

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

174:616-083(082)

DNEVI Marije Tomšič (2 ; 2010 ; Novo mesto)

Vrednote v zdravstveni negi / 2. dnevi Marije Tomšič, Novo mesto, 21. in 22. januar 2010 ;

[urednica Marjeta Berkopec]. - Novo mesto : Splošna bolnišnica :

Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov :

Visoka šola za zdravstvo, 2010

ISBN 978-961-91795-2-9 (Splošna bolnišnica Novo mesto)

1. Gl. stv. nasl. 2. Berkopec, Marjeta

249353472

Splošna bolnišnica Novo mesto
Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto
Visoka šola za zdravstvo Novo mesto



*društvo
medicinskih sester, babic
in zdravstvenih tehnikov
Novo mesto*



2. DNEVI MARIJE TOMŠIČ

Vrednote v zdravstveni negi



Novo mesto, 21. in 22. januar 2010

ORGANIZACIJSKO - PROGRAMSKI ODBOR: Zlata Rebolj,
Zdenka Seničar, Marjeta Berkopec, Ana Podhostnik, Darinka Hrovat,
Jožica Rešetič, Matej Kocjančič, Mira Brodarič, Nataša Piletič,
Barbara Špilek, Barbara Luštek, Simona Baznik, Karmen Janežič,
Marta Kavšek, Milanka Markelič.

2. DNEVI MARIJE TOMŠIČ – Vrednote v zdravstveni negi

Izdali in založili: Splošna bolnišnica Novo mesto v sodelovanju z
Društvom medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov
Novo mesto in Visoko šolo za zdravstvo v Novem mestu.

Urednica: Marjeta Berkopec

Lektorirala: Sonja Simčič

Oblikovanje in tisk: Špes grafični studio, Novo mesto

Naklada: 200

Novo mesto, januar 2010

UVODNIK

Zlata Rebolj

Minilo je leto in spet organiziramo strokovno srečanje »Dnevi Marije Tomšič«. Spomladi smo kar nekaj časa tuhtali, kaj bi bila rdeča nit srečanja. Po množici predlogov smo se odločili, da bomo spregovorili o vrednotah v zdravstveni negi. Kako zelo težko nalogo smo si naložili, takrat nihče niti slutil ni. Ne zato, ker nam bi bile vrednote tuje, ampak zato, ker o njih do sedaj nismo dosti razmišljali, še manj govorili.

Kaj vrednote so in kako jih pojmujejo? Različni avtorji, ki se v zadnjih desetletjih bolj ukvarjajo z vrednotami, jih tudi različno opisujejo. Eni pravijo, da so vrednote verovanje o tem, kaj je zaželeno in dobro in kaj je nezaželeno in slabo. Drugi pravijo, da vrednote usmerjajo obnašanje in na njihovi osnovi oblikujemo prioritete, tako za različne objekte kot za različna obnašanja. Predstavljajo standard, na osnovi katerega merimo in ocenjujemo stvari in obnašanja, nas tudi vlečejo in usmerjajo, da si prizadevamo doseči stvari, ki nam predstavljajo vrednoto.

Vrednote imajo za posameznika globok osebni značaj. Doživljamo jih z občutkom odgovornosti in zavezanosti, angažirajo nas v naši notranjosti. Za vrednote je značilno, da ne morejo biti delne ali polovične. Če nam vrednota kaj pomeni, potem nam pomeni v svoji popolnosti.

V razvoju posameznika najdemo obdobja, ki se značilno razlikujejo med seboj. Vrednote so kompleksen pojav, saj se povezujejo tako s čustvenimi, kot tudi motivacijskimi procesi. Vrednote se v pravem pomenu besede pri posamezniku oblikujejo šele v najstniških letih. Oblikovanje in pojmovanje vrednot zahteva zmožnost abstraktnega mišljenja.

Delimo jih na človeške, kulturne, družbene, moralne, estetske, vrednote organizacije in vrednote posameznika. Lahko se izražajo na treh ravneh: kot prepričanje, stališča in kot vrednote same. Eno glavnih prepričanj v zdravstveni negi je, da se bo bolnikom ob dobri zdravstveni negi stanje izboljšalo. Jane Salvage (2000) meni, da bo prišlo do preobrata, ko bodo politiki spoznali, da imajo znanje in postopki zdravstvene nege enak vpliv na zdravje in dobro počutje kot znanje in tehnika, ki ju nudi medicina. Predpogoj, da bo prišlo do preobrata pa je, da bo večina zaposlenih v zdravstveni negi svoje delo cenila in ga s ponosom opravljala. Zaposleni morajo vedeti in čutiti, da je njihovo delo enako pomembno kot delo nadrejenih.

Stališče je nagnjenje ali utrjeno obnašanje, ki je precej trajen občutek in je lahko pozitivno ali negativno. Stališča, značilna za zdravstveno nego, se izražajo v načinu izvajanja zdravstvene

nege. »Edinstveno delovanje medicinske sestre« je opisala Virginia Henderson (1964) v svoji znameniti opredelitvi: »Medicinska sestra je istočasno zavest nezavestnega, ljubezen do življenja pri samomorilcu, noga amputiranca, oči pravkar oslepelega, pomeni gibanje pri novorojenčku, znanje in zaupanje mlade matere, glas tistih, ki so preslabotni, da bi govorili in tako dalje. Vse naštete »funkcije« in še mnoge druge lahko medicinske sestre opravljajo le zaradi stališča, da so to vredna dejanja. Hendersonova je prepričana, da je takšno delovanje edinstveno le v zdravstveni negi in da si tega ne more prisvojiti noben drug zdravstveni delavec.

Vrednote so manj trdne in bolj dinamične kot prepričanja in stališča. S pomočjo vrednot posamezniki iščejo smisel, ki je cilj vsakega življenja. Vsak, ki najde smisel življenja, lahko preživi in premaga hude življenjske preizkušnje, bolezni in podobno.

Vrednote v zdravstveni negi se nenehno preverjajo. V sodobnem času, ko vse mineva in je malo strinjanja o kakršnikoli zadevi, posamezniki branijo svoja stališča. Takšna moralna raznolikost je verjetno razlog, da se kot posameznik ali kot družba zavedamo moralnih konfliktov in dilem.

Vedno na novo razlagamo in opredeljujemo, kaj zdravstvena nega je in kaj bi morala biti. Zanimivo je, kako so se vprašanja o tem, ali je zdravstvena nega samostojna stroka, ali lahko medicinska sestra sama odloča o zdravstveni negi, umaknila iz razprav. Vedno bolj pomembno je, kaj je zdravstvena nega, kakšen je njen namen in kdo jo izvaja. Kako bodo medicinske sestre opravljale svoje delo, bo vedno bolj pomembno.

Medicinske sestre se ne smejo izogibati niti politiki niti vodenju in upravljanju. Zavedati se morajo daljnosežnih posledic, ki jih prinaša zdravstvena politika. Zaradi pomanjkanja sredstev so nenehno prizadete s strani proračuna. Običajno in najbolj neposredno se varčevanje odraža pri pomanjkanju osebja. Izrazito se varčevanje odraža pri zaposlovanju medicinskih sester z visoko izobrazbo, ki je edino zagotovilo, da bodo pacienti deležni kakovostne zdravstvene nege, ki vključuje zahteve današnjega časa. Kot pravi gospa

B. Skela Savič (2009), nihče se ne sprašuje, zakaj mora imeti uradnik na upravni enoti visoko izobrazbo, kljub temu, da mnogi menijo, da nam potrdilo, ki ga potrebujemo, lahko izda uradnik, ki se je naučil pisati že v osnovni šoli. Politika ministrstva za zdravje in zdravstvene zavarovalnice, posledično pa tudi vodstva javnih zavodov, se še vedno prepogosto sprašujejo, zakaj mora imeti medicinska sestra visoko izobrazbo. Zdravstveno nego ocenjujejo samo iz prepričanja, da zna prav vsak negovati bolnika in da je nižje izobražena medicinska sestra mnogo cenejša delovna sila. Čas, ki ga živimo, nas sili na vseh področjih k višji izobrazbi, zato jo potrebujemo tudi medicinske sestre. Vzpodbudno je razmišljanje posameznikov, ki verjamejo, da so visoko izobražene medicinske sestre gonilna sila napredka v javnih zdravstvenih organizacijah. Mnoge naloge so samo po zaslugi medicinskih sester in njihovi pripadnosti stroki zagledale luč sveta.

Pomanjkanje osebja v zdravstveni negi kot posledica varčevalne politike ne sme trajati v nedogled, ker osebje izgubi zanimanje in morala pade. Posledično se poslabšajo medsebojni odnosi in komunikacija, kar izrazito vpliva na zdravstveno nego bolnika. Nezadovoljna

medicinska sestra se ne more ravno razveseliti bolnika, vedno težje je sočutna, vestna in zaupljiva. Nižanje standardov v zdravstveni negi povzroči čustveno odzivanje medicinskih sester in vpliva na etični vidik.

Vrednote družbe se spreminjajo. Z njimi se spreminjajo tudi vrednote v zdravstveni negi. Ni popolnoma pravih in ne popolnoma napačnih vrednot, ki naj jih upoštevajo medicinske sestre. Pa vendar je nekaj vrednot, ki so značilne za vse medicinske sestre povsod po svetu in se ne bi smele spremeniti, ne glede na čas. Te vrednote so: pozornost, razumnost, pravičnost, odgovornost, zaupnost, spoštljivost, delavnost. Medicinske sestre, ki upoštevajo katerokoli od teh vrednot, so globoko skrbne, ni jim zaupano le njihovo delo, ampak tudi zagovarjanje sprememb stroke, partnerjev in sodelavcev (V. Tschudin, 2004).

V življenju in pri našem delu naj nas spremlja razmišljanje o vrednotah in ravnanje, ki so nam lastne in ki nas delajo razpoznavne. Le tako bomo zdravstveni negi in medicinskim sestram izbrili mesto v družbi, za katerega smo prepričani, da nam pripada.

Verjamem, da vas bodo priznani strokovnjaki, ki smo jih povabili na drugo strokovno srečanje »Dnevi Marije Tomšič«, prepričali o pomembnosti vrednot v zdravstveni negi in vam s svojim znanjem in izkušnjami posredovali novih moči in znanj za premagovanje ovir, ki nam jih postavlja današnji čas. Naj nam bo vodilo tudi misel, ki jo je že davno izrekel gospod W. Churchill: »Najpomembnejše stvari v življenju so zelo enostavne. Večino med njimi lahko izrazimo samo z eno besedo: svoboda, pravica, čast, dolžnost, usmiljenje, upanje...«

Hvala vsem, ki ste nam s svojim prispevkom omogočili dokazati, da je v ljudeh, ki so zaposleni v zdravstveni negi, mnogo znanja, delavnosti in prizadevnosti.

Hvala direktorici Splošne bolnišnice Novo mesto, gospe Miri Retelj, direktorju tovarne zdravil Krka, gospodu Jožetu Colariču in direktorju Visoke šole za zdravstvo Novo mesto, gospodu Marjanu Blažiču, za pomoč pri organizaciji za dolenjske medicinske sestre, babice in zdravstvene tehnike tako pomembnega dogodka.

PROGRAM SREČANJA

ČETRTEK, 21. 01. 2010

Moderatorica: Zdenka Seničar

- 08.30 – 09.00 Registracija udeležencev
09.00 – 09.30 Otvoritev strokovnega srečanja in pozdravni nagovori
09.30 – 09.50 Uvodni nagovor, Zlata Rebolj, Splošna bolnišnica Novo mesto
09.50 – 10.10 Vrednote v zdravstveni in babiški negi v odsevu današnjega časa, Darinka Klemenc, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije
10.10 – 10.30 Odmor

Moderatorici: Marjeta Berkopec, Barbara Luštek

- 10.30 -12.00 Varnost pacientov, izr. prof. dr. Andrej Robida
12.00 – 12.15 Razprava
12.15 – 12.45 Mojca Šenica - Vloga medicinske sestre v zdravstvenem timu
Tanja Marcola - Krka v skrbi za vaše zdravje
12.45 – 13.00 Razprava
13.00 – 15.00 Kosilo

Moderatorici: Karmen Janežič, Darinka Hrovat

- 15.00 – 15.20 Etika skrbi in etika vrlin v zdravstveni negi, Eva Kovačič, Zdravstveni dom Grosuplje
15.20 – 15.40 Vrednote v poklicu medicinske sestre, mag. Ana Podhostnik, Visoka šola za zdravstvo Novo mesto
15.40 – 16.00 Spoštovanje človekove osebnosti in dostojanstva v zdravstveni negi, Karmen Janežič, Sabina Klemenčič, Splošna bolnišnica Novo mesto
16.00 – 16.10 Razprava
16.10 – 16.30 Odmor

Moderatorici: Marta Kavšek, Jožica Rešetič

- 16.30 – 16.50 Pomen vrednot pri mladih, Gloria Šepec, Sabina Špoljar, Srednja zdravstvena in kemijska šola Novo mesto
16.50 – 17.10 Vrednote v zdravstveni negi skozi oči pacienta, Toni Gašperič
17.10 – 17.20 Zakon o pacientovih pravicah, priložnost za dvig kakovosti stroke, asis. Robert Sotler, Republika Slovenija, zastopnik pacientovih pravic
17.20 – 17.40 Ko življenje postane vrednota – Jaz in moja depresija, Jožica Rems, Srednja zdravstvena in kemijska šola Novo mesto
17.40 – 18.00 Lepo vas pozdravljam, Matej Kocjančič, Splošna bolnišnica Novo mesto
18.00 – 18.10 Razprava
18.30 Ogleđ stalne razstave Arheološka podoba Dolenjske v Dolenjskem muzeju (strokovno vodstvo Borut Križ)
19.30 Kulturni program in pogostitev

PETEK, 22. 01. 2010

Moderatorici: Ana Podbostnik, Barbara Špilek

- 09.00 – 09.30 Vzgoja za življenje ali kako učiti mlade, Mateja Vodnik, Srednja zdravstvena in kemijska šola Novo mesto
- 09.30 – 10.00 Sinergija između Direktive 2005/36/EU, Evropskog kvalifikacijskog okvira i Bolonje, Branka Rimac, HUMS, Republika Hrvatska
- 10.00 – 11.00 Ali je delo skladno z vrednotami v zdravstvu samoumevno? Dr. Aleksander Zadel, Inštitut CAR
- 11.00 – 11.10 Razprava
- 11.10 – 11.30 Odmor

Moderatorja: Matej Kocjančič, Barbara Luštek

- 11.30 – 11.50 Ali je znanje v zdravstveni negi še vrednota? Zdenka Seničar, Stanka Bojanc, Splošna bolnišnica Novo mesto
- 11.50 – 12.10 Sodobni pristop menedžmenta zdravstvene nege - načela kvantnega vodenja, doc. dr. Marija Bohinc, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta
- 12.10 – 12.25 Dejavnosti, primerne za stanovalce z demenco, Jana Starc, Dom starejših občanov Krško
- 12.25 – 12.40 Stres pri osebah z demenco, njihovih svojcih in medicinski sestri, Martina Žerjav, Dom starejših občanov Krško
- 12.40 – 13.00 Spoštovanje sodelavcev – naporna vrednota? Marjeta Berkopec, Splošna bolnišnica Novo mesto
- 13.00 – 13.10 Razprava
- 13.10 - 13.30 Odmor

Moderatorici: Mira Brodarič, Nataša Piletič

- 13.30 – 13.50 Timsko delo v intenzivni terapiji, Marina Kokalj, Nataša Kokalj, Splošna bolnišnica Novo mesto
- 13.50 – 14.10 Kako vid vpliva na izvajanje življenjskih aktivnosti, Tatjana Grubar, Marta Blažič, Splošna bolnišnica Novo mesto
- 14.10 – 14.30 Dejavniki, ki vplivajo na izbiro poklica srednja medicinska sestra / srednji zdravstvenik, Blažena Berus, Mateja Kržičnik, Srednja zdravstvena in kemijska šola Novo mesto
- 14.30 – 14.50 Pomembne vrednote delavcev v zdravstveni negi v prihodnosti, mag. Jožica Rešetič, Splošna bolnišnica Novo mesto
- 14.50 – 15.00 Razprava in zaključek srečanja

KAZALO

UVODNIK	5
PROGRAM SREČANJA	8
DNEVOM MARIJE TOMŠIČ IN VREDNOTAM V ZDRAVSTVENINEGI NA POT Darinka Klemenc	12
VARNOST PACIENTOV, NAPAKE, SINDROM RANLJIVEGA SISTEMA IN PRAVIČNA KULTURA Andrej Robida	16
ETIKA SKRBI IN ETIKA VRLIN V ZDRAVSTVENI NEGI Eva Kovačič	21
VREDNOTE V POKLICU MEDICINSKE SESTRE Ana Podhostnik	35
DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA IZBIRO POKLICA SMS/SZ Blažena Berus, Mateja Kržičnik	41
VREDNOTE PRI MLADIH – RAZISKAVA Gloria Šepec, Sabina Špoljar	57
KO ŽIVLJENJE POSTANE VREDNOTA Jožica Rems	70
LEPO VAS POZDRAVLJAM Matej Kocjančič	77
ZAKON O PACIENTOVIH PRAVICAH, PRILOŽNOST ZA DVIG KAKOVOSTI STROKE Robert Sotler	81
VZGOJA ZA ŽIVLJENJE ALI KAKO UČITI MLADE Mateja Vodnik	89

ALI JE ZNANJE V ZDRAVSTVENI NEGI ŠE VREDNOTA? Zdenka Seničar, Stanka Bojanc	95
SPOŠTOVANJE SODELAVCEV – NAPORNA VREDNOTA? Marjeta Berkopec	106
DEJAVNOSTI, PRIMERNE ZA STANOVALCE Z DEMENCO Jana Starc	115
STRES PRI OSEBAH Z DEMENCO, NJIHOVIH SVOJCIH IN MEDICINSKI SESTRICI Martina Žerjav	123
KAKO VID VPLIVA NA IZVAJANJE ŽIVLJENJSKIH AKTIVNOSTI Tatjana Grubar, Marta Blažič	135
TIMSKO DELO NA ODSEKU INTENZIVNE INTERNE MEDICINE Marina Kokalj, Nataša Kokalj	141
SPOŠTOVANJE ČLOVEKOVE OSEBNOSTI IN DOSTOJANSTVA V ZDRAVSTVENI NEGI Karmen Janežič, Sabina Klemenčič	153
POMEMBNE VREDNOTE PRI DELAVCIH V ZDRAVSTVENI NEGI V PRIHODNOSTI Jožica Rešetič	157

DNEVOM MARIJE TOMŠIČ IN VREDNOTAM V ZDRAVSTVENI NEGI NA POT

Darinka Klemenc

Razmišljanje o vrednotah v današnjih nemirnih časih, ko smo priče hitrim družbenim socio-ekonomskim, demografskim, podnebnim in drugim spremembam; na eni strani pospešenemu razvoju znanosti in informatizacije, na drugi strani pa ponovnemu iskanju modelov skrbi za ljudi, vračanje k človeku, k naravi nasploh in s tem tudi k drugačnim vrednotam, lahko pomeni izziv tudi v zdravstveni in babiški negi. Tudi v naši državi in v evropskem okolju, kamor smo vpeti.

Če so še pred kratkim izrazi, kot so menedžment, denar, profit, (nekrita?) posojila, obresti, menedžerski prevzemi, luksus polnili glave podjetnikov, novopečenih menedžerjev, malih in velikih novodobnih podjetnikov (tudi v zdravstvu), iskali višje in višje zasluzke, predvsem na račun malih ljudi, se je pred kratkim svetovna in lokalna scena srečala s šokom gospodarske krize in recesije, s postrecesijskim sindromom, ki še prihaja, z revščino, povečanim nasiljem vseh vrst, duševnimi obolenji, problemi nujenja skrbi starostnikom, nezaposlenim in drugim ranljivim skupinam. Na glavo so se obrnili mali in veliki svetovi ljudi tako bogatih kot revnih, obračajo se vedno v takih situacijah tudi vrednote. Ni dvoma, da vse naštetu vpliva tudi na področje zdravstva in zdravstvene ter babiške nege.

Teme Dnevov Marije Tomšič, prve medicinske sestre na Dolenjskem, so postavljene v pravi čas; trije soorganizatorji strokovnega dogodka (Splošna bolnišnica, regijsko strokovno društvo in visoka šola), ki se bo po vsej verjetnosti razvil v tradicionalno, prepoznavno obliko letnega strokovnega srečanja na področju zdravstvene nege v dolenjski regiji, so prepoznali in zagrizli v pomembno, v naših okoljih še ne povsem dorečeno temo: v vrednote v zdravstveni negi.

O vrednotah v povezavi z zdravstveno in babiško nego v slovenskem prostoru bi bilo, glede na več kot osemdesetletno delovanje nacionalne organizacije medicinskih sester (in še dalje s strani babc), lahko več napisanega. Nacionalne organizacije medicinskih sester v razvitih državah sveta so »svoje« vrednote iskale in postavljale že pred več desetletji; ob iskanju lastne identitete, mesta v družbi, v (zdravstveni) politiki, ob postopni zaznavi pomembnosti, potrebnosti, prepoznavnosti in veljavi poklicne skupine so nastajale tudi vrednote v zdravstvu, pa tudi v zdravstveni (in babiški) negi. Vpliv na oblikovanje le-teh je imel tudi razvoj menedžmenta, še zlasti v gospodarstvu in podjetništvu, kjer so v sistemih

Darinka KLEMENC

predsednica Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babc in zdravstvenih tehnikov Slovenije

upravljanja in vodenja postavljanje vizije, ciljev, vrednot in strategije ključni elementi delovanja tako profitnih kot neprofitnih organizacij.

Vrednot je veliko, razporejene so v skupine, z njimi se ukvarjajo na vseh nivojih življenja in delovanja ljudi. Po Musek Lešniku (2003) so vrednote prepričanja o tem, kaj je pozitivno, zaželeno in cenjeno. Vodijo in usmerjajo naše delovanje – tako osebna ravnanja posameznikov kot delovanje skupin in organizacij. Vrednote so torej naša prepričanja o tem, kaj je pozitivno, zaželeno in cenjeno, ki vodijo in usmerjajo naše delovanje.

Že Aristotel je trdil, da je človek najbolj zadovoljen in srečen takrat, ko so njegova dejanja skladna z njegovimi vrednotami. Kdor živi skladno s tistim, kar ima za dobro, pravo in resnično, samodejno občuti pozitiven odnos do sebe in sveta. Naši cilji morajo biti torej skladni z našimi vrednotami in naše vrednote morajo biti skladne z našimi cilji. Obstaja več vrst vrednot; cenimo lahko različne stvari in prav pri vrednotah najdemo eno od največjih bogastev medčloveških razlik. Vrednote, ki jih ljudje univerzalno visoko cenijo, običajno odražajo duh časa, zgodovinskega obdobja, kulturnega okolja in trenutne družbene klime. Delimo jih na dve veliki skupini (po Rokeachu): terminalne (ljubezen, modrost, zdrave, enake možnosti za vse, izobraževanje, napredek človeštva, mir na svetu, premoženje) in instrumentalne, od teh na moralne (poštenost, zvestoba, iskrenost, ubogljivost) ter vrednote zmožnosti (sposobnost, iznajdljivost, ustvarjalnost, osebni dosežki). Če je vrednostni sistem posameznika njemu lasten in edinstven urejen sklop vrednot, ki so povezane v organiziran strukturiran sistem, kako kompleksen mora biti šele sistem vrednot znotraj organizacije, ki jo sestavlja nekaj deset, sto ali celo tisoč ljudi. Vrednote so prepričanja o tem, kaj je pozitivno, zaželeno in cenjeno, ki vodijo in usmerjajo naše delovanje – tako osebna ravnanja posameznikov kot delovanje skupin ali organizacij. (Musek Lešnik, 2003)

V vsaki organizaciji se prepleta več različnih sistemov vrednot, ki različno močno vplivajo na ravnanje celotne organizacije: osebne vrednote zaposlenih, vodstvenih delavcev, ljudi, ki prihajajo v stik z organizacijo, vrednote skupnosti itd. Vrednote organizacije so kažipot za ravnanje in načrtovanje, lahko pospeši, olajša, okrepi sporazumevanje o pomembnih vprašanih v organizaciji. Vrednote so tudi ključni element vodenja; predvsem pa moramo, namesto predpostavke, da organizacije vodijo ljudi, razumeti, da so ljudje tisti, ki usmerjajo, nadzorujejo in upravljajo organizacije – prizadevanje na osnovi obstoječih vrednot, kako naj organizacija in njeni ljudje sprejemajo odločitve in kako naj ravnajo, da bi mogli izbrati najboljše izmed vseh možnih prihodnosti in jo uresničiti. (Musek Lešnik, 2003)

V Sloveniji se z vrednotami v zdravstveni in babiški negi srečujemo najprej pri oblikovanju lastnega kodeksa etike, nato pa postopoma skozi druga strokovna področja. Tako je v dosegljivi slovenski strokovni literaturi najti omenjanje vrednot v povezavi s komunikacijo, empatičnim, celostnim pristopom k pacientu, medosebnimi odnosi na delovnih mestih, ob razmišljanju o človekovih pravicah, življenjskih prelomnicah, kot sta rojstvo in smrt, in pri etičnih dilemah, npr. pri abortusu, evtanaziji, oplojevanju zdravih samskih žensk itd.

V splošni javnosti se omenjanje vrednot dandanašnji pogosto pojavlja v odnosu do revščine in bogastva, »tajkunstva«, brezposelnosti, enakosti za vse, neenake razporeditve bogastva (in

s tem moči v družbi). Statistično spremljanje vrednot ljudi se meri tudi na nivoju države (v okviru slovenskega javnega mnenja). Zlasti pri mladih je opaziti spremembe v razvrščanju zanje pomembnih vrednot, kot so kariera, zdravje, družina, prosti čas. Tako karierni razvoj pri srednješolcih že nekaj let ni prva vrednota, temveč prednjačijo zdravje, družina, prosti čas.

Eno kompleksnejših področij raziskovanja etike v zdravstveni negi v Sloveniji se je dotaknilo tudi vrednot. Naka in Kvas (2003) v raziskavi Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana navajata, da se mladi ljudje, ki se odločajo za poklic medicinske sestre, babice ali zdravstvenega tehnika, ne zavedajo, da je to odločitev, ki pomeni tudi izbiro določenega življenjskega sloga in sprejetje etičnih načel in vrednot. V odnosu do načela pravičnosti ugotavljata, kako medicinske sestre razumejo in upoštevajo etično načelo pravičnosti v praksi. Rezultati raziskave kažejo, da medicinske sestre na načelni ravni precej dobro poznajo in razumejo pomen načela pravičnosti, tudi določene kršitve, najpogosteje pri razlikovanju pacientov glede na njihovo finančno stanje in družbeni status, manj pa poudarjajo kršitev tega načela na makro nivoju oziroma pri razporejanju finančnih sredstev na nivoju države.

Ko smo začeli v Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije pogosteje in glasneje razpravljati, da si morajo krovna organizacija in njeni člani znati poiskati »svoje« vrednote in po njih delovati, se je razmahnilo tudi področje razmišljanja o vrednotah. Sprva sicer medlo odzivanje strokovne javnosti zdravstvene in babiške nege na javno povabilo o iskanju vrednot je po nekaj spodbudah zaživelo.

Vrednote so postale zanimive tudi za raziskovanje pri študentih. Raziskava (Kaučič, Skela Savič, 2008) o vrednotah študentov Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice ugotavlja hierarhijo vrednot študentov prvega letnika rednega študija zdravstvene nege ter njihov odnos do načela pravičnosti in etičnega ravnanja v kliničnem okolju, kjer se na osnovi rezultatov raziskave postavlja raziskovalno vprašanje, povezano s samopodobo študentov z znanjem, ki ga lahko pridobijo v prvem letniku študija in realnimi pričakovanji o stopnji samozavedanja o nujnosti in ustreznosti etičnega delovanja in kompetentnosti na tem področju.

Razumevanje etičnih in drugih vrednot v zdravstveni negi je kompleksno in zahtevno področje, ki skozi vse obdobje profesionalnega delovanja spremlja medicinsko sestro, babico in zdravstvenega tehnika. Vrednote se tudi v zdravstveni in babiški negi spreminjajo, preoblikujejo, prevrednotijo. Skozi procese (pre)oblikovanja družbenih sistemov se (pre)oblikujejo tudi vrednostni sistemi in temu se ni mogoče izogniti. Ostajajo pa ključne moralne in etične vsebine, ki ohranjajo ta svet. Musek (2000) meni, da so vrednote posplošena in relativno trajna pojmovanja o ciljih in pojavih, ki jih visoko cenimo, ki se nanašajo na široke kategorije podrejenih objektov in odnosov, in ki usmerjajo naše interese in naše vedenje kot življenjska vodila. (Kaučič, Skela Savič, 2008)

Zbornica – Zveza je prav zdaj v iskanju (ne določanju) in razpravljanju o vrednotah, ki naj bi bile pomembne, celo neke vrste gonilo krovne organizacije, ki povezuje prek 16.000

izvajalcev zdravstvene in babiške nege v Sloveniji. Na spletnih straneh in v Utripu je povabilo k sooblikovanju le-teh.

Novembra 2009 smo na izobraževanju funkcionarjev Zbornice – Zveze vse udeležence povabili k oddaji predlogov. Tako smo zbrali lepo število predlogov, ki bodo pripomogli, da skupno oblikujemo tiste vrednote, ki naj nas usmerjajo, vodijo pri delovanju in v razvoju naše organizacije. Nedvomno bodo tudi 2. Dnevi Marije Tomšič pripomogli k temu; organizirani so ravno ob pravem času – s pravimi vsebinami. Naj uspejo.

Literatura

1. Kaučič, B. M., Skela Savič, B.: Vrednote študentov Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice ter njihov odnos do načela pravičnosti in etičnega ravnanja v kliničnem okolju.
2. V: Skela Savič, B., Kaučič, B. M., Ramšak J. (ur): Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: Zbornik predavanj z recenzijo, Bled: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, 2008.
3. Naka, S., Kvas, A.: Razvoj vrednot in načelo pravičnosti.
4. V: Klemenc, D., Kvas, A., Pahor, M., Šmitek, J. (ur): Zdravstvena nega v luči etike, Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2003.
5. Musek Lešnik, K.: Od poslanstva do vizije zavoda in neprofitne organizacije. Ljubljana: Inštitut za psihologijo osebnosti, 2003.

VARNOST PACIENTOV, NAPAKE, SINDROM RANLJIVEGA SISTEMA IN PRAVIČNA KULTURA

Andrej Robida

Povzetek

Cilj varnosti pacientov je nenehno ugotavljanje, analiziranje in obvladovanje tveganj za pacienta z namenom izvajanja varne obravnave pacienta in zmanjševanja na minimum škode za pacienta. Varna zdravstvena obravnava izvira iz interakcij posameznih delov sistema. (Kristensen et al., 2007)

S pristopom, ki ga uporabljamo sedaj, ne bomo nikoli zmanjšali škode za zdravje, ki jih utrpi pacient zaradi napak.

Definicije

Napako definiramo kot neuspeh načrtovanih dejanj za doseg cilja. Načrt delovanja je primeren, ampak stvari ne gredo po načrtu ali pa stvari gredo, kot je načrtovano, a je načrt neprimeren za doseg cilja. (Reason 1997)

Napake so prisotne povsod, so življenjsko dejstvo, kot dihanje ali umiranje. »Zdravniška napaka, sestrška napaka, strokovna napaka« bi lahko pomenile napake, ki so edinstvene za zdravstvene strokovnjake. Te napake se ne razlikujejo od napak, ki se pojavljajo povsod drugje. Specifična je samo dejavnost in ne same napake.

Aktivne napake so dejanja, ki niso varna in jih storijo tisti, ki so v neposrednem stiku s sistemom ali procesom, ki ustvari slabosti ali nima varoval. Pri aktivnih napakah gre za človeške dejavnike. Človeške napake so simptom latentnih napak, vgrajenih v sistem, in ne vzrok zanje. V 80- do 90 % gre za napake v procesih ali sistemih.

Latentne napake so vrzeli (luknje) v varovalih (slabosti ali odsotnosti), ki so ustvarjene nezavedno in so rezultat predhodnih odločitev načrtovalcev, regulatornih teles in menedžerjev v sistemu. Te luknje so v vseh kompleksnih tveganjih sistemih, ker odločevalci ne morejo napovedati vseh možnih scenarijev delovanja sistema ali procesa (Reason, 1997).

Varnostni incident pri pacientu je nenameren in nepričakovan dogodek, ki je ali bi lahko škodoval pacientu ob prejemanju zdravstvene oskrbe in ne nastane zaradi narave pacientove

izr. prof. dr Andrej Robida, dr. med, spec. pediater

bolezni. Lahko nastane zaradi izvedbe ali neizvedbe (opustitve) nekega postopka s strani izvajalca in/ali zdravstvenega sistema. (Svet Evrope, 2006) To moramo razlikovati od komplikacije, ki pomeni nenameravan in neželen izid zdravljenja že prisotne bolezni. V določenih okoliščinah se ga ne da preprečiti. (Kristensen et al., 2007)

Opozorilni nevarni dogodek je resen varnostni incident, ki privede ali bi lahko privedel do smrti ali resne fizične ali psihične škode pacienta.

Opozorilni se imenuje zato, ker zahteva takojšnjo analizo in ukrepe, da se prepreči njegova ponovitev. (Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations, 1966)

Skorajšnja napaka je varnostni incident, ki bi lahko pripeljal do zdravstvene škode za pacienta, a do nje ne pride zaradi pravočasne ugotovitve napake in preprečitve možnih posledic za pacienta. (Kristensen et al., 2007)

Ta definicija je izrednega pomena, ker v takem primeru ne pride do škode za pacienta in ni nobenega strahu pri vpletenih, da jih bo kdo neupravičeno obtoževal. To je **zastonjska lekcija** za preprečevanje podobnih napak. Problem je v tem, da skorajšnje napake sploh ne štejemo za napake in tako izgubimo priložnost za učenje in povečanje varnosti pacientov.

Kako ravnamo pri nas?

Primer: Bolnišnica ima več vrst infuzijskih črpalk. Za vsako vrsto je programiranje različno – *latentna napaka*, ki čaka, da se zgodi. Nova medicinska sestra je razporejena v dežurstvo in mora programirati več črpalk. Eno črpalko programira nepravilno – *aktivna napaka*. Če ni varoval, napaka pri programiranju škodi pacientu zaradi prevelikega/premajhnega odmerka zdravila – varnostni incident pri pacientu s škodo. Varovalo: standardizacija infuzijskih črpalk v bolnišnici.

Kadar se to zgodi pri nas, obtožimo medicinsko sestro za nepozornost in uporabljamo izraze, kot so: »Kako to, da nisi bila bolj pazljiva, saj si že šest mesecev pri nas in to zna vsaka, ko pride iz šole!«

Ko pride do napake, ki jo občuti pacient, jo, če se le da, prikritimo, kar je ena izmed običajnih človeških reakcij na strah, ki nastane zaradi pri nas prevladujoče kulture strahu. (Robida, 2004)

Če se za napako izve, zlasti izven zdravstvene ustanove, skuša ta obtožiti posameznika ali skupino, ki je napravila aktivno napako in tako prikazati svojo odličnost. Tudi ravnanje stanovskih organizacij (glej primere, objavljene v medijih v letih 2008 in 2009), prava, medijev in javnosti je podoben. Gre za *sindrom ranljivega sistema*. Sindrom ranljivega sistema obsega tri patološke prvine: obtoževanje, zanikanje in lažno odličnost. Vsaka od teh sistemskih patoloških prvin je globoko zakoreninjena v človeški psihi in je zato bolj ali manj prisotna v vseh organizacijskih kulturah. Vse tri patološke prvine so povezane in vsaka od njih pospešuje drugi dve. Skupaj tvorijo samoobnovljiv krog, ki preprečuje kakršen koli program varnosti pacientov, če ne izločimo ali vsaj omilimo njihovega malignega vpliva. (Reason et al. 2001)

Obtoževanje posameznika za napake je najbolj trdovraten in razširjen škodljiv učinek za varnost pacientov. Temelji na »osebнем modelu« (Reason, 1997) razlaganja nastanka napak, kjer gre za »kazanje s prstom na krivca« za zadovoljevanje primitivnih čustev z željo po kaznovanju. Če se vzrok za napako pojasnjuje z izrazi »zdravniška napaka, sestrška napaka, strokovna napaka«, torej kot vzrok za napako in ne kot njen simptom, to ne izboljšuje varnosti pacientov, ampak jo celo poslabša. Ko iščemo vzrok za napako, ljudi obtožimo za nepazljivost, pozabljivost, površnost, nesposobnost, neumnost itd., pri tem pa se ne zavedamo, da gre za normalno funkcijo človeških možganov (tudi zdravniških, sestrskih, direktorskih, inženirskih).

Pri obravnavi napak sledi mit o **iluziji proste volje**, ki meni, da ljudje izbiramo med slabim in dobrim, med tem, ali bomo naredili napako ali ne. Veliko škode napravi tudi **pristranost pogleda za nazaj**. (Finschoff, 1975)

To je pojav, ko tisti, ki analizira napako, pozna izid napake in tako ve, kako bi ravnal drugače, da do napake ne bi prišlo. Hkrati pa ne upošteva dejstva, da bi tudi vpleteni ravnali drugače, ko bi bili vedeli, kakšen bo izid. Privlačnosti osebneга modela so mnogotere. Zakaj je potem napačen? Ustanova se ne nauči, da so napake in neskladno delovanje začetna točka preiskave vzrokov napak in ne njen konec. Napake s škodo za pacienta nastanejo zaradi mnogih dejavnikov, kot so okolje in oprema, pravila, navodila, usmeritve, odsotnost varoval in ne samo zaradi človekovega ravnanja. Ko odstranimo osebo, ki smo jo obtožili za napako, iz procesa, sistema ali procesa pa ne spremenimo, se bo napaka prej ali slej ponovila; na primer, injekcija vinkristina v spinalni kanal s smrtnim izidom je bila prvič opisana leta 1968. Pregled literature pa je pokazal, da se je napaka ponovila do leta 2006 še 54-krat. (Langman et al., 2007)

Pojavlja se **zanikanje** v stilu »ustreli sporočevalca«. Gre za ustanove s patološko kulturo. Ustanova pomembnost napake marginalizira ali utiša sporočevalca, obtoži sporočevalca, da tožari kolege ali osebje iz druge poklicne skupine, zakrije napake (bodimo tiho, saj nihče ne ve) in zatira ideje za izboljšave ali se izogiba odgovornosti za varnost pacientov.

Lažna odličnost. Ustanova se osredotoči na numerične kazalnike in ne na varnost pacientov. Za primer lahko služijo neupravičeni sprejemi v bolnišnico za bolezni, ki bi jih lahko obravnavali ambulantno. S tem ubiješ dve muhi na en mah, zapolniš posteljne zmogljivosti in skrajšaj ležalno dobo, ker gre za bolezni, ki ne potrebujejo hospitalne obravnave. S tem pa podvržeš paciente tveganjem, ki jih povzroča hospitalizacija.

Pravična kultura

Pravična kultura je kultura, kjer ljudje lahko sporočajo napake, ne da bi se bali posledic. To se lahko zgodi le, če je ustvarjeno ozračje zaupanja. Pravična kultura je odvisna tako od vodstva organizacije kot od ljudi, ki delajo v mikrosistemu. To ne pomeni, da posameznik ni odgovoren za svoja dejanja, vendar ni odgovoren za nepopolnost sistema v katerem je zaposlen, a pri nas iščemo odgovornost »za nazaj«, ko pride do napake. Odgovornost »za

naprej», recimo strategije in programe varnosti v zdravstveni ustanovi in stalno spremljanje kompetenc zdravstvenih strokovnjakov, pa ni določena. Zdravstveni strokovnjaki smo bili vzgojeni tako, kot da smo samo mi odgovorni za napake in imamo zato velik občutek moralne krivde, ko pride do napake. (Robida, 2004)

Znanost o varnosti pacientov dokazuje drugače in se osredotoča predvsem na sisteme, v katerih delamo. Pravična kultura spodbuja **poročanje o napakah, razkrivanje napak znotraj organizacije, da bi se iz njih kaj naučili in se opravičili** vsem, ki so utrpeli škodo zaradi napake. Zdravstvena ustanova se uči iz preteklih dogodkov. Če ni poročanja, se iz napak ničesar ne naučimo in zato se nam bo enaka ali podobna napaka še dogajala. Vse osebe se mora počutiti opolnomočeno za ugotavljanje napak in pomanjkljivosti v sistemih, ki bi lahko privedle do varnostnih incidentov pri pacientu. Ustanova mora pripraviti **strategijo in program varnosti pacientov**, kjer je pomembna prvina poročanje o napakah z zdravstveno škodo za paciente, skorajšnjih napakah in možnih tveganjih. Poročanje o napakah in problemih mora biti zaveza vsakega, ki dela v ustanovi. Ustanova mora zagotoviti zaupnost poročanja, **analizo napak z iskanjem osnovnih vzrokov** in seznanjanja vseh s poročilom analize (brez imen vpletenih v dogodek), če želi vzpodbuditi učenje in tako zmanjšati napake s škodo za pacienta. Zaščititi mora sporočevalce in vpletene v dogodek. Ti ljudje so v nekaterih državah zaščiteni z zakonom. Prav tako je zaščiten in drugim nedostopna dokumentacija, ki jo uporablja in izdelava skupina za analizo dogodka. Disciplinski in drugi postopki so redki in izvedeni le v primerih, ko gre za neprofesionalno obnašanje, namerna dejanja, ki niso upoštevala varnostnih ukrepov ali so bila izvedena zaradi povzročanja neupravičene škode, kriminalnih dejanj, stanj, ki je pri osebu povzroči alkoholni opoj ali nedovoljene droge in napad na pacienta.

Opravičilo pacientu in svojem, ko se zgodi napaka in je oškodovano zdravje pacienta, je potrebno in je del strategije varnosti pacientov. Na tak način pokažemo svojo etično in moralno držo, kar pacient od nas upravičeno pričakuje. Pokazalo se je tudi, da z opravičilom celo zmanjšamo možnost tožb, še posebno, če opravičilo sledi tudi upravičena odškodnina v nekrivdnem odškodninskem sistemu, ki pri nas (še) ni uveljavljen. Opravičilo seveda ne pomeni, da pacient ne bo vložil pritožbe ali tožbe, saj ima zato zagotovljeno pravico. (Zakon o pacientovih pravicah, 2008)

Zaključek

Nov, pravičen in odkrit pristop k varnosti pacientov je pri nas v povojih. Ko pride do resne napake in zlasti, če zanjo izve javnost, jo obravnavamo na star način. Obtožujemo posameznika in se zanašamo na nezmotljivost ljudi in ne razumemo mentalnih procesov, ki vodijo do napak. Dokler bo prevladovalo mišljenje, da napake delajo »slabi« ljudi, ki so nepazljivi, površni, nepozorni, zmotljivi (nepazljivost, površnost, neskrbnost itd. so lastnosti človeških mentalnih procesov), toliko časa se varnost pacientov ne bo pričela izboljševati.

Če ne poročamo o napakah v zdravstveni ustanovi, najbolj škodimo varnosti pacientov. Drugo največja napaka je nepravilno obtoževanje posameznika. Ne mi sami ne stanovske

organizacije, pravni sistem, regulatorni sistem ali laična javnost ne vedo, da s kulturo pravičnosti zmanjšujemo patološko kulturo, zmanjšujemo negativne prvine sindroma ranljivega sistema in tako izboljšujemo varnost pacientov.

Literatura

1. Finschoff, B. (1975) Hindsight does not equal foresight: the effect of outcome knowledge on judgement under uncertainty. *Journal of Experimental Psychology*. 1: 289-299.
2. Kristensen, S.; Mainz, J., Bartels, P, MD (2007). A Patient Safety Vocabulary Safety Improvement for Patients in Europe. SimPatIE - Work Package 4 . Aarhus: The ESQH-Office for Quality Indicators.
3. Lagman, J. L. et al.: 2007. Inadvertent intrathecal administration of vincristine. *Community Oncology*. 4: 45-46.
4. Reason, J. : (1997). *Managing the risks of organisational accidents*. Aldershot: Ashgate Publishing.
5. Reason, J .T, Carthey J, de Leval, M R.: (2001) Diagnosing “vulnerable system syndrome”: an essential prerequisite to effective risk management. *Quality in Health Care*. 10 Suppl II:ii21–ii25.
6. Reason, J.: (2008) *The human contribution*. Burlington: Ashgate.
7. Robida, A.: (2004). Opozorilni nevarni dogodki. *Zdrav Vestn*. 73: 681–687.
8. Sholtes, P. R., Joiner, B. L., Streibl, B. J.: (2003). *The team handbook*. Madison: Oriel Incorporated.
10. Svet Evrope (2006). Priporočilo Rec (2006/7) Odbora ministrov državam članicam o ravnanju z varnostjo pacientov in preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu. Strasbourg: Svet Evrope.
11. Zakon o pacientovih pravicah, Uradni list RS; 15/08.

ETIKA SKRBI IN ETIKA VRLIN V ZDRAVSTVENI NEGI

Eva Kovačič

Povzetek

uvod: Spremembe v družbi določajo tudi spremembe v zdravstveni negi, kar ima za posledico drugačne pristope, kako zadostiti potrebam ljudi, ki so nam zaupani. Izhodišče vsega dogajanja v zdravstveni negi mora biti etični pristop. Dolga desetletja je v zdravstveni negi veljala kot edina ustrezna bioetika, ki temelji na načelih deontologije. Ob koncu dvajsetega stoletja pa se razvije alternativa, tj. etika skrbi. Osnovana je na odnosu medicinska sestra – bolnik, na ranljivosti, občutljivosti in medsebojni odvisnosti. Njene osnovne komponente so: pozornost, odgovornost, kompetentnost, odzivnost. Temelj skrbi, ki jo medicinske sestre udeležujejo, je odnos, ki ga vzpostavijo z bolnikom. Kakšen bo ta odnos, je v veliki meri odvisno tudi od osebnosti medicinske sestre, od njenih vrlin, pa tudi od sposobnosti zavestnega pristopa in samovrednotenja. V delu je predstavljena teorija zdravstvene nege po Jane Watson, ki orisuje odnos medicinska sestra – bolnik in poudarja pomen etične klime za etično delovanje. **Namen** prispevka je ugotoviti, ali se anketirane medicinske sestre zavedajo pomembnosti elementov etike skrbi in etike vrlin, kako jih prenašajo v prakso in na kakšne ovire ob tem naletijo. **Metode dela:** pregledana je bila literatura s področja etike skrbi in etike vrlin ter odnosov v zdravstveni negi. V raziskavi je bila izvedena presečna študija, v kateri je sodelovalo 44 naključno izbranih udeležencev, ki so izpolnjevali anonimni anketni vprašalnik. Rezultati so bili kvantitativno obdelani. **Rezultati** ankete so pokazali visoko stopnjo etičnega zavedanja sodelujočih (91,1 %), pogosto delovanje po načelih etike skrbi v praksi, željo delati bolje (81,8 %) ter pomanjkljivo zanimanje nadrejenih do sodelujočih (15,9 %). **Razprava in sklep:** medicinske sestre opravljajo svoje poslanstvo, če zmorejo z bolnikom vzpostaviti pristen odnos po načelih etike skrbi. Da pa to zmorejo, morajo imeti sposobnost samozavedanja in samovrednotenja. Bistveno pa je tudi, da so same deležne skrbi in dobre etične klime.

Ključne besede: etika skrbi, etika vrlin, medicinske sestre, zdravstvena nega.

1. UVOD

Edina stalnica v življenju so spremembe in to dejstvo močno označuje tudi zdravstveno nego (ZN), njen razvoj in preoblikovanje iz tradicionalne v sodobno. Vse te spremembe v stroki

so posledice velikih sprememb v širšem družbenem okolju in odgovor na nove usmeritve in pojmovanja, pa tudi potrebe, ki izhajajo iz novih sprememb. Pomembne spremembe za ZN izhajajo najprej iz demokratičnih sprememb družbe, ki se, za razliko od avtokratskega modela, odziva na potrebe in želje ljudi in zahteva dvosmerno komunikacijo tudi v politiki. Posledica tega je opustitev modela nadzora in upoštevanje modela podpore. (Sevenhuijsen, 2003, cit. po Pahor, 2003)

Vse te spremembe zahtevajo drugače organizirano življenje in pristope v ZN, s poudarkom na večji kakovosti storitev in odnosov.

Storitve in odnosi v ZN temeljijo največ na osebnosti, ki te storitve in odnose izvaja. Zato je vprašanje samopodobe in identitete pomembno pri medicinskih sestrah (MS). Sodelovanje v procesu zdravljenja je kompleksna dejavnost, kjer ni pomembno le, kaj nekdo dela (postopki, posegi), niti samo, kako dela (kakovostno, učinkovito, v skladu s standardi), ampak tudi, kdo to dela, kakšen/-a je kot oseba kot specifična celota različnih lastnosti. (Pahor, 2001)

V pričujočem prispevku želi avtorica poudariti pomen osebnosti medicinske sestre, ki je odsev njene življenjske filozofije (vrlin), na podlagi katere lahko v polnosti udejanja to, kar ZN je: biti z in za človeka, ki potrebuje ZN v najširšem pomenu. Dve veliki in temeljni področji, ki opisujeta prakso ZN in osebnost medicinske sestre, ki je nosilka le-te, sta etika skrbi in etika vrlin. Žal vse premalo zastopani v času izobraževanja ZN, predvsem pa v procesih delovanja in v naših strokovnih razpravah. To dokazuje tudi majhno število strokovne literature v slovenskem jeziku na tem področju. Raven ZN, ki smo jo v zadnjih desetih letih dosegli v slovenskem okolju, je na zavidljivi ravni. Veliko je bilo storjenega na področju kakovosti dela, izobraževanja, raziskovalnega dela itd. Kljub izrednemu tehnološkemu napredku medicine, na katerega smo se v ZN samozavestno odzvali, smo medicinske sestre (MS) razumele in udejanile osnovno izhodišče, da je središče naše obravnave človek s svojo osebnostjo, h kateremu pristopamo celostno. S tem pojmovanjem smo lahko zgled ostalim strokovnjakom v zdravstvenem timu. (Peternej, 2006)

Ravno zato bi si morali zastavljati vprašanja, zakaj kljub temu toliko MS v svojem poklicu ni zadovoljnih; samo 8,4 % MS je svoje zadovoljstvo na delovnem mestu ocenilo z oceno 10; to je najvišja ocena v desetstopenjski lestvici, srednja vrednost pa je bila 6,5, kar ni ravno spodbudno. (Kvas, 2004)

Podatek raziskave Medicinske sestre v Sloveniji kaže, da kar 31,6 % anketiranih MS v zadnjih 12 mesecih ni bilo zmožnih opravljati svojega dela in drugih dejavnosti, vendar jih kljub zdravstvenim težavam veliko dela, saj je zelo težko najti zamenjavo za obolelo MS. (Kvas, 2004)

Živič (2001, cit. po Kvas, 2004). Raziskava ugotavlja, da ima največ MS naslednje težave: telesna utrujenost in izčrpanost, bolečine v hrbtu, nemir in zaskrbljenost, glavobol, težave s sklepi in drugo.

Zdravstvena nega predstavlja za MS velik psihofizičen napor. Uspešnost spopadanja z zahtevnimi situacijami je odvisna od nas samih, od kritičnosti do problema, okolja, trenutnih

in dolgoročnih možnosti, najbolj pa od pripravljenosti posameznika, da skuša najti ustrezno rešitev. (Peternelj, 2006)

Orodje za tak pristop najdemo v etiki skrbi. In čemu bi delovali po njenih načelih? Vprašanje, ki ga zastavljajo izgorele kolegice. Odgovor je preprost in spodbuden. Na poti takšne etične drže nas čaka lastno zadovoljstvo, osebna rast, dobro opravljeno delo, zadovoljstvo bližnjih, pacientov, sodelavcev, razvoj, nove izkušnje, občutek osebne izpolnitve in pozitivno okolje, ki nam preprečuje izgorelost, bolezen in neakovost. Etika skrbi je torej recipročna, vložek se nam bogato obrestuje in pozna v osebem življenju.

Temelj in izhodišče dela vsake MS na vseh področjih obstajanja ZN je odnos, ki ga ustvari s pacientom, oz. s skupnostjo. Kakšen je ta odnos, v veliki meri določa kakovost nudene ZN. Dejstvo in poslanstvo našega dela je skrb za ljudi v vsej njihovi razsežnosti. Tschudinova (2004) navaja: »Ko izberemo, da bomo postali medicinska sestra, izberemo, da bomo skrbeli.«

Skrbstveno delo je torej tisti največji skupni imenovalac vsem izvajalcem ZN, ki se najbolj pokaže v prej omenjenem odnosu. Področje skrbstvenega dela opisuje, pojasnjuje in »ščiti« etika skrbi - razmeroma mlado področje v etični znanosti. Etika skrbi razume skrb kot proces in prakso.

Velikokrat se v svojem profesionalnem okolju zavedamo, da ni tako, kot bi si želeli. Vsi bi raje boljše pogoje dela, učinkovitejši menedžment, kakovostnejše storitve, boljše plačilo itd. Žal pa pozabljamo na temeljno izhodišče, na katerega imamo edino vpliv: na nas same. Kolikokrat se pri svojem delu sami vprašamo: je to vse, kar sem lahko storila, bi lahko naredila več, bolje, drugače, na kakšen način? Kje je moja moč, moje zmožnosti, moje vrline? Okoliščine za delovanje medicinskih sester ne bodo nikoli povsem ustrezne, vedno bodo pred nas postavljeni izzivi in zahteve, kako delovati kljub oviram, neustreznim pogojem, kadrovskim primanjkljajem, ki jim ni konca. Če ne zmoremo delovati proti temu toku, potem nam razmere prej ko slej povzročijo izčrpanost, poklicno izgorelost, malodušje, boleznin itd. Na tak način pač samo opravljamo slabo plačan, dokaj neakovosten in v družbi malo prepoznaven poklic. Iz takšne destruktivnosti nas zmore rešiti samo delovanje po načelih etike skrbi, ki nam nudi »moč za pomoč«. (Pahor, 2003)

1.1 ETIKA VRLIN

Etika vrlin se začneja z značajem. Vprašanje v tej teoriji ni, kaj in kako delam, ampak, kdo, kakšen sem kot oseba, zakaj živim. V ospredju je samozavedanje, ki je izhodišče integritete osebnosti. Etika vrlin v ZN zahteva samoopazovanje, samoanalizo in stremljenje k osebnosti rasti in spremembam sebe, da bi zmogli vstopati v odnose z ljudmi, za katere skrbimo. Glavni kriterij v etiki vrlin niso načela, kaj bi morali v določeni situaciji storiti, temveč kakšen bi moral biti človek in kako bi moral živeti. Etika vrlin ne ugotavlja, kaj je prav in kaj napačno, kakšne so dolžnosti, ampak izziva pojme, kot so: pogumen, pravičen, pošten. Bolj kot posameznik so tu pomembna dejanja. Vrline so lahko izražene v vrednotah posameznika, ne prevladuje

ena sama, ampak je za dobro dejanje pomembna njihova celovitost. Etika vrlin ugotavlja, da je vsako dejanje odvisno od človeka.

1.2 ETIKA SKRBI

Na odnosu temelječa etika, ki opredeljuje skrb kot pristno sobivanje s tistim, ki mu je naša skrb namenjena, ki ne temelji na vprašanju: kaj naj storim, rečem, temveč: kaj se tu dogaja. Osnovno izhodišče etike skrbi je poslušanje. Pravo skrbstveno delo zahteva od človeka polno zmožnost odgovoriti na potrebe drugega človeka. Zahteva, da naredimo v nekaterih situacijah celo več, kot je običajno. Resnično človeški in resnično skrbni postanemo samo skozi izzive, trpljenje in vživljanje v trpljenje. Tega se je treba naučiti, to vzdrževati in za to skrbeti. (Tschudin, 2004)

Etiko skrbi sestavlja pet temeljnih elementov:

- pozornost,
- odgovornost,
- kompetentnost,
- odzivnost,
- prilagodljivost.

Sposobnost, da bi zmogli v ZN delovati na način, ki ga ponuja etika skrbi, zahteva od nas določene vrline in osebnostno držo. To pa je spet novo in kompleksno področje, ki ga opisuje etika vrlin.

Skrbstveno delo je praktična izkušnja in zajema osebe, ki skrb nudijo, kot tiste, ki jo prejemajo. V ZN smo prepogosto usmerjeni na pacienta, ki mu je namenjena naša skrb, premalo pa vidimo MS, katere drža v tem odnosu z bolnikom največkrat določa kakovost in izid te nudene skrbi. Osebe, ki nudijo skrb, morajo dobro poznati svoje znanje, morajo razumeti same sebe in biti prepričane vase.

Osnovni element, ki ga mora imeti oseba, ki daje skrb, je občutek za drugega. To lastnost verjetno najbolj opišemo s terminom empatija - vživljanje v trpljenje. Trpljenje je osebna izkušnja posameznika, povsem individualna in njemu lastna, zato biti empatičen ne pomeni sotrpeti z nekom, ampak biti sposoben razumeti njegov odziv na trpljenje in potrebe, ki iz tega izhajajo. MS morajo razvijati sposobnost, da svojih domnev ne oblikujejo vnaprej, s čimer ustvarjajo pogoj za razumevanje pacienta v njegovem doživljanju njegove situacije. To nepoznavanje je neke vrste skromnost, oziroma dovtetnost za bistvo ZN: slišati drugo osebo, se poučiti, kdo ta človek je in kaj je z njim. (Tschudin, 2003)

Skrbstveno delo lahko poteka samo v razmerju, med tistim, ki skrb daje, in med tistim, ki skrb sprejema. Kakovost skrbstvenega dela je odvisna od tega, kakšno je to razmerje in kaj obsega. Poudariti je potrebno, da je vsako etično dejanje v svojem jedru skrbstveno, ni pa nujno, da je skrbstveno delo etično. Skrbimo lahko tudi neetično. Način, ki pogojuje, kakšna bo skrb,

je odvisen od lastnosti in značaja tistega, ki skrb nudi. Temu lahko rečemo, od tega, kakšne vrline ima posameznik, ki nudi skrb. To pa predstavlja novo, široko področje v etični praksi, ki ga označujemo kot etiko vrlin.

