



Fakulteta za zdravstvo

Jesenice

Faculty of Health Care

Jesenice

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**ODNOS DIPLOMIRANIH MEDICINSKIH  
SESTER DO ZDRAVSTVENE VZGOJE V  
SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE**

**ATTITUDES OF REGISTERED NURSES AT  
THE JESENICE GENERAL HOSPITAL  
TOWARDS HEALTH EDUCATION**

Mentor: Mateja Bahun, pred.

Kandidatka: Ksenija Šmid

Jesenice, julij, 2015

## **ZAHVALA**

Mentorici Mateji Bahun, pred. se zahvaljujem za sprejeto mentorstvo, iskreno pomoč ter koristne nasvete ter veliko mero potrpežljivosti pri izdelavi diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi vodstvu Splošne bolnišnice Jesenice za finančno podporo in sodelavcem v Enoti intenzivne terapije operativnih strok, ki so mi pomagali uresničiti diplomsko delo.

Zahvaljujem se doc. dr. Joci Zirc in Sedini Kalender Smajlović, pred. za recenzijo diplomskega dela.

Zahvaljujem se prijateljici Mireli, ki mi je med študijem in pisanjem diplomskega dela vedno stala ob strani.

Hvala Nataši za lektoriranje diplomskega dela.

Posebna zahvala pa gre moji družini, brez katerih bi težko uresničevala svoje in njihove sanje. Hvala Marko, Gašper, Zala, mami, Mira in Stanko.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Izvajanje zdravstvene vzgoje na delovnem mestu je pomemben del poklica diplomirane medicinske sestre in je ključnega pomena za pacienta in svojce pri zdravljenju bolezni, preprečevanju njenega nastanka in razvoja zapletov.

**Cilj:** Glavni cilj diplomskega dela je ugotoviti, ali diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki s področja zdravstvene nege izvajajo zdravstveno vzgojno delo v praksi in če so zanj ustrezno usposobljeni.

**Metoda:** Izvedli smo kvantitativno raziskavo z metodo anketiranja, med 130 diplomiranimi medicinskimi sestrami v Splošni bolnišnici Jesenice, kar predstavlja celotno populacijo. Vrnjenih je bilo 91 anketnih vprašalnikov. Raziskovani vzorec je opisan s frekvenčno in odstotno porazdelitvijo rezultatov oziroma s povprečnimi vrednostmi, standardnimi odkloni in p-vrednostmi. Na raziskovalna vprašanja smo odgovorili s testom deležev, t-testom in hi-kvadrat testom. Zanesljivost vprašalnika smo preverili s Cronbachovim koeficientom alfa, ki je bil pri trditvah o dejavnikih, ki vplivajo na zdravstveno vzgojo  $\alpha = 0,857$ . Pri trditvah, kjer smo zbirali mnenja o zdravstveni vzgoji, je bil  $\alpha = 0,754$ .

**Rezultati:** 95,6 % diplomiranih medicinskih sester v ustanovi ve, da je zdravstvena vzgoja opisana v kompetencah diplomirane medicinske sestre, vendar za zdravstveno vzgojo porabijo le 10–20 % delovnega časa. Kot delovna skupina na oddelku posvečajo premalo pozornosti zdravstveni vzgoji pacienta. Na neizvajanje zdravstvene vzgoje vpliva pomanjkanje medicinskih sester in časa, klub zavedanju da je zdravstvena vzgoja pomemben del pacientove oskrbe. 70,3 % diplomiranih medicinskih sester je seznanjena s standardno operativnim postopkom Zdravstveno-vzgojne obravnave pacienta, vendar ne izkazujejo znanja o oblikah in metodah dela.

**Razprava:** Za medicinske sestre je pomembno, da razumejo širino koncepta zdravstveno-vzgojnega dela, da se zavedajo, da je zdravstvena vzgoja pomemben del poklica medicinske sestre. Kljub visokemu zavedanju o pomenu zdravstvene vzgoje, pa jim primanjkuje znanja s področja zdravstvene vzgoje, zato bi bilo smiselno izvesti dodatna izobraževanja s področja zdravstveno-vzgojnega dela.

**Ključne besede:** zdravstvena vzgoja, izobraževanje pacienta, promocija zdravja, učenje pacientov

## SUMMARY

**Theoretical background:** The implementation of health education in the workplace is an important part of the profession of nurses and is essential for the patient and relatives in the treatment of diseases, the prevention of the occurrence and development of complications.

**Objective:** The main aim of the thesis is to determine whether nurses and graduate zdravstveniki zdravstvene in the field of health care carried out educational work in practice and if they have enough in this area of knowledge.

**Method:** We conducted a quantitative survey with a survey method, 130 nurses at the General Hospital Jesenice, which represents the total population. 91 were returned questionnaires. Investigated the pattern described by frequency and percentage distribution of results or to average values, standard deviations and p - values. On the research questions we have to answer the test stakes, t-test and chi-square test. Reliability of the questionnaire was checked by Cronbach's coefficient alpha, which has been in arguments about the factors that affect the health education  $\alpha = 0,857$ . In claims where we gather opinions on health education was  $\alpha = 0.754$ .

**Results:** 95.6% of registered nurses in the institution knows that health education is described in the competences of nurses, but of health education use only 10-20% of their working time, and that as a team in the department too little attention devoted to health education of the patient. On the implementation of health education is not affected by the lack of nurses and time club knowing that the health education an important part of patient care. 70.3% of registered nurses is familiar with the standard operating procedures health education treatment of the patient, but do not show knowledge of the forms and methods of work.

**Discussion:** For nurses, it is important to understand the breadth of the concept of health education work to be aware that health education an important part of the nursing profession. Club High awareness that health education is important for the patient, but they lack Naja in the field of health education. Therefore, it would be sensible to carry out additional training in health education work.

**Keywords:** health education, patient education, health promotion, teaching patient

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>2</b>
2.1	PROMOCIJA ZDRAVJA .....	2
2.2	ZDRAVSTVENA VZGOJA .....	3
	2.2.1 Ravni zdravstvene vzgoje .....	4
	2.2.2 Faze procesa zdravstvene vzgoje .....	7
	2.2.3 Metode in oblike dela v zdravstveni vzgoji .....	8
2.3	ZDRAVSTVENA VZGOJA IN MEDICINSKE SESTRE .....	10
2.4	ZDRAVSTVENA VZGOJA V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE .....	11
<b>3</b>	<b>RAZISKOVALNI DEL</b> .....	<b>15</b>
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA .....	15
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	15
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	16
	3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	16
	3.3.2 Opis merskega instrumenta .....	16
	3.3.3 Opis vzorca .....	17
	3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	18
3.4	REZULTATI .....	19
3.5	RAZPRAVA .....	28
<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK</b> .....	<b>33</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA</b> .....	<b>34</b>
<b>6</b>	<b>PRILOGE</b>	
	6.1 INSTRUMENT	

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografske značilnosti vzorca .....	18
Tabela 2: Poznavanje kompetenc diplomirane medicinske sestre .....	19
Tabela 3: Dejavniki, ki vplivajo na izvajanje zdravstvene vzgoje pri pacientih .....	19
Tabela 4: Seznanjenost s protokolom zdravstveno vzgojnega dela .....	20
Tabela 5: Oblike dela v zdravstveni vzgoji .....	21
Tabela 6: Mnenje o zdravstveni vzgoji .....	22
Tabela 7: Delež diplomiranih medicinskih sester, ki ve ali je zdravstvena vzgoja opisana v kompetencah diplomirane medicinske sestre.....	23
Tabela 8: Frekvenčna porazdelitev odgovorov: Kako pomemben del zdravstvene oskrbe je zdravstvena vzgoja? .....	23
Tabela 9: T-test za odgovor: ovire, ki zmanjšujejo zdravstveno vzgojno delo .....	24
Tabela 10: Poznavanje protokola zdravstveno vzgojnega dela .....	25
Tabela 11: Hi-kvadrat test glede na spol .....	26
Tabela 12: Starostni razredi .....	26
Tabela 13: Hi-kvadrat test glede na starost .....	27
Tabela 14: Razredi delovne dobe .....	27
Tabela 15: Hi-kvadrat test glede na delovno dobo .....	28

## 1 UVOD

Zdravje je ena izmed najpomembnejših vrednot v življenju posameznika, temeljna človekova pravica in cilj vsake sodobne družbe. Pojmovanje in doživljanje zdravja je individualno. V preteklosti je bilo zdravje definirano kot odsotnost bolezni, medtem ko ga danes Svetovna zdravstvena organizacija (1948; povz. po Vovk, 2011) opredeljuje kot popolno telesno, duševno in socialno blagostanje, ki se kaže v zmožnosti neprekinjenega prilagajanja okolju. Sodobna definicija tako opredeljuje zdravje kot splošno vrednoto in bistveni vir za produktivno in kakovostno življenje posameznika, skupin in skupnosti kot celote. Zdravje je tudi temelj socialnega in gospodarskega razvoja; nanj vplivajo biološke, socialne, kulturne in psihološke razmere ter odzivanje zdravstvenega sistema na aktualne zdravstvene potrebe ljudi (Bahun, 2011).

Za ohranjanje in izboljševanje zdravja ter za zdravljenje potrebujejo posamezniki čim boljši dostop do osnovnih storitev zdravstvene oskrbe. Velikega pomena je tudi osebno prizadevanje za ohranjanje svojega zdravja in težnja po čim večji neodvisnosti od pomoči drugih (Naidoo, Wills, 2009).

V sodobnem času so pacienti in uporabniki zdravstvenega varstva vse bolj izobraženi in informirani, zaradi česar zdravstveno vzgojna obravnava postaja vse bolj kompleksna (Sajko, Ertl, 2009). Skela Savič (2010) trdi, da potrebe pacientov zahtevajo izobraženo in usposobljeno medicinsko sestro, ki predstavlja vrednote profesije v kontekstu celostne obravnave in na dokazih delujoče zdravstvene nege. Vloga medicinske sestre je pri zdravstveni vzgoji zelo široka in ji daje možnost večjega vplivanja na ohranjanje in krepitev zdravja posameznika (Vrtačnik, 2012, str. 19).

Ugotovljeno je, da vedno več pacientov in njihovih svojcev potrebuje zdravstveno vzgojo, zato z diplomskim delom želimo predstaviti zdravstveno vzgojno delo, kot pomemben del nalog diplomirane medicinske sestre in diplomiranega zdravstvenika v kliničnem okolju. Obenem pa nas zanima odnos diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov s področja zdravstveno-vzgojnega dela v Splošni bolnišnici Jesenice.



## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 PROMOCIJA ZDRAVJA

Pojem promocija zdravja je uvedla Svetovna zdravstvena organizacija na prvi mednarodni konferenci o promociji zdravja leta 1986 v Ottawi v Kanadi s tako imenovano Ottawsko listino (Ottawa Charte for Health Promotion). Promocija zdravja je v listini definirana kot proces, ki posameznikom omogoča povečan nadzor nad lastnim zdravjem in ga v skladu z možnostmi celo krepi (Vovk, 2011).

"Osnovni cilj promocije zdravja je v možnosti, da posamezniki sami odločajo o svojem zdravju in krepitvi zdravja, za katerega pa so odgovorni tudi zdravstveni sistem in vsa ostala delovna in politična področja. Temeljni pogoji zdravja so mir, ustrezne stanovanjske razmere, izobrazba, prehrana, stabilen ekonomski položaj, skupna uporaba naravnih virov, socialna pravičnost in enake možnosti za vse" (Čepin Tovornik, 2007, str. 6).

