



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**  
*Angela Boškin Faculty of Health Care*

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**SKRBSSTVEN ODNOS IN TEORIJA SKRBI  
JEAN WATSON PRI ŠTUDENTIH  
FAKULTETE ZA ZDRAVSTVO ANGELE  
BOŠKIN**

**CARING ATTITUDE AND JEAN WATSON'S  
THEORY OF HUMAN CARING AMONG  
ANGELA BOŠKIN FACULTY OF HEALTH  
CARE STUDENTS**

Mentorica: mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. pred. Kandidatka: Katja Špende

Jesenice, september, 2018

## **ZAHVALA**

Za vso strokovno pomoč pri nastajanju diplomskega dela se zahvaljujem mentorici mag. Jožici Ramšak Pajk, viš. pred. in recenzentki Aniti Prelec, pred., za podroben ter strokoven pregled diplomskega dela.

Hvala vodstvu in vsem zaposlenim na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin za odobritev raziskave v njihovi ustanovi ter študentom, ki so prostovoljno sodelovali v raziskavi.

Za statistično obdelavo podatkov se zahvaljujem Mojci Špende, za lektoriranje Evi Vačovnik in p. Andreju Pollaku, za vse usmeritve in predloge Neži Okršlar.

Iskrena hvala mojim staršem za mecenstvo v času študija in vsem, ki so kakorkoli prispevali k dokončanju tega dela.

Posebna zahvala gre Bogu Očetu in mnogim, ki so svoje misli, molitve in trpljenje darovali Njemu in meni v podporo pri študiju.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Osnovna vrednota, za katero bi se morali zavzemati izvajalci zdravstvene nege, je skrb za človeka. Skrbstveno delo izvajajo ljudje za ljudi, kar pacientom omogoča varnost, ohranjanje dostojanstva, človečnost, celovitost in sprejetost. Človek je poklican v življenje, da živi in ima v sebi prirojen skrbstven odnos, torej, da je skrben. Razvoj potenciala izražanja skrbi je ideja za praktične namene, to je življenjski proces. O skrbi v zdravstveni negi kot disciplini se danes govori veliko, ker se je nedolgo nazaj pričela razvijati in uvajati v učne programe.

**Cilj:** Namen diplomskega dela je preveriti in osvetliti koncept skrbi študentom FZAB do pacienta v zdravstveni negi.

**Metoda:** Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja s strukturiranim in validiranim vprašalnikom (Caring Nurse-Patient Interaction Scale), ki je vseboval 23 trditev, razdeljenih v štiri sklope: zdravstvena oskrba, odnosi, humanizem in udobje (Cronbach  $\alpha = 0,878$ ). Osebnostno razdeljenih je bilo 127 vprašalnikov – med študente FZAB – in isto število tudi vrnjenih ter pravilno izpolnjenih, kar predstavlja 49% realizacije. Pridobljene podatke smo obdelali in analizirali ter prikazali s pomočjo računalniškega programa Microsoft Windows Excel in statističnim programskim orodjem IBM SPSS verzija 22.0. Za razlike med spremenljivkami smo uporabili t-test in analizo variance One-way ANOVA in Pearsonov korelacijski koeficient.

**Rezultati:** Ugotovili smo, da se študentje FZAB ocenjujejo zelo dobro pri vseh 23 trditvah. S povprečno vrednostjo (PV = 4,19, SO = 0,40) so ocenili sebe in svoje izvajanje skrbstvenega vidika obravnave pacienta. Pri obravnavi pacienta s skrbstvenega vidika med študenti FZAB glede na spol, predhodno izobrazbo in predhodnje izkušnje v zdravstveni negi ni statistično pomembne razlike. Študentje prvega letnika FZAB se v povprečju ocenjujejo bolje (PV = 4,29, SO = 0,33) kot študentje tretjega letnika (PV = 4,04, SO = 0,46). Pri vrsti študija pa se izredni študentje ocenjujejo bolje (PV = 4,38, SO = 0,32) kot redni (PV = 4,12, SO = 0,40).

**Razprava:** Na podlagi raziskave smo ugotovili, da študentje FZAB svoj skrbstven vidik pri obravnavi pacienta dobro ocenjujejo. Zaradi majhnega števila vprašanih in neustreznih pogojev pri reševanju vprašalnika bi bilo smiselno na tem področju še narediti kakšno raziskavo, predvsem pa bi bilo potrebno teorije skrbi vključiti v učni program zdravstvene nege.

**Ključne besede:** koncept skrbi, teorija skrbi, Jean Watson

## SUMMARY

**Background:** Caring is one of the first words that comes to mind when talking about the practice of nursing. Caring is an essential value in the personal and professional lives of nurses. Care and good interpersonal relations provide patients with safety, and help them maintain dignity, humanity, integrity and acceptance. However, the formal recognition of caring in nursing as an area of study is relatively new.

**Aims:** The aim of this diploma thesis was to establish the understanding of the concept of caring attitude and Jean Watson's theory of human caring among Angela Boškin Faculty of Health Care students.

**Methods:** Empirical research was based on quantitative methodology. A validated questionnaire (Caring Nurse-Patient Interaction Scale) was used on a sample of students of the Angela Boškin Faculty of Health Care. A structured questionnaire included 23 statements grouped into four processes: clinical care, relational care, humanistic care, and comforting care. We personally distributed 127 questionnaires among the students of the Angela Boškin Faculty of Health Care. The same number of questionnaires were returned, all filled out correctly, making the response rate 49%. Results were analyzed using IBM SPSS 22.0 program and Microsoft Windows Excel. T-test, the ANOVA test and Pearson's correlation coefficient were used for the differences between variables.

**Results:** Our results revealed that, in general, students of the Angela Boškin Faculty of Health Care self-assessed themselves very well, with the average value ( $\bar{x} = 4.19$ ,  $\sigma = 0.40$ ) for all 23 statements. No significant differences were revealed between student respondents in their self-assessment of patient care considering gender, previous education and prior nursing experience. First year students generally assessed themselves better ( $\bar{x} = 4.29$ ,  $\sigma = 0.33$ ) compared to third year students ( $\bar{x} = 4.04$ ,  $\sigma = 0.46$ ). Considering the type of studies, part-time students assessed themselves better ( $\bar{x} = 4.38$ ,  $\sigma = 0.32$ ) compared to full-time students ( $\bar{x} = 4.12$ ,  $\sigma = 0.40$ ).

**Discussion:** Based on our research, we found out that students self-assessed themselves very well according to the caring attitude and Jean Watson's theory of human caring. Because of the small number of respondents and inappropriate conditions when answering the questionnaire, it would be advisable to conduct another study in this field. Most of all, it would be necessary to include the theory of care-taking in the nursing curricula.

**Key words:** Watson's theory, caring theory, concept caring

# KAZALO

<b>1 UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2 TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>2</b>
2.1 SKRB IN ZDRAVSTVENA NEGA.....	2
2.2 TEORIJE SKRBI V ZDRAVSTVENI NEGI .....	3
2.2.1 Teorija skrbi Madeleine Leininger .....	3
2.2.2 Teorija skrbi Kristen M. Swanson.....	4
2.3 JEAN WATSON.....	6
2.3.1 Zgodovina Jean Watson .....	6
2.3.2 Teorija skrbi.....	7
2.4 ŠTIRJE KONCEPTI TEORIJE SKRBI JEAN WATSON .....	7
2.4.1 Karitativni dejavniki.....	9
<b>3 EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>13</b>
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA .....	13
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	13
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	14
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	14
3.3.2 Opis merskega instrumenta .....	14
3.3.3 Opis vzorca.....	15
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	17
3.4 REZULTATI .....	17
3.4.1 Razlika v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika med študenti FZAB glede na letnik študija, spol, vrsto študija, predhodno izobrazbo in predhodnimi izkušnjami v zdravstveni negi.....	18
3.4.2 Prvi sklop: Zdravstvena oskrba .....	21
3.4.3 Drugi sklop: Odnosi .....	26
3.4.4 Tretji sklop: Humanizem.....	30
3.4.5 Četrti sklop: Udobje .....	33
3.5 RAZPRAVA.....	36
3.5.1 Omejitve diplomskega dela, doprinos za prakso in priložnosti za nadaljnje raziskave.....	40
<b>4 ZAKLJUČEK</b> .....	<b>42</b>

**5 LITERATURA..... 43**

**6 PRILOGE**

6.1 VPRAŠALNIK



## KAZALO TABEL

Tabela 1: Vzorec sodelujočih v raziskavi.....	16
Tabela 2: Predhodna izobrazba sodelujočih .....	16
Tabela 3: Povprečne vrednosti za vse trditve skupaj in trditve po sklopih .....	18
Tabela 4: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik med spoloma v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika.....	19
Tabela 5: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na vrsto študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika.....	19
Tabela 6: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na letnik študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika.....	20
Tabela 7: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na predhodno izobrazbo študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika .....	20
Tabela 8: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na vrsto študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri sklopu Zdravstvena oskrba .....	22
Tabela 9: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na predhodno izobrazbo študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri sklopu Zdravstvena oskrba.....	23
Tabela 10: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na letnik študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri sklopu Zdravstvena oskrba .....	25
Tabela 11: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na vrsto študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri sklopu Odnosi.....	27
Tabela 12: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na predhodno izobrazbo študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri sklopu Odnosi .....	28
Tabela 13: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na letnik študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri sklopu Odnosi.....	29

