvo in kulturna različnost* (str. 57–84). Ljubljana: Časnik Finance.

Vloga medicinske sestre pri uvajanju klinične poti

UDK 614.2:616-083

KLJUČNE BESEDE: klinične poti, sodelovanje, kakovost

POVZETEK – Vsakdo ima pravico do najboljše zdravstvene obravnave, kar pa ni mogoče brez nenehnega sodelovanja različnih strokovnjakov. V napredek in izboljšanje zdravstvene obravnave nas usmerjajo tudi standardi in aktivnosti zdravstvene nege ter želja, da bi svoje delo opravili čim bolje. Da bi bila obravnava pacienta čim bolj celovita, utečena in brez napak, oblikujejo klinične poti. S pomočjo analize literature želimo predstaviti pomen kliničnih poti za zmanjšanje stroškov zdravljenja in izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe. Za preučevanje navedene tematike smo uporabili opisno raziskovalno metodo dela. Raziskave kažejo, da medicinske sestre odločilno vplivajo na oblikovanje kliničnih poti in da se jim te zdijo pomembne za razvoj stroke. Zmanjšanje stroškov zdravljenja pa je dandanes, poleg ostalega, zelo pomembno, saj se starost prebivalstva viša, s tem pa se večja število pacientov, ki vstopajo v zdravstveni sistem v sklopu njene preventivne in kurativne dejavnosti. Ta pa je odvisna od celotnega tima, ki sodeluje pri obravnavi pacienta. Prav zato morajo pri pripravi klinične poti sodelovati vsi subjekti, ki se pojavljajo v procesu zdravstvene obravnave.

UDC 614.2:616-083

KEY WORDS: clinical pathway, collaboration, quality

ABSTRACT – Everyone has the right to get the best medical treatment, which is not possible without the continuous cooperation of various experts. The standards and activities of nursing care as well as the desire to perform our work as skillfully as possible guide us towards the progress and improvement of medical treatment. To provide the most comprehensive and error-free treatment to patients, clinical pathways have been developed. Through the analysis of the literature, we would like to present the importance of clinical pathways to reduce treatment costs and improve the quality of medical treatment. A descriptive research method was used. Studies show that nurses have a major impact on the formation of clinical pathways and that they consider clinical pathways important for the development of the profession. As the population is ageing, the number of patients who enter the health care system as part of its preventive and curative health services is on the increase; therefore, reducing the costs of treatment is very important nowadays. Our curative and preventive services depend on the whole team involved in the process of treating the patient. For that reason, everyone involved in the process of medical treatment should collaborate in the preparation of a clinical pathway.

1 Uvod

Klinična pot je ena od oblik obravnave pacienta, pri kateri sodelujejo vsi člani več-disciplinarnega tima. Naloga medicinskih sester, kot članic večdisciplinarnega tima, je zato zagotovo tudi spodbujanje nastanka in aplikacije kliničnih poti v praktično obravnavo pacienta. Medicinske sestre namreč dobro poznamo paciente, saj je naše delo neposredno povezano s pacientom. Na pot izboljšanja zdravstvene obravnave medicinske sestre usmerja tudi kodeks etike (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 1994), ki pravi, da moramo medicinske sestre skrbeti za čim višjo kakovost zdravstvene nege ter ščititi pacienta pred nestrokovnim, neetičnim in samovoljnim ravnanjem posameznikov.

Klinična pot je tudi eden od kazalnikov kakovosti, saj lahko s pomočjo klinične poti predvidimo možne zaplete in jih odpravimo. Hajdinjak in Meglič (2006) predstavita dejstvo, da moramo medicinske sestre spoštovati standarde za zagotavljanje kakovosti, kar je tudi ena od lastnosti kliničnih poti, saj tako kot s standardi tudi s kliničnimi potmi preprečujemo možne napake in zmanjšujemo dejavnike tveganja.

Klinična pot ima tudi svojo ekonomsko vrednost. Z oblikovanjem kliničnih poti namreč na nek način sledimo tudi vitki metodologiji, saj tako z oblikovanjem kliničnih poti, kot pri vitki metodologiji, zaposleni ne delajo vedno več in več, temveč je njihovo delo usmerjeno v korist pacientu. Pri dobro oblikovani klinični poti je vsakomur jasno, kaj mora storiti. Ni nepotrebnih preiskav in čakanja na druge. Končni učinek pa je nemalokrat boljši kot pri klasični oskrbi pacienta, ko posameznik narekuje naloge drugim. Danes tudi v zdravstvu ne moremo mimo finančnih stroškov. Da je potrebna racionalizacija vseh sredstev, ki jih imamo na voljo v zdravstvu, se strinja tudi Hočevar (2009), ki pravi, da moramo skrbno ravnati tako s tehnološkimi, prostorskimi in informacijskimi viri, še posebno pozornost pa moramo nameniti človeškim virom. Značilnost klinične poti je tudi dejstvo, da jo moramo obnavljati, ker morajo klinične poti slediti razvoju medicinske tehnologije in strokovnim spoznanjem. Trenutno politično in gospodarsko stanje od vseh zahteva racionalizacijo v procesih obravnave in zmanjševanje stroškov zdravljenja. Vendar pri racionalizaciji procesov ne smemo gledati samo na stroške zdravljenja, temveč moramo posvetiti največ pozornosti optimizaciji procesov v zdravstvu in njihovemu razvoju, pri čemer so nam znova v pomoč klinične poti. V zdravstvu ne smemo varčevati na račun pacienta, ampak moramo vzpostaviti vzdržnost zdravstvenega sistema, kar pomeni zadržati ali izboljšati obstoječo raven kakovosti, varnosti in dostopnosti javnih storitev v splošno sprejemljivi obliki (Marušič, Ceglar, 2009). Vsi ukrepi za racionalizacijo delovnih procesov so pomembni zaradi vse manjših prihodkov in primanjkljaja v zdravstveni blagajni. Gospodarska kriza ima namreč velike razsežnosti, zato tudi sredstva za zdravstvo niso več takorekoč neomejena. Tajnikar (2009) opozarja, da stroške zdravljenja ne smemo preložiti na ramena prebivalstva, saj bi s tem spodbudili neenakost pri zdravstveni obravnavi.

2 Vrednost kliničnih poti

Visoko motivirani zdravstveni delavci si želimo izboljšati obravnavo pacienta. Klinične poti pa se oblikujejo prav z namenom izboljšanja obravnave pacienta in ohranjanja dobrega delovnega okolja. Klinična pot je namreč eno od odličnih orodij za uvajanje sprememb in je del sistema nenehnega izboljševanja kakovosti.

Klinična pot lahko zajema zdravstveno oskrbo tipične vrste pacientov na različnih ravneh, na primer predbolnišnično oskrbo, oskrbo v bolnišnici in oskrbo po odpustu pacienta iz bolnišnice, oziroma vse vrste zdravstvene oskrbe. Klinična pot lahko vključuje tudi sklop diagnostičnih in terapevtskih dejavnosti, ki jih običajno izvajajo za določeno vrsto pacientov v predvidenem sosledju in časovnem poteku dejavnosti.

Klinična pot tako obsega celotno oskrbo od začetka do konca obravnave pacienta. Klinično pot izvajajo pod vodstvom celotnega multidisciplinarnega zdravstvenega tima (Berginc Dolenšek, 2006).

- Klinične poti povečajo usklajenost dela in sodelovanje zdravstvenega osebja, kar pomeni (Berginc Dolenšek, 2006):
- odpravljanje nepotrebnih zastojev pri obravnavi pacienta,
- skrajšanje ležalne dobe pacienta,
- nepodvajanje dela in storitev,
- zmanjšanje možnosti napak,
- racionalno porabo sredstev in nadzor nad razporejanjem virov,
- racionalno porabo časa,
- boljše timsko delo,
- zagotavljanje in izboljševanje kakovosti zdravstvene oskrbe pacienta.

Kakšna pa je vloga medicinskih sester pri uvajanju kliničnih poti? Na to vprašanje delno odgovori raziskava, opravljena v štirih slovenskih bolnišnicah leta 2003 in objavljena v Berginc Dolenšek (2006).

»Kar nekaj odgovorov in zamisli glede organizacijske kulture v zdravstvenih ustanovah in njenega vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe in uporabo kliničnih poti je dala raziskava o stališčih in vrednotah kliničnega osebja, ki je potekala decembra 2003 v štirih slovenskih bolnišnicah: Golnik, Maribor, Novo mesto in Jesenice.« (Berginc Dolenšek, 2006, str. 11) Stališča zdravstvenih delavcev do kliničnih poti prikazuje tabela 1.

Tabela 1: Stališča zdravstvenih delavcev

<i>Odgovori</i>	<i>Zdravniki</i>	<i>Predstojniki</i>	<i>Vodje in vodstvo</i>	<i>Glavne (oddelčne) medicinske sestre</i>	<i>Medicinske sestre in zdravstveni tehniki</i>
<i>Prepoznavna med kliničnimi odločitvami in finančnimi viri</i>	Ne podpirajo	Podpirajo	Neodločeni	Podpirajo	Ne podpirajo
<i>Večdisciplinarni timi ali timski pristop do dela</i>	Ne podpirajo	Neodločeni	Podpirajo	Podpirajo	Podpirajo
<i>Pregledno določena odgovornost</i>	Ne podpirajo	Neodločeni	Podpirajo	Podpirajo	Neodločeni
<i>Dinamična procesna organiziranost namesto zdravstvene hierarhične ureditve</i>	Ne podpirajo	Ne podpirajo	Podpirajo	Podpirajo	Podpirajo
<i>Sistematično urejanje kliničnega dela (uvajanje kliničnih poti, protokolov, standardov ...)</i>	Ne podpirajo	Podpirajo	Podpirajo	Podpirajo	Neodločeni

Vir: Berginc Dolenšek A. (2006). Metodološka priporočila za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, str. 12.

Kot lahko razberemo iz tabele, imajo zdravniki in medicinske sestre glede vodenja in organizacije dela popolnoma nasproten pogled. Glavne in oddelčne medicinske sestre so večinoma zelo naklonjene skupinskemu delu in reševanju težav ter podpirajo

sistematizacijo kliničnega dela. Glavne medicinske sestre se tudi bolj kot zdravniki zavedajo, da je vsaka klinična odločitev povezana s finančnimi posledicami, in zelo podpirajo distributivni model organizacije v bolnišnicah, ne pa hierarhičnega. Tudi tu gre za pomembne temeljne notranje značilnosti poklicne skupine, ki so si jih pridobile med izobraževanjem. Prav zaradi teh značilnosti so glavne medicinske sestre, na nek način, gibalo napredka in sprememb v bolnišnicah (Berginc Dolenšek, 2006).

Podobno mnenje, kot glavne medicinske sestre, imajo tudi medicinske sestre in zdravstveni tehniki, s to razliko, da manj prepoznajo soodvisnost kliničnih odločitev in finančnih učinkov, kar pa je v primerjavi z individualizmom zdravnikov verjetneje posledica tega, da ne sodelujejo toliko pri odločanju. Medicinske sestre in zdravstveni tehniki podpirajo večdisciplinarno delo in dinamični procesni model upravljanja bolnišnic, neopredeljeni pa so do nujnosti sistematične ureditve kliničnega dela, morda tudi zaradi tega, ker niso bolj vključeni v organizacijo dela (Berginc Dolenšek, 2006).

Ena od pomembnejših nalog medicinskih sester je tudi ustvarjanje dobrega medsebojnega sodelovanja, ki pa ni mogoča brez dobrega organizacijskega vzdušja. To je v organizaciji pomembno za dobro delovanje vsake organizacije. Čeprav imamo v zdravstvu nekaj posebnosti, pa se lahko skoraj v celoti opremo na primere dobre prakse iz gospodarstva, saj je tudi menedžment v zdravstvu čedalje bolj usmerjen v tržno politiko. Tako kot v gospodarstvu se tudi v zdravstvu srečamo s čakalnimi dobami, preveliko administracijo in premajhnim številom delavcev, pomanjkanjem materiala in tako naprej. Mazejeva (2012, str. 9) navaja: »V zdravstvu so ta področja enaka kot v gospodarstvu, razlika je le v pojavnih oblikah:

- čakanje (čakanje na posteljo, zdravljenje, odpust, diagnostične teste, pregled, pri-pomočke, zdravnika, medicinsko sestro,...),
- preveč postopkov (nepotrebna administracija, nepotrebni diagnostični testi, upo-raba intravenske terapije, kljub temu, da bi bila dovolj peroralna terapija,...),
- inventar (oddelenki imajo preveč aparatur, ki niso optimalno uporabljene, ...),
- transport (pacientov, laboratorijskih vzorcev, zdravil, ...),
- gibanje (iskanje pripomočkov, izvidov, razdeljevanje zdravil, ...),
- preveč narediti (pripraviti zdravila, ne glede na to, ali jih pacient potrebuje, ...),
- napake (medicinske napake, napake pri aplikaciji terapije, večkratni vbodi pri od-vzemu krvi iz vene, ...).«

3 Metodologija

V raziskavi, ki smo jo izvedli med priložnostno izbranimi medicinskimi sestrami na Dolenjskem, smo uporabili deskriptivno metodo dela. Namen raziskave je predstaviti vrednost uvajanja kliničnih poti v obravnavo pacienta ter poudariti vrednost timskega dela. Do podatkov smo prišli s pomočjo primarnih in sekundarnih virov podatkov. Sekundarne vire smo pridobili s pomočjo sistematičnega iskanja ustrezne literature v knjižnicah in s pomočjo COBIS-a. Do primarnih podatkov smo prišli s pomočjo anketiranja. Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz vprašanj zaprtega tipa ter petsto-

penjske Likertove lestvice stališč. Vzorec ankete predstavlja 20 priložnostno izbranih medicinskih sester z Dolenjske. Anketiranje smo izvajali v mesecu septembru 2013 po elektronski pošti. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, ali medicinske sestre menijo, da s pomočjo klinične poti lahko izvajajo in zagotovijo kontinuirano zdravstveno obravnavo pacienta. Raziskovalno vprašanje, na katerega smo želeli dobiti odgovor, je: »Kateri dejavniki, po mnenju medicinskih sester, vplivajo na uvajanje kliničnih poti?«. Za analizo in obdelavo kvantitativnih podatkov smo uporabili računalniški program Microsoft Office Excel.

4 Rezultati in razprava

V raziskavi, ki smo jo izvedli med medicinskimi sestrami na Dolenjskem, je bilo največ anketiranih v starostnem razredu od 18 do 25 let – kar predstavlja kar polovico anketiranih.

S pomočjo anketnega vprašalnika smo anketirance spraševali, ali lahko s kliničnimi potmi zagotovimo nepretrganost zdravstvene obravnave pacienta. Kar 95 odstotkov, oziroma 19 anketiranih je odgovorilo, da s kliničnimi potmi lahko zagotovimo nepretrganost zdravstvene obravnave. Kot lahko razberemo iz literature, so klinične poti ključnega pomena pri obravnavi pacienta, saj zagotavljajo nepretrgano in usklajeno zdravstveno oskrbo med različnimi ustanovami in izvajalci. Odgovor na to vprašanje nam pojasni, da se medicinske sestre zavedajo nujnosti dati v ospredje potrebo po celoviti obravnavi pacientov in spodbujanju dobre klinične prakse. Avtorica Berginc Dolenšek (2006) opisuje, da pri tem modelu ne gre le za ocenjevanje, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje postopkov, temveč tudi za multidisciplinarno delo različnih sodelavcev v timu. Temelj tega modela je sodelovanje med zdravstvenim osebjem in bolnikom ter njegovimi svojci. Celoten potek zdravstvene oskrbe pacienta je dokumentiran v skupni dokumentaciji. Zdravstvena obravnava pacienta se namreč ne začne z vstopom le tega v bolnišnico in ne konča z odpustom pacienta iz bolnišnice. Zato klinična pot lahko zajema tudi povezovanje in sodelovanje bolnišnice s patronažno službo ali drugo ustanovo.

Anketirance smo vprašali tudi po mnenju o razlogih v prid uvajanju kliničnih poti. Mnenja so anketiranci izrazili s strinjanjem ali nestrinjanjem s posameznimi trditvami. Uporabili smo petstopenjsko lestvico stališč, po kateri je pomenilo: 1 – se ne strinjam, 2 – delno se strinjam, 3 – moje mnenje je nevtravno, 4 – večinoma se strinjam in 5 – popolnoma se strinjam. Na osnovi rangiranja, ki smo ga izvedli po aritmetični sredini, smo zatem ugotovili, kateri so najmočnejši razlogi v prid uvajanju kliničnih poti. Po mnenju anketirancev je najmočnejši razlog v prid uvajanju kliničnih poti prva trditev, da s pomočjo kliničnih poti izboljšamo dosedanje obravnavo pacienta. Sledile pa so trditve, da s pomočjo kliničnih poti dosegamo visoke standarde zdravstvene obravnave, in trditev, da se s pomočjo kliničnih poti izboljša komuniciranje in zadovoljstvo med zaposlenimi zdravstvenimi delavci, njihovimi sodelavci in pacientom. Anketiranci so menili, da je najmočnejši razlog za omejevanje in onemogo-

čanje uvajanja kliničnih poti dejstvo, da je premalo skupinskega dela in sodelovanja med zdravniki, medicinskimi sestrami, farmacevti in drugimi člani večdisciplinarnega tima. Trditev je potrdila najvišja aritmetična sredina in s tem rang. Modus in mediana pa sta pričakovana – na zgornjih vrednostih strinjanja s trditvijo. Ugotovitve ankete lahko povežemo z ugotovitvami Berginc Dolenškove (2006), ki pravi, da klinične poti zvečajo stopnjo medsebojnega sodelovanja, saj se s sledenjem klinični poti:

- zmanjša število odklonov od najboljšega načina zdravljenja,
- dosega visoke standarde zdravstvene obravnave,
- spodbuja skupinsko delo in sodelovanje med zdravniki, medicinskimi sestrami, farmacevti in drugimi člani multidisciplinarnega tima,
- izboljša komuniciranje in zadovoljstvo med zaposlenimi zdravstvenimi delavci, njihovimi sodelavci in pacientom,
- dosežemo izboljševanje dosedanjih rešitev obravnave pacienta.

Zagotovo je ena glavnih vlog medicinske sestre pri uvajanju kliničnih poti ustvarjanje dobrih medsebojnih odnosov. Vsak posameznik ima namreč svojo lastno energijo, ki jo prenaša tudi na sodelavce. S pomočjo energije lahko predpostavimo, kakšen umski in vedenjski potencial se sproža, medtem ko posameznik stremi k doseganju zastavljenih ciljev. Na vprašanje, ali se jim zdi vzdušje v organizaciji pomembno za uvajanje sprememb, je kar 90 odstotkov anketiranih menilo, da se jim zdi to dejstvo zelo pomembno, 10 odstotkov anketiranih pa meni, da to ni pomembno za uvajanje sprememb. Te rezultate lahko primerjamo z izsledki raziskave o stanju energije v organizaciji. Brečko (2012, str. 27) namreč navaja, da »organizacije z visoko ustvarjalno energijo kažejo močna pozitivna čustva, visoko stopnjo pozornosti in aktivnosti, usmerjeno v ključne cilje, prevladuje kultura skupnega iskanja rešitev, velika angažiranost zaposlenih, navdušenost in ponos nad svojih delom.«

5 Sklep

Z oblikovanjem kliničnih poti se izognemo podaljševanju ležalne dobe, zmanjša se število zapletov, kar posledično pripelje tudi do zmanjševanja stroškov zdravljenja. Vsi ti dejavniki pa so danes zelo pomembni. Kako pomembne so klinične poti, nam kažejo tudi prizadevanja ministrstva za zdravje, ki je podalo smernice za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti. Klinične poti nemalokrat ostanejo samo na papirju, saj se kliničnih poti ne obnavlja v skladu s spremembami na področju obravnave pacienta, ali pa zato, ker za uvajanje kliničnih poti ni dovolj zanimanja. Nova spoznanja in dognanja o obravnavi pacienta moramo namreč, za učinkovito in funkcionalno klinično pot, nenehno obnavljati, da bo skladna s smernicami zdravstvene obravnave. To pa je zagotovo velik izziv, saj takšno usklajevanje ni lahko. Veliko posameznikov pri pripravi in izvedbi kliničnih poti namreč noče sodelovati, saj se jim zdijo nepomembne za kakovostnejšo zdravstveno obravnavo. Z zagotavljanjem formalnih interdisciplinarnih odnosov med udeleženci v procesu zdravstvene obravnave se zagotovo izboljša tudi obravnava pacienta.

Prepletanje vseh zdravstvenih delavcev v organizaciji klinične poti ima velik pomen pri sprejemanju in pomnjenju njene vsebine. Nobene stopnje klinične poti ne smemo podcenjevati, saj lahko tako dejanje onemogoča učinkovitost vseh drugih stopenj. Napake, ki se pojavijo, moramo sproti preučiti in jih kar se da hitro odpraviti. Pri tem so nam lahko v pomoč klinične poti, ki se že učinkovito izvajajo in pri katerih so doseženi dobri rezultati.

Za zaključek lahko rečemo, da je klinična pot dokument, sredstvo, orodje, dogovor, informacija ali opornik pri doseganju boljših rezultatov zdravstvene obravnave. Zdravstveni delavci se ne smemo prestrašiti pred novimi izzivi. Naše delo namreč ni samo negovanje onemoglih in bolnih, temveč tudi sodelovanje pri izboljšanju zdravstvene oskrbe. S kritičnim pristopom do zdravstvene nege lahko poiščemo vrzeli, ki se v njej pojavljajo in o njih spregovorimo.

LITERATURA

1. Berginc Dolenšek, A. (2006). Metodološka priporočila za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravstvo.
2. Brečko, D. (2012). Preko vizije do ustvarjalne energije. V B. Miha Kaučič (ur.), N. Vidnar (ur.), S. Majcen Dvoršak (ur.), *Z raznolikostjo do uspeha: poti za ustvarjanje pozitivnega delovnega okolja in razvoja zaposlenih* (str. 25–28). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v managementu.
3. Hajdinjak, G. in Meglič, R. (2006). *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
4. Hočevār, F. (2009). *Smo pripravljeni na spremembe*. V: *Zdravstvo v času gospodarske krize – smo pripravljeni na spremembe?* (str. 5). Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
5. *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*. (1994). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije.
6. Marušič, D. in Ceglar, J. (2009). *Izziv slovenskega zdravstvenega sistema: Kako od zahtev zdravstvenega sistema do realnih potreb?* V: *Zdravstvo v času gospodarske krize – smo pripravljeni na spremembe?* (str. 72–75). Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
7. Maze, H. (2012). *Vitka organizacija v bolnišnici*. V B. Miha Kaučič (ur.), N. Vidnar (ur.), S. Majcen Dvoršak (ur.), *Z raznolikostjo do uspeha: poti za ustvarjanje pozitivnega delovnega okolja in razvoja zaposlenih* (str. 8–10). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v managementu.
8. Tajnikar, M. (2009). *Gospodarska kriza kot čas za korenite spremembe v slovenskem zdravstvu*. V: *Zdravstvo v času gospodarske krize – smo pripravljeni na spremembe?* (str. 17–26). Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.

Informiranje potrošnikov o (varni) uporabi zdravil

UDK 366.6:615.2

KLJUČNE BESEDE: pacienti, zdravila, informiranje, uporaba zdravil, nasveti

POVZETEK – Danes od pacientov pričakujemo večjo vključenost v skrb za lastno zdravje. Na drugi strani pa si hkrati tudi pacienti, ko gre za njihovo zdravje, želijo soočanja in nekaj neodvisnosti. Vse to pa se odraža v večjem povpraševanju po informacijah o zdravem načinu življenja, o raznih boleznih in bolezenskih znakih ter načinih zdravljenja. Raziskave iz tujine so pokazale, da potrošniki med najzanesljivejše vire informacij o zdravilih uvrščajo zdravnike, farmacevte v lekarnah ter prijatelje in družino. Pogosto se poslužujejo tudi navodil v škatlicah z zdravili, informacijskih brošur za paciente ter objavljenih rezultatov medicinskih raziskav. Temu pa sledijo še informacije v množičnih medijih (televizija, radio, časopisi) ter vedno pogostejše tudi informacije na internetu. Nikakor pa tu ne smemo zanemariti pomena oglaševanja zdravil končnim potrošnikom, informacije v njih namreč mnogi jemljejo kot popolno in zanesljivo vrsto informacij. Prispevek poleg teoretičnega pregleda dosedanjih raziskav s tega področja prikaže tudi odnos slovenskih potrošnikov/pacientov do različnih virov informacij, povezanih z zdravjem in jemanjem zdravil.

UDC 366.6:615.2

KAY WORDS: patient, medicine, information, use of medicines, advice

ABSTRACT – Today, we expect greater involvement from patients in caring for their health. On the other hand, the patients expected to participate and be independent when it comes to their health. All this is reflected in the increasing demand for information about a healthy lifestyle, various diseases and symptoms, and the methods of treatment. Studies abroad have shown that consumers considered the physicians, pharmacists as well as friends and family members the most reliable source of information about medicines. They often use medicine packaging/labelling, patient education brochures and the published results of medical research. This is followed by information in the mass media (television, radio, newspapers) and, increasingly, information on the Internet. However, we cannot neglect the importance of advertising medicines to end consumers; many of them understand information in advertisements as complete and reliable information. The paper shows the theoretical review of previous research in this field and the attitude of Slovene consumers/patients towards various sources of information related to health and the use of medicines.

1 Uvod

Svetovno gospodarstvo danes pretresata gospodarska in finančna kriza, ki sta dodobra prizadela praktično vse gospodarske dejavnosti in gospodarske subjekte prisilila k prestrukturiranju svojega poslovanja ali vsaj k racionalizaciji poslovanja. Na drugi strani pa se kriza pozna tudi v javnem sektorju, saj so proračunski prihodki iz leta v leto manjši glede na proračunske izdatke. Vsi poskušajo najti pot iz tega, a rešitve še ni na vidiku, saj sprejemanje ukrepov (gospodarskih reform) ni po godu niti javnosti niti posameznim političnim elitam. Opisano velja tudi za sektor zdravstva – pri posegih v zdravstvo pa smo posamezniki veliko bolj občutljivi, saj gre v bistvu za poseg v naše zdravje, ki pa je naše največje bogastvo.

Tudi sicer se v vsakdanjem življenju srečujemo z različnimi odnosi na trgu. Tako imamo na eni strani izobilje, na drugi strani revščino. Če se omejimo samo na področje

zdravstva, lahko ugotovimo, da se na eni strani srečujemo s porastom količine informacij o zdravilih in načinih zdravljenja ter njihove dostopnosti. Tako nam je razvoj medijev omogočil dostop do različnih informacij s področja različnih ponudnikov. K temu je še posebej pripomogel razvoj interneta. Danes tako lahko potrošniki informacije o posameznem izdelku, tudi zdravilu, poiščejo na različnih mestih, prav tako lahko izmenjujejo informacije na raznih forumih ... vedno pogostejša pa so tudi razna združenja pacientov, ki so med drugim namenjena tudi medsebojni pomoči in izmenjavi izkušenj. Rečemo lahko, da je komunikacija danes ključna, in sicer v vseh oblikah.

Na drugi strani pa je gospodarska kriza povzročila nove bolezni in/ali povečala njihovo pogostost pojavljanja. Hkrati pa se je pojavilo še varčevanje, ki se kaže v zmanjševanju javnih izdatkov za zdravila, kar se kažejo na različne načine: od krčenja pravic do večje participacije pacientov.

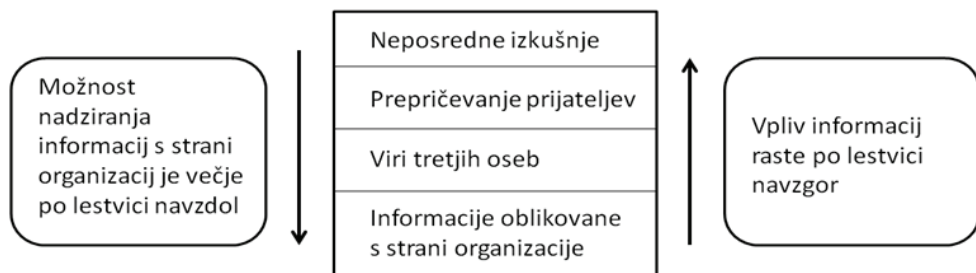
Preden pogledamo ureditev področja zdravstva v Sloveniji, je prav, da osvetlimo pojem komuniciranje in vrste informacij, s katerimi se potrošniki/pacienti srečujejo pri potrošnji, kjer zdravila niso nobena izjema več.

2 Komuniciranje – posredovanje informacij

Komunikacija je vseživljenjska dejavnost, saj posameznik komunicira z okolico od svojega rojstva in vse do smrti. Komuniciranje lahko opišemo kot dajanje in prejemanje informacij (Možina et al., 2004, str. 34). Pa naj gre to za prenašanje sporočil oziroma informacij med posamezniki ali organizacijami (Potočnik in Umek, 2004, str. 64). Komunikacija je dejavnost osrednjega pomena, je vsesplošen pojav, ki oblikuje pomemben in nujen del našega vsakdana. Dejstvo je, da smo vsakodnevno izpostavljeni množici sporočil, ki tako ali drugače vplivajo na naša ravnanja. Pri komuniciranju gre torej za prenos informacij, idej, stališč ali čustev z ene osebe ali skupine na drugo ali druge pretežno prek simbolov, ki so splošno sprejeti (Ferjan, 1998, str. 10).

Pri komuniciranju po Bergerju (v: Theaker, 2004, str. 25) ločimo več ravni, in sicer znotrajosebnostno (misli), medosebno (pogovor), znotrajskupinsko (predavanje) in množično komuniciranje. West in Turner (v: Ule, 2005, str. 23) dodajata še komuniciranje v institucijah, javno/retorično ter medkulturno komuniciranje. Z vsem tem pa se posameznik sreča v vsakdanjem življenju pri opravljanju svojih dolžnosti. Torej tudi pri tem, ko se odloča, kaj kupiti, kje kupiti. Z vsemi temi dilemami se srečuje tudi pri nakupu zdravil brez recepta oziroma prevzemu zdravil na recept. A zaradi pomembnosti odločitev – vpliv na zdravje – so tu dileme še izrazitejše. Potrošnik je pogosto v dvomu, katere informacije upoštevati; načeloma pa velja, da potrošnik, tako kot kaže shema 1, najbolj verjame neposrednim izkušnjam in izkušnjam njegovih prijateljev, najmanj pa verjame informacijam, oblikovanim s stani podjetij.

Shema 1: Hierarhija virov informacij



Vir: Blythe, J. (2006). *Principles & Practice of Marketing*. London: Thomson, str. 521.

Ne glede na to, katere informacij posameznik prejme in kako jih med seboj kombinira, pa moramo vedeti, da informacije dobijo pravi pomen šele v kontekstu norm in pričakovanj, izoblikovanih v preteklosti, ter interesov in ciljev, za katere si prizadevajo posamezniki (Možina et al., 1998, str. 25). To pa velja tudi za področje zdravil, o čemer je v nadaljevanju prispevka podana raziskava.

3 Ureditev področja zdravil v Sloveniji in vidik varnosti pacientov

Za zdaj za Slovenijo velja, da imamo zelo širok spekter zdravstvenih storitev, ki nam jih nudi javna zdravstvena mreža in zagotavlja javna zdravstvena blagajna, a pričakovati je, da se bodo pravice iz tega naslova v prihodnosti krčile. V kolikšni meri se bo to zgodilo, pa je odvisno tudi od nas posameznikov, predvsem od tega, kako se bomo pri koriščenju slednjih racionalno obnašali ter koliko in kaj bomo naredili na področju preventive. Na drugi strani je razplet dogodkov odvisen tudi od izvajalcev samih (torej zdravnikov) in tega, v kolikšni meri se bodo pri izvajanju prakse držali vseh predpisov in določil, ki urejajo področje zdravstva.

Ne glede na trenutno stanje pa se postavlja vprašanje dostopnosti storitev na eni strani in varnosti pacientov v prihodnosti na drugi strani. Ob predpostavki, da bo posameznik želel biti vedno bolj aktivno vključen v svoje zdravljenje, bo za to potreboval informacije. A v množici le-teh je težko izbrati. Tako celo Dušan Keber (v: Angell, 2008, str. 7–19), nekdanji minister za zdravstvo v Republiki Slovenija, pravi, da mu je kljub želji po osvetlitvi dogajanja na tem področju zmanjkalo podatkov. Prav tako ob tem opozarja, da vse niti drži v rokah peščica multinacionalk v ZDA in Evropi. Temu pa se seveda podreajo tudi druga podjetja, pri čemer slovenska niso nikakršna izjema. Razlika je le v velikosti trgov. Ob vsem tem pa Angellova (2008, str. 147–174) še opozarja, da na zdravila najbolj vplivajo stroški trženja in dobički, ki si jih odmerjajo lastniki. Ravno zaradi tega naj bi postali celo preveč zdravljeni družba, saj tako zdravnike kot paciente prepričuje, da posežejo po receptu oziroma zdravilih. Povečevanje izdatkov za zdravila je tako odraz več dejavnikov: ljudje jemljemo veliko več zdravil kot nekoč, danes jemljemo novejša zdravila, ne pa starih in cenejših, ter cene zdravil se redno povečujejo. Prav tako pa ne smemo zanemariti demografskih sprememb. Pri tem posebej izpostav-

ljamo staranje prebivalstva, kar ima za posledico vedno večje potrebe prebivalstva po zdravstvenih storitvah. Vse to pa krepi pritiske države na izvajalce javnih zdravstvenih storitev in oskrbe, da varčujejo oziroma znižujejo stroške poslovanja. Pomemben del varčevalnih ukrepov temelji na ukrepih za manjšo in bolj smotrno porabo zdravil ter za nabavo cenejših zdravil (Kajdiž in Bojnec, 2012, str. 619).

Če pogledamo še ureditev v Sloveniji z vidika varnosti pacientov, lahko ugotovimo, da je za pacientovo varnost dobro poskrbljeno. Kot pravi Abazovičeva (2012, str. 52–53) pacientovo varno zdravljenje s teoretičnega vidika omogočajo strokovna usposobljenost in etika zdravstvenih delavcev, zakonodaja s področja zdravstvene dejavnosti in zdravil ter (za enkrat še kar) ugodni družbeni in ekonomski pogoji v državi. Tako so za predpisovanje zdravil na recept pooblaščen osebe le zdravniki z licenco, pri čemer lahko predpisujejo le zdravila, ki imajo dovoljenje za promet. Za izdajo zdravil na recept ima dovoljenje le magister farmacije s strokovnim izpitom, ki pa se mora kontinuirano izobraževati. Nekoliko milejši je izobrazbeni kriterij pri izdaji zdravil brez recepta. Tu je lahko pooblaščen oseba tudi farmacevtski tehnik z opravljenim strokovnim izpitom. Poleg zakonodaje pa so predpisovalci zdravil in lekarniški farmacevti zavezani tudi etičnim kodeksom, ki jih zavezujejo, da delajo v pacientovo dobro ter da varujejo njegovo dostojanstvo in zasebnost.

Ne glede na vse predpise, ki urejajo področje predpisovanja in vročanja zdravil pacientom, pa se moramo zavedati, da imajo pri tem pomembno vlogo tudi pacienti sami. Tako moramo upoštevati njihovo željo po (so)odločanju, saj lahko le tako pričakujemo, da bo zdravljenje učinkovito. Dejstvo namreč je, da morajo zdravstveni delavci doseči, da bo pacient najprej predpisano zdravilo prevzel in se potem tudi dosledno držal navodil zdravnika in farmacevta.

Pogosto pa se zgodi, da pacienti poleg strokovnega osebja upoštevajo tudi lastne izkušnje, izkušnje prijateljev in znancev, informacije, ki jih pridobijo v različni strokovni literaturi. Vedno pogostejše pa se pri (samo)zdravljenju poslužujemo tudi informacij, pridobljenih na spletnih straneh farmacevtskih podjetij ter tudi forumih. Ne moremo pa niti mimo informacij, ki jih v okviru tržnega komuniciranja posredujejo farmacevtska podjetja (oglasil in druge oblike tržnega komuniciranja). Če lastne izkušnje in mnenja, ki jih znanci in neznanci delijo z nami o nekem zdravilu ali načinu zdravljenja, ni regulirano, pa so na drugi strani informacije, ki jih farmacevtska podjetja posredujejo tako pacientom kot zdravnikom in farmacevtom v lekarnah, regulirana.

V Sloveniji je oglaševanje zdravil zelo regulirano, in sicer z zakoni in tudi s samoregulatornimi kodeksi. Oglaševanje zdravil je urejeno v osmem poglavju Zakona o zdravilih (Uradni list RS, št. 31/2006; Uradni list RS, št. 45/2008). Dodatno pa je oglaševanje zdravil urejeno tudi s Pravilnikom o oglaševanju zdravil (Uradni list RS, št. 105/2008; Uradni list RS, 105/2010), v katerem so določeni podrobnejši pogoji in načini oglaševanja.

S področja samoregulative oglaševanja je v Sloveniji najbolj znan Slovenski oglaševalski kodeks (http://soz.si/uploads/files/SOZ_SOK_SLO.pdf). Ta poleg temeljnih pravil oglaševanja – zakonitost, dostojnost, poštenost, resničnost, dokazljivost ... posebej obravnava tudi specifična področja, kamor poleg oglaševanja za otroke in

mladostnike, oglaševanja alkoholnih pijač, tobaka in tobačnih izdelkov lahko uvrstimo tudi oglaševanje zdravil. To področje dodatno urejata tudi Kodeks obveščanja in seznanjanja o zdravilih na recept, ki ga je sprejel Mednarodni forum znanstvenoraziskovalnih farmacevtskih družb. Ta še posebej poudarja, da morajo biti farmacevtske informacije točne, uravnotežene, verodostojne, objektivne in zadostne, da si prejemnik lahko oblikuje mnenje o terapevtski vrednosti določenega zdravila. Informacije morajo temeljiti na najnovejši presoji celotnega ustreznega gradiva in morajo jasno odražati vsebino tega gradiva. Informacije ne smejo biti zavajajoče zaradi izkrivljanja, pretiravanja, nepravilnih trditev, izpuščanja ipd. Posebej poudarja, da se beseda »varno« nikoli ne sme uporabiti brez ustrezne obrazložitve. Prav tako se beseda »novo« sme uporabiti samo za opis zdravila, za katerega promocija poteka manj kot eno leto od razpoložljivosti na slovenskem tržišču.

Poleg tega področje oglaševanja zdravil in še posebej postopke izdaje zdravil ureja tudi Kodeks lekarniške deontologije (<http://www.lzs.si/%c4%8clanstvo/Strokovnesmerniceinprilozila/Kodekslekarni%c5%a1kedeontologije/tabid/107/language/sl-SI/Default.aspx>), ki med drugim določa, da mora farmacevt bolnikom, ki se zdravijo sami, svetovati po svojih najboljših strokovnih zmožnostih in jih pravočasno napotiti na posvet k zdravniku. Prav tako kodeks farmacevte zavezuje, da priporočajo le zdravila, katerih uporabo lahko etično in strokovno zagovarjajo.

Problemатike posredovanja informacij o zdravilih se dotika tudi Kodeks medicinske deontologije, ki med drugim določa, da morajo biti izjave zdravnikov o zdravilih vedno strokovno neoporečne, tako v znanstvenem in zdravstvenem tisku kot v javnih obćilih. Prav tako pa se kot deontološki prekršek šteje tudi nekritično objavljаnje, posredovanje diagnostičnih metod in nezadostno preizkušениh načinov zdravljenja pred nestrokovno javnostjo (Grivec, 2012, str. 123).

V grobem lahko rećemo, da torej na pacientovo zdravje vplivajo interakcije med pacientom, zdravnikom in farmacevtom v lekarni. Zato je medsebojno zaupanje še kako pomembno. Ne glede na to pa se moramo zavedati, da je za učinkovito in varno zdravljenje v najvećji meri odvisen pacient sam. Njegova vloga pa se še poveća v primeru samozdravljenja, kjer pacient sam postavi diagnozo in izbere zdravilo. V zadnjem ćasu pa lahko izbira med vedno več zdravili (Abazović, 2012, str. 57), kar pa zahteva boljšo informiranost o vrsti in načinu uporabe zdravil.

Kako se v poplavi različnih virov informacij in ćedalje večje ponudbe zdravil znajde slovenski potrošnik, pa predstavljajo rezultati raziskave.

4 Slovenski pacienti in varna uporaba zdravil

4.1 Cilji raziskave in metodologija

Cilj raziskave je bil preveriti, katerih virov informacij o zdravilih se poslućujejo slovenski potrošniki ter kakšno je zaupanje vanje. Prav tako pa smo z raziskavo želeli ugotoviti, kako pacienti ravnaajo pred uporabo zdravil, med njo in po njej.

V ta namen smo pripravili anketni vprašalnik, ki je bil sestavljen iz štirih sklopov. Tako smo v prvem sklopu preverjali odnos do zdravja anketirancev in informacij o zdravilih. V drugem sklopu smo preverili poznavanje različnih virov informacij o zdravilih ter zaupanje vanje oziroma preverili smo, kakšne lastnosti posamezni vrsti informacij anketiranci pripisujejo. V tretjem sklopu pa smo z vprašanji preverjali, kako anketiranci ravnaajo pred in med samo uporabo zdravil, saj je od tega odvisna učinkovitost zdravljenja, prav tako, kako ravnaajo po uporabi zdravil. V zadnjem sklopu pa smo zajeli nekatere demografske značilnosti anketirancev.

Raziskava je potekala s pomočjo spletne ankete www.1ka.si, in sicer v oktobru 2013. Po zaključku ankete smo podatke statistično obdelali s pomočjo programa Microsoft Office Excel.

4.2 Rezultati in razprava

Predstavitev vzorca

V vzorec je bilo zajetih 174 oseb, med katerimi so prevladovale ženske (71% anketirancev). Ko vzorec pogledamo po starostni strukturi, vidimo, da je največ (46%) anketirancev starih med 15 in 29 let, temu (s 36%) sledijo anketiranci, stari med 30 in 49 let, ter z 12% anketiranci v starostni skupini med 50 in 64 let starosti.

Glede na kraj bivanja ugotavljamo, da 45 odstotkov anketirancev prihaja iz mestnega okolja. Glede na regijo bivanja največ anketirancev prihaja iz Jugovzhodne Slovenije (45% anketirancev), dalje iz Osrednjeslovenske regije (21%) in iz Spodnjeposavske regije (7%). Druge regije so bile zastopane z manj kot 5-odstotnim deležem anketirancev.

Predmet raziskave se je nanašal na odnos pacientov do informacij o zdravilih.

Odnos potrošnikov pacientov do zdravja in informacij o zdravilih

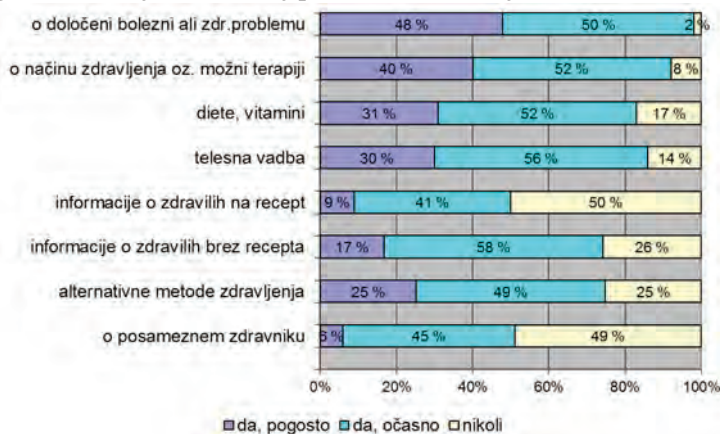
Na podlagi tujih raziskav in tudi stališč strokovnih združenj lahko sklepamo, da želijo biti potrošniki aktivno vključeni v odločitve, povezane z njihovim zdravjem. Tudi naša raziskava je pokazala, da kar 95 odstotkov anketirancev želi biti aktivno vključena v odločanje o svojem zdravju. Tako je 47 odstotkov anketirancev v zadnjem obdobju povečalo zanimanje za informacije o zdravilih.

Ob tem je zanimiva ugotovitev, da se ima 69 odstotkov anketirancev za ozaveščenega pacienta. A ko smo raziskovali naprej, se s tem ne moremo ravno strinjati, saj ima seznam zdravil, ki jih uporablja, vedno s seboj zelo malo anketirancev; in sicer samo seznam zdravil na recept (8%) in vseh zdravil (6%). Ne moremo torej mimo ocene, da anketiranci mogoče ne razumejo v popolnosti izraza ozaveščen pacient. Ena izmed možnosti napačnega razumevanje leži mogoče tudi v dejstvu, da so danes vsakomur na razpolago različni viri informacij o zdravilih in načinih zdravljenja. Posamezni viri pa se med seboj razlikujejo tako po obsegu kot tudi kakovosti informacij, zato nas je v nadaljevanju raziskave zanimalo, katerih virov informacij se potrošniki poslužujejo in v kolikšni meri jim zaupajo.

Različni viri informacij o zdravilih in zaupanje vanje

Kot že rečeno, je razmah medijev, še posebej interneta, povzročil dostopnost različnih informacij, tudi informacij, povezanih s posameznikovim zdravjem. Potrošniki pa seveda ponujene možnosti radi izkoristimo. To je pokazala tudi raziskava, v kateri je 91 odstotkov anketirancev odgovorilo, da so preko interneta že iskali zdravstvene informacije. Pogostost iskanja posameznih vrst informacij pa so razvidne iz grafa 1.

Graf 1: Pogostost iskanja informacij povezanih z zdravjem



Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

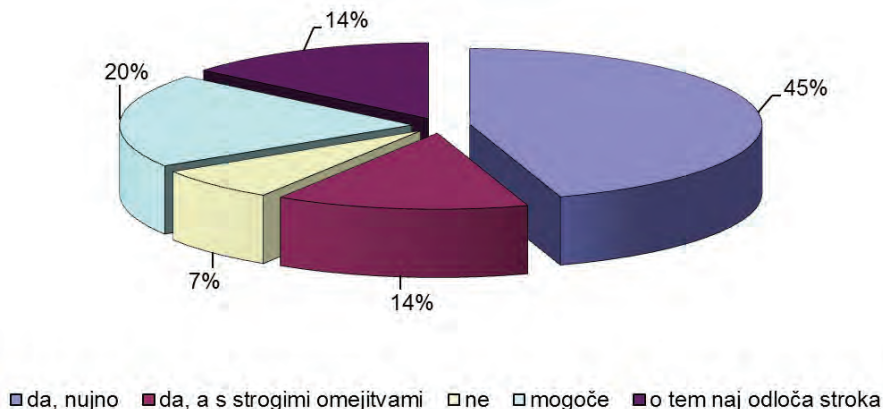
Kot vidimo, kar 98 odstotkov anketirancev pogosto oziroma občasno na internetu išče informacije o določeni bolezni oziroma zdravstvenem problemu, kar niti ni presenetljivo, saj je ta vir danes na razpolago praktično kadar koli in komur koli. Kar 92 odstotkov anketirancev (od tega 40% pogosto) na internetu išče tudi informacije o načinih zdravljenja oziroma možni terapiji. Glede na ta velik odstotek anketirancev v nadaljevanju potem ne preseneča podatek, da polovica anketirancev zbira informacije tudi o zdravilih na recept. Še nekoliko več pa jih na internetu išče informacije o zdravilih brez recepta.

Da bi morala biti dostopnost do informacij o zdravilih večja, menijo tudi anketiranci. Kot vidimo z grafa 2 kar 45 odstotkov anketirancev meni, da bi o zdravilih na recept potrošniki nujno morali imeti več informacij. Dodatnih 14 odstotkov se jih s tem strinja, a so mnenja, da bi morale ob tem veljati stroge omejitve. Zanimivo ob tem je, da večji količini informacij o zdravilih na recept nasprotuje le 7 odstotkov anketirancev.

Kljub visokemu strinjanju s trditvijo, da bi morali potrošniki imeti več informacij o zdravilih na recept, pa je zanimivo spoznanje, da posamezniki ne znamo izkoristiti virov za te informacije, do katerih imamo dostop že danes. Tako se je na primer o zdravilih, njihovem doziranju, učinkovanju in tudi o stranskih učinkih s pomočjo Recepta – Biltena o zdravilih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in Registra zdravil R Slovenije prepičalo le 17 odstotkov anketirancev. Še eno odstotno točko več anketirancev pa se je poslužilo Centralne baze zdravil. Kot je bilo pričakovati, največ

ljudi (93% anketirancev) o zdravilih na recept pridobi informacije preko navodil za uporabo, ki jih najdemo v embalaži zdravila.

Graf 2: Potreba po večji dostopnosti informacij o zdravilih na recept



Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Poleg tovrstnih informacij pa potrošniki seveda informacije pridobivamo tudi iz drugih virov, ki pa jim različno zaupamo. Kot vidimo iz tabele 1, velik pomen dajemo lastnim izkušnjam, ki jih imamo s posameznim zdravilom, informacijam farmacevtov ter zdravnikov (povprečna stopnja zaupanja je 4,2).

Tabela 1: Intenzivnost zaupanja posameznim virom

Vir informacij \ Stopnja zaupanja	Odstotek					povpreč na ocena
	popolnoma zaupam	zaupam	niti niti	ne zaupam	sploh ne zaupam	
farmacevt	36	54	6	2	2	4,2
lastne izkušnje	35	50	13	2	0	4,2
zdravnik	31	58	8	2	1	4,2
znanstvene/strokovne revije	10	64	23	1	2	3,8
internet	3	33	52	7	5	3,2
prijatelj/znanec	3	28	48	17	4	3,1
sorodnik	3	29	44	19	5	3,1
revije, časopisi	1	20	48	18	13	2,8

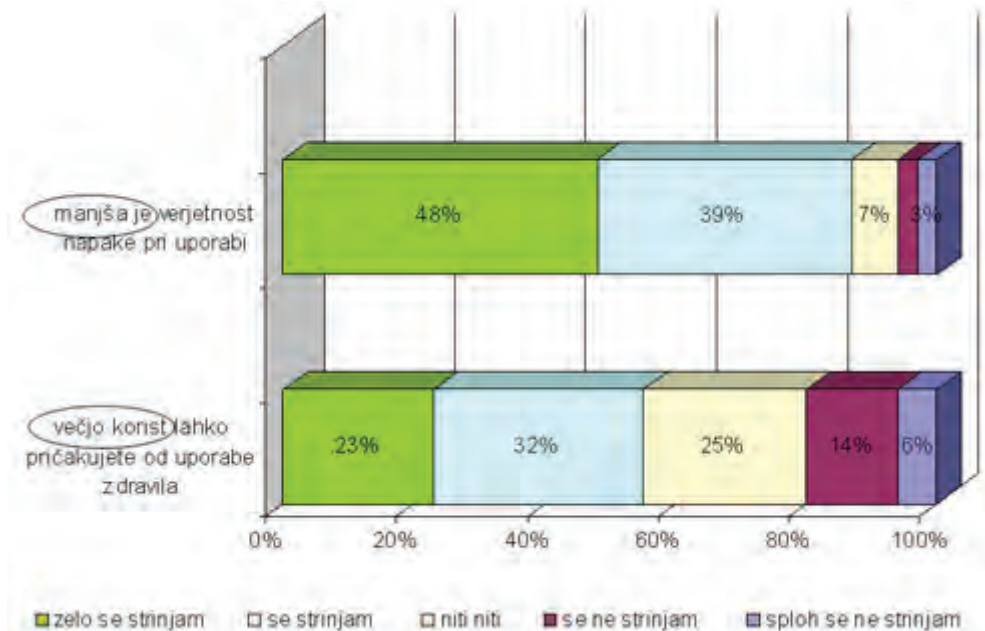
Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Ob tem je potrebno opozoriti na nekoliko nepričakovane rezultate pri internetu glede na druge vire informacij, kot so prijatelji oziroma znanci in sorodniki. Iz rezultatov so-deč anketiranci nekoliko bolj zaupajo informacijam na internetu kot ljudem, ki jih vsaj bežno poznajo. Ker so internetni viri različno kakovostni, je potrebna tu velika mera previdnosti in temu morajo ustrezne institucije v prihodnje nameniti več pozornosti in potrošnike opozoriti na pasti.

Po pričakovanjih so anketiranci kot najmanj zanesljiv vir informacij ocenili revije in časopise. Menimo namreč, da v povezavi z zdravili in načini zdravljenja anketiranci revije in časopise povezujejo zgolj z oglasnimi sporočili farmacevtskih podjetij. Na podlagi rezultatov ankete pa vidimo, da se anketiranci zavedajo razlik med oglaševanjem in nepromocijskimi informacijami o zdravilih (84% anketirancev). Hkrati se anketiranci tudi strinjajo, da morajo biti informacije o zdravilih na recept in brez recepta zanesljive in jasne ter nepristranske.

Glede na to, da so anketiranci jasno izrazili željo po zanesljivih in jasnih informacijah o zdravilih, smo jih v nadaljevanju spraševali, kako informacije, s katerimi razpolagajo, vplivajo na njihovo ravnanje oziroma same učinke zdravljenja (graf 3).

Graf 3: Moč strinjanja s trditvama »več kot veste o zdravilu, ki vam je predpisano, ...«



Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Graf 3 nam prikazuje, da se 87 odstotkov anketirancev strinja oziroma zelo strinja s trditvijo, da več kot vedo o zdravilu, ki jim je predpisano, manjša je verjetnost napake pri uporabi. Nekoliko presenetljivo je mnenje anketirancev o trditvi, da več kot vedo o zdravilu, ki jim je predpisano, večjo korist lahko pričakujejo od uporabe zdravila. S trditvijo se namreč strinja oziroma zelo strinja kar 55 odstotkov anketirancev. Menimo, da lahko ravno s to trditvijo nekoliko pojasnimo tudi placebo učinek zdravil, saj anketiranci nakazujejo, da dobro poznavanje zdravila vpliva na učinke zdravila. Je pa res tudi lahko, da so anketiranci imeli pri ocenjevanju te trditve v mislih način jemanja in sploh dosledno upoštevanje navodil, kar pa gotovo vodi v boljše rezultate zdravljenja.

Ravnanje pacientov pred zdravljenjem, med njim in po njem

V zadnjem sklopu ankete smo anketirance spraševali, kako ravnaajo pred, med in po samem zdravljenju, in sicer so pri posameznih trditvah označili, kako pogosto ravnaajo tako (tabela 2).

Tabela 2: Ravnanje pacientov pred zdravljenjem, med njim in po njem

	da, vedno	občasno	ne, nikoli	Skupaj
Ali vprašate zdravnika, kako dolgo naj zdravilo jemljete?	70%	19%	11%	100%
Ali pred uporabo zdravila preberete navodilo za uporabo?	70%	25%	6%	100%
Ali vprašate po navodilih za uporabo zdravila?	42%	38%	20%	100%
Ali vprašate v kakšnem primeru se morate vrniti k zdravniku?	33%	42%	25%	100%
Ali vprašate, ali so mogoče interakcije zdravila z zdravili, ki jih že jemljete?	31%	43%	26%	100%
Ali vprašate, kateri so najpogostejši stranski učinki in kaj narediti, če se pojavijo?	21%	44%	35%	100%
Ali vprašate, ali to zdravilo nadomešča katero od zdravil, ki ste jih jemali ali jih jemljete?	19%	40%	40%	100%
Ali upoštevate zdravnikova/farmaceutova navodila za uporabo zdravila?	78%	16%	6%	100%
Ali zdravila shranjujete na mestih, nedosegljivih otrokom?	78%	14%	8%	100%
Ali hranite zdravilo v originalni ovojnjini skupaj z navodili za jemanje?	73%	24%	3%	100%
Ali vprašate, kje in kako morate hraniti zdravilo?	11%	32%	57%	100%
Ali vprašate, do kdaj je zdravilo uporabno?	11%	21%	68%	100%
Ali vprašate, kako ravnati z odpadnimi zdravili?	8%	20%	72%	100%

Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

S tabele 2 tako vidimo, da 70 odstotkov anketirancev vedno vpraša zdravnika, kako dolgo mora zdravilo jemati, ter hkrati tudi preberejo navodilo za uporabo. Še večji delež, (78% anketirancev), natančno upošteva zdravnikova/farmaceutova navodila za uporabo zdravila ter zdravila tudi shranjuje nedosegljivo otrokom. Je pa na drugi strani potrebno opozoriti tudi na nekatera nedosledna ravnanja anketirancev pred in med zdravljenjem. Tako velik delež anketirancev samo občasno ali celo nikoli ne vpraša, kdaj se mora vrniti k zdravniku, kateri so najpogostejši stranski učinki in ali novo zdravilo mogoče nadomešča katero od zdravil, ki jih je jemal do sedaj. To so prav gotovo področja, kjer bo predvsem z napovedujočo spremembo zakonodaje, ko se bodo uvajale tako imenovane terapevtske skupine zdravil potrebno posvetiti več pozornosti – zdravniki in farmacevti bodo po našem mnenju morali bolj dosledno samoiniciativno poudarjati ta področja. Hkrati pa bi bilo potrebno tudi povečati ozaveščenost pacientov o ravnanju z odpadnimi zdravili, saj kar 72 odstotkov anketirancev o tem nikoli ne povpraša. A menimo, da je to zadnji, a ne nepomemben korak, v zaključenem krogu skrbi za zdravje.

5 Sklep

Rezultati ankete so gotovo osvetlili odnos potrošnikov do zdravja in v povezavi z njim povezanimi informacijami. Kljub temu, da ne gre za reprezentativnost vzorca, kar pomeni, da rezultatov ne moremo posploševati na celotno populacijo Slovenije, lahko nam in vsem udeležencem pri predpisovanju in izdajanju zdravil služijo kot smernice pri opravljanju svojega poslanstva. Prav tako pa so nam rezultati lahko v pomoč tako pri nadaljnjem zakonskem urejanju področja posredovanja informacij o zdravilih in zdravljenju. Na podlagi osvetlitve ravnanja pacientov pred jemanjem zdravil, med njim in po njem namreč lahko akterji vrsto informacij prilagodijo glede na ugotovljeno ravnanje in s tem prispevajo k varnejši uporabi zdravil ter tudi učinkovitejšemu zdravljenju. Seveda pa ne smemo pozabiti, da kljub temu lahko vsak posameznik največ naredi sam, zavedati se namreč moramo, da je zdravje vrednota.

LITERATURA

1. Abazović, M. (2013). Kako je poskrbljeno za pacientovo varnost pri uporabi zdravil v Sloveniji, kaj je treba še storiti in kaj lahko pričakujemo v bližnji prihodnosti? V B. Filej (ur.), *Celostna obravnava pacienta – kako daleč smo še do cilja?: varnost kot strokovni, etični, pravni, družbeni in ekonomski vidik*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.
2. Angell, M. (2008). *Resnica o farmacevtskih podjetjih*. Ljubljana: Krtina.
3. Ferjan, M. (1998). *Poslovno komuniciranje*. Kranj: Moderna organizacija.
4. Grivec, M. (2012). *Oglaševanje zdravil in potrošniki*. V B. Filej (ur.), *Celostna obravnava pacienta – kako daleč smo še do cilja?: pomen integralne nege in integrativne medicine za paciente*. Novo mesto: Visokošolsko središče, Visoka šola za zdravstvo.
5. Kajdiž, R. in Bojnec, Š. (2012). Ali regulacija in kritje cen zdravil vplivata na javne izdatke za zdravila? *Zdravstveni vestnik*, 81 (9), 618 – 625.
6. Kodeks lekarniške deontologije. Pridobljeno 5. 9. 2011, s <http://www.lzs.si/%c4%8clanstvo/Strokovnesmerniceinporocila/Kodekslekarni%5%a1kedeontologije/tabid/107/language/sl-SI/Default.aspx>.
7. Možina, A., Tavčar, M. I. in Kneževič, A. N. (1998). *Poslovno komuniciranje*. Maribor: Obzorja.
8. Možina, S., Tavčar, M. I., Zupan, N. in Kneževič, A. N. (2004). *Poslovno komuniciranje: evropske razsežnosti*. Maribor: Obzorja.
9. Potočnik, V. in Umek, A. (2004). *Terminološki slovar trženja: angleško-slovenski, slovensko-angleški*. Ljubljana: GV Založba.
10. *Pravilnik o oglaševanju zdravil* (2008). Uradni list RS, št. 105.
11. *Pravilnik o spremembah Pravilnika o oglaševanju zdravil* (2010). Uradni list RS, št. 105.
12. Slovenska oglaševalska zbornica (2009). *Slovenski oglaševalski kodeks*. Pridobljeno 10. 9. 2013, s http://soz.si/uploads/files/SOZ_SOK_SLO.pdf.
13. Theaker, A. (2004). *Priročnik za odnose z javnostmi*. Ljubljana: GV Založba.
14. Ule, M. (2005). *Psihologija komuniciranja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
15. *Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravilih* (2008). Uradni list RS, št. 45.
16. *Zakon o zdravilih* (2006). Uradni list RS, št. 31.

Obremenitve v kmetijstvu

UDK 63-051+331.47

KLJUČNE BESEDE: kmetijski delavci, obremenitve, ergonomija, metoda OWAS, metoda CORLETT

POVZETEK – Temelj varnosti in zdravja pri delu je, da moramo vnaprej preprečiti ali se izogniti vsakršni nevarnosti za poškodbo ali zdravstveno okvaro. Kmetijski delavec je zaradi razgibanega dela veliko delovnega časa v prisilnih držah in neergonomskih položajih. V prispevku so prikazane zdravstvene posledice zaradi dela v kmetijstvu. Prikazane so tudi prisilne drže telesa pri delu in mišično neudobje opazovanega delavca. Z izboljšanjem tega bi poskrbeli za delavčevo zdravje in povečali njegovo storilnost, zmanjšali bi delovne obremenitve in škodljive vplive na delovnih mestih. Za mersko analizo smo uporabili metodi OWAS in CORLETT. Z metodo OWAS smo ugotavljali, kdaj je delavec v nepravilnem položaju, ter predlagali ukrepe. Neudobno počutje pri delu smo analizirali z metodo CORLETT. Iz analize položajev torakolumbalne hrbtenice, zgornjih in spodnjih udov ter cervikalne hrbtenice je razvidno, da so pri kmetijskem delavcu najbolj obremenjena srednji in spodnji del hrbta, sledita mu leva in desna golen, kar je posledica narave dela. Ukrepati je treba čim prej, pri nekaterih položajih pa takoj.

UDC 63-051+331.47

KEY WORDS: agricultural worker, strain, ergonomics, OWAS method, CORLETT method

ABSTRACT – The cornerstone of health and safety at work is to prevent in advance or avoid any risk of injury or health impairment. A farm worker has to work varied hours in poor working postures and unergonomic positions. This paper presents hazards that occur at work in the agricultural industry. It also presents the postures at work and musculoskeletal discomfort of the observed worker. By improving that, the health of the worker would be better, thereby increasing productivity and reducing the workload and the harmful effects of jobs. The analysis includes the OWAS method and the CORLETT method. Based on the OWAS method, we analysed when the worker is in an improper posture, and suggested measures. Discomfort at work was analysed using the CORLETT method. The analysis of the positions of the thoracolumbar spine, the upper and lower limbs, and the cervical spine shows that an agricultural worker suffers the heaviest strain on the middle and lower part of the back, followed by the left and right lower leg, which is due to the nature of work. Measures should be taken within a reasonable time, whereas in some situations it is necessary to take action immediately.

1 Uvod

Pravilno urejeno in organizirano delovno mesto je pomemben dejavnik za prijetno in zdravo delo. Delovno mesto mora biti dovolj svetlo, zračno, prostorno in udobno. Da zmanjšamo oziroma preprečimo morebitne škodljive učinke na zdravje delavcev, skušamo delo čim bolj prilagoditi človekovim fizičnim in psihičnim lastnostim. To naredimo z ergonomsco ureditvijo delovnega mesta (Husić, 2010).

Za preureditev povezanih delovnih mest je značilno, da ne preurejamo delovnega mesta posamezno, ampak zajamemo celostni delovni proces. S prilagajanjem delovnega mesta skušamo razbremeniti delavca in mu zagotoviti čim bolj udobno delovno okolje. V nasprotnem primeru, ko delovno mesto ni prilagojeno vsakemu delavcu posebej, lahko pride do prekomernih statičnih obremenitev (Polajnar in Verhovnik, 2000). Temelj varnosti in zdravja pri delu je, da vnaprej preprečimo ali se izognemo vsakršni nevarnosti za poškodbo ali zdravstveno okvaro. Cilj ocene tveganja je zagotoviti, da

nihče ne bo poškodovan oziroma ne bo zbolel zaradi dela, ki ga opravlja, oziroma da bodo delavci opravljali svoje delo zdravi in zadovoljni (Bilban, 2005).

2 Ergonomija

Ergonomija povezuje več znanstvenih področij in jih usmerja v skupen cilj; uspešno in humano delo. Obstaja več definicij ergonomije, vendar vse v glavnem govorijo o prilagajanju dela človeku. Ergonomija je znanstveno področje, ki vključuje več raziskovanja, delovanje tehnik, tehnologije in okolice na človeka. Z ergonomijo želimo uskladiti odnose med delovnim mestom-okolico-človekom z namenom humanizacije dela (Taboršak, 1994).

Ergonomija je znanstvena disciplina, katere glavni raziskovalni predmet je človeško telo. Z drugimi besedami bi jo lahko poimenovali tudi kot nauk o človeškem delu, ki raziskuje sposobnosti in posebnosti človeškega organizma z namenom, da odkrije najbolj naravno držo človeka pri delu. Gre za obojestransko prilagajanje tako delavec delu kot delo delavcu (Brejc, 2004).

Cilj, ki ga skušamo z ergonomijo doseči, je načrtovanje delovnega mesta, tako da bo prilagojen večini posameznikov pri upoštevanju strukture dimenzije človeškega telesa. Znanost, ki se ukvarja z merjenjem telesnih dimenzij, se imenuje antropometrija (Niebel in Freivald, 2003).

Kadar opazimo, da zahteve dela niso skladne z zmogljivostjo posameznega organa ali organskega sistema, ne pomislimo takoj na zamenjavo delovnega mesta, ampak skušamo poiskati rešitev. Ergonomija združuje različne probleme in področja, s katerimi se ukvarjajo številne discipline. Najvidnejše so fiziologija, antropologija, sociologija, organizacija dela, tehnika in druge. Dobro poznavanje in organizacija dela omogočata postavljanje človeka na pravo delovno mesto in posledično pravilno izrabo njegove razločljive energetske in psihične kapacitete (Bilban, 1999).

Bistvo ergonomije je preučevanje dela in delovnega mesta ter uskladitev odnosov med delavcem, njegovim delom in delovnim prostorom. Delo, ki je delavcu prilagojeno v vseh pogledih, povečuje njegovo delovno storilnost, se razvija in pozitivno deluje na delavca. Pomembno je, da so delovni predmeti ter dimenzije delovnega mesta razporejeni v doseg delavca, ki na tistem delovnem mestu opravlja delo. Tako urejeno delovno mesto omogoča, da se delavec giblje brez naprezanja v pravilni in udobni drži. Pred oblikovanjem delovnega mesta je potrebno poznati dolžine delov telesa in doseg gibalnega dela rok in nog, da zagotovimo delavcu naravno telesno držo in gibanje pri delu (Hočevnar - Rupnik, 1981).

2.1 Ergonomija delovnega mesta

Pri oblikovanju delovnega mesta antropološkim meram delavca, moramo uskladiti mere orodij in strojev pri vsakemu delavcu posebej. Ljudje se razlikujejo po višini, zato je včasih treba z dimenzijami prilagoditi delovno mesto (Polajnar, 2006).

Na težavnost dela vplivajo različni dejavniki, kot so naporno delo v smislu telesnega in intelektualnega napora, ki ju terja delo in okoliščine, ki negativno vplivajo na delavca (hrup, mikroklima, razsvetljava ipd.) (Mikeln, 2000).

Pri načrtovanju racionalnega proizvodnega procesa se mora zahtevati tako oblikovano delovno mesto, ki bo delavcu omogočalo opravljati delo kar se da učinkovito, ob normalnem naporu ter z dobrim izkoristkom. To se lahko doseže, če je delovno mesto prilagojeno človeškemu telesu po obliki, merah in gibljivosti lokomotornega sistema (Polajnar in Verhovnik, 2007).

Izvedeno naj bo tako, da delavec opravlja dela v drži, ki je najmanj naporna in uporabljaja mišične skupine najnižje stopnje. Prav tako naj bo delovno mesto opremljeno z delovnimi sredstvi, ki so prilagojeni psihološkim in fizičnim lastnostim človeškega telesa (Polajnar in Verhovnik, 2007).

Delovni sistemi, ki se oblikujejo danes, bodo morali delovati tudi v prihodnje; torej jih moramo načrtovati dolgoročno. S časom se bodo nekatere stvari, kot so na primer snovi, materiali, stroji in tudi ljudje in njihove delovne navade, spremenile. Zato bo moral danes oblikovan sistem delovati in obstajati tudi v drugačnih okoliščinah. Tako moramo pri oblikovanju sistema predvidevati, kakšen bo razvoj v prihodnosti, če želimo, da bo tak sistem deloval dolgoročneje (Mikeln, 2000).

Pri izboljšanju proizvodnega procesa se moramo najprej podučiti, kje so osnovni problemi in kakšne koristi nam lahko prinesejo rešitve problema. Prioriteta izboljšanja mora biti na poenostavljanju poteka dela. Najprej skušamo iz skupine problemov sistematično izbrati takšen vrstni red reševanja, ki bo v največji meri izboljšal poslovanje delovne organizacije. Široko gledano morajo biti naša preučevanja in analize temeljite, prav tako morajo zajeti vse vplivne elemente, ki so vključeni v proces dela (predmet dela, sredstvo dela, človek, metodo dela). Dolgoročno to pomeni, da mora naše iskanje novih in boljših rešitev trajati v nedogled (Polajnar, 2006).

Delavec se mora pri delu počutiti kar se da udobno in sproščeno, tako bo lahko dovolj zbran in osredotočen na svoje delo, kar je pri samem delu zelo pomembno. Če se drža telesa redno spreminja v določenih intervalih, omogoča učinkovito storilnost in udobno počutje zgradbe telesa. To pomeni gibanje celotnega telesa ali posameznih delov. Že manjši premiki mišic na nogi blagodejno delujejo na prekrvavitev v spodnjem delu telesa. Če je delovno mesto zasnovano pravilno, omogoča delavcu različne delovne položaje, s katerimi se lahko giblje in tako preprečuje enostranske obremenitve. Slabo duševno počutje in nepravilna drža vplivata na storilnost delavca, prav tako kot bolezen. Duševni procesi so zapleteni in jih težko oziroma nepopolno obvladujemo, medtem ko pravilno držo telesa lahko natančno določimo (Polajnar in Verhovnik, 2007).

2.2 Škodljivosti in obolenja delavcev v kmetijski dejavnosti

Kmetijstvo ima v gospodarskem, kulturnem in političnem življenju pomembno vlogo. Zaradi geografskih in kulturnih razlik je vrsta kultur in rejnih živali zelo raznolika. Poleg tega gre tudi za dejavnost, pri kateri se mnogi delavci poškodujejo na delovnem

mestu ali zbolijo za različnimi poklicnimi boleznimi, v najhujših primerih delavci izgubijo življenje.

V kmetijstvu se lahko pojavijo nezgode pri prevozu s traktorjem, zdravstvene težave se lahko pojavijo zaradi ponavljajočih gibov (mišično-kostna obolenja), zaradi nevarnih snovi, ki jih v kmetijstvu lahko uporabljajo, na primer razna škropiva. Zaradi različnih povzročiteljev, kot so živalske beljakovine iz urina odmrlih celic, moka, se lahko pojavijo alergije. Nezanemarljivi biološki dejavniki so klopi, ki prenašajo različne povzročitelje bolezni; kmetijski delavci lahko zbolijo za klopnem meningoencefalitisom, boreliozo, erlihiozo. Nevarnosti, ki sta prisotni pri opravilih na kmetiji, sta tudi hrup in vibracije (Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu, 2012).

3 Kmetijstvo na Slovenskem

V Sloveniji so naravni viri na področju kmetijstva sorazmerno omejeni, razmere za kmetovanje pa so razmeroma neugodne. Kmetijstvo predstavlja 2,1 odstotka deleža bruto domačega proizvoda (BDP) v nacionalnem gospodarstvu, vendar se stanje slabša. Kmetijska zemljišča se krčijo zaradi zaraščanja, širjenja zazidalnih površin in prometne infrastrukture. V Sloveniji imamo tudi $\frac{2}{3}$ območij z neugodnimi razmerami za kmetovanje, ki terjajo povišane stroške obdelave ob nedoseganju višje produktivnosti. Pri kmetijskih zemljiščih, ki so v uporabi, prevladujejo trajne travinje, ki narekujejo pretežno živinorejsko proizvodnjo, za katero se porabi tudi dobršen del njiv. Opaziti je mogoče upadanje manjših kmetij ter povečanje povprečne velikosti kmetijskih gospodarstev. Vzporedno s prilagajanjem porabe dela teče proces prestrukturiranja kmetijstva v specializirane kmetije. Setvena struktura njiv se prilagaja tržnim zahtevam, posledično se povečujejo površine z oljnicami, suhimi stročnicami in zelenjadnicami, na drugi strani pa se zmanjšujejo površine s krompirjem, hmeljem in koruzo. Z vidika varovanja okolja ima Slovenija velik delež območij, ki so pod posebnim režimom upravljanja. Razvilo se je več načinov kmetovanja, podprtih skozi kmetijski okoljski program, ki omogočajo vrsto dopolnilnih dejavnosti na kmetiji (KGZS, 2012).

4 Metodologija

V letu 2013 smo opazovali delo kmetijskega delavca pri različnih delih. Opazovana oseba je stara 52 let in opravlja delo na kmetiji že 21 let. Njegova skupna delovna doba je 31 let, končano ima poklicno mesarsko izobrazbo. Spremljali smo ga 14 dni in opravili serijo opazovanj telesnih položajev in gibanj pri njegovem delu na kmetiji (v hlevu in na kmetijskih strojih) in pri predelavi mesa po modificirani metodi OWAS (Sušnik, 1987). Težišče je na statičnih oziroma statično opazovanih značilnostih telesnih položajev (Louhevaara in Suurnäkki, 1992, Karhu in sod., 1977, Karhu in sod., 1981). Istočasno smo z metodo CORLETT (Sušnik, 1987) ocenjevali nelagodje oz.

neudobno počutje v njegovih gibalih. Podatke smo pridobili na podlagi štirinajstdnevnega osemurnega spremljanja pri delu.

4.1 Modificirana OWAS metoda

Metodo smo uporabljali za analizo telesnih položajev in gibanja opazovanega kmetijskega delavca na delovnem mestu skozi celotni delovni proces. V času opazovanja, ki je potekalo v časovnem intervalu treh minut, smo posamezni telesni položaj zabeleži s črtico v poseben obrazec, kjer so položaji in drže telesa razdeljeni po posameznih segmentih (Sušnik, 1987):

- ☐ 4 vzorce drže torakolumbalne hrbtenice,
- ☐ 5 vzorcev drže cervikalne hrbtenice,
- ☐ 4 vzorce drže zgornjih udov,
- ☐ 3 vzorce drže rok,
- ☐ 7 vzorcev drže spodnjih udov,
- ☐ 2 gibalna vzorca,
- ☐ 3 vzorce uporov.

4.2 Metoda CORLETT

Opazovanega smo periodično spraševali, kje čuti neudobje oziroma bolečino v gibalih. Za natančnejše lociranje smo mu za pomoč in orientacijo predložili obrazec, na katerem je obris telesa z oštevilčenimi deli hrbtne strani telesa (Sušnik, 1987). Najprej je moral navesti mesto, kjer neudobje ali bolečino občuti najbolj, nato pa po vrsti druga mesta od večjega proti manjšemu neudobju. Navesti je bilo potrebno vsa mesta, kjer je čutil neudobje ali bolečino. Metodo smo izvedli takoj ob prihodu na delo in vsako uro do konca delovnika.

5 Rezultati in razprava

Med spremljanjem delavca se je pokazalo, da je prevladovalo delo, v povprečju 85 odstotkov. Do nenačrtovanih izgub (3%) je največkrat prišlo zaradi tehničnih napak, pojavile so se tudi spontane pavze. Pri načrtovanih izgubah (v povprečju 12%) pa je prevladovala malica ter preoblačenje delavca, saj različna opravila zahtevajo svojo delovno obleko. Nedisciplina med opazovanim časom ni bila prisotna.