Promocija zdravja na področju zdravstvene nege preučuje vse vidike zdravja in dobrega počutja in se osredotoča na skupnost in posameznika (Maville, Huerta, 2008). Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi (2008) izpostavijo promocijo zdravja in zdravstveno vzgojo kot pomembna dejavnika pri oblikovanju zdravstvene nege kot profesije.

Promocija zdravja je vključena tudi v definiciji zdravstvene nege, ki se glasi: »Zdravstvena nega obsega samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalidne in umirajoče ljudi. Glavne naloge zdravstvene nege so zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter managementa zdravstvenih sistemov in izobraževanje.« (Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi, 2008, str. 9). Zbornica

- Zveza je definicijo zdravstvene nege na skupščini leta 2004 povzela v skrajšani verziji od Mednarodnega sveta medicinskih sester (ICN - International Council of Nurses).

Promocija zdravja in zdravstvena vzgoja sta del poklicnih aktivnosti medicinskih sester in se odražata v paradigmi in metaparadigmi zdravstvene nege (Maville, Huerta, 2008).

Kot pomemben in nepogrešljiv del promocije zdravja je vzgoja za zdravje. Ne pomeni samo širjenja informacij, ampak je tudi aktiven proces učenja, ki upošteva lastne izkušnje in socioekonomske dejavnike. Njen namen je informirati in motivirati posameznika ali skupino, ki skrbi za svoje zdravje (Kvas, 2011). V vzgojo za zdravje smo vpleteni vsi, od mame, ki neguje otroka, preko vzgojiteljic v vrtcih, učiteljev v šolah, pa vse od delodajalcev do medijev (Zaletel – Kragelj, Eržen, Premik, 2007) ter delavcev v zdravstvu. Zaletel – Kragelj, Eržen Premik (2007) pravijo, da se vzgoja za zdravje prepleta z zdravstveno vzgojo, le da zdravstveno vzgojo izvajajo za to usposobljeni ljudje, vsi zdravstveni delavci na primarni, sekundarni in terciarni ravni.

## **2.2 ZDRAVSTVENA VZGOJA**

Zavedanje o pomembnosti zdravstvene vzgoje za vzdrževanje in povrnitev zdravja segajo v zgodnje obdobje zdravstvene nege. Florence Nightingale, ustanoviteljica moderne zdravstvene nege, je začela z ločevanjem zdravstvene nege od medicine. Postavila je temelje, na katerih se je gradila samostojna zdravstvena vzgoja znotraj zdravstvene nege (Pearson, Vaughan, FitzGerald, 2005). Bastable (2003) pravi, da je Florence Nightingale velik del svoje kariere posvetila izobraževanju medicinskih sester in zdravnikov. Ugotavljala je povezanost ugodnih življenjskih pogojev v bolnišnicah in domovih (ustrezna prehrana, svež zrak, gibanje in osebna higiena) pri izboljšanju zdravja in počutja pacientov.

Zaletel - Kragelj, Eržen in Premik (2007) menijo, da je zdravstvena vzgoja vsakodnevno delo zdravstvenih delavcev v procesu zdravljenja, pomoč pri preprečevanju posledic ali zapletov pri že navzoči bolezni in sposobnost obvladovanja bolezni. Zurec, Torkar, Bahun in Ramšak – Pajk (2010, str. 52) pa opredeljujejo zdravstveno vzgojo kot

strokovno in znanstveno disciplino, ki predstavlja proces učenja o zdravju z oblikovanjem pozitivnih stališč, navad in vedenj zdravega človeškega sloga. Namen zdravstvene vzgoje je spodbuditi posameznika, da bo skrbel za ohranjanje lastnega zdravja, razvil vedenjske vzorce za zdrav način življenja in spremenil zdravju škodljiv življenjski slog.

Sodobna definicija Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) – World Health Organization (WHO) pravi, da je zdravstvena vzgoja kombinacija izobraževalnih in vzgojnih dejavnosti, ki dosežejo, da ljudje želijo biti zdravi, vedo, kako postanejo in ostanejo zdravi in naredijo vse za varovanje zdravja ter poiščejo pomoč, ko jo potrebujejo (WHO, 1982; cit. po Hoyer, 2005, str. 3). Piper (2009) trdi, da je zdravstvena vzgoja ena od sedmih strateških pristopov v promociji zdravja. Je ključni element vloge medicinske sestre, kar je v skladu s sodobno zdravstveno politiko, ki zmanjšuje neenakost na zdravstvenem področju. S tem bi v zdravstveni negi ustvarili premik od bolezni do modela zdravja. Hoyer (2005) pravi, da je definicij zdravstvene vzgoje več, vendar pa je vsem skupno poudarjanje procesa učenja z oblikovanjem pozitivnih stališč, navad, oblik obnašanja in ne le znanja o zdravem načinu življenja. Zato je zdravstvena vzgoja katera koli kombinacija načrtovanih učnih izkušenj, ki zagotavljajo posameznikom in skupinam možnost, da dobijo informacije in veščine, potrebne za doseganje kakovostnega zdravja (Naidoo, Wills, 2005). Glanz, Rimer, in Viswantath (2008) pa opisujejo, da je zdravstvena vzgoja nepretrgan proces in je navzoča na področju preprečevanja bolezni, pri promociji zdravja, prepoznavanju bolezni in njenega zdravljenja ter pri rehabilitaciji.

Vloga izvajalcev zdravstveno vzgojnih vsebin je svetovanje, učenje, praktični prikaz, preverjanje znanja in nenazadnje motiviranje pacientov in svojcev za doseglo najboljšega možnega samoobvladovanja bolezni (Kadivec, 2011, str. 20).

### 2.2.1 Ravni zdravstvene vzgoje

Zdravstvena vzgoja spada na področje javnega zdravstva in je ena od metod dela v preventivni medicini in zdravstvenih strokah, ki se razvijajo ob medicini, kot so

zdravstvena nega, delovna terapija, fizioterapija. Vendar pa je vseeno samostojna disciplina, ki jo opredeljujejo cilji, načela, vsebine, metode, sredstva, kadri, organizacija dela in raziskovalno delo. Prizadeva si, da bi vsak posameznik in tudi družba, sprejeli svoje zdravje za največjo vrednoto, da bi izoblikovali pozitivna stališča do zdravja in jih v življenju tudi uresničili (Hoyer, 2005). Ista avtorica pravi, da je zdravstvena vzgoja pravzaprav vzgoja za zdrav način življenja, pri katerem ohranjamo zdravje, da bi preprečili nastanek dejavnikov tveganj za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni. Merrell (2010) pa trdi, da je primarno zdravstveno varstvo ključno okolje za izvajane promocije zdravja in zdravstvene vzgoje, ker je za večino posameznikov, družin in skupnosti prva kontaktna točka za stik z sistemom zdravstvenega varstva.

Kvas (2011) in Hoyer (2005) opredeljujeta, da medicinske sestre v okviru primarne, sekundarne in terciarne ravni zdravstvene dejavnosti sodelujejo v aktivnostih promocije zdravja in zdravstvene vzgoje.

Zdravstvena vzgoja na primarni ravni je namenjena zdravemu prebivalstvu. Njena naloga je obveščati ljudi o dejavnikih, ki ogrožajo zdravje in so značilni za določen prostor in čas. Prav tako obvešča ljudi o tistih dejavnikih, ki zdravje vzdržujejo ali ga povrnejo. Na tej ravni zdravstvena vzgoja v veliki meri uporablja sredstva množičnega obveščanja, ki zajamejo največji krog ljudi. Z zdravstveno vzgojo na primarni ravni želimo doseči ravnanje, ki krepi zdravje in tako preprečuje zbolevanje. Doseči želimo čim višjo stopnjo zdravstvene prosvetljenosti, zainteresiranost oziroma motivacijo in odgovornost za lastno zdravje (Hoyer, 2005). Primarno zdravstveno vzgojo izvajajo zdravstvene organizacije, sredstva množičnega obveščanja, vzgojno – izobraževalne institucije, centri prostoročnih aktivnosti, programi dobrega počutja in vse sorodne organizacije in posamezniki, katerih cilj je učiti o zdravem življenjskem slogu (Zurc, 2010).

Zdravstvena vzgoja na sekundarni ravni zajema rizične skupine prebivalstva, vendar še zmeraj zdrave ljudi. Njena naloga je opozarjati na nevarnosti za zdravje, ki izhajajo iz delovnega ali življenjskega okolja ali iz značilnosti življenjskega obdobja. Ljudi opozarjamo tudi na prve znake obolenja in jih tako pripravimo na pravočasno in

pravilno ukrepanje, da ne pride do ogrožanja zdravja. V procesu zdravstvene vzgoje na tej ravni opišemo bolezenske znake, bolezen in zdravljenje. Ljudi želimo usposobiti za samoopazovanje, samopomoč, pa tudi za pomoč sočloveku v obliki nasveta ali kako drugače. Ogrožene skupine ali posamezniki so tako pripravljene ustrezno delovati, odkrivati zgodnje znake nepravilnosti in pripomoči k zgodnji diagnozi, kar ima za posledico hitrejšo in uspešnejšo zdravljenje (Hoyer, 2005). Nosilci zdravstvene vzgoje na tej ravni so sredstva javnega obveščanja in specializirane organizacije, ki obravnavajo posameznike z določenimi zdravstvenimi težavami (Zurc, 2010).

Zdravstvena vzgoja na terciarni ravni pa pomeni skrb za ljudi, pri katerih je že prišlo do določene spremembe oziroma je zdravje že prizadeto. Ljudi želimo usposobiti, da bodo znali preprečevati povrnitev bolezni oziroma, da bodo kakovostno živeli z nastalo spremembo, kar pomeni, da je namenjena pacientom, invalidom in njihovim svojcem. Z zdravstveno vzgojo želimo posameznika usposobiti za polno, bogato življenje z osnovno boleznijo. Ta vidik zdravstvene vzgoje obstaja že med zdravljenjem, ko želimo doseči pacientovo sodelovanje. Vsak pacient je posameznik v procesu zdravljenja, kar pomeni, da upoštevamo vse njegove posebnosti in lastnosti. Temu prilagodimo tudi proces učenja, ker s tem lažje dosežemo motivacijo, posledično pa hitrejšo okrevanje. Zmanjšane so tudi komplikacije. V procesu zdravljenja in rehabilitacije poteka delo zelo individualno (Hoyer, 2005). Praviloma pa se zdravstvena vzgoja na terciarnem nivoju izvaja v zdravstvenih organizacijah (Zurc, 2010).

Vsaka zdravstvena vzgoja pa je, ne glede na to, na kateri ravni se pojavlja, sestavljena tako iz vzgojnega kot tudi iz izobraževalnega procesa. Pot k udeležanju sprememb vedenja posameznika v skrbi za lastno zdravje pa ji omogočajo temeljne edukacijske, pedagoške ali vzgojno–izobraževalne vede: pedagogika, andragogika, didaktika in metodika (Zurc, 2010).

Lesar (2011) navaja, da se v slovenskem strokovnem in laičnem prostoru vse pogosteje pojavlja izraz edukacija, kar pomeni informacija (sporočilo, nasvet, navodilo, razlaga), učenje (interaktivni proces medsebojnega sporazumevanja, usmerjen v proces sporočil

sprememb pacienta) in vzgoja (planirano spremljanje določenih spretnosti z namenom razumevanja, sodelovanja in obravnave bolezni).

