

DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV NOVO MESTO
UNIVERZA V NOVEM MESTU FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE
SPLOŠNA BOLNIŠNICA NOVO MESTO

MENEDŽMENT – POMEMBEN DEJAVNIK UČINKOVITOSTI IN USPEŠNOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI

zbornik prispevkov

12. dnevi Marije Tomšič

Dolenjske Toplice, 17. januar 2020

Novo mesto, 2020

MENEDŽMENT – POMEMBEN DEJAVNIK UČINKOVITOSTI IN USPEŠNOSTI V
ZDRAVSTVENI NEGI
12. dnevi Marije Tomšič

Izdala / Publisher ©

Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede
University of Novo mesto Faculty of Health Sciences

Recenzirala / Outside Reviewer

Dr. Ljiljana Leskovic

Tehnično uredila / Technical Editors

Bojan Nose, Tanja Radovan

Naklada / Circulation

100

Za strokovno korektnost in jezikovno pravilnost odgovarjajo avtorji prispevkov.

Novo mesto, 2020

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

005:616-083(082)

DNEVI Marije Tomšič (12 ; 2020 ; Dolenjske Toplice)

Menedžment - pomemben dejavnik učinkovitosti in uspešnosti v zdravstveni
negi [Elektronski vir] : zbornik prispevkov / 12. dnevi Marije Tomšič,
Dolenjske Toplice, 17. januar 2020. - Novo mesto : Fakulteta za zdravstvene
vede = Faculty of Health Sciences, 2020

ISBN 978-961-94392-9-6

1. Gl. stv. nasl.

COBISS.SI-ID 303458048

VSEBINA

<i>Alenka Andolšek</i>	7
Zdravstvena administracija – del tima ali nujno zlo?	
<i>Andreja Gradišek</i>	9
Proces spreminjanja organizacijske kulture v Splošni bolnišnici Novo mesto	
<i>Ana Marija Lakner</i>	21
Vloga managementa pri preprečevanju in razreševanju mobinga v zdravstveni negi	
<i>Gorazd Laznik</i>	28
Transformacijsko vodenje – prvi izbor vodenja v zdravstveni negi	
<i>Edin Mahić, mag. Jožica Rešetič</i>	39
Vpliv motečih dejavnikov na delo medicinske sestre pri kakovostni in varni obravnavi pacienta v enoti intenzivne terapije	
<i>Mag. Hilda Maze</i>	58
Ukrepi menedžmenta zdravstvene nege za zadržanje medicinskih sester v bolnišnici	
<i>Mag. Jožica Rešetič</i>	65
Kaj narediti, ko te stresa stres?	

Predgovor

Letošnje srečanje Dnevi Marije Tomšič je namenjeno vodenju v zdravstveni negi. Pred vami je že 12. zbornik strokovnega srečanja, tokrat z naslovom »Menedžment – pomemben dejavnik učinkovitosti in uspešnosti v zdravstveni negi«.

Področje dela zdravstveno negovalnega tima je zdravstvena nega. Ta postaja vsak dan zahtevnejša, saj so zahtevnejše tako negovalne intervencije kot pacienti sami. Zaradi tega tudi proces zdravljenja in zdravstvene nege čedalje bolj temelji na medosebnih odnosih, ti pa pomembno vplivajo na kakovost in zadovoljstvo pri delu. Seveda ima pri tem pomembno vlogo ravno vodja.

Po mnenju mnogih teoretikov obstaja razlika med vodenjem zdravstvenih organizacij in vodenjem drugih organizacij, tudi menedžment zdravstvene nege se razlikuje od drugih. Kljub temu pa je mnogo dejavnikov, ki so potrebni za uspeh organizacije, enakih vsem. V današnjem hitro se spreminjajočem okolju in ob vplivih globalizacije ostajajo najmočnejša orožja za preživetje organizacije stalno prilagajanje in hitra odzivnost, znanje in razvoj, inovativen kader ter ustrezno motivirani in zavzeti zaposleni. Uspešnost organizacije pa se ne kaže samo v delu posamezne skupine, ampak tudi v medsebojnem sodelovanju med vsemi člani tima. Uspešnost narekuje tudi način komunikacije, saj nesporazumi in neutemeljena pričakovanja povzročajo največ izgub časa na delovnem mestu in so pogosto ključen razlog za zastoje v delovnih procesih in nezadovoljstvo zaposlenih. Nesporazumi tudi destruktivno vplivajo na motivacijo zaposlenih in posledično zmanjšujejo tempo dela ter zavzetost posameznikov. Ravno zato je vodenje v zdravstveni negi izrednega pomena. Uspešno vodenje med zaposlenimi je rezultat dobre komunikacije in ima ključno vlogo za kakovostno organizacijo dela v zdravstveni negi.

Ker so temelj učinkovitega in uspešnega zavoda ljudje in njihova kultura, je zato uspeh zavoda odsev uspešnosti posameznika in obratno. Medsebojno vplivanje je nedvomno navzoče in je eno od glavnih gibal razvoja ter rasti organizacije in ljudi, ki so v njej zaposleni. Izziv za vodje na področju zdravstvene nege pa je, da razvijejo novo miselnost, ki bo temeljila na človeških veččinah, integriteti in timskem pristopu dela.

*Simona Volf, univ. dipl. org.,
predsednica organizacijskega odbora*

Zdravstvena administracija – del tima ali nujno zlo?

POVZETEK - Digitalizacija in razvitost tehnologije sta prinesla spremembe v življenja posameznikov in na delovna mesta. Hitrost in enostavnost, ki jo ponujata moramo enačiti tudi z bolj zapletenimi vprašanji, ki se ob vseh teh spremembah in novostih pojavljajo. Ena izmed strok, ki je vpletena v spreminjajoče se vzorce, je zdravstvo. V procesu zdravljenja sodeluje več poklicnih skupin, nekatere bolj v ozadju, niso vidne, so pa zelo pomembne. Poleg zdravnika in medicinske sestre sodeluje morda reševalec, delavec v transportni službi, čistilka, vodja nekega oddelka, vodja zdravstvenega doma/bolnišnice ... V ozadju je tudi zdravstvena administracija. Spremembe in centralizacija so vplivale tudi na pozicioniranje in delovanje le-te.

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena administracija, zdravstveni tim, administrator

1 Uvod

Dejansko govorimo o povezovanju in vključevanju ne zdravstvenega kadra v proces zdravljenja. To pomeni ves čas spreminjajoče se opis del, nalog in potrebe po dodatnih znanjih in veščinah tudi za zaposlene v službi zdravstvene administracije.

2 Vloga zdravstvene administracije

Pa začnimo na začetku in se vrnimo v zgodovino. Drugačen sistem kot danes, na sploh v svetu in tudi v zdravstvu. Administratorka je bila dodeljena zdravniku oz ambulanti/oddelku in tipkala po nareku. Bila je del tima tiste ambulante/oddelka. Ko je zdravnik opravil pregled pacienta, ga je administratorka po nareku natipkala – takrat seveda na pisalni stroj. To je bilo njeno delo in administrativni delavec je bil del procesa pregleda pacienta in del tima tistega oddelka/ambulante. Z leti tehnološkega razvoja, informatizacijo, ... so se zgodile spremembe in centralizacija. Kar je prineslo drugačen način dela, drugo znanje, drugačno dojetanje, drugačne možnosti za delo. V sklopu centralizacije so administratorke premeščene iz oddelkov na druge lokacije, ki niso več del oddelka. V okviru bolnišnice so zaposleni v administraciji v svoji službi, službi zdravstvene administracije, skupaj so tim zdravstvene administracije. In kaj delajo? Veliko več kot prej. Od registracije pacienta, tipkanja, obračuna storitev, urejanje dokumentacije, vodenja čakalnih seznamov in še mnogo drugega. Govorimo o delovnem mestu, ki je prevečkrat spregledano, se o njem ne govori in ne

piše, kljub temu, da je mnogokrat ravno to prvi in zadnji stik s pacientom v njegovem procesu obravnave. Obseg del, ki jih administracija opravlja narekuje na nujnost poglobitve v proučevano tematiko. Potrebna znanja, sposobnosti, ki jih pri svojem delu potrebuje zaposleni v službi zdravstvene administracije, niso nikjer določena, so pa zelo obširna. Administracija mora osvojiti novosti, nove postopke, tehnologijo, se prilagajati trendom, mora ponotranjiti standardizacijo postopkov. Poznati mora zakonodajo s področja zdravstva in ki je povezana z zdravstvom. Poznati mora osnove managementa in znati komunicirati na eni strani s pacienti, na drugi z njihovimi svojci. Znati mora upravljati s ključnimi pisarniškimi deli, uspešna mora biti v rokovanju z računalniki, različnimi seznanji, tabelami in programi. Ravno tako mora znati evidentirati in obračunavati storitve, ki jih je opravil zdravnik, po potrebi izstaviti račun in pobrati denar. Spremembe se ves čas dogajajo tudi na področju pravil obračunavanja, zato je potreba po nenehnem usposabljanju zaposlenih v zdravstveni administraciji zelo pomembna.

Administracija torej povezuje različne službe v eni ustanovi. Nujna so izobraževanja namenjena administraciji, dodatna, tudi strokovna znanja. Vlaganje v vse te zaposlene je premajhno in delo premalo cenjeno.

3 Zaključek

Vloga administracije v zdravstvu je drugačna kot je bilo nekoč. Pisanje izvidov je postalo samo ena od mnogih nalog, ki jih administratorji opravljajo. Nujne so spremembe, najprej v smislu normativa, ki nam ga plačnik dodeli za delovno mesto zdravstvenega administratorja na tim. Delovne naloge zaposlenih v službi zdravstvene administracije in obseg le-teh se iz leta v leto povečuje in spreminja, zato bi bilo nujno, da se pri vseh spremembah v zdravstvu pomisli tudi na zaposlene v zdravstveni administraciji v smislu kot del tima, ki sodeluje v procesu zdravljenja pacienta. Za svoje delo potrebujejo dodatna znanja, potrebna so izobraževanja. Definirati bi bilo treba delovne naloge administratorjev in na podlagi dodeljenih nalog določiti normative – tako glede potrebe in števila kadra kot tudi obsega del in nalog, ki jih naj bi jih posameznik v službi zdravstvene administracije opravljal. Za lažje sodelovanje med bolnišnicami, za namene izmenjave podatkov, za primerjavo dela, bi bilo treba postopke standardizirati ter poenotiti dela in naloge zdravstvene administracije na nacionalnem nivoju. Varna, kakovostna, strokovna zdravstvena obravnava pacienta je cilj vsakega posameznika, ki deluje v procesu zdravljenja. Dosežemo jo lahko le z dobrim sodelovanjem različnih poklicnih skupin, ki sodelujejo v tem procesu zdravljenja, zato odgovor na uvodno vprašanje prepuščam vsakemu posamezniku.

Proces spreminjanja organizacijske kulture v Splošni bolnišnici Novo mesto

POVZETEK - Da lahko organizacija uspešno uveljavi svoje cilje in strategije, mora poznati prevladujočo organizacijsko kulturo med zaposlenimi, saj je od nje odvisno, kako se bodo spremembe, ki zahtevajo prožnost, inovacije, ustreznost in hitrost odzivanja, uspele izvesti v praksi. Namen prispevka je predstaviti proces spreminjanja organizacijske kulture v Splošni bolnišnici Novo mesto. Izvedena je bila neeksperimentalna kvantitativna metoda raziskovanja s tehniko anketiranja. Rezultati ankete so pokazali, da trenutno med zaposlenimi prevladuje organizacijska kultura trga, si pa v prihodnosti želijo organizacijsko kulturo klana. Raziskava je pokazala, da je kultura v preučevani organizacija kultura trga, usmerjena v rezultate, pomembno je, da je delo opravljeno, vodenje je ob vodji, ki je zahteven, tekmovalen in naredi, česar se loti, usmerjeno k preprečevanju nesmislov in doseganju ciljev. Zaposleni si v prihodnje želijo organizacijsko kulturo klana, kjer so si zaposleni med seboj pripravljeni pomagati, vodenje je usmerjeno k svetovanju in spodbujanju, značilnosti menedžmenta se kažejo kot delo s soglasjem in sodelovanjem. Prispevek je povzet po avtorjevi magistrski nalogi.

KLJUČNE BESEDE: organizacija, zaposleni, spremembe

1 Uvod

Organizacijsko kulturo (organizational culture) opredeljujemo kot celostni in korporativni sistem vrednot, norm, pravil, stališč, prepričanj, skupnih lastnosti, načinov izvajanja procesov in postopkov, vedenja in načinov delovanja zaposlenih, skupnih ciljev ter vrste in oblike interakcij tako znotraj poslovnega sistema kot z njegovim zunanjim okoljem, ki v sedanosti odražajo prakso skupne preteklosti in so obenem tudi pod vplivom občutka predvidene skupne prihodnosti pripadnikov posameznega poslovnega sistema. Preko vseh navedenih elementov se neka organizacijska kultura razvija, krepi, ohranja in obenem spreminja ter prenaša na nove sisteme (Mihalič, 2007, v Gradišek, 2018).

V Splošni bolnišnici Novo mesto se v zadnjih letih srečujemo z različnimi spremembami. Opazili smo, da določene spremembe zaposleni hitro sprejmejo in se jim tudi hitro prilagodijo. Določene večje spremembe, ki bi za sabo potegnile spremembe na vseh nivojih, pa se nikakor ne uspejo vpeljati. Mnenja smo, da tukaj igra pomembno vlogo tudi prevladujoča organizacijska kultura na posameznih področjih vpeljevanja sprememb (Gradišek, 2018).

Na podlagi dobljenih rezultatov pa bi lahko pričeli s spreminjanjem organizacijske kulture v Splošni bolnišnici Novo mesto.

2 Značilnosti organizacijske kulture po Cameronu in Quinnu

Avtorja v svojem delu opisujeta štiri tipe organizacijskih kultur. Opisani tipi štirih kultur predstavljajo idealne tipe kultur, ki jih v čisti obliki v organizacijah srečamo izjemoma.

Hierarhična kultura (hierarhija) temelji na birokratski organizacijski paradigmi, kot jo je definiral nemški pravnik, sociolog in zgodovinar Max Weber v začetku 20. stoletja.

Hierarhična organizacija je omogočila visoko stopnjo urejenosti in preglednosti. Linije odločanja so bile jasne, postopki so bili standardizirani. Poudarek je bil na notranji zgradbi in urejenosti. Ta paradigma organizacijske strukture je v industriji prevladovala do šestdesetih let prejšnjega stoletja. V številnih organizacijah, kjer je prevladujoča mehanska tehnologija, kjer imajo proizvodi dolg življenjski cikel in je trg zanje relativno stabilen, je še sedaj prevladujoča (Kavčič, 2010, v Gradišek, 2018). Voditelji so dobri in učinkoviti usklajevalci in organizatorji, organizacijo povezujejo predpisi in pravila, značilna je brezosebnost in specializacija. Pomembna merila so učinkovitost, pravočasnost, zanesljivost in nizki stroški. Skrb za sodelavce se kaže v varnosti zaposlitve in napovedljivosti (Cameron in Quinn, 2006, v Gradišek, 2018).

Tržna kultura je pravo nasprotje hierarhični organizaciji. Ta je nastala zaradi razvoja znanosti, ko so se razvile nove, bolj učinkovite tehnologije zaradi velikega povečanja produktivnosti človekovega dela, množične proizvodnje, družbe izobilja, povečanja konkurenčnosti na trgu itd. Označuje organizacije, ki delujejo kot trg. Usmerjene so predvsem navzven, na transakcije z zunanjimi deležniki, kot so dobavitelji, kupci, tržni mehanizmi, ponudbe in povpraševanja ter finančne menjave. Glavni cilji so ustvariti konkurenčno prednost organizacije na trgu, doseganje visokih rezultatov, moč v tržnih nišah, visok tržni delež ipd. Glavna vrednota organizacije postane njena dobičkonosnost. To dosega z visoko produktivnostjo, novimi proizvodi, zniževanjem stroškov, proizvodnjo, prilagojeno tržnim potrebam. Usmerjena je na rezultate, organizacijo povezuje želja po zmagovanju na trgu. Glavna naloga menedžerjev je povečevanje konkurenčne sposobnosti organizacije, doseganje visoke produktivnosti, visoke stopnje rasti in predvsem dobička (Kavčič, 2010, v Gradišek, 2018). Ljudje so prepričani, da družbeno okolje ni dobrohotno, tekmujejo in so usmerjeni k ciljem, zavzemajo se za ugled in uspeh organizacije. Voditelji so zahtevni, tekmovalni in trdi (Cameron in Quinn, 2006, v Gradišek, 2018).

Klanska kultura je bolj podobna kulturi družinskih firm: zaposlene združujejo skupne vrednote in cilji. Tipično za klansko kulturo je timsko delo, visoka stopnja sodelovanja zaposlenih pri odločanju v podjetju, skrb podjetja za zaposlene. Zaposleni so organizirani v polavtonomne delovne time, ki so plačani glede na skupinski (ne individualni) dosežek. Zaposleni so v veliki meri samostojni na delovnih mestih. Glavna naloga vodilnih je razvijati zaposlene, zato delujejo kot svetovalci ali celo

kot starši zaposlenih. Vodilni olajšujejo participacijo zaposlenih, pospešujejo njihovo pripadnost in lojalnost firmi. Sestavina takšne kulture je tudi solastništvo zaposlenih. Takšne firme so uspešne v turbulentnem delovnem okolju. Uspeh je definiran z dobro interno klimo in skrbjo za ljudi. Klanska kultura je prijeten delovni prostor, zaposleni imajo mnogo skupnega in so povezani med seboj. Organizacija deluje na podlagi soglasja (Kavčič, 2010, v Gradišek, 2018). Poglavitna sta timsko delo, sodelovanje in soglasje.

Ad hoc kultura. Ad hoc pomeni nekaj začasnega, enkratnega, novega, specializiranega za posamezen primer, prilagodljivega na nove razmere. Tako je tudi »adhokratska kultura« novejšega datuma. Pojavi se v hiper turbulentnem okolju 21. stoletja, ko so spremembe v organizacijah vse hitrejše. Ta kultura pravzaprav načelno odstopa od ostalih treh. Podlaga takšne kulture je prepričanje, da je firma lahko uspešna le ob visoki stopnji inovacij, ki so podjetniško uspešne. Takšne organizacije karakterizira visoka prilagodljivost novim razmeram. Delujejo na področjih, kjer so spremembe zelo hitre, zato morajo biti zelo dinamične. Tipična organizacijska oblika so skupine za posebne naloge, projekte. Skupina se zbere okrog projekta, dela na projektu do njegove uresničitve, potem pa se razide (Kavčič, 2010, v Gradišek, 2018). Voditelji so vizionarji, pripravljeni na tveganja in inovativni, ljudi spodbujajo k prevzemanju pobud in samostojnosti. Organizacijo povezuje zavezanost k poslušanju in inovacijam, pripravljenost na spremembe in sprejemanje izzivov. Dolgoročna usmeritev sta doseganje novih zmožnosti in rast (Cameron in Quinn, 2006, v Gradišek, 2018).

Model spreminjanja organizacijske kulture po Cameronu in Quinnu

Glavne sestavine modela povzame Kavčič (2010, v Gradišek, 2018) po Cameronu in Quinnu, 2006:

1. Teoretična izhodišča modela: Teoretična podlaga modela spreminjanja organizacijske kulture je opredelitev štirih idealnih tipov organizacijske kulture, ki smo jih opisali v poglavju Značilnosti organizacijske kulture po Cameronu in Quinnu.
2. Diagnoza obstoječe organizacijske kulture: Za diagnoziranje obstoječe strukture organizacijske kulture sta Cameron in Quinn izdelala merski instrument, imenovan OCAI (organizational culture assessment instrument = orodje za oceno organizacijske kulture).

Postopki vrednotenja:

- ugotovitev dominantnega tipa kulture v strukturi konkretne organizacije,
- ugotavljanje razlik med sedanjo in zaželeno kulturo,
- moč kultur, ki se kaže v številu točk, ki jih je posameznemu tipu pripisal ocenjevalec,
- usklajenost posameznih kategorij kulture, kar pomeni, da pri vsaki kategoriji posamezni odgovori enako močno podpirajo posamezni idealni tip kulture,
- primerjava s podobnimi organizacijami,
- trendi razvoja kulture organizacije.

Navedeni postopki vrednotenja ocen posamezne kulture omogočajo načrtovanje nadaljnjih ukrepov.

3. Uvajanje sprememb

Kavčič (2010, v Gradišek, 2018) povzame ob naštevanju šestih korakov za načrtovanje in uvajanje sprememb avtorja Camerona in Quinna (2006, str. 90–103):

- doseči soglasje o sedanji kulturi,
- doseči soglasje o zaželeni prihodnji kulturi,
- določiti, kaj v kulturi spremeniti in kaj ne.
- določiti zgodbe za sporočanje kulture (spremembe v organizacijski kulturi je najlažje sporočati v obliki zgodb),
- izdelati strateški akcijski načrt,
- razviti načrt uresničevanja.

3 Metode

3.1 Namen in cilji raziskave

Namen prispevka je predstaviti organizacijsko kulturo v zdravstveni organizaciji (Splošni bolnišnici Novo mesto) in predstaviti odgovora na raziskovalni vprašnji iz magistrske naloge:

1. RV 1: Kakšna organizacijska kultura trenutno prevladuje med zaposlenimi v Splošni bolnišnici Novo mesto?
2. RV 2: Kakšno organizacijsko kulturo si zaposleni v Splošni bolnišnici Novo mesto želijo v prihodnje?

Cilj je bil ugotoviti prevladujočo in želeno organizacijsko kulturo v Splošni bolnišnici Novo mesto.

3.2 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V raziskavi, ki smo jo izvedli med zaposlenimi v Splošni bolnišnici Novo mesto na internem in kirurškem oddelku, smo uporabili kvantitativno metodo raziskovanja, in sicer neeksperimentalno kvantitativno raziskovanje. Do primarnih podatkov smo prišli s pomočjo anketiranja. Uporabili smo primarne in sekundarne vire podatkov. Sekundarne vire smo pridobili s pomočjo sistematičnega iskanja strokovne domače in tuje literature v knjižnicah s pomočjo COBISS ter v bibliografski bazi. Do primarnih podatkov smo prišli s pomočjo anketiranja. Razdelili smo 100 anketnih vprašalnikov. Anketne vprašalnike smo dostavili glavnima medicinskima sestrama na internem in kirurškem oddelku, oni pa sta jih razdelili ostalim zaposlenim. Vsi anketiranci so odgovarjali na enaka vprašanja, postavljena po enakem vrstnem redu.

3.3 Opis merskega instrumenta in vzorca

Uporabili smo merski instrument, imenovan OCAI (organizational culture assessment instrument = orodje za oceno organizacijske kulture), katerega sta izdelala Cameron in Quinn.

V raziskavi so sodelovali zaposleni v Splošni bolnišnici Novo mesto, vključen je bil zdravstveno-negovalni kader internega in kirurškega oddelka. Za potrebe raziskave smo razdelili 50 anketnih vprašalnikov med zaposlene v zdravstveni negi na interni oddelek in 50 anketnih vprašalnikov med zaposlene na kirurški oddelek. Na kirurškem oddelku je bilo v obdobju anketiranja zaposlenih 75 medicinskih sester s srednješolsko izobrazbo in 13 medicinskih sester z višjo oziroma visokošolsko izobrazbo, skupaj 88 zaposlenih na področju zdravstvene nege na posameznih odsekih kirurškega oddelka. Na internem oddelku je bilo zaposlenih 50 medicinskih sester s srednješolsko izobrazbo in 13 medicinskih sester z višjo oziroma visokošolsko izobrazbo, skupaj 63 zaposlenih na področju zdravstvene nege na posameznih odsekih internega oddelka. Na obeh oddelkih skupaj je tako 151 od 450 (tj. 33,55 % vseh zaposlenih na področju zdravstvene nege) zaposlenih na področju zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Novo mesto. Delež anketirancev, ki so sodelovali v raziskavi, znaša 17,55 % in tako presega 5 % vseh zaposlenih na področju zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Novo mesto, zato lahko odgovore posplošimo na vse zaposlene na področju zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Novo mesto.

3.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Podatke smo zbirali maja 2018. Pridobljeni podatki iz anketnih vprašalnikov so prikazani grafično, tabelarno in opisno z računalniškim programom Microsoft Office Word, grafično in tabelarno predstavljene s pomočjo programa Microsoft Excel, statistično pa s programom IBM SPSS Statistics Version 20. Rezultati merjenih dimenzij so predstavljeni z aritmetično sredino (AS) in standardnim odklonom (SO).

4 Rezultati

V nadaljevanju so povzeti rezultati iz magistrskega dela z naslovom Vpliv organizacijske kulture na uvajanje sprememb avtorice Gradišek Andreje.

Vrnjenih in v celoti izpolnjenih smo prejeli 79 anketnih vprašalnikov, ki predstavljajo vzorec raziskave. In sicer z internega oddelka smo pridobili 36 v celoti izpolnjenih vprašalnikov, kar predstavlja 45,56 % anketirancev in s kirurškega oddelka 43 v celoti izpolnjenih vprašalnikov, kar predstavlja 54,43 % anketirancev.

4.1 Prevladujoča organizacijska kultura med zaposlenimi v Splošni bolnišnici Novo mesto

Pri prvem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo, kakšna organizacijska kultura trenutno prevladuje med zaposlenimi v Splošni bolnišnici Novo mesto. Vprašanje RV1 se je glasilo: Kakšna organizacijska kultura trenutno prevladuje med zaposlenimi v Splošni bolnišnici Novo mesto?

Pri analizi prvega raziskovalnega vprašanja smo uporabili spremenljivke organizacijske kulture, ki so bile sestavljene iz sledečih vsebinskih sklopov: Prevladujoče

značilnosti organizacije, Vodenje v organizaciji, Timsko delo, Organizacijska povezanost, Poudarjene strategije in Doseganje uspeha.

Kot je razvidno iz podatkov, zbranih v tabeli 1, trenutno med zaposlenimi prevladuje organizacijska kultura tipa trg, sledi ji kultura hierarhije, nato kultura adhokracije in kot zadnja kultura klana. Anketiranci so se opredelili za kulturo trga v štirih od šestih sklopov, in sicer: Prevladujoče značilnosti organizacije, Vodenje v organizaciji, Timsko delo in Poudarjene strategije. V dveh sklopih pa so se opredelili za organizacijsko kulturo hierarhije, in sicer v sklopih: Organizacijska povezanost in Doseganje uspeha. Iz rezultatov raziskave lahko trdimo, da trenutno med zaposlenimi v Splošni bolnišnici Novo mesto prevladuje organizacijska kultura tipa trg.

Tabela 1: Sklopi spremenljivk organizacijske kulture (sedanje stanje)

Sklop	Tip kulture	Sedanje stanje	
		Aritmetična sredina	Standardni odklon
Prevladujoče značilnosti organizacije	Klan	17,53	14,608
	Adhokracija	18,42	15,474
	Trg	34,75	20,907
	Hierarhija	29,43	18,553
Vodenje v organizaciji	Klan	12,23	9,977
	Adhokracija	24,62	17,61
	Trg	32,2	20,582
	Hierarhija	31,33	17,389
Timsko delo	Klan	20,35	18,423
	Adhokracija	25,44	18,712
	Trg	36,84	22,957
	Hierarhija	17,75	14,184
Organizacijska povezanost	Klan	17,35	13,425
	Adhokracija	21,33	13,745
	Trg	28,8	21,68
	Hierarhija	33,59	21,485
Poudarjene strategije	Klan	15,76	12,986
	Adhokracija	17,41	12,906
	Trg	38,29	23,176
	Hierarhija	28,29	21,925
Doseganje uspeha	Klan	17,28	13,029
	Adhokracija	26,96	15,961
	Trg	27,41	17,648
	Hierarhija	28,35	17,499

Vir: Gradišek, 2018.

V sklopu Prevladujoče značilnosti organizacije prevladuje organizacijska kultura trga. Najpomembnejše je, da je delo opravljeno. Zaposleni so med seboj zelo tekmovalni in usmerjeni k izvrševanju nalog. Pri trditvi »Najbolj pomembno je, da je delo

opravljeno« so podali vprašani najvišjo povprečno oceno trenutnega stanja. Standardni odklon pri tem znaša 20,907 ob aritmetični sredini 34,75, kar znaša več kot 1/3 vrednosti aritmetične sredine.

V sklopu Vodenje v organizaciji prevladuje oblika vodenja, ki je značilna za organizacijsko kulturo trga. Anketirani menijo, da je vodenje v bolnišnici usmerjeno predvsem k preprečevanju nesmislov in doseganju ciljev. Vodja je zahteven, tekmovalen, naredi, česar se loti. Zaposleni so za ta sklop izrazili najvišjo stopnjo strinjanja v trenutnem stanju. Pri tem znaša standardni odklon 20,582 ob aritmetični sredini 32,2, kar znaša več kot 1/3 vrednosti aritmetične sredine.

V sklopu Timsko delo se anketiranci prevladujoče strinjajo s trditvijo, ki označuje organizacijsko kulturo trga, in sicer menijo, da se značilnost menedžmenta bolnišnice kaže kot izražena tekmovalnost, visoke zahteve in poudarek na izvrševanju. Pri tem znaša standardni odklon 22,957 ob aritmetični sredini 36,84, kar znaša več kot 1/3 vrednosti aritmetične sredine.