Tabela 14: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na vrsto študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri sklopu Humanizem.....	31
Tabela 15: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na predhodno izobrazbo študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri sklopu Humanizem.....	32
Tabela 16: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na letnik študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri sklopu Humanizem.....	33
Tabela 17: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na vrsto študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri sklopu Udobje.....	34
Tabela 18: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na predhodno izobrazbo študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri sklopu Udobje .....	35
Tabela 19: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na letnik študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri sklopu Udobje.....	35

## **SEZNAM KRAJŠAV**

CNPI	Caring Nurse-Patient Interaction Scale
FZAB	Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin
SSKJ	Slovar slovenskega knjižnega jezika

## 1 UVOD

Sprva, ko se je v učne sisteme uvajala tudi nova znanost – zdravstvena nega, je bil celotni učni načrt zanjo usmerjen v poznavanje medicinskih področij (anatomija, fiziologija, patologija), na holistični pristop pa se je kar malo pozabilo. Boykin in Schoenhofer (2013) sta menili, da je sistem učenja zdravstvene nege čisto preveč osredotočen na medicinsko znanje in posledično manj na samo negovanje. Tako so učni načrt zdravstvene nege počasi pričele dopolnjevati vede, kot so sociologija, psihologija, etika in podobne, ki pa so za omenjeno stroko temeljne. Vidimo, da že ime samo vsebuje pojem negovanje, zato lahko pritrdimo mnogim, ki menijo, da je v zdravstveni negi še danes premalo poudarka ravno na njenem bistvu – negovanju.

Da je človek sposoben negovati sebe in drugega, je v prvi vrsti potreben uvid v to spoznanje. Slednje nam daje skrb, ki je v Slovarju slovenskega knjižnjega jezika (v nadaljevanju SSKJ, 2014) opisana kot občutek, ki nas vzpodbudi k aktivnosti ali prizadevanju uresničitve, zadovoljitve ali poteka česa, zlasti telesnih potreb. Zato je skrb bistveni in osrednji del zdravstvene nege.

Zaradi potrebe, da bi se lahko bodoči zdravstveni delavci o zgoraj definiranem bistvu svoje stroke seznanili in se vanj poglobili že v času študija, se je iz skrbi in sorodnih tem razvila lastna disciplina. Tako je nedolgo nazaj nastala teorija skrbi. Ker jo je razvijalo kar nekaj medicinskih sester, poznamo tovrstnih teorij več. Med najbolj pomembnimi so teorija skrbi Leiningerove, Swansonove, Boykin in Schoenhoferjeve ter Watsonove. Slednjo bomo tudi podrobneje opisali v našem diplomskem delu, saj smo jo vzeli za izhodiščno točko naše raziskave. Ker je na podlagi teorije skrbi Jean Watson nastal tudi standardiziran vprašalnik za ugotavljanje stopnje prisotnosti skrbi pri zdravstvenih delavcih, smo se odločili, da preverimo, kako študentje Fakultete za zdravstvo Angele Boškin (v nadaljevanju FZAB) ocenjujejo prisotnost te skrbi pri sebi. Zato smo v diplomskem delu s pomočjo kvantitativne metode raziskovanja preverili in osvetlili koncept skrbi študentov FZAB do pacienta v zdravstveni negi.

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 SKRIB IN ZDRAVSTVENA NEGA

Skrb je način povezovanja s sočlovekom, pri čemer spoznavamo, z zaznavanjem in izkušnjami, njegov svet (Drahošova & Jarošova, 2015).

Skrbstvo je dejavnost ali prizadevanje za pomoč komu v neugodnem položaju. Prav tako je dejavnost, s katero se življenjsko ogroženim osebam zagotavlja pomoč pri njihovem usposabljanju za življenje (SSKJ, 2014).

Zdravstvena nega je disciplina, ki je poleg zdravljenja namenjena tudi skrbi, le-ta pa mora biti osnovana na razumevanju ljudi in okolja, kot je že v 19. stoletju izrazila mati sodobne zdravstvene nege Florence Nightingale. S tem razumevanjem naj bi se zdravstvena nega osredotočala na ustvarjanje zdravnega okolja, ki pomaga pacientom ter ljudem okoli njih ohranjati ali priti v stanje dobrega počutja (Chinn & Kramer, 2004 cited in Maček, 2011, p. 4).

Skrb je bistvo zdravstvene nege; zdravstvena nega temelji na skrbi. Ker jo le-ta definira, je osrednjega pomena za celotno področje zdravstva, še zlasti na področju zdravstvene nege (Boykin & Schoenhofer, 2013).

Skrb so vse oblike naklonjenega ravnanja, vse, kar se dogaja v zvezi s človekom. Poznamo štiri etične elemente skrbi medicinske sestre: pozornost, kar pomeni ugotavljanje in priznavanje potreb pacienta, odgovornost, kompetentnost in odzivnost, ki je povratna informacija prejemnika skrbi o skrbi (Tronto, 1993 cited in Jug, 2015, p. 50; Kohlen, 2011).

Je torej trajen družbeni proces, sestavljen iz štirih faz:

- »skrbeti za«: prepoznavati potrebo po skrbi, biti pozoren in dovzeten za potrebe drugih, biti empatičen;

- »poskrbeti za«: strokovno ukrepati v različnih situacijah, biti pripravljen, odziven in odgovoren;
- »dajati skrb«: udejanjiti skrb, biti kompetenten in imeti vire za zadovoljitev konkretne potrebe po skrbi;
- »biti deležen skrbi«: ta faza je uspešna le v primeru vzajemne občutljivosti za stališča in vrednote drugega ter se navezuje na interakcijo med izvajalcem zdravstvene nege in pacientom (Humer, 2007; Leichman, 2012).

V jeziku vsakdanjega življenja je skrb pogosto »implicitno negativno označena praksa, odnos ali delo« (Humer 2007, p. 81). Skrb v vsakdanjem življenju je utemeljena v odvisnosti ljudi med seboj in medosebnih odnosih.

## 2.2 TEORIJE SKRBI V ZDRAVSTVENI NEGI

Drahošova in Jarošova (2015) sta v svojih raziskavah podrobneje pregledali teorijo skrbi Madeleine Leininger, Kristen M. Swanson in Jane Watson. Pri vsebinski analizi raziskovalnih del sta določili pet osnovnih pogledov na koncept skrbi. Skrb kot človeška lastnost, kot nekaj, kar človeško bitje v naravnem stanju ima, sta opredelili kot prvi koncept. Drugi koncept govori o tem, da je skrb moralni presežnik: ideal, vrlina in vrednost, v tretjem konceptu pa je skrb predstavljena kot naklonjenost samemu sebi, pacientom in delu. Četrty koncept opisuje skrb kot medsebojni odnos, kot nekaj, ki obstaja med dvema oseba, peti pa kot terapevtski poseg, neko namerno dejanje za načrtovani cilj. Do podobnih ugotovitev je prišla tudi Blasdell (2017), ki je pri pregledu literature kritično analizirala teorijo skrbi Leiningerjeve in Watsonove.

### 2.2.1 Teorija skrbi Madeleine Leininger

Leiningerina teorija skrbi temelji na kulturni skrbi: raznolikosti in univerzalnosti vsakega posameznika. V splošnem smislu se nanaša na pomožne akte – na posameznika ali skupino, ki se ukvarja s potrebami po izboljšanju potreb človeka, njegovega stanja ali življenjskega sloga. Opisala je tudi razliko med besedama skrb in skrbno (angleško »care« in »caring«) na področju zdravstvene nege. Skrb – »care« je ideja, da pri spodbujanju drugega pri dejanjih s svojim obnašanjem izboljšuje tudi svoje stanje,

spreminja sebe. Skrbeti – »caring« dejanja, ki spodbujajo to obnašanje (ta dejanja) in s tem se stanje dejansko izboljša. S tem pa tudi, da poznavanje kulture vsakega posameznega pacienta pripomore k izboljšanju njegovega stanja. In v tej miselnosti se je razvila tudi tako imenovana »kulturna skrb«.

V svoji teoriji je oblikovala tudi štiri koncepte: oseba, zdravje in bolezen, medicinska sestra ter okolje. Pri konceptu okolje se osredotoča na vse ljudi, njihovo kulturo, socialni položaj (strukturo), svetovne nazore. Pomembno je, da je oseba zmožna prepoznati situacije in izkušnje, ki pacientu nekaj pomenijo. Pod konceptoma zdravje in bolezen opredeljuje trud, da bi ljudje zmogli videti pri vsakem posamezniku njegov pogled na njegovo bolezen in življenje, ki ga trenutno živi. Pri konceptu boleznijo govori o tem, da bi zmogli videti, kako se oseba z boleznijo spopada. Pod konceptom medicinska sestra je opisala vlogo medicinske sestre oziroma negovalke ter na kakšen način in v kolikšni meri se je zmožna vključiti v pacientovo kulturo pri skrbi, ki jo izvaja (Friberg & Creasia, 2015).