»Edukacija oziroma informacija mora biti razumljiva vsem pacientom, zato moramo biti pozorni na stopnjo pacientovega razumevanja, jezik, stopnjo izobrazbe in delo, ki ga opravlja, socialno stanje, starost, stopnjo bolezni in stopnjo znanja, ki ga pacient že ima (EDTNA/ERCA - European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association, 2008; cit. po Stojanović, 2012, str. 24).«

## 2.2.2 Faze procesa zdravstvene vzgoje

Ena od avtoric, ki se ukvarja s teorijo in prakso zdravstvene vzgoje, je Kiger (2004), ki zdravstveno vzgojo opisuje kot proces poučevanja o zdravju, ki se izvaja v štirih fazah – ugotavljanje učnih potreb, načrtovanje dela z določitvijo ciljev, priprava in izvajanje učnega načrta ter vrednotenje. Izvajalec zdravstvene vzgoje oceni, ali je bilo izobraževanje uspešno, ali so doseženi zastavljeni cilji, spremembe v znanju in vedenju, ki so potrebne za zdravo življenje ali uspešno vodenje bolezni (Hoyer, 2005).

V prvem koraku je naloga medicinske sestre, ki bo izvajala zdravstveno-vzgojno delo ugotavljanje pacientovih učnih potreb. S tem ugotovi potrebe pacienta po učenju v zvezi z njegovim zdravjem. Oceni, koliko znanja pacient o svoji bolezni že ima. Primerja pacientovo obstoječe znanje in tisto, kar bi moral vedeti. Razlika med njima predstavlja pacientove učne potrebe. Pomembno je, da medicinska sestra in pacient sodelujeta. Podatke pridobi z zbiranjem informacij o pacientu. Glavni vir podatkov, ki jih mora pridobiti, je pacient. Sekundarni vir podatkov o pacientu pa so njegova družina, prijatelji, medicinska dokumentacija, izvidi preiskav. Ko ima zbrane podatke, jih analizira in si odgovori na vprašanja, koliko se je pacient sposoben in pripravljen naučiti, koliko že zna. Faza ocenjevanja učnih potreb se konča z opredelitvijo učnih potreb (Kiger, 2004).

Ko so učne potrebe ugotovljene, lahko medicinska sestra začne z drugim korakom – načrtovanjem in pripravo učnega načrta. Načrtovanje je aktiven proces, ki vključuje

opredelitev načinov za izpolnitev določenih ciljev. Pomembni so dosegljivi cilji, ob katerih mora pacient razumeti svojo vlogo, ki jo ima v načrtu izobraževanja (Mertelj, Bahun, 2013). Vključevati mora tudi opredelitev pasti in pripravo, kako se jim izogniti. Medicinska sestra preveri prednostne naloge za učenje, zastavi si cilje, naredi načrt, kako bo zdravstvena vzgoja potekala. Pripravi vsebino, izbere metodo dela, pripomočke, okolje. Pripravljena pa morata biti tako pacient kot tudi medicinska sestra, ki bo izvajala zdravstveno vzgojno delo (Kiger, 2004). Kvas (2009) pa pravi, da načrtujemo poleg tega, kar omeja že Kiger (2004) še izvajalce, stil učenja, čas, ki je potreben za delo s pacientom in pa načine preverjanja znanja, spretnosti in veščin pacienta.

Ko je medicinska sestra zaključila z načrtovanjem in je pripravila učni načrt, sledi tretji korak - izvajanje učnih načrtov. Cilj zdravstvene vzgoje je doseči cilje, ki so bili opredeljeni v fazi načrtovanja. Pri izvajanju učnega načrta medicinska sestra uporabi načrtovano metodo dela in uporabi ustrezne pripomočke. Seveda po potrebi tudi spremeni oziroma prilagodi učni načrt. Medicinska sestra, ki izvaja zdravstveno vzgojo sproti in po končanem zdravstveno vzgojnem delu svoje delo vrednoti v pacientovo dokumentacijo (Kiger, 2004).

V zadnjem, četrtem koraku pa medicinska sestra, ki izvaja zdravstveno vzgojo, vrednoti delo. Vrednotenje mora biti načrtovan proces, ki ga mora vedno uporabiti. Uporabi ga, ko vrednoti svoje delo in uspešnost pacienta. Pri vrednotenju mora upoštevati naslednje korake:

- upoštevati cilje zdravstvene vzgoje,
- opredeliti predmet interesa: znanje, stališča ali vedenje, spretnosti,
- oblikovati program ocenjevanja,
- izbrati meritve,
- zbrati in analizirati podatke,
- beležiti rezultate in povratne informacije (ibid.).

### 2.2.3 Metode in oblike dela v zdravstveni vzgoji

Zdravstveno vzgojo izvajamo na več načinov. Izbor metode temelji na primernosti glede na vsebino in učni stil pacienta in družine (Wingard, 2005). Nevarna ovira za dober prenos znanj je uporaba strokovnih izrazov, česar se morajo zdravstveni delavci zavedati in vsebino ustrezno prilagoditi prejemniku zdravstvene vzgoje (Kiger, 2004). Za učinkovito zdravstveno vzgojno delo s pacientom in njegovimi svojci je zelo pomembno, da zna medicinska sestra s področja zdravstveno-vzgojnega dela pravilno izbrati prave andragoško–didaktične pristope (Kvas, 2009). Andragogika, obravnava vzgojno izobraževalni proces pri odraslem, je pri zdravstveni vzgoji izrednega pomena. Didaktika pa je znanost o poučevanju (Zurc, 2013). Na izbiri metode tako vplivajo želeni cilj, vsebina izobraževanja, značilnosti udeležencev (starost, predhodno znanje, motiviranost), velikost skupine, materialni in prostorski pogoji, čas, ki ga imamo na voljo, tip učne ure in spretnosti tistega, ki podaja informacije (Hoyer, 2005). Kvas (2009) opozarja, da je pri izbiri metode pomembno, da upoštevamo načela, da ima vsak odrasel pacient, ki vstopa v učno–vzgojni proces, že neko predznanje, pozitivne in negativne izkušnje z učenjem in določene življenjske izkušnje.

Zurc in Bahun (2012) trdita, da je najučinkovitejši način prenašanja znanja in vrednot zdravstvene vzgoje med paciente poznavanje metodike zdravstvene vzgoje.

Pred izvajanjem zdravstveno vzgojnega dela medicinska sestra, ki bo zdravstveno-vzgojno delo izvajala, pripraviti pisno učno pripravo. V učni pripravi naj bi medicinska sestra opredelila operativne učne cilje, izbor učnih metod in učnih oblik, katere pripomočke bo uporabila in kakšno obliko dela bo uporabila. Že v učni pripravi razporedi naloge medicinske sestre in naloge pacienta (ibid.).

Zurc (2013) je v svojem članku zapisala, da so učne metode načini dela v vzgojno–izobraževalnem procesu in obenem tudi v procesu zdravstvene vzgoje. Metode dela se v zdravstveni vzgoji delijo na učne in vzgojne metode. Med učne metode v zdravstveni vzgoji spadajo: metoda predavanja, metoda pogovora, vodeni pogovor, diskusija, razgovor s posameznikom ali intervju, metoda dela z besedilom, ilustrativno demonstracijska metoda, metoda laboratorijskih in praktičnih del, metoda izkustvenega učenja. Vzgojne metode v zdravstveni vzgoji pa so: metoda prepričanja, metoda



navajanja, metoda spodbujanja, metoda preprečevanja, študija primera (Hoyer, 2005). Kvas (2009) piše, da učne metode dela izberemo glede na predznanje pacienta.

V zdravstveni vzgoji lahko kot obliko dela uporabljamo frontalno, individualno, skupinsko obliko dela, ki so kot navaja Zurc (2013), tri osrednje učne oblike. Poznamo pa še delo v paru in učne delavnice. Izbira učne oblike je odvisna od pacientov in vsebine (Kvas, 2009). Za predstavitev vsebin se uporabljajo različna učila in učni pripomočki. To so različni modeli, delovni pripomočki, zloženke, brošure, plakati, medmrežje, kasete, filmi (Hoyer, 2005).

V procesu izobraževanja je zelo pomembna dobra komunikacija (ibid.). Le-ta je element sporazumevanja med ljudmi (Šauperl, 2009). V zdravstveni vzgoji, je komunikacija načrtovan proces, ki je učinkovit takrat, ko pacient doseže določene cilje (Kiger, 2004). Poleg besedne komunikacije ves čas uporabljamo tudi nebesedno komunikacijo (Hoyer, 2005).

### **2.3 ZDRAVSTVENA VZGOJA IN MEDICINSKE SESTRE**

Whitehead (2004) meni, da sta zdravstvena vzgoja in promocija zdravja temelj dela za vse zdravstvene delavce ter da sta ti dve paradigmi sicer tesno povezani, vendar med seboj neodvisni. Znano je, da veliko medicinskih sester zamenjuje pojma in ju uporablja izmenično (Maville, Huerta, 2008).

Kvas (2011) in Hoyer (2005) opredeljujeta, da medicinske sestre v okviru primarne, sekundarne in terciarne ravni zdravstvene dejavnosti sodelujejo v aktivnostih promocije zdravja in zdravstvene vzgoje. V primarnem zdravstvenem varstvu obstajajo določeni izzivi pri izvajanju promocije zdravja, saj prevladuje medicinski model, ki se osredotoča zlasti na zdravljenje, bistveno manj pa na promocijo zdravja in preventivo (Naidoo, Wills, 2009). Podoben pristop je značilen tudi za sekundarno in terciarno raven zdravstvenega varstva, kjer je v veljavi predvsem zdravstvena vzgoja v ožjem smislu. Medicinske sestre v procesu zdravstvene oskrbe dnevno izvajajo ocene zdravstvenega

stanja pacientov, na osnovi katerih načrtujejo in izvajajo ustrezno zdravstveno nego in potrebno zdravstveno vzgojo (Bahun, 2011).

Medicinske sestre menijo, da je promocija zdravja pomembna pri vsakdanjem delu, vendar pa v praksi obstajajo številne ovire, povezane z organizacijsko kulturo, ki preprečuje učinkovito izvajanje (Kemppainen, Tossavainen, Turunen, 2012). Enako bi lahko trdili za zdravstveno vzgojo, kjer Bahun (2011) v raziskavi na vzorcu 113 diplomiranih medicinskih sester v eni od slovenskih bolnišnic ugotavlja, da za izvajanje zdravstvene vzgoje medicinskim sestram primanjkuje časa in da 36,2 % medicinskih sester meni, da nimajo zadosti znanja s področja zdravstvene vzgoje. Goudarzi in sodelavci (2005) pa ugotavljajo, da so medicinskim sestram v Teheranu največkrat ovira za izvajanje zdravstvene vzgoje pomanjkanje časa, kadra in ustreznega prostora, poleg tega pa tudi nizka motiviranost pacientov in odklonilen odnos zdravnikov do zdravstvene vzgoje.

Zdravstvena vzgoja je pomemben del poklica medicinske sestre in je ključnega pomena pri zdravljenju bolezni, pri preprečevanju njenega nastanka in razvoja zapletov (Skrivarnik, 2010).

Vendar je Bahun (2011) v raziskavi ugotovila, da kar 17 % diplomiranih medicinskih sester ni videlo zdravstvene vzgoje kot del svojih nalog.

Medicinske sestre, ki skrbijo za zdravstveno vzgojo pacientov, so odgovorne tudi za poučevanje ostalih medicinskih sester (Mehrdad et al., 2012).

Pristop medicinske sestre pri zdravstveni vzgoji mora biti zaupen in skrben, hkrati pa mora posredovati pozitivno sporočilo (Hoyer, 2005).