5.1 Analiza delovnih položajev pri delu z OWAS metodo

Pri analiziranju položajev in drž torakolumbalne hrbtenice, zgornjih in spodnjih udov ter cervikalne hrbtenice smo ugotovili, da prihaja pri enem ali več položajih do obremenitev, ki presega fiziološka priporočila. Do tega največkrat prihaja, če je obremenitev prekomerna. Nekateri ukrepi so potrebni v doglednem času, v nekaj primerih pa so ukrepi potrebni takoj.

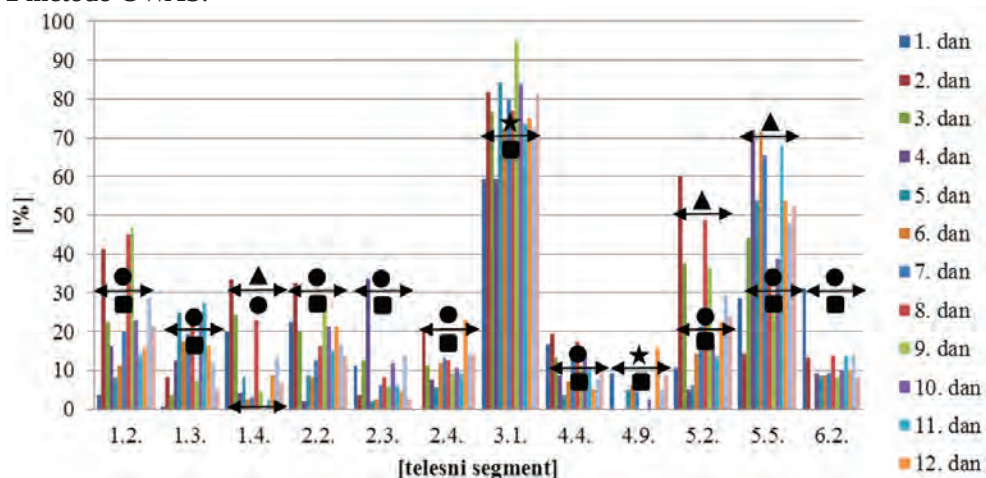
Slika 1 prikazuje delež dejanskih obremenitev izbranih telesnih segmentov, ki presega dopustne obremenitve. Rezultati metode OWAS so pokazali, da je pri torakolu-

mbalni hrbtenici najbolj problematičen položaj 1.4 (sklonjena drža hrbta, pri kateri je pripogib večji od 15° kombiniran s torzijo), ki je prepovedan položaj. Položaj 1.4 je bil prisoten vsak dan, nekoliko manj 11. dan opazovanja. Metoda CORLETT nam pokaže, da ima delavec bolečine v srednjem in spodnjem delu hrbta, ki so posledica telesnega položaja 1.4. Povečane vrednosti ima delavec tudi pri položajih 1.2 (sklonjena drža hrbta, pri kateri je pripogib večji od 15°) in 1.3 (pokončna drža s torzijo in lateralno fleksijo torakalne hrbtenice, ki je večja od 30°), kar tudi povezujemo z bolečinami v hrbtnem delu opazovanca. Pri zgornjih udih kar trije položaji presegajo dopustne vrednosti, in sicer 2.2 (ena ali obe nadlakti abducirani, pod nivojem ramen), 2.3 (ena nadlaket abducirana, nad nivojem ramen) in 2.4 (obe nadlakti abducirani, nad nivojem ramen), ukrepati je potrebno v doglednem času. Položaj rok 3.1 (fini ali grobi prijem ene ali obeh rok) je večina opazovanih dni presegal dopustno obremenitev 70 odstotkov, kar pomeni, da so potrebne dodatne raziskave. Pri spodnjih udih so presežene vrednosti pri položaju 4.4 (stoja na enem ali obeh spodnjih udih, ki sta izrazito upognjena v kolkih, kolenih in gležnjih), za kar so potrebni ukrepi v doglednem času in položaju 4.9 (plazenje, plezanje), ki ga je potrebno podrobneje preučiti. Pri analizi vratnega dela hrbtenice smo prišli do zaključka, da je najbolj problematičen položaj, ko je bila glava ventralno sklonjena nad 30° (telesni položaj 5.2). Ukrepi pri tem položaju so potrebni takoj. Položaj je bil večkrat kombiniran s položajem sklonjene drža hrbta, pri katerem je bil pripogib večji od 15°. Vrednosti so bile močno presežene tudi v položaju 5.5 (glava rotirana nad 45°), skoraj v vseh dneh opazovanja preko 30 odstotkov, kar pomeni, da je potrebno ukrepati takoj. Rezultati obremenitev s silami kažejo, da je bila prvi dan presežena obremenitev 6.2 (sile od 100 N do 199 N), zato je potrebno ukrepati v doglednem času.

Simboli na *sliki 1* prikazujejo morebitne ukrepe in so označeni z:

- ukrepi niso potrebni,
- ukrepi so potrebni v doglednem času,
- ▲ ukrepi so potrebni takoj,
- ★ potrebne so podrobnejše raziskave.

Slika 1: Dejanske obremenitve [%] izbranih telesnih segmentov opazovanega delavca z metodo OWAS.



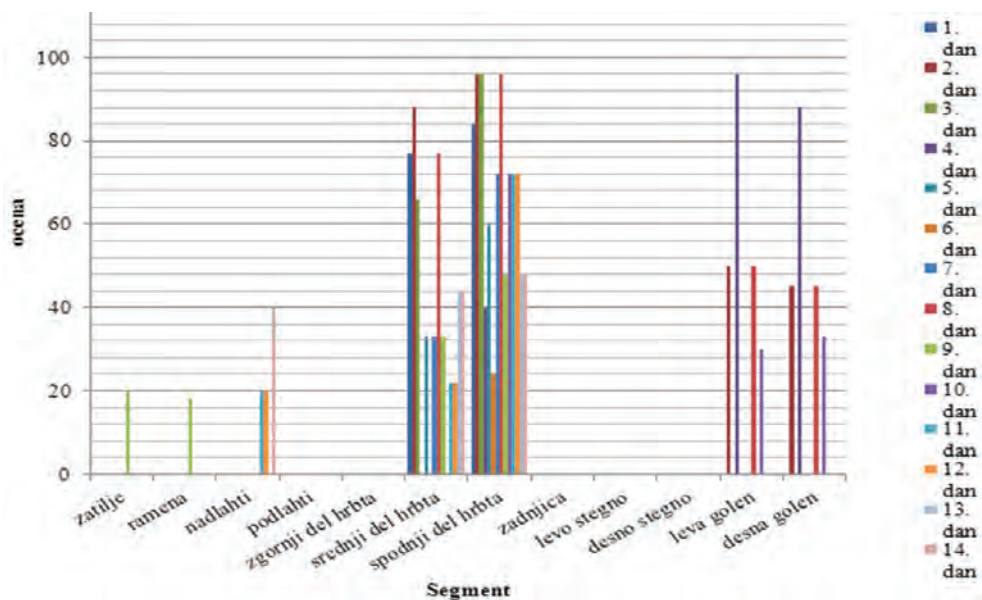
Legenda:

- 1.2 Sklonjena drža hrbta, pri kateri je pripogib večji od 15°
- 1.3 Pokončna drža s torzijo in lateralno fleksijo torakalne hrbtenice, ki je večja od 30°
- 1.4 Sklonjena drža hrbta nad 15° , kombinirana s torzijo ali lateralno fleksijo
- 2.2 Ena ali obe nadlakti abducirani, pod nivojem ramen
- 2.3 Ena nadlaket abducirani, nad nivojem ramen
- 2.4 Obe nadlakti abducirani, nad nivojem ramen
- 3.1 Fini ali grobi prijem ene ali obeh rok
- 4.4 Stoja na enem ali obeh spodnjih udih, ki sta izrazito upognjena v kolkih, kolenih in gležnjih
- 4.9 Plazenje, plezanje
- 5.2 Ventralno sklonjena glava nad 30°
- 5.5 Rotirana glava nad 45°
- 6.2 Obremenitve s silami med 100 N in 199 N

5.2 Analiza mišičnega neudobja po metodi CORLETT

Rezultati metode CORLETT so pokazali, da je pri kmetijskem delavcu največ neudobja prisotnega v srednjem in spodnjem delu hrbta, sledita mu leva in desna golen, nadlahti, zatilje in ramena, kar vidimo na sliki 2.

Slika 2: Ocena neudobnega počutja kmetijskega delavca glede na del telesa in dan opazovanja



Glavna vzroka za bolečine v gibalih sta težavnost dela in prisilne drže na delovnem mestu. Neudobje je pri delavcu prisotno vse dni opazovanja. Največkrat se je neudobje začelo pojavljati drugo uro dela in je naraščalo do šeste ure, potem pa ostalo nespremenjeno do konca delovnega dne. Opazovani je občutil bolečine vsak dan v spodnjem delu hrbta in večino opazovanih dni tudi v srednjem delu hrbta.

6 Sklep

Z metodo OWAS smo opazili nekaj položajev, ki presegajo fiziološka priporočila obremenitve. Rezultate smo predstavili opazovanemu delavcu in tudi, med katerim delovnim procesom prihaja do prevelikih obremenitev. Pokazali smo mu, kako naj se izogiba tem položajem, ter pravilne drže, da ne bi prišlo do nelagodja oziroma bolečin v gibalih. Največje bolečine v spodnjih udih smo opazili med delom pri predelavi mesa, saj je delavec v stoječem položaju, v gumijastih škornjih. Bolečine bi lahko zmanjšali z zamenjavo obutve ali ublažili z uporabo vložkov za čevlje. Kmetijskemu delavcu smo svetovali, da med delom naredi več krajših odmorov, s katerimi bi zmanjšal število in moč bolečin. Med odmorom naj razgiba tisti del telesa, kjer čuti napetost. Priporočamo mu tudi izobraževanje s področja ergonomije.

LITERATURA

1. Bilban, M. (1999). *Medicina dela*. Ljubljana: Zavod za varstvo pri delu.
2. Bilban, M. (2005). *Medicina dela za študente tehniške varnosti*. Ljubljana: Zavod za varstvo pri delu.
3. Brejc, M. (2004). *Ljudje in organizacija v javni upravi*. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
4. Evropska agencija za varnosti in zdravje pri delu. Pridobljeno 29. 8. 2013, s <https://osha.europa.eu/sl/sector/agriculture/>.
5. Hočevar – Rupnik, F. (1981). *Ergonomija: Moderna organizacija v sestavi*. Kranj: Visoka šola za organizacijo dela.
6. Husić, M. (2010). *Ergonomija in varstvu pri delu*. Pridobljeno 13. 3. 2013, s http://www.impletum.zavod-irc.si/.../Ergonomija_in_varstvo_pri_delu-Husic.pdf.
7. Karhu, O., Härkönen, R., Sorvali, P. in Vepsäläinen, P. (1981). Observing working postures in industry, Examples of OWAS application. *Applied Ergonomics* (12), 13 – 17.
8. Karhu, O., Kansilä, P. in Kuorinka, I. (1977). Correcting working postures in industry: A practical method for analysis. *Applied Ergonomics* (8), 199-201.
9. Kmetijstvo na Slovenskem. (2012). Ljubljana: Kmetijsko gospodarska zbornica Slovenije. Pridobljeno 20. 7. 2013, s <http://www.kgzs.si/gv/kmetijstvo.aspx/>.
10. Louhevaara, V. in Suurnäkki, T. (1992). OWAS: A method for the evaluation of postural load during work. Helsinki: Institute of Occupational Health, Centre for Occupational Safety.
11. Mikeln, P. (2000). *Ergologija 2. Oblikovanje in merjenje dela*. Kranj: Moderna organizacija.
12. Niebel, B. in Freivalds, A. (2003). *Andris methods, standards and work design*. New York: The McGraw-Hill Company.
13. Polajnar, A. (2006). *Študij dela*. 2. izdaja. Maribor: Fakulteta za strojništvo.
14. Polajnar, A. in Verhovnik, V. (2007). *Oblikovanje dela in delovnih mest za delo v praksi*. 2. Maribor: Fakulteta za strojništvo.
15. Sušnik, J. (1987). *Položaj in gibanje telesa pri delu*. Ljubljana: Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo.
16. Taboršak, D. (1994). *Studij rada*. Zagreb: Orgadata.

Medpoklicno sodelovanje

UDK 614.253+315.454

KLJUČNE BESEDE: medicinske sestre, zdravniki, medpoklicno sodelovanje, timsko delo

POVZETEK – V sistemu zdravstvenega varstva medicinske sestre in zdravniki predstavljajo večino zdravstvenih delavcev, od katerih pričakujemo razvito sposobnost medsebojnega sodelovanja. Dobro medpoklicno sodelovanje vpliva tudi na izid zdravljenja, zato to ni več stvar osebne izbire, saj zahteva vključenost vseh členov in je pomembno z vidika zdravstvenih delavcev in tudi pacientov. Medicinskim sestram in zdravnikom je skupno to, da želijo delati v dobro pacienta, kar je cilj medpoklicnega sodelovanja, ki želi doseči vsaj to, da pacienti ne bodo ogroženi oziroma da bodo čim bolj izpolnjeni tudi cilji zdravstvene organizacije. V raziskavi so prikazana stališča medicinskih sester o sodelovanju z zdravniki. Izpostavljena so predvsem področja komunikacije ter odnos med medicinskimi sestrami in zdravniki. Da je to sodelovanje uspešno in kakovostno, je potrebno vzajemno spoštovanje in zaupanje.

UDK 614.253+315.454

KEY WORDS: nurse, doctor, interprofessional collaboration, teamwork

ABSTRACT – In the health care system, nurses and doctors present the most numerous group of health professionals. They are expected to be capable of mutual cooperation. Proper interprofessional collaboration has a great impact on treatment outcomes; therefore, such collaboration is not a matter of personal choice. All the members of the team need to cooperate in order to ensure quality. For that reason, interprofessional collaboration is essential from the point of view of both health professionals and patients. Nurses and doctors have in common the will to work to benefit the patient. That is the objective of interprofessional collaboration which prevents the patient's safety from being jeopardised and ensures that the goals of a health care organisation are achieved to the greatest possible extent. The research presents nurses' beliefs about their cooperation with doctors, especially emphasising the communication and relationships between nurses and doctors. Mutual respect and confidence is needed for collaboration to be successful and efficient.

1 Uvod

V sistemu zdravstvenega varstva so zdravniki in medicinske sestre najbolj številčna skupina zdravstvenih delavcev, od katerih pričakujemo visoko razvito sposobnost medsebojnega sodelovanja. To je pomembno, ker vsak član tima s svojim znanjem in izkušnjami pripomore k boljši zdravstveni obravnavi bolnika. Sam uspeh zdravljenja bolnikov je odvisen predvsem od timskega dela, timskega sodelovanja med vsemi strokovnjaki, ki so udeleženi v procesu zdravljenja.

2 Medpoklicno sodelovanje v zdravstvu

Bolnikove težave rešuje veliko različnih strokovnjakov. Ti se združujejo v time, med njimi pa vladajo enakopravnost, spoštovanje in usmerjenost k istemu cilju, in sicer omogočiti najboljšo zdravstveno oskrbo za bolnika. Za zagotovitev kakovostnega dela in bolnikovov oskrbo pa je v zdravstvu potrebno dobro sodelovanje med različnimi poklici, pomembno je medpoklicno sodelovanje (Leban in Drev, 2011).

Tschannen (2004, v Leban in Drev, 2011) definira sodelovanje kot partnerstvo, v katerem so prepoznani in cenjeni moč, znanje in izkušnje vsakega posameznika. Ob tem mora med njimi biti prisotna nehierarhična medsebojna komunikacija. Timi so bolj učinkoviti, v katerih so posamezniki čim bolj različni po znanju in izkušnjah, glede vrednot, ki jih zagovarjajo, pa so si čim bolj enotni.

2.1 Od česa je odvisno medpoklicno sodelovanje?

Na medpoklicno sodelovanje vpliva vodenje, podpiranje inovacij ter prostorska in časovna možnost medsebojnega sodelovanja. Za uspešno sodelovanje je pomemben tudi posameznik, ki mora imeti sposobnost komuniciranja, dobrega poslušanja in biti samozavesten. Posameznik mora biti sposoben prepoznati in spoštovati znanje drugega in zaupati drugim. Za uspešno sodelovanje so pomembni različni sodelavci, ki imajo svojo osebnost, so pri tem prisotni aktivno in na lastno željo (Leban in Drev, 2011).

Canadian Medical Association (2007) navaja načela za doseganje dobrega medpoklicnega sodelovanja v zdravstvu. To so:

- ☐ bolnik je v središču pozornosti,
- ☐ med bolnikom in zdravnikom je partnerski odnos,
- ☐ zdravnik je vodja medicinskega dela oskrbe,
- ☐ vzajemno spoštovanje in zaupanje,
- ☐ jasna komunikacija,
- ☐ jasna vloga in delokrog posameznika v praksi,
- ☐ jasne obveznosti in odgovornosti,
- ☐ enakopravnost med vsemi člani tima,
- ☐ ustrezna pokritost s človeškimi in drugimi viri,
- ☐ ustrezna finančna podpora,
- ☐ podporni sistem izobraževanja,
- ☐ raziskave in evalvacija.

2.2 Zakaj je medpoklicno sodelovanje v zdravstvu pomembno?

Na izvide zdravljenja vpliva dobro medpoklicno sodelovanje, zato tako sodelovanje ni več stvar osebne izbire. Glede vpliva uspešnega sodelovanja so raziskave pokazale (Aiken in sod., 2001; O'Brien-Pallas, 2001, v Bohinc, 2006):

- ☐ da se je zadovoljstvo bolnikov izboljšalo,
- ☐ da je boljši transfer in boljše odločitve ob odpustu,
- ☐ da so izvidi zdravstvene oskrbe boljši,
- ☐ da so se rizični dejavniki tveganja zmanjšali,
- ☐ da se je znižalo število napak pri dajanju zdravil,
- ☐ da se je komuniciranje v timu izboljšalo,
- ☐ da se je izboljšalo razumevanje vloge zdravstvene nege,
- ☐ da so se stroški zdravljenja in zdravstvene nege zmanjšali,
- ☐ da se je zmanjšal stres in znižala obremenitev medicinskih sester.

V zdravstvu je timsko delo osnova za medpoklicno sodelovanje, ki predstavlja bistveno sestavino in pomembno kakovost pri obravnavi odnosov. Slaba kakovost medpo-

klicnega sodelovanja je lahko tudi vzrok za usodne napake, ki se zgodijo pri izvajanju storitev in v obravnavi pacientov (Filej, 2006).

3 Timsko delo

Poredoš (2006) navaja, da tim lahko kakovostno deluje le, če je vsak njegov člen brezhiben, si pri tem prizna in upošteva vlogo vsakega posameznika, ki pri tem sodeluje. Zdravstveni sistem je lahko učinkovit le, če deluje celostno, kar je možno doseči le s timskim pristopom, ki upošteva vlogo vseh profilov. Zdravnik in medicinska sestra imata natančno opisan svoj delokrog dela in samostojno opravljata zdravstveni poklic, kar pomeni, da nastopata skupaj kot partnerja v zdravstvenem timu.

Delo v timu je smiselno, kadar delovna naloga presega meje ene same stroke. V zdravstvu najdemo lep zgled. V normativih je zapisano, da tim sestavljajo: zdravnik, diplomirana medicinska sestra, tehnik zdravstvene nege in administratorka, a delo v timu s tem še ni razvito. Delovna skupina je organizirana po načelu subordinacije oziroma po avtokratskem principu – po navpičnici. Strokovni tim pa dejansko deluje le v vodoravnih odnosih – po načelu osebne svobode in odgovornosti. Timsko delo je skupinsko delo samostojnih članov, kjer ima posameznik specifično znanje in za svojo odločitev odgovarja, ki pa so podrejene skupnem cilju v okviru določene delovne naloge. Nihče ni nikomur podrejen ali nadrejen, vsakogar in vse skupaj pa obvezuje delovna naloga. Za pravi tim je značilno vzpostavljanje horizontalnih odnosov, ki temeljijo na jasni osebni in strokovni identiteti vsakega člana, a hkrati tudi na zmožnosti razumevanja drugačnosti vseh drugih (Praper, 2013).

Pri obravnavi bolnikov mora biti timski pristop stalnica našega delovanja, ki se začne s prihodom bolnika v zdravstveno ustanovo in ga mora spremljati skozi celotno obravnavo. To pomeni, da se postopki, ki jih zdravnik načrtuje in izvaja, morajo nadgraditi s postopki zdravstvene nege nadgraditi in s kakovostno komunikacijo, za katero so vsi zdravstveni in nezdravstveni delavci odgovorni in so sestavni del tima. Sodelovanje med zdravnikom in medicinsko sestro je zlasti pomembno, ker morata pri obravnavi bolnika nastopati kot partnerja in v dopolnjujočih vlogah (Poredoš, 2006).

4 Metodologija

4.1 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je bil proučiti in ugotoviti mnenja zaposlenih medicinskih sester na področju medpoklicnega sodelovanja na Kliničnem oddelku za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok – Enota intenzivne terapije (v nadaljevanju Enota intenzivne terapije). Cilj raziskave je ugotoviti mnenja zaposlenih medicinskih sester o medpoklicnem sodelovanju v organizaciji ter odgovoriti na ključno vprašanje, kako medicinske sestre ocenjujejo tovrstno sodelovanje na delovnem mestu.

4.2 Raziskovalna metoda

Uporabili smo deskriptivno neeksperimentalno metodo empiričnega sodelovanja.

4.3 Postopek zbiranja podatkov

Izdelan je bil anketni vprašalnik, v katerem so vprašanja povzeta po Bitežniku (2011), kjer so anketiranci trditve ocenjevali po petstopenjski Likertovi lestvici. Termin medicinska sestra v raziskavi je zajemal vse zaposlene v zdravstveni negi s srednješolsko ali višje/visokošolsko izobrazbo. Anketa je bila anonimna in je bila opravljena med 25. in 30. septembrom 2013.

Anketa je sestavljena iz dveh delov:

- v prvem delu odgovarjajo na vprašanja, kot so spol, starost, dosežena stopnja izobrazbe in trajanje zaposlitve pri sedanjem delodajalcu,
- v drugem delu odgovorijo na vprašanja o medpoklicnem sodelovanju na delovnem mestu.

Zbrane podatke smo prikazali v obliki tabel. Odgovore smo podali številčno in v odstotkih.

5 Rezultati

1. del ankete: Splošni podatki

Tabela 1: Spol anketirancev

<i>Spol</i>	<i>f</i>	<i>f%</i>
a) ženski	26	70
b) moški	11	30

Vir: Lasten vir, 2013.

V anketi je sodelovalo 37 zaposlenih, od tega je bilo 70 odstotkov žensk in 30 odstotkov moških.

Tabela 2: Starost anketirancev

<i>Starost</i>	<i>f</i>	<i>f%</i>
a) do 30 let	22	59
b) od 31 let do 40 let	10	27
c) od 41 let do 50 let	5	14
č) nad 51 let	0	0

Vir: Lasten vir, 2013.

Največji delež anketirancev predstavlja starostna skupina do 30 let, in sicer 59 odstotkov, nato sledi starostna skupina od 31 do 40 let in še starostna skupina od 41 do 50 let.

Tabela 3: Izobrazba anketirancev

<i>Izobrazba</i>	<i>f</i>	<i>f%</i>
a) srednja medicinska sestra/zdravstveni tehnik	10	27
b) diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik	27	73

Vir: Lasten vir, 2013.

Po izobrazbeni strukturi prevladujejo diplomirane medicinske sestre/diplomiran zdravstvenik, kar ustreza izobrazbeni strukturi obravnega oddelka.

Tabela 4: Delovna doba anketirancev

<i>Delovna doba v Enoti intenzivne terapije:</i>	<i>f</i>	<i>f%</i>
do 5 let	21	57
od 6 let do 10 let	4	11
nad 10 let	4	11
nad 15 let	3	8
nad 20 let	5	14

Vir: Lasten vir, 2013.

Največji delež anketirancev predstavljajo tisti z delovno dobo do 5 let, sledijo zaposleni nad 20 let, enak delež je z delovno dobo od 6 do 10 let in z delovno dobo nad 10 let. Na koncu sledijo zaposleni z delovno dobo nad 15 let.

2. del: Medpoklicno sodelovanje

Tabela 5: Ocenjevanje medpoklicnega sodelovanja

<i>Trditev</i>	<i>1– sploh se ne strinjam</i>		<i>2– se ne strinjam</i>		<i>3– ne vem, ne morem se odločiti</i>		<i>4– večinoma se strinjam</i>		<i>5– popolnoma se strinjam</i>		<i>Povprečna ocena</i>
	<i>f</i>	<i>f(%)</i>	<i>f</i>	<i>f(%)</i>	<i>f</i>	<i>f(%)</i>	<i>f</i>	<i>f(%)</i>	<i>f</i>	<i>f(%)</i>	
V timu, kjer delam, je komunikacija s strani zdravnikov spoštljiva.	1	3	7	19	5	14	22	59	2	5	3,5
V timu, kjer delam, zdravniki upoštevajo mnenje medicinske sestre.	0	0	3	8	11	30	21	57	2	5	3,6
V timu, kjer delam, lahko brez zadržkov povem svoje mnenje.	1	3	13	35	10	27	10	27	3	8	3,0
V timu, kjer delam, je prisotna statusna hierarhija, ki vpliva na medsebojne odnose med zdravnikom in medicinsko sestro.	2	5	0	0	14	38	16	43	5	14	3,6

V timu, kjer delam, je prisotna hierarhija dejavnosti medicine nad dejavnostjo zdravstvene nege.	0	0	4	11	11	30	13	35	9	24	3,7
V timu, kjer delam, zdravniki spoštujejo delo medicinske sestre.	0	0	9	24	12	32	15	41	1	3	3,2
V timu, kjer delam, zdravniki spoštujejo zdravstveno nego kot samostojno dejavnost.	1	3	10	27	9	24	14	38	3	8	3,2
V timu, kjer delam, s strani zdravnikov čutim spoštovanje.	1	3	8	22	10	27	15	41	3	8	3,3
V timu, kjer delam, me zdravnik za dobro opravljeno delo pohvali.	1	3	8	22	11	30	10	27	5	14	3,1
V timu, kjer delam, medicinske sestre za dobro opravljeno delo pohvalijo zdravnika.	0	0	5	14	15	41	14	38	3	8	3,4
V timu, kjer delam, imajo zdravniki spoštljiv odnos do medicinskih sester.	0	0	1	3	4	11	23	62	9	24	3,8
V timu, kjer delam, zdravniki upoštevajo mnenje drugih članov tima.	0	0	3	8	16	43	18	49	0	0	3,4
V timu, kjer delam, me zdravnik obravnava kot enakopravnega člana tima.	2	5	12	32	10	27	10	27	3	8	3,0
V timu, kjer delam, velja, da zdravniki zaupajo v strokovno usposobljenost medicinskih sester.	0	0	5	14	13	35	15	41	4	11	3,5

Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Anketirane medicinske sestre se strinjajo, da je komunikacija s strani zdravnikov spoštljiva, saj se jih je kar 64 odstotkov strinjalo s to trditvijo in le 22 odstotkov se jih ni strinjalo.

Mnenje medicinske sestre se v veliki meri upošteva, kar se je potrdilo z 62 odstotki strinjanja z navedeno trditvijo.

Na trditev v timu, kjer delam, lahko brez zadržkov povem svoje mnenje, se 38 odstotkov ne strinja s to trditvijo, neopredeljenih je 27 odstotkov, enak delež je tistih, ki se večinoma strinja s to trditvijo.

Prisotnost statusne hierarhije medicinske sestre zelo čutijo, saj se jih dobra polovica s to navedbo strinja.

S prisotnostjo hierarhije dejavnosti medicine nad dejavnostjo zdravstveno nege se več kot polovica (59%) anketirancev strinja.

Medicinske sestre so mnenja, da njihovo delo zdravniki spoštujejo, saj se jih je 44 odstotkov strinjalo s trditvijo, medtem ko se jih 32 odstotkov pri tem ni moglo odločiti.

Na trditev v timu, kjer delam, zdravniki spoštujejo zdravstveno nego kot samostojno dejavnost se je 46 odstotkov s tem strinjalo.

Medicinske sestre čutijo s strani zdravnikov spoštovanje, saj se je skoraj polovica (49%) s to trditvijo strinjala.

Glede prejete pohvale za dobro opravljeno delo so bile medicinske sestre deljenega mnenja, in sicer se jih 30 odstotkov pri tej trditvi ni moglo odločiti, medtem ko se s trditvijo strinja 41 odstotkov medicinskih sester, 25 odstotkov pa ni strinjalo.

Na trditev v timu, kjer delam, medicinske sestre za dobro opravljeno delo pohvalijo zdravnika, se je 46 odstotkov s tem strinjalo, malo manjši delež (41%), ki se s trditvijo ni moglo niti se strinjati niti ne strinjati.

Spoštljiv odnos je v timu prisoten, saj ga dobrih 86 odstotkov anketiranih medicinskih sester pri svojem delu opazi in čuti.

Zdravniki upoštevajo mnenje drugih članov tima, saj se jih 49 odstotkov strinja s tem, medtem ko jih 43 odstotkov ostaja nepredeljenih.

Glede enakopravnega obravnavanja pri delu v timu je bilo 37 odstotkov nestrinjanja, 27 odstotkov neopredeljenih in 35 odstotkov strinjanja.

Zdravniki zaupajo v strokovno usposobljenost medicinskih sester, saj se jih je več kot polovica s tem strinjala.

6 Razprava

V Enoti intenzivne terapije se zdravijo odrasli kirurški bolniki, ki so neposredno življenjsko ogroženi. Zaposleni na oddelku se pri svojem delu srečujejo s težkim fizičnim in psihično zahtevnim delom. Medpoklicno sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki kot tudi z drugimi člani tima je pomembno, ker vsak član tima s svojim znanjem in izkušnjami pripomore k boljši zdravstveni obravnavi bolnika. Sam

uspeh zdravljenja bolnikov je odvisen predvsem od timskega dela in sodelovanja. Zaposlene medicinske sestre v obravnavani enoti ocenjujejo sodelovanje z zdravniki pozitivno. Večinoma jih je mnenja, da so odnosi z zdravniki dobri. V obravnavani enoti je samo sodelovanje v timu zelo pomembno. Medicinske sestre so tiste, ki so ob bolniku 24 ur na dan in do potankosti poznajo bolnika. Zdravniki v samo usposobljenost medicinskih sester zaupajo, saj so prav one tiste, ki bolnika opazujejo in obveščajo zdravnika o spremembah. Zdravniki so velikokrat odvisni prav od njihovih informacij, zato je ta komunikacija izredno pomembna in velikokrat igra ključno vlogo pri nadaljnjem zdravljenju. Sodelovanje temelji na timskem načinu dela, kjer se vsi udeleženci zavedajo, da so za dobro delo in za doseganje dobrih rezultatov pomembna tako tim zdravstvene nege in zdravniški tim. Eden brez drugega ne moreta dobro sodelovati.

Sirota (2007, v Ovijač 2007) navaja omejeno komuniciranje med zdravniki in medicinskimi sestrami kot grožnjo varnosti bolnikov. Če se medicinske sestre s strani zdravnikov ne počutijo spoštovane in razumljene, se lahko počutijo nemočne in jezne. Izogibale se bodo komunikaciji s takimi zdravniki, kar lahko vodi v nesporazume, napake in stopnjevanje konfliktov med vpletenimi osebami. V sami anketi se je izkazalo, da je komunikacija s strani zdravnikov spoštljiva in da s strani zdravnikov medicinske sestre čutijo spoštovanje, saj zdravniki pri delu upoštevajo mnenje medicinskih sester.

Medpoklicno sodelovanje medicinskih sester in zdravnikov je tesno povezano s kakovostno zdravstveno obravnavo oziroma zadovoljstvom bolnikov (krajša ležalna doba, manj pritožb, zapletov, ponovnih pregledov, hospitalizacij) in zaposlenih (manj absenzizma, višja samopodoba, boljša učinkovitost dela, prijaznejše delovno okolje, boljše zdravje), nenazadnje pa tudi z večjim ugledom obeh skupin tako v strokovni kot splošni javnosti in večjim zaupanjem prebivalstva v zdravstveni sistem. Ni pa zanemarljiv tudi ekonomski učinek (Klemenc, 2006).

Če odgovorim na svoje ključno vprašanje, lahko rečem, da medicinske sestre v obravnavanem oddelku ocenjujejo medpoklicno sodelovanje na delovnem mestu uspešno oziroma so s trenutno situacijo zadovoljne.

7 Sklep

Medpoklicno sodelovanje je v organizaciji zelo pomembno in oblika dela, ki se vse pogostejše uveljavlja, saj vsi zaposleni spoznavajo medsebojno odvisnost in vedo, da je cilje v samem procesu zdravljenja bolnikov možno doseči le z vzajemno pomočjo. Široko znanje in poznavanje dela drugih strok zagotavlja višjo kakovost obravnave bolnika. V zdravstvu na izid zdravljenja vpliva dobro medpoklicno sodelovanje, zato od zdravstvenih delavcev pričakujemo pripravljenost za sodelovanje in timsko delo. Dobro poklicno sodelovanje pozitivno vpliva na zadovoljstvo zaposlenih in s tem tudi na samo uspešnost kot tudi kakovost dela.

LITERATURA

1. Bitežnik, Ž. (2011). Medpoklicno sodelovanje na primeru zdravstvenega doma. Diplomsko delo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego. Pridobljeno 20. 09. 2012, s http://www.vszn-je.si/uploads/news/id1176/EDiploma_Biteznik_Ziga.pdf.
2. Bohinc, M. (2006). Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki kot dejavnik kakovosti v zdravstvu. V A. Kvas et al. (ur.), Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: Priložnost za izboljšanje kakovosti. (str. 166–171). Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
3. Canadian Medical Association (2007). Putting patients first: Patient- centred collaborative care. Adiscussion paper. Pridobljeno 15. 09. 2013, s <http://fhs.mcmaster.ca/surgery /documents/ CollaborativeCareBackgrounderRevised.pdf>.
4. Filej, B. (2006). Gradimo danes za jutri. V A. Kvas et al. (ur.), Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: Priložnost za izboljšanje kakovosti: zbornik za recenzijo (str. 17). Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.
5. Klemenc, D. (2007). Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki – priložnost za nenehno izboljšanje kakovosti. Zdravniški vestnik, 76 (1), 55–59.
6. Leban, P. in Drev, D. (2011). Medpoklicno sodelovanje. V Razvijanje medpoklicnega sodelovanja v času študija na področju zdravstvenih ved (str. 306–312). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
7. Ovičaj, D. (2007). Medpoklicno sodelovanje medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in zdravnikov. Magistrsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
8. Poredoš, P. (2006). Medsebojni odnosi v zdravstvenem timu – pogoj za kakovostno storitev. V A. Kvas idr. (ur.), Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: Priložnost za izboljšanje kakovosti (str. 15–16). Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.

Sociološki pristop v interdisciplinarnem modelu posredovanja znanja

UDK 614.253:316

KLJUČNE BESEDE: sociologija, zdravje, medicina, znanje, transfer

POVZETEK – Sociološki pristop v okviru predmeta sociologija zdravja zajema in hkrati zelo podrobno določa interdisciplinarne korelacije različnih znanstvenih paradig. Pri znanstveni metodologiji se osredotočimo na dva koncepta. Pozitivistični pristop zajema predvsem področje znanstvene dokazljivosti, preverljivosti ter uporabo dokaznih materialov v družbene namene za dokaz povezave med teorijo in prakso. Fenomenološki pristop pa ponuja možnost objektivnega merjenja in dokazovanja družbenih dejstev z opazovanjem. V prispevku se osredotočamo na kritično refleksijo študije Margaret Lloyd ter Roberta Bora (2004) *Communication skills for Medicine*, 2e, ki poudarja komunikacijske sposobnosti prenosa znanja in izpostavlja vlogo in pomen komunikacijskih veščin pri pridobivanju informacij o anamnezi pacienta z uporabo predhodnega znanja.

UDC 614.253:316

KEY WORDS: sociology, health, medicine, knowledge, transfer

ABSTRACT – The sociologic approach within the Sociology of Health and Medicine course includes and, at the same time, defines in detail the interdisciplinary correlation of various scientific paradigms. The scientific methodology concentrates on two concepts: the positivist approach which mainly includes the field of scientific provability and the use of evidence material for social purposes as proof between theory and practice, and the phenomenological approach which offers the possibility for social facts to be measured objectively and proved by observation. The paper is focused on the critical reflection of the study conducted by Margaret Lloyd and Robert Bor (2004), *Communication Skills for Medicine*, 2nd ed., which stresses the communication skills of transferring knowledge and points out the role and importance of communication skills in gathering information about the anamnesis of the patient by using prior knowledge.

1 Uvod

Sociologija se v znanstvenem kontekstu opira in hkrati dokazuje družbena dejstva iz dveh vidikov. Prvi je pozitivizem, ki izhaja iz prepričanja, da je človekovo vedenje možno vrednotiti na način vrednotenja naravoslovnih znanosti. Drugi vidik, fenomenološki, zagovarja stališče, da so človekova dejanja v družbi splet vprašanj, odgovori pa odvisni od ocen opazovalca. Družbeno dejanje je mogoče vrednotiti, teža družbenega dogodka pa je odvisna od podane ocene opazovalca. Sociologija medicine zajema oba pristopa. Pri raziskovalnem kontekstu se obeh tudi poslužuje. Kritični pristop in možne anomalije so podane v sklopu dveh študij, in sicer Lloyd in Bor (2004) ter Association of American Medical Colleges (1999), ki izkazujeta refleksijo tako interdisciplinarnega pristopa v sociologiji medicine kot tudi fluktuacijo znanja v praksi.

2 Sociologija kot znanost v luči medicine in zdravstvene nege

2.1 Sociologija – pozitivizem ter fenomenologija

V samih začetkih opredeljevanja sociologije kot znanosti ne moremo mimo dejstva, da je bil prvi, ki je opredelil besedo »sociologija« in tudi prvi uporabil termin »pozitivna filozofija« Auguste Comte (1798–1857). Trdil je, da obstaja v znanosti hierarhija strok, v samem vrhu pa je sociologija. Njegova prepričanja so strmela k dejstvu, da lahko znanje o družbi nadgrajujemo in ga uporabimo za izboljšanje življenja posameznikov. Namen slednjega je racionalno delovanje družbe. Tudi Emile Durkheim (1858–1917) je zagovarjal koncept Comtove interpretacije, saj je imela njegova študija o samomoru vse elemente pozitivističnega pristopa, glede na to, da sam ni bil pozitivist (Haralambos in Holborn, 1999, str. 816–817). Ritzer (1997) navaja dejstvo, da je pri interpretaciji Comtovega pozitivnega sociološkega pristopa pomembno omeniti najpomembnejšo plat omenjene teorije, in sicer, da sta svet in družba v zgodovini prešla skozi tri faze intelektualnega razvoja, prav tako pa so tudi skupine, družbe, znanosti, posamezniki in celotni svet prešli skozi omenjene tri faze intelektualnega razvoja. Prva faza je teološka, v kateri je bil poudarek na verovanju v nadnaravne sile. Druga je metafizična, v tej se je verovalo v abstraktne sile, kot je na primer »narava«, tretja faza je pozitivizem, ki pa je verovanje v znanost. Ritzer (1997) navaja, da je v tej fazi posameznik usmerjen v delovanje družbenih dejstev, proučevanje le-teh in ne več v verovanje in naravo. Zakoni, ki upravljajo delovanje v družbi, postanejo prioriteta tako znanstveni kot družbeni paradigmi (Ritzer, 1997, str. 13–14).

S pozitivističnega vidika lahko vedenje posameznikov merimo objektivno. Pozitivistični pristop izhaja iz prepričanja, da je človekovo vedenje možno razložiti na podoben način, kot se lahko interpretira obnašanje stvari; se pravi, da se posamezniki odzivajo na zunanje podobe, njihovo vedenje pa razložimo glede na njihov odziv (Haralambos in Holborn, 1999, str. 22–23).

Haralambos in Holborn (1999) poudarjata predvsem poglede na človeško vedenje, ki jih lahko delimo na tiste, ki poudarjajo zunanje dejavnike, in tiste, ki poudarjajo notranje dejavnike. Prvi pristop se bolj naslanja na vplive družbene strukture, drugi pa na vedenje in obnašanje posameznika v družbi. V drugem pristopu se srečamo z občutji posameznika, motivi za določena dejanja, pomenom, ki jih posamezniki pripisujejo določenim družbenim dejstvom in dogodkom. Prav pozitivistična sociologija zagovarja trditev, da je družbena dejstva moč enačiti z naravoslovnimi znanostmi ter uporabo metodologije za dokazovanje družbenih dejstev, kot se jih poslužuje kemija, biologija, fizika. Comte (v Haralambos in Holborn, 1999, str. 22) je trdil, da ravno uporaba metod ter postopkov, predpostavk naravoslovne znanosti postavlja človeško vedenje v kontekst vzroka ter posledice (Haralambos in Holborn, 1999, str. 22).

Za razliko od pozitivističnega pristopa, pa je za fenomenologe nemogoče meriti kateri koli vidik človekovega vedenja v družbi. Haralambos in Holborn (1999) pravita, da je proces kategorizacije subjektiven, se pravi, da je odvisen od opazovalčevih mnenj in stališč. Fenomenologi so prepričani, da je nemogoče priti do dejanskih podatkov, jih

preveriti in podati vzročne sodbe in razlage. Namen fenomenologa ni iskati razloge za določeno družbeno dejanje, pač pa poskušati odkriti, kako in zakaj se določeno družbeno dejanje zgodi in kakšna je teža določenega družbenega dogodka (Haralambos in Holborn, 1999, str. 24).

Iz navedenih dejstev lahko sklepamo, da je sociologija kot veda o družbi in funkcioniranju posameznikov v družbi v samem raziskovalnem jedru razdeljena tako metodološko in paradigmatično. Kje in kako si ta raziskovalna in znanstvena diskurza nasprotujeta in tudi doplönjujeta, pa nam med drugim prikazuje sociologija medicine.

2.2 Sociologija medicine v kontekstu socioloških raziskav

Zdravje posameznika v družbi je največja vrednota. V elementarnem kontekstu ima zdravje posameznika in družbe več funkcij. Če izhajamo iz funkcionalističnega pristopa, je zdravje posameznikov v družbi pogojeno s funkcioniranjem družbe kot celote, saj le vsi zagotovljeni in delujoči predpogoji pomenijo »zdravo družbo«, ki njenim članom lahko zagotovi in hkrati omogoča kakovostno življenje. Zdravje je zagotovo eden izmed elementarnih predpogojev. Talcot Parsons (v Pahor, 1999) se je ukvarjal s procesi, ki vzdržujejo družbeno stabilnost in red, tako mora vsaka družba za preživetje opravljati določene družbene funkcije, ohranjati stabilnost ter nadzirati konflikte (Pahor, 1999, str. 1015).

Dvajseto stoletje je na področju razumevanja zdravja prineslo veliko sprememb. Avtorja Bezenšek ter Barle v delu Poglavlja iz sociologije medicine (2007, str. 7) navajata, da zdravje postaja vse večja vrednota, komunikacijski prostor se je tako javno kot zasebno močno izpostavil, na drugi strani pa se kljub ekspanziji znanja na področju medicine pojavlja nezaupanje v medicino kot znanost. Tudi pri pretoku znanja, ki poteka tako na znanstvenem kot praktičnem področju v kontekstu sociologije in medicine, prihaja do ovir, ki se pojavljajo zlasti pri prenosu (in uporabi) podajanja predhodnega znanja v prakso. V tem kontekstu bomo spoznali sociologijo medicine ter zdravja kot vedo, ki v svojem znanstvenem podajanju znanja temelji na interdisciplinarnem pristopu podajanja znanja, pri tem z metodološkega vidika (lahko) tudi zagotavlja možnost drugačnega prenosa pretoka in uporabe znanja v praksi.

Sociologija in medicina imata v raziskovalnem kontekstu skupna izhodišča pri obravnavi posledic, ki jih ima v 19. stoletju (ne)zdravje na družbo in prebivalstvo zahodne Evrope. Pahor (1999) v znanstvenem prispevku navaja, da se je kasnejši razvoj medicine in sociologije sicer ločil, saj se je medicina v znanstvenem kontekstu vse bolj opirala na naravoslovne vede (bolezen kot biološki in individualni pojav), sociologija pa je oblikovala dva tipa odnosov do omenjene problematike. Prvi pristop je bila tako imenovana »sociologija-v-medicini«. Pri tem gre predvsem za uporabo različnih socioloških pristopov ter metodologije v samem okviru zdravljenja, saj so bili pridobljeni rezultati s strani sociologov uporabljeni v medicinske namene. Druga smer je »sociologija medicine« ali »sociologija zdravstva«, ki pa tangira zunaj zdravstvenih ustanov in obravnava zdravstvo kot predmet kritične analize tako družbenih procesov kot tudi njenih struktur (Pahor, 1999, str. 1014–1015).

Zdravje je koncept. Samo izhodišče sociološke pozicije do (ne)zdravja pa je takšno, da je v to izhodišče vpisana družbena dimenzija, ki pri bolezni posameznika ruši in »deformira« posameznikovo samopodobo. Sociološke paradigme orišejo in podajo znanstveni pristop med sociološkim razumevanjem zdravja in pomenom le-tega za posameznika in družbo. Za boljše razumevanje stanj posameznikov in družbe sta za zmožnost in (ne)zmožnost igranja družbenih vlog posameznika pomembna sociološki vidik in znanje s področja medicine (Toš in Malnar, 2002, str. 3–5).

3 Pomen pretoka znanja v sociologiji medicine

3.1 Komunikacijski element pri podajanju znanja ter refleksija v praksi

Skozi razpravo smo podali znastveni oris sociologije kot vede, ki se pri svojem metodološkem ter znanstvenem raziskovanju opira na različne teoretične kontekste pri dokazovanju ter interpretaciji družbenih pojavov in vedenja posameznikov v družbi. Vsako družbeno dejanje ima v kontekstu vzrok in posledico. Razmerja med njima želijo sociologi dokazati oziroma vzpostaviti vzročne povezave med družbenimi pojavi. Daniel Little v delu *Varieties of Social Explanation* (1991, str. 13–14) zelo podrobno opiše, kako deluje vzročna analiza v družbi. Številni dejavniki delujejo bodisi kot vzrok ali posledica socialnih analiz, individualnih in družbenih ukrepov, družbenih struktur, oblik organizacij, sistema norm in vrednot. Na podlagi vzročne analize družbenih dogodkov ter smisla vzročnih trditev lahko podrobno definiramo vlogo ter odnos posameznika do družbe, še več, mehanizmi pri vzročni analizi, ki povezujejo vzrok in posledico, običajno temeljijo na smiselnem in namernem posameznikovem vedenju.

Sociologija medicine v kontekstu sociologije pri svojem proučevanju in podajanju znanja uporablja interdisciplinarni pristop, kar pomeni, da se pri natančnem definiranju pojavov naslanja in sklicuje tudi na druge znanstvene discipline. Pri pretoku znanja in uporabi le-tega v praksi pa pogosto, predvsem v novejših študijah, opozarja na pomankanje vedenja komunikacijskih veščin ter pomena komunikacije v družbi. Konkreten primer, pri katerem se sociologija medicine sklicuje in hkrati kritično opozarja na pomembnost tega elementa, predstavlja študija avtorjev Margaret Lloyd ter Roberta Bora (2004) z naslovom *Communication skills for Medicine 2e*.

Na vprašanje, ali se komunikacije lahko naučimo, nam avtorja ponujata odgovor, da to ni mogoče, če študentje medicine povzemajo model komunikacije po svojih profesorjih. Za dober komunikacijski model je nujno potrebno ter učinkovito predhodno izobraževanje na področju komunikacije. Poudariti je potrebno, da so se nekatere medicinsko izobraževalne ustanove že odzvale na potrebo po dobri predhodni komunikaciji zdravnika ter v proces šolanja vključile predmet, ki temelji zgolj na pridobivanju znanja na področju komunikacijskih veščin. V sedemdesetih letih so študentje psihiatrije na področju nujnosti izobraževanja komunikacije med zdravniki in pacienti izvedli študijo, katere namen je bil ugotoviti težave na področju te komunikacije. Najpomembnejše ugotovitve so bile, da zdravniki niso pridobili vseh informacij o paci-

entu, niso opazili neverbalnih pacientovih sporočil, skratka pokazali so nezanimanje (Llyod in Bor, 2004, str. 4–5).

V nadaljevanju te študije so študente razdelili na kontrolno ter »feedback« skupino. Naloga je bila v 15-ih minutah pridobiti podatke o pacientu ter njegovi anamnezi. Med tem so jih tudi snemali. Dodatna naloga »feedback« skupine je bila obravnavati še dodatnih dveh pacientov. Pri tem so jih ponovno snemali. Po opravljenih razgovorih so z mentorjem razpravljali o napakah in nato sta obe skupini ponovno opravili še en razgovor s pacientom. Tu pa se je pokazalo, da je bila »feedback« skupina uspešnejša pri komunikaciji, ker so pridobili trikrat več podatkov o družinski anamnezi pacientov, le-ti pa so izrazili večje zaupanje do zdravnikov. Podobne študije so bile izvedene tudi z medicinskim osebjem. Glavnina rezultatov je pokazala, da so študentje, ki so bili na področju komuniciranja s pacienti poučeni v tej smeri, veliko bolj uspešni pri komunikaciji s pacientom. Odgovor na vprašanje, ali se pridobljeno znanje s področja komunikacije skozi leta izgubi ali ostane, je potrdila ista študija 4–6 let kasneje, ko so bili ti, takrat še študentje, sedaj že zdravniki, vključeni v enako raziskavo. Potrdila se je hipoteza, da so bolje komunicirali študentje »feedback« skupine, ki je bila deležna izobraževanja na področju komunikacije s pacientom. Potrdimo lahko, da se komunikacija da naučiti in le-ta služi h kasnejšemu dobremu odnosu s pacienti (Llyod in Bor, 2004, str. 5).

V delu *Communication Skills for Medicine* avtorjev Margaret Lloyd in Roberta Bora je po njuni definiciji komunikacija v osrčju nege pacienta. V nadaljevanju razpravljata o tem, kaj naj bi bil dobra komunikacija. V tem kontekstu se naslanjata na študijo (raziskavo), ki jo je izvedel dr. Peter Magguire v Manchestru. Študentje medicine so spraševali paciente o sposobnosti študentov pri vodenju intervjuja. Pacientom so bili bolj všeč tisti anketarji, ki so pokazali toplino ter naklonjenost, s katerimi je bilo lažje komunicirati, ki so se s pacientom predstavili, izkazovali samozavest, jih poslušali in se odzivali na njihove izjave. V to skupino sodijo tudi tisti, ki so postavljali vprašanja na razumljiv način in so bili pri tem natančni in se niso ponavljali. Če se vprašamo, zakaj je dobra komunikacija pomembna, je glavni odgovor »boljša skrb za naše paciente«. Zdravniki, ki dobro komunicirajo s svojimi pacienti, postavijo natančno diagnozo, v pacientih odkrijejo njihovo čustveno napetost. Posledica navedenih vrtilin pa je zaupanje v zdravnika in posledično bolj dosledno upoštevanje zdravnikovih navodil v toku zdravljenja. Prav tako je dokazano, da komunikacija dobro vpliva na fizično stanje pacienta, tako na primer na njegov krvni tlak. Raziskave so pokazale, da so tisti, ki jim je bila »dana« možnost odkrite komunikacije z zdravnikom, imeli manj težav s povišanim krvnim tlakom ter ga tudi uspešneje znižali (Lloyd in Bor, 2004, str. 3–4).

Poročilo Združenja ameriških medicinskih fakultet z naslovom *Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine (Report III)* (1999) v poglavju o pomembnosti učinkovite komunikacije v zdravstvu razkriva raziskavo Barbare Korsch in njenih kolegov, ki jo je objavila v poznih šestdesetih letih in je zaznamovala začetek številnih študij o komunikaciji med zdravniki ter pacienti. Tudi resolucija, ki sta jo leta 1995 sprejela dva komiteja, in sicer *Liaison Committee on Medical Education (LCME)* in *Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools (CACMS)*

(Komite za Akreditacijo kanadskih zdravstvenih šol), potrjuje potrebo po vse večjem znanju na področju komuniciranja v medicini v severni Ameriki. Spretnosti komuniciranja so bistvene za učinkovito delovanje in funkcioniranje zdravnikov in jih je potrebno oceniti in oplemenititi z navodili. Nanašajo se na njihovo odgovornost, vključno s komunikacijo s pacienti, družinami pacientov, kolegi ter drugimi zdravstvenimi delavci. Podobni pozivi iz preteklosti očitno niso zadostovali za spremembe učnih načrtov. Teorija in praksa komunikacijskih spretnosti potreujeta sistematično pozornost. Osnovo znanja o komuniciranju je potrebno vključiti v medicinski kurikulum, spretnosti komuniciranja pa se naučiti in oceniti. Poudarek mora biti na razvijanju in povečanju humanističnega pristopa, usmerjenega v pacienta (Association of American Medical Colleges, 1999, str. 5–6).

Tudi študija v poglavju *The Current State of Communication Skills and Assessment* iz dela *Report III Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine* (1999) podaja poročilo o raziskavi ali in kdaj se veščine komuniciranja poučujejo in ocenjujejo. Da bi določili status poučevanja in ocenjevanja komunikacijskih veščin v Severni Ameriki, je združenje AAMC (Association of American Medical Colleges) izvedlo dvostopenjsko raziskavo na vseh 141 akreditiranih zdravstvenih šolah v Kanadi, Portoriku in ZDA. Ena izmed njih ima štiri kampuse, tako da je bilo skupaj izvedenih 144 raziskav. Prvi del raziskave, ki je potekal leta 1997, in so ga poslali dekanom, odgovornim za zdravstveno izobraževanje študentov, je odgovoril na vprašanje, ali in kdaj so veščine komuniciranja poučevali in ocenjevali. Drugi del, ki je bil dekanom posredovan leta 1998, jih je pozval k podajanju podrobnosti o osnovnih veščinah komuniciranja in komunikacijskega izobraževanja v zvezi z geriatrijo, s kulturno občutljivostjo, z duhovnostjo in nasiljem v družini. Obe raziskavi sta bili vodeni v sodelovanju s programom *Program in Communication & Medicine at Northwestern University Medical School*. Na drugi del raziskave je odgovorilo 99 od 144 šol (68,8%). Dodatnih 16 šol (oziroma 11,1%) je odgovorilo na prvi del raziskave tako, da je bil skupen odziv 115 šol od 144 (oziroma 79,9%). To zadeva vprašanja o časovni razporeditvi poučevanja in ocenjevanja osnovnih veščin komuniciranja. 110 šol je poročalo, da v okviru svojega kurikuluma poučujejo komunikacijske veščine. 5 od 115 šol, ki so odgovorile na vprašanja o osnovnih veščinah komuniciranja, je poročalo, da poleg že utečenega načina ne poučuje komunikacije, dodatne tri šole pa, da komunikacijskih veščin ne ocenjujejo. Rezultati o različnih metodah poučevanja, ki se uporabljajo v zvezi s komunikacijskimi veščinami kažejo, da je znatna večina (85,4%) od 89-ih šol, ki je odgovorila na ta del raziskave, poročala, da izvajajo kombinacijo diskusije, opazovanja in prakse. Kar zadeva pogostost, primarne metode poučevanja izvajajo v obliki diskusij v manjših skupinah in seminarjih, lekcijah in prezentacijah, intervjujih študentov z »igranimi« pacienti, opazovanjih študentov »resničnih« pacientov in intervjujev študentov z »resničnimi« pacienti. Skoraj polovica šol (44,9%) je poročala, da izvaja izmenično poučevanje komunikacijskih veščin. Takšen način namreč daje izvrstno priložnost za kombiniranje poučevanja komunikacijskih veščin in pridobivanje kliničnih izkušenj, vendar bi brez okvira, ki bi pomagal pri strukturiranju in osredotočenju na komunikacijo, bi bilo poučevanje nekonsistentno in neučinkovito. Medtem ko dajejo videoposnetki interakcij študentov dovolj materiala za refleksijo

in samoocenitev, so v raziskavi vidne logistične težave pri uresničevanju in izvajanju sistema snemanja: le 40,4 odstotka od 89 šol je poročalo, da uporablja to metodo poučevanja.

Kar zadeva trenutne metode ocenjevanja, je večina od 92 šol, ki so odgovorile na ta del raziskave, poročalo, da ocenjujejo komunikacijske veščine študentov na osnovi »feedbacka« v času poučevanja. Bolj objektivne metode ocenjevanja, kot na primer tiste, ki vključujejo »igrane« paciente, so manj pogoste. Tudi tu velja, da se zanesljivost in učinkovitost opazovanja ter »feedbacka« pri obeh metodah najverjetneje ujemata, razen če je njuna osnova v koherentnem okviru.

Ta ugotovitev zasluži pozornost. Medtem ko šole uporabljajo razne metode poučevanja in ocenjevanja, pa očitno obstaja pomankanje strukture za te aktivnosti (Association of American Medical Colleges, 1999: 6–8).

4 Sklep

Omenjeni študiji in tudi poročilo Združenja ameriških medicinskih fakultet (1999) nam jasno prikazujejo transfer znanja, ki ga stroka v samem izobraževalnem procesu prenaša na študente, kar nakazuje tako transfer kot preslikava znanja iz teorije v prakso. Študiji dajeta tudi jasen oris koliko, kaj in zakaj je določeno znanstveno spoznanje pomembno, da se skozi metodološki in teoretični transfer (okvir) poda in uporabi v praksi. Zelo pomemben element, ki ga študiji izpostavita, je element metod pri podajanju znanja, in sicer, kdo in kako poda znanje, ki se seveda prenese v prakso. Omenjeni študiji ter njuni avtorji poudarjajo, da je potrebno pri zdravstveni in sociološki obravnavi pacienta predhodno izobraževanje na področju komunikacije. Zajeti so tako interdisciplinarni pristopi, ki jih sociologija medicine uporablja pri svojem raziskovalnem področju, prikazani so možna refleksija teoretičnega znanja, uporabljenega v praksi, ter anomalije, ki pri pretoku znanja iz teorije v prakso lahko (tudi) nastanejo.

LITERATURA

1. Association of American Medical Colleges (1999). Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine. Report III, 1–29.
2. Bezenšek, J. in Barle, A. (2007). Poglavja iz sociologije medicine. Maribor: Medicinska fakulteta.
3. Haralambos, M. in Holborn, M. (1999). Sociologija: teme in pogledi. Ljubljana: DZS.
4. Little, D. (1990). Varieties of Social Explanation: An Introduction To The Philosophy of Social Science. United States of America: Westview Press.
5. Lloyd, M. in Bor, R. (2004). Communication skills for Medicine 2e. Elsevier's Health Science Rights Department in Philadelphia, USA. Elsevier.
6. Pahor, M. (1999). Znanstvena sociologija. Teorija in praksa, 36 (6), 1014–1026.
7. Ritzer, G. (1997). Suvremena sociologijska teorija. Zagreb: Nakladni zavod Globus.
8. Toš, N. in Malnar, B. (2002). Družbeni vidiki zdravja: sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Mentorstvo kot učinkovit način prenašanja znanja

UDK 005.963.2:616-83

KLJUČNE BESEDE: mentorstvo, zdravstvena nega, izobraževanje

POVZETEK – Mentorstvo je pomemben del v izobraževalnem procesu zdravstvene nege. Mentorjeva vloga je zelo odgovorna, saj študentom in novozaposlenim pomaga osvojiti novo znanje ter povezati teorijo s prakso, zato je pomembno, da se bodoči mentorji za to vlogo tudi ustrezno usposobijo in pripravijo. Ker je vedno več zahtev po znanju, si tudi oni želijo več izobraževanja na tem področju. Študentom in novozaposlenim klinično usposabljanje nudi priložnost za nabiranje izkušenj, znanja ter jim predstavi dejansko okolje poklica medicinske sestre. S prispevkom želimo prikazati praktično usposabljanje s poudarkom na mentorstvu, ki je pomembno predvsem za kakovostno opravljeno prakso ter nadaljnje delo študentov in novozaposlenih. V raziskovalnem delu nas zanima, kako zaposleni v Centralni intenzivni terapiji III (CIT) v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana doživljajo vlogo mentorstva. Uporabljen je bil anketni vprašalnik in metoda analize.

UDK 005.963.2:616-83

KEY WORDS: mentoring, nursing care, education

ABSTRACT – Mentoring is an important part in the educational process of nursing care. Being a mentor is a responsible role, since he/she is responsible to help students or new employees connect theory with practice. Mentoring is very challenging; therefore, it is important that future mentors are well prepared and qualified for that role. As there are more and more requirements for knowledge, mentors also want more education in this field. To students and new employees, clinical training offers the opportunity to gain experience and knowledge, and presents the real environment of the nursing profession. In this paper, I would like to show practical training with emphasis on mentoring as an important part of education for quality training and future work of students and new employees. In the research, I was interested in how the employees of the Central Intensive Therapy Department III (CIT) in the Ljubljana University Medical Centre experience the role of mentoring. A survey questionnaire and analysis method were used.

1 Uvod

Zdravstvena nega je umetnost in je znanost, je tako znanstvena kot praktična disciplina. Odličnosti in kakovosti ne more doseči brez ustreznega praktičnega usposabljanja. Potrebe po kakovostni klinični praksi so pomemben člen v praktičnem usposabljanju študentov zdravstvene nege. Prenašanje znanja in spretnosti preko osebe, ki predstavlja študentu zgled in s katero se identificira, je še vedno najuspešnejša in najučinkovitejša oblika. Izobraževanje na področju zdravstvene nege doživlja zadnja leta velike spremembe. Potrebe po kakovostni klinični praksi in tovrstno oblikovanje novih vlog zaposlenih medicinskih sester so del verige sprememb, vendar zelo pomemben člen v praktičnem usposabljanju študentov zdravstvene nege (Ramšak Pajk, 2007).

1.1 Mentorstvo v zdravstveni negi

Mentorstvo je v izobraževanju medicinskih sester prisotno že dolgo časa, katerega namen je predvsem podpora, izboljšanje in dvig kakovosti kliničnega usposabljanja.

Študentje morajo v času izobraževanja in praktičnega usposabljanja pridobiti čim več znanja, določene veščine, razviti kompetence, pridobiti samozavest. Ne glede na to, ali je odnos med študentom in mentorjem formalen oziroma neformalen, ima mentor in navsezadnje tudi vsak zaposleni pomembno vlogo pri razvoju in rasti bodočih diplomiranih medicinskih sester (Ramšak Pajk, 2008).

Skupna definicija mentorstva (mentorja) v zdravstveni negi po avtorjih Ontario Hospital Association (OHA), Rosser, et al., The Nursing and Midwifery Council (NMC) in Vanee (v: Ramšak Pajk, 2007) je prostovoljno, dobronamerno vzpostavljen odnos, kjer izkušeni in strokovno usposobljen mentor nudi podporo manj izkušenemu začetniku – medicinski sestri ali študentu pri razvoju osebnih potencialov. Poteka v duhu spoštovanja, pripadnosti in vključuje učenje, rast in razvoj ter mnogo spodbud. Mentor ima sposobnost za ocenjevanje, oblikovanje učnega okolja, nudi študentu čim več možnosti aktivne vključitve v delovni proces, pri tem pa upošteva študentove potrebe ter izobraževalne učne cilje.

1.2 Oblike mentorstva

Ramšak Pajk (2007) pravi, da je na področju zdravstvene nege formalno kot tudi neformalno mentorstvo bistvenega pomena. Razlika je le v ciljih in nalogah.

Neformalno mentorstvo

Neformalno mentorstvo nastane, ko se dva sestaneta po predhodnem dogovoru, in sicer glede na njun razpoložljiv čas. Jedro njunega pogovora je profesionalni razvoj oziroma možnosti napredovanja pri manj izkušenemu posamezniku. Pobude za srečanja lahko predlagata oba, njun odnos ni strukturiran, ni vnaprej določen in nima vnaprej določenih ciljev. Slaba stran neformalnega mentorstva je vzpostavljanje mentorskega odnosa, ki je lahko omejeno zaradi spola, narodnosti, različnih interesov, poznanstev (Ramšak Pajk, 2007).

Formalno mentorstvo

Formalno mentorstvo je pogosto in je odvisno od narave pojavljanja, usmerjenosti, od pričakovanih rezultatov in predvsem od organizacije, institucije oziroma okolja, kjer je to mentorstvo organizirano. Ima vnaprej določen program, cilje in naloge, omejitve, pogoje in posledice ter je v skladu s cilji institucije, ki jo mentorstvo podpira in vodi (Ramšak Pajk, 2007).

1.3 Mentor

»Mentor je tisti, ki študenta spodbuja, vodi, usmerja, motivira, krepi njegovo samopotrđitev in vpliva na njegov karierni razvoj. Študenti zdravstvene nege potrebujejo pomoč pri kariernem razvoju zato, da postanejo samozavestni, da spoznavajo lastne prednosti in slabosti, da znajo prepoznati možnosti poklicnega razvoja znotraj profesije zdravstvene nege. Mentorstvo ima pozitiven vpliv tudi na mentorje, poveča njihovo poklicno pripadnost, samozavest, zadovoljstvo pri delu in vpliva na njihov karierni razvoj« (Ramšak Pajk, 2008).

The Nursing and Midwifery Council (NMC) (v: Mihelič Zajec in Ramšak Pajk, 2006) določa, da naj bi imeli mentorji v dodiplomskem izobraževanju za medicinske sestre veliko izkušenj, znanja ter sposobnosti oceniti in oblikovati učno okolje ter tudi omogočati učenje na različnih področjih delovanja medicinske sestre. Klinični mentor mora imeti visoko strokovno izobrazbo iz zdravstvene nege, najmanj tri leta delovnih izkušenj, licenco za delo v zdravstveni negi in opravljeno usposabljanje za klinične mentorje, ki ga VŠZNJ izvaja vsako študijsko leto (Skela Savič in drugi, 2009).

Za uspešno izvedbo klinične prakse mora biti študent aktiven, mora aktivno iskati informacije in pokazati interes za delo. Študent mora na klinični praksi pokazati tudi že obravnavana teoretična in praktična znanja pri predavanjih in seminarjih. Klinični mentor mu lahko dodeli različne naloge v okviru njegovih sposobnosti in predpisanih delovnih obveznosti (Skela Savič in drugi, 2009).

Andrews (2007) ugotavlja, da so mentorji ključnega pomena pri razvoju bodočih medicinskih sester, ki bodo kompetentne pri izvajanju zdravstvene nege. Ker je zdravstvena nega kompleksno področje, polno izzivov, potrebujejo študenti fleksibilne, prilagodljive mentorje, ki jih bodo vodili. Kompetence so vse sposobnosti uporabe znanja in druge zmožnosti, ki so potrebne, da nekdo uspešno in učinkovito ter v skladu s standardi delovne uspešnosti izvede določeno nalogo, opravi delo in uresniči cilje. Obsegajo tako znanja, kot tudi veščine, spretnosti, osebnostne in vedenjske značilnosti, prepričanja, motive, vrednote, samopodobo ipd. (Železnik, 2009).

Ko mentor razvija zavzetost in sposobnosti svojega študenta, naj sledi naslednjim korakom (Blanchard, Zigarmij in Zigarmij, 1994; cit. po Govekar Okoliš in Kranjčec, 2010):

1. Mentor pove študentu, kaj naj dela.
2. Mentor pokaže študentu, kaj naj naredi.
3. Mentor dovoli, da študent poskusi opraviti delo.
4. Mentor opazuje študentovo vedenje.
5. Mentor pohvali študentov napredek.

2 Metodologija

2.1 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je predstaviti pomen mentorstva v zdravstveni negi za bolj kakovostno prakso, torej prenašanje znanja na mlajšo generacijo bodočih diplomiranih medicinskih sester/ zdravstvenikov. Z raziskavo želimo ugotoviti tudi, kako zaposleni na Kličnem oddelku za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok – Centralna intenzivna terapija (v nadaljevanju Cit) v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana doživljajo vlogo mentorstva, ter na koncu podati morebitne predloge in izboljšave.

2.2 Raziskovalna vprašanja

1. V raziskavi smo poskušali dobiti odgovore na naslednja raziskovalna vprašanja:
2. Ali so zaposleni pripravljeni na delo s študenti?
3. Ali so zaposleni, ki so v vlogi mentorja, še dodatno preobremenjeni na delovnem mestu?
4. Ali so mentorji v Cit-u bolj motivirani za mentorsko delo s študenti?
5. Kateri se aktivno vključujejo v delo in so tudi veliko bolj zainteresirani?
6. Ali so zaposleni radi v vlogi mentorja študentom?

2.3 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Teoretični del temelji na proučevanju strokovne literature domačih in tujih avtorjev, ki se ukvarjajo z mentorstvom. V empiričnem delu smo uporabili deskriptivno neeksperimentalno metodo empiričnega raziskovanja. Uporabljen je bil anketni vprašalnik. Anketni vprašalnik zajema vprašanja, kjer anketiranec poda splošne (demografske) podatke, to so: spol, stopnja izobrazbe in delovni staž zaposlenih in stopnja izobrazbe v Cit-u. Drugi del zajema vprašanja zaprtega in odprtega tipa. Na koncu vprašalnika imajo anketiranci možnost podati svoj predlog, mnenje ali idejo glede na izbrano temo, torej o mentorstvu. K sodelovanju je bilo povabljenih 62 sodelavcev in sodelavk iz Cit-a. Razdeljenih je bilo 62 vprašalnikov, od tega je bilo vrnjenih 56, in sicer je sodelovalo 41 žensk (73%) in 15 moških (27%). Raziskava je potekala med 11. in 20. septembrom 2013. Anketni vprašalnik je zahteval največ pet minut časa in je bil anonimen. Pridobljeni podatki s pomočjo anketnega vprašalnika smo obdelali s pomočjo Microsoft Office Excel programa, kjer so rezultati prikazani v obliki tabel. Z zbranimi podatki na koncu odgovarjamo na zastavljena raziskovalna vprašanja ter izpostavljamo predloge in rešitve na področju mentorstva, torej za bolj učinkovito prenašanje znanja študentom, bodočim diplomiranim medicinskim sestrar/zdravstvenikom.

3 Rezultati

Po izpolnjenih anketnih vprašalnikih smo določili strukturo anketiranih zaposlenih glede na spol, število let, ki zaposlenega povezujejo s trenutnim delovnim mestom in smer končane izobrazbe. Zbrane podatke smo prikazali opisno in nekatere tudi v obliki tabel, kjer smo odgovore podala številčno in v odstotkih.

V raziskavi je sodelovalo 56 zaposlenih (100%), in sicer od tega 27 odstotkov moških in 73 odstotkov žensk. 34 odstotkov zaposlenih je na trenutnem delovnem mestu zaposlenih od 6 do 10 let. Prav tako je isti odstotek zaposlenih od 11 let do 15 let. Druga skupina, ki sledi, so zaposleni v Cit-u do 5 let (25%) in le 7 odstotkov jih je zaposlenih že od 16 do 20 let. Največ zaposlenih sodi v skupino z dokončano visoko izobrazbo, torej diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki (80%). Končano srednjo šolo ima 20 odstotkov zaposlenih. Razlog za večje število diplomiranih je predvsem v zahtevi po visoki izobrazbi za intenzivno terapijo. Največji delež predsta-

vljajo diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki, kar ustreza izobrazbeni strukturi v Cit-u. Večina anketiranih ima mentorske izkušnje s študenti (kar 70%), medtem ko ostali zaposleni ne (30%).

V nadaljevanju so na naslednja vprašanja v anketnem vprašalniku odgovarjali le tisti anketirani, ki so se že srečali z mentorstvom.

3.1 Mentor

Tabela 1: Mentor (časovno obdobje)

<i>Koliko let ste že mentor študentom?</i>	
od 0 do 5 let	4 (10%)
od 6 let do 10 let	12 (31%)
od 11 let do 15 let	19 (49%)
od 16 do 20 let	4 (10%)
nad 21 let	0

Vir: Lasten vir, 2013.

Kar 49 odstotkov anketiranih je mentor že 11 do 15 let, od 6 do 10 let (31%), od 16 do 20 let (10%). Isti odstotek je anketiranih, ki so mentor študentom do 5 let.

Skoraj vsi anketirani (92%) so se na mentorjevo vlogo pripravljali, medtem ko le 8 odstotkov se jih ni.

Kako so se zaposleni pripravili na vlogo mentorja? Odgovorili so, da s pomočjo izobraževanja za mentorje, imajo svoje zapiske, psihično in z branjem literature.

Skoraj vsi anketirani (92%) si želijo v prihodnje izobraževanja za zaposlene, ki so v vlogi mentorja, medtem ko le 8 odstotkov ne. Na izobraževanju za mentorje je bilo le 31 odstotkov anketiranih, medtem ko ostalih 69 odstotkov ne.

3.2 Dodatna preobremenjenost

Tabela 2: Dodatna obremenjenost

<i>Koliko časa ste dodatno preobremenjeni v času, ko ste mentor študentom pri praktičnem usposabljanju?</i>	
do 1h	0
do 2 h	0
od 3 h in več ur	31 (79%)
ne čutim dodatne obremenitve	8 (21%)

Vir: Lasten vir, 2013.

21 odstotkov anketiranih ne čuti dodatne preobremenjenosti na delovnem mestu, ko so še v vlogi mentorja, medtem ko jih je 7 odstotkov obremenjenih od 3 ure in več.

Vsi anketirani so zadovoljni s tem, kar ponudijo študentom na klinični praksi in časom, ki ga jim namenijo, in prav tako vsi uživajo v mentorjevi vlogi.

Tabela 3: Mentorstvo kot učinkovit način prenašanja znanja

Ali je mentorstvo učinkovit način prenašanja znanja študentom?	
da	39 (100%)
ne	0

Vir: Lasten vir, 2013.

Vsi mentorji menijo, da je mentorstvo najbolj učinkovit način prenašanja znanja študentom.

Zakaj je mentorstvo učinkovit način prenašanja znanja, so anketiranci podali naslednje odgovore:

- ☐ pridobivanje dodatnega znanja,
- ☐ povezovanje teorije s prakso,
- ☐ študentje postanejo bolj samozavestni in predvsem samostojni pri delu (seveda ob mentorjevem spremstvu),
- ☐ tudi mentorji se lahko naučijo kaj novega od študenta (prenašanje znanja drug na drugega),
- ☐ študentje postanejo bolj aktivni,
- ☐ študentje razvijejo določene veščine,
- ☐ študentje razvijejo kompetence,
- ☐ mentor prenaša na študenta spretnosti, vrednote,
- ☐ študentje se razvijajo v sposobne strokovnjake zdravstvene nege,
- ☐ študentje in prav tako tudi mentor pridobivajo izkušnje drug od drugega,
- ☐ mentorstvo je način, ki predstavlja študentu realno okolje bodočega poklicnega delovanja medicinskih sester,
- ☐ študent lahko sam oceni svoje delo, znanje in sposobnosti na klinični praksi.

3.3 Odgovori na vprašanje Kaj vas najbolj ovira pri delu s študenti so naslednji:

- ☐ pomanjkanje kadra,
- ☐ pomanjkanje časa,
- ☐ preobremenitev na delu,
- ☐ nezainteresiranost študenta,
- ☐ neaktivnost študenta.

3.4 Pridobivanje znanja

Tabela 4: Pridobivanje znanja

Glede na samo delo (nepredvidljivi dogodki, težavnost samega dela), ki poteka v intenzivni terapiji (CIT), ali menite, da študentje dobijo dovolj znanja na tem oddelku od svojega mentorja?	
da	39 (100%)
ne	0

Vir: Lasten vir, 2013.

Vsi anketiranci menijo, da študentje dobijo dovolj znanja v Cit-u.

Na kakšen način se to odraža pri študentih, so odgovorili:

- ☐ navdušenje študentov po končanih kliničnih vajah,
- ☐ zelo aktivni študentje v času kliničnih vaj,
- ☐ študentje želijo delati preko »študentskega servisa«,
- ☐ navdušenost nad razlago mentorja (študenti sami povedo svojemu mentorju),
- ☐ študentje imajo veliko zanimanja in interesa za izvajanje zdravstvenih posegov ob prisotnosti svojega mentorja,
- ☐ ob izvajanju zdravstvenih posegov študentje postanejo bolj samostojni in predvsem samozavestni,
- ☐ študentje so ponosni, ko ga mentor pohvali,
- ☐ študent z veseljem pride na delo in se mu ne mudi oditi domov.

