



Fakulteta za zdravstvo
Jesenice
Faculty of Health Care
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**POGOJI ZA DOBRO SODELOVANJE S
PACIENTOM**

**CONDITIONS FOR A GOOD RELATIONSHIP
WITH PATIENTS**

Mentor: dr. Saša Kadivec, viš. pred.

Kandidat: Nika Rebernik

Jesenice, september, 2014

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici, dr. Saši Kadivec, viš. pred., za mentorstvo, usmeritve, nasvete in spodbude pri pripravi in nastajanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se svojim najbližjim in prijateljem za podporo in spodbudo pri dosegu zastavljenega cilja.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Namen diplomskega dela je teoretično in na podlagi pridobljenih podatkov prikazati pogoje za dobro sodelovanje med medicinsko sestro in pacientom ter medsebojne odnose med medicinsko sestro in pacientom v zasebni kirurški ambulanti Estetike Fabjan.

Cilj: Glavni cilji so ugotoviti, katerim dejavnikom za dobro sodelovanje dajejo pacienti največji pomen in, ali dobra informiranost pacienta pripomore k boljšemu sodelovanju ter zaupanju.

Metoda: Podatke smo zbrali s pomočjo anketnega vprašalnika, ki je sestavljen za namen diplomskega dela. V raziskavi je sodelovalo 44 pacientov, naročenih na ambulantni kirurški poseg v zasebni kirurški ambulanti estetike Fabjan, 40,9 % moških in 59,1 % žensk.

Rezultati: Ocena odnosa medicinske sestre do pacienta je v povprečju ocenjena s 4,75. Ocenjevali so z oceno od 1 do 5, pri čemer 1 pomeni zelo slabo in 5 odlično, medtem ko obstaja srednje močna pozitivna korelacija med odnosom medicinske sestre in sodelovanjem med pacientom in medicinsko sestro ($\rho = 0,51$; $p < 0,001$).

Pacienti so najbolj informirani o nadaljnji zdravstveni oskrbi doma (povprečna ocena 4,77). Vsi vidiki informiranja pacienta so pozitivno in statistično značilno povezani z zaupanjem v medicinsko sestro. Obstaja statistično značilna pozitivna povezanost med informiranostjo pacienta in sodelovanjem pacienta z medicinsko sestro ($\rho = 0,612$, $p < 0,001$). Ocena uporabe modela partnerskih odnosov (povprečna ocena 4,11). Dejavniki, ki povzročajo največ stresa pri pacientih, so možnost nastanka operativnih zapletov in tveganj (povprečna ocena 3,73), sledi jim okrevanje (povprečna ocena 3,45) in bolečina po operaciji (povprečna ocena 3,39).

Razprava: Naloga je pokazala, da je za vzpostavitev dobrih odnosov s pacientom pomembno predvsem aktivno vključevanje pacienta v zdravstveno nego in informiranje pacienta v vseh fazah procesa zdravstvene nege.

Ključne besede: odnos, sodelovanje, partnerski odnos, zdravstvena nega, informiranje pacienta, medicinska sestra, pacient.

SUMMARY

Theoretical background: Goal of this thesis is to present conditions that form basic for good two way relationship between nurses and patients at private practice of aesthetic surgery Estetika Fabjan. Both theory and analysis of gathered data was used to support conclusions.

Goals: The primary purpose of this study was to determine what factors, influence decision when evaluating quality matrices of relationship, are most relevant from patient perspective. Other theme covered is what impact does information sharing with patient has on level of trust and quality of relationships between nurse and patient.

Method: Data was gathered with a questionnaire, which was custom made to support this bachelor thesis. Number of respondents was 44 all scheduled for surgical treatment in private practice of aesthetic surgery Estetika Fabjan. 59,1 % of respondents declared themselves as females and 40,9% as males.

Result: On average patients evaluated relationship with nurse with metric of 4,75 on scale from 1 to 5 where 5 is metric of highest level (max value). Meanwhile there exist strong positive correlation between attitude of nurse toward patient, and cooperation between them ($\rho = 0,51$; $p < 0,001$). Patients evaluated that they obtained the most detailed information in area of Post-operative care (average metric 4,77). All aspects of how well patient is informed are positively and statistical related to trust level that patient experiences toward nurse ($\rho = 0,612$, $p < 0,001$). Data also reflects correlation between how informed patient is and relationship quality. Evaluation of usage of partnership model (average metric 4,11). The biggest stressors for patients are, surgery risks and complications (average metric 3,73), next is rehabilitation (average metric 3,45) and pain after surgery (average metric 3,39) .

Discussion: Written thesis, demonstrated that for good relationship with patients most important is active inclusion of patient into process of healthcare and sharing information during all phases of treatment process.

Keywords: relationship, cooperation, partnership, nursing, healthcare, informing of patient, patient.

KAZALO

1 UVOD.....	1
2 TEORETIČNI DEL.....	2
2.1 ODNOSI MED MEDICINSKO SESTO IN PACIENTOM.....	2
2.2 PARTNERSKI ODNOS.....	3
2.2.1 Atributi partnerskega odnosa.....	3
2.3 POMEN KOMUNIKACIJE IN MEDOSEBNIH ODNOSOV V ZDRVSTVENI NEGI.....	5
2.3.1 Terapevtski odnos in komunikacija.....	6
2.4 INFORMIRANJE IN POUČEVANJE.....	7
2.5 POMANJKANJE KADRA V ZDRAVSTVENI NEGI.....	8
2.6 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI PRIPRAVI PACIENTA NA AMBULANTNI KIRURŠKI POSEG.....	10
3 EMPIRIČNI DEL.....	14
3.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA.....	14
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	14
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	16
3.3.1 Metode in tehnika zbiranja podatkov.....	16
3.3.2 Opis merskega instrumenta.....	16
3.3.3 Opis vzorca.....	18
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov.....	19
3.4 REZULTATI.....	20
3.5 RAZPRAVA.....	34
4 ZAKLJUČEK.....	40
5 LITERATURA.....	42
6 PRILOGA.....	46
6.1 ANKETNI VPRAŠALNIK.....	46

KAZALO TABEL

Tabela 1: Opis vzorca.....	19
Tabela 2: Rezultati odgovorov o informiranosti pacientov.....	21
Tabela 3: Informiranost pacientov v procentih.....	21
Tabela 4: Sodelovanje s pacientom.....	22
Tabela 5: Sodelovanje s pacientom izraženo v procentih.....	23
Tabela 6: Odnos medicinskih sester.....	23
Tabela 7: Odnos medicinskih sester izražen v procentih.....	24
Tabela 8: Ocena dejavnikov za dobro sodelovanje s pacientom.....	24
Tabela 9: Ocena dejavnikov za dobro sodelovanje s pacientom izraženo v procentih. .	25
Tabela 10: Ocena dejavnikov o zaupanju pacientov.....	26
Tabela 11: Ocena dejavnikov, ki povzročajo stres pri pacientu.....	26
Tabela 12: Ocena dejavnikov, ki povzročajo stres pri pacientu izraženo v procentih. ..	27
Tabela 13: Ocena časa medicinske sestre, ki si ga vzame za pacienta.....	27
Tabela 14: Ocena časa medicinske sestre, ki si ga vzame za pacienta izražena v procentih.....	28
Tabela 15: Med starostjo pacienta in sodelovanjem med medicinsko sestro ter pacientom obstaja povezanost.....	29
Tabela 16: Med izobrazbo pacienta in sodelovanjem med medicinsko sestro s pacientom obstaja povezanost.....	29
Tabela 17: Med informiranostjo pacienta s strani medicinske sestre in zaupanjem pacienta medicinski sestri obstaja povezanost.....	30

Tabela 18: Med informiranostjo pacienta in sodelovanjem z medicinsko sestrom obstaja povezanost.	31
Tabela 19: Med odnosom medicinska sestra-pacient in sodelovanjem med medicinsko sestrom in pacientom obstaja povezanost.	32
Tabela 20: Med odnosom medicinske sestre s pacientom in zaupanjem pacienta medicinski sestri obstaja povezanost.	33
Tabela 21: Med obremenjenostjo medicinske sestre in sodelovanjem medicinske sestre s pacientom obstaja povezanost.	34

1 UVOD

Medicinske sestre skrbijo za ljudi, pogosto za bolne, zato je v zdravstveni negi pomembno, da se slednje zavedajo, da morajo poleg oskrbe fizičnega vidika pri pacientu upoštevati tudi psihični, socialni in duhovni vidik, zato morajo imeti široka znanja, da paciente lahko obravnavajo celostno. Pacienti so pogosto popolnoma odvisni od pomoči medicinskih sester in nimajo druge izbire, kot da svoje življenje zaupajo v roke zdravstvenim delavcem, ki pa se morajo zavedati, da je stiska pri pacientih vedno prisotna, zato jo morajo poskušati ovrednotiti in pri svojem delu upoštevati. V pogovoru s pacienti morajo ustvariti odnos, ki bo stisko zmanjševal (Bizjak, 2007, str. 250).

Sodobna zdravstvena nega, ki temelji na teoretičnih modelih, dognanjih raziskav in procesu zdravstvene nege, postavlja v središče dogajanja človeka s svojimi fizičnimi, psihičnimi, socialnimi, duhovnimi potrebami in vrednotami. Omogoča njegovo aktivno sodelovanje v procesu zdravstvene nege in s tem možnost uresničevanja etičnega načela spoštovanja avtonomije oziroma neodvisnost pacienta. V takem odnosu je pacient subjekt, ki sta mu zagotovljena integriteta in dostojanstvo (Košir, 2004, str. 297).

Zadovoljstvo pacienta je pomemben kazalnik kakovosti in prikazuje predvsem kakovost sporazumevanja, medsebojnih odnosov in organizacije dela, pri čemer ima vsak pacient o tem svojo predstavo (Prestor, 2009). Ko merimo zadovoljstvo pacientov, omogočimo pacientom, da izrazijo svoja mnenja in sodelujejo pri odločanju o zdravstveni oskrbi in zdravstveni negi, saj se zadovoljstvo pacientov vedno zrcali v luči končnega izida oskrbe (ibid., str. 2).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 ODNOSI MED MEDICINSKO SESTO IN PACIENTOM

Odnos v zdravstveni negi je socialni stik med udeleženci v določenem procesu, saj je vsako srečanje med medicinsko sestro in pacientom določena oblika odnosa, ki se oblikuje (Naka, 2009, str. 51).

Coppabianca in sodelavci (2009) v raziskavi potrjujejo, da je za razvoj in oblikovanje primerne odnosa s pacienti potrebno upoštevati njihove potrebe in želje (Coppabianca, 2009).

Zdravljenje in zdravstvena nega potekata v odnosih, ki so zelo zapleteni in včasih ključno vplivajo na sodelovanje pacienta in njegovo zadovoljstvo z obravnavo v zdravstveni ustanovi (Naka, 2009, str. 51).

Na te zapletene odnose vpliva struktura posameznega pacienta, saj se pogovarjamo z mladimi, odraslimi, z moškimi in ženskami. Pacienti se torej razlikujejo tudi po značaju. Nekateri so potrpežljivi, razdražljivi, zainteresirani, nezainteresirani, vdani v usodo, pasivni, medtem ko so drugi nenehni spraševalci in zelo aktivni. Zato moramo uporabiti vsa govorniška sredstva, da jim olajšamo poslušanje in razumevanje. Ljudje imamo različne izkušnje in občutke, zato zaznavamo in razumemo situacije na drugačen način. Če želimo olajšati navezovanje medsebojnih stikov in omogočiti učinkovito sporazumevanje, moramo doseči, da pacienti vso pozornost posvetijo našim besedam in zato se moramo naučiti mešanice govoric, s katerimi zaposlamo vseh pet čutov (Dermol Hvala, 2001povz. po Vavh Janiš, 2013).

Vzpostavljeni humani medsebojni odnosi so temelj priznavanja vrednot posameznika in omogočajo pacientu pravico do sprejemanja lastnih odločitev, kar mu lajša čas bolezni. Razvijanje takšnih odnosov ne zahteva le dobro organizirane in na znanstvenih dokazih osnovane prakse, temveč predstavlja predvsem visoko moralen, human, skrben in nesebičen pristop do soljudi. Medsebojni odnosi so ključnega pomena v vseh

medčloveških stikih in toliko bolj v zdravstveni negi, ker so navadno povezani z boleznijo, torej z bolečino in s trpljenjem (Pajnkihar, 2003).

Pajnkihar (2003) razčlenjuje proces vzpostavljanja medsebojnih partnerskih odnosov po stopnjah in ga pogojuje s številnimi dejavniki, kot so osebne značilnosti pacientov in medicinskih sester, njihova pričakovanja, življenjske izkušnje, znanje, spretnosti in predanost medicinskih sester pacientom in zdravstveni negi. Sodelujoči v raziskavi so posebej vzpostavili spoštovanje kot temeljno vrednoto medsebojnih odnosov in spoštovanje človekovega dostojanstva. Analiza podatkov, pridobljenih v raziskavi in njihova primerjava z literaturo, dokazujejo, da so tudi v našem okolju zdravstvene nege najpomembnejši medosebnimi odnosi. Podatki iz raziskave prikazujejo situacijo v zdravstveni negi, v kateri so lahko medosebni stiki v procesu zdravstvene nege napačno razumljeni ali zanemarjeni. Odgovori jasno kažejo na dejstvo, da sta zdravstvena nega in profesionalnost v največji meri odvisni od medicinskih sester, ki so odgovorne za vzpostavitev medosebnih odnosov, kateri morajo temeljiti na medsebojnem spoštovanju in zaupanju.

2.2 PARTNERSKI ODNOS

Pacienti ocenjujejo za najbolj pomembne faktorje v procesu zdravstvene nege strokovno oskrbo, dobro komunikacijo, točno informacijo in partnerski odnos (Klančar, Štromajer, 2009).

S partnerskim odnosom se skuša doseči, da pacient prevzame aktivno vlogo v procesu zdravljenja in zdravstvene nege, vključno s prepoznavanjem in reševanjem problemov. Tak proces lahko poteka, v kolikor je med medicinsko sestro in pacientom vzpostavljen zaupen odnos (Štromajer, Klančar, 2009).

