



Fakulteta za zdravstvo  
Jesenice

Faculty of Health Care  
Jesenice

Diplomsko delo

visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje

ZDRAVSTVENA NEGA

**POGLED ŠTUDENTOV FAKULTETE ZA  
ZDRAVSTVO JESENICE NA IZVAJANJE  
STANDARDOV V ZDRAVSTVENI NEGI**

**OPINIONS OF FHCJ STUDENTS ON THE  
IMPLEMENTATION OF NURSING STANDARDS**

Mentorica: Sedina Kalender Smajlović, pred.

Kandidat: Tomaž Kolenko

Jesenice, maj 2016

## **ZAHVALA**

Izjemna zahvala gre mentorici, Sedini Kalender Smajlović, pred., za trud, prepleten s potrpežljivostjo, ki ga je vlagala v času študija. Posebej bi se zahvalil za spremljanje, pomoč, usmeritve in spodbude ob nastajanju diplomskega dela.

Zahvala gre recenzentoma mag. Jožici Ramšak Pajk, viš. pred. ter mag. Miranu Remsu, viš. pred. za strokovni pregled in mnenje.

Zahvalil bi se prijateljici in kolegici Lei za vso podporo in pomoč, da sem prišel do tega cilja. Hvala, ker mi stojiš ob strani.

Zahvala gre družini in prijateljem za razumevanje in spodbudo v času študija in nastajanju diplomskega dela.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Standardi kakovosti zdravstvene nege so ključni element zagotavljanja kakovosti v zdravstveni negi. So osnovni dokument v zdravstveni negi in odražajo vez med usposabljanjem študentov in na dokazih podprti praksi v zdravstveni negi.

**Cilj:** Ugotoviti želimo, v kolikšni meri so študentje Fakultete za zdravstvo Jesenice (študentje FZJ) seznanjeni s standardi kakovosti v zdravstveni negi. Zanima nas odnos rednih in izrednih študentov do uporabe standardov kakovosti zdravstvene nege v času kliničnega usposabljanja.

**Metoda:** Raziskava, izvedena na vzorcu študentov FZJ, je bila zasnovana na kvantitativni neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja. Podatki so bili zbrani s strukturiranim vprašalnikom. V raziskavi je sodelovalo 195 študentov, kar predstavlja 82-procentno realizacijo vzorca. Pridobljene podatke smo obdelali s pomočjo programa Microsoft Excel in SPSS. Povezavo med stališči študentov FZJ in vlogo standardov v zdravstveni negi smo ugotavljali z bivariantno statistiko s Pearsonovim korelacijskim koeficientom in Spearmanovim koeficientom ranga korelacije, kjer je za statistično pomembne podatke upoštevana  $p \leq 0,050$ .

**Rezultati:** Študentje FZJ se delno strinjajo ( $PV = 3,50$ ) s trditvijo, da so seznanjeni s standardi kakovosti. Bolj se strinjajo s trditvijo, da jih predavatelji seznanijo s pomembnostjo standardov v kliničnem okolju ( $PV = 4,14$ ) ter da standardi kakovosti pripomorejo k učinkovitemu izvajanju zdravstvene nege ( $PV = 4,46$ ). Na uporabo standardov vpliva način izvedbe študija, pri čemer se redni študentje v večji meri strinjajo s trditvami, kot izredni študenti. Študentje se delno strinjajo, da se srečujejo z razkorakom pri prenosu teoretičnega znanja v prakso ( $PV = 3,99$ ). Da standardi kakovosti doprinesejo k varni obravnavi pacientov, se delno strinjajo ( $PV = 4,38$ ). Študentje FZJ navajajo nizek delež izvedenih intervencij po standardu kakovosti zdravstvene nege, najvišja vrednost je bila dosežena v 71,8 %.

**Razprava:** Poznavanje pomena standardov zdravstvene nege pri študentih FZJ je dobra. Potrebno je nenehno prizadevanje, da se izboljša upoštevanje standardov kakovosti v praksi zdravstvene nege s strani kliničnih mentorjev in s tem optimizira izvajanje standardov kakovosti zdravstvene nege v času kliničnega usposabljanja.

**Ključne besede:** standardi zdravstvene nege, pomen standardov zdravstvene nege, standardi in kakovost, izobraževanje medicinskih sester.

## SUMMARY

**Theoretical background:** Healthcare quality standards are a vital element in ensuring quality in healthcare. They are the basic document in healthcare and reflect the link between training of students and evidence-supported practice in healthcare.

**The objective:** We wanted to find out to what extent the students from the Faculty of Healthcare Jesenice (the FHJ students) are informed of the healthcare quality standards. We were interested in the attitude of full-time and part-time students to using healthcare quality standards during their clinical training.

**The method:** The survey, which included a sample of the FHJ students, was based on the quantitative, non-experimental method of empirical research. The data was collected by using a structured questionnaire. The survey included 195 students, which represents an 82% realisation of the sample. The data obtained was processed by using Microsoft Excel and SPSS software. We established a connection between the attitudes of the FHJ students and the role of quality standards in healthcare by using the bivariate statistics and the Spearman's correlation coefficient range, where  $p \leq 0.050$  is taken into account for the statistically significant data.

**The results:** Some of the FHJ students agree (PV = 3.50) with the claim that they are informed of the healthcare quality standards. They agree more with the claim that professors inform them of the importance of standards in the clinical environment (PV = 4.14) and that the healthcare quality standards contribute to efficient provision of healthcare (PV = 4.46). The manner of studying affects the use of healthcare quality standards, because full-time FHJ students agree to a greater extent to the claims than part-time FHJ students. Some FHJ students agree with the claim that they are facing a discrepancy when transferring theoretical knowledge into practice (PV = 3.99). Some FHJ students agree (PV = 4.38) with the claim that healthcare quality standards contribute to safe treatment of patients. FHJ students reported a low share of interventions executed by following the healthcare quality standards – the highest measured value was 71.8%.

**The discussion:** Awareness of the importance of healthcare quality standards is good with the FHJ students. When it comes to clinical mentors, ongoing efforts are required to improve

taking the healthcare quality standards in healthcare practice into account, which would optimise the implementation of healthcare quality standards during the clinical training.

**Key words:** healthcare quality standards, the importance of healthcare quality standards, standards and quality, training of medical nurses.

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL.....</b>	<b>2</b>
<b>2.1</b>	<b>DEFINICIJA STANDARDOV .....</b>	<b>2</b>
<b>2.2</b>	<b>VRSTE STANDARDOV .....</b>	<b>3</b>
2.2.1	Oblikovanje standardov .....	4
2.2.2	Osnovna načela standardov zdravstvene nege .....	5
<b>2.3</b>	<b>STANDARDI KOT ELEMENT V ZAGOTAVLJANJU KAKOVOSTNE ZDRAVSTVENE NEGE.....</b>	<b>6</b>
<b>2.4</b>	<b>VLOGA KLINIČNEGA USPOSABLJANJA V ZDRAVSTVENI NEGI .....</b>	<b>7</b>
2.4.1	Uporaba standardov v kliničnem usposabljanju študentov zdravstvene nege .....	8
2.4.2	Povezovanje teoretičnega znanja v prakso zdravstvene nege .....	10
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL .....</b>	<b>11</b>
<b>3.1</b>	<b>NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA .....</b>	<b>11</b>
<b>3.2</b>	<b>RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....</b>	<b>11</b>
<b>3.3</b>	<b>RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....</b>	<b>12</b>
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	12
3.3.2	Opis merskega instrumenta .....	12
3.3.3	Opis vzorca.....	13
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	14
<b>3.4</b>	<b>REZULTATI.....</b>	<b>14</b>
<b>3.5</b>	<b>RAZPRAVA .....</b>	<b>25</b>
<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK.....</b>	<b>30</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA.....</b>	<b>32</b>
<b>6</b>	<b>PRILOGE .....</b>	<b>1</b>
6.1	INSTRUMENT	
6.2	MATRIKA PODATKOV	

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografski podatki in drugi dejavniki.....	13
Tabela 2: Kakšna je vloga standardov zdravstvene nege pri opravljanju klinične prakse? .....	15
Tabela 3: Način izvedbe študija .....	16
Tabela 4: Statistično pomembne razlike v načinu izvedbe študija.....	17
Tabela 5: Vpliv letnika na uporabo standardov zdravstvene nege.....	18
Tabela 6: ANOVA test .....	19
Tabela 7: Post-hoc test (LSD) .....	19
Tabela 8: Znanje, ki ga pridobim v šoli, lahko s pomočjo standardov zdravstvene nege uporabim v času klinične prakse? .....	20
Tabela 9: Ali standardi zdravstvene nege pri opravljanju klinične prakse predstavljajo element za zagotavljanje kakovosti?.....	21
Tabela 10: Standardizirane intervencije zdravstvene nege .....	22



## 1 UVOD

Razmere v zdravstvu so vedno bolj zapletene, kar zahteva tudi spremembe v pristopu zdravstvene nege, ki postaja vedno bolj kompleksna, strokovna in usmerjena k posamezniku. Da zagotavljamo pogoje za izvajanje sodobne, kakovostne in učinkovite zdravstvene nege, le-te ne smemo jemati, kot odraz naše dobre volje, da nekaj izboljšamo. Tu ne gre za prizadevanje posameznikov, ki v svojem vizionarskem zanosu ter entuziastičnem razmišljanju delujejo na abstraktni ravni. Vsekakor ne gre za tako imenovane teoretike, kakor tudi ne posameznike iz prakse. Smo v času, ko se bolniki zavedajo in zahtevajo čedalje več pravic ter višjo kakovost zdravstvenih storitev (Plank, 2009).

Kot glavna pomoč pri zagotavljanju kakovostne in varne zdravstvene nege nam služijo standardi zdravstvene nege, s katerimi lahko zagotovimo, da je le-ta učinkovita in kakovostna. Prednost standardov je v tem, da so v dokaj kratkem dokumentu zbrane kakovostne in strokovne informacije. Če le-teh nimamo, smo primorani prebrati veliko različne literature, da pridobimo zelene informacije za izvedbo določene intervencije (Plank, 2009).

Za standarde velja, da so to sprejete in veljavne norme, ki opredeljujejo aktivnosti zdravstvene nege in stopnjo kakovosti zdravstvene nege. Standardi so orodja za merjenje kakovosti, ti pa morajo biti dinamični, da jih je možno spreminjati in prilagajati (Hajdinjak & Meglič, 2001).

V diplomskem delu bomo preučili poglede študentov FZJ na standarde kakovosti zdravstvene nege. Zanima nas, kakšen je odnos študentov FZJ do uporabe standardov kakovosti v času kliničnega usposabljanja. Ugotoviti želimo, ali standardi kakovosti zdravstvene nege predstavljajo ključni element za zagotavljanje kakovostne in varne zdravstvene nege.

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 DEFINICIJA STANDARDOV

Standardi izražajo kvantitativno raven kakovosti, ki jo je potrebno doseči, da zadovoljimo pričakovanja glede kakovosti. Preprosto definirajo zdravstveno nego pacienta in naloge zdravstvenega delavca, posledično preprečujejo delovanje na lastno roko, kršitev standardov pa lahko povzroči malomarnost medicinske sestre (Cartwright Vanzant, 2011).

Ko govorimo o standardih, govorimo o dokumentih, ki nastanejo s konsenzom in ga sprejme skupina, ki določa smernice, pravila in postopke neke dejavnosti. Standardi so namenjeni za večkratno uporabo in vodijo k cilju pričakovanega nivoja na danem področju. Standardi pomenijo merljivo izjavo o uspešnosti delovanja in opišejo, kakšno kakovost oblikovano na dokazih je potrebno doseči (Robida, 2009).

Ena izmed novejših definicij opredeljuje standard, kot priznan ukrep primerjave po količinskem ali kvalitativnem merilu. Standard je praksa, ki uživa univerzalno prepoznavo in skladnost med strokovnjaki. Definiran je tudi kot model predstave, ki ima za posledico vključitev meril z normativi (Neil, 2015).