Tudi Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) v V. načelu govori o tem, da mora medicinska sestra pacientu nuditi kompetentno zdravstveno nego, saj je medicinska sestra soodgovorna za zdravje in življenje ljudi in je zato dolžna delovati zdravstveno-vzgojno. O zdravstveno-vzgojni vlogi medicinske sestre govorijo tudi v

Poklicnih aktivnostih in kompetencah zdravstvene in babiške nege (2008), kjer je opisan tim zdravstvene nege. Sestavljajo ga: profesor zdravstvene vzgoje/profesorica zdravstvene vzgoje, diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik in tehnik zdravstvene nege. Pri kompetencah diplomirane medicinske sestre je na prvem mestu opredeljeno: »promocija zdravja, zdravstvena vzgoja in učenje za razumevanje povezav med načinom življenja in zdravja, za razumevanje zdravstvenih problemov in procesov za krepitev, doseganje in ohranjanje zdravja.« Največ kompetenc na področju zdravstvene vzgoje ima profesor/profesorica zdravstvene vzgoje, vendar teh na oddelkih pri vsakdanjemu delu ni veliko, zato morajo zdravstveno vzgojo na oddelku največkrat prevzeti diplomirane medicinske sestre. Bahun (2011) v svoji raziskavi ugotavlja, da se diplomirane medicinske sestre v 80,8 % strinjajo s trditvijo, da je zdravstvena vzgoja opisana v kompetencah diplomirane medicinske sestre, vendar se jih kljub temu kar 15 % s to trditvijo ne strinja, kar nakazuje dejstvo, da niso dobro seznanjene s svojimi kompetencami. V zdravstveno vzgojo je v okviru tima vključen tudi tehnik zdravstvene nege. Izvaja zdravstveno vzgojno svetovanje, ki je vsebinsko in časovno manj zahtevno in se lahko izvaja ob vsakem stiku s pacientom.

Delo pa ne more biti dobro izvedeno, če si pred pričetkom zdravstveno vzgojnega dela ne postavimo ciljev in eden najpomembnejših ciljev v zdravstveni vzgoji je zagotoviti ustrezno znanje. Z ustreznim znanjem pacient lahko neustrezne vzorce vedenja spremeni v ustreznejše in tako doseže zdravstveno vzgojne cilje. Cilji morajo biti jasni, jedrnat in smiselni za vsakega posameznika (Redman, 2004). Raziskave kažejo, da na uspešno zdravstveno vzgojo pomembno vpliva aktivna vključitev družinskih članov (Scheckel et al., 2005), odvisna pa je tudi od dobro zasnovanega načrta, ki vsebuje jasno zastavljene cilje (Wingard, 2005).

## **2.4 ZDRAVSTVENA VZGOJA V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE**

Bahun (2011) je mnenja, da je v bolnišnicah za izvajanje zdravstvene vzgoje veliko primernih področij. Zdravstvena vzgoja se razlikuje glede na raven zdravstvene obravnave in glede na delovno področje medicinske sestre. Za medicinske sestre v bolnišnici velja, da je delo s pacienti kratkoročno, zato zdravstveno vzgojo izvajajo po lastni presoji, redkokdaj je strukturirana. Medtem ko imajo patronažne medicinske

sestre več možnosti za promocijske intervencije v družini in skupnosti, saj je njihov stik dolgotrajnejši in zato lahko celovitejši (Maville, Huerta, 2008). Vloga patronažnega varstva je tudi v današnjem času zelo aktualna zlasti zaradi ekonomske krize, ki vpliva na slabšanje socialnih razmer in omenjeno se večkrat pokaže šele za zaprtimi vrati (Saucier Lundy, Janes, 2009).

V Splošni bolnišnici Jesenice izvajajo zdravstveno vzgojno delo in svetovanje na vseh oddelkih v bolnišnici in v nekaterih ambulantah. V svoje delo ga vključujejo tudi posamezni strokovni sodelavci kot npr. bolnišnični dietetik, koordinator za oskrbo kroničnih ran.

Zdravstveno vzgojno obravnavo v Splošni bolnišnici Jesenice medicinske sestre izvajajo v skladu s standardno operativnim postopkom – SOP ZV 1 - Zdravstveno vzgojna obravnava pacienta. Namenjen je tako hospitaliziranim kot tudi ambulantnim pacientom. Zdravstveno vzgojno obravnavo izvajajo medicinske sestre na vseh oddelkih in enotah bolnišnice glede na izražene potrebe. Zdravstveno-vzgojna obravnava je načrtovana in ciljno usmerjena. Izvajajo jo profesorica zdravstvene vzgoje, diplomirane medicinske sestre oziroma diplomirani zdravstveniki in diplomirane babice. Proces zdravstveno-vzgojnega dela v Splošni bolnišnici Jesenice je bil povzet po Kigerjevi (2004), ki govori o procesu tako imenovanega učenja za zdravje v štirih korakih – ugotavljanje učnih potreb, načrtovanje dela z določitvijo ciljev, priprava in izvajanje učnega načrta ter vrednotenje. Zdravstveno-vzgojno delo je tako načrtovano, vsebinsko strukturirano in časovno zahtevno delo, medtem ko je zdravstveno-vzgojno svetovanje, ki se izvaja na oddelkih ob delu s pacienti, vsebinsko in časovno manj zahtevno. Zdravstveno svetovanje lahko izvajajo tudi zdravstveni tehniki. Potrebo po zdravstveno-vzgojnem delu lahko zazna vsak član zdravstvenega tima, lahko jo izrazi pacient sam ali pa njegova družina.

Glede na raven zdravstveno-vzgojnega dela, značilnosti posameznika ali skupine, ki zdravstveno-vzgojo potrebuje in glede na vsebino zdravstveno-vzgojnega dela, se izvajalec zdravstveno-vzgojnega dela odloči za izbiro metode in oblike dela. Največkrat sta uporabljeni individualna in skupinska oblika dela, največkrat uporabljene metode dela pa so razlaga, razgovor, demonstracija in praktično delo. Glede na značilnosti

posameznika ali skupine in izbiro metode dela si izvajalec zdravstveno-vzgojnega programa postavi cilje, ki jih pri posamezniku želi doseči. Zdravstveno-vzgojno delo se izvaja toliko časa, dokler cilji niso doseženi. Ob koncu zdravstveno-vzgojnega dela vrednoti, ali so bili zastavljeni cilji doseženi oziroma oceni stopnjo pacientovega znanja. Kadar je dosežena stopnja znanja zadovoljiva, se proces zdravstvene vzgoje lahko zaključi. V nasprotnem primeru izvajalec zdravstveno vzgojnega dela določi nove cilje, ponovno izbere obliko in metodo zdravstveno-vzgojnega dela in nadaljuje z zdravstveno-vzgojnim delom dokler zastavljeni cilj ni dosežen (SOP ZV 1 - Zdravstveno vzgojna obravnava pacienta, 2014).

### 3 EMPIRIČNI DEL

#### 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je predstaviti zdravstveno vzgojo kot pomemben del nalog diplomirane medicinske sestre oziroma diplomiranega zdravstvenika. Poskušali smo ugotoviti, kolikšen delež diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov ve, da je zdravstvena vzgoja opisana v kompetencah diplomirane medicinske sestre. Zanimalo nas je tudi, katere so ovire, ki zmanjšujejo zdravstveno vzgojno delo in pa, kako dobro diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki poznajo protokol zdravstveno vzgojnega dela v ustanovi – SOP ZV 1 – Zdravstveno vzgojna obravnava pacienta.

Cilji diplomskega dela so:

- Ugotoviti poznavanje kompetenc diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov na področju izvajanja zdravstvene vzgoje.
- Predstaviti vlogo diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov pri izvajanju zdravstvene vzgoje in ugotoviti, kaj jih ovira pri izvajanju zdravstveno vzgojnega dela.
- Ugotoviti mnenje diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov o pomembnosti zdravstvene vzgoje kot dela pacientove oskrbe.

#### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

- Kolikšen delež diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov ve, da je izvajanje zdravstvene vzgoje opredeljeno v kompetencah diplomirane medicinske sestre?
- Kako pomemben del zdravstvene oskrbe je zdravstvena vzgoja po mnenju anketiranih diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov?

- Katere ovire zmanjšujejo zdravstveno vzgojno delo?
- Kako dobro diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki poznajo protokol zdravstveno vzgojnega dela v ustanovi – SOP ZV 1 - Zdravstveno vzgojna obravnava pacienta?
- Kako na poznavanje protokola zdravstveno vzgojnega dela v ustanovi vplivajo demografski podatki?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Izvedli smo empirično raziskavo, uporabili smo kvantitativno metodo dela. Za zbiranje podatkov smo uporabili strukturiran anketni vprašalnik. Anketiranje smo izvedli v Splošni bolnišnici Jesenice. Za potrebe teoretičnega dela smo s pomočjo tujih baz podatkov CINAHL, MEDLINE, ERIC ter slovenske baze COBISS ter spletnega brskalnika Google učenjak opravili pregled strokovne literature v slovenskem in angleškem jeziku. Uporabili smo ključne besede: zdravstvena vzgoja, izobraževanje pacienta, promocija zdravja, učenje pacientov. V angleškem jeziku smo uporabili ključne besede: health education, patient education, health promotion, learning patient.

Pri iskanju literature smo se omejili na članke v slovenskem in angleškem jeziku s polnim dostopom (full tekst), ter na starost člankov 5, izjemoma 10 let (zaradi pomanjkanja novejšje literature). Problem se je pojavil pri iskanju izvirnih člankov oz. raziskav v slovenskem in angleškem jeziku, saj jih nismo našli veliko.

#### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za zbiranje podatkov in ugotavljanje obstoječega stanja smo kot instrument raziskovanja uporabili anketni vprašalnik. Po pregledu strokovne literature smo vprašanja povzeli po avtorici Bahun (2011) in po Goudarzi s sodelavci (2005). Nekaj

vprašanj pa je sestavljenih za potrebe te raziskave. Anketni vprašalnik vsebuje 13 vprašanj.

Prvi del anketnega vprašalnika zajema demografske podatke anketirancev.

Drugi del anketnega vprašalnika predstavljajo vprašanja zaprtega tipa z že ponujenimi odgovori. Pri osmem vprašanju so se anketiranci opredelili na Likertovi lestvici stališč, pri čemer je pomen naslednji: 1 - nikakor ne vpliva; 2 - ne vpliva; 3 - niti ne vpliva niti vpliva; 4 - vpliva; 5 - zelo vpliva.

Tretji del je sestavljen iz enega zaprtega vprašanja in treh odprtih vprašanj.

Četrty del anketnega vprašalnika pa predstavljajo trditve, pri katerih so se anketiranci zopet opredelili s pomočjo Likertove lestvice stališč, pri čemer je pomen vrednosti sledeč: 1 - nikakor se ne strinjam; 2 - se ne strinjam; 3 - niti se strinjam niti se ne strinjam; 4 - se strinjam; 5 - popolnoma se strinjam.

Zanesljivost vprašalnika v drugem delu smo preverili s Cronbachovim koeficientom alfa ( $\alpha$ ), ki je bil pri trditvah o dejavnikih, ki vplivajo na izvajanje zdravstvene vzgoje  $\alpha = 0,857$ , kar pomeni, da je ta del vprašalnika visoko zanesljiv. Pri trditvah v zadnjem (četrtem) delu anketnega vprašalnika, kjer smo zbirali mnenja o zdravstveni vzgoji, pa je bil  $\alpha = 0,754$ , kar nakazuje srednje do visoko zanesljivost.

### 3.3.3 Opis vzorca

Za potrebe naše raziskave smo se odločili, da zajamemo vse diplomirane medicinske sestre in diplomirane zdravstvenike, zaposlene v Splošni bolnišnici Jesenice, na vseh oddelkih in enotah. Zaposlenih diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov v Splošni bolnišnici Jesenice je 130, kar predstavlja celotno populacijo. Glede na to, da smo dobili vrnjenih 91 pravilno izpolnjenih vprašalnikov, to predstavlja 70 % realizacijo. Demografske značilnosti vzorca so prikazane v tabeli 1.