V sklopu Organizacijske povezanosti so se anketiranci v največji meri odločili za trditev, ki označuje značilnost organizacijske kulture hierarhije, in sicer menijo, da bolnišnico povezujejo ustaljeni predpisi, pravila in red. Pomembno je, da delo tekoče poteka. Standardni odklon znaša 21,485 ob aritmetični sredini 33,59, kar znaša več kot 1/3 vrednosti aritmetične sredine.

V sklopu Poudarjene strategije prevladuje trditev, ki označuje značilnost organizacijske kulture trga in pravi, da je trenutno v bolnišnici poudarek na tekmovalnem delovanju ter doseganju rezultatov. Prevladujejo visoko postavljeni cilji in njihovo doseganje. Standardni odklon znaša 23,176 ob aritmetični sredini 38,29, kar znaša več 1/3 vrednosti aritmetične sredine.

V sklopu Doseganje uspeha so se anketiranci prevladujoče opredelili za trditev, ki je značilna za organizacijsko kulturo hierarhije, in sicer anketiranci menijo, da v bolnišnici merila za uspeh temeljijo na učinkovitosti, ki se kaže s pravočasnostjo, tekočim delovanjem, zanesljivostjo ter stroškovno učinkovitostjo. Pri tem znaša standardni odklon 17,499 ob aritmetični sredini 28,35, kar je več kot 1/3 vrednosti aritmetične sredine.

V vseh šestih sklopih standardni odklon znaša več kot 1/3 vrednosti aritmetične sredine, kar kaže, da so odgovori relativno neenotni.

4.2 Zelena organizacijska kultura med zaposlenimi v Splošni bolnišnici Novo mesto

Pri drugem raziskovalnem vprašanju smo želeli izvedeti, kakšno organizacijsko kulturo si zaposleni želijo v prihodnosti. Vprašanje RV2 se je glasilo: Kakšno organizacijsko kulturo si zaposleni v Splošni bolnišnici Novo mesto želijo v prihodnje?

Kot je razvidno iz podatkov, zbranih v tabeli 2, si zaposleni v prihodnje želijo organizacijsko kulturo klana, sledi ji organizacijska kultura hierarhije, nato organizacijska kultura adhokracije in kot zadnja organizacijska kultura trga. Anketiranci so se

opredelili za organizacijsko kulturo klana v vseh šestih sklopih. Zato lahko trdimo, da si zaposleni v Splošni bolnišnici Novo mesto v prihodnje želijo organizacijsko kulturo klana.

Tabela 2: Sklopi spremenljivk organizacijske kulture (zeleno stanje)

Sklop	Tip kulture	Zeleno stanje	
		Aritmetična sredina	Standardni odklon
Prevladujoče značilnosti organizacije	Klan	45,13	24,125
	Adhokracija	22,15	16,903
	Trg	14,11	12,449
	Hierarhija	18,67	14,203
Vodenje v organizaciji	Klan	36,52	21,563
	Adhokracija	21,71	13,153
	Trg	22,05	18,272
	Hierarhija	19,47	15,255
Timsko delo	Klan	40,25	24,637
	Adhokracija	14,78	13,07
	Trg	13,19	14,389
	Hierarhija	31,52	23,361
Organizacijska povezanost	Klan	44,62	23,021
	Adhokracija	18,11	12,284
	Trg	12,84	12,331
	Hierarhija	24,05	17,433
Poudarjene strategije	Klan	45,13	21,676
	Adhokracija	22,72	13,559
	Trg	12,28	11,816
	Hierarhija	19,49	15,537
Doseganje uspeha	Klan	45,89	23,394
	Adhokracija	17,78	13,125
	Trg	13,67	12,448
	Hierarhija	22,53	17,829

Vir: Gradišek, 2018.

V sklopu Prevladujoče značilnosti organizacije si anketiranci želijo, da bi se izpolnila trditev, ki je značilna za organizacijsko kulturo klana. Želijo si, da bi bila bolnišnica prijateljska organizacija, kjer bi bili zaposleni kot velika družina in bi si bili med seboj pripravljeni pomagati. Standardni odklon znaša 24,125 ob aritmetični sredini 45,13, kar je več kot 1/3 vrednosti aritmetične sredine.

V sklopu Vodenje v organizaciji si anketiranci želijo, da bi prevladovala organizacijska kultura klana, kar pomeni, da si želijo, da bi bilo vodenje v bolnišnici usmerjeno predvsem k svetovanju, spodbujanju, usklajevanju in vzgoji zaposlenih. Vodja bi odpiral nove poti, vzgajal in igral očetovsko vlogo. Pri tem je standardni odklon 21,563 ob aritmetični sredini 36,52, kar znaša več kot 1/3 vrednosti aritmetične sredine.

V sklopu Timsko delo si zaposleni predvsem želijo, da bi se organizacijska kultura izražala v trditvi, ki je značilna za organizacijsko kulturo klana, in sicer si želijo, da

bi se menedžment bolnišnice kazal kot delo s soglasjem in sodelovanjem. Standardni odklon znaša 24,637 ob aritmetični sredini 40,25, kar je več kot 1/3 vrednosti aritmetične sredine.

V sklopu Organizacijska povezanost se želje anketirancev izražajo v trditvi, značilni za organizacijsko kulturo klana. Anketiranci si želijo bolnišnico, za katero je značilna poštenost, odkritost in medsebojno zaupanje, ob tem pa so cilji bolnišnice visoki. Tej trditvi so podali anketiranci najvišjo mero zaupanja. Standardni odklon znaša 23,021 ob aritmetični sredini 44,62, kar je več kot 1/3 vrednosti aritmetične sredine.

V sklopu Poudarjene strategije si vprašani želijo, da bi bila le-ta izražena skozi trditev, značilno za organizacijsko kulturo klana. Torej si anketiranci želijo, da je v bolnišnici poudarek na razvoju zaposlenih, kjer je opaziti visoko stopnjo zaupanja, odprtosti in sodelovanja med zaposlenimi. S to trditvijo so se najbolj strinjali, pri čemer znaša standardni odklon 21,676 ob aritmetični sredini 45,13. Odklon je večji od 1/3 vrednosti aritmetične sredine.

V sklopu Doseganje uspeha si zaposleni želijo, da bi organizacijska kultura temeljila na trditvi, značilni za organizacijsko kulturo klana, kar pomeni, da si želijo, da bi v bolnišnici merila za uspeh temeljila na razvoju človeških virov, timskem delu, nalogah zaposlenih in skrbi za zaposlene. Želijo si, da bi bili pomembni složnost, vzdušje v organizaciji in osebni razvoj sodelavcev. Tej trditvi so dodelili najvišjo stopnjo strinjanja. Standardni odklon znaša 23,394 ob aritmetični sredini 45,89, kar je več kot 1/3 vrednosti aritmetične vrednosti.

V vseh šestih sklopih standardni odklon znaša več kot 1/3 vrednosti aritmetične sredine, zato so odgovori relativno neenotni.

V raziskavi smo ugotovili, da so se anketiranci opredelili za kulturo trga v štirih od šestih sklopih, in sicer: Prevladujoče značilnosti organizacije, Vodenje v organizaciji, Timsko delo in Poudarjene strategije, medtem ko so se v dveh sklopih opredelili za organizacijsko kulturo hierarhije, in sicer v: Organizacijska povezanost in Doseganje uspeha. Zato lahko trdimo, da trenutno med zaposlenimi v Splošni bolnišnici Novo mesto prevladuje organizacijska kultura trga, ki ji sledi kultura hierarhije in nobena od teh dveh kultur ni pozitivno usmerjena v uvajanje sprememb. Tudi pri pregledu rezultatov, ki nakazujejo zeleno organizacijsko kulturo v prihodnosti, smo ugotovili, da si zaposleni v prihodnje želijo organizacijsko kulturo klana, sledi ji organizacijska kultura hierarhije, nato organizacijska kultura adhokracije in kot zadnja organizacijska kultura trga. Anketiranci so se opredelili za organizacijsko kulturo klana v vseh šestih sklopih. Trdimo lahko, da si zaposleni v Splošni bolnišnici Novo mesto v prihodnje želijo organizacijsko kulturo klana.

Kot smo že ugotovili, anketiranci menijo, da je trenutno prevladujoča organizacijska kultura trga, sledi ji kultura hierarhije, v prihodnosti pa si zelo želijo značilnosti organizacijske kulture klana, ki ji sledi organizacijska kultura hierarhije. Izmed vseh naštetih je pozitivno usmerjena v uvajanje sprememb samo organizacijska kultura klana.

5 Razprava

Naše prvo raziskovalno vprašanje se je nanašalo na ugotavljanje tipa organizacijske kulture, ki trenutno prevladuje med zaposlenimi v Splošni bolnišnici Novo mesto. Z raziskavo smo ugotovili, da med zaposlenimi prevladuje organizacijska kultura tipa trg. Dobljeni rezultat nas je presenetil, saj smo predvidevali, da med zaposlenimi prevladuje organizacijska kultura tipa hierarhija. Glede na značilnosti tržno usmerjene organizacijske kulture, za katero je pomembno, da je delo opravljeno in so zaposleni med seboj zelo tekmovalni ter usmerjeni v izvrševanje nalog, lahko sklepamo, da je do prevlade omenjene organizacijske kulture prišlo v zadnjih letih ob nastopu novega vodstva in postavitvi novih ciljev ter strategij organizacije. Tudi vodenje bolnišnice je po mnenju anketirancev tržno usmerjeno, saj menijo, da so vodje zahtevni, tekmovalni in naredijo, česar se lotijo. Način vodenja je usmerjen predvsem v preprečevanje nesmislov in v doseganje ciljev. Ravno tako so zaposleni menili, da izstopa strategija dela, ki je značilna za tržno usmerjeno organizacijsko kulturo. Menijo, da prevladujejo visoko postavljeni cilji in njihovo doseganje, da je v bolnišnici poudarek na tekmovalnem delovanju in doseganju rezultatov. Zanimivo je, da zaposleni menijo, da našo bolnišnico povezujejo ustaljeni predpisi, pravila in red ter da je ob tem pomembno, da delo poteka tekoče, kar pa so značilnosti organizacijske kulture hierarhije. Ravno tako menijo, da bolnišnična merila za uspeh temeljijo na učinkovitosti, ki se kaže s pravočasnostjo, tekočim delovanjem, zanesljivostjo in stroškovno učinkovitostjo, kar pa so zopet značilnosti hierarhično usmerjene organizacijske kulture. Zanimivo je, da sicer dobljeni rezultati raziskave kažejo, da med zaposlenimi prevladuje organizacijska kultura trga, vendar se z nekaj značilnostmi kaže tudi organizacijska kultura hierarhije. Rezultati nas ne skrbijo, saj sta že avtorja Cameron in Quinn v svojem delu ugotavljala, da čistih organizacijskih kultur ni in da so vedno v organizaciji prisotne značilnosti več različnih organizacijskih kultur, da pa se navadno izkaže, da ena posebej prevladuje.

Nadalje smo ugotavljali, kakšno organizacijsko kulturo si zaposleni želijo v prihodnje. Rezultati so pokazali, da so se zaposleni v vseh šestih sklopih (Prevladujoče značilnosti organizacije, Vodenje v organizaciji, Timsko delo, Organizacijska povezanost, Poudarjene strategije, Doseganje uspeha) opredelili za trditve, ki so značilne za organizacijsko kulturo klana. Tudi Rupena (2014, str. 132) je v svoji raziskavi prišla do podobnih rezultatov, saj je ugotavljala, da si tudi v organizaciji X zaposleni želijo v prihodnosti organizacijsko kulturo tipa klan. Zaposleni si želijo, da bi bila bolnišnica bolj prijateljska organizacija, kjer bi bili kot ena velika družina in bi si bili med seboj pripravljene pomagati. Želijo si novih načinov vodenja, kjer bi vodje svetovali, spodbujali, usklajevali in vzgajali zaposlene. Vodja naj bi sicer odpiral nove poti, ob tem vzgajal in igral nekakšno očetovsko vlogo. Tudi način timskega dela naj bi se v bodoče kazal kot delo s soglasjem in sodelovanjem, zaposleni si želijo biti slišani, upoštevani in imeti možnost sodelovanja pri odločitvah. V praksi se je izkazalo, da si zaposleni sicer želijo biti slišani, upoštevani, da pa si ne želijo sodelovati pri načrtovanju posameznih projektov. Kot najbolj pogost izgovor se uporablja, da

nimajo časa za delo na projektih in da to ne sodi v njihov delokrog znanja. V bodoče si zaposleni želijo bolnišnico, za katero bi bila značilna poštenost, odkritost in medsebojno zaupanje. Bolnišnica bi morala po mnenju anketirancev v prihodnosti dajati poudarek na razvoju zaposlenih z visoko stopnjo zaupanja, odprtosti in sodelovanja. Bolnišnična merila za uspeh bi morala temeljiti na razvoju človeških virov, timskem delu, nalogah zaposlenih in skrbi za zaposlene. Po mnenju anketirancev so v bodoče pomembni složnost, vzdušje v organizaciji in osebni razvoj zaposlenih. Rezultati so nas navdali z upanjem, saj je klanska organizacijska kultura fleksibilna in ima značilnosti, ki so bolj nagnjene k sprejemanju nečesa novega in s tem k manjšim uporom ob uvajanju sprememb. Rezultati so pokazatelj, da je nastopil čas za premislek in spremembe. Vpeljevanje nove kulture v skladu z obstoječimi cilji in strategijo je proces, pri katerem bo potrebno tesno sodelovanje vodstva bolnišnice in vseh zaposlenih.

6 Zaključek

V Splošni bolnišnici Novo mesto se v zadnjih letih srečujemo z različnimi spremembami. Opazili smo, da določene spremembe zaposleni hitro sprejmejo in se jim tudi hitro prilagodijo. Določene večje spremembe, ki bi za sabo potegnile tudi spremembe na nižjih nivojih, pa se nikakor ne uspejo vpeljati. Mnenja smo, da tukaj igra pomembno vlogo prevladujoča organizacijska kultura na posameznih področjih vpeljevanja sprememb. Posledice so lahko usodne, ne le neuspeh programov spreminjanja organizacijske kulture, ampak celo rušenje vrednot in norm, ki so bile v preteklosti uspešne. Potrebno bi bilo ustvariti takšno organizacijsko kulturo, v kateri so izboljšave delovnega procesa samoumeven del vsakdanjika, kar pa bi lahko dosegli z večanjem deleža zaposlenih, ki bi sprejeli in ponotranjili značilnosti organizacijske kulture klana. Nenazadnje je ta kultura tudi v prihodnje najbolj zaželena.

V raziskavi smo ugotovili, da bi bilo smiselno spremeniti organizacijsko kulturo zaposlenih. Za spremembo organizacijske kulture predlagamo uporabo šestih korakov, ki jih opisujeta Cameron in Quinn ob razvijanju ter zagotavljanju spremembam podpornega okolja in pripravljenosti zaposlenih na spremembe. Za zmanjšanje odpora do sprememb predlagamo aktivno vključevanje zaposlenih v proces načrtovanja sprememb in kasneje tudi izvedbo spremembe. Potrebno je zagotavljanje uspešne komunikacije med vodstvom in zaposlenimi, saj se pogosto dogaja, da zaposleni niso dobili vseh potrebnih informacij o spremembi, kar je pripeljalo do upora. Zaposlenim je potrebno razložiti in pojasniti, kaj bo posamezna sprememba pomenila zanje in v končni fazi tudi, kakšno korist bodo zaposleni imeli od spremembe. Saj smo že v raziskavi ugotovili, da se zaposleni pridružujejo mnenju, da spremembe niso v njihovo korist. Se pa zavedajo, da spremembe pomenijo boljšo obravnavo za paciente.

Glede na to, da je Splošna bolnišnica Novo mesto v sanaciji, ki zahteva pozitivno finančno poslovanje bolnišnice, je kultura tipa trg dokaj logična. Verjamemo, da bo tej kulturi, ko se bolnišnica sanira iz dolgoletnega negativnega poslovanja, postopno sledila kultura skupine oziroma klana.

LITERATURA

1. Cameron, K. R. in Quinn, R. E. (2006). *Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on The Competing Values Framework*. Revised Edition. The Jossey-Bass. Business&Management Series.
2. Gradišek, A. (2018). *Vpliv organizacijske kulture na uvajanje sprememb v Splošni bolnišnici Novo mesto* (Magistrsko delo). Novo mesto: Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede.
3. Kavčič, B. (2010). *Organizacijska kultura*. Celje: Fakulteta za komercialne in poslovne vede.
4. Mihalič, R. (2007). *Upravljam organizacijsko kulturo in klimo: praktični nasveti, metodologija, interni akt in model usposabljanja za celostno upravljanje, učinkovito merjenje in uspešen razvoj ustrezne in spodbudne organizacijske kulture in klime*. Škofja Loka: Mihalič in Partner d. n. o.

Vloga managementa pri preprečevanju in razreševanju mobinga v zdravstveni negi

POVZETEK - Mobing pomeni psihično nasilje na delovnem mestu in lahko nastane med sodelavci ali med nadrejenim in podrejenim. Posledice lahko pusti tako na zaposlenih kot tudi na oskrbi pacientov in navsezadnje tudi na sami organizaciji. Prispevek v uvodu teoretično predstavi, kakšne so posledice mobinga za zaposlene in zdravstveno nego. Ključno vlogo pri preprečevanju in razreševanju mobinga ima vodja, zato smo v drugem delu članka predstavili rezultate intervjuja s štirimi vodjami dveh različnih ustanov. Ugotovili smo, da bi vodje pri pojavu mobinga uporabili različne ukrepe in sicer vodje v X ustanovi bi ukrepali s pisno prijavo, disciplinskim postopkom, vodje v Y ustanovi bi pristopili z ozaveščanjem zaposlenih o mobingu in kazenskimi sankcijami. Nadalje nihče med intervjuvanimi ni sodeloval pri razreševanju mobinga med zaposlenimi. Intervjuvanka ustanove IX navaja pogoste konfliktno situacije, ki jih povezuje z naravo dela. Udeleženci raziskave so mnenja, da je preprečevanje mobinga možno doseči z odprto komunikacijo, dobrimi medsebojnimi odnosi in rednimi timskimi sestanki med zaposlenimi v zdravstveni negi.

KLJUČNE BESEDE: mobing, vodja, zdravstvena nega

1 Uvod

Ustrahovanje na delovnem mestu v zdravstveni negi je v zadnjem desetletju postalo resen in naraščajoč problem, ki prizadene pomemben delež zdravstvenih delavcev. Zaradi negativnih posledic na zdravje in dobro počutje zaposlenih, kvaliteto oskrbe bolnikov ter s tem tudi na uspešnost organizacije je ključnega pomena preprečevanje in ozaveščanje o mobingu. Mobing v Sloveniji prevajamo kot trpinčenje na delovnem mestu, Zakon o delovnih razmerjih (2013) pa ga definira kot »vsako ponavljajoče se ali sistematično, graje vredno ali očitno negativno in žaljivo ravnanje ali vedenje, usmerjeno proti posameznim delavcem na delovnem mestu ali v zvezi z delom«. Posameznik je zaradi mobinga potisnjen v položaj nemoči, kjer nima zaščite in kjer tudi ostaja zaradi ponavljajočih se dejanj mobinga. Ta dejanja se ponavljajo zelo pogosto, najmanj enkrat tedensko, in trajajo dalj časa, najmanj pa 6 mesecev.

O sistematičnem mobingu govorimo na primer takrat, ko ima posameznik jasen cilj, da sodelavca očrni in onemogoči pri delu ter s tem pridobi določeno korist in v ta namen redno izvaja določene »aktivnosti«, da lahko zastavljeni cilj doseže. Pomembno pa je vedeti, da vsako posamezno neprimerno ravnanje še ni mobing in da v mobing preraste v primeru, če se pojavlja dalj časa (Zajc, 2014; Turk, 2017).

1.1 Mobing v zdravstveni negi

Mobing na delovnem mestu je v vsakem primeru nesprejemljiv, še posebej pa je zaskrbljujoč, ko se pojavi v zdravstvenih organizacijah, saj predstavlja tveganje ne le za naše sodelavce temveč tudi za bolnike. Nekatera disciplinska področja zdravstvene nege so bolj nagnjena k mobingu; med takšnimi so operacijska dejavnost, urgentna dejavnost ter nekatere druge kirurške veje, ki lahko vzpodbudijo mobing zaradi visoke stopnje stresa, pomanjkanja spanja, visokih delovnih obremenitev in napačne komunikacije (Ofluoglu in Somunoglu, 2012). Nekateri kirurgi včasih ustrahujejo sodelavce z izgovorom, da to počnejo »v imenu svojih pacientov«. Okoliščine, ki so še posebej primerne za nastanek tovrstnega vedenja, vključujejo urgentne primere, ki so najpogostejši v operacijskih prostorih. Težke situacije, s katerimi se srečujejo med operacijo in ki zahtevajo takojšnjo pozornost, kot tudi zelo nagle spremembe v načrtu oskrbe pacienta, privedejo do ustrahovanja in v tem primeru je lahko neposredno in posredno ogrožena varnost bolnika, saj so tisti, ki so nadlegovani, bolj nervozni in bodo zaradi svoje tesnobe najverjetneje slabše opravili svoje delo. Dolgoročno to lahko vpliva na znižanje njihove morale, zmanjšanje produktivnosti pri delu in večjo odstotnost z dela. Tako zdravniki kot tudi medicinske sestre bi morali biti pripravljeni obojestransko spoštovati svoje vloge ter si medsebojno prizadevati, da bi dosegli skupni cilj – skrb za paciente (Gorgulu idr., 2014).

Mobing na delovnem mestu lahko vodi tudi do tožb, izgube dobička ter negativnega vpliva na ugled organizacije. Prav tako povečuje stres zaposlenih z že tako napornimi in zahtevnimi poklici, prispeva k izgorelosti zaposlenih ter lahko talentirane in skrbne ljudi odžene iz zdravstvenih poklicev. V primeru pomanjkanja zaposlenih z nadzornimi funkcijami se slabša stopnja varnosti in oskrbe bolnikov (Zacharova, 2014).

Empirične raziskave o mobingu na delovnem mestu v zdravstvu so opredelile nekatere spremenljivke, kot so delovne obremenitve, stalen nadzor, nejasnost delovne vloge, konflikt in organizacijske spremembe kot ključne elemente, ki napovedujejo nastanek mobinga na delovnem mestu. Najpogostejša dejanja mobinga v zdravstveni negi so verbalni napadi v zvezi z delovnimi zadolžitvami, kričanje na žrtve, nespoštljiva komunikacija, zamolčanje pomembnih informacij za delo in dodeljevanje tistih delovnih opravil, ki ne ustrezajo žrtvinim kompetencam. Preprosto povedano, nasilje v zdravstveni negi je nekaj, kar je zastrašujoče in moteče ter ne vzpodbuja odprtih in harmoničnih odnosov, ki so potrebni za zagotavljanje varne in učinkovite oskrbe (Selić idr., 2012).

Vodja se lahko znajde v štirih vlogah mobinga, in sicer kot vršilec oziroma izvajalec mobinga, kot preprečevalec, kot razreševalec ali pa kot žrtev mobinga (Zajc, 2014). V nadaljevanju je poudarek le na dveh vlogah vodij, vlogi preprečevalca in vlogi razreševalca.

2 Metoda

2.1 Namen in cilj raziskave

Namen raziskave je ugotoviti in prikazati, kako vodje posameznih oddelkov preprečujejo in razrešujejo mobing v zdravstveni negi v dveh različnih ustanovah (v nadaljevanju ustanova x in ustanova y).

Najpomembnejši cilj je analizirati in primerjati uporabo ukrepov vodij v zdravstveni negi pri pojavu mobinga med zaposlenimi v zdravstveni negi. Naslednji cilj raziskave je predstaviti zaposlenim v zdravstveni negi, kaj je mobing in kakšni so ukrepi za njegovo preprečevanje in razreševanje.

2.2. Raziskovalna metodologija

Pri izvedbi raziskave smo uporabili kvalitativno raziskavo. Za namene naše raziskave smo uporabili metodo intervjuvanja. Za to metodo smo se odločili, ker nas zanima individualno mnenje vodij ustanove x in ustanove y, odgovore pa želimo med seboj primerjati. Uporabili smo strukturiran intervju s 4 vprašanji odprtega tipa, saj nam s svojo objektivnostjo in enakopravnostjo med intervjuvankami omogoča, da zbrane podatke med seboj objektivno primerjamo in izpeljemo zelene zaključke. Najprej bomo tabelarno predstavili strnjene odgovore vodij po vprašanjih (kvalitativna analiza intervjujev), nato pa se bomo osredotočili na primerjavo teorije in prakse ter na primerjavo ustanove x in ustanove y pri preprečevanju in razreševanju mobinga.

2.3 Opis vzorca

Z metodo intervjuja smo nameravali izvesti 6 intervjujev, vendar smo dobili odgovore le štirih posameznih vodij. V ustanovi x je odgovorila ena vodja enote, diplomirana medicinska sestra, in ena vodja enote, zdravnica. V ustanovi y je prav tako odgovorila ena vodja enote, diplomirana medicinska sestra, in ena vodja enote, zdravnica (v nadaljevanju vodja 1 x, vodja 2 x, vodja 1 y, vodja 2 y).

2.4 Potek zbiranja podatkov

Vprašanja so bila poslana po elektronski pošti v mesecu oktobru 2019; odgovore smo prejeli v istem mesecu. Vse intervjuvanke so redno zaposlene v omenjenih ustanovah, bile pa so tudi seznanjene z dejstvom, da bodo njihovi odgovori uporabljeni samo za potrebe članka.

3 Rezultati

Tabela 1: Kvalitativna analiza intervjujev

Vprašanje	Vodja 1 x	Vodja 2 x	Vodja 2 y	Vodja 2 y
<i>Kaj za vas pomeni mobing v zdravstveni negi?</i>	Kontinuirano trpinčenje, ponavadi trpinči nadrejena oseba podrejeno. Izvaja se ponavadi zaradi diskreditacije osebe, zmanjšanja ugleda. Nekateri delavci si lahko napačno razlagajo mobing. Pod mobing štejejo druge neprijetnosti, ki jih občutijo na delovnem mestu.	Mobing razumem kot izvajanje psihičnega nasilja nad zaposlenimi. Grožnje, žaljenje, onemogočanje napredovanja – vse za doseg želenega cilja.	Vsako vedenje, ki točno določeni osebi povzroči negativne občutke. Vpliva na posameznikovo profesionalno in osebno življenje. Izvajajo ga z namenom izolacije sodelavca, da bi ta zamenjal ali izgubil službo.	Vznemirjanje in psihično teroriziranje drugih.
<i>Kakšni so vaši ukrepi za preprečevanje mobinga?</i>	Jasna določitev nalog posameznikom, odprta in poštena komunikacija. Potrebna je odprta in poštena komunikacija. Mobinga ne smemo podcenjevati in nanj neukrepati.	Nihče si ne zasluži, da se nad njim izvaja mobing. Svoje nezadovoljstvo oz. želeni cilj lahko izrazi s primerno strokovno komunikacijo.	Odperta komunikacija znotraj tima. Vsi zaposleni vedo, da lahko kadarkoli pristopijo do vodje oddelka. Izvajamo redne timske sestanke, na katerih lahko vsak pride do besede.	Pogovori v domačem okolju, sprostivne aktivnosti, pogovor s sodelavci na delovnem mestu.
<i>Kakšni so vaši predlogi za izboljšanje razreševanja mobinga?</i>	V prvi meri pogovor, opazovanje, ponovni pogovor. Pisna prijava osebam, ki so za to odgovorne – pravna služba. Po prijavi je potrebno preveriti, kaj se s tem dogaja.	Odločni ukrepi nad izvajalci s strani delovne organizacije, disciplinski postopek.	Predlagam oblikovanje delovne skupine, ki bi ozaveščala o mobingu, več obveznih predavanj na temo mobinga.	Kazenske sankcije izvajalcem mobinga na področju organizacije ali nato na višji ravni, ravni države.
<i>Ali ste se že srečali z mobingom pri zaposlenih? Če da, kako ste ukrepali?</i>	Ne, lahko da ga nisem opazila. Imamo pa pogoste konflikte, ki se nanašajo na naravo dela.	Da. Osebo smo prijavi vodstvu delovne organizacije, sindikatu in skupini za nenasilje v ZN, vendar se osebe ni sankcioniralo.	Ne.	Ne.

4 Razprava

V literaturi avtorji navajajo, da se pri mobingu najbolj izpostavlja pretirana delovna obremenitev, širjenje govoric, zadrževanje informacij v zvezi z delom ter žaljenje in neprijetno komentiranje osebnosti. Vse to se izvaja z namenom očrnitve posameznika, najbolj izpostavljeni pa naj bi bili zelo uspešni in zavzeti delavci, osebe z visoko integriteto in visokimi etičnimi standardi ter tisti, ki se zavzemajo za človekove pravice in spoštovanje do sodelavcev in sodelavk (Zajc, 2014; Meires, 2018). Vodje obeh ustanov si tudi nekako tako razlagajo mobing, vodja iz ustanove x je še dodala, da si nekateri zaposleni napačno razlagajo mobing, in sicer da pod mobing štejejo druge neprijetnosti, ki jih občutijo na delovnem mestu, kot so zahteva po izvedbi dela, projekta s strani nadrejenega, slabe delovne razmere in slabo vzdušje v kolektivu. Tudi literatura navaja, da mnogi ne vedo, kaj je mobing in z mobingom enačijo druge težave na delovnem mestu, kot so preobremenjenost, kršitev delovnopравниh pravic in nasilje pacientov ali svojcev. Seveda gre pri naštetem lahko za resne težave na delovnem mestu, strokovno sporne odločitve vodstva ali celo primere nasilnega vedenja, pa ti posamezni pojavi vendarle niso trpinčenje na delovnem mestu. Da bi govorili o mobingu, mora biti torej prisotno dolgotrajno in sistematično nasilje, ki zaposlenemu namerno škoduje, mu jemlje dostojanstvo, ugled in možnosti za opravljanje dela ter ga želi odstraniti z delovnega mesta (Selić idr., 2009; Zajc, 2014; Carlos idr., 2016). Tudi vodja 1 y in vodja 2 x sta mnenja, da ljudje najpogosteje izvajajo mobing z namenom izolacije sodelavca, da bi ta izgubil oziroma zamenjal službo.