2.2.1 Atributi partnerskega odnosa

Pajnkihar (2003) navaja temeljne elemente enakopravnega medsebojnega partnerskega odnosa, ki se medsebojno prepletajo in dopolnjujejo v medsebojnem partnerskem odnosu.

Spoštovanje je etično načelo in pomemben element zdravstvene nege ter pacientova pravica, medtem ko je spoštovanje človeka osnovni pogoj za priznavanje dostojanstva, zaupanja, empatije, avtonomije, pravice do informiranja, pravice do obveze in dolžnosti informiranja ter sprejemanja odločitev. Spoštovanje je opisano kot moralna obveza in celo kot človekova pravica ter ga ni mogoče ločiti od zdravstvene nege in se vzpostavlja kot osnovno etično načelo zdravstvene nege, ki služi kot temelj za odzivno, miselno in vedenjsko usmeritev do ljudi. Spoštovanje je predpogoj za priznavanje in izkazovanje dostojanstva, prirojene vrednosti in edinstvenosti človeka ter pogoj za sposobnost samoodločanja in je osnovni pogoj za razvijanje partnerskih odnosov, vzpostavitev moralnih in profesionalnih kriterijev oziroma meril za kognitivno in emocionalno vedenje do pacientov in ljudi. Hkrati spodbuja in odraža občutek dostojanstva, varnosti, intimnosti, zaupanja, razumevanja in empatije, tako da je pacient, ki je spoštovan in informiran, v stanju, da lahko sprejema svoje lastne odločitve. Spoštovanje je etično načelo in ključna lastnost pri uveljavitvi humanosti znotraj zdravstvene nege, hkrati pa osnovna pacientova pravica (Pajnkihar, Harih, 2011).

Dostojanstvo je osnovna dolžnost zdravstvene nege v odnosu do pacienta, ki vodi k humanim partnerskim odnosom (Pajnkihar, 2003).

Zaupanje je temelj vsakega medsebojnega odnosa, ki je pogojeno s preteklimi izkušnjami in osebnostnimi značilnostmi.

Empatija je najgloblje razumevanje razuma, čustev in občutij drugega, ki je mogoča ob vzpostavitvi enakovrednega partnerskega odnosa.

Informiranje pacienta je temeljna pravica pacienta do jasnih in razumljivih informacij, na osnovi katerih lahko izbira med razpoložljivim obsegom možnosti.

Avtonomija pacienta je osnova za sposobnost sodelovanja in sprejemanja lastnih odločitev (ibid.).

Sprejemanje odločitev je pravica in dolžnost ter hkrati obveza podajanja jasnih informacij, ki zajemajo razlago o različnih alternativnih možnostih ter posledicah in so potrebne za osveščeno sprejemanje odločitev. Pomembno je, da je pacient vključen v enakovredni partnerski odnos in da njegovo sodelovanje temelji na vzajemnem spoštovanju, zaupanju in dostojanstvu sprejemanju odločitev (Pajnkihar, Harih, 2011).

Medicinska sestra je odgovorna za vzpostavitev medsebojnega partnerskega odnosa z empatičnim in intelektualnim odzivanjem na pacientova prepričanja, potrebe in težave. To spodbuja spoštovanje, zaupanje in dostojanstvo ter pomaga pacientu povrniti samostojnost in integriteto misli, duha ter telesa (Pajnkihar, Lahe, 2006).

2.3 POMEN KOMUNIKACIJE IN MEDOSEBNIH ODNOSOV V ZDRVSTVENI NEGI

Preko komunikacije in medosebnih odnosov poteka pomemben del zdravstvene nege, to sta informiranje in poučevanje pacientov ter njihovih svojcev. O komunikaciji danes mnogo pišemo in govorimo, saj je zelo pomembna pri zadovoljevanju potreb vsakega posameznika.

Čuk (2005) govori o komunikaciji kot temeljni funkciji medčloveških odnosov, z upoštevanjem etičnih načel in posebnosti posameznikov.

O komunikaciji med ljudmi govorimo tedaj, ko med partnerji v socialnem odnosu teče nepretrgan tok sporočil. Sporočila, ki jih udeleženci v komunikaciji med seboj izmenjujejo, so lahko verbalna in neverbalna (Ule, 2005).

Pri komunikaciji gre torej za dinamičen proces in odkrivanje dejavnikov, ki vplivajo na njo, saj lahko medicinska sestra natančneje oceni pacientovo doživljanje (Ivanuša, Železnik, 2008, str. 45).

Besedno komunikacijo podkrepimo z nebesedno komunikacijo, kar pomeni, da medicinska sestra sposobnost pogovora uporabi pri oskrbi pacienta tako, da ga obvešča,

vzdržuje dobro počutje, poveča razumevanje, razjasni nepravilne informacije. Pomembne sestavine učinkovite komunikacije so samozavest, sočutje, odkritost in spoštovanje. Medicinski sestri pri dobri komunikaciji pomagajo tudi obvladovanje nebesedne drže, kultura in izkušnje. Posebnosti pacienta, ki lahko ovirajo komunikacijo, so nekomunikativnost, sovražno razpoloženje, napadalnost in druge negativne lastnosti (Ivanuša, Železnik, 2008).

Podporno komuniciranje nam omogoča, da v zdravstveni negi izvajamo aktivnosti komuniciranja z namenom dajanja in iskanja pomoči ljudem v stiski. Pomoč lahko dajemo v obliki pozitivne čustvene podpore ali v interakciji s situacijami pri reševanju problemov. Podporno socialno vedenje in komuniciranje lahko zmanjša bolečino, pri čemer sta najpomembnejša dejavnika empatija in sočutje (Ule, 2009).

2.3.1 Terapevtski odnos in komunikacija

Terapevtski odnos je osnova zdravstvene nege in vključuje pacientovo sodelovanje ter njegove cilje. Vodilni cilj medicinske sestre je komunikacija, ki pospešuje dobro počutje in osebno rast pacienta. Terapevtska komunikacija omogoča pacientu samoodločanje, pri čemer je slednji v središču pozornosti, medtem ko cilje določa strokovnjak.

Pomembno je sledeče: biti svetovalec pacientu, graditi zavezništvo z njim in ohraniti njegovo avtonomijo. Veščine dobre terapevtske komunikacije so: aktivno poslušanje, pojasnitev, tolažba, pozornost, odkritost, informiranje, pogovarjanje, ponavljanje, refleksija, povzemanje, svetovanje, tišina (Ivanuša, Železnik, 2008, str. 43).

Uspešno terapevtsko komuniciranje medicinske sestre s pacientom in njegovimi svojci je pogoj za vzpostavitev pozitivnega in konstruktivnega medsebojnega odnosa. V takem odnosu se pacient počuti, da je sprejet kot človek in osebnost, zaupa medicinski sestri in se počuti varnega ter spoštovanega (Hajdinjak, Meglič, 2006).

V ambulantni dejavnosti je izrednega pomena terapevtski odnos, ki deluje kot podpora, skrb in varnost pacientu. Ključni elementi terapevtskega odnosa so: spoštovanje do sočloveka, empatija, dobre komunikacijske sposobnosti in podpora pacientu. Iz

raziskave, ki je bila izvedena v Salfordu v Angliji (Mottoram, 2009), razberemo, da je ambulantna operacija lahko zelo stresna za pacienta, stres pa povzroča predvsem nezaupanje pacientov, novo okolje, nepoznano osebje, neinformiranost pacientov in seveda nezmožnost dela po operaciji. Na zaupanje in zadovoljstvo pacientov pa v veliki meri vplivajo tudi njihova pričakovanja in pretekle izkušnje. Če pacientova pričakovanja niso izpolnjena, veliko težje vzpostavimo terapevtski odnos in zaupanje. V raziskavi so ugotovili, da je zelo pomembno, da medicinska sestra vzpostavi terapevtski odnos in prepozna potrebe pacientov (ibid., 2009).

2.4 INFORMIRANJE IN POUČEVANJE

Humar, Bavčar, Karnjuš (2010) opisujejo, da so pozornost, socialna interakcija in informiranje s poučevanjem nujno potrebni pri sprejemu in odpustu pacientov. Da bi bila zdravstvena nega vedno bolj usmerjena v pacienta, je potrebno ovrednotiti kakovost interakcij med medicinsko sestro in pacientom in upoštevati vidik pacientov in njihove izkušnje.

Medicinska sestra je dolžna paciente informirati o njegovih pravicah, ki so določene v nacionalni zdravstveni zakonodaji in drugih obstoječih pravnih stikih. Informiranost vsakega pacienta in njegove družine je eden izmed osnovnih elementov enakovrednega partnerskega odnosa med medicinsko sestro, pacientom in ostalimi člani negovalnega tima. Preprečevanje zaskrbljenosti zaradi pomanjkanja informacij je ena osnovnih aktivnosti medicinske sestre, ki bistveno vpliva na kakovost pacientovega življenja. Z ustreznimi načini verbalne komunikacije zagotavljamo potrebne informacije in mu vlivamo pogum (Šemrl, 2004).

Humar, Bavčar, Karnjuš (2010, str. 203) so mnenja, da se morajo pacientom posredovati specifične informacije v vseh fazah priprav na operativni poseg, med njimi in ob odpustu. Pri soočanju z vzroki zaskrbljenosti morajo pacientom dati možnost, da svoje skrbi izrazijo in medicinske sestre morajo zagotavljati ter okrepiti v pacienta usmerjeno zdravstveno nego.

Poučevanje je neposredno povezano z intervencijami zdravstvene nege in sodi med kompetence medicinske sestre. Strokovna in ustvarjalna raven zdravstvene nege omogoča pacientu doseči primerno raven znanja. V tem smislu je poučevanje in podajanje informacij nujno za zagotavljanje v pacienta usmerjene zdravstvene nege (Humar et al., 2010, str. 197). Prav tako Ivanuša in Železnik (2008, str. 25) govorita o poučevanju pacientov kot o delu bolnišnične obravnave in pri tem poudarjata, da je zanj potreben individualni pristop. Pacient in svoji morajo samostojno izvajati potrebne aktivnosti.

Kot opisujeta Ivanuša in Železnik (2008), vsak posameznik po svoje razume, kaj se z njim dogaja, po svoje doživlja svoje stanje, prenaša bolezen, bolečino, spremembe in drugače razume vsebino, ki mu jo pripoveduje medicinska sestra. Ravno zaradi navedenega naj bi medicinske sestre povečale pozornost osebnim razlogom, osebnim zgodbam posameznikov in si tako pridobile pomembne informacije, ki bi sooblikovale odločitve glede negovalne diagnoze.

Pristopi pri obravnavi pacientov so v današnjem času povezani predvsem s skrajševanjem časa obravnave, kar z vidika pacienta in zdravstvenega osebja pomeni, da je časa za pogovor manj, zato mora biti zdravstveni tim izredno dobro pripravljen za celovito obravnavo, komunikacijo in informiranje pacienta (Skela Savič, 2007, str. 9).

2.5 POMANJKANJE KADRA V ZDRAVSTVENI NEGI

Učinkovito razpolaganje s človeškimi viri je v času, ko so finančni viri tudi za sisteme zdravstvenega varstva vse bolj omejeni, izjemno pomembno. Glede na to, da sistemi zdravstvenega varstva predstavljajo delovne intenzivne panoge, igrajo človeški viri pri zagotavljanju učinkovitosti ključno vlogo. Pridobivanje in razvoj kadrov v sistemu zdravstvenega varstva je izredno pomembno, medtem ko bo učinkovito delovanje na tem področju v prihodnosti pomenilo konkurenčno prednost vseh držav (Dubois, McKee, Nolte, 2006, povz. po Bregar, 2012).

Spreminjajo se tudi tradicionalne vloge posameznih poklicev v sistemu zdravstvenega varstva, ki se najbolj dotikajo dveh poklicnih skupin, zdravnikov in zaposlenih v zdravstveni negi (Dubois, 2006, povz. po Bregar, 2012).

V Sloveniji so zaposleni v zdravstveni negi zelo obremenjeni. Povprečno primanjkuje od 19 do 22 odstotkov medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (Bregar, 2012). Številke nakazujejo, da bi bila lahko kakovost zdravstvenih storitev in varnost hospitaliziranih pacientov nižja, kar lahko posledično vpliva na slabše izide zdravstvene obravnave, podaljšano bolnišnično obravnavo in nižjo kakovost življenja pacientov. Aikenova in sodelavci (Aiken, 2001, povz. po Bregar, 2012) trdijo, da se ob pomanjkanju kadra v bolnišnicah izvajajo le nujne aktivnosti zdravstvene nege. Raziskava, ki jo je opravila med 43.000 izvajalci zdravstvene nege iz več kot 700 bolnišnic v petih državah z različnimi sistemi zdravstvenega varstva, kaže, da je zdravstvena obravnava pacientov oškodovana z zmanjševanjem kadra v zdravstveni negi, kar vodi do neželenih dogodkov, zdravstvenih napak in slabše kakovosti zdravstvene oskrbe (Aiken et al., 2001, povz. po Bregar 2012).

Rezultati raziskav so lahko pomembni za management bolnišnic, ko odločajo o številu zaposlenih v zdravstveni negi, saj je dokazano, da sta število izvajalcev zdravstvene nege in raven njihove izobrazbe povezana z boljšimi izidi zdravstvene obravnave, nižjim številom neželenih dogodkov in kakovostnejšimi intervencijami zdravstvene nege (Bregar, 2012).

Ena izmed novejših objavljenih raziskav Aikenove (Aiken, 2001, povz. po Bregar, 2012) je presečna študija v več kot 1.000 bolnišnicah v Evropi in Ameriki. V raziskavo je vključenih več kot 61.000 izvajalcev zdravstvene nege in več kot 130.000 pacientov. V vseh vključenih državah se izvajalci zdravstvene nege soočajo s problemi na področju zagotavljanja kakovosti in varnosti izvajanja zdravstvene obravnave, z nezadovoljstvom in izgorevanjem pri delu.

V Sloveniji že vrsto let izvajamo Slovensko kategorizacijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege, s katero paciente uvrščamo glede na potrebe po zdravstveni negi.

