

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Barbara Kegl

Skrbstveni vidik obravnave pacienta na pediatričnem področju
v kliničnem okolju

Magistrsko delo

Ljubljana, 2014

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Barbara Kegl

Mentorica: red. prof. dr. Mirjana Ule

Somentorica: izr. prof. Dr. (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne
Irske) Majda Pajnkihar

**Skrbstveni vidik obravnave pacienta na pediatričnem področju
v kliničnem okolju**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2014



IZJAVA O AVTORSTVU

magistrskega dela

Spodaj podpisana Barbara Kegl, z vpisno številko 21061147, sem avtorica magistrskega dela z naslovom:
Skrbstveni vidik obravnave pacienta na pediatričnem področju v kliničnem okolju.

S svojim podpisom zagotavljam, da:

- je predloženo magistrsko delo izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela;
- sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric, ki jih uporabljam v predloženem delu, navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem poskrbela, da so vsa dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric navedena v seznamu virov, ki je sestavni element predloženega dela in je zapisan v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem pridobila vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti prenesena v predloženo delo, in sem to tudi jasno zapisala v predloženem delu;
- se zavedam, da je plagiatstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata bodisi v obliki skoraj dobesečnega parafraziranja bodisi v grafični obliki, s katerim so tuje misli oz. ideje predstavljene kot moje lastne – kaznivo po zakonu (Zakon o avtorski in sorodnih pravicah (UL RS, št. 16/07-UPB3, 68/08, 85/10 Skl.US: U-I-191/09-7, Up-916/09-16), prekršek pa podleže tudi ukrepom Fakultete za družbene vede v skladu z njenimi pravili;
- se zavedam posledic, ki jih dokazano plagiatstvo lahko predstavlja za predloženo delo in za moj status na Fakulteti za družbene vede;
- je elektronska oblika identična s tiskano obliko magistrskega dela in soglašam z objavo magistrskega dela v zbirki »Dela FDV«;
- je magistrsko delo lektorirano in urejeno skladno z Navodili za urejanje strokovnih in znanstvenih besedil na FDV..

V Ljubljani, dne 05.12.2014

Podpis avtorice: _____

Skrbstveni vidik obravnave pacienta na pediatričnem področju v kliničnem okolju

Uvod. Skrb za človeka mora biti osnovna vrednota izvajalcev zdravstvene nege, saj skrbstveno delo izvajajo ljudje za ljudi. Skrbstvena obravnava in dobri medosebni odnosi omogočajo pacientom varnost, ohranjanje dostojanstva, humanost, celovitost in sprejetost. V dobi postmoderne je nujno treba reflektirati svoja življenja, delo in delovne kompetence ter se zavedati pomena pozornosti, kompetentnosti, odzivnosti in odgovornosti zase, za druge in celotno družbo.

Metode dela. Empirično raziskovanje je temeljilo na kvantitativni metodologiji. Uporabili smo validiran vprašalnik (Caring Nurse-Patient Interaction Scale) za člane negovalnega tima in starše hospitaliziranih otrok. Strukturiran anketni vprašalnik je vseboval 70 trditev, razvrščenih v desetih skrbstvenih procesih.

Raziskovalni rezultati. Ugotovili smo, da se člani negovalnega tima v povprečju zelo dobro ocenijo pri vseh 70 trditvah, medtem ko jih starši ocenjujejo slabše. Člani negovalnega tima so s povprečno vrednostjo (PV = 4,8) ocenili trditev »Pomagam pacientom pri negovanju, kadar so sami nemočni«. S povprečno najnižjo vrednostjo (PV = 3,8) so člani negovalnega tima ocenili trditev »Seznamam pacientove bližnje o trenutnem zdravstvenem stanju (s pacientovo privolitvijo)«. Starši so s povprečno najvišjo vrednostjo (PV = 4,0) ocenili dve trditvi: »Člani negovalnega tima znajo aplicirati zdravila« ter »Zdravila dajejo pacientom po predpisanem urniku«. Najnižje so starši ocenili zadnjo trditev »Člani negovalnega tima upoštevajo pacientove duhovne potrebe« (PV = 1,9).

Zaključek. Proučevanje družbe, družbenega življenja, življenja posameznika, mreže medčloveških odnosov, ki sestavljajo del vsakdanjega življenja, je zanimivo za sociologijo in zdravstvo. Jean Watson je v svoji teoriji skrbi za človeka poudarila pomen skrbi in medosebnih odnosov, ki so v zdravstveni negi izrednega pomena, vendar še vedno težko izvedljivi v obilici nalog in pritiskov, ki jih člani negovalnega tima velikokrat čutijo na delovnih mestih.

Ključne besede: skrb, zdravstvena nega, člani negovalnega tima, pacient, medosebni odnos.

Care aspect of the paediatric patients' treatment

Introduction. Care for a person has to be a core basic value of the member of nursing team, as care work is carried out by the people for the people. Care treatment and good interpersonal relations offer patients safety, maintaining dignity, humanity, integrity and acceptance. In the era of postmodern it is essential to reflect our own lives, work and working competence and be aware of the importance of attention, competence, responsiveness and responsibility for ourselves, for others and the entire society.

Methodology. The empirical research is based on quantitative methodology. We used a validated questionnaire (Caring Nurse-Patient Interaction Scale) for members of the care team and for parents of hospitalized children. A structured survey questionnaire contained 70 claims classified in ten Caritas processes.

Results. We found out that members of the nursing team on average estimate themselves very well on all 70 claims, while parents' estimation of their work was not so good. The members of the nursing team assessed the claim »I help patients in a nurturing, when they are weak« with an average value (AV = 4.8). With an average of the lowest value (AV = 3.8) the members of the nursing team assessed the claim »I inform the patient's family about the current state of health (with the patient's consent)«. Parents evaluated with an average maximum value (AV = 4.0) two claims: »The members of the nursing team can administer medications« and »They give medications to patients after the prescribed time schedule«. The lowest assessment, given by the parents, was the claim »The members of the nursing team consider the patient's spiritual needs« (AV = 1.9).

Conclusion. The study of society, social life, the life of the individual, a network of human relations that make up a part of everyday life is interesting to sociology and health care. In her theory (Theory on Human Caring Science) Jean Watson stressed the importance of care and interpersonal relationships, which are of the utmost importance in nursing, but still difficult to implement in the abundance of tasks and pressures often felt by the members of the nursing team in the workplace.

Keywords: caring, nursing, members of the nursing team, paediatric patient, interpersonal relationship.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	8
2	DILEME ZDRAVSTVA V SLOVENIJI.....	11
2.1	Pojmovanje zdravja in bolezni	11
3	DILEME V ZDRAVSTVENI NEGI.....	15
3.1	Razvoj zdravstvene nege	16
3.2	Profesionalizacija zdravstvene nege.....	20
3.3	Izobraževanje na področju zdravstvene nege v Sloveniji	23
3.4	Razvoj pediatrične zdravstvene nege.....	26
3.5	Vloga članov negovalnega tima	27
3.5.1	Pomen timskega dela v zdravstveni obravnavi pacienta	32
4	MEDOSEBNI ODNOSI IN KOMUNIKCIJA V ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI PACIENTA.....	36
4.1	Pomen medosebnih odnosov	36
4.2	Vloga komunikacije v zdravstveni obravnavi pacienta	39
4.2.1	Podporno komuniciranje	41
4.2.2	Empatično komuniciranje	43
5	POMEN SKRBI V ZDRAVSTVENI NEGI.....	45
5.1	Opredelitev etike skrbi.....	47
5.2	Etika skrbi v zdravstveni negi	49
5.3	Teorija Jean Watson	53
6	EMPIRIČNI DEL	61
6.1	Opredelitev raziskovalnih vprašanj in hipoteze	62
6.2	Metodologija raziskovanja.....	62
6.2.1	Raziskovalni inštrument.....	63
6.2.2	Vzorec	65
6.2.3	Etičnost raziskovanja.....	67
7	REZULTATI EMPIRIČNEGA RAZISKOVANJA.....	68
7.1	Prvi skrbstveni proces: udejanjati humanizem in ljubečo prijaznost.....	68
7.2	Drugi skrbstveni proces: vzpostavljati zaupanje s pristno prisotnostjo	69
7.3	Tretji skrbstveni proces: gojenje občutljivosti zase in druge.....	71
7.4	Četrty skrbstveni proces: razvijanje in ohranjanje pomoči v pristnem skrbstvenem odnosu	72

7.5	Peti skrbstveni proces: izražati pozitivne in negativne občutke.....	73
7.6	Šesti skrbstveni proces: ustvarjalno izbirati načine in poti skrbstvenih procesov	75
7.7	Sedmi skrbstveni proces: razvijati kontinuirano učenje znotraj izkustvenega okvira drugega.....	76
7.8	Osmi skrbstveni proces: ustvarjati zdravilna okolja	78
7.9	Deveti skrbstveni proces: pomagati zadovoljevati osnovne človekove potrebe.	79
7.10	Deseti skrbstveni proces: priznavati misterioznost in duhovnost pri sebi in drugih	81
7.11	Korelacijska analiza vseh desetih skrbstvenih procesov pri članih negovalnega tima	82
7.12	Korelacijska analiza vseh desetih skrbstvenih procesov pri starših hospitaliziranih otrok.....	83
8	RAZPRAVA IN INTERPRETACIJA REZULTATOV EMPIRIČNEGA RAZISKOVANJA.....	85
9	SKLEP	101
10	LITERATURA.....	105
PRILOGE		127
	Priloga A: Anketni vprašalnik za člane negovalnega tima	127
	Priloga B: Anketni vprašalnik za starše.....	132
	Priloga C: Statistična obdelava rezultatov	138
	Priloga Č: Korelacijska matrika desetih skrbstvenih procesov pri članih negovalnega tima	144
	Priloga D: Korelacijska matrika desetih skrbstvenih procesov pri starših	145

KAZALO TABEL

Tabela 5.1: Razvoj karativnih dejavnikov/skrbstvenih procesov.....	56
Tabela 6.1: Vzorec sodelujočih v raziskavi	66
Tabela 6.2: Izobrazbena struktura anketirancev	66
Tabela 7.1: Primerjava povprečnih vrednosti ter statistično pomembne razlike med člani negovalnega tima in starši glede prvega skrbstvenega procesa	68
Tabela 7.2: Primerjava povprečnih vrednosti ter statistično pomembne razlike med člani negovalnega tima in starši glede drugega skrbstvenega procesa	70
Tabela 7.3: Primerjava povprečnih vrednosti ter statistično pomembne razlike med člani negovalnega tima in starši glede tretjega skrbstvenega procesa	71
Tabela 7.4: Primerjava povprečnih vrednosti ter statistično pomembne razlike med člani negovalnega tima in starši glede četrtega skrbstvenega procesa.....	73
Tabela 7.5: Primerjava povprečnih vrednosti ter statistično pomembne razlike med člani negovalnega tima in starši glede petega skrbstvenega procesa.....	74
Tabela 7.6: Primerjava povprečnih vrednosti ter statistično pomembne razlike med člani negovalnega tima in starši glede šestega skrbstvenega procesa.....	75
Tabela 7.7: Primerjava povprečnih vrednosti ter statistično pomembne razlike med člani negovalnega tima in starši glede sedmega skrbstvenega procesa	77
Tabela 7.8: Primerjava povprečnih vrednosti ter statistično pomembne razlike med člani negovalnega tima in starši glede osmega skrbstvenega procesa	78
Tabela 7.9: Primerjava povprečnih vrednosti ter statistično pomembne razlike med člani negovalnega tima in starši glede devetega skrbstvenega procesa	80
Tabela 7.10: Primerjava povprečnih vrednosti ter statistično pomembne razlike med člani negovalnega tima in starši glede desetega skrbstvenega procesa	81

1 UVOD

*»Ko izberemo, da bomo postali medicinska sestra,
izberemo, da bomo skrbeli« (Tschudin, 2004).*

Skrb je ena izmed najpomembnejših komponent, ko govorimo o izvajanju zdravstvene nege. Za člane negovalnega tima bi lahko dejali, da jim skrb pomeni bistveni in osrednji del zdravstvene nege. Prav tako je to univerzalna človeška potreba, pomemben element pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene nege. Vendar še vedno obstajajo nejasnosti in dvoumnosti glede skrbstvenega vidika obravnave medicinske sestre. Čedalje večje zahteve članov tima so preusmerile poudarek od skrbi za paciente k sledenju tehnikam v diagnostiki. Nedvomno je skrb ključnega pomena in bistvena komponenta v zdravstveni negi. Brez skrbi se oskrba zmanjša le na sklope nalog v zdravstveni negi. Izvajalci zdravstvene nege skozi skrb zagotavljajo strukturno kontinuiteto v zdravstveni negi. Izvajalci zdravstvene nege svoje delo opravljajo s srcem, saj za paciente skrbijo tako, kot skrbijo matere za svoje otroke. Walmsley (1993) ocenjuje, da skrbstveno delo izhaja iz ljubezni in ne denarja. Iz tega razloga zaposleni dobijo plačilo in ne plače. Vnašanje ljubezni v odnos s pacientom daje članom negovalnega tima občutek, da si zaslužijo plačilo in hvaležnost pacientov, ki v času zdravstvene obravnave iščejo prijaznost, sočutnost, toplino, partnerski odnos. Resnično skrbeti pomeni veliko več kot nekaj pozdraviti oziroma zadovoljiti določeno potrebo pri pacientu. Vendar se ob tem ne sme pozabiti tudi tistih, ki v tem procesu dajejo, torej izvajalcev zdravstvene nege.

V magistrskem delu tako izpostavljam koncept skrbi pri vsakdanjem delovanju izvajalcev pediatrične zdravstvene nege (članov negovalnega tima). Med delom v klinični praksi in kot koordinatorica s fakultete na kliničnih vajah študentov zdravstvene nege sem si pridobila številne izkušnje pri delu s starši in z otroki. Velikokrat sem sama opazila, da je skrbstvenega vidika obravnave v kliničnem okolju premalo. Ob tem se mi je začela porajati dilema, koliko omenjenega nosi vsak človek v sebi ter koliko o etičnem ravnanju in skrbstvenem vidiku obravnave pacientov pridobijo študenti v času izobraževanja v zdravstveni negi. Tschudin (2004) poudarja, da se skrbstveno delo v zdravstveni negi pojavlja na edinstven način. V dokumentu Predstavitev podobe medicinske sestre, babice in tehnika zdravstvene nege je za člane negovalnega tima natančno opredeljeno, kaj delajo in za kaj so kompetentni. V

dokumentu je skrb zapisana kot osnovna vrednota izvajalcev zdravstvene nege. Hkrati so opredeljena tudi ključna načela za delo, ki vključujejo: humanost, moralnost, etičnost in strokovnost (Stjepanović Vračar in drugi 2011). Izvajalci zdravstvene nege so člani negovalnega tima. Negovalni tim je skupina, ki jo sestavljajo medicinske sestre in zdravstveni tehniki. Za dejavnosti zdravstvene in babiške nege so navedeni poklici: profesor zdravstvene vzgoje/profesorica zdravstvene vzgoje, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, višja medicinska sestra/višji zdravstveni tehnik/višji medicinski tehnik, višja medicinska sestra specialistka/višji zdravstveni tehnik specialist/višji medicinski tehnik specialist, diplomirana medicinska sestra specialistka/diplomirani zdravstveni tehnik specialist, tehnik zdravstvene nege/tehnica zdravstvene nege, diplomirana babica/diplomirani babičar (Železnik in drugi 2008). Z besedo član negovalnega tima v magistrskem delu opredeljujemo ženski in moški spol.

Namen magistrskega dela je preveriti teoretična spoznanja in osvetliti problem skrbi ter medosebnih odnosov v sodobni družbi, v zdravstvu in zdravstveni negi. Sodobna družba, ki temelji na neoliberalni logiki, makro- in mezonivoju, postavlja birokratske zadeve v ospredje dela izvajalcev zdravstvene nege. Zato jim v naglici opravljanja del in nalog zmanjka prostora za osnovno skrb za pacienta ter vzpostavljanje dobrih, zaupnih medosebnih odnosov, ki vodijo v zadovoljstvo uporabnikov storitev kot tudi izvajalcev zdravstvene nege. Prav tako želimo v magistrskem delu ugotoviti prisotnost zavedanja o skrbi in »zavestnem negovanju« v skrbstveni obravnavi v klinični praksi na pediatričnem področju. Za opredelitev skrbstvenega vidika pediatrične obravnave smo izbrali teorijo Jean Watson, ki izvajalcem zdravstvene nege preko skrbstvenih procesov omogoča ustvarjanje zaupljivih medosebnih odnosov in hierarhično zadovoljevanje potreb pacienta (otroka, staršev oz. skrbnikov) v bolnišnični obravnavi, ne glede na pritiske, ki jih izvajalci zdravstvene nege pri svojem delu občutijo.

Cilji, ki smo si jih zadali v magistrskem delu, so:

- predstaviti dileme zdravstva in zdravstvene nege v Sloveniji;
- opisati pomen medosebnih odnosov in komunikacije v zdravstveni obravnavi pacienta;
- predstaviti pomen skrbi v vsakdanjem življenju in zdravstveni negi;
- ugotoviti oceno članov negovalnega tima in staršev hospitaliziranih otrok glede dejanske izvedbe skrbstvene obravnave pacienta na pediatričnem področju.

V magistrskem delu so v teoretičnem delu predstavljene dileme v zdravstvu in zdravstveni negi, pomen medosebnih odnosov, komunikacije ter skrbi v vsakdanjem življenju in zdravstveni negi. Opisana je teorija skrbi za človeka avtorice Jean Watson. Teorija izpostavlja deset skrbstvenih procesov in znotraj pediatrične zdravstvene nege omogoča združitev zahtev po ljubezni in skrbi. Skrb in zaupanje se zrcalita v dinamičnih medosebnih odnosih. Prakso zdravstvene nege in osebnost članov negovalnega tima predstavlja etika skrbi in zaupanja. Člani negovalnega tima se kljub izrednemu tehnološkemu napredku medicine zavedajo, da je središče obravnave v pediatrični zdravstveni negi pacient s svojo osebnostjo. Pacient je v magistrskem delu opredeljen kot otrok s svojimi starši oziroma skrbniki. Skrbstveni vidik obravnave v pediatrični zdravstveni negi pa lahko za člane negovalnega tima predstavlja tudi velik psihični napor. Uspešnost spopadanja z dilemami v zdravstvu in zdravstveni negi je odvisna od vsakega posameznega člana negovalnega tima, pri čemer članu pomaga etična drža. Pahor (2003, 1128) v svojem članku ugotavlja, da »poznomoderna doba ponovno omogoča spraševanje po tem, kakšne potrebe imajo ljudje, pacienti in tisti, ki pomoč potrebujejo«. Meni, da je treba odražati pomen in dragocenost dela, ki ga opravljajo izvajalci zdravstvene nege. Skrajni čas je, da se ugotovi pomen skrbi v vsakdanjem življenju, še posebej v času, ko so sposobnosti posameznika, da sam skrbi zase, zmanjšane. Pomen tega se prepoznava v zdravstveni negi in sociologiji, saj je slednja empirična veda, ki želi poiskati odgovore na vprašanja o socialnih vplivih na odločitve ter tudi o njihovih posledicah, ki jih lahko ima skrbstveni vidik med zdravstveno obravnavo na pacienta.

V empiričnem delu magistrskega dela je bila izvedena raziskava, ki temelji na teoriji Jean Watson. Raziskava prikaže trenutno sliko in oceno skrbstvenega vidika obravnave pacienta na pediatričnem področju v Sloveniji. Cilji raziskave so bili dobiti odgovore članov negovalnega tima na pediatričnem področju in odgovore staršev otrok, ki so bili v bolnišnični obravnavi glede dejansko izvedene skrbstvene, holistične, individualne zdravstvene nege. Ugotovitve raziskave so pokazale razkorak med oceno članov negovalnega tima in staršev o skrbstvenem vidiku obravnave njihovih otrok. Prispevek teh ugotovitev je osvetlil problem v izvajanju skrbstvenega vidika obravnave pacienta v kliničnem okolju.

2 DILEME ZDRAVSTVA V SLOVENIJI

Zdravniki in javnozdravstvene komunikacijske akcije nam nalagajo, da je treba skrbeti za zdravje. V Sloveniji danes težko najdemo dnevi časopis brez rubrike o zdravju. Prežetost vsakdana z razmišljanjem o tveganjih je značilna za dobo pozne moderne (Kamin 2006). Človeštvo in tehnološki razvoj puščata posledice v naravi. Posledice s svojimi katastrofalnimi razsežnostmi vzbujajo strah in negotovost. Kamin (2006) kritično ovrednoti komunikacijske intervencije, ki so v družbi nujne in človeku dajejo občutek samonadzora pri spreminjanju sloga življenja. Zato je skrb vsakega posameznika za zdravje sociološka naložba za individualno uravnavanje socialno-ekonomskih negotovosti v družbi. Ker so pojmovanja zdravja in bolezni različna, jih bomo v nadaljevanju predstavili.

2.1 POJMOVANJE ZDRAVJA IN BOLEZNI

Od socialne in politične filozofije neke družbe je odvisno tudi pojmovanje zdravja v posamezni družbi. Iz filozofije izhajajo različni načini in ukrepi za doseganje ter ohranjanje zdravja in določitev tistega, ki je za zdravje odgovoren (Adam in Herzlich 2002, 71). Giddens (1998) kritično ocenjuje, da tradicionalna prepričanja izgubljajo na pomenu in globalizacija ustvarja medsebojno odvisnost med ljudmi. Medsebojna odvisnost nato povečuje družbeno stabilnost in individualno varnost. Adam in Herzlich (2002, 72) trdita, da je »medicinska perspektiva bolezni preozka in ne prinese vedno zdravja«. To spopadanje ima za zdravstveno osebje in uporabnike storitev (paciente, svojce itd.) svojo ceno v socialnem in psihološkem pogledu. V prevladujočem vzorcu zdravja in bolezni je opazen tudi vpliv globalizacije (Giddens 1998). Večina zdravstvenih delavcev je obremenjenih z bolnimi ljudmi namesto z zdravimi in s preventivno vlogo ter krepitvijo zdravja. Bolezen je opisana kot neharmonija med mislimi, telesom, dušo in zunanjim svetom. V nastanek bolezni lahko vodijo krivda, stres, skrbi in žalost. Pacient lahko bolezen doživlja kot »uničevalko«, če iz nje ne vidi izhoda in jo zato tudi zanika. Na drugi strani pa lahko bolezen vidi kot »osvoboditeljico«, pri čemer mu bolezen pomaga odkriti pravi smisel življenja. »Pacient ohrani samopodobo in družbeno identiteto preko boja s svojo boleznijo. To predstavlja zanj bistvo življenja« (Adam in Herzlich 2002, 41).

Z vidika pojmovanja problemov zdravja sta se v zgodovini razvila dva temeljna modela: (1) biomedicinski in (2) biopsihosocialni. Biomedicinski obravnava telo ločeno od duha in pri tem izključuje vse ostale vplive človekovega telesnega blagostanja in dobrega počutja, saj so zanj nesmiselni. Vloga pacienta v času po medikalizaciji družbe, po prevladi biomedicinskega modela bolezni in zdravljenja, je zgolj podajanje informacij, saj je nadzor nad boleznijo prevzel zdravnik, pacient se je temu moral podrediti. Od 18. stoletja dalje se je človeško telo obravnavalo, spreminjalo, izboljševalo, discipliniralo, preurejalo itd. Engel v Rakovec Felser (2002, 19) predvsem ovrednoti biomedicinski model kot model, ki vsebuje zgolj bolezen. Pacient je dolžan le podajati informacije o stanju svojega telesa. Adam in Herzlich (2002, 24) sta ugotovila, da medikalizacija ne zaznamuje zgolj zdravstva, ampak celotno družbo. »V medikalizirani družbi se na bolezen ne gleda kot na neko zlo, na katero ni vpliva, saj se želi bolezen prepoznati in ustrezno ukrepati. S tem družba postavlja zdravje na sam vrh lestvic vrednot in s tem ustvarja pravila, ki vsakomur zagotavljajo pravico do zdravljenja« (Adam in Herzlich 2002, 17). Adam in Herzlich (2002, 24) pravita, da »ritem in strukturo pacientovega zaznavanja in doživljanja bolezni« določata diagnostika in zdravljenje.

»Znanstvena medicina se je razvila konec 19. stoletja. Pri razvoju se je opirala na sistematsko merjenje, identificiranje vidnih znakov bolezni in njihovo primerjavo« (Ule 2003a, 57–58). Biopsihosocialni model zdravja zahteva do pacienta interdisciplinarni pristop. Ta model poudarja pomen zdravja in bolezni. Zdravje ni umevno samo po sebi, temveč je aktiven proces, ki omogoča vsakemu posamezniku, da sam zadovoljuje svoje človekove fizične, socialne in psihološke potrebe (Kvas in Seljak 2004a). V drugi polovici 20. stoletja so postali pacientovi strahovi, čustva in občutki priznani. V razširjenem medicinskem pogledu sta postala pomembna tudi odnos in komunikacija, ki sta privedla do aktivne vloge pacienta (Ule 2003a). Biopsihosocialni model eksplicitno poudarja odnosni nivo ter relacijo med pacientom in zdravstvenimi delavci. Pozitivni odnosi omogočajo učinkovitejše zdravljenje in ohranitev zaupanja pacienta v ustanovo, kjer se zdravi (Kvas in Seljak 2004a). Tudi politika javnega zdravstva terja od vseh ljudi več skrbi in odgovornosti zase, za druge, za celotno družbo. Pacient je postal eden od členov verige nadzorovanja, saj sam z zdravim načinom življenja ohranja in proizvaja zdravje. Ob tej vlogi je postal pacient še potrošnik medicinskega podjetništva, kjer se ga obravnava z vidika biografije in socialnih odnosov (Ule 2003a).

S pomočjo biopsihosocialnega modela prihaja v zdravstvo tudi »humanizacija zdravstvenih ustanov« (angl. *patient-centred health care*), kjer predstavlja središče obravnave pacient

(McCabe in Timmins 2006, 137). Antropologija in sociologija kritično ovrednotita, da se zdravstvene ustanove humano obnašajo tudi do zaposlenih. Od zdravstvenih delavcev zahtevata strokovno odličnost, altruizem, spoštovanje, empatijo, talent, čas in sposobnost pomagati ljudem, ki potrebujejo pomoč. Družboslovje omenjeno humanizacijo ustanov veže tudi na pravice pacienta, individualno in holistično obravnavo, dostojanstvo, avtonomijo, zaupnost, medosebni odnos, informiranost in pristanek (The Arnold P. Gold Foundation 2010). Ob tem se poraja vprašanje, ali zdravstvenim delavcem delovna rutina in profesionalna distanca (Martin 1998) omogočata, da bi pacienta razumeli holistično in individualno (McCabe in Timmins 2006). Prav tako se poraja vprašanje, ali je posamezniku v času bolezni zagotovljena pravica, da glede na svoje zmožnostmi soodloča o svojem zdravljenju, o svojem življenju in koncu življenja. Odpira se novo vprašanje, ali strokovnjaki do pacienta uporabljajo empatičen pristop, ali mu zagotavljajo zdravstveno nego in oskrbo, ali lahko pacient ob tem svobodno izraža svoje potrebe, misli, občutke in pričakovanja (Fossum in Arborelius 2004); ter ali ima v času zdravstvene obravnave občutek, da ga spoštujejo in razumejo (Northouse in Northouse 1992).

Ljudje razvijajo stalne vzorce interakcij, socialne sisteme in se zavedajo svojih posledic različnih dejanj. S tem usmerjajo proces sprememb družbenih struktur, ki ga Giddens (1998) imenuje strukturacija. Sociologija pri tem pomaga tako, da naredi družbene pojave prozornejše in dostopnejše ljudem. Ljude tako niso več pasivni, ampak začno aktivno spreminjati obstoječe stanje. Za Giddensa (1998) se s tem zagotavlja kritična teorija, ki deluje kot pospeševalec družbenih sprememb. Sociologija zdravstva je sposobna ugotavljati družbeno pogojenost in sama sociologija razmere ter trende v neki družbi. Kazalec družbenih odnosov je lahko odnos med posameznikom, medicino in zdravstveno nego ter »znanostjo, tehniko, stroko in politično odločitvijo« (Adam in Herzlich 2002, 72).

Posledice razvoja medicine in socialnega varstva vplivajo na obvladovanje bolezni in položaj pacientov. Za ljudi je bivanje v družbi skupaj z drugimi ljudmi praviloma nekaj nevprašljivega, samoumevnega in danega. »Zdravje, bolezen, medicina in zdravstvena nega so produkti socialnega življenja oziroma konstrukta znotraj družbene konstrukcije realnosti.« Zdravje je torej temelj socialnega in gospodarskega razvoja ter odsev razmer v družbi (Ule, 2003a, 73–74). »Na zdravje vplivajo biološke, socialne, psihološke, kulturne, demografske, civilizacijske in politične razmere ter tudi odziv zdravstvenega sistema na različne potrebe ljudi« (Černigoj Sadar 2002, 80–82).

Ob dilemah, ki smo jih opredelili, ne moremo mimo »koncepta moči in spola v medpoklicnih odnosih na področju zdravstva« (Ule 2003b, 224, 243). Pri ponujanju zdravstvenih storitev uporabnikom Leicht in Fennell (2001) izpostavita področje zdravstva kot tipično področje odnosov med različnimi poklici, ki tekmujejo za samostojno vlogo. V zdravstvenem sistemu v času postmoderne niso več aktualne vrednote, kot so »avtoriteta, nadzorovanje, dominantnost, zapiranje in monopol« (Pahor 2006, 35). Uskladitev življenjske in systemske racionalnosti omogoča kritična teorija družbe, ki lahko po Habermasu (v Pahor 2006, 13) jasno pokaže prikrito izvajanje moči. Foucault (1984) poudarja, da sodobne oblike moči niso zastraševalne, ampak temeljijo na samovodenju in samonadziranju individuumov. »Večvrednost in manjvrednost sta dve plati istega kovanca« (Coleman 1999, 198). Razumno uravnavanje življenja temelji na svobodi in enakopravnosti in ne na prisili. Primer tega je še vedno dominanten odnos med zdravnikom in pacientom ter velikokrat tudi med zdravnikom in člani negovalnega tima. »Stigmatizirana vloga po principu simboličnega interakcionizma je podobna vlogi zdravnika, profesorja in drugih, kjer se ljudje vedemo v skladu s pričakovanji drugih in svojo identiteto skladno s tem spremenimo. Stigme delno odražajo vrednostne sodbe dominantne skupine« (Coleman 1999, 200). Hkrati je omenjeno lahko tudi pogoj, ki vsebuje odnos »inferiornost/superiornost« in nam pokaže pot do razumevanja, zakaj in kako še naprej stigmatiziramo (Coleman 1999, 198). Dileme na področju zdravstva ter pojmovanja zdravja in bolezni so že bile opisane, dileme zdravstvene nege pa so predstavljene v nadaljevanju.

3 DILEME V ZDRAVSTVENI NEGI

Stroka zdravstvene nege opredeljuje podrejenost zdravstvene nege medicini kot strokovno. Ta medsebojni odnos bi naj temeljil izključno na tehniki delitve dela. Za argumentiranje zdravstvene nege kot izključno ženskega poklica so zdravniki opredelili zadolžitve v konceptu ženskosti (Klančnik Gruden 2003). Položaj žensk se je začel spreminjati, prišlo je do delitve dela po spolu in diferenciacije vlog v družini. S tem, ko je delo postalo plačana dejavnost, se je ustvarilo izhodišče za oblikovanje delitve vlog po spolu (Oakley 2000). Ideologija spola se tako kaže v poklicnem zapostavljanju žensk (Zaviršek 1994). Medicinske sestre vsak dan opravljajo hkrati skrbstveno negovalno delo za plačilo ter gospodinjstvo in materinstvo kot poslanstvo in brezplačni dolžnosti (Oakley 2000).

Spremembe za zdravstveno nego izhajajo iz demokratičnih sprememb družbe, v kateri prihaja do opustitve modela nadzora in upoštevanja modela podpore (Sevenhuijsen 2003). Bowden (1997) ugotavlja, da izvajalci zdravstvene nege na poseben način vstopajo v svet drugih ljudi. To vstopanje mora biti strokovno in koristno, saj se s tem posamezniku nudi pomoč pri zadovoljevanju njegovih potreb, kar označuje zdravstveno nego kot edinstveno etično prakso. Peternelj (2006a) trdi, da je lahko izvajanje zdravstvene nege za člane negovalnega tima psihofizični napor. Uspešnost spopadanju s situacijami ni odvisna le od njih samih, ampak tudi od okolja, trenutnih in dolgoročnih možnosti, kritičnosti in pripravljenosti, da posameznik sam poskuša najti ustrezno rešitev. Za ozdravitev sta po Parsons (1968) pomembni notranja spodbuda in zmožnost posameznika spreminjati socialno življenje. Pri motivaciji zdravih ali bolnih ter pri resocializaciji posameznika sodelujejo tudi člani zdravstvenega tima.

»Spremembe v družbi, razvoj zdravstvene nege, nova znanja, zavedanje moralne vloge, odgovornosti članov negovalnega tima do drugega in zahteve po kakovosti prakse« postavljajo pred člane negovalnega tima nove izzive. Ti izzivi vključujejo strokovno zahtevo o ocenitvi ustreznosti obstoječih znanj in pristopov v zdravstveni negi, s katerimi se bo zadostilo potrebam ljudi, ki so jim zaupani (Šmitek 2004, 205).

V doseganju in ohranjanju zdravja ter preprečevanju bolezni ima zelo veliko vlogo zdravstvena nega. Rosenstein in Pahor (2000) v raziskavi ugotavljata, da sociologija s svojimi

raziskavami omogoča globlje razumevanje in spoznavanje dejstev, pomembnih za napredek, ter razvoj in lažje razumevanje sedanjega položaja zdravstvene nege, saj le znanje, ki temelji na znanstvenih dokazih, daje moč in je hkrati pogoj za doseganje sprememb, ki so nujne na področju zdravstvene nege.

3.1 RAZVOJ ZDRAVSTVENE NEGE

(Zdravstvena) nega je bila vedno opredeljena kot pomoč tistim ljudem, ki sami niso mogli zadovoljevati potreb v okviru osnovnih življenjskih aktivnostih. Največkrat so to delale ženske ali služabnice v družinah. V vaških skupnostih so to pomoč nudile ženske, ki so bile v določenem času preganjanje kot čarovnice (Heinsohn in Steiger 1993). »Florence Nightingale je v 19. stoletju uvedla princip popolne podrejenosti zdravstvene nege zdravnikom, ker je le tako novi poklic lahko bil sprejet« (Pahor 1999a, 1014–1015). Pahor (2003, 79–80) kritično ovrednoti »zdravstveno nego kot tipičen primer sistemske podreditve sveta življenja, ki ljudem s težavami nudi pomoč pri osnovnih življenjskih aktivnostih«. Zdravstvena nega in izvajalci zdravstvene nege imajo v inštitucionalnem zdravstvenem varstvu podrejen položaj v delitvi dela. Sevenhuijsen (v Pahor 2003, 80–81) je raziskala podrejenost in ugotovila, da se ta kaže v različnih oblikah, in sicer:

- v konstrukciji drugačnosti, saj so velikokrat izvajalke zdravstvene nege še danes opisane kot »druge« v sistemu zdravstvenega varstva;
- v dostopu do sredstev za komunikacijo in interpretacijo, katerima se daje premalo poudarka v izobraževanju za poklic. Imajo nekoliko manj izkušenj z javnim nastopanjem, dokazovanjem in razpravljanjem;
- v dostopu do virov moči in sprejemanja odločitev, saj se izvajalke zdravstvene nege še premalo zavedajo odgovornosti pri načrtovanju svojega dela, izbiranju opreme, pripomočkov;
- v marginalizaciji in stereotipizaciji, saj se vztrajno ohranja stereotip izvajalk zdravstvene nege kot »prinašalk nočnih posod«, »spogledljivk«, »zmajev« itd. (Pahor 1997). Lahko bi rekli, da so v zdravstveni negi prisotni stereotipi. »Nesoglasja, prerekanje, nasprotovanje med posamezniki in skupinami glede pravilnosti specifičnih stereotipov je del družbenega, političnega in zgodovinskega procesa« (Oakes in drugi 1999, 88). Še danes vidimo, da si člani negovalnega tima znotraj stanovske organizacije nismo enotni, ne gremo k skupnim ciljem, se prerekamo, nismo samozavestni. Ne znamo stopiti skupaj in na tem vztrajati, samostojno opravljamo

aktivnosti zdravstvene nege strokovno, vendar šele potem, ko smo dobili zdravnikova naročila. Vse to vidijo tudi drugi ter nas po tem sodijo in vrednotijo.

Zdravstvena nega se je kot plačana poklicna dejavnost razvila kot odgovor na spremenjene družbene potrebe po zdravstvenem varstvu. Družbene spremembe (industrializacija, urbanizacija, nastanek delavskega razreda) so prinesle nove ideje o pravicah in odgovornostih v zvezi s skrbjo za zdravje in ustvarile so se nove zdravstvene potrebe (Baly 1995). Potreba po zagotavljanju zdravega načina življenja in doseganju visokega nivoja zdravja je v današnjem času postavljena v ospredje. Glavna naloga članov negovalnega tima je izvajati zdravstveno vzgojo in tako vplivati na posameznika, družino, skupino in družbo, da bodo v doseganju zdravja aktivni ter pri izvajanju zdravstvene nege izhajali iz osnovnih človekovih potreb. Rosenstein in Pahor (2000) v svojem članku povzemata, da so človekove potrebe fizično, psihično, socialno, duhovno in kulturno pogojene. Načela zdravstvene nege v naši družbi imajo svoj temelj v teoriji Virginije Henderson (1964), ki človeka obravnava kot psihofizično in socialno enoto. Zdravstvena nega je kompleksna dejavnost, ki vključuje paciente in različne strokovnjake. Posledično morajo člani negovalnega tima ob poznavanju negovalnih intervencij in zdravstvenih stanj poznati tudi izkušnje pacientov, družin in sodelavcev. Člani negovalnega tima morajo biti sposobni izvajati individualno skrbstveno zdravstveno nego v vseh družbenih okoljih (Birchenall in Birchenall 1998). Leininger (1981) pri zdravstveni negi izpostavlja tudi pomen okolja, ki omogoča ideje za skrb, rast in podporo pacientu.

Pahor (2006, 15) razišče izhodišči sedanje dejavnosti zdravstvene nege, ki izhajata iz dveh točk:

1. tradicionalno zdraviteljske, negovalne (skrbstvene) vloge žensk (in v manjši meri moških) v družini ter skupnosti. Verbinc (1974) opiše skrb kot ljubezen do bližnjega, dejavno ljubezen, naklonjenost, ki jo izražamo z dejanji. Snaj (1997) opredeli etimološko besedo nega kot pomoč pri okrevanju, zdravljenju ali pomoč, da nekdo spet postane živahen. Sevenhuijsen (1999) ugotavlja, da omenjeno najverjetneje izhaja iz materinske vloge žensk, kjer se zadovoljujejo potrebe šibkejšega člana;
2. vzpona bolnišnic v 19. stoletju z izvajalkami zdravstvene nege kot zdravnikom podrejeni poklicni skupini. S tem se je skrb za bolne prenesla v inštitucije. Prišlo je do drugačne delitve dela, kjer so medicinske sestre pomagale zdravnikom in hkrati skrbele za higieno, red, nadzor pomožnih delavcev in pacientov. Prišlo je do premika

dejavnosti sveta življenja v sistem in njihovo podreditev novim pravilom igre v sistemu (Habermas v Pahor 2006, 12).

»Posledica teh dveh različnih izhodišč sta tudi zasebni in javni besednjak. V prvem prevladujejo besede, kot so skrb, pomoč, potreba, naklonjenost, empatija, čustva, dobrot, nega itd. V drugem pa standardi, pravila, nadzor, hierarhija, red, organizacija itd. Ta dvojnost je rezultat modernizacije« (Pahor 2006, 15). Sevenhuijsen in Bury v Pahor (2006, 15–16) opisujeta, da postmoderna doba omogoča preoblikovanje, saj se hierarhija »plošči«, pojavlja se novi profesionalizem, brišejo se meje z interdisciplinarnim in medsektorskim delovanjem ter pojavi se nomadizem kot neko potovanje preko tradicionalnih meja akademskih panog. Pahor (2006) izpostavlja pomemben razlog za nastanek organizirane zdravstvene nege v bolnišnicah. To je potreba zdravnikov po določeni kategoriji pomožnih delavcev. Zdravstvena nega je postala industrializirana, inštitucionalizirana in je prevzela specializirano funkcijo v delitvi dela znotraj zavoda. Medicinska sestra je postala zdravnikova pomočnica. Zaradi te vloge so se vrednote tolažbe, sočutja in podpore umaknile v ozadje (Pahor 1997). Pahor (2003, 1128) še oceni, da se »delo zdravstvene nege iz predmoderne, kjer je skrb nereflektirana sestavina sveta življenja, razvija skozi moderno z njenim razvrednotenjem skrbi in podrejenim mestom v sistemu zdravstvenega varstva v postmoderno, za katero je značilna visoka stopnja zadovoljenosti materialnih potreb, ki omogoča refleksijo o tem, kaj se zares potrebuje ter osrečuje«.

Noben drug poklic se tako v celoti ne ukvarja z oskrbo vedenja, ki skrbi za procese in skrbne odnose, kot prav zdravstvena nega. Zdravstvena nega je več kot le spretnost, ki jo učijo v šolah za medicinske sestre. Rezultat holistične zdravstvene obravnave vključuje razvijanje medosebnih odnosov članov negovalnega tima do pacientov. V transpersonalnem skrbniškem odnosu člani negovalnega tima ne obravnavajo človeka kot predmet, ampak kot bio-psiho-socialno-duhovno bitje. Jesse (2010) izpostavi umetnost in znanost zdravstvene nege, ki ju je treba vključevati v odnos, v katerem so pomembni vsi člani: pacient, člani negovalnega tima in drugi.

Ker se veliko dela v zdravstveni negi opravlja rutinsko, se včasih zdi, kot da člani negovalnega tima iz dnevne rutine ne znajo izstopiti. Bauman (2002) ocenjuje, da lahko delovna rutina ponižuje in hkrati varuje. Giddens (1998) trdi, da je navada v družbenih praksah in v samorazumevanje pomembna ter opozarja na nenačrtovane posledice človekovih

dejanj in nujnost refleksije, (samo)spraševanj, vrednotenja in argumentiranja. Pojavlja se vprašanje, ali je argumentiranje vsakdanja praksa izvajalcev zdravstvene nege in ali ti reflektirajo svoja dejanja ter uvidijo družbene vzroke, vplive in posledice svojih odločitev. Bauman (2002, 13) kritično oceni, da ni več danih vzorcev, kodeksov in pravil, da jih je preveč, da drug drugega spodbijajo in izhajajo iz življenjske politike. Prav tako meni, da je prišlo do prestavitve od »sistema k družbi, od politike k življenjskim politikam ter da so se te spustile z makroravni na mikroraven družbenega sobivanja, kar ima za posledico zindividualizirano, sprivatizirano različico moderne, kjer padajo bremena na individuume in so na udaru vzorci odvisnosti in interakcije«.

Skupna točka zdravstva, zdravstvene nege in sociologije je njihova humanistična osnova, saj vsi želijo prispevati k boljši kakovosti življenja posameznika ter s tem doseči bolj kakovostno življenje celotne družbe. Biološki in sociološki pojavi se v času bolezni močno prepletajo. Vsaka družba se na bolezen odziva na svoj način. Pri analizi medsebojnega vpliva na bolne in zdrave je treba upoštevati več vidikov. Adam in Herzlich (2002, 6) navedeta, da je »za sociologa to priložnost ugotoviti pomen znanosti in tehnike v industrijski družbi«. Iz tega izvira profesionalnost, za katero stoji strokovnjak. Medicina in zdravstvena nega imata tudi splošno vrednost. Pacient se družbeno oblikuje v odnosu do zdravstvene nege takrat, ko se skuša prilagoditi življenjski spremembi, ki jo bolezen prinese. Nadalje ugotavljata, da se s proučevanjem zdravstvenih ustanov, poklicev in delovanja spoznava, kako znanost posega v družbene odnose. Znanje in potrebe medicine ter zdravstvene nege lahko ustvarijo družbeno odtujitev in nadzor nad ljudmi. Prihaja do občutka, da strokovnjaki vedno manj obvladujejo svoje področje in da se pacienti znajdejo v razdrobljenem sistemu, ki je vse manj pregleden (Adam in Herzlich 2002, 6–7). S tem narašča nezadovoljstvo, čeprav pacient prej ni bil nikoli deležen boljše oskrbe kot danes.