Anketiranci podajo nekaj predlogov za boljše mentorstvo, in sicer več izobraževanj za mentorje (izobraževanje mentorjev za področje zdravstvene nege, več strokovnih predstavitev za mentorje na kliniki, ...), v času, ko si mentor študentu, je dobro, da ima vsaka medicinska sestra razpisanega enega pacienta in ne dva, ker se na ta način lažje in bolj učinkovito posveti študentu, daljše klinične vaje.

4 Razprava

Glede na dobljene rezultate v raziskavi vidimo, da je veliko zaposlenih v Cit-u, ki so se že preizkusili v vlogi mentorja s študenti, in sicer kar 70 odstotkov. Večina (49%) je mentor že kar veliko let, in sicer od 11 do 15 let. To nam tudi pove, da imajo ti zaposleni v Cit-u kar veliko znanja in predvsem izkušenj, ki jih delijo s študenti. Na samo vlogo mentorja se je večina anketiranih pripravljala s svojimi zapiski, z branjem literature, nekateri pa tudi z izobraževanjem za mentorje. Nekateri so menili, da se pripravijo psihično. Izobraževanje za mentorje je zelo pomembno, tako meni večina anketiranih. A vendar skoraj več kot polovica anketiranih še ni bila na izobraževanju za mentorje. Menimo, da se morajo mentorji stalno izobraževati, dopolnjevati svoje znanje, ker bodo na ta način tudi ves čas na tekočem v svoji stroki. Ramšak Pajk (2007) navaja podeljevanje licenc za mentorje in ureditev v okviru izobraževanj kot eno izmed možnih rešitev. Ponekod obstajajo avtonomno izobraževalne institucije z lastnim izobraževanjem in pogoji za pristop k programu mentorstva, drugje pa je to urejeno v sklopu zbornic ali tudi na nivoju države. Mentorji v Cit-u so zelo zadovoljni s tem, kar študentu na klinični praksi ponudijo in tudi s časom, ki ga jim namenijo in prav tako vsi uživajo v mentorjevi vlogi. Menimo, da dober odnos in komunikacija med mentorjem in študentom pozitivno vpliva na učinkovit prenos znanja. Mihelič Zajec in Ramšak Pajk (2006) navajata, da mentorski odnos zahteva osebni pristop, veliko časa, pripadnosti in primerno stopnjo čustvene vpletenosti. Odnos med mentorjem in mentorirancem je ključen.

Biti mentor pri praktičnem usposabljanju študenta, je pomembna vloga, saj je to za študenta eden od prvih stikov z delovno organizacijo, z mentorjem in z bodočo stroko v praksi. Mentor pridobi z mentorstvom osebno zadovoljstvo, večje število so-

cialnih stikov, razširitev svojega razumevanja drugih ljudi, nova znanja in izkušnje, osebno rast, možnost razvoja osebne kariere, napredovanja in nagrade v delovni organizaciji. Mentorstvo ga tudi osebno bogati, saj pridobiva nove izkušnje, razvija vodstvene sposobnosti, pridobiva ugled v kolektivu, krepi občutek koristnosti, se seznanja z novostmi v stroki ter razvija komunikacijske spretnosti. Študent praktikant pri praktičnem usposabljanju v delovni organizaciji pridobi nova znanja in spretnosti, razvija veščine komuniciranja, dosega želene cilje v zvezi s praktičnim usposabljanjem, se osebno in profesionalno razvija ter širi svojo socialno mrežo z novimi znanstvi (Govekar Okoliš, 2010).

Mentorjeva naloga ni nenehno trepljanje študenta po ramenih, ampak mu mora ponuditi ogledalo in zgled, v katerem se bo najbolje videl in izpolnil svoje delovanje. V procesu usposabljanja v kliničnem okolju od študenta pridobiva tudi mentor, saj v obojestranski izmenjavi nadgrajuje svoje teoretično znanje in izkušnje z znanji študenta (Zupan in Hočevár, 2010).

Medicinske sestre, vključene v raziskavo, se za mentorjevo vlogo pripravljajo v okviru formalnih izobraževanj, v okviru izobraževanj na njihovem oddelku in samoiniciativno z učenjem. Rezultati so tudi pokazali, da je večina anketiranih dodatno preobremenjena. Vemo, da je delo s študenti dodatna preobremenitev in velika odgovornost za zaposlene, zato je potrebno mentorje dodatno razbremeniti rednega dela. V Cit-u ima velikokrat ena diplomirana medicinska sestra dva pacienta, ki sta v zelo slabem zdravstvenem stanju (življenjsko ogrožena), »nad sabo« pa dobi še enega študenta. Zaposleni so velikokrat tako pod stresom in vse to lahko vpliva na nastanek morebitne napake pri pacientu. Poleg ogromno dela z dvema pacientoma se mora posvetiti tudi študentu, vendar kot je razvidno iz raziskave, so anketirani mentorji navedli za boljše mentorstvo tudi željo po samo enem pacientu, ker je to za njih manj obremenjajoče in bi se s tem tudi bolj učinkovito posvetile študentu. Iz raziskave je razvidno, da mentorje najbolj moti pri delu s študenti pomanjkanje časa, preobremenitev zaradi dela, pomanjkanje kadra in pa včasih tudi študentova nezainteresiranost za delo, nezanimanje ob mentorjevi razlagi in neaktivnost študenta. Torej si medicinske sestre želijo aktivnih, vedoželjnih študentov, takšnih, ki so zainteresirani za samo delo. A kljub temu vsi anketirani mentorji menijo, da študentje dobijo dovolj znanja na samih kliničnih vajah, kar se odraža predvsem z zelo aktivnimi študenti v času vaj, prav tako študentje pokažejo veliko zanimanja in interesa za izvajanje zdravstvenih posegov ob prisotnosti svojega mentorja in tako ob izvajanju zdravstvenih posegov, študentje postanejo bolj samostojni ter predvsem samozavestni, kar pa se na koncu kliničnih vaj pokaže z navdušenostjo študentov nad delom v Cit-u (kar povedo tudi sami). Raziskava pa tudi kaže, da vsi anketirani mentorji menijo, da je mentorstvo zelo učinkovit način prenašanja znanja študentom, in sicer navedejo, da študentje pridobijo dodatno znanje, znajo povezovati teorijo s prakso, postanejo bolj samozavestni in predvsem samostojni pri delu (seveda ob spremstvu mentorja), postanejo bolj aktivni, razvijejo določene veščine, kompetence, vrednote, predstavi študentu realno okolje bodočega poklicnega delovanja, in kar je za mentorje pozitivno, namreč pridobivajo in prenašajo izkušnje ter novo znanje drug na drugega, s čimer se z njimi o vsem naštetem zelo strinjamo.

5 Sklep

Mentorstvo je zelo pomembna in odgovorna naloga. Mentor podaja študentu znanje, izkušnje in naj mu bo vzgled. Odnos med njima je ključnega pomena, saj le na ta način, ko med njima poteka dobra komunikacija in razumevanje, vplivamo na učinkovito prenašanje znanja. Mentor pomaga študentu s svojimi bogatimi izkušnjami in mu je v veliko pomoč pri učenju oziroma usposabljanju. Pomembno je tudi, da so zaposleni dobro pripravljeni za mentorjevo vlogo, kajti le na ta način bomo znanje učinkovito prenašali na mlajšo generacijo bodočih medicinskih sester. Iz raziskave lahko vidimo, da zaposleni v Cit-u v mentorjevi vlogi zelo uživajo, radi podajajo znanje študentom, torej so pripravljeni pomagati in sodelovati pri izobraževanju ter praksi bodočih diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov, kar je zelo pohvaljeno. S tem ko mentor izvaja svoje mentorske in vodstvene sposobnosti, doživlja uspeh ob napredku in razvoju študenta, kar pa tudi vpliva na njegovo povečano zadovoljstvo z delom. Za sam proces mentorstva menijo anketirani, da je zelo učinkovit način prenašanja znanja za kakovostno prakso v zdravstveni negi. Delo s študenti je vsekakor velika odgovornost in dodatna obremenitev, česar se zavedajo vsi anketirani mentorji v raziskavi, zato je razbremenitev dodatnemu delu pomembno, ker s tem prispevamo tudi k bolj učinkovitemu prenašanju znanja.

LITERATURA

1. Andrews, M. (2007). Contemporary issues in mentoring practice. V S. West, T. Clark, M. Jasper (ur.), *Enabling Learning in Nursing and Midwifery Practice. A Guide for Mentors* (str. 1–10). Canterbury: John Wiley & Sons.
2. Andrews, M. in Wallis, M. (1999). Mentoship in nursing: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 201–207.
3. Govekar Okoliš, M. in Kranjčec, R. (2010). Izobraževanje mentorjev za praktično usposabljanje študentov po bolonjskih študijskih programih v podjetjih / zavodih. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.
4. Mihelič Zajec, A. in Ramšak Pajk, J. (2006). Mentorstvo v izobraževalnem procesu medicinskih sester. V D. Babič (ur.), *Zbornik predavanj Sekcije medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju. Izkušnje mednarodnega sodelovanja in izobraževanja za zdravstveno nego*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju.
5. Ramšak Pajk, J. (2007). Pomen mentorstva in praktičnega usposabljanja v izobraževanju za zdravstveno nego. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 41 (2-3), 71–75.
6. Ramšak Pajk, J. (2008) Pomen mentorstva v izobraževanju in kariernem razvoju medicinskih sester. V B. Skela Savič, J. Ramšak Pajk, B. M Kaučič (ur.), *Jaz in moja kariera – seminar z mednarodno udeležbo* (str. 53–60). Bled, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
7. Skela Savič, B., Mežik Veber, M., Romih, K., Kastelic, M., Skinder Savič, K., Filej, B., Kaučič, B. M., Ramšak Pajk, J. (2009). *Zbir intervencij v zdravstveni negi za klinično usposabljanje – vodnik za študente in mentorje*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
8. Zupan, N. in Hočevar, N. (2010). *Osebnostna odličnost v zdravstvu Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice*.
9. Železnik, D. (2009). Pomen poklicnih aktivnosti in kompetenc v zdravstveni in babiški negi. Maribor: Zdravstvena zakonodaja v luči zdravstvene nege.

Skupnostna psihiatrična obravnava kot multidisciplinarni timi v osnovnem zdravstvu

UDK 616.89+005.64

KLJUČNE BESEDE: skupnostna obravnava, timi, duševne motnje

POVZETEK – Duševne motnje v Evropi so pogoste in imajo ogromne ekonomske in socialne posledice, saj prispevajo okrog 12 – 15 odstotkov svetovnega bremena zaradi bolezni, to je več kot srčno-žilna obolenja in dvakrat več kot rak. Zaradi njih trpi preko 25 odstotkov prebivalstva vsaj enkrat v življenju povsod po svetu. Za uspešno krepitev duševnega zdravja in učinkovito obravnavo oseb s težavami v duševnem zdravju je zato pomembna interakcija med duševnim in telesnim zdravjem, pa tudi interakcija s socialnim in kulturnim kontekstom okolja, v katerem ljudje živijo. Temelj kakovostne, dostopne in celovite psihiatrične obravnave za ljudi z duševnimi motnjami, ki omogoča boljši dostop do pomoči in povečuje možnosti za obravnavo v naravnem okolju, so skupnostne psihiatrične delovne skupine. Njihova glavna prednost sta boljša nepretrganost obravnave in prilagodljivost. Skupnostna psihiatrična obravnava (SPO) je specializiran multidisciplinarni tim, ki deluje v povezavi z drugimi službami za duševno zdravje v regiji.

UDC 616.89+005.64

KEY WORDS: community treatment, team, mental disorders

ABSTRACT – Mental disorders are common in Europe and have enormous economic and social consequences, contributing around 12-15% of the global burden due to disease, which is more than cardiovascular diseases and twice as much as cancer. There are over 25% of the population who suffer due to mental disorders at least once in their live worldwide. For the successful promotion of mental health and effective treatment of people with mental health problems, it is important to establish interaction between mental and physical health as well as the interaction with the social and cultural context of the environment in which people live. The cornerstone of quality, accessible and holistic psychiatric treatment for people with mental disorders, which allows better access to assistance and increases the chances of treatment in the natural environment, is the community psychiatric working group. The main advantage is the improved continuity of treatment and flexibility. Community psychiatric treatment (SPO) is a specialised multidisciplinary team who works in conjunction with other mental health services in the region.

1 Uvod

Zdravo prebivalstvo je nujni pogoj za zdravo gospodarstvo. Je strukturni indikator razvoja gospodarstva in blaginje držav, kot je zapisano v lizbonski strategiji. Samo zdravi državljani bodo lahko ustvarjali, ohranjali in iskali prepotrebna delovna mesta in se lažje spoprijemali z negotovostjo in stresom vse zahtevnejšega globalnega trga. Povezavo med zdravjem in blagostanjem so dokazale številne strokovne študije. Zastoji in ovire pri dostopnosti do zdravstvenih storitev ter nižja kakovost in standard zdravstvenih storitev pomenijo podaljšanje trajanja zdravljenja in zmanjšujejo varnost pacientov, kar posledično pomeni manj zdrave ljudi. Po drugi strani zdravstveni sektor tvori kar 10 odstotkov evropskega BDP in tako postaja pomembna narodnogospodarska kategorija vsake države. Zdravstvene storitve in z njimi povezane institucije so med največjimi delodajalci v EU. Preprečevanje bolezni skupaj s pravočasno do-

stopnostjo do učinkovitega zdravljenja in zdravstvenih storitev je ključna ekonomska komponenta vsake družbe.

Podatki o pogostosti duševnih motenj kažejo, da so eden izmed največjih javnozdravstvenih problemov, da povzročajo največ invalidnosti v Evropi in prizadenejo vsako leto več kot tretjino populacije. Najpogostejše duševne motnje so tesnoba in depresija, odvisnosti, predvsem od alkohola in demence (5% ljudi nad 65. letom). Duševne motnje vodijo glede ekonomskih in socialnih posledic, saj so najpogostejši razlog za prezgodnjo upokojitvev in med vsemi boleznimi prispevajo največ k socialni izključenosti, revščini in stigmatizaciji. Skupaj prispevajo okrog 12 – 15 odstotkov svetovnega bremena zaradi bolezni, to je več kot srčno-žilna obolenja in dvakrat več kot rak. Zaradi njih trpi preko 25 odstotkov prebivalstva vsaj enkrat v življenju povsod po svetu. V razvitih evropskih državah so že na prvem mestu po obolevnosti. Duševne motnje so tesno povezane z nevarnostjo samomora, in sicer v več kot 90 odstotkov. Pogostost samomora, ki se je do leta 2008 zmanjševala v vseh evropskih državah, se z ekonomsko krizo in njenimi posledicami ponovno stabilizira in ponekod tudi povečuje (World Health Organization, 2012). Ljudje z duševnimi motnjami umirajo skoraj dvajset let prej kot drugi ljudje, najpogostejše zaradi kardiovaskularnih bolezni, raka ali sladkorne bolezni, največkrat zato, ker imajo slabši dostop in kakovost pomoči.

Cilj Globalnega akcijskega plana za duševno zdravje Svetovne zdravstvene organizacije iz leta 2012 (WHO, Ženeva 2012) je uspešno preprečevanje duševnih motenj, izboljšati dostop do dokazano uspešnih zdravstvenih in socialnih storitev in zagotoviti vrsto človeških pravic, da lahko ljudje z duševnimi motnjami dosežejo najvišjo možno mero zdravja in funkcioniranja brez stigmatizacije in diskriminacije. Potrebno je vzpostaviti vsestransko povezano mrežo zdravstvenih in socialnih služb v skupnosti, implementirati strategije za promocijo in varovanje duševnega zdravja vključno z dejavnostmi za preprečevanje duševnih motenj in samomorov. Okrepiti je treba informacijske sisteme, raziskovanje in dokaze o delovanju in učinkovitosti povezanih služb za duševno zdravje v skupnosti ter okrepiti in izobraziti strokovno osebje na osnovni ravni zdravstvenega in socialnega varstva. Na globalno breme duševnih motenj je potrebno odgovoriti vsestransko in koordinirano s strani zdravstvenih in socialnih sektorjev v državah članicah EU.

Skupnostna psihiatrija je predvsem regionalna organizacija psihiatričnih in drugih služb na področju duševnega zdravja, ki odgovarjajo na potrebe prebivalstva in po definiciji sodi na raven primarnega oziroma osnovnega zdravstvenega varstva. Družinski zdravnik namreč ni le vratar in sodelavec psihiatrije, temveč dokazano pretežni nosilec obravnave pri vseh ljudeh z duševnimi motnjami.

Osnovna načela za organizacijo in razvoj služb za duševno zdravje so:

- da je potrebno vključiti te službe v osnovno zdravstveno varstvo,
- zagotoviti nepretrganost obravnave in povezanost med različnimi izvajalci in sistemi (zagotoviti interdisciplinarnost pristopa med formalnimi in neformalnimi izvajalci skrbi),
- zagotoviti promocijo samopomoči in samooskrbe,
- zagotoviti upoštevanje pravic do avtonomije in do zaščite človeških pravic.

2 Primarno – osnovno zdravstveno varstvo

Mesto in vloga primarnega (osnovnega) zdravstvenega varstva izhaja iz deklaracije Svetovne zdravstvene organizacije, sprejete na njeni skupščini v Alma – Ati leta 1987, kjer so bila med drugim sprejeta tudi naslednja temeljna načela primarnega – osnovnega zdravstvenega varstva:

- Primarno zdravstveno varstvo rešuje zdravstvene probleme posameznikov, družin in skupnosti.
- Primarno zdravstveno varstvo se izvaja v lokalni skupnosti, kjer ljudje živijo in delajo ter mora biti za vse ljudi enako.
- Pri načrtovanju in odločanju o vsebini, obsegu, delu in razvoju primarnega zdravstvenega varstva, kakor tudi pri odločanju o zanj potrebnih sredstvih je udeležba javnosti nujni in obvezni pogoj.
- Načelo enotnosti zdravstvenega varstva (integrirano reševanje zdravstvenih problemov s preventivnega, kurativnega in socialnega vidika) je mogoče le s pomočjo primarnega zdravstvenega varstva.

Ta načela so rezultat širšega spoznanja, da je vsak zdravstveni problem potrebno rešiti na najenostavnejši način in na čim »nižji« ravni ter hkrati izražajo razvejenost in večplastnost primarnega zdravstvenega varstva. V tem kontekstu moramo primarno zdravstveno varstvo razumeti kot zamisel, ki se nanaša na celoten sistem zdravstvenega varstva kot tudi na dejavnosti in organiziranost primarne ravni varstva. Že dejstvo, da so zamisel sprejele vse države članice Svetovne zdravstvene organizacije, daje primarnemu zdravstvenemu varstvu izjemen družbeni pomen, ki pa se lahko učinkovito izkaže le, če je na določenem območju neposredno politično podprt in družbeno sprejemljiv. Poleg sociopolitičnega vidika pa moramo primarno zdravstveno varstvo obravnavati tudi z vidika ustreznosti tehnologij, metod dela in organizacije, vse s ciljem čim bolj učinkovite celovite obravnave pacienta.

Družbeni pomen primarnega zdravstvenega varstva je v uresničevanju izenačevanja pravic oziroma v odpravljanju preprek pri uporabi ljudem približanega zdravstvenega varstva ter prispevku primarnega zdravstvenega varstva k splošnemu razvoju skupnosti, spodbujanju izrabe lokalnih možnosti ter humanizaciji dela v medicini in zdravstvu.

Med pomembnejše dosežke preteklega razvoja celotnega sistema zdravstvenega varstva še posebej pa primarnega zdravstvenega varstva na območju Slovenije lahko štejemo zdravstvene domove, ki so nastali kot posledica zdravstvenih potreb prebivalstva in kot protiutež izrazito dragemu in prevladujočemu »hospitocentrizmu«. Hospitocentrizem je odraz preteklega razvojnega obdobja, bolj in bolj specializirane in vase zaprte medicine, podprte s klasično kurativno vzgojo medicinskih delavcev, realno potrebo po hkratni timski obravnavi tehnološko zahtevnih kliničnih primerov, kot tudi prevladujočega sociopolitičnega stališča, da je možno glavne zdravstvene probleme reševati le v visoko specializiranih institucijah. Premoč hospitocentrizma se kaže tudi pri zdravljenju duševnih motenj.

Zdravstveni dom kot nosilec ideje ljudem približanega, odprtega, na preventivo orientiranega, aktivnega zdravstvenega varstva je to svojo, z zakoni podprto funkcijo, uspešno uveljavljal. Zdravstveni domovi so bili leta 1956 z zakonom ustanovljeni in nato v različnih zakonskih aktih še utrjevani, vse do spremembe družbeno političnega sistema leta 1991, oziroma na tej osnovi novih zdravstvenih zakonov leta 1992. Lahko rečemo, da je od leta 1956 do leta 1995 bilo tudi obdobje ekstenzivnega organiziranja razvoja primarne zdravstvene dejavnosti (izpopolnitev s kadri, razširitev mreže, povečan obseg dela). Razvita primarna zdravstvena dejavnost načeloma deluje na dispanzerski način, usmerjen na določene populacijske skupine (varstvo otrok, šolarjev, mladine in žena) ali na določene bolezenske ogroženosti (dispanzer za bolezni pljuč in srca, splošno in mladinsko zobozdravstveno varstvo itd.). Vsa druga urgentna, akutna in kronična somatska zdravstvena problematika je v zdravstvenem domu pretežno pokrita z dejavnostjo splošne medicine, socialnomedicinska problematika pa delno s pomočjo patronažne službe.

3 Skupnostna psihiatrična obravnava kot interdisciplinarni timi v osnovnem zdravstvu

Obravnava ljudi z duševnimi motnjami naj bi se v največji možni meri prenesla iz institucij, ki zagotavljajo dolgotrajno oskrbo v skupnost, čeprav in zato v številnih državah (tudi pri nas) še vedno večino sredstev za duševno zdravje porabijo psihiatrične bolnišnice in zavodi. Zavode za dolgotrajno oskrbo je potrebno do največje možne mere nadomestiti s skupnostnimi bivalnimi oblikami, ker je obravnava v psihiatričnih bolnišnicah še vedno pogosto slabo učinkovita in ker so tam možnosti kršitev človeških pravic velike. Skupnostna obravnava mora preseči le medicinsko zdravljenje in omogočiti v okrevanje usmerjeno obravnavo, ki zagotavlja ljudem, da v procesu okrevanja sledijo svojim ciljem in da živijo v največji možni meri v svojih skupnostih.

Ljudje z duševnimi motnjami imajo navadno le majhne možnosti za zaposlitev in izobraževanje, zato so pogosto revni in slabo vključeni v svoja okolja. Zato jim je potrebno zagotoviti pomoč pri zaposlovanju, bivanju, izobraževanju, vključevanju in podobno. Potrebno je podpreti ljudi z izkušnjo duševne motnje in njihove svojce, da čim bolj neposredno izražajo svoje potrebe. Povezati se je potrebno z neformalnimi skrbniki in omogočiti nevladnim organizacijam in drugim akterjem, da izvajajo storitve, ki odgovarjajo na izražene potrebe (Zero Draft Global Mental Health Action Plan 2012 – 2020, avgust 2012).

Skupnostni psihiatrični timi so interdisciplinarne delovne skupine, ki vključujejo psihiatre, psihologe, medicinske sestre, socialne delavce in delovne terapevte. Delovne skupine skušajo odgovoriti na potrebe na omejenih območjih od 50.000 do 100.000 prebivalcev in so tesno povezane z osnovnim zdravstvenim in socialnim varstvom, so torej povezane, olajšujejo sodelovanje in zmanjšujejo fragmentacijo ter tako zagotavljajo, da se na potrebe na področju duševnega zdravja odgovori v največji možni meri. Skupnostna skrb pomeni, da so službe blizu pacientovega doma. Je razdelitev

služb, ki omogočajo osebam z duševnimi motnjami nepretrgano zdravstveno obravnavo, nastanitev, zaposlitev ter socialno podporo in socialno vključitev. Skupnostne službe opravljajo delo na podlagi ocenjenih potreb tako, da se na regionalno opredeljenih območjih poveže vrsta virov pomoči.

Skupnostna obravnava je organizacija služb za duševno zdravje, ki zagotavlja učinkovito obravnavo oseb z duševnimi motnjami za opredeljeno skupino prebivalstva v skladu z njihovimi potrebami. Vključuje zdravstvene, socialne in druge službe, zdravljenje, rehabilitacijo ter formalne in neformalne mreže pomoči. Skupnostna obravnava je torej organizacija mreže služb, ki zagotavljajo zdravstveno in socialno varstvo, delovno usposabljanje, zaposlovanje, izobraževanje, nastanitev s podporo in druge rehabilitacijske storitve predvsem osebam s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami, ki tako pomoč najbolj potrebujejo. Izvajajo jo javne službe zdravstvenega varstva v primarnem zdravstvenem varstvu v sodelovanju s socialno službo in nevladnimi organizacijami oziroma službami za duševno zdravje v regiji. Skupnostne delovne skupine – interdisciplinarni timi obravnavajo predvsem ljudi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami zaradi zahtevnosti, pogostosti kriznih intervencij in potrebe po nepretrganem spremljanju.

Dokazano je, da skupnostni psihiatrični timi pripomorejo k povečanju sodelovanja pri zdravljenju, zadovoljstvu bolnikov, k boljšemu zadovoljevanju njihovih potreb ter k zmanjšanju števila sprejemov v bolnišnice, so stroškovno učinkoviti in pomembno zmanjšujejo število nevarnih dogodkov, tudi samomorov.

Vlade naj torej zagotovijo prenos sredstev iz institucionalnih v skupnostne oblike obravnave in zagotovijo razvoj in izobraževanje človeških virov za takšno organizacijo. Akcijski plan EU glede duševnih motenj predvideva zmanjšanje smrtnosti in invalidnosti zaradi duševnih motenj s poudarkom na promociji in preventivi, z večjim poudarkom na človeških pravicah, saj je kršenje teh tesno povezano s slabim duševnim zdravjem. Poudarek je na okrevanju – konceptu, ki pomeni posameznikovo dejavno vračanje v običajno življenje po njegovi izbiri in v skladu z njegovimi možnostmi. Posebej se opozarja na vulnerabilne in socialno izključene skupine, vlogo svojcev in na potrebo po zmanjševanju institucionalne oskrbe ter na kršitev pravic v institucijah.

Konvencija o pravicah ljudi z invalidnostjo opozarja, da imajo ljudje z različnimi manjšimi zmožnostmi, tudi tisti, ki imajo duševne motnje, pravico, da bivajo in se zdravijo v domačem okolju, dokler je to le mogoče, in da bi morali invalidi imeti možnost dejavno sodelovati v postopkih odločanja o usmeritvah in programih, ki se nanašajo nanje. To pomeni, da jih je treba vključevati v vse faze načrtovanja služb in njihovega delovanja kot eksperte in supervizorje. Če se to ne zgodi, se lahko nadaljuje z zgodovinsko prakso izključevanja in diskriminacije na vseh področjih njihovega življenja. Upoštevanje ljudi z manjšimi zmožnostmi pomeni, da lahko izvajajo vpliv in nadzor nad službami in storitvami, ki jih prejemajo. Zadnji poudarki mednarodnih aktov kažejo tudi na nujnost povezave med zdravstvenim in zaposlitvenim sektorjem, saj je slabo duševno zdravje močno povezano z revščino, brezposelnostjo in socialno prikrajšanostjo.

V Sloveniji se skupnostna psihiatrija izvaja v nekaterih psihiatričnih bolnišnicah. Bolnišnični psihiatrični timi, ki delajo po ACT (Assertive Community Treatment) modelu, spremljajo paciente s hudimi in kombiniranimi psihotičnimi motnjami po odpustu iz bolnišnice in spremljajo njihovo stanje ter zagotavljajo pravočasno zdravljenje. Vsi ACT timi so dosegli pomembno zmanjšanje števila hospitalizacij pri njihovih klientih. Ti timi pa ne delujejo po regionalnem principu, zato lahko zajamejo samo omejeno število hospitaliziranih pacientov in tudi ne morejo intervenirati v skupnosti v primeru na primer suicidalnih kriz. Vključenih pacientov je danes manj kot 200 pacientov. Generični timi skupnostne psihiatrije na primarni ravni lahko zajamejo večje število pacientov, to naredijo na cenovno učinkovitejši način in zaradi povezave z lokalno skupnostjo in službami bistveno izboljšajo dostop do pomoči.

Slovenska vlada je za leto 2013 odobrila finančna sredstva za prve štiri time skupnostne psihiatrije v osnovnem zdravstvenem varstvu, in sicer Zdravstvenemu domu Novo mesto, Sevnici, Murski Soboti in Ravnam na Koroškem. Gre za najbolj »psihiatrično zapostavljene« regije v Sloveniji, kjer tudi kaže, da je duševnih stisk največ (pogostost samomora največja). Do leta 2015 bi morali imeti zdravniki in medicinske sestre v osnovnem zdravstvenem varstvu, centri za socialno delo, nevladne organizacije in društva v vsej državi zaledje psihiatričnih služb, ki bodo lahko odgovarjale lokalno, takoj in glede na zaznane potrebe v skladu z mednarodnimi smernicami.

3.1 Naloge skupnostnih psihiatričnih timov

Temelj kakovostne dostopne in vsestranske psihiatrične obravnave za ljudi z duševnimi motnjami, ki omogoča boljši dostop do pomoči in povečuje možnosti za obravnavo v naravnem okolju, so interdisciplinarni skupnostni psihiatrični timi (v angleščini CMHT- Community Mental Health Team), ki izvajajo naslednje naloge:

- v povezavi z zdravstvenimi domovi in patronažno službo intervenirajo ali spremljajo paciente v njihovem naravnem okolju, se odzivajo v primeru nuje in spremljajo paciente s številnimi zdravstvenimi in socialnimi potrebami,
- identificirajo zdravstvene in socialne potrebe psihiatričnih pacientov na območju in nanje odgovarjajo v povezavi s centri za socialno delo, nevladnimi organizacijami in OZV,
- na podlagi ocene potreb načrtujejo preventivne dejavnosti v določeni regiji (primarna preventiva: zdravstvena vzgoja, promocija zdravega načina življenja, pomoč pri vzpostavljanju skupin in povezav, ki se izkažejo za pomembne v skupnosti); del svoje dejavnosti namenjajo tudi izobraževanju v šolskih in delovnih ustanovah, ki služijo promociji duševnega zdravja,
- nudijo pomoč OZV pri sekundarni preventivi (zgodnje odkrivanje in zdravljenje psihičnih motenj) na terenu,
- sodelujejo z nevladnimi organizacijami, patronažnimi službami in zavodi za zaposlovanje pri izvajanju terciarne preventive – rehabilitacije,
- na osnovi ocene potreb z Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano, IVZ in drugimi sodelavci v skupnosti pripravijo načrt razvoja potrebnih preventivnih in kurativnih dejavnosti na področju duševnega zdravja v regiji.

Psihiatrični delovni timi morajo v svojih regionalnih centrih predvsem odgovarjati na potrebe tistih pacientov, ki imajo največ potreb po zdravstveni in socialni obravnavi, torej za ljudi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami, ki so tudi najbolj ogroženi glede samomora ali nasilja do drugih, ter ljudi, ki se pogosto vračajo v psihiatrične bolnice.

3.2 Principi skupnostne psihiatrične obravnave

Povezovanje

Skupnostni – timski način dela omogoča povezovanje služb in storitev na lokalni ravni. Dobro načrtovanje obravnave in pravočasno ukrepanje sta odvisna od dobrega pretoka informacij med osnovnim zdravstvenim varstvom, socialnimi, zaposlitvenimi, izobraževalnimi in psihiatričnimi službami.

Odgovornost

Odgovorni član delovnega tima je, ne glede na svoj poklicni profil, odgovoren za spremljanje, načrtovanje in izvajanje načrta obravnave. Dolžan se je posvetovati z na določenem področju bolj kompetentnimi sodelavci, kadar je to potrebno in z njimi izvajati načrt obravnave. Odgovornost se veže na izvajanje načrta in ne na posamezne strokovne ukrepe. Vsak član tima poroča o svojem delu pisno na predpisanih obrazcih in ustno na timskih sestankih.

Dostopnost

Princip dostopnosti pomeni, da so timi v zadostni bližini, da jih je mogoče doseči brez večjih stroškov, da pred vstopom ni čakalnih dob in da je tim enako dostopen vsem, ki ga potrebujejo, brez diskriminacije.

Nepretrganost obravnave

Gre za neprekinjeno serijo kontaktov, ki jo lahko zagotavlja isti tim ali pa sodelavci iz različnih delovnih skupin, ki zagotavlja, da se pacient v procesu obravnave ne spregleda. Nepretrganost se zagotavlja z registrom vodenih pacientov v osnovnem zdravstvenem varstvu in s tedenskim preverjanjem predhodnih in nameravanih ukrepov.

Enakost ter celovita in vsestranska obravnava

Se zagotavlja preko ocene potreb in obveze k sodelovanju z vsemi partnerji v terapevtskem procesu. Ocena potreb je standardizirana in ima vsebinsko podporo v dokumentaciji, ki jo vodi delovna skupina, tim. Ocena potreb se preverja na šest mesecev z evalvacijo in v timu, v katerega so vključeni tudi pacienti in svojci.

Socialna in kulturna prilagojenost

Se zagotavlja z osveščanjem preko izobraževalnega programa in stalnih konzultacij – intervizije.

Vrednote skupnostne psihiatrije

Skupnostni delovni timi obravnavajo paciente zavzeto, delujejo v smeri zmanjševanja diskriminacije in krepitev pravic uporabnikov, so zavezani krepitvi avtonomije in delujejo s ciljem preprečevanja duševnih motenj, torej preventivno.

3.3 Prednosti skupnostne psihiatrične obravnave

S programom skupnostne psihiatrične obravnave lahko izboljšamo dostop do pravočasne psihiatrične obravnave, preprečujemo ponovitve bolezni in ponovne hospitalizacije, izboljšamo sodelovanje pri zdravljenju in bolje odgovorimo na potrebe pacientov. Njihova glavna prednost sta boljša nepretrganost obravnave in prilagodljivost. Paciente spremlja nepretrgano isto osebje, tudi v kriznih situacijah. Ker lahko skupnostni timi opravljajo svoje naloge na domu, na delovnem mestu ali na drugih nevtralnih okoljih, je možnost za preprečevanje ponovitev bolezni zelo velika. Skupnostni delovni timi so fleksibilni in lahko spreminjajo intenzivnost obravnave glede na pacientove potrebe. Številni pacienti vidijo prednost v pogostejših stikih v primeru poslabšanja duševne motnje, ob čemer skupnostni tim lahko vzpostavi kontakt in spremlja tudi paciente, ki še niso bili v psihiatrični obravnavi in jih osebje na primarni ravni identificira kot ogrožene.

Z interdisciplinarnimi skupnostnimi psihiatričnimi timi izboljšamo zadovoljnost pacientov, znižamo stroške hospitalnih psihiatričnih obravnav in dolgoročno zmanjšamo število sprejemov oseb s psihiatričnimi duševnimi motnjami v zavode in zmanjšamo pogostost samomorov. Zmanjšamo lahko stigmatizacijo duševno bolnih, izboljšamo znanje o duševnih motnjah ter njihovem preprečevanju in zdravljenju pri osebju v osnovnem zdravstvenem varstvu, socialnih službah in v javnosti. Lahko dosežemo boljše varovanje pravic ljudi s psihiatričnimi motnjami.

Že bolnišnični skupnostni timi so dokazali bistveno zmanjšanje hospitalizacij pri pacientih, ki jih vodijo in s tem tudi prihranke pri najdražji bolnišnični obravnavi. Z organizacijo timov po regionalnem principu na primarni zdravstveni ravni bi tovrstne prihranke lahko še bistveno povečali. Število skupnostno vodenih pacientov bi naraslo v nekaj letih vsaj še za 200 v vsaki regiji. Prevalenca hudih duševnih motenj je po podatkih World Mental Health 4 – 6,8 odstotka prebivalstva. Ker se bodo timi osredotočili v prvi fazi razvoja le na osebe s psihotičnimi motnjami, ki imajo težak in kroničen potek ter na samomorilne rizične posameznike, je obseg obravnave v regiji s 50.000 prebivalcev predvidoma dodatnih 200 – 300 pacientov, v 15 regijah več kot 3.000 pacientov. S to številko pa bi lahko že pomembno vplivali na nekatere javnozdravstvene kazalce, kot je na primer indeks samomorilnosti. Pomembno bi lahko zmanjšali tudi število hospitalizacij.

4 Sklep

Preprečevanje bolezni skupaj s pravočasno dostopnostjo do učinkovitega zdravljenja in zdravstvenih storitev je ključna ekonomska komponenta vsake družbe. Podatki o pogostosti duševnih motenj kažejo, da so eden izmed največjih javnozdravstvenih problemov, da povzročajo največ invalidnosti v Evropi in prizadenejo vsako leto več kot tretjino populacije. Skupaj prispevajo okrog 12 – 15 odstotkov svetovnega bremena zaradi bolezni, to je več kot srčno-žilna obolenja in dvakrat več kot rak. Zaradi njih trpi preko 25 odstotkov prebivalstva vsaj enkrat v življenju povsod po svetu. V

razvitih evropskih državah so že na prvem mestu po obolevnosti. Cilj Globalnega akcijskega plana za duševno zdravje Svetovne zdravstvene organizacije iz leta 2012 (WHO, Ženeva 2012) je uspešno preprečevanje duševnih motenj, izboljšati dostop do dokazano uspešnih zdravstvenih in socialnih storitev in zagotoviti vrsto človeških pravic, da lahko ljudje z duševnimi motnjami dosežejo najvišjo možno mero zdravja in funkcioniranja brez stigmatizacije in diskriminacije.

Mednarodne smernice in EU glede organizacije služb za duševno zdravje predlagajo vladam, da organizirajo psihiatrične službe skupnostno, kar pomeni, da naj na definiranih regionalnih območjih povežejo obstoječe oblike pomoči v okviru zdravstvenih, socialnih in nevladnih služb. V to organizacijo naj bodo čim bolj neposredno vključeni tudi pacienti in njihovi svojci, ki naj sodelujejo pri načrtovanju, ustanavljanju in pri nadzoru nad njihovim delovanjem. Konvencija o pravicah invalidov zahteva, da se ljudem z različnimi manjšimi zmožnostmi, tudi tistim, ki imajo duševne motnje, zagotovi obravnava čim bližje njihovega doma, in da se preprečuje institucionalizacije. Temelj kakovostne dostopne in vsestranske psihiatrične obravnave za ljudi z duševnimi motnjami, ki omogoča boljši dostop do pomoči in povečuje možnosti za obravnavo v naravnem okolju, so interdisciplinarni skupnostni psihiatrični timi (v angleščini CMHT – Community Mental Health Team), ki so sestavljeni iz psihiatra, psihologa, socialnega delavca, medicinskih sester in delovnih terapevtov. Ti timi delujejo na področjih s 50.000 do 100.000 prebivalcev in odgovarjajo na potrebe po zdravljenju pacientov s kroničnimi duševnimi motnjami in na potrebe drugih posameznikov, ki imajo hude duševne motnje in potrebujejo takojšnjo psihiatrično oskrbo. Večinoma se ukvarjajo torej s kroničnimi psihiatričnimi pacienti na način spremljanja in zdravljenja na njihovem domu, hkrati pa obvladujejo tudi krizne situacije in asistirajo osnovnemu zdravstvenemu varstvu pri njihovem delu z ogroženimi pacienti.

V Sloveniji se skupnostna psihiatrija izvaja v nekaterih psihiatričnih bolnišnicah. Vendar ti psihiatrični timi ne delujejo po regionalnem principu, zato lahko zajamejo samo omejeno število hospitaliziranih pacientov in tudi ne morejo intervenirati v skupnosti v primeru na primer suicidalnih kriz. Vključenih pacientov je danes manj kot 200. Generični timi skupnostne psihiatrije na primarnem zdravstvenem varstvu pa lahko zajamejo večje število pacientov, to naredijo na cenovno učinkovitejši način in zaradi povezave z lokalno skupnostjo in službami bistveno izboljšajo dostop do pomoči. Slovenska vlada je za leto 2013 odobrila finančna sredstva za prve štiri time skupnostne psihiatrije v osnovnem zdravstvenem varstvu.

Principi, po katerih delujejo skupnostni psihiatrični timi, so: povezovanje, odgovornost, dostopnost, nepretrganost obravnave, enakost, vsestranskost, kulturna prilagojenost ter celovita in vsestranska obravnava.

Z interdisciplinarnimi skupnostnimi psihiatričnimi timi izboljšamo zadovoljstvo pacientov, znižamo stroške hospitalnih psihiatričnih obravnav in dolgoročno zmanjšamo število sprejemov oseb s psihiatričnimi duševnimi motnjami v zavode in zmanjšamo pogostost samomorov. Zmanjšamo lahko stigmatizacijo duševno bolnih, izboljšamo znanje o duševnih motnjah ter njihovem preprečevanju in zdravljenju pri osebju v

osnovnem zdravstvenem varstvu, socialnih službah in v javnosti. Lahko dosežemo boljše varovanje pravic ljudi s psihiatričnimi motnjami.

Pri nas so že bolnišnični skupnostni timi dokazali bistveno zmanjšanje hospitalizacij pri pacientih, ki jih vodijo, in s tem tudi prihranke pri najdražji bolnišnični obravnavi. Z organizacijo timov po regionalnem principu na primarni zdravstveni ravni bi tovrstne prihranke lahko še bistveno povečali. Število skupnostno vodenih pacientov bi naraslo v nekaj letih vsaj še za 200 v vsaki regiji, v 15 regijah več kot 3.000 pacientov. S to številko pa bi lahko že pomembno vplivali na nekatere javnozdravstvene kazalce, kot je na primer indeks samomorilnosti. Pomembno bi lahko zmanjšali tudi število hospitalizacij.

LITERATURA

1. European Commission (2004). The state of mental health up the European Union. Bruxelles: European Commission.
2. Kessler, R. C. et. al. (2009). PS The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psichiatr Soc.*
3. Konvencija o pravicah invalidov (2012). Pridobljeno s <http://www.cdcd.nl/reader/pdf/A3/CRPD-Slovenian.pdf>.
4. Kramar Zupan, M. (2012). Izzivi managementa v slovenskem zdravstvu. Portorož.
5. Resolucija o Nacionalnem programu duševnega zdravja (2012). http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2011/resoluc_dusevno_zdravje/Resolucija_dusevno_zdravje_060411.pdf.
6. Semrau, M., Barley, E. A., Law A in Thornicroft, G. (2011). Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry*, 10, 217–225.
7. Sholman, B., Heila, H. et al. (2007). Reductions in postdischarge suicide after deinstitutionalization and decentralization: a nationwide register study in Finland. *Psychiatr Serv.* 58 (2), 221–226.
8. Thornicroft, G. et al. (2010). Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry*, 9, 67–77.
9. World Health Organization (2005). Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
10. World Health Organization/WONCA (2008). Integrating mental health into primary care: A global perspective. Ženeva.
11. World Health Organization (2012). European health for all database. Ženeva.
12. World Health Organization (2012). Zero Draft Global Mental Health Action Plan 2012 – 2020.

Razvoj tkivno-inženirskih izdelkov in biomaterialov za uporabo v medicini

UDK 606:616

KLJUČNE BESEDE: tkivno inženirstvo, biomateriali, interdisciplinarni razvoj, klinična uporaba

POVZETEK – Tkivno-inženirski pripravki se že vrsto let uspešno uporabljajo za zdravljenje kože, hrustanca, poškodb roženice, obnovo kostnega tkiva. Razvoj novih tkivno-inženirskih pristopov oziroma ustreznih biomaterialov poteka na skoraj vseh tkivih človeškega telesa, na primer za rekonstrukcijo žil, živcev, srčnih zaklopk ... Razvoj teh izdelkov in biomaterialov vključuje razvoj materialov, preučevanje biokompatibilnosti materialov, razvoj celične komponente tkivno-inženirskega izdelka, biotehnološki razvoj izdelka, živalske (predklinične) študije, klinične študije. Interdisciplinarni pristop, ki je nujen za uspešen razvoj na tem področju, zahteva sodelovanje različnih naravoslovnih znanosti (biologov, biotehnologov, biokemikov ...), farmacevtov ter zlasti potencialnih uporabnikov (kirurgov, medicinskih sester in drugega zdravstvenega osebja). Pomembna vloga osebja v klinični praksi je zlasti v tem, da določi klinično indikacijo, pri kateri bi bila nova rešitev (izdelek) potrebna, določi pogostost te klinične indikacije, pomaga oblikovati tehnične zahteve za nov izdelek, ocenjuje uporabnost prototipov ter sodeluje pri organizaciji in izvedbi kliničnega preizkušanja.

UDC 606:616

KEY WORDS: tissue-engineering, biomaterials, interdisciplinary development, clinical use, bench to bedside

ABSTRACT – For many years, tissue-engineered (TE) products have successfully been implemented in clinical practice for treatment of skin, cartilage, bone tissue and cornea. The development of tissue-engineering approaches and equivalent biomaterials is targeted on almost all the tissues of the human body, e.g. blood vessels, nerves, heart valves, etc. The development of tissue-engineered products includes the development of biomaterial, the testing of its biocompatibility, the development of a cellular component of a TE product, the biotechnological product development, preclinical and clinical trials. The interdisciplinary approach is necessary for a successful development in this field and requires the collaboration of different experts in natural sciences (biologists, biochemists, biotechnologists), pharmacists and especially potential users (surgeons and other personnel in the health care system). Clinical staff play an important role especially for: the determination of clinical indication where a new treatment solution would be needed, the determination of prevalence and incidence of pathology, collaboration in defining technical requirements for a new product, the evaluation of product solutions/prototypes and collaboration in organising and carrying out preclinical and clinical testing.

1 Uvod

Sodobna medicina uvaja številne nove pristope, s katerimi želi povečati učinkovitost zdravljenja (tako v smislu klinične kot tudi ekonomske učinkovitosti zdravljenja) ter izboljšati kakovost življenja po zdravljenju. Regenerativna medicina je pristop zdravljenja v medicini, ki se intenzivno raziskuje v zadnjih dveh desetletjih. Število objav na tem področju strmo narašča – vzporedno z raziskavami na področju matičnih celic in uspešnimi aplikacijami celičnih in tkivno-inženirskih izdelkov v klinični praksi.

2 Regenerativna medicina in tkivno inženirstvo

Regenerativna medicina, katere cilj je obnova fizioloških funkcij organov in tkiv, v veliki meri temelji na uporabi tkivno-inženirskih izdelkov in naprednih biomaterialov.

Tkivno inženirstvo je interdisciplinarno področje, ki uporablja biološka in inženirska znanja za razvoj funkcionalnih nadomestkov okvarjenih tkiv (Langer in Vacanti, 1993). Napredek na področjih celične biologije, razvojne biologije, embriologije, biomaterialov in tkivnega inženirstva v zadnjih desetletjih je omogočil razvoj postopkov za gojenje celic in tkivnih nadomestkov za skoraj vsa tkiva v človekovem telesu, s široko možnostjo uporabe v regenerativni medicini in bioloških raziskavah. Tkivno-inženirstvo želi posnemati naravni razvoj tkiva, v katerem se celice v ustreznem okolju namnožijo, diferencirajo in organizirajo v funkcionalne tkivne strukture (Grayson idr., 2008).

Največji obet tkivnega inženirstva se je kazal na področju obnove ter nadomeščanja tkiv in organov, kar bi omililo stalno pomanjkanje dajalcev tkiv in organov za transplantacije ter drugih uspešnih metod za obnovo poškodovanih tkiv (Langer in Vacanti, 1993). Prve tkivno-inženirske aplikacije so bile namenjene zdravljenju kože (Green, Kehinde in Thomas, 1979) in so se kmalu začele preizkušati tudi v klinični praksi (Boyce idr., 1995; Compton idr., 1989); večji razmah tkivnega inženirstva pa se je začel z razvojem tkivno-inženirskih pristopov in njihovo uporabo za zdravljenje hrustančnega (Brittberg idr., 1994) in kostnega tkiva (Quarto idr., 2001).

V tkivnem inženirstvu uporabljajo različne vrste celic, ki imajo glede na namen uporabe in cilje raziskav specifične prednosti in slabosti. Tkivno-inženirske aplikacije, ki so že uveljavljene v klinični praksi (npr. izdelki za obnovo kože, hrustanca), večinoma temeljijo na uporabi diferenciranih celic oziroma unipotentnih celic, ki jih pridobimo iz biopta zdravega tkiva (npr. kože, hrustanca), ki je na drugi anatomski lokaciji poškodovano ali okvarjeno. Te celice v kulturi namnožimo in se razvijejo v zrele celice tkiva (npr. v hrustančne celice). V zadnjih letih so pri raziskavah regeneracije tkiv in organov v ospredju odrasle matične celice iz kostnega mozga ali maščobnega tkiva. Te celice tudi uporabljajo v kliničnih študijah za zdravljenje različnih indikacij (npr. obnovo hrustanca, zdravljenje psevdootroz), kjer se kaže varnost in učinkovitost njihove uporabe (Salgado idr., 2004; Wakitani idr., 2007).

Pri zdravljenju različnih kliničnih indikacij celice lahko vsadijo v telo v obliki celične suspenzije in se šele na mestu vsaditve organizirajo v tkivne strukture, lahko pa tkivne strukture pripravimo že v laboratoriju. Tako so prve aplikacije hrustančnih celic potekale v obliki celične suspenzije (Brittberg idr., 1994; Radosavljevič idr., 2007), kasneje so se uveljavile aplikacije hrustančnih celic v kombinaciji z nosilcem (Radosavljevič idr., 2007; Barlič idr., 2007). Razvoj se je nadaljeval v smeri sestavljenih tkivnih nadomestkov, na primer kostno-hrustančnih konstruktov (Grayson idr., 2008). Poseben izziv predstavlja tkivno inženirstvo organov. Prvi uspešen poskus presaditve organa, vzgojenega v laboratoriju, je bil narejen z namenom rekonstrukcije mehurja. Atala in sodelavci so leta 1998 objavili uspešno presaditev tkivno-inženirskega nado-

mestka mehurja pri psih (Yoo, Meng, Oberpenning in Atala, 1998). Ta postopek so kasneje uspešno preizkusili tudi v klinični praksi (Atala, Bauer, Soker, Yoo in Retik, 2006). Tkivno-inženirski pristop je bil uporabljen eksperimentalno tudi za zdravljenje drugih kompleksnih tkiv in organov, kot na primer za rekonstrukcijo sečnice, sečevoda, genitalij, sapnika, požiralnika.

Prizadevanja za prenos dosežkov na področju tkivnega inženirstva v klinično prakso se pogosto ne realizirajo zaradi številnih težav, ki spremljajo »scale-up«¹ laboratorijskih metod v rutinske proizvodne postopke za izdelavo velikih in kompleksnih tkiv, saj obstoječe tehnologije pogosto niso dorasle za rutinsko uporabo (Atala, 2011).

2.1 Biomateriali kot nosilci v tkivno-inženirskem izdelku ali kot vsadki

Pomemben del razvoja tkivno-inženirskega izdelka predstavlja razvoj ustreznega nosilca /biomateriala. Nosilni material zadržuje in omeji celice na mestu, kjer je potrebna obnova tkiva, hkrati pa mora zagotoviti funkcionalno in strukturno integracijo novega tkiva v okoliško tkivo ter celicam omogoča pritrjevanje, pomnoževanje in proizvodnjo ustrezne medceličnine (Caplan, 2003). Kemična zgradba, struktura in biomehanske lastnosti (elastičnost, trdnost, poroznost, površinska obdelava) vplivajo na biorazgradljivost in biokompatibilnost materiala. Biorazgradljiv material telo lahko postopno razgradi in ga nadomesti z lastno medceličnino. Pri tem je pomembno, da razgradni produkti biomateriala niso toksični za telo (Bergsma, Rozema in Bos, 1995). Biokompatibilnost pa je lastnost, ki omogoča celicam, da se v stiku z materialom lahko pomnožujejo in opravljajo svojo specifično funkcijo (izražajo tkivno specifičen fenotip). Poleg tega biokompatibilen material v telesu ne povzroči imunskega odziva ali zavrnitve.

Z izbiro biomateriala za izdelavo različnih tkivno-inženirskih tkivnih nadomestkov se skušamo čim bolj približati strukturi naravnega tkiva. Tako so se za nadomeščanje kostnega tkiva prvi uveljavili sintetični CaP in se še vedno najpogosteje uporabljajo v klinični praksi kot brezcelični vsadki ali nosilci za tkivno-inženirske nadomestke kostnega tkiva. V zadnjih letih se za obnavljanje kostnega tkiva uveljavljajo predvsem različni materiali na osnovi biostekla (Gergardt in Boccacini, 2010).

V tkivnem inženirstvu mehkih tkiv večinoma uporabljajo naravne ali sintetske polimere. Naravni polimeri, ki jih uporabljajo v tkivnem inženirstvu, so različni proteini in polisaharidi, na primer svila, kolagen in hitozan. Njihova hidrofilna površina omogoča dobro pritrjevanje in diferenciacijo celic. Od sintetskih polisaharidov največ uporabljajo poliestre naravnih alfa-hidroksi kislin, na primer polilaktične (PLA) in poliglikolne kisline (PGA), ki jih široko uporabljajo v medicini. Ti materiali so termoplastični in jim lahko z različnimi metodami relativno enostavno prilagajamo mikrostrukturo, poroznost, obliko in dimenzije.

Kot nosilec v tkivnem inženirstvu lahko uporabljajo tudi decelularizirano tkivo alogena ali ksenogenega izvora.

Novi biorazgradljivi materiali so izdelani tako, da s svojo strukturo in kemično sestavo omogočajo naselitev celic iz okoliškega tkiva in ob postopni razgradnji omogoča-

jo obnovo tkiva. S takim materialom lahko (vsaj pri nekaterih kliničnih indikacijah) uspešno nadomestimo uporabo tkivno-inženirskih nadomestkov. Taki proizvodi se že pojavljajo na trgu (npr. za obnovo sklepnega hrustanca) (Kon idr., 2012). Ker je pri proizvodnji materialov postopke mnogo lažje kontrolirati in standardizirati kot v primeru tkivno-inženirskih izdelkov, nove rešitve na tem področju intenzivno razvijajo.

3 Regulatorni vidik razvoja novih tkivno-inženirskih izdelkov in vsadkov

3.1 Razvoj novih tkivno-inženirskih izdelkov

Razvoj tkivno-inženirskih izdelkov in biomaterialov vključuje razvoj materialov, proučevanje biokompatibilnosti materialov, razvoj celične komponente tkivno-inženirskega izdelka, biotehnološki razvoj izdelka, živalske (predklinične) študije, klinične študije.

Tkivno-inženirski pripravki kot aktivno učinkovino vsebujejo žive celice, je razvoj in testiranje takega izdelka specifičen in vključuje obsežno proučevanje biologije celic, postopkov gojenja celic in vpliv postopkov gojenja celic na njihovo funkcijo.

Zlasti je pomembno proučevanje vpliva različnih nosilnih materialov na celico, kadar le-te uporabljajo za izdelavo tkivno-inženirskega izdelka.

Tkivno-inženirske pripravke uvrščamo v skupino zdravil za napredno zdravljenje, katerih zahteve v smislu razvoja in kakovosti so določene z Uredbo 1394/2007 in jih je potrebno registrirati po centralnem evropskem postopku, ki ga izvaja Evropska agencija za zdravila (EMA). Skozi razvoj tkivno-inženirskih pripravkov je potrebno, kot pri razvoju vseh zdravil, izvesti:

- ☐ kemijsko, farmacevtsko in biološko preskušanje zdravila,
- ☐ toksikološko in farmakološko preskušanje,
- ☐ klinično preskušanje.

(Direktiva 2001/83/Es Evropskega parlamenta in Sveta z dne 6. novembra 2001 o zakoniku Skupnosti o zdravilih za uporabo v humani medicini.)

Po pridobitvi registracije tak izdelek lahko uporabljamo na celotnem območju Evropske unije. Obstajajo pa tako imenovane »bolnišnične izjeme«, ki jih ta uredba določa: uredba namreč dovoljuje tudi uporabo tkivno-inženirskih izdelkov (in drugih zdravil za napredno zdravljenje), ki niso registrirani po centraliziranem postopku, na področju posamezne države članice, kot to ureja zakonodaja te države. To so zdravila za napredno zdravljenje, ki so pripravljena nerutinsko v skladu s posebnimi standardi kakovosti in se uporabljajo v bolnišnici v isti državi članici ob izključni poklicni odgovornosti zdravnika v skladu s posameznim receptom za posamično zdravilo za posameznega bolnika (Uredba (ES) št. 1394/2007 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 13. novembra 2007 o zdravilih za napredno zdravljenje ter o spremembi Direktive 2001/83/ES in Uredbe (ES) št. 726/2004).

3.2 Razvoj novih materialov za izdelavo medicinskih vsadkov

Razvoj novih materialov za vsadke temelji na izboljševanju njihove biokompatibilnosti v najširšem pomenu besede. Uspešna integracija vsadka z okoliškim tkivom je zelo pomembna za dolgoročno »preživetje« vsadka in s tem dolgoročno uspešnost zdravljenja. Pri materialih, ki jih uporabljajo za nadomeščanje kostnega tkiva ali kostnih vsadkih, na primer izvajajo obsežne raziskave na področju osteointegracije oziroma vraščanja teh materialov v kostno tkivo.

Vsadki spadajo v kategorijo medicinskih pripomočkov IIb (to so medicinski pripomočki z visoko stopnjo tveganja za uporabnika) ali III, če so biorazgradljivi ali so namenjeni doseganju biološkega učinka v telesu (to so medicinski pripomočki z najvišjo stopnjo tveganja za uporabnika). Registracija medicinskih pripomočkov praviloma poteka pri nacionalnih pooblaščenih institucijah.

Po splošnem pravilu morata potrditev ustreznih lastnosti in delovanja pripomočka ter ovrednotenje nezaželenih stranskih učinkov temeljiti na kliničnih podatkih, zlasti v primeru vsadljivih pripomočkov in pripomočkov v razredu III. Vendar pa ustreznost kliničnih podatkov pogosto lahko dokazujemo z relevantno znanstveno literaturo o predvidenem namenu pripomočka in o uporabljenih tehnikah in tako lahko izvedemo registracijo medicinskega pripomočka brez dodatno opravljenih kliničnih preiskav (Direktiva Sveta 93/42/EGS z dne 14. junija 1993 o medicinskih pripomočkih, priloga X).

4 Vloga medicinskega osebja pri razvoju novih rešitev na področju regenerativne medicine

Intredisciplinarni pristop, ki je nujen za uspešen razvoj na tem področju, zahteva sodelovanje različnih naravoslovnih znanosti (biologov, biotehnologov, biokemikov ...), farmacevtov ter zlasti potencialnih uporabnikov (kirurgov, medicinskih sester in drugega zdravstvenega osebja).

Pomembna vloga osebja iz klinične prakse je zlasti v tem, da:

- ☐ opredeli klinično indikacijo, pri kateri bi bila nova rešitev/izdelek potrebna,
- ☐ opredeli pogostost te klinične indikacije,
- ☐ pomaga opredeliti tehnične zahteve za nov izdelek,
- ☐ ocenjuje uporabnost prototipov,
- ☐ sodeluje pri organizaciji in izvedbi kliničnega preskušanja.

Na podlagi tehničnih zahtev za nov izdelek razvijalci s področja biomaterialov in tkivnega inženirstva opredelijo najustreznejše komponente takega izdelka (vrsto materiala, celic). Ko skupaj s potencialnim uporabnikom določijo optimalno obliko izdelka, je potrebna validacija tehnoloških postopkov priprave in vseh s tem povezanih postopkov (postopki testiranja kakovosti, transportni postopki, postopki shranjevanja). Na podlagi ustreznih rezultatov predkliničnih testiranj biokompatibilnosti in funkcionalnosti lahko biomaterial ali tkivno-inženirski izdelek uporabimo v klinični raziskavi.

5 Sklep

Za uvajanje novih metod zdravljenja v klinično prakso je potrebno ovrednotenje le-teh skozi izvajanje kliničnih študij, v katerih spremljamo klinično uspešnost zdravljenja, pomembno pa je tudi ovrednotenje stroškov novega postopka. Pristopi regenerativne medicine naj bi prispevali k trajni odpravi vzrokov za nastanek bolezni in s tem k dolgoročni uspešnosti zdravljenja. Glede na dolgotrajne rezultate zdravljenja ocenjujejo tudi stroškovno učinkovitost terapevtskega pristopa, zato pričakujemo, da se bodo pristopi regenerativne medicine čedalje bolj uveljavljali v klinični praksi.

LITERATURA

- Atala, A. (2011). Tissue engineering of human bladder. *British medical bulletin*, 97, 81–104.
- Atala, A., Bauer, S. B., Soker, S., Yoo, J. J., Retik, A. B. (2006). Tissue-engineered autologous bladders for patients needing cystoplasty. *Lancet*, 367 (9518), 1241–1246.
- Barlič, A., Bonaca, O., Drobnič, M., Kregar-Velikonja, N. (2007). In a search of a better chondrocyte phenotype. V M. Gorenšek (ur.), N. Kregar-Velikonja (ur.), *Tissue engineering and cartilage repair: from basic science to clinical application* (str. 10–15) Ljubljana: Educell: Cell and Tissue Engineering Society of Slovenia: Orthopaedic Clinic, Clinical Centre.
- Bergsma, J. E., Rozema, F. R., Bos, R. R. (1995). In vivo degradation and biocompatibility study of in vitro pre-degraded as-polymerized polyactide particles. *Biomaterials*, 16, 267–274.
- Boyce, S. T., Goretsky, M. J., Greenhalgh, D. G., Kagan, R. J., Rieman, M. T., Warden, G. D. (1995). Comparative assessment of cultured skin substitutes and native skin autograft for treatment of full-thickness burns. *Annals of surgery*, 6, 743–752.
- Brittberg, M., Lindahl, A., Nilsson, A., Ohlsson, C., Isaksson, O., Peterson, L. (1994). Treatment of deep cartilage defects in the knee with autologous chondrocyte transplantation. *The New England journal of medicine*, 14, 889–895.
- Caplan, A. I. (2003). Embryonic development and the principles of tissue engineering. *Novartis Foundation Symposium*, 249, 17–25.
- Compton, C. C., Gill, J. M., Bradford, D. A., Regauer, S., Gallico, G. G., O'Connor, N. E. (1989). Skin regenerated from cultured epithelial autografts on full-thickness burn wounds from 6 days to 5 years after grafting. A light, electron microscopic and immunohistochemical study. *Laboratory investigation*, 60 (5), 600–612.
- Direktiva 2001/83/es evropskega parlamenta in sveta (2001) o zakoniku Skupnosti o zdravilih za uporabo v humani medicine. Pridobljeno s <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:2001L0083:20121116:SL:PDF>.
- Direktiva sveta 93/42/egs (1993) o medicinskih pripomočkih. Pridobljeno s <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:13:12:31993L0042:SL:PDF>.
- Gerhardt, L. C., Boccacini, A. R. (2010). Bioactive Glass and Glass-Ceramic Scaffolds for Bone Tissue Engineering. *Materials* 3, 3867–3910.
- Grayson, W. L., Chao, P-H. G., Marolt, D., Kaplan, D. L. in Vunjak-Novakovic, G. (2008). Engineering custom-designed osteochondral tissue grafts. *Trends in biotechnology*, 26 (4), 181–189.
- Green, H., Kehinde, O., Thomas, J. (1979). Growth of cultured human epidermal cells into multiple epithelia suitable for grafting. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 76 (11), 5665–5668.
- Kon, E., Filardo, G., Roffi, A., Andriolo, L., and Marcacci, M. (2012). New trends for knee cartilage regeneration: from cell-free scaffolds to mesenchymal stem cells. *Curr Rev Musculoskelet Med*, 5 (3), 236–243.

15. Langer, R., Vacanti, J. P. (1993). Tissue engineering. *Science*, 260 (5110), 920–926.
16. Quarto, R., Mastrogiacomo, M., Cancedda, R., Kutepov, S. M., Mukhachev, V., Lavroukov, A., Kon, E., et al. (2001). Repair of large bone defects with the use of autologous bone marrow stromal cells. *The New England journal of medicine*, 344 (5), 385–386.
17. Radosavljevič, D., Drobnič, M., Koritnik, B., Gorenšek, M., Pavlovčič, V. (2007). Autologous chondrocyte implantation in the knee - 10 years of clinical experience. V M. Gorenšek, N. Kregar-Velikonja (ur.), *Tissue engineering and cartilage repair: from basic science to clinical application* (str. 73–79). Ljubljana: Educell: Cell and Tissue Engineering Society of Slovenia: Orthopaedic Clinic, Clinical Centre.
18. Salgado, A. J., Coutinho, O. P., Reis, R. L. (2004). Bone tissue engineering: state of the art and future trends. *Macromolecular bioscience*, 4 (8), 743–765.
19. Uredba (ES) št. 1394/2007 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 13. novembra 2007 o zdravilih za napredno zdravljenje ter o spremembi Direktive 2001/83/ES in Uredbe (ES) št. 726/2004. Pridobljeno s <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:324:0121:0137:sl:PDF>.
20. Wakitani, S., Nawata, M., Tensho, K., Okabe, T., Machida, H., Ohgushi, H. (2007). Repair of articular cartilage defects in the patello-femoral joint with autologous bone marrow mesenchymal cell transplantation: three case reports involving nine defects in five knees. *Journal of tissue engineering and regenerative medicine*, 1 (1), 74–79.
21. Yoo, J. J., Meng, J., Oberpenning, F. in Atala, A. (1998). Bladder augmentation using allogenic bladder submucosa seeded with cells. *Urology*, 51 (2), 221–225.

Škodljivi mikroklimatski vplivi na delovnem mestu natakarja

UDK 331.433:642.6

KLJUČNE BESEDE: škodljivi vplivi, mikroklima, delovna mesta, natakarji

POVZETEK – Delavec in delovno okolje predstavljata specifičen ekološki sistem. V neurejenih oziroma neustreznih delovnih pogojih lahko pride do nastanka poklicnih obolenj. Delavci v gostinstvu so izpostavljeni številnim zunanjim in notranjim vplivom. Eden izmed motečih notranjih dejavnikov je hrup, ki nastane zaradi preglasne glasbe ali glasnega govorjenja gostov. Večina delovnega časa poteka pri slabi zunanji osvetljenosti nekaterih lokalov, zato delo opravljajo pri umetni osvetlitvi. Prezračevanje z odpiranjem oken in zunanjih vrat lahko povzroči prepih. Zaradi izpostavljenosti mrazu, prepihu in vlagi lahko pride do mišično-skeletnih obolenj. Predvsem nočno delo povzroča bolezni prebavil. Vse to povzroča psihično obremenitev. V prispevku želimo prikazati, do kakšnih zdravju škodljivih vplivov prihaja na delovnem mestu natakarja v lokalu. Na podlagi izmerjenih in ugotovljenih mikroklimatskih pogojev bomo ugotavljali, kako bi lahko prekomerne škodljive vplive zmanjšali oziroma odstranili. V zaključku prispevka bomo dobljene rezultate primerjali z zakonodajnimi normami in predstavili možne ukrepe za zagotavljanje ustreznih mikroklimatskih pogojev na takem delovnem mestu.

UDC 331.433:642.6

KEY WORDS: harmful effects, microclimate conditions, workplace, waiter

ABSTRACT – Workers and their working environment present a specific ecological system. In the case of irregular or inappropriate working conditions, there is a risk of occupational diseases. Workers in the catering industry are exposed to many external and internal factors. One of the disturbing factors is noise caused by loud music or loud talking guests. Most of the work in the evening is done in poor light, which means that artificial light is used. Ventilation is mainly sustained by opening windows and doors, which can result in exposure to drafts. Cold, drafts and moisture can lead to musculoskeletal disorders. Gastrointestinal diseases are mainly caused by night work. The aforementioned leads to psychological stress. This paper presents the harmful effects to which a waiter can be exposed in the workplace. On the basis of the measured microclimate conditions, we will try to determine how to reduce or eliminate the excessive and damaging conditions. In conclusion, we compare the obtained results with the legal norms and introduce measures to ensure appropriate microclimate conditions in the workplace of waiters.

1 Humanizacija delovnega mesta

Prilagajanje dela človeku dobiva dodatne razsežnosti oziroma pomen pri oblikovanju delovnih mest. Človek ostaja in postaja najpomembnejši del sistema, ki zagotavlja varnost in stabilnost delovanja kateregakoli sistema. Intenziven tehnološki razvoj in avtomatizacija kljub velikim vlaganjem nista uspela nadomestiti dela človeka in njegovega obvladovanja delovnih situacij (Molan, 1999).

1.1 Prilagoditev tehnologije kot humanizacijski ukrep

V začetnih obdobjih ergonomije in humanizacije dela so bile ergonomske izboljšave usmerjene v delovno okolje in na prilagoditev tehnologiji. S prilagajanjem tehnologiji so se zmanjševale obremenitve pri delu, izboljševale so se delovne razmere, vse bolj se je ohranjalo zdravje delavcev. Kakršno koli prilagajanje in večina humanizacijskih

ukrepov vpliva na človekovo psihično delovanje, na njegovo doživljanje, razpoložljivost in počutje. Zavedati se moramo, da je človek psihofizična celota. Psihična komponenta celovitega delovanja je pomembna. Pogosto to pomeni le rahlo prilagoditev, nekaj dodatne pozornosti, včasih tudi dodatne finančne vloške, ki so v primerjavi s celovitim dobičkom relativno majhni. V psihološke ukrepe humanizacije dela je potrebno dodatno vlagati in tako zagotavljati ugodno počutje in stabilno psihično delovanje delavca (Molan, 1999).

Pri urejanju delovnih mest in prilaganju tehnologiji ne smemo zanemariti mikroklimatskih norm, ki narekujejo ustrezne delovne pogoje. Delodajalci na njih velikokrat pozabijo oziroma jih namerno ne upoštevajo in posledično ustvarjajo nezdrava delovna mesta, kar lahko privede do nastanka poklicnih obolenj.

2 Mikroklimatski parametri

Mikroklimatske parametre merimo na vsakem delovnem mestu. Dopoldan merimo med 10. in 13. uro, popoldan pa med 14. in 17. uro. Merimo temperaturo zraka, relativno vlažnost in hitrost gibanja zraka na več mestih glede na opredeljene aktivnosti delovnega dne. Vse veličine merimo v višini človeškega težišča, to je približno 1,2 m od tal (Polajnar in Verhovnik, 2007).

Temperatura zraka

Po Pravilniku o prezračevanju in klimatizaciji stavb (Uradni list RS, št. 42/2002, 105/2002) je temperatura zraka tista, ki je merjena v sredini prostora na višini 1,1 m. Neprimerna temperatura, bodisi pretoplo bodisi prehladno, vodi do manjše delovne storilnosti in zdravstvenih težav.

Delodajalec mora poskrbeti za načrtovanje, oblikovanje, opremljanje in vzdrževanje delovnih mest tako, da temperatura zraka v delovnih prostorih med delovnim časom ustreza fiziološkim potrebam delavcev glede na naravo dela in fizične obremenitve delavcev pri delu, kar določa 4. člen Pravilnika o zahtevah za zagotavljanje varnosti in zdravja delavcev na delovnih mestih (Uradni list RS, št. 89/1999, 39/2005, 43/2011). Za izpopolnjevanje zahtev tega člena se delodajalec lahko naslanja na standarde za toplotno udobje (eden izmed standardov je SIST EN ISO 7730:2006, Ergonomija toplotnega udobja).

Relativna vlaga

Relativna vlaga je razlika med maksimalno vlago zraka ali največjo količino vodne pare, ki jo zrak pri dani temperaturi lahko sprejme, ter absolutne vlage, t. j. količina vodne pare, ki jo zrak v resnici vsebuje. Izraža se v odstotkih (Sušnik, 1992).

V Pravilniku o prezračevanju in klimatizaciji stavb (Ur. l. RS, št. 42/2002, 105/2002) je predpisano, da mora biti relativna vlaga taka, da s svojim neposrednim oziroma posrednim učinkom ne vpliva na ugodje in zdravje ljudi ter ne povzroča nastanka površinske kondenzacije na stenah. Pri temperaturi zraka med 20 in 26 °C je območje dopustne relativne vlažnosti med 30–70 odstotkov.

V Pravilniku o zahtevah za zagotavljanje varnosti in zdravja delavcev na delovnih mestih (Ur. l. RS, št. 89/1999, 39/2005, 43/2011) je navedena maksimalna vlažnost zraka v odvisnosti od temperature zraka, ki se nanaša na mehansko prezračevanje. Delodajalec, ki delovni prostor prezračuje s prezračevalno ali klimatsko napravo, mora zagotoviti, da naprava dovaja zrak v tolikšnih odstotkih relativne vlažnosti, da zagotavlja delavcem udobje pri delu. Določeno je, da relativna vlažnost dovedenega zraka ne sme biti nižja od 30 odstotkov.

Hitrost gibanja zraka

Hitrost gibanja zraka v delavčevem okolju pomembno vpliva na izmenjavo toplote s konvekcijo in z izparevanjem. Na hitrost gibanja zraka vplivajo zasnova in izvedba prezračevalne naprave in nepravilnosti, kot so odprta okna, vrata in zunanje meteorološke razmere, pa tudi lokalni viri na delovnem mestu, kot so vrteči ali gibajoči se deli strojev in drugih delovnih sredstev (Gspan, 2004). V 13. členu Pravilnika o prezračevanju in klimatizaciji stavb (Ur. l. RS, št. 42/2002, 105/2002) je navedeno, da je gibanje zraka v prostoru pri optimalni občuteni temperaturi dopustno, če je odstotek nezadovoljnih uporabnikov prostora manjši od 25 odstotkov – po metodologiji iz standarda SIST CR 1752, točka A.2.4.3.

Hitrosti gibanja zraka ne smejo biti presežene pri normalnem delovanju sistema, presežena so lahko samo pri časovno omejenem intenzivnem prezračevanju (13. člen Pravilnika o prezračevanju in klimatizaciji stavb, Ur. l. RS, št. 42/2002, 105/2002). V Prilogi I Pravilnika o zahtevah za zagotavljanje varnosti in zdravja delavcev na delovnih mestih (Ur. l. RS, št. 89/1999, 39/2005, 43/2011) so določeni sistemi naravnega prezračevanja s predpostavljenimi hitrostmi gibanja zraka. Poleg zgoraj opisanih mikroklimatskih parametrov sta za zagotavljanje zdravega delovnega mesta pomembna tudi parametra osvetljenost in hrup na delovnem mestu.

Osvetljenost

Oko je čutilni organ, ki zaznava svetlost predmetov in okolice. Oko se mora na okolico nenehno prilagajati. Naprezajoče za organ je takrat, ko so velike razlike svetlosti v neposrednem vidnem polju med njim in bližnjo ter daljno okolico. Posledice se lahko kažejo kot bolečine v očeh in glavi, splošno neugodje in hitro ter nepotrebno utrujanje (Bilban, 2005).

Razsvetljava je potrebna za opravljanje skoraj vseh delovnih opravil. Vpliva na psihično počutje in s tem tudi na delovni učinek. S porastom osvetljenosti raste hitrost zaznavanja, zmanjša pa se reakcijski čas (Bilban, 2005).

Po Evropskem standardu SIST EN 12464-1:2011 je za »buffet« (lokal) predpisana osvetljenost 300 lx. Standard navaja, da je za dobro prakso osvetljenosti nujno potrebno, da se zagotovi zahtevana osvetljenost, njena kakovost in kvantiteta. Zahtevana osvetljenost je določena z zadovoljevanjem treh osnovnih človeških potreb:

- ☐ vizualno udobje, v katerem se delavci ugodno počutijo in indirektno prispeva k višji produktivnosti,
- ☐ vizualna zmogljivost, kjer delavci lahko opravljajo vse delovne naloge tudi pri težjih okoliščinah in daljšem obdobju in
- ☐ varnost.

Hrup

Hrup je dejavnik, ki obremenjuje vpliva na nas in škoduje zdravju. Ima tri različne učinke:

- psihološke: vznemirjenje, stres in jeza (vodi do zmanjšanje delovne učinkovitosti),
- zmanjšuje sposobnosti zaznav: ovira sluh pri zaznavanju besed ali opozorilnih signalov (narašča tveganje za nesreče),
- fiziološke: okvara notranjega ušesa (nepopravljivo) (Polajnar idr., 2003).

