

STROKOVNO SREČANJE

**SODELOVANJE KLINIČNO OKOLJE –
IZOBRAŽEVALNE INSTITUCIJE**

Ljubljana, Unija Brezovica

7. marec 2019

ZBORNİK PRISPEVKOV Z RECENZIJO

Organizator:



ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE
NEGE SLOVENIJE – ZVEZA STROKOVNIH
DRUŠTEV, MEDICINSKIH SESTER, BABIC
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV
SLOVENIJE



SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER V
MANAGEMENTU

SODELOVANJE KLINIČNO OKOLJE – IZOBRAŽEVALNE INSTITUCIJE

Urednica: doc. dr. Saša Kadivec

Recenzija prispevkov: doc. dr. Saša Kadivec

Oblikovanje zbornika: doc. dr. Saša Kadivec

Programsko organizacijski odbor:

Doc. dr. Saša Kadivec, mag. Hilda Maze, mag. Mira Šavora, Božica Hribar, Danijela Pušnik, Metka Lipič Baligač, Tadeja Drenovec, Nataša Čermelj, Sabina Bricelj Čelan

Avtor je odgovoren za vse trditve in podatke, ki jih navaja v prispevku.

Zbornik ni lektoriran in jezikovno pregledan.

Založila in izdala:

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije . Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Sekcija medicinskih sester v managementu

Naklada: 80 USB ključev

Ljubljana, 7.marec 2019

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

616-083:37(082)(0.034.2)
005.963:616-083(082)(0.034.2)

STROKOVNO srečanje Sodelovanje klinično okolje - izobraževalne institucije (2019 ; Ljubljana)

Zbornik prispevkov z recenzijo [Elektronski vir] / Strokovno srečanje Sodelovanje klinično okolje - izobraževalne institucije, Ljubljana, 7. marec 2019 ; organizator Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v managementu ; [urednica Saša Kadivec]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v managementu, 2019

ISBN 978-961-273-198-4

1. Dodat. nasl. 2. Kadivec, Saša 3. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester v managementu
299023872

KAZALO

KAZALO VSEBINE	4
PROGRAM SEMINARJA	6
UVODNIK	8
DOŽIVLJANJE KLINIČNEGA USPOSABLJANJA IZ STRANI ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE.....	9
<i>Žiga Metelko, študent zdravstvene nege</i>	<i>9</i>
ELEKTRONSKA DOKUMENTACIJA ZDRAVSTVENE NEGE NA PEDIATRIČNI KLINIKI NA UKC LJUBLJANA	18
<i>Mag. Anita Štih viš.med.ses., univ. dipl. org. dela.....</i>	<i>18</i>
GENERACIJSKI POGLEDI NA KARIERO	27
<i>Nika Jalšovec, univ. dipl. psih</i>	<i>27</i>
UČINKOVITO MENTORIRANJE ŠTUDENTOV NA PRAKTIČNEM USPOSABLJANJU V KLINIČNEM OKOLJU.....	36
<i>Dr. Nataša Rigler, viš. med. ses., univ. dipl. ped.</i>	<i>36</i>
PRAKTIČNO IZOBRAŽEVANJE DIJAKOV SREDNJE ZDRAVSTVENE ŠOLE LJUBLJANA.....	45
<i>Tatjana Koritnik, dipl.m.s.</i>	<i>45</i>
INTERAKCIJA TEORIJE, ZNANOSTI IN PRAKSE V AKADEMSKEM IZOBRAŽEVANJU MEDICINSKIH SESTER	57
<i>Prof. dr. (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Majda Pajnkihar univ. dipl. org. in doc. dr. Dominika Vrbnjak, mag. zdr. nege</i>	<i>57</i>
IMPLEMENTACIJA NANDA INTERNATIONAL NEGOVALNE DIAGNOZE 2015 – 2017 V PRAKSO	58
<i>Mag. Hilda Maze dipl. m. s., univ. dipl. org</i>	<i>58</i>

PROGRAM

8.00–9.00 Registracija udeležencev

1.SKLOP

9.00–9.05 Pozdravni govor

doc.dr. Saša Kadivec, prof.zdr.vzg., predsednica Sekcije MS v managementu

9.05 –9.35 Doživljanje kliničnega usposabljanja iz strani študentov zdravstvene nege in babištva

Žiga Metelko, študent zdravstvene nege, predsednik Sekcije študentov zdravstvene nege in babištva

9.35–10.05 Elektronska dokumentacija zdravstvene nege na Pediatrični kliniki UKC Ljubljana,

mag. Anita Štih, viš.med.ses., univ. dipl. org. dela,

10.05–10.20 Razprava

10.20–10.40 **Odmor**

2.SKLOP

10.40–11.10 Generacijski pogledi na kariero

Nika Jalšovec, univ. dipl. psih

11.10–11.40 Učinkovito mentoriranje študentov na kliničnem usposabljanju

dr. Nataša Rigler, viš. med. ses., univ. dipl. ped.

[11.40–12.10](#) Praktično izobraževanje dijakov Srednje zdravstvene sole Ljubljana

Tatjana Koritnik, dipl.m.s.

12.10–12.20 Razprava

12.20–13.00 **Odmor za kosilo**

3.SKLOP

13.00–13.30 Interakcija teorije, znanosti in prakse v akademskem izobraževanju medicinskih sester.

Prof. dr. (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Majda Pajnkihar, univ. dipl. org. in doc. dr. Dominika Vrbnjak, mag. zdr. nege

13.30.-14.00 Implementacija negovalnih diagnoz NANDA - International Taksonomija II v prakso

mag. Hilda Maze, dipl. m. s., univ. dipl. org

14:00–15.15 Okrogla miza: Kako dijake in študente zdravstvene nege motivirati, da bodo iskali izzive v poklicih na področju zdravstvene nege

15.15–15.30 Razprava

15.30–15.45 Zaključne misli strokovnega srečanja

UVODNIK

Danes so pričakovanja v zdravstveni negi velika, saj mora biti zdravstvena oskrba kakovostna, stroškovno učinkovita, na prakso ima velik vpliv razvoj medicinske tehnologije, populacija se stara, usmerjeni smo v rezultate dela, spremljamo kazalnike kakovosti, upoštevamo smernice in standarde in podobno. V zdravstveni negi se danes pričakuje prevzemanje odgovornosti, pri tem ima vodilno vlogo vrhnji management zdravstvenih zavodov.

Prehod medicinskih sester iz učnega v klinično okolje je težak in nemalokrat predstavlja medicinskim sestram veliko obremenitev s pridobivanjem potrebnih znanj in veščin za delo. Management v zdravstveni negi je pogosto pred velikim izzivom kako oblikovati učinkovit sistem, ki bo olajšal pridobivanje ustreznih kompetenc novozaposlenim in omogočil potek mentoriranja, ki bo zaposlene mentorje čim manj obremenil. Če sta zadovoljna oba, mentor in novozaposleni, tem bolje. To hkrati pomeni, da si bomo v kliničnih okoljih povečali možnosti, da mladi sodelavci po dobi usposabljanja v delovnih okoljih tudi ostanejo.

V času formalnega izobraževanja negovalni kader ne pridobi vsega znanja, ki je potrebno za kakovostno in varno delo v kliničnih okoljih. Proces izobraževanja se nadaljuje v kliničnih okoljih. Ideja za strokovni program današnjega srečanja nam je bilo vodilo olajšati in uskladiti prenos dobrih praks med izobraževalnim in kliničnim okoljem. Želimo, da bi med obema okoljema razvili boljše sodelovanje, omogočili boljši pretok znanja in hkrati omogočili razvijanje tistih vrednot, ki jih klinično okolje najbolj ceni in razvija pri svojih zaposlenih.

Na trg delovne sile letos vstopa že četrta generacija, ki se bo pridružila generaciji baby boomerjev, generaciji x in generaciji y. Kako vsem skupaj omogočiti strokovno rast, ustrezno učenje, usposabljanje, dober prenos znanja iz strani mentorjev, poiskati priložnosti, kje smo lahko vsi skupaj še boljši, je eden od izzivov današnjih dni. Prispevke so avtorji pripravili z namenom ustvarjanja boljših pogojev za delo, ki bodo mlade in starejše prepričali, da je vredno ostati v poklicu, na delovnem mestu, razvijati prave vrednote in skupaj prispevati h kakovostnem in varnem delu.

Doc. dr. Saša Kadivec

DOŽIVLJANJE KLINIČNEGA USPOSABLJANJA IZ STRANI ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE

HEALTH CARE STUDENTS' EXPERIENCES OF CLINICAL TRAINING

Žiga Metelko^{1,2}, Marija Milavec Kapun², Valentina Sylar^{1,2}

¹ Sekcija študentov zdravstvene nege in babištva

² Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelke za zdravstveno nego

ziga.metelko12@gmail.com

Izveček:

Uvod: Študenti zdravstvene nege skozi praktičen del izobraževanje pridobijo različna znanja, izkušnje, veščine ter kompetence. Pri tem ima mentor pomembno vlogo. Namen raziskave je ugotoviti nekatere vidike pričakovanj in doživljanj kliničnega usposabljanja študentov zdravstvene nege.

Metode: Izvedena je bila neeksperimentalna kvantitativna metoda empiričnega raziskovanja. Oblikovan je bil spletni anketni vprašalnik za samooceno nekaterih vidikov pričakovanj in doživljanj na kliničnih usposabljanjih študentov. Uporabljena je bila 5-stopenjska lestvica strinjanja. Izračunana je aritmetična sredina in modus. V anketi so sodelovali 403 študenti dodiplomskega študija zdravstvene nege iz različnih izobraževalnih institucij v Sloveniji. Prevladovala so študentke (86 %) in redni študenti (85 %).

Rezultati: Ugotovljene so razlike med pričakovanji in doživljanji študentov na področju: predstavitve študenta zaposlenim, predstavitvijo okolja in poteka kliničnega usposabljanja, spodbujanja samostojnosti, sprejetja v delovni tim in odnosi, pomoč pri reševanju težav ter seznanjanje z napredkom. Največja razlika med pričakovanji in doživljanjem študentov je bila pri posredovanju informacij o napredku v študentovem znanju ostalim članom tima (pričakovanja $\bar{x}=4,1$; doživljanje $\bar{x}=2,1$). Razlike so tudi pri predstavitvi študenta ostalim zaposlenim (pričakovanja $\bar{x}=4,6$; doživljanje $\bar{x}=2,9$) ter predstavitvi delovnih nalog in zadolžitev študentu (pričakovanja $\bar{x}=4,7$; doživljanje $\bar{x}=3,1$).

Diskusija: Študenti imajo velika pričakovanja do mentorja in zaposlenih v zdravstveni negi v učnih bazah, ki se tekom kliničnega usposabljanja ne uresničijo v celoti. Veliko jim pomeni odnos mentorja in ostalih zaposlenih do njih. Odnos pa lahko zelo vpliva na kakovost izobraževalnega procesa in na karierno uspešnost študentov. Poleg praktičnega znanja, izkušenj in nadgradnje različnih kompetenc študenti na kliničnem usposabljanju krepijo tudi pripadnost k poklicu. Pri tem si tudi izoblikujejo pristop do pacienta in sodelovanje v timu.

Zaključek: Med pričakovanji in doživljanji študenti na kliničnem usposabljanju so razlike. Pomembno je podpreti vlogo mentorja, kar lahko zagotovi bolj kompetentne, samozavestne in sodelujoče bodoče strokovnjake. Pri tem je treba zagotoviti dobro sodelovanje učnih baz in izobraževalnih institucij.

Ključne besede: mentor, medicinska sestra, učne baze, klinična praksa

Abstract:

Introduction: The nursing students through the clinical training get different knowledge, experience, skills and competences. The role of the mentor here is very important. The aim of this research is to discover some nurse students' aspects of expectations and appreciation whit clinical training.

Methods: A study is based on the non-experimental quantitative method of empirical research. Online survey questionnaire was created for self-esteem some nurse students' aspects of expectations and appreciation whit clinical training. We used five-level agreement scale. The middle medium value and mode was calculated. In survey participated 403 undergraduate nurse students from different educational institutions in Slovenia.

Results: Differences were identified between the students' aspects of expectations and appreciation in the field: presentation of the student to the employees, presentation of the environment and the course of the clinical training, promotion of autonomy, acceptance into the work team and relations, assistance in solving problems and getting acquainted with the progress. The greatest deviation between student's expectations and appreciation was when sharing information about progress in student's knowledge to other team members (expectations $\bar{x}=4,1$; appreciation $\bar{x}=2,1$) The deviation also showed up when presenting the students to other employees (expectations $\bar{x}=4,6$; appreciation $\bar{x}=2,9$) and the introduction of the presentation of work tasks and assignments to the student (expectations $\bar{x}=4,7$; appreciation $\bar{x}=3,1$).

Discussion: Students give an important role to the relationship between them, the mentor and employers of the department. Good relationship has a big impact to the quality of the educational process. Apart from knowledge, experience and competences, students in clinical training also strengthen affiliation to the profession of a nurse.

Conclusion: Between the students' expectations and appreciation are differences. It is important to support the mentor, because of this we provide competent, confident and co-operating future experts.

Keywords: mentor, nurse, learning bases, clinical training

UVOD

V Sloveniji je trenutno 8 fakultet oziroma visokih šol, na katerih se študenti izobražujejo za pridobitev naziva diplomirana medicinska sestra oziroma diplomirani zdravstvenik (v nadaljevanju medicinska sestra). V okviru študija morajo študenti zdravstvene nege v skladu z Direktivo Evropske unije o priznavanju poklicnih kompetenc (2005/36/ES, 2013/55/EU) opraviti vsaj tri leta študija, ki vključuje minimalno 4500 ur izobraževanja. Vsaj tretjino ur predstavlja teoretični del izobraževanja in vsaj 2300 ur praktični del. Osem ključnih, pravno zavezujočih kompetenc, ki morajo biti implementirane v vse izobraževalne programe, vključuje tudi praktična znanja in usposobljenosti študentov (EFN Smernice za implementacijo člena 31 o medsebojnem priznavanju poklicnih kvalifikacij).

V okviru kliničnega usposabljanja (KU) študenti zdravstvene nege pridobivajo praktične kompetence v neposrednem stiku s pacientom pod okriljem kliničnih mentorjev. Ta del

izobraževanja zagotavljajo bolnišnice, zdravstveni domovi in socialni zavodi, ki opravljajo zdravstveno dejavnost in imajo status učnih zavodov (ZZDej-UPB2, 23/05; Pravilnik o pogojih, ki jih mora izpolnjevati zavod za izvajanje praktičnega pouka dijakov zdravstvenih šol in študentov visokošolskih zavodov za podelitev naziva učni zavod, 103/05). KU poteka pod nadzorom učitelja zdravstvene nege v sodelovanju z drugimi ustrezno usposobljenimi medicinskimi sestrami oziroma zdravstveniki (Direktiva 36/2005/ES).

Skozi praktični del izobraževanja študent pridobi znanja, izkušnje, različne veščine in kompetence. Pri tem je ključna vloga mentorja (Remškar Pajk, 2007). To je oseba, ki z nasveti in pojasnili usmerja ter vodi mladega, neizkušenega človeka, je vodja oziroma svetovalec (Glihan Komac et al., 2014). Imeti mora sposobnost ocenjevanja, izobraževanja ter oblikovanja primerne učnega okolja. Študentu nudi možnosti za čim večjo in ustrezno vključenost v delovne procese ter pri tem naloge in usmeritve študentu prilagaja njegovim potrebam in znanju (Satler, 2011). Mentor pomaga študentu pri prenosu že osvojenega teoretičnega znanja v prakso in mu pomaga, da razvije ustrezne veščine in kompetence. Pri tem gre prenos izkušenj in znanja od bolj na manj izkušenega (Gruber-Page, 2016). Mentor nudi celostno podporo študentu v procesu učenja, pri tem se med njima vzpostavi učinkovit in vzajemen odnos, ki je ključen za strokovni razvoj posameznika, gradnjo osebnosti, samospoštovanja in delovne identitete (Govekar Okoliš, 2016; Kranjčec, 2005), ga podpira z ustreznim ocenjevanjem napredka, nadzorom, pravimi in konstruktivnimi povratnimi informacijami (Royal College of Nursing, 2017).

Namen raziskave je ugotoviti pričakovanja in doživljanja študentov zdravstvene nege na KU. Cilj raziskave je ugotoviti razlike med pričakovanji in doživljanju študentov. Oblikovani bodo nekateri predlogi za izboljšanje mentorstva na KU.

METODE

Raziskava temelji na neeksperimentalni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Populacija so bili slovenski študenti redne in izredne oblike dodiplomskega študija zdravstvene nege. Uporabljen je bil samoizbirni vzorec. Oblikovali smo anketni vprašalnik. Osnova za njegovo oblikovanje je bil vprašalnik, ki se je že uporabil za evalvacijo KU na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani. Sestavljen je iz treh delov, vsebuje zaprti in odprti tip vprašanj. Vprašanja zaprtega tipa se nanašajo na demografske podatke in na samooceno nekaterih vidikov KU, ki so jih študenti že opravljali. Na slednja vprašanja so študenti podali stopnjo strinjanja s posamezno trditvijo na 5-stopenjski lestvici od 1 (popolnoma se ne strinjam) do 5 (popolnoma se strinjam). Odprta vprašanja v zadnjem delu se nanašajo na lik dobrega mentorja po mnenju študentov ter na dobre in slabe izkušnje na KU. Analiza vsebine odgovorov na odprta vprašanja niso vključena v ta prispevek.

Anketni vprašalnik je bil narejen s pomočjo odprtokodne aplikacije 1KA, ki omogoča storitev spletnega anketiranja (Callegaro et al. 2015). Povezava do anketnega vprašalnika je bila posredovana preko družbenega omrežja Facebook Sekcije študentov zdravstvene nege in babištvu (v nadaljevanju Sekcija), preko elektronske pošte članom izvršnega odbora Sekcije, ki prihajajo iz večine izobraževalnih institucij v Sloveniji, s prošnjo, da povezavo do anketnega vprašalnika skupaj s prošnjo za sodelovanje posredujejo vsem študentom zdravstvene nege. Anketiranje je potekalo od 7. 12. 2018 do 24. 1. 2019. Za analizo rezultatov je bil uporabljen Microsoft Excel ter funkcij v aplikaciji 1KA. Izračunali smo srednje vrednosti (\bar{x}) in modus.

REZULTATI

Anketni vprašalnik so ustrezno izpolnili 403 študenti: iz Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani (106), Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Mariboru (107), Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu (62), Fakultete za zdravstvo Angele Boškin (28), Fakultete za vede o zdravju Izola Univerze na Primorskem (67) in njene dislocirane enote v Novi Gorici (15) ter Visoke šole z zdravstvene vede Slovenj Gradec (18) (Tabela 1). Izvzeti sta bili Visoka zdravstvena šola v Celju in Alma Mater Europea, saj je obeh šolah anketo izpolnil le po en študent.

Tabela 1: Demografski podatki po izobraževalnih institucijah

Izobraževalne ustanov	Odzivnost študentov (N)	%
<i>Zdravstvena fakulteta Univerze v Ljubljani</i>	106	26%
<i>Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru</i>	107	27%
<i>Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu</i>	62	15%
<i>Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin</i>	28	7%
<i>Fakulteta za vede o zdravju Izola Univerze na Primorskem</i>	67	17%
<i>Fakulteta za vede o zdravju; UP – enota Nova Gorica</i>	15	4%
<i>Visoke šole z zdravstvene vede Slovenj Gradec</i>	18	4%
<i>skupaj</i>	403	100%

Demografski podatki anketirancev so prikazani v tabeli 2. Največ je sodelovalo študentov 2. in 3. letnikov študija, najmanj pa študentov 1. letnika. 38 (10 %) študentov je bilo zaposlenih, od tega skoraj 20 % izven zdravstvene nege. Glede na obliko študija je večina je rednih študentov in prevladujejo študentke.

Tabela 2: Demografski podatki

	1. Letnik	2. Letnik	3. Letnik	Dodatno leto	Drugo	Skupaj
<i>Moški</i>	8	20	18	7	3	56 (14 %)
<i>Ženske</i>	34	124	122	48	14	343 (86 %)
<i>Redni</i>	34	121	125	50	13	343 (85 %)
<i>Izredni</i>	8	25	17	5	2	58 (14,5 %)
<i>Drugo</i>					2	2 (0,5 %)
<i>Skupaj študentov</i>	42 (10,5 %)	146 (36,5 %)	142 (35,5 %)	55 (13,5 %)	17 (4%)	n = 403
<i>Zaposleni</i>	5	16	13	10	8	53 (13 %)
<i>Nezaposleni</i>	36	129	128	45	9	347 (87 %)
<i>Zaposleni v zdr. negi</i>	<i>da</i>	2	13	9	8	5 (81 %)
	<i>ne</i>	2	1	4	1	9 (19 %)

Tabela 3 prikazuje poprečne ocene strinjanj študentov s trditvami, ki so se nanašale na nekatera področja v povezavi z KU. Izbrana področja so bila: predstavitev ostalim zaposlenim,

predstavitev delovnega okolja, obrazložitev poteka KU, nalog ter dolžnosti, spodbujanje samostojnega dela, sprejetost v delovni tim, odnos z zaposlenimi, pripravljenost ostalih zaposlenih pri reševanju težav, seznanitev ostalih članov tima z napredkom v študentovem znanju in seznanitev študenta z napredkom v njegovem znanju. Za vsako področje smo ugotavljali kako pomembno je posamezno področje (pričakovanje) in realizacijo v kliničnem okolju po subjektivni oceni študentov (doživljanje). Večina študentov se strinja, da so navedena področja pomembna za uspešen potek njihovega KU (Mo=5 (popolnoma se strinjam)). Doživljanja pa ne sledijo njihovim pričakovanjem (Mo=3 (niti/niti) ali Mo=4 (se strinjam)). Seznanitev ostalih članov z napredkom pa študenti po njihovi oceni to redko doživijo (Mo=1; (popolnoma se ne strinjam). Največja razlika med pričakovanji in doživljanjem študentov je bila ugotovljena pri seznanjanju ostalih članov negovalnega tima o napredku študenta (pričakovanja $\bar{x}=4,1$; doživljanje $\bar{x}=2,1$, razlika je 2). Veliki odkloni sledijo še pri predstavitvi študenta ostalim zaposlenim na oddelku ob začetku KU (pričakovanja $\bar{x}=4,6$; doživljanje $\bar{x}=2,9$, razlika je 1,7), obrazložitvi neposrednih delovnih nalog in dolžnosti (pričakovanja $\bar{x}=4,7$; doživljanje $\bar{x}=3,1$, razlika je 1,6) ter svetovanju o izboljšanju področij in pridobivanju znanj ob koncu KU (pričakovanja $\bar{x}=4,6$; doživljanje $\bar{x}=3,0$, razlika je 1,6).