## 2.2.2 Teorija skrbi Kristen M. Swanson

Kristen M. Swanson pa je skrb definirala kot vzgojno pot v povezavi z vrednostjo drugega, do katerega imamo občutek osebne zaveze in odgovornosti. Svoje ugotovitve je črpala iz opazovanja različnih skupin ljudi, s katerimi se je srečevala: ženske, ki so splavile, negovalci nedonošenčkov, matere, ki so bile dalj časa vključene v nego v javnem zdravstvu. Tukaj sta dva najpomembnejša vidika, tj. koncept skrbi in struktura procesa, jasno definirana (Alliygood, 2014; Kalfoss & Owe, 2015).

Njene ugotovitve glede skrbi so, da je negovanje kot rast in proizvodnja zdravja, povezovanje (odnosi), da ceniš drugega, sočloveka, do katerega čutiš navezanost in odgovornost. To opredelitev uporablja za vse skrbstvene odnose. Tudi te, ki so osrednjega pomena za zdravstvo; odnos med medicinsko sestro in pacientom, odnose med medicinskimi sestrami in odnos medicinske sestre do sebe.

Strukturo skrbi opiše s petimi elementi: to so med seboj povezani procesi skrbi. Med seboj se le-ti ne izključujejo.

- Prvi izmed njih je “poznavanje” - razumeti dogodek, pomemben v življenju drugega. Na ta način se izogne domnevam o pomenu dogodka. Odgovorni strmi k temu, da tisti, ki skrbi za pacienta, stalno temeljito opravlja svoje delo, da ocenjuje izkušnje. Vključuje tudi, da se zdravstveni delavci zavedajo filozofije osebnosti in pripravljenosti, da drugega prepoznajo kot pomembno bitje.
- Drugi element je “bivati” - prikazan kot biti čustveno prisoten pri drugemu. Poudarek daje temu, da prenašaš stalno razpoložljivost in z drugimi vedno deliš vesele ali boleče občutke. Vendar pa morata biti prisotnost in delitev odgovorno nadzorovana tako, da ne obremenjujemo tistega, ki ga skrbi.
- “Narediti za” – da delamo za drugega prav tako, kot bi delali zase, če je mogoče. Skrb, da je varno za potrebe drugega, da se delo izvaja kompetentno, spretno in tako, da se ohranja dostojanstvo drugega.
- “Omogočiti” – olajšati drugemu prehod skozi življenje ali neznane dogodke. Namen, da olajšamo zmogljivost drugemu. Tu vključuje osredotočanje na dogodek sam, informiranje, razlaganje, podpiranje in potrjevanje občutkov, iskanje alternativ, razmišljanje o stvareh in dajanje povratnih informacij.
- “Verjeti” – ohraniti prepričanje, vero v zmožnosti drugih. Da bo prišel skozi dogodek ali se soočil s prihodnostjo. Ta, peti element vključuje spodbujanje upanja in vere pri sočloveku, izhajajoča iz njegovih preteklih izkušenj, da bi se v njem ponovno rodila smisel in vrednost življenja. Za to je potrebno ohranjati zaupen odnos (Swanson 1993 cited in Kalfoss & Owe, 2015).

Avtorica Kristen M. Swanson verjame, da njena teorija temelji na zaupanju v ljudi in v njihove zmožnosti. Zato jo tudi definira kot vzgojno pot, ki je povezana z osebnimi občutki, obvezami in odgovornostmi (Maček, 2011).

### 2.2.3 Teorija skrbi Boykin and Schoenhofer

Boykin in Schoenhofer (2013) sta tekom raziskovanja zdravstvene nege opazili, da je le-ta že tradicionalno v šolskem sistemu namenjena šolanju medicinskih sester s poudarkom na vsebinah, kot so patologija, anatomija, fiziologija ... Bolj holistični pristop pa se je razvil veliko pozneje in vpliva na način mišljenja in dela medicinske sestre v zdravstveni negi. Eno teh pristopov sta v svoji teoriji zapisali tudi Boykin in



Schoenhofer (2013). Po njunem mnenju je sistem izobraževanja o zdravstveni negi čisto preveč osredotočen v medicinsko znanje in poslednično manj v negovanje, kar pa je ravno bistvo te stroke. Osnovna vloga je izražena že v poimenovanju stroke – zdravstvena nega. V času njunega izobraževanja se poudarki namreč sploh niso dajali osebi, ampak stanju, v katerem je bil pacient. To je bil eden izmed razlogov, da se je doktorica Boykin skozi študij pričela spraševati o smiselnosti teh poudarkov in ugotovila, da bi moralo biti učenje medicinske sestre namenjeno skrbi. Pri pregledu učnih programov v zdravstveni negi je sprevidela, da je nujno potrebno, da se skrb vključi tudi v učni program. To je sprožilo razvoj teorije skrbi. V učni program so pričeli vnašati teoretično in sistematično izkušnjo skrbi v zdravstveni negi. Pomembno je dejstvo, da je zdravstvena nega negovanje človekovega življenja in skrb zanj. Ne sprašujemo se o tem, ali bi skrbeli za osebo ali ne, ampak je potrebno začeti s predpostavko, da jo vsak zasluži in je je vreden.

Njuna teorija negovanja kot skrbi je v splošnem uporabljena kot okvir za vodenje ZN v praksi. Osnovno načelo teorije je, da so vsi ljudje skrbni. Človek je poklican v življenje, da živi in ima v sebi prirojen skrbstven odnos, torej, da je skrben. Razvoj potenciala izražanja skrbi je ideja za praktične namene, to je življenjski proces (Friberg & Creasia, 2015).

## **2.3 JEAN WATSON**

Teorijo skrbi pa je dolga leta razvijala tudi medicinska sestra Jean Watson.

### **2.3.1 Zgodovina Jean Watson**

Rojena je bila leta 1940 v Zahodni Virginiji v Združenih državah Amerike. Odraščala je v veliki družini skupaj s še sedmimi sorojenci. Vse stopnje njene izobrazbe so bile usmerjene v zdravstveno nego. Srednjo šolo za medicinske sestre je zaključila v rodni Zahodni Virginiji, kjer je tudi diplomirala, nato pa je po poroki leta 1961 nadaljevala magistrski študij v zvezni državi Colorado, kjer je leta 1966 magistrirala iz zdravstvene nege psihiatrično-mentalnega zdravja. Sedem let kasneje je svoje izobraževanje

okronala z doktoratom iz izobraževalne psihologije in informiranja (Alligood & Tomey, 2010).

Zaposlitev je našla na Fakulteti za zdravstveno nego Univerze v Coloradu. Tam je poučevala in bila dekanica, hkrati pa je s svojimi kolegi ustanovila Center of Human Caring. To je bil prvi državni interdisciplinarni center, ki je temeljil na znanju o skrbi za človeka (Alligood & Tomey, 2010).

### 2.3.2 Teorija skrbi

Njena teorija daje osnovo za razvoj stroke, discipline in znanosti zdravstvene nege. Temelji na medsebojni povezanosti teorije, prakse in raziskovanja. Watsonova je teorijo skrbi za človeka razvila v času tehnološkega napredka medicine, na podlagi klinične in socialne psihologije, vzhodne filozofije, fenomenologije, duhovnosti in eksistencializma. Teoretični koncepti so nastali iz njenih osebnih in poklicnih izkušenj v kliničnem okolju. Watsonova trdi, da je formalno znanje osnova zdravstvene nege, pri izvajanju le-te pa je potrebno pacienta obravnavati holistično in individualno. Potrebno je spoštovati pacientove pravice in mu nuditi izbiro v odločitvah o svojem zdravju ter življenju. Osnova pri njeni teoriji je bila ideja, da ljudje ne morejo biti obravnavani kot predmeti, ne smejo biti ločeni od svojega jaza, od drugih, od narave in vesolja (Blasdel, 2017; Kegl, 2014; Pajnikihar, 2014).

## 2.4 ŠTIRJE KONCEPTI TEORIJE SKRBI JEAN WATSON

Teorija skrbi Jean Watson se osredotoča na koncept metaparadigme človeka in zdravstvene nege, ki pa je sestavljena iz štirih konceptov, ki so: oseba, zdravje, zdravstvena nega in okolje.

### **Oseba**

Osebo Watsonova obravnava celostno s fizičnimi, psihičnimi in psihosocialnimi potrebami. Preko misli in čustev lahko dostopamo do subjektivnega sveta posameznika. Pri zdravljenju osebe v celoti sodeluje tudi posameznikova duša, ki odraža posameznikov obstoj, njegovo razmišljanje ter zavesten in nezaveden odnos do samega sebe in drugih.

## **Zdravje**

Watsonova meni, da bolezen ni nujno obolenje. Je lahko tudi neravnovesje, pretres med osebnim notranjim doživljanjem sebe na različnih stopnjah duševnosti. Torej zdravje definira kot celoto uma, telesa in misli, ki morajo biti med seboj v harmoniji.

## **Okolje**

Je območje povezanosti na vseh nivojih. Predstavljamo si ga lahko kot neskončnost, kot veselje, kot kozmičen nivo obstoja. Pri okoljih lahko govorimo o več oblikah; lahko gre za zaščitniško in/ali duševno, fizično, socialno ali duhovno.