Merimo štiri kategorije, pri čemer pacient, razvrščen v prvo kategorijo, potrebuje najmanj intervencij, zaposlenih v zdravstveni negi, medtem ko pacient, razvrščen v kategorijo štiri, pa največ in najzahtevnejše intervencije. Na podlagi razvrščanja pacientov v kategorije in kadrovske normative lahko izračunamo potreben kader v zdravstveni negi (Klančnik-Gruden et al., 2011).

V bolnišnični zdravstveni negi lahko sklepamo, da sta kakovost in varnost zdravstvene obravnave ogrožena, saj že vrsto let izvajamo kategorizacijo zdravstvene nege, s katero dokazujemo pomanjkanje kadra v zdravstveni negi, pri čemer je potrebno poudariti, da primanjkuje več diplomiranih medicinskih sester v primerjavi s tehniki zdravstvene nege, kar je prav tako zaskrbljujoče. Kakovost in varnost izvedene zdravstvene obravnave sta v večji meri odvisni od števila zaposlenih z višjo izobrazbo (Bregar, 2012).

2.6 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI PRIPRAVI PACIENTA NA AMBULANTNI KIRURŠKI POSEG

Sodobne tehnike v kirurgiji in anesteziji omogočajo obravnavo pacientov z ambulantnim načinom dela. Načrtovani ambulantni kirurški posegi omogočajo vrnitev pacienta v domače okolje nekaj ur po operativnem posegu in postavljajo perioperativno zdravstveno nego pred nove zahteve ter izzive. Dobra priprava pacienta, s poudarkom na informiranju, poučevanju, psihološki podpori, zagotavljanju zasebnosti ter usmerjenosti zdravstvene nege v pacienta, so ključni elementi za zagotavljanje zadovoljstva pacientov (Humar et al., 2010 povz. po Gibson, 2006).

Zdravstvena nega pri ambulantnih kirurških posegih se v posameznih vidikih razlikuje od zdravstvene nege na oddelkih ali v operacijski dvorani. Medicinske sestre morajo biti strokovno usposobljene zdravstvene oskrbe pacienta pred, med in po operativnem posegu. Poleg pred in pooperativne zdravstvene nege morajo poznati tudi medoperativno zdravstveno nego in anestezijske tehnike (Oakley, 2005).

Ambulantni kirurški posegi pomenijo spremembo in izziv v nujenju zdravstvene nege. Medicinske sestre morajo zagotoviti kakovostno zdravstveno nego znotraj zdravstvene oskrbe, saj samo tako lahko veliko pripomorejo k vzpostavitvi zaupanja pacientov do vedno krajših bolnišničnih obravnav. Prav zato je potrebna ustrezna priprava tako na operativni poseg, kakor na odpust v domače okolje (Oakley, 2005).

Pozornost, prisotnost, socialna interakcija ter informiranje s poučevanjem so nujno potrebni pri sprejemu in odpustu pacientov, poleg tega pa večajo njihovo zadovoljstvo. Da bi bila zdravstvena nega vedno bolj usmerjena v pacienta, je potrebno ovrednotiti kakovost interakcij med medicinsko sestro in pacientom ter upoštevati vidik pacientov in njihove izkušnje. Ne gre zanemariti dejstva, da je pri tem potrebno upoštevati število zaposlenih medicinskih sester, ki skrbijo za paciente pri pripravi na ambulantne posege (Suhonen, Ivonen, Valimaki, 2007).

Za medicinske sestre je predoperativno učenje pacientov v zelo omejenem času, ki je na razpolago, izziv in dolžnost, ki ju ne smejo opustiti. Mišljenje, da je informiranje pacienta o zdravstvenem stanju le zdravnikova dolžnost, je vzrok, da se medicinske sestre izogibajo dajanju informacij, tudi zato, ker je veliko nejasnosti glede kompetenc in odgovornosti (Tse, So, 2008). Pacienti zelo cenijo poučevanje in informiranje v smislu promocije zdravja v predoperativni fazi. Poučevanje je neposredno povezano z intervencijami zdravstvene nege in sodi med kompetence medicinske sestre. Strokovna in ustvarjalna zdravstvena nega omogočata pacientu doseči primerno raven znanja. V tem smislu je poučevanje in podajanje informacij nujno za zagotavljanje usmerjene zdravstvene nege (Gilmartin, 2004).

Bolnišnična obravnava povzroča pri pacientu psihični (strah in negotovost, prilagajanje novemu okolju), fizični (delna ali popolna odvisnost od drugih) in socialni stres (skrb za službo, tuje okolje). Pri starejših pacientih povzroča bolnišnična obravnava stres zaradi težjega prilagajanja na novo okolje, zaradi nemoči, slabe samokontrole in odvisnosti od tujih oseb (Ivanuša, Železnik, 2008, str. 18).

Osredotočanje na pacienta pomeni, da za zdravstvene delavce niso v ospredju samo anamnestični podatki, pregled pacienta, interpretacija različnih preiskav, patologija in patofiziologija pacientove bolezni ter načrtovanje terapije, ampak da pacienta razumemo kot celovito osebnost, razumemo njegove strahove in potrebe, mu ponudimo možnost izbire, poskrbimo tudi za preventivne ukrepe in promocijo zdravja ter ga upoštevamo kot partnerja pri zdravljenju (Robida, 2009, str. 68).

Osredotočenje na pacienta zagotavlja spoštovanje pacientovih vrednot, upoštevanje izraženih potreb in možnost izbire, zdravljenje bolečine, usklajevanje, povezovanje in nepretrganost zdravstvene obravnave, obveščenost, udobno okolje, stik s svojci in prijatelji ter drugimi izbranimi osebami, prostovoljno navzočnost izbrane osebe, če ta ni proti interesom zdravstvene obravnave (ali zdravimo paciente, tako kot bi zdravili lastne starše ali otroke), izvajanje zdravstvene oskrbe, spoštljive in skladne s potrebami in izbiro, ter zagotavljanje, da pacientove vrednote vodijo odločitve za zdravljenje (Robida, 2006, str. 14).

Medicinske sestre se trudijo, da ima pacient med sprejemom občutek osebne obravnave (Ivanuša, Železnik, 2008, str. 17).

Pri tem je pomembno, da ga obvestijo o načrtovanih ali rutinskih postopkih že med sprejemom. Pacienti namreč zelo cenijo informiranje in poučevanje v smislu promocije zdravja v predoperativni fazi, a za to morajo biti dojemljivi in sprejemati razlago. Informacije morajo biti osredotočene na pacientovo bolezen, zdravila, ki so potrebna za zdravljenje, in pripomočke za lastno nego (Ivanuša, Železnik, 2008).

Predoperativna priprava, predvsem emocionalna podpora, zmanjšuje pacientovo stisko in pospešuje okrevanje, zmanjšana je tudi potreba po analgetikih in manj je pooperativnih zapletov (Seničar, 2006).

Cilj je zagotoviti pacientu najboljšo možno kakovost zdravstvene nege tudi po odpustu. Vsi, ki bodo skrbeli za pacienta, morajo sodelovati pri njegovem načrtovanju, pri čemer so pomembni skupni pogovori o njegovem nadaljnjem poteku zdravljenja. Odpust je treba načrtovati tako, da pacienta in svojce poučijo o negovalnih potrebah, ki jih bo

moral pacient izvajati po odpustu; gibanje, higiena, jemanje zdravil, preveza rane, preprečevanje okužbe, prepoznavanje znakov bolezenskih sprememb, koga lahko prosijo za pomoč itd. Načrtovanje odpusta mora upoštevati zmožnost pacienta za samo nego ali možnost oskrbe v okolju, kjer bo pacient živel po odpustu (Ivanuša, Železnik, 2008).

Biti drugim koristen krepi občutek varnosti, gradi medsebojne odnose in širi čustveno ter razumsko obzorje. Doseči, da se pacient v postelji počuti udobno, nam daje občutek, da smo dosegli, kar je potrebno. Toda pomagati drugemu v stiski, pomeni, da smo se odzvali na njegovo človeško potrebo in to je v življenju pomembno (Tschudin, 2004).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je ugotoviti pogoje za dobro sodelovanje s pacientom in vrste dejavnikov, ki vplivajo na uspešno sodelovanje z njim ter po njegovem mnenju pomembno vplivajo na njegovo zaupanje. Poleg tega želimo tudi ugotoviti, ali dobra informiranost pacienta pripomore k boljšemu sodelovanju in zaupanju. Opravljena raziskava, s katero bomo odgovorili na vprašanja, bo izhodišče za vpeljavo morebitnih sprememb in izboljšav, ki bi bile usmerjene v oblikovanje in izboljševanje odnosa med zdravstvenim osebjem in pacientom.

Cilji diplomskega dela so:

Cilj 1 – Ugotoviti, katerim dejavnikom za dobro sodelovanje dajejo pacienti največji pomen.

Cilj 2 - Ugotoviti, če dobra informiranost pacienta pripomore k boljšemu sodelovanju in zaupanju pacienta.

Cilj 3 – Ugotoviti, ali pacienti občutijo kadrovske stiske v zdravstvu kot dejavnik, ki vpliva na odnos.

Cilj 4 - Ugotoviti, če odnos medicinskih sester, ki ga definiramo kot zaupanje, spoštovanje, način sodelovanja medicinske sestre s pacientom, zagotavljanje zasebnosti, varovanje podatkov in pogled medicinske sestre na pacienta pripomore k boljšemu sodelovanju s pacientom.

Cilj 5 – Ugotoviti, kateri dejavniki pacientom povzročajo največjo stisko pri zdravstveni obravnavi v kirurški ambulanti.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi ciljev in pregledane strokovne literature smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

Raziskovalno vprašanje 1 – Kako odnos medicinske sestre, ki ga merimo z zaupanjem, zagotavljanjem zasebnosti, varovanjem podatkov, spoštovanjem, pogledom medicinske sestre na pacienta in načinom sodelovanja med njima, pripomore k sodelovanju s pacientom in zaupanjem v medicinsko sestro?

Raziskovalno vprašanje 2 – V kakšni meri pacienti občutijo obremenjenost medicinskih sester in kadrovske stiske zaposlenih kot moteč dejavnik za sodelovanje med medicinsko sestro in pacientom?

Raziskovalno vprašanje 3 – Kako informiranost pacienta vpliva na večje zaupanje in boljše sodelovanje pacienta z medicinsko sestro?

Raziskovalno vprašanje 4 – Kako uspešno medicinske sestre pri zdravstveni obravnavi uporabljajo model partnerskih odnosov?

Raziskovalno vprašanje 5 – V kakšni meri povzročajo dejavniki, kot so neznano okolje, anestezija, dolžina operacije, operativni zapleti stisko oziroma zaskrbljenost pri kirurško obravnavanih pacientih?

Hipoteze

Hipoteza 1 – Med starostjo pacienta in sodelovanjem med medicinsko sestro in pacientom, obstaja povezanost.

Hipoteza 2 – Med izobrazbo pacienta in sodelovanjem medicinske sestre s pacientom, obstaja povezanost.

Hipoteza 3 – Med informiranjem pacienta s strani medicinske sestre in zaupanjem v medicinsko sestro, obstaja povezanost.

Hipoteza 4 – Med informiranjem pacienta s strani medicinske sestre in sodelovanjem pacienta z medicinsko sestro, obstaja povezanost.

Hipoteza 5 – Med odnosom medicinska sestra, pacient in sodelovanjem med medicinsko sestro in pacientom, obstaja povezanost.

Hipoteza 6 – Med odnosom medicinska sestra, pacient in zaupanjem pacienta medicinski sestri, obstaja povezanost.

Hipoteza 7 – Med obremenjenostjo medicinskih sester in sodelovanjem medicinske sestre s pacientom, obstaja povezanost.

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnika zbiranja podatkov

Raziskava je potekala od oktobra 2013 do januarja 2014 v zasebni kirurški ambulanti. V empiričnem delu je bila uporabljena deskriptivna metoda, za raziskavo pa metoda anketiranja. Anketa je bila namenjena vsem pacientom po opravljenem ambulantnem kirurškem posegu, pri čemer je bila zagotovljena njihova popolna anonimnost. Metoda anketiranja pacientov je bila izvedena z anketnim vprašalnikom, katerega smo sestavili na podlagi preučene strokovne literature in prakse ter ga razdelili med paciente. Prav tako smo pregledali dostopno strokovno in znanstveno literaturo iz domačega in tujega okolja (torej literaturo v slovenskem in angleškem jeziku), kar smo storili s pomočjo tujih bibliografskih baz, kot so Medline, CINAHL, PubMed in SpringerLink, medtem ko smo za iskanje slovenske literature uporabili virtualno knjižnico Slovenije – COBISS. Iskanje je potekalo s pomočjo naslednjih ključnih besed v slovenskem jeziku, ki so vsebinsko povezane s temo našega diplomskega dela: odnos medicinska sestra-pacient, sodelovanje medicinska sestra-pacient, prezaposlenost medicinske sestre, partnerski odnos, informiranje pacienta, ambulantna-kirurška dejavnost in v angleškem jeziku: relationship nurse-patient, cooperation nurse-patient, partnership nurse-patient, informing patient, day surgery, nurse.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Instrument, ki je bil uporabljen za pridobivanje podatkov, je bil v obliki pisnega strukturiranega anketnega vprašalnika, ki je sestavljen iz dveh sklopov. Anketni vprašalnik je pripravljen na osnovi pregleda literature in že opravljenih raziskav o odnosih zdravstvenega osebja do pacientov, o pogojih za dobro sodelovanje s pacientom, o spoštovanju, informiranju in zagotavljanju zasebnosti slednjega. Pregled smo opravili v slovenskem in tujem prostoru, ki opisuje odnos zdravstvenega osebja (srednjih medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov) do pacientov in o drugih pogojih, ki vplivajo na dobro sodelovanje s pacientom, kot so obremenjenost medicinskih sester, vpliv izkušenj medicinskih sester na odnos med medicinsko sestro in pacientom.

Rezultati raziskav so nam pomagali izluščiti, kaj pomembno vpliva na dobro sodelovanje s pacientom, medtem ko so nam zaključki raziskav pomagali pri oblikovanju ključnih vprašanj. V anketni vprašalnik smo vključili deset vprašanj, pri čemer smo merski inštrument oziroma anketni vprašalnik oblikovali sami, glede na cilje in namen diplomskega dela.

