

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

**RAZKORAK MED TEORIJO IN
PRAKSO V ZDRAVSTVENI NEGI**
zbornik prispevkov

9. dnevi Marije Tomšič

Dolenjske Toplice, 20. januar 2017

Novo mesto, 2017

RAZKORAK MED TEORIJO IN PRAKSO V ZDRAVSTVENI NEGI

9. dnevi Marije Tomšič

Izdala in založila / Publisher ©

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

Recenzirala / Outside Reviewer

Dr. Ljiljana Leskovic

Tehnična urednika / Technical Editors

Bojan Nose, Tanja Radovan

Natisnila / Printed by

Tiskarna Cicero Begunje, d. o. o.

Naklada / Circulation

150

Za strokovno korektnost in jezikovno pravilnost odgovarjajo avtorji prispevkov.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-083(082)

DNEVI Marije Tomšič (9 ; 2017 ; Dolenjske Toplice)

Razkorak med teorijo in prakso v zdravstveni negi : zbornik prispevkov
/ 9. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 20. januar 2017. - Novo mesto :
Fakulteta za zdravstvene vede = Faculty of Health Sciences, 2017

ISBN 978-961-94049-4-2

1. Gl. stv. nasl.

288295424

VSEBINA

<i>Andreja Gradišek</i> Ukrepi za zmanjševanje in preprečevanje padcev pacientov v teoriji in praksi	7
<i>Kerstin Kodrič, Franja Pavlič, Jana Starc, Martina Žerjav</i> Razpotja kongruentne kulture odnosov	17
<i>Kristina Novak</i> Rezultati sodelovanja dispanzerja za ženske Zdravstvenega doma Trebnje v Državnem programu ZORA	26
<i>Vida Novinec</i> Vi delate po šolsko	36
<i>Petrischa Robnik</i> Vpliv demografskih značilnosti na delovno motivacijo izvajalcev zdravstvene nege	41
<i>Blaž Tintor</i> Kirurški varnostni kontrolni seznam	48
<i>Snežana Vandić</i> Ambulantna obravnava bolnika	54
<i>Lilijana Žerdoner</i> Vrednotenje dela mentorjev v kliničnem okolju zdravstvene nege	57

Predgovor

Razkorak ima v Slovarju slovenskega knjižnega jezika več pomenov, ena od naštetih razlag je tudi neskladje, neskladnost, lahko tudi razkorak med besedami in dejanji.

Prav slednjemu bomo na današnjih - devetih Dnevih Marije Tomšič posvetili največ pozornosti. Skozi skupek predavanj bomo primerjali pojmovanje razkoraka med teorijo in prakso, na področju zdravstvene nege in na koncu srečanja podali zaključek o enakosti in nasprotovanju tega pojma. Sama menim, da z razkorakom skušamo odkriti nove načine, kako razumeti zdravstveno nego, odkrivati nove koncepte zdravstvene nege, razvijati nove teorije ter graditi na znanju, izkušnjah, povezavah in dobrih praksah.

V praksi se razkorak na področju zdravstvene nege različno uporablja in pojmuje. V bistvu gre za izraz med tistimi, ki pri svojem delu uporabljajo zapisane standarde, smernice in klinične poti in tistimi, ki zapisano uporabljajo v mejnem okvirju, ki pa še zagotavlja varno in kakovostno zdravstveno nego. Izraz sam zato močno ponazarja razliko med delavci na področju zdravstvene nege, med tistimi, ki svoja teoretična znanja znajo aplicirati in povezati v praksi in tistimi, ki to ne znajo ali ne zmorejo popolnoma. Vzrokov za razkorak je lahko zelo veliko, samo najti jih moramo in o njih govoriti. Vzroki so lahko vidni že v sistemu izobraževanja, vsebini izobraževanja, podajanju in razumevanju vsebin izobraževanja, vodenju kliničnega usposabljanja, povezovanju šol in zdravstvenih ustanov, v dijakih in študentih zdravstvene nege in ne nazadnje v osebu kliničnega okolja.

Izobraževanje je za razkorak med teorijo in prakso zelo pomembno. Izobraževanje ni pomembno samo v šolskih klopeh, pomembno je tudi izven šolskih učilnic (društvi, sekcijah, kongresih, simpozijih ...). Znanje je potencial, ki pripomore k blaginji zaposlenih na področju zdravstvene nege in vpliva na razvoj zdravstvene nege na vseh področjih njenega delovanja. Še kako se zavedamo, da je znanje iz šolskih klopi potrebno prenesti v vse procese dela na področju zdravstvene nege, ker lahko le tako ustvarimo trdno osnovo za kakovostno in varno zdravstveno nego, o kateri govori tudi delovna skupina »Sveta za kakovost pri ministrstvu za zdravje« (Robida, Simčič, Skela Savič, Klemenc Ketiš). Povezava med prakso in izobraževanjem mora biti dvostranska, s tem da se morajo vsi vpleteni zavedati potreb uporabe novih tehnologij ali novega načina vodenja in upravljanja. Da bi lahko bili konkurenčni z ostalimi izobraževalnimi programi, moramo ugotoviti, kateri deli znanja s področja zdravstvene nege in drugih področij morajo biti obvezni elementi kurikuluma, da bi tako izobraževanje dobivalo na vrednosti in s tem tudi smisel samega izvajanja.

Zaposleni na področju zdravstvene nege moramo biti danes vsestranska podpora izobraževalnemu sistemu, pri njegovem usklajevanju, organiziranju, reševanju problemov, preoblikovanju šolskih strokovnih programov in uvajanju novosti na področju zdravstvene nege. Pomembno je, da delujemo povezovalno med izobraževalnimi, zdravstvenimi in socialnimi zavodi ter ostalimi, ki so pomembni za zdravstveno nego, ker s tem zmanjšujemo razkorak med teorijo in prakso in

tako omogočimo vsem akterjem, ki so vključeni v procese zdravstvene nege, da lahko izvajajo kakovostno in varno zdravstveno nego v zadovoljstvo njih samih in uporabnikov njenih storitev.

Za razkorak med teorijo in prakso je pomemben tudi psihološki vidik. Ta prinaša pri vseh zaposlenih na področju zdravstvene nege nek občutek varnosti ali negotovosti. Občutek varnosti imajo tisti, ki imajo zaupanje v sebe, v nove izzive, nove pristope, nova znanja, v inovativnost, v nove tehnologije... Na varnost in manjši razkorak med teorijo in prakso vpliva tudi razlika med mlajšimi in starejšimi generacijami ter zavedanje vseh zaposlenih na področju zdravstvene nege, kaj smejo in do kje smejo ter koliko je to še dopustno in varno.

Naj uvodnik zaključim z mislijo, da se vsi zaposleni na področju zdravstvene nege zavedamo svoje odgovornosti in se trudimo, da svoje delo vestno in odgovorno opravljamo ter zagotavljamo še vedno varno in kakovostno zdravstveno nego. Vsekakor pa se zavedamo, da pa imamo še veliko možnosti, da svoje procese dela izboljšamo in gremo že danes z novimi pogledi in novo miselnostjo novim izzivom naproti.

Vsem, ki ste danes v Dolenjskih Toplicah, želim lep dan s prijetnim druženjem med prijatelji in znanci ter uspešno povezovanje teorije in prakse med sabo v vaših matičnih zavodih. Kolegicam/kolegom, ki ste sodelovali pri organizaciji in izvedbi današnjega dne pa iskrena hvala. Zahvala gre tudi vodstvu Splošne bolnišnice Novo mesto, Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto, DMSBZT Novo mesto in vsem donatorjem/sponzorjem tega srečanja.

*mag. Jožica Rešetič,
predsednica organizacijskega odbora*

Ukrepi za zmanjševanje in preprečevanje padcev pacientov v teoriji in praksi

POVZETEK - Skoraj vsak padelec je lahko napovedljiv. Napovemo ga na podlagi dejavnikov tveganja v bolnišničnem okolju. Padci niso nekaj slučajnega, so posledica patološkega dogajanja v pacientu in izven pacienta. Vzroki so v človeku samem in v njegovih omejenih zmogljivostih, da bi se gibal zanesljivo. Kdor se lahko giblje, je neodvisen od pomoči drugih. Nekateri ukrepi v preventivi padcev so lahko enostavni. Ne veljajo pa za vse paciente enako in tudi ne zagotavljajo uspešne preventive v vseh primerih. Uporaba preventivnega ravnanja učinkovito zmanjšuje možnosti za padce, zmanjšuje število padcev, možnih poškodb in posledičnih stroškov. Cilj lestvice za oceno tveganja za padce je identificirati, kateri so tisti pacienti, pri katerih so prisotni dejavniki tveganja za padce, na bolniškem oddelku izvajati preventivno delovanje za zmanjševanje nastopa dogodka in s padcem povezanih incidentov ter zagotoviti varno okolje. V Splošni bolnišnici Novo mesto spremljamo in evidentiramo padce z namenom odprave ključnih vzrokov padcev, ki bi vplivali na zmanjšano število padcev pacientov. Pri izvajanju ukrepov za zmanjševanje in preprečevanje padcev pacientov pa pogosto prihaja do razkoraka v teoriji in praksi.

KLJUČNE BESEDE: pacient, padci, ukrepi preprečevanja padcev, protokol

1 Uvod

Padci niso nekaj slučajnega, so posledica patološkega dogajanja v pacientu in izven pacienta. Vzroki so v človeku samem in v njegovih omejenih zmogljivostih, da bi se gibal zanesljivo. Kdor se lahko giblje, je neodvisen od pomoči drugih. Za vse, še posebej za starostnike, je to pomemben aspekt njihovega zdravja. Strah pred padcem še dodatno omeji njihove aktivnosti in sklene začaran krog, ko zaradi zmanjšane telesne aktivnosti upade mišična moč, postanejo nezanesljivi in nevarnost padca se še poveča. Učinkovitost vseh preventivnih programov je odvisna od integritete zdravstvene organizacije in vodstvene strategije. Metode za izboljšanje kakovosti, ki izhajajo iz organizacije in poslovnega upravljanja, lahko pomagajo oblikovati preventivne programe preprečevanja padcev v bolnišnici. Predlagana organizacijska priporočila morajo biti načrtovana tako, da zmanjšajo število padcev in omejijo posledice le teh (Novak, 2012).

2 Padci pacientov

2.1 Definicija

Padec je definiran kot nenameren, nepričakovan pristanek na tleh oziroma na nižji ravni z ali brez poškodb pri pacientu. Definicija padca vključuje: padce/zdrs s postelje, zdrs s stola na tla, padec brez prič ali »najden na tleh« (to je padec, ko niti pacient niti kdo drug ne ve, kako je pacient padel), spotik, zdrs, padec pri hoji.

2.2 Vzroki za padce

Padci so pogosto posledica prepletajočih se dejavnikov, ki so različni za posameznika. Le redko se zgodijo samo zaradi nevarnosti v okolju, skoraj vedno so posledica prepletanja individualnih dejavnikov (Oliver in Haeley, 2009). Vzroki so: ovire v okolici – razne pasti za spotikanje (neustrezna obutev, predolga obleka, slaba razsvetljava, prag, stopnice, kabli, premalo prostora med pohištvo,...), vzroki v pacientovem zdravstvenem stanju, ki nimajo nujno povezave s starostjo (slabovidnost, vrtoglavica, zdravila, ki jih uživa, in vplivajo na reflekse in pozornost, inkontinenca, motnje krvnega obtoka, motnje ravnotežja,...).

2.3 Vrste padcev

Padci s postelje (zdrsi s postelje), padci z ležečega vozička, padci s sedečega vozička, zdrsi. Spotiki, »najden na tleh«. Na otroškem oddelku pa so pogosti padci s previjalne mize, s postelje, z visokega stolčka ali s stolčka, ki je namenjen hranjenju in padci po stopnicah. Najpogostejše rizične skupine so mali otroci, starostniki, demenčni pacienti, nepomični in delno pomični pacienti.

2.4 Posledice padca pacienta

Poškodbe

Najpogostejše posledice padcev so okvare mehkih delov gibalnega sistema in zlomi. Sedem najpogostejših poškodb je zlom podlahtnice, zlom stegenice, zlom goleni in gležnja, odprta rana na glavi, zlom ramena in nadlahti, zlom ledvene hrbtenice ali zlom medenice in intrakranialne poškodbe (Dobnik, 2013).

Strah in zaskrbljenost

Strah pred padci je pomemben dejavnik tveganja za padce in je pri ženskah pogostejši kot pri moških. Sindrom strahu je komplikacija, pri katerem starostnik zmanjša aktivnost zaradi morda pretiranega strahu pred padcem, to pa dodatno prispeva k slabši kondiciji, šibkosti ter lahko dolgoročno poveča tveganje za padec. Sposobnost hoje je tako zmanjšana, hkrati pa je občutno povečano tveganje za padec (Novak, 2012).

Ekonomске posledice padcev

Poškodbe zaradi padcev veliko stanejo paciente (obolevnost, smrt, izguba zaupanja in občutka varnosti), pa tudi bolnišnice in stroške zdravstvenega zavarovanja (dolgotrajna zdravstvena oskrba, plačilo odškodnin). Poškodbe, med njimi tudi padci, so javno zdravstveni problem in pomembna grožnja gospodarstvu, sistemu zdravstvenega varstva in kakovosti življenja (Novak, 2012). Poškodbe niso edine okvare zdravja, ki nastanejo ob padcih. Poleg poškodb lahko pri padcih nastanejo tudi bolezni (npr. infekcijska bolezen zaradi okužbe rane nastale ob padcu), ali psihosocialni problem (npr. posttravmatski stresni sindrom). Poleg psihičnega stresa, ki ga doživi pacient, pogosto padce spremljajo poškodbe, ki zahtevajo dodatno zdravstveno obravnavo, podaljšujejo hospitalizacijo, zmanjšuje pacientove fizične sposobnosti, zvišujejo stopnjo obolevnosti in nenazadnje v posameznih primerih vplivajo na prezgodnjo umrljivost.

2.5 Orodje za ocenjevanja tveganja za padec

Tveganje pomeni verjetnost, da se bo zaradi kakšnih zunanjih ali notranjih dejavnikov zgodila določena škoda oziroma kakršen koli drug negativen izid. Tveganje je pravzaprav možnost, da izid (prihodnost) ne bo takšen, kot je bil predviden. Če je škodo ali negativen izid možno predvideti, se potem le-ta lahko nevtralizira s preventivnim dejanjem. Da se preventiva lahko izvaja, je potrebno poiskati ogrožene paciente. Te se prepozna z oceno tveganja za padce. Za izvedbo ocene je potrebna ocenjevalna lestvica. V naši bolnišnici se ocenjuje s pomočjo tabele v informacijskem sistemu BIRPIS 21 za oceno tveganja za padec, ki so jo razvili v Ameriki (Arlington Memorial Hospital Department of nursing, Pennsylvania, 1998). Vsebuje parametre, ki označujejo tveganje za padec in je primerna za prenos v naše okolje (Klinar, 2009).

3 Kazalniki kakovosti

Kazalniki kakovosti so statistične in druge merljive enote, ki kažejo kakovost zdravstvene oskrbe, torej prikazujejo posredno ali neposredno uspešnost delovnega sistema, ustanove, oddelka ali tima pri izboljševanju ciljne populacije. Na osnovi pridobljenih podatkov nato načrtujemo aktivnosti, ki so potrebne za preprečevanje padcev in določimo stopnjo tveganja za padec pri pacientih v bolnišnici. Pri vodenju kazalnika je pomembno tudi merjenje učinkovitosti izidov; kazalnik temelji na timskem pristopu obravnave pacientov, ki padejo (Novak, 2012).

Spremljanje kazalnika kakovosti temelji na:

- oceni pacienta s statistično značilnimi dejavniki tveganja,
- pravočasnim prepoznavanjem ogroženih pacientov,
- ciljno delovanje na dejavnike tveganja,
- uspešno predvidevanje možnosti padca,

- ustvarjanje varnega okolja za pacienta,
- vključitev vseh strokovnih skupin, timsko delo,
- vključitev družine, svojcev in vzpostavitev dobre komunikacije med njimi ter zdravstvenimi strokovnjaki,
- verodostojno dokumentiranje, računalniško evidentiranje,
- motiviranje in kontinuirano izobraževanje osebja s področja zagotavljanja varnega okolja pacienta,
- spremljanje in analiza padcev, tudi v smislu stalnega iskanja novih rešitev in izboljšav.

4 Ukrepi za zmanjševanje in preprečevanje padcev

Preprečevanje padcev se mora osredotočiti na širok spekter ukrepov na ravni pacienta in organizacije. Različne študije so pokazale, da obstaja povezava med inkontinenco ter padci pri starejših. Inkontinenca oslabi mobilnost, pacient potrebuje pomoč, saj vpliva na hojo, premikanje iz postelje na stol, kognitivno dojetanje, posameznike moti vizualno, poveča se nevarnost iz okolja. Uporaba zdravil, znižan krvni tlak ob inkontinenci zviša možnost za padce.

Prisotnost duševnih stanj je opredeljena kot prevladujoči predmet obravnave možnosti za padec. Duševno stanje pacienta je vzrok pogostejših padcev. Ocena tveganja in usmerjeno nadziranje se uporablja kot del politike preprečevanja padcev. Vključevanje zdravstvenega osebja in družinskih članov pri oceni duševnega stanja lahko pomaga pri preprečevanju padcev zaradi duševnih pomanjkljivosti. Bolnišnično okolje lahko vpliva na padce ali poškodbe, zato je nujno oceniti ranljive paciente – tiste, ki slabo vidijo, imajo težave v gibanju ali zmedenosti.

Okoljski dejavniki, ki lahko vplivajo na tveganje padcev, so:

- pacient z okvaro vida,
- talna površina, gostota, lesk in vzorec, ki ustvari iluzijo korakov, ali ovire za pacienta z okvaro vida,
- postopki in čas čiščenja,
- razsvetljava, vključno z lahкими vzponi (premik od osvetljenega v slabo osvetljeno območje) in odsev dnevne svetlobe od oken,
- klicna naprava, vključno s prepoznavnostjo kot tudi močjo,
- oblikovanje vrat, vključno z učinkom avtomatskih zapiral,
- razdalja med roko in ograjo, postelje, stoli in stranišča,
- opazovanje pacientov,
- označitve,
- nevarnosti v prostoru (naprave, kisik, kabli),
- stabilnost pohištva,
- ponudba opreme na voljo za paciente z različnimi potrebami in različnih velikosti, vključno postelje, žimnice, vozički in invalidski vozički.

Paciente, ki se uvrščajo med bolj ogrožene za padec, se označi z rumeno zapestnico, tako da je zdravstveno osebje tudi bolj pozorno na ogrožene paciente.

4.1 Ukrepi za preprečevanje padcev in zdrsov pri pacientih v teoriji in praksi

Ob pregledu preprečevanja padcev in zdrsov pacientov vsako leto znova ugotavljamo, da prihaja do velikega razkoraka v teoriji preprečevanja padcev in dejanski izvedbi. Lahko imamo v protokolu zelo specifične in natančne ukrepe za preprečevanje, če pa ne moremo zaradi različnih dejavnikov te iste ukrepe izvesti v praksi.

Ukrepi za preprečevanje padcev in zdrsov pri pacientih se nanašajo na ureditev bolniške sobe in uporabo pripomočkov v njej. Ni pomembno le, da bolniška soba vsebuje vso opremo, ampak je predvsem pomembno, da je ta oprema varna. Pomembna pa je tudi pravilna uporaba pripomočkov, saj le s tem pacientu zagotovimo varno zdravstveno obravnavo. Potrebno pa je tudi paciente pravilno poučiti o pravilni uporabi pripomočkov in opreme v bolniški sobi (Prah, 2008).

Pravilna uporaba sedečih oziroma ležečih površin:

- uporaba ustrezno vzdrževanih sedečih in ležečih vozičkov,
- uporaba hidravlične postelje pri pacientih, ki so gibalno ovirani, katere omogočajo nastavitve po višini,
- uporaba fiksirnih pasov na sedečih vozičkih, pri nemirnih ali dementnih pacientih,
- prevoz nemirnih, dementnih pacientov z bolniško posteljo ali z ležečim vozičkom z ograjico,
- takojšnja odstranitev poškodovanih stolov,
- izvajanje posebnih varovalnih ukrepov pri rizičnih skupinah pacientov,
- zapiranje otroške ograjice po vsaki negovalni intervenciji,
- neprekinjen nadzor dojenčka, otroka ali odraslega pacienta, ko leži na kakršni koli ležeči površini brez zaščitne ograjice.

Da bi pri vsakem pacientu, ki je gibalno oviran, uporabili hidravlično posteljo ni mogoče, zaradi premajhnega števila postelj, ki so na razpolago. Pri izvajanju PVU ukrepov je pogosto problem, ko zdravnik ne želi podpisati ukrepa, seveda pa tak ukrep za seboj potegne intervencije, ki zahtevajo skoraj stalno prisotnost medicinske sestre, kar je v praksi težko izvedljivo saj je kader po turnusih razporejen v minimalnem številu.

Pravilna uporaba pručk in drugih pripomočkov:

- nadzor pri uporabi pripomočkov in pomoč pacientu.

Vsakega pacienta naučimo pravilne rabe pripomočkov, najpogosteje pa nastane težava, ker imamo najpogosteje na uporabo dotrajano in funkcionalno neuporabno opremo (improvizacija),... Do nabave novih ustrežnejših ne pride zaradi stroškovnih omejitev.

Pravilna uporaba in oprema sanitarnih prostorov:

- oprema tušev s stenski sedeži,
- oprema tušev z ustreznimi zavesami – zaščita pred nepotrebnim vlaženjem tal,

- uporaba kopalnih kadi samo pod nadzorom izvajalcev zdravstvene nege,
- uporaba nedrsne keramike v kopalnicah in tuših oziroma ustrezna proti drsna zaščita tal,
- oprema WC-jev z ustreznimi oprijemali.

Tuše še vedno niso opremili s stenskim sedeži, tako da, če se pokaže potreba, sami namestimo stol, kar pa zopet predstavlja veliko tveganje za padeč pacienta, zaradi možnega spotika ob stol. Kljub temu, da pogosto opozarjamo na dotrajanost in v praksi dokazujemo, da najpogosteje do padca pride zaradi neustreznih in neuporabnih pripomočkov, se še vedno ni na tem področju naredilo ustreznih izboljšav. Tako, da v kopalnicah pogrešamo talne nedrsne zaščite.

Pravilno čiščenje in vzdrževanje tal:

- izvajati čiščenje tal tako, da bodo po čiščenju čim prej suha in da ne bodo spolzka,
- tla takoj pobrisati, ko so polita oziroma polito površino ustrezno zavarovati,
- ob čiščenju nujno potrebno nameščanje opozorilnih tabel, ki označujejo mokra in spolzka tla,
- v primeru poškodb tal, estrihov in preprog takoj obvestiti Službo za oskrbo in vzdrževanje.

Na poškodbe tal in estrihov že dlje časa opozarjamo, da bi bilo potrebno izvesti sanacijo. Največ težav imajo oddelki v starejših zgradbah bolnišnice.

Pravilna uporaba in vzdrževanje pripomočkov za hojo:

- pacienta poučimo o pravilni uporabi pripomočkov za hojo,
- poskrbimo, da so pripomočki ustrezno vzdrževani,
- poskrbimo tudi za uporabo ustrezno vzdrževanih pripomočkov, ki jih je pacient prinesel od doma oziroma za nabavo novih pripomočkov.

Izbira in uporaba pravilne obutve za pacienta:

- pacienti, ki težko hodijo oziroma imajo nesigurno hojo potrebujejo obutev, ki se oprijema gležnja,
- pacientu zagotovimo ustrezno obutev oziroma prosimo svojce, da jo prinesejo.

Da bi sami pacientom zagotavljali ustrezno obutev ni možno, saj je nimamo na razpolago. Pogosto pa predstavlja problem tudi obutev, ki jo pacienti prinašajo s seboj, saj ne ustreza varnostnim merilom.

4.2 Postopek ocenjevanja ogroženosti bolnikov

Oceni se vse paciente ob sprejemu na oddelek, oceno izvede medicinska sestra (DMS/SMS). Za oceno se uporabi tabela v informacijskem sistemu BIRPIS 21. Pri oceni tveganja se upošteva naslednje kriterije: starost, duševno stanje (krajevna/časovna orientiranost, kontaktibilnost), izločanje in odvajanje, aktivnost (pomičnost pacienta), hoja in ravnotežje (uporaba pripomočkov za hojo, ortostatske motnje,..), zdravila (možnost vpliva zdravil na sigurnost hoje): antidepresivi, sedativi, opiat, narkotiki, diuretiki.

Glede na število dobljenih točk, medicinska sestra (DMS/SMS) uvrsti pacienta v določeno skupino tveganja za padec ter planira aktivnosti zdravstvene nege. Bolnik je ocenjen kot ogrožen, ko doseže oceno 9 ali več in se mu namesti zapestnico rumene barve, kar nam omogoča bolj pozorno spremljanje pacientov.

Zapestnica na roki ogroženega bolnika (Vir: lastni)



Postopki/aktivnosti, ki so potrebni pri posamezni skupini

1. Majhno tveganje (0-8 točk):

- predstaviti prostore, opozoriti na nevarnost,
- zvonec, luč na dosegu rok, dovolj svetlobe v prostoru,
- nadzirati pri sedenju na robu postelje, med umivanjem pri umivalniku,
- opazovati reakcije na zdravila,
- dobro prilegajoče, neдрseče copate,
- namestiti očala in slušni aparat.