## **Zdravstvena nega**

Zdravstveno nego Watsonova opisuje kot vedo o človeku. Da je to umetnost, hkrati pa tudi klinična profesija, saj deluje na znanstvenem, estetskem in etičnem področju človeka. Ta skrb za človeka zajema odnos med medicinsko sestro in posameznikom, družbo ter okoljem. Znanost se kaže v izkušnji zdravja, bolezni in zdravljenja, ki jih pridobi z učenjem, medicinska sestra pa jih naprej posreduje profesionalno. Umetnost se odraža skozi vse aktivnosti, ki jih medicinska sestra v osebnih stikih z ljudmi ima.

Teorijo razdeli tudi na glavne elemente, ki predstavljajo povezavo med zavedanjem posameznika v njegovi edinstvenosti v procesu zdravstvene nege (Pajnkihar, 2014; Rezar, 2014).

Medtem ko Leiningerjeva in Swansonova teorijo skrbi opisujeta kot del vzgoje, ki se jo je možno priučiti, pa Watsonova trdi, da je skrb kot način življenja – biti, vedenja; da je vse to povezano in tega ne ločuje med seboj (Blasdell, 2017).

V svoji raziskavi o pomembnosti teorije skrbi za delovanje medicinskih sester na Kliniki za kirurgijo Univerzitetnega kliničnega centra v Mariboru je Rezar (2014) ugotovila, da medicinske sestre pri svojem delu uporabljajo dejavnike skrbi. Ugotovila je tudi, da se ocenjevanje skrbstvenega delovanja medicinskih sester s strani pacientov pomembno razlikuje na ta način, da pacienti ocenjujejo vse dejavnike skrbi pri medicinskih sestrah višje kot medicinske sestre same. Na podlagi rezultatov je prišla do sklepa, da so pacienti z delovanjem medicinskih sester zadovoljni.

Obširno raziskavo na tem področju je naredila tudi Kegl (2014), ki je med člani negovalnega tima na pediatričnem področju v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, Univerzitetnem kliničnem centru Maribor, Splošni bolnišnici Murska Sobota in Splošni bolnišnici Jesenice ter starši otrok, ki so se tam zdravili, ugotavljala, kako oboji ocenjujejo skrbstven vidik pri zdravstvenih delavcih do pacientov. Ugotovila je, da se člani negovalnega tima pri samooceni izvajanja skrbstvenega vidika obravnave pacienta ocenjujejo zelo dobro, medtem ko se starši slabše. Prav tako njene raziskave kažejo, da imajo člani negovalnega tima poseben, empatičen način ravnanja s pacienti in da so se le-tega naučili oziroma sposobnost pridobili kot dijaki in študentje v času klinične prakse.

#### 2.4.1 Karitativni dejavniki

Jean Watson opredeli skrb kot »srce zdravstvene nege«. Meni, da je v terapevtsko relacijo med pacientom in izvajalci zdravstvene nege vedno potrebno vključiti skrb. V svoji teoriji uporablja tudi termin karitativna skrb, ki jo opredeli z izrazi, kot so deliti, spoštovati, nuditi posebno pozornost. V grščini pa beseda *caritas* označuje čisto altruistično ljubezen, zato imajo naslednji termini v zdravstveni negi globok pomen: »cure (zdraviti), care (skrbeti), cor (srce), caritas (ljubezen)« (Kovačič, 2010; Watson, 2014).

Ravno s terminom »karitativnost« Jean Watsonova nasprotuje medicini in poskuša s tem pokazati svojevrstnost zdravstvene nege. Klinični karitativni proces po Watsonovi pomeni prenos elementov skrbi v klinično prakso zdravstvene nege. To pa lahko dosežemo na naslednje načine:

- z udejanjanjem ljubeče prijaznosti ter nesebičnosti znotraj zavestnega izražanja skrbi;
- s pristno prisotnostjo, upanjem in zaupanjem, ki omogočajo globok vrednostni sistem za nas in hkrati za ljudi, katerim je skrb namenjena;
- z gojenjem svoje občutljivosti in sočutja do drugih;
- z razvijanjem in ohranjanjem pomoči v skrbstvenem odnosu;
- z izražanjem svojih pozitivnih in negativnih občutkov, povezanosti s svojim sebstvom in s spodbujanjem pacientov k izražanju le-tega;

- z ustvarjalnim izbiranjem kreativnih načinov in poti procesov, s katerimi postane skrb umetnost zdravljenja;
- z razvijanjem in priznavanjem kontinuiranega izkustvenega učenja (učiti in učiti se);
- z ustvarjanjem zdravih okolij, kjer se poudarjajo celovitost, lepota, udobje, spoštovanje in mir;
- z zadovoljevanjem osnovnih človekovih potreb v humani zdravstveni negi, ki zmore uravnovešati razum, telo in duha. S tem se odraža celovitost bivanja in zavedanja, ki vključuje vse vidike skrbi in teži k razvijanju duhovnosti.
- Z odpiranjem in negovanjem misterioznosti pri sebi in tistih, za katere skrbimo.

Zdravstveni delavci morajo delovati v opisanem kliničnem karitativnem okviru. Razvoj procesa zdravstvene nege zahteva združitev ljubezni in skrbi. Ljubezen, definirana kot karitas, nas opominja na namen našega delovanja v zdravstveni negi, saj lahko ravno znotraj te ljubezni spoznamo bistvo zdravstvene nege. S tem pa si lahko pomagamo pri iskanju odgovorov na vprašanja o življenju kot čudežu, o bolezni, smrti, trpljenju, zdravljenju ...

V teoriji Jean Watson je človek opredeljen s tremi osnovnimi koncepti: dejavniki skrbi, medsebojni odnosi in priložnosti za skrbi. Po mnenju Keglove (2014) bi lahko naredili korenito spremembo v zdravstveni negi, če bi medicinske sestre koncepte poznale in jih udeleževale.

Watsonova (2009) je v svoji teoriji opredelila negovalne intervencije in jih razdelila v deset karitativnih dejavnikov. Kasneje pa jih je prevedla v klinične skrbstvene procese. V slovenščino jih je v svojem magistrskem delu prevedla Kegl (2014), ki jih je v tem delu tudi raziskovala. V nadaljevanju bomo predstavili skrbstvene procese, ki jih mora opravljati medicinska sestra, da lahko izvaja skrbstveno zdravstveno nego pacienta.

- Prvi skrbstveni proces se nanaša na nesebične vrednote, človečnost, prijaznost itd. Kako oseba doživlja enkratnost sebe in drugih ter v kolikšni meri se zaveda svoje ranljivosti in ranljivosti drugih. Torej, gre za sprejemanje sebe in drugih takšnih, kot so.

- Drugi skrbstveni proces opredeljuje pristno prisotnost, kar pomeni, da ima oseba zaupanje ter upanje v zdravstvo nego. Pomembno je, da se na osebo gleda kot na človeka in ne kot na stvar. To prinese s sabo tudi sodelovanje z drugimi, ki so za pacienta pomembni, in jim omogočiti stik. Poznati je treba pacientova osebna prepričanja in vrednote ter jih vključevati v skrbstveno obravnavo. Potrebno je paciente spodbujati, da se trudijo zase in za svoje življenje.
- Tretji skrbstveni proces postavlja v ospredje vzpostavitev samorefleksije (dnevnik, molitev, meditacija in dr.). Potrebna je prisotnost hvaležnosti, odpuščanja in sočutja, hkrati pa zadostne mere razsodnosti pri ocenjevanju okoliščin in situacij. Tako sebe kot drugega je potrebno spejemati kot individuum, vreden spoštovanja in skrbi. Spoštovati je potrebno vrednote in doborbo pri sebi in drugih, najpomembnejše pa je zavedanje, da skrb prihaja iz srca.
- Četrty skrbstveni proces govori o pomenu vstopanja v izkušnje drugih. Do ljudi pristopati z brezpogojno ljubeznijo in spoštovanjem in svoje delo prilagoditi njihovim življenjskim izkušnjam. Imeti pristen in iskren odnos. Potrebna je spodbuda in pa pojasnjevanje svojega dela, če je to potrebno.
- Peti skrbstveni proces ustvarja varen prostor. Poslušati drugega in s tem videti njegov položaj, njegovo pripovedovanje pa spodbujati in s tem sebi dopuščati negotovost in neznanost.
- Šesti skrbstveni proces združuje estetiko, etične, empirične, osebne in metafizične načine vedenja z ustvarjalno domiselnim in kritičnim razmišljanjem. Zavedati se je potrebno, da je že naša prisotnost kot taka pomembna pri skrbi za druge. Uporabimo sebe in svoje zmožnosti preko dotika, gibanja, smeha, umetniškega izražanja, konec koncev tudi dihanja, očesnega stika, aktivnega poslušanja itd. S tem pristnim pristopom bomo paciente spodbudili k postavljanju vprašanj, preko katerih lahko najdejo alternativne načine v iskanju smisla.
- Sedmi skrbstveni proces poudarja pomen aktivnega poslušanja življenjskih izkušenj drugih. Pomembno je, da govorimo umirjeno, da pri pripovedovanju drugih ne prekinjamo. Iz povedanega se poskušamo kaj naučiti in razumeti situacijo, v kateri človek živi, ter šele nato ukrepati. Potruditi se, da drugi

razumejo bolezen oziroma stanje, v katerem so, hkrati pa je to lahko povratna informacija za nas, da vidimo, koliko o svoji bolezni vedo.