1.3 SKRBI V ZDRAVSTVENI NEGI - TEORIJA JANE WATSON

Znanje, ki ga imamo, nas obvezuje za delovanje v praksi. Možna pot in način za prenos znanja o skrbi, etiki skrbi, vrlin in »zavestnega sestrstva« v procese našega dela, ponuja Watsonova teorija skrbi, ki je v nadaljevanju predstavljena. (Watson, 2005)

Watsonova (2005) opredeli skrb MS kot »srce ZN«. Ta skrb mora imeti terapevtsko relacijo med pacientom in MS. Ob njej pridobivata oba, tako pacient kot MS. Imenuje jo karitas, oz. karitativna skrb. Beseda caritas izvira iz grške besede in označuje najvišjo in najčistejšo obliko altruistične ljubezni. Termin caritas je uporabila kot izraze: deliti, spoštovati, nuditi posebno pozornost. Watsonova je svojo teorijo razvijala v obdobju 1975-1979, ko je bil tehnološki napredek medicine v polnem zamahu in so ostajale psihološke potrebe pacienta v steh nizirani zdravstveni negi slabo in komaj opažene. Od tu tudi besedna igra terminov, ki ima globok pomen: cure (zdraviti), care (skrbeti), cor (srce), caritas (ljubezen).

Po Watsonovi bi morale MS delovati v tem karitativnem okviru, ki v praksi zdravstvene nege predstavlja »klinični karitativni proces«. Razvoj tega procesa znotraj ZN zahteva združitev »ljubezni in skrbi« in predstavlja predvsem duhovno dimenzijo in moč ZN. V tem kontekstu sta »ljubezen in skrb« moralni dejanji, ki ohranjata in vzdržujeta zdravje ljudi. Watsonova nas s svojo teorijo opozarja, da nas karitas - ljubezen opozarja na namen našega delovanja v ZN in nam daje potrditev globokega pomena ZN. Karitas mora biti po njeno glavni izvir ZN. Znotraj kliničnega karitativnega procesa lahko MS uvidi, kaj zares pomeni biti human. To ji omogoča globoko doživljanje tega, kar predstavlja čudež življenja, bolezen, smrt, trpljenje, zdravljenje in jo uvede v izkustvo posvečene narave ZN. Poznavanje elementov Watsonove teorije skrbi pomeni vračanje k najgloblji profesionalni koreninam in vrednotam. Predstavlja arhetip idealne medicinske sestre. Upoštevanje takšne usmeritve skrbi v ZN pomeni v našem vsakodnevem delu preobrazbo ZN iz položaja, kjer le-ta pomeni samo službo, k stopnji ustrežljive stroke. Delovanje v tem okviru ne samo da sproža preobrazbo ZN v umetnost skrbi, zagotavlja sočutje s trpečimi pacienti in njihovimi svojci in pospešuje zdravje in spoštovanje pri pacientu, temveč tudi prispeva k samoaktualizaciji medicinske sestre. Watsonova je torej ena redkih teoretičark v zdravstveni negi, ki se ne ukvarja samo s tistim, ki skrb prejema - pacientom, ampak tudi in predvsem s tistim, ki skrb nudi - MS. Promocija tega modela v praksi ZN ni potrebna zgolj za zdravje MS, bolj kot to nam pomaga, da poiščemo in najdemo nepredstavljivo velik pomen našega dela.

Osnovni elementi njene teorije so trije: faktorji skrbi, medsebojni odnosi temelječi na skrbi, priložnosti za skrb. (Watson, 2005)

FAKTORJI SKRBI: S terminom »carative« Watsonova nasprotuje konvencionalni medicini, ki uporablja predvsem termin kurativen. Z njimi poskuša izkazovati čast ZN in njenemu

delovanju, ki se dotika notranjosti doživljanj in osebnih izkušenj pacientov, katerim služimo. Navaja deset elementov faktorjev skrbi :

1. izgrajen sistem humanističnih in altruističnih vrednot,
2. vzbujanje upanja,
3. občutljivost do sebe in drugih,
4. razvijanje odnosa pomoč-zaupanje,
5. sposobnost izražanja pozitivnih in negativnih občutkov,
6. razvijanje procesov kreativnega reševanja problemov,
7. biti sposoben učiti in učiti se,
8. zagotavljanje in ohranjanje varnega fizičnega, psihičnega, socialnega in duhovnega okolja,
9. pomoč pri zadovoljevanju človekovih potreb,
10. priznavanje eksistenčnih, fenomenoloških in spiritualnih sil, pomembnih za človeka. (Watson, 2005)

Klinični karitativni proces pomeni prenos faktorjev skrbi v klinično prakso. Slednje dosegamo tako, da:

- udejanjamo ljubečo prijaznost in ravnodušnost znotraj zavestnega izražanja skrbi;
- smo pristno prisotni, kar nam omogoča globok vrednostni sistem in subjektivno doživljanje svoje notranjosti in notranjosti teh, za katere skrbimo;
- gojimo svojo duhovnost, smo sposobni iti prek sebe in svojih hotenj, da zmoremo biti občutljivo in sočutno odprti do drugih;
- razvijamo in ohranjamo pomoč, ki temelji na zaupanju in pristnem skrbstvenem odnosu;
- izražamo svoje pozitivne in negativne občutke, kar pomeni povezanost s svojim sebstvom in da k temu spodbujamo tudi tiste, za katere skrbimo;
- ustvarjalno izbiramo načine in poti procesov skrbi; to je umetnost, s katero postane skrb zdravljenje;
- razvijamo in priznavamo izkušnjo kontinuiranega učenja (učiti in učiti se) znotraj izkustvenega okvira drugega;
- ustvarjamo zdravilno okolje na vseh nivojih (fizičnih in ostalih), tenkočutno ozračje energije in zavedanja, znotraj katerega so poudarjeni celovitost, lepota, udobje, spoštovanje in mir;
- odgovarjamo na osnovne človekove potrebe z izrazi zavestne skrbi, kar zagotavlja humano ZN, ki zmore uravnovešati razum, telo in duha, odraža celovitost bivanja in zavedanja, vključuje vse vidike skrbi in teži k razvijanju duhovnosti;

- odpiramo in negujemo ne samo eksistencialno dimenzijo življenja in smrti, ampak tudi misterioznost in duhovnost, tako pri sebi, kot pri tistih, za katere skrbimo. (Watson, 2005)

1.3.1 MEDSEBOJNI ODNOSI, TEMELJEČI NA SKRBI

Watsonova opisuje medsebojne odnose skrbi med MS in pacienti kot posebne človeške odnose, ki so odvisni od:

- moralne odločitve in zavezanosti MS, da s svojim ravnanjem zagotavlja in ohranja človeško dostojanstvo v najvišji možni meri,
- zavesti MS, da s svojo skrbjo ne razoseblja človekovega duha in ga spravlja na nivo objekta,
- zavesti MS, da njene izkušnje, zaznave in premišljena dejanja lahko zdravijo ali ranijo.

Ti medsebojni odnosi kažejo, kako MS vidi prek objektivne ocene in zaznava pacientovo subjektivnost in globlji pomen njegovega doživljanja bolezni ali zdravljenja. Tak pristop obravnava oba, tako MS kot pacienta in osvetli individualnost obeh, ki je osnova odnosu, ki sta ga razvila. Tozadevno sta oba povezana v vzajemnem iskanju pomena in celovitosti, kot tudi duhovne presežnosti trpljenja. Termin »medsebojni« Watsonova razlaga kot sposobnost zapustiti svoj ego in preseči sebe, najti globljo, duhovno povezavo z drugim, da bi mu zagotovili večje udobje in okolje za zdravljenje. Cilj takšnega medsebojnega odnosa je zaščita, povečevanje in ohranjanje pacientovega dostojanstva, humanosti, celovitosti in harmonije. (Watson, 2005)

1.4 ETIČNA KLIMA

Pravo skrbstveno delo zahteva od človeka visoko stopnjo altruizma. Dejstvo je, da lahko skrb nudimo samo, če jo tudi sami prejemamo in ranljivost drugega razumemo samo, če smo se tudi sami srečali z njo. Zato je ključnega pomena, da ima oseba, ki nudi skrb, na voljo »tretjega človeka«, osebo, ki ga bo slišala. Tako je krog skrbi sklenjen in je vzpostavljena spirala, ki omogoča človeku, ki nudi skrb, pogled z različnih ravni.

Resnično skrbstveno delo dobiva izvir »od vrha« navzdol. (Tschudin, 2003) Skrb, ki jo vodilni v zdravstveni negi izražajo do podrejenih, omogoča, da jo bodo le-ti prenesli v prakso pri svojem delu. Če delujemo v neetični klimi, je malo verjetno, da bomo sami ves čas delovali etično. Zato je ustvarjanje etične klime v procesih dela najosnovnejša dolžnost vodilnih, kar podrejene spodbuja k etičnemu delovanju.

Shirey (2005) poudarja, da so za uspešen menedžment v ZN potrebni jasno definirani poslanstvo, vizija in vrednote. V kompleksnem okolju sistema zdravstvenega varstva lahko edino na ta način svojim zaposlenim pokažemo razliko med tem, kar je naše pravilo delovanja, in med tem, kar se dejansko dogaja v praksi. To še posebej velja za oblikovanje ozračja in

načel etične držbe. Kljub temu da imajo mnoge organizacije v ZDA napisane dokumente, ki opredeljujejo poslanstvo skrbi in vizijo, pogosto delovno okolje ne uspe zapisanega prenesti v prakso. (Shirey, 2005)

V Sloveniji smo torej še dlje, saj napisani dokumenti, ki bi določali poslanstvo in vrednote organizacije, večinoma ne obstajajo. Tako stanje povzroča nove etične dileme, saj nimamo niti orodja, s katerim bi lahko ocenjevali prakso glede etične držbe. Tako pri nas ostaja etično delovanje naključno prepuščeno posameznim izvajalcem ZN, kar je zaželeno pri vseh, ni pa določenega okvira, znotraj katerega bi delovali. Izhodišče je Kodeks etike MS in ZT Slovenije, vendar je to samo en delček etičnega vidika. Danes govorimo o novih etičnih smereh v ZN, kot sta etika skrbi in etika vrlin, ki pa bosta v praksi načrtno težko zaživel, če ju ne bomo poučevali in namensko gojili v praksi.

Kakršnakoli etična držba v delovnem okolju ima spiralno obliko, poteka od zgoraj navzdol in le tako zagotavlja minimum delovanja. Ob tem, ko smo sami deležni etične skrbi svojih nadrejenih, lahko etično skrb izražamo tistim, za katere skrbimo. Samo na tak način je v delovnem okolju zagotovljena etična klima, ki organizaciji služi kot kompas za delovanje. (Shirey, 2005)

Vodje ZN imajo ključno vlogo pri udejanjanju poslanstva, vizije in vrednot v praksi ZN. Neuspešno oblikovanje okolja skrbi, znotraj katerega delujejo člani negovalnega tima, prinaša neželeno etično držbo izvajalcev, kar spodkopava celotno etično klimo organizacije. Začaran krog je sklenjen: neetično delovanje vpliva na neetično klimo in obratno.

Etično vedenje vodje v ZN vključuje šest etičnih načel: spoštovanje osebnosti, dobronamernost, neškodljivost, pravičnost, resnicoljubnost, zvestobo. Ta načela služijo kot vodila pri moralnih odločitvah in moralnih dejanjih v profesionalni praksi. Zavezanim tem načelom, vodje ZN gradijo odnos in dajejo zgled tistim, katerim so predpostavljeni. Etična obravnava vodje do zaposlenih se prenese na etično obravnavo izvajalcev do klientov.

2. METODE DELA

Kot raziskovalna strategija je bila uporabljena presečna študija med izbranimi enotami ZN, kjer so bili razdeljeni anketni vprašalniki naključno izbranim MS. Vzorec je stratificiran. Velikost vzorca je petdeset anketirancev, ki jim je bilo razdeljenih 50 vprašalnikov. Vrnjenih je bilo 44 pravilno in veljavno izpolnjenih vprašalnikov, tako da lahko govorimo o 88-odst. realizaciji vzorca, kar vzorec označuje kot reprezentativen. Institucije, kjer je bila z dovoljenjem vodilnih MS izvedena anketa, so bile: Zdravstveni dom Grosuplje (15 vprašalnikov), Zdravstveni dom Jesenice (10 vprašalnikov), Zdravstveni dom Ljubljana - Center (10 vprašalnikov) in Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (15 vprašalnikov), in sicer v maju in juniju 2008. Izbor ustanov, kjer so bile izvedene ankete, zagotavlja predstavnost MS v različnih delovnih okoljih, z različno stopnjo izobrazbe in različno dolgo delovno dobo. V prispevku je predstavljen samo del raziskave, celotna raziskava je del diplomskega dela avtorice. Anketni vprašalnik je sestavljen

iz 20 vprašanj zaprtega tipa, kjer so kot odgovor ponujene štiristopenjske lestvice stopnjevane alternative (nikoli, včasih, pogosto, vedno). Vsebina vprašanj raziskuje zavedanje pomena etičnega delovanja, samozavedanje in samopreseganje, etično klimo ter prenos elementov etike skrbi in etike vrlin v prakso ZN.

3. REZULTATI

Zavedanje pomena etičnega vidika v ZN je za 40 (91,1 %) anketiranih enako pomembno kot izvajanje postopkov v ZN, 3 (6,8 %) menijo, da je manj pomembno kot izvajanje postopkov, 1 (2,3 %) meni, da je sicer pomembno, a bistveno ne vpliva na izide ZN, nihče pa ni izbral odgovora, da etični vidik v ZN sploh ni pomemben.

Na vprašanje, kako pogosto razmišljajo o etičnosti svojega ravnanja, jih 8 (18,2 %) odgovori, da samo včasih, 31 (70,5 %) jih o tem razmišlja pogosto, 5 (11,4 %) pa vedno.

Za 20 (45,5 %) sodelujočih je biti MS bolj poklic, za 24 (54,5 %) pa bolj poslanstvo.

Na vprašanje, ali anketiranci verjamejo, da njihovo vedenje vpliva na doživljanje, občutke in življenje pacientov, za katere skrbijo, jih 6 (13,6 %) odgovarja, da samo včasih, 32 (72,7 %), da so o tem pogosto prepričani, 6 (13,6 %) pa jih je mnenja, da s svojim vedenjem do pacientov vedno vplivajo na njihova doživljanja in občutke.

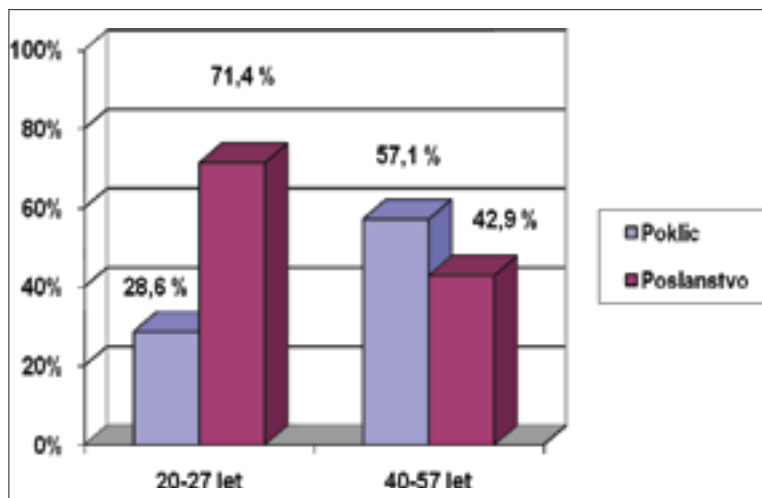
»Rušiti pravila«, da bi tako bolniku zagotovili boljšo oskrbo, so vedno pripravljene 4 (9,1 %), 15 (34,1 %) pogosto, 25 (56,8 %) kolegov pa včasih.

Storiti za bolnika kaj, kar ni naša dolžnost, je vedno pripravljenih 5 (11,4 %) vprašanih, 25 (56,8 %) pogosto, 12 (27,3 %) včasih in 2 (4,5 %) nikoli.

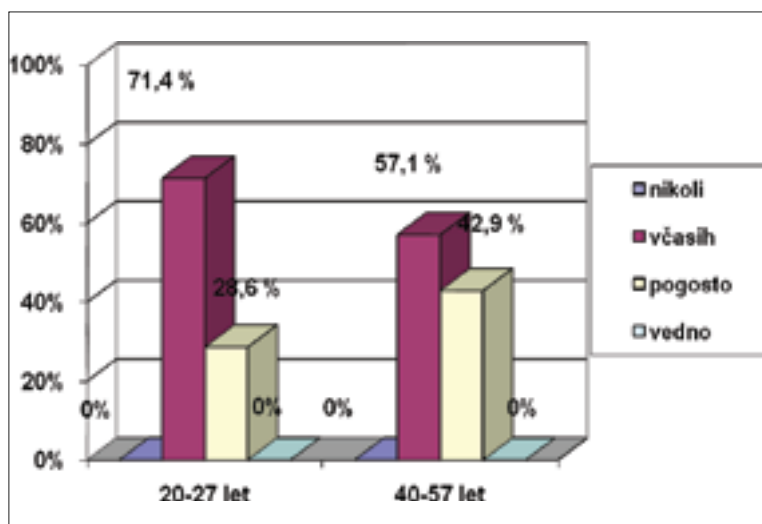
Kar 7 (15,9 %) sodelujočih v anketi je odgovorilo, da se njihovi predpostavljene nikoli ne zanimajo za njihovo delo in morebitne težave, ki jih imajo v službi, 23 (52,2 %) jih pojasnjuje, da so tega zanimanja s strani nadrejenih deležni včasih, 11 (25 %) pogosto, samo 3 (6,8 %) pa vedno.

Pripravljenost pomagati kot MS v svojem prostem času, izven delovnega mesta, nekemu, ki ni sorodnik, kolegi izražajo takole: 15 (34,1 %) vedno, 14 (31,8 %) pogosto, 15 (34,1 %) včasih. Odgovora nikoli ni izbral nihče.

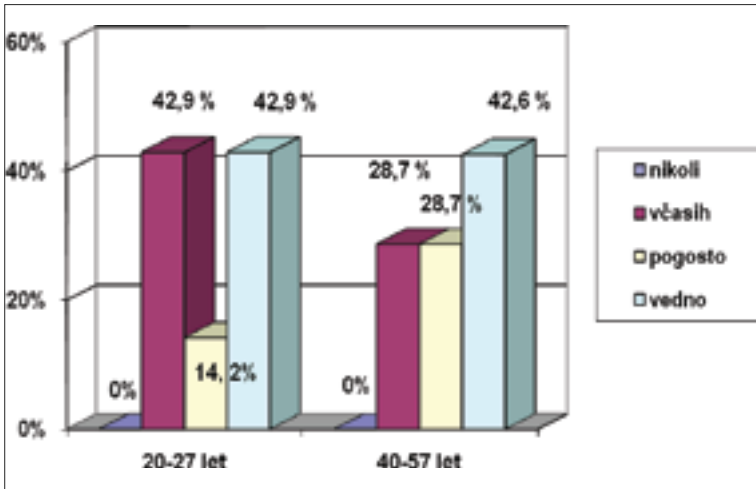
Kot predstavitev primerjave je bila izvedena analiza med dvema starostnima skupinama znotraj anketirancev, in sicer: sodelujoči stari med 20 in 27 let, takšnih je bilo v raziskavi 7, in stari več kot 40 let, takšnih je bilo 14. Primerjali smo razlike med tema dvema skupinama na 7., 14. in 18. vprašanje, da bi predstavili, kako starost MS vpliva na občutenje vloge MS v relaciji poklic - poslanstvo, pripravljenost »rušiti pravila«, da bi tako bolniku zagotovili boljšo oskrbo in pripravljenost delovati kot MS v svojem prostem času.



Graf št. 7: Doživljanje zdravstvene nege kot poklic ali poslanstvo



Graf št.8: Pripravljenost medicinskih sester »rušiti pravila« v zdravstveni negi



Graf št. 9: Pripravljenost medicinskih sester pomagati ljudem v prostem času

4. RAZPRAVA

Zanimiva primerjava in nekoliko specifičnih razlik se kaže pri analizi rezultatov med starostnima skupinama mlajših in starejših MS. Osredotočili smo se na tri zastavljena vprašanja ankete, in sicer: doživljanje vloge MS kot poklica ali poslanstva, pripravljenost »rušiti pravila«, da bi tako pacientu zagotovili boljšo oskrbo in pripravljenost delovati kot MS v svojem prostem času.

Zanimiv je rezultat, da več kot 50 % mlajših MS doživlja svojo vlogo kot poslanstvo, medtem ko jo tako doživlja le 40 % starejših kolegic. Morda si to lahko razlagamo kot izgubo zanosa pri MS, ki že dalj časa opravljajo svoj poklic in so že dalj časa izpostavljene med drugim tudi neustrezni etični klimi, ki **ne** zagotavlja visokega idealizma. Kljub temu so starejše anketiranke v večji meri pripravljene rušiti pravila za zagotavljanje boljše oskrbe kot mlajše, verjetno na račun večje izkušnosti in samozavesti, ki so si jo pridobile v letih opravljanja svojega poklica. Za pripravljenost pomagati v prostem času kot MS nekemu, ki ni naš sorodnik, se je za odgovor vedno opredelilo enako število starejših in mlajših kolegic, medtem ko je pri odgovoru pogosto razlika v tem, da se manj mlajših odloča za to možnost, starejših pa več. Več mlajših anketirancev je na to vprašanje izbralo odgovor, da so samo včasih pripravljene pomagati v svojem prostem času. To se nekako razlikuje od rezultata, da mlajši vidijo poklic MS bolj kot poslanstvo, starejši pa bolj kot poklic. Za natančnejšo analizo bi bilo potrebno ugotoviti, kaj si anketiranci predstavljajo pod pojmom poslanstvo in kaj pod pojmom poklic in ali je znotraj tega zajeta tudi altruistična drža, ki se odraža zunaj institucije zaposlitve, plačila in delovnega časa.

Skrbstveno delo vključuje določene kakovosti in posebne lastnosti, kot so: sočutje, kompetentnost, zaupanje, vest, dolžnost. (Roach, 1992, cit. po Tschudin, 2003) Sočutje je temelj

pri delu medicinske sestre, običajno pa to obrnemo. Trudimo se usposobiti kompetentnega strokovnjaka, pri tem pa gledamo na sposobnost sočutja kot na nekaj zaželenega, kar je dodano na koncu, če sploh je.

Osnova etičnega delovanja posameznika sta njegovo samozavedanje in samovrednotenje, to pa sta aktivnosti, ki sta med zaposlenimi v zdravstveni negi premalo spodbujani ali celo zanemarjeni. Tudi zaradi tega posledično premalo cenimo svoje delo in ne zmoremo izpostavljati njegovega prispevka. Zato zdravstvena nega prevečkrat ostaja drugorazredna praksa ob prvi - »najpomembnejši«- medicini. Ko bomo izvajalci sami preseгли takšno miselnost, bomo korak bližje avtonomiji lastne strokovnosti. Pahorjeva (2003) trdi, da je etično odločanje možno le v okoliščinah odnose avtonomije, ki omogoči moč za pomoč. Rezultati ankete kažejo, da več kot 80 % vprašanih o svojem delu meni, da bi lahko delali bolje, da se zelo pogosto več kot dve tretjini anketiranih sprašuje o lastni kakovosti in ustreznosti obravnavanja pacientov ter da pogosto razpravljajo s kolegi o svojem načinu dela. Ta dejstva lahko razveseljivo pričujejo o tem, da je med vprašanimi zaslediti veliko lastne samokritičnosti, ki je temelj za izboljševanje svojega dela.

Ko bomo medicinske sestre v Sloveniji verjele, da znamo in zmoremo z izvajanjem kakovostne zdravstvene nege bolnikom izboljšati njihovo stanje, bo prišlo do preobrata, ko bo tudi javnost in politika spoznala, da imajo znanje in postopki zdravstvene nege enak vpliv na zdravje in dobro počutje kot znanje in tehnika, ki jih nudi medicina (Tschudin, 2003).

Šele takrat bomo lahko argumentirali naše potrebe po več virih, kadrih, boljših pogojih za delo in jih morda tudi deloma dosegli, kar nam bo omogočalo še bolj etično delovanje. Samo na takšen način bomo lahko ublažili ovire, ki nas v praksi oddaljujejo od popolnosti. Po mnenju anketiranih so to v prvi vrsti: preobremenjenost, premalo časa za pacienta, premalo zaposlenih. Torej je veliko odvisno od nas samih in od naših prepričanj.

Sklep

glavna sposobnost za izvajanje zdravstvene nege, ki temelji na načelih etike skrbi, je samozavedanje in samovrednotenje. Brez teh lastnosti (p)ostane izvajanje zdravstvene nege opravljanje slabo plačanega poklica. Lahko delujemo tudi tako. Lahko pa krenemo na popolnoma drugo pot: da namesto poklica opravljamo življenjsko poslanstvo, ki nas izziva, da v danih okoliščinah naredimo več, kot se od nas pričakuje. Moramo biti zato »nadjudje«? Sploh ne. Zadostuje samo zavedanje in priznanje lastne ranljivosti in odvisnosti od drugih. Šele ko imamo izkušnjo lastnega trpljenja, spoznamo, kaj ljudje v stanju bolezni, odvisnosti, strahu, itd. potrebujejo in želijo. Poznavanje teorij in modelov zdravstvene nege, razumevanje procesne metode dela in uporaba v praksi ne dosega svojega namena, če ne vsebuje odnosa, ki ga ustvarimo po načelih etike skrbi. Kdo nas bo tega naučil, kje bomo dobili zglede za to, kdo nas bo vzpodbujal in nagrajeval, če bomo ravnali tako, pa so vprašanja, ki postavljajo dvome o možnosti delovanja po načelih, opisanih v tem delu. Ker pa smo medicinske sestre vizionarke, kar kažejo tudi rezultati v tem delu obdelanega vprašalnika, tako že delujemo, četudi se tega

premalo zavedamo. Občutimo pa posledice, ki so: osebna izpolnitev, moč, neomajna volja in zadovoljstvo. Že zaradi tega je vredno izbrati to pot.

Literatura

1. Arman, M, Rehnsfeldt, A.: The »little extra« that alleviates suffering. *Nursing Ethics* 2007; 14: 372- 84.
2. Armstrong, A. : Towards a strong virtue ethics for nursing practice. *Nurs Philos.* 2006 Jul ; 7 (3):110-24.
3. Austin, W.: The terminal: a tale of virtue. *Nursing ethics* 2007; 14: 55-61.
4. Comte-Sponville, A.: Mala razprava o velikih vrlinah. Ljubljana: Vale-Novak, 2002.
5. Červ, B, Klančnik Gruden, M.: Etična razmišljanja v zdravstveni negi umirajočih. *Obzor Zdr N* 2006; 40: 99-106.
6. Fagerström, L.: The dialectic tension between »being« and »not being« a good nurse. *Nursing Ethics* 2006; 13: 623-31.
7. Hajdinjak, G, Meglič, R.: Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2006.
8. Hendrix, H, Hunt, H.: Zdrav otrok in ljubezen staršev. Ljubljana: Orbis, 2006.
9. Klemenc, D, et al.: Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: DMSZTLJ, 2003.
10. Kvas, A, Seljak, J.: Slovenske medicinske sestre na poti v postmoderno. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2004.
11. Miller, J.: Opportunities and obstacles for good work in nursing. *Nursing Ethics* 2006; 13: 471-87.
12. Pahor, M.: Medicinske sestre v očeh študentov zdravstvene nege. V: Klemenc D (ur.), Pahor M (ur.). *Medicinske sestre v Sloveniji*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2001: 53-60.
13. Pahor, M.: Moč za pomoč. Družbene okoliščine etičnega odločanja medicinskih sester. V: Klemenc D (ur.). *Zdravstvena nega v luči etike*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2003: 82-91.
14. Peternelj, A.: Kako pripravljani smo v zdravstveni negi na spremembe in potrebe sodobne družbe. *Obzor Zdr N* 2006; 40: 69-70.
15. Rahlm, MB.: Uncovering the ethics of suffering using a narrative approach. *Nursing Ethics* 2008; 15: 62-71.
16. Sayers, KL, de Vries, K.: »Being sensitive« in nursing. *Nursing Ethics* 2008; 15: 290-303.
17. Sevenhuijsen, S.: Labirinti skrbi: pomen perspektivne etike skrbi za slovensko socialno politiko. Ljubljana: Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne družbene in politične študije, 2003.
18. Shirey, M.: Ethical climate in nursing practice. *JONA 'S health law, ethics and regulation* 2005; 7: 59-66.
19. Smit, h KV, Godfrey, NS.: Being a good nurse and doing the right thing: a qualitative study. *Nursing Ethics* 2002; 9: 234- 51.
20. Šmitek, J.: Etika in etična razmišljanja v zdravstveni negi. V: Klemenc D (ur.), Pahor M (ur.). *Medicinske sestre v Sloveniji*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2001: 66-83.

21. Šmitek, J. Zdravstvena nega- etična disciplina in praksa. V: Klemenc in sod. (ur.). Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2003: 34-40.
22. Thompson, IE, Melia ,KM, Boyd, KM.: Nursing ethics. Edinburgh: Churchill livingstone, 2000.
23. Tschudin, V.: Approaches to ethics: Nursing beyond boundaries. London: Elsevier, 2003.
24. Tschudin, V.: Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi. Ljubljana: Educy: DMSZTS, 2004.
25. Watson, J. Caring science as sacred science: caritas-love and caring-healing. Program and abstracts of the American Holistic Nurses Association. 25th Annual Conference 2005; 29-36.
26. Watson, J. Theory evolution. <http://www2.uchsc.edu/son/caring/content/evolution.asp>. <19.6.2008>
27. Zbornica zdravstvene nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije: Mali leksikon terminoloških izrazov v zdravstveni negi, Ljubljana, 2001.
28. Zohar, D, Marshall, I.: Duhovni kapital. Ljubljana: Tozd, d.o.o., 2006.

VREDNOTE V POKLICU MEDICINSKE SESTRE

Ana Podhostnik

Povzetek

Kaj so vrednote? Vrednote so za potrebami drugi člen motivacijskega sistema. So nekaj, o čemer sodimo, da je dobro, nekaj, za kar se nam zdi vredno potruditi in lahko izpolni naša pričakovanja. Vrednote pomenijo nekaj dobrega. Ker izražajo pozitivno naravnost, lahko postanejo cilj naših prizadevanj. Vrednote nas usmerjajo in vodijo v samopreseganje. Medicinske sestre težimo k samouresničitvi poklicnih želja. Samouresničitve pa ni mogoče doseči, če je cilj sama po sebi, ampak je dosegljiva samo kot dodaten učinek preseganja samega sebe v dajanju in razumevanju. Poklic medicinske sestre zahteva vse: samopreseganje, samopremagovanje, samouresničevanje.

Glede spoštovanja vrednot je še vedno mnogo dilem in nejasnosti. Kako in koliko se spoštujemo? Ali naša beseda kaj velja? Odgovori na to in naš odnos do tega se odražajo v obliki splošne in poklicne komunikacije s svetom okoli nas.

Nezadovoljene potrebe in kršene osebne vrednote so vir neugodja, nezadovoljstva in nesreče, včasih celo pravih patologij in nevrotičnih stanj.

Ključne besede: vrednote, samopodoba, medicinska sestra

Uvod

Zdravstvena nega je samostojna stroka. Ko hočemo to dokazati drugim poklicnim skupinam v zdravstvu, pogosto naletimo na nasprotovanje, nerazumevanje in nepriznavanje. S preoblikovanjem zdravstvene nege v samostojno stroko se je spremenila tudi vloga medicinske sestre. Iz "pomočnice zdravnika" je medicinska sestra postala strokovna delavka, ki se mora samostojno odločati, kaj narediti za bolnika, kaj je strokovna vsebina njenega dela, dobiti za to pristanek bolnika oziroma varovanca in za to tudi odgovarjati. Obenem pa medicinska sestra

Predav. mag. Ana Podhostnik, v. m. s., univ. dipl. org.,
Visoka šola za zdravstvo Novo mesto
ana.podhostnik@guest.arnes.si

ostaja še vedno tesno povezana predvsem z zdravnikom in opravlja po njegovem naročilu številne medicinsko tehnične posege. (Škerbinek, 2000)

Naše vedenje je pogojeno z dednostjo, z vplivom okolja in lastno življenjsko dejavnostjo. Načeloma se s tem strinjamo. Pa vendar je na tem področju še vedno mnogo dilem in nejasnosti. Kako in koliko se spoštujemo? Odgovori na vprašanja se odražajo v naši komunikaciji s svetom okoli nas. Ko nas nekaj prizadene, je kršeno najmanj eno od načel naših osebnih vrednot. Počutimo se prizadeti, napadeni, izzvani, vznemirjeni, osramočeni, nemočni, jezni, ponižani. Negativne čustvene reakcije, ki jih doživljamo ob tem, nas bremenijo in ovirajo v osebnem in poklicnem delovanju. Ne počutimo se dobro. Odraz naših notranjih občutkov se kaže na obrazu, v gibih in kretnjah, govoru, koncentraciji, napakah, splošnem telesnem počutju in psihičnem stanju.

Nezadovoljene potrebe so vir neugodja, nezadovoljstva in nesreče, včasih celo pravih patologij in nevrotičnih stanj. Med človekovo težnjo po ugodju (pleasure principle), ki ga želi človek doseči prek zadovoljitve potreb, ter nadjazom, ki prepoveduje (kot kakšen notranji policaj in zapovednik) in ne dovoljuje doseganja tega ugodja, se ustvari konflikt. (Šinkovec, 2009)

Sprašujem se, ali lahko medicinska sestra v takšnem stanju opravlja svoj poklic? Kdo ji lahko pomaga?

Bistveni sestavni del človekovega motivacijskega sistema so vrednote. Zato je vzgoja

za vrednote pedagoški imperativ, če hočemo mlademu človeku dobro in če ga nočemo prepustiti impulzivnemu ravnanju. Temu pedagoškemu imperativu sledijo vzgojni cilji, ki si jih sodobna šola mora zastaviti. Na Visoki šoli za zdravstvo v Novem mestu smo to potrebo zgodaj spoznali. Pomen vzgoje za delo v zdravstvu ima še posebno velik vpliv na poklicno identiteto medicinske sestre. Vsak pedagog mora in deluje vzgojno. Spoštovanje človekovih vrednot pa je osnova pedagoškega procesa v zdravstveni negi. Ko bo naša diplomantka zapustila šolo, pričakujemo, da ne bo egocentrična, ampak bo odprta za druge, čuteča in pozorna, tako da ji ne bo vseeno za usodo pacientov in se bo zanje tudi zavzela (zagovorništvu pacientov). Medicinske sestre oblikujejo svoj kriterij za presojanje vseh situacij z vidika temeljnih človekovih vrednot, pravic in dostojanstva človeka.

RAZPRAVA

Freudove kategorije ostajajo del sodobne kulture. Na primer, ne moremo mimo podzavesti in njenega pomena za življenje posameznika, kakorkoli jo že interpretiramo. Po Freudu se pogovor suče okrog pojmov, kot so ono, jaz in nadjaz (id, ego in superego), podzavest, represija in regresija, obrambni mehanizmi, iluzije, tesnobnost, konflikt, libido itd. Te besede opisujejo človeka. Id (ono) je človekov svet želja in zahtev, vezanih na biološko danost. Id teži po zadovoljitvi. Ne pozna časa, zato se otroške (infantilne) želje lahko v vsej moči pojavljajo v odraslosti. Najpomembnejši potrebi sta spolnost in agresivnost. Za id je značilna težnja po zadovoljitvi. (Šinkovec, 2009) Freud je trdil, da ego v bistvu išče iste užitke kot id, le da na okolju sprejemljiv način, zato ta način mišljenja Freud imenuje princip realnosti. Id so

pravzaprav strasti, ego pa razum, ki išče iste stvari kot id. Id išče zadovoljitev tudi v sanjah, fantaziji in simbolnih pomenih, ego išče resnične stvari. (Cameron in Rydlack, str. 107-110)

Freud vidi gonilno silo človeškega delovanja v skriti notranji energiji, ki napaja vse človekovo delovanje. To energijo, ki poganja človekovo delovanje, je imenoval libido.

Na moralnem področju je pomembno, kot med drugimi opozarja Kohlberg, da človek v moralnem razvoju prehaja od heteronomne do avtonomne moralne presoje. Pri prehajanju v višjo razvojno stopnjo, v procesu ponotranjanja vrednot, so osnovno vodilo vrednote, na primer pravičnost. Pravičnost pa je ena od osnovnih vrednot pri opravljanju poklica medicinske sestre.

Šinkovec (2009) opozarja na naslednja pomembna načela pri vzgoji za vrednote:

1. Vrednote moramo poznati, torej moramo biti o njih poučeni.
2. Le informacija o vrednotah ni dovolj, pomembno je znati po vrednotah živeti.
3. Vrednote je treba razjasnjevati, utemeljiti, videti njihov pomen in smisel.
4. Vrednot se mladi ne učijo iz besed, temveč jih prepoznajo skozi učiteljeva dejanja. Učiteljev zgled je nepogrešljiv. Pomembno je, da ima učitelj osebno lestvico vrednot, da zna misliti samostojno in kritično ter da deluje skladno s svojim prepričanjem.
5. Naloga šole - 'vzgojne skupnosti' - je, da v vzgojnem konceptu jasno opredeli vrednote in zavestno vzgaja v smeri izbranih vrednot.
6. Razvijati moramo metode kritičnega mišljenja in moralnega presojanja ter čuta osebne odgovornosti.
7. Upoštevati moramo razumsko in čustveno komponento.
8. Idealna vzgojna metoda je povezanost znanja (teorije) in izkušnje (prakse), kar vzgojo povezuje z življenjem.
9. Osnova vzgoje za vrednote je dober odnos med učenci in učiteljem. Rezultati raziskav, kjer so primerjali različne metode poučevanja, so pokazali, da je odnos med učiteljem in učenci bolj pomemben kot same metode.
10. Vzgojno delovanje lahko pomaga ponotranjiti vrednote. Franco Imoda (1993) poudari, da je vsaka razvojna psihologija tudi etična vzgoja.

Musek (1992, str. 306-307) poudarja, da je eden od razlogov za razhajanje med moralnimi načeli in moralnim ravnanjem abstraktno, brezodnosno in brezkonfliktno posredovanje oziroma osvajanje vrednot in norm, ki ne omogoča njihove uporabe v življenjskih izbirah.

Med najpomembnejšimi sestavinami naše samopodobe so predvsem tiste vrednote, ki zadevajo najpomembnejše vloge in identifikacije v življenju posameznika - spolna, generacijska, družinska, poklicna in narodnostna identiteta. Vrednote imajo širok vpliv na zelo veliko situacij in na obnašanje. Vplivajo tudi na naša stališča (Musek, 2000) in so povezane z našo samopodobo. Ni dobro samo po sebi vse, kar nam povzroča užitek, kar daje korist, estetsko zadovoljitev ipd. Vrednote so povezane s pomembnimi življenjskimi odločitvami in vedenjskimi vzorci. Musek (2000, str. 236) je v svoji raziskavi med študenti visokih šol ugotovil, da je izbira poklica ena od najpomembnejših odločitev (izbira partnerja je najpomembnejša),

ki je povezana z osebnimi vrednotami. Ko se odločamo za poklic, je verjetno, da bomo v to umestili svoje vrednote. Ladi Škerbinek (2000) se v svojem članku sprašuje, Kje so vzroki, da medicinske sestre navzven izražamo slabšo samopodobo. Zagotovo jih lahko iščemo v dejstvu, da naš poklic v slovenskem okolju izhaja iz avstroogrske hierarhije v zdravstvu, da smo še vedno na poti dokazovanja samostojnosti stroke in da spremenjena vloga terja več naporov, ki pa jih ni ravno prijetno sprejeti." Proces prilagajanja torej še vedno ni zaključen. Še vedno se moramo nenehno dokazovati in utemeljevati svoj prispevek v zdravstvu.

V resnici zajema strokovni psihološki pojem samopodobe več kot le to, kar mislimo, da smo. Zajema naše predstave, zaznave, misli, pojmovanja in prepričanja o sebi, a tudi čustva, ki jih gojimo do sebe, vključno z vrednotenjem samega sebe. Samopodoba je kompleksen pojav, eden od najkompleksnejših, kar jih poznamo. (Musek, 2005, str. 129)

Zajema skupek zaznav, predstav, pojmovanj in čustev, ki se pri posamezniku nanašajo na človeka samega. Identiteta se v nasprotju s samopodobo nanaša na temeljne in nujne predstave o tem, kdo smo in kdo želimo biti, in je ključen vidik samopodobe, ki usposablja posameznika, da uveljavlja svoj temeljni položaj v družbi.

Odnos med osebnostjo in samopodobo je kompleksen. Samopodoba se nanaša na osebnost, pomeni posameznikovo duševno izražanje osebnosti. Pojem osebnosti pa zajema človekove trajne duševne značilnosti, ki se tudi kažejo kot zunanja samopodoba človeka.

Našo samopodobo oblikujemo po tem, kakšne informacije o nas samih nam daje pomembno socialno okolje. (Musek, 2005, str. 141)

Pripadnost določeni skupini (družina, kolektiv, verska skupnost, politična stranka, poklicna skupina, mesto, razred, šola, država), kamor se želimo umestiti in biti sprejeti, se odraža z našim odnosom do spoštovanja vrednot drugih. Vsaka pripadnost pa se vzdržuje z nekim dajanjem, plačilom, ceno in se kaže z zvestobo, spoštovanjem, lojalnostjo, pomočjo, članarino.

Neka pacientka v bolnišnici se sprašuje, zakaj so se izgubile naše človeške vrednote do sočloveka. Za vrednote štejem ljubezen, spoštovanje, odprtost, odkritost do sočloveka, poštenost, zaupanje in še veliko podobnih pojmov, ki jih ne občutim nikjer, razen doma. V poslovnem in storitvenem svetu, v trgovinah, v javnih uradih in ustanovah ravnamo s človekom kot s številko.

Nesporno je poznavanje narave in strukture komuniciranja za sistem zdravstvene oskrbe pomembna tema, saj lahko izboljša kakovost odnosov zdravstvenih delavcev do pacientov in prispeva k zaupanju in sodelovanju le-teh v preiskovalnih in terapevtskih postopkih. (Rakovec-Felser, 2009)

Medosebno komuniciranje, sprejete življenjske vloge in vzpostavljeni odnosi v celoti omogočajo tudi zlorabo moči in nasilja v medosebnih razmerjih. Govorimo o različnih oblikah zlorabe moči, vedenjskih vzorcih telesnega in psihičnega nasilja, o značilnem cikličnem poteku pojavov in tudi o psiholoških in socioloških teorijah, ki iščejo razloge zanje.

Res pa je, da vlada v medosebnih odnosih tekmovanje namesto sodelovanja, sebičnost namesto dajanja, strah namesto zaupanja. Včasih je bila resnica cenjena, danes skoraj ne vemo več, kaj to je. Vrednote niso izginile, so pa odstopanja večja. Več je ljudi, ki živijo ob robu vrednostnega sistema in tudi več tistih, ki živijo prav po svojem osebnem vrednostnem prepričanju.

Vpliv časa in tehnološkega razvoja ter težnje, da hočemo izvedeti za vse slabe novice čim prej in v čim večjem obsegu (npr. iz časopisov, TV ter drugih informacijskih virov), se kaže v tem, da dobimo serviranih cel kup negativnih novic. Če tega populističnega negativizma ne filtriramo in primerjamo tudi z dobrimi stvarmi, si zlahka ustvarimo mnenje, da vrednot ni več. Vrednote so osnova pogleda na svet, saj omogočajo skupno preživetje, prilagajanje in razvoj družbe. Vrednota je npr. tovarištvo. Je res tega danes med ljudmi kaj manj ali je res le to, da prisluhnemo predvsem negativnim novicam?

Spoštovanje ni vrednota samo po sebi. Pristno spoštovanje je izraz globljega razumevanja ljudi in sveta. Naučeno spoštovanje (v preteklosti vikanje vseh), brez razloga in »prisilno«, danes izginja. Spoštovanje, ki smo ga deležni kot osebe, je tudi odraz naše lastne samopodobe.

Od česa je odvisna uspešnost, ki si jo tako želimo? Vsekakor od našega strokovnega znanja in sposobnosti le to prenesti v prakso, kar pa ni dovolj. Med ostalimi kriteriji za doseg uspešnosti je na visokem mestu spoštovanje vrednot vsakega posameznika v skupini. Raznolikost karakternih lastnosti ljudi v skupini otežuje sodelovanje. Le medsebojna strpnost in toleranca pa zagotavljata svoj delež za uspeh. Težnja vsakega ustvarjalnega člana skupine je, da prispeva največji možen delež svojega dela, da se doseže cilj delovne skupine oz. delovne organizacije.

Zaključek

ne moremo živeti brez spoštovanja lastnih in tujih vrednot. Vsak posameznik si naredi svoj prioriteten seznam vrednot. In predvsem prioriteta spoštovanja posameznikovih vrednot je tista, ki je različna in ustvarja konflikt z drugimi ljudmi.

V zdravstveni negi moramo ohraniti in še okrepiti pomen spoštovanja vrednot posameznika, sodelavcev in pacientov. Spoštljiv odnos v procesu zdravljenja pacientu zagotavlja "pol uspeha" do ozdravitve. Varovanje podatkov in zasebnosti pacientov (zakonska določila) ima svoj pomen pri doseganju kakovosti v procesu dela medicinske sestre, sproščenega odnosa pacienta z zdravstvenim timom in prav tako pripomore k hitrejši ozdravitvi pacientov in dobrim medsebojnim odnosom v kolektivu. Zadovoljen pacient in zadovoljna medicinska sestra lahko ustvarjata vzajemen odnos in tako dosežata uspehe. Možnosti za napake se s tem zmanjšajo.

Zakaj pa ravnamo drugače? Zakaj ne spoštujemo sebe in vrednot drugega? Zakaj je toliko nezadovoljstva med medicinskimi sestrami in ostalimi delavci v zdravstvu?

Z visoko ali nizko lastno poklicno identifikacijo in dobro ali slabo samopodobo to zavestno in nezavedno sporočamo drugim in posledica tega je, da nas ti tudi tako presojujejo. V prihodnosti nas torej čaka zahtevna naloga graditve večje osebne in profesionalne samozavesti.

Sporočajmo svojo dobro samopodobo drugim in prenehajmo dvomiti vase!

Literatura

1. Cameron, N. in Rydlack, J. (1985). Personality development and psychopathology, a dynamic approach, Loyola University, Chicago.
2. Musek, J. (1982). Osebnost, DDU Univerzum, Ljubljana.
3. Musek, J. (2005). Psihološke in kognitivne študije osebnosti, Filozofska fakulteta, Ljubljana.
4. Musek, J. (2000). Nova psihološka teorija vrednot, Educy, Inštitut za psihologijo osebnosti, Ljubljana.
5. Kohlberg, L. (1984). Essays on moral development, I. in II., San Francisco.
6. Rakovec-Felser, Z. (2009). Zloraba moči in nasilje v medosebnih razmerjih, Obzornik zdravstvene nege, letnik 43, št. 1.
7. Šinkovec, S. (2009). Ego funkcija - avtonomno ravnanje z vidika vrednot, Dostopno na: <http://silvo-sinkovec.rkc.si/?id=79>. [29. 6. 2009]
8. Škerbinek, A. L. (2000). Poklicna identiteta Slovenskih medicinskih sester, Obzornik zdravstvene nege, letnik 34, št. 2

DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA IZBIRO POKLICA SMS/SZ

Blažena Berus
Mateja Kržičnik

Povzetek

Dejavniki, ki vplivajo na mladostnika, ki se odloča za izbiro poklica, so zelo različni, od resnične želje za opravljanje določenega dela, do popolnoma praktičnih, ekonomskih, slovesa šole in poklica... Predstavljen je anketni vprašalnik, na katerega so odgovarjali dijaki prvih in četrth letnikov programa SMS/SZ oz. TZN. Rezultati so predstavljeni primerjalno med prvim in četrth letnikom.

Ključne besede: mladi, vrednote, izbira poklica, zdravstvena nega

UVOD

Nekateri mladostniki nimajo težav z izbiro bodočega poklica, saj točno vedo, kaj si želijo. Večina mladostnikov pa se v času odločanja spoprijema z velikimi težavami in stiskami, ki so posledica pomanjkanja informacij o sebi, poklicih, procesu poklicnega odločanja ali o poteh pridobivanja dodatnih informacij, pa tudi na notranje in zunanje konflikte.

VREDNOTE MLADIH

V sodobnem, dinamičnem svetu se spreminjajo tudi vrednote. Na prvi pogled se zdi, da družina izgublja svoj pomen in da so glavne vrednote mladih materialne dobrine, torej imeti denar, dober avto in veliko hišo.

Različne raziskave kažejo, da so na začetku devetdesetih let prevladovale predvsem karierno-materialne vrednote, kot so ekonomska varnost, zaposlitev, mir in varnost. V letu 2000 pa so na vrh vrednot mladih prišle druge vrednote, in sicer zdravje, družinsko življenje, prijateljstvo. Mladi so se najbrž pod vplivom staršev, medijev, oglaševalske industrije iz javnosti preusmerili v zasebnost. Ne zanimajo jih več politika, ideologija, vera, nacija ... Pomembna postajajo

Blažena Berus, viš. m. s., univ. dipl. org., Srednja zdravstvena in kemijska šola Novo mesto
Mateja Kržičnik, dipl. m. s., univ. dipl. org., Srednja zdravstvena in kemijska šola Novo mesto

virtualna okolja, npr. računalniška okolja. Iz vrednostnega sveta mladih se umikajo tipično mladostniške vrednote, kot so ustvarjalnost, fantazija, domišljija, aktivizem, potreba po spreminjanju sveta ali vsaj poseganja v svet.

Mladi so vedno bolj odvisni od podpore staršev in med njimi je vedno manj generacijske solidarnosti, zato njihove vrednote postajajo podobne vrednotam odraslih. Zdi se, da ni več medgeneracijskega spora, starši želijo biti svojim otrokom prijatelji. Mladi zavzemajo podobna stališča kot starši, starši pa namesto otrok odločajo o šolanju otrok, o zaposlitvi, jim iščejo zaposlitev, kupujejo stanovanja ... Mladi v marsičem poslušajo starše, saj se tako ognejo odgovornosti, pa še tvegati jim ni treba. Na drugi strani pa so tudi starši zadovoljni, ker jim otroci »zaupajo« in jih obdržijo v svojem »gnezdu« do 30. leta in dlje. Družina torej še vedno ostaja v vrhu vrednot in morda je razlog prav v tem, da družba posamezniku ne nudi več takšne varnosti kot nekoč in so družinski člani tisti, ki običajno prvi priskočijo na pomoč človeku v stiski.

Po drugi strani pa je mnenje mladih, da si starši ne vzamejo dovolj časa za svoje otroke, jih ne poslušajo, jim ne pomagajo, svetujejo, privzgapajo vrednot. Zato je veliko mladih nesamozavestnih, brez svojega jaza. Ne upajo biti to, kar so, ker se bojijo, da jih sovrstniki ne bi sprejeli. Strah jih je izkoristiti svoje potenciale in talente.

Mladi so se tudi oddaljili od kolektivnih dejavnosti, ki so bile v preteklosti tipične za mlade, namesto teh se vedno bolj krepí individualizem. Spremenil se je tudi odnos do dela, mladi nimajo delovnih navad, potrpežljivosti in vztrajnosti. Kljub temu pa jim je pomembna kariera, dobro plačilo za opravljeno delo, uveljavljanje in potrjevanje na delu.

Vendar to ne pomeni, da mladih ne zanimajo moralne vrednote, zavzemajo se predvsem za demokracijo, človekove pravice, poštenost.

Kljub temu pa lahko še vedno govorimo o uporništvu mladih, in sicer se upirajo temu, da bi bili podobni staršem oz. da bi živeli podobno življenje kot oni, ne spoštujejo nobene avtoritete in so pravi mojstri v preigravanju odraslih. Pomembna jim je demokracija, pri čemer priznavajo le svoje pravice, ne pa tudi obveznosti. Mladi se upirajo, ko izbirajo lažjo pot, varnost zavetja doma na račun lastne neodvisnosti in svobode.

DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA OBLIKOVANJE POKLICNE PRIPADNOSTI IN SAMOVREDNOTENJE POKLICEV V ZDRAVSTVENI NEGI

Finančno vrednotenje nekega dela posamezniku ne pomeni le materialno in socialno varnost, ampak tudi priznanje za njegovo delo in pomen le-tega v družbi nasploh. V kapitalizmu denar pomeni vse, zato se tudi storitve v zdravstvu tržijo in pojavljajo se težnje po čim nižje izobraženih izvajalcih zdravstvene nege. Pozablja pa se, da je delo v zdravstveni negi delo z ljudmi in delo za ljudi, za kar mora imeti človek določene osebne lastnosti in vrednote. Predvsem se od medicinskih sester zahteva spoštovanje, avtonomija, dobronamernost, neškodljivost in pravičnost.

Omalovaževanje poklica s strani politike in družbe je slaba motivacija za izbiro poklica medicinske sestre.

Pojav vedno novih obolenj in s tem novih zdravstvenih tveganj za zdravstvene delavce so slaba poklicna motivacija. Tudi demografsko gibanje prebivalstva v Sloveniji zahteva posebno razumevanje potreb starostnikov, za kar so spet pomembne osebne lastnosti zdravstvenih delavcev.

Poklic medicinske sestre je v zdravstvenem sistemu še vedno v podrejenem položaju in še vedno se, kljub ustanavljanju številnih visokih šol za zdravstvo, bijejo bitke za samostojnost zdravstvene nege kot strokovnega področja, s tem pa prevzemanje večje odgovornosti ob seveda višjem plačilu za opravljeno delo.

Čeprav so delovni pogoji v zdravstvu večinoma slabi in zdravstveni delavci nanje nimajo velikega vpliva, lahko z dobro delovno klimo in sodelovanjem v timu pomembno vplivajo na ugled poklica. Za ugled poklica pa je pomembna tudi kakovost storitev, varnost, prijaznost in spoštovanje posameznika ob hkratnem zadovoljevanju čedalje večjih potreb po zdravstveni negi in pričakovanj prebivalstva.

Pomemben dejavnik oblikovanja pozitivne samopodobe in poklicne pripadnosti je zavedanje, da je za razvoj odličnosti v zdravstveni negi poleg empatije in spretnosti v enaki meri potrebno tudi znanje.

Če strnemo dejavnike, ki vplivajo na oblikovanje poklicne pripadnosti in vrednotenje poklicev v zdravstveni negi, lahko ugotovimo, da ima ta poklic vse značilnosti »ženskih« poklicev: nizko plačo, nizek status, slabe delovne razmere, majhne možnosti napredovanja.

EMPIRIČNI DEL

HIPOTEZE

1. Poklic SMS/SZ je še vedno »ženski« poklic.

UGOTOVITEV: Hipoteza je potrjena (glej odgovore na 1. vprašanje).

2. Učenci se za poklic SMS/SZ odločajo naključno in ne vedno dovolj premišljeno.

UGOTOVITEV: Hipoteza je delno potrjena (glej odgovore na 4. vprašanje).

3. Učencem so pri odločitvi za izbiro poklica največ v oporo starši.

UGOTOVITEV: Hipoteza ni potrjena (glej odgovore na 5. vprašanje).

4. Ko se učenec odloča, katero srednjo šolo bo obiskoval, ne razmišlja dovolj o bodočem poklicu, ampak bolj o utripu in delu na šoli, ki jo namerava obiskovati.

UGOTOVITEV: Hipoteza je potrjena (glej odgovore na 5. vprašanje).

5. Pri seznanjanju učencev z informacijami o bodočem poklicu imajo vidno vlogo svetovalni delavci.

UGOTOVITEV: Hipoteza ni potrjena (glej odgovore na 5. vprašanje).

6. Pri posredovanju informacij in seznanjanju učencev ima pomembno vlogo tudi Center za informiranje in poklicno svetovanje.

UGOTOVITEV: Hipoteza ni potrjena (glej odgovore na 5. vprašanje).

7. Pri obiskovanju pouka se izkaže, da je šolanje le delno v skladu s pričakovanji dijakov.

UGOTOVITEV: Hipoteza je delno potrjena (glej odgovore na 7. vprašanje).

8. Največja odstopanja med pričakovanji in dejanskim stanjem dijaki vidijo na strokovnem področju.

UGOTOVITEV: Hipoteza ni potrjena (glej odgovore na 8. vprašanje).

9. Najbolj točne informacije o svojem bodočem poklicu dijakom posredujejo strokovne službe na osnovni in srednji šoli.

UGOTOVITEV: Hipoteza je potrjena (glej odgovore na 9. vprašanje).

10. Učencem pred vpisom na srednjo zdravstveno šolo ni posredovano dovolj informacij o specifičnih osebnostnih lastnostih, ki bi jih morali imeti delavci v zdravstvu.

UGOTOVITEV: Hipoteza ni potrjena (glej odgovore na 10. vprašanje).

11. Največ koristnih in uporabnih informacij o bodočem poklicu učencem posreduje svetovalna služba, starši in zdravstveni delavci.

UGOTOVITEV: Hipoteza je delno potrjena (glej odgovore na 11. vprašanje).

12. Če bi imeli še enkrat možnost odločanja, bi dijaki izbrali isti poklic.

UGOTOVITEV: Hipoteza ni potrjena (glej odgovore na 13. vprašanje).

13. Dijaki o bodočem poklicu niso imeli v celoti realne predstave.

UGOTOVITEV: Hipoteza je potrjena (glej odgovore na 13. vprašanje).

14. V tem poklicu namerava ostati manj kot polovica dijakov.

UGOTOVITEV: Hipoteza je potrjena (glej odgovore na 13. vprašanje).

15. Po zaključeni srednji zdravstveni šoli želi večina dijakov nadaljevati študij.

UGOTOVITEV: Hipoteza je potrjena (glej odgovore na 14. vprašanje).

REZULTATI IN UGOTOVITVE ANKETE

1. Prikaz rezultatov odgovorov na **prvo** vprašanje – **število in spol anketiranih:**

Anketiranih je bilo 113 dijakov drugih in četrth letnikov. Ugotovitve glede spola potrjujejo hipotezo, da je poklic tehnika zdravstvene nege (v nadaljevanju TZN) še vedno pretežno poklic ženske populacije. V prvem letniku je od 56 dijakov 9 moških, v četrtem letniku pa od 57 dijakov le 6 moških.