**Tabela 1: Demografske značilnosti vzorca**

		f	%
Spol	moški	8	8,9
	ženski	82	91,1
Oddelek	Kirurški oddelek	14	15,4
	Interni oddelek, dializa	16	17,6
	Ginekološko-porodniški in/ali pediatrični oddelek	8	8,8
	Enota intenzivne terapije	22	24,2
	OZZN (oddelek za zdravstveno nego)	3	3,3
	Operacijski blok, sterilizacija	14	15,4
	Ambulantna dejavnost	8	8,8
	Strokovna sodelavka s področja ZN	6	6,6

f = frekvenca, % = odstotek

Iz tabele 1 je razvidno, da je največ anketiranih ženskega spola (91,1 %). Največ jih je z oddelka intenzivne terapije, to je 24,2 %, najmanj – trije, pa so z oddelka OZZN (3,3 %).

Povprečna starost anketiranih je 36,76 let in standardni odklon je 8,84 let (najmlajši je star 23 let, najstarejši pa 58 let). Povprečna delovna doba anketiranih je 15,03 let in standardni odklon 10,26 let (nekateri nimajo še niti leto dni delovne dobe, nekateri pa že 36 let).

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je bila izvedena po pridobitvi pisnega soglasja vodstva Splošne bolnišnice Jesenice. Potekala je v mesecu maju 2014. Anketni vprašalnik smo razdelili vsem zaposlenim diplomiranim medicinskim sestram in diplomiranim zdravstvenikom. Izpolnjene anketne vprašalnike so anketiranci vrnili v nabiralnik, s čimer smo zagotovili anonimnost. Za statistično obdelavo podatkov smo uporabili statistični program SPSS verzijo 22.0. Rezultate smo prikazali z opisno statistiko (frekvenčne in odstotne porazdelitve, povprečne vrednosti in standardni odkloni). Na raziskovalna vprašanja smo odgovarjali s testom deležev (prvo in četrto raziskovalno vprašanje), t-testi (tretje raziskovalno vprašanje) in hi-kvadrat testom (peto raziskovalno vprašanje).

### 3.4 REZULTATI

V nadaljevanju prikazujemo rezultate, ki smo jih pridobili s pomočjo analize podatkov.

**Tabela 2: Poznavanje kompetenc diplomirane medicinske sestre**

		f	%
Ali je izvajanje zdravstvene vzgoje opisano v kompetencah diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika?	Da	87	95,6
	Ne	0	0,0
	Ne vem	4	4,4
Koliko odstotkov delovnega časa povprečno porabite za zdravstveno vzgojno delo?	manj kot 10 %	22	24,2
	10 % do 20 %	39	42,9
	30 % do 40 %	22	24,2
	50 %	4	4,4
	več kot 50 %	4	4,4
Koliko pozornosti kot negovalni tim posvečate zdravstveni vzgoji pacientov na vašem oddelku?	preveč	1	1,1
	ravno prav	30	33,3
	premalo	59	65,6

f = frekvenca, % = odstotek

Iz tabele 2 je razvidno, da je na vprašanje »Ali je izvajanje zdravstvene vzgoje opisano v kompetencah diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika?« večina (95,6 %) odgovorila pritrdilno. Največ (42,9 %) anketirancev porabi v povprečju 10 % do 20 % odstotkov delovnega časa za zdravstveno vzgojno delo, kar se zdi večini (65,6 %) premalo.

**Tabela 3: Dejavniki, ki vplivajo na izvajanje zdravstvene vzgoje pri pacientih**

$\alpha = 0,857$	M	SD
Pomanjkanje medicinskih sester	4,16	0,96
Pomanjkanje ustreznega prostora	3,93	1,10
Pomanjkanje časa	4,29	0,96
Pomanjkanje znanja medicinskih sester	3,70	1,13
Pomanjkanje motivacije s strani pacienta	3,74	0,98
Odklonilen odnos zdravnikov do zdravstvene vzgoje	3,30	1,24
Odklonilen odnos medicinskih sester do zdravstvene vzgoje	3,48	1,19

M = povprečna vrednost, SD = standardni odklon,  $\alpha$  = Cronbachov koeficient alfa

Iz tabele 3 je razvidno, da je anketirano osebje mnenja, da na izvajanje zdravstvene vzgoje pri pacientih v največji meri vpliva pomanjkanje časa ( $M = 4,29$ ;  $SD = 0,96$ ), ki mu sledi pomanjkanje medicinskih sester ( $M = 4,16$ ;  $SD = 0,96$ ). Dejavnik, ki po mnenju anketirancev najmanj vpliva na izvajanje zdravstvene vzgoje pri pacientih pa je odklonilen odnos zdravnikov do zdravstvene vzgoje ( $M = 3,30$ ;  $SD = 1,24$ ).

V nadaljevanju so anketiranci odgovarjali na vprašanja, ali so seznanjeni s protokolom zdravstveno-vzgojnega dela, kateri dve obliki dela in katere štiri metode dela so v Splošni bolnišnici Jesenice največkrat uporabljene za izvajanje zdravstveno-vzgojnega dela ter kakšno je pravilno zaporedje korakov procesa zdravstvene vzgoje.

**Tabela 4: Seznanjenost s protokolom zdravstveno vzgojnega dela**

	f	%
Seznanjeni	64	70,3
Niso seznanjeni	22	24,2
Niso odgovorili	5	5,5

f = frekvenca, % = odstotek

V tabeli 4 je prikazano, da je s protokolom sicer seznanjena večina (70,3 %) anketiranih, kljub vsemu pa še vedno ostaja 24,2 % takih, ki niso seznanjeni s protokolom zdravstveno vzgojnega dela, pet pa jih na vprašanje sploh ni odgovorilo.

**Tabela 5: Oblike dela v zdravstveni vzgoji**

	f	%
Individualna in skupinska	57	62,2
Pogovorna in pisna	12	13,2
Teoretična in praktična	3	3,3
Delavnice in predavanja	1	1,1
Demonstracija	1	1,1
Demonstracija in delavnica	1	1,1
Demonstracija in ustna	1	1,1
Individualna in frontalna	1	1,1
Skupinska	1	1,1

	f	%
Zdravstveno vzgojno svetovanje in praktično izvajanje	1	1,1
Brez odgovora	12	13,2

f = frekvenca, % = odstotek

V tabeli 5 je prikazano, da se po mnenju večine (62,6 %) v Splošni bolnišnici Jesenice največkrat uporabljata *individualna in skupinska* oblika dela, sledi odgovor *pogovorna in pisna* oblika dela (13,2 %), *teoretična in praktična* (3,3 %), po en anketiranec je odgovoril *delavnice in predavanja, demonstracija, demonstracija in delavnice, demonstracije in ustna, individualna in frontalna, skupinska, zdravstveno vzgojno svetovanje in praktično izvajanje*, brez odgovora pa je kar 13,2 % anketiranih.

Največ anketiranih (16,5 %) se je glede štirih metod dela opredelilo za *razgovor, razlago, demonstracijo in praktično delo*, nekateri so podali tudi odgovor, *poslušanje, zloženske, pisni izdelki, spodbuda, predavanja* itd.

Ena od avtoric, ki se ukvarja s teorijo in prakso zdravstvene vzgoje je Kiger (2004), ki proces zdravstvene vzgoje opisuje kot proces, ki se izvaja v štirih fazah – ugotavljanje učnih potreb, načrtovanje dela z določitvijo ciljev, priprava in izvajanje učnega načrta ter vrednotenje. Pravilno zaporedje odgovorov na 12. vprašanje je torej 3, 4, 1, 2 (3 – izvajanje zdravstvene vzgoje; 4 – vrednotenje uspešnosti zdravstvene vzgoje; 1 – zbiranje in analiziranje informacij z definiranjem zdravstveno vzgojnih potreb; 2 – planiranje dela s postavljanjem ciljev. Pravilnih odgovorov je 87,9 %. Drugi (9,9 %) so izbrali povsem napačen vrstni red.

Pri zadnjem vprašanju so anketiranci ocenjevali še strinjanje s trditvami na Likertovi lestvici, pri čemer pomeni 1 - nikakor se ne strinjam; 2 - se ne strinjam; 3 - niti se strinjam niti se ne strinjam; 4 - se strinjam; 5 - popolnoma se strinjam.

**Tabela 6: Mnenje o zdravstveni vzgoji**

$\alpha = 0,754$	M	SD
Zdravstvena vzgoja se mi zdi pomemben del oskrbe pacientov.	4,50	0,57
Zdravstvena vzgoja se mi zdi pomemben del dela diplomirane medicinske sestre/ diplomiranega zdravstvenika.	4,49	0,59
Promocija zdravja se mi zdi pomemben del dela diplomirane medicinske sestre/ diplomiranega zdravstvenika.	4,36	0,72
Zdravstveno vzgojno svetovanje izvajam večkrat kot zdravstveno vzgojo.	3,64	1,05
V zdravstveno vzgojo moramo vključiti tudi pacientove družinske člane.	4,39	0,77
Imam dovolj časa za izvajanje zdravstvene vzgoje.	2,58	0,87
Imam dovolj znanja za izvajanje zdravstvene vzgoje.	3,54	0,84
Za izvajanje zdravstvene vzgoje medicinske sestre potrebujejo dodatna znanja.	4,44	0,64
Znanje o komunikaciji je v procesu zdravstvene vzgoje izredno pomembno.	4,44	0,62
Pri vsakem pogovoru s pacientom poskušam delovati zdravstveno vzgojno.	4,22	0,68

M = povprečna vrednost, SD = standardni odklon,  $\alpha$  = Cronbachov koeficient alfa

Iz tabele 6 je razvidno, da najvišjo povprečno oceno ( $M = 4,50$ ;  $SD = 0,57$ ) dosega trditev »Zdravstvena vzgoja se mi zdi pomemben del oskrbe pacientov«, sledi pa »Zdravstvena vzgoja se mi zdi pomemben del dela diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika« ( $M = 4,49$ ;  $SD = 0,59$ ). Najmanjše strinjanje pa so anketirani ocenili pri trditvi, da imajo dovolj časa za izvajanje zdravstvene vzgoje ( $M = 2,58$ ;  $SD = 0,87$ ).

V nadaljevanju smo izvedli še nekatere statistične teste za podkrepitev odgovorov na raziskovalna vprašanja.

1. Kolikšen delež diplomiranih medicinskih sester ve, da je izvajanje zdravstvene vzgoje opredeljeno v kompetencah diplomirane medicinske sestre?

Odgovor na prvo raziskovalno vprašanje prikazujemo v tabeli 7.

**Tabela 7: Delež diplomiranih medicinskih sester, ki ve ali je zdravstvena vzgoja opisana v kompetencah diplomirane medicinske sestre**

	<b>Odgovor</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Ali je izvajanje zdravstvene vzgoje opisano v kompetencah diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika?	Da	87	95,6
	Ne vem	4	4,4
	Ne	0	0,0

f = frekvenca, % = odstotek

Iz tabele 7 je razvidno, da je delež diplomiranih medicinskih sester, ki ve, da je izvajanje zdravstvene vzgoje opredeljeno v kompetencah diplomirane medicinske sestre, kar 95,6%.