Vodja 1 x in vodja 2 y poudarjata, da je ključnega pomena za preprečevanje mobinga odprta komunikacija znotraj tima na oddelku, potreba po jasni določitvi nalog vsakega zaposlenega, pred tem pa je potrebno še oceniti, ali lahko opravlja določene naloge glede na znanje in izkušnje, ki jih trenutno poseduje, v nasprotnem primeru mu je potrebna dodelitev pomoči. Vodja 1 y pravi, da zaposlenim vedno da vedeti, da lahko kadarkoli pristopijo do nje, če so v stiski, kar je zelo pomembno, saj ima zaposleni občutek, da se lahko obrne na svojo vodjo. Vodja 2 y pravi, da so pogovor v domačem okolju, sprostitvene aktivnosti izven dela in pogovor z ostalimi sodelavci lahko nekateri od ukrepov za preprečevanje mobinga. V literaturi avtorji navajajo, da je zares uspešno preprečevanje mobinga povezano s splošno kulturo organizacije. Najpomembnejše je, da se celotna organizacija upravlja po enotnem sistemu in da so cilji različnih procesov, ki v ustanovi potekajo, usklajeni. Vodstvo mora sprejeti dejanske ukrepe, ki so najpomembnejši v fazi preprečevanja nedopustnih ravnanj, to je v zagotavljanju zdravega in varnega delovnega okolja. Zaposleni morajo biti jasno poučeni, katera ravnanja so nedopustna, da so prepovedana vsem ter kakšni so postopki za njihovo odpravo (MacMahon, 2010; Zajc, 2014). Tuja literatura navaja, da je potrebna zavezanost vodstva, torej izvršno-vodstvene ekipe, ki se zavzema za preprečevanje mobinga (MacMahon, 2010). Tudi vodja 1 x je mnenja, da bi bilo znotraj ustanove potrebno imeti delovno skupino, ki bi se zavzemala za preprečevanje mobinga. Prav tako je vodstvenim delavcem, tistim, ki so odgovorni za vsakodnevno delovanje in vedenje svojih zaposlenih, potrebno zagotoviti usposabljanje in izobraževanje, ki ju

potrebujejo za razvoj veščin, s katerimi se bodo lahko spoprijeli z destruktivnim vedenjem. Učinkovito vodstvo zdravstvene nege je mogoče manjkajoča povezava pri uspešni ublažitvi mobinga, vendar kot bistvo izpostavljajo, da je potrebno zagotoviti izobraževanje za razvoj vodstvenih in upraviteljskih sposobnosti ter programe usposabljanja, ki dejansko obravnavajo mobing na delovnem mestu. Za razvoj vodstva bi moral obstajati učni načrt, specifičen za ravnanje z motečim vedenjem zaposlenih.

Vodja 1 x je mnenja, da je za izboljšanje razreševanja mobinga v prvi vrsti pomemben pogovor, nato preverjanje, ali se je situacija izboljšala, v primeru da ne pa je potrebna prijava osebam, ki so v ustanovi za to odgovorne. Vodja 2 y dodaja, da je treba izvajalca mobinga takoj kazensko sankcionirati znotraj ustanove, ali nato na višji ravni, ravni države. S tem se strinja tudi vodja 2 x. Vodja 1 x pa predlaga več obveznih predavanj na temo mobinga in dodaja, da so tudi razna druženja in teambuildingi že ena od priložnosti, da bolje spoznamo ljudi, s katerimi delamo. V literaturi piše, da posamezni vodja deluje preventivno v smeri mobinga, če postavlja jasne omejitve v kombinaciji s pravimi vrednotami, predvsem pa je zelo pomembno, da spoštuje vse zaposlene. V literaturi so zapisana tudi pravila, ki vodjem pomagajo pri razreševanju mobinga, med katerimi so naslednja: mobing naj se razrešuje tam, kjer je nastal; z osebami, ki so vanj vpletene; razrešuje naj se ga čimprej in razreševanje naj poteka s sklepanjem kompromisov. Če vodja ne ve, kako bi postopal naprej s primerom mobinga, je priporočljivo, da se obrne na zunanjega strokovnjaka (Zehra idr., 2012; Zajc, 2014).

Vodja 1 y in vodja 2 y se še nista srečali z mobingom, medtem ko vodja 1 x pravi, da se prav tako še ni srečala z mobingom pri svojih sodelavcih, vendar dodaja, da imajo na oddelku pogoste konflikte, ki so kratkotrajni in se nanašajo na naravo dela, ki ga opravljajo. Ko zazna konflikte, pogosto opravi pogovore z zaposlenimi, v primeru kakršnih koli pritožb na oddelku pa se vedno pogovori z dotično osebo in na pritožbo tudi pisno odgovori. Vodja 1 x pravi, da se je že srečala z mobingom. Osebo so pisno prijavili vodstvu delovne organizacije, sindikatu in skupini za nenasilje v zdravstveni negi, vendar se osebe ni sankcioniralo.

5 Zaključek

Vse intervjuvane vodje se zavedajo, kaj pomeni mobing, ena od njih tudi ve, da si ga lahko zaposleni napačno razlagajo. Prav je, da je vodja zahteven, strog in odgovoren, ne sme pa biti nespoštljiv, žaljiv, krivičen in manipulativen. V literaturi je zapisano, da se verjetnost, da bi mobing nastal, zmanjša z urejenim področjem komunikacije, upravičeno kritiko in prenosom informacij na vseh nivojih, pri podrejenih kot tudi nadrejenih. Enako menita tudi vodji 1 X in 1 Y, saj se obe zavedata, da je tekoča in transparentna komunikacija tista, ki lahko prepreči nastanek mobinga. K preprečevanju mobinga močno pripomore vodilo za medosebne odnose - spoštovanje. Vodja 1 Y kot preventivo proti mobingu in ostalim težavam izvaja redne oddelčne sestanke, kjer se s sodelavci odkrito pogovarjajo.

Vodje v izogib mobingu priporočajo odprto komunikacijo, dostopnost vodje, sprotno reševanje problemov, ozaveščanje o mobingu, ozaveščanje o delovnih nalogah. Priporoča se, da si žrtev mobinga vodi dnevnik mobinga, v katerega vpisuje datum, uro, kaj se je zgodilo, povzročitelja, občutke, posledice, priče dogodka in koga je o dogodku informirala (Mlinarič, 2007).

Številne medicinske sestre, kot tudi medicinske sestre vodje si prizadevajo za zauzavitev mobinga v zdravstveni negi, vendar je to težko doseči zaradi razširjenosti problema. Tehnike komuniciranja, spretnosti reševanja konfliktov in pozitivnih samooskrbnih dejavnosti se medicinske sestre lahko naučijo, toda brez posameznih in vodstvenih interesov in naložb v takšne programe se bo problem mobinga v zdravstveni negi samo še stopnjeval.

LITERATURA

1. Ariza Montes, A., Muniz, N., Montero Simo, M. in Araque Padilla, R. (2013). Work place bullying among healthcare workers. *Environmental research and public health*, 10 (8), 3121–3139.
2. Gorgulu, N., Beydag, K., Sensoy, F. in Kiyak, M. (2014). The effects of mobbing (bullying) on health employes. *Procedia: Social and Behavior Sciences*, 152, str. 503–509.
3. MacMahon, J., MacCurtain, S. in O'Sullivan, M. (2010). Bullying, culture and climate in health care organizations: A theoretical framework. Part of the *Organizational Behavior in Health care*, str. 82–96.
4. Meires, J. (2018). The essentials: Here is what you need to know about bullying in nursing. *Urologic nursing*, 38 (2), 95–97.
5. Mlinarič, P. (2007). Mobing. Pridobljeno 3. 11. 2019, s: http://www.mobing.si/slo/mobing_dnevnik.html.
6. Ofluoglu, G. in Somunoglu, A. (2012). Cases of mobbing activities as commonly seen in the healthcare sector in the world and in Turkey. *Hospital topics*, 90 (4), 98–103.
7. Selič, P., Nassib, A. in Makivić, I. (2012). Razširjenost trpinčenja na delovnem mestu: študija primera. *Obzornik zdravstvene nege*, 46 (2), 113–26.
8. Turk J., B. (2017). Mobing na delovnem mestu. *Mladi podjetnik*. Pridobljeno 3. 11. 2019, s: <https://mladipodjetnik.si>.
9. Zacharova, E. (2014). Mobbing experienced by nurses in health care facilities. *Universty review*, 8 (2), str. 41–50.
10. Zajc, A. (2014). Soustvarjanje zdravih odnosov v delovnem okolju: priporočila delodajalcem, vodjem in ostalim zaposlenim. Ljubljana: Združenje delodajalcev obrti in podjetnikov Slovenije GIZ, str. 20–58.
11. Zakon o delovnih razmerjih (uradno prečiščeno besedilo). (2013). Uradni list RS, št. 3. Pridobljeno 3. 11. 2019, s: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/112301>.
12. Zehra, A., Gulfer, B., Ufuk, A. in Arzu, I. (2012). For strategic planning of healthcare management, the effect of mobbing on motivation of healthcare providers. *Procedial – Social and Behaviors Science*, 58, 606–631.

Transformacijsko vodenje – prvi izbor vodenja v zdravstveni negi

POVZETEK - Dober vodja se zaveda pomena vodenja in veččin, ki so za to potrebne, te veččine pa mora ves čas razvijati kot odgovor na hitro spreminjajoče se trende sodobnega sveta. Tako kot drugod tudi za zdravstveno nego velja, da so odnosi pri delu, zadovoljstvo zaposlenih, njihov položaj in počutje odvisni od vodje; ker pa vsem zaposlenim nikoli ne moremo ustreči hkrati, je vodenje zelo zapleten proces. V prispevku med seboj primerjamo tri raziskave, ki jih je avtor opravil leta 2011, 2017 in 2018. Raziskavi leta 2011 in 2017 sta bili kvantitativni in v velikem delu izvedeni znotraj kliničnega okolja v isti instituciji, kjer smo med izvajalci zdravstvene nege iskali stil vodenja, ki bi bil po njihovem mnenju za zdravstveno nego najprimernejši. Leta 2018 smo z deskriptivno metodo dela in metasintezo pregleda znanstvene literature, na podlagi zadetkov, ki smo jih izbrali med prosto dostopnimi članki, objavljenimi v podatkovnih bazah Academic Search Elite, CINAHL, dLib, ERIC, Google Scholar, MasterFILE Premier, MEDLIN in PubMed od leta 1978 do 2018, ter ključnih besed »leader«, »leadership«, »transformational leadership« in »healthcare« opredelili stil vodenja, ki se v znanstveni literaturi za zdravstveno nego omenja kot najprimernejši. Izkazalo se je, da se je v zdravstveni negi po svetu izkazal kot najprimernejši transformacijski stil vodenja. Ugotavljamo torej, da so se poimenovanja stilov vodenja v zadnjem desetletju nekoliko spremenila, vendar med njimi lahko povlečemo nekaj vzporednic. Kombinacija participativno-demokratskega vodenja je bila po mnenju anketirancev leta 2011 za zdravstveno nego najprimernejša, definicija pa je enaka ali zelo podobna transformacijskemu vodenju. S prispevkom želimo tako vodjem kot zaposlenim v zdravstveni negi omogočiti prepoznavo kakovosti in primernosti transformacijskega načina vodenja.

KLJUČNE BESEDE: vodja, transformacijsko vodenje, zdravstvena nega

1 Uvod

Prve teorije o vodenju se v pisni obliki začnejo pojavljati od leta 1840, ko Thomas Carlyle predstavi vodjo v knjigi »Teorija velikega človeka« (Great Man Theory). To je teorija, ki v veliki meri pojasni delovanje in vpliv velikih ljudi v zgodovini vodenja ravno zaradi svoje karizme, izkušenosti in modrosti, inteligence in spretnosti uporabe politike. Že leta 1860 Herbert Spencer oblikuje nasprotno trditev, ki je vplivala tudi na 20. stoletje, v kateri trdi, da so ti veliki moški v bistvu izdelki družb, vsi njihovi ukrepi pa ne bi bili možni socialnih pogojev, ki so si jih pridobili pred tem. Zelo kmalu ovržejo tudi trditev Bartona, ki leta 1924 pravi, da so prave vodje rojene in ne narejene. Gardner (1965) vodjo opredeli kot osebo z vrednotami, ki so v družbi zaželeni. Vodje oblikujejo takšne cilje, ki navadne ljudi dvignejo nad njihove skrbi

in jih ponesejo čez konflikte, ki bi vplivali na družbo. Pravi, da tak vodja ljudi za uresničitev ciljev celo združi.

Ob pregledu raziskav (Laznik, 2011; Laznik, 2017 in Laznik, 2018) ugotavljamo, da je o transformacijskem vodenju veliko govora tudi v zdravstvu. Avtor prispevka raziskuje stile vodenja na področju zdravstvene nege od leta 2011, ko so bili stili oziroma načini vodenja poimenovani kot avtokratsko, demokratsko in participativno vodenje. Po opisu teh načinov vodenja ugotavljamo, da je kombinacija participativno-demokratskega vodenja enaka ali zelo podobna opisu transformacijskega vodenja, kot se uporablja danes.

V kliničnem okolju so potrebne nenehne organizacijske spremembe, novi strokovni standardi in racionalna uporaba vseh razpoložljivih virov, zato mora medicinska sestra, ki opravlja funkcijo vodenja v zdravstveni negi imeti široko znanje, ki zajema tako strokovno področje kot večšine komunikacije, vodenja in organizacijskih procesov za nadaljnji razvoj stroke.

Novejše obdobje za vodje v zdravstveni negi predstavlja nove zahteve, nove načine vodenja, različne od tistih v preteklosti (Joste v Peterka Novak, 2007, str. 543).

Namen raziskave je s pregledom opravljenih avtorjevih raziskav ugotoviti prisotnost transformacijskega vodenja v zdravstveni negi. Cilji raziskave so opredeliti izbor ustreznega vodenja v zdravstveni negi, s pregledom znanstvenih objav proučiti pojav in širjenje transformacijskega vodenja v zdravstveni negi, proučiti znanstvene objave o transformacijskem vodenju v zdravstveni negi in s pregledom opravljenih avtorjevih raziskav ter pregledom znanstvenih objav opredeliti najprimernejši način vodenja v zdravstveni negi.

2 Izbrani stili vodenja

V nadaljevanju predstavljamo nekaj stilov vodenja, ki se v literaturi (npr. Grbec, 1989; Čufer, 2004; Kramar Zupan, 2009; Rozman in Kovač, 2012; Brezovšek in Kukovič, 2014) omenjajo najpogosteje.

- *Avtoritarno oziroma avtokratsko vodenje* vodi ljudi v smeri zastavljene vizije in je zato tak vodja kot vizionar, ki svojo skupino motivira z jasno predstavo svoje vizije in zahteva, da ta vizija postane skupna vizija. Slaba stran tovrstnega vodenja se kaže na začetku predvsem na področju medsebojnih odnosov, za posledico ima strah, nezaupanje in neiskrenost. Pri tem trpi tudi komunikacija, pojavijo se težave na področju doseganja ciljev, kar spodbudi grožnje in prisile, na področju organizacije pa se pojavijo težave v nadzoru in hierarhiji. Pri takem načinu vodenja ni samostojnosti in motivacije, možnosti razvoja slabih odločitev pa so velike. Avtokratski vodja odloča sam in ga ne zanima mnenje podrejenih. Ker podrejeni ne sodelujejo pri pomembnih odločitvah, so dolgoročno gledano nezadovoljni, res pa je, da pa so kratkoročno lahko zadovoljni, ker lahko delo opravljajo z določeno zanesljivostjo. Že Grbec (1989, str. 125) pravi, da poleg negativnih vplivov

na zaposlene takšno vodenje negativno vpliva tudi na kakovost izvedene zdravstvene oskrbe pacienta, ki je v procesu zdravstvene nege na prvem mestu, in je treba celoten proces v prvi vrsti prilagoditi pacientu in njegovim težavam. Avtor še dodaja, da kjer oddelčne in timske medicinske sestre uporabljajo avtokratsko obliko vodenja, tudi ostali člani delovne skupine posnemajo ta način v odnosu do pacienta.

- *Demokratsko vodenje* je neke vrste nasprotje avtokratskemu. Že na področju medsebojnih odnosov se kaže v odprtosti, zaupanju in samozavesti, v komunikaciji pa v spontanosti in uspešnem sporočanju. Ta način vodenja se zelo dobro obnese, kadar je vodja negotov pri reševanju problemov oziroma izbiri načina, s katerim bi prišel do zastavljenega cilja. Najbolj se obnese takrat, ko ima vodja jasno vizijo in od podrejenih samo izvabi še dodatne, sveže zamisli o tem, kako vizijo uresničiti v praksi. Prvotno je veljalo mišljenje, da je v praksi vedno boljši t. i. demokratski vodja, ki je bolj zainteresiran za ljudi kot pa za produktivnost. Danes se poleg tega poudarja tudi potreba osredotočenosti na delo. Vodja naj bi bil orientiran na človeka, toda imeti mora tudi sposobnost reči ne, kadar je to potrebno. Če je preobčutljiv za človeške probleme, potem ne more biti uspešen (Čufer, 2004, str. 31).
- *Participativno vodenje* pa pomeni sodelovanje sodelavcev pri nalogah vodje, soodločanje pa je direktna ali indirektna udeležba sodelavcev pri sprejemanju odločitev iz pristojnosti vodje, na čemer je tudi zasnovano participativno vodenje. Gre torej za neke vrste soupravljanje, ki je odvisno od stila vodje in praktičnega vodenja, t. j. od njegovega odnosa do sodelavcev.

M. Kramar Zupan (2009) pa pravi, da razni modeli vodenja, ki se pojavljajo ob vprašanju, kako vplivati na delavca, ne odgovarjajo dovolj natančno, zato sta se razvila dva nova tipa vodenja: transakcijsko in transformacijsko.

- *Transakcijsko vodenje* je tisti način vodenja, ki temelji in gradi na lastnem interesu zaposlenih tako, da jih za izpolnitev zahtevanih nalog ustrezno nagradi. Vodja, ki izbere takšen način vodenja, ne navdušuje podrejenih, marveč od njih zahteva ravnanje po pravilih, lahko pa tudi manjše spremembe, ki so razmeroma nezahtevne in večinoma rutinske, na podlagi njihovih izkušenj. Transakcijsko vodenje je precej podobno klasičnemu načinu vodenja, v katerem je vodja nadrejeni, ki ureja stvari tako, kot so predpisane (Možina, 2002, v Rozman in Kovač, 2012, str. 375). Gre torej za stalno dogovarjanje med zaposlenimi in vodjo, pa naj si bo to glede števila in vrste zaposlenih, uporabo materialov ali pa kakršnih koli drugih ugodnosti, če delavec dela dobro in opravlja delo v skladu z dogovori.
- *Transformacijsko vodenje* ne odstopa bistveno od klasičnega vodenja, pri katerem pa se vodja drži tistega, kar je predpisano. Pomeni spodbujanje zaposlenih k idealom in moralnim vrednotam, ki naj bi jih navdušili za premagovanje težav pri delu. Vodje s transformacijskim stilom vodijo zaposlene z motiviranjem, lastnim zgledom, karizmo in inspiracijo. Navdušujejo in navdihujejo sodelavce, da dajejo prednost doseganju skupnih ciljev skupine ali podjetja in pri tem zane-marijo lastne interese. Obenem jih spodbujajo k večjim, korenitim spremembam

(Rozman in Kovač, 2012, str. 375). Tovrstno vodenje torej gradi na zaupanju in gre za interakcijo med zaposlenimi in njihovim vodjo. Med seboj se spodbujajo in motivirajo. Transformacijsko vodenje je vodenje, ko najprej vodja naredi in izvaja konkretne spremembe. Vodja vedno oblikuje cilj oziroma vizijo in ljudi k temu cilju vodi z navdihovanjem.

- *Vodenje brez vajeti* oziroma pasivni ali Laissez-fair stil vodenja pa lahko imenujemo tudi kar nevedenje. Do nalog in podrejenih ima vodja brezbrizen in pasiven odnos, odgovornostim se izogiba tako kot tudi izražanju mnenj. Na vprašanja odgovarja z zamudo, za probleme pa se pretirano ne zmeni. To se največkrat dogaja ravno zaradi prezaposlenosti z lastnimi nalogami vodje in želje po priljubljenosti, sprejetosti med sodelavci in tudi podrejenimi (Brezovšek in Kukovič, 2014, str. 157–158).

3 Transformacijsko vodenje

O transformacijskem vodenju res začne prvi govoriti Burns, vendar ga Bernard Bass z raziskovanjem in akademskim pristopom dvigne na višji nivo. Medtem ko je Burnsa zanimala bolj moralna razsežnost vodstva, se Bass osredotoči na njeno učinkovitost. Ker je Bassa zanimalo, zakaj večina vodij ali vodstvenih delavcev spodbuja zgolj kompetentno uspešnost svojih privržencev, leta 1985 napiše knjigo z naslovom »Leadership and performance beyond expectations«. To vprašanje opredeli kot običajno špekulacijo in zato predstavlja izvirne raziskave, ki prvič dokumentirajo lastnosti izjemnega voditelja. Ugotavlja, da takrat, ko vodje od vodenih delavcev oziroma t. i. sledilcev dobijo zaupanje, občudovanje, zvestobo in spoštovanje, naredijo več, kot se od njih pričakuje (Bass, 1985).

Waldman, Bass in Einstein (1987, str. 177) objavijo rezultate raziskave, ki so jo izvedli na 256 vodstvenih delavcih v izbrani veliki delovni organizaciji. Rezultati so pokazali, da so bili z oceno uspešnosti povezani predvsem vidiki transformacijskega vodenja, medtem ko se je od transakcijskega vodenja pojavil le faktor nagrajevanja, ki vpliva na zadovoljstvo zaposlenih.

Tako kot Bass (1985) in Avolio (1990) tudi Kirby, Paradise in King (1992, str. 304) izpostavljajo štiri dejavnike transformacijskega vodenja. Ti dejavniki so:

- karizma: sposobnost vodje, da spodbuja predanost in vključenost v delovni proces z osebno dinamiko, kamor uvrščajo samozavest, ideološko držo in čustveno privlačnost;
- intelektualna stimulacija: namesto stanja »status quo« delavci v želji po razvoju in izboljšanju delovnega procesa tudi tvegajo;
- individualizirana pozornost: vodje delavce po potrebi obravnavajo tudi individualno in se jim posvečajo tudi eden na enega;
- inspiracijska motivacija: povečanje zavedanja spremljevalcev in razumevanje vzajemno želenih ciljev s čustvenim prepričevanjem.

Kirby, Paradise, King (1992, str. 304) predstavljajo dve ločeni kvantitativni raziskavi, v katerih so kot instrument uporabili t. i. Bassov MLQ vprašalnik (Multifactor Leadership Questionnaire), ki ocenjuje in opredeljuje transformacijsko in transakcijsko vodenje. V prvi raziskavi so sodelovali 103 učitelji iz šestih šolskih okolišev, ocenjevali pa so svoje neposredno nadrejene. V drugi raziskavi je sodelovalo 58 diplomantov, ki so zaposleni na javnih šolah v 15 šolskih okoliših kot učitelji. Zaposleni so se na spremembe odzvali pozitivno in pod vodstvom transformacijskega vodje od starih delovnih navad z veseljem prehajali na nove. Avtorji v zaključku poudarjajo, da je v prihodnosti treba spremeniti in izpopolniti izobraževalni sistem ter veliko pozornosti nameniti praktičnemu izobraževanju vodij.

Bass in Avolio (1994) transformacijskega vodjo opisujeta kot vzor ostalim sodelavcem oziroma sledilcem ter osebo, ki ima sposobnost razvijanja t. i. »privlačne vizije«, s čimer pa po avtorjevih besedah spodbuja tudi inovativnost. Bass in Avolio sta leta 1995 posodobila in pripravila novo različico MLQ vprašalnika, ki od takrat v različnih oblikah velja tudi za največkrat uporabljan merski instrumentarij za tovrstno raziskovanje omenjene tematike.

Robbins (1998, str. 369) v osmi izdaji knjige »Organizational Behavior« transformacijskega vodjo opisuje nekoliko drugače. Pravi, da se s pomočjo transformacijskega vodenja zaposlene spodbuja k moralnim vrednotam in idealom. S tem se zaposleni bolj nagiba k reševanju težav pri delu, sprejme vizijo in poslanstvo organizacije in dela izključno v njeno korist. Nemalokrat se pri tem tudi zgodi, da svoje interese zaradi navdušenja povsem podredi koristi organizacije, v kateri je zaposlen.

Leta 1998 Bass napiše knjigo »Transformational Leadership«, v kateri predstavi 20-letno raziskovalno delo na področju voditeljstva. V knjigi razloži videnja, s katerimi razlaga in pojasnjuje smisel ter opiše prednosti transformacijskega vodenja. Sledenju in poistovetenju z delovno organizacijo in zato delo v njeno korist pod vodstvom transformacijskega vodje. Transformacijski vodja to doseže z vero, pogumom, iniciativo, potrpežljivostjo in spoštovanjem do sodelavcev. Lahko bi rekli, da sta že Bass in Avolio (1994) transformacijsko vodenje nekoliko povezala z inovativnim vodenjem, o katerem kasneje govorijo tudi novejši avtorji, kot so npr. Nederveen Pieterse, van Knippenberg, Schippers in Stam (2010), Dionne, Chun, Hao, Serban, Yammarino in Spangler (2012), Aryee, Walumbwa, Zhou in Hartnell (2012) ter Northouse (2013).

4 Rezultati in razprava

Transformacijsko vodenje se je izkazalo kot stil vodenja, s katerim se dosegajo boljši rezultati tako pri zaposlenih kot tudi pri poslovanju organizacije. Ali je takšno vodenje primerno tudi za vodenje v zdravstveni negi, pa ugotavljamo v naši raziskavi.

V raziskavi (Laznik, 2011), ki je bila izvedena v eni od slovenskih splošnih bolnišnic, je na vsa vprašanja v popolnosti odgovorilo 87 anketirancev, od tega 10 vodij

posameznih oddelkov zdravstvene nege in njihovih 77 delavcev. Ugotovljeno je, da si anketirani želijo vodjo, ki ceni vrednote in sposobnosti podrejenih posameznikov. Želijo, da jih motivira, da sami izrazijo svoje ideje in da si zastavijo svoje cilje, da razvijajo lastne načrte in da svoje delo tudi sami nadzirajo. Želijo, da jih vodja spodbuja k dajanju predlogov, pripomb in mnenj. Če bi iz rezultatov opredelili stil vodenja, bi si izbrali participativnega vodjo, ki pa pri svojem načinu vodenja uporablja tudi prvine demokratskega stila vodenja.

Iz rezultatov raziskave, ki jo je isti avtor izvedel še leta 2017 v isti bolnišnici kot leta 2011, torej na sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva (sodelovalo je 69 anketirancev, ki niso vodje) in zraven dodal še institucijo na nivoju primarnega zdravstvenega varstva (sodelovalo je 46 anketirancev, ki niso vodje) pa je razvidno, da si vseh 115 anketirancev želi kombinacijo participativno-demokratsko-transformacijskega stila vodenja. Zaposleni si najbolj želijo vodjo, ki spodbuja podrejene, da dajejo predloge, pripombe in mnenja ($\bar{x} = 4,46$), da jih motivira k izražanju svojih idej in da si zastavijo svoje cilje, razvijajo lastne načrte in nadzirajo svoje delo ($\bar{x} = 4,41$). Pomembno jim je tudi to, da vodja predstavi svoje videnje in analizo problema in predlaga aktivnosti za njegovo rešitev ($\bar{x} = 4,29$) ter na koncu prevzema odgovornost za uresničevanje ciljev in odločanje ($\bar{x} = 4,21$). Zelo jasno pa se opredelijo, da si ne želijo vodje, ki se odreče odgovornosti vodenja in pusti delavce brez usmerjanja, sodelovanja in nadzora ($\bar{x} = 1,72$). Iz rezultatov je razvidno še, da tudi model avtokratskega in transakcijskega vodenja v zdravstveni negi nista popolnoma nezaželena. S povprečno oceno 3,35 anketiranci iz primarnega zdravstvenega varstva in povprečno oceno 3,03 iz sekundarnega zdravstvenega varstva ocenjujejo, da bi moral biti vodja osredotočen na izvajanje nalog in uporabljati svojo osebno moč, ob tem pa jih motivirati z manipulativno pohvalo, grajo in nagrado. S tem lahko z gotovostjo trdimo le, da si delavci v zdravstveni negi tako na primarnem kot na sekundarnem nivoju ne želijo vodje, ki bi se odrekel odgovornosti in pustil podrejene brez usmerjanja, sodelovanja in nadzora nad njihovim opravljenim delom.