- Osmi skrbstveni proces ustvarja prostor za človekovo povezanost z naravo. Tukaj gre za vse okolje, s katerim se človek srečuje: medicinska sestra, sorodniki, svetloba, voda, hrup, urejenost prostorov, prehrana ... Poskrbeti je potrebno, da se pacient počuti udobno in da se zaveda, da se lahko obrne na nas.
- Deveti skrbstveni proces gleda na druge celostno in spoštuje edinstvene individualne potrebe drugih. Medicinske sestre pomagajo drugim, da niso zaskrbljeni, se odzivajo na družino in svojce ter sodelujejo v obravnavi. Družini ne prikrivajo stvari, še vedno pa spoštujejo zasebnost drugih. Primerno jih je potrebno pripraviti na spanje.
- Deseti skrbstveni proces govori o neznanem, skrivnostnem sodelovanju v življenju. Druge je potrebno spodbujati k upanju, ne izključevati čudežev in priznavati notranje občutke drugih. Pokazati, da spoštujemo stvari, ki drugim veliko pomenijo. Priznavati, da sta temeljna ljubezen in dobrotta bogastvo življenja, hkrati pa priznavati tudi, da so nekateri življenjski dogodki nerazložljivi (Watson, 2008, cited in Kegl, 2014, p. 57-59; Pajnkihar, 2014; Watson, 2009; Watson, 2011).

Na podlagi pregledane literature lahko opazimo, da so na tem področju opravljene raziskave predvsem v tujini, nekaj malega pa tudi v Sloveniji. Zaradi izrednega pomena skrbi in medsebojnih odnosih v zdravstveni negi smo se odločili in podrobneje preučili, kako študentje na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin ocenjujejo svoje izvajanje skrbstvenega vidika do pacientov in kako se ta ocena na podlagi različnih dejavnikov (letnik, vrsta študija, predhodna izobrazba ...) razlikuje. Naredili smo podobno raziskavo kakor Keglova (2014) v svojem magistrskem delu, le da smo za vprašalnik vzeli skrajšano verzijo. Slednja prav tako temelji na desetih skrbstvenih procesih teorije Jean Watson, ki pa so v tem vprašalniku zajete v štiri sklope: zdravstvena oskrba, odnosi, humanizem in udobje.

### 3 EMPIRIČNI DEL

V empiričnem delu smo predstavili trenutno videnje skrbstvenega vidika pri študentih FZAB.

#### 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je preveriti in osvetliti koncept skrbi študentom FZAB do pacienta v zdravstveni negi.

Cilji so:

- predstaviti pomen koncepta skrbi in medsebojnih odnosov v zdravstveni negi;
- ugotoviti razlike med rednimi in izrednimi študenti FZAB pri oceni skrbstvenega vidika obravnave pacienta;
- ugotoviti vpliv predhodne izobrazbe na oceno skrbstvenega vidika obravnave pacienta pri študentih FZAB;
- ugotoviti razlike med spoloma pri oceni skrbstvenega vidika obravnave pacienta pri študentih FZAB.

#### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi pregleda domače in tuje literature ter zastavljenih ciljev smo postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kako študenti FZAB ocenjujejo svoj skrbstven vidik obravnave pacienta?
2. Kakšna je razlika v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika med študenti FZAB glede na letnik študija, spol, vrsto študija, predhodno izobrazbo in predhodnje izkušnje v zdravstveni negi?
3. V kolikšni meri je pri študentih FZAB po njihovem mnenju prisoten skrbstven vidik pri obravnavi pacienta?



### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Za potrebe teoretičnega dela v diplomskem delu smo pregledali strokovno in znanstveno literaturo iz podatkovnih baz CINAHL, ProQuest, PubMed, COBISS, Google Učenjak in MEDLINE.

Kot kriterij za izbor smo izbrali vire od leta 2007 do leta 2017, katerih besedila so v celoti v slovenščini in angleščini, in sicer s ključnimi besedami v slovenskem in angleškem jeziku: koncept skrbi, teorija skrbi, Jean Watson, Watson's theory, caring theory, concept caring.

V empiričnem delu diplomskega dela smo uporabili kvantitativno metodo raziskovanja s pomočjo strukturiranega vprašalnika.

#### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

V diplomskem delu smo uporabili validiran vprašalnik (Caring Nurse-Patient Interaction Scale – 23-Item ali CNPI-23). Skrajšano različico strukturiranega vprašalnika CNPI so leta 2006 odobrili Cossette, Cote, Pepin Ricard in D'Aoust za uporabo na primerih ali kliničnih raziskavah. (Cossette, 2006) Za raziskovanje, predstavljeno v tem delu, smo pridobili dovoljenje za uporabo le-tega od gospe Sylvie Cossette, inf. PhD (17. 4. 2018).

Strukturiran vprašalnik (CNPI) temelji na desetih skrbstvenih procesih teorije skrbi Jean Watson in zajema 70 trditev, ki vsebujejo naslednja področja: udejanjanje ljubeče prijaznosti, pristno prisotnost, gojenje svoje duhovnosti, razvijanje in ohranjanje pomoči drugim, izražanje svojih pozitivnih in negativnih občutkov, ustvarjalno izbiranje načinov, razvijanje in priznavanje izkušenj učenja, ustvarjanje zdravilnega okolja, odgovarjanje na osnovne človekove potrebe, odpiranje in negovanje dimenzije življenja in smrti. Skrajšana različica (CNPI-23), ki smo jo uporabili v našem diplomskem delu,

pa vsebuje 23 trditev, ki so razporejene v naslednja že omenjena štiri področja: zdravstvena oskrba, odnosi, humanizem in udobje.

Vprašalnik je sestavljen iz dveh sklopov. V prvem je zajeta skrajšana različica vprašalnika s triindvajsetimi trditvami. Pri posameznih trditvah smo stopnjo strinjanja študentov FZAB ocenjevali po Likertovi lestvici: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – se niti ne strinjam niti strinjam, 4 – se strinjam in 5 – popolnoma se strinjam.

V drugem sklopu vprašalnika so zajeti demografski podatki, kot so spol, letnik, vrsta študija, predhodna izobrazba in delovne izkušnje. V vprašalniku so podana kratka in jasna navodila za izpolnjevanje vprašalnika.

Zanesljivost merskega instrumenta smo preverjali s Cronbach koeficientom alfa v programu SPSS verzija 22.0, ki znaša 0,879, kar pomeni, da je vprašalnik zanesljiv. Zanesljivost instrumenta je zelo dobra, če koeficient znaša 0,80 ali več, zmerna, če je koeficient med 0,60 in 0,80, ter slaba, če je vrednost koeficienta manj kot 0,60 (Cencič, 2009).

### 3.3.3 Opis vzorca

V raziskovalnem delu diplomskega dela smo uporabili namenski vzorec. Ciljno populacijo predstavljajo redni in izredni študentje FZAB. Vprašani se med seboj razlikujejo po spolu, starosti, letniku in vrsti študija ter po predhodni izobrazbi. Vseh študentov 1., 2. in 3. letnika rednega in izrednega študija je 257. Osebno razdeljenih je bilo 127 vprašalnikov in isto število tudi vrnjenih ter pravilno izpolnjenih, kar predstavlja 49% realizacije.

Opis vzorca in analizo vprašalnika smo naredili na podlagi frekvenčnih in odstotnih porazdelitev za povprečne vrednosti (PV) in standardnega odklona (SO) za numerične podatke. Če je SO manjši, pomeni, da so odgovori bolj enotni. S t-testom smo primerjali PV odgovorov med spoloma in med vrsto študija.

V tabeli 1 so prikazani podatki o spolu in starosti študentov FZAB, ki so sodelovali v raziskavi, in podatki o letniku in vrsti študija.

**Tabela 1: Vzorec sodelujočih v raziskavi**

SODELUJOČI	1. R	1. IZR	2. R	2. IZR	3. R	3. IZR	SKUPAJ	%
ŽENSKE	20	7	25	15	30	2	99	78
MOŠKI	7	3	4	6	7	1	28	22
SKUPAJ	27	10	29	21	37	3	127	100

R = redni, IZR = izredni, % = delež

Iz tabele 1 je razvidno, da je vseh vprašanih študentov FZAB, ki so sodelovali v raziskavi, 127, kar predstavlja 49% vseh vpisanih, saj je po podatkih referata za študijske zadeve FZAB v letu 2017/18 na FZAB vpisanih 257 študentov.

Sodelovalo je 28 študentov moškega spola, kar predstavlja 22% vseh sodelujočih, 78% vseh vprašanih pa je bilo ženskega spola.

Povprečna starost vprašanih je 23,91 let. Najstarejši sodelujoči šteje 43 in najmlajši 19 let.

V tabeli 2 je predstavljena predhodna izobrazba študentov FZAB, ki so sodelovali v raziskavi.