Tabela 3: Povprečne ocene strinjanja študentov

TEME	TRDITVE	\bar{x}	Modus (Mo)
Predstavitev ostalim zaposlenim	Pomembno mi je, da me klinični mentor ob začetku KU predstavi ostalimi zaposlenim na oddelku.	4,6	Popolnoma se strinjam (68%)
	Klinični mentor me je predstavil ostalim zaposlenim.	2,9	Niti ja/niti ne (28%)
Predstavitev delovnega okolja	Pomembno mi je, da mi klinični mentor razkaže in predstavi delovno okolje.	4,7	Popolnoma se strinjam (78%)
	Klinični mentor mi je razkazal in predstavil delovno okolje.	3,3	Se strinjam (40%)
Obrazložitev poteka KU. Predstavitev delovnih nalog in dolžnosti.	Pomembno mi je, da mi klinični mentor ob začetku KU obrazloži moje neposredne delovne naloge ter dolžnosti.	4,7	Popolnoma se strinjam (73%)
	Ob začetku KU mi je klinični mentor obrazložil neposredne delovne naloge ter dolžnosti/zadolžitve.	3,1	Niti ja/niti ne (35%)
Spodbujanje samostojnega dela	Pomembno mi je, da me klinični mentor spodbuja k samostojnemu delu.	4,7	Popolnoma se strinjam (73%)
	Klinični mentor me je spodbujal k samostojnemu delu.	3,7	Se strinjam (44%)
Sprejetje v delovni tim	Pomembno mi je, da sem dobro sprejet v delovni tim.	4,8	Popolnoma se strinjam (80%)
	V času opravljanja KU sem bil/-a dobro sprejet/-a v delovni tim.	3,4	Niti ja/niti ne (34%)
Odnosi z ostalimi zaposlenimi	Pomembno mi je, da imam z ostalimi zaposlenimi dobre odnose in pri delu dobro sodelujemo	4,8	Popolnoma se strinjam (80%)
	Z ostalimi zaposlenimi sem imel/-a dobre odnose, pri delu smo dobro sodelovali.	3,6	Se strinjam (40%)
Pripravljenost ostalih zaposlenih pri reševanju težav.	Pomembno mi je, da so mi ostali zaposleni pripravljani odgovarjati na moja morebitna vprašanja in mi pomagati pri reševanju težav.	4,7	Popolnoma se strinjam (73%)

TEME	TRDITVE	\bar{x}	Modus (Mo)
	<i>Ostali člani negovalnega tima so bili pripravljene odgovarjati na moja morebitna vprašanja in mi pomagali pri reševanju težav.</i>	3,7	Se strinjam (42%)
<i>Seznanitev ostalih članov tima z napredkom v študentovem znanju</i>	<i>Pomembno mi je, da klinični mentor seznanja ostale člane negovalnega tima o mojem napredku v znanju in pri izvajanju negovalnih intervencij.</i>	4,1	Popolnoma se strinjam (42%)
	<i>Klinični mentor je seznanil ostale člane negovalnega tima z mojim napredkom v znanju in pri izvajanju negovalnih intervencij.</i>	2,1	Popolnoma se ne strinjam (35%)
<i>Seznanitev študenta z napredkom v njegovem znanju</i>	<i>Pomembno mi je, da mi klinični mentor ob koncu KU svetuje področja/znanja moram še izboljšati/pridobiti.</i>	4,6	Popolnoma se strinjam (64%)
	<i>Klinični mentor me je na koncu KU svetoval katera področja/znanja moram še izboljšati/pridobiti.</i>	3,0	Niti ja/niti ne (29%)

Študentom je pomembno, da jih klinični mentor spodbuja k samostojnemu delu in da so ostali zaposleni pripravljene odgovarjati na morebitna vprašanja in pomagati pri reševanju težav, kar je po mnenju študentov v KU v določeni meri realizirano (razlika v \bar{x} med pričakovanjem in doživljanjem je 1).

RAZPRAVA

Na samo dobro počutje študentov in občutek sprejetosti na KU vpliva prvi stik s timom v učni bazi. Študentom je pomembno, da jih mentor na začetku predstavi ostalim zaposlenim, vendar tega ne doživijo pogosto. Podobne rezultate je dobila Ploj (2013), kjer so mentorji študente v večini primerov redko predstavili ostalim zaposlenim. Strah, ki je pri študentih pred vstopom v klinično okolje pogosto prisoten, lahko s predstavitvijo študenta ostalim zaposlenim bistveno zmanjšamo. S tem lahko študentu omogočimo, da je bolj aktivno vključen v delo na oddelku (Čuk, 2016a).

Pri predstavitvi delovnega okolja so bila pričakovanja študentov večja, kot dejanska realizacija po oceni študentov, čeprav je seznanitev z ureditvijo in organiziranostjo delovnega okolja ključna za uspešen začetek dela študenta. Prav tako niso bili deležni informiranja o delovnih zadolžitvah, ki jih bodo imeli na KU.

Študenti velik pomen dajejo povratnim informacijam glede napredka v znanju s strani mentorja na učni bazi. Pričakujejo, da jim med in ob koncu KU mentor svetuje katera področja/znanja mora še razvijati oziroma nadgraditi. Z našo raziskavo smo ugotovili da mentorji le deloma podajajo povratne informacije o napredku študenta. Podobno je ugotovila Ploj (2013), da so klinični mentorji informacije o napredku v znanju dali študentom le v 18,5 % primerov.

Študenti pričakujejo, da klinični mentor o njihovem napredku njihovega seznaniti ostale zaposlene. Vendar se je po subjektivni oceni študentov zgodilo bolj redko. Študenti celotno KU zaradi organiziranosti dela v učnih bazah niso v stiku z enim mentorjem in ne delajo le z eno medicinsko sestro. Seznanitev vseh vključenih s fazo učnega proces v kateri se nahaja posamezni študent, glede na učni načrt KU je temelj uspešnosti (Royal College of Nursing 2017). Prav zaradi tega mora biti prenos informacij o napredku študenta tekom KU med zaposlenimi učinkovit, saj se s tem lahko izognemo ponavljanju vsebin študentom in

omogočimo njihov hitrejši napredek, pridobivanje novih znanj in kompetenc. Pri izvajanju KU imajo poleg mentorja pomembno vlogo vsi zaposleni v učni ustanovi, ki so mentorju lahko v pomoč (Remškar Pajk, 2007). Tako je zagotovljena kontinuiteta KU in nuden širši vpogled v delovanje zdravstvenega sistema.

Odnos zaposlenih do študenta ima pomembno vlogo, vendar je ta v manjši meri dosežena glede na subjektivne ocene študentov. Odnosa do poklica se bodo študenti v kliničnem okolju naučili predvsem od mentorja in ostalega negovalnega osebja, zato je pomembno kakšen odnos imajo do poklica medicinske sestre. To lahko pomembno vpliva na pripadnost študentov k poklicu. Mentor študentu predstavlja lik medicinske sestre kot avtonomne strokovnjakinje, ki ima znanja, kompetence in veščine. Študenta naj seznanijo s problematiko v zdravstveni negi in ga spodbujajo k iskanju rešitev. Z ustreznim odnosom in vključitvijo v spodbudni negovalni tim bodo študenti lahko razvili ustrezen odnos do poklica, bili osebnostno zreli, samozavestni, kompetentni, profesionalni in tvorni sodelavci v interdisciplinarnem timu. Ob tem bo lahko večja učinkovitost, stopnja doživljanja obremenjenosti in stresa pa manjša.

Čuk (2014b) poudarja, da je treba študentom ponuditi priložnost. Pomembno je, da so vsi vključeni v delo s študentom motivirani. Delovno okolje mora biti pripravljeno za sprejem študenta, saj se le tako lahko uspešno prenese znanje in izkušnje. Zato je pomembno, da so za mentorje izbrani ustrezne osebe, ki imajo željo za to delo, sposobnosti in znanja (Royal College of Nursing 2017). V raziskavi o vlogi mentorja v zdravstveni negi Kotnik s sodelavci (2010) ugotavlja pomembnost dobrega sodelovanja med mentorji, študenti ter koordinatorji izobraževanja na fakultetah. Prav tako so prišli do zaključka, da bi bilo smiselno klinične mentorje dodatno izobraziti in prenehati s prakso nadomeščanja odsotnih zaposlenih s študenti.

K zagotavljanju ustreznega (so)mentorstva in podpore študentom je s kodeksom zavezana vsaka medicinska sestra (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2014). Z zagotavljanjem spodbudnega učnega okolja in kulture odnosov in komunikacije, učinkovitega pristopa k praktičnem poučevanju in vodenju študentov, izbire pravih mentorjev, ki imajo tudi ustrezno podporo za svojo delo (čas, znanje) in z oblikovanimi ocenjevalnimi orodji ter izdelanim učnim načrtom KU bo zagotovljena trajnostna delovna sila, ki bo ostajala v stroki, jo razvijala in zagotavljala njen napredek (Royal College of Nursing 2017).

ZAKLJUČEK

Študenti iz KU ne prinašajo le znanj in veščin, temveč oblikujejo tudi odnos do poklica medicinske sestre oziroma zdravstvenika. V večini so študenti s kliničnim usposabljanjem zadovoljni in iz kliničnih baz prinašajo pozitivne izkušnje.

Zaposleni na področju managementa v zdravstveni negi se morajo zavedati, da izkušnja študenta s KU pomembno vpliva na njegovo odločitev, kjer bi si (ne)želel kasneje zaposliti in delati. S trendom naraščanja pomanjkanja kadra v zdravstveni negi, bi morali vsi akterji na področju oblikovanja novih kadrov v zdravstveni negi strmeti k tem, da se študenti in tudi dijaki odločijo za poklic, v njem ostajajo ter so pri svojem delu zdravi, zadovoljni in srečni. Trenutno smo prišli v položaj, ko mora zaposleni v menedžmentu »kupiti«/prepričati dobrega študenta, da se po diplomi zaposli na oddelku. Priložnost za tovrstne aktivnosti vidimo prav v KU, kjer se lahko učna baza predstavi bodočim kadrom v najboljši luči. To lahko predvsem dosežemo z odnosom, ki ga mentor, ostali zaposleni vzpostavijo s študenti med KU. Glede na ugotovitve raziskave študenti prepisujejo pomembno vlogo prav odnosom. Bolje se počutijo, če s celotnim zdravstvenim timom navežejo dober stik in jih le ta sprejme v delovno okolje.

Pomemben vidik študenti pripisujejo tudi povratnim informacijam o napredku znanja, ki jih dobijo iz strani mentorja. Mentor mora o napredku študentovega znanja seznaniti, ne le študenta, temveč tudi ostale zaposlene, ki delajo s študentom, saj lahko le tako zagotovimo kakovostno in kontinuirano izobraževanje. Spodbuda k samostojnemu delu študenta pa pripomore k hitrejšemu pridobivanju kompetenc, izkušenj ter veščin.

KU je ključno za oblikovanje odličnega kadra v zdravstveni negi. Študenti so željni novih znanj in želijo razvijati nove veščine. Zato je na področju mentoriranja študentom zdravstvene nege še veliko možnosti za izboljšavo.

LITERATURA

Callegaro, M., Manfreda Ložar, K. & Vehovar, V., 2015. *Web survey methodology*. Los Angeles: Sage.

Čuk, V., 2014. *Mentorska vloga v kliničnem okolju: razvoj modela izkustvenega učenja v zdravstveni negi: doktorska disertacija*. Koper: Univerza na Primorskem, Pedagoška fakulteta, pp. 266–284.

Čuk, V., 2016. Pomen razvoja kompetenc pri študentih zdravstvene nege. In: Pivač, S., Skela Savič, B., Hvalič Touzery, S. ed. *10. šola za klinične mentorje: Razvoj mentorske vloge in promocija zdravja na delovnem mestu, 13. oktober 2016*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 8–16.

Direktiva evropskega parlamenta in sveta 2005/36/ES o priznavanju poklicnih kvalifikacij. Uradni list Evropske unije št. 255/22.

Glihan Komac, N., Jakop, N., Kern, B., Klemenčič, S., Krvina, D., Ledinek, N., et al., 2014 *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. Druga, dopolnjena in deloma prenovljena izdaja. Ljubljana: Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovška ZRC SAZU. Available at: <https://fran.si/iskanje?View=1&Query=mentor> [16. 2. 2019].

Govekar Okliš, M., 2016. Mentorstvo nekoč in danes – pomembna oblika izobraževanja ter prenosa znanja in izkušenj. *Andragoška spoznanja*, 22(2), pp. 3–7.

Gruber Page, M., 2016. The value of mentoring in nursing: an honor and a gift. *Oncology nursing forum*, 43(4), pp. 420–422.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2014. Uradni list Republike Slovenije št. 52.

Kotnik, M., Petrica, L. & Erjavšek, Z., 2010. Vloga mentorja v zdravstveni negi na onkološkem inštitutu Ljubljana. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(4), pp. 239–244.

Kranjčec, R., 2005. Mentorstvo kot pot učenja in osebnega razvoj: funkcije mentorstva in njegovi učinki. *Andragoška spoznanja*, 1(11), pp. 46–55.

Ploj, K., 2013. *Medicinska sestra – mentorica študentom na klinih vajah: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 33–53.

Pravilnik o pogojih, ki jih mora izpolnjevati zavod za izvajanje praktičnega pouka dijakov zdravstvenih šol in študentov visokošolskih zavodov za podelitev naziva učni zavod, 2005. Uradni list Republike Slovenije št. 103/05.

Remškar Pajk, J., 2007. Pomen mentorstva in praktičnega usposabljanja v izobraževanju za zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 41, pp. 71–75.

Royal College of Nursing, 2017. *RCN Guidance for mentors of nursing and midwifery students*. London: Royal College of Nursing. Available at: <https://www.rcn.org.uk/-/media/royal-college-of-nursing/documents/publications/2017/may/pub-006133.pdf> [16. 2. 2019].

Satler, M., 2011. *Motivacija medicinske sestre v procesu mentorstva študentom: diplomsko delo visokošolskega študija*. Jesenice: Visoka šola za zdravstvene vede Jesenice, pp. 12–13.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), 2005. Uradni list Republike Slovenije št. 23/05.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2015. *EFN smernice za implementacijo člena 31 o medsebojnem priznavanju poklicnih kompetenc glede na Direktivo 2005/36/EC, dopolnjeno z Direktivo 2013/55/EU*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/efn_smernice_za_objavo_na_spletni_strani_17_7_2015.pdf [16. 2. 2019].

ELEKTRONSKA DOKUMENTACIJA ZDRAVSTVENE NEGE NA PEDIATRIČNI KLINIKI UKC LJUBLJANA

ELECTRONIC NURSING DOCUMENTATION IN PEDIATRIC CLINICS UMC LJUBLJANA

mag. Anita Štih, viš. med. ses., univ. dipl. org.

UKC Ljubljana, Pediatrična klinika, Bohoričeva 20, 1000 Ljubljana

anita.stih@kclj.si

Izvleček:

Dokumentiranje v zdravstveni negi je del celotne dokumentacije posameznega pacienta. Ker dokumentiranje vzame veliko časa vsem zaposlenim v zdravstvu, se je z razvojem informacijske tehnologije ta čas skrajšal. To je opaziti na vseh področjih zdravstvene obravnave na Pediatrični kliniki. Projekt informatizacije slovenskega zdravstva (eZdravje) sledi tako nacionalnim in evropskim usmeritvam kot tudi usmeritvam Svetovne zdravstvene organizacije za izboljšanje kakovosti in učinkovitosti zdravstvenih sistemov. Njegovi začetki segajo v leto 2006. In ravno v tem času se je gradila tudi nova Pediatrična klinika. Zato lahko rečemo, da je bil to pravi čas, za začetek razvoja informacijskega sistema na kliniki, saj je Ministrstvo imelo posluh za to področje. Posledično so bila zagotovljena tudi finančna sredstva za začetni razvoj in zagon informacijskega sistema. Razvoj informacijskega sistema poteka postopoma, od zaključka izgradnje nove Pediatrične klinike (leta 2009) pa vse do danes. Informacijski sistem se stalno izboljšuje, raste, napreduje in s tem omogoča svojim uporabnikom, natančnejše, kvalitetnejše zbiranje, oblikovanje ter distribucijo podatkov o pacientu.

Ključne besede: elektronska dokumentacija, zdravstvena nega, dokumentacija zdravstvene nege, proces zdravstvene nege.

Abstract:

Documentation in nursing is part of the complete patient documentation. Since the documentation takes a lot of time for all healthcare workers, the development of information technology has shortened this time. This is seen in all areas of medical treatment at the Pediatric Clinic. The project of informatization of Slovenian healthcare (eHealth) follows both national and European guidelines, as well as the guidelines of the World Health Organization to improve the quality and efficiency of health systems. Its beginnings date back to 2006, in the time when the construction; of a new Pediatric Clinic was started. We can say that it was also good time to start the development of the information system at the clinic. Concerning that the Ministry of health also supported that project, financial resources were provided for the initial development and launch of the information system. The development of information system is progressing gradually, since the completion of the construction of the new Pediatric Clinic (in 2009) until today. The information system is constantly improving, growing, advancing and thus allowing its users, more precise, better quality collection, design and distribution of patient information.

Key words

Electronic documentation, Nursing, Nursing documentation, Nursing process.

UVOD

Projekt informatizacije slovenskega zdravstva (eZdravje) je bil predviden v Načrtu razvojnih programov za obdobje od vključno leta 2006 do 2012, ki ga je s proračunom za leti 2008 in 2009 sprejel Državni zbor Republike Slovenije. Informatizacija slovenskega zdravstva sledi tako nacionalnim in evropskim usmeritvam kot tudi usmeritvam Svetovne zdravstvene organizacije za izboljšanje kakovosti in učinkovitosti zdravstvenih sistemov. Upravljanje rešitev projekta eZdravje je s 1. decembrom 2015 prevzel Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). (<http://www.nijz.si/sl/ezdravje-0>).

Cilj eZdravja je uvedba sodobnih in večstransko uporabnih informacijskih rešitev v poslovanje slovenskega zdravstvenega sistema ter povezava lokalnih informacijskih sistemov v funkcionalen nacionalni zdravstveni informacijski sistem. Tovrstna povezava lokalnih informacijskih sistemov državljanom in zdravstvenim delavcem zagotavlja premostitev številnih ovir pri iskanju informacij, ki so relevantne za proces zdravstvene oskrbe, upravljavcem pa omogoča boljše spremljanje poslovanja zdravstvenih zavodov ter na dokazih temelječe odločanje in sprejemanje potrebnih ukrepov (<http://www.nijz.si/sl/ezdravje-0>).

Kot pravita Rugelj in Pogorelc (2013) je informacijski sistem v Zavodu tisti, ki omogoča kvalitetnejšo in preglednejšo zdravstveno obravnavo pacientov, prednost za zaposlene, prednost za obračun storitev, hkrati pa pacientom omogoča kvalitetno in varno obravnavo ter prepreči neželene dogodke kot posledico neinformiranosti sodelujočih v obravnavi pacientov o njihovem stanju in preteklih obravnavah.

Za uspešen razvoj in kasnejšo implementacijo programov je pomembno sodelovanje vseh zaposlenih, ki bodo program uporabljali. Negovalno osebje in zdravniki morajo imeti povsod dostop do informacij (diagnoz, izvidov, zdravstvenega stanja, anamneze, poročil...).

Dokumentiranje je ključnega pomena, zato je s pomočjo elektronskega vnosa podatkov več časa na razpolago za neposredno zdravstveno oskrbo in stik s pacienti. Nepopolne in nečitljive pisne dokumentacije vplivajo na nenatančnost. Elektronska dokumentacija odpravlja tudi te slabosti, ker zagotavlja čitljivost in celovitost podatkov o pacientih (Rugelj & Pogorelc, 2013).

Elektronsko dokumentiranje omogoča tudi boljšo komunikacijo med medicinskimi sestrami in drugimi zdravstvenimi delavci, spodbuja kontinuiteto in splošno kakovost zdravstvene nege (Rugelj & Pogorelc, 2013).

Računalniški sistemi prav tako omogočajo vodenje zaposlenih in zbiranje vseh podatkov, ki so pomembni za organizacijo. Sistemi omogočajo dostop do pacientovih podatkov več uporabnikom hkrati. To krepi in omogoča medsebojno povezanost med izvajalci zdravstvene nege in drugimi zaposlenimi v zdravstveni negi in omogoča multidisciplinarni pristop (Rugelj & Pogorelc, 2013).

RAZVOJ E-DOKUMENTACIJE NA PEDIATRIČNI KLINIKI V LJUBLJANI

Razvoj e-dokumentacije na Pediatrični kliniki sega v leto 2008, ko je Pediatrična klinika skupaj z Ministrstvom za zdravje pripravljala razpisno dokumentacijo za splošno in medicinsko opremo za novo kliniko. Takrat so v projektni skupini, predstavniki zaposlenih iz Pediatrične klinike podali predlog za uvedbo informacijskega sistema. Ministrstvu za zdravje se je predlog zdel zanimiv, saj so skupaj z medicinsko stroko prepoznali dodano vrednost. Ta dodana vrednost se ne nanaša samo na uporabo informacijske in komunikacijske tehnologije, ampak tudi na spremembo delovnih procesov (Purkart, 2014).

Na Pediatrični kliniki je bila imenovana projektna skupina v kateri so bili predstavniki različnih strokovnih področij. Le ti so morali dobro poznati delujoče sisteme, procese dela ter uporabniške zahteve. Za pripravo razpisa, vzpostavitev in vzdrževanje informacijskega sistema Pediatrične klinike (ISPEK), je bilo potrebno pregledati in popisati procese dela, pri čemer je sodeloval Institut za projektni management in informacijsko tehnologijo (IPMIT) iz Ljubljane (Purkart, 2014).

Na podlagi izvedenega postopka oddaje javnega naročila po konkurenčnem dialogu na podlagi 27. člena Zakona o javnem naročanju (Uradni list RS, št. 128/06, 16/08 in 34/08) je bil izvajalec, Marand inženiring d.o.o. izbran za vzpostavitev in vzdrževanje informacijskega sistema. Izvajalec je skupaj s predstavniki Pediatrične klinike razvil sodoben klinični informacijski sistem (KIS), ki podpira delo na vseh z razpisno dokumentacijo določenih oddelkih Pediatrične klinike. KIS je kompatibilen z mednarodno priznanimi praksami za medicinsko informatiko in se povezuje z drugimi informacijskimi sistemi v svoji okolici in z njimi izmenjuje podatke (seznam drugih IS in način komunikacije se je določil v funkcionalni specifikaciji) (Purkart, 2014).

Purkart (2014) podrobno navaja razvoj informacijskega sistema, kjer posebej definira posamezne module, ki so bili potrebni za razvoj celotnega ISPK. Ti moduli so:

- modul za zdravstveno nego in fizioterapijo,
- modul za bolnišnično obravnavo,
- modul za intenzivno terapijo,
- modul za ambulantno obravnavo,
- modul za operativni blok in anestezijsko,
- delo z zdravili (terapevtski list)
- modul za nutricionistiko in dietno prehrano.

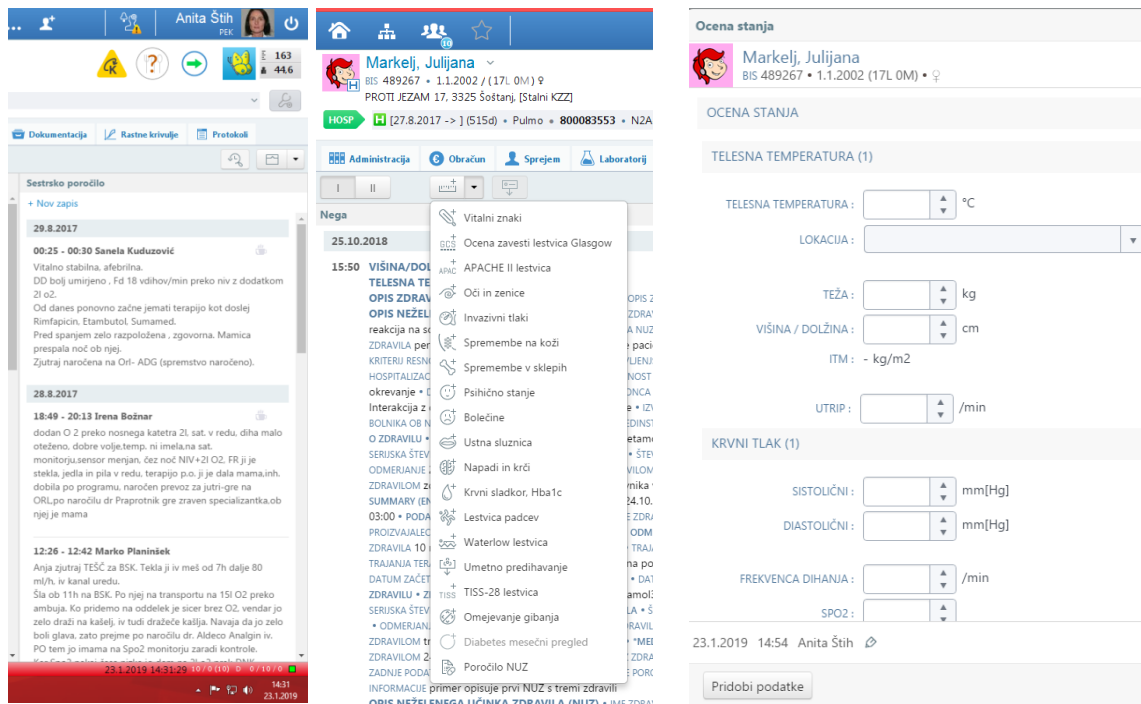
Moduli so medsebojno povezani, se prepletajo, dopolnjujejo in nadgrajujejo.