Večkrat se vprašamo, zakaj je tako, saj so fantje v tem poklicu zelo zaželeni. Prek pregleda zgodovine zdravstvene nege in nastajanja poklica medicinskih sester ugotovimo, da je v tem poklicu vedno prevladovala ženska populacija. Že v pradavnini so bolnike negovale skoraj izključno ženske. Še posebej je to prišlo do izraza v dobi krščanstva. Poklic je bil včasih slabo cenjen in z njim so si reševale eksistenco ženske nižjih slojev družbe. To je bila eden redkih dejavnosti in kasneje poklic, ki so ga ženske sploh lahko opravljale – neplačano delo ljubezni. Hipoteza, da je poklic SMS pretežno ženski poklic, je potrjena.

2. Prikaz rezultatov odgovorov na **drugo** vprašanje – **letnik šolanja:**

Anketirani so bili dijaki prvih in četrth letnikov, in sicer 113 dijakov od skupno 206 dijakov prvih in četrth letnikov, kar znaša 55 % skupne populacije obeh letnikov.

3. Prikaz rezultatov odgovorov na **tretje** vprašanje – uspeh dijakov v zadnjem razredu OŠ:

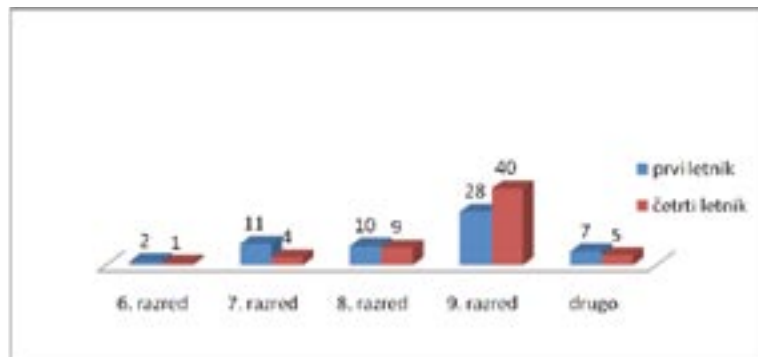
Slika 1



Ob analizi učnega uspeha učencev ob koncu osmega razreda smo ugotovili, da se na srednjo zdravstveno šolo vpisujejo predvsem prav dobri in dobri učenci. Pred devetimi leti je zaključila šolanje zadnja generacija dijakov, ki za zaključek šolanja izbirali klasično maturo ali zaključni izpit. Takrat so se na srednjo zdravstveno šolo vpisovali pretežno odlični in prav dobri dijaki.

4. Prikaz rezultatov odgovorov na četrto vprašanje – čas odločitve za šolanje na zdravstveni šoli:

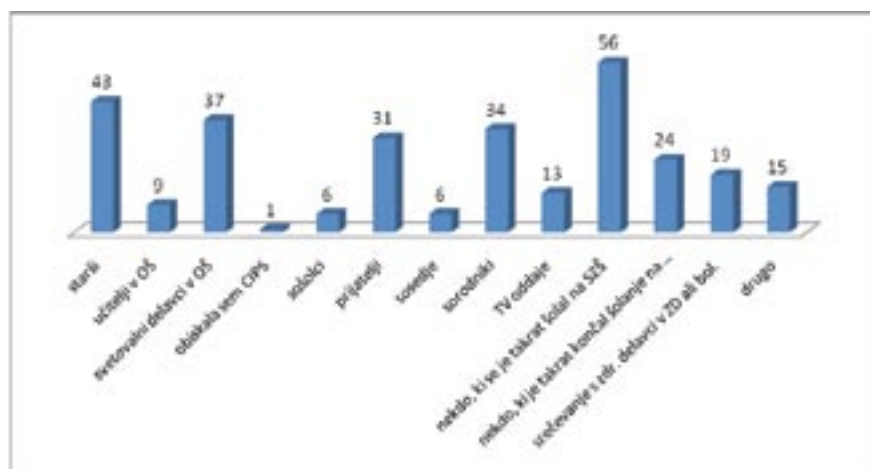
Slika 2



Četrto vprašanje ankete zajema podatek, kdaj so se učenci – sedanji dijaki, odločili, da se vpišejo na srednjo zdravstveno šolo. Rezultat je pričakovan, največ le-teh se je odločilo v devetem razredu. Le malo učencev se je v tem poklicu videlo že prej. Trije dijaki (rubrika »drugo«) je odgovorilo, da jim je bil poklic všeč že od nekdaj ali da se jim je zdel vpis na to šolo samoumeven. Nekateri so se za to šolo odločali celo zadnji dan pred vpisom, kar nam da vedeti, da so interesi za poklic zelo različni, od mladostne navdušenosti do preproste preračunljivosti, kar delno potrjuje hipotezo, da se učenci za poklic ne odločajo dovolj premišljeno.

5. Prikaz rezultatov odgovorov na peto vprašanje – osebe ali službe, ki so učence v času osnovnega šolanja največ seznanile z njihovim bodočim poklicem:

Slika 3



Pri tem vprašanju nas zanima predvsem, kdo od naštetih služb, oseb ali naključnih priložnosti učence – bodoče dijake, največ seznanji z njihovim bodočim poklicem.

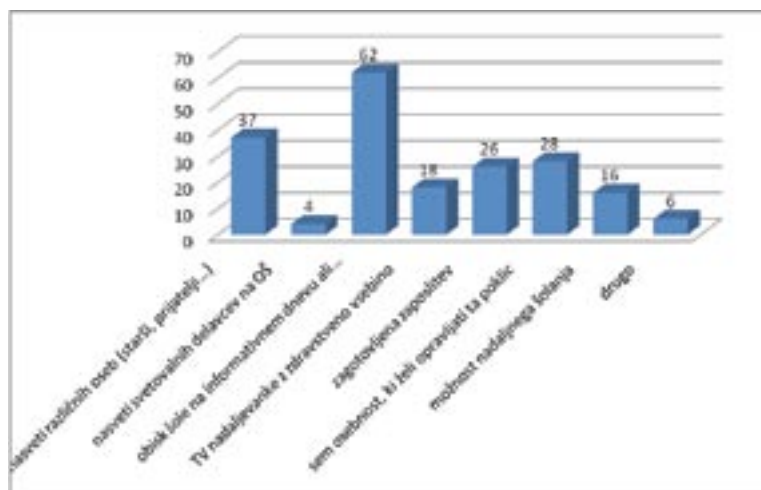
Kot vidimo, so imeli pri odločitvi ključno vlogo **dijaki, ki so se takrat šolali na srednji zdravstveni šoli** (trdi 56 dijakov). Pričakovati je, da se mladostniki za zbiranje informacij obrnejo k sebi enakim, kar kaže, kako pomembno vlogo ima pri odločitvah mladostnika mnenje vrstnikov. Postavlja pa se vprašanje, kakšna je takrat realna predstava o njihovem bodočem poklicu.

Na drugo mesto so dijaki upoštevali mnenje **staršev** (43 dijakov), na tretjem mestu pa nasvete **svetovalnih delavcev** na OŠ (37 dijakov). Informacije slednjih so bile gotovo točne, kar izboljša sliko odločitve. Starši svojim otrokom želijo najboljše, ozirajo se gotovo tudi na možnost nadaljevanja šolanja. Četrto in peto mesto zavzemata mnenje **sorodnikov** (34 dijakov) in **prijateljev** (31 dijakov). Šesto mesto zavzemajo **osebe, ki so takrat ravno končale šolanje** na srednji zdravstveni šoli (24 dijakov). Nato sledi naključno srečevanje z zdravstvenimi delavci (19 dijakov) v zdravstvenih ustanovah. Presenetljivo pa je na izbiro poklica vplivalo tudi gledanje TV oddaj z zdravstveno vsebino (13 dijakov).

Na koncu lestvice so nasveti **učiteljev v OŠ** (9 dijakov), **sosedov** (6 dijakov), **sošolcev** (6 dijakov), najmanj so učenci seznanjeni s **CIPSO-m**, saj ga je obiskal le en tedanji osnovnošolec - sedanji dijak. Pod trditev drugo so dijaki navedli, da so jim pri seznanitvi največ pomagali internet, DOV in informativni dan. Hipoteza, da otrokom pri odločitvi najbolj pomagajo starši, torej ni potrjena.

6. Prikaz rezultatov odgovorov na šesto vprašanje – kaj je učence pri odločitvi za šolanje na srednji zdravstveni šoli najbolj pritegnilo:

Slika 4



Dijakom sta pri odločitvi za vpis daleč najbolj pomagala informativni dan in dan odprtih vrat na zdravstveni šoli, kar meni 62 dijakov od 113. Vtisi iz neposrednega okolja, ki jih učenci ob obisku teh dejavnosti šole dobijo, so zanje tako močni, da prevesijo jeziček na tehtnici odločitve.

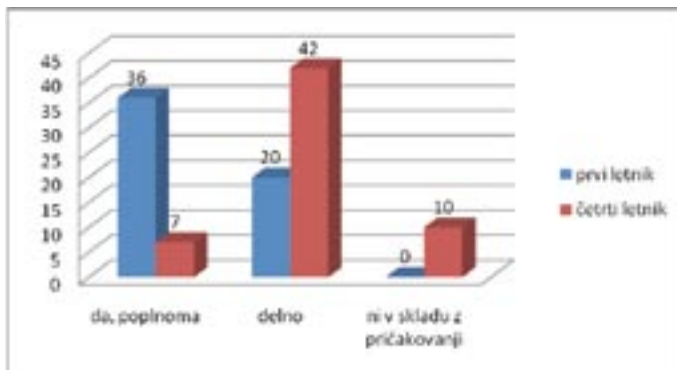
Nato sledijo nasveti različnih oseb, kar je vplivalo na 37 dijakov, kar 28 dijakov pa meni, da so osebnost, ki želi opravljati ta poklic. Dokaj visoko so dijaki zopet navedli TV nadaljevanke s zdravstveno vsebino (18 dijakov), na petem mestu je k odločitvi prispevala možnost nadaljnjega šolanja (16 dijakov).

Najmanj pa so dijake pri odločitvi pritegnili nasveti svetovalnih delavcev, kljub temu da so jih le-ti v precejšnji meri seznanili z njihovim bodočim poklicem.

Šest dijakov so pri odločitvi pritegnile druge opcije. Štiri dijakinje so si že od nekdaj želele delati z ljudmi, dve pa sta se za to odločili, ker sta sledili odločitvi sošolk.

7. Prikaz rezultatov odgovorov na sedmo vprašanje - ali je sedanje šolanje v skladu s pričakovanji:

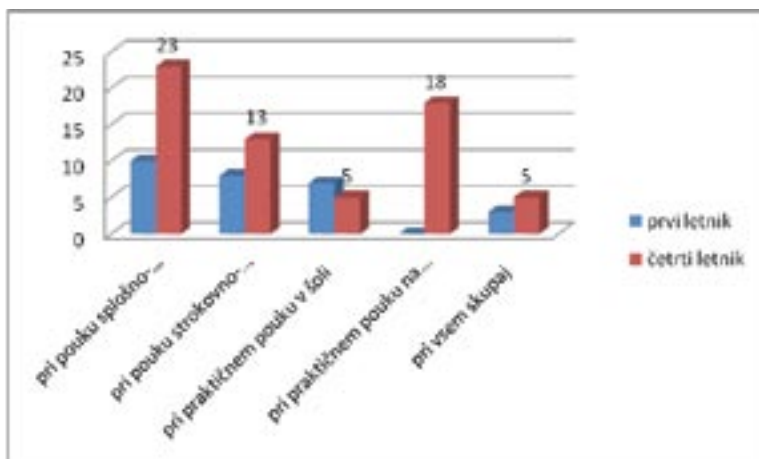
Slika 5



Mnenja dijakov o njihovih pričakovanjih glede izobraževanja se med prvim in četrtem letnikom precej razlikujejo. Vidimo, da 36 dijakov prvih letnikov meni, da izobraževanje ne odstopa od njihovih pričakovanj, medtem ko v četrtil letnikih tako meni le še 7 dijakov. Veliko več (42 dijakov) četrtil letnikov meni, da je izobraževanje le delno v skladu z njihovimi pričakovanji. Menimo, da je sprememba v mnenju odraz srečanja dijakov četrtil letnikov s praktičnim poukom na bolniških oddelkih, saj se tam seznanijo z resničnim delom medicinske sestre in takrat spoznajo, ali so se odločili za pravi poklic.

8. Prikaz rezultatov odgovorov na osmo vprašanje – pri katerih predmetih so odstopanja v pričakovanjih dijakov največja:

Slika 6

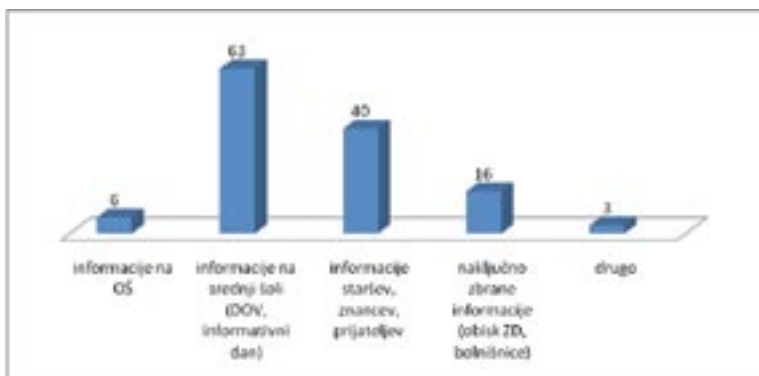


Na to vprašanje so odgovarjali dijaki, ki so pri prejšnjem vprašanju odgovorili, da izobraževanje ni ali je le delno v skladu z njihovimi pričakovanji. Dijaki četrtil letnikov vidijo največjo razliko pri pouku splošno-izobraževalnih predmetov (23 dijakov) in pri praktičnem pouku (18 dijakov). To lahko ponovno pripišemo dejstvu, da že opravljajo praktični pouk na bolniških oddelkih.

Dijaki prvih letnikov največja odstopanja vidijo pri pouku splošno-izobraževalnih predmetov (10 dijakov), malo manj (8 dijakov) pa jih vidi odstopanja pri pouku strokovno-teoretičnih predmetov.

9. Prikaz rezultatov odgovorov na **deveto** vprašanje – **kje so po mnenju dijakov podali najbolj točne informacije o poklicu:**

Slika 7



Najbolj točne informacije o bodočem poklicu so dijaki pridobili na srednji šoli ob obisku informativnega dneva in dneva odprtih vrat. Tako meni 63 dijakov.

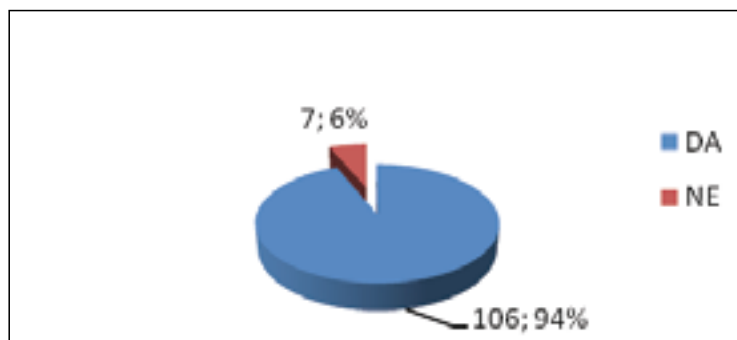
Na drugem mestu so informacije, ki so jih dobili od staršev, znancev in prijateljev, kar ima za najbolj točen podatek 40 dijakov od 113.

Najmanj točnih informacij so dijaki dobili na osnovnih šolah.

Dva dijaka menita, da sta najbolj točne informacije dobila na internetu, en dijak pa trdi, da nobena informacija, ki jo je pridobil, ni bila točna.

10. Prikaz rezultatov odgovorov na **deseto** vprašanje - **ali so učenci dobili dovolj informacij o osebnostnih lastnostih posameznika, ki so potrebne za opravljanje poklica SMS/TZN (komunikativnost, potrpežljivost, preudarnost):**

Slika 8

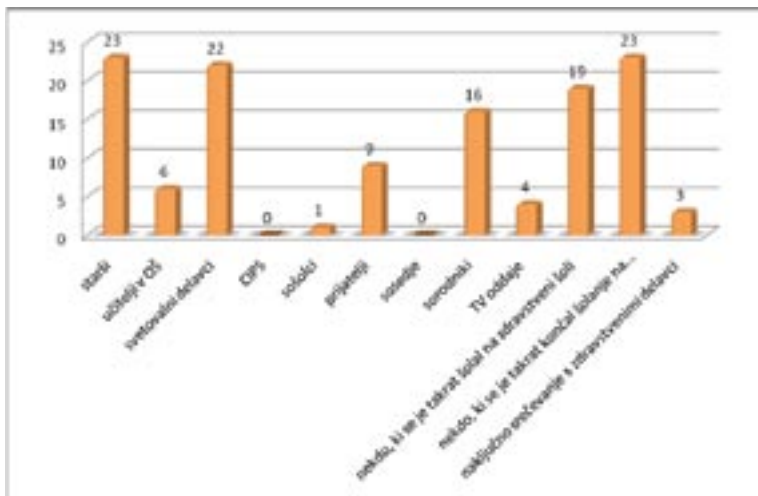


Poklic TZN/MS je specifičen tudi po tem, da zaposleni delajo z ljudmi, bolnimi, starejšimi, trpečimi, kar od posameznika včasih zahteva poseben pristop, veliko mero potrpežljivosti, strpnosti, empatije. Žal te lastnosti niso dane vsakomur, zato je prav, da bodoči TZN/MS dobijo dovolj informacij s tega področja.

Dijaki so kar v 94 % oziroma s 106 glasovi potrdili, da so imeli takšnih informacij na voljo dovolj. Moja hipoteza ni bila potrjena.

11. Prikaz rezultatov odgovorov na **enajsto** vprašanje – **koristnost in uporabnost informacij:**

Slika 9



Dijakom je bilo postavljeno vprašanje, katere službe ali posamezniki so jim posredovali največ uporabnih, koristnih informacij. Velja mnenje, da če tudi učenci v danem trenutku ne mislijo tako, jim še vedno najbolj uporabne in koristne informacije posredujejo svetovalni delavci, starši in zdravstveni delavci.

Kako dijaki ocenjujejo zbrane informacije po kvaliteti? Menijo, da so najbolj koristne in uporabne informacije o bodočem poklicu pridobili od staršev (23 dijakov), svetovalnih delavcev (22 dijakov) in nekoga, ki je takrat končal šolanje na srednjim zdravstveni šoli (23 dijakov).

Precej koristnih informacij so dobili tudi od tistih, ki so se takrat šolali na srednji zdravstveni šoli (19 dijakov) in od sorodnikov (16 dijakov).

Najmanj koristnih informacij so dijaki po njihovem mnenju pridobili od učiteljev v OŠ, prijateljev, TV oddaj in zdravstvenih delavcev.

Del hipoteze, ki se dotika zdravstvenih delavcev, torej ni bil potrjen.

12. Prikaz rezultatov odgovorov na **dvanajsto** vprašanje – **ocena točnosti zbranih informacij:**

Tabela št. 1: Prikaz rezultatov odgovorov na dvanajsto vprašanje

Razvrstitev zbranih informacij o poklicu SMS/TZN glede na točnost s primerjavo med oddelkoma

Osebe ali službe, ki so mi posredovale informacije	1. LETNIK (56 dijakov)					4. LETNIK (57 dijakov)				
	netočne inform.	delno točne inform.	točne inform.	inform. nisem dobil/a	brez odgovora	netočne inform.	delno točne inform.	točne inform.	inform. nisem dobil/a	brez odgovora
Starši	1	28	19	5	3	1	25	17	3	11
Učitelji v OŠ	1	24	31	7	3	8	24	6	7	12
Svetovalna služba v OŠ	6	9	28	8	5	4	19	16	6	12
Obiskal/a sem CIPS	2	7	8	30	9	9	2	5	24	17
Svetovalna služba v srednji šoli	2	5	28	16	5	6	11	13	14	13
Sošolci	4	32	8	9	3	7	24	9	3	14
Prijatelji	5	31	12	5	3	0	20	17	5	15
Sorodniki	2	26	19	7	2	1	22	16	4	14
TV -nadaljevanke	10	15	14	14	3	13	13	3	13	15
Priročnik za oblikovanje poklicnih ciljev v OŠ	2	17	14	18	5	3	14	13	13	14
Inf., ki sem jih poiskal/a v knjižnici	4	11	19	17	5	6	11	10	12	18
Socialni delavci	5	8	23	15	5	3	12	15	11	16
Zdravstveni delavci	4	8	29	11	4	0	8	22	12	15

Glede točnosti informacij, ki so jih dijakom posredovale različne službe ali osebe, se večina dijakov strinja, da so bile informacije le delno točne. Kljub temu, da mnenje svetovalne službe ni bilo odločilno pri odločitvi za vpis v srednjo zdravstveno šolo, so dijaki svetovalno službo uvrstili visoko pri razvrščanju točnosti informacij. Prav tako dijaki menijo, da so točne informacije tiste, ki so jih dobili od učiteljev, zdravstvenih delavcev ali so jih poiskali v knjižnici.

13. Prikaz rezultatov odgovorov na **trinajsto** vprašanje – **ocena pravilnosti odločitve:**

Tabela št. 2: Prikaz rezultatov odgovorov na trinajsto vprašanje

Kako dijaki danes ocenjujejo pravilnost svoje odločitve ?

TRDITVE	1. LETNIK (56 dijakov)				4. LETNIK (57 dijakov)			
	<i>da</i>	<i>ne</i>	<i>ne vem</i>	<i>brez odg.</i>	<i>da</i>	<i>ne</i>	<i>ne vem</i>	<i>brez odg.</i>
Imel/a sem realno predstavo o bodočem poklicu.	41	2	9	4	28	15	17	3
Imel/a sem na voljo dovolj informacij.	42	3	8	3	24	15	10	8
Informacije, ki so bile na voljo, so bile točne.	39	3	10	5	20	17	12	8
Svetovalni delavci so nas usmerjali k iskanju dodatnih informacij (knjižnica, zavod...).	30	20	4	2	24	20	5	8
Informacije sem znal/a poiskati tudi na internetu.	47	5	5	3	38	9	2	8
K odločitvi je veliko prispevala promocija šole-informativni dan.	41	10	3	2	32	8	8	9
Če bi se še enkrat odločal/a, bi izbral/a isti poklic.	40	1	12	3	15	29	7	6
Ostal/a bom v tem poklicu.	38	3	13	2	11	24	17	5
Moje osebnostne lastnosti ustrezajo poklicu SMS/TZN.	39	0	15	2	28	5	14	10
Kljub temu da sem ugotovil/a, da poklic ni pravi, mi ni žal, saj je vsestransko uporaben.	26	18	7	5	30	9	10	8

Pravilnost svoje odločitve danes dijaki vidijo takole:

Večina dijakov prvih letnikov meni, da so imeli realno predstavo o svojem poklicu, na voljo jim je bilo dovolj točnih informacij, le-te so si znali poiskati tudi sami.

K odločitvi za šolanje je vsem dijakom veliko prispevala promocija šole v javnosti (DOV, informativni dan), večina dijakov se strinja, da imajo za opravljanje poklica tudi ustrezne osebnostne lastnosti.

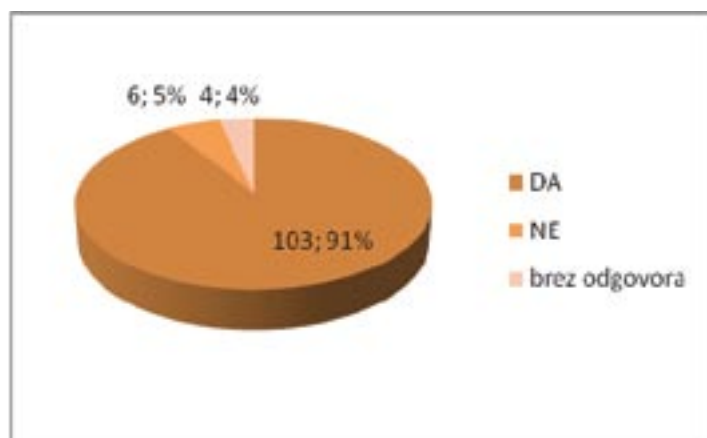
V četrtil letnikih se mnenje spremeni. Pri mnenju o realni predstavi o bodočem poklicu se jih je večina odločila za odgovor ne ali ne vem, ravno tako pri trditvah o točnosti in količini informacij, ki so jih dobili v času odločanja za poklic.

Zanimiva je tudi primerjava mnenj dijakov prvih in četrth letnikov, saj slednji menijo, da ne bodo ostali v tem poklicu in da bi v primeru, če bi imeli še enkrat možnost odločanja, ne bi izbrali poklica, za katerega se šolajo. Ta trditev pa ne velja za dijake prvih letnikov.

To kaže, da kljub vsem prizadevanjem in naporom pri zbiranju informacij o bodočem poklicu učenci ob koncu osnovne šole niso dovolj zreli, da bi zatrdno vedeli, kateri poklic želijo v življenju opravljati. Obstaja pa tudi možnost, da med šolanjem ugotovijo, da je poklic SMS resnično namenjen le tistim, ki se zanj odločijo s srcem. Torej poklic SMS/SZ lahko opravljajo le tisti, ki vidijo s srcem.

14. Prikaz rezultatov odgovorov na **štirinajsto** vprašanje – ali želiš po končanju šolanja nadaljevati študij:

Slika 10



Večina dijakov je ambicioznih in želi nadaljevati šolanje. Tako enotno se dijaki niso opredelili pri nobenem od odgovorov, saj jih kar 91 % želi nadaljevati študij.

Vendar v praksi vedno ni tako. Želje in pričakovanja so eno, dejanske možnosti pa drugo. Bolje je nadaljevati študij v drugi smeri, ko dijak ugotovi, da poklic zanj ni pravi, kot pa postati zdravstveni delavec, ki je nezadovoljen s sabo in drugimi.

Sklepi

menjava šole oziroma prehod mladostnika iz osnovne šole v srednjo šolo je korak, ki je dostikrat povezan tudi z doživljanjem stisk. Pomemben splet aktivnosti, ki učencem lahko pomagajo pri odločanju, pri njih pa lahko sodelujejo dom, družina, šola in okolje, v katerem mladostnik živi.

Vprašanja oziroma hipoteze, ki so bile postavljene glede načina informiranja, načina zbiranja informacij, oseb ali služb, ki informacije posredujejo, kasnejšega vrednotenja informacij, počutja dijakov na srednji zdravstveni šoli in ostala vprašanja, so z raziskavo dobila odgovore.

Rezultati raziskave kažejo, da je poklic SMS/SZ še vedno »ženski« poklic. Za spremembo takšne miselnosti v naši družbi bi v večji meri lahko prispevali tisti, ki razpolagajo in posredujejo informacije.

Učenci so za informiranje najbolj dovzetni ob koncu osnovne šole, menimo pa, da bi se aktivnosti spoznavanja poklicev in srednjih šol lahko začela že prej, še posebej, če pomislimo, da se v nekaterih evropskih državah učenci na »nižjo srednjo šolo« (stopnja predmetnega pouka v Sloveniji) vpisujejo že prej.

Učenci imajo različne želje glede vrste informacij. Najbolj jih zanimata utrip in delo na šoli, ki jo nameravajo obiskovati, takšne informacije pa iščejo sami. Na tem področju je potrebno usmerjati mladostnike k iskanju trdnejših informacij, predvsem o poklicu, ki naj bi jih spremljal skozi življenje.

Neskladnost želja, pričakovanj in dejanskega stanja v procesu izobraževanja in dela na šoli zopet kaže na »ad hoc« obliko odločitve. Na pravem mestu zbrane informacije to lahko preprečijo.

Osebnostne lastnosti dijakov, ki se šolajo za poklice v zdravstvu, so specifične. Dijaki so imeli tovrstnih informacij dovolj, vendar jih večina ne želi ostati v tem poklicu. Gotovo se lahko vprašamo, zakaj je tako. Vzroki niso le v informacijah, ampak tudi v samovrednotenju poklica, ugleda le-tega v naši družbi in specifičnosti dela, ki ga poklic zahteva.

Literatura

1. Berus, B. Dejavniki, ki vplivajo na izbiro poklica tehnik / tehtnica zdravstvene nege [diplomska naloga]. Kranj: Univerza v Mariboru; 2001.
2. Borovac, V. Znanost: Vrednote, ključna sestavina vzgojno-izobraževalnega sistema. Dostopno na:
3. <http://www.revijakapital.com/mariborcan/clanki.php?idclanka=362>.
4. Čepin Čander, M. Ule, M: Današnji mladi so ustvarjalnost zamenjali za varnost. Dnevnik, Večerova dokumentacija. 27.8.2005: 32.

5. Čerče, M, Pečjak, S. Vloga osebnostnih in motivacijskih dejavnikov pri poklicnem odločanju. Psihološka obzorja. 2007;16, 4: 27-42.
6. Dornik, E. Splošna orientiranost študentov zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje. Obzor Zdr N. 1999; 33: 33-9.
7. Filej, B. Izzivi zdravstveni negi dane s za jutri. Obzor Zdr N. 1999; 33: 235-8.
8. Jarc, M. Prihodnost mladih v sodobnem svetu. Dostopno na: <http://www.sio.edus.si/.../PRIHODNOSTmladihvsodobnemsvetu%20-%20Mojca%20Jarc.doc>.
9. Naka, S, Kvas, A. Razvoj vrednot in načelo pravičnosti. Obzor Zdr N. 2004; 38: 305-12.
10. Nastran, M. Vrednote pri mladih. Dostopno na: <http://www.kapucini.si/vsebina308>.
11. Ramšak-Pajk, J, Rajkovič, V. Kariera medicinske sestre in samoevalvacijski model. Obzor Zdr N. 2004; 38: 21-9.
12. Ule, M. Novbice. Dostopno na: <http://mladinski-ceh.nefiks.net/voditelj/v/02/int.htm>.

VREDNOTE PRI MLADIH – RAZISKAVA

**Gloria Šepec,
Sabina Špoljar**

Povzetek

Svoj prispevek sva razdelili na dva dela. V prvem delu sva opisali, kaj pomeni najstniško obdobje z vidika razmišljanja, razvoja prioritet in vrednot.

Omejili sva se predvsem na vrednote, ki so pri mladih v ospredju v najboljčutljivejšem obdobju – to je v obdobju iskanja samega sebe, ljubezni, prijateljstva. To je obdobje, ko se mlad človek začne ozirati prek praga svoje družine v svet, spoznava ideale svoje okolice, išče smisel življenja, si izbira svoje cilje, svoj poklic. Navsezadnje je to tudi čas, ko imamo mogoče najbolj idealno podobo o življenju.

Mladi nosijo v sebi sposobnost, da nas lahko na vsakem koraku, kadar koli in kjer koli presenetijo s svojim pogledom na svet, na različne dogodke. Starši, stari starši, tete, strici, vzgojitelji, učitelji, prav vsi se v nekem obdobju srečamo s podajanjem znanja in pravil za življenje v posameznem obdobju posameznika.

V drugem delu pa bova predstavili rezultate ankete, ki je bila narejena oktobra 2009. Anketirali sva dijake prvega in četrtega letnika in poskušali ugotoviti, ali se razmišljanje, vrednote in različne prioritete kaj razlikujejo, ali so v zaključnih letnikih kaj povezane tudi z izobraževanjem na področju zdravstvene nege.

Ključne besede: mladostnik, vrednote, družina

UVOD

Življenje je polno vprašanj in veliko od teh je popolnoma nepomembnih. Ali se ti čevlji podajo k tem hlačam? Kaj bom dobila za rojstni dan? To so vprašanja, ki so povsem naravna. Obstajajo pa tudi vprašanja, ki vodijo človeka k boljšemu življenju.

Ko mlad človek stopa v svet, se največkrat ozira prek svojega praga družine, spoznava ideale svoje okolice, išče smisel življenja in si izbira svoje cilje, svoj poklic, prijatelje. Čemu naj mlad

Gloria Šepec, dipl. m. s., Srednja zdravstvena in kemijska šola Novo mesto
Sabina Špoljar, dipl. m. s., Srednja zdravstvena in kemijska šola Novo mesto

človek sledi v življenju, kakšne cilje naj si izbere? Naj se prepusti spontanemu pretoku vrednot iz roda v rod? To so zelo pogosta vprašanja mladih.

Kultura je v stoletjih izoblikovala ideale, kot so: pravica, enakopravnost, svoboda, zdravje, prijateljstvo, ljubezen, lepota, modrost, napredek itd. K tem idealom stremi tudi vzgoja otrok. Zato otrok razvija idealno podobo o sebi že iz otroštva naprej, ko se razvija po navodilih in zahtevah staršev. Starši pogosto iščejo v vzgoji otrok popolnost, poslušnost, pametno vedenje.

Že S. Freud je ugotovil, da starši v vzgoji sledijo bolj idealom svojih staršev kot lastnim spoznanjem. Kot da so pozabili na lastne težave iz otroštva in sledijo idealnim pričakovanjem o idealnih otrocih, česar sami niso zmogli. Kadar starši dajo otroku občutek, da ga imajo radi takega, kakršen je, in ga ne kaznujejo, ker ni takšen, kot so si želeli, bo otrok sprejel tudi nekatere omejitve, razvil obrambo. Si dovolil tudi jezo in občasno razočaranje.

Prvi in zelo pomemben dejavnik za razvoj mlade osebnosti je varnost, ki jo otrok potrebuje v negi in oskrbi staršev. Taka oseba si v dobi otroštva utrdi svoj jaz in se v dobi pubertete globlje vpraša: Kdo sem? Kaj želim? Kaj ima smisel? Kam grem?

V šolskem obdobju otrok prek sošolcev in učiteljev spoznava svoje želje, brusi svoj značaj, postavlja omejitve, želje. Večino lastnosti, ki si jih je otrok osvojil v času otroštva, je mogoče najti v človeku, ki mu je otrok zaupal.

V času pubertete se mladostnik ponovno rodi. Postane kritičen, se zavestno vpraša, kaj ga veseli, kaj mu je všeč, česa ne mara, kje si bo postavil meje, kje bo tvegaj. V tem obdobju postane občutje mladostnika včasih prepleteno z dvomom vase. Vendar je največkrat potreba po širjenju lastnih možnosti dovolj močna, da se mladostnik opogumi, tvega, poskuša doseči cilj. Nekaterih pa se dotakne strah in se ustavijo. Niti ne tvegajo, ampak objokujejo lastno usodo. Nekateri pa tvegajo veliko preveč, lahko že čez mejo dovoljenega.

Razvoj osebnosti v puberteti je zahtevna naloga, ko se prepletajo burni znaki hormonov, izkušnje iz preteklosti, zapovedi, prepovedi, strahov in upanja ter pričakovanja. Mlad človek v adolescenci čuti izrazito potrebo, da ideale, ki so mu jih v otroštvu posredovali drugi, sam ponovno predela, odbere, izbere, zavrže, spremeni in poišče svoja merila za lepo, resnično, koristno, pravično, umetniško, moralno. Za mladostno dobo je značilno, da splošne ideale človeštva išče v umetnosti, znanosti, poklicu, hobijih, v pogovoru s prijatelji, v naravi in kulturi. Najvišji in najgloblji ideal mladostne dobe je še vedno ljubezen.

Vsi imamo neke vrednote, s katerimi živimo, se z njimi srečujemo. Za vsako vrednoto pa mora otrok, mladostnik, odrasel človek v življenju delati, se truditi, tvegati, vztrajati.

OPREDELITEV MLADOSTI

Klasična mladost, imenovana tudi adolescenca ali mladostništvo, pomeni obdobje po obveznem šolanju in zajema mladino med 15. in 19. letom starosti.

Definicija mladosti ni enozvočna. Gre za posebno življenjsko obdobje, ki ga zaznamuje prehodnost in vmesnost. Številni avtorji tako mladost definirajo kot vmesno fazo v življenju. Torej kot življenjsko fazo med otroštvom in odraslostjo, ki vključuje tri glavne prehode. Zaključevanje šolanja in vstop na trg delovne sile, prehod od ekonomske in druge odvisnosti v neodvisnost in samostojnost, ter nenazadnje prehod od doma, družine v lastno domovanje.

Nekateri avtorji opredelijo mladostna socialno psihološke elemente odraščanja. Kot so spremembe v samopodobi, osebni avtonomiji, povezanimi s prevzemom novih vlog in odgovornosti.

MLADOSTNIŠTVO IN MORALNI RAZVOJ

Moralni razvoj poteka vzporedno z drugimi vrstami dozorevanja. Ker je odvisen od nekaterih drugih osebnostnih sestavin – čustvene, intelektualne, vedenjske – traja dalj časa in se konča sorazmerno pozno. Pri mladostniku se zelo krepi njegov »jaz«, oblikuje se njegova istovetnost in krepi se potreba po osebni samostojnosti. Poglavitni premik v mladostnikovem moralnem presojanju bi lahko opisali takole: » Moralno sodbo, ki se je ravnala predvsem po sodbi drugih, zamenja sodba, ki jo narekujejo ponotranjena načela in pravila.«

Stopnje moralnega presojanja po Kohlbergu:

- Predkonvencionalno presojanje: predšolsko obdobje
 - a. Pravilo spoštujem zato, ker se bojim kazni in iščem pohvalo. (Značilen strah pred kaznijo oziroma želja po nagradi.)
 - b. Pravilo upoštevam zato, ker bom na ta način prišel do zelenega cilja. (Otrok se podredi moralnemu pravilu, ker ve, da bo tako prišel do zelenega cilja.)
- Konvencionalno presojanje: srednje in pozno otroštvo
 - a. Pravila se držim zato, ker želim, da bi me drugi sprejeli medse kot sebi enakega, odobravalijo moje ravnanje in me spoštovali. (Otrok teži k temu, da bi odrasli pa tudi vrstniki odobravalijo njegovo dejavnost, jo hvalili.)
 - b. Pravilo je nekaj takšnega, česar se je treba držati in zato se ga tudi držim. Pravila so ljudje postavili zato, da vlada red in mir. (Otrok spoštuje pravila zaradi pravil samih, se jim nekako »slepo« podreja, ker mu sama po sebi pomenijo avtoriteto.)
- Pokonvencionalno obdobje: mladostnik, ki mu že pogojuje notranji nadzor; dejanska stališča in prepričanja.
 - a. Po pravilu se ravnamo zato, ker je to za ljudi najboljše in ker na ta način lahko uredijo medsebojne odnose. Ustvarjamo jih vsi, po potrebi jih lahko tudi spreminjamo.
 - b. Ravnam se po moralnih načelih, ki so del mene samega – v nasprotnem primeru imam občutek krivde, se obtožujem itd. Sam sem dognal, kaj je prav, če menijo drugi drugače, pod njihovim pritiskom ne bom spremenil svojega prepričanja.

Za našo kulturo velja, da posameznik v svojem moralnem razvoju ne preskakuje stopenj, predvsem zaradi zakonitosti v intelektualnem, čustvenem, kulturnem in socializacijskem razvoju posameznika.

KAJ SO MORALNE VREDNOTE

Ko poenostavimo zapleteno psihološko definicijo, lahko rečemo, da so vrednote pojmi, ki jih visoko cenimo. Torej so vsi pojavi, ki so po našem mnenju dobri, pravilni, zaželeni. Seveda je to, katere vrednote so postavljene na višje oziroma nižje mesto, odvisno od posameznika, saj si vsakdo ustvari svojo lestvico vrednot. Če se nekdo ravna po moralnih vrednotah, to pomeni, da je pošten, vreden spoštovanja, hvale. Moralne vrednote so različne in številne. Vsi ljudje občudujemo idealne življenjske vrednote, kot so: svoboda, pravičnost, zdravje, lepota, prijateljstvo, sreče, ljubezen. Te ideale uresničimo in doživimo kot rezultat svoje dejavnosti. Od teh vrednot je odvisno, kakšne in koliko prijateljev imamo.

Vrednote najbolj izkazujejo z dejanji, dobrimi deli in ne le z dobrimi mislimi in nameni.

VREDNOTE MLADIH

Zagotovo vsi ljudje občudujemo življenjske ideale, kot so: svoboda, pravičnost, zdravje, samostojnost, lepota, prijateljstvo, sreča. In te osnovne vrednote prevladujejo tudi pri mladih in jih usmerjajo. Od posameznika pa je odvisno, ali bo svoje izbrane cilje branil, uresničeval, ali jih bo dopolnjeval, vztrajal kljub občasnim neuspehom, ali jim bo namenil svojo življenjsko energijo ter našel v njih smisel.

Za adolescentno dobo je značilno, da ni svobode od staršev brez prejšnjega upora in revolucije. Normalno in zdravo je, da se mlad človek nekaterim zahtevam staršev podredi, nekaterim upre in mnoge zapusti ter si poišče svoje nove ideale. Če so mladega človeka nekoč vzgajali starši po svoji željah, idealih in pričakovanjih, se mladostnik znajde v intenzivnem razmišljanju o sebi. Nehote se pogloblja vase in se sprašuje, s kom naj se družijo, koga naj se izogiba, kaj naj občuduje, kaj kritizira, čemu naj se upre, kaj gradi, kaj odkrije sam. Izkušnje iz otroštva so podlaga, na kateri mladostnik v puberteti sam gradi dalje, spreminja, dopolnjuje, se upira, posnema, ali dela ravno obratno in si izbere svojo življenjsko smer.

Mlad človek čuti v adolescenci izrazito potrebo, da ideale, ki so mu jih v otroštvu posredovali drugi, sam ponovno predela, odbere, izbere, zavrže, spremeni in poišče svoja merila za lepo, resnično, koristno, pravično, umetniško, moralno.

Poznavalci mlade osebnosti pravijo, da se človek razvija najbolj harmonično, kadar svojim realnim ciljem doda ideale kulture in sprejema tradicijo ter jo dopolni s svojo etiko. Za mladostnika je značilno, da splošne ideale človeštva išče v umetnosti, znanosti, poklicu, hobiju, v pogovorih s prijatelji.

VPLIV DRUŽINE NA VREDNOTE

Na človekov karakter odločujoče vpliva vzgoja v otroštvu. Vsi poznamo znano modrost: «Kar se Janezek nauči, bo Janezek znal.»

Razvoj zdrave osebnosti poteka v združevanju prijetnega, kar otrok čuti, in pametnega, kar vedo starši, kasneje tudi otrok sam. Če je otrok v prvih letih dobil dovolj nežnosti in varnosti od matere, od očeta pa vzor, je dobil osnovo za zdravo osebnost. Dobiti mora torej varno streho, svoj kotiček za igranje, malo svobode in delček samostojnosti. S tem je dobil osnovo za kasnejšo samostojnost v šoli, na igrišču, na delovni praksi in pri izbiri poklica. Otroku na začetku »posteljo« posteljejo starši, potem se tega nauči sam, tako kot pravi modrost o vzgoji: »Kakor si boš postlal, tako boš ležal.«

Izkušnje iz otroštva, ki jih mlad človek pridobi, so zapisane v njegovem telesu kot podzavest, izkušnje prijetnega ali nevarnega se v puberteti ponavljajo na zavestni ravni. Razvoj osebnosti v času pubertete je zahtevna naloga. V tem času se prepletajo burni znaki hormonov, izkušnje iz preteklosti, prepovedi, strahovi, upanje, pričakovanje. Več let se mladostnik išče in prebija skozi konflikte, dokler ne doseže stopnje zrelosti. Lahko rečemo, da se pubertetnik udomači v lastnem telesu.

Kadar prihaja mladostnik v odraslo obdobje z nerešenimi konflikti in neuresničenimi načrti, takrat čuti, da bo moral nekemu škodovati, se mu maščevati, zato se tak adolescent zapleta v nova razočaranja.

Kadar pa je bila otroku dana prava mera harmonije, sreče, svobode, zrele skrbi starševstva, zadovoljstva, takrat pa mlad človek v adolescenci čuti, da ideale, ki so mu bili nekoč posredovani, ponovno sam predela, izbere, zavrže, spremeni in poišče svoja merila.

MLADOSTNIK SI IZBIRA VREDNOTE

Pravijo, da se mlad človek razvija najbolj harmonično, kadar svojim realnim ciljem doda ideale kulture in sprejema tradicijo ter jo dopolni s svojo etiko.

Realne okoliščine v mladostnikovem življenju prinašajo nove pogoje, izzive, grožnje, na katere mlad človek reagira po nekem vzorcu iz otroštva: s strahom in upanjem, pesimistično ali optimistično, kot se je naučil iz svoje preteklosti. Realen svet običajno ni tako prijazen in lep, kot si mlad človek želi, večkrat je tudi zahteven in krut, včasih celo nevaren. Vsi imamo naravne želje po svobodi, lepoti, sreči, resnici, dobroti, iz tega potem rastejo želje za vsakdanje življenjske potrebe. V hierarhiji vrednot vsak človek uresničuje svoje želje in potrebe po svoji izbiri in idealih kulture. Različna je tudi raven, ki jo nekdo zmora, se zanj odloči, tvega. Jo uresniči in na drugi strani se je celo boji, dvomi, se zaustavi.

Naravna človekova potreba je: biti NEKDO, naredi NEKAJ na tem svetu, biti odgovoren in samostojen, zadovoljen in srečen, odločen v krizah, svoboden v izbirah, vztrajen v naporih in zmožen preživeti bolečine. Vse to ni lahka naloga, predvsem za mladostnika, ima pa smisel, ki se ji reče življenje. In življenje je vrednota – največja.

REZULTATI RAZISKOVALNE NALOGE

Uvod

Današnji svet drvi v neznano. Vsi smo del družbe, ki daje vtis, da se ne meni za ljubezen, toplino in spoštovanje, ampak za materialnost, dobiček in denar. Je res tako? So te vrednote tudi vrednote mladih ljudi? Kdo vpliva na oblikovanje vrednot v današnjem času?

Vzorec raziskave

V kratko raziskavo je bilo vključenih sto dvainštirideset dijakov prvega in četrtega letnika Srednje zdravstvene šole Novo mesto, programa zdravstvena nega.

Merski instrumenti

Metoda dela je bila vodena anketa. Anketni vprašalnik (glej prilogo) je zajemal pet vprašanj zaprtega in odprtega tipa.

Prvi dve vprašanji sta demografskega značaja in zajemata spol in starost posameznega dijaka.

Zadnja tri vprašanja se nanašajo na pomen posameznih vrednot, kdo ima na prioritete vrednote največ vpliva in kaj sami naredijo za to, da pridejo do neke vrednote, ki jim veliko pomeni.

Postopek zbiranja podatkov

Podatki so bili zbrani oktobra 2009.

Hipoteze

Za namen raziskovanja sva si postavili naslednji hipoteze:

1. Dijakom prvega letnika bodo prijatelji ena pomembnejših vrednot.
2. Zaključnim letnikom bosta visoko na lestvici uvrščeni vrednoti poklic in delo.
3. Največji vpliv na vrednote imajo starši.

Rezultati

Rezultati so dobljeni na podlagi statistične obdelave podatkov iz vprašalnika, ki so jih izpolnili dijaki prvega in četrtega letnika. Dobljeni podatki so statistično obdelani po programu zaporedju vprašanj.

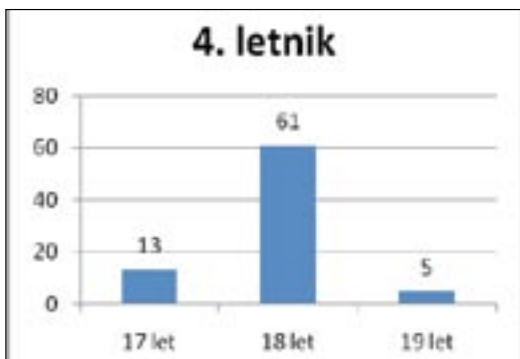
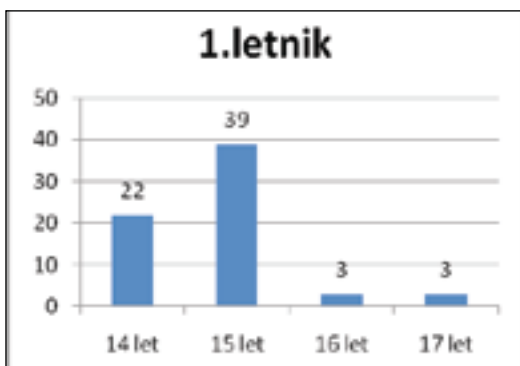
Spol dijakov:



Graf 1: Razdelitev dijakov po spolu

V anketi je sodelovalo sto dvajset dijakinj in dvaindvajset dijakov. Od tega je anketni vprašalnik izpolnilo v prvem letniku triinpetdeset dijakinj in štirinajst dijakov. V četrtem letniku je anketni vprašalnik izpolnilo sedeminšestdeset dijakinj in osem dijakov.

Starost dijakov:

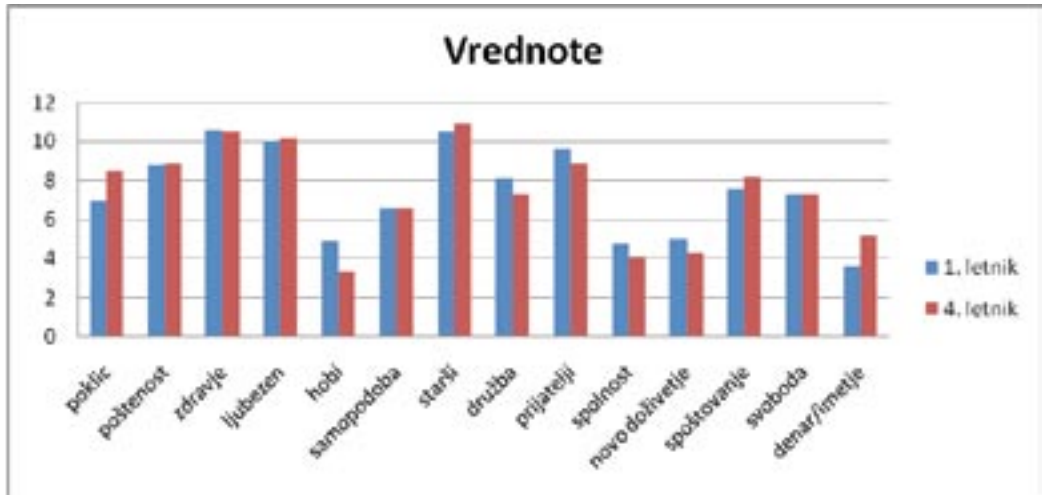


Graf 2: Razdelitev dijakov po starosti

Dijaki, ki obiskujejo prvi letnik, so stari od štirinajst do sedemnajst let: štirinajst let – dvaindvajset dijakov; petnajst let – devetintrideset dijakov; šestnajst let – trije dijaki in sedemnajst let – trije dijaki.

Dijaki, ki obiskujejo četrti letnik, so stari med sedemnajst in devetnajst leti. In sicer sedemnajst let – trinajst dijakov; osemnajst let – enainšestdeset dijakov in devetnajst let – pet dijakov.

Pomembnost vrednot



Graf 3: Vrednote

Na podlagi podanih vrednot so dijaki prvih letnikov določili lestvico pomembnosti vrednot od ena do štirinajst. Nobena izmed vrednot ne prevladuje v popolnosti. Vrednote, ki so dosegle več kot 10 %, so: zdravje 10,6 %; ljubezen 10 %; starši 10,5 %. Pod pet odstotkov pa so naslednje vrednote: hobi 4,9 %; spolnost 4,8 %; novo doživljetje 5 %; denar in imetje 3,6 %.

Na podlagi podanih vrednot so dijaki četrtih letnikov določili lestvico pomembnosti vrednot od ena do štirinajst. Tudi tukaj nobena izmed vrednot ne prevladuje v popolnosti. Vrednote, ki so dosegle več kot 10 %, so: zdravje 10,5 %; ljubezen 10,2 %; starši 10,9 %. Pod pet odstotkov pa so naslednje vrednote: hobi 3,3 %; spolnost 4,1 %; novo doživljetje 4,3 %.

Rezultati so zelo podobni, skoraj ni razlik med prvim in četrtim letnikom; največja razlika se pokaže v zadnji podani vrednoti - denarJU in imetjU, ki se v zadnjem letniku poveča na 5,2 % (+1,6%), poveča se tudi zanimanje za poklic - na 8,5 % (+1,5 %).

1. Kako vplivaš na to, da dosežeš vrednoto, ki ti največ pomeni?

V tem vprašanju so dijaki opisno odgovorili in svoj odgovor navezali na vrednoto, ki jim največ pomeni, zato so se glede na rezultate prejšnjega vprašanja tudi veliko ponavljali.

Dijaki prvih letnikov so zapisali:

poklic/delo	Da se šolam, izobražujem
zdravje	Gibanje, dobro počutje v svoji koži, ne kadim, zdravo prehranjevanje, živim zdravo. Če imaš zdravje, imaš vse.
starši	Pomagam staršem in jih imam rad. Trud, iskrenost, spodbujanje, pomoč, prijaznost, pogovor s starši, vzpodbuda družine, da sem to, kar sem, čim boljši sin, dobra vzgoja.
družba	Pogovor, druženje.
prijatelji	Dajem ljubezen drugim in drugi meni.
spolnost	Spolnost me zadovoljuje.
svoboda	Da se počutim svobodnega.

Dijaki četrtyh letnikov so zapisali:

poklic/delo	Trudim se dokončati šolo.
poštenost	Skušam biti čim bolj iskrena.
zdravje	Zdravo živim – ne pijem alkohola, ne kadim, z rekreacijo.
ljubezen	Čim več časa preživim z boljšo polovico. Sama izkazujem ljubezen.
hobi	V prostem času se ukvarjam s hobiji.
samopodoba	Poskrbim zase duhovno in vizualno.
starši	Se pogovarjam s starši, s spoštovanjem staršev.
prijatelji	Se družim s prijatelji.
spoštovanje	Se vedem etično in moralno, s poštenostjo do vseh.
denar/imetje	Delam prek študentskega servisa.

2. Kdo ima največji vpliv na osebne vrednote?



Graf 4: Vpliv na osebne vrednote

Dijaki v prvem in četrtem letniku so zapisali, da imajo starši največji vpliv na pomen osebnih vrednot; prvi letnik 62,6 %, četrty letnik kar 80 %. Najmanj vpliva na pomen vrednot imajo po mnenju dijakov učitelji; prvi letnik 1,5 %, četrty letnik 1,3 %.

Razprava

Vrednote so izredno pomembne za naše življenje, saj se v njih kažejo naše prioritete in želje ter so nenazadnje tudi pokazatelj tega, kakšni ljudje smo. Vrednote, ki jih imamo, so povezane z življenjskim obdobjem, v katerem se nahajamo, s spolom, izkušnjami. Če primerjamo rezultate prvega in četrtega letnika, ugotovimo, da so odstopanja zelo minimalna.

Raziskava je prinesla zanimive ugotovitve o vrednotah mladih.

Vrednota **starši/dom** je zelo visoko opredeljena ne glede na spol ali starost. Glede na starost dijakov je opaziti majhno razliko. Dijaki četrtega letnika to vrednoto v povprečju postavljajo nekoliko višje kot dijaki prvega letnika. Je pa ta vrednota pri obeh letnikih uvrščena na najvišje mesto na lestvici. Z gotovostjo lahko potrdimo tretjo hipotezo, da imajo največji vpliv na vrednote starši.

Vrednota **zdravje** je drugouvrščena vrednota in zelo malo zaostaja za prvuvrščeno. Zavedanje, da je ta vrednota zelo pomembna, je zelo dober podatek, predvsem za poklic, za katerega se dijaki usposablajo. Zato je zavedanje o pomenu zdravja v zrelejših življenjskih obdobjih večje, zdravje pa postane pomembnejša vrednota.

Vrednota **ljubezen** je za dijake zelo pomembna, čeprav je ne uvrščajo med prve tri.

Prijatelji so vrednota, ki je med dijaki zelo visoko opredeljena. Pojavljajo se zelo majhna odstopanja. Malo višje uvrščajo prijatelje dijaki prvega letnika. Kadar smo potrebni pomoči, nam jo prijatelji nudijo in to dela dijake srečnejše, boljše ljudi. Potrdimo lahko tudi prvo hipotezo, ker so prijatelji in družba nasploh za dijake prvega letnika ena najpomembnejših vrednot.

Poštenost je za vse dijake velikega pomena. Sošolci zelo hitro opredelijo prijatelja kot poštenega človeka. In kadar je nekdo pošten, ga imajo ostali sošolci radi, se zanesejo nanj in bodo želeli, da je v njihovi bližini. Zato je zelo pomembno, da je poštenost visoko na lestvici, saj s tem ohranjajo tudi prijateljstvo.

Poklic in delo dijaki, ki zaključujejo šolanje, uvrščajo višje. Verjetno se že zavedajo, da je delo potrebno in neizogibno v življenju. Najverjetneje so tudi izkusili počitniško delo. Za to delo so bili nagrajeni in so ob tem začutili zadovoljstvo. Tudi drugo hipotezo lahko potrdimo. Dijakom zaključnih letnikov je poklic in pridobitev izobrazbe zelo pomembna, čeprav sva mnenja, da bi v tem obdobju bila lahko še na višnji stopnički.

Dijaki zelo poudarjajo pomen **medsebojnega spoštovanja**. Mislim, da to lahko povežemo z dozorevanjem, zavedanjem pomena medsebojnega spoštovanja pri ustvarjanju prijateljskih vezi, oblikovanju statusa v skupini.

Glede na to, da so anketiranci odraščajoči otroci, je bilo pričakovano, da bo **svoboda** za njih velikega pomena. Povsem patološko bi bilo, kadar mlad človek v nedogled posluša in uboga ukaze staršev. Samo tako, da ima mladostnik svobodo, se lahko razvije v zdravo odraslo osebo.

Ljudje smo po naravi socialna bitja, težimo k druženju, potrebujemo občutek pripadnosti, sprejetosti, ljubezni, ki jih lahko zadovoljimo le v skupini. Zato je **družba** kot vrednota zelo pomembna. Vendar pa je vseeno opaziti, da pomembnost te vrednote s staranjem upada, kar je pokazala tudi anketa, saj so dijaki zaključnih letnikov to vrednoto uvrstili malo nižje. Mladim trenutno družba predstavlja način preživljanja prostega časa, daje občutek pripadnosti, tudi samopotrditve, zato se jim zdi tudi bolj pomembna.

Zelo pomembna vrednota je tudi **samopodoba**. Dijaki jo uvrščajo na sredino izmed danih vrednot. Za mladega človeka je zelo pomembna, saj s pozitivno samopodobo dijak dosega višje cilje, je uspešnejši, lažje razvije medsebojne odnose ter je bolj pripravljen sodelovati, je pogumnejši, sprejema nove izkušnje in izzive.

Novo doživetje je kot vrednota nizko uvrščena. Mlajšim dijakom ta vrednota predstavlja večji izziv, sprostitev, odmik od naporenega vsakdana, zato so jo uvrstili malo višje kot starejši dijaki. Starejši dijaki so verjetno že nekaj stvari doživeli, zato jim ta vrednota ne predstavlja več visokega uvrščanja.