**Tabela 2: Predhodna izobrazba sodelujočih**

SODELUJOČI	ZT	%	GM	%	TD	%	DRUGO	SKUPAJ
MOŠKI	18	14	8	6	2	1,5	/	28
ŽENSKE	68	54	18	14	13	10,5	/	99
SKUPAJ	86	68	26	20	15	12	/	127

ZT = zdravstveni tehnik, GM = gimnazijski maturant, TD = tehnik druge poklicne šole, % = delež

Več kot polovica 86 (68%) sodelujočih v raziskavi je zaključila srednješolski strokovni program Zdravstvena nega. 26 (20%) študentov FZAB se je pred fakulteto šolalo na

gimnaziji, 15 (12%) pa na drugih tehničnih srednjih šolah. Odgovora Drugo ni obkrožil nihče.

Povprečna delovna doba sodelujočih je 3,08 let. Veliko je takšnih, ki nimajo še nič delovnih izkušenj, vprašani z največ leti delovnih izkušenj pa v zdravstveni negi dela že 22 let.

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Vprašalnik smo za namen odobritve poslali Komisiji za znanstveno-raziskovalno in razvojno dejavnost Fakultete za zdravstvo Angele Boškin in prosili za vsa potrebna dovoljenja pri opravljanju anketiranja. Nato smo jih aprila tega leta razdelili študentom vseh treh letnikov rednega in izrednega študija na prvi stopnji študija Zdravstvena nega (VS). Vprašanim je bila zagotovljena anonimnost, osebno smo jih seznanili z vsebino raziskave. Sodelovanje je bilo prostovoljno. Pridobljene podatke smo obdelali in analizirali ter prikazali s pomočjo računalniškega programa Microsoft Windows Excel in statističnim programskim orodjem IBM SPSS verzija 22.0.

Uporabljali smo naslednje statistične metode: t-test in analizo variance One-way ANOVA za analizo razlik, za analizo povezanosti spremenljivk pa smo uporabili Pearsonov korelacijski koeficient. Za statistično značilne smo upoštevali vplive na ravni  $p < 0,05$ .

## 3.4 REZULTATI

V empiričnem delu smo najprej izračunali osnovne statistične lastnosti za vzorec (frekvenca, PV, SO). Nato smo za posamezne spremenljivke izračunali t-test, analizo variance One-way ANOVA in Pearsonov korelacijski koeficient. Mnenje študentov FZAB, kako ocenjujejo prisotnost skrbstvenega vidika, smo testirali znotraj desetih skrbstvenih procesov, zajetih v štiri sklope. V prvem delu smo primerjali razlike izračunanih osnovnih statističnih lastnosti za vzorec, v drugem delu pa testirali vplive posameznih karakteristik, razdeljenih v štiri sklope.

**1. del**

V tabeli 3 je predstavljena povprečna vrednost vseh trditve vprašalnika ter povprečne vrednosti trditve po sklopih.

**Tabela 3: Povprečne vrednosti za vse trditve skupaj in trditve po sklopih**

	<b>PV</b>	<b>SO</b>
<b>SKUPNO POVPREČJE VSEH SODELUJOČIH</b>	4,19	0,40
<b>SKUPNO POVPREČJE VSEH SODELUJOČIH PRI SKLOPU ZDRAVSTVENA OSKRBA</b>	4,20	0,45
<b>SKUPNO POVPREČJE VSEH SODELUJOČIH PRI SKLOPU ODNOSI</b>	3,94	0,15
<b>SKUPNO POVPREČJE VSEH SODELUJOČIH PRI SKLOPU HUMANIZEM</b>	4,23	0,33
<b>SKUPNO POVPREČJE VSEH SODELUJOČIH PRI SKLOPU UDOBJE</b>	4,72	0,05

PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Skupno povprečje vseh sodelujočih za vse trditve na vprašalniku je (PV = 4,19, SO = 0,40). Pri tem je najboljše ocenjena šesta trditev – Pacientom pomagam, kadar so sami nemočni (PV = 4,80, SO = 0,70 ), najslabše pa druga trditev – Znam upravljati s specialno opremo (npr. črpalke, monitorji, itd.) (PV = 3,49, SO = 0,00). Povprečna vrednost za trditve vseh sodelujočih pri sklopu Zdravstvena oskrba je PV = 4,20, SO = 0,45, pri sklopu Odnosi PV = 3,94, SO = 0,15, pri Humanizmu PV = 4,23, SO = 0,33 in pri Udobju PV = 4,72, SO = 0,05.

3.4.1 Razlika v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika med študenti FZAB glede na letnik študija, spol, vrsto študija, predhodno izobrazbo in predhodnimi izkušnjami v zdravstveni negi.

V tabeli 4 je predstavljena primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik med moškimi in ženskami v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika.

**Tabela 4: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik med spoloma v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika**

	ŽENSKE			MOŠKI			T	P
	N	PV	SO	N	PV	SO		
<b>SKUPNO POVPREČJE</b>	99	4,2	0,41	28	4,13	0,31	0,923	0,358

N = število, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = rezultat, p = verjetnost

V tabeli 4 je razvidno, da smo s t-testom primerjali povprečno vrednost med spoloma. Spol v povprečju ne pokaže statistično pomembnih razlik ( $t = 0,923$ ,  $p = 0,358$ ), zato v nadaljevanju diplomskega dela teh primerjav ne bomo več preverjali.

V tabeli 5 je predstavljena primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik med vrsto študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika.

**Tabela 5: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na vrsto študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika**

	REDNI			IZREDNI			t	P
	N	PV	SO	N	PV	SO		
<b>SKUPNO POVPREČJE</b>	93	4,12	0,40	34	4,38	0,32	-3,530	0,01

N = število, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = rezultat, p = verjetnost

Tabela 5 je priča, da se med študenti FZAB pojavljajo statistično pomembne razlike glede na vrsto študija. Vrednost t-testa za parno primerjavo je statistično pomembna ( $t = -3,530$ ,  $p = 0,01$ ). Med povprečnim številom točk, s katerimi so študenti ocenili svoj skrbstven odnos, se pojavljajo statistično pomembne razlike. S tveganjem  $p = 0,01$  trdimo, da bi tudi v osnovni množici študenti izrednega študija v povprečju višje ocenili svoj skrbstven odnos (PV = 4,38, SO = 0,32), kot pa študentje rednega študija (PV = 4,12, SO = 0,40).

V tabeli 6 je predstavljena primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na letnik študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika.

**Tabela 6: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na letnik študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika**

	1. letnik			2. letnik			3. letnik			F	P
	N	PV	SO	N	PV	SO	N	PV	SO		
<b>SKUPNO POVPREČJE</b>	37	4,29	0,33	50	4,23	0,35	40	4,04	0,46	4,62	0,008

N = število, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, F = rezultat ANOVE, p = verjetnost

V tabeli 6 je razvidno, da je vrednost Brown-Forsythe testa statistično pomembna na ravni ( $F = 4,62$ ,  $g_1 = 2$ ,  $g_2 = 124$ ,  $p = 0,014$ ). Pri tem smo upoštevali predpostavko o homogenosti varianc ( $F = 4,39$ ,  $g_1 = 2$ ,  $g_2 = 107,97$ ,  $p = 0,012$ ). Games-Howell Post Hoc – test je pokazal statistično pomembne razlike med študenti prvega in tretjega letnika ( $M = 0,253$ ,  $p = 0,02$ ), medtem ko med prvim in drugim ter drugim in tretjim letnikom ni pokazal statistično pomembnih razlik.

Tabela 7 predstavlja primerjavo povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na predhodno izobrazbo študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika.

**Tabela 7: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na predhodno izobrazbo študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika**

	Zdravstveni tehnik			Gimnazijski maturant			Tehnik druge poklicne šole			F	P
	N	PV	SO	N	PV	SO	N	PV	SO		
<b>SKUPNO POVPREČJE</b>	86	4,22	0,38	26	4,12	0,42	15	4,17	0,47	0,622	0,539

N = število, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, F = rezultat ANOVE, p = verjetnost

V tabeli 7 vidimo, da razlike niso statistično pomembne. Ob upoštevanju predpostavke o homogenosti varianc ( $F = 0,622$ ,  $p = 0,538$ ) enosmerna analiza varianc – ANOVA ni pokazala statistično pomembnih razlik v povprečnem številu točk, s katerimi so študenti z različno predhodno izobrazbo ocenili svoj skrbstven odnos. Tudi Games–Howell post – hoc test za parne primerjave ni pokazal statistično pomembnih razlik. Podatkov ne moremo posplošiti na osnovno množico. Glede na skupno povprečno vrednost lahko zapišemo, da so svoj skrbstven odnos najbolje ocenili študentje, ki so pred študijem dosegli izobrazbo zdravstveni tehnik.

### **Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na število let delovnih izkušenj študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika.**

S Pearsonovim korelacijskim koeficientom smo preverili povezanost med številom let delovnih izkušenj v zdravstveni negi in povprečno vrednostjo, s katero so študenti ocenili svoj skrbstven odnos. Vrednost Pearsonovega preizkusa ( $r = 0,289$ ) pokaže šibko oz. nizko povezanost. Tisti z večletnimi delovnimi izkušnjami so se sicer ocenili boljše, vendar zaradi šibke vrednosti Pearsonovega preizkusa ta podatek ni relevanten.