Avtor v raziskavi leta 2018 (Laznik, 2018), uporabi deskriptivno metodo dela in metasintezo pregleda znanstvene literature iz podatkovnih baz (Academic Search Elite, CINAHL, dLib, ERIC, Google Scholar, MasterFILE Premier, MEDLIN in PubMed). Vključil je izključevalne pogoje in sicer: objave od leta 1978 do 2018, brezplačna dostopnost člankov v celotnem obsegu ter ključne besede »leader«, »leadership«, »transformational leadership« in »healthcare«. Avtor ugotavlja, da je v kar nekaj državah na področju zdravstvene nege transformacijsko vodenje prisotno in ga tudi ocenjujejo kot zelo primernega. Izkazalo se je, da mora tudi delovna organizacija vodjo pri takem stilu vodenja podpreti, saj na ta način tako vodja kot delovna organizacija pridobita na ugledu in zaupanju delavcev, rezultati pa so precej boljši. V nekaterih državah se zavedajo, da je vodje treba konstantno izobraževati in z izobraževanjem začeti že na fakultetah, v našem primeru fakultetah za zdravstveno nego, jih sproti seznanjati z novostmi na področju vodenja, predvsem pa delovne organizacije prepričati, da lahko samo vodja, ki ima polno podporo s strani vrhnjega menedžmenta, kakovostno opravi svoje delo.

Sanner - Stiehr in Reynolds (2017) v pregledu literature, ki je bila objavljena v ZDA, ugotavljata, da medicinske sestre, ki delajo pod vplivom transformacijskega vodje doživljajo na delovnem mestu večje zadovoljstvo pri delu, so bolj zdrave in imajo nižjo stopnjo izgorelosti in posledično absentizma. Zelo pomembna pa je ugotovitev, da jim pri takem vodji ni težko priznati napake in o njej poročati. Zavedajo se, da je s tem velika verjetnost, da se v bodoče te napake ne bodo ponavljale, saj so se o njih pogovorili. S tem zdravstvene organizacije privarčujejo denar, manj je fluktuacije, oskrba pacientov pa je boljša.

Kot pravijo Deschamps, Rinfret, Lagacé in Privé (2016), se je transformacijsko vodenje v povezavi s t. i. pravično delovno organizacijo izkazalo kot močan vzvod za uspešno izvajanje sprememb v organizaciji, saj v tem primeru pri delavcih spodbuja motivacijo in prispeva k organizacijskemu uspehu.

Da direktorji v zdravstveni negi prakticirajo transformacijsko vodenje veliko pogosteje kot transakcijsko ali laissez-faire vodenje, trdita že Chen in Baron (2006) in ob tem poudarjata tudi pomen kontinuiranega izobraževanja na področju vodenja in vpeljavi tovrstnega izobraževanja že v izobraževalnih programih na fakultetah za zdravstvo.

Pomen izobraževanja poudarjata tudi Mullen in Kelloway (2009). Ker v raziskavi, v katero sta vključila 54 vodij iz 21 bolnišnic v Kanadi, proučujeta tudi varnost pri delu, na podlagi rezultatov trdita, da bo vodjem, ki se udeležijo izobraževanj o vodenju, to omogočilo bolj samozavestno in neposredno osredotočanje na izboljšanje varnosti v svojih delovnih enotah.

Nielsen, Randall, Yarker in Brenner (2008) so v svoji longitudinalni raziskavi zajeli delavce v domovih starejših občanov Danske. Raziskovanje so izvajali v dveh fazah, pri obeh pa so poleg istih 188 delavcev sodelovali tudi ostali. Raziskava sicer potrjuje, da je izbor transformacijskega vodenja dober, vendar je za uspešno delo potrebno zagotoviti še druge dobre delovne pogoje.

Nielsen in Munir (2009) sta še enkrat pregledala rezultate študije, ki so jo opravili Nielsen, Randall, Yarker in Brenner leta 2008 in navzkrižno testirala razmerja med transformacijskim vodenjem, učinkovitostjo in dobrim počutjem. Raziskava je pokazala, da je vpliv transformacijskega vodenja na učinkovitost zelo dobro in da učinkovitost pozitivno vpliva na dobro počutje. S tem bi lahko zaključili, da transformacijsko vodenje posredno vpliva tudi na dobro počutje.

Munir, Nielsen, Garde, Alberstein in Carneiro (2011) pa so 188 delavcev, ki so sodelovali že v študiji leta 2008 in so še vedno zaposleni v domovih starejših občanov na Danskem, spremljali še nadaljnjih 18 mesecev. Zanimal jih je vpliv transformacijskega vodenja na življenje izven delovnega mesta, saj so želeli ovreči trditev, da transformacijsko vodenje izniči mejo in negativno vpliva na korelacijo med poklicnim in zasebnim življenjem. Rezultati raziskave so pokazali, da transformacijsko vodenje zelo dobro vpliva na zasebno življenje in izboljša doživetje pomembnosti ravnotežja med poklicnim in zasebnim življenjem. Avtorji zaključujejo, da je trans-

formacijsko vodenje ravno zato najbolj primerno za vodenje v zdravstveni negi, saj zmanjšuje konflikt med poklicnim in zasebnim življenjem ter znatno izboljša dobro počutje. Delavci so z delom zadovoljnejši, ob tem pa vse to pozitivno vpliva na psihofizično počutje delavcev.

V raziskavi, ki so jo opravili Mullen, Kelloway in Teed (2011), v vzorcu pa imeli 241 mlajših in 491 starejših delavcev zaposlenih v bolnišnicah Kanade, transformacijsko vodenje poudarja varnost zaposlenih, zato ga avtorji poimenujejo kar varnostno vodenje. Ugotavljajo še, da pasivno vodenje negativno vpliva na delavce in jim ne daje občutka varnosti in ob tem trdijo, da voditelji, ki skrbijo za varnost in dobro počutje svojih zaposlenih ter spodbujajo njihove osebne vrednote in prepričanja o pomembnosti varnosti, navsezadnje pomagajo razviti zaposlene, ki si želijo sodelovati pri aktivnostih za razvoj varnosti v delovni organizaciji.

Vodje pa niso ves čas s svojimi delavci. Specifično področje zdravstvene nege, ko so vodje s svojimi delavci na teden le po nekaj ur, je patronažna služba. Westerberg, Tafvelin (2013) so proučevale patronažne sestre na Švedskem in z raziskavo pri 302 patronažnih sestrah potrdile smiselnost transformacijskega vodenja. Kljub temu, da so patronažne sestre v povprečju eno uro ali manj na teden z vodjo službe, ima transformacijsko vodenje takega vodje velik vpliv in zelo pozitivno korelacijo s kakovostjo in vsem psihosocialnim delom, ki ga patronažne sestre opravijo na domovih pacientov.

Poseben profil v zdravstveni negi, ki pa je sestavni del zdravstvenega tima, so socialni delavci. Gellis (2001) je v ZDA, natančneje v Albanyju v New Yorku, raziskoval vpliv transformacijskega vodenja pri učinkovitosti in zadovoljstvu z vodjo. Socialni delavci, ki zelo podpirajo transformacijsko vodenje in ga tudi prejudicirajo, poudarjajo, da bodo zdravstvene organizacije, ki se bodo osredotočile na študijo, v novem tisočletju v spretnosti in znanju zelo napredovale.

Na Finskem so Kanste, Kääriäinen in Kyngäs (2009) v treh fazah z vzorcem skupaj 679 medicinskih sester, ki so vključene v združenje medicinskih sester Finske, raziskovali transformacijsko vodenje. Ugotovili so, da transformacijsko vodenje spodbuja pripravljenost medicinskih sester za izvajanje dodatnega napora in dojemanje uspešnosti vodje in zadovoljstva z njim ter da je tako vodenje tudi učinkovito. Z njim se dosegajo boljši rezultati tako v stabilnih kot tudi manj stabilnih okoljih.

Tudi v Maleziji je transformacijsko vodenje prisotno v zdravstveni negi. Avtorica Rahman (2017) ugotavlja, da transformacijsko vodenje omogoča voditeljem, da navdihujejo, mobilizirajo, komunicirajo, motivirajo in izboljšujejo uspešnost zaposlenih ter zaposlene usmerjajo v doseganje organizacijskih ciljev, kot da je ta cilj njihov osebni, kar privede so poistovetenja z delovno organizacijo in višje pripadnosti delovni organizaciji. Avtorica še dodaja, da je za dobro in uspešno vodenje potrebna tudi empatija, da vodja bolje razume zaposlene. Ko transformacijsko vodenje in empatijo združimo, so rezultati zelo dobri, vse pa pozitivno vpliva tako na rezultate kot tudi kakovost storitev. To povečuje učinkovitost ter zmanjšuje napake ter stroške.

O dobrem počutju delavcev pa govorijo tako rekoč vsi avtorji, katerih prispevke smo pregledali in analizirali v celoti. Ugotavljamo še, da je največ raziskav kvantitativnih. S tem lahko odgovorimo tudi na drugo raziskovalno vprašanje. Transformacijsko vodenje je za zdravstveno nego po navedbah avtorjev in pregledu literature zelo primerno.

Med omejitve raziskave lahko zagotovo štejemo to, da so se v preteklosti uporabljali različni termini za različne stile vodenja in je zato iskanje po ključni besedi »transformacijsko vodenje« morda nekoliko preozko zastavljeno.

Iz analize 12 zadetkov, ki smo jih izbrali za končno analizo, ugotavljamo, da je transformacijsko vodenje v zdravstveni negi prisotno že v precej državah. Sanner - Stiehr in Reynolds (2017, str. 1), Deschamps, Rinfret, Lagacé in Privé, (2016, str. 205), Chen in Baron (2006, str. 404), Mullen in Kelloway (2009, str. 253), Nielsen, Randall, Yarker in Brenner (2008, str. 16), Nielsen K. in Munir F. (2009), Mullen, Kelloway in Teed (2011, str. 41), Westerberg in Tafvelin (2013, str. 465), Gellis (2001, str. 23), Kanste, Kääriäinen in Kyngäs (2009, str. 775) ter Rahman (2017, str. 55) namreč trdijo, da je v zdravstveni negi transformacijsko vodenje že uveljavljeno, pomembno je le, da je tudi delovna organizacija usmerjena tako, da tak način vodenja podpira.

Ugotovitve naše raziskave zagotovo ne moremo posplošiti na vse države in vse zaposlene v zdravstveni negi, saj smo med zadetke uvrstili le tiste, ki so ustrezali vsem ključnim besedam, bili napisani v določenem časovnem obdobju in bili brezplačno dostopni v celotnem obsegu besedila, menimo pa, da je transformacijski stil vodenja za zdravstveno nego med vsemi omenjenimi stili vodenja – glede na ugotovitve v prispevku, zagotovo najboljši izbor.

5 Zaključek

Transformacijsko vodenje povzroča pripadnost delovni organizaciji in motiviranost za izvedbo dela preko pričakovanj glede na opis del in nalog na posameznikovem delovnem mestu. Ker je kakovost pri delu višja, ker je zaupanje v vodjo višje in ker si o napakah zdravstveni delavci upajo poročati in o njih razpravljati, se te pojavljajo manj pogosto, pri delu upoštevajo varnostne zahteve, pacienti pa dobijo predvsem kakovostno in varno obravnavo. Ob tem pa moramo poudariti, da se je za vodenje treba izobraziti in kasneje tudi dopolnjevati, se učiti o novostih na dodatnih izobraževanjih. Vodje si s tem dvigujejo samozavest, delavci pa zaupanje vanje še dodatno okrepijo in jim pri delu sledijo. V primeru našega raziskovalnega področja, torej zdravstvene nege, ima največjo korist od tega pacient. Ta bo prejel kakovostno in varno obravnavo, ki je za zdravstveno osebo in zdravstveno nego osrednji cilj, stroški v organizaciji pa bodo s tem le manjši.

S pregledom znanstvenih objav smo opredelili najprimernejši način vodenja v zdravstveni negi. Ugotavljamo, da je v Sloveniji na področju transformacijskega vodenja

v zdravstveni negi nekaj manj znanstvenih objav, zato je to področje, ki je zelo pomembno, v bodoče lahko dobra iztočnica za raziskovanje in umestitev zdravstvene nege med znanstvene discipline.

Glede na rezultate naše raziskave je transformacijsko vodenje tisto, ki zaposlene in organizacijo pripelje do zelenega cilja. Zaposlene pripelje do zadovoljstva in nagrade za uspešno opravljeno delo, manjše fluktuacije, absentizma in izgorelosti, organizacijo pa do izpolnitve vizije oziroma začrtanih ciljev. Ob tem za organizacijo to pomeni zmanjševanje stroškov dela in kakovostnejše opravljeno delo.

LITERATURA

1. Aryee, S., Walumbwa, F. O., Zhou, Q. in Hartnell, C. A. (2012). Transformational Leadership, Innovative Behavior, and Task Performance: Test of Mediation and Moderation Processes. *Human Performance*, 25, št. 1, str. 1–25.
2. Avolio, B. J. (1990). *Full Leadership Development*. Sage Publication.
3. Bass, B. M. (1985). *Leadership and Performance*. N. Y.: Free Press.
4. Bass, B. M. (1998). *Transformational leadership: Industrial, military, and educational impact*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
5. Bass, B. M. in Avolio, B. J. (Eds.) (1994). *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*. Thousand Oaks, CA: Sage.
6. Brezovšek, M. in Kukovič, S. (2014). *Javno vodenje: sodobni izzivi*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
7. Chen, H. C. in Baron, M. (2006). Nursing Directors' Leadership Styles and Faculty Members' Job Satisfaction in Taiwan. *Journal of Nursing Education*, 45 (10), 404–411.
8. Čufer, M. (2004). *Vodenje v šoli*. Jesenice: Samozaložba.
9. Deschamps, C., Rinfret, N., Lagacé, C. M. and Privé, C. (2016). Transformational Leadership and Change: How Leaders Influence Their Followers' Motivation Through Organizational Justice. *Nursing Management. Journal of Healthcare Management*, 61 (3), 194–213.
10. Dionne, S. D., Chun, J. U., Hao, C., Serban, A., Yammarino, F. J. in Spangler, W. D. (2012). Article quality and publication impact via levels of analysis incorporation: An illustration with transformational/charismatic leadership. *Leadership Quarterly*, 23 (6), 1012–1042.
11. Gardner, J. W. (1965). The antileadership vaccine. Annual report for the fiscal year. Carnegie Corporation of New York, str. 3–12.
12. Gellis, Z. D. (2001). Social work perceptions of transformational and transactional leadership in health care. *Social Work Research*, 25 (1), 17–25.
13. Grbec, V. (1989). *Timsko delo v procesu zdravstvene nege*. Pridobljeno dne 12. 10. 2017, s <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/1989.23.2.123>.
14. Kanste, O., Kääriäinen, M. in Kyngäs, H. (2009). Statistical testing of the full-range leadership theory in nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 775–782.
15. Kirby, P. C., Paradise, L. V. in King, M. I. (1992). Extraordinary Leaders in Education: Understanding Transformational Leadership. *Journal of Educational Research*, 85 (92), 303.

16. Kramar Zupan, M. (2009). Menedžment vs. vodenje. Novo mesto: Fakulteta za poslovne in upravne vede.
17. Laznik, G. (2011). Lastnosti in značilnosti dobrega vodje v zdravstveni negi (Diplomska naloga). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede Maribor.
18. Laznik, G. (2017). Lastnosti dobrega vodje in stili vodenja v zdravstveni negi. *Revija za ekonomske in poslovne vede*, 5 (1), 78–99.
19. Laznik, G. (2018). Transformacijsko vodenje v zdravstveni negi: pregled literature. *Revija za ekonomske in poslovne vede*, 6 (1), 26–46.
20. Mullen, J. E., Kelloway, K. in Teed, M. (2011). Inconsistent style of leadership as a predictor of safety behaviour. *Work & Stress*, 25 (1), 41–54.
21. Munir, F., Nielsen, K., Garde, A. H., Alberstein, K. in Carneiro, I. G. (2011). Mediating the effects of work-life conflict between transformational leadership and health-care worker's job satisfaction and psychological wellbeing. Blackwell Publishing Ltd; *Journal of Nursing Management*.
22. Nederveen Pieterse, A., van Knippenberg, D., Schippers, M. in Stam, D. (2010). Transformational and transactional leadership and innovative behavior: The moderating role of psychological empowerment. *Journal of Organizational Behavior*, 31 (4), 609–623.
23. Nielsen, K. in Munir, F. (2009). How do transformational leaders influence followers' affective well-being? Exploring the mediating role of self-efficacy. *Work & Stress*, 23 (4), 313–329.
24. Nielsen, K., Randall, R., Yarker, J. in Brenner, S. O. (2008). The effects of transformational leadership on followers' perceived work characteristics and psychological well-being: A longitudinal study. *Work & Stress*, 22 (1), 16–32.
25. Northouse, P. G. (2013). *Leadership: Theory and practice*. Los Angeles; London; New Delhi: Sage.
26. Peterka Novak, J. (2007). Spremembe pri vodenju v zdravstveni negi v sodobnem času. V B. Filej in P. Kersnič (ur.), *Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna: zbornik predavanj in posterjev 6. kongresa zdravstvene in babiške nege*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 541–547.
27. Rahman, W. A. W. A. (2017). Transformational Leadership and Empathy: The impact of Quality in the Health Care Services in Kelantan, Malaysia. *International Journal of Economics, Business and Management Studies*, 4 (1), 50–56.
28. Robbins, P. S. (1998). *Organizational Behavior: concepts, controversies, applications* (osma izdaja). Upper Saddle River (N. J.): Prentice-Hall International.
29. Rozman, R. in Kovač, J. (2012). *Management*. Ljubljana: GV založba.
30. Sanner - Stiehr, E. in Reynolds Kuentz, C. (2017). From the top-down: Transformational leadership considerations for health care organizations. *Journal of Hospital Administration*, 6 (4), 1–9.
31. Waldman, D. A., Bass, B. M. in Einstein, W. O. (1987). Leadership and outcomes of performance appraisal processes. *Journal of Occupational Psychology*, 60 (3), 177–186.
32. Westerberg, K. in Tafvelin, S. (2013). The importance of leadership style and psychosocial work environment to staff-assessed quality of care: implications for home help services. *Health and Social Care in the Community*, 22 (5), 461–468.

Vpliv motečih dejavnikov na delo medicinske sestre pri kakovostni in varni obravnavi pacienta v enoti intenzivne terapije

POVZETEK - Moteči dejavniki, ki se pojavljajo med delom zdravstvenih delavcev pri kakovostni in varni obravnavi pacientov, lahko resno vplivajo na kakovost izvedene zdravstvene nege medicinskih sester. Moteči dejavniki prekinjajo delo medicinskih sester, kadar so ti prepogosti, pa prihaja do napak pri njihovem delu. Moteči dejavniki veljajo za neželene dogodke, ki se zgodijo nepričakovano, nenačrtovano in lahko škodujejo uporabniku storitev zdravstvene dejavnosti v enoti intenzivne terapije. Da bi prišli do dejanske slike o motečih dejavnikih, smo izvedli opazovanje diplomiranih medicinskih sester (DMS) v enoti intenzivne terapije (EIT) XXX in ugotovili, kakšen vpliv imajo moteči dejavniki na pogostost napak pri izvajanju kliničnih postopkov in posegov pri celostni obravnavi pacientov. Kot raziskovalni instrument smo uporabili opazovalno kontrolno listo. Ugotovili smo, da so moteči dejavnik za diplomirane medicinske sestre največkrat prekinjeno delo med dopoldanskimi intervencijami, v nočnih intervencijah je motečih dejavnikov sicer manj, vendar so ti intenzivnejši. Intervencije, kjer se najpogosteje dogajajo prekinitve so načrtovanje ZN, izvajanje ali asistenca pri diagnostično terapevtskih posegih, vodenje in nadzorovanje pri zdravstveni dokumentaciji, aplikacija I.V. TH in preveza ran, drenov, venskih pristopov. Dejavniki, ki so najbolj moteči so zdravstveno osebje so: alarmi, telefonski klici in pacienti. Na podlagi rezultatov bomo podali ukrepe za odpravo motečih dejavnikov.

KLJUČNE BESEDE: moteči dejavniki, medicinska sestra, opazovalna lestvica, zdravstveni sodelavci, pacienti

1 Uvod

Medicinske sestre, ki obravnavajo paciente celostno v enoti intenzivne terapije (EIT) potrebujejo poleg dobrega strokovnega znanja s področja zdravstvene nege, še znanja iz drugih strokovnih področij zdravstva. Vloga medicinske sestre pri celostni obravnavi pacienta v EIT je ključna: pri kontroli in opazovanju celotnega stanja pacienta, prepoznavi njegovih potreb, izvajanju zdravstvene nege in pravočasnem ukrepanju v primeru komplikacij.

Zametki intenzivne nege pa segajo tudi med krimsko vojno v petdesetih letih, in sicer je Florence Nightingale vodila najbolj kritične paciente, ki so potrebovali kisik in najnujnejšo oskrbo v tistem času. Število bolnikov ki potrebujejo zdravljenje v enotah intenzivne terapije iz dneva v dan narašča. Kot vzrok lahko rečemo da povprečna starost prebivalstva, katerega spremljajo številne kronične bolezni, se viša. Kronične bolezni so eden od pomembnih dejavnikov ki pripeljejo do nastanka sepe

in septičnega šoka. Bolnika lahko dodatno ogrožajo tudi sodobni načini zdravljenja kot so invazivni posegi, vstavljanje umetnih materialov, velike operacije, presaditve organov idr. V svetu zaradi vse večjega števila ambulantno zdravljenih bolnikov, prihaja do zmanjševanja števila postelj na običajnih oddelkih, dokler se število postelj v enotah intenzivne terapije v bolnišnicah intenzivno povečuje (Lipovšek, 2009).

V EIT pacienti prejemajo velike količine različnih zdravil, vključno s sedativi in zdravili proti bolečinam, kar lahko vpliva na njih na različne načine. Namen teh zdravil je zmanjševanje bolečine in ohranjanje miru ali globokega spanca, tako da so pacienti bolj strpni do uvedenih kanalov in opreme ki je pritrjena na njih. Kritično bolni pacienti, ki zahtevajo najvišjo raven zdravljenja in zdravstvene nege, se zdravijo na oddelku intenzivne terapije. Za obravnavo takega pacienta mora biti dobro organiziran multidisciplinarni pristop (Simonič in Lukić, 2016).

Zato za paciente v EIT skrbi multidisciplinarni tim osebja, ki je posebno usposobljeno za delo v EIT, ter ima dodatno znanje iz intenzivne medicine in zdravstvene nege (zdravniki, diplomirane medicinske sestre-vodje tima, medicinske sestre in zdravstveni tehniki ...) (Goričan, 2013).

Delo medicinske sestre v enoti intenzivne terapije je kompleksno in zahtevno. Medicinska sestra v EIT izvaja različne procese, povezane s pacientovo dokumentacijo, z medicinskimi pripomočki, odgovorna je za popolno ali delno pomoč pri izvajanju vseh življenjskih aktivnosti, pogosto je vključena v več procesov hkrati (opazovanje pacienta, sodelovanje pri viziti, aplikaciji zdravil itd.). Medicinske sestre v EIT imajo v procesu izvajanja intervencij zdravstvene nege pacienta pogoste prekinitve. Kalisch in Aebersold (2010) sta ugotovila, da medicinske sestre velikokrat opravljajo več različnih nalog hkrati, tudi delo je razpršeno na več strani.

2 Enota intenzivne terapije in nege

Ustrezna in kakovostna zdravstvena oskrba življenjsko ogroženega pacienta se lahko izvaja le na posameznih oddelkih, to so enote intenzivne terapije (EIT) (Mavsar - Najdenov, 2011). Ljudje so sprejeti v EIT, ker potrebujejo intenzivno podporo za odpovedujoče organske sisteme, zdravljenje, stalno spremljanje oz. nadzor in pogosto zdravstveno nego. V nekaterih bolnišnicah so poimenovane enote za intenzivno terapijo ali pa oddelki za kritično ogrožene paciente. Akutna bolezen se razlikuje od katere koli druge bolezni, saj je pogosto nepričakovana in nenadna. Je življenjsko nevarna, zato se zahteva visoka raven zdravljenja in podpore, zlasti v zgodnji fazi. Mnogokrat je problem večkratna odpoved organov, predvsem srca, pljuč, ledvic, jeter ali celo možganov. Vsi ti organi tesno sodelujejo v zdravem telesu, tako da ni presenetljivo, da ko eden odpove, drugi pogosto sledijo (Pelieu idr., 2013).

Posebej smo osredotočeni na tri pomembne organe, zaradi neposredne življenjske ogroženosti, a to so: možgani, srce in pljuča (Mavsar - Najdenov, 2011). Nekateri bolniki potrebujejo tesno spremljanje takoj po večjem kirurškem posegu ali resni

poškodbi glave. Drugi lahko imajo težave s pljuči, ki zahtevajo ventilatorsko podporo dihanja. Bolniki lahko imajo težave s srcem in žilami (zelo visoki ali zelo nizki krvni tlak, nestabilen srčni ritem, infarkt), ki potrebujejo stalni nadzor in opazovanje.

Najbolj pogosta vrsta sprejema v EIT je prav urgenten sprejem. Gre za nepričakovan, nenaden dogodek oziroma akutno poslabšanje, stanje pacienta bodisi z oddelka ali s terena, ki lahko vodi v akutno dihalno odpoved. V takih primerih se ponavadi izvajajo vsi najtežji diagnostično terapevtski postopki (kardiopulmonalno oživljanje, intubacija) ki zahtevajo ustrezno izobražen tim strokovnjakov, ki so v nenehni stalni pripravljenosti (Cardoso idr., 2011). Vsi ostali sprejemi, ki niso nujne narave pa so planirani oz. dogovorjeni.

Medicinske sestre v EIT imajo pomembno nalogo pri celostni oskrbi pacienta, vključno z naslednjimi nalogami: odvzemi krvi za redne preiskave, spreminjanje načrta zdravstvene nege v skladu z zdravstvenim stanjem pacienta, aplikacija terapije in tekočine po naročilu zdravnika, spremlja in vpisuje vitalne funkcije z monitorja, čisti tekočino in sluz iz pacientovih dihal z uporabo aspiracijskih katetrov in vakuum, spreminjanje lege pacienta v postelji na točno določene ure, zaradi preprečitve nastanka RZP, skrbi za ustno higieno pacienta in čiščenje pacientove zobne proteze, posteljna kopel ... (Garrouste - Orgeas idr., 2015).

Kendall - Gallagher in Blegen (2017) v svoji raziskavi menita, da je pravi izziv zagotoviti, da pacienti v enotah intenzivne terapije dobijo varno ter visoko kakovostno oskrbo zaradi kompleksnosti okolja. Kombinacija zapletenih zdravniških naročil, več skrbnikov in nepredvidljivost ustvarja znatno tveganje za poškodbe pacientov. Incidenti v EIT, ki vključujejo neželene dogodke, so relativno pogosti. Analize podatkov iz EIT, ki izhajajo iz prijav neželenih dogodkov, kažejo na to, da so pomembni dejavniki, povezani z ljudmi, saj neznanje zaposlenih pogosto prispeva k neželenim dogodkom. Klasifikacija specialnosti je metoda za potrditev znanja zaposlenih na določenem kliničnem okolju. Znanje, izkušnje in veščine v določenem kliničnem okolju so zelo pomembne za izvajanje kakovostne zdravstvene oskrbe.

3 Moteči dejavniki v enoti intenzivne terapije in nege

Dejavniki in prekinitve najpogosteje vključujejo ljudi, zdravstveno osebje, paciente, obiskovalce, lahko pa gre za medicinske naprave, infuzijske črpalke in telefone. Na štirih oddelkih v kanadski pediatrični kliniki so bile najpogostejše prekinitve iz okolja monitorji in alarmi, kar predstavlja 37 % vseh prekinitvev, sledijo prekinitve druge medicinske sestre (25 %), bolnika (9 %), družinskih članov (8 %) in zdravnika (5 %) (Westbrook idr., 2010). Na oddelkih za intenzivno terapijo odraslih se pojavljajo številni življenjsko nevarni dogodki, kljub stalnem nadzoru in visoki gostoti skrbnikov. Dejansko EIT so opredeljene kot strukture z visokim tveganjem, ker so diagnostični in terapevtski postopki, ki se izvajajo zapleteni, mnogi ljudi so vpleteni v odločanje

pri kritično bolnih pacientih in zaradi tega lahko pride do hujših organskih okvar (Sakr idr., 2015).

Ugotovljena je bila tudi povezanost prekinitve s pogostostjo napak medicinske sestre. Vsaka prekinitve medicinske sestre je povečala možnost za napako pri postopku za 12,1 %, medtem ko se z vsako prekinitvijo za 12,7 % poveča možnost za klinično napako (Barclay, 2010). Kohortna študija IATROREF ni ugotovila nobene pomembne povezave med številom medicinskih napak in smrtjo v EIT, čeprav so imeli bolniki z več kot dvema neželenima dogodkoma večje tveganje za smrt kot tisti, ki niso imeli neželenega dogodka. Zato je ta stopnja smrtno nevarnih neželenih dogodkov lahko pomemben pokazatelj varnosti pacientov v EIT (Garrouste - Orgeas idr., 2015). Leta 2010 so na sedmih oddelkih v dveh bolnišnicah v ZDA opazovali 35 medicinskih sester, opazovanih je bilo 3441 dogodkov oziroma kliničnih postopkov, pri tem je bilo zabeleženih 1354 prekinitvev. V raziskavi so 46 ur medicinske sestre izvajale več nalog hkrati, kar predstavlja 33,8 % opazovalnega časa, ob čemer je bilo zabeleženih 200 napak. Medicinske sestre so bile prekinjene 10-krat na uro, kar pomeni 1 prekinitvev vsakih 6 minut (Kalisch in Aebersold, 2010).