2. Kako pomemben del zdravstvene oskrbe je zdravstvena vzgoja po mnenju anketiranih diplomiranih medicinskih sester?

**Tabela 8: Frekvenčna porazdelitev odgovorov: Kako pomemben del zdravstvene oskrbe je zdravstvena vzgoja?**

	<b>f</b>	<b>%</b>
Nikakor se ne strinjam	0	0
Se ne strinjam	0	0
Niti se strinjam niti se ne strinjam	4	4,4
Se strinjam	38	42,2
Popolnoma se strinjam	48	53,3

f = frekvenca, % = odstotek

Po mnenju anketiranih diplomiranih medicinskih sester je zdravstvena vzgoja zelo pomemben del zdravstvene oskrbe, saj se je večina s to trditvijo strinjala ( $M = 4,5$ ;  $SD = 0,57$  na lestvici od 1 do 5). Iz tabele 8 je celo razvidno, da odgovorov 1 in 2 (torej tistih, ki se s trditvijo ne bi strinjali) anketirani sploh niso podali in da se je večina (53,3 %) opredelila, da se popolnoma strinjajo s trditvijo.

3. Katere ovire zmanjšujejo zdravstveno-vzgojno delo?

Za odgovor na tretje raziskovalno vprašanje smo izvedli t-teste na enem vzorcu (test aritmetične sredine). Pri tem smo si postavili testno vrednost 4,0 (kateri so torej tisti izstopajoči odgovori, ki imajo povprečno vrednost na lestvici od 1 do 5, nad 4). Ničelna hipoteza se glasi, da so povprečne vrednosti manjše ali enake 4,0 ( $H_0: \mu \leq 4,0$ ), nasprotna pa, da so povprečne vrednosti nad 4,0 ( $H_1: \mu > 4,0$ ). V kolikor bomo dobili statistično značilen rezultat ( $p < 0,05$ ) in povprečno vrednost na opazovanem vzorcu (M) večjo od 4,0, bomo lahko zavrnili ničelno hipotezo. Rezultati so prikazani v tabeli 9.

**Tabela 9: T-test za odgovor: ovire, ki zmanjšujejo zdravstveno vzgojno delo**

	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Pomanjkanje medicinskih sester	4,16	0,96	1,642	0,104
Pomanjkanje ustreznega prostora	3,93	1,10	-0,570	0,570
Pomanjkanje časa	4,29	0,96	2,846	<b>0,005</b>
Pomanjkanje znanja medicinskih sester	3,70	1,13	-2,504	0,014
Pomanjkanje motivacije s strani pacienta	3,74	0,98	-2,579	0,012
Odklonilen odnos zdravnikov do zdravstvene vzgoje	3,30	1,24	-5,399	0,000
Odklonilen odnos medicinskih sester do zdravstvene vzgoje	3,48	1,19	-4,152	0,000
Nerazumevanje zdravstvene vzgoje kot pomembnega dela obravnave pacienta	3,46	1,28	-4,024	0,000

M = povprečna vrednost, SD = standardni odklon, t = t – test, p- vrednost = statistično značilna razlika pri 0.05 ali manj

Iz tabele 9 je razvidno, da je le pri eni trditvi p-vrednost manjša od 0,05 ( $p = 0,005$ ), hkrati pa je opazovana povprečna vrednost večja od 4,0 ( $M = 4,29$ ). Zaključimo torej lahko, da je glavna ovira za zmanjšano zdravstveno-vzgojno delo pomanjkanje časa.

4. Kako dobro diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki poznajo protokol zdravstveno vzgojnega dela v ustanovi – SOP ZV 1 - Zdravstveno vzgojna obravnava pacienta?

Odgovor na četrto raziskovalno vprašanje je prikazan v tabeli 10.

**Tabela 10: Poznavanje protokola zdravstveno vzgojnega dela**

	<b>Odgovor</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Seznanjen sem s protokolom zdravstveno vzgojnega dela – Zdravstveno vzgojna obravnava pacienta v Splošni bolnišnici Jesenice.	Da	64	70,3
	Ne	22	24,2

f = frekvenca, % = odstotek

Iz tabele 10 je razvidno, da je delež diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov, ki poznajo protokol zdravstveno-vzgojnega dela v ustanovi – SOP ZV 1, 70,3%.

5. Kako na poznavanje protokola zdravstveno-vzgojnega dela v ustanovi vplivajo demografski podatki?

Demografski podatki, za katere smo preverjali vpliv na poznavanje protokola so spol, starost in delovna doba (za oddelek hi-kvadrat testa ni mogoče izvesti, saj je iz nekaterih oddelkov premalo anketiranih). Pri tem smo izvedli hi-kvadrat test. Ničelna hipoteza se glasi, da poznavanje protokola zdravstveno-vzgojnega dela v ustanovi ni odvisno od demografskih podatkov, nasprotna pa, da poznavanje protokola zdravstveno-vzgojnega dela v ustanovi je odvisno od demografskih podatkov. V kolikor bomo dobili statistično značilno hi-kvadrat vrednost pri stopnji značilnosti 0,05 ( $p < 0,05$ ), bomo lahko zavrnili ničelno hipotezo. Rezultati so prikazani v tabelah 11, 13 in 15.

**Tabela 11: Hi-kvadrat test glede na spol**

			<b>Seznanjen sem s protokolom zdravstveno vzgojnega dela – Zdravstveno vzgojna obravnava pacienta v Splošni bolnišnici Jesenice.</b>		<b>Skupaj</b>
			<b>da</b>	<b>ne</b>	
Spol	moški	Opazovane frekvence	5	3	8
		Pričakovane frekvence	6	2	8
	ženski	Opazovane frekvence	59	19	78
		Pričakovane frekvence	58	20	78



	Seznanjen sem s protokolom zdravstveno vzgojnega dela – Zdravstveno vzgojna obravnava pacienta v Splošni bolnišnici Jesenice.		Skupaj
	da	ne	
Skupaj	64	22	86
Hi-kvadrat	0,658		
p-vrednost	0,417		

p- vrednost = statistično značilna razlika pri 0.05 ali manj

Iz tabele 11 je razvidno, da je p-vrednost (0,417) večja od 0,05, zato ničelne hipoteze ne zavrnemo in zaključimo, da spol ne vpliva na poznavanje protokola zdravstveno vzgojnega dela v ustanovi. Pri tem pa moramo opozoriti, da je hi-kvadrat test zanesljiv, če so pričakovane frekvence večje od 5. Kot vidimo, je v enem primeru pričakovana frekvenca 2, zato moramo rezultate sprejemati z zadržkom.

Za izvedbo hi-kvadrat testa smo starosti razdelili v razrede, kot je razvidno iz tabele 12.

**Tabela 12: Starostni razredi**

	f	%
<= 30	25	27,8
31–44	44	48,9
45+	21	23,3

f = frekvenca, % = odstotek

**Tabela 13: Hi-kvadrat test glede na starost**

			Seznanjen sem s protokolom zdravstveno vzgojnega dela – Zdravstveno vzgojna obravnava pacienta v Splošni bolnišnici Jesenice.		Skupaj
			da	ne	
Starost	<= 30	Opazovane frekvence	17	7	24
		Pričakovane frekvence	18	6	24
	31–44	Opazovane frekvence	32	10	42
		Pričakovane frekvence	31	11	42

		Seznanjen sem s protokolom zdravstveno vzgojnega dela – Zdravstveno vzgojna obravnava pacienta v Splošni bolnišnici Jesenice.		Skupaj
		da	ne	
45+	Opazovane frekvence	15	5	20
	Pričakovane frekvence	15	5	20
Skupaj		64	22	86
Hi-kvadrat		0,235		
p-vrednost		0,889		

p- vrednost = statistično značilna razlika pri 0.05 ali manj

Iz tabele 13 je razvidno, da je p-vrednost (0,889) večja od 0,05, zato ničelne hipoteze ne zavrnemo in zaključimo, da starost ne vpliva na poznavanje protokola zdravstveno-vzgojnega dela v ustanovi.

Za izvedbo hi-kvadrat testa smo leta delovne dobe razdelili v razrede, kot je razvidno iz tabele 14.

**Tabela 14: Razredi delovne dobe**

	f	%
<= 5	22	24,4
6–21	44	48,9
22+	24	26,7

f = frekvenca, % = odstotek

**Tabela 15: Hi-kvadrat test glede na delovno dobo**

			Seznanjen sem s protokolom zdravstveno vzgojnega dela – Zdravstveno vzgojna obravnava pacienta v Splošni bolnišnici Jesenice.		Skupaj
			da	ne	
Delovna doba	<= 5	Opazovane frekvence	14	7	21
		Pričakovane frekvence	16	5	21
	6 - 21	Opazovane frekvence	32	10	42
		Pričakovane frekvence	31	11	42

		Seznanjen sem s protokolom zdravstveno vzgojnega dela – Zdravstveno vzgojna obravnava pacienta v Splošni bolnišnici Jesenice.		Skupaj
		da	ne	
22+	Opazovane frekvence	18	5	23
	Pričakovane frekvence	17	6	23
Skupaj		64	22	86
Hi-kvadrat		0,911		
p-vrednost		0,634		

p- vrednost = statistično značilna razlika pri 0.05 ali manj

Iz tabele 15 je razvidno, da je p-vrednost (0,634) večja od 0,05, zato ničelne hipoteze ne zavrnejo in zaključimo, da delovna doba ne vpliva na poznavanje protokola zdravstveno-vzgojnega dela v ustanovi.

### 3.5 RAZPRAVA

Zdravstvena vzgoja ima za paciente, njihove svojce in nenazadje za medicinske sestre vse večji pomen pri obravnavi pacientov. V zdravstveno vzgojo ne spada samo poučevanje pacientov in njihovih svojcev, temveč tudi izobraževanje medicinskih sester, ki že med študijem pridobijo določena znanja o zdravstveni vzgoji, vendar je zelo pomembno, da svoje znanje vpeljejo v prakso. Verjetno je to na začetku težko, saj jim primanjkuje izkušenj. Za izvajanje zdravstveno vzgojnega dela potrebuje medicinska sestra precej časa, ki pa ga v današnjih časih zaradi preobremenjenosti velikokrat primanjkuje. V Splošni bolnišnici Jesenice je kar nekaj medicinskih sester, ki poleg svojega rednega dela, opravljajo še zdravstveno-vzgojno delo, vendar jih je kljub vsemu premalo, da bi zajele vsa področja. Veliko truda je vloženo v samo pisanje protokolov, ki nam omogočajo, da zdravstvena vzgoja poteka bolj sistematično in strokovno. Pomembno je, da vse sproti dosledno dokumentiramo.

Na prvo raziskovalno vprašanje "Kolikšen delež diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov ve, da je izvajanje zdravstvene vzgoje opredeljeno v kompetencah diplomirane medicinske sestre?" smo dobili odgovor, da kar 95,6 % diplomiranih medicinskih sester ve, da je zdravstvena vzgoja opisana v kompetencah

diplomirane medicinske sestre. Bahun (2011) je v svoji raziskavi marca leta 2011 v isti ustanovi ugotovila, da je le 80,8 % diplomiranih medicinskih sester vedelo, da je zdravstvena vzgoja opisana v kompetencah diplomirane medicinske sestre. Ugotavljamo, da se je delež diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov, ki vedo, da je zdravstvena vzgoja opredeljena v kompetencah diplomiranih medicinskih sester, v treh letih povečal kar za 14,8 %. Rezultati so zelo vzpodbudni. Na to je najverjetneje vplivala večja promocija zdravstvene vzgoje v ustanovi, saj v ustanovi uspešno širimo zdravstveno vzgojno delo na različna področja.