Za posamezne module so bile s strani Maranda in Pediatrične klinike imenovane osebe, ki so sodelovale pri razvoju in implementaciji posameznih modulov (Purkart, 2014).

ISPEK je bil kasneje s strani podjetja Marand preimenovan v Think!Med in na koncu v Think!Med Clinical

MODUL ZDRAVSTVENE NEGE

Razvoj modula zdravstvene nege sega v leto 2010. Za zbiranje, obdelavo podatkov in prve oblike je bilo potrebnih 8 mesecev. Kot prvo ekransko sliko v ISPEK - u je bilo mogoče vpisati poročilo službe zdravstvene nege (slika 1). Poročilo se je kasneje nadgradilo z ekranskimi slikami za vpis in spremljanje vitalnih znakov pacientov ter ostalih stanj (slika 1).



Slika 1: Poročilo službe zdravstvene nege, vpis vitalnih znakov in ostalih stanj (podatki na slikah so iz testnega sistema)

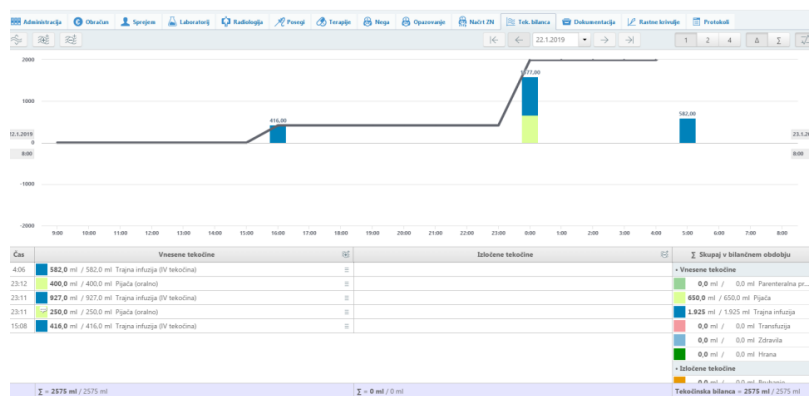
Prve ekranske slike načrta zdravstvene nege so prišle v uporabo leta 2013 (slika 2). V vmesnem času je bil ISPEK dopolnjen s kategorizacijo (slika 3) in tekočinsko bilanco (slika 3) (leta 2012), z elektronskim temperaturnim listom (slika 4) in tujki (slika 5) (leta 2013).

V letih 2013 do 2015 so se razvijale kompleksne integracije in nadgradnje sistema ISPEK za kompleksne integracije s sistemom RIS/PACS, sistemom za slikovno diagnostiko ter laboratorijskim sistemom (Pediatrične klinike, Klinike za nuklearno medicino, Kirurške klinike...). V času od leta 2015 do leta 2019 so se razvili moduli za elektronsko predpisovanje zdravil ter elektronsko naročanje bolnišnične prehrane. V tem času so se tudi razvijale vse potrebne funkcionalnosti za podporo nacionalnima projektoma e-napotovanja in zmanjšanja čakalnih vrst. Za vsako področje posebej je postopno in sistematično potekalo izobraževanje zaposlenih o pravilni uporabi ISPEK.

Danes imamo v ISPEK – u preko 360 ekranskih slik, ki so nastale na osnovi funkcionalnih specifikacij. V pisni obliki je bilo potrebno pripraviti preko 1000 strani funkcionalnih specifikacij, da sistem lahko živi in deluje v takem obsegu, ki je trenutno na razpolago. Dejstvo je, da se ISPEK razvija sproti, dnevno, glede na potrebe strokovnega znanja, ki se stalno razvija. Vsak dan, so v svetu objavljene nove raziskave za posamezna področja, ki prinesejo novosti v obravnavo pacientov. Posledično so vse novosti (v kolikor so potrebne za obravnavo pacientov na Pediatrični kliniki) dodane v KIS.

DANES 23.1.2019		
FS 0 0 0 0 0		
A.11.6 Nevarnost infekcije krvi i.v. kanal Cilji ✔ pri otroku bomo preprečili infekcijo krvi ✔ Preprečena infekcija krvi	Skrb za varnost pacienta 5/1x Opazovanje vbodnih mest 6/1x Pogovor s svojci 2/1x	✔ ✔ ✔
A.11.7 Nevarnost infekcije kože i.v. kanal Cilji ✔ pacientova koža ne bo inficirana ✔ Preprečena infekcija kože	Nadzor v zvezi s prehranjevanjem in pitjem 2/1x Naročanje obrokov hrane 1/1x Razdeljevanje hrane 2/1x	✔ ✔ ✔
B.17 Tekočine, nevarnost za neuravnovešen volumen tekočin Cilji ✔ bolnik bo ustrezno hidriran ✔ Ustrezen volumen tekočin	Odvzem vzorcev za mikrobiološke in druge preiskave 1/1x Preverjanje ustreznosti diete 2/1x Prebrizgavanje intravenske kanile 1/1x	✔ ✔ ✔
D.30.2 Perfuzija v tkivih, neučinkovita - renalno klb Cilji ✔ izločal predvideno količino urina in odpadnih snovi ✔ Perfuzija renalno bo učinkovita	Priprava in dajanje zdravil peros 2/1x Pogovor s pacientom 4/1x Pomoč pri tuširanju 1/0x	✔ ✔ ✔
G.1 Strah (specificirajte) Cilji ✔ Informiran bolnik Tveganja	Spremljanje pacienta na diagnostične preiskave 0/1x Izbira ustreznega posteljnega perila 1/1x Posredovanje navodil za varnost bivanja 1/1x	1/ ✔ ✔

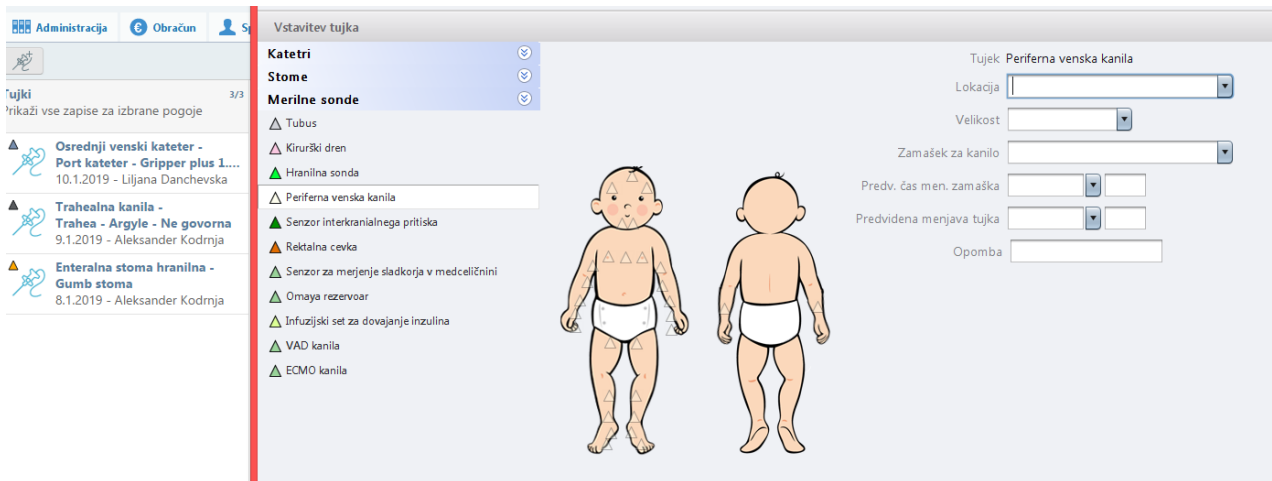
Slika 2: Proces zdravstvene nege (negovalne diagnoze, cilji, načrtovane aktivnosti)



Slika 3: Kategorizacija zdravstvene nege, tekočinska bilanca (podatki na slikah so iz testnega sistema)

Povprečna teža: 57,8 kg POUŠRNA TELESNA: 1,652 m ² VIŠINA: 170 cm		sre, 23 januar		čet, 24 januar						
ZNANE ALERGIJE: Travnji pelodi, Čebela		04:00	08:00	12:00	16:00	20:00	00:00	04:00	08:00	12:00
doksazosin (Tonocardin 4 mg tbl, 20x) ODMEREVI: 4 mg/1 tableta – 2X na dan – Po naročilu zdravnika – po INDIKACIJA če tlak nad 150/100										
Fiziološka razt. NaCl 0,9% HITROST 120 ml/h – TRAJNA INFUZIJA – ivk KOMENTAR po konstrukciji AVF	0 ml/h									
furosemid (Edemid 40 mg tbl, 12x) ODMEREVI: 20 mg/0,5 tableta – 2X na dan – po										
kalcitriol (Rocaltrol 0,5 mcg mehke kaps, 100x) ODMEREVI: 1 µg/2 kapsula – 1X na dan – po										
natrijev hidrogenkarbonat (NEPHROTRANS 500 mg gastrorezist.mehka kaps, 100x) ODMEREVI: 2000 mg/4 kapsula – 2X na dan – po										
paracetamol (Paracetamol Kabi 10 mg/ml razt.za inf. vial, vial, 100 ml 10x) – 600 mg/60 mL HITROST BOLLUS – Vsakih 8 ur – Po potrebi – ivk INDIKACIJA ob bolečinah na 8ur										

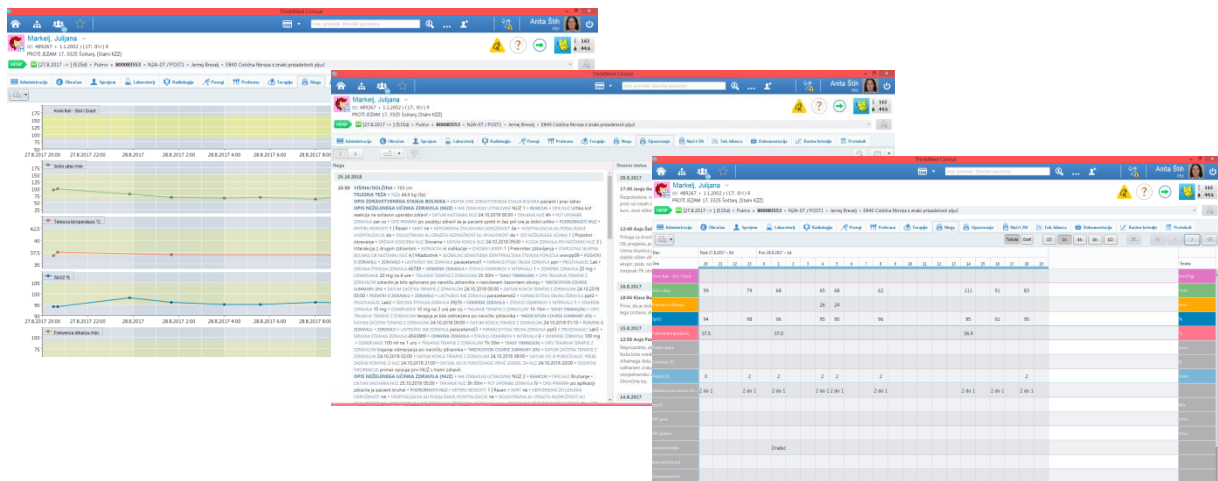
Slika 4: Elektronski terapijski list



Slika 5: Tujki (sonde, katetri, tubusi, dreni...)

ISPEK poleg zdravstvene nege pokriva še veliko področij, kot so: administrativna obravnava pacienta (vnos, obračun, dokumentacija, izvidi, zapisniki konzilijev, posnetki UZ, EKG...), abulantna obravnava, hospitalna obravnava (anamneza, sprejem, obravnava, pregled pacienta in vpisovanje statusa, vitalni znaki, sestrsko poročilo, ocenjevanje bolečine – lestvice...), laboratorij, rentgen, fizioterapija, delovna terapija, terapevtski list itd. Poleg tega omogoča tudi shranjevanje pacientove dokumentacije od prvega pa vse do zadnjega pregleda od. hospitalizacije na Pediatrični kliniki.

ISPEK je sistem, ki omogoča zelo različen prikaz podatkov, ki se spremljajo pri pacientih. Podatki so lahko prikazani v obliki besedila, tabelarično, grafično. Prikazujejo se lahko na več različnih načinov med katerimi uporabnik sam izbere zanj najboljši prikaz.



Slika 2: Različen prikaz podatkov pacienta (grafični, besedilni, tabelaričen) (podatki na slikah so iz testnega sistema)

Vsak uporabnik ima za vstop v ISPEK svoje uporabniško ime in geslo. Na osnovi profila, ki ga zaposleni predstavlja, dobi ob vstopu v službo poleg uporabniškega imena in gesla tudi pravice za vstop v posamezno področje KIS. Vsi vstopi se beležijo. ISPEK sam zazna kdo od uporabnikov je v sistemu, ga prepozna ter izpiše njegovo ime. Posledično ISPEK nudi popolno sledljivost vseh zapisov, ki se vpišejo v sistem ter vseh vhodov v sistem. Le te zavede tudi časovno.

S pomočjo povezovalne tehnologije je mogoče v ISPEK vključiti samodejni prenos podatkov iz različnih medicinskih naprav (npr. iz monitorja na katerega je pacient priključen se vrednosti vitalnih znakov prepisejo v sistem na določen časovni okvir kot je izbran npr. na 1 uro, na 15 min).

Vsa dokumentacija, ki nastane pri obravnavi pacientov na Pediatrični kliniki se shrani v ISPEK v elektronski obliki. Posledično to pomeni, da ni potrebno shranjevati dokumentacije v pisni obliki v arhivu. Zato tudi ni potrebno zagotoviti prostora za arhiv. Ne nazadnje elektronska dokumentacija pomeni razbremenitev zaposlenih pri iskanju dokumentov v arhivu.

V času od začetkov ISPEK – a na Pediatrični kliniki pa vse do danes lahko rečemo, da dobrega informacijskega sistema ne more biti brez podpore računalniške hiše in brez dobre informacijske tehnologije, ki pa jo je potrebno sprotno in ustrezno nadgrajevati.

NAČRTI ZA PRIHODNOST

Nov izziv v zdravstveni negi predstavlja preoblikovanje modula za načrtovanje zdravstvene nege. ISPEK danes omogoča klasifikacijo negovalnih diagnoz po Priročniku negovalnih diagnoz Marjory Gordon. V letu 2017 je bila v slovenščino prevedena knjiga z naslovom: »Negovalne diagnoze NANDA International: definicije in klasifikacija 2015 – 2017«.

V svetu danes medicinske sestre pri svojem vsakodnevnem delu obravnavajo človeške odzive na zdravstvene težave in/ali življenjske procese pri čemer uporabljajo taksonomijo negovalnih diagnoz po NANDA International, Inc. (Negovalne diagnoze NANDA International, 2017).

Zato želimo, da se modul načrtovanja zdravstvene nege preoblikuje. Preoblikovanje zahteva veliko vložene delo. Ponovno je potrebno pisno podati specifikacije za modul. Potrebno je seznaniti in izobraziti vse zaposlene v zdravstveni negi z novim načinom klasifikacije negovalnih diagnoz zato, da jih bodo pravilno definirali za posamezne paciente. Potrebno bo tudi veliko vložene delo s strani računalniške podpore, ki jo nudi podjetje Marand d. o. o., saj je potrebno vse specifikacije prevesti v računalniški jezik, da sistem ustrezno deluje in se medsebojno povezuje tudi z drugimi področji v ISPEK – u.

IZOBRAŽEVANJE ZAPOSLENIH ZA DOKUMENTIRANJE V ISPEK - U

Da so zaposleni lahko začeli uporabljati ISPEK in s tem elektronsko dokumentacijo, je bilo potrebno vložiti veliko izobraževanj in učnih delavnic za vse zaposlene. Dejstvo je, da je na kliniki zaposlenih veliko ljudi z različnim predznanjem o uporabi računalniške tehnologije. Vsi zaposleni niso bili enako elektronsko pismeni. Zato jih je bilo potrebno v prvi fazi naučiti kako uporabljati računalnik (tipkovnico, miško) in kako uporabljati osnovne računalniške programe (Word). Na kliniki so bile organizirane redne, tedenske učne delavnice, na katerih so imeli vsi možnost, da se seznanijo s sodobno tehnologijo.

V kasnejši fazi, ko je prišel v uporabo kot prva elektronska dokumentacija v ISPEK – u zavihek opazovanje medicinske sestre in z njo ekranska slika za vpisovanje sestrskega poročila, so bile izvedene učne delavnice na posameznih oddelkih z vsemi, ki so ta zavihek uporabljali. Učne delavnice so vodili predstavniki računalniške hiše Marand.

Ves čas uvajanja novosti v ISPEK - u so potekale učne delavnice po posameznih enotah glede na vsebino, ki je bila na novo dodana v KIS. Tako je potekalo izobraževanje za medicinske sestre, zdravnike, delovno terapijo, fizioterapijo, dietetike...

Vzporedno je potekalo izobraževanje in seznanjanje vseh zaposlenih o ISPEK – u. Tedensko so bile vsem zaposlenim predstavljene novosti. Predvsem zato, da so se vsi zaposleni postopoma privajali na ISPEK (kakšen je pogled, kaj sistem omogoča ipd.).

Najtežje obdobje za vse zaposlene je bilo v času, ko je bilo potrebno dokumentacijo o pacientih voditi v elektronski in papirni obliki. Za zaposlene je to predstavljalo velik stres. Imeli so občutek, da imajo vse manj časa za pacienta in da se ukvarjajo samo še z dokumentiranjem podatkov.

Danes lahko rečemo, da ISPEK omogoča sistematično, natančno, pregledno beleženje podatkov o pacientih. Posledično je mogoče za vsakega pacienta samo s klikom na gumb pridobiti vso dokumentacijo o vseh njegovih obiskih na Pediatrični kliniki npr. ambulantni pregledi, hospitalizacije, zapisniki konzilijev, rezultati preiskav... Zaposleni imajo občutek, da lahko danes več časa namenijo pacientom, saj z elektronskim dokumentiranjem porabijo vse manj časa za zbiranje podatkov. Vsak zaposleni (v kolikor ima glede na poklicno področje možnost vstopa v ISPEK) lahko sam dostopa do podatkov, ki jih potrebuje za obravnavo pacienta. Osebe ne zapravlja več svojega dragocenega časa z iskanjem dokumentacije v arhivu, saj je vsa dokumentacija izjemno hitro dosegljiva. Elektronsko dokumentiranje je hitrejše in enostavnejše, kakor papirni način dokumentiranja, poleg tega zmanjšuje možnost pojavljanja napak pri samem dokumentiranju.

ISPEK omogoča torej strukturirano vodenje podatkov o pacientih. Posledično je mogoča tudi priprava in analiza podatkov ter izdelava statističnih poročil, ki jih želimo spremljati (npr. kazalnike kakovosti). Za vodje posameznih področij to pomeni hiter dostop do podatkov katerih kriterije lahko izbere sam, glede na vsebino, ki je vnesena v KIS.

ŠTUDENTI ZDRAVSTVENE NEGE IN ISPEK

ISPEK je zapleten sistem za razumevanje brez dodatnih znanj in usposabljanj. Zato je računalniška hiša Marand za uporabo KIS omogočila testno obliko programa ISPEK, ki se ga lahko uporablja tudi na šolah/fakultetah. Program je bil predstavljen na posameznih fakultetah in sicer na Zdravstveni fakulteti v Jesenicah, Ljubljani in Novem mestu.

Študenti navajajo, da se na praktičnem usposabljanju v kliničnem okolju pogosto srečujejo s papirnim načinom dokumentiranja. Informacijski sistemi, ki se uporabljajo, omogočajo le nekatere funkcije v samem procesu dokumentiranja zdravstvene nege. ISPEK, ki jim ga je predstavilo podjetje Marand so spoznali na predstavitvi in ga danes lahko uporabljajo na fakulteti kot dodaten učni pripomoček.

Študenti so na začetku projekta imeli veliko težav z uporabo ISPEK - a, saj niso nikoli prej vodili elektronskega načina dokumentiranja zdravstvene nege. Informacijski sistem je zelo izpopolnjen in dovršen in omogoča kompleksno in celovito vodenje zdravstvene nege pri posameznem pacientu. Ko so študenti osvojili osnove informacijskega sistema, so ugotovili, da je tak način dokumentiranja hitrejši in enostavnejši, kakor papirni način.

Opazili so tudi, da je najpogostejša ovira pri uporabi elektronskega načina dokumentiranja, pomanjkanje sredstev, ki to omogočajo (računalniki, tablični računalniki). Pri uporabi programa jih je omejevalo predvsem pomanjkanje strokovnega znanja, ki pa so ga bili pripravljene dodatno nadgraditi z delovnimi izkušnjami. V začetni fazi niso zmogli izkoristiti vseh možnosti, ki jih program omogoča.

Študenti pri delu s pacienti na Pediatrični kliniki v Ljubljani ne uporabljajo samostojno ISPEK – a, ker zanj nimajo dostopa. V kliničnem okolju vanj lahko vstopajo samo ob prisotnosti mentorja. Na tak način mentor podatke ustrezno interpretira študentu, da jih pravilno razume. Posledično lahko sklepamo, da študenti svoje strokovno znanje še dodatno nadgradijo.

ISPEK je program, kjer so vse vsebine sistematično izdelane po posameznih področjih. Le to je njegova velika prednost tudi za učečo se populacijo. Podatki so strukturirani in jasno prikazani, kar omogoča boljše in hitrejše razumevanje vsebin s področja zdravstvene nege.

ZAKLJUČEK

Uporaba sodobnih tehnologij pri izdelavi KIS omogoča varno elektronsko dokumentiranje in učinkovito obvladovanje zdravstvenih in z zdravstvom povezanih podatkov in informacij. Prav tako zagotavlja optimizacijo zdravstvenih procesov in povečanje njihove učinkovitosti ter učinkovito izmenjavo zdravstvene dokumentacije med različnimi izvajalci zdravstvenih storitev.

Informacijska tehnologija je bila v začetni fazi uvajanja za zaposlene dodatno delo, ki so ga morali opraviti v okviru svojega delovnega časa. Zato je na začetku vplivala na nezadovoljstvo med zaposlenimi.

Danes si nihče več ne predstavlja dela brez KIS. ISPEK je izjemno uporaben informacijski sistem, saj je nastal na podlagi praktičnih znanj zaposlenih. Ustvarjali smo ga in ga še skupaj z ustrežno računalniško podporo.

ISPEK izboljšuje medsebojno komunikacijo v negovalnem timu, povečuje razpoložljivost podatkov o pacientu, izboljšuje organizacijo dela, omogoča večji nadzor nad vsemi fazami zdravljenja pacienta, ponuja hitro in zanesljivo obdelavo podatkov ter visoko razpoložljivost statističnih poročil.

In ne nazadnje je ISPEK sistem, ki napreduje v skladu z razvojem stoke zdravstvene nege, medicine, administracije, računalništva.