Steyrer idr. (2013) v svoji raziskavi navajajo, da obstajata dve vrsti tveganja za nastanek neželenih dogodkov, eno so dogodki povezani s pacientom in sicer starost, in dolgotrajno ležanje v EIT. Drugi dejavniki tveganja pa so povezani z intenzivno nego, ki vključujejo pomanjkanje kadra ter slabo komunikacijo v multidisciplinarnom timu. Ksoury idr. (2010) navajajo, da neželeni dogodki, opredeljeni kot iatrogene – nenamerne poškodbe ali zapleti, ki jih povzročijo medicinsko osebje in ne pacientova osnovna bolezen, se pojavijo v približno eni tretjini primerov pri odraslih pacientov v EIT. Pomembno je, da je vsak incident dokumentiran na predpisan obrazec, iz katerega lahko ugotovimo okoliščine incidenta in posledice. Analiza incidentov omogoča vpogled v potrebne izboljšave, s katerimi bi število incidentov zmanjšali. V nekaterih EIT so zaradi pogostih prekinitvev medicinske sestre pri izvajanju intervencij zdravstvene nege in oskrbe pacienta uvedli tako imenovano »tiho cono« (Sasangohar idr., b. d.).

Rešetič (2015) v svoji raziskavi navaja, pritožbe pacientov in njihovih svojcev kot pomemben element neljubih dogodkov ki so zelo pomembne za ugled bolnišnic. Pritožbe so nam v pomoč pri ugotovitvi kako smo uspešni pri različnih področjih svojega dela, pri komuniciranju in informiranju, medsebojnih odnosih, predvsem pa ugotovimo, kakšna je naša vljudnost in spoštljivost do pacientov in njihovih svojcev.

4 Metodologija

4.1 Namen in cilj raziskave

Namen raziskave je predstaviti enoto intenzivne terapije, definirati moteče dejavnike, ki vplivajo na delo medicinske sestre v enoti intenzivne terapije in s tem ugo-

toviti, kakšen vpliv imajo na pogostost napak pri izvajanju kliničnih postopkov in posegov. Cilji raziskave je predstaviti enoto intenzivne terapije in nege ter moteče dejavnike v le-tej.

4.2 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na kvantitativni in deskriptivni metodi dela. Podatke, ki so služili kot primarni viri, smo pridobili z neposrednim opazovanjem s pomočjo že vnaprej pripravljene kontrolne liste.

Ostale informacije smo zbrali s pregledom strokovne domače in tuje literature, in sicer s pomočjo podatkovnih baz, kot so: COBBISS, CINHALL, PubMed, Research Gate.

4.3 Opis instrumenta

Kot raziskovalni instrument smo uporabili opazovalno kontrolno listo za opazovanje dela diplomiranih medicinskih sester in pojava motečih dejavnikov pri njihovem delu. Podlaga za sestavo kontrolne liste so bile predhodne raziskave v tujem in domačem prostoru in lastne delovne izkušnje. Kontrolno listo smo oblikovali tako, da smo v treh izmenah (dopoldanska, popoldanska in nočna) opazovali diplomirane medicinske sestre med delom in ugotavljali, kateri dejavniki so najpogosteje in najbolj moteči.

V prvi del kontrolne liste »Zdravstvena nega« smo vključili tri področja zdravstvene nege, in sicer: osnovna zdravstvena nega, specialna zdravstvena nega in monitoring.

Pri osnovni zdravstveni negi smo tako diplomirane medicinske sestre opazovali na različnih področjih (opazovanje dihanja, pomoč pri prehranjevanju in pitju, pomoč pri izločanju, pomoč pri spanju in počitku, pomoč pri slačenju in oblačenju, vzdrževanje normalne telesne temperature, osebna higiena in urejenost ter komuniciranje in pogovori), ter podali katero izmeno opazujemo in oceno opazovanja od 1 do 5 (1 – zelo slabo, 2 – slabo, 3 – dobro, 4 – zelo dobro, 5 – odlično). Nato smo na podlagi opazovanja opredelili, kateri moteči dejavniki (zdravstveni sodelavci, strokovni sodelavci za FTH, potrebe po obravnavanju zahtev zdravnika, oddelčne strežnice, kurirji, služba bolnišnične prehrane (odvoz-dovoz hrane), pacienti, obiskovalci/svojci, tehnična služba, alarm in telefonski klic) so za diplomirane medicinske sestre pri opravljanju osnovne zdravstvene nege, na določeni izmeni, najbolj moteči.

Pri specialni zdravstveni negi smo diplomirane medicinske sestre prav tako opazovali na različnih področjih (načrtovanje zdravstvene nege, zdravstveno vzgojno svetovanje pacientom in svojcem, posredovanje ugotovitev procesa zdravstvene nege pri zdravniški viziti, izvajanje ali asistenca pri diagnostično terapevtskih posegih, vodenje in nadzor pri zdravstveni dokumentaciji, računalniško evidentiranje opravljenega dela in izvedba medicinsko tehničnih posegov po naročilu zdravnika). Preostali postopek je enak postopku opisanemu pri opazovanju diplomiranih medicinskih sester na področju osnovne zdravstvene nege.

Tudi pri monitoringu so bile diplomirane medicinske sestre opazovane na več področjih (spremljanje in vpisovanje vitalnih funkcij (VF) na monitorju, spremljanje in vpisovanje doseženih vrednosti na ventilatorju, umerjanje aparatur, kontrola defibrilatorjev in preverjanje delovanja aparatur, skladnost s standardi). Preostali postopek je enak postopku opisanemu zgoraj, pri opazovanju diplomiranih medicinskih sester na področju osnovne zdravstvene nege.

4.4 Opis vzorca

Raziskava je potekala na Oddelku za intenzivno terapijo in nego (OITN) Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik). Ciljna populacija so bile vse diplomirane medicinske sestre (17 diplomiranih medicinskih sester), zaposlene v enoti intenzivne terapije Klinike Golnik. Opazovanje je potekalo od konca meseca februarja do konca meseca marca 2018. S pomočjo kontrolne liste smo opazovali diplomirane medicinske sestre na področjih osnovne zdravstvene nege, specialne zdravstvene nege in monitoringa.

4.5 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Za izvedbo raziskave je bilo predhodno pridobljeno soglasje ustanove. Opazovanje in beleženje sta izvajala vodilna medicinska sestra in strokovni vodja oddelka intenzivne terapije in nege. Oba sta privolila v sodelovanje v raziskavi. Preučila sta tudi pripravljeno predlogo za opazovanje in beleženje.

V raziskavo so bile vključene vse diplomirane medicinske sestre zaposlene v enoti intenzivne terapije. Diplomirane medicinske sestre so bile predhodno seznanjene z namenom raziskave in načinom pridobivanja podatkov. Da smo pridobili čim bolj realne podatke, jih nismo seznanili s področjem opazovanja in časom opazovanja.

Časovno je opazovanje trajalo en mesec. Izvedeno je bilo v dopoldanski, popoldanski in nočni izmeni. V vsaki izmeni je bilo izvedeno eno opazovanje. Opazovana je bila ena diplomirana medicinska sestra pri eni aktivnosti. Za vsako opazovanje je bil uporabljen nov kontrolni list opazovanja. Opazovalni listi so zaporedno oštevilčeni in kodirani. Izvedli smo 61 opazovanj.

Pridobljene podatke smo analizirali, statistično obdelali, prikazali z grafi/tabelami, interpretirali rezultate. Za analizo in prikaz podatkov smo uporabili računalniški program Microsoft Office Excel ter statistični program SPSS. Za ugotavljanje statistične pomembnosti smo uporabili ANOVO, Hi-kvadrat in Paersonovo korelacijo. Statistično pomembnost je določala vrednost $p < 0,05$. Podatke pridobljene na podlagi strukturiranega opazovanja smo kvantitativno obdelali. Vzorec preiskovancev je opisan na podlagi frekvenčne in odstotne porazdelitve.

Rezultati raziskave so uporabljeni za izdelavo predloga ukrepov za odpravo motečih dejavnikov.

4.6 Rezultati

Graf 1 prikazuje število opazovancev glede na izmeno. V dopoldanski izmeno je bilo vključenih dvajset opazovancev (33%), v popoldansko 21 (34 %), v nočno izmeno pa 20 opazovancev (33 %).

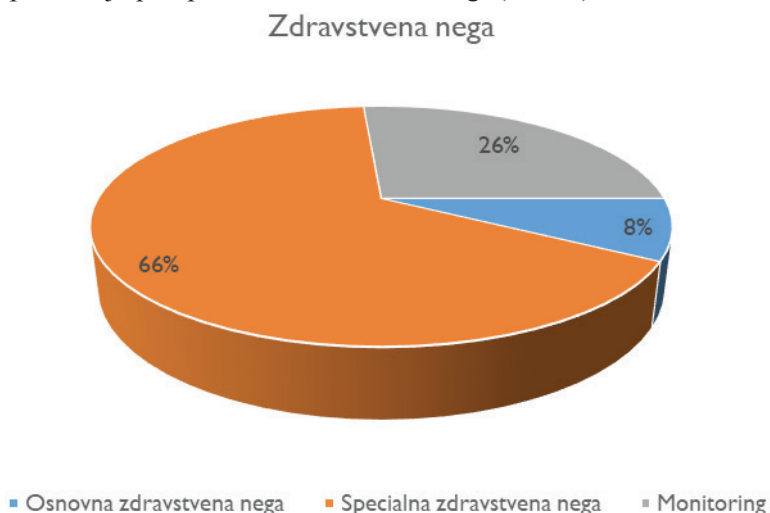
Graf 1: Število anketiranih glede na izmeno (n = 61)



Vir: Lastni vir, 2018.

Z grafom 2 prikazujemo, na katerem področju zdravstvene nege so bila opazovanja izvedena. Več kot polovica opazovanj (66 %) je bilo izvedenih na področju specialne zdravstvene nege. Na področju osnovne zdravstvene nege je bilo izvedenih 5 opazovanj (8 %), v okviru monitoringa pa 16 opazovanj (26 %).

Graf 2: Opazovanja pri specifični zdravstveni negi (n = 61)



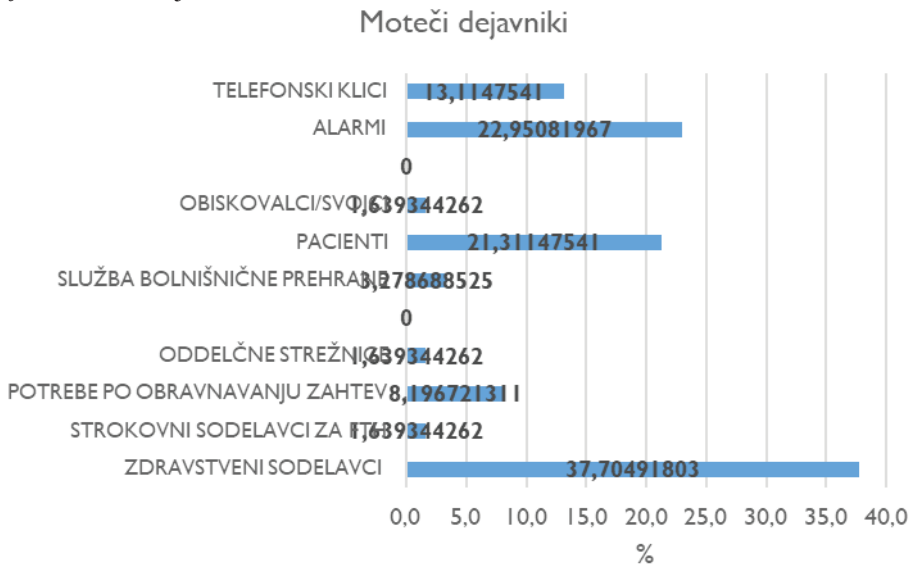
Vir: Lastni vir, 2018.

V nadaljevanju smo rezultate prikazali po sklopih vprašanjih.

1. Sklop: Kateri so najbolj pogosti moteči dejavniki v EIT?

Graf 3 prikazuje najbolj moteče dejavnike. Na podlagi opazovanj smo ugotovili, da diplomirane medicinske sestre pri delu najpogosteje zmotijo zdravstveni sodelavci (n = 23, 37,7 %), drugi najbolj moteči dejavnik so alarmi (n = 14, 23,0 %), nato so pacienti (n = 13, 21,3 %) in telefonski klici (n = 8, 13,1 %). Med manj moteče dejavnike spadajo potrebe po obravnavanju zahtev zdravnika, služba bolnišnične prehrane, obiskovalci in svojci ter strokovni sodelavci za fizioterapevti (FHT). Med opazovanjem smo opazovali še dva dejavnika, ki pa diplomiranih medicinskih sester med opravljanjem dela nista zmotila (kurirji in tehnična služba).

Graf 3: Moteči dejavniki



Vir: Lastni vir, 2018.

2. Sklop: Pri katerem delu intervencije se najbolj pogosto pojavljajo moteči dejavniki?

Tabela 1 prikazuje moteče dejavnike glede na intervencijo. Najpogosteje so se moteči dejavniki pojavili pri prevezu ran, drenov in venskih pristopov, kje je podana povprečna ocena opazovanja dobro opravljeno delo (PV = 3, SO = 1,414). Dobro povprečno oceno opazovanja (PV = 3,33, SO = 0,471) je prejela tudi intervencija načrtovanja zdravstvene nege, kjer so bili moteči dejavniki pogosti. Brez motečih dejavnikov so DMS opravile intervencij računalniškega evidentiranja opravljenega dela (PV = 5, SO = 0) in odvzema krvi (PV = 5, SO = 0). Vse ostale intervencije so DMS opravile zelo dobro, z nekaj motečimi dejavniki.

Na podlagi rezultatov tabele 1 se moteči dejavniki najpogosteje pojavljajo pri intervencijah specialne zdravstvene nege (načrtovanje ZN, izvajanje ali asistenca pri diagnostično terapevtskih posegih, vodenje in nadzorovanje pri zdravstveni dokumentaciji, aplikacija intravenozne terapije (preveza ran, drenov, venskih pristopov) in pri monitoringu (spremljanje in vpisovanje VF na monitorju). Pri osnovni zdravstveni negi moteči dejavniki na diplomirane sestre ne vplivajo v veliki meri. Motnje dela pa lahko pripišemo tudi zahtevnosti dela, saj morajo biti diplomirane medicinske sestre pri specialni zdravstveni negi in monitoringu veliko bolj zbrane, kot pri osnovni zdravstveni negi. Pri specialni zdravstveni negi so dejavniki moteči ravno pri intervencijah, ki zahtevajo veliko zbranosti in natančnosti.

Tabela 1: Moteči dejavniki glede na intervencijo

	Intervencije	n	PV	SO
Osnovna ZN	Pomoč pri prehranjevanju in pitju	1	4	0
	Osebna higiena in urejenost	2	4,5	0,5
	Komuniciranje in pogovor	2	4,5	0,5
Specialna ZN	Načrtovanje ZN	3	3,33	0,471
	Zdravstveno vzgojno svetovanje pacientom in svojcem	5	4,8	0,4
	Posredovanje ugotovitve procesa zdravstvene nege pri zdravniški viziti	2	4	0
	Izvajanje ali asistenca pri diagnostično terapevtskih posegih	5	3,6	0,8
	Vodenje in nadzorovanje pri zdravstveni dokumentaciji	3	3,67	0,471
	Računalniško evidentiranje opravljenega dela	1	5	0
	Odvzem krvi	1	5	0
	Aplikacija I.V. TH	12	3	0,913
	Aplikacija P.O. TH	2	4,5	0,5
	Preveza ran, drenov, venskih pristopov	5	3	1,414
Monitoring	Spremljanje in vpisovanje VF na monitorju	7	3,86	0,833
	Spremljanje in vpisovanje doseženih vrednosti na ventilatorju	4	3,75	0,433
	Kontrola defibrilatorjev	4	4	0,816
	Preverjanje ispravnosti aparaturne opreme, skladnosti s standardi	1	4	0

Vir: Lastni vir, 2018.

Legenda: n = velikost vzorca, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, Likertova lestvica: 1 – zelo slabo, 2 – slabo, 3 – dobro, 4 – zelo dobro, 5 – odlično.

V tabeli 2 so prikazani rezultati testa ANOVA, kjer smo primerjali aritmetične sredine intervencij s pogosto prisotnostjo motečih dejavnikov, z delovno izmeno (dopoldanska, popoldanska in nočna). Do statistično pomembnih razlik prihaja med delovno izmeno in naslednjimi intervencijami: Izvajanje ali asistenca pri diagnostično terapevtskih posegih ($F = 0,600$, $p = 0,025$), aplikacija I.V. terapiji ($F = 3,525$, $p = 0,047$), preveza ran, drenov, venskih pristopov ($F = 0,273$, $p = 0,038$), spremljanje in vpisovanje VF na monitorju ($F = 1,469$, $p = 0,032$) in spremljanje in vpisovanje doseženih vrednosti na ventilatorju ($F = 0,250$, $p = 0,049$). Na podlagi rezultatov lahko zavrnamo ničelno hipotezo in sprejmemo nasprotno – na dopoldanski izmeni imajo moteči dejavniki večji vpliv na intervencijo DMS, kot na popoldanski in nočni.

Tabela 2: Razlike med motečimi dejavniki na intervencijah glede na delovno izmeno

		<i>Vsota kvadratov</i>	<i>df</i>	<i>Povprečje kvadratov</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
<i>Izvajanje ali asistenca pri diagnostično terapevtskih posegih</i>	Med skupinami	0,113	3	0,600	0,600	0,025
	Znotraj skupin	218,882	3	1,000		
	Skupaj	218,995	4			
<i>Aplikacija I.V. TH</i>	Med skupinami	4,781	2	2,196	3,525	0,047
	Znotraj skupin	254,769	9	0,623		
	Skupaj	259,550	11			
<i>Preveza ran, drenov, venskih pristopov</i>	Med skupinami	0,262	1	0,833	0,273	0,038
	Znotraj skupin	162,706	3	3,056		
	Skupaj	162,969	4			
<i>Spremljanje in vpisovanje VF na monitorju</i>	Med skupinami	0,055	2	1,029	1,469	0,032
	Znotraj skupin	255,776	4	0,700		
	Skupaj	255,776	3			
<i>Spremljanje in vpisovanje doseženih vrednosti na ventilatorju</i>	Med skupinami	0,113	1	0,083	0,250	0,049
	Znotraj skupin	218,882	2	0,333		
	Skupaj	218,995	3			

Vir: Lastni vir, 2018.

Legenda: *df* = stopnja prostosti, *F* = razmerje, *p* = statistična značilnost ($p < 0,05$).

Tabela 3 prikazuje povezanost intervencij in najpogostejših motečih dejavnikov. Na podlagi Hi-kvadrat testa smo ugotovili statistično pomembno povezavo med intervencijami in motečimi dejavniki. Diplomirane medicinske sestre pri izvajanju asistencije pri diagnostično terapevtskih posegih zmotijo zdravstveni sodelavci ($p = 0,004$), pacienti ($p = 0,032$) in telefonski klici ($p = 0,018$). Pri aplikaciji I.V. terapije sta za diplomirane medicinske sestre najbolj moteča dejavnika zdravstveni sodelavci ($p = 0,041$) in alarmi ($p = 0,009$). Med prevezovanjem ran, drenov in venskih pristopov diplomirane medicinske sestre najpogosteje zmotijo pacienti ($p = 0,028$). Najpogostejša moteča dejavnika, ki vplivata na delo diplomiranih medicinskih sester pri spremljanju in vpisovanju VF na monitorju sta zdravstveni delavci ($p = 0,043$) in telefonski klici ($p = 0,035$). Na podlagi Hi-kvadrat testa lahko ničelno hipotezo zavrnemo in trdimo, da obstaja povezava med intervencijami in motečimi dejavniki. Omenjeni moteči dejavniki so za diplomirane medicinske sestre na izbranih intervencijah bolj moteči, kot ostali dejavniki.

Tabela 3: Povezanost med intervencijami in najpogostejšimi motečimi dejavniki

Intervencije	Najpogostejši moteči dejavniki							
	Zdravstveni sodelavci		Pacienti		Alarmi		Telefonski klici	
	df	X2 (p)	df	X2 (p)	df	X2 (p)	df	X2 (p)
<i>Pomoč pri prehranjevanju in pitju</i>	11,150	0,886	14,03	0,101	2,852	0,283	11,125	0,333
<i>Osebna higiena in urejenost</i>	0,590	0,135	26,14	0,211	1,784	0,442	6,365	0,274
<i>Komuniciranje in pogovor</i>	18,101	0,331	27,14	0,709	11,125	0,675	0,898	0,825
<i>Načrtovanje ZN</i>	11,111	0,056	66,97	0,990	6,365	0,550	18,333	0,837
<i>Zdravstveno vzgojno svetovanje pacientom in svojcem</i>	1,670	0,742	55,45	0,944	2,852	0,097	15,274	0,117
<i>Posredovanje ugotovitve procesa zdravstvene nege pri zdravniški viziti</i>	2,852	0,947	22,87	0,437	1,784	0,055	13,687	0,096
<i>Izvajanje ali asistenca pri diagnostično terapevtskih posegih</i>	1,784	0,004	0,697	0,032	1,987	0,150	12,414	0,018
<i>Vodenje in nadzorovanje pri zdravstveni dokumentaciji</i>	11,125	0,066	21,39	0,650	12,78	0,950	11,125	0,542
<i>Računalniško evidentiranje opravljenega dela</i>	6,365	0,098	22,147	0,139	12,369	0,181	3,117	0,401
<i>Odvzem krvi</i>	0,898	0,788	57,361	0,631	18,364	0,370	0,988	0,397
<i>Aplikacija I.V. TH</i>	18,333	0,041	1,987	0,920	11,150	0,009	12,623	0,162
<i>Aplikacija P.O. TH</i>	15,274	0,654	12,78	0,778	0,214	0,631	0,336	0,151
<i>Preveza ran, drenov, venskih pristopov</i>	13,687	0,910	12,369	0,028	3,782	0,329	2,228	0,298
<i>Spremljanje in vpisovanje VF na monitorju</i>	12,414	0,043	18,364	0,228	15,331	0,223	15,008	0,035
<i>Spremljanje in vpisovanje doseženih vrednosti na ventilatorju</i>	0,987	0,931	11,150	0,414	0,622	0,090	0,610	0,072
<i>Kontrola defibrilatorjev</i>	9,321	0,608	0,590	0,329	0,998	0,687	0,998	0,213
<i>Preverjanje ispravnosti aparatur, skladnosti s standardi</i>	33,748	0,232	18,101	0,398	43,21	0,956	13,48	0,051

Vir: Lastni vir, 2018.

Legenda: df = prostostne stopnje, p = statistična značilnost ($p < 0,05$), X2 = hi kvadrat.

3. Sklop: Pogostost motečih dejavnikov glede na delovno izmeno.

Tabela 4 prikazuje moteče dejavnike glede na delovno izmeno. Najpogostejši moteči dejavnik so zdravstveni delavci v nočni (16,4 %) in dopoldanski (14,8 %) izmeni ter pacienti na dopoldanski izmeni (9,8 %). Tudi alarmi na popoldanski (9,8 %) in nočni (9,8 %) izmeni so za DMS moteči. Veliko dejavnikov na nočni izmeni za DMS ni motečih.

Tabela 4: Moteči dejavniki glede na delovno izmeno

Moteči dejavniki	Izmena					
	Dopoldanska		Popoldanska		Nočna	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Zdravstveni sodelavci</i>	9	14,8	4	6,6	10	16,4
<i>Strokovni sodelavci za FTH</i>	1	1,6	-	-	-	-
<i>Potrebe po obravnavanju zahtev zdravnika</i>	1	1,6	1	1,6	3	4,9
<i>Oddelčne strežnice</i>	-	-	1	1,6	-	-
<i>Služba bolnišnične prehrane</i>	1	1,6	1	1,6	-	-
<i>Pacienti</i>	6	9,8	3	4,9	4	6,6
<i>Obiskovalci/svojci</i>	-	-	1	1,6	-	-
<i>Alarmi</i>	2	3,3	6	9,8	6	9,8
<i>Telefonski klici</i>	3	4,9	5	8,2	-	-

Vir: Lastni vir, 2018.

Legenda: *n* = velikost vzorca, % = odstotek.

Tabela 5 prikazuje povezanost med delovno izmeno in motečimi dejavniki pri delu DMS.

Do statistično pomembne povezave prihaja med delovno izmeno in zdravstvenimi sodelavci. Povezava je pozitivna in znatna ($r = 0,279$, $p = 0,039$), kar pomeni da so zdravstveni delavci bolj moteči pri opravljanju dela v dnevni izmeni, kot pri opravljanju dela v nočni izmeni.

Statistično pomembna povezava nastaja tudi med delovno izmeno in pacienti. Povezava je pozitivna in srednje močna ($r = 0,287$, $p = 0,049$), na podlagi česar lahko sklepamo, da so za DMS pacienti bolj moteči v dnevni izmeni, kot v nočni.

Do statistično pomembne povezave prihaja še med delovno izmeno in alarmi. Povezava je negativna in znatna ($r = -0,141$, $p = 0,037$), kar pomeni, da so alarmi za DMS pri delu bolj moteči na nočni izmeni, kot na dopoldanski.

Tabela 5: Povezanost med motečimi dejavniki in delovno izmeno

<i>Moteči dejavniki</i>		<i>Delovna izmena</i>
<i>Zdravstveni sodelavci</i>	Pearsonova korelacija	0,279*
	p-vrednost	0,039
	n	23
<i>Strokovni sodelavci za FTH</i>	Pearsonova korelacija	0,385
	p-vrednost	0,668
	n	1
<i>Potrebe po obravnavanju zahtev zdravnika</i>	Pearsonova korelacija	0,238
	p-vrednost	0,097
	n	5
<i>Oddelčne strežnice</i>	Pearsonova korelacija	0,229
	p-vrednost	-0,687
	n	1
<i>Služba bolnišnične prehrane</i>	Pearsonova korelacija	0,211
	p-vrednost	-0,368
	n	2
<i>Pacienti</i>	Pearsonova korelacija	0,287*
	p-vrednost	0,049
	n	13
<i>Obiskovalci/svojci</i>	Pearsonova korelacija	-0,662
	p-vrednost	0,128
	n	1
<i>Alarmi</i>	Pearsonova korelacija	-0,141*
	p-vrednost	0,037
	n	14
<i>Telefonski klici</i>	Pearsonova korelacija	0,851
	p-vrednost	0,266
	n	8

Vir: Lastni vir, 2018.

Legenda: n = velikost vzorca, * korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,05 ($p < 0,05$).

5 Razprava

Dejavnikov okolja, ki so moteči za delo, se ne da popolnoma odpraviti oziroma preprečiti, lahko pa se jih omeji, vsaj tiste, na katere lahko vplivamo. Moteče dejavnike je pomembno omejiti zaradi izvajanja kakovosti zdravstvene nege diplomiranih medicinskih sester in ostalih zdravstvenih delavcev. Pri nepozornem izvajanju zdravstvenih storitev in pri delu v motečem delovnem okolju lahko pride do napak, ki imajo tudi resne posledice. Buchini in Quattrin (2012) ugotavljata, da je varnost pacientov problem po celem svetu. Številu neželenih dogodkov se lahko izognemo, ker nastanejo zaradi človeških napak. Večina napak se pojavlja zaradi zahtevne oskr-

be, velike razlike v usposobljenosti in količini razpoložljivih izvajalcev zdravstvenega varstva, raznolikosti postopkov, pomanjkljivosti v infrastrukturi in vodenju ter v glavnem izhajajo iz sistemskih dejavnosti in so povezani z neupoštevanjem človekovih pravic. Prekinitve se lahko pojavijo, ko je glavna naloga začasno prekinjena. Prekinitve se lahko razvrstijo v: vdore (nepričakovana srečanja z nekom, ki začasno prekinja glavno dejavnost), motnje (psihološke odzive, ki jih sprožijo zunanji ali okoljske dražljaje, ali sekundarne aktivnosti, ki prekinjajo koncentracijo na primarni nalogi), prelomi (načrtovani ali spontani premori v nalogi) in nesoglasja (negotovitost, ki jo strokovnjaki dojemajo glede na svoje znanje, pričakovanja in/ali opažanja, ki so pomembna za opravljeno delo). Poleg tega so takšne prekinitve moteči dejavniki, ki vplivajo na uspešnost posameznika in zavirajo strokovnost zdravstvene oskrbe za uspešno dokončanje nalog.

Z raziskavo smo ugotovili, da so najpogostejši moteči dejavniki v Kliniki Golnik, v enoti intenzivne terapije zdravstveni sodelavci, alarmi, pacienti in telefonski klici. Dejavniki, ki so DMS pri delu manj moteči so potrebe po obravnavanju zahtev zdravnika, obiskovalci/svojci, oddelčne strežnice, strokovni sodelavci za FTH. Pri opazovanju nismo zaznali, da bi DMS zmotil pri delu kurir ali tehnična služba.

Na podlagi Hi-kvadrat testa smo dokazali statistično pomembno povezavo in ugotovili, da so zdravstveni sodelavci, pacienti, alarmi in telefonski klici za diplomirane medicinske sestre bolj moteči, kot ostali dejavniki (obiskovalci/svojci, služba bolnišnične prehrane, oddelčne strežnice, potrebe po obravnavanju zahtev zdravnika in strokovni sodelavci za FTH.)