Spolnosti dekleta v povprečju pripisujejo malo manjši pomen, kar je verjetno povezano s tem, da dekletom sama spolnost brez čustev ne pomeni toliko kot fantom. Fantje v ospredje postavljajo zadovoljitev svojih spolnih potreb. S tem je potrjena tudi naša hipoteza.

Denar/imetje ne sodi med najpomembnejše vrednote, ocenjena je celo kot manj pomembna. Iz tega lahko sklepamo, da naša družba v osnovi le ni tako materialistično usmerjena, kot se na prvi pogled zdi. Potreba po novih oblačilih, telefonih, parfumih in podobnih dobrinah je najbrž bolj posledica pritiska medijev, reklam, kot pa neka notranja potreba ali oblika samopotrjevanja. Dekleta v primerjavi s fanti postavljajo to vrednoto višje na lestvici. Pa tudi dijaki zaključnih letnikov jo uvrščajo malo višje, kar je verjetno posledica tega, da se hočejo osamosvojiti in imajo do denarja/imetja malo drugačno stališče.

Hobi dijaki ne glede na spol ali starost uvrščajo najnižje na lestvico. Verjetno pa je, da med hobije prištevajo tudi druženje s prijatelji, kar pa je zelo pomembna, visoko uvrščena vrednota.

Sklep

Na najvišje mesto so dijaki kot vrednoto **opredelili starše**. Na vprašanje, kako sami vplivajo na to vrednoto, so v največjem številu odgovorili, da spoštujejo starše, ker jim oni dajejo podporo in so jim medsebojni odnosi s starši zelo pomembni.

Drugouvrščena vrednota je bila **zdravje**. Na svoje zdravje pa v največji meri vplivajo z zdravim načinom življenja (zdrava prehrana, gibanje).

Če ima mladostnik poleg šolskih uspehov še zaupljive odnose s starši, učitelji in sošolci ter izmenjava z njimi tudi užitke ob sodelovanju, ne le v tekmovanju, hkrati uresničuje svoje ideale in ideale okolice. V tem »čarobnem krogu uspeha« in bogatih interesih se krepí zaupanje vase, v druge in življenjski optimizem. Takrat mlad človek najde še druge smisle: lepoto, dobroto, skrb za druge, za naravo. To je ideal in hkrati realnost, h kateri moramo vsi stremeti in seveda ponuditi mladim, jim pokazati, kako to doseči.

Kitajci menijo, da je srečen človek kot ladja, ki pluje z ugodnim vetrom.

Literatura

1. Klampfer, F.: Etiški pojmovnik za mlade. Maribor: Založba Aristej, 2003.
2. Bennett, J. W.: Moralne vrednote za mlade. Tržič: Učila International, 2006.
3. Obran Kren, T.: Vrednote mladih med ideali kulture in resnico dejanj. Radovljica: Didakta, 1995.
4. Ule, M.: Mladina za modernizacijo slovenske družbe. Ljubljana, 1989.
5. Ule, M., Renner, T., Tivadar, B., Mencin Čepelak, M. Socialna ranljivost mladih. Maribor: Založba Aristej, 2000.
6. Zupancič, M., Justin, J. Otrok, pravila, vrednote – otrokov moralni in socialni razvoj. Radovljica: Didakta, 1991.
7. Sodobne oblike revščine mladih; Zbornik predavanja. Ljubljana: Salve, 1999.

PRILOGA:

ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovani-a anketiranec-ka! S to **anonimno** anketo bomo ugotavljali nekatere vrednote, ki so značilne za mlade ljudi. Ankete bodo obdelane in uporabljene v raziskovalni namen. Za vaše odgovore se vam že vnaprej iskreno zahvaljujeva.

Gloria Šepec, Sabina Špoljar

1. **Spol (obkroži)** **Ž** **M**

2. **Starost (napiši)** _____

3. **V tabeli je 14 vrednot. Po svoji presoji oceni, koliko ti je katera vrednota pomembna in jo oceni s števkami od 1-14. Bolj pomembno vrednoto oceni z višjo številko. (Vsako številko napiši samo enkrat!)**

poklic/delo	
poštenost	
zdravje	
ljubezen	
hobi	
samopodoba	
starši	
družba	
prijatelji	
spolnost	
novo doživetje	
spoštovanje	
svoboda	
denar/imetje	

4. **Kako sam-a vplivaš na to, da prideš do vrednote, ki si jo ocenil-a s 14? (dopiši)**

5. **Kdo ima največji vpliv na tvoje vrednote? (Obkroži ali dopiši)**

starši/družina učitelji/šola sošolci/prijatelji _____

KO ŽIVLJENJE POSTANE VREDNOTA

Jožica Rems

Povzetek

Depresija je amputacija volje, motivacije, smisla, občutka, da je nekaj dobro in vredno. S tem je depresija tudi amputacija vrednot, kot so zdravje, družina, delo oziroma služba, vera, znanje. Življenje v velikih in malih stvareh postane le grožnja. Prvi del mojega prispevka je opis osebne izkušnje izgube življenja kot vrednote.

Drugi del opisuje poskus pomoči vsem, ki se srečajo z depresivnim človekom v krizi in izgubo vrednot. Le objem, skupen jok, delo namesto človeka, aktivno poslušanje, empatija so mi pokazali, da nisem sama.

V tretjem delu bom spregovorila o preventivi depresije. O vrednotah, kot so (povzeto po dr. Ramovžu): »Arhitektura, branje – pisanje, družina, ljubezen – spolnost, glasba in pesem, hoja in planinarjenje, igra, mir, narava, pogovor in prijateljstvo, duhovnost, ...« O malih vrednotah, ki ohranjajo duševno zdravje.

1. ŽIVLJENJE JE VREDNOTA

Vrednota je nekaj, za kar se sicer trudiš, zaradi česar ti včasih ni enostavno, pa vendar ti igra srce, ko te prežarja tisto, za kar veš, da je dobro. Ne glede na vsa nihanja v življenju je v tebi žar, skupek različnih vrednosti, ki ti jih podarja življenje, ali pa jih s trudom pridobivaš in razvijaš.

Vemo, da so vrednota družina, delo, zdravje. Govorimo o višjih vrednotah, o samouresničevanju, iskrenosti, poštenju, skrbi za druge, ljubezni, kulturi. In verjamemo, da je življenje vrednota samo po sebi. O vrednosti življenja dostikrat niti ne razmišljamo. Kar dano nam je, da zjutraj vstanemo, si umijemo zobe, gremo v službo, se vrnemo k družini, spravimo otroke in sebe spat. Ne da bi razmišljali, ima vse to smisel, nas napolnjuje in smrt je nekaj oddaljenega, tujega.

O možnosti, da bo življenje zame izgubilo smisel, da lahko izgubi vso vrednost, da se lahko zgodi, da postane smrt edina vrednota, nisem prej nikoli razmišljala. Kot medicinska sestra in učiteljica sem se ukvarjala s težavami drugih. Ob samomorih sem pomislila, da gre za bolezensko dogajanje. Bilo mi je žal ljudi, ki so izgubili osnovno vrednostno pripadnost. Borba za ohranitev življenja mi je bila enostavno podarjena.

2. IZGUBA VREDNOT V DEPRESIVNI KRIZI

Začelo se je s tem, da sem čedalje težje opravljala DELO, vse težje sem hodila v službo, vse manj smisla našla v tem, kar sem prej z veseljem počela. Težave sem pripisovala izgorelosti in utrujenosti zaradi sprememb v privatnem življenju. Potem se je pojavila tesnoba. Trpela sem vsak odmor. Bala sem se iti v razred. Prepričevala sem se, da bo vse v redu, da zmorem to, kar sem delala že petindvajset let. Ni bilo realnega razloga za tak strah. Ure in ure sem porabila za priprave na pouk predmeta, ki sem ga leta učila. Vse delo je postalo le obremenitev, stiska, nemoč. Služba, ki sem si jo sama izbrala, delo, ki sem ga z veseljem opravljala, se v njem potrjevala in uresničevala pomemben del svoje biti, je prenehalo biti vrednota.

DRUŽINA je postala huda grožnja, v depresivni krizi sem čutila, da sem v življenju naredila kup napak, da nisem dobra mati in žena. Da ne zmorem biti mama. Nisem imela ničesar več, kar bi lahko dala. Bila sem popolnoma prazna. Gospodinjska opravila so postala strahovito težka. Ob igri z otokom mi je šlo na jok. Nisem se mogla pogovarjati z možem.

Kot pomembno vrednoto ljudje običajno opredelijo svoje ZDRAVJE. Jaz pa sem si želela le, da bi umrla. Ker nisem hotela delati samomora, sem si želela, da bi imela raka, umrla in se tako rešila trpljenja. Nisem zmogla skrbeti za svoje zdravje, iti k zobozdravniku, h ginekologu. Še vedno imam s tem hude težave. Poleg želje po smrti in izničenju sebe je predstavljala težavo tudi moja upočasnjenost. Čas se je enostavno izgubljal. Vse sem delala tako počasi, da nisem zmogla iti nikamor. V vsako dejavnost sem se morala prisiliti. Samo spala bi in jedla in nič drugega več.

ZNANJE je zame imelo vedno veliko vrednost. Brati knjige, pa naj bodo učene ali za zabavo, je bilo del mene skoraj kot hrana ali spanje. V krizi pa nisem zmogla prebrati niti kratkega teksta. Še danes, ko mi je bolje, ne zmorem učenja novih stvari. Računalniki, »power-pointi«, napredek stroke je nekaj, kar me še vedno ogroža.

Velika vrednota je osebna VERA. V čutenju Božje ljubezni sem vedno našla mir in moč za premagovanje vsakdanjih težav. Sam človek ne zmore, pomembna mi je bila vpetost v krščansko simboliko in v krščansko občestvo. Vedela sem, da sem duhovno in presežno bitje. V depresiji pa je moj Bog umolknil. Občutenje svetlobe Božje ljubezni je umrlo. Nastopila je velika praznina in strahovita osamljenost. Nisem izgubila vere v Božji obstoj. Izgubil pa se je občutek varnosti in povezanosti z Bogom. Moja edina molitev je bila: »Vzemi me k sebi!« Ker mi je bilo dano, da nisem izgubila stika z realnostjo, sem vedela, da je taka molitev patološka. To je bila grozna molitev, prazen klic obupane duše po pomoči. Nisem več mogla iti k sv. maši, moj križ je bil pretežak, moje hrepenenje po nebesih preveč bolno. Nikjer ni bilo nobene radosti, nikjer tolažbe.

Depresija je amputacija volje, s tem pa tudi izguba SVOBODE. Je izguba možnosti svobodne izbire. V življenju posameznika je ogromno drobnih svobodnih izbir ne glede na okoliščine, na katere nimamo vpliva. V depresivni krizi ne izbiraš več, kaj boš počel popoldne, kdaj boš dal prati perilo, kaj boš skuhal za kosilo, kdaj boš šel na kavo s prijateljico. Samo nevidne pajčevine te zvežejo, ti preprečujejo biti, kar bi rad bil, početi, kar bi rad počel. Lahko le

životariš, ujet v svojo stisko. Ne daš prati perila, ne skuhaš kosila, ne greš na kavo. Ni ničesar, kar bi rad počel, ni izbere, ni svobode. Je le ujetost v bivanjski nesmisel.

SMISEL ŽIVLJENJA je vrednota, ki jo je zelo težko opredeliti. Večinoma je to nekaj, kar imamo, nekaj, kar čutimo, o tem niti veliko ne razmišljamo. Zakaj živimo, imamo otroke, se pehamo za vsakdanjim kruhom in smo ob tem kar nekako zadovoljni? Depresija je izguba smisla življenja, pa naj gre za velike ali drobne stvari, ki jih počnemo. Praznini depresije življenje nima nobenega pomena. Bivanje je le obsojenost na kup težav, problemov, zahtev. Bivanje je le grožnja. Niti smrt nima smisla. Se pa takrat zdi rešitev težav lažja izbira, boljša kot nesmiselnost življenja.

Sposobnosti in možnosti, povezane z OSEBNO HIGIENO, običajno ne doživljamo kot neke vrednote v svojem življenju. Meni je skrb za osebno higieno postala posebna vrednota, ker v času depresivne krize nisem mogla poskrbeti zase. Plašila me je voda, bila sem preutrujena, bilo mi je vseeno. Težko, pretežko se je bilo obleči, si umiti zobe, vse me je do konca izčrpalo, v vsako dejavnost sem se morala prisiliti. Poseben radosten trenutek se je zgodil, ko sem si umivala zobe in ugotovila, da ob tem ne trpim. Od takrat so mi trenutki v kopalnici posebna dragocenost.

HRANA, GIBANJE, POČITEK so male vrednote našega življenja. Moja oblika depresije je taka, da bi samo jedla in spala. Mnogo bolnikov ne more več jesti in spati. Poruši se mehanizem zadovoljevanja osnovnih potreb. Sedaj zame ne obstaja več vsakdanje, enostavno prehranjevanje, gibanje, počitek. To so vrednote. Je dar, ki ga je treba ceniti.

3. POGOVOR – VELIKA VREDNOTA

Navedla bom nekaj stavkov, ki so v meni vzbudili samo dodatno stisko. Nimam receptov za vse ljudi. Morda boste dobili le občutek, da je človeku v depresivni krizi nemogoče ustreči. Morda pa bo to le komu v pomoč, ko se bo trudil pomagati človeku v stiski. Besede, ki jih navajam, so bile izrečene mimogrede, s premalo pristnosti in resničnega zanimanja zame. Seveda dopuščam možnost, da sem to le tako doživljala, da gre za mojo interpretacijo, izhajajočo iz depresije. Presodite sami.

»Zberi se, z voljo se marsikaj doseže!« Depresija je amputacija volje. To je enako, kot če bi človeku brez nog rekel, da se peš daleč pride.

»Komaj čakamo, da spet prideš v službo!« O, moj Bog, nikamor nočem, ne morem. To slišim kot grožnjo bremen, ki jih ne zmorem.

»Misli na otroke!« Jaz pa čutim, da sem nikakršna mama, da bi bilo za otroke morda bolje, da jih ni. Ali pa je, kot da ne obstajajo, ker je depresija amputacija čustev. Ali pa so nova grožnja obveznosti, ki jih ne zmorem.

»Pojdi ven, na sprehod!« Prazen nasvet, ki ga ne potrebujem. Vem, da je gibanje pametna zadeva. Mene pa je strah reke, ker se vidim utopljeno. Na balkonih cvetijo rože za moj pogreb. Na drevo se tako krasno obesiš. Tako sem sama in tako utrujena.

»Kako si?« Večina ljudi z vprašanjem niti ne misli resno. Ne verjamem, da želiš poslušati o mojem samomoru, ko to vprašanje izrečeš mimogrede na hodniku ali po telefonu.

»Kako moreš kaj takega sploh pomisliti?« Strah me je zgražanja, obsojanja. Stopili ste sto korakov stran od mene. Povedali ste mi, da sem grozna, obupna.

»Preberi to knjigo, boš videla, da ti bo pomagala.« Ne morem brati, ne verjamem v tuje misli in recepte. V vsaki knjigi vidim le nove znake depresije, spet vse, česar se bojim ali česar ne zmorem. Zame bi bil to nov poraz.

»Pojdi med ljudi in ne bodi sama!« Nasvet, izrečen po telefonu. Katere ljudi mi ponujaš? Zelo malo ljudi me je obiskalo v času depresivne krize. Ne morem med ljudi. Ljudi, ki bi prišli k meni, pa ni.

»Vsak je kdaj depresiven.« Razvrednotili ste mojo, samo mojo edinstveno, izvirno, unikatno stisko. Dali ste mi čutiti, da se vam moja stiska sploh ne zdi težka. Depresija je resna bolezen. Ne le malo slabše razpoloženje.

NASVET mi dajte le, če ga potrebujem. Ne učite me tistega, kar mi je znano. Samo če ugotovite, da mi ni znano, kaj naj storim za olajšanje stiske, mi svetujte. Vaš nasvet bo pomagal le, če ste znali najprej dobro poslušati in se vživeti v mojo situacijo. Ne bo slepo sledila ukazom. Ne vsiljujte svojih vrednostnih orientacij. Zaprla se bom pred vami, če boste govorili preveč. Ne bojte se lastnega molka. Vaša tišina bo omogočila, da plezam iz lastne tišine. Svetujte le, če vas za nasvet prosim, ne moralizirajte, ne zgražajte se, ne obsojajte me.

Značilnost dobrih terapevtov (terapevt je vsak prijatelj) je, da izvablajo zvoke, ki so že skriti v besedilu. Ne pišejo enakih not za vsa glasbila. Prisluhnite moji melodiji, hkrati pa se ne upirajte melodiji, ki odzvanja v vas samih. Ne bojte si priznati lastne nemoči, lastne stiske, ki jo doživljate ob moji stiski. Najlažje mi boste pomagali, če se boste z mano preprosto pogovarjali.

Na enoti za krizne intervencije v Ljubljani smo bili enaki med seboj. Nismo si dejali praznih nasvetov. Bili smo na isti strani, čutili smo drug drugega. Objemali smo se brez besed. Se jokali skupaj. In se tudi smejali.

Morda je dovolj, da prideš. Morda lahko storiš kaj namesto mene. Ne vprašaj me, če mi lahko pomiješ posodo. Samo stori nekaj zame, v tišini in z veseljem.

Morda me lahko pobožaš, me objameš.

Mi verjameš.

Stojiš na moji strani.

Povej mi, da nisi šla skozi to praznino, skušaš pa dojeti, razumeti, čutiti z menoj.

Kar potrebujem, je tvoje **AKTIVNO POSLUŠANJE**. Pomeni, da skoraj ne govoriš. S kratkimi besedami, izrečenimi z vso vero v moje besede, z mimiko obraza, nemo govorico telesa le spodbujaj, da govorim dalje.

Jokaj z menoj. Ne verjemi nasmehu na mojem obrazu. »Bolje ti je. Ali tako čutiš tudi v sebi?«

»Dobro izgledaš. Kako se pa počutiš?« Bolje mi je, ker zmorem igrati nasmeha, tvoje besede pa mi povedo, da te v resnici zanima, kako je z menoj. Ne obstani ob zunanjem videzu, pomagaš mi le, če sežeš navznoter.

Večina depresivnih govori o črnih mislih, o tem, da bi radi kar nekam ušli, redki govorijo o samomoru. Lažje je govoriti o nemoči, brezvoljnosti, izgubi koncentracije in o telesnih simptomih. Vi, ki ste zdravi, ne izogibajte se besedi samomor. Vprašajte naravnost, kar vas zanima in česar vas je strah. Čutila bom, da ste na moji strani. In če bom zmogla o tem govoriti, mi bo lažje. In ko bom slišala iz vaših ust svoje lastne besede (zrcaljenje: le z vso resnostjo ponovite moj stavek), bom videla stisko drugače, bom v sebi morda že slišala svoje lastne rešitve. In le-te bodo zame »ta prave«.

4. PREPREČEVANJE DEPRESIJE – MALE VREDNOTE

Nisem strokovnjakinja za depresije. V svojem iskanju smisla vsega, kar me je doletelo, sem naletela na knjigo dr. Ramovža: Sto domačih zdravil za dušo in telo. Ker se me je knjiga osebno dotaknila, bom iz nje povzela nekaj »zdravil«, ki se meni zdijo tiste male vrednote v vsakdanjem življenju, ki lahko depresijo preprečujejo, pa jim sama nisem dajala dovolj poudarka v svojem življenju. Tudi jih pred boleznijo nisem doživljala kot vrednote.

ARHITEKTURA

»Praznični prostor poje v skladnosti s samim seboj in z vsem okrog sebe.« Oblikovanje prostora okrog sebe sicer mora biti praktično in uporabno, dom, v katerem se duša odpočije, pa naj presega uporabnost. Obdaja se z lepoto, ki bo dvigovala naše razpoloženje. Okusi so različni, ampak dom naj bo opremljen tako, da nam bo duša zapela, kamor se bomo obrnili.

PETJE, GLASBA

»Lepota, ki je v zvokih in njihovem sozvočju, v ritmu in melodiji, je človeškemu srcu ena najbolj izbranih sladici...« pravi dr. Ramovž. Zapojemo si lahko, če prekipevamo od mladosti ali pa v težkih trenutkih. Glasba in petje dvigujeta naše notranje razpoloženje, po drugi strani pa se v izbiri pesmi odraža naša trenutna življenjska drža. Nenazadnje glasbo uporabljajo tudi v terapevtske namene.

IGRA, PRAZNOVANJE

Igrajmo se. »Vsa človekova igrivost ima namen razvijati in krasiti življenje s praznično prešernostjo.« Najdimo trenutke, ko lahko pozabimo na resnost življenja. Ohranjajmo v sebi otroško igrivost. Človek se mora kdaj odtegniti skrbi za preživetje in se posvetiti praznovanju, smehu, veselju, igri in počitku.

PREHRANA

Pravilna prehrana ni le skrb za dobro telesno delovanje, je tudi temelj za uspešno duševno funkcioniranje. Hrana nas tudi medsebojno povezuje (družinsko kosilo, pogostitve). Tretji vidik, na katerega opozarja Ramovž, pa je hrana kot dar. Če se hrane veselimo, jo cenimo in znamo deliti z drugimi, če se znamo za hrano zahvaljevati, bo vsak obrok postal del našega duhovnega poglobljanja. Nam, ki imamo hrane dovolj, na žalost hrana ni več vrednota. Da hrano imamo, da lahko jemo, da smemo jesti, je velika dragocenost v našem življenju.

Veselite se, da lahko kuhate in jeste.

HOJA, TEK, TELOVADBA, ŠPORT

Preventivne in kurativne učinke gibanja vsi poznamo. Vsaj teoretično se bomo strinjali, da je gibanje nujno za ohranitev telesnega in duševnega zdravja. Težje je to vedenje udejanjiti v praksi vsakdanjega življenja. »Uredite si življenje tako, da vas ne bo zasvojila naglica. Po svojih vsakdanjih poteh zavestno hodite sproščeno in pokončno, zrite vedno in odprto v svet in bogatilo vas bo na tisoče vtisov.«

BRANJE, PISANJE, ZNANJE

»Veren človek bi lahko tu in tam pomolil tudi takole: Bog, daj mi pogum, da bom dovolj bral, odprto srce in pamet, da se bom plemenitil in prav učil, in daj mi modrost, da se ne bom kvaril in zapravljaj časa s slabim berivom.«

Bodimo veseli in hvaležni, da lahko beremo in pišemo. Mnogim v svetu ta vrednota ni podarjena. Branje in pisanje omogočata pridobivanje vrednote znanja. Meni je znanje pomagalo pri hoji skozi depresijo. Znanje mi je pomagalo, da za seboj nimam poskusa samomora. Zato berite, pišite in se tega veselite. »Zapisovanje osebnih premislekov, doživetij, spoznanj, odločitev, pa tudi dogodkov je zelo učinkovito »domače zdravilo« za osebno zorenje, za bogatenje svojih izraznih zmožnosti, za doživljajsko povezanost vsega v celoto, za ostrenje temeljnih duhovnih zmožnosti.«

PRIJATELJSTVO, OBISKOVANJE

»Prijatelji imajo drug pred drugim najmanj naličij in obrambnih zavor. Drug pred drugim imajo odprte svoje človeške duri, da dajejo brez preračunljivosti in sprejemajo brez zadrege.« Negujete prijateljstvo. Obiskujte se med seboj. »Prijateljevanje je skorajda nujno »domače zdravilo« za duševno in odnosno blaginjo.«

Vesela in hvaležna sem, da v času bolezni nisem izgubila prijateljev; ponosna in hvaležna, da sem celo pridobila novo prijateljico. Naj bo prijateljstvo vrednota, veselite in radujte se, da imate prijatelje.

SPANJE, POČITEK, SPROSTITEV

Slovenski pregovor pravi: «Kadar ljudje v miru žive, jim sanjske ptice žvrgole. Mir se začne in konča v srcu.«

Zunanjim motnjam, ki nam onemogočajo počitek in sprostitev, je morda lažje ubežati kot pa notranjemu nemiru. Po drugi strani pa si z izgovorom, da gre za zunanje zahteve, ne vzamemo

časa, da bi dovolj počivali in se sprostili. Ne čakajte, da bi dovolj počivali in se sprostili. Ne čakajte, da bo življenje spremenilo vas. Raje spremenite življenje, dokler imate izbiro. Vzemite si čas tudi za počitek in sprostitev. Postavite sebe na prvo mesto vseh obveznosti, ki jih imate. In radujte se, ker lahko spite in počivate.

5. RADOST NAD SAMIM SEBOJ

Veliko vrednosti, velikih in malih, je v našem življenju. Največja vrednota pa je življenje samo. Največji dar, ki nam je dan, smo mi sami. Naj bo vsak trenutek našega življenja radost nad bivanjem, radost nad vsemi drobnimi stvarmi, ki jih počnemo, radost nad samim seboj.

LEPO VAS POZDRAVLJAM

Matej Kocjančič

Slovar slovenskega knjižnega jezika vam bo, ako mu boste pod nos pomolili besedo »pozdrav«, izpljunil razlago, da je to beseda ali kretnja, s katero se izrazi spoštovanje in naklonjenost ob srečanju z nekom. Strici in tete, ki so omenjeno publikacijo oblikovali, imajo seveda prav, pa vendar ne popolnoma in predvsem ne vedno. Pozdravljanje je pomemben del bontona posameznika, civilizacije ali subkulture in danes se zdi povsem logično, da je bilo tako od nekdaj.

Pozdravljanje si je skozi zgodovino utrdilo pomemben položaj v medsebojnih odnosih naše vrste. Ljudje se pozdravljajo, odkar stoji svet in gotovo je pozdravljanje starejše od prvih lingvističnih poizkusov naših prednikov. Ker pa je zgodovina človeka v veliki večini zgodovina prepotentnih voditeljev, ponižnih plebejcev in neustrašnih vojskovodij s testisi, ujetimi med trakom za zavezovanje dolgih gat, je pozdravljanje v preteklih časih velikokrat pomenilo klanjanje, poklekovanje in podobno izkazovanje strahospoštovanja svojim predpostavljenim, ki so si brezpogojno spoštovanje zagotovili z meči, sulicami ali helebardami. Predvidevam, da je pozdravljanje med plebsom potekalo, kot poteka danes: mirno, prijazno in brez prisile. Sicer pa, če človek dobro premisli, tudi danes v odnosu do predpostavljenih ni kaj dosti drugače, kot je bilo včasih, le sulice in helebarde so zamenjale razne božičnice, stimulacije in dodatki na uspešnost, oziroma njih odtegotvanje. Različni voditelji so si seveda dali duška in so na plečih svojih manjvrednežev zdravili svoje komplekse iz različnih življenjskih obdobj tudi z zapovedanim načinom pozdravljanja. Najbolj znan je seveda pozdrav, ki ga je uvedel Hitlerjev Adolf, pred katerem so morali nižje rangirani desno roko dvigniti 45 stopinj iz linije prsi, zakruliti Sieg Heil in v znak spoštovanja še udariti s petami, v isto kategorijo pa nedvomno sodi tudi zapovedani pozdrav Za domovino - s Titom naprej, katerega sem bil v rosnih letih osnovne šole prakticiral tudi sam ob slehernem prihodu moje prve tovarišice v razred.

V naši civilizaciji je, glede na sociološke norme, po katerih se ravnamo trenutno, pozdravljanje razmeroma pomembna reč, ki ima svoje zakonitosti. Tako smemo ali pač moramo od 1. do 8. ure zjutraj pozdravljati z dobro jutro, od 8. do 18. (v poletnem času do 20.) ure z dober dan in od 18. (poleti od 20.) do 1. ure zjutraj z dober večer. Velja tudi, da naj bi moški najprej pozdravil damo, mlajši starejšega in v službi nižji po rangi višjega. Ako se vam primeri, da ste starejša gospa, ki ima mlajšega moškega za šefa, vama pač ni pomoči in je najbolje, da pogledata v tla, kadar se srečata, ker je v nasprotnem primeru kršenje bontonskih pravil neizogibno. Po zapovedih bontona je neprimerno pozdravljati tudi v primerih, kadar imamo

Matej Kocjančič, ZT,
Splošna bolnišnica Novo mesto, Centralni operacijski blok

polna usta, kadar žvečimo, kadimo ali kadar imamo roke v žepih. Ako ste prešuštnik take vrste, za božjo voljo, nikoli ne pozdravljajte nikogar, ker boste, tako vsaj pravi bonton, napravili hudo neumnost in je bolje, da med ubiranjem korakov po ulici vedno in brezpogojno okulirate stran od prihajajočega in mirno tobačite svojo nikotinsko paličico ali zvečite famozni *softi, čunga lunga* ali *bazooko*. Po bontonu je odzdravljanje predpisana dolžnost in k spoštovanju te obligacije smo nepreklicno zavezani v trenutku, ko smo pozdravljeni. Žal predpis ne določa sankcij v primeru neupoštevanja omenjene dolžnosti. Ocenjujem namreč, da bi ob primerni globi v naši *podalpiji* razmeroma hitro prišlo do ponovne konjunktura, med katero bi lahko stricu Igorju in stricu Bošku takoj reprogramirali nekaj kreditov.

V vsakdanjem življenju se regularni davkoplačevalci pozdravljamo z običajnimi in razmeroma dolgočasnimi pozdravi, kot so *dober dan, živijo*, pozdravljeni in kar je še podobnih izrazov. Določeni med nami so nagnjeni k potujčevanju pozdravljanja in silno radi pozdravljajo s *hello, hi, ciao*, spet drugi ne morejo pretrgati popkovine z otrokom v sebi in bodo celo življenje pozdravljali s telebajskastim *ojla*, nekateri primerki pa pozdravljajo z vprašanjem *Kako si?* Ti, zadnji, so z mojega stališča najbolj moteči. Vedno se razveselim njihove skrbi za moje zdravje in počutje, ko pa jim začnem razlagati o fibrotičnem muskulitisu v zgornjih ter muskulitični fibrozi v spodnjih okončinah, pa o primarni cephalai, za katero trpi soproga in posledični sekundarni, za katero trpi ena izmed mojih glav, in seveda o kemičnem neravnovesju v možganih, ki mi povzroča depresijo mrtvega morja, ugotovim, da me sogovornik ne posluša in ga moje trenutno psihofizično stanje niti najmanj ne zanima.

Obstaja tudi nemajhna razlika med urbano rajo in ruralci. V mestu se ljudje pozdravljajo redko ali nikoli, na vasi pa seveda vsak pozdravi vsakega, četudi ga ne pozna. Tako smo si čisto vsi vaški mulci za celo življenje zapomnili svoj prvi srednješolski dan, ko smo kot mlečnozobe Esmeralde bluzili po mestnih ulicah in pozdravljali vsakega, ki nam je prišel pred oči, pa naj je bil član združenja YES ali pa NO. Meščani so se nam seveda posmehovali, nas ignorirali in gledali čudno, natančno take pa smo se počutili tudi sami. Danes vem, da so čudni oni, ampak se jim iz usmiljenja ne posmehujem nazaj.

Ekstremno zanimive so s stališča pozdravljanja različne poklicne skupine, stanovska združenja, starostne grupacije in subkulturne skupine. Zgoraj omenjene formacije visoko razvitih sesalcev imajo specifične načine pozdravljanja, ki pa izven zaprtih skupin praviloma naletijo na nerazumevanje tistega, komur je pozdrav namenjen. Če, na primer, predsednik urada za verstva na shodu motoristov pozdravi svoje kolege s frazo *Kva je tastar*, to zveni popolnoma domače, ako pa bo taisti pozdrav izustil na avdienci pri edinem slovenskem kardinalu ali pa na obisku v domu starejših občanov, bi se znale stvari precej zakomplicirati. Treba je pač pozdravljati svojemu položaju v družbi *in službi primerno*. *Saj vemo: rudarji se pozdravljajo s srečno, naši in njihovi z zdravo in bogdaj*, sumljivi ljudje z *zdravstvom* in *serbus*, dušni pastirji s hvaljen Jezus, borci s smrt fašizmu, vojščaki salutirajo, športniki se klofutajo po rokah, južnjaki se poljubljajo, strici dvigujejo klobuke, nekulturneži pošiljajo pozdrav *iz notranjske*, vozniki pa si kažejo sredinec. Po ekspanziji uporabe mobilnih telefonov se je izoblikoval tudi edini legitimen pozdrav ob začetku mobilnega pogovora. Tradicionalna *dober dan* in kako si je zamenjal kje si, tako da je vsak pošten poročen moški sleherni pogovor prisiljen začenjati

z lažjo. Nasploh je kultura pozdravljanja pri telefonskih pogovorih v naših logih bolj kot ne na psu in če vam to govorim kot človek, ki opravlja delo, pri katerem so dekubitusi na uhljih pričakovana poklicna deformacija, mi lahko verjamete bolj kot pulmološko neoporečna šestnajstletnica polizanemu trdokurčnežu na zadnjem *zicu* BMW-ja, ki ga je bil dobri oče, vse ljubezni vreden, kupil na lizing. Če sogovornik ob začetku telefonskega pogovora še nekako uspe izčeljustniti kakšno artikulirano besedno zvezo, ki spominja na pozdrav, je le-ta ob koncu telefonomaničnega gobezdanja prej izjema kot pravilo.

Ker mizerne plače služimo v zdravstveni dejavnosti, se spodobi in je pravično, da za konec rečemo tudi kakšno o pozdravljanju v zdravstvenih ustanovah. V obdobju po osamosvojitvi se je korenito spremenila kultura obnašanja v naših ustanovah. Če so bili uporabniki naših storitev v preteklosti ponižni, prestrašeni in hvaležni za vsako storitev, so sedaj zahtevni, samozavestni in razgledani plačniki, ki za svoj denar upravičeno zahtevajo kakovostno oskrbo v kombinaciji z brezpogojnim spoštljivim odnosom. In tako se je bila spremenila tudi kultura pozdravljanja med ponudniki in uporabniki storitev. Če je pred leti veljalo bontonsko pravilo, da statusno nižje rangirani, v našem primeru pacient, brezpogojno prvi pozdravi troedinega zdravstvenega delavca, ki se je udejanjil pred njegovimi očmi in niti ni pričakoval, da si bo velecenjani vzel čas za odzdravljanje, so sedaj razmere povsem drugačne. Dandanes velja pravilo, po katerem je ponudnik storitev, v našem primeru zdravstveni delavec, dolžan prvi pozdraviti uporabnika, ki mu s svojimi tegobami zagotavlja kruh vsakdanji. Stvar je logična še toliko bolj, če vemo, da je večina naših pacientov starejših in smo jih že po človeški plati dolžni prvi spoštljivo in prijazno pozdraviti. Tisti, katerih možgani še niso dojeli, da je maršal mrtev, in oni drugi, ki so z dnevom vpisa na posvečeno fakulteto prejeli tudi letečo preprogo, ki jih odsihmal nosi dva metra nad tlemi in se zategadelj ne počutijo dolžne pozdravljati kogarkoli, še najmanj pa, po njihovem mnenju, zanikrno ljudstvo, ki se potika po špitalskih hodnikih, bodo prej kot slej morali svojo butico potegniti iz peska.

In ker so zdravstvene ustanove starostno, spolno, stanovsko in izobrazbeno zelo pisane, je bilo opazovanje pozdravljanja med zaposlenimi v zadnje pol leta moj prikriti hobi. Prišel sem do ugotovitve, ki je zaradi suhokrajinske zaplankanosti in bolesterne lenobe nisem sposoben podkrepiti z empiričnimi dokazi, ampak zgolj z lastnim mnenjem. Ugotovil sem, kar sem vedel že prej, in natančno tisto, kar sem pričakoval, da bom ugotovil. Zdravstvene delavce lahko razdelim na Podljudi, Ljudi in Nadljudi. Podčlovek je osebek, ki ima silne težave s svojo samozavestjo, katere nizkost je pogojena z nizko stopnjo izobrazbe, nesprejetostjo v domačem in službenem okolju ter strahom pred izražanjem lastnega mnenja. Tak človek zato večino časa gleda v tla, se smili sam sebi in pozdravlja zgolj izjemoma, pa še to samo sebi enake. Nikoli ne pozdravlja prvi, ako pa je pozdravljen, tiho odzdravi in se nemudoma napoti po svojih poteh.

Druga skupina so Ljudje. Človek je k sreči najpogostejša oblika zdravstvenega delavca, ki ga je moč srečati v naših ustanovah. Jasno se zaveda svoje vloge v službi in družbi, svojih frustracij, ki jih zagotovo ima, a jih ne prenaša na mimoidoče in je skoraj vedno nasmejan in prijazen. Pozdravlja po pravilih bontona: vsakega, ki ga pozna in vsakega, ki se mu zdi znan, vsaj pokima pa tudi vsakemu, katerega uniforma kaže na stanovsko povezanost.

Tretja skupina pa je skupina Nadljudi. Če boste pozorno opazovali predstavnika te skupine, boste ugotovili, da v svoji desnici neprestano drži božja jajca in se mu zato ne zdi, da pripada občestvu ostalih zdravstvenih delavcev. Svojo prepotentnost izkazuje na veliko načinov in je pri tem izredno inovativen. Nikoli ne pozdravlja prvi, odzdravlja pa zgolj izjemoma s kakšnim neartikuliranim brundanjem, ob katerem siromak, ki je pozdravil prvi, nemudoma sklene, da je to storil zadnjič. Nadčloveku je odveč vsaka konverzacija, če pa že mora po službeni dolžnosti spregovoriti z Ljudmi ali, bognedaj, Podljudmi, to stori brez pozdrava ob začetku in koncu svojega monologa. Starostna, spolna in izobrazbena struktura teh ljudi je fragmentirana in vzorec, po katerem so razporejeni, je enakomeren, le v najvišjih izobrazbenih ravneh jih je za spoznanje več kot v ostalih.

Pozdravljanje je pomemben del našega vsakdana. S pozdravom se začne večina naših vsakodnevnih aktivnosti in prav je, da pozdravljamo z nasmehom na ustih vedno, kadar je to mogoče. In ker bi ne bil rad nevljuden, vas ob koncu tudi jaz lepo pozdravljam.

ZAKON O PACIENTOVIH PRAVICAH, PRILOŽNOST ZA DVIG KAKOVOSTI STROKE

Robert Sotler

Povzetek

Že dobro leto dni je v veljavi Zakon o pacientovih pravicah, ki prinaša nekaj bistvenih novosti v sistem zdravstvenega varstva. Prednost zakona je, da so na enem mestu urejene splošne pravice uporabnikov zdravstvenih storitev, postopki uveljavljanja teh pravic, kadar so te kršene, in s temi pravicami povezane dolžnosti pacientov. Namen zakona je omogočiti kakovostno, primerno, enakopravno in varno zdravstveno oskrbo, ki temelji na zaupanju in spoštovanju med zdravnikom, zdravstvenim delavcem ali zdravstvenim sodelavcem in pacientom. Zakon o pacientovih pravicah določa štirinajst pravic in postopke uveljavljanja teh pravic v primeru kršitve. Ena izmed pravic in bistvenih novosti je pravica do brezplačne pomoči pri uresničevanju pacientovih pravic, ki se udejanja z imenovanjem zastopnikov pacientovih pravic.

Ključne besede: zastopnik, pacient, pacientove pravice, izvajalec zdravstvenih storitev

UVOD

Področje varstva pacientovih pravic v Sloveniji je v letu 2008 doživelo pomembne spremembe. Najpomembnejša je sprejem Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/2008, v nadaljevanju ZPacP). Slednji prinaša v slovenski sistem zdravstvenega varstva kar nekaj novosti, paciente pa postavlja v ugodnejši položaj nasproti izvajalcem zdravstvenih storitev.

Namen zakonodajalca je bil, da na enem mestu uredi materialno-pravno in procesno-pravno komponento varstva pacientovih pravic. ZPacP torej ureja univerzalne pravice, ki jih ima vsak uporabnik zdravstvenih storitev in se nanašajo predvsem na dostopnost zdravstvenih

Asis. Robert Sotler, dipl. zn.,
Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta
robert.sotler@zf.uni-lj.si
Republika Slovenija, zastopnik pacientovih pravic

storitev, obveščenost, zasebnost, varstvo osebnih podatkov, spoštovanje samostojnosti pacienta o odločanju o lastni zdravstveni oskrbi, pravico do enakopravne obravnave, zagotavljanje največje zdravstvene koristi za pacienta ter njegove varnosti.

V nadaljevanju so najprej predstavljene pacientove pravice, tako kot jih določa ZPacP. Podrobneje so opisane pravice, ki so po mnenju avtorja pomembnejše oziroma pomenijo novost in predstavljajo za izvajalce največje priložnosti za rast kakovosti zdravstvenih storitev. Ena od bistvenih novosti je, da je pomoč pri uveljavljanju pravic iz ZPacP za pacienta brezplačna in jo nudijo zastopniki pacientovih pravic.

Sklepna misel povzema članek in ga zaključuje.

PACIENTOVE PRAVICE

Pravice, ki jih določa ZPacP, niso pravice, ki izvirajo iz obveznega ali prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, pač pa s temi povezane, t.i. univerzalne pravice. Ima jih vsak uporabnik zdravstvenih storitev, ne glede na to, ali uveljavlja pravice iz zdravstvenega zavarovanja ali kot samoplačnik in ne glede na to, ali gre za storitve, opravljene v javni zdravstveni mreži ali pri izvajalcu, ki nima koncesije. (Ministrstvo za zdravje, 2008)

Pravice, ki jih zagotavlja predmetni zakon, so taksativno našteje v 5. členu, in sicer:

- pravica do dostopa do zdravstvene oskrbe in zagotavljanja preventivnih storitev,
- pravica do enakopravnega dostopa in obravnave med zdravstveno oskrbo,
- pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev,
- pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe,
- pravica do spoštovanja pacientovega časa,
- pravica do obveščenosti in sodelovanja,
- pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju,
- pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje,
- pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja,
- pravica do drugega mnenja,
- pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo,
- pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov,
- pravica do obravnave kršitve pacientovih pravic,
- pravica do brezplačne pomoči pri uresničevanju pacientovih pravic. (Zakon, 2008)

Na tem mestu velja omeniti, da imajo pacienti poleg navedenih pravic tudi dolžnosti. Dolžni so dejavno sodelovati pri krepitvi, varovanju in povrnitvi lastnega zdravja, pristojnemu zdravniku podati vse informacije v zvezi s svojim zdravstvenim stanjem, obveščati zdravstvene delavce o spremembah zdravstvenega stanja, spoštovati objavljene urnike in predpisane organizacijske postopke, pravočasno obvestiti izvajalca zdravstvenih storitev o morebitnem izostanku na pregled ali zdravljenje. (Balažic et al., 2009)

V nadaljevanju bomo podrobneje predstavili pacientove pravice, ki predstavljajo za izvajalce največje prilžnosti za rast kakovosti zdravstvenih storitev.

Pravica do spoštovanja pacientovega časa

Pacientova pravica do spoštovanja njegovega časa je pravica, ki je doslej zakonodaja ni posebej določala. Spoštovanje pacientovega časa se kaže predvsem kot obveznost izvajalcev zdravstvenih storitev, da poskrbijo za najkrajši možni čakalni čas in čakalno dobo, ki ne presega razumnega časa. Pacienti od izvajalcev zdravstvenih storitev upravičeno pričakujejo čimprejšnjo obravnavo. Prav pravočasnost je eden od elementov kakovostne zdravstvene oskrbe. Na področju naročanja na zdravstvene storitve je ZPacP vpeljal kar nekaj novosti. (Balažic et al., 2009)

Izvajalci zdravstvenih storitev so zato dolžni zagotoviti telefonsko naročanje in elektronske oblike naročanja na zdravstveno storitev. O načinih naročanja mora izvajalec zdravstvenih storitev paciente ustrezno informirati z objavljenimi obvestili (čakalnice, oglasne table, spletne strani).

Pacient ima možnost, da se opraviči zaradi izostanka prihoda na dogovorjeno zdravstveno storitev. Pacient, ki iz upravičenih razlogov ni prišel na izvedbo zdravstvene storitve, se lahko opraviči, in sicer najkasneje v roku 14 dni po dnevu načrtovane zdravstvene storitve. Dolžnost izvajalca zdravstvenih storitev je, da mu v tem primeru določi čim bližji novi datum storitve.

Pacient ima pravico do kontrolnega pregleda pri zdravniku, ki ga je napotil na zdravstveno oskrbo, in sicer v primeru, ko pacient na zdravstveno storitev čaka več kot tri mesece. Kontrolni pregled je namenjen presoji morebitnih sprememb v zdravstvenem stanju pacienta in se uveljavlja na zahtevo pacienta tako v javnem kot v zasebnem sektorju. Če se pravica uveljavlja v zasebnem sektorju, stroške pregleda krije pacient sam. (Zakon, 2008)

Pacient je za določeno zdravstveno storitev lahko vpisan le v en čakalni seznam in v primeru, da se ugotovi večkratni vpis, se mora pacient opredeliti, pri katerem izvajalcu jo bo opravil, sicer se upošteva prvi vpis.

Pacientom bodo na enem mestu dostopni tudi podatki o najdaljših in najkrajših čakalnih dobah za vse zdravstvene storitve pri vseh izvajalcih zdravstvenih storitev v Sloveniji, in sicer v obliki t.i. nacionalnega čakalnega seznama, ki ga bo vodil Inštitut za varovanje zdravja. (Zakon, 2008)

Pravica do obveščenosti in sodelovanja

Dolžnost zdravnika je, da pacientu v neposrednem stiku pravočasno, v celoti in na razumljiv način pojasni njegovo zdravstveno stanje, predlagane posege in posledice medicinskega posega. Pacientu se sme le izjemoma zamolčati podatke o njegovem zdravstvenem stanju (če zdravnik oceni, da bi takšne informacije resno škodovala pacientovemu zdravju). (Zakon, 2008)

Bistveni sestavni del pacientove pravice do obveščeniosti in sodelovanja v procesu zdravljenja je pravica pacienta vedeti, kdo ga zdravi in kdo sodeluje pri njegovem zdravljenju. Izvajalci so dolžni pacientu omogočiti, da se seznanj z osebnimi podatki in nazivi oseb, ki so neposredno udeležene pri njegovi zdravstveni oskrbi ter s splošnimi informacijami o izvajalcu zdravstvenih storitev. Poleg tega je izvajalec zdravstvenih storitev obvezan objaviti še podatke, ki se nanašajo na osebo, pristojno za sprejem in obravnavo zahteve za prvo obravnavo kršitve pacientovih pravic, podatkov o načinu in času vložitve prve zahteve pri izvajalcu zdravstvenih storitev ter podatke o najbližjem zastopniku pacientovih pravic (ime in priimek, naslov, elektronski naslov, telefonska številka, uradne ure). (Balažič et al., 2009)

Če pacient zdravstveno storitev delno ali v celoti plača sam, mu mora izvajalec pred tem predložiti pisno informacijo o predvidenih stroških (predračun), po opravljeni zdravstveni storitvi pa pacient prejme račun, ne glede na to, ali se storitev opravlja v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe ali pri izvajalcih zasebnikih. Če pacient zdravstvene storitve ne plača sam, ga izvajalec zdravstvenih storitev po opravljeni storitvi seznanj s specificiranim obračunom. (Zakon, 2008)

Pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju

Pacient ima pravico do privolitve v zdravstveno oskrbo, kar pomeni, da zdravnik oziroma drug zdravstveni delavec ne sme opraviti zdravstvene oskrbe, ne da bi prej dobil pacientovo svobodno privolitev. Privolitev je praviloma ustna, za posege z večjim tveganjem pa mora biti privolitev izražena pisno na posebnem t.i. privolitvenem obrazcu. Pacient lahko zavrne katerikoli poseg, izjema so le tisti, ki bi v primeru zavrnitve ogrozili življenje in zdravje drugih. (Zakon, 2008)

Privolitev pacienta je potrebna tudi v primeru sodelovanja v učnem procesu, zlasti ob prisotnosti drugih oseb med izvajanjem zdravstvene oskrbe zaradi zdravstvenega izobraževanja. Hospitalizacija v učni bolnišnici torej ne pomeni avtomatično sodelovanja v učnem procesu. To je še posebej pomembno pri pouku na občutljivem zdravstvenem področju, kot je npr. ginekologija in porodništvo. (Balažič et al., 2009)

Pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje

Novost, ki jo prinaša ZPacP, je pacientova pravica, da določi svojega zdravstvenega pooblaščenca (npr. zakonca, partnerja, starše ali katerokoli drugo zaupno osebo), ki bo v primeru in v času njegove nesposobnosti odločanja o sebi (ker bo npr. v komi), odločal o njegovi zdravstveni oskrbi in drugih pravicah (npr. o predlaganih pregledih, operacijah,...). Pacient določi pooblaščenca s pisnim pooblastilom (overjeno) in ga lahko kadarkoli prekliče s pisno izjavo. ZPacP na novo vzpostavlja tudi pravico do vnaprej izražene volje. Pacient se lahko vnaprej (npr. ko je še zdrav) odloči, katere vrste zdravstvene oskrbe ne bo dovolil v času, ko ne bi bil več sposoben dati veljavne privolitve k predlaganim medicinskim posegom. Pisna izjava velja 5 let in jo pacient lahko kadarkoli s pisno izjavo prekliče. (Zakon, 2008)

Pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo

Vsak pacient ima ob prisotnosti zdravnika ali drugega zdravstvenega delavca oz. sodelavca pravico do neoviranega vpogleda v svojo zdravstveno dokumentacijo in do prepisa ali kopiranja. Vsak izvajalec zdravstvenih storitev pacientu mora zagotoviti fotokopiranje ali drugo reprodukcijo zdravstvene dokumentacije. Pacientu je potrebno to pravico omogočiti takoj ali najpozneje pet delovnih dni po prejemu zahteve. Pacient lahko pri istem izvajalcu zdravstvenih storitev vloži zahtevo največ dvakrat mesečno, izvajalec pa lahko za fotokopiranje zaračuna zgolj materialne stroške. Pacient ima možnost, da mu izvajalec zdravstvenih storitev vsebino zdravstvene dokumentacije tudi obrazloži.

Pritožbeni organ za kršitve pravice do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo je Informacijski pooblaščenec. (Zakon, 2008)

Pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov

ZPacP na mnogih mestih posveča posebno pozornost varstvu osebnih podatkov in varstvu poklicne skrivnosti. Pacient ima pravico do zasebnosti pri opravljanju zdravstvene storitve, kar pomeni, da so pri medicinskem posegu oziroma zdravstveni oskrbi navzoči le zdravstveni delavci, ki opravljajo medicinski poseg in osebe, za katere pacient želi, da so navzoče, če je to seveda na naravo medicinskega posega oziroma zdravstvene oskrbe izvedljivo. Osebe, katerih navzočnost je potrebna za potrebe zdravstvenega izobraževanja, so lahko navzoče le s predhodno privolitvijo pacienta. (Zakon, 2008)

Pacient ima pravico zahtevati tudi izvedbo drugih primernih in razumnih ukrepov za varstvo njegove zasebnosti pri zdravstveni oskrbi. Primeren ukrep (dejanje ali opustitev) je tisti, s katerim se z objektivnega vidika lahko doseže boljše varstvo zasebnosti pacienta. Ukrep mora torej imeti dejanske in ugodne učinke na zasebnost pacienta. Razumni ukrep pa je tisti, ki ga je glede na objektivne zmožnosti pri konkretnem izvajalcu zdravstvenih storitev in v trenutku opravljanja zdravstvene oskrbe mogoče doseči. V praksi bo morda ta pravica pacientov povzročala nekaj več težav, saj je pri presoji razumnosti in primernosti posameznega ukrepa za varstvo pacientove zasebnosti, nemogoče vnaprej konkretizirati vse možne življenjske situacije. Nekaj takšnih primernih in razumnih ukrepov bi na primer lahko bilo da pacient prepove, da so pri medicinskem posegu prisotne osebe, ki posega ne opravljajo, da ga v čakalnici ne kličejo z osebnim imenom, da se zdravstveno osebje o občutljivih zadevah pogovarja tako, da drugi pacienti pogovora ne slišijo, da v čakalnici pred zdravnikovo ordinacijo medicinska sestra ne sprašuje po osebnih podatkih ob prisotnosti drugih čakajočih, da se ob pregledu zagrne zavesa, ki razmeji dve postelji in podobno. (Balažič et al., 2009)

Pacient ima pravico do varstva osebnih podatkov, vključno s podatki o obisku pri zdravniku in podatki o podrobnostih svojega zdravljenja. S pacientovimi zdravstvenimi in drugimi osebnimi podatki morajo zdravstveni delavci in sodelavci ravnati skladno z načelom zaupnosti in predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov (Zakon o varstvu osebnih podatkov). Pri tem je potrebno poudariti vidik zavarovanja zbirk osebnih podatkov, saj bo le dobro zavarovanje zbirk pripomoglo k temu, da bo tudi medicinska zaveza molčečnosti lahko boljše udejanjena. Upravljavca zbirk mora primarno določiti natančna pravila o zavarovanju zbirk osebnih podatkov in ta pravila tudi zapisati. Glede na to, da izvajalci zdravstvenih storitev upravljajo z

občutljivimi osebnimi podatki, je načelo sledljivosti vpogledov v zbirke in obdelave podatkov v njih izjemnega pomena, tudi za odkrivanje nepooblaščenih vstopov v zbirke osebnih podatkov. Kadar se zbirka osebnih podatkov vodi elektronsko, je zagotavljanje sledljivosti dokaj preprosto. (Balažič et al., 2009)

Zdravstveni delavci oziroma sodelavci so dolžni kot poklicno skrivnost varovati vse, kar pri opravljanju svojega poklica ali dela zvedo o pacientu, še zlasti informacije o njegovem zdravstvenem stanju. Če zdravnik ali drug zdravstveni delavec sporoči zdravstvene informacije osebi, ki do njih ni upravičena, mora pacientu, ki mu je s tem nastala škoda (npr. duševne bolečine zaradi posega v pacientovo zasebnost – pacient trpi, ker so drugi zvedeli za njegovo diagnozo), to škodo povrniti, mogoča je tudi kazenska odgovornost za izdajo poklicne ali celo uradne skrivnosti. (Balažič et al., 2009)

Vsak ugotovljen ali sporočen primer nedovoljenega sporočanja ali druge nedovoljene obdelave osebnih podatkov o pacientu morajo izvajalci zdravstvenih storitev posebej raziskati in ugotoviti morebitno odgovornost zdravstvenih delavcev, sodelavcev ter primer pisno dokumentirati. O tem morajo obvestiti pacienta, pristojnega zastopnika pacientovih pravic in informacijskega pooblaščenca. (Zakon, 2008)

Pravica do obravnave kršitve pacientovih pravic

ZPacP na novo ureja tudi postopek obravnave kršitve pacientovih pravic. Pacient, ki meni, da so mu bile kršene pravice, določene z ZPacP, ima pravico do obravnave kršitve v naslednjih postopkih:

- prva obravnava kršitve pacientovih pravic pred pristojno osebo izvajalca zdravstvenih storitev na podlagi pacientove pisne ali ustne zahteve in
- druga obravnava kršitve pacientovih pravic v postopku pred Komisijo RS za varstvo pacientovih pravic.

Izvajalec zdravstvenih storitev mora določiti pristojno osebo za sprejemanje in obravnavo zahteve za prvo obravnavo kršitve pacientovih pravic. Na vidno mesto mora izobesiti osebne podatke pristojne osebe, telefonsko številko in delovno mesto, podatke o načinu vložitve prve zahteve in vse kontaktne podatke najbližjega oziroma krajevno pristojnega zastopnika ter njegov delovni čas. Prvo zahtevo vloži pacient ustno ali na zapisnik. Za reševanje zadeve ima možnost polno pooblastiti zastopnika. (Zakon, 2008)

Pravica do brezplačne pomoči pri uresničevanju pacientovih pravic

Pravica do brezplačne pomoči pri uresničevanju pacientovih pravic se uveljavlja prek zastopnikov pacientovih pravic. Gre za bistveno novost ZPacP, zato bomo v nadaljevanju podrobneje predstavili pojem, status, pristojnosti in naloge zastopnika pacientovih pravic.

ZASTOPNIK PACIENTOVIH PRAVIC

Zastopnik pacientovih pravic (v nadaljevanju zastopnik) ni državni organ ali organ lokalnih skupnosti, temveč opravlja svoje naloge nepoklicno s petletnim mandatom z možnostjo vnovičnega imenovanja, pri čemer je upravičen do nagrade ter povračila stroškov za svoje delo. Zastopnike imenuje Vlada RS na podlagi javnega poziva. Delovanje zastopnikov je omejeno na območja, ki jih pokriva devet območnih Zavodov za zdravstveno varstvo. (Zakon, 2008)

Zastopnik ne opravlja funkcije formalnega nadzora, ni prekrškovni organ, ni pritožbeni organ, temveč opravlja predvsem naloge svetovanja. Slednje obsegajo:

- svetovanje o vsebini pravic, ki jih ureja ZPacP, načinih in možnostih za njihovo uveljavljanje v času pred ali med zdravstveno oskrbo ali v primeru domnevnih kršitev,
- usmerjanje pacienta pri uveljavljanju pravic, ki jih ureja ZPacP in predlaga možne rešitve,
- dajanje osnovnih informacij, nudenje strokovne pomoči in konkretnih usmeritev pri uveljavljanju pravic s področja zdravstvenega varstva, zdravstvenega zavarovanja in izvajanja zdravstvene dejavnosti. (Becele, 2009)

Zastopnik skrbi tudi za promocijo pacientovih pravic in njihovo uresničevanje v sistemu zdravstvenega varstva, saj lahko izvajalcem zdravstvenih storitev svetuje in predlaga ukrepe za učinkovito uveljavljanje določb ZPacP. Zastopnik lahko kadar koli naslovi izvajalcem zdravstvenih storitev predloge, mnenja, kritike ali priporočila, ki so jih slednji dolžni obravnavati in nanje tudi odgovoriti v določenem roku. (Zakon, 2008)

Sklep

zPacP je bil objavljen v Uradnem listu Republike Slovenije številka 15/2008 in se je začel dejansko uporabljati 26. 8. 2008. Redki zakoni so tako neposredno pomembni za tako velik del prebivalstva kot ravno ta zakon. ZPacP ne zadeva samo izvajalcev zdravstvenih storitev, ampak vse ljudi, ki se na kakršni koli način soočajo z zdravstvenim sistemom kot bolni ali popolnoma zdravi uporabniki. Pravice in dolžnosti, ki jih ureja ZPacP posegajo na večino temeljnih področij prava, nekatere pravice pa temeljijo na pravno zapletenih doktrinah.