2. Zmerno tveganje (9-16 točk):

- počivanje med hojo na hodniku,
- nega nog in oskrba bolečih ranic,
- spodbujati bolnika, da pokliče pomoč, ko jo bo potreboval,
- namestiti primeren inkontinenčni pripomoček,
- spremljati med hojo, usmerjati zmedenega bolnika,
- namenska uporaba sobnega stranišča,
- tehnično brezhiben invalidski voziček, nameščeni varovalni pasovi.

3. Veliko tveganje (17-23 točk):

- med higienskimi urejanjem ostati z njim, tudi na WC-ju,
- opazovati na 60 minut,
- transportirata ga naj dve osebi,
- namestiti posteljno ograjo za vseh 24 ur,
- ugotoviti ali obstaja potreba po premestitvi v sobo, kjer bi imel stalen nadzor.

5 Mednarodno povezovanje in preventiva padcev v tujini

V Švici je skupina priznanih strokovnjakov za potrebe stacionarnega in primarnega zdravstva ter ustanov za dolgotrajno oskrbo pripravila preventivna priporočila, ki se nanašajo na oceno rizika, preventivne ukrepe, evalvacijo in ukrepanje v primeru padcev. Priporočila so prilagojena vsakemu od treh naštetih področij, testi in ukrepanja so merljivi z mednarodno primerljivimi kazalniki.

Evropsko partnerstvo za inovativnost so ustanovili akcijsko skupino, katere članica je tudi Splošna bolnišnica Novo mesto, skupina pa povezuje razdeljene zdravstvene in socialne aktivnosti ter spodbudi deležnike k združevanju preventivnih in upravnih programov. Cilji skupine so razviti integriran individualni preventivni pristop, pripraviti ukrepe in vodstvena navodila za razširjanje uspešnih programov in razvijati zavest o padcih in njihovi preventivi.

Na ravni evropskih povezovanj je potrebno omeniti še organizacijo ProFouND, mrežje namenjeno preventivi padcev, ki deluje v tesni povezavi z European Innovation Partnership for Active and Healthy Ageing. Splošna bolnišnica Novo mesto je del ProFouND mrežja, namen organizacije pa je združiti odgovorne deležnike za pripravo ustreznih preventivnih navodil in pospešiti sodelovanje med izvajalci in ključnimi deležniki (zasebne in javne prostovoljske organizacije) na nacionalni, regionalni in lokalni ravni. Cilj prizadevanj je povečati zavest o padcih in spodbujati inovativne programe med vsemi področji in organizacijami, ki delajo starostniki.

5.1 Preventiva in zmanjševanje padcev v tujini

Uporaba pripomočkov kot so alarmi in senzorji, ki se aktivirajo, ko pacienti zapuščajo posteljo ali stol, so v Avstriji že eden bolj pogostih ukrepov za preprečevanje padcev. Negovalno osebje tako lahko pozorno spremlja možnost nastanka padcev in hitro ukrepa v primeru nevarnosti. Samo nova tehnologija ne preprečuje padcev, ima pa pomembno mesto kot del splošnega preventivnega programa padcev. Včasih pripomočki za izboljšanje varnosti lahko učinkujejo ravno nasprotno. Tako na primer stari ljudje splezajo čez varovalno posteljno ograjo, se spotaknejo ob palico za opiranje ali stojko ali pa popustijo varovalne ograje in oprijemala.

Alarmna blazina

Alarmna blazina je opremljena s senzorji, ki aktivirajo signal. Zvočni signal preide v sprejemnik, ki je povezan v sistem na sestrski klic, deluje lahko tudi kot brezžični radijski sprejemnik. Namenjena je za neorientirane paciente in deluje kot klicna naprava za zdravstveno osebje.

Pasovi s signalno tehniko

Pacienta, ki je neorientiran v času in prostoru, moramo imeti več čas pod nadzorom, zlasti če obstaja možnost, da bi lahko odšel iz ustanove, se izgubil ali poškodoval. Takrat lahko uporabljamo sestrski klicni sistem (varnostna urica). Pacientu na roko

ali invalidski voziček namestimo varnostno urico, v kateri je senzor. Na izhodnih vratih oddelka in na vratih dvigal so vgrajeni posebni senzorstvi, ki zaznajo prehod pacienta in nam to sporočijo s piskanjem.

Posteljni trak s senzorjem

Posteljni trak s senzorjem zaznava nemirnost pacienta. Nameščen je pod vzmetnico postelje in zaznava njegovo premikanje. Če so premiki v postelji intenzivni in trajajo dlje časa, senzor to zazna.

Pas Segufix

Uporaba Segufix pasov je poseben varovalni ukrep, ki ga odobri in predpiše samo zdravnik. Opredeljuje se kot nujen ukrep, ki se ga uporabi zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njeno življenje in tega ni mogoče preprečiti z drugim blažjim ukrepom.

Ščitniki za kolke

Starejši ljudje najpogosteje padejo na kolk, kar poveča tveganje za zlom kolka. Uporaba ščitnikov za kolke velja za učinkovit preventivni ukrep. Rezultati raziskave so pokazali visoko učinkovitost ščitnikov kolka za preprečevanje zlomov pri starostnikih z demenco. Pacienti, ki so uporabljali ščitnike kolkov, so doživeli 60% manj zlomov kot tisti, ki ščitnikov niso uporabljali. Avtorji raziskave poudarjajo, da imajo ščitniki kolka tudi precejšnje zdravstvene, socialne in ekonomske ugodnosti.

Poudarek na varnostnih odhodih in pravočasno prepoznavanje potreb po izločanju

Pri preprečevanju padcev je pomembno, da se redno izvaja varnostne obhode, kar je tudi najpogostejši ukrep, ki ga je zdravstveno osebje izvajalo. Prav tako so medicinske sestre na podlagi rezultatov raziskave spoznale pomembnost pravočasnega prepoznavanja potreb po izločanju saj naj bi ravno takrat prišlo do največjega števila padcev (Justin, 2015).

6 Zaključek

Kontinuirano izobraževanje zaposlenih s področja zagotavljanja varnega okolja pacientov bo zajemalo poznavanje incidence padcev, faktorjev tveganja za nastop padcev, poučitev o uporabnosti in pomenu lestvic tveganja za padec, o potrebnih aktivnostih zdravstvene nege pri preprečevanju padcev ter ukrepanju ob pojavu padcev.

Za padce pacienta smo medicinske sestre soodgovorne, ker s svojim strokovnim znanjem lahko predvidimo okoliščine, ki vodijo do padcev in jih z ustreznim ukrepanjem pogosto lahko preprečimo. Preprečevanje padcev pri pacientih je zahtevno delo, ker zahteva timski pristop in pripravljenost vsakega posameznika, da deluje v

pacientovo dobro. Potrebno je, da se medicinske sestre zavedamo odgovornosti do pacientov, za katere skrbimo.

Za pacientov padec smo zdravstveni delavci soodgovorni, ker s svojim strokovnim znanjem lahko predvidimo okoliščine, ki vodijo do padcev, in jih z ustreznim ukrepanjem lahko tudi preprečimo (Prah, 2008).

LITERATURA

1. Chiarelli, P. E., Mackenzie, L. A. in Osmotherly, P. G. (2009). Urinary incontinence is associated with an increase in falls: a systematic review. *Aust J Physiother* 55 (2): 89-95.
2. Dobnik, M. (2013). Management kakovosti v bolnišnici: dejavniki varnosti pacientov pri preprečevanju padcev. Pridobljeno 29.01.2015 s http://www.ediplome.fm-kp.si/Dobnik_Mojca_20131028.pdf.
3. Finančni slovar: Tveganje, tveganja. Pridobljeno 29.01.2015 s <http://www.financnislovar.com/definicije/tveganje.html>.
4. Gradišek, A., Knavs, N. (2013). Protokol zagotavljanja varnega okolja pacientov v Splošni bolnišnici Novo mesto.
5. Justin, N. (2015). Program za zmanjševanje padcev pri odraslih pacientov. Fakulteta za zdravstvo Jesenice. Pridobljeno 14.11.2016 s http://mail.fzj.si/diplomskadela/2015/Justin_Neza.pdf.
6. Klančnik Gruden, M., Pupis Škapin, I. (2007). Spremljanje kazalnika kakovosti: število padcev s postelj na 1000 oskrbnih dni. Pridobljeno 21.05.2013 s <http://tinyurl.com/qgz5om7>.
7. Klinar, U. (2009). Kazalniki kakovosti in njihov vpliv na varnost pacientov. Pridobljeno 29.01.2015 s <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=12237&lang=slv>.
8. Marinšek N., Kramar Z. (2009). Preprečevanje padcev - strokovni izziv za zdravstveno nego. Pridobljeno 29.01.2015 s http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/132D.pdf.
9. Nagy, A., Gomboc, A. (2012). Preventivni pristopi preprečevanja padcev. Pridobljeno 29.01.2015 s <http://drustvo-mszt-pomurja.si/zborniki/zdravstvenanega/datoteke/assets/downloads/page0023.pdf>.
10. Novak, M. (2012). Analiza preprečevanja padcev hospitaliziranih starostnikov v psihiatrični bolnišnici. Pridobljeno 29.01.2015 s <http://dkum.uni-mb.si/IzpisGradiva.php?id=22332>.
11. Poldrugovac, M., Simčič, B. (2010). Priročnik o kazalnikih kakovosti. Pridobljeno 29.01.2015 s <http://tinyurl.com/ppxn49w>.
12. Prah, A. (2008). Vzroki in posledice padcev. Univerza v Mariboru. Fakulteta za zdravstvene vede. Pridobljeno 21.05.2013 s <http://sciget.com/Predogled/1164/fb9c4cc75ac5b7b63ee1c0d97de9b70f47aa35d9>.

Razpotja kongruentne kulture odnosov

POVZETEK - Kongruentnost v zdravstveni negi temelji na medsebojnih odnosih. Namen je na teoretični ravni predstaviti kongruentnost v zdravstveni negi. V članku je bila uporabljena deskriptivna metoda dela s pregledom slovenske, nemške in angleške strokovne ter znanstvene literature. Medicinske sestre kot izvajalke zdravstvene nege imajo pomembno vlogo pri motivaciji pacientov za aktivnosti zdravstvene nege. Pri svojem delu posegajo v intimo pacienta – tako v duševno kot telesno. Za boljše delovanje morajo pridobiti pacientovo zaupanje, kar pa lahko dosežejo le s primernim odnosom. V odnos lahko vstopajo načrtovano, s pomočjo kongruentnosti, ki ponuja teoretična izhodišča, znanja iz nevrobiologije in preprosta orodja za vzpostavitev dobrih medsebojnih odnosov. Kongruentnost v zdravstveni negi je način, kako z enostavnimi orodji doseči motiviranost pacientov in vzpostavitev dobrih medosebnih odnosov.

KLJUČNE BESEDE: teoretični modeli zdravstvene nege, zdravstvena nega starostnika, nevrobiologija, biografija

1 Uvod

Evropa in Slovenija se srečujeta s trendom staranja prebivalstva. Število rojstev v Sloveniji že od leta 1992 naprej pada, hkrati pa se s tem povečuje pričakovano trajanje življenja. Delež starejših od 65 let se je tako med 1990 in 2015 povečal z 10,6 % na 17,9 %. Proces demografskega prehoda bo v naslednjih letih še bolj intenziven. Število prebivalcev se tako v Sloveniji kot na evropski ravni po osnovnem scenariju projekcij prebivalstva EUROPOP20131 ne bo spreminjalo, zato bodo starejši leta 2060 predstavljali že skoraj tretjino prebivalcev (Kajzer in Fajić, 2016). Zaradi naraščanja starejše populacije pa bodo naraščale tudi njihove potrebe. Starejša populacija daje medsebojnim odnosom in komunikaciji večji pomen kot materialnim dobrinam (Ramovš, 2003). Treba se bo potruditi za vzpostavljanje dobrih medsebojnih odnosov, kar brez dobre komunikacije ni možno. Kongruentna komunikacija je edini način, da v realnih življenjskih razmerah stopimo v stik z realnimi ljudmi, saj gre pri kongruentni komunikaciji za sinhronizacijo verbalne in neverbalne komunikacije z mislimi in stališči (Ristič, 2009). V kontekstu psihosocialne in zdravstvene pomoči ustrezno obravnavo pacienta pogojujemo s kongruenco izvajalca psihosocialne pomoči ter jo razlagamo kot pristnost ali skladnost dejanskega in izraženega. Zdravstveni delavec je tako v izražanju in realizaciji svoje skrbi kongruenten, če je pri tem pristno zaskrbljen ter motiviran za prispevanje k dobrobiti pacienta (Frankel et al., 2016). Odnos med zdravstvenim delavcem in pacientom je kompleksen, zato mora zdravstveni delavec za usklajen odnos poznati pacientovo življenjsko zgodbo in njegovo življenjsko situacijo (Leskovic, 2014). V zdravstveni negi si želimo sode-

lovanja s pacienti, njihovega zaupanja in motiviranosti za sodelovanje. Predpogoj za vse to je profesionalno vedenje in komuniciranje (Petek in Skubic, 2014).

Namen prispevka je predstaviti kongruentnost v zdravstveni negi.

Zastavili smo si cilje:

- predstaviti pomen komunikacije pri zdravstveni negi starostnika;
- opredeliti teoretične podlage kongruentnega pristopa v zdravstveni negi;
- predstaviti orodja za izvajanje kongruentne zdravstvene nege;
- opredeliti pomen biografije.

2 Metode

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom domače in tuje strokovne literature s področja kongruentnosti v zdravstveni negi in teorij. Literaturo smo iskali s pomočjo vzajemne bibliografske-kataložne baze podatkov sistema COBIB.SI in spletnega brskalnika Google. Pri iskanju literature smo uporabili naslednje ključne besede v slovenskem jeziku: kongruentna zdravstvena nega, zdravstvena nega starostnika, teoretični modeli zdravstvene nege, medsebojni odnos; nemškem jeziku: Kongruente Beziehungspflege, Biographiearbeit; in angleškem jeziku: Nursing theories.

V COBIB.SI ni bilo zadetkov za izraz »kongruentna zdravstvena nega«, za »zdravstvena nega starostnika« pa smo dobili 208 zadetkov. Izločili smo tiste, ki se niso nanašali na odnose ali modele zdravstvene nege. V COBIB.SI smo za izraz »koncepti zdravstvene nege« dobili 7 zadetkov.

Najprej smo pregledali vse naslove člankov in izločevali na podlagi ustreznega naslova. Z namenom oženja zadetkov smo članke poleg ustreznosti naslova izbirali tudi glede na ustreznost izvlečka in vsebine članka. Veliko člankov je bilo zaradi neustreznosti izločenih.

Z namenom oženja so bila uporabljena omejitvena merila.

Izbrali smo vključitvena merila za pregled literature:

- literatura, objavljena v obdobju od 2000 do 2016;
- strokovna in znanstvena literatura s prostim dostopom do celotnega besedila;
- literatura v slovenskem, nemškem in angleškem jeziku;
- literatura, ki se je nanašala na zdravstveno nego, starostnika ali na kongruentni model zdravstvene nege.

Izključitvena merila za pregled literature so bili:

- članki, napisani pred letom 2000;
- članki, ki se navezujejo na funkcionalno zdravstveno nego.

3 Rezultati

3.1 Kongruentnost v zdravstveni negi

Kongruenca kot kritični pogoj ustrezne obravnave pacienta izhaja iz psihoterapije in v pacienta usmerjenega modela Carla Rogersa (Silani in sod., 2013). Avtor kongruentnega pristopa v zdravstveni negi je mag. Rudrigger Bauer. Kongruenca v zdravstveni negi je biopsihološki model, saj je posameznik biološko bitje – torej iz tistega, kar prinese na svet – in psihološko ter sociološko bitje, saj nanj vpliva tudi okolje (Kotnik in sod., 2014). S tem pristopom se v domovih za starejše, predvsem pri osebah z demenco, dosegajo zelo dobri učinki. Zelo učinkovit je tudi pri starostnikih brez drugih obolenj in po doseganju izkušnjah tudi na vseh drugih zdravstvenih področjih. Osnovna ideja kongruence v zdravstveni negi je pristop zdravstvenih delavcev, ki namesto na obravnavi simptomov in naravnosti na diagnozo temelji na skladnem odnosu. Ustvariti hoče odnos, ki blagodejno deluje na stanovalca. Učinke, ki jih negovalci in negovane osebe pri tem doživijo, opisujejo kot pozitivne (Ambrož in sod., 2014). Kongruenca predstavlja zavestno dojetje in obdelavo vseh spoznanj pacienta. Pri načrtovanju negovanja odnosov gre za zavestno, kontinuirano dojetje in vključevanje pomena življenja za ljudi z namenom zvišanja njihovega telesnega, psihičnega, duhovnega in družbenega dobrega počutja. Kongruentni pristop v zdravstveni negi usmerjeno išče človekove lepe spomine in z njimi sproži sproščanje dobrih hormonov ter tako zmanjša strah in stres (Ambrož in sod., 2014). Poenostavljeno rečeno: kongruentni pristop v zdravstveni negi vsebuje načrtovanje in izvajanje aktivnosti zdravstvene nege, ki aktivirajo pozitivno delujoče nevrobiološke sisteme ter s tem ustvarjajo pozitivne učinke (Kotnik in sod., 2014). S kongruentnim pristopom v zdravstveni negi s celostno obravnavo in biografijo pridobimo tudi pomembne podatke o tem, kaj posameznika moti, česa ne mara ter kaj ima rad in kaj ga veseli. Te informacije so pomembne pri usmerjanju in načrtovanju učinkovite in prilagojene zdravstvene nege in obravnave (Ambrož in sod., 2014).

Pri delu v zdravstveni negi si želimo, da je uporabnik zadovoljen z nudenimi storitvami. Zadovoljstvo je čustvo, ki ga posameznik občuti, kadar oceni, da je zadovoljil neko svojo pomembno željo. Čustvo zadovoljstva utrjuje pozitivne odnose z objekti v zunanjem svetu (Milivojević, 2008). V zdravstveni negi si pozitivne medosebne odnose želimo, zato je poznavanje tega, kaj jih sproža, zelo pomembno.

Pomen biografije

Biografija posameznika je zgodovina njegovega življenja. Vključuje vse dogodke, ki so pomembno vplivali na njegovo življenje. Dogodki se kronološko nizajo drug za drugim, nekateri posamezniku pomenijo več, drugi manj. Ljudje imamo različne vrednote, prioritete, zato imajo podobni življenjski dogodki različni pomen za posameznika. Nekaterim veliko pomeni šolanje, nekaterim delo, morda drugim rojstvo otrok, komu so pomembne počitnice, drugemu pa morda dobljena bitka s težko boleznijo, morda obisk posebnega kraja (Specht Tomann, 2012).

Biografija pomeni življenje, v katerem padci in vzponi pustijo svoj pečat. Poznavanje biografije sočloveka nam pomaga pri razumevanju in upoštevanju posameznika kot celote (Boljtar, 2011). Zgodnja doživetja osamljenosti in izgube imajo lahko za posledico povečano občutljivost nevrobioloških sistemov, kar povzroča močnejše reakcije strahu, panike in jeze (Bauer, 2006). Biografija je v zdravstveni negi instrument, s katerim si lahko pomagamo, da naredimo načrt zdravstvene nege, ki je individualno naravnana na vsakega pacienta, z upoštevanjem vseh njegovih posebnosti in tako pridobimo pacientovo spoštovanje ter zaupanje (Andersen in Quast, 2016). Biografija ni terapija, vendar nam pri zdravstveni negi pomaga pokazati dva pogleda na pacienta – pogled od zunaj in pogled od znotraj. Pri pisanju in uporabi biografije pacientove izkušnje izrazimo z besedami, jih uredimo, zapišemo, stare stvari in spomini dobijo nove pomene, v neznanih življenjskih okoliščinah lahko zaradi poznavanja biografije tolažimo ter iščemo pozitivne impulze (Specht Tomann, 2012). Delo na biografiji lahko pozitivno vpliva že takrat, ko iščemo podatke in se s pacientom o njegovem življenju ter njegovih pomembnih življenjskih dogodkih pogovarjamo, saj že to pospešuje motivacijo (Ambrož in sod., 2014).

3.2 Orodja za izvajanje kongruentnega pristopa v zdravstveni negi

Načrtovanje kongruentne zdravstvene nege vključuje sistematično ugotavljanje, vključevanje in interaktivno obravnavanje vsebin, ki imajo v življenju oseb nek pomen, z namenom, da bi izboljšali njihovo telesno, psihično, duševno in socialno dobro počutje (Bauer, 2002).

Pri kongruentnem modelu zdravstvene nege uporabljamo tri instrumente:

- lestvico življenjskih dogodkov,
- načrt eksplicitnega procesa odnosov in uporaba pomenov,
- načrt implicitnega procesa odnosov na osnovi biografije in bio-psiho-socialne hipoteze (Ambrož in sod., 2014).

Lestvica življenjskih dogodkov

Načrtovanje se začne z ugotavljanjem življenjskih dogodkov osebe. Pomembni so dogodki v življenju, ki so pustili lepe spomine, izvedeti moramo tudi, kateri dogodki imajo negativen pomen. Lestvica življenjskih dogodkov ni samo biografija, ampak daje dogodkom iz biografije osebni pomen. Z lestvico življenjskih dogodkov želimo zaobjeti posameznika skozi njegovo celotno življenje. Če med izvajanjem zdravstvene nege vstopamo v stik z osebo, ki trpi bolečine, je nezadovoljna, nam lahko zelo pomaga, če takšno osebo spoznamo kot nekoga, ki je bil morda ljubeč, ki je kot otrok zelo rad jedel kruh z medom in posedal v dedkovem naročju. To zavedanje pomembno preoblikuje našo podobo posameznika, ki nam zaradi trenutnih dejanj vzbuja negativna čustva, ko pa se zavedamo njegove celotne časovne razsežnosti bivanja, nam vzbudi tudi pozitivna čustva. Tako se na posameznika odzivamo drugače in mu z načrtovanimi aktivnostmi pomagamo do pozitivnih občutkov. Med izdelovanjem lestvice življenjskih dogodkov posameznika nas poleg dogodkov zani-

ma predvsem to, kakšen pomen so imeli ti dogodki za posameznika. Pomeni se med življenjem spreminjajo, se razvijajo in so sestavni del človekovega obstoja. Nihče se ne more znebiti svojih pomenov (Ambrož in sod., 2014).

Načrtovanje eksplicitnega načrtovanja odnosov

Pri načrtovanju eksplicitne kongruence v zdravstveni negi se opiramo na biografijo pacienta in se pri tem osredotočamo na pozitivne življenjske dogodke. Načrtovanje je usmerjeno na opredeljevanje pomenov, ki izhajajo iz teh dogodkov in celotne biografije (Tajnikar, 2015). Proces kongruentnega pristopa načrtujemo kot sistematično ugotavljanje pomenov v življenju pacienta ter kot vključevanje teh pomenov v vsakdan. Tovrstna interaktivna obravnava pacienta privede do telesnega, psihičnega, duševnega in socialnega dobrega počutja. Na podlagi spoznanj konstruktivizma, psihodinamike odnosov in ugotovitev nevrobioloških raziskav pri tem predpostavljamo, da lahko medicinska sestra s tako načrtovanimi dražljaji v vsakdanjih odnosih bistveno vpliva na motivacijo pacientov in na njihovo bio-psiho-socialno zdravje. Pri negi smo tako pozorno na to, da utemeljeno in načrtno oblikujemo intervencije na ravni odnosov, pri čemer se opiramo tudi na bio-psiho-socialno hipotezo (Tajnikar, 2015).

Izjemnega pomena pri načrtovanju odnosov so vrednote posameznika in pomeni, ki jim jih pripisuje. Vrednote so pojmovanja in prepričanja, pomenijo življenjska vodila in so kristalizacijska jedra vseh najpomembnejših motivov in interesov, saj usmerjajo interese in vedenje posameznika (Musek, 2015). Poznavanje vrednot posameznika in zavedanje, kaj je tisto, kar posamezniku največ pomeni, nam nudi orodje za motivacijo. Pomembno orodje pri načrtovanju eksplicitnega načrtovanja odnosov v kongruentnem pristopu v zdravstveni negi so pomeni oziroma vrednote. Razširjen seznam zajema 64 vrednot (Musek, 2015).

Vsebinsko lahko te vrednote združimo. Religiozne vrednote so na primer vera v boga, izpolnjevanje verskih dolžnosti, skromnost, čistost (Musek, 2015). Pri načrtovanju kongruentnega odnosa nam že vsebinsko zavedanje vrednot lahko pomaga.

Implicitno načrtovanje odnosov

Proces odnosov lahko načrtujemo eksplicitno ali implicitno, pri čemer se eksplicitno usmerimo na pozitivne življenjske dogodke, implicitno pa ga načrtujemo na osnovi bio-psiho-socialne hipoteze (Ambrož in sod., 2014). Bio-psiho-socialna hipoteza temelji na poznavanju življenjskih dogodkov bolnika in sodobnih spoznanjih nevrobiologije in nevrologije. Da jo lahko sestavimo, potrebujemo zanesljive podatke iz razvojne zgodovine neke osebe (Ambrož in sod., 2014).