Zdravstvo in zdravstvena nega sta kljub vsem tegobam, varčevanju in pomanjkanju denarja uspešno napredovala. Vlahović (2013) trdi, da se na teh področjih ne potrebuje silnih reform, le spremembo mišljenja o zdravstvu in vlogi posameznikov. Ključni področji v medicini in zdravstveni negi sta oprema in znanje. »Investicija v opremo in v strokovno izpopolnjevanje je investicija v učinkovitost« (Vlahović 2013, 1). Tudi Limonšek (2008, 10) ugotavlja, da potreb po sodobni zdravstveni negi ne morejo več zadovoljiti samo »dobra tehnologija in strokovno znanje«, temveč je treba delati na tem, da se izboljšajo večšine v odnosih med vsemi vključenimi v procese dela. »Upoštevati se morajo etične vrednote, poklicne

pristojnosti, spoštovanje in profesionalnost« (Limonšek 2008, 10). Profesionalizacija zdravstvene nege, izobraževanje v zdravstveni negi, razvoj pediatrične zdravstvene nege ter vloga članov v zdravstveni negi so predstavljeni v nadaljevanju.

3.2 PROFESIONALIZACIJA ZDRAVSTVENE NEGE

Ključni dokument za vsako stroko je kodeks profesionalne etike, ki ureja dejavnost določene profesionalne skupine ljudi v odnosu z drugimi sodelujočimi. »Stroka razvije kodeks etike, da bi dokazala svoje moralne namene, ter v primeru dilem nudi članom smernice, kako pravilno ravnati« (Kaplan Daniels 1971, 45). Člani negovalnega imajo sprejet Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije od leta 1994. V letu 2014 je bil kodeks prenovljen in se sedaj imenuje Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (Zbornica – Zveza 2014). V dokumentu so natančno opredeljene osnovne naloge članov negovalnega tima. Te se nanašajo na ohranitev in krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, lajšanje trpljenja itd. Z zdravstveno nego so neločljivo povezane pravice človeka, njegovo dostojanstvo in zasebnost ter odgovornost, ki se je ne da zapisati samo v zakone in standarde. Pri omenjenem so pomembne predvsem posameznikove moralne vrednote, torej etična drža (Zbornica – Zveza 2014). Zbornica – Zveza (2014) je določila, da je kodeks namenjen vsem članom negovalnega tima. Tistim na začetku karijerne poti služi kot pomoč pri oblikovanju lastnih moralnih stališč in kot vir znanja ter jim omogoča tudi refleksijo. Vsem ostalim nudi osnovo za etično presojo svojega dela.

Vendar kodeks etike ni dovolj, da bi laiki verjeli v izvajalce zdravstvene nege (Kaplan Daniels 1971). Kodeks podaja smernice moralnega obnašanja, vendar ne zagotavlja, da ga bodo njegovi člani res upoštevali. Freidson (2001, 215–216) in Kaplan Daniels (1971, 43) poročata, da mora biti »profesionalizem kot ideologija vcepljen v posameznike že med strokovnim izobraževanjem«. Za mehanizme nadzora etičnega delovanja skrbi profesionalno združenje, ki hkrati zagotavlja tudi sankcije (Kaplan Daniels 1971). Abbott (1988) ocenjuje, da se le s tem doseže zaupanje javnosti. »Strokovno združenje je uradno ustanovljena skupina strokovnjakov, ki ima oblikovane kriterije za članstvo, postopke registracije oziroma licenciranja« (Caplow 1966, 20). Buchholz (1999, 67) ter (Hampton in Hampton 2000, 219) pravijo, da lahko ima profesionalno združenje velike zasluge pri »oblikovanju prihodnosti stroke«, saj oblikuje »skupne vrednote, standarde dejavnosti, filozofijo poklica ter krepí pripadnost in poklicno identiteto«. Hampton in Hampton (2004, 1051) ocenjujeta, da

»oblikovan sistem notranje medsebojne kontrole, s katerim se vrši nadzor nad kakovostjo dela, pripomore k slovesu stroke v družbi«. Medicinske sestre, babice in zdravstvene tehnike v naši družbi predstavlja Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.

Zbornica – Zveza (2013, 1) v opisu zgodovine predstavlja, da je bila

27. novembra 1927 v Ljubljani ustanovljena prva stanovska organizacija medicinskih sester, ki se je imenovala Organizacija absolventk šole za sestre. V letu 1951 se je stanovsko združenje medicinskih sester preimenovalo v Društvo medicinskih sester. Leta 1963 je dobilo naziv Zveza društev medicinskih sester Slovenije ter se povezovalo v Zvezo društev medicinskih sester Jugoslavije. Člani in članice Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije so se na podlagi 87. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti leta 1992 odločili in 15. 12. 1992 ustanovili Zbornico zdravstvene nege Slovenije. Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije je strokovno, nevladno in nepridobitno združenje v Republiki Sloveniji, ki združuje preko 16.000 članic in članov – medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov. Predstavlja enovito strokovno in reprezentativno telo izvajalcev zdravstvene in babiške nege v Sloveniji, ki si prizadeva zagotavljati sodobno, kakovostno ter varno zdravstveno in babiško nego za vse prebivalce Republike Slovenije ter ščititi strokovne interese članic in članov.

»Sodobno strokovno stanovsko združenje ustvarja prihodnost zdravstvene in babiške nege vselej v skrbi za sočloveka« (Zbornica – Zveza 2013, 1). S profesionalizacijo člani negovalnega tima pridobijo monopol nad svojo dejavnostjo. Omenjeno jim podeli družba kot privilegij, saj delujejo za njeno dobro (Evetts 2006). Ena bistvenih značilnosti stroke je »nadzirana delitev dela s strani strokovnjakov« (Freidson 2001, 55). S tem pridobijo »legalen monopol nad področjem in ekonomski privilegij« (Freidson 2001, 198–199). Takoj ko stroka omenjeno doseže, »izključi druge ponudnike, ki nudijo nekakovostne storitve« (Freidson 2001, 203, 205).

Fournier (1999, 286) ocenjuje, da »samoregulacija temelji na kompetencah«, ki oblikujejo področje dela ter ločijo člana negovalnega tima od drugih strokovnjakov v zdravstvu (Butler in drugi 2008). Silver (v Butler in drugi 2008, 260) opredeljuje kompetence/kompetentnost

kot širok pojem. Vanjo uvršča strokovno znanje, veščine, odnose in izkušnje, ki so nujno potrebni, da lahko posameznik uspešno opravlja svoje profesionalne naloge (Scott 1984) v različnih kontekstih in situacijah (Butler in drugi 2008). Kompetence strokovnjak pridobiva med izobraževanjem, prakso in vseživljenjskim kontinuiranim izpopolnjevanjem. Stroka zdravstvene nege mora strokovno znanje sama nadzorovati s »produkcijo, diseminacijo, kurikulumom in preverjanjem znanja« (Freidson 1988, 79). »V postmoderni moč ni omejena zgolj na ekonomsko in politično« (Vrbovšek 2006, 20), ampak je odraz »ezoteričnega znanja ter se izraža zelo subtilno« (Ule 2003a, 198). Družbena moč dviguje »vrednost strokovnjakom v ekonomskem smislu kot tudi v smislu družbenega spoštovanja in prestiža« (Rueschemeyer 1986, 104). Najbolj cenjeni so poklici, ki se ukvarjajo z »dejavnostmi, ki predstavljajo družbeno vrednoto«, vključujejo izvajanje zahtevnih posegov z znanjem, ki ga laiki nimajo. Na primer »kirurg je najbolj cenjen in najmanj zdravnik splošne medicine ter psihiater, ker se ukvarjata z družbeno deviantnimi osebami« (Abbott 1988, 122). Zavidljivo visoko se uvršča tudi univerzitetne učitelje, medtem ko so preventivna medicina, promocija zdravja in podobno na zadnjih mestih« (Leicht in Fennell 2001).

Koncept profesionalizma se je preoblikoval zaradi družbenih sprememb v postmoderni. Glavno razliko predstavlja sprememba v medosebnih odnosih (Evetts 2010). Celia Davies (v Pahor 2006, 37) prepozna glavne značilnosti strokovnjaka v novem modelu profesionalizma:

- ni niti oddaljen niti vključen, pač pa zavzet;
- ni nadzorovalen niti odvisen, pač pa povezan;
- ni usmerjen vase in se ne zanika, pač pa uporablja sebe kot obliko terapevtskega odnosa;
- ni aktiven in ne pasiven, ampak ustvarja t. i. 'aktivno partnerstvo', kjer se dogovarja;
- ne opira se samo na znanje ali izkušnje, pač pa reflektirano povezuje oboje.

Elementi »novega« profesionalizma so »reflektivna praksa, interprofesionalno sodelovanje in povezovanje z uporabniki« (Davies 1998, 191). Pahor (2003, 75) kritično ocenjuje, da se »zdravstvena nega v Sloveniji ne more razviti v svojih zmožnostih za izboljšanje kakovosti izvedenega dela, ki vključuje tudi etiko skrbi, saj ji ni dovoljena refleksija svoje lastne prakse«. Prav tako ocenjuje, da je premalo raziskovalnega dela na področju zdravstvene nege ter »pridobivanja metodološkega znanja, ki ga da univerzitetno izobraževanje«.

3.3 IZOBRAŽEVANJE NA PODROČJU ZDRAVSTVENE NEGE V SLOVENIJI

V Sloveniji se je izobraževanje na področju babištva začelo že v času Marije Terezije (Kralj 2003). Leta 1929 se je v Ljubljani ustanovila Šola za otroške sestre negovalke in 1967 preimenovala v Šolo za medicinske sestre, kjer je potekalo srednješolsko izobraževanje na področju zdravstvene nege (Gradišek Toni v Kvas in Seljak 2004a, 56). »Pred letom 1919 so v Sloveniji po bolnišnicah delovali strežniki, ki so bili priučeni za strežniško delo in nego pacientov« (Kvas in Seljak 2004a, 56). 1919 leta se je pri nas zaposlila prva medicinska sestra (zaščitna sestra). Razvoj zdravstvene nege in šolanje zaščitniških sester se prične s »skrbstveno sestro Angelo Boškin« po letu 1919. Šolane zaščitniške sestre so delovale predvsem v preventivi na terenu. Zaposlene so bile le v vojaških in otroških bolnišnicah izven Slovenije. V bolnišnicah so bile zaposlene le redovnice (Kvas in Seljak 2004a). Pahor (2006, 39) trdi, da je bil cilj usposabljanj za zdravstveno nego »standardna medicinska sestra«, ki mora imeti določene spretnosti, sposobnosti in znanje. S pomočjo tega modela se da definirati »idealno medicinsko sestro« ali »lik diplomanta zdravstvene nege«. V Sloveniji se je začelo prvo organizirano izobraževanje leta 1924, začetek višješolskega izobraževanja leta 1951, 1971 so se začeli izvajati podiplomski programi, ki so se 1987 preimenovali v specializacije. Od leta 1993 dalje poteka študij na visoki stopnji (Kvas in Seljak 2004a). Leta 1993 je bil v sodelovanju s Pedagoško fakulteto v Ljubljani uveden univerzitetni program zdravstvena vzgoja (Pahor 2006, 88), vendar je bil po dveh generacijah vpisanih študentov prekinjen. Na 2. stopnji zdravstvene nege se v Sloveniji lahko izobražuje od leta 2007.

Izobraževanje za zdravstveno nego se mora prenesti na raven visokostrokovnih ali univerzitetnih programov, saj to zahtevajo smernice Svetovne zdravstvene organizacije za ves svet (WHO 1985). Področje izobraževanja v zdravstveni negi na ravni Evropske unije (EU) ureja Direktiva 2013/55/EU Evropskega parlamenta in sveta, ki je bila sprejeta 20. novembra 2013 in je nadomestila Direktivo 2005/36/ES. Direktiva postavlja minimalne standarde za usposabljanje sektorskih poklicev (zdravniki, zobozdravniki, medicinske sestre, babice, veterinarji, farmacevti, arhitekti) ter splošni sistem priznavanja dokazil usposobljenosti in avtomatično priznavanje poklicnih izkušenj v državah EU (Directive 2005/36/EC, 2005; Directive 2013/55/EU, 2013). Področje izobraževanja v zdravstveni negi usmerjajo tudi mednarodna združenja, kot so International Council of Nurse (ICN), Svetovna zdravstvena organizacija za področje Evrope (WHO for Europe), European Federation of Nurses (EFN), European federation of nurse educators (FINE) idr. (Zbornica – Zveza 2014). Skela Savič

(2014, 15) trdi, da je njihov namen predvsem »dodatna razlaga minimalnih standardov izobraževanja medicinskih sester in babic, postavitve standardov na višji nivo zahtevnosti ter zavzemanje za pomen dviga znanja in stopnje izobrazbe v stroki. Svoje delovanje podpirajo z raziskovalnim in razvojnim delom, javno dostopnimi zapisi usmeritev o potrebnem razvoju ter umeščanjem zdravstvene nege v kontekst potreb v družbi in potrebnega razvoja stroke«. Nursing and Midwifery Council (NMC) za področje Velike Britanije ima prav tako pomembno mesto, saj »kontinuirano razvija in posodablja nacionalne standarde izobraževanja v zdravstveni ter babiški negi. Ti standardi predstavljajo pomemben prikaz urejenosti tega področja izobraževanja na ravni države« (Skela Savič 2014, 15).

Področje izobraževanja medicinskih sester v Sloveniji poleg veljavne Direktive EU 2013/55/EU in predhodne Direktive EU (2005/36/ES) urejajo še Zakon o visokem šolstvu, različni standardi in merila Nacionalne agencije za kakovost v visokem šolstvu, Evropski standardi in smernice za zagotavljanje kakovosti v evropskem visokošolskem prostoru in Resolucija nacionalnega programa razvoja visokega šolstva 2011–2020 (Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020 2011). Skela Savič (2014, 21–22) ugotavlja naslednje novosti, ki jih prinaša Direktiva EU 2013/55/EU:

- za vpis na študij zdravstvene nege je potrebnih 12 let splošnega izobraževanja, v Direktivi 2005 je ta doba 10 let;
- novost je, da mora biti študijski program ovrednoten z ECTS-ji, ostaja že opredeljeno trajanje programa v obsegu najmanj treh let in najmanj 4600 ur (1/2 kliničnega usposabljanja);
- dodane so sposobnosti delovanja: (1) sposobnost samostojno ugotoviti z uporabo obstoječega teoretičnega in kliničnega znanja, kakšna zdravstvena nega je potrebna, ter načrtovati, organizirati in izvajati zdravstveno nego pri zdravljenju pacientov na osnovi pridobljenih znanja in veščin, da bi se izboljšala poklicna praksa; (2) sposobnost učinkovitega sodelovanja z drugimi akterji v zdravstvenem sektorju, vključno s sodelovanjem pri praktičnem usposabljanju zdravstvenega osebja na osnovi pridobljenega znanja in veščin;
- sposobnost usposabljanja posameznikov, družin in skupin za zdrav način življenja in samopomoč na osnovi pridobljenih veščin in znanja;
- sposobnost samostojno začeti takojšnje ukrepe za ohranjanje življenja ter izvajati ukrepe v kriznih razmerah in v primeru nesreč;

- sposobnost samostojno svetovati, voditi in podpirati osebe, ki potrebujejo nego, in njihove bližnje;
- sposobnost samostojno zagotavljati kakovost zdravstvene nege in jo ocenjevati;
- sposobnost celovite profesionalne komunikacije in sodelovanja z delavci drugih poklicev v zdravstvenem sektorju;
- sposobnost oceniti kakovost zdravstvene nege s ciljem izboljšanja svoje poklicne prakse kot medicinske sestre za splošno zdravstveno nego.

Študijske programe zdravstvene nege je treba dopolniti v skladu z novo direktivo. Dopolniti jih je treba z naslednjimi vsebinami: »promocija zdravja, kakovost in varnost, svetovanje, vodenje in podpora posamezniku, družini, skupnosti, spremljanje in izboljševanje poklicne prakse, komunikacija na višjem zahtevnostnem nivoju« (Skela Savič 2014, 22).

Pri pregledu študijskega programa Zdravstvena nega 1. stopnje v Sloveniji, kjer smo pregledali učne načrte, dostopne na spletnih straneh šestih izobraževalnih ustanov, ki izvajajo omenjeni program, smo ugotovili, da imajo le pri eni izmed petih fakultet (Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta; Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju; Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, Fakulteta za zdravstvo Jesenice) in treh visokih šol (Visoka zdravstvena šola Celje) v učnem načrtu poudarjen skrbstveni vidik obravnave in skrb za pacienta. Dve visoki šoli sploh nimata dostopnih učnih načrtov (Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec in Alma Mater Europea ECM Maribor) (učni načrti predmetov Univerze v Mariboru, Fakultete za zdravstvene vede 2014; učni načrti predmetov Univerze v Ljubljani, Zdravstvene fakultete; učni načrti predmetov Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto; učni načrti predmetov Univerze na Primorskem, Fakultete za vede o zdravju; učni načrti predmetov Visoke zdravstvene šole v Celju 2014; učni načrti predmetov Fakultete za zdravstvo Jesenice 2014).

Dobro izobražena medicinska sestra lahko svoje delo opravi varno, strokovno in posledično bolj kakovostno. Temeljna človekova pravica, ki jo priznava in spoštuje Evropska unija in državljani Evrope, je dostop do kakovostne zdravstvene obravnave (Štih 2013). Tekom izobraževanja je treba oblikovati medicinske sestre kot samostojne strokovnjakinje. V svoji avtonomnosti na področju zdravstvene nege se bodo morale zavedati odgovornosti in pristojnosti za opravljeno delo (Pahor 2006). Izobraževanje v zdravstveni negi je stalno in vseživljenjsko. Vse življenje se učimo in znanje je tisto, ki potrjuje strokovnost članov

negovalnega tima pri njihovem delu. Prav je, da vemo, da znanje povečuje tudi varnost zdravstvene nege pacientov (Štih 2013). V Sloveniji se že dobrih petindevetdeset let izobražuje za poklice na področju zdravstvene nege. Izobraževanje poteka na srednješolski in visokošolski študijski ravni (program Zdravstvena nega 1. stopnje in podiplomski študijski program Zdravstvena nega 2. stopnje). Člani negovalnega tima se morajo zavedati, da je pridobljena kvalifikacija vstopno mesto oziroma osnova, na kateri je treba graditi. Treba se je vseživljenjsko izobraževati in pridobivati veččine, saj se bo stroka le tako lahko postavljala ob bok drugim.

Skela Savič (2014, 24) kritično ocenjuje, da »se v Sloveniji urgentno potrebuje odločitev s strani politike glede formalnega izobraževanja na področju zdravstvene nege v bodočnosti«. Izobraževanje naj temelji na praksi in spoznanjih razvitih držav in raziskav, ki proučujejo pomen znanj in stopnje izobrazbe na izide zdravstvene obravnave. Albreht in Pribaković Brinovec (2012) predlagata usklajevanje in sprejetje normativov in standardov v zdravstveni negi, ki bodo: (1) usklajeni med stroko, zdravstveno politiko in plačnikom, (2) odražali realne možnosti in pričakovanja glede na celotne razmere in zmogljivosti v slovenski družbi, (3) upoštevali na novo postavljena razmerja med kompetencami ključnih profilov v sistemu zdravstvenega varstva v Sloveniji.

3.4 RAZVOJ PEDIATRIČNE ZDRAVSTVENE NEGE

Sodobna praksa na pediatričnem področju je zasnovana na konceptu individualne in k otroku in staršem oziroma skrbnikom osredinjene zdravstvene nege. Osnovni cilj je vzpostaviti partnerski odnos med članom negovalnega tima in pacientom za izvedbo kakovostne pediatrične zdravstvene nege. Odgovornosti so jasno opredeljene, koncept negovanja je razumljiv za otroka in družino. Slednji pri tem prevzemajo aktivno in partnersko vlogo. Zaposleni na otroških oddelkih si prizadevajo zagotavljati otroku varno, sproščeno in prijazno okolje. Pajnkihar in Kegl (2007, 153) ugotavljata, da je treba v »pediatrično zdravstveno nego aplicirati teorije in koncepte humanistične zdravstvene nege, v kateri je temeljna skrb otrok«. V skrbi za otroka je predvsem pomembno, kako delamo, in ne samo, kaj delamo. Pediatrična zdravstvena nega mora imeti zastavljen osnovni cilj delovanja in biti osnovan na konceptih, ki zadovoljujejo osnovne potrebe otrok (Pajnkihar in Kegl 2007). Zengerle-Levy (2006) navaja, da član negovalnega tima, ki obravnava otroka v bolnišnici, nadomešča starše, vzdržuje humane povezave, sprejema otroka kot individualno osebnost in skrbi za njegovo duhovno

rast. V pediatrični zdravstveni negi enakopravno sodelujejo v medosebnem odnosu otrok, starši oziroma skrbniki in člani negovalnega tima. »Kakovostna pediatrična zdravstvena nega se kaže v kliničnih odločitvah, ki izhajajo iz perspektive otroka, v uporabi teorij in metod zdravstvene nege, v skupni viziji in učinkovitem interdisciplinarnem timskem delovanju in v znanju ter izkušnjah medicinske sestre za humano skrb za otroka« (Pajnkihar in Kegl 2007, 153).

Specifičnost pediatrične zdravstvene nege temelji na stopnji otrokove rasti in razvoja ter stanja otroka in družine ob slehernem stiku. Prepoznavanje potreb in ocena stanja otroka ob vsakem stiku sta osnova za načrtovanje in izvajanje zdravstvene nege. S tem, ko člani negovalnega tima zagotovijo potrebne informacije otroku in družini, se zmanjša stres in naredi prvi korak k boljšemu medsebojnemu sodelovanju (Oštir 2008). Otroci so občutljiva in ranljiva populacija, ki potrebujejo posebno zdravstveno varstvo (Peterka Novak 2004). Starši oziroma skrbniki so prvi, ki morajo skrbeti za varstvo in pravice svojih otrok. Ob tem se seveda srečujejo s člani negovalnega in zdravstvenega tima na vseh nivojih zdravstvenega varstva. Peterka Novak (2004, 12) pravi, da delo s starši predstavlja višjo stopnjo v sledenju zahtevam sodobne zdravstvene nege. »Člani negovalnega tima morajo s starši vzpostaviti pristen medosebni odnos, ki omogoča v času bolnišnične obravnave primerno sobivanje, ocenjevanje kakovosti dela zaposlenih v zdravstveni negi in zaupanje, ki je temelj vseh dobrih odnosov« (Peterka Novak 2004, 12). Delo z bolnim otrokom ob sobivanju staršev je v zdravstveno nego vneslo veliko optimizma, odgovornosti in zapletov.

3.5 VLOGA ČLANOV NEGOVALNEGA TIMA

Člani negovalnega tima so najštevilčnejša, draga, a nevplivna skupina v zdravstvu. Zdravstvo je področje, kjer je delitev poklicev na ženske in moške zelo vidna. Tradicionalne vrednote, ki spol diskriminirajo, opredelijo primarno vlogo ženske v vlogi gospodinje, da je žena možu in mati otrokom (Kvas 2003, 207). Ta položaj in vloga žensk v družbi se zrcalita tudi v položaju izvajalcev zdravstvene nege v Sloveniji. Ule (2003a, 216) trdi, da sta »zahodna medicina in zdravstvo že od začetka feminizirana«. V zahodnih državah so izvajalci zdravstvene nege v več kot 90 % ženskega spola. V Združenih državah Amerike je 9,6 % moških zaposlenih v zdravstveni negi (Minority Nurse 2014). Statistični urad Republike Slovenije (2013) navaja, da je bilo leta 2011 v Sloveniji v zdravstveni negi zaposlenih 3188 diplomiranih medicinskih sester, 1312 višjih medicinskih sester in babic ter 12.607 zdravstvenih tehnikov. V 2.

četrtnetletju leta 2012 je bilo v zdravstvu in socialnem varstvu zaposlenih 56.000 ljudi, od tega 12.000 moških, kar predstavlja 20,6 % zaposlenih v omenjenih dejavnostih. Ta odstotek je v Sloveniji precej višji v primerjavi z ostalim svetom.

Pred Florence Nightingale je bil odnos med zdravnikom in negovalko podoben odnosu gospodarja in služabnika (Doyal 1984). Tudi Pahor (2006) pravi, da je bila negovalka obravnavana kot služabnik, zaposlen v bolnišnici. Zdravniki so zdravstveno nego opredelili kot ženski poklic zato, ker so bili mnenja, da imajo ženske premalo intelektualnih in čustvenih sposobnosti, ki bi jim omogočale zdravljenje ljudi (Doyal 1984). Razsipavati njihove organizacijske, materinske in vzgojne sposobnosti kjerkoli drugje kot v zdravstveni negi bi bilo po Lesley Doyal (1984) brez pomena. Virginia Henderson (1964, 63) je opredelila, da »medicinske sestre pomagajo posamezniku in družinam pri izvajanju tistih aktivnostih, ki krepijo zdravje, preprečujejo bolezen ali omogočajo mirno smrt in bi jih opravil posameznik sam, če bi imel za to dovolj moči, volje in znanja«.

Ule (2003a) ocenjuje, da medicinska sestra na oddelku izvaja podobno skrbstveno delo kot žena v družini. S tem pride do prepletanja javne in zasebne sfere, kjer lahko bolniški oddelk primerjamo z domom. Taka oblika razmerij je aplicirana v večino ženskih skrbstvenih poklicev družbe, v kateri živimo (Ule 2003a). Littlewood (1991) opredeli razmerja na oddelku v bolnišnici s trikotnikom: zdravnik (oče in gospodar), medicinska sestra (mati in gospodinja) in pacient (otrok). Ule (2003a) ob tem izpostavlja povezave med skrbjo za paciente, sočutjem, altruizmom idr., ki so značilnost dela članov negovalnega tima, in ženskim delom. S tem se poglobljajo stereotipne predstave o njihovem delu kot »ženskem delu oziroma manj vrednem delu«. Mediji prispevajo k oblikovanju mnenja javnosti o določenem poklicu. Stereotipov o izvajalcih zdravstvene nege je več. Salvage in Bridges v Klančnik Gruden (2003, 8) sta že pred 30 leti ugotovili, da je v medijih podoba medicinskih sester popačena in ob tem opisujeta pet glavnih stereotipov o medicinskih sestrah:

- dobrohotni angel izvira iz časov, ko so pomoči potrebne negovale ženske, ki so bile predane religiji;
- »battle-axe-dragon matron« je opisana kot avtoritativna, močna in samovšečna vodilna medicinska sestra;
- zdravnikova služkinja izhaja iz časov Florence Nightingale;
- nimfomanka se je oblikovala v času naraščajočih ženskih gibanjih;
- stavkajoča medicinska sestra.

K stereotipizaciji lahko doprinesejo tudi statusne razlike. Moški so predvsem zdravniki, ženske pa izvajalke zdravstvene nege. Razlika v dohodkih ogroža profesionalno delo izvajalcev zdravstvene nege in njihovo uveljavljanje v poklicu. Zaradi pritiskov iz vseh strani morajo kljub zavedanju, da je to osnova njihovega dela, zoževati empatične odnose s pacienti. Strukturalni položaj je podrejen zdravnikom in takšno podrejeno strukturalno pozicijo imamo znotraj zdravstva (Ule 2003a). Gamarnikowa (1991) je ugotovila, da so izvajalci zdravstvene nege spolno opredelili svojo poklicno podrejenost na interpersonalni ravni. Ob tem so uporabili sebi dostopno tradicionalno moč žensk ter manipuliranje z močnejšimi za doseg ciljev šibkejših. Omenjeno so v zdravstveno nego vnesli na dva zelo različna načina: (1) s svojo pozitivno ženskostjo so omogočili vstop žensk v javno sfero in tako opredelili delitev dela v zdravstvu na ženske in moške; (2) med zdravnikom in medicinsko sestro so neravnovesje moči označili kot poklicno ter pri reševanju problemov dovolili uporabo manipulativne ženske moči (Gamarnikowa 1991).

Medicinske sestre so zaposlene v različnih inštitucijah. Te inštitucije zajemajo vse vidike posameznikovega življenja in se v različnih vidikih stikajo s totalno ustanovo (Goffman 1991). Življenje v inštituciji je travmatično za vse udeležence: za paciente in tudi za zaposlene, ki svoje delo opravljajo ob zdravih, bolnih, trpečih, poškodovanih in umirajočih posameznikih. Ule (2003a) pravi, da so medicinske sestre v podrejeni strukturalni poziciji znotraj zdravstvena varstva in da pritisk podrejanja lomi samozavest in profesionalno integracijo izvajalcev zdravstvene nege. Tudi Pahor (1999a) ugotavlja, da spolna delitev dela v zdravstvu odseva podrejenost žensk. Ženske kljub zdravilski in negovalni vlogi ne zasedajo visokih položajev. Ženske največ delajo v zdravstveni negi, kjer imajo nizek ugled in slabe plače. Lesley Doyal (1995) je proučevala pristop k sociologiji ženskega zdravja, ki ni rezultat anatomije, ampak tudi socialnih, ekonomskih in kulturnih okoliščin, v katerih živijo. Podrejenost žensk je skupna točka položaja žensk na svetu. Obravnavala je tudi žensko (slabo) plačano poklicno delo. Najpogosteje so zaposlene tam, kjer se dela rutinsko in se izpolnjuje navodila, kar po drugi strani povzroči psihični pritisk. Pahor (1999a) govori o poklicnih slojih kot rezultatu družbene delitve dela, kjer omenja zdravnike in izvajalce zdravstvene nege, saj je poklicna vloga splet različnih vzorcev ravnanja, pravil in pričakovanj. Nadalje Pahor (2006, 7) ocenjuje, da so »današnje medicinske sestre nadaljevalke tradicionalne zdraviteljske in negovalne vloge žensk v družini ter skupnosti«.

Zbornica – Zveza (2013, 1) opredeljuje diplomirano medicinsko sestro/diplomiranega zdravstvenika kot

osebo, ki ima zaključen visokošolski študij zdravstvene nege, pri čemer študijski program v celoti upošteva Evropsko direktivo za regulirane poklice – Direktivo 2005/36/ES, ter ji/mu je ustrezen organ podelil pravico za samostojno opravljanje dela v zdravstveni dejavnosti. Medicinska sestra je strokovnjakinja na področju zdravstvene nege in oskrbe za celostno zdravstveno obravnavo posameznikov in skupin, ki avtonomno prevzema naloge in odgovornosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva, področju socialnega varstva in šolstva. Je samostojna strokovnjakinja v negovalnem timu in članica zdravstvenega tima, v katerem z drugimi strokovnjaki sodeluje v zdravstveni obravnavi pacienta.

International Council of Nurses – ICN (2014, 1) natančno opredeli vlogo članov negovalnega tima. Član negovalnega tima

avtonomno in sodelujoče skrbi za posameznike vseh starosti, za družine, skupine in skupnosti, za bolne in zdrave in v vseh okoljih; izvaja promocijo zdravja, preprečuje bolezni in skrbi za obolele, invalidne ter umirajoče. Ključne negovalne naloge ob tem so zagovorništvo, spodbujanje varnega okolja, izobraževanje, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter sodelovanje v obravnavi pacientov in upravljanju zdravstvenih sistemov.

Temelj delovanja članov negovalnega tima je pacient, ki je enkraten in neponovljiv. Ključna vrednota za člane omenjenega tima je skrb za človeka. Izvajalce zdravstvene nege zavezuje Kodeks etike zdravstvene nege in oskrbe Slovenije. Osnova za delokrog članov negovalnega tima je zapisana v dokumentu Poklicne aktivnosti v zdravstveni in babiški negi (Zbornica – Zveza 2011). V Zakonu o zdravstveni dejavnosti je opredeljeno, da morajo člani negovalnega tima za svoje delo prevzeti etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost (ZZDej 2005, 55. člen).

Člani negovalnega tima so nenehno v stiku z bolnimi, s poškodovanimi in z umirajočimi ter so tako pogosteje soočeni z grožnjami, s trpljenjem in smrtjo. Negovanje teh pacientov je ena njihovih najtežjih nalog (Klančnik Gruden 2003). Lyth (1988) kritično ocenjuje, da njihove

obveznosti vsebujejo tudi dejavnosti, ki so po običajnih merilih videne kot neprimerne in zastrašujoče. Vse to v njih vzbuja kaos občutkov usmiljenja, sočutja, ljubezni, krivde, tesnobe, sovraštva in zamere do pacientov. Zaradi vsega naštetega mora služba zdravstvene nege zaposlenim v zdravstveni negi nuditi stalno strokovno pomoč in podporo za soočanje s takimi občutki (Klančnik Gruden 2003).

Strokovno in odgovorno delo od medicinske sestre zahteva visoko stopnjo znanja, veščin in zrelo osebnost. Pacient tekom celotne zdravstvene obravnave štiriindvajset ur na dan potrebuje stabilno medicinsko sestro, ki se zna obvladati (Kvas in Seljak 2004b). Prosen (2010, 78) trdi, da se od medicinskih sester pričakuje, da se s »kompleksnimi spremembami in povečanimi zahtevami delovnega procesa učinkovito spopadajo in sprejemajo večje odgovornosti kljub pomanjkanju izvajalcev zdravstvene nege v določenih kliničnih okoljih«. Pri vsem tem morajo izvajalci zdravstvene nege slediti poslanstvu poklica, ki je v skrbi za pacienta neizogibno prežeto s čustvi do sočloveka.

Kakšna je samopodoba medicinskih sester, je pokazala raziskava Medicinske sestre v Sloveniji. Največ članov negovalnega tima meni, da ima »medicinska sestra delovne roke in dobro srce. Le slaba polovica vidi medicinsko sestro kot strokovnjakinjo« (Mrak 2001, 128). Tudi v »javnosti velja prepričanje, da se medicinskih sester ne da vzgojiti in da njihovo delo ni poklic, ampak poslanstvo« (Klančnik Gruden 2003, 9).

Oštir (2008, 162–163) opredeli »pediatrično medicinsko sestro kot koordinatorico, povezovalko in informatorja«. Ko se vzpostavi zaupanje in sodelovanje z otrokom in s starši, se želi ohraniti celovitost družine, družinskim članom se nudi podpora in se jih motivira pri soočanju s težavami v kriznih situacijah ter vnašanju sprememb v njihovo rutino življenja. Baznik (2005, 48) meni, da morajo zdravstveni delavci pri obravnavi bolnih otrok vključevati potrebe celotne družine. »V družino usmerjen pristop podpira družine v njihovi naravni, primarni skrbstveni vlogi in pri sprejemanju odločitev z oblikovanjem edinstvene moči posameznikov ter družin« (Baznik 2005, 48). V Kodeksu etike zdravstvene nege in oskrbe Slovenije (Zbornica – Zveza 2014) je zapisano, da so člani negovalnega tima dolžni svoje delo pri otroku in starših oziroma skrbnikih opravljati humano, strokovno in odgovorno. Medicinska sestra ali zdravstveni tehnik, ki delata ob bolnem otroku, morata biti še posebej zavzeta za njegove potrebe. Osebna odgovornost vsake medicinske sestre in zdravstvenega tehnika je, da skrbi za svojo strokovno rast. Zavedati se morata, da opravljata odgovorno in

humano delo. Za vtis pacienta na pediatričnem področju so pomembne »besede, strokovno delo vseh zaposlenih ter ne nazadnje tudi medsebojno sodelovanje« (Petrovič in Oštir 2013, 9, 11).

3.5.1 Pomen timskega dela v zdravstveni obravnavi pacienta

V zdravstveni obravnavi pacienta sodelujejo člani zdravstvenega in negovalnega tima, ki razvijajo komunikacijski slog, usmerjen v razumevanje pacienta in v skrb za njegovo dobro počutje. Ob tem se zavedajo, da niti dva človeka nista enaka. Musič (2007) pravi, da sta zdravstvena nega in medicina izjemno timsko naravnani. V timski zdravstveni obravnavi so v središču pacient, njegove potrebe in bližnji. Timski pristop se zahteva zaradi novosti na področju zdravljenja, humane in holistične obravnave pacienta in metode procesa zdravstvene nege pri zagotavljanju in nudenju zdravstvene obravnave. Za uspešno delo vseh udeležencev v timu je zelo pomembno, da znajo skupaj zgraditi in negovati dobre medosebne odnose, dobro komunicirati, si medsebojno zaupati in imeti občutek pripadnosti. Čustveno inteligenten izvajalec zdravstvene nege se zaveda samega sebe, svojega razpoloženja, svojih čustev ter učinkov na druge ljudi (Hochschild 1997). Za zdravstvene delavce je ta inteligenca temeljna, sicer se jim lahko delo zdi preveč zahtevno in tudi stresno (Musič 2007).

Za sodobno obliko organizacije dela je timski pristop nujen. Croizer (2003) trdi, da so predpogoj za uspešen interdisciplinarni odnos skupne vrednote, podobnost med strokami, znanje o interprofesionalni komunikaciji in občutek nizke stopnje ogroženosti (Hartely 2002). Aktivna vloga vsakega člana, medsebojno spoštovanje in zavedanje, da vsakdo odigra svojo vlogo v celotni sliki, učenje drug od drugega, odprtost v komunikaciji, pripravljenost na sprejemanje kompromisov in kooperativnost so nujni za dobro sodelovanje (Kornelsen in Carty 2003). Vendar ima timski pristop tudi negativno konotacijo, saj povzroči »spremembo odnosov med profesionalci ter delni razpad profesionalne identitete« (Pahor 2006, 35). Ravno različnost poklicnih filozofij medicine in zdravstvene nege se velikokrat navaja kot vzrok oteženega sodelovanja med strokami (Belle Brown in drugi v Bourgeault in Darling 2008, 100). Medpoklicno sodelovanje tako predstavlja velik izziv vpletenih, saj pri tem izgubljajo svojo avtonomijo. Abbott (1988, 28) piše, da se z »medpoklicnim sodelovanjem vse vpletene stroke odpovejo izključnemu monopolu nad področjem in zavestno pristanejo na regulirano jurisdikcijo«. Sodelovanje pomeni odnos enakovrednih partnerjev. Ob tem se poraja vprašanje, ali je medpoklicno sodelovanje med medicino in ostalimi zdravstvenimi strokami v

trenutni delitvi moči na področju delitve dela sploh možno. Orchard (2010) pravi, da govorimo o partnerstvu zdravstvenih strokovnjakov in pacienta takrat, ko ima pacient kontrolo nad oskrbo in se mu zagotavlja dostop do znanja in veščin članov negovalnega in zdravstvenega tima ter virov, s katerim je mogoče doseči zastavljene cilje. Medpoklicno sodelovanje izvajalcev zdravstvene nege in zdravnikov je zelo tesno povezano s kakovostno zdravstveno obravnavo, z zadovoljstvom pacientov, zaposlenih in menedžmenta, z večjim ugledom v strokovni in splošni javnosti ter z zaupanjem ljudi v zdravstvo (Klemenc in Pahor 2006).

Vrste timov avtorji opredeljujejo različno. Poulton (v Robida 2006, 25) opredeli »timsko delo kot medsebojno sodelovanje dveh ali več strokovnjakov v zdravstvu, ki delajo v medsebojni odvisnosti pri izvedbi zdravstvene oskrbe«. Tim je po besedah Cohen in Bailey (v Robida 2006, 25) »skupina ljudi, ki so soodvisni pri izpolnjevanju nalog, soodgovorni za izide, ki vidijo sami sebe in jih drugi vidijo kot socialno celoto, ki je vključena v enega ali več širših socialnih sistemov in skrbi za medsebojne povezave izven meja svoje ustanove«. Robida (2006) opredeljuje več vrst timov, ki so lahko sestavljeni glede na funkcijo, ki naj bi jo opravljal tim, lahko so osredotočeni na populacijo pacientov, na vrsto bolezni, raven zdravstvene obravnave itd.

Praper (2001) opredeli tri vrste timov. (1) Multidisciplinarni tim je sestavljen iz strokovnjakov z različnimi poklicnimi profili, ki izvajajo bolj zapleteno delovno nalogo. Vloge in dolžnosti so jasno opredeljene, vendar brez dobrega sodelovanja med strokovnjaki. (2) Interdisciplinarni tim je tim, za katerega je značilno sodelovanje med prisotnimi. Enakopravna komunikacija, odnosi, povezanost so na zelo visoki ravni. Vsak član opravi svojo nalogo, skupaj komentirajo, vrednotijo, oblikujejo skupno oceno, spodbujajo razvoj in ustvarjalnost. Nazadnje opredeli še (3) transdisciplinarni tim, ki se pojavlja redkeje. Ustvarja se visoka stopnja notranje povezanosti med strokovnjaki. Vsak član je sposoben holističnega reševanja problemov.

West (2004) opredeljuje štiri tipe timov in njihovih izidov: (1) v celoti delujoči tim (visoka učinkovitost, dobro opravljene naloge, dobro duševno zdravje članov, dolgoročna variabilnost); (2) prijetni tim (slaba učinkovitost, deloma opravljene naloge, povprečno duševno zdravje članov in kratka variabilnost); (3) disfunkcionalni tim (slaba učinkovitost, slabo opravljene naloge, slabo duševno zdravje članov in zelo nizka variabilnost); (4) hladni

tim (visoka učinkovitost, dobro opravljene naloge, povprečno/slabo duševno zdravje članov in kratka variabilnost).

Zdravstveni delavci delujejo v zdravstvenih, negovalnih in drugih timih (Klemenc in Pahor 2006). Klemenc (2005) ugotavlja, da sta dve izmed temeljnih značilnosti odnosov med zdravstvenimi delavci prav njihova hierarhičnost in medsebojno usklajevanje. Skupne značilnosti so specifični delovni pogoji. Narava dela predvideva vstop v pacientovo telesno, psihično, socialno, ekonomsko in drugo intimo. Prav tako se srečujemo s pomanjkanjem obeh poklicnih skupin. Vse to in spremembe v družbi vplivajo na medpoklicne odnose med člani negovalnega tima in zdravniki. Klemenc in Pahor (2000) sta ocenili, da obstajajo razlike med člani negovalnega tima in zdravniki, da se te razlike ohranjajo in jih je težko odpraviti. Spremeniti bi se jih dalo z izboljšanjem odnosne dimenzije zdravstvenega dela. Poredoš (2006, 15) navaja, da je okolje, ki nudi varnost in prisotnost pogojev za medsebojno zaupanje, možno ustvariti le v timu, ki deluje enovito, kjer vladajo zaupanje med različnimi zdravstvenimi delavci, kakovostna komunikacija in medsebojno spoštovanje. Medsebojni odnosi so v zdravstvenem kot negovalnem timu eden od osnovnih pogojev za kakovostne zdravstvene storitve. Le s timskim pristopom, kjer vsak člen deluje brezhrebno in se ob tem priznava ter upošteva vloga vsakega posameznika, je lahko zdravstveni sistem učinkovit. Vsi poklici v timu nastopajo kot partnerji. Vloga vseh sodelujočih mora biti natančno opredeljena, saj bo le tako tim učinkovit ter bo služil temeljnemu poslanstvu, torej skrbi za zdravje, kakovostnemu opravljanju zdravstvenih storitev ter lažšanju trpljenja vsakega pacienta.

Pri obravnavi pacienta je timski pristop stalnica delovanja zdravstvenih delavcev, ki se začne s sprejemom pacienta v zdravstveno obravnavo. Za produktivno delovanje članov v negovalnem in zdravstvenem tima je potrebno nujno sodelovanje, medsebojno spoštovanje in zaupanje med vsemi člani, prednost pri tem pa ima skrb za pacienta (Poredoš 2003). Filej (2006, 17) pravi, da je timsko delo osnova in glavna sestavina za medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu ter pomembna kakovost pri obravnavi odnosov. Pretnar Kunstek (2006, 18) ocenjuje zdravstvene delavce kot dobre in učinkovite partnerje in sodelavce, če se že v času izobraževanja pripravljajo na timsko delo, sodelovanje, spoštovanje, upoštevanje znanja in strokovnosti drug drugega. Šmitek (2006, 123) izpostavi strokovno znanje in sposobnosti za vzpostavitev profesionalnih medsebojnih odnosov, ki omogočajo zadovoljivo obojestransko interakcijo, učinkovito komunikacijo, vzpostavljanje spoštovanja, zaupanja in profesionalnega povezovanja. Vzpostavitev medsebojnih odnosov ni možna brez

medsebojnega izražanja, zaznavanja in razumevanja čustev, ki sodijo v človekov vsakdan. Molyneux v Kadivec in drugi (2006, 184) daje pomen ustrezni in strokovni koordinaciji ter komunikaciji za vzpostavitev učinkovitega sodelovanja v zdravstvenih skupinah. Za uspešno delovanje zdravstvenih skupin se morajo vsi člani počutiti enakovredni in pomembni v svojih vlogah. S tem jim je omogočeno deliti si poklicno avtonomijo in biti učinkovitejši v tinskem delu. Ko člani negovalnega tima delujejo kot učinkovit tim, so bolj produktivni, prisotnost stresa je manjša, kakovost obravnave pacientov je večja, večja je varnost in pacienti so bolj zadovoljni (Kalisch in drugi 2009). V nadaljevanju se osredotočimo na pomen medosebnih odnosov ter podporne in empatične komunikacije v zdravstveni obravnavi pacienta.