Cilj standardov je doseči zmanjšanje nepotrebnega odstopanja pri zagotavljanju zdravstvene nege. Tistemu, ki mu bo nudena zdravstvena nega, bo s standardi zagotovljeno, da bo pri sleherni medicinski sestri deležen najboljše možne oskrbe (Filej, et al., 2000).

Ko želimo definirati standarde, ugotovimo, da sta ključna sestavna dela kriterij in kakovost. Definicije standardov so lahko širše, splošne pa tudi ožje. Vsak strokovnjak gleda na pojme iz svoje perspektive. Tako tudi nova spoznanja zahtevajo nenehno dopolnjevanje definicij (Sekavčnik, 1997).

## 2.2 VRSTE STANDARDOV

Najširše uporabljen model oblikovanja standardov je Donabedianov model. Donabedian razmišlja, da dobro okolje omogoča dobro izvedbo zdravstvene nege, le-to pa vodi v dobre izide zdravstvene nege (Bavčar, 2008).

Model, ki ga je predlagal Avedis Donabedian, je bil splošno sprejet, kot metoda za načrtovanje kakovostne zdravstvene nege. Opredelil je konceptualni in večdimenzionalni okvir kakovosti zdravstvene nege. Predpostavil je, da merjenje kakovosti zdravstvene nege temelji na treh komponentah, strukturi, procesu in izidu, vsaka izmed komponent pa neposredno vpliva na naslednjo (Ibn El Haj, et al., 2013):

- Standard strukture se nanaša na relativne statistične značilnosti, vključuje predvsem osebje, ki izvaja zdravstveno nego. Opredeljuje izobraževanje, usposabljanje in izkušnje osebja. Standard strukture določa, kje se predvideva izvedba zdravstvene nege, opredeljuje ustreznost osebja, varnostne naprave in usmerja splošno organizacijo.
- Standard procesa vključuje vse dejavnosti ob pacientu (diagnoze, predpisane postopke). Zagotavljanje zdravstvene nege se gleda iz tehničnega vidika, ki vključuje uporabo sedanje medicinske znanosti in tehnologije, v želji povečanja ravnovesja med koristmi in tveganji, s poudarkom na pravočasni diagnozi in primernim zdravljenjem ter zmanjšanjem zapletov in incidentov, ki bi lahko nastali med zdravljenjem. Standard procesa opredeljuje sodelovanje med različnimi timi in povezovanje med različnimi fazami izvajanja zdravstvene nege. V medosebni odnos med zdravstvenim osebjem in pacientom vključujemo vse predpise in standarde, ki urejajo odnose med ljudmi, predvsem gre za etične standarde, specifične za zdravljenje, in pričakovanja pacientov (podajanje informacij, sodelovanje pacientov pri odločanju). Odnos je pomemben, saj vpliva na učinkovitost.

Pri ocenjevanju kakovosti zdravstvene nege, v smislu procesa, je koristno razlikovati dva vidika, v katerih se kakovost lahko razlikuje. Prvi vidik je primernost – ali so bili sprejeti pravi ukrepi ter način, kako dobro so bili ukrepi izvedeni. Drugi način

ocenjevanja izida kakovosti zdravstvene nege je ocenjevanje izida, v smislu – ali so bili cilji doseženi. Cilj zdravstvene nege lahko opredelimo zelo široko, saj izid vključuje stroške in pričakovanja ter zadovoljstvo pacienta (Ransom, et al., 2005).

Poleg standardov poznamo tudi zdravstvene kazalnike, ki so razdeljeni na kazalnike končnih in vmesnih izidov – ti se nanašajo na kazalnike kakovosti procesne faze, vključujejo kazalnike okužb operativnih mest, precepljenosti, odstotek nenačrtovanih ponovnih sprejemov in odstotek napak, povezanih z zdravstvom. Kazalnik končnih izidov vsebuje vpliv izvedene zdravstvene nege na zdravje pacientov (kakovost življenja, invalidnost, smrt, komplikacije). Izidi izražajo prisotnost neželenih in želenih dogodkov, predvsem v kakovosti življenja pacientov v kliničnih okoljih (Ibn El Haj, et al., 2013).

### 2.2.1 Oblikovanje standardov

Za razvijanje in oblikovanje standardov kakovosti zdravstvene nege se uporabljajo različne metode: RUMBA, metodologija po Elizabeth Mason ter metodologija Dynamic Standard Setting System (DySSSy), vendar oblikovalci standardov pri njihovem oblikovanju najpogosteje posežejo po metodi RUMBA (Pangerl, 2013).

Standardi zdravstvene nege morajo vsebovati vidike sodobne zdravstvene nege ter na dokazih podprte izkušnje iz prakse. Poleg tega morajo vsebovati specifične lastnosti posameznega področja zdravstvene nege. Standardi vsebujejo informacije, kaj potrebuje standard za izvedbo in kateri so željeni rezultati. V zdravstveni negi je razvijanje standardov pripeljalo do spoznanja in oblikovanja dobrih lastnosti standardov, ki jih z angleško kratico imenujemo RUMBA (Maze & Plank, 2012):

- R relevant (primerni)
- U understandable (razumljivi)
- M measurable (merljivi)
- B behavioral (objektivni)

- A attainable (dosegljivi).

Pangerel, (2013) pravi, da ko oblikujemo standarde zdravstvene nege, ne smemo prekoračiti zakonskih določil in zmanjšati kompetenc in odgovornosti, ki jo zdravstvena nega ima. Standardi morajo biti oblikovani razumljivo za vse zdravstvene delavce negovalnega tima, v nekaterih primerih tudi zdravstvenega tima.

### 2.2.2 Osnovna načela standardov zdravstvene nege

Za ustrezno zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege moramo imeti strokovno znanje o tem, kaj pomeni dober proces, dobra struktura in dober izid v zdravstveni negi. Z drugimi besedami, potrebujemo standarde in kriterije tistega področja zdravstvene nege, ki ga ocenjujemo (Ransom, et al., 2005).

Robida (2009) navaja, da je standard osnova za primerjavo. S pomočjo standardov in s presojo lastne prakse lahko ugotovimo, kako učinkovita je naša praksa. Standardi in presoja morata biti med seboj povezana. Za merila veljajo specifične lastnosti, ki so osnova za presojo kakovosti. Določajo, kaj meriti pri presoji zdravstvene prakse. Merila so v tesnem stiku z standardom, ki je predmet ocenjevanja.

Za oblikovanje standardov je kritična odločitev, kakšno stopnjo ravni je potrebno doseči, minimalno, optimalno, dosegljivo ali nekaj vmes (Ransom, et al., 2005):

- Minimalni standardi določajo, kakšne ravni morajo biti dosežene, da se kakovost šteje za še sprejemljivo. Posledično je potrebno sprejeti ukrep za doseganje minimalne ravni standarda.
- Optimalni standardi označujejo raven kakovosti, ki se jo lahko doseže pod najboljšimi pogoji. Optimalni standardi so verjetno najbolj uporabni kot točka za določanje dosegljivosti standardov. Stopnjo učinkovitosti bi se moralo doseči na vseh področjih, za katere so standardi določeni.

Ena izmed možnosti ocenjevanja dosegljivosti standardov je, da vsaj četrtnina izvajalcev zdravstvene nege dosega optimalne standarde. Če v osnovi doseže ena četrtnina

optimalno raven, lahko tudi ostale tri četrtine zagotovijo enako raven (Ransom, et al., 2005).

Merila struktur, procesov in izida so osnovni gradniki za vrednotenje kakovosti zdravstvene nege. Odločitve za doseganje standardov, da ti postanejo merila, morajo temeljiti na dokazih (Ransom, et al., 2005).

Merljivost v standardih bomo dosegli, če bomo pri postavljanju standardov precizni in sistematični. Vsak standard moramo strokovno utemeljiti, zato standardov ne moremo postavljati na podlagi lastnih domnev. Priporočeno je, da standarde zdravstvene nege oblikujejo medicinske sestre specialiste, katerim je vodilo znanje in izkušnje. Oblikovanje temelji na strokovni literaturi, kot so strokovne razprave, navodila in zakonski predpisi (Sekavčnik, 1997).

### **2.3 STANDARDI KOT ELEMENT V ZAGOTAVLJANJU KAKOVOSTNE ZDRAVSTVENE NEGE**

Kakovost je optimalno ravnovesje med možnostmi realiziranimi v okviru norm in vrednot. Temelji kakovosti so sestavljeni iz interakcij med standardi. Kakovost opredeljujemo kot stopnjo, do katere zdravstvene storitve za posameznike in skupine prebivalstva dosežejo verjetnost želenih rezultatov zdravljenja in so v skladu s trenutno dostopnim strokovnim znanjem. To je pripeljalo do opredelitve kakovosti, ki pravi, da so kazalniki odraz standardov (Mitchell, 2008).

Vpliv zdravstvene nege na kakovost zdravstvenega varstva ne sme biti zanemarjen. Medicinske sestre predstavljajo največjo skupino zdravstvenih delavcev. Gallagher Mutley (2010) preko izvedene raziskave dokazuje vpliv zdravstvene nege na uspešnost bolnišnične obravnave. Dokazano je, da zagotavljanje varne, učinkovite, ustrezne ter kadrovske številčne zdravstvene nege pripomore k uspešni oskrbi pacientov. Delež diplomiranih medicinskih sester je obratno sorazmeren s stopnjo umrljivosti. Povečanje števila diplomiranih medicinskih sester bi zmanjšalo stroške obravnave, prav tako bi

večje število diplomiranih medicinskih sester izboljšalo oskrbo pacientov, kar bi privedlo do zmanjšanja nepotrebnih smrti ter bi predvsem skrajšalo čas hospitalizacij.

Zagotavljanje kakovosti v zdravstvu je dosledno ustvarjanje izidov zdravstvene obravnave, katero primerjamo s standardi ali najboljšimi praksami (Robida, 2006). Ključnega pomena pri zagotavljanju, kakovostne obravnave v zdravstveni negi je oblikovanje standardov. V zavesti moramo imeti, da so standardi predpisi o tem, kaj moramo storiti, na kakšen način in kako z najmanjšimi vložki izvedemo kakovostno zdravstveno nego. Prav tako standardi igrajo pomembno vlogo v poenotenju dela v zdravstveni negi. Lorber (2006) v izvedeni raziskavi v Splošni bolnišnici Maribor ugotavlja, da je večina izvajalcev zdravstvene nege seznanjenih s standardi, prav tako poznajo vlogo standardov v obravnavi pacientov. V raziskavi ugotavlja, da pri svojem delu srednješolsko izobražen kader uporablja standarde v manjšem obsegu. Zato ugotavlja, da bi bilo potrebno za zagotavljanje kakovosti spremeniti razmerje med tehniki zdravstvene nege in diplomiranimi medicinskimi sestrami, v prid slednjim.

Kalender Smajlović, et al. (2010) v raziskavi, ki je zajemala 48 medicinskih sester in je bila opravljena v Splošni bolnišnici Jesenice, ugotavlja veliko naklonjenost medicinskih sester do zagotavljanja kakovostne zdravstvene nege. Delovanje medicinske sestre je povezano z zagotavljanjem varne in kakovostne zdravstvene nege ter načrtovanim in usmerjenim procesom zdravstvene nege in upoštevanjem smernic.

## **2.4 VLOGA KLINIČNEGA USPOSABLJANJA V ZDRAVSTVENI NEGI**

Ključnega pomena v izobraževanju zdravstvene nege je kakovostna izvedba kliničnega usposabljanja. Pri tem pride do situacije, kjer študent prenaša svoje teoretično znanje in praktične veščine, ki jih pridobi v kabinetu, v samo klinično okolje, kjer se sreča neposredno s pacientom oziroma z varovancem (Skela Savič, 2008).

Klinično okolje nudi študentu edino možnost za profesionalni razvoj v zdravstveni negi. Izobraževanje v kliničnem okolju omogoča, da študentje spoznajo, se usposobijo in

pridobijo spretnosti ter veščine za izvajanje zdravstvene nege (Lorber & Donik, 2009). Elcigil in Yildirim Sari (2006) prav tako menita, da je klinična praksa sestavni del izobraževanja v zdravstveni negi, pri čemer igra pomembno vlogo odnos med kliničnim mentorjem in študentom.