Pri oblikovanju bio-psiho-socialne hipoteze upoštevamo:

- Rojstvo, prenatalno obdobje. Zanima nas življenje posameznika od prvega do tretjega leta, otroštvo in puberteta. Predvsem nas zanimajo morebitne velike telesne in duševne obremenitve matere med nosečnostjo, zgodovinsko ozadje, način poroda in menjavanje referenčnih oseb.
- Zanimajo nas vse vrste travmatiziranja, ki jih je posameznik doživel. Zanima nas,

ali je posameznik doživel vojno, zanemarjanje, maltretiranje, zlorabo, nasilje in ponižanja.

- Razvoj sistema zrcalnih nevronov, razvoj sistema za motivacijo in zaupanje. Zanima nas, ali je bil posameznik v otroštvu in puberteti deležen naklonjenosti, ali je živel v normalnem družinskem okolju ali pa je živel v rejništvu, domu, kot hlapec ali v družini, kjer je bil prisoten alkohol in podobno.
- Pozitivno in negativno delujoče mreže oziroma spominov. Zanimajo nas vsi izraziti življenjski dogodki, ki so povezani z veseljem, harmonijo in potrditvijo, ter vsi življenjski dogodki, ki so povezani s trpljenjem, ponižanjem in zavrnitvijo (Ambrož, 2014).

4 Razprava

V zdravstveni negi vstopamo v medsebojne odnose. Medicinske sestre in vsi, ki v procesu zdravstvene nege vstopamo v odnose, smo do drugih odgovorni, zato moramo biti sposobni oblikovati odnose kot mojstri. S pridobivanjem kompetenc odnosa se ukvarjajo samo posamezniki, v strokovni javnosti predvsem psihoterapevtsko izobraženi zdravniki in psihologi. Medicinske sestre pri izvajanju zdravstvene nege vstopamo v pacientovo intimo, zato je nujno, da s pacienti vzpostavljamo dobre medosebne odnose, ki temeljijo na zaupanju in spoštovanju. Le na tak način nam lahko uspe vzpostaviti pristne odnose in smo na dobri poti, da pacientu olepšamo življenje (Kotnik in sod., 2014). Vendar pa morajo kongruentnemu pristopu v zdravstveni negi slediti vsi, ki z določenim pacientom prihajajo v stik v zdravstveni ustanovi. To vključuje tudi direktorja, medicinske sestre, bolničarje, fizioterapevte, delovne terapevte, socialne delavce, čistilke in ostale. Da se kongruentnost v zdravstveni negi upošteva, je treba narediti načrt negovanja odnosov, za kar je odgovorna medicinska sestra. Dobro je, da se vključi tudi svojce, saj tudi ti prihajajo v pogost stik s pacientom. Načrt negovanja odnosov mora medicinska sestra predstaviti vsem profilom, ki s pacientom prihajajo v stik, in načrt tudi stalno dopolnjevati ter nadgrajevati. Z validacijo pri dementnih, pri kateri pacienti živijo v preteklosti in o njej radi govorijo, se poskušajo medicinske sestre približati pacientom ter uskladiti z njimi, medtem ko je kongruentni model zdravstvene nege na nek način nadgradnja omenjene validacije (Ambrož in sod., 2014). Kongruentni pristop v zdravstveni negi je uporaben pri zdravih, bolnih, otrocih in starejših (Bauer, 2010).

Ugotavljamo, da v Sloveniji ni veliko literature o kongruenci v zdravstveni negi. Nekaj jo je v nemškem jeziku, vendar je v večini avtor ustanovitelj tega koncepta, Rudrigger Bauer. V angleškem jeziku literature na temo kongruence v zdravstveni negi nismo našli, so pa na voljo članki, ki govorijo o temeljih kongruence v zdravstveni negi.

Kongruentnost v zdravstveni negi je pravzaprav odnos, ki ga vzpostavljamo ob aktivnostih zdravstvene nege s pacienti, sodelavci in svojci. Odnose pri svojem delu

vzpostavljamo ne glede na teoretični model zdravstvene nege, zato menim, da kongruentnosti v zdravstveni negi ni mogoče uporabljati samostojno, ampak neodvisno od izbire teoretičnega modela zdravstvene nege, ki ga pri svojem delu uporabljamo. Dejansko gre za odnose, ki so del vsakodnevnega dela medicinske sestre (Bauer, 2010).

Kongruentnost v zdravstveni negi šele vstopa v slovenski prostor iz Nemčije in Avstrije, ponuja pa nam način, s katerim lahko medicinske sestre izboljšajo svoje delo na dokaj enostaven način.

5 Zaključek

Dandanes je v zdravstveni negi poleg strokovnosti pri izvajanju storitev izjemno pomembno tudi zadovoljstvo uporabnika z opravljeno storitvijo. Ključni dejavnik zadovoljstva je dober odnos med vsemi, ki v te odnose vstopajo. Medicinska sestra mora opraviti določene naloge, pri tem pa pridobiti pacientovo soglasje in ga motivirati za sodelovanje. Kongruentnost v zdravstveni negi vključuje enostavna orodja za motivacijo pacientov in vzpostavljanje dobrih medosebnih odnosov.

Kongruentnost v zdravstveni negi predstavlja način, s katerim vstopati v interakcijo s pacienti, da se ti počutijo dobro in si želijo dosegati cilje za izboljšanje zdravja. Orodja za izvajanje kongruentnega pristopa v zdravstveni negi lahko uporabljajo vsi profili, ki v procesu zdravstvene nege vstopajo v stik s pacientom. Kongruentnost v zdravstveni negi spodbuja – če ne celo zahteva – medpoklicno sodelovanje. Zahteva tudi, da izvajalec zdravstvene nege pri izvajanju kongruence v zdravstveni negi najprej spozna sebe, se zave svojih ravnanj, odzivov, razume sebe, kajti šele, ko razumemo in poznamo sebe, lahko razumemo ter spoznamo tudi druge. V prihodnosti bi bilo treba narediti še kakšno raziskavo na temo kongruentnosti v zdravstveni negi. Dobri medosebni odnosi niso nekaj, kar nastane kar tako mimogrede, temveč se je zanje treba potruditi. Običajno pustimo, da se medosebni odnosi zgodijo, s poznavanjem kongruentnosti pa smo spoznali, da jih moramo skrbno načrtovati in ne pustiti, da se zgodijo spontano.

Pri svojem delu medicinske sestre nenehno navezujejo stike s pacienti, njihovimi svojci in sodelavci. Na tak način vzpostavljajo medsebojne odnose, ki lahko pozitivno vplivajo na vse vpletene, a le, če so ti odnosi dobri. To pa lahko dosežemo le z načrtovanjem odnosov in z zavestnim vstopanjem v njih. Kongruentnost torej ni model zdravstvene nege sam zase, ampak ga lahko uporabljamo pri prav vseh teoretičnih modelih zdravstvene nege. Zanimivo bi bilo narediti raziskavo, kako uvedba kongruence v zdravstveni negi vpliva na paciente. Glede na to, da je ob zadovoljstvu v krvi manj stresnih hormonov, torej kortizola, bi bilo zanimivo pregledati vzorce krvi glede na vsebnost kortizola v ustanovah, ki so kongruenco že uvedle, in v ustanovah, v katerih o tem še ne razmišljajo.

Vsekakor so medosebni odnosi v vsakdanjem življenju in pri vsakdanjem delu izredno pomembni ter skrivajo še veliko neraziskanih sestavin. Medicinska sestra težko

reče, da je pri svojem delu uspešna, četudi naredi vse tehnično medicinske postopke po pravilih in standardih zdravstvene nege, če pri tem ne vzpostavi in vedno znova vzpostavlja dobrih medosebnih odnosov ter intuitivskega občutka pacienta, da se ta ob medicinski sestri počuti dobro in sprejeto. Želimo si, da pacienti v bolnišnicah ali stanovalci v institucionalnih namestitvah, kot so domovi starejših, povedo, da se v zdravstveni ustanovi počutijo dobro, sprejeto in predvsem kot ljudje.

LITERATURA

1. Ambrož, V., Cvetažer, Š., Zupančič, V. (2014). Kongruentni model kot sredstvo za izboljšanje odnosov z dementnimi osebami. V: Zbornik predavanj 6. dnevov Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 23. januar 2014. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, 7–16.
2. Bauer, J. (2008). Princip človeškosti. Zakaj smo po naravi nagnjeni k sodelovanju. Ljubljana: Študentska založba: 31–57.
3. Bauer, R. (2002). Kongruente Beziehungspflege – ein Modell zur Gestaltung professioneller Beziehung in der Pflege. http://www.ibi-institut.com/dl/Kongruente_Beziehungspflege.pdf. <15. 5. 2016>.
4. Bauer, R. (2010). Kongruente Beziehungspflege. Lebenswelt Heim. http://lwh.mmf.at/j31/lwh-medien/dokumente/0498-lwh_47_kongruente-beziehungspflege.pdf. <25. 5. 2016>.
5. Boljtar, I. (2011). Pomen biografije pri zdravstveni negi oseb z demenco. Diplomsko delo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
6. Eagleman, D. (2014). Prikrito. Naznano življenje človeških možganov. Ljubljana: UMco, 21–5.
7. Frankel, M., Johnson, M. in Polak, R. (2016). Congruence: the social contract between a client and therapist. PCEP 15 (2): 1–19.
8. Kajzer, A., Fajič, L. (2016). Demografske spremembe ter njihove ekonomske in socialne posledice. Ljubljana: Urad RS za makroekonomske analize in razvoj: 17.
9. Kotnik, N., Ambrožič, L., Sevšek Pem, K. (2014). Model kongruentne odnosne nege v Lambrechtovem domu. Lambrechtov glas 14 (1): 41–4.
10. Krivec, J. (2005). Spoprijemanje s stresom in socialna podpora. Psihološka obzorja 14(2): 123–35.
11. Leskovic, L. (2014). Komunikacija, ki zagotavlja zadovoljstvo pacienta in zaposlenih. V: Zbornik prispevkov 6. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 23. januar 2014. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, 28–34.
12. Musek, J. (2003). Identiteta psihologije, psihološke paradigme in konstruktivizem: perspektiva socialne paradigme v psihologiji. Psihološka obzorja 12 (2): 79–92.
13. Musek, J. (2015). Osebnost, vrednote in psihično blagostanje. Ljubljana: Birografika Bori, 27–103.
14. Payne, S., Walker, J. (2002). Psihologija v zdravstveni negi. Educy, Ljubljana: 5–7.
15. Perušek, A., Zorc, J., Skela Savič, B. (2013). Komunikacija in kakovost odnosov med medicinsko sestro in starostnikom v patronažnem varstvu. Obzor Zdr N 47 (3): 253–9.

16. Petek, B., Skubic, Š. (2014). Dobri medsebojni odnosi. V: Filej B, ur. Medsebojni odnosi v zdravstveni negi, Zbornik prispevkov 6. dnevi Marije Tomšič. Dolenjske Toplice, 23. januar 2014. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, 78–86.
17. Ramovš, J. (2003). Kakovostna starost. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, 12–24.
18. Rungapadiachy, D. M. (2003). Medosebna komunikacija v zdravstvu. Ljubljana: Educy, 111–290.
19. Silani, G., Zucconi, A. in Lamm, C. (2013). Carl Rogers meets the neurosciences: Insights from social neuroscience for client-centered therapy. V: *Interdisciplinary Handbook of the Person-Centered Approach*. Springer New York, 63–78.
20. Slovar slovenskega knjižnega jezika (2014). Ljubljana: Založba ZRC SAZU: 1150.
21. Soklič, A. (2005). Psihološke značilnosti oseb po težki poškodbi glave. Diplomsko delo. Ljubljana: Pedagoška fakulteta: 98.
22. Specht Tomann, M. (2012). Biografiearbeit. In: *der Gesundheits, Kranken und Altepflge*. Berlin: Springer: 184.
23. Ščavničar, E. (2003). Vzpostavitev podpornega odnosa v superviziji s poudarkom na empatiji. *Obzor Zdr N 37 (1): 183–7*.
24. Tajnikar, S. (2015). Vloga procesov managementa znanja pri izvajanju kongruentno odnosnega modela v izbrani organizaciji. Magistrsko delo. Celje: Mednarodna fakulteta za družbene in poslovne študije: 54.
25. Žvelc, M., Žvelc, G. (2006). Stili navezanosti v odraslosti. *Psihološka obzorja 15 (3): 51–64*. <http://www.institut-ipsa.si/datoteke/Stili%20navezanosti%20v%20odraslosti.pdf>. <25. 5. 2016>.

Rezultati sodelovanja dispanzerja za ženske Zdravstvenega doma Trebnje v Državnem programu ZORA

POVZETEK - Rak materničnega vratu je bolezen, ki jo lahko odkrijemo in zdravimo že v času predrakavih sprememb, da preprečimo pojav bolezni. Državni program ZORA je namenjen zgodnjemu odkrivanju in zdravljenju predrakavih sprememb materničnega vratu. Uspešnemu delovanju tega programa se moramo zahvaliti, da se je v zadnjih 13 letih pojavnost raka na materničnem vratu zmanjšala skoraj za polovico. Dispanzer za ženske Zdravstvenega doma Trebnje sodeluje v Državnem programu ZORA od leta 2003. V tem času se je stanje na področju preprečevanja raka na materničnem vratu bistveno izboljšalo. Večino sprememb odkrijemo dovolj zgodaj, da lahko preprečimo razvoj raka na materničnem vratu. Seveda pa morajo ženske priti na ginekološki pregled. Na vabila, ki jih pošiljamo, se ženske odzivajo približno v 70 %. Z uvedbo triažnega testa HPV se je število brisov materničnega vratu, ki jih moramo ponavljati, zmanjšalo, kar pozitivno vpliva na zadovoljstvo žensk.

KLJUČNE BESEDE: rak materničnega vratu, Državni program ZORA, bris materničnega vratu, vabilo, triažni test HPV

1 Uvod

V prispevku so predstavljene teoretične osnove delovanja Državnega programa ZORA (DP ZORA), namen, cilj in metode dela. V nadaljevanju so prikazani rezultati programa ZORA od uvedbe na področju celotne države do konca leta 2015. V prvih letih je bilo pomembno predvsem informirati ženske o programu, kje in kako se lahko vanj vključijo in da je za uspešnost programa najbolj pomembna njihova odzivnost na vabila. V naslednjih letih je program v svoje delo postopno uvajal novosti – prenovljene smernice, nove obrazce, triažni test za odkrivanje humanih papilomskih virusov (test HPV) (Register ZORA, 2016).

V drugem delu prispevka so prikazani rezultati sodelovanja dispanzerja za ženske Zdravstvenega doma Trebnje (DZŽ ZD Trebnje) v Državnem programu ZORA. Če želimo, da bo program ZORA uspešen, moramo teoretična izhodišča za preprečevanja raka na materničnem vratu in navodila Državnega programa ZORA, prenesti v praktično delo ginekološkega dispanzerja. Čeprav bris materničnega vratu (BMV) odvzame ginekolog, ima medicinska sestra v ginekološkem dispanzerju pomembno vlogo pri organizaciji in izvedbi presejanja za raka na materničnem vratu.

2 Presejalni programi za raka v Sloveniji

Rak ni ena sama bolezen, pač pa s tem imenom pojmujeemo različne bolezni, ki lahko prizadenejo praktično katerikoli del človeškega telesa. Raki so si med seboj zelo različni, saj se razlikujejo tako po pogostosti pojavljanja, načinih zdravljenja, prognozi, izidih zdravljenja in tudi po različnih dejavnikih tveganja, ki lahko bistveno povečajo možnost pojava bolezni. Zato je rak zelo pomemben in velik javnozdravstveni, socialni in ekonomski problem sodobne družbe. Obvladovanju rakavih bolezni, kamor v prvi vrsti sodi preprečevanje in zgodnje odkrivanje, bo potrebno v prihodnosti posvečati vse več pozornosti.

V Sloveniji imamo tri presejalne programe za rake, ki jih je dokaj lahko odkriti v tako zgodnji fazi, da je zdravljenje razmeroma enostavno in izidi zelo ugodni (Register ZORA, 2016).

Ti presejalni programi so:

- ZORA: Državni program zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu,
- DORA: Državni presejalni program za raka dojke,
- SVIT: Državni program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki.

Rak materničnega vratu (RMV) je eden redkih rakov, ki jih je mogoče odkriti preden sploh nastane, saj poznamo že predrakave spremembe na materničnem vratu, ki bi lahko v nekaj letih pripeljale do nastanka raka. Če te predrakave spremembe pravočasno zdravimo, tako pravzaprav preprečimo razvoj raka. In prav presejalni program ZORA, ki na območju celotne države deluje od leta 2003, s preventivnimi ginekološkimi pregledi in analizo celic v brisu materničnega vratu, omogoča pravočasno odkritje predrakavih sprememb.

Namen prispevka je zmanjšati zbolewnost in umrljivost za rakom materničnega vratu v Sloveniji.

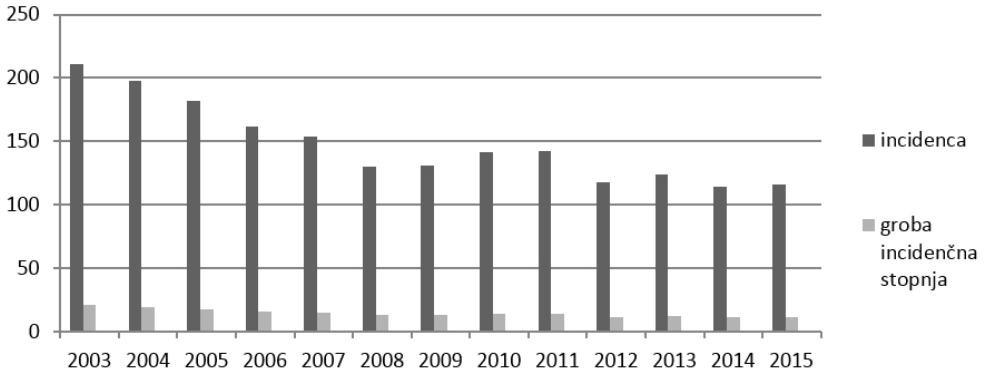
Cilj prispevka je ugotoviti ali s programom ZORA dosegamo najmanj 70- odstotno pregledanost vseh žensk v starosti od 20 do 64 let (Register ZORA, 2016).

Presejanje poteka na dva načina:

1. Pri pasivnem presejanju ginekolog vsaka 3 leta odvzame BMV ženski, ki pride na ginekološki pregled sama. Večinoma so to bolj zdravstveno osveščene ženske, pri katerih je tudi manjše tveganje za raka.
2. Pri aktivnem presejanju ženskam, ki ne hodijo same na redne preventivne ginekološke preglede, izbrani ginekolog ali Register ZORA, pošljeta pisno vabilo, ženska pa nato ginekološki pregled opravi pri svojem izbranem osebnem ginekologu (Primc-Žakelj idr., 2011).

V programu ZORA sodelujejo strokovnjaki različnih strok – ginekologi, medicinske sestre v ginekoloških dispanzerjih, citopatologi, patologi, presejalci in seveda ženske, ki z udeležbo na preventivnem ginekološkem pregledu sploh omogočajo rezultate, ki jih program dosega. Ti rezultati so pomembni. Po podatkih Registra raka RS je leta 2003 za rakom na materničnem vratu zbolelo 211 žensk, leta 2015 pa 116 – torej skoraj za polovico manj (Rak v Sloveniji 2013, 2016).

Graf 1: Število novih primerov RMV



Vir: Rak v Sloveniji 2013, 2016

Medicinske sestre v ginekoloških dispanzerjih imajo pri organizaciji in izvajanju presejalnega programa pomembno vlogo. V seznamu opredeljenih žensk iščejo ženske stare od 20 do 64 let, ki zadnja 3 leta nimajo odvzetega BMV, in jim pošljejo vabilo ZORA. Žensko, ki se na vabilo odzove, medicinska sestra naroči na ginekološki pregled. Ko dobi izvid BMV, ji na dom pošlje tudi obvestilo o rezultatu brisa. Medicinske sestre tudi pripravljajo in označijo stekelca in napotnice, preden ginekolog odvzame BMV, po odvzemu pa stekelca in napotnice pripravijo za transport v citopatološki laboratorij.

Rak materničnega vratu se kljub lepim uspehom še vedno pojavlja. Program ZORA zato išče nove načine, da bi se pojavnost te bolezni še znižala. Najpomembnejša je seveda udeležba žensk na preventivnih ginekoloških pregledih. Odzivnost na vabila ZORA je v Sloveniji približno 70 %, kar pomeni, da ima vsaka 3 leta 70 % slovenskih žensk odvzet BMV (Primc-Žakelj M, Ivanuš U, 2015).

Tabela 1: Triletna pregledanost (%) v triletnih obdobjih po zdravstvenih regijah, starost 20 – 64 let

Zdravstvena regija	2011-2014		Pregledanost	2012-2015		Pregledano st
	Št. pregledanih žensk	Št. žensk s stalnim prebivališčem		Št. pregledanih žensk	Št. žensk s stalnim prebivališčem	
CELJE	69.766	94.911	73,5 %	69.603	94.458	73,7 %
KOPER	29.941	45.287	66,1 %	29.793	45.103	66,1 %
KRANJ	44.721	62.634	71,4 %	44.276	62.256	71,1%
LJUBLJANA	142.304	197.743	72,0 %	142.433	197.406	72,2 %
MARIBOR	69.127	100.250	69,0 %	67.998	99.387	68,4 %
MURSKA SOBOTA	25.582	38.090	67,2 %	25.716	37.686	68,2 %
NOVA GORICA	24.488	31.005	79,0 %	24.630	30.814	79,9 %
NOVO MESTO	29.664	43.039	68,9 %	30.149	42.987	70,1 %
RAVNE	17.228	22.551	76,4 %	17.181	22.375	76,8 %

Vir: Register ZORA, 2016

Od 1. 10. 2010 je v uporabi tudi triažni HPV test. Dokazano je, da je vzrok za nastanek predrakavih sprememb na materničnem vratu okužba z enim od visoko rizičnih sevov HPV. Okužba s HPV je najpogostejša spolno prenosljiva okužba. Odkrivanje okuženih žensk je dodaten korak pri odkrivanju žensk, ki so v večji nevarnosti, da zbolijo. V Smernicah za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu, ki so bile sprejete 2011, so natančno določene indikacije za odvzem triažnega testa HPV (Register ZORA, 2016).

Naslednji zelo pomemben ukrep za preprečevanje raka na materničnem vratu je cepljenje proti HPV. V šolskem letu 2009/2010 je bilo v Sloveniji uvedeno rutinsko brezplačno prostovoljno cepljenje deklic v 6. razredu osnovne šole s štirivalentnim cepivom. Sprva so bile cepljene s tremi odmerki cepiva, pozneje pa so ugotovili, da sta dovolj 2 odmerka. Za deklice, ki so ob začetku cepljenja starejše od 14 let, so še vedno potrebni 3 odmerki (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016). Seveda pa je treba poudariti, da se morajo tudi deklice in ženske, ki so bile cepljene proti HPV, kljub temu redno udeleževati preventivnih ginekoloških pregledov z odvzedom BMV. Veliko pozornosti je treba posvečati tudi spolni vzgoji oziroma poudarjati pomen varne in odgovorne spolnosti.

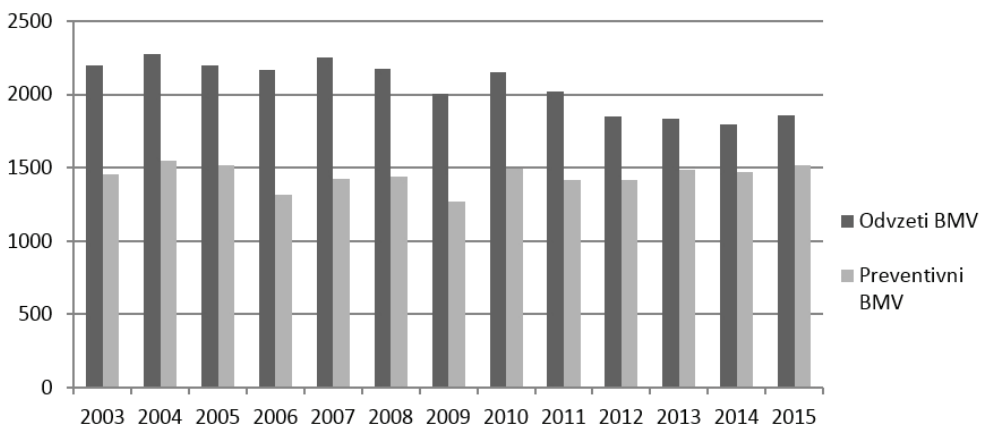
3 Predstavitev dela v dispanzerju za ženske ZD Trebnje

Zdravstveni dom Trebnje pokriva občine Trebnje, Mirna, Šentrupert in Mokronog-Trebelno. Področje je pretežno podeželsko z veliko starejšega kmečkega prebivalstva, iz oddaljenih vasi in zaselkov, brez javnega prevoza. Zaradi teh specifičnosti starejše ženske po zaključeni rodni dobi pogosto težko privabimo na preventivne ginekološke preglede z odvzemom BMV. V ginekološkem dispanzerju smo imeli 31. 12. 2015 opredeljenih 6.690 žensk, od tega 5.227 v starosti od 20 do 64 let. V Zdravstvenem domu Trebnje nimajo izbranega ginekologa samo prebivalke naštetih občin, ampak imamo veliko opredeljenih žensk tudi iz sosednjih občin Ivančna Gorica, Sevnica, Litija, Novo mesto, Mirna Peč in Žužemberk. Precej pacientk živi tudi v Ljubljani, Beli Krajini, Zasavju, Posavju in drugih delih Slovenije. V Zdravstvenem domu Trebnje deluje samo ena ginekološka ambulanta, katere tim sestavljamo specialistka ginekologije in porodništva, diplomirana medicinska sestra in srednja medicinska sestra (Arhiv DZZ ZD Trebnje, 2016).