Prvi sklop vprašanj zajema demografske podatke pacientov, kot so starost, spol in izobrazba, medtem ko drugi sklop zajema stališča o informiranosti pacienta, partnerskem odnosu, obremenjenosti medicinskih sester in o dejavnikih, ki povzročajo stisko oziroma največjo zaskrbljenost pacientom.

Stališča do pojava so izražena z Likertovo lestvico (petstopenjska) v kombinaciji z ocenjevalno lestvico (1 = se sploh ne strinjam, 2 = se strinjam, 3 = neopredeljen, 4 = se delno strinjam, 5 = se popolnoma strinjam). Poleg prej omenjenih lestvic smo v anketni vprašalnik vključili tudi zaprte tipe vprašanj.

Pri četrtem vprašanju so pacienti ocenjevali informiranost glede kirurškega posega in ocenjevali trditve, kot so predhodna razlaga poteka kirurškega posega, razlaga o načinu rehabilitacije, obveščanje o poteku obravnave in navodila medicinskih sester glede oskrbe doma. Pri petem vprašanju so pacienti ocenjevali partnerski odnos, trditve o možnosti sodelovanja z medicinskimi sestrami, o zaupanju v njih, možnosti postavljanja vprašanj in vključevanja v zdravstveno obravnavo, upoštevanju želja pacientov in spoštljivosti obravnave. Pri desetem vprašanju so pacienti ocenjevali čas medicinskih sester, ki si ga vzamejo za pacienta, ocenjevali so trditve o možnosti pogovora z njimi, o številu naročenih pacientov in o posvečanju medicinskih sester pacientom. Pacienti so ocenjevali stopnjo strinjanja in nestrinjanja (1 = se sploh ne strinjam, 2 = se strinjam, 3 = neopredeljen, 4 = se delno strinjam, 5 = se popolnoma strinjam).

Pri šestem vprašanju so pacienti na splošno ocenjevali odnos medicinskih sester (1 = zelo slab, 2 = slab, 3 = znosen, 4 = dober, 5 = odličen).

Pri sedmem vprašanju so pacienti ocenjevali pomembnost pogojev za dobro sodelovanje z medicinskimi sestrami. Le-ti so prijaznost, spoštovanje, strokovnost in znanje medicinskih sester, spoštovanje, zaupanje, varovanje zasebnosti, enakovreden partnerski odnos, čakalni čas na operativni poseg/pregled, mednarodno priznanje o

kakovosti in varnosti organizacije (1 = ne pomembno, 2 = manj pomembni, 3 = delno pomembno, 4 = pomembno, 5 = zelo pomembno).

Pri osmem vprašanju so morali s številkami oceniti pomembnost dejavnikov za zaupanje medicinskim sestram na skali od 1 do 8, pri čemer je 1 najmanj pomembno in 8 najbolj pomembno. Ocenjevali so naslednje dejavnike: strokovnost in znanje, starost in izkušnje medicinske sestre, spoštovanje, zaupanje, varovanje zasebnosti, enakovreden partnerski odnos, čakalni čas na operativni poseg/pregled, mednarodno priznanje o kakovosti in varnosti organizacije, urejenost medicinske sestre in informiranje o posegu.

Pri devetem vprašanju so morali prav tako pacienti oceniti, kateri dejavniki jim povzročajo največjo zaskrbljenost pri ambulantnih kirurških posegih (1 = me sploh ne skrbi, 2 = me ne skrbi, 3 = me delno skrbi, 4 = me skrbi, 5 = me zelo skrbi). Ocenjevali so neznano okolje, anestezijo, dolžino operacije, možne operativne zaplete in tveganja, bolečino, okrevanje in zmožnost opravljanja vsakodnevnih aktivnosti po operaciji.

3.3.3 Opis vzorca

Po predhodni pridobitvi soglasja smo 50 anketnih vprašalnikov razdelili pacientom, operiranih v kirurški ambulanti. Vrnjenih in pravilno izpolnjenih vprašalnikov je bilo 44.

Tabela 1: Opis vzorca

Struktura vzorca po spolu.		
	f	f %
Moški	18	40.9
Ženski	26	59.1
Skupaj	44	100.0
Struktura vzorca po starosti.		
	f	f %
Pod 20 let	3	6.8
20–30 let	6	13.6
31–40 let	12	27.3
41–50 let	12	27.3
Nad 50 let	11	25.0
Skupaj	44	100.0
Struktura vzorca po izobrazbi.		
	f	f %
Osnovna šola	1	2.3
Poklicna šola	5	11.4
Srednja šola	19	43.2
Višja ali visoka šola	8	18.2
Univerza in več	11	25.0
Skupaj	44	100.0

* OŠ = Osnovna šola, f = frekvenca, f % = delež v odstotkih.

V vzorec je bilo vključenih 44 anketirancev, od tega 59 % žensk in 41 % moških, med katerimi jih je več kot polovica starih med 31 in 50 let, četrtnina je starejših od 50 let, 20 % pa mlajših od 31 let. Največji delež (43 %) je srednje izobraženih in ravno toliko višje ali visoko izobraženih, medtem ko ima poklicno šolo ali manj 13,7 % anketirancev. Podroben opis vzorca je predstavljen v tabeli 1.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Potem ko nam je Komisija za študijske zadeve odobrila dispozicijo diplomskega dela, smo pridobili soglasje za opravljanje raziskave v Estetiki Fabjan. Vprašalnike smo kopirali in razdelili vsem pacientom po opravljenem kirurškem posegu v času poteka

raziskave, ki je potekala od oktobra 2013 do januarja 2014. Anketiranje je bilo anonimno, medtem ko so bili podatki obdelani s statističnim programom SPSS (Statistical Package FOR The Social Sciences), verzijo 22, in z računalniškim programom Microsoft Excel 2007.

Iz opisnih statistik je razvidno, da so bili anketiranci manj kritični in so se s trditvami večinoma strinjali, kar vodi do asimetrične porazdelitve odgovorov, in sicer so bile pri pozitivnih trditvah porazdelitve odgovorov asimetrične v levo, pri negativnih pa asimetrične v desno. Za testiranje hipotez smo uporabili korelacijsko analizo, s katero smo dokazovali povezanost med spremenljivkami, kot na primer, ali obstaja povezanost med obremenjenostjo medicinske sestre in sodelovanjem medicinske sestre s pacientom. Povezanost med dvema spremenljivkama smo zaradi asimetričnosti porazdelitev merili s Spearmanovim koeficientom korelacije, ki ga izračunamo na podlagi rangiranih podatkov. Korelacijski koeficient lahko zavzame vrednosti med -1 in 1, pri čemer -1 pomeni popolno negativno povezanost med spremenljivkama, +1 pa popolno pozitivno povezanost med spremenljivkama, medtem ko, če je enak 0, pomeni, da med spremenljivkama ni povezanosti. Korelacijski koeficient je izračunan na vzorčnih podatkih, zato za sklepanje na populacijo izračunamo p-vrednost, ki je najmanjša stopnja značilnosti, pri kateri še lahko zavrnilo ničelno hipotezo in hkrati verjetnost, da smo koeficient, toliko različen od 0, dobili po naključju. Testiramo namreč hipotezo, da je korelacijski koeficient različen od 0, ničelna hipoteza pa pravi, da je enak 0. Kadar dobimo p-vrednost manjšo ali enako stopnji značilnosti, pri kateri testiramo hipoteze, t. j. $\alpha = 0,05$, alternativne hipoteze ne moremo zavrniti in zaključimo, da med spremenljivkama tudi v populaciji obstaja povezanost (Ferligoj, 1995).

3.4 REZULTATI

Glede na zastavljena raziskovalna vprašanja in hipoteze bomo v nadaljevanju podrobneje predstavili rezultate raziskave.

Tabela 2: Rezultati odgovorov o informiranosti pacientov

	Najmanjša vrednost	Največja vrednost	Povprečje	Mediana	SD	KV	n
Navodila medicinske sestre glede zdravstvene oskrbe doma sem dobro razumel/-a.	3	5	4,77	5	0,48	0,10	44
Pridobil/-a sem dovolj informacij/navodil glede nadaljnje oskrbe operativne rane doma.	3	5	4,75	5	0,49	0,10	44
Medicinska sestra me je seznanila o načinu rehabilitacije.	2	5	4,52	5	0,79	0,18	44
Medicinska sestra mi je predhodno razložila potek posega.	2	5	4,39	5	0,97	0,22	44
V času obravnave so me obveščali, seznanjali s postopkom obravnave.	1	5	4,34	5	0,94	0,22	44
Pridobil/-a sem informacije o zagotovitvi kontaktne osebe/ telefonske številke v primeru pojava zapletov ali dvomov po odpustu.	1	5	4,23	5	1,10	0,26	44

* SD = Standardni odklon, KV = koeficient variabilnosti, n = število odgovarjajočih.

Tabela 3: Informiranost pacientov v procentih.

	se sploh ne strinjam	se ne strinjam	sem neopredeljen	se strinjam	se popolnoma strinjam
Navodila medicinske sestre glede zdravstvene oskrbe doma sem dobro razumel/a.	0.0%	0.0%	2.3%	18.2%	79.5%
Pridobil/a sem dovolj informacij/navodil glede nadaljnje oskrbe operativne rane doma.	0.0%	0.0%	2.3%	20.5%	77.3%
Medicinska sestra me je seznanila o načinu rehabilitacije.	0.0%	2.3%	11.4%	18.2%	68.2%
Medicinska sestra mi je predhodno razložila potek posega.	0.0%	9.1%	6.8%	20.5%	63.6%
Tekom obravnave so me obveščali, seznanjali s postopkom obravnave.	2.3%	2.3%	11.4%	27.3%	56.8%
Pridobil/a sem informacije o zagotovitvi kontaktne osebe/ telefonske številke v primeru pojava zapletov ali dvomov po odpustu.	2.3%	6.8%	15.9%	15.9%	59.1%

Zanimalo nas je, kako so pacienti informirani glede zdravstvene kirurške oskrbe med, pred in po kirurškem posegu. Anketiranci so na trditve odgovarjali glede na stopnjo strinjanja z možnostjo ocene od 1-5 (1 = se sploh ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = neopredeljen, 4 = se strinjam, 5 = se popolnoma strinjam).

Iz tabele 2 in 3 je razvidno, da so bili pacienti najbolj poučeni oziroma informirani o nadaljnji zdravstveni oskrbi doma v povprečju 4,77 (se popolnoma strinjam 79,5%, se strinjam 18,2%), sledijo navodila glede nadaljnje oskrbe kirurške rane doma 4,75 (se popolnoma strinjam 77,3%, se strinjam 20,5%), informiranje o načinu rehabilitacije 4,52 (se popolnoma strinjam 68,2%, se strinjam 18,2%), slabše pa je bilo ocenjeno seznanjanje oziroma predhodno obveščanje o poteku posega 4,39 (se popolnoma strinjam 63,6%, se strinjam 20,5%), obveščanje o poteku obravnave 4,34 (se popolnoma strinjam 56,8%, se strinjam 27,3%), medtem ko so bili pacienti najslabše obveščeni o številki, na katero lahko pokličejo v primeru zapletov ali vprašanj 4,23 (se popolnoma strinjam 59,1%, se strinjam 15,9%).

Tabela 4: Sodelovanje s pacientom.

	Najmanjša vrednost	Največja vrednost	Povprečje	Mediana	SD	KV	n
Medicinske sestre so me obravnavale spoštljivo.	4	5	4,86	5	0,35	0,07	44
Medicinski sestri sem popolnoma zaupal/-a.	3	5	4,75	5	0,49	0,10	44
Med ambulantnim posegom sem sodeloval/-a z medicinsko sestro.	3	5	4,57	5	0,66	0,14	44
Med zdravstveno obravnavo sem lahko postavljaj/-a vprašanja in se vključeval/-a v zdravstveno obravnavo.	2	5	4,55	5	0,73	0,16	44
Medicinska sestra je upoštevala moje želje.	1	5	4,25	5	1,14	0,27	44
R: Med zdravstveno obravnavo sem imel/-a občutek da medicinske sestre moje težave ne zanimajo.	1	5	4,00	5	1,48	0,37	44

* SD = Standardni odklon, KV = koeficient variabilnosti, n = število odgovarjajočih, R = rekodirano.

Tabela 5: Sodelovanje s pacientom izraženo v procentih.

	se sploh ne strinjam	se ne strinjam	sem neopredeljen	se strinjam	se popolnoma strinjam
Medicinske sestre so me obravnavale spoštljivo.	0.0%	0.0%	0.0%	13.6%	86.4%
Medicinski sestri sem popolnoma zaupal/a.	0.0%	0.0%	2.3%	20.5%	77.3%
Med ambulantnim posegom sem sodeloval/a z medicinsko sestro.	0.0%	0.0%	9.1%	25.0%	65.9%
Med zdravstveno obravnavo sem lahko postavjal/a vprašanja in se vključeval/a v zdravstveno obravnavo.	0.0%	2.3%	6.8%	25.0%	65.9%
Medicinska sestra je upoštevala moje želje.	6.8%	0.0%	13.6%	20.5%	59.1%
R: Med zdravstveno obravnavo sem imel/a občutek da medicinske sestre moje težave ne zanimajo.	15.9%	2.3%	4.5%	20.5%	56.8%

Nadalje smo želeli ugotoviti odnos med medicinsko sestro in pacientom, pri čemer je s pomočjo tabele 4 in 5 razvidno, da se pacienti najbolj strinjajo s trditvijo, da smo jih obravnavali spoštljivo s povprečno vrednostjo 4,86 (se popolnoma strinjam 86,4%, se strinjam 13,6%), sledi zaupanje v medicinsko sestro 4,75 (se popolnoma strinjam 77,3%, se strinjam 20,5%), sodelovanje z medicinsko sestro 4,57 (se popolnoma strinjam 65,9%, se strinjam 25%), možnost sodelovanja in postavljanja vprašanj 4,55 (se popolnoma strinjam 65,9%, se strinjam 25%), upoštevanje želja 4,25 (se popolnoma strinjam 59,1%, se strinjam 20,5%), medtem ko je bila slabše ocenjena trditev, vendar še vedno dovolj dobro, da so imeli pacienti med obravnavo občutek, da nas njihove težave ne zanimajo 4,0 (se popolnoma strinjam, 56,8% se strinjam 20,5%).