Čuk in Hvala (2009) ugotavljata, da študentje pričakujejo v kliničnem okolju kakovostno izvajanje zdravstvene nege. Izkušnje v času kliničnega usposabljanja pridobijo preko procesa učenja v delovnih enotah, v katere so razporejeni. Pričakovanje študentov pri opravljanju klinične prakse je, da so sprejeti in da se počutijo varne.

#### 2.4.1 Uporaba standardov v kliničnem usposabljanju študentov zdravstvene nege

Diplomirana medicinska sestra se prične izobraževati za delovanje v praksi na akreditiranih visokošolskih zavodih za medicinske sestre, v katerih se usposobi za delovanje v kliničnem okolju, na koncu izobraževanja pa pridobi diplomu na nacionalni ravni. Diplomirana medicinska sestra lahko nadaljuje izobraževanje na akademski ravni, lahko pa se izobražuje za specializacijo v praksi. Novi modeli za izobraževalne programe se razvijajo kot odgovor na aktualne zdravstvene probleme v okolju. Karierna in profesionalna rast v zdravstveni negi ni linearna, kljub temu da je izobraževanje za diplomirane medicinske sestre jasno načrtano. V praksi so izobraževalne ustanove začrtale vstop v magistrske programe zdravstvene nege. American Association of Colleges je leta 2004 uvedla program podiplomskega izobraževanja Doctor of Nursing Practice, ki pripravi diplomirano medicinsko sestro za izvajanje napredne zdravstvene nege. Kot drugi program na podiplomskem izobraževanju se je razvil Clinical Nurse Leader, katerega značilnost je, da daje poudarek na spodbujanju zdravja, zmanjševanju tveganja za nastanek bolezni in temelji na populaciji, vključeni v zdravstveno varstvo (American Nurses Association, 2010).

Zdravstvena nega sledi hitrim spremembam na področju izobraževanja, raziskovanja in klinične prakse. Kako se v praksi strokovnjaki pripravijo na spremembe, je odvisno od sposobnosti in izzivov, ki spremljajo uporabo novih metod in oblik dela ter prenos znanja. Od medicinskih sester se v družbi veliko pričakuje, prav zato je njihovemu izobraževanju potrebno posvetiti dodatno pozornost, ki bo težila proti pomembnosti,



odgovornosti, vse večji kompetentnosti ter zahtevnosti njihove vloge. Glavna značilnost dodiplomskih in podiplomskih študijskih programov zdravstvene nege temelji, poleg teoretičnih znanj, na učenju v kliničnem okolju. S tem omogočimo prenos znanja iz izobraževalnih ustanov v klinično okolje. Z možnostjo stalnega strokovnega izobraževanja, napredovanja in rasti pridobijo kompetence, možnost za boljše delo in vrednotenje poklica. Ena izmed definicij kompetenc jo definira kot zmožnost osebe, da demonstrira izvajanje neke naloge v skladu z določenim standardom (Železnik & Filej, 2010).

Avtorici Filej in Železnik (2010) v raziskavi ugotavljata, da obstaja razkorak med teorijo in prakso, ki ga študentje doživljajo kot nesprejemljivega, v smislu, nekaj se učimo, delati pa moramo drugače. Ugotavlja, da je to vsekakor posledica različnih standardov. Kot rešitev navaja, da bi morali visokošolski učitelji bolj poudarjati, da razkoraki obstajajo in da se študentje morajo zavedati, kje je meja glede strokovno pravnega izvajanja negovalnih aktivnosti.

Študentje morajo na klinični praksi izvajati zdravstveno nego po sprejetih in veljavnih strokovnih smernicah, navodilih, priporočilih in standardih zdravstvene nege posameznega kliničnega okolja (Skela Savič, et al., 2011).

Fakulteta za zdravstvo Jesenice v evalvacijskih poročilih spremlja zadovoljstvo študentov s klinično prakso in učnimi bazami na študijskem programu prve stopnje Zdravstvene nege od študijskega leta 2008/2009 (Skela Savič, et al., 2013). Evalvacijsko poročilo o zadovoljstvu s klinično prakso v študijskem letu 2013/2014 poda ugotovitve, da študentje 1. letnika izražajo manjše zadovoljstvo s klinično prakso, kakor študentje višjih letnikov. Pri trditvi »Klinični mentor mi je predstavil standarde dela na oddelku« se pojavi razlika med letniki, in sicer so največjo seznanjenost s standardi na oddelku navedli študentje 2. letnika, sledil jim je 3. letnik, najmanj pa so bili s standardi na oddelku seznanjeni študentje 1. letnika (Skela Savič, et al., 2015).

#### 2.4.2 Povezovanje teoretičnega znanja s prakso zdravstvene nege

Povezovanje teorije in prakse v izobraževalnem procesu medicinskih sester je od nekdaj predstavljalo težavo. Problem povezovanja se je razreševal različno. Ob reševanju ne gre samo za zunanje rešitve, v smislu količine praktičnega izobraževanja ali organiziranosti izobraževanja, reševanje se je predvsem dotikalo miselnosti, filozofije, ki se pojavi v ozadju različnih rešitev. Glavno nit predstavlja vrednotenje znanja, ki ga študentu dajejo teoretična predavanja in seminarji na eni strani in znanja, ki jih pridobijo na praktičnem usposabljanju, na drugi strani. Počasi je prišlo do spoznanja, da je praktično usposabljanje v kliničnem okolju nov vir znanja in da so izkušnje, ki jih študentje pridobijo v kliničnem okolju, enakovreden vir znanja. V študijskem programu zdravstvene nege se teoretično znanje in praktično usposabljanje obravnavata enakovredno. Gre za vpletanje študentovih praktičnih izkušenj v teoretično izobraževanje (Železnik, et al., 2009).

Visokošolski učitelji predstavljajo ključno vlogo ob zbliževanju teoretičnega in praktičnega znanja v času študija. Visokošolski učitelj prenaša svoje strokovno znanje in sposobnosti, ki jih študentje potrebujejo za poklic. Pridobljena znanja pa vplivajo na razvoj in izboljšanje klinične prakse, saj študentje te veščine prenesejo v delovno okolje (Dundžić, 2010).

Da bi dosegli cilj pri povezovanju teorije s prakso, v prvi vrsti potrebujemo učitelje, ki morajo biti strokovno, znanstveno in raziskovalno usposobljeni. Brez znanstveno-raziskovalne komponente si težko predstavljamo uresničevanje povezave med teorijo in prakso (Dundžić, 2010).

### **3 EMPIRIČNI DEL**

#### **3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA**

Namen diplomskega dela je ugotoviti, v kolikšni meri so študentje FZJ seznanjeni s standardi kakovosti v zdravstveni negi v času kliničnega usposabljanja. Ugotoviti želimo stališča rednih študentov in izrednih študentov FZJ do uporabe standardov kakovosti zdravstvene nege v času kliničnega usposabljanja.

Cilji diplomskega dela:

C1 – Ugotoviti stališča študentov FZJ do uporabe standardov kakovosti zdravstvene nege glede na letnik in obliko študija.

C2 – Ugotoviti najpogosteje uporabljene standarde kakovosti zdravstvene nege pri študentih FZJ v kliničnem okolju.

C3 – Zanima nas, če standardi zdravstvene nege pri študentih FZJ predstavljajo orodje za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege v času kliničnega usposabljanja.

#### **3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

Na osnovi pregledane literature smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

RV 1: V kakšni meri so študentje FZJ v času kliničnega usposabljanja seznanjeni s standardi kakovosti kliničnega okolja?

RV 2: Kako so demografski podatki in nekateri dejavniki (letnik študija, način izvedbe študija) študentov FZJ povezani z uporabo standardov kakovosti v času kliničnega usposabljanja?

RV 3: V kakšni meri se pojavlja razkorak med prenosom teoretičnega znanja v prakso zdravstvene nege (v smislu, nekaj se učimo, delati moramo drugače) pri študentih FZJ v času kliničnega usposabljanja?

RV 4 V kolikšni meri pri študentih FZJ predstavljajo standardi kakovosti zdravstvene nege orodje za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege?

RV 5: Kateri so najbolj pogosti in najmanj pogosto uporabljeni standardi zdravstvene nege s strani študentov FZJ v času kliničnega usposabljanja?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Za zbiranje podatkov smo uporabili neeksperimentalno empirično kvantitativno metodo. Podatke, ki smo jih uporabili v empiričnem delu, smo zbirali z anketo. Za oblikovanje teoretičnega dela smo uporabili pregled strokovne in znanstvene literature, ki smo jo pridobili v splošnih in strokovnih knjižnicah, poslužili smo se tudi spletne knjižnične baze COBISS. Uporabili smo članke s področja zdravstvene nege, te pa smo iskali v svetovnih bazah podatkov in informacijskih sistemih, kot so: EBSCOhost iz podatkovnih baz CINAHL, ProQuest, PubMed, Obzornik zdravstvene nege in DKUM. Uporabili smo naslednje ključne besede in besedne zveze: »standardi zdravstvene nege, pomen standardov zdravstvene nege, standardi in kakovost, izobraževanje medicinskih sester«. Za iskanje po tujih bazah smo uporabili angleško različico besednih zvez: »Standards of care, the importance of standards of nursing, Standards and Quality, Education of Nurses«. Literaturo smo iskali v obdobju od junija 2015 do avgusta 2015.

#### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Na osnovi pregledane literature (Filej & Železnik, 2010; Hajdinjak & Meglič, 2001; Ransom, et al., 2005; Ivanuša & Železnik, 2008) smo pripravili anketo, s katero smo želeli pridobiti stališča študentov FZJ do vloge standardov kakovosti v zdravstveni negi. Zanesljivost ankete smo preverjali s Cronbachovim alfa koeficientom, ki je za prvi sklop vprašanj znašal 0,772, drugi sklop vprašanj je dosegel 0,804, pri tretjem sklopu je vrednost Cronbacha znašala 0,997, iz česar lahko sklepamo, da je zanesljivost vprašalnika ustrezna. Anketa je bila sestavljena iz treh sklopov. V prvem sklopu smo zbrali demografske podatke anketirancev. Bistveni del ankete (drugi sklop) je bil

sestavljen iz petstopenjske Likartove lestvice, ki je bila definirana tako, da je ocena 1 pomenila – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam/delno se ne strinjam, 4 – se strinjam in 5 – se popolnoma strinjam. Tretji sklop je bil sestavljen iz podanih standardov aktivnosti zdravstvene nege.

### 3.3.3 Opis vzorca

Za pridobitev podatkov smo uporabili neslučajnostni vzorec študentov FZJ od prvega do tretjega letnika rednega in izrednega študija. Med študente smo razdelili 239 anket, vrnjenih smo dobili 198 anket, od tega smo v nadaljevanju izključili štiri ankete, zaradi nepopolno izpolnjene Likartove lestvice, tako smo zajeli 195 anket.

V raziskavi je sodelovalo 195 študentov FZJ, kar predstavlja 82% realizacijo vzorca. Od tega je bilo 78,5 % anketirancev ženskega spola in 21,5 % moškega spola. Največ, 46,7 % anketirancev je bilo v starostni skupini 21–25 let. Glede na letnik študija je bilo 36,4 % študentov prvega letnika, 32,8 % študentov je bilo iz drugega letnika ter 30,8 % iz tretjega letnika. Glede na način študija je bilo 72,8 % rednih študentov in 27,2 % izrednih študentov.

Študentje FZJ so ocenili svoje poznavanje pomena standardov v 41,5 % za dobro, v 55,9 % je njihovo poznavanje pomena standardov srednje, v 2,6 % pa ocenjujejo svoje poznavanje kot slabo. Podrobnejša interpretacija je prikazana v Tabeli 1.