LITERATURA

1. Negovalne diagnoze NANDA International: definicije in klasifikacija 2015 – 2017/ urednici Herdman, T. H., Kamitsuru, S.; (prevod v slovenščino K., Lokar, H., Bradač, A., Cafuta). Ljubljana: zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2017, pp. 21.
2. Prinčič, B., Purkart, M., Oštir, M., Štih, A., 2015. Sodobno dokumentiranje v zdravstveni negi. Slovenska Pediatrija, 22, pp. 28 – 35.
3. Purkart, 2014. Zdravstvena nega in informacijski sistem na Pediatrični kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana – od zasnove preko težav do uporabe. V: Štemberger Kolnik T., Majcen Dvoršak, S., Klemenc, D., eds. *E – zdravje in dokumentacija v zdravstveni in babiški negi: zbornik strokovnih prispevkov z recenzijo. 14. simpozij zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana 10. Maj 2014*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 35 - 41.
4. Rugelj, V. & Pogorelc, M., 2013. Uvedba e-ambulantnega kartona Ginekološke klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. V: Klemenc, D., Majcen Dvoršak, S., Štemberger Kolnik, T., eds. *Moč za spremembe – medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema: zbornik prispevkov z recenzijo. 9. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju, 9. in 10. Maj 2013*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 262–267.

GENERACIJSKI POGLEDI NA KARIERO

HOW DIFFERENT/TWO, THREE ... GENERATIONS VIEW A CAREER

Nika Jalšovec, univ. dipl. psih.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut SOČA, oddelek za poklicno rehabilitacijo

nika.jalšovec@ir.rs-si

Izveček

Demografski trend prebivalstva se spreminja, kar se pozna tudi na vedno večji raznolikosti delovne sile. Starejši delavci ostajajo na delovnih mestih, mlajši vstopajo na trg dela, zato današnja delovna sila sestavljajo 4 različne generacije ljudi: baby boom generacija oz. generacija otrok blaginje, generacija X ter generacija Y oz. generacija milenijcev, na trg dela pa je že začela vstopati tudi generacija Z. Medgeneracijske razlike zaznavamo v različnih komunikacijskih slogih, delovni etiki, odnosu do avtoritete, razumevanju timskega dela in osebne odgovornosti ter v odnosu do tehnologije. Te razlike lahko organizaciji prinesejo koristi, kot je npr. izboljšana zdravstvena oskrba pacientov, po drugi strani pa lahko zaradi teh razlik nastanejo tudi marsikateri konflikti, kar predstavlja nove izzive tako zaposlenim samim kot tudi vodstvu.

Ključne besede: generacije, generacijske razlike na delovnem mestu, medgeneracijsko sodelovanje, upravljanje z razlikami

Abstract

The demographic trend of the population is changing, which is also showing in the increasing diversity of the workforce. Older workers remain in their jobs, whilst younger people are entering the labor market, therefore today's workforce consists of 4 different generations: the baby boom generation, the generation X and the generation Y or the millennial generation; the Z generation is also starting to enter the labor market. Intergenerational differences are perceived in various communication styles, work ethics, attitudes toward authority, their understanding of team work and personal responsibility, and in relation to technology. These differences can bring benefits to the organization - for example improved patient health care, but on the other hand, these differences can cause many conflicts, which present new challenges for both the employees themselves and the management.

Key words: generations, generational differences at workplace, intergenerational cooperation, managing differences

UVOD

Raznolikost je del organizacijskega življenja, ki se ji ni mogoče izogniti (Ažman et al., 2014). Nanaša se na različnost socialnih in kulturnih značilnosti med ljudmi, ki shajajo skupaj na določenem delovnem mestu ali tržnem prizorišču (Cox, 2001; cited in Ažman idr., 2014). Danes opazamo trend staranja prebivalstva, kateremu se tudi v prihodnosti ne bomo mogli izogniti. Daljša življenjska doba, boljše zdravje, številne spremembe na področju trga dela (še posebno nedavna ekonomska kriza) in s tem povezane finančne skrbi so pripeljali do tega, da delavci ostajajo na delovnih mestih dlje in se kasneje upokojujejo kot včasih. Hkrati pa se zaposlujejo tudi novejšje generacije, kar bo prvič v zgodovini pomenilo, da bodo druga ob drugi delalo štiri oz. pet različnih generacij – razlike med njimi pa so eden izmed mnogih izzivov, s katerimi se bo potrebno ukvarjati, če bomo želeli preprečevati oz. reševati morebitne konflikte, ki se lahko ob generacijski raznolikosti na delovnem mestu pojavljajo.

GENERACIJSKA RAZNOLIKOST DELOVNE SILE

Trenutno so na trgu dela prisotne štiri generacije. Tri generacije so aktivne; ena izmed generacij (veterani) se umika oz. se je že umaknila iz trga dela, ena (generacija Z) pa je nanj začela vstopati.

V literaturi lahko zasledimo več različnih pojmovanj generacij. Načeloma pod pojmom generacija mislimo na skupino ljudi, ki je bila rojena v približno istem času in si deli skupne izkušnje, ki so pomagale oblikovati njihove vrednote in življenja na podoben način (Goessling, 2017). Lahko pa jo definiramo tudi kot skupino posameznikov, rojenih in sočasno živečih, ki si delijo skupno znanje in izkušnje, ki vplivajo na njihovo mišljenje, vedenja, vrednote in prepričanja (Johnson & Johnson, 2010; cited in Clark, 2017).

Pomembno pa je poudariti, da so generacijske karakteristike splošne narave in ne popolnoma homogene, kar pomeni, da navedenih značilnosti ne moremo pripisati vsakemu pripadniku določene generacije (Burke 1994; Patota et al. 2007; cited in Anderlič, 2009).

Medgeneracijske razlike zaznavamo v komunikacijskih slogih, delovni etiki, odnosu do avtoritete, razumevanju timskega dela in osebne odgovornosti ter v odnosu do tehnologije (Ažman et al., 2014).

Tabela 1. različna pojmovanja generacij in umeščenost v časovno obdobje (Oh & Reeves, 2011 cited in: Bejtkovský, 2016)

Howe & Strauss (2005)	Tiha generacija	Boom generacija	13. generacija	Generacija milenijcev	Generacija Z
	1925- 1943	1943 – 1960	1961 – 1981	1982 – 2000	2004 – 2025
Lancaster & Stillman (2010)	Tradicionalisti	Baby-boom generacija	Generacija X		
	1900 – 1945	1946 – 1964	1965 – 1980	1981 – 1999	
Martin & Tulgan (2002)	Tiha generacija	Baby-boom generacija	Generacija X	Milenijci	
	1925 – 1942	1946 – 1960	1965 – 1977	1978 – 2000	
Oblinger & Oblinger (2005)	Zrela generacija	Baby boomers	Gen X	Gen Y, milenijci	Post milenijci
	< 1946	1947 – 1964	1965 – 1980	1981 – 1995	1995 – sedaj
Tapscott (2009)		Baby-boom generacija	Generacija X	Digitalna generacija	
		1946 – 1964	1965 – 1975	1976 – 2000	
Zemke, Raines, & Filipczak (2000)	Veterani	Baby-boomerji	Gen-X	Nexterji	
	1922 – 1943	1943 – 1960	1960 – 1980	1980 – 1999	

Generacije delimo na (Zemke et al., 2000; cited in Ažman et al., 2014): a) *generacijo veteranov*, rojenih med letoma 1922 in 1943; b) *generacijo otrok blaginje*, rojenih med letoma 1943 in 1960; c) *generacijo X*, rojenih med letoma 1960 in 1980; in d) *generacijo Y*, rojenih med letoma 1980 in 2000. Na delovni trg bo kmalu vstopila oz. vstopa tudi *generacija Z*, rojena po letu 2000.

Koncept generacijske raznolikosti se v svetu pojavlja že dlje časa. Lander (2006) pravi, da ima vsaka generacija različno oblikovane vrednote ter celo trdi, da imajo ljudje znotraj iste generacije več skupnih značilnosti, kot posamezniki, ki prihajajo iz istega kulturnega ozadja ali istega spola. Vendar pa je potrebno poudariti, da vsi avtorji ne priznavajo koncepta generacijskih razlik in menijo, da je poudarjanje medgeneracijskih razlik pretirano. Npr. Hughes in O'Rand (2005) menita, da se zagovorniki preveč osredotočajo na mladostniška leta, čeprav je bilo ugotovljeno, da se vrednote in prepričanja lahko oblikujejo tudi v kasnejših življenjskih obdobjih. Tudi slovenska raziskava o generacijskih razlikah je pokazala, da so pripadniki vseh generacij navedli podobne dejavniki, ki vplivajo na njihovo motivacijo, le da so pri tem dali enim večji pomen kot drugim (Andelič, 2009). Verjetno lahko v večini raziskav govorimo o prepletu starostnih in generacijskih razlik. Da pa bi izboljšali učinkovitost posameznikov in zaposlenih timov, saj kljub temu večgeneracijska raznolikost delovne sile predstavlja izziv delovnim organizacijam, pa je vseeno smiselno upoštevati njihove razlike,

drugačnost vrednot in v skladu s tem z njimi različno delati oz. upoštevati smernice, ki jih strokovnjaki predlagajo.

GENERACIJA VETERANOV/ZRELA GENERACIJA

To generacijo v literaturi omenjajo tudi kot tradicionaliste ali kot tiho generacijo, vanjo pa načeloma umeščamo posameznike, rojene pred letom 1943. Predstavniki te generacije so živeli v težkih razmerah (med vplive v času njihove mladosti štejemo veliko depresijo, drugo svetovno vojno, obdobje industrializacije), kar je vplivalo na njihove vrednote glede dela, družine, vere, itd. Praviloma so to ljudje, ki so zelo privrženi delu, spoštujejo avtoritete, cenijo red in pravila, so potrpežljivi in pripravljeni čakati na nagrado za opravljeno delo (Anderlič, 2009). Generacija veteranov najbolj ceni (po tem vrstnem redu): zahtevno in izzivno delo, potrpežljivost in vztrajnost pri delu, čast in ugled na delovnem mestu, osebni razvoj, nagrado po dobro opravljenem delu, raznolikost dela ter pripadnost in varnost podjetju (Brečko, 2005). Veterani so zaradi svojih številnih izkušenj in znanja lahko odlični mentorji mlajšim generacijam, pri reševanju problemov pa se pri iskanju rešitev opirajo na izkušnje, ki so jih imeli v preteklosti.

Danes so skoraj vsi veterani upokojeni.

BABY-BOOM GENERACIJA/GENERACIJA OTROK BLAGINJE

Baby-boom generacija je bila rojena med leti 1943-1960. Predstavniki te generacije so odraščali v relativno stabilnem obdobju, za katerega je značilna gospodarska blaginja, svoboda govora, odsotnost svetovnih vojn (čeprav so živeli v času hladne in Vietnamske vojne), zato so se jim v mladosti ponujale priložnosti, ki jih njihovi predniki niso imeli. Zaradi tega njeni predstavniki verjamejo v vseživljenjsko zaposlitev in čutijo veliko pripadnost organizacijam (Eldson & Lyer, 1999; cited in Anderlič, 2009). Na delovnem mestu cenijo predvsem (po tem vrstnem redu): zahtevno in izzivno delo, osebni razvoj, potrpežljivost in vztrajnost, urejenost, red in jasna pravila dela, raznolikost dela, delo, pri katerem se lahko tudi zabavajo (v nasprotju z generacijo veteranov) ter zdravo delovno okolje (Brečko, 2005).

GENERACIJA X

V generacijo X naj bi spadali posamezniki, rojeni med leti 1961-1980. Odraščali so v času globalizacije in informacijske revolucije. To je bilo tudi obdobje velike ekonomske negotovosti, gospodarske recesije v zgodnjih osemdesetih ter visoke stopnje brezposelnosti in inflacije v devetdesetih (Lyons et al., 2005, cited in Anderlič, 2009). Za razliko od prejšnjih generacij, ceni ta generacija prosti čas veliko bolj kot delo. Pripadniki se zavedajo, da varna zaposlitev ne obstaja več in v skladu s tem se njihova pripadnost organizacijam manjša. Generacija X je najbolj notranje motivirana za delo (po takšnem vrstnem redu): če imajo možnost samostojnega dela in odločanja, če jih nadrejeni pohvalijo in če je njihovo delo dovolj izzivno (Brečko, 2005).

GENERACIJA Y

Generacija Y, pogosteje omenjena tudi kot generacija milenijcev, je bila rojena med leti 1980-2000. Odraščali so v času interneta, mobilnih telefonov, globalnega terorizma. Ta generacija se srečuje z brezposelnostjo, zaostrenimi ekološkimi problemi in informacijsko revolucijo (Anderlič, 2009). Od naštetih velja tudi za najbolj izobraženo generacijo, ki je že vstopila na

trg dela. Delovne vrednote te generacije (Brečko, 2005) so precej drugačne kot pri prejšnji generaciji; in sicer jih razporeja po naslednjem vrstnem redu: nagrada naj sledi opravljenemu delu, urejenost, red in jasna pravila, lojalnost in pripadnost podjetju, zahtevno in izzivno delo, osebnostni razvoj, varnost zaposlitve oz. delovnega mesta.

V eni od študij (Lavoie-Tremblay et al., 2010), ki so jo opravili med medicinskimi sestrami, so ugotavljali, da je ključni motivator generacije Y pri delu priznanje – tako monetarno, kot tudi s strani vrstnikov. Ti posamezniki imajo potrebo po tem, da imajo pri delu izzive, vendar pa ob tem potrebujejo tudi stabilnost, adekvatno supervizijo, profesionalni razvoj ter fleksibilen delovni čas. Zaposlene medicinske sestre iz generacije Y imajo rade stabilnost (npr. delo na istem oddelku), saj lahko tako vzpostavljajo boljše odnose s sodelavci.

Boštjančič (2008, cited in Sever, 2016) v preseku navaja naslednje značilnosti generacij na delovnem mestu:

- veterani (zrela generacija): so varčni, konzervativni, pripadni, zvesti, delavni, skromni, ne marajo sprememb; manj so kreativni, bolj pa prilagodljivi. Delo enačijo s prostim časom, so trpežni, trdnega značaja in težijo k stabilni karieri.
- baby boom generacija: so bolj svobodni in emancipirani, izobrazba je zanje pomembna, posedujejo idealizem in optimizem, deležni so bili socialne varnosti, doživljajo zadovoljstvo pri delu in veliko delajo. Zaposleni so bili celo življenje, uspeh pa merijo z denarjem.
- generacija X: znašli so se v bolj negotovem in tekmovalnem delovnem okolju. Posedujejo individualnost, iznajdljivost in kreativnost. Veliko jim pomeni svoboda in prosti čas. Izpostavljeni so vseživljenjskemu učenju. Denar je zanje sredstvo za doseganje drugih vrednot, uspeh pa merijo z ugledom in manj z denarjem.
- generacija Y: so samozavestni, nemirni, svojeglavi in anksiozni. Posedujejo manj vrednot, so tekmovalni, poudarjajo individualizem in so pod stresom zaradi velike količine informacij. Vedno so odprti za nove ponudbe, imajo visoke aspiracije, nagnjeni so k potrošništvu, vendar je denar v službi njihove samoaktualizacije, v delu iščejo zabavo.

Tabela 2. Bistvene vrednote različnih generacij (prirejeno po Brečko, 2005)

GENERACIJA	Veterani (1922-1943)	Baby boom generacija (1943-1960)	Generacija X (1960-1980)	Generacija Y (1980-2000)
BISTVENE VREDNOTE	<ul style="list-style-type: none"> • vdanost • spoštovanje avtoritete • trdo delo • dolžnost • disciplina • zakoni in pravila • skromnost • žrtvovanje • zadržanost • potrpežljivost • brez tveganja • patriotizem • odvisnost od drugih • finančna konzervativnost 	<ul style="list-style-type: none"> • vključenost • timsko delo • osebna rast • osebno zadovoljstvo • optimizem • zdravje • deloholičnost • idealizem • vključenost • tekmovalnost • zvestoba • ceni nazive, titule 	<ul style="list-style-type: none"> • raznolikost • tehnična pismenost • realističen pogled na življenje • samostojnost • prilagodljivost • pragmatičnost • kreativnost • nepotrpežljivost • zabava • ozaveščenost • globalno mišljenje • odgovornost • neformalnost • varčnost – pokojnina, zdravstvo 	<ul style="list-style-type: none"> • vztrajnost • izziv • optimizem • družbena odgovornost • raznolikost • zaupanje • ekologija • ambicioznost • ni strahu pred avtoriteto • tveganje • morala • dosežki • neučakanost • večopravnost (multitasking)

GENERACIJA Z

Predstavniki te generacije so rojeni od leta 2000 dalje in ravno zdaj začenjajo vstopati na trg dela. Za razliko od drugih generacij pripadniki generacije Z niso dobri poslušalci, prav tako pa jim manjka socialnih veščin (Bejtkovský, 2016), saj je večina njihove komunikacije vezana na spletno komuniciranje. Zaradi tega, ker njihovemu svetu vlada tehnologija, so pod drugim imenom znani tudi kot tiha generacija. Zdi se, da se bo ta generacija aktivirala predvsem okoli socialne in okoljske problematike (Clark, 2017). Pri svojem delovanju potrebujejo manj navodil in usmeritev ter manj supervizije, saj imajo dostop do digitalnih orodij, s katerimi so sposobni delati skoraj vse (Clark, 2017). So inovativni in kreativni, želijo napredovati profesionalno (npr. preko pripravništev). Motivirajo jih novi delovni izzivi, finančne spodbude za opravljeno delo, priložnosti za izpeljavo lastnih idej, pripravništva v tujini ter fleksibilne metode dela (Bejtkovský, 2016).

Pomen dela samega se dandanes zmanjšuje; delavci iščejo zaposlitve na delovnih mestih, ki jih osrečujejo, želijo imeti priložnosti za rast, želijo biti cenjeni (Goessling, 2017). To velja za vse generacije. Priznavanje izkušenj starejših delavcev in izkazovanje spoštovanja za ideje novozaposlenih je tisto, kar pripomore, da zaposleni vztrajajo na delovnem mestu. Običajno imajo lahko starejše generacije negativen pogled na delovno etiko mlajših. Če širše pogledamo na mlajše generacije, so v primerjavi s starejšimi bolj pripravljene zamenjati službe, da tako

dosežejo osebne cilje; cenijo dobro vodenje, ne marajo pa biti vodeni v vseh najmanjših malenkostih; verjamejo v timsko delo; želijo si fleksibilnosti v tem, koliko delovnih ur opravijo in kdaj jih opravljajo (Goessling, 2017). Jumrog (2004) meni, da bodo najnovejše generacije menjavale delovne mesta hitreje kot predhodne generacije, zato bo ena resnejših težav, kako te predstavnike generacij zadržati. Ta problematika nezadovoljstva z delovnimi pogoji se vse več pojavlja tudi med medicinskimi sestrami, študije npr. ugotavljajo, da so mlajše generacije bolj nezadovoljne in hitreje odhajajo iz organizacij (Sparks Coburn & Hall, 2014).

UPRAVLJANJE Z GENERACIJSKIMI RAZLIKAMI

Razumevanje preferenc v komunikacijskih stilih med različnimi generacijami in njihovega referenčnega okvirja je za kohezivno delovanje tima nujno potrebno (Bell, 2013). Pri tem je potrebno poudariti, da iskanje in razumevanje razlik ne smemo uporabiti za stereotipiziranje skupin oz. posameznikov, ampak za to, da naredimo komunikacijo bolj učinkovito.

Zmote in nerazumevanja, povezana z medgeneracijskimi razlikami v komunikacijskih stilih, reševanju problemov ter delovni etiki lahko vodi v konflikte, ti pa lahko med drugim vodijo tudi v slabšo zdravstveno oskrbo pacientov (Stanley, 2010; cited in Bell, 2013). Med drugim je na spremembe v komunikacijskih stilih pomembno vplivala tehnologija – novejše generacije so bolj odvisne od elektronske komunikacije, kar lahko vpliva na slabše razvite socialne veščine. To pomeni, da morda potrebujejo svetovanje glede direktnega komuniciranja z osebami (Minifie, et al., 2011; cited in Bell, 2013). Morebitne rešitve lahko vodja nudi v obliki delavnic ali izobraževanj na temo komunikacije, kjer lahko starejši zaposleni nudijo znanja o branju neverbalne komunikacije, ..., mlajši zaposleni pa lahko pokažejo bližnjice za uporabo elektronske tehnologije.

UPRAVLJANJE Z GENERACIJO OTROK BLAGINJE:

Ta generacija se bliža pokoju, a je pri upravljanju raznolikosti na delovnem mestu vseeno ne smemo zanemariti. Predlogi, kako jim na delovnem mestu nuditi potrebno, vsebujejo sledeče: postavite jih za mentorje, v načrtovanju jih ne ignorirajte, tudi njih vključujte in jih prosite, da prispevajo svoje ideje in zamisli, nudite jim možnosti, da se prostovoljno javijo za pomoč (Clark, 2017).

UPRAVLJANJE Z GENERACIJO X:

Medtem, ko je lahko težje v določenih sektorjih dela tem zaposlenim nuditi fleksibilen delovni čas (npr. tudi pri medicinskem osebju je tako), pa se lahko določena fleksibilnost nudi v smislu drsnega časa prihoda in odhoda, možnost zamenjave izmen itd. Ta generacija se glede svojih pogledov na delo že bolj razlikuje od prejšnjih generacij, zato morajo biti vodje in delodajalci bolj pozorni na njihove potrebe, če jih želijo v svoji organizaciji zadržati. Pri tem lahko upoštevajo sledeče: dajte jim individualno priznanje za opravljeno delo, ustvarite kolegialne time, zagotovite povratne informacije, dovolite sproščenost na delovnem mestu, popestrite jim delo ter jim omogočite pridobivanje različnih izkušenj (Clark, 2017).

UPRAVLJANJE Z GENERACIJO Y:

Tej generaciji so pomembni socialni odnosi, ne smemo pozabiti na priložnosti, kjer se lahko povezujejo s svojimi sodelavci. Johnson & Johnson (2010, cited in Clark, 2017) poudarjata, da naj vodje pri zaposlenih iz te generacije vztrajajo pri upoštevanju pravil, upoštevanju rokov in kakovostnem opravljanju dela. Za to pa naj bodo ustrezno pohvaljeni. Pomembno je, da se zaposlenim jasno pove, kakšna so pričakovanja in katere so njihove odgovornosti. Upoštevati je torej potrebno sledeče: ustvarite priložnosti za povezovanje, nudite jim mentorstvo in svetovanje, pohvale naj bodo specifične, iskrene, kritika pa naj bo konstruktivna, prav tako specifična, a podana na samem (Clark, 2017).

Ena od raziskav, ki je bila opravljena na medicinskih sestrah iz generacije Y, je pokazala, da je po enem letu službovanja na istem delovnem mestu ostalo 86-90 % več zaposlenih, če so letem na začetku bili dodeljeni mentorji iz vrst višjih medicinskih sester (Lavoie-Tremblay et al., 2010). Vključeni v raziskavo so namreč poročali, da so se morali konstantno soočiti s situacijami, za katere niso bili pripravljene in kar jim povzroča veliko stresa, zato so jim redne povratne informacije ter supervizija izredno v pomoč. Prav tako je izredno pomembno, da je njihovo delo s strani drugih priznано (tako s strani sodelavcev kot s strani nadrejenih), saj ustrezno ravnotežje med zaznanim trudom in nagrado zmanjšuje njihovo zaskrbljenost oz. stisko.

ZAKLJUČEK

Današnja delovna sila vključuje vsaj 4 generacije – generacijo otrok blaginje, generacijo X, generacijo Y in generacijo Z, ki je v zadnjih letih začela vstopati na trg dela. Tako se delovne organizacije srečujejo z izzivi, kako uspešno integrirati različne generacije na delovnih mestih, pa tudi s tem, kako pridobiti, obdržati in motivirati te zaposlene v skladu z njihovimi značilnostmi. Danes ljudje živimo bolj aktivno, zato tudi delamo pozno v starost, hkrati pa se zaradi finančne situacije vse več posameznikov generacije otrok blaginje vse kasneje odloča za upokojevanje. To so posamezniki, ki imajo dolgoletne izkušnje in mnogo pridobljenega znanja. Pri upravljanju s to generacijo je zato pomembno, da po eni strani priznavamo njihov prispevek ter jim po drugi strani nudimo več pomoči pri usvajanju novih pristopov in pri rabi tehnologije. Pri mlajših generacijah (X in Y) opazujemo premik v delovnih vrednotah – zaposlenim vedno pomembnejši postaja prosti čas, prav tako pa se bolj kot stabilnosti zaposlitve daje prednost novim izzivom, nagradam. Pomembna dejavnika dela jim predstavljata tudi socialna povezanost ter medsebojno sodelovanje. Na delovni trg pa je začela vstopati tudi generacija Z, o kateri glede delovnih vrednot in navad še ne vemo veliko, zaenkrat pa raziskave kažejo, da bo to generacijo bolj kot plačilo motivirala možnost napredovanja, doseganja kariernih ciljev, imajo pa tudi potrebo po nenehni povratni informaciji in mentorstvu, a se raje kot za timsko delo odločajo za individualni pristop.