Z izsledki raziskave Spoonerja idr. (2015) lahko primerjamo izsledke naše raziskave, saj smo ugotovili, da med bolj moteča dejavnike za DMS uvrščamo zdravstveno osebje in alarme.

Ugotovili smo, da se moteči dejavniki na Kliniki Golnik, v enoti intenzivne terapije najpogosteje pojavljajo pri intervencijah specialne zdravstvene nege (načrtovanje ZN, izvajanje ali asistenca pri diagnostično terapevtskih posegih, vodenje in nadzorovanje pri zdravstveni dokumentaciji, aplikacija I.V. TH in preveza ran, drenov, venskih pristopov) in pri monitoringu (spremljanje in vpisovanje VF na monitorju). Pri osnovni zdravstveni negi moteči dejavniki na diplomirane medicinske sestre ne vplivajo v veliki meri. Motnje dela pa lahko pripišemo tudi zahtevnosti dela, saj morajo biti diplomirane medicinske sestre pri specialni zdravstveni negi in monitoringu veliko bolj zbrane, kot pri osnovni zdravstveni negi. Pri specialni negi so dejavniki moteči ravno pri intervencijah, ki zahtevajo veliko zbranosti in natančnosti.

S statističnim testom ANOVA smo ugotovili, da imajo na dopoldanski izmeni moteči dejavniki večji vpliv na intervencijo DMS, kot na popoldanski in nočni. Torej, pogostost motečih dejavnikov je prisotna v zgoraj naštetih intervencijah, vendar so ti dejavniki bolj moteči za DMS dopoldan.

Na podlagi Hi-kvadrat testa smo zavrnili ničelno hipotezo in trdimo, da obstaja povezava med intervencijami in motečimi dejavniki. Omenjeni moteči dejavniki so

za diplomirane medicinske sestre na izbranih intervencijah bolj moteči, kot ostali dejavniki.

Tudi Sitterding idr. (2014) so v raziskavi ugotovili, da so moteči dejavniki največkrat prisotni pri intervencijah specialne nege. Moteči dejavniki, ki so pogosti pri diagnostično terapevtskih posegih, so zdravstveni delavci, alarmi in intravenski pristopi. Spoznanja lahko povežemo z rezultati naše raziskave, kjer smo ugotovili, da imajo DMS največ motečih dejavnikov pri specialni zdravstveni negi.

Na podlagi raziskave smo prišli do spoznanja, da so najbolj pogosti moteči dejavniki na nočni (zdravstveno osebje, pacienti, alarmi) in dnevni izmeni (zdravstveni sodelavci, pacienti, telefonski klici). Tudi na popoldanski izmeni smo zaznali zmerne moteče dejavnike (zdravstveni sodelavci, pacienti, alarmi in telefonski klici). Veliko dejavnikov na nočni izmeni ni bilo motečih (strokovni sodelavci za FTH, oddelčne strežnice, služba bolnišnične prehrane, obiskovalci/svojci, alarmi in telefonski klici), saj se ponoči več intervencij ne izvaja, vendar dejavniki, ki so moteči, motijo intenzivneje, kot na dnevnih izmenah, kar lahko smatramo tudi kot posledico utrujenosti. Dnevni izmeni imata več motečih dejavnikov, ki pa so, kot smo že omenili, po intenziteti manj moteči, kot dejavniki na nočni izmeni.

S pomočjo Pearsonove korelacije smo dokazali statistično pomembno povezavo med delovno izmeno in motečimi dejavniki pri delu DMS. Do statistično pomembne povezave prihaja med delovno izmeno in zdravstvenimi sodelavci. Povezava je pozitivna in znatna, kar pomeni da so zdravstveni delavci bolj moteči pri opravljanju dela na dnevni izmeni, kot pri opravljanju dela na nočni izmeni.

Statistično pomembna povezava nastaja tudi med delovno izmeno in pacienti. Povezava je pozitivna in srednje močna, na podlagi česar lahko sklepamo, da so za DMS pacienti bolj moteči na dnevni izmeni, kot na nočni. Do statistično pomembne povezave prihaja še med delovno izmeno in alarmi. Povezava je negativna in znatna, kar pomeni, da so alarmi za DMS pri delu bolj moteči na nočni izmeni, kot na dopoldanski.

Tudi Bravo idr. (2016) so ugotovili povezavo med izmeno in pojavom motečih dejavnikov, in sicer naj bi bili moteči dejavniki intenzivnejši v jutranji izmeni, ter noči, še posebej, če so DMS opravljale nočno izmeno, je bil pojav napak proti jutru večji, kot dopoldan. Pojav pripisujejo izgorelosti medicinskih sester, ter manjši koncentraciji ob koncu nočnega delavnika.

Rheume in Mullen (2017) v svoji raziskavi ugotavljata, da moten cikel spanja in utrujenost pomembno oslabita kognitivne procese, s tem pa se poveča tudi tveganje za nastanek napak na delovnem mestu, ter za zmanjševanje delovne učinkovitosti. Ugotavljata, da se takšno tveganje vse bolj povečuje z vsakim naslednjim izmenskim delom (npr. da delavec opravlja nočno delo več dni zapored). Torej kadar si izmensko delo sledi v zaporedju več dni. Ugotovila sta npr. da se tveganje za nastop neke napake na drugi zaporedni dan dela poveča na 6 %, tretji dan že na 17 %, na četrti dan pa je verjetnost, da bo delavec naredil neke vrste napako že 36 %.

Romero idr. (2013) v svoji raziskavi navajajo, da se človeška napaka pojavlja med fazo izvajanja zdravstvenih postopkov v približno treh četrtinah vseh primerov v EIT, tveganje za napake pa je kumulativno. Izogibanje neželenim dogodkom, ki se pojavljajo v EIT, se med študijami precej razlikuje, saj na izogibanje neželenim dogodkom, vplivajo njihovi psihološki obrambni mehanizmi in varnostna kultura. Neželeni učinki vplivajo na obolevnost, na dolžino bivanja in stroške zdravljenja v EIT, vendar pa ne vplivajo na umrljivost v EIT.

Sasangohar idr. (2014), v članku opisujejo, da vse prekinitve ni moč odpisati oziroma odpraviti, saj se nekatere zgodijo zaradi predaje kritičnih podatkov. Učinkovito upravljanje prekinitev v IEIT zahteva razumevanje značilnosti prekinitev, konteksta, v katerem se prekinitev zgodi in prekinitvene vsebine. Avtorji so opazovalno raziskavo izvedli v kardiovaskularni EIT v kanadski učni bolnišnici. Štirje opazovalci (1 doktorski in 3 dodiplomski študentje), ki so bili usposobljeni za raziskovanje človeških dejavnikov, so opazovali 40 medicinskih sester, približno eno uro, v razponu obdobja 3 tednov. Podatke so opazovalci zabeležili v realnem času z uporabo zaslona s tabličnim računalnikom na dotik in s posebno programsko opremo, načrtovano v ta namen. Čeprav je bila pri intervencijah visoka stopnja prekinitev (51 %), je več kot polovica teh prekinitev, ki so se zgodile med intervencijami z visoko stopnjo resnosti, prenašala informacije, povezane z delom ali pacientom. Poleg tega je bila stopnja prekinitev z osebno vsebino bistveno večja pri nalogah z nizko stopnjo resnosti v primerjavi z nalogami srednje in visoke stopnje resnosti. Namesto odstranitve je potrebno preučiti tudi strategije za ublažitev motečih dejavnikov. Poleg tega so lahko prekinjevalci pred prekinitvijo ocenili primarno resnost prekinitve. Zato je potrebno natančno preučiti, kdaj in kako prekiniti medicinsko sestro med zdravstveno intervencijo.

McCurdie idr. (2017) opozarjajo, da se prekinitve v zdravstvenem varstvu štejejo za težavo. Na podlagi več raziskav so bili že predlagani ukrepi, za zmanjšanje motečih dejavnikov v EIT, vendar učinkovitost posegov ostaja mešana. McCurdie idr. (2017) so razvili nov opazovalni pristop-metodo dvojne perspektive, za preučevanje prekinitev z vidika različnih delovnih nalog v EIT. Menijo, da bo metoda izboljšala prekinitve in pripeljala do razvoja primernih in trajnostnih posegov, ki bodo zagotovili varno in učinkovito delovanje.

Če povzamemo glavne ugotovitve raziskave, ugotavljamo, da so moteči dejavniki na Kliniki Golnik v enoti intenzivne nege prisotni. Delo diplomiranih medicinskih sester je največkrat prekinjeno med dopoldanskimi intervencijami, v nočnih intervencijah je motečih dejavnikov sicer manj, vendar so ti intenzivnejši. Intervencije, kjer se najpogosteje dogajajo prekinitve so načrtovanje ZN, izvajanje ali asistenca pri diagnostično terapevtskih posegih, vodenje in nadzorovanje pri zdravstveni dokumentaciji, aplikacija I.V. TH in preveza ran, drenov, venskih pristopov. Dejavniki, ki so najbolj moteči so zdravstveno osebje, alarmi, telefonski klici in pacienti. Dejavniki vplivajo na kakovost izvedbe zdravstvene nege v Kliniki Golnik, zato bi bilo smiselno uvesti ukrepe za preprečevanje prekinitev in omejevanje motečih dejavni-

kov. Na nekatere dejavnike lahko vplivamo (zdravstveno osebe) in prekinitve lahko omejimo, na druge dejavnike nimamo vpliva (pacienti, telefonski klici in alarmi), zato je potrebno pred zahtevno intervencijo predvideti možne moteče dejavnike in se organizirati da le-ti nebi imeli vpliva na kakovost izvedbe zdravstvene nege. Zdravstvena nega mora biti izvedena na najvišjem možnem standardu.

6 Zaključek

Po pregledu literature in izvedeni raziskavi, ter pridobljenih in analiziranih podatkih smo ugotovili, da so moteči dejavniki prisotni v vseh vejah zdravstva in vplivajo na izvedbo zdravstvenih storitev. Diplomirane medicinske sestre zaradi prekinitvev ne izvedejo intervencije po najvišjih možnih standardih, temveč se velikokrat zaradi prekinitvev pojavijo odkloni, ki terjajo svoj davek, najpogosteje trpi kvaliteta oskrbe pacienta, v najslabšem primeru pa se podaljša bolnišnična oskrba pacienta.

Namen raziskovalnega dela je dosežen. Predstavili smo enoto intenzivne terapije, definirali moteče dejavnike, ki vplivajo na delo diplomirane medicinske sestre v enoti intenzivne terapije in s tem ugotovili, kakšen vpliv imajo na pogostost napak pri izvajanju kliničnih postopkov in posegov. Poiskali smo moteče dejavnike, ki so prisotni v enoti intenzivne terapije in ugotovili stopnjo tveganja za nastanek prekinitvev pri delu diplomirane medicinske sestre.

Zaposleni z več izkušnjami in višjo izobrazbo bi lahko ostale poučili o ravnanju med pojavom motečih dejavnikov. Znanje zaposlenih bi bilo treba stalno preverjati in ob ugotovitvi, da med pojavom motečih dejavnikov ne znajo ustrezno reagirati, takoj ukrepati. Pomembno je, da pacientu zagotovimo varno in kvalitetno oskrbo.

Za obvladovanje motečih dejavnikov med delom diplomiranih medicinskih sester bi bilo v Sloveniji potrebno izdelati protokole in nacionalne standarde, ter enotne postopke, v katere bi morala biti zajeta navodila za ravnanje ob prekinitvah zdravstvene oskrbe ali ob pojavu motečih dejavnikov. Raziskava, ki je prikazana v raziskovalnem delu, prikazuje najpogostejše prekinitve dela diplomirane medicinske sestre in obenem daje izhodišče in predloge za obvladovanje pojava motečih dejavnikov, saj le-te lahko do neke mere nadzorujemo.

Kot izhodišče za nadaljnjo raziskovanje lahko služijo podatki, ki so bili pridobljeni z opazovanjem. Z zajetim večjim reprezentativnim vzorcem bi bolje raziskali področje prekinitvev zdravstvenih intervencij in motečih dejavnikov. Na podlagi dobljenih rezultatov bi lahko podali nazorne ukrepe, ki so potrebni, da bi se obvladovanje motečih dejavnikov med delom diplomiranih medicinskih sester izboljšalo.

LITERATURA

1. Barclay, L. (2010). Interruptions linked to medication errors by nurses. *Archives of Internal Medicine*, 23 (2), 683–692.
2. Bravo, K., Cochran, G. in Barrett, R. (2016). Nursing strategies to increase medication safety in inpatient settings. *Journal of nursing care quality*, 34 (11), 45–28.
3. Buchini, S. L. in Quattrin, R. (2012). Avoidable interruptions during drug administration in an intensive rehabilitation ward: improvement project. *J Nurs Manag*, 20 (3), 326–334.
4. Cardoso, L. T., Grion, C. M., Matsuo, T., Anami, E. H., Kauss, I. A., Seko, L. in Bonametti, A. M. (2011). Impact of delayed admission to intensive care units on mortality of critically ill patients: a cohort study. *Crit Care*, 15 (1), 28.
5. Garrouste - Orgeas, M., Perrin, M., Soufir, L., Vesin, A., Blot, F., Maxime, V., Beuret, P., Troche', G., Klouche, K., Argaud, L., Azoulay, E. in Timsit, J. F. (2015). The Iatref study: medical errors are associated with symptoms of depression in ICU staff but not burnout or safety culture. *Intensive Care Med*, 41, 273–284
6. Goričan, B. (2013). *Naloga medicinske sestre v intenzivni terapiji (Diplomska naloga)*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
7. Kalisch, B. J. in Aebersold, M. (2010). Interruptions and multi-tasking in nursing care. *Joint Commission Journal of quality patient safety*, 36 (3), 126–132.
8. Knavs, N. 2011. *Napake v zdravstvu: med skrivanjem in obsojanjem*. Pridobljeno 11.9.2019, s <https://www.dnevnik.si> >...
9. Ksouri, H., Balanant, P. Y., Tadie, J. M., Heraud, G., Abboud, I., Lerolle, N., Novara, A., Fagon, J. Y. in Faisy, C. (2010). Impact of morbidity and mortality conferences on analysis of mortality and critical events in intensive care practice. *Am J. Crit Care*, 19, 135–145.
10. Lihteneker, S. (2012). *Medicinska sestra in družinski člani kritično bolnega v enoti intenzivne terapije (Diplomska naloga)*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
11. Lipovšek, B. (2009). *V znanju in timu je moč zdravstvene nege. Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč*. 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, 143B. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
12. Mahić, E. (2018). *Vpliv motečih dejavnikov na delo diplomirane medicinske sestre v enoti intenzivne terapije (Diplomska naloga)*. Novo mesto: Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede.
13. Mavsar - Najdenov, B. (2011). *Zagotavljanje varnosti in kakovosti pri dajanju zdravil*. V Z. Kramar (ur.), *Varnost-rdeča nit celostne obravnave pacientov*, 4. dnevi Angele Boškin: zbornik strokovnega srečanja (str. 48–55). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
14. Mencigar, D. (2014). *Model e-dokumentiranja zdravstvene oskrbe v intenzivni terapiji otrok (Magistrsko delo)*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
15. Pagnamenta, A., Rabito, G., Arosio, A., Perren, A., Malacrida, R., Barazzoni, F. in Domenighetti, G. (2012). Adverse event reporting in adult intensive care units and the impact of a multifaceted intervention on drugrelated adverse events. *Ann Intensive Care*, 2 (8), 47.

16. Pelieu, I., Djadi - Prat, J., Consoli, S. M., Cariou, A., Guidet, B., You - Harada, C., Paget, V., He ´raud, G., Lefur, C., Massin, A., Hennequin, M., Durieux, P., Fagon, J. Y. in Fa-isy, C. (2013). Impact of organizational culture on preventability assessment of selected adverse events in the ICU: evaluation of morbidity and mortality conferences. *Intensive Care Med*, 39, 1214–1220.
17. Rešetič, J. (2015). Kolektivna rast s spremljanjem neljubih dogodkov. V M. Bahun (ur.), 8. Dnevi Angele Boškin: primeri iz prakse – smo zreli, da spregovorimo o neljubih do-
godkih? Zbornik prispevkov (str. 75–83). Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice.
18. Rheaume A. in Mullen J. (2017). The impact of long work hours and shift work on cog-
nitive errors in nurses. *J Nurs Manag*, str. 1–7.
19. Romero, C. M., Salazar, N., Rojas, L., Escobar, L., Grinen, H., Berasain, M. A., Tobar, E. in Jiron, M. (2013). Effects of the implementation of a preventive interventions pro-
gram on the reduction of medication errors in critically ill adult patients. *J Crit Care*, 28, 451–460.
20. Sakr, Y., Moreira, C. L., Rhodes, A., Ferguson, N. D., Kleinpell, R., Pickkers, P., Kuiper, M. A., Lipman, J. in Vincent, J. L. (2015). The impact of hospital and ICU organizati-
onal factors on outcome in critically ill patients: results from the Extended Prevalence of Infection in Intensive Care study. *Crit Care Med*, 43, 519–526.
21. Sasangohar, F., Donmez, B., Easty, A., Storey, H. in Trovich, P. (2014). Interruptions experienced by cardiovascular intensive care unit nurses: An obsevational study. *Journal of Critical Care*, 29 (5), 848–853.
22. Simonič, S. in Lukić, Lj. (2016). Majhni koraki – veliki prihranki: Vloga medicinske sestre za preventivo razjede zaradi pritiska na oddelku intenzivne terapije. Anestezio-
logija, intenzivna terapija, transfuziologija: skupaj za bolnika: zbornik predavanj (str. 35–39). Rogaška Slatina: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza stro-
kovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anestezilogiji, intenzivni terapiji in trans-
fuziologiji.
23. Sitterding, M. C., Ebright, P. in Broome, M. (2014). Situation Awareness and Interrupti-
on Handling During Medication Administration. *Western Journal of Nursing Research*, 12 (14), 21–24.
24. Spooner, A. J., Corley, A., Chaboyer, W., Hammond, N. E. in Fraser, J. (2015). Measure-
ment of the frequency and source of interruptions occurring during bedside nursing han-
dover in the intensive care unit: An observational study. *Official journal of the Australian College of Critical Care Nurses*, 28 (1), 19–23.
25. Steyrer, J., Schiffinger, M., Huber, C., Valentin, A. in Strunk, G. (2013). Attitude is eve-
rything? The impact of workload, safety climate, and safety tools on medical errors: a study of intensive care units. *Health Care Manag Rev*, 38 (12), 306–316.
26. Westbrook, J. I., Woods, A., Rob, M.I., Dunsmuir, W. T. in Day, R. O. (2010). Associ-
ation of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. *JAA internal Medicine, Arch Intern Med*, 170 (8), 683–690.

Ukrepi menedžmenta zdravstvene nege za zadržanje medicinskih sester v bolnišnici

POVZETEK - Uvod: V bolnišnicah je prisotno čedalje večje pomanjkanje medicinskih sester. Vzroki so v gospodarski rasti, odpiranju delovnih mest na primarnem nivoju, staranje prebivalstva in nenazadnje v številčno šibkejših generacijah, ki prihajajo na trg dela. Namen prispevka je predstaviti ukrepe menedžmenta za zadržanje medicinskih sester v bolnišnici. Metodologija: Za oblikovanje ukrepov smo izvedli moderirano delavnico, kjer je 34 glavnih medicinskih sester opredelilo dejavnike, ki vplivajo na odhode medicinskih sester in po metodi svetovne kavarne oblikovale vsebinske sklope za njihovo zadržanje. Vsaka glavna medicinska sestra je za svoj oddelek oblikovala štiri cilje po SMART metodi. Rezultati: Glavne medicinske sestre so opredelile tako pozitivne kot negativne dejavnike, ki vplivajo na vodenje in organizacijo dela, motivacijo in nagrajevanje, zdravje ter komunikacijo in medosebne odnose.

Diskusija in zaključek: Vsebine, ki prispevajo k zadržanju medicinskih sester v bolnišnici so usmerjene v oblikovanje pozitivnega delovnega okolja, ki omogoča povečanje zadovoljstva in zavzetosti pri delu. Oblikovani cilji so se popolnoma pokrili z izsledki iz literature, kar pomeni, da vemo kaj bi morali storiti, ideje moramo le še uresničiti. Lahko rečemo, da si sami tlakujemo pot do kakovostne zdravstvene oskrbe v prihodnosti.

KLJUČNE BESEDE: zadržanje medicinskih sester; ukrepi, bolnišnica

1 Uvod

Še nedolgo nazaj je bilo na trgu dela medicinskih sester dovolj ali celo preveč. Situacija se je, vsaj v Splošni bolnišnici Celje, drastično spremenila zadnje leto. Najprej smo imeli težave pri pridobivanju kadra za nadomeščanje daljših bolniških odsotnosti, potem porodniških dopustov, sedaj je problem zasesti delovna mesta, predvsem diplomiranih medicinskih sester, že za nedoločen čas, da o diplomiranih babicah sploh ne govorimo.

Razlogov za pomanjkanje kadra zdravstvene nege je več. Prvi je vsekakor nižanje natalitete skozi leta. Leta 1960 je bilo v Sloveniji rojenih 27825 otrok, leta 1970 – 27432 otrok, leta 1980 – 29902 otrok, leta 1990 – 22.368 otrok in leta 2000 – 18.180 otrok (<https://www.stat.si/doc/pub/rr798-2003/5/T05-01-01.htm>). Drugi razlog je, da so se v zadnjih letih odpirala nova delovna mesta, predvsem za diplomirane medicinske sestre, na primarnem nivoju. Tretji razlog je upokojevanje, saj se je dejansko pričela upokojevati baby boom generacija, ki je bila skoraj tretjino višja kot tista, ki sedaj prihaja na trg dela.

V Sloveniji še ni izračuna, kolikšni so stroški menjave kadra. Vsak odhod namreč pomeni, da je potrebno objaviti razpis, izbrati kandidata, izpeljati formalne postopke zaposlitve, vključno z zdravniškim pregledom. Temu sledi uvajanje na oddelku, kjer nova medicinska sestra potrebuje daljše časovno obdobje, da lahko v popolnosti nadomesti odhod polno usposobljene medicinske sestre. Strošek menjave diplomirane medicinske sestre je po navedbah raziskave (NSI, 2016) od 37.700 do 58.400 dolarjev.

Menedžment zdravstvene nege ima pred sabo konkretne izzive, kako najti rešitve za povečane potrebe po medicinskih sestrah ob hkratnem popolnoma jasnem matematičnem izračunu, ki kaže na negativno stanje. Rabili bi več, na trg prihaja manj. Pred sabo imamo več možnosti: z mehкими ukrepi zagotoviti, da medicinske sestre ostanejo v bolnišnici, z malo tršimi poskrbeti za reorganizacijo dela, s katero bi zmanjšali potrebe po medicinskih sestrah, kar bomo zagotovo morali storiti ali pa poseči po zadnjem ukrepu – zapiranj u bolniških sob, o čemer se v zadnjih časih veliko govori v medijih.

2 Metodologija

V Splošni bolnišnici Celje smo se odločili, da bomo za zadržanje medicinskih sester pripravili svoje ukrepe. V ta namen smo organizirali moderirano delavnico, katere so se udeležile vse glavne medicinske sestre oddelkov, pod naslovom »Bodimo sami sprememba, ki jo hočemo – soustvarimo jo skupaj, ker znamo in zmoremo«. Najprej smo nanizali vzroke, ki po našem mnenju botrujejo k odhodom medicinskih sester iz bolnišnice. Po metodi svetovne kavarne smo oblikovali štiri omizja, kjer so si glavne medicinske sestre, ob kroženju med posameznimi omizji pod vodstvom gostiteljic, v dveh urah postavljale vprašanja in iskale ustrezne odgovore nanje. Ugotovitve so zapisale na plakate.

Na podlagi idej vseh štirih omizij smo pripravili cilje z ukrepi za njihovo doseganje, ki smo jih razdelili v pet sklepov. Cilje smo postavljali po SMART metodi s tem, da smo natančno opredelili:

- Cilj – kaj želimo doseči?
- Kazalnike/merila – kako vem, da je cilj uresničen? Na osnovi česa presojam, da je cilj dosežen?
- Aktivnosti – kaj natančno počnem da dosežem cilj? Kakšni so zaporedni koraki za doseganje cilja?
- Roki – kdaj natančno naj bo cilj dosežen? Kdaj naj se zaključi posamezna aktivnost za doseganje cilja?
- Odgovorna oseba – kdo je odgovoren za doseganje cilja?
- Nosilci/sodelujoči – kdo vse naj sodeluje oziroma je potreben za doseganje cilja?

Glavne medicinske sestre so pripravile štiri cilje za svoj oddelek, od katerih sta bila dva za leto 2019 in dva za prvo tromesečje leta 2020.

3 Rezultati

Vzroki oziroma dejavniki, ki prispevajo k odhodom medicinskih sester so: konflikt med starimi in mladimi, enako plačilo za manj dela, ni pripadnosti mladih, neprepoznavanje težkih oddelkov, mladi ne vidijo smisla, slabi medosebni odnosi in komunikacija, delo ob vikendih in praznikih, neustrezno mentorstvo, uresničitev večletne želje po delu na drugem področju, hiter razvoj stroke in veliko novosti, kadrovska podhranjenost, fizične obremenitve, ...

Cilji, ki jih želimo doseči z načrtovanimi aktivnostmi so usmerjeni v:

- zadržanje obstoječega kadra na oddelku;
- izboljšanje organizacije dela in vodenja na oddelku;
- izboljšanje komunikacije med negovalnim kadrom in glavno medicinsko sestro oddelka;
- izboljšanje počutja ter motivacije sodelavcev na oddelku;
- izboljšanje psihofizičnega zdravja sodelavcev in spodbujanje programa samo skrbi.

Prvo omizje je obravnavalo temo »Vodenje in organizacija dela« kjer smo preverjali, kaj je dobrega in manj dobrega pri vodenju in organiziranju dela. Ugotovili smo, da nujno potrebujemo usmeritve za nove vodje, saj le ti pridejo na nova delovna mesta sicer strokovno podkovani s področja zdravstvene nege, veliko pa jim manjka prav z vidika kompetenc na delovnem mestu vodje. Izpostavili smo vodenje z zgledom, ki se kaže s pozitivnim pristopom, poznavanjem in vključevanjem v proces dela na oddelku ter odločanjem po razmisleku. Zaposleni potrebujejo pravočasen urnik, upoštevanje njihovih želja in enaka pravila za vse. Upoštevati je potrebno njihove ideje, vendar morajo veljati neke omejitve ter jih vključevati v uvajanje sprememb. Nujna sta informiranje z novostmi ter izobraževanja za dvig organizacijske kulture.

Drugo omizje je obravnavalo »Motivacijo in nagrajevanje«. Izpostavili smo ideje za zvišanje motivacije, kot so podajanje natančnih navodil, pohvala, občutek slišnosti, urejeno delovno okolje, možnost vpliva na organizacijo dela, občutek zaupanja ter pravičnost vodje. Nagrada je lahko tudi sladica ob kavi in izobraževanje. Vodje se lahko poslužijo naslednjih ukrepov: prijaznost (prosim, hvala), vsakodnevni pogovor z zaposlenimi, predstavitev drugih oddelkov in dogajanja iz starih časov. Zaposlene moti in demotivira pomanjkanje pohval, uvajanje sprememb predvsem v začetni fazi, slabi delovni pogoji in odnosi, verbalno nasilje pacientov in svojcev, preobremenitve, izgorelost in mobing, pogosto soočanje s smrtjo ter kajenje nekaterih, saj morajo ta čas ostali narediti vse namesto tistih, ki so na »čik pavzi«.

Tretje omizje je obravnavalo »Zdravje«. Ob tem so izpostavili več dejavnikov, kot so staranje populacije, mlade mamice so starejše kot nekoč, zdravje je odvisno od starosti, zasebnega življenja in klime na oddelku. Za izboljšanje počutja in zdravja zaposlenih so predlagali pogovor z zaposlenimi, pet minut dnevno za zdravje, druženje izven dela, vodeno telovadbo, učenje pravilne tehnike dvigovanja in prenaša-

nja bremen, prenehanje kajenja, supervizijo in smeh. Na zdravje negativno vplivajo neenakopravna obravnava, neenakomerne obremenitve, neupoštevanje želja glede urnika ter mobing.

Četrto omizje se je ukvarjalo z »Komunikacijo in medosebnimi odnosi«. Za dobro vzdušje na oddelku je pomembna spodbuda, vesel pozdrav, pripravljenost poslušati, povedati vic, zapeti za rojstni dan in dati rožo. Ni vedno rajsko, zato je pomemben pogovor s tistimi, ki ne sodelujejo, sodelovanje z zdravniki in predvsem predstojnikom. Moti predvsem neenakopravnost med profili.

Na podlagi izsledkov štirih omizij smo oblikovali cilje, ki so v nadaljevanju predstavljeni po vsebinskih sklopih.

Navodila za nove glavne medicinske sestre oddelkov

Pripravimo navodila za nove glavne medicinske sestre oddelkov. V ta namen bomo pridobili informacije od dveh glavnih medicinskih sester z izkušnjami in dveh novih. Tako bomo tematiko obdelali iz vseh zornih kotov. Eno so izkušnje, drugo je popolno nepoznavanje področja, iz katerega se lahko poraja še kašno drugačno vprašanje.

Fleksibilnost medicinskih sester

Rotiramo kader med oddelki, s katerim zagotovimo višjo usposobljenost med zaposlenimi, prepoznavanje dela zaposlenih na drugem oddelku, pridobivanje dobrih praks, in nenazadnje širjenje socialne mreže. S tem projektom smo pričeli v oktobru in že kaže prve dobre rezultate.