**Tabela 1: Demografski podatki in drugi dejavniki**

		F	%
<b>Spol</b>	Ženski	153	78,5
	Moški	42	21,5
<b>Starost</b>	18–20	81	41,5
	21–25	91	46,7
	26–30	7	3,6
	31–35	9	4,6
	35–43	7	3,6
<b>Vrsta študija</b>	Redni	142	72,8
	Izredni	53	27,2

		F	%
Letnik študija	Prvi	71	36,4
	Drugi	64	32,8
	Tretji	60	30,8
Poznavanje pomena standardov	Dobro	81	41,5
	Srednje	109	55,9
	Slabo	5	2,6
	Skupaj	195	100

Legenda: F – frekvenca, % – odstotek

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketiranje smo izvedli med 22. 1. in 29. 1. 2016 na Fakulteti za zdravstvo Jesenice. Predhodno smo pridobili soglasje Komisije za znanstveno-raziskovalno in razvojno dejavnost Fakultete za zdravstvo Jesenice. Pri anketiranju je bila anketirancem zagotovljena anonimnost. Podatke, pridobljene po kvantitativni – neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja, smo kvantitativno obdelali s pomočjo programa Microsoft Excel in SPSS. Povezave med stališči študentov in vlogo standardov v zdravstveni negi smo ugotavljali z bivariantno statistiko, in sicer s Pearsonovim korelacijskim koeficientom in Spearmanovim koeficientom ranga korelacije, kjer je za statistično pomembne podatke upoštevana  $p \leq 0,050$ .

## 3.4 REZULTATI

V prvem sklopu ankete smo zajeli demografske podatke, ki so predstavljeni v poglavju demografski podatki. Raziskovalna vprašanja smo obravnavali v drugem in tretjem sklopu ankete.

V kolikšni meri so študentje FZJ v času kliničnega usposabljanja seznanjeni s standardi kakovosti kliničnega okolja, smo ugotavljali s pomočjo vprašanj o vlogi standardov zdravstvene nege pri opravljanju klinične prakse, kar lahko razberemo iz Tabele 2. Z najnižjo vrednostjo, strinjam se, so študentje FZJ ocenili trditev, da jih mentor ob pričetku opravljanja klinične prakse seznanja s standardi kakovosti kliničnega okolja (PV = 3,50, SO = 1,09), večje strinjanje so podali trditvi, da jih predavatelji FZJ seznanijo s pomembnostjo standardov v kliničnem okolju (PV = 4,14, SO = 0,96) najvišje pa, da

standardi kakovosti zdravstvene nege pripomorejo k učinkovitemu izvajanju zdravstvene nege (PV = 4,46, SO = 0,71).

**Tabela 2: Kakšna je vloga standardov zdravstvene nege pri opravljanju klinične prakse?**

	n	PV	Me	Mo	SO
Ob začetku opravljanja klinične prakse me klinični mentor seznanil s standardi kakovosti kliničnega okolja.	195	3,50	3,00	3	1,09
V kliničnem okolju (bolnišnice, zdravstveni domovi, socialno varstvene ustanove) so mi pred izvajanjem intervencij zdravstvene nege na razpolago standardi kakovosti.	195	3,95	4,00	5	0,95
Standardi kakovosti zdravstvene nege poenotijo izvajanje intervencij.	195	3,93	4,00	4	0,93
Če upoštevam standarde kakovosti zdravstvene nege, se počutim bolj samostojnega pri izvajanju intervencij.	195	4,12	4,00	4	0,83
Standardi zdravstvene nege se mi zdijo smiselni.	195	4,31	5,00	5	0,90
Standardi pripomorejo k učinkovitemu izvajanju zdravstvene nege.	195	4,46	5,00	5	0,71
Za uporabo standardov pri delu imam premalo časa.	195	3,64	4,00	3	1,04
Predavatelji FZJ so me seznanili s pomembnostjo upoštevanja standardov v kliničnem okolju.	195	4,14	4,00	5	0,96
V času klinične prakse ugotavljamo, da vsa klinična okolja nimajo oblikovanih standardov kakovosti zdravstvene nege.	195	3,53	4,00	4	1,13

Legenda: n = število udeležencev, PV = povprečna vrednost, Me = mediana, Mo = modus, SO = standardni odklon, lestvica: 1 = Sploh se ne strinjam, 2 = Se ne strinjam, 3 = Delno se ne strinjam / Delno se strinjam, 4 = Delno se strinjam, 5 = Se zelo strinjam

V Tabeli 3 smo predstavili, kako način študija vpliva na uporabo standardov kakovosti zdravstvene nege. Večje strinjanje s trditvami so podali študentje, ki obiskujejo redni študij. Pri vprašanju, kako način izvedbe študija vpliva na uporabo standardov v času kliničnega usposabljanja, se je pojavila pri trditvi, da klinični mentor študente spodbuja pri uporabi pridobljenega znanja v času predavanj in pri opravljanju klinične prakse. Redni študentje so se delno strinjali s to trditvijo (PV = 4,11, SO = 0,07), izredni študentje prav tako le delno (PV = 3,57, SO = 1,22). Razlika se je pojavila tudi pri trditvi, da študente FZJ v kabinetu predavatelji usmerjajo k uporabi standardov zdravstvene nege, pri čemer so se študentje rednega študija v večji meri delno strinjali (PV = 4,23, SO = 0,93) od izrednih študentov (PV = 3,87, SO = 1,07).

**Tabela 3: Način izvedbe študija**

Trditev	Vrsta študija	n	PV	SO	NP
Znanje, ki ga pridobim v času predavanj, lahko prenesem v klinično okolje.	Redni	142	4,13	0,94	0,08
	Izredni	53	3,74	0,98	0,14
Klinični mentorji spodbujajo študente k uporabi pridobljenega znanja v času predavanj pri opravljanju klinične prakse.	Redni	142	4,11	0,85	0,07
	Izredni	53	3,57	1,22	0,17
V času predavanj se seznanim s standardi kakovosti zdravstvene nege.	Redni	142	3,83	1,07	0,09
	Izredni	53	3,64	1,09	0,15
V kabinetu me predavatelji usmerjajo k uporabi standardov zdravstvene nege.	Redni	142	4,23	0,93	0,08
	Izredni	53	3,87	1,07	0,15
V času klinične prakse sem se srečal z izgovorom, da v kliničnem okolju ni dovolj časa za izvajanje intervencij zdravstvene nege, tako kot uči dobra klinična praksa in na dokazih podprta stroka.	Redni	142	4,07	1,03	0,09
	Izredni	53	3,79	1,06	0,15
Standardi zdravstvene nege omogočijo, da opravljam tiste intervencije, katere lahko izvedem v okviru svojih kompetenc.	Redni	142	4,20	0,89	0,07
	Izredni	53	4,04	0,83	0,11

Legenda: n = število udeležencev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, NP = napaka povprečja, lestvica: 1 = Sploh se ne strinjam, 2 = Se ne strinjam, 3 = Delno se ne strinjam / Delno se strinjam, 4 = Delno se strinjam, 5 = Se zelo strinjam

V Tabeli 4 smo prikazali statistično pomembne razlike med trditvami pri rednih in izrednih študentih (tabela 3). Za podane trditve smo izvedli Levenov test za enakost variacij. Pri tem smo dobili predpostavljene variacije. Nato smo izvedli T-test za enakost povprečij. Pri treh trditvah je bila p-vrednost manjša od 0,05, kar odraža statistično pomembno razliko med rednimi in izrednimi študenti. Statistično pomembne razlike se pojavljajo pri trditvi »Znanje, ki ga pridobim v času predavanj, lahko prenesem v klinično okolje« ( $t = 2,56$ ;  $df = 193,00$ ;  $p = 0,01$ ), statistična razlika se je pojavila tudi pri trditvi »Klinični mentorji spodbujajo študente k uporabi pridobljenega



znanja v času predavanj pri opravljanju klinične prakse« ( $t = 3,49$ ;  $df = 193,00$ ;  $p = 0,00$ ) ter pri trditvi »V kabinetu me predavatelji usmerjajo k uporabi standardov zdravstvene nege« ( $t = 2,29$ ;  $df = 193,00$ ;  $p = 0,02$ ). Ostale trditve so presegale Asimp. p-vrednost več kot 0,05 in ni prišlo do pomembnih statističnih razlik med eno in drugo obliko študija.

**Tabela 4: Statistično pomembne razlike v načinu izvedbe študija**

	Levenov test za enakost varianc		t-test za enakost povprečij						
	F	P <sub>1</sub>	t	df	P <sub>2</sub>	Razlika v povpreč jih	Napaka razlike v povpreč jih	95% interval zaupanja	
								Nizek	Visok
Znanje, ki ga pridobim v času predavanj, lahko prenesem v klinično okolje.	0,29	0,59	2,56	193,0	0,01	0,39	0,15	0,09	0,69
Klinični mentorji spodbujajo študente k uporabi pridobljenega znanja v času predavanj pri opravljanju klinične prakse.	14,58	0,00	3,49	193,0	0,00	0,54	0,15	0,23	0,84
V kabinetu me predavatelji usmerjajo k uporabi standardov zdravstvene nege.	0,82	0,37	2,29	193,0	0,02	0,36	0,16	0,05	0,66

Legenda: F = frekvenca, t = vrednost t-testa, df = stopnja prostosti

V Tabeli 5 so podane statistične vrednosti o vplivu letnika na uporabo standardov zdravstvene nege. Za ugotovitev statistično pomembnih razlik smo opravili Leveneov test homogenosti varianc, ki je bil pogoj za izračun ANOVE. Preverili smo ali so p-vrednosti manjše od 0,05, kar bi pomenilo pomembne statistične razlike med letniki študija.

**Tabela 5: Vpliv letnika na uporabo standardov zdravstvene nege**

	<b>Leveneova statistika</b>	<b>df1</b>	<b>df2</b>	<b>p</b>
Znanje, ki ga pridobim v času predavanj, lahko prenesem v klinično okolje.	2,257	2	192	0,107
Klinični mentorji spodbujajo študente k uporabi pridobljenega znanja v času predavanj pri opravljanju klinične prakse.	1,288	2	192	0,278
V času predavanj se seznanim s standardi kakovosti zdravstvene nege.	0,828	2	192	0,438
V kabinetu me predavatelji usmerjajo k uporabi standardov zdravstvene nege	2,348	2	192	0,098
V času klinične prakse sem se srečal z izgovorom, da v kliničnem okolju ni dovolj časa za izvajanje intervencij zdravstvene nege, tako kot uči dobra klinična praksa in na dokazih podprta stroka	0,127	2	192	0,880
Standardi zdravstvene nege omogočijo, da opravljam tiste intervencije, katere lahko izvedem v okviru svojih kompetenc	0,441	2	192	0,644

Legenda: df1 = stopnja prostosti 1, df2 = stopnja prostosti 2, p =Asimp. p-vrednost

V Tabeli 6, prikazujemo opravljen test ANOVA, s katerim smo iskali pomembne statistične razlike med tremi skupinami. Ker je p-vrednost manjša od 0,05 pri dveh trditvah, smo jih posebej izpostavili. Ostale trditve so imele p-vrednost večjo kot 0,05, zato predpostavljamo, da pri teh trditvah razlike med letniki študija ne obstajajo. Pri trditvah, ki smo jih podali v Tabeli 6, smo z ANOVA testom dokazali statistično pomembne razlike, vendar ne moremo dokazati, pri katerih dveh skupinah se pojavljajo razlike. Zato smo v nadaljevanju opravili post-hoc test, da bi dokazali, pri katerih letnikih se pojavljajo statistično pomembne razlike. Rezultate predstavljamo v Tabeli 7.

**Tabela 6: ANOVA test**

	Povprečje kvadratov	F	p
V času predavanj se seznanim s standardi kakovosti zdravstvene nege.	8,52	3,77	0,02
V kabinetu me predavatelji usmerjajo k uporabi standardov zdravstvene nege.	17,61	10,05	0,00

Legenda: F = frekvenca, p = statistično pomembna vrednost 0,05, p = lestvica: 1 = Sploh se ne strinjam, 2 = Se ne strinjam, 3 = Delno se ne strinjam / Delno se strinjam, 4 = Delno se strinjam, 5 = Se zelo strinjam

V Tabeli 7, smo primerjali odgovore trditev, pri katerih so se pojavile statistično pomembne razlike glede na letnik, ki ga študentje FZJ obiskujejo.