ZPacP ureja univerzalne pravice, ki jih ima vsak uporabnik zdravstvenih storitev. Slabost ZPacP je, da ne ureja tudi pravic iz obveznega ali prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Zapletenost postopkov uveljavljanja slednjih pravic predstavlja za večino pacientov problem. V množici uradnih pravniških dikcij težko prepoznavajo bistvo upravnih aktov, ki jih ima ZZZS. Zaradi tega pacienti pogosto poiščejo pomoč pri zastopniku pacientovih pravic, ki lahko pacientu samo svetuje, daje osnovne informacije in nudi strokovno pomoč. V smeri celovite rasti kakovosti zdravstvenih storitev vidim priložnost za zdravnike, zdravstvene delavce in sodelavce, da pacientu sproti nudijo razumljiva pojasnila v vseh postopkih uveljavljanja pravic iz obveznega in prostovoljnega zavarovanja.

V članku smo podrobneje opredelili osem od skupno štirinajstih pravic, opredeljenih v ZPacP, ki za izvajalce zdravstvenih storitev predstavljajo dolžnosti in na ta način nudijo priložnosti za

rast kakovosti zdravstvenih storitev. Predstavljajo izziv tudi za stroko zdravstvene nege, saj so medicinske sestre in zdravstveni tehniki nepogrešljiv člen zdravljenja in zdravstvene oskrbe pacientov. Pri opravljanju zdravstvene nege so v neposrednem stiku s pacienti več kot ostali delavci v zdravstvu, zato jim je veliko lažje s pacienti vzpostaviti zaupen odnos, ki lahko vodi do ugodnejših izidov zdravljenja. Priložnost se samodejno ponuja tudi v udejanjanju večkrat povedanega gesla: »Medicinska sestra/tehnika je lahko bolniku advokat.«

Za ocenjevanje učinkovitosti funkcije zastopnika pacientovih pravic je še prezgodaj, saj pacienti in izvajalci šele spoznavajo ter se privajajo novi ureditvi. Sistem spremljanja uresničevanja pacientovih pravic bo v prihodnjih letih omogočal skrbno spremljanje učinkovitosti vzpostavljenega sistema postopkovnega varstva, kar bo podlaga za ustrezne zakonske spremembe in dopolnitve v prihodnosti.

Zastopniki pacientovih pravic ne bomo razrešili vseh težav, nezadovoljstva in nerealnih zahtev pacientov ter pričakovanj izvajalcev zdravstvenih storitev, lahko pa s svojim delovanjem in sodelovanjem vseh izvajalcev zdravstvenih storitev pomembno prispevamo k doseganju kakovostnejše zdravstvene oskrbe.

Literatura

1. Balažic, J., Brulc, U., Ivanc, B., Korošec, D., Kralj, K., Novak, B. et al. Zakon o pacientovih pravicah s komentarjem. Ljubljana: GV Založba; 2009.
2. Becele, M. Vloga zastopnika pacientovih pravic po Zakonu o pacientovih pravicah. In: Zbornik prispevkov, Zakon o duševnem zdravju, Zakon o pacientovih pravicah in mesto zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2009.
3. Ministrstvo za zdravje. Kaj vam prinaša Zakon o pacientovih pravicah? Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2008. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zlozenke__periodika_2008/ZPacP2008.pdf
4. Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list Republike Slovenije, št. 15/2008.

VZGOJA ZA ŽIVLJENJE ALI KAKO UČITI MLADE

Mateja Vodnik

Povzetek

Jezi vas, ko ga gledate, kako zapravlja mlada leta v brezdelju? Kaj? Mar sreča ne pomeni nič? Če skaklja, se igra in teka naokrog ves ljubi dan, ni to nič? Svoj živ dan ne bo več tako zaposlen, kot je zdaj.

Jean Jacques Rousseau

Vzgoja in izobraževanje sta zahteven proces, ki predpostavlja vedenje o zakonitostih medčloveških odnosov. Prispevek osvetljuje osebnost mladostnika, posebnosti v njegovem čustvovanju, (nepričakovane) reakcije, ki jih zaznavamo pri mladih, obrambne mehanizme, s katerimi mladostnik pogosto nezavedno ščiti svojo integriteto in osnovne relacijske potrebe. Posebej je poudarjen pomen vzpostavljanja odnosa in komponente, ki vzdržujejo kompetenten psihološko-pedagoški odnos, ki temelji na pedagoškem etosu in erosu. Etos šole oz. ustanove predpostavlja vrednostni konsenz o moralnih načelih, kar je še posebej pomembno v mejnih situacijah, ki jih v zdravstvu ni malo. Pedagoški se povezuje s človeško sliko, ki jo posredujemo mladim kot partnerjem v vzgojnem procesu.

Ko poučujemo in če poučujemo s srcem, bomo zagotovo poučevali ne le stroko, ampak tudi človeške spretnosti, ki pomagajo prodreti v globino osebnosti in razumeti sebe in druge, ustvarjati sozvočje in dosehati življenjsko ravnovesje.

Ključne besede: osebnost, vzgoja, čustva, obrambe, odnos, empatija, relacijske potrebe

Dovolite mi, da svoje predavanje začnem s prelepim Minattijevim verzom:

*Za vse, ki dolgo dolgo v večer na oknu zamišljeni preslonijo
in sami ne vedo, kaj čakajo in po čem hrepenijo.*

Mateja Vodnik, VMS, prof. soc. pedagogike, pred.,
Srednja zdravstvena in kemijska šola Novo mesto

Za naše mlade gre, ki so nam zaupani, tokrat na tem seminarju kot naši dijaki – praktikanti. Okno, o katerem govori Minatti, je danes velikokrat računalnik, ki mu brezkompromisno in nekritično ali včasih kar zasvojeno sledijo. In potem, ko hočeš kaj več izvedeti od njih, zmorejo morda le odgovor: »Ne vem ...« In to ni njihova ignoranca, ampak v resnici ne vedo, ne razumejo, ne znajo pojasniti, kaj se dogaja z njimi. Morda nam bo izpoved gimnazijca vsaj malo obudila doživljanje, ki smo ga nekoč vsi prebrodili in v odrasli dobi verjetno tudi kmalu pozabili. Takole piše: »Sploh ne vem, kaj jim pomeni odraščanje. Vsaj meni se dandanes zdi tako. Ta hip si še otrok, naslednji hip si že odrasel. Lahko, da ne veš, da se to dogaja, ampak tako je. To je tako, kot če se voziš z letalom. Ne moreš reči, da se kaj dosti dogaja. Tudi tega ne veš, kako hitro se pelješ. Pač sediš tam. Potem pa odprejo vrata in nisi več tam, kjer si bil prej. Tudi tega občutka nimaš, da je medtem mineval čas - pač nisi več tam, kjer si startal. To še ne pomeni, da se počutim odraslega. Saj sploh ne vem, kako naj bi se počutil kot odrasel. Pravim samo, da nisem več, kjer sem bil prej.«

Dobro nam je znano, da obdobje odraščanja zaznamuje mladostnikova nestalnost. Razmeroma hiter razvoj ustvarja nove probleme in terja nove rešitve, priučitve in prilagoditve. Spopadati se mora z resničnostjo in urediti niz odnosov. Čeprav je brez izkušenj in znanja, je mladostnik izpostavljen še večjim zahtevam staršev, učiteljev in družbe. Nema lokrat se zgodi, da od mladostnika zahtevamo več, kot zmore. Pri tem se vedno upravičeno zastavlja vprašanje, koliko pomoči so mu vzgojni dejavniki nudili, ali so bili vzgojni vplivi dosledni in uglašeni? Ne nameravam podcenjevati odgovornosti adolescenta v njegovem razvoju. Torej ni brez teže vprašanje, ali smo otroka oz. mladostnika dovolj pripravili na srečanje z realnim življenjem in ali ga nismo vse preveč varovali pred težavami življenja. To vprašanje je še posebej aktualno danes, ko sta splošna družbena klima in šolski sistem naravnana tako, da se že vnaprej bojimo vsake morebitne frustracije, ki bi mladostnika preveč obremenila. Hotenje, da bi mladostniku omogočili čimbolj brezskrbno odraščanje, smo v nekaterih primerih privedli do brezumja in naš znani psiholog Bogdan Žorž, ki se veliko ukvarja s psihologijo mladostnikov, že piše o škodljivih posledicah razvajenosti, ki je nasprotni pol trdote in prezahtevnosti v vzgojnih prijemih. Vse prevečkrat namreč odrasli mešamo dva povsem različna pojma in vzgojna elementa, in sicer: strogost in zahtevnost ter »čustveno podhranjenost«. Zavedati se moramo, da zahteve in doslednost do mladih niso nič slabega. Nasprotno, če ga privajamo na red, na disciplino, na odgovornost pri opravljanju nalog, mu delamo le dobro. Delati namesto mladih, prevzemati njihove naloge, zato da bi ne bili preobremenjeni, je vzgojno škodljivo, saj jih tako neustrezno uvajamo v življenje, ki ga bodo kmalu morali sami krmariti in bodo v veliki stiski, ko bodo ugotovili, da so pravzaprav funkcionalno slabo pripravljene na samostojno življenje. Torej so zahteve, doslednost, vztrajanje pri osebni odgovornosti dobri vzgojni elementi. Problem pa nastopi, ko je mladostnik deležen čustvene podhranjenosti. Gre za to, da ga postavljamo v središče, mu vse nudimo, odvezujemo vsako skrb in odgovornost, da ne bi bil preobremenjen in ne bi preveč trpel, odgovarjamo na vse želje, še preden jih do konca izrazi, hkrati pa nismo z njim v resnici, v postavljanju meja, v izražanju izkušnje, v času, ki mu ga naklonimo.

Pred leti se me je dotaknila izpoved bivšega odvisnika od droge, ko je govoril staršem, učiteljem in vzgojiteljem. Nekako takole je dejal: »Ne bojte se mladim postavljati meja in omejitev. Pomembno je le to, da jih imate radi, in ne to, da odgovarjate na vse njihove muhe.«

Torej je primanjkljaj ljubezni tisto, kar škoduje, ne pa doslednost in zahtevnost v vzgoji. Pod čustveno podhranjenostjo, kakor imenujemo ignoranco nekaterih, ki hočejo mladim ponuditi vse, nočejo pa se poglobiti v njihove resnične potrebe, v njihov svet, v njihovo percepcijo, ker pač to zahteva čas in ukvarjanje z njimi, razumem primanjkljaj življenja v mlade, ki so lačni čustvenega odnosa in občutka, da jih nekdo zares razume in jim želi dobro. Zakaj nas tako pogosto, tudi pri pouku, prosijo, naj se pogovarjamo? Ker jim tega manjka, ker kljub poplavi medijskih možnosti ugotavljajo, da nihče nima zares časa zanje, časa, v katerem bi lahko razgrnili in predebatirali svoja vprašanja in svoje dileme. Temu Bogdan Žorž pravi razpuščenost v vzgoji. Potem se dogaja, da starši prelagajo odgovornost na šolo oz. institucijo, šola pa dvigne roke z opravičilom, da ne zmore opraviti tistega, kar je naloga staršev. In že smo v začaranem krogu vzgojne zanemarjenosti.

Adolescenca ni vsesplošen razvojni proces oz. univerzalna razvojna doba, temveč ima različna pota in potek, kar je odvisno od različnosti vrednot in socialnih vlog odraslih. Dejansko gre za načine socialnega vraščanja. Mladi se začenjajo vse bolj družbeno ozaveščati, začenjajo pridobivati predstavo – idejo o sebi, v njih narašča samozavest, ki postaja vse bolj dinamična. Pri tem moramo poudariti, da vraščanje v družbo ni odvisno samo od mladih, temveč tudi od tega, kako se odrasli odzivajo na mlade, kako si prizadevajo, da bi mlade razumeli, poskušali dojeti njihovo gledišče, razumeti, da imamo morda za isto stvar popolnoma različna stališča in da to, da se ne poglobimo dovolj, postaja vse bolj vir naših nesporazumov in konfliktov. Morda nas bo o tem, da moramo mladim resnično posvetiti čas, če pričakujemo napredek, prepričala naslednja slika. Kaj vidite na sliki? Nekateri mlado žensko, drugi starko. In vendar vsi gledamo isto sliko.

Vsak človek ima v svoji glavi vse polno zemljevidov, ki jih je mogoče razdeliti v dve glavni zvrsti: zemljevidi stvari, kakršne so, oz. zemljevidi resničnosti, in zemljevidi stvari, kakršne bi morale biti, oz. zemljevidi vrednot. Vsa izkustva razlagamo s pomočjo miselnih zemljevidov. Redkokdaj o njih podvomimo oz. se sploh ne zavedamo, da jih imamo. Način, kako vidimo stvari, je vir našega razmišljanja in delovanja. Preprosto domnevamo, da je naš zemljevid razumevanja edina realnost.

To pa izpostavlja eno temeljnih napak osebnostne etike. Prizadevanje, da bi spremenili zunanjo naravnost in vedenje, dolgoročno gledano ne more uspeti, če ne raziščemo osnovnega razumevanja, iz katerega naravnost in vedenje izhajata. Naša prepričanja zelo vplivajo na interakcije med ljudmi. Vsi mislimo, da smo objektivni. Vendar v resnici ne vidimo sveta, kakršen je, ampak kakršni smo mi oz. kakor ga interpretiramo. Ko odpremo usta, da bi opisali, kar vidimo, v resnici opisujemo sebe in svoje razumevanje. To seveda ne pomeni, da resničnih dejstev ni. Pomembno je le, da si pod vplivom različnih podob tretjo sliko ogledamo skupaj, saj vsi zremo v ista dejstva, ki pa jih lahko različno razumemo. Zato

dejstva brez razlage nimajo nikakršnega pomena. Tako bomo tudi z našimi mladimi pogosto morali preverjati svoj in njihov vidik dejstev.

Kako naj pridemo skupaj?

Bolj ko se zavedamo svojih temeljnih stališč, bolj lahko prevzemamo odgovornost zanje, jih raziskujemo, preverjamo v realnosti in hkrati poslušamo druge ter smo odprti za njihove zaznave. In to bo vzgoja za ustvarjalnost. V zdravstveni negi smo po mojem mnenju preveč vpeti v sheme in vse preveč od F. Nightingale in A. Boškina dalje ponavljamo parole, ki jim včasih niti sami več ne verjamemo. Dejstvo je, da bo sterilno vedno sterilno, čisto vedno čisto in umazano vedno umazano. Vse ostalo pa je stvar gledišča. Ko razmišljamo, kako bi razlagali proces zdravstvene nege, omogočajmo sebi in mladim, ki so nam zaupani, širši pogled in objektivnejše stališče.

Pomembna je vzgoja ustvarjalnosti in empatije, ki ju bomo navezali na pravila, ki so in morajo ostati objektivna in s tem nespremenljiva.

Če hočemo vzgajati mlade dobro, moramo dobro poznati njih in sebe. Vedenje namreč določata dve skupini spremenljivk. To sta: impulzivni sistem, kar je vsota pritiskov, teženj (po klasični psihoanalizi »id«) in kontrolni sistem, ki je funkcija in moč odločanja o izbiri akcije, glede na želje in težnje. To si lahko preprosto predstavljamo z vodovodno napeljavo. Voda pomeni impulzivni sistem, pipa pa kontrolni. S kakšno močjo bo tekla voda, je odvisno od pritiska v ceveh in od tega, koliko odpremo pipo. Kontrola (pipa) je v psihoanalitični terminologiji »ego« in »superego«. Ego je pri tem naše upravljanje z realnostjo, superego pa moralni sistem oz. sistem vrednot. Npr.: naš mladostnik nečesa ne bo storil, ker ve, da bo kaznovan (ego) ali pa, ker ve, da to ni v redu in je nepošteno (superego).

Funkcije ega so:

- spoznavna (usmerjena v fizično, psihično in socialno realnost),
- funkcija moči ega (le dovolj močan ego lahko vpliva na vedenje),
- selektivna (ko je potrebno odločati in izbirati) in
- sintetična funkcija ega (koordinacija med različnimi vplivi in pobudami).

Velikokrat naši mladini primanjkuje ego kontrole in ostaja na nivoju impulzivnosti oz. reagiranja po principu, kakor »mu pride« oz. »kakor nanese«. Velikokrat smo odrasli tisti, ki moramo jasno vzdrževati vlogo kontrolnega sistema in se odločiti, koliko bo pipo potrebno odpreti oz. zapreti, če ostanemo pri metafori vodovodne napeljave.

Kot učitelje in vzgojitelje nas zanimajo konkretne dejavnosti oz. naloge v našem odnosu in odgovornosti do mladostnika. Naša naloga je, pomagati mu na poti k neodvisnosti. Kaj lahko storimo, da bi pomagali otrokom postati odgovorni in neodvisni?

Kdaj smemo oz. moramo mladostniku reči »ne«?

1. Kadar napačno ravnanje ni posledica nekontrolirane impulzivnosti, ampak gre za pomanjkljiv občutek za realnost (ko misli, da zna, pa v resnici zadeve ne dojema, npr.: novi posegi).

2. Ko gre nehote (ali hote) predaleč (predrznost).
3. Ko je odnos do odraslega še nepoškodovan oz. imajo sporočila odraslega zanj še pomen (ko verjame avtoriteti).
4. Ko situacija sama zahteva prepoved (nevarnost).
5. Ko je potrebno zaustaviti škodljivo vedenje (npr. ko se na zabavah opija).

Pozorni moramo biti na to, da mladostnik ne postane orientiran le na ugodje, ampak da začne upoštevati realnost. Hkrati je pomembno, da pri svojih zahtevah vztrajamo do konca. Če mladostnik ne opravi svoje naloge, ne smemo mi namesto njega opraviti delo, ampak moramo biti dosledni in vztrajati, da do konca opravi zadano nalogo. Sprašujemo se, ali naj bo v našem času kazen še vzgojni pripomoček. Izkušnje kažejo, da brez tega ne gre, vendar pa kazen nikoli ne sme biti ventil za jezo odraslega. Kazen naj bo vedno v funkciji prevzgoje oz. iskanje ustrežnejših vedenjskih vzorcev. Kakšna torej je lahko kazen za mladostnika, pri katerem na drugačen način ne uspemo doseči vzgojnih ciljev? Osebnostno zagovarjam družbeno koristno delo, pomoč osebam s posebnimi potrebami, delo, za katerega so mladi prepričani, da je samo po sebi umevno, da ga opravljajo drugi in se o njem nikoli ne sprašujejo. Npr.: v bolnišnici bo preveč jezikev in nekontrolirani mladostnik dobil dodatno nalogo ob kontroli odgovorne medicinske sestre. Morda bo ustrezna kazen zanj že doslednejši nadzor in opazovanje. Ker si mladostniki tega ne želijo, se bodo morda že zato bolj potrudili, da take metode ne bodo potrebne. Kazen je koristna predvsem kot merilo za napredovanje, uravnoteženje občutka krivde (saj je škodo potrebno popraviti) ter opozorilo na kršenje realnosti. Velikokrat namreč mladostnik meje ne doume vse dotlej, dokler ga ne doleti ustrezna kazen.

Če obravnavamo mladostnika kot osebnost v nastajanju, ne smemo pozabiti, da je obnašanje (po K. Lewinu) funkcija osebe in okolja v interakciji. V osebi sami so pomembne notranje dispozicije:

- motivacija (vsa notranja gibalna, ki ga vzpodbujajo),
- struktura osebnosti (ali je bolj introvertiran ali ekstrovertiran) ter
- kognitivne sposobnosti (kakšen je njegov intelektualni potencial).

Ne smemo pozabiti dejstva, da so naši dijaki, kljub temu da se želijo izšolati za poklic in v to vlagajo svoj napor, v poprečju manj sposobni od npr. gimnazijcev. To seveda nikakor ne sme biti ovira, saj v zdravstveni negi potrebujemo predvsem čuteče in delovne ljudi in ne narcisoidne intelektualce, ki jim smrdijo človeški izločki. Posebej pomembno vlogo v vzgoji mladostnika pa opravlja tudi okolje, ki je skupek dražljajev, situacij, refleksnih in instinktivnih odzivov. Gre za naravno-fizikalno-biološko in kulturno okolje. Zato je razumljivo, da je v primeru, ko je mladostnikovo okolje agresivno in nedostojno, tako tudi njegovo odzivanje in vedenje. Oblikovanje osebnosti dosežemo prek vzgoje in socializacije, hkrati pa ima nadvse pomembno vlogo tudi mladostnikova samopodoba, samoidentifikacija oz. pojem o sebi – doživljanje sebe.

Pogovori z mladimi mi pogosto razkrivajo nizko samopodobo mladostnikov. Najbrž se sprašujemo, od kod izvira nizko samovrednotenje: izvor tega so neustrezna sporočila

pomembnih odraslih. Če je bil mladostnik od malega deležen negativnih sporočil, da iz njega nikoli nič ne bo, ker je tako neroden in nikoli ni bil pohvaljen, bo malo verjetno, da bo razvil pozitivno samopodobo. Mladostnik, ki že tako nima dobrega mnenja o sebi, ki še od drugih vedno sliši, kako je slab, bo kot odrasel le težko verjel v svoje sposobnosti. Nasprotno pa bo adolescent, ki je večkrat slišal pohvalo oz. dobil priznanje, lažje verjel v svoje sposobnosti in jih tudi preizkusil. Pozitivna samopodoba je zagotovo pomembna naložba za vse življenje. Zato je pomembno, da kot učitelji in vzgojitelji oz. mentorji prakse ne skoparimo s pohvalami in priznanji mladostnikom, ki so nam zaupani. Kadar bodo uporniški, moramo pomisliti prav na to, da potrebujejo več vzpodbude in potrditve. Ko pa so preveč kritični, je njihova kritika pravzaprav lahko le projekcija lastne nemoči in brezupa v okolje. Včasih bomo pri mladih zaznali tudi obrambni mehanizem retrofleksije, ko bodo mladi energijo, ki naj bi jo usmerili navzven v akcijo, preusmerili vase in proti samemu sebi. Zdi se, da sicer znajo potegniti mejo med seboj in drugimi, vendar se energija, ki jo usmerjajo navzven nekje kot na zrcalu, refleksno vrne k njim. Ker ne znajo izraziti svojega doživljanja oz. ne znajo predelati zahtev okolja ali pa se jim zahteve zdijo prevelike, se obrnejo proti sebi.

Retrofleksija botruje velikemu številu psihosomatskih motenj. Ko se mladi ali pogosto tudi odrasli ustrašimo izziva, nas zaboli glava, želodec itd.

Še veliko bi lahko govorili o pomembnih vidikih vzgoje. Zaradi časovne omejenosti naj povzamem z mislijo, ki sem jo že izrekla: Ne bojmo se biti zahtevni do mladih, če jih le imamo dovolj radi. Ne pozabimo, da nastajamo v medsebojnih odnosih in da nam prav zadovoljene relacijske potrebe pomagajo, da se bolj pogumno soočamo z življenjskimi zahtevami. In to naj še posebej velja za mladino, ki jo vzgajamo.

Viri in literatura

1. Covey, S. R., (1998). Sedem navad zelo uspešnih ljudi. Mladinska knjiga, Ljubljana.
2. Good, P., (1993). In mulc si bo pomagal. Regionalni izobraževalni center. Radovljica.
3. Minatti, I., (1985). Prisluskujem tišini v sebi. Mladinska knjiga . Ljubljana.
4. Musek, J., (1993). Znanstvena podoba osebnosti. Educy. Ljubljana.
5. Redl, F., Wineman, D., (1984). Agresivni otrok. Svetovalni center. Ljubljana.
6. Tomori, M., (1983). Pot k odraslosti. Cankarjeva založba. Ljubljana.
7. Žorž, B., (2006). Razvajenost - rak sodobne vzgoje. Mohorjeva družba. Celje.
8. Žorž, B., (1997). Stiska je lahko tudi izziv. Educa. Nova Gorica.
9. Erskine, R. G., Moursund, J.P., Trautmann, R. L. (1999). Beyond Empathy. A Therapy of Contact-in-Relationship. Brunner, Mazel.

ALI JE ZNANJE V ZDRAVSTVENI NEGI ŠE VREDNOTA?

Zdenka Seničar, Stanka Bojanc

Izoleček

Prvi del prispevka prikazuje opis, definicijo in pomen vrednot, ki usmerjajo naše življenje in bivanje. Govori o delu in delovnem okolju v sistemu vrednot ter o učenju in znanju kot vse bolj pomembni vrednoti današnjega časa, čeprav kaže, da se tega še ne zavedamo. Opisuje znanje v zdravstveni negi in se sprašuje, katere vrednote so pomembne za MS/ZT. V drugem delu so predstavljeni rezultati raziskave med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami v novomeški bolnišnici, ki so odgovarjali na vprašanja, ali je znanje v zdravstveni negi vrednota in v kolikšni meri.

Ključne besede: vrednote, znanje, zdravstvena nega.

Uvod

Danes pogosto govorimo o vrednotah, ki usmerjajo naše življenje, še pogosteje pa o krizi vrednot, ki so glavni »krivec« za pojav številnih neljubih dogajanj in pojavov v moderni družbi.

1. Kaj so vrednote?

Če bi spraševali ljudi, kaj je vrednota, bi ugotovili, da v glavnem navajajo dvoje: eno so stvari, ki vzbujajo zadovoljstvo, drugo pa stvari, ki ustrezajo splošnim normam. Že otroci uvrščajo v vrednostne kategorije stvari, ki jih imajo radi, pozneje se vrednostne kategorije razširijo in razčlenijo in z odraščanjem se pri vsakem posamezniku oblikujejo kompleksni vrednostni sistemi (Musek, 1993).

Vrednote so svojevrstni ideali, h katerim stremimo in za katera si prizadevamo. Gre za nekaj vrednega, dragocenega, za nekaj, kar si zasluži prav posebno mesto. Na nas delujejo kot magnet, kot kompas, po katerem se ravnamo v vsakdanjih situacijah. Po njih uravnavamo in usmerjamo svoje obnašanje, vodijo naše vedenje, vplivajo na naša stališča in na naše odločitve, vplivajo na način, kako živimo življenje.

Zdenka Seničar, dipl.m.s., Splošna bolnišnica Novo mesto
Stanka Bojanc, dipl.m.s., Splošna bolnišnica Novo mesto

Vrednota je nekaj »samo po sebi vrednega«, kar pomeni, da ni človek tisti, ki nekaj opredeli za vrednoto, ampak so to že sprejeti etični pojmi, ki niso odvisni od časa in prostora. To postane jasno takoj, ko si zamislimo vrednote, ki so nam za vsakdanje življenje zelo pomembne, ne glede na našo osebnost, okoliščine, v katerih smo in ne glede našo preteklost, izvor ali izobrazbo (Zalokar Divjak, 2000).

Vrednote so klasificirali mnogi avtorji. Po Allport – Vernon – Lindzayevi vrednostni skali jih lahko strukturiramo na šest področij: intelektualno (kar je resnično, znanje), ekonomsko (posel, trgovina), estetsko (kar je lepo), socialno (pravičnost in blaginja), politično (moč, politika, vladanje) in religiozno. V razvoju posameznika se vrednote oblikujejo in spreminjajo, človek prehaja od hedonskih vrednot, povezanih s telesnimi potrebami in uživanjem, k vrednotam, povezanim z uspešnostjo in dosežki, nato k vrednotam, povezanim z dolžnostjo in odgovornostjo in k vrednotam, povezanim z osebno in duhovno rastjo ter izpolnitvijo (Šinkovec, 1996). Musek (1993) razvršča vrednote v izpolnitvene (pomenijo duhovno rast), moralne (se vežejo na dolžnosti, odgovornosti), potenčne (se vežejo na uspehe in dosežke) in hedonske (povezujemo jih z užitki).

Kako vemo, katere vrednote so prave? Vrednote spadajo v duhovno dimenzijo človekove notranjosti, zato se jih ne da enostavno naučiti. Treba jih je spoznati, se zanje opredeliti in jih vsakodnevno uresničevati. Ko govorimo o najpomembnejših vrednotah, navadno najprej omenimo ljubezen, poštenje, resnico, lepoto, dobroto. Čeprav imamo na voljo še ogromno drugih, se vsi najprej opredelimo za te, ker so to tiste vrednote, ki so preživele čas in prostor. Če pa je nekaj vredno, je vredno za zmeraj. Sodobni čas je spremenil našo vrednostno orientacijo v potrošniško usmerjene vrednote, v pehanje za denarjem in v iskanje užitkov, zato najvišja mesta v sodobnem vrednostnem sistemu družbe zasedajo denar, statusni simboli, uspeh in zabava, časa za ostale vrednote: partnerja, otroke, zdravje, naravo, kulturo, osebno rast pa zmanjka (Zalokar Divjak, 2001).

Musek (1993) poudarja tudi družbeni in kulturni značaj vrednot, v katerih se odražajo družbene in kulturne norme.

Človek je povsem svobodno bitje, zato se za določene vrednote odloči sam, s tem pa prevzame tudi odgovornost, da jih bo bolj ali manj uspešno uresničeval. Ljudje se enostavno ne zavedajo, da niso življenjske razmere tiste, ki jih osrečujejo, ampak so to odnosi, ki jih moramo vsak dan ustvarjati in negovati.

Vrednote so vsem enako dostopne in za slehernega posameznika pomenijo enak izziv. Če se jim nočemo, ne znamo ali ne moremo približati, to še ne pomeni, da jih ni. Včasih poskušamo krizo modernega časa opredeliti s tem, da vrednot ni več. To ne drži, ker že po svoji osnovni lastnosti posegajo v čas in prostor. Res pa je, da jih vsako krizno obdobje potisne v ozadje, ker stopijo v ospredje drugi, na videz pomembnejši cilji. Najbolj izdelan vrednosti sistem imajo preprosti ljudje, ker niso obremenjeni s težo sodobnosti, ki nam narekuje materialno udobje, tekmovalnost, nujnost informiranosti, težnjo za užitki. Vse to lahko zelo otežuje odločitve za vrednote dela, znanja, poštenja, ... (Zalokar Divjak, 2000).

2. Vrednote in delo

Vrednote se kažejo tudi pri našem delu in drugih aktivnostih, dajejo nam odgovor na vprašanje, za kaj se čutimo poklicani, kaj nas motivira in je tisto, kar iščemo pri delu. Dve osebi z enakimi zmožnostmi lahko iščeta popolnoma različno delovno okolje, ker ju vodijo različne vrednote in motivi. Tudi če imamo znanje in veščine za opravljanje nekega dela, bomo na dolgi rok nezadovoljni, če delo in naša kariera ne bosta v skladu z našimi vrednotami, zato lahko izgubimo interes za delo. Obenem so vrednote tudi ključna sestavina naših kompetenc. Če prepoznamo svoje vrednote vnaprej, bomo zato, da bi dosegli pri delu čim večje zadovoljstvo, ustrezno načrtovali svojo poklicno pot in izbiro zaposlitve. To je zelo pomembno, saj preživimo veliko časa na delovnem mestu, zato ima zadovoljstvo pri delu velik vpliv na to, kako se na splošno počutimo v življenju. Če pa nam delo ne zagotavlja tega, moramo za njihovo izpolnitev poiskati druge načine. Res pa je tudi, da se bomo morda nekaterih vrednot oziroma njihove pomembnosti zavedli šele na konkretnem delovnem mestu, ko bomo soočeni z opravljanjem določenih delovnih nalog in funkcij. Tudi organizacije imajo svoj svet vrednot. Pri iskanju zaposlitve v določeni organizaciji moramo razmišljati tudi o tem, kako lahko svoje osebne vrednote približamo in uskladimo z organizacijskimi vrednotami. Če bo razkorak prevelik, nam organizacijska kultura ne bo ustrezala in bomo postali v takšnem delovnem okolju nezadovoljni.

Pri načrtovanju kariere in iskanju zaposlitve moramo razmisliti, kako se naše pomembne vrednote prenesejo v svet dela. Z oceno lastnih vrednot bomo lažje presodili, katere lastnosti dela so za nas pomembne, lažje bomo izbrali poklicno pot, ki je v skladu z njimi, in se verjetno bolje počutili pri opravljanju takšnega dela. Velikokrat je težko najti zaposlitev, ki bi zadovoljila vse naše vrednote, zato se potrudimo, da bo zadovoljila vsaj tiste ključne, od katerih ne želimo odstopati. Nekatero od vrednot so naštetje v tabeli:

delavnost	mir	resnica	varnost
denar	otroci	samoizpopolnjevanje	vera
družinska sreča	patriotizem	spolnost	tveganje
enakost	politični uspeh	svoboda	zabava
kultura	poštenje	udobno življenje	zdravje
lepota	privlačnost	ugled	znanje
ljubezen	red	ustvarjanje	zvestoba

3. Znanje kot vrednota

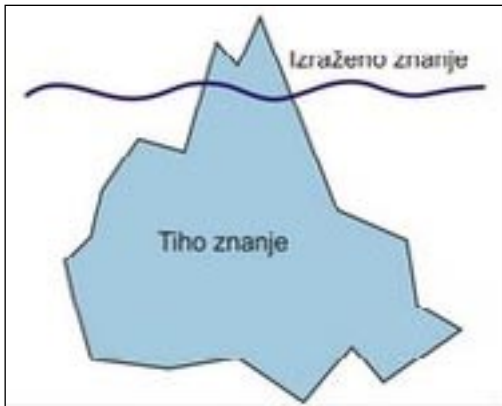
Ljudska modrost na različnih koncih zemeljske oble je že od nekdaj opisovala pomen znanja v svojih pregovorih. Tako lahko preberemo, da je znanje zaklad, ki povsod spremlja svojega lastnika (kitajski), da je znanje venec na glavi (perzijski), da vědnost daje krila umu (ruski) in da je tisti, ki ne razdaja svojega znanja, kot luč v vrču (etiopski).

Ljudje smo ustvarjeni za učenje. Vsaka sekunda življenja je eno samo poglavje učenja. Brez učenja ni napredka, učimo se tako, kot nas učijo starši, kot nas učijo učitelji v šolah, kot nas

učijo sovrstniki in kot se učimo sami skozi izkušnje. Učenje ni en sam in enkratno, ampak je večplasten kontinuiran proces. Tudi razmišljanje je del procesa učenja (Kaučič, Lahe, 2005).

V literaturi lahko preberemo različne definicije znanja: enkrat je to miselno povezana, koristna in veljavna informacija, drugič avtorji opisujejo znanje kot aktivno informacijo, ki je rezultat različnih izkušenj.

Vsi smo se in se vsak dan učimo. Učimo se skozi izobraževanje, usposabljanje, branje, pogovor, z izvajanjem aktivnosti, izvajanjem preizkusov, gledanjem televizije, brskanjem po internetu, ... V procesu učenja vsakega človeka nastajata dve vrsti znanja: eksplicitno in implicitno znanje. Eksplicitno znanje je zavedno in merljivo ter izraženo v obliki dokumentov in postopkov ali navodil. Implicitno znanje ali »tiho znanje« je osebno znanje posameznika, ki se ga le-ta pogosto ne zaveda. Izraža se v obliki idej, izkušenj, norm in vrednot ter je vgrajeno v delovne procese in produkte, zaradi česar je o njem težko spregovoriti, ga definirati, kodirati, dokumentirati in deliti z drugimi. Tiho znanje (ang. tacit knowledge) je tisto, kar posamezna oseba ve oziroma zna. To znanje se je razvilo iz izkušenj in vključuje vrednote in prepričanja.



Klasifikacija znanja. Vir: Polany, 1966

Madžarski filozof, ekonomist in kemik Michael Polany je tiho znanje zelo nazorno opisal v stavku: »Vemo več, kot lahko izrazimo«. Delamo, ne da bi razmišljali, kako to počnemo. Lastnik takšnega znanja ne zna tega s koristno besedo ali razlago posredovati drugi osebi. Tiho znanje se »nahaja« v človekovih možganih in ga je nemogoče v celoti zajeti oziroma posredovati. Tiho znanje je težko »šifrirati« in ga pretvoriti v prenosljivo obliko. Tiho znanje je najbolj cenjeno, saj se po njem oseba ravna. Prav tiho znanje je tudi generator novih idej in novih znanj. Velik problem tihega znanja je lahko tudi dejstvo, da posameznik svojega tihega znanja zaradi različnih razlogov (neustrezna delovna klima, zaščita lastnega položaja, nezavedanje, ...) ne prenaša na sodelavce in ga uporablja v omejenem obsegu. Poleg tega je z odhodom posameznika njegovo tiho znanje za podjetje izgubljeno. V navedenih primerih se naložba v znanje posameznika podjetju ne povrne.

S pretvarjanjem tihega znanja v eksplicitno se podjetje lahko zavaruje pred izgubo dela tihega znanja, sočasno pa omogoči dostop do znanja tistim, ki ga potrebujejo. Lep primer take pretvorbe se praviloma zgodi v postopkih pridobivanja standarda kakovosti ISO 9001: 2000. Vse postopke, navodila, obrazce in priloge je potrebno spraviti na papir. Pred tem praviloma ni bilo časa tega delati. V postopku pridobitve standarda pa si morajo vsi vzeti čas, da opišejo procese. Marsikatero znanje se tako napiše v obliki postopkov in navodil ter grafičnih prikazov. Tako ima vsak nov delavec možnost prebrati in spoznati, kako potekajo določeni procesi v podjetju. Seveda to ne velja samo za standard ISO. Na podoben način se znanje in postopki beležijo tudi pri drugih standardih (standardi zdravstvene nege, haccp, tqm, poslovna odličnost, učeče se podjetje, vlagatelji v ljudi, standard varovanja informacij, ...). Ko govorimo o tihem znanju, si zastavimo dve vprašanji: na kakšen način naj zaposleni definira, kaj je njegovo tiho znanje, ter na kakšen način naj v podjetju poteka evidentiranje in zbiranje tihega znanja? »Notranje znanje« vseh posameznikov v podjetju je tiho znanje. Tihega znanja se ne da kupiti, ampak le najeti; predstavljajo ga zaposleni. Tako smo z zaposlitvijo delavca »kupili – dobili« tudi njegovo znanje. Znanje vseh zaposlenih tako delimo na znanje posameznikov in znanje skupin. Podjetja si praviloma prizadevajo ustvariti kar najbolj primerno organizacijsko klimo in kulturo za oplemenitenje tihega znanja; nemalokrat slišimo, da podjetje vlaga sredstva v izobraževanje zaposlenih, organizira delo v projektnih skupinah. Zaposleni so generatorji in ustvarjalci inovacij, idej ter vsega znanja v podjetju. Naloga upravljanja znanja pa je omogočiti povečanje tihega znanja in ga uporabiti v kar največji meri. Formalna izobrazba nam daje predvsem temeljno znanje in osnovne spodbude za kreativno delo. Večino drugega znanja pridobimo z delom v konkretni delovni situaciji. Vseskozi se moramo zavedati, da znanje v podjetju ne pride naenkrat in tudi ne le enkrat. Počasi se akumulira in oblikuje skozi vsakodnevne odločitve. Viri znanja torej niso le statični bazeni, temveč dinamični vrelci (<http://www.academia.si/clanek/1-tiho-znanje-pridobljeno-z/stran-3.html>).

Medsebojno vplivanje med tihim in izraženim znanjem lahko prehaja skozi štiri različne prehode. Ti prehodi so ključni pri posredovanju in širjenju znanja med ljudmi oz. znotraj neke organizacije.

Socializacija je proces izmenjave izkušenj. Pridobivanje znanja poteka z neposrednimi izkušnjami ali pa s pridobivanjem oz. izmenjavo znanja z drugimi (seminarji, brainstorming, praksa, izmenjava mnenj).

Eksternalizacija: osebno oz. tiho znanje lahko s pomočjo metafor, analogij, hipotez in modelov pretvorimo v izraženo. Pogosto najdemo eksternalizacijo znanja v procesih načrtovanja, ko le-ta omogoča hitrejši potek načrtovanja.

Kombiniranje: tu gre za izmenjavo znanja z dokumenti, srečanji, pogovori in izmenjavo mnenj npr. preko omrežja, ipd. Pri tem se različni pojmi in mnenja zbirajo v sistemih za upravljanje znanja. Celotno vedenje znotraj organizacije se sicer ne povečuje, vendar pa lahko vodi do novih znanj.

Internalizacija je proces, kjer eksplicitno znanje postane tiho znanje. To je povezano z učenjem oz. z lastnimi izkušnjami posameznika, ki s pridobivanjem znanja iz zapisanih dokumentov, učenjem in prakticiranjem novih dognanj osvoji novo znanje, ki postane tiho znanje.

Poseben izziv sta mobilizacija in preobrazba tihega znanja v izraženo znanje. Kreiranje znanja se prenaša v obliki spirale – posamezniki osvajajo določeno znanje, se v fazi socializacije pogovarjajo z drugimi, nato izrekajo nove nastale ideje v fazi eksternalizacije, kjer tiho znanje prehaja v izraženo in se tako nadaljuje v procese kombinacije in internalizacije. Znanje na ta način prehaja od ravni posameznika, preko timov in organizacijske ravni do medorganizacijske ravni.

Koraki, ki predstavljajo krožni model upravljanja znanja, so:

Ustvarjanje znanja. Znanje nastaja v primarni fazi z izkušnjami in veščinami zaposlenih. Znanje nastane, ko ljudje določijo nove načine dela, ali pa s pridobivanjem novih izkušenj. Če v organizaciji ni tega cikla, se lahko znanja pridobijo iz zunanjih virov, kot so različni razvojni oz. raziskovalni laboratoriji.

Zajemanje znanja. Znanje, ki je bilo ustvarjeno, je potrebno v “suovi” obliki shraniti v bazo znanja (Knowhow database). Večina organizacij uporablja v te namene različne dokumentne sisteme.

Prečiščevanje znanja. Novo znanje mora biti vstavljeno v neko zvezo, da bi postalo aktivno. V tej fazi se tiho znanje prečisti in postavi v kontekst z že obstoječim zapisanim znanjem.

Shranjevanje znanja. Povezanost med zapisanim in tihim znanjem pomaga in omogoča, da je znanje razumljivo in uporabno.

Upravljanje znanja. Znanje mora biti vzdrževano. Da bi ostalo koristno in natančno, ga je potrebno pregledovati in dopolnjevati. Nekatere organizacije, ki so na tem področju naprednejše, poskušajo uveljaviti tudi oddelke, ki so zadolženi za vzdrževanje znanja.

Širjenje znanja. Znanje, ki ga potrebuje, mora biti vsakomur znotraj organizacije dostopno v uporabnih formatih, kjerkoli in kadarkoli. Internet, intranet in druge omrežne tehnologije pomagajo pri širjenju znanja .

Vsi ti procesi morajo biti vpeti v celotno delovanje podjetja, postati morajo ključni del kulture znanja v podjetju in podprti z ustrezno informacijsko tehnologijo. Povezani morajo biti tudi z ustrezno politiko upravljanja človeških virov in s pravilno definiranimi in uvedenimi kadrovske procesi v podjetju. Pomembno vlogo pri tem igra upravljalec znanja, ki mora vpeljati upravljanje znanja v prakso podjetja in je odgovoren za izpeljavo vseh potrebnih sprememb. Zaposleni dobijo v zvezi s tem zadolžitve in postanejo odgovorni za delitev svojega znanja z drugimi.

V splošnem lahko v povezavi z upravljanjem znanja strnemo naslednje ključne dejavnike uspeha, ki so bili v ospredju pri dosedanjih praksah:

- podpora vodstva podjetja;

- vzpostavitev merjenja koristi uvajanja procesov upravljanja znanja (npr. uravnoteženi kazalci);
- maksimalno sodelovanje vseh zaposlenih pri celotnem procesu upravljanja znanja (v zvezi s tem mora vodstvo vzpostaviti ustrezno kadrovske politiko in sistem motiviranja);
- podjetje ne sme zbirati informacij in znanja količinsko, bolj je pomembno, da zbira res tisto, kar pri uresničevanju svojih strateških ciljev v resnici potrebuje;
- prilagodljiva organizacijska struktura in ustrezna kultura podjetja;
- notranje in zunanje povezovanje, pletenje družbenih mrež;
- informacijska tehnologija, ki podpira vse zahteve učinkovitega pridobivanja, shranjevanja, distribucije ter varovanja informacij in znanja;
- primeren odnos do zunanjega okolja.

Vodilni v podjetju naj bi bili drugim za zgled, njihova dejanja so pomembnejša od govorjenja. V podjetju mora biti zelo dobro razvito komuniciranje, saj na ta način odpravljamo blokade, nezaupanje, izoliranost in tako vanj vnašamo klimo povezovanja in nenehnega pretoka idej, informacij in znanja. Na razvoj kulture znanja v podjetju vplivajo mnogi dejavniki – nekateri spodbujevalno, drugi zaviralno. Pomembno je, da se jih zavedamo in poznamo njihov učinek ter ga poskušamo odpraviti ali vsaj oslabiti.

Spodbujevalci kulture znanja so lahko:

- medsebojno zaupanje,
- jasni, natančno določeni cilji,
- nagrajevanje dobrega dela,
- možnost sodelovanja na usposabljanjih, tečajih,
- dovolj časa za interakcije med zaposlenimi in
- pozitiven odnos do sprememb in njihovega uvajanja.

Zaviralci kulture znanja pa so lahko naslednji:

- slaba komunikacija vodstva z zaposlenimi,
- skriti interesi vodstva,
- nezaupanje in nepripravljenost na spremembe,
- zaposleni vidijo uvajanje upravljanja z znanjem kot dodatno obremenitev,
- neuskkljenost ciljev med posamezniki in podjetjem in
- podcenjevanje vrednosti zaposlenih.

Podjetje, ki želi uvesti in delovati v smeri uvajanja upravljanja z znanjem, mora oblikovati takšno organizacijsko kulturo, kjer bodo prevladovali pozitivni dejavniki. (<http://sites.google.com/site/bazeznanja/nastajanjeznanja>).

4. Znanje v zdravstveni negi

V zdravstveni negi se pojavljajo štiri oblike ali področja znanja (Mc Kenna 1997; Walsh 1998; cit. po Šmitek, 2001).

- Empirično znanje predstavljajo izkustva oziroma vse, kar se da posredno ali neposredno meriti in opazovati. Sistematično je urejeno v trditve, načela, teorije in zakonitosti ter predstavlja znanstveno osnovo zdravstvene nege.
- Estetika pomeni kakovost oziroma umetnost zdravstvene nege. Vključuje intuicijo, tolmačenje, razumevanje in vrednotenje fenomenov prek meja obstoječih zakonov in teorij.
- Etično znanje vsebuje moralne presoje, kaj je prav in kaj napačno in izhaja iz splošne etike medsebojnih odnosov in biomedicinske etike, izhajalo pa naj bi tudi iz moralne etike in etike vrlin in etike skrbi. Etično znanje se izraža preko moralnih kodeksov in etičnih odločitev in se moralno in subjektivno povezuje s prepričanji, vrednotami in vrlinami posameznika.
- Osebnostno znanje predstavlja samozavedanje oziroma poznavanje sebe. Osebnost je individualni sistem. Poznavanje sebe in svojih notranjih sposobnosti je pomembno pri vzpostavljanju medsebojnih terapevtskih odnosov z bolnikom oziroma varovancem. Bolnika/varovanca v zdravstveni negi ne zaznavamo kot objekt, temveč kot čutečega posameznika z edinstvenimi bio – psiho – socialnimi odzivi.

Medicinske sestre uporabljajo omenjene oblike znanj povezano ali izmenično. Nobeno teh znanj nima prednosti pred drugimi, niti ni manj pomembno. Enakovredno so potrebna vsa, sicer je zdravstvena nega neprofesionalna. Iz navedenih oblik znanja izhaja, da je zdravstvena nega kompleksna dejavnost, ki za celovito razumevanje in delovanje potrebuje širok niz znanj različnih znanosti, ki jih uporablja v nespremenjeni ali prilagojeni obliki.

Zdravstvena nega pa ima tudi svoje specifično jedro znanja, ki je lastno samo zdravstveni negi in utemeljuje njen bodoči znanstveni obstoj, pomen in razvoj. Izhaja iz področja empiričnega znanja in ga je možno razporediti v določeno hierarhijo, kjer predhodna stopnja znanja omogoča razvoj nadaljnjih (Šmitek, 2001).

Pridobivanje znanja ne more biti namenjeno samo sebi ali predstavljati zgolj sredstvo za doseganje nekega osebnega cilja (diplome, višjega dohodka), temveč mora postati dinamična kakovost posameznika. Stalno ga moramo razvijati, dopolnjevati in posodabljati, kar je izraženo tudi v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Šele aktivno pridobivanje novega znanja nam hkrati omogoča vpogled v širino našega neznanja. Ocena pridobivanja osrednjega znanja v zdravstveni negi pri nas še vedno razkriva nepovezan razkorak med teoretičnim znanjem v izobraževanju in situacijskim znanjem v praksi. S situacijskim znanjem poimenujemo empirično ali estetično znanje, ki je potrebno za izvajanje prakse zdravstvene nege na posameznih področjih in se ponavadi prenaša ustno. To znanje je skrajno razpršeno in raznoliko, predvsem zaradi odsotnosti poenotenih navodil in kriterijev za izvajanje zdravstvene nege v našem okolju. Pomankljivo je tudi vedenje o posameznih področjih znanja, ki je ključno za kakovostno in celovito izvajanje zdravstvene nege. Ko bo zdravstvena nega bolj samostojna tudi pri oblikovanju izobraževalnih programov, bo praksa s svojimi znanstveno utemeljenimi potrebami (če jih bo imela) lahko vplivala na obseg znanja, ki je sedaj deficitarno. Neogibno potrebno pa je najprej

oblikovati jedro znanja v zdravstveni negi na nacionalni ravni in in povezati teorijo »védenja da« z »védenjem kako« v praksi (Šmitek, 2001)

Pridobivanje in razvijanje znanja je tako pomembno področje, da potrebuje kritično analizo in prednostni načrt v nadaljni viziji razvoja zdravstvene nege pri nas. Čeprav se odnos do pridobivanja znanja v praksi vsaj v strokovnem pogledu pozitivno spreminja, je še vedno veliko pomanjkljivosti in neenotnih pogledov na pomen znanja v zdravstveni negi (Šmitek, 2001).

5. Raziskava

Na forumih različnih spletnih strani lahko preberemo komentarje, »da bi bili učbeniki, če bi bilo znanje vrednota, cenejši in dostopnejši.« Predvsem mladi so včasih precej črnogledi v svojih zapisih, morda celo upravičeno, saj z uspešno končano fakulteto mesece ali celo leta dolgo čakajo na ustrezno zaposlitev, ki bi jim zagotovila delo za nedoločen čas in osnovno življenjsko eksistenco.

Spet drugič se sprašujemo, ali je znanje še vrednota, kadar je vsem dostopno na precej lahek način. Zdi se, da se lahko danes na študij zdravstvene nege (ZN) VŠZ lahko vpiše vsakdo, da le ima denar za šolnino, ne glede na predhodni učni uspeh in ne glede na to, ali je poklic v zdravstveni negi njegova resnična izbira in ne le zasilni izhod. Kakšne kriterije imajo šole? Predvsem v zadnjih dveh letih, ko smo v Sloveniji priča množičnemu ustanavljanju novih visokih šol za študij zdravstvene nege, se sprašujemo, ali je naš poklic popolnoma razvrednoten in kje bodo diplomanti našli delovna mesta. Kakšna je torej njihova prihodnost? Kakšna je prihodnost stroke zdravstvene nege? Ni pomembno samo, da študent študij konča, zelo pomembno je, kakšno znanje prinaša v prakso, kako bo povezoval teoretične vsebine s praktičnimi, ali pri delu »uporablja glavo«, ali je njegovo delo zgolj rutinsko.

Vedno, ko organiziramo strokovna izobraževanja za medicinske sestre in zdravstvene tehnike, opazamo, da so z licenčnimi točkami ovrednoteni programi množično obiskani, ostali pač ne. Ali to pomeni, da se izobraževanje udeležujemo predvsem zaradi potrebnih licenčnih točk, samo znanje pa je drugotnega pomena? Koliko se sploh izobražujemo sami, ali prebiramo strokovno literaturo, sledimo novostim v stroki, se zavedamo, da moramo v našem poklicu stalno nadgrajevati in preverjati svoje znanje, poznamo strokovne revije za področje ZN? Ali je znanje vrednota?

5. 1. Namen raziskave

Z raziskavo sva želeli ugotoviti, kam MS/ZT v novomeški bolnišnici uvrščajo znanje na predlagani lestvici vrednot v ZN in koliko svojega časa, truda in sredstev so pripravljene sami vložiti v pridobivanje dodatnega znanja.

5. 2. Raziskovalna metoda

V raziskavi je bila uporabljena kvantitativna metoda zbiranja podatkov s pomočjo anketnega vprašalnika. Vprašanja so bila zaprtega tipa z vnaprej oblikovanimi trditvami, med katerimi

so anketiranci izbrali en odgovor. Vprašanja so bila razdeljena v več sklopov: način in oblike pridobivanja znanja, dostopnost strokovnega izobraževanja, motivi in področja dodatnega izobraževanja, priprava slušatelja na strokovno izobraževanje, ocena izvedbe dostopnih izobraževanj, prisotnost izmenjave znanj v zdravstvenem timu, ocena najpomembnejših vrednot v ZN.

5. 3. Izvedba raziskave

Anketni vprašalniki so bili razdeljeni 100 medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom na bolniških oddelkih SB Novo mesto od 4. do 11. januarja 2010. Sodelovanje v anketi je bilo prostovoljno in anonimno. Pravilno izpolnjenih in vrnjenih je bilo 70 vprašalnikov, na katera je odgovorilo 48 ZT in 22 DMS, 66 žensk in 4 moški.

5. 4. Rezultati

Večina anketiranih je menila, da potrebuje pri delu v enaki meri tako teoretično kot praktično znanje. Najljubša oblika izobraževanja so učne delavnice, največ znanja pa si pridobijo iz strokovne literature in s posredovanjem znanja izkušenih kolegic/kolegov. Strokovno literaturo spremljajo občasno in si jo izposodijo v knjižnici, ali pa jo poiščejo na spletu.

Večina ZT ni naročena na strokovne revije s področja ZN, medtem ko je število pri anketiranih DMS večje. Polovica vprašanih je menila, da imajo na delovnem mestu na razpolago dovolj strokovne literature, druga polovica je odgovorila, da je premalo, dve tretjini anketiranih pa je povedalo, da na delovnem mestu nimajo časa za spremljanje strokovne literature. Večina nameni dodatnemu izobraževanju več kot 30 ur letno. Izobražujejo se na lastno pobudo, predvsem zato, ker jih zanimajo strokovna področja, na katerih delajo in ker morajo nenehno dopolnjevati znanje. Najbolj jih zanimajo strokovne teme, izobraževanja, ki se jih udeležijo, ocenjujejo kot »dobra«, redno pa spremljajo tudi strokovne teme v bolnišničnem internem glasilu *Vizita*. Znanje, ki ga pridobijo udeleženci strokovnih izobraževanj, sodelavcem posredujejo v obliki krajših predavanj in zborniki predavanj, zanimiv pa se jim zdi predlog, da bi povzetke izobraževanj objavljali na spletni strani bolnišnice, kjer bi bili dostopni vsem zaposlenim. Samo ena četrtnina vprašanih bi se dodatnih izobraževanj udeležila tudi v svojem prostem času, vendar le, če bi jih tema zelo zanimala in če bi jim delodajalec plačal ure in stroške. Med predlaganimi vrednotami (zaupanje, spoštovanje, empatija, znanje, dobre ročne spretnosti, prijaznost, dobra komunikacija, poštenje, sodelovanje, odkritost, sočustvovanje) so znanje kot vrednoto v poklicu zdravstvene nege uvrstili na zadnje mesto.

5. 5. Razprava

Rezultati ankete kažejo, da se zaposleni v ZN sicer izobražujejo, vendar pretiranega truda v pridobivanje znanja ne vlagajo. Večina njih je pasivnih udeležencev, ki pričakujejo, da jim mora delovna organizacija zagotoviti izobraževanje in pokriti stroške le-teh, sami pa bi poskrbeli za svoje izobraževanje izjemoma oziroma samo tisti, ki se že zdaj udeležujejo večine izobraževanj. Večina meni, da za svoje delovanje potrebujejo samo ozko strokovno znanje svojega delovnega področja, kar je več, jim je že odveč, posebej, če bi za izobraževanje morali žrtvovati nekaj prostega časa. Opažamo, da našim zaposlenim manjka znanja, tega, ki ga imajo, pa večina ne

zna uporabljati oziroma povezovati in je preozko, zato je delo preveč rutinsko in vezano na to, kaj »moram« narediti in ne na to, kaj bolnik potrebuje, da naredim.

Možno je, da je znanje v naši sredini tudi zato tako malo cenjeno, ker je v praksi velikokrat vseeno, če delaš dobro in veliko znaš, na koncu smo vsi enako nagrajeni za svoje delo. Denar pa je danes zelo pomembna vrednota.

Med večino MS/ZT velja prepričanje, da je prosti čas namenjen počitku, saj na delovnem mestu preživijo veliko praznikov in vikendov. Vendar se je potrebno strezniti in spregledati, da je vsak odgovoren za svoje delo, torej tudi za svoje znanje. Morda pa je našim zaposlenim na voljo preveč različnih možnosti izobraževanja, ker jim ni potrebno razmišljati in skrbeti, na kakšen način bodo prišli do znanja. Namesto njih za to poskrbi nekdo drug, pa če gre za strokovne vsebine ali za vsebine, potrebne za pridobitev licence. Ker postaja čas vedno bolj dragocena vrednota, bo tudi izobraževanj med delovnim časom vse manj.

Pridobivanje znanja se s tradicionalnih oblik seli na moderne tehnologije, najbolj priljubljene pa so ponovno tiste oblike pridobivanja znanja, kjer ni potrebno aktivno sodelovanje in kjer priprave na izobraževanje niso potrebne. Za stroko postaja nevarno, da je večina prepričana, kako imajo znanja dovolj, ker »ne vejo, da ne vejo«. Naše pričakovanje, da bo znanje nizko na lestvici vrednot v poklicu MS/ZT, se je žal uresničilo. Ali znanje res tako malo cenimo, ali o njem samo premalo razmišljamo, pa bo zelo kmalu pokazal čas, zato je zadnji čas, da smo začeli govoriti o vrednotah v zdravstveni negi in da v našem poklicu ponovno poiščemo vrednote, ki so nekoč že bile samoumevne, pa so izginile.