LITERATURA

1. Anderlič, J., 2009. *Generaciji X in Y v organizacijah: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
2. Ažman, U., Ruzzier, M. in Škerlavaj, M., 2014. Stereotipna grožnja na delovnem mestu: primer generacij. *Economic and Business Review*, 16, pp.27-47.

3. Bell, J. A., 2013. Five Generations in the Nursing Workforce. *Journal for Nurses in Professional Development*, 29(4), pp. 205-210.
4. Bejtkovský, J., 2016. The Employees of Baby Boomers Generation, Generation X, Generation Y and Generation Z in selected Czech Corporations as Concoivers of Development and Competitiveness in their Corporation. *Journal of Competitiveness*, 8(4), pp. 105-123.
5. Bejtkovský, J., 2016. The Current Generations: The Baby Boomers, X, Y, and Z in the Context of Human Capital Management of the 21st Century in Selected Corporatins in the Czech Republic. *Littera Scripta*, 9(2), pp. 25-45.
6. Brečko, D., 2005. *Generacijske razlike na delovnem mestu*. Ljubljana: Planet GV.
7. Clark, K., 2017. Managing Multiple Generations in the Workplace. *Radiologic Technology*, 88(4), pp. 379-396.
8. Goessling, M., 2017. Attraction and Retention of Generations X, Y and Z in the Workplace. *Integrated Studies*. 66.
9. Hughes, M. E in O'Rand, A. M., 2005. *Lives and times of the baby boomers*. New York: PRB Russell Sage Fundation.
10. Jumrog, J., 2004. The perfect storm: The future of Retention and Engagement. *Human Resource Planning*, 27(3), str. 26-34.
11. Lander, C., 2006. Generation X and Y. *Canadian Consulting Engineer* 47 (6), str. 79-80.
12. Lavoie-Tremblay, M., Leclerc, E., Marchionni, C. in Drevniok, U., 2010. The Needs and Expectations of Generation Y Nurses in the Workplace. *Journal for Nurses in Staff Development*, 26(1), pp. 2-8.
13. Sever, M., 2016. *Medgeneracijske razlike pri delovni zavzetosti: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.
14. Sparks Coburn, A. in J. Hall, S., 2014. Generational differences in nurses' characteristics, job satisfaction, quality of work life, and psychological empowerment. *Journal of Hospital Administration*, 3(5), pp. 124-134.

UČINKOVITO MENTORIRANJE ŠTUDENTOV NA PRAKTIČNEM USPOSABLJANJU V KLINIČNEM OKOLJU

EFFECTIVE MENTORING OF STUDENTS ON PRACTICAL TRAINING IN CLINICAL ENVIRONMENT

dr. Nataša Rigler, viš.med.ses., uni.dipl.ped.

UKC Ljubljana, KO za plastično, rekonstrukcijsko, estetsko kirurgijo in opeklino
natasa.kermavnar@kclj.si

Izvleček:

Prispevek obravnava praktično usposabljanje študentov v kliničnem okolju kot edino možnost za njihov profesionalni razvoj. V prvi vrsti gre za spoznavanje z bodočim poklicnim okoljem, za povezovanje teoretičnega znanja s prakso, za preverjanje obstoječega in pridobivanja novega znanja, spoznanj in izkušenj. Praktično usposabljanje pa ni le to. Z njim se namreč vlaga v bodoče zaposlene, s tem pa tudi v razvoj, kakovost in napredek stroke zdravstvene nege. Prav zato, ker gre za naložbo v prihodnost je ključnega pomena njegova izvedba v praksi. Le premišljeno načrtovano, kontinuirano nadzorovano in usmerjeno vodenje študenta v kliničnem okolju lahko zadosti ciljem učinkovitega mentoriranja v praksi zdravstvene nege.

Ključne besede: študent zdravstvene nege, praksa, klinični mentor

Abstract:

The article deals with the practical training of students in the clinical environment as the only option for their professional development. First of all, it is about getting to know the future professional environment, connecting the theoretical knowledge with practice, checking the existing and acquiring new knowledge, insights and experience. Practical training is not just that. With it, we invest in future employees, and thus in the development, quality and progress of the nursing profession. As an investment in the future, its implementation is crucial. Only deliberately planned, continuously supervised and directed management of a student in a clinical environment can meet goals of effective mentoring in nursing practice.

Key words: nursing student, practice, clinical mentor

UVOD

Praktično usposabljanje (PU) predstavlja obsežen in obvezen del študijskih programov na fakulteti, ki se izvaja v kliničnem okolju. Cilj usposabljanja je pridobivanje strokovnih kompetenc, ki pripomorejo k večji zaposljivosti in mobilnosti diplomantov. Najpogostejša oblika individualnega učenja v delovnem okolju ob uvajanju študentov je mentorstvo. Je oblika dela pri spoznavanju študenta z bodočim poklicnim okoljem in dober pripomoček pri učenju prakse skozi sistematično kritično refleksijo (Finnerty & Collington, 2013). Ker gre za naložbo

v bodoče zaposlene je pomembno in ključno, da je mentoriranje študentov izvedeno kakovostno in učinkovito. Za to potrebujemo v kliničnem okolju usposobljene mentorje (Govekar-Okoliš, 2013), ki s svojim delovanjem oziroma vodenjem študentov lahko sledijo ciljem študijskih programov in širše tudi zahtevam stroke zdravstvene nege.

MENTORSTVO V PRAKTIČNEM USPOSABLJANJU

Mentorstvo v PU je ena od oblik mentorstva, ki se pojavlja v času študija z namenom vodenja in usmerjanja študenta pri nadgradnji in opredmetenju pridobljenega znanja v praksi. V izobraževanju medicinskih sester je prisotno že dolgo časa in predstavlja osebnostno in profesionalno rast vseh vključenih (McCloughen et al., 2013). Mentorski odnos je osnova v učenju prakse zdravstvene nege. Gre za formalen odnos med mentorjem in študentom, trajanje, cilj in pričakovani rezultati pa so vnaprej določeni. Usmerjen je predvsem na usposabljanje ter pridobivanje znanja in spretnosti iz kliničnega okolja, vključuje pa tudi ocenjevanje mentoriranega, torej študenta.

Avtorji (Kermavnar, 2015; McCloughen et al., 2013; Finnerty & Collington, 2013) opisujejo mentorstvo v zdravstveni negi kot dobronamerno vzpostavljen odnos, ki poteka v duhu spoštovanja, pripadnosti in vključuje učenje, rast in razvoj ter mnogo vzpodbud. Mentorstvo torej tudi na področju zdravstvene nege razumemo kot vzpostavljanje podpornega medosebnega odnosa, ki zahteva osebni pristop, veliko časa, pripadnost in primerno stopnjo čustvene vpletenosti. Mentor je v tem odnosu človek, ki ima posluš za delo z ljudmi. Je izkušen strokovnjak, dosleden pri delu, ustvarjalen in zavzet za lastno učenje. Vzpostavlja spoštljiv odnos, je spreten v komunikaciji ter zna prenašati znanje na manj izkušene. Razume svojo vlogo v odnosu do študenta (Hughes & Frazer, 2011), zna oblikovati pozitivno delovno vzdušje (Maxwell et al., 2015), spodbujati študenta in poiskati nove priložnosti za učenje in pridobivanje kompetenc (Frazer, 2014).

Pomen mentorstva v praktičnem usposabljanju

Mentorstvo prinaša številne prednosti za študenta, mentorja in tudi sami delovni organizaciji. Skozi vodeno usposabljanje v kliničnem okolju študent lažje in hitreje poveže znanja pridobljena na fakulteti s prakso (Longworth, 2013) in jih na ta način opredmeti. Obenem postopoma in načrtovano pridobiva nova znanja, kaže večjo motiviranost za delo, več časa namenja pacientom in razgovorom z njimi, njegovo zadovoljstvo na PU se poveča, izboljša se njegova samopodoba, hitreje se socializira. Študent razvija svoje praktično znanje z izkušnjo v delovnem okolju (Čuk, 2014), pa tudi z razmislekom o svojem ravnanju, pri čemer mu pomaga mentor. Mentor je študentu model dobrega poučevanja, pomaga mu razvijati uvid v njegove začetne izkušnje (Maxwell et al., 2014) in mu svetuje, kako bi lahko še izboljšal svoje zmožnosti.

Mentor mora, da zadosti potrebam študentov, nadgrajevati svoje strokovno in pedagoško znanje. S tem skrbi za lasten profesionalen razvoj; postane koristen vir strokovnih znanj in informacij, pogosto tudi povsem aplikativnih, njegovo osebno zadovoljstvo raste, kar mu daje nov zagon za prihodnje delovanje. V uspešnem delu mentor najde lastno potrditev in zadoščenje (McCloughen et al., 2013), kar pozitivno vpliva na njegovo osebnostno rast (Al-Hamdan, 2014).

Koristi, ki jih iz mentorstva dobi delovna organizacija, se nanašajo predvsem na rekrutiranje novih zaposlenih (Kermavnar, 2015). Pomembno je, da potencialni delodajalci v PU študentov ne vidijo zgolj motnjo delovnega procesa, ampak prepoznajo priložnost zase (Kristl et al.,

2007). V času PU namreč lahko ocenimo posameznikove potenciale in sposobnosti (Rooke, 2014), kar pomaga pri odločanju o njegovi zaposlitvi po zaključenem študiju. Učinkovito mentorstvo prinaša še druge prednosti, kot so usposobljeni, motivirani in avtonomni zaposleni, zmanjšana fluktuacija, socializacija zaposlenih (Frazer et al., 2014), razvoj in kakovostna obravnava pacienta, profesionalno osebje, ki je zmožno izkoristiti znanje ter izkušnje, prispevati k razvoju stroke in se poistovetiti s cilji in vizijo delovne organizacije (Longworth, 2013).

Klinično okolje

PU zdravstvenih študijskih programov se zakonsko izvaja v zdravstveni ustanovi, ki ima status učnega zavoda (Kristl et al., 2007). Klinično okolje je pomemben dejavnik za uspešno in kakovostno izobraževanje. Predstavlja realno okolje bodočega poklicnega delovanja, kjer študent lahko preko izvajanja posegov integrira teorijo in prakso in s tem utrjuje svoje praktično znanje (Kermavnar, 2015). Oba, mentor in študent ga doživljata različno. Študentu, ki je pripravljen za novo učenje (Finnerty & Collington, 2013; Hughes & Fraser, 2011), predstavlja neznano, tuje okolje. Nasprotno pa mentor pozna klinično okolje, pozna njegovo delovno rutino, pozna sodelavce, pravila in odnose v timu, razume specifičen jezik (Kermavnar, 2015). Študent potrebuje čas, da se z okoljem spozna in ga razume, pri čemer ima njegova sposobnost prilagajanja pomembno vlogo. Študenti se odzivajo zelo različno; nekateri želijo več in so bolj aktivni, drugi so manj motivirani in slabše izkoriščajo priložnosti za učenje. Dober mentor bo dane okoliščine sprejel kot izziv. Z ozirom na potrebe študenta in izobraževalne učne cilje bo znal oblikovati takšno učno okolje, kjer se bo študent čutil varno in sprejeto (Linford & Marshall, 2014) in obenem dobival dovolj priložnosti za aktivno vključevanje v delovni proces (Čuk, 2014).

PRIPRAVA NA PRAKTIČNO USPOSABLJANJE ŠTUDENTA

Spremembe v izobraževanju tako imenovanih reguliranih poklicev in potrebe po kakovostni klinični praksi narekujejo kvalitetno delo pri uvajanju študenta v delovno okolje. Zato, da bo PU učinkovito izpeljano in bodo študenti z njim kar največ pridobili, je pomembna dobra in premišljena začetna priprava.

Ta že na začetku vključuje sodelovanje med obema mentorjema (Govekar-Okoliš, 2013), torej kliničnim mentorjem in mentorjem na fakulteti. Oba sta namreč odgovorna zato, da bo študent na PU pridobil in utrdil praktična znanja, jih povezal s teoretičnim znanjem, jih razumel in znal smiselno uporabljati pri delu. Sodelovanje obeh mentorjev vključuje dogovor o načinu usposabljanja, o konkretnih vsebinah in možnostih o metodah in oblikah dela v kliničnem okolju. Za uspešno usposabljanje so pomembne informacije o morebitnih individualnih potrebah študenta po določenih znanjih (Hughes & Fraser, 2011), o njegovih močnih platih in o področjih, kjer mora svoja znanja še razvijati. O vsem tem se mora klinični mentor pogovoriti tudi s študentom pred pričetkom PU. Zato je potreben uvodni razgovor (Kermavnar & Govekar-Okoliš, 2016) na katerem mentor in študent skupaj oblikujeta načrt za individualno usposabljanje študenta.

Uvodni razgovor in individualni načrt PU

Uvodni razgovor je ključni del priprave in prvi pogoj za učinkovito usposabljanje študenta v praksi (prav tam). Na njem mentor in študent pregledata učni načrt fakultete in se seznanita s predvidenimi cilji PU. Na tem temelju in na podlagi vsebine razgovora skupaj oblikujeta individualni načrt PU študenta. Namen načrta je priprava, izpeljava in evalvacija PU po meri

študenta ob upoštevanju zahtev učnega načrta in možnosti, ki jih daje klinično okolje. Na ta način PU približamo študentu, ga motiviramo za sodelovanje. Obenem opredmetimo smisel in pomen PU v konkretnem delovnem okolju.

Individualnost načrta omogoča prav vsebina razgovora med njima, ko se mentor seznanja s predhodnimi znanji študenta, z njegovimi potrebami in željami glede novih znanj in spretnosti. S študentom se pogovori o sami izvedbi, poteku in vsebini PU. Mentor študentu razloži njegove obveznosti ter kaj od njega pričakuje ter mu ob tem svetuje katera teoretična znanja naj pred začetkom PU obnovi. Svoja pričakovanja naj izrazi tudi študent. Pogovorita se tudi o možnostih za izvajanje PU in potrdita časovni okvir usposabljanja. Na uvodnem sestanku mentor seznanja študenta o morebitnem vključevanju drugih mentorjev v kliničnem okolju. Prav tako se pogovorita o morebitni načrtovani odsotnosti mentorja ali študenta in o tem, na koga se lahko študent v času mentorjeve odsotnosti obrne. Na podlagi pridobljenih informacij bo mentor lažje izpeljal kakovostno in učinkovito PU za študenta v konkretnem kliničnem okolju. V individualnem načrtu PU za študenta so torej opredeljeni cilji, vsebina, predvideni dosežki študenta in uporabna znanja, ki jih bo pridobil, metode prenosa znanja in učenja ter načini evalvacije PU.

Začetnih informacij je veliko, prav tako vprašanj, zato si mora mentor za uvodni razgovor vzeti čas. To pripomore k uspešnosti PU in k temu, da bo študent začutil mentorjevo skrb ter razumel, da je usposabljanje namenjeno njegovemu napredku in razvoju. Študent bo vedel, da mu mentor namenja svoj čas, da mu ni vseeno zanj in da imata skupni cilj. Razgovori med njima pa so potrebni tudi kasneje, med samim potekom PU, da razjasnita dileme in vprašanja, ki se pojavijo pri delu v kliničnem okolju.

IZVEDBA PRAKTIČNEGA USPOSABLJANJA

Oblikovanju individualnega načrta PU sledi njegova izvedba v kliničnem okolju. Za jasnejšo predstavitev jo lahko razdelimo v tri nivoje in sicer:

- seznanitev študenta z organizacijo, kjer opravlja PU,
- mentoriranje študenta pri pridobivanju praktičnih znanj in
- opazovanje PU s sprotno in končno evalvacijo.

Mentor prvi dan nastopa praktičnega usposabljanja študentu predstavi delovno okolje, prostore, njihovo razporeditev in namembnost, obenem pa predstavi tudi organizacijsko strukturo in dejavnost kliničnega oddelka. Seznanja ga s sodelavci, z njihovim položajem na oddelku in mu okvirno predstavi kulturo, vrednote in pravila, ki pomembno vplivajo na delo na oddelku. Obenem k sodelovanju povabi tudi sodelavce, jim predstavi vlogo študenta na oddelku in jih informira s potekom in časom njegovega usposabljanja. Študent naj že na začetku dobi dober vtis o kliničnem okolju. Pomembno je, da začuti, da ga tim sprejema in zanj ne predstavlja dodatno breme.

V kliničnem okolju mentor vključuje študenta v negovalne postopke in intervencije, ki jih predvideva učni načrt in so značilne za področje, kjer poteka PU. Pri tem vključuje celovito obravnavo pacientov po procesni metodi dela, pri čemer študentu pomaga oceniti potrebe pacientov po zdravstveni negi in mu nudi pomoč pri izvajanju zdravstvene nege v okviru pridobljenega znanja in veščin, ter pri njeni evalvaciji (za začetek študent skrbi za enega pacienta in ga obravnava po procesni metodi dela). Študenta najprej vključi v izvajanje temeljnih postopkov zdravstvene nege, ki jih študent pričakovano bolje obvlada, saj se z njimi sreča že v kabinetnih vajah na fakulteti. Na ta način se študent najhitreje vključi v delovni proces

ter spozna ostale oddelčne prostore, kjer se skladišči ves potreben material za izvajanje negovalnih postopkov. Obenem tudi najhitreje spozna negovalno in drugo oddelčno dokumentacijo, se seznanj z njeno uporabo, z načinom, namenom, pravili njenega izpolnjevanja.

Pomembno je, da mentor že na začetku opazuje in nadzoruje študenta pri izvajanju teh postopkov, ocenjuje njegov pristop in izvajanje ter ga primerja z znanji in kompetencami, ki jih je študent navedel oziroma jih je mentor ugotovil na uvodnem sestanku. Preveri naj študentovo razumevanje posameznih kliničnih primerov in mu pomaga povezovati teoretična znanja s primeri iz prakse. Mentor na ta način pridobi dodatna spoznanja o znanju študenta, kar mu pomaga pri izvajanju PU, ki bo čim bolj zadostilo potrebam študenta.

Glede na znanje študenta, na njegovo delo in motivacijo mentor sproti prilagaja in spreminja potek PU v okviru učnega načrta. Študenta seznanj z diagnostično terapevtskimi postopki in intervencijami, značilnimi za področje, kjer poteka PU in v največji meri izkoristi možnosti sodelovanja študenta v njih. Razloži mu potek postopka, njegov namen in cilj, ga opozori na morebitne zaplete in ga spodbudi, da postavlja vprašanja in razume smisel izvajanja postopka.

Mentor v kliničnem okolju upošteva stopnjo razvitosti kompetenc pri študentu. Na nekaterih področjih je študent močnejši, drugje šibkejši. Te slednje velja na PU razvijati in utrjevati, tiste močnejše pa dosledno uporabljati v praksi. Pomembna je tudi študentova zmožnost povezovanja spoznanj interdisciplinarnih področij in njihova uporaba pri delu v praksi. Zlasti za študente, ki so na teoretičnem področju šibkejši, je pomembno, da znajo poiskati različne možnosti dostopa do informacij, ki jih potrebujejo za učinkovitejše delo.

Med zelenimi kompetencami, ki naj jih študent pridobi med PU je za to poklicno skupino zelo pomembna profesionalna etična naravnost, ki je tesno povezana s komunikacijskimi spretnostmi. Študent zdravstvene nege se praktično usposablja v okolju, ki je zelo specifično in je nemalokrat priča občutljivim in težkim situacijam. Zaradi posebnosti učnega okolja mora mentor na začetku PU preveriti študentovo dojetje in sposobnost soočanja s takšnimi okoliščinami, mu pri tem pomagati in nuditi vso podporo.

Glede na sposobnosti in spretnosti, ki jih študent izkazuje pri delu, ga mentor različno intenzivno vključuje v posamezne negovalne postopke. Nekatere od postopkov bo študent samo opazoval, pri nekaterih bo sodeloval in asistiral, nekatere med njimi pa bo opravil samostojno pod mentorjevim nadzorom. Mentor študenta pri izvajanju negovalnih postopkov po potrebi sproti popravi, dopolni, opozori na možne drugačne okoliščine pri izvajanju istega negovalnega postopka. Daje mu korektne, dobronamerne in jasne povratne informacije, ter ga v nobenem primeru ne kritizira in graja vpričo drugih. Preverja študentovo razumevanje negovalnih postopkov in s tem izvaja sproti evalvacijo študentovega dela in razumevanja.

Obenem mentor študenta spodbuja, da obstoječa znanja poveže tudi z znanji drugih sorodnih strok, kot so naravoslovje, psihologija, sociologija in jih kot taka uporabi pri svojem delu. Mentor študenta izziva z vprašanji, ga spodbuja k razmišljanju o posameznih negovalnih intervencijah, ter ga uči kritičnega razmisleka o svojem delu oziroma samorefleksije. Trudi se, da odgovori na študentova vprašanja in ga po potrebi usmeri tudi v iskanje informacij v drugih, zaupanja vrednih virih. Študenta s svojim delovanjem uči etične drže ter vzpostavljanja in razvijanja učinkovite profesionalne komunikacije v kliničnem okolju, tako v odnosu do pacientov, kot tudi do članov negovalnega in širšega zdravstvenega tima. Navaja ga na odgovorno delo in sodelovanje v zdravstvenem timu.

Ves čas poteka usposabljanja mentor išče nove možnosti vključevanja študenta, predstavi primere, ki utegnejo biti za študenta zanimivi, jih ne pozna ali se z njimi še ni srečal. Študentu pojasni bistvo in posebnost primera, odpre možnost za vprašanja in izmenjavo pogledov in izkušenj. Mentor lahko izkoristi možnost in v mentoriranje vključi tudi nekatere druge metode dela, kot so igranje vlog in študija primera, ki popestrijo PU in študenta aktivneje vključijo. Tudi video tehnika je uporabna, npr. kadar želimo prikazati specifičen postopek, ki ga v trenutni situaciji na oddelku študent sicer ne bi videl. Tak način dela ima seveda svoje prednosti, terja pa od mentorja nekoliko več znanja in fleksibilnosti. Zato je vendarle potrebno poudariti, da je na PU smiselno izkoristiti prednosti kliničnega okolja, ki ponuja dovolj možnosti in priložnosti za vključevanje vedoželjnega študenta v delo.

Izvedba PU je močno vezana na načrt usposabljanja, ki sta ga mentor in študent oblikovala na začetku. Tako kot je potrebno, da si mentor vzame dovolj časa za začetni uvodni razgovor s študentom, je potrebno, da si vzame dovolj časa za študenta tudi v celotnem poteku PU. Za učinkovitost usposabljanja je ključno, da je študent v tem procesu kontinuirano voden, opazovan in nadzorovan ter da dobiva prave povratne informacije o svojem delu, morebitnih napakah in o napredku, s strani ene osebe - mentorja. Zato, da lahko študenta spremlja v celoti, ocenjuje njegovo delo in napredek, mu pomaga in mu je v zadostno pomoč in oporo, potrebuje mentor veliko časa. Kot smo zapisali, vse morebitne odsotnosti dogovorita na uvodnem sestanku, pa vendar je večinska prisotnost mentorja za učinkovito PU študenta nepogrešljiva. Edino na ta način lahko pomaga študentu pri njegovem napredku in realno ovrednoti študentovo usposabljanje. Usposabljanje v kliničnem okolju ovrednoti tudi študent in ob tem razmisli, kaj se je naučil, ali je razrešil morebitne dileme, kje je napredoval, kaj mora še izboljšati. Razmisli tudi o svojem delu v kliničnem okolju, kako je delal, koliko je bil motiviran, kako se je vključeval v tim, kje bi lahko pokazal več oziroma bil boljši, kaj bi se rad še naučil na prihodnjih usposabljanjih v kliničnem okolju. In ne nazadnje, refleksijo lastnega dela potrebuje tudi mentor. Vsak mentorski odnos je nov, poseben in unikatni, kot je poseben vsak študent s katerim mentor vstopa v ta odnos. Zato je vsako vodenje študenta oziroma njegovo usposabljanje vir učenja tudi za mentorja. Nova spoznanja lahko uporabi v naslednjih mentorskih odnosih in s tem nadgradi svojo mentorsko vlogo oziroma poveča učinkovitost mentoriranja.