Na drugo raziskovalno vprašanje, in sicer: *"Kako pomemben del zdravstvene oskrbe je zdravstvena vzgoja po mnenju anketiranih diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov?"* smo dobili odgovor, da je po mnenju anketiranih diplomiranih medicinskih sester zdravstvena vzgoja zelo pomemben del zdravstvene oskrbe, saj se večina (95,5%) s to trditvijo popolnoma strinja, oziroma strinja. Ostali (4,4%) pa se s trditvijo niti strinjajo, niti ne strinjajo. Dobljeni rezultati so zelo vzpodbudni, saj govorijo o tem, da se diplomirane medicinske sestre zavedajo, kako pomembna je zdravstvena vzgoja pri njihovem delu s pacientom. Tudi Skrivarnik (2010) opisuje, da je zdravstvena vzgoja pomemben del poklica medicinske sestre in je ključnega pomena pri zdravljenju bolezni, preprečevanju nastanka in razvoja zapletov. Vendar pa nismo našli nekih študij, ki bi podprle dobljene rezultate. Pomembno je, da se medicinske sestre zavedajo, da je zdravstveno vzgojno delo velikega pomena. Ker je vedno več starejših ljudi, ki potrebujejo oskrbo tudi kasneje v domačem okolju, je zelo pomembno izvajanje zdravstvene vzgoje njihovih svojcev.

Na tretje raziskovalno vprašanje, in sicer: *"Katere ovire zmanjšujejo zdravstveno vzgojno delo?"* smo dobili naslednje rezultate: anketirane diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki v veliki večini trdijo, da na izvajanje oziroma na neizvajanje zdravstveno vzgojnega dela v največji meri vpliva pomanjkanje časa, ki mu sledi pomanjkanje medicinskih sester, kar ugotavlja že Goudarzi et al. (2005). Enako trdi tudi Bahun (2011), ki je v raziskavi v isti ustanovi že marca 2011 ugotovila, da za izvajanje zdravstvene vzgoje medicinskim sestram primanjkuje časa. Medicinskih sester v delovnem okolju resnično primanjkuje, vendar je to v času nezaposlovanja izjemno

težko odpraviti. Mogoče bi bilo zato potrebno izobraziti večje število že zaposlenih medicinskih sester, ki bi posvetile večji del svojega delovnega časa zdravstveno-vzgojnemu delu, poleg svojega ustaljenega dela.

V raziskavi smo ugotovili še, da po mnenju diplomiranih medicinskih sester na izvajanje zdravstvene vzgoje pri pacientih ne vpliva odklonilen odnos zdravnikov do zdravstvene vzgoje, kar pa ne more trditi Goudarzi in sodelavci (2005), ki v svoji raziskavi ugotavlja, da je medicinskim sestram v Teheranu, odklonilen odnos zdravnikov do zdravstvene vzgoje ovira pri delu. Verjetno, da na pridobljene podatke v naši raziskavi vpliva zavedanje diplomiranih medicinskih sester, da so samostojne in kompetentne pri izvajanju zdravstveno vzgojnega dela. Vendar to ne pomeni, da ne sodelujejo z drugimi strokovnjaki v zdravstvu, saj je za kakovostno obravnavo pacienta potreben multidisciplinarni pristop.

Na četrto raziskovalno vprašanje, in sicer: "*Kako dobro diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki poznajo protokol zdravstveno vzgojnega dela v ustanovi – SOP ZV 1 - Zdravstveno vzgojna obravnava pacienta?*" pa smo dobili naslednje odgovore: s protokolom o zdravstveno vzgojnem delu je sicer seznanjena večina (70,3 %) anketiranih, kar naj bi pomenilo, da zaposleni berejo protokole in so z njimi seznanjeni, vendar pa kljub vsemu še vedno ostaja 24,2 % takih, ki s protokolom zdravstveno-vzgojnega dela niso seznanjeni, pet jih na vprašanje ni odgovorilo. Lahko bi predvidevali, da ne poznajo protokola. Sprašujemo pa se, kaj bi lahko bil razlog za nepoznavanje protokolov, saj branje in podpisovanje protokolov spada v delovno obveznost zaposlenih. Mogoče je narobe ravno to, da je podpisovanje prebranih protokolov obveznost. Iz dobljenih rezultatov bi lahko sklepali, da se nekateri podpišejo samo za to, da to obveznost izpolnijo. Da so s protokolom seznanjeni, nam po mnenju večine pove podatek, da je večina diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov vedela, da se v Splošni bolnišnici Jesenice največkrat uporabljata *individualna in skupinska* oblika dela. Zurc (2013) pa v svoji raziskavi ugotavlja, da sta z vidika oblik dela učnega procesa najbolj zastopana individualna in frontalna oblika dela. V kliničnem okolju v bolnišnici pa frontalna oblika ni najbolj uporabna. Kot

najbolj pogoste metode dela se v Splošni bolnišnici Jesenice uporabljajo *razgovor, razlaga, demonstracija in praktično delo*. Kar trdi tudi Zurc (2013) v svoji raziskavi.

Po eni od avtoric, ki se ukvarja s teorijo in prakso zdravstvene vzgoje, Kiger (2004), ki proces zdravstvene vzgoje opisuje kot proces, ki se izvaja v štirih fazah – ugotavljanje učnih potreb, načrtovanje dela z določitvijo ciljev, priprava in izvajanje učnega načrta ter vrednotenje, smo povzeli tudi v Splošni bolnišnici Jesenice. Te faze smo vključili v anketni vprašalnik, kjer so morali anketirani zapisati pravilno zaporedje faz. Pravilno zaporedje odgovorov je torej 3, 4, 1, 2 (3 – izvajanje zdravstvene vzgoje; 4 – vrednotenje uspešnosti zdravstvene vzgoje; 1 – zbiranje in analiziranje informacij z definiranjem zdravstveno vzgojnih potreb; 2 – planiranje dela s postavljanjem ciljev). Pravilnih odgovor je bilo 87,9 %, kar nakazuje, da so diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki bolj izobraženi s področja zdravstvene vzgoje, kot v raziskavi Bahun (2011), ki je marca 2011 v isti ustanovi ugotovila, da kar 36,2 % diplomiranih medicinskih sester meni, da nimajo zadosti znanja s področja zdravstvene vzgoje. Iz tega bi lahko sklepali, da so poglobili svoje teoretično znanje s področja zdravstveno-vzgojnega dela, vendar se sprašujemo, ali svoje teoretično znanje dejansko tudi uporabljajo v kliničnem okolju. Glede na poznavanje procesa zdravstveno-vzgojnega dela, lahko sklepamo, da jim za izvajanje zdravstvene vzgoje dejansko primanjkuje časa in kadra. Verjetno pa se medicinske sestre ne zavedajo, da med svojim delovnim časom zdravstveno vzgojo deloma že izvajajo, vendar to delo ni načrtovano in kar je še pomembnejše, ni vrednoteno. Mogoče bi v prihodnje spremenili in prilagodili dokumentacijo zdravstvene nege in v proces dela vključili vse štiri faze zdravstvene vzgoje. Mogoče bi bilo razumevanje zdravstvene vzgoje s tem lažje.

Na peto raziskovalno vprašanje, in sicer: *"Kako na poznavanje protokola zdravstveno vzgojnega dela v ustanovi vplivajo demografski podatki?"* smo dobili naslednje podatke. Demografski podatki, za katere smo preverjali vpliv na poznavanje protokola in s tem poznavanje zdravstvene vzgoje so spol, starost in delovna doba. Z raziskavo nismo dokazali, da demografski podatki vplivajo na samo poznavanje protokola SOP ZV 1 - Zdravstveno vzgojna obravnava pacienta. Vendar pa vseeno v oči bodejo podatki, ki se nanašajo na branje SOP-jev v ustanovi. Pričakovali smo, glede na to, da je branje in

podpisovanje SOP-jev delovna obveznost v ustanovi, večje poznavanje SOP ZV 1 - Zdravstveno vzgojna obravnava pacienta. Zato bi morale vse diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki večkrat samoiniciativno prebrati protokole, ki jih že dlje časa niso, da s tem obnavljajo že pridobljena znanja. Predvsem pa bi morale diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki bolj zdravstveno vzgojno delovati v samem delovnem okolju.

Naša raziskava ima sledeče omejitve:

V naši raziskavi smo zajeli le diplomirane medicinske sestre in diplomirane zdravstvenike iz Splošne bolnišnice Jesenice. Smiselno bi bilo raziskavo še kdaj ponoviti, vendar bi za pridobitev realnejše slike potrebno pridobiti podatke še iz drugih primerljivih bolnišnic. Za realnejšo primerjavo pridobljenih rezultatov v naši raziskavi je bilo s področja same zdravstvene vzgoje narejenih oziroma najdenih premalo raziskav. Vprašanja povezana z znanjem so vezana le na protokol SOP ZV 1 - Zdravstveno vzgojna obravnava pacienta. Zato bi morala biti vprašanja, ki preverjajo znanje diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov kompleksnejša in bolj poglobljena.

## 4 ZAKLJUČEK

V naši raziskavi smo ugotovili, da večina diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov ve, da je izvajanje zdravstveno-vzgojnega dela del nalog diplomirane medicinske sestre in diplomiranih zdravstvenikov, kar je opredeljeno v njihovih kompetencah in da je za njih pomembno, da razumejo širino koncepta zdravstveno vzgojnega dela. Vendar zaradi kadrovske problematike, ki se kaže, kot trdijo anketiranci v naši raziskavi, v premajhnem številu zaposlenih, in z pomanjkanjem časa, ki ga lahko namenijo zdravstveno-vzgojnem delu. Ta problem bi lahko rešili z usposabljanjem kadra ali prerazporeditvijo del in nalog obstoječega kadra. Raziskave kažejo, da je zdravstveno-vzgojno delo zelo pomembno, saj so rezultati vidni na področju skrajšanja ležalnih dob, hitrejšega odpusta, manj ponovnih hospitalizacij, tako da je to področje, v katerega je smiselno vlagati tudi z ekonomskega vidika. Pridobljeni rezultati so nam pokazali, da imajo diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki primanjkljaj teoretičnega znanja s področja zdravstvene vzgoje, ki bi ga morali pridobiti že v času študija. Kot ustanova pa bi morali graditi na znanju s področja stroke. S še večjo promocijo zdravstvene vzgoje bi morali poiskati zainteresirane diplomirane medicinske sestre in diplomirane zdravstvenike, ki bi v svojem delovnem času in poleg svojega rednega dela izvajali zdravstveno vzgojo pri pacientih, saj je potreb po zdravstveni vzgoji iz dneva v dan več. Zdravstveno-vzgojno delo bi morale diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki izvajati na različnih področjih, saj je zelo veliko področij, ki so zaradi pomanjkanja interesa in znanja diplomiranih medicinskih sester slabše obravnavana.



## 5 LITERATURA

Bahun M. Stališča medicinskih sester do zdravstvene vzgoje. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Zorc J, Skinder Savič K, eds. Na dokazih podprta zdravstvena obravnava – priložnost za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj: zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 9.-10. junij 2011. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011: 361-7.

Bastable SB. Nurse as educator: principles of teaching and learning for nursing practice. 3th ed. Boston: Jones and Bartlett; 2003.

Čepin – Tovornik P. Vzgoja za zdravje in socialna medicina s statistiko (VZS). Celje: Srednja šola Celje; 2007: 6.

Goudarzi Z, Khosravi K, Bahrani N, Vaskooii K, Valipourgavgany P, Ghoghaei S, Mosaviniasigari M, Khayatali M, Zahedi H, Basiri A. A study of professional nurses' perceptions of factors affecting the process of client education. Pediatric Nursing Department; 2005.

Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: Theory, research and practice. San Francisco: CA : Jossey-Bass; 2008: 11-4.

Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2005.