Priloga 1 Pravilnika o varovanju delavcev pred tveganji zaradi izpostavljenosti hrupu (Ur. l. RS, št. 17/2006, 18/2006, 43/2011) definira največje dopustne ekvivalentne ravni hrupa za nemoteno delo pri posameznih vrstah delovnih opravil.

3 Poklic natakar

Natakar je oseba, ki mora biti pripravljena gostom ponuditi pijače, ki so na razpolago, pri čemer se mora ozirati na želje in potrebe gostov. Delo natakarjev zahteva ročno spretnost in dobro vidno-ročno koordiniranost. Pri izstavitvi računa in ravnanjem z denarjem mora znati dobro matematično preračunavati. Natakar mora imeti dobre komunikativne sposobnosti in spomin zaradi naročanja več stvari hkrati in pri več mizah (Meggeneder in Pospischil, 1993).

3.1 Pogoji dela

Delo natakarjev veliko časa poteka v hrupnem okolju zaradi pogovorov gostov in konstantne, mogoče preglasne glasbe. Večina večernega delovnega časa velikokrat poteka pri slabi osvetljenosti lokala, saj delo opravljajo pri umetni osvetljavi. Prezračevanje z odpiranjem oken in odpiranjem zunanjih vrat lahko privede do prepiha. Nepristana hoja in stoja predstavljata velik psihični napor, kot tudi prisilen nasmešek na obrazu. Naporno je tako nočno kot izmensko delo (Meggeneder in Pospischil, 1993).

Natakar opravlja lažje do srednje težko delo, kjer prevladuje stoja in hoja. Zaradi sil (nošenje pladnja s pijačo) se napor dela kaže na aksialnem skeletu. Nepravilna drža pladnja lahko privede do poklicne deformiranosti. Neustrezni mikroklimatski pogoji (mraz, preprih, vlažnost) lahko povzročijo nastanek mišično-skeletnih obolenj. Ponavljajoči se gibi ramenskega obroča privedejo do preobremenitev. Ženske, ki svoje delovne naloge opravljajo pretežno v stoječem položaju, občutijo utrujenost mišic trebušne votline in medeničnega dna, ki se lahko kaže v deslokaciji maternice. Pri nosečih ženskah je nevarnost predčasnega poroda kar dvakrat večja kot pri ženskah s prevladujočim sedečim delom. Dolgotrajni stoječi položaj privede do preobremenitev žil in nastanka edemov ali varic (Meggeneder in Pospischil, 1993). Pogosta prisilna drža zgornjih okončin, časovne stiske in manjkajoče pavze, ki se pri tem poklicu pogosto pojavijo, pripeljejo do utrujenih mišic, ki ne morejo normalno funkcionirati v primerjavi z zdravimi, močnimi mišicami. Predvsem nočno delo povzroča bolezni

prebavil, h katerim še pripomore časovna stiska, delo pri umetni svetlobi ter prekomernem hrupu, kar povzroča psihično obremenitev (Meggeneder in Pospischil, 1993).

3.2 Obremenitve in škodljivosti pri delu natakarjev

Pri delu natakarjev se pojavlja več vrst obremenitev in posledično škodljivih dejavnikov na zdravje. Omenjamo tri prevladujoče, kot so:

- ☐ parametri toplotne obremenitve,
- ☐ osvetljenost in
- ☐ hrup (Bilban, 1999).

4 Metode dela

Mikroklimatske parametre (hitrost gibanja zraka, temperatura zraka in relativna vlažnost) smo izmerili z merilnikom Testo 445 in osvetljenost z merilnikom Testo 545.

Meritve mikroklimе smo izvedli dvakrat, in sicer v dopoldanskem in v popoldanskem času. V času meritev so bila odprta vhodna vrata, klimatska naprava je bila izklopljena. Zunaj je bilo oblačno vreme.

Meritve osvetljenosti smo izvedli pri računalniku, na točilnem pultu, pri avtomatu za kavo ter za točilnim pultom. Meritve so bile opravljene v popoldanski izmeni, zvečer ob 21.35 uri. V času izvajanja meritev so bile prižgane vse svetilke. V lokalu je skupaj devet varčnih svetil na stropu, od katerih dve ne delujeta, ter tri svetila nad točilnim pultom.

5 Rezultati in razprava

Povprečna temperatura zraka na delovnem mestu je znašala dopoldne $28,20\text{ °C} \pm 0,33\text{ °C}$ in popoldne $24,80\text{ °C} \pm 1,00\text{ °C}$. Pri dopoldanskih meritvah so bile temperature višje in glede na čas, v katerem smo jih izvajali, je bilo to pričakovano, saj smo meritve mikroklimе v popoldanskem času izvajali ob 21:30 uri, ko se je za nekaj stopinj Celzija ozračje ohladilo. 25. člen Pravilnika o zahtevah za zagotavljanje varnosti in zdravja delavcev na delovnem mestu (Ur. l. RS, št. 89/1999, 39/2005, 43/2011) navede, da mora delodajalec zagotoviti takšno temperaturo v delovnih prostorih med delovnim časom, da bo ustrezala fiziološkim potrebam delavcev glede na naravo dela in fizične obremenitve. V omenjenem pravilniku je določeno, da temperatura v delovnih prostorih ne sme presegati 28 °C . Izmerjena temperatura zraka ne ustreza predpisom po pravilniku, vendar zaradi narave dela (delo ni fizično naporno) in zaradi majhne temperaturne razlike ($< 0,5\text{ °C}$) problema posebej ne bi izpostavljali. Predlagali bi klimatizacijo delovnega prostora.

Povprečna relativna vlažnost v prostoru je znašala $49,20\text{ odstotka} \pm 3,33\text{ odstotka}$ v dopoldanskem času in $64,33\text{ odstotka} \pm 2,77\text{ odstotka}$ v popoldanskem času. Meritve smo opravljali v času merjenja temperature. 22. člen Pravilnika o zahtevah za zagotavljanje varnosti in zdravja delavcev na delovnem mestu (Ur. l. RS, št. 89/1999,

39/2005, 43/2011) določa maksimalno dovoljeno relativno vlažnost v odvisnosti od temperature, in sicer pri maksimalni relativni vlažnosti 80 odstotkov je predpisana temperatura zraka enaka ali manjša 20 °C, ter pri maksimalni relativni vlažnosti 55 odstotkov je predpisana temperatura zraka enaka ali manjša 28 °C. Rezultati meritev relativne vlage ne presegajo določbe tega pravilnika. Delodajalec je v primeru neustrezne relativne vlažnosti v delovnem prostoru dolžan zagotoviti takšen dovod zraka, ki zagotavlja udobje delavcev pri delu.

Vzporedno z meritvami temperature zraka in relativne vlažnosti smo merili tudi hitrost gibanja zraka. Rezultati so pokazali, da je povprečna hitrost gibanja zraka dopoldan $0,37 \text{ ms}^{-1} \pm 0,38 \text{ ms}^{-1}$ in popoldan $0,21 \text{ ms}^{-1} \pm 0,19 \text{ ms}^{-1}$. V Prilogi 1 Pravilnika o prezračevanju in klimatizaciji stavb (Ur. l. RS, št. 42/2002, 105/2002) je navedeno, da je dovoljena hitrost gibanja zraka odvisna od temperature. Najnižja izmerjena temperatura je bila 23,7 °C in najvišja izmerjena hitrost gibanja zraka 0,12 ms⁻¹. Omenjena priloga navaja, da je pri 22 °C hitrost gibanja zraka lahko $\leq 0,22 \text{ ms}^{-1}$. Rezultati meritev hitrosti gibanja zraka v obravnavanem gostinskem lokalu ustrezajo zahtevam pravilnika, saj ne presegajo predpisanih vrednosti.

V tabeli 1 so prikazani rezultati meritve mikroklimе v dopoldanskem času in v tabeli 2 v popoldanskem času.

Tabela 1: Meritve mikroklimе v dopoldanskem času

<i>Lokacija</i>	<i>Temperatura zraka [°C]</i>	<i>Relativna vlažnost [%]</i>	<i>Hitrost gibanja zraka [ms⁻¹]</i>
Za pultom	27,80	51,20	0,12
Pri mizi	28,10	52,20	0,04
Zunaj	28,70	44,20	0,94
Povprečna vrednost	28,20	49,20	0,36
Absolutna napaka	0,33	0,33	0,38

Tabela 2: Meritve mikroklimе v popoldanskem času

<i>Lokacija</i>	<i>Temperatura zraka [°C]</i>	<i>Relativna vlažnost [%]</i>	<i>Hitrost gibanja zraka [ms⁻¹]</i>
Za pultom	26,30	60,80	0,12
Pri mizi	24,40	63,70	0,01
Zunaj	23,70	68,50	0,51
Povprečna vrednost	24,80	64,33	0,21
Absolutna napaka	1,00	2,78	0,20

Povprečna osvetljenost delovnega prostora je bila $170 \text{ lx} \pm 22 \text{ lx}$. Po evropskem standardu SIST EN 12464-1:2011 je za gostinske bare oziroma lokale predpisana osvetljenost 300 lx. Rezultati izmerjene osvetljenosti v lokalu ne ustrezajo omenjenemu standardu. Na delovnem mestu in tudi v bivalnem okolju je potrebna ustrezna osvetljenost za zadovoljevanje treh osnovnih človeških potreb: vizualno udobje, vizualna zmogljivost in varnost. Če tega ni, lahko pride do nezgode na delovnem mestu, do večjega psihičnega stresa in do poškodb očesa. Do poškodb lahko pride na primer pri pripravi

toplih napitkov, kot so kava, kakav, kjer se delavec lahko opeče. Pri slabi osvetlitvi se oko napreza, slabša je koncentracija, kar privede do napak pri delu in posledično nastopi utrujenost (npr. pri štetju denarja je potrebna natančnost in dobra koncentracija natakarka). V opazovanem lokalu potrebujejo zaposleni večjo osvetljenost pri blagajni in pri pripravi naročil.

Rezultati osvetljenosti so prikazani v tabeli 3.

Tabela 3: Rezultati osvetljenosti

<i>Mesto meritve</i>	<i>Izmerjena osvetljenost [lx]</i>
Pri računalniku	155
Na točilnem pultu	175
Pri avtomatu za kavo	141
Za točilnim pultom	209
Povprečna vrednost	170
Absolutna napaka [+ / -]	22

6 Sklep

Rezultati mikroklimatskih razmer kažejo, da so temperatura, relativna vlažnost in hitrost gibanja zraka ustrezni za opravljanje dela natakarka. Izmerjene vrednosti osvetljenosti niso ustrezne glede na zahteve standarda SIST EN 12464-1:2011. Rezultati osvetljenosti na delovnem mestu za pultom, kjer je osvetljenost največja, prav tako ne dosegajo zahtev evropskega standarda za osvetljenost. Nedelujoča svetila bi bilo potrebno zamenjati z novimi; če tudi to ne bo dovolj, naj svetila zamenjajo z močnejšimi. Večja osvetljenost delovnega mesta pomeni večjo varnost, manjše naprezanje oči in boljše počutje natakarkov pri delu.

Vsako delo je lahko za delavca naporno, naj bo to delo zidarja, ki dela na vročem soncu ali na mrazu in dviguje bremena, ali delo tajnice v pisarni, ki je ves dan za računalnikom v nepravilnem sedečem položaju. Pri oblikovanju delovnih mest ne smemo zanemariti pomena mikroklimatskih parametrov na zdravje delavcev, saj neustrezni mikroklimatski pogoji lahko vodijo do nastanka poklicnih obolenj in posledično odsotnosti delavcev z delovnih mest.

Zdravo in pravilno oblikovana delavna mesta ne vplivajo samo na zdravje ljudi, ampak imajo v današnjem času velik pomen na finančno konstrukcijo delovnih organizacij.

LITERATURA

1. Bilban, M. (1999). *Medicina dela*. Ljubljana: Zavod za varstvo pri delu.
2. Bilban, M. (2005). *Medicina dela za študente tehniške varnosti*. Ljubljana: Zavod za varstvo pri delu.
3. Gspan, P. (2004). *Praktične smernice za preiskave delovnega okolja: toplotne razmere*. Ljubljana: Zavod za varstvo pri delu.

4. Meggeneder, O. in Pospischil, E. (1993). *Arbeitsmedizinisches Handbuch der Berufe*. Linz: R. Trauner.
5. Molan, M. (1999). Psihološki vidik ergonomije delovnega mesta. V M. Bilban (ur.), *Strokovni posvet Ergonomija v medicini dela* (str. 37–43). Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za medicino dela.
6. Polajnar, A. in Verhovnik, V. (2007). *Oblikovanje dela in delovnih mest za delo v praksi*. 2. Maribor: Fakulteta za strojništvo.
7. Polajnar, A., Verhovnik, V., Sabadin, A. in Hrašovec, B. (2003). *Ergonomija*. Maribor: Fakulteta za strojništvo.
8. Pravilnik o prezračevanju in klimatizaciji stavb (Ur. l. RS, št. 42/2002, 15/2005).
9. Pravilnik o zahtevah za zagotavljanje varnosti in zdravja delavcev na delovnih mestih (2011). Uradni list Republike Slovenije, št. 89, 39, 43.
10. SIST EN 12464-18 (2011). *Light and lighting - Lighting of work places - Part 1: Indoor work places*.
11. Sušnik, J. (1992). *Ergonomska fiziologija*. Radovljica: Didakta.

Preprečevanje okužb pri uporabi centralnih venskih katetrov

UDK 615.472.5:611.4

616-022.1

KLJUČNE BESEDE: centralni venski katetri, preprečevanje okužb, izobraževanje

POVZETEK – Centralni venski katetri (v nadaljevanju CVK) so nujno potrebni pri zdravljenju kritično bolnih, saj omogočajo neposreden dostop do znotrajžilnega prostora in hemodinamski monitoring. CVK poveča tveganje za nastanek okužbe, vsi zapleti pa močno podaljšajo čas hospitalizacije in s tem povečujejo tudi stroške zdravljenja. Z izobraževanjem medicinskih sester, s sodobno zdravstveno nego in uporabo sodobnih materialov za oskrbo vbojnega mesta pa lahko te zaplete preprečimo ali omejimo. Raziskava temelji na deskriptivni in kvantitativni metodi raziskovanja. Potekala je v Splošni bolnišnici Brežice na oddelku za anesteziologijo, reanimatologijo in intenzivno zdravljenje (CIT). Vzorec raziskave je zajemal vse odstranjene konice CVK, ki so bili vstavljene na oddelku CIT v letu 2011 in 2012. Rezultati raziskave so pokazali, da je delež koloniziranih (okuženih) CVK v letu 2012 bistveno nižji kot vsa predhodna leta. S celostno obravnavo pacienta in s timskim delom ter z uvedbo različnih standardnih ukrepov lahko pripomoremo k nižji incidenci koloniziranih CVK ter varnosti pacienta.

UDK 615.472.5:611.4

616-022.1

KEY WORDS: central vein catheter, infection prevention, education

ABSTRACT – CVCs (central venous catheters) are necessary for the treatment of critically ill patients, enabling direct access to the vascular space and hemodynamic monitoring. During the insertion of CVC, the patient is exposed to several risks (pneumothorax, bleeding). CVC in comparison to other methods increases the risk of infection and all these complications greatly extend the period of hospitalisation and thus increase the cost of treatment. By educating nurses in modern nursing care and the use of modern materials in order to take care of the injection site, we can prevent or limit complications. The study is based on the quantitative methodology. The descriptive method was used to describe and analyse the collected data. The study was conducted at the Brežice General Hospital, the Department of Anesthesiology, Resuscitation and Intensive Therapy (CIT). The survey sample included all the removed tips of the central venous catheters (CVC) that were inserted in the CIT ward in 2011 and 2012. The results showed that the proportion of colonised (infected) CVCs in 2012 was significantly lower compared with all the previous years. The holistic treatment of the patient and teamwork and the introduction of a variety of standard measures ensure patient safety.

1 Uvod

Medicinske sestre se v enotah intenzivne terapije vse pogosteje srečujejo s pacienti, ki imajo vstavljen centralni venski kateter. Uporaba CVK je postal rutinski postopek v zdravljenju kritično bolnih pacientov. Gre za invazivni poseg, ki ima lahko terapevtski in diagnostični namen. Omogoča nam možnost intravenskega vnašanja zdravil in infuzijskih raztopin v telo, obenem pa lahko poveča možnost okužb in zapletov pri pacientu. Za uvedbo CVK se odloči zdravnik na osnovi pacientovega zdravstvenega stanja. CVK vstavijo samo takrat, kadar je indikacija upravičena in le za toliko časa, kot je potrebno.

2 Centralna venska kateterizacija

Centralna venska kateterizacija pomeni vstavitve katetra v veno cavo superior preko vene subclavije, jugularne vene ali periferne vene (vene cephalice ali vene basilice) pred ali v desni atrij. V nekaterih primerih lahko venski kateter vstavijo tudi v femoralno veno.

Uvajanje CVK izvajajo po aseptični metodi dela in zahteva strokovno usposobljeno osebje. Izvajalec je zdravnik, diplomirana medicinska sestra pa asistent. Pri vstavitvi CVK upoštevamo naslednje: higieno rok, maksimalne barierne ukrepe, čiščenje kože z klorheksidinskim antiseptikom, optimalno izbiro katetra in mesto vstavitve (Duchscherer idr., 2012). Zdravniki se praviloma odločajo za vstavitve CVK preko vene subklavije na levi strani prsnega koša zaradi anatomske ugodnejšega poteka leve vene subklavije. Po končani vstavitvi CVK zdravnik naroči rutinsko rentgensko slikanje pljuč, da potrdi lokacijo CVK in preveri morebitno možnost za zaplete. Kanadski inštitut za varnost pacientov (Duchscherer idr., 2012) priporoča pristop preko vene subklavije. Pri otrocih pa je izbira mesta bolj zapletena, najpogosteje uporabljajo interno veno jugularis ali veno femoralis.

Naloge diplomirane medicinske sestre pred uvajanjem CVK, med njim in po njem so številne. Pred posegom skrbimo za pripravo prostora, pacienta in materiala. Med posegom asistiramo zdravniku in spremljamo vitalne znake pacienta. Po posegu poskrbimo za odpadni material, ki ga ločujemo skladno s predpisi naše bolnišnice, nadzorujemo vbodno mesto, sledi nadaljnja oskrba CVK in pacienta. Na koncu posega vse dokumentiramo na obrazec »vstavitve in opazovanje CVK«.

Medicinske sestre smo pogosto pobudnice za vstavitve CVK, kadar ocenimo, da ima CVK prednost pred perifernim venskim pristopom.

2.1 Namen vstavitve centralnega venskega katetra

O pogojih za vstavitve CVK začnemo razmišljati že ob predpisu intravenozne terapije, saj zgodnje odkrivanje potreb po vstavitvi CVK koristi tako pacientu kot zdravstvenemu osebju. Pri odločitvi za CVK je treba upoštevati najprimernejšo vrsto katetra in najboljše mesto kateterizacije, ki bo zagotovilo najmanj tveganja za pacienta (Moureaux, 2006).

CVK nam omogoča vnos večjih količin tekočin v žilni obtok, hidracijo in vzdrževanje elektrolitskega ravnovesja, merjenje centralnega venskega pritiska, dajanje nekaterih zdravil, ki okvarijo periferne vene (hipertonične raztopine, citostatiki, vazopresorji, kalijev klorid, maščobne emulzije, itd.), popolno parenteralno prehrano (Šmitek, Krist, 2008). Za aplikacijo krvi in drugih krvnih pripravkov se odločimo le v izjemnih primerih, kadar ni druge možnosti in enako velja za jemanje vzorcev krvi preko CVK. Pri tem pa moramo biti posebej pozorni na pravilno tehniko odvzema vzorca.

Poleg omenjenih prednosti CVK Dougherty (2006) omenja tudi njegove slabosti. CVK v primerjavi z drugimi metodami poveča tveganje okužbe in tromboze, med vstavitvijo CVK je pacient izpostavljen več tveganjem (pnevmotoraks, krvavitev), za

nekatero paciento je lahko postopek kateterizacije travmatičen, pri vstavitvi je v nekaterih primerih potrebna splošna anestezija, poleg tega pa lahko pri pacientu vpliva tudi na nezadovoljstvo glede mobilnosti in videza (Dougherty, 2006). Namen vstavljanja CVK je lahko različen, vedno pa je cilj pacientova varnost in zdravje.

3 Kateterske okužbe

Uporaba CVK se v svetu povečuje in s tem se tudi povečuje možnost za nastanek sepse ali bakteriemije v zvezi z žilnim pristopom. Ker pa CVK predstavljajo neposredno povezavo med okoljem in notranjostjo telesa (krvni obtok), so pomemben vir bolnišničnih okužb. Glede na raziskavo o bolnišničnih okužbah v slovenskih bolnišnicah iz leta 2001 se je pri vsakem četrtem pacientu pojavila ena od oblik omenjenih okužb (Klavs, 2003), v ZDA pa je v bolnišnicah na leto do 250.000 primerov s katetri povezanih okužb (O'Grady idr., 2011).

Možni viri za kontaminacijo venskih katetrov so najpogostejše roke zaposlenih, poleg tega pa še pacientova kožna flora, kontaminiran kateter ob uvajanju, kontaminirana infuzijska raztopina, kolonizacija vstopnega mesta ali lumna katetra ter mikroorganizmi iz vnetnih žarišč v telesu (Šmitek, Krist, 2008).

4 Ukrepi za preprečevanje kateterskih okužb

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) v svojih smernicah poudarja, da strogo upoštevanje priporočil higiene rok, uporaba aseptičnih tehnik med vstavitvijo in oskrbo CVK so najpomembnejši ukrepi za preprečevanje kateterskih okužb.

Pomembno je, da se zdravstveno osebje zaveda nevarnosti in pozna načine okužb CVK, takoj zatem pa so pomembni higienski ukrepi, zagotavljanje aseptičnih pogojev dela ter uveljavljeni načini rokovanja z venskimi katetri, kot so: dosledno upoštevanje higienskih standardov, zagotavljanje aseptičnih pogojev pri vstavljanju, zagotavljanje sterilnosti povezave CVK, vstopnih lumnov in njihove bližine, pripomočkov, stičišč ipd., upoštevanje smernic komisije za preprečevanje bolnišničnih okužb, zagotavljanje preglednosti in varnosti vstopnega mesta s pacientom prijaznimi materiali (Šmitek, Krist, 2008).

O'Grady idr. (2011) v svojem članku povzemajo priporočila za preprečevanje s katetri povezanih okužb, do katerih so prišli na podlagi temeljite analize dela. Po njihovem mnenju mora biti medicinsko osebje ustrezno usposobljeno na področju indikacij za uporabo CVK, uvajanja in vzdrževanja ter ustreznih ukrepov za preprečevanje okužb, občasno pa bi morali vsi zdravstveni delavci preveriti svoje znanje in upoštevati smernice na tem področju. S katetri naj bi delalo samo za to usposobljeno osebje, priporočajo pa tudi, naj se za delo s katetri usposobi več medicinskega osebja, saj naj bi se s pogostejšimi stiki s pacienti zmanjšalo število okužb.

Optimalna izbira vbodnega mesta – mesto vstavitve katetra lahko za pacienta predstavlja velik dejavnik tveganja za nastanek kasnejše kateterske okužbe zaradi lokalne naravne bakterijske flore. Študije so pokazale višjo stopnjo koloniziranih konic CVK, ki so bili vstavljeni preko vene femoralis, znatno nižja incidenca koloniziranih konic pa je bila pri katetrih, vstavljenih preko vene jugularis in vene subklavije. V primeru, da je vena subklavija kontraindicirana, izbiramo med femoralno in jugularno veno glede na indeks telesne mase pacienta. V razmislek moramo vzeti tudi tveganje za tromboflebitis, ki je večji pri femoralnem pristopu (Frasca idr., 2010, str. 226–227).

Polderman in Girbes (2002, str. 21) priporočata pri daljši vstavitvi CVK, ki traja več kot en teden, pristop preko vene subclavie. Enaka priporočila navajajo tudi smernice CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (2010).

Maksimalni barierni ukrepi – so eden ključnih členov za zmanjšanje kateterskih okužb. Pri vstavitvi CVK strogo upoštevamo higieno rok (umivanje in razkuževanje) in uporabo zaščitnih sredstev, kot so kapa (pokriva celotno lasišče), maska (tesno pokriva nos in usta), sterilni plašč (dolgi rokav) in sterilne rokavice. Za pacienta je pomembno, da je v celoti pokrit s sterilno kompresom, ki ima odprtino na mestu vboda. Številne študije so pokazale, da upoštevanje maksimalnih bariernih ukrepov bistveno zmanjša verjetnost za razvoj kateterske okužbe (Duchscherer idr., 2012).

Uporaba klorheksidinskega antiseptika – po priporočilih CDC se za pripravo in oskrbo vbodnega mesta daje prednost 2-odstotni klorheksidin glukonat (CHG) v 70-odstotnem izopropilnem alkoholu. Enakega mnenja je tudi Kanadski inštitut za varnost pacientov (CPSI), ki opozarja na pravilno tehniko čiščenja vbodnega mesta, predvsem dajajo pomen na dolžino in čas razkuževanja. Pomembno je, da se antiseptik na koži posuši (Duchscherer idr., 2012).

Številne študije v ZDA in Veliki Britaniji so potrdile zelo visoko učinkovitost antiseptika, ki naj bi skupaj z drugimi priporočili zmanjšal okužbe CVK. 2-odstotni CHG je učinkovitejši od joda. Za razliko od joda, ki potrebuje 2 minuti za protimikrobno delovanje, 2-odstotni CHG takoj uniči mikroorganizme in ostane aktiven tudi v prisotnosti krvi (Elliot, 2007).

Dnevno preverjanje potrebe po centralnem venskem katetru – CVK pogosto ostanejo vstavljeni dlje časa, kot bi bilo to potrebno zaradi priročnega dostopa do znotrajžilnega prostora. Zdravstveni delavci premalokrat pomislimo na to, da bi bilo potrebno CVK odstraniti takoj, ko ta ni več potreben, čeprav je jasno, da se tveganje za okužbo poveča glede na število kateterskih dni.

Polderman in Girbes (2002, str. 21) ugotavljata, da če je CVK vstavljen manj kot 3 dni, tveganja za okužbo praktično ni. Če je vstavljen 3 – 7 dni, se tveganje za okužbo poveča za 3 – 5 odstotkov. Kadar pa je CVK vstavljen dlje od 7 dni, pa se tveganje poveča na 5 – 10 odstotkov.

Priporočila CDC navajajo, da rutinska menjava CVK ni potrebna za CVK, ki so funkcionalni in ne kažejo nobenih zapletov ali znakov okužb. Odsvetujejo pa menjavo začasnih CVK preko žice zaradi prisotnosti bakterij iz naravne kožne flore (O'Grady idr., 2002, str. 10).

BIO-PATCH obliž – je antibakterijska obloga, sestavljena iz hidrofilne poliuretanske vpojne pene in klorheksidin glukonata in je namenjena zmanjševanju sistemskih in lokalnih infekcij na vbodnem mestu in okolici. Zaradi penastega materiala ima visoko raven vpojnosti tekočine in deluje antibakterijsko. Blazinica CHG tako zavira rast in razmnoževanje bakterij ter do 60 odstotkov zmanjša okužbe krvi, ki so povezane s CVK (Crawford idr., 2004, str. 672). Namesti se ob vstavitvi CVK, in sicer na dobro osušeno vbodno mesto, na katerem objame CVK. Modro obarvana stran je na vrhu, bela stran blazinice, ki vsebuje CHG, pa mora biti v stiku z pacientom. Menjamo jo, ko je premočena ali krvava oziroma vsakih tri dni. Preko CHG blazinice namestimo še polprepustni transparentni obliž, ki ima visoko prepustnost za vlago in s tem pomembno zmanjša možnost za okužbo, zgornja površina pa je vodoodporna in nudi oviro pred zunanjo kontaminacijo.

Naj omenim še sodobni transparentni obliž za prekrivanje vbodnega mesta, ki ima integrirano protimikrobno blazinico iz gela, ki vsebuje CHG. Obliž z gelom CHG zagotavlja večje območje s protimikrobno aktivnostjo in onemogoča rast bakterij na koži. Nameščen lahko ostane do sedem dni.

Sodobni brezšivni način pritrdjevanja centralnega venskega katetra – V sodobni zdravstveni negi uporabljajo brezšivne načine pritrdjevanje CVK, ki pacientu zagotavlja več udobja, saj ne vključuje šivanja, pa tudi kateter je varneje imobiliziran. Mesto, kjer je integriteta kože prekinjena, predstavlja nevarnost za razvoj okužbe. Mikroorganizmi se lahko širijo od okužbe šivnih ran proti vstopnemu mestu katetra. Novi pritrdjevalni sistemi (StatLock) tako zmanjšajo tveganje za okužbo, saj ne zahtevajo šivanja.

Drugi preventivni ukrepi vključujejo tudi menjavo infuzijskih sistemov in linij ter uporabo brezigelnih konektorjev. Infuzijske sisteme in linije menjamo vsakih 24–72 ur. Infuzijske sisteme, po katerih dovajamo pacientu glukozo, maščobne raztopine, aminokisline, pa vsakih 24 ur. Infuzijski sistemi, po katerih teče kri in krvni pripravki, zavržemo neposredno po uporabi. Pri infundiranju Propofola, sistem menjamo na 12 ur, tako kot so priporočila CDC iz leta 2002. Brezigelne konektorje menjujemo na 7 dni oziroma po navodilih proizvajalca. Pred aplikacijo zdravil in infuzijskih tekočin konektor razkužimo s tamponom, prepojenim z 2-odstotnim CHG v alkoholu.

5 Izobraževanje medicinskih sester

Izobraževanje zaposlenih je eden izmed glavnih elementov za zagotavljanje kakovosti v zdravstvu. Vsak zdravstveni delavec je dolžan preprečevati bolnišnične okužbe, zato mora poznati načine nastanka, širjenja in preprečevanja okužb. Če želimo izboljšati kakovost dela in s tem zmanjšati okužbe, moramo k temu pristopiti vsi zdravstveni delavci, ki smo vpeti v delovni proces.

Strokovnjaki ocenjujejo, da je v bolnišnicah, ki imajo dobro organizirano službo za preprečevanje bolnišničnih okužb, 35 odstotkov manj okužb kot v drugih zdravstvenih ustanovah, ki takšne službe nimajo. Glavni cilj dejavnosti preprečevanja in obvla-

dovanja bolnišničnih okužb je zaščititi paciente, zdravstveno osebje in obiskovalce (Kotnik-Kevorkijan, 2006, str. 44).

Za izpeljavo izobraževanja in usposabljanja je pomembno psihosocialno okolje, medsebojni odnosi med timom in ustrezna komunikacija.

6 Metodologija

6.1 Namen in cilj raziskave

Namen raziskave je predstaviti sveženj ukrepov, ki so pripeljali do znižanja okužb CVK. Cilj raziskave pa je predstaviti dosežene rezultate v klinični praksi po realiziranem izobraževanju medicinskih sester.

6.2 Raziskovalna vprašanja

Postavili smo naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Ali se z dodatnim izobraževanje medicinskih sester, ki rokujejo s CVK, incidenca okužb CVK lahko zniža?
2. Ali lahko sodobni načini pri uvajanju in oskrbi CVK preprečijo okužbo CVK?

6.3 Raziskovalna metodologija

Uporabili smo deskriptivno metodo dela, s katero smo opisali zbrane in analizirane podatke. Raziskava je potekala v Splošni bolnišnici Brežice na oddelku za anesteziologijo, reanimatologijo in intenzivno zdravljenje (CIT). S sistematičnim iskanjem strokovne literature v knjižnicah in bibliografski bazi CINAHL smo pregledali in analizirali domačo in tujo literaturo ter druge vire. Tehnika zbiranja podatkov je obrazec Vstavitev in opazovanje CVK, ki nam omogoča oceno kakovosti zdravstvene nege in je podlaga za nadaljnjo raziskovanje in vrednotenje dela medicinskih sester v elementu preprečevanja okužb CVK.

6.4 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Kot metodo zbiranja podatkov smo se poslužili deskriptivne metode zbiranja podatkov, kot tehniko zbiranja podatkov pa smo uporabili kvantitativno tehniko.

6.5 Opis instrumenta

Kot instrument v raziskavi smo uporabili obrazec Vstavitev in opazovanje CVK. Obrazec je sestavljen iz štirih delov. V prvem delu so naslednji podatki: starost pacienta (nalepka s pacientovimi podatki); datum vstavitve; ime izvajalca-zdravnik, ki je uvedel CVK in ime asistenta – diplomirana medicinska sestra; kraj vstavitve; nujnost posega (načrtovan, urgenten, menjava katetra preko žice); vrsta CVK in število lumnov; mesto vstavitve CVK (vena subclavija, jugularis, femoralis), lokacija CVK (leva ali desna stran pacienta); globina CVK v centimetrih.

Drugi del obrazca se navezuje na izvedbo postopka vstavitve CVK: umivanje/razkuževanje rok in zaščitna sredstva (izvajalec in asistent); čiščenje vbodnega mesta; prekrivanje vbodnega mesta (preklana kompresja ali prekrivanje celotnega pacienta); nadzor sterilne tehnike skozi celoten postopek; število poizkusov vstavitve CVK; rez pred dilatacijo; način pritrditve katetra; material za oskrbo vbodnega mesta katera; radiološki nadzor lege CVK; videz vbodnega mesta. Tretji del obrazca je namenjen morebitnim zapletom (pnevmotoraks, krvavitev na mestu vboda, nepravilna lega in dolžina CVK). Četrty del obrazca pa je namenjen odstranitvi CVK, kjer beležimo vzrok odstranitve; ali je bila konica poslana na mikrobiološko analizo; rezultat mikrobiološke analize; kraj odstranitve katetra (CIT ali drugi oddelek); ime izvajalca odstranitve katetra.

6.6 Opis vzorca

Raziskava je potekala v Splošni bolnišnici Brežice na oddelku CIT. Raziskovalni vzorec je zajemal vse analizirane konice CVK, ki so bili vstavljeni na oddelku CIT v letu 2011 in 2012. V letu 2011 je bilo analiziranih 50 konic, v letu 2012 pa 33. Raziskovalni vzorec je zajemal analizirane konice CVK pacientov, pri katerih so se pojavili znaki okužbe vbodnega mesta CVK, ter vse konice, pri katerih smo posumili, da gre za kateetersko okužbo (povišana telesna temperatura, povišani vnetni parametri). V raziskavo niso bile vključene konice pacientov, kjer se je zdravljenje zaključilo zaradi smrti.

7 Rezultati in razprava

Vse konice CVK, ki so bile analizirane, so bile vstavljene na oddelku CIT, bodisi pred operativno ali ob sprejemu pacienta v CIT oziroma, ko je bila pri pacientu odkrita indikacija za vstavev CVK. V letu 2011 je bilo analiziranih 50 konic CVK, od tega je bilo 23 konic koloniziranih (46%). V letu 2012 je bilo analiziranih 33 konic CVK, od tega je bila 1 konica kolonizirana (3%), identificirani mikroorganizem je bil *Klebsiella pneumoniae*. Ker je bil delež koloniziranih konic v letu 2011 visok, smo zaznali potrebo po dodatnem strokovnem izobraževanju, da bi izboljšali nego in oskrbo pacienta z vstavljenim CVK. Odločili smo se za sveženj preventivnih ukrepov ter analizo preteklega dela.

Najpogostejše mesto vstavitve CVK v letu 2011 je bilo preko vene subklavije, in sicer 96 odstotkov, drugi (4%) pa preko vene jugularis, leta 2012 je bilo 97 odstotkov CVK vstavljenih preko vene subklavije, 3 odstotke pa preko vene jugularis. Kot lahko vidimo iz rezultatov, se zdravniki najpogosteje odločajo za vstavev CVK preko vene subklavije. Zdravnik osrednjo veno največkrat kateterizira po Seldingerjevi tehniki, ko skozi kanilo v žili najprej uvede žico, preko žice pa kateter. Omenjena tehnika naj bi veljala za najlažje in najbolj varno metodo uvajanja CVK. To mesto je tudi po smernicah CDC in Kanadskega inštituta za varnost pacientov najbolj priporočeno.

V letu 2011 je bil glavni razlog za odstranitev CVK vneto vbodno mesto, drugi najpogostejši razlog pa je bil povišana telesna temperatura skupaj s povišanimi vnetnimi

parametri. Ko smo analizirali empirične podatke smo ugotovili, da pri pacientih, ki so imeli narejen rez vbodnega mesta pred dilatacijo, je pogostejše prihajalo do krvavitve iz vbodnega mesta ter do okužb CVK. V letu 2012 pa je bil najpogostejši razlog odstranitve katetra dejstvo, da pacient ne potrebuje CVK in je subfebrilen. Medicinsko osebje, ki rokuje s CVK, se premalokrat vpraša, ali pacient še potrebuje CVK. Na oddelku CIT smo se odločili za ukrep dnevnega preverjanja potrebe po vstavljenem CVK, ki se je pokazal kot dober v preprečevanju nastanka okužb, povezanih s CVK.

CVK, ki so bili vstavljeni na oddelku CIT v letu 2011 in 2012, so bili pritrjeni z brezšivnim načinom pritrdjevanja (StatLock). Na vboдно mesto smo nameščali sodobne obloge (protimikrobni zaščitni obliž s klorheksidin-glukonatom ali BIO-PATCH). Preveze CVK v letu 2011 smo izvajali na 7 dni oziroma prej, če je bil obliž krvav, umazan ali odlepljen. Zaradi visoke incidence kolonizacij v letu 2011 smo se odločili, da v letu 2012 izvajamo preveze na 3 dni oziroma prej, če je obliž krvav, umazan ali odlepljen. Prav tako smo zamenjali antiseptik za razkuževanje kože, in sicer v letu 2011 smo uporabljali 0,5-odstotni CHG v alkoholu, v letu 2012 pa smo začeli uporabljati 2-odstotni CHG v 70-odstotnem izopropilnem alkoholu. Začeli smo dosledno upoštevati maksimalne barierne ukrepe, sprejeli smo tudi dogovor, da se sterilni set za centralno vensko kateterizacijo odpre šele takrat, ko je zdravnik sterilno oblečen (obvezen sterilni plašč z dolgimi rokavi).

Ker narašča trend pacientov z vstavljenim CVK, ki so premeščeni na drugi oddelek, smo zaznali, da prihaja do velikih razlik v kakovosti oskrbe CVK med CIT in drugimi oddelki. Kljub dodatnim izobraževanjem diplomiranih medicinskih sester iz drugih oddelkov smo se odločili, da odstranjevanje konic CVK na drugih oddelkih izvajajo diplomirane medicinske sestre iz oddelka CIT.

Frasca s sodelavci (2010, str. 231) navaja naslednje intervencije za preprečevanje okužb CVK: izdelava protokola za vstavev in oskrbo CVK, usposobljeno osebje, ki rokuje s CVK, zadostno število medicinskih sester, ki skrbijo za zdravstveno nego pacienta s CVK, izvajanje maksimalne bariere pri uvajanju CVK, uvajanje CVK preko vene subklavije, razkuževanje rok pred vsakim rokovanjem s konektorji, menjava preveze na 3 – 7 dni, izogibanje rutinski menjavi CVK, dnevno preverjanje potrebe po CVK. Tudi na oddelku CIT se poslužujemo omenjenih ukrepov.

Raziskava, ki smo jo izvedli na oddelku CIT, je pokazala, da z dodatnim izobraževanjem in usposabljanjem medicinskega osebja, ki rokuje s CVK, smo dosegli cilj in znižali število koloniziranih konic s 46 odstotkov na 3 odstotke. S sodobnimi oblogami za oskrbo CVK in brezšivnim načinom pritrdjevanja lahko zmanjšamo verjetnost za nastanek kateterske okužbe, ne predstavlja pa edini ukrep, ki bi preprečil okužbo CVK. Ker je delovno okolje naklonjeno spremembam, si prizadevamo, da bi v prihodnjem letu dosegli stanje brez okužb CVK.

8 Sklep

Leta 2008 smo v Splošni bolnišnici Brežice na oddelku CIT začeli spremljati okužbe CVK. Konice odstranjenih CVK smo pošiljali na mikrobiološko analizo. Ker je bil delež koloniziranih konic CVK v letu 2011 visok, smo zaznali potrebo po spremembah. Vsaka sprememba pa zahteva dodatno izobraževanje, zato smo v naši bolnišnici organizirali interno strokovno izobraževanje o oskrbi CVK. Izobraževanje je potekalo v obliki predavanj in učnih delavnic za vse medicinske sestre, ki rokujejo s CVK. V prvi fazi izobraževanja smo osvežili znanje o pomenu higiene rok in preprečevanju bolnišničnih okužb, povezanih s CVK, ki ga je v obliki učne delavnice pripravila diplomirana medicinska sestra za področje obvladovanja bolnišničnih okužb. Nato je sledilo predavanje o CVK in primer dobre prakse drugih slovenskih bolnišnic. V sklopu izobraževanja so potekale tudi učne delavnice, na katerih smo bili seznanjeni s sodobnimi materiali, ki so jih začeli uporabljati pri oskrbi CVK. Izobraževanje in dodatno usposabljanje je ključnega pomena za zdravstveni tim, ki rokuje s CVK.

Higiena rok in znanje o preprečevanju bolnišničnih okužb sta zelo pomembna dejavnika preprečevanja okužb CVK, ki jih je zaradi vse večjega števila tovrstnih pacientov razmeroma veliko. Pri preprečevanju zapletov pri CVK je namreč treba upoštevati celo verigo dejavnikov: od mesta vstavitve, vrste katetra, razkuževanja vbodnega mesta, higiene rok in preveze vbodnega mesta do načina pritrdjevanja, oblog za oskrbo CVK in menjavanja infuzijskih sistemov. Vendar je veriga le toliko močna, kolikor je močan njen najšibkejši člen. Sodobni materiali za prevezo CVK niso dovolj v boju preprečevanja okužb CVK. Menimo, da je ključnega pomena ustrezna higiena rok in dosledno upoštevanje maksimalnih bariernih ukrepov tako pri vstavljanju CVK kot pri prevezi vbodnega mesta. Prav tako pa je pomemben nadzor nad okužbami, saj nam daje vpogled v kakovost dela. Zato smo mnenja, da je potrebno mesečno spremljanje okužb CVK, saj na ta način lahko sproti vrednotimo kakovost dela oziroma oskrbo CVK. V ta namen smo prenovili že obstoječi obrazec Vstavitev in opazovanje CVK, na katerega dokumentiramo vse posebnosti v zvezi z vstavitvijo in opazovanjem katetra. Ker menimo, da bi bilo idealno, da bi za paciente, ki imajo vstavljene CVK, skrbele posebej za katetre zadolžene medicinske sestre, smo se odločili, da vsak mesec imenujemo »katetersko medicinsko sestro«, ki je zadolžena za preveze CVK in menjavo linij. Vse omenjene spremembe in podatki raziskave dokazujejo, da z izobraževanjem osebja, ki rokuje s CVK in uvedbo standardnih postopkov vstavitve in oskrbe CVK, lahko celotnemu zdravstvenemu timu uspe znižati število koloniziranih konic CVK.

LITERATURA

1. Crawford, A. G, Fuhr, J. P., Rao, B. (2004). Cost-Benefit Analysis of Chlohexidine Gluconate Dressing in the Prevention of Catheter Related bloodstream Infections. *The Journal of Infection Control and Hospital Epidemiology* avgust, str. 668–674.
2. Dougherty, L. (2006). *Central venous access devices: Care and management*. Oxford: Blackwell

- Publishing Ltd.
3. Frasca, D., Dahyot-Fizelier, C. in Mimos, O. (2010). Prevention of Central Venous Catheter-related Infection in the Intensive Care Unit. V J. L. Vincent (ur.), *Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine* (str. 223–234). Berlin: Springer-Verlag.
 4. Kotnik-Kevorkijan, B. (2006). Bolnišnične okužbe. *Medicinski Mesečnik*, 2, 41-44.
 5. Moureau, N. (2006). Vaskular safety: Its all about PICCs. *Nursing Management*, str. 22-7.
 6. O' Grady, N. P., Alexander, M., Burns, L. A., Patchen Dellinger, E., Garland, J., Heard, S. O., Lipsett, P. A., Masur, H., Mermel, L. A., Pearson, M. L., Raad II, Randolph, A. G., Rupp, M. E., Saint, S. (2011). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. V S. L. Gorbach (ur.), *Clinical Infectious Diseases* (str. e162-e193). Arlington: IDSA, HIVMA.
 7. Polderman, K. H. in Girbes, A. R. J. (2002). Central venous catheter use. *Intensive Care Med*, 28, 1–28.
 8. Šmitek, J. in Krist, A. (2008). Venski pristopi, odvzemi krvi in dajanje zdravil. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana.
 9. CDC: Guideline for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Bloodstream Infections Final Issue Review May 17, 2010. Pridobljeno 15. 9. 2013, s http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/BSI_guideline_IssuesMay17final.pdf.
 10. Duchscherer, G., Harries, B., Laporta, D. et al. (2012). Prevent Central Line Infections Getting Started Kit. Safer Healthcare Now. Pridobljeno 5. 10. 2013, s <http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/CLI/Documents/CLI%20Getting%20Started%20Kit.pdf>.
 11. Elliot, T. (2007). Bad Day For Bugs In Britain As DH Launches New HCAI Offensive. *Medical News Today*. Pridobljeno 15. 9. 2013, s <http://www.medicalnewstoday.com /releases/62358.php>.
 12. Klavs, I. Nacionalna presečna raziskava bolnišničnih okužb, Slovenija, 2001. Pridobljeno 15. 9. 2013, s http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/7d1c560a796c56a00d4_6dcd44e6e18be.pdf.
 13. O' Grady, N. P., Alexander, M., Dellinger, E. P, et al. (2002). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) MMWR Recomm Rep. 2002. Pridobljeno 16. 9. 2013, s <http://www.cdc.gov/mmWR/PDF/rr/rr5110.pdf>.

Vloga družinskega zdravnika in diplomirane medicinske sestre v preventivi arterioskleroze

UDK 616.13-004.6:614.2

KLJUČNE BESEDE: periferna arterijska bolezen, dejavniki tveganja, zdravniki, družinska medicina, diplomirani zdravstveniki, referenčne ambulate

POVZETEK – Prispevek obravnava problem preventivne arteriosklerotičnih zapletov z vidika zdravnika družinske medicine in diplomirane medicinske sestre. Z metodo primerjanja vezanih parov smo testirali razliko v zastopanosti dejavnikov tveganja za arteriosklerozo med skupino 87 bolnikov s periferno arterijsko boleznijo (PAB) in skupino 87 preiskovancev brez te bolezni. Pri bolnikih s PAB smo ugotovili pomembno večje število sladkornih bolnikov, kadičcev, oseb s hipertenzijo, fizično neaktivnih oseb in oseb s hiperlipidemijo. Spremljali smo rezultate ukrepov za spreminjanje rizičnega profila skupine s PAB. Na dejavnike tveganja je možno vplivati z relativno enostavnimi ukrepi, ki jih delimo na splošne in usmerjene. Splošni so namenjeni celotnemu prebivalstvu in temeljijo na sprejemanju načel zdravega načina življenja: pravilni prehrani, nekajenju in redni telesni aktivnosti. Med usmerjenimi ukrepi, ki sodijo na področje dela zdravnika družinske medicine in diplomirane medicinske sestre, navajamo iskanje ogroženih posameznikov, oceno stopnje ogroženosti in odstranjevanje prisotnih dejavnikov tveganja, zato je v primarni preventivi arterioskleroze pomembna zlasti vloga referenčne ambulate.

UDC 616.13-004.6:614.2

KEY WORDS: peripheral arterial disease, risk factors, family physician, registered nurse, reference clinic

ABSTRACT – The paper discusses issues related to the preventive atherosclerotic complications from the perspective of the family medicine specialist and the registered nurse. By means of the matched pair method, the difference in the frequency of the factors for atherosclerosis between a group of 87 patients with peripheral arterial disease (PAD) and a group of 87 examinees without PAD was tested. In the group with PAD, there was a significantly greater number of diabetics, smokers, hypertonics, physically inactive persons as well as persons with hyperlipemiam. The results of the measures to change the risk profile of the group with PAD have been observed. Rather simple preventive measures are therefore possible. General measures are designed for the entire population and aimed at teaching the principles of a healthy lifestyle, including a balanced diet, nonsmoking and regular exercise. Specific preventive measures, which include screening for high risk individuals, risk assessment, the elimination of risk factors, fall under the responsibility of the primary health care team. The role of reference clinics in primary prevention of atherosclerosis is emphasised.

1 Uvod

Bolezni srca in ožilja, predvsem ishemična bolezen srca, so pri nas in v razvitem svetu vodilni vzrok smrti in invalidnosti pri moških in ženskah visoke starosti. Številne epidemiološke raziskave so ugotovile povezavo med simptomatsko in asimptomatsko obliko ateroskleroze in zvečanim tveganjem za srčno-žilne dogodke, kot so srčna in možganska kap ter smrt (Hirsch idr. 2001; Mlačak, Blinc, Pohar in Stare, 2006). Periferna arterijska bolezen (PAB), ki prizadene približno 10 do 20 odstotkov ljudi, starejših od 65 let, je skupno poimenovanje za klinične slike, ki so posledica zožitve ali zamašitve večjih arterij na rokah in nogah. Gleženjski indeks (GI), ki ima 90-odstotno občutljivost in 100-odstotno specifičnost, je neinvazivna metoda za ugotavljanje PAB,

v zadnjih letih pa pridobiva vedno večji pomen tudi pri ocenjevanju koronarne ogroženosti in kardiovaskularne umrljivosti. Glede na to, da približno polovica bolnikov s koronarno boleznijo umre, še preden jim je nudena zdravniška pomoč, ima primarna preventiva znatno večjo vlogo pri zmanjšanju smrtnosti kot medicinski postopki ob pojavu bolezni (Wald in Law, 2003; Mlačak, 1995; Hirsch idr., 2001).

Strategija primarne preventive ateroskleroze temelji na splošnih in usmerjenih ukrepih za zmanjšanje ogroženosti celotnega prebivalstva. Splošni pogoji so usmerjeni k sprejemanju načel zdravega načina življenja: pravilni prehrani, nekajenju, redni telesni dejavnosti in psihični sprostitvi. Možni pristopi so posamezna in skupinska vzgoja ter delovanje v sredstvih javnega obveščanja.

Med splošne ukrepe spadajo tudi družbene dejavnosti za zaščito človekove okolice, zmanjšanje kajenja, obveščanje potrošnikov o sestavi industrijske hrane ter vodenje pozitivne prehrabene politike (dostopne cene sadja, zelenjave, rib in perutnine) (Donnelly in Yeung, 2002; Hirsch idr., 2001). Med usmerjene aktivnosti primarne preventive uvrščamo iskanje ogroženih posameznikov, oceno stopnje ogroženosti in odstranjevanje ali zmanjševanje vpliva prisotnih dejavnikov tveganja. Iskanje ogroženih posameznikov je naloga zdravnika družinske medicine in diplomiranega zdravstvenika v referenčni ambulanti. Zdravnik potrebuje za to malo časa, dodatne preiskave so hitre in v glavnem poceni. Za hitro oceno stopnje ogroženosti so potrebni anamnestični podatki o starosti, spolu, družinski ogroženosti od ateroskleroze, kajenju in stopnji telesne aktivnosti. Izmeriti moramo krvni tlak in določiti celotni serumski holesterol (pri mejno povišanih vrednostih tudi HDL holesterol) ter krvni sladkor. Merjenje je potrebno ponoviti dvakrat ali trikrat. Odstranjevanje slabo izraženih dejavnikov tveganja mora v začetku temeljiti na splošnih higiensko-dietetskih ukrepih, ki veljajo za celotno populacijo in mora biti čimbolj fiziološko. Če se nefarmakološki ukrepi izkažejo neučinkoviti, je potrebno poseči z ustreznimi zdravili (Norgen idr., 2007; Blinc in Poredoš, 2007). Cilj naše raziskave je ugotoviti, če se po ukrepanju spremeni »rizični profil« posameznika oziroma resnično zmanjša tveganje za nastanek PAB ali drugih zapletov ateroskleroze.

2 Metodologija

2.1 Vzorec

Preiskava je zajela dve skupini preiskovancev. V testni skupini je bilo 87 bolnikov s PAB med 53. in 87. letom starosti, povprečna starost je bila 71,4 leta, od tega 49 moških in 38 žensk. Med bolniki jih je 69 (79,3%) imelo I. stadij PAB in 18 (20,7%) II. stadij PAB po Fontaineu.

2.2 Raziskovalne metode

Uporabili smo metodo vzporejanja vezanih parov, tako da je bilo v kontrolni skupini tudi 87 preiskovancev. Vsakemu bolniku s PAB smo našli njegov par, najbližjega

soseda po mestu bivanja, približno iste starosti (+/- 1 leto), spolu in po možnosti z enakim poklicem. Skupini sta bili primerljivi po starosti, spolu in zahtevnosti poklica oziroma na poklic vezani telesni dejavnosti. V kontrolno skupino je bila oseba uvrščena, če so bile vrednosti gleženjskega indeksa od 0,91 do 1,30. PAB na spodnjih udih smo diagnosticirali z merjenjem sistoličnega krvnega tlaka s pomočjo ultrazvočnega doplerskega detektorja. Sistolični tlak na nadlahti smo merili s pomočjo živosrebrnega tlakomera po Riva- Rocciju, medtem ko smo tlak na arterijah stopala merili s pomočjo ultrazvočnega doplerskega detektorja. Merjenje perfuzijskih tlakov z doplerskim detektorjem smo opravili tako, da smo manšeto sfigmomanometra namestili ležečemu preiskovancu nad gleženj in z uporabo detektorja izmerili sistolični tlak v arteriji dorsalis pedis in arterijo tibialis posterior, nato pa izmerili tlak na obeh nadlahteh (London, 2008). Gleženjski indeks (GI) podaja razmerje med vrednostjo arterijskega tlaka, izmerjenega na gležnju (a.dorsalis pedis in a.tibialis posterior) in vrednostjo sistoličnega arterijskega tlaka, izmerjenega na nadlahti. Višino gleženjskega indeksa med 0,91 do 1,30 smo vrednotili kot normalen rezultat. Za patološko vrednost pri PAB smo imeli vrednost gleženjskega indeksa $< 0,9$. Ker neinvazivno merjenje gleženjskega tlaka odpove pri nestisljivosti arterij zaradi mediokalcinoze, ki je sorazmerno pogosta pri bolnikih s sladkorno boleznijo, ali napredovalo kronično ledvično odpovedjo, smo preiskovance z GI nad 1,3 izločili iz raziskave. Dejavnike tveganja za aterosklerozo, tj. hipertenzijo, hipholesterolemijo, kajenje, diabetes, debelost, fizično (ne)aktivnost, smo določali po znanih merilih (Mlačak, 1995; Hirsch, 2001).

Pri 87 bolnikih z ugotovljeno PAB smo skušali leta 2007 spremeniti njihov profil tveganja (upoštevani ugotovljeni dejavniki tveganja za aterosklerozo) in tudi celotne skupine bolnikov po sprejetih načelih: odstranjevanje ali zmanjšanje števila intenzivnosti (velikosti) dejavnika tveganja za aterosklerozo, fizikalna terapija, zdravljenje z zdravili in po potrebi angioplastika ali kirurško zdravljenje. Postopki in ukrepi pri spreminjanju rizičnega profila so bili usmerjeni na spremembo prehrabnenih navad z redukcijsko dieto pri adipoznih, opustitvi kajenja in uporabi zdravil, tam, kjer nespecifični postopki niso dali zadovoljivih rezultatov (npr.: zdravljenje hipertenzije in hipholesterolemije z zdravili). Glede na starost in stanje srčno-žilnega sistema smo bolnikom s PAB svetovali ukvarjanje s telesno aktivnostjo. Najpogosteje smo priporočali hojo po ravnem za starejše, za mlajše pa različne vrste hoje, lahki tek in vožnjo s kolesom. Bolnike smo klicali na kontrolne preglede najmanj dvakrat letno in na koncu petletnega opazovanja analizirali potek bolezni oziroma zdravljenja.

Podatke o smrti smo dobili na Inštitutu za varovanje zdravja, ki ima centralni register smrti za celotno Slovenijo. Vsak vzrok smrti je šifriran po mednarodni klasifikaciji bolezni MKB-10.

2.3 Izključitvena merila

Miokardni infarkt, angina pectoris, kongestivno srčno popuščanje, možganska kap in tranzitorna ishemična ataka so pri posamezniku so ugotovljeni na podlagi podatkov v zdravstvenem kartonu, anamneze, kliničnega pregleda in elektrokardiograma. Za EKG abnormalnosti, definirane po kodu Minnesota, smo imeli pomemben Q in QS

zobec in descendentna ali žlebasta denivelacija veznice ST za 1 mm ali več. Preiskovanec, pri katerem je bila leta 2007 ugotovljena omenjena kardiovaskularna bolezen, je bil izključen iz raziskave. Izključili smo tudi preiskovance, ki so na začetku opazovalnega obdobja imeli vrednosti GI nad 1,3 (Fowkers, Low, Tuta in Kozak, 2006).

2.4 Statistična analiza

S pomočjo testa hi-kvadrat smo določili značilnosti razlike v zastopanosti posameznih dejavnikov tveganja za aterosklerozo (hipertenzija, diabetes, hiperholesterolemija, kajenje, debelost) med testno (skupina bolnikov s PAB) in kontrolno skupino. Z isto metodo smo testirali značilnost razlike v številu umrlih oseb med obema skupinama v 5-letnem obdobju (2007–2013).

3 Rezultati

Pogostost dejavnikov tveganja pri bolnikih s periferno arterijsko okluzivno boleznijo in pri kontrolni skupini je prikazana v tabeli 1.

Tabela 1: pogostost dejavnikov tveganja pri bolnikih s periferno arterijsko boleznijo (PAB-N=87) in pri kontrolni skupini (N=87).

<i>Dejavniki tveganja</i>	<i>PAB (%)</i>	<i>Kontrola (%)</i>	<i>Statistična pomembnost razlik p<</i>
Kadilec	49,4	19,8	0,001
Hipertenzija	64,2	43,6	0,01
Diabetes mellitus	12,3	4,4	0,05
Hiperholesterolemija	45,7	14,6	0,01
Zvišana telesna teža	80,5	68,9	0,05
Telesna neaktivnost	62,1	47,1	0,05

Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

Razvidno je, da v skupini bolnikov s PAB v primerjavi s kontrolno skupino najdemo pomembno večje število kadičev ($p<0,001$), sladkornih bolnikov ($p<0,05$), oseb s hiperholesterolemijo ($p<0,01$), hipertonikov ($p<0,01$), adipoznih ($p<0,05$) in telesno neaktivnih preiskovancev ($p<0,05$). V petletnem obdobju od 2007 leta do 2012 je v testni, opazovani skupini umrlo 42 oseb (48,3%) preiskovancev, medtem ko je v kontrolni skupini v istem obdobju umrlo 21 oseb (24,1%) preiskovancev. Pri 31 osebah s PAB, oziroma 73,8 odstotka vseh umrlih, so bile vzrok smrti bolezni srca in ožilja, tj. srčna in možganska kap, ter srčno popuščanje. Razlika v umrljivosti med opazovano in kontrolno skupino je statistično pomembna ($p<0,001$). V istem obdobju so amputirali nogo enemu bolniku s PAB. Po petletnem obdobju je zvišana telesna teža normalizirana pri 24,1 odstotka oseb s PAB. Normalne vrednosti krvnega sladkorja smo dosegli pri 48,3 odstotka bolnikov, normalne koncentracije holesterola v plazmi 12,6 odstotka oseb. Najboljše rezultate pri odstranjevanju dejavnikov tveganja smo dosegli pri kajenju. Tako je na koncu petletnega obdobja kadilo samo 8 odstotkov bolnikov s PAB, pa še ti so zmanjšali število pokajenih cigaret.

4 Razprava

Naša raziskava je potrdila zastopanost velikega števila dejavnikov tveganja za aterosklerozo pri bolnikih s PAB. Hkrati smo ugotovili v skupini s PAB pomembno večje število z dvema, tremi in štirimi dejavniki tveganja v primerjavi s kontrolno skupino. Naše ugotovitve se skladajo z rezultati drugih epidemioloških študij, kjer je ugotovljena korelacija med številom dejavnikov tveganja za aterosklerozo in prevalenco ter incidenco srčno-žilnih zapletov (Hirsch idr., 2001; Wald in Law, 2003).

Med petletnim spremljanjem bolnikov s PAB smo uspeli zmanjšati število dejavnikov tveganja. Prav posebej pa se to nanaša na zmanjšanje števila kadilcev. Zaradi nezadostne ozaveščenosti in znanja posameznika o vlogi dejavnikov tveganja za nastanek ateroskleroze verjetno v populaciji zdravih oseb ne bi dosegli takšnega zmanjšanja števila dejavnikov, še posebej ne kadilskih razvad. V posameznih primerih je odstranitev samo enega dejavnika tveganja (prenehanje kajenja brez dodatnih terapevtskih ukrepov) povzročila petletno stagnacijo procesa. To smo dokazali klinično in z merjenjem sistoličnega krvnega tlaka s pomočjo doplerjevega ultrazvočnega detektorja.

Naša raziskava je tudi ugotovila pomembno večjo umrljivost v 5-letnem obdobju v skupini bolnikov s PAB v primerjavi s skupino enako starih preiskovancev z zdravimi arterijami na spodnjih udih. Večja umrljivost s PAB je posledica večje srčno-žilne umrljivosti, predvsem smrti zaradi srčne in možganske kapi ter srčne odpovedi. To se ujema z rezultati drugih epidemioloških študij, ki so potrdile GI kot napovednik povečane umrljivosti pri bolnikih s PAB (Hirsch idr., 2001; Wald in Law, 2003). Bolezen lahko preprečimo z odstranitvijo njenih vzrokov, z vplivanjem na nekatere dejavnike, ki pogojujejo potek bolezni ter delovanjem na tiste dejavnike, pri katerih smo ugotovili, da so statistično povezani s pojavom bolezni. Epidemiološke študije ter klinični in patomorfološki podatki so pokazali, da je del razvoja aterosklerotičnega procesa pogojen z življenjskimi navadami in z okoljem. Obstajajo argumentirani dokazi, da je trenutno zmanjšanje celotne smrtnosti, posebej smrtnosti zaradi bolezni srca in ožilja, pogojeno z zmanjšanjem števila dejavnikov tveganja za aterosklerozo in spremembami v načinu življenja (Hirsch idr., 2001; Rosenberg, Palmer in Shapiro, 1990).

Smisel primarne in sekundarne preventive je odstranjevanje ali vsaj zmanjšanje števila dejavnikov tveganja. Težave v dokazovanju učinka preventivnih ukrepov in postopkov zdravljenja pri človeku se kažejo v specifičnosti aterosklerotičnega sindroma. Ta se razvija več let in desetletij brez simptomov, nato pa pogosto naglo izbruhne z nepopravljivimi motnjami v delovanju (nenadna srčna smrt, možganska in srčna kap). Odkrivanje oziroma spoznavanje dejavnikov tveganja je pri vseh prebivalcih ene populacije povezano z velikimi tehničnimi problemi in kar velikimi finančnimi izdatki. Vse osebe, ki imajo določene dejavnike tveganja, ne bodo zbolele zaradi ateroskleroze krvnih žil. Drugi problem pri poskusu odstranjevanja dejavnikov tveganja z uporabo zdravil so stranski učinki po uporabi le-teh. Tako je na primer znano, da lipolitiki lahko povzročijo okvaro jeter in mišičnih celic, zdravila za zdravljenje hipertenzije pa suhi kašelj, erektilno disfunkcijo ali hiperurikemijo. Torej se lahko s spreminjanjem ali odstranjevanjem enega dejavnika poveča tveganje za razvoj druge bolezni. Zaradi

tega je potrebna pravilna ocena rizičnega statusa populacije in posameznika ter izbira tistih značilnosti, ki povečujejo tveganje. Njihovo odstranjevanje pa nato pomembno zmanjšuje incidenco bolezni. Če sprejmemo dejstvo, da je relativna pomembnost posameznih dejavnikov tveganja v različnih družbenih in ekoloških razmerah različna, je potrebno kritično vrednotenje dobljenih rezultatov. Na primer, zvišan krvni pritisk je glavni dejavnik tveganja za nastanek možganske kapi, hiperlipemija za infarkt srčne mišice, kajenje pa najpomembnejši dejavnik tveganja pri nastanku arterijske okluzivne bolezni (Hirsch idr., 2001; Rosenberg, Palmer in Shapiro, 1990). Glede na močno medsebojno povezanost določenih značilnosti in njihovo skupno delovanje kot splošne interventne ukrepe med celotnim prebivalstvom s pomočjo zdravstvene vzgoje in prosvetljevanja izvajamo: ukrepe za zmanjšanje telesne teže, spreminjamo prehrabene navade, priporočamo eno od oblik telesne aktivnosti ter postopke za zmanjšanje kajenja. Na ta način zmanjšamo pogostost zvišanega krvnega tlaka, sladkorne bolezni in hiperlipoproteinemije, kajenja ter tako zmanjšamo tveganje za nastanek ateroskleroze.

Racionalna uporaba zdravil in zmerno uživanje alkoholnih pijač so dodatni ukrepi v kompleksni obravnavi ateroskleroze. Posebno mesto v naših pogojih ima debelost in ji je potrebno posvetiti posebno skrb. Jasno je, da morajo pri reševanju tega problema sodelovati pedagogi, sociologi, mediji, zdravstveni delavci in drugi segmenti družbe, saj korenita sprememba v obnašanju in sprejemanju novih navad pomeni tudi spremembo načina življenja. Za takšne kakovostne spremembe je potrebno veliko napora in časa. Spoznanje o nujnosti sprememb v načinu življenja, ki zmanjšuje tveganje za aterosklerozo, je prvi korak pri kompleksnem reševanju problema preventive aterosklerotičnih zapletov (Blinč in Poredoš, 2007; Heald, Fowlers, Murray in Price, 2006).

Rezultati dosedanjih raziskav pri nas in v svetu so nas utrdili v prepričanju, da je zgodnja preventiva, ki naj bi se začela v zgodnji mladosti, najbolj učinkovita in v največjem odstotku prepreči pojavljanje srčne in možganske kapi. Ugotovitve, da so najbolj učinkoviti preventivni ukrepi, ki se začnejo v zgodnji mladosti, so usmerili postopke prvotnega preprečevanja aterosklerotičnih zapletov na moške in ženske, starejše od 30 let. Pri tem izhajamo iz dejstva, da se temelji zdravja in zdravega načina življenja oblikujejo v otroštvu in mladosti ter vse negativne izkušnje in pozitivna dognanja v tem obdobju imajo daljnosežne posledice za poznejše življenje. Dobre navade, ki jih je človek sprejel v otroštvu in mladosti, najpogosteje ohrani tudi, ko odraste. Nasprotno, nekatere razvade, kot so kajenje, dolgotrajno uživanje alkoholnih pijač, slaščic, mamil ali pomirjeval, lahko pripeljejo do razvoja odvisnosti. Zaradi tega je Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije izdalo nova Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na ravni družinskega zdravnika. Osnovno zdravstvo mora pregledati ogrožene skupine prebivalstva in z ustreznimi ukrepi ogroženost posameznika zmanjšati. To so moški in ženske, stari 30 let in več, do sedaj je to veljalo za moške od 35 do 65 let in ženske, stare od 45 do 70 let. Tiste posameznike, ki so družinsko obremenjeni z boleznimi srca in ožilja, družinsko pogojeno s povišano ravnijo holesterola v krvi, in bolnike s sladkorno boleznijo pa pregleda že pred to starostjo in nato ponovno vsakih pet let ali po potrebi pogosteje. Uvaja se referenčna ambulanta, ki jo vodi diplomirana medicinska sestra, ki v celoti prevzema preventivno dejavnost in v

povezavi z zdravnikom usklajuje in načrtuje ukrepe v celostni preventivni dejavnosti. V petih letih bo medicinska sestra opravila preglede pri vseh opredeljenih pacientih in jih ponavljala vsakih pet let. Ob preventivnem pregledu diplomirana medicinska sestra oceni dejavnike tveganja in preiskovancu na podlagi tabeliranih vrednosti posameznih dejavnikov tveganja določi absolutno skupno ogroženost za srčno bolezen. Če ta presega 20 odstotkov v prihodnjih 10-ih letih, preiskovanca vključi v register ogroženih. V zdravstvenih ustanovah so že vzpostavljene svetovalne dejavnosti, ki ogroženim posameznikom in skupinam pomagajo pri spreminjanju življenjskega sloga oziroma nefarmakološkem načinu odpravljanja dejavnikov tveganja za aterosklerozo. Če zdrava prehrana, hujšanje in telesna dejavnost niso učinkoviti, se bo zdravnik v skladu s strokovnimi smernicami odločal tudi o zdravljenju dejavnikov tveganja z zdravili. Uvajanje referenčnih ambulant z diplomirano medicinsko sestro omogoča približanje posameznikom in skupinam ogroženih prebivalcev s poučnimi vsebinami in jih prikazati na razumljiv način, pojasniti naravo in potek bolezni, organizirati razne oblike rekreacije in telesne dejavnosti ter na praktičen način z organiziranjem tečajev prikazati pripravo zdrave, srcu prijazne hrane. Zdravstvena vzgoja in delo v majhnih skupinah pomagata udeležencem odkrivati težave, se pogovarjati o velikosti problema, pripraviti lasten načrt dejavnosti za spremljanje tveganega obnašanja in vztrajati pri spremembi zdravju škodljivih vedenjskih vzorcev.

Zdravnik splošne oziroma družinske medicine ne sme svoje pozornosti usmeriti samo na dejavnike tveganja, ampak se mora skoncentrirati na preprečevanje bolezni, na pravočasno odkrivanje in zdravljenje v celotni populaciji. Zdravnik splošne medicine, ki zdravega in bolnega človeka ter populacijo opazuje v sferi vpliva biološkega, fizičnega in socialnega ekosistema, ima posebno vlogo in nalogo, da v posameznem primeru ugotovi dejavnik tveganja. Ugotoviti mora tudi, kakšne so možnosti ukrepanja kot tudi pomen dejavnikov tveganja za človeka, njegovo družino in neposredno družbeno okolico. Odgovoren je tudi, da pri svojem delu najde pravo mero v skrbi, ki jo posveča skupinam s povečanim tveganjem. Pri tem ne sme zanemariti celotne populacije, določiti mora najustreznejši odnos med skupinskimi in posameznimi ukrepi ter najti usklajen odnos med preventivo, pravočasnim odkrivanjem in trajno skrbjo za bolnika (Mlačak, 1995). Ukrepi za zmanjšanje srčno-žilne ogroženosti so danes usmerjeni na ugotavljanje oziroma identifikacijo oseb z visokim rizikom. Gleženjski indeks je enostaven diagnostični test za ugotavljanje PAB, visoke specifičnosti in občutljivosti in je kot presejalni test primeren za vsakdanjo prakso (Mlačak, 1995; London, 2008). Zgodnja diagnoza bolezni v obdobju brez izraženih simptomov z merjenjem sistoličnega tlaka s pomočjo ultrazvočnega doplerjevega detektorja in ugotavljanje dejavnikov tveganja v konkretni populaciji imata velik praktični pomen. Omogočata pravočasno uvajanje preventivnih in farmakoloških postopkov zdravljenja. To je posebno pomembno, upoštevajoč dejstvo, da so aterosklerotične spremembe na arterijah spodnjih udov povezane z enakimi spremembami na koronarnih arterijah glede na starost in pogostost dejavnikov tveganja (Mlačak, 1995). Znano je tudi, da ugotavljanje začetnih, klinično asimptomatskih sprememb (GI manjši od 0,9) pri ogroženem posamezniku predstavlja pomemben motiv za spremembo načina življenja.

5 Sklep

Uspešno izvajanje splošnih in usmerjenih ukrepov znatno zmanjšuje incidenco in prevalenco aterosklerotičnih zapletov na ožilju. V praksi so to potrdile študije in nacionalni znanstveno podprti programi za zmanjšanje pogostosti bolezni srca in ožilja v populaciji.

Za uspešno preprečevanje srčno-žilnih bolezni je potrebno, da posamezniki brez dejavnikov tveganja vzdržujejo uravnotežen, zdrav življenjski slog v globoki starosti, bolniki z ugotovljenimi dejavniki tveganja pa morajo spremeniti nezdrave navade in se vključiti v proces zdravljenja. Pri tem poudarjamo pomembnost zgodnjega odkrivanja in zdravljenja ugotovljenih dejavnikov tveganja za aterosklerozo. Če začnemo s preventivo prepozno, lahko izgubimo zelo ogrožene posameznike zaradi srčne ali možganske kapi pred aktivnim ukrepanjem, v primerih, da začnemo z ukrepanjem, ko (kadar) je bolezenski proces na arterijah že napredoval, pa zdravljenje ne bo povsem uspešno. Zaradi tega je odločitev, da s prvotnim preprečevanjem srčno-žilnih bolezni začnemo pri moških in ženskah po 30-tem letu starosti, strokovno opravičena in temelji na praksi, ki je znanstveno potrjena in dokazljiva.

LITERATURA

1. Blinc, A. in Poredoš, P. (2007). Pharmacological prevention of atherothrombotic events in patients with peripheral arterial disease. *Eur J Clin Invest*, 37 (3), 157–164.
2. Donnelly, R. in Yeung, J. (2002). Management of intermittent claudication: the importance of secondary prevention. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 23 (3), 100–107.
3. Fowkers, F. G.; Low, L. P., Tuta, S., Kozak, J. (2006). Ankle-brachial index and extent of atherothrombosis in 8891 patients with or at risk of vascular disease: results of the international AGATHA study. *Eur Heart J*, 27 (2), 1861–1867.
4. Heald, C. L., Fowkers, F. G., Murray, G. D., Price, J. F. (2006). Ankle brachial index collaboration. Risk of mortality and cardiovascular disease associated with the ankle brachial index: Systematic review. *Atherosclerosis*, 189 (1), 61–69.
5. Hirsch, A. T., Criqui, M. H., Treat-Jacobson, D., Regenstener, J. G., Creager, M. A., Olin, J. W. et al. (2001). Peripheral disease detection, awareness and treatment in primary care. *Jama*, 286 (8), 1317–1324.
6. London, G. M. (2008). Brachial arterial pressure to assess cardiovascular structural damage: an overview and lessons from clinical trials. *J Nephrol*, 21 (4), 23–31.
7. Mlačak, B. (1995). *Angiologija za prakso* (str. 18–100). Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, sekcija za splošno medicino.
8. Mlačak, B., Blinc, A., Pohar, M., Stare, J. (2006). Peripheral arterial disease and ankle-brachial pressure index as predictor of mortality in residents of Metlika county, Slovenia. *Croat Med J*, 47 (5), 327–334.
9. Norgren, L., Hiatt, W. R., Dormandy, J. A., Nehler, M. R., Harris, K. A., Fowkers, F. G. et al. (2007). Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease. *Int Angiol*, 26 (5), 81–157.
10. Rosenberg, L., Palmer, J., Shapiro, S. (1990). Decline in the risk of myocardial infarction among women who stop smoking. *N Engl J Med*, 322 (6), 213–217.
11. Wald, N. J. in Law, M. R. (2003). A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. *BMJ*, 326 (2), 1419–1424.

Zdravstvena nega pacienta po vstavitvi endoproteze kolka

UDK 617.581+616-083

KLJUČNE BESEDE: endoproteze kolka, operacije, zdravstvena nega

POVZETEK – Najpogostejša ortopedska bolezen je artroza, ki je stara toliko, kot je star človeški rod. Dejavniki tveganja so starost, spol, povečana telesna teža, osteoporoza in poškodbe. Operacija kolka sodi med velike operacije. Ker je število ljudi s kolčno protezo vedno večje, se le-ti kasneje lahko pojavljajo kot pacienti na različnih oddelkih različnih klinik. Namen prispevka je analizirati znanje medicinskih sester o zdravstveni negi pacienta po operaciji kolka in pojasniti pomen tega znanja za izvajanje pravilne nege pacienta. V kvantitativni raziskavi, ki smo jo izvedli med 85 medicinskimi sestrami, zaposlenimi na primarni, sekundarni in terciarni ravni, smo uporabili deskriptivno in kavalno neeksperimentalno metodo. Anketiranci so v 81 odstotkih pravilno odgovorili, da pacient po operaciji ne sme hoditi brez bergel. Pravilno tehniko hoje z berglami pa pozna samo 34 odstotkov anketiranih. Prav tako je polovica anketiranih izbrala napačno kronološko zaporedje postopka »aplikacija nizkomolekularnega heparina«. Pomen zdravstvene nege je v kakovosti obravnave pacienta, saj z dobro zdravstveno nego le-ta hitreje napreduje in okreva.