V Državni program ZORA smo se vključili leta 2003. Do novembra 2006 so BMV naših pacientk pregledovali v zasebnem citološkem laboratoriju Radmile Obradović Novak v Novem mestu, sedaj pa nam BMV analizirajo v citološkem laboratoriju Splošne bolnišnice Novo mesto.

Število odvzetih BMV je prva leta raslo, predvsem zato, ker pred letom 2001 nismo imeli zaposlenega stalnega ginekologa. Veliko žensk iz območja občine Trebnje je takrat imelo izbranega ginekologa v Novem mestu ali Ljubljani. Z zaposlitvijo stalne ginekologinje so se ženske začele vračati, tako da je število opredeljenih žensk v prvih letih hitro naraščalo.

Graf 2: Število odvzetih BMV



Vir: Arhiv DZZ ZD Trebnje, 2016

Od skupnega števila odvzetih BMV je večji del preventivnih brisov, odvzetih ženskam, ki same pridejo na preventivni ginekološki pregled, oziroma se naročijo

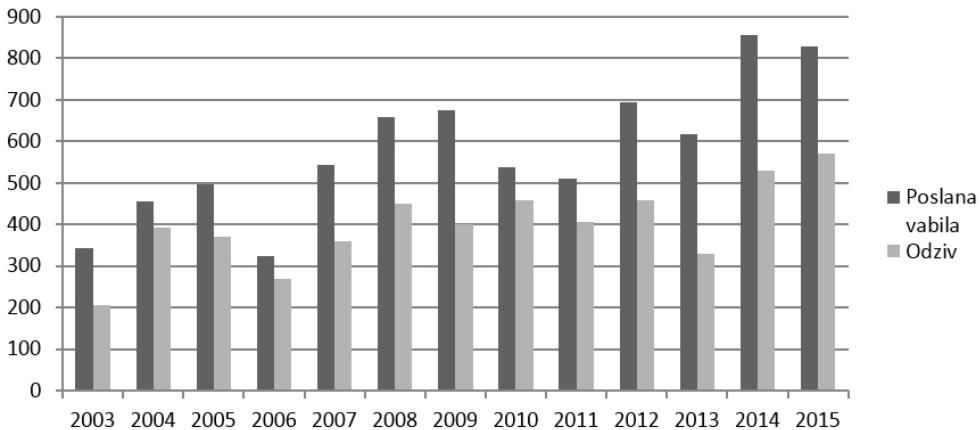
po prejetem vabilu. Vsaj 70 % žensk v starosti od 20 do 64 let naj bi imelo vsaj 1 bris materničnega vratu v 3 letih (Uršič Vrščaj idr., 2011). Povprečno odvzamemo 1.435 preventivnih BMV na leto, kar je v skladu s smernicami.

Ženskam s patološkim izvidom BMV pošljemo obvestilo o izvidu s predvidenim terminom ponovnega pregleda. Ženskam z negativnim izvidom brisa materničnega vratu, ki imajo naslednji preventivni pregled čez 3 leta, obvestil ne pošiljamo. Način obveščanja o rezultatih BMV pacientki predstavi že ginekologinja, ko pa pride do medicinske sestre, ji še enkrat povemo, kako bo obveščena o rezultatu svojega BMV. Posebej poudarimo, da naj upošteva predvideni čas vabljenja na naslednji ginekološki pregled, če bo takšno obvestilo prejela po pošti. Če pa obvestila ne bo prejela, to pomeni, da je rezultat brisa negativen in bo naslednji pregled čez 3 leta. Ženskam tudi povemo, da lahko pokličejo v dispanzer in vprašajo za izvid BMV. Prav tako lahko tudi pokličejo in preverijo, kdaj imajo predviden termin naslednjega ginekološkega pregleda, kadar niso o tem prepričane. K boljši odzivnosti pripomore tudi sodelovanje z referenčnimi ambulantami, ki ženske usmerjajo na preventivne ginekološke preglede.

Vabila na preventivni ginekološki pregled z odvzemom BMV pošiljamo mesečno ženskam, ki več kot 3 mesece zamujajo s pregledom. Vsak mesec povprečno pošljemo 50 vabil (Arhiv DZŽ ZD Trebnje).

Odziv na vabila je razmeroma dober. Ženske, ki so spregledale, da je že minilo 3 leta od zadnjega odvzema brisa, se že v enem ali dveh tednih po prejemu vabila naročijo. Kar precej je tudi takih, ki se na vabila ne odzivajo, tudi če jim pošljemo tri, štiri ali pet vabil. Te ženske navadno pridejo šele takrat, ko imajo težave. Kar nekaj pa je tudi žensk, ki se ne odzivajo na vabila, ki jih pošljemo iz našega dispanzerja, ko pa dobijo vabilo iz koordinacijskega centra Državnega programa ZORA z Onkološkega inštituta Ljubljana, se na to vabilo odzovejo. Poleg vabil, ki jih redno pošiljamo vsak mesec ženskam, ki več kot 3 mesece zamujajo s pregledom, enkrat letno pošljemo vabilo tudi neodzivnicam – ženskam, ki so dobile vabilo ZORA, pa se nanj niso odzvale. Po treh vabilih (3 leta zapored) in tudi vabilih iz koordinacijskega centra ZORA - ženska torej dobi najmanj 5 vabil ZORA, žensko smatramo za neodzivnico. Tem ženskam več ne pošiljamo vabil, seveda pa se lahko sama kadarkoli odloči in se naroči na preventivni ginekološki pregled z odvzemom BMV. Zavedamo se, da nobene ženske ne moremo prisiliti, da pride na preventivni ginekološki pregled, pa čeprav bi bilo to zanjo dobro. 31. 12. 2015 je bilo v DZŽ ZD Trebnje 126 žensk neodzivnic, kar predstavlja 2,3% žensk starih 20 – 64 let (Arhiv DZŽ ZD Trebnje). Odzivnost na vsa vabila skupaj je preko 70 %.

Graf 3: Odzivnost na vabila

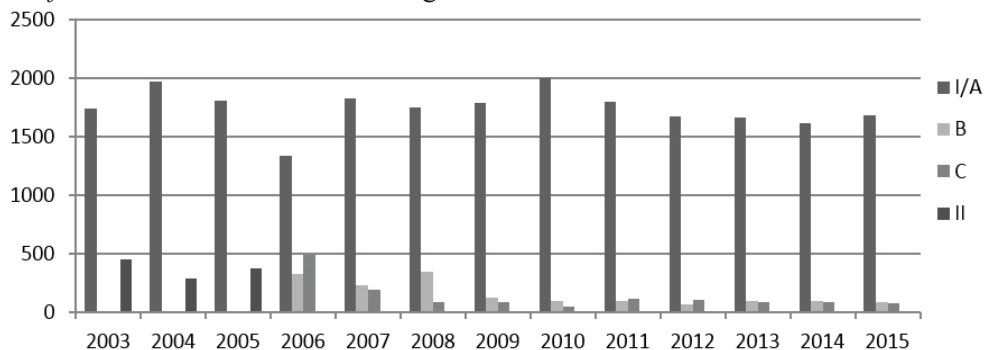


Vir: Arhiv DZZ ZD Trebnje, 2016

Ženskam s patološkim izvidom BMV pošiljamo obvestilo o rezultatu brisa in jih hkrati obvestimo o terminu naslednjega pregleda. Če se takrat ne naročijo, jim vabila pošljemo večkrat zapored, odvisno seveda od stopnje sprememb v izvidu BMV. Če se na vabila ne odzovejo, jih pokličemo po telefonu ali pa se povežemo z izbranim družinskim zdravnikom ali s patronažno službo, da jim patronažna medicinska sestra osebno izroči vabilo na ginekološki pregled in jim hkrati tudi razloži pomen zgodnjega odkrivanja in zdravljenja sprememb na materničnem vratu. Velika večina žensk s patološkim izvidom BMV pride na ponovni pregled na dodeljen termin v obvestilu. Tiste ženske, ki jih vabimo na kontrolo takoj po prejetju izvida, so zelo prestrašene. Navadno že takoj, ko pokličejo in se želijo naročiti, hkrati želijo tudi izvedeti, zakaj jih tako hitro kličejo na kontrolo. Medicinska sestra jih o rezultatih BMV seveda ne more obveščati, jih pa pomiri in jih čim prej naroči, če je le možno, že čez dan ali dva. Pri ponovnem vabljenju žensk s patološkimi izvidi BMV sodelujemo tudi z Registrom ZORA na Onkološkem inštitutu Ljubljana. Sezam žensk, pri katerih po patološkem izvidu BMV ni izvida ponovnega odvzema BMV, ki nam ga vsako leto pošljejo, nam pomaga, da ne bi spregledali katere od žensk, ki bi jo bilo treba ponovno povabiti.

Rezultati BMV so primerljivi z ostalimi dispanzerji. Tako kot v celotni Sloveniji, se tudi pri nas število žensk, pri katerih odkrijemo hujše predrakave spremembe ali raka na materničnem vratu, manjša, saj navadno odkrijemo že zgodnje spremembe, pri katerih je zdravljenje enostavno in ne pušča nobenih posledic na zdravju žensk. Od leta 2003 smo odkrili 5 pacientk z rakom na materničnem vratu. Bolezen je bila pri vseh odkrita v dovolj zgodnji fazi, tako da zaradi raka na materničnem vratu ni umrla nobena pacientka. Zelo hude spremembe odkrijemo navadno pri ženskah, ki ne hodijo na redne ginekološke preglede. Občasno v ambulantno še vedno pride ženska zaradi hudih bolečin ali ginekološke krvavitve, ki že 15 let ali več ni bila na ginekološkem pregledu. (Arhiv DZZ ZD Trebnje).

Graf 4: Rezultati brisov materničnega vratu

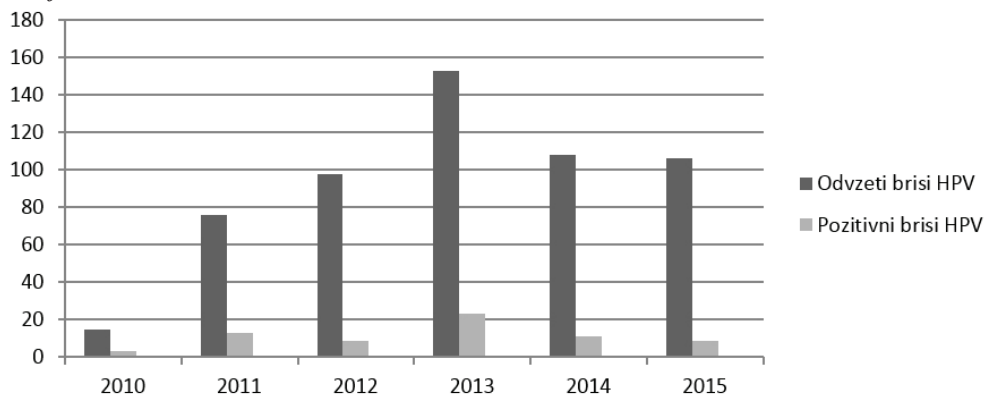


Vir: Arhiv DZZ ZD Trebnje, 2016

Do leta 2011 smo brise materničnega vratu fiksirali s 96% alkoholom in je bilo kar precejšnje število manj uporabnih in neuporabnih brisov. Sedaj brise fiksiramo s Microscopy sprejem in je neuporabnih brisov veliko manj.

V letu 2010 smo začeli z odvzemom triažnega testa HPV. Te brise v analizo pošiljamo na Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete v Ljubljani. Že pred uvedbo triažnega testa HPV smo občasno odvzeli bris za test HPV pri ženskah, za katere je ginekologinja smatrala, da je ta izvid potreben. Od uvedbe triažnega testa HPV do konca leta 2015 smo odvzeli 556 brisov pri 407 ženskah, 88 % izvidov je bilo negativnih, 12 % pa pozitivnih (Arhiv DZZ ZD Trebnje, 2016). Dve ženski nista podpisali privolitve za uporabo njunih rezultatov v statistične namene, en bris pa je bil neuporaben. Uvedba triažnega testa HPV je prinesla pozitivne spremembe, saj sedaj ženskam s HPV negativnim rezultatom ni treba tako pogosto ponavljati BMV. To je predvsem pomembno za ženske, ki so v preteklosti zaradi predrakavih sprememb že imele poseg na materničnem vratu in se sedaj lahko vrnejo v 3-letni presejalni program (Primc-Žakelj idr., 2011).

Graf 5: Rezultati brisov HPV



Vir: Arhiv DZZ ZD Trebnje, 2016

Ena od nalog medicinske sestre v dispanzerju za ženske je tudi informiranje žensk o pomenu odvzema brisa HPV. Veliko žensk o tem testu ni poučenih, ne vedo natančno, zakaj se ta bris odvzame in kaj pomeni pozitiven oz. negativen rezultat. Medicinska sestra ženski odgovori na vprašanja v zvezi s testom HPV. Čeprav dobijo ženske te informacije že od ginekologinje, pa imajo kljub temu še veliko vprašanj za medicinsko sestro.

Medicinska sestra v dispanzerju za ženske se srečuje z vedno novimi izzivi, vedno več je novih preiskav, postopkov, sprejemajo se nove smernice. Zaradi vsega tega je nenehno izobraževanje bistvenega pomena za kvalitetno delo medicinske sestre. Le dobro izobražena medicinska sestra bo znala ženski odgovoriti na vsa vprašanja, saj so tudi uporabnice naših storitev vse bolj osveščene in izobražene. Stalno izobraževanje in seznanjanje z vsemi novostmi medicinski sestri omogoča, da opravlja svoje delo odgovorno in uspešno. Znanje, ki ga pridobivamo na različnih formalnih in neformalnih izobraževanjih, je temelj, ki nam omogoča uspešno delo na naših delovnih področjih. Povezovanje teorije in prakse nam torej omogoča, da smo pri svojem delu profesionalni in avtonomni.

4 Zaključek

Naše izkušnje v sodelovanju v Državnem programu ZORA so zelo pozitivne. Program je prinesel veliko dobrega v prvi vrsti za zdravje žensk. Delo ginekološkega tima na področju preventive raka na materničnem vratu je z vključitvijo v program ZORA bolj sistematično in pregledno. Daje veliko boljše rezultate kot v preteklosti, ko je bila pregledanost odvisna predvsem od osveščenosti žensk, saj takrat ženske, ki niso imele ginekoloških težav in niso rojevale, tudi 5, 10 ali več let niso opravile preventivnega ginekološkega pregleda z odvzemom BMV. Danes s sistematičnim odvzemom BMV odkrijemo veliko večino sprememb na materničnem vratu že v zelo zgodnji fazi, ko je zdravljenje enostavno in uspešno in ne pušča posledic na zdravju žensk.

Stalno izobraževanje ter povezovanje teorije in prakse je nujno potrebno za uspešno delo medicinske sestre, saj mora biti pravočasno seznanjena z vsemi spremembami in novostmi na svojem strokovnem področju.

LITERATURA

1. Arhiv dispanzerja za ženske Zdravstvenega doma Trebnje (2016).
2. Nacionalni inštitut za javno zdravje (2016). Koledar cepljenja predšolskih in šolskih otrok v Sloveniji v letu 2016. Pridobljeno 3. 11. 2016 s <http://www.nijz.si/sl/koledar-cepljenja-predsolskih-in-solskih-otrok-v-sloveniji-v-letu-2016>.

3. Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998). Uradni list Republike Slovenije št. 19/1998, 47/1998, 26/2000, 67/2001, 33/2002, 37/2003, 117/2004, 31/2005, 83/2007 in 22/2009. Pridobljeno 3. 11. 2016 s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=NAVO59>.
4. Primc Žakelj, M., Uršič Vrščaj, M., Pogačnik, A., Ivanuš, U. (2011). Navodila ginekologom za delo v programu ZORA. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, 2011. Pridobljeno 4. 11. 2016 s http://zora.onko-i.si/fileadmin/user_upload/dokumenti/strokovna_priporocila/2011_Navodila_za_ginekologe_web.
5. Primc Žakelj, M., Ivanuš, U. (2015). Zbornik predavanj, 6. izobraževalni dan programa ZORA. Brdo pri Kranju, 6. november 2015. Ljubljana: Onkološki inštitut.
6. Rak v Sloveniji 2013 (2016). Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije. Pridobljeno 3. 11. 2016 s http://www.onkoi.si/fileadmin/onko/datoteke/dokumenti/RRS/LP_2013.
7. Register Zora (2016), Onkološki inštitut Ljubljana. Pridobljeno 3. 11. 2016 s <http://zora.onko-i.si/>.
8. Uršič Vrščaj, M., Rakar, S., Možina, A., Kobal, B., Takač, I., Deisinger, D., Zore, A. (2011). Smernice za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana. Pridobljeno 4. 11. 2016 s <http://zora.onko-i.si/za-stroko/strokovna-priporocila-in-smernice/>.

Vi delate po šolsko

POVZETEK - Učitelji praktičnega pouka v kliničnem okolju in dijaki na praktičnem usposabljanju nemalokrat slišijo komentar: »Vi delate po šolsko«. Ob tem se nehote pojavljajo vprašanja: Ali je po šolsko narobe? Morda učimo napačno zdravstveno nego? Ali obstaja šolska in nešolska zdravstvena nega? Znano je, da je praktični pouk nadgradnja teoretičnega dela predmetnega področja. Težko si je predstavljati prakso zdravstvene nege brez teoretičnih osnov, po drugi strani pa samo teorija brez prakse pacientu nič ne koristi. Potrebno je razvijati teorijo in prakso. Zagotoviti je potrebno, da se teoretično znanje čim prej realizira v praksi, izkušnje s prakse pa naj se prenesejo nazaj v teorijo in vplivajo na nadaljnji razvoj zdravstvene nege. Dijaki se v šoli pripravljajo na delo v zdravstveni negi, usvajajo teoretična znanja, rešujejo problemske naloge in učne situacije, vendar za delo v praksi to ni dovolj. Potrebne so tudi izkušnje, ki jih lahko pridobijo le v kliničnem okolju. Učitelji teorije zdravstvene nege in mentorji v kliničnem okolju bi morali delati tako, da bi bile razlike med teorijo in prakso minimalne in bi s tem mladim olajšali prehod s teorije v prakso.

KLJUČNE BESEDE: izobraževanje, zdravstvena nega, teorija, praksa

1 Izobraževanje

Izobraževalni sistem je odraz družbe in se prilagaja družbenim spremembam. Mnogi izobraževalni sistemi po svetu doživljajo reforme. Številne med njimi so velikokrat posledica političnih in komercialnih interesov, ki napačno razumejo, kako se ljudje učijo in kako delujejo šole. Različne reforme izobraževalnih sistemov lahko naredijo škodo mladim in družbi. Najosnovnejše vprašanje je, čemu je izobraževanje namenjeno.

Majhni otroci obiskujejo osnovno šolo, da bi se naučili osnovnih veščin branja, pisanja in računanja. Te veščine so bistvene za uspeh v srednji šoli. Usposabljanje za poklic pomeni pridobiti znanje in spretnosti, s katerimi se mlad človek lahko vključi in konkurira na trgu dela. Dijaki ne obiskujejo šole zato, da jim v prihodnje ne bi bilo treba delati, temveč zato, da bi se naučili pravilno delati.

S strani delodajalcev se pogosto pojavljajo očitki, da šole dajo premalo uporabnega znanja, spretnosti in kompetenc. Nenehen razvoj in nove tehnologije zahtevajo vedno nova znanja, ki jih šolski sistem ne more dovolj hitro vključiti v izobraževalne načrte. Posledično na trgu dela prihaja do neskladja. Vse bolj se širi vrzel med tem, kar v šolah poučujejo in kar gospodarstvo dejansko potrebuje (Robinson 2015).

Tradicionalno poklicno izobraževanje je dajalo prednost informativnemu znanju, ki je bilo vezano na urjenje v poklicni rutini. Takšno znanje ni več zadostno, če želimo

usposobiti ljudi za bolj zahtevna, ustvarjalna in stalno se spreminjajoča dela. Teoretično znanje mora postati uporabno v sodobnih družbenih in ekonomskih razmerah. Biti mora dovolj abstraktno, ker je le takšno znanje uporabno v različnih situacijah in hkrati integrirano v praktično poklicno znanje in veščine. Le tako integrirana znanja zagotavljajo posamezniku pravilno orientacijo in sprejemanje odločitev pri kriznih situacijah (Skubic Ermenc, 2012).

Enako kot v drugih strokah se je izobraževanje za zdravstveno nego spreminjalo in prilagajalo potrebam.

Izobraževanje za zdravstveno nego na srednji stopnji

Izobraževanje za zdravstveno nego na srednji stopnji v Novem mestu poteka od leta 1963, ko je bila ustanovljena Šola za zdravstvene delavce. Danes je Srednja zdravstvena in kemijska šola ena izmed organizacijskih enot Šolskega centra Novo mesto. Dijaki se na šoli lahko izobražujejo v programih zdravstvena nega, kemijski tehnik, farmacevtski tehnik, kozmetični tehnik in bolničar negovalec. Izobraževanje za zdravstveno nego traja štiri leta in se zaključi s poklicno matura. Dijaki po uspešno opravljeni poklicni maturi dobijo naziv srednja medicinska sestra oziroma srednji zdravstvenik. Zakon o poklicnem in strokovnem izobraževanju iz leta 2006 je prinesel nekaj novosti na področju izobraževanja. Del izobraževalnega programa, tako imenovani odprti kurikul določijo šole v sodelovanju s socialnimi partnerji iz lokalnega okolja. Del izobraževanja pa poteka pri delodajalcih. Pouk zdravstvene nege je razdeljen na teoretični in praktični del. Praktični pouk v prvem in drugem letniku poteka v šolskih kabinetih, v tretjem in četrtem letniku pa opravljajo dijaki praktični pouk tudi v kliničnem okolju. Praktični pouk v kliničnem okolju poteka v Splošni bolnišnici Novo mesto in Domu starejših občanov Novo mesto, vodijo ga učitelji praktičnega pouka. V tretjem in četrtem letniku dijaki opravijo po 152 ur praktičnega usposabljanja pri delodajalcu (PUD). Dijaki PUD opravljajo v zdravstvenih in socialnih zavodih ter pri zasebnikih na Dolenjskem, Posavju in Beli Krajini. Na PUD-u dijake vodi mentor, ki je zaposlen v organizaciji, kjer dijak opravlja PUD. Mentor je lahko oseba, ki ima najmanj enako ali višjo izobrazbo, za katero se dijak izobražuje, ima vsaj tri leta delovnih izkušenj in je opravil pedagoško andragoško izobraževanje za mentorje dijakom na PUD-u. Na PUD-u dijaki izvajajo zdravstveno nego v realnem okolju, vključijo se v negovalni in zdravstveni tim.

Prehod s teoretičnega na praktično usposabljanje

Pri praktičnem pouku zdravstvene nege se dijaki srečajo z bolnimi in zdravimi ljudmi, in opravljajo fizično zahtevna dela. Poleg teoretičnih osnov zdravstvene nege je potrebno poznati še druge znanosti, ergonomijo, psihologijo, organizacijo in varstvo pri delu. V kliničnem okolju ni možno izvajati klasičnega praktičnega pouka v štirih etapah razlaga, demonstracija, utrjevanje, samostojno izvajanje. Naloga mentorja je, da pri dijaku vzbudi interes za delo, mu predstavi posamezne elemente in delo kot celoto. Dijaki so v učnem procesu, kjer naj bi se učili, a so hkrati člani zdravstvenega in negovalnega tima, ki izvaja zdravstveno nego na oddelku ali ambulanti. Svoje te-

oretično in praktično znanje, ki so ga pridobili v šolskih kabinetih morajo s pomočjo mentorja prenesti v klinično okolje. Pri prenosu teoretičnega znanja v prakso se srečujejo z nekaterimi ovirami. To so lahko pomanjkljivo šolsko znanje, strah, časovne omejitve, težave z orientacijo v novem okolju, težave pri vključevanju v timsko delo, pomanjkanje pripomočkov za izvajanje zdravstvene nege kot so se učili, nerazumevanje s strani mentorja ali drugih zaposlenih in drugo.

2 Hipoteze in metode dela

Oblikovan je bil vprašalnik, ki je vseboval osem vprašanj zaprtega tipa in eno vprašanje odprtega tipa. Vprašanja so se nanašala na teoretični in praktični pouk. Med predlaganimi trditvami so dijaki izbirali odgovore med *drži*, *delno drži*, *ne drži*. Zadnje vprašanje je bilo odprtega tipa, kjer so dijaki lahko zapisali, če bi kaj posebnega izpostavili v pozitivnem ali negativnem smislu glede razlike med teorijo in prakso zdravstvene nege. Vprašalnik je bil razdeljen v dveh oddelkih četrtega letnika.