Literatura in viri

1. Zalokar Divjak Z. Vzgajati z ljubeznijo. Krško: Gora, 2000.
2. Zalokar Divjak Z. Jaz in ti: medosebni odnosi v sodobnem času. Krško: Gora, 2001
3. Musek J. Osebnost in vrednote. Ljubljana. Educy, 1993.
4. Kaučič B. M., Lahe M. Spirala znanja – nova paradigma prenosa znanja v zdravstveni negi. Obzor Zdr N 2005; 39: 209 – 13.
5. Šmitek J. Hierarhija znanja v zdravstveni negi. Obzor Zdr. N 2001; 35:5.
6. Šinkovec S. Ego funkcija – avtonomno ravnanje z vidika vrednot. Zbornik predavanj Vzgoja, vrednote, cilji, 1996.
7. <http://apl.ess.gov.si/eSvetovanje/Samoocena/Lastnosti/StilZivljenja.aspx>
8. <http://sites.google.com/site/bazeznanja/nastajanjeznanja>
9. <http://www.academia.si/clanek/1-tiho-znanje-pridobljeno-z/stran-3.html>

SPOŠTOVANJE SODELAVCEV – NAPORNA VREDNOTA?

Marjeta Berkopec

Povzetek

V prvem delu prispevka je predstavljeno sedmo načelo Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, ki se nanaša na odnose med medicinsko sestro in sodelavci. Predstavljeno je horizontalno nasilje med medicinskimi sestrami in razlike med generacijami, ki sodelujejo v delovnem procesu, saj so konflikti pogosto posledica medgeneracijskih razlik. *Na koncu je predstavljeno horizontalno nasilje med medicinskimi sestrami v perioperativni zdravstveni negi. Ugotovitve niso empirično podprte, pač pa so predstavljene na podlagi osebnih opažanj avtorice z več kot dvajsetletnim delom v operacijskem bloku.*

Ključne besede: spoštovanje sodelavcev, horizontalno nasilje, operacijska soba

UVOD

Vrednote so kategorije pojavov, ki jih cenimo, oziroma prepričanja o tem, kaj je dobro ali prav in za kaj si je vredno prizadevati. (www.wikipedia, 2009)

Vsakdo se vsaj občasno srečuje z vprašanjem svojih vrednot. Kaj je dobro, kaj je prav? Za kaj si je vredno prizadevati? So se današnji ljudje za doseganje vrednot pripravljani čemu odreči?

Katere vrednote so najbližje medicinskim sestram? Zbornica - Zveza je v letu 2009 pozvala člane in članice k sodelovanju pri oblikovanju vrednot Zbornice - Zveze, s katerimi se bo lahko poistovetila večina članic in članov in po katerih nas bodo prepoznavali pacienti, sodelavci, naši najbližji in splošna javnost. (Klemenc, 2009)

Človekoljubnost, dobronamernost, strpnost in spoštljivost so temeljne človeške lastnosti, ki označujejo osebnostno podobo medicinske sestre. Medicinske sestre pri delu zavezuje Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Upoštevanje določb Kodeksa je

Marjeta Berkopec, dipl. m.s.,
Splošna bolnišnica Novo mesto, Centralni operacijski blok

obvezno za vse medicinske sestre in druge člane negovalnega tima. Načelo 7 se nanaša na odnose med medicinsko sestro in sodelavci:

- sodelovanje med medicinskimi sestrami in drugimi zdravstvenimi delavci in sodelavci naj temelji na partnerskem odnosu in spoštovanju posameznika.
- Stanovska pripadnost in poklicna dolžnost zavezujeta medicinsko sestro, da ne odreče pomoči drugi medicinski sestri, če jo ta zaprosi.
- Medicinska sestra upošteva strokovne in življenjske izkušnje starejših medicinskih sester.
- Medicinska sestra mlajšim sodelavcem omogoča strokovni, osebnostni in karierni razvoj.
- Medicinska sestra posveča posebno skrb in pozornost študentom in dijakom zdravstvenih in drugih šol ter pripravnikom.
- Medicinska sestra skrbi za dobre medsebojne odnose v delovnem okolju.
- Medicinska sestra o nestrokovnem ali neetičnem ravnanju poroča odgovornim osebam ali organom Zbornice - Zveze.
- Medicinska sestra si prizadeva za prijazno in nenasilno delovno okolje in upošteva stanovsko solidarnost.
- Medicinska sestra deluje in ravna skladno z dokumentom Podoba medicinske sestre. (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2006)

Kljub zavezujočemu kodeksu etike pa med medicinskimi sestrami pogosto prihaja do horizontalnega nasilja. Postavlja se vprašanje, ali je spoštovanje sodelavke/sodelavca za medicinske sestre še vrednota.

HORIZONTALNO NASILJE MED MEDICINSKIMI SESTRAMI

Horizontalno nasilje je nasilno obnašanje med ljudmi, ki imajo enako moč. Usmerjeno je predvsem na nadzorovanje, poniževanje, klevetanje ali obrekovanje ter pripombe, ki prizadenejo čast druge osebe. (Pačnik, 1999)

Naivno bi bilo razmišljati, da medicinske sestre v medsebojnih odnosih niso nasilne, pa tudi v odnosih do bolnikov, zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev. Medicinske sestre po svetu so že ugotovile, da je pri njihovih medsebojnih odnosih zelo prisotno horizontalno nasilje, to je medicinska sestra proti medicinski sestri, kjer se je nasilje udomačilo v pogovorih med njimi samimi kot nekaj naravnega. (Robert, 1983, Street, 1992, Walker, 1993, Duffy, 1995, Farrell, 1997, cit. po Klemenc, Pahor, 2004)

Napeto ozračje, nesoglasja in konflikti na delovnem mestu so lahko posledica generacijskih razlik. Medicinska sestra, ki začinja svojo poklicno kariero, se bo pri delu srečala s sodelavci štirih generacij z različnimi vrednotami. Vodja (nurse manager) se mora potruditi, da spozna različnost vsake generacije in njenih pričakovanj, saj le tako lahko zmanjša napetost v kolektivu. (Mehallow, 2009)

GENERACIJSKE RAZLIKE

Razvrščanje ljudi v različne generacije izhaja iz opazovanja delovanja različnih struktur ljudi, posebej v delovnem okolju. Sociologi, psihologi in drugi strokovnjaki še posebej v zadnjem desetletju pospešeno analizirajo in na podlagi ugotovitev svetujejo, kako bolje razumeti in na podlagi tega ravnati z različnimi generacijami, ki skupaj sodelujejo v delovnih procesih. Razlike med generacijama so velike, ker je vsaka naslednja (nova) generacija na nek način 'negacija' predhodne. Razlike se sicer kažejo predvsem v tem, da je generacija Y veliko preveč neformalna in sproščena na delovnem mestu, kot bi to ustrezalo generaciji X. Poleg tega so merila uspešnosti slednje previsoka in drugačna kot pri generaciji Y. Mlajša generacija pričakuje rezultate in nagrade takoj oziroma čim prej po opravljenem delu, generaciji X pa gre takšna naglica običajno močno na živce.« (www.Vukasović-Žontar)

Baby boomerji so generacija, za katero je značilna predanost delu in karieri. Izraz opredeljuje generacijo, ki se je rodila v povojni eksploziji rojstev v obdobju med 1946 in 1962. Službovati so začeli v obdobju gospodarske rasti, zato zanje velja visoka stopnja notranje motivacije in pripadnosti podjetju. Splošno gledano je to finančno najuspešnejša generacija, saj je skoraj 40 odstotkov svetovnega bogastva v njihovih rokah. (www.Pačnik, 2009)

Generacija X so ljudje, rojeni med letoma 1965 in 1980. Glavne značilnosti te generacije so podjetnost, velika mera samostojnosti, usmerjenost v rezultate in ne v procese, spretnost v osebni in elektronski komunikaciji. Avtoritete pogosto izzivajo in radi kršijo pravila. Cenijo uravnoteženost poslovnega in družinskega življenja, njihova glavna vrednota pa je pravičnost. (www.Vukasović-Žontar)

Generacija Y so ljudje, rojeni med letoma 1981 in 2000. Glavne značilnosti te generacije so samozavest in samozadostnost, inovativnost, pričakovanje hitrih nagrad in rezultatov, visoka raven civilne in globalne ozaveščenosti ter sposobnost opravljanja več nalog hkrati. Predstavniki te generacije cenijo možnost osebne rasti, pridobivanja novih znanj in izkušenj. (www.Vukasović-Žontar)

OPERACIJSKA MEDICINSKA SESTRA IN NASILJE

Delo v zaprtem prostoru, časovni pritiski, hrupu ali nelagodni tišini, nenadni preskoki od običajnih k intenzivnim nalogam, nična toleranca do napak, neprijetni prizori in zvoki, dolgotrajno delo v stoječem položaju so stresni dejavniki, s katerimi se vsakodnevno srečuje operacijska medicinska sestra. Priznava jih tudi mednarodni svet medicinskih sester. (ICN, 2001)

Prav pri operacijski mizi prihaja do najtesnejšega sodelovanja med kirurgom in operacijsko medicinsko sestro. Operacijska medicinska sestra (instrumentarka) je ob zdravniku v izrazito podrejenem položaju. Čeprav kirurgi v pogovoru priznavajo, da je dobra instrumentarka korak pred kirurgom, so njena opravila povezana predvsem z zdravnikovim naročilom.

Če stresnemu okolju, naravi dela in močni hierarhiji dodamo še vedno žive stereotipe, potem je operacijska soba idealno okolje za pojav različnih oblik nasilja.

Nasilje je sestavni del naših delovnih okolij in se mu ni mogoče popolnoma izogniti. Potreba po moči je lastna vsem ljudem, zato smo vsi ljudje potencialni povzročitelji nasilja.

Glede na to je sodelovanje pri operaciji izredno stresno za vse udeležence. Ker je nasilja več na delovnih mestih z visoko zahtevnostjo, bi bilo zanimivo tudi v slovenskem okolju raziskati, ali je več nasilnega vedenja med operacijskimi medicinskimi sestrami v primerjavi z ostalimi poklicnimi kolegicami.

V operacijski sobi se največkrat srečujemo z verbalnim nasiljem, ki bi ga lahko razvrstili na:

- vertikalno, ko gre za nasilje nadrejenega nad podrejenim, najpogosteje kirurg – operacijska medicinska sestra ali glavna medicinska sestra operacijskega bloka – operacijska medicinska sestra;
- horizontalno, kjer gre za nasilno obnašanje ljudi istega položaja; operacijska medicinska sestra – operacijska medicinska sestra.

Operacijska medicinska sestra je pogosto strelovod za nezadovoljstvo in sproščanje jeze. Med operacijo prevečkrat prihaja do namerne ali nenamerne uporabe grobih besed, vpitja in zmerjanja, pa tudi poniževanja. Toleranca do teh pojavov je zelo široka, navadno se opravičuje s kolerično naravo posameznika. Ne poznam primera, ko bi operacijska medicinska sestra zaradi nasilja zapustila operacijsko sobo. Največ, kar lahko pričakuje od svojih kolegic, je načelno obsojanje dejanja. Kolektiv se ne odzove, tudi zato, ker se vsak boji, da bo naslednjič sam na vrsti. Pogosto pa kolektiv nasilno obnašanje tolerira in zanj išče opravičilo v smislu: *»Saj ni čudno, da jih je slišala, saj si je sama kriva, ker se zdaj ne zna.«*

HORIZONTALNO NASILJE MED OPERACIJSKIMI MEDICINSKIMI SESTRAMI

Zanimivo bi bilo raziskati tudi psihološki portret operacijskih medicinskih sester in posebno izrazito željo po pohvali in biti najboljša.

PRIMADONA V PERIOPERATIVNI ZDRAVSTVENI NEGI

Primadona (ital. prima donna) je prva pevka, pevka glavnih opernih vlog (Priročni slovar tujk, 2005). Uspeh operne predstave ni možen brez prave primadone, saj jo publika obožuje.

In kako je delati s primadono v operacijski sobi? To je nedisciplinirana oseba, ki težko dela po navodilih ali v timu. V resnici si ne želi biti del tima, ampak solist. Primadona je lahko moški ali ženska, mlad ali star, medicinska sestra ali kdo drug v operacijski sobi. Primadona je zelo dobra pri svojem delu in tega se zaveda. Je samozavestna in zagledana vase. Nekatere so prav briljantne in zelo inteligentne. Primadona se zelo dobro zaveda svoje vrednosti. Visoko jo cenijo tudi menedžerji. Največkrat sodelavci plačajo ceno za njen uspeh. Primadona ima v

operacijski sobi zelo visoka pričakovanja do sebe in pogosto katastrofalen odnos do sodelavcev. Zna biti egoistična, prepričana je, da zanjo pravila ne veljajo, da ji pripadajo privilegiji, da ima prednost pri udeležbi na seminarjih. (Povzeto po Girard, 2005.)

V perioperativni zdravstveni negi obstajajo različni tipi primadon in lahko jih najdemo v vseh strokah.

The know it all (pametnjakovič)

Ti posamezniki kar naprej vsakomur razlagajo, da se samo oni znajo resnično dobro pripraviti na posamezno operacijo. So ošabni in neobzirni do sodelavcev, čeprav mislijo, da so dobri kot kruh. Čeprav so lahko odlični izvajalci, še zdaleč niso tako dobri, kot mislijo.

The passive aggressor (pasivni napadalec)

Te primadone zahtevajo veliko pozornosti. Z njimi je treba delati v rokavicah. Če jih prosite, naj nekaj naredijo, obljubijo, da bodo, potem pa toliko časa zavlčujejo z delom, da nekdo drug namesto njih opravi delo. Potem pa kritizirajo, da delo ni pravilno narejeno.

The artist (umetnik)

Ti ljudje so kreativni, ambiciozni in imajo milijon idej. Radi razmišljajo o dragih projektih. Ob tem pa niti najmanj ne upoštevajo organizacije, proračuna in programa oddelka. Tudi človeške potrebe svojih sodelavcev jih ne zanimajo. Te ljudi se tolerira samo zato, ker imajo dobre ideje.

The old timer

Te primadone že od nekdaj delajo v operacijski sobi. Vsi jih imajo radi. Vendar te instrumentarke mislijo, da danes zaslužijo plačo, ker so že dovolj pretrpele. Saj so včasih veliko več dežurale in delale ponoči ali med prazniki kot kdorkoli. Torej jim ni treba več toliko delati. Ko pridejo v službo, zapravljajo čas s pohajanjem iz ene operacijske sobe v drugo in opravljajo. Časi, ko so bile produktivne, so že daleč.

The bully (nasilnež)

To so zelo produktivni in dobri delavci. Problem pa je, da kričijo in vpijejo na vsakogar. Ljudje okoli njih so v stalnem strahu in se trudijo in delajo kot nori, ker si ne želijo biti izpostavljeni kričanju. Njihova razdražljivost in izbruhi kričanja so snov za pripovedovanje legend o ustanovi. Vsak pogovor o spoštljivem obnašanju do zaposlenih pa zavračajo. (Povzeto po Carbonara, 1997; Girard, 2005.)

Pogost pojav v operacijskem bloku je kirurgovo favoriziranje določene operacijske medicinske sestre. Takšni tandemi, kot opažam, zavedejo favorizirano operacijsko medicinsko sestro, da ima občutek moči in postane nasilna do ostalih kolegic. Od tega, da vztraja, da se samo ona umiva pri določenih operacijah, do sodelovanja pri obrekovanju in kritiziranju sodelavke, vse skupaj se lahko stopnjuje do mobinga. Pojavlja se tudi izsiljevanje in dokazovanje moči kirurga in favorizirane medicinske sestre pri glavni medicinski sestri, ki razporeja osebje v operacijskem bloku. Zgodilo se je že, da je bila operacijska medicinska sestra, ki se je uprla

takemu nasilju in ga prijavila nadrejenim, označena kot pretirano občutljiva, sicer deležna načelnega obsojanja nasilja, vendar so ji ponudili delo v drugi operacijski sobi ali celo na drugem oddelku izven operacijskega bloka. Premiščena je bila pod pretvezo, da je to zanjo najboljše.

Sicer pogosto govorimo o timskem delu, vendar so timi v resnici pogosto skupek individualnega, pogosto tekmovalnega obnašanja, kjer agresivnejši člani za vsako ceno uveljavljajo svoje pravice, četudi jih s tem kratijo drugim. V marsikateri skupini velja, da večja ko je skupina, manj truda vlagajo posamezniki (*Če nihče ne dela, tudi jaz ne bom. Tako in tako me nihče ne upošteva, zakaj bi se trudil. Saj nihče ne ve, kaj se dogaja.*) (Povzeto po Kržišnik, 2007.)

Medicinska sestra, ki začne svojo poklicno kariero v operacijskem bloku, mora osvojiti veliko specialnih znanj, s katerimi se ni srečala v času svojega formalnega izobraževanja. Slovenske literature je na tem področju zelo malo, osnovna znanja so zbrana v vodniku perioperativne zdravstvene nege za začetnike, ki pa je izšel šele leta 2005. Tudi specialistični študij perioperativne zdravstvene nege poteka na Visoki zdravstveni šoli v Mariboru šele od leta 2003. Zato je medicinska sestra začetnica v veliki meri odvisna od svojih izkušenejših kolegic, ki ji posredujejo svoja znanja. Doba uvajanja traja različno dolgo in je odvisna od več dejavnikov. Da izgubi strah pred tem, da ne bi obvladala situacije pri operaciji, pa potrebuje nekaj let. Zato je operacijska medicinska sestra začetnica dalj časa v podrejenem položaju do kolegic z daljšim stažem v operacijskem bloku. V tem času je lahko velikokrat izpostavljena verbalnemu nasilju, sploh če za osvojitev ročnih spretnosti, ki so potrebne pri instrumentiranju, potrebuje dalj časa. Ni samo vpitje, poniževanje in zmerjanje nasilno vedenje. Tudi neverbalna komunikacija zna biti zelo agresivna (zavijanje z očmi, zelo oster, trd, sarkastičen ton, suh nasmešek, višina glasu, ...). Naj naštejem samo nekaj primerov verbalnega nasilja:

- Ogovarjanje in zavist sta del slovenske folklorne, ki v pretežno ženskih kolektivih pride še posebej do izraza. *Zakaj je pa doktor danes tako kričal? Ampak včeraj, ko sem bila jaz v dvojki, je bil pa prav dobre volje. Ti, kako se pa nova kaj znajde? Desetkrat sem ji že pokazala, pa sploh ne dojame, joj, je storasta, ne vem, kdaj se bo naučila?* Pravzaprav zelo radi pozabljamo na svojo učno dobo.

- Pikolovsko vztrajanje pri nepomembnih malenkostih nam je tudi znano. *Že včeraj sem ti rekla, da daj kirurško pinceto bolj levo.*

- Samohvala in poudarjanje lastne popolnosti ter nezmotljivosti. *Jaz sigurno vsako mrežo preštejem.* Sporočilo je jasno, da drugi ne štejejo mrež z instrumenti. Operacijske medicinske sestre rade poudarjamo lastno pomembnost tudi v odnosu do anestezijskih medicinskih sester, ki imajo po našem mnenju lažje delo (*Ko imam največ dela, moram še pacienta naprej klicat, anestezijska sestra pa cel dan sedi*). Znano je tudi rivalstvo do medicinskih sester v centralni sterilizaciji. (*Jaz vem, da nisem izgubila prijemalke, sigurno so jo v sterilizaciji, tam vse zmešajo.*)

- Posplošene izjave in obtoževanje. *Dokler ni bilo mlajših, se ni nič izgubljalo. Spet je prazna škatla šivov, sigurno sta bili včeraj v tej operacijski mlajši dve.*

- Pregovarjanje zaradi razporeda. *Ne vem, zakaj moram biti spet jaz v dvojki, kar naj gre še kdo drug, jaz sem bila že dvakrat ta teden.* (Berkopec, 2009)

Da nasilno vedenje v operacijskih dvoranh povzroča stres, frustracije, moti koncentracijo, ovira komunikacijo in je škodljivo za vso osebje, ogroža pa tudi pacienta, opozarjajo tudi različni tuji avtorji, ki svoje zgodbe predstavljajo na internetnih straneh. (Ratner, 2006)

PREPOZNAVANJE IN ZMANJŠEVANJE HORIZONTALNEGA NASILJA

Na pogost pojav nasilja v operacijskih sobah opozarjajo tudi v svetu. Herbert Dunn je v AORN Journal-u (2003) objavil raziskavo o horizontalnem nasilju med medicinskimi sestrami v operacijski sobi v New Jersey-u. Poudaril je, da je priznanje horizontalnega nasilja boleče, vendar nujno prvi korak pri odpravi le-tega. (Berkopec, 2009)

Podobno kot ostale medicinske sestre tudi operacijske medicinske sestre pasivno sprejmemo nasilje kot del službe. V začetku poklicne kariere si o tem ne upamo spregovoriti, saj se bojimo, da bomo s tem sprožile še več nasilja. Kasneje postanemo neobčutljive za ta pojav in ga sprejemamo kot del službe, pogosto pa ga zavedno ali nezavedno tudi same povzročamo.

Pahorjeva (1999) je zapisala, da je prvi korak v zmanjševanju nasilja njegovo prepoznavanje in pridobivanje znanja o tem pojavu. Potrebno je znanje, ki ni le na ravni izkustev posameznika, ampak je pridobljeno sistematično in organizirano v celovit pregled. Potrebno je poznati razsežnosti, lokacije, okoliščine, udeležence in posledice nasilja v zdravstveni negi. Kot pravi Pahorjeva, se je nenasilnega vedenja mogoče tudi naučiti. Pogoj za to je ponotranjenje prepričanja, da je nasilje nesprejemljivo. Gre za projekt, ki izgleda v veliki meri utopičen in gotovo ne obeta velikih sprememb v kratkem času.

Zaključek

Posamezne karakteristike primadone obstajajo v vsakem izmed nas. V bistvu lahko vsakdo v svojem obnašanju najde elemente obnašanja primadone. Potreba po moči je skupna vsem ljudem in vsakdo je lahko potencialni povzročitelj nasilja. Zaradi generacijskih razlik, različnih želja, vrednot in razlogov za delo med zaposlenimi pogosto prihaja do nesoglasij. Konflikti pravzaprav ne bi predstavljali problema, če bi vsi obvladali suvereno komunikacijo in se znali postaviti za svoje pravice, ne da bi omejevali pravice drugih ljudi.

Čeprav imamo včasih občutek, da imamo že vsa potrebna znanja o komunikaciji, nam ravno na tem področju največkrat spodleti. Občutek lastne večvrednosti, impulzivne reakcije, ignoriranje so pogoste oblike vedenja v naših delovnih okoljih. Pravzaprav je lažje nastopati v vlogi žrtve in zmeraj vedeti, kaj vse bi morali narediti drugi.

Pridobivanje znanja o različnih vrstah nasilja na delovnem mestu in priznanje, da horizontalno nasilje obstaja tudi v naših delovnih okoljih, je prvi korak. Poglejmo se v ogledalo, si priznajmo napake, ki jih delamo pri komuniciranju in se trudimo delovati nenasilno, saj se je nenasilnega

vedenja mogoče tudi naučiti. Ko bo vsakdo ozavestil prepričanje, da je vsakršna oblika nasilja nesprejemljiva, potem bo spoštovanje sodelavcev spet postalo vrednota.

Literatura

1. Berkopec, M. Ali znamo biti operacijske medicinske sestre zlobne?
2. Carbonara, P. Fire Me. I Dare You! Dostopno na: http://www.inc.com/magazine/19970301/1188_Printer_Friendly.html (28.9.2009)
3. Deklaracija ICN. Iz ICN – mednarodnega sveta medicinskih sester. Utrip; informativni bilten Zbornice zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, leto IX, številka 5, maj 2001.
4. Dunn, H. Horizontal violence among nurses in the operating room. AORN Journal. Dostopno na: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_6_78/ai_111895683 (10.9.2008).
5. Girard, N.J. Dealing with perioperative prima donnas in your OR. Dostopno na: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_2_82/ai_n14920397/ (2.6.2009).
6. Klemenc, D, Pahor, M. Nasilje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji V: Nasilje in spolno nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. Zbornik člankov s strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo. DMSZT Ljubljana, 1999.
7. Klemenc, D. Za življenje (in delo) v nenasilni družbi. Obzor Zdr N 2001; 35: 161-2.
8. Klemenc, D, Pahor, M. Zmanjševanje pojavov nasilja na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. Obzor Zdr N 2004; 38: 43-52.
9. Klemenc, D. Povabilo k sodelovanju: Skupaj oblikujemo vrednote Zbornice-Zveze. Utrip julij-avgust 2009.
10. Kržišnik, R. Obvladovanje konfliktov v delovnem okolju. Suverena komunikacija v kritičnih komunikacijskih situacijah. delovno gradivo, Novo mesto, 2007.
11. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Mednarodni kodeks etike za babice. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2006.
12. Mehallow, C. Generational Conflict in Nursing. Dostopno na: http://healthcare.monster.ca/14051_en-CA_p1.asp
13. Nelson, R., Winding, D. Differing views on perioperative prima donnas. Dostopno na: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_5_82/ai_n15866279/ (14.5.2009).
14. Pačnik, M. Kakšne so razlike med generacijami v podjetjih. Dostopno na: <http://www.vecer.com/clanek2009082505462652> 14.10.2009
15. Pahor, M. Nasilje v zdravstveni negi – contradictio in adiectio?. V: Nasilje in spolno nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. Zbornik člankov s strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo. DMSZT Ljubljana, 1999.
16. Priročni slovar tujk. Ljubljana: Cankarjeva založba, 2005
17. Ratner, T. Building Respect in the OR. Dostopno na: <http://www2.nursingspectrum.com/articles/article.cfm?aid=24194> (16.9.2008).

18. Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, DMSZT Ljubljana. Problematika izvajalcev zdravstvene nege. Dostopno na: http://www2.kclj.si/_sporocila/sp-2001-05-10-1.html (16.9.2008).
19. Žagar, L. Intervju z Majo Vukasović Žontar: Kako obvladovati razlike med pripadniki generacij x in y <http://www.finance-akademija.si/?go=article&artid=236618> 14.10.2009
20. <http://sl.wikipedia.org/wiki/Vrednota> 14.10.2009

DEJAVNOSTI, PRIMERNE ZA STANOVALCE Z DEMENCO

Jana Starc

Povzetek

dolgoročni spomin je pri stanovalcih z demenco ohranjen dlje kot kratkoročni in pri sicer slabo komunikativnem stanovalcu lahko s to metodo sprožimo, da spregovori in pove svoje izkušnje. Zelo je primerna za delo v skupini, seveda pa se izvaja tudi individualno.

Različne storitvene dejavnosti lahko stanovalcu pomagajo pri ohranjanju v življenju že naučenih in uporabljenih sposobnosti in mu ob tem nudijo še zadovoljstvo.

Obravnavo stanovalcev z demenco mora biti celostna. Potrebno je nuditi optimalne pogoje življenja ljudem, ki so skoraj v celoti odvisni od nas.

V zdravstveni negi v domu starejših občanov pri obravnavi stanovalca z demenco je potrebno še posebno pozornost posvečati spoštovanju stanovalca in njegove zasebnosti, razvijanja možnosti izbire in kontrole ter pozitivnega odnosa z osebjem, kajti to lahko izboljša kakovost življenja in počutja. Te dejavnike je možno doseči z izobraževanjem in usposabljanjem osebja ter oblikovanjem terapevtskega okolja, ki poudarja individualnost stanovalca. Čim večje spoštovanje individualnih potreb in zasebnosti stanovalcev so prihodnost zdravstvene nege v domu starejših občanov, seveda pa so za to potrebna materialna sredstva, človeški potenciali ter sodelovanje svojcev. Ne moremo nadomestiti domačega okolja, lahko pa se mu približamo.

Na zadovoljstvo stanovalca vpliva empatičnost in strokovno opravljena storitev. To pomeni, da morajo odločitve negovalnega tima temeljiti na strokovnem znanju in moralno etičnih načelih, ki zagotavljajo optimalne rešitve z vidika interesov stanovalca in skupine. Medicinska sestra vsak dan sprejema različne etične odločitve, vendar običajno ne razmišlja, ali se odloča na osnovi kakšnih posebnih teorij oziroma načel, ampak odločitev prilagodi stanovalcu.

Delovne izkušnje s stanovalci z demenco in delovna doba pozitivno vplivata na delo. Delovne izkušnje vplivajo na to, da na stanovalce in njihovo vedenje gledamo v drugi luči. Kar včasih pri zdravstveni negi občutimo kot udarec ali čvrst prijem, je lahko obupan poskus stanovalca, ki želi pridobiti jasno in nedvoumno informacijo in ne agresija.

Jana Starc, dipl. m. s., spec.,
Dom starejših občanov Krško

Ključne besede: medicinska sestra, zdravstvena nega, celostna obravnava

1. SESTAVLJENE DEJAVNOSTI

To so dejavnosti, ki so sestavljene tako, da z njimi bolnik krepi socialne stike in intelektualne spretnosti.

Življenjska knjiga

Sestaviti življenjsko knjigo posameznika pomeni, da zberemo stanovalčeve osebne fotografije, stare in novejše, in razglednice krajev, v katerih je nekoč živel, kakšen star časopisni odrezek, pomemben za posameznika, morda papirček najbolj priljubljenega bonbona ali del vrečke čaja ali kave, koder las ali posušen cvet. Vse to se vloži v večji album in se zraven pripiše komentar. Tako urejen album je za stanovalca poln spominov, pomaga mu, da se spomni, kdo je in kaj je v življenju delal, kje bival, kaj je imel rad in česa ne. Spominja se in obnavlja svojo identiteto. Pri stanovalcih v domovih so življenjske knjige tudi informacije osebju, kdo so stanovalci, za katere skrbijo, in so lahko vir za razgovore in razumevanje. (Pentek, 1996)

Tako je bilo v starih časih

Spominjanje in pripovedovanje, kako je bilo včasih, je za stanovalca z demenco zelo pomembno. Spominjanje mu lahko olajšamo tako, da govorimo o starih časih, mu pomagamo obujati spomine z različnimi starimi predmeti. Dolgoročni spomin je namreč pri stanovalcih z demenco dlje ohranjen kot kratkoročni, in pri sicer slabo komunikativnem stanovalcu lahko s to metodo sprožimo, da spregovori in pove svoje izkušnje. Zelo je primeren za delo v skupini, seveda pa se izvaja tudi individualno.

Pentek (1996) navaja nekaj tem, s pomočjo katerih se stanovalec lažje spominja dogodkov v preteklosti:

- pogovor o šoli pred mnogimi leti ob podpori starih šolskih pripomočkov, kot so tablica za pisanje in kreda, lesena puščica, pero in tintnik;
- pogovor o različnih narodnih običajih, na primer o vasovanju, kmečki poroki, običajih pri odhodu fantov na služenje vojaškega roka. Tu uporabimo stare
- nevestine pajčolane, fotografije šrange, narodne noše, kako narediti »pušelj«, ki so ga dekleta dala fantom pred odhodom v vojsko, zapeti podoknico;
- razgovor o nekdanji modi. V gledališču sposojeni čevlji, klobuki, rokavice, plašči in obleke zelo popestrijo in zbudijo spomine;
- kako se je gospodinjilo včasih, tu so v pomoč stara posoda, mlinčki za kavo, žehnik- pernik, burkle in drugi predmeti;
- kako se je delalo na polju ali v tovarnah. Mlatitveni cepec bo marsikoga spomnil, kako se je potil, ko je bil čas žetve in mlačve, staro orodje bo koga spomnilo, kako je bilo včasih v tovarnah, kako je orodje uporabljal on sam.

Predmete poiščemo na podstrešjih ali kleteh, prosimo pa tudi svojce, da prinesejo kakšen starejši predmet, s pomočjo katerega se stanovalec lažje spominja dogodkov iz preteklosti. Pomagamo pa si lahko s fotografijami predmetov.

Vsakodnevne dejavnosti

Postopoma stanovalec z demenco izgublja sposobnost, da opravlja vsakodnevne dejavnosti. To se najprej pokaže pri jutranjem umivanju in urejanju v kopalnici in pri oblačenju. Stanovalec pomeša, kaj naj stori najprej ali pa kaj naj počne s številnimi predmeti, ki so pred njim. Pogosto zaradi pomanjkanja časa svojci in osebje raje delo opravijo sami. Vendar to ni prav. Pri jutranjem urejanju stanovalcu postopoma ponudimo najprej kremo za zobe in pokažemo, kaj naj naredi, nato kremo za obraz, šele nato krtačo ali glavnik in tako dalje. Tudi pri oblačenju dajemo stanovalcu kos za kosom. Bistveno je torej razdeliti sestavljene dejavnosti na enostavne korake, ki jih stanovalec še dolgo zmore. Podobno je potrebno voditi stanovalca pri ostalih vsakodnevnih aktivnostih, kot so hranjenje, umivanje, obuvanje in uporaba stranišča. Ugotovili so, da so stanovalci z demenco pogosto inkontinentni zato, ker se prepozno spomnijo, da morajo odvajati blato ali vodo in potem ne najdejo stranišča. Zato priporočajo, da se vrata stranišč puščajo odprta in se stanovalec prej spomni, da mora odvajati in tudi hitreje najde pot na pravo mesto.

Stanovalci, ki so v svojem življenju delali v naravi ali pa bili radi v naravi, z zadovoljstvom kaj postorijo na vrtu, v sadovnjaku. Zato je prav, da se jih vključi v zunanje dejavnosti in da delajo, kar pač zmorejo. (Pentek, 1996)

Storitvene dejavnosti

Različne storitvene dejavnosti lahko stanovalcu pomagajo pri ohranjanju v življenju že naučenih in uporabljenih sposobnosti in mu ob tem še nudijo zadovoljstvo:

- uporaba barv. Barvajo na različne podlage in predmete. Tako nastajajo pobarvane lesene rože, poslikane tkanine, slike z bolj ali manj določljivo obliko;
- uporaba papirja. Iz pisanega papirja lahko izdelujejo maske, cvetje, okraske za božič, novo leto, čestitke za različne praznike in podobno;
- uporaba različnih niti, trakov in vrvic za vezenje, pletenje in kvačkanje. Pri nekaterih je ta sposobnost dolgo prisotna in lahko napravijo raznobarvne kvadrate, ki se potem zašijejo skupaj. Lahko se delajo tudi enostavni makrameji;
- uporaba različnih tkanin. Izdelajo lahko kolaže, morda vrečke za različne predmete, naredijo lahko preprosta oblačila, kot so halje za delo ali predpasniki;
- uporaba lesa. Stanovalci lahko izdelajo različne makete, mozaike, bolj spretni lahko ob vodenju naredijo uporabne predmete, na primer podstavek za jajca, posodico za začimbe;
- uporaba voska. Izdelovanje sveč, kipcev;
- uporaba gline. Za izdelovanje predmetov ali pa le za gnetenje;

- uporaba suhega cvetja, listov za vezenje šopkov, oblikovanje herbarija;
- uporaba stekla. Tu je treba biti zelo pazljiv zaradi možnosti poškodb. Svetuje se slikanje na debelo steklo in steklenice..

K sestavljenim dejavnostim spadajo tudi vse dejavnosti, povezane z glasbo.

Družbene dejavnosti

Te so ponavadi med stanovalci z demenco dobro sprejete. Pomagajo jim vzdrževati socialne stike, poleg tega pa zaposlijo tako glavo kot telo. Težavnost iger je treba izbrati glede na stanovalčeve sposobnosti.

Na primer:

- vrečka presenečenja. V večjo papirnato vrečko damo različne predmete, potem vsak od sodelujočih odpre svojo vrečko in pove, kaj je v njej;
- sedenje v krogu in podajanje predmeta od enega do drugega. Na primer: krožeča škatla s piškoti ob spremljavi glasbe - ko se melodija konča, lahko tisti, ki ima škatlo pred sabo, iz škatle vzame piškot;
- organizacija raznih kvizov, to so lahko glasbeni kvizi, ko se pove, na primer, del besedila neke pesmi, nadaljevanje pa mora nekdo uganiti. Ali pa bolj zemljepisno usmerjeni kviz, ko je potrebno naštetimena krajev in rek. Možni so opisni kvizi, ko se iz kupa izbere razglednica in opiše, kaj se vidi na njej, drugi ugibajo, kateri kraj je to;
- igranje tombole, binga oziroma podobnih iger na srečo z nagradami. Namesto številke se lahko uporabljajo slike;
- organiziranje čajank ali sladoledne in piškotne pojedine ali kakšnega drugega srečanja, povezanega s pripravo hrane;
- skupinsko poslušanje radia ali branje časopisa in komentiranje dogodkov;
- odhod v živalski vrt, park, na izlet k reki, poskus ribolova in podobno.

Možno je seveda organizirati še marsikaj drugega, potrebni so inovativnost in pogum svojcev ter osebja. (Pentek, 1996)

2. PRETEŽNO TELESNE DEJAVNOSTI

Hoja

Za večino stanovalcev je hoja najbolj primerna telesna aktivnost. Če ne poznamo nobenih zdravstvenih zadržkov, naredimo skupaj s stanovalcem 10-minutno hojo preizkusa, da se vidi, ali pri stanovalcu vendarle ne obstajajo kakšni zadržki glede hoje. Če zadržkov ni, se svetuje podaljševanje časa hoje vsak teden za 5 -10 minut. Svetuje se, da se na začetku sprehajalni ritem hoje priredi posamezniku. Ko stanovalec že hodi pol ure na dan, se začne postopoma uvajati element hitre hoje, sprva 10 sekund in nato vsak teden 5 sekund več. Glede na telesne zmožnosti stanovalca se ta interval daljša do treh minut. Idealno bi bilo, če

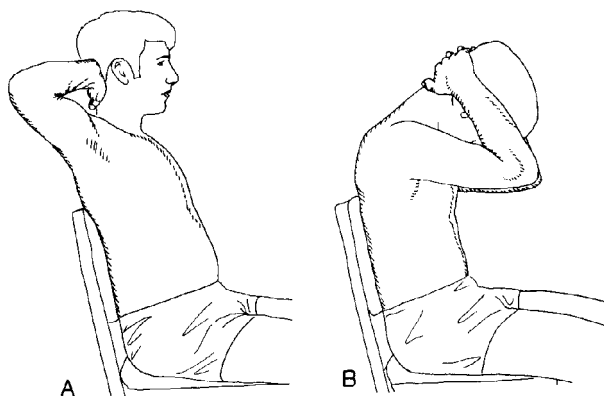
bi na koncu dosegli pol do enourno hojo stanovalca s tremi do petimi intervali triminutne hitre hoje

Telovadba ali telesne vaje

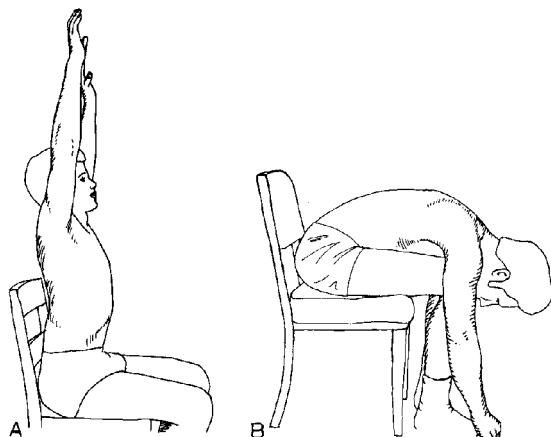
Je priporočljiva telesna aktivnost. Stanovalci z demenco ne znajo vedno teh vaj popolno pravilno izvajati, vendar naj vseeno poskusijo in naredijo, kar zmorejo. Vaje, ki jih priporoča svetovna zdravstvena organizacija, se izvajajo počasi, kot da bi počasi vrtel film. Vsaka vaja naj se naredi petkrat.

Pentek (1996) opisuje priporočljive vaje:

- dihalne vaje. V sedečem ali stoječem položaju globok vdih skozi nos in nato izdih skozi usta. Ob tem naj se dviguje in spušča prsni koš in napenja trebušna miškulatura.
- Kroženje rok. Roke naj se odročijo in iztegujejo v vodoravni položaj, nato naj se kroži naprej v smeri urinarnih kanalov in nato v obratni smeri.
- Kroženje ramen. Roke so ob telesu, izvaja se vrtenje v ramenih, sprva v smeri in nato v nasprotni smeri urinarnih kanalov.
- Premiki glave. Pogled in premik glave v desno, nato naprej in v levo.
- Dvigovanje kolen. Vaja se bolj varno izvaja sede na stolu, lahko pa tudi stoje. Skrčeno koleno se dvigne proti prsim, enkrat levo, nato desno, vsako po petkrat.
- Dvigovanje ramen. Najprej se petkrat dvigne leva rama proti levemu ušesu, nato desna proti desnemu ušesu in nazadnje se dviguje obe rameni, se ju za nekaj časa zadrži v dvignjenem položaju in nato spet spusti.
- Dvigovanje na prstih. Tudi ta vaja je za nekatere enostavneje izvedljiva sede.
- Obračanje trupa. Zada na temenu se prekrizata obe dlani in se nato počasi zasuka trup v eno in nato drugo stran.
- Stransko kroženje z rokami. Roke dvigujemo iz položaja ob telesu naprej in navzgor ob glavi.
- Zibanje v stran. Ponovno prekrizamo dlani na temenu in se počasi zazibamo na stran in navzdol v levo in nato v desno.
- Dotikanje kolen z dlanjo nasprotne strani. Tudi ta vaja se varneje izvaja sede. Z dlanjo leve roke se dotika desno koleno in z dlanjo desne roke se dotika levo koleno. (Pentek, 1996)



Slika št. 5: dihalne vaje sede (Kisner, Colby, 1996)



Slika št. 6: razgibavanje zgornjega dela telesa (Kisner, Colby, 1996)

Omenjene vaje lahko stanovalcu izvaja zelo dobro ali pa le približno. Toda vseeno ga pri izvajanju vaj podpiramo in spodbujamo, da jih redno izvaja in ga ne pozabimo pohvaliti. Vsaka telesna aktivnost, ki jo bo izvajal, mu bo pomagala vzdrževati sposobnost gibanja in gibčnosti ter omogočala večjo samostojnost. (Pentek, 1996)

3. VAJE ZA OHRANJANJE INTELEKTUALNIH SPOSOBNOSTI

Za te vaje se priporoča, da se delajo redno, vsak dan. Od tega, kako je pri stanovalcu razvita demenca, je odvisno, kako dolgi in kako zahtevni naj bodo intervali miselnih vaj. Stanovalcu je dobro zastaviti cilj, da se uči smiselno. Uporablja naj različne tehnike, na primer zapisovanje,

poslušanje, branje, gledanje različnih materialov. Skupaj s stanovalcem si je treba vzeti dovolj časa tako za učenje kot kasneje za počitek in odmor. O naučenem si naj, če je le možno, smiselno naredi povzetke ter jih še kdaj pregleda in naučeno ponovi. Koliko bo stanovalec ta navodila upošteval, je seveda odvisno od razvitosti bolzani.

Vaje, namenjene vzdrževanju besednega zaklada in razumevanju besed:

- Poimenovanje. Izbere se neka črka in nato se poišče čim več besed na tisto črko. Če bolezen še ni razvita, se lahko iščejo podskupine. Primer vaje je na primer poimenovanje živali na črko S (srna, sinica, skobec, slon, skuša, som), razdelitev na podskupine kopenske živali (srna, slon), vodne živali (som, skuša), živali, ki letijo (sinica, skobec).
- Stanovalec naj napiše ali pove besede, ki so smiselno povezane z neko besedo, na primer hiša. Nato stanovalec še razloži, zakaj se je odločil za te besede in povezavo med njimi.
- Stanovalec pogleda okoli sebe in opiše, kaj vidi.
- Razglednico ali fotografijo pokažemo stanovalcu, nato jo odložimo in povabimo stanovalca, da opiše videno.

Vaje za vadbo kratkoročnega in dolgoročnega spomina:

Temu so namenjene spodaj omenjene vaje:

- Odlomek iz časopisa ali knjige naj stanovalec prebere in ga nato obnovi.
- Neko dogajanje na televiziji ali na videu naj si stanovalec pozorno ogleda in ga nato obnovi.
- Stanovalca spodbujamo k poslušanju radijske oddaje in ga potem prosimo, da nam pove, o čem je tekla beseda.

Vaje so namenjene predvsem dolgoročnemu spominu. Izredno je pomembno še reševanje vseh mogočih križank in njim podobnih vaj.

Vaje za vadbo abstraktnega mišljenja in vizualnih predstav:

To so precej zahtevne vaje, ki jih lahko izvajajo stanovalci na začetku boleznii.

Primeri:

- Napisati črke abecede, poleg njih pa različne znake. S temi novimi znaki nato napisati nekaj besed, stavkov.
- Zapisati šest števil in jih nato v parih sešteti, odšteti in sestavljati.
- Narisati zrcalno sliko nekega poljubnega lika v vodoravni in navpični liniji.
- Ogledati si risbo in uganiti, kaj na njej manjka. Na risbi naj bo narisana na primer oseba v dežju brez dežnika, ali pa obraz brez ust. (Pentek, 1996)

Zaključek

Čeprav je v bazičnem izobraževanju podano znanje za delo s stanovalci z demenco, pa je dejstvo, da v nobeni stroki ni zadostno tisto znanje, ki ga pridobimo v času šolanja. Medicinske sestre smo odgovorne za razvoj in nenehno usposabljanje na tem področju, kajti zdravstvena nega stanovalca z demenco je strokovna obravnava. Pri tem pa moramo poudariti pomen timskega dela.

Če je osebno zadovoljstvo pristno in je opazno zaupanje znotraj zdravstvenega tima, bo stanovalcu dan občutek sprejetosti, varnosti in pripadnosti in vrednote v zdravstveni negi so vidne.

Literatura

1. Kisner, C, Colby, L. Therapeutic Exercise. Foundations and Techniques. Philadelphia, 1996.
2. Pentek, M. Vaje za vadbo spomina in koncentracije. V: Dementni bolniki in njihovi skrbniki ter uporaba testov pri odkrivanju dementnosti. Poljče: Gerontološko društvo Slovenije, 1996.

STRES PRI OSEBAH Z DEMENCO, NJIHOVIH SVOJCIH IN MEDICINSKI SESTRICI

Martina Žerjav

Povzetek

Stres je odziv organizma na škodljive zunanje ali notranje vplive in ima zelo pomembno vlogo na vseh področjih življenja. Lahko ga definiramo kot neskladje med dojemanjem zahtev na eni strani in sposobnosti za obvladovanje zahtev na drugi strani.

Vloga medicinske sestre pri premagovanju stresa je dvojna. Naprej mora prepoznati stres ali stresno situacijo pri sebi in jo odpraviti. Le na ta način bo lahko prepoznala stres pri osebi z demenco in njihovih svojcih. Zavedati se moramo, da osebe z demenco doživljajo hude stresne situacije pri spremembi okolja in oseb ob njih. Svojci oseb z demenco pa doživljajo izjemne stresne situacije ob namestitvi svojih najbližjih v institucijo, saj jih obdaja občutek nemoči, nesposobnosti, strahu in nelagodja. Zato je izjemno pomembno, da stres prepoznamo in smo dovolj strokovni in empatični, da lahko osebi z demenco in svojcem pomagamo. Zelo pomembno je, da se naučimo obvladati svoje življenje in se naučimo obvladati stres.

Opazovanje, prepoznavanje težav, svetovanje in poslušanje so vrednote, ki jih medicinska sestra ima in s tem gradi vzajemen odnos vseh udeleženi.

Ključne besede: stres, stresna reakcija, preventiva, oseba z demenco, svojci

1. KAJ JE STRES?

Izraz stres izvira iz latinščine, v angleščini je bil prvič uporabljen v 17. stoletju, in sicer za opis nadloge, pritiska, muke in težave. V 18. stoletju pa se je splošen pomen besede stres spremenil; poslej je pomenil silo, pritisk ali močen vpliv, ki deluje na predmet ali osebo.

Stres je odziv organizma na škodljive zunanje ali notranje vplive in ima zelo pomembno vlogo na vseh področjih življenja. Je eden glavnih dejavnikov, ki obremenjujejo živce. Najpomembnejši lastnosti stresa sta, da je neugoden in da predstavlja nekaj, kar je izven meja našega vpliva. Predstavlja reakcijo duha in telesa na spremembo.

Lahko ga definiramo kot neskladje med dojetjem zahtev na eni strani in sposobnosti za obvladovanje zahtev na drugi strani.

Za večino ljudi stres pomeni nekaj slabega in če takemu stresu pustimo prosto pot, lahko povzroči upad učinkovitosti, zmogljivosti in nastanek bolezni. Je tudi vzrok glavobolov, prebavnih motenj, pogostih prehladov, bolečin v hrbtu in vratu ter skaljenih medčloveških odnosov. Takemu stresu pravimo stiska, negativni ali škodljivi stres, gospodarstvo pa ga občuti kot povečano odsotnost z dela, izgubo proizvodnje, zmanjšano produktivnost, nezgode na delovnem mestu, upad ustvarjalnosti ter pomanjkanje svežih idej.

Prijazni ali pozitivni stres nekateri ljudje doživljajo kot prijetno, vznemirljivo, spodbudno in navdušujoče občutje. V takšnem stanju se počutijo sposobne obvladovati zahteve in se celo namerno pustijo izzivati, saj zaupajo vase in so prepričani, da bodo kos vsem oviram. Stres je povsem individualna izkušnja. Kar je za nekoga prijetno in pozitivno, je za drugega lahko škodljivo in negativno. Odločilno je posameznikovo dojetje zahtev in ocena lastnih sposobnosti za obvladovanje položaja.

Zaradi hitrega načina življenja bi bilo povsem naivno pričakovati, da bi se stresu lahko izognili. Nedvomno pa lahko marsikaj storimo, da zmanjšamo zahteve in spremenimo njihovo naravo, se naučimo spretnosti, s katerimi bi lahko trajno kljubovali pritiskom in obvladovali stres. Če bomo spretno ohranjali ravnovesje med zahtevami in sposobnostmi v območju normalnega stresa, bomo dosegli večjo učinkovitost in kvaliteto življenja. Da bi se naučili spopadati in upravljati s stresom ter ga uspešno premagovati, ga moramo podrobneje spoznati in razumeti njegovo delovanje.

1.1 STRESNA REAKCIJA

Uspeh po obvladovanju stresa je v veliki meri odvisen od poznavanja in razumevanja stresne reakcije.

Stresna reakcija je zaporedje različnih in zapletenih telesnih odzivov na zahteve, s katerim se soočamo. Poteka v mejah normalnega območja, znotraj katerega premagujemo vsakdanje in predvidene težave. Ko pa nastopijo nepredvidene, neznane ali pretirane zahteve, novi izzivi in občutki ogroženosti, stresna reakcija sproži povečano pripravljenost, da se telo lahko z njim spopade. Telesni odziv se mora prilagajati okoliščinam, v katerih se znajde, zato obstajajo različne vrste in stopnje stresne reakcije.

Položaj, v katerem jo lahko krepko skupimo, sproži takojšen odziv. Telo vključi stanje najvišje pripravljenosti in je nared za delovanje. Zaradi hitrosti in nujnosti tak odziv imenujemo alarmna reakcija ali preplah in je našim daljnim prednikom omogočila preživetje (odločitev o boju ali begu).

Odziv na zahteve in izzive, ki trajajo daljše časovno obdobje in je potrebno dolgotrajnejše prilagajanje, se imenuje rezistenčna reakcija ali odpor.

1.2 REAKCIJA ORGANIZMA NA STRES

Stres ni stanje v okolju, marveč v človekovi notranjosti in je odvisen od vzajemnega delovanja med posameznikom in okoljem. Možgani zbrane podatke obdelajo, ocenijo položaj in določijo

ustrezen odziv. Ukaz se nato prenese v hipotalamus, ki požene kemične prenašalce sporočil na pot organom, ki bodo sodelovali pri telesnem odzivu.

Ukazi se lahko prenašajo po:

- živčnem sistemu
- hormonskem sistemu.

Prenos ukazov po živčnem sistemu – živčni sistem je sestavljen iz živčnih celic (nevronov). Sporočila med nevroni se prenašajo v obliki električnih živčnih impulzov, med organom in nevronom pa ni stika, marveč je med njima ozka špranja. Prenos poteka prek neurotransmiterja, ki se sprosti iz majhnega mešička na koncu nevrona, prodre k drugi celici, sproži akcijski potencial in povzroči, da se mišično vlakno skrči. Organi prejemajo navodila v obliki šibkih električnih impulzov, ki po živcih potujejo naravnost od možganov do organov.

Prenos ukazov po hormonskem sistemu – hormoni potujejo po krvnem obtoku zato imajo dostop v vse organe. Za stresno reakcijo sta najpomembnejši nadledvični žlezi in hipofiza. Nadledvični žlezi sta sestavljeni iz skorje, v kateri nastajajo hormoni, ki omogočajo kljubovanje dolgotrajnim zahtevam (najpomembnejši je kortizol, ki oskrbuje delujoče mišice z energijo) ter sredice, ki tvori velike količine dveh zelo podobnih hormonov kateholaminov, ki se imenujeta adrenalin in noradrenalin (ima povsem enako kemično sestavo kot neurotransmiter noradrenalin). Stresno reakcijo v največji meri povzročajo delovanja noradrenalina, adrenalina in kortizola. Hipofiza leži v možganih zelo blizu hipotalamusa, tako da na njeno delovanje vplivajo tudi ukazi iz hipotalamusa, npr.: hipotalamus ukaže hipofizi, naj začne izločati adrenokortikotropni (ACTH) hormon, ki po krvi pripotuje do nadledvičnih žlez in sproži izločanje kortizola.

Vsi organi imajo receptorje, izmed katerih se vsak odziva samo na enega kemičnega prenašalca sporočil. Receptor je podoben zaklenjenim vratom, ki jih odpira samo en ključ. Kadar ključ kemične spojine odklene vrata, se sproži telesna reakcija. Delovanje avtonomnega sistema je po vplivom hipotalamusa. Možganska skorja sprejme podatke in odločitev o odzivu, potem limbični sistem čustveno obarva odločitve možganske skorje, izid tega medsebojnega delovanja se prenese do hipotalamusa, ki organizira živčne impulze, ki se do organov prenašajo po simpatičnem in parasimpatičnem sistemu ter po hormonih, izločenih prek hipofize v kri.

1.3 VZROKI IN VIRI STRESA

Vsako dogajanje v okolju, ki lahko sproži stresno reakcijo, imenujemo stresor, od nas samih pa je odvisno, ali bo nek dogodek prerasel v stresor. Nekateri stresorji minejo že po nekaj minutah, drugi so dolgotrajni, od njihovega trajanja pa je odvisna stopnja stresne reakcije. Nekaterim stresorjem se preprosto ni mogoče izogniti. Ker pa nas spremljajo v določenih življenjskih obdobjih, jim pravimo življenjske preizkušnje (bolezen, nesreče, izgube najbližjih). Z anketo, ki so jo pred leti izvedli v ZDA, so raziskovalci naredili lestvico največjih vzrokov stresa, na kateri je skupno 43 življenjskih preizkušenj.

Po vrstnem redu je prvih deset:

2. Smrt zakonca
3. Razveza
4. Ločeno zakonsko življenje
5. Zaporna kazen
6. Smrt ožjega družinskega člana
7. Telesna poškodba ali bolezen
8. Poroka
9. Odpustitev z delovnega mesta
10. Zakonska sprava
11. Upokojitev

Izguba zakonca ali bližnjega svojca je nadvse tragična, vendar pa jo nekateri ljudje z globoko vero v onstransko življenje lažje prebolijo.

Eno tretjino življenja prespimo, drugo preživimo z družino in s prijatelji, tretjo pa prebijemo na delu. Delovno mesto je pravo žarišče stresa, ki ga povzroča splet naslednjih dejavnikov:

- Preobremenjenost
- Pomanjkanje časa
- Nezadovoljstvo, povzročeno s pomanjkanjem priložnosti, da bi se izkazali
- Nejasna vloga na delovnem mestu
- Spreminjanje delovnih metod
- Slaba obveščenost in izguba občutka pripadnosti organizacij

Stres na delovnem mestu pogosto napačno pripisujemo izključno delu, v resnici ga povzročajo neurejene družinske razmere, utrujajoči prepiri z najbližjimi, neobvladljive finančne težave. Slaba koncentracija in raztresenost nedvomno poslabšujejo delovno učinkovitost in povzročajo hude napake in nesreče pri delu. Vpliv stresa pa lahko poteka tudi v nasprotni smeri, saj lahko naporen dan v službi skali odnose z domačimi.

Rojstvo otroka je lahko vir stresa za vso družino, saj se mora mati odpovedati svobodi in neodvisnosti in mora skrbeti za dojenčka, manj časa posveča drugim družinskim članom, to pa lahko stresno vpliva na njih. Za majhne otroke je navajanje na kahlico splošen vir stresa, za večje pa so tudi menjava šole, prehod iz osnovne v srednjo šolo ter vstop na univerzo, izbira poklica, razgovori za službo, brezposelnost, za žene je stresna odločitev, ali naj bodo uspešne v poklicu ali pa naj sprejmejo enako zahtevno vlogo žene in matere.

Nespravljiv odnos v zakonu, ki povzroča nenehne spore, je tudi velik vir stresa, sploh pa zato, ker s staranjem večina ljudi postaja bolj ranljiva za dolgo vrsto stresorjev. Tudi okolje predstavlja nezanimarljive vire stresa, ki sega od naravnih nesreč, kot je denimo potres, do tistih, ki jih povzroči človek.

1.4 STRES IN ZDRAVJE

Preden naštejemo vse bolezni, ki so manj ali več posledica stresa, je nujno omeniti, da stres pri večini ljudi povzročijo hude bolezni, oziroma novica, da so hudo bolni. Stres je še večji, če gre za duševno motnjo, razlog pa je v tem, da zdravniki ne utegnejo bolnika ustrezno pripraviti na diagnozo.

Stres vpliva na vsa telesna dogajanja, zato lahko prevelika stopnja povzroči splošno izčrpanost ter najrazličnejše zdravstvene težave in je v najhujših primerih celo usoden. Po nekaterih ocenah je kar 75 % bolezni, zaradi katerih se ljudje zatečejo po pomoč k splošnemu zdravniku, povezanih s stresom. Stres povzroča bolezni na način, ko se naše telo v stiski odziva natanko tako, kot bi se odzivalo, če bi nam grozila neposredna nevarnost. Pojavijo se spremembe v krvnem obtoku, krvni pritisk se poviša, v želodcu pa se nenehno izloča želodčna kislina. Neposredna nevarnost hitro mine, medtem ko recimo stiska zaradi brezposelnosti traja dlje časa, zato pride do bolezni. Težave in bolezni, ki so povezane s stresom, so:

1. Bolezni srca in ožilja: (koronarna srčna bolezen; angina pectoris in srčni infarkt, hipertenzija, možganska kap, migrena)
2. Prebavila (prebavne motnje, slabost pred bruhanjem ali siljenje na bruhanje, zgaga, čir na želodcu in dvanajstniku, ulcerozni kolitis, sindrom razdraženega črevesja, diareja, zaprtje, napenjanje oziroma vetrovi).
3. Mišice in sklepi (glavoboli, žilni krči, mišični krči - spazmi, bolečine v vratu in hrbtu).
4. Drugo (sladkorna bolezen, rak, revmatoidni artritis, alergije, astma, prehladi in gripe, spolne težave – upad poželenja, prezgodnji izliv semena, neplodnost, težave z doživljanjem orgazma, kožne bolezni, težave s spanjem).
5. Vedenjske spremembe (pretirana ješčost - debelost, izguba teka-anoreksija, povečano kajenje in uživanje kofeina, alkohola in mamil).
6. Čustvene težave (anksioznost, vključno s strahom, fobijami, obsesijami, depresija).