Tabela 6: Odnos medicinskih sester.

	Najmanjša vrednost	Največja vrednost	Povprečje	Mediana	SD	KV	n
Kako bi ocenili odnos medicinskih sester v kirurški ambulanti?	3	5	4,75	5	0,49	0,10	44

* SD = Standardni odklon, KV = koeficient variabilnosti, n = število odgovarjajočih.

Tabela 7: Odnos medicinskih sester izražen v procentih.

	zelo slab	slab	znosen	dober	odličen
Kako bi ocenili odnos medicinskih sester v kirurški ambulanti?	0.0%	0.0%	2.3%	20.5%	77.3%

Pacienti so ocenjevali odnos medicinskih sester do njih in odgovarjali z ocenami od 1-5, za kar 1 pomeni zelo slab, 2 = slab, 3 = znosen, 4 = dober in 5 = odličen. S pomočjo tabele 6 in 7 je razvidno, da so pacienti odnos medicinskih sester v povprečju ocenili kot odličen. Najslabša ocena je bila 3 = znosen (2,3%) in najboljša 5 = odličen (77,3%).

Tabela 8: Ocena dejavnikov za dobro sodelovanje s pacientom.

	Najmanjša vrednost	Največja vrednost	Povprečje	Mediana	SD	KV	n
Strokovnost in znanje	4	5	4,95	5	0,21	0,04	44
Zaupanje	4	5	4,82	5	0,39	0,08	44
Prijaznost	3	5	4,75	5	0,49	0,10	44
Varovanje zasebnosti	2	5	4,64	5	0,69	0,15	44
Spoštovanje	3	5	4,52	5	0,70	0,15	44
Čakalni čas na operativni poseg/pregled	2	5	4,39	5	0,75	0,17	44
Mednarodno priznanje o kakovosti in varnosti organizacije	2	5	4,20	4,5	0,95	0,22	44
Enakovreden partnerski odnos	1	5	4,11	4	0,97	0,24	44
Starost in izkušnje medicinske sestre	1	5	3,48	3	1,13	0,33	44

* SD = Standardni odklon, KV = koeficient variabilnosti, n = število odgovarjajočih.

Tabela 9: Ocena dejavnikov za dobro sodelovanje s pacientom izraženo v procentih.

	Nepomembno	Manj pomembno	Delno pomembno	Pomembno	Zelo pomembno
Strokovnost in znanje	0.0%	0.0%	0.0%	4.5%	95.5%
Zaupanje	0.0%	0.0%	0.0%	18.2%	81.8%
Prijaznost	0.0%	0.0%	2.3%	20.5%	77.3%
Varovanje zasebnosti	0.0%	2.3%	4.5%	20.5%	72.7%
Spoštovanje	0.0%	0.0%	11.4%	25.0%	63.6%
Čakalni čas na operativni poseg/pregled	0.0%	2.3%	9.1%	36.4%	52.3%
Mednarodno priznanje o kakovosti in varnosti organizacije	0.0%	6.8%	15.9%	27.3%	50.0%
Enakovreden partnerski odnos	2.3%	2.3%	20.5%	31.8%	43.2%
Starost in izkušnje medicinske sestre	2.3%	18.2%	34.1%	20.5%	25.0%

Pri oceni dejavnikov za dobro sodelovanje s pacientom so pacienti odgovarjali z oceno od 1 (najmanj pomembno) do 5 (najbolj pomembno). Ugotovili smo, da pacienti ocenjujejo vse dejavnike kot pomembne za dobro sodelovanje z medicinsko sestro. Na osnovi tabele 8 in 9 je razvidno, da pacienti največjo pomembnost dajejo strokovnosti in znanju medicinske sestre v povprečju 4,95 (zelo pomembno 95,5%), zaupanju 4,82 (zelo pomembno 81,8%), prijaznosti 4,75 (zelo pomembno 77,3%), varovanju zasebnosti 4,64 (zelo pomembno 72,7%), spoštovanju 4,52 (zelo pomembno 63,6%), čakalnemu času na operativni poseg 4,39 (zelo pomembno 52,3%), mednarodnemu priznanju o kakovosti in varnosti 4,2 (zelo pomembno 50%), enakovrednemu partnerskemu odnosu 4,11 (zelo pomembno 43,2%), medtem ko za manj pomembno ocenjujejo starost in izkušnje medicinske sestre 3,48 (zelo pomembno 25%).

Iz tabele 10 je razvidno, da pacienti menijo, da sta za zaupanje v povprečju najbolj pomembna strokovnost in znanje medicinske sestre (7,64), sledijo prijaznost (7,27) in informiranje o posegu (7,27), varovanje zasebnosti (7,16), spoštovanje (7,00), čakalni čas na operativni poseg (6,89), mednarodno priznanje o kakovosti in varnosti organizacije (6,56), urejenost medicinske sestre (6,57). Pri slednjih dejavnikih so mnenja odgovarjajočih deljena, kar lahko razberemo iz koeficienta variabilnosti, ki je

visok. Najmanjši pomen pripisujejo starosti in izkušnjam medicinske sestre (4,89) ter enakovrednemu partnerskemu odnosu (6,43).

Tabela 10: Ocena dejavnikov o zaupanju pacientov.

	Najmanjša vrednost	Največja vrednost	Povprečje	Mediana	SD	KV	n
Strokovnost in znanje	5	8	7,64	8	0,78	0,10	44
Prijaznost	4	8	7,27	8	1,21	0,17	44
Informiranje o posegu	1	8	7,27	8	1,73	0,24	44
Varovanje zasebnosti	3	8	7,16	8	1,36	0,19	44
Spoštovanje	3	8	7,00	8	1,49	0,21	44
Čakalni čas na operativni poseg/pregled	2	8	6,89	8	1,47	0,21	44
Mednarodno priznanje o kakovosti in varnosti organizacije	2	8	6,56	7	1,75	0,267	44
Urejenost medicinske sestre	2	8	6,57	7	1,62	0,25	44
Enakovreden partnerski odnos	1	8	6,43	7	1,76	0,27	44
Starost in izkušnje medicinske sestre	1	8	4,88	5	2,36	0,484	44

* SD = Standardni odklon, KV = koeficient variabilnosti, n = število odgovarjajočih.

Tabela 11: Ocena dejavnikov, ki povzročajo stres pri pacientu.

	Najmanjša vrednost	Največja vrednost	Povprečje	Mediana	SD	KV	n
Možni operativni zapleti in tveganja	1	5	3,73	4	1,15	0,31	44
Okrevanje po operaciji	1	5	3,45	4	1,13	0,33	44
Bolečina po operaciji	1	5	3,39	3	1,02	0,30	44
Opravljanje vsakodnevnih aktivnosti po operaciji	1	5	3,16	3	1,18	0,37	44
Dolžina operacije	1	5	2,86	3	1,21	0,42	44
Anestezija	1	5	2,80	3	1,15	0,41	44
Neznano okolje	1	5	2,31	2	1,30	0,56	44

* SD = Standardni odklon, KV = koeficient variabilnosti, n = število odgovarjajočih.

Tabela 12: Ocena dejavnikov, ki povzročajo stres pri pacientu izraženo v procentih.

	Me sploh ne skrbi	Me ne skrbi	Me delno skrbi	Me skrbi	Me zelo skrbi
Možni operativni zapleti in tveganja	4.5%	6.8%	34.1%	20.5%	34.1%
Okrevanje po operaciji	4.5%	18.2%	22.7%	36.4%	18.2%
Bolečina po operaciji	2.3%	18.2%	31.8%	34.1%	13.6%
Opravljanje vsakodnevnih aktivnosti po operaciji	11.4%	15.9%	29.5%	31.8%	11.4%
Dolžina operacije	15.9%	27.3%	15.9%	36.4%	4.5%
Anestezija	15.9%	22.7%	34.1%	20.5%	6.8%
Neznano okolje	36.4%	25.0%	15.9%	15.9%	6.8%

Zanimalo nas je, kateri so stresni dejavniki za pacienta in na osnovi rezultatov, zbranih v tabeli 11 in 12, je razvidno, da jim največji stres povzročajo možni operativni zapleti in tveganja v povprečni vrednosti 3,73 (me zelo skrbi 34,1%), sledijo okrevanje 3,45 (me zelo skrbi 18,2%), bolečina po operaciji 3,39 (me zelo skrbi 13,6%), medtem ko na četrto mesto postavljajo opravljanje vsakodnevnih aktivnosti 3,16 (me zelo skrbi 11,4%). Zatem so še dejavniki, ki so ocenjeni kot manj stresni, kamor sodijo dolžina operacije 2,86 (me zelo skrbi 4,5%), anestezija 2,8 (me zelo skrbi 6,8%) in neznano okolje 2,31 (me zelo skrbi 6,8%), pri čemer je mnenje o stresnosti tega dejavnika precej deljeno, saj je koeficient variabilnosti visok (0,56).

Tabela 13: Ocena časa medicinske sestre, ki si ga vzame za pacienta.

	Najmanjša vrednost	Največja vrednost	Povprečje	Mediana	SD	KV	n
Medicinski sestri se je mudilo in se mi ni mogla posvetiti.	1	5	1,66	1	0,99	0,59	44
R: Imel/-a sem dovolj časa za pogovor z medicinsko sestro.	1	5	1,77	2	0,94	0,53	44
Naročenih je bilo več pacientov, kot jih je medicinska sestra lahko obravnavala.	1	5	2,14	2	1,19	0,56	44

* SD = Standardni odklon, KV = koeficient variabilnosti, n = število odgovarjajočih.

Tabela 14: Ocena časa medicinske sestre, ki si ga vzame za pacienta izražena v procentih.

	se sploh ne strinjam	se ne strinjam	sem neopredeljen	se strinjam	se popolnoma strinjam
Medicinski sestri se je mudilo in se mi ni mogla posvetiti.	59.1%	25.0%	9.1%	4.5%	2.3%
R: Imel/a sem dovolj časa za pogovor z medicinsko sestro.	47.7%	34.1%	13.6%	2.3%	2.3%
Naročenih je bilo več pacientov, kot jih je medicinska sestra lahko obravnavala.	38.6%	29.5%	15.9%	11.4%	4.5%

Tabeli 13 in 14 prikazujeta oceno časa medicinske sestre, ki ga je namenila anketiranemu, pri čemer višje vrednosti pomenijo manj časa za pacienta. Ocena 1 pomeni se sploh ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = sem neopredeljen, 4 = se strinjam in 5 = se popolnoma strinjam. Pacienti so v povprečju dobro ocenili časovni vidik medicinske sestre, povprečna vrednost 1,66 (se sploh ne strinjam 59,1%), saj si je po njihovem mnenju vzela dovolj časa za njih 1,77 (se sploh ne strinjam 47,7%). Najslabše so ocenili obremenjenost medicinske sestre zaradi velikega števila naročenih pacientov 2,14 (se sploh ne strinjam 38,6%).

Hipoteza 1: Med starostjo pacienta in sodelovanjem med medicinsko sestro in pacientom obstaja povezanost.

Iz tabele 15 je razvidno, da smo kot kazalnik sodelovanja med medicinsko sestro in pacientom upoštevali trditev: »Med ambulantnim posegom sem sodeloval/-a z medicinsko sestro«; ter trditev: »Med zdravstveno obravnavo sem lahko postavljaj/-a vprašanja in se vključeval/-a v zdravstveno obravnavo«. Izračunali smo Spearmanov korelacijski koeficient med vsako od navedenih spremenljivk in starostjo pacienta.

Med starostjo pacienta in sodelovanjem z medicinsko sestro ni statistično značilne povezanosti ($\rho = 0,16$; $p = 0,300$) in prav tako ni statistično značilne povezanosti med starostjo pacienta in vključevanjem pacienta v zdravstveno obravnavo ($\rho = 0,05$; $p = 0,734$), zato postavljene hipoteze ne moremo sprejeti. Primerjali smo frekvence (starost) in ugotovili, da zaradi majhnosti vzorca ne dobimo statistično pomembnih razlik.

Tabela 15: Med starostjo pacienta in sodelovanjem med medicinsko sestro ter pacientom obstaja povezanost.

	Sodelovanje z medicinsko sestro		Vključevanje pacienta v zdravstveno obravnavo	
	ρ	p	ρ	p
Starost	0.160	0.300	0.053	0.734

* ρ = Spearmanov korelacijski koeficient.

Hipoteza 2: Med izobrazbo pacienta in sodelovanjem med medicinsko sestro s pacientom obstaja povezanost.

Na osnovi tabele 16 je razvidno, da med izobrazbo pacienta in sodelovanjem z medicinsko sestro ni statistično značilne povezanosti ($\rho = -0,07$; $p = 0,660$). Prav tako ni statistično značilne povezanosti med izobrazbo pacienta in vključevanjem pacienta v zdravstveno obravnavo ($\rho = -0,17$; $p = 0,283$), zato postavljene hipoteze prav tako ne moremo sprejeti. Primerjali smo frekvence (starost) in ugotovili, da zaradi majhnosti vzorca ne dobimo statistično pomembnih razlik.

Tabela 16: Med izobrazbo pacienta in sodelovanjem med medicinsko sestro s pacientom obstaja povezanost.

	Sodelovanje z MS		Vključevanje pacienta v zdravstveno obravnavo	
	ρ	p	ρ	p
Izobrazba	-0.068	0.660	-0.166	0.283

* ρ = Spearmanov korelacijski

Hipoteza 3: Med informiranostjo pacienta s strani medicinske sestre in zaupanjem pacienta medicinski sestri obstaja povezanost.