Medgeneracijsko sodelovanje

Izboljšanje sodelovanja med zaposlenimi različnih generacij na oddelku. S tem dosežemo prenos znanja in izkušenj. Pomembno je, da prenehamo s prakso, ko govorimo, to so »tamladi«, to so »tastari«. To lahko presežemo s pogovorom, sestavo mešane ekipe in poudarjanjem pomena obeh generacij pri oskrbi pacientov.

Ukrepi za zdravje

Zagotovimo višjo precepljenost za gripo med zaposlenimi. To dosežemo z lastnim zgledom – se gremo cepiti sami ali cepljenje promovirajo zaposleni, ki so to že storili. Namen tega cilja je, da zaposleni ne zbolijo za gripo, kar prinaša pozitiven učinek tako z vidika skrbi za povečano število pacientov, ko bo prišlo do epidemije oziroma po drugi strani zagotovimo, da se zaposleni ne bodo okužili od hospitaliziranega pacienta z gripo.

Izvajamo vaje za krepitev zdravja (dnevno 5 minut za zdravje) in usposobimo zaposlene za uporabo pravilnih tehnik dvigovanja in premeščanje bremen, kar bomo dosegli v sodelovanju z Oddelkom za medicinsko rehabilitacijo. Poznavanje pravilne tehnike dvigovanja bremen ima vpliv na zmanjšanje mišično kostnih obolenj, ki so eden izmed pogostejših vzrokov obolenja med medicinskimi sestrami.

Medosebni odnosi in komunikacija

Na oddelku ustvarimo pozitivno klimo in kulturo s čimer izboljšamo medosebne odnose, kar se kaže v zadovoljstvu zaposlenih, pozitivnem vzdušju in lažjem premagovanju delovnih obremenitev. To bomo dosegli z 1-krat tedensko skupno kavo, katero bomo obogatili s sladico ter izleti ali planinskimi pohodi. Poskrbimo za več neformalnega druženja med medicinskimi sestrami in zdravniki, kar vpliva na izboljševanje sodelovanja, več dobre volje in manj jamranja.

Urniki

Zagotovimo enakomerno obremenjenost zaposlenih. Določimo letne razporede za delo med prazniki za vse medicinske sestre. Urniki so izrednega pomena, saj je usklajevanje delovnega in družinskega življenja eden izmed pomembnejših dejavnikov, za zadržanje medicinskih sester v bolnišnici, tudi po ugotovitvah številnih tujih raziskovalcev te tematike.

Usposabljanje novozaposlenih

Uvedemo najmanj štiri medicinske sestre za izvedbo izpitov po končanem usposabljanju za novo zaposlene. Vsi novozaposleni zaključijo usposabljanje, ki smo ga uvedli v letošnjem letu s končnim preverjanjem znanja in je sestavljeno iz dvo dnevne teoretičnega izobraževanja, praktičnega usposabljanja z izvedbo najpogostejših posegov na oddelku ter končnega preverjanja teoretičnega znanja, povezanega s specifičnimi potrebami pacientov na oddelku.

Organizacija dela

Na Urološkem oddelku bodo usposobili dodatno medicinsko sestro za izvajanje dela koordinatorja primera, na Oddelku za intenzivno interno medicino timske medicinske sestre za vstavitve PICC katetrov in pripravili pisni protokol za sodelovanje med Oddelkom za otorinolaringologijo in Oddelkom za maksilofacialno kirurgijo.

V E-novičniku uvedemo rubriko za objavljanje predlogov za izboljšanje organizacije dela, kjer bodo imeli možnost podajati ideje vsi zaposleni. Ta praksa je poznana tudi na drugih področjih, predvsem v gospodarstvu. Najbolj razvita je na Japonskem, kjer je domovina tako imenovane vitke proizvodnje (lean production). Četudi se nam trenutno ta pojem predvsem za zdravstvo zdi malce »čuden«, pa lahko rečemo, da bomo v primeru nadaljevanja trenda pri pomanjkanju kadra, dejansko postali vitki, saj pri slednjem. Problem je edino v tem, da pri obsegu dela ne postajamo vitkejši. Lahko rečemo, da šteje vsaka ideja. Vemo, da vsakdo vidi stvari, dogajanja, procese s svojega zornega kota. Tako bi lahko pripomogli k zmanjšanju »slepih peg«.

Do konca marca 2020 se bomo udeležili predaje službe med dopoldansko in popoldansko izmenom na vseh oddelkih. Zaposleni bodo imeli priložnost podajanja predlogov za spremembe in izpostaviti probleme, ki jih najbolj težijo. Neposreden stik za zaposlenimi je najboljša pot za pridobivanje informacij. Verjamemo, da se da neka-

tere probleme že z majhnimi napori rešiti, za večje pa je pomembno, da pravočasno prepoznani.

Ciljev je bilo še več, nekatere moramo še dodelati. S tem bomo nadaljevali v januarju. Verjamemo, da skupaj zmoremo oblikovati delovno okolje in procese, ki bodo medicinskim sestram olajšali delo.

4 Razprava

Raziskave kažejo, da tako ustanove kot države uporabljajo zelo raznolike pristope za zadržanje medicinskih sester. Nursing Center (2019) priporoča za zadržanje in zavzetost medicinskih sester naslednje strategije: fleksibilen delovni čas, razvoj kulture na delovnem mestu, oblikovanje zdravega delovnega okolja (dobra komunikacija, dobri medosebni odnosi, prepoznavanje dosežkov zaposlenih, učinkovito sprejemanje odločitev, ustrezna izobrazbena in kadrovska struktura, pospeševanje čustvene inteligence), možnosti za karierni razvoj znotraj organizacije, izvajanje izobraževalnih priložnosti za menedžment, izvedba srečanj z zaposlenimi za izpostavljanje problemov in skrbi, izvedba mentorskega programa za novo zaposlene (izboljša vodenje in spretnosti za reševanje problemov, zmanjša začetne stroške uvajanje ko se človek šele orientira, povečanje morale in zadržanje kadra).

Pozitivno delovno okolje vodi v zadržanje medicinskih sester in pospešuje kakovost zdravstvene oskrbe (Twigg in McCallough, 2017). Leahey in Samuel (2017) navedata, da so medosebni odnosi, kadrovska zasedba in osebne preference najbolj prepoznani dejavniki, ki vplivajo na odhode medicinskih sester. Zavzetost medicinskih sester je močno povezana z njihovim zadržanjem. Ko se počutijo cenjene, je manjša možnost, da bodo delo iskale drugje. Promoviranje avtonomije, priznavanje pomena njihovega prispevka in komunikacije po različnih poteh so temelji njihovega obstanka. Predlagajo implementacijo mentorskega programa in pogovorov usmerjenih v to, da ostanejo na obstoječem delovnem mestu.

Za zadržanje medicinskih sester v bolnišnici smo se poslužili ukrepov, ki so jih oblikovale glavne medicinske sestre. Ko primerjamo naše ukrepe s tistimi, ki smo jih našli v literaturi, lahko vidimo, da smo v veliki večini zajeli pravilna izhodišča, kljub temu, da predhodno nismo podrobno preučili problematike. Stanje na trgu dela se je tako hitro spremenilo, da se na to nismo primerno pripravili, saj smo komaj v slabih štirih letih prešli iz preobilja kadra, kar je bila posledica gospodarske krize in slovi-tega ZUJF-a, na veliko pomanjkanje.

5 Zaključek

Kaj nam torej preostane, saj so dejstva znana: manj številčne generacije, razvoj zdravstvenih tehnologij, ki pogojujejo nedvomno višje število kadra za izvajanje zdra-

vstvene oskrbe in staranje populacije ljudi, tako pacientov kot zaposlenih. V tem kontekstu je ključen menedžment zdravstvene nege. Mi moramo biti tisti, ki delamo tisto kar govorimo, da nam bodo medicinske sestre verjele, nam sledile in imele zaupanje v nas, da bomo zanje storili največ, tudi takrat, ko bo šlo kaj narobe. Če pogledamo stvari v prihodnost, lahko rečemo, da si s svojimi dejanji sami tlakujemo pot do kakovostne zdravstvene oskrbe, ko jo bomo potrebovali. Guru managementa Peter Drucker je nekoč dejal »Za prihodnost ni treba biti jasnoviden; treba je le jasno razložiti, kaj se je že zgodilo, in nato napovedati verjetne posledice teh dogodkov«.

LITERATURA

1. Leahey, L. in Samuel, L. (2017). Nurse Retention Strategy – Utilization of Stay Interviews, Poster presentation. ENA 2017: Education, Networking, Advocacy. Held at America's Center Convention Center, St. Louis, Missouri. Pridobljeno 11. 12. 2019, s <https://sigma.nursingrepository.org/handle/10755/623680>.
2. NSI Nursing Solutions, Inc. (2016). National Healthcare Retention & RN Staffing Report. Pridobljeno 8. 12. 2019, s <http://www.nsinursingsolutions.com>.
3. Nursing center Lippincott (2019). Nurse Engagement and Retention Strategies. Pridobljeno, s <https://www.nursingcenter.com>.
4. Sánchez, K. E. (2019). Zapis moderirane delavnice Bodimo sami sprememba, ki jo hočemo – soustvarimo jo skupaj, ker znamo in zmoremo. Celje: Kaetrida, Splošna bolnišnica Celje.
5. Statistični urad Republike Slovenije. Rojeni po vitaliteti, spolu in rojeni v zakonski zvezi ali zunaj nje, Slovenija, 1954–2001. Pridobljeno 2. 12. 2019, s <https://www.stat.si/doc/pub/rr798-2003/5/T05-01-01.htm>.
6. Twigg, D. & Mc Cullough, K. (2017). Nurse retention: A review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. *International Journal of Nursing Studies*, 51 (1), 85–92.

Kaj narediti, ko te stresa stres?

POVZETEK: Na temo stres je veliko povedanega in napisanega. Tudi podatki svetovne zdravstvene organizacije kažejo na to, da je stres res ena od večjih nevarnosti za zdrave ljudi, posledično tudi zaposlenih v zdravstvu, predvsem zaposlenih v zdravstveni negi v tem stoletju. Različni avtorji navajajo, da je kar 70–90 % vseh obiskov pri zdravniku povezano s stresom in njegovimi posledicami. V članku bomo predstavili organizacijo, management, stres na delovnem mestu, njegove znake, vzroke, posledice, predvsem pa bomo z intervjujem med naključnimi deležniki poskušali odgovoriti na zastavljeno vprašanje iz naslova članka in glede na pridobljene odgovore podati ukrepe v primeru stresa.

KLJUČNE BESEDE: stres, organizacija, management, zdravstvena nega

1 Uvod

Spremembe, ki se danes dogajajo v svetu, posledično vplivajo tudi na naše okolje, naša delovna mesta in to prav danes posledično vodi do bistvenih sprememb v našem poklicnem in zasebnem življenju. Spremembe v poklicnem življenju se kažejo v reorganizaciji, realokaciji kadrov, ponovnem oblikovanju delovnih mest ter realokaciji vlog in odgovornosti. Vse te spremembe v poklicnem življenju pa vodijo zaposlene do negotovosti, nezadovoljstva in konfliktov. Pomembno vlogo imajo tu tudi različne organizacijske kulture, vloge odgovornih (managamenta) in način vodenja. V osemdesetih letih je podjetniška kultura, ki je bila usmerjena na učinkovitost, uspeh, dobiček in kapital odločno pripomogla k spremembam ekonomije zahodne Evrope in Severne Amerike (Cartwright in Cooper, 1997, v Černigoj Sadar, 2002).

Vse te zapisane spremembe posledično vplivajo na posameznika in te se kažejo na njegovih čustvenih, duševnih, telesnih in vedenjskih odgovorih, različnih oblikah bolezni, slabše opravljenem delu, stresu in izgorelosti.

Dernovšek, Tavčar, Orel, Gorše in Pečenik (2006) govorijo, da danes bolj kot kdaj koli, potrebujemo praktične napotke in načine, kako se spoprijeti s stresom ali travmatičnimi dogodki. Že če gledamo televizijski dnevnik, se vsakodnevno srečujemo z naravnimi katastrofami: cunami, poplave, potresi, prometne nesreče, teroristični napadi in vojaški spopadi, pri čemer televizijska poročila večinoma poročajo o travmatičnih dogodkih, ki se dogajajo v javni sferi. O tistih, ki se dogajajo za zaprtimi vrati naših domov, bolj ali manj molčijo: fizično in psihično nasilje, spolne zlorabe, trpinčenje otrok, in še bi lahko naštevali.

V nadaljevanju trdijo, da se vsem neprijetnim dogodkom ni mogoče izogniti. Trik zadovoljnega poklicnega in zasebnega življenja torej ni v tem, da se stresu in travmi izogibamo/izognemo, temveč v tem, da se naučimo, kako se s težavami spoprijeti, kako okrepiti in ojačati telesne in duševne sposobnosti, da nam stres ali travmatična izkušnja »ne pride do živega« in da ne zbolimo.

Izraz stres izvira iz latinščine (Fajfar, 2010) in je bil v angleščini prvič uporabljen v 17. stoletju in sicer za opis nadloge, pritiska, muke in težave. Kakšen stres bomo doživeli v svojem življenju, predvsem na delovnem mestu, je odvisno od naših osebnih pričakovanj, naše vloge na delovnem mestu in osebnem življenju, naše osebnosti, od naših izkušenj, ki smo jih dobili skozi svoje življenje, od energetske opremljenosti in okoliščin, v katerih se pojavijo. Na stres vpliva tudi življenjska naravnost posameznika, kakovost medosebnih odnosov z ljudmi, ki ga obdajajo v domačem in službenem okolju.

Iz vsega napisanega lahko sklepamo, da določen dogodek za nekoga predstavlja stres, za nekoga drugega pa dobrodošlo spodbudo v njegovem življenju. Vsekakor je določena količina stresa dobrodošla in nujno potrebna za normalno življenje vsakega posameznika. Problem pa nastane takrat, ko je stresnih situacij preveč, so preveč zgoščene, intenzivne, premočne in pogosto predolgo trajajo. V takem primeru stres pogosto vodi v bolezen in druge težave, ki so posledično vezane na njega.

Predmet raziskave je stres in odgovor na vprašanje: »Kaj narediti, ko te stresa stres?«

Namen članka je prikazati, kako stres na delovnem mestu vpliva na zaposlene in na organizacijo, kateri so organizacijski vzroki pojavljanja stresa, kaj lahko storimo, da omilimo stres, kako lahko prepoznamo stres in kako lahko vplivamo na vzroke stresa in kako jih odpravimo. Raziskali bomo občutke zaposlenih ob stresu, vzroke stresa, vlogo managementa pri zmanjševanju stresa, predlagali bomo rešitve za njihovo odpravo glede na predloge, ki jih bodo v intervjuju podale tri naključno izbrane medicinske sestre. Na začetku članka bomo na kratko predstavili stres, njegove znake in vlogo managementa v zdravstveni negi. V nadaljevanju bomo opisali konkretni primer. Osredotočili se bomo na opravljene intervju in dobljene odgovore. Sledi obdelava in analiza glede na vprašanja v intervjuju. Na osnovi teh bomo poskušali odgovoriti na zastavljeno vprašanje iz naslova članka in podati priporočila in predloge za ravnanje v primeru, če te stresa stres.

2 Kaj je stres?

Jerčič in Kersnič (2004) navajata, da je določena količina stresa nujna, da lahko človek živi in uživa v življenju. Stres je fiziološki, psihološki in vedenjski odgovor posameznika, ki se poskuša prilagoditi in privaditi na morebitni škodljiv stresni dejavnik. Pogosto je napisano, da je stres reakcija celega telesa, ki lahko povzroča spremembe na vseh organih in celicah. Stresna reakcija je biološki odziv uma in telesa (Starc, 2009) na izziv, ki mu je bil posameznik izpostavljen. V njej sodelujejo vsi organski

sistemi, čeprav v splošnem prevladuje mišljenje, da je stres le pritisk na psiho, ki se zrcali v utrujenosti ali na primer slabšem spominu. Černigoj Sadar (2006) poudarja, da se je stres v sodobnem besednjaku uveljavil kot hitra prehrana, rahle medosebne vezi in programska oprema. Govori tudi, da je stres del našega življenja in odnosov v njem. Starc (2008) meni, da poznamo kratkotrajni ali občasni stres in dolgotrajni ali kronični stres. Neintenziven kratkotrajni stres na človeka vpliva spodbudno: spodbuja tvorbo novega spomina, kreativno razmišljanje, dinamičnost, motiviranost za delo – pozitivni stres. Dolgotrajen ali ponavljajoč in/ali intenziven stres brez ustreznega počitka in obnove organizma pa utruja in vodi v izčrpanost – negativni stres. Pozitivni stres za človeka ni škodljiv, negativni pa lahko vodi v bolezen. Posebej škodljiv za zdravje je intenziven kronični stres. V nadaljevanju govori, da je za kronični stres je značilna stalno zvišana količina izločenega kortizola, ki je odgovoren za:

- presnovne spremembe in bolezni (sladkorna bolezen, zvišana raven maščob, debelost);
- zmanjšano sposobnost imunskega odziva (imunska oslabeitev);
- psihične znake (lahko se kažejo kot napetost, razdražljivost, težave s spominom in koncentracijo, pomanjkanje volje, neorganiziranost, težave s spanjem, težave v odnosih in medsebojni komunikaciji, občutek nemoči, tesnoba, depresija ...).

Za večino ljudi pomeni stres (Černigoj Sadar, 2002) nekaj slabega, izkušnja, ki je nastala zaradi pretirane ali premajhne obremenjenosti, dolgočasnosti zaradi izgube svojega bližnjega ali vztrajnosti na položaju katerega ne moremo nadzorovati. V takem primeru govorimo o negativnem ali škodljivem stresu. V nadaljevanju govori, da nekateri pa dojemajo obremenilne situacije kot izziv, zato opisujejo stres kot vznemirljivo, spodbudno ali navdušujoče občutje. V tem primeru govorimo o pozitivnem ali prijaznem stresu.

3 Kako prepoznamo stres?

Dernovšek, Gorenc in Jeriček (2006) so zapisali, da se simptomi odziva na stres razvijejo že v nekaj minutah po stresnem dogodku, trajajo pa lahko več ur do nekaj dni. Spodaj so po sklopih predstavljeni nekateri simptomi stresa. Značilno je, da se sklopi med seboj prepletajo in vplivajo drug na drugega, kar potisne posameznika v začarani krog stresa. Pri prepoznavanju simptomov stresa je treba izključiti druge dejavnike, ki lahko povzročijo podobne simptome.

Tabela 1: Simptomi stresa

<i>Čustveni in duševni</i>	<i>Telesni</i>	<i>Vedenjski</i>
<input type="checkbox"/> čustvena napetost in razdražljivost <input type="checkbox"/> težave s koncentracijo, spominom in povečana pozabljivost <input type="checkbox"/> počasno in togo mišljenje <input type="checkbox"/> občutek preobremenjenosti <input type="checkbox"/> zmanjšana sposobnost organizacije dela <input type="checkbox"/> težave pri sprejemanju odločitev <input type="checkbox"/> zmanjšana kreativnost <input type="checkbox"/> občutek manjvrednosti <input type="checkbox"/> pesimistično razmišljanje («nimam vpliva na stvari»)	<input type="checkbox"/> pomanjkanje energije, stalna utrujenost, izčrpanost <input type="checkbox"/> težave s spanjem <input type="checkbox"/> pospešeno bitje srca, bolečine v prsih ali pri srcu <input type="checkbox"/> glavoboli <input type="checkbox"/> bolečine v želodcu, žlički <input type="checkbox"/> bolečine v hrbtu <input type="checkbox"/> bolečine v mišicah, zakrčenost mišic <input type="checkbox"/> slabost, omočenost <input type="checkbox"/> spremenjena prebava <input type="checkbox"/> sprememba apetita (pogosteje je povečan)	<input type="checkbox"/> spremenjen slog komuniciranja <input type="checkbox"/> pretirano kritičen pristop <input type="checkbox"/> pomanjkanje volje in zani-manja <input type="checkbox"/> prenajedanje, povečana uporaba poživil, pomirjeval in protibolečinskih zdravil <input type="checkbox"/> nezmožnost dokončanja nalog <input type="checkbox"/> površnost pri delu <input type="checkbox"/> občutek nekoristnosti, nezazelenosti, izogibanje družbi in beg v samoto <input type="checkbox"/> zmanjšana skrb za zdravje, prehrano in higieno

Vir: Dernovšek, Gorenc in Jeriček (2006).

Glavni vzrok nastanka stresa je napačna interpretacija okolja, kar privede do neprave aktivacije in negativnih misli. Negativne misli, ki vodijo k stresu, se običajno pokažejo v obliki zaskrbljenosti. (Tušak, 2012, v Jazbec, 2017).

Ljudje imajo osebne sposobnosti, da prepoznajo stres pri sebi in reagirajo na te zaznave na različne načine in tako posledično spremenijo svojo dejansko situacijo. Jeriček in Kersnič (2004) govorita, da so najbolj pogosti dejavniki, ki povzročajo stres medicinskim sestram na delovnem mestu : delovne razmere, odnosi na delovnem mestu, vzdušje, odnosi delo – dom, poklicni razvoj, negotovosti glede pričakovanj na delovnem mestu, narava dela in vse to se kaže v utrujenosti, nepozornost, povečana možnost obolenj srca in ožilja, prebavil, skeletno mišičnih obolenj in psihičnih težav, vedenjske motnje, glavobol, motnje sluha, vida in ravnotežja, motnje v spolnosti, frustracije, izčrpanost, povečana delovna vnema ... V nadaljevanju govorita, da če se stres kar naprej ponavlja ali če se človek z njim ne spopade, ta v telesu povzroča obrabo in poškodbe.

4 Stres, delovna organizacija in management

Današnja družba je družba sprememb, ki jih je moč čutiti na vseh področjih življenja, tudi na delovnem mestu. Delo je zelo pomemben del življenja vsakega človeka. Ponuja številne možnosti socialnih interakcij in osebnostnega napredka (rasti). Močno vpliva na samopodobo in na občutek lastne vrednosti ter je izziv za samo izpopolnjevanje (Selič, 1999). Na delovnem mestu pa se vse pogosteje srečujemo s stresnimi situacijami, ki se vsak dan pojavljajo v različnih oblikah.

Ameriške študije kažejo, da je današnje delovno mesto v ekonomskem in psihološkem smislu hladen, negostoljuben in zahteven prostor. Zaradi tega postajajo ljudje čustveno otopeli in duhovno izčrpani. Veselje in navdušenje za uspeh je vse težje doseči, zato predanost delu upada. Slovenske organizacije za to sliko prav nič ne

zaostajajo, saj je okolje tisto, ki definira, kdo bo uspešen in kdo bo ostal na trgu ponudbe. Posledice te zahteve pa najbolj občutijo zaposleni v organizacijah, saj so vsakodnevno podvrženi različnim stresnim situacijam. Zato se pojavi vprašanje, kako omiliti stres na delovnem mestu oziroma, kako naj se zaposleni spopadejo s stresom (Tušar, 2019).

O stresu na delovnem mestu govorimo (Černigoj Sadar, 2006), ko zahteve dela presežejo osebna pričakovanja, vsak v svojem življenju lahko doživi stres, medtem ko izgorevajo samo tisti, ki z navdušenjem začnejo svojo kariero, imajo visoke cilje in pričakovanja. V nadaljevanju govori, da simptome stresa na delovnem mestu lahko ugotavljamo na individualnem in organizacijskem nivoju. Vsa ta dogajanja lahko vodijo do trajnih telesnih ali mentalnih bolezni, ki se na delovnem mestu kažejo na začetke specifične bolezni, izgorelost in postopno peljejo v izgubljanje zdravja ali celo do hudih nesreč, ki so povezane s stresom. Raziskave kažejo, da izgorelost bolj pogosta pri poklicih, ki zahtevajo veliko čustvenega in negovalnega dela. Vsako delo (v izmenah) ima veliko potencialov za izvore stresa, če se tega zavedamo ali pa ne, vsako delo ima vzpone in padce v karieri posameznika. Tušar (2019) navaja, da se poklicni stres pojavi, ko zahteve dela obremenijo ali presežejo osebne prilagoditvene vire. Stres je generičen pojem, ki se nanaša na začasni prilagoditveni proces, izgorelost pa končna stopnja, ko odpovedo prilagoditveni procesi.

4.1 Stres pri delavcih zaposlenih v zdravstveni negi

Delo v zdravstvu in še posebej v zdravstveni negi je zelo specifično. Zajema delo z bolnimi ljudmi in njihovimi svojci. Ljudje so še posebej ranljivi, ko se srečajo z boleznijo. Zato delo kot takšno terja od vsakega zaposlenega veliko strokovnega znanja, empatije, potrpljenja in razumevanja. Na podlagi visokih zahtev sistematizacije del v zdravstveni negi je ključnega pomena kakovostna, varna in natančna organizacija delovnega procesa, saj že sama narava dela zaposlene izpostavlja raznim stresnim situacijam.

Pri delu v zdravstveni negi ima pglavitno vlogo pri zmanjševanju stresa med zaposlenimi vodilni kader. Ta mora delovni proces in delovna mesta organizirati tako, da je delovno mesto za zaposlene prijazno in da delovni proces teče tekoče. Kot pravi Končina (2010), je v zdravstvu vodenje ljudi, zaradi posebne občutljivosti dela s pacienti in odnosov med zaposlenimi osrednjega pomena za kakovostno delovanje celotnega javnega zdravstvenega zavoda. Trdi, da je nezadovoljstvo, negativni stres ali celo izgorelost zaposlenih posledica napak pri izvajanju poslovnih funkcij, za kar prelaga odgovornost predvsem na zdravstveni management.

Zadovoljstvo medicinskih sester kot element kakovosti (Jerčič in Kersnič, 2004) menedžmenta pomembno vpliva na produktivnost zdravstvene nege in na zadovoljstvo bolnikov ter posledično na zmanjšanje stroškov zdravljenja in zdravstvene nege.

Černigoj Sadar (2006) govori, da je danes bolj kot kdaj koli doslej v ospredju tekmovalnost, ki jo zaznavamo kot neizprosni boj za pridobitev in ohranitev delovnega mesta ali pa kot nenehno prizadevanje za napredovanje po družbeni lestvici, poveča-

nje ugleda in veljave v organizaciji v kateri posameznik dela. Če so vloge zaposlenih (zaposlenih v zdravstveni negi) v organizaciji jasno opredeljene in razumljene je stres minimalen, ko le-te niso jasno opredeljene pa prihaja do stresa in posledično do izgorelosti. Značilnosti delovnega mesta imajo pomemben učinek na blagostanje zaposlenih in lahko v veliki meri določajo tako izgorelost kot zavzetost na delovnem mestu. Vzrok za napisano se pogosto kaže v odnosu s nadrejenimi, managementom, šefom, s podrejenimi in sodelavci. Dolgotrajna izpostavljenost delovnemu stresu pa vodi tudi do izgorelosti na delovnem mestu. Izgorelost je specifičen sindrom, ki je značilen predvsem za poklice, ki jih označuje obsežno delo z ljudmi in to pri zaposlenih v zdravstveni neki vsekakor je (Maslach in Leiter, 1997, v Meško, Videmšek, Štihec, Meško in Korpljuk, 2010).

Tudi Jerčič in Kersnič (2004) sta mnenja, da če se stalni in ponavljajoči pritiski zaradi intenzivne vpletenosti v odnose z ljudmi s težavami ponavljajo daljše časovno obdobje in strokovni delavci ne poskrbijo ali pa nimajo možnosti, da bi poskrbeli za ustrezne načine razbremenjevanja v stresnih situacijah, se prične proces izgorevanja. Narava dela in življenja (Skubic in Petek, 2014) nas vodita k temu, da vedno več časa preživimo na delu, zato predstavlja delovno okolje za zaposlene v zdravstveni negi pomemben dejavnik kakovosti življenja in dela posameznika. Pretirani stres pri zaposlenih v zdravstveni negi pomeni tudi za vsak javni zavod velike stroške, ker se poveča absentizem, zmanjša se delovna vnema in posledično delovna uspešnost, poveča se odsotnost zaradi bolezni, odsotnosti, ki vodijo celo v prezgodno upokojitev ali celo v prezgodnjo smrt.

Značilnosti delovnega mesta med zaposlenimi v zdravstveni negi imajo pomemben učinek na blagostanje zaposlenih in lahko v veliki meri določajo tako izgorelost kot zavzetost na delovnem mestu vsakega posameznika.

4.2 Obvladovanje stresa pri delavcih zaposlenih v zdravstveni negi

Spretnosti samoobvladovanja so naučene in vplivajo na našo samozavest, komunikacijo z drugimi, upravljanje s stresom, procese samo motiviranja in doseganje osebne zrelosti. Za razvoj samoregulacijskih spretnosti pa je potrebno ogromno sistematične vadbe in dela na sebi. Priprava na stres zahteva veliko vadbe in treniranja, vztrajnosti in učenja (Tušak, 2012, v Jazbec, 2017).

Iz razpoložljivih podatkov je razvidno, da si zaposleni v zdravstveni negi želijo, da je njihovo delo dobro organizirano, da je njihovo delovno okolje prijetno, saj jim ta omogoča umirjeno delo, predvsem si želijo, da so podrejeni in nadrejeni prijazni, da imajo nadrejeni z vsemi podrejenimi enak odnos, da je na delovnem mestu čim manj konfliktov in da se ti uspešno rešujejo. Da svoje delo zaposleni v zdravstveni negi opravljajo kakovostno in varno pa si želijo predvsem več nasvetov pri svojem delu, da zaradi prepogoste obilice dela nadrejeni poskrbijo za večje število zaposlenih, da nadrejeni pri razporejanju upoštevajo želje in imajo kreativni dialog, da nadrejeni skrbijo za dober pretok informacij in dobro komunikacijo, da poskrbijo za dvig motivacije in pohvalijo podrejene, in da si vzamejo čas za klepet s svojimi podrejenimi.