Zaradi stresa se lahko pojavijo spolne težave, ki se pri moškem izražajo kot tesnoba in bojazen zaradi impotence ali pa kot prezgodnji izliv semena. Ženske imajo težave pri doživljanju orgazma, lahko pride do nepravilnosti v menstruacijskem ciklusu, nezanimanja za spolnost in zmanjšanja plodnosti. Kar četrtnina primerov neplodnosti je posledica čustvenih težav (dr. T. Looker, dr. O. Gregson). Seveda je treba poudariti, da so pri nastanku vseh teh bolezni pomembni še drugi dejavniki, kot npr. prehrana, kajenje itd.

1.5 KAKO OBVLADATI STRES?

Preden se sploh lotimo obvladovanja stresa, se moramo zavedati, da je ravno stres našim prednikom omogočil preživetje, sploh v situacijah, ko so bila njihova življenja v neposredni nevarnosti (napad divje živali) in so se v hipu morali odločiti za boj ali beg, ter da kar je za nekoga stresna situacija, za drugega predstavlja le izziv.

Stres obstaja le »v naših glavah« in prvi pogoj za učinkovito obvladovanje je soočenje z njim. Prvi korak pri obvladovanju stresa je držanje ravnovesja med zahtevami okolja in

lastno usposobljenostjo za njihovo rešitev, kar pomeni, da moramo ali znižati zahteve ali povečati svoje sposobnosti. Da bi nam uspelo zmanjšati zahteve iz okolja, si moramo določiti najpomembnejše vrednote svojega življenja, ki jim moramo nameniti svoj čas.

Pri zmanjševanju zahtev moramo:

- upoštevati življenjske preizkušnje – izogibati se kopičenju pomembnih življenjskih dogodkov;
- naučiti se reči »ne« - naučiti se na pravilen način povedati, da si ne moremo nakopati novih obremenitev in dodatnih zadolžitve;
- organizirati si življenje – določiti prednostne naloge in si postaviti stvarne cilje;
- izogibati se perfekcionizmu – nenehno prizadevanje za popolnost se lahko sprevrže v pravo obsedenost;
- razporediti odgovornosti – na ta način se lahko znebimo številnih odgovornosti in bremen
- kadar smo preobremenjeni, poiskati pomoč – tako lahko zmanjšamo obremenitve in zahteve;
- poiskati službo, ki ustreza našim sposobnostim in naši osebnosti;
- povečati svojo učinkovitost – lahko predlagamo ali celo sami izboljšamo delovne pogoje, načrtujemo potek dogodkov, posvetimo pozornost razvijanju dobrih medčloveških odnosov s sodelavci;
- izogibajmo se negotovosti – pogosto se zgodi, da po skrbnem preučevanju določene naloge ugotovimo, da so bile naše bojzani odveč.

Da bi uspešno obvladali stres, moramo določene zahteve povečati, ker nas pomanjkanje zahtev lahko v primerih, kot je izguba službe, zelo prizadene:

- poiskati hobi in razvedrilo;
- obiskati tečaje;
- sodelovati pri prostovoljnih društvih in pomagati soljudem;
- oceniti položaj, v katerem smo se znašli.

Sposobnosti za obvladovanje stresa lahko povečamo s sproščanjem, s spreminjanjem življenjskega sloga (prehrana, kajenje, uživanje alkohola in kofeina, telesna aktivnost, telesna teža, spanje in počitek), z izboljšanjem značajskih potez (več ljubezni, samospoštovanja, pozitivno misliti, naučiti se biti odločni, smejeti se).

7. PREVENTIVA STRESA

Premagovanje stresa je močno odvisno od posameznikovih osebnostnih lastnosti. Musek (1988) poudarja, da imajo odločilno vlogo pri spoprijemanju z njim: emocionalna stabilnost - labilnost, moč jaza, samozaupanje - zaskrbljenost in visoka - nizka samokontrola.

Najpomembnejša med njimi je prav prva dimenzija, saj lahko vse druge izpeljemo iz nje.

2.1 PREHRANA

Hrano moramo uživati počasi, pri tem pa ne smemo preobremenjevati telesa. Uživajmo preprosto in bogato hranilne jedi. Zdrava hrana vsebuje ustrezne količine šestih skupin snovi: beljakovine, ogljikove hidrate, maščobe (vsi bogati s kalorijami in vlaknino), vitamine in rudnine, (bistvene, a na našo srečo ne dajejo kalorij). Zelo pomembna je tudi voda, brez katere je nemogoče preživeti. Kompleksni, neprenasičeni ogljikovi hidrati so v zdravi hrani nepogrešljivi. Priskrbijo nam večino energije. V idealnih okoliščinah naj bi sestavljali 50 - 60 % vsakodnevnih kalorij. Največ naj bi zaužili kompleksne, neprečiščene ogljikove hidrate – najdemo jih v polnozrnatem žitu, rjavem rižu, polnozrnatem kruhu in neolupljenim krompirju – enostavnih sladkorjev pa čim manj. V sadju in zelenjavi, pa tudi v oreških, semenih, zrnih stročnic in zrnih celih žit je zelo veliko hranilnih snovi. Poleg vitaminov, beljakovin, vlaknin, ogljikovih hidratov, rudnin, rastlinskih hormonov in esencialnih maščobnih kislin je v njih tudi kalij, rudnina, ki pomaga odplakniti iz ledvic odvečni natrij. S tem se zmanjša nevarnost, da bi hranilne snovi zadrževale tekočine v telesu in bi se zviševal krvni tlak. Da bi bila prehrana uravnotežena, morajo biti beljakovine raznovrstne. Zato moramo uživati čim bolj pestro hrano. S kombinacijo žit, semen ali oreškov dosežemo uravnoteženo preskrbo z aminokislinami.

Ljudje ne vedo veliko o vlogi maščob v prehrani, zato mislijo, da je najbolje, če maščob pojedjo čim manj. Žal se motijo, saj moremo iz maščob zadostiti kar 25-30 % vsakdanjih potreb po energiji, zato moramo zaužiti pravo količino ustreznih maščob.

Vitamini so nepogrešljivi v prehrani, čeprav jih ne potrebujemo veliko. Organizem jih ne more sam ustvariti ali jih ustvari premalo, zato jih moramo dobiti s hrano. Vplivajo na prebavo, delitev in rast celic, obnovo poškodovanih tkiv, odpornost telesa proti vnetjem, jasnost razmišljanja in na izločanje škodljivih snovi stranskih produktov presnove.

2.2 SPANJE

Nekateri ljudje spijo tudi po 12 ur, a se kljub temu zbudijo izčrpani. To se dogaja zato, ker ne morejo potoniti v globok spanec, tj. stanje, v katerem počivamo. Če težko zaspate ali se ponoči ne morete dovolj spočiti, poskusite popolnoma sprostiti telo in um z avtosugestijo.

2.3 FIZIČNE AKTIVNOSTI

Fizične aktivnosti, kot so hoja, tek, aerobika, plavanje, jahanje, kolesarjenje, smučanje so za mnoge ljudi pomemben del življenja. Telesna dejavnost je dobra zaščita pred stresom. Pomembno je, da je naša telesna aktivnost redna, in sicer vsaj dvakrat na teden. Če vključimo telesno aktivnost kot del našega vsakdanjega življenja, si s tem okrepimo mišice, srce, poveča se pljučna kapaciteta, izboljša se splošno počutje in poveča se učinkovitost pri delu.

2.4 MEDITACIJA

Meditacija pomaga človeku na več načinov. Prvi učinek je ta, da omogoči popolno sprostitev in pozabimo na telo. Naše telo je sproščeno toliko časa, kolikokrat ga preživimo v meditaciji.

Učitelji meditacije menijo, da je ena ura meditacije enakovredna štirim uram spanja. Z meditacijo si obnovimo moč in vitalnost. Meditacija pomaga človeku ponovno vzpostaviti notranje ravnovesje, človek drugače gleda na vsakdanje težave. Problemov ne odstrani, omogoči pa nam, da jih vidimo iz drugega zornega kota. Pomaga nam povečati ustvarjalnost, sposobnost koncentracije in učinkovitosti.

2.5 JOGA

Je metoda, s katero se na telesni in duševni ravni naučimo obvladovati stres. Ta metoda združuje gibanje, ki je človeku potrebno za fizično zdravje, z dihalnimi in meditacijskimi tehnikami, ki pomirjajo duha. Pri jogi je torej pomembno, da spoznamo sami sebe.

2.6 MASAŽE

Terapevtska masaža zelo pomaga pri mentalnem in fizičnem sproščanju. Še posebej pomaga ljudem, ki opravljajo delo za računalnikom ali pisalno mizo in zaradi nepravilne drže čutijo napetost v mišicah, vratu, ramenih, križu, hrbtenici, rokah in nogah. Terapevtska masaža stimulira tudi krvni obtok in s tem večjo preskrbljenost telesnih tkiv s hranili in z odplavljanjem telesu nerabnih snovi.

Pri aromaterapiji je pomembno, da upoštevamo telesno in duševno počutje človeka, njegove misli, duha, način življenja, navade, razvade, prehrano itd. Danes aromaterapija pomeni posebno vrsto zdravljenja, pri kateri se eterična olja ali aromatične esence utirajo v kožo, inhalirajo ali dajejo na kožo kot obkladki. Masaža z eteričnimi olji sprošča mišice, poživlja krvni obtok in daje občutek splošnega olajšanja ter nam daje stimulacijo za nadaljnje delo.

Limfna drenaža je posebna oblika tehnike ročne masaže, s katero spodbujamo limfni obtok. Je počasna in človeka popolnoma osvobodi vseh strahov, skrbi in nas popolnoma sprosti.

2.7 KOGNITIVNE METODE

Mnogi menijo, da se danes obremenjujemo s stvarmi, ki nimajo nobenega pomena, ali s takšnimi stvarmi, na katere ne moremo vplivati. Tisti, ki so sposobni odpraviti takšne skrbi, zmanjšajo možnosti za pojav stresa. Da premagamo stres, si moramo prizadevati, da negativne misli odpravimo in jih nadomestimo s pozitivnimi. Zjutraj si lahko rečemo: »Veselim se današnjega dne. Sonce je vse bolj prijetno toplo in vsaj urico si bom vzel za sprehod po parku. Z veseljem se bom odpravil na delo. Poslovni partner, ki me bo danes obiskal, je zelo zanimiv človek in po poslovnem pogovoru se bo z njim zanimivo prijetno pogovarjati še o drugih stvareh. Zaupam v svoje sposobnosti, zato bom danes odlično predstavil rezultate projekta, za katerega sem odgovoren.«

Temeljni princip vseh kognitivnih metod za premagovanje stresa lahko izrazimo z besedami: »Ne moremo vedno spremeniti sveta okoli nas, lahko pa spremenimo naš odziv nanj«. Z drugimi besedami bi lahko isti princip opisali takole: »Ni se nam treba obremenjevati s stvarmi, ki jih ne moremo spremeniti.«

2.8 UPRAVLJANJE ČASA

Za ohranjanje našega zdravje je zelo pomembno, da si znamo usklajevati življenjske aktivnosti. Posameznik si mora v dnevu, ki vsebuje 24 ur, vzeti čas za delo, sprostitev, rekreacijo in za družino. Z delom se mora spopadati sproščeno, zbrano, tako da ima dovolj energije za učinkovito spoprijemanje s problemi. Mnogi ljudje nismo sposobni dobro izkoristiti časa, ki smo si ga zadali za posamezen dan ali teden. Posameznik, ki si je sposoben organizirati dan ali teden, opravi dvakrat več nalog kot tisti, ki je slabo organiziran. Da bi se izognili stresu, ki nam ga povzroča opravilo, ki je za nas zelo pomembno, moramo prevzeti nadzor nad svojimi aktivnostmi. Upoštevajmo naslednja pravila: določimo prioritete in se jih strogo držimo; ne dovolimo drugim, da nas ovirajo; in prenašajmo odgovornosti na druge.

Naloge, ki smo jih nameravali opraviti sami, prenesemo na druge, sodelavce in tako smo pripravljeni ter sposobni prevzeti dejavnosti, ki so za nas pomembne in jih ne moremo prenesti na druge.

2.9 KAJENJE IN ALKOHOL

Med drogami, ki najpogosteje ogrožajo zdravje, sta alkohol in tobak. Oba sta legalna in dostopna najširšemu krogu ljudi. Za odvisnost je značilno, da prinaša takojšnjo sprostitev in zadovoljitev določenih potreb.

Seveda pa je najpomembnejše, da se človek zaveda dejavnika tveganja in z lastnim obrambnim mehanizmom prepreči odvisnost. To bo sposoben doseči človek, ki bo imel dovolj visoko samospoštovanje in bo iskal vrednote svojega življenja na ostalih področjih.

Tobak je zelo razširjen med vsemi starostnimi skupinami in je za organizem zelo strupen.

Kadilci pogosteje zbolijo za rakom in kardiovaskularnimi obolenji. V zadnjih letih v Sloveniji potekajo programi za odvajanje od kajenja, vendar še niso dobro zaživel. Tudi za kadilce velja, kot za vse ostale odvisnike, da lahko največ naredijo zase le sami. Z vsakodnevno telesno aktivnostjo in lastnim prepričanjem lahko opustijo kajenje. S tem pa tudi preprečijo, da bi ogrožali ljudi okoli sebe. Država poskuša z zakonom omejiti kajenje in s tem pomagati nekadilcem.

3. VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI ODPRAVI STRESA

Medicinska sestra v svojem delovnem okolju dela z bolniki ali varovanci, zato je njena vloga pri premagovanju in odpravi stresa dvojna. Na prvem nivoju mora sama zase poskrbeti, da prepozna stres pri sebi in se ga nauči tudi obvladati in odpraviti. Na drugem nivoju pa mora zelo pozorno opazovati bolnike ali varovance in pri njih prepoznati stres ter jim svetovati, kako naj ga obvladajo.

3.1 STRES PRI MEDICINSKI SESTRICI

Delo medicinske sestre poteka na več nivojih :

- delo z bolniki ali varovanci

- delo v timu
- delovno okolje
- domače okolje

Na vseh teh nivojih se pogosto sreča s stresnimi situacijami. Zaradi tega njeno delo zahteva telesno in duševno zdravo osebo, odločno in s trdno voljo, veliko mero potrpežljivosti, optimizmom in ljubeznijo do bližnjega. Da pa bi vse to kot osebnost dosegla, se mora ves čas učiti, graditi in utrjevati osebnostno podobo v treh nivojih :

- telesno: trening telesnega zdravja in fizične vzdržljivosti;
- duševno: trening čustvene pismenosti, strokovno izobraževanje in učenje novih veščin;
- Duhovno: dograjevanje življenjskega sloga, privzemanje novih življenjskih vzorcev.

3.2 KAKOVOST ŽIVLJENJA

Kakovost življenja daje medicinski sestri občutek lastne vrednosti in dobrega počutja pri delu.

Vse to pa bo dosegla na uravnotežen način na področju varnosti, ozaveščenosti, pripadnosti, smiselnosti in učinkovitosti.

Takšen pogled na kakovost življenja bo medicinski sestri pomagal premagati stres in se ne bo srečala s sindromom izgorelosti.

Pri sindromu izgorelosti se oseba odziva s tremi komponentami :

1. čustvena izčrpanost : preobremenjenost, izčrpanost in izrabljenost;
2. depersonalizacija: zmanjšana skrb za bolnike ali varovance, brezosebnost, brezčutnost in topost;
3. znižana osebna izpolnitev: občutek neuspešnosti in nekompetentnosti, zmanjšana motivacija za delo, pojavijo se znaki stresa in depresije, nemotiviranost za izboljšanje obstoječe situacije.

Izčrpanost in izgorelost se kažeta tako na psihičnem kot na fizičnem področju.

3.3 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI PREMAGOVANJU STRESA PRI OSEBAH Z DEMENCO

Medicinska sestra mora znati opazovati osebe z demenco. Z opazovanjem in razgovorom bo lahko odkrila stres pri osebah z demenco.

Vsaka hospitalizacija ali sprejem v druge ustanove bolnikih ali varovancih povzroči stresno situacijo. Stresne situacije so še bolj izražene pri rizičnih skupinah, kot so otroci, starostniki in življenjsko ogroženi bolniki. Pri premagovanju stresa pri osebah z demenco ima sestra ključno vlogo, saj je le ona ves čas ob njem.

Svetovanje za odpravo stresne situacije mora temeljiti na podatkih o bolniku ali varovancu in smo jih navedli že v preventivnih ukrepih.

Da pa bo lahko vzpostavila dialog z bolnikom ali varovancem, si mora najprej pridobiti njegovo zaupanje in poznati pravila dobre komunikacije. Sposobna mora biti vzpostaviti terapevtski odnos, ki bo zajemal zaupanje, sprejemanje, razumevanje, spoštovanje, samorazkrivanje in zaupnost.

Še posebej veliko stresnih situacij doživljajo starostniki (kronična obolenja, izguba najbližjih, odhod v dom za starejše). Vse to jim povzroča različne duševne in čustvene motnje. Medicinska sestra mora v danih situacijah vse to prepoznati, razumeti in ustvariti empatičen odnos.

3.4 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI PREMAGOVANJU STRESA PRI SVOJCIH OSEB Z DEMENCO

Svojci oseb z demenco doživljajo izjemne stresne situacije ob namestitvi svojih najbližjih v institucijo. Njihove čustvene reakcije so večkrat neobvladljive. Zelo pomembno je, da je takrat medicinska sestra v komunikaciji z njimi poštena, dovolj strokovna in empatična. Svojci od nje pričakujejo razbremenitev, razumevanje, informiranje in sodelovanje. Pomembno je, da takrat prepozna svojo svetovalno vlogo in jo tudi upošteva. Svojci se srečujejo z občutki nemoči, nesposobnosti, neznanja, jeze in obupa. Zato je zelo pomembno, da jim pokažemo pot, kako naprej, da jim damo občutek varnosti za njihovega svojca in da jim svetujemo, kje lahko najdejo pomoč za odpravo njihovih stisk.

Vse to pa zmore medicinska sestra, ki ima svoj poklic rada, delo opravlja z »dušo in srcem«, je sama dovolj zrela osebnost in živi kvalitetno življenje.

4. ZAKLJUČEK

Stres je odgovor organizma na zunanje dražljaje in povzroča veliko težav na telesnem in duševnem področju. V premagovanju stresa igra zelo pomembno vlogo preventiva in kakovost našega življenja. Vloga medicinske sestre pri obvladovanju stresa poteka na dveh nivojih. Najprej mora obvladati stres pri sebi, kajti le takšna bo zmoгла pomagati premagati stres osebi z demenco in njihovim svojcem.

Vse to pa bo zmoгла le medicinska sestra, ki ima svoj poklic rada, je dovolj strokovna in čustveno stabilna.

Velik vpliv na vse to pa ima tudi naravnost družbe do starostnikov in profesionalne skupine medicinskih sester.

Literatura

1. Kovačev, A. N. Značilnosti in funkcije emocij ter njihovih vplivov na socialno dinamiko. Univerza v Ljubljani. Visoka šola za zdravstvo, 2004. Strani: 124, 126 - 127.
2. Urednica Konte, B. Joga uma in telesa. Mladinska knjiga. Ljubljana, 1998. Strani 120 in 105.
3. Dr. Treven, S. Premagovanje stresa. GV založba. Ljubljana, 2005. Strani: 61 - 74.
4. Schmidt, A. Najmanj kar bi morali vedeti o stresu. Samozaložba. Ljubljana, 2003. Strani: 5 - 11.
5. Božič, M. Stres pri delu. GV izobraževanje. Ljubljana, 2003. Strani: 17 - 33.
6. Dr. Lindeman, H. Premagani stres. Cankarjeva založba. Ljubljana, 1977. Strani: 11 - 48.
7. Spielberger, C. Stres in tesnoba. Pomurska založba. Ljubljana, 1985. Strani: 4 - 35.
8. Dr. Koleman, V. Stres in vaš želodec. Mladinska knjiga. Ljubljana, 1987. Strani: 9 - 37.
9. Dr. Tyrer, P. Kako živeti s stresom. Mladinska knjiga. Ljubljana, 1987. Strani: 11 - 31.
10. Kobentar, R. Kogovšek, B. Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije. Psihiatrična klinika Ljubljana. Ljubljana, 2000. Strani: 188 - 193.
11. Ščuka, V. Problematika stresnih situacij in njihovo obvladovanje. Izola, 2001. Strani: 1 - 7.
12. Brewer, S. Hrana za moč. DZS. Ljubljana, 1999. Strani: 30 - 42.

KAKO VID VPLIVA NA IZVAJANJE ŽIVLJENJSKIH AKTIVNOSTI

**Tatjana Grubar,
Marta Blažič**

Povzetek

oči nam omogočajo, da zaznavamo okolico in živimo polno življenje. Pešanje vida v starosti (zamotnitev očesne leče) spremeni kakovost življenja. Z operativnim posegom in kakovostno zdravstveno nego bolniku omogočimo, da se počutijo varne in samostojno opravljajo osnovne življenjske dejavnosti.

Individualen pristop in ocena bolnikovega stanja ob sprejemu omogočata celostno obravnavo. Medicinske sestre pomagamo bolniku tako, da ga pritegnemo k sodelovanju.

S svojim profesionalnim znanjem in individualnim pristopom k bolniku medicinska sestra prispeva k izboljšanju bolnikovega počutja in mu omogoči, da se le-ta lažje znajde tudi v domačem okolju.

Ključne besede: katarakta, zdravstvena nega, bolnik, medicinska sestra

UVOD

Naše oči so okno v svet. Človek pridobi največ informacij z vidom. Oči nam omogočijo zaznavanje okolice in živeti ter dojemati polno življenje. Kadar nastanejo težave z vidom, se bistveno spremeni tudi kakovost življenja. V starosti postopno peša vid, eden od vzrokov je, da se motni očesna leča (siva mrena ali katarakta). K večji pojavnosti pa pripomorejo še drugi dejavniki tveganja: čezmerna izpostavljenost UV-žarkom in ionizirajočemu sevanju, dolgotrajno jemanje kortikosteroidov, poškodbe očesa, sladkorna bolezen in druga presnovna obolenja.

Ločimo dve osnovni vrsti katarakt:

1. Prirojene ali kongenitalne katarakte, katerih vzrok so dednost, embriopatije, boleznii v nosečnosti (hepatitis, rdečke, norice).

Tatjana Grubar, ZT, Splošna bolnišnica Novo mesto, Očesni oddelek
Marta Blažič, dipl. m. s., Splošna bolnišnica Novo mesto, Očesni oddelek

2. Pridobljene:

- starostne ali senilne ali *Cataracta senilis* (nad 60. letom starosti) in *Cataracta praesenilis* (pred 60. letom starosti);
- po poškodbi ali *Cataracta traumatica*;
- komplicirana ali *Cataracta complicata* (po obsevanju, zdravljenje s kortikosteroidi, sistemska obolenja – diabetes, očesna obolenja – uveitis).

Pri pregledu očesnega ozadja oftalmolog postavi diagnozo in pojasni možnosti izboljšanja vida po operativnem zdravljenju. Bolniki se za operacijo odločijo, ko jih spremembe vida motijo toliko, da se več ne počutijo varne pri opravljanju vsakodnevnih opravil ali celo osnovnih življenjskih aktivnosti.

Operacija katarakte je zahteven mikrokirurški poseg. Traja približno pol ure in poteka v kapljični anesteziji. Operater skozi majhen stranski roženični rez najprej odstrani del lečne ovojnice, nato pa z ultrazvočno sondo odstrani zamotnjeno očesno lečko (phacoemulsifikacija) in namesto nje vstavi umetno lečo. Zaradi posebne minimalno travmatske tehnike in majhnih rezov, ki danes znašajo vsega 2 mm, je rana vodotesna in je zato ni potrebno šivati.

Večina pacientov je še isti dan odpuščena. Tisti, ki jih spremljajo še druge bolezni ali se predvideva poseg v splošni anesteziji, so hospitalizirani.

IZVAJANJE ŽIVLJENJSKIH AKTIVNOSTI V OKVIRU ZDRAVSTVENE NEGE

Vsi ljudje, zdravi in bolni, imajo osnovne potrebe. Vsak človek izraža te potrebe individualno in enkratno glede na svoj slog življenja in jih tudi enkratno zadovoljuje. Dejavniki, ki vplivajo na potrebe človeka na način, kako jih zadovoljujejo, so socialno in kulturno okolje, človekovi psihični in fizični resursi, njegova energija, volja, motivacija in starost. (Hajdinjak, Meglič, str. 209, 2006)

Virginia Henderson je v svoji teoriji razvila štirinajst osnovnih potreb, za katere meni, da so skupne vsem ljudem. Jasno je, da ima vsak človek potrebo, da normalno diha, da se ustrezno prehranjuje in uživa tekočine, da izloča, se samostojno giblje in izogiba nevarnostim v okolju, kadar je zdrav. Če tega ni sposoben, potrebuje strokovno pomoč.

Medicinske sestre moramo poznati aktivnosti zdravstvene nege v zvezi z osnovnimi potrebami človeka. Pomoč bolniku pri tistih življenjskih aktivnostih, ki jih ne opravlja samostojno zaradi zmanjšane ostrine oziroma slabše kakovosti vida, upadle volje, nima moči ali znanja, odigra medicinska sestra pomembno vlogo, ker mu pomaga, da postane neodvisen, kolikor hitro je mogoče.

Individualni pristop in ocena bolnikovega stanja ob sprejemu omogoča celostno obravnavo, z upoštevanjem vseh njegovih potreb (fizioloških, psiholoških in socialnih).

Prikaz primerov, ko bolnik zaradi zmanjšane ostrine oz. slabše kvalitete vida ne more samostojno opravljati osnovnih življenjskih dejavnosti.

PRIMER 1:

Gospod je imel obojestransko komplicirano katarakto, zaradi sistemskega obolenja (od inzulina odvisna sladkorna bolezen). Živel je v neurejenem socialnem okolju, nediscipliniran pri inzulinski terapiji in s psihološkega vidika ni odražal volje po zadovoljstvu.

Aktivnosti zdravstvene nege v podporo in pomoč bolniku pred operacijo:

Št.	Aktivnost zdravstvene nege	Podpora in pomoč zaradi zmanjšane ostrine vida
1.	Vzdrževanje telesne čistoče in urejenosti	odvisen
2.	Prehranjevanje in pitje	delno odvisen
3.	Izločanje	odvisen
4.	Gibanje	odvisen
5.	Izogibanje nevarnostim	delno odvisen
6.	Oblačenje in slačenje	delno odvisen

Aktivnosti zdravstvene nege v podporo in pomoč bolniku po operaciji:

Št.	Aktivnost zdravstvene nege	Podpora in pomoč pri izboljšani ostrini vida
1.	Vzdrževanje telesne čistoče in urejenosti	samostojen
2.	Prehranjevanje in pitje	samostojen
3.	Izločanje	samostojen
4.	Gibanje	samostojen
5.	Izogibanje nevarnostim	samostojen
6.	Oblačenje in slačenje	samostojen

Bolnik je pred odpustom iz bolnišnice izvajal osnovne življenjske potrebe samostojno. Samostojnost in zadovoljstvo bolnika, ko odhaja v domače okolje, pa sta plod ekspertnega delovanja medicinske sestre.

PRIMER 2:

Gospa je imela obojestransko komplicirano katarakto. Bila je na dolgotrajni terapiji zaradi psihiatričnih težav. Živela je v urejenem socialnem okolju, redno je jemala predpisano terapijo in s psihološkega vidika ni odražala volje po zadovoljstvu. Bila je upočasnjena, zavedala se je spremembe okolja in ves čas jo je skrbelo, kdaj bo šla domov.

Aktivnosti zdravstvene nege v podporo in pomoč bolnici pred operacijo:

Št.	Aktivnost zdravstvene nege	Podpora in pomoč zaradi zmanjšane ostrine vida
1.	Vzdrževanje telesne čistoče in urejenosti	odvisna
2.	Prehranjevanje in pitje	delno odvisna
3.	Izločanje	delno odvisna
4.	Gibanje	odvisna
5.	Izogibanje nevarnostim	delno odvisna
6.	Oblačenje in slačenje	delno odvisna

Aktivnosti zdravstvene nege v podporo in pomoč bolnici po operaciji:

Št.	Aktivnost zdravstvene nege	Podpora in pomoč pri izboljšani ostrini vida
1.	Vzdrževanje telesne čistoče in urejenosti	samostojna
2.	Prehranjevanje in pitje	samostojna
3.	Izločanje	delno odvisna
4.	Gibanje	samostojna
5.	Izogibanje nevarnostim	samostojna
6.	Oblačenje in slačenje	samostojna

Bolnica je pred odpustom iz bolnišnice izvajala skoraj vse osnovne življenjske potrebe samostojno. Zaradi osnovnega zdravljenja je bila bolnica še vedno upočasnjena, na novo okolje se je adaptirala, ostala pa je še vedno močno izražena volja po čimprejšnjem domačem okolju. Stik s hčerko pred odpustom je zaznamoval nepopisno zadovoljstvo z obeh strani. Citiranje hčerkinih besed: «Sestra, kaj ste pa storili, da je moja mama čisto spremenjena?»

Zdravstvena nega, ki zadovolji in je v prid tako bolnici kot njenim svojcem, je cilj strokovnega delovanja vsake medicinske sestre.

PRIMER 3:

Gospa je imela obojestransko katarakto, zaradi osnovnega obolenja pa je bila invalidna oseba. Živela je v domu starejših občanov, redno je jemala predpisano terapijo in s psihološkega vidika je odražala voljo po zadovoljstvu. Bila je odvisna od tuje pomoči, v novem okolju se je hitro adaptirala.

Aktivnosti zdravstvene nege v podporo in pomoč bolnici pred operacijo:

Št.	Aktivnost zdravstvene nege	Podpora in pomoč zaradi zmanjšane ostrine vida
1.	Vzdrževanje telesne čistoče in urejenosti	odvisna
2.	Prehranjevanje in pitje	odvisna
3.	Izločanje	odvisna
4.	Gibanje	odvisna
5.	Izogibanje nevarnostim	odvisna
6.	Oblačenje in slačenje	delno odvisna

Aktivnosti zdravstvene nege v podporo in pomoč bolnici po operaciji:

Št.	Aktivnost zdravstvene nege	Podpora in pomoč pri izboljšani ostrini vida
1.	Vzdrževanje telesne čistoče in urejenosti	delno odvisna
2.	Prehranjevanje in pitje	delno odvisna
3.	Izločanje	odvisna
4.	Gibanje	delno odvisna
5.	Izogibanje nevarnostim	delno odvisna
6.	Oblačenje in slačenje	delno odvisna

Bolnica je pred odpustom iz bolnišnice izvajala skoraj vse navedene osnovne življenjske potrebe z delno pomočjo. Omejeno gibanje kot posledica invalidnosti je z izboljšanjem ostrine vida pripomoglo k delni samostojnosti. Izboljšala se je njena sociološka vrednota, saj je zaradi tega tudi bolje zaznavala okolico in dogajanje. Povečala se je njena osnovna potreba po opravljanju dela, ki predstavlja zadovoljstvo in uspeh, to je razvedrilo (branje).

Zadovoljstvo bolnice z izboljšanjem zdravstvenega stanja, predvsem pa kvalitete življenja kljub invalidnosti, je vrednota, ki je na področju zdravstvene nege ne sme zanemariti.

Zaključek

ugotoviti posameznikova stališča in njegove vrednote in prek njih vplivati nanj, da svoje potrebe opravlja čimbolj samostojno, je delo medicinske sestre.

Operativni poseg in ugotavljanje potreb po zdravstveni negi ter izvajanje le-te so elementi, ki pripomorejo k vrednotam posameznika.

Medicinska sestra s svojim profesionalnim pristopom in individualno obravnavo bolnika prispeva k izboljšanju bolnikovega počutja in omogoči bolniku, da se le-ta lažje znajde tudi v domačem okolju.

Literatura

1. Gračner, B., Pahor, D. Oftalmologija. Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, 2003.
2. Hajdinjak, G., Meglič, R. Sodobna zdravstvena nega. Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, 2006.

TIMSKO DELO NA ODSEKU INTENZIVNE INTERNE MEDICINE

Marina Kokalj,
Nataša Kokalj

Povzetek

članek obravnava timsko delo na Odseku intenzivne interne medicine ter vpliv komunikacije, motivacije, zaupanja in vodenja na učinkovitost in uspešnost tima. Predstavljena so teoretična spoznanja o delovanju timov in obe najštevilčnejši poklicni skupini v enoti intenzivne terapije, medicinske sestre in zdravniki, ki se povezujeta v tim. Podatki, pridobljeni z anketiranjem obeh opazovanih skupin, predstavljajo izhodišče za raziskovanje in ugotavljanje dejavnikov, ki vplivajo na uspešno delo tima na Odseku za intenzivno interno medicino.

Ključne besede: timsko delo, medicinske sestre, zdravniki, motivacija, komunikacija, vodenje

1. UVOD

Poklicno zadovoljstvo predstavlja velik del našega življenja, zato ni vseeno, kako se počutimo pri delu in ali smo zadovoljni ali ne. Zaradi čustveno intenzivnega in metodično zahtevnega dela z ljudmi v intenzivni terapiji so zelo pomembni medsebojni odnosi, ki jih medicinske sestre vzpostavljajo na svojem delovnem mestu. Uspeh zdravljenja življenjsko ogroženih bolnikov na Odseku intenzivne interne medicine je odvisen predvsem od timskega dela ter dobro organiziranega medsebojnega sodelovanja vseh medicinskih strok in strokovnjakov, ki so udeleženi pri zdravljenju.

2. TIMSKO DELO

Marina Kokalj, dipl. m. s., Splošna bolnišnica Novo mesto, Interni oddelek
Nataša Kokalj, dipl. m. s., spec. perioperativne zdravstvene nege, Splošna bolnišnica Novo mesto, Interni oddelek

Timski sistem dela temelji na predvidevanju, da lahko manjša skupina medicinskih sester, ki dela skupaj in jih usmerja vodja, zagotovi boljšo oskrbo kot v primeru, da bi delale same. (Waters, 1996)

Znanje, sposobnosti in zmožnosti članov tima se združujejo v prid bolniku in vsak član ima možnost prispevati k načrtovanju, delitvi in ocenjevanju zdravstvene nege. (Waters, 1996)

Timsko delo se izvaja pod vodstvom izkušene medicinske sestre, tim pa sestavljajo po izobrazbi različni kadri; poleg vodje še druge medicinske sestre, zdravstveni tehniki, študenti.

Namen timskega dela je izvajanje k bolniku usmerjene zdravstvene nege. (Swansburg, 1996)

Timu je dodeljena določena skupina bolnikov. Vsak tim prevzame odgovornost in je zadolžen za ocenjevanje, načrtovanje, delitev in vrednotenje zdravstvene nege bolnikov. Delo je načrtovano individualno, za vsakega bolnika posebej, ob upoštevanju njegovih specifičnih potreb in želja. (Grbec, 1989)

Tim vključuje manjše ali večje število ljudi, ki se morajo med seboj sporazumeti, zato pride do procesa usklajevanja, ki ga pri individualnem in skupinskem delu ni.

Tabela 1: Primerjava med skupinami in timi (Maddux, 1992)

SKUPINE	TIMI
Člani menijo, da so organizirani v skupine iz administrativnih razlogov. Posamezniki delajo neodvisno.	Člani spoznavajo svojo medsebojno odvisnost in vedo, da se osebne in timske cilje dosega najuspešneje z vzajemno pomočjo.
Ker člani niso dovolj vključeni v načrtovanje ciljne skupine, skušajo vso pozornost usmeriti sami nase.	Člani sprejemajo svoje delo za svojo «last» in združijo svoje moči, ker so zavezani istemu cilju, ki so ga sami pomagali postaviti.
Članom prej ukažejo, kaj morajo delati, jih ne sprašujejo, kakšen bi bil najboljši način. Predlogov ne spodbujajo.	Člani prispevajo k uspešnosti z izvirnostjo, talentom in znanjem, kar omogoči boljše doseganje ciljev tima.
Člani ne zaupajo ciljem svojih sodelavcev, ker ne razumejo njihove vloge v skupini. Izražanje lastnega mnenja ali nestrinjanje se obravnava kot nezaželeno, ker ne podpira, temveč deli enotnost skupine.	Člani delajo v ozračju zaupanja, drug drugega spodbujajo, da prosto izrazijo svoje mnenje, predloge, občutke ali nesoglasja. Vprašanja so dobrodošla.
Člani so zelo previdni pri tem, kaj povedo, tako da je resnično razumevanje v skupini nemogoče. Lahko se pojavi namišljeno igranje vlog, v komuniciranju se postavljajo pasti, v katere se lahko ujamejo vsi, ki niso dovolj previdni.	Člani si prizadevajo za odprto in pošteno komunikacijo. Trudijo se, da bi razumeli stališče vsakega izmed njih.

Člani so lahko za delo dobro usposobljeni, vendar jih šef ali drugi sodelavci ovirajo, da bi znanje uporabili.	Člane spodbujajo, da razvijejo svojo usposobljenost. in da naučeno uporabijo pri svojem delu. Tim jih pri tem povsem podpira.
Člani se znajdejo v konfliktnih situacijah, za katere ne vedo, kako bi jih rešili. Njihov šef lahko odlaga posredovanje, dokler ni povzročena resna škoda.	Člani priznajo konflikt za normalen pojav v medčloveških odnosih. V takšnih primerih vidijo priložnost za nove rešitve in kreativnost. Trudijo se, da konflikt rešijo hitro in konstruktivno.
Člani lahko sodelujejo ali pa tudi ne pri odločitvah, pomembnih za skupino. Skladnost z mnenjem šefa je pogosto pomembnejša kot uspešni delovni dosežki skupine.	Člani sodelujejo pri odločitvah, pomembnih za tim. Razumejo, da mora vodja sam sprejeti dokončno odločitev, ko se tim ne more odločiti ali ko je treba hitro ukrepati. Cilj je vedno le uspešnost tima in nikoli skladnost z mnenjem šefa.

Ločimo tri vrste timov, in sicer mono-, multi- in interdisciplinarne time.

Monodisciplinarni tim sestavljajo člani ene stroke, ene discipline ali ene poklicne skupine, ki lahko dosega različno stopnjo strokovne izobrazbe in strokovne usposobljenosti. Člani tima opravljajo delovne naloge samostojno, vendar je določen vodja, ki delo usklajuje, usmerja ter odgovarja za končne odločitve in uspešnost skupnega dela. Primer monodisciplinarnega tima v zdravstvu je tim zdravstvene nege, v katerem so člani tako zdravstveni tehniki s srednješolsko izobrazbo kot visokošolsko in univerzitetno izobražene medicinske sestre in medicinske sestre raznih specialnosti. Ožje področje tima zdravstvene nege je nudenje zdravstvene nege in oskrbe bolnikov ter zadovoljevanje bolnikovih osnovnih življenjskih potreb. Vodja tima zdravstvene nege je običajno medicinska sestra z najvišjo doseženo strokovno usposobljenostjo, večletnimi delovnimi izkušnjami in vodstvenimi sposobnostmi, potrebnimi za koordiniranje dela na področju zdravstvene nege. (Musič, 2006)

Multidisciplinarni tim sestavljajo člani različnih strok, disciplin in poklicnih profilov, ki lahko dosega različno stopnjo izobrazbe in strokovne usposobljenosti. Člani multidisciplinarnega tima izvajajo zapletene delovne naloge, pri tem delo opravljajo samostojno in neodvisno, glede na svojo jasno opredeljeno vlogo in dolžnost. V ospredju tima so rezultati opravljene delovne naloge. Vodja tima je določen, odgovoren za vodenje in koordiniranje tima in končne rezultate. Moč odločanja in avtoriteta sta neenakomerno porazdeljeni. Komunikacija poteka horizontalno in vertikalno, pristojnosti in odgovornosti so neenakomerno porazdeljene. Vodja je običajno oseba, ki se na obravnavano tematiko najbolj spozna, mu to sposobnost priznavajo tudi drugi ali ima visok hierarhični položaj v organizaciji. Multidisciplinarni time v zdravstvu predstavljajo delovni timi za izvedbo zahtevnih zdravstvenih postopkov, v katere se vključujejo različni strokovnjaki iz zdravstva (zdravniki, medicinske sestre, farmacevti, radioterapevti in drugi). (Musič, 2006)

V interdisciplinarnem timu vsak član ohranja svojo profesionalno identiteto. Moč odločanja in avtoriteta sta enakomerno porazdeljeni med vse člane tima. Komunikacija med člani poteka v vodoravni smeri, mnenja v timu se izmenjujejo, oblikujejo se skupna izhodišča in zaključki. Med delom tim ohranja visoko delovno disciplino, pristna medsebojna razmerja, prijetno delovno vzdušje, podpira posameznikova in skupna prizadevanja ter ustvarjalnost. V ospredju tima so visoka stopnja zaupanja in sodelovanja ter medsebojni odnosi pred rezultati. Interdisciplinarni timi so v zdravstveni praksi pogosti in rešujejo kompleksne probleme na novi, spoznavni ravni, ki presega spoznavni prag ene stroke in discipline. Običajno gre za povezovanje medicine, zdravstvene nege in drugih zdravstvenih strok s strokami, kot so pravna, ekonomska, sociološka, psihološka, informacijska in druge. Vodja je običajno oseba, ki se na obravnavano tematiko najbolj spozna, mu to sposobnost priznavajo tudi drugi ali oseba na vodilnem položaju v organizaciji. (Musič, 2006)

Bolniki so s timskim načinom dela v zdravstveni negi bistveno bolj zadovoljni kot s funkcionalnim modelom. Srečujejo se z manjšo skupino negovalnega kadra, kar povečuje medsebojno zaupanje, sproščenost v komunikaciji, možnost avtonomnega odločanja bolnika. Bolnik ima večji občutek subjekta v zdravstveni negi, kontinuiteta zdravstvene nege je boljša, kar povečuje zadovoljstvo bolnika, vloge in odgovornosti posameznih izvajalk zdravstvene nege so bolniku lažje razumljive.

3. RAZISKAVA

3.1 Namen in cilji raziskave

Osnovni namen raziskave je povezati proučena teoretična spoznanja o timih z obstoječo prakso delovanja tima na Odseku za intenzivno interno medicino.

Namen raziskave, opravljene na Odseku za intenzivno interno medicino, je bil pridobiti mnenje medicinskih sester in zdravnikov o delovanju tima v vsakodnevni praksi in poskušati ugotoviti, ali obstaja v praksi med njimi pristno sodelovanje, katerim kriterijem s področja timskega dela pripisujejo največji pomen, kje vidijo prednosti in kje pasti timskega dela ter kako ocenjujejo odnose, komuniciranje, motiviranje in reševanje konfliktov v timu.

Cilj raziskave je bil tudi ugotoviti, ali se mnenja medicinskih sester in zdravnikov o vlogi in pomenu timskega dela razlikujejo ter oceniti, kje so razhajanja najbolj očitna.

3.2 Metode raziskave

V raziskavi je bila uporabljena kvantitativna metoda zbiranja podatkov s pomočjo ankete. Anketna vprašanja (Musič, 2006) so bila zaprtega tipa z vezanimi, vnaprej oblikovanimi trditvami, do katerih so se morali anketiranci opredeliti na petstopenjski lestvici. V anketi si sledi šest tematskih sklopov: vloga tima, socialna dinamika v timu, vodenje tima, motivacija tima, komunikacija in konflikti v timu. Vprašalnik je bil namenjen tudi zbiranju demografskih podatkov opazovane populacije (spol, starost, delovna doba in vodilno delovno mesto).

3.3 Izvedba raziskave

Anketa je bila izvedena na Odseku za intenzivno interno medicino Splošne bolnišnice Novo mesto v času od 18. do 23. novembra 2009. Anketni vprašalniki so bili namenjeni medicinskim sestram in zdravnikom na Odseku za intenzivno interno medicino. Sodelovanje v anketi je bilo prostovoljno in anonimno. Vprašalnike smo osebno razdelili 30 zaposlenim; 4 zdravnikom in 26 medicinskim sestram. Zaradi odsotnosti zaposlenih je ostalo 10 vprašalnikov nerazdeljenih. Vrnjenih je bilo 20 vprašalnikov, zdravniki 4, medicinske sestre 16. Veljavnih in popolno izpolnjenih je bilo 20 vprašalnikov, ki so bili vključeni v raziskavo.

3.4 Prikaz rezultatov raziskave

Demografski opis opazovane populacije

Opazovano populacijo sestavljajo 4 zdravniki in 16 medicinskih sester, zaposlenih na Odseku za intenzivno interno medicino. Med anketiranimi zdravniki so bili trije moški in ena ženska. Med medicinskimi sestrami je bilo 16 žensk. Povprečna starost sodelujočih zdravnikov je bila 38 let, medicinskih sester 39 let. Povprečno imajo zdravniki 11 let delovne dobe, medicinske sestre 18 let. Med opazovano populacijo sta dve medicinski sestri in en zdravnik na vodilnem mestu.

3.0.1. Vloga tima

Trditev 1: Tim ima v primerjavi s posameznikom več znanja, izkušenj in moči za reševanje zapletenih delovnih nalog.

Graf 1: Medicinske sestre: Tim ima v primerjavi s posameznikom več znanja, izkušenj in moči za reševanje zapletenih delovnih nalog.



Graf 2: Zdravniki: Tim ima v primerjavi s posameznikom več znanja, izkušenj in moči za reševanje zapletenih delovnih nalog.



Pri medicinskih sestrah in zdravnikih je strinjanje s trditvijo 100-%.

Trditev 2: Tim hitreje rešuje probleme, sprejema odločitve in uvaja spremembe, ki jim posameznik ni kos.

S trditvijo se je zelo strinjalo 57 % medicinskih sester in 75 % zdravnikov, strinjalo se je 43 % medicinskih sester in 25 % zdravnikov.

Trditev 3: Timsko delo je manj tvegano, manj stresno, odgovornost je porazdeljena in vloženi delovni napori manjši.

S trditvijo se je zelo strinjalo 31 % medicinskih sester in 75 % zdravnikov, strinjalo se je 37 % medicinskih sester in 25 % zdravnikov. Neodločenih je bilo 6 % medicinskih sester. Nestrinjanje je izrazilo 6 % medicinskih sester.

Trditev 4: Skupni interesi, skupno delo, skupne vrednote, cilji in izkušnje nas bogatijo kot posameznika in tim v celoti.

S trditvijo se je zelo strinjalo 57 % medicinskih sester in 100 % zdravnikov, strinjalo se je 43 % medicinskih sester.

Trditev 5: Delo v timu povzroča »viharjenje uma«, zato je bolj ustvarjalno, uspešnejše in učinkovitejše.

S trditvijo se je zelo strinjalo 32 % medicinskih sester in 75 % zdravnikov, strinjalo se je 43 % medicinskih sester in 25 % zdravnikov. Neodločenih je bilo 26 % medicinskih sester.

3.0.2. Socialna dinamika v timu

Trditev 1: Člani tima se med seboj podpirajo, priznavajo, sodelujejo in si medsebojno pomagajo.

S trditvijo se je zelo strinjalo 18 % medicinskih sester in 50 % zdravnikov, strinjalo se je 68 % medicinskih sester in 50 % zdravnikov. Neodločenih je bilo 14 % medicinskih sester.

Trditev 2: Prispevek vsakega člana je pomemben, koristen in vpliva na skupne dosežke tim.

S trditvijo se je zelo strinjalo 50 % medicinskih sester in 75 % zdravnikov, strinjalo se je 50 % medicinskih sester in 25 % zdravnikov.

Trditev 3: Vsak član tima ima enako možnost sodelovanja in odločanja pri skupnih zadevah.

S trditvijo se je zelo strinjalo 25 % zdravnikov, strinjalo se je 62 % medicinskih sester in 50 % zdravnikov. Neodločenih je bilo 38 % medicinskih sester in 25 % zdravnikov.

Trditev 4: Avtoritarni in hierarhični odnosi povzročajo v timu napetost, nesoglasja in slabo sodelovanje.

S trditvijo se je zelo strinjalo 37 % medicinskih sester in 25 % zdravnikov, strinjalo se je 43 % medicinskih sester in 25 % zdravnikov. Neodločenih je bilo 6 % medicinskih sester, 14 % medicinskih sester in 50 % zdravnikov se s trditvijo ni strinjalo.

Trditev 5: Usklajenost misli, hotenj, občutkov in vrednot povečuje pripravljenost sodelovanja v timu.

S trditvijo se je zelo strinjalo 19 % medicinskih sester in 50 % zdravnikov, strinjalo se je 75 % medicinskih sester in 50 % zdravnikov. Neodločenih je bilo 6 % medicinskih sester.

3.0.3. Vodenje tima

Trditev 1: Vodja tima določa družbeni status, nivo dosežene izobrazbe in hierarhični položaj v organizaciji.

S trditvijo se je zelo strinjalo 20 % medicinskih sester in nihče od zdravnikov, strinjalo 25 % medicinskih sester in 25 % zdravnikov. Neodločenih je bilo 43 % medicinskih sester, 12 % medicinskih sester in 75 % zdravnikov se s trditvijo ni strinjalo.

Trditev 2: Vodenje tima prevzame tisti, ki je najbolj sposoben, da delovno nalogo opravi in mu drugi to sposobnost tudi priznavajo.

S trditvijo se je zelo strinjalo 37 % medicinskih sester in 75 % zdravnikov, strinjalo se je 57 % medicinskih sester in 25 % zdravnikov. Neodločenih je bilo 6 % medicinskih sester.

Trditev 3: Vodja tima mora obvladati menedžerske prijeme, kot so planiranje, delegiranje, koordiniranje, organiziranje in pogajanje.

S trditvijo se je zelo strinjalo 57 % medicinskih sester in 50 % zdravnikov, strinjalo se je 43 % medicinskih sester in 25 % zdravnikov. Neodločenih je bilo 25 % zdravnikov.

Trditev 4: Vodja tima je ključen pri oblikovanju značaja, kulture, skupnih vrednot, ciljev in vizije tima.

S trditvijo se je zelo strinjalo 51 % medicinskih sester in nihče od zdravnikov, strinjalo 43 % medicinskih sester in 75 % zdravnikov. Neodločenih je bilo 25 % zdravnikov. S trditvijo se ni strinjalo 6 % medicinskih sester.

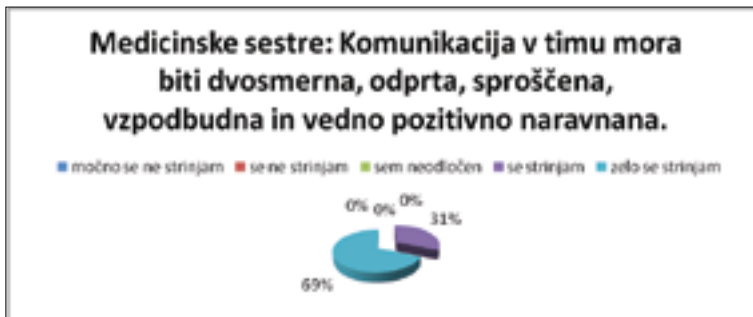
Trditev 5: Vodja tima z delitvijo nalog in pooblastil motivira zaposlene in jim s tem omogoča njihovo profesionalno rast.

S trditvijo se je zelo strinjalo 51 % medicinskih sester in 50 % zdravnikov, strinjalo se je 43 % medicinskih sester in 25 % zdravnikov. Neodločenih je bilo 6 % medicinskih sester in 25 % zdravnikov.

3.0.4. Komunikacija v timu

Trditev 1: Komunikacija v timu mora biti dvosmerna, odprta, sproščena, vzpodbudna in vedno pozitivno naravnana.

Graf 3: Medicinske sestre: Komunikacija v timu mora biti dvosmerna, odprta, sproščena, vzpodbudna in vedno pozitivno naravnana.



Graf 4: Zdravniki: Komunikacija v timu mora biti dvosmerna, odprta, sproščena, vzpodbudna in vedno pozitivno naravnana.



S trditvijo se je zelo strinjalo 69 % medicinskih sester in vsi zdravniki, strinjalo se je 31 % medicinskih sester.

Trditev 2: Zbiranje, izmenjava in posredovanje informacij so bistveni za uspešno in učinkovito komuniciranje v timu.

S trditvijo se je zelo strinjalo 57 % medicinskih sester in vsi zdravniki, strinjalo se je 43 % medicinskih sester.

Trditev 3: Komuniciranje ni samo posredovanje informacij; z njimi kažemo tudi svojo odnosno raven do ljudi in povedanega.

S trditvijo se je zelo strinjalo 62 % medicinskih sester in vsi zdravniki, strinjalo 25 % medicinskih sester. Neodločenih je bilo 14 % medicinskih sester.

Trditev 4: Za doseganje timskega soglasja je nujno potrebna povratna informacija, s katero preverimo razumevanje in podporo tima.

S trditvijo se je zelo strinjalo 69 % medicinskih sester in 75 % zdravnikov, strinjalo se je 31 % medicinskih sester in 25 % zdravnikov.

Trditev 5: Če v timu ni medsebojnega zaupanja, tudi komunikacija ne more biti uspešna in učinkovita.

S trditvijo se je zelo strinjalo 75 % medicinskih sester in 75 % zdravnikov, strinjalo se je 25 % medicinskih sester in 25 % zdravnikov.

3.0.5. Motivacija tima

Trditev 1: Za motiviranje tima sta potrebni pohvala in priznanje posameznikov ter skupin kot celote.

S trditvijo se je zelo strinjalo 82 % medicinskih sester in 75 % zdravnikov, strinjalo se je 18 % medicinskih sester in 25 % zdravnikov.

Trditev 2: Tim motivirajo pomembni prispevki, ki imajo trajen učinek in predstavljajo vrednoto.

S trditvijo se je zelo strinjalo 51 % medicinskih sester in 75 % zdravnikov, strinjalo se je 31 % medicinskih sester in 25 % zdravnikov. Neodločenih je bilo 18 % medicinskih sester.

Trditev 3: Posameznike v timu motivirajo javna kritika, osebne grožnje, premestitve in znižanje plače.

S trditvijo se je strinjalo 6 % medicinskih sester. Neodločenih je bilo 25 % medicinskih sester. S trditvijo se močno ni strinjalo 62 % medicinskih sester in 50 % zdravnikov. 6 % medicinskih sester in 50 % zdravnikov se s trditvijo ni strinjalo.

Trditev 4: Tim motivira sodelovanje pri postavljanju pomembnih ciljev, možnost soodločanja in vključenost pri oblikovanju prihodnosti.

S trditvijo se je zelo strinjalo 18 % medicinskih sester, strinjalo se je 70 % medicinskih sester in vsi zdravniki. Neodločenih je bilo 6 % medicinskih sester, 6 % medicinskih sester se s trditvijo ni strinjalo.

Trditev 5: Denarna nagrada in materialne bonitete so najboljši motivator za posameznika in tim kot celoto.

S trditvijo se je zelo strinjalo 51 % medicinskih sester, strinjalo se je 43 % medicinskih sester. Neodločenih je bilo 6 % medicinskih sester in 50 % zdravnikov. 25 % se s trditvijo močno ni strinjalo, 25 % se s trditvijo ni strinjalo.

3.0.6. Konflikti v timu

Trditev 1: Konflikte v timu obravnavam kot priložnost za rešitev nesoglasij in spornih vprašanj.

S trditvijo se je zelo strinjalo 6 % medicinskih sester in 25 % zdravnikov, strinjalo se je 38 % medicinskih sester in 25 % zdravnikov. Neodločenih je bilo 25 % medicinskih sester in zdravnikov. S trditvijo se ni strinjalo 31 % medicinskih sester in 25 % zdravnikov.

Trditev 2: Konfliktom v timu se najraje izognem tako, da se odpovem svojim ciljem, se umaknem in prilagodim nasprotni strani.

S trditvijo se je strinjalo 6 % medicinskih sester. Neodločenih je bilo 31 % medicinskih sester. S trditvijo se ni strinjalo 18 % medicinskih sester in 50 % zdravnikov. Močno se ni strinjalo 43 % medicinskih sester in 50 % zdravnikov.

Trditev 3: Samo popuščanje, pogajanje in iskanje rešitve, sprejemljivih za obe strani, pripeljejo do uspešne razrešitve konflikta.

S trditvijo se je zelo strinjalo 14 % medicinskih sester in 25 % zdravnikov, strinjalo se je 31 % medicinskih sester in 25 % zdravnikov. Neodločenih je bilo 43 % medicinskih sester. 14 % medicinskih sester in 25 % zdravnikov se s trditvijo ni strinjalo, 25 % zdravnikov se s trditvijo močno ni strinjalo.

Trditev 4: Konfliktna situacija v timu je priložnost za tekmovanje, merjenje moči in preizkušanje vzdržljivosti posameznika.

S trditvijo se ni strinjalo 43 % medicinskih sester. Močno se ni strinjalo 38 % medicinskih sester in vsi zdravniki. Neodločenih je bilo 18 % medicinskih sester.

Trditev 5: Uspešno rešeni so konflikti, kjer pridobita obe nasprotujoči si strani tima.

S trditvijo se je zelo strinjalo 31 % medicinskih sester in 50 % zdravnikov, strinjalo se je 38 % medicinskih sester in 50 % zdravnikov. Neodločenih je bilo 25 % medicinskih sester. 6 % medicinskih sester se s trditvijo ni strinjalo.

4. ANALIZA RAZISKAVE

Medicinske sestre in zdravniki so timu v primerjavi s posameznikom priznali več znanja, izkušenj in moči za reševanje zapletenih nalog. V primerjavi z zdravniki se je veliko manj medicinskih sester strinjalo, da je timsko delo manj tvegano, manj stresno, odgovornost porazdeljena in vloženi naporji manjši. Timsko odločanje in skupno reševanje problemov v timu so podprle tako medicinske sestre kot zdravniki.