DISKUSIJA

Študenti v okviru usposabljanja v kliničnem okolju pridobivajo izkušnje neposredno v praksi, razvijajo ustrezne kompetence in spoznavajo dinamiko bodočega poklicnega okolja. To pripomore k kasnejšemu lažjemu prehodu v poklic in sprejemanju nove vloge. Ker predstavlja PU edino možnost za profesionalni razvoj študentov je ključna njegova učinkovita izpeljava.

Zato potrebujemo najprej izobražene in kompetentne klinične mentorje (Govekar-Okoliš, 2013), ki znajo vzpostaviti spoštljiv in zaupen medosebni odnos. Kompetentni mentor je dober strokovnjak, odličen organizator, samozavesten, odločen in ustvarjalen, zavzet za lastno učenje, za vodenje mentorskega odnosa in za jasnost postavljenih ciljev. Naštete kompetence mentorja pa so le eden od pogojev za kakovostno izvajanje PU. Potrebno je tudi sodelovanje drugih subjektov, vpetih v ta odnos. Na eni strani so to študenti s svojo motivacijo in vedoželjnostjo, ki jim tak mentor nemalokrat predstavlja vzor (McCloughen et al., 2013); je dragocen vir informacij in pooseblja cilje, ki si jih študenti želijo doseči v svojem profesionalnem razvoju. In na drugi strani je delovna organizacija, ki zagotavlja izpolnjene organizacijske pogoje za izvajanje kakovostnega PU. Šele ob teh pogojih lahko oblikujemo učinkovito PU študentov v kliničnem okolju.

To se začne s preišljeno pripravo in oblikovanjem načrta za individualno usposabljanje in nadaljuje z izvajanjem usposabljanja po načrtu. Od mentorja terja čas, kar je povezano z organizacijo v delovnem okolju. V primernem ozračju brez osebnih in časovnih pritiskov so ustvarjene boljše razmere za motivacijo bodočih strokovnjakov, za njihovo veselje do učenja, aktivnost, samopotrjevanje in samozavest. S tem se dvigne kvaliteta in izboljšajo rezultati mentorjevega dela pri vodenju študentov na PU. Čas v kliničnih okoljih pogosto predstavlja problem, na kar kažejo mnoge raziskave (Bradshaw et al., 2013; Goode, 2012; Nettleton & Bray, 2008; Andrews et al., 2006; Aston & Molassiotis, 2003). Tudi raziskava, ki je bila pred leti opravljena v Univerzitetnem kliničnem centru (UKC) Ljubljana je pokazala na pomanjkanje mentorjevega časa za delo s študentom (Kermavnar, 2015). To je problem organizacije dela na oddelkih in problem, ki ga mora rešiti vodstveni kader, če želi v prihodnje zaposlovati sodelavce s kvalitetnim in uporabnim znanjem (prav tam). Eden od korakov v smeri izboljšanja mentorstva v UKC Ljubljana je zagotovo program izobraževanja za klinične mentorje v UKC. Z večjim zavedanjem tega problema se bodo v prihodnosti odpirale tudi druge možnosti in poti za izboljšanje pogojev mentorstva v kliničnem okolju.

ZAKLJUČEK

Če povzamemo zapisane ugotovitve lahko zaključimo, da je začetni vložek v kakovostno izpeljavo PU študentov v kliničnem okolju pod okriljem izkušenega mentorja tudi na področju zdravstvene nege široka naložba za prihodnost in tista točka razvoja, na kateri ne bi smeli varčevati svojega časa, idej in znanja. Učinkovito mentoriranje v kliničnem okolju predstavlja bistveni prispevek za razvijanje in pridobivanje kvalitetnih kadrov, s tem pa tudi za prihodnji razvoj delovne organizacije. Kot poudarjamo kakovostno obravnavo pacientov in izvajanje zdravstvene nege v okvirih strokovnih standardov, bi morali biti naši naporii usmerjeni tudi v učinkovito in kakovostno usposabljanje mladih v kliničnem okolju. S tem namreč prenašamo pomen, vsebino in znanja stroke zdravstvene nege na mlajšo generacijo, ki bo to stroko razvijala naprej. Zato si je za kakovostno PU in z njim povezano učinkovito mentoriranje v prihodnosti potrebno še bolj prizadevati in svoje napore opredmetiti tudi s posodobitvijo obstoječih zakonskih določb. Možnosti se odpirajo v obveznem in sistematičnem izobraževanju kliničnih mentorjev, v pridobivanju licenc in v umeščanju mentorjev v plačilne razrede.

LITERATURA

Al-Hamdan, Z. Student Nurses' Perceptions of a Good Mentor: A Questionnaire Survey of Student Nurses in the UK, USA and Jordan. In *International Journal of Humanities and Social Science*. 2014; 4(3): 248–256. Dostopno na:

http://www.ijhssnet.com/journals/Vol_4_No_3_February_2014/24.pdf [9.1.2019].

Andrews M, Brodie D, Andrews J, Hillan E, Thomas, G, Wong J, Rixon L. Professional roles and communications in clinical placements: A qualitative study of nursing students' perception and some models for practice. *International Journal of Nursing Studies*. 2006; 43: 861–874. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4431426/> [9.1.2019].

Aston L & Molassiotis A. Supervising and supporting student nurses in clinical placements: The peer support initiative. *Nurse Education Today*. 2003; 23(3): 202–210. Dostopno na: https://www.researchgate.net/publication/10825515_Supervising_and_supporting_student_nurses_in_clinical_placements_The_peer_support_initiative [15.1.2019]

Bradshaw C, Noonan M, Barry M, Atkinson S. Working and learning: post-registration student midwives' experience of the competency assessment process. *Midwifery*. 2013; 29(5): 519-25. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23149236> [11.2.2019].

Čuk V. Mentorska vloga v kliničnem okolju: razvoj modela izkustvenega učenja v zdravstveni negi (Doktorska disertacija). Koper: Univerza na Primorskem, Pedagoška fakulteta. 2014.

Finnerty G & Collington V. Practical coaching by mentors: Student midwives' perception. *Nurse Education in Practice*. 2013; 13: 573–577. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23164976> [3.2.2019].

Frazer K, Connolly M, Naughton C, Kow V. Identifying clinical learning needs using structured group feedback: first-year evaluation of pre-registration nursing and midwifery degree programmes. *Nurse Education Today*. 2014; 34(7): 1104-8. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24568698> [15.1.2019].

Goode ML. The role of the mentor: A critical analysis. *Journal of Community Nursing*. 2012; 26(3): 33–36. Dostopno na: https://www.researchgate.net/publication/287022417_The_role_of_the_mentor_A_critical_analysis [11.1.2019].

Govekar-Okoliš M. Practical training of students and the realisation of lifelong learning. V: Radovan M, Kościelniak M (ur.). *Lifelong learning today : new areas, contexts, practices* Krakov: Jagiellonian University Press. 2013: 83–95.

Hughes AJ & Fraser DM. "There are guiding hands and there are controlling hands": Student midwives' experience of mentorship in the UK. *Midwifery*. 2011; 27: 477–483. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20462677> [8.1.2019].

Kermavnar N. Mentorstvo kot andragoška oblika dela na primeru praktičnega usposabljanja študentov (Doktorska disertacija). Ljubljana: Filozofska fakulteta. 2015.

Kermavnar N & Govekar-Okoliš M. Pogledi mentorjev in študentov zdravstvene nege na praktično usposabljanje. *Andragoška spoznanja*. 2016; 22(2):23–37.

Kristl J, Jurišević M, Šoukal-Ribičič M, Pucelj J, Vrtačnik M, Trošt Z, Cestnik V, Repe E, Cerjak K, Tomažević N, Majerič M, Kolenc M. *Smernice za praktično usposabljanje na Univerzi v Ljubljani*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. 2017.

Linford D, Marshall J. Mentorship from the student perspective. *Pract Midwife*. 2014; 17(11):33-6. Dostopno na: <http://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/23461/1/MarshallMentorship.pdf> [1.2.2019].

Longworth MK. An exploration of the perceived factors that affect the learning and transfer of skills taught to student midwives. *Midwifery*. 2013; 29(8): 831-7. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23079869> [8.2.2019].

Maxwell E, Black S, Baillie L. The role of the practice educator in supporting nursing and midwifery students' clinical practice learning: An appreciative inquiry. *Journal of Nursing*

Education and Practice. 2015; 5(1): 35 – 45. Dostopno na:
<http://eprints.lincoln.ac.uk/19425/1/5445-18408-3-PB.pdf> [9.1.2019].

McCloughen A, O'Brien L & Jackson D. Journey to become a nurse leader mentor: past, present and future influences. Nursing Inquiry. 2013; 21(4):301–310. Dostopno na:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24372852> [8.2.2019].

Nettleton P & Bray L. Current mentorship schemes might be doing our students a disservice. Nurse Education in Practice. 2008; 8(3): 205–212. Dostopno na:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17959417> [11.2.2019].

Rooke N. An evaluation of nursing and midwifery sign off mentors, new mentors and nurse lecturers' understanding of the sign off mentor role. Nurse Education in Practice. 2014;14(1): 43–48. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23726744> [19.1.2019].

PRAKTIČNO IZOBRAŽEVANJE DIJAKOV SREDNJE ZDRAVSTVENE ŠOLE LJUBLJANA

PRACTICAL TRAINING OF STUDENTS OF THE LJUBLJANA SECONDARY SCHOOL OF NURSING

Tatjana Koritnik, dipl. m. s.

Srednja zdravstvena šola Ljubljana, szslj@guest.arnes.si

Izvleček:

Uvod: Bistveni element predmetnika bodočih zdravstvenih delavcev na nivoju srednjega strokovnega in poklicnega izobraževanja je praktično izobraževanje, ki poteka v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih v obliki praktičnega pouka in praktičnega usposabljanja z delom. Namen raziskave je bil ugotoviti, kako dijaki doživljajo praktično izobraževanje, njegove prednosti in slabosti, s ciljem spodbuditi vse deležnike k prizadevanju, da se ustvarijo pogoji, ki bi pripomogli k temu, da se jih čim več zaposli ali nadaljuje izobraževanje na področju zdravstva.

Metode: Raziskava je bila opravljena decembra 2018 na vzorcu dijakov zaključnih letnikov programa zdravstvena nega in bolničar-negovalec ($n = 160$) na Srednji zdravstveni šoli Ljubljana. Uporabljena je bila kvantitativna deskriptivna metoda dela. Zbiranje podatkov je bilo izvedeno z anonimnim spletnim vprašalnikom. Podatki so bili obdelani s pomočjo Microsoft office Excela.

Rezultati: Ugotovljeno je bilo, da dijaki dobro sprejemajo obe obliki praktičnega izobraževanja. 66,3 % dijakov na praktičnem pouku in 75,6 % dijakov na praktičnem usposabljanju z delom z največjo stopnjo strinjanja ocenjuje občutek sprejetosti v kliničnem okolju, kar je primerljivo z dijaki Srednje zdravstvene šole Murska Sobota. 17,5 % dijakov na praktičnem usposabljanju z delom še vedno nima dodeljenega mentorja, 22,5 % dijakov pri isti obliki praktičnega izobraževanja pa nima možnosti, da dela tako, kot so se učili v šoli. 37,5 % dijakov ocenjuje, da je na praktičnem usposabljanju z delom storilnost pomembnejša od kvalitete opravljenega dela. Ne glede na navedeno bi si 43,1 % dijakov želelo v izobraževalnem programu povečati število ur praktičnega usposabljanja z delom.

Diskusija in zaključek: Obe obliki praktičnega izobraževanja pozitivno vplivata na dijake. Poleg pridobivanja znanja in izkušenj s področja zdravstvene nege, lahko postanejo prepoznavni na trgu dela in razvijajo vrednote, pomembne za delo in življenje. Praktično izobraževanje izobraževalnim ter zdravstvenim in socialnovarstvenim zavodom daje tudi priložnost za tesnejše sodelovanje, kar lahko vpliva na razvoj stroke zdravstvene nege.

Ključne besede: zdravstvena nega, bolničar-negovalec, praktični pouk, praktično usposabljanje z delom, delodajalec, mentor

Abstract:

Introduction: An essential element of the curriculum of future health professionals at the level of secondary technical and vocational education is practical training which takes place in health and social health institutions in the form of practical lessons and work placement. The purpose of the research was to find out how students experience practical training together with its advantages and disadvantages with the aim of encouraging all stakeholders to work towards

creating conditions that would help as many students as possible get employment or continue their education in the field of health care.

Methods: The research was conducted in December 2018 among the population of the final grade students of the nursing care programme and the healthcare assistant programme ($n = 160$) at the Ljubljana Secondary School of Nursing. The quantitative descriptive method was used. The data were collected through an anonymous questionnaire of the open source application and processed with Microsoft office Excell.

Results: It was found that the students are receiving both forms of practical training well. 66.3 % of the students on practical lessons and 75.6 % of the students on work placement with the highest level of approval evaluate the sense of acceptance in clinical environment, which is comparable with the students of the Murska Sobota Secondary School of Nursing. 17.5 % of the students on work placement still do not have an assigned mentor. 22.5 % of the students with the same form of practical training do not have the possibility to work as they have learned at school. 37.5 % of the students evaluate that on work placement the productivity is more important than the quality of work done. Regardless of everything 43.1 % of the students would like to increase the number of hours of work placement.

Discussion and conclusion: Both forms of practical training have a positive effect on students. In addition to knowledge and experience in nursing students can become recognisable on labour market and also develop values relevant to work and life. Practical training also provides an opportunity for closer cooperation among educational, health and social care institutions, which can have a positive effect on development of nursing profession.

Key words: nursing care, healthcare assistant, practical lessons, work placement, employer, mentor

UVOD

Srednja zdravstvena šola (SZŠ) je kompleksna ustanova, ki svoje delovanje utemeljuje z dolgoletno, več stoletij trajajočo zgodovino sorodnih izobraževanj. Ta zgodovina ni le zgodovina neke ustanove, ampak predstavlja razvoj različnih ustanov v različnih zgodovinskih okoliščinah, razvoj človeštva in človeka v perspektivi njegove skrbi za bližnjega (Butina, 2017). Šola, vsi njeni zaposleni, se že vsa leta zavedajo težavnosti in poslanstva poklica, za katerega pripravljajo in usposablajo mlade. Vedo in s svojim zgledom pokažejo, da bodo njihovi dijaki delali z in za ljudi, ki bodo od njih upravičeno pričakovali tako veliko strokovnosti in predanosti kot razumevanja, sočutja in spoštovanja. Vloga SZŠ Ljubljana presega okvir zgolj vzgojno-izobraževalnega procesa, ki ga izvaja. Šola se namreč dejavno vključuje v številne pobude, razmisleke in postopke, ki so vezani bodisi na nadaljnji razvoj programov bodisi na delovanje šol, ki izvajajo zdravstvene programe ali vlogo resornih ministrstev in socialnih partnerjev. V vseh teh dejavnostih je šola v vlogi konstruktivnega partnerja, čigar prispevek je opazen (Šušmelj, 2017, p. 19). Glede na število dijakov in zaposlenih se uvršča med večje šole. Trenutno je na šoli 889 dijakov, od tega 75 % deklet in 25 % fantov v 32. oddelkih. 29 oddelkov predstavlja štiriletni program srednjega strokovnega izobraževanja zdravstvena nega, trije oddelki pa triletni program srednjega poklicnega izobraževanja bolničar-negovalcev. V izobraževanje odraslih je letno vpisanih približno 200 udeležencev. Vse več odraslih udeležencev se vpisuje v program prekvalifikacije potem, ko so že pridobili srednjo strokovno ali splošno izobrazbo. Po zaključku šolanja v programu zdravstvena nega se dijaki in drugi udeleženci izobraževanja lahko zaposlijo v zdravstvenih ali socialno varstvenih zavodih oziroma nadaljujejo šolanje na visokih šolah in fakultetah, bolničarji-negovalci pa v poklicno-tehniškem izobraževanju. V nadaljevanju bomo predstavili način izvedbe praktičnega

izobraževanja dijakov obeh programov. Zakon o poklicnem in strokovnem izobraževanju (Ur. list RS št. 79/2006) v 31. členu določa, da se praktično izobraževanje v poklicnem in strokovnem izobraževanju izvaja kot praktični pouk (PRA) oziroma praktično usposabljanje z delom (PUD).

Za izvajanje PRA je zadolžen učitelj, ki tudi oceni dijakovo uspešnost. Ure PRA so pedagoške ure v trajanju 45 minut. PRA se izvaja v šoli, zaradi specifik dela in materialnih pogojev se lahko PRA pod vodstvom učitelja delno ali v celoti izvaja tudi v podjetju oziroma v zdravstvenem ali socialnovarstvenem zavodu (Justinek, 2011). Učitelji PRA na SZŠ so po izobrazbi diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki z opravljenim strokovnim izpitom in delovnimi izkušnjami, ki imajo poleg osnovne izobrazbe tudi pedagoške kvalifikacije in opravljen strokovni izpit za pedagoško področje. Dijaki opravljajo fizično zahtevna dela ob bolniku. V kliničnem okolju ni možno izvajati klasičnega PRA v štirih etapah: razlaga, demonstracija, utrjevanje, samostojno izvajanje. Naloga učitelja PRA je, da pri dijaku vzbudi interes za delo, mu predstavi posamezne elemente in delo kot celoto. Dijaki morajo svoje teoretično in praktično znanje, ki so ga pridobili v šolskih kabinetih, prenesti v klinično okolje. Pri tem se srečujejo z nekaterimi ovirami. To so lahko pomanjkljivo šolsko znanje, strah, časovne omejitve, težave z orientacijo v novem okolju, težave pri vključevanju v timsko delo, pomanjkanje pripomočkov, nerazumevanje s strani mentorja in drugo (Novinec, 2017). Za uspešno delo in sodelovanje se morata tako dijak kot tudi šolski mentor vključiti v negovalni in tudi širši zdravstveni tim (Jakšič, 2013, p. 230).

Tabela 1: Obseg praktičnega pouka, ki ga določa izobraževalni program

Program	Število ur PRA	Število ur PRA v kliničnem okolju
ZDRAVSTVENA NEGA	714	434
BOLNIČAR NEGOVALEC	624	414

Na SZŠ Ljubljana PRA v nižjih letnikih poteka v specialnih učilnicah na šoli, v višjih letnikih pa na oddelkih zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodov. Učiteljice s skupinami dijakov so prisotne na 18 različnih oddelkih.

PUD se izvaja pri delodajalcih v podjetjih oziroma v zdravstvenih ali socialnovarstvenih zavodih pod vodstvom mentorjev, zaposlenih v teh zavodih. Šola v skladu z letnim delovnim načrtom in dogovorom z delodajalci dijake napoti na PUD po kolektivni učni pogodbi, ki opredeljuje pravice, dolžnosti in obveznosti šole, dijakov in delodajalca. Dijaki se vključijo v neposredni delovni proces. Na podlagi mentorjevega pisnega mnenja oziroma ovrednotenja uspešnosti dijaka in dijakovega poročila o delu, organizator PUD oceni dijakovo uspešnost na PUD po dvostopenjski lestvici *opravi/ni opravi*. Z uvedbo PUD v izobraževalne programe se delodajalci kot enakovreden partner vključijo v izobraževanje dijakov za poklic. Najpomembnejši cilji PUD so: pridobivanje praktičnih izkušenj ter povezovanje izobraževanja in dela, nadgrajevanje v šoli pridobljenih znanj ter prenos teoretičnega znanja neposredno v prakso v delovnem okolju, razvoj specifičnih spretnosti in kompetenc poklica, spoznavanje novih učnih situacij, delovnih sredstev, naprav, pripomočkov, materialov, učenje sodelovanja in timskega dela ter komunikacije in nastopa, razvijanje odgovornosti za lastno delo, kakovost in upoštevanje predpisov iz varnosti in zdravja pri delu ter varovanja okolja, večja prepoznavnost na trgu dela (Justinek, 2011). Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o

poklicnem in strokovnem izobraževanju (Ur. list RS, št. 68/17) v 31.a členu opredeljuje, da je mentor dijaku na PUD lahko oseba z najmanj srednjo strokovno izobrazbo in tremi leti delovnih izkušenj ter pedagoško-andragoško usposobljenostjo po programu, ki ga na predlog Centra Republike Slovenije za poklicno izobraževanje sprejme pristojni strokovni svet. Izjemoma je lahko mentor dijaku tudi oseba z najmanj srednjo poklicno izobrazbo in najmanj pet let delovnih izkušenj s področja poklica, za katerega se dijak izobražuje. SZŠ Ljubljana že od uvedbe PUD v izobraževalne programe redno izvaja brezplačne programe usposabljanja mentorjev. V skladu s katalogom znanja za usposabljanje mentorjev dijakom za praktično usposabljanje, se udeležencem predstavi vsebine, ki jih katalog določa (razvojne značilnosti mladostnika, psihološke osnove učenja in poučevanja, komunikacija, izobraževalni sistem RS, načrtovanje učnega procesa v delovnem okolju). Dobro ocenjene med udeleženci so zlasti delavnice, na katerih udeleženci spoznajo, kako se poučuje dijake v specialnih učilnicah in kaj naj bi dijaki, ko se vključijo v proces dela, znali. Usposabljanje je za številne zaposlene v zavodih zanimivo, program je tudi voden v evidenci strokovnih izpopolnjevanj in izobraževanj pri Zbornici – Zvezi. SZŠ Ljubljana trenutno sodeluje s preko 60 delodajalci, razpršenimi po različnih regijah Slovenije. Dijaki imajo možnost sodelovati pri izbiri učnega mesta. Nekaterim je prioriteta, da dobijo mesto blizu doma, drugi pa pri izbiri dajejo prednost področju, ki jih zanima. Učna mesta za vse dijake nam uspe zagotoviti s tem, da dijake pošiljamo na PUD v več etapah, čez celo šolsko leto. Temu prilagodimo tudi celoten urnik pouka, ki poteka na šoli. Na letni ravni zagotovimo učna mesta za približno 450 dijakov obeh programov. Pred prvim odhodom na PUD, je vsak dijak razporejen na dva oddelka PRA z učiteljico, kar olajša vključitev v proces dela.

Tabela 2: Obseg PUD, ki ga določa izobraževalni program

Program	Število ur PUD
ZDRAVSTVENA NEGA	304
BOLNIČAR NEGOVALEC	912

Tabela 3: Obseg praktičnega izobraževanja (PRA+PUD) in delež le tega v izobraževalnem programu

Program	Število ur PRA + PUD	Število ur PRA + PUD v kliničnem okolju	Delež praktičnega izobraževanja v izobraževalnem programu
ZDRAVSTVENA NEGA	1018	738	18,16 %*
BOLNIČAR NEGOVALEC	1536	1326	34,96 %*

Skupno število ur v programu zdravstvena nega: 5605

Skupno število ur v programu bolničar negovalec: 4393

PRENOVLJEN PROGRAM ZDRAVSTVENA NEGA

Strokovni svet RS za poklicno in strokovno izobraževanje je na seji, dne 14.12.2018, potrdil prenovljen izobraževalni program zdravstvena nega. Prva generacija se bo po novem programu vpisala že v šolskem letu 2019/2020. V novem programu se je glede na trenutno veljavnega povečalo število ur v strokovnih modulih, kjer so dodane vsebine s področja socialne oskrbe. Za približno 100 ur pa se je tudi povečalo število ur PRA v šoli. Naziv, ki ga bodo dijaki pridobili po uspešno opravljeni poklicni maturi bo tehnik zdravstvene nege.