UDC 617.581+616-083

KEY WORDS: hip endoprosthesis, surgery, nursing care

ABSTRACT – The most common orthopaedic disease is osteoarthritis, which is as old as the human race. The risk factors include age, gender, increase in weight, osteoporosis and injuries. Hip endoprosthesis surgery is one of the major operations. As the number of people with hip prosthesis is constantly increasing, they may afterwards become patients in different departments of various clinics. The purpose of this paper is to analyse the nursing care knowledge when taking care of patients after the hip surgery, and to explain its importance in providing a proper care of the patient. In the quantitative study carried out among 85 nurses employed at the primary, secondary and tertiary level, we used a descriptive and non-experimental causal method. 81% of the interviewees answered correctly that the patient should not walk without the help of crutches after surgery. On the other hand, only 34% of the interviewees were acquainted with the proper technique of walking with crutches. In addition, half of the interviewees chose the wrong chronological sequence of the procedure called "application of low molecular weight heparin". The focal point of nursing care is the quality of patient treatment, since only proper nursing care ensures faster improvement and recovery.

1 Uvod

Najpogostejša ortopedska bolezen je artroza, ki je stara toliko, kot je star človeški rod. Ta bolezen se pojavlja pri ženskah in moških vseh ras, socialnih razredov in klimatskih pasov. Značilno za to bolezen je izginjevanje sklepnega hrustanca, osteoskleroza (zgostitev kosti) in tvorba kostnih izrastkov na robovih sklepnih površin, povečano je izločanje sinovialne sklepne tekočine, pojavi se deformacija sklepa in omejena gibljivost. Postopno sklepni hrustanec popolnoma izgine, tako da pride v sklepu do kontakta kost na kost, kar povzroča hude bolečine. Artroza kolka tipično prizadene ljudi po 50. letu starosti, bolj je pogosta pri povečani telesni teži. Zmanjšanje telesne teže zmanjša težave, povezane z obrabo kolka. Obstaja tudi dedna predispozicija za razvoj bolezni. K razvoju bolezni pa lahko prispeva tudi poškodba kolka (Kavčič, 2008).

Artroza (degenerativni artritis) je obraba kolka, ki lahko nastane iz neznanega vzroka (govorimo o ideopatski) artrozi ali kot posledica predhodnega obolenja ali poškodbe. Sekundarna artroza praviloma prizadene mlajše paciente in je lahko posledica številnih obolenj ali poškodb v otroštvu ali kasneje (Moličnik in Kuhta, 2007).

Bolečine v dimljah in v spodnjem delu stegna, ki se povečujejo pri večjih obremenitvah in jih spremlja občutek jutranje okorelosti, so pogosto znak začetka artroze kolčnega sklepa. Okorelost se stopnjuje, človek pa čuti hujše bolečine pri vsakodnevni aktivnostih. Najpogostejše težave nastopijo pri zavezovanju čevljev, pobiranju stvari s tal, obuvanje nogavic. Bolečina se stopnjuje in izzveni šele po daljšem mirovanju. Najpogostejše diagnoze, ki sledijo rentgenskemu slikanju obolelega predela, so artroza, zožitev sklepne špranje, osteofiti, degeneracijske ciste in skleroza (Rečnik in Novak, 2007). Za menjavo kolčnega sklepa oziroma vstavev kolčne endoproteze se ortoped odloči, ko so izčrpane neoperativne (konzervativne) metode zdravljenja.

2 Totalna endoproteza kolka

Staranje je proces, v katerega smo ujeti vsi. Starejši smo, bolj smo izkušeni, a slaba lastnost tega je, da nas lahko pesti vedno več težav. Zaskrbljujoč je podatek, da je Slovenija dežela, kjer je nataliteta nizka in je vedno več starega prebivalstva. Staranje prebivalstva je pojav, s katerim se soočajo vse evropske države, tudi Slovenija. Po definiciji je staranje prebivalstva povečanje deleža prebivalstva nad določeno starostno mejo (običajno nad 65 let) ob hkratnem zmanjšanju števila prebivalcev, mlajših od 15 let, in ob podaljšanju življenjske dobe vsega prebivalstva. Demografsko starost prebivalstva ocenjujemo z deležem starejših od 65 let. Kjer je več kot 10 odstotkov prebivalcev starih nad 65 let, govorimo o zelo starem prebivalstvu. Med taka območja spada tudi Slovenija. V Sloveniji je bilo leta 2007 16 odstotkov ljudi, starih 65 let in več, delež otrok in mladih do 15 leta pa je znašal 14 odstotkov (Hovnik-Keršmanc, 2009).

Leta 2020 naj bi imeli starejši od 65 let možnost, da so socialno aktivni in da v polni meri živijo zdravo življenje še več kot 10 let. V starosti 65 let naj bi se namreč pričakovano trajanje življenja podaljšalo za 20 odstotkov, za enak odstotek pa naj bi se povečalo tudi število tistih, ki pri isti starosti nimajo nobene kronične bolezni. Takih, ki jim bo zdravstveno stanje v starosti 80 let dopuščalo, da samostojno živijo v domačem okolju, obdržijo samospoštovanje in ustrezno samopodobo ter svoje mesto v družbi, pa naj bi bilo leta 2020 kar 50 odstotkov več, kot jih je bilo leta 2000 (Ovsenik, 2011).

Pri starejših se pojavijo prvi znaki starosti, kot so slabovidnost, naglušnost, slabša koordinacija gibov in slabša mobilnost, pri ženskah pa je pojav osteoporoze pogostejši kot pri moških. Med starostniki je po raziskavah zdravih le še slaba četrtnina. Med boleznimi prvo mesto zavzamejo bolezni srca in ožilja, sledijo presnovne bolezni, bolezni dihal, različne revmatične in druge bolezni. Zanje je značilna multimorbidnost, kar pomeni sočasno pojavljanje več bolezni hkrati (Bilban, 2011).

Operacija kolka se najpogosteje izvede pri starejših, ki imajo dodatne težave, kot na primer srčna obolenja, ali starejši z visokim krvnim tlakom, in tisti, ki imajo veliko

predpisane terapije. Čeprav so pacienti starejši in imajo dodatne zdravstvene težave, se lahko na noge postavijo že naslednji dan po operaciji (Akesdotter – Gustafsson, Polzer in Heikkila, 2010).

Totalna endoproteza kolka je umeten vsadek, ki ga s kirurškim posegom vstavijo namesto okvarjenega kolčnega sklepa. Zamenjava prizadetih sklepov z umetnim je marsikateremu pacientu omogočila, da zaživi polno in aktivno življenje. Začetki nadomeščanja obolenih sklepov segajo v prejšnje stoletje. Leta 1890 je Gluck vstavil prvi umetni kolk, ki je bil izdelan iz slonovine. V Sloveniji vstavijo 2000 endoprotez kolka letno (Kovač, 2011). Pri tem pa je zaskrbljujoče tudi to, da se čakalna lista na operacijo kolka daljša, posamezniki pa imajo pri tem hude bolečine, ker se okvara kolka stopnjuje.

3 Zdravstvena nega pri vstavitvi endoproteze kolka

Pričakovana operacija je stres za vsakogar, zato je zelo pomembna psihična priprava pacienta, ki zahteva timski pristop. Psihična priprava zajema več strokovnih ukrepov zdravstvene nege, ki temeljijo na razumevanju pacientovega doživljanja bolezni in hospitalizacije. Pomemben je:

- prijazen odnos do pacienta in spoštovanje pacientovega dostojanstva,
- vzpostavljanje zaupnega dostojanstva,
- informiranje pacienta,
- spodbujanje pacienta, da izrazi občutke (zaskrbljenost, strah, jeza),
- empatičen odnos in psihična podpora pacientu,
- ugotavljanje pacientovih potreb in pomoč pri njihovem realiziranju (Šmitek, 2006).

Na dan operacije operater ponovno pregleda vso dokumentacijo, pregleda še stanje kože in operativno polje ter potrdi operacijo. Medicinska sestra izmeri vitalne funkcije (krvni tlak, pulz, telesno temperaturo, pri diabetikih pa še krvni sladkor v krvi). Pri tem pregleda še premedikacijski list ter seznam terapije, ki jo pacient redno prejema in jo je potrebno aplicirati pred operativnim posegom. Na Ortopedski kliniki Ljubljana se pacienti higiensko pripravijo na operativni poseg po internem protokolu, ki predpisuje uporabo antiseptičnega mila (vsebuje klorheksidin).

Po higienski pripravi pacienta odpeljejo v ambulantno, kjer si medicinska sestra pripravi vse pripomočke, da po aseptičnem protokolu pripravi operativno polje. Britje operativnega polja ki je približno 10 x 10 cm okoli operativnega reza, izvedejo neposredno pred operativnim posegom. Po britju operativno polje že na oddelku očistijo s posebnim aseptičnim razkužilom. Pri pripravi operativnega polja uporabljajo sterilni set, ki je pripravljen za totalno endoprotezo kolka. Predel, kjer bo predvidoma potekal rez, medicinska sestra očisti s krožnimi gibi od sredine navzven. V tem setu je tudi sterilna kompres, s katero pokrijejo operativno polje (Vitežnik, 2012). Po aplikaciji premedikacije po protokolu še enkrat preverijo:

- ime in priimek pacienta in datum rojstva,

- identifikacijska zapestnica,
- dokumentacija pacienta,
- operativni poseg, ki bo izveden,
- pregled operativnega polja,
- oznaka ekstremitete, za kirurški poseg, ki jo je označil operater,
- prejeta terapija,
- spremljajoče bolezni pacienta (hipertenzija, sladkorna bolezen...),
- alergije (Gwynn – Jones in Walters, 2009).

Operacija vstavitve endoproteze kolka traja približno od 60 do 80 minut, izvedejo jo v subarahnoidalni anesteziji, lahko pa operacija poteka tudi v splošni anesteziji. Po končani operaciji premestijo pacienta v prebujevalnico, kjer medicinska sestra nadzoruje pacientove vitalne znake in pacientovo prebujanje iz anestezije ter izvaja terapijo pooperativne bolečine. Ko je pacient vitalno stabilen in dobro prebujen, ga premestijo v enoto intenzivne terapije.

Operacija kolka se šteje kot zahtevni operativni poseg in po operaciji je vsak pacient ne glede na njegove osnovne bolezni pripeljan v enoto intenzivne terapije. Izvajajo osnovni nadzor življenjskih funkcij, vodijo bilanco tekočine, opazovanje preveze rane, opazovanje in nadzor nad infuzijskimi tekočinami in spremljanje ekstremitet pri povrnitvi refleksov po regionalni anesteziji. Pomembno je opazovanje Ortho P.A.S.-a in drenaž pacienta. Interval na monitorju za spremljanje vitalnih funkcij nastavijo na 15 minut. Na intenzivni temperaturni list označijo čas prihoda in vpišejo prve vitalne znake (krvni tlak, pulz, saturacija, telesna temperatura). Nadzor vitalnih znakov in opazovanje pacienta je pomembno, saj lahko pride do hitre spremembe vitalnih znakov. Pri urejanju pacienta je pomembno paziti tudi na njegovo dostojanstvo. Osnovni nadzor vitalnih funkcij izvajajo z merjenjem in vrednotenjem srčnega utripa, arterijskega krvnega tlaka, dihanja in telesne temperature. Meritve izvajamo s pomočjo neinvazivnega monitoringa, medtem ko je za izvajanje razširjenega nadzora vitalnih funkcij potreben invazivni monitoring. Neinvazivni monitoring omogoča prikaz spreminljivk in spremljanje brez posega v pacientovo telo (Stjepanović-Vrečar, 2011).

Kadar pride do stanja, ko pacient ni vitalno stabilen in potrebuje stalen in direktni nadzor, v

enoti intenzivne terapije izvedejo točkovanje po lestvici Mews (modificirani zgodnji opozorilni sistem) (tabela 1). Mews omogoča dobro prepoznavo življenjsko ogroženih pacientov tudi zdravstvenemu osebju, ki se s takimi pacienti ne srečuje vsakodnevno. Numerične omejitve namreč določajo število točk. Zahteva pa takšno vrednotenje določen čas, saj je potrebno izmeriti vitalne znake (Cotič-Andrle, 2012).

Tabela 1: Modificirani zgodnji opozorilni sistem (Mews)

	3	2	1	0	1	2	3
Pulz/min		<40	41-50	51-100	101-110	111-130	>130
Sist. krvni tlak [mmHg]	<70	71-80	81-100	101-199		>200	
Frekvenca dihanja/min		<8		9-14	15-20	21-29	>30
Temperatura [$^{\circ}$ C]		<35	35,1- 36,5	36,6 – 37,4	>37,5		
Zavest [CŽS]				A	V	P	U
Bolečina	huda	zmerna	blaga				
SpO ₂	<85	>85	>90	>94			

Vir: Košak-Gregorič, M. (2012): Operacija karotide in klinična pot. V L. Fošnarič (ur.), Urgentna stanja v kirurgiji – Vloga in pomen zdravstvene nege (str. 79). Celje: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

4 Pravilno posedanje in hoja z berglami

Pacient je po operaciji kolka pri posedanju in hoji odvisen od fizioterapevta ali medicinske sestre. Pri prvi hoji z berglami sta ob pacientu dva fizioterapevta, ker še vedno lahko pride do slabosti in izgube zavesti. Potrebno ga je naučiti pravilne uporabe bergel in zaporedja korakov. Pomembno je, da se operirana noga ne obremenjuje, zato se uporablja bergle, da se del teže prenese nanje. Prvi dan po operaciji pacient naredi v spremstvu nekaj korakov, da dobi občutek in da osvoji tehniko hoje.

Pri tem uporablja bergle in naloga medicinske sestre je, da ga popravlja, če ne hodi pravilno, mu razlaga in ga spremlja, da ne pride do padca. Pri vsakem vstajanju in spremljanju mora biti poleg medicinska sestra ali pa fizioterapevt.

Ko fizioterapevt presodi, da je pacient zmožen samostojne hoje, preda informacijo medicinski sestri in od takrat spremstvo ni več potrebno. Kadar pa pacient ni stabilen pri hoji, mu pomaga medicinska sestra in tako prepreči morebitni padec in poškodbo. Fizioterapija je pomemben del rehabilitacije po operaciji. Ob pomoči fizioterapevta se pacient nauči samostojnega posedanja, vstajanja in hoje z oporo. Nadaljuje se z razgibavanjem kolčnega sklepa, krepitvijo mišic in učenjem dnevnih aktivnosti. Ob odpustu bo pacient s pomočjo bergel sposoben samostojne hoje po ravnem in po stopnicah (Antolič, 2010).

5 Metodologija

5.1 Namen raziskave

Namen raziskave je raziskati znanje medicinskih sester o zdravstveni negi pacienta po operaciji kolka in pojasniti pomembnost tega, da ima medicinska sestra pridobljeno znanje o pravilni negi pacienta na tem področju. Z anketnim vprašalnikom želimo ugotoviti, kakšno je znanje medicinskih sester na različnih klinikah o zdravstveni negi

pacienta po operaciji kolka. Znanje medicinskih sester na več oddelkih nas zanima zato, ker je pacient po operaciji zaradi zapletov lahko premeščen na različne klinike. Zanima nas znanje medicinskih sester o tem, kakšno je pravilno vstajanje pacienta s postelje, katera je prava stran vstajanja, kakšna je pravilna hoja pri uporabi bergel, kakšno je pravilno posedanje pacienta na stol idr. Ugotoviti želimo tudi, ali se anketirane medicinske sestre izobražujejo, kakšno je mnenje medicinskih sester o tem, ali potrebujejo dodatna znanja s področja pooperativnega okrevanja pacienta.

5.2 Raziskovalna metoda

V kvantitativni raziskavi smo uporabili deskriptivno in kavzalno-neeksperimentalno metodo dela.

5.3 Vzorec

Raziskavo smo izvedli med 85 medicinskimi sestrami, zaposlenimi na primarni, sekundarni in terciarni ravni.

6 Rezultati

Po operaciji endoproteze kolka je izjemno pomembno, da operirano nogo pacient ne obremenjuje, zato je tako pomembna uporaba bergel (tabela 1).

Tabela 1: Ali lahko pacient hodi po operaciji brez bergel?

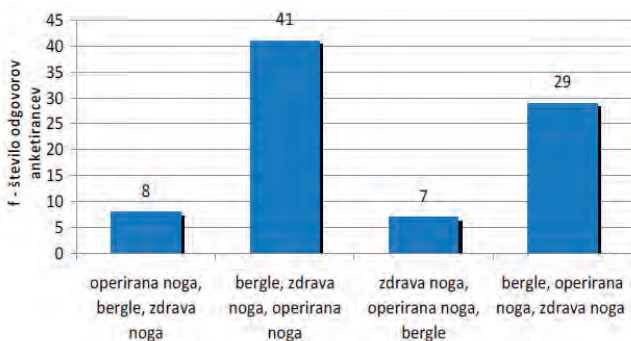
Vprašanje	Odgovori anketirancev					
	Da		Ne		Ne vem, nisem prepričan	
	f	%	f	%	f	%
Ali lahko pacient hodi po operaciji brezbergel?	8	9	69	81	8	9

Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

Iz rezultatov raziskave je razvidno, da so anketirani v 81 odstotkih pravilno odgovorili, da pacient po operaciji ne sme hoditi brez bergel. Pravilno tehniko hoje z berglami pa pozna samo 34 odstotkov anketiranih (graf 1).

Pri hoji je pravilno zaporedje, če pacient po operaciji kolka najprej postavi bergle, nato operirano nogo med bergle in priključi zdravo nogo. Pravilno tehniko hoje je označilo 29 anketirancev (34%). To pomeni, da je 66 odstotkov takih, ki so se srečali s pacientom po operaciji kolka, a ne poznajo pravilne tehnike hoje. Po svoji presoji, ki ni pravilna, bi odgovorilo sicer 41 anketirancev (48%), da se postavi najprej bergle, nato zdravo nogo, ki nosi oporo in nato operirano. V takšnem primeru bi operirano nogo pacient vlekel za seboj in obstaja verjetnost, da bi prišlo do prevelike rotacije in posledično do izpaha kolka. 8 anketirancev (9%), bi postavilo v korak najprej operirano nogo, nato bergle in na koncu zdravo nogo. 7 anketirancev (8%), pa bi najprej postavilo zdravo nogo, nato operirano in na koncu bergle.

Graf 1: Pravilna hoja pacienta po operaciji kolka



Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

Prav tako je več kot polovica anketiranih izbrala napačno kronološko zaporedje postopka »aplikacija nizkomolekularnega heparina« (tabela 2).

Tabela 2: Pravilno zaporedje aplikacije nizkomolekularnega heparina

Primer odgovora anketirancev	f	%	Pravilnost odgovora
Primer 1: 1. medicinska sestre naredi kožno gubo 2. aplicira pripravljeno učinkovino 3. razkuževanje rok medicinske sestre 4. razkuži predel trebuha, kamor ... 5. pacientu razloži postopek, kaj bo naredila 6. preveri predpisano zdravilo, ki ga bo aplicirala 7. preveri identiteto pacienta 8. dokumentiranje 9. ponovno razkuževanje rok medicinske sestre	1	1	Ni pravilen
Primer 2: 1. medicinska sestra preveri predpisano zdravilo, ki ga bo aplicirala 2. preveri identiteto pacienta 3. razkuži predel trebuha, kamor bo aplicirala zdravilo 4. pacientu razloži postopek kaj bo naredila 5. razkuževanje rok medicinske sestre 6. aplicira pripravljeno učinkovino 7. medicinska sestre naredi kožno gubo 8. ponovno razkuževanje rok medicinske sestre 9. dokumentiranje	10	12	Ni pravilen
Primer 3: 1. medicinska sestra pacientu razloži postopek, kaj bo naredila 2. preveri identiteto pacienta 3. razkuži predel trebuha, kamor bo aplicirala zdravilo 4. preveri predpisano zdravilo, ki ga bo aplicirala 5. razkuževanje rok medicinske sestre 6. aplicira pripravljeno učinkovino 7. medicinska sestre naredi kožno gubo 8. ponovno razkuževanje rok medicinske sestre 9. dokumentiranje	35	41	Ni pravilen
Primer 4: 1. medicinska sestra preveri predpisano zdravilo, ki ga bo aplicirala 2. preveri identiteto pacienta 3. razkuži predel trebuha, kamor bo aplicirala zdravilo 4. pacientu razloži postopek kaj bo naredila 5. razkuževanje rok medicinske sestre 6. medicinska sestre naredi kožno gubo 7. aplicira pripravljeno učinkovino 8. ponovno razkuževanje rok medicinske sestre 9. dokumentiranje	33	39	Pravilen

Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

Pravilno zaporedje predstavlja v tabeli primer 4. Pravilen postopek je označilo 33 anketiranih (39%).

Primer 3 predstavlja odgovor, ki je bil največkrat označen. Odgovor, da se po aplikaciji naredi kožna guba, ni pravilen. Tako je odgovorilo 35 anketirancev (41%). Pomembno pa je seveda tudi dokumentiranje, da se označi na temperaturni list, kaj je pacient prejel. 6 anketirancev (7%) pa na to vprašanje ni odgovorilo.

Nizkomolekularni heparin uporabljajo po vseh večjih operacijah in pri pacientih, ki dalj časa ležijo, saj je nizkomolekularni heparin terapija, ki jo pacient dobi za preprečevanje embolije. Po operaciji je pomembno, da si ga pacient aplicira vsak večer doma 35 dni po operaciji.

7 Razprava

Operativni poseg predstavlja ozdravitev za pacienta, ki je trpel bolečine in je bil omejen pri svojem gibanju. Če je človek zdrav in brez bolečin, se ne zaveda, kako težko je nekemu, ki trpi bolečine, ki se stopnjujejo iz dneva v dan. Operacija je kirurški poseg, pri katerem pacientu odstranijo prizadeti del kolka in ga nadomestijo z endoprotezo. Po operaciji je pacient rešen bolečin in po okrevanju lahko zaživi kakovostno življenje. Pomen zdravstvene nege je v kakovosti zdravstvene nege pacienta, saj z dobro zdravstveno nego hitreje napreduje in okreva. Poudarek, ki temelji na izobraževanju posameznika, je, da prepozna zaplete, nepravilnosti in komplikacije. Medicinske sestre se redno izobražujemo in obiskujemo seminarje, katerih namen je, da smo seznanjene z novostmi in novimi smernicami o prepoznavi določenih znakov, ki vodijo v zaplet in komplikacijo stanja pacienta. Pri ugotavljanju, ali medicinske sestre vedo, da je pri pravilni hoji pomembno, da bergle razbremenijo operirano nogo, smo ugotovili, da pravilno zaporedje hoje in uporabo bergel pozna malo medicinskih sester. Naloga fizioterapevta je, da nauči pacienta pravilne hoje, medicinska sestra pa nadaljuje naučeno hojo pacienta, seveda pa mora poznati pravilni način hoje z berglami. Operacija kolka je specifična kirurška operacija, ki jo izvajajo travmatologi, kadar pride do nepričakovanega zloma kolka, in ortopedi, kadar je degenerativna sprememba, kot je artroza kolka. Zaradi zgodnjih zapletov lahko pride do premestitve pacienta dan ali dva po operaciji, pri tem pa je pacientova zdravstvena nega in obračanje v postelji delo medicinskih sester. Če medicinska sestra obrne pacienta nepravilno v postelji, nastane tveganje za luksacijo (izpah) kolka, če ga ne obrne, tvega razjedo zaradi pritiska. Težavo vidimo tudi v tem, da se tehnika premikanja, posedanja, hoje posreduje ustno, ni pa pisnih navodil v obliki zloženke, ki bi jih medicinska sestra ob premestitvi pacienta posredovala oddelku, kamor je pacient premeščen. Na podlagi naših ugotovitev bi bilo smiselno oblikovati pisna navodila, ki bi jih izdala bolnišnica. Pri tem bi imeli pacienti, premeščeni na druge oddelke, varnejšo zdravstveno nego, ki bi potekala po pravilih.

LITERATURA

1. Akesdotter-Gustafsson, B., Ekman, S. L., Ponzer, S. in Heikkilä, K. (2010). The hip and knee replacement operation: an extensive life event. Pridobljeno 29. 3. 2012, s <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2010854833&site=ehost-live>.
2. Antolič, V. (2010). Endoproteza kolka. Ljubljana: Ortopedska klinika Ljubljana.
3. Bilban, M. (2011). Fiziološke osnove staranja. V F. Kresa (ur.), *Gerontologija – izzivi in priložnosti v fizioterapiji* (str. 154–167). Ljubljana: Zbornica fizioterapevtov Slovenije.
4. Cotič-Andrle, M. (2012). Orodja za oceno ogroženosti pacienta. V M. Cotič-Andrle, V. Bračko, M. Homar in D. Satošek (ur.), *Prepoznavna življenjsko ogroženega pacienta in reanimacija* (str. 2). Izola: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci.
5. Gwynn-Jones, T. in Walters, J. (2009). Anaesthesia. V L. Hamlin, M. Richardson in M. Davies (ur.), *Preoperative Nursing, An introductory text* (str. 129–159). Sydney: Mosby, cop.
6. Hovnik-Keršmanec, M. (2009). Zdravje starostnikov. V A. Hafner, M. Hovnik-Keršmanec, S. Kiphut, A. Krt-Lah, M. Pohar in H. Ribič (ur.), *Bilten javnega zdravja* <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2010854833&site=ehost-live>.
7. Kavčič, G. (2008). Artroza kolka. Pridobljeno 24. 6. 2012, s <http://www.ortopedijakavcic.si/archives/artroza-kolka/#more-18>.
8. Košak-Gregorič, M. (2012). Operacija karotide in klinična pot. V L. Fošnarič (ur.), *Urgentna stanja v kirurgiji – Vloga in pomen zdravstvene nege* (str. 79). Celje: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji.
9. Kovač, S. (2011). Endoproteza kolka. Pridobljeno 20. 4. 2012, s <http://pza.si/Clanek/Endoproteza-kolka.aspx>.
10. Moličnik, A. in Kuhta, M. (2007). Totalna kolčna endoproteza. *Medicinski mesečnik*, 3 (9), 271–281.
11. Ovsenik, M. (2011). Staranje – izziv znanosti. V D. Železnik in B. M. Kaučič (ur.), *Gradimo prihodnost: odprti za spremembe in nove izzive na področju raziskovanja zdravstvenih in socialnih ved*. (str. 68–79). Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec.
12. Rečnik, G. in Novak, I. (2007). Diferencialna diagnoza bolečine v kolku. V M. Vogrin (ur.), *Kolk v ortopediji* (str. 15–26). Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za ortopedijo.
13. Stjepanović-Vrečar, A. (2011). Nadzor vitalnih funkcij. V T. Žontar in A. Kvas (ur.), *Nove smernice pri obravnavi življenjsko ogroženega bolnika s srčno-žilnimi obolenji*. (str. 37–44). Kranj: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji.
14. Šmitek, J. (2008). Celovita priprava bolnikov na operativni poseg. V R. Batas (ur.), *Dobra priprava na operacijo – manj zapletov po njej*. (str. 9–27). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov. Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji.
15. Vitežnik, D. (2012). Standard ZN: Priprava pacienta na dan operacije. Neobjavljeno delo.

Dojenje – pomen za otrokovo zdravje in obveznost za mater

UDK 618.63-021.412

KLJUČNE BESEDE: dojenje, matere, dojenčki, zaščita pred boleznimi, naravna prehrana

POVZETEK – Dojenje ni samo prehranjevanje, temveč ima pomembno imunološko in psihološko funkcijo. Dokler je otrok dojen, ga protitelesa v materinem mleku varujejo pred okužbami in/ali omilijo potek morebitnih bolezni. Občutek varnosti, ki ga daje dotik kože na kožo, pa je prav tako pomemben dejavnik ob dojenju, ki vpliva na celoten duševni razvoj otroka. Materino mleko je okrepljeno z zaščitnimi dejavniki, saj je v materinem mleku skoraj enaka količina levkocitov kot v krvi. Zaradi prisotnosti živih levkocitov v mleku strokovnjaki menijo, da je materino mleko živo tkivo, ki varuje novorojenčka prve dni po rojstvu. Protitelesa, ki varujejo pred klicami, s katerimi je mati prišla v stik v svojem domačem okolju, prehajajo na plod že v času nosečnosti. Ti imunoglobulini omogočijo otroku, da je zavarovan proti mnogim povzročiteljem nalezljivih bolezni tudi tedaj, ko se rodi in se znajde v družinskem okolju. Dojenje prijazne delovne organizacije so jim omogočile dojenje na delovnem mestu, saj se vse več žensk predčasno vrne tja, kar največkrat prikrajša dojenčka za naravno prehranjevanje.

UDC 618.63-021.412

KEY WORDS: breastfeeding, mother, immunological protection, natural nutrition

ABSTRACT – Breastfeeding is not only feeding, but also has an important immunological and psychological function. As long as the child is breastfed, the antibodies in breast milk protect it against infections and/or mitigate the course of potential diseases. The sense of security, which is provided by touching the skin, is also an important factor during breastfeeding which affects the overall mental development of the child. The mother's breast milk is enriched with protective factors, which is supported by its analysis confirming that breast milk contains almost an equal amount of white blood cells as blood. The presence of living leukocytes in milk was defined as the living tissue of the mother's milk which protects the newborn in the first days after birth. The antibodies that protect against germs with which the mother came into contact in daily life in her home environment migrate to the foetus at the time of pregnancy. These immunoglobulins ensure that the child is protected against numerous infectious agents, even when it is born and placed in the family environment. It was believed that the transfer of antibodies occurs before birth. More and more women come to work earlier, which often deprives the infant of natural nutrition.

1 Uvod

Materino mleko je dojenčkova naravna hrana, ki je živa, in tako po vsebini kot količini ustreza otrokovim potrebam. Navkljub različnim življenjskim zgodbam in pogledom ima dojenje v življenju vsake matere in otroka pomembno vlogo, še preden se otrok sploh rodi. Vse hranljive in zaščitne snovi, ki jih v prvih šestih mesecih življenja potrebuje otrok za zdrav telesni in duševni razvoj, so v materinem mleku v naravnem razmerju. Že zgodnja spoznanja o pomenu dojenja je poudaril marsikateri slovenski zdravnik v svojih publikacijah. V knjigi Pomoč novorojenčku in dojenčku je avtor dr. Bogoljub Dragaš navedel: »Na materino mleko ne vplivajo ne strah, ne jeza, ne ponovno perilo, pa tudi socialne in materialne (denarne) težave ne« (Dragaš v Kobe, 2013). Prednosti dojenja za mater so številne. Vedno in povsod je ustrezna hrana za dojenčka na voljo takoj, mleko je čisto, ravno prav toplo, ekološko najbolj primerno. Dojenje

omogoča tudi najmanj moteno spanje staršem. Ugodno vpliva na izgubo odvečnega maščevja, maternica se hitreje skrči, mati manj krvavi, posledično ni nevarnosti za slabokrvnost, manj verjetnosti, da bo mati zbolela za rakom jajčnikov ali rakom dojke. Nenazadnje, dojenje zvišuje zadovoljstvo matere in pomaga graditi njeno pozitivno samopodobo.

2 Pomen za otrokovo zdravje

Snovi v materinem mleku otrokov organizem porabi bolje kot iz drugih prehrabnenih pripravkov; železo na primer se iz materinega mleka vsrka kar 40 odstotno. Materino mleko je idealno za dojenčkova prebavila, je izjemno lahko prebavljivo in ima tudi odvajalni učinek ter zmanjšuje možnost alergičnih reakcij pri dojenčku in kasneje v življenju. Novorojenček se pri materinih prsih ne samo nahrani, temveč se umiri in varno zaspi, saj čuti bitje njenega srca, šumenje krvi v žilah, zvoke črevesja, kar je poslušal vso nosečnost. Raziskave so potrdile tudi pomemben prispevek dojenja pri razvoju otrokovih možganov, kar dokazujejo v povprečju višje izmerjeni inteligenčni količniki dojenih otrok. Dojenje je obveznost za mater, ki svojega novorojenega otroka oskrbi z vsemi potrebnimi snovmi na poti življenja. Materin trud se ne vidi takoj, temveč je dolgoročna naložba, ki se obrestuje v celotnem življenju in zdravju otroka. Danes strokovnjaki priporočajo izključno dojenje prvih 6 mesecev otrokovega življenja. Pojem "izključno dojenje" pa ni razumljen enako pri vseh. Pomeni samo dojenje in ničesar drugega, tudi dodajanje čajev ali drugih napitkov ne. Izključno dojenje v prvih šestih mesecih omogoča optimalen razvoj otrokovega imunskega sistema in ne nudi samo večje zaščite otroka pred akutnimi infekcijami, temveč tudi znižuje verjetnost razvoja kroničnih bolezni v odrasli dobi (debelost, diabetes tipa 1 in 2, kardiovaskularnih obolenj, ALL) ter ugodno vpliva na otrokov kognitivni razvoj (Žefran Drole, 2013).

Priporočila za zdravo prehrano dojenčkov navajajo, da se lahko dajejo dodatki k dojenju šele po četrtem mesecu otrokove starosti. Kakšne dodatke dajejo matere svojim otrokom, je več ali manj prepuščeno izbiri matere, kljub nasvetom strokovnih delavcev. Na izbiro je veliko nadomestkov tako imenovanih formul, ki so priporočeno nadomestilo za materino mleko in naravna hrana. Informacije o vsebnosti hranil, dodatkov in raznih kemikalij so sicer navedene na industrijsko pripravljeni hrani, koliko uporabnikov pa jih prebere in po premisleku kupi, pa je drugo vprašanje.

3 Imunološka zaščita novorojenčka

Protitelesa, ki varujejo pred klicami, s katerimi je mati prišla v stik v vsakodnevem življenju v svojem domačem okolju, prehajajo na plod že v času nosečnosti. Ti imunoglobulini omogočijo otroku, da je zavarovan proti mnogim povzročiteljem nalezljivih bolezni tudi tedaj, ko se rodi in znajde v družinskem okolju. Imunost ni pri-

dobljena, ampak gre za pasivno prenesena materina protitelesa, ki po šestem mesecu otrokove starosti iz otrokove krvi začno izginjati. Otrok gradi svoj imunski sistem, da ga dogradi, pa lahko traja več let (Mlinar, Vozel, 2008).

Presenetljivo odkritje je bilo seveda tudi to, da dojke proizvedejo posebno vrsto protiteles kot odgovor na neko novo nevarnost za otrokovo zdravje, tudi če potrebni specifični imunoglobulin pred tem ni bil prisoten v materini krvi. Ko je dojenček izpostavljen neki novi klici, se prične niz reakcij. Ko sesa, mogoče pogosteje kot ponavadi, če se ne počuti dobro, začno dojke proizvajati primeren imunoglobulin in ga kot zaščitni element prek mleka pošljejo otroku. To je sistem »specializiranega programiranja« doječe matere, ki proizvaja protitelesa po naročilu, torej točno za tiste klice, ki grozijo otroku. Otrok »izda naročilo«, mati »sprogramira« celice in »dostavi« ustrezna protitelesa. Zanimiv dokaz, da je temu tako, je tudi možna podaljšana tvorba kolostruma pri nedonošenčkih. Belo materino mleko se namreč lahko začne tvoriti kasneje tudi do dva tedna, saj narava z daljšo tvorbo kolostruma skuša okrepiti prezgodaj rojenega in ogroženega otroka.

Ko so analizirali materino mleko, so našli žive levkocite in ugotovili, da je živo tkivo, ki je v marsičem podobno krvi. Levkociti, ki so prisotni tudi v krvi, so pglavlni obrambni dejavnik pred okužbami: uničujejo in onemogočajo bakterije in viruse, ki lahko povzročijo hude bolezni. Še preden so znanstveniki odkrili žive levkocite, so nekateri zdravniki imenovali materino mleko »bela kri« – prav zaradi njegovih vitalnih lastnosti, ki jih pripisujemo krvi. Navdušujoče je bilo odkritje, da je v materinem mleku skoraj enaka količina levkocitov kot v krvi. Bela krvna telesa nastopajo v različnih oblikah, s specifičnimi lastnostmi. Nekatera bela telesa iz materinega mleka izločajo pomembni imunoglobulin IgA. Ta predstavlja prvo obrambno črto organizma, medtem ko IgG, pglavlni protitelo, ki ga otrok dobi prek posteljice, kroži v krvi (humoralno protitelo). IgA deluje na tistih točkah, kjer klice najlažje napadejo telo (zgornja dihalna, pljuča, črevesje). Ti deli so prekriti s sluznico, ki predstavlja oviro za bolezenske agense, in prav tu se izloča IgA. Levkociti pridejo v otrokovo črevesje kot vzorci in nadaljujejo z izločanjem IgA. To protitelo z nekoliko drugačno zgradbo glede na »sorodnika« v krvi je obstojno na prebavo. Imunoglobulini so kot stražarji ob meji, ki jo predstavljajo obloge prebavnega trakta; onemogočajo vdor klic in tujih beljakovin, ki bi lahko povzročile alergije (Mlinar in Vozel, 2008).

4 Osveščenos mater za dojenje

Dokazane so koristi dojenja in hranjenja z materinim mlekom za otroka in mater (Tekavc Golob, 2013). Mame, ki dojijo, občutijo višjo samoučinkovitost, ki je obratno sorazmerna s pojavom poporodne depresije. Na odločitev o dojenju vpliva tudi izobrazba mater. Raziskovalci v Ameriki so ugotovili, da so bolj izobražene matere tudi bolj motivirane za dojenje in tudi dlje dojijo (Kodrič, 2013). Najdlje dojijo starejše matere, stare nad 36 let. Kraj bivanja in izobrazba matere pa ne vplivata na povprečno dolžino dojenja. Glavni razlog za prenehanje dojenja je zmotno mišljenje mater, da ne

proizvedejo dovolj mleka (Benedik idr. 2013). Stiske in socialno okolje močno vplivajo na odločitev o dojenju pri vseh skupinah prebivalcev.

V obsežni raziskavi več kot pet tisoč ameriških otrok so ugotovili, da je povezavo med dojenjem in inteligentnostjo otrok možno pojasniti z mamino inteligentnostjo, kognitivno stimulacijo otroka doma, doseženo ravniyo mamine izobrazbe, starostjo mame ob rojstvu otroka, vrstnem redu otroka v družini in finančno situacijo družine (Kodrič, 2013).

V okviru študije *Moje mleko*, ki poteka v Sloveniji (Benedik idr., 2013), so prišli do nekaterih zanimivih zaključkov:

- v prvem mesecu življenja je bilo izključno dojenih 73 odstotkov dojenčkov, v prvih treh mesecih pa 68 odstotkov.
- povprečno trajanje dojenja ni statistično značilno odvisno od starosti mame, vendar mlajše od 25 let dojijo v povprečju slabih 8 mesecev, starejše nad 35 let pa skoraj 10 mesecev.

Na Irskem so izbrali strategijo, ki določa zaščito, spodbujanje, podpiranje in normaliziranje dojenja. Vizija strategije je zagotoviti dober začetek življenja za otroke z zagotavljanjem izključnega dojenja. Pri tem ima vsakdo pomembno vlogo – od staršev, zdravstvenih delavcev, podjetij pa do javnosti (Poots, 2013).

5 Skrb za duševni razvoj in varnost otroka – kengurujčkanje

Kaj je kengurujčkanje? Po definiciji Kangaroo Mother Care (KMC, 2013) je skupek kontakta koža na kožo, dojenja in podpore materi in otroku. Telesni stik matere z otrokom vpliva na otrokovo stanje, vitalno stabilnost, oksigenacijo, temperaturno regulacijo in na količino mleka v dojkah.

Stik *koža-na-kožo* med otrokom in materinimi prsmi. Več je stika s kožo otroka, bolje je. Priporočljivo je, da se začne stik otrokove kože na kožo matere ali očeta takoj po rojstvu. Idealno bi se bilo dotikati stalno, dan in noč, koristna pa so tudi krajša obdobja.

Izključno dojenje: normalen novorojenček potrebuje le dojenje za zadovoljevanje potrebe po hrani, pijači in varnosti. Nedonošenemu otroku je včasih potrebno dodajati prehranska dopolnila.

Podpora dojenju: pomeni, da karkoli je potrebno za medicinsko, čustveno, psihično in fizično dobro počutje matere in dojenčka, je na voljo pri dojenju.

Stik koža na kožo se že uspešno uveljavlja pri donošenih otrocih kot zelo učinkovita pomoč pri spodbujanju dojenja. Pri nedonošenčkih pa se tak stik poimenuje kot kengurujčkanje. Dotikanje matere z otrokom zmanjšuje stres in možnost nastanka depresije pri materah. Kengurujčkani otroci imajo manj težav s spanjem, zorenje možganskih sistemov je optimalnejše, tudi njihov bolečinski sistem je manj vznburjen. Takšni otroci začnejo tudi hitreje sesati pri prsih. Prav tako je umrljivost kengurujčkanih otrok, lažjih od 2000 g, znatno manjša kot pri tistih, ki niso bili v stiku z materjo (Bregant, Neubauer in Rener-Primec, 2013). Kožni dotik z novorojenčkom imenujemo

tudi taktilna stimulacija novorojenčka, predvsem nedonošenčka, ki jo dosežemo s sodelovanjem staršev, ki se dotikajo svojega otroka takoj po porodu in tudi v inkubatorju. Dotik ugodno vpliva na izboljšanje zdravstvenega stanja otroka ter zmanjšuje stres (Bregant, Neubauer in Rener-Primec, 2013).

Taktilna stimulacija kot masaža in terapevtski dotik spodbujata pri novorojenem otroku nezamenljive občutke, ki jih je bil deležen tudi v maternici. Izboljšuje se zorenje možganov in vidna ostrina, ob tem pa so opažene tudi zvišane serumske vrednosti IGF-1 (ang. Insulin-like Growth Factor-1), ki ima pomembno vlogo pri rasti. Terapevtski dotik dosežemo s tem, ko otroka vzamemo v naročje, ko je otrok objel in zviti v naročju. Dojenje ni samo hranjenje, pač pa mnogo več, je komunikacija in čustvena navezava med otrokom in materjo (Bregant, Neubauer in Rener-Primec, 2013).

Nega novorojenčka v kontroliranem okolju v inkubatorju lahko daje slabše psihološke rezultate in slabšo stabilnost otroka kot kontakt koža na kožo na materinih prsih (Bergman, 2006).

6 Skupno spanje dojenčkov in staršev

Skupno spanje dojenčkov in staršev je predmet razprav med različnimi strokovnjaki. Skupno spanje z materjo ima pozitiven vpliv na trajanje dojenja in ga starši navajajo kot najpogostejši razlog odločitve za skupno spanje. Skupno spanje dojenčkov in staršev pa ni vedno najprimernejše, saj je ob tem pogostejše pogosto prebujanje staršev in otrok, manj je globokega spanja, večja možnost zadušitve otroka, možno je povaljanje otroka, pregretje ipd. Zaradi možnih vplivov na fragmentacijo spanja in vztrajanja na skupnem spanju s starejšimi otroci ta način režima spanja ni tisti, ki bi ga somnologi priporočali po dojenčkovem obdobju. Skupno spanje sodi v izbiro življenjskega sloga staršev. Varnost otroka pa je vodilo pri odločanju o izbiri svetovanja staršem (Gnidovec Stražišar, 2013).

7 Kako uspešno dojiti?

Raziskovalci so ugotovili, da se v času od enega do drugega podoja stopnja tvorbe mleka v dojki spreminja glede na to, kako polna je; in sicer, polnejša kot je dojka, počasnejša je tvorba mleka, in obratno, bolj kot je dojka izpraznjena, hitreje se mleko nadomešča z novim. Na tvorbo materinega mleka in količino mleka, ki jo dojenček dobi pri dojenju, vpliva mnogo dejavnikov, vključno s pogostostjo podojev v času vzpostavljanja laktacije, kapaciteta dojk, vsebnost maščob v mleku in stopnja praznjenja dojk pri posameznem podoju. Dokazi tako zelo močno nasprotujejo samovoljnemu postavljanju urnikov dojenim otrokom, da tega ni mogoče priporočiti nobeni materi, ki želi uspešno dojiti (Vozel, 1999). Zato je dojenje »na zahtevo otroka« ustrezna izbira odgovornih mater. Nevroznanstveniki predlagajo, da bi se moral dojenček nahraniti približno vsako uro. Frekvenca hranjenja dojenčka bi morala biti

povezana z možganskim ciklusom in ciklusom spanja (Bergman, 2006). Nedavne raziskave mehanizmov, ki pri dojenju uravnavajo tvorbo mleka, nam omogočajo boljše razumevanje pomena hranjenja na otrokovo pobudo in vlogo otrokovega apetita pri uravnavanju tvorbe mleka.

8 Mlečne banke

Prva mlečna banka je bila ustanovljena že leta 1909 na Dunaju. Sedaj je v Evropi že preko 189 mlečnih bank, kjer poteka tudi trženje z materinim mlekom. Vsaka darovalka mleka je pod zdravstvenim nadzorom. Spletna stran: <http://www.onlythebreast.com/buy-sell-donate-breast-milk/breast-milk-donor-blood-test-order-form/> ponuja pregledano in varno žensko mleko in je najbolj uveljavljeno stičišče novodobnih plačanih dojilj (Domjan Arnšek, 2013). Darovalke morajo opraviti testiranje, na podlagi česar dobijo certifikat, s katerim lahko prodajajo svoje mleko. Pri nas še poteka ustanavljanje mlečne banke, trgovanje z mlekom pa se nekontrolirano opravlja preko interneta. Donatorke ponujajo svoje mleko materam, ki ga nimajo dovolj ali sploh ne dojijo. Kakšno škodo lahko povzroči nekontrolirano dajanje nepreverjenega mleka, še ne vemo, raziskav še ni bilo narejenih. O možnostih prenosa bolezni preko krvi, in tako tudi predvidevamo preko mleka, pa vemo že veliko. Upamo lahko le, da tudi za to ne bo potrebna nedolžna žrtev.

9 Sklep

Dojenje predstavlja osnovno prehrano za novorojenega otroka. Daje mu vse potrebne sestavine, ki jih potrebuje za zdrav razvoj. Materam pa manj dela in skrbi za pripravo obrokov, kar ni zanemarljivo v današnji dobi hitenja in materialnih stisk. Materino mleko je idealno za dojenčkova prebavila, je izjemno lahko prebavljivo in ima ugoden učinek na prebavo novorojenčka ter zmanjšuje možnost alergičnih reakcij v zgodnjem in kasneje v otrokovem življenju. Novorojenček se pri materinih prsih umiri in varno zaspi, saj čuti bitje njenega srca, šumenje krvi v žilah ter zvoke črevesja, kar ga je spremljalo vso nosečnost. Pojem »izključno dojenje« ni razumljen enako pri vseh materah in strokovnjakih. Pomeni samo dojenje in ničesar drugega, tudi dodajanje čajev ali drugih napitkov ne pride v poštev. Izključno dojenje v prvih šestih mesecih omogoča optimalen razvoj otrokovega imunskega sistema, daje večjo zaščito otroku pred akutnimi infekcijami, znižuje tudi verjetnost razvoja kroničnih bolezni v odrasli dobi. Seveda pa izključno dojenje ni izključna domena, ki bi oblikirala vse subjekte. Izbira je na strani staršev, predvsem matere. Strokovnjaki na področju dojenja lahko materam le svetujejo in jih pripravljajo za to odločitev.

LITERATURA

1. Benedik, E., Robič, T., Bratanič, B., Fidler Mis, N., Bogovič Matijašič, B., Soltirovska Šalamon, A., Rogelj, I. (2013). Dojenje pri materah, vključenih v študijo »Moje mleko«, Dojenje – izziv sodobne ženske. Zbornik prispevkov VIII. Republiškega simpozija o dojenju z mednarodno udeležbo. Laško.
2. Bergman, N. (2006). Mowbray Maternity Hospital – First randomized controlled trial, *Acta Paediatrica*, 95 (1), 15–6.
3. Bregant, T., Neubauer, D., Rener-Primec, Z. (2013). Stik koža na kožo in taktilna stimulacija novorojenčka-dojenčka, Dojenje – izziv sodobne ženske. Zbornik prispevkov VIII. Republiškega simpozija o dojenju z mednarodno udeležbo. Laško.
4. Domjan Arnšek, A. (2013). Spletna prodaja ženskega mleka v Sloveniji in v svetu, Dojenje – izziv sodobne ženske. Zbornik prispevkov VIII. Republiškega simpozija o dojenju z mednarodno udeležbo. Laško.
5. Gnidovec Stražišar, B. (2013). Dojenje in skupno spanje otrok in staršev. Dojenje – izziv sodobne ženske. Zbornik prispevkov VIII. Republiškega simpozija o dojenju z mednarodno udeležbo. Laško.
6. Kangaroo Mother Care (KMC) (2013). What is KMC?, Pridobljeno 22. 10. 2013, s <http://www.kangaroomothercare.com/what-kmc-is.aspx>.
7. Kobe, I. (2013). Dojenje skozi čas na Slovenskem, Dojenje – izziv sodobne ženske, Zbornik prispevkov VIII. Republiškega simpozija o dojenju z mednarodno udeležbo. Laško.
8. Kodrič, J. (2013). Psihološki vidiki dojenja, Dojenje – izziv sodobne ženske. Zbornik prispevkov VIII. Republiškega simpozija o dojenju z mednarodno udeležbo. Laško.
9. Mlinar, K. in Vozel, M. (2008). O dojenju in imunski zaščiti dojenega otroka, La Leche League Slovenija, društvo za pomoč in podporo doječim materam. Pridobljeno 9. 10. 2013, s <https://www.google.com/#q=la+leche+league+slovenija>.
10. Poots, E. (2013). New drive to encourage more breastfeeding. Pridobljeno 22. 10. 2013, s <http://www.belfasttelegraph.co.uk/news/health/new-drive-to-encourage-more-breastfeeding-29372398.html>.
11. Tekavc Golob, A. (2013): Nedonošenčki z nizko porodno težo (pod 1500 g) in dojenje, Dojenje – izziv sodobne ženske. Zbornik prispevkov VIII. Republiškega simpozija o dojenju z mednarodno udeležbo. Laško.
12. Vozel, M. (1999). Breastfeeding Abstracts. *LLL Slovenija*, 18 (4), 28–29.
13. Žefran Drole, M., (2013). Pogostost dojenja pri šest mesecih starosti otrok – 2012, Dojenje – izziv sodobne ženske. Zbornik prispevkov VIII. Republiškega simpozija o dojenju z mednarodno udeležbo. Laško.

Raziskovanje v zdravstveni negi – pomen za prakso

UDK 001.891:616-083

KLJUČNE BESEDE: raziskovanje, raziskovanje v zdravstveni negi, praksa

POVZETEK – Ljudje si želimo razumeti sebe in svet okoli nas. Je spraševanje o tem tudi prvi korak pri raziskovanju v zdravstveni negi? Se ugotovitve raziskav na podlagi pridobljenih dokazov res uporabijo za dejanske spremembe v zdravstveni negi? Katere ugotovitve so primerne za prenos v prakso? Odgovore na številna vprašanja, povezana z raziskovanjem medicinskih sester in drugih raziskovalcev v zdravstveni negi, bomo v članku obravnavali z različnih zornih kotov. Ker je glavni cilj raziskovanja zdravstvene nege poglobljanje znanja in s tem izboljšave pri praktičnem delu, menimo, da mora biti raziskovanje prisotno na vseh ravneh zdravstvene nege in mora aktivno vključevati tudi medicinske sestre. Te morajo skrbeti za razvoj stroke na osnovi kritičnega mišljenja in raziskovanja, saj jim le-to omogoča kakovostnejšo zdravstveno nego in njen dvig na profesionalno raven. Raziskovalno delo jim prinaša odgovore na vprašanja, ki se porajajo v praksi, in pomaga reševati strokovne probleme. V prispevku predstavljamo pregled opravljenega raziskovalnega dela in rezultate oziroma ugotovitve nekaterih raziskav medicinskih sester in drugih raziskovalcev v zdravstveni negi.

UDC 001.891:616-083

KEY WORDS: research, research in nursing care, practice

ABSTRACT – People wish to better understand themselves and the world around them. Are such questions also the first step in the research process in nursing care? Are research findings based on the obtained evidence actually used to make changes in the practice of nursing? Which findings are suitable for transfer to practice? In the paper, we will deal with answers and discuss many issues related to the research carried out by nurses and other health care researchers from different points of view. As the main goal of research in nursing care is deepening knowledge and thus bringing about improvements in practice, we believe that research should be present at all the levels of health care, and should actively involve nurses. They have to ensure the development of the professions based on critical thinking and research, since only that helps them improve the quality of nursing care and its rise on the professional level. The research work provides them with answers to questions that arise from practice, and help them solve professional problems. For this purpose, the paper gives an overview of the research work in the field of research in nursing and presents the results and findings of certain studies conducted by nurses and other researchers in nursing care.

1 Uvod

Globalno okolje in hitre spremembe v današnjem svetu se odražajo na vseh področjih in tako tudi v zdravstvu. Tudi prisotnost raziskovanja v zdravstveni negi se je v zadnjih 160 letih močno spremenila in, kot sta zapisali Burns in Grove (2011), v 21. stoletju veliko obeta. Od leta 1970 do leta 1990 je na področju zdravstvene nege naraščalo število raziskav, ki so bile osredotočene na klinične težave in so proizvajale spoznanja, ki so imela neposreden vpliv na prakso. Klinične raziskave imajo z namenom razvijanja na dokazih podprte prakse v zdravstveni negi velik pomen tudi v 21. stoletju. Raziskovanje na področju zdravstvene nege mora biti prisotno na vseh ravneh zdravstvene nege in mora vključevati celoten zdravstveni tim in tudi medicinske sestre kot strokovnjakinje za svoje področje. Vsi ti morajo skrbeti za razvoj prakse

zdravstvene nege na osnovi kritičnega mišljenja in raziskovanja. Morajo se zavedati, da je raziskovanje pomembno za dokazovanje opravljenega dela, profesionalizacijo in napredek stroke. Postavlja se vprašanje, kakšen je pogled celotnega zdravstvenega tima in medicinskih sester na pomen raziskovanja v zdravstveni negi ter kaj menijo o vnosu sprememb, ki temeljijo na izsledkih raziskovalnih dokazov v prakso.

Končni cilj zdravstvene nege je praksa, ki temelji na dokazih, ki spodbuja kakovostne in stroškovno učinkovite rezultate za bolnike, družine in zdravstveni sistem (Moule in Goodman, 2009). Raziskave zdravstvenemu timu in medicinskim sestram omogočajo, da lahko na osnovi raziskovalnih dokazov razvijajo in izboljšajo obstoječe načine zagotavljanja zdravstvene nege. Iz ugotovitev predhodnih raziskav je razvidno, da se zdravstveni timi in medicinske sestre zavedajo pomena raziskovanja in so pripravljeni sodelovati v procesu raziskovanja, vendar menijo, da imajo premalo znanja, da bi izvedli ali aktivno sodelovali v izvedbi raziskave. Za izvajanje raziskovanja na področju zdravstvene nege imajo nekateri člani zdravstvenega tima več interesa za opravljanje raziskav in razumejo raziskovanje kot pomemben del za izboljševanje prakse zdravstvene nege. Da je raziskovanje na področju zdravstvene nege pomembno za razvoj stroke in da je treba izsledke raziskav uporabljati v praksi zdravstvene nege, pa potrjujejo tudi izsledki predstavljenih raziskav v empiričnem delu članka. Z njimi podrobneje predstavimo, kakšno je razumevanje in pogled na raziskovanje med člani zdravstvenega tima in medicinskimi sestrami. Njihov pogled bomo prikazali z rezultati raziskav, ki sta bili izvedeni med zdravstvenimi timi in medicinskimi sestrami v letu 2011 in 2012.

2 Raziskovanje v zdravstveni negi

Sheer in Wong navajata (v Skela Savič, 2009), da postaja vedno večja potreba po nadgradnji znanja diplomiranih medicinskih sester »trend zadnjih deset let«. Te potrebe in zahteve, povezane z več znanja in stalnim pridobivanjem novih znanj, so povezane z današnjimi vse zahtevnejšimi potrebami v sodobni družbi. Te lahko zadovoljimo le z razvojem raziskovanja in poudarjanjem njegove pomembnosti.

Temelj razvoja zdravstvene nege predstavlja v razvitih državah raziskovalno delo, ki vedno bolj poudarja specialno znanje ter delovanje zdravstvene nege na podlagi dokazov (Skela Savič, 2009). Raziskovanje v zdravstveni negi se osredotoča na različna področja preučevanja zdravstvene nege in vključuje zgodovinska, etična in politična vprašanja. Z raziskovanjem v zdravstveni negi pridobimo številne pomembne informacije in znanja: o izobraževanju v zdravstveni negi, izvajanju administrativnih del v zdravstveni negi, storitev v zdravstveni negi, značilnosti dela zaposlenih in vloge zdravstvene nege. Cilji za izvajanje raziskav vključujejo izboljšanje zdravstvene nege.

Med številnimi ovirami za razvoj raziskovanja v zdravstveni negi lahko izpostavimo pomanjkanje časa za branje člankov in vključevanje v raziskovalne aktivnosti, pomanjkanje znanja in veščin raziskovalca za razumevanje rezultatov raziskave (Skela Savič, 2009).

Glede na zapleteno naravo raziskav v zdravstveni negi je težko definirati raziskovanje z definicijo, s katero bi lahko enotno opredelili vse vrste raziskovanj v zdravstveni negi. Burns in Grove (2011) razložita besedo raziskovanje kot »ponovno raziskati« ali »skrbno, natančno raziskati«. Raziskovanje zdravstvene nege lahko opredelimo kot znanstveni proces, ki potrjuje in izboljšuje obstoječe znanje in razvija nova znanja, ki neposredno in posredno vplivajo na prakso zdravstvene nege. Poteka kot natančno načrtovana in sistematično opravljena raziskava ali študija. Cilj raziskovanja je razvoj empiričnega znanja na področju zdravstvene nege. Moule in Goodman (2009) poudarita, da v večini opredelitev raziskav obstajajo nekateri bistveni elementi, značilni za raziskovanje: sistematičen proces; iskanje novega znanja ali poglobljanja razumevanja; dejavnosti, ki so načrtovane in logične ter iskanje odgovora na vprašanje, hkrati pa definiranje raziskovanja zdravstvene nege zahteva določitev potrebnega ustreznega znanja medicinskih sester.

Raziskovalno znanje je pomembno predvsem zato, ker je zdravstvena nega poklic, ki je povezan s prakso. In raziskovanje je bistveno za razvoj in izpopolnjevanje znanja, ki ga medicinske sestre lahko uporabijo za izboljšanje klinične prakse. Strokovnjaki raziskovalci in zdravniki so raziskali in sintetizirali številne študije z namenom oblikovanja smernic in protokolov za uporabo v praksi. Menijo, da morajo biti medicinske sestre sposobne brati raziskovalna poročila in povzetke rezultatov raziskav, da bi lahko izvajale izboljšave na osnovi dokazov (protokolov in smernic) in v praksi spodbujale pozitivne rezultate za bolnike in družine (Burns in Grove, 2011). Vrbovšek (2010) uvršča med dejavnike, ki lahko predstavljajo eno od glavnih ovir in vplivajo na proces in izvedbo raziskovanja, pomanjkanje znanja o metodologiji in obdelavi podatkov. Poudarja, da je to lahko ena od glavnih ovir, da se medicinske sestre ne odločijo za raziskovanje. Pravi, da »raziskovalno pismena medicinska sestra prepozna pomen raziskovanja za izboljševanje prakse zdravstvene nege, pozna raziskovalni proces ter pomembne vidike raziskovanja v zdravstveni negi (npr. etični vidik), zna najti naj-sodobnejšo literaturo in najnovejše raziskave s svojega področja dela ter ovrednotiti njihov pomen in uporabnost za svoje delo, je zmožna kritičnega vpogleda v lastno delo in uporabe raziskovalnih spoznanj v praksi« (Vrbovšek, 2010).

Raziskovanje, ki ga izvajajo medicinske sestre in drugi delavci v zdravstveni negi, ni pogojeno le s formalnim izobraževanjem (Rodica, 2012). Raziskovanje na področju bolnišnic, kliničnih centrov, inštitutov, tudi zdravstvenih domov in domov za starejše občane je v veliki meri povezano z razumevanjem pomena raziskovanja vodstvenih delavcev, saj lahko menedžment na področju zdravstvene nege vpliva na zaposlene in jih spodbuja pri raziskovalnem delu. Določen vpliv oziroma omejitev za raziskovanje lahko predstavlja tudi dostopnost do novejših in »primerne« strokovne literature. Rasmussen (2011) ugotavlja, da je primerna raziskovalna literatura pogosto napisana v tujem, večinoma angleškem in znanstvenem jeziku ter zato velikokrat neprimerna za neposredno uporabo v praksi. Pomembna je tudi možnost dostopa do rezultatov posameznih opravljenih raziskav na področju zdravstvene nege, saj so rezultati velikokrat dostopni samo ožjemu strokovnemu krogu. Vse našteje ovire oziroma dejavniki lahko vplivajo na to, da se primeri dobre prakse ne širijo naprej. Zaradi zavedanja, da je raz-

iskovanje pomembno na vseh področjih zdravstvene nege, in v želji, da se razvije raziskovalno delo in da se vse več rezultatov raziskav aplicira v prakso zdravstvene nege, se medicinske sestre raziskovalke trudijo, da bi se medsebojno povezale in sodelovale.

Na osnovi teženj po tesnejšem povezovanju medicinskih sester raziskovalk so v Evropi že leta 1978 oblikovali delovne skupine evropskih medicinskih sester raziskovalk, imenovane WENR (Workgroup of European Nurse Researchers). V to sodelovanje so vključena nacionalna združenja medicinskih sester po Evropi, članice ICN, ki sodelujejo z EFN (European Federation of Nurses). Polnopravna članica je tudi Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Tako kot druge države članice tudi Slovenija v omenjeni delovni skupini sodeluje z imenovanim nacionalnim predstavnikom (Vrbovšek, 2010).

Raziskovanje na področju zdravstvene nege v Sloveniji ne izvajamo samostojno. Poteka pod okriljem drugih ved, predvsem medicinskih in družboslovnih, in ga ne najdemo v šifrantu raziskovalnih del Javne agencije za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije (ARRS, 2012). V Informacijskem sistemu o raziskovalni dejavnosti v Sloveniji (SICRIS) so dostopni podatki o zdravstvenih ustanovah, v okviru katerih delujejo številne raziskovalne skupine in posamezni raziskovalci s tega področja.

Te ustanove so: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Univerzitetni klinični center Maribor, Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Onkološki inštitut Ljubljana, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Zdravstveni dom Ljubljana, Splošna bolnišnica Celje, Splošna bolnišnica Jesenice, Splošna bolnišnica Murska Sobota, Ortopedska bolnišnica Valdoltra, Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo idr.

Na področju zdravstvene nege znanstveno raziskovanje narašča, kar dokazuje vedno večje število objavljenih znanstvenih člankov na to tematiko (Rodica, 2012; Golob, 2011, Berič, 2012). V elektronski bazi CINAHL se od leta 2004 povečuje številno revij in objavljenih člankov, ki se primarno ukvarjajo z raziskovanjem v zdravstveni negi (CINAHL, 2013). Med najpogostejše uporabljenei tezavri pri iskanju literature na področju zdravstvene nege so: Nursing Research, Nursing Education research, Educational Nursing Research ipd. (Rodica, 2011). Ugotovitev Polita in Becka (2009), ki sta avtorja številnih raziskav, objavljenih v znanstvenih revijah v zdravstveni negi, je, da so v primerjavi z ZDA in Azijo raziskave v Evropi, Kanadi in Avstraliji usmerjene v raziskovanje profesije, samih medicinskih sester, niso pa usmerjene k pacientom. Traynor, Rafferty in Lewison (2001) poimenujejo takšne raziskave kot endogeno raziskovanje; raziskovanje, ki je usmerjeno k pacientu, pa kot eksogeno raziskovanje. Raziskovanje v vzhodnih državah ocenjujejo kot visokokakovostne zaradi njihove usmeritve v intervencije zdravstvene nege in usmeritve v probleme pacientov, predvsem zaradi dobro opisanih vzorcev v opisu metodološkega dela izvedenih raziskav.

3 Metodologija

3.1 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je bil, da s pomočjo sekundarnih podatkov, zbranih s kvantitativno tehniko, preučimo mnenja medicinskih sester in zdravstvenega tima glede raziskovanja na področju zdravstvene nege.

Cilji raziskave so bili ugotoviti, kakšno mnenje imajo medicinske sestre in drugi člani zdravstvenega tima o raziskovanju na področju zdravstvene nege; preučiti njihovo mnenje o vplivih in omejitvah pri raziskovanju v zdravstveni negi ter raziskati stališča medicinskih sester in zdravstvenega tima o pomenu raziskovanja za zdravstveno nego.

Z namenom analiziranja raziskovalnega problema je bil pripravljen pregled aktualne literature s področja raziskovanja v zdravstveni negi. Pri iskanju literature pa so bili uporabljeni tudi internetni viri iz različnih podatkovnih baz (CINAHL, COBISS in drugih). Sekundarni podatki so bili statistično obdelani s pomočjo računalniškega programa Microsoft Office Excel.

3.2 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Ker smo želeli raziskati mnenja anketirancev o pomembnosti raziskav na področju zdravstvene nege in uporabi izsledkov teh raziskav v praksi, smo za analiziranje raziskovanja v zdravstveni negi uporabili nekatere podatke iz predhodno opravljenih kvantitativnih raziskav. Na osnovi uporabe teh podatkov smo pripravili lastne izračune. Vir uporabljenih podatkov predstavljata vzorec 106 in vzorec 50 anketiranih oseb, ki se na delovnem mestu vsakodnevno »sreča« z zdravstveno nego. V prvem delu v tabeli 1 predstavljamo rezultate raziskave, izvedene jeseni 2012. V raziskavo je bil vključen namenski vzorec iz Kliničnega oddelka za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo. Vzorec, ki je bil namenski, je zajemal 50 anketirancev (srednjih medicinskih sester, diplomiranih medicinskih sester, fizioterapevtov in zdravnikov). V tabeli 2 in 3 pa predstavimo rezultate pridobljenih mnenj medicinskih sester, zaposlenih v Splošni bolnišnici Novo mesto. Anketiranje je bilo izvedeno poleti leta 2011. Vrnjenih 106 anketnih vprašalnikov predstavlja vzorec raziskave (skupaj 1007 zaposlenih). Največ anketiranih je bilo starih med 23,5 in 28,5 leta, najmanj pa jih je bilo iz starostnega obdobja od 18,5 do 23,5 leta.

4 Rezultati in razprava

Na osnovi študije literature in virov je bilo v raziskavi Berić (2012) v izbranem delu vprašalnika postavljenih 18 trditev, katerih namen je bil raziskati mnenje anketirancev o raziskovanju v zdravstveni negi. Pri tem je bilo zanimanje usmerjeno tudi v raziskovanje mnenja o vplivu raziskovanja na razvoj stroke ter raziskati, kateri dejavniki vplivajo na kakovost izvajanja raziskave (petstopenjska lestvica Likertovega tipa: 1 – se ne strinjam, 2 – se delno ne strinjam, 3 – nisem opredeljen, 4 – se delno strinjam,

5 – zelo se strinjam). V tabeli 1 prikazujemo deleže strinjanja s posamezno trditvijo, povprečno oceno o strinjanju s posamezno trditvijo ($\bar{x}$) in standardni odklon (SD). Izmed vseh trditev, ki so bila pri izbranem vprašanju posredovana anketirancem, je v tabeli 1 prikazanih pet trditev, kjer je delež anketirancev, ki se s posamezno trditvijo zelo strinjajo, najvišji in nato pet trditev, kjer je ta delež popolnega strinjanja najnižji.

Tabela 1: Mnenje anketirancev o raziskovanju v zdravstveni negi (n = 50)

	<i>Se ne strinjam 1 (%)</i>	<i>2 (%)</i>	<i>Nisem opredeljen³ (%)</i>	<i>4 (%)</i>	<i>Zelo se strinjam 5 (%)</i>	$\bar{x}$	SD
<i>Pripravljen sem sodelovati v raziskavi, ki je namenjena ugotavljanju kakovosti timskega dela.</i>	0,00	0,00	6,52	23,91	69,57	4,60	0,60
<i>Raziskovanje pozitivno vpliva na razvoj stroke le takrat, ko je aplicirano v prakso.</i>	0,00	0,00	6,67	24,44	68,89	4,54	0,88
<i>Timski sestanki so namenjeni tudi predstavitvi rezultatov raziskav.</i>	2,13	4,26	6,38	36,17	51,06	4,28	0,90
<i>Na kakovost sodelovanja in izvajanja raziskave vpliva to, da poznam njen namen.</i>	0,00	2,13	19,15	27,66	51,06	4,28	0,83
<i>Na kakovost sodelovanja in izvajanja raziskave vpliva to, da nisem časovno preobremenjen.</i>	2,17	4,35	19,57	39,13	34,78	3,56	1,08
<i>Raziskave vplivajo na ohranjanje in povečevanje kakovost zdravstvene nege.</i>	4,35	15,22	19,57	30,43	30,43	3,28	1,33
<i>Z izvajanjem raziskav se poveča moje znanje o zdravstveni negi.</i>	4,26	2,13	36,17	27,66	29,79	3,42	1,43
<i>Na osnovi raziskav vnesemo v našem oddelku veliko izboljšav.</i>	22,22	17,78	15,56	15,56	28,89	2,64	1,41
<i>Večina raziskav se uporabi v praksi.</i>	13,04	2,17	8,70	47,83	28,26	2,48	1,47
<i>Pri izvajanju sem omejen zaradi pomanjkanja podpore zaposlenih.</i>	17,02	12,77	17,02	27,66	25,53	3,14	1,13

Vir: Lastni izračuni iz anketnega vprašalnika Berić, 2012.

Iz tabele 1 je razvidno, da se anketiranci (v več kot 50%) zelo strinjajo s trditvami, da so pripravljeni sodelovati v raziskavi, ki je namenjena ugotavljanju kakovosti timskega dela, da raziskovanje pozitivno vpliva na razvoj stroke le takrat, ko je aplicirano v prakso, timski sestanki so namenjeni tudi predstavitvi rezultatov raziskav in da na kakovost sodelovanja in izvajanja raziskave vpliva to, da poznamo njen namen. Anketiranci se (kar v 93%) zelo strinjajo ali strinjajo s trditvijo, da raziskovanje pozitivno vpliva na razvoj stroke le takrat, ko je aplicirano v prakso. Da se zelo ali delno stri-

njajo ($\bar{x} = 4,60$) s trditvijo o pripravljenosti sodelovanja v raziskavi, ki je namenjena ugotavljanju kakovosti timskega dela, se je opredelilo skoraj 93 odstotkov anketirancev. Čeprav se je skoraj polovica anketirancev (47,83%) delno strinjala s trditvijo, da se večina raziskav uporabi v praksi, je bil med anketiranci najvišji delež popolnega nestrinjanja glede trditve, da na osnovi raziskav vnesejo v oddelku veliko izboljšav (22%). Iz rezultatov ugotovimo, da so anketiranci pripravljeni sodelovati v raziskavi, katere namen poznajo ($\bar{x} = 4,60$), in večina meni, da raziskovanje pozitivno vpliva na razvoj stroke le takrat, ko je aplicirano v prakso ($\bar{x} = 4,54$).

Tako kot v raziskavi (Strojan idr., 2012) tudi iz rezultatov raziskave Golob (2011), izvedene leta 2011, katere del predstavljamo v tabeli 2, vidimo, da je za anketirane medicinske sestre raziskovanje pomembno. Tako je menilo kar 95 odstotkov anketiranih v raziskavi. Le 1 odstotek vprašanih je menil, da raziskovanje za razvoj zdravstvene nege ni pomembno. Pri tem 93 odstotkov medicinskih sester meni, da je treba izsledke in dognanja raziskav uporabiti v praksi v zdravstveni negi. 6 odstotkov anketiranih se o tem vprašanju ni moglo deklarativno izjasniti in le 1 odstotek anketiranih je menil, da praktična aplikacija izsledkov raziskav ni pomembna. Največ izvajalcev raziskav glede na izobrazbo je diplomiranih medicinskih sester, ki so izvedle vsaj eno raziskavo v sklopu pisanja diplomskega dela (76%).

Kakšno je mnenje medicinskih sester o pomenu raziskovanja iz ekonomskega, izobraževalnega in drugih vidikov, prikazujemo v tabeli 2. Tudi pri tem vprašanju je bila uporabljena petstopenjska lestvica Likertovega tipa.

Tabela 2: Mnenje anketirancev o pomenu raziskovanja za zdravstveno nego (n = 106)

	<i>Se ne strinjam 1 (%)</i>	<i>Se delno ne strinjam 2 (%)</i>	<i>Nisem opredeljen 3 (%)</i>	<i>Se delno strinjam 4 (%)</i>	<i>Zelo se strinjam 5 (%)</i>	$\bar{x}$	SD
<i>Dobimo nova znanja in spoznanja iz stroke.</i>	0,00	3,77	11,32	36,79	48,11	4,29	0,81
<i>Dobimo vpogled v trenutno stanje v praksi.</i>	0,00	4,72	19,81	42,45	33,02	4,04	0,85
<i>Preverimo, ali so nova znanja aplicirana v prakso.</i>	1,89	4,72	23,58	41,51	28,30	3,90	0,93
<i>Dobimo določene predloge in usmeritve za izboljšave prakse.</i>	4,72	2,83	18,87	48,11	25,47	3,87	0,98
<i>Izvedemo, kakšno je mnenje zaposlenih o njihovem delu.</i>	4,72	7,55	16,04	50,94	20,75	3,75	1,02
<i>Dobimo konkretne odgovore na določena raziskovalna vprašanja.</i>	0,00	14,15	25,47	41,51	18,87	3,65	0,94
<i>Izvedemo, kakšna je razporeditev finančnih sredstev za nego bolnikov.</i>	10,38	23,58	23,58	30,19	12,26	3,10	1,20

Vir: Lastni izračuni iz anketnega vprašalnika Golob, 2011.

Anketiranci se v največji meri ($\bar{x} = 4,29$) strinjajo s trditvijo, da z raziskovanjem dobijo nova znanja in spoznanja iz stroke. Skoraj 50 odstotkov se jih zelo strinja s to trdi-

tvijo in skoraj 37 odstotkov je takšnih, ki se s trditvijo delno strinjajo. V 33 odstotkih se anketiranci zelo strinjajo s trditvijo, da s pomočjo raziskovanja dobimo vpogled v trenutno stanje v praksi ($\bar{x} = 4,04$). V povprečju so bili anketiranci neopredeljeni glede trditve, da s pomočjo raziskovanja izvejo, kakšna je razporeditev finančnih sredstev za nego bolnikov ($\bar{x} = 3,10$). 10 odstotkov je bilo takšnih, ki se ni strinjalo s trditvijo, da s pomočjo raziskovanja izvemo, kakšna je razporeditev finančnih sredstev za nego bolnikov.

V tabeli 3 prikazujemo deleže strinjanja s posamezno trditvijo o vplivih in omejitvah pri raziskovanju v zdravstveni negi, povprečno oceno o strinjanju s posamezno trditvijo o vplivih in omejitvah ($\bar{x}$) in izračunan standardni odklon (SD).