Pri ocenjevanju socialne dinamike v timu so medicinske sestre in zdravniki dokazali, da se člani tima med seboj podpirajo, priznavajo in sodelujejo. Veliko več medicinskih sester kot zdravnikov je mnenja, da avtoritativni in hierarhični odnosi v timu povzročajo napetost, nesoglasja in slabo sodelovanje.

Glede trditev, povezanih z vodenjem tima, se medicinske sestre in zdravniki strinjajo, da vodenje tima prevzame tisti, ki je najbolj sposoben, da delovno nalogo opravi. Medicinske sestre se v večji meri kot zdravniki strinjajo, da vodjo določa družbeni status, nivo dosežene izobrazbe in hierarhični položaj v organizaciji.

V četrtem sklopu trditev, povezanih s komunikacijo, so mnenja medicinskih sester in zdravnikov podobna. Poudarjajo pomen dvosmerne, odprte, sproščene komunikacije ter medsebojnega zaupanja.

S trditvijo, da sta za motiviranje tima potrebna pohvala in priznanje posameznikov ter skupin kot celote, se strinjajo tako medicinske sestre kot zdravniki. Medicinske sestre denarnim nagradam in materialnim bonitetam pripisujejo večji pomen kot zdravniki. Kljub temu da se je nivo dosežene izobrazbe medicinskih sester dvignil na univerzitetno raven, je delo medicinskih sester še vedno slabo ovrednoteno.

Večina medicinskih sester in zdravnikov je mnenja, da so konflikti v timu priložnost za reševanje nesoglasij in spornih vprašanj. V primerjavi z zdravniki se medicinske sestre v večjem številu izognejo konfliktom v timu, se odpovedo svojim ciljem, se umaknejo in prilagodijo nasprotni strani. Prav tako se medicinske sestre zavedajo, da popuščanje, pogajanje in iskanje rešitev, sprejemljivih za obe strani, pripeljejo do uspešne razrešitve konflikta.

5. ZAKLJUČEK

Timski način dela postaja vse pomembnejši za osebno in profesionalno rast zaposlenih. Timsko delo pomeni večjo fleksibilnost in prilagodljivost nastajajočim spremembam okolja, saj lahko timi hitro, uspešno in učinkovito izvedejo zapletene delovne naloge, ki jih posameznik ne zmore. Timi povečujejo vrednost organizacijam, saj pozitivno vplivajo na zadovoljstvo zaposlenih, višajo kakovost storitev, produktivnost, povečujejo ustvarjalni nemir, inovativnost in kakovost delovanja. Timsko delo izboljšuje razpršenost znanja in izkušenj, podpira nove tvegane odločitve, zmanjšuje stres na delovnem mestu in ustvarja višjo motiviranost zaposlenih. Timsko delo pomeni izboljšano kvaliteto skupinskega dela in organizacijskega življenja, zahteva višjo stopnjo zavesti udeležencev, odlikujejo ga izboljšani medosebni odnosi, medsebojno zaupanje in občutek pripadnosti. Dopuščanje samoorganiziranja zaposlenih v time, dopuščanje soodločanja, samokontrole in osebne odgovornosti pomembno vplivajo na doseganje ciljev organizacije. (Musič, 2006)

Literatura

1. Grbec, V.: Timsko delo v procesu zdravstvene nege. Zdrav. obzor., 1989; 23: 123-127.
2. Maddux, R.: Oblikovanje tima: vaja v vodenju. Ljubljana. Založba Mladinska knjiga, 1992.
3. Musič, D.: Timsko delo v zdravstvu. Koper. Fakulteta za management, 2006.
4. Swansburg, R. C.: Management and leadership for nurse managers. 2'd ed. Sudbury. Jones and Bartlett Publishers, 1996.
5. Waters, K.: Team nursing. European Nurse. 1996; 1: 173-178.

SPOŠTOVANJE ČLOVEKOVE OSEBNOSTI IN DOSTOJANSTVA V ZDRAVSTVENI NEGI

**Karmen Janežič,
Sabina Klemenčič**

Povzetek

Zdravstvena nega je profesionalna disciplina, ki temelji na humanističnih vrednotah. Te vrednote so povezane s telesnimi, duševnimi in družbenimi razsežnostmi človeka. V praksi so predvsem duševne in družbene vrednote zapostavljene, obenem pa so zapostavljene tudi temeljne človekove pravice, kot so spoštovanje človekove osebnosti in dostojanstva, spoštovanje njegove intimnosti, avtonomnosti, zasebnosti. Ob tem pa ne smemo pozabiti na spoštovanje trpljenja, bolečine in nenazadnje upanja.

Etična vprašanja v zdravstveni negi niso izolirana, temveč so sestavni del vsakodnevne prakse in spremljajo človeštvo skozi vso zgodovino, saj so moralni filozofi ves čas skušali odgovoriti na dve vprašanji etike: «Kaj je prav, da storim v tem trenutku, v tej situaciji? Kaj sem dolžan oz. kaj moram storiti ta trenutek? In seveda, česa ne smem oziroma ne zmorem?»

Zdravstvena nega je zelo občutljivo področje, saj se srečujemo s celo vrsto odnosov, ki so odvisni od človekovih osebnostnih značilnosti, kulture in etičnih načel. Prav je, da ob tem ne pozabimo na človeka, na bolnika, ga upoštevamo kot celostno bitje, spoštujemo njegovo osebnost, njegove želje, navade in ga vključimo v njegov proces zdravljenja in zdravstvene oskrbe, saj bomo na tak način največ doprinesli k njegovi ozdravitvi in boljšemu počutju.

Ključne besede: etika, vrednote v ZN, spoštovanje človekove osebnosti

»Vse, kar delamo, vsako odločitev, ki jo sprejmemo, in vsako dejanje, ki ga izvedemo, temelji na našem zavestnem ali podzavestnem verovanju, stališjih in vrednotah.«

Diane Uustal, medicinska sestra

Dostojanstvo je temeljna pravica vsakega človeka in ni odvisna od človekovih pozitivnih ali negativnih telesnih, duševnih ali družbenih značilnosti, čeprav so vrednote v zdravstveni negi povezane predvsem s telesnimi, duševnimi in družbenimi razsežnostmi. Vrednote v zvezi s telesnimi dimenzijami so uravnoteženost telesnih funkcij in izpolnitev telesnih potreb. Vrednota osebnosti človeka je povezana z osebnostno rastjo in razvojem, človekovim dostojanstvom, ki vključuje človeka kot posameznika, njegovo identiteto in pravico do odločanja. Vrednota človeka kot družbenega bitja pa vsebuje aktivno udeležbo, avtonomnost, harmoničen medčloveški odnos in samorealizacijo.

Te razsežnosti so med seboj enakovredne. V kodeksu etike medicinskih sester, ki ga je leta 1973 sprejela ICN, je zapisano: »Temeljne naloge medicinske sestre so...krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje zdravja ter lajšanje trpljenja...neločljivo povezano z zdravstveno nego je spoštovanje življenja, dostojanstvo in pravice človeka.«

Etična in moralna vprašanja spremljajo človeštvo skozi vso zgodovino, še posebej so ta vprašanja občutljivo področje v zdravstveni negi in nasploh v zdravstvu. Ves čas se porajata dve vprašanji: Kaj je prav, da storim v tem položaju in Kaj sem dolžan storiti?

S temi in podobnimi vprašanji so se v zgodovini soočali številni filozofi in ljudje, ki so se ukvarjali z medicino.

Veliko delo na tem področju je opravila Florence Nigtingale, ki je v svojih filozofskih stališčih povezala starogrške ideje in krščansko idejo ljubezni s sodobnim konceptom stroke ter s tem poudarila potrebo po personalizirani zdravstveni negi. »Vsaka medicinska sestra bi morala biti tista, na katero se lahko računa, ali z drugimi besedami, sposobna mora biti bolnikov zaupnik. Medicinska sestra mora prepoznati, kakšne strukturne in vedenjske lastnosti ima bolnik. Nekdo želi prestajati težave čimbolj sam, drugi pa želi, da se z njih čim več ukvarjamo in mu nudimo oporo. Medicinska sestra pa je tista, ki mora te razlike opaziti in jih tudi upoštevati.

«Vedno znova je poudarjala, da lahko le ustrezno izobrazena medicinska sestra, ki je hkrati tudi zrela osebnost, nudi kakovostno zdravstveno nego in zagotavlja profesionalni razvoj stroke. Zanj je značilna tudi velika angažiranost za socialno problematiko tistega časa.

V današnjem času se lahko vprašamo, ali smo medicinske sestre pripravljene delovati na način, kot ga je uveljavila Florence Nigtingale. Ali se nam ne zdi, da včasih pozabimo na to, kar so sicer naše socialne, človeške, osebnostne norme in načela. Vera Grbec je lepo zapisala, da potrebujemo medicinske sestre, ki bodo »mislile etično« in ne samo »vedele o etiki«.

Verjamem in vem, da se ves čas ustrezno in dobro izobražujemo, da imamo ogromno možnosti za pridobivanje novih znanj, ki jih tudi izkoristimo. A vseeno se včasih, v določeni situaciji, spozabimo in pozabimo na našo osnovno nalogo - skrb za človeka, bolnika, pacienta, varovanca ali kakorkoli ga že imenujemo.

V enoto intenzivne terapije sprejmemo 80-letno bolnico, ki še nikoli ni bila v bolnišnici, zdaj pa je zbolela in stanje je tako hudo, da je morala v enoto intenzivne terapije. Bolnico preložimo na posteljo. Vprašamo jo po imenu in priimku, da lahko preverimo identiteto, nato pa se nanjo zgrne cel kup ljudi, ki od nje zahteva vsak nekaj drugega. Dve medicinski sestri

jo najprej slečeta, do golega seveda, nihče ne pomisli, da se morda gospa niti pred svojim možem, v svojih mladih letih, ni nikoli pokazala gola. Sicer ji to povesta, ampak nihče ne počaka, da bi gospa povedala svoje mnenje. Naslednji hip pride diplomirana medicinska sestra in ji hiti razlagati, da ji bo vstavila cevko v žilo, ker hoče nastaviti kanal. Istočasno že druga medicinska sestra pripravlja stvari za vstavev urinskega katetra, ki ga gospa nujno potrebuje, njena kolegica pa skuša posneti ekg. Istočasno se zraven postelje postavita dva zdravnik sekundarija, ki začneta gospo spraševati vse mogoče stvari, saj sta dobila nalogo, da napišeta status in anamnezo ob sprejemu. Gospa se verjetno počuti kot ujeta žival, saj je nihče nič ne vpraša za mnenje, kaj bi pa ona rada povedala, kaj si želi, zakaj se je odločila priti v bolnico, nihče ne upošteva njene zasebnosti.

Vsak pacient pride v bolnišnico s svojimi izoblikovanimi vrednotami, ki jih je začel prevzemati v svojem družinskem, družbenem in kulturnem okolju. Vsak človek zase najbolje ve, kaj je zanj pomembno, čeprav se nam ne zdi tako, oziroma sta nam njegov način življenja in pojmovanja popolnoma nesprejemljiva.

Pri našem delu, se pravi pri obravnavi bolnika, se nam lahko poruši sistem, če nam nekdo ugovarja, npr.: »Jaz pa ne dovolim, da mi vstavite urinski kateter«. Kaj pa zdaj? Kako bomo pa merili urno diurezo? A bomo prelivali urin ali tehtali plenico? Kaj bo pa rekel zdravnik? Ali bo razumel, da gospa tega noče?

Nekatere temeljne vrednote ostajajo iste, druge se spreminjajo. V določenih okoliščinah, kot je na primer bolezen, se na heirarhični lestvici spreminja vrstni red. Kar nam je bila nekoč največja vrednota v življenju, lahko ob boleznih izgubi svoj pomen in nam druge stvari postanejo pomembnejše. Iz izkušenj vem, da izgubljajo vrednost materialne vrednote, kot so denar, hiša, največji pomen pa dobijo zdravje in seveda medsebojni odnosi, v krogu družine in prijateljev, odnosi, ki jih ima pacient v svoji socialni mreži. Dostikrat namreč slišimo pacienta, ki govori: »Kaj mi pomaga, da sem vse življenje delal, imam hišo, vikend, ko pa nimam nikogar, ki bi pomagal in mi stal ob strani, me imel rad.«

Zdravstvena nega naj bi delala s pacientom, ne za pacienta, pacient naj bi bil enakovredni partner, ki bi moral imeti vpliv na obravnavo in naj ne bi imel manj moči kot institucija. Pri tem bi nam lahko pomagala metoda opolnomočenja, to je proces, ko moč ni le na strani strokovnjaka, ampak preide na stran uporabnika.

Našim bolnikom pogosto zelo veliko pomenijo stvari, ki jih sicer zdravi strokovnjaki opravimo kot samoumevne, njim pa predstavljajo velik problem, to so npr. uporaba stranišča, plenice, samostojno hranjenje, osnovni bonton (Dober dan, kako ste...?). Pomemben je odnos, ki ga ustvarimo z bolnikom in na podlagi tega nam bo bolnik zaupal ali pa tudi ne, gotovo pa bo odnos z osebjem vplival na njegovo dobro ali slabo počutje. Dobri zdravstveni delavci v zdravstveni negi morajo biti sposobni empatičnega odnosa. Vprašati se moramo, kdo je tukaj za koga, kako bi se počutil oz. počutila, če bi bila jaz na bolnikovem mestu, ali če bi bil na njegovem mestu nekdo od mojih bližnjih. Včasih ob vsem silnem znanju in tehnologiji ter pomembnosti medicine pozabimo, da je človek celostno, biološko, družbeno, socialno, psihično in nenazadnje tudi duhovno bitje. Sodobna medicina se prepogosto osredotoči samo

na zdravljenje, popravljanje nepravilnosti in žal prevečkrat ob tem pozabi na človeka. Sodobna zdravstvena nega pa postavlja zahtevo po celostnem, holističnem razumevanju v obravnavi bolnika ter uveljavlja procesno metodo dela, bistvo tega procesa pa je individualizacija.

Čeprav se v današnjem času veliko govori in piše o etiki in morali, je preprosto potrebno, da ju znamo razlikovati. Morala je splet zapovedi in prepovedi, ki se z menjavo oblasti, družbenega sistema in spremembami civilizacije lahko zamenja in dobi drugačne vrednote. Etika pa ima v bistvu ves čas enake vrednote, ki naj bi človeku nakazale, kako naj bi živel, katere pravice in dolžnosti ima ter kako mora in sme delati. Prav je, da se tega pri opravljanju svojega poklica tako medicinske sestre kot vsi ostali zdravstveni delavci v celoti zavedamo, saj bomo le na ta način zadostile svojim moralnim in etičnim normam, svojim varovancem pa bomo dale občutek, da sodelujejo pri obravnavi in jim na ta način vzbudili zaupanje in ustvarili enakovreden partnerski odnos, ki je v današnjem času še kako potreben za kakovostno storitev.

Literatura

1. Milčinski, J. Medicinska etika in deontologija. Ljubljana: Dopisna delavska univerza Univerzum, 1982.
2. Lanara, V. Heroism as a nursing value. Athens: Vassiliki A. Lanara, 1991.
3. Grbec, V. Etika v zdravstveni negi I.del. Zdrav Obzor, 1992; 26:3-6.
4. Grbec, V. Timsko delo v procesu zdravstvene nege. Zdrav Obzor 1989; 23: 123-7.
5. ICN Kodeks etike medicinskih sester. 1973.
6. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Mednarodni kodeks etike za babice. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2006.
7. Raatikainen, R. Values and ethical principles in nursing. J Adv Nurs 1989, 14: 92-6.
8. Veatch, R, Fly, S. Case studies in nursing ethics. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1987.

POMEMBNE VREDNOTE PRI DELAVCIH V ZDRAVSTVENI NEGI V PRIHODNOSTI

Jožica Rešetič

Povzetek

Vrednote tudi na področju zdravstvene nege dobivajo jasnejšo podobo in delavci zdravstvene nege jih skušajo eksplicitno prepoznati zlasti v obdobju preobrazbe zdravstvene nege. Spremembe v delovanju in preoblikovanju zdravstvene nege so nujno povezane tudi s spremembami vrednot. Pri tem mislimo predvsem na skrb za kakovost dela v povezavi s stroški, prijazen dostop do bolnika in upoštevanje ekonomskih kategorij delovanja. Dokler naštetna načela ne postanejo vrednote naših delavcev v zdravstveni negi, si večjih sprememb na področju zdravstvene nege ni mogoče obetati.

Ključne besede: zdravstvena nega, vrednote, medicinska sestra

Uvod

Danes ugotavljamo, da živimo v času nenehnih sprememb. Tempo življenja v razvitih družbah je vse hitrejši in zahtevnejši. To velja tako za človeka kot za posamezne organizacije. Tako pridobitno kot tudi nepridobitno naravnane organizacije (Kovač, 1998) se v sodobnih pogojih delovanja srečujejo z nešteti izzivi, ki jih morajo, če želijo uspeti in rasti, uspešno premagovati. Tavčar (2002) pravi, da informacijsko dobo danes počasi zamenjuje doba čustev in občutkov, v kateri bodo o uspehu in neuspehu v gospodarstvu in negospodarstvu odločala nedotakljiva sredstva, kot so nevidna vrednost profitne in neprofitne organizacije ter ustvarjalni odnos med ponudniki in potrošniki.

Če hoče organizacija preživeti in se razvijati, morajo biti vsi zaposleni globoko zavzeti. Vsakdo mora prispevati svoj maksimum skladno s cilji organizacijske enote, ki ji pripada, ter slediti ciljem organizacije.

Vrednote v zdravstveni negi, ki prevladujejo v tej dejavnosti, se predvsem nanašajo na čim boljše oskrbovanje porabnikov storitev. Ustvarjanje dobička tu ni možno in tudi pridobitništvo ni v ospredju. V zdravstveni negi prevladuje sistem vrednot, za katere je značilen duhovni

razvoj in lajšanje trpljenja. Čeprav se delavci na področju zdravstvene nege pogosto ne zavedajo vrednot, med člani v organizaciji obstaja močna pripadnost k skupnim vrednotam. To postane najbolj očitno v povezavi z zunanjim okoljem zlasti tedaj, ko so potrebne spremembe oziroma se organizacija znajde v krizi.

Stres (2003) poudarja, da se jih moramo jasno zavedati in jih tudi jasno izpostavimo kot orientacijske točke, ki jih pri zelo številnih dilemah, in na mnogih razpotjih, na katerih si bomo izbirali smer, ne bi smeli nikoli izgubiti izpred oči. Poudarja še, da vrednote so vrednote samo tako dolgo, dokler se zavedamo, da z njimi ne moremo manipulirati in jih poljubno spreminjati.

Vrednote

Različni avtorji vrednote različno definirajo. Na splošno govorijo, da so vrednote skupna prepričanja in prioritete ljudi. Kavčič (2006) poudarja, da vrednote opredeljujejo kakovost skupine in posameznika. Članom organizacije povedo, kaj je v organizaciji najpomembnejše, na kaj morajo biti pozorni, kako naj si razlagajo posamezne dogodke, akcije in informacije. In kako odkrijemo vrednote? Odkrijemo jih tako, če se vprašamo, zakaj delajo člani zdravstvene nege to, kar delajo. Vrednote so neposredno težko opazne, zato o njih sklepamo šele, ko dobimo na vprašanja odgovore od ključnih ljudi. Vrednote lahko odkrijemo, če opazujemo vedenje članov organizacije, z analizo sistema plač in z nagrajevanjem ter ugotovitvijo, zakaj so posamezniki v organizaciji bolj cenjeni. Vrednote skozi življenje pridobimo, zato niso racionalne in logično utemeljene. Vrednote so čustvene, prevzete od tistih, ki jim zelo zaupamo in smo na njih navezani. Naše dejansko vedenje je odvisno od naših dejanskih vrednot. Prav vrednote so tiste, ki oblikujejo pravila dejanskega vedenja. Vrednote mnogi povezujejo le s posameznikom, vendar se vse pogosteje govori tudi o skupnih vrednotah članov organizacije. Te vrednote se razvijajo še posebej pri reševanju skupnih problemov, ki se pojavljajo pri zdravstveni negi.

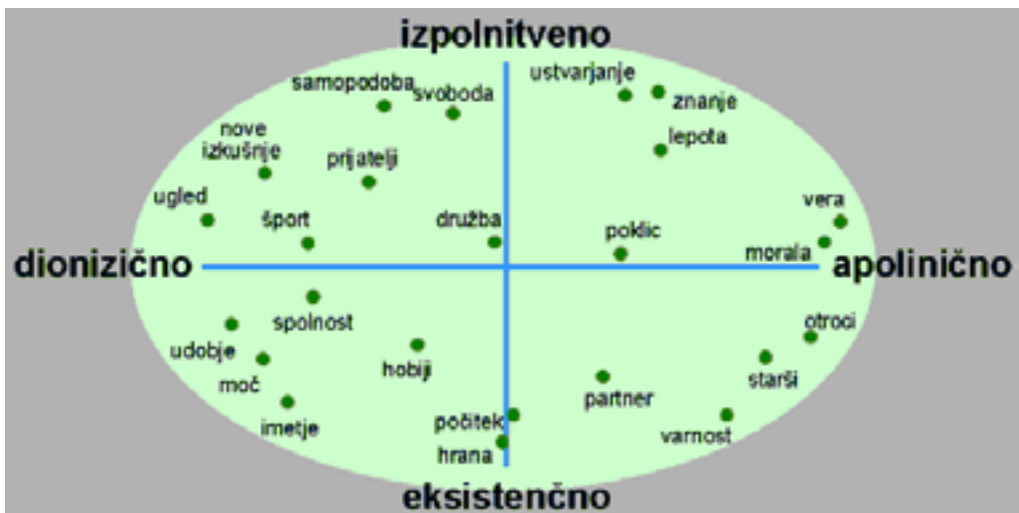
Skozi zgodovinski razvoj družbe so se razvijale tudi vrednote. V drugi polovici sedemdesetih in v osemdesetih letih prejšnjega stoletja je prišlo do opaznih sprememb v poslovnih vrednotah.

Zaposleni v zdravstveni negi so bolj usmerjeni na materialno bogastvo, zahtevajo več prostega časa, več avtonomije, več zabave, več participacije, prijaznejšo skupnost, smiselno delo, kakovostno življenje, osebni razvoj in samouresničevanje. Kavčič (2006) govori, da tisti, ki živijo za organizacijo, ki jim je torej organizacija, kjer so zaposleni, najpomembnejša, tudi vrednotam te organizacije dajejo prednost. In obratno: tisti, ki jim je služba le nujno zlo, tudi tem vrednotam organizacije, kjer so zaposleni, ne pripisujejo posebnega pomena.

Kavčič (2006) meni, da so vrednote nekaj notranjega, kar je globoko v posamezniku. Vrednote v organizaciji imajo naslednje učinke: krepijo osebno učinkovitost, spodbujajo lojalnost do organizacije, spodbujajo soglasje do ključnih ciljev organizacije, spodbujajo etično obnašanje, spodbujajo skrbnost, zmanjšujejo raven stresa in napetosti pri delu. Močne skupne vrednote dvigujejo motivacijo in posledično večajo kakovost in učinkovitost dela. Vrednote so najbolj

splošni motivacijski cilji. Tako kot v gospodarstvu tudi v negospodarstvu obstajajo soglasja o vsebinah temeljnih vrednot. Vrednote so absolutno dobre in zaželenene. Ni slabih vrednot in ni le delno dobrih vrednot. Pomembno je tudi načelo univerzalnosti - nekaj ne more biti vrednota za nekoga, za drugega pa ne. Velja načelo "vse ali nič". Katere vrednote prevladujejo in bodo prevladovali v zdravstveni negi v sedanjosti in bližnji prihodnosti? Je to humanost, tolerantnost, poštenost, plačilo za dosežke, samostojnost, samouresničevanje, varnost, družbena koristnost, demokracija, spoštovanje, **kakovost storitev, strokovnost**? Na osnovi teh vrednot udeleženci delavci v zdravstveni negi svoje usmeritve pri upravljanju s kadri, s finančnimi sredstvi in s pozitivnim odnosom do organizacije ter okolja, v katerem organizacija deluje.

Slika 1: Vrednote



Vir: www.geocities.com/vidpogacnik/vrednote.htm -

Filozofija, ki oblikuje vrednotni sistem delavcev v zdravstveni negi, izvira iz načela o svetosti življenja in potrebe po zmanjševanju trpljenja. Obstaja celo mnenje, da so vrednote, po katerih se oblikujejo delavci v zdravstveni negi, odlika posameznikov, ki se za ta poklic odločajo. Ne glede na pomisleke za in proti pa se sistem vrednot delavcev v zdravstveni negi oblikuje že dosti prej, preden posamezniki postanejo člani določene zdravstvene organizacije. Že v času šolanja in študija kandidati prevzemajo stališča in prepričanja svojih učiteljev, ki jih pripravljajo za poklic medicinske sestre. Pač pa so vrednote značilno povezane s spolom, starostjo in izobrazbo.

Osnovne vrednote delavcev v zdravstveni negi so nenehno izboljševanje kakovosti storitev. To uresničujemo s spoštovanjem naslednjih izhodišč:

- uveljavljanje načela poslovne kakovosti s stalnim izboljševanjem procesov in sproščanjem ustvarjalnosti, nadarjenosti, pozitivne energije in motivacije vseh sodelavcev;

- realno načrtovanje z vključevanjem najširšega kroga zaposlenih;
- vključevanje sodelavcev, strank in dobaviteljev v izvajanje procesov in njihovo nenehno izboljševanje;
- kultura komuniciranja, kultura bivanja in življenja nasploh;
- skrb za osebnostni razvoj vseh zaposlenih s stalnim izobraževanjem, ciljnimi usposabljanjem in ustreznim nagrajevanjem.

Slika 2 : Skica vrednot v Splošni bolnišnici Novo mesto



Vir: Splošna bolnišnica Novo mesto

Na osnovi teh vrednot udejanjamo svoje usmeritve s premišljenimi strategijami na področjih trženja in razvoja ponudbe, organizacije in upravljanja s kadri, tehnološkega razvoja, upravljanja s finančnimi sredstvi in pozitivnim odnosom do širše družbe.

Vrednote in bogastvo

O vrednotah se v času današnjih dinamičnih sprememb govori sorazmerno več kot nekoč. Opaziti je, da se v organizacijah, v katerih so se še pred nekaj leti z vrednotami ukvarjali predvsem posamezniki, vrednote začenjajo vpletati v govorico vodstva.

Ustvarjanje in negovanje vrednot zahteva veliko napora, časa, energije in tudi denarja. Razmislek o vrednotah, opredelitev in objava vrednot je dober začetek. A nič več kot to. Prenos vrednot od besed k dejanjem je trdo delo. Garanje. Ukvarjanje z ljudmi. Prepoznavanje pravih vzorcev, njihovo uvajanje in uveljavljanje ter odpravljanje tistih, ki se ne skladajo z vrednotami v organizaciji, je naporno delo.

Uveljavljanje vrednot je predvsem delo vodij. In to je trdo, odgovorno delo. Delo, ki zahteva odločitve in seveda dejanja. Morda se vam bo preizkušnja vrednote zgodila prav v tistem trenutku, ko se vam zdi, da se vam dogaja tako rekoč najbolj pomembna stvar v življenju: posel, sestanek, srečanje, ideja... A če so vrednote jasne, je takšna tudi odločitev. Ne zanikamo pa, da je njena izvedba vse prej kot lahka. (*Edita Kubelj Krajnovič, 2009*)

Pomembne vrednote za prihodnost v zdravstveni negi

Kakovost v zdravstveni negi

Qualitas (lat.) pomeni dobra lastnost. Marolt (1987) navaja, da je kvaliteta izdelkov in storitev vse bolj odločujoč faktor, ki vpliva na uspešnost gospodarjenja in dobro ime vsake organizacije. Svojo razpravo nadaljuje z vprašanjem, ali pri postavljanju nivoja kvalitete želimo večji delež na tržišču, večjo proizvodnjo, boljše ceno ali kaj drugega.

Po Tavčarju (2002) je obvladovanje kakovosti mnogo več kot kontroliranje (ne)kakovosti; prodira spoznanje, da kakovosti ni mogoče odločilno izboljšati z odkrivanjem napak in izmeta, temveč le s celovitim obvladovanjem kakovosti, torej preventivnim delovanjem.

O kakovosti govorimo, odkar obstaja človeštvo. Skozi zgodovinski razvoj človeštva se je razvijala tudi kakovost. Prvi zapisi o kakovosti v zdravstvu segajo v Babilon. Tu so zdravnike kaznovali za škodo pri bolniku po Hamurabijevem zakoniku. Zagotavljanje kakovosti (Kadivec 1998) je novejše področje, predvsem v zdravstveni negi, ki je še mlada veda. Začetke kakovosti v zdravstveni negi je postavila Florence Nightingale pred stotimi leti z opredelitvijo področij, ki morajo biti izvajana na sistematičen način. V današnjem času je postalo znanje o kakovostni, strokovni, varni, varčni in stroškovno sprejemljivi zdravstveni negi zelo pomembno.

Najpomembnejši cilj v zdravstveni negi je kakovost, za katero si nenehno prizadevamo, a to je delo, ki ni nikoli dokončano. Na področju zdravstvene nege ga bomo uskladili s standardom ISO 9001. Standardi ISO 9001 zahtevajo procesni pristop, ki vključuje tudi določitev meril za komponente procesov. ISO 9001 predpisuje, da se mora politika organizacije za posamezno področje odražati v usmeritvah in ciljih organizacije.

Kadivec (1998) poudarja, da bo zdravstvena nega kakovostna, če bo orientirana k bolniku, v reševanje njegovih problemov in usmerjena v nenehno izboljševanje kakovosti. Podobno meni Tavčar (2002), da ni najboljša kakovosti, je pa prava kakovost tista, ki jo odjemalec ali uporabnik potrebuje oz. pričakuje. Robida (2006) navaja, da je v zdravstvu veliko sistemov, metod in orodij za izboljšanje kakovosti v zdravstvu - zdravstveni negi, v središču pozornosti pa je bolnik.

Zagotavljanje kakovosti je z novimi pristopi radikalno spremenjeno: od ugotavljanja kakovosti se je preobrazilo v zagotavljanje kakovosti. Dobro je treba delati, ne zato, ker to zahteva kontrola, ampak zato, ker je treba narediti kakovosten proizvod/storitev, ki zadovoljuje kupca/uporabnika storitev.

Kakovost storitev

Storitvene dejavnosti se v zadnjem času povečujejo, pri tem pa ima vse večjo vlogo tudi kakovost v storitveni dejavnosti. Ravno z vidika kakovosti standard ISO 9000 : 2000 definira storitev kot eno od štirih vrst proizvodov. Po J. Maroltu in B. Gomiščku so razlike med izdelkom in storitvijo:

Tabela 1: Prikaz razlik med izdelkom in storitvijo:

IZDELEK	STORITEV
Kupec praviloma ne sodeluje v procesu proizvodnje izdelka	Kupec pogosto sodeluje v procesu izvajanja storitev.
Izdelek je prilagojen kupcu. Proces je prilagojen zaposlenim v proizvodnji.	Tako storitev kot proces izvajanja storitve sta prilagojena potrebam kupca oz. uporabnika.
Zelo natančno so definirani standardi za izvajanje nadzora in preverjanja kakovosti.	Manj natančno so določeni standardi za nadzor in preverjanje kakovosti.
Variabilnost procesov v proizvodnji je manjša.	Variabilnost procesov pri storitvah je večja.
Prevladuje tehnično znanje, emocionalni faktorji so manj pomembni.	Emocionalni faktorji so lahko zelo pomembni.
Pri usposabljanju prevladujejo tehnična in tehnološka znanja.	V usposabljanje so pogosto vključena tudi psihološka znanja.
Večina zaposlenih v proizvodnji ni v stiku s kupcem.	Velik delež zaposlenih je v neposrednem stiku s kupci.
Mnogo izdelkov lahko uskladiščimo.	Storitve ne moremo uskladiščiti.

Vir: Management kakovosti (Marolt in Gomišček 2005)

Standardi kakovosti pri storitvah:

V storitveni dejavnosti je težko doseči zadovoljstvo kupca, ker ima vsak posameznik svoje zahteve in pričakovanja. Zadovoljstvo posameznika je rezultat primerjave med pričakovano kakovostjo in zaznano kakovostjo storitve. Nezadovoljstvo pa je razkorak med pričakovano ali želeno in zaznano kakovostjo. (Marolt in Gomišček 2005)

Da bi bil kupec seznanjen z ravni kakovosti storitev, morajo biti definirani standardi. Določeni standardi so določeni z zakonom in kupec se lahko odloči le med tem, ali vzame ali pa zavrne storitev. Takšni standardi so značilni za monopolne organizacije. Če pa je več istih organizacij, ki ponujajo isto storitev, pa že vlada tržni odnos in kupec se že lahko odloča med njimi. V takšnih organizacijah pa je težko postaviti standarde. Obenem pa so za takšne organizacije standardi pomembni, saj s tem pokažejo kupcem kvaliteto, ki jo nudijo.

Z določitvijo nivoja kakovosti storitev ter stabilnostjo izvajanja raste ugled organizacije. To je velik uspeh storitvene organizacije, ko ljudje dobijo zaupanje v njo.

Če organizacija spremlja želje in potrebe svojih kupcev, lažje določi standarde in zagotovi kakovost, kakršno pričakuje kupec. Te zastavljene standarde je potrebno neprekinjeno spremljati in dograjevati. Najpomembnejši dejavniki standardizacije za kupca so povezani s časom:

- čas potreben za naročilo storitve
- čas čakanja na storitev
- čas izvajanja storitve

Drugi dejavnik standardizacije pa je povezan z napakami, ki jih povzroči posameznik, ali pa so sistemsko – procesne narave:

- operativno nepomembne
- manjše napake
- večje napake
- katastrofalne napake

Vsaka napaka povzroči neprijetnost in težave pri kupcu, nepotrebne stroške, zmanjša produktivnost in škoduje ugledu organizacije. (Marolt in Gomišček 2005)

V storitvah prevladujejo kvalitativno izražene karakteristike kakovosti, zato si mora vsaka organizacija standarde določiti sama glede na vrsto storitev, ki jo nudi.

Pomembno vlogo za kakovost storitev imajo zaposleni, zato je potrebno ob zaposlovanju narediti pravi izbor. Ravno tako je nujno med zaposlenimi ustvariti in stalno vzdrževati ugodno klimo, stalno komunikacijo in jim omogočiti nemoten potek izvajanja storitev. (Marolt in Gomišček 2005)

Za storitvene dejavnosti mora biti poudarjena tudi hitra prilagodljivost pri nujenju storitve. Pripravljeni moramo biti na hitro nadomestitev manjkajočega delavca ali hitre odprave kakšne druge motnje v procesu. Za doseganje visoke kakovosti moramo kupca čim bolj vključiti v proces izvajanja storitve in ga pravilno usmerjati.

Ocenjevanje kakovosti storitev

Poznamo operativno vrsto ocenjevanja kakovosti in ocenjevanja kakovosti celotne organizacije. Za operativno vrsto ocenjevanja so glavni akterji kupci. Ocene od njih dobimo, če:

- sprašujemo, kaj mislijo o obstoječi ponudbi in kakovosti,
- se pripravimo na njihove komentarje in predloge,
- preverimo, ali so njihova pričakovanja dosežena,
- sistematično zbiramo pritožbe in izdelamo poročilo,
- ugotavljam, zakaj so nezadovoljni.

S preučitvijo in analizo pritožb se mora menedžment odločiti in vzpostaviti višji nivo kakovosti storitev. Vsako pritožbo je potrebno temeljito analizirati, da lahko razumemo pomen in vpliv posameznih vrst pritožb na ugled organizacije ter oceniti vpliv na stroške in poslovanje organizacije in postaviti izboljševanje sistema kakovosti. (Marolt in Gomišček 2005)

Medsebojni odnosi

Opozorili bomo na nekatere osnovne zakonitosti in pravila vedenja ljudi v organizacijah, ki jih prinašajo civilizacijske izkušnje. V tem kontekstu predstavljajo medosebni odnosi splet intrapersonalnih in interpersonalnih faktorjev, ki opredeljujejo znanje, organizacijske sposobnosti, motive, stališča in vedenje ljudi. Govore pa tudi o »vlogah«, ki jih posamezniki igrajo v svojih organizacijah in s tem v zvezi o ustreznih pričakovanjih, ki so povezana z njihovo delovno profesionalno funkcijo. Če hoče biti organizacija učinkovita, mora delovati skladno. Za to pa mora biti enostavno, hitro in z najmanjšim trenjem vodena ter popolnoma prilagojena trgu. Različno lahko povežujemo med seboj vodenje in medosebne odnose. (Možina 2002)

Možina in Merkač (1990) navajata, da je bilo že v dvajsetih letih prejšnjega stoletja prvič ugotovljeno in predstavljeno, da so medčloveški odnosi v delovni skupini zelo pomembni in odločilno vplivajo na motivacijo zaposlenih, s tem pa na delovno uspešnost in kakovost posameznika ter produktivnost celotne skupine. Človek je družbeno bitje in ima stalno potrebo po druženju, spoštovanju, prijateljstvu, ljubezni in nasploh po sodelovanju z drugimi ljudmi. Keenan (1995) piše, da ljudje vstopamo v medsebojne odnose, medsebojno komuniciramo in se medsebojno potrebujemo. Za vzdrževanje medsebojnih odnosov ljudje potrebujemo tako priložnosti za dajanje kot tudi za prejemanje podpore.

Možina, Bernik, Merkač in Svetic (2000) ugotavljajo, da s tem, ko opravljamo delo, stopamo v medsebojne odnose. Na delo in vsakodnevno vodenje zaposlenih v zavodu bistveno vplivajo njegovo čutenje, odnosi s sodelavci, stališče do zavoda, nenapisana pravila vodenja in to, da se teh pravil drži, njegovi predsodki o zavodu ter dogajanja med sodelavci. Lipičnik (1998) poudarja, da je seznanjanje s cilji in njihovo uresničitvijo gotovo pomemben dejavnik pri vzpostavljanju dobrih medosebnih odnosov in povečevanju motivacije. Napako naredimo, če pozabimo, da so ljudje najbolj motivirani za delo s takimi cilji, ki so jih oblikovali skupaj in se jim zato čutijo zavezani.

Zadovoljstvo pri delu

V Vili (1994, po Herzbergu, 1966) so higienski faktorji zelo pomembni pri ustvarjanju zadovoljstva pri delu. Ljudi je treba navdušiti, motivirati in jih prepričati o koristnosti novih zamisli in strategij, da izboljšajo kakovost dela in s tem povečajo zadovoljstvo pri delu. Če hočemo, da bodo ljudje motivirani (Možina, 1990), jim moramo omogočiti zadolžitve v tistih

dejavnostih, ki jim prinašajo zadoščenje, hkrati jih moramo zavarovati pred nepotrebnimi stvarmi, ki se lahko vmešajo med izpolnjevanje njihovih nalog. Denny (1997) meni, da se ljudje kar najbolj požrtvovalno posvetijo delu, kadar so nanj ponosi in kadar jih izpolnjuje z zadovoljstvom. Podobnega mnenja je Keenan (1995), ki pravi: Če želimo, da bi delo nudilo zadovoljstvo, morajo imeti delavci občutek, da delajo nekaj koristnega. Tudi sama sem mnenja, da moramo ljudem zagotoviti pravo mero samostojnosti, kar pomeni, da jim dopuščamo svobodo in nalagamo odgovornost. Pomembno je tudi, da zaposleni dobijo povratno informacijo, kako dobro delajo, kje bi lahko svoje delo še izboljšali, kar jim daje nadaljnjo spodbudo. Zadovoljen in srečen posameznik je samo tisti, ki dela tisto, kar ga veseli, zaradi samega veselja do tega dela.

1. Nagrajevanje zaposlenih

Že več desetletij se tudi na področju zdravstvene nege v Sloveniji vodje ukvarjajo z načini pravičnega vrednotenja dela in z različnimi spodbudami, ki bi zaposlene navdušile za doseganje čim boljših delovnih izidov. Uhan (1999) meni, sta pomen in učinek delovanja stroškovnega vidika plač na ravni združbe (podjetja, zavoda) precej odvisna od njenega vodilnega kadra.

Treven (1998) meni, da plače in druge ugodnosti, ki jih zavod zagotavlja svojim uslužbencem, npr. možnost strokovnega izpopolnjevanja in izobraževanja, sodelovanja na znanstvenih simpozijih, zdravstveno in življenjsko zavarovanje, možnost letovanja v počitniških stanovanjih zavoda po ugodni ceni, pomembno vplivajo na motivacijo zaposlenih, da čim bolj pripomorejo k uresničevanju ciljev zavoda. Hkrati pravi, da se pozitivni učinki uporabe novih tehnologij, novih načinov oblikovanja dela in kvalitetnih sprememb v zvezi s produktivnostjo lahko precej zmanjšajo, če zaposleni menijo, da višina njihove plače in druge ugodnosti niso zadostne ali so neprimerno porazdeljene. Plače (Krapše 1999) so v vsakem obdobju in v vsakem okolju izjemno pomemben socialni, gospodarski in motivacijski dejavnik. Plača je (Drucker 2004), odkar se je v človeški zgodovini pojavila kot nadomestilo za opravljeno delo, vedno predmet pozornosti. Lipičnik navaja (1993), da je pri tem zelo pomembno, da zavodi in vodje motivirajo ljudi s plačo in ne zanjo. V svoji razpravi Lipičnik (1993) navaja: Če zavod motivira delavce s plačo, jo bodo ti hoteli brezpogojno vedno večjo. Hkrati meni, da če se bodo navadili za storjeno kaj dobiti, bo to sistem, v katerem bosta zadovoljna tako delavec kot delodajalec. Vodje in zaposleni v zdravstveni negi ustvarjajo tam, kjer je to koristno in možno za vključevanje oziroma vplivanje zaposlenih na metode in sistem svojega dela na izboljšanje lastnega dela in procesov za čim bolj ekonomično doseganje ciljev zavoda. Ramšak Pajk in Rajkovič (2004) trdita, da medicinske sestre na začetku kariere želijo neodvisnost, plačilo po ustaljenem sistemu, možnost nege in varstva otrok. Tudi Treven (1998) poudarja, da so za doseganje ciljev zavoda pogosto pomembne tudi nagrade, ki niso v denarni obliki (fleksibilni delovni čas, samostojno delo..).

Kariera, izobraževanje in razvoj kadrov

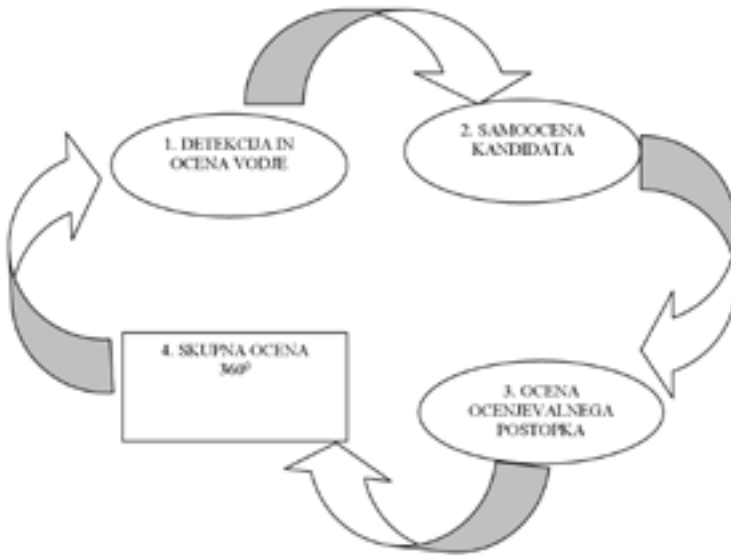
Kariera je proces, v okviru katerega se posameznik odloči za svojo poklicno pot, njen potek in razvoj. Na tej poti ima posameznik več vlog, npr. zaposleni, prijatelj, mati, oče, poslovnež,

karierist in partner. Uspešnost pri načrtovanju in razvoju kariere je med drugim odvisna od vrednot, postavljanja ciljev, osebnostnih lastnosti, sposobnosti in veščin, spretnosti, strokovnosti, neodvisnosti, družbenega statusa in prestiža. (Ramšak-Pajk in Rajkovič 2004 po Dubois, 2000)

Možina (1990) ugotavlja, da vse večja zahteva po poslovni uspešnosti delovnih organizacij narekuje, da razvoj kadrov tesno povežemo z razvojem organizacije in ekonomije.

Ramšak Pajk in Rajkovič (2004) sta zapisala, da je zadovoljstvo s kariero proces ugotavljanja ravnovesja med njegovim vložkom in izkupičkom. Če posameznik doživlja razmerje pravično, to vodi do zadovoljstva s kariero. Nezadovoljstvo s kariero v zdravstveni negi (Ramšak Pajk in Rajkovič 2004 po Mills in Blaesing, 2000) pa se kaže tudi tako, da medicinske sestre ne vzpodbujajo okolice in mladih za ta poklic.

Slika 2: Koraki odkrivanja umskega potenciala:



Vir: Stili in značilnosti uspešnega vodenja (J. Kovač, J. Mayer in M. Jesenko, 2004)

Razvoj kariere je odvisen od fleksibilnosti posameznika in vodje, ki ga mora med svojimi zaposlenimi spodbujati. Spremembe v organizacijski strukturi, poslovanju podjetij in potrebah po človeških virih vplivajo na načrtovanje kariere in od posameznika zahtevajo veliko prilagodljivosti.

Odkrivanje in karierni razvoj obetavnih ljudi ni elitizem (Mayer 2002), marveč le posebna skrb vodij za tisto, kar je narava naklonila nekaterim ljudem v večji meri kot drugim.

Merkač (1996) se sprašuje: »Kaj vpliva na razvoj kariere posameznika?« Na vprašanje odgovarja, da je posameznikova kariera odvisna od posameznikovih ambicij in od organizacijskih potreb ter posledično tudi od vodje.

Osebni razvoj, kot menijo Možina, Bernik, Merkač in Svetic (2000), je v precejšni meri prepleten s procesom delovne kariere, ta pa je tesno povezana s poklicno kariero, strokovno kariero in predvsem z doseženimi rezultati. Medicinska sestra opravlja poklic, v katerem je tesno povezana s sodelavci. Pravilna izbira poklica (Kersnič, 1999) je pri medicinski sestri pogoj, da uresniči svoja pričakovanja in doživlja pri tem zadovoljstvo in poklicno izpolnitev.

Ramšak Pajk in Rajkovič (2004) ugotavljata, da je v zdravstveni negi težko govoriti o hitri in uspešni karieri, še posebej, če razumemo kariero kot vertikalno rast. Danny (1997) meni, da naj bi obetavnejši ljudje (medicinske sestre) v zavodu v najkrajšem času dosegli strokovno in osebno zrelost ter prevzeli zahtevne in odgovorne naloge.

NAČRTOVANJE

Florjančič in Paape (2002) poudarjata, da sta naloga in dolžnost vodje načrtovanje kadrov oz. vodenje procesa, prek katerega se cilji organizacije prenesejo na zaposlene. Ferjan (1998) ugotavlja, da mora biti sistem takšen, da zagotavlja stalen strokovni, delovni in osebni razvoj kadrov ter omogoča optimalno izrabo kadrovskih potencialov skladno z razvojnimi načrti, interesi in potrebami delavcev

Možina, Jereb, Florjančič, Svetlik, Jamšek, Lipičnik, Vodovnik, Svetic, Stanojevič in Merkač (1998) poudarjajo, da načrtovanje kadrov pomaga organizaciji zagotoviti, da ima ustrezno število zaposlenih in da so ljudje z določeno izobrazbo na ustreznih delovnih mestih. Florjančič, Bernik in Novak (2004) poudarjajo, da so nove zahteve naravnane na bolj izobraženega, inovativnega, motiviranega in samozavestnega delavca, ki za opravljanje svojih nalog ne potrebuje več moči, ampak predvsem informacije in znanje.

Ko Možina (1990) govori o razvoju, misli na osebni razvoj v delovni skupini in organizaciji in s tem na možnosti za nadaljnjo rast in dosežke. Možina, Bernik, Merkač in Svetic (2000) poudarjajo, da se vsakdo ukvarja z vprašanjem svojega razvoja, včasih že pred vstopom v šolo, potem v času, ko se odloča za vrsto šolanja ali izobraževanja in ko premišljuje, kateri poklic si bo izbral, kaj bi rad v življenju delal oz. kaj bi rad postal. Kasneje se sprašuje o možnostih razvoja v okviru delovne dobe, podjetja ter družbenega in širšega strokovnega delovanja. Hkrati menijo, da osebni razvoj označuje stališča in vrednote posameznika, njegove potrebe, znanje in sposobnosti, ki mu določajo razvojno pot. Osebni vidik razvoja se kaže v angažiranosti med procesom izobraževanja v organizaciji oz. v podjetju, v družini, v širšem družbenem okolju, v delovnih in drugih aktivnostih.

Zaključek

Ker lahko rečemo, da je produktivnost ali poslovna uspešnost posamezne organizacije odvisna od produktivnosti in učinkovitosti njenih delavcev in vodje pri opravljanju funkcij, nalog in opravil, je nujno, da skrbimo za njihovo optimalno usposobljenost. Ob tem pa je pomembna tudi pozitivna kadrovska selekcija, ki predvsem sposobnim in motiviranim kadrom zagotavlja ustrezno menedžersko kariero. Kadar pa selekcijski mehanizmi prepuščajo nesposobne, nekompetentne, nemotivirane in premalo izobražene kadre, seveda izjemne poslovne uspešnosti in učinkovitosti ne moremo pričakovati. Torej moramo z ustreznim sistemom in z ustreznimi oblikami razvoja vodstvenih kadrov v vsaki organizaciji pridobiti in motivirati na vodstvene funkcije samo res sposobne in za menedžerske naloge motivirane kandidate.

Kavčič (2006) je zapisal, da močne skupne vrednote predstavljajo močno motivacijo. Če so ustrezno naravnane, lahko spodbujajo visoko produktivnost. Hkrati poudarja, da so vrednote notranja kontrola posameznikovega ravnanja, ki lahko nadomesti zunanjo kontrolo (in s tem večjo učinkovitost organizacije ter velike prihranke).

Marolt (2006) ugotavlja, da standard ISO 9001: 2000 zahteva, da vrhnji menedžment aktivno sodeluje pri določanju politike kakovosti in z njo povezanimi cilji, in da poskrbi za vse vire, ki so potrebni za doseganje predvidene kakovosti. Menedžment mora vsem zaposlenim v organizaciji posredovati, kako pomembno je zadovoljiti zahtevam kupcev kot tudi zakonskim normam. Menedžment je odgovoren, da se v organizaciji med zaposlenimi ustvari in vzdržuje zavest o politiki kakovosti in o ciljih, ki jih je potrebno doseči. Zato mora to svojo zadolžitev izpričevati tako z besedami kot tudi z zgledom.

Zagotoviti mora, da so kupčeve potrebe in pričakovanja definirana in spremenjena v interne zahteve na vseh ravneh. Seveda pa je njegova odgovornost tudi, da so zahteve kupca v resnici izpolnjene. To pomeni, da mora sprožiti procese, ki bodo zagotovili, da bodo zahteve kupca izpolnjene. Slaba kakovost dela menedžmenta ima zelo škodljive posledice na poslovanje posamezne enote, sektorja ali cele organizacije.

Literatura

1. Denny, R. (1997) *O motivaciji za uspeh*, Gospodarski vestnik, Ljubljana
2. Drucker, P. (2004) *O managementu*, GV Založba, Ljubljana
3. Florjančič, J., Bernik, M. in Novak, V. (2004) *Kadrovski management*, Moderna organizacija, Kranj
4. Florjančič, J. in Paape, B. (2002) *Organizacija in management*, Moderna organizacija, Kranj
5. Kadivec, S. (1998) *Zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi*, Obzor Zdr N. Ljubljana
6. Kavčič, B. (2006) *Organizacijska kultura*, Visoka komercialna šola Celje, Celje
7. Kamenšek, P. (2004) *Sodobni pristopi k organiziranosti zdravstvene nege: Procesna organizacija*, Obzor Zdr N., Ljubljana
8. Keenan, K. (1995) *Kako motiviramo*, Mladinska knjiga, Ljubljana
9. Krapše, Š. (1999) *Samooocenjvanje kakovosti zdravstvenega zavoda- metodologija priznanj RS za poslovno odličnost*, Dedalus, Ljubljana
10. Kresal, B. (2001) *Pravna ureditev plače*, Bonex založba, Ljubljana
11. Kovač, J., Mayer, J. in Jesenko, M. (2004) *Stili in značilnosti uspešnega vodenja*, Založba
12. Lipičnik, B. (1991) *Vsak človek ima probleme-le skupaj imamo rešitev*, Zavod Republike Slovenije za šolstvo in šport, Ljubljana
13. Lipičnik, B. in Stane M. (1993) *Psihologija v podjetjih*, Državna založba Slovenije, Ljubljana
14. Lipičnik, B. (1998) *Ravnanje z ljudmi pri delu*, Gospodarski vestnik, Ljubljana
15. Lipičnik, B. (2002) *Krmiljenje človekovih aktivnosti*, Didakta, Radovljica
16. Marolt, J. (1987) *Zagotavljanje kvalitete*, Moderna organizacija, Kranj
17. Marolt, J. (2006) *Kako izboljšati kakovost storitev*, Fakulteta za organizacijske vede Kranj, Kranj
18. Marolt, J. (1995) *Stroški kakovosti v podjetju TPV Johnson Controls, d.o.o.*, Slovensko združenje za kakovost, Ljubljana
19. Marolt, J., Gomišček, B. (2005) *Management kakovosti*, Moderna organizacija v okviru FOV Kranj, Kranj
20. Mayer, J. (2002) *Koncept kariernega razvoja obetavnih ljudi*, Dedalus, Ljubljana
21. Merkač, M., (1996) *Odgovornost managementa za organizacijski in kadrovski razvoj ter plače zaposlenih*, Društvo za vrednotenje dela, organizacijski in kadrovski razvoj, Koper
22. Možina, S. (1994) *Management* Didakta, Radovljica
23. Možina, S. (1990) *Vodenje podjetja*, Gospodarski vestnik, Ljubljana
24. Možina, S. (1991) *Sociopsihologija v podjetju*, Ekonomska fakulteta, Ljubljana
25. Možina, S. (1994) *Management*, Didakta, Radovljica
26. Možina, S. in Merkač, M. (1990) *Vodenje podjetja*, Gospodarski vestnik, Ljubljana
27. Možina, J. (2002) *Poslovno komuniciranje*, Ekonomska fakulteta v Ljubljani, Ljubljana
28. Možina, S., Ivanko, Š., Kovač, B., Rozman, R. in Lipičnik, B. (2002) *Management nova znanja za uspeh*, Didakta, Radovljica
29. Možina, S., Bernik, J., Merkač, M. in Svetic, A. (2000) *Osnove managementa*, Visoka strokovna šola za podjetništvo, Portorož

30. Možina, S., Jereb, J., Florjančič, J., Svetlik, I., Jamšek, F., Lipičnik, B., Vodovnik, Z., Svetic, A., Stanojevič, M. in Merkač, M. (1998) *Management kadrovskih virov*, Fakulteta za družbene vede, Ljubljana
31. Možina, S. in Merkač, M. (1990) *Vodenje podjetja*, Gospodarski vestnik, Ljubljana
32. Florjančič, J. Bernik, M. in Novak, V. (2004) *Kadrovski management*, Moderna organizacija, Kranj
33. Peternelj, A. (2006) *Kako pripravljeni smo v zdravstveni negi na spremembe in potrebe sodobne družbe*, Obzor Zdr N., Ljubljana
34. Ramšak Pajk, J. in Pagon, M. (2002) *Osebná prizadevanja kot dejavnik in posledica zadovoljstva medicinskih sester. V: Management in Evropska unija: zbornik 21 znanstvene konference o razvoju organizacijskih ved*, Moderna organizacija, Kranj
35. Ramšak Pajk, J. in Rajkovič V. (2004) *Kariera medicinske sestre in samoovrednotilski model*, Obzor Zdr N., Ljubljana
36. Robida, A. (2006) *Urejanje izboljšanja kakovosti v bolnišnice*, Ministrstvo za zdravje, Ljubljana
37. Tavčar, M. (2002) *Strateški management. Učbenik za podiplomski študij*, Bori, Izola
38. Treven, S. (1998) *Management človeških virov*, Gospodarski vestnik, Ljubljana
39. Uhan, S. (1999) *Načrtovanje plač*, Moderna organizacija, Kranj
40. Vila, A. (1994) *Organizacija in organiziranje*, Moderna organizacija, Kranj
41. Vila, A. (2000) *Organizacija v postmoderni družbi*, Moderna organizacija, Kranj
42. Vila, A. in Kovač, J. (1998) *Osnove organizacije in managementa*, Moderna organizacija, Kranj
43. Žnidaršič Kranjc, A. (1996) *Ekonomika in upravljanje neprofitne organizacije*, Dej, Postojna

Viri

44. www.prihodnost-slovenije.si/.../5A69A45B5B445D90C1256E940046C550
45. www.geocities.com/vidpogacnik/vrednote.htm -
46. www.mediade.si/index.php?sv_path=331,1031
47. www.finance.si/show.ph



Izšla je nova knjižica o boleznih srca in žilja
Spremljanje krvnega tlaka doma.

V tiskani obliki je na voljo pri vašem splošnem/
/družinskem zdravniku, objavljena pa je tudi na
spletni strani www.krka.si.

V skrbi za vaše zdravje



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

SREČANJE SO OMOGOČILI

Generalni sponzor:



Splošna bolnišnica Novo mesto

Ostali sponzorji:



Ostali sponzorji:

Johnson & Johnson

 auremiana

OLYMPUS

 **Sanolabor**

Ostali sponzorji:

Visokošolsko središče

Medis d.o.o Ljubljana

Pharmamed d.o.o

Smith-Nephew d.o.o

Kemofarmacija d.d. Ljubljana

Žito - Dolenjske pekarne Novo mesto

Grm Novo mesto - Center biotehnike in turizma

DSO Črnomelj, Krško, Metlika, Novo mesto, Trebnje

Vinogradništvo in vinarstvo PRUS, Krmačina

KZ Krka, Novo mesto

Studio D - medijski pokrovitelj

TGP Gradnje d.o.o.

Golobič Jože, Krašnji Vrh 20 Metlika

KZ Metlika

Vinska klet Simonič, Črešnjevce 9, Semič

Kaplar Jože, Ravni 17, 8273 Leskovec pri Krškem

B E L E Ž K E

A series of horizontal dotted lines for writing.