**Tabela 7: Post-hoc test (LSD)**

Odvisne spremenljivke			p
V času predavanj se seznanim s standardi kakovosti zdravstvene nege.	Prvi	Drugi	0,844
		Tretji	0,021
	Drugi	Prvi	0,844
		Tretji	0,015
	Tretji	Prvi	0,021
		Drugi	0,015
V kabinetu me predavatelji usmerjajo k uporabi standardov zdravstvene nege.	Prvi	Drugi	0,162
		Tretji	0,002
	Drugi	Prvi	0,162
		Tretji	0,000
	Tretji	Prvi	0,002
		Drugi	0,000

Legenda: p = Asimp. p-vrednost

Pri trditvi »V času predavanj se seznanim s standardi kakovosti zdravstvene nege« vrednost presega ( $p = 0,05$ ), zato med posameznimi letniki ni statistično pomembnih razlik, razlike pa so se pojavile pri trditvi »V kabinetu me predavatelji usmerjajo k uporabi standardov zdravstvene nege«. Razlika se je pojavila v strinjanju s trditvijo pri

drugem ( $p = 0,162$ ) in tretjem letniku ( $p = 0,002$ ), prav tako se je pomembna razlika pri strinjanju s trditvijo pojavila med prvim ( $p = 0,162$ ) in tretjim letnikom ( $0,000$ ), večjo homogenost pri strinjanju se je prav tako izrazila med prvim ( $p = 0,002$ ) in drugim ( $p = 0,000$ ) letnikom.

Študentje FZJ se delno strinjajo s trditvijo, da standardi kakovosti zdravstvene nege omogočajo, da opravljajo tiste intervencije, katere lahko izvajajo v okviru svojih kompetenc ( $PV = 4,16$ ,  $SO = 0,87$ ). Prav tako se delno strinjajo s trditvijo, da se v času klinične prakse študentje srečujejo z izgovorom, da v kliničnem okolju ni dovolj časa za izvajanje intervencij zdravstvene nege, tako kot uči dobra klinična praksa in na dokazih podprta stroka ( $PV = 3,99$ ,  $SO = 1,04$ ).

**Tabela 8: Znanje, ki ga pridobim v šoli, lahko s pomočjo standardov zdravstvene nege uporabim v času klinične prakse?**

	n	PV	Me	Mo	SO
Znanje, ki ga pridobim v času predavanj, lahko prenesem v klinično okolje.	195	4,02	4,00	5	0,96
Klinični mentorji spodbujajo študente k uporabi pridobljenega znanja v času predavanj pri opravljanju klinične prakse.	195	3,96	4,00	4	0,99
V času predavanj se seznanim s standardi kakovosti zdravstvene nege.	195	3,78	4,00	4	1,08
V kabinetu me predavatelji usmerjajo k uporabi standardov zdravstvene nege.	195	4,13	4,00	5	0,98
V času klinične prakse sem se srečal z izgovorom, da v kliničnem okolju ni dovolj časa za izvajanje intervencij zdravstvene nege, tako kot uči dobra klinična praksa in na dokazih podprta stroka.	195	3,99	4,00	5	1,04
Standardi zdravstvene nege omogočijo, da opravljam tiste intervencije, katere lahko izvedem v okviru svojih kompetenc.	195	4,16	4,00	5	0,87

Legenda: n = število udeležencev lestvica, PV = povprečna vrednost, Me = mediana, Mo = modus, SO = standardni odklon: 1 = Sploh se ne strinjam, 2 = Se ne strinjam, 3 = Delno se ne strinjam / Delno se strinjam, 4 = Delno se strinjam, 5 = Se zelo strinjam

Z visoko povprečno vrednostjo so se študentje FZJ delno strinjali s trditvijo, da standardi kakovosti zdravstvene nege doprinesejo k varni obravnavi pacientov (PV = 4,38, SO = 0,74), prav tako se delno strinjajo, da uporaba standardov zmanjša možnost napačno izvedene intervencije (PV = 4,32, SO = 0,80). Delno se strinjajo – delno se ne strinjajo s trditvijo, da pacienti odražajo večje zadovoljstvo, če uporabljajo sprejete standarde (PV = 3,77, SO = 0,96).

**Tabela 9: Ali standardi zdravstvene nege pri opravljanju klinične prakse predstavljajo element za zagotavljanje kakovosti?**

	n	PV	Me	Mo	SO
Če uporabljam v kliničnem okolju standarde kakovosti zdravstvene nege, se zmanjša možnost, da napačno izvedem intervencijo.	195	4,22	4,00	5	0,91
Standardi kakovosti doprinesejo k varni obravnavi pacientov.	195	4,38	5,00	5	0,74
Če uporabljam standarde kakovosti zdravstvene nege, zmanjšam možnost napačne izvedbe določene intervencije.	195	4,32	5,00	5	0,80
Če uporabljamo sprejete standarde, pacienti odražajo večje zadovoljstvo.	195	3,77	4,00	3	0,96
Menim, da je v kliničnem okolju (socialno varstveni zavodi) premajhen poudarek na uporabi standardov kakovosti zdravstvene nege	195	3,79	4,00	4	0,91
Klinični mentor zahteva, da upoštevam standarde kakovosti zdravstvene nege.	195	3,95	4,00	5	1,04

Legenda: N = število udeležencev, PV = povprečna vrednost, Me = mediana, Mo = modus, SO = standardni odklon, Lestvica: 1 = Sploh se ne strinjam, 2 = Se ne strinjam, 3 = Delno se ne strinjam / Delno se strinjam, 4 = Delno se strinjam, 5 = Se zelo strinjam

V nadaljevanju raziskave nas je zanimalo, katere so najpogostejše intervencije, ki jih študentje v času kliničnega usposabljanja najpogosteje izvedejo po standardu kakovosti zdravstvene nege. Natančno so podatki predstavljeni v Tabeli 10. Študentje so imeli na voljo 29 standardiziranih intervencij, pri katerih so se lahko opredelili v štirih stopnjah, in sicer: 1 – intervencijo sem izvajal po standardu, 2 – intervencije nisem izvajal po standardu, 3 – nisem opravljal omenjene intervencije, 4 – ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu. Študentje FZJ se glede na podane intervencije v času kliničnega usposabljanja srečajo z vsemi navedenimi intervencijami, vendar je presenetljiv rezultat,

da študentje FZJ intervencijo izvedejo po standardu največ v 68,7 %, in sicer pri intervenciji zdravstvene nege »Aplikacija zdravila v podkožje (subkutano) in v mišico (intramuskularno)«. Pri trditvi »intervencije nisem izvajal po standardu« so se študentje za trditev opredelili v nizkem odstotku, pri čemer je ena navedena intervencija dosegla 21,5 % s frekvenco 42, in sicer intervencija »Kopanje in nega kože«. Študentje so pri trditvi »nisem opravljal omenjene intervencije« prav tako izkazali nizko opredelitev, izstopajo specifične intervencije (Uvajanje nazogastrične sonde, preverjanje položaja, hranjenje po sondi (32,3 %), Uvajanje urinskega katetra (33,3 %), Zdravstvena nega črevesne stome (35,9 %), Aspiracija sekreta iz žrela in sapnika (30,3 %), Odvzem krvi za hemokulturo (36,4 %), Odvzem krvi iz arterije – plinska analiza (35,4 %)). Najnižje strinjanje so študentje podali pri trditvi, da niso vedeli, če so intervencijo izvajali po standardu.

**Tabela 10: Standardizirane intervencije zdravstvene nege**

Intervencija zdravstvene nege	Način izvedbe	F	O
<b>Kopanje in nega kože</b>	Intervencija izvedena po standardu	102	52,3
	Intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	42	21,5
	Nisem opravljal omenjene intervencije	30	15,4
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	21	10,8
<b>Zdravstvena nega ustne votline pri nezavestnem ali oslABLjenem bolniku</b>	Intervencija izvedena po standardu	97	49,7
	Intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	33	16,9
	Nisem opravljal omenjene intervencije	33	16,9
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	32	16,4
<b>Zdravstvena nega razjede zaradi pritiska</b>	Intervencija izvedena po standardu	116	59,5
	Nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	14	7,2
	Nisem opravljal omenjene intervencije	33	16,9
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	32	16,4
<b>Merjenje telesne temperature, srčnega utripa, dihanja</b>	Intervencija izvedena po standardu	121	62,1
	Intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	20	10,3
	Nisem opravljal omenjene intervencije	18	9,2
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	36	18,5
<b>Merjenje arterijskega krvnega tlaka</b>	Intervencija izvedena po standardu	116	59,5
	Nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	22	11,3
	Nisem opravljal omenjene intervencije	29	14,9
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	28	14,4

<b>Intervencija zdravstvene nege</b>	<b>Način izvedbe</b>	<b>F</b>	<b>O</b>
<b>Pomoč odraslemu bolniku pri hranjenju</b>	Intervencija izvedena po standardu	105	53,8
	Intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	35	17,9
	Nisem opravljal omenjene intervencije	21	10,8
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	34	17,4
<b>Uvajanje nazogastrične sonde, preverjanje položaja, hranjenje po sondi</b>	Intervencija izvedena po standardu	90	46,2
	Intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	13	6,7
	Nisem opravljal omenjene intervencije	63	32,3
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	29	14,9
<b>Uvajanje urinskega katetra</b>	Intervencija izvedena po standardu	83	42,6
	Intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	11	5,6
	Nisem opravljal omenjene intervencije	65	33,3
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	36	18,5
<b>Zdravstvena nega črevesne stome</b>	Intervencija izvedena po standardu	80	41,0
	Intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	19	9,7
	Nisem opravljal omenjene intervencije	70	35,9
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	26	13,3
<b>Aplikacija kisika po nosnem katetru, maski ali umetni dihalni poti</b>	Intervencija izvedena po standardu	113	57,9
	Intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	29	14,9
	Nisem opravljal omenjene intervencije	22	11,3
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	31	15,9
<b>Aspiracija sekreta iz žrela in sapnika skozi usta ali nos, skozi tubus ali kanilo</b>	Intervencija izvedena po standardu	87	44,6
	Intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	16	8,2
	Nisem opravljal omenjene intervencije	59	30,3
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	33	16,9
<b>Aplikacija zdravil z inhalacijo</b>	Intervencija izvedena po standardu	112	57,4
	Intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	21	10,8
	Nisem opravljal omenjene intervencije	32	16,4
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	30	15,4
<b>Priprava zdravil iz ampul in stekleničk</b>	Intervencija izvedena po standardu	123	63,1
	Intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	19	9,7
	Nisem opravljal omenjene intervencije	21	10,8
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	32	16,4
<b>Aplikacija zdravila v podkožje (subkutano) in v mišico (intramuskularno)</b>	Intervencija izvedena po standardu	134	68,7
	Intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	16	8,2
	Nisem opravljal omenjene intervencije	21	10,8
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	24	12,3
<b>Nastavitev periferne venske kanile</b>	Intervencija izvedena po standardu	105	53,8
	Intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	15	7,7
	Nisem opravljal omenjene intervencije	44	22,6
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	31	15,9