Tabela 3: Mnenje anketirancev o vplivih in omejitvah pri raziskovanju v zdravstveni negi (n = 106)

	<i>Se ne strinjam 1 (%)</i>	<i>Se delno ne strinjam 2 (%)</i>	<i>Nevtralno 3 (%)</i>	<i>Se delno strinjam 4 (%)</i>	<i>Zelo se strinjam 5 (%)</i>	$\bar{x}$	SD
<i>Za raziskave na področju zdravstvene nege si ne vzamemo dovolj časa.</i>	1,89	10,38	25,47	39,62	22,64	3,71	0,99
<i>Znanja o raziskovanju na področju zdravstvene nege je premalo.</i>	1,89	16,04	26,42	33,96	21,70	3,58	1,05
<i>Interesa za raziskave na področju zdravstvene nege ni dovolj.</i>	2,83	14,15	21,70	39,62	21,70	3,63	1,06
<i>Raziskovanje ni primerno za iskanje odgovorov na vsako vprašanje.</i>	5,66	12,26	25,47	35,85	20,75	3,54	1,12
<i>Spodbud s strani vodstvenih delavcev in delovne organizacije skoraj ni.</i>	3,77	12,26	28,30	34,91	20,75	3,57	1,06
<i>Raziskovanje je drago in zamudno.</i>	5,66	20,75	33,02	21,70	18,87	3,27	1,15
<i>Naša pričakovanja o ugotovitvah raziskovanja so neskladna z rezultati.</i>	4,72	10,38	44,34	31,13	9,43	3,30	0,94
<i>Pri raziskavah je možnost zmot zelo velika.</i>	4,72	21,70	47,17	17,92	8,49	3,04	0,96
<i>Imam premalo znanja, da bi izvedla ali aktivno sodelovala v izvedbi raziskave.</i>	19,81	16,04	35,85	22,64	5,66	2,78	1,17

Vir: Lastni izračuni iz anketnega vprašalnika Golob, 2011.

Glede vplivov in omejitvah pri raziskovanju so anketiranci v večini delno strinjajo s podanimi trditvami oziroma so se o zapisanih trditvah opredelili nevtrarno. V povprečju se z oceno $\bar{x} = 3,71$ strinjajo s trditvijo, da si za raziskave na področju zdravstvene nege ne vzamejo dovolj časa. S to trditvijo se zelo strinja 22, 6 odstotka anketirancev in skoraj 40 odstotkov se jih s trditvijo delno strinja. Zanimiva je tudi ugotovitev, da se skoraj 40 odstotkov anketirancev strinja s trditvijo, da ni dovolj interesa za razisko-

vanje na področju zdravstvene nege. Anketiranci so v najvišjem deležu neopredeljeni glede trditev, da je možnost zmot pri raziskavah zelo velika (47%) in da so njihova pričakovanja o ugotovitvah raziskovanja neskladna z rezultati (44%). S trditvijo, da ima premalo znanja, potrebnega za izvedbo ali aktivno sodelovanje v izvedbi raziskave, se skoraj petina anketirancev ni strinjala.

5 Sklep

S strokovnim in znanstvenim raziskovanjem in aplikacijo raziskovalnih rezultatov v prakso se razvijajo družba, stroka in institucije, kjer izvajajo raziskave. Pomena raziskovanja se vedno bolj zavedajo vsi izvajalci zdravstvene nege. Prav aplikacija dobljenih rezultatov in spoznanj v prakso zdravstvene nege lahko pomaga pri zagotavljanju boljše in celostno kontinuirane zdravstvene nege.

Čeprav lahko glede na rezultate raziskave podamo določene ugotovitve, jih ne moremo posplošiti na celotno Slovenijo. Da bi svoje ugotovitve lahko posplošili na zdravstvene time in vse medicinske sestre v Sloveniji, bi morali v raziskavo zajeti večje število omenjene skupine anketirancev iz celotne Slovenije. Med ugotovitvami raziskave je pomembno poudariti, da anketiranci v veliki večini menijo, da raziskovanje na razvoj stroke pozitivno vpliva le takrat, ko je aplicirano v prakso. Kljub temu, da se zdravstveni timi in medicinske sestre zavedajo pomena raziskovanja, jih skoraj tretjina meni, da imajo premalo znanja, da bi izvedli ali aktivno sodelovali v izvedbi raziskave. Zato se je pomembno zavedati pomena raziskovanja na področju zdravstvene nege in si prizadevati za raziskovalno pismenost zdravstvenega tima in medicinskih sester.

LITERATURA

1. ARRS – Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije (2012). Pridobljeno 14. 7. 2012, s <http://www.rrs.gov.si/sl/>.
2. Berič, S. (2012). Timsko delo v zdravstveni negi z vidika raziskovanja. Diplomsko naloga. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo Novo mesto.
3. Burns, N. in Grove, S. K. (2011). *Understanding Nursing Research: Building an Evidence-Based Practice*. Elsevier Saunders.
4. Golob, M. (2011). Raziskovanje na področju zdravstvene nege v Sloveniji. Diplomsko naloga. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo Novo mesto.
5. Moule, P. in Goodman, M. (2009). *Nursing research: an introduction*. Los Angeles: Sage.
6. Polit, D. F. in Beck, T. C. (2009). International differences in nursing research, 2005-2006. *Journal of Nursing Scholarship*.
7. Rasmussen, B. H. (2011). Prevajanje znanstvenega znanja v prakso Zdravstvene nege in obratno. Pridobljeno 27. 5 2011, s http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres_zbn/pdf/311A-SLO.pdf.
8. Rodica, B. (2012). Raziskovalno delo v zdravstveni negi. Učno gradivo. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo Novo mesto.
9. Rodica, B. (2011). Pomen znanstvenega raziskovanja za prakso in celostno obravnavo pacienta. V B. Filej (ur.), *Celostna obravnava pacienta – kako daleč smo še do cilja? pomen integralne nege in integrativne medicine za paciente*. Novo mesto: Visokošolsko središče, Visoka šola za zdravstvo.

10. Skela Savič, B. (2009). Zdravstvena nega in raziskovanje: Nekateri vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 43 (3), 209–222.
11. Strojan, N., Zorc, J. in Skela Savič, B. (2012). Odnos medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 46 (1), 47–55.
12. Traynor, M., Rafferty, A. M., Lewison, G. (2001). Endogenous and exogenous research? Findings from a bibliometric study of UK nursing research. *Journal of advanced nursing*, 34 (2), 212–222.
13. Vrbovšek, S. (2010). Raziskovanje tudi na področju zdravstvene nege stopa v ospredje. *Utrip*, 18 (4), 4–5.

Vloga medicinske sestre pri zdravljenju bolečine v paliativni oskrbi

UDK 616-036.8-083-009.7

KLJUČNE BESEDE: paliativa, pacienti, kronična bolečina, zdravljenje

POVZETEK – Bolečina je za vsakogar vedno neprijetna in ogrožujoča. Pri svojem delu s pacienti pridejo medicinske sestre večkrat kot drugi zdravstveni delavci v stik z bolečino, tako fizično kot psihično ali duhovno. Lajšanje trpljenja bolnikov je dolžnost izvajalcev zdravstvene nege. Neustrezno zdravljenje bolečine, ker nas je strah odvisnosti, tolerance, skrajšanja življenja ali pojava stranskih učinkov, kaže na nestrokovnost ali pomanjkljivo znanje zdravstvenih delavcev. V prispevku je obravnavano zdravljenje bolečine pri paliativnih pacientih in znanje medicinskih sester o tem. Tretjina anketiranih na sekundarnem in skoraj polovica anketiranih medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu je pravilno ocenila, da ni najvišjega odmerka opioidov za zdravljenje hude bolečine, napačno pa so ocenili odvisnost in opioidno toleranco. Zaznavanje bolečine ima več dimenzij in vsak pacient jo zaznava drugače. Pri nekaterih lahko osem desetih bolečine izvira iz fizičnih bolečin, medtem ko pri drugih enaka jakost izvira iz strahu, anksioznosti, depresije ali zmedenosti. Od zdravstvenih delavcev pa je odvisno učinkovito prepoznavanje, pravično vodenje in zdravljenje psihosomatske bolečine.

UDC 616-036.8-083-009.7

KEY WORDS: palliative care, patients, chronic pain, tretament

ABSTRACT – Pain is always uncomfortable and threatening for everyone. In their work with patients, nurses more often come in contact with pain, both physical and spiritual, compared to other health professionals. Alleviating suffering of patients is the duty of nursing care providers. Inappropriate treatment of pain due to a fear of addiction, tolerance, shortening of life or side effects indicates the unprofessional behaviour and a lack of knowledge of nursing professionals. The paper deals with treatment of pain in palliative patients and the knowledge of nurses thereof. A third of respondents at the secondary level and almost half of respondents at the primary level of health care correctly assessed that there is no maximum dosage of opioids to treat severe pain, but they incorrectly assessed addiction and opioid tolerance. Feeling pain has several dimensions and every patient feels it differently. In some cases, eight tenths of pain can arise from physical pain, whereas others feel the same severity due to fear, anxiety, depression or confusion. However, it depends on health professionals how effectively they will recognise, correctly manage and treat psychosomatic pain.

1 Uvod

Bolečina je za vsakogar neprijetna izkušnja in je moteča. Kronična bolečina, ki se v paliativni oskrbi najpogosteje pojavlja, je bolezensko stanje, ki ima svoje značilnosti. Je eden od najpogostejših simptomov, zaradi katerih pacienti iščejo pomoč pri osebnemu zdravniku. Z bolečino, kot spremljajočim obolenjem, se srečuje od 65 do 85 odstotkov pacientov. Simptom kronične bolečine s svojim učinkom paliativnim pacientom bistveno zmanjšuje kakovost življenja. Zdravljenje bolečine je urgentno stanje in zahteva učinkovite in takojšnje ukrepe (Ebert Moltara, 2012). Zdravljenje bolečine je v paliativni oskrbi še vedno velik izziv. Zdravila za posameznega pacienta osebni zdravnik predpisuje individualno, upošteva neželene učinke in pridružene bolezni. Medicinska sestra pri zdravljenju bolečine v paliativni oskrbi sodeluje na več nivojih. Z ocenjevanjem bolečine, aplikacijo predpisanih učinkovin, spremljanjem učinka zdravljenja,

dokumentiranjem in povratno informacijo zdravniku lahko bistveno prispeva k zmanjšanju/prekinitvi bolečine. Tako na primarnem kot tudi sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstvenega varstva deluje tudi v zdravstvenovzgojni vlogi. Pacientu ali njegovim svojcem posreduje informacije o predpisani terapiji, zakaj je potrebno upoštevati zdravnikova priporočila, kako se lahko zmanjšajo stranski učinki opioidnih zdravil, ki jih poleg drugih zdravil predpisujejo v paliativni oskrbi. Za učinkovito zdravstveno nego pacienta, ki trpi zaradi bolezni in bolečin, pa potrebuje ustrezna znanja.

2 Vrsta bolečine

V paliativni oskrbi ni možna ozdravitev bolezni niti optimalna vrednost izvidov, ampak gre za čim večjo telesno, duševno in duhovno dobrobit pacienta. Margo McCaferry, medicinska sestra, ki je sestavila definicijo bolečine, ki poudarja individualnost in subjektivnost doživljanja bolečine, pravi, da je bolečina prisotna, kadarkoli jo pacient opisuje, tam, kjer jo opisuje, in da je tako močna, kot jo opisuje (McCaferry, 1968, v Ščavničar, 2004). Definicija je za medicinske sestre zavezujoča. Medicinska sestra mora pacientu verjeti, kje ga boli, kaj ga boli in kako močno ga boli (Ščavničar, 2004). Pri obravnavi bolečine pa ločimo akutno in kronično bolečino.

2.1 Akutna bolečina

Tudi v paliativni oskrbi lahko pacient občuti akutno bolečino. Akutna bolečina nastane vedno po neki poškodbi tkiva. Velikokrat je težava v tem, da začetek bolečine težko ugotovimo. Akutno bolečino spremlja močan strah in negotovost. Pacienta je strah glede vzroka bolečine in tega, kaj se je zgodilo in kaj je z obolenim predelom. Vzroki nastanka bolečine so različni: poškodbe, pooperativna bolečina ter drugi patološki procesi. Skrbi ga tudi, ali bo bolečina prenehala, kaj lahko stori, če je potrebno trpeti in kakšen bo izid. Znaki bolečine so: pospešeno bitje srca, pospešeno dihanje, povišan krvni pritisk, potenje, razširjene zenice. Pacient je nemiren, razburljiv, joka. Če se akutna bolečina ne zdravi, lahko preide v kronično bolečino (Fink in Kobilšek, 2012).

2.2 Kronična bolečina

Je definirana kot bolečina, ki traja dlje od običajnega poteka akutne bolezni oziroma dlje od pričakovanega trajanja zdravljenja (IASP, 1994, v Mair, 2009). Paliativni pacient lahko trpi zaradi akutne, novonastale bolečine ali zaradi dalj časa trajajočih kroničnih bolečin, ki so sicer najbolj prisotne pri onkoloških obolenjih, niso pa izjema tudi pri drugih obolenjih. Medicinska sestra se srečuje z različnimi oblikami bolečin, različna je pojavna oblika in specifično zdravljenje. Čas, ko se akutna bolečina spremeni v kronično, je tri do šest mesecev, v redkih primerih tudi prej. Omenjena bolečina traja dalj časa, lahko se stopnjuje, vmes pa je lahko tudi obdobje brez bolečin. Dalj časa trajajoča bolečina lahko nastane tudi zaradi spremenjenega psihološkega stanja, ta bolečina nima biološkega pomena in včasih lahko traja vse življenje. Intenzivnost kronične bolečine je lahko od blage pa vse do zelo hude. Kronična bolečina pacientu

pogosto povzroča fizične omejitve, ki so lahko uničujoče psihično, socialno in ekonomsko. Znaki kronične bolečine so: normalne vitalne funkcije, suha in topla koža, zenici sta normalni ali razširjeni. Pacient je brezvoljen, žalosten ali nerazpoložen. Kronična bolečina se deli na kronično maligno in kronično nemaligno bolečino. Za zdravljenje kronične bolečine je pomembno interdisciplinarno sodelovanje in uporaba več načinov zdravljenja (Ščavničar, 1997, v Fink in Kobilšek, 2012; Krčevski-Škvarč, 2005). V daljšem časovnem obdobju je bolečino potrebno sprejeti kot spremenjen način življenja, čeprav vpliva na kakovost. Glede razlik med moškimi in ženskami je, da moški lažje prenašajo akutno, težje pa kronično bolečino.

Nociceptivna bolečina

Kronična nociceptivna bolečina je posledica stalnega draženja nociceptorjev. Zaradi stalnega draženja se na hrbtenjačnem nivoju lahko pojavijo funkcijske in strukturne spremembe (Krčevski Škvarč, 2005). Bolečina izvira iz poškodbe tkiv. Poškodba je lahko mehanska, ishemična, zaradi okužbe ali drugih vzrokov. Pacienti jo opisujejo kot topo, zamolklo, krčevito ali vrtajočo bolečino.

Nevropatska bolečina

Za nevropatsko bolečino velja, da je »poškodba« pravzaprav v živčnih poteh, po katerih se zaznavanje bolečine prenaša. Ta poškodba je lahko v (Stepanović, 2005):

- v perifernem živčevju – nevropatije, stisnjenje ali utesnitev živcev ali živčnih korenin, vnetne in imunske pogojene bolezni, popoškodbeni stanja ali opredeljene nevralgije – bolečina, omejena na regijo, ki jo oživčuje določeni živec, skupina živcev ali spinalni segment, na primer nevralgija po mastektomiji,
- v centralnem živčnem sistemu (kap, multipla skleroza, poškodba hrbtenjače, sirinгомielija, kompresija hrbtenjače, tumorske rašče). Pojavi se lahko tedne, mesece ali celo leta po poškodbi ali pričetku bolezni. Praviloma ima dolgotrajen potek in le redko spontano izzveni. Lahko je spontana, stalna, ponavljajoča se ali pa jo izzovejo dražljaji. Pacienti najpogosteje opišejo nevropatsko bolečino kot bliskovito, prebadajočo, globoko, žarečo, pekočo, ostro, zbadajočo, mravljinčavo ali elektrizirajočo (Pražnikar, 2006). Nevropatska bolečina je lahko blaga, zmerna ali huda, preko dneva se praviloma krepi in je zvečer najhujša. Zanja so značilne:
 - parestezije (patološki občutki, ki niso neprijetni),
 - dizestezije (patološki neprijetni občutki),
 - alodinija (bolečina, izvabljena z normalno nebolečimi dražljaji – mehanskimi, toplotnimi, kemičnimi),
 - hiperalgezija (povečana bolečinska odzivnost na boleče dražljaje) in
 - hiperpatija (povečana bolečinska odzivnost ob povišanem pragu za odziv).

Kronični bolečinski sindrom

Kadar zdravnik ne najde vzroka niti v samih tkivih niti v živčevju, govorimo o tako imenovanem kroničnem bolečinskem sindromu. Pri teh pacientih so dokazali podobne spremembe v koncentraciji nevrottransmitterjev v centralnem živčevju, kot jih najdemo pri pacientih z depresijo. Neravnovesje med serotoninom in noradrenalinom je, kot kaže, v možganih povezano z depresijo, na nivoju hrbtenjače pa z zvečano občutljivostjo za bolečino (Stepanović, 2005). V Sloveniji živi več kot 420.000 ljudi, ki trpijo

za kronično bolečino, skoraj polovica (200.000) trpi za močno kronično bolečino. Opisane številke nas uvrščajo v vrhno tretjino evropskih držav, kjer v povprečju za kronično bolečino trpi 19 odstotkov, v Sloveniji pa 23 odstotkov ljudi. Ko govorimo o kronični močni bolečini, pri nas trpi 11 odstotkov ljudi, kar je skoraj enkrat več kot znaša evropsko povprečje (LahajnarČavlovič, 2012).

3 Zdravljenje bolečine v paliativni oskrbi

Zdravljenje bolečine zdravnik prilagaja potrebam vsakega posameznega pacienta. Individualni pristop se uporablja za medikamentozne in tudi nemedikamentozne načine zdravljenja bolečine. Po priporočilih WHO se uporablja tri- ali včasih dvostopenjsko shemo za predpisovanje analgetikov (Cesar Komar, 2006):

- ☐ prva stopnja – neopioidi,
- ☐ druga stopnja – šibki opiodi,
- ☐ tretja stopnja – močni opiodi.

Zdravljenje se začne z nesteroidnimi analgetiki ali drugimi neopioidi. Ko ti ne zados-
tujejo več, jih nadomestijo šibki opiodi, v nadaljevanju zdravljenja se uvede v terapijo
močne opioide.

Poti vnosa analgetikov je potrebno prilagoditi pacientovim željam, zmožnostim in glede na učinkovitost analgetika. Pri nezadovoljivi terapiji bolečine je treba tudi večkrat zamenjati pot vnosa ter tudi samo zdravilo/analgetik. Cesar-Komar (2006) priporoča, da se pri starostnikih in kahektičnih pacientih uvaja analgetik počasi in se postopoma povečuje odmerek do želenega učinka ali pojava stranskih učinkov. Zagotoviti je treba konstanten nivo analgetika v serumu krvi, zato se lahko (glede na fizično stanje pacienta): podvoji večerni odmerek opioida, se pacienta ponoči zbudi, da vzame analgetik ali se pacientu aplicira opioid za prebojno bolečino, ko se pacient ponoči zbudi (Benedik idr., 2008).

Opioide v paliativni oskrbi predpisujejo:

- ☐ po potrebi: bolečina ni močna ali stalna,
- ☐ odmerjanje na ure: kadar so potrebni trije ali več odmerkov po potrebi, je zaradi stalne prisotnosti bolečine potrebno uvesti zdravilo na ure,
- ☐ dozo zdravila določimo individualno: ob tem upoštevamo eventualno okvaro ledvic, jeter ter drugih organov,
- ☐ izogibati se moramo uporabi velikega števila zdravil,
- ☐ izberemo zdravilo, ki odpravi več simptomov,
- ☐ pozornost velja stranskim učinkom zdravil, da ne povzročamo dodatnih težav,
- ☐ zagotoviti je treba rešilni odmerek. Bolečina se prebije prek ovire, ki jo predstavlja že aplicirano zdravilo. Pacient naj rešilni odmerek dobi, ko ga boli, ne glede na čas, ko bo prejel svoj odmerek na uro. Uporablja se kratko delujoči morfin, ker drugih kratko delujočih zdravil pri nas ni (Benedik idr., 2008).

Ob analgetikih je treba uporabiti tudi druge načine lajšanja bolečin. Uporabljamo fizioterapijo, blokade živcev periferno ali centralno, akupunktura, infiltrativne bloka-

de, psihoterapija. Za 80 odstotkov pacientov z bolečino so osnovna zdravila opiodi, ki jih redno jemljejo. 10 odstotkov pacientov potrebuje dodatno intenzivne postopke za zdravljenje bolečine. To so blokade, aplikacija opiodov in lokalnih anestetikov po epiduralnem katetru. Deset odstotkov pacientov ima, kljub vsem ukrepom, težko obvladljivo bolečino. Pacient s težko obvladljivo bolečino ima lahko prebijajočo ali nevropatsko bolečino ali pa potrebuje dopolnilna zdravila za zdravljenje neželenih učinkov opiodov (Lahajnar Čavlovič, 2012).

4 Prepoznava in ocenjevanje bolečine

Merjenje bolečine je kontinuiran proces v zdravstveni negi. Bolečina se lahko spreminja glede intenzivnosti, lokacije in trajanja. Za optimalno oceno bolečine je potrebno, da medicinska sestra bolečino prepozna (ima teoretično znanje), ima sposobnost opazovanja (opazi spremembe na obrazu – v mimiki, v spremenjenem tonu glasu, nemirne kretnje, način, kako pacient leži v postelji), sposobnost beleženja informacij, prenašanje informacij v zdravstvenem timu ter upoštevanje povratnih informacij. Za oceno bolečine uporabljamo različna orodja. V vsakdanji praksi je najbolj uporabljena vizualna analogna lestvica/skala (VAS), ki nam omogoča merjenje jakosti bolečine. S pomočjo numerične vrednosti pacient oceni občutenje bolečine. Na podlagi zaznane jakosti bolečine ukrepamo v soglasju s pacientom.

VAS je ravna linija, ki se razteza od »brez bolečine« do »najhujše možne bolečine«. Pacient poišče na premici mesto, ki ponazarja njegovo bolečino, označenemu mestu ustreza tudi določeno število:

- ☐ 0 ni bolečine,
- ☐ 1 – 3 blaga bolečina,
- ☐ 4 – 7 srednje močna bolečina,
- ☐ 8 – 10 močna bolečina.

Bolečino ocenjujemo s pomočjo »metode ABCDE«:

- ☐ A (Ask) medicinska sestra redno sprašuje po bolečini, ocenjuje bolečino sistematično,
- ☐ B (Believe) verjame poročilu pacienta in družinskih članov o stopnji bolečine in kaj jo olajša,
- ☐ C (Choose) zdravnik izbere ustrezno metodo lajšanja bolečine glede na posebnosti pacienta in okoliščine,
- ☐ D (Deliver) ukrepi naj bodo pravočasni, logični in koordinirani,
- ☐ E (Empower) zdravstveni delavci (v domačem okolju) spodbudijo posameznika in družinske člane, da kolikor morejo, sami nadzirajo zmanjševanje bolečine (Benedik idr., 2008).

Celostna obravnava ocene bolečine vključuje:

- ☐ negovalno anamnezo,
- ☐ izražanje pacientove bolečine, jakost bolečine (lestvica VAS 1-10),
- ☐ čas, kdaj se bolečina pojavi ter kaj bolečino ublaži,

- lastnosti, mesto, trajanje in vrsto bolečine (topa, zbadajoča, stalna, ostra, v intervalih, kot krči),
- merjenje in ugotavljanje sprememb vitalnih funkcij, pacientovo stanje zavesti (Fink in Kobilšek, 2012),
- vrsto zdravil, ki jih pacient trenutno uporablja za zdravljenje bolečine ali jih je,
- učinke zdravila in stranske učinke,
- vrsto nefarmakoloških ukrepov (masaža, akupunktura, aromaterapija),
- kako bolečina ovira izvajanje vsakodnevnih življenjskih aktivnostih (priprava hrane, nakup hrane, plačilo položnic itd.),
- kakšne so posledice kronične bolečine (motnje spanja, anksioznost, neješčnost),
- psihološko oceno (pacient je jezen, depresiven, razumsko omejen/deliranten),
- oceno psihološkega pritiska (somatizacija – izražanje trpljenja kot bolečine),
- ugotavljanje odvisnosti od alkohola ali zdravil – pomirjeval (Benedik idr., 2008).

Zaznavanje bolečine ima več dimenzij. Vsak pacient zaznava bolečino drugače. Zaznavanje in izražanje bolečine je odvisno od psiholoških, socialnih, kulturnih in duhovnih dejavnikov. Zato morata biti tudi ocena in zdravljenje večplastna. Pri nekaterih pacientih lahko osem desetih jakosti bolečine izvira izključno iz telesnega mehanizma, medtem ko pri drugih enaka jakost bolečine izvira iz strahu, depresije ali zmedenosti. Pri teh je malo verjetno, da se bo bolečina zmanjšala po opioidih (Benedik idr., 2008).

V literaturi je zaslediti, da je bolečina peta vitalna funkcija, Pirc (2005) pa je mnenja, da za razliko od drugih vitalnih funkcij bolečine ne moremo izmeriti objektivno, tako kot lahko to izmerimo krvni pritisk, pulz, frekvenco dihanja ali telesno temperaturo. Ocenjevanje bolečine ter ocenjevanje učinkovitosti terapije so vsakodnevne naloge medicinske sestre v prebujevalnicah, intenzivni terapiji in na kirurških oddelkih. Kronična bolečina je najpogostejši vzrok za obisk zdravnika, zato bolečino ocenjujejo tudi medicinske sestre na urgencah. Ocenjevanje bolečine izvajajo tudi medicinske sestre v patronaži, medtem ko izvajajo paliativno oskrbo na domu. Če pacient opisuje bolečino vsepovsod in je ne more jasno določiti, gre lahko tudi za demenco ali terminalno stanje. Vzrok, da pacienta boli vsepovsod, je lahko tudi v starosti pacienta, daljšem zdravljenju z istim opioidom, pri zdravljenju z visokimi odmerki opioidov, pri ledvični odpovedi. Pri pacientih, ki ne morejo govoriti, je ocena bolečine še težja (Benedik idr., 2008).

5 Načini aplikacije analgetikov

Poti vnosa analgetika/opioida so lahko različne in se izbirajo glede na pacientove potrebe:

- Najbolj primerna pot vnosa je peroralno, ker zagotavlja stalno raven zdravila v krvi in možnost hitrega spreminjanja dnevnega odmerka (dodatni odmerek pri prebijajoči bolečini).
- Ko pacient večinoma ne more več požirati tablet, spremenimo pot vnosa terapije v subkutano, bukalno, pod jezik, rektalno. Izogibamo se intramuskularnega vnosa terapije, ki je lahko zelo boleča (kaheksija).

- Transdermalna aplikacija opioidov je primerna pri stabilni kronični bolečini ali kadar pacient zdravil ne more zaužiti, lahko je tudi v kombinaciji s peroralno terapijo. Mesto obliža se vsakokrat zamenja. Sodobno zdravljenje bolečine v terminalnem obdobju veliko uporablja transdermalne obliže, ki vsebujejo različne koncentracije opioidov. Medicinska sestra redno menja obliže (na 72 ur), zamenja pa tudi mesto aplikacije. Kadar se pacient zelo poti, je treba zagotoviti dodatno pričvrstitev obliža. Za umirajočega pacienta so najhujše noči, ki so še toliko hujše, če nismo poskrbeli za bolečino.
- Rektalna aplikacija je varen, učinkovit in poceni način. Ni primeren za paciente z bolezenskimi spremembami v ano/rektalnem področju ali s prebavnimi težavami. Nekateri pacienti ne želijo takega načina zdravljenja bolečine.
- Subkutana aplikacija opioidov (kontinuirana podkožna elastomera) izvajamo po »metuljčku« (24 G), ki ga najpogosteje apliciramo v lateralni del trebušne stene, pozneje tudi na sprednji in zgornji del stegna, pod ključnico, na hrbet med lopatici (predvsem pri nemirnih pacientih). Material za pritrditev kanile mora biti prozoren, da lahko nadzorujemo mesto vboda. Peternelj (2008) navaja, da poročajo tudi o dvomesečni uporabi kanile brez menjave vbodnega mesta. Poleg analgetikov v elastomeri (zadostuje za 7 dni) lahko na isti način pacient prejema tudi infuzijsko tekočino. Pomembno je, da je kanila res subkutano in ne intradermalno (preplitvo). Pri pravilni vstavitvi pacient čuti bolečino nekaj časa, pri intradermalni vstavitvi pa ne izgine.
- Parenteralna aplikacija je invazivnejši način, ki ga uporabljamo, ko ni več možna peroralna pot ali v primeru prebijajoče bolečine. Ni najbolj zaželen način aplikacije, ker je žilni pristop težje vzdrževati (predvsem pri nemirnem pacientu), je neprijeten, dražji, zniža pacientovo samostojnost, velikokrat obstaja težava tudi pri venskem pristopu zaradi slabših ven (Benedik idr., 2008).
- Epiduralna aplikacija – po epiduralnem katetru pacient prejema opioide v bolusih ali kontinuirano. Aplikacijo izvajamo s pomočjo črpalke Patient Controlled Analgesia (PCA), ki ima nastavljen pretok zdravila v urah z možnostjo uporabe bolusa, ki je tudi časovno določen. Omenjeni način je pogostejši v bolnišnični paliativni oskrbi (Krčevski Škvarč, 2006).

6 Metodologija

6.1 Namen in cilji raziskave

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako pogosto medicinske sestre pri svojem delu obravnavajo paliativne paciente z bolečino. Prav tako smo želeli ugotoviti, ali anketirani menijo, da je pri bolečini nad VAS 3 potrebna dodatna analgetična terapija, ali menijo, da je zdravljenje bolečine v domačem okolju dobro urejeno. Drugi cilji so bili ugotoviti mnenje anketiranih o visokih odmerkih opioidov in pojavu odvisnosti pacienta in ali je potrebno pacienta ponoči zbujati, da prejme reden odmerek analgetika, ter kaj jim predstavlja rešilni odmerek analgetika.

6.2 Raziskovalna metoda

V raziskavi, ki je potekala julija leta 2012 na primarni in sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti, smo uporabili kvantitativno metodo dela. Zbiranje podatkov je potekalo s pomočjo anketnega vprašalnika. Vprašalnik je bil oblikovan na podlagi pregleda literature in izkušenj pri obravnavi paliativnih pacientov. Za predstavitev rezultatov raziskave je bila uporabljena deskriptivna metoda.

6.3 Vzorec

K sodelovanju v raziskavi so bile povabljene patronažne medicinske sestre, ki so zaposlene v ZD Novo mesto, ZD Trebnje, ZD Brežice, ZD Krško in ZD Sevnica ter medicinske sestre/zdravstveni tehniki Splošne bolnišnice Novo mesto, ki med drugim sodelujejo tudi v paliativni obravnavi pacientov. V sekundarnem zdravstvenem varstvu je bilo na osnovi podatkov o številu zaposlenih po oddelkih razdeljenih 125 vprašalnikov. Vrnjenih in pravilno izpolnjenih je bilo 92 vprašalnikov, kar predstavlja 73,6 odstotka načrtovanega vzorca. V primarnem zdravstvenem varstvu je bilo med patronažne medicinske sestre razdeljenih 37 anketnih vprašalnikov, vrnjenih je bilo 35 (94,6%) pravilno izpolnjenih vprašalnikov. Skupaj je bilo vrnjenih 127 vprašalnikov (78,4%).

7 Rezultati

Med anketiranimi patronažnimi medicinskimi sestrami je bilo anketiranih 34 žensk (97,1%) in en moški (2,9%). Med izvajalci zdravstvene nege v bolnišnični dejavnosti pa je bilo od 92 anketiranih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov 81 anketiranih (88%) ženskega spola in 11 (12%) moškega spola. Bolečina je pogost simptom in spremljevalec neozdravljive bolezni. Za pridobitev podatkov o prepoznavanju bolečine in poznavanju stranskih učinkov opioidov smo v vprašalniku oblikovali šest trditev (tabela 1) in štiri vprašanja.

Anketirane medicinske sestre se strinjajo s trditvijo, da pri bolečini nad VAS 3 pacient potrebuje dodatno analgetično terapijo. Povprečna vrednost odgovorov med anketiranimi v bolnišnici je $SV = 3,97$, v patronažnem varstvu je $SV = 4,03$. Strinjanje s trditvijo, da je zdravljenje kronične bolečine v domačem okolju dobro urejeno, je v bolnišnici $SV = 3,46$, v patronažnem varstvu je $SV = 3,11$. Obstaja statistično pomembna razlika v strinjanju z navedeno trditvijo ($p = 0,006$), kar pomeni, da se patronažne medicinske sestre manj strinjajo s trditvijo. Medicinske sestre se strinjajo s trditvijo, da je še preveč nepotrebnega trpljenja v paliativni oskrbi. Povprečje strinjanja s trditvijo med anketiranimi v bolnišnici je $SV = 3,87$, med anketiranimi v patronažnem varstvu je $SV = 3,97$. Anketirane medicinske sestre se strinjajo s trditvijo, da poznajo stranske učinke opioidov; v bolnišnici je povprečje odgovorov $SV = 3,78$, v patronažnem varstvu je $SV = 3,94$. Strinjanje s trditvijo »obstaja najvišji odmerek opioidov« je med anketiranimi v bolnišnici $SV = 3,33$ in v patronažnem varstvu je $SV = 3,26$. Prav tako se anketirane medicinske sestre strinjajo s trditvijo, da prepoznajo bolečino pri

dementnem pacientu, povprečje strinjanja s trditvijo je $SV = 3,55$ v bolnišnici in $SV = 3,43$ v patronažnem varstvu.

Tabela 1: Zdravljenje bolečine v paliativni oskrbi

Odgovor	Bolnišnica			Patronažno varstvo			p
	N	SV	SD	N	SV	SD	
Pri bolečini nad VAS 3 je potrebna dodatna analgetična terapija.	90	3,97	0,893	35	4,03	1,071	0,743
Zdravljenje kronične bolečine je v domačem okolju dobro urejeno.	90	3,46	0,962	35	3,11	0,993	0,006
Vse preveč je še nepotrebnega trpljenja pacientov v PO.	92	3,87	1,160	35	3,97	0,822	0,080
Poznam stranske učinke opioidov.	91	3,78	0,854	35	3,94	0,802	0,332
Obstaja najvišji odmerek opioidov.	91	3,33	1,076	35	3,26	1,094	0,736
Prepoznam bolečino pri demenci.	91	3,55	0,922	35	3,43	0,698	0,484

Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

8 Razprava

Pomembno pozornost v paliativni oskrbi usmerjamo v prepoznavanje, ocenjevanje in zdravljenje bolečine. Bolečina je najpogostejši simptom pri pacientih z rakavim obolenjem, pri pacientih z drugimi neozdravljivimi obolenji pa je na drugem mestu (Higginson, 1997, v Jakhel in Peternej, 2010). Je tudi največkrat omenjena v terminalnem stanju in povezana z največ strahu. Nezdavljena ali slabo zdavljena bolečina predstavlja za pacienta eno najhujših doživetij v življenju.

Pri analizi podatkov raziskave smo ugotovili, da se anketirane medicinske sestre strinjajo, da pri bolečini nad VAS 3 pacient potrebuje dodatno analgetično terapijo, kar navaja tudi avtorica Krčevski Škvarč (2008). Medicinska sestra skrbi za redno terapijo bolečine, v primeru prebijajoče bolečine pa aplicira predpisan rešilni odmerek (Benedik idr., 2008). Kadar ni zaželenega učinka, obvesti zdravnika, ki bo predpisal nadaljnjo terapijo bolečine. Jakhel in Peternej (2010) navajata, da pacient naj ne bi trpel bolečine nad VAS 5 več kot štiri ure.

Patronažne medicinske sestre menijo, da zdravljenje bolečine v domačem okolju ni dobro urejeno, saj na terenu srečajo poleg onkoloških pacientov z napredovalo boleznijo še druge težko pomične in nepomične paciente z napredovano kronično boleznijo, za katere patronažne medicinske sestre večkrat ne vedo (Metlikovič, 2011), zato ustrezen strokovni pristop k zdravljenju bolečine ni možen.

Anketirane medicinske sestre ugotavljajo, da je še preveč nepotrebnega trpljenja paliativnih pacientov, kar lahko pripišemo slabo razviti paliativni oskrbi, kar pokažejo

tudi posredni kazalci razvitosti paliativne oskrbe (poraba morfinov, število postelj na paliativnih oddelkih, mreža oskrbe na domu, izobraževanje v dodiplomskem študiju, raziskave) (Lunder, 2006). Vključitev pacienta v paliativno oskrbo je prav tako odvisna od razvitosti paliativne oskrbe (Lunder, 2011). Avtorici Peternej in Lunder (2011) navajata številne ovire za dostopnost pacientov do paliativne oskrbe, kot na primer: paliativna medicina še ni enakovredno priznana drugim vejam medicine, v Sloveniji ni možnosti za specializacijo iz paliativne medicine, prisotno je pomanjkanje služb in izvajalcev za izvajanje paliativne oskrbe predvsem na primarni ravni zdravstvene obravnave, prisotno je pomanjkanje znanja in kriterijev za vključevanje, kar posledično povzroča prepozno vključevanje v paliativno oskrbo. Tretjina anketiranih v bolnišnici in skoraj polovica anketiranih v patronažni dejavnosti je pravilno opredelila, da ni najvišjega odmerka opioidov za zdravljenje hude bolečine (VAS nad 8), kar navajajo tudi Benedik idr. (2008). Avtorji pa tudi menijo, da najvišji odmerki opioidov povzročajo neželene učinke. Jakhel in Peternej (2010) navajata, da je pacienta potrebno poslušati, ga slišati in mu verjeti, ko nam opisuje svojo bolečino, saj so medicinske sestre pomemben del strokovne skupine za lajšanje bolečine pri paliativnih pacientih.

9 Sklep

Medicinska sestra deluje v zdravstvenem timu za obravnavo bolečine in je v soodvisni vlogi. Samostojno funkcijo ima pri ocenjevanju jakosti bolečine pred aplikacijo terapije in po njej, njena soodvisna funkcija pa je pri izvajanju predpisane terapije ter sodelovanju pri načrtovanju sprememb, ki so potrebne, če prvotna terapija ni zadostna. Zdravljenje kronične bolečine je težje kot zdravljenje sladkorne bolezni ali zvišanega krvnega tlaka. Znanje, ki ga ima medicinska sestra o vrstah bolečine, vplivu bolečine na kakovost življenja pacienta ter celostna obravnava bolečine, so elementi, od katerih je odvisna kakovost zdravstvene nege pacienta, ki trpi bolečino. Ta znanja pridobi s formalnim izobraževanjem ter jih ves čas poklicnega delovanja dograjuje z novostmi, ki so stalnica v zdravstveni negi. Medicinska sestra mora poznati nefarmakološke ukrepe za lajšanje bolečin, osnove farmakologije, poimenovanje zdravil, učinke zdravil in njihove stranske učinke. Prav tako mora obvladati vse načine aplikacije zdravil, seznanjena mora biti z novostmi (hipodermokliza), priporočenimi odmerki. Za medicinsko sestro mora veljati vodilo, da pacienta boli tako močno in takrat, ko to pove, ter tam, kjer pove. Z osebnim pristopom do pacienta mora doseči njegovo zaupanje in mu vrniti upanje. Lajšanje trpljenja je dolžnost zdravstvene nege. V paliativni oskrbi je bolečina vodilni simptom, ki se ga pacienti bojijo in ki najbolj negativno vpliva na kakovost življenja. Neustrezno zdravljenje bolečine, ker nas je strah odvisnosti, tolerance, skrajšanja življenja ali pojava stranskih učinkov, kaže na nestrokovnost ali pomanjkljivo znanje zdravstvenih delavcev. Strah zdravstvenih delavcev pred izrabo in nepravilno uporabo močnih analgetikov je eden od vzrokov za nepotrebno trpljenje paliativnih pacientov. Pravilno predpisani in uporabljeni opioidi so varna, učinkovita terapija in zelo pomembna za ohranjanje kakovosti življenja v času napredovale bolezni. V besedah Normana Berretta, ki pravi: Toliko se je še treba naučiti o bolečini«, je zaobjeto vse

nepotrebno trpljenje paliativnih pacientov. Za učinkovito obvladovanje bolečine je pomemben odnos, ki ga ima medicinska sestra do bolečine in njeno znanje o tem. Njeno delo in ravnanje usmerja kodeks etike, ki je vodilo pri oblikovanju etičnih vrednot in spodbuda pri delu v praksi zdravstvene nege. Medicinska sestra je zagovornica pacientove koristi in mu nudi fizično, psihično, socialno, duhovno ter moralno podporo.

LITERATURA

1. Benedik, J., Červak, J., Červ, B., Gugić Kevo, J., Mavrič, Z., Serša, G. idr. (2008). Pogosta vprašanja v paliativni oskrbi. Ljubljana: Onkološki inštitut.
2. Cesar-Komar, M. (2006). V N. Krčevski Škvarč (ur.), Paliativa. Zbornik predavanj. 10. seminar o bolečini (str. 40–45). Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine.
3. Ebert Moltara, M. (2012). Urgentna stanja v paliativni medicini. V ABC paliativne oskrbe pri bolnikih z rakom (str. 53–61). Ljubljana: Tim za paliativno oskrbo OI.
4. Fink, A. in Kobilšek, P. A. (2012). Zdravstvena nega pacienta pri življenjskih aktivnostih, učbenik za modul zdravstvena nega v izobraževalnem programu Zdravstvena nega za vsebinski sklop Življenjskih aktivnosti in negovalne intervencije. Ljubljana: Grafenauer.
5. Jakhel, T. in Peternelj, A. (2010). Ocena, poročanje, obravnava in vrednotenje motečih simptomov v paliativni oskrbi. V S. Kadivec (ur.), Zbornik zdravstvena obravnava bolnika s pljučno boleznijo in paliativna oskrba (str. 93–98). Golnik: Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo.
6. Krčevski Škvarč, N. (2005). Kronična bolečina – boazen. VII. Fajdigovi dnevi. Kronična bolečina, hiperlipidemije, menopavza, hipertenzija, podporno zdravljenje rakavih bolnikov, erektilne motnje. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.
7. Krčevski Škvarč, N. (2006). Koliko smo v ambulantah za zdravljenje bolečine udeleženi v obravnavi bolnika, ki potrebuje paliativno oskrbo. V N. Krčevski Škvarč (ur.), Zbornik predavanj – 10. seminar o bolečini (str. 40–45). Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine.
8. Krčevski Škvarč, N. (2008). Ocena bolečine in izbira zdravljenja. V 2. strokovno srečanje. Patronažna medicinska sestra ob umirajočem bolniku (str. 49–55). Maribor: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester.
9. Lahajnar Čavlovič, S. (2012). Težko obvladljiva bolečina. ABC paliativne oskrbe pri bolnikih z rakom (str. 9–14). Maribor: Univerzitetni klinični center, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk, Tim za paliativno oskrbo OI Ljubljana.
10. Lunder, U. (2006). Možnosti organizacije paliativne oskrbe v Sloveniji. V N. Krčevski Škvarč (ur.). Zbornik predavanj – 10. seminar o bolečini, 9. – 10. jun. 2006 (str. 17–21). Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine.
11. Lunder, U. (2011). Paliativna oskrba v bolnišnici – organizacijske značilnosti, strokovne usmeritve. V U. Lunder (ur.), Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice (str. 6–10). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Bolnišnica Golnik – klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, v okviru EU Projekt OPCARE9.
12. Mair, J. (2009). Caring for people with chronic cancer pain. Pridobljeno 19. 12. 2012, s <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7fac3561-6c5f-403a-9727-e0d7e7e62739%40sessionmgr11&vid=1&hid=18>.
13. Metlikovič, B. (2011). Vloga patronažne medicinske sestre v paliativni obravnavi na domu. V U. Lunder (ur.), Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice (str. 15–19). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Bolnišnica Golnik – klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, v okviru EU Projekt OPCARE9.
14. Peternelj, A. (2008). Paliativna oskrba kot sestavni del kakovostne obravnave bolnika – vloga patronažne medicinske sestre v družini z umirajočim bolnikom. V Patronažna medicinska sestra ob umirajočem bolniku (str. 15–19). Maribor: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester.

15. Peternelj, A. in Lunder, U. (2011). Izvajanje celostne oskrbe v Ljubljanski, Gorenjski in Pomurski regiji. V A. Peternelj in U. Lunder (ur.), *Spremljanje bolnikov po klinični poti paliativne oskrbe, prilagojene po Edmontonu* (str. 23–37). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Bolnišnica Golnik – klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, v okviru EU Projekt OPCARE9.
16. Pirc, J. (2005). Prepoznavanje, ocenjevanje in merjenje bolečine. V N. Krčevski Škvarč (ur.), *Zbornik predavanj – 9. seminar o bolečini*, 10. – 11. jun. 2005 (str. 173–177). Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine.
17. Pražnikar, A. (2006). Bolnik z nevropatsko bolečino v ambulantni zdravnik družinske medicine. 6. Kokaljevi dnevi, Poškodbe v osnovnem zdravstvu. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.
18. Štepanović, A. (2005). Kaj lahko k lažšanju bolečin prispeva zdravnik družinske medicine? VII. Fajdigovi dnevi, Kronična bolečina, hiperlipidemije, menopavza, hipertenzija, podporno zdravljenje rakavih bolnikov, erektilne motnje. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.
19. Ščavničar, E. (2004). Celostna obravnava pojava bolečine v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege* 38 (2), 101–111.

Utjecaj duhovnosti na doživljaj smrti u osoba treće životne dobi

UDK 616-036.8-083:2-186

KLJUČNE RIJEČI: starenje, duhovnost, religioznost, smrt, suočavanje sa smrću

POVZETEK – Starenje je normalan, trajan i ne-izbježan fiziološki proces koji traje od rođenja pa sve do smrti. Najvidljivije promjene u procesu starenja nastaju na organskim sustavima međutim ne smijemo zanemariti promjene koje nastaju na psihičkom, socijalnom i duhovnom području. Zdravstveni radnici izbjegavaju razgovor sa pacijentom o duhovnosti jer drže da je to suviše intimno pitanje. Cilj ovoga rada je utvrditi kako osobe treće životne dobi koji su vjernici i oni koji to nisu doživljavaju smrt te da li postoji razlika između njih u doživljaju smrti. Ispitanici su bili korisnici pet domova za starije i nemoćne osobe te su putem upitnika posebno strukturiranog samo u svrhu istraživanja, anonimno, odgovarali na pitanja o kvaliteti života u domu općenito, duhovnosti, religioznosti te stavovima o smrti. U obradi podataka korištena je deskriptivna statistika i Hi kvadrat test. Rezultati su pokazali da se starije osobe uglavnom ne boje smrti, bilo da su vjernici ili ne, i da žele razgovarati o smrti i procesu umiranja te je stoga potrebna cjelovitija edukacija zdravstvenog osoblja koje se brine o starijim osobama i na području duhovnosti.

UDC 616-036.8-083:2-186

KEY WORDS: ageing, spirituality, religiosity, death, coping with death

ABSTRACT – Aging is a normal, permanent and unavoidable physiological process which lasts from birth until death. The most visible changes in the aging process occur in organic systems; however, we should not ignore the changes that occur in the physical, social and spiritual realm. Health professionals avoid talking with patients about spirituality because they think it is too intimate. The aim of this study was to determine how elderly people who are believers and those who are not believers perceive death and whether there are any differences in the way they experience death. The respondents were users of five homes for the elderly and the disabled. We used a questionnaire structured specifically for research purposes, which was anonymous and included questions about the quality of life at the home in general and about spirituality, religiosity and the attitude towards death. In the data analysis, descriptive statistics and the chi square test were used. The results showed that elderly people generally have no fear of death, regardless of whether they are believers or not. They want to talk about death and the dying process; therefore, health professionals who take care of elderly people require comprehensive training in the field of spirituality.

1 Uvod

Starenje je normalan fiziološki proces koji traje od rođenja pa sve do smrti, a definira se godinama života. Po definiciji UN-a, starost nastupa iza 65-te godine života. Ljudi stariji od 65 godina obuhvaćaju sve veći dio pučanstva u mnogim zemljama svijeta. Predviđa se da će u prvoj polovici 21. stoljeća u Europi biti oko 25% ljudi treće životne dobi. Europska gerontološka istraživanja potvrđuju kako će ubrzanim starenjem pučanstva, najvećim dostignućem 20. stoljeća doći do izrazite pojavnosti ciljnih skupina funkcionalno sposobnih starijih ljudi i to u srednjoj starosti od 75 do 84 godina. Najbrže rastuća svjetska starija populacija je upravo ona od 85 i više godina koja će se do 2025. godine povećati čak 12 puta (Gerontološki centri, 2004). Takav trend ne zaobilazi ni Hrvatsku koja prema popisu stanovništva od 2011. godine ima 17,7%

pučanstva starije od 65 godina. Starenje pučanstva neizbježno postavlja i određene izazove pred zdravstveni i socijalni sustav. Jedan od najvažnijih problema je kako starijim ljudima osigurati takozvano »zdravo starenje«.

Danas 95% starijih osoba živi u svome domu, 20% ima organiziran neki oblik pomoći u kući, a tek 5% starijih je smješteno u ustanove koje se skrbe o starijim osobama (Gerontološki centri, 2004). Smještaj u instituciju je najmanje poželjan oblik skrbi o starim osobama, ali u nekim situacijama je neizbježan. Glavni problem osoba smještenih u domove je osjećaj ovisnosti koji potkrepljuje strogi raspored njege i aktivnosti. Time se stariju osobu ne potiče na samozbrinjavanje, zbog čega se korisnici domova često osjećaju usamljeno, beskorisno i niskog samopoštovanja. Da bi se starenje učinilo što kvalitetnijim potreban je holistički pristup koji će osigurati zadovoljavanje svih potreba starije osobe, od onih osnovnih za održanje fizičkog integriteta do samo-aktualizacije.

U procesu starenja ne smijemo zanemariti žalovanje i suočavanje sa umiranjem i smrti. Gubitak, umiranje i smrt su neosporivi događaji u ljudskom životu koje je čovjek nesposoban zaustaviti ili kontrolirati. Starije osobe često su suočene sa umiranjem bliskih osoba, najčešće supružnika, zatim braće i sestara, pa i vlastite djece. Često je inicijalni događaj koji prethodi smještaju u instituciju smrt supružnika i posljedično nemogućnost daljnjeg samostalnog života. Za starije osobe umiranje je često vezano za mnogobrojne kronične bolesti tipične za mortalitet u populaciji. Prema Corr (1993), postoji nekoliko dimenzija u pristupu umirućim osobama na koje treba obratiti pažnju. Fizička dimenzija se odnosi na zadovoljavanje tjelesnih potreba i smanjenje fizičkog stresa. Te potrebe uključuju nutritciju, hidraciju, eliminaciju i smještaj i Maslow je smatra osnovnom. Psihološka dimenzija razvija oslobađanje od anksioznosti i straha, sigurnost i kontrolu nad vlastitim životom i često je potpomognuta od drugih. Socijalna dimenzija ima dva aspekta: odnosi sa zajednicom i pojedincima, te obitelji i prijateljima. Duhovna dimenzija ovisi o osnovnim vrijednostima pojedinca i moralnim dilemama, pomirenju, smislu i svrsi života. Nada je ključni element u suočavanju sa smrću. Nada uključuje vjeru i povjerenje koji mogu ali ne moraju biti vezani uz religiju. Stupanj nade kod umirućeg ovisi o suosjećanju koje mu pružaju druge osobe i njegovateljci kao što su zdravstveni profesionalci (Ebersole, Hess, 2001).

Duhovnost se u našoj kulturi čvrsto povezuje sa religijom, u stvari, u kršćanski obilježenoj tradiciji zapadnih društava nemoguće je duhovnost i religioznost promatrati kao odvojene pojmove. Međutim, u literaturi se odvajaju pojmovi religioznosti i duhovnosti. Navodi se da su duhovno blagostanje i religiozno blagostanje konceptualno i statistički različiti pojmovi i imaju različit utjecaj na zdravlje povezano sa kvalitetom života. Identificirana je negativna korelacija između duhovnog blagostanja i anksioznosti i depresije, ali ne postoji takva korelacija u odnosu prema religiji (Newfield, Hinz, Scott-Tilley, Sridaromont, Maramba, 2007). Religija je povezana sa obavljanjem prakse i poštovanjem institucije, dok je duhovnost dinamičan proces kojim se otkriva unutarnja mudrost i životnost koji daju svrhu i značenje svim događajima i odnosima u životu. Duhovnost u sebi sadrži i religioznost, a oni ljudi koji formalno ne pripadaju niti jednoj religiji ipak imaju duhovne potrebe. Duhovnost i vjera igraju veliku ulogu

kod bolesnika koji su pri kraju života. U literaturi se navode primjeri da molitva, iako nije znanstveno priznata i potvrđena metoda, nego je duboko intimna i subjektivna, proizvodi vidljiv rezultat. Odnos pomoću molitve između vjernika i Boga može imati jako terapijsko djelovanje. To je za neke ljude način da se odterete, da se izraze i oslobode svojih osjećaja. Neki ljudi ne mogu na taj način komunicirati sa drugim ljudima te za njih taj odnos s bogom ima veliko značenje. Upravo za vrijeme teške i neizlječive bolesti može taj odnos biti izvor snage, hrabrosti i utjehe (Buckmann, 1996).

Kod osoba koje nemaju zadovoljenu potrebu za duhovnošću može doći do poremećaja duhovnosti bez obzira da li su ranije bili religiozni ili nisu. Maslow duhovnost svrstava u stupanj samoaktualizacije, dakle, u najviši stupanj zadovoljavanja ljudskih potreba, ali to ne znači da vrlo rijetko dolazi do poremećaja duhovnosti. Znakovi duhovnog poremećaja su sumnja, očaj, dosada i ljutnja na Boga. Intervencije mogu biti stvaranje terapijskog okruženja, aktiviranje sistema potpore, pozivanje duhovnika, donošenje duhovne literature, čitanje duhovnih pjesama, slušanje muzike, čitanje duhovne literature i molitva. (Ebersole, Hess, 2001). U procjenu treba uključiti osobnu povijest: gubitke, mijenjanje sustava vrijednosti, odvajanje od religije, kulturalna ograničenja, smrt, osobne ili obiteljske katastrofe. Simptomi poremećaja su samokažnjavanje, neispunjene potrebe, promjene u okolini, zdravstvenom statusu, izbjegavanje duhovnih uloga, ispitivanje smisla postojanja, depresija, osjećaj beznađa, straha. Razvojem znanosti u 19. i 20. stoljeću tehnologizacija medicine je potisnula ulogu duhovnosti i vjere u ozdravljenju. Posljednjih godina zdravstveni djelatnici ponovno razmatraju povezanost vjere i ozdravljenja, međutim, često izbjegavaju razgovor o duhovnosti jer to još uvijek smatraju suviše osobnim pitanjem (Ebersole, Hess, 2001).

Medicinske sestre koje su najviše u kontaktu sa starijim osobama u domovima za starije i nemoćne osobe ne smiju zanemariti i taj aspekt života, a s obzirom da se u domovima i ne provode neki komplicirani medicinsko tehnički zahvati nego je posao medicinskih sestara uglavnom njega bolesnika i poboljšanje kvalitete života starijih osoba, nikako se ne bi smjela zanemariti duhovnost. Sestra Rosemary Donely definira ulogu medicinske sestre, tijekom duhovne potrage umirućih bolesnika, kao suosjećajnog suputnika koji ulazi u njihov život te tiho i brižno dijeli iskustva s pacijentima. »Medicinske sestre moraju biti uz osobe koje pate, kako bi dale značenje realnosti patnje te kako bi uklonile patnju i njene uzroke. U tome leži duhovna dimenzija zdravstvene njege« (Donely, 1991).

Moguće sestrinske dijagnoze vezane uz duhovnost jesu:

Poremećaj religioznosti

- ☐ Rizik za poremećaj religioznosti
- ☐ Religioznost, spremnost za poboljšanje
- ☐ Poremećaj duhovnosti
- ☐ Rizik za poremećaj duhovnosti
- ☐ Duhovno blagostanje – spremnost za poboljšanje

2 Metodologija

2.1 Namjera istraživanja

Namjera istraživanja je utvrditi postoji li razlika u doživljaju smrti između osoba treće životne dobi koji su religiozni i onih koji to nisu.

2.2 Materijali i metode

U istraživanju je korišten posebno strukturiran anketni upitnik, izrađen za potrebe ovog istraživanja, koji se sastoji od 5 općenitih pitanja, te 27 pitanja o općem zadovoljstvu smještajem u domu, religioznosti i ulozi vjere u životu ispitanika. Anketa je provedena među korisnicima u tri zagrebačka doma za starije i nemoćne osobe: Dom za starije i nemoćne osobe Maksimir, Dom za starije i nemoćne osobe Medveščak i Dom za starije i nemoćne osobe Trnje te dva privatna doma: Dom za starije i nemoćne osobe Kuća Svetog Franje Odra i Caritasov dom za starije i nemoćne osobe »Sv. Ivan Krstitelj« Ivanec. Ispitivanje je provedeno tijekom rujna i listopada 2012. godine. Ciljna skupina su bili korisnici koji su smješteni u tzv. stambenom dijelu doma, odnosno, nije im potrebna pomoć zdravstvenih djelatnika, samostalni su u većini aktivnosti samozbrinjavanja. Upitnik je popunio 121 ispitanik. U obradi podataka su korištene metode deskriptivne statistike, postavljena je hipoteza da se stariji ljudi ne boje smrti bilo da su vjernici ili ne i napravljen χ^2 test te su rezultati prikazani u tablicama kao apsolutni brojevi i u obliku postotaka.

3 Rezultati

Distribucija ispitanika po dobi pokazuje da je 36% ispitanika u dobi 81 – 85 godina, 27% ispitanika je u dobi 76 do 80 godina starosti, 17% ispitanika je u dobi 86 – 90 godina starosti, 12% ispitanika je u dobi 71 – 75 godina starosti, 3% ispitanika je u dobi 65 – 70 godina starosti, 3% ispitanika je u dobi 91 – 95 godina te 1% u dobi 96 – 100 godina starosti. Od toga je 81% ispitanika žena, a 19% su muškarci. Distribucija ispitanika po obrazovanju pokazuje da završenu osnovnu školu ima 43% ispitanika, završenu srednju školu 40%, višu stručnu spremu ima 1% ispitanika, a fakultetsko obrazovanje 16% ispitanika. Raspodjela ispitanika prema medicinskim dijagnozama pokazuje da 16% ispitanika boluje od visokog tlaka, 15% od srčanih bolesti, 15% neke bolesti kostiju, 12% ima šećernu bolest, 6% reumu, 4% je za dijagnozu navelo »starost«, a čak 17% ispitanika je izjavilo da nema nikakvu dijagnozu. Ostali ispitanici su naveli maligne bolesti, Parkinsonovu bolest, bolest pluća, bolest želuca, prostate i depresiju je naveo svega jedan ispitanik. Među ispitanicima je njih 16% u domu kraće od jedne godine, 15% ispitanika je u domu 2 godine, 13% tri godine, 12% jednu godinu, 12% četiri godine, 10% pet godina, 4% šest godina, 5% sedam godina, a jedan ispitanik je u domu čak 23 godine. Na pitanje koga imaju od obitelji 45% ispitanika je odgovorilo da od obitelji imaju djecu, 36% imaju unuke, 8% imaju braću, nećake

ima 6% ispitanika, supružnika koji ih posjećuje ima 2% ispitanika, a 3% ispitanika nema nikoga od obitelji. Od toga je 89% ispitanika odgovorilo da ih članovi obitelji posjećuju, a 11% je odgovorilo da ih ne posjećuju.

Distribucija odgovora na pitanja koja se odnose na zadovoljstvo smještajem u ustanovi pokazuje da je na pitanje da li su zadovoljni smještajem u domu općenito, 93% ispitanika je odgovorilo potvrdno, 4% je odgovorilo negativno, a 3% je odgovorilo sa ne znam. Na pitanje »Da li ste zadovoljni prehranom u domu?« 90% ispitanika odgovorilo sa da, 7% je odgovorilo sa ne, a 3% je odgovorilo sa ne znam. 94% ispitanika odgovorilo potvrdno na pitanje da li su zadovoljni odnosom osoblja prema njima u domu, 3% je odgovorilo sa ne, a 3% je odgovorilo ne zna. Međuljudskim odnosima u domu zadovoljno je 68% ispitanika, a njih 22% je nezadovoljno, a 10% je odgovorilo sa ne znam. U radno okupacionim aktivnostima u domu sudjeluje 64% ispitanika, a njih 36% ne sudjeluje. Na pitanje »Da li se bojite gubitka samostalnosti?« 60% ispitanika odgovorilo sa da, njih 36% je odgovorilo sa ne, a 4% je odgovorilo ne znam. Na pitanje »Da li se bojite preseljenja u stacionar?« 59% ispitanika je odgovorilo sa da, 39% je odgovorilo sa ne, a 2% ne znam.

Na pitanja koja se odnose na odnos prema vjeri distribucija odgovora je slijedeća: na pitanje »Jeste li vjernik?« 93% ispitanika je odgovorilo sa da, a 7% sa ne. Na pitanje »Da li su u domu zadovoljene Vaše vjerske potrebe?« 94% ispitanika odgovorilo sa da, a 3% sa ne, te 3% sa ne znam. Na pitanje »Da li razmišljate o smrti?« 69% ispitanika je odgovorilo sa da, a 30% ispitanika je odgovorilo sa ne. Prema prikazu odgovora na pitanje »Smatrate li da je smrt završetak života?«, 52% ispitanika je odgovorilo da, 38% je odgovorilo sa ne, a 10% ne znam. Na pitanje »Da li ste razmišljali o životu poslije smrti?«, 48% ispitanika je odgovorilo sa da, a isti broj, dakle 48% je odgovorilo sa ne, te 4% ne znam. Da je smrt neizbježna smatra 76% ispitanika, dok je njih 22% odgovorilo negativno. Na pitanje »Smatrate li da Vam vaš život vjernika pomaže u životu?«, 84% ispitanika je odgovorilo sa da, njih 8% je odgovorilo sa ne, 8% je odgovorilo ne znam. Na pitanje da li prakticiraju molitvu 88% ispitanika je odgovorilo sa da, njih 11% je odgovorilo sa ne. Od toga 76% vjernika je odgovorilo da svakodnevno prakticiraju molitvu, njih 20% povremeno, a 4% nikad. Na pitanje da li sudjeluju u vjerskim obredima 80% ispitanika je odgovorilo »Da«, a 20% je odgovorilo »Ne«, i to 18% ispitanika je odgovorilo da sudjeluju svakodnevno, njih 55% tjedno, a 27% povremeno. Na pitanje »Prakticirate li čitanje vjerske literature?«, 61% ispitanika je odgovorilo potvrdno, a 38% negativno. Na pitanje »Da li se bojite smrti?« 15% ispitanika odgovorilo »Da«, njih 80% je odgovorilo »Ne«, a 5% »Ne znam«.

U istraživanju je postavljena hipoteza da se starije osobe ne boje smrti bilo da su vjernici ili ne te je pomoću χ^2 testa izračunata korelacija između vjernika i osoba koje nisu vjernici te straha od smrti. Uz stupanj slobode 3 dobiven je rezultat 2,4, a granična vrijednost za stupanj slobode 3 je 7,815. Hipoteza da se starije osobe ne boje smrti bez obzira na to da li su vjernici je potvrđena.

Prikaz odgovora na pitanje »Koga biste željeli da bude uz Vas u trenutku smrti?« pokazuje da je 30% ispitanika odgovorilo da bi željeli da uz njih u času smrti bude član obitelji, njih 28% bi željelo duhovnika, 12% bi željelo liječnika uz sebe, nekog od

osoblja doma bi željelo 14% ispitanika, nekoga od korisnika doma 4%, a nikoga 11% ispitanika. Na pitanje da li bi nešto željeli promijeniti u svom životu 25% ispitanika je odgovorilo sa da, 75% je odgovorilo sa ne. Željene promjene najčešće nisu navedene, ali oni koji su naveli što bi promijenili navode zdravlje, mladost, odnosno, greške iz mladosti. Zatim slijede pojedinačni odgovori: revnost u molitvi, pokojni bračni partner, školovanje i drugi posao, više zajedništva i solidarnosti, financijska situacija, sloga vlastite djece, ostanak kod vlastite kuće, a jedna osoba ne želi razmišljati o tome. Na pitanje »Da li žalite za nečim u životu?«, 51% ispitanika je odgovorilo potvrdno, a 49% ispitanika je odgovorilo sa ne. Uglavnom se radi o preminulim članovima obitelji, mladosti, nekim drugačijim stambenim rješenjima, promašajima u proteklom životu, za zdravljem te za materijalnom imovinom. Na pitanje »Tko Vam je podrška u životu« 39% ispitanika je odgovorilo da su im najveća podrška djeca, za njih 26% je to obitelj, zatim vjera je podrška za 18% ispitanika, Bog za njih 5%, osoblje doma 2%, zdravlje 3%, prijatelji 2%, nema podršku 2% ispitanika i za po 1% korisnika je podrška »sam sebi«, priroda, novac i istina. I na kraju za 55% ispitanika vjera zauzima vrlo značajno mjesto u njihovom životu, za njih 31% srednje značajno mjesto, a za njih 14% zauzima beznačajno mjesto u životu.

4 Rasprava

U istraživanju je sudjelovalo najviše ispitanika u tzv. srednjoj starosti – dob od 81 do 85 godina starosti koji su još zadovoljavajućeg zdravstvenog stanja tako da mogu samostalno funkcionirati u domu. U kasnijoj dobi sposobnosti samozbrinjavanja su u opadanju te je stoga i manji broj ispitanika te dobi. Prema podacima Centra za gerontologiju ZZJZ grada Zagreba (2004) u tri zagrebačka doma u kojima je provedena anketa navedeni podaci o dobnoj strukturi se poklapaju sa navedenim podacima, a u stacionarima je najzastupljenija dob iznad 90 godina. Raspodjela po spolu pokazuje značajno veći broj žena, 81%, nego muškaraca i to je demografska slika stanovnika domova. Prema podacima Centra za gerontologiju ZZJZ grada Zagreba iz 2004. godine u Domovima grada Zagreba u svim dobnim skupinama žene znatno prevladavaju, a ukupni udio žena je 83%. Najveći broj ispitanika je sa završenom osnovnom ili nepotpunom osnovnom školom. Distribucija ispitanika prema dijagnozama daje nam očekivane rezultate koji odgovaraju već ranije provedenom istraživanju od strane Gerontološkog centra prema kojem je najzastupljenija pojedinačna dijagnoza hipertenzija, zatim bolesti srca, te bolesti zglobova. Najzanimljiviji odgovori na pitanje o dijagnozi je »starost«, što ukazuje na vrlo pragmatičan doživljaj tog životnog perioda, te da je prilično veliki broj ispitanika odgovorio da nema dijagnozu. Što se tiče duljine boravka korisnika u domu, najveći broj korisnika, njih 16% je u domu kraće od jedne godine. Jedan ispitanik je naveo da je u domu pune 23 godine i to je najduži boravak u domu među ispitanicima. Kao članove obitelji koja ih posjećuje najveći broj ispitanika, njih 45% je naveo djecu, a zatim 36% je naveo unuke. Obitelj je vrlo važna osobama treće životne dobi pa i kada su smješteni u ustanovu, jer ustanova ne može preuzeti sve funkcije koje u životu čovjeka ima obitelj. Danas je, zbog mnogobrojnih

obaveza, sve manje obitelji koje se mogu brinuti o svojim ostarjelim članovima, te je smještaj u dom povoljno i nužno rješenje. Starije osobe se u takvim obiteljima mogu osjećati suvišno i beskorisno, a dodatni stres im je i smještaj u dom. Zbog toga je iznimno važno da ostanu u dobrom kontaktu sa ostalim članovima obitelji bilo da su dobrovoljno išli u dom ili ih je na to natjeralo zdravstveno stanje. Na pitanja o zadovoljstvu smještajem, prehranom i odnosom osoblja prema korisnicima preko 90% ispitanika je odgovorilo da je zadovoljno. To su važni aspekti smještaja u domu koji direktno utječu na kvalitetu života. Zadovoljstvo međuljudskim odnosima je nešto manje, 68% ispitanika je odgovorilo da je zadovoljno. To je zbog toga što u međuljudskim odnosima dvije strane moraju participirati da bi odnos bio uspješan, u tom aspektu, korisnici domova se ne mogu osloniti samo na djelatnike doma koji »rješavaju sve probleme« nego moraju i sami doprinijeti kako bi se uspješno uklopili u okolinu. Za međuljudske odnose je važno i da korisnici domova budu uključeni u neke radno okupacione aktivnosti koliko im to njihovo zdravstveno stanje dopušta, kako bi se družili sa ostalim stanarima. 63% ispitanika sudjeluje u radu grupa koje djeluju unutar ustanove, ostali ne sudjeluju, dijelom zato što im to ne dopušta zdravstveno stanje, a dio zbog toga što ih to ne zanima. Problem koji najviše opterećuje korisnike domova za starije osobe je mogućnost gubitka samostalnosti i kao posljedica toga, moguće preseljenje u stacionar, odnosno, odjel gdje će im se pružiti potpuna zdravstvena njega. Kada starija osoba može samostalno voditi brigu o osnovnim postupcima samozbrinjavanja, ona ima određenu dozu sigurnosti i samopoštovanja, međutim kada brigu o osnovnim higijenskim postupcima mora preuzeti osoblje, pada razina samopoštovanja i to može odvesti osobu u depresiju, još veći pad samostalnosti i osoba biva prepuštena zdravstvenim djelatnicima u svim aspektima samozbrinjavanja. Velika je uloga zdravstvenih djelatnika posebno u prijelaznom periodu između tzv. stambenog dijela i stacionara, da olakša korisnicima taj prijelaz i pomogne im da prihvate činjenicu da neke stvari više ne mogu raditi samostalno, ali da u nekim drugim aspektima itekako još mogu biti samostalni i korisni. U upitniku je 60% ispitanika izjavilo da se boje gubitka samostalnosti, a njih 59% je izjavilo da se boje preseljenja u stacionar.

Na pitanje »Jeste li vjernik?« 93% ispitanika je odgovorilo potvrdno. To odgovara i podacima iz popisa stanovništva iz 2011. godine po kojem je u Hrvatskoj 7% osoba koje su ateisti, neizjašnjeni i ostalo, a 93% je vjernika, od kojih je najviše katolika. Za 94% vjernika su u domovima zadovoljene vjerske potrebe. Gotovo svi domovi imaju organizirane vjerske rituale za sve osobe koje to žele u skladu sa svojim mogućnostima. Istraživanja provedena u Americi u populaciji starijih osoba pokazuju da starije osobe manje sudjeluju u religijskim obredima u zajednici, ali da sudjelovanje u neorganiziranim religijskim obredima ostaje isto ili se čak i povećava sa starošću. Ovo potvrđuje podatke da ljudi tijekom cijelog života žele sudjelovati u crkvenom životu. Religija je važan dio života za mnoge starije pojedince, te se oni religijskim obredima znatno više posvećuju za vrijeme nekih stresnih događaja (Shaie, Willis, 2001). Na pitanje da li ikada razmišljaju o smrti 69% ispitanika je odgovorilo potvrdno, a za 52% ispitanika smrt predstavlja završetak života. Zanimljivo je da je isti broj ispitanika koji razmišljaju o životu poslije smrti i onih koji ne razmišljaju o tome iako se 94% ispitanika izjasnilo kao vjernici, iako gotovo sve vjere propovijedaju postojanje

neki oblik zagrobnoga života. Na pitanje da li život vjernika pomaže u životu, većina ispitanika je odgovorila potvrdno. Razna istraživanja su pokazala da vjera može pomoći starijim ljudima da lakše prihvate tegobe koje donosi starost, a isto tako u svojim vjerskim zajednicama mogu naći značajnu socijalnu podršku. Neki aspekti religije mogu biti značajni u ublažavanju djelovanja stresora kao što je smrt bračnog partnera ili problemi sa zdravljem (Shaie, Willis, 2001). Redovito se moli 88% ispitanika koji su vjernici, a njih 76% svakodnevno prakticiraju molitvu. Teško je procijeniti vrijednost molitve znanstvenim metodama, jer molitva nije ni znanstvena ni medicinska pojava, ona je duhovna, mistična i intimna. Iako osobna i subjektivna, molitva proizvodi vidljiv rezultat i moguće je vidjeti učinak molitve i osjetiti ga na isti način kao što opažamo učinak savjeta, sredstava protiv bolova ili antidepresiva (Buckmann, 1996). Prisustvovanje vjerskim obredima je otežano uglavnom zbog zdravstvenog stanja ispitanika, ali ipak ih 80% prisustvuje vjerskim obredima i to 18% dnevno, 55% tjedno i 27% povremeno. I istraživanja provedena u Americi pokazuju da starije osobe sve manje sudjeluju u vjerskim aktivnostima zajednice, ali su zato skloniji privatnim religijskim ponašanjima kao što je čitanje vjerske literature, gledanje vjerskih emisija na televiziji i molitva. To ovisi o tome kako su vjerski obredi organizirani u ustanovi. Religija povećava samopoštovanje odraslih na jedinstven način – ne samo kroz osiguranje emocionalne potpore. Neorganizirane religijske aktivnosti predstavljaju dimenziju religioznosti najčvršće povezanu s dobrim mentalnim zdravljem (Shaie, Willis, 2001). Kada govorimo o povezanosti duhovnosti i doživljaja smrti rađene su studije koje pokazuju da, koliko god se ljudi priklanjali vjeri kako im se približava kraj života, to nema povezanosti sa samim doživljajem smrti. Tako longitudinalna studija iz 2005. godine koju su proveli Paul Wink i Julia Scott pokazuje da nema linearne veze između religioznosti i straha od smrti, ali postoji veza između dobi i straha od smrti i to na način da je kod starijih ispitanika strah od smrti manji nego kod mlađih ispitanika (Newfield, Hinz, Scott-Tilley, Sridaromont, Maramba, 2007).

U ovom radu postavljena je hipoteza da se starije osobe uglavnom ne boje smrti, bez obzira jesu li vjernici ili nisu. I ovaj rad pokazuje da kod starijih osoba, bez obzira na to jesu li vjernici ili ne, ne postoji razlika u doživljaju smrti. Navedena hipoteza je potvrđena i možemo zaključiti da se stariji ljudi uglavnom ne boje smrti bilo da su vjernici ili to nisu. Starije osobe uglavnom se ne boje smrti, više se boje gubitka samostalnosti i, posljedično, preseljenja u stacionar. Prema tome, duhovnost nema utjecaja na doživljaj smrti, ali je direktno povezana sa kvalitetom života, što pokazuju istraživanja provedena u Americi.

Često se postavlja pitanje da li umiruće osobe trebaju nekoga da bude uz njih i tko bi to bio. Na pitanje koga bi željeli da bude uz njih u trenutku umiranja najveći broj ispitanika je odgovorilo da bi željeli da to bude neki član obitelji, a nešto manje njih se odlučilo za duhovnika. Samo 12% ispitanika ne bi željeli nikoga da u trenutku smrti bude uz njih i to su uglavnom ispitanici koji nemaju obitelji. U zdravstvenim i socijalnim ustanovama u Hrvatskoj uglavnom nije omogućeno obitelji da bude uz pacijenta dok umire. Razlog za to su prostorni uvjeti, ali i stav zdravstvenih radnika da obitelj »samo smeta« u takvoj situaciji, pogotovo ako se radi o bolnici gdje se još

rade i neki medicinsko tehnički zahvati kako bi se produljio život pacijentu. Domovi za starije i nemoćne osobe u većini slučajeva imaju vrlo dobru suradnju sa obiteljima korisnika i djelatnici koji su tamo zaposleni često komuniciraju sa članovima obitelji i obavještavaju ih o zdravstvenom stanju korisnika. Kako korisnici domova borave u domu često dugi niz godina, djelatnici doma stvore i sa korisnikom i sa obitelji korisnika jedan topao i ljudski odnos koji je puno bliskiji od onoga kojeg može stvoriti zdravstveni djelatnici u bolnici. Ipak, obitelj se rijetko odlučuje da bude uz korisnika kada se zna ishod, ali vrlo često provjeravaju da li je korisnik dobio sve sakramente, posebno bolesničko pomazanje ako se radi o katoliku.