## **2. del**

### **3.4.2 Prvi sklop: Zdravstvena oskrba**

V prvem sklopu so zajeti procesi ustvarjanja zdravilnega okolja, zagotavljanja pomoči pri osnovnih človekovih potrebah in zagotavljanja fenomenoloških – spiritualnih potreb (Cossette, 2006).

V tabeli 8 je predstavljena primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na vrsto študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri prvem sklopu.



**Tabela 8: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na vrsto študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri sklopu Zdravstvena oskrba**

	Trditve	Vrsta študija	N	PV	SO	t	p
1.	Znam aplicirati zdravila (npr. intravenozno injekcijo, obveze itd.).	Redni	93	4,47	0,618	-0,437	0,663
		Izredni	34	4,53	0,706		
2.	Znam upravljati s specialno opremo (npr. črpalke, monitorji, itd.).	Redni	93	3,40	0,849	-1,893	0,061
		Izredni	34	3,74	0,994		
3.	Preverim, če so zdravila, ki jih je pacient prejel, učinkovala (npr. pri slabosti, bolečini, zaprtju, anksioznosti itd.).	Redni	93	4,01	0,827	-2,878	0,005
		Izredni	34	4,47	0,706		
4.	Paciente poučim o indikacijah in sredstvih za preprečevanje nekaterih neželenih učinkov pri njihovem zdravljenju.	Redni	93	3,44	1,068	-4,067	0,000
		Izredni	34	4,18	0,834		
5.	Znam ravnati v situacijah, kjer je treba ukrepati hitro.	Redni	93	3,51	0,916	-3,625	0,000
		Izredni	34	4,15	0,784		
6.	Pacientom pomagam pri negovanju, kadar so sami nemočni.	Redni	93	4,77	0,445	-1,489	0,141
		Izredni	34	4,88	0,327		
7.	Pokažem zmožnosti in veščine pri delu s pacienti.	Redni	93	4,51	0,601	-1,990	0,051
		Izredni	34	4,74	0,567		
8.	Pozorno spremljam pacientovo zdravstveno stanje.	Redni	93	4,31	0,642	-3,466	0,001
		Izredni	34	4,68	0,475		
9.	Pacientu zagotovim možnosti za samooskrbo.	Redni	93	4,55	0,599	-0,085	0,933
		Izredni	34	4,5	0,660		

N = število, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = rezultat, p = verjetnost

V tabeli 8 je razvidno, da pri študentih FZAB prihaja do statistično pomembnih razlik glede na vrsto študija pri 3., 4., 5. in 8. trditvi. Izredni študentje FZAB menijo, da dobro preverijo, če so zdravila, ki jih je pacient prejel, učinkovala (PV = 4,47, SO = 0,706), medtem ko redni študentje s statistično pomembno ( $t = -2,878$ ,  $p = 0,005$ ) nižjo povprečno vrednostjo (PV = 4,01, SO = 0,827) učinkovitost zdravil preverijo slabše od izrednih študentov FZAB. Izredni študentje FZAB prav tako menijo, da paciente dobro

poučijo o indikacijah in sredstvih za preprečevanje nekaterih neželenih učinkov pri njihovem zdravljenju (PV = 4,18, SO = 0,834), medtem ko redni študentje (PV = 3,44, SO = 1,068) v primerjavi z izrednimi to opravijo slabše. Prav tako je tudi pri ravnanju v situacijah, kjer je treba hitro ukrepati. Izredni študentje FZAB menijo, da znajo (PV = 4,15, SO = 0,784), redni pa so tu manj suvereni (PV = 3,51, SO = 0,916). Pri spremljanju pacientovega zdravstvenega stanja izredni študentje ocenjujejo, da ga spremljajo pozorno (PV = 4,68, SO = 0,475), prav tako pa tudi redni (PV = 4,31, SO = 0,642), čeprav vendarle nekoliko manj pozorno kot izredni študentje FZAB.

V tabeli 9 je predstavljena primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na predhodno izobrazbo študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri prvem sklopu.

**Tabela 9: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na predhodno izobrazbo študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri sklopu Zdravstvena oskrba**

	Trditve	Predhodna izobrazba	N	PV	SO	F	p
1.	Znam aplicirati zdravila (npr. intravenozno injekcijo, obveze itd.).	Zdravstveni tehnik	86	4,57	0,585	2,28	0,107
		Gimnazijski maturant	26	4,35	0,745		
		Tehnik druge poklicne šole	15	4,27	0,704		
2.	Znam upravljati s specialno opremo (npr. črpalke, monitorji, itd.).	Zdravstveni tehnik	86	3,56	0,876	1,45	0,238
		Gimnazijski maturant	26	3,46	0,948		
		Tehnik druge poklicne šole	15	3,13	0,915		
3.	Preverim, če so zdravila, ki jih je pacient prejel, učinkovala (npr. pri slabosti, bolečini, zaprtju, anksioznosti itd.).	Zdravstveni tehnik	86	4,17	0,814	0,33	0,721
		Gimnazijski maturant	26	4,04	0,824		
		Tehnik druge poklicne šole	15	4,07	0,884		
4.	Paciente poučim o indikacijah in sredstvih za preprečevanje nekaterih neželenih učinkov pri njihovem zdravljenju.	Zdravstveni tehnik	86	3,70	1,085	0,56	0,576
		Gimnazijski maturant	26	3,58	0,987		
		Tehnik druge poklicne šole	15	3,40	1,056		

	Trditve	Predhodna izobrazba	N	PV	SO	F	p
5.	<b>Znam ravnati v situacijah, kjer je treba ukrepati hitro.</b>	Zdravstveni tehnik	86	3,81	0,861	3,09	0,049
		Gimnazijski maturant	26	3,35	0,936		
		Tehnik druge poklicne šole	15	3,47	1,125		
6.	<b>Pacientom pomagam pri negovanju, kadar so sami nemočni.</b>	Zdravstveni tehnik	86	4,81	0,391	0,69	0,512
		Gimnazijski maturant	26	4,85	0,368		
		Tehnik druge poklicne šole	15	4,67	0,617		
7.	<b>Pokažem zmožnosti in veščine pri delu s pacienti.</b>	Zdravstveni tehnik	86	4,66	0,523	2,85	0,070
		Gimnazijski maturant	26	4,31	0,679		
		Tehnik druge poklicne šole	15	4,47	0,743		
8.	<b>Pozorno spremljam pacientovo zdravstveno stanje.</b>	Zdravstveni tehnik	86	4,52	0,568	4,76	0,010
		Gimnazijski maturant	26	4,15	0,675		
		Tehnik druge poklicne šole	15	4,20	0,676		
9.	<b>Pacientu zagotovim možnosti za samooskrbo.</b>	Zdravstveni tehnik	86	4,69	0,580	1,30	0,277
		Gimnazijski maturant	26	4,38	0,697		
		Tehnik druge poklicne šole	15	4,53	0,640		

N = število, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, F = rezultat ANOVE, p = verjetnost

V tabeli 9 je razvidno, da prihaja do statistično pomembnih razlik glede na predhodno izobrazbo študentov FZAB pri trditvi pet ( $F = 3,09$ ,  $p = 0,049$ ) in osem ( $F = 4,76$ ,  $p = 0,010$ ). Študentje FZAB, ki so po predhodni izobrazbi zdravstveni tehniki, menijo, da znajo ravnati v situacijah, kjer je treba ukrepati hitro ( $PV = 3,81$ ,  $SO = 0,861$ ), medtem ko se študentje FZAB s predhodno gimnazijsko izobrazbo ( $PV = 3,35$ ,  $SO = 0,963$ ) in predhodno izobrazbo na drugih poklicnih šolah ( $PV = 3,47$ ,  $SO = 1,125$ ) ocenjujejo slabše. Prav tako študentje FZAB s predhodno izobrazbo zdravstveni tehnik menijo, da pozorno spremljajo pacientovo zdravstveno stanje ( $PV = 4,52$ ,  $SO = 0,568$ ), študentje s predhodno gimnazijsko izobrazbo ( $PV = 4,15$ ,  $SO = 0,675$ ) in predhodno izobrazbo drugih poklicnih šol ( $PV = 4,20$ ,  $SO = 0,676$ ) pa paciente spremljajo manj pozorno.

V tabeli 10 je predstavljena primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na letnik študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri prvem sklopu.