<b>Intervencija zdravstvene nege</b>	<b>Način izvedbe</b>	<b>F</b>	<b>O</b>
<b>Priprava infuzije, menjava steklenice</b>	Intervencija izvedena po standardu	120	61,5
	Intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	15	7,7
	Nisem opravljal omenjene intervencije	28	14,4
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	32	16,4
<b>Menjava infuzijskega sistema</b>	Intervencija izvedena po standardu	117	60,0
	Intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	18	9,2
	Nisem opravljal omenjene intervencije	24	12,3
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	36	18,5
<b>Prevezovanje periferne venske kanile</b>	Intervencija izvedena po standardu	106	54,4
	Intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	25	12,8
	Nisem opravljal omenjene intervencije	38	19,5
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	26	13,3
<b>Umivanje in razkuževanje rok</b>	Intervencija izvedena po standardu	134	68,7
	Intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	19	9,7
	Nisem opravljal omenjene intervencije	10	5,1
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	32	16,4
<b>Natikanje sterilnih rokavic</b>	Intervencija izvedena po standardu	116	59,5
	Intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	21	10,8
	Nisem opravljal omenjene intervencije	25	12,8
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	33	16,9
<b>Prevezovanje aseptične rane</b>	Intervencija izvedena po standardu	109	55,9
	Intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	6	3,1
	Nisem opravljal omenjene intervencije	49	25,1
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	31	15,9
<b>Prevezovanje septične rane, rane s sekrecijo</b>	Intervencija izvedena po standardu	101	51,8
	Intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	16	8,2
	Nisem opravljal omenjene intervencije	42	21,5
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	36	18,5
<b>Bris nosu in grla</b>	Intervencija izvedena po standardu	122	62,6
	Nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	14	7,2
	Intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	26	13,3
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	33	16,9
<b>Odvzem krvi: vakumski sistem</b>	Intervencija izvedena po standardu	103	52,8
	Intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	12	6,2
	Nisem opravljal omenjene intervencije	49	25,1
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	31	15,9
<b>Odvzem krvi za hemokulturo</b>	Intervencija izvedena po standardu	80	41,0
	Intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	12	6,2
	Nisem opravljal omenjene intervencije	71	36,4
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	31	15,9



Intervencija zdravstvene nege	Način izvedbe	F	O
Odvzem krvi iz prsta	Intervencija izvedena po standardu	126	64,6
	Intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	19	9,7
	Nisem opravljal omenjene intervencije	17	8,7
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	33	16,9
Odvzem krvi iz arterije – plinska analiza	Intervencija izvedena po standardu	85	43,6
	Intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	10	5,1
	Nisem opravljal omenjene intervencije	69	35,4
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	30	15,4
Snemanje elektrokardiograma – EKG	Intervencija izvedena po standardu	131	67,2
	Intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege	9	4,6
	Nisem opravljal omenjene intervencije	21	10,8
	Ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu	34	17,4
Skupaj		195	100,0

Legenda: F = frekvenca, O = Odstotek, Lestvica: 1 – intervencija izvedena po standardu, 2 – intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege, 3 – nisem opravljal omenjene intervencije, 4 – ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu.

### 3.5 RAZPRAVA

Namen raziskave v diplomskem delu je bil ugotoviti, kakšna stališča zavzemajo študentje FZJ do uporabe standardov kakovosti zdravstvene nege. Zanimalo nas je, kako letnik in oblika študija vplivata na dojetanje vloge standardov. Želeli smo ugotoviti, ali standardi kakovosti zdravstvene nege predstavljajo orodje za zagotavljanje kakovosti v času kliničnega usposabljanja.

V raziskavi Pangerl (2013), ki je bila opravljena med dijaki in medicinskimi sestrami v Splošni bolnišnici Celje, ugotavlja, da medicinske sestre ocenjujejo svoje znanje o poznavanju standardov zdravstvene nege v večji meri od dijakov. Študentje FZJ so do poznavanja standardov kakovosti zdravstvene nege izkazali večjo kritičnost, saj so v 55,9 % odgovorili, da je njihovo poznavanje standardov kakovosti srednje.

V izvedeni raziskavi ugotavljamo, da se študentje FZJ delno strinjajo s trditvijo, da jih klinični mentor ob začetku klinične prakse seznanja s standardi kakovosti kliničnega okolja, vendar so večje strinjanje pokazali pri trditvi, da jih bolj pogosto seznanijo mentorji in predavatelji v kabinetih, kot pa mentorji v kliničnem okolju. Študentje FZJ menijo, da je v kliničnem okolju (socialno varstveni zavodi) premajhen poudarek na uporabi standardov kakovosti zdravstvene nege, vendar so izkazali delno strinjanje s

trditvijo, da mentor v času klinične prakse zahteva uporabo standardov kakovosti zdravstvene nege. Osnovno poslanstvo mentorja v kliničnem okolju je, da študentu zagotovi varno klinično okolje in kakovostno usposabljanje, kjer mu bo omogočeno razvijanje spretnosti in veščin v luči povezovanja teorije s prakso (Ramšak Pajk, 2008). Kalender Smajlović, et al. v raziskavi (2013) »Zadovoljstvo študentov zdravstvene nege in kliničnih mentorjev Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice s kliničnim usposabljanjem« ugotavlja nekoliko višje strinjanje študentov s trditvijo, da jih mentor seznanja s standardi dela na oddelku. Lorber in Donik v opravljeni raziskavi (2009), v kateri sta želeli ugotoviti kakovost dela in izkušnje mentorjev s študenti v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor ugotavljata, da si mentorji vzamejo dovolj časa in da je dobro opredeljeno, kaj in kako naj delajo študentje v času klinične prakse. Mihelič Zajc in Ramšak Pajk (2006) v raziskavi, ki je bila izvedena na 218 anketiranih mentorjih, ugotavljata, da si 97,2 % anketirancev želi dodatna izobraževanja mentorjev v okviru šol, kar avtorici navajata kot pozitivno naravnost za sodelovanje. To lahko utemeljujemo s povezovanjem med mentorji iz kliničnega okolja, fakulteto in študenti. Jokelainen (2013) v raziskavi izvedeni med mentorji na Finskem in Veliki Britaniji prihaja do spoznanja, da je za uspešno sodelovanje med mentorjem potrebno ocenjevanje mentorjeve uspešnosti, prav tako avtorica navaja krepitev študentovega sodelovanja z mentorjem, učne baze morajo zagotoviti študentovo ustrezno pripravljenost ter pojasniti njegovo odgovornost.

Z raziskovalnim vprašanjem dve smo želeli ugotoviti, kako demografski podatki in drugi dejavniki vplivajo na seznanjenost s standardi. Ugotavljamo, da redni študentje izkazujejo nekoliko višje delno strinjanje s trditvami od študentov, ki se izobražujejo izredno. Različna mnenja med rednimi in izrednimi študenti so se pojavila pri treh trditvah, in sicer so pri trditvi »Znanje, ki ga pridobim v času kliničnega usposabljanja, lahko prenesem v klinično okolje« redni študentje pokazali večje strinjanje, kot izredni, prav tako se je razlika med rednimi in izrednimi študenti pojavila pri trditvi »Klinični mentorji spodbujajo študente k uporabi pridobljenega znanja v času predavanj pri opravljanju klinične prakse«, kjer so redni študentje pokazali večje strinjanje s trditvijo od izrednih. Razlika med načinom izvedbe študija se je pojavila tudi pri trditvi »V času

predavanj se seznanim s standardi kakovosti zdravstvene nege«. Redni študentje so se strinjali v večji meri, kot izredni. Pri iskanju sorodnih raziskav glede vpliva demografskih in drugih dejavnikov na uporabo standardov v zdravstveni negi je bilo najdenih malo raziskav, zato je povezovanje z drugimi raziskavami nekoliko omejeno.

Pri oblikovanju tretjega raziskovalnega vprašanja smo želeli v naši raziskavi ugotoviti, ali se med študenti pojavlja razkorak med prenosom teoretičnega znanja v prakso zdravstvene nege. Zanimalo nas je, v kolikšni meri delujejo študentje FZJ na dokazih podprti zdravstveni negi. Študentje FZJ so pokazali visok delež delnega strinjanja s tem, da se srečujejo z razkorakom pri prenosu teoretičnega znanja v prakso. Ugotavljamo, da so študentje FZJ pokazali visoko strinjanje s tem, da lahko znanje, ki ga pridobijo v času predavanj, prenesejo v klinično okolje. Filej in Železnik (2010) v raziskavi ugotavljata, da je v času kliničnega usposabljanja prisoten razkorak med prenosom teorije v prakso, ki ga študentje doživljajo kot nesprejemljivega. Prav tako avtorici navajata, da je razlog, ki privede do razkoraka pri prenosu teorije v prakso v tem, da imajo klinična okolja različne standarde. Kot rešitev navajata, da bi morali učitelji v visokošolskih kabinetih pojasniti, da razkorak obstaja zaradi različnih standardov, vendar pa naj študentje sami razvijejo kritičnost, do katere meje je izvedba intervencije varna in kakovostna. Prav tako Harih in Pajnikihar (2010) ugotavljata v kvalitativni raziskavi, ki je bila izvedena na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru in je zajemala vzorec 120 študentov, da študentje zaznavajo razkorak pri prenosu teorije v prakso. Ličen, et al. (2008) navajajo, da je glavni cilj kliničnega usposabljanja prenos teorije v prakso. Prav tako ugotavljajo, da je vloga kliničnega mentorja pri tem zelo zahtevna, saj mora pri kliničnem usposabljanju študentov usklajevati razkorak med teorijo in prakso zdravstvene nege. Pri tem ugotavljamo, da klinični mentorji v učnih bazah FZJ v visokem deležu spodbujajo študente pri uporabi pridobljenega znanja v času predavanj pri opravljanju klinične prakse. Študentje so menili, da jih klinični mentor usmerja k uporabi pridobljenega znanja. Kulbok in Ervin (2012) omenjata, da je uporaba teoretičnega in konceptualnega znanja osnova za izgradnjo zdravstvene nege, kot znanstvene discipline, prav tako delovanje na dokazih podprti zdravstveni negi omogoča razvoj izobraževanja, prakse in raziskovanja. Svetovna zdravstvena

organizacija (WHO) v kurikulumu za izobraževanje o varnosti v zdravstvu opredeljuje, da se morajo študentje naučiti, kako uporabiti na dokazih podprto znanje v praksi. Zavedati se morajo, kakšna je vloga smernic in protokolov. V času klinične prakse mora študent samoiniciativno poiskati informacije o smernicah in protokolih, ki se jih uporablja v kliničnem okolju, kjer se izobražuje.

Z raziskovalnim vprašanjem štiri, smo ugotovili, da standardi kakovosti zdravstvene nege pri študentih FZJ predstavljajo orodje za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege. Študentje se zavedajo, da standardi zdravstvene nege doprinesejo k varni obravnavi pacientov, prav tako so se delno strinjali, da upoštevanje standardov kakovosti zdravstvene nege zmanjša možnosti napačno izvedene intervencije. Že Florence Nightingale nas opominja, da za bolne v bolnišnicah ne smemo storiti nobene škode. Kot prva je vpeljala sisteme in prakse, ki so še danes v uporabi za zagotavljanje kakovosti in varnosti pri oskrbi pacientov (Disch, 2008). Medicinske sestre, kot najštevilčnejša sila v zdravstvenemu varstvu, uporabljajo svoje znanje, izkušnje in veščine za različne spreminjajoče se potrebe pacientov. Velik del oskrbe pacientov je osredotočen na delo medicinskih sester. Kadar oskrba pacientov ne dosega standardov kakovosti zdravstvene nege, bodisi zaradi pomanjkanja sredstev, neustrezne politike ali neustreznih standardov kakovosti, pada na ramena medicinskih sester velika odgovornost (Hughes, 2008). Robida (2014) v primerjavi dveh raziskav med študenti FZJ in kliničnimi mentorji ugotavlja, da obstajajo podobne vrzeli o znanju in odnosu glede zagotavljanja kakovosti in varnosti pacientov. Prav tako ugotavlja, da delovna doba in število ur formalnega izobraževanja nista vplivala na rezultate znanja o varnosti pacientov. Standarde zdravstvene nege prepoznavajo tudi, kot orodje za razvijanje kompetenc. Zavedanje študentov, da standardi kakovosti zdravstvene nege ne predstavljajo samo zbirke tehničnih veščin, ampak imajo širšo vlogo, predvsem v zagotavljanju kakovostne in varne zdravstvene nege, lahko z zadovoljstvom ugotavljamo, da se na FZJ uspešno izvaja izobraževanje na področju kakovosti in varnosti v zdravstveni negi. Mitchell (2008) opredeljuje uspešnost kazalnikov kot odraz standardov. V preteklosti smo zdravstveno oskrbo za uspešno opredeljevali takrat, ko je bilo na primer malo število padcev ali napak pri razdeljevanju zdravil. Danes je sicer ta

dimenzija ocenjevanja kakovosti in varnosti še vedno prisotna, vendar zagotavljanje varnosti vključuje več vidikov. Eden izmed pomembnih vidikov so bolj izobražene medicinske sestre, ker je bolj izobražen kader povezan z manj zapleti in manjšo umrljivostjo.