4 MEDOSEBNI ODNOSI IN KOMUNIKCIJA V ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI PACIENTA

Medosebni odnosi in komunikacija sta pomembni sestavini vseh strok, ki delajo z ljudmi. Dobro počutje ljudi je odvisno od sposobnosti, da konstruktivno in učinkovito upravljamo z odnosi in s komuniciranjem, vendar to ni preprosto, saj učinkovito komuniciranje ni prirojena sposobnost. Vzorci komunikacije »reflektirajo značilnosti in sposobnosti udeležencev komunikacijske situacije, njihovo osebno zgodovino, zgodovino odnosov, družbeni in situacijski kontekst, kjer poteka komuniciranje, ter zaznavo drug drugega« (Ule 2009a, 7).

4.1 POMEN MEDOSEBNIH ODNOSOV

S stališča sociologije odnos med zdravstvenim delavcem in pacientom ni zgolj medoseben. Poleg zdravstvenega delavca, ki je strokovnjak na svojem področju, sta pomembna tudi okolje, v katerem pacient živi, in njegova pripadnost družbenim skupinam. To je odnos dveh različnih skupin, ki se razlikujeta po usmerjenosti, sposobnostih, moči in prestižu. Oba sta vpeta v družbene odnose in zaradi vrednot zdravja in znanosti je omenjeni odnos postal predmet teoretičnih raziskav sociologov (Adam in Herzlich 2002). Parsons (1968) je prvi sociolog, ki se je ukvarjal z razumevanjem odnosa med pacientom in zdravnikom. Meni, da je zdravje nujno za obstoj družbe. Bolezen razume kot potencialni odklon v družbenem redu. Zdravnik je človekoljuben in pacientu nudi strokovno znanje, saj ta potrebuje pomoč. Ta model je asimetričen (zdravnik je tisti, ki rešuje pacientov problem) in skladen (pacient priznava zdravnikovo moč in terapevtski odnos temelji na recipročnosti). Ker ima zdravnik dostop do pacientovih osebnih podatkov, mora imeti do njega topel, vendar nevtralen odnos (Adam in Herzlich 2002). Vlogi, ki ju pri tem zavzemata in oba pravilno odigrata, sta po Parsons (1968) komplementarni in sporazumni. Adam in Herzlich (2002) opisujeta, da zdrav odnos do pacienta ne sloni zgolj na osebnem odnosu, ampak na abstraktivnih predpisih o strokovni usposobljenosti.

Szasz in Hollander (1956) sta obravnavala tri modele terapevtskega odnosa. Do (1) aktivno-pasivnega odnosa pride v primeru resnih poškodb, kome, anestezije, kjer je pacient pasiven in zdravstveno osebje povsem aktivno. V manj resnih situacijah, kjer je pacient sam sposoben slediti navodilom in delno sodelovati pri odločanju, deluje odnos na način »starši – otrok« (2).

Pri kroničnih pacientih se izpostavlja (3) partnerski odnos, kjer zdravstveno osebje pomaga pacientu k čim večji samooskrbi. Nasprotno trdi Freidson (1988), saj medicina ni univerzalna v skrbi za dobro pacienta, ampak je zdravniški poklic ena izmed interesnih skupin v družbi. Trdi, da je nasprotje med zdravnikom in pacientom vedno prisotno. Zdravnik pojmuje potrebe pacienta in pacienta samega v skladu s svojim strokovnim znanjem, na podlagi katerega določi diagnostiko in zdravljenje. Pacient pojmuje svojo bolezen s stališča svojega vsakodnevnega življenja in kulturnega okolja. Tako pride do srečanja strokovne in laične kulture. Pediatrijo in kirurgijo izpostavi kot primer aktivno-pasivnega modela odnosa med pacientom in zdravstvenim osebjem. Strauss in drugi (1985) opredeljujejo odprt odnos med pacientom in zdravstvenim osebjem. Stvari se tako sproti dogovarjajo in vsakdo lahko vpliva na potek ter rezultate zdravljenja. Zdravstveno osebje podaja informacije in odgovarja v okviru svojih kompetenc ter hkrati gradi medosebni odnos s tem, ko postavlja večji del vprašanj. West (1979) je opravil raziskavo med starši otrok, ki imajo epilepsijo. Na začetku obravnave zdravnik daje pobudo in nadzoruje situacijo. Od tretjega srečanja dalje pobudo prevzamejo starši, ki so bili pred tem pasivni. Tako so vsi v enakovrednem položaju.

V zdravstvu so ključni medsebojni odnosi, ki jih Šmitek (2006, 128–129) opredeli kot »nenehne stike med pacienti in zdravstvenimi delavci ter med člani različnih timov v okviru zdravstvene obravnave pacienta«. Stiki so podvrženi različnim zunanjim vplivom, okoliščinam in individualnim sposobnostim. Giddens (v Ule 2009a, 317) trdi, da gre v odnosih za »povezanost življenj«. Galvin in Wilkinson (v Ule 2009a, 318) govorita o odnosu šele takrat, ko dvoje ali več ljudi prostovoljno in kontinuirano izvaja medsebojne interakcije in ob tem interpretira svoje vedenje. Ule (2005) opredeli odnos med pacientom in zdravstvenimi delavci kot zasnovan na menjavi. Predpogoj temu je obojestransko zaupanje in določena stopnja odgovornosti. »Za tovrstno zaupanje je torej značilna ambivalentnost, negotovost, strah in občutek tveganja, saj ta odnos vsebuje visoko stopnjo odvisnosti in ranljivosti« (Ule 2005, 141). Vsak posameznik in družbe imajo občutek negotovosti, nestabilnosti in nezaupanja v prihodnost, kar je svetovno razširjeno in je hkrati nova neprijetna zaznava.

Temelji terapevtskega odnosa so v »konceptih poslušanja, pozornega sledenja in odzivanja« (Rungapadiachy 2003, 283). Pajnkihar (1999, 212) pravi, da je »vzpostavitev terapevtskega odnosa proces, v katerem se vodi člane negovalnega tima, temelji na zaupanju in spoštovanju, da se pacienta sprejme, ceni in spozna njegove potrebe in težave«. Pacienta je treba sprejeti

takšnega, kot je, in ga ne sprejeti zgolj zaradi določenih stvari, ki jih zmore ali ne zmore opraviti (Rungapadiachy 2003). Smith (2001) poudarja, da je za ustvarjanje dobrih in delujočih delovnih odnosov treba spoštovati ljudi zato, ker so takšni, kot so. Rogers (v Rungapadiachy 2003, 283) omenja tudi nesebično skrb oziroma sprejemanje opredeli kot prisposodbo za spoštovanje, zaupanje in neposessivost. »V terapevtsko komunikacijo vstopata vsak s svojimi izkušnjami, občutki, strahovi, pričakovanji in vrednotami« (Pajnikihar 1999, 212). Z ljudmi je treba bit sočuten, iskren, jasno govoriti o svojih občutkih in stališčih (Smith 2001). Hrbtenica vsakega terapevtskega odnosa je samozavedanje. »Humanistično dimenzijo dajejo komunikaciji toplina, pristnost, empatičnost in sprejemanje« Rungapadiachy (2003, 271). »Zaupanje temelji na etičnosti izvajalcev zdravstvene nege ter strogem samonadzoru« (Hampton in Hampton 2004, 1049). »Profesionalec je sam zavezan, da zagotovi ugodne razmere za pacienta« (Hall 1968, 92). Omenjeno z avtonomijo s seboj prinaša še zavedanje o odgovornosti strokovnjaka za lastne odločitve in dejanja (Hall 1968). V konkretnih situacijah to vedno ne deluje. »Kot posledica nezaupanja javnosti se je v drugi polovici 20. stoletja posledično povečal družbeni nadzor nad člani negovalnega tima« (Pahor 2006, 29). Trupi (2012) navaja, da medosebni odnosi v delovnem in družbenem okolju temeljijo na osebnostnih značilnostih posameznikov, ki to okolje sestavljajo. Tudi pri profesionalnem odnosu je nemogoče popolnoma izključiti osebne lastnosti vključenih. Brez dobrih, enakovrednih medosebnih odnosov v timu, ki sodeluje pri zdravstveni obravnavi, pač ne gre. Vendar se še dandanes dogaja, da so člani negovalnega tima raje tiho in storitev opravijo, kot pa da bi se upali postaviti zase in povedati svoje mnenje. Zdravnika se velikokrat pusti pri miru, medtem ko se ostale člane lahko zmoti kadarkoli.

Poredoš (2006, 15) ocenjuje, da se »zdravstveni delavci srečujejo s pomoči potrebnimi v najbolj občutljivih obdobjih njihovega življenja. Gre za izjemno občutljivo območje in za zelo zahtevno komunikacijo med nosilci in porabniki zdravstvenih storitev«. Če se želi pacienta resnično obravnavati timsko, se morajo tega zavedati vsi v timu. Vsi člani morajo imeti jasno opredeljene vloge in naloge, delati morajo s skupnim ciljem – pomagati tistemu, ki potrebuje njihovo pomoč. Birchenall in Birchenall (1998) poudarjata zavedanje, da je v zdravstvenem in negovalnem timu ter tudi v odnosu do pacientov in njihovih bližnjih potrebno vzajemno zaupanje in nenehno vzpostavljanje medosebnih odnosov. Ti kratki stiki, interakcije in medosebni odnosi niso značilni le za zdravstveno nego, ampak tudi za širšo družbo. Ule (2009b, 316) trdi, da so »medosebni odnosi strukture in dogajanja, ki izvirajo iz vsakodnevnih interakcij ter dogodkov, ki te odnose vzpostavljajo in krepijo«. Učinkovita komunikacija ter

dobri in zaupljivi medosebni odnosi so »ključni za dobro delovanje zdravstvenega in negovalnega tima« (Borak 2009, 4). Klemenc (2009) je na 7. kongresu zdravstvene in babiške nege poudarila temeljne postavke sodobne zdravstvene obravnave: kakovost, varnost, učinkovitost, spoštljiv empatičen pristop, vzpostavljanje medosebnih odnosov in etični vidiki.

4.2 VLOGA KOMUNIKACIJE V ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI PACIENTA

Družba usmerja in določa način komuniciranja med pacientom in zdravstvenimi delavci, katerih skupni cilj je ozdravitev pacienta (Adam in Herzlich 2002). Komuniciranje in zdravljenje gresta z roko v roki ter temeljita na vzajemnosti, obojestranskem pomirjanju, angažiranju in zaupanju. Komuniciranje ni sredstvo za realizacijo ciljev, ampak srečanje dveh oseb, ki oba povezuje in zavezuje v procesu zdravljenja (Ule 2003a). Del procesa zdravljenja je pogovor. Kramova in Isabellova (v Koporec Oberčkal 2010, 53) opredelita štiri vrste medosebnih odnosov na delovnem mestu. (1) V mentorskem odnosu med mentorjem in mentorirancem mentor pomaga mentorirancu pri napredovanju v karieri. (2) Informacijski odnos je odnos med posamezniki, kjer gre za nizko samorazkrivanje in zaupanje. (3) Kolegialen je odnos med posamezniki, za katerega so značilne pomoč pri strateškem načrtovanju posameznikove kariere, čustvena podpora ter povratne informacije v zvezi z delom in s prijateljstvom. Nivo zaupanja in samorazkrivanja je zmeren, prihaja tudi do priložnosti za samovrednotenje. (4) Poglobljeni posebni odnos je značilen za posameznike, za katere so značilni poglobljeno potrjevanje, čustvena podpora, osebne povratne informacije in tudi prijateljstvo. Prihaja do večjega samorazkrivanja in samoizražanja. Ta odnos se razvija nekaj let in omogoča temeljno rast posameznika, vendar ga zaposleni redko ustvarijo.

Ule (1997, 199) izpostavlja, da »medosebni odnosi temeljijo na zaupanju, sodelovanju itd. ter so posledica stalnih in trajnih interakcij med vsaj dvema osebama«. Prav tako Ule (2009a, 316) trdi, da »vsak komunikacijski proces poteka prek socialnih odnosov in v njih udeleženci drug drugemu predstavljajo samega sebe, svoja videnja in odnos drug z drugim«. Rungapadiachy (2003, 287, 359) pravi, da je »zaupanje abstrakten pojem, ki je odgovoren za uspeh/neuspeh kakršnegakoli odnosa med dvema osebama in je za medosebne odnose izredno pomemben«. Dogajanje vedno zajema verbalno in neverbalno komuniciranje, je namerno ali spontano, vendar vedno socialno pomenljivo in simbolno (Ule 2009a). »Poteka na fiziološki, psihološki in socialni ravni človeške eksistence« (Ule 2003a, 114). Gottschlich je leta 1998 opisoval odkrivanje soodvisnosti in pomena komuniciranja za zdravje in zdravljenje (Ule

2003a). »Komuniciranje je zelo širok pojav, je simbolična dejavnost in vsebuje kognitivne ter nevrološke procese. Komuniciranje lahko presega interakcije med posamezniki in se pojavlja, kjer se vzpostavljajo odnosi med ljudmi« (Ule 2003a, 114–115). Ule (2009a, 12) tudi ocenjuje, da je »komuniciranje osrednja socialna in univerzalna dejavnost ljudi zato, ker ljudje večino časa posvetimo komuniciranju z drugim ali s seboj«. To nam izjemno veliko pomeni, saj je komuniciranje edini način, prek katerega spoznamo sebe in znamo to povedati tudi drugim.

Nadalje Ule (2003a) opredeli komuniciranje kot kompleksen in dinamičen proces, kjer se izmenično dogaja dajanje in jemanje ter je sestavljeno iz jemanja anamneze in izvajanja zdravstvene vzgoje. Vse je med seboj povezano in tvori se kompleksen komunikacijski sistem, v katerem se pojavljajo pozitivne in negativne komunikacijske izkušnje. »Komuniciranje izhaja iz predpostavljenih odnosov in interaktivnih procesov« (Ule 2005, 120), kjer ima pomembno vlogo socialni kontekst, torej celota elementov okolja, ki deluje na interakcijo ali ona deluje nanje. Kontekst je celota pravil, ki določajo samo interakcijsko situacijo. Stabilna komunikacijska situacija pripomore k ohranjanju ravnotežja v socialni situaciji. Uspešna komunikacija po Ule (2005, 122) terja »vodenje in medsebojno usklajevanje vsebinskega in odnosnega vidika komuniciranja«. Če so si partnerji v komuniciranju enotni, je to za komunikacijsko situacijo najbolj idealno. Komuniciranje izhaja iz odnosnih in interaktivnih procesov v povezavi celote elementov okolja. Izhodišče teorije je v tem, da nekomuniciranje ni mogoče. Kakor hitro se znajdemo v medosebni situaciji, smo že v komuniciranju (Ule 2003a).

V pediatrični zdravstveni obravnavi in vsakdanjem življenju je medosebno komuniciranje izredno pomembno. Ule (2003a, 118) ga opredeli kot »najpopolnejšo obliko komuniciranja v socialnopsihološkem smislu, saj je to dinamičen dvosmeren proces, v katerem se predpostavlja odgovor sprejemnika«. Z njegovo pomočjo definiramo sebe, pridobivamo in ohranjamo integriteto in realiziramo lastno socialnost. Prav tako zadovoljujemo tri vrste socialnih želja: (1) »željo po vključenosti,« (2) »željo po kontroli« in (3) »željo po skrbi za druge s težnjo, da tudi drugi skrbijo za nas, kadar smo pomoči potrebni«. Komuniciranje je navsezadnje potrebno za naše preživetje (Ule 2003a, 119). »V komunikacijskem odnosu v zdravstvu se skriva nesluten in presenetljiv potencial zdravljenja« (Ule 2003a, 131). Komunikacija mora zavzemati osrednje mesto v zdravstvenih obravnavah, čeprav se jo pogosto podcenjuje (Ule 2003a, 131).

»Medosebna komunikacija je nujna za vzpostavljanje in krepitev medosebnih socialnih odnosov« (Rakovec Felser 2009, 38). Moralno komuniciranje med ljudmi pripelje tudi do »medsebojnega razumevanja« in do spoštljivega zavzemanja distance do drugega kot način poskusa približevanja. Pri tem lahko pomaga tudi »medosebni prostor« (Sevenhujsen 2003, 23). Rungapadiachy (2003, 234, 284) trdi, da so »za učinkovito komuniciranje s sočlovekom potrebne medosebne spretnosti, saj med njima obstaja pozitivna korelacija. /.../ Ključni element je samozavedanje, ki prodira skozi mikro komponente medosebnih odnosov, ki so sprejemanje, pristnost, toplina, poslušanje, empatija, pozorno sledenje in odzivanje.« Avtor opredeli tri ključne spodbujevalce samozavedanja: (1) zaupanje, (2) razkrivanje in (3) povratno informacijo. Tudi Stanton (v Rungapadiachy 2003, 249) ocenjuje, da je bistvo namena komuniciranja biti slišan in priznan, razumljen in sprejet. Poredoš (2006, 15) izpostavi, da je »kakovostna komunikacija le takrat, ko se pacient znajde v takšnem okolju, ki mu nudi občutek varnosti in so prisotni pogoji za medsebojno zaupanje«. Gottschlich (v Ule 2005, 132) pravi, da »je škodljiva izguba komuniciranja simptom globlje ležeče duhovne krize moderne medicine«. Pri nas se še vedno kažejo izkušnje komunikacijskega neuspeha v zdravstvu. Zavedati se je treba, da je »komunikacija v zdravstvu zapleten proces medsebojne udeležnosti, ki se je ne da priučiti z verbalnimi strategijami« (Ule 2005, 132).

4.2.1 Podporno komuniciranje

Podporno komuniciranje je izredno pomembna spretnost za vse ljudi in vsi bi se ga morali naučiti ter ga ceniti, saj se uporablja v vsakdanjih medosebnih odnosih in poklicih. To je »oblika besednega in nebesednega komuniciranja«. Z njim se želi pomagati tistim, ki potrebujejo pomoč in podporo« (Ule 2009b, 295). Socialna podpora je način, kako ljudje v komunikacijski situaciji ponudijo pomoč. »Podporno komuniciranje je lahko zavestno, namerno, naključno, spontano in nezavedno« (Ule 2009b, 297). Avtorica ocenjuje, da so motivi za podporno komuniciranje lahko različni in kompleksni. Ule (2005, 347) poudarja, da so odvisni od »osebnostnih značilnosti udeležencev, komunikacijske situacije, od sposobnosti empatije, od čustvenih povezav med njimi, skupnostnih norm in predvsem etike skrbi«. Avtorica ocenjuje, da na podporno komuniciranje vpliva splošno družbeno in kulturno vzdušje ter civilizacijske norme. »Te norme človeka nagovarjajo bodisi kot odgovornega za dobrobit človeštva, kot odgovornega za svoje življenje ali celo kot posameznika, ki svoje udobje gradi na račun drugih« (Ule 2005, 347).

Sočutje lahko po Tschudin (2004) opredelimo kot drugi najpomembnejši dejavnik podpornega komuniciranja in je več kot skrbstveno delo. Sočutja se ne da naučiti, saj ga noben program iz občutljivosti ne da. Sočutje je pomemben vidik skrbstvenega dela ter zahteva poznavanje posameznika in njegovih vrednot. Sočutje sprašuje, vodi k zaključkom, zagovarja druge ter temelji na lastnih izkušnjah (Tschudin 2004). »Empatija, sočutje in zaupanje« so »pomembni trije dejavniki podpornega komuniciranja« Ule (2005, 363). Značilnosti, kot so empatija, zaupnost, spoštovanje, sprejemanje in samorazkrivanje, so usmerjene v pacienta in k cilju (Glodež 2006). Perić (2006, 126) ocenjuje, da je »dobra komunikacija temelj holistične pediatrične zdravstvene obravnave«.

Sevenhuijsen (2003, 22–23) ocenjuje, da je prva vrednota in pomemben vidik pozornosti tudi to, da smo empatični. Etični odnos se začne s pripravljenostjo, da smo odprti za danost posameznikove enkratne subjektivnosti. Rungapadiachy (2003, 284) zatrjuje, da je spretnost vstopiti v svet drugega in vedeti, kdaj in kje izstopiti, predpogoj za medosebni odnos, v katerem se pomoč nudi. Hkrati opozarja, da je to početje lahko tudi nevarno. Goffman je že pred več kot 30 leti poudarjal upravljanje z vtisi v medosebnem komuniciranju in zaželenem vedenju v različnih vlogah. Logika interakcije ohranja ravnotežje socialnih odnosov in komuniciranje ter interakcijo naredi tekočo, gladko in razumljivo za vse udeležence (Goffman 1991). Vendar je v komunikaciji potrebna tudi komunikacijska kontrola, ki je zelo pomembna na področju zdravstva in zdravstvene nege (Ule 2003a, 126).

Odnos med zdravstvenimi delavci in pacienti mora biti emocionalno nevtralen. »Emocionalna distanca zavaruje pacienta in zdravstvenega delavca« (Ule 2003a, 77). Parson (1968) je že davno uvidel, da so norme in socialne vloge vpletene v socialno konstrukcijo bolezni in zato tudi vplivajo na medosebne odnose. Pacienti še vedno dojemajo svojo vlogo kot podrejeno in odvisno. Vzrok za to je verjetno še vedno v nepoznavanju bolezni, v negotovosti, strahu in šibkosti in ne v sprejemanju odgovornosti ter skrbi za zdravje. Vloga pacienta zahteva določeno vedenje, nalaga se mu obveznosti in omejitve. Poznamo štiri kriterije, po katerih člani zdravstvenega in negovalnega tima presojujejo paciente in za otroke ne veljajo, saj še niso odgovorni za svoja vedenja (Radley v Ule 2003a, 82):

- pacientova motivacija za ozdravitev,
- kakovost odnosa oziroma sodelovanja, ki se ga vzpostavi,
- demografske značilnosti pacienta,
- čustvene reakcije pacienta.

Ivanuša in Železnik (2008, str. 43) menita, da je »terapevtski odnos osnova zdravstvene nege in vključuje pacientovo sodelovanje in njegove cilje«. Vodilni cilj medicinske sestre je komunikacija, ki pospešuje dobro počutje in osebno rast vpletenih. Po Glodež (2006, 111) »sodeluje medicinska sestra v terapevtski komunikaciji s pacientom aktivno, saj je vpletena v pacientovo osebno rast in razvoj«. Vzpostavitev takšnega procesa temelji na zaupanju, ki zahteva čas in skrbno vodenje članov negovalnega tima, ter na spoštovanju do pacienta, ki se ga sprejme, ceni ter spozna njegove potrebe in negovalne probleme. Ivanuša in Železnik (2008, 43) trdita, da je pacient v terapevtski komunikaciji v središču pozornosti, »člani negovalnega tima so svetovalci in skupaj z njim gradijo zavezništvo in ohranjajo njegovo avtonomijo«. Podporno komuniciranje je pomembno v pediatrični zdravstveni negi. Znanje za to vrsto komuniciranja morajo člani negovalnega tima dobiti v času formalnega izobraževanja. V klinični praksi, ob pacientu, si pridobijo veščine, kako podporno komuniciranje dejansko udejanjiti v praksi zdravstvene nege.

4.2.2 Empatično komuniciranje

Empatično komuniciranje Ule (2005, 136–137) opredeli kot »ne metodo in ne tehniko,« ki jo uporabljajo zdravstveni delavci in se je ne da zlahka naučiti. Avtorica opredeli to kot sočutje in empatičen odnos, ki sta odločilni dimenziji odnosa zdravstvenega delavca do pacienta in njegovih bližnjih. Empatično komuniciranje je samo po sebi cilj in ga je vedno znova treba aktivirati. Je pomemben element sočutja, kjer se vživlja v drugega, saj je to potrebno za razumevanje duševnih procesov. S pomočjo omenjenega pacient predstavi samega sebe, ob tem pa zdravstveni delavec spoštuje avtonomijo in dostojanstvo pacienta. Gottschlich (v Ule 2005, 137) razume empatično komuniciranje kot »del zdravljenega procesa, ki zajema oba, tistega, ki pomaga, in tistega, ki pomoč potrebuje. Torej, ko pomagamo drugemu, da ozdravi, zdravimo tudi svoje srce«. Ule (2005, 138) trdi, da pacienti menijo, da se »zaupanje gradi na komuniciranju in vključuje tudi predelavo pacientovih čustev in možnih tveganj«.

Empatija je pomembna sestavina strokovnosti in je vzajemno koristna (Veloski in drugi 2005). V zdravstveni negi se pojem empatije pojavlja v petih oblikah: (1) kot človeška lastnost, (2) kot profesionalno stališče, (3) kot komunikacijski proces, (4) kot skrb in (5) kot poseben način povezovanja s pacientom (Kunyk in Olson 2001). Fields in drugi (2004) predstavijo empatijo kot temelj kakovosti humanističnega vidika skrbi, ki mora biti vključena v formalno izobraževanje in usposabljanje vseh strokovnjakov, ki skrbijo za paciente.

Empatičen odnos je sočutje in odlična dimenzija odnosa zdravstvenih delavcev do pacienta. Takšen odnos je treba vedno znova aktivirati, ne da se ga opravlja rutinsko in udeležence povezuje v skupnost usode (Ule 2003a).

Le empatično komuniciranje nudi pacientom delni nadzor nad zdravstveno obravnavo, aktivnostmi zdravstvene nege in odločitvami. Takšno komuniciranje »aktualizira čustvene, duhovne in mentalne komponente zdravilnega procesa, v katerem se mora spoštovati avtonomijo, dostojanstvo pacienta ter njegovo samodefincijo in samopodobo« (Ule 2003a, 137). Tisti, ki ima dobre komunikacijske spretnosti, naredi sebe bolj učinkovitega. Vrata do profesionalne učinkovitosti se odpirajo s komuniciranjem, z zaupanjem, s sodelovanjem in spoštovanjem. Ule (2003a) pravi, da v navalu pacientov in časovnih stisk včasih ni mogoče ustvariti niti okoliščin za odkrit pogovor, kaj šele za empatično komuniciranje.

Videti stvari iz pacientovega okvira je bistvo nudenja oskrbe in pomoči, vendar je to možno le prek samozavedanja. Škrabl (2005) ocenjuje, da nam bo pacient razkril svoje tegobe in potrebe le takrat, ko bo vzpostavljen empatičen in zaupljiv medosebni odnos brez kakršnegakoli obsojanja. Zato Giddens (2000) govori o simbiotičnem odnosu med zaupanjem in tveganjem, saj se je treba odpreti drugemu, spoznati notranja občutja in ne biti v intimnem razmerju s pacienti. Tukaj je pacient nagovorjen, da govori, da zaupa svoja občutja, težave. Zdravstveni delavci spodbujajo odprtost pri pacientu, ob tem pa sami ne razkrivajo svojih osebnih misli in občutkov. Pozdrav, predstavitev, stisk roke, topel pogled so tisto, kar v prvi vrsti pričakuje pacient, ko pride v zdravstveno obravnavo. Empatičen pristop odpira vrata pri vzpostavljanju zaupljivih medosebnih odnosov do sodelavcev in pacientov.

5 POMEN SKRBI V ZDRAVSTVENI NEGI

V jeziku vsakdanjega življenja je skrb pogosto »implicitno negativno označena praksa, odnos ali delo« (Humer 2007, 81). Skrb v vsakdanjem življenju je utemeljena v odvisnosti ljudi med seboj in medosebnih odnosih (Sevenhuijsen 1998, 2003; Gilligan 1998; Bowden 1997; Tronto 1993). Začeli so ga opredeljevati že pri Aristotelu. Etiko skrbi v odnosu mati – otrok so raziskovali v poznih 70. letih 20. stoletja (Held 1995, 2002; Ruddick 1990; Noddings 1986; Gilligan 1998). V 90. letih 20. stoletja so etiko skrbi raziskovali v povezavi s politiko, moralo, demokracijo in državljanstvom (Sevenhuijsen 1998, 2003; Williams 2001; Tronto 1993). Kljub številnim demografskim spremembam, spremembam pogojev dela in samemu trgu dela se skrb danes še vedno raziskuje v politiki zdravstva, politiki družine, politiki enakih možnosti, usklajevanju dela in družine ter skrbi za starejše (Sevenhuijsen in Švab 2003; Williams 2001; Sevenhuijsen 1998; Morgan 1996).

V slovenski strokovni literaturi se pojavljajo različni prevodi za angleški *care*. Rener (2000) ga prevaja z izrazom nega oziroma negovalno delo, Sevenhuijsen in Švab kot skrb (2003). V zdravstveni negi prevajamo angleško besede *care* kot skrb za druge (Pajnikihar 2008b), pojem skrbi (Klemenc 2003), skrbstveni vidik, skrbno zdravstveno nego. Skrb je opredeljena tudi v Slovarju slovenskega knjižnega jezika.¹

Skrb se razume kot nekaj samoumevnega, srečamo jo na vsakem koraku svojega življenja, vendar je še vedno velikokrat nevidna. Na vseh področjih človekovega življenja je skrb postavljena v središče dogajanja. Bowden (1997) in Hochschild (1997) opozarjata, da se je tudi v zgodovini angleško govorečih držav zahodnih družb skrb razumelo kot prepreko, breme, žrtvovanje, bolečino in trpljenje. Foucault (1988) ne razume etike kot sopomenke skrbeti zase, temveč jo opredeli kot imperativ »skrbi zase«. Skrb zase je etična že sama po sebi in vključuje socialno mrežo odnosov, zato je etos svobode način skrbi za druge.

¹ Slovar slovenskega knjižnega jezika navaja številne razlage, med katerimi so za zdravstveno nego zanimive: (1) skrb: uresničitev, normalen potek nečesa, za zadovoljitev potreb /.../; (2) skrbeti: prevzeti, imeti delno/celovito odgovornost za nekaj, nekoga; skrbim za bolnika – kot celoto, skrbim za okolje, dobro počutje, čistočo /.../; (3) poskrbeti za: izvesti nekaj trenutno, konkretno; delna realizacija neke odgovornosti oskrbeti /.../ koga z /.../, oskrba nekoga ali nečesa; kar se nanaša na fizično ali materialno stanje; oskrba s perilom, oskrba bolnika s tekočino, higienska oskrba, oskrba bolnika na splošno (SSKJ 2002). V slovenščini je skrb težko prevedljiv pojem. Osnovo ima v besedi *caritas* (skrb, dejavna ljubezen, materinska ljubezen). V družboslovju je nedefiniran koncept, ki izraža delo in ljubezen, dejavno ljubezen, naklonjenost, ki jo izražamo z dejanji, itd. (Klemenc 2003). Pahor (2006) opredli skrb (*care*) ključni koncept v zdravstveni negi, ki je prežet z altruizmom, nadzorovanjem in paternalizmom.

Zavedanje lastnih potreb in znanje o sebi sta analogna poudarkom feministične etike skrbi, ki postavlja prepoznavanje lastnih potreb kot pogoj za prepoznavanje potreb drugih (Humer 2007).

Kljub pozitivnim učinkom skrbstvene obravnave je skrb dandanes še vedno v podrejenem položaju in v odnosnem vidiku do zahtev, ki so postavljene pred izvajalce zdravstvene nege pri njihovem vsakodnevnem delu. Velikokrat se v kliničnem okolju čuti časovna, materialna in prostorska omejenost ter obremenjenost s soodvisno vlogo, ki jo imajo omenjeni izvajalci v zdravstveni obravnavi otroka. Princip popolne podrejenosti zdravstvene nege iz 19. stoletja je ključni problem sodobne zdravstvene nege (Pahor 1997). Tudi Bigec (2006) ocenjuje, da je glavni problem članov negovalnega tima še vedno vmesni status med zdravnikom in pacientom. Članom negovalnega tima je res naložena primarna skrb za paciente, vendar so velikokrat podvrženi tudi birokratskim pravilom in moči medicinskih avtoritet, ki zavirajo težnje članov po poklicni avtonomiji. Prav tako Ule (2003a) navaja, da so člani negovalnega tima podvrženi časovnim pritiskom. Ob tem jih tako pacienti kot zdravniki ovrednotijo kot manj pomembne in manj vredne, čeprav prevzemajo velik del pogajanj med zdravniki in pacienti.

V zdravstveni literaturi obstajajo številne konkurenčne konceptualizacije za skrb. Mayeroff (1971) opiše osem »temeljnih elementov« skrbstvenega dela. Njegovi vzorci pomoči so si med seboj podobni in tako kot nudi pomoč starš otroku, učitelj učencu, jo nudijo člani negovalnega tima v odnosu s pacienti. Mayeroff (1971) trdi, da lahko skozi skrbstveno delo človek smiselno živi svoje življenje. Kadar pa se izgubi skrb kot osnovni element človekovega bitja, se izgubi svojo bit. Nouwen in drugi (1982) skrb opišejo kot predpogoj za zdravljenje, saj se je skrbstveno delo opravljalo veliko prej kot zdravljenje pacienta. Wilkin in Slevin (2004) ugotovita, da je Roach (1984) utemeljila vrsto elementov skrbstvenega dela, kjer vsi izhajajo iz temeljne izjave, da je skrb človeški način bivanja. Šmitek (2001) opiše, da skrbstveno delo vključuje sočutje, kompetentnost, zaupanje, vest in dolžnost. Skrb se dojema kot vedenje ljudi ter vključuje kognitivne, čustvene, tehnične in druge spretnosti, v katerih se strokovno skrb lahko izrazi. Je kontinuiran proces, praksa brez nadzora, saj poteka v medsebojnem razumevanju, zaupanju in odgovornosti.

Čeprav se skrb dojema kot pomembna, je v literaturi o praksi zdravstvene nege še vedno premalo zapisanega glede pomena izraza »skrbi«. Morse in drugi (1991) so skrb – *caring*

opredelili s petimi konceptualizacijami skrbi: (1) skrb kot človeško lastnost, (2) skrb kot moralno obvezo, (3) skrb afekta, (4) skrb kot medosebne interakcije in (5) skrb kot terapevtski poseg. Skrb kot človeška lastnost se nanaša na teorije, ki trdijo, da je skrb del človeške narave in je prirojena lastnost, ki jo imajo vsi ljudje. Pahor (1997, 110) pravi, da je Celia Davies (1996) ločila izraze skrb, skrbstveno delo in profesionalna skrb. Zadnjo definira kot neko »dejavnost zadovoljevanja fizičnih, čustvenih, duhovnih potreb drugega ter zavezanost podpora tistemu, za katerega skrbimo«. Avtorica opisuje odnos, sposobnost refleksije in ne postopkov, ki jih je treba pri drugem izvajati (Pahor 1997). Tuckett (2005) opiše deskriptor za skrb kot »počutje na svetu«, kot človeško lastnost in del človekove narave, ki ima bistven pomen za obstoj človeštva. Skrb se šteje kot osnovna lastnost in temelj človeške družbe. Foucault (1988) opredeli »tehnologijo sebstva«, ki vsebuje prostovoljno ponotranjenje norm glede primerne vedenja z namenom, da sami dosežemo najboljšo podobo o nas samih, samospoznanje, samoobvladovanje in čim boljše skrb zase. To velja za paciente, člane negovalnega tima in vse ljudi. »Dobro zdravje in normalno delovanje telesa je rezultat skrbnega samonadzora in samodiscipline« (Ule 2003a, 66).

Pahor (2006, 9) meni, da srečanje med univerzo in zdravstveno nego omogoča razumeti skrb kot »kognitivno, reflektivno in moralno prakso«. Tako je tudi omogočeno empirično raziskovanje, objavljanje in videnje zdravstvene nege. V javno sfero zdravstvena nega prinese skrb kot temeljni odnos med ljudmi in pokaže, kako združiti javno in zasebno. Skrbna presoja pomeni presojo s skrbjo, kjer se prepozna ranljivost sebe, drugih in okolja ter naklonjeno ravnanje. In skrbna presoja javnih zadev je v demokratični družbi tudi državljanska pravica. V nadaljevanju je opisana etika skrbi, skrb v zdravstveni negi in teorija Jean Watson, ki daje osnovo za izvajanje skrbstvene obravnave pacienta v zdravstveni negi. V magistrskem delu uporabljamo termin skrb, ki se ne osredotoča le na negovalno delo, ampak predvsem kot prakso, delo in odnos, pomemben v vsakdanjem življenju in na področju zdravstvene nege.

5.1 OPREDELITEV ETIKE SKRBI

Znanstveni temelj etike skrbi je postavila psihologinja Carol Gilligan (1998), ki je pri raziskovanju moralnega razvoja žensk ugotovila, da ženske pri svojem moralnem odločanju izhajajo iz drugačnega načina razmišljanja kot moški. Teorija Carol Gilligan je nastala kot odgovor predhodni raziskavi moralnega razvoja, ki jo je izvedel Lawrence Kohlberg zgolj na dečkih/mladostnikih, moških. Ugotovil je, da se moralni razvoj z dozorevanjem značilno

spreminja (Tronto 1993). Ko je omenjeno teorijo preskusil pri ženskah, je ugotovil, da s svojim moralnim razmišljanjem ostajajo nižje kot moški. S tem je potrdil ugotovitev Freuda, da »imajo ženske manj smisla za pravičnost, se težje podvržejo velikim življenjskim zahtevam in da na njihova presojanja velikokrat vplivajo občutki čustev ali sovražnosti« (Freud v Gilligan 1998, 1). Carol Gilligan (1998) je tako zaključila teorijo, da moški pri moralno-etičnem presojanju izhajajo iz stališč pravičnosti, ženske pa iz stališč, povezanih s skrbjo. Šmitek (2004, 207–208) navaja, da pri »ženskah postane skrb načelo po lastni presoji«. Etika skrbi, ki odraža celovito poznavanje medsebojnih odnosov, izhaja iz ugotovitve, da sta ženski jaz in drugi jaz tesno povezana in soodvisna. Humer (2007, 81) je pri opredelitvi skrbi izhajal iz etike skrbi. Skrb je opredelil kot odnos, delo, aktivnost, ki vključuje interakcijo med dvema posameznikoma.

Manning v Tschudin (2004, 2) je pred šestnajstimi leti predstavila pet elementov, ki sestavljajo etiko skrbi in nam povedo, kako živeti naša življenja:

- etična drža zahteva od osebe, ki skrb daje, da ima čas in je zmožna ter pripravljena celostno pomagati;
- sočutno razumevanje je sposobnost videti druge, njihov svet in biti empatičen;
- pozoren odnos se lahko opredeli kot razmerje med prijatelji, kot razmerje potreb in možnosti in kot razmerje med strokovnjakom in stranko (medicinsko sestro in pacientom);
- prilagodljivost in potreba prisluhniti vsem vpletenim v razmerju;
- odzivnost, zmožnost poslušati in slišati posameznika, kar nam on pove, sporoča, potrebuje in želi.

Skrb v naši družbi nima ustreznega prostora, čeprav je v zadnjem času postala pomembno politično vprašanje (Sevenhuijsen 2003). Avtorica vidi skrb kot pomembno razsežnost vsakdanjega življenja, ki bi jo morali resneje upoštevati. Sevenhuijsen in Švab (2003, 7) trdita, da »prakse skrbi v veliki meri določajo javni predpisi na področju družinske, socialne in zdravstvene politike, na področju dela in imigracijske politike«. Etika skrbi je pokazala, da spada skrb v t. i. »odnosno ontologijo, ki nadomesti razločevalni odnos jaz – drugi ali subjekt – objekt z interaktivno podobo moralne subjektivnosti«, kar poleg skrbi in odgovornosti za druge vključuje tudi skrb zase (Sevenhuijsen 1998, 57). Kot pojasnjuje Tronto (1993), smo ljudje odvisni drug od drugega ter druge potrebujemo zato, da živimo kakovostno življenje. Človek je individuum, vendar lahko obstaja ter deluje le v odnosih in skrbstvenih praksah z

drugimi. V prej omenjeno se vključuje skrb zase, skrb za drugega in skrb za svet (Tronto 1993). Opredelitev skrbi, kot jo ponuja Tronto, je sicer široka in briše specifične lastnosti skrbi, hkrati pa zahteva podopredelitve skrbi glede na čas, prostor, oblike in izvajalcev skrbi. »Pozornost, odgovornost, kompetentnost in odzivnost so vrednote, ki sestavljajo etiko skrbi kot moralne orientacije ter s tem tudi skrbi kot družbene prakse« (Sevenhuijsen 2003, 20). Te faze se medsebojno lahko prepletajo v kaotičnem ali celo nasprotujočem si zaporedju (Humer 2007).

Izhodišča za etiko skrbi in zaupanje predstavlja Baier (1994, 105). Po njenem je zaupanje to, »da drugim ljudem, inštitucijam, narodom dovolimo, da skrbijo za nekaj, kar nam, ki jim zaupamo, veliko pomeni. Taka skrb pa lahko vključuje tudi kakšno vrsto diskrecijske moči«. »Zaupanje vsebuje elemente moči, odgovornosti in ima aktiven pomen, saj je to nekaj, kar se naredi. Etični moment razvoja zaupanja je v reku, da je treba biti vedno, če se le da, zaupanja vreden in zaupljiv. Pri vsem tem ne smemo biti odprti le za 'druge' temveč tudi za 'drugega v sebi'« (Sevenhuijsen 2003, 21). Skrb in zaupanje sta namreč dinamična vidika medsebojnih odnosov (Sevenhuijsen 1999), kjer gre za vzajemno dajanje in sprejemanje. Glavni element tega so poslušanje, samozavedanje in samovrednotenje. Osnova etike skrbi je razmerje skrbi, ki v zdravstveni negi vedno izhaja iz občutka povezanosti, spominov in upanja, ki ob tem nastaja. Pristno razmerje ni osnovano na pravilih, čeprav skrbstveno delo izvajalcev zdravstvene nege poteka po nekih merilih, ki jih postavljajo delodajalci, združenja in ne nazadnje sami osebi, ki sta vključeni v to razmerje.

Šmitek (2001) ocenjuje, da je zdravstvena nega skrbstveni poklic, saj izvajalci zdravstvene nege skrbijo za druge. Skrbstveni poklici ne nasprotujejo naravnim lastnostim. Marsikatera medicinska sestra na lastni koži skozi izobraževanje ter poklicno in družinsko kariero izkusi vso grenkobo in zaničevanje družinskega skrbstvenega dela (Oakley 2000).

5.2 ETIKA SKRBI V ZDRAVSTVENI NEGI

Zdravstvena nega je v etiki skrbi videla model uporabe, ki je zanjo uporaben in ustrezen. S skrbjo je zdravstvena nega zaznamovana iz dveh virov: (1) profesionalnega, ki izvajalcem zdravstvene nege nalaga strokovne zahteve, kako skrbeti in se povezati v medsebojnem odnosu, ter (2) osebnostnega, v katerem član negovalnega tima sam sebi določa obseg in vsebino povezovanja in zaznavanja »dobro« skrbi. Zaradi različnih teoretičnih izhodišč

etičnega ravnanja in potreb, ki jih imajo pacienti v času individualne in celostne zdravstvene obravnave, je nujno, da se za vse poklice v zdravstveni negi te vsebine še bolj vključijo v formalno izobraževanje. Skrb za tiste, ki potrebujejo pomoč, bolne, poškodovane in trpeče vedno poteka v medosebnih odnosih oziroma neposrednih stikih med ljudmi v tistem delu družbenega prostora, ki ga Habermas v Pahor (2006, 12) imenuje »svet življenja«. Etični pristop s stališča skrbi ima korenine v dovtetnosti, razumevanju, povezanosti in odzivnosti, saj so izvajalci zdravstvene nege prisotni ob pacientih, ko jih ti potrebujejo. Iz tega sledijo različna razmerja med ljudmi, med člani negovalnega tima in pacienti. Razmerja so tako izredno pomembna, intimna in dolgoročna, da na njih slonijo vse etične razprave (Tschudin 2004, 1). Ule (2006, 19) trdi, da je »središče zdravstvene nege v etiki skrbi in predstavlja alternativo inštrumentalizaciji dela s pacientom«. V interakciji s pacienti v trajnejših in stalnih medosebnih odnosih vidi zdravstvena nega bistvo delovanja. Za zdravstveno nego je etika skrbi najpomembnejša etična teorija, ker okvirno opredeljuje etični odnos, ki predstavlja osnovo zdravstvene nege in medsebojnega odnosa – skrb.