Iz tabele 17 je razvidno, da smo informiranost pacienta merili z več trditvami, in sicer: »Medicinska sestra mi je predhodno razložila potek posega.«; »Medicinska sestra me je seznanila o načinu rehabilitacije.«; »V času obravnave so me obveščali, seznanjali s postopkom obravnave.«; »Pridobil/-a sem dovolj informacij/navodil glede nadaljnje

oskrbe operativne rane doma.«; »Navodila medicinske sestra glede zdravstvene oskrbe doma sem dobro razumel/-a.« in »Pridobil/-a sem informacije o zagotovitvi kontaktne osebe/telefonske številke v primeru pojava zapletov ali dvomov po odpustu.«. Zaupanje pacienta medicinski sestri smo merili s trditvijo: »Medicinski sestri sem popolnoma zaupal/-a.«. Med zadnjo trditvijo in vsako od trditev, ki merijo informiranost pacienta s strani medicinske sestre, smo izračunali Spearmanov koeficient korelacije ter preverili, ali je ta statistično značilen, t. j., ali povezanost med vsakim parom spremenljivk obstaja tudi v populaciji.

Ugotovimo, da so vsi vidiki informiranja pacienta pozitivno in statistično značilno povezani z zaupanjem v medicinsko sestro. Najbolj je z zaupanjem povezano informiranje o nadaljnji oskrbi operativne rane doma ($\rho = 0,75$; $p < 0,001$), najmanj pa obveščanje s postopkom obravnave tekom obravnave ($\rho = 0,31$; $p = 0,039$). Hipotezo lahko v celoti sprejmemo.

Tabela 17: Med informiranostjo pacienta s strani medicinske sestre in zaupanjem pacienta medicinski sestri obstaja povezanost.

	Zaupanje MS	
	ρ	p
Medicinska sestra mi je predhodno razložila potek posega.	0.471	0.001
Medicinska sestra me je seznanila o načinu rehabilitacije.	0.455	0.002
V času obravnave so me obveščali, seznanjali s postopkom obravnave.	0.313	0.039
Pridobil/-a sem dovolj informacij/navodil glede nadaljnje oskrbe operativne rane doma.	0.754	< 0,001
Navodila medicinske sestre glede zdravstvene oskrbe doma sem dobro razumel/-a.	0.555	< 0,001
Pridobil/-a sem informacije o zagotovitvi kontaktne osebe/telefonske številke v primeru pojava zapletov ali dvomov po odpustu.	0.424	0.004

* ρ = Spearmanov korelacijski koeficient.

Hipoteza 4: Med informiranostjo pacienta in sodelovanjem z medicinsko sestro obstaja povezanost.

Informiranost pacienta smo merili s trditvami, ki so se nanašale na sprejem navodil o postopku pregleda, obravnave, rehabilitacije pacienta, na pacientovo razumevanje navodil danih s strani medicinske sestre ter prejem kontaktne številke v primeru težav

po odpustu. Sodelovanje z medicinsko sestro smo merili na dva načina, in sicer kot strinjanje s trditvijo o prisotnosti sodelovanja z medicinsko sestro ter strinjanje s trditvijo, v kolikšni meri je pacient postavljajl vprašanja in se vključeval v obravnavo.

Iz tabele 18 je razvidno, da obstaja statistično značilna pozitivna povezanost med informiranostjo pacienta in sodelovanjem pacienta z medicinsko sestro. Povezanost je najmočnejša med oceno sodelovanja in informiranjem o nadaljnji oskrbi doma ($\rho = 0,612$; $p < 0,001$) ter najnižja med oceno sodelovanja in seznanjen s postopkom obravnave tekom obravnave ($\rho = 0,36$; $p = 0,018$). Postavljanje vprašanj in vključevanje pacienta v zdravstveno obravnavo je pozitivno povezano z informiranjem o poteku posega ($\rho = 0,40$; $p = 0,007$), seznanjanjem s postopkom obravnave ($\rho = 0,31$; $p = 0,043$) in dobrim razumevanjem navodil medicinske sestre o zdravstveni oskrbi doma ($\rho = 0,43$; $p = 0,003$), zato lahko hipotezo sprejmemo deloma.

Tabela 18: Med informiranostjo pacienta in sodelovanjem z medicinsko sestro obstaja povezanost.

	Sodelovanje z medicinsko sestro		Vključevanje pacienta v zdravstveno obravnavo	
	ρ	p	ρ	p
Medicinska sestra mi je predhodno razložila potek posega.	0.574	< 0,001	0.403	0.007
Medicinska sestra me je seznanila o načinu rehabilitacije.	0.425	0.004	0.203	0.186
V času obravnave so me obveščali, seznanjali s postopkom obravnave.	0.356	0.018	0.307	0.043
Pridobil/-a sem dovolj informacij/navodil glede nadaljnje oskrbe operativne rane doma.	0.612	< 0,001	0.239	0.119
Navodila medicinske sestre glede zdravstvene oskrbe doma sem dobro razumel/-a.	0.475	0.001	0.435	0.003
Pridobil/-a sem informacije o zagotovitvi kontaktne osebe/ telefonske številke v primeru pojava zapletov ali dvomov po odpustu.	0.549	< 0,001	0.192	0.212

ρ = Spearmanov korelacijski koeficient.

Hipoteza 5: Med odnosom medicinska sestra-pacient in sodelovanjem med medicinsko sestro in pacientom obstaja povezanost.

Anketiranci so ocenjevali odnos z medicinsko sestro na splošno in ocenili spoštljivost odnosa, v kolikšni meri je medicinska sestra upoštevala njihove želje in v kolikšni meri

so jo zanimale težave pacienta. Merjena sta bila dva vidika sodelovanja, in sicer v kolikšni meri je bilo sodelovanje z medicinsko sestro prisotno ter v kolikšni meri je pacient postavljajl vprašanja in se vključeval v obravnavo. Rezultati v tabeli 19 kažejo, da obstaja srednje močna pozitivna korelacija med odnosom medicinske sestre in sodelovanjem med pacientom in medicinsko sestro ($\rho = 0,51$; $p < 0,001$) ter med odnosom in vključevanjem pacienta v zdravstveno obravnavo ($\rho = 0,483$; $p = 0,001$). Boljši, kot je torej odnos medicinske sestre do pacienta, boljše je sodelovanje med medicinsko sestro in pacientom, saj slednji postavljajo več vprašanj in se bolj vključujejo v obravnavo, zato na splošno lahko postavljeno hipotezo sprejmemo. V kolikor proučimo posamezne vidike odnosa, vidimo, da je spoštljiv odnos pozitivno in statistično značilno povezan s sodelovanjem z medicinsko sestro ($\rho = 0,31$; $p = 0,039$), ni pa statistično značilno povezan s postavljanjem vprašanj in vključevanjem pacienta v obravnavo ($\rho = 0,27$; $p = 0,071$). Upoštevanje želja pacienta in zanimanje za težave pacienta niso statistično značilno povezane s sodelovanjem med pacientom in medicinsko sestro ($\rho = 0,09$; $p = 0,565$; $\rho = 0,28$; $p = 0,06$). Ravno tako upoštevanje želja pacienta in zanimanje za njegove težave niso statistično značilno povezane z njegovim vključevanjem v zdravstveno obravnavo ($\rho = 0,19$; $p = 0,225$; $\rho = 0,04$; $p = 0,81$).

Tabela 19: Med odnosom medicinska sestra-pacient in sodelovanjem med medicinsko sestro in pacientom obstaja povezanost.

	Sodelovanje z medicinsko sestro		Vključevanje pacienta v zdravstveno obravnavo	
	ρ	p	ρ	p
Odnos medicinske sestre	0.51	< 0,001	0.483	0.001
Spoštljiv odnos	0.312	0.039	0.275	0.071
Upoštevanje želja	0.089	0.565	0.187	0.225
Zanimanje za težave pacienta	0.285	0.06	0.037	0.811

* ρ = Spearmanov korelacijski koeficient, MS – medicinska sestra.

Hipoteza 6: Med odnosom medicinske sestre s pacientom in zaupanjem pacienta medicinski sestri obstaja povezanost.

Odnos medicinske sestre so pacienti ocenjevali na splošno in ocenili so spoštljivost odnosa, upoštevanje njihovih želja in zanimanje za njihove težave s strani medicinske sestre. Zaupanje medicinski sestri smo merili s strinjanjem s trditvijo, da so pacienti medicinski sestri popolnoma zaupali.

Iz tabele 20 je razvidno, da je odnos medicinske sestre šibko pozitivno povezan z zaupanjem njej ($\rho = 0,38$; $p = 0,011$), in sicer boljši, kot je njen odnos, bolj ji pacienti zaupajo. Na osnovi tega postavljeno hipotezo lahko sprejmemo. Ravno tako velja, da bolj kot upošteva medicinska sestra želje pacienta, bolj ji slednji zaupa ($\rho = 0,41$; $p = 0,005$) in zaupanje je večje tudi, v kolikor jo zanimajo težave pacienta ($\rho = 0,34$; $p = 0,024$), zato spoštljiv odnos ni statistično značilno povezan z zaupanjem v medicinsko sestro ($\rho = 0,28$; $p = 0,06$).

Tabela 20: Med odnosom medicinske sestre s pacientom in zaupanjem pacienta medicinski sestri obstaja povezanost.

	Zaupanje medicinski sestri	
	ρ	p
Odnos medicinske sestre	0.380	0.011
Spoštljiv odnos	0.283	0.063
Upoštevanje želja	0.415	0.005
Zanimanje za težave pacienta	0.340	0.024

* ρ = Spearmanov korelacijski koeficient, MS – medicinska sestra.

Hipoteza 7: Med obremenjenostjo medicinske sestre in sodelovanjem medicinske sestre s pacientom obstaja povezanost.

Obremenjenost medicinske sestre so anketiranci ocenjevali z vidika, koliko se ji je mudilo in se pacientu ni mogla posvetiti ter z vidika časa, ki ga je lahko namenila pogovoru s pacientom ter z vidika števila čakajočih pacientov na termin obravnave. Sodelovanje z medicinsko sestro so anketiranci ocenjevali z vidika prisotnosti sodelovanja ter z vidika njihovega vključevanja v preiskavo s postavljanjem vprašanj. Iz tabele 21 je razvidno, da v kolikor se medicinski sestri mudi ali je naročenih več

pacientov, kot jih slednja lahko obravnava, to ni povezano s sodelovanjem s pacientom ($\rho = -0,26$; $p = 0,082$; $\rho = -0,04$; $p = 0,793$). V kolikor medicinska sestra nima časa za pogovor s pacientom, to negativno vpliva na njuno sodelovanje ($\rho = -0,52$; $p < 0,001$). Če se medicinska sestra ne posveti pacientu, to ni povezano z vključevanjem pacienta v zdravstveno obravnavo ($\rho = -0,10$; $p = 0,513$) in če je naročenih več pacientov, kot jih medicinska sestra lahko obravnava, to tudi ni povezano z vključevanjem pacienta v zdravstveno obravnavo ($\rho = 0,006$; $p = 0,968$). Če ima medicinska sestra premalo časa za pogovor, to negativno vpliva na vključevanje pacienta v zdravstveno obravnavo ($\rho = -0,53$; $p = 0,019$). Hipotezo lahko deloma sprejmemo.

Tabela 21: Med obremenjenostjo medicinske sestre in sodelovanjem medicinske sestre s pacientom obstaja povezanost.

	Sodelovanje z medicinsko sestro		Vključevanje pacienta v zdravstveno obravnavo	
	ρ	p	ρ	p
Medicinski sestri se je mudilo in se mi ni mogla posvetiti.	-0.265	0.082	-0.101	0.513
Naročenih je bilo več pacientov, kot jih je medicinska sestra lahko obravnavala.	-0.041	0.793	0.006	0.968
Premalo časa za pogovor.	-0.519	< 0,001	-0.532	0.019

* ρ = Spearmanov korelacijski koeficient.

3.5 RAZPRAVA

V naši raziskavi smo ugotavljali, v kakšni meri odnos medicinske sestre, ki ga merimo z zaupanjem, zagotavljanjem zasebnosti, varovanjem podatkov, spoštovanjem, njenim pogledom na pacienta in načinom sodelovanja med obema subjektoma, dejansko pripomore k njenemu sodelovanju in zaupanju v njeno delo in osebo samo. Ugotovili smo, da obstaja pozitivna povezanost med odnosom medicinske sestre in zaupanjem pacienta. Boljši, kot je odnos medicinske sestre do pacienta, boljše je njuno sodelovanje, več vprašanj je zastavljenih s strani pacientov in bolje se vsi skupaj vključujejo v zdravstveno obravnavo. V kolikor proučimo posamezne vidike odnosa, je iz njih razvidno, da je spoštljiv odnos pozitivno in statistično značilno povezan s sodelovanjem

z medicinsko sestro. Hkrati velja, da bolj kot medicinska sestra upošteva želje pacientov, bolj ji le-ti zaupajo, saj menijo, da sta za zaupanje v medicinsko sestro najbolj pomembni njena strokovnost in znanje ter manj ostali dejavniki, kot sta na primer prijaznost in informiranje o zdravstvenem posegu.

Pri naših anketirancih se je izkazalo, da imajo medicinske sestre dober odnos s pacienti, saj so jih v povprečju ocenili, da imajo več kot dober odnos.

Smiselnost raziskave pacientovih izkušenj med drugim potrjuje tudi raziskava Suhonen, Ivonen, Valimaki (2007), ki poudarja potrebo po vrednotenju kakovosti interakcij med medicinsko sestro in pacienti ter razvoju kliničnih poti v ambulantni kliniki. Tega se morajo medicinske sestre zavedati, saj se je v naši anketi izkazalo, da boljši, kot je odnos medicinske sestre do pacienta, bolj ji slednji zaupa, se vključuje v obravnavo, kar na koncu pripelje do njegovega zadovoljstva.

Pomemben dejavnik je tudi odnos medicinske sestre ob prvem srečanju s pacientom, njegovem sprejemu, obravnavi oziroma nudenju podpore in pomoči. Mnogo je dejavnikov, ki pripomorejo k dobremu sodelovanju med medicinsko sestro in pacientom, zato je izjemno pomembno, da se je medicinska sestra zaveda in skuša doseči, da pacientu omogoči prijetno zdravstveno obravnavo.