Namen prispevka je ugotoviti, kakšen je učinek PRA in PUD na dijake in njihovo doživljanje obeh oblik praktičnega izobraževanja. Cilj, ki ga s prispevkom želimo doseči, je, da bi zaposlene na SZŠ in zdravstvene delavce, ki spremljajo dijake v času njihovega praktičnega izobraževanja, spodbudili k temu, da bi si po svojih močeh prizadevali ustvariti pogoje, s katerimi bi pri dijakih vplivali na interes za opravljanje poklica, za katerega se izobražujejo, hkrati s tem pa vzpostaviti še tesnejše sodelovanje med šolo ter zdravstvenimi in socialno varstvenimi zavodi. Oblikovane so bile naslednje hipoteze:

H 1: dijaki se pri obeh oblikah praktičnega izobraževanja v kliničnem okolju počutijo dobro sprejete,

H 2: dijaki na PUD pogosteje kot na PRA nimajo možnosti, da delajo tako, kot so se učili v šoli,

H 3: nekaterim dijakom na PUD še vedno ni dodeljen mentor,

H 4: storilnost (koliko naredim) je na PUD pogosteje kot na PRA pomembnejša od kvalitete (kako naredim),

H 5: več dijakov bi si želelo povečati število ur PUD kot PRA.

METODE

Uporabljena je bila kvantitativna deskriptivna metoda dela. Zbiranje podatkov smo izvedli s pomočjo spletne ankete. Anketni vprašalnik je bil oblikovan na osnovi več letnega vrednotenja odzivov dijakov na PRA in PUD, ki jih dijaki ustno in pisno izrazijo ob zaključku praktičnega izobraževanja. Vprašalnik je vseboval 8 vprašanj, od tega 7 zaprtega in eno odprtega tipa. Dve vprašanji sta vključevali 6 trditev, pri katerih so dijaki ocenili stopnjo strinjanja s predlaganimi trditvami drži – delno drži – ne drži. Spletni vprašalnik je izpolnilo 160 dijakov zaključnih letnikov programa zdravstvena nega in bolničar-negovalec s pomočjo pametnih telefonov. Izpolnili so ga vsi, ki so bili v času anketiranja prisotni v posameznih razredih. Anketiranje je potekalo v decembru 2018. Sodelovanje je bilo anonimno in prostovoljno. Sodelujočim dijakom je bila posredovana povezava do spletne ankete s SMS sporočilom. Podatki so bili obdelani s pomočjo Microsoft office Excela.

Rezultati

145 (90,6 %) od 160 anketiranih dijakov obiskuje program zdravstvena nega, 15 dijakov (9,4 %) pa program bolničar- negovalec. Rezultati, prikazani v tabeli 4, potrjujejo prvo postavljeno hipotezo, da se dijaki pri obeh oblikah praktičnega izobraževanja v kliničnem okolju počutijo dobro sprejete.

Tabela 4: Občutek sprejetosti anketiranih dijakov na praktičnem izobraževanju v kliničnem okolju

Trditev	<i>n</i>	%
Na PRA sem se kot dijak počutil dobro sprejetega.		
Drži	106	66,3
Delno drži	52	32,5
Ne drži	2	1,2
Skupaj	160	100
Na PUD sem se počutil dobro sprejetega med sodelavci v timu.		
Drži	121	75,6
Delno drži	31	19,4
Ne drži	8	5
Skupaj	160	100

Legenda: *n* – število, % - odstotek

V tabeli 5 predstavljeni rezultati potrjujejo drugo hipotezo, da dijaki na PUD pogosteje kot na PRA nimajo možnosti, da delajo kot so se učili v šoli.

Tabela 5: Možnost anketiranih dijakov, da na praktičnem izobraževanju v kliničnem okolju delajo tako, kot so se učili v šoli

Trditev	<i>n</i>	%
Na PRA sem imel možnost, da delam tako, kot smo se učili v šoli.		
Drži	96	60
Delno drži	56	35
Ne drži	8	5
Skupaj	160	100
Na PUD sem imel možnost, da delam tako, kot smo se učili v šoli.		
Drži	37	23,1
Delno drži	87	54,4
Ne drži	36	22,5
Skupaj	160	100

Legenda: *n* – število, % - odstotek

117 (73,1 %) od 160 dijakov na PRA oziroma 119 (74,4 %) od 160 dijakov na PUD se popolnoma strinja, da so deležni pomoči učitelja/mentorja, ko potrebujejo pomoč. Delno se s tem, da so jim učitelji/mentorji pripravljene pomagati, strinja 42 (26,3 %) dijakov na PRA in 31 (19,4 %) dijakov na PUD. Na PRA pomoči ni deležen samo en dijak (0,6 %), na PUD pa 10 (6,2 %) dijakov. Na vprašanje o tem, koliko kot dijaki na PRA in PUD pripomorejo k obravnavi pacienta/uporabnika, se jih 137 (85,6 %) od 160 v celoti strinja, da na PRA veliko pripomorejo k obravnavi pacienta/uporabnika, za PUD pa jih je takega mnenja 122 (76,3 %). Delno se s trditvijo, da pripomorejo k obravnavi pacienta/uporabnika na PRA, strinja 19 (11,9 %) dijakov, za PUD pa je takega mnenja 33 (20,6 %) anketiranih dijakov. 4 (2,5 %) dijaki na PRA in 5 (3,1 %) dijakov na PUD meni, da njihov doprinos k obravnavi pacienta/uporabnika ni velik. Stopnjo strinjanja za trditev, da učitelj na PRA oziroma mentor na PUD s pozitivnim zgledom vpliva nanje je tudi ocenjevalo 160 dijakov. 97 (60,6 %) dijakov na PRA in 106 (66,3 %) dijakov na PUD je mnenja, da drži, da učitelj/mentor s pozitivnim zgledom vpliva nanje. Delno se s to trditvijo za učitelja PRA strinja 58 (36,3%) dijakov, za mentorja na PUD pa 44 (27,5 %) dijakov. Negativno je zgled učitelja na PRA ocenilo 5 dijakov (3,1 %), mentorja na PUD pa 10 dijakov (6,2 %). Odgovori anketirancev potrjujejo tudi tretjo postavljeno hipotezo, da nekaterim dijakom na PUD še vedno ni dodeljen mentor. 28. dijakom (17,5 %) na PUD ni bil dodeljen mentor. Rezultati v tabeli 6 prikazujejo mnenje dijakov o tem, ali je na praktičnem izobraževanju v kliničnem okolju pomembnejša storilnost ali kvaliteta opravljenega dela. Rezultati potrjujejo četrto hipotezo, da je storilnost (koliko naredim) na PUD pogosteje kot na PRA pomembnejša od kvalitete (kako naredim).

Tabela 6: Mnenje dijakov o pomembnosti storilnosti in kvalitete dela na praktičnem izobraževanju v kliničnem okolju

Trditvev	n	%
Storilnost (koliko naredim) na PRA je pomembnejša od kvalitete.		
Drži	55	34,4
Delno drži	53	33,1
Ne drži	52	32,5
Skupaj	160	100
Storilnost (koliko naredim) na PUD je pomembnejša od kvalitete.		
Drži	60	37,5
Delno drži	58	36,3
Ne drži	42	26,2
Skupaj	160	100

Legenda: n – število, % - odstotek

Rezultati potrjujejo tudi zadnjo, peto hipotezo. Več dijakov bi si želelo povečati število ur PUD kot PRA. Takega mnenja je 69 (43,1 %) od 160 anketiranih, 27 (16,9 %) pa bi želelo povečati število ur PRA. V tabeli 7 prikazani rezultati prikazujejo odgovore dijakov na odprto vprašanje o pozitivnih in negativnih straneh PRA.

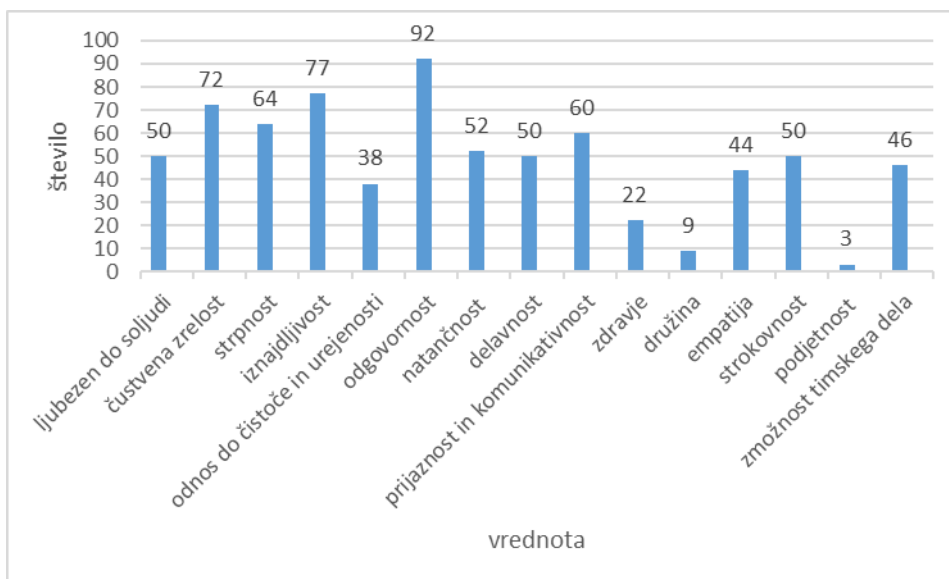
Tabela 7: Pozitivna in negativna menja dijakov o PRA

Pozitivna mnenja dijakov o PRA	n	%
Pomoč učiteljic in s tem povezan občutek varnosti	47	29,4
Pridobivanje znanja in izkušenj	22	13,8
Omogočeno nam je, da delamo tako, kot smo se učili v šoli	19	11,9
Delo v parih s sošolci	11	6,9
Nadzor učiteljice in opozarjanje na napake	9	5,6
Soočenje s poklicem, za katerega se izobražujemo	6	3,8
Spoznavanje različnih oddelkov	5	3,1
Timsko delo	3	1,8
Priložnost za pripravo na PUD in na maturo	3	1,8
Naučiš se celostne obravnave pacienta	1	0,6
Posvetiš se samo enemu pacientu	1	0,6
Delo je temeljiteje in bolj kakovostno opravljeno	1	0,6
Pridobivanje zaupanja vase	1	0,6
Pozitivni zgled učiteljice	1	0,6
Delo v skupini poveže sošolce in pomaga pri čustvenih šokih (prvo negovanje, smrt pacienta)	1	0,6
Učiteljice pomagajo pri konfliktih z zaposlenimi	1	0,6
Soočenje s strahom	1	0,6
Skupaj	160	100
Negativna mnenja dijakov o PRA	n	%
Stalna prisotnost učiteljice in občutek, da stalno gleda pod prste –manjša samostojnost	22	13,8
Prevelike skupine	9	5,6
Ne moreš vplivati na izbiro oddelka	3	1,8
Nesprejetost s strani zaposlenih na oddelku	1	0,6
Pripombe zaposlenih nad tem, da s sošolci naredimo premalo	1	0,6
Kot posameznik v skupini se nimaš možnosti izkazati, ker se »zliješ« s skupino	1	0,6
Skupaj	160	100

Legenda: n – število, % - odstotek

Tudi na odprto vprašanje o pozitivnih in negativnih straneh PUD je odgovarjalo 160 dijakov. Pri pozitivnih straneh PUD je 40 dijakov (25 %) izpostavilo samostojnost, 35 (21,9 %) znanje

in izkušnje, 17 (10,6 %) timsko delo, 16 (10 %) spoznavanje realnega delovnega okolja in odgovornost, 14 (8,8 %) pa spoznavanje novosti. 7 dijakom (4,4 %) ustreza, da ni prisotnega učitelja šole, 4 (2,5 %) je všeč, da si lahko izberejo učno mesto. Enakemu deležu dijakov je všeč, da lahko delajo hitreje, v sproščenem vzdušju in da so prisotni pri izvedbi preiskav. 3 dijaki (1,8 %) si v času PUD tudi odpočijejo od šolskega dela. Pri enem od dijakov je PUD vplival na izgubo strahu, eden pa je PUD označil kot okus tistega, kar te zares čaka. Med negativnimi stranmi PUD je bil najpogostejši odgovor, da gre za izkoriščanje, kar meni 20 dijakov (12,5 %). 13 dijakom (8,1 %) ni prav, da delo ni plačano. 12 dijakov (7,5 %) skrbi podcenjujoč odnos do njih. 8 dijakov (5 %) meni, da zaradi pomanjkanja kadra delajo prehitro, površno oziroma ne morejo delati tako, kot so se učili v šoli. 7 dijakov (4,4 %) je pogrešalo mentorja in s tem povezan občutek varnosti. 3 dijaki (1,8 %) so imeli občutek, da so nezaželeni, v enakem deležu jih je motilo tudi zgodnje vstajanje. Po eno negativno mnenje o PUD pa so dijaki pripisali pisanju poročila, neustreznemu urniku, nepovezanosti med zaposlenimi in neprimernemu odnosu do pacientov. Eden je bil tudi mnenja, da je delo zaradi pomanjkanja izkušenj kar nekoliko tvegano. 145 anketiranih dijakov (91,6 %) od 160 je na vprašanje o tem, ali menijo, da je praktično izobraževanje na SZŠ vplivalo na razvoj njihovih vrednot/lastnosti, odgovorilo pritrdilno. Slika 1 prikazuje vpliv praktičnega izobraževanja na posamezne lastnosti/vrednote dijakov.



Slika 1: Vpliv praktičnega izobraževanja na lastnosti/vrednote dijakov

Med navedenimi vrednotami/lastnostmi je 92 dijakov (57,5 %) izbralo odgovornost, 77 (48,1 %) iznajdljivost, 72 (45 %) pa čustveno zrelost. Na vrednoto zdravja je praktično izobraževanje vplivalo pri 22 dijakih (13,8%), na družino pa pri 9 dijakih (5,6 %). Najmanjši vpliv ima praktično izobraževanje na podjetnost, ki so jo izbrali 3 dijaki (1,8 %).

DISKUSIJA

Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšen je učinek PRA in PUD na dijake SZŠ Ljubljana in njihovo doživljanje obeh oblik praktičnega izobraževanja. Potrdile so se vse v uvodu postavljene hipoteze. Z rezultati raziskave smo potrdili prvo hipotezo, da se dijaki na obeh

oblikah praktičnega izobraževanja počutijo dobro sprejete. S trditvijo, da se na PRA počutijo dobro sprejete, se namreč popolnoma strinja 66,3 % dijakov, nekoliko več (75,6%) pa se jih popolnoma strinja, da so dobro sprejeti na PUD. Navedeni rezultati so primerljivi z rezultati raziskave med dijaki SZŠ Murska Sobota, ki tudi kažejo, da se dijaki v izobraževalnem programu najbolje počutijo v kliničnem okolju pri izvajanju PUD, saj je tako odgovorilo 72 % dijakov (Jakšič, 2013). Po mnenju Jakšiča (2013) je to spodbudno, saj se dobro počutijo v okolju, ki bo v prihodnosti njihovo delovno okolje. Rezultati raziskave so potrdili drugo postavljeno hipotezo, da dijaki na PUD pogosteje kot na PRA nimajo možnosti, da delajo tako, kot so se učili v šoli, niso pa v vseh pogledih primerljivi z rezultati ankete, ki je bila na manjšem vzorcu izvedena med dijaki SZŠ Novo Mesto. Dijaki SZŠ Novo Mesto se 100 % strinjajo, da imajo na PRA možnost, da delajo, kot so se učili v šoli (Novinec, 2012), na SZŠ Ljubljana se s tem strinja 95 % dijakov. Zelo enotno (100%) so se novomeški dijaki v isti raziskavi odzvali tudi na trditev, da na PUD delajo drugače, kot so se učili v šoli. Na SZŠ Ljubljana je takega mnenja samo 22,5 % dijakov, preostalih 77,5 % pa se vsaj delno strinja, da na PUD lahko delajo, kot so se učili v šoli. Glede na sprotne evalvacije ob zaključku PUD bi tudi na SZŠ Ljubljana pričakovali, da bo več dijakov mnenja, da na PUD ne morejo delati, kot so se učili v šoli. Na PRA včasih prihaja do razhajanja pri načinu izvajanja postopkov in posegov. Kljub temu, da je delo opravljeno, ga dijaki izvajajo po standardih, zaposleni pa na podlagi izkušenj in z improvizacijo (Podlesnik, 2017, p. 771). Dejstvo je, da se šolski in zdravstveni zavod med seboj razlikujeta v tolikšni meri, da so študenti (dijaki) nenehno izpostavljeni različnemu znanju z obeh strani. V tem pogledu dijaki (študenti) delujejo kot mediatorji in posredovalci povratnih informacij z nasprotnih strani. Toda študenti (dijaki) niso poslani kot mediatorji, ampak se udeležujejo klinične prakse z namenom pridobivanja praktičnih izkušenj, katere bi s svojim mišljenjem povezali s teoretičnimi izhodišči ter si tako ustvarili lastne delovne vrednote, norme in odgovornosti. Z učinkovitim povezovanjem med stebrom teorije (šolska ustanova) in stebrom prakse (zdravstvena ustanova) lahko pozitivno vplivamo na tretji steber (študente – dijake), na njihovo samozavest, vrednote, odgovornost in potrebno motivacijo za nadaljnje izobraževanje (Pleskovič, et al., 2012). Žal rezultati potrjujejo tudi tretjo hipotezo, da nekaterim dijakom na PUD še vedno ni dodeljen mentor. Takih dijakov je 17,5 %. Razlog za tako situacijo je lahko pripisati predvsem pomanjkanju kadra, saj se dijaka včasih brez predhodnega uvajanja v delo vključi v proces v upanju, da enakovredno pokrije kadrovske primanjkljaj. Odsotnost mentorja, ali kot povedo dijaki, »podajali so si me iz rok v roke«, »sploh niso vedeli, da pridem«, in podobno, je tvegano in lahko pripelje do resnih posledic. Študentje (dijaki) si morajo skozi izobraževalni proces in preko praktičnega usposabljanja pridobiti znanje, določene veščine, razviti kompetence in pridobiti samozavest. To je možno zgolj s pomočjo mentorjev oziroma medicinskih sester s katerimi delajo in so z njimi dnevno v stiku (Ramšak Pajk, p. 74). Rezultati potrjujejo tudi četrto hipotezo, da je na PUD pogosteje kot na PRA pomembna storilnost kot kvaliteta opravljenega dela. S to trditvijo se delno ali v celoti strinja 73,8 % dijakov. Glede na sprotne evalvacije po zaključku PUD bi kljub temu pričakovali, da bo temu pritrnilo še več dijakov, zlasti tistih iz programa srednjega poklicnega izobraževanja bolničar-negovalca. PUD v tem programu traja bistveno dlje kot v programu zdravstvena nega, dijaki pa ga opravljajo skoraj izključno v domovih starejših občanov, kjer je kadrovska stiska vse večja. Kot navajajo dijaki, je delo psihično in fizično zelo naporno in se ga po njihovi oceni težko primerja s PUD na drugih poklicnih šolah. Ob tem velja dodati, da so dijaki na SZŠ tudi eni izmed redkih, ki za delo, opravljeno na PUD, v večini ne dobijo nagrade, mnogokrat tudi ne malice. Ob splošnem kadrovskem pomanjkanju so postali študenti (dijaki) zaželena poceni delovna sila, ki blaži kadrovske pretrese v organizaciji (Seničar, 2018, p. 125). Medveš (2013,

p. 17) pravi, da je že pred leti opozarjal na težo interesne konfliktnosti v pripravi izobraževalnih programov v poklicnem izobraževanju. Na eni strani na nevarnost pošolanosti sistema, ko programi zahtevajo popolno podreditev izvedbe šolski logiki, na drugi strani pa na nevarnost, da postane praktično izobraževanje v podjetjih, ko niso jasno definirane programske in druge obveznosti ter ni razvita eksterna kontrola, groba oblika zgodnjega zaposlovanja mladine in legalna pot za zagotavljanje delovne sile. Prepoved zaposlovanja in zmanjševanje kadra nas je pripeljalo do začaranega kroga, ko morajo mentorstvo prevzemati tudi kolegice, ki tega niso prostovoljno izbrale. Ne glede na navedeno, pa rezultati raziskave potrjujejo peto hipotezo, da bi si več dijakov želelo povečati število ur PUD v izobraževalnem programu kot PRA. Kljub pozitivnem občutku varnosti na PRA, jih stalni nadzor učitelja po drugi strani obremenjuje. PUD naj bi dijaku omogočil vpogled v poklic z drugega aspekta. Vodenje mentorja na PUD, ki ga dijaku določi delodajalec, je drugačno od vodenja učiteljice. Delovnega procesa posebej za potrebe dijaka ne prireja. Od dijakov se pričakuje veliko večja mera samostojnosti in samoiniciativnosti. Tisti, ki jim tega primanjkuje, imajo zato lahko težave, tistim z več samozavesti pa opravljanje PUD na nek način razpre krila in jih pripelje do spoznanja, da so se odločili za pravi poklic (Koritnik, 2017, p. 112). Prenašanje znanja in spretnosti preko pozitivne podobe, ki predstavlja študentu (dijaku) zgled, vzornika, osebo s katero se identificira, je še vedno najučinkovitejša oblika. Na tak način se prenaša tudi za specifiko poklica pomembne moralne in poklicne vrednote (Ramšak Pajk, 2007, p. 75). Z raziskavo je bilo ugotovljeno, da ima praktično izobraževanje med vsemi naštetimi vrednotami/lastnostmi največji vpliv na odgovornost, iznajdljivost in čustveno zrelost dijakov. Očitno v skrbi za paciente spoznajo, da niso odgovorni le zase, pač pa tudi za druge in da se s tem osebnemu vidiku odgovornosti - biti odgovoren, doda še drug, pravni vidik - imeti odgovornost (Tschuldin, 2004 cited in Rebolj, 2012). Odgovornost, ki jo goji vsak posamezen študent (dijak) je hkrati zelo močna in zelo krhka osebna lastnost. Ob vsaki najmanjši pohvali je lahko bolj predan lastni odgovornosti, a ga lahko prav tako tudi vsaka najmanjša graja uniči (Pleskovič, et al., 2012). Zaradi majhnega vzorca dijakov programa bolničar-negovalec, statistično pomembnih razlik med dijaki obeh programov ni moč ugotoviti.

ZAKLJUČEK

Rezultati kažejo, da obe obliki praktičnega izobraževanja v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih v večini pozitivno učinkujeta na dijake SZŠ Ljubljana. Tako ena kot druga sta pomembni za srednje strokovno in poklicno izobraževanje v zdravstvu. Težave, ki jih dijaki zaznavajo, v isti sapi uravnotežijo s koristmi in prednostmi, ki jim jih izobraževanje v kliničnem okolju prinaša za poklic in za življenje. Dijaki v prvih stikih s kliničnim okoljem potrebujejo ob sebi čutečo osebo, ki jih postopno uvede v delo, jih usmerja, vodi in blaži težave, ki se vsekakor pojavijo, skratka, jim je na razpolago. V nadaljevanju pa je nujna tudi vključitev v proces dela, seveda z mentorjem. Učitelji in zdravstveni delavci, ki sodelujejo pri izvajanju praktičnega izobraževanja, si bodo morali še naprej prizadevati za kvalitetno opravljanje mentorstva in drug drugemu zaupati. Kot pravi Zgonc (2008), kot izobraževalci ne smemo zaupati predvsem pouku, didaktizirani, načrtovani in nadzorovani aktivnosti, podcenjevati pa vrednost prenašanja izkušenj v realnem delovnem procesu. Delovno okolje lahko pomaga oblikovati nekatere zmožnosti, ki jih delodajalci postavljajo zelo visoko: komunikacija, sodelovanje v skupini, sodelovanje z nadrejenimi, skrb za kakovost in druge tako imenovane mehke spretnosti.