Kadivec S. Zdravstveno vzgojni programi v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik. In: Farkaš – Lainščak J, Košnik M, eds. Promocija zdravja v bolnišnicah: zbornik prispevkov z recenzijo, Golnik, 25. november 2011. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik; 2011: 14-21.

Kemppainen V, Tossavainen K, Turunen H. Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. Health Promot Int. 2012;28(4):490-501.

Kiger MA. Teaching for health. London: Elsevier; 2004.

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2014.

Kvas A. Andragoško – didaktični pristopi pri zdravstveni vzgoji bolnikov s srčnim popuščanjem. In: Majcen Dvoršak S, Kvas A, Kaučič BM, Železnik D, eds. Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč, Ljubljana 11.-13. Maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2009. dostopno na: [http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres\\_zbn7/pdf/233C.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn7/pdf/233C.pdf) (1. 5. 2015).

Kvas A. Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo?. In: Kvas A, ed. Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo, Ljubljana, 2011. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2011: 33-46.

Lesar I. Meje in pasti vpeljevanja izraza edukacija. In: Kvas A., ed. Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo, Ljubljana, 2011. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2011: 21-31.

Maville J, Huerta CG. Health promotion in nursing. 2nd ed. New York: Thomson Delmar learning, 2008.

Mehrdad N, Joolae S, Joolae A, Bahrani N. Nursing faculties knowledge and attitude on evidence – based practice. Iran J Nurs. 2012;17(7):506-11.

Merrell J. Focusing upstream – The Role of Nurses in health promotion. Poudarek na preventivi: vloga medicinskih sester pri promociji zdravja. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Zorc J, Hvalič Touzery S, eds. Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege: zbornik predavanj z

recenzijo, Ljubljana, 16.-17. September 2010. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2010: 70-8.

Mertelj O, Bahun M. Organizacija izobraževanja pacientov s kronično rano in njihovih svojcev – primer dobre prakse. In: Klemenc D, Majcen Dvoršak S, Štemberger Kolnik T, eds. Moč za spremembe – medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema: zbornik predavanj z recenzijo, Brdo pri Kranju 9.-10. Maj 2013. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2013: 89-96.

Naidoo J, Wills J. Public health and health promotion: developing practice. 2nd ed. Edinburgh: Gail Whight; 2005.

Naidoo J, Wills J. Health promotion foundation for practice. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Zorc J, Skinder Savič K, eds. Na dokazih podprta zdravstvena obravnava – priložnost za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj: zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 9.-10. junij 2011. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011: 361-7.

Pearson A, Vaughan B, FitzGerald M. Nursing models for practice. 3th ed. Edinburgh: Butterworth-Heinemann; 2005: 88-90.

Piper S. Health promotion for nurses. Theory and practice. London, New York: Routledge; 2009.

Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008: 9.

Redman BK. Advances in patient education. New York: Springer publishing company. 2004: 45-128.

Sajko G, Ertl M. Pomen medicinskih sester. ISIS. 2009;18(5):40.

Saucier Lundy K, Jones S. Community Health Nursing: caring for the Public's Health. 2nd ed. Sudbury, Massachusetts: Jones and Barlett; 2009: 19.

Scheckel M, Hendrick – Erickson J, Teunis J, Deutsch A, Roers A, Willging A, et al. Shaping patient education in rural hospitals: learning from the experiences of patients. Journal of Ethnographic & Qualitative research; 2012;6:108-121.

Skela Savič B. Znanje v zdravstveni negi kot odziv na potrebe zdrave in bolne populacije – perspektive razvitega sveta. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Zorc J, Hvalič Touzery S, eds. Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege: zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 16.-17. september 2010. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2010: 54-66.

Skrivarnik S. Zdravstveno vzgojno delo pri pacientkah z gestacijskim diabetesom: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2010.

SOP ZV 1 - Zdravstveno vzgojna obravnava pacienta: [interno gradivo]. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice; 2014.

Stojanović I. Zdravstvena vzgoja pacienta s kronično ledvično odpovedjo – pomen prehrane med dializnim zdravljenjem: [diplomsko delo]. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2012: 24.

Šauperl M. Profesionalno delovanje medicinske sestre in ohranjanje dostojanstva pacientov v zdravstveni negi: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2009: 2.

Vovk V. Promocija zdravja in proces vključitve odraslih v zdravstveno vzgojne delavnice CINDI: [magistrsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2011: 20-31.

Vrtačnik K. Aplikacija teorije Dorothee Orem v procesu zdravstvene oskrbe kroničnega pacienta v referenčni ambulanti: [diplomsko delo]. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2012: 19.

Whitehead D. Health promotion and health education: advancing the concepts. J Adv Nurs. 2004;47(3):311-20.

Wingard R. Patient education and the nursing process: meeting the patient's needs. Nephrol Nurs J. 2005;32(2):211-5.

Zaletelj - Kragelj L, Eržen I, Premik M. Izbrani javnozdravstveni pristopi in ukrepanja. In: Zaletelj – Kragelj L, Eržen I, Premik M. Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Katedra za javno zdravje; 2007: 288-305.

Zurc J. Vloga in pomen metodike zdravstvene vzgoje v slovenskem zdravstvu. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Zurc J, Hvalič Touzery S, eds. Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege: zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 16.-17. september 2010. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2010: 224-37.

Zurc J, Bahun M. Analiza učnih priprav metodike zdravstvene vzgoje pri študentih Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice: izhodišča za nove pristope pri poučevanju zdravstvene vzgoje. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Skinder Savič K, Zurc J, 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: 339-346.

Zurc J, Torkar T, Bahun M, Ramšak-Pajk J. Metodika zdravstvene vzgoje in promocija zdravja. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Filej B, Skinder Savič K, Mežik Veber M, Romih K, eds. Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: izbrana poglavja. Jesenice : Visoka šola za zdravstveno nego; 2010: 52-71.

Zurc J. Didaktični vidiki poučevanja zdravstvene vzgoje. *Pedagoška obzorja*. 2013;28(2):67-80.

## 6 PRILOGE

### 6.1 INSTRUMENT

#### Anketni vprašalnik

Spoštovani,

sem Ksenija Šmid, absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Pripravljam diplomsko delo z naslovom: »Odnos diplomiranih medicinskih sester do zdravstvene vzgoje v Splošni bolnišnici Jesenice«, pod mentorstvom ga. Mateje Bahun, pred.

Pred vami je anketni vprašalnik, s katerim želim ugotoviti, kakšno je stališče diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov do zdravstvene vzgoje.

Vljudno vas prosim za sodelovanje v raziskavi. Anketni vprašalnik je anonimen.

**Pri vsakem vprašanju označite za vas ustrezen odgovor.**

**1. Spol**

- Moški
- Ženski

**2. Starost – na črto zapišite s številko v letih**

\_\_\_\_\_ let

**3. Delovna doba – na črto zapišite s številko v letih**

\_\_\_\_\_ let delovne dobe

**4. Delovno mesto**

- kirurški oddelek
- interni oddelek, dializa
- ginekološko- porodniški in/ali pediatrični oddelek
- enota intenzivne terapije
- OZZN
- operacijski blok, sterilizacija
- ambulantna dejavnost
- strokovna sodelavka s področja zdravstvene nege

Prosim, odgovorite na spodnja vprašanja. Obkrožite samo en odgovor.

**5. Ali je izvajanje zdravstvene vzgoje opisano v kompetencah diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika?**

- da
- ne
- ne vem

**6. Koliko odstotkov (%) delovnega časa povprečno porabite za zdravstveno vzgojno delo?**

- manj kot 10%
- 10 % - 20 %
- 30 % - 40 %
- 50 %
- več kot 50 %

**7. Koliko pozornosti kot negovalni tim posvečate zdravstveni vzgoji pacientov na vašem oddelku?**

- preveč
- ravno prav
- premalo

**8. Kateri dejavniki po vašem mnenju vplivajo na izvajanje zdravstvene vzgoje pri pacientih?**

Vprašanje rešite s pomočjo Likertove lestvice, pri čemer je: 1- nikakor ne vpliva; 2- ne vpliva; 3- niti ne vpliva niti vpliva; 4-vpliva; 5- zelo vpliva.

	1-nikakor ne vpliva	2- ne vpliva	3-niti vpliva niti ne vpliva	4- vpliva	5- zelo vpliva
Pomanjkanje medicinskih sester	1	2	3	4	5
Pomanjkanje ustreznega prostora	1	2	3	4	5
Pomanjkanje časa	1	2	3	4	5
Pomanjkanje znanja medicinskih sester	1	2	3	4	5
Pomanjkanje motivacije s strani pacienta	1	2	3	4	5
Odklonilen odnos zdravnikov do zdravstvene vzgoje	1	2	3	4	5
Odklonilen odnos medicinskih sester do zdravstvene vzgoje	1	2	3	4	5
Nerazumevanje zdravstvene vzgoje kot pomembnega dela obravnave pacienta	1	2	3	4	5



**9. Seznanjen sem s protokolom zdravstveno vzgojnega dela – Zdravstveno vzgojna obravnava pacienta v Splošni bolnišnici Jesenice.**

- da
- ne

**10. Kateri obliki dela sta v Splošni bolnišnici Jesenice največkrat uporabljeni za izvajanje zdravstveno vzgojnega dela?**

- \_\_\_\_\_ oblika
- \_\_\_\_\_ oblika

**11. Katere štiri metode dela so v Splošni bolnišnici Jesenice največkrat uporabljene za izvajanje zdravstvene vzgoje?**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**12. Zdravstvena vzgoja je proces, ki se izvaja v štirih fazah. Na črtico s številko napišite pravilno zaporedje korakov:**

- \_\_\_\_\_ izvajanje zdravstvene vzgoje
- \_\_\_\_\_ vrednotenje uspešnosti zdravstvene vzgoje
- \_\_\_\_\_ zbiranje in analiziranje informacij z definiranjem zdravstveno vzgojnih potreb
- \_\_\_\_\_ planiranje dela s postavljanjem ciljev

**Ocenite spodaj navedene trditve po Likertovi lestvici, pri čemer je: 1- nikakor se ne strinjam; 2- se ne strinjam; 3- niti se strinjam niti se ne strinjam; 4- se strinjam; 5- popolnoma se strinjam**

	1- nikakor se ne strinjam	2- se ne strinjam	3- niti se strinjam niti se ne strinjam	4- se strinjam	5- popolnoma se strinjam
Zdravstvena vzgoja se mi zdi pomemben del oskrbe pacientov	1	2	3	4	5
Zdravstvena vzgoja se mi zdi pomemben del dela diplomirane medicinske sestre/ diplomiranega zdravstvenika	1	2	3	4	5
Promocija zdravja se mi zdi pomemben del dela diplomirane medicinske sestre/ diplomiranega zdravstvenika	1	2	3	4	5
Zdravstveno vzgojno	1	2	3	4	5

<b>svetovanje izvajam večkrat kot zdravstveno vzgojo</b>					
<b>V zdravstveno vzgojo moramo vključiti tudi pacientove družinske člane</b>	1	2	3	4	5
<b>Imam dovolj časa za izvajanje zdravstvene vzgoje</b>	1	2	3	4	5
<b>Imam dovolj znanja za izvajanje zdravstvene vzgoje</b>	1	2	3	4	5
<b>Za izvajanje zdravstvene vzgoje medicinske sestre potrebujejo dodatna znanja</b>	1	2	3	4	5
<b>Znanje o komunikaciji je v procesu zdravstvene vzgoje izredno pomembno</b>	1	2	3	4	5
<b>Pri vsakem pogovoru s pacientom poskušam delovati zdravstveno vzgojno</b>	1	2	3	4	5

Za sodelovanje se vam iskreno zahvaljujem.