Analiza podatkov, pridobljenih v raziskavi Pajnikihar (2003) in njihova primerjava z literaturo, pričajo, da so tudi v našem okolju zdravstvene nege najpomembnejši medosebni odnosi. Medicinska sestra bi morala biti skrbna in sposobna vzpostavljanja osebnega stika in komunikacije. Najpomembnejša stvar je vzpostavitev odnosa s pacientom, kar je v glavnem delo medicinske sestre. Odnosi morajo biti partnerski, kjer se pacient ne počuti podrejenega. To kaže na dejstvo, da sta zdravstvena nega in profesionalnost v največji meri odvisni od medicinske sestre, ki je odgovorna za vzpostavitev medosebnih odnosov, ki temeljijo na medsebojnem spoštovanju in zaupanju. Medicinske sestre, sodelujoče v raziskavi, poudarijo spoštovanje kot temeljni atribut medsebojnih partnerskih odnosov. Spoštovanje spodbuja in odraža občutek dostojanstva, varnosti, intimnosti, zaupanja, razumevanja in empatije, tako da je pacient, ki je spoštovan in informiran, v stanju, da lahko sprejema svoje lastne

odločitve. Spoštovanje je prav tako etično načelo in ključna lastnost pri uveljavitvi humanosti znotraj zdravstvene nege, hkrati pa tudi osnovna pacientova pravica. Pomembno je, da je pacient vključen v enakovreden partnerski odnos in njegovo sodelovanje temelji na vzajemnem spoštovanju, zaupanju, dostojanstvu in sprejemanju odločitev. Medicinska sestra pacienta informira in pouči o načinu izražanja potreb po pomoči, podpora ter sprejemanju odločitev o obravnavi in zdravstveni negi. Prav tako ima pacient pravico in dolžnost posredovanja svojega znanja in informacij o sebi in zdravstvenem stanju (Pajnkihar, 2003).

Zanimalo nas je, kako uspešno medicinske sestre pacienta vključujejo v zdravstveno obravnavo. Pacienti so se najbolj strinjali s trditvijo, da so jih medicinske sestre obravnavale spoštljivo, medtem ko so nekoliko slabše v primerjavi z ostalimi trditvami ocenili tudi upoštevanje njihovih želja s strani medicinskih sester. Pacienti menijo, da sta za zaupanje v medicinsko sestro v povprečju najbolj pomembna strokovnost in znanje medicinske sestre, sledita prijaznost in informiranje o posegu, medtem ko najmanjši pomen pripisujejo starosti in izkušnjam medicinske sestre ter enakovrednemu partnerskemu odnosu.

V raziskavi nas je zanimalo, kako informiranost pacienta vpliva na večje zaupanje in boljše sodelovanje pacienta z medicinsko sestro.

Vsi vidiki informiranja pacienta so pozitivno in statistično značilno povezani z zaupanjem v medicinsko sestro. Najbolj je z zaupanjem povezano informiranje o nadaljnji oskrbi operativne rane doma. Obstaja statistično značilna pozitivna povezanost med informiranostjo pacienta in sodelovanjem pacienta z medicinsko sestro. Povezanost je najmočnejša med oceno sodelovanja in informiranjem o nadaljnji oskrbi doma. Postavljanje vprašanj in vključevanje pacienta v zdravstveno obravnavo je pozitivno povezano z informiranjem o poteku posega, seznanjanjem s postopkom obravnave in dobrim razumevanjem navodil medicinske sestre o zdravstveni oskrbi doma.

Humar in sodelavci (2011) opisujejo, kako pomembna je dobra priprava pacienta, pri čemer daje poudarek na informiranju, poučevanju, psihološki podpori, zagotavljanju zasebnosti ter usmerjenosti zdravstvene nege v pacienta. To so ključni elementi za

zagotavljanje zadovoljstva pacientov. Informiran pacient se lažje sooči s kirurškim posegom, ker z znanjem aktivno sodeluje pri pripravi in zdravljenju. Znanje, ki vključuje tako informiranje kot osebno razumevanje informacij, odpravlja tesnobo. Ključni elementi za zagotavljanje zadovoljstva pacientov z zdravstveno nego so izboljšanje komunikacijskih sposobnosti, informiranje, poučevanje, zagotavljanje zasebnosti ter usmerjenost zdravstvene nege v pacienta (Humar et al., 2011).

Rezultate naše raziskave lahko primerjamo z rezultati, ki so jih dobili v Ortopedski bolnišnici Valdoltra. V raziskavi, kjer so ugotovili, da je medicinska sestra informacije o lažšanju bolečine po operaciji podala v 77,8 %, prav tako je 75 % anketirancev prejelo navodila o pripravi na dan operacije s strani medicinske sestre. 63,9 % anketirancev je navedlo, da so s strani medicinske sestre prejeli informacije o postopku sprejema in zaporedju dogodkov na dan operacije, navodila o odpustu po operaciji ter navodila o omejitvah in načinu rehabilitacije po operaciji. Anketiranih v Valdoltri je bilo 40 pacientov, zato je vzorec primerljiv z našim, saj je v naši raziskavi sodelovalo 44 pacientov. Pacienti, ki so sodelovali v naši raziskavi, so bili najbolj poučeni o zdravstveni oskrbi doma v 79,5% (povprečno ocenjeno z 4,77), sledita oskrba kirurške rane doma v 77,3% (4,75), informiranje o načinu rehabilitacije v 68,2% (4,52), najslabše so bili informirani o tem, kam lahko pokličejo v primeru težav ali vprašanj glede operativnih zapletov in oskrbe doma v 59,1% (4,23) (Pajnkihar, 2003).

Medicinske sestre morajo sprejeti vlogo učitelja med pripravo na ambulantni kirurški poseg. Pacientom morajo posredovati specifične informacije v vseh fazah priprave na operativni poseg, med njim in ob odpustu (Pajnkihar, 2003).

V raziskavi nas je zanimalo, v kakšni meri povzročajo dejavniki, kot so neznano okolje, anestezija, dolžina operacije in operativni zapleti, stisko pri pacientih. Najbolj stresni dejavniki po mnenju pacientov so možni operativni zapleti in tveganja v 34,1% (povprečje 3,73), okrevanje v 18,2% (3,45) in bolečina po operaciji v 13,6% (3,39), medtem ko so neznano okolje ocenili kot najmanj stresen dejavnik v 6,8% (2,31). Zgoraj naštetih stresnih dejavnikov so prisotni pri večini pacientov, ne glede na njihovo stanje in v kateri bolnišnici so. Pacienti so pred ambulantnim kirurškim posegom najbolj

zaskrbljeni zaradi možnih operativnih zapletov in tveganj, okrevanja, anestezije in bolečine po operaciji (Pajnkihar, 2003).

V zdravstveni ustanovi Sanatorio Triestino (Humar et al., 2011) so prav tako raziskovali dejavnike, ki povzročajo stres pri pacientih pred kirurškim posegom, in ugotovili, da jih najbolj skrbijo možni operativni zapleti in tveganja (47,5 %), sledi okrevanje po operaciji (37,5 %), medtem ko sta enakovredno na tretjem mestu anestezija in bolečina po operaciji (35 %). V Ortopedski bolnišnici Valdoltra so bili rezultati nekoliko drugačni, saj je raziskava v tem primeru pokazala, da so pacienti najbolj zaskrbljeni zaradi opravljanja vsakodnevnih aktivnosti po operaciji (55 %), enakovredno sledita kategoriji okrevanja po operaciji in možni operativni zapleti ter tveganja (47,2 %), zatem pa sledi bolečina po operaciji s 36,1 % (Humar et al., 2011). V naši raziskavi so bili pacienti najbolj zaskrbljeni zaradi možnih operativnih zapletov, sledila sta: okrevanje in bolečina po operaciji, medtem ko na četrto mesto postavljajo opravljanje vsakodnevnih aktivnosti.

Z zagotovitvijo kakovostne zdravstvene nege medicinske sestre lahko veliko pripomorejo k vzpostavitvi zaupanja pacientov do vedno krajših bolnišničnih obravnav, pri katerih je potrebna ustrezna priprava na kirurški poseg ter odpust v domače okolje (Oakley, 2005). Za zagotavljanje v pacienta usmerjene zdravstvene nege je potrebno ovrednotiti kakovost interakcij med medicinsko sestro in pacientom ter upoštevati vidik pacientov in njihove izkušnje (Suhonen et al., 2007).

V raziskavi nas je zanimalo, v kakšni meri pacienti občutijo obremenjenost medicinskih sester in kadrovske stiske zaposlenih kot moteč dejavnik za sodelovanje med subjektoma: medicinska sestra-pacient.

Pacienti so v povprečju dobro ocenili časovni vidik medicinskih sester, saj so si po njihovem mnenju le-te za njih vzele dovolj časa. Najslabše so ocenili njihovo obremenjenost zaradi prevelikega števila naročenih pacientov. V kolikor namreč medicinske sestre nimajo časa za pogovor s pacienti, to negativno vpliva na njihovo medsebojno sodelovanje.

Bregar (2012) je v svoji raziskavi ugotovil, da so v Sloveniji zaposleni v zdravstveni negi zelo obremenjeni, saj povprečno primanjkuje od 19 do 22 odstotkov medicinskih

sester in zdravstvenih tehnikov. Statistično značilna povezanost se je pokazala med številom izvajalcev zdravstvene nege, kakovostjo delovnega okolja, podporo vodstva zdravstveni negi in odnosih v negovalnem timu z zadovoljstvom pacienta ter kakovostjo in varnostjo izvedene zdravstvene nege. Skrb vzbujajoče je pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege, zlasti tistih z visoko izobrazbo, saj so le-ti usposobljeni za delo z najzahtevnejšimi pacienti, katerih delež se povečuje. To se je izkazalo tudi v naši raziskavi, kjer imajo medicinske sestre preveč naročenih pacientov, kar posledično prinese manj časa in na koncu to negativno vpliva na odnos. Medicinske sestre so zaradi omejenega časa v nevarnosti, da v večji meri opravljajo administrativno delo in zdravstveno nego izvajajo le v manjši meri. Medicinska sestra bi morala poleg vljudnosti in spoštljivosti na prvo mesto postaviti strokovnost, saj si bo le tako lahko pridobila zaupanje pacientov in uspešno izvajala zdravstveno-vzgojno delo. Eno izmed meril za kakovost zdravstvene nege so izkušnje pacientov ter njihovo zadovoljstvo ali nezadovoljstvo. Zdravstvena nega mora stremeti k izboljševanju strokovne usposobljenosti medicinskih sester in zastaviti zdravstveno nego na način, da bo poleg vljudnosti, ki jo pacienti visoko cenijo, na prvem mestu tudi strokovnost ter na podlagi tega upravičiti zahtevo po zagotovitvi zadovoljivega števila strokovno usposobljenega osebja (Bregar, 2012).

S pomočjo raziskave smo ugotovili, da so dejavniki za sodelovanje zelo širok pojem, saj je pogojev za dobro sodelovanje veliko. V literaturi lahko zasledimo številne dejavnike, ki vplivajo na dobro sodelovanje med medicinsko sestro in pacientom in med njimi je tudi veliko zunanjih dejavnikov. Izmed pomembnejših so po našem mnenju vsekakor predhodne izkušnje, ki jih imajo pacienti z obravnavami v zdravstvenih ustanovah, saj le-te močno vplivajo na zaupanje v zdravstveno osebje.

4 ZAKLJUČEK

V diplomskem delu smo ugotovili, da je eden pomembnejših dejavnikov sam odnos medicinske sestre do pacienta ob prvem srečanju. Prvi vtis, ki ga slednja ustvari, je tisti, ki pusti največji pečat pri pacientu in je temelj za njuno nadaljnje sodelovanje. Boljši odnos pripomore tudi k boljšemu sodelovanju in večjemu zaupanju v zdravstveno nego in poveča se vključenost v samo obravnavo, s čimer se poveča hitrost okrevanja in posledično se zmanjša čas bolnišnične obravnave pacienta.

Ključnega pomena je obremenjenost medicinske sestre, saj si mora vzeti vedno dovolj časa za pacienta, kar posledično poveča občutek varnosti, med njima se razvija odnos na osebni ravni zaradi vsakodnevnih srečevanj, obravnave so boljše in po mnenju pacientov slednji želijo izgubiti občutek, da niso zgolj številke na dnevnem redu. Smiselno bi bilo razmisliti o namenjanju časa medosebnim odnosom že v času izobraževanja in procesa za pridobitev izobrazbe medicinske sestre.

Premajhna informiranost pacienta enako pomembno vpliva na dober odnos in zaupanje med obema. Zlasti je pomembno informiranje v vseh delih postopkov zdravstvene obravnave oziroma zdravstvene nege pacienta, in sicer od prvih informacij o sami pripravi na kirurški poseg, poteku zdravstvene obravnave, informiranju o korakih okrevanja, tako v času bolnišnične obravnave kot tudi o oskrbi doma. Zaželeno bi bilo, če bi imeli pacienti možnost kontakta z medicinsko sestro v času po operaciji oziroma posegu glede oskrbe doma, ker se ravno v tem času pojavijo številna vprašanja in skrbi pacientov. Medicinska sestra sicer ne more obiskovati pacienta na domu, lahko pa mu je na voljo po telefonu, saj bi tako slednji lahko dobil večje zaupanje v njeno delo, kakor tudi v zdravstvene ustanove.

Pri svojem delu, glede na raziskavo, medicinske sestre ne uporabljajo modela partnerskih odnosov. Partnerski odnos smo merili glede na to, koliko medicinske sestre vključujejo pacienta v zdravstveno obravnavo, ga spoštujejo, informirajo in koliko pacienti zaupajo medicinski sestri ter možnosti avtonomije oziroma samoodločanja pacienta in enakovrednega odnosa med medicinsko sestro in pacientom, ki je s strani

pacienta v različnih raziskavah ocenjen kot eden pomembnejših faktorjev v procesu zdravstvene nege. Pacienti želijo prevzeti bolj aktivno vlogo v procesu zdravljenja, vendar pa je zaradi tradicije, vpliva okolja in samega sistema to velikokrat težko. Medsebojni odnosi so ključnega pomena v vseh medčloveških stikih, še toliko bolj pri tistih, ki so povezani z neprijetnimi zadevami, zato je zelo pomembno, da medicinska sestra skuša vzpostaviti čim bolj pristen in odprt odnos s pacientom, kjer se slednji ne sme počutiti podrejenega. Spoštovanje spodbuja in odraža občutek dostojanstva, varnosti in zaupanja, hkrati pa je pravica vsakega pacienta.