»Etična podlaga v zdravstveni negi ima spoznavno in akcijsko raven« (Sevenhuijsen 2003, 20). Na spoznavni ravni se vpraša, koliko, kako in kdaj izvajalec zdravstvene nege prepozna ranljivost samega sebe, ranljivost drugih (otrok, staršev) in ranljivost okolja, kjer ljudje živijo in delajo. Na akcijski ravni pa se zanima, kako, kdaj in na kakšen način je ravnanje naklonjeno in pride v ospredje etično ravnanje oseb. Bishop in Scudder (1990) enačita etiko in strokovnost zato, ker sta neločljivo povezani – kar je strokovno, je tudi etično, in obratno. Če želi član negovalnega tima v medosebnem odnosu do človeka zagotavljati dober odnos in potrebo po skrbi, ki je osnovna aktivnost v zaupljivem medosebnem odnosu, je znanje o etiki temeljno, ki ga mora izvajalec zdravstvene nege pridobiti v izobraževalnem procesu. Šmitek (1998) ocenjuje, da sta za zdravstveno nego veliko bolj kot na primer za deontologijo pomembni etika skrbi in etika vrlin. Zdravstvena nega v osnovi skrbi za pacienta, za njegovo dobro počutje, za njegove osnovne življenjske aktivnosti. Član negovalnega tima in pacient sta konstantno povezana v medsebojnem odnosu, ki se vzpostavi v nekem okolju ob srečanju pacienta s kliničnim okoljem in traja, vse dokler pacient potrebuje strokovno pomoč.

Kalaus (2013, 21) kritično ovrednoti, da medicinskim sestram še danes ni točno jasno, kaj je etika v zdravstveni negi, kaj se od njih pričakuje, kaj je njihovo delo, saj se ne zavedajo lastne identitete in integritete. Zavedati bi se morale pomena medosebnega odnosa z drugim človekom, saj sta oba enkratna, edinstvena, celovita z enim samim življenjem, upi,

preteklostjo, vero, ljubeznijo in drugim. »Pri izobraževanju medicinskih sester je treba razvijati njihove moralne vizije, moralno razmišljanje, moralno intuicijo, veščine kritičnega mišljenja, občutljivost na spremembe v družbi in iznajdljivost v njih.«

Zdravstvena nega kot stroka v zdravstvu temelji na idealu služiti človeku. V idealu nesebične altruistične skrbi leži bistvo vrednot zdravstvene nege, ki temeljijo na teoriji in raziskovanju v zdravstveni negi ter etičnem kodeksu, Kodeksu etike zdravstvene nege in oskrbe Slovenije (Zbornica – Zveza 2014). Usmerjena je k ustvarjanju skrbstvenega odnosnega vidika do pacientov in vseh članov tima. Ker je skrbstveno delo praktična izkušnja, je pomembno, da se v tem razmerju zajema vse prisotne. Osebe, ki skrb nudijo, morajo imeti strokovno znanje, razumeti morajo sebe in biti vase prepričane ter svoje delo opravljati strokovno in odgovorno. Torej mora biti empatična, spoštljiva, znati mora druge poslušati in jih slišati, jim biti v podporo ter sama imeti na voljo pomoč, če jo potrebuje. Težko je razlagati skrb za paciente kot neko posebnost, ki bi uzakonila zdravstveno nego kot strokovno in znanstveno disciplino, vendar so pomembni številni koncepti in raziskave, da se poklici v zdravstveni negi nanašajo na nego, oskrbo oziroma skrb za paciente (Foong 2006). Etika skrbi v zdravstveni negi temelji na zaupljivem in profesionalnem medosebnem odnosu med članom negovalnega tima ter pacienti in svojci ter na občutljivosti, ranljivosti, empatičnosti in medsebojni odvisnosti. Temelj skrbi je odnos, ki ga izvajalec zdravstvene nege vzpostavlja s pacienti in svojci. Odnos je odvisen predvsem od izvajalca zdravstvene nege, njegovih stališč, vrednot, samopodobe, identitete, odgovornosti, kompetentnosti, kritičnega mišljenja, samoocenjevanja itd. Kovačič (2010, 23) trdi, da »je temelj vsega pristopa v etiki skrbi«. Meni, da se končni rezultat občuti v osebnem zadovoljstvu in rasti, v strokovno izvedenem delu, v pozitivni delovni klimi in zadovoljstvo uporabnikov storitev«. Ključni del skrbstvenega odnosa se nahaja v medosebnem odnosu med izvajalcem zdravstvene nege in pacientom in v njem najdemo elemente vzajemnosti, altruizma in odvisnosti pacienta (Allen in Baber 1992). Skrb je temelj pediatrične zdravstvene nege in zajema predvsem medosebni odnos, ki ga člani negovalnega tima razvijajo v odnosu do otrok in njihovih staršev v času zdravstvene obravnave. Kakšen bo medosebni odnos, je odvisno od člana negovalnega tima, predvsem od njegove osebnosti, njegovih vrlin, sposobnosti zavestnega pristopa in samovrednotenja. Pahor (2001) odpira vprašanje samopodobe in identitete pri članih negovalnega tima. Prav tako je mnenja, da je sodelovanje vseh, ki so vključeni v zdravstveno obravnavo, izredno pomembno. Vsak trenutek je treba vedeti, kdo opravlja delo (oseba), in ne samo, kaj je narejeno in kako so stvari narejene.

Skrb v času zdravstvene obravnave pomeni harmonično vzdrževanje odnosa, v katerem so vsi enakopravni in se cenijo pravice pacientov, medosebni odnosi in humane vrednote (Tschudin 2003). Ker pacienti pričakujejo spoštljivo in strokovno obravnavo, se od članov negovalnega tima v interakciji s pacienti zahteva senzitivno vedenje (Železnik 2006). Chambers (2007, 75) opiše skrb v zdravstveni negi kot »biti navzoč ob sočloveku, zaznati, da pacient potrebuje pomoč, izvajati humano zdravstveno nego, ga tolažiti, zagovarjati, skrbeti zanj v najširšem pomenu besede, skušati zadovoljevati njegove telesne, duhovne, psihične in socialne potrebe«. Alligood in Tomey (2010) ocenjujeta, da skrb ni edinstvena za zdravstveno nego, je pa zelo pomembna. Je temeljni koncept zdravstvene nege in temeljna komponenta v medosebnem odnosu medicinska sestra – pacient. V zadnjih treh desetletjih se je skrb pojavila kot osrednji element zdravstvene nege (Benner in Wrubel 1989; Leininger 1981; Smith 2001; Watson, 2009). Vloga zdravstvenih delavcev se tako kaže v skrbi za pacientovo blagostanje in usmerjenost k splošnemu družbenemu interesu.

Sevenhuijsen (2003, 20) opredeli tudi »relokacijo skrbi, ki se odvija v zdravstvu in predstavlja posledice za socialno skrb«. V zdravstveni negi se lahko govori o velikem premiku od zdravljenja k skrbi. Ker se svet okrog nas hitro razvija in spreminja in ker ljudje delajo in živijo dlje, so pomembni novi načini razmišljanja o kakovosti življenja, saj je skrbi vedno več. Predvsem vsakdanjih skrbi za starejše in druge skupine ljudi, ki so odvisni od drugih. Zato je treba skrb danes bolje definirati. Skrb je torej trajen družbeni proces, sestavljen iz štirih faz (Sevenhuijsen 2003, 20):

1. »skrbeti za«: prepoznavati potrebo po skrbi, biti pozoren in dovzeten za potrebe drugih, biti empatičen;
2. »poskrbeti za«: strokovno ukrepati v različnih situacijah, biti pripravljen, odziven in odgovoren;
3. »dajati skrb«: udejanjiti skrb, biti kompetenten in imeti vire za zadovoljitev konkretne potrebe po skrbi;
4. »biti deležen skrbi«: ta faza je uspešna le v primeru vzajemne občutljivosti za stališča in vrednote drugega ter se navezuje na interakcijo med izvajalcem zdravstvene nege in pacientom.

Skela Savič (2009, 52) ugotavlja, da skrbstveno ravnanje članov negovalnega tima s pacienti pomeni »humano, visoko moralno, etično in strokovno izvedeno delo«. Tako izvajalci zdravstvene nege pri svojem delu povzemajo globalne vrednote humanosti, dostojanstva in

spoštovanja. V današnji ideologiji učinkovitosti prej omenjene vrednote kakor tudi pozornosti, odgovornosti, kompetentnosti in odzivnosti, ki sestavljajo etiko skrbi kot moralno orientacijo in s tem skrb kot družbeno prakso v zdravstveni negi, niso cenjene oziroma jim ne dajemo prave veljave. Tudi z vlogo odgovornega državljana so tesno povezane naslednje vrednote: »demokracija, dostojanstvo, svoboda, strpnost, enakost, spoštovanje človekovih pravic in zakonov, solidarnost, odgovornost, lojalnost, sodelovanje, participacija ter duhovni, moralni, kulturni, mentalni in fizični razvoj« (Kroflič 2005, 21). Iphofen in Poland (1998) tudi ocenjujeta skrb kot sprejemanje odgovornosti za ljudi, vendar odgovornost vsebuje tudi moč, ki nadalje omogoča učinkovito skrbstveno obravnavo. Tradicionalno je bila skrbna obravnava označena kot podrejena, podložna in nemočna, saj so jo opravljale ženske. Iphofen in Poland (1998) tudi opredelita lastnosti moči, vezane na skrbno obravnavo po Bennerju, ki je že leta 1984 menil, da je treba v vsakdanjem življenju in delu transformirati moč, vključiti skrb, zagovorništvo, zdravilno moč, pozitivno energijo ter se naučiti kreativno reševati probleme.

Tschudin (2003) trdi, da skrbstvena obravnava pacienta vedno prihaja od vodilnih navzdol. Skrb, ki jo vodstvo izraža do svojih podrejenih, se zrcali v njihovem delu v praksi. Avtorica meni, da se lahko le z jasno definicijo poslanstva, vizije in vrednot zdravstvene nege zaposlenim pokaže pravilno delovanje v praksi zdravstvene nege.

5.3 TEORIJA JEAN WATSON

Sodobni razvoj zdravstvene nege temelji na medsebojni povezanosti teorije, prakse in raziskovanja. Medsebojna povezanost je osnova za razvoj zdravstvene nege kot stroke, ki temelji na razvoju prakse (Pajnkihar 2008a). Pajnkihar (2009) ocenjuje, da teorije zdravstvene nege vedno poudarijo in opisujejo koncepte, ki so v interesu zdravstvene nege in pacientov v določenem času. Teorije dajejo osnovo za razvoj stroke, discipline in znanosti zdravstvene nege. Pri opisu, razvoju in delovanju prakse zdravstvene nege so v pomoč prav teorije in raziskovanje v zdravstveni negi. V praksi pomagajo članom negovalnega tima pri razvoju znanja in izkušenj, pri iskanju odgovorov na vprašanja, reševanju težav, kritičnem razmišljanju, vodenju in utemeljevanju zdravstvene nege ter iskanju in razlagi fenomenov. Šmitek (2004) pravi, da teorije ponujajo smernice za razmišljanje ali delovanje v zdravstveni negi. »Teorije omogočajo razvoj, ustvarjalnost in boljše teoretično znanje na podlagi izkustvenega učenja članov negovalnega tima v klinični praksi« (Šmitek 2004, 205).

Katerakoli teorija v zdravstveni negi je temelj za profesionalno izvajanje zdravstvene nege. Poznavanje teorije zdravstvene nege nudi ogrodje za opis zdravstvene nege. Teorija je cilj znanstvenega dela, ki izhaja iz opisa in kritičnega vrednotenja. Teorije omogočajo razvoj stroke zdravstvene nege, vendar so v kliničnem okolju sprejete le takrat, ko so v interesu članov negovalnega tima in pacientov.

Jean Watson je teorijo skrbi za človeka² razvila v času tehnološkega napredka medicine. Podlaga zanjo so bile klinična in socialna psihologija, vzhodna filozofija, fenomenologija, spiritualnost in eksistencializem. Teoretični koncepti so nastali iz njenih osebnih in poklicnih izkušenj v kliničnem okolju. So empirično utemeljeni in vedno v kombinaciji s filozofskim, etičnim, intelektualnim in izkustvenim ozadjem (Watson 1999). Watsonova (1999, 2005) trdi, da je formalno znanje osnova zdravstvene nege. Prav tako je pri izvajanju zdravstvene nege treba pacienta obravnavati holistično in individualno, spoštovati človekove pravice in mu nuditi izbiro v odločitvah o svojem zdravju in življenju. Osnova teoriji skrbi za človeka je ideja, ki govori o tem, da ljudje ne morejo biti obravnavani kot predmeti, ne morejo biti ločeni od svojega jaza, od drugih, od narave in veselja (Watson 2008a).

Teorija skrbi za človeka avtorice Jean Watson ponuja eno izmed možnih poti in načinov prenosa znanja o skrbi ter »zavestnega sestrstva« v skrbstveni vidik obravnave otrok in njegovih staršev. Skrb opredeli kot »srce zdravstvene nege«. Terapevtska relacija med pacientom in izvajalci zdravstvene nege vedno vključuje skrb. S terminom *carative* Jean Watson nasprotuje medicini in na ta način poskuša izkazovati svojstvo zdravstvene nege (Watson 2001). Karitativno skrb je opredelila z izrazi, kot so deliti, spoštovati, nuditi posebno pozornost. Grška beseda *caritas* označuje čisto altruistično ljubezen, zato imajo naslednji termini v zdravstveni negi globok pomen: »*cure* (zdraviti), *care* (skrbeti), *cor* (srce), *caritas* (ljubezen)« (Kovačič 2010, 25).

Klinični karitativni proces po Watson (2005 v Kovačič 2010, 26–27)) pomeni prenos elementov skrbi v klinično prakso zdravstvene nege, kar lahko dosežemo z/s:

² Jean Watson je teorijo skrbi za človeka (angl. *The Theory of Human Caring*) razvila v času med 1975 in 1979. V teoriji je skrb in ljubezen opredelila kot srce zdravstvene nege. Izvirno jedro in strukturo vidi v teoriji skrbi za človeka in desetih skrbstvenih procesih. Meni, da se skrb začne s prisotnostjo, sočutjem, z usmiljenjem, nežnostjo, dobroto in nesebičnostjo do sebe in nato tudi do drugih. Prične se z ljubeznijo do človeštva in vsega, kar je živo. Skrbstveni procesi (predhodno karitativni dejavniki) so opredeljeni kot bistveni vidik skrbi v zdravstveni negi, brez katerih člani negovalnega tima ne morejo opravljati kakovostne zdravstvene nege. V teoriji opisuje poklicno vlogo in poslanstvo zdravstvene nege ter pomen etike v ohranjanju človeške skrbi in dostojanstva predvsem v trenutkih, ko je to ogroženo.

- udejanjanjem ljubeče prijaznosti ter nesebičnosti znotraj zavestnega izražanja skrbi;
- pristno prisotnostjo, upanjem in zaupanjem, ki omogočajo globok vrednostni sistem za nas in hkrati za ljudi, za katere skrbimo;
- gojenjem svoje občutljivosti in sočutja do drugih;
- razvijanjem in ohranjanjem pomoči v skrbstvenem odnosu;
- izražanjem svojih pozitivnih in negativnih občutkov, povezanosti s svojim sebstvom in s spodbujanjem pacientov k izražanju le-tega;
- ustvarjalnim izbiranjem kreativnih načinov in poti procesov, s katerimi postane skrb umetnost zdravljenja;
- razvijanjem in priznavanjem kontinuiranega izkustvenega učenja (učiti in učiti se);
- ustvarjanjem zdravih okolij, kjer se poudarjajo celovitost, lepota, udobje, spoštovanje in mir;
- zadovoljevanjem osnovnih človekovih potreb v humani zdravstveni negi, ki zmore uravnovešati razum, telo in duha. S tem se odraža celovitost bivanja in zavedanja, ki vključuje vse vidike skrbi in teži k razvijanju duhovnosti;
- odpiranjem in negovanjem misterioznosti pri sebi in tistih, za katere skrbimo.

Člani negovalnega tima morajo delovati v opisanem kliničnem karitativnem okviru. Razvoj tega procesa znotraj pediatrične zdravstvene nege zahteva združitev ljubezni in skrbi (Kovačič 2010). Ljubezen – karitas nas opozarja na namen našega delovanja v pediatrični zdravstveni negi. »Po Watsonovi je karitas temelj zdravstvene nege. Znotraj omenjenega člani negovalnega tima spoznajo bistvo humane zdravstvene nege. Z omenjenim je članom razumljiv čudež življenja, bolezni, smrti, trpljenja, zdravljenja« (Kovačič 2010, 25). Watson (2005) teorijo skrbi za človeka opredeli s tremi osnovnimi koncepti: z dejavniki skrbi, medsebojnimi odnosi, temelječimi na skrbi, ter priložnostmi za skrb. Idealna medicinska sestra mora poznati in udeležati našete koncepte. Če upoštevamo takšno usmeritev skrbi v zdravstveni negi, bi to pomenilo korenito spremembo v izvajanju zdravstvene nege. Watsonova se ne ukvarja le s pacientom, ampak tudi z izvajalci zdravstvene nege (Kovačič 2010).

Watson (2012) kritično ovrednoti, da so ljubezen, sočutje in odpuščanje za paciente in člane negovalnega tima bistvo zdravnega procesa. V nadaljevanju bodo predstavljeni konceptualni elementi v teoriji skrbi za človeka. Ti vključujejo:

- skrbstvene procese,

- transpersonalne skrbne odnose, ki so sestavljeni iz trenutkov in priložnosti, ter
- skrbne zdravilne načine (angl. *caring-healing modalities*).

Watsonova je opredelila negovalne intervencije, ki jih je sprva razdelila v deset karativnih dejavnikov. Ti so bili nato prevedeni v klinične skrbstvene procese (Watson 2006; Watson 2008b; Jesse 2010), ki smo jih v empiričnem delu magistrskega dela tudi raziskovali. V tabeli 5.1 so predstavljeni proučevani klinični skrbstveni procesi.

Tabela 5.1: Razvoj karativnih dejavnikov/skrbstvenih procesov

	Karativni dejavniki (1979, 1985)	Skrbstveni proces (2002–2008)
1	– nastanek sistema humanističnih in altruističnih nesebičnih vrednot	– udejanjati ljubečo prijaznost in nesebičnost znotraj zavestnega izražanja skrbi
2	– vzbujanje upanja – zaupanja	– pristna prisotnost, upanje in zaupanje, ki omogočajo globok vrednostni sistem za nas in hkrati za ljudi, za katere skrbimo
3	– gojenje občutljivosti do sebe in drugih	– občutljivost do sebe in drugih
4	– razvijanje humanega odnosa pomoči in zaupanja	– razvijanje in ohranjanje pomoči, ki temelji na zaupanju in pristnem skrbstvenem odnosu
5	– promoviranje in sprejemanje izražanja pozitivnih in negativnih čustev	– izražanje svojih pozitivnih in negativnih občutkov in povezanosti s svojim sebstvom in s spodbujanjem pacientov k izražanju le-tega
6	– razvijanje procesov kreativnega reševanja problemov v zdravstveni negi	– ustvarjalno izbiranje kreativnih načinov in poti procesov, s katerimi postane skrb umetnost zdravljenja
7	– spodbujanje medosebnega učenja in poučevanja; leta 1985 sprememba naziva – spodbujanje	– razvoj in vseživljenjsko kontinuirano izkustveno učenje (učiti in učiti se)

	Karativni dejavniki (1979, 1985)	Skrbstveni proces (2002–2008)
	transpersonalnega učenja in poučevanja	
8	– zagotavljanje in ohranjanje varnega socialnega, fizičnega, psihičnega in spiritualnega okolja	– ustvarjanje zdravih okolij, kjer se poudarjajo celovitost, lepota, udobje, spoštovanje in mir
9	– pomoč pri celovitem zadovoljevanju osnovnih človekovih potreb	– zadovoljevanje osnovnih človekovih potreb v humani zdravstveni negi, ki zmore uravnovešati razum, telo in duha, s čimer se odraža celovitost bivanja in zavedanja, ki vključuje vse vidike skrbi in teži k razvijanju duhovnosti
10	– priznavanje eksistenčnih, fenomenoloških sil: leta 1985 sprememba naziva – priznavanje eksistenčnih, fenomenoloških in spiritualnih sil, ki so za človeka pomembne	– odpiranje in negovanje skrivnostnosti pri sebi in tistih, za katere skrbimo

Vir: Watson (2008b, 2010).

Watson (2008b) opredeli kompetence oziroma naloge, ki jih morajo opravljati člani negovalnega timu pri izvajanju skrbstvene zdravstvene nege pacienta:

- Prvi skrbstveni proces se nanaša na nesebične vrednote, humanost, prijaznost idr. Potrjuje se enkratnost sebe in drugih ter zavedanje svoje ranljivosti in ranljivosti drugih. Pomeni sprejetje sebe in drugih takšnih, kot smo; izražati prijaznost, posvečati pozornosti drugim, poslušati sebe in druge s pristno zaskrbljenostjo ter spoštovati človekovo dostojanstvo. Člani negovalnega tima odpirajo povezanosti s seboj, z drugimi, okoljem, vesoljem. V zdravstveno nego se vključijo modeli samooskrbe in skrbi za druge.
- Drugi skrbstveni proces opredeljuje pristno prisotnost, pomen zaupanja ter upanja v zdravstvi negi. Treba je ustvarjati priložnost za razmislek (tišina, sprostitvev), očesni stik, dotik, spodbujati povezavo z drugimi, ki so za pacienta pomembni, in jim vlivati

upanje. Na življenje je treba gledati kot na skrivnost, ki jo je treba raziskati, in ne kot težavo, ki jo je treba rešiti. Skrbno je treba komunicirati za pospeševanje zdravnih procesov ter ob tem vključevati vrednote prepričanja in smiselnosti v skrbno obravnavo. Pomagati je treba drugim, da verujejo vase, jih spodbujati, da živijo svoje življenje. Na osebo je treba vedno gledati kot na človeka in ne stvar.

- Tretji skrbstveni proces postavlja v ospredje vzpostavitev samorefleksije (dnevnik, molitev, meditacija itd.). Treba je biti pripravljen proučiti svoja čustva, prepričanja in vrednote za lastno rast, biti razsoden pri ocenjevanju okoliščin in situacij, razvijati rituale hvaležnosti, odpuščanja, sočutja; sprejeti sebe in druge na osnovni duhovne ravni kot individuum, edinstven in vreden spoštovanja ter skrbi; odpuščati sebi in drugim; spremeniti naloge v zdravnih interakcije; zanimati se za druge in spoštovati lastne vrednote, dobrote ter dobrote drugih ljudi; zavedati se, da skrb prihaja iz srca (center).
- Četrty skrbstveni proces govori o pomenu vstopanja v izkušnje drugih in proučevanja možnosti v tem danem izjemnem trenutku in v tem odnosu. Do drugih je treba izražati brezpogojno ljubezen in jih upoštevati; biti empatičen; imeti skriti prostor za ozdravljenje drugih v njihovi stiski; ne obsojati drugih; odzivati se na druge z usklajenostjo njihovih življenjskih izkušenj; izvajati pristno prisotnost: iskren, pristen odnos do sebe, občutljivost in odprtost do drugih; dajati pojasnila, ko drugi želijo; izvajati lastne in druge komunikacijske sloge (verbalno, neverbalno); spodbujati neposredno, posredno spoštljivo komunikacijo, ki promovira zdravo življenje; uporabljati učinkovita sporočila; proaktivno reševati probleme; spodbujati aktivnosti, ki povečujejo neodvisnost, svobodo posameznika in njegovo zdravo rast ter etične, zrele in zdrave izkušnje osebne rasti, ob tem pa omogočati drugim, da izberejo najboljši čas za pogovor o njihovi zaskrbljenosti.
- Peti skrbstveni proces ustvarja varen prostor. Priznavati je treba, da je ozdravljenje kot notranje potovanje; dopuščati negotovost in neznanost; spodbujati pripovedovanje kot način izražanja razumevanja, občutkov in doživetij; omogočati, da se zgodba pojavi, spreminja in raste; spodbujati premislek; ponujati duhovno izražanje na primeren način; pomagati drugim videti njihov položaj; aktivno poslušati in omogočati pretok energije skozi sebe; sprejemati in pomagati drugim soočati se z negativnimi čustvi.
- Šesti skrbstveni proces združuje estetično, etično, empirično, osebno in metafizične načine vedenja z ustvarjalno domiselnim in kritičnim razmišljanjem z namenom izražanja skrbne umetnosti in znanosti. Zavedati se je treba, da je prisotnost samega

sebe učinkovit element načrta skrbi za druge; uporabiti moramo sebe in ustvariti okolja za ozdravljenje, npr. dotik, glas/glasba/zvok, pristno prisotnost, gibanje, umetniško izražanje, igro, smeh, radost, spontanost, primerno dihanje, očesni stik, pozitivne poteze, aktivno poslušanje itd. Druge je treba spodbujati k postavljanju vprašanj ter jim pomagati raziskati alternativne načine v iskanju novega smisla v situaciji, v kateri so.

- Sedmi skrbstveni proces poudarja pomen aktivnega poslušanja življenjskih izkušenj drugih. Govoriti je treba mirno in biti tiho v trenutku, ko drugi pripovedujejo. Najprej se je treba poskušati učiti od drugih, razumeti njihov pogled na svet; potem deliti, trenirati in informirati ter iskati možnosti za zadovoljitev njihovih potreb. Sodelovanje je kolegialno in soustvarjalno. Druge je treba sprejeti s svojim razumevanjem, znanjem in pripravljenostjo za učenje; pomagati je treba drugim razumeti zdravje/bolezen, preveriti, kaj vedo o svoji bolezni/zdravju, ter jim pomagati oblikovati vprašanja za ostale zdravstvene delavce.
- Osmi skrbstveni proces ustvarja prostor za človekovo povezanost z naravo. Treba je sodelovati v skrbnih ozdravljenjih, ustvarjati skrbne namene, ustvarjati okolja, ki zdravijo: okolje je lahko medicinska sestra, drugi, svetloba, umetnost, voda, hrup, čistoča, zasebnost, prehrana, lepota, varnost, umivanje rok, ukrepi udobja itd. Drugi rituali, pomembni v zdravstveni negi, so: biti na voljo drugim, jim posvečati pozornost, ko se pogovarjajo, in predvidevati potrebe drugih ljudi.
- Deveti skrbstveni proces gleda na druge kot celoto ter spoštuje edinstvene individualne potrebe drugih. Člani negovalnega tima pomagajo drugim, da se počutijo manj zaskrbljeni; odzivajo se na družino in pomembne druge ter jih vključijo v obravnavo. Z družino govorijo odkrito in pri tem spoštujejo zasebnost drugih, njihovo dožemanje sveta in njihove posebne potrebe. Drugim je treba pomagati, da se sprostijo, obnovijo in pripravijo na spanje.
- Deseti skrbstveni proces govori o neznanem, skrivnostnem sodelovanju v paradoksu življenja, o spodbujanju upanja, predvideva čudeže, sodeluje v človeških skrbnih trenutkih na primeren način. Priznava notranje občutke drugih. Kaže spoštovanje do tistih stvari, ki imajo pomen za druge. Priznava, da sta temeljna ljubezen in dobrot bogastvo življenja, ter hkrati priznava, da so nekateri življenjski dogodki nerazložljivi.

Transpersonalne skrbne odnose ustvarjajo trenutki. V takšnem odnosu je treba varovati in krepiti dostojanstvo človeka, spoštovanje človeka, mu izkazovati ljubezen ter upoštevati

njegove potrebe, želje, rutino in rituale. Skrb se nahaja v srcu in temelji na urjenju ter spoštovanju celovitosti uma, telesa, duha v sebi in med seboj. Ob tem izvajalci zdravstvene nege potrebujejo notranjo harmonijo za ohranitev ravnovesja, saj skrbijo za drugega, ki je v stiski. Člani negovalnega tima za to potrebujejo veščine in zavestno namero, da lahko skrb resnično izvajajo. Watson (2005 v Kovačič 2010, 27) opiše medosebne skrbne odnose kot posebne človeške odnose, ki so odvisni od:

- moralnih odločitev medicinske sestre;
- zavesti medicinske sestre, da se spoštuje dostojanstvo človeka;
- zavesti medicinske sestre, da lahko njene izkušnje in ravnanja človeka zdravijo ali ranijo.

Medosebni odnosi po Watsonovi (2006) temeljijo na etičnih odločitvah vsakega člana negovalnega tima pri ohranjanju dostojanstva človeka ter na njihovi zavesti, da vsa dejanja, ki jih opravijo, lahko pri pacientu puščajo pozitivne ali negativne izkušnje. Medosebni odnosi pokažejo, kako člani negovalnega tima objektivno vidijo in hkrati subjektivno zaznavajo otroka ter globlji pomen otrokovega doživljanja bolezni ali zdravljenja. Kovačič (2010, 27) kritično ocenjuje, da se v takšnem odnosu »osvetli individualnost vključenih in prav to je osnova odnosa, ki sta ga razvila. Oba sta povezana v vzajemnem iskanju pomena in celovitosti kot tudi duhovne presežnosti trpljenja«. Glavni namen opisanega medosebnega odnosa je povečevanje in ohranjanje pacientovega dostojanstva, zaščita, humanost, celovitost in harmonija (Watson 2005).

Zdravilni načini skrbi (angl. *caring-healing modalities*) so načini nudenja skrbi, ki so pogosto neinvazivni, nevsiljivi, naravni, človeški, energični in prilagojeni okolju. Pravo skrbstveno obravnavo pacienta na pediatričnem področju lahko pričakujemo le od osebe, ki skrb nudi in jo hkrati sama prejema ter ranljivost drugega razume samo, če se je sama z njo srečala (Kovačič 2010). Skrb je mogoče učinkovito dokazati in vaditi le medosebno.

6 EMPIRIČNI DEL

V empiričnem delu osvetlimo problem oskrbe v sodobni družbi, zdravstvu in zdravstveni negi, kjer sta skrb in odnos premalo vidna in slabo cenjena. Henderson (1964) je opredelila zdravstveno nego kot nudenje pomoči posameznikom, družinam in lokalni skupnosti, ki imajo premalo znanja, moči ali volje, da bi zadovoljevali potrebe znotraj osnovnih življenjskih aktivnosti. Izvajalci zdravstvene nege pri svojem delu ne potrebujejo zgolj strokovnega znanja, ampak imajo pri tem pomembno vlogo tudi različne veščine komuniciranja, vzpostavljanje pristnih in zaupljivih odnosov, čustva, zaupanje, odkritost, srčna kultura itd. S poudarkom na teoriji skrbi za človeka (Watson 1988) in dobrih medosebnih odnosih med člani negovalnega tima ter starši hospitaliziranih otrok smo ugotovili dejansko stanje skrbstvenega vidika obravnave pacienta v kliničnem okolju. Menimo, da so humane vrednote v napredku medicinske tehnologije in zdravstvene nege ogrožene in nanje smo se osredotočili v tej študiji. »Kako raziskovati to, kar vsi gledajo, in videti, to česar zaenkrat drugi (še) ne vidijo« (Pahor 2001, 74), poskušamo predstaviti v tem delu magistrskega dela. Tema je aktualna in pomembna za kakovostno izvajanje pediatrične zdravstvene nege. Vpliva na zadovoljstvo otrok, staršev in članov negovalnega tima v času zdravstvene obravnave (Pajnkihar 2003). Pacienti med zdravstveno obravnavo potrebujejo občutek varnosti, razumevanja in dodatne spodbude, da zmorejo vse napore v procesu zdravljenja (Bondas 2006).

Glavni namen raziskave je bil »posneti trenutne situacije, zato je bila izbrana presečna študija« (Neuman 2006, 24). S tem smo prikazali trenutno videnje skrbstvenega vidika v pediatrični zdravstveni negi v Sloveniji. Glede na teoretična izhodišča teorije skrbi za človeka avtorice Jean Watson smo oceniti skrbstveno obravnavo pacienta na pediatričnem področju. Pregled strokovne literature je služil kot osnova, na podlagi katere so bili presojeni rezultati, pridobljeni v raziskavi. Trenutno videnje in kompleksna analiza stanja nam omogočata izboljšanje šibkih točk skrbstvenega vidika obravnave na pediatričnem področju v Sloveniji. Nadaljnje raziskovanje zdravstvene nege lahko usmerimo v kvalitativne in kvantitativne študije posameznih elementov teorije skrbi za človeka (Watson 2005, 2009, 2010), ki so bistveni za skrbstveni vidik obravnave pacienta v kliničnem okolju.

6.1 OPREDELITEV RAZISKOVALNIH VPRAŠANJ IN HIPOTEZE

Po pregledu strokovne literature so se odprla različna vprašanja. Glavna raziskovalna vprašanja, ki so nas vodila skozi raziskavo v magistrskem delu, so naslednja:

- Ali člani negovalnega tima zmorejo vključiti skrbstveni vidik v obravnavo pacienta na pediatričnem področju pri svojem vsakodnevnem delu?
- Kako starši in posledično otroci (pacienti) ocenjujejo skrbstveni vidik v kliničnem okolju po odpustu iz bolnišnice?
- Ali se lahko s pomočjo teorije skrbi po Jean Watson izvaja kakovostna in skrbstvena obravnava pacientov na pediatričnem področju?

Hkrati opredeljujemo tudi hipotezo:

- H1: Med oceno kakovostne skrbne obravnave otrok, ki jo podajo člani negovalnega tima, in oceno staršev hospitaliziranih otrok obstaja pozitivna povezanost.

6.2 METODOLOGIJA RAZISKOVANJA

V empiričnem delu smo v okviru raziskovanega dela uporabili kvantitativni pristop raziskovanja. Kot metodo raziskovanja smo uporabili poizvedovanje. Anketni vprašalnik smo uporabili za metodo zbiranja podatkov. Vseboval je vprašanja zaprtega tipa in analizo dokumentov. Anketni vprašalnik je bil razdeljen na deset osnovnih skrbstvenih procesov (glej tabelo 5.1). Znotraj vsakega skrbstvenega procesa so bile oblikovane trditve. Raziskovanje je potekalo v štirih fazah. Prva faza je bila proučitev teoretičnih izhodišč s pomočjo domače in tuje strokovne literature s področja skrbstvenega vidika obravnave, komunikacije, timske obravnave in medosebnih odnosov. Na podlagi teoretičnih izhodišč so bila oblikovana raziskovalna vprašanja in hipoteze. Temu je sledil izbor anketnega vprašalnika, v katerem je zajet skrbstveni vidik obravnave pacienta na pediatričnem področju. Nato smo zbirali podatke. Anketni vprašalnik smo osebno vročili članom negovalnega tima, starši hospitaliziranih otrok pa so anketni vprašalnik prejeli v ovojnici ob odpustu otroka iz bolnišnice. Vprašalnik so izpolnili doma in nam ga v priloženi ovojnici vrnili po pošti. V zadnji fazi smo analizirali podatke za odgovore na raziskovalna vprašanja in testiranje hipotez. Rezultate raziskave smo obdelali s pomočjo računalniških programov Microsoft Office Excel 2010 in SPSS 19.0. Z uporabo opisne statistike in t-testa smo ugotavljali

statistično pomembne razlike med posameznimi spremenljivkami ter s pomočjo korelacijske analize ugotovili povezanost med posameznimi spremenljivkami. Omeniti je treba tudi omejitve raziskave, saj je bila izvedena le na vzorcu članov negovalnega tima v štirih bolnišnicah v Sloveniji, ki so bile pripravljene sodelovati v raziskavi. Prav tako so v raziskavi sodelovali starši hospitaliziranih otrok. Zanesljivost inštrumenta smo preverjali z metodo koeficienta Cronbach alfa. V nadaljevanju so opisani raziskovalni inštrument, vzorec, etičnost raziskave in zbiranje podatkov.

6.2.1 Raziskovalni inštrument

Za metodo zbiranja podatkov smo uporabili enoten validiran vprašalnik za člane negovalnega tima in starše hospitaliziranih otrok. Strukturiran anketni vprašalnik Caring Nurse-Patient Interaction Scale sta odobrili Sylvia Cossette in Jacinthe Pepin (2009). Leta 2011 je bil adaptiran za uporabo v Republiki Sloveniji in bil uporabljen v raziskovalnem projektu z naslovom Varnost in skrb za paciente v kliničnem okolju v korelaciji z izobrazbo medicinskih sester (Pajnikihar in drugi 2014). Anketni vprašalnik temelji na teoriji Jean Watson in vsebuje 70 trditve. Vključno z demografskimi podatki obsega štiri strani. Pri posameznih trditvah smo ugotavljali stopnjo strinjanja članov negovalnega tima in staršev hospitaliziranih otrok. Stopnjo strinjanja smo ocenjevali s pomočjo Likertove lestvice. Neuman (2006) meni, da je Likertova lestvica najpogostejša za merjenje stopnje strinjanja glede stališč, mnenj in odnosov, saj se lahko anketiranec na enostaven način opredeli do odgovorov. Strinjanje je bilo merjeno v petih stopnjah, pri čemer prva stopnja pomeni popolno nestrinjanje in peta stopnja popolno strinjanje z navedeno trditvijo. Vmesne ocene ustrezajo vmesni lestvici. V prvem delu anketnega vprašalnika za člane negovalnega tima so bili zajeti naslednji demografski podatki: spol, starost, ustanova, delovno mesto, delovna doba, stopnja izobrazbe. V prvem delu anketnega vprašalnika za starše hospitaliziranih otrok pa so bili zajeti naslednji demografski podatki: starost, stopnja izobrazbe, število otrok in število sprejemov v bolnišnico. Za omenjena anketna vprašanja v zvezi z demografskimi podatki smo v večini uporabili zaprti tip vprašanj. Ob anketnem vprašalniku so bila podana kratka in jasna navodila za izpolnjevanje, saj je to izrednega pomena predvsem v primerih, kjer raziskovalec ni vedno prisoten, da bi lahko podajal razlago.

Z vprašalnikom, ki je temeljil na desetih skrbstvenih procesih teorije Jean Watson, smo merili skrbstveni vidik obravnave pacienta na pediatričnem področju (priloga A in B). Ti vključujejo naslednje:

1. udejanjanje ljubeče prijaznosti in ravnodušnosti znotraj zavestnega izražanja skrbi;
2. pristno prisotnost, ki omogoča globok vrednostni sistem in subjektivno doživljanje svoje notranjosti ter notranjosti ljudi, za katere se skrbi;
3. gojenje svoje duhovnosti, sposobnosti prekositi sebe in svoja hotenja, da se zmore biti občutljiv, sočuten in odprt do drugih;
4. razvijanje in ohranjanje pomoči, ki temelji na zaupanju in pristnem skrbstvenem odnosu;
5. izražanje svojih pozitivnih in negativnih občutkov in povezanosti s svojim sebstvom in s spodbujanjem tistih, za katere se skrbi;
6. ustvarjalno izbiranje načinov in poti procesov skrbi je umetnost, s katero skrb postane zdravljenje;
7. razvijanje in priznavanje izkušenj kontinuiranega učenja (učiti in učiti se) znotraj izkustvenega okvira drugega;
8. ustvarjanje zdravilnega okolja na fizičnih in ostalih nivojih, tenkočutnega ozračja energije in zavedanja, znotraj katerega so poudarjeni celovitost, lepota, udobje, spoštovanje in mir;
9. odgovarjanje na osnovne človekove potrebe z izrazi zavestne skrbi za zagotavljanje humane zdravstvene nege, ki zmore uravnovešati razum, telo in duha. S tem se odraža celovitost bivanja in zavedanja in vključuje vse vidike skrbi ter teži k razvijanju duhovnosti;
10. odpiranje in negovanje ne samo eksistencialne dimenzije življenja in smrti, ampak tudi misterioznosti in duhovnosti pri sebi in tistih, za katere se skrbi.

Za ocenjevanje zanesljivosti merjenja smo uporabili koeficient Cronbach alfa. Povezava med izmerjenimi dejanskimi vrednostmi je v povezavi z zanesljivostjo merjenja, veljavnost pa se nanaša na to, ali podatki, ki smo jih pridobili med raziskavo, res merijo tisto, kar smo želeli meriti. Zato smo v raziskavi uporabili validiran vprašalnik, ki je v preteklosti že bil testiran in je dosegel dobre rezultate.

6.2.2 Vzorec

V raziskavo smo vključili Univerzitetni klinični center Ljubljana, Univerzitetni klinični center Maribor ter Splošno bolnišnico Murska Sobota in Splošno bolnišnico Jesenice. V omenjenih ustanovah je bilo v raziskavo vključeno izključno pediatrično področje. Dogovori o izvedbi raziskave so potekali s pomočjo pomočnikov direktorjev za zdravstveno nego in glavnih medicinskih sester. Raziskava je bila izvedena na dveh vzorcih, in sicer med člani negovalnega tima in starši hospitaliziranih otrok. V obeh skupinah smo uporabili namensko vzorčenje, saj je bila razporeditev vprašalnikov povezana z delovnim mestom in s področjem dela. Predhodno smo preizkusili uporabnost vprašalnika na manjšem vzorcu (deset članov negovalnega tima, trije starši), da bi se tako izognili nerazumljivim postavkam. Dvainštirideset anketnih vprašalnikov je bilo razdeljenih na Kliniki za pediatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, 72 je bilo razdeljenih na Pediatrični kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, 18 na otroškem oddelku Splošne bolnišnice Murska Sobota in 18 na otroškem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice. Skupno smo članom negovalnega tima na pediatričnem področju razdelili 150 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 49,5 % vzorca med 303 zaposlenimi na pediatričnem področju v ustanovah, ki so sodelovale v raziskavi. Od 150 anketnih vprašalnikov je bilo vrnjenih 107. Prav tako je bilo 150 anketnih vprašalnikov razdeljenih staršem ob odpustu njihovih otrok iz bolnišnice. Pričakovani rezultati so prikaz skrbstvene obravnave pacienta na pediatričnem področju ter vpliva omenjenega na human medosebni odnos med udeleženci v kliničnem okolju. Opis vzorca in analiza raziskovalnih vprašanj sta bila narejena na podlagi frekvenčne in odstotne porazdelitve za kategorične dejavnike oziroma povprečne vrednosti (PV) in standardnega odklona za numerične dejavnike. Če je standardni odklon (SO) manjši, pomeni, da so odgovori bolj enotni (0,6–0,9), kjer je SO 1 ali več, so odgovori manj enotni in bolj razpršeni. Hipoteze smo potrjevali na podlagi t-testa. Meja statistične pomembnosti je postavljena pri p-vrednosti $< 0,05$. Vzorec nam zagotavlja verodostojnost in zanesljivost podatkov, saj je odzivnost pri anketiranih starših znašala 60,6 % in med člani negovalnega tima 71,3 %. V tabelah 6.1 in 6.2 sta predstavljena vzorec in izobrazba sodelujočih v raziskavi.

V tabeli 6.1 so prikazani podatki o številu staršev, zajetih v raziskavo, in podatki o številu zaposlenih na pediatričnem področju v slovenskih bolnišnicah. V bolnišnicah in klinikah, kjer je potekala raziskava, so skupno zaposleni 303 člani negovalnega tima na pediatričnem področju od skupno 15.012 članov negovalnega tima v slovenskih bolnišnicah in klinikah

(Statistični urad Republike Slovenije 2013), kar predstavlja 2,02 % vseh zaposlenih v zdravstveni negi na pediatričnem področju v Sloveniji.

Tabela 6.1: Vzorec sodelujočih v raziskavi

Sodelujoči	MB*	LJ*	MS*	Jesenice	Skupaj	Delež
ČNT*	40	31	18	18	107	71,3 %
Starši	40	36	5	10	91	60,6 %
Skupaj	80	76	20	22	198	66 %

*ČNT: člani negovalnega tima; MB: Maribor; LJ: Ljubljana; MS: Murska Sobota.

Šestintrideset (33,64 %) anketiranih članov negovalnega tima je zaposlenih na pediatričnih oddelkih bolnišnic in 71 (66,36 %) anketirancev v univerzitetnih kliničnih centrih. Povprečna delovna doba članov negovalnega tima znaša 4,9 leta. Največ anketiranih staršev, 48 (52,7 %), je bilo starih med 36 in 45 let in najmanj anketiranih staršev med 18 in 25 let, teh je bilo le 5 (5,5 %). V povprečju imajo v družinah enega otroka.