Oblikovane so bile naslednje hipoteze:

- Dijaki so dobro pripravljene za delo v kliničnem okolju.
- Izvajanje zdravstvene nege v kliničnem okolju se bistveno ne razlikuje od tega, kar so se učili v šoli, čeprav jim zaposleni velikokrat rečejo, da delajo po šolsko.
- V kliničnem okolju so delali po standardih, ki jih ima posamezni delodajalec.
- Standardi se bistveno ne razlikujejo od zdravstvene nege, ki so se jo učili v šoli.

3 Rezultati in razprava

Razdeljenih je bilo 60 vprašalnikov, izpolnilo ga je 57 dijakov.

<i>Trditev</i>	<i>Drži</i>	<i>Delno drži</i>	<i>Ne drži</i>
Pouk zdravstvene nege poteka tako, da lahko povezujem teoretično in praktično znanje.	26	26	5
Pri praktičnem pouku v kabinetu sem se naučil dovolj za začetek praktičnega pouka v kliničnem okolju.	10	35	11
Pri praktičnem pouku pod mentorstvom učitelja delamo tako, kot smo se učili v šoli.	36	21	0
Na PUD-u smo delali drugače kot smo se učili v šoli.	41	16	0
Mentor ali drugi s katerim sem delal na PUD-u so mi rekli, da delam preveč po šolsko.	20	22	5
Pogost izgovor je bil, da nimajo časa delati po šolsko.	33	19	5
Mentor (ali drugi zaposleni) me je seznanil s standardi zdravstvene nege, ki jih uporabljajo.	31	22	4
* Ie če ste na vprašanje 7 odgovor drži ali delno drži. Standardi zdravstvene nege, ki jih uporabljajo, se bistveno razlikujejo od tega, kar se učimo v šoli.	15	30	8

Samo 5 dijakov je odgovorilo, da ne morejo povezovati teoretičnega in praktičnega znanja, 79% dijakov meni, da so se v kabinetu naučili dovolj za praktični pouk v kliničnem okolju. Ta rezultat kaže, da so dijaki dobro pripravljene na praktični pouk. Vsi vprašani trdijo, da pri praktičnem pouku pod vodstvom učitelja delajo vsaj delno tako, kot so se učili v šoli, kar je pričakovano. Prav tako se vsi vsaj delno strinjajo, da delajo na PUD-u drugače. Vprašanj o razlikah in vzrokih razlik vprašalnik ni vseboval. Približno tri četrtine dijakov pravi, da jim je bilo na PUD-u rečeno, da delajo po šolsko, medtem ko četrtini dijakov to ni bilo očitano. Samo pet dijakov pravi, da jim ni bilo rečeno, da nimajo časa delati po šolsko. Morda ni vedno samo postopek dela tisti, ki podaljša čas. Upoštevati bi bilo potrebno tudi spretnost in iznajdljivost posameznih dijakov. Štirje dijaki niso bili seznanjeni s standardi zdravstvene nege, ki jih na oddelku uporabljajo. Izmed dijakov, ki so bili seznanjeni s standardi zdravstvene nege, jih 80 % trdi, da se le ti bistveno ne razlikujejo od tistega kar so se učili v šoli, kar je zelo dober rezultat.

Na vprašanje odprtega tipa je odgovorilo sedem dijakov. Večina predlaga, da bi imeli še več praktičnega pouka in malo manj teorije. Eden izmed dijakov je napisal, da so zaposleni pričakovali od njega, da že vse zna in mora delati kot oni in niso upoštevali da je še v šoli in se uči. Drugi dijak je zapisal, da je dobil občutek pomanjkljivega znanja mentorja. Slednje je nedopustna napaka, ki bi jo bilo potrebno preprečiti.

Povezava teorije in prakse na tej stopnji obstaja. Ne moremo trditi, da obstaja šolska in nešolska zdravstvena nega. Večina mentorjev dijakom predstavi standarde zdravstvene nege, ki se bistveno ne razlikujejo od zdravstvene nege, ki so se je učili v šoli. Vsi zdravstveni delavci, ne glede na delovno mesto, morajo skrbeti za poklicno rast, spremljati razvoj stroke, uvajati novosti v prakso in skrbeti, da se izkušnje s prakse prenašajo nazaj v teorijo. Mentorji dijakom in zdravstvenim delavcem na začetku poklicne poti bi morali biti strokovno najbolj usposobljeni, skrbeti bi morali, da bi bile razlike med teorijo in prakso čim manjše in bi bil prehod s teorije v prakso lažji.

4 Zaključek

Izobraževanje je organiziran proces pri katerem posamezniki pridobivajo znanje. Na področju zdravstvene nege je pomembno tako teoretično kot praktično znanje. Umetnost je povezati oba pola znanja. Znanje mora biti takšno, da se ga lahko uporabi v različnih situacijah v praksi. Iz odgovorov dijakov lahko sklepamo, da so določene razlike med teorijo zdravstvene nege, ki se jo učijo v šoli, in prakso. Razlike niso velike in bi jih ob upoštevanju, da so dijaki na praktičnem usposabljanju, da se še učijo in velikokrat potrebujejo več časa za izvajanje delovnih postopkov kot zdravstveni delavci z večletnimi izkušnjami, lahko še zmanjšali. Zagotoviti je potrebno, da se teoretično znanje čim prej uveljavi in izvede v praksi, izkušnje s prakse pa naj se prenesejo nazaj v teorijo in vplivajo na nadaljnji razvoj.

LITERATURA

1. Beg Jožef, J. et al. (2013). Jubilejni zbornik. Novo mesto: Šolski center Novo mesto.
2. Izvedbeni kurikulum za predmet Zdravstvena nega, šolsko leto 2016/2017, Srednja zdravstvena in kemijska šola Novo mesto.
3. Jakšič, E. (2015). Novi načini poučevanja v srednješolskem izobraževanju zdravstvene nege. V 10. Jubilejni kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Z optimalnimi viri do učinkovite zdravstvene in babiške nege, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (str. 423 – 427). Ljubljana: Nacionalni center za strokovni karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic.
4. Kubale, V. (1997). Učna priprava za praktični pouk. Maribor: samozaložba.
5. Muršak, J. (2008). Kakovost poklicnega in strokovnega izobraževanja z vidika usklajenosti s potrebami trga dela. V Kakovost poklicnega in strokovnega izobraževanja (str. 66 – 93). Ljubljana: JRZ Pedagoški inštitut.
6. Prenovljeni študijski in izobraževalni programi. Dostopno na: www.cpi.si (11.11. 2016).
7. Robinson, K. (2015). Kreativne šole. Ljubljana: Eno.
8. Skubic Ermenc, K. (2012). Kako kompetenčni kurikularni pristop spreminja pedagoški pristop. V Učne situacije v poklicnem in strokovnem izobraževanju (str. 12 – 16). Ljubljana: Cicero d.o.o.

Vpliv demografskih značilnosti na delovno motivacijo izvajalcev zdravstvene nege

POVZETEK - Motivacija je postopek spodbujanja zaposlenih k delovanju ali proces, s katerim pri osebi dosežemo dovezetost za določeno vedenje. Zaposlene motivirajo tako notranji kot zunanji dejavniki. Nekateri učenjaki zagovarjajo mnenje, da zunanje nagrade dominirajo nad notranjimi nagradami, zato je izkazovanje notranjih nagrad neučinkovito. Raziskava ljudi iz različnih organizacij je ugotovila, da zunanje nagrade ne spodkopavajo notranjih motivacij in zato lahko o motivaciji govorimo kot o notranjih in zunanjih stvareh, ki vzpodbujajo ali osebo vabijo k sodelovanju. Cilj prispevka je predstaviti dejavnike, ki vplivajo na zadovoljstvo/nezadovoljstvo na delovnem mestu izvajalcev zdravstvene nege. V raziskavi smo ugotovili, da so izvajalci zdravstvene nege s svojim življenjem zelo zadovoljni in so ponosni, da opravljajo poklic medicinske sestre. Največ jim pomeni zadovoljstvo pacienta. Diplomiranim medicinskim sestram več pomenijo dobri medsebojni odnosi s sodelavci. Iz pregleda literature je razvidno, da je najboljši način nagrajevanja, ki ga izvajamo dovolj pogosto, ob razvoju in napredovanju zaposlenih. Nagraditi je potrebno uspešnost pri delu, pridobitev novih znanj, sposobnosti in novih kompetenc, inovativnost ipd. Izvajalci zdravstvene nege bi začutili še večjo pripadnost delovni organizaciji, če bi jih za njihovo delo še dodatno motivirali.

KLJUČNE BESEDE: medicinska sestra, motivacija, bolnišnica

1 Uvod

Zavzetost za delo je pozitivna, izpopolnjujoča usmerjenost v delo, zanjo pa so značilne energičnost, predanost in veliko zanimanje, zatopljenost v delo. Motivacija je vedno posledica dejavnosti, torej dela, ki ga posameznik opravlja. Če izvajalci zdravstvene nege pri svojem delu izkoriščajo talente in svoj potencial, potem za njihovo motivacijo ni treba skrbeti. Takšni posamezniki bodo svoje delo opravljali učinkovito, uspešno, z veseljem, s pozitivno naravnostjo in bodo zato tudi ves čas motivirani. Največja motivacija za delo izvajalcem zdravstvene nege je kakovostno opravljena zdravstvena nega in posledično zadovoljen pacient.

Namen prispevka je predstaviti dejavnike, ki vplivajo na zadovoljstvo/nezadovoljstvo na delovnem mestu izvajalcev zdravstvene nege.

2 Teoretična izhodišča

Motivacija je prostovoljna pripravljenost posameznika za napor, za doseg določenega cilja, ob zadovoljitvi individualnih potreb. Dejansko je motivacija psihološka spodbuda za delo. Razlike med ljudmi znotraj organizacije se najbolj kažejo ravno v motiviranosti za delo (Ferjan, 2005).

Scobie (2009) motivacijo opisuje kot postopek spodbujanja nekoga k delovanju ali proces, s katerim pri osebi dosežemo dovezetnost za določeno vedenje. Ljudi motivirajo tako notranji kot zunanji dejavniki. Nekateri učenjaki zagovarjajo mnenje, da zunanje nagrade dominirajo nad notranjimi nagradami, zato je izkazovanje notranjih nagrad neučinkovito in navaja tudi, da je raziskava ljudi iz različnih organizacij ugotovila, da zunanje nagrade ne spodbujajo notranjih motivacij in zato lahko o motivaciji govorimo kot o notranjih in zunanjih stvareh, ki vzpodbujajo ali osebo vodijo k sodelovanju.

Namen motivacije je, da pripravimo ljudi, da bodo hitreje delali, da bodo delo opravljali kvalitetno in da bodo tudi sami zadovoljni s tem. Motivacija je torej pozitiven proces, s katerim želimo spodbuditi zaposlene k boljšemu delu, da bi jim delo prinašalo veselje, zadovoljstvo ter da bi bili neodvisni od drugih (Klarič, 2009).

Shinn (2004) je mnenja, da obstajajo različne vrste motivacije – notranja in zunanja. Notranjo motivacijo imenuje tudi samomotivacija. Zunanja motivacija pa je tisto, kar pogosto merijo psihologi – podgane v labirintih, motivacijski časi, koleracije itd. Prepričan je, da moč za delovanje človek najde v sebi, in da pojma motivacija ne gre jemati v znanstvenem, raziskovalnem smislu. Samomotivacijo deli na dva dela. Prvi je mentalni, kjer si mora posameznik v duhu zamisliti, kam bi rad šel. Drugi del pa je fizičen, kjer mora delovati, da bi do tja prišel. Duh in delovanje sta enako pomembna, kar primerja z vožnjo z avtomobilom – preden sedemo vanj in začnemo voziti, moramo vedeti, kam gremo. Samomotivacija – misel in delovanje - je ključ do uspeha.

Motiviranje je eno izmed področij, ki mu je znanost namenila obilo pozornosti. Nastale so številne teorije, te pa lahko v grobem delimo na dva dela. Vsebinske teorije motivacije obravnavajo naravo človekovih potreb in poskušajo določiti specifične potrebe, ki motivirajo posameznika ter pojasnjujejo, zakaj posameznik ravna na določen način. Teorije procesa pa poskušajo razložiti spremembe v posameznikovem vedenju. Gre za vprašanje, kako posameznikovo vedenje spodbujati, voditi in vzdrževati (Brejc, 2004).

Herzbergova dvofaktorska teorija motivacije je nastala na osnovi proučevanja Maslowe motivacijske teorije. Herzberg je postavil ostrejšo ločnico med nižjimi in višjimi potrebami kot Maslow. Prišel je do dejavnikov, ki jih je poimenoval higieniki, ki sami ne vplivajo na aktivnost zaposlenih, odpravljajo pa okoliščine, ki bi lahko kvarno vplivale na zaposlene. Higieniki so politika organizacije, nadzor, plača, delovne razmere, varnost pri delu, odnos do sodelavcev in do vodje. Če je kakovost teh

dejavnikov pod pričakovanjem, bodo ljudje nezadovoljni, ustreznost teh dejavnikov pa ne povečuje zavzetosti zaposlenih za delo. Druga skupina dejavnikov so motivatorji, ki povečujejo pripravljenost za delo, spodbujajo zaposlene k večji aktivnosti, ne povzročajo pa nezadovoljstva, če teh dejavnikov ni. Med delovne motivatorje sodijo: uspeh, priznanje, napredovanje, odgovornost, samostojnost pri delu in podobno. Po Herzbergu je zadovoljstvo z delom povezano z vsebino dela, nezadovoljstvo pa se nanaša na delovne razmere in dejavnike, povezane z delom. Vsebina dela mora omogočiti zaposlenim, da zadovoljijo svoje potrebe po uspehu, priznanju in odgovornosti (Brejc, 2004).

Herzbergova motivacijska teorija je za managerje zdravstvene nege pomembna predvsem zato, ker lahko uporabijo dve vrsti sredstev za motiviranje zaposlenih. Z delovnimi motivatorji je mogoče izzvati reakcije ali aktivnosti pri posameznikih. S higieniki pa lahko odpravijo nepotrebne napetosti in usmerijo človekovo aktivnost k delu. Če je zaposleni nezadovoljen v svojem delovnem okolju, manager oz. vodja odpravi njegove težave, tako da izboljša higienike. Če pa manager oz. vodja želi povečati delovno učinkovitost zaposlenih, uporabi drugo vrsto sredstev, motivatorje (Treven, 1998).

Kamenčič (2014) je mnenja, da v okviru službe žene ljudi k delu in uspehu pogosto finančna nagrada, ki je vendarle predpogoj za zadovoljitev večine potreb in sredstvo za doseg želene stopnje neodvisnosti in svobode. Poleg denarja pa obstajajo številne druge potrebe, katere lahko vplivajo na pripravljenost na delo celo v večji meri od denarja (npr. občutek socialne varnosti, sprejetosti na delovnem mestu, občutek samopotrjevanja, ipd.).

Raziskava, ki sta jo opravila Torrington in Hall (1987; povz. po Svetlik in Zupan, 2009) kaže, da s primernim oblikovanjem dela lahko povečamo motivacijo delavcev za delo in da to izboljšuje delovne dosežke in povečuje zadovoljstvo delavcev ter jih hkrati pozitivno spodbuja.

3 Metode

Uporabili smo kvantitativno metodo dela. Kot instrument za zbiranje podatkov smo uporabili anketni vprašalnik, ki je bil zgrajen iz dveh delov, delovni motivaciji je bil namenjen en sklop s 14 trditvami, ki so jih anketirani ocenjevali po pet stopenjski Likertovi lestvici, pri čemer pomeni 1 zelo malo pomembno, 2 malo pomembno, 3 niti pomembno niti nepomembno, 4 pomembno in 5 zelo pomembno. Anketni vprašalnik smo oblikovali na podlagi pregleda domače in tuje literature.

Raziskava je potekala v mesecu juniju 2012 v eni od slovenskih regijskih bolnišnic med zaposlenimi na področju zdravstvene nege. Uporabili smo neslučajnostni, priročni vzorec. Anketni vprašalnik je prejelo 310 izvajalcev zdravstvene nege. Vrnjenih je bilo 109 anketnih vprašalnikov (35,2% realizacija vzorca). V raziskavi je sodelovalo 100 (9,7%) oseb ženskega spola, moških je sodelovalo 9 (8,3%) in

sicer je bilo od tega 58 (53,2%) anketiranih s srednješolsko izobrazbo in 51 (46,8%) anketiranih z visoko strokovno izobrazbo ali več. Povprečno število delovne dobe v letih je bilo 17,9 let.

Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno. Anonimnost je bila zagotovljena z oddajo anketnega vprašalnika v pisemsko ovojnico in v namensko škatlo za zbiranje anketnih vprašalnikov na oddelkih. Upoštevali smo etične vidike raziskovanja.

Podatke smo obdelali v statističnem programu SPSS 18.00. Iz zbranih podatkov smo izračunali povprečno vrednost, standardni odklon in modus. Koeficient Cronbach alfa je pri vseh sklopih presegel vrednost 0,70, kar v strokovni literaturi predstavlja prag za dovolj visoko stopnjo zanesljivosti vzorca (Nunnally, Bernstein, 1994).

4 Rezultati

V nadaljevanju bomo prikazali rezultate, ki se nanašajo na ugotavljanje dejavnikov, ki motivirajo zaposlene v zdravstveni negi.

Tabela 1: Dejavniki, ki motivirajo zaposlene v zdravstveni negi za delo

<i>Dejavniki motivacije</i>	<i>min</i>	<i>maks</i>	<i>PV</i>	<i>SO</i>	<i>modus (%)</i>
Notranja motivacija/samomotivacija	1	5	4,1	0,8	4 (52,3)
Nagrada v obliki pohvale	2	5	4,1	0,8	4 (48,6)
Nagrada v obliki plačila (stimulacija, višja plača idr.)	1	5	4,4	0,8	5 (55,0)
Ustrezen delovni čas	2	5	4,3	0,7	4 (45,9)
Napredovanje v delovni organizaciji	1	5	4,2	0,9	4 (41,3)
Zadovoljen pacient	3	5	4,7	0,6	5 (74,3)
Zadovoljen nadrejeni	1	5	4,1	0,9	4 (42,2)
Dobri odnosi s sodelavci	2	5	4,7	0,6	5 (70,6)
Stalnost zaposlitve	2	5	4,6	0,6	5 (63,3)
Možnost kariernega razvoja	2	5	4,2	0,8	5 (42,2)
Samostojnost pri delu	2	5	4,5	0,6	5 (53,2)
Možnost koriščenja dopusta in prostih dni	3	5	4,5	0,7	5 (58,7)
Možnosti dodatnega strokovnega izpopolnjevanja	1	5	4,3	0,8	5 (45,0)
Možnosti formalnega izobraževanja (pridobitev višje izobrazbe)	1	5	4,1	0,9	5 (39,4)

PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon, modus: najpogostejša ocena

Iz tabele 1 je razvidno, da so vsi dejavniki motivacije pri delu izvajalcev zdravstvene nege bili ocenjeni visoko, s povprečno oceno nad 4 (pomembno). Izvajalce zdravstvene nege najbolj motivira pri delu zadovoljen pacient in dobri odnosi s sodelavci (PV=4,7). Sledi stalnost zaposlitve (PV=4,6). Najmanjši pomen motivacije pri delu je bil naveden v samomotivaciji, nagradah v obliki pohval, zadovoljnim nadrejenim in z možnostjo pridobitve višje izobrazbe (PV=4,1). Najpogosteje so podali oceno 5 (zelo pomembno) trditvi zadovoljen pacient (74,3 %). Najnižja ocena motivacije

je bila navedena ocena 4 (pomembno) in sicer pri pomenu napredovanja v delovni organizaciji (41,3 %). Diplomirane medicinske sestre izražajo večje strinjanje, da so odnosi s sodelavci dobri.

Materialnim dobrinam in nagradam v obliki pohval ne pripisujejo večje vrednosti. Zaposleni pohvalo sicer smatrajo kot pomembno, s strani nadrejenih pa jo ocenjujejo kot slabo, saj so v sklopu trditev, ki so se nanašale na zadovoljstvo medicinskih sester z medsebojnimi odnosi na delovnem mestu, trditvi, da glavna medicinska sestra oddelka anketirance pogosto pohvali za njihovo delo, navedli najmanjše strinjanje (PV=2,8). Dodelili so ji najnižjo oceno 3 (se ne morem opredeliti).

5 Razprava

Zaposleni z veseljem prihajajo na delo, če so jim delovna opravila ravno prav velik izziv in je delo zanimivo. To je običajno osnovna motivacija za zadovoljstvo, v zvezi z delom, v nekem kolektivu.

Izvajalci zdravstvene nege so veliko pomembnost pripisali trditvam o motivaciji pri delu. Izpostavili so največji pomen zadovoljstvu pacienta, dobrim odnosom s sodelavci in stalnosti zaposlitve. Razlik v smislu demografskih podatkov med izvajalci zdravstvene nege v bistvu ni bilo. Izpostavimo lahko le dobre medsebojne odnose, ki so bili bolj pomembni izvajalcem zdravstvene nege z visokošolsko izobrazbo, kot izvajalcem zdravstvene nege s srednješolsko izobrazbo. Pomembna dejavnika, ki vplivata na zadovoljstvo izvajalcev zdravstvene nege na delovnem mestu sta tudi: zadovoljstvo pacienta in stalnost, oziroma varnost zaposlitve. Slednjo je izpostavil tudi Brejc (2004). V raziskavi Jakšetove (2007) so rezultati pokazali, da je varnost zaposlitve najpomembnejši dejavnik zadovoljstva pri delu, prav tako je pokazala raziskava Študentske (2010), ki ugotavlja, da je stalnost, oziroma varnost zaposlitve najpomembnejši dejavnik zadovoljstva pri delu. Stalnost zaposlitve je eden pomembnejših dejavnikov zadovoljstva pri delu, čeprav ga v bolnišnici, kjer smo opravili raziskavo, izvajalci zdravstvene nege na prvo mesto sicer ne postavljajo. Rezultati pa kažejo, da jim je varnost zaposlitve zelo pomembna. Najmanjši pomen motivacije pri delu je bil naveden v samomotivaciji. Tudi nagrade v obliki pohval, zadovoljni nadrejeni in možnost pridobitve višje izobrazbe zaposlene za delo ne motivira. Zaposleni pohvalo sicer smatrajo kot pomembno, s strani nadrejenih pa jo ocenjujejo kot slabo (PV=2,8). Vsi dejavniki motivacije so bili ocenjeni visoko, kar pomeni, da zaposleni motivaciji pripisujejo pomembno vrednost. Izvajalci zdravstvene nege se strinjajo, da samomotivacija oziroma notranja motivacija, vpliva na zadovoljstvo pri delu, vendar je v primerjavi z drugimi dejavniki motivacije ocenjena slabše, zato tudi mi, tako kot Shinn (2004), Scobie (2009) idr., ne moremo zagotovo trditi, da je notranja motivacija pomemben dejavnik zadovoljstva na delovnem mestu. Prav tako ne moremo trditi, da prihaja do statistično pomembnih razlik v mnenjih med izvajalci zdravstvene nege s srednješolsko izobrazbo in izvajalci zdravstvene nege

z visokošolsko izobrazbo ali več, saj so se slednje bolj strinjale le s trditvijo, da so dobri medsebojni odnosi pomembni pri motivaciji za delo. V literaturi notranjo motivacijo omenjajo kot eno izmed dejavnikov, ki vplivajo na zadovoljstvo pri delu, vendar nikjer nismo zasledili, da bi kakšna raziskava potrdila, da je samomotivacija pomembnejša od drugih dejavnikov zadovoljstva. Prav tako zaposlene nagrada v obliki pohvale ali zadovoljni nadrejeni ter možnost pridobitve višje izobrazbe motivira za delo, vendar so te dejavnike medicinske sestre ocenile najnižje. Študentska (2010) ugotavlja, da so nagrade in pohvale drugi najpomembnejši dejavnik, ki vpliva na zadovoljstvo pri delu. Podobno ugotavlja tudi Hrvačanin (2006).

Na vprašanje, kako osebni dohodek medicinskih sester vpliva na zadovoljstvo z delovnim mestom, smo ugotovili, da so večje zadovoljstvo z delom navedle medicinske sestre v najvišjem plačilnem razredu (1201 EUR ali več), najnižjo pa v najnižjem plačilnem razredu (500-800 EUR). Eno-faktorska analiza variance ni pokazala statistično pomembne razlike v povprečni oceni zadovoljstva pri delu glede na višino osebnega dohodka, zato smo mnenja, da medicinske sestre večje pomembnosti višini osebnega dohodka ne pripisujejo in ga tudi ne povezujejo z zadovoljstvom na delovnem mestu. Podobne rezultate je dobila Študentska (2010), kjer anketirani vplivu osebnega dohodka tudi ne pripisujejo večjega pomena. Vpliv osebnega dohodka na zadovoljstvo pri delu je bil ocenjen s skoraj najnižjo oceno. Brejc (2004) pravi, da za mladega uslužbenca, ki si ustvarja družino, pomeni denar pot do stanovanja, za poslovneža srednjih let, ki ima zagotovljene glavne materialne potrebe in denar za drage hobije, je denar še vedno močan motivator. Zanimivo bi bilo primerjati vpliv osebnega dohodka na zadovoljstvo pri delu po starostnih skupinah. Jakše (2007) v raziskavi ugotavlja, da anketiranci višini osebnega dohodka niso pripisovali večjega pomena oziroma so ga postavili šele na četrto mesto.