S pravilnim in pristnim odnosom lahko medicinska sestra prepreči stisko pri pacientih, ki lahko nastane glede na različne stresne dejavnike, ki so prisotni s strani pacientov, kateri se srečujejo z zdravstveno obravnavo. Ti dejavniki so neznano okolje, anestezija, operativni zapleti in tveganja med in po operaciji.

Dejavnikov, ki vplivajo na dobro sodelovanje med medicinsko sestro in pacientom, je torej veliko in vsak izmed njih je zelo pomemben. Prepoznavanje le-teh, vlaganje energije v razvoj pristopov s strani medicinskih sester, posvečanje časa pacientom, deljenje pozitivnih izkušenj ter strokovno znanje medicinskih sester bo olajšalo marsikatero neprijetno izkušnjo pacientom, hkrati pa bo olajšalo in izboljšalo delo ter učinkovitost medicinskih sester, skrajšalo čas bolnišnične obravnave in pripomoglo k hitrejšemu in učinkovitejšemu okrevanju pacientov.

Največjo možnost za izboljševanje vidimo pri uporabi modela partnerskih odnosov, zato predlagamo uvedbo izobraževanja o pomembnosti vključevanja pacienta v zdravstveno obravnavo, enakovrednosti medicinske sestre in pacienta ter o pomembnosti sodelovanja med medicinsko sestro in pacientom, upoštevanje želja pacienta in njegovo obravnavo kot posameznika in ne kot številko na dnevnem redu. Raziskava bi se lahko izvedla še med medicinskimi sestrami in prav tako bi bilo zanimivo raziskati njihov pogled na dejavnike, ki so pomembni za dobro sodelovanje s pacienti in jih primerjati z rezultati, pridobljenimi v naši raziskavi.

5 LITERATURA

Bizjak M. Vpliv odnosov med zdravstvenimi delavci na odnose do bolnikov. In: Filej B, ed. Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna: zbornik predavanj in posterjev, Ljubljana, 10.- 11. maj 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2007: 249-53.

Bregar B. Kadrovske stiske zaposlenih v bolnišnični zdravstveni negi – vidik kakovosti in varnosti. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Skinder Savič K, eds. Kakovostna zdravstvena obravnava skozi izobraževanje, raziskovanje in multiprofesionalno povezovanje – prispevek k zdravju posameznika in družbe: zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 7. - 8. junij 2012. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2012: 223-8.

Cappabianca A, Julliard K, Raso R, Ruggiero J. Research strengthening the Nurse-Patient Relationship: »What Is the Most Important Thing I Can Do for You Today?«. *Creative Nursing*. 2009;15(3):151-6.

Čuk V. Komunikacija v zdravstveni negi. In: Trampuž R, ed. Komunicirajmo med seboj: zbornik prispevkov, Ajdovščina, 15. - 22. oktober 2005. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2005.

Gilmartin J. Day surgery: patients' perception of a nurse-led preadmission clinic. *J Clin Nurs*. 2004;13(2):243-50.

Hajdinjak A, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2006.

Humar L, Bavčar K, Karnjuš I. Vloga medicinske sestre v timski pripravi pacienta na ambulantni kirurški poseg: izkušnje pacientov. In: Bobnar A, Vettorazzi R, eds. Partnerstvo, znanje in razvoj na zdravstvenem področju: zbornik predavanj z recenzijo

2. Študentske konference s področja zdravstvenih ved, Ljubljana, 8. junij, 2010. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta; 2010: 195-203.

Humar L, Blažica J, Simčič A, Malič V, Piško L, Plazar N. Izkušnje pacientov z dnevno kirurško obravnavo: primerjalna študija. *Obzor Zdr N.* 2011;45(4):273-81.

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

Klančnik Gruden M, Bregar B, Peternelj A, Marinšek N. Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege. In: Klančnik Gruden M, Bregar B, eds. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011.

Košir A. Spoštovanje etičnega načela avtonomije – temelj obravnave bolnika kot subjekta v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N.* 2004;38:297-303.

Mottoram A. Therapeutic relationships in day surgery: a grounded theory study. *J Clin Nurs.* 2009;18(20): 2830-7. Dostopno na: <http://baze.vszn-je.si:2058/ehost/detail?vid=8&sid=0588aa3a-5cbd-490d-bd96-d6dd58169ca1%40sessionmgr10&hid=22&bdata=Jmxhbmc9c2wmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=c8h&AN=2010412902> (29. 5. 2013).

Naka S. Dejavniki, ki vplivajo na odnos med medicinsko sestro in pacientom. In: Cotič Anderle M, eds. Strokovni seminar Urgentni pacient – usklajenost dela in sodelovanje, Radenci, 15. - 16. oktober 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci; 2009: 51.

Oakley M. Day surgery. In: Punder R, ed. *Nursing the Surgical patient.* Edinburg: Elsevier; 2005: 35-43.

Pajnkihar M. Medsebojni odnosi, komunikacija in aservativnost v zdravstvu. Fakulteta za zdravstvene vede Maribor; 2012. Dosegljivo na: http://www.fzv.uni-mb.si/page/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=221&itemid=186 (15. 12. 2013).

Pajnkihar M. Theory Development for Nursing in Slovenia [doctoral thesis]. Manchester: University of Manchester; 2003.

Pajnkihar M, Harih M. Analiza koncepta enakovrednih partnerskih odnosov v zdravstveni negi. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Skinder Savič K, Zirc J, eds. Na dokazih podprta zdravstvena obravnava – priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj: zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 9.-10. junij 2011. Ljubljana: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011: 548-55.

Pajnkihar M, Lahe M. Spoštovanje človekovega dostojanstva in avtonomnosti v medsebojnem partnerskem odnosu med medicinsko sestro in pacientom. Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor: Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelj zdravstvene in babiške nege; 2006.

Prestor A. Zadovoljstvo pacientov kot element kakovostne obravnave v urgentni ambulanti Bolnišnice Golnik Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo in: Majcen Dvoršak S, eds. Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč [elektronski vir], Ljubljana, 11.–13. maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009: 312c(1-9).

Robida A. Pot do odlične zdravstvene prakse: Vodnik za izboljševanje kakovosti in presojo lastne zdravstvene prakse. Ljubljana: Planet GV; 2009.

Robida A, Yazbeck AM, Kociper B, Mate T, Marušič D. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. In: Robida A, ed. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2006.

Seničar A. Vloga anestezijske medicinske sestre v Splošni bolnišnici Celje: [Diplomsko delo]. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2006.

Skela Savič B. Kontinuirana zdravstvena obravnava: izzivi sodobnega menedžmenta bolnišnične zdravstvene nege. *Obzor Zdr N.* 2007;41:3-11.

Suhonen RA, Iivonen MK, Valimaki MA. Day-case surgery patients' health-related quality of life. *Int J Nurse Pract.* 2007;13(2):121-9.

Šemrl S. Pravice varovancev do informiranosti v procesu obravnave: [Diplomsko delo]. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2004.

Štromajer D, Klančar S. Informiranost in partnerski odnos v praksi zdravstvene nege. In: Cotič Anderle M, ed. *Strokovni seminar Urgentni pacient – usklajenost dela in sodelovanje*, Radenci, 15. - 16. oktober 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009.

Tschudin V. Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2004: 24.

Ule M. Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2009.

Ule M. Psihologija komuniciranja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2005.

Vavh Janiš M. Prednosti uporabe terapevtske komunikacije pri pacientu v enoti intenzivne medicine: [Diplomsko delo]. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2013.

6 PRILOGA

6.1 ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovani!

Moje ime je Nika Rebernik in sem tehnik zdravstvene nege, zaposlena v Estetiki Fabjan. Sem absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice in zaključujem dodiplomski študij na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice. Trenutno pripravljam diplomsko delo z naslovom »**Pogoji za dobro sodelovanje s pacientom.**«. Vljudno vas prosim za sodelovanje v raziskavi, s katero bom ugotovila, ali zagotavljamo dobre pogoje za sodelovanje s pacientom.

Prosim vas, da izpolnite anketni vprašalnik, ki je pred vami. Anketni vprašalnik je povsem anonimen, rezultati pa bodo služili izključno za potrebe diplomskega dela. Za sodelovanje se vam iskreno zahvaljujem.

1. Spol

(Obkrožite ustrezen odgovor.)

- Moški.
- Ženski.

2. Starost

(Obkrožite ustrezen odgovor.)

- Do 20 let.
- Od 20 do 30 let.
- Od 31 do 40 let.
- Od 41 do 50 let.
- 50 ali več let.

3. Izobrazba

(Obkrožite ustrezen odgovor.)

- Osnovna šola.
- Poklicna šola.
- Srednja izobrazba.
- Višja ali visoka izobrazba.
- Univerza ali več.

4. Pri trditvah prosim podajte vašo stopnjo strinjanja tako, da obkrožite odgovor, pri tem upoštevajte lestvico 1 = se sploh ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = sem neopredeljen, 4 = se strinjam, 5 = se popolnoma strinjam.

TRDITEV	SE SPLOH NE STRINJAM	SE NE STRINJAM	SEM NEOPREDELJEN	SE STRINJAM	SE POPOLNOMA STRINJAM
Medicinska sestra mi je predhodno razložila potek posega (trajanje, tehnika).	1	2	3	4	5
Medicinska sestra me je seznanila o načinu rehabilitacije (dvigovanje bremen, preveza operativne rane, obvladovanje bolečine).	1	2	3	4	5
V času obravnave so me obveščali, seznanjali s postopkom obravnave (npr. čas čakanja na izvide, poseg, vzrok čakanja).	1	2	3	4	5
Pridobil/-a sem dovolj informacij/navodil glede nadaljnje oskrbe operativne rane doma.	1	2	3	4	5
Navodila medicinske sestre glede zdravstvene oskrbe doma sem dobro razumel/-a.	1	2	3	4	5
Pridobil/-a sem informacije o zagotovitvi kontaktne osebe/ telefonske številke v primeru pojava zapletov ali dvomov po odpustu.	1	2	3	4	5

5. Pri trditvah prosim podajte vašo stopnjo strinjanja tako, da obkrožite odgovor, pri tem upoštevajte lestvico 1= se sploh ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = sem neopredeljen, 4 = se strinjam, 5 = se popolnoma strinjam.

TRDITEV	SE SPLOH NE STRINJAM	SE NE STRINJAM	SEM NEOPREDELJEN	SE STRINJAM	SE POPOLNOMA STRINJAM
Med ambulantnim posegom sem sodeloval/-a z medicinsko sestro.	1	2	3	4	5
Medicinski sestri sem popolnoma zaupal/-a.	1	2	3	4	5
Med zdravstveno obravnavo sem lahko postavljaj/-a vprašanja in se vključeval/-a v zdravstveno obravnavo.	1	2	3	4	5
Med zdravstveno obravnavo sem imel/-a občutek, da medicinsko sestro moje težave ne zanimajo.	1	2	3	4	5
Medicinska sestra je upoštevala moje želje.	1	2	3	4	5
Medicinske sestre so me obravnavale spoštljivo.	1	2	3	4	5

6. Kako bi ocenili odnos medicinskih sester v kirurški ambulanti? (Obkrožite ustrezno oceno.)

1	2	3	4	5
zelo slab	slab	znosen	dober	odličen

7. Kateri dejavniki, so za vas najbolj pomembni kot pogoji za dobro sodelovanje s pacientom? Označite s številko, 1 = ne pomembno, 2 = manj pomembno, 3 = delno pomembno, 4 = pomembno, 5 = zelo pomembno.

(Označite z X v kvadratu spodaj).

TRDITEV	1	2	3	4	5
Prijaznost					
Strokovnost in znanje					
Starost in izkušnje medicinske sestre					
Spoštovanje					
Zaupanje					
Varovanje zasebnosti					
Enakovreden partnerski odnos					
Čakalni čas na operativni poseg/pregled					
Mednarodno priznanje o kakovosti in varnosti organizacije					

8. Ocenite, kako pomembni so našeti dejavniki za vaše zaupanje medicinski sestri. Ocenite od 1 (najmanj pomembno) do 8 (zelo pomembno).

Prijaznost	
Strokovnost in znanje	
Starost in izkušnje medicinske sestre	
Spoštovanje	
Varovanje zasebnosti	
Enakovreden partnerski odnos	
Čakalni čas na operativni poseg/pregled	
Mednarodno priznanje o kakovosti in varnosti organizacije	
Urejenost medicinske sestre	
Informiranje o posegu	

9. Kateri dejavniki, ki so naštetih spodnji tabeli, vam povzročajo največji stres pri operativnem posegu. Označite stopnjo skrbi; 1= me sploh ne skrbi, 2 = me ne skrbi, 3 = me delno skrbi, 4 = me skrbi, 5 = me zelo skrbi.

TRDITEV	ME SPLOH NE SKRBI	ME NE SKRBI	ME DELNO SKRBI	ME SKRBI	ME ZELO SKRBI
Neznano okolje	1	2	3	4	5
Anestezija	1	2	3	4	5
Dolžina operacije	1	2	3	4	5
Možni operativni zapleti in tveganja	1	2	3	4	5
Bolečina po operaciji	1	2	3	4	5
Okrevanje po operaciji	1	2	3	4	5
Opravljanje vsakodnevnih aktivnosti po operaciji	1	2	3	4	5

10. Pri trditvah prosim podajte vašo stopnjo strinjanja tako, da obkrožite odgovor, pri tem upoštevajte lestvico_1= se sploh ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = sem neopredeljen, 4 = se strinjam, 5 = se popolnoma strinjam.

TRDITEV	SE SPLOH NE STRINJAM	SE NE STRINJAM	SEM NEOPREDELJE N	SE STRINJAM	SE POPOLNOMA STRINJAM
Imel/-a sem dovolj časa za pogovor z medicinsko sestro.	1	2	3	4	5
Medicinski sestri se je mudilo in se mi ni mogla posvetiti.	1	2	3	4	5
Naročenih je bilo več pacientov, kot jih je medicinska sestra lahko obravnavala.	1	2	3	4	5