Na pitanje »Da li biste nešto željeli promijeniti u svom životu?« samo 25% ispitanika je odgovorilo potvrdno. Dio njih nije naveo što bi to željeli promijeniti u svom životu. Svi ispitanici koji nisu vjernici ne bi ništa mijenjali u svom životu. Oni ispitanici koji bi nešto ipak promijenili u životu navode da bi željeli izbjeći teške bolesti koje su ih pogodile, više bi vodili računa o svojem zdravlju, više bi brinuli o svome stambenom pitanju pa ne bi morali u dom, ostali bi kod svoje kuće kad bi mogli, voljeli bi kada bi im djeca bila složna, željeli bi pošten svijet bez krađe i laži, voljeli bi ispraviti pogreške iz mladosti, željeli bi završiti viši stupanj obrazovanja nego što su završili, biti revniji u molitvi. Najveći broj ispitanika je naveo upravo zdravstveno stanje kao nešto što bi promijenili kad bi mogli. Gotovo polovica ispitanika žali za nečim u svome životu. Uglavnom navode preminule članove obitelji i to je napisao najveći broj ispitanika. Slijedeće za čime žale je njihov dom iz kojeg su morali otići u dom, a zatim je mladost i zdravlje. Ima i ispitanika koji žale što nisu prije dobili duhovne spoznaje koje imaju sada i što su se prije »drugačije ponašali«. Dio ispitanika žale što su nešto u životu napravili loše, a neki navode da nisu napravili dobro sve što su mogli.

Starijim osobama izuzetno je važna socijalna podrška i na pitanje tko im je podrška u životu najveći broj ispitanika, njih 39% je izjavilo da su im podrška u životu djeca, zatim njih 26% je izjavilo da im je podrška obitelj, a njih 18% je navelo vjeru kao najvažniju podršku u životu. Socijalna podrška može izravno djelovati na sprječavanje stresa – osoba sa velikom socijalnom podrškom neku situaciju ne moraju doživjeti kao stresnu, ili može imati zaštitnu ulogu u ublažavanju negativnog djelovanja doživljenog stresa (Despot Lučanin, 2003).

I na posljednje pitanje – koliko je značajna vjera u njihovom životu – 55% ispitanika je izjavilo da vjera u njihovom životu zauzima vrlo značajno mjesto, 31% je navelo da vjera zauzima srednje značajno mjesto u njihovom životu, a 14% je izjavilo da je vjera sasvim beznačajna u njihovom životu.

5 Zaključak

Zdravstveni djelatnici u brizi oko pacijenta naglasak stavljaju na fizičke potrebe pacijenta, a često izbjegavaju razgovor o duhovnosti i vjeri jer to smatraju suviše osobnim pitanjem, međutim, medicinske sestre koje su najbliže pacijentu, trebale bi prepoznati i prevenirati eventualnu pojavu duhovnog ili religioznog poremećaja kod pacijenta te

mu pomoći da ga prevlada. U domovima osoblje može pomoći pacijentima da praktiraju vjerske obrede iako su fizički nemoćni i ne mogu doći do vjerskih institucija na način da vjerski predstavnici dolaze u domove.

Isto tako, zdravstveni djelatnici izbjegavaju i razgovor o smrti sa starijim osobama smatrajući ga neprimjerenim i neugodnim, a starije osobe uglavnom žele razgovarati o smrti, žele se pripremiti i ne žele biti sami kada nastupi taj trenutak. Starije osobe se ne boje smrti te žele razgovarati o njoj, a zdravstveni djelatnici nisu dovoljno educirani u tom smjeru da bi mogli kvalitetno udovoljiti toj njihovoj potrebi. Većina ispitanika je navela da bi željeli da netko od članova obitelji budu uz njih u trenutku smrti i to bi im trebalo omogućiti. Naše ustanove za sada nemaju takvu mogućnost te su cjelokupnu skrb oko umirućeg pacijenta preuzele medicinske sestre koje se u tom trenutku nalaze uz pacijenta. Osoba koja se nalazi uz umiruću osobu može značajno olakšati pacijentu fizičke tegobe i pružiti duhovnu pomoć te oslobođenje od anksioznosti i straha ne samo pacijentu nego i njegovoj obitelji. Stoga je neophodna edukacija zdravstvenih djelatnika i na području duhovnosti.

LITERATURA

1. Buckmann, R. (1996). Ne znam što reći. Zagreb: Školska knjiga.
2. Centar za gerontologiju ZZJZ grada Zagreba – Referentni centar Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih ljudi (2004). Gerontološki centri 2004. Zagreb: ZZJZ Grada Zagreba - Centar za gerontologiju
3. Despot Lučanić, J.(2003). Iskustvo starenja. Zagreb: Naklada Slap.
4. Ebersole, P. in Hess, P. (2001). Geriatric Nursing and Healthy Aging. St. Louis, Missouri: Mosby
5. Newfield, S. A., Hinz, M. D., Scott-Tilley, D., Sridaromont, K. L., Maramba, P. J.(2007). Cox s Clinical Applications of Nursing Diagnosis. Philadelphia, USA: F. A. Davis Company
6. Sedić, B. Zdravstvena njega gerijatrijskih bolesnika - Nastavni tekstovi. Zagreb: Zdravstveno veleučilište
7. Shaie, K. W. in Willis, S. L. (2001). Psihologija odrasle dobi i starenja. Zagreb: Naklada Slap

Vplivni dejavniki pri trženju pripomočkov za odvzem krvi preko javnih naročil

UDK 339.138+351.712

KLJUČNE BESEDE: trženje, javna naročila, osebna prodaja, blagovne znamke, inovacije

POVZETEK – Izbira oblike trženja je v času recesije eno izmed pomembnejših vprašanj, s katerim se ukvarjajo podjetja, ki tržijo izključno preko javnih naročil. V praksi je znano, da v stiski vedno pokličemo tistega, ki ga poznamo in nam je blizu. Zato je pri trženju preko javnih naročil vsekakor dobra izbira osebna prodaja, kjer smo lahko ob vsakem trenutku prisotni na trgu. Prispevek bo obravnaval inovacijo, osebno prodajo in blagovno znamko kot tri ključne dejavnike, ki po mnenju tržnika vplivajo na naročnika v fazi priprave razpisne dokumentacije. Navedeno s pomočjo anketne raziskave, ki je bila izvedena v vzhodni Evropi in baltskih državah, ter obdelave podatkov s statističnim programom tudi potrdimo. V nadaljevanju smo s pomočjo korelacije preverili medsebojne povezave med posameznimi dejavniki, kjer smo ugotovili, da ima osebna prodaja najmočnejši vpliv na tovrstno trženje in na ostala dva dejavnika.

UDC 339.138+351.712

KEY WORDS: marketing, public procurement, personal selling, brand, innovation

ABSTRACT – One of the most important issues that companies, which solely implement marketing through public procurement, face in this time of recession is the form of marketing to be used. In practice, people often turn to those they know and are close to. Based on the aforementioned, we came to the conclusion that personal selling is suitable form of marketing through public procurement, as it allows a constant presence on the market. This paper deals with innovation, personal selling and brand as three key factors which affect the contracting party in the preparation of the contract documents. We statistically processed the data collected in a survey conducted in Eastern Europe and the Baltic countries, and the results confirmed our assumptions. By using the method of correlation, we tested the statistical relationship among the individual factors and found that personal selling has the strongest influence on this type of marketing as well as on the other two factors.

1 Uvod

Recesija ali upadanje gospodarske aktivnosti vodi do splošne krize, če pa je le-ta dolgotrajna, govorimo o ekonomski depresiji (Komprij in Čelebič, 2010, str. 9). V ekonomski depresiji, ki jo čutimo kot neučinkovitost pri ekonomski produktivnosti, izjemno visoki stopnji nezaposlenosti, številnimi bankroti, deflacijami itd., so močno prizadela tudi podjetja, ki morajo poiskati takšno strategijo poslovanja, ki bo učinkovito in v prvi vrsti boljša od konkurence. Rašković, Makovec Brenčič in Pfajfar (2008) v svoji raziskavi opisujejo, da živimo v času in okolju nenehnih sprememb in pritiskov, kjer je trženje na eni strani zaradi svoje osredotočenosti na trg privilegirano, spet na drugi pa prisiljeno v neprestano prilagajanje in spreminjanje. Kot nadalje ugotavljajo Kodrin, Kregar Brus in Šuster Erjavec (2009, str. 18), naj bi bil koncept trženja ključ za doseg podjetniških ciljev v ugotavljanju potreb in želja porabnikov in v ponudbi, ki bo le-te kar najbolj zadovoljevala, hkrati pa naj bi bila boljša od konkurence. Da bi podjetja preživela obdobje depresije, morajo sprejeti takšne ukrepe, ki bodo usklajeni s cilji in s strategijo podjetja, pa vendar morajo dati podjetju zadosten oprijem oziro-

ma zadostna finančna sredstva, da bo podjetje preživel v obdobju recesije. Polyak in Akbar (2011) v prispevku ugotavljata, da je pri vodenju potrebno poiskati ravnovesje med kratkoročnimi in dolgoročnimi strateškimi odločitvami in ponovno trajnostjo strategije trženja. Nadalje Mende in Bolton (2011) v prispevku ugotavljata, da podjetja, ki merijo zadovoljstvo kupcev, lahko pripravijo ukrepe za upravljanje odnosov s strankami. Za opravljanje odnosov s strankami morajo podjetja poiskati takšno tržno pot, ki jo opredeljuje okolje, v katerem podjetje posluje in na način, da bo le-to uresničilo strategijo podjetja in sledilo željam in potrebam kupcev, pa vendar na isti ali celo na učinkovitejši način, kot to počne konkurenca.

Podjetja morajo načrtovati tržne poti s poglobljenimi razlogi takšne prodaje, ki jo iščejo v specifikah izdelkov, izbiro ciljnih kupcev, zakonskih omejitvah ... Kotler (2004, str. 5) govori, da se trženje razume kot naloga ustvarjanja, promocije in posredovanja izdelkov in storitev porabnikom in podjetjem, kjer menedžerji poskušajo vplivati na raven, čas in sestavo povpraševanja, da dosežejo cilje organizacije.

Naš prispevek bo obravnaval trženje preko javnih naročil, kjer se trženje v večji meri opravlja preko osebne prodaje. V ta namen se bomo dotaknili treh ključnih vplivnih dejavnikov pri tovrstnem trženju (osebno prodajo, blagovno znamko in inovacijo).

Zakaj podjetja izbirajo osebno prodajo kot najučinkovitejšo trženjsko pot pri prodaji javnim zavodom? Zaradi specifičnosti izdelkov in inovacij, ki se na področju medicine dnevno razvijajo (nekdanjo spuščanje krvi, pa vse do današnjega vakuumskega odvzema krvi). Omeniti moramo tudi zakonske omejitve, ki opredeljujejo javna naročila, preko katerih lahko trženje javnih ustanov sploh poteka. Zakon o javnem naročanju v 48. členu govori, da naročnik lahko odda naročilo na podlagi ekonomske najugodnejše ponudbe z uporabo različnih meril v povezavi s predmetom naročila, ki jih v razpisni dokumentaciji določi naročnik sam (<http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=201312&stevilka=304>). Ker pa naročnik ne more biti seznanjen z novitetami na trgu, Zakon o javnem naročanju v 69. člen dopušča strokovni dialog in govori, da pred začetkom postopka javnega naročanja lahko naročnik z gospodarskimi subjekti izvede strokovni dialog in v okviru tega zaprosi, ali upošteva nasvete, ki jih bo lahko uporabil pri pripravi razpisne dokumentacije, pod pogojem, da taki nasveti oziroma priporočila ne preprečujejo ali omejujejo konkurence (<http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=201312&stevilka=304>). S strokovnim dialogom podjetje predstavi svoje izdelke, inovacije, kjer pa ima zaradi specifičnosti izdelkov (poseg v telo) pri naročnikih veliko vlogo blagovna znamka, opravljene študije, certifikati, standardi in reference. Vsi naštetih dejavniki skupaj vplivajo na dojetje in sprejetje izdelkov pri naročniku. Kot pravijo Kodrinova, Kregar Brusova in Šuster Erjavčeva (2009, str. 131), podjetja s pomočjo blagovnih znamk pridobijo večjo pogajalsko moč pri sklepanju pogodb s trgovci ali distributerji. Močne blagovne znamke lahko vplivajo na povečano porabo pri potrošnikih, celo kreirajo potrebo, saj vplivajo na potrošnike, da jih prevzamejo emocije in vrednote, ki jih ima blagovna znamka, in so zanje pripravljeni plačati več. Prav tako Snoj in Hodoklin (2006) v svojem prispevku ugotavljata, da imajo zaradi globaliziranja konkurenčnega boja blagovne znamke v poslovanju organizacij vse bolj ključno vlogo. Da pa bi podjetja dosegla vse navedeno, se v primeru trženja preko

javnih naročil v večji meri poslužujejo osebne prodaje. »Osebna prodaja je dominantna komponenta v trženjskem komuniciranju mnogih podjetij, predvsem tam, kjer se tržijo izdelki višjega cenovnega razreda, katerih uporaba je kompleksna in je najučinkovitejše orodje na kasnejših stopnjah nakupnega procesa, še posebno pri krepitvi preferenc, prepričevanju kupca in odločitvi za nakup, sploh pa tam, kjer se prodaja vrši preko javnih naročil« (Sluga in Boškovič, 2011, str. 243). Po besedah Vukoviča in Završnika (2008, str. 85) osebna prodaja vključuje vzgojo strank, oskrbo uporabe izdelka in tržno pomoč ter oskrbo storitev in podporo kupcem po nakupu. Nikakor pa ne smemo pozabiti na še nekaj ključni dejavnikov, zaradi česar se podjetja odločajo za tovrstni način trženja, ki so večja pozornost naročnika, prilagoditev predstavitve izdelkov vsakemu naročniku posebej, kjer takoj prejmemo povratno informacijo, kar pomeni takojšna rešitev morebitnih težav in pa nenehno pridobivanje tržnih informacij. Z navedenim trženjem dosegamo medsebojno zaupanje in dolgoročne partnerske odnose, ki nam omogočajo vplivanje na naročnika in njegove potrebe. Weitz in Bradford (1999) v prispevku ugotavljata, da se z osebno prodajo večja medsebojno zaupanje, sploh tam, kjer se tako imenovani prodajalci s partnersko vlogo bolj osredotočajo na kupčevo obnašanje, njihove potrebe in medsebojni odnos. Po besedah Zupančiča (2006, str. 72) osebna prodaja zahteva pazljivo usposabljanje prodajnega osebja, Čarter (2007) pa v prispevku ugotavlja, da konkurenčna prednost v modernih poslovnih okoljih temelji na znanju in sposobnosti.

Če na kratko povzamemo, lahko rečemo, da mora za uresničevanje strategije podjetja, predvsem tržnik poznati najprej cilje podjetja, izdelke (posamezne inovacije, prednosti blagovne znamke pred konkurenco), ki jih zastopa in predstavlja, hkrati pa mora biti večš govorec (vzbuditi potrebo, omeniti reference) in prilagodljiv (posamezna predstavitev za posameznega naročnika), da prepozna naročnikovo potrebo in jo poskuša zadovoljiti na način, kot je konkurenca ne more ali ne zna. Garud, Gehman in Kumaraswamy (2011) v svojem referatu govorita o inovacijah kot zapletenem procesu, ki se pojavlja kot rezultat interakcij med ljudmi in tehnologijami, kjer Milfelner in Snoj (2008), v prispevku govorita o inovaciji, kot o sredstvu, ki je ključnega pomena za oblikovanje trajnostne konkurenčne prednosti in s tem odločilne za rast in preživetje podjetja. Bistvo rasti poslovanja naj bi bila po ugotovitvah Dasgupta, Gupta in Sahaya (2011) tehnološka inovacija. Po besedah Kotlerja in Kellera (2007, str. 569) naj bi inovacija podjetjem omogočala vstop na nove trge, hkrati pa bi jim višala konkurenčno prednost. Krishnan in Ramachandran (2011) v svojem prispevku povezujeta inovativen izdelek s prodajno ceno izdelka, ki je lahko zaradi inovacije višja od prehodne konkurenčne cene. Seveda pa morajo podjetje biti sposobna kakovostno predstaviti inovacijo in jo uvesti na trg s pomočjo vzbuditve potrebe pri naročniku. Kot v svoji raziskavi ugotavljata Milfelner in Snoj (2008), naj bi tržna naravnost vsebovala tri komponente (naravnost na odjemalce, naravnost na konkurente in medfunkcijska povezanost), ki so povezane tako z inovativnostjo kot tudi s sposobnostjo za uvajanje novih izdelkov na trge.

2 Metodologija

Namen raziskave je bil preučiti pomembnejše vplivne dejavnike (osebna prodaja, inovacija, blagovna znamka) pri trženju medicinskih izdelkov preko javnih naročil. Cilj raziskave je bil ugotoviti, kaj ima v očeh zastopniškega podjetja (tržnika) največji vpliv na prodajo medicinskih pripomočkov (osebna prodaja, inovacija, blagovna znamka).

Ob pregledu do sedaj izvedenih raziskav lahko vsaj delno potrdimo naša izhodišča raziskave, ki govorijo, da so osebna prodaja, blagovna znamka, inovacija med seboj povezani dejavniki, ki vplivajo na trženje. Ker pa naše raziskovalno vprašanje zajema trženje preko javnih naročil in z njim povezanimi vplivni dejavniki, smo si zastavili hipotezo, ki govori:

H1: Od vseh vplivnih dejavnikov, ki naj bi vplivali na prodajo (blagovna znamka, inovacija, osebna prodaja), osebna prodaja nekako izstopa pred ostalimi. Brez slednje nam tudi inovacija in blagovna znamka prav nič ne pomaga.

Za potrditev pomembnosti in potrebe tovrstne raziskave smo najprej raziskali, o kakšnih številkah sploh govorimo. V ta namen smo pričeli z empirično raziskavo v javno dostopnih evidencah:

- z iskanjem podatkov, kakšen je sploh delež izdatkov za področje bolezni in zdravstvenega varstva,
- nakar nas je zanimalo tudi, koliko je proizvajalcev medicinskih pripomočkov in koliko je poslovnih subjektov, ki opravljajo promet z medicinskimi pripomočki.

S pomočjo javno dostopnih evidenc smo ugotovili, da je delež tistih podjetij, ki tržijo medicinske pripomočke preko javnih naročil, ogromen in da je tudi delež izdatkov za področje bolezni in zdravstvenega varstva ogromen. V ta namen smo v raziskavo vključili tudi anketni vprašalnik, s pomočjo katerega smo izvedli enkratno, kvantitativno, aplikativno, statično raziskavo, kjer smo uporabili vnaprej pripravljena strukturirana vprašanja. Anketni vprašalnik je bil sestavljen v slovenščini in angleščini, kjer so bila uporabljena vprašanja zaprtega tipa. Respondentom, ki so ekskluzivni zastopniki točno določene blagovne znamke izdelkov za odvzem krvi v vzhodni Evropi in baltskih državah, je bil anketni vprašalnik posredovan preko elektronske pošte. Del anketnega vprašalnika, ki je bil uporabljen pri tokratni raziskavi, je anketiranca spraševal o vplivnih dejavnikih pri trženju pripomočkov za odvzem krvi, kjer je moral respondent svoje strinjanje ali nestrinjanje označiti z 1–5. Trditve so bile naslednje:

Inovacija ima velik vpliv na prodajo (Premium – inovativno odpiranje na navoj, inovativno-varni produkti za odvzem krvi ...). Osebna prodaja ima velik vpliv na prodajo (obisk strank, predavanja, izobraževanja ...). Blagovna znamka ima velik vpliv na prodajo. Anketiranje je bilo opravljeno v obdobju med januarjem 2012 do oktobra 2012. Obdelavo podatkov smo naredili v programu SPSS in s pomočjo faktorske analize ter frekvenčno opisne statistike. Na podlagi korelacije pa smo želeli ugotoviti medsebojno povezanost.

Za preučevanje v programu SPSS smo definirali ničelno hipotezo, ki govori, da od vseh vplivnih dejavnikov, ki naj bi vplivali na prodajo (blagovna znamka, inovacija, osebna prodaja), je osebna prodaja tisti dejavnik, ki je najmanj pomemben.

3 Rezultati in razprava

Zadnji javni podatki za leto 2003 govorijo, da je delež izdatkov za področje bolezni in zdravstvenega varstva, ki se nanaša na neposredno bolnišnično zdravstveno varstvo (bolnišnično in zdraviliško zdravljenje) in ambulantno zdravstveno varstvo (zdravila in lekarniško dejavnost, osnovno zdravstveno dejavnost, specialistično ambulantno zdravljenje in dejavnost socialnih zavodov), obsegal 81,3 odstotkov (tj. 6,4% BDP) (http://www.stat.si/publikacije/pub_statinfl.asp?podrocje=12). Navedene številke so ogromne in z zagotovostjo lahko trdimo, da je mnogo podjetij, ki trži medicinske izdelke socialno varstvenim ustanovam. Navedeno preverimo na Javni agenciji Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke, kjer smo zasledili, da je na dan 8. julija 2013 v Register proizvajalcev medicinskih pripomočkov s sedežem v RS vpisano 717 podjetij, v Register poslovnih subjektov, ki opravljajo promet z medicinskimi pripomočki na debelo, vpisano 825 podjetij in v Register specializiranih prodajaln, ki opravljajo promet z medicinskimi pripomočki na drobno, je vpisanih 711 podjetij (<http://www.jazmp.si/seznami/>).

Iz navedenega lahko povzamemo, da je preučevanje navedenega področja zelo pomembno, saj je v krog trženja medicinskih pripomočkov preko javnih naročil udeleženo mnogo javnih kot tudi zasebnih subjektov.

Pri anketi je sodelovalo 16 izbranih podjetij, ki imajo podpisano pogodbo o sodelovanju in ekskluzivnem zastopstvu v svoji državi. Sodelujoča podjetja so bila iz vzhodne Evrope in baltskih držav, in sicer iz Albanije, Azarbejdžanije, Bosne in Hercegovine, Bolgarije, Estonije, Hrvaške, Litve, Latvije, Makedonije, Poljske, Rusije, Romunije, Slovaške, Slovenije, Srbije in Ukrajine. V nadaljevanju prikazujemo rezultate, ki smo jih prejeli s pomočjo njihovih odgovorov in s pomočjo statistične obdelave podatkov.

Na postavljeno anketno vprašanje, ali ima inovacija vpliv na prodajo, smo pri analizi dobili sledeče rezultate. S trditvijo se popolnoma strinja 5 anketiranih (31,3%), s trditvijo se strinja 5 anketiranih (31,3%), glede na postavljeno trditev so bili 3 (18,8%) anketiranci neopredeljeni, svoje nestrinjanje so izrazili le 3 anketiranci.

Naslednja trditev se je nanašala na osebno prodajo, kjer nas je zanimalo, ali ima po mnenju anketirancev osebna prodaja vpliv na samo prodajo. Trditev so ocenjevali vsi anketiranci, opredelili pa so se po lestvici strinjanja samo na to, da se s trditvijo popolnoma strinjajo (81,3% anketirancev) in da se strinjajo (kar predstavlja 18,8% anketirancev).

Tudi pri blagovni znamki so se anketiranci odločali podobno kot pri inovaciji in osebni prodaji. Neopredeljen je bil samo en anketiranec, ostalih 15 anketiranih je svoje strinjanje izrazilo po lestvici strinjanja tako, da se s trditvijo, da ima blagovna znamka

res velik vpliv na prodajo, se popolnoma strinja kar 68,8 odstotka anketiranih, 25 odstotkov anketiranih pa se z navedenim ni strinjalo.

V raziskavi smo imeli več odvisnih spremenljivk, ki smo jih želeli sočasno opazovati. V ta namen v nadaljevanju prikazujemo rezultate aritmetične sredine ocen in standardni odklon vseh odvisnih spremenljivk, kjer smo ugotavljali razlike med vplivnimi dejavniki na trženje preko javnih naročil. Kot je prikazano v tabeli 1, nam je analiza v prvi fazi podala sledečo opisno statistiko za preučevane spremenljivke:

Tabela 1: Aritmetične sredine (AO) in standardni odklon (SO) vplivnih dejavnikov (lastna raziskava)

	AO	SO
<i>Inovacija ima vpliv na prodajo</i>	3,6250	1,36015
<i>Osebna prodaja ima vpliv na prodajo</i>	4,8125	0,40311
<i>Blagovna znamka ima vpliv na prodajo</i>	4,6250	0,61914.

Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

Iz navedenega lahko sklepamo, da vse tri preučevane spremenljivke pomembno vplivajo na prodajo.

Na sliki 1 prikazujemo razlike med vplivnimi dejavniki na trženje preko javnih naročil, kjer lahko opazimo, kako se spreminjajo aritmetične sredine vplivnih dejavnikov.

Slika 1: Aritmetične sredine vplivnih dejavnikov na prodajo preko javnih naročil (lastna raziskava)



Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

V nadaljevanju predstavljamo še rezultate analize variance (ANOVA). Z analizo variance smo želeli preveriti, ali so razlike med vzorci razločljive kot statistična odstopanja znotraj iste populacije.

V tabeli 2 zasledimo, da je signifikanca manjša od 0,05, zato ničelno hipotezo zavr-nemo. Variance se med skupinami ne razlikujejo statistično značilno (Levenov test: $p > 0,05$), zato je analiza variance primerna.

Tabela 2: Analiza variance

<i>Test of Homogeneity of Variances</i>						
		<i>Levene Statistic</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>		<i>Sig.</i>
Inovacija ima velik vpliv na prodajo		,644	1	14		,436
Blagovna znamka ima velik vpliv na prodajo.		1,306	1	14		,272
<i>ANOVA</i>						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Inovacija ima velik vpliv na prodajo (Premium-inovativno odpiranje na navoj, inovativno-varni produkti za odvzem krvi itd.)	Between Groups	19,391	1	19,391	32,477	,000
	Within Groups	8,359	14	,597		
	Total	27,750	15			
Blagovna znamka ima velik vpliv na prodajo.	Between Groups	3,391	1	3,391	20,125	,001
	Within Groups	2,359	14	,168		
	Total	5,750	15			

Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

V samem zaključku nas je še zanimalo, ali obstaja med preučevanimi spremenljivkami povezava. V ta namen smo izvedli še analizo korelacije. Kot je razvidno iz tabele 3, najmočnejša povezava obstaja med inovacijo in osebno prodajo (0,836) in med osebno prodajo in blagovno znamko (0,768). Manj močno povezavo se zasledi pri blagovni znamki in inovaciji (0,614). Sklepamo lahko, da je najpomembnejša pri prodaji preko javnih naročil osebna prodaja.

Tabela 3: Prikaz korelacije

	<i>Inovacija ima velik vpliv na prodajo</i>	<i>Osebna prodaja ima velik vpliv na prodajo</i>	<i>Blagovna znamka ima velik vpliv na prodajo</i>
<i>Inovacija ima velik vpliv na prodajo.</i>		Močna povezanost (0,836)	Močna povezanost (0,614)
<i>Osebna prodaja ima velik vpliv na prodajo.</i>	Močna povezanost (0,836)		Močna povezanost (0,768)
<i>Blagovna znamka ima velik vpliv na prodajo.</i>	Močna povezanost (0,614)	Močna povezanost (0,768)	

Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

4 Sklep

Namen in cilj raziskave je bil dosežen, saj lahko v začetku postavljeno hipotezo, ki govori, da od vseh vplivnih dejavnikov, ki naj bi vplivali na prodajo (blagovna znamka, inovacija, osebna prodaja), osebna prodaja nekako izstopa pred ostalimi, potrdimo. Kot kažejo rezultati raziskave, so respondente na anketno vprašanje, ali ima inovacija vpliv na prodajo, največkrat izbrali popolnoma se strinjam (31,3%), na kar so v 31,3 odstotka še izbrali strinjam se. Pri trditvi, da osebna prodaja vpliva na prodajo, so se anketiranci popolnoma strinjali (v 81,3%), strinjali pa v 18,7 odstotka. Prav tako so pri trditvi, da blagovna znamka vpliva na prodajo v 68,8 odstotka odgovorili, da se popolnoma strinjajo in da se strinjajo (v 25%). Iz vseh prejetih odgovorov je mogoče sklepati, da so navedeni dejavniki odločilni in zelo pomembni pri prodaji preko javnih naročil, kjer izstopa odgovor popolnoma se strinjam (81,3%) in govori, da osebna prodaja vpliva na trženje. Prvi del naše hipoteze smo preverili s pomočjo aritmetične sredine in standardnega odklona, kjer smo s pomočjo aritmetične sredine ugotovili, da je najvišja vrednost (4,8125) pri trditvi osebna prodaja in ima vpliv na prodajo. Kar kaže tudi, da ima osebna prodaja od vseh navedenih vplivnih dejavnikov največji vpliv na prodajo preko javnih naročil, kar potrjuje tudi standardni odklon, ki je pri navedeni trditvi najmanjši (0,40311). Zadnji del naše hipoteze, ki govori, da nam brez osebne prodaje tudi inovacija in blagovna znamka prav nič ne pomaga, smo preverili s pomočjo korelacije, kjer smo želeli ugotoviti, ali obstaja kakšna povezava med preučevanimi spremenljivkami. S pomočjo korelacije ponovno ugotovimo, da sta osebna prodaja in inovacija najmočnejše povezani (0,836), na kar sledi še povezava med osebno prodajo in blagovno znamko (0,768). Iz navedenega lahko sklepamo, da je osebna prodaja ključna pri trženju preko javnih naročil.

Kot smo v samem uvodu prikazali s pomočjo preučene literature in prispevkov se posamezni poznavalci področja prodaje v posameznih delih potrdili posamezne vplive na prodajo, vendar navedenih vplivnih dejavnikov še nihče ni povezal s trženjem preko javnih naročil. Glede na to, da je v Sloveniji kar 2253 podjetij, ki so registrirani pri Javni agenciji Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke kot proizvajalci in kot poslovni subjekti, ki opravljajo promet z medicinskimi pripomočki na debelo in na drobno, je navedeno področje dokaj osamljeno in ne preučeno. V bistvu sploh nikjer ni zaslediti raziskave, ki bi opisovala tovrstno prodajo, pa vendar, kot je po zadnjih statističnih podatkih, ki so iz leta 2003, lahko opaziti, je država v ta namen že takrat porabila kar 6,4 odstotka BDP.

Glede na to, da navedeno področje omejuje Zakon o javnih naročilih, lahko trdimo, kot ugotavlja v svojem delu tudi Čater (2007), da v modernih poslovnih okoljih konkurenčna prednost temelji na znanju in sposobnosti. Znanje, sposobnost in iznajdljivost so ključni pri tovrstni prodaji, saj tržniki, ki bodo sposobni slediti zakonskim določilom, bodo s pridobljenim znanjem konkurenčno prednost tudi pridobili, kot pravimo, kjer so zakoni, so tudi luknje in vsi tisti z ustreznim znanjem in sposobnostjo le-te obrnejo sebi v prid.

Kot možnost nadaljnje raziskave bi predlagali tudi raziskavo o izobraževanju tržnikov, saj menimo, da je nenehno izobraževanje zaposlenih ključen za trženje preko javnih naročil. V mislih imamo izobraževanje na področju psihologije, zakonov, komunikacije...

LITERATURA

- Čater, T. (2007). Oblike konkurenčne prednosti in njihov vpliv na uspešnost podjetja. TI=Akademija MM: slovenska znanstvena revija za trženje. Pridobljeno 25. 7. 2012, s <http://www.marketingmagazin.si/media/akademija-mm-11.pdf>.
- Dasgupta, M., Gupta, R. K. in Sahay, A. (2011). Linking Technological Innovation, Technology Strategy and Organizational Factors. Pridobljeno 10. 7. 2013, s <http://online.sagepub.com/search?fulltext=innovation+&x=0&y=0&src=hw&andorexactfulltext=and&submit=yes>.
- Garud, R., Gehman, J. in Kumaraswamy, A. (2011). Complexity Arrangements for Sustained Innovation: Lessons from 3M Corporation. Pridobljeno 10. 7. 2012, s <http://oss.sagepub.com/content/32/6/737.abstract>.
- Javni socialnovarstveni zavodi, Slovenija (2007). Pridobljeno 10. 7. 2013, s http://www.stat.si/publikacije/pub_statinfl.asp?podrocje=12.
- Kodrin, L., Kregar Brus, A. in Šuster Erjavec, H. (2009). Trženje. Celje: Fakulteta za komercialne in poslovne vede.
- Komprej, M. in Čelebić, T. (2010). Vpliv recesije na izobrazbeno strukturo brezposelnih in predlagani ukrepi. Center RS za poklicno izobraževanje. Pridobljeno 25. 7. 2012, s <http://www.cpi.si/files/cpi/userfiles/PovezovanjeTrgaDela/VPLIVRECESIJE.pdf>.
- Kotler, P. (2004). Management trženja. Ljubljana: GV založba
- Kotler, P., in Keller, K. L. (2007). A framework for marketing management. Upper Saddle River (N. J.): Pearson/Prentice Hall, cop.
- Krishnan, V. in Ramachandran, K. (2011). Integrated Product Architecture and Pricing for Managing Sequential Innovation. Pridobljeno 10. 7. 2013, s <http://mansci.journal.informs.org/content/early/2011/08/12/mnsc.1110.1391.abstract>.
- Mende, M. in Bolton, R. (2011). Why Attachment Security Matters: How Customers' Attachment Styles Influence Their Relationships With Service Firms and Service Employees. Pridobljeno 10. 7. 2013, s <http://jsr.sagepub.com/content/early/2011/08/02/1094670511411173.abstract>.
- Milfelner, B. in Snoj, B. (2008). Can innovation resources influence company performance: case of Slovenia. *International Journal of Sustainable Economy*, 1 (1), 60–69.
- Polyak, I. B. in Akbar, Y. (2011). Zwack, Hungary: a tradition of innovation amidst challenges. Pridobljeno 10. 7. 2012, s http://www.emeraldinsight.com/case_studies.htm?issn=2045-0621&articleid=1917156&show=abstract. ISSN: 2045-0621. Str 48–51.
- Rašković, M., Makovec Brenčič, M. in Pfajfar, G. (2008). Trikotnik trženja človeških virov in inovacij v najboljših slovenskih zaposlovalcih. Pridobljeno 10. 7. 2013, s <http://www.dlib.si/results/?query=%27keywords%3dtrikotnik+tr%C5%BEenja%27&pageSize=20>.
- Register poslovnih subjektov, ki opravljajo promet z medicinskimi pripomočki na debelo na dan 8. 7. 2013. Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke. Ljubljana. Pridobljeno 10. 7. 2013, s <http://www.jazmp.si/seznami/>.
- Register proizvajalcev medicinskih pripomočkov s sedežem v RS na dan 8. 7. 2013. Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke. Ljubljana. Pridobljeno 10. 7. 2013, s <http://www.jazmp.si/seznami/>.
- Register specializiranih prodajaln, ki opravljajo promet z medicinskimi pripomočki na drobno na dan 8. 7. 2013. Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke. Ljubljana. Pridobljeno 10. 7. 2013, s <http://www.jazmp.si/seznami/>.

17. Sluga, A. in Bošković, D. (2011). Vpliv osebne prodaje na prodajo preko javnih naročil. V M. Merkač in M. Cingula (ur). Znanje in poslovni izzivi globalizacije v letu 2011. zbornik referatov: 3. mednarodna znanstvena konferenca. Celje: Fakulteta za komercialne in poslovne vede,
18. Snoj, B. in Hodoklin, M. (2006). Upravljanje znamk izvoznikov v razmerah internacionalizacije poslovanja. Pridobljeno 10. 7. 2013 s, <http://www.dlib.si/results/?query=%27keywords%3dsnoj+upravljanje+znamk%27&pageSize=20>. V: TI=Naše gospodarstvo: revija za aktualna gospodarska vprašanja = Our economy : review of current problems in economics.
19. Vukovič, G. in Završnik, B. (2008). Obvladovanje prodaje. Celje: Visoka komercialna šola Celje.
20. Weitz, B. A. in Bradford, K. D. (1999). Personal Selling and Sales Management: A Relationship Marketing Perspective. Pridobljeno 9. 7. 2013, s [http://online.sagepub.com /search?fulltext=Personal+selling&x=0&y=0&src=hw&andexactfulltext=and&submit=yes](http://online.sagepub.com/search?fulltext=Personal+selling&x=0&y=0&src=hw&andexactfulltext=and&submit=yes).
21. Zakon o javnem naročanju (2013). Uradni list RS, št. 12.
22. Zupančič, V. (2006). Trgovinsko poslovanje. 1. izdaja. Celje: Visoka komercialna šola Celje.

Motiviranje in nagrajevanje zaposlenih

UDK 159.947.5+331.101.36

KLJUČNE BESEDE: zaposleni, motivacija, psihološki profili, nagrajevanje

POVZETEK – Motivacija se pojavlja v obliki potreb, nagibov, želja, teženj, interesov, hotenj in se razlikuje med posamezniki, saj pri zaposlenem zahteva posebno spodbudo. Dejavniki, ki vplivajo na motivacijo, so sredstva spodbude, s katerimi vodje motivirajo zaposlene in dvigujejo raven njihove pripadnosti organizaciji. Le-ta se odraža v obliki emocionalne, kalkulatивne in/ali normativne pripadnosti. Vse tri komponente odražajo različna psihološka stanja posameznika, ki kažejo kakšen odnos goji do organizacije in določajo njegove motivacijske dejavnike za učinkovito opravljanje dela. Motivacija predstavlja ključni element za normalno funkcioniranje posamezne organizacije. Oblike motivacije se razlikujejo glede na psihološki profil zaposlenih, ustreznost oblike pa vodi tudi v večjo produktivnost.

UDC 159.947.5+331.101.36

KEY WORDS: employees, motivation, psychological profiles, rewarding

ABSTRACT – Motivation occurs in the form of needs, tendencies, desires, aspirations, interests, aspirations, and varies among individuals. It is an integral part of the resources, as it requires special employee stimulation. Factors affecting the motivation are the tools of stimulation which managers use to motivate employees. In the ways of motivating, employees are divided into three groups, that is, employees of normative psychological contract, calculative psychological contract and employees with emotional psychological contract. Each group works individually and requires a different approach to motivating. Motivation is the key element with regard to psychological profiles. The appropriate form of motivation leads to greater employee productivity.

1 Uvod

V času, v katerem živimo, je motivacija ljudi postala pomembnejša kot kdaj koli prej. Kako spodbuditi sebe in druge k boljši in večji uspešnosti ter zadovoljstvu zaposlenih, predvsem v tem kriznem obdobju, ki vpliva na skoraj vsakega posameznika, je postalo vprašanje skoraj vsakega menedžerja ali vodje neke organizacije.

Motivacija je pomemben dejavnik psihološke spodbude, saj vpliva na produktivnost in kakovost dela, ki ga delavec opravlja ter na njegovo počutje v podjetju. Motivacijski dejavnik je med drugim lahko tudi izobraževanje, ki implicira različna napredovanja, opravljanje zahtevnejših del, skupinske in samostojne projekte, prispeva k sodelovanju in občutku, da podjetje skrbi za posameznike. Če je motivacijski dejavnik dodatno izobraževanje, ki ga omogoči podjetje, od delavca pričakujemo uporabo novega znanja pri opravljanju dela. Delavcu nudi občutek, da je za podjetje pomemben, da mu zaupa in ga za dosežene rezultate, ki jih je dosegel z novo pridobljenim znanjem, tudi ustrezno nagrajuje. Podjetje z dodatnim izobraževanjem doseže, da delavec čuti pripadnost in integracijo v podjetje. Z dodatnim izobraževanjem ga spodbudi, da pokaže svoje znanje, ambicioznost, da je zato bolj zadovoljen pri delu in rad prihaja na delovno mesto (Bizjak, 2010).

Motivacijski dejavniki so sredstva spodbude, s katerimi vodje motivirajo zaposlene, da opravijo zadane naloge učinkovito in na podlagi lastne odločitve. Poznamo pozitivna sredstva spodbude, ki zadovoljujejo osebne potrebe, in negativna sredstva spodbude, ki ljudi odvrčajo od ciljev in akcij. Pozitivna sredstva so nagrade, priznanja in podobno. Negativna sredstva pa grožnje in kazni (Černetič, 2007).

Motivacija, kot sestavni del pri vodenju človeških resursov, zahteva spodbudo pri zaposlenem, da prispeva k boljši kakovosti organizacije, da se dodatno več potruži za osebni učinek in na ta način doda pozitivnim učinkom celostne organizacije. Za ta korak zaposleni morajo biti pravilno motivirani, kar predstavlja nujno v vsaki delovni organizaciji. Veliko dejavnikov vpliva na delovno učinkovitost, vendar motivacija zaposlenih največkrat variira in je zato pomembno, da se ji da velik pomen (Velkova, 2012).

Motivacija je psihološki proces, ki se nanaša na usmerjeno vedenje in z njim povezana čustva, misli, stališča, pojmovanja, prepričanja in druge psihične vsebine. Vzroki motivacije so lahko notranji ali zunanji. Notranji predstavljajo fizične procese, potrebe, gone, cilje, vrednote, zamisli itd., zunanji pa dražljaji, pobude, pritiski, situacije, kulturno in socialno okolje. Glavne sestavine motiviranega vedenja so: povečano delovanje energije, vztrajnost, moč in učinkovitost vedenja, usmerjenost k cilju, spreminjanje vedenja. Motivacija je zelo dinamičen pojav, je proces in ne zgolj obstoječe stanje. Sam motivacijski proces je sestavljen iz treh faz, in sicer javljanje potrebe, aktivnega delovanja oziroma usmerjenost k cilju, zadovoljitev potreb (Kobal, Grum in Musek, 2009).

2 Motiviranje in nagrajevanje zaposlenih

Motiviranje zaposlenih je zelo zahtevno in kompleksno. Vsi zaposleni niso enaki in jih potem takem delimo na psihološke skupine (Mihalič, 2007).

Zaposleni so pri delu lahko uspešni in učinkoviti, če so zadovoljni. To je dejstvo, ki pa ga v praksi premalo upoštevamo. Vse več je primerov, ko podjetja z dobrim namenom uvajajo razne tehnike za večjo uspešnost, ob tem pa pozabljajo na ukrepe za povečanje zadovoljstva zaposlenih. Izkazalo se je, da je ob vedno bolj zahtevnih organizacijskih orodjih praksa pozabila na pristope za večje zadovoljstvo zaposlenih, ki bi jih bilo mogoče dovolj enostavno in hitro uporabiti (Mihalič, 2010).

Permanentno in zlasti pravilno motiviranje in stimuliranje zaposlenih ima izjemne učinke na njihovo zadovoljstvo in uspešnost pri delu. Osnovno pravilo je, da se motivira vedno s pozitivnimi ukrepi. To pomeni, da v ta namen motiviranja in stimuliranja izvajamo ukrepe, kot so nagrajevanje, hvaljenje, spodbujanje, podpiranje, navduševanje in podobno. Sankcije pri zaposlenih povzročajo stres, ustrahovanje. Kritiziranje ob hudi napaki je dovoljeno, vendar mora biti izvedeno na diskreten in spoštljiv način. Takšna kritika je zgolj kritika in nikakor ni v prid motivaciji zaposlenega (Mihalič, 2008).

Po mnenju R. Mihaliča (2008) najučinkovitejši pristopi in ukrepi so nedenarno in denarno nagrajevanje prav vseh uspehov zaposlenih. Denar jim omogoča varnost in jih

simulira k produktivnosti in izboljšavam. Priznanje za prizadevnost pri delu in pohvala za vsak dosežek vsakega zaposlenega zbuja osebnostno rast posameznika ter krepi njegovo samozavest. Vsake večje uspehe zaposlenih bodisi posameznika ali skupine je potrebno izpostaviti, obravnavati jih kot dobre na motivacijskem sestanku, izražati jim je treba čestitke za dosežke. Vsako znanje in kompetence je treba nagraditi, obenem jim dajati podporo in pomoč pri delu tako, da prenašamo znanja in izkušnje. Zaposleni se redno izobražujejo, saj današnji čas daje poudarek na vseživljenjsko učenje. S tem v zvezi R. Mihalič (2008) predlaga nagrajevanje za posamezna izobraževanja tako, da jim izražamo podporo pri delu, projektih in učenju. Ena od oblik ukrepov so tudi motivacijske kartice s spodbudo in priznanjem. Zaposlenim je potrebno omogočiti pridobivanje kvalitetnih znanj in izkušenj, izpostavljamo najboljše v posameznem letu in mesecu, izpostavimo vpliv uspehov posameznika na uspeh organizacije, spodbujamo in navdušujemo zaposlene, izvajamo manjše slovesnosti ob večjih dosežkih, zaposlene redno povprašujemo po stanju in problemih pri delu. Pri motiviranju in stimuliranju se soočamo tudi s posebnim izzivom, in sicer, kako motivirati zaposlene, da se bodo tudi samomotivirali. V največji meri lahko na to vplivamo zgolj s tem, da mi motiviramo zaposlenega. Dodatno pa je priporočljivo, da pri zaposlenem spodbujamo ambicioznost, verjamemo vanj in mu izkazujemo zaupanje v njegove sposobnosti ter njegovo doseganje uspešnosti. Ključne polemike o nagrajevanju se odvijajo predvsem glede denarnih in nedenarnih nagrad ter katera izmed teh oblik je boljša. Dejansko pa praksa kaže na to, da je pomembnejše, kaj in kako pogosto nagrajujemo, kot pa s čim. Obstojijo celo bojazni, ali bomo izbrali pravo obliko nagrade, vendar bomo z obliko nagrade težko zgrešili, saj je nagrada pozitiven ukrep ali gesta, ki ima zato tudi tak učinek (Mihalič, 2008). Zaposlene moramo nagrajevati ob vseh uspehih, dosežkih in razvojnih napredkih. Prav tako bomo najboljše nagrajevali, če nagrajimo uspešnost in učinkovitost pri delu, pridobitev novih znanj, sposobnosti in drugih kompetenc. Najboljši načini nagrajevanja so tudi tisti, pri katerih so merila in pogoji za nagrade zelo natančno in jasno opredeljeni ter veljajo za vse. Obenem pa so najboljši načini nagrajevanja tudi tisti, ki so izvedeni javno, torej pred vsemi zaposlenimi. Nedenarne nagrade so učinkovitejše od denarnih nagrad. Najboljše pa je, da nagrade kombiniramo in da nedenarni nagradi pridružimo še denarno.

3. Metodologija

3.1 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je ugotoviti, kateri motivacijski dejavniki vplivajo na zaposlene v javnem zdravstvenem sektorju in kateri motivacijski dejavniki vplivajo na zaposlene v zasebnem sektorju.

Cilji raziskave so:

- ☐ identificirati motivacijske dejavnike, ki vplivajo na zaposlene v javnem zdravstvenem sektorju,
- ☐ identificirati motivacijske dejavnike, ki vplivajo na zaposlene v zasebnem sektorju.

3.2 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Ankete so bile poslone po elektronski pošti zaposlenim v javnem in zasebnem sektorju.

3.3 Opis instrumenta

V raziskavi je bila uporabljena kvantitativna metoda dela. Za zbiranje podatkov smo uporabili anketni vprašalnik, sestavljen iz dveh delov: v prvem delu smo anketirane spraševali o demografskih značilnostih, v drugem delu pa smo anketiranim ponudili 26 trditev o motivaciji in motivacijskih dejavnikih. Ocenjevali so jih s petstopensko lestvico, pri čemer je pomenilo: 1 – zelo se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – ne vem, ne morem se odločiti, 4 – se strinjam in 5 – zelo se strinjam.

3.4 Opis vzorca

V anketi je sodelovalo 34 zaposlenih v javnem in 34 v zasebnem zdravstvenem sektorju. Med anketiranimi je bilo 30 žensk (88%) in 4 moški (12%). Največ anketiranih je bilo starih od 31 do 40 let (18; 54%) s srednješolsko izobrazbo (20; 59%) in med 11 do 20 leti delovne dobe (18; 54%). 14 (41%) anketiranih je zaposlenih v klinikah, 16 (47%) zaposlenih v DSO, 4 (12%) zaposleni v zdravstvenih domovih. Med anketiranimi v zasebnem sektorju je bilo 24 moških (70%) in 10 žensk (30%). Največ anketiranih je bilo starih od 41 do 50 let (15; 44%) s srednješolsko izobrazbo (25; 73%) in od 21 do 30 let delovne dobe (15; 44%).

3.5 Opis obdelave podatkov

Podatke smo obdelali s programom Microsoft Office Excel in odgovore razvrstili po skupinah. Pridobljene rezultate smo prikazali v tabelah.

4 Rezultati in interpretacija

Tabela 1: Javni zdravstveni sektor

Trditve	Zelo se ne strinjam	f (%)	Se ne strinjam	f (%)	Sem nevtralen, ne vem	f (%)	Se strinjam	f (%)	Zelo se strinjam	f (%)
Osební dohodek vpliva na motiviranost na delu.	2	6	0	0	3	9	24	70	5	15
Plačilo nadur je stimulans za večjo produktivnost.	0	0	5	15	0	0	22	65	7	21
Dobri medsebojni odnosi s sodelavci vplivajo na dobro delovno klimo.	0	0	0	0	1	3	3	9	30	88
Veseli me delo, ki je polno izzivov in je zanimivo.	0	0	5	15	19	56	4	12	6	18

Uspeh pri delu me dodatno motivira.	0	0	2	6	2	6	2	6	28	82
Pomembna mi je samostojnost.	2	6	4	12	5	15	18	53	5	15
Pri delu mi je pomembno, da dobim priložnosti in odgovornosti.	1	3	3	9	4	12	17	50	9	26
Veselim se, ko me pri delu pohvalijo.	0	0	0	0	1	3	29	85	4	12
Pomembno mi je delovno okolje.	0	0	5	15	16	47	9	26	4	12
Ugodna razporeditev delovnega časa vpliva na moje zadovoljstvo.	1	3	3	9	18	53	5	15	7	21
Strokovno izobraževanje in usposabljanje so vir motivacije.	1	3	0	0	5	15	22	65	6	18
Možnost napredovanja je notranji motivator.	2	6	2	6	2	6	16	47	12	35
Počutim se pomembno, ko imam možnost soodločanja pri pomembnih odločitvah.	4	12	3	9	1	3	14	41	12	35
Zdi se mi pomembno poznavanje rezultatov dela.	0	0	0	0	22	65	8	24	4	12
Vsak delavec mora poznati cilje in poslanstvo delovne organizacije.	1	3	3	9	3	9	21	62	6	18
Stalnost in zanesljivost zaposlitve mi daje občutek varnosti.	0	0	0	0	0	0	3	9	31	91
Izjemno pomemben se mi zdi odnos z nadrejenim.	1	3	0	0	10	29	22	65	1	3
Varnost zaposlitve je ključni dejavnik za motivacijo.	0	0	0	0	0	0	3	9	31	91
Pogosto sem na bolniški kljub dobrem zdravstvenem počutju.	29	85	3	9	2	6	0	0	0	0
Fleksibilnost vodje vpliva na mojo fleksibilnost v delovni organizaciji.	1	3	3	9	15	44	5	15	8	44
Ob uspehu sem bil/a javno pohvaljena.	25	74	5	15	0	0	2	6	2	6
Javna pohvala vpliva na mojo samozavest.	0	0	0	0	2	6	5	15	25	
Javna pohvala vpliva na mojo produktivnost v delovni organi.	0	0	2	6	2	6	28	82	2	6
Ponosen/a sem, da sem del moje delovne organizacije.	2	6	0	0	1	3	18	53	3	9
V službi sem zgolj zaradi eksistence.	4	12	0	0	24	71	4	12	2	6
Boljša plača v drugo organizaciji me takoj pritegne.	20	59	5	15	3	9	2	6	5	15

Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Anketirani v javnem sektorju odgovarjajo, da so zanje najpomembnejši naslednji motivacijski dejavniki: varnost zaposlitve (91%), stalnost in zanesljivost zaposlitve (91%), dobri medosebni odnosi s sodelavci (88%) in uspeh pri delu (82%).

Tabela 2: Zasebni sektor

<i>Trditve</i>	<i>Zelo se ne strinjam</i>	<i>f(%)</i>	<i>Se ne strinjam</i>	<i>f(%)</i>	<i>Sem nevtralen, ne vem</i>	<i>f(%)</i>	<i>Se strinjam</i>	<i>f(%)</i>	<i>Zelo se strinjam</i>	<i>f(%)</i>
Osební dohodek vpliva na motiviranost na delu.	0	0	0	0	5	15	5	15	29	85
Plačilo nadur je stimulans za večjo produktivnost.	0	0	1	3	5	15	24	71	4	12
Dobri medsebojni odnosi s sodelavci vplivajo na dobro delovno klimo.	5	15	5	15	15	44	5	15	4	12
Veseli me delo , ki je polno izzivov in je zanimivo.	8	44	8	44	5	15	6	18	7	21
Uspeh pri delu me dodatno motivira.	3	9	9	27	10	29	2	6	10	29
Pomembna mi je samostojnost pri delu.	9	27	8	44	6	18	9	27	4	12
Pri delu mi je pomembno dajanje priložnosti in odgovornosti.	6	18	7	21	8	44	9	27	4	12
Veselim se, ko me pri delu pohvale.	1	3	1	3	15	44	5	15	12	35
Pomembno mi je delovno okolje.	2	6	6	18	16	47	8	44	2	6
Ugodna razporeditev delovnega časa vpliva na moje zadovoljstvo pri delu.	10	29	8	44	10	29	5	15	1	3
Strokovno izobraževanje in usposabljanje vplivaje vir motivacije.	2	6	12	35	15	44	5	15	0	0
Možnost napredovanja je notranji motivator.	2	6	8	44	18	53	2	6	4	12
Počutim se pomembno ko imam možnost soodločanja pri pomembnih odločitvah.	7	21	5	15	20	59	2	6	0	0
Zdi se mi pomembno poznavanje rezultatov dela.	2	6	18	53	10	29	2	6	2	6
Vsak delavec mora vedeti cilje in poslanstvo delovne organizacije.	4	12	8	44	16	47	1	3	5	15
Stalnost in zanesljivost zaposlitve mi daje občutek varnosti.	0	0	0	0	0	0	28	82	6	18
Izjemno pomemben se mi zdi odnos z nadrejenim.	5	15	5	15	15	44	5	15	4	12
Varnost zaposlitve je ključni dejavnik za motivacijo.	0	0	0	0	3	9	23	68	8	44
Pogosto sem na bolniški kljub dobrem zdravstvenem počutju.	2	6	2	6	5	15	15	44	10	29
Fleksibilnost vodje vpliva na mojo fleksibilnost v delovni organizaciji.	7	21	7	21	15	44	0	0	0	0

Ob uspehu sem bil/a javno pohvaljena.	7	21	8	44	15	44	3	9	1	3
Javna pohvala vpliva na mojo samozavest.	0	0	2	6	2	6	18	53	12	35
Javna pohvala vpliva na mojo produktivnost v delovni organizaciji.	0	0	0	0	6	18	17	50	11	2
Ponosen/a sem, da sem del moje delovne organizacije.	16	47	8	44	5	15	2	6	3	9
V službi sem zgolj zaradi eksistence.	2	6	2	6	8	44	15	44	17	50
Boljša plača v drugo organizaciji me takoj pritegne.	3	9	26	6	6	18	7	21	16	47

Anketirani v zasebnem sektorju odgovarjajo, da so zanje najpomembnejši naslednji motivacijski dejavniki: osebni dohodek (85%), eksistenca (50%), sledijo pa varnost zaposlitve (44%).

5 Sklep

Motivacija je zelo pomembna pri vodenju človeških resursov, je tudi proces, ki zahteva spodbudo za boljši produktivnost in zadovoljstvo zaposlenih. Dejavniki, ki vplivajo na motivacijo, so različni v takšni meri, koliko smo si sami različni. Vsak potrebuje drugačno motivacijo, zato mora vodja – menedžer zelo dobro poznati svoje zaposlene, da jih lahko tudi ustrezno motivira. Načini motiviranja in stimuliranja so odvisni od posameznika. Denarna nagrada je gotovo vedno dobra izbira, čeprav tudi potovanja, zabave, majhne pozornosti delujejo stimulatивно. Pomembno je, da možnost tekmovanja imajo prav vsi in da se na koncu meseca ali leta izpostavljajo najboljši. Tudi izobraževanje ima funkcijo nagrajevanja in stimuliranja, saj pridobljeno znanje je vedno v korist organizacije in osebnosti posameznika. Najboljši načini motiviranja ni samo v višini nagrade, ampak v pogostosti motiviranja.

LITERATURA

1. Bizjak, A. (2010). Izobraževanje kot motivacijski dejavnik. Zbornik 7. Festivala raziskovanja ekonomije in managementa. Koper, Celje, Škofja Loka.
2. Černetič, M. (2007). Management in sociologija organizacije. Kranj: Založba Moderna organizacija.
3. Kobal Grum, D. in Musek, J. (2009). Perspektivne motivacije. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
4. Mihalič, R. (2008). Povečajmo zadovoljstvo in pripadnost zaposlenih: praktični nasveti, metodologija, interni akt in model usposabljanja za upravljanje in merjenje zadovoljstva in pripadnosti zaposlenih, z ukrepi za večje zadovoljstvo pri delu in pripadnost organizaciji. Škofja Loka: Mihalič in Parnter.
5. Mihalič, R. (2010). Kako motiviram sodelavce: 30 minut za vodenje. Škofja Loka: Mihalič in Partner.
6. Mihalič, R. (2007). Uporabimo psihološko pogodbo zaposlenih: praktični nasveti, metodologija, interni akt in model usposabljanja za učinkovito upravljanje glede na obliko in vrsto posamezne psihološke pogodbe med zaposlenim in organizacijo. Škofja Loka: Mihalič in Partner.

Human medsebojni odnos in skrb za bolnika med izvajanjem zdravstvene nege v Zdravstvenem domu Ljubljana

UDK 316.472.4+614.253

KLJUČNE BESEDE: zdravstvo, medicinske sestre, pacienti, delovni odnosi, medosebni odnosi

POVZETEK – Komunicirati »med seboj« in »s pacienti« je najpomembnejše delovno orodje zaposlenih v zdravstveni negi. Izredno pomembna je obveščenost o zamudah, pozornost medicinske sestre do potreb bolnika, obvladovanje bolečine. Caring je proces, ki zagotovi: prisotnost medicinske sestre, tolažbo, udobje, človeški dotik, poslušanje in ustvarjanje medsebojnega zaupanja, poznavanje pacienta (individualni pristop), duhovno skrb (zavedati se, da je pacient tudi človek), skrb za družino. V prispevku bomo odgovorili na raziskovalno vprašanje: Ali zaradi omejenega razpoložljivega časa medicinske sestre ne vzpostavijo kakovostnega odnosa z bolniki? Raziskava temelji na kvantitativni metodologiji. Pri naključno izbranih 711 bolnikih smo uporabili vprašalnik za oceno kakovosti medsebojnega odnosa, ki ga je z bolniki vzpostavila triažna medicinska sestra. Vprašalnik je povzet po avtorici Watson (2008).

UDC 316.472.4+614.253

KEY WORDS: health care, nurse, patient, labour relations, interpersonal relationship

ABSTRACT – Communicating "with each other" and with the "patient" is the most important working tool employed in nursing care. Caring is a process that provides: the presence of nurses, solace, comfort, human touch, listening and building mutual trust, understanding patient (individual approach), spiritual care (be aware that the patient is a human being) and caring for the family. In the paper, we will answer the following research question: Is it because of the limited time that available nurses do not establish quality relationships with patients? The study is based on a quantitative methodology. In 711 randomly selected patients, we used a questionnaire to assess the quality of the relationship between the patient and the triage nurse. The questionnaire was adapted from the author; Watson (2008).

1 Uvod

Kako pomembna je ustrezna komunikacija v procesu zdravstvene nege, zagovarjajo mnogi avtorji. Poudarjajo, da je učinkovita komunikacija ključnega pomena za ohranjanje varnosti pacientov. Obravnavo pacienta opisujejo kot možnost za sistemske probleme in človeške napake (Catchpole, idr., 2013). Prav tako zagovarjajo, da ima vodenje/informiranje bolnikov in njihovih družin bolj pozitiven učinek kot katera koli druga spremenljivka (Johnson idr., 2012). Način komunikacije vpliva tudi na zadovoljstvo pacientov. Izredno pomembno je tudi obveščanje o zamudah, pozornost medicinske sestre na potrebe bolnika, obvladovanje bolečine (Locke, idr., 2011). Kakovostna medsebojna skrb (caring) je proces, ki zagotovi prisotnost medicinske sestre, tolažbo, udobje, človeški dotik, poslušanje in ustvarjanje medsebojnega zaupanja, poznavanje pacienta (individualni pristop), duhovno skrb (zavedati se, da je pacient tudi človek), skrb za družino. Elemente caringa razlagamo s pomočjo izjave kolegice medicinske sestre: »Sem medicinska sestra. Verjamem v moč znanosti in medicine, vendar sem tudi človek, ki verjame v človečnost in človeški dotik«.

Če vzpostavimo sodelovanje s pacientom na skrben in sočuten način (caring), bo slednje prispevalo k boljšemu zdravljenju in dobremu počutju pacienta. Caring je tako definiran kot »terapevski odnos«. Je univerzalni učinek, ki ga dosežemo z načinom našega mišljenja, občutenja in vedenja. V tem odnosu smo tako sposobni opaziti pacientove potrebe in probleme.

Najglasnejša zagovornica »caringa« je prav gotovo dr. Jean Watson. Človek, ki vstopa v sistem zdravljenja in zdravstvene nege, mora biti po njenem najprej človek, šele nato pacient. Teoretični model v skrbi za človeka je J. Watson (1996) opredelila z naslednjimi besedami: »Medicinska sestra v skrbi za pacienta se slednjemu pridruži, poskrbi za udobje pacienta, nadzoruje njegovo bolečino, poskrbi za celotno obravnavo. Oseba se mora obravnavati kot celota, ne glede na stanje in bolezen«. Avtorica je govorila tudi o procesu »karitas«. Karitas v zdravstveni negi izrecno določa, da je skrb tesno povezana z ljubeznijo in sočutnostjo do človeštva (Watson, 2008). Proces caring je sestavljen iz 10 točk, ki potencirajo proces zdravljenja: vaditi dobroto, odločanje, vlivanje vere in upanja, poučevanje in učenje, duhovnost, celovita oskrba, odnos zaupanja in pomoči, zdravo okolje, spodbujanje izražanju čustev, čudeži. Watsonova se je v svojih delih poglobila in vedno znova iskala, kako več človečnosti pripeljati v zdravstveno nego. V odnosu medicinska sestra – pacient je želela več dostojanstva.

2 Metodologija

2.1 Opredelitev problema

Z izvajanjem triaže v Zdravstvenem domu Ljubljana izboljšamo proces sprejema bolnikov, celotno obravnavo vseh čakajočih bolnikov ter razbremenimo zdravstveno osebje. Edina pomanjkljivost tega sistema se kaže v preobremenjenosti triažne medicinske sestre, ki posledično nima dovolj časa za vzpostavitev kakovostnega delovnega odnosa z vsakim posameznim bolnikom. Proces triaže zahteva od medicinske sestre veliko spretnosti, veliko znanja in nemalokrat zaradi preobremenjenosti tudi hitro odločanje. Vendar v tej hitrosti in skrbi za pravočasno prepoznavo vitalno ogroženega pacienta obstaja upravičena bojazen, ali medicinska sestra ne pozablja na vzpostavitev kakovostnega odnosa s pacientom, ter na pomembne elemente kakovostne medsebojne skrbi (»caringa«).

2.2 Namen in cilji raziskave

Temeljni namen raziskave je bil ugotoviti in preučiti odnos triažne medicinske sestre do bolnika.

Cilji raziskave so:

- pridobiti rezultate, ki govore o kakovosti odnosa triažne medicinske sestre z bolnikom,
- pridobiti izhodišča za zavestno uporabljanje elementov caringa v obravnavi bolnika.

2.3 Raziskovalno vprašanje

Postavili smo si naslednje raziskovalno vprašanje:

- Ali zaradi omejenega razpoložljivega časa medicinske sestre ne vzpostavijo kvalitetnega odnosa z bolniki?

2.4 Vzorec

Anketiranje je potekalo pri 711 naključno izbranih bolnikih v Zdravstvenem domu Ljubljana. Uporabili smo vprašalnik za oceno kakovosti medsebojnega odnosa, povzetega po J. Watson (2008), ki ga je z bolniki izvedla triažna medicinska sestra.

2.5 Postopek zbiranja podatkov

Bolniki so odgovarjali na 17 trditev, ki so jih ocenjevali na lestvici od 1 (popolnoma se ne strinjam) do 6 (popolnoma se strinjam). Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno z možnostjo odklonitve.

3 Rezultati

V procesu triaže se vzpostavlja medsebojni odnos med medicinsko sestro in bolnikom. Kljub nenehnemu časovnemu pritisku triažna medicinska sestra ne sme pozabiti na humanost v tem odnosu. Omenjeno poudarja tudi Pajnkihar (2005), ki izpostavlja humanost in spoštovanje človekovega dostojanstva. Proces triaže zahteva od medicinske sestre veliko spretnosti, veliko znanja in nemalokrat zaradi preobremenjenosti tudi hitro odločanje. Vendar v tej hitrosti in skrbi za pravočasno prepoznavo vitalno ogroženega pacienta obstaja upravičena bojazen, ali medicinska sestra ne pozablja na vzpostavitev kakovostnega odnosa s pacientom, ter na pomebne elemente kakovostne medsebojne skrbi (caringa). Nekaj elementov caringa smo poiskali tudi v aktivnostih, ki so se izvajale med triažo v Zdravstvenem domu Ljubljana.

Rezultati raziskovanja so spodbudni, saj je večina pacientov mnenja, da jih je med triažo medicinska sestra ves čas pozorno poslušala (95,6%), med triažo so se počutili pomirjeni (95%), obravnavani so bili individualno (92,2%), namenjeno jim je bilo dovolj časa (94,3%), med obravnavo so bili ves čas deležni podpore (94,7%), lahko so sproščeno govorili o svojih težavah (95,5%), lahko so izražali čustva in občutke (95,5%), bili so soudeleženi v načrtovanju obravnave (92,2%), njihove potrebe so bile prioritete (81,7%), imeli so možnost odkritega razgovora (88,3%), počutili so se varno (94,7%), bili so zadovoljni z odnosom medicinske sestre (88,6%), med njimi in medicinsko sestro je bil zaupljiv odnos (94,5%), bili so deležni skrbnega odnosa (94,1%), pravočasne obravnave (91,8%) in udobja (93,7%).

Kar 87,9 odstotka pacientov je odgovorilo, da so imeli zadnjo besedo pri odločanju, kar si razlagamo zaradi obremenitev in stalni skrbi za pravočasno obravnavo pacienta. Tudi rezultati pri trditvi, ki govori o zadovoljstvu z odnosom triažne medicinske sestre, niso najboljši (88,6%). Triažna medicinska sestra velikokrat v svoji obremenje-

nosti pozablja na pomen kakovosten odnosa, ki ga vzpostavlja s pacientom. Pred sabo vidi samo osebo, za katero ne sme porabiti več kot tri minute za postavitev ustrezne triažne kategorije, kajti pred vrati jo čaka že naslednji pacient. Posledično si lahko razlagamo tudi slab rezultat pri trditvi, da so bile pacientove potrebe prioritete (81,7%). Zanimivo pa je priznanje pacientov, da v triažni medicinski sestri prepoznajo skrbno osebo, ki bo poskrbela za njihovo pravočasno obravnavo, in da bo ves čas obravnave skrbela za udobje pacienta. Najbolj smo veseli rezultata (94,5%), ki govori, da bolniki zaupajo medicinski sestri na triaži.

Dobre rezultate lahko pripisujemo dejstvu, da je bila pri slehernem pacientu, ki so sodelovali pri raziskavi, izvedena triaža. Triažo je izvajala kompetentna medicinska sestra z ustreznim znanjem iz triaže. Triaža se je izvajala v za to namenjenem prostoru, in sicer v triažni ambulanti. Nezavedno so bili upoštevani mnogi elementi caringa.

4 Sklep

Medicinske sestre morajo poleg potrebnih znanj o oskrbi vitalno ogroženega pacienta stalno pridobivati znanja o vzpostavitvi uspešnega delovnega odnosa in kakovostne medsebojne skrbi, torej uspešne komunikacije. Kajti delo medicinske sestre je povezano z delom z ljudmi in vsak izmed njih ima svojo življenjsko zgodbo, ki je mnogim zelo draga. Pomembno je, da se do sleherne življenjske zgodbe vedemo spoštljivo, kar pomeni da si kot izvajalci ne dovolimo spregledati vitalno ogroženega pacienta, kar bi posledično pomenilo neakovostno prakso, poslabšanje pacientovega stanja.

V Zdravstvenem domu Ljubljana se trudimo izvajati uspešno komunikacijo na vseh področjih našega dela: triaža, komunikacija znotraj tima in s pacienti ter vedno znova vzpostavljati kakovostni delovni odnos s čim več elementi caringa. Tako pri začetku obravnave predlagamo vedno vzpostavitev delovnega odnosa (predstavitve in rokovanja). Delovni proces mora vedno potekati v varnem prostoru, kar pomeni, da je slednji zaprt, nikakor ne na hodniku. V nadaljevanju si želimo elemente caringa zavestno uporabljati v procesu obravnave pacienta.

LITERATURA

1. Catchpole, K. R. et al. (2012). Flow disruptions in trauma care handoffs. *J Surh Res*, 2013.
2. Johnson, M. B. (2012). Impact of patient and family communication in a pediatric emergency department on likelihood to recommend. *Pediatr Emerg Care*, 28 (3), 243–246.
3. Locke, R. (2011). Optimizing patient/caregiver satisfaction through quality of communication in the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*, 27 (11), 1016–1021.
4. Pajnikihar, M. in Lahe, M. (2006). Spoštovanje pacientovega dostojanstva in avtonomnosti v medsebojnem partnerskem odnosu med medicinsko sestro in pacientom. *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege* (str. 31–34). Maribor: društvo medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Maribor.
5. Watson, J. (2008). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences*. V A. Graubard in J. Rosen (ur.). 2nd ed. New York: Springer Publishing Company.

Etika poučevanja zdravstvene nege

UDK 378.091.3:616-083:17

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, etika, kakovost, poučevanje, teorija, praksa

POVZETEK – Osebna in kolektivna poklicna odgovornost učiteljev in drugih zaposlenih v izobraževanju je še posebej izpostavljena na področju izobraževanja za poklice, ki delujejo v zdravstvu. Z odgovornim delom izobraževalci tudi na področju zdravstvene nege utrjujejo zaupanje širše družbene skupnosti in izkazujejo odgovornost do poklica, študentov, sodelavcev ter predvsem do pacientov in njihovih svojcev. Zanima nas vsebina etike poučevanja zdravstvene nege in ali le-ta vključuje načelo interdisciplinarnega sodelovanja za pretok znanja med teorijo in prakso. Na podlagi študije vsebine kodeksa poklicne etike izobraževalcev ter obstoječega in nastajajočega profesionalnega kodeksa etike v zdravstveni negi so bila z metodo analitične dedukcije izoblikovana ključna skupna izhodišča in predstavljena kot ogrodje vsebine etike poučevanja v zdravstveni negi. Pripravljenno ogrodje zagotovo definira etiko poučevanja v zdravstveni negi.

UDC 378.091.3:616-083:17

KEY WORDS: nursing care, ethics, quality of teaching, theory, practice

ABSTRACT – The personal and collective professional responsibility of teachers and other employees in education is especially emphasised in the field of education for professions in health care. By working responsibly, educators in the field of nursing care strengthen the confidence of a wider social community, as well as assume responsibility for the profession, students, co-workers and especially patients and their relatives. There is a question of the content of the ethics of teaching in nursing care, and whether it includes the principle of interdisciplinary cooperation for the transfer of knowledge from theory to practice. Based on the research study on the content of the Code of Professional Ethics of Educators, and the existing and new Professional Code of Ethics in Nursing Care, the key common starting points have been formulated using the analytical deduction method, which are presented as the framework of the content of the ethics of teaching in nursing care.

1 Uvod

Osebna in kolektivna odgovornost učiteljev in drugih zaposlenih v izobraževanju je še posebej izpostavljena na področju izobraževanja za poklice, ki delujejo v zdravstvu. Z odgovornim delom izobraževalci tudi na področju zdravstvene nege ne samo utrjujejo zaupanje širše družbene skupnosti, ampak tudi izkazujejo odgovornost do poklica, do slušateljev, do sodelavcev ter predvsem do pacientov in njihovih svojcev.

Etika poučevanja zdravstvene nege je integrativni teoretični koncept, ki združuje prizadevanja za kakovostno pripravo (bodočih) izvajalcev zdravstvene nege na delo v poklicu. Ob upoštevanju značilne stratifikacije, glede na stopnjo izobrazbe, se v konceptu povezujejo vsa prizadevanja za izgradnjo kakovostnega sistema izobraževanja izvajalcev zdravstvene nege na makro (zakonodajni), mezo (menedžment izobraževalnih institucij) in mikro (vzgojno-izobraževalni) ravni.

Pri tem ne izhaja izključno iz smernic vrednotenja javne politike, temveč se osredotoča tudi na vrednote in etična načela udeleženi, predvsem v procesih organizacije in izvajanja neposrednega poučevanja v okviru formalnega izobraževanja in tudi vseživljenjskega učenja.

Etika poučevanja zdravstvene nege tako združuje v enotni koncept profesionalno etiko izvajalcev zdravstvene nege in profesionalno etiko učiteljev, ki delujejo v vzgojno-izobraževalnem procesu v strokovnih šolah predvsem na ravni dodiplomskega izobraževanja za poklic, in je zavezujoča za učitelje, ki imajo veljavno licenco s področja zdravstvene nege. Pojavljata pa se vprašanji kompatibilnosti vsebine etike obeh profilov in ali le-ta enotni koncept velja tudi za učitelje drugih ved, ki se vključujejo v izobraževalnih proces na dodiplomski stopnji študija zdravstvene nege.

V vzgojno-izobraževalni proces bodočih izvajalcev zdravstvene nege se namreč smiselno integrirajo znanja naravoslovja in medicine, humanistike in družboslovja. Vendar pa pri tem velja ključna predpostavka, da »samostojnost znanstvenega subjekta znanstvene nege« (Starc, 2011) ne omogočajo druge vede, temveč je njihova premišljena integracija pripomogla k učinkoviti razrešitvi koncepta zdravstvene nege.

Izhodišče nove zdravstvene nege ponuja tudi poskus demarkacije področja poklicne avtonomije in redefiniranje zdravstvene nege kot intelektualnega dela (Pahor, 2006). Zahteve in potrebe sedanje družbe znanja so usmerjene na praksa zdravstvene nege, ki ni samo usposobljen, temveč tudi izobražen strokovnjak zdravstvene nege.

Zaradi specifičnih potreb po kakovostnem izobraževanju zdravstvene nege s ciljno integracijo znanj drugih ved, povezovanju »teorije in prakse« ter zagotavljanju fleksibilnosti izobraževalnih institucij na področju zdravstvene nege glede na potrebe kliničnega okolja se nemalokrat razvijejo pomisleki, ali učitelji zdravstvene nege in učitelji drugih ved delujejo v potrebnem in vsebinsko jasnem sozvočju za doseg ciljev vzgojno-izobraževalnega procesa zdravstvene nege.

Učitelji zdravstvene nege so specifična univerzitetna populacija, ki vstopa v akademski prostor z močno željo, da kakovostno pripravi študente zdravstvene nege na samostojno opravljanje storitev zdravstvene nege glede na sedanje in bodoče potrebe družbe, skupnosti, družine ali posameznika.

Ob uveljavljanju na akademski karierni poti se učitelji zdravstvene nege srečujejo z nujnostjo nenehnega vzdrževanja in nadgrajevanja strokovnega znanja, spretnosti in veščin, krepitvi pedagoško-andragoških znanj ter usvojitve kompleksnih znanj s področja znanstvenega raziskovanja in publiciranja, tudi v tujem jeziku. Pri tem so v primerjavi z raziskovalci in učitelji drugih ved v izrazito neugodnem položaju, saj so bili vzgojeni za delo in ne pisanje, za neposredno skrb za pacienta in ne za znanstveno raziskovanje, za neposredni pogovor s pacientom in ne za e-učenje ali e-izobraževanje, za delovanje v lastni lokalni skupnosti in ne za Erasmus izmenjave.

V ospredju ni vprašanje ali dvom o umskih sposobnosti, temveč potreba po zagotavljanju potrebnega časa učiteljem zdravstvene nege, da premostijo objektivno zagato in enakovredno vstopajo v akademski prostor. Pri tem učitelji drugih ved niso učitelji in raziskovalci zdravstvene nege, temveč sodelujejo pri izobraževanju (bodočih) izvajalcev zdravstvene nege s posredovanjem za (bodoče) izvajalce zdravstvene nege relevantnih znanj s svojega strokovnega področja, za katerega so le-ti kompetentni.