Prav pa je tudi, da se zaposleni v delovnem (kliničnem) okolju zavedajo pomembnosti učiteljevega dela ob prvih stikih s pacienti in so ob tem potrpežljivi. Kljub vsemu pa samo zavedanje in prizadevanje šolstva in stroke za ugodno klimo na šoli in v delovnem (kliničnem)

okolju ni dovolj. Dobro sodelovanje je pogojeno s sistemskimi rešitvami, ki jih eni in drugi pričakujemo.

Mladi zmorejo veliko več, kot si upamo od njih zahtevati. Potrebujejo zglede, spodbude ter varno vodenje ob avtoriteti, ki ji zaupajo. Srednješolsko obdobje je namreč čas, ko se dijaki oblikujejo kot osebnosti, ki bodo s pridobljenim strokovnim znanjem in izkušnjami opravljali poklic v zdravstvu, zato je pomembno, da pridobijo tako široko splošno kot strokovno znanje ter potrebne vzgojne vsebine (Kastelic, 2017, p. 122). Če hočemo ali nočemo, kadar so med nami bodoči zdravstveni delavci, s svojim delom vplivamo nanje. Željni so znanja, informacij in izkušenj. Posrkajo vse, tudi tisto, česar mogoče mi ne želimo. S svojim delom vzgajamo generacijo, ki bo lahko negovala tudi nas (Lokar, 2012, p. 33).

LITERATURA

Butina L., 2017. Zgodovinski pregled razvoja Srednje zdravstvene šole. In: Butina, L. & Mejač Petek L. eds. *Iz preteklosti v sedanost in prihodnost: spominski zbornik ob 20-letnici Srednje zdravstvene šole Ljubljana*. Ljubljana: Srednja zdravstvena šola, pp. 29-35.

Jakšič E., 2013. Nekateri vidiki doživljanja praktičnega usposabljanja pri delodajalcu dijakov Srednje zdravstvene šole Murska Sobota. In: Klemenc D., et al. eds. *Moč za spremembe – medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema: zbornik predavanj z recenzijo. 9. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju 9. in 10. maj 2013*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 227-234.

Justinek, A., 2011. *Munus2: praktično usposabljanje z delom. Vodnik za organizatorje*. Ptuj: Šolski center, pp. 4-5.

Kastelic S., 2017. Z optimizmom zremo v prihodnost. In: Butina, L. & Mejač Petek L. eds. *Iz preteklosti v sedanost in prihodnost: spominski zbornik ob 20-letnici Srednje zdravstvene šole Ljubljana*. Ljubljana: Srednja zdravstvena šola, p. 122.

Koritnik T., 2017. Praktično izobraževanje. In: Butina, L. & Mejač Petek L. eds. *Iz preteklosti v sedanost in prihodnost: spominski zbornik ob 20-letnici Srednje zdravstvene šole Ljubljana*. Ljubljana: Srednja zdravstvena šola, pp. 111-113.

Lokar, M., 2012. Medicinska sestra štiriindvajset ur na dan. In: Berkopec, M. ed. *Odgovornost v zdravstveni negi: zbornik prispevkov. 4. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 19. in 20. januar 2012*. Novo Mesto: Splošna bolnišnica, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Visoka šola za zdravstvo, pp. 32-34.

Medveš, Z., 2013. Poklicno izobraževanje je pred desetletjem skrenilo na slepi tir. *Sodobna pedagogika*, 64(1), pp. 10-31.

Novinec, V., Vi delate po šolsko. In: Leskovic, L. ed. *Razkorak med teorijo in prakso v zdravstveni negi. 9. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 20. januar 2017*. Novo Mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 36-40.

Pleskovič, M., Šterk, S. & Saje, M., 2012. Odgovornost študenta na klinični praksi v zdravstveni negi. In: Berkopec, M. ed. *Odgovornost v zdravstveni negi: zbornik prispevkov. 4.*

dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 19. in 20. januar 2012. Novo Mesto: Splošna bolnišnica, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Visoka šola za zdravstvo, pp. 80-86.

Podlesnik P., 2017. Pomen timskega dela med organizatorjem praktičnega pouka in učnimi bazami. In: Aksentijević, O., et al. eds. *Odgovorna organizacija: konferenčni zbornik. 36. mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti, Portorož 22. – 24. marec 2017.* Maribor: Univerzitetna založba Univerze, pp. 764-773.

Ramšak Pajk, J., 2007. Pomen mentorstva in praktičnega usposabljanja v izobraževanju za zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 41 (2-3), pp. 71-75.

Rebolj, Z., 2012. Odgovornost v zdravstveni negi. In: Berkopec, M. ed. *Odgovornost v zdravstveni negi: zbornik prispevkov. 4. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 19. in 20. januar 2012.* Novo Mesto: Splošna bolnišnica, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Visoka šola za zdravstvo, pp. 5-7.

Seničar, Z., 2018. Medgeneracijsko sodelovanje: mentor – mentoriranec. In: Leskovic, L. ed. *Zdravstvena nega v luči globalnih izzivov: zbornik prispevkov. 10. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 18. in 19. januar 2018.* Novo Mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 124-138.

Zakon o poklicnem in strokovnem izobraževanju (ZPSI-1), 2006. Uradni list Republike Slovenije št. 79.

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o poklicnem in strokovnem izobraževanju (ZPSI-1A), 2017. Uradni list Republike Slovenije št. 68.

Zgonc, B., 2008. Spremembe v poklicnem in strokovnem izobraževanju ne bodo papirnati tiger, ki ne grize. *Vzgoja in izobraževanje*, 39(1), p. 6.

INTERAKCIJA TEORIJE, ZNANOSTI IN PRAKSE V AKADEMSKEM IZOBRAŽEVANJU MEDICINSKIH SESTER

INTERACTION OF THEORY, SCIENCE AND PRACTICE IN ACADEMIC EDUCATION OF NURSES

**Prof. Dr (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Majda Pajnkihar,
FAAN, Doc. dr. Dominika Vrbnjak**

Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede

majda.pajnkihar@um.si

Izvleček:

Namen prispevka je prikazati interakcijo teorije, znanosti in prakse v akademskem izobraževanju medicinskih sester. Na Univerzi v Mariboru, Fakulteti za zdravstvene vede poteka na študenta usmerjeno in na dokazih utemeljeno, teoretično izobraževanje ter praktično, klinično usposabljanje. Cilj je osvojitve na teoriji podprtega in raziskovanju ter dokazih utemeljenega kliničnega odločanja v skrbi za pacienta za zagotavljanje varne, skrbne, kakovostne in učinkovite zdravstvene nege. V okviru teoretičnega izobraževanja študenti na vseh treh ravneh izobraževanja pridobijo znanje o teorijah zdravstvene nege, raziskovanju in na dokazih utemeljeni in informirani zdravstveni negi. V okviru praktičnega usposabljanja v simuliranem kliničnem okolju in nato v kliničnem okolju je poudarek na individualni in celostni obravnavi pacienta. Poudarjena je celostna obravnava na teoriji osnovanega pristopa k pacientu in njegovi družini ter interakcija med teorijo, raziskovanjem in prakso. Študent s pomočjo kliničnih mentorjev, visokošolskih učiteljev in sodelavcev spoznava inter- in intradisciplinarno sodelovanje v timih. Cilj je, da je študent usposobljen za prenos teoretičnega znanja v prakso zdravstvene nege ter reševanje strokovnih, delovnih in drugih problemov, zlasti z iskanjem novih virov znanja in uporabo znanstvenih metod.

Ključne besede: zdravstvena nega, teorije zdravstvene nege, raziskovanje, na dokazih utemeljena zdravstvena nega

Abstract:

The purpose of this paper is to present the interaction of theory, science and practice in the academic education of nurses. Student-oriented and evidence-based, theoretical education and practical, clinical training is conducted at University of Maribor, Faculty of Health Sciences. The aim is enabling students to achieve the theory supported and research and evidence based clinical decision-making in the care of the patient to provide safe, caring, high-quality and effective nursing care. In the framework of theoretical education, students acquire knowledge of nursing theories, research and evidence-based and informed nursing at all three levels of education. In the framework of practical training in a simulated clinical environment and then in a clinical setting, emphasis is placed on the individual and holistic treatment of the patient. The emphasis is on the holistic theory-based approach to the patient and his family, and the interaction between theory, research and practice. With the help of clinical mentors, higher education teachers and colleagues, the student learn about inter- and intra-disciplinary cooperation in teams. The goal is to enable students to transfer theoretical knowledge to the nursing practice and solve professional, work-related and other problems, in particular by searching for new sources of knowledge and applying scientific methods.

Key words: nursing, nursing theories, research, evidence-based nursing

IMPLEMENTACIJA NANDA INTERNATIONAL NEGOVALNE DIAGNOZE 2015 – 2017 V PRAKSO

IMPLEMENTATION NANDA INTERNATIONAL NURSING DIAGNOSES: DEFINITIONS AND CLASSIFICATION 2015 – 2017 IN CLINICAL PRACTICE

viš. pred. mag. Hilda Maze, dipl.m.s., univ.dipl.org.
Splošna bolnišnica Celje
Visoka zdravstvena šola v Celju, Katedra za zdravstveno nego
hilda.maze@guest-arnes.si

Izvleček:

V letu 2017 je izšel prevod taksonomije negovalnih diagnoz NANDA International definicije in klasifikacije 2015 – 2017. Uporaba novih negovalnih diagnoz bo spremenila obstoječi način dela v zdravstveni negi. NANDA negovalne diagnoze se razlikujejo od tistih, ki so jih bili vajeni uporabljati doslej. Na nacionalnem nivoju je bilo dogovorjeno, da se NANDA negovalne diagnoze pričnejo uporabljati v študijskem letu 2018/19 v visokošolskem študiju zdravstvene nege in v kliničnem okolju leta 2020. Problemi pri implementaciji se kažejo v tem, da klinična okolja na spremembo niso pripravljena. Potrebno bo pospešiti izobraževanje diplomiranih medicinskih sester in za uspešno uvedbo zagotoviti elektronsko dokumentacijo zdravstvene nege.

Ključne besede: NANDA negovalne diagnoze, izobraževanje, klinična praksa

Abstract

In 2017 was published a translation of the NANDA International nursing diagnoses: Definitions and Classification 2015 - 2017. The use of new nursing diagnoses will change the existing way of work in nursing care. NANDA nursing diagnoses are different from those that we used before. At the national level, it was agreed that NANDA nursing diagnoses will be used in the academic year 2018/19 in higher education in nursing care and in the clinical environment in 2020. Problems with implementation are indicated by the fact that clinical environments are not ready for change. It will be necessary to accelerate the education of registered nurses and to provide electronic documentation of nursing care for successful introduction.

Key words: NANDA nursing diagnosis, education, clinical practice

UVOD

V letu 2017 je izšel prevod taksonomije negovalnih diagnoz NANDA International definicije in klasifikacije 2015 – 2017 (Herdman & Kamitsuru, 2017). Uporaba novih negovalnih diagnoz bo spremenila obstoječi način dela v zdravstveni negi. Namen tega prispevka je ugotoviti, kako nove negovalne diagnoze implementirati v izobraževalni sistem in klinično prakso.

Negovalna diagnoza je klinična presoja o človekovih odzivih na zdravstveno stanje/življenjske procese ali o doveznosti posameznika, družine skupine ali lokalne skupnosti za te odzive (Herdman & Kamitsuru, 2017, p. 25).

V izobraževalnem sistemu in klinični praksi uporabljamo negovalne diagnoze po Marjorie Gordon, ki so definirane po sistemu PES: problem, etiologija in simptom:

- **Aktualna negovalna diagnoza** – ima problem (naslov problema/težave), etiologijo (vzrok) in simptom (znaki)- PES,

- **Potencialna negovalna diagnoza** – ima problem in etiologijo (Hajdinjak & Meglič, 2006, p. 136).

V Splošni bolnišnici Celje (SBC) je bila prva akreditacijska predpresoja po standardu Det Norske Veritas (DNV) opravljena leta 2012. V ta namen smo pred tem popolnoma prenovili medicinsko in negovalno dokumentacijo. Standardiziran Načrt zdravstvene nege (Načrt ZN) je oblikovan na osnovi teorije Virginije Henderson in 14 potreb, ki jih medicinska sestra zadovolji z aktivnostmi zdravstvene nege (Hajdinjak & Meglič, 2006). V SBC obstaja osem vrst negovalnih načrtov, ki so prilagojeni potrebam pacientov na posameznih strokovnih področjih. Pri posameznih življenjskih potrebah smo zapisali najpogostejše negovalne diagnoze po Marjorie Gordon in tudi najpogostejše intervencije. Na Načrtu ZN se določi frekvenca izvedbe pri posamezni intervenciji. Glede na izkazano stanje pacienta je mogoče pri vsaki potrebi dodati ustrezno negovalno diagnozo ter posledično planirati intervencije.

Problem negovalnih diagnoz po sedANJI metodologiji je, da niso kodirane, kar onemogoča njihovo sistematično zbiranje, primerjanje in analiziranje, kar bi naj delali v skladu z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (RSKZN, 2018).

V NANDA International 2015 - 2017 so navedene naslednje vrste negovalnih diagnoz (Herdman & Kamitsuru, 2017).

- **Diagnoza usmerjena k problemu** – klinična presoja nezaželenih človeških odzivov na zdravstveno stanje/življenjski proces posameznika, družine, skupine ali lokalne skupnosti (Herdman & Kamitsuru, 2017, 22) kar v našem prevodu pomeni dosedanje aktualno negovalno diagnozo. Vsebuje diagnostične kazalce in spremljajoče dejavnike.
- **Potencialna diagnoza** – klinična presoja dovzetnosti posameznika, družine, skupine ali lokalne skupnosti za razvoj nezaželenega človeškega odziva na zdravstveno stanje/življenjski proces (Herdman & Kamitsuru, 2017, 22), v prevodu je to dosedanja potencialna diagnoza. V kontekstu se pojavljajo zgolj dejavniki tveganja.
- **Diagnoza promocije zdravja** – klinična presoja motivacije in želje po večjem blagostanju in po aktualizaciji zdravstvenega potenciala ljudi. Ti odzivi so izraženi s pripravljenostjo na sprejetje specifičnega zdravstvenega vedenja in jih je mogoče uporabiti v kateremkoli zdravstvenem stanju. Odzivi spodbujanja zdravja so možni pri posamezniku, družini, skupini ali lokalni skupnosti (Herdman & Kamitsuru, 2017, 22). Praviloma vsebujejo samo diagnostične kazalce.
- **Sindromska negovalna diagnoza** – je klinična presoja določene skupine negovalnih diagnoz, ki se pojavijo istočasno in jih je najbolje obravnavati skupaj ter s podobnimi intervencijami.

NANDA International negovalna diagnoza je praviloma sestavljena iz dveh delov, kot je razvidno iz slike 1:

- Deskriptor ali modifikator (pridevnik ali samostalnik), beseda, ki opisuje bistveno oznako negovalne diagnoze
- Fokus – ključni teoretični koncept negovalne diagnoze, beseda opisuje oznako diagnoze.

Deskriptor ali modifikator	Fokus negovalne diagnoze
neučinkovit	vzorec dihanja
moteno	požiranje
nevarnost	obstipacija
nevarnost za	padce

Vir: Herdman & Kamitsuru, 2017, p. 22).

Vsaka negovalna diagnoza ima svojo definicijo, katero moramo prebrati, da vidimo ali dejansko zajame problem, ki smo ga na hitro lahko prepoznali pri pacientu. V priročniku NANDA International (Herdman & Kamitsuru, 2017) je zapisano, da mora medicinska sestra poleg definicije najpogostejših negovalnih diagnoz poznati še diagnostične indikatorje, ki omogočajo razlikovanje med njimi:

- **Diagnostični kazalci** so simptomi in/ali znaki, ki jih medicinska sestra dobi pri oceni stanja pacienta. Več kot jih zaznamo, večja je možnost, da bomo postavili pravo negovalno diagnozo.
- **Spremljajoči dejavniki** pomenijo vzroke ali spremljajoče dejavnike.
- **Dejavniki tveganja** so vplivi, ki povečajo dovzetnost pacienta za nastanek škodljivega dogodka.

Implementacija negovalnih diagnoz v prakso

Na seji Zdravstvenega sveta dne 9.5.2018 je bil sprejet sklep, da Zdravstveni svet podpira predlog Razširjenega strokovnega kolegija za zdravstveno nego pri vpeljavi NANDA International negovalnih diagnoz v prakso. V sklepu je zapisano, da predlagatelj zagotovi, da z uporabo in uvedbo definicij in klasifikacij negovalnih diagnoz ne bo potrebe po dodatnih kadrih, opremi in prostoru. Zdravstveni svet pričakuje, da bo predlagatelj časovno opredelil in uskladi uvedbo definicij.

NANDA International negovalne diagnoze se razlikujejo od tistih, ki smo jih bili vajeni uporabljati doslej. Dogovorjeno je bilo, da se NANDA International negovalne diagnoze pričnejo uporabljati pri študentih visokošolskega študijskega programa zdravstvena nega v študijskem letu 2018/19. Na sestanku Stalne delovne skupine za bolnišnično zdravstveno nego je bila posredovana informacija, da v klinično okolje le te pridejo v letu 2020. To pomeni, da moramo izobraziti oz. usposobiti diplomirane medicinske sestre in prenoviti negovalno dokumentacijo.

V gradivu, ki je bilo pripravljeno za Zdravstveni svet je zapisano, da medicinske sestre v večini postavljamo negovalne diagnoze, ki so povezane z fizičnimi problemi pacienta in manj tistimi, ki se navezujejo na ostale domene (psihične, socio kulturne, duhovne, razvojne). Pri pregledu NANDA negovalnih diagnoz smo ugotovili, da je v naboru dejansko manjši del tistih, ki obravnavajo odzive pacienta na fizične potrebe. To bo pomenilo, da bodo medicinske sestre morale, ne zgolj dodobra preučiti nove negovalne diagnoze, temveč se pri delu osredotočiti na ostale vidike, ki vplivajo na pacientovo zdravljenje in življenje.

Visoke zdravstvene šole in fakultete nimajo enotnega pristopa k vpeljavi negovalnih diagnoz v izobraževalni program. Na Visoki šoli za zdravstveno nego v Celju smo dopolnili študijsko gradivo tako z vidika postavljanja negovalnih diagnoz kot predstavitev po naši oceni najbolj uporabnih negovalnih diagnoz vezanih na posamezno življenjsko aktivnost. Študenti prvega letnika so tako seznanjeni zgolj z NANDA International negovalnimi diagnozami. To bo po naši oceni predstavljalo precej težav pri kliničnem usposabljanju, saj klinična okolja na spremembo niso pripravljena.

Študentom smo po posameznih aktivnostih predstavili nabor po naši oceni najbolj uporabnih negovalnih diagnoz. Na ta način, smo jim skušali vsaj nekoliko olajšati stisko, ker zadostne količine gradiva ni mogoče dobiti. Pri tem se nam takoj postavi vprašanje, koliko smo bili pri tem učinkoviti. Na delavnici, ki je bila namenjena predstavitvi NANDA International negovalnih diagnoz, smo se predavateljicama zapletli v razpravo in se seveda z njima lahko le strinjali, da izpis le dela negovalnih diagnoz onemogoča kritično razmišljanje pri študentih. Ker

gre za veliko nepoznavanje tudi pri mentorjih in ostalih diplomiranih medicinskih sestrah v praksi, se seveda vprašamo, kako bodo študenti kritično razmišljali, če imajo pri razumevanju začetne težave tudi tisti, ki bi jim to morali predstaviti v praksi.

Negovalne diagnoze NANDA International čakajo na uvedbo v prakso, zato je prav da si poskušamo odgovoriti na vprašanja, ki so povezana z implementacijo. Vsaka sprememba je težka, še težja je, če nimamo ustrezne teoretične, kaj šele praktične podpore.

V SBC nimamo nobenega izvoda priročnika NANDA International negovalnih diagnoz, ker so pošli, nove naklade še ni. To nam onemogoča izvedbo delavnic, s katerimi bi postopoma usposobili medicinske sestre. Čakamo na novo izdajo, ki bo, po nam znanih informacijah prinesla nekaj sprememb, saj se bo število negovalnih diagnoz povečalo. Pri podrobnejšem pregledu negovalnih diagnoz NANDA smo pogrešili nekaj v praksi pogosto uporabljenih, npr. »Nevarnost za nastanek uroinfekta«. Podobno je problem tudi pri delu s študenti, ker tudi Visoka zdravstvena šola v Celju, nima dovolj priročnikov, da bi jim lahko služili kot študijski pripomoček. Priprava načrta zdravstvene nege pri študiju primera je nemogoča, če nimaš zraven gradiva, na podlagi katerega bi lahko določil ustrezno negovalno diagnozo. Vsekakor nam bi nam delo olajšal priročnik v elektronski obliki.

Seveda je naše razmišljanje usmerjeno v implementacijo v klinično prakso. Pri tem vidimo številne izzive:

- Prvi je vsekakor usposobiti že zaposlene diplomirane medicinske sestre z NANDA International negovalnimi diagnozami – organizirati delavnice, zagotoviti literaturo;
- Pripraviti nove obrazce za oceno stanja pacienta ob sprejemu in negovalne načrte;
- Poskusna uvedba na posameznih oddelkih;
- Poskrbeti za informatizacijo – elektronski negovalni načrt oz. vse dokumente, ki so vezani na proces zdravstvene nege;
- Spremljanje kazalnikov kakovosti – nujna je vzpostavitev elektronske negovalne dokumentacije, sicer bo treba vse negovalne diagnoze dnevno vpisovati v bolnišnični informacijski sistem. To zahteva dodaten čas in sredstva, kar je v nasprotju s sklepom Zdravstvenega sveta:
- Kako bo obstoječa kadrovska struktura in obstoječe število medicinskih sester zmoglo ob realnih obremenitvah še te, ki jih prinaša uvedba NANDA International negovalnih diagnoz.

ZAKLJUČEK

Po naši oceni leto 2020 ni tisto, v katerem bi lahko NANDA International negovalne diagnoze celovito implementirali v klinično prakso. Z novim načinom dela, razmišljanja in predvsem spremenjeno terminologijo moramo usposobiti vse diplomirane medicinske sestre in zagotoviti elektronsko dokumentacijo zdravstvene nege, ki bo omogočala označevanje diagnostičnih kazalcev, spremljajočih dejavnikov in dejavnikov tveganja v informacijski sistem ter njihovo povezavo z intervencijami in izidi. Proces zdravstvene nege je potreboval skoraj 30 let, da je v popolnosti zaživel v klinični praksi, zato želimo negovalnim diagnozam NANDA International, da za implementacijo potrebujejo manj časa.

LITERATURA:

Hajdinjak, G. & Meglič, R. 2006. *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.

Herdman, H. & Kamitsuru, S. eds., 2017. *Negovalne diagnoze NANDA International: definicije in klasifikacija 2015 – 2017*. Ljubljana: Zbornica – Zveza.

Zapisnik 2/2018 seje Zdravstvenega sveta. 2018. Ministrstvo za zdravje Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zdravstveni_svet/ZS_18/zapisniki_2018/zapisnik_2_2018_ZS.pdf [2.1.2019].

Razširjen strokovni kolegij za zdravstveno nego (RSKZN). 2018. Postavljanje negovalnih diagnoz na osnovi mednarodno priznane klasifikacije NANDA International Taksonomija II.

SREČANJE SO OMOGOČILI:

MEDIAS INTERNATIONAL D.O.O.



MEDIS D.O.O.



ROCHE D.O.O.



SANOLABOR D.D. in 3M



SIMPS'S D.O.O.