Pri petem raziskovalnem vprašanju smo želeli ugotoviti, kateri so najbolj pogosto in kateri najmanj pogosto uporabljeni standardi zdravstvene nege s strani študentov FZJ v času kliničnega usposabljanja, zato smo v tretjem sklopu ankete študentom FZJ podali sklop standardiziranih intervencij, pri čemer smo poskušali ugotoviti, katere so tiste intervencije, ki jih najpogosteje izvajajo po standardu kakovosti, katere so tiste intervencije za katere bi trdili, da jih niso izvajali po standardu ter katere so tiste intervencije, ki jih niso izvajali oz. niso bili seznanjeni, če so jih izvajali po standardu. Ugotovili smo, da študentje po svoji oceni izvajajo intervencije po standardu kakovosti zdravstvene nege v zelo nizkem odstotku, kar lahko povežemo z premajhnim poudarkom mentorjev v kliničnem okolju na uporabo standardov kakovosti zdravstvene nege.

Omejitev naše raziskave v diplomskem delu vidimo predvsem v tem, da ni bila uporabljena širše sprejeta anketa. Prav tako lahko k omejitvam prištevamo, da študentje prvega letnika niso opravljali kliničnega usposabljanja na vseh področjih zdravstvene nege. Vidik, ki smo ga preučevali, je bil samo iz strani študentov, zato bi bilo smiselno v nadaljevanju razširiti raziskavo tudi na klinične mentorje. Od študentov zdravstvene nege se pričakuje, da izvajajo intervencije po standardu kakovosti zdravstvene nege v največji možni meri. Rešitev vidimo v tem, da se nenehno nadgrajuje povezava med predavatelji na fakultetah, kliničnimi mentorji in študenti FZJ. Pomanjkljivost raziskave je v tem, da je raziskava potekala v času, ko nekateri študentje prvega letnika še niso imeli opravljenega večjega obsega kliničnega usposabljanja.

## 4 ZAKLJUČEK

Klinično usposabljanje je temeljni element, ki oblikuje profesionalno podobo medicinske sestre. Ali bo klinično usposabljanje uspešno in ali bodo izkoriščene vse prednosti, ki jih ta oblika izobraževanja nudi, je odvisno od tega, kako bo prišlo do prenosa teoretičnega znanja iz šolskega okolja v klinično okolje, kjer poteka praktično usposabljanje. Pri tem igrajo pomembno vlogo standardi kakovosti zdravstvene nege. Standardi zdravstvene nege so podlaga za zagotavljanje varne, kakovostne in učinkovite zdravstvene nege. Ključno je zavedanje vseh deležnikov v izobraževanju študentov za poklic medicinske sestre, naj bodo to učitelji na šoli ali pa klinični mentorji, da standard kakovosti ni zgolj napisan »recept«, kako tehnično izvesti določeno intervencijo, ampak v sebi nosi širšo dimenzijo, katera omogoča študentu kritično razmišljanje, učenje, diskusijo in delovanje na dokazih temelječe zdravstvene nege. V naši raziskavi smo ugotovili, da se študentje zavedajo, da standardi zdravstvene nege nosijo pomembno vlogo v zagotavljanju kakovostne, varne in učinkovite oskrbe pacientov. Posledično lahko sklepamo, da izobraževanje na Fakulteti za zdravstvo Jesenice o kakovosti v zdravstvu in zdravstveni negi poteka na visokem nivoju in to na vseh ravneh, najsibo v predavalnicah, kabinetih ali v kliničnih okoljih. Z raziskavo, ki smo jo opravili na Fakulteti za zdravstvo Jesenice, smo dobili vpogled, da imajo standardi kakovosti zdravstvene nege pomembno vlogo tudi pri novih generacijah medicinskih sester in zdravstvenikov. Pomembno je ovrednotiti, da študentje v klinično okolje prenašajo na dokazih podprto prakso, zato je nesprejemljivo, da se v kliničnem okolju srečujejo z izgovori »vi to delate po šolsko, mi pa delamo to tako«. Menimo, da so študentje tisti prvi, ki prenesejo znanje pridobljeno v visokošolskih kabinetih v klinično okolje, pri čemer lahko naredimo zaključek, da so prav študentje tista vez pri prenosu teoretičnega znanja v prakso. Klinični mentorji pa bi pri tem morali biti pobudniki uporabe znanja v kliničnem okolju. Nemalokrat dobimo občutek, da so standardi zdravstvene nege le zbirka sprejetih dokumentov, ki so nekje na knjižni polici oddelka v bolnišnici pa vendar lahko sklepamo iz raziskave, da temu ni tako. Zavedanje o vlogi standardov zdravstvene nege, ki ga študentje v času izobraževanja pridobijo, bo lahko privedlo do poenotenja standardov v vseh bolnišnicah, kar je osnova za zagotavljanje kakovostne

zdravstvene nege. Z našo raziskavo smo ugotovili, kakšna je vloga standardov kakovosti zdravstvene nege pri študentih FZJ in ali jih vidijo v luči zagotavljanja kakovosti. Z raziskavo smo pridobili tudi podatke glede izvajanja intervencij po standardih zdravstvene nege. Večji poudarek bi bil potreben na tem, da mentorji v kliničnem okolju spodbujajo k uporabi standardov kakovosti kliničnega okolja, pa čeprav nemalokrat dobimo občutek, da za to ni dovolj časa. Z raziskavo ugotavljamo, da so se pri večini intervencij študentje v zelo nizkem odstotku opredelili, da intervencije izvajajo po standardu kakovosti zdravstvene nege. Menimo, da bi morali biti prav študentje tisti, ki intervencije v največji možni meri opravljajo po standardu kakovosti zdravstvene nege. Na tem mestu bi bilo potrebno ponovno preučiti vlogo mentorja, predvsem ali mentor vlaga dovolj v to, da študentje v času kliničnega usposabljanja delujejo varno in učinkovito. Predlagamo oblikovanje enote izobraževanja mentorjev, v smislu, kako zagotoviti varno in kakovostno obravnavo pacientov s strani študentov v času kliničnega usposabljanja. Podobne raziskave bi bilo smiselno prenesti na druge izobraževalne ustanove, kjer se izobražuje za poklic medicinske sestre, kakor tudi v delovna okolja, med zaposlene v zdravstveni negi.

## 5 LITERATURA

American Nurses Association, 2010. Scope of Nursing Practice. In: S. Jent A, ured. *Nursing: Scope and Standards of Practice, 2nd Edition*. Silver Spring, Maryland: American Nurses Association, pp. 1–29.

Bavčar, K., 2008. *Pomen merjenja kakovosti zdravstvene nege: magistrska naloga*. Koper: Univerza na primorskem: Fakulteta za management.

Cartwright Vanzant, R., 2011. Standards of care. *Journal of Legal Nurse Consulting*, 22(1), pp. 14–18.

Čuk, V. & Hvala, N., 2009. Vpliv kliničnega okolja na zadovoljstvo študentov s prakso zdravstvene nege. In: B. Skela Savič, B.M. Kaučič & B. Filej, eds. *Novi trendi v sodobni zdravstveni negi – razvijanje raziskovanja, izobraževanja in multisektorskega partnerskega sodelovanja – 2. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu. 2009 Sep 17-18; Ljubljana*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 177-84

Disch, J., 2008. Who Should Lead the Patient Quality/Safety Journey?. In: *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, pp. 1–3.

Dundžić, T., 2010. *Organizacija dela na oddelku za nefrologijo; diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Elcigil A, Yildirim Sari H., 2006. Students' Opinions About and Expectations of Effective Nursing Clinical Mentors. *Journal of Nursing Education* 2006; 47 (3): 118–23.



Filej, B., Kadivec, S. & Polona, Z., 2000. Nacionalne smernice za zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi. In: B. Filej, S. Kadivec, Z. Polona, eds. *Nacionalne smernice za zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 35–36.

Filej, B. & Železnik, D., 2010. Soočanje študentov zdravstvene nege s problemi v kliničnem okolju – Analiza vsebin. In: M. Pajnkihar, K. Pirš, B. Donik & M. Harih, eds. *Gradimo učinkovito in zmogljivo zdravstveno nego: zbornik predavanj 1. Mednarodna znanstvena konferenca. Maribor, 3. in 4. junij 2010. Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor, pp. 138–143.

Gallagher Munley, R., 2010. The Impact of Nursing Care on Quality, *National Center for Nursing Quality*, American Nurses Association. [online]

Available

at:

<http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/PatientSafetyQuality/Research-Measurement/Nursing-and-Quality.pdf>

[Accessed 8. November 2015]

Hajdinjak, A. & Meglič, R., 2001. Pomen standardov v sodobni zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 35, pp. 29–35.

Harih, M. & Pajnkihar, M., 2010. Interpretacija izkušenj študentov s klinične prakse – kvalitativna raziskava. In: B. Skela Savič, B.M. Kaučič., J. Zurc, S. Hvalič Touzery, S. Kadivec, A.M. Kiger, J. Ramšak Pajk & D. Železnik, eds. *Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege; 3. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu. Ljubljana, 16–17. September*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 169–179.

Hughes, R. G., 2008. Nurses at the "Sharp End" of Patient Care. In: *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, pp. 1–21.

Ibn El Haj, H., Lamrini, M. & Rais, N., 2013. Quality of care between donabedian model and iso9001v2008. *International Journal for Quality Research*, 7(1), pp. 17–30.

Ivanuša, A. & Železnik, D., 2008. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege. druga dopolnjena izdaja*. Maribor: Univerza v Mariboru: Fakulteta za zdravstvene vede.

Jokelainen, M., 2013. *The Elements of Effective Student Nurse Mentorship in Placement Learning Environments – Systematic review and Finnish and British Mentors' Conceptions*. Kuopio: Faculty of Health Sciences University of Eastern Finland

Kulbok, P. A. & Ervin, N. E., 2012. Nursing Science and Public Health: Contributions to the Discipline of Nursing. *Nursing Science Quarterly*, 25(1), pp. 37–43.

Kalender Smajlović, S., Pivač, S., Zurc, J. & Skela Savič, Brigita., 2013. Zadovoljstvo študentov zdravstvene nege in kliničnih mentorjev VŠZNJ s kliničnim usposabljanjem: rezultati za študijsko leto 2012/2013 in ukrepi izboljšav. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery, S. Kalender Smajlović & S. Pivač, eds. *Odgovornost za kakovostno visokošolsko izobraževanje na področju zdravstvene nege: nekateri vidiki izboljšav v procesu kliničnega usposabljanja; 7. šola za klinične mentorje; zbornik predavanj. Jesenice, 24. 9. 2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 44–56.

Kalender Smajlović, S., Skela Savič, B. & Zurc, J., 2010. *Stališča medicinskih sester do zagotavljanja kakovosti v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice*. In: B. Skela Savič, B.M. Kaučič., J. Zurc, S. Hvalič Touzery, S. Kadivec, A.M. Kiger, J. Ramšak Pajk & D. Železnik, 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, pp. 10–25.

Ličen, S., Skočir, H. & Trobec, I., 2008. Delovna organizacija, kot učni zavod Povezovanje teorije in prakse – prednost ali preobremenitev za zdravstveno nego. In: B. Skela Savič, B.M. Kaučič & J. Ramšak Pajk, eds. *Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih sloni sodobna zdravstvena nega; 1. mednarodna konferenca Bled 25.–26. september 2008*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 317–327.

Lorber, M., 2006. Vpliv standardov in navodil za delo na kakovost v SBM. In: Rajkovič, eds. *25. Mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti: Management sprememb: zbornik 25. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti: Znanstvena konferenca. Portorož, 15.-17. marec 2006*. Kranj: Moderna organizacija, pp. 1286–1293.

Mitchell, P. H., 2008. Defining Patient Safety and Quality Care. In: *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, pp. 1–5.

Lorber, M. & Donik, B., 2009. *Učenje v kliničnem okolju – pomemben del izobraževanja v zdravstveni negi*.