**Tabela 10: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na letnik študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri sklopu Zdravstvena oskrba**

	Trditve	Letnik	N	PV	SO	F	p
1.	Znam aplicirati zdravila (npr. intravenozno injekcijo, obveze itd.).	1.	37	4,27	0,769	3,20	0,044
		2.	50	4,60	0,571		
		3.	40	4,55	0,552		
2.	Znam upravljati s specialno opremo (npr. črpalke, monitorji, itd.).	1.	37	3,38	1,010	0,91	0,404
		2.	50	3,62	0,855		
		3.	40	3,43	0,899		
3.	Preverim, če so zdravila, ki jih je pacient prejel, učinkovala (npr. pri slabosti, bolečini, zaprtju, anksioznosti itd.).	1.	37	4,24	0,796	1,16	0,316
		2.	50	4,18	0,748		
		3.	40	3,98	0,920		
4.	Paciente poučim o indikacijah in sredstvih za preprečevanje nekaterih neželenih učinkov pri njihovem zdravljenju.	1.	37	3,89	0,936	10,33	0,000
		2.	50	3,92	0,900		
		3.	40	3,05	1,131		
5.	Znam ravnati v situacijah, kjer je treba ukrepati hitro.	1.	37	3,68	0,973	0,44	0,645
		2.	50	3,76	0,894		
		3.	40	3,58	0,931		
6.	Pacientom pomagam pri negovanju, kadar so sami nemočni.	1.	37	4,92	0,277	3,60	0,031
		2.	50	4,82	0,438		
		3.	40	4,68	0,474		
7.	Pokažem zmožnosti in veščine pri delu s pacienti.	1.	37	4,51	0,651	0,36	0,701
		2.	50	4,62	0,602		
		3.	40	4,55	0,552		
8.	Pozorno spremljam pacientovo zdravstveno stanje.	1.	37	4,38	0,594	0,95	0,392
		2.	50	4,50	0,614		
		3.	40	4,33	0,656		

	Trditve	Letnik	N	PV	SO	F	p
9.	Pacientu zagotovim možnosti za samooskrbo.	1.	37	4,73	0,508	3,95	0,022
		2.	50	4,58	0,575		
		3.	40	4,35	0,700		

N = število, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, F = rezultat ANOVE, p = verjetnost

Tablea 10 prikazuje, da prihaja do statistično pomembnih razlik pri študentih FZAB glede na letnik študija pri trditvah ena (F = 3,20, p = 0,044), štiri (F = 10,33, p = 0,000), šest (F = 3,60, p = 0,031) in devet (F = 3,95, p = 0,022). Študentje FZAB, ki obiskujejo prvi letnik, so se pri prvi trditvi, da znajo aplicirati zdravila, ocenili slabše (PV = 4,27, SO = 0,769) kot študentje drugega letnika, ki so se ocenili najboljše (PV = 4,60, SO = 0,571), in tretjega letnika (PV = 4,55, SO = 0,552). Študentje tretjega letnika FZAB se pri trditvi, da paciente poučim o indikacijah in sredstvih za preprečevanje nekaterih neželenih učinkov pri njihovem zdravljenju ocenjujejo najslabše (PV = 3,05, SO = 1,131), študenti drugega (PV = 3,92, SO = 0,900) in prvega letnika (PV = 3,89, SO = 0,936), pa se dobro ocenjujejo. Prav tako so študentje tretjega letnika FZAB mnenja, da pacientom najmanj pomagajo pri negovanju, kadar so sami nemočni (PV = 4,68, SO = 0,474). Za razliko od njih študenti drugega (PV = 4,82, SO = 0,438) in prvega letnika (PV = 4,92, SO = 0,277) menijo, da bolj pomagajo. Študentje tretjega letnika FZAB so se tudi pri trditvi, da zagotovim pacientu možnosti za samooskrbo, v primerjavi s študenti prvih (PV = 4,73, SO = 0,508) in drugih letnikov (PV = 4,58, SO = 0,575) ocenili najslabše (PV = 4,35, SO = 0,700).

### 3.4.3 Drugi sklop: Odnosi

V drugem sklopu so zajeti procesi učenja; promoviranje transpersonalnega poučevanja; reševanje problemov; sistematična uporaba kreativnega reševanja problemov v procesu zdravstvene nege (Cossette, 2006).

V tabeli 11 je predstavljena primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na vrsto študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri drugem sklopu.

**Tabela 11: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na vrsto študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri sklopu Odnosi**

	Trditve	Vrsta študija	N	PV	SO	t	p
10.	Pacientom pomagam najti ravnovesje v njihovem življenju.	Redni	93	3,71	0,802	-2,99	0,003
		Izredni	34	4,18	0,716		
11.	Pacientom pomagam pri odkrivanju stvari, ki so pomembne v njihovem življenju.	Redni	93	3,74	0,908	-1,41	0,160
		Izredni	34	4,00	0,921		
12.	Pacientom pomagam razjasniti, katere stvari bi sami želeli, da jim omogočajo točno določene osebe.	Redni	93	3,72	0,877	-2,19	0,031
		Izredni	34	4,03	0,627		
13.	Pacientom pomagam pri iskanju smisla glede na njihovo zdravstveno stanje.	Redni	93	3,86	0,855	-1,19	0,237
		Izredni	34	4,06	0,776		
14.	Pomagam pacientom prepoznati sredstva za učinkovito reševanje njihovih težav.	Redni	93	3,84	0,811	-1,78	0,077
		Izredni	34	4,12	0,686		
15.	Pomagam pacientom videti situacijo iz pozitivnega zornega kota.	Redni	93	4,27	0,662	-0,18	0,855
		Izredni	34	4,29	0,760		
16.	Poskušam s pacienti prepoznati posledice njihovega vedenja.	Redni	93	3,97	0,714	-1,41	0,160
		Izredni	34	4,18	0,797		

N = število, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = rezultat, p = verjetnost

V tabeli 11 je razvidno, da pri študentih FZAB prihaja do statistično pomembnih razlik glede na vrsto študija pri trditvi deset ( $t = -2,99$ ,  $p = 0,003$ ) in dvanajst ( $t = -2,19$ ,  $p = 0,031$ ). Izredni študentje FZAB pomagajo pacientom najti ravnovesje v njihovem življenju (PV = 4,18, SO = 0,716) bolje kot rednimi študenti (PV = 3,71, SO = 0,802). Rezultat kaže tudi, da pomagajo izredni študentje FZAB pacientom bolj razjasniti, katere stvari bi sami želeli, da jim omogočajo točno določene osebe (PV = 4,03, SO = 0,627), kot pa redni študentje (PV = 3,72, SO = 0,877).

V tabeli 12 je predstavljena primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na predhodno izobrazbo študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri drugem sklopu.

**Tabela 12: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na predhodno izobrazbo študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri sklopu Odnosi**

	Trditve	Predhodna izobrazba	N	PV	SO	F	p
10.	Pacientom pomagam najti ravnovesje v njihovem življenju.	Zdravstveni tehnik	86	3,79	0,738	0,752	0,474
		Gimnazijski maturant	26	3,85	0,967		
		Tehnik druge poklicne šole	15	4,07	0,884		
11.	Pacientom pomagam pri odkrivanju stvari, ki so pomembne v njihovem življenju.	Zdravstveni tehnik	86	3,72	0,916	1,298	0,277
		Gimnazijski maturant	26	4,00	0,938		
		Tehnik druge poklicne šole	15	4,00	0,845		
12.	Pacientom pomagam razjasniti, katere stvari bi sami želeli, da jim omogočajo točno določene osebe.	Zdravstveni tehnik	86	3,79	0,799	0,215	0,807
		Gimnazijski maturant	26	3,77	0,863		
		Tehnik druge poklicne šole	15	3,93	0,961		
13.	Pacientom pomagam pri iskanju smisla glede na njihovo zdravstveno stanje.	Zdravstveni tehnik	86	3,90	0,797	0,284	0,753
		Gimnazijski maturant	26	3,88	0,909		
		Tehnik druge poklicne šole	15	4,07	0,961		
14.	Pomagam pacientom prepoznati sredstva za učinkovito reševanje njihovih težav.	Zdravstveni tehnik	86	3,92	0,739	0,185	0,831
		Gimnazijski maturant	26	3,85	0,881		
		Tehnik druge poklicne šole	15	4,00	0,926		
15.	Pomagam pacientom videti situacijo iz pozitivnega zornega kota.	Zdravstveni tehnik	86	4,24	0,685	1,207	0,303
		Gimnazijski maturant	26	4,23	0,765		
		Tehnik druge poklicne šole	15	4,53	0,516		

	Trditve	Predhodna izobrazba	N	PV	SO	F	p
16.	Poskušam s pacienti prepoznati posledice njihovega vedenja.	Zdravstveni tehnik	86	4,02	0,719	0,038	0,963
		Gimnazijski maturant	26	4,00	0,748		
		Tehnik druge poklicne šole	15	4,07	0,740		

N = število, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, F = rezultat ANOVE, p = verjetnost

V tabeli 12 je razvidno, da ne prihaja do statistično pomembnih razlik pri študentih FZAB glede na predhodno izobrazbo, saj je  $p > 0,05$ .

V tabeli 13 je predstavljena primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na letnik študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri drugem sklopu.

**Tabela 13: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na letnik študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri sklopu Odnosi**

	Trditve	Letnik	N	PV	SO	F	p
10.	Pacientom pomagam najti ravnovesje v njihovem življenju.	1.	37	4,03	0,726	2,15	0,12
		2.	50	3,84	0,766		
		3.	40	3,65	0,893		
11.	Pacientom pomagam pri odkrivanju stvari, ki so pomembne v njihovem življenju.	1.	37	4,03	0,799	1,49	0,230
		2.	50	3,74	0,965		
		3.	40	3,70	0,939		
12.	Pacientom pomagam razjasniti