Vse napisano pripomore k zmanjšanju stresa zaposlenih v zdravstveni negi in posledično k bolj kakovosti in varni zdravstveni negi.

5 Metoda

5.1 Metodologija dela

Naprej smo določili raziskovalni problem – v našem primeru vprašanje: »Kaj narediti, ko te doleti stres?« Na podlagi tega smo določili predhodne faze raziskave, kot so čas opravljane raziskave, določitev deležnikov (medicinskih sester) med katerimi bomo izvedli intervju. Po opisani fazi raziskave smo na podlagi izdelanega in prilagojenega modela začeli zbirati potrebne podatke. Intervju uporabljamo na različnih področjih, tudi v raziskovanju. Intervju je tako lahko kvalitativna metoda raziskovanja. Menijo, da z intervjujem kot metodo raziskovanja lahko pridobimo poglobljene in obsežne podatke o osebi, slabost te metode pa je predvsem ta, da je časovno zamudna. Govorijo tudi, da se vpraševalec mora na intervju skrbno pripraviti, vendar pa se mu ni treba strogo držati predvidenih vprašanj, temveč se lahko na posebno zanimive ali nepričakovane izjave sproti odziva z dodatnimi vprašanji. Vpraševalec neposredno ne komentira odgovorov, zato je v intervjuju navadno več informacij, opisov in ugotovitev, kakor pa razlag in utemeljitev. Nekateri intervjuji vsebujejo samo vprašanja in odgovore, drugi imajo na začetku predstavitveni uvodni del, v katerem so navedeni najpomembnejši podatki o vprašanem. V našem primeru je bil seznam vprašanj že vnaprej pripravljen in se je nanašal na pojem stresa. Vsi odgovori so bili posneti in skrbno ter dobesedno prepisani/zapisani. Za sodelovanje v raziskavi so bili vsi zaproseni v juliju 2019. Intervjuji nimajo zaključka, zato smo se sogovornicam – medicinskim sestram zahvalili za odgovore in jim zaželeli lepo prihodnost pri njihovem delu.

5.2 Potek dela

Med vsemi metodami raziskav se najpogosteje uporablja intervju. Intervju je pogovor med vsaj dvema osebama (Wikipedija, 2019), v katerem ena oseba ali skupina postavlja vprašanja, s katerimi želi pridobiti določene informacije od osebe ali skupine, ki so ji ta vprašanja namenjena. Na intervju smo se skrbno pripravili in si pripravili vprašanja, ki so temeljila na postavljenih ciljnih članka. Pred začetkom pogovora smo pripravili na intervju tudi kandidata, da je bil sproščen in pripravljen na pogovor. Predstava intervjuja, ki se nanaša na vprašane medicinske sestre bo v nadaljnji analizi (glej intervju v prilogi).

5.3 Opis respondentov

Respondenti so tri medicinske sestre (stopnja izobrazbe je različna). V nadaljevanju bomo govorili o medicinskih sestrah, ker je ta beseda najbolj razumljiva za uporabnike njihovih storitev. Medicinske sestre so stare od petdeset do šestdeset let in vse

so še zaposlene. Dve sta diplomirani medicinski sestri, ena pa je srednja medicinska sestra. Vse tri so se srečale s stresom in dobro poznajo besedo stres. Opravljajo različna dela in na različnih ravneh zdravstvenega varstva.

5.4 Rezultati intervjuja in predlogi

Obdelava in analiza sta opravljeni glede na vprašanja v intervjuju. Opravljena je bila oblika kvalitativne analize vsebine. S kvalitativno raziskavo lahko preučimo tudi percepcijo preučevanega stresa. S kvalitativno raziskavo dosežemo statistično zanesljivo izmerjeno sliko pogleda na stres. Menimo, da se odnos do stresa najbolje preverja z vprašanji kvalitativne narave, ki se nanašajo na asociacije ob besedi stres. Šele po večkratni interpretaciji odgovorov smo dobili celostno sliko o stresu in njegovih posledicah. Odgovori se niso bistveno razlikovali na jezikovni in slogovni ravni ter po obsegu. Večina odgovorov je bila kratkih. V članku bodo predstavljeni rezultati analize izjav, ki so jo podale tri medicinske sestre o stresu. Zaradi majhnega vzorca respondentov ne moremo posploševati svojih opažanj.

5.5 Predstavitev primera

Besedila odgovorov so bila oštevilčena in dobesedno pretipkana. Vsem trem intervjuvanim medicinskim sestram smo zastavili naslednja vprašanja, ki se nanašajo na stres, ko smo obdelali splošne podatke. Izjave intervjuvanih medicinskih sester so naslednje:

Prvi sklop vprašanj: *Poznate stres? Kako bi ga opisali s svojimi besedami?*

MS 1: »Da. Nekaj, kar najprej ne prepoznaš. Si poln adrenalina, nato pa utrujen vendar nespeč.«

MS 2: »Poznam stres. Znaki so: hitro bitje srca, tiščanje v grlu in prsnem košu, si brez besed, nimaš odgovora na zastavljeno vprašanje, vprašanja si ti zdijo žaljiva in ponižujoča, imaš povišan krvni tlak, pogoste bolečine v želodcu in slabosti, obliva te vročina, pojavlja se nespečnost in večja potreba po hrani ...«

MS 3: »Stres, seveda ga poznam. Verjela sem, da mene stres ne more nikoli ujeti, kaj šele, da bi me dobro stresel. Vedno sem mislila, da jo to bolezen ljudi, ki se ne znajdejo v življenju in nikakor ne morejo »pošlihtati« svojega osebnega in poklicnega življenja. Žal se je tudi moje življenje v določenem trenutku obrnilo na glavo, začutila sem, da se mi svet iz škatlice ruši, da ostajam čisto sama, da nimam več poti naprej, da se je moje življenje ustavilo. V bistvu nisem imela znakov, o katerih govorijo strokovnjaki, bila pa sem v stresu.«

Drugi sklop vprašanj: *Ali poznate najpogostejše vzroke za nastanek stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi? Katere bi še posebno izpostavili? Ali menite, da stres vpliva na psihično in fizično zdravje ter vedenje zaposlenih v zdravstveni negi? Kako se te spremembe kažejo?*

MS 1: »Poznam najpogostejše vzroke stresa. Težko izpostavim, ker menim, da so vsi vzroki zelo pomembni. Stres vpliva na psihično in fizično zdravje, posledično tudi

dojemanje sveta okoli sebe. Na trenutke svojega vedenja ne prepoznaš. V določenem trenutku bi se kar pokrila čez glavo ...»

MS 2: »Poznam, ker sem ga bila deležna v času svojega dela v zdravstveni negi. Predvsem bi rada izpostavila podcenjevanje mojega dela, nespoštovanje mene kot osebe in mojega dela, žaljenje, poniževanje s strani nadrejenih. Posebej bi izpostavila žalitve z različnimi »nazivi« s strani nadrejenih. Stres vsekakor vpliva na psihično in fizično zdravje ter vedenje zaposlenih v zdravstveni negi. Spremembe se kažejo v različnih bolezenskih stanjih. Pojavljajo se težave z žolčem, ščitnico, srcem (motnje ritma), beg pred neznanim in še druge ...»

MS 3: »Iz literature zelo dobro poznam vzroke stresa tudi za zaposlene v zdravstveni negi. Avtorji člankov predvsem izpostavljajo izmensko delo, poudarek je na nočnem delu, izpostavljajo tudi ločitev od družine, predvsem otrok, kar je zelo stresno za mlado mamico/medicinsko sestro. Sama menim, da je izmensko delo zelo naporno, ker se porušijo vsi življenjski procesi, ki so pomembni za brezhibno delovanje vsakega posameznika. Stres nastane tudi zaradi ne dobrih medsebojnih odnosov v organizaciji, oddelku ali celo v timu v katerem posameznik dela. Sama sem tudi marsikaj doživela, saj je zdravstvena nega profesija, v kateri dela še vedno večina žensk in ker so v timu pogosto same ženske še bolj pogosto pride do nesoglasij in neljubih potikanj. Težava je tudi v tem, da je v zdravstveni negi zelo malo vodilnih delovnih mest, želja po teh pa je zelo velika, ker se vsak posameznik želi dokazati in napredovati po hierarhični lestvici. Sama bi predvsem izpostavila medsebojno trenje, nezaupanje, potikanje, laži in nespoštovanje. Vsekakor stres vpliva na psihično in fizično zdravje ter vedenje zaposlenih v zdravstveni negi. Spremembe se kažejo v čudnem obnašanju. Posameznik se zapre v sebe, ne zaupa nikomer več, v vseh sodelavcih išče sovražnike, na delu ni več zanesljiv, zmanjkuje mu energije, delo ostane ne dokončano ali celo slabo opravljeno, strah ga je, da bo kaznovan ali celo, da bo izgubil delovno mesto ali celo službo. Posameznik v vsem tem dogajanju resnično nima podpore od »nikogar«, ker se nihče noče ukvarjati z njim. Tudi sama sem doživela to, ko sem imela težave.«

Tretji sklop vprašanj: *Ali bi lahko predlagali ukrepe za zmanjševanje stresa na delovnem mestu pri zaposlenih v zdravstveni negi? Menite, da bi ustrezni ukrepi zmanjšali stres? Ali menite, da vodilni kader v zdravstveni negi lahko vpliva na zmanjšanje pojavnosti stresa na delovnem mestu? Podajte predloge za to.*

MS 1: »Menim, da bi z ustrezni ukrepi in pristopi zmanjšali stres. Na zmanjšanje stresa zaposlenih absolutno, seveda če to želi, vpliva management zdravstvene nege. Z dobro organizacijo službe zdravstvene nege se stres lahko zmanjša. Delo s pacienti ni enostavno. Je zahtevno in odgovorno. Že to te lahko potisne v stresno situacijo. Če pa se temu pridruži še slaba organizacija dela, nalaganje nalog, siljenje v izvajanje aktivnosti, ki jih nisi več, je možnost za stres velika. Moji predlogi so vezani na moje razmišljanje. Mislim, da v zdravstveni negi ni prostora za »pul« medicinskih sester, ki krožijo in so danes tukaj, jutri na popolnoma drugem strokovnem področju, management v zdravstveni negi mora začeti poslušati zaposlene v zdravstveni

negi. Služba naj se organizira na tak način, da zaposlenim v zdravstveni negi ne bo predstavljala dodatnih, nepotrebnih aktivnosti in povečanja obveznosti sodelavce v zdravstveni negi. Medicinske sestre prepogosto prevzemamo tudi dela in naloge zdravstvenih sodelavcev, vendar za ta dela nimamo kompetenc.«

MS 2: »Moji predlog za zmanjšanje stresa je predvsem več delavnic na temo stresa. Delavnice naj bi zajemale zelo malo število udeležencev ali pa naj bi bile celo individualne. Samo v mali skupini se lahko posameznik odpre. Velike skupine nimajo učinka. »Brezvezno« zabijanje časa. V skupini naj bi bila psiholog in psihoterapevt. Psihiatri nimajo kaj iskati. Vodilni kader ima pomembno vlogo pri zmanjševanju stresa. Sama menim, da ga moraš dobro poznati, da ga boš lahko opazil in ga potem začel zmanjševati. Med službo naj bi se zaposleni posluževali tudi sprostitvenih tehnik, ki jih lahko pripravijo ustrezne službe. Sprostitvene tehnike bi vsekakor povečale dobro počutje posameznika na delovnem mestu. Moji predlogi so že povedani. Želim si, da bi vodilni prepoznali stres in se z njim začeli aktivno ukvarjati. Tudi stres je bolezen, ki pa predvsem rabi prijazno človeško besedo in topel stisk rok. Žal danes tega ni več.«

MS 3: »Mislim, da imam nekaj predlogov. Sama menim, da bi bilo potrebno več pozornosti posvetiti prav stresu, ki je tihi ubijalec posameznikov. Pomembno je, da se bi več delalo na dobrih medsebojnih odnosih, dobri in odprti komunikaciji, spoštovanju vsakega posameznika, tudi drugačnih, da bi se več delalo na uvajanju novih zaposlenih, da bi bilo več strpnosti in razumevanja do tistih, ki pomoč potrebujejo zaradi različnih težav, da bi se prepoznalo tiste, ki pomoč potrebujejo in se jih nebi stigmatiziralo, da bi bil vsak posameznik pomemben člen verige v timu... Da bi vse to izboljšali, pa rabimo na področju zdravstvene nege strokovnjaka, ki bi se ukvarjal z zaposlenimi in njihovimi težavami. Predvsem bi morali zaposleni vedeti, kdo je oseba v organizaciji, ki jim bo pomagala v krizni situaciji in jih ščitila v primeru težav. Žal jo sedaj ni !!! Sama menim, da bi ustrezni ukrepi zmanjšali stres in njegove posledice. Vodilni kader je še kako odgovoren za zmanjševanje stresa med zaposlenimi v zdravstveni negi. Vsi vodilni bi morali znati prepoznati prve znake stresa pri svojih sodelavcih. Da bi ga prepoznali, pa tudi oni sami rabijo ustrezna izobraževanja s tega področja. Če bi bili vodilni uspešni na tem področju, bi imeli manj odsotnosti iz dela pri svojih sodelavcih in bolj zadovoljne delavce na delovnem mestu. Zadovoljen delavec pa bolj dobro in vestno opravlja svoje delo. Sama menim, da organizacija mora delati na vsem že napisanem, predvsem pa mora prepoznati potrebo po službi, ki bi se ukvarjala z zaposlenimi in njihovimi težavami. Predvsem ker je stres bolezen. Danes se nihče z nikomer ne ukvarja. Vsak posameznik je prepuščen izključno sebi in sreči.«

Četrti sklop vprašanj: Kaj bi naredili, če bi vas stresel stres? Kje bi poiskali ustrezno pomoč? Podajte predloge za hitrejše okrevanje v primeru, da vas stresa stres.

MS 1: »Stres me je že stresel. Sprva misliš, da je to nekaj, kar mine samo po sebi. Pa ne. Stres se pogloblja in vodi v depresivne epizode iz katerih težko izplavaš sam. Pomoč je nujno potrebna. Najtežje pa je priznati si, da pomoč potrebuješ.«

MS 2: »Svoj stres rešujem z različnimi aktivnostmi, kot so dihalne vaje, štetje (predvsem v službi), pogled skozi okno ... Doma se veliko sprehajam in uživam v naravi, ki mi ponuja različne užitke. Predvsem se najbolj sproščam pri delu na vrtu. Zemlja in rože me pomirjajo. Pomoč iščem pri svoji najboljši prijateljici in sestri. Moj predlog je, da se vsak posameznik nekako nauči reševati svoje probleme. Vem, da je to težko, zato ima pomembno vlogo pri tem, na delovnem mestu, tudi vodilni kader.«

MS 3: »Kaj bi naredila, če bi me stresel stres? Težko vprašanje in še težji odgovor. Sama menim, da najprej moraš sprejeti dejstvo, da si v stresu. Teoretično o njemu veliko vem, da ga imam sama, pa sem težko sprejela, celo si nisem priznala. Menim, da je to najtežji korak. Ko si priznaš, da si v stresu, narediš že velik korak k izboljšanju svojega počutja in zdravja. Pomoč je zelo težko poiskati, ker ko te doleti stres si v stanju, ko zelo težko razsodno razmišljaš. Sama sem pomoč poiskala pri osebni zdravnici, ker menim, da me razume in ima posluš za moje težave, ko jih imam. Še vedno menim, da ko si v tej situaciji, si bolj ali manj sam. Pomagati si moraš sam, da nekako uspeš priti iz tega začaranega kroga. Predlagam, da si najprej priznaš, da je s tabo nekaj narobe, če je to le možno. Predvsem pa se moraš zavedati, da za nastalo situacijo nisi popolnoma nič kriv sam, poiskati si moraš ustrezno pomoč pri strokovnjaku, ki se s stresom ukvarja. To ni nič sramotnega.«

6 Rezultati in razprava

Za konec bi se radi vprašali, kaj smo iz intervjuja izvedeli o stresu in ali lahko odgovorimo na zastavljeno vprašanje v naslovu članka: «Kaj narediti, ko te stresa stres?»

Pri prvem sklopu vprašanj lahko ugotovimo, da vse tri vprašanje medicinske sestre dobro poznajo stres in ga znajo opisati s svojimi besedami. Tudi same so se srečale z njim. Ugotavljajo, da se pri posamezniku stres kaže na različne načine, predvsem pa ga posamezniki različno dojemajo. Izpostavile so predvsem težavo, s katero se posamezniki srečujejo, to je predvsem priznanje sebi in okolici, da si v stresu. Menijo, da ko naredijo to, so na dobri poti k ozdravitvi. Pot je pa vsekakor dolga in naporna za vse vpletene, ki so v tem procesu zdravljenja. To so sodelavci, vodilni delavci, družina in strokovne službe.

Iz drugega sklopa vprašanj je razvidno, da vprašane medicinske sestre različno naštevajo znake stresa in jih različno dojemajo glede na delovno mesto in dela, ki jih opravljajo. Prva je izpostavila predvsem utrujenost in nespečnost, druga pa je videla velik problem v boleznih, ki se kažejo na različnih organih telesa (ščitnica, srce, želodec ...), tretja pa se je znašla v začaranem krogu, ki ni imel izhoda in se je pojavil brez predhodnih znakov. Vse tri menijo, da stres vpliva na psihično in fizično zdravje ter vedenje zaposlenih v zdravstveni negi. Prva govori o tem, da svojega vedenja ne prepoznaš in posledično tudi težav z dojemanjem sveta okoli sebe. Druga ni nič govorila o svojem vedenju v času stresa. Tretja pa je izpostavila predvsem velik strah

pred izgubo delovnega mesta in službe. Izpostavila je tudi manj vrednosti kompleks, ki se je razvil v času težav.

V tretjem sklopu so si odgovori pri vseh treh medicinskih sestrah podobni. Vse tri so podale predloge za zmanjšanje stresa. Predlogi so različni. Menimo, da so odgovori različni zaradi dela, ki ga opravljajo in osebne izkušnje s stresom. Vse tri pa menijo, da ima pomembno vlogo pri zmanjšanju stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi prav vodilni kader/management. Management bi moral bolj skrbeti predvsem za dobre medsebojne odnose, organizacijo službe – ta bi morala biti prijazna zaposlenim, za dobro komunikacijo, ki naj bi bila odprta in poštena, predvsem pa bi si moral vzeti čas za poslušanje in še bolj pomembno je to, da bi znal slišati svoje podrejene, naučiti se mora tudi prepoznavati stres pri zaposlenih in ukrepe, ki sledijo v tem primeru. Intervjuvane medicinske sestre menijo, da je na področju stresa med zaposlenimi v zdravstveni negi še veliko dela, predvsem se treba zavedati, da je stresa vsak dan več in da je stres bolezen, ki jo je treba dovolj zgodaj prepoznati, ustrezno ukrepati in zdraviti.

Na četrti sklop vprašanj so vse tri medicinske sestre odgovorile skoraj enako. Vse tri menijo, da moraš stres najprej sprejeti in se zavedati, da ni to nekaj kar bo minilo samo od sebe. Zavedati se moraš, da se stres samo pogloblja in posledično vodi v depresivne epizode, iz katerih se težko rešiš brez strokovne pomoči. Ena od vprašanih medicinskih sester bi pomoč poiskala pri dobri prijateljici ali sestri, druga bi pomoč poiskala pri osebni zdravnici, tretja pa ni odgovorila na to vprašanje. Vse tri pa menijo, da rabiš strokovno pomoč, če hočeš, da boš ozdravel. Ena meni, da stres ni nič sramotnega, druga pa meni, da ima pomembno vlogo, pri reševanju stresa prav management.

7 Zaključek

Iz vsega povedanega in napisanega lahko sklepamo, da je stres sestavni del našega zasebnega in poklicnega življenja. Na posameznika lahko vpliva na dva načina: konstruktivno ali destruktivno. V zdravstveni negi je negativen stres, povezan s poklicem, zato nam lahko povzroči težave tako na delovnem mestu kot doma. Menimo, da so vsa delovna mesta v zdravstveni negi prepogosto pravo žarišče negativnega stresa. To potrjujejo tudi avtorji v različnih člankih in raziskavah, ko ugotavljajo, da so najbolj stresni poklici tisti, ki so vezani na pomoč in oskrbo ljudi, kot so poklici v zdravstvu – zdravstvena nega, policiji, šolstvu itd. Prav v zdravstveni negi smo pogosto priča žalostnim in zelo težkim zgodbam pacientov ter njihovih svojcev. Če k temu prištejemo še izmensko delo, nedeljsko delo, praznično delo in še vse druge težave, ki se kažejo kot psihične in fizične obremenitve, lahko rečemo, da je delo kot takšno lahko zelo stresno. Tudi naše intervjuvanke so izpostavile, da je poklic medicinske sestre težak, naporen in odgovoren in da vse to vodi v težave, ki se posledično kažejo v stresu. Vse tri pa so mnenja, da ima pri vseh procesih v zdravstveni negi pomembno vlogo management. Rečemo lahko, da ima pri delu v zdravstveni

negi poglavitno vlogo pri zmanjševanju stresa med zaposlenimi vodilni kader – management na vseh treh nivojih (vrhnji, srednji in nižji). Ti morajo delovni proces in delovna mesta organizirati tako, da je delovno mesto za zaposlene prijazno in da delovni procesi tečejo tekoče. Kot pravi Končina (2010, v Jazbec, 2017), je v zdravstvu vodenje ljudi, zaradi posebne občutljivosti dela s pacienti in odnosov med zaposlenimi osrednjega pomena za kakovostno in varno delovanje celotnega javnega zdravstvenega zavoda. Trdi, da je nezadovoljstvo, negativni stres ali celo izgorelost zaposlenih posledica napak pri izvajanju poslovodnih funkcij, za kar preлага odgovornost predvsem na zdravstveni management.

Ključni namen članka je bil ugotoviti, ali je mogoče s pomočjo intervjuja, povezanim z delom zaposlenih v zdravstveni negi, pojasniti doživljanje stresa in izgorelosti pri medicinskih sestrah ne glede na izobrazbo in delovno mesto. Menimo, da je zato smiselno izvesti kvalitativno raziskavo o poglobljenem doživljanju stresa zaposlenih v zdravstveni negi, saj nam tovrstni podatki lahko pokažejo bolj celostno sliko preučevane problematike, na osnovi katere management v zdravstveni organizaciji s pomočjo ustreznih služb lažje oblikuje preventivni program, proti stresu in posledično proti izgorelosti na delovnem mestu.

Na koncu poskušamo odgovoriti na zastavljeno vprašanje iz naslova članka »Kaj narediti, ko te stresa stres?« Iz vsega napisanega in povedanega lahko naredimo določen zaključek in podamo predlagane ukrepe:

- najprej si moraš priznati, da te je stresel stres,
- poiskati moraš ustrezno pomoč pri osebi, ki te razume in spoštuje,
- poiskati moraš ustrezne delavnice in izobraževanja, ki so na temo stresa,
- naučiti se moraš ustreznih sprostitev tehnik (dihanje, ...),
- zavedati se moraš, da stres ni tabu tema in predvsem, da ni nič sramotnega.

Vsekakor smo mnenja, da je o stresu veliko napisanega in povedanega, da pa rabi vodilni kader/management v zdravstveni negi še veliko znanja s tega področja, da bo lahko ustrezno, pravilno in odgovorno ukrepal v primeru, ko njihove zaposlene stresa stres. V današnjem turbulentnem času, pravi Polona Požgan, ne potrebujemo več uspešnih ljudi, temveč več prijaznih ljudi, ki bodo imeli občutek za soljudi/sodelavce in njihove težave (Pirš, 2019).

LITERATURA

1. Černigoj Sadar, N. (2002). Stres na delovnem mestu. Teorija in praksa. Pridobljeno 27. 6. 2019, s svetovnega spleta: NČ Sadar – Teorija in praksa, 2002 – dk.fdv.uni-lj.si.
2. Dermovšek, M. Z., Gorenc, M. in Jeriček, H. (2006). Ko te stresa stres: Kako prepoznati in zdraviti stresne, anksiozne in depresivne motnje. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
3. Dermovšek, M. Z., Tavčar, R. in Orel, D. (2006). Prepoznavanje in premagovanje stresa in travme. Pridobljeno 18. 6. 2019, s: <https://www.sinapsa.org/.../a63-Prepoznavanje%20in%20premagovanje%20stresa%20...>

4. Fajfar, A. (2010). Stres na delovnem mestu. Pridobljeno 28. 6. 2019, s https://www.bb.si/doc/diplome/Fajfar_Aljosa-Stres_na_delovnem_mestu.pdf.
5. Jazbec, N. (2017). Stres na delovnem mestu v zdravstvu (Diplomska naloga). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.
6. Jerčič, L. in Kersnič, P. (2004). Medicinska sestra in humor na delovnem mestu. Ljubljana: Obzornik zdravstvene nege, 38.
7. Kepic, S. (2008). Stres na delovnem mestu. Pridobljeno 10. 7. 2019, s <https://www.diplome.fov.uni-mb.si/vis/13268kepic.pdf>.
8. Košir, K., Licardo, M. in Habe, K. (2010). Doživljanje stresa in izgorelosti, povezanih z delom z učenci s posebnimi potrebami pri učiteljih v osnovni šoli. Pridobljeno 10. 7. 2019, s https://scholar.google.si/scholar?q=vpra.%C5%A1alnik+stres+na+delovnem+mestu&hl=sl&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart
9. Lek (2019). Skrb za zdravje. Pridobljeno 18. 6. 2019, s <https://www.lek.si/sl/skrb-za-zdravje/stres/>.
10. Meško, M., Videnšek, M., Štihec, J., Meško, Š., Z. in Korpljuk, D. (2010). Razlike med spoloma pri nekaterih simptomih stresa ter intenzivnost doživljanja stresnih simptomov. Pridobljeno 10. 9. 2019, s https://www.fm.upr.si/zalozba/ISSN/1854-4231/5_149-161.pdf.
11. Pirš, K. Mednarodni dan in počastitev 100-letnice poklica medicinskih sester v Psihiatrični bolnišnici Ormož. Revija Utrip. Ljubljana: Zbornica – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
12. Skubic, Š. in Petek, B. (2014). Dobri medsebojni odnosi. V zbornik prispevkov: 6. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 23. januar 2014. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
13. Starc, R. (2008). Bolezni zaradi stresa: Od utrujenosti, pešanja spomina, razpoloženskih motenj, glavobola, nespečnosti, razjede dvanajsternika in astme do rakavih obolenj. Ljubljana: Sirius AP.
14. Starc, R. (2009). Stres in njegove posledice za srčno – žilni sistem. Pridobljeno 9. 7. 2019, s https://www.zbornica-zveza.si/.../preprecimo_da_nas_strese_stres_na_delovnem_mest...
15. Tušak, M. et al., Tušak, M. in Masten, R. (2008). Stres in zdravje: znanstvena monografija. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za kineziologijo.
16. Tušar, V. (2019). Stres na delovnem mestu. Pridobljeno 28. 6. 2019, s https://www.zaposlitev.net/delo.php?m=iskalci&a=karierni_center...clanek...
17. Wikipedija (2019). Intervju. Pridobljeno 16. 7. 2019, s <https://sl.wikipedia.org/wiki/Intervju>.

STROKOVNO SREČANJE SO PODPRLI:

KRKA, d. d. Novo mesto

MEDIS, d.o.o.

PHARMAMED, d.o.o.

TOSAMA, d.o.o.

SIMP`S, d.o.o.

BAXTER, d.o.o.

MM Surgical, d.o.o

MEDIAS, d.o.o

ECOLAB

SANOLABOR, d. d.

SPES, d.o.o.

ZEPTER- SLOVENICA, d.o.o.

KEMOFARMACIJA

MERCATOR CASH AND CARY NOVO MESTO

DRUŠTVO PODEŽELJSKIH ŽENA DOLENJSKE TOPLICE

OBČINA DOLENJSKE TOPLICE



medias
international

ECOLAB®

Everywhere It Matters.™



Sanolabor

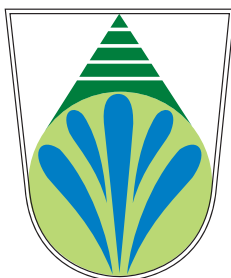
Ko gre za zdravje!

Sanolabor, d.d., Leskoškova 4, Ljubljana
tel 01-585-42-11, fax 01-585-42-98
www.sanolabor.si



 **smith&nephew**

SPES 








Flebaven®

mikronizirani diosmin
filmsko obložene tablete, 500 mg
tablete, 1000 mg

LAHKOTEN
KORAK ZA
ZDRAVE
VENE

NOVO!

**Flebaven že z eno
tableto na dan:**

-  olajša bolečine v nogah,
-  zmanjša občutek težkih nog in njihovo otekanje,
-  omogoča cenovno dostopnejše zdravljenje.

www.flebaven.si



*Naša inovativnost in znanje
za učinkovite in varne
izdelke vrhunske kakovosti.*

Pred uporabo natančno preberite navodilo!
O tveganju in neželenih učinkih se posvetujte z zdravnikom ali s farmacevtom.