6 Zaključek

Izvajalci zdravstvene nege so vsem dejavnikom motivacije pripisali zelo visok pomen, čeprav so posebej izpostavili motivacijski dejavnik »zadovoljni pacient« in »dobri odnosi s sodelavci«. Slednjim so izvajalci zdravstvene nege z visoko strokovno izobrazbo namenili večji pomen. Tudi »stalnost zaposlitve« je za izvajalce zdravstvene nege pomemben dejavnik motivacije pri delu, kar pa ne pomeni, da ostali dejavniki za njih niso bili pomembni. Izvajalci zdravstvene nege dajejo motivaciji pri delu zelo velik pomen. Naš namen je v prihodnosti ugotoviti, zakaj izvajalce zdravstvene nege nagrajevanje, napredovanje, plačilo in druge dejavniki, ki so jim sicer namenili visoko povprečno oceno, nimajo večjega vpliva za motivacijo pri delu.

Izvajalce zdravstvene nege bi bilo potrebno dodatno motivirati za njihovo delo, saj bi tako dosegli večje zadovoljstvo na delovnem mestu? S pomočjo tehnike anketiranja bi lahko izvedli poglobljeno analizo individualnih motivatorjev. Vsakega zaposlene-

ga bi povprašali o tem, kaj ga motivira in kaj ga demotivira ter se z njim pogovorili o načinih motiviranja in stimuliranja. Predlagamo tudi, da bi se dosledno opravljali redni letni razgovori s strani nadrejenih. Pogovarjali bi se o težavah, s katerimi se srečujejo na delovnem mestu, lahko bi predlagali izboljšave, idr. in zaposleni bi na ta način začutili večjo pripadnost in lojalnost delovni organizaciji, kar bi jih še dodatno motiviralo za delo.

LITERATURA

1. Brejc, M. (2004). *Ljudje in organizacija v javni upravi*. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
2. Ferjan, M. (2005). *Management izobraževalnih procesov*. Kranj: Moderna organizacija.
3. Hrvačanin, M. (2006). *Vpliv medsebojnih odnosov na zadovoljstvo pri delu*. [Diplomsko delo]. Kranj: Univerza v Mariboru. Fakulteta za organizacijske vede.
4. Jakše, S. (2007). *Dejavniki motivacije in zadovoljstva na delovnem mestu*. [Diplomsko delo]. Koper: Univerza na Primorskem. Fakulteta za menagement Koper.
5. Kamenčič, J. (2014). *Motivacija za izobraževanje zaposlenih na področju zdravstvene nege*. [diplomsko delo]. Kranj: UM, Fakulteta za organizacijske vede.
6. Klarič, T. (2009). *Organizacijska klima in zadovoljstvo zaposlenih* [diplomsko delo]. Kranj: UM, Fakulteta za organizacijske vede.
7. Nunnally, J. C., Bernstein, I. H. (2009). *Psychometrictheory* (3rd ed). McGraw-Hill. New York.
8. Scobie, J. C. (2009). *Dolgoročno vodenje*. Ljubljana: Krščansko društvo Horeb.
9. Shin, G. (2004). *Čudež motivacije: vodnik do sreče in uspeha*. Ljubljana: Tuma.
10. Svetlik, I., Zupan, N. (2009). *Menedžment človeških virov*. In: Svetlik I. Zupan N. eds. Učbenik. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Kirurški varnostni kontrolni seznam

POVZETEK - Z namenom zmanjšanja verjetnosti resnih neželenih dogodkov v operacijski dvorani so v SZO leta 2008 svetu predstavili koncept uporabe varnostnih seznamov v kirurgiji. Verjeli so, da se z rutinskimi preverjanjem pogostih varnostnih vprašanj in boljšo komunikacijo lahko izognemo večjim komplikacijam med operativnim posegom in posledično zmanjšamo mortaliteto po kirurškem posegu. V pilotni študiji izvedeni v osmih bolnišnicah so dokazali, da je število komplikacij in operativnih posegov, ki se končajo s smrtjo bistveno manj, če se v procesu dela uporabi kontrolno varnostni kirurški seznam. Podatki, pridobljeni z raziskavo, so vzpodbudili tudi druge bolnišnice po vsem svetu, da so se pridružile projektu varna kirurgija rešuje življenja in tako postavile varnost pacienta na prvo mesto. V članku predstavljamo uvajanje varnostno kontrolnega vprašanja v Splošni bolnišnici Novo mesto, kot primer dobre prakse.

KLJUČNE BESEDE: varnost, operativni poseg, Kirurški varnostni kontrolni seznam

1 Uvod

Začetki projekta varna kirurgija rešuje življenja segajo v leto 2004, ko je SZO na podlagi razširjene raziskave, v kateri je sodelovalo 56 držav iz celega sveta ugotovila, da je število komplikacij in posledično smrtnost pri pacientih, ki so imeli opravljen kirurški poseg, alarmantno veliko.

Hemingway, O Malley in Silvestri (2015) navajajo, da so bili v preteklosti podatki o številu napak, ki so se zgodile v procesu operacije, zelo skopi, saj zdravstveno osebje ni prijavljalo napak. Vzrok je bila predvsem bojazen pred sankcijami in stigmatizacijo. Dejstvo je, poudarjajo Hemingway, O Malley in Silvestri (2015), da je kar polovico zapletov, ki jih doživijo pacienti, možno preprečiti z upoštevanjem smernic in navodil. Na primer za preprečevanje okužbe kirurške rane je ključnega pomena smiselna in pravočasna uporaba antibiotikov, zapletom pri anesteziji pa se lahko izognemo s spremljanjem alergičnih reakcij na določena zdravila.

Kirurška obravnava je zelo kompleksna in vključuje več postopkov, ki morajo biti usmerjeni k individualni obravnavi pacienta. Z namenom zmanjševanja nepotrebnih resnih komplikacij oziroma v izogib smrtnosti po operativnem posegu kot posledice komplikacij mora tim, ki sodeluje pri operativnem posegu, upoštevati smernice in delovati po desetih ključnih načelih, ki ji predstavi Safe surgery save lifes (2009):

- Poseg bo izveden na pravem pacientu.
- Poseg bo izveden z uporabo varne in sodobne metode anestezije, istočasno bo poskrbljeno za protibolečinsko terapijo.

- Prepoznati in biti pripravljen na možne zaplete v zvezi z izgubo dihalne poti in posledično dihalne odpovedi.
- Pripraviti se in učinkovito odreagirati na večjo izgubo krvi med operativnim posegom.
- Izogniti se alergičnim reakcijam na znane alergene.
- Uporabiti metode, ki preprečujejo kontaminacijo kirurškega polja.
- Preprečiti nenamerno odlaganje in zadrževanje inštrumentov v kirurški rani ali njeni neposredni okolici.
- Zagotavljanje ustreznega označevanje odvzetih vzorcev.
- Zagotavljanje učinkovite komunikacije med člani tima in jasno izmenjavo podatkov, ki so pomembni za varen potek operativnega posega.
- Zaznavanje, spremljanje in dokumentiranje varnostnih odklonov in zapletov.

Na podlagi pridobljenih podatkov o številu komplikacij in z operativnim posegom povezane velike incidence smrtnosti pri kirurških pacientih, Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) leta 2006 prične izvajati številne globalne in regionalne pobude na področju kirurške varnosti in izdela projekt varna kirurgija rešuje življenja.

Z namenom, da bi zmanjšali število neželenih dogodkov pri pacientih, ki so imeli opravljen kirurški poseg, so zastavili cilje, ki so pomenili izvajanje postopkov v procesu zagotavljanja varnosti v operacijski dvorani. V ospredje pa so postavili preprečevanje anestezijskih in kirurških zapletov in poudarili dobro komunikacijo med člani tima. V projekt se je leta 2007 vključilo osem načrtno izbranih bolnišnic iz različnih delov sveta, demografsko in ekonomsko raznolikega statusa. Te države so bile Kanada, Združene države Amerike, Anglija, Indija, Jordanija, Nove Zelandije, Filipini in Tanzanija. Opravili so primerjavo med kirurškimi posegi, ki so v procesu imeli vpet kirurško varnostni seznam in posege, ki so bili opravljeni brez kirurško varnostnega seznama. V raziskavo je bilo vključenih 3733 pacientov, rezultati pa so bili zelo vzpodbudni. Ugotovili so, da se je število večjih komplikacij zmanjšalo iz 11% na 7% po uporabi kirurškega varnostnega seznama, smrtnost pa se je celo zmanjšala za 40%, saj se je odstotek smrtnih primerov pacientov, ki so imeli opravljen kirurški poseg, po uporabi kirurško varnostnega seznama zmanjšal iz 1,5% na 0,8%. Ker se projekt varna kirurgija rešuje življenja in z njo varnostno kirurški seznam izkaže za zelo pomemben projekt in dokument za preprečevanje neželenih dogodkov, se leta 2013 projektu priključi tudi Splošna bolnišnica Novo mesto z uvedbo kirurškega varnostnega seznama v Centralno operacijski blok. Z uvedbo kirurško varnostnega seznama v dokumentacijo pacienta v Splošni bolnišnici Novo mesto postavljamo varnost pacienta na prvo mesto, saj s standardiziranimi seznamami lahko obvladamo odklone, prepoznamo nevarnosti, ustrezno ocenimo tveganja za komplikacije in pravočasno ukrepamo v primeru komplikacij.

2 Kirurški varnostni kontrolni seznam

Uvedba kirurškega varnostnega kontrolnega seznama predstavlja enostavno in učinkovito orodje po vzgledu kontrolnih seznamov v letalstvu. Sprva je bil uveden kot učinkovito sredstvo pri zmanjševanju števila okužb ran po kirurških posegih, pljučnic pri ventiliranih pacientih ter katetrskih seps (Chua idr., 2010).

Vsak kazalnik kakovosti, ki se preverja pri izpolnjevanju, je bil v varnostni kontrolni seznam vključen na podlagi mnenj različnih strokovnjakov, ki so dejavni predvsem v kirurškem operacijskem okolju. Njegova vključitev v proces obravnave pacienta zmanjša verjetnost resnih neželenih dogodkov in posledično zmanjšuje stroške zdravljenja (World alliance for patient safety, 2008).

Pred uvedbo pacienta v anestezijo, pred začetkom operacije in ob koncu operacije, preden pacient zapusti operacijsko dvorano, se preverijo vsi ključni dejavniki in postopki, ki bi lahko vplivali na varno kirurško in anesteziološko oskrbo pacienta, poudarijo World alliance for patient safety (2008). Varnostni kontrolni seznam uvaja novo varnostno kulturo v operacijski sobi in strukturirano komunikacijo med posameznimi poklicnimi skupinami, ki sodelujejo pri operativnem posegu.

Kirurški nadzorni varnostni seznam uvaja novo varnostno kulturo v operacijski dvorani in strukturirano komunikacijo med posameznimi poklicnimi skupinami, ki sodelujejo pri operativnem posegu, saj postavlja varnost pacienta na prvo mesto meni Berkopec (2015). Varnost pacienta med operativnim posegom je ena izmed prednostnih nalog celotne operativne ekipe in ne sme biti prepuščena naključju, temveč mora biti rezultat načrtovanja, brezhibnega izvajanja postopkov in nadzora. S strokovnim in odgovornim delom je možno dogodke, ki bi lahko ogrozili pacienta, zmanjšati na minimum.

Kirurški varnostni kontrolni seznam se izvaja v treh fazah in za vsako fazo posebej so določeni postopki, ki se preverijo.

Faza »sign in« - pred uvodom v anestezijo

Beganovič in Oroszy (2011) opisujeta prvo fazo »sign in« ali pred uvodom v anestezijo. Postopke v tej fazi preveri operacijska medicinska sestra ali član anesteziološkega tima (glede na mesto anesteziološke priprave pacienta). Ne glede na to, kdo je v tej fazi kirurškega varnostnega kontrolnega seznama, je pomembno, da se preverijo določeni postopki.

Preveri se pacientova identiteta, prisotnost soglasja za anestezijo in poseg, potrdi se vrsta posega in stran operativnega območja. Ta korak, čeprav je videti, kot da se ponavljamo, lahko prepreči napako, kot je operacija napačnega pacienta ali poseg na napačnem mestu (World alliance for patient safety, 2008).

V tej fazi preverjanje poteka tako, da koordinator pacienta zaprosi, da pove svoje ime in priimek ter datum rojstva (če je možno), identiteto preveri tudi s pregledom podatkov na identifikacijskem traku. V primeru otrok ali pacientov, ki niso zmožni

navesti identifikacijskih podatkov, lahko to storijo starši ali skrbniki pacienta. Če pacientovi svojci niso na voljo, da bi potrdili identiteto ali v primeru urgentnih operacij, se to polje ne označi (World alliance for patient safety, 2008). Nato koordinator preveri, ali je podpisana privolitev na operativni poseg in privolitev na anestezijske postopke. Za tem je koordinatorjeva naloga, da preveri vrsto in stran operativnega posega in področja pri pacientu.

(Beganovič in Oroszy (2011) v svojem članku opišeta naloge koordinatorja. V tej fazi mora koordinator preveriti ali je označeno operativno mesto pri pacientu oz. ali določitev operativnega mesta s kirurške strani ni potrebna, poleg tega koordinator preveri pri anesteziološkem timu, ali je le-ta preveril anestezijski aparat in zdravila, alergije pri pacientu (izvršeni ustrezni ukrepi), tveganje za težko intubacijo, aspiracijo in veliko izgubo krvi (izvršeni ustrezni ukrepi) (Beganovič in Oroszy, 2011).

Faza »time out«- pred kirurškim rezom

Koordinator kirurškega varnostnega kontrolnega seznama je v tej fazi operacijska medicinska sestra, ki pred kirurškim rezom prosi vse člane tima za kratek premor. V tej fazi je izrednega pomena komunikacija med člani tima (World alliance for patient safety, 2008).

Koordinator najprej zaprosi, da se novi člani tima predstavijo po imenu in funkciji in nato zagotovi ustne potrditve. Nato kirurg predstavi pacienta (kratek opis poteka operacije, posebnosti, trajanje, pričakovana izguba krvi). Sledi ustna pritrditve kirurga, anesteziološkega tima in operacijske medicinske sestre o pacientovi identiteti ter vrsti in strani operativnega področja navajata (Beganovič in Oroszy, 2011). Nadalje predstavita zadolžitve ostalih profilov v timu in sicer, da anesteziolog v tej fazi predstavi pacienta (posebnosti, rizične dejavnike), umita operacijska medicinska sestra pa potrdi sterilnost, preverjen in preštet instrumentarij, material in opremo. Anestezijska ekipa potrdi, da je pacient prejel antibiotično profilakso (v kolikor je to standardizirano oziroma potrebno za izvedbo operativnega posega). Kirurg na koncu faze potrdi ali so prisotne rentgenske slike, izvidi, potrebni za operativni poseg.

Faza »sign out« - pred odpustom iz COB- a

Tretja faza ali faza »sign out« se odvija preden pacient zapusti operacijsko sobo. Beganovič in Oroszy (2011) navajata, da to fazo kirurškega varnostnega kontrolnega seznama preveri operacijska medicinska sestra (koordinator). Ta del kirurškega varnostnega kontrolnega seznama mora biti izveden, preden se odpelje pacienta iz operacijske sobe. Preveri se ali je operativni poseg pravilno zapisan, prešteje in kontrolira se prisotnost instrumentov in operativnega materiala. Točnost števila materiala in inštrumentov preverita še koordinator in umita operacijska sestra. Nato koordinator vpraša kirurga, ali so bili med operativnim posegom odvzeti tkivni vzorci, in v kolikor so bili, glasno prebere pacientovo ime, opis vzorca in označbe. V tej fazi se evidentirajo morebitne težave z opremo. Sledijo navodila anesteziologa in kirurga

glede pooperativne oskrbe pacienta, za tem pa se obvesti enoto, na katero bo pacient premeščen po operativnem posegu (Beganovič in Oroszy, 2011).

3 Uvedba Kirurškega varnostno kontrolnega seznama v Centralnem operacijskem bloku (COB) Splošne bolnišnice Novo mesto

Splošna bolnišnica Novo mesto z letom 2013 v proces kirurške zdravstvene obravnave uvede kontrolno varnostni kirurški seznam po priporočilih SZO. Seznam najprej vpeljemo v proces dela v papirni obliki, kasneje leta 2015 pa ga vključimo v bolnišnično informacijski sistem in preidemo na elektronsko dokumentiranje kontrolno varnostnega seznama. V sklopu diplomske naloge smo opravili raziskavo, v kateri smo s kvantitativno tehniko zbiranja podatkov ugotavljali delež popolno izpolnjenega drugega dela kontrolnega varnostnega seznama, ki ga izpolni operacijska medicinska sestra. V raziskavo smo vključili 92 pacientov, ki so imeli v mesecu januarju 2016 opravljen poseg v travmatološki operacijski sobi. Od 92 posegov je bil veliko večji delež posegov planiranih. Največje število posegov se opravi v času delovnih dni, veliko manj pa ob sobotah, nedeljah in praznikih, saj takrat nastopi dežurna služba in se opravljajo samo urgentni posegi. Tretjina operiranih pacientov v travmatološki operacijski dvorani je bila ženskega spola, večina operiranih pa je moških. Med dokumentacijo v elektronski obliki smo iskali odklone pri beleženju podatkov v varnostno kontrolni seznam, predvsem del, ki ga opravijo operacijske medicinske sestre in se nanaša na kontrolo indikatorjev sterilnosti in preverjanje in štetje inštrumentarija, materiala in opreme. Od 92. posegov smo zabeležili samo eden odklon. Vsi ostali operativni posegi so bili pravilno zabeleženi v kontrolno varnostni seznam.

4 Zaključek

Z uvedbo kirurškega kontrolno varnostnega seznama v proces obravnave pacientov, ki so imeli opravljen kirurški poseg, se je po opravljeni raziskavi SZO število komplikacij po operativnem posegu zelo zmanjšalo. Ko leta 2008 SZO uvede projekt varna kirurgija rešuje življenja v različne bolnišnice po svetu, se le ta izkaže za zelo učinkovitega, zato tudi Splošna bolnišnica Novo mesto leta 2013 pristopi projektu in ga z izpolnjevanjem kontrolno varnostnih seznamov tudi uspešno izvaja. Kasneje, leta 2015, seznam nadgradimo in ga vpeljemo v bolnišnični informacijski sistem, ter tako elektronsko dokumentiramo kontrolno varnostni seznam. Raziskava, ki smo jo opravili januarja 2016 v travmatološki operacijski dvorani centralnega operacijskega bloka v Splošni bolnišnici Novo mesto, nam poda podatke ki dokažejo, da smo projektu pristopili vestno in odgovorno.

LITERATURA

1. Beganovič, A. in Oroszy, D. (2011). Uporaba kirurškega varnostnega kontrolnega seznama pri operativnem posegu. V T. Požarnik (ur.), Primeri dobre prakse v perioperativni zdravstveni negi, zbornik XXVII, Rogaška slatina 18. – 19. marec 2011 (str. 13–20). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
2. Berkopec, M. (2015). Centralni operacijski blok v Splošni bolnišnici Novo mesto. V M. Berkopec (ur.), Operacijske medicinske sestre na Slovenskem – jubilejni zbornik ob 40. obletnici sekcije (str. 223–232). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
3. Chua, C., Winsniewski, T., Ramos, A., Schlepp, M., Fildes, J. in Kuhls, D. (2010). Multidisciplinary trauma intensive Care Unit Checklist: Impact on infection rates. *Journal of trauma nursing*, 17(3), 163–166. Pridobljeno 10. 11. 2015, s www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=935&accno=2010809701.
4. Hemingway, M., Malley, O., Silvestri, S. (2015). A program to prevent surgical errors, *AORN Journal*, 101(4), 404-415.
5. Luštek, B. in Berkopec, M. (2014). Uporaba E- dokumentacije perioperativne zdravstvene nege-izkušnje v splošni bolnišnici Novo mesto. V T. Požarnik (ur.), Naredimo operacijsko zdravstveno nego vidnejšo, zbornik XXXII, Ljubljana 21. November 2014 (str. 66-74). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti.
6. Vries, E. N., Prins, H. A., Crolla, R. M., Outer, A. J., Andel, G., Helden, S. H. idr. (2010). Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *New England Journal of Medicine*, 363(20), 1928-1937.
7. World alliance for patient safety (2008). Implementation manual who surgical safety checklist. Pridobljeno 20. 10. 2016, s http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Manual_finalJun08.pdf?ua=1.
8. World Health Organization Guidelines for safe surgery (2009). Safe surgery save lives. World health organization. Pridobljeno 23.10.2016, s http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/1/9789241598552_eng.pdf.

Ambulantna obravnava bolnika

POVZETEK - Ambulantna obravnava bolnika na sekundarni ravni poteka s poglobljeno diagnostiko, z zdravljenjem in z rehabilitacijo. Vloga medicinske sestre pri ambulantni obravnavi je obsežna, zato potrebujejo tudi ustrezno dokumentacijo. V očesni ambulanti so v ta namen izdelali ustrezno dokumentacijo, ki bo v vsebini prispevka podrobno opisana. Varna obravnava pacienta z ustrezno dokumentacijo je v današnjem času ključnega pomena.

KLJUČNE BESEDE: medicinska sestra/zdravstveni tehnik, dokumentacija, ambulantna obravnava bolnika

1 Uvod

Ambulantna dejavnost je dejavnost na sekundarni ravni. Obsega poglobljeno diagnostiko, zdravljenje bolezni in izvaja ambulantno rehabilitacijo. Ob tej dejavnosti potrebujejo zdravstveno dokumentacijo. V ambulanti ustvarjajo dokumentacijo v pisni obliki in v elektronski. Dokumentacija zdravstvene nege je tudi komunikacijska pot zdravstvenega tima. Iz nje je razvidna celostna obravnava bolnika v ambulanti.

2 Ambulantna obravnava bolnika

Pri ambulantni obravnavi je zaradi spremljanja bolezni, okrevanja za kakovostno obravnavo le-tega pomembna zdravstvena dokumentacija. Dokumentacije je veliko (ambulantni kartoni, napotnice, naročilnice, izvidi, privolitve bolnikov v diagnostične ali terapevtske posege itd.). Ni pa dokumentacije zdravstvene nege.

Definicija dokumentacije zdravstvene nege je: Vsaka napisana ali računalniško shranjena informacija o bolniku, ki opisuje nego in oskrbo ali druge storitve, ki so jih zagotovili preko dokumentacije medicinska sestra/zdravstveni tehnik (MS/ZT) in z njimi sporočajo svoja opažanja, odločitve, aktivnosti in izvide v zvezi z bolnikom. Dokumentacija je natančen popis (Ramšak Pajk, 2006).


Na oddelkih imajo MS/ZT temperaturni list, sestrsko poročilo, negovalno dokumentacijo ipd. V ambulanti tega nisem zasledila, kar sem zelo pogrešala. Nisem imela kam zabeležiti, kar se je pri bolniku v ambulantni obravnavi naredilo.

V očesni ambulanti/oddelku MS/ZT ni samo oseba, ki pokliče bolnika, da stopi naprej do zdravnika. Predno pride bolnik do zdravnika, opravi veliko dela, ki ni nikjer

evidentirano. Veliko je ustnih naročil, katere MS/ZT nima kam napisati. Zakaj v ambulantni delo MS/ZT ni ovrednoteno? Ni dokumentov? V svoji stiski ob menjavi delovnega okolja, sem stopila do sodelavke Anje Hudoklin, dipl.m.s., in ji povedala, da pogrešam dokument, kjer bi lahko zdravnik naročil preiskave, napisal terapijo, jaz bi se lahko podpisala in označila, kaj je opravljeno in zapisala svoja opažanja. Zamisel ji je bila všeč. Sestavili sva obrazec Ambulantna obravnava bolnika in ga predstavili naši glavni sestri Marti Blažič. Slednja je zamisel o obrazcu sprejela z navdušenjem in nama ga pomagala izoblikovati.

V očesni ambulantni SB Novo mesto se obravnava bolnika prične s kartico zdravstvenega zavarovanja, pripravo ambulantnega zdravstvenega kartona in sedaj tudi z dokumentom, kjer je razvidna celostna zdravstvena obravnava. Obravnava je obsežna in zajema veliko diagnostično-terapevtskih postopkov. Z uvedbo novega obrazca zdravstveni tim pridobi vse podatke celostne obravnave bolnika. Sedaj imajo MS/ZT dokument zdravstvene nege tudi v ambulantni, kjer lahko zdravnik pisno odredi preiskave in terapijo, MS/ZT pa smo izvajalci le-teh. Na tak način je naše delo evidentirano, zabeleženo in dokumentirano. Obrazec je bil na skupnem oddelčnem sestanku predstavljen tudi zdravnikom, ki so ga sprejeli, prav tako tudi ostali člani negovalnega tima. Dokumentacija zajema vse napotitve, pisna naročila s strani zdravnika in s strani MS/ZT, da je delo MS/ZT opravljeno. Strukturiran dokument omogoča sledljivost in varno obravnavo bolnika.