V tabeli 6.2 je predstavljena izobrazbena struktura članov negovalnega tima in staršev, ki so sodelovali v raziskavi.

Tabela 6.2: Izobrazbena struktura anketirancev

Sodelujoči	P*	SŠ*	VIŠ*	VIS*	UNI*	PODIPL*
ČNT*	/	58	/	49	/	/
Starši	4	34	10	19	17	7
Skupaj	4	92	10	68	17	7

*P: poklicna; SŠ: srednješolska; VIŠ: višješolska; VIS: visokošolska; UNI: univerzitetna, PODIPL: podiplomska izobrazba; ČNT: člani negovalnega tima.

Osemindeset (54,2 %) anketiranih članov negovalnega tima ima srednješolsko in 49 (45,8 %) visokošolsko izobrazbo. Štirje (4,4 %) starši imajo zaključeno poklicno, 34 (37,4 %) srednješolsko, 10 (11 %) višješolsko, 19 (21,8 %) visokošolsko, 17 (18,7 %) univerzitetno in 7 (6,7 %) podiplomsko izobraževanje.

6.2.3 Etičnost raziskovanja

V raziskavi so bili upoštevani principi raziskovalne etike na vseh stopnjah raziskovalnega procesa. Vsaka ustanova, ki smo jo povabili v raziskavo, je podala pisno soglasje za izvedbo raziskave. Prav tako je bila raziskava anonimna, z možnostjo odklonitve v raziskavi ter nevpletenosti raziskovalke, saj ni zaposlena v nobenih od ustanov, ki so sodelovale v raziskavi. Vse informacije, ki smo jih pridobili, so zaupne in osebno nerazpoznavne. Pri raziskovanju smo upoštevali Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (Zbornica – Zveza 2014).

7 REZULTATI EMPIRIČNEGA RAZISKOVANJA

V procesu empiričnega raziskovanja so bile najprej izračunane osnovne statistične lastnosti za vzorec (frekvenca, povprečna vrednost, standardni odklon). Nato smo za posamezne spremenljivke izračunali koeficient Cronbach alfa, Pearsonov koeficient in t-test. Cronbach alfa je zmeraj presegel vrednost 0,7, ki v strokovni literaturi predstavlja prag, ko lahko govorimo o dovolj visoki stopnji zanesljivosti vzorca, in nam pokaže, kako konsistentno določena spremenljivka meri pojav, ki ga želimo testirati (Mulaik 2010). Testirali smo vplive posameznih karakteristik skrbstvenega vidika obravnave znotraj okvira desetih skrbstvenih procesov.

7.1 PRVI SKRBTVENI PROCES: UDEJANJATI HUMANIZEM IN LJUBEČO PRIJAZNOST

Prvi skrbstveni proces se nanaša na humanizem, nesebične vrednote, znotraj zavestnega izražanja skrbi se udejanjata ljubeča prijaznost in ravnodušnost (Watson 2008b). Spoštovanje do drugih, do pacienta omogoča članom negovalnega tima, da so jim vedno na razpolago (Watson 2010). Stopnja zanesljivosti omenjenega sklopa je pri članih negovalnega tima 0,871 in pri starših 0,855.

V tabeli 7.1 so prikazane povprečne vrednosti odgovorov za člane negovalnega tima in starše ter rezultati t-testa za spremenljivko humanizem. S t-testom smo preverili, ali med posameznimi povprečnimi vrednostmi mnenj članov negovalnega tima in starši obstajajo statistično pomembne razlike. Statistično pomembne razlike je opaziti med člani negovalnega tima in starši pri vseh šestih trditvah.

Tabela 7.1: Primerjava povprečnih vrednosti ter statistično pomembne razlike med člani negovalnega tima in starši glede prvega skrbstvenega procesa

		ČNT*		Starši		t	p
		PV*	SO*	PV*	SO*		
1	Individualno obravnavam paciente in pokažem, da se ne zanimam samo za njihov zdravstveni problem.	4,1	1,0	3,3	1,0	5,60	< 0,001

		ČNT*		Starši		t	p
		PV*	SO*	PV*	SO*		
2	Poskušam gledati na stvari s pacientovega vidika.	4,3	0,8	2,8	1,1	11,31	< 0,001
3	Paciente sprejemam brez predsodkov.	4,4	0,8	3,1	1,0	9,44	< 0,001
4	Spoštujem paciente in njegove najbližje.	4,6	0,8	3,6	0,9	8,46	< 0,001
5	Do pacientov nimam odnosa neodobravanja.	4,3	0,8	3,4	1,1	6,71	< 0,001
6	Do pacientov in njihovih najbližjih imam human in topel odnos.	4,7	0,6	3,6	0,9	9,37	< 0,001

*ČNT: člani negovalnega tima; PV: povprečna vrednost; SO: standardni odklon.

Anketirani člani negovalnega tima menijo, da imajo do pacientov in njihovih najbližjih human in topel odnos (PV = 4,7), medtem ko starši s statistično pomembno nižjo povprečno vrednostjo (t = 9,37, p = < 0,001) menijo, da člani negovalnega tima do pacientov in njihovih bližnjih nimajo povsem humanega in toplega odnosa (PV = 3,6). Člani negovalnega tima prav tako menijo, da individualno obravnavajo paciente in jih ne zanima zgolj zdravstveni problem (PV = 4,1). Starši s statistično pomembno nižjo povprečno vrednostjo (t = 11,31, p = < 0,001) menijo, da člani negovalnega tima ne poskušajo gledati na stvari s pacientovega vidika (PV = 2,8).

7.2 DRUGI SKRBSTVENI PROCES: VZPOSTAVLJATI ZAUPANJE S PRISTNO PRISOTNOSTJO

V drugem skrbstvenem procesu je v ospredju vzbujanje upanja/zaupanja. Pristna prisotnost člana negovalnega tima omogoča globok vrednostni sistem in subjektivno doživljanje svoje notranjosti ter notranjosti teh, za katere se skrbi (Watson 2008b). Z avtentično navzočnostjo, s poslušanjem, s sistemom vrednot in prepričanj se omogoča pacientu in drugim čutiti lasten občutke vere in upanja (Watson 2010). Stopnja zanesljivosti omenjenega sklopa je pri članih negovalnega tima 0,943 in pri starših 0,935.

V tabeli 7.2 so prikazane povprečne vrednosti odgovorov za člane negovalnega tima in starše ter rezultati t-testa za spremenljivko upanja/zaupanja. S t-testom smo preverili, ali med posameznimi povprečnimi vrednostmi mnenj članov negovalnega tima in starši obstajajo

statistično pomembne razlike. Statistično pomembne razlike med člani negovalnega tima in starši obstajajo, razlikujejo pa se pri vseh sedmih trditvah.

Tabela 7.2: Primerjava povprečnih vrednosti ter statistično pomembne razlike med člani negovalnega tima in starši glede drugega skrbstvenega procesa

		ČNT*		Starši		t	p
		PV*	SO*	PV*	SO*		
1	Pacientom povem, da bom dosegljiv/-a, če me bodo potrebovali.	4,5	0,9	2,8	1,2	11,22	< 0,001
2	Paciente spodbujam, da zaupajo vase.	4,5	0,7	2,7	1,3	12,04	< 0,001
3	Paciente spodbujam, da pozitivno razmišljajo o sebi in svojem zdravstvenem stanju.	4,6	0,7	2,9	1,1	12,22	< 0,001
4	Spodbujam pacientova prizadevanja.	4,5	0,7	3,1	1,0	10,64	< 0,001
5	Paciente spodbujam v upanju, kadar je to primerno.	4,5	0,7	2,8	1,1	12,24	< 0,001
6	Pacientom pomagam pri iskanju motivacije za izboljšanje njihovega zdravstvenega stanja.	4,5	0,8	2,5	1,2	13,49	< 0,001
7	Upoštevam pacientovo vedenje o njihovem zdravstvenem stanju.	4,4	0,8	2,8	1,1	12,12	< 0,001

*ČNT: člani negovalnega tima; PV: povprečna vrednost; SO: standardni odklon.

Anketirani člani negovalnega tima menijo, da spodbujajo paciente, da pozitivno razmišljajo o sebi in svojem zdravstvenem stanju (PV = 4,6), medtem ko starši s statistično pomembno nižjo povprečno vrednostjo (t = 12,22, p = < 0,001) menijo, da člani negovalnega tima tega ne počno, kot bi morali (PV = 2,9). Člani negovalnega tima prav tako menijo, da pacientom pomagajo pri iskanju motivacije za izboljšanje njihovega zdravstvenega stanja (PV = 4,5), medtem ko starši s statistično pomembno nižjo povprečno vrednostjo (t = 13,49, p = < 0,001) menijo, da člani negovalnega tima ne pomagajo pacientom pri iskanju tovrstne motivacije (PV = 2,5).

7.3 TRETJI SKRBS TVENI PROCES: GOJENJE OBČUTLJIVOSTI ZASE IN DRUGE

Tretji skrbstveni proces opisuje pomen občutljivosti do sebe in drugih, gojenje duhovnih praks in transpersonalnega sebstva, ki presegajo samega sebe. Watson (2008b) opisuje skrbstveni proces, v katerem je treba gojiti svojo duhovnost, sposobnost prekositi sebe in svoja hotenja, da se zmore biti občutljiv, sočuten in odprt do drugih. S tem, ko si bolj odziven na pacientove potrebe in čustva drugega, si bolj sposoben ustvariti zaupljivejše, skrbne odnose (Watson 2010). Stopnja zanesljivosti omenjenega sklopa je pri članih negovalnega tima 0,878 in pri starših 0,892.

V tabeli 7.3 so prikazane povprečne vrednosti odgovorov za člane negovalnega tima in starše ter rezultati t-testa za spremenljivko občutljivost do sebe in drugih. S t-testom smo preverili, ali med posameznimi povprečnimi vrednostmi mnenj članov negovalnega tima in starši obstajajo statistično pomembne razlike. Statistično pomembne razlike je pri članih negovalnega tima in starših opaziti v vseh šestih trditvah.

Tabela 7.3: Primerjava povprečnih vrednosti ter statistično pomembne razlike med člani negovalnega tima in starši glede tretjega skrbstvenega procesa

		ČNT*		Starši		t	p
		PV*	SO*	PV*	SO*		
1	Paciente vprašam, kako želijo, da so stvari narejene.	4,0	0,9	2,5	1,1	10,17	< 0,001
2	Pokažem pacientom in bližnjim, da se zavedam njihovih občutkov.	4,3	0,7	2,7	1,1	12,02	< 0,001
3	Vem, kdaj izbrati pravi trenutek za razpravo o pacientovem zdravstvenem stanju in ustreznih ukrepih.	4,2	0,7	2,5	1,1	12,43	< 0,001
4	Vem, kako na primeren način izraziti svoje občutke o pacientovem zdravstvenem stanju.	4,1	0,8	2,5	1,1	11,09	< 0,001
5	Pacientom pomagam razumeti, kako njihovi bližnji doživljajo njihovo zdravstveno stanje.	4,2	0,7	2,4	1,0	13,63	< 0,001

		ČNT*		Starši		t	p
		PV*	SO*	PV*	SO*		
6	Pacientove bližnje seznanjam o trenutnem pacientovem zdravstvenem stanju (s pacientovo privolitvijo).	3,8	1,1	2,4	1,2	8,40	< 0,001

*CNT: člani negovalnega tima, PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon.

Anketirani člani negovalnega tima menijo, da pokažejo pacientom in bližnjim, da se zavedajo njihovih občutkov (PV = 4,3), medtem ko starši s statistično pomembno nižjo povprečno vrednostjo (t = 12,02, p = < 0,001) menijo, da člani negovalnega tima tega pacientom in bližnjim ne pokažejo (PV = 2,7). Prav tako starši s statistično pomembno nižjo povprečno vrednostjo (t = 13,63, p = < 0,001) menijo, da člani negovalnega tima ne pomagajo pacientom razumeti, kako njihovi bližnji doživljajo njihovo zdravstveno stanje (PV = 2,4).

7.4 ČETRTI SKRBS TVENI PROCES: RAZVIJANJE IN OHRANJANJE POMOČI V PRISTNEM SKRBS TVENEM ODNOSU

Razvijanje in ohranjanje pomoči, ki temelji na zaupanju in pristnem skrbstvenem odnosu (Watson 2008b), je zajeto v četrtem skrbstvenem procesu. Člani negovalnega tima razvijajo human odnos pomoči in zaupanja, ki ga je treba vzpostaviti v skrbstveni obravnavi (Watson 2010). Stopnja zanesljivosti omenjenega sklopa je pri članih negovalnega tima 0,895 in pri starših 0,917.

V tabeli 7.4 so prikazane povprečne vrednosti odgovorov za člane negovalnega tima in starše ter rezultati t-testa za spremenljivko pomoč pri vzpostavitvi medosebnih odnosov na podlagi pomoči in zaupanja. S t-testom smo preverili, ali med posameznimi povprečnimi vrednostmi mnenj članov negovalnega tima in starši obstajajo statistično pomembne razlike. Statistično pomembne razlike je med člani negovalnega tima in starši opaziti pri vseh sedmih trditvah.

Tabela 7.4: Primerjava povprečnih vrednosti ter statistično pomembne razlike med člani negovalnega tima in starši glede četrtega skrbstvenega procesa

		ČNT*		Starši		t	p
		PV*	SO*	PV*	SO*		
1	Pozorno poslušam paciente in njihove bližnje.	4,4	0,7	2,9	1,3	9,92	< 0,001
2	Pacientom se jasno predstavim z imenom in s funkcijo.	4,1	1,0	2,7	1,2	8,63	< 0,001
3	Kadar me pacienti pokličejo, odgovorim takoj, ko je mogoče.	4,5	0,8	2,7	1,1	13,02	< 0,001
4	Spoštujem svoje zadolžitve, kar pomeni, da tisto, kar rečem, tudi storim.	4,5	0,8	3,0	1,0	11,92	< 0,001
5	Ne dajem vtisa, da sem zaposlen/-a ali drugače zaseden/-a, kadar negujem pacienta.	4,2	0,8	2,7	1,2	10,02	< 0,001
6	Ne prekinjam pacientov, kadar govorijo.	4,4	0,7	3,1	0,9	11,11	< 0,001
7	Ne obsojam pacientovih idej in obnašanja.	4,4	0,8	2,7	0,8	14,40	< 0,001

*ČNT: člani negovalnega tima; PV: povprečna vrednost; SO: standardni odklon.

Anketirani člani negovalnega tima menijo, da pacientom, ko jih pokličejo, odgovorijo takoj, ko je mogoče (PV = 4,5), medtem ko starši s statistično pomembno nižjo povprečno vrednostjo (t = 13,02, p = < 0,001) menijo, da se člani negovalnega tima ne odzovejo takoj (PV = 2,7). Prav tako anketirani člani negovalnega tima menijo, da spoštujejo svoje zadolžitve, kar pomeni, da tisto, kar rečejo, tudi storijo (PV = 4,5), medtem ko starši ta odgovor ocenjujejo nekoliko nižje (PV = 3,0). Starši so v povprečju ocenili vse trditve precej nižje kot člani negovalnega tima. Najnižje so ocenili štiri trditve: »Pacientom se jasno predstavim z imenom in s funkcijo«, »Kadar me pacienti pokličejo, odgovorim takoj, ko je mogoče«, »Ne dajem vtisa, da sem zaposlen/-a ali drugače zaseden/-a, kadar negujem pacienta«, »Ne obsojam pacientovih idej in obnašanja« (PV = 2,7).

7.5 PETI SKRBTVENI PROCES: IZRAŽATI POZITIVNE IN NEGATIVNE OBČUTKE

Izražanje svojih pozitivnih in negativnih občutkov in povezanosti s svojim sebstvom in s spodbujanjem tistih, za katere se skrbi, je opredeljeno v petem skrbstvenem procesu (Watson

2008b). Člani negovalnega tima soustvarjajo skrbne odnose v skrbnem okolju, ki spodbuja duhovno rast (Watson 2010). Stopnja zanesljivosti omenjenega sklopa je pri članih negovalnega tima 0,913 in pri starših 0,927.

V tabeli 7.5 so prikazane povprečne vrednosti odgovorov za člane negovalnega tima in starše ter rezultati t-testa za spremenljivko izražanje občutkov. S t-testom smo preverili, ali med posameznimi povprečnimi vrednostmi mnenj članov negovalnega tima in starši obstajajo statistično pomembne razlike. Statistično pomembne razlike med člani negovalnega tima in starši je opaziti pri vseh šestih trditvah.

Tabela 7.5: Primerjava povprečnih vrednosti ter statistično pomembne razlike med člani negovalnega tima in starši glede petega skrbstvenega procesa

		ČNT*		Starši		t	p
		PV*	SO*	PV*	SO*		
1	Paciente spodbujam, da svobodno izražajo svoje misli in občutke.	4,3	0,7	2,8	1,1	11,03	< 0,001
2	Ostajam mirna/-en, kadar so pacienti jezni.	4,2	0,8	2,6	1,0	11,97	< 0,001
3	Pomagam pacientom razumeti njihova čustva.	4,4	0,6	2,7	1,0	13,56	< 0,001
4	Ne zmanjšujem svoje prisotnosti ob pacientih v težjih trenutkih.	4,4	0,7	2,8	1,2	11,06	< 0,001
5	Pomagam pacientom premostiti njihova negativna čustva.	4,2	0,7	2,3	1,0	16,03	< 0,001
6	Omogočam pacientom, da izrazijo svojo bolečino, žalost, strahove itd.	4,3	0,7	2,6	1,1	12,72	< 0,001

*ČNT: člani negovalnega tima; PV: povprečna vrednost; SO: standardni odklon.

Anketirani člani negovalnega tima menijo, da pomagajo pacientom razumeti njihova čustva (PV = 4,4), medtem ko starši s statistično pomembno nižjo povprečno vrednostjo ($t = 13,56$, $p = < 0,001$) menijo, da se člani negovalnega tima ne trudijo preveč pomagati pacientom razumeti njihova čustva (PV = 2,7). Člani negovalnega tima prav tako menijo, da pomagajo pacientom premostiti njihova negativna čustva (PV = 4,2), medtem ko so jih starši pri isti trditvi statistično pomembno ocenili nižje ($t = 13,56$, $p = < 0,001$, PV = 2,3).

7.6 ŠESTI SKRBSTVENI PROCES: USTVARJALNO IZBIRATI NAČINE IN POTI SKRBSTVENIH PROCESOV

V šestem skrbstvenem procesu je predstavljeno ustvarjalno izbiranje načinov in poti procesov skrbi, saj je to umetnost, s katero postane skrb zdravljenje (Watson 2008b). Člani negovalnega tima razvijajo procese kreativnega reševanja problemov v zdravstveni negi z ustvarjalno uporabo jaza in ustreznih načinov vedenja, v katerega se vključi umetnosti skrbno-zdravilnih praks. Osredotočenost je naravnana na reševanje problemov v skrbi za pacienta in druge (Watson 2010). Stopnja zanesljivosti omenjenega sklopa je pri članih negovalnega tima 0,932 in pri starših 0,940.

V tabeli 7.6 so prikazane povprečne vrednosti odgovorov za člane negovalnega tima in starše ter rezultati t-testa za spremenljivko reševanje problemov: sistematična uporaba kreativnega reševanja problemov v procesu zdravstvene nege. S t-testom smo preverili, ali med posameznimi povprečnimi vrednostmi mnenj članov negovalnega tima in starši obstajajo statistično pomembne razlike. Statistično pomembne razlike je opaziti pri vseh šestih trditvah. Iz tega lahko sklepamo, da se mnenja glede karitativnega procesa reševanje problemov – sistematične uporabe kreativnega reševanja problemov – v procesu zdravstvene nege med člani negovalnega tima in starši razlikujejo.

Tabela 7.6: Primerjava povprečnih vrednosti ter statistično pomembne razlike med člani negovalnega tima in starši glede šestega skrbstvenega procesa

		ČNT*		Starši		t	p
		PV*	SO*	PV*	SO*		
1	Pomagam pacientom določiti realne cilje, ki upoštevajo njihovo zdravstveno stanje.	4,0	0,8	2,6	1,1	10,57	< 0,001
2	Pomagam pacientom spopadati se s stresom, ki ga je povzročilo njihovo zdravstveno stanje.	4,1	0,8	2,5	1,1	10,93	< 0,001
3	Pomagam pacientom videti situacijo iz pozitivnega zornega kota.	4,3	0,8	2,9	1,2	9,11	< 0,001
4	Pomagam pacientom prepoznati sredstva za učinkovito reševanje njihovih težav.	4,2	0,8	2,7	1,0	11,48	< 0,001

5	Poskušam s pacienti prepoznati posledice njihovega vedenja.	4,1	0,8	2,6	1,2	10,15	< 0,001
6	Informiram paciente in njihove bližnje o možnostih izbire, ki jih imajo glede nadaljnje zdravstvene obravnave.	4,0	0,9	2,6	1,2	8,38	< 0,001

*CNT: člani negovalnega tima; PV: povprečna vrednost; SO: standardni odklon.

Anketirani člani negovalnega tima menijo, da pomagajo pacientom videti situacijo iz pozitivnega zornega kota (PV = 4,3), medtem ko starši s statistično pomembno nižjo povprečno vrednostjo ($t = 9,11$, $p = < 0,001$) menijo nekoliko drugače, saj so jih ocenili z nižjo povprečno vrednostjo (PV = 2,9). Člani negovalnega tima pacientom pomagajo spopadati se s stresom, ki ga je povzročilo njihovo zdravstveno stanje (PV = 4,1), medtem ko so jih starši pri isti trditvi ocenili z nižjo povprečno vrednostjo (PV = 2,5).

7.7 SEDMI SKRBTSTVENI PROCES: RAZVIJATI KONTINUIRANO UČENJE ZNOTRAJ IZKUSTVENEGA OKVIRA DRUGEGA

V sedmem skrbstvenem procesu je izpostavljen pomen razvijanja in priznavanja izkušenj kontinuiranega učenja (učiti in učiti se) znotraj izkustvenega okvira drugega (Watson 2008b). Člani negovalnega tima spodbujajo medosebno učenje in poučevanje v smislu pristnega učenja in poučevanja na osnovi izkušenj ter soustvarjajo skrbne odnose za paciente (druge) in sebe z umetnostjo skrbno-zdravilnih praks, ki spodbujajo znanje, rast in opolnomočenje (Watson 2010). Stopnja zanesljivosti omenjenega sklopa je pri članih negovalnega tima 0,929 in pri starših 0,930.

V tabeli 7.7 so prikazane povprečne vrednosti odgovorov za člane negovalnega tima in starše ter rezultati t-testa za spremenljivko transpersonalnega poučevanja – učenja. S t-testom smo preverili, ali med posameznimi povprečnimi vrednostmi mnenj članov negovalnega tima in starši obstajajo statistično pomembne razlike. Statistično pomembne razlike med člani negovalnega tima in starši je opaziti pri vseh devetih trditvah.

Tabela 7.7: Primerjava povprečnih vrednosti ter statistično pomembne razlike med člani negovalnega tima in starši glede sedmega skrbstvenega procesa

		ČNT*		Starši		t	p
		PV*	SO*	PV*	SO*		
1	Pomagam pacientom pri spoznavanju in oblikovanju vprašanj o njihovi bolezni in zdravljenju.	4,0	0,9	2,7	0,9	10,16	< 0,001
2	Preverim, ali pacienti in njihovi bližnji pravilno razumejo mojo razlago.	4,2	0,8	2,8	1,1	10,41	< 0,001
3	Pacientom podam nujno potrebne informacije oziroma jim dam na voljo informacije, da lahko sprejmejo premišljene odločitve.	4,1	0,8	2,6	1,0	10,91	< 0,001
4	Pacientom vnaprej razložim oskrbo in zdravljenje.	4,2	0,8	2,5	1,0	12,22	< 0,001
5	Ne uporabljam strokovnih terminov ali jezika, ki ga pacienti in njihovi bližnji ne razumejo.	4,3	0,9	3,0	1,0	10,25	< 0,001
6	Pacientu zagotovim možnosti za samooskrbo.	4,3	0,7	2,8	0,9	12,48	< 0,001
7	Spoštujem pacientov način dojetanja, ko jim podajam informacije ali odgovarjam na njihova vprašanja.	4,4	0,7	2,9	1,0	11,78	< 0,001
8	Paciente poučim o urniku jemanja in pripravljanja njihovih zdravil.	4,4	0,8	3,1	1,0	9,78	< 0,001
9	Paciente poučim o indikacijah in sredstvih za preprečevanje nekaterih neželenih učinkov pri njihovem zdravljenju.	4,2	0,8	2,6	1,1	11,31	< 0,001

*CNT: člani negovalnega tima; PV: povprečna vrednost; SO: standardni odklon.

Anketirani člani negovalnega tima menijo, da spoštujejo pacientov način dojetanja, ko jim podajajo informacije ali odgovarjamo na njihova vprašanja (PV = 4,4), medtem ko starši s statistično pomembno nižjo povprečno vrednostjo (t = 11,78, p = < 0,001) menijo drugače in so jih ocenili z nižjo povprečno vrednostjo (PV = 2,9). Člani negovalnega tima menijo, da

pacientom vnaprej razložijo oskrbo in zdravljenje (PV = 4,2), medtem ko so starši to trditev ocenili s statistično pomembno nižjo povprečno vrednostjo ($t = 12,22$, $p = < 0,001$) in jih ocenili z nižjo povprečno vrednostjo (PV = 2,5).

7.8 OSMI SKRBTSTVENI PROCES: USTVARJATI ZDRAVILNA OKOLJA

Osmi skrbstveni proces ustvarja zdravilno okolje na fizičnih in ostalih nivojih (Watson 2008b). Člani negovalnega tima v okviru tega procesa zagotavljajo in ohranjajo varno socialno, fizično, psihično in duhovno okolje. Okolja so subtilna, prežeta z energijo, pri čemer so v ospredju celovitost, lepota, udobje, dostojanstvo in mir. S spodbujanjem skrbnih odnosov se ustvarja prostor za pacienta (druge), da sami ustvarjajo lastno celovitost in ozdravljenje (Watson 2010). Stopnja zanesljivosti omenjenega sklopa je pri članih negovalnega tima 0,938 in pri starših 0,906.

V tabeli 7.8 so prikazane povprečne vrednosti odgovorov za člane negovalnega tima in starše ter rezultati t-testa za spremenljivko okolje. S t-testom smo preverili, ali med posameznimi povprečnimi vrednostmi mnenj članov negovalnega tima in starši obstajajo statistično pomembne razlike. Statistično pomembne razlike je med člani negovalnega tima in starši opaziti pri vseh sedmih trditvah.

Tabela 7.8: Primerjava povprečnih vrednosti ter statistično pomembne razlike med člani negovalnega tima in starši glede osmega skrbstvenega procesa

		ČNT*		Starši		t	p
		PV*	SO*	PV*	SO*		
1	Razumem paciente, kadar želijo biti sami.	4,5	0,7	3,0	1,1	11,00	< 0,001
2	Pomagam pacientom, da jim je udobno (npr. potrepljam jih po hrbtu, pomagam jim menjavati položaje, nastavim svetlobo, priporočam specialno opremo itd.).	4,6	0,7	2,8	1,1	13,75	< 0,001
3	Po negovanju pacienta pospravim sobo.	4,6	0,6	3,5	1,1	8,89	< 0,001
4	Preverim, če so zdravila, ki jih je pacient prejel, učinkovala (npr. pri slabosti, bolečini, zaprtju, anksioznosti itd.).	4,5	0,8	2,8	1,2	11,62	< 0,001

5	Spoštujem pacientovo zasebnost (npr. ne izpostavljam jih po nepotrebnem).	4,6	0,7	2,9	1,1	12,69	< 0,001
6	Preden zapustim paciente, preverim, če so dobili vse, kar potrebujejo.	4,6	0,8	2,9	1,1	12,13	< 0,001
7	Pomagam pacientom organizirati stvari, ki so za njih pomembne.	4,3	0,8	2,7	1,2	10,90	< 0,001

*CNT: člani negovalnega tima; PV: povprečna vrednost; SO: standardni odklon.

Anketirani člani negovalnega tima menijo, da pacientu pomagajo, da jim je udobno (npr. potrepljajo jih po hrbtu, pomagajo jim menjavati položaje, nastavijo svetlobo, priporočajo specialno opremo itd.) (PV = 4,6), medtem ko starši menijo drugače in so jih ocenili s statistično pomembno nižjo povprečno vrednostjo ($t = 13,75$, $p < 0,001$). Starši so trditev »Pomagam pacientom organizirati stvari, ki so za njih pomembne« ocenili z nižjo povprečno vrednostjo (PV = 2,7).

7.9 DEVETI SKRBSTVENI PROCES: POMAGATI ZADOVOLJEVATI OSNOVNE ČLOVEKOVE POTREBE

V devetem skrbstvenem procesu je poudarjeno odgovarjanje na osnovne človekove potrebe z izrazi zavestne skrbi, s čimer se zagotavlja humana zdravstvena nega, ki zmore uravnovešati razum, telo in duha. S tem se odraža celovitost bivanja in zavedanja in vključuje vse vidike skrbi ter teži k razvijanju duhovnosti (Watson 2008b). Člani negovalnega tima pomagajo pacientom pri celovitem zadovoljevanju osnovnih človekovih potreb. Watsonova je leta 1979 naredila vrstni red zadovoljevanja potreb pacienta (drugih), ki temelji na Maslowovi hierarhiji zadovoljevanja potreb (Watson 2010):

- fizične potrebe so ovrednotene najnižje (potreba po preživetju, potreba po hrani in tekočini, potreba po izločanju, potreba po ventilaciji);
- psihofizične potrebe (funkcionalne potrebe, potreba po dejavnostih/neaktivnosti, potreba po spolnosti);
- psihosocialne potrebe (integrativne potrebe, potrebe po uresničevanju in pripadnosti);
- intrapersonalne potrebe (potreba po rasti in samoaktualizaciji).

To je tudi edini skrbstveni proces, v katerem pride v ospredje soodvisna vloga članov negovalnega tima, sodelovanje v diagnostično-terapevtskem programu, katerega pobudnik je

zdravnik. Stopnja zanesljivosti omenjenega sklopa je pri članih negovalnega tima 0,921 in pri starših 0,920.

V tabeli 7.9 so prikazane povprečne vrednosti odgovorov za člane negovalnega tima in starše ter rezultati t-testa za spremenljivko potrebe. S t-testom smo preverili, ali med posameznimi povprečnimi vrednostmi mnenj članov negovalnega tima in starši obstajajo statistično pomembne razlike. Statistično pomembne razlike je med člani negovalnega tima in starši opaziti pri vseh desetih trditvah.

Tabela 7.9: Primerjava povprečnih vrednosti ter statistično pomembne razlike med člani negovalnega tima in starši glede devetega skrbstvenega procesa

		ČNT*		Starši		t	p
		PV*	SO*	PV*	SO*		
1	Pacientom pomagam pri negovanju, kadar so sami nemočni.	4,8	0,5	3,0	1,2	13,40	< 0,001
2	Znam aplicirati zdravila (npr. intravenozno injekcijo, obveze itd.).	4,5	1,0	4,0	0,8	4,15	< 0,001
3	Znam uporabljati specialno opremo (npr. črpalke, monitorji itd.).	4,5	1,0	3,9	0,9	4,03	< 0,001
4	Zdravila dajem pacientom po predpisanem urniku.	4,8	0,5	4,0	0,9	6,98	< 0,001
5	Spodbujam bližnje, da podpirajo pacienta (s pacientovim dovoljenjem).	4,7	0,7	3,2	1,0	11,51	< 0,001
6	Pozorno spremljam pacientovo zdravstveno stanje.	4,6	0,7	3,1	1,1	11,20	< 0,001
7	Pomagam pacientom, da poskušajo imeti kontrolo nad svojim zdravstvenim stanjem.	4,5	0,8	3,2	0,9	10,17	< 0,001
8	Znam ravnati v situacijah, kjer je treba hitro ukrepati.	4,6	0,7	3,4	1,1	8,84	< 0,001
9	Pokažem zmožnosti in veščine pri delu s pacienti.	4,6	0,6	3,4	0,9	9,88	< 0,001
10	Upoštevam potrebe pacientov pri zadovoljevanju osnovnih človekovih potreb (npr. spanje, osebna higiena itd.).	4,7	0,6	3,0	1,3	11,28	< 0,001

*ČNT: člani negovalnega tima; PV: povprečna vrednost; SO: standardni odklon.

Anketirani člani negovalnega tima menijo, da pacientom pomagajo pri negovanju, kadar so sami nemočni (PV = 4,8), medtem ko so jih starši ocenili s statistično pomembno nižjo povprečno vrednostjo ($t = 13,40$, $p < 0,001$). Člani negovalnega tima menijo, da upoštevajo potrebe pacientov pri zagotavljanju osnovnih človekovih potreb (npr. spanje, osebna higiena itd.) (PV = 4,7), medtem ko so jih starši ocenili z nižjo povprečno vrednostjo (PV = 3,0).

7.10 DESETI SKRBTSTVENI PROCES: PRIZNAVATI MISTERIOZNOST IN DUHOVNOST PRI SEBI IN DRUGIH

Odpiranje in negovanje ne samo eksistencialne dimenzije življenja in smrti, ampak tudi misterioznosti in duhovnosti pri sebi in tistih, za katere se skrbi (Watson 2008b), je predstavljeno v desetem skrbstvenem procesu. Na lastno življenje in smrt je treba gledati tudi z vidika duhovnih, skrivnostnih in eksistencialnih razsežnosti. Skrbeti je treba za svojo dušo, dušo drugega in hkrati biti ob tem tudi negovan. Čudeže je treba dopuščati sebi in drugim (Watson 2010). Stopnja zanesljivosti omenjenega sklopa je pri članih negovalnega tima 0,922 in pri starših 0,928.

V tabeli 7.10 so prikazane povprečne vrednosti odgovorov za člane negovalnega tima in starše ter rezultati t-testa za spremenljivko duhovnost: zagotavljanje fenomenološko-duhovnih potreb. S t-testom smo preverili, ali med posameznimi povprečnimi vrednostmi mnenj članov negovalnega tima in starši obstajajo statistično pomembne razlike. Statistično pomembne razlike je opaziti pri vseh šestih trditvah. Iz tega lahko sklepamo, da se mnenja glede karitativnega procesa duhovnost: zagotavljanje fenomenološko-duhovnih potreb med člani negovalnega tima in starši razlikujejo.

Tabela 7.10: Primerjava povprečnih vrednosti ter statistično pomembne razlike med člani negovalnega tima in starši glede desetega skrbstvenega procesa

		ČNT*		Starši		t	p
		PV*	SO*	PV*	SO*		
1	Pacientom pomagam, da se počutijo dobro glede na njihovo zdravstveno stanje.	4,6	0,6	2,7	1,1	14,56	< 0,001
2	Priznam, da molitve, meditacije ali druge stvari lahko paciente pomirjajo in jim dajejo upanje.	4,2	1,0	2,3	1,0	13,25	< 0,001

		ČNT*		Starši		t	p
		PV*	SO*	PV*	SO*		
3	Pacientom pomagam poiskati, kaj je v njihovem življenju pomembno.	4,0	1,0	2,3	1,0	11,87	< 0,001
4	Pacientom pomagam pri iskanju smisla glede na njihovo zdravstveno stanje.	4,2	1,0	2,3	1,1	12,12	< 0,001
5	Pacientom pomagam najti ravnovesje v njihovem življenju.	3,9	1,1	2,1	1,2	10,75	< 0,001
6	Upoštevam pacientove duhovne potrebe (molitev, meditacija, sodelovanje v določenih ritualih).	4,3	0,9	1,9	1,1	16,02	< 0,001

*ČNT: člani negovalnega tima; PV: povprečna vrednost; SO: standardni odklon.

Anketirani člani negovalnega tima menijo, da pacientom pomagajo, da se počutijo dobro glede na njihovo zdravstveno stanje (PV = 4,6), medtem ko so jih starši ocenili s statistično pomembno nižjo povprečno vrednostjo (t = 14,56, p < 0,001). Člani negovalnega tima prav tako menijo, da upoštevajo pacientove duhovne potrebe (molitev, meditacijo, sodelovanje v določenih ritualih) (PV = 4,3), vendar so jih starši ocenili z najnižjo povprečno vrednostjo (PV = 1,9).

7.11 KORELACIJSKA ANALIZA VSEH DESETIH SKRBTSTVENIH PROCESOV PRI ČLANIH NEGOVALNEGA TIMA

Vse korelacije na nivoju p < 0,001 med desetimi skrbstvenimi procesi so statistično pomembne. Močne korelacije se gibljejo v razponu nad $r \geq 0,700$. Po pričakovanjih so posamezni skrbstveni procesi med seboj močno in srednje močno ($0,300 < r < 0,700$) pozitivno povezani (priloga Č). Trije skrbstveni procesi so v najmočnejši povezavi z osmim skrbstvenim procesom, kjer se poudarjajo zdravilna okolja. Ti so: (1) prvi skrbstveni proces, v katerem se udejanjata ljubeča prijaznost in ravnodušnost znotraj zavestnega izražanja skrbi (r = 0,765**, p < 0,001); (2) četrti skrbstveni proces, kjer je v ospredju vzpostavitev zaupljivih in pristnih skrbstvenih odnosov (r = 0,848**, p < 0,001); ter (3) sedmi skrbstveni proces, kjer se razvijajo in priznavajo izkušnje kontinuiranega učenja (učiti in učiti se) (r = 0,751**, p < 0,001). Drugi skrbstveni proces, pri katerem sta v ospredju upanje in zaupanje, je v najmočnejši korelaciji s četrtim skrbstvenim procesom, kjer se razvija in ohranja pomoč,

temelječa na zaupanju in pristnem skrbstvenem odnosu ($r = 0,811^{**}$, $p < 0,001$). Tretji skrbstveni proces, kjer se goji duhovnost, sposobnost prekositi sebe in svoja hotenja, da se zmore biti občutljiv, sočuten in odprt do drugih, je v najmočnejši korelaciji s šestim skrbstvenim procesom, kjer se kreativno in ustvarjalno izbirajo načini in poti procesov skrbi ($r = 0,754^{**}$, $p < 0,001$). Peti skrbstveni proces, kjer je pomen v izražanju svojih pozitivnih in negativnih občutkov ter spodbujanju drugih k temu, je v najmočnejši pozitivni korelaciji s sedmim skrbstvenim procesom, kjer se poudarja razvijanje in priznavanje izkušenj kontinuiranega učenja (učiti in učiti se) znotraj izkustvenega okvira drugega ($r = 0,813^{**}$, $p < 0,001$). Šesti skrbstveni proces, kjer se iščejo kreativni načini in poti reševanja potreb, je močno povezan z desetim skrbstvenim procesom, ki daje poudarek misterioznosti in duhovnosti pri sebi in tistih, za katere se skrbi ($r = 0,818^{**}$, $p < 0,001$). Osmi skrbstveni proces, kjer se poudarjajo zdravilna okolja, je najmočnejše povezan zgolj z devetim skrbstvenim procesom, kjer se odgovarja na osnovne človekove potrebe ($r = 0,856^{**}$, $p < 0,001$).

7.12 KORELACIJSKA ANALIZA VSEH DESETIH SKRBTVENIH PROCESOV PRI STARŠIH HOSPITALIZIRANIH OTROK

Vse korelacije na nivoju $p < 0,001$ med desetimi skrbstvenimi procesi so statistično pomembne. Močne korelacije se gibljejo v razponu nad $r \geq 0,700$. Po pričakovanjih so posamezni skrbstveni procesi med seboj močno in srednje močno ($0,300 < r < 0,700$) pozitivno povezani (priloga D). Prvi skrbstveni proces, v katerem se udeležujata ljubeča prijaznost in ravnodušnost znotraj zavestnega izražanja skrbi, je v najmočnejši povezavi z drugim skrbstvenim procesom, kjer sta v ospredju upanje in zaupanje ($r = 0,822^{**}$, $p < 0,001$). Drugi skrbstveni proces je nato v močni povezavi s tretjim skrbstvenim procesom, kjer se goji duhovnost, sposobnost prekositi sebe in svoja hotenja, da se zmore biti občutljiv, sočuten in odprt do drugih ($r = 0,855^{**}$, $p < 0,001$). Tretji ($r = 0,846^{**}$, $p < 0,001$) in peti ($r = 0,795^{**}$, $p < 0,001$) skrbstveni proces sta v močni povezavi s šestim skrbstvenim procesom, kjer se iščejo kreativni načini in poti reševanja potreb. Četrty skrbstveni proces, kjer je poudarek na vzpostavitvi zaupljivih in pristnih skrbstvenih odnosov, se močno veže s petim skrbstvenim procesom, pri katerem se izražajo lastni pozitivni in negativni občutki ter se k temu spodbuja tudi druge ($r = 0,875^{**}$, $p < 0,001$). Šesti skrbstveni proces, kjer se iščejo kreativni načini in poti reševanja potreb, je močno povezan s sedmim skrbstvenim procesom, v katerem se razvijajo in priznavajo izkušnje kontinuiranega učenja (učiti in učiti se)

($r = 0,866^{**}$, $p < 0,001$). Deveti skrbstveni proces, kjer se odgovarja in zagotavlja osnovne človekove potrebe, je v močni povezavi z dvema procesoma: (1) s sedmim skrbstvenim procesom ($r = 0,851^{**}$, $p < 0,001$) in osmim skrbstvenim procesom (0,875).

8 RAZPRAVA IN INTERPRETACIJA REZULTATOV EMPIRIČNEGA RAZISKOVANJA

Z izvedbo raziskave, ki temelji na teoriji Jean Watson, smo dobili oceno skrbstvene obravnave pacienta na pediatričnem področju. Dosegli smo glavni namen raziskave in posneli trenutno stanje v kliničnem okolju na pediatričnem področju. V raziskavi ugotavljamo, da se člani negovalnega tima, ko ocenjujejo sami sebe in svoje izvajanje skrbstvenega vidika obravnave pacienta, ocenjujejo zelo dobro v primerjavi z uporabniki storitev – pacienti, starši oziroma skrbniki. Pri vseh desetih skrbstvenih procesih je namreč prišlo do statistično pomembne razlike med mnenji članov negovalnega tima in starši. Člani negovalnega tima in starši oziroma skrbniki so svoja mnenja izrazili s pomočjo Likertove lestvice od ena do pet. Dve trditvi od sedemdesetih (glej prilogo B) so člani negovalnega tima ocenili z najvišjo povprečno vrednostjo (PV = 4,8). Ti trditvi se nanašata na pomoč pacientu pri negovanju in ne nakazujeta neposredno na skrbstveni vidik (Trditvev 55: »Pacientom pomagam, kadar so sami nemočni« in trditvev 58: »Zdravila dajem pacientom po predpisanem urniku«). Prva trditvev pokaže, da se člani negovalnega tima zavedajo svoje skrbi za pacienta, kadar je ta nemočen. Druga trditvev pa nam nazorno prikaže sodelovanje medicinskih sester v zdravstvenem timu in opravljanje negovalnih intervencij po naročilu zdravnika. Te naloge je treba izvesti, saj je zdravnik tako naročil. Pacient se ob tem žal največkrat znajde v pasivni vlogi. Obe trditvi spadata v deveti skrbstveni proces, ki se nanaša na potrebe: pomoč pri zagotavljanju osnovnih človekovih potreb. V tem istem razdelku sta tudi dve trditvi (trditvev 56 in 57), ki sta po rezultatih raziskave statistično sicer dosegli pomembno razliko, vendar hkrati tudi najnižjo razliko med oceno negovalnega tima in staršev (starši so jih ocenili v povprečju najvišje). Od vseh desetih skrbstvenih procesov so v devetem skrbstvenem procesu navedeni tisti, ki prikazujejo vlogo medicinske sestre (negovalnega tima) kot pomočnice – tako zdravniku kot pacientu – in njeno podrejeno vlogo, saj prikazujejo opis del in nalog njenega delovnega mesta (deliti zdravila po navodilu, poznati zdravila, poznati specialno opremo, upoštevati urnik ipd.). Gre za edini skrbstveni proces, kjer etika skrbi ne stopa toliko v ospredje kot sposobnosti članov negovalnega tima, da opravljajo svoje (predpisano) delo. Odgovori nakazujejo tudi na dejstvo, da negovalnemu timu manjka samostojnosti pri negovalnih intervencijah, ki izhajajo iz zdravstvene nege, kjer je medicinska sestra samostojna ter ima pravico pobude in nadzora.