[online]

Available at: [http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres\\_zbn\\_7/ustne-predstavitve.html](http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/ustne-predstavitve.html)

[Accessed 26. February 2016].

Maze, H. & Plank, D., 2012. *Zdravstvena nega in raziskovanje Skripta predavanj za študijsko leto 2012/2013*. Celje: Visoka zdravstvena šola Celje.

Mihelič Zajc, A. & Ramšak Pajk, J., 2006. Značilnost mentorstva v izobraževanju za zdravstveno nego in babištvo. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(1), pp. 9–14.

Mitchell, P. H., n.d. National Center for Biotechnology Information. [online]  
Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/>  
[Accessed 2. November 2015].

Neil, H., 2015. Legally: What is Quality Care? Understanding Nursing Standards.. *MEDSURG Nursing*, 24(1), pp. 14–15.

Pangerl, C., 2013. *Standard zdravstvene nege kot člen med izobraževanjem in delom medicinske sestre. magistrska naloga*. Celje: Mednarodna fakulteta za družbene in poslovne študije, pp. 35–58.

Plank, D., 2009. Pomen negovalni standardov ter uvajanje le-teh v prakso v splošni bolnišnici Celje. In: *Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč: 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Ljubljana, 11.–13. maj 2009*. Ljubljana: Zbornica babiške in zdravstvene nege Slovenija, pp. 1–5.

Plank, D., 2009. Pomen negovalnih standardov ter uvajanje le teh v prakso v splošni bolnišnici Celje. In: *Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč: 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Ljubljana, 11.–13. maj 2009*. Ljubljana: Zbornica babiške in zdravstvene nege Slovenija, pp. 1–5.

Ramšak Pajk, J., 2008. Mentorstvo s perspektive mentorja in študenta. In: B. Skela Savič, B.M. Kaučič, R. Pajk & Jožica, eds. *Teorija raziskovanja in praksa – trije stebri na katerih temelji sodobna zdravstvena nega; 1. mednarodna znanstvena konferenca*. Bled September 25-26, 2008, Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego jesenice, pp. 106–113.

Ransom, S. B., Joshi, M. S. & Nash, D. B., 2005. *The healthcare quality book: vision, strategy, and tools*. Chicago: Health Administraton Press.

Robida, A., 2006. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Robida, A., 2009. Pot do odlične zdravstvene prakse. *Vodnik za izboljševanje kakovosti in presojo lastne zdravstvene prakse*. Ljubljana: Planet GV, pp. 47–50.

Robida, A., 2014. Odnos in znanje kliničnih mentorjev zdravstvene nege o varnosti pacientov. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), pp. 220–226.

Sekavčnik, T., 1997. *Razvijanje standardov in kriterijev kakovosti zdravstvene nege*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenija.

Skela Savič, B. Joca, Z., Habe Sintič, B., Hvalič Touzery, S., Jakše, D., Jeglič, S., Skinder Savič, K., Pivač, S., Kalender Smajlovič, S., Košir, L., Kozan, M., 2013. *Evalvacijsko poročilo: o kakovosti pedagoškega, izobraževalnega, raziskovalnega, razvojnega ter upravnega dela; za študijsko leto 2011/2012 in poslovno leto 2012*. Jesenice : Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Skela Savič, B., 2008. Teorija, raziskovanje in praksa v zdravstveni negi – vidiki odgovornosti menedžmenta v zdravstvu in menedžmenta v visokem šolstvu. In: B. Skela Savič, B.M. Kaučič & J. Ramšak Pajk, eds. *Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega; 1. mednarodna znanstvena konferenca. Bled, 25.–26. September*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 38–46.

Skela Savič, B. Kalender Smajlovič, S., Pivač, S., Hvalič Touzery, S., Habe Sintič, B., Rustja, N., Zorc, J., Jeglič, S., Košir, L., Jakše, D., Mlakar, S. Smodiš, M., 2015. *Evalvacijsko poročilo, o kakovosti pedagoške, izobraževalne, raziskovalne, razvojne ter upravne dejavnosti: za študijsko leto 2013/2014 in poslovno leto 2014*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Skela Savič, B., Mežik Veber, M., Romih, K. & Skinder Savič, K., 2011. *Zbir intervencij v zdravstveni negi za klinično usposabljanje: vodnik za študente in mentorje*. 2nd ed. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Železnik, D. & Filej, B., 2010. Kompetence kot zagotovilo za učinkovito in varno zdravstveno nego. In: M. Pajnikhar, K. Pirš, B. Donik, M. Harih, eds. *Gradimo učinkovito in zmogljivo zdravstveno nego: zbornik predavanj 1. mednarodna znanstvena konferenca Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor*. Maribor, 3. in 4. junij 2010. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor, pp. 120–126.

Železnik, D., Verbič, M., Ovijač, D. & Trobec, I., 2009. Izobraževanje za poklice v zdravstveni negi. In: S. Majcen Dvoršak, eds. *Medicinske sestre in babice – v znanju je naša moč; 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije*. Ljubljana, 11.–13. maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 1–13.

## **6 PRILOGE**

### **6.1 INSTRUMENT**

#### **ANKETA**

Spoštovani,

Sem Tomaž Kolenko, študent Fakultete za zdravstvo Jesenice. Pripravljam diplomsko delo z naslovom Pogled študentov Fakultete za zdravstvo Jesenice na izvajanje standardov v zdravstveni negi, pod mentorstvom Sedine Kalender Smajlović, pred. Z raziskavo želim ugotoviti, ali študentje Fakultete za zdravstvo Jesenice poznajo vlogo standardov v zdravstveni negi in v kakšni meri se soočajo z uporabo standardov v kliničnem okolju. Prosim vas, da izpolnite anketo in mi pomagate pri izdelavi diplomskega dela.

Vaše sodelovanje pri raziskavi je izključno na prostovoljni osnovi. Anketa je anonimna. Podatki, ki jih bomo pridobili od vas, bodo uporabljeni izključno za izdelavo diplomskega dela.

Za vašo pripravljenost k sodelovanju se vam že vnaprej zahvaljujem.

#### **PRVI SKLOP**

##### **SPOL**

- a) Ženska
- b) Moški

##### **STAROST**

V letih: \_\_\_\_\_

##### **VRSTA ŠTUDIJA:**

- a) Redni
- b) Izredni

##### **KATERI LETNIK ŠTUDIJA OBISKUJETE:**

- a) Prvi

- b) Drugi
- c) Tretji

1. Kako ocenjujete svoje poznavanje pomena standardov v zdravstveni negi?

- a) dobro
- b) srednje
- c) slabo

Pred vami je vprašalnik, ki je sestavljen iz več sklopov, ki vsebujejo različne trditve.

Lahko se opredelite glede na vašo stopnjo strinjanja, pri čemer je:

- 1. Sploh se ne strinjam,
- 2. Se ne strinjam,
- 3. Delno se ne strinjam/ delno se strinjam,
- 4. Delno se strinjam,
- 5. Se zelo strinjam.

#### DRUGI SKLOP

1. Kakšna je vloga standardov zdravstvene nege pri opravljanju klinične prakse?

<b>VLOGA STANDARDOV ZDRAVSTVENE NEGE</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Ob začetku opravljanja klinične prakse me klinični mentor seznanijo s standardi kakovosti kliničnega okolja.					
V kliničnem okolju (bolnišnice, zdravstveni domovi, socialno varstvene ustanove) so mi pred izvajanjem intervencij zdravstvene nege na razpolago standardi kakovosti.					
Standardi kakovosti zdravstvene nege poenotijo izvajanje intervencij.					
Če upoštevam standarde kakovosti zdravstvene nege, se počutim bolj samostojnega pri izvajanju intervencij.					
Standardi zdravstvene nege se mi zdijo smiselni.					



Standardi pripomorejo k učinkovitemu izvajanju zdravstvene nege.					
Za uporabo standardov pri delu imam premalo časa.					
Predavatelji FZJ so me seznanili s pomembnostjo upoštevanja standardov v kliničnem okolju.					
V času klinične prakse ugotavljamo, da vsa klinična okolja nimajo oblikovanih standardov kakovosti zdravstvene nege.					

2. Ali standardi zdravstvene nege pri opravljanju klinične prakse predstavljajo element za zagotavljanje kakovosti?

### **Kakovost**

<b>STANDARDI ZDRAVSTVENE NEGE, ELEMENT ZA ZAGOTAVLJANJE KAKOVOSTNE ZDRAVSTVENE NEGE.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Če uporabljam v kliničnem okolju standarde kakovosti zdravstvene nege, se zmanjša možnost, da napačno izvedem intervencijo.					
Standardi kakovosti doprinesejo k varni obravnavi pacientov.					
Če uporabljam standarde kakovosti zdravstvene nege, zmanjšam možnost napačne izvedbe določene intervencije.					
Če uporabljamo sprejete standarde, pacienti odražajo večje zadovoljstvo.					
Menim, da je v kliničnem okolju (socialno varstveni zavodi) premajhen poudarek na uporabi standardov kakovosti zdravstvene nege					

Klinični mentor zahteva, da upoštevam standarde kakovosti zdravstvene nege.					
---	--	--	--	--	--

3. Znanje, ki ga pridobim v šoli, lahko s pomočjo standardov zdravstveno nege uporabim v času klinične prakse?

<b>STANDARDI, KOT ČLEN PRI PRENOSU TEORIJE V PRAKSO.</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Znanje, ki ga pridobim v času predavanj, lahko prenesem v klinično okolje.					
Klinični mentorji spodbujajo študente k uporabi pridobljenega znanja v času predavanj pri opravljanju klinične prakse.					
V času predavanj se seznanim s standardi kakovosti zdravstvene nege.					
V kabinetu me predavatelji usmerjajo k uporabi standardov zdravstvene nege.					
V času klinične prakse sem se srečal z izgovorom, da v kliničnem okolju ni dovolj časa za izvajanje intervencij zdravstvene nege, tako kot uči dobra klinična praksa in na dokazih podprta stroka.					
Standardi zdravstvene nege omogočijo, da opravljam tiste intervencije, katere lahko izvedem v okviru svojih kompetenc.					

## TRETJI SKLOP

Pred vami je zbranih trideset standardiziranih intervencij. Prosimo vas, da označite tiste intervencije, ki ste jih največkrat izvedli po standardu zdravstvene nege, pri čemer je 1 – intervencija izvedena po standardu, 2 – intervencije nisem izvajal po standardu zdravstvene nege, 3 – nisem opravljal omenjene intervencije, 4 – ne vem, če sem intervencijo izvajal po standardu.

<b>STANDARDI ZDRAVSTVENE NEGE</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4.</b>
Kopanje in nega kože				
Zdravstvena nega ustne votline pri nezavestnem ali oslabelem bolniku				
Zdravstvena nega razjede zaradi pritiska				
Merjenje telesne temperature, srčnega utripa, merjenje dihanja				
Merjenje arterijskega krvnega tlaka				
Pomoč odraslemu bolniku pri hranjenju				
Uvajanje nazogastrične sonde, preverjanje položaja, hranjenje po sondi				
Uvajanje urinskega katetra				
Zdravstvena nega črevesne stome				

Aplikacija kisika po nosnem katetru, maski ali umetni dihalni poti				
Aspiracija sekreta iz žrela in sapnika skozi usta ali nos, skozi tubus ali kanilo				
Aplikacija zdravil z inhalacijo				
Priprava zdravil iz ampul in stekleničk				
Aplikacija zdravila v podkožje (subkutano) in v mišico (intramuskularno)				
Nastavitev periferne venske kanile				
Priprava infuzije, menjava steklenice				
Menjava infuzijskega sistema				
Prevezovanje periferne venske kanile				
Umivanje in razkuževanje rok				
Natikanje sterilnih rokavic				
Nameščanje in odstranjevanje kape in maske				
Prevezovanje aseptične rane				
Prevezovanje septične rane, rane s sekrecijo				
Bris nosu in grla				
Odvzem krvi: vakumski sistem				

Odvzem krvi za hemokulture				
Odvzem krvi iz prsta				
Odvzem krvi iz arterije – plinska analiza				
Snemanje elektrokardiograma – EKG				

Za sodelovanje se vam lepo zahvaljujem.