Slika 1: Obrazec ambulantne obravnave bolnika

		<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; margin: 0 auto; text-align: center;">Prostor za nalepko</div>																																				
OČESNI ODDELEK																																						
AMBULANTNA OBRAVNAVA PACIENTA																																						
AMB:	MS/TZN:	Zdravnik:	Datum:																																			
MERITVE (AR, NT, Očala, Pachy, Keratometrija):																																						
<u>Visus:</u>																																						
Do:																																						
Lo:																																						
NAPOTITVE:	Ura	Podpis	NAPOTITVE:																																			
G-top M-top			Foto fundi Foto/OCT spr.delov																																			
Goldman			OCT makule 30° 55°																																			
UZ			OCT papile RNFL ONH																																			
IOL			AF, RF, IR 30° 55° 102°																																			
Pachy			Opažanja/ posebnosti:																																			
DIAGNOSTIČNO – TERAPEVTSKI POSEGI:																																						
<table border="1"> <tr> <td>MIDRIAZA</td> <td>DO</td> <td>LO</td> <td rowspan="6" style="text-align: center; vertical-align: middle;">ORTOPTIČNI STATUS:</td> </tr> <tr> <td>ISHIHARA</td> <td>DO: <u> / / </u></td> <td>LO: <u> / / </u></td> </tr> <tr> <td>Schirmer test</td> <td>DO: <u> </u> mm</td> <td>LO: <u> </u> mm</td> </tr> <tr> <td>LFK YAG-CT</td> <td>DO</td> <td>LO</td> </tr> <tr> <td>Iridotomija</td> <td>DO</td> <td>LO</td> </tr> <tr> <td>Prebrizganje solzevodov:</td> <td>DO: <u> </u></td> <td>LO: <u> </u></td> </tr> <tr> <td>ETDRS</td> <td>DO: <u> </u></td> <td>LO: <u> </u></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Amb SKIA</td> <td>FA</td> <td>ICG</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">GLOBINSKI VID: Muha <u> </u>, liki <u> </u>/3, krogeci <u> </u>/10</td> </tr> </table>		MIDRIAZA	DO	LO	ORTOPTIČNI STATUS:	ISHIHARA	DO: <u> / / </u>	LO: <u> / / </u>	Schirmer test	DO: <u> </u> mm	LO: <u> </u> mm	LFK YAG-CT	DO	LO	Iridotomija	DO	LO	Prebrizganje solzevodov:	DO: <u> </u>	LO: <u> </u>	ETDRS	DO: <u> </u>	LO: <u> </u>		Amb SKIA	FA	ICG		GLOBINSKI VID: Muha <u> </u> , liki <u> </u> /3, krogeci <u> </u> /10				Ostalo: ANAMNEZA IN OPAŽANJA: <table border="1"> <tr> <td>TERAPIJA:</td> <td>TERAPIJA:</td> </tr> <tr> <td>Ambulantno: Do Lo</td> <td>Domov: Do Lo</td> </tr> </table>		TERAPIJA:	TERAPIJA:	Ambulantno: Do Lo	Domov: Do Lo
MIDRIAZA	DO	LO	ORTOPTIČNI STATUS:																																			
ISHIHARA	DO: <u> / / </u>	LO: <u> / / </u>																																				
Schirmer test	DO: <u> </u> mm	LO: <u> </u> mm																																				
LFK YAG-CT	DO	LO																																				
Iridotomija	DO	LO																																				
Prebrizganje solzevodov:	DO: <u> </u>	LO: <u> </u>																																				
ETDRS	DO: <u> </u>	LO: <u> </u>																																				
Amb SKIA	FA	ICG																																				
GLOBINSKI VID: Muha <u> </u> , liki <u> </u> /3, krogeci <u> </u> /10																																						
TERAPIJA:	TERAPIJA:																																					
Ambulantno: Do Lo	Domov: Do Lo																																					
KONTROLA:		Opozorilo za novo napotnico DA NE																																				
PREISKAVE OB KONTROLI:																																						

Obrazložitev vsebine obrazca:

1. del predstavlja glavo, kamor vpisujejo podatke bolnika (ime in priimek, leto rojstva, naslov, matični indeks);
2. del predstavlja pripravo bolnika. Izvajalke so MS/SMS/ZT;
3. del predstavlja napotitve zdravnika na diagnostične postopke. MS, ki vodi preiskavo, napiše svoja opažanja, posebnosti in se podpiše;
4. del zajema poleg diagnostičnih postopkov še terapevtske;
5. del zdravnik zapiše anamnezo in opažanja;
6. del zdravnik predpiše terapijo, ambulantno in domov;
7. del kdaj je predvidena naslednja kontrola;
8. del zdravnik odredi diagnostične postopke ob naslednji kontroli.

3 Zaključek

V očesni ambulanti/oddelku je tako MS/ZT enakopravni član tima, kjer samostojno ali po naročilu zdravnika izvaja zdravstveno nego, zdravstveno-vzgojno delo in sodeluje pri diagnostično-terapevtskih postopkih. Z individualnim pristopom in z ustvarjeno dokumentacijo pa bolniku zagotavljamo kakovostno in varno obravnavo.

LITERATURA

1. Hajdinjak, G., Meglič, R. (2012). *Sodobna zdravstvena nega*. 2. dopolnjena izd. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, str. 364.
2. Pajnikihar, M., Brumen, M. (1999). *Teoretične osnove zdravstvene nege*. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
3. Ramšak Pajk, J. (2006). Dokumentacija v zdravstveni negi: Pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*; 40: 137–142 www.zdravstvena.info [21.10.2016].

Vrednotenje dela mentorjev v kliničnem okolju zdravstvene nege

POVZETEK - Brez zdravstvene nege ni zdravljenja in brez teorije ni zdravstvene nege. Teoretična spoznanja so uvod v praktično delo, saj se teorija in praksa zdravstvene nege izmenjujeta in dopolnjujeta. Velik pomen pri tem ima izobraževanje. Klinična praksa, njeno vodenje ter mentorstvo so pomembni dejavniki v izobraževalnem procesu zdravstvene nege. Izsledki raziskave so pokazali, da se mentorji dodatno izobražujejo in pripravljajo na svoje delo – mentorstvo. Velik problem jim predstavlja pomanjkanje časa za delo s študenti. Zaradi mentorstva se je okreplil njihov profesionalni razvoj, vendar pa so mnenja, da so s strani okolja, v katerem delajo, ter s strani izobraževalnih institucij premalo ovrednoteni in nagrajeni. V slovenskem prostoru bi se morali odgovorni zamisliti, koliko so cenjeni in vrednoteni ljudje, ki vzgajajo ter usposabljujejo bodoče generacije, ki jih bomo v času svojih zdravstvenih problemov, stisk še kako potrebovali.

KLJUČNE BESEDE: mentorstvo, zdravstvena nega, izobraževanje, klinično okolje

1 Uvod

Brez zdravstvene nege ni zdravljenja in brez teorije ni zdravstvene nege. Teorija usmerja medicinsko sestro ter pacienta skozi proces zdravstvene nege. Naloga teorije je, da opiše, razloži, opredeli in napove vsebino ter rezultate zdravstvene nege. Medicinska sestra mora imeti s tega področja veliko znanja (Pajnkihar, 2011).

V delu Rečnik et al. (2004) je zapisano, da so teoretična spoznanja pogosto uvod v praktično delo, saj se teorija in praksa izmenjujeta ter dopolnjujeta. Velik pomen pri tem ima izobraževanje.

Skela Savič (2009) opozarja, da se mora tudi zdravstvena nega iz pogleda same vase usmeriti v izboljševanje klinične prakse. Znanje naj ne beži v pisarne, ampak se ga naj uporablja in razvija ob bolniku, razširja v timski metodi dela ter predaja študentom.

Učenje v kliničnem okolju predstavlja možnost za profesionalni razvoj študentov zdravstvene nege, zato je vloga mentorjev v kliničnem okolju zelo pomembna in odgovorna (Lorber & Donik, 2009).

Tako bi morali tudi v zdravstveni negi klinična praksa, njeno vodenje ter mentorstvo predstavljati posebno pomembno vlogo v izobraževalnem procesu. Praktično usposabljanje študentov v delovnih organizacijah (Govekar-Okoliš, Kranjčec, Gruden, 2010a) je postalo pomemben del bolonjskega študija, saj naj bi se izboljšala tako

kakovost praktičnega usposabljanja študenta kot kakovost mentorskega dela v delovni organizaciji. Marentič-Požarnik s sodelavci (2007) meni, da se je potrebno zavedati, da je proces mentorstva vedno zelo zahtevne, izzivne narave za ustvarjalnega mentorja in tudi njegovega ustvarjalnega slušatelja. Mentorstvo je najvišja raven poučevanja drugih (Wltavsky, Hočevnar, 2007 in Ploj 2013), kajti v tem procesu mora mentor združiti teoretično znanje, torej že vse predhodno naučene izkušnje, z novimi pričakovanji in cilji, katere mora udeleženec doseči na konkretnem delovnem mestu. Ob pomoči pravega mentorja bo vlaganje v izobraževanje in usposabljanje opisuje tudi Satlerjeva (2011) uspešnejše. In največ, kar se mentorju lahko dogodi, je, da bodo njegovi učenci oziroma varovanci uspešnejši od njega.

2 Izobraževanje v zdravstveni negi

Pajnikihar (2013) navaja, da je pridobivanje novih znanj ter posledično razvoj profesije in discipline temelj in cilj vsakega izobraževanja.

Železnik, Verbič, Trobec in Ovičaj (2009) opisujejo, da smo v Sloveniji priča velikim premikom. Zdravstvena nega kot eden od reguliranih poklicev je vendarle dobila status samostojne zdravstvene vede, kar se kaže tudi skozi težko pričakovana statusna preoblikovanja visokošolskih zavodov v fakultetne izobraževalne ustanove. To je eden od formalnih kazalnikov, kako se tradicionalno pomočniški poklic spreminja v samostojnega, piše tudi Kulaš (2013) in prevzema nove vloge v slovenskem prostoru. V Sloveniji se je mogoče vpisati tudi na podiplomski študijski program (Ramšak-Pajk, 2007) s področja zdravstvene nege, kar je prav gotovo izjemno pomembna pridobitev in zgodovinski premik v izobraževanju medicinskih sester.

V letu 2016 pa je mogoč vpis v študijski program 3. stopnje Zdravstvene nege. Pridobljen strokovni naslov: doktor/doktorica znanosti, predstavlja jedro pri nadaljnjem razvoju znanstveno raziskovalnega dela na visokošolskih in raziskovalnih institucijah je opisano na spletni strani Fakultete za zdravstvene vede, Univerze v Mariboru in bo omogočil zmanjšanje vrzeli med teorijo in prakso, razvoj znanosti za podporo razvoja zdravstvene nege, kot znanstvene discipline v slovenskem prostoru.

Železnik in sodelavci (2009) navajajo, da je izobraževanje ključnega pomena, saj brez kakovostnega izobraževanja navaja tudi Kulaš (2013) ne more biti kontinuiranega in sistematičnega razvoja stroke s področja zdravstvene nege. V Sloveniji imamo razvito tako srednješolsko kot tudi visokošolsko izobraževanje za poklice v zdravstveni negi.

V delu Kramarjeve (2011) je zapisano, da je v viziji strateških ciljev 2011–2020 za področje izobraževanja za zdravstveno nego in oskrbo opredeljeno, da mora znanje diplomiranih medicinskih sester slediti potrebam bolne in zdrave populacije. Prav tako je opredeljeno, da mora znanje, ki ga medicinska sestra pridobi v okviru formalnega dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja ter kontinuiranega vseživljenjskega učenja opisuje Oblonšek (2011), omogočiti razvoj kompetenc in

sposobnosti za samostojno ugotavljanje potreb po zdravstveni negi in oskrbi, načrtovanju, izvajanju in vrednotenju zdravstvene nege, s pomočjo procesne metode dela. Poleg tega mora izobraževanje na vseh nivojih temeljiti na preprečevanju bolezni, zgodnjem odkrivanju le-te, zdravstveno-vzgojnem delu in promociji zdravja. Medicinska sestra mora biti po zaključku izobraževanja sposobna kritičnega mišljenja in veščin reševanja problemov, sposobna mora biti trezne klinične presoje ter sprejemanja odločitev v različnih kontekstih zagotavljanja zdravstvene nege in oskrbe.

Kramar (2011) meni, da smo medicinske sestre največja, najbolj vidna in prepoznavna skupina zaposlenih v sistemu zdravstvenih storitev, zato je celotna oskrba pacientov odvisna od našega znanja, usposobljenosti in zadovoljstva. Dvig izobrazbene strukture pomembno vpliva na kakovost in varnost obravnave pacientov.

Učenje v kliničnem okolju

Učenje v kliničnem okolju predstavlja možnost za profesionalni razvoj študentov zdravstvene nege. Študentom nudi priložnost, da spoznajo, se usposobijo ter pridobijo spretnosti in veščine za izvajanje zdravstvene nege. Vse to študentom zdravstvene nege omogoča, da znajo in bodo znali prenesti teoretična znanja v klinično prakso (Ramšak-Pajk, 2008).

Govekar-Okoliš in Kranjčec (2010) sta zapisali, da je praktično usposabljanje študentov pomembno ne le zato, da ti opravijo obveznosti študija, temveč predvsem, da se tudi konkretno seznanijo s svojim bodočim strokovnim delom v praksi. Praktično usposabljanje (Kulaš, 2013) je za študente eden od prvih stikov s stroko, kjer lahko ovrednotijo svoje teoretično znanje s praktičnimi izkušnjami, je zapisala tudi Bjelanova (2010).

Teorija in praksa sta v kliničnem okolju povezani, navaja Čuk (2013), klinično usposabljanje v delovnih okoljih je predpisana oblika izobraževanja v zdravstveni negi.

Zgaga (2004) navaja, da je ob sprejemu Bolonjske deklaracije predsednik tedanje Konfederacije rektorskih konferenc Evropske unije, prof. Hans Uwe Erichsen, še posebej poudaril, da mora visoko šolstvo odgovoriti na izzive novega časa ter skrbeti za visoko kakovost študija. Za visoko kakovost študija pa ima velik pomen tudi praktično usposabljanje študentov (Govekar-Okoliš in Kranjčec, 2010), ki znotraj bolonjske prenove predstavlja sestavni del dodiplomskih in podiplomskih študijskih programov.

Mentorstvo v kliničnem okolju v zdravstveni negi

Mentorstvo je eden ključnih načinov ohranjanja in podajanja znanja. Tako kot je pomemben profesor v predavalnici (Kulaš, 2013), je pomemben tudi mentor na kliničnem usposabljanju. Vsak potrebuje nekoga, ki ga vodi, mu daje nasvete in osvežuje znanje (Bjelan, 2010 in Kulaš, 2013).

V Sloveniji smo v obdobju od 2006 do 2007 z akreditacijo petih visokošolskih zavodov povečali vpis rednih in izrednih študentov, piše Klemenc (2011), zaradi ve-

likega števila študentov pa je nastal problem zagotavljanja ustreznih učnih baz in s tem usposabljanja študentov po EU direktivi. Za opravljanje prakse študentov v kliničnem okolju ni dovolj mest, premajhno pa je tudi število ustreznih mentorjev. Slednji imajo pri opravljanju nalog mentorstva, kot navaja Kobentar (2007) in opisuje Kulaševa (2013) premalo časa, da bi študentom vedno resnično približali realni svet in pričakovanja pacientov ter njihovih svojcev. Skela Savič in Kaučič (2008) ugotavljata, da postajata vloga mentorja in proces mentorstva zahtevno delo oziroma dodatna odgovornost medicinskih sester, kar sta opisovali tudi Ramšak-Pajkova (2007) in Satlerjeva (2011).

Mentorstvo je v izobraževanju medicinskih sester prisotno že dolgo časa piše Ramšak-Pajk (2007), njegov namen je podpora, izboljšanje in dvig kakovosti kliničnega usposabljanja.

Učenje v kliničnem okolju predstavlja možnost za profesionalni razvoj študentov zdravstvene nege Satler (2011), zato je vloga mentorjev v kliničnem okolju zelo pomembna in odgovorna. Rezultati raziskave (Lorber, Donik, 2009) so pokazali, da predstavljajo klinični mentorji pomemben člen v izobraževalnem procesu.

Vloga mentorja v kliničnem okolju meni Kulaševa (2013) je zelo pomembna in odgovorna, saj študenti na kliničnih vajah pridobivajo izkušnje preko učenja neposredno v praksi.

Vrednotenje dela mentorjev in nagrajevanje

Ker je postalo praktično usposabljanje pomemben del bolonjskega študija, bi bilo potrebno sistemsko urediti klinično usposabljanje študentov in sistemsko ovrednotiti mentorjevo delo, da bi v čim večji meri doseglo svoj namen v praksi (Govekar-Okoliš et al., 2010a).

Problem, ki ostaja v celoti nerešen, je plačilo mentorjem za čas, ko se ukvarjajo s študenti. Mentorstvo je za mentorja le dodatna obveznost, ki ga brez plačila dodatno obremenjuje (Govekar-Okoliš in Kranjčec, 2010).

Mentorji so v svojih refleksijah kar opisuje tudi Kulaševa (2013), zapisali tudi slabe izkušnje, ki jih imajo iz prakse. Na podlagi njihovih mnenj so Govekar-Okoliš in sodelavci (2010b) ugotovili, da do zdaj področje vrednotenja mentorstva v delovnih organizacijah še ni bilo urejeno, potekalo je bolj stihijsko in glede na možnosti, ki so omogočale kolikor toliko kakovostno opravljeno praktično usposabljanje študentov.

Zaradi vse večjih zahtev si tudi mentorji želijo več izobraževanja navaja Ramšak-Pajk (2007) ter večje priznavanje in vrednotenje dela s strani sodelavcev, nadrejenih in vodilnega menedžmenta.

Tudi medicinske sestre in zdravstveni tehniki se neodvisno od funkcije že tradicionalno vključujejo v mentorsko delo, meni Kobentar (2007), in predstavlja sestavni del etičnih ravnanj v zdravstveni negi, kar je zapisano tudi v delu Tepinove (2011). Praktične izkušnje na področju zdravstvene nege pa kažejo na potrebo po načrtovanem vodenju kliničnega izobraževanja.

Ramšak-Pajk (2009) je mnenja, da so mentorji v zdravstveni negi pri svojem delu odgovorni tako za varnost pacienta, študenta in za čim kakovostnejšo prakso ter razvijanje kompetenc, kar je zapisano tudi v delu Kulaševa (2013). Študent pri svojem delu ni samostojen in potrebuje nenehen nadzor, zato je nujno, da so mentorji pripravljani na tako zahtevno vlogo.

Klemenc (2011) navaja pereč problem, da prihaja zaradi velikega števila študentov do premajhnega števila ustreznih mentorjev.

Lorber in Donik (2009) sta na podlagi trenutnih opazovanj v kliničnem okolju ugotavljali, da kljub pozitivnim izkušnjam kliničnih mentorjev z mentorstvom, velikokrat v ospredje prihajajo omejitve v smislu pomanjkanja časa in preobremenjenosti z delom.

Ugotovitve raziskave (Kobentar, 2007), ki je bila izvedena v Psihiatrični kliniki Ljubljana, potrjuje dejstvo, da imajo mentorji pri opravljanju nalog mentorstva premalo časa, da bi dijakom in študentom vedno resnično približali realni svet, pričakovanja pacientov ter njihovih svojcev.

V raziskavi je Bjelanova (2010) ugotovila, da se večina mentorjev na svoje delo pripravlja, dodatno izobražuje in izpopolnjuje. Ugotavlja tudi, da za to delo večina porabi tri in več ur dnevno, kar je z raziskavo potrdila tudi Kulaševa (2013), zato si mentorji želijo razbremenitve drugih obveznosti. Med svoje nasvete za izboljšanje je zapisala tudi, da bi bilo potrebno mentorjem priznati čas za pripravo na klinično usposabljanje ter jih finančno stimulirati.

Klinično usposabljanje vodijo klinični mentorji, za njih je poučevanje dodatna delovna obremenitev (Čuk, 2013).

Kulaševa (2013) sklepa, da ostaja še naprej neurejeno področje vrednotenja in financiranja mentorstva, saj so se v njeni raziskavi anketirani strinjali, da sedanji kriteriji vrednotenja mentorskega dela niso ustrezni. Klinični mentorji niso ustrezno plačani niti ne stimulirani ali nagrajeni za uspešno opravljanje mentorstva je z raziskavo potrdila Kulaševa (2013). Nadalje menijo anketirani v raziskavi Kulaševa (2013), da njihovo delo vodstvo klinike, visokošolski zavodi in sodelavci premalo cenijo ter da imajo premalo njihove podpore. Tako Kulaševa (2013) sklepa, da se medicinske sestre počutijo podcenjene, občutek lastne vrednosti pa je pomemben za vsakega človeka. Predlaga, da bi bilo potrebno te težave reševati na sistemski ravni, z novimi zakonskimi podlagami in spremembami. Kulaševa (2013) nadalje predlaga, da je potrebno poskrbeti za ustrezno vrednotenje mentorskega dela in sorazmerno s tem ustrezno plačilo. Po mnenju Kulaševa (2013) so mentorji svoje znanje in izkušnje pridobivali več let in v to vložili veliko svojega truda in prav bi bilo, da bi to spoštovali in jih ustrezno nagraditi. S podporo in pohvalo bi mentorje nagradili za njihov trud ter tako pokazali, da cenimo njihovo delo. Kulaševa (2013) nadalje piše, da se zavedamo, da smo v času finančne krize in da je treba varčevati, ampak nagradimo in motiviramo lahko tudi na nefinančen način. Pohvala nas prav nič ne stane, z njo pa lahko veliko dosežemo.

V delu Kulaševe (2013) je zapisan citat: »Ne sme se nam dogajati, da imamo mentorstvo za nekaj postranskega, od novincev pa pričakujemo, da se bodo že usposobili za delo, saj smo se tudi mi morali«. In opozarja, da ni prav, da se izvajajo pritiski na medicinske sestre, z miselnostjo, da je prenašanje znanja na mlajše kolegice dolžnost vsake medicinske sestre po kodeksu etike in ne bi smelo biti povezano s plačilom dodatka za mentorstvo. Kulaševa (2013) navaja, da je vloga medicinske sestre iz vloge asistence zdravniku že zdavnaj prešla na samostojno strokovno področje. Zato je po njenem mnenju potrebno mlade kadre ciljno izobraževati, načrtovano usposabljanje z našim zgledom, kajti le tako bodo lahko v bodočnosti prispevali svoj delež k razvoju stroke. Za doseganje tega cilja je treba sistem nadzornega in neposrednega mentorstva vpeljati v prakso opozarja Kulaševa (2013) in poleg celovite usposobljenosti mentorjev doseči zanje tudi bonitete.

Metoda reševanja problemov v kliničnem okolju

Praktično usposabljanje študentov v delovnih organizacijah, navajajo Govekar-Okoljš in sodelavci (2010a), je postalo pomemben del bolonjskega študija, saj naj bi se izboljšali tako kakovost praktičnega usposabljanja študenta kot mentorskega dela v delovni organizaciji. Zato bi morali tudi v zdravstveni negi, piše tudi Kulaševa (2013), omogočiti ustrezne pogoje za opravljanje praktičnega usposabljanja študentov, kar je omenila tudi Krajnc Zakrajškova (2012) in klinična okolja spodbujati k sprejemanju študentov na praktično usposabljanje, saj imajo od tega koristi tako fakultete in študenti kot klinična okolja.

Čukova (2013) je v raziskavi na vzorcu 517 rednih študentov in 318 rednih mentorjev v kliničnem okolju ugotovila, da je razvoj mentorske vloge povezan z organizacijskimi značilnostmi kliničnega okolja.

Delo mentorja zahteva tudi povezovanje in sodelovanje z drugimi sodelavci v timu ter še posebej s predstavniki ali predavatelji šole. Dejstvo je, da se za mentorje zdravstvene nege, opisano tudi v Kulaš (2013), v formalnem in neformalnem šolskem sistemu potrebna izobraževanja ne izvajajo ali pa so bolj izjema in plod lastne iniciative (Kobentar, 2008). Vprašati se moramo tudi, kako delovno okolje sprejema mentorstvo v krogih zdravstvene nege (Ramšak-Pajk, 2007) in ali vidijo sodelavci mentorja kot strokovnjaka ter učitelja (Mihelič Zajec, Ramšak-Pajk, 2006), ki je sposoben vzpostaviti odnos meni tudi Plojeva (2013) z "mentorirancem" in zna transformirati znanje ter pridobljene praktične izkušnje osebi na usposabljanju in izobraževanju.

»Dober glas seže v deveto vas«. To je slovenski pregovor, s katerim Wltavsky in Hočevnar (2007) v priročniku za mentorje podnaslavljata poglavje o kulturi okolja dela mentorjev pri praktičnem usposabljanju. Menita, da je velikega pomena to, da je okolje, v katerem poteka mentorstvo, tej dejavnosti tudi naklonjeno, kar je zapisano tudi v delu Ramšak-Pajkove (2007).