Najnižje so člani negovalnega tima ovrednotili trditev, ki zajema pacientove najbližje, in seznanjanju najbližjih o trenutnem zdravstvenem stanju (s pacientovo privolitvijo) (PV = 3,8). Odgovor je nekoliko presenetil, saj je ta trditev na pediatričnem področju izrednega pomena – negovalni tim namreč največ sodeluje z otrokovimi starši oziroma s skrbniki in v manjši meri z otrokom (ali pa sploh ne). Dejstvo je, da morajo biti otrok in njegovi starši/skrbniki vključeni v vse faze procesa zdravstvene nege kot aktivni člani v zdravstveni obravnavi.

Povprečna vrednost mnenj članov negovalnega tima pri vseh 70 trditvah znaša 4,35, pri starših 2,8. Najnižje so starši ocenili trditev 70: »Upoštevam pacientove duhovne potrebe (molitev, meditacija, sodelovanje v določenih ritualih)« (PV = 1,9). Predvidevamo, da se negovalni tim ne ukvarja toliko z duhovno oskrbo pacientov, sploh ker gre za otroke. Verjetno so pričakovanja staršev, da je pacient obravnavan celostno, višja od tistih, ki jih negovalni tim lahko ponudi.

Člani negovalnega tima vdirajo v zasebni prostor na poseben, empatičen način. Dijaki in študenti se načina naučijo in ga pridobijo v času klinične prakse. Pri tem načinu bi lahko rekli, da obstajajo določena pravila: pravilo podrejanja, odvisnosti, skromnosti do pacienta, pravilo zaščite pacientove zasebnosti in določeni ukrepi (uniformiranost članov negovalnega tima, profesionalno vedenje, kritično razmišljanje, sprejemanje odgovornosti, minimiziranje problemov itd). Pahor (1999b) navaja tudi, da je zdravstvena nega tipičen primer sistemske podreditve dejavnosti sveta življenja. V sklopu prvega skrbstvenega procesa je bilo naštetih šest trditvev. Vse se navezujejo na vidik vdiranja v zasebni prostor pacienta, ki je seveda zaradi bolezenskega stanja še bolj občutljiv in ranljiv kot običajno. Zato so nesebične vrednote zelo pomembne. Pomembno pa je tudi, ali jih člani negovalnega tima posedujejo in kako jih člani negovalnega tima tudi posredujejo. V svoji raziskavi smo ugotovili, da je bila trditev 2 »Poskušam gledati na stvari s pacientovega vidika« v sklopu prvega skrbstvenega procesa ocenjena s povprečno vrednostjo 4,00, medtem ko so starši isto trditev ocenili z 2,8. V tem skrbstvenem procesu je to hkrati trditev z najvišjo razliko v povprečni vrednosti. Člani negovalnega tima bi morali s humanim in holističnim pristopom vdirati v pacientov zasebni prostor, vendar glede na razlike v oceni starši tega niso deležni v tolikšni meri, kot bi si za svojega otroka želeli. Večina medicinskih sester se bo strinjala, da je temelj skrbstvenega dela zaupen odnos, saj je brez tega vse izgubljeno. Ta pa temelji na odkritosti. Skrbstveno delo samo po sebi goji zaupanje brez omejitev, odvija se brez nasilja, ustvarja nepokroviteljske odnose, ne ustrahovane in nemočne, ampak odnose, ki vedno temeljijo na sodelovanju in

medsebojnem spoštovanju (Tschudin 2004). Ocena trditve 4 »Spoštujem paciente in njegove najbližje«, ki je pri članih negovalnega tima dosegla povprečno vrednost 4,6 in pri starših 3,6, nakazuje, da je sicer statistično pomembna trditev z manjšo razliko v povprečni vrednosti pomembna za oboje, tako za negovalni tim kot za starše. Pajnkihar in Lahe (2006) menita, da humanistični pristop v zdravstveni negi poudarja skrb za človeka in njegove vrednote in ga postavlja v središče kot aktivnega člana. Če želimo, da so partnerski odnosi v zdravstveni negi enakovredni, moramo spoštovati pacientovo dostojanstvo in avtonomijo. Pri zadovoljevanju potreb pacienta članom negovalnega tima pomagajo dobra komunikacija, znanje in spretnosti v medosebnih odnosih. Trditev 6 »Do pacientov nimam odnosa neodobravanja« je trditev v prvem skrbstvenem procesu z najnižjo razliko med povprečnima vrednostma (negovalni tim 4,3 in starši 3,4) in se sklada z zgoraj omenjenim spoštovanjem pacientovega dostojanstva in avtonomije. Ule (2003b, 17) govori o naraščanju dehumanizacije odnosa med zdravstvenim osebjem in pacientom ter s tem povezane patogene komunikacijske odpovedi zdravstvenega sistema. Zdravstvo mora spoznati, da je popolnoma vpeto v sodobno družbo in da bo probleme treba reševati tudi s pomočjo družbene znanosti, v kateri ima stroka zdravstvene nege prednost pred drugimi, saj je najštevilčnejši poklic v zdravstvu in je ob pacientu ali tistem, ki pomoč potrebuje, tudi največ časa. »V današnjem času ne čutimo pomanjkanja strokovnosti in znanja, čutimo pa veliko pomanjkanje sočutja. Medicinska sestra je tista, ki bi morala še bolj kot drugi izkazovati sočutje in srčnost. Dela ob pacientu ni mogoče natančno predpisati z navodili in tudi ne nadzorovati kot v proizvodnji. Tukaj je potreben notranji etični nadzor« (Prebil in drugi 2010, 69). Trditve v prvem skrbstvenem procesu po raziskavi nakazujejo, da do pomembnega premika v sistemu oblikovanja humanistično-nesebičnih vrednot ni prišlo. Negovalni tim se ocenjuje bolje v smislu posedovanja in posredovanja teh vrednot, kot jih ocenjujejo oziroma doživljajo starši pri obravnavi njihovih otrok.

Pri drugem skrbstvenem procesu, ki opisuje upanje in zaupanje, bi izpostavili trditev 12, ki je ocenjena z najvišjo razliko v povprečni vrednosti. Govori o pomoči negovalnega tima pacientu pri iskanju motivacije za izboljšanje njihovega zdravstvenega stanja. Ker smo na pediatričnem področju, je iskanje motivacije za izboljšanje otrokovega zdravja bolj potrebno pri starših kot otrocih, saj so otroci večinoma pozitivno naravnani in veseli kljub bolezenskemu stanju. Za otroke obstaja veliko načinov motiviranja, vendar žal v večini slovenskih bolnišnic tega ne opravljajo člani negovalnega tima, pač pa zunanji strokovnjaki (primer Rdeči noski – nosilci dejavnosti so zdravniki klovn). Trditvi 9 in 11 se nanašata na spodbujanje pozitivnih misli o sebi in drugih ter spodbujanje upanja od članov negovalnega

tima. Iz ocen lahko sklepamo, da bi si starši želeli pridobiti to zaupanje in upanje v času skrbstvene zdravstvene obravnave. Ule (2003a, 134) pravi, da lahko z razumevanjem posameznika kot člena komunikacijske mreže komunikativna zdravstvena nega in medicina pri obolelem ali poškodovanem »ponovno vzpostavi zdrav odnos med kognicijo, čustvovanjem in telesom«. Zato je vnašanje upanja in zaupanja med pacienti pomembno ne le z vidika skrbstvene obravnave, pač pa tudi hitrejše ozdravitve.

V tretjem skrbstvenem procesu je v ospredju občutljivost do sebe in drugih. Tronto v Šmitek (2006, 130) opredeljuje skrb kot osnovni koncept medosebnih odnosov, ki temeljijo na odvisnosti in ranljivosti posameznika z namenom doseganja terapevtskih ciljev in zadovoljstva uporabnikov. Sama skrb vključuje razumevanje sogovornika, vzpostavljanje zaupanja, podporo, vzajemnost, empatijo, zaznavo moralne odgovornosti do pacienta ter zadovoljstvo individualnih potreb. Potreben je individualen pristop z upoštevanjem vseh pacientovih značilnosti in potreb, ki pa seveda temelji na zaznavanju in vključevanju čustev v medosebni odnos. Avtor je mnenja, da so prisotnost čustvene inteligence s poudarkom na etičnih odnosih, komunikacija in empatija ključne pri vzpostavljanju medosebnih odnosov s pacienti in z bližnjimi. Tako negovalni tim kot starši so najbolje ocenili trditev 15 »Pokažem pacientom in bližnjim, da se zavedam njihovih občutkov«. Četudi je med ocenama statistično zelo velika razlika glede na povprečno vrednost, lahko vseeno sklepamo, da je glede občutljivosti do sebe in drugih tukaj še najbolj izražena skrb. Negativnost staršev pri občutljivosti je izredno visoka, saj le ena izmed šestih trditev dosega povprečno sredinsko vrednost (2,5). Najvišjo razliko v povprečni vrednosti je dosegla trditev 18, ki opredeljuje občutljivost na ravni razumevanja pacienta in doživljanja njegovega bolezenskega stanja od njegovih bližnjih. Gre za vživljanje ne le v pacienta, pač pa tudi v njegove bližnje, saj naj bi člani negovalnega tima pomagali pacientu razumeti, kako se njegovi bližnji počutijo ob njegovi bolezni. To zahteva od človeka zelo veliko empatije, predvsem pa dovolj občutljivosti. Negovalni tim meni, da to nalogo opravlja dokaj dobro (ocena 4,2), medtem ko starši menijo, da so v tej nalogi mnogo manj uspešni (ocena 2,4). To nakazuje na to, da člani negovalnega tima torej vseeno niso občutljivi za druge. Watsonova poudarja, da mora biti medicinska sestra najprej občutljiva do sebe. Ko spoznaš sebe, lahko spoznaš tudi druge. Sklepamo lahko, da se tega ljudje v današnji naglici ne zavedajo popolnoma. Kakovost življenja je cilj sam po sebi in zdravje sredstvo za kakovostno življenje. Pogoj obstoja družbe je skrb v odnosu do drugih in do okolja. V različne vire človeškega bivanja uvrščamo tudi skrb. Vendar je skrb, tudi zaradi majhne družbene moči izvajalcev zdravstvene nege,

velikokrat premalo vidna in slišana (Sevenhuijsen, 1998). Tudi v trditvi 15 (glej prilogo B), ki govori o tem, da morajo člani negovalnega tima pokazati, da se zavedajo občutkov pacienta in njegovih bližnjih, prihaja do statistično pomembnih razlik med povprečnima vrednostma. Fallowfield in drugi ter Wilkinson in drugi (v Kluge in drugi 2007, 2) pravijo, da je kakovost predhodnega izobraževanja odraz komunikacije v kliničnih okoljih. Veliko medicinskih sester prepozna praznino v svojih kompetencah in priznava, da v času študija niso dobili dovolj znanja in veščin o komunikaciji. Trditev 19 (glej prilogo C) deloma nakazuje na to praznino predvsem pri upoštevanju pacientovih bližnjih. Morda je vzrok tudi v tem, da slabi pomen skupinskih identitet in tudi vpliv medskupinskih primerjav za občutek človekove pozitivne samopodobe in samospoštovanja. Ljudje iščejo osnovo za pozitivno samopodobo v svojih življenjskih projektih in ne v kolektivnih (Nastran Ule 1999).

Vsak, ki potrebuje pomoč, prihaja v zdravstveni sistem s svojimi predstavami in zato v prvi vrsti potrebuje komuniciranje. V sklopu četrtega skrbstvenega procesa je poudarjena vloga članov negovalnega tima pri razvoju humanega odnosa v zdravstveni negi na podlagi pomoči in zaupanja. Pri tem se je treba zavedati »delikatnosti in ranljivosti komunikacijskega procesa« (Ule 2003a, 137). Zaupanje je osrednji pojem komunikacijskega procesa in pomanjkanje zaupanja medosebni odnos najbolj ogroža. Odnos mora biti varen, brez ustvarjanja čustvene odvisnosti in strahu. V odnosu ni izpostavljeno zgolj telo, ampak tudi pacientove misli, občutki, čustva. Poredoš (2006, 16) poudarja, da je za »kakovostne medosebne odnose pomembno, da drug drugega upoštevamo, priznavamo nenadomestljivost v timu in da znamo drug drugega poslušati«. Trditev 21 (glej prilogo C) pravi, da se člani negovalnega tima pacientom jasno predstavijo z imenom in s funkcijo, vendar statistično pomembna razlika povprečnih vrednosti nakazuje, da ni tako. Iz tega bi lahko sklepali, da že prvi stik s človekom povzroči občutek nezaupanja in nelagodja, saj pacienti ne vedo, s kom se pogovarjajo. Občutek pozornega poslušanja pacienta je pri starših dosegel najvišjo povprečno vrednost v trditvi 25, saj menijo, da jih negovalni tim ne prekinja, kadar sami govorijo. Statistično najvišja razlika med povprečnima vrednostma je izražena pri trditvi 26, saj so starši najnižje ocenili trditev, da jih negovalni tim ne obsoja – ne njihovih idej ne njihovega obnašanja. Negovalni tim se je najbolje ocenil pri trditvah, da so vedno na voljo pacientu, ko je to le mogoče, in da spoštujejo svoje zadolžitve. Gre za dve trditvi v sklopu medosebnih odnosov, ki v ospredje spet postavljata vlogo negovalnega tima kot podrejenega nekomu, da delo opravljajo glede na navodila in naloge, manj pa v povezavi z etiko skrbi – da opravljajo naloge humano, s sočustvovanjem in s srcem. Reynolds in Scott (2000) ocenjujeta, da kljub

ugotovitvi, da je empatija res ključna za vse medosebne odnose z namenom pomagati posamezniku, profesionalno osebje ne izkazuje dovolj empatije, tudi medicinske sestre ne. Šmitek (2006, 132) navaja, da so v medosebnih odnosih in komunikaciji z drugimi ključne moralne vrline in moralna odgovornost posameznika, ki jih izkazuje do drugih. Menimo, da so moralne vrednote tisto, kar vsak nosi v sebi in s seboj. To so vrednote, ki se jih ne da naučiti v času izobraževanja, iz knjig, to so vrednote, ki smo se jih naučili od staršev in med procesom socializacije. Brez teh moralnih vrednot je zdravstvenemu delavcu na delovnem mestu zelo težko. Trditve 22, 23 in 24 (glej prilogo C) kažejo na otrdelo komunikacijsko strukturo, ki povzroča nezadovoljstvo na vseh straneh. Subjektivne izkušnje pacientov in empirični podatki se znova ujemajo: pomanjkanje časa, nezadostna pripravljenost za pogovor, pomanjkanje empatičnega odnosa, nerazumevanje subjektivnih občutij, nerazumljivost strokovnega jezika, premalo informacij. Pacienti si danes želijo ustrezno komuniciranje, informiranje ter sodelovanje pri odločitvah o lastnem telesu in zdravstveni obravnavi. Sočutje in skrb sta skozi zgodovino bili osnova humanistične motivacije v zdravstvu. Priložnosti za »komunikacijsko osnovno oskrbo«, brez katere ni mogoče zdraviti, so vedno manjše. Pomembno je, da vsi skupaj čim prej spoznamo, da je tisto, kar iščemo, v nas samih in je prisotno ob vsakem srečanju vpletenih ljudi. Zdravstveni sistem se lahko ozdravi le s pomočjo pacientov in nove komunikacijske kulture. Zdravilo za izgubljeno samospoštovanje je lahko novo spoštovanje pacientov in vseh zaposlenih znotraj zdravstva (Gottschlich 1998). Campbell je že pred 56 leti trdil, da odnos, ki ga imajo ljudje drug do drugega, vpliva na to, ali druge dojemajo kot predstavnike iste skupine (Brown 1999). Medtem ko se vsi zavedamo, da je dobra komunikacija ključnega pomena za učinkovito zdravstveno obravnavo (Wilkinson v Kluge in drugi 2007, 2), je komunikacija v kliničnih okoljih pogosto slabo izvedena.

Ule (2006, 17) pravi, da je komuniciranje edini način v zdravstvu, ki vzpostavi pogoje za to, da se pri pomoči potrebnemu posamezniku znova vzpostavi zdrav odnos med kognicijo, čustvovanjem in telesom. Empatija je pomemben element negovalnega komuniciranja in je pomembna dimenzija zdravljenja, ki se vzpostavlja individualno vedno na novo in drugače. Povezuje zdravstvenega delavca in pacienta ter odpira vrata pacientu za odprtost, samorazkrivanje in empatično komuniciranje. V petem skrbstvenem procesu smo se osredotočili na promocijo in sprejemanje pozitivnih in negativnih občutkov. Trditev 29 so člani negovalnega tima ocenili s povprečno vrednostjo 4,4, starši z 2,7. Trditev navaja, da člani negovalnega tima pomagajo razumeti pacientova čustva, vendar žal to ne gre, če se člani negovalnega tima ne zavedajo lastnih čustev in lastnih občutkov. Člani negovalnega tima se

glede na mnenja staršev ne zavedajo pomena svojih čustev in zato ne razumejo čustev drugih. Pacientu nudijo le delni nadzor nad zdravstveno obravnavo, negovalnimi intervencijami in odločitvami. Takšno komuniciranje aktualizira čustvene, mentalne in duhovne komponente zdravlilnega procesa. Ob tem pa mora zdravstveni delavec spoštovati avtonomijo in dostojanstvo pacienta ter njegovo samodefincijo in samopodobo. Kar človek brani in ceni in vase investira – svoja čustva, to je predstava o njem samem. Pri predstavah pa sta pomembna zgolj komuniciranje in zavest zdravstvenega delavca, da je komunikacijski proces lahko delikaten in ranljiv. Pacienti želijo in morajo verjeti, da so zdravstveni delavci njihovi zavezniki in da bodo naredili vse za njihovo zdravje in dobro počutje. Vsi vemo, da poskušamo zdravstveni delavci z učinkovito komunikacijo na pacienta in bližnje delovati pozitivno ter tako prispevati k zdravljenju oziroma dobremu počutju pacienta. Vendar trditev 31 (glej prilogo C) z največjo statistično razliko povprečnih vrednosti nakazuje, da ni tako. Starši so trditve ocenili s povprečno vrednostjo 2,3, s čimer nakazujejo, da jim člani negovalnega tima ne pomagajo pri spopadanju z negativnimi čustvi. Občutek je, da ostajajo pacienti s svojimi negativnimi čustvi osamljeni, brez pomoči negovalnega tima, kar seveda ne pripomore k hitrejšemu okrevanju. Prebil in drugi (2009) navajajo, da se redko sprašujemo, kako komunikacija in interpersonalne kompetence vplivajo na zdravje in počutje zdravstvenih delavcev, saj je znano, da podporna in empatična komunikacija povečuje samoučinkovitost, uspešno soočanje s konflikti in stresom, povezovanje z ljudi, izboljšuje se kakovost življenja, ustvarjajo se dobri odnosi in izražajo visoka etična načela (skrb za drugega, odgovornost, zaupanje in sočutje). Trditvi 29 in 30 so člani negovalnega tima ocenili najvišje (glej prilogo C). Trditvi govorita o prisotnosti člana negovalnega tima pri pacientu v težjih trenutkih in pomoči pacientom ob spoprijemanju z njihovimi čustvi. Naloga članov negovalnega tima je biti vedno ob pacientu in skrbeti za njegovo dobro, kar bi moralo biti v kritičnih trenutkih še toliko bolj v ospredju. Velikokrat je dovolj, če so prisotni le v bolniški sobi, morda je potreben dotik, pogovor ali kaj drugega. Samota je še vedno prisotna kljub vsem tehnologijam, ki jih imamo v zdravstvu. Vendar smo si ljudje različni in morda nekateri težko pristopajo in so navzoči pri pacientih in njihovih bližnjih v težkih situacijah, vključno s člani negovalnega tima. Giddens (1998) je proučeval posameznike, ki razvijajo stabilne vzorce interakcij. Vedeti je treba, da so socialni sistemi rezultat človeških dejanj in identitete. S tem lahko povečamo zavedanje ljudi o sebi, drugih in družbi, v kateri živijo. K temu pripomore tudi svobodno izražanje misli in občutkov (trditve 27) tako pri članih negovalnega tima kot pri otrocih in starših, saj bomo le tako povečali zavedanje ljudi o sebi in drugih.

»Modernizacija je privedla do sistemske racionalizacije in industrializacije skrbi za tiste, ki pomoč potrebujejo, ter temelji na znanstvenih dosežkih in razumu. Vsi skupaj smo pozabili na življenjsko racionalizacijo in emancipacijsko dimenzijo znanja ter odkrit demokratičen dialog, ki omogoča možnosti za razvoj samoreflektiranega kritičnega znanja in zavedanja« (Pahor 1999b, 98). Trditev 35, da člani negovalnega tima pomagajo pacientom videti situacijo iz pozitivnega zornega kota v sklopu šestega skrbstvenega procesa, se navezuje na reševanje negovalnih problemov s polno odgovornostjo in kritično razmišljanje članov negovalnega tima. Gre za statistično najvišje ocenjeno trditev tako od negovalnega tima kot staršev. Pri reševanju problemov z uporabo sistematičnega kreativnega reševanja problemov v procesu zdravstvene nege starši ne vidijo, da člani negovalnega tima to dejansko udeležujejo, ko samostojno izvajajo zdravstveno nego, kar nakazujejo rezultati trditve 33. Člani negovalnega tima naj bi pacientom pomagali določati realne cilje, ki upoštevajo zdravje pacienta, vendar tega zaupanja pri pacientih ni čutiti. Lunder (2006, 193) pravi, da zdravstveni delavci delajo v okolju, kjer so potrebni neprestana pripravljenost, napetost, stres in spreminjanje. Zaradi hitrega napredka v strokah je treba odnose v poklicnih skupinah stalno prilagajati. Pacienti so vedno bolj osveščeni in zahtevajo aktivno vlogo v procesu odločanja v zdravstveni obravnavi. Medicinske sestre ob tem velikokrat prevzemajo administrativno vlogo, ki jih ne izpopolnjuje. Zaradi zahtev sodobne kakovosti in učinkovitosti zdravstvene obravnave pacientov in nezadovoljstva določenih poklicnih skupin je treba učinkoviteje izvajati timsko delo, kar pa privede tudi do sprememb v sistemu izobraževanja in organiziranosti zdravstvene dejavnosti. Najnižja statistična razlika med povprečnimi vrednostmi se je pokazala pri trditvi 38, ki pravi, da člani negovalnega tima informirajo paciente in njihove bližnje o možnostih izbire glede nadaljnjega zdravljenja. Ob tem pa se člani negovalnega tima spet pojavljajo v luči podajalca informacij, kar zveni manj osebno, manj prežeto z etiko skrbi in bolj podvrženo formalnim oblikam sodelovanja, ne pa kot konstruktivno reševanje problemov.

Pretnar Kunstek (2006) navaja, da se v sodobni razviti in moderni zahodni civilizaciji ne bi smela več pojavljati dilema o tem, da je medicinska sestra še vedno zgolj zdravnikova pomočnica in neenakopravna sodelavka v zdravstvenem timu, da nima možnosti samostojnega odločanja na področju zdravstvene nege in da njen status ni enakovreden izobrazbi, ki jo je med študijem pridobila. V raziskavi smo pri sedmem skrbstvenem procesu, ki se nanaša na promocijo transpersonalnega poučevanja in učenja ugotovili, da se trditve 39, 46, 47 (glej prilogo C) dejansko nanašajo na pomoč pacientu pri spoznavanju bolezni, zdravljenje, poučevanje o urniku jemanja zdravil ter preprečevanje neželenih učinkov ob tem.

Te trditve so bile v povprečju ocenjene s PV = 4,2 od članov negovalnega tima in s PV = 2,8 od staršev. Oцени nam povesta, da se člani sicer trudijo pri poučevanju in učenju pacientov, vendar verjetno ne vedo, ali so starši razumeli, kaj jim je bilo posredovano in ali to obvladajo. Tu se kaže pomen povratne informacije, za kar pa člani negovalnega tima velikokrat nimajo časa. Trditvi 43 in 45 (glej prilogo C) se nanašata na uporabo strokovne terminologije in pacientovo dojetje informacij. Obe trditvi so člani negovalnega tima ocenili s PV = 4,35 in starši z 2,95. Tudi Tschudin (2004) pravi, da je pri skrbstvenem delu treba vedeti, kdo je oseba na drugi strani, kakšne potrebe ima in kako si v stiski pomaga. Poznati pa je treba tudi sebe, v čem smo močni in v čem ne. Znanje zdravstveni delavci sporočamo besedno in nebesedno. Medicinske sestre ne morejo vedno pomagati ljudem, da ti osebnostno rastejo, prispevajo pa levji delež k boljšemu razumevanju lastne bolezni in lažjemu spoprijemanju z njo. Trditvi 41 in 44 (glej prilogo C) osvetlita pomen samooskrbe in nujnih informacij, da lahko pacienti sprejemajo odločitve med obravnavo. Starši so ju ocenili s PV = 2,7, torej malo nad povprečno vrednostjo, kar nam pove, da otrok in starši ne prejmejo dovolj ustreznih in prepotrebni informacij, da bi bili zmožni sami skrbeti za otroka. Parsons se je ukvarjal s procesi, ki ohranjajo družbeno stabilnost in red. Proučeval je tudi inštitucijo zdravstvenega varstva. Bolezen je opredelil kot obliko družbene odklonskosti in opredelil »vlogo bolnika« ob predpostavki, da so vsi pacienti deležni enake obravnave (Pahor 1999a, 25). Žal se v šestem skrbstvenem procesu pokaže, da ni tako. Drži dejstvo, da smo ljudje danes mnogo bolj osveščeni in iznajdljivi, da sami najdemo veliko rešitev glede lastnega zdravja, vendar smo v procesu obravnave vseeno v veliki meri odvisni od odkritosti članov negovalnega tima, od njihovih informacij. V realnosti pa žal to velikokrat deluje tako, da člani negovalnega tima zaradi podrejene funkcije, neustreznih hierarhičnih struktur in kompetenc ne morejo podajati informacij o bolezenskem stanju, pač pa te informacije posreduje (zgolj) zdravnik. Če želijo člani negovalnega tima podučiti in poučiti paciente ter njihove bližnje o bolezni, se morajo zavedati svoje strokovnosti in hkrati svoje avtonomnosti kot člani negovalnega tima. Iphofen in Poland (1998) sta že pred 16 leti zapisala, da je treba redefinirati poklicne vloge v sodobnem svetu. To bo seveda spremenilo hierarhično strukturo v zdravstvu in omogočalo vstop novim poklicnim skupinam, ki bodo med seboj enakovredne. Hkrati pa bi morale biti predstavljene tudi ovire za to. Treba bo identificirati in meriti učinkovito obravnavo pacientov in rezultate zdravstvene obravnave, čeprav vsi vemo, da je skrbstveno obravnavo težko izmeriti. Trditev 42 (glej prilogo C) govori o tem, da je treba pacientom vnaprej razložiti oskrbo in zdravljenje, vendar se tukaj člani negovalnega tima ne smejo spuščati v kompetence drugih, suvereni so le na področju zdravstvene nege.

Delo zdravstvene nege se iz predmoderne, kjer je skrb nereflektirana, razvija skozi moderno z njenim razvrednotenjem skrbi in podrejenim mestom v sistemu zdravstvenega varstva v postmoderno, za katero je značilna visoka stopnja zadovoljenosti materialnih potreb, ki omogoča refleksijo o tem, kaj zares potrebujemo in kaj nas osrečuje. V osmem skrbstvenem procesu je poudarjen pomen podpornega socialnega, fizičnega, psihičnega in duhovnega okolja. Pri trditvah 49 in 53 (glej priloga C) je vidik skrbstvene obravnave še bolj v ospredju. Člani negovalnega tima ocenjujejo, da pomagajo pacientom k boljšemu udobju, in preden jih zapustijo, preverijo, ali je res tako. Ti trditvi so ocenili s povprečno vrednostjo 4,6, starši pa z 2,9. Najvišja statistična razlika povprečne vrednosti se je pokazala pri trditvi, da pomagajo pacientom pri udobju. Starši menijo, da je ta vidik dela članov negovalnega tima mnogo šibkejši, kot si to predstavljajo sami člani. Razkorak med dojemanjem obeh je izredno velik. To bi lahko pripisali tudi dejstvu, da člani negovalnega tima temu namenijo manj časa, kot pa bi si to želeli otrok in starši/skrbniki. In tako se skrbstveni vidik zaradi pomanjkanja časa izgublja. Če je skrb kot sestavni del sveta res nereflektirana in v inštitucionalnem zdravstvenem varstvu moderne razvrednotena in podrejena, nam poznomoderna omogoča iskanje pomembnih potreb bolnih, šibkih in pomoči potrebnih. Trditev 52 (glej prilogo C), ki se nanaša na spoštovanje zasebnosti pacienta, nakazuje tudi na veliko razliko med dojemanjem koncepta zasebnosti med člani tima in starši. Člani negovalnega tima ocenjujejo to trditev s PV = 4,6 in starši s PV = 2,9. Velikokrat se žal zgodi, da člani negovalnega tima opravljajo storitve rutinsko, tudi naveličano, oziroma jim več ne posvečajo posebne pozornosti, ker jih običajno obremenjujejo druge stvari. Ljudje pa predvsem v času bolezni iščemo zasebnost in ne izpostavljenosti pred drugimi. V zdravstvu so storitve razvrščene v hierarhijo od bolj cenjenih tehnično zahtevnih in kompleksnih storitev z uporabo tehnologije do manj cenjenih, vsakdanjih oblik pomoči pri vsakdanjih aktivnostih, »tistih, ki bi jih znal vsakdo« (Pahor 2003, 1128). Podobno je s trditvama, ki se navezujeta na vsakdanje oblike pomoči. To sta trditvi 50 in 54 (glej prilogo C). Nanašata se na ureditev sobe po negovanju in organizacijo stvari, ki so za pacienta pomembne. Obe trditvi člani negovalnega tima ocenjujejo s povprečno vrednostjo 4,45 in starši z 2,75. Pri obeh se izkazuje skrbstveni vidik obravnave, ki ga člani negovalnega tima opravljajo rutinsko, medtem ko starše to zmoti oziroma bi si verjetno želeli, da bi se delo opravilo z upoštevanjem človeškega dostojanstva in zasebnosti.

Pri devetem skrbstvenem procesu smo proučevali zagotavljanje osnovnih človekovih potreb. »Visoko tehnizirana medicina in z njo njeni pacienti trpijo za bolečim pomanjkanjem

medosebnega sporazumevanja« (Ule 2003a, 133–134). Pri razvoju zdravstvene nege pride prav tako zaradi visoko tehnizirane medicine in izvedbe vseh aktivnosti zdravstvene nege do pomanjkanja časa za skrbstveni vidik obravnave pacientov. Razumevanje posameznika kot aktivnega člana komunikacijske mreže lahko pomoči potrebnemu znova vzpostavi zdrav odnos med kognicijo, čustvovanjem in telesom (Ule 2003a). To se je pokazalo tudi v naši raziskavi, še najbolj pri trditvah 56, 57 in 58 (glej prilogo C), ki se v bistvu nanašajo na sodelujočo vlogo članov negovalnega tima v zdravstvenem timu. Te trditve ne izkazujejo skrbstvene obravnave, ampak zgolj izvedbo naročenih negovalnih intervencij zdravnikov (dajanje zdravil, uporabo specialne opreme itd.). Vse te tri trditve so dobile tudi dokaj visoke ocene staršev (PV = 3,96), kar pomeni, da člani negovalnega tima te »obveznosti« do pacientov opravljajo korektno in strokovno. Žal pa ne nakazujejo, da zmorejo v to vključevati tudi etiko skrbi. Deveti skrbstveni proces se nanaša na potrebo pomoči pri zagotavljanju osnovnih človekovih potreb. V tem procesu sta dve trditvi dosegli najnižjo razliko med povprečnima vrednostma, to sta bili prav trditvi 56 in 57. Mogoče se člani negovalnega tima v svojih obveznostih in podrejenem položaju počutijo dovolj varne in zato te naloge opravljajo brez težav. Enako čutijo tudi starši. Pozitivno je to, da so s tem zadovoljene osnovne človekove potrebe, vendar bolezen ni le stanje telesa, ampak tudi duha, torej je skrbstvena nega potrebna vedno in povsod.

Goffman (1991) je proučeval proces, kjer posameznik razvije identiteto na osnovi interakcij z drugimi. V zdravstvenih pojavih je prav tako izpostavil interakcijo med igralci vlog v drami zdravja in bolezni. Opredelil je tudi stigmatizacijo, saj določene reakcije drugih ne potrjujejo naših »normalnih« reakcij. Pri desetem skrbstvenem procesu smo ocenjevali zagotavljanje fenomenološko-duhovnih potreb. Trditev 68 (glej prilogo C) opredeljuje iskanje smisla glede na pacientovo zdravstveno stanje, ki bi ga morali nuditi člani negovalnega tima. Omenjeno trditev so starši ocenili s povprečno vrednostjo le 2,3, kar nakazuje na to, da se tega člani negovalnega tima pri svojem delu ne poslužujejo v zadostni meri, saj starši tega z njihove strani pričakujejo več. Razvoj identitete poteka prek socializacije v formalnem izobraževanju. Socialna interakcija se izoblikuje v socialnih interakcijah. Ena izmed socialnih interakcij je tudi povezava članov tima s starši oziroma z otroki prek njihovih duhovnih potreb. Tukaj pa nastopi veliko predsodkov pri članih negovalnega tima. Predsodki so mikroideologije, ki se naslavlja na posameznike ali družbene skupine v vsakdanjem svetu. So neformalne inštitucije, ki prevajajo stvarne odnose neenakopravnosti, dominanc in podrejenosti med družbenimi skupinami v zasebnem in javnem svetu. Za obstoj potrebujejo simbolne sisteme in

sisteme interpretacije in kodiranja, temelječega na praksi komuniciranja oziroma socialne interakcije (Ule 1997). Trditev 70 je bila tako trditev z najvišjim razponom med povprečnima vrednostma ($t = 16,02$) in hkrati z vidika staršev ocenjena zelo nizko ($PV = 1,9$). Največkrat je vzrok za nerazumevanje duhovne oskrbe pomanjkanje duhovne oskrbe pri samem človeku. Član negovalnega tima s sodelovanjem oziroma z omogočanjem zadovoljevanja duhovnih potreb nehote izpostavlja tudi sebe in svoja lastna duhovna prepričanja. Pri tem odnosu pa pozablja, da gre za dobro pacienta in ne njega samega. Svoje predsodke postavlja pred pacienta, in čeprav po lastnem prepričanju omogoča duhovno oskrbo pacientom (PV članov je 4,3), tega starši ne čutijo. Človek se v svoji nemoči oziroma potrebi po pomoči velikokrat zateče v duhovni svet. Četudi imamo denimo v bolnišnicah prisotne bolnišnične duhovnike ipd., so duhovne potrebe še vedno stvar posameznika in članov negovalnega tima ne nagovarjajo, da bi pacientom v tej smeri stali ob strani kot opora, torej z etiko skrbi.

Na osnovi pregleda literature in med raziskavo smo dobili odgovore tudi na zastavljena raziskovalna vprašanja in hipotezo.

- RV 1: Ali člani negovalnega tima zmorejo vključiti skrbstveni vidik v obravnavo pacienta na pediatričnem področju pri svojem vsakodnevem delu?

Odgovor na to vprašanje je negativen. Pokazalo se je, da člani negovalnega tima v vsakodnevni obravnavi na pediatričnem področju ne zmorejo vključevati skrbstvenega vidika. Sami člani negovalnega tima so sicer svoje delo ocenili kot skrbstveno v vseh desetih skrbstvenih procesih, vendar so iste trditve mnogo nižje ocenili »uporabniki« njihovih procesov, torej starši oziroma skrbniki otrok (saj gre za obravnave na pediatričnem področju). Že zato, ker gre za otroka in njegovo obravnavo, so rezultati raziskave zaskrbljujoči. Dejstvo je, da vsak starš oziroma skrbnik postane mnogo bolj občutljiv, ko gre za zdravje njegovega otroka. To bi morali vzeti v obzir tudi člani negovalnega tima in se zavedati, da morajo zadovoljevati tako potrebe otroka kot potrebe njihovih staršev/skrbnikov. Pri vseh trditvah v vseh desetih skrbstvenih procesih so se pokazale statistično pomembne razlike. Skrbstveni vidik ni nikjer prišel v ospredje. Še več. Trditve, povezane s skrbstvenim vidikom, so pokazale največje razlike med člani tima in starši. Le trditve, ki nakazujejo na profesionalno izvajanje obravnave pacienta brez etike skrbi, brez osebnega vključevanja, brez posebnega osebnega odnosa do pacienta, so pokazale podobno dožemanje med člani tima in starši. Apliciranje zdravil, skrb za točnost apliciranja in druge podobne trditve nakazujejo, da se

člani negovalnega tima zavedajo svojih nalog, ki jim jih nalaga delovno mesto. Žal pa se ne zavedajo, da z njihovim delovnim mestom ni povezana zgolj gola obravnava, pač pa tudi skrb za človeka, ki pride iskat pomoč (zdravje). V tako ranljivih situacijah bi se člani negovalnega tima morali zavedati svojega posebnega poslanstva, to je, da bi lahko s skrbstvenim vidikom, odkritim zanimanjem za vsakega pacienta in empatijo tako do pacienta kot do svojcev veliko pripomogli k hitrejši ozdravitvi ali lažjemu spopadanju z boleznijo. Vendar so vse našete skrbstvene naloge prezrte iz različnih vzrokov, ki pa ne bi smeli nadvladati skrbstvenega vidika dela članov negovalnega tima.

- RV 2: Kako starši in posledično otroci (pacienti) ocenjujejo skrbstveni vidik v kliničnem okolju po odpustu iz bolnišnice?

V raziskavi smo dobili vpogled v skrbstveni vidik obravnave tudi pri uporabnikih – otrocih in njihovih starših z dokaj nižjimi ocenami glede vseh sedemdesetih trditev v okviru desetih skrbstvenih procesov. Glede na ocene predvidevamo, da otrok in njegovi starši/skrbniki niso bili vključeni v vse faze procesa zdravstvene nege kot aktivni člani v zdravstveni obravnavi. Prav tako niso bili deležni ustrezne komunikacijske zdravstvene nege, vzpostavljanja dobrih medsebojnih odnosov. Pokazalo se je, da so humane vrednote v napredku tehnologije ogrožene in da starši menijo, da otrokom ni nudena ustrezna celostna, individualna in skrbna obravnava pacienta na pediatričnem področju.

- RV 3: Se lahko s pomočjo teorije skrbi za človeka po Jean Watson izvaja kakovostna in skrbstvena obravnava pacientov na pediatričnem področju?

S pomočjo izvedene raziskave smo ugotovili, da se pomena vseh desetih skrbstvenih procesov zavedajo vsi člani negovalnega tima na pediatričnem področju. Z dobrim poznavanjem teorije skrbi za človeka po Jean Watson, z učinkovito komunikacijo in dobrimi medosebnimi odnosi bi člani negovalnega tima lahko izvajali kakovostno skrbstveno obravnavo pacientov na pediatričnem področju. Raziskava je hkrati pokazala tudi na težavo, da so člani negovalnega tima prepričani, da že opravljajo skrbstveno obravnavo, čemur pa so močno oporekali starši oziroma skrbniki otrok. Z vidika teorije skrbi za človeka lahko zapišemo, da se jih žal ni mogoče v celoti naučiti, ampak jih je treba začutiti. Teorija skrbi za človeka bi lahko postala vodilo oziroma načelo pri delu s pacienti, vključeno v kodeks etičnih načel članov negovalnih timov. Teorija skrbi za človeka ni zgolj teorija, ampak je predvsem skrbstveno delovanje

vsakega človeka, ki dela z drugim človekom. Če vrednot, ki so pomembne pri etiki skrbi, ne posedujemo, se jih lahko z delom priučimo, vendar ne kot rutino, pač pa kot del nalog delovnega mesta za vsakega člana negovalnega tima. Izgovori, da ni časa, da so člani tima v podrejenem položaju, da imajo preveč administrativnega dela in podobno, ne pomenijo, da ne moremo izvajati kakovostne in skrbstvene obravnave pacientov na pediatričnem področju. Vsak človek je pomemben in vsak šteje in pri obravnavi otroka bi se morali vsi člani negovalnega tima tega najprej dobro zavedati. Dejstvo je tudi, da pacient najprej pride v stik s člani negovalnega tima (sprejem pri medicinski sestri) in šele nato z zdravnikom, kar postavlja člane negovalnega tima v prednost in odgovorni položaj. So prvi, ki lahko s pacienti in njegovimi bližnjimi vzpostavijo sočuten, zaupen in skrbstven odnos, ki jim nalaga odgovornost. Pri tem svoje odgovornosti ne morejo preložiti na nekoga drugega, saj so sami dovolj izobraženi in strokovni, da jim to odgovornost nalaga že sam opis del in nalog delovnega mesta. Teorija skrbi za človeka se torej lahko izvaja pri vsakodnevni obravnavi, brez izjem in brez izgovorov, izhajati mora iz srca, iz človeka in njegovega dostojanstva – pacienta, svojca in člana negovalnega tima. Podobno so ugotovili tudi v randomizirani študiji, ki so jo opravili v Turčiji pri neplodnih ženskah, kjer so ženske razdelili v dve skupini (ene so bile oskrbovane po teoriji skrbi za človeka in druge brez nje). Ugotovili so, da zdravstvena nega, ki temelji na teoriji skrbi za človeka po Jean Watson, omogoča pozitivne učinke, saj so med raziskavo merili stres, samoučinkovitost in samoprilagajanje in dobili pozitivne rezultate (Arslan-Özkan in drugi 2013). V svoji raziskavi nismo razdelili pacientov, ampak smo zgolj želeli dobiti trenutni sliko skrbstvenega vidika skozi oči izvajalcev zdravstvene nege in staršev hospitaliziranih otrok.

H1: Med oceno kakovostne skrbne obravnave otrok, ki jo podajo člani negovalnega tima, in oceno staršev hospitaliziranih otrok obstaja pozitivna povezanost.

Pri vseh 70 trditvah desetih skrbstvenih procesov se žal ni pokazala točnost postavljene hipoteze. Domnevo, da je ocena/stopnja skrbstvenega vidika obravnave pacienta v pediatrični zdravstveni negi pri članih negovalnega tima visoka in pri starših značilno nižja, smo potrdili. Pozitivne povezanosti raziskava ni pokazala nikjer. Še več, raziskava je pokazala, da so korelacije popolnoma negativne, statistično izredno pomembne in predvsem v razkoraku med oceno članov negovalnega tima proti oceni staršev o obravnavi njihovih otrok od članov negovalnega tima. Skrb zase v današnji naglici velikokrat pozabimo, nanjo se spomnimo običajno takrat, ko nas na to opozori naše telo. Pozabljammo skrbeti zase, nosimo težave od

doma v službo in obratno. To čutijo tudi naši uporabniki – pacienti, ki zahtevajo skrbno, varno, humano, holistično in individualno obravnavo ne glede na starost, spol in medicinsko diagnozo. S tem, ko pozabimo skrbeti zase, v resnici pozabimo tudi na skrbno obravnavo. Skrb in ljubezen kažeta na senzibilno osebnost in ne na racionalnost pri obravnavi pacientov. Vedno ju nosimo s seboj. Glede na neenakovreden položaj, ki ga ima zdravstvena nega v zdravstvu, in glede na to, da tudi znotraj zdravstvene nege prihaja do različnih mnenj, stališč, itd., se vključujemo v delovanje zdravstvenega tima kot sodelavci, katerih prva skrb je pacient, njegove psihične, fizične, socialne in duhovne potrebe ter šele nato vse ostale negovalne intervencije po naročilu zdravnika. Člani negovalnega tima, katerega vodja je medicinska sestra, bi potrebovali več znanja o teorijah zdravstvene nege in hkrati bi morali teorije skrbi (vsaj na delovnem mestu) ponotranjiti kot svoje lastne teorije. Teorije zdravstvene nege so razvite za usmerjanje prakse zdravstvene nege, izobraževanja in raziskovanja. Jesse (2010) navaja, da je skrb bistvo prakse zdravstvene nege. Tega se moramo vsi zdravstveni delavci, še posebej člani negovalnega tima, zavedati ter ga ne izgubiti v klinični praksi. Medicinske sestre niso tu, da manipulirajo in nadzorujejo druge, ampak zato, da druge poslušajo, slišijo, jih razumejo, spoštujejo in so do pacientov empatične. Meni, da sta v tej teoriji pomembna medosebni odnos do drugega in skrb zase. Tudi v raziskovalnem poročilu Pajnkihar in drugi (2014) je zapisano, da se medicinske sestre zavedajo pomena skrbi, saj so bili vsi karativni dejavniki ocenjeni zelo dobro. So mnenja, da izvajajo skrbstveno zdravstveno nego in nudijo pomoč pri drugem in devetem karativnem dejavniku.

Zdravstvena nega je stroka, ki od članov negovalnega tima zahteva visoko stopnjo ekspertnega znanja, nadzor nad lastnim delom in visoko etično zavest, saj so interesi pacienta pred lastnimi interesi. Višja stopnja izobrazbe, družbeno priznan ugled poklica, priznana avtonomno področje dela in primerno nagrajevanje bi prispevali k boljši samopodobi članov negovalnega tima in njihovi zavzetosti, da kontinuirano izvajajo strokovno in kakovostno skrbno zdravstveno nego. Vendar, če dejansko to želijo, je treba v zdravstveni negi nekaj prenoviti oziroma narediti, in sicer to, kar se ves čas ponavlja, pa ne izvaja popolnoma – neka nova, drugačna oblika, v kateri se mora uveljaviti enakopraven in zaupljiv partnerski odnos vseh sodelujočih namesto sedaj še velikokrat avtoritativnega odnosa. Distanco je treba zamenjati z razpravo, nujno se je treba približati pacientu in njegovim bližnjim, vzpostaviti je treba različne vrste pomoči, podpore in skupnosti pri osamosvajanju. Člani negovalnega tima težijo k pridobivanju visoke stopnje znanja in vseživljenjskemu učenju, vendar ob tem naletijo tudi na ovire, saj so v zdravstvu poleg zdravstvene nege še druge vede, ki imajo že

priznan status in moč. Tudi slovenska družba teži k čim cenejšemu zdravstvu, kateremu niso v interesu visoko izobraženi člani negovalnega tima. Še vedno so člani negovalnega tima pri svojem delu preveč podrejeni zdravnikom, ki pogosto želijo nadzorovati delo celo na področju zdravstvene nege, ki je za člane negovalnega tima avtonomno. Treba si je pridobivati več ekspertnega znanja in veščin ter na osnovi tega tudi večjo avtonomijo zdravstvene nege. S holističnim pristopom, partnerskim odnosom do pacienta in njegovih bližnjih ter z etičnim delovanjem se lahko večata moč in ugled poklica. Drinovec (2002) meni, da mora profesionalizem pri članih negovalnega tima pomeniti filozofsko in sociološko refleksijo svojega poklica ter vloge v družbi. Vključevati mora skrb za vzdrževanje in izpopolnjevanje lastnega znanja, spretnosti, kompetentnost ter pristen individualni etični interes do pacienta, ki mora biti obravnavan enakopravno in pravično v celotni družbi. Pri angažiranosti v organizacijskem, javnem delu in v profesionalnih združenjih mora prevladovati interes za paciente pred lastnimi interesi. Znano je, da bi zaradi širokega in občutljivega področja zdravstvena nega lahko postala najbolj organizirana oblika skrbstvene prakse. Interakcije med člani negovalnega tima in pacienti ter skrb so jedro prakse zdravstvene nege. Klemenc (2003) ocenjuje, da imamo na voljo premalo študij, ki bi ocenjevale razmerja med skrbstveno obravnavo v zdravstveni negi in izidi pacientov. Tudi v prenovljenem Kodeksu etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije je natančno zapisano, da »izvajalci zdravstvene nege skrbijo za ohranitev življenja in zdravja ljudi. Svoje delo so dolžni opravljati humano, strokovno, kakovostno, varno, sočutno, odgovorno, vestno ter v odnosu do pacienta spoštovati njegove potrebe, vrednote in prepričanja« (Zbornica – Zveza 2014, 2). Prioritetna naloga celovite skrbstvene prakse torej omogoča človeku najvišjo možno stopnjo dobrega telesnega, psihičnega, socialnega in duhovnega počutja (Klemenc 2003).

Družba tveganja pomeni, da imamo mnogoterost izbir, vendar smo odgovorni za vsako izbiro, ki jo izberemo. Pri tem tvegamo. Zdravje pacientov na pediatričnem oddelku ne bi smelo biti podvrženo tej družbi tveganja, družbi hitenja, neosebni odnosov, iskanja lastnega prav, ampak zgolj in le otrokom. Ne glede na predsodke, omejenost časa, administrativne naloge in podrejen položaj glede na zdravnika skrbstveni vidik obravnave ne bi smel biti ogrožen.

9 SKLEP

Teoretičarka Jean Watson je razvila teorijo skrbi za človeka, ki temelji na desetih skrbstvenih procesih, ki se osredotočajo na skrbniški odnos med medicinsko sestro in pacientom. V raziskavi smo ugotovili, da se člani negovalnega tima v povprečju zelo dobro ocenijo pri vseh 70 trditvah, medtem ko jih starši ocenjujejo slabše. Člani negovalnega tima so najvišje ocenili trditev »Pomagam pacientom pri negovanju, kadar so sami nemočni« ter najnižje trditev »Seznamam pacientove bližnje o trenutnem zdravstvenem stanju (s pacientovo privolitvijo)«. Starši pa so najvišje ocenili kar dve trditvi: »Člani negovalnega tima znajo aplicirati zdravila« in »Zdravila dajejo pacientom po predpisanem urniku«. Najnižje so starši ocenili zadnjo trditev »Člani negovalnega tima upoštevajo pacientove duhovne potrebe« (PV = 1,9). Razmerja med posameznimi desetimi skrbstvenimi procesi smo ugotovili s korelacijsko analizo. Pri članih negovalnega tima je prišlo do dveh močnih povezav predvsem med sedmim in osmim skrbstvenim procesom, kamor je uvrščeno kreativno reševanje problemov in transpersonalno učenje. Cossette in drugi (2005) v raziskavi med medicinskimi sestrami in študenti zdravstvene nege prvih in tretjih letnikov ugotavljajo enako. V naši raziskavi sta najmanj povezana prva dva skrbstvena procesa: humanizem in občutljivost, medtem ko v raziskavi Cossette in drugi (2005) prvi in deseti skrbstveni proces, ki se nanašata na humanizem in duhovnost.

V razpravi smo večkrat poudarili, da prihaja do pomembnih statističnih razlik med povprečnimi vrednostmi pri obravnavi pacientov z vidika članov negovalnega tima ter nasproti njim z vidika staršev oziroma pacientov. To v praksi pomeni, da uporabniki zdravstvenih storitev niso zadovoljni z odnosom, ki so ga deležni kot pacienti oziroma njihovi skrbniki. Skrben transpersonalen odnos namreč pacientu omogoča zaščito, povečuje in ohranja njegovo dostojanstvo, humanost, celovitost obravnave in harmonijo. Pokazalo se je tudi, da se člani negovalnega tima vrednotijo zelo visoko in verjamejo, da skrbstveni vidik tako ali tako že vsakodnevno opravljajo. Oboje je zaskrbljujoče. Visok nivo samovrednotenja lahko pomeni, da se ne zavedajo svojega delovanja oziroma svoje delo opravljajo rutinsko z različnimi izgovori. Zaskrbljujoči so tudi rezultati, ki jih je raziskava pokazala pri pacientih oziroma njihovih starših. Izkazali so se za izredno nezadovoljne oziroma precej kritične »deležnike« zdravstvene obravnave, kar je v današnji družbi mogoče tudi posledica vsesplošnega nezadovoljstva ljudi z zdravstveno oskrbo nasploh oziroma z nezaupanjem v

ljudi. Zdravstvena nega ima veliko vlogo v doseganju in ohranjanju zdravja ter preprečevanju bolezni. Za napredek in razvoj zdravstvene nege in lažje razumevanje sedanjega položaja zdravstvene nege so dobrodošle sociološke raziskave o zdravstveni negi, ki pokažejo sliko o tem, kako ljudje subjektivno, na osebni ravni in kot pripadniki določenih družbenih skupin doživljajo svoje fizično, psihično, socialno in duhovno zdravje. Namreč, le znanje, ki temelji na znanstvenih dokazih, daje moč in omogoča doseganje sprememb. Morda se člani negovalnega tima tega ne zavedajo popolnoma in se velikokrat raziskavam upirajo. Vendar le s pomočjo raziskav in na dokazih temelječe zdravstvene nege, ki upošteva skrbstveni vidik obravnave, omogočamo pacientom in njihovim bližnjim kakovostno in skrbno zdravstveno nego.

»Feministična etika skrbi s poudarjanjem medsebojne odvisnosti, odnosnosti, ranljivosti, odgovornosti in zaupanja nudi razmislek o pomenu skrbi v družbi, o vrednotenju skrbstvenega dela ter o skrbi kot ekskluzivno ženski moralni vrlini« (Humer 2007, 85). Pojem skrbi so strokovnjaki različno opredeljevali. Strinjajo se, da je vpet v kontekstualnost, medsebojno odvisnost in odnosnost posameznikov v neki družbi (Sevenhuijsen 1999, 2002, 2003; Gilligan 1998; Bowden 1997; Tronto 1993). Skrb je v okvirih neformalnega in formalnega dela, praks in odnosov v vsakdanjem življenju pojmovana kot aktivnost z dvema ključnima komponentama: skrbjo zase in skrbjo za drugega. S tem, ko prepoznaviš lastne potrebe in želje, skrbiš zase in to ti hkrati omogoča biti senzibilen za potrebe drugih ter zadovoljevati njihove potrebe po skrbi. Ta skrb pride najbolj do izraza v zdravstveni negi, vendar je značilna tudi za druge vede: javno zdravje, psihologijo, sociologijo ... Ker je v bistvu skrb vsesplošni pojem, bi bilo treba vsesplošno poučevati in izobraževati že otroke v vrtcih, učence v osnovnih šolah, dijake in študente. Naučiti jih je treba, kako oblikovati skrbne, zdravilne odnose drugega z drugim in samega s seboj. Brez strokovnega znanja, veščin in srčnih vrednot ne bo učinkovitega medosebnega odnosa. Clarke in drugi (2009) ocenjujejo, da smo zdravstveni delavci tisti, ki moramo paciente razumeti kot osebe. Hkrati moramo znati prepoznati in razumeti bistvo narave zdravilnih odnosov, ki lahko veliko prispevajo k zdravju ali bolezni. Pri skrbstvenem vidiku obravnave pacienta in njegovih bližnjih igrajo pomembno vlogo tudi zdravstvene ustanove, saj se premalo zavedajo pomembnosti svojega človeškega obraza, ki ga morajo najprej pokazati v odnosu do zaposlenih. Preobremenjeni in degradirani zdravstveni delavci neizbežno degradirajo in dehumanizirajo medicino, zdravstveno nego in zdravstveno ustanovo ter postavljajo pod vprašaj človeško dostojanstvo pacienta. Samo humanost družbenih inštitucij v odnosu do

zaposlenih lahko jamči in terja njihovo humanost v odnosu do uporabnikov. Odnosa subjekt – subjekt ni mogoče pričakovati, dokler uslužbenci družbenih inštitucij niso razumljeni kot ljudje v očeh delodajalcev, sodelavcev in pacientov. Koncept aktivnega, zavzetega in partnerskega odnosa predpostavlja, da si za dobre, humane in zaupljive odnose prizadevata obe strani, druga drugi priznavata pravico do individualnosti, druga v drugi ugledata človeka in si podarjata prostor za človečnost. V odnosu pacient – zdravstveni delavec je seveda slednji tisti, ki mora storiti prvi korak. V odnosu zaposleni – vodstvo družbene inštitucije pa mora vodstvo prevzeti pobudo in tlakovati pot humanizaciji (Pondelek 2011).

Ob tem je potrebna vsakodnevna osveščenost o etiki skrbi, njenih vrednot ter skrbi za pacienta kot osnovnega vodila za delo slehernega člana negovalnega tima. Teorije skrbi bi morale biti stalnica pri izobraževanju bodočih izvajalcev zdravstvene nege. Skrbstveni vidik obravnave bi moral imeti prednost pred ostalimi vidiki obravnave. Teorija skrbi za človeka ni omejena le na zdravstvene poklice, ampak je del vsakega poklica, ki vključuje skrb za nekoga drugega. Pričakovati, da bodo vsi ljudje nosili s seboj, v sebi že etiko skrbi in skrbstvene vrednote, je zagotovo pretirano. Ni pa pretirana misel, da mora skrbstveni vidik biti osnova za dodeljevanje »licenc« za opravljanje posameznih poklicev, tudi v zdravstveni negi. Hkrati je seveda zaželena tudi družbena sprememba na področju odnosov med poklici v zdravstvu in pacienti, vendar so družbene spremembe prepočasne. Skrbstveni vidik pa je nekaj, kar lahko v obravnavo pacienta vključimo takoj, samo zavedati se je treba sebe, ljudi okrog sebe in nalog, ki nam jih prinaša delovno mesto članov v negovalnem timu.

Medicinske sestre in zdravniki so v procesu sodelovanja pod vplivom lastnega modela, ki so si ga pridobili v času izobraževanja, vsaka stroka svojega. Potrebno bi bilo skupno interdisciplinarno izobraževanje oziroma skupno izobraževanje za medicinske sestre in zdravnike (Bohinc 2006), kar bi lahko pripomoglo k pozitivnim spremembam. Vsebine, kot so komuniciranje, skrbstvena obravnava, timsko delo, vodenje, razvijanje vlog, razvijanje tima, spoštljivo pogajanje, reševanje konfliktov, kritično razmišljanje, pozitivna klima, so le nekatere izmed njih, ki bi se jih dalo poučevati na skupnem izhodišču. Tudi Peternelj (2006b, 261) navaja, da bi bilo treba interdisciplinarno organizirati module, problemsko zasnovane predmete, izbirne vsebine, saj se morajo študenti že med študijem srečati z bodočimi sodelavci in se pripraviti na kasnejše delo. S tem se ponujajo možnosti za skupno učenje, izboljšanje timskega dela, uvajanje sprememb. Študenti razumejo in spoštujejo drugačnost v zdravstvenem timu, so bolj produktivni, fleksibilni in s tem nudijo kakovostno zdravstveno

obravnavo. Nujno potrebni so kontinuirani komunikacijski treningi v kliničnih okoljih, soočanje z vsakdanjimi socialnimi in s čustvenimi težavami, kritično razmišljanje in sprejemanje odgovornosti za svoja dejanja. Ule (2003a, 176) navaja kognitivno, afektivno in empatično raven ter opolnomočenje kot ravni dobrega medosebnega komuniciranja. Te ravni morajo poznati vsi zdravstveni delavci (dijaki, študentje in sodelavci v timu). V času izobraževanja se morajo naučiti delati z občutljivimi in presenetljivimi dogodki, ki posegajo tudi v intimnost posameznika.

Usklajevanje med posameznikom in družbo poteka konstantno, saj se mora posameznik sprti usklajevati z družbo, v kateri živi, dela in ustvarja. Družbeno izoblikovani in naučeni vzorci vedenja so značilni za človeka, vendar se šele ob stiku z družbenim okoljem, z interakcijo, s komunikacijo, z medsebojnimi odnosi z drugimi ljudmi vsi skupaj naučimo delovati kot družbena bitja. Dnevno si človek pridobiva izkušnje o delovanju ljudi, ustanov in o različnih vlogah, ki jih imamo ljudje med življenjem in delom v družbi, ki ji lahko rečemo celota medčloveških odnosov. Človek s pomočjo tega izoblikuje stališča in predstave o družbenih procesih, pojavih, dogodkih in odnosih. Analiza stanja v skrbstvenem vidiku obravnave nam omogoča usmerjeno delovanje in izboljševanje šibkih točk zdravstvene nege na pediatričnem področju v Sloveniji. Strinjamo se s Cossette in drugi (2005), da je za zdravstveno nego nujen premik od opisovanja skrbi kot raziskovalnega cilja v osredotočenost in dokumentiranje učinkov skrbstvenega vidika obravnave na izide pri pacientih. Prav tako priporočamo uporabo krajšega vprašalnika za merjenje skrbstvenega vidika obravnave po teoriji Jean Watson.

10 LITERATURA

Abbott, Andrew. 1988. *The system of the professions*. London: University of Chicago press.

Adam, Philippe in Claudine Herzlich. 2002. *Sociologija bolezni in medicine*. Ljubljana: Društvo pljučnih in alergijskih bolnikov Slovenije.

Albreht, Tit in Radivoje Pribaković Brinovec. 2012. Analiza preskrbljenosti z medicinskimi sestrami v RS – metodološka izhodišča za nadgradnjo raziskave iz leta 2005. V *Izobraževanje in znanje v zdravstveni negi na vseh treh bolonjskih stopnjah: diferenciacija kompetenc ter sposobnosti, zbornik prispevkov*, ur. Brigita Skela Savič, 56–61. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

Allen, R. Katherine in Kristine M. Baber. 1992. Ethical and epistemological tensions in applying a postmodern perspective to feminist research. *Psychology of Women Quarterly* 16 (1): 1–15.

Alligood Raile, Martha in Ann Marriner Tomey. 2010. *Nursing theorists and their work*. Maryland Heights: Mosby/Elsevier.

Arslan-Özkan, İlkay, Hülya Okumuş in Kadriye Buldukoğlu. 2013. A randomized controlled trial of the effects of nursing care based on Watson's Theory of Human Caring on distress, self-efficacy and adjustment in infertile women. *JAN* 70 (8): 1801–1812.

Baier, Annette C. 1994. *Moral Prejudices. Essays on Ethics*. Cambridge and London: Harvard University Press.

Baly, Monica Eileen. 1995. *Nursing and social change*. Third edition. London in New York: Routledge.

Bauman, Zygmunt. 2002. *Tekoča moderna*. Ljubljana: Založba/*cf.

Baznik, S. 2005. Podpora staršem ob izgubi kritično bolnih otrok v enotah intenzivne zdravstvene nege in terapije. *Obzor Zdrav Neg* 39 (1): 47–53.

Benner, Patricia in Judith Wrupel. 1989. *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Menlo Park [etc.]: Addison-Wesley.

Bigec, Martin. 2006. Razmerja med medicino in zdravstveno nego z vidika pristojnosti, odgovornosti in timskega dela. V *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege*, ur. Bojana Filej, Boris Miha Kaučič, Milica Lahe in Majda Pajnkihar, 23–29. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

Birchenall, Mary in Peter Birchenall. 1998. *Sociology as applies to nursing & health care*. London [etc.]: Baillière Tindall.

Bishop, H. Anne in John R. Scudder. 1990. *The practical, moral and personal sense of nursing: a phenomenological philosophy of practice*. New York: State University of NY Press.

Bohinc, Marija. 2006. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki kot dejavnik kakovosti v zdravstvu. V *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti*, ur. Andreja Kvas, Majda Pahor, Darinka Klemen in Jana Šmitek, 166–171. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Bondas, Teresa. 2006. Paths to nursing leadership. *Journal of Nursing Management*. 14 (5): 332–339.

Borak, Lidija. 2009. *Sodelovanje in pomen odnosov v zdravstvenem timu*. Dostopno prek: http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/322B.pdf (9. marec 2013).

Bourgeault, Ivy L. in Elizabeth Darling. 2008. Collaborative care and professional boundaries: maternity care in Canada. V *Rethinking professional governance: international directions for healthcare*, ur. Ellen Kuhlmann in Mike Saks. Bristol: Policy Press.

Bowden, Peta. 1997. *Caring. Gender-sensitive ethics*. London and New York: Routledge.

Brown, Rupert. 1999. Socialna kategorizacija in predsodek. V *Predsodki in diskriminacije* ur. Mirjana Nastran Ule, 24–61. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

Buchholz, Werner, ed. 1999. Comments, queries, and debate. *IEEE Annals of the history of computing* 21 (1): 66–70.

Butler, Michelle M., Diane M. Fraser, Roger J. L. Murphy. 2008. What are the essential competencies required of a midwife at the point of registration. *Midwifery* 24 (3): 260–269.

Caplow, Theodore. 1966. Process of professionalization. V *Professionalization*, ur. Howard M. Vollmer in Donald L. Mills, 20–21. Engelwood: Prentice Hall.

Chambers, Derek. 2007. I the modern NHS fit for nursing students? *British Journal of Nursing* 16 (2): 74–75.

Clarke, N. Pamela, Jean Watson in Barbara B. Brewer. 2009. From theory to practice: Caring science according to Watson and Brewer. *Nursing Science Quarterly* 22 (4): 339–345.

Coleman, M. Lerita. 1999. Stigma – razkrita enigma. V *Predsodki in diskriminacije*, ur. Mirjana Nastran Ule, 198–216. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

Cossette, Sylvie, Cara Chantal, Ricard Nicole in Jacinthe Pepin. 2005. Assessing nurse-patient interactions from a caring perspective: Report of the development and preliminary psychometric testing of the Caring Nurse-Patient Interactions Scale. *International Journal of Nursing Studies* 42 (6): 673–686.

Cossette, Sylvie in Jacinthe Pepin. 2009. V *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences*, ur. Jean Watson, 241–252. New York : Springer Pub. Co.

Crozier, Kenda. 2003. Interprofessional education in maternity care: shared learning for women-centred care. *International journal of sociology and social Policy* 23 (4/5): 123–138.

Černigoj Sadar, Nevenka. Kakovost različnih področij življenja in zdravje. V *Družbeni vidiki zdravja: sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva*, ur. Niko Toš in Brina Malnar. 71–86. Ljubljana: FDV, IDV, Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij.

Davies, Celia. 1998. *Gender and the professional predicament in nursing*. Buckingham: Open University Press.

Doyal, Lesley. 1984. *Politična ekonomija zdravja*. Ljubljana: Knjižnica revolucionarne teorije.

--- 1995. *What makes women sick: gender and the political economy of health*. Basingstoke, London: Macmillan.

Drinovec, Jože. 2002. *Profesionalizem in zdravnik*. Dostopno prek: http://szd.si/user_files/vsebina/Zdravniski_Vestnik/vestnik/st2-12/st2-12-751-756.htm (30. april 2013).

DIREKTIVA 2005/36/EC F. The European Parliament and of the Council. 2005. *Official Journal of the European Union*. Dostopno prek: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:en:PDF> (15. maj 2013).

DIREKTIVA 2013/55/EU. The European Parliament and of the Council. 2013. *Official Journal of the European Union*. Dostopno prek: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:354:0132:0170:en:PDF> (25. maj 2014).

Evetts, Julia. 2006. Trust and professionalism: challenges and occupational changes. *Current sociology* 54 (4): 515–531.

Fakulteta za zdravstvo Jesenice. 2014. Študijski program prve stopnje Zdravstvena nega. Dostopno prek: <http://www.fzj.si/index.php?page=studijski-program-prve-stopnje-zdravstvena-nega> (30. julij 2014).

Fields, K. Sylvia, Mohammadreza Hojat, Joseph S. Gonnella, Salvatore Mangione in Kane, Gregory. 2004. Comparisons of nurses and physicians on an operational measure of empathy. *Evaluation & The Health Professions* 27 (1): 80–94.

Filej, Bojana. 2006. Gradimo danes za jutri. V *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti*, ur. Andreja Kvas, Majda Pahor, Darinka Klemen in Jana Šmitek, 17. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

- Foong, Ali Chong. 2006. Caring in nursing. *Singapore Nursing Journal* 33 (3): 37.
- Fossum, Björn in Elisabeth Arborelius. 2004. Patient-centred communication. *Patient education and counseling* 54: 163–169.
- Foucault, Michel. 1984. *Nadzorovanje in kaznovanje: nastanek zapora*. Ljubljana: Delavska enotnost.
- 1988. Technologies of the Self. V Luther, H. Martin, Huck Gutman in Patrick H Hutton (ur.). *Technologies of the Self*, 16–49. Amherst: University of Massachusetts Press.
- Fournier, Valerie. 1999. The appeal to professionalism as a disciplinary mechanism. *Social review* 47 (2): 280–307.
- Freidson, Eliot. 1988. *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago press.
- 2001. *Professionalism: the third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Gamarnikow, Eva. 1991. Nurse or woman: Gender and professionalism in reformed nursing 1860–1923. V *Anthropology and Nursing*, ur. Pat Holden in Jenny Littlewood, 110–129. London, New York: Routledge.
- Giddens, Anthony. 1991. *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford: Stanford Univ. Press.
- 1998. *Sociology*. Third edition. Cambridge (UK): Polity Press; Oxford (UK): Blackwell.
- 2000. *Preobrazba intimnosti: spolnost, ljubezen in erotika v sodobnih družbah*. Ljubljana: Založba /*cf.
- Gilligan, Carol. 1998. *In a Different voice*. 35th ed. Cambridge: Harvard University Press.
- Glodež, Sonja. 2006. Kakovostna komunikacija med medicinsko sestro in nosečnico v ginekološkem dispanzerju Splošne bolnišnice Maribor. V *Kakovostna komunikacija in etična*

drža sta temelja zdravstvene in babiške nege, ur. Bojana Filej, Boris Miha Kaučič, Milica Lahe in Majda Pajnkihar, 110–113. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

Goffman, Erving. 1991. *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. London [etc.]: Penguin Books.

Gottschlich, Maximilian. 1998. *Sprachloses Leid. Wege zu einer kommunikativen Medizin. Die heilsame Kraft des Wortes*. Wien: Springer Verlag.

Hall, Richard H. 1968. Professionalization and bureaucratization. *American sociological review* 33 (1): 92–104.

Hampton, Dorothee L. in Gerald M. Hampton. 2000. Professionalism and the nurse-midwife practitioner: an exploratory study. *Journal of the American academy of nurse practitioners* 12 (6): 218–225.

Hampton, Gerald. M. in Dorothee L. Hampton. 2004. Relationship of professionalism, rewards, market orientation and job satisfaction among medical professionals: The case of certified nurse-midwives. *Journal of business research* 57 (9): 1042–1053.

Hartley, Heather. 2002. The system of alignments challenging physician professional dominance: an elaborated theory of countervailing powers. *Sociology of health and illness* 24 (2): 178–207.

Heinsohn, Gunnar in Otto Steiger. 1993. *Uničenje modrih žensk*. Ljubljana: Krt.

Held, Virginia. 1995. *Feminist Morality: Transforming culture, society and politics*. Chicago, London: University of Chicago Press.

Henderson, Virginia. 1964. The Nature of Nursing. *American Journal of Nursing* 64 (8): 62–68.

Hochschild, Arlie Russell. 1997. The time bind. *The Journal of Labor & Society* 1 (2): 21–29.

Humer, Živa. 2007. Skrbstvene aktivnosti moških v družinskem življenju. *Družboslovne razprave* XXIII (56): 75–89.

International Council of Nurses – ICN. 2014. *Definition of Nursing*. Dostopno prek: <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/> (25. maj 2013).

Iphofen, Ron in Fiona Poland. 1998. *Sociology in practice for health care professionals*. London, Basingstoke: MacMillan.

Ivanuša, Antonija in Danica Železnik. 2008. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Jesse, Elizabeth. 2010. Watson's Philosophy and Theory of Transpersonal Caring. V *Nursing Theorists and Their Work*. 7th edition, ur. Martha Raile Alligood in Ann Marriner Tomey, 91–112. Maryland Heights: Mosby/Elsevier.

Kadivec, Saša, Mitja Košnik in Miljana Vegnuti. 2006. Večdisciplinarno sodelovanje pri postopku sprejema bolnika v bolnišnici Golnik – Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo. V *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti*, ur. Andreja Kvas, Majda Pahor, Darinka Klemen in Jana Šmitek, 180–192. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Kalaus, Sonja. 2013. Etika v zdravstveni negi je fenomen, ki temelji na praksi zdravstvene nege. *Utrip* 6: 20–23.

Kalisch, J. Beatrice, Sallie J. Weaver in Eduardo Salas. 2009. What does nursing teamwork look like. A qualitative study. *J Nurs Qual* 24 (4): 298–307.

Kamin, Tanja. 2006. *Zdravje na barikadah. Dileme promocije zdravja*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Kaplan Daniels, Arlene. 1971. How free should professionals be? V *The professions and their prospects*, ur. Eliot Freidson, 39–59. Beverly Hills: Sage Publications.

Klančnik Gruden, Maja. 2003. Sociološki vidiki položaja in vloga medicinskih sester Sloveniji: študija primer. *Socialno delo* 42 (1): 1–17.

Klemenc, Darinka. 2003. Skrb v zdravstveni negi ali zdravstvena nega v (o)skrbi. *Obzornik zdravstvene nege* 37 (2): 99–106.

--- 2005. Medosebni odnosi v zdravstvu med medicinskimi sestrami in zdravniki. *Zdrav Vestn* 74: 321–3.

--- 2009. *Kongresu in mednarodnima dnevoma medicinskih sester in babic na pot*. Dostopno prek: http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/Nagovor-Klemenc-SLO.pdf (30. junij 2013).

Klemenc, Darinka in Majda Pahor. 2000. Nasilje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. V *Nasilje in spolno nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji*, zbornik člankov, ur. Darinka Klemenc in Majda Pahor, 12–35. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

--- 2006. Povezovanje medpoklicnih skupin kot pogoj za uvajanje kakovosti v zdravstvu. V *3. konferenca Management v zdravstvu* (strokovno gradivo), 27–36. Portorož, Ljubljana: Planet GV.

Kluge, Mary Ann, Linda K. Glick in Laura L. Engleman. 2007. Teaching nursing and allied health care students how to »communicate care« to older adults. *Educational Gerontology* 33 (3): 187–207.

Koporec Oberčkal, Aleksander. 2010. *Vpliv organizacijske subkulture in spola na prijateljstvo*. Doktorska disertacija. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Kornelsen, Jude in Elaine Carty. 2004. Challenges to midwifery integration: interprofessional relationships in British Columbia. V *Reconceiving midwifery*, ur. Ivy L. Bourgeault, Cecilia Benoit in Robbie Davis-Floyd, 111–130. Montreal: McGill-Queen's university press.

Kovačič, Eva. 2010. Etika skrbi in etika vrlin v zdravstveni negi. V *Vrednote v zdravstveni negi/2. Dnevi Marije Tomšič*, ur. Marjeta Berkopec, 21–34. Novo mesto: Splošna bolnišnica, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Visoka šola za zdravstvo.

Kralj, Božo. 2003. Zgodovinski oris babištva na Slovenskem. V *Babištvo skozi čas: zbornik ob 250-letnici ustanovitve Babiške šole v Ljubljani*, ur. Božo Kralj in Slavica Navinšek, 9–17. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.

Kroflič, Robi. 2005. Je avtonomija še sprejemljiv vzgojno-socializacijski cilj javnega šolstva?. *Sodobna pedagogika* 56 (5): 8–24.

Kunyk, Diane in Joanne K. Olson. 2001. Clarification of conceptualization of empathy. *J Adv N* 35 (3): 317–325.

Kvas, Andreja. 2003. *Razlike v odnosu do izobraževanja in zdravja, vrednot, etike in samopodobe medicinskih sester v Sloveniji*. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Kvas, Andreja in Janko Seljak. 2004a. Komplementarne metode zdravljenja kot del biopsihosocialnega modela zdravja primer medicinskih sester. *Teorija in praksa* 41 (3–4): 548–559.

--- 2004b. *Slovenske medicinske sestre na poti v postmoderno*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Leicht, Kevin T. in Mary L. Fennell. 2001. *Professional work: a sociological approach*. Malden: Blackwell publishers.

Leninger, M. Madeleine. 1981. *Caring, an Essential Human Need: Proceedings of the Three National Caring Conferences*. Thorofare, NJ: Slack, CB.

Limonšek, Ivanka. 2008. Vloga medicinske sestre v multidisciplinarnem timu v ZUDV Dornava. V *Pediatrična zdravstvena nega otoka in mladostnika z motnjami v telesnem in duševnem razvoju, strokovni seminar*, 7–10. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege

Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji.

Littlewood, Roland. 1991. Gender, role and sickness: The ritual psychopathologies of the nurse. V *Anthropology and Nursing*, Pat Holden in Jenny Littlewood, 148–170. London, New York: Routledge.

Lunder, Urška. 2006. Spreminjanje obnašanja v klinični praksi. V *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti*, ur. Andreja Kvas, Majda Pahor, Darinka Klemenc in Jana Šmitek, 193–197. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Lyth, Isabel Menzies. 1988. *Containing Anxiety in Institutions: Selected essays*. London: Free Association Books.

Martin W. Geoffrey. 1998. Ritual action and its effect on the role of the nurse as the advocate. *J Adv Nurs* 27 (1): 189–194.

Mayeroff Milton. 1971. *On caring*. New York: Harper and Row.

McCabe, Catherine in Fiona Timmins. 2006. *Communication skills for nursing practice*. Basingstoke: Palgrave MacMillan.

Minority Nurse. 2014. *Nursing statistics*. Dostopno prek: <http://www.minoritynurse.com/minority-nursing-statistics> (20. junij 2014).

Morgan, David H. J. 1996. *Family Connections. An Introduction to Family Studies*. Cambridge, Oxford: Polity Press.

Morse, M. Janice, Joan Bottorff, Wendy Neander in Shirley Solberg. 1991. Comparative Analysis of Conceptualizations and Theories of Caring. *Journal of Nursing Scholarship* 23 (2): 119–126.

Mrak, Zdenka. 2001. Samopodoba medicinskih sester. V *Medicinske sestre v Sloveniji*, ur. Darinka Klemenc in Majda Pahor, 108–129. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.

Mulaik, Stanley A. 2010. *Foundations of factor analysis*. 2nd ed. Boca raton: Champan & Hall CRC Press.

Musič, Darija. 2007. Timsko delo v zdravstvu. V *Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna*, ur. Bojana Filej in Petra Kersnič, 593–601. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Nastran Ule, Mirjana. 1999. Socialna psihologija predsodkov. V *Predsodki in diskriminacija*, ur. Mirjana Nastran Ule, 299–342. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

Neuman, W. Lawrence. 2006. *Social research methods. Qualitative and quantitative approaches. 6th ed.* Boston: Pearson, Allyn and Bacon.

Noddings, Nel. 1986. *Caring, a feminine approach to ethics & moral education*. Berkley: University of California Press.

Northouse, G. Peter in Laurel L Northouse. 1992. *Health Communication Strategies for Health Professionals*. Connecticut: Prentice Hall.

Nouwen, J. M. Henri, Donald P. McNeill in Douglas A. Morrison. 1982. *Compassion*. London: Darton, Longman and Todd.

Oakes, J. Penelope, Alexander Halsam in John C. Turner. 1999. Politika, predsodki in mi v preučevanju stereotipov. V *Predsodki in diskriminacije*, ur. Mirjana Nastran Ule, 62–91. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

Oakley, Ann. 2000. *Gospodinja*. Ljubljana: Založba /*c/.

Orchard, A. Carole. 2010. Persistent isolationist or collaborator? The nurse's role in interprofessional collaborative practice. *Journal of Nursing Management* 18 (3): 248–257.

Oštir, Majda. 2008. Celostna obravnava otroka s kronično pljučno boleznijo. *Slovenska Pediatrija* 15 (2): 162–169.

Pahor, Majda. 1997. *Spremembe stališč in vrednot pri študentih zdravstvene nege*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

--- 1999a. Zdravstvena sociologija. *Teorija in praksa* 36 (6): 1014–1026.

--- 1999b. *Sociologija za zdravstvene delavce*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.

--- 2001. Medicinske sestre v očeh študentov zdravstvene nege. V *Medicinske sestre v Sloveniji*, Darinka Klemenc in Majda Pahor, 53–60. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.

--- 2003. Skrb v slovenski zdravstveni negi: nekatere ovire za kognitivno, refleksivno in moralno prakso. V *Labirinti skrbi: pomen perspektive etike skrbi za socialno politiko*, ur. Selma Sevenhuijsen in Alenka Švab, 75–86. Ljubljana: Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne družbene in politične študije.

--- 2006. *Medicinske sestre in univerza*. Domžale: Izolit

Pajnkihar, Majda. 1999. *Teoretične osnove zdravstvene nege*. Maribor: Visoka zdravstvena šola.

--- 2003. Znanje in teorije zdravstvene nege-osnova za družbeno priznavanje profesije. V *Management in razvoj organizacije, zbornik 22. mednarodne znanstvene konference o razvoju organizacijskih ved*, ur. Jože Florjančič in drugi, 940–942. Kranj: Moderna organizacija.

--- 2008a. Razvoj teorij za zdravstveno nego v Sloveniji. V *Jaz in moja kariera: seminar z mednarodno udeležbo* ur. Brigita Skela Savič, Jožica Ramšak Pajk in Boris Miha Kaučič, 139–148. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

--- 2008b. Is caring a lost art in nursing? *International Journal of Nursing Studies* 45 (5): 807–808.

--- 2009. Analiza in vrednotenje teorij zdravstvene nege. V *Novi trendi v sodobni zdravstveni negi – razvijanje raziskovanja, izobraževanja in multisektorskega partnerskega sodelovanja*, zbornik predavanj z recenzijo 2. mednarodne znanstvene konference s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu, ur. Brigita Skela Savič, Boris Miha Kaučič in Bojana Filej, 73–80. Ljubljana: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Pajnkihar Majda, Natalya Nikolaevna Kamynina, Alexey Y. Brazhnikov, Irina V. Ostrovskaya, Valentina E. Efremova, Igor S. Lunkov, Sonja Šostar-Turk, Sabina Fijan, Barbara Kegl, Mateja Lorber in Klavdija Čuček-Trifkovič. 2014. Varnost in skrb za paciente v kliničnem okolju v korelaciji z izobrazbo medicinskih sester = Safety and caring for patients in clinical environment in corelation with education of nurses: zaključno poročilo o rezultatih znanstvenoraziskovalnega sodelovanja med Republiko Slovenijo in Rusko Federacijo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Pajnkihar, Majda in Barbara Kegl. 2007. Koncepti sodobne pediatrične zdravstvene nege. V *Metabolični sindrom pri otrocih; Sodobni način življenja in imunski odziv pri otrocih; Racionalna uporaba zdravil v pediatriji, zbornik XVII. srečanja pediatrov v Mariboru in IV. srečanja medicinskih sester*, ur. Alojz Gregorič, 149–153. Maribor: Splošna bolnišnica.

Pajnkihar, Majda in Milica Lahe. 2006. Spoštovanje pacientovega dostojanstva in avtonomnosti v medsebojnem partnerskem odnosu med medicinsko sestro in pacientom. V *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege*, ur. Bojana Filej, Boris Miha Kaučič, Milica Lahe in Majda Pajnkihar, 31–34. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

Parsons, Talcott. 1968. On the Concept of Value-Commitments. *Sociological Inquiry* 38 (2): 135–160.

Perić, Barbara. 2006. Komunikacija medicinske sestre z bolnim otrokom in njegovimi starši. V *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege*, ur. Bojana Filej, Boris Miha Kaučič, Milica Lahe in Majda Pajnkihar, 125–128. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

Peterka Novak, Jožica. 2004. Zdravstvena nega in starši. V *Bivanje otrok in mladostnikov v bolnišnicah*, ur. Biserka Marolt Meden in Meta Stvarnik, 10–12. Ljubljana: Ustanova za novo pediatrično kliniko.

Peternelj, Andreja. 2006a. Kako pripravljene smo v zdravstveni negi na spremembe in potrebe sodobne družbe. *Obzor Zdr N* 40 (2): 69–70.

--- Zrcalce, zrcalce povej ... 2006b. V *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti*, ur. Andreja Kvas, Majda Pahor, Darinka Klemenc in Jana Šmitek, 28–29. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Petrovič, Minja in Oštir, Majda. 2013. Znanje potrjuje strokovnost medicinske sestre. V (ur.), *V znanju je moč – ga imamo dovolj?, strokovni seminar*, ur. Andreja Ljubič in Majda Oštir, 9–12. Ljubljana: Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji.

Pondelek, Damjana. 2011. Nekateri vidiki humanizacije v zdravstvu. V *4. šola za klinične mentorje Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Napredna znanja za kakovostno delo študenti zdravstvene nege – poklicna etika in kontinuiran profesionalni razvoj*, 81–86. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

Poredoš, Pavel. 2003. Ali je zdravniška etika drugačna od etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov? V *Zdravstvena nega v luči etike*, ur. Darinka Klemenc in drugi, 156–159. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

--- 2006. Medsebojni odnosi v zdravstvenem timu – pogoj za kakovostno zdravstveno storitev. V *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti*, ur. Andreja Kvas, Majda Pahor, Darinka Klemen in Jana Šmitek, 15–16. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Praper, Peter. 2001. *Timsko delo in skupinski proces*. Ljubljana: Dedalus. Dostopno prek: <http://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww1.fov.uni-mb.si%2Fmayer%2FAO%2F7a-OA-TIMSKO%2520DELO%2520IN%2520SKUPINSKI%2520PROCES.doc&ei=> (30. maj 2013).

Prebil, Andreja, Pjerina Mohar in Alojzija Fink. 2010. *Etika in zakonodaja v zdravstvu*. Ljubljana: Grafenauer.

Pretnar Kunstek, Veronika. 2006. Sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki: realnost ali utopija. V *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti*, ur. Andreja Kvas, Majda Pahor, Darinka Klemen in Jana Šmitek, 18–19. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Prosen, Mirko. 2010. Zadovoljstvo z delom v zdravstveni negi: indikatorji zadovoljstva medicinskih sester. *Obzor zdrav neg* 44 (2): 71–80.

Rakovec Felser, Zlatka. 2002. *Zdravstvena psihologija*. Maribor: Visoka zdravstvena šola.

--- 2009. Zloraba moči in nasilje v medosebnih odnosih. Ljubljana: *Obzor Zdrav Neg* 43 (1): 37–43.

Renner, Tanja. 2000. O delu iz ljubezni. V *Gospodinja*, ur. Ann Oakley, 279–298. Ljubljana: Založba /*c/.

Reynolds, Williams in Brian Scott. 2000. Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? *J Adv N* 31 (1): 226–234.

Robida, Andrej. 2006. Razmislek o razvoju timskega dela v zdravstvu. V *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti*, ur. Andreja Kvas, Majda Pahor, Darinka Klemen in Jana Šmitek, 25–27. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Rosenstein, Mihaela in Majda, Pahor. 2000. Zdravje in zdravstvo v luči socioloških raziskav. *Obzor Zdrav Neg* 34 (1/2): 5–9.

Ruddick, Sara. 1990. *Maternal Thinking: Towards a Politics of Peace*. Boston: Beacon Press.

Rueschemeyer, Dietrich. 1986. *Power and the division of labour*. Cambridge: Polity Press.

- Rungapadiachy, Dev. M. 2003. *Medosebna komunikacija v zdravstvu*. Ljubljana: Educy.
- Scott, Beverley. 1984. A competency based learning model for critical care nursing. *International journal of nursing studies* 21: 9–17.
- Sevenhuijsen, Selma. 1998. *Citizenship and the ethics of care*. London and New York: Routledge.
- 1999. »Too good to be true? Feminist considerations about trust and social cohesion«. *Focaal* 34: 207–222.
- 2002. *Citizenship and the Ethics of Care*. Ljubljana: Mirovni inštitut.
- 2003. Prostor za skrb. Pomen etike skrbi za socialno politiko. V *Labirinti skrbi: pomen perspektive etike skrbi za socialno politiko*, ur. Selma Sevenhuijsen in Alenka Švab, 13–39. Ljubljana: Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne družbene in politične študije.
- Sevenhuijsen, Selma in Alenka Švab. 2003. *Labirinti skrbi: pomen perspektive etike skrbi za socialno politiko*. Ljubljana: Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne družbene in politične študije.
- Skela Savič, Brigita. 2009. Vplivni dejavniki razvoja zdravstvene nege v sodobni družbi: prevzemanje odgovornosti s strani vseh akterjev. V *Mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu*, ur. Brigita Skela Savič, Miha Kaučič in Bojana Filej, 45–54. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
- 2014. Standardi kakovosti izobraževanja v zdravstveni negi: mednarodna praksa, stanje v Sloveniji. V *Kazalniki kakovosti in ravni odgovornosti za kakovostno visokošolsko izobraževanje v zdravstveni negi*, ur. Brigita Skela Savič in Simona Hvalič Touzery, 14–27. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
- Slovar slovenskega knjižnega jezika. 2000. Dostopno prek: <http://bos.zrc-sazu.si/sskj.html> (14. maj 2014).
- Smith, A. Elizabeth. 2001. The role of tacit and explicit knowledge in the workplace, *Journal of knowledge management* 5 (4): 311–321.

Snoj, Marko. 1997. *Slovenski etimološki slovar*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Statistični urad Republike Slovenije. 2013. *Statistični letopis 2013. Delovno aktivno prebivalstvo po dejavnosti in spolu, 2. četrletje*. Dostopno prek: http://www.stat.si/letopis/2013/12_13/12-03-13_datoteke/sheet001.html (13. december 2013).

Stjepanović Vračar, Aleksandra, Irena Keršič, Darinka Klemenc, Zdenka Mrak, Elizabeta Pikovnik, Anita Prelec in drugi. 2011. *Predstavitev podobe medicinske sestre, babice in tehnika zdravstvene nege*. Dostopno prek: http://www.zbornica-zveza.si/Medicinske_sestre_in_babice.aspx (13. maj 2013).

Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020, 2011. Dostopno prek: http://zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/strategija_razvoja_zn_2011-2020_okt_2011.pdf (9. april 2013).

Strauss, Anselm L, Fagerhaugh Y. Shizuko, Barbara Suczek, in Carolyn L Wiener. 1985. *The Social Organization of Medical Work*. Chicago and London: University of Chicago Press.

Szasz Thomas S. in Marc H. Hollander. 1956. A Contribution to the Philosophy of Medicine, The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. *Archives of Internal Medicine* 97 (5): 585–592.

Škrabl, Nika. 2005. Celostni pristop do bolnika. V *Skrb za človeka, Zbornik predavanj in posterjev 5. kongresa zdravstvene in babiške nege*, ur. Bojana Filej, Andreja Kvas in Petra Kersnič, 65–72. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Šmitek, Jana. 1998. Filozofija, morala in etika v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 32 (3–4): 127–138.

--- 2001. Etika in etična razmišljanja v zdravstveni negi. V *Medicinske sestre v Sloveniji*, ur. Darinka Klemenc in Majda Pahor, 66–83. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov

--- 2004. Uporabnost teorij etike v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 38 (3): 205–209.

--- 2006. Čustvena inteligenca v zdravstvu – ali je potrebna? V *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti*, ur. Andreja Kvas, Majda Pahor, Darinka Klemen in Jana Šmitek, 123–147. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Štih, Anita. 2013. Pridobljeno znanje povečuje varnost zdravstven nege otrok. V *V znanju je moč – ga imamo dovolj?, strokovni seminar*, ur. Andreja Ljubič in Majda Oštir, 13-17. Ljubljana: Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji.

The Arnold P. Gold Foundation. 2010. *Working to keep the care in healthcare*. Dostopno prek: http://www.humanism-inmedicine.org/index.php/aboutus/what_is_humanism_in_medicine (14. april 2013).

Tronto, Joan C. 1993. *Moral boundaries: a political argument for an ethics of care*. London: Routledge.

Trupi, Matjaž. 2012. *Medosebni odnosi znotraj tima zdravstvene nege*. Magistrsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Tschudin, Verena. 2003. Professional, ethical and legal accountability: the wider perspective. V *Zdravstvena nega v luči etike*, ur. Darinka Klemenc in Majda Pahor, 20–26. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

--- 2004. *Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi*. Ljubljana: Educy; Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Tuckett, G Anthony. 2005. The care encounter: Pondering caring, honest communication and control. *International Journal of Nursing Practice* 11 (2): 77–84.

Učni načrti Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto. Dostopno prek: http://www.fzv.vsnm.si/uploads/VSZ_pripone/Ucni%20nacrti/un_objava_splet_krajse_vsebine.pdf (30. junij 2014).

Učni načrti predmetov Univerze v Mariboru Fakultete za zdravstvene vede za leto 2013. 2014. Dostopno prek: <https://aips.um.si/PredmetiBP5/main.asp?Mode=prg&Zavod=03&Jezik=&Leto=2013&Nacin=1&Program=1200> (30. junij 2014).

Ule, Mirjana. 1997. *Temelji socialne psihologije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

--- 2003a. *Sprevidana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.

--- 2003b. Razvoj zdravstvenega sistema v pogojih globalizacije: in kaj je z zdravstveno nego. *Obzor zdrav neg* 37 (4): 243–249.

--- 2005. *Psihologija komuniciranja*. Ljubljana: FDV.

--- 2006. Sprevidana razmerja; vloga negovalnega komuniciranja v zdravstvu. V *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege*, ur. Bojana Filej, 15–19. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

--- 2009a. *Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov*. Ljubljana: FDV.

--- 2009b. *Socialna psihologija: analitični pristop k življenju v družbi*. Ljubljana: FDV.

Univerze v Ljubljani Zdravstvena fakulteta. Predstavitev fakultete. Dostopno prek: http://www2.zf.uni-lj.si/images/stories/datoteke/referat/PREDAVANJA__2013-14_1.pdf (30. junij 2014).

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju. *Dodiplomski študij – zdravstvena nega*. Dostopno prek: <http://www.fvz.upr.si/index.php?catid=78&lang=slo> (15. maj 2014).

Veloski, J. Jon, Sylvia K. Fields, James R. Boex in Linda L. Blank. 2005. Measuring Professionalism: A review of Studies with Instruments Reported in the Literature between 1982 and 2002. *Journal of Association of Academic Medical Colleges* 80 (4): 366–370.

Verbinc, Franci. 1974. *Slovar tujk*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Visoka zdravstvena šola v Celju. 2014. Predmetnik. Dostopno prek: <http://www.vzsce.si/si/studijski-program/predmetnik> (30. junij 2014).

Vlahovič, Dušan. 2013. Zdravstvo, kam odšlo, kje si zdaj? Delo, 11. januar, 1–4. Dostopno prek: <http://www.delo.si/revolt/zdravstvo/zdravstvo-kam-odslo-si-kje-si-zdaj.html> (28. julij 2014).

Vrbovšek, Sanja. 2006. Strukturne značilnosti razmerij med medicinskimi sestrami in zdravniki. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej). Ur. l. RS 23/2005. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlurid=2005778> (28. junij 2013).

Zaviršek, Darja. 1994. *Ženske in duševno zdravje*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Zbornica – Zveza. 2011. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Dostopno prek: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/o-poklicu> (30. junij 2014).

--- 2013. Predstavitev Zbornice – Zveze. Dostopno prek: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/predstavitev-zbornice-zveze> (30. junij 2014).

--- 2014. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije. Dostopno prek: http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/kodeks_etike_v_zdravstveni_negi_in_oskrbi_slovenije_marec_2014.pdf 30. julij 2014).

Zengerle-Levy, Karla. 2006. Nursing the Child Who is Alone in the Hospital. *Pediatric Nursing* 32 (3): 226–231.

Železnik, Danica. 2006. Pomen komunikacije in etike v zdravstveni negi. V *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege, 1. simpozij zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo*, ur. Bojana Filej in drugi, 35–42. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

Železnik, Danica in drugi. 2008. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Walmsley, Jan. 1993. It is not what you do but who you are: Caring roles and caring relationships. V *Health, Welfare and Practice: Reflecting on roles and relationships*, ur. Jan Walmsley, 25–31. London, Newbury Park, New Delhi: Sage Publications.

Watson, Jean. 1988a. New Dimensions of Human Caring Theory. *Nursing Science Quarterly* 1 (4): 175–181.

--- 1997. The Theory of Human Caring: Retrospective and Prospective. *Nursing Science Quarterly* 10 (1): 49–52.

--- 1999. *Nursing: Human Science and Human Care. A theory of Nursing*. Massachusetts: Sudbury.

--- 2001. Theory of human caring. University of Colorado Health Sciences center, School of Nursing. Dostopno prek: <http://www2uchsc.edu/son/caring/content/evolution.asp> (20. maj 2013).

--- 2005. *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F. A. Davis.

--- 2006. *Watson's Theory of Human Caring*. Dostopno prek: <http://www.uchsc.edu/ctrsinst/chc/jwththeory.htm> (20. september 2012).

--- 2008a. *Nursing: Human Science and Human Care*. New York: Jones & Bartlett Learning.

--- 2008b. *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (rev. ed.). Boulder: University Press of Colorado.

--- 2009. *Million nurse global caring field project*. Dostopno prek: <http://www.watsoncaringscience.org/millionnurses/index.html> (30. maj 2013).

--- 2010. Evolution of Jean Watson's Carative Factors/Caritas Processes Over Time. *Watson Caring Science Institut*. Dostopno prek: <http://watsoncaringscience.org/files/Cohort%206/watsons-theory-of-human-caring-core-concepts-and-evolution-to-caritas-processes-handout.pdf> (30. maj 2013).

--- 2012. *Human Caring Science: a Theory of Nursing*, 2nd edn. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning. 0

West, A. Michael. 2004. *Effective teamwork: practical lessons from organizational research*. Malden, MA: BPS Blackwell.

West, Patrick. 1979. An investigation into the social construction and consequences of the label epilepsy. *The Sociological Review* 27 (4): 719–741.

Williams, Fiona. 2001. In and Beyond New Labour: Towards a New Political Ethicks of Care. *Critical Social Policy* 21 (4): 467–493.

Wilkin, Katheleen in Eamonn Slevin. 2004. The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing* 13 (1): 50–59.

WHO. 1985. A guide to curriculum review for basic nursing education. Orientation to primary health care and community health. Geneva: World Health Organization.

PRILOGE

PRILOGA A: ANKETNI VPRAŠALNIK ZA ČLANE NEGOVALNEGA TIMA

INTERAKCIJE MED MEDICINSKO SESTRO IN PACIENTI PRI ZDRAVSTVENI NEGI (70 TRDITEV) (ZA MEDICINSKE SESTRE)						
	IZJAVA	SKALA				
1. Humanizem: oblikovanje sistema humanistično-nesebičnih vrednot						
1.	Individualno obravnavam paciente in pokažem, da se ne zanimam samo za njihov zdravstveni problem.	1	2	3	4	5
2.	Poskušam gledati na stvari s pacientovega vidika.	1	2	3	4	5
3.	Sprejemam paciente brez predsodkov.	1	2	3	4	5
4.	Spoštujem paciente in njegove najbližje.	1	2	3	4	5
5.	Do pacientov nimam odnosa neodobravanja.	1	2	3	4	5
6.	Do pacientov in njihovih najbližjih imam human in topel odnos.	1	2	3	4	5
2. Upanje: vnašanje upanja/zaupanja						
7.	Pacientom povem, da bom dosegljiv/-a, če me bodo potrebovali.	1	2	3	4	5
8.	Paciente spodbujam, da zaupajo vase.	1	2	3	4	5
9.	Spodbujam paciente, da pozitivno razmišljajo o sebi in svojem zdravstvenem stanju.	1	2	3	4	5
10.	Spodbujam pacientova prizadevanja.	1	2	3	4	5
11.	Paciente spodbujam v upanju, kadar je to primerno.	1	2	3	4	5
12.	Pacientom pomagam pri iskanju motivacije za izboljšanje njihovega zdravstvenega stanja.	1	2	3	4	5

13.	Upoštevam pacientovo vedenje o njihovem zdravstvenem stanju.	1	2	3	4	5
3. Občutljivost: občutljivost do sebe in do drugih						
14.	Paciente vprašam, kako želijo, da so stvari narejene.	1	2	3	4	5
15.	Pokažem pacientom in bližnjim, da se zavedam njihovih občutkov.	1	2	3	4	5
16.	Vem, kdaj izbrati pravi trenutek za razpravo o pacientovem zdravstvenem stanju in ustreznih ukrepih.	1	2	3	4	5
17.	Vem, kako na primeren način izraziti svoje občutke o pacientovem zdravstvenem stanju.	1	2	3	4	5
18.	Pomagam pacientom razumeti, kako njihovi bližnji doživljajo njihovo zdravstveno stanje.	1	2	3	4	5
19.	Seznam pacientove bližnje o trenutnem zdravstvenem stanju (s pacientovo privolitvijo).	1	2	3	4	5
4. Pomoč pri medosebnih odnosih: razvoj humanega odnosa v zdravstveni negi na podlagi pomoči in zaupanja						
20.	Pozorno poslušam paciente in njihove bližnje.	1	2	3	4	5
21.	Pacientom se jasno predstavim z imenom in s funkcijo.	1	2	3	4	5
22.	Kadar me pacienti pokličejo, odgovorim takoj, ko je mogoče.	1	2	3	4	5
23.	Spoštujem svoje zadolžitve, kar pomeni, da tisto, kar rečem, tudi storim.	1	2	3	4	5
24.	Ne dajem vtisa, da sem zaposlena ali drugače zasedena, kadar negujem pacienta.	1	2	3	4	5
25.	Ne prekinjam pacientov, kadar govorijo.	1	2	3	4	5
26.	Ne obsojam pacientovih idej in obnašanja.	1	2	3	4	5
5. Izražanje občutkov: promocija in sprejemanje pozitivnih in negativnih občutkov						

27.	Paciente spodbujam, da svobodno izražajo svoje misli in občutke.	1	2	3	4	5
28.	Ostajam mirna/-en, kadar so pacienti jezni.	1	2	3	4	5
29.	Pomagam pacientom razumeti njihova čustva.	1	2	3	4	5
30.	Ne zmanjšujem svoje prisotnosti ob pacientih v težjih trenutkih.	1	2	3	4	5
31.	Pomagam pacientom premostiti njihova negativna čustva.	1	2	3	4	5
32.	Omogočam pacientom, da izrazijo svojo bolečino, žalost, strahove itd.	1	2	3	4	5
6. Reševanje problemov: sistematična uporaba kreativnega reševanja problemov v procesu zdravstvene nege						
33.	Pomagam pacientom določiti realne cilje, ki upoštevajo njihovo zdravstveno stanje.	1	2	3	4	5
34.	Pomagam pacientom spopadati se s stresom, ki ga je povzročilo njihovo zdravstveno stanje.	1	2	3	4	5
35.	Pomagam pacientom videti situacijo iz pozitivnega zornega kota.	1	2	3	4	5
36.	Pomagam pacientom prepoznati sredstva za učinkovito reševanje njihovih težav.	1	2	3	4	5
37.	Poskušam s pacienti prepoznati posledice njihovega vedenja.	1	2	3	4	5
38.	Informiram paciente in njihove bližnje o možnostih izbire, ki jih imajo glede nadaljnje zdravstvene obravnave.	1	2	3	4	5
7. Učenje: promoviranje transpersonalnega poučevanja – učenja						
39.	Pomagam pacientom pri spoznavanju in oblikovanju vprašanj o njihovi bolezni in zdravljenju.	1	2	3	4	5
40.	Preverim, ali pacienti in njihovi bližnji pravilno razumejo mojo razlago.	1	2	3	4	5
41.	Pacientom podam nujno potrebne informacije oziroma jim dam na voljo informacije, da lahko sprejmejo premišljene odločitve.	1	2	3	4	5
42.	Vnaprej pacientom razložim oskrbo in zdravljenje.	1	2	3	4	5

43.	Ne uporabljam strokovnih terminov ali jezika, ki ga pacienti in njihovi bližnji ne razumejo.	1	2	3	4	5
44.	Pacientu zagotovim možnosti za samooskrbo.	1	2	3	4	5
45.	Spoštujem način dojenja pacientov, ko jim podajam informacije ali odgovarjam na njihova vprašanja.	1	2	3	4	5
46.	Paciente poučim o urniku jemanja in pripravljaja njihovih zdravil.	1	2	3	4	5
47.	Paciente poučim o indikacijah in sredstvih za preprečevanje nekaterih neželenih učinkov pri njihovem zdravljenju.	1	2	3	4	5
8. Okolje: zagotavljanje podpornega socialnega, fizičnega, psihičnega, spiritualnega okolja.						
48.	Razumem paciente, kadar želijo biti sami.	1	2	3	4	5
49.	Pomagam pacientom, da jim je udobno (npr. potrepilam jih po hrbtu, pomagam jim menjavati položaje, nastavim svetlobo, priporočam specialno opremo itd.).	1	2	3	4	5
50.	Po negovanju pacienta pospravim sobo.	1	2	3	4	5
51.	Preverim, če so zdravila, ki jih je pacient prejel, učinkovala (npr. pri slabosti, bolečini, zaprtju, anksioznosti itd.).	1	2	3	4	5
52.	Spoštujem pacientovo zasebnost (npr. ne izpostavljam jih po nepotrebem).	1	2	3	4	5
53.	Preden zapustim paciente, preverim, če so dobili vse, kar potrebujejo.	1	2	3	4	5
54.	Pomagam pacientom organizirati stvari, ki so za njih pomembne.	1	2	3	4	5
9. Potrebe: pomoč pri zagotavljanju osnovnih človekovih potreb.						
55.	Pacientom pomagam pri negovanju, kadar so sami nemočni.	1	2	3	4	5
56.	Znam aplicirati zdravila (npr. intravenozno injekcijo, obveze itd.).	1	2	3	4	5
57.	Znam uporabljati specialno opremo (npr. črpalke, monitorji, itd.).	1	2	3	4	5

58.	Zdravila dajem pacientom po predpisanem urniku.	1	2	3	4	5
59.	Spodbujam bližnje, da podpirajo pacienta (s pacientovim dovoljenjem).	1	2	3	4	5
60.	Pozorno spremljam pacientovo zdravstveno stanje.	1	2	3	4	5
61.	Pomagam pacientom, da poskušajo imeti kontrolo nad svojim zdravstvenim stanjem.	1	2	3	4	5
62.	Znam ravnati v situacijah, kjer je treba ukrepati hitro.	1	2	3	4	5
63.	Pokažem zmožnosti in veščine pri delu s pacienti.	1	2	3	4	5
64.	Upoštevam potrebe pacientov pri zagotavljanju osnovnih človekovih potreb (npr. spanje, osebna higiena itd.).	1	2	3	4	5
10. Duhovnost: zagotavljanje fenomenološko-spiritualnih potreb						
65.	Pacientom pomagam, da se počutijo dobro glede na njihovo zdravstveno stanje.	1	2	3	4	5
66.	Priznam, da molitve, meditacije ali druge stvari lahko paciente pomirjajo in jim dajejo upanje.	1	2	3	4	5
67.	Pacientom pomagam poiskati, kaj je v njihovem življenju pomembno.	1	2	3	4	5
68.	Pacientom pomagam pri iskanju smisla glede na njihovo zdravstveno stanje.	1	2	3	4	5
69.	Pacientom pomagam najti ravnovesje v njihovem življenju.	1	2	3	4	5
70.	Upoštevam pacientove duhovne potrebe (molitev, meditacija, sodelovanje v določenih ritualih).	1	2	3	4	5

PRILOGA B: ANKETNI VPRAŠALNIK ZA STARŠE.

INTERAKCIJE MED MEDICINSKO SESTRO IN STARŠI PRI ZDRAVSTVENI NEGI OTROKA (70 TRDITEV) (ZA STARŠE)						
	IZJAVA	SKALA				
1. Humanizem: oblikovanje sistema humanistično-nesebičnih vrednot						
1.	Medicinske sestre se ne zanimajo samo za otrokov zdravstveni problem, ampak ga obravnavajo individualno in celostno.	1	2	3	4	5
2.	Medicinske sestre poskušajo gledati stvari z otrokovega in starševskega vidika.	1	2	3	4	5
3.	Medicinske sestre sprejemajo otroke in starše brez predsodkov.	1	2	3	4	5
4.	Medicinske sestre spoštujejo otroke in starše.	1	2	3	4	5
5.	Medicinske sestre nimajo do otrok in staršev odnosa neodobravanja.	1	2	3	4	5
6.	Medicinske sestre imajo do otrok in staršev human in topel odnos.	1	2	3	4	5
2. Upanje: vnašanje upanja-zaupanja						
7.	Medicinske sestre otroku in staršem povedo, da bodo dosegljive, če bi jih potrebovali.	1	2	3	4	5
8.	Medicinske sestre otroka in starše spodbujajo, da zaupajo vase.	1	2	3	4	5
9.	Medicinske sestre otroka in starše spodbujajo, da pozitivno razmišljajo o otroku in sebi.	1	2	3	4	5
10.	Medicinske sestre spodbujajo prizadevanja otrok in staršev.	1	2	3	4	5
11.	Medicinske sestre otroka in starše spodbujajo v upanju, kadar je to primerno.	1	2	3	4	5
12.	Medicinske sestre otroku in staršem pomagajo pri iskanju motivacije za izboljšanje otrokovega zdravstvenega stanja.	1	2	3	4	5
13.	Medicinske sestre upoštevajo vedenje otrok in staršev.	1	2	3	4	5

3. Občutljivost: občutljivost do sebe in drugih						
14.	Medicinske sestre vprašajo otroka in starše, kako želijo, da so stvari pri otroku narejene.	1	2	3	4	5
15.	Medicinske sestre pokažejo otroku in staršem, da se zavedajo njihovih občutkov.	1	2	3	4	5
16.	Medicinske sestre vedo, kdaj je pravi trenutek za razpravo o otrokovem zdravstvenem stanju in ustreznih ukrepih.	1	2	3	4	5
17.	Medicinske sestre vedo, kako na primeren način izraziti svoje občutke o otrokovem zdravstvenem stanju.	1	2	3	4	5
18.	Medicinske sestre pomagajo otroku razumeti, kako njihovi starši doživljajo njegovo zdravstveno stanje.	1	2	3	4	5
19.	Medicinske sestre seznanjajo starše o trenutnem zdravstvenem stanju otroka.	1	2	3	4	5
4. Pomoč pri medosebnih odnosih: razvoj humanega odnosa v zdravstveni negi na podlagi pomoči in zaupanja						
20.	Medicinske sestre pozorno poslušajo otroke in starše.	1	2	3	4	5
21.	Medicinske sestre se otrokom in staršem jasno predstavijo z imenom in s funkcijo.	1	2	3	4	5
22.	Kadar otrok/starši pokličejo medicinske sestre, se te odzovejo takoj, ko je mogoče.	1	2	3	4	5
23.	Medicinske sestre spoštujejo svoje zadolžitve, kar pomeni, da tisto, kar rečejo, tudi storijo.	1	2	3	4	5
24.	Medicinske sestre ne dajejo vtisa, da so zaposlene ali drugače zasedene, kadar obravnavajo otroka.	1	2	3	4	5
25.	Medicinske sestre ne prekinjajo otroka in staršev, kadar govorijo.	1	2	3	4	5
26.	Medicinske sestre ne obsojajo idej in obnašanja otroka in staršev.	1	2	3	4	5
5. Izražanje občutkov: promocija in sprejemanje pozitivnih in negativnih občutkov						
27.	Medicinske sestre spodbujajo otroka in starše, da svobodno izražajo svoje misli in	1	2	3	4	5

	občutke.					
28.	Medicinske sestre ostajajo mirne, kadar so otrok in starši jezni.	1	2	3	4	5
29.	Medicinske sestre pomagajo otroku in staršem razumeti njihova čustva.	1	2	3	4	5
30.	Medicinske sestre ne zmanjšujejo svoje prisotnosti ob otroku v težjih trenutkih.	1	2	3	4	5
31.	Medicinske sestre pomagajo otroku in staršem premostiti njihova negativna čustva.	1	2	3	4	5
32.	Medicinske sestre omogočajo otroku in staršem, da izrazijo svojo bolečino, žalost, strahove itd.	1	2	3	4	5
6. Reševanje problemov: sistematična uporaba kreativnega reševanja problemov v procesu zdravstvene nege						
33.	Medicinske sestre pomagajo otroku in staršem določiti realne cilje, ki upoštevajo otrokovo zdravstveno stanje.	1	2	3	4	5
34.	Medicinske sestre pomagajo otroku in staršem spopadati se s stresom, ki ga je povzročilo otrokovo zdravstveno stanje.	1	2	3	4	5
35.	Medicinske sestre pomagajo otroku in staršem videti situacijo iz pozitivnega zornega kota.	1	2	3	4	5
36.	Medicinske sestre pomagajo otroku in staršem učinkovito reševati njihove težave.	1	2	3	4	5
37.	Medicinske sestre poskušajo z otrokom in s starši prepoznati posledice njihovega vedenja.	1	2	3	4	5
38.	Medicinske sestre informirajo otroka in starše o možnostih izbire, ki jih imajo glede nadaljnje zdravstvene obravnave.	1	2	3	4	5
7. Učenje: promoviranje transpersonalnega poučevanja – učenja						
39.	Medicinske sestre pomagajo otroku in staršem pri spoznavanju in oblikovanju vprašanj o otrokovi bolezni in zdravljenju.	1	2	3	4	5
40.	Medicinske sestre preverjajo, ali so otrok in starši pravilno razumeli razlago, ki so jo podale.	1	2	3	4	5

41.	Medicinske sestre otroku in staršem podajajo nujno potrebne informacije oziroma jim dajejo na voljo informacije, da lahko sprejmejo premišljene odločitve.	1	2	3	4	5
42.	Medicinske sestre otroku in staršem vnaprej predstavijo oskrbo otroka.	1	2	3	4	5
43.	Medicinske sestre ne uporabljajo strokovnih terminov ali jezika, ki jih otrok in starši ne razumejo.	1	2	3	4	5
44.	Medicinske sestre otroku in staršem zagotavljajo možnosti za samooskrbo.	1	2	3	4	5
45.	Medicinske sestre spoštujejo način dojemanja otroka in staršev, ko podajajo informacije ali odgovarjajo na njihova vprašanja.	1	2	3	4	5
46.	Medicinske sestre otroka in starše poučijo o urniku jemanja in pripravljanja zdravil.	1	2	3	4	5
47.	Medicinske sestre otroka in starše poučijo o indikacijah in sredstvih za preprečevanje nekaterih neželenih učinkov pri zdravljenju otroka.	1	2	3	4	5

8. Okolje: zagotavljanje podpornega socialnega, fizičnega, psihičnega, spiritualnega okolja.

48.	Medicinske sestre razumejo otroka in starše, kadar ti želijo biti sami.	1	2	3	4	5
49.	Medicinske sestre pomagajo otroku, da mu je udobno (npr. potrepljajo ga po hrbtu, uredijo položaj otroka, svetlobo itd.).	1	2	3	4	5
50.	Medicinske sestre po obravnavi otroka pospravijo ordinacijo, prevezovalnico, sobo.	1	2	3	4	5
51.	Medicinske sestre preverjajo, če so zdravila, ki jih je otrok prejel, učinkovala (npr. pri slabosti, bolečini, vročini itd.).	1	2	3	4	5
52.	Medicinske sestre spoštujejo otrokovo zasebnost.	1	2	3	4	5
53.	Medicinske sestre preverijo pri otroku in starših, če še kaj potrebujejo, preden jih zapustijo.	1	2	3	4	5
54.	Medicinske sestre pomagajo otroku in staršem organizirati stvari, ki so za njih pomembne.	1	2	3	4	5

9. Potrebe: pomoč pri zagotavljanju osnovnih človekovih potreb						
55.	Medicinske sestre otroku in staršem pomagajo pri negovanju, kadar sami tega ne zmorejo.	1	2	3	4	5
56.	Medicinske sestre znajo aplicirati zdravila otroku.	1	2	3	4	5
57.	Medicinske sestre znajo uporabljati specialno opremo (npr. pulzni oksimeter, inhalatorje, črpalke, monitorje itd.).	1	2	3	4	5
58.	Medicinske sestre aplicirajo zdravila otroku po naročilu zdravnika.	1	2	3	4	5
59.	Medicinske sestre spodbujajo starše, da podpirajo otroka.	1	2	3	4	5
60.	Medicinske sestre pozorno spremljajo otrokovo zdravstveno stanje.	1	2	3	4	5
61.	Medicinske sestre pomagajo otroku in staršem, da poskušajo imeti kontrolo nad otrokovim zdravstvenim stanjem.	1	2	3	4	5
62.	Medicinske sestre znajo ravnati v situacijah, kjer je treba hitro ukrepati.	1	2	3	4	5
63.	Medicinske sestre pokažejo zmožnosti in veščine pri delu z otroki in starši.	1	2	3	4	5
64.	Medicinske sestre upoštevajo otrokove potrebe pri zagotavljanju osnovnih človekovih potreb (npr. spanje, osebna higiena itd.).	1	2	3	4	5
10. Duhovnost: zagotavljanje fenomenološko-spiritualnih potreb						
65.	Medicinske sestre vam pomagajo, da se kot starši počutite dobro glede na otrokovo zdravstveno stanje.	1	2	3	4	5
66.	Medicinske sestre priznavajo, da lahko molitve, meditacije ali druge stvari otroka pomirjajo in mu dajejo upanje.	1	2	3	4	5
67.	Medicinske sestre pomagajo staršem in otroku poiskati, kaj je v življenju otroka pomembno.	1	2	3	4	5
68.	Medicinske sestre pomagajo otroku in staršem pri iskanju smisla glede na otrokovo zdravstveno stanje.	1	2	3	4	5

69.	Medicinske sestre pomagajo otroku in staršem najti ravnovesje v življenju.	1	2	3	4	5
70.	Medicinske sestre upoštevajo duhovne potrebe otroka in staršev (molitev, meditacija, sodelovanje v določenih ritualih).	1	2	3	4	5

PRILOGA C: STATISTIČNA OBDELAVA REZULTATOV

		Člani neg. tima n = 107		Starši n = 91		t	p
		PV	SO	PV	SO		
1.	Individualno obravnavam paciente in pokažem, da se ne zanimam samo za njihov zdravstveni problem.	4,1	1,0	3,3	1,0	5,60	< 0,001
2.	Poskušam gledati na stvari s pacientovega vidika.	4,3	0,8	2,8	1,1	11,31	< 0,001
3.	Sprejemam paciente brez predsodkov.	4,4	0,8	3,1	1,0	9,44	< 0,001
4.	Spoštujem paciente in njihove najbližje.	4,6	0,8	3,6	0,9	8,46	< 0,001
5.	Do pacientov nimam odnosa neodobravanja.	4,3	0,8	3,4	1,1	6,71	< 0,001
6.	Do pacientov in njihovih najbližjih imam human in topel odnos.	4,7	0,6	3,6	0,9	9,37	< 0,001
I.	Humanizem: oblikovanje sistema humanistično-nesebičnih vrednot	4,4	0,6	3,3	0,8	10,91	< 0,001
7.	Pacientom povem, da bom dosegljiv/-a, če me bodo potrebovali.	4,5	0,9	2,8	1,2	11,22	< 0,001
8.	Paciente spodbujam, da zaupajo vase.	4,5	0,7	2,7	1,3	12,04	< 0,001
9.	Paciente spodbujam, da pozitivno razmišljajo o sebi in svojem zdravstvenem stanju.	4,6	0,7	2,9	1,1	12,22	< 0,001
10.	Spodbujam prizadevanja pacientov.	4,5	0,7	3,1	1,0	10,64	< 0,001
11.	Paciente spodbujam v upanju, kadar je to primerno.	4,5	0,7	2,8	1,1	12,24	< 0,001
12.	Pacientom pomagam pri iskanju motivacije za izboljšanje njihovega zdravstvenega stanja.	4,5	0,8	2,5	1,2	13,49	< 0,001
13.	Upoštevam pacientovo vedenje o njihovem zdravstvenem stanju.	4,4	0,8	2,8	1,1	12,12	< 0,001
II.	Upanje: vnašanje upanja/zaupanja	4,5	0,6	2,8	1,0	14,07	< 0,001
14.	Paciente vprašam, kako želijo, da so stvari narejene.	4,0	0,9	2,5	1,1	10,17	< 0,001

		Člani neg. tima n = 107		Starši n = 91		t	p
		PV	SO	PV	SO		
15.	Pokažem pacientom in bližnjim, da se zavedam njihovih občutkov.	4,3	0,7	2,7	1,1	12,02	< 0,001
16.	Vem, kdaj izbrati pravi trenutek za razpravo o pacientovem zdravstvenem stanju in ustreznih ukrepih.	4,2	0,7	2,5	1,1	12,43	< 0,001
17.	Vem, kako na primeren način izraziti svoje občutke o pacientovem zdravstvenem stanju.	4,1	0,8	2,5	1,1	11,09	< 0,001
18.	Pomagam pacientom razumeti kako njihovi bližnji doživljajo njihovo zdravstveno stanje.	4,2	0,7	2,4	1,0	13,63	< 0,001
19.	Seznamam pacientove bližnje o trenutnem zdravstvenem stanju (s pacientovo privolitvijo).	3,8	1,1	2,4	1,2	8,40	< 0,001
III.	Občutljivost: občutljivost do sebe in do drugih	4,1	0,7	2,5	0,9	13,93	< 0,001
20.	Pozorno poslušam paciente in njihove bližnje.	4,4	0,7	2,9	1,3	9,92	< 0,001
21.	Pacientom se jasno predstavim z imenom in s funkcijo.	4,1	1,0	2,7	1,2	8,63	< 0,001
22.	Kadar me pacienti pokličejo, odgovorim takoj, ko je mogoče.	4,5	0,8	2,7	1,1	13,02	< 0,001
23.	Spoštujem svoje zadolžitve, kar pomeni, da tisto, kar rečem, tudi storim.	4,5	0,8	3,0	1,0	11,92	< 0,001
24.	Ne dajem vtisa, da sem zaposlena ali drugače zasedena, kadar negujem pacienta.	4,2	0,8	2,7	1,2	10,02	< 0,001
25.	Ne prekinjam pacientov, kadar govorijo.	4,4	0,7	3,1	0,9	11,11	< 0,001
26.	Ne obsojam pacientovih idej in obnašanja.	4,4	0,8	2,7	0,8	14,40	< 0,001
IV.	Pomoč pri medosebnih odnosih: razvoj humanega odnosa v zdravstveni negi na podlagi pomoči in zaupanja	4,3	0,6	2,8	0,9	13,66	< 0,001
27.	Paciente spodbujam, da svobodno izražajo svoje misli in občutke.	4,3	0,7	2,8	1,1	11,03	< 0,001
28.	Ostajam mirna/-en, kadar so pacienti jezni.	4,2	0,8	2,6	1,0	11,97	< 0,001

		Člani neg. tima n = 107		Starši n = 91		t	p
		PV	SO	PV	SO		
29.	Pomagam pacientom razumeti njihova čustva.	4,4	0,6	2,7	1,0	13,56	< 0,001
30.	Ne zmanjšujem svoje prisotnosti ob pacientih v težjih trenutkih.	4,4	0,7	2,8	1,2	11,06	< 0,001
31.	Pomagam pacientom premostiti njihova negativna čustva.	4,2	0,7	2,3	1,0	16,03	< 0,001
32.	Omogočam pacientom, da izrazijo svojo bolečino, žalost, strahove itd.	4,3	0,7	2,6	1,1	12,72	< 0,001
V.	Izražanje občutkov: promocija in sprejemanje pozitivnih in negativnih občutkov	4,3	0,6	2,6	0,9	14,88	< 0,001
33.	Pomagam pacientom določiti realne cilje, ki upoštevajo njihovo zdravstveno stanje.	4,0	0,8	2,6	1,1	10,57	< 0,001
34.	Pomagam pacientom spopadati se s stresom, ki ga je povzročilo njihovo zdravstveno stanje.	4,1	0,8	2,5	1,1	10,93	< 0,001
35.	Pomagam pacientom videti situacijo iz pozitivnega zornega kota.	4,3	0,8	2,9	1,2	9,11	< 0,001
36.	Pomagam pacientom prepoznati sredstva za učinkovito reševanje njihovih težav.	4,2	0,8	2,7	1,0	11,48	< 0,001
37.	Poskušam s pacienti prepoznati posledice njihovega vedenja.	4,1	0,8	2,6	1,2	10,15	< 0,001
38.	Informiram paciente in njihove bližnje o možnostih izbire, ki jih imajo glede nadaljnje zdravstvene obravnave.	4,0	0,9	2,6	1,2	8,38	< 0,001
VI.	Reševanje problemov: sistematična uporaba kreativnega reševanja problemov v procesu zdravstvene nege	4,1	0,7	2,7	1,0	11,47	< 0,001
39.	Pomagam pacientom pri spoznavanju in oblikovanju vprašanj o njihovi bolezni in zdravljenju.	4,0	0,9	2,7	0,9	10,16	< 0,001

		Člani neg. tima n = 107		Starši n = 91		t	p
		PV	SO	PV	SO		
40.	Preverim, ali pacienti in njihovi bližnji pravilno razumejo mojo razlago.	4,2	0,8	2,8	1,1	10,41	< 0,001
41.	Pacientom podam nujno potrebne informacije oziroma jim dam na voljo informacije, da lahko sprejmejo preišljene odločitve.	4,1	0,8	2,6	1,0	10,91	< 0,001
42.	Pacientom vnaprej razložim oskrbo in zdravljenje.	4,2	0,8	2,5	1,0	12,22	< 0,001
43.	Ne uporabljам strokovnih terminov ali jezika, ki ga pacienti in njihovi bližnji ne razumejo.	4,3	0,9	3,0	1,0	10,25	< 0,001
44.	Pacientu zagotovim možnosti za samooskrbo.	4,3	0,7	2,8	0,9	12,48	< 0,001
45.	Spoštujem pacientov način dojemanja, ko jim podajam informacije ali odgovarjam na njihova vprašanja.	4,4	0,7	2,9	1,0	11,78	< 0,001
46.	Paciente poučim o urniku jemanja in pripravljanja njihovih zdravil.	4,4	0,8	3,1	1,0	9,78	< 0,001
47.	Paciente poučim o indikacijah in sredstvih za preprečevanje nekaterih neželenih učinkov pri njihovem zdravljenju.	4,2	0,8	2,6	1,1	11,31	< 0,001
VII.	Učenje: promoviranje transpersonalnega poučevanja – učenja	4,2	0,6	2,8	0,8	13,74	< 0,001
48.	Razumem paciente, kadar želijo biti sami.	4,5	0,7	3,0	1,1	11,00	< 0,001
49.	Pomagam pacientom, da jim je udobno (npr. potrepļjam jih po hrbtu, pomagam jim menjavati položaje, nastavim svetlobo, priporočam specialno opremo itd.).	4,6	0,7	2,8	1,1	13,75	< 0,001
50.	Po negovanju pacienta pospravim sobo.	4,6	0,6	3,5	1,1	8,89	< 0,001
51.	Preverim, če so zdravila, ki jih je pacient prejel, učinkovala (npr. pri slabosti, bolečini, zaprtju, anksioznosti itd.).	4,5	0,8	2,8	1,2	11,62	< 0,001

		Člani neg. tima n = 107		Starši n = 91		t	p
		PV	SO	PV	SO		
52.	Spoštujem pacientovo zasebnost (npr. ne izpostavljam jih po nepotrebnem).	4,6	0,7	2,9	1,1	12,69	< 0,001
53.	Preden zapustim paciente, preverim, če so dobili vse, kar potrebujejo.	4,6	0,8	2,9	1,1	12,13	< 0,001
54.	Pomagam pacientom organizirati stvari, ki so za njih pomembne.	4,3	0,8	2,7	1,2	10,90	< 0,001
VIII.	Okolje: zagotavljanje podpornega socialnega, fizičnega, psihičnega, spiritualnega okolja	4,5	0,6	3,0	0,9	14,20	< 0,001
55.	Pacientom pomagam pri negovanju, kadar so sami nemočni.	4,8	0,5	3,0	1,2	13,40	< 0,001
56.	Znam aplicirati zdravila (npr. intravenozno injekcijo, obveze itd.).	4,5	1,0	4,0	0,8	4,15	< 0,001
57.	Znam uporabljati specialno opremo (npr. črpalke, monitorje itd.).	4,5	1,0	3,9	0,9	4,03	< 0,001
58.	Zdravila dajem pacientom po predpisanem urniku.	4,8	0,5	4,0	0,9	6,98	< 0,001
59.	Spodbujam bližnje, da podpirajo pacienta (s pacientovim dovoljenjem).	4,7	0,7	3,2	1,0	11,51	< 0,001
60.	Pozorno spremljam pacientovo zdravstveno stanje.	4,6	0,7	3,1	1,1	11,20	< 0,001
61.	Pomagam pacientom, da poskušajo imeti kontrolo nad svojim zdravstvenim stanjem.	4,5	0,8	3,2	0,9	10,17	< 0,001
62.	Znam ravnati v situacijah, kjer je treba ukrepati hitro.	4,6	0,7	3,4	1,1	8,84	< 0,001
63.	Pokažem zmožnosti in veščine pri delu s pacienti.	4,6	0,6	3,4	0,9	9,88	< 0,001
64.	Upoštevam potrebe pacientov pri zagotavljanju osnovnih človekovih potreb (npr. spanje, osebna higiena itd.).	4,7	0,6	3,0	1,3	11,28	< 0,001

		Člani neg. tima n = 107		Starši n = 91		t	p
		PV	SO	PV	SO		
IX.	Potrebe: pomoč pri zagotavljanju osnovnih človekovih potreb	4,6	0,6	3,4	0,8	11,99	< 0,001
65.	Pacientom pomagam, da se počutijo dobro glede na njihovo zdravstveno stanje.	4,6	0,6	2,7	1,1	14,56	< 0,001
66.	Priznam, da molitve, meditacije ali druge stvari lahko paciente pomirjajo in jim dajejo upanje.	4,2	1,0	2,3	1,0	13,25	< 0,001
67.	Pacientom pomagam poiskati, kaj je v njihovem življenju pomembno.	4,0	1,0	2,3	1,0	11,87	< 0,001
68.	Pacientom pomagam pri iskanju smisla glede na njihovo zdravstveno stanje.	4,2	1,0	2,3	1,1	12,12	< 0,001
69.	Pacientom pomagam najti ravnovesje v njihovem življenju.	3,9	1,1	2,1	1,2	10,75	< 0,001
70.	Upoštevam pacientove duhovne potrebe (molitev, meditacija, sodelovanje v določenih ritualih).	4,3	0,9	1,9	1,1	16,02	< 0,001
X.	Duhovnost: zagotavljanje fenomenološko-spiritualnih potreb	4,2	0,8	2,3	0,9	15,23	< 0,001

PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon.

**PRILOGA Č: KORELACIJSKA MATRIKA DESETIH SKRBSSTVENIH PROCESOV
PRI ČLANIH NEGOVALNEGA TIMA**

		H	U	O	PMO	IO	RP	Uč	Ok	P	D
H	r	1	0,672	0,536	0,752	0,709	0,637	0,669	0,765	0,707	0,583
	p		< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
U	r		1	0,705	0,811	0,716	0,737	0,687	0,810	0,696	0,691
	p			< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
O	r			1	0,726	0,713	0,754	0,681	0,689	0,554	0,729
	p				< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
PMO	r				1	0,770	0,718	0,725	0,848	0,685	0,686
	p					< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
IO	r					1	0,795	0,813	0,727	0,731	0,696
	p						< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
RP	r						1	0,802	0,724	0,653	0,818
	p							< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Uč	r							1	0,751	0,664	0,700
	p								< 0,001	< 0,001	< 0,001
Ok	r								1	0,856	0,725
	p									< 0,001	< 0,001
P	r									1	0,677
	p										< 0,001
D	r										1
	p										

*H: humanizem, U: upanje, O: občutljivost, PMO: pomoč pri medosebnih odnosih, IO: izražanje občutkov, RP: reševanje problemov, Uč: učenje, Ok: okolje, P: potrebe, D: duhovnost, r: Pearsonov korelacijski koeficient.

Vse korelacije med sklopi so statistično pomembne na nivoju $p < 0,001$. Močne korelacije so ($r \geq 0,700$), preostale so srednje močne ($0,300 < r < 0,700$).

**PRILOGA D: KORELACIJSKA MATRIKA DESETIH SKRBSSTVENIH PROCESOV
PRI STARŠIH**

		H	U	O	PMO	IO	RP	Uč	Ok	P	D
H	r	1	0,822	0,728	0,800	0,774	0,739	0,724	0,669	0,649	0,511
	p		< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
U	r		1	0,855	0,787	0,846	0,830	0,853	0,808	0,804	0,590
	p			< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
O	r			1	0,786	0,792	0,846	0,786	0,819	0,709	0,683
	p				< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
PMO	r				1	0,875	0,747	0,784	0,660	0,640	0,468
	p					< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
IO	r					1	0,795	0,769	0,746	0,676	0,459
	p						< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
RP	r						1	0,866	0,809	0,747	0,668
	p							< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Uč	r							1	0,811	0,851	0,683
	p								< 0,001	< 0,001	< 0,001
Ok	r								1	0,875	0,657
	p									< 0,001	< 0,001
P	r									1	0,637
	p										< 0,001
D	r										1
	p										

*H: humanizem, U: upanje, O: občutljivost, PMO: pomoč pri medosebnih odnosih, IO: izražanje občutkov, RP: reševanje problemov, Uč: učenje, Ok: okolje, P: potrebe, D: duhovnost, r: Pearsonov korelacijski koeficient.

Vse korelacije med sklopi so statistično pomembne na nivoju $p < 0,001$. Močne korelacije so ($r \geq 0,700$), preostale so srednje močne ($0,300 < r < 0,700$).