Viri znanja, kot so tradicija, avtoriteta, intuicija, logično sklepanje so bili in so v veliki meri še osnova za delovanje izvajalcev zdravstvene nege. So pa nezadostni za razu-

mevanje, zlasti pa za nadzorovanje in spreminjanje stvarnosti na področju zdravja in bolezni (Starc, 2011), pa tudi v obstoječem izobraževalnem sistemu. Zato se delo v zdravstveni negi čedalje bolj opira na rezultate znanstvenega raziskovanja.

Gre za potrebo v nenehnem ustvarjanju zaloge znanstvenega in strokovnega znanja, veščin ter virov, ki so utelešeni v profesionalcu, oziroma nizu virov, ki jih izvajalci zdravstvene nege združujejo pri svojem delu (Bozeman in Corleyb, 2004), in se na nove generacije izvajalcev zdravstvene nege prenašajo prav preko in skozi izobraževalni sistem.

Da bi bilo etiko poučevanja zdravstvene nege možno razumeti, opisati in pojasniti, je potreben projektno raziskovalni pristop. Tokrat bo v prispevku predstavljen poskus definiranja vsebine etike poučevanja zdravstvene nege na podlagi študije vsebine kodeksa o poklicni etiki izobraževalcev, ki deklarativno opredeljuje osebno in kolektivno poklicno odgovornost učiteljev in drugih zaposlenih v izobraževanju.

2 Metodologija

Na podlagi kvalitativne analize vsebine Kodeksa izobraževalne internacionale o poklicni etiki (2002) so bila s pomočjo analitične dedukcije izoblikovana ključna izhodišča (kode in kategorije). Predstavljena so kot ogrodje etike poučevanja zdravstvene nege, v katerega so bila nato po principu dopolnjevanja integrirana načela obstoječega in predlaganega profesionalnega kodeksa izvajalcev zdravstvene nege.

3 Rezultati

Rezultati kvalitativne analize Kodeksa izobraževalne internacionale (2002), prilagojeni glede na situacijo dodiplomskega izobraževanja zdravstvene nege, so podani v tabeli 1.

Tabela 1: Kvalitativna analiza Kodeksa izobraževalne internacionale

Področje	Kode	Kategorije
Uvod	osebna odgovornost, kolektivna odgovornost, pomoč zaposlenim pri reševanju vprašanj, poklicno vedenje, soočanje s problemi, odnosi med različnimi udeleženci.	Namen kodeksa Ciljna populacija Poklicno vedenje Vrednote poklica Načela poklica Kakovost izobraževanja Pravice udeleženih Dolžnosti udeleženih Pomen sodelovanja
	javno izobraževanje, temelj ekonomskega, družbenega in kulturnega razvoja, enake možnosti izobraževanja za vse, pričakovanje javnosti, zaupanje javnosti, odgovorno delo.	
	individualni pristop, profesionalni pristop, odgovorna presoja, celovit razvoj sposobnosti.	
	strokovna zavzetost, osebna zavzetost, dobri delovni pogoji, aktivno sodelovanje lokalnega okolja, izobraževalna politika, uresničevanje ciljev, pričakovanje učencev, dijakov, študentov in okolja.	
	ugled poklica, spoštovanje učiteljev, ključne vrednote poklica, zadovoljstvo pri opravljanju učiteljskega poklica.	
	prizadevanje za splošno družbeno blaginjo.	
	aktivno podpiranje političnih usmeritev in resolucij, pravica do svobode združevanja, pravica do kolektivnih pogajanj, preprečevanje diskriminacije pri delu, enakost pri delu, preprečevanje prisilnega in suženjskega dela, dela otrok, enake možnosti za vse.	
Odgovornost do poklica	kakovostno izobraževanje, utrjevanje ugleda izobraževalnega procesa, stalno poglobljanje znanja, skrb za lastno strokovno rast, vseživljenjsko učenje, javnost podatkov, zavzemanje za doseganje stimulativnih pogojev dela, uveljavljanje demokracije.	
Odnos odgovornost študentov	in do spoštovanje pravic učečih, zastopanje interesov študentov v javnosti, ravnanje v skladu z vestjo, predanost delu, načelo zaupnosti, spoštovanje individualnosti, profesionalni odnos do študentov, razvijanje vrednot, omogočanje samouresničevanja študentov, pravičnost, profesionalna avtoriteta.	
Odnos odgovornost sodelavcev	in do razvijanje kolegialnosti, spoštovanje lastnega znanja in pristojnosti, zaupnost informacij, skrb za upoštevanje kodeksa.	
Odnos odgovornost vodstva	in do poznavanje in spoštovanje pravic, pravica do osveščenosti.	
Odgovornost do staršev	do pravica do sodelovanja, svetovanje staršem, spodbujanje k aktivnemu sodelovanju.	
Odnos odgovornost učitelja	in do ustrezno vrednotenje njihovega dela, pravica do zasebnega življenja, osebnostna in poklicna rast učitelja, normalno življenje v skupnosti.	

Nadalje so bila v pripravljeni ogrodje integrirana načela obstoječega Kodeksa medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2005) in predloga Kodeksa zdravstvene nege in oskrbe (2013), kar je predstavljeno v tabeli 2.

Tabela 2: Integrirana načela etike poučevanja zdravstvene nege

Področje	Načela
Uvod	Nabor zbranih etičnih načel je namenjen vsem zaposlenim, ki sodelujejo v izobraževalnem procesu študentov zdravstvene nege. Pripravljen nabor ima namen pomagati predvsem učiteljem zdravstvene nege in učiteljem drugih ved, ki sodelujejo pri izobraževanju zdravstvene nege pri oblikovanju etičnih vrednot, ter je vodilo in spodbuda pri poučevanju študentov zdravstvene nege.
Odgovornost do poklica	S svojim zgledom in delovanjem si učitelji prizadevajo za ugled poklica zdravstvene nege v javnosti. Pri študentih razvijajo poklicno identiteto izvajalca zdravstvene nege. Učitelji zdravstvene nege aktivno delujejo v poklicnem združenju in si prizadevajo k napredovanju v nazive pri habilitacijskih postopkih za predmetno področje zdravstvena nega. Učitelji drugih ved se pri delu zavedajo in upoštevajo dejstvo, da poučujejo študente, ki bodo izvajali zdravstveno nego in imeli močan vpliv na zdravje in življenje ljudi.
Odnos in odgovornost do študentov	Svoje delo so dolžni opravljati humano, strokovno in odgovorno ter spoštovati pravice študentov. S študenti zdravstvene nege vzpostavijo partnerski odnos in z občutkom uveljavljajo svojo profesionalno avtoriteto. Omogočajo jim, da bodo polno uresničili svoje sposobnosti. Pomagajo jim oblikovati ustrezne etične vrednote za delo v poklicu in jih spodbujajo k oblikovanju ustrezne celostne podobe izvajalca zdravstvene nege. Učitelji spoštujejo dostojanstvo in zasebnost študenta.
Odgovornost za podano učno vsebino	Učitelji podajajo učno snov v skladu z učnim načrtom in zastavljenimi vzgojno izobraževalnimi cilji programa. Pri tem so dolžni uporabljati sodobne didaktične pripomočke in raznovrstne metode ter oblike dela, ki podpirajo dosego zastavljenih ciljev. Odgovorni so, da podajajo relevantno, na dokazih podprto vsebino, ki je pomembna za kasnejše poklicno delovanje študentov zdravstvene nege. Učitelji upoštevajo predpisan čas za individualno delo študentov. Kadar se vprašanja študentov nanašajo na področja, ki presegajo kompetence posameznega učitelja, ga le ta napoti k ustreznemu učitelju. Učitelji imajo dolžnost in odgovornost, da svoje znanje nenehno izpopolnjujejo.
Odgovornost za izvedbo posredne učne obveznosti	Učitelji omogočajo študentom individualno podporo pri izpolnjevanju predpisanih individualnih študijskih obveznosti. V dogovorjenem času so jim na voljo za odgovarjanje na vprašanja povezana z obravnavano učno vsebino. Učitelji aktivno sodelujejo v različnih komisijah, delovnih skupinah ter kot tutorji študentov posameznih letnikov. Prizadevajo si vzpostaviti tak sistem organizacije dela, ki omogoča čim višjo kakovost dela ter ščiti študenta in učitelja pred nestrokovnim, neetičnim ali samovoljnim ravnanjem tako posameznih učiteljev kot študentov.
Odgovornost za aktivno raziskovanje in objavljanje rezultatov raziskovalnega dela	Učitelji raziskujejo v skladu s svojim poklicnim delovanjem. Učitelji se zavedajo in upoštevajo svoje omejitve in prednosti pri raziskovalnem procesu. V raziskovalnem procesu upoštevajo vsa etična načela. V raziskovalno delo lahko vključujejo tudi študente. Sodelujejo v multidisciplinarnih raziskavah, ob tem se imajo pravico in dolžnost pozanimati o odobritvi raziskovalnega projekta. Učitelji predstavljajo rezultate raziskav tako na strokovnem kot znanstvenem nivoju. Učitelji zdravstvene nege pri raziskovanju aktivno sodelujejo v kliničnem okolju.
Odnos in odgovornost do sodelavcev	Učitelji zdravstvene nege in drugih ved so dolžni delovati tako, da upoštevajo svoje poklicne kompetence in delovne izkušnje. Se zavedajo poklicne pripadnosti in spoštujejo delo sodelavcev. Za poučevanje zdravstvene nege so kompetentni izvajalci zdravstvene nege, ki imajo veljavno licenco. Vsi učitelji so za dosego zastavljenih ciljev izobraževanja dolžni med sabo sodelovati. Poučevanje študentov zdravstvene nege naj predstavlja skupno prizadevanje strokovnjakov različnih poklicev. Učitelji drug drugemu dopuščajo strokovni, osebnostni in karierni razvoj. Učitelji na vodstvenih položajih upoštevajo avtonomnost vsakega učitelja.

Odnos in odgovornost do kliničnega okolja	Učitelji spoštujejo delo študentov in kliničnih mentorjev v kliničnem okolju. Učitelji intenzivno sodelujejo pri pripravi študentov na vstop v klinično okolje. Učitelji zdravstvene nege še posebej vzdržujejo stik s kliničnim okoljem in prepoznajo potrebe po novih znanjih. Učitelji drugih ved so v tem delu dolžni upoštevati mnenja učiteljev zdravstvene nege.
Odnos odgovornost vodstva	Učitelji v celoti izpolnjujejo svoje pedagoške obveznosti. Učitelji poznajo zakonske in druge pravice in dolžnosti študentov, lastne pravice in dolžnosti ter pravice in dolžnosti sodelavcev. Učitelji so dolžni varovati poklicno skrivnost.
Odnos odgovornost učitelja	Učiteljem se zagotavlja ustrezno vrednotenje njihovega dela in jim omogoča, da bodo lahko samozavestno opravljali svoje delo in poslanstvo. Učiteljem je zagotovljena pravica do osebnostne rasti, zasebnega življenja ter normalnega življenja v skupnosti. Učitelji so pri svojem delu avtonomni.
Odnos odgovornost javnosti	Učitelji so pobudniki aktivnosti, ki so v širšem družbenem interesu, npr. prostovoljska dejavnost. Učitelji podpirajo zdrav življenjski slog posameznikov, skupin in lokalne skupnosti. Učitelji so odgovorni, da pripravijo študente zdravstvene nege za samostojno delo v poklicu. Učitelji so odgovorni, da spodbujajo študente k prostovoljski dejavnosti in vzdržujejo sodelovanje z lokalno skupnostjo.

4 Razprava

Na podlagi študije vsebine kodeksa o poklicni etiki izobraževalcev so bila z metodo analitične dedukcije izoblikovana ključna izhodišča in predstavljena kot ogrodje vsebine etike poučevanja v zdravstveni negi. Etika je nauk o dobrem, pravilnem delovanju v odnosu do drugega človeka (Tschudin, 2004). Nanaša se na človekova dejanja in delovanja, ki so izbrana zavestno in namensko. Valenčič Zuljan s sodelavci (2011) navaja, da so cilji vzgoje in izobraževanja izvajalcev zdravstvene nege dosegljivi ob oblikovanju njihovih učiteljev. Temeljiti morajo na načelih, ki so v vzgojno-izobraževalnemu procesu sredstvo in cilj. To so na primer načelo avtonomnosti strokovnih delavcev, načelo vseživljenjskega učenja in profesionalnega razvoja, načelo partnerskega sodelovanja znotraj posamezne institucije, z drugimi institucijami in s širšim okoljem, načelo iskanja družbenega konsenza pri doseganju ciljev vzgojno-izobraževalnega dela, načelo evalvacije lastnega dela, načelo interdisciplinarnosti in enakovrednosti vseh znanstvenih disciplin ter načelo mobilnosti.

Etika poučevanja visokošolske učitelje zdravstvene nege usmerja, da znanje, ki ga podajajo študentom, na podlagi raziskovanja črpajo iz »prakse«, ga oplemenitijo s »teorijo« in ga vrnejo v proces razvijanja na dokazih temelječe prakse. »Teorija in praksa« je besedna zveza, ki se uporablja v različnih pomenskih kontekstih, največkrat v pomenu razkoraka v pridobljenem znanju študentov skozi izobraževanje in uporabno vrednostjo le-tega v praksi. Gre za dve tesno povezani entiteti (Filej, 2007). D'Amour idr. (2008) navajajo, da gre pri izobraževanju izvajalcev zdravstvene nege za soodvisnost med izobraževanjem in prakso ter za sinergično delovanje učiteljev in praktikov. Ponazarja nujnost združevanja podajanja »teorije« z možnostjo direktnega prenosa v »prakso«. Schomburg in Teichler (2006) menita, da mora visokošolsko izobraževanje pripraviti študente, da postanejo vsestransko usposobljeni strokovnjaki za delo na

različnih področjih delovanja. Njihovo znanje se mora povečati, predvsem se morajo naučiti, kako akademsko znanje transformirati v praktično reševanje problemov. Le tako bodo usposobljeni za spoprijemanje z zahtevami na delovnem mestu. Namen poučevanja je pri tem zagotovo, kot navaja Guilbert (2004), učečim se izvajalcem zdravstvene nege pomagati, da osvojijo, obdržijo in so sposobni uporabljati novo znanje, da razumejo, analizirajo, sintetizirajo in ovrednotijo svoje znanje, pridobijo spretnosti, osvojijo določene navade ter razvijejo primeren odnos. Izgradnja celovitega sistema za kontinuirano zagotavljanje spirale razvoja znanja pa je v sodobni družbi individualizma in tržne usmerjenosti izjemno kompleksna in zahtevna.

Učiteljevo upoštevanje etike pri poučevanju zdravstvene nege se lahko presoja iz deontološkega, teleološkega ali ontološkega vidika. Deontološki vidik vključuje presojanje iz dolžnosti ravnanja v skladu s pravili. Teleološki pristop temelji na presojanju posledic učiteljevega ravnanja in njegovega izbiranja dejanj, ki vodijo do pozitivnih posledic, ontološki pristop pa vključuje presojanje z vidika učiteljevega značaja, njegovih vrlin. Etika poučevanja zdravstvene nege tako izhaja iz upoštevanja učiteljeve dolžnosti na podlagi upoštevanja pravil, upoštevanja posledic njegovega ravnanja in značajskih lastnosti. Na »etiko poučevanja zdravstvene nege« je možno pogledati tudi s perspektive osebne, skupinske in poklicne etike. Osebna etika (morala, vrednote in značilnosti posameznika) izhaja iz učiteljevih notranjih dejavnikov (stopnje izobrazbe, njegova čustva, zdravje, stopnja moralne zavesti in individualno zgrajeni vrednostni sistem) in zunanjih dejavnikov (družina, poklic, delo, družbeno okolje; etični in moralni kriteriji, družbene norme). Skupinska etika izhaja iz timskega dela skozi daljše časovno obdobje, ko so jasna pravila obnašanja, sorodne vrednote in značilni vzorci vedenja. Pri vzgojno-izobraževalnem procesu na dodiplomski stopnji študija ob interakciji učiteljev zdravstvene nege in učiteljev drugih ved, visokošolskih učiteljev zdravstvene nege in izvajalcev v neposrednem kliničnem okolju (kliničnih mentorjev) ter študentov lahko ob nejasnih pravilih, neupoštevanju kompetenc in obveznosti prihaja do konfliktnih situacij, ki se kažejo v pretirano visoki stopnji fluktuacije učiteljev posamezne poklicne skupine. Poklicno etiko pa sooblikujejo profesionalni kodeksi – standardi profesionalnega obnašanja.

Pri učiteljih zdravstvene nege se gotovo pojavi tudi vprašanje smisla, ne v smislu (ne) danosti neposredne skrbi za sočloveka, temveč v priložnosti delovanja v izobraževanju izvajalcev zdravstvene nege in ovrednotenju le-tega kot življenjsko nalogo ali poslanstvo. Pri tem pa nezavedno delujejo tudi vrednote. Musek (2000, str. 319) je zapisal, da so vrednote zato, da posamezniku kažejo pot. »Posameznikova zavestna in tudi nezavedna usmerjenost k izpolnitvi potreb in tako tudi k vrednotam, v katerih se zrcali želja po izpolnitvi, utemeljuje njegov vrednostni sistem s smislom«. Smisel posameznikovega življenja pa je možno dojeti, če je njegovo življenje pojmovano več kot zgolj danost, če je mišljeno kot naloga in poslanstvo. Sicer pa se tudi vrednote skozi življenje pri posamezniku spreminjajo in predstavljajo pomemben del posameznikove motivacije, vendar pa niso neposreden odraz njegovih potreb in motivov, ampak njihova transformacija (Musek, 2000). V našem življenju imajo zelo pomembno vlogo, saj se povezujejo z vsemi področji našega življenja, in to tam, kjer je najbolj

pomembno – pri odločanju. Prepričanja v lastno učinkovitost regulirajo posameznikovo delovanje s pomočjo kognitivnih procesov (vizualiziranje), motivacijskih procesov (prepričanje v uspeh), čustvenih procesov (osebna kontrola nad mišljenjem, aktivnostmi in čustvi) in selektivnih procesov (izogibanje situacijam, ki presegajo osebne sposobnosti) (Čot, 2004). Bandura (1997) navaja, da je močno prepričanje v lastno učinkovitost sicer rezultat različnih virov informacij, največ pa štejejo izkušnje in trud, ki ga posameznik vloži v reševanje problemov. Uspeh poveča pričakovanja v posameznikove sposobnosti, medtem ko pogost neuspeh pričakovanja zmanjšuje.

5 Sklep

Etika poučevanja zdravstvene nege je izjemno kompleksen koncept, ki ga ni preprosto definirati. Na podlagi študije vsebine kodeksa o poklicni etiki izobraževalcev ter obstoječega in nastajajočega poklicnega kodeksa izvajalcev zdravstvene nege je bil pripravljen shematičen opis vsebine etike poučevanja zdravstvene nege, ki pa zagotovo ne predstavlja celotne problemske situacije zagotavljanja etike poučevanja zdravstvene nege. Z vidika razumevanja osnovnih dejstev, oblikovanja splošne slike o proučevani vsebini, poskusu oblikovanja vzročno posledičnih zvez ter pojasnjevanju posamezne situacije je potrebno testirati pripravljene teoretske predpostavke in povezati vsebino s splošnimi načeli etičnega kodeksa visokošolskih institucij. Vsekakor je nujno nadaljevati s projektno raziskovalnim pristopom in ga dopolniti s konkretnimi ciljnimi akcijami (predstavitev zdravstvene nege in kompetenc izvajalcev zdravstvene nege na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstvenega varstva, v socialnovarstvenih institucijah itd., učiteljem drugih ved), kar bo pričakovano vplivalo na kakovost izobraževanja zdravstvene nege.

LITERATURA

1. Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The exercise of Control*. New York: W. H. Freeman and Company.
2. Bozeman, B. in Corley, E. (2004). Scientist's collaboration strategies: implications for scientific and technical human capital. *Research Policy* 33, 599–616. Pridobljeno 23. 10. 2013, s http://www.researchgate.net/publication/222836703_Scientists_collaboration_strategies_implications_for_scientific_and_technical_human_capital.
3. Čot, D. (2004). Bandurin koncept zaznave samoučinkovitosti kot pomemben dejavnik posameznikovega delovanja. *Socialna pedagogika* 8 (2), 173–196.
4. D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J., San Martin Rodriguez, L. in Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BioMed Central Health Services Research*, 8, 188. Pridobljeno 23. 8. 2013, s <http://w25.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-8-188.pdf>.
5. Filej, B. (2007). Model kakovosti sistema menedžmenta zdravstvene nege: primer menedžmenta glavnih medicinskih sester zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodov Slovenije. Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
6. Guilbert, J. J. (2004). Didaktični priročnik za učitelje na zdravstvenih šolah. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca.

7. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. (2005). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Pridobljeno 20. 10. 2013, s http://www.dmszt-nm.si/media/pdf/kodeks_etike.pdf.
8. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi (predlog). (2013). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Pridobljeno 23. 10. 2013, s http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/2013_kodeks_etike_za_javno_razpravo.pdf.
9. Kodeks izobraževalne internacionale o poklicni etiki. (2002). Ljubljana: Sindikat vzgoje, izobraževanja, znanosti in kulture. Pridobljeno 23. 10. 2013, s <http://www2.sviz.si/media/Kodeks%20poklicne%20etike.doc>.
10. Musek, J. (2000). Nova psihološka teorija vrednot. Ljubljana: Inštitut za psihologijo osebnosti.
11. Pahor, M. (2006). Medicinske sestre in univerza. Domžale: Izolit, d.o.o.
12. Starc, A. (2011). Identifikacija elementov profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji. Doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
13. Tschudin, V. (2004). Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi. Ljubljana: Educy.
14. Valenčič Zuljan, M., Cotič, M., Fošnarič, S., Pekljaj, C., Vogrinc, J. (2011). V J. Krek in M. Metljak (ur.). Bela knjiga v vzgoji in izobraževanju v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Zavod republike Slovenije za šolstvo. Pridobljeno 23. 10. 2013, s http://www.belaknjiga2011.si/pdf/bela_knjiga_2011.pdf.

Zmanjševanje predoperativnega stresa pacienta in vloga medicinske sestre

UDC 617-089.163-052:616-083

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, operativni posegi, medicinske sestre, predoperativni stres

POVZETEK – Operativni poseg je invazivna oblika zdravljenja, ki prizadene človekovo duševnost in spremeni njegovo notranje ravnoesje. Pacienti, predvideni za operativni poseg, so pod stresom, zato potrebujejo dobro psihično in fizično pripravo. V prispevku so prikazani rezultati raziskave, ki je bila izvedena med kirurškimi pacienti Splošne bolnišnice Novo mesto. Z raziskavo smo želeli oceniti stopnjo predoperativnega strahu pacientov kot dejavnika tveganja za predoperativni stres, ugotoviti, ali predoperativna informiranost zmanjšuje strah, ki povzroči stres pacienta, ter ugotoviti, ali medicinska sestra pri pripravi pacienta lahko vpliva na zmanjšanje predoperativnega stresa. Ugotovili smo, da je stopnja predoperativnega strahu pri pacientih dokaj visoka, kar pomeni, da so pacienti pod močnim stresom. Po prejetih informacijah zdravstvenih delavcev se predoperativni strah lahko zmanjša za 31,16 odstotka. Pacienti, ki so bili informirani o bolečini in načinih njenega lajšanja, so pod manjšim stresom in se s pooperativno bolečino lažje soočajo.

UDC 617-089.163-052:616-083

KEY WORDS: nursing care, surgery, nurse, preoperative stress

ABSTRACT – Surgery is an invasive form of treatment which affects the mental state and changes the person's inner balance. Patients who undergo surgery are under stress and, therefore, need good mental and physical preparation. The paper presents the results of the research conducted among surgical patients at the Novo mesto General Hospital. Based on the research, we tried to assess the level of preoperative fear in patients as the risk factor for preoperative stress, to determine whether the provision of preoperative information reduces the fear that causes stress in patients, and to determine whether nurses can help reduce preoperative fear in the preparation of patients. It was established that the level of preoperative fear in patients is quite high, which means that the patients were under great stress. According to the information of health professionals, preoperative fear can be reduced by 31.16%. Patients who were informed about the pain and ways of relieving it experienced less stress and faced the preoperative pain more easily.

1 Uvod

Beseda stres izhaja iz latinskega jezika *stringere*, kar pomeni potegniti, narediti potezo. Battison (1999) meni, da stres ni le zdravstveno stanje, temveč je splet telesnih, duševnih in čustvenih občutij, ki so posledica pritiskov, zaskrbljenosti in strahu. Hospitalizacija in operacija pomenita za prizadetega pacienta hudo duševno obremenitev, zato potrebuje pomoč pri premagovanju stresa. Stres pogojuje prisotnost bolezni, nezmožnost za delo, srečanje s tujimi ljudmi in okoljem, strah pred bolečino, strah pred operacijo in njenim izidom (Kopič, 1989).

Danes stres definiramo kot odziv organizma na obremenitve. Obremenitve imenujemo dražljaji, nanje pa organizem ni pripravljen, zato povzročajo strah, zmedenost, nejevoljo in vznemirjenost. Način posameznikovega soočenja z obremenitvijo, kako se ji prilagodi in kako jo obvlada, je odvisen od njegove psihične in fizične pripravljenosti. Lahko mu pomeni oviro, zahtevo ali izziv (Božič, 2003).

2 Strah kot povzročitelj predoperativnega stresa

Strah je neprijeten in ljudje ga neradi čutijo, vendar kljub temu ni človeka, ki ga še ni izkusil. Naj bo strah še tako neprijeten, življenje brez njega bi bilo nemogoče. Strah je ena izmed čustvenih (emocionalnih) oblik, s katerimi se pacienti ne prenehajo srečevati. Poleg strahu pa se srečujejo še z veseljem, z žalostjo in z razočaranjem ter z olajšanjem, medtem ko se medicinske sestre velikokrat srečujejo s sočutjem do pacienta, kar je tudi vrsta čustev. Koncept čustev se delno navezuje na njihove telesnogibne vidike, saj čustva skupaj z nagoni usodno vplivajo na naše gibanje in vedenje. Lahko ga pospešujejo, zavirajo ali celo popolnoma blokirajo in tako dobesedno paralizirajo posameznika (Kovačev, 2004).

Čeprav se človek zahodne civilizacije čedalje bolj zaveda iluzije o varnosti sveta, v katerem živi, se povprečni človek le redko znajde v situaciji, v kateri sta njegovo življenje in obstoj neposredno ogrožena. Glavni vzrok strahu je nevednost. Strah izziva neznano, skrito, tisto, o čemer ne vemo dovolj, zaradi česar ne moremo predvideti in nadzorovati situacije (Vukajlović, 2012).

Vsaka anestezija in operativni poseg predstavljata stres pri pacientu, ki ga strah še potencira, posledica tega pa so negativni patofiziološki učinki na ves organizem. Pogosto je raven strahu bolj izražena kot sam zdravstveni problem in ni nujno, da je pogojena z obsežnostjo zdravstvenega problema. Veliko strahu nastaja pri sumu na maligno obolenje. Strah pred bolečino, pred spremembo telesne podobe ali invalidnostjo je lahko realen ali pa namišljen, velikokrat zaradi slabih informacij ali zastrašujočih priporočil. Pogosto so ljudje zaskrbljeni tudi zaradi morebitne izgube delovnega mesta, zaradi finančnih težav in težav, povezanih z družino. Pri nekaterih je strah pred operativnim posegom tako velik, da ne morejo niti govoriti o njem, zato jih ta težava spremlja tudi v obdobju po posegu (Ivanuš in Železnik, 2000).

Zdravstveni delavci se glede na strah srečujejo z dvema skupinama pacientov. Prva skupina so pacienti z visoko ravniyo strahu, ki si ga vtisnejo v zavest, kasneje pa se stresna raven zelo težko zniža. Taki pacienti si ne morejo predstavljati, da bi bili sami, ves čas želijo nekoga ob sebi. Od zdravstvenih delavcev pričakujejo predvsem pogovor in empatičen odnos. Druga skupina pacientov strah zataji, o njem ne govorijo, čeprav so v hudem stresnem stanju. Zavestno se trudijo, da strahu ne pokažejo. Tudi ti pacienti zahtevajo veliko truda in časa zdravstvenih delavcev, da jim ta strah omilijo (Anderson idr., 1987).

Mnogi pacienti z emocionalnimi težavami pred operativnim posegom od zdravstvenega osebja ne pričakujejo veliko pomoči. Na splošno o svojih emocionalnih težavah težko govorijo, saj so prepričani, da dajejo zdravniki in medicinske sestre prednost fizičnim problemom in so le redko pripravljeni reševati emocionalne vidike bolezni (Buček Hajdarević in Kardoš, 2000). Ravno zato je naloga medicinske sestre, da že takoj ob sprejemu v bolnišnico ugotovi pacientovo stopnjo strahu. Pri ugotavljanju predoperativnega strahu so ji v pomoč subjektivni in objektivni podatki. Subjektivni podatki so pacientovo znanje o zdravljenju in morebitne predhodne izkušnje in pa

njegovo psihično in fizično stanje. Objektivni podatki pa so medicinski sestri v pomoč pri ugotavljanju predoperativnega strahu pacienta. Ti so na primer:

- govor pacienta: ponavlja stavke, spreminja temo pogovora, izogiba se pogovoru o strahu,
- sposobnost navezovanja stikov,
- vedenje: pretirano mahanje z rokami, nemir, zapira se vase, nima rad aktivnosti ali pretirava,
- vitalni znaki,
- sprememba kože (napetost, elastičnost, vidne poškodbe, izpuščaji,...),
- prsni koš: zvoki pri dihanju, gibanje prsnega koša, zmožnost diafragmalnega dihanja, srčni toni (osnova za primerjanje po operaciji),
- udje: moč mišic na nogah, posebnosti pulzov na udih,
- gibljivost: omejitve pri hoji, sedenju, gibanju v postelji, skladnost gibov pri hoji, gibljivost vratu (Seničar, 2006).

Witzel idr. (2008) so v študiji ugotovili, da 23 odstotkov pacientov pred operativnim posegom ne občuti strahu, medtem ko je 8 odstotkov takih, ki jih je zelo strah operativnega posega in bi ga, če bi bilo to možno, raje opustili. Strah je največji med dvajsetim in šestdesetim letom starosti. Dokazano je, da ženske pokažejo več strahu kot moški (Ramsay idr., 1988, cit. po Buček Hajdarevič in Kardoš, 2000). Tudi v tuji literaturi navajajo večji predoperativni strah pri ženskah kot pri pripadnikih moškega spola (Ventocilla, 2009). Na Kirurški univerzitetni kliniki v Salzburgu so z raziskavo ugotovili prisotnost večjega predoperativnega strahu pri mlajših pacientih med starostjo petindvajset in štirideset let. Po štiridesetem letu ta strah bistveno upada (Witzel idr., 2008).

Zaradi prisotnosti strahu je psihična priprava pacienta na operativni poseg zelo pomembna, saj je dokazano, da imajo pacienti z nižjo stopnjo strahu lažje in hitrejše okrevanje. Posledica lažjega in hitrejšega okrevanja je večje zadovoljstvo pacientov in manjši stroški, saj je potrebno manj protibolečinske terapije, terapije proti infekcijam in tudi možnost pooperativnih zapletov je manjša. Osveščanje pacientov pred posegom o pomembnosti čimprejšnje mobilizacije po posegu pa neposredno zmanjša tudi možnost pljučnice in tromboz, ki sta življenjsko ogrožujoča pooperativna zapleta (Reeves, 2006).

2.1 Vzroki in simptomi stresa pri pacientu pred operativnim posegom

Bolnišnično zdravljenje predstavlja velik stres v poteku bolezni. Prisoten je stalen strah pred smrtjo, pred bolečino, obkrožen je z neznanimi aparaturami, ki skrbijo za normalno delovanje njegovih življenjskih funkcij, obremenjen je s potekom bolezni, pojavi se popolna odvisnost od drugih že pri najosnovnejših življenjskih opravilih, kot je higiena. Vse to za posameznika predstavlja močan stres, na katerega se mora prilagoditi v zelo kratkem času (Bogataj, 2010).

Možne reakcije na bolezen se dogajajo na emocionalnem, kognitivnem in mišljenjskem nivoju. Na emocionalnem nivoju se lahko pojavijo samoobtoževanje, trma, afekt, religioznost; na kognitivnem nivoju se pojavijo odvrčanje, analiziranje proble-

ma, izogibanje, poglobljeno razmišljanje, medtem ko se na vedenjskem nivoju kažejo predvsem jeza, umik ali sodelovanje (Bogataj, 2010).

Reeves (2006) v svoji študiji ugotavlja, da stres negativno vpliva na celjenje pooperativne rane. Raziskava standardne rane, narejene s punkcijo na bolnikih z Alzheimerjevo boleznijo, ki so navadno pod hudim stresom, je pokazala, da se je rana pri omejenih bolnikih v povprečju celila devet dni (24%) dlje od enake rane bolnikov, ki so bili pod manjšim stresom. Enako je potrdila raziskava na študentih, in sicer počasnejše celjenje rane pri tistih, ki so v času zdravljenja imeli izpite (Reeves, 2006).

Bolečina je najpogostejši stresni dejavnik. Je neprijetna senzorna, zaznavna in čustvena izkušnja, povezana z dejansko ali možno poškodbo tkiva in opisana z izrazi neke poškodbe (IASP, 2012). Fiziološki odgovor organizma je zvišanje srčne frekvence in krvnega pritiska, zvišanje telesne temperature, globoko, hitro dihanje, bleda in potna koža. Bolečina globoko poseže v pacientovo psiho ter lahko popolnoma spremeni človekovo obnašanje in mišljenje. Človeka lahko požene v obup (Berčič, 2005). Rešitev za bolečino je medikamentozna terapija, ki se odmerja individualno. Pacientova izkušnja z bolečino ni izolirana, temveč je intimna, osebna in povezana z njim kot s celoto. To pomeni, da mora biti tudi obravnava bolečine celovita in da je treba pacienta obravnavati kot biološko, psihično, socialno in duhovno celoto ter ga na pooperativno bolečino in obvladovanje le-te, pripraviti že pred operativnim posegom (Ščavničar, 2004).

Pacienti so pred operativnim posegom zaskrbljeni in pogosto občutijo strah pred smrtjo. Strah pred smrtjo se strokovno imenuje tanatofobija in je precej pogost pojav. Izvira iz zdrave skrbi za lastno varnost in obstoj. Večina ljudi ga v naši kulturi zanika in potlači. Verjetno ga občutijo prav vsi, vendar je pomembno, v kolikšni meri je izražen. Strah, ki ga pacient občuti pred operativnim posegom, predvsem pri resnejših boleznih in poškodbah, je zelo pogost in ovira normalno delovanje organizma (Šilc, 2011). Načini pomoči za zmanjšanje strahu so odvisni od prognoze. Kadar je možnost smrti pacienta sicer prisotna vendar malo verjetna, je poudarek na njegovi rehabilitaciji. Ob poslabšanju kronične bolezni je prav, da pacienti spregovorijo o strahu in se na ta način pomirijo. Najtežje je pri bolnikih, ki nimajo možnosti preživetja. Lahko so težko prizadeti, ne kažejo zanimanja za okolico, ne pokažejo strahu, globoko v sebi pa ga kljub temu občutijo (Bogataj, 2010).

Eden izmed stresnih dejavnikov okolja, ki negativno vplivajo na pacienta, je bolnišnični hrup, ki kot nezaželen oblika zvoka ni odvisna samo od jakosti ali frekvence zvoka, temveč tudi od poslušalca in njegovega trenutnega razpoloženja, utrujenosti, zdravstvenega stanja, starosti, spola, socialnega, kulturnega in ekonomskega položaja ter časa in kraja. Hrup je torej subjektivna kategorija, ki negativno vpliva na zdravje in počutje ljudi ter na dejavnost, ki jo opravljajo (Čudina, 2001). V bolnišničnem okolju je hrup eden izmed pomembnih stresnih dejavnikov za pacienta, saj pospešuje srčni utrip, metabolizem, povzroča anksioznost, motnje spanja in pripomore k deliriju (Bogataj, 2010).

Torej, da zmanjšamo različne oblike strahu pri pacientu in posledični stres, je potrebna dobra, tako psihična kot tudi fizična priprava pacienta na operativni poseg. Dob-

ra komunikacija med vsemi udeleženci procesa bistveno pripomore k zmanjšanju omenjene problematike.

2.2 Etika skrbi in komunikacija med pacientom in medicinsko sestro kot ključna dejavnika učinkovitosti pri zmanjšanju predoperativnega stresa

Spoznanja, kaj je za človeka dobro, oblikujejo profesionalna etika in vrednote. Etična načela, kot so načela dobronamernosti, pravičnosti in enakosti ter načelo spoštovanja avtonomnosti, se tesno dotikajo in prepletajo z različnimi oblikami komunikacije s pacientom. Ravno komunikacija med medicinsko sestro in pacientom je tista, ki igra ključno vlogo pri premagovanju oziroma zmanjšanju predoperativnega stresa pacienta. Medicinska sestra v odnosu s pacientom prevzema veliko odgovornost, ki je ni mogoče opredeliti samo z zakoni in s predpisi. Zato je toliko bolj pomembna njena etična drža, ki izhaja iz njenih moralnih vrednot. Kodeks etike (2005) pomaga vsaki medicinski sestri pri oblikovanju njenih etičnih vrednot.

Komunikacija med medicinsko sestro in pacientom označuje socialno interakcijo med njima in je bistveni del nudenja zdravstvene nege (Filipič, 1998). Posledice socialne izmenjave so pogosto odvisne od narave vedenja, ki ga med njenim potekom izražata oba udeleženca (Kovačev, 1994). Njuna komunikacija je proces, v katerem oba hkrati sprejemata, pošiljata, interpretirata in sklepata drug o drugem. Uspešno profesionalno komuniciranje medicinske sestre s pacientom narekuje potrebo po pridobitvi strokovnega znanja, spretnosti in stališč, učenje osnov, iz katerih izhaja umetnost kompetenc komunikacije. Globalni cilj profesionalne oziroma terapevtske komunikacije medicinske sestre je pristen stik, v katerem se pravočasno in odgovorno odziva na potrebe pacientov. Je medsebojni odnos, v katerem bo pacient zaupal in brez strahu ali zadržkov sporočal svoje potrebe in pričakovanja. Vzpostavljanje terapevtskega odnosa je proces, ki zahteva čas, skrbno vodenje medicinske sestre in sloni na zaupanju ter znanju (Hvala Dermol, 2000).

Pacienta je manj strah, če je dobro pripravljen na različne aktivnosti, ki jih bo morala medicinska sestra pri njem izvajati že pred operativnim posegom. Zato je pacientu dolžna pojasniti vse nejasnosti. Sam obseg informacij je odvisen od prejšnjih izkušenj, zanimanja in prizadetosti pacienta ter svojcev. Pacientom, ki so hudo prizadeti zaradi operacije, ali pacientom z bolečinami, daje čim preprostejša pojasnila. Tisti, ki doživljajo velik strah, informacije običajno preslišijo ali pa si jih ne zapomnijo (Ivanuša in Železnik, 2000).

Pacienta moramo obravnavati celostno. Vedeti moramo, da pacient ni predmet, ki ima zaradi bolezni ali poškodbe motene funkcije, ampak je človek, na katerega vplivajo telesni, duševni, socialni in kulturni stiki.

Uspeh operativnega posega je velikokrat odvisen od tega, kako znamo pri pacientu spodbuditi voljo do življenja in ga prepričati v okviru našega znanja in izkušenj, da bo operativni poseg uspel (Seničar, 2006).

Pri premagovanju in zmanjšanju pacientovih stisk in posledičnega predoperativnega stresa, ki ga pacient občuti, predstavlja osrednjo vlogo učinkovita komunikacija

med pacientom, medicinsko sestro, v samo komunikacijo pa vključimo tudi njegove svojce. Dobro poučeni in informirani svojci lahko veliko pripomorejo k dobremu počutju pacientov in k reševanju njihovih problemov (Tomori, 1998).

2.3 Informiranje pacienta in zakonske opredelitve ter vloga medicinske sestre

V času predoperativnega obdobja, preden pacient podpiše privolitev na operativni poseg, zdravstveni delavci poskrbijo za njegovo popolno informiranost. Pri tem je potrebno upoštevati njegove pravice, ki so predpisane v Zakonu o pacientovih pravicah (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).

Informiranje je splošno gledano opisovanje in razlaganje pretežno v smislu enosmerne komunikacije, medtem ko je učenje interaktiven proces in temelji na teoriji učnega in procesa informiranja (Fallowield, 2001, cit. po Klemenc, 2004). Hoyerjeva (2003) je mnenja, da učenje temelji na vzajemni komunikaciji med vsemi člani tima, usmerjeno je v proces posameznikovega razmišljanja, v pridobivanje znanja, spretnosti in veščin, medtem ko je informiranje pacienta o njegovi bolezni in zdravljenju predvsem zdravnikova naloga, ki naj bi k podajanju informacij pristopil stopenjsko, kar pomeni, da pacientu ne more povedati vsega v enem pogovoru, ampak mu mora omogočiti, da razmisli in si pripravi vprašanja za naslednji pogovor.

Ko je bolnik seznanjen s svojo boleznijo in da pristanek na predlagane postopke in na način zdravljenja, se v informacijski krog vključijo tudi drugi člani zdravstvenega tima (Hoyer, 2003). Pomembno je, da zdravstveni delavci za vsakega pacienta posebej ocenijo, kako mu bodo posredovali informacije. Trije od štirih pacientov slabo razumejo predlagane načine zdravljenja raka, njihovo razumevanje pa je povezano z inteligentnostjo, s starostjo in z življenjskim slogom, kar kaže na to, da moramo pri vsakem pacientu oceniti stopnjo razumevanja in temu prilagoditi način informiranja in edukacije (Fallowield, 2001 cit. po Klemenc, 2004). Zdravstveni delavci se morajo zavedati, da ima vsak pacient pravico do obveščenosti in do sodelovanja v njegovem zdravljenju.

Z uvajanjem pojasnilne dolžnosti, katere odgovornost nosi zdravnik, se normalen odnos med zdravstvenimi delavci in pacientom šele prične in pomeni temelj vzpostavitve zaupanja. Pacient mora imeti na voljo čas za premislek in odločitev ter ne sme biti zaveden ali izpostavljen prisili odločanja (Klemenc, 2004).

Medicinska sestra je odgovorna in dolžna dati pacientu vse informacije v zvezi z zdravstveno nego, kot so na primer: sprejem pacienta, bolnišnični režim, skratka vse, da se pacient čim bolj znajde na začetku, kasneje pa se to nadgrajuje (Hoyer, 2003).

3 Metodologija

3.1 Namen in cilji

Namen raziskave je bil s pomočjo vprašalnika pridobiti podatke in z njihovo analizo ugotoviti:

- prisotnost predoperativnega strahu pri pacientih kot dejavnik tveganja za predoperativni stres v povezavi s pomanjkljivo predoperativno informiranostjo pacientov,
- zmanjšanje predoperativnega strahu in posledičnega stresa po prejetih informacijah zdravstvenih delavcev,
- predoperativno informiranost o bolečini kot dejavniku tveganja za stres pacienta in vpliv informiranja na soočanje z bolečino po operativnem posegu,
- poučenost pacientov s strani zdravstvenih delavcev o možnih pooperativnih zapletih kot eden izmed načinov zmanjševanja predoperativnega stresa v povezavi z dejanskimi pooperativnimi zapleti pri pacientih,
- zaupanje pacienta v delo medicinskih sester v povezavi z njeno vlogo pri predoperativni pripravi pacienta in zmanjševanju predoperativnega strahu in posledičnega stresa.

Cilj vprašalnika je bil raziskati prisotnost predoperativnega strahu in posledičnega stresa v povezavi z informiranostjo pacientov o operativnem posegu kot ključnim dejavnikom pri zmanjševanju predoperativnega stresa pri kirurških pacientih v Splošni bolnišnici Novo mesto in dokazati, da informiranost pred operativnim posegom vpliva na zmanjšanje predoperativnega stresa pacienta. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, ali je potreben večji poudarek na pacientovi informiranosti pred operativnim posegom z vidika zmanjševanja predoperativnega strahu in posledičnega stresa. Testirali smo nekatere hipoteze in odgovorili na dve raziskovalni vprašanji.

3.2 Raziskovalna vprašanja in hipoteze

Raziskovalno vprašanje 1: Ali so pacienti pred operativnim posegom pod stresom zaradi pomanjkljive informiranosti o operativnem posegu?

Raziskovalno vprašanje 2: Ali so se pacienti, ki so bili o bolečini in možnostih lajšanja le-te seznanjeni že pred operativnim posegom, s pooperativno bolečino lažje soočili?

Hipoteza 1: Informiranost pacientov o operativnem posegu pred operacijo zmanjšuje predoperativni strah in posledični stres pacientov.

Hipoteza 2: Poučenost pacientov s strani zdravstvenih delavcev o možnih komplikacijah po operaciji zmanjšuje stres pacienta, zato imajo manj pooperativnih zapletov.

Hipoteza 3: Pacienti, ki so prejeli predoperativno informacije s strani medicinskih sester, so psihično pomirjeni, ker menijo, da imajo medicinske sestre dovolj znanja.

3.3 Raziskovalni vzorec in pilotna študija

V raziskavi smo uporabili slučajni vzorec s stotimi anketiranci. Primernost vzorca je bila izračunana s pomočjo Kaiser-Meyer-Olkin testa. Sodelovali so hospitalizirani pacienti, stari nad osemnajst let. Izpolnjenih je bilo štiriindevetdeset vprašalnikov.

Vprašalnik smo najprej testirali s pomočjo pilotne študije, v katerega smo zajeli trideset pacientov po operativnem posegu. Po izpolnjenih vprašalnikih smo popravili tista posamezna vprašanja, kjer smo ugotovili, da le-ta niso bila dovolj jasno zastavljena oziroma so bila dvoumna ali pa smo podali premalo možnih odgovorov.

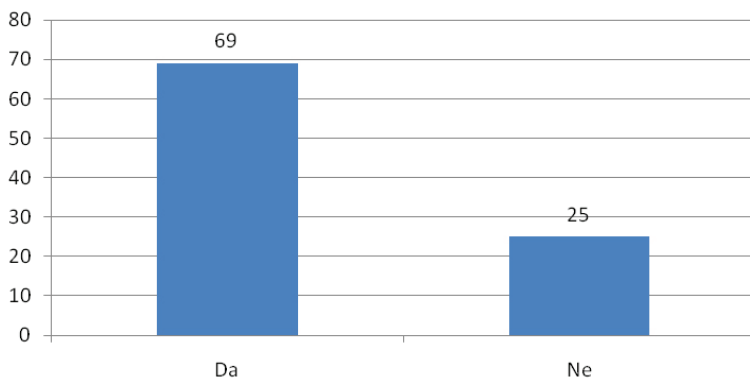
3.4 Metode dela

Podatke smo pridobili od pacientov v Splošni bolnišnici Novo mesto na Kirurškem oddelku. (ortopedski, travmatološki, žilni, visceralni in urološki odsek kirurgije) po operativnih posegih na podlagi petindvajsetih raziskovalnih vprašanj, od tega dva-indvajset zaprtega in tri odprtega tipa. Vprašalnik je bil anonimen in prostovoljen, zagotovljena je bila zaupnost podatkov. Za predhodno dovoljenje za izpolnjevanja vprašalnika smo zaprosili vodstvo Splošne bolnišnice Novo mesto in Komisijo za medicinsko - etična vprašanja na Ministrstvu za zdravje v Ljubljani, ki nam je izvajanje odobrilo. Raziskava je potekala od začetka meseca junija do sredine julija 2012. Vprašanja so pacienti izpolnili približno dva ali več dni po operativnem posegu. Dobljene podatke smo statistično obdelali s pomočjo programskega orodja Microsoft Excel, Microsoft Word in paketom SPSS. Ker je vzorec sestavljen iz kategoričnih spremenljivk, smo za test povezanosti med spremenljivkami uporabili Hi - kvadrat. Preverjali smo razlike med dvema kategoričnima spremenljivkama.

4 Rezultati

Graf prikazuje stopnjo pridobljenih informacij o operativnem posegu in o možnih zapletih med in po operativnem posegu s strani operaterja. V 69 primerih so vprašani mnenja, da so dobili dovolj informacij, kar predstavlja 73,4 odstotka, v 25 primerih pa so mnenja, da o tem s strani operaterja niso dobili dovolj informacij, kar pa predstavlja 26,6 odstotka vseh vprašanih (graf 1).

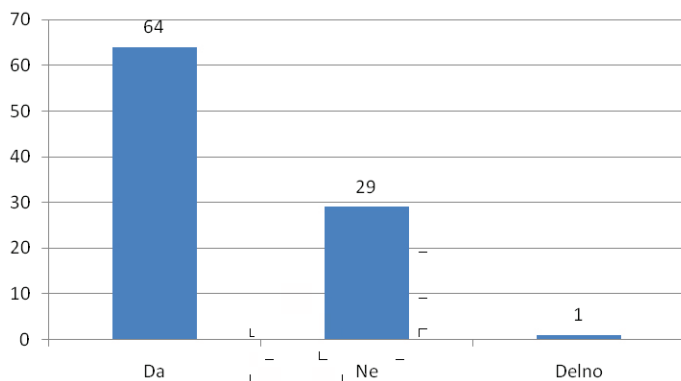
Graf 1: Stopnja pridobljenih informacij o operativnem posegu in o možnih zapletih med in po operativnem posegu s strani operaterja



Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

V 64 primerih (68,1%) so bili tisti, ki so izpolnjevali vprašalnik o vrsti anestezije in o možnih zapletih, informirani s strani anesteziologa, v 29 (30,9%) primerih pa o tem niso bili informirani. Odgovor »delno« je obkrožil le eden izmed vprašanih, kar predstavlja 1,1 odstotka vseh vprašanih. To je razvidno iz spodnjega grafa.

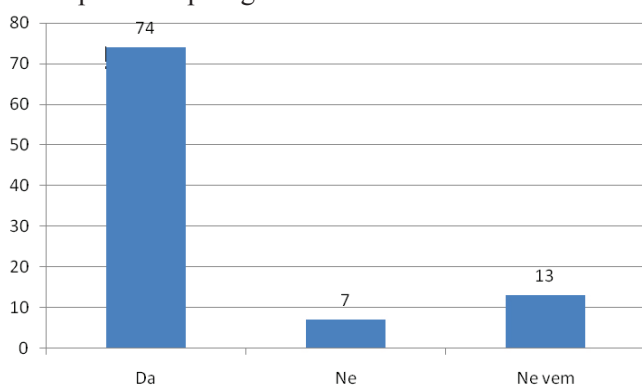
Graf 2: Osveščenost anketirancev s strani anesteziologa o vrsti anestezije in možnih zapletih



Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Graf 3 prikazuje mnenja vprašanih o znanju medicinskih sester za dobro psihično pripravo pacientov na operativni poseg. Vprašani so bili v 74 (79%) primerih mnenja, da imajo medicinske sestre dovolj znanja za psihično pripravo, v 7 primerih (7,4%) so menili, da nimajo dovolj znanja, za eno ali za drugo možnost pa se ni moglo opredeliti 13 vprašanih, kar predstavlja 14 odstotkov vseh, zato so obkrožili odgovor »Ne vem«.

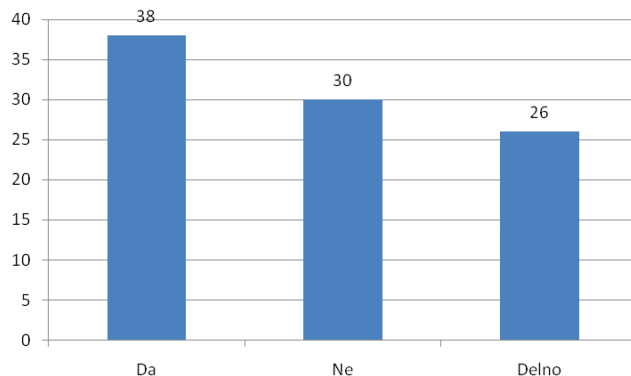
Graf 3: Mnenja pacientov o stopnji znanja medicinskih sester za dobro psihično pripravo pacientov na operativni poseg



Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Na vprašanje, ali so zdravstveni delavci predstavili možne zaplete po operativnem posegu, je z »Da« odgovorilo 38 vprašanih (40,4%), z »Ne« 30 vprašanih (32%), z »Delno« pa 26 vprašanih, kar je 27,7 odstotka (graf 4).

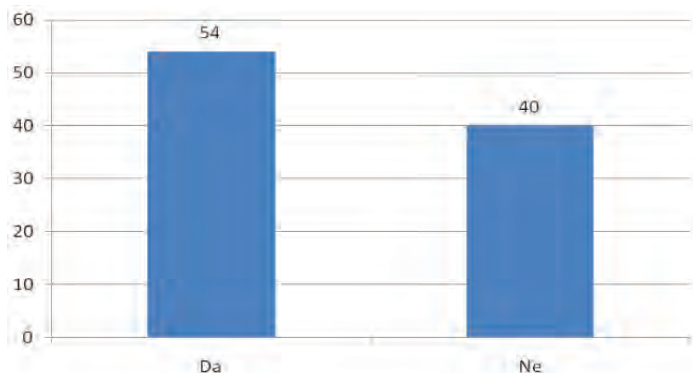
Graf 4: Informiranost vprašanih o možnih zapletih po operativnem posegu



Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Na vprašanje, ali so bili o bolečini in lajšanju le-te po operativnem posegu seznanjeni že pred operativnim posegom, je 54 vprašanih odgovorilo z »da« (57,4%), 40 pa je obkrožilo odgovor »ne« (42,6%) (graf 5).

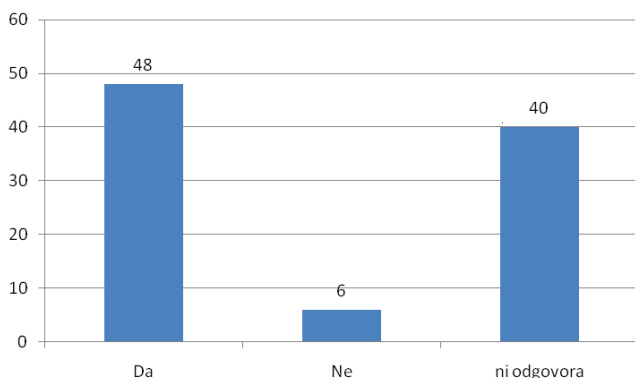
Graf 5: Stopnja informiranosti o bolečini in lajšanju le-te že pred operativnim posegom



Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Rezultati, ki so prikazani na v grafu 6, se nanašajo na rezultate, ki so prikazani na grafu 5, in sicer na pritrdilne odgovore pacientov, ki so bili o bolečini in možnosti lajšanja že predhodno seznanjeni. Od 54 pritrdilnih odgovorov iz grafa 5 je 48 vprašanih mnenja, da so se glede na prejete informacije o bolečini lažje soočili s pooperativno bolečino, kar predstavlja 88,9 odstotka ter 6 od 54 vprašanih, ki menijo, da prejete informacije pred operativnim posegom niso bistveno pripomogle k lažjemu soočanju s pooperativno bolečino, kar predstavlja 11,1 odstotka od 54 pritrdilnih odgovorov.

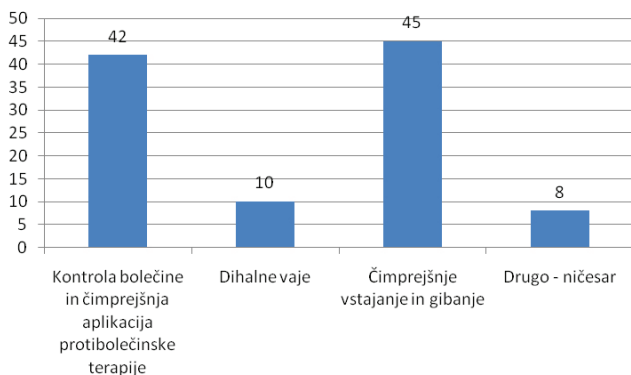
Graf 6: Soočanje operiranih s pooperativno bolečino tistih, ki so bili o bolečini seznanjeni že pred operativnim posegom



Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Pri vprašanju »Katere preventivne ukrepe so zdravstveni delavci predstavili, da do morebitnih zapletov po operativnem posegu ne bi prišlo«, je bilo možnih več odgovorov, zato je bilo skupnih odgovorov 105. Največ obkroženih odgovorov je prejel odgovor, da so zdravstveni delavci predstavili čimprejšnje vstajanje in gibanje, in sicer 45, kar je 43 odstotkov, sledi mu odgovor kontrola bolečine in čimprejšnja aplikacija protibolečinske terapije v 42 primerih (40%), dihalne vaje v 10 primerih (9,5%), pod odprto možnost »Drugo«, pa je kar 8 (7,6%) anketiranih pripisalo, da jim zdravstveni delavci niso predstavili ničesar (graf 7).

Graf 7: Predstavitev preventivnih ukrepov

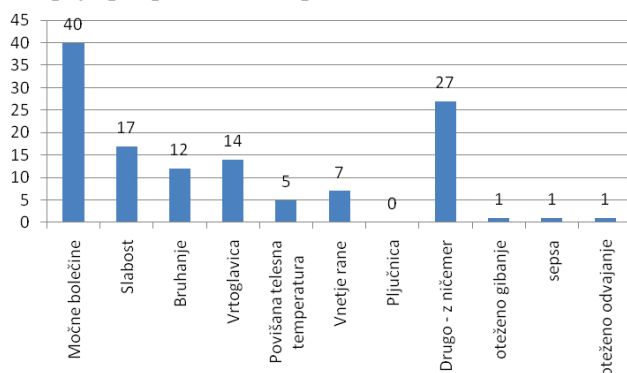


Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Odgovori na vprašanje, s katerimi pooperativnimi zapleti so se vprašani soočali, so prikazani v grafu 8. Odločali so se za več možnih odgovorov, saj so lahko po operativnem posegu imeli hkrati več zapletov. Skupnih odgovorov je bilo 125. 40 vprašanih (32%) se je srečevalo z močno pooperativno bolečino, 17 (13,6%) s slabostjo in 12 (9,6%) z bruhanjem. 14 (11,2%) vprašanih je imelo vrtoglavico, povišano telesno temperaturo po operativnem posegu pa je imelo 5 (4%) vprašanih. Sedmim (5,6%) se

je vnela pooperativna rana, pljučnice pa ni imel nihče izmed vprašanih. Pod možnost »Drugo« je 27 (21,6%) vprašanih pripisalo, da zapletov po operativnim posegu niso imeli, eden (0,8%) je pripisal, da je imel največ težav z gibanjem, eden (0,8%) je imel septičen zaplet in eden (0,8%) težave z odvajanjem.

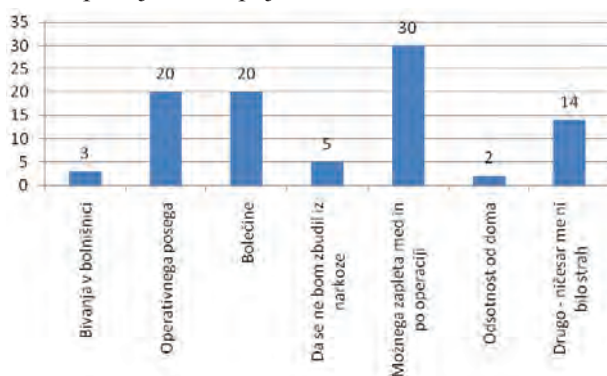
Graf 8: Vrste in stopnje pooperativnih zapletov



Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

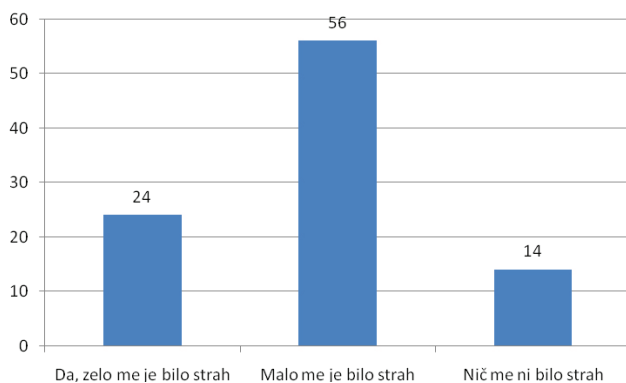
Najbolj, 30 vprašanih, je bilo strah v primeru možnega zapleta med operativnim posegom in po njem (32%), v 20 primerih samega operativnega posega (21,3%), v 20 primerih bolečine – (21,3%), v 5 primerih so obkrožili možen odgovor, da se ne bi več zbudili iz narkoze, (5,3%), v 3 primerih bivanja v bolnišnici (3,2%) in v 2 primerih so se vprašani najbolj bali odsotnosti od doma (2,1%). Zadnji odgovor je bil odprtega tipa, kamor je 14 vprašanih (15%) pripisalo, da jih ni bilo ničesar strah. Iz grafa 9 je lepo razvidno, da se najbolj bojijo možnega zapleta med operativnim posegom in po njem.

Graf 9: Dejavniki, ki vplivajo na stopnjo strahu



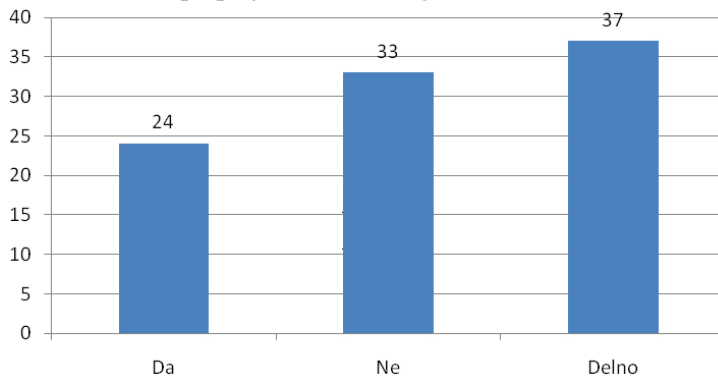
Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Na vprašanje, ali je bilo sodelujoče v raziskavi strah operativnega posega, je na odgovor pritrdilo, da jih je bilo zelo strah 24 (25,5%), 56 (59,6%) da jih je bilo malo strah, 14 (15%) pa jih je odgovorilo, da jih ni bilo strah (graf 10).

Graf 10: Stopnja predoperativnega strahu

Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

Graf 11 prikazuje, ali je bilo vprašane kljub pridobljenim informacijam s strani zdravstvenih delavcev še vedno strah operativnega posega. Z »Da« je odgovorilo 24 (25,5%) vprašanih, z »Ne« 33 (35,1%) vprašanih, z »Delno« pa je odgovorilo 37 (39,4%) vprašanih.

Graf 11: Prisotnost strahu po prejetih informacijah

Vir: Anketni vprašalnik, 2013.

5 Razprava

Raziskovalno vprašanje 1: Ali so pacienti pred operativnim posegom pod stresom zaradi pomanjkljive informiranosti o operativnem posegu?

Z raziskavo smo ugotovili, da je predoperativna stopnja strahu dokaj visoka, saj je bilo 25,5 odstotka vprašanih operativnega posega zelo strah, 59,6 odstotka malo strah, 15 odstotkov pa predoperativnega strahu ni občutilo. Vprašani so se najbolj bali možnega zapleta med operacijo in po njej ter bolečine. Strah po prejetih informacijah je za 31,6 odstotka manjši. Predoperativni strah in posledični stres pa ni pogojen samo s po-

manjkljivo predoperativno informiranostjo, temveč tudi z neprestanim razmišljanjem o zapletih med in po operativnem posegu (36,2%), v 16 odstotkih z bojznijo, da bo njihovo zdravstveno stanje po operativnem posegu še slabše, v 28,7 odstotka pa je bil strah v njihovi podzavesti. Torej lahko odgovorimo na vprašanje, da je pomanjkljiva informiranost o operativnem posegu eden izmed dejavnikov, ki vpliva na predoperativni stres pacientov.

Raziskovalno vprašanje 2: Ali so se pacienti, ki so bili o bolečini in možnostih lajšanja le-te seznanjeni že pred operativnim posegom, s pooperativno bolečino lažje soočili?

Z analizo odgovorov na vprašanja smo dobili podatke, da je bila dobra polovica vprašanih (57,4%) seznanjena o bolečini in o načinih lajšanja po operaciji že pred operativnim posegom, 42,6 odstotka pacientov pa o tem predoperativno ni bilo seznanjenih. Od vseh pacientov, ki so dobili informacije o bolečini in njenem lajšanju, jih 88,9 odstotka meni, da so se glede na prejete informacije s pooperativno bolečino lažje soočili, 11,1 odstotka pa je takih, ki jim prejete informacije pred operativnim posegom niso bistveno pripomogle k lažjemu soočanju z bolečino.

Informiranost pacientov o bolečini je pomembna predvsem zato, da se pacient ne obremenjuje s pooperativno bolečino že v predoperativnem obdobju in je zaradi tega pod večjim stresom in da ve, kako se soočiti z bolečino, ko bo ta prisotna. Glede na odstotek, ki smo ga dobili z odgovori pacientov, ki so bili seznanjeni o bolečini, lahko predvidevamo, da se pacienti, ki so bili o bolečini in možnostih njenega lajšanja seznanjeni že pred operativnim posegom, s pooperativno bolečino lažje soočijo. Ne moremo pa trditi, ali bi bil odstotek kljub temu tako visok, če bi bili vsi pacienti o bolečini seznanjeni že pred operacijo. Torej odgovor na to raziskovalno vprašanje lahko le predvidevamo.

Hipoteza 1: Informiranost pacientov o operativnem posegu pred operacijo zmanjšuje predoperativni strah in posledični stres pacientov.

S pomočjo rezultatov, ki smo jih dobili z anketnim vprašalnikom, smo izvedli test hi-kvadrat z združevanjem dveh spremenljivk, ki je pokazal, da je vrednost hi-kvadrat (v nadaljevanju χ^2) $\chi^2 = 85,267$ za statistiko statistično značilna pri $< \chi^2 [0,05]$ in lahko trdimo, da sta spremenljivki informiranost pacientov o operativnem posegu pred operacijo in predoperativni strah in posledični stres povezani ($p = 0,000$). Sklepamo lahko, da je v vzorcu opaziti pomembne razlike med odgovori vprašanih. Glede na to, da sta spremenljivki statistično značilno povezani, sprejmemo alternativno hipotezo, kar pomeni, da informiranost pacientov o operativnem posegu pred operacijo zmanjšuje predoperativni strah in posledični stres pacientov.

Hipoteza 2: Poučenost pacientov s strani zdravstvenih delavcev o možnih komplikacijah po operaciji zmanjšuje stres pacienta, zato imajo manj pooperativnih zapletov.

V hipotezi 2 sta bili preverjani razliki med spremenljivkama poučenost pacientov s strani zdravstvenih delavcev o možnih komplikacijah po operaciji in pooperativni zapleti. Ker so se nekateri pacienti, ki so odgovarjali na anketno vprašanje, srečevali z večimi pooperativnimi zapleti (posledično je bilo obkroženih več odgovorov), smo testirali posamezen pooperativni zaplet oziroma posamezen odgovor (močne boleči-

ne, slabost, bruhanje, vrtoglavica, povišana telesna temperatura, vnetje rane, pljučnica, drugo – z ničemer), v povezavi s poučenostjo pacientov s strani zdravstvenih delavcev o možnih zapletih. Pri večini spremenljivk smo sprejeli ničelno hipotezo, zato smo jo sprejeli oziroma obdržali za celotno hipotezo 2. Iz rezultatov sklepamo, da v vzorcu ni opaziti pomembnejših razlik med odgovori. Statistična značilnost nam pove, da spremenljivki nista statistično značilno povezani. Torej lahko trdimo, da poučenost pacientov s strani zdravstvenih delavcev o možnih komplikacijah po operaciji, ki zmanjšuje predoperativni stres, ne vpliva na zmanjševanje pooperativnih zapletov, zato hipotezo 2 zavrnamo.

Hipoteza 3: Pacienti, ki so prejeli predoperativno informacije s strani medicinskih sester, so psihično pomirjeni, ker menijo, da imajo medicinske sestre dovolj znanja.

Vrednost χ^2 za statistiko je statistično značilna pri $< \chi^2 [0,05]$ in z izračunom pridobljenih podatkov lahko trdimo, da je predoperativna informiranost s strani medicinskih sester povezana s psihično pomirjenostjo pacienta ($\chi^2 = 77,449$; $p = 0,000$). Iz rezultatov lahko sklepamo, da je v vzorcu opaziti pomembne razlike med odgovori vprašanih. Statistična značilnost nam pove, da sta spremenljivki statistično značilno povezani, torej sprejememo alternativno hipotezo. Iz tega sledi - pacienti, ki so od medicinskih sester pred operativnim posegom prejeli informacije, so psihično pomirjeni, ker menijo, da imajo medicinske sestre dovolj znanja.

6 Sklep

S pomočjo raziskave smo ugotovili, da je pri večini pacientov pred operacijo prisoten strah, kar posledično povzroča predoperativni stres. Da zmanjšamo pacientov strah oziroma stres, je v veliki meri odvisno od tega, kako medsebojno komuniciramo tako v timu kot tudi s pacienti in kako jim podajamo potrebne informacije. Uspešna komunikacija med udeleženci vpliva na večjo predoperativno osveščenost pacientov. Pacientov strah se, po prejetih informacijah s strani zdravstvenih delavcev v našem primeru zmanjša za 31,6 odstotka.

Z raziskavo smo ugotovili, da je pomanjkljiva informiranost pacientov o operativnem posegu eden izmed dejavnikov, ki vpliva na predoperativni stres. Pogled na postavljene hipoteze potrjuje dejstvo, da informiranost pacientov o posegu pred operacijo zmanjšuje predoperativni strah in posledični stres. Pacientova poučenost o možnih komplikacijah s strani zdravstvenih delavcev splošno po operaciji zmanjšuje stres pacienta, kar pa ne vpliva na manjše število pooperativnih zapletov. Tisti pacienti, katerim je bila bolečina predstavljena kot možna oblika komplikacije po operaciji in so jim bile poudarjene možnosti njenega lajšanja, so se večinoma s pooperativno bolečino lažje soočili. Pacienti, ki so prejeli predoperativno informacije s strani medicinskih sester, so bili psihično pomirjeni, ker so menili, da imajo medicinske sestre dovolj znanja.

Ko so ljudje bolni, so zelo občutljivi in ranljivi. Velikokrat pričakujejo, da se jim poda informacije stoddotno, kar pa ni vselej možno. Z izboljšanjem predoperativne informiranosti pacientov bi zmanjšali obseg njihovega strahu, povečali boljšo psihič-

no pripravljenost pacienta, zmanjšali stres in na ta način vplivali na boljšo in hitrejšo rehabilitacijo. Zato je pomemben predvsem poudarek na znanju tistih, ki podajajo pacientom in njihovim svojcem informacije predoperativno. Navsezadnje pridemo do dejstva, da sta teorija in praksa v zdravstvu močno povezana in da je pomembno tako formalno kot neformalno vseživljenjsko izobraževanje vseh zdravstvenih delavcev, ki delujejo ob pacientu.

LITERATURA

1. Anderson, E. A., Wallen, B. G., Mark, A. L. (1987). Dissociation of Sympathetic nerve activity to arm and leg during mental stress. *Hypertension* (Suppl 3), str. 114–119.
2. Battison, T. (1999). Premagujem stres. Ljubljana: DZS.
3. Berčič, I. (2005). Pomen lajšanja akutne in pooperativne bolečine. V A. Nunar Perko, I. Buček Hajdarevič (ur.), *Zbornik predavanj medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziji, intenzivni terapiji in transfuziologiji* (str. 36–42). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
4. Bogataj, M. (2010). Stres in bolezen. Diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede.
5. Božič, M. (2003). Stres pri delu. Priročnik za prepoznavanje in odpravljanje stresa pri delu poslovnih sekretarjev. Ljubljana: GV izobraževanje.
6. Buček Hajdarevič, I. in Kardoš, Z. (2000). Preprečevanje dejavnikov tveganja pred operativnim posegom in po njem. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 34 (4), 115–119.
7. Čudina, M. (2001). Tehnična akustika. Ljubljana: Fakulteta za strojništvo.
8. Filipič, I. (1998). Komunikacija v zdravstveni negi. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 32 (1,2), 221–225.
9. Hoyer, S. (2003). Učenje in vzgoja bolnikov v psihiatrični zdravstveni negi. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 37 (4), 267–272.
10. Hvala Dermol, H. (2000). Tudi beseda je lahko zdravilo. V *Zbornik predavanj strokovnega srečanja medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov*. Topolščica: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Pulmološka sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 26–27.
11. IASP. (2012). Pridobljeno 26. 4. 2013, s http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions.
12. Ivanuša, A. in Železnik, D. (2000). Osnove zdravstvene nege kirurškega pacienta. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
13. Klemenc, D. (2004). Medicinska sestra - zagovornica pacientovih pravic. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 38 (4), 287–296.
14. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. (2005). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije. Pridobljeno 10. 6. 2011, s http://www.dmszt-nm.si/media/pdf/kodeks_etike.pdf.
15. Kopič, M. (1989). Predoperativna priprava in pooperativna nega pri artroplastičnih posegih na kolkih. *Obzornik zdravstvene nege*, 23 (3), 251–256.
16. Kovačev, A. N. (1994). Neverbalno vedenje v socialni interakciji. Ljubljana: Psihološka obzorja – Društvo psihologov Slovenije.
17. Kovačev, A. N. (2004). Značilnosti in funkcije emocij ter njihov vpliv na socialno dinamiko. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Visoka šola za zdravstvo.
18. Ramsay, A., Goodfellow, J. in Jones, C. J. (1988). Mental stress and the induction of silent myocardial ischemia in patients with coronary artery disease. *New Engl J Med*, 318, 1005–1012.
19. Reeves, J. L. (2006). Preparation for surgery. Los Angeles: UCLA Medical Center. Pridobljeno 13. 6. 2012, s <http://www.cancerresources.mednet.ucla.edu/mindbody.htm>.

20. Seničar, A. (2006). Zagotovimo varnost pacienta – psihična priprava pacienta na operativni poseg. V Zbornik XXI (str. 7–18). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije - Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti.
21. Ščavničar, E. (2004). Celostna obravnava pojava bolečine v zdravstveni negi. Obzornik Zdravstvene Nege, 38 (2), 101–111.
22. Šilc, S. (2011). Je strah pred smrtjo normalen? Pridobljeno 26. 4. 2013, s <http://www.pogreb-ni-tabu.si/2011/11/je-strah-pred-smrtjo-normalen/>.
23. Tomori, M. (1998). Obravnava bolnika s shizofrenijo v družinskem sistemu. V M. Kocmur (ur.). Shizofrenija – čustvovanje, spoznavanje, življenje z drugimi. (str. 139–146) Ljubljana: Psihiatrična klinika.
24. Ventocilla, M. (2009). Angstbewaeltigung, soziale Unterstuetzung und die perioperative Anpassung von chirurgischen Intensivpatienten. Medizin Dissertation. Neuss: Die Medizinische Fakultät.
25. Vukajlović, S. M. (2012). Strah. Ljubljana: Nova akropola – kulturno društvo. Pridobljeno 20. 6. 2012, s <http://www.akropola.org/clanki/clanek.aspx?lit=130>.
26. Witzel, K., Kaminski, C., Struve, G. in Koch, H. J. (2008). Einfluss des Fernsehkonsums auf die Angst vor einer Operation. Salzburg: Chirurgische Universitätsklinik - Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, 5 (2), 1–5.
27. Zakon o pacientovih pravicah (2008). Uradni list Republike Slovenije, št. 18.

SPONZORJA

Krka, d. d., Novo mesto



Zavarovalnica Tilia, d. d., Novo mesto





Skrb za vaše zdravje je del nas.

*Poslanstvo našega farmacevtskega podjetja
je narediti dragocene trenutke še lepše
in bogatejše.*

*Naše poti so zato tlakovane z znanjem, visoko
tehnologijo in izdelki, ki izpolnjujejo
želje po zdravem življenju.*

*Naša prihodnost je med vodilnimi
farmacevtskimi generičnimi podjetji v svetu.*



www.krka.si

Živeti zdravo življenje.