Za uspešen odnos med mentorjem, "mentorirancem" in kliničnim okoljem je velikega pomena tudi komunikacija. To je dejavnost osrednjega pomena (Govekar-Okoljš,

Kranjčec, 2010), je vsesplošen pojav, ki tvori pomemben in neizogiben del našega vsakdanjika. Po mnenju Plojeve (2013) je pomembna tudi komunikacija med mentorjem in študentom, njegovimi sodelavci in kliničnim okoljem.

Wltavsky in Hočevnar (2007) pozivata mentorje, da morajo v delovni organizaciji doseči, da povedo tako direktorju kot svojemu predpostavljenemu, da so mentorji, komu so mentorji, ter jih seznaniti s svojo dejavnostjo in uspehi, kajti le tako bodo lahko pripravili okolje na vrednotenje in spoštovanje njihovega dela. V takšnih razmerah bodo lažje uresničevali svoje poslanstvo in učinkoviteje dosegali svoje cilje.

3 Namen

Namen raziskave je osvetliti pomen mentorstva z vidika medicinskih sester, ki so mentorice pri opravljanju kliničnega izobraževanja študentov. Raziskali smo, kako mentorji v zdravstveni negi opravljajo delo s študenti in kako so za svoje delo nagrajeni.

Cilji

Ugotoviti, kako ocenjujejo mentorji študentov zdravstvene nege delo s študenti.

Ugotoviti mnenje mentorjev študentov zdravstvene nege o tem, v kolikšni meri je njihovo delo cenjeno in nagrajeno.

Ugotoviti, koliko časa porabijo mentorji za delo s študenti in kakšne so njihove možnosti dodatnega izobraževanja.

Hipoteze

Na podlagi pregleda literature in spoznanj raziskovalcev o delu mentorjev z študenti v kliničnih okoljih so postavljeni izhodiščni hipotezi:

Hipoteza 1: Mentorji ocenjujejo, da mentorstvo krepi njihovo profesionalno rast.

Hipoteza 2: Mentorji so mnenja, da njihovo delo ni ovrednoteno in je premalo nagrajeno.

4 Metode

Raziskava je temeljila na deskriptivni (opisni) in kavzalno-neeksperimentalni (vzročni) kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja ter delno kvalitativni metodi. Narejena je bila za potrebe magistrskega dela – smer Zdravstvena nega.

Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz sklopa demografskih podatkov in sklopa praxe zdravstvene nege. Zajemal je 20 vprašanj, od tega 19 zaprtega tipa in eno vprašanje odprtega tipa, izdelan glede na analizo literature, s posebnim poudarkom na

analizi literature avtorjev Govekar-Okoliš, Kranjčec in Gruden (2010a) ter Wltavsky in Hočevar (2007).

V sklopu demografskih podatkov smo anketirane spraševali po spolu in starosti. Na sklop trditev o vrednotenju mentorskega dela so vprašani ocenjevali s petstopenjsko Likertovo lestvico strinjanja. Zanimalo nas je tudi, koliko ur dnevno porabijo mentorji za delo s študenti in kdo je na mentorjevi poklicni poti pomembno vplival na njihov profesionalni razvoj. Možnih je bilo več odgovorov.

Preverili smo zanesljivost vprašalnika s pomočjo testa Cronbach's Alpha, katerega koeficient je znašal 0,69, kar pomeni, da je sama zanesljivost vprašljiva.

Zadnje vprašanje je bilo odprtega tipa, spraševali pa smo po vrzelih oziroma po nejasnostih, ki se po mnenju mentorjev študentov zdravstvene nege kažejo v sedanjem sistemu šolstva. Povprašali smo jih tudi, kaj bi se lahko na tem področju izboljšalo.

Izpolnjevanje anket je bilo anonimno in prostovoljno. Anketiranci so na vprašanja odgovarjali pisno.

Kvantitativne podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega programa SPSS 17.0 v okolju Windows Vista Home Premium in deskriptivno statistiko. Kot statistično značilne smo sprejeli rezultate primerjav, če je bila velikost statističnega tveganja manjša od 5 % ($p < 0,05$).

Vzorec

Uporabili smo neslučajnostni (nerandomizirani) namenski vzorec. Anketirali smo 50 diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov, ki so mentorji rednim in izrednim študentom visokih zdravstvenih šol in fakultet za zdravstvene vede.

Postopki zbiranja podatkov

Podatke smo pridobili na učni delavnici za klinične mentorje, ki je potekala na Visoki zdravstveni šoli v Celju. Učne delavnice se je udeležilo 60 mentorjev, ki so zaposleni v Bolnišnici Celje, Bolnišnici Topolšica, Psihiatrični bolnišnici Vojnik ter v zdravstvenih domovih in zasebnih ambulantah štajerske in savinjske regije.

Razdelili smo 60 anket, vrnjenih in pravilno izpolnjenih pa smo jih dobili 50. Vzorec raziskave je torej zajemal 83,3 % vseh udeležencev učne delavnice. Večji del vzorca so predstavljale ženske (46 žensk in 4 moški). Največ anketirancev je bilo starih med 40 in 49 let (42 %).

5 Rezultati

Na podlagi teoretičnih spoznanj in ugotovitev različnih avtorjev smo raziskali, kako mentorji v kliničnih okoljih v zdravstveni negi svoje poslanstvo mentorstva doživljajo in vrednotijo.

Demografski podatki anketiranih kažejo, da je bila večina anketiranih ženskega spola. Glede na starost anketiranih, je največji delež mentorjev v starostni skupini od 40 do 49 let, najmanjši delež pa v starosti 50 let in več.

Z raziskavo smo potrdili izhodiščni hipotezi

H 1: Mentorji ocenjujejo, da mentorstvo krepi njihovo profesionalno rast.

Rezultati kažejo, da je na profesionalni razvoj anketirancev najbolj vplival študij, na drugem mestu so mentorji iz preteklosti, na tretjem pa sta zgled učiteljev in samo ozračje na delovnem mestu, medtem ko sam odnos kolegov ne vpliva dosti na njihov profesionalni razvoj.

Anketiranci se nekoliko strinjajo s tem, da se jim je povečalo zadovoljstvo pri delu zaradi mentorstva, prav tako pa imajo občutek pomembnosti, cenjenosti, spoštovanja in vrednosti, ker so lahko mentorji. Zaradi uspešnega mentorstva in dobre ocene študenta je večina anketiranih mentorjev občutila zadovoljstvo. Tudi Govekar-Okoliš in sodelavci (2010b) ugotavljajo, da je prijetna plat mentorskega dela s študenti občutek, da je mentor pripomogel k strokovni in tudi osebni rasti mladega človeka.

Hipotezo 1 smo potrdili, kajti z raziskavo smo ugotovili, da so mentorji mnenja, da se jim je z mentorstvom okrepil profesionalni razvoj. Pokazala se je statistično pomembna razlika ($p = 0,00$) med trditvama »Zaradi mentorstva se mi je okrepil profesionalni razvoj.« in »Občutek pomembnosti, cenjenosti, spoštovanja in vrednosti, ker mi je zaupana naloga mentorja.« Podobne trditve so navajali tudi Govekar-Okoliš in sodelavci (2010b), ki so z raziskavo dokazali, da mentorstvo mentorja bogati, saj z njim študentom pridobiva nove izkušnje, razvija vodstvene sposobnosti, pridobiva ugled v kolektivu, krepi občutek koristnosti, se seznanja z novostmi v stroki ter razvija komunikacijske spretnosti. Tudi Ramšak-Pajk (2008) je zapisala, da ima mentorstvo pozitiven vpliv na mentorje, ker poveča njihovo poklicno pripadnost, samozavest, zadovoljstvo pri delu in vpliva na njihov karierni razvoj.

H 2: Mentorji so mnenja, da njihovo delo ni ovrednoteno in je premalo nagrajeno.

Zaradi mentorstva in dodatnih zadolžitev se ne dvigne status v delovni organizaciji. Takšnega mnenja so vsi mentorji, ne glede na čas, ki ga dnevno namenijo študentu. Mentorji svoje delo v času kliničnih vaj študentov pogosto vrednotijo. Delovne organizacije mentorje pošiljajo na dodatna izobraževanja iz veščin, ki jih potrebujejo, vendar se jim v večini ne zahvalijo za njihovo delo, prav tako tudi ne dobijo zahvale s strani izobraževalne institucije. Mentorji so mnenja, da so za svoje delo – mentorstvo premalo vrednoteni in nagrajeni. Zapisali so, da si želijo za svoje delo ustrezno plačilo.

Z odgovori mentorjev smo v raziskavi potrdili tudi hipotezo 2, saj so ti odgovarjali, da njihovo delo ni ovrednoteno in je premalo nagrajeno. Pokazala se je tudi statistično pomembna razlika ($p = 0,02$) med povezavami »manj kot so nagrajeni za svoje mentorstvo, manj so tudi deležni pohval s strani izobraževalnih institucij«, kar opisujejo tudi Govekar-Okoliš in sodelavci (2010a) ter Govekar-Okoliš in Kra-

njčec (2010), ko menijo, da je plačilo mentorjem za čas, ko se ukvarjajo s študenti, problem, ki je v celoti nerešen, saj v neizprosnem konkurenčnem boju družbe za ta namen ni ne časa ne denarja. Mentorstvo je za mentorja le dodatna obveznost, ki ga brez plačila dodatno obremenjuje. Tudi Kaluševa (2013) iz svoje raziskave sklepa, da se medicinske sestre počutijo podcenjene.

Večina anketiranih mentorjev je mnenja, da imajo jasne in pomembne osebne namerе (poslanstvo, vizija) v zvezi s svojim delom, zato ocenjujemo, da so pri izpolnjevanju anket sodelovali mentorji, ki so zrele in odgovorne osebe tako pri opravljanju svojega poklica kot pri mentorstvu, kar sta v svojem delu ugotavljali tudi Tepinova (2011) in Oblonškova (2011).

Govekar-Okoliš in Kranjčec (2010) ugotavljata, da so najboljši mentorji tisti, ki imajo vnaprej začrtano pot in shemo poučevanja, hkrati pa so se pripravljani sproti prilagajati potrebam, ki jih odkrijejo pri njih.

Večina anketiranih mentorjev v naši raziskavi se strinja s trditvijo, da se na svoje delo s študenti pripravljajo in dodatno izobražujejo, kar opisuje tudi Kulaševa (2013). Za mentorsko delo porabijo dnevno od 1 do 3 ure časa, v povprečju cca. 2 uri. Največ mentorjev (40,8 %) potrebuje za mentorsko delo 2 uri na dan. Kulaševa (2013) in Bjelanova (2010) sta v svojih raziskavah ugotovili, da mentorji v kliničnem okolju v zdravstveni negi dnevno porabijo za študenta 3 ure in več, zato smo preverili, ali se s pripravami in dodatnim izobraževanjem mentorja spreminja tudi čas, ki ga mentor dnevno nameni delu s študenti. Rezultati so pokazali rahel dvig povprečnih vrednosti pri trditvi »Na svoje delo s študenti se pripravljam in dodatno izobražujem.« Glede na rezultate lahko sklepamo, da se z dodatno pripravo in izobraževanjem mentorja rahlo dviguje tudi čas dnevnega delovanja s študenti, vendar tega s testom korelacije nismo mogli dokazati. To bi bilo potrebno podrobneje raziskati z večjim vzorcem.

Mentorji so pretežno mnenja, da jih študentje pri delu ne obremenjujejo. Kljub temu pa pravijo, da se študentom ne morejo posvetiti tako, kot si želijo, ker imajo premalo časa, na kar opozarja tudi Klemenc (2010), ko navaja, da prihaja zaradi velikega števila študentov do premajhnega števila ustreznih mentorjev. Podobno sta z raziskavo potrdili tudi Lorber in Donik (2009), ko sta v kliničnem okolju ugotavljali, da kljub pozitivnim izkušnjam kliničnih mentorjev, kar je zapisano tudi v delu Kulaš (2013) z mentorstvom v ospredje velikokrat prihajajo omejitve v smislu pomanjkanja časa in preobremenjenosti z delom. Tudi ugotovitve Kobentarjeve (2007) potrjujejo dejstvo, kar opisuje tudi Kulaševa (2013) da imajo mentorji pri opravljanju nalog mentorstva premalo časa, da bi dijakom in študentom vedno resnično približali realni svet, pričakovanja pacientov ter njihovih svojcev.

Mentorji so podali tudi predloge in svoja mnenja glede mentorstva v sedanjem sistemu šolstva v zdravstveni negi. Veliko so opozarjali na sam odnos študentov do mentorjev in pacientov. Nekateri so mnenja, da bi morali študentje, preden so sprejeti na študij iz zdravstvene nege, opraviti teste, kateri bi izkazali njihov občutek za delo z ljudmi. Študentje se po mnenju nekaterih mentorjev veliko bolj zanimajo za

medicinsko-tehnične posege kot za osnovno nego in pacienta ne znajo obravnavati holistično.

Anketiranci so podali predloge, da bi morali mentorji pogosto izmenjavati izkušnje in mnenja. Izobraževalne ustanove bi morale podati natančnejša navodila, kaj od mentorjev pričakujejo. Pogosto bi se morali srečati tako mentorji v kliničnem okolju kot mentorji v izobraževalnih institucijah, poenotiti postopke in posege ter tako študentom približati, da bodo znali povezati teorijo s prakso, kar je ugotovila tudi Kulaševa (2013). Na to so opozorili že številni drugi avtorji (Govekar-Okoliš, 2007; Govekar-Okoliš, Kranjčec, 2009, 2010 v Govekar-Okoliš et al., 2010a), ko so ugotovili, da se mentorji želijo seznaniti z vsebino, ki je ključnega pomena za učinkovito izvedbo usposabljanja študentov, tudi v delu Kulaš (2013) in si pridobiti smernice, na kaj naj bodo pozorni pri usposabljanju študentov po bolonjskih študijskih programih. Tudi Mihelič-Zajčeva in Ramšak-Pajkova (2006) sta na podlagi presečne študije, ki sta jo izvedli na vzorcu 218-ih anketiranih mentorjev študentov zdravstvene nege in babištva, ugotovili, da se velika večina mentorjev želi v prihodnje funkcionalno izpopolnjevati s strani visokih zdravstvenih šol, kar opisuje tudi Kulaševa (2013). Tudi Mihelič-Zajčeva in Ramšak-Pajkova (2006) sklepata in je opisano v delu Mihelič Zajec & Ramšak-Pajk (2006), da je učenje s pomočjo prakse zdravstvene nege skupna odgovornost zdravstvene in izobraževalne inštitucije.

Za uspešno izvedbo praktičnega usposabljanja je pomemben dober partnerski odnos med visokošolskimi zavodi in delodajalci (Govekar-Okoliš, Kranjčec, 2010).

6 Zaključek

Mentorstvo v kliničnem okolju je pomembno pri izobraževanju študentov v zdravstveni negi. Ključno je kot je zapisala tudi Satler (2011), da je mentor oseba, ki ima jasne in pomembne osebne namere tako glede poslanstva kot vizije v zvezi s svojim delom. Na profesionalni razvoj mentorjev v veliki meri vplivajo študij in mentorji iz preteklosti. Mentorji se tega zavedajo, zato se za delo s študenti pripravljajo in dodatno izobražujejo. Izobraževalne institucije bi morale stremeti za tem, da bi dale mentorjem jasna navodila glede poučevanja njihovih študentov, kajti to bi pomenilo za mentorje tudi manj porabljenega časa za delo z njimi.

Mentorjem študentje niso v breme, vendar jih obremenjuje to, da jim čas ne dopušča, da bi se študentu posvetili tako, kot bi si želeli. Mentorsko delo medicinskim sestram prinaša zadovoljstvo tudi takrat, kadar jih dobro oceni študent. Tako se krepi njihov profesionalni razvoj, z njegovo krepitvijo pa je večji tudi občutek cenjenosti, spoštovanja in vrednosti.

Za dober odnos je v času kliničnih vaj potrebno upoštevati veliko dejavnikov, ki vplivajo na sam uspeh mentorja, pomembna sta tako osebnost študenta kot mentorja. Veliko vlogo pri tem imata izobraževalna institucija in klinično okolje, v katerem študent opravlja vaje.

Delovne organizacije pošiljajo mentorje na dodatna izobraževanja, vendar se jim zaradi dodatnih zadržitev – mentorstva v njihovem okolju status ne dviguje. Redko se jim kdo zahvali tako s strani delovne organizacije kot tudi s strani izobraževalne institucije.

Mentorji pogosto vrednotijo svoje delo in menijo, da so za svoj trud ter dodatno obremenitev – mentorstvo premalo cenjeni in nagrajeni. V delovnih organizacijah in izobraževalnih institucijah bi se morali zavedati, kot je zapisala Kulaševa (2013), da so mentorji pomemben člen pri izobraževanju študentov v zdravstveni negi in jih temu primerno vrednotiti in tudi nagraditi, kajti časi dela zgolj na etični pogon so v današnjem svetu že preživeti.

Zavedati se moramo, da vzgajamo in usposabljammo ljudi, ki bodo nekoč naši sodelavci in tisti, ki jih bomo morebiti ob svoji nemoči nekoč tudi potrebovali. Dober mentor je tisti, ki v študentu prepozna svojega bodočega sodelavca in ga v tej smeri tudi usposablja.

LITERATURA

1. Bjelan, N. (2010). *Mentorstvo v zdravstveni negi*. Diplomsko delo, Maribor, Slovenija: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
2. Čuk, V. (2013). *Poučevanje in učenje zdravstvene nege v kliničnem okolju*. V D.
3. Govekar Okoliš, M., Kranjčec, R. (2010). *Izobraževanje mentorjev za praktično usposabljanje študentov po bolonjskih študijskih programih v podjetjih/zavodih*. Ljubljana, Slovenija: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
4. Govekar Okoliš, M., Kranjčec, R., Gruden, U. (2010a). *Praktično usposabljanje študentov v delovnih organizacijah in primeri dobrih praks*. Ljubljana, Slovenija: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
5. Govekar Okoliš, M., Kranjčec, R., Gruden, U. (2010b). *Pogledi mentorjev na praktično usposabljanje študentov v delovnih organizacijah*. Ljubljana, Slovenija: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
6. Klemenc, D. (2011). *Pobuda za reševanje problematike visokošolskega izobraževanja na programu prve stopnje Zdravstvena nega v R Sloveniji*. *Glasiilo Utrip*, 2, 11–12.
7. Klemenc, D., Majcen Dvoršak, S., Štemberger Kolnik, T. (ur.), Moč za spremembe – medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema. 9. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. *Zbornik predavanj z recenzijo*. Brdo pri Kranju, Slovenija: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, za založnika Darinka Klemenc, 114b.
8. Kobentar, R. (2007). *Spremljanje dela mentorjev – prispevek h kakovosti strokovne prakse*. V B. Filej & P. Kersnič (ur.), *Kakovost in varnost v psihiatrični zdravstveni negi*, Zbornik predavanj in posterjev 6. mednarodnega kongresa zdravstvene in babiške nege. Ljubljana, Slovenija: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

9. Kobentar, R. (2008). Vloga mentorjev v procesu izobraževanja za zdravstvene poklice. V Z. Vogrič (ur.), *Strokovno srečanje: Kako učiti zdravstveno nego za jutri*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju.
10. Krajnc Zakrajšek, N. (2012). *Praktično usposabljanje z delom na Srednji zdravstveni šoli Celje*. Magistrsko delo. Kranj, Slovenija: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
11. Kramar, Z. (2011). Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 45, 3.
12. Kulaš, F. (2013). *Zadovoljstvo kliničnih mentorjev v zdravstveni organizaciji s kliničnim usposabljanjem študentov zdravstvene nege*. Magistrska naloga. Koper, Slovenija: Fakulteta za management. Univerza na Primorskem.
13. Lorber, M., Donik, B. (2009). Učenje v kliničnem okolju – pomemben del izobraževanja v zdravstveni negi. V S. Majcen Dvoršak, A. Kvas, B. M. Kaučič, D. Železnik, & D. Klemenc (ur.). *7 kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije: »Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč«*. Ljubljana, Slovenija: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 112b.
14. Marentič Požarnik, B., Puklek Levpušček, M., Resnik Planinc, T., Ilc, M., Kosevski, B., Židan, A., Govekar Okoliš, M. (2007). *Mentorstvo in profesionalna rast učiteljev*. Ljubljana, Slovenija: Center za pedagoško izobraževanje Filozofske fakultete.
15. Mihelič Zajec, A., Ramšak Pajk, J. (2006). Značilnosti mentorstva v izobraževanju za zdravstveno nego in babištvo. *Obzornik zdravstvene nege*, 40, 9–14.
16. Oblonšek, M. (2011). *Zdravstveno vzgojni vidik državnega programa zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu*. Magistrsko delo, Maribor, Slovenija: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
17. Pajnkihar, M. (2011). Teorija v praksi zdravstvene nege. *Glasilo Utrip*, 2, 4–5.
18. Pajnkihar, M. (2013a). Z znanjem do razvoja in zdravja. V M. Pajnkihar, M. Lorber (ur.). *Zbornik predavanj. Mednarodna konferenca »Z znanjem do razvoja in zdravja*. Maribor, Slovenija: Fakulteta za zdravstvene vede.
19. Ploj, K. (2013). *Medicinska sestra - mentorica študentom na kliničnih vajah*. Diplomsko delo, Maribor, Slovenija: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
20. Ramšak Pajk, J. (2007). Pomen mentorstva in praktičnega usposabljanja v izobraževanju za zdravstveno nego. *Obzornik Zdravstvene nege*, 41, 71–75.
21. Ramšak Pajk, J. (2008). Pomen mentorstva v izobraževanju in kariernem razvoju medicinskih sester. V B. Skela Savič, J. Ramšak Pajk, B. M. Kaučič (ur.), *Jaz in moja kariera – konferenčni zbornik*. Jesenice, Slovenija: Visoka šola za zdravstveno nego.
22. Rečnik, F., Slivar, B., Dekleva, J., Stavanja, M., Kuntarič Hribar, I., Šinkovec, I., Kavčič, U., Kočevar, B. (2004). *Pedagoško-andragoško usposabljanje: Priročnik za usposabljanje izobraževalcev*. Ljubljana, Slovenija: Zavod Republike Slovenije za šolstvo: Center za poslovno usposabljanje.
23. Satler, M. (2011). *Motivacija medicinskih sester v procesu mentorstva študentom*. Diplomsko delo, Jesenice, Slovenija: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

24. Skela Savič, B., Kaučič, B. M. (2008). Zakaj je Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice ustanovila Center za vseživljenjsko učenje, karierno svetovanje, tutorstvo in mentorstvo ter komu je namenjen. V B. Skela Savič, J. Ramšak Pajk, B. M. Kaučič (ur.), *Jaz in moja kariera*. Bled, Slovenija: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
25. Skela Savič, B. (2009). Vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline. V S. Majcen Dvoršak, A. Kvas, B. M. Kaučič, D. Železnik, D. Klemenc (ur.), *7 kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije: »Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč«*. Ljubljana, Slovenija: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 311d.
26. Tepina, J. (2011). Pridobljene kompetence študentov zdravstvene nege - vidik medicinsko tehničnih posegov. Diplomsko delo, Jesenice, Slovenija: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
27. Wltavsky, Z., Hočevar, F. (2007). Priročnik za mentorje pri usposabljanju z delom: Projekt programa pobude skupnosti INTERREG Slovenija – Avstrija 2000–2006. Ljubljana, Slovenija: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo.
28. Železnik, D., Kavčič, M., Krivograd, U. (2009). Samoevalvacijsko poročilo Visoke šole za zdravstvene vede Slovenj Gradec za študijsko leto 2009/2010. Slovenija: Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec.
29. Zgaga, P. (2004). Bolonjski proces: oblikovanje skupnega evropskega visokošolskega prostora. Ljubljana, Slovenija: Pedagoška fakulteta, Center za študij edukacijskih strategij.
30. Železnik, D., Verbič, M., Trobec, I., Ovijač, D. (2009). Izobraževanje za poklice v zdravstveni negi. V S. Majcen-Dvoršak, A. Kvas, B. M. Kaučič, D. Železnik, D. Klemenc (ur.), *Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč*. Prispevek na konferenci. Ljubljana, Slovenija: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 211a.

STROKOVNO SREČANJE SO PODPRLI:

KRKA, d.o.o.

MEDIS

SANOLABOR

TOSAMA

HARTMAN

KEMOFARMACIJA

SIMP'S

MM SURGICAL

MARK - MEDICAL

OBČINA DOLENJSKE TOPLICE

DRUŠTVO PODEŽELJSKIH ŽENA DOLENJSKE TOPLICE

DOLENJSKE PEKARNE

VINSKA KLET METLIKA

MERCATOR CASH AND CARY NOVO MESTO



Nalgesin® S

ustavi bolečino,
preden bolečina
ustavi vas.



**Hitra
rešitev**

Pri glavobolu, zobobolu,
menstrualnih bolečinah,
bolečinah v mišicah
in sklepih.



Slovenija, 15-2016, RB/KS.



V hitrem ritmu življenja vas bolečina lahko hitro ustavi. Zato imejte pri roki Nalgesin S, ki se zaradi posebne učinkovine hitreje absorbira, doseže mesto bolečine in jo hitro ustavi.

Nalgesin® S — hitra rešitev za bolečino.

www.nalgesin.si



Nalgesin® S vsebuje natrijev naproksenat.

www.krka.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.