



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**PRIDOBLENE KOMPETENCE ŠTUDENTOV
ZDRAVSTVENE NEGE –
VIDIK MEDICINSKO TEHNIČNIH POSEGOV**

Mentor: doc. dr. Brigita Skela Savič

Kandidatka: Janita Tepina

Jesenice, marec, 2011

ZAHVALA

Mentorici doc. dr. Brigiti Skela Savič se zahvaljujem za strokovno vodenje, za pomoč pri iskanju ustrezne literature, za napotke in vso potrpežljivost pri izdelavi diplomske naloge.

Zahvaljujem se sodelavkam Jerneji, Marinki in Vlasti, ki so bile zaradi mojih odsotnosti bolj obremenjene.

Zahvala velja tudi prijateljicam Alenki, Maji in Sabrini, saj smo s skupnimi močmi prišle do zastavljenega cilja.

Posebna zahvala pa velja mojim najdražjim Tini, Tei in Antonu, ker brez njihovega razumevanja in podpore ne bi zmogla.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Zdravstvena nega ima v obravnavi pacienta svoje lastne kompetence, delo medicinske sestre v kliničnem okolju v veliki meri obsega tudi izvajanje medicinsko tehničnih posegov. Po Bolonjski direktivi so študenti zdravstvene nege po končanem študiju in opravljeni diplomi pripravljene za samostojno delo brez pripravništva.

Cilj: Namen diplomskega dela je predstaviti usposobljenost študentov za opravljanje medicinsko tehničnih posegov, ugotoviti napredek v znanju za izvajanje medicinsko tehničnih posegov v času študija ter ugotoviti, zakaj je izvajanje medicinsko tehničnih posegov študentom zdravstvene nege pomembno.

Metoda: V raziskavi smo uporabili kvantitativni raziskovalni pristop z neeksperimentalnim dizajnom in opisno metodo dela. Podatke za potrebe empiričnega dela diplomskega dela smo zbrali s strukturiranim anketnim vprašalnikom. Ugotavljali smo spodbude za nadaljnje šolanje, zakaj se študentom izvajanje medicinsko tehničnih posegov zdi pomembno, za petindvajset medicinsko tehničnih posegov smo ugotavljali pridobljene kompetence študentov v času študija. Vprašalnik je vseboval tudi dve odprti vprašanji. Uporabili smo namenski vzorec med študenti 1. in 3. letnika dodiplomskega študija zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice. Na anketni vprašalnik je odgovorilo 99 od 163 študentov, kar predstavlja 60,7 % realizacijo vzorca.

Rezultati: Najpogostejši motivi za vpis na študij so »želja po nadaljnjem šolanju« (PV=4,2), »izvajanje medicinsko tehničnih posegov« (PV=4,2), napredovanje na delovnem mestu (PV=4,1) in pridobitev večjega obsega kompetenc (PV=4,0). Anketiranci so se v večji meri strinjali s trditvami »na delovnem mestu me bodo prepoznali kot dobro medicinsko sestro/zdravstvenika, če bom usposobljen/a v izvajanju medicinsko tehničnih posegov« (PV=3,9), »učitelji na šoli so me usmerjali v pomembnost celostnega pristopa do pacienta« (PV=3,9) in »zdravstvena nega ima svoje lastne kompetence v procesu obravnave pacienta« (PV=3,9). Ugotovili smo statistično značilno razliko v pridobljenem znanju pri izvajanju medicinsko tehničnih posegov med študenti 1. in 3. letnika. Gledano v celoti (vsota vseh znanj) študenti tretjega letnika bolje ocenjujejo svoje znanje ($p < 0,001$). Največje razlike v oceni pridobljenih znanj med obema letnikoma so bile ugotovljene pri odstranitvi šivov/sponk (PV=4,4) in uvajanju venskega katetra (PV=4,9). Najvišje povprečne vrednosti dosegajo: merjenje

vitalnih funkcij (PV=5,0), antropometrične meritve (PV=4,8), aplikacija kisika (PV=4,6), odvzem venozne krvi (PV=4,5) in aplikacija zdravil intravenozno (PV=4,5). Anketiranci so na odprto vprašanje »Kakšna je vaša definicija zdravstvene nege?« odgovarjali različno glede na letnik študija, koda »skrb za pacienta« je bila najbolj pogosta pri študentih prvega, koda »celostna obravnava« pa pri študentih tretjega letnika.

Razprava: Z izvedeno raziskavo smo ugotovili, da so se anketirani za študij zdravstvene nege odločali zaradi želje po šolanju, izvajanju medicinsko tehničnih posegov, napredovanja na delovnem mestu in poglobitve znanj in kompetenc. Najmanj pomembni razlogi so mentorstvo študentom, raziskovalno delo, manj dela neposredno ob pacientu. Anketiranci študija zdravstvene nege ne dojemajo kot odmika od neposredne zdravstvene nege pri pacientu in s tem večje pristojnosti pri izvajanju medicinsko tehničnih posegov. Medicinsko tehnični posegi jim predstavljajo dodatno znanje in kompetence. Študenti se sicer strinjajo, da medicinsko tehnični posegi določajo usposobljenost medicinske sestre, hkrati pa tudi menijo, da osnovna zdravstvena nega sodi v delokrog visokostrokovno izobražene medicinske sestre. Anketiranci se zavedajo vloge zdravstvene nege pri obravnavi pacienta, v ospredje svojega delovanja postavljajo pacienta kot celoto, kot osebo z individualnimi potrebami, čustvi in lastnimi izkušnjami. Študenti tretjega letnika menijo, da so usposobljeni za samostojno opravljanje svojega poklica tudi iz vidika medicinsko tehničnih posegov. Raziskava je bila narejena na manjšem vzorcu, zato ugotovitev ne moremo posploševati.

Ključne besede: izobraževanje, študenti, kompetence, zdravstvena nega, medicinsko tehnični posegi.

SUMMARY

Background: Nursing care as process of treating patients has their own competencies. The work of nurses in clinical environments, however, involves a wide range of medical-technical interventions. According to the Bologna Directive, nursing students are ready to work independently upon successfully finishing their studies, without clinical practice being obligatory in previous educational approach/system.

Aim: The purpose of this thesis was to present the qualifications of students to perform medical-technical interventions, to follow progress of the students in implementing these interventions during their study and to identify why the implementation of medical-technical interventions is important for them.

Methods: In this study a quantitative research approach was used, with non-experimental design and descriptive method. Data for the empirical part of the thesis was collected through a structured questionnaire. What motivates students to undertake further studies and why is performing the medical-technical interventions important to them were two questions thoroughly assessed. Furthermore, the competences gained in the course of study were analysed for 25 specific medical-technical interventions. The questionnaire included two open-type questions as well. The rule of conduct was the questionnaire sent by email to a target audience, first-year students and students of third year of graduate study of nursing programme at the College of nursing Jesenice. The questionnaire was answered by 99 out of 163 students, representing 60,7 % realization.

Results: The mostly stated reasons for the matriculation were »the desire for further studies« (M=4,2), »performing of medical-technical interventions« (M=4,2), »career advancement« (M=4,1) and »to acquire higher range of competencies« (M=4,0). Most of the respondents agreed to following statements: »At work, I would be recognised as good nurse if I were well trained in performing the medical-technical interventions« (M=3,9), »professors and lecturers have showed me the importance of the holistic treatment of patients« (M=3,9) and »health care has it's own competencies in the process of treating the patients« (M=3,9). The research has shown characteristic statistical difference in the field of acquired skills in performing the medical-technical interventions between 1st and 3rd year students. Overall, the 3rd year students appraise their knowledge significantly better ($p < 0,001$). The greatest differences in acquired skills between 1st and 3rd year were at stitches / surgical staples removal (M=4,4) and

insertion of the venous catheter (M=4,9). The highest average ratings were observed at measurement of vital functions (M=5,0), anthropometrics (M=4,8), application of oxygen (M=4,6), blood sampling (M=4,5) and intravenous application of medication (M=4,5). Responses to open-type question »What is your definition of nursing« differed according to student's year. Common answer of the 1st year students was »nursing / caring for the patient«, which was opposed by »holistic treatment« given by 3rd year students.

Discussion: The study identified main reasons for matriculation being desire for further studies, performing medical-technical interventions, moving up the ladder in the organisation and acquisition of higher range of competencies. The least important motivations were counselling younger students, research activities and less nursing done directly with the patients. Further conclusions exposed that studying nursing does not detract students from direct patient care and from higher responsibilities in performing medical-technical interventions. Au contraire, carrying out medical-technical interventions presents additional knowledge and competence. Students agree that medical-technical interventions determine the skills of particular nurse. They believe, however, that basic nursing is well within the range of activities of highly educated and skilled nurses. Respondents are aware of the role of nursing being part of the patient's treatment. Their aim is to put the patient holistically in the foreground, with his or hers individual needs, emotions and experiences. The 3rd year students incline towards the view that they are qualified not only to perform their profession but also to carry out the medical-technical interventions. As the research embraced relatively small sample the findings could not be generalised.

Keywords: education, students, nursing care, competences, medical-technical interventions

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNA IZHODIŠČA	4
2.1	IZOBRAŽEVANJE V ZDRAVSTVENI NEGI V REPUBLIKI SLOVENIJI.....	4
2.2	SREDNJE STROKOVNO IZOBRAŽEVANJE.....	5
2.3	DODIPLOMSKO IZOBRAŽEVANJE	5
2.3.1	Kabinetne vaje	6
2.3.2	Klinična praksa.....	7
2.4	KOMPETENCE.....	8
2.5	POKLICNE KOMPETENCE MEDICINSKIH SESTER	9
2.5.1	Poklicne kompetence v zdravstvenih in drugih predpisih Republike Slovenije	10
2.5.2	Kompetence tehnika zdravstvene nege / zdravstvenega tehnika / medicinske sestre (srednja stopnja izobrazbe)	11
2.5.3	Kompetence diplomirane medicinske sestre	12
2.5.4	Kompetence določene z direktivami Evropske Unije	13
2.5.5	Kompetence Mednarodnega sveta medicinskih sester	14
2.6	ZDRAVSTVENA NEGA	14
2.6.1	Celostna obravnava pacienta v zdravstveni negi.....	15
2.6.2	Medicinsko tehnični posegi.....	15
3	EMPIRIČNI DEL	18
3.1	PROBLEM IN CILJ RAZISKOVANJA	18
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	18
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	19
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	19
3.3.2	Opis instrumentarija	19
3.3.3	Opis vzorca.....	20
3.3.4	Opis obdelave podatkov	21
3.4	PREDSTAVITEV REZULTATOV.....	22
3.5	RAZPRAVA	35
4	ZAKLJUČEK	41
5	LITERATURA	42
6	PRILOGE	
6.1	ANKETNI VPRAŠALNIK.....	

Kazalo tabel

Tabela 1:	Opis vzorca.....	21
Tabela 2:	Zanesljivost zbranih podatkov po merjenih sklopih	22
Tabela 3:	Spodbuda k vpisu na visoko šolo.....	23
Tabela 4:	Pomen izvajanja medicinsko tehničnih posegov.....	24
Tabela 5:	Pridobljene kode na podlagi definicij zdravstvene nege.....	25
Tabela 6:	Pridobljene kode na podlagi usposobljenosti za izvajanje medicinsko tehničnih posegov.....	26
Tabela 7:	Usposobljenost za izvajanje medicinsko tehničnih posegov.....	28
Tabela 8:	Primerjava ocen v pridobljenem znanju med študenti 1. in 3. letnika	30
Tabela 9	Primerjava ocen v pridobljenem znanju med rednimi in izrednimi študenti 1. letnika	32
Tabela 10	Primerjava ocen v pridobljenem znanju med rednimi in izrednimi študenti 3. letnika	34

1 UVOD

Gruban (2004) pravi, da »so kompetence vse sposobnosti uporabe znanja in druge zmožnosti, ki so potrebne, da nekdo uspešno, učinkovito in v skladu s standardi delovne uspešnosti izvrši določeno nalogo, opravi delo, uresniči cilje ali odigra vlogo v poslovnem procesu. Obsegajo znanje, veščine, spretnosti, osebnostne in vedenjske značilnosti, prepričanja, vrednote, samopodobo itd., vse tisto, kar je skupaj precej večje jamstvo za delovni uspeh, kot je to znanje samo po sebi«. Poleg zmogljivosti (sposobnosti, spretnosti in znanj) pojem kompetence zajema tudi motiviranost in odgovornost za neko nalogo, osebni stil in relacijo do koncepta samega sebe (Železnik, 2008). V sodobnem kadrovskem managementu ne govorimo več samo o kompetencah, temveč jim dodajamo sposobnosti. Sposobnosti so več kot kompetence:

- kompetence: kaj posameznik zna, kaj je zmožen narediti v okviru znanja, veščin in odnosa / drže,
- sposobnosti: obseg do katerega se posameznik lahko prilagodi spremembam, generira novo znanje in izboljšuje svoje delo (Fraser, Greenhalgh, 2001, cit. po Skela Savič, 2010).

Sposobnosti se pridobijo preko povratnih informacij na opravljeno delo, v iskanju neznanih izzivov ter z uporabo metod, kot so pripovedovanje zgodb, delo v malih skupinah, problemsko učenje (Skela Savič, 2010).

Kompetentnost (competence) izraža dokazano oziroma prikazano sposobnost posameznika, da v obstoječih poklicnih situacijah ustrezno uporablja svoje znanje, spretnost ali usposobljenost oziroma kvalificiranost. Obsega vsa znanja, spretnosti in sposobnosti, potrebne za izvajanje nalog v določenem poklicu, oseba pa si jih je pridobila s formalnim ali neformalnim izobraževanjem, pri delu ali z drugimi izkušnjami (Može, 2005).

Definicija zdravstvene nege po Henderson je »Posebna vloga medicinske sestre je pomoč bolnemu ali zdravemu posamezniku pri opravljanju tistih dejavnosti, ki pripomorejo k boljšemu zdravju (ali mirni smrti) in ki bi jih le-ta opravil brez tuje pomoči, če bi imel za to dovolj moči, volje in znanja. Medicinska sestra vse to opravlja tako, da posamezniku pomaga k čimprejšnji samostojnosti« (Henderson, 1998, str. 24). »Na tem področju je medicinska sestra ekspert in ima pravico pobude in nadzora,

sodeluje pa pri realizaciji diagnostično terapevtskega načrta, katerega pobudnik je zdravnik« (Filej, 2010a, str.11). Medicinska sestra se seveda vključuje v opravljanje medicinsko tehničnih intervencij povezanih z boleznijo, ki jih predpiše zdravnik, vendar je njeno širše področje delovanja predvsem usmerjeno v pomoč bolniku in svojcem, v prepoznavanje aktualnih in potencialnih problemov, ki izhajajo iz temeljnih življenjskih aktivnosti in potreb človeka po različnih teorijah zdravstvene nege (Skela Savič, 2009).

Na vrednote zdravstvene nege vplivajo kulturne spremembe, globalizacija in napredek tehnologije ter medicine. Ti dejavniki so odločilnega pomena za strukturirano in merljivo obravnavo zdravstvene nege (kaj je zdravstvena nega), ker bo pomenilo večje zadovoljstvo z delom medicinske sestre, večje pripadnosti službi (boljše »zadržanje« kadra na delovnem mestu), izboljšanje skrbi za pacienta v harmonični organizaciji, kjer je medsebojna podpora vrednota (Horton, Tschudin in Forget, 2007). Vloga zdravstvene nege je v današnji družbi pogosto zanemarjena, povezuje se jo predvsem z izvajanjem medicinsko tehničnih posegov in prijaznostjo ter ustrežljivostjo medicinskih sester. Vendar pa pacienti od medicinskih sester pričakujejo več kot le prijaznost, kakovostno izvedbo medicinsko tehničnega posega in asistenco zdravnikom. Zdravstvena nega ima svoje lastne kompetence v procesu obravnave pacienta (Skela Savič, 2008). Mednarodni svet medicinskih sester (2009) je kompetence medicinskih sester definiral kot raven uspešnosti, ki kaže učinkovito uporabo znanja, veščin in presoje.

Študenti si svoje kompetence pridobivajo s formalnim izobraževanjem, katerega pomemben del je praktično usposabljanje v kliničnem okolju. Obsega kar 50 % celotnega visokošolskega študijskega programa zdravstvene nege. Študentom daje priložnost, da preko klinične prakse razvijajo in pridobijo veščine, ki so bistvene pri delu s pacienti ter da teoretično znanje povežejo z delom v kliničnem okolju (Ramšak Pajk, 2008).

Izobraževanje in usposabljanje študentov je zelo zahtevna in odgovorna naloga, vendar je pomembno, da je izvedena kar najbolje, saj študenti po končanem študiju nimajo 9 mesečnega pripravništva, kot je bilo v prejšnjem izobraževalnem sistemu. Potrebno je, da je študijski program organiziran tako, da znanja in sposobnosti za opravljanje dela pridobivajo v času študija in so po končanem študiju čim bolj usposobljeni za samostojno delo (Kulaš, 2010).

Poklic medicinske sestre zahteva teoretično znanje in praktične izkušnje, ki si jih študentje zdravstvene nege pridobijo v izobraževalnem programu prve stopnje Zdravstvena nega, in to v enakem razmerju števila ur (teorija in praksa), kar je določeno v Direktivi 2005/36 ES. Teoretično znanje osvajajo na predavanjih, seminarjih in pri kabinetnih vajah, spretnosti oziroma znanje pa v učnih bazah – kliničnem okolju (Filej, 2010b). Diplomirane medicinske sestre in visokošolski učitelji se pogosto ne zavedajo, kako študentje zdravstvene nege doživljajo stroko. V sedanji situaciji povečanih delovnih obremenitev, zmanjševanja finančnih sredstev in povečanja »zahtevnosti, izobraženosti oz. natančnosti« pacientov visokošolski učitelji in klinični mentorji pogosto slišijo pripombe kolegov, kako nepripravljene na delovne zahteve prihajajo »novopečene« medicinske sestre (Beckett, Gilbertson in Greenwood, 2007). Identiteta v zdravstveni negi je razvijajoč se proces, ki se oblikuje v času skupaj s kariero profesionalnih sester. Vendar pa se ta proces začne že v času študija, saj v izobraževalnem procesu v zdravstveni negi študenti pridobijo izkušnje, ki so pomembne za zgodnji razvoj njihove poklicne identitete (Cook, Gilmer in Bess, 2003).

V času šolanja na visoki šoli študentje pridobijo različne kompetence bodočega poklica, ki so definirane kot preventivne in zdravstveno vzgojne naloge, naloge v zvezi s procesno obravnavo pacientovih potreb po zdravstveni negi, prevzemanje nalog v diagnostično terapevtskem procesu, koordinacijske naloge, poročanje in dokumentiranje ter naloge s področja razvoja prakse (Skela Savič in Kaučič, eds, 2010). Študijski program zdravstvena nega na prvi stopnji je usmerjen v celostno obravnavo in razvoj znanj zdravstvene nege in ne temelji samo na medicinsko tehničnih intervencijah. V kliničnem okolju se spodbuja delo na intervencijah in delo na dokumentiranju in celostnem pristopu ter dojemanju pomena zdravstvene nege (Skela Savič idr., 2009).

2 TEORETIČNA IZHODIŠČA

2.1 IZOBRAŽEVANJE V ZDRAVSTVENI NEGI V REPUBLIKI SLOVENIJI

Izobraževanje je dolgotrajen in načrten proces razvijanja posameznikovega znanja, sposobnosti in navad, ki mu omogočijo vključitev v družbeno življenje in delo ter oblikujejo znanstveni pogled na svet (Jereb, 1998, cit. po Fekonja, 2009).

Izobraževanje je vzgojno - izobraževalni proces pridobivanja formativnih in informativnih znanj, spretnosti, navad in oblikovanja vrednot ter poteka pod vodstvom usposobljenega učitelja. Je ciljno usmerjen ter poteka na osnovi znanstvenih spoznanj (Ferjan, 2005, cit. po Fekonja, 2009). Predvsem pa je dvojni proces – pomeni prenašanje in osvajanje znanja z vseh področij družbenega razvoja in na področju posameznika, na drugi strani pa je pedagoški proces v funkciji pridobivanja človekovega znanja, kar pa je osnova za oblikovanje posameznikovega pogleda na svet ter za sposobnost povezovanja njegovega znanja s praktičnimi, profesionalnimi ali drugimi aktivnostmi. Končni izid tega procesa je osebnost (Fekonja, 2009).

Izobraževanje naj bo osredotočeno na proces, ki podpira študenta pri oblikovanju lastnih učnih ciljev, daje povratno informacijo in refleksijo na doseženo ter ojača znanje in se izogiba rigidnim ciljem in v naprej predpisanim vsebinam (Fraser, Greenhalgh, 2001, cit. po Skela Savič, 2010).

Danes na spreminjanje vloge učenja v družbi vpliva več socialnih, političnih, ekonomskih in drugih dejavnikov – zastarevanje znanja, globalizacija, demografske spremembe, hiter razvoj znanosti in tehnologije, vplivi televizije in drugih medijev, spremembe pri opravljanju vsakodnevnega dela (Kvas in Mihelič Zajec, 2010). »Od medicinskih sester družba veliko pričakuje, zato je njihovemu izobraževanju potrebno posvetiti posebno pozornost, ki bo skladna s pomembnostjo, odgovornostjo in vse večjo zahtevnostjo njihove vloge« (Filej, 2010c). Za področje izobraževanja medicinskih sester so pomembne tudi spremembe strokovnih pogledov in znanstvenih vzorcev, kar mora omogočiti seznanjanje s temeljnimi strokovnimi znanji, z različnimi teoretičnimi izhodišči, usmeritvami, kakor tudi praktičnimi pristopi in inovacijami (Železnik, Verbič, Ovijač in Trobec, 2009).

2.2 SREDNJE STROKOVNO IZOBRAŽEVANJE

V Sloveniji se učenci po zaključeni osnovni šoli lahko vpišejo na srednje zdravstvene šole v Sloveniji. Po sedanjem izobraževalnem programu »Tehnik zdravstvene nege«, ki se izteče konec šolskega leta 2011, dijaki pridobijo naziv tehnik zdravstvene nege/tehničar zdravstvene nege. Po novem izobraževalnem programu Zdravstvena nega, uvedenem v šolskem letu 2008/2009, pa bo pridobljeni naziv srednja medicinska sestra / srednji zdravstvenik. Prvi maturanti s tem nazivom bodo šolanje zaključili leta 2012 (Ministrstvo za šolstvo in šport, 2011). Prenovljen izobraževalni program, s ponudbo izbirnih modulov - strokovne vsebine za poklicno usmeritev ali splošne vsebine za nadaljnje izobraževanje, daje dijakom možnosti za zaposlitev ali pa nadaljnje izobraževanje po vertikali (Zbornica – Zveza, 2010).

Tehnik zdravstvene nege / tehničar zdravstvene nege, po novem izobraževalnem programu pa srednja medicinska sestra /srednji zdravstvenik, je zdravstveni delavec, ki je usposobljen za vrsto strokovnih del v okviru zdravstvene nege zdravih in bolnih ljudi v vseh življenjskih obdobjih in okoljih. Je član negovalnega tima, v katerem je vzpostavljena delitev dela glede na stopnjo strokovne izobrazbe. Tehnik zdravstvene nege je, po navodilu višje medicinske sestre ali diplomirane medicinske sestre, izvajalec postopkov in posegov v procesu zdravstvene nege. Delo je odgovorno in povezano z moralno etičnimi načeli (Zavod republike Slovenije za zaposlovanje, 2010). Kot tehnik zdravstvene nege se lahko po opravljenem šestmesečnem pripravništvu in strokovnem izpitu v pooblaščenem zdravstvenem zavodu zaposli v zdravstvenem, socialno-varstvenem ali posebnem zavodu (Fekonja, 2009).

2.3 DODIPLOMSKO VISOKOSTROKOVNO IZOBRAŽEVANJE

Po uspešno končani srednji zdravstveni šoli ali opravljenem zaključnem izpitu v kateremkoli štiriletnem srednješolskem programu in uspešno opravljenem propedevtičnem programu, se dijaki lahko vpišejo na visoke šole za zdravstveno nego v Sloveniji. Diplomanti po opravljeni diplomski pridobijo strokovni naziv diplomirana medicinska sestra / diplomirani zdravstvenik (Fekonja, 2009). Poklic diplomirane medicinske sestre je reguliran poklic, kar pomeni, da so njegove vsebine in trajanje izobraževanja predpisane (Filej, 2010 c).

Visokošolski strokovni študijski program I. stopnje Zdravstvena nega je program, kjer se oblikuje temeljni profil nosilca zdravstvene nege. Program je usklajen z direktivo 2005/36/ES in bolonjskim procesom. Študij v skladu z EU direktivo za regulirane poklice traja tri leta in obsega 4600 ur teoretičnega in praktičnega izobraževanja. Po uskladitvi z Bolonjsko prenovo pa celoten študijski program obsega 5400 ur, ker vključuje tudi individualno delo študenta. Program se izvaja v obliki predavanj, seminarjev, kabinetnih vaj, klinične prakse in individualnega dela študenta. Polovica programa (2300 ur), predpisanega z direktivo EU, se izvaja v neposrednem kliničnem okolju ob pacientu kot klinična praksa. Študenta spremljajo klinični mentorji učnih baz, visokošolski učitelji in visokošolski strokovni sodelavci šole (Skela Savič in Kaučič, eds., 2010).

Temeljna značilnost srednješolskih, dodiplomskih in podiplomskih študijskih programov zdravstvene nege je poleg teoretičnih vsebin učenje na praktičnih problemih, saj bodo tako dijaki kot študenti v največji meri vključeni v praktično delo v kliničnem okolju. Na ta način se ustvarjajo pogoji za prenos znanja iz izobraževalnih ustanov v klinično okolje (Železnik idr., 2009).

Proces izobraževanja in učenja za poklice v zdravstveni negi sta tesno povezana s praktičnim usposabljanjem, ki poteka v kabinetnem in kliničnem okolju, v skupnosti in na bolnikovem domu, zato je poznavanje posebnosti poučevanja v različnih okoljih, ki vključuje načrtovanje, preverjanje, urjenje teoretičnega znanja, pridobljenega v kabinetu in šoli, za mentorje ključnega pomena (Kobentar, b.l.)

2.3.1 Kabinetne vaje

Kabinetne vaje so priprave na klinično prakso in potekajo v simuliranih pogojih v sodobno opremljenih kabinetih za praktično usposabljanje iz zdravstvene nege. Predstavljajo učenje temeljnih praktičnih vsebin, ki so potrebne za neposredno izvajanje zdravstvene nege in medicinsko tehničnih posegov ob pacientu. Vaje potekajo v manjših skupinah pod vodstvom visokošolskih učiteljev (Skela Savič in Kaučič, eds., 2010).

Na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice visokošolski učitelji pri kabinetnih vajah uvajajo koncept integriranega učenja - to je k študentu usmerjen študijski program, ki posreduje sposobnost reševanja problemov. Izvaja pa se tudi problemsko zasnovan

študij, ki omogoča izpolnitev treh ključnih ciljev izobraževanja po bolonjski prenovi: razvoj uporabe informacijske in komunikacijske tehnologije, privlačno in aktivno učno okolje ter krepitev vezi s kliničnim okoljem. Problemsko zasnovan študij omogoča povezovanje teorije in prakse, saj imajo študenti možnost na praktičnih primerih ugotavljati in reševati probleme, pri tem pa kritično razmišljajo in presojujejo ter razvijajo vse potrebne spretnosti za izvajanje intervencij zdravstvene nege (Mežik Veber, Kaučič, Kastelic in Skinder Savič, 2009).

Mežik Veber, Kaučič, Kastelic, Skinder Savič (2009) v raziskavi Zadovoljstvo študentov s konceptom integriranega učenja v kabinetu zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice ugotavljajo, da imajo študenti o kliničnih vajah drugačne predstave, saj prihajajo s pričakovanji, da bodo izvajali samo medicinsko tehnične posege pri pacientu, na holistično obravnavo in delo pri pacientu pa pozabljajo. Visokošolski učitelji/sodelavci pa poudarjajo holistični – celostni pristop k pacientu ter da je vloga diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika ob pacientu.

2.3.2 Klinična praksa

Klinična praksa je pomemben del doseganja poklicnih kompetenc, nudi priložnost za poglobljeno spoznavanje zdravstvenega sistema, razvijanje poklicne identitete in poklicnih vrednot (Skela Savič in Kaučič, eds., 2010). Klinične izkušnje so bile vedno sestavni del izobraževanja v zdravstveni negi in pripravljajo študente zdravstvene nege, da so sposobni ne samo »narediti«, temveč tudi »znati« prenesti klinične usmeritve v prakso. Klinična praksa spodbuja študente h kritičnemu razmišljanju pri reševanju problemov (Farkhondeh in Masoumi, 2005)

Klinična praksa po direktivi EU znaša 50% študijskega programa. Izvaja se v različnih učnih bazah šole, v skladu s predmetnikom. Udeležba na klinični praksi je obvezna. Uspešno opravljena klinična praksa je pogoj za pridobitev kreditnih točk (ECTS) pri posameznem predmetu in pogoj za napredovanje v višji letnik študija. Klinično prakso vodijo in koordinirajo habilitirani visokošolski učitelji, v izvajanju sodelujejo habilitirani strokovni sodelavci iz učnih baz (Skinder Savič, Mežik Veber, Lokar in Kaučič, 2008)

Na klinični praksi študenti pridobivajo kompetence, razvijajo osebno odgovornost, upoštevajo sodobne pristope v zdravstveni negi in kritično razmišljajo ter presojujejo.

Paciente obravnavajo po procesu zdravstvene nege: ugotavljajo in rešujejo zdravstvene probleme pri posameznem pacientu ali tipičnih skupinah pacientov, družini in lokalni skupnosti v skladu s strokovnimi smernicami, uporabljajo teoretično znanje za izvajanje zdravstvene nege ob upoštevanju individualnih potreb pacienta, specifičnosti strokovnega področja in materialnih možnosti, izvajajo individualno, holistično, k pacientu orientirano obravnavo in opredeljene intervencije zdravstvene nege v okviru 14 življenjskih aktivnosti po Virginiji Henderson ter sodelujejo pri diagnostično-terapevtskem programu. Študenti so dolžni sodelovati po navodilih mentorja in vodstva učne baze ter po najboljših močeh v okviru pooblastil prispevati k izvajanju dejavnosti. Mentor jim lahko določi različne naloge v okviru njihovih sposobnosti in predpisanih delovnih obveznosti (Skinder Savić idr., 2008).

2.4 KOMPETENCE

Pojem »kompetence« nam je v pogovornem jeziku domač, večina nas pomisli na osebo, ki dobro obvladuje neko specifično področje (Ramšak, 2009). V Slovarju slovenskega knjižnega jezika pa je kompetenca opisana kot »obseg, mera odločanja, določena navadno z zakonom, kot pristojnost ali kot pooblastilo« (ZRC SAZU, 2010).

Definicij kompetenc je danes veliko, vsak avtor, ki jih proučuje, ima svojo. Vendar pa se večina poznavalcev strinja z materjo vseh definicij, ki jo je podal Boyatzis. Kompetenco Boyatzis definira kot notranjo značilnost posameznika, ki je vzročno povezana z nadpovprečno storilnostjo na delovnem mestu, njeni konstitutivni deli pa so:

- motivacija,
- sposobnosti,
- samopodoba,
- znanje in veščine,
- socialne vloge posameznika (Ramšak, 2009).

Poklicne kompetence so izkazane možnosti posameznika, da uporablja svoje sposobnosti in znanja pri dejavnem obvladovanju običajnih in spremenljivih poklicnih razmer, zmožnost zadostiti zahtevam zaposlitve oziroma specifičnim delovnim vlogam; zmožnost napraviti nekaj dobro. Poklicne kompetence delimo na tiste, ki so specifične za posamezen poklic, in na ključne kompetence, ki so poklicno transverzalne in jih je mogoče razvijati s ključnimi kvalifikacijami (Center za poklicno izobraževanje, 2010).

2.5 POKLICNE KOMPETENCE MEDICINSKIH SESTER

Delo medicinske sestre ima močan vpliv na zdravje in življenje ljudi. S tem prevzema veliko odgovornost, ki je ni mogoče opredeliti samo z zakoni in predpisi, pomembna je etična drža posameznika, ki izhaja iz njegovih moralnih vrednot (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2002).

Načelo V. v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2002) zajema dolžnost medicinske sestre, da ljudem nudi kompetentno zdravstveno nego. Medicinska sestra je pri opravljanju svojega poklica v mejah svoje strokovne usposobljenosti samostojna in neodvisna ter za svoje delo odgovorna pred svojo vestjo, varovancem in družbo. Njena pristojnost je, da odloča, načrtuje, izvaja in nadzira zdravstveno nego, v procesu zdravstvene nege pa je odgovorna svoji predpostavljeni – vodji negovalnega tima. Medicinska sestra mora svoje znanje nenehno izpolnjevati, pridobljeno strokovno znanje pa posredovati kolegicam in kolegom ter ostalim članom tima. Nenehno si mora prizadevati za osebnostno in strokovno rast, za napredek zdravstvene kulture, stroke kot celote in uvajanje novosti iz stroke. Medicinska sestra je soodgovorna v skrbi za zdravje in življenje ljudi, zato je dolžna delovati zdravstvenovzgojno. Prav tako pa ne sme odkloniti nujne medicinske pomoči, ustrezne svoji strokovni usposobljenosti, odzivati se mora na delo v posebnih razmerah, zavedajoč se moralne in človeške odgovornosti. Medicinska sestra ne izvaja postopkov, za katere nima ustreznih izkušenj, izjema pa so nujni primeri pri poškodbah in boleznih, ki neposredno ogrožajo življenje varovanca. Medicinska sestra ima pravico odkloniti zdravstveni poseg, če sodi, da ni v skladu z njeno vestjo in mednarodnimi pravili medicinske etike.

Železnik, Filej, Brložnik, Buček Hajdarevič, Dolinšek idr., (2008) opisujejo, zakaj so kompetence pomembne:

- zagotavljajo jasno sliko vloge in odgovornosti medicinske sestre,
- vplivajo na proces zagotavljanja zaščite javnosti,
- zagotavljajo prosto globalno gibanje medicinskih sester in s tem prost pretok delovne sile,
- zagotavljajo osnovo za določanje standardov,
- prispevajo k individualni in poklicni odgovornosti,

- pojasnjujejo prispevek medicinskih sester v odnosu do prispevka drugih strokovnjakov zdravstvenega varstva in drugih poklicnih strokovnjakov v multidisciplinarnem timu,
- zagotavljajo temelj za pripravo učnega programa za študij zdravstvene nege in procese ocenjevanja tako v teoretičnih kot praktičnih okoljih, zaradi česar bodo medicinske sestre imele takšno izobrazbo in usposobljenost, da bodo lahko zadovoljile zdajšnje potrebe zdravstvenega varstva in zdravstvene nege v svoji državi,
- pomagajo pri določanju poklicnih pričakovanj v zvezi z nalogami v zdravstveni negi,
- zagotavljajo osnovo za določitev kriterijev uspešnosti, ki so specifični za posamezno delo.

2.5.1 Poklicne kompetence v zdravstvenih in drugih predpisih Republike Slovenije

Diplomirana medicinska sestra je oseba, ki je zaključila triletni ali 4600 ur trajajoči študij s teoretičnim in praktičnim izobraževanjem, je vpisana v register izvajalcev zdravstvene nege in ima veljavno licenco. V zdravstveni negi lahko samostojno opravljajo delo in jim je priznana enaka kvalifikacija tudi diplomirana medicinska sestra, ki je diplomo pridobila po študijskem programu z obsegom 2250 ur, ima končano pripravništvo in opravljen strokovni izpit, ter višja medicinska sestra, višji zdravstveni tehnik, ki je diplomo pridobila /pridobil po prej veljavnih študijskih programih, ima končano pripravništvo, opravljen strokovni izpit in tri leta opravljanja svojega poklica v zadnjih petih letih (Železnik idr., 2008).

Natančneje so kompetence opredeljene v Seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti (2004). Za dejavnost zdravstvene nege so navedeni poklici: profesor / 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 zdravstvenik specialist, tehnik zdravstvene nege / tehničar zdravstvene nege. V seznamu poklicev je opredeljena tudi kvalifikacija (izobrazba in druga določila za samostojno opravljanje poklica), delovno področje ter poklicna dejavnost (kompetence) (ibid).

Zdravstveni delavec lahko samostojno opravlja vsako delo, za katero ima ustrezno izobrazbo in je zanj usposobljen ter ima na razpolago ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 55. člen).

2.5.2 Kompetence tehnika zdravstvene nege / zdravstvenega tehnika / medicinske sestre (srednja stopnja izobrazbe)

Tehnik zdravstvene nege je oseba, ki je zaključila srednješolski strokovni program zdravstvene nege in je usposobljen za vrsto strokovnih del v okviru zdravstvene nege zdravih in bolnih ljudi v vseh življenjskih obdobjih in okoljih. Je član negovalnega tima in je po navodilu medicinske sestre izvajalec postopkov in posegov v procesu zdravstvene nege. Po Zakonu o zdravstveni dejavnosti mora za samostojno opravljanje zdravstvene nege opraviti pripravništvo v trajanju šestih mesecev in strokovni izpit ter biti vpisana v register izvajalcev in imeti veljavno licenco (Zbornica – Zveza, b.l).

V Seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti (2004) so kompetence za opravljanje nalog tehnika zdravstvene nege / tehničarja zdravstvene nege, pridobimo pa jih s srednjo strokovno izobrazbo, opravljenim pripravništvom in strokovnim izpitom:

- zdravstvena nega posameznika v različnih stanjih zdravja in bolezni ter v različnih življenjskih obdobjih,
- pomoč bolniku pri izvajanju dnevnih življenjskih dejavnosti,
- priprava na diagnostične in terapevtske posege in postopke,
- izvedba enostavnih diagnostično terapevtskih posegov in postopkov,
- sodelovanje pri izvajanju intenzivne terapije in intenzivne nege,
- ukrepanje v nepričakovanih situacijah, nudenje nujne medicinske pomoči v okviru pristojnosti,
- zdravstvena vzgoja bolnika v okviru tima.

Tehnik zdravstvene nege /zdravstveni tehnik / srednja medicinska sestra lahko, z manjšim obsegom kompetenc, tako kot diplomirana medicinska sestra, svoje delo opravlja:

- na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti,
- v socialnih in posebnih socialnih zavodih,

- v zdraviliščih,
- v socialno-medicinski, higienski, epidemiološki in zdravstveno-ekološki dejavnosti (ibid.).

2.5.3 Kompetence diplomirane medicinske sestre

Diplomirana medicinska sestra je oseba, ki je zaključila najmanj dvanajstletno splošno in / ali strokovno izobraževanje in končala visoko (višjo) strokovno izobraževanje s področja zdravstvene nege ter ji je ustrezen organ podelil pravico za samostojno delo v zdravstveni dejavnosti. V okviru svojih kompetenc je usposobljena za zadovoljevanje potreb po zdravstveni negi in oskrbi, za zdravstveno vzgojo in izobraževanje, za organizacijo dela in razvojno raziskovalno dejavnost. Medicinska sestra pomaga zdravemu ali bolnemu posamezniku v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi zdravja, vrnitvi zdravja ali mirni smrti in bi jih le ta opravil samostojno, če bi imel za to voljo, moč in znanje. Na tem področju je medicinska sestra ekspert in ima pravico pobude in nadzora. Sodeluje pri realizaciji diagnostično terapevtskega programa, katerega iniciator je zdravnik. Medicinska sestra je član širšega zdravstvenega tima, v katerem sodeluje pri načrtovanju in izvajanju celotne zdravstvene oskrbe pacienta. Po Zakonu o zdravstveni dejavnosti mora biti za samostojno opravljanje zdravstvene nege vpisana v register izvajalcev in imeti veljavno licenco (Zbornica – Zveza, b.l.).

V Seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti (2004) so opisane kompetence za opravljanje nalog diplomirane medicinske sestre / diplomiranega zdravstvenika. Za izvajanje le teh je potrebna visoka strokovna izobrazba oz. visoka strokovna izobrazba, pridobljena najkasneje do 31.12.2009, opravljeno pripravništvo in strokovni izpit :

- promocija zdravja, zdravstvena vzgoja in učenje za razumevanje povezav med načinom življenja in zdravja, za razumevanje zdravstvenih problemov in procesov za krepitev, doseganje in ohranjanje zdravja,
- organiziranje, vodenje in nadziranje dejavnosti ter službe zdravstvene nege,
- vodenje negovalnega tima,
- izvajanje zdravstvene nege na podlagi negovalne anamneze, negovalne diagnoze in postavljenih ciljev zdravstvene nege,
- sodelovanje v procesu zdravljenja v okviru zdravstvenega tima ter izvajanje diagnostično terapevtskih programov,

- spremljanje izidov in učinkov intervencij zdravstvene nege in dokumentiranje,
- interdisciplinarno in multisektorsko povezovanje za zagotavljanje kakovostne obravnave bolnika,
- izvajanje zdravstvene nege v okviru nujne medicinske pomoči,
- pedagoško delo za obnavljanje lastnega kadra,
- raziskovalno delo v zdravstveni negi in zagotavljanje kakovosti.

Delo lahko opravlja:

- na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti,
- v socialnih in posebnih socialnih zavodih,
- v zdraviliščih,
- v socialno-medicinski, higienski, epidemiološki in zdravstveno-ekološki dejavnosti (ibid.).

2.5.4 Kompetence določene z direktivami Evropske Unije

Kompetence diplomirane medicinske sestre po Direktivi evropskega parlamenta in sveta 2005/36/ES o priznavanju poklicnih kvalifikacij so navedene v 31 členu:

- ustrezno poznavanje ved, na katerih temelji splošna zdravstvena nega, vključno z zadostnim razumevanjem zgradbe, fizioloških funkcij in obnašanja zdravih in bolnih oseb kakor tudi odnosa med zdravstvenim stanjem človeka ter njegovim fizičnim in družbenim okoljem,
- zadostno poznavanje narave in etike poklica ter splošnih načel zdravja in zdravstvene nege,
- ustrezne klinične izkušnje; te izkušnje, ki naj bodo izbrane glede na njihov pomen za usposabljanje, je treba pridobivati pod nadzorom usposobljenega sestrskega osebja ter na krajih, kjer sta število usposobljenega osebja in oprema primerna za zdravstveno nego bolnikov,
- sposobnost za sodelovanje pri praktičnem usposabljanju zdravstvenega osebja in izkušnje pri delu s tem osebjem,
- izkušnje pri delu z delavci drugih poklicev v zdravstvenem sektorju.

2.5.5 Kompetence Mednarodnega sveta medicinskih sester

Mednarodni svet medicinskih sester - International Council of Nurses (ICN) (2004, cit. po Železnik idr., 2008) je definiral kompetenco kot »raven uspešnosti, ki kaže učinkovito uporabo znanja, veščin in presoje«.

Kompetenca odseva:

- znanje, razumevanje in presojo,
- niz veščin – kognitivne, tehnične ali psihomotorične ter medosebne,
- niz osebnih lastnosti in drž.

Okvir kompetenc se nanaša na medicinsko sestro, ki dela s posamezniki, družinami in skupnostmi v različnih institucionalnih in skupnostnih okoljih zdravstvenega varstva v partnerstvu z drugimi izvajalci zdravstvenega in socialnega varstva. Opredeljene so v treh vsebinskih sklopih:

- poklicna, etična in pravna praksa, ki opisuje odgovornost, etično in pravno prakso,
- upravljanje in zagotavljanje zdravstvene nege, v katerem navajajo ključna načela zagotavljanja zdravstvene nege in upravljanja, promocijo zdravja, ocenjevanje, načrtovanje, izvajanje, vrednotenje, terapevtsko komunikacijo in medosebne odnose, varno okolje, medpoklicno zdravstveno varstvo ter delegiranje in supervizijo,
- razvoj poklica pa temelji na utrjevanju poklica, izboljševanju kakovosti in vseživljenjskem izobraževanju (Železnik idr., 2008).

Podrobneje si o tem lahko preberemo v »Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi« (Železnik idr., 2008, str. 27 - 31)

2.6 ZDRAVSTVENA NEGA

Zdravstvena nega je celovita dejavnost, ki se ukvarja s posameznikom, družino in družbeno skupnostjo med boleznijo, zdravljenjem in okrevanjem. Izvaja jo diplomirana medicinska sestra, ki opravlja naloge zdravstvene nege samostojno (negovalna dejavnost), soodvisno (sodeluje z zdravnikom pri diagnostiki in terapiji) in interdisciplinarno (sodeluje z drugimi strokovnjaki) (Ivanuša in Železnik, 2008).

2.6.1 Celostna obravnava pacienta v zdravstveni negi

V Malem leksikonu terminoloških izrazov v zdravstveni negi (1999) je »celostna zdravstvena nega« opisana kot »način obravnavanja posameznika, ki temelji na razumevanju posameznika kot enkratne celovite osebnosti ob upoštevanju notranjih in zunanjih vplivov.«

Medicinske sestre so bile tradicionalno močno pod vplivom medicine. Zato je bil tudi v objektivnem pristopu zdravstvene nege v središču človek kot objekt, kot stvar. Ne glede na pionirsko delo Florence Nightingale se zdravstveni tim ni oziral na pacienta temveč na njegove bolezni. Slavna in popolnoma razumljiva je izjava Florence Nightingale: »negujte obolele, ne njihovih bolezni«. Kljub vsemu pa so bili čistoča, red in težko delo pomembni vidiki nalog takratne zdravstvene nege. Pogosto so se zdeli pomembnejši, kot pa videti človeka kot subjekt – kot osebo z individualnimi potrebami, čustvi in lastnimi izkušnjami. Šele v drugi polovici 20. stoletja se je dokončno nekaj spremenilo. Reakcija društev medicinskih sester, na stoletja dolg dominanten vpliv medicine v zdravstveni negi, je bila odločitev za celostno obravnavo, kot vodilni princip opravljanja zdravstvene nege in s tem povezano subjektivno približevanje človeku. (Arets, Obex, Vaessen, in Wagner, 1999). Zdravstvena nega poteka v sodelovanju z bolnikom, njegovo družino in člani negovalne in zdravstvene skupine. Potrebno se je vživeti v človeka in ga sprejemati (empatija), upoštevati pa je potrebno tudi celostni pristop (Ivanuša in Železnik, 2008). Bistvo sodobne zdravstvene nege je usmerjenost k pacientu kot celoviti osebnosti. Pacient mora biti v središču dogajanja (Arets, idr., 1999).

Posege in postopke zdravstvene nege, ki jih medicinska sestra lahko izvaja samostojno (v okviru pristojnosti je sama pobudnica določene aktivnosti) načrtuje na osnovi pacientovih potreb brez posebnega zdravnikovega naročila in jih izvede ter dokumentira po procesu zdravstvene nege. Samostojne aktivnosti se povezujejo s pacientovimi osnovnimi življenjskimi potrebami po Maslowu ali pa s 14 osnovnimi življenjskimi aktivnostmi po Virginii Henderson (Šmitek in Krist, 2008).

2.6.2 Medicinsko tehnični posegi

Aktivnosti zdravstvene nege so namenjene reševanju pacientovih zdravstvenih problemov. Zdravstvena nega v pravem pomenu pomaga pacientu pri izvajanju

življenjskih aktivnosti, kadar je le ta nesamostojen ali nesposoben poskrbeti za svoje potrebe v zvezi z zdravjem. Poskrbi za pacientove potrebe povezane z zdravjem in trenutno zdravstveno obravnavo, v kar spadajo tudi medicinsko-tehnični posegi (Šmitek in Krist, 2008).

Aktivnosti zdravstvene nege delimo v posege, postopke in obravnave, s katerimi pospešujemo zdravje, preprečujemo bolezni in zaplete, lajšamo simptome bolezni ali kakorkoli vplivamo na boljše počutje in zmanjševanje trpljenja pacientom. Z aktivnostmi zdravstvene nege posredno ali neposredno sodelujemo v procesih zdravljenja (ibid).

Posegi v zdravstveni negi ali medicinsko tehnični posegi so intervencije zdravstvene nege, ki jo izvajalec zdravstvene nege izvede na osnovi odločitve zdravnika samostojno in je za izvedbo odgovoren (Cibic idr., 1999). So praktična strokovna opravila, ki jih izvajamo neposredno pri pacientu in pri tem posegamo na ali v njegovo telo. Posege opravljamo po naročilu zdravnika ali v sodelovanju z njim, nekatere pa tudi samostojno, vse to pa določajo nacionalne smernice in notranji strokovni predpisi posameznih ustanov (Šmitek in Krist, 2008).

Negovalni postopki pa so vse namenske negovalne intervencije, ki jih izvajamo za ohranitev pacientovega bio-psiho-socialnega ravnovesja, kot podpora zdravljenju, kot dopolnilo posegom zdravstvene nege ali kot povsem samostojne storitve. Z njimi zagotavljamo varnost pacienta, prispevamo h kontinuiteti celovite zdravstvene oskrbe pacienta, pospešujemo njegovo dobro počutje, zaupnost, zasebnost in zagotavljamo spoštovanje pacientovega dostojanstva (ibid).

Strokovno znanje in praktične veščine so osnova strokovnosti zdravstvene nege. V zdravstveni negi jedro *znanja* predstavljajo teorije zdravstvene nege, filozofija, iz prakse izhajajoče in za prakso razvito znanje in strokovni pristopi, usmerjeno raziskovanje ter raziskovalni izsledki. Za zdravstveno nego je pomembno, da jo izvajamo po dogovorjenih strokovnih doktrinah, ki temeljijo na dokazih, *Praktične veščine* pa sestavljajo teoretične smernice za praktično izvajanje postopkov in posegov zdravstvene nege ter ročne spretnosti, ki jih medicinske sestre pridobijo s ponavljajočim izvajanjem posegov, za kar so nam osnova standardizirane smernice in opisi poteka dela (ibid).

Standardizirane postopke in postopke zdravstvene nege izvajamo po naročilu zdravnika, samostojno ali v sodelovanju z njim. Pri medicinsko tehničnih posegih po naročilu

zdravnika deluje medicinska sestra samostojno, vendar ni pobudnica posega. Medicinsko tehnični poseg, ki ga naroči zdravnik, je v neposredni povezavi z diagnostiko bolezni ali z odločitvijo o načinu zdravljenja. Medicinska sestra v okviru svojih pristojnosti, ki izhajajo iz izobrazbe, usposobljenosti in razdelitve del in nalog med zdravstvenimi delavci, samostojno načrtuje izvedbo posega (pripravo, čas in prostor), oceni pacienta, izvede poseg, ga dokumentira, opazuje pacienta in zdravniku ustno poroča o pričakovanih izidih in zaznanih morebitnih nepričakovanih zapletih (Šmitek in Krist, 2008, str. 15).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 PROBLEM IN CILJ RAZISKOVANJA

Po Bolonjski direktivi študenti po končanem študiju in pridobljeni diplomi ne opravljajo devetmesečnega pripravništva, zato smo želeli z diplomskim delom predstaviti usposobljenost študentov za opravljanje medicinsko tehničnih posegov, ki so tudi del kompetenc diplomirane medicinske sestre. Prav tako smo želeli primerjati pridobljeno znanje na področju izvajanja medicinsko tehničnih posegov v prvem in tretjem letniku študija ter s tem ugotoviti napredek v znanju za izvajanje medicinsko tehničnih posegov. Zanimalo nas je tudi, zakaj je študentom izvajanje medicinsko tehničnih posegov pomembno.

Cilji diplomske naloge so:

- ugotoviti, kako študenti 3. letnika programa prve stopnje Zdravstvena nega ocenjujejo svojo usposobljenost za izvajanje nekaterih medicinsko tehničnih posegov;
- ugotoviti stopnjo napredka pri izvajanju medicinsko tehničnih posegov glede na letnik študija;
- ugotoviti, koliko so medicinsko tehnični posegi študentom pomembni, je zanje to odmik od zdravstvene nege ali del dobre prakse zdravstvene nege.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Raziskovalno vprašanje 1:

Ali obstaja razlika v pridobljenem znanju v opravljanju medicinsko tehničnih posegov med študenti 1. in 3. letnika na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice?

Raziskovalno vprašanje 2:

Ali študenti študij zdravstvene nege razumejo kot odmik od neposredne zdravstvene nege pri pacientu, s tem pa pričakujejo večje pristojnosti pri izvajanju medicinsko tehničnih posegov?

Raziskovalno vprašanje 3:

Ali študenti menijo, da so po končanem 3. letniku usposobljeni za samostojno opravljanje določenih medicinsko tehničnih posegov?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V raziskavi smo uporabili kvantitativni raziskovalni pristop, z neeksperimentalnim dizajnom in opisno metodo dela. Podatke za potrebe raziskovalnega dela diplomskega dela smo zbrali s strukturiranim anketnim vprašalnikom, ki smo ga po načelu namenskega vzorca poslali na elektronska naslove rednim in izrednim študentom 1. in 3. letnika dodiplomskega študija zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice. Anketni vprašalnik je bil anonimen, narejen v elektronski obliki, kar omogoča storitev spletne pošte Gmail – Google documents. Raziskava je potekala od 20. 7. 2010 do 27. 9. 2010. Podatki in viri za teoretični del diplomskega dela pa so bili zbrani s pomočjo pregleda strokovne literature na temo diplomskega dela in pregleda bibliografskih baz BioMed Central, COBISS in CINHALL.

3.3.2 Opis instrumentarija

Uporabili smo strukturiran anketni vprašalnik, sestavljen iz več sklopov, ki smo jih oblikovali na podlagi izsledkov iz literature (Cook et al, 2003; Skela Savič, 2008; Skela Savič, 2009; Skela Savič, 2010). Prvi sklop je zajemal demografske podatke in je vseboval vprašanja o spolu, starosti, načinu in letniku študija ter predhodno pridobljeno izobrazbo. Drugi sklop je bil namenjen ugotavljanju spodbude k nadaljnjem šolanju oziroma študiju. Vseboval je devet trditvev, ki so jih anketirani ocenili po petstopenjski Likertovi lestvici od 1 do 5, pri kateri je ocena 1 pomenila, da se s trditvijo popolnoma ne strinjajo, ocena 2 je pomenila, da se s trditvijo ne strinjajo, ocena 3 je pomenila, da se ne morejo odločiti, ocena 4 je pomenila, da se s trditvijo strinjajo in ocena 5, da se s trditvijo popolnoma strinjajo. S tretjim sklopom smo poskušali ugotoviti, zakaj se študentom izvajanje medicinsko tehničnih posegov zdi pomembno. Za ta sklop je bila prav tako oblikovana Likertova lestvica z možnostjo ocene trditvev od 1 do 5, vsebovala je enajst trditvev. V tretjem sklopu sta bili zastavljeni vprašanja odprtega tipa »Kaj je vaša definicija zdravstvene nege?« in »Ali menite, da ste usposobljeni za izvajanje medicinsko tehničnih posegov in zakaj?«. Na koncu, v četrtem sklopu, smo izpostavili petindvajset medicinsko tehničnih posegov, za katere smo želeli ugotoviti dejansko pridobljene kompetence študentov. Medicinsko tehnične posege smo izbrali iz učbenika

»Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege« (Skela Savič, Kaučič, Filej, Skinder Savič, Mežik Veber, Romih, idr., eds., 2010) in knjižice »Zbir intervencij v zdravstveni negi za klinično usposabljanje – vodnik za študente in mentorje« (Skela Savič, idr., 2009). Medicinsko tehnične posege smo izbrali glede na stopnjo zahtevnosti od osnovnih, kot so antropometrične meritve in merjenje vitalnih funkcij, do bolj specialnih, iz različnih področij zdravstvene nege. Za ta zadnji sklop je bila prav tako oblikovana Likertova lestvica z možnostjo ocene od 1 do 5, kjer je ocena 1 pomenila, da medicinsko tehničnega posega sploh niso izvajali, ocena 2, da so izvedbo medicinsko tehničnega posega samo opazovali, ocena 3 je pomenila, da so izvajanje medicinsko tehničnega posega samo poskusili, ocena 4, da so medicinsko tehnični poseg večkrat izvedli, vendar še potrebujejo vaje ter ocena 5, ki je pomenila, da medicinsko tehnični poseg samostojno izvajajo.

3.3.3 Opis vzorca

Vzorec merjencev je bil izbran namensko. Raziskava je zajemala študente 1. in 3. letnika rednega in izrednega dodiplomskega študija na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice. Po elektronski pošti je bila na 163 naslovov poslana anonimna anketa. Vključenih je bilo 56 rednih in 49 izrednih študentov prvega letnika ter 34 rednih in 24 izrednih študentov tretjega letnika. Na anketni vprašalnik je odgovorilo 99 anketirancev, kar predstavlja 60,7% realizacijo vzorca. V raziskavi je sodelovalo 86 žensk (86,9%) in 13 moških (13,1%). Po starosti smo anketirane razdelili v pet starostnih obdobj: od 20 do 25 let je bilo starih 60 anketiranih (60,6 %), od 26 do 30 let 13 (13,1%), od 31 do 35 let 8 (8,1%), od 36 do 40 let 10 (10,1%) in starejših od 40 let 8 (8,1%). 54 anketiranih (54,5%) je bilo rednih in 45 (45,5%) je bilo izrednih študentov. Največ odgovorov smo prejeli od študentov prvega letnika 71 (71,7%), od tretjih pa 28 (28,3%). Večina (88,9%) je imela dokončano srednjo zdravstveno šolo, ostali (11,1%) pa so navedli drug štiriletni srednješolski program (splošna gimnazija, ekonomska gimnazija, vzgojiteljska srednja šola, zobotehnična srednja šola). Rezultati so predstavljeni v tabeli 1.

Tabela 1: Opis vzorca

n = 99		
Vzorec anketiranih	Frekvenca	Odstotki
Spol		
ženske	86	86,9 %
moški	13	13,1 %
Starost		
od 20 do 25 let	60	60,6 %
od 26 do 30 let	13	13,1 %
od 31 do 35 let	8	8,1 %
od 36 do 40 let	10	10,1 %
starejši od 40 let	8	8,1 %
Način študija		
redni	54	54,5 %
izredni	45	45,5 %
Letnik študija		
prvi	71	71,7 %
tretji	28	28,3 %
Predhodna izobrazba		
zdravstvena	88	88,9 %
drugo	11	11,1 %

3.3.4 Opis obdelave podatkov

Opis vzorca je podan na podlagi frekvenčne in odstotne porazdelitve vrednosti. Pri posameznem sklopu meritev so za vse pripadajoče dejavnike izračunani povprečna vrednost (PV), standardni odklon (SO) ter modus (M). Primerjava ocene o pridobljenem znanju med študenti prvega in tretjega letnika je izračunana na podlagi t-testa za neodvisne vzorce. P-vrednost $< 0,05$ pomeni statistično pomembnost.

Raziskava je zajemala tudi esejski vprašnji, kjer so anketirani napisali besedilo. Analiza besedila je bila izvedena po avtorjih Hsieh in Shannon (2005). Izbrana je bila tehnika seštevalne analize besedila, ki se prične s kodiranjem besedila. Izbrane kode pomenijo ključne besede ali fraze, ki opisujejo določen del besedila (stavek - citat ali odstavek). Kode s sorodnim pomenom se nato združujejo. Rezultat analize predstavljajo seštete kode ali rang kod.

Zanesljivost zbranih podatkov v našem vzorcu je bila izračunana na podlagi Cronbach alfa koeficienta. Meritev je zajemala tri centralne sklope in za vsak sklop posebej je bila izračunana zanesljivost. Tabela 2 prikazuje, da so vsi trije izračunani Cronbach alfa koeficienti presegali prag 0,6, ki še predstavlja sprejemljivo stopnjo zanesljivosti vzorca (Bullinger, Power, Aaronson, Cella in Anderson, 1996). Rezultati anketnega vprašalnika so bili analizirani s pomočjo progama SPSS, verzija 15.0.

Tabela 2: Zanesljivost zbranih podatkov po merjenih sklopih

Sklop trditvev	število trditvev	Cronbach alfa
Spodbuda k študiju	9	0,77
Pomen izvajanja medicinsko tehničnih posegov	11	0,65
Usposobljenost za izvajanje medicinsko tehničnih posegov	25	0,93

3.4 PREDSTAVITEV REZULTATOV

V tabeli 3 so prikazani rezultati na vprašanje »Kaj vas je spodbudilo k vpisu na visoko šolo?«. Anketirani so na trditve odgovarjali po Likertovi lestvici z možnostjo ocene od 1 do 5. Rezultati kažejo, da sta bila razloga za vpis na visoko šolo z najvišjo povprečno vrednostjo (PV=4,4): »želja po izpolnjevanju in usposabljanju« in »boljše delovno mesto«. Visoko oceno sta dobili trditvi »želja po nadaljnjem šolanju« (PV=4,2) in »izvajanje medicinsko tehničnih posegov« (PV=4,2). Napredovanje na delovnem mestu ima prav tako visoko oceno (PV=4,1), in pridobitev večjega obsega kompetenc (PV=4,0). Manj anketiranih se je odločilo za šolanje zaradi mentorstva študentom (PV=2,9), raziskovalnega dela (PV= 2,7) in zaradi manj dela ob pacientu (PV=1,8).

Tabela 3: Spodbuda k vpisu na visoko šolo

Kaj vas je spodbudilo k vpisu	min	max	PV	SO	M
Želja po nadaljnem šolanju	1	5	4,2	1,0	5
Želja po izpopolnjevanju in usposabljanju	2	5	4,4	0,7	5
Boljše delovno mesto	1	5	4,4	0,9	5
Napredovanje na delovnem mestu	1	5	4,1	1,1	5
Izvajanje medicinsko tehničnih posegov	1	5	4,2	1,0	5
Mentorstvo študentom	1	5	2,9	1,2	2
Raziskovalno delo	1	5	2,7	1,2	3
Večji obseg kompetenc	1	5	4,0	1,1	4
Manj dela ob pacientu	1	5	1,8	1,1	1

Min: najnižja ocena, max: najvišja ocena, PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon, M: modus

Na zastavljeno vprašanje »Zakaj vam je opravljanje medicinsko tehničnih posegov pomembno?« so imeli anketirani možnost oceniti enajst trditev, s katerimi smo poskušali ugotoviti, ali so medicinsko tehnični posegi študentom pomembni. Rezultati, ki so prikazani v tabeli 4, kažejo, da se anketirani v večini ne strinjajo s postavljenimi trditvami: osnovna zdravstvena nega, kot je umivanje, hranjenje, obračanje... ne sodi v delokrog visokostrokovno izobražene medicinske sestre (PV=1,9), najbolj pomembna vloga medicinske sestre /zdravstvenika je izvajanje medicinsko tehničnih posegov (PV=2,4), pacient od mene ne pričakuje več, kot dobro izveden medicinsko tehnični poseg (PV=2,4), zelo rad/a delam medicinsko tehnične posege, manj pa zdravstveno nego, kot so umivanje, hranjenje, pomoč pri gibanju (PV=2,6). Pri naslednjih trditvah rezultati kažejo, da se anketirani ne morejo odločiti, ali trditev drži ali ne: v kliničnem okolju se uporablja holistični pristop do pacienta (PV=3,4), mentorji iz kliničnih baz so moje delo v kliničnem okolju gradili predvsem na izvajanju medicinsko tehničnih posegov (PV=3,2), zdravstveni program pripravlja medicinsko sestro/zdravstvenika predvsem za izvajanje medicinsko tehničnih posegov (PV=3,1), ko izvajam medicinsko tehnični poseg se vprašam, ali je to, kako so me naučili izvajati medicinsko tehnični poseg, podprto z dokazi (PV=3,0). Najvišjo povprečno vrednost so dosegle trditve: na delovnem mestu me bodo prepoznali kot dobro medicinsko sestro/zdravstvenika, če bom usposobljen/a v izvajanju medicinsko tehničnih posegov« (PV=3,9), učitelji na šoli

so me usmerjali v pomembnost celostnega pristopa do pacienta (PV=3,9) in zdravstvena nega ima svoje lastne kompetence v procesu obravnave pacienta (PV=3,9), ki pa še vedno ne dosegajo povprečne vrednosti 4,0 kar bi kazalo na to, da se večina anketiranih s trditvijo strinja.

Tabela 4: Pomen izvajanja medicinsko tehničnih posegov

Pomen izvajanja medicinsko tehničnih posegov	min	max	PV	SO	M
Na delovnem mestu me bodo prepoznali kot dobro medicinsko sestro/zdravstvenika, če bom usposobljen/a v izvajanju medicinsko tehničnih posegov.	1	5	3,9	1,1	5
Osnovna zdravstvena nega, kot so umivanje, hranjenje, obračanje... ne sodi v delokrog visokostrokovno izobražene medicinske sestre.	1	5	1,9	1,1	1
Zelo rad/a delam medicinsko tehnične posege, manj pa zdravstveno nego, kot je umivanje, hranjenje, pomoč pri gibanju	1	5	2,6	1,3	2
V kliničnem okolju se uporablja holistični pristop do pacienta	1	5	3,4	1,2	3
Učitelji na šoli so me usmerjali v pomembnost celostnega pristopa do pacienta	1	5	3,9	1,1	5
Mentorji iz kliničnih baz so moje delo v kliničnem okolju gradili predvsem na izvajanju medicinsko tehničnih posegov	1	5	3,2	1,1	4
Ko izvajam medicinsko tehnični poseg, se vprašam, ali je to, kako so me naučili izvajati medicinsko tehnični poseg, podprto z dokazi	1	5	3,0	1,0	3
Najbolj pomembna vloga medicinske sestre /zdravstvenika je izvajanje medicinsko tehničnih posegov.	1	5	2,4	1,1	2
Zdravstvena nega ima svoje lastne kompetence v procesu obravnave pacienta	1	5	3,9	0,9	4
Zdravstveni program pripravlja medicinsko sestro/zdravstvenika predvsem za izvajanje medicinsko tehničnih posegov	1	5	3,1	1,2	4
Pacient od mene ne pričakuje več kot dobro izveden medicinsko tehnični poseg	1	5	2,4	1,5	1

Min: najnižja ocena, max: najvišja ocena, PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon, M: modus

V tabeli 5 so predstavljeni rezultati, ki smo jih pridobili z odgovori na zastavljeno vprašanje »Kakšna je vaša definicija zdravstvene nege?« Možnost odgovora je bila esejskega tipa – anketirani so lahko sami napisali svojo definicijo zdravstvene nege. Podani odgovori so bili pri obdelavi kodirani in razvrščeni po sklopih. Kodi »skrb za pacienta« in »celostna obravnava« sta najbolj pogosta odgovora v prvem in tretjem

letniku. 32 (45,1%) študentov prvega letnika se je odločilo za »skrb za pacienta«, medtem ko se je za celostno obravnavo odločilo 21 (29,6 %) študentov. V tretjem letniku pa se je večina, 18 študentov (64,3 %), odločila za celostno obravnavo pacienta in 10 (35,7 %) za »skrb za pacienta«. Vse ostale kode: »skrb za zdravje«, »izvajanje negovalnih intervencij«, »delovanje v dobro pacienta« in »definicija po V. Henderson«, so bile zastopane pri manjšem številu anketiranih. Kode, kot so »delo s pacienti«, »enakopravnost do vseh«, »biti sposoben na vseh področjih«, »komunikacija«, »pacient kot družinski član«, so bile izbrane samo pri posameznikih v prvem letniku, medtem ko jih študenti tretjega letnika niso navedli.

Tabela 5: Pridobljene kode na podlagi definicij zdravstvene nege

Kode definicije zdravstvene nege	1. letnik		3. letnik		vsi	
	n	%	N	%	n	%
skrb za pacienta	32	45,1	10	35,7	42	42,4
celostna obravnavo	21	29,6	18	64,3	39	39,4
skrb za zdravje	5	7,0	5	17,9	10	10,1
izvajanje negovalnih intervencij	8	11,3	1	3,6	9	9,1
delovanje v dobro pacienta	3	4,2	1	3,6	4	4,0
definicija po V. Henderson	2	2,8	0	0,0	2	2,0
delo s pacienti	1	1,4	0	0,0	1	1,0
enakopravnost do vseh	1	1,4	0	0,0	1	1,0
biti sposoben na vseh področjih	1	1,4	0	0,0	1	1,0
komunikacija	1	1,4	0	0,0	1	1,0
pacient kot družinski član	1	1,4	0	0,0	1	1,0

V tabeli 6 so predstavljene zbrane kode na zastavljeno vprašanje »Ali menite, da ste usposobljeni za izvajanje medicinsko tehničnih posegov in zakaj?« Možnost odgovora na zastavljeno vprašanje je bila esejskega tipa. Najpogostejša koda, ki jo pridobimo iz podanih odgovorov je »da«, navedli so jo študenti tako prvega (56,3 %) kot tudi tretjega (82,1 %) letnika. Da so »delno« usposobljeni, je menilo 20 (28,2 %) študentov prvega letnika in 5 (17,9 %) študentov tretjega letnika. 10 (14,1 %) študentov prvega letnika je menilo, da niso usposobljeni za izvajanje medicinsko tehničnih posegov, za to možnost odgovora se ni opredelil nihče od študentov tretjega letnika. Razlogi, ki so jih študenti navedli za usposobljenost za izvajanje medicinsko tehničnih posegov, so:

- »pretekle izkušnje«, v prvem letniku 14 (19,7 %) in v tretjem 11 (39,3 %),
- »kakovostne praktične vaje«, v prvem letniku 9 (12,7 %) in v tretjem 8 (28,6 %),
- »zadostna praksa«, v prvem letniku 0 (0,0 %) in v tretjem 4 (14,3 %).

Razlogi, ki so vplivali na neusposobljenost za izvajanje medicinsko tehničnih posegov in so jih navedli samo študenti prvega letnika, pa so: »pomanjkanje prakse« 13 (18,3 %) in »premalo izkušenj« 8 (11,3 %).

Tabela 6: Pridobljene kode na podlagi usposobljenosti za izvajanje medicinsko tehničnih posegov

Kode usposobljenosti za izvajanje medicinsko tehničnih posegov	1. letnik		3. letnik		vsi	
	n	%	n	%	n	%
da	40	56,3	23	82,1	63	63,6
delno	20	28,2	5	17,9	25	25,3
ne	10	14,1	0	0,0	10	10,1
pretekle izkušnje	14	19,7	11	39,3	25	25,3
kakovostne praktične vaje	9	12,7	8	28,6	17	17,2
pomanjkanje prakse	13	18,3	0	0,0	13	13,1
ne	10	14,1	0	0,0	10	10,1
premalo izkušenj	8	11,3	0	0,0	8	8,1
zadostna praksa	0	0,0	4	14,3	4	4,0

V tabeli 7 so anketirani po Likertovi lestvici z možnostjo ocene od 1 do 5 ocenjevali svojo usposobljenost za izvajanje petindvajsetih medicinsko tehničnih posegov. Visoke povprečne vrednosti dosegajo: merjenje vitalnih funkcij (PV=5,0), antropometrične meritve (PV=4,8), aplikacija kisika (PV=4,6), odvzem venozne krvi (PV=4,5) in aplikacija zdravil intravenozno (PV=4,5). Nekaj nižje ocene so si anketirani določili pri izvedbi elektrokardiograma (PV=4,4), pri prevezi kronične rane (PV=4,4), pri prevezi kirurške rane (PV=4,2) in pri uvajanju venskega katetra (PV=4,1). Slabše znanje se kaže pri posegih s povprečno vrednostjo od 3,0 do 3,9 pri: aplikaciji klizme (PV=3,9), odstranitvi arterielne kanile (PV=3,7), pri izvedbi spirometrije (PV=3,6) in priključitvi pacienta na monitor (PV=3,6), pri odstranitvi šivov in sponk (PV=3,5), pri uvajanju urinskega katetra (PV=3,3), pri aspiraciji dihalnih poti skozi tubus (PV=3,2), pri obstojnem testu za določanje krvne skupine (PV=3,0) in pri temeljnih postopkih oživljanja (PV=3,0). Najslabše pa so anketirani ocenili svoje znanje medicinsko

tehničnih posegov pri asistenci – sodelovanju pri diagnostičnih preiskavah (PV=2,9), pri punkciji arterije za plinsko analizo (PV=2,9), pri uvajanju nasogastrične sonde (PV=2,8), pri vstavitvi subkutane kanile (PV=2,6), pri menjavi sistema torakalne drenaže (PV=2,5), pri cepljenju otoka (PV=2,1) in pri odvzemu krvi iz pete (PV=1,8).

Tabela 7: Usposobljenost za izvajanje medicinsko tehničnih posegov

Pridobljeno znanje	min	max	PV	SO	M
Antropometrične meritve (teža, višina, merjenje telesnih obsegov)	1	5	4,8	0,7	5
Merjenje vitalnih funkcij (pulz, krvni tlak - RR, temperatura, dihanje, saturacija O ₂)	4	5	5,0	0,2	5
Izvedba elektrokardiograma (EKG)	1	5	4,4	0,9	5
Izvedba spirometrije	1	5	3,6	1,1	4
Izvedba preveze kirurške rane	1	5	4,2	1,0	5
Odstranitev šivov/sponk	1	5	3,5	1,5	5
Menjava sistema torakalne drenaže (pleurovac)	1	5	2,5	1,4	1
Asistenca – sodelovanje pri diagnostičnih preiskavah (biopsije, punkcije,...)	1	5	2,9	1,3	2
Odvzem venozne krvi	2	5	4,5	0,6	5
Uvajanje venskega katetra (i.v. kanile, periferni i.v. kateter)	1	5	4,1	1,0	5
Aplikacija zdravil i.v.	1	5	4,5	0,8	5
Aplikacija kisika	2	5	4,6	0,7	5
Punkcija arterije za plinsko analizo	1	5	2,9	1,4	2
Aspiracija dihalnih poti skozi tubus na umetni ventilaciji	1	5	3,2	1,4	5
Uvajanje urinskega katetra (ženske)	1	5	3,3	1,5	5
Uvajanje nasogastrične sonde (NGS)	1	5	2,8	1,5	1
Aplikacija klizme	1	5	3,9	1,4	5
Vstavitev subkutane kanile	1	5	2,6	1,5	1
Preveza kronične rane	2	5	4,4	0,8	5
Odstranitev arterielne kanile	1	5	3,7	1,5	5
Priključitev pacienta na monitor	1	5	3,6	1,5	5
Obposteljni test za določanje krvne skupine	1	5	3,0	1,4	3
Temeljni postopki oživljanja	1	5	3,0	1,7	5
Cepljenje otroka	1	5	2,1	1,4	1
Odvzem krvi iz pete	1	5	1,8	1,3	1

Min: najnižja ocena, max: najvišja ocena, PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon, M: modus

Največje razlike v oceni pridobljenih znanj med študenti prvih in tretjih letnik so bile ugotovljene pri izvedbi EKG, odstranitvi šivov/sponk, odvzemu venozne krvi, uvajanju venskega katetra, aplikaciji zdravil i.v. in punkciji arterije za plinsko analizo. V vseh primerih so študenti tretjega letnika ocenili svoje znanje kot boljše glede na študente prvega letnika, razlika pa je bila statistično pomembna na nivoju $p < 0,001$. Napravili smo tudi združitev vseh posameznih ocen pridobljenih znanj v t.i. skupno vsoto po metodi Teeri, Välimäki, Katajisto in Leino-Kilpi (2008). Vseh 25 merjenih pridobljenih znanj smo sešteli in nato delili s 25, da se je ohranila prvotna merska lestvica. Rezultati so pokazali, da gledano v celoti študenti tretjega letnika statistično pomembno bolje ocenjujejo pridobljeno znanje glede na študente prvega letnika ($t = -5,256$; $p < 0,001$). Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 8.

Tabela 8: Primerjava ocen v pridobljenem znanju med študenti 1. in 3. letnika.

Pridobljeno znanje	1. letnik		3. letnik		p-vred
	PV	SO	PV	SO	
Antropometrične meritve (teža, višina, merjenje telesnih obsegov)	4,8	0,6	4,7	0,8	0,438
Merjenje vitalnih funkcij (pulz, krvni tlak - RR, temperatura, dihanje, saturacija O ₂)	5,0	0,2	5,0	0,0	0,083
Izvedba elektrokardiograma (EKG)	4,1	0,9	4,9	0,3	<0,001
Izvedba spirometrije	3,5	1,1	4,0	1,1	0,022
Izvedba preveze kirurške rane	4,0	1,0	4,5	0,7	0,013
Odstranitev šivov/sponk	3,2	1,5	4,4	1,1	<0,001
Menjava sistema torakalne drenaže (pleurovac)	2,3	1,4	2,9	1,4	0,050
Asistenca – sodelovanje pri diagnostičnih preiskavah (biopsije, punkcije,...)	2,8	1,3	3,1	1,2	0,360
Odvzem venozne krvi	4,4	0,7	5,0	0,0	<0,001
Uvajanje venskega katetra (i.v. kanile, periferni i.v. kateter)	3,8	1,0	4,9	0,4	<0,001
Aplikacija zdravil i.v.	4,4	0,8	4,9	0,4	<0,001
Aplikacija kisika	4,5	0,8	4,9	0,6	0,003
Punkcija arterije za plinsko analizo	2,5	1,4	4,0	1,1	<0,001
Aspiracija dihalnih poti skozi tubus na umetni ventilaciji	3,0	1,5	3,6	1,1	0,024
Uvajanje urinskega katetra (ženske)	3,0	1,5	4,0	1,2	0,001
Uvajanje nasogastrične sonde (NGS)	2,6	1,4	3,2	1,6	0,085
Aplikacija klizme	3,7	1,4	4,5	1,2	0,010
Vstavitev subkutane kanile	2,4	1,3	3,1	1,7	0,053
Preveza kronične rane	4,3	0,8	4,5	0,7	0,159
Odstranitev arterielne kanile	3,5	1,5	3,9	1,4	0,255
Priključitev pacienta na monitor	3,3	1,5	4,3	1,2	0,001
Obposteljni test za določanje krvne skupine	2,8	1,4	3,6	1,3	0,009
Temeljni postopki oživljanja	2,8	1,7	3,5	1,6	0,060
Cepljenje otroka	1,8	1,2	2,9	1,4	0,001
Odvzem krvi iz pete	1,6	1,2	2,4	1,5	0,010
Vsota vseh pridobljenih znanj	3,4	0,7	4,0	0,5	<0,001

PV= povprečna vrednost; SO = standardni odklon; p-vred = p-vrednost

V tabeli 9 je prikazana primerjava med rednimi in izrednimi študenti 1. letnika. Največje razlike v oceni pridobljenih znanj med študenti 1. letnika so bile izračunane pri izvedbi elektrokardiograma, prevezi kirurške rane, odstranitvi šivov/sponk, menjavi sistema torakalne drenaže (pleurovac), uvajanju venskega katetra (i.v. kanile, perifernega i.v. katetra), aplikaciji kisika, punkciji arterije za plinsko analizo, aspiraciji dihalnih poti skozi tubus na umetni ventilaciji, uvajanju urinskega katetra pri ženskah, uvajanju nasogastrične sonde, aplikaciji klizme, prevezi kronične rane, priključitvi pacienta na monitor, temeljnih postopkih oživljanja in cepljenju otroka. Statistično pomembne razlike so na nivoju $p < 0,001$. Razlika med rednimi in izrednimi študenti prvega letnika ja očitna, tako skupaj kot posamezno v prid izrednih študentov.

Tabela 9: Primerjava ocen v pridobljenem znanju med rednimi in izrednimi študenti 1. letnika.

Pridobljeno znanje	redni n=43		izredni n=28		p-vred
	PV	SO	PV	SO	
Antropometrične meritve (teža, višina, merjenje telesnih obsegov)	4,8	0,7	4,9	0,4	0,222
Merjenje vitalnih funkcij (pulz, krvni tlak - RR, temperatura, dihanje, saturacija O ₂)	4,9	0,3	5,0	0,0	0,083
Izvedba elektrokardiograma (EKG)	3,7	0,8	4,8	0,5	<0,001
Izvedba spirometrije	3,3	1,0	3,8	1,2	0,076
Izvedba preveze kirurške rane	3,7	0,9	4,5	1,0	<0,001
Odstranitev šivov/sponk	2,4	1,2	4,3	1,0	<0,001
Menjava sistema torakalne drenaže (pleurovac)	1,7	0,9	3,1	1,5	<0,001
Asistenca – sodelovanje pri diagnostičnih preiskavah (biopsije, punkcije,...)	2,4	1,0	3,5	1,4	0,001
Odvzem venozne krvi	4,1	0,7	4,7	0,5	0,001
Uvajanje venskega katetra (i.v. kanile, periferni i.v. kateter)	3,4	0,8	4,4	0,9	<0,001
Aplikacija zdravil i.v.	4,2	0,9	4,8	0,6	0,003
Aplikacija kisika	4,1	0,8	5,0	0,2	<0,001
Punkcija arterije za plinsko analizo	1,9	0,9	3,5	1,4	<0,001
Aspiracija dihalnih poti skozi tubus na umetni ventilaciji	2,2	1,1	4,3	1,1	<0,001
Uvajanje urinskega katetra (ženske)	2,2	1,1	4,4	1,2	<0,001
Uvajanje nasogastrične sonde (NGS)	2,0	1,0	3,7	1,3	<0,001
Aplikacija klizme	3,0	1,3	4,8	0,6	<0,001
Vstavitev subkutane kanile	2,0	1,1	3,0	1,4	0,002
Preveza kronične rane	4,0	0,8	4,8	0,5	<0,001
Odstranitev arterielne kanile	3,2	1,5	4,0	1,4	0,026
Priključitev pacienta na monitor	2,7	1,3	4,3	1,2	<0,001
Obposteljni test za določanje krvne skupine	2,7	1,3	3,0	1,5	0,427
Temeljni postopki oživljanja	1,8	1,2	4,3	1,2	<0,001
Cepljenje otroka	1,3	0,6	2,5	1,5	<0,001
Odvzem krvi iz pete	1,3	0,9	2,0	1,5	0,057
Vsota vseh pridobljenih znanj	2,9	0,4	4,1	0,5	<0,001

PV= povprečna vrednost; SO = standardni odklon; p-vred = p-vrednost

V tabeli 10 je prikazana primerjava ocen v pridobljenem znanju med rednimi in izrednimi študenti 3. letnika. Razlika med rednimi in izrednimi študenti je manj očitna, skupaj tudi ni več statistično pomembna, ostajajo pa redke posamezne statistično pomembne razlike (temeljni postopki oživljanja $p < 0,001$).

Tabela 10: Primerjava ocen v pridobljenem znanju med rednimi in izrednimi študenti 3. letnika.

Pridobljeno znanje	redni n=11		izredni n=17		p-vred
	PV	SO	PV	SO	
Antropometrične meritve (teža, višina, merjenje telesnih obsegov)	4,8	0,4	4,6	1,0	0,595
Merjenje vitalnih funkcij (pulz, krvni tlak - RR, temperatura, dihanje, saturacija O ₂)	5,0	0,0	5,0	0,0	1,000
Izvedba elektrokardiograma (EKG)	4,9	0,3	4,9	0,2	0,758
Izvedba spirometrije	3,8	1,3	4,2	1,0	0,412
Izvedba preveze kirurške rane	4,4	0,7	4,6	0,7	0,299
Odstranitev šivov/sponk	4,0	1,4	4,6	0,9	0,183
Menjava sistema torakalne drenaže (pleurovac)	2,9	1,2	2,9	1,6	0,962
Asistenca – sodelovanje pri diagnostičnih preiskavah (biopsije, punkcije,...)	2,6	1,1	3,4	1,2	0,103
Odvzem venozne krvi	5,0	0,0	5,0	0,0	1,000
Uvajanje venskega katetra (i.v. kanile, periferni i.v. kateter)	4,8	0,4	4,9	0,3	0,650
Aplikacija zdravil i.v.	4,9	0,3	4,9	0,5	0,872
Aplikacija kisika	4,7	0,9	5,0	0,0	0,341
Punkcija arterije za plinsko analizo	3,5	1,1	4,3	1,0	0,085
Aspiracija dihalnih poti skozi tubus na umetni ventilaciji	3,5	1,0	3,8	1,1	0,461
Uvajanje urinskega katetra (ženske)	3,6	1,4	4,3	1,0	0,172
Uvajanje nasogastrične sonde (NGS)	2,5	1,2	3,7	1,6	0,040
Aplikacija klizme	4,6	1,2	4,4	1,2	0,541
Vstavitev subkutane kanile	2,5	1,4	3,4	1,8	0,187
Preveza kronične rane	4,5	0,5	4,5	0,8	0,954
Odstranitev arterielne kanile	3,3	1,3	4,4	1,4	0,050
Priključitev pacienta na monitor	4,1	1,2	4,4	1,1	0,481
Obposteljni test za določanje krvne skupine	4,1	1,0	3,3	1,4	0,127
Temeljni postopki oživljanja	1,7	1,0	4,6	0,5	<0,001
Cepljenje otroka	3,1	1,5	2,8	1,4	0,640
Odvzem krvi iz pete	2,3	1,6	2,5	1,4	0,656
Vsota vseh pridobljenih znanj	3,8	0,5	4,2	0,5	0,053

PV= povprečna vrednost; SO = standardni odklon; p-vred = p-vrednost

3.5 RAZPRAVA

Zdravstvena nega pomaga pacientu pri izvajanju življenjskih aktivnosti in ima pri tem svoje lastne kompetence. Medicinsko tehnični posegi so del kompetenc diplomirane medicinske sestre, ki jih izvajajo po naročilu zdravnika samostojno ali pa v sodelovanju z njim. Po Bolonjski direktivi so študenti zdravstvene nege po končanih študijskih obveznostih in po pridobljeni diplomi brez opravljanja pripravništva pripravljeni za delo v kliničnem okolju.

Z izvedeno raziskavo smo ugotovili, da so se anketirani za študij zdravstvene nege odločali zaradi različnih vzrokov. Med njimi so najbolj zastopani želja po izpopolnjevanju in usposabljanju, boljše delovno mesto, želja po nadaljnjem šolanju in izvajanje medicinsko tehničnih posegov. Najmanj pomembni razlogi po mnenju anketirancev so mentorstvo študentom, raziskovalno delo ter manj dela neposredno ob pacientu. Rezultati, ki smo jih pridobili, ne presenečajo, saj je večina anketiranih imela končano srednjo zdravstveno šolo, tako lahko predpostavimo, da so se vsi, tako redni kot izredni študenti prvega in tretjega letnika srečali z delom ob pacientu v kliničnem okolju. Skela Savič (2009) pravi, da se v praksi srečujemo s premajhnim številom visokostrokovnega kadra na področju zdravstvene nege, medtem ko srednješolsko izobražen kader pri svojem delu dnevno presega svoje poklicne kompetence, pridobljene v srednješolskem programu in s pripravništvom. Pomembno je, da znanje ne beži v pisarne, temveč da se uporablja ob pacientu. Trend v Sloveniji je še vedno, da diplomirane medicinske sestre delajo samo dopoldan, predvsem na delovnih mestih, kjer organizirajo delovni proces. Sodobni študijski programi so v prvi vrsti usmerjeni v izobraževanje in usposabljanje za klinično delo, saj je mesto diplomirane medicinske sestre ob pacientu.

Ugotovili smo, da anketiranim študij zdravstvene nege ne pomeni odmika od neposredne zdravstvene nege pri pacientu in s tem večje pristojnosti pri izvajanju medicinsko tehničnih posegov. Nasprotno jim medicinsko tehnični posegi predstavljajo dodatno znanje ali kompetence. Anketirani se sicer strinjajo, da ti posegi določajo usposobljenost medicinske sestre in bodo zaradi usposobljenosti za njihovo izvajanje prepoznani kot »dobra« medicinska sestra. Hkrati pa tudi menijo, da osnovna zdravstvena nega (umivanje, hranjenje, pomoč pri gibanju...) sodi v delokrog visokostrokovno izobražene medicinske sestre. Glede tega, ali raje izvajajo medicinsko

tehnične posege ali zdravstveno nego, so neodločni, čeprav so izvajanje medicinsko tehničnih posegov navedli kot pomembnejši razlog za vpis na visoko šolo. Strinjajo se s celostnim pristopom do pacienta (kjer sicer niso pomembni samo medicinsko tehnični posegi), tako v kliničnem okolju kot tudi v usmeritvah visokošolskih učiteljev. To trditev hkrati zanikajo s tem, ko ocenijo, da študijski program medicinsko sestro predvsem pripravlja na izvajanje medicinsko tehničnih posegov. Zavedajo se, da ima zdravstvena nega svoje lastne kompetence v procesu obravnave pacienta in da pacient od njih pričakuje več kot le dobro izveden medicinsko tehnični poseg, ki tudi sicer študentom ne pomeni najpomembnejše vloge v skrbi za pacienta. Ena od možnosti za potrditev naših ugotovitev bi bila izvedba raziskave na večjem vzorcu. Delno bi naše ugotovitve lahko primerjali z raziskavo Mežik Veber, Kaučič, Kastelic, Skinder Savić in Romih (2009), ki so ugotovili, da tako redni kot izredni študenti (vključeni so bili samo študenti prvega letnika) niso zadovoljni s pridobljenimi kompetencami v kabinetu zdravstvene nege, saj prihajajo s pričakovanji, da bodo izvajali samo medicinsko tehnične posege, na celostno obravnavo pacienta pa pozabijo. Naši rezultati kažejo, da študenti le ne pričakujejo, da bodo po opravljeni diplomi izvajali samo medicinsko tehnične posege.

Tudi odgovori, ki smo jih pridobili na vprašanje »Kaj je vaša definicija zdravstvene nege?«, kažejo, da se študenti zavedajo vloge zdravstvene nege pri obravnavi pacienta, da jim je pomembnejši pacient kot celota, kot oseba z individualnimi potrebami, čustvi in lastnimi izkušnjami, kot pa samo izvajanje medicinsko tehničnih posegov. Zanimivo je, da se pri dveh najpogosteje izbranih konceptih mesti zamenjata. Študenti prvega letnika so se v večini odločili za »skrb za pacienta«, na drugo mesto pa so dali »celostno obravnavo«, medtem ko so študenti tretjega letnika prednost dali »celostni obravnavi pacienta«, sledi pa »skrb za pacienta«.

Izbrani citati študentov prvega letnika:

- *»Vzeti si čas in biti predvsem ob pacientu, s pacientom ter mu sočasno nuditi zdravstveno nego in izvajanje medicinsko tehničnih posegov.«*
- *»Zame zdravstvena nega pomeni vse, kar se nanaša na pacienta, ki mi je zaupan v varstvo.«*
- *»Zdravstvena nega je celostni pristop k pacientu, da ga obravnavamo celostno in ne samo medicinsko terapevtske posege.«*

- *»Zdravstvena nega je znanost, ki se ne ukvarja samo z zdravstveno nego kot tako, pač pa obravnava pacienta kot celovito osebnost.«*

Izbrani citati študentov tretjega letnika:

- *»Zdravstvena nega je pomoč pacientu pri tistih aktivnostih, ki jih ne more izvesti samostojno ali pri tem potrebuje pomoč. Vključuje celostno obravnavo pacienta v vseh 14 temeljnih življenjskih aktivnostih.«*
- *»Zdravstvena nega je več kot izvajanje medicinsko tehničnih posegov. Je spremljanje pacienta pri vseh življenjskih aktivnostih, pomoč pri njih, spodbuda pacientu, pogovor, motivacija. Biti tam zato, da se nekdo lahko v času bolezni obrne nate.«*
- *»Celostna obravnava pacienta, izvajanje medicinsko tehničnih posegov kot tudi zdravstvene nege.«*
- *»Videti pacienta kot človeka, mu pomagati v tistem, česar ne zmore, ter ga vzpodbujati ali pa naučiti tistega, kar zmore, pa ne izvaja.«*

Medicinsko tehnični posegi so del kompetenc diplomirane medicinske sestre. Z njimi se dnevno srečujemo pri obravnavi pacientov. Z našo raziskavo smo ugotovili, da je v primerjavi prvega in tretjega letnika statistično značilna razlika pri izvajanju medicinsko tehničnih posegov. V vseh podanih medicinsko tehničnih posegih so študenti tretjega letnika svoje znanje ocenili boljše kot študenti prvega letnika. Največje razlike pa so pri izvedbi EKG, odstranitvi šivov/sponk, odvzemu venozne krvi, uvajanju venskega katetra, aplikaciji zdravil i.v. in punkciji arterije za plinsko analizo. Razlika v znanju je bila pričakovana, saj so študenti prvega letnika ocenjevali svoje znanje medicinsko tehničnih posegov tudi s tistih področij, kjer še niso opravili klinične prakse. Ker so bili v primerjavo vključeni tako redni kot izredni študenti, smo naredili še primerjavo ocenjenih znanj med rednimi in izrednimi študenti prvega letnika ter prav tako primerjavo tudi v tretjem letniku. V prvem letniku je razlika v pridobljenem znanju statistično značilna, tako pri posamičnih medicinsko tehničnih posegih kot tudi v skupnem vrednotenju, v prid izrednih študentov. Dobro znanje (so večkrat izvajali ali pa po podanih ocenah samostojno izvajajo) tako redni kot izredni študenti kažejo pri antropometričnih meritvah, merjenju vitalnih funkcij, odvzemu venozne krvi, aplikaciji zdravil i.v., aplikaciji kisika in prevezi kronične rane. Slabše znanje (so samo poskusili),

je pri izvedbi spirometrije in odstranitvi arterielne kanile. Najslabše pa je znanje pri odvzemu krvi iz pete, cepljenju otroka, obpostelnem testu za določanje krvne skupine, vstavitvi subkutane kanile in asistenci pri diagnostičnih preiskavah. To je razumljivo, ker so to posegi s področij klinične prakse tretjega letnika.

V primerjavi rednih in izrednih študentov tretjega letnika pa je slika ocenjenih znanj popolnoma drugačna. Razlika je manj očitna, skupaj tudi ni več statistično pomembna. Obstajajo samo posamezne razlike, primer so temeljni postopki oživljanja. Predvidevamo, da se izredni študenti, zaposleni v kliničnem okolju, pogosteje soočajo z življenjsko ogroženimi pacienti, kot so se imeli možnost redni študenti pri opravljanju klinične prakse. Študenti tretjega letnika kažejo dobro znanje (so večkrat izvajali ali pa po podanih ocenah samostojno izvajajo) pri antropometričnih meritvah, merjenju vitalnih funkcij, izvedbi EKG, prevezi kirurške rane, odstranitvi šivov /sponk, uvajanju venskega katetra, odvzemu venozne krvi, aplikaciji zdravil i.v., aplikaciji kisika, aplikaciji klizme, prevezi kronične rane in priključitvi pacienta na monitor. Slabše znanje (so samo poskusili) je pri aspiraciji dihalnih poti skozi tubus pri intubiranem, menjavi sistema torakalne drenaže, asistenci – sodelovanje pri diagnostičnih preiskavah, uvajanju nasogastrične sonde in pri obpostelnem testu za določanje krvne skupine, tako pri rednih kot pri izrednih študentih. Pri izvedbi spirometrije, uvajanju urinskega katetra, odvzemu arterielne krvi za plinsko analizo in odstranitvi arterielne kanile je znanje nekaj slabše le pri rednih študentih, medtem ko bi za izredne študente pri teh medicinsko tehničnih posegih lahko napisali, da kažejo dobro znanje (so večkrat izvajali). Raziskava pokaže, da se razlike v znanju med rednimi in izrednimi študenti na področju medicinsko tehničnih posegov izravnavajo, kar je dober rezultat za izvajalce študijskega programa.

Z »Da« je na zastavljeno vprašanje »Ali menite da ste usposobljeni za izvajanje medicinsko tehničnih posegov in zakaj?« odgovorila večina študentov tretjega letnika. Izredni študenti so kot razlog navajali delovne izkušnje, izvajanje medicinsko tehničnih posegov na delovnem mestu. Redni študenti pa so kot razlog navedli kakovostno in obsežno klinično prakso.

Izbrani citati rednih študentov:

- *»Da, menim, da sem usposobljena za izvajanje med. tehničnih posegov, saj sem se skozi študij veliko naučila in opravila ogromno klinične prakse, kjer sem bila dovolj samostojna pri svojem delu.«*
- *»Menim, da sem usposobljena za izvajanje veliko medicinsko tehničnih posegov, vsekakor pa ne vseh. Zelo dobro obvladam tiste medicinsko tehnične posege, ki sem jih imela priložnost izvajati tekom klinične prakse v vseh treh letih študija.«*
- *»Da, vendar ne za vse. Intervencije, ki jih bolj redko delaš, sploh v času študija, hitro lahko pozabiš. Za intervencije, ki smo jih pogosto izvajali, pa so nas dobro usposobili.«*
- *»Da, saj sem se med študijem veliko naučila, pa tudi prakso smo imeli zelo kakovostno.«*

Izbrani citati izrednih študentov:

- *»Da, vendar je to zelo široko vprašanje. Menim, da sem usposobljena za izvajanje medicinsko tehničnih posegov, katerih sem se naučila v času svojega dela in ne v šoli.«*
- *»Če na to gledam kot študent brez prakse, potem nikakor - zaradi premalo praktičnega usposabljanja. Če pa gledam na to z vidika izrednega študenta, z večletno prakso, potem sem kompetenten zaradi delovnih izkušenj.«*
- *»Da, mislim, da medicinske sestre prevzemajo preveč medicinsko tehničnih posegov, ki bi jih morali opravljati zdravniki.«*
- *»Da, ker to počnem že brez visoke šole in kompetenc.«*

V podatkovnih bazah nismo uspeli pridobiti pomembnih raziskav na temo, ki smo jo raziskovali. Vzrok lahko pojasnimo mogoče s predpostavko, da imamo v Sloveniji dvostopenjsko izobraževanje (srednješolsko in visokošolsko) za poklic v zdravstveni negi. Razlika med obema doseženima stopnjama se kaže v različnih kompetencah, ki so opredeljene na nivoju Zbornice - Zveze in Razširjenega strokovnega kolegija za zdravstveno nego. Te kompetence so vezane tudi na izvajanje medicinsko tehničnih posegov. Zgodovinsko gledano so se medicinske sestre, ki so pridobile prej višješolsko izobrazbo, usmerile predvsem v izvajanje bolj zahtevnih medicinsko tehničnih posegov ali pa v vodstvene naloge. V državah Evropske Unije način dvostopenjskega

izobraževanja ni pogost, v državah, ki ga imajo, pa je delež kadrov z nižjo izobrazbo v manjšini (Robinson, Griffiths, 2007).

Raziskava je bila narejena na manjšem vzorcu, zato ugotovitev ne moremo posploševati, lahko pa ocenimo, da so študenti po končanem študiju v večini izpostavljenih medicinsko tehničnih posegov usposobljeni za samostojno izvajanje le teh. Za potrditev naših rezultatov bi morali raziskavo narediti na večjem vzorcu. Mogoče bi bilo za realnejšo oceno napredka v usposobljenosti izvajanja medicinsko tehničnih posegov smiselno študente najprej anketirati v prvem, nato pa ponovno v tretjem letniku.

4 ZAKLJUČEK

Z našo raziskavo smo ugotovili, da redni in izredni študenti tretjega letnika menijo, da so usposobljeni za izvajanje medicinsko tehničnih posegov. Po mnenju rednih študentov zaradi obsežne in kakovostne klinične prakse, izredni študenti pa menijo, da so se za izvajanje medicinsko tehničnih posegov bolj usposobili na delovnem mestu kot pa na klinični praksi v času študija. Prav tako smo ugotovili, da obstaja razlika med prvim in tretjim letnikom v pridobljenih kompetencah z vidika medicinsko tehničnih posegov. Po pridobljenih rezultatih se kaže napredek v tretjem letniku, na kar kažejo minimalne razlike v ocenah pridobljenih kompetenc za izvajanje medicinsko tehničnih posegov med rednimi in izrednimi študenti tretjega letnika. Pomembna ugotovitev je, da študentom študij zdravstvene nege ne pomeni odmika od neposredne zdravstvene nege pri pacientu. Niso jim pomembni samo medicinsko tehnični posegi, ki so samo del kompetenc diplomirane medicinske sestre. Zavedajo se, da ima zdravstvena nega svoje lastne kompetence, kjer je v središču pacient, ki od nas pričakuje več kot samo dobro izveden medicinsko tehnični poseg.

Za izboljšanje znanja v izvajanju medicinsko tehničnih posegov, pa tudi samega znanja v izvajanju intervencij zdravstvene nege, bi predlagali izvedbo večjega števila ur klinične prakse v enotah intenzivne nege in terapije. Študenti bi imeli možnost izvajanja večine medicinsko tehničnih posegov, srečali pa bi se tudi z zahtevnejšimi intervencijami zdravstvene nege.

Pridobljenih ugotovitev ne moremo posploševati. Raziskava je bila narejena na majhnem vzorcu, prav tako pa nam v podatkovnih bazah ni uspelo pridobiti primernih raziskav, s katerimi bi lahko primerjali naše ugotovitve. Vsekakor pa se v njih kaže odsev dobrega dela visokošolskih učiteljev in kliničnih mentorjev Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice.

5 LITERATURA

Arets J, Obex F, Vaessen J, Wagner F. Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen. Bern: Hans Huber Verlag; 1999.

Beckett A, Gilbertson S, Greenwood S. Doing the Right Thing: Nursing Students, Relational Practice, and Moral Agency. *J Nurs Educ* 2007; 46, (1): 28 – 32. Dostopno na:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=107&sid=03b68b8c-6666-4e39-a298-0b52bc0dcd1a%40sessionmgr111> (11.6.2010).

Bullinger M, Power M. J, Aaronson NK, Cella DF, Anderson RT. Creating and Evaluating Cross-Cultural Instruments. In: Spilker B, eds. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Volume 69. Second Edition, Philadelphia, Lippincott-Raven; 1996: 659-668.

Mali leksikon terminoloških izrazov v zdravstveni negi. Cibic D, Filej B, Grbec V, Hajdinjak G, Kersnič P, Pavčič Trškan B, et al., eds. Ljubljana: zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 1999.

Cook TH, Gilmer MJ, Bess CJ. Beginning Students' Definitions of Nursing: An Inductive Framework of Professional Identity. *J Nurs Educ* 2003; 42, (7): 311-317.

Dostopno na :
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=109&sid=ce6d101c-d670-4a91-8cbc-61ae46176fe5%40sessionmgr111> (11.5.2010).

Direktiva 2005/36/ES Evropskega parlamenta in sveta o priznavanju poklicnih kvalifikacij. Uradni list Evropske unije L 255/22. 30. september, 2005. Dostopno na:

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:SL:PDF>, (27.9.2010).

Farkhondeh S, Masoumi S. A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. *BMC Nursing* 2005; 4, (6). Dostopno na: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/4/6>, 30.12.2010.

Fekonja Z. Izobraževanje in usposabljanje vodilnih medicinskih sester [diplomsko delo]. Kranj: Univerza v Mariboru; 2009.

Filej B. Zdravstvena nega. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Filej B, Skinder Savič K, Mežik Veber M, Romih K, et al., eds. Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: izbrana poglavja. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010 a:11-5.

Filej B. Pomen povezovanja teorije in prakse v zdravstveni negi. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Filej B, Skinder Savič K, Mežik Veber M, Romih K, et al, eds. Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: izbrana poglavja. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010 b:103-5.

Filej B. Soočanje študentov zdravstven nege s problemi v kliničnem okolju – analiza vsebin. In Pajnkihar M, Pirš K, Harih M, Donik B, eds. Gradimo učinkovito in zmogljivo zdravstveno nego. Zbornik predavanj 1. mednarodne znanstvene konference Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor; 2010 junij 3 – 4; Maribor, Slovenija. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2010 c:137-43.

Gruban, B. Kako definirati ključne kompetence. *Finance*; 2004, (175): 19.

Henderson V. Osnovna načela zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije; 1998.

Hsieh H.F., Shannon, S.E. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 2005; 15 (9): 1277 – 88.

Horton K, Tschudin V, Forget A. The value of nursing: a literature review. *Nursing Ethics* 2007; (6): 716 – 740. Dostopno na: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=109&sid=ce6d101c-d670-4a91-8cbc-61ae46176fe5%40sessionmgr111>, (11.6.2010).

Ivanuša A, Železnik D. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor. Fakulteta za zdravstvene vede; 2008.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Uradni list republike Slovenije št. 4/2002.

Kulaš F. Povezanost teorije in prakse. *Utrip* 2010; (2): 17.

Kvas A, Mihelič Zajec A. Izvedba zdravstvenovzgojne stojnice študentov babištva. *Obzor Zdr N* 2010; 44 (2): 102.

Mežik Veber M, Kaučič B M, Kastelic M, Skinder Savič K. Zadovoljstvo študentov s konceptom integriranega učenja v kabinetu zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice. In: Majcen Dvoršak S, Kvas A, Kaučič B M, Železnik D, Klemenc D, eds. »Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč« zbornik predavanj in posterjev [CD ROM]. 7 kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije; 2009 maj 11 – 13; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009.

Može M. Pridobivanje nacionalnih poklicnih kvalifikacij na področju zdravstvene nege. *Obzor Zdr N* 2005; 39 (1): 39 – 45.

Ramšak B. Kompetence izvajalcev zdravstvene nege v osnovni zdravstveni dejavnosti [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru; 2009.

Ramšak Pajk J. Mentorstvo s perspektive mentorja in študenta. In: Skela Savič B, Kaučič B M, Ramšak Pajk J, eds. Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega. Zbornik predavanj z recenzijo 1. Mednarodne znanstvene konference; 2008 Sept, 25 – 26; Bled. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2008: 106 – 13.

Robinson S, Griffiths P. Nursing education and regulation: international profiles and perspectives. National nursing research unit. London: Florence Nightingale School of Nursing & Midwifery; King's College London; 2007. Dosegljivo na: <http://www.kcl.ac.uk/content/1/c6/03/07/33/NurseEduProfiles.pdf>, 23.1.2011.

Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije št. 82/2004.

Skela Savič B. Teorija, raziskovanje in praksa v zdravstveni negi – vidik odgovornosti menedžmenta v zdravstvu in menedžmenta v visokem šolstvu. In: Skela Savič B, Kaučič B M, Ramšak Pajk J, eds. Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega. Zbornik predavanj z recenzijo 1. Mednarodne znanstvene konference; 2008 Sept, 25 – 26; Bled. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2008: 38 – 46.

Skela Savič B. Vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline. In: Majcen Dvoršak S, Kvas A, Kaučič B M, Železnik D, Klemenc D, eds. »Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč« zbornik predavanj in posterjev [CD ROM]. 7 kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije; 2009 maj 11 – 13; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009.

Skela Savič B, Mežik Veber M, Romih K, Kastelic M, Skinder Savić K, Filej B, et al. Zbir intervencij v zdravstveni negi za klinično usposabljanje – vodnik za študente in mentorje. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2009a.

Skela Savič B. Zdravstvena nega, odgovor na potrebe bolnikov v sodobni družbi. *Medicina danes* 2009b; (21): 22-23. Dostopno na: http://www.vszn-je.si/nimages/dynamic_novice/medicina_danes_zdravstvena_nega_kot_odziv_na_potrebe_bolnika.pdf, (30.5.2010).

Skela Savič B. Razvoj zdravstvene nege v Sloveniji za potrebe družbe v prihodnosti. In Pajnkihar M, Pirš K, Harih M, Donik B, eds. *Gradimo učinkovito in zmogljivo zdravstveno nego. Zbornik predavanj 1. mednarodne znanstvene konference Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor*; 2010 junij 3 – 4; Maribor, Slovenija. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2010: 111-7.

Študij za poklic prihodnosti – postanite diplomirana medicinska sestra / diplomirani zdravstvenik: Informativna publikacija za bodoče študentke in študente Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. / [uredniki Brigita Skela Savič, Boris Miha Kaučič]. – Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010.

Teeri S, Välimäki M, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Maintenance of patients' integrity in long-term institutional care. *NURS ETHICS* 2008; 15 (4): 523-535.

Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: izbrana poglavja. [uredniki Skela Savič B, Kaučič BM, Filej B, Skinder Savič K, Mežik Veber M, Romih K, et al.]. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010.

Venski pristopi, odvzem krvi in dajanje zdravil. [urednici Jana Šmitek, Alenka Kirst]. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana; 2008.

Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice. Študentski informacijski sistem. 2009. Dostopno na : <http://www.vszn-je.si/vis/main.asp>, (12.6.2010).

Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list republike Slovenije št. 23/2005.

Železnik D. Kompetencam na pot. Obzor Zdr N 2008; 42 (3): 165-7.

Železnik D, Filej B, Brložnik M, Buček Hajdarević I, Dolinšek M, Istenič B, et al. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008.

Železnik D, Verbič M, Ovijač D, Trobec I. Izobraževanje za poklice v zdravstveni negi. In: Majcen Dvoršak S, Kvas A, Kaučič B M, Železnik D, Klemenc D, eds. »Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč« zbornik predavanj in posterjev [CD ROM]. 7 kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije; 2009 maj 11 – 13; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009.

Spletni viri:

Kobentar R. Vloga mentorjev v procesu izobraževanja za zdravstvene poklice, (b.1). Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/vloga_mentorjev_v_procesu_izobrazevanja_za_zdravstvene_poklice.pdf, (1.11.2010).

Skinder Savić K, Mežik Veber M, Lokar K, Kaučič B M. Koncept celovitega spremljanja študenta na klinični praksi na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice. 2008. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/Koncept_celovitega_spremljanja_studenta_na_klinicni_praksi_na_visoki_soli_za_zdravstveno_nego_jesenice.pdf, (10.11.2010).

Slovar izrazov. Center za poklicno izobraževanje. Dostopno na: <http://www.cpi.si/faq/posljite-vprasanje/slovar-izrazov.aspx>, (17.10.2010).

Slovar slovenskega knjižnega jezika. Dostopno na http://bos.zrc-sazu.si/cgi/a03.exe?name=sskj_testa&expression=kompetenca&hs=1, (3.11.2010).

Zavod republike Slovenije za zaposlovanje opis poklica zdravstveni tehnik. Dostopno na http://www.ess.gov.si/ncips/cips/opisi_poklicev/opis_poklica?Kljuc=1a8e7651-e104-4a61-81d2-d4b91d3be815&Filter=L, (17.10.2010).

Zbornica – Zveza, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic i zdravstvenih tehnikov Slovenije. Diplomirana medicinska sestra / višja medicinska sestra. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/Zdravstvena_nega.aspx, (1.11.2010).

Zbornica – Zveza, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. tehnik zdravstvene nege, zdravstveni tehnik, medicinska sestra. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/Zdravstvena_nega.aspx, (1.11.2010).

6 PRILOGE

6.1 ANKETNI VPRAŠALNIK

ANKETNI VPRAŠALNIK

Moje ime je Janita Tepina, sem izredna študentka 3. letnika Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Pripravljam diplomsko delo z naslovom Pridobljene kompetence v času študija zdravstvene nege – vidik medicinsko tehničnih posegov. Prosim vas, če si vzamete nekaj vašega dragocenega časa in mi izpolnite anketni vprašalnik. Preden odgovorite, razmislite. Vaši odgovori bodo pokazali, koliko smo se naučili in koliko smo napredovali od prvega do tretjega letnika. Rezultate ankete bom uporabila samo za izdelavo diplomskega dela. Anketa je anonimna. Navodila za izpolnjevanje so pri vsakem sklopu vprašanj ali trditev. Za sodelovanje, vaš čas in trud se vam zahvaljujem.

spol

- moški
- ženski

starost

- 20 – 25
- 26 – 30
- 31 – 35
- 36 – 40
- več kot 40

način študija

- redni
- izredni

letnik študija

- prvi
- tretji

predhodna izobrazba

- srednja zdravstvena šola
- gimnazija
- drugo _____

kaj vas je spodbudilo k vpisu na visoko šolo

1 – popolnoma se ne strinjam

2 – se ne strinjam

3 – ne morem se odločiti

4 – se strinjam

5 – se popolnoma strinjam

SPODBUDA ZA NADALJNJE ŠOLANJE	1	2	3	4	5
želja po nadaljnjem šolanju					
želja po izpopolnjevanju in usposabljanju					
boljše delovno mesto					
napredovanje na delovnem mestu					
izvajanje medicinsko tehničnih posegov					
mentorstvo študentom					
raziskovalno delo					
večji obseg kompetenc					
manj dela ob pacientu					

Zakaj je vam opravljanje medicinsko tehničnih posegov pomembno?

1 – popolnoma se ne strinjam

2 – se ne strinjam

3 – ne morem se odločiti

4 – se strinjam

5 – se popolnoma strinjam

POMEMBNOST MEDICINSKO TEHNIČNIH POSEGOV	1	2	3	4	5
Na delovnem mestu me bodo prepoznali kot dobro medicinsko sestro/zdravstvenika, če bom usposobljen/a v izvajanju medicinsko tehničnih posegov.					
Osnovno zdravstveno nego, kot je umivanje, hranjenje, obračanje... ne sodi v delokrog visokostrokovno izobražene medicinske sestre.					
Zelo rad/a delam medicinsko tehnične posege, manj pa zdravstveno nego, kot je umivanje, hranjenje, pomoč pri gibanju.					
V kliničnem okolju se uporablja holistični pristop do pacienta .					
Učitelji na šoli so me usmerjali v pomembnost celostnega pristopa do pacienta.					
Mentorji iz kliničnih baz so moje delo v kliničnem okolju gradili predvsem na izvajanju medicinsko tehničnih posegov.					
Ko izvajam medicinsko tehnični poseg, se vprašam, ali je to, kako so me naučili izvajati medicinsko tehnični poseg, podprto z dokazi.					
Najpomembnejša vloga medicinske sestre /zdravstvenika je izvajanje medicinsko tehničnih posegov.					
Zdravstvena nega ima svoje lastne kompetence v procesu obravnave pacienta.					
Študijski program pripravlja medicinsko sestro/zdravstvenika predvsem za izvajanje medicinsko tehničnih posegov.					
Pacient od mene ne pričakuje več kot dobro izveden medicinsko tehnični poseg.					

Kaj je vaša definicija zdravstvene nege?

Ali menite, da ste usposobljeni za izvajanje medicinsko tehničnih posegov in zakaj?

V nadaljevanju je v tabeli izpostavljenih 25 medicinsko tehničnih posegov, kjer nas zanima kompetentnost (sposobnost uporabe znanja in spretnost oz usposobljenost) za izvajanje medicinsko tehničnih posegov. Način izpolnjevanja trditev:

- 1 – sploh nisem izvajal/a
- 2 – sem opazoval/a druge pri izvedbi intervencije
- 3 – sem samo poskusil/a
- 4 – večkrat izvedel/a, vendar potrebujem še vaje
- 5 – samostojno izvajam

Označite za vas značilno trditev.

MEDICINSKO TEHNIČNI POSEG	1	2	3	4	5
ANTROPOMETRIČNE MERITVE (teža, višina, merjenje telesnih obsegov)					
MERJENJE VITALNIH FUNKCIJ (pulz, krvni tlak - RR, temperatura, dihanje, saturacija O ₂)					
IZVEDBA ELEKTROKARDIOGRAMA (EKG)					
IZVEDBA SPIROMetriJE					
IZVEDBA PREVEZE KIRURŠKE RANE					
ODSTRANITEV ŠIVOV/SPONK					
MENJAVA SISTEMA TORAKALNE DRENAŽE (pleurovac)					
ASISTENCA – SODELOVANJE PRI DIAGNOSTIČNIH PREISKAVAH (biopsije, punkcije.)					
ODVZEM VENOZNE KRVI					
UVAJNAJE VENSKEGA KATETRA (iv kanile, periferni iv kateter)					
APLIKACIJA ZDRAVIL I.V.					
APLIKACIJA KISIKA					
PUNKCIJA ARTERIJE ZA PLINSKO ANALIZO					
ASPIRACIJA DIHALNIH POTI SKOZI TUBUS NA UMETNI VENTILACIJI					
UVAJANJE URINSKEGA KATETRA (ženske)					
UVAJANJE NGS					
APLIKACIJA KLIZME					
VSTAVITEV SUBKUTANE KANILE					
PREVEZA KRONIČNE RANE					
ODSTRANITEV ARTERIELNE KANILE					
PRIKLJUČITEV PACIENTA NA MONITOR					
OBPOSTELJNI TEST ZA DLOČANJE KRVNE SKUPINE					
TEMELJNI POSTOPKI OŽIVLJANJA					
CEPLJENJE OTROKA					
ODVZEM KRVI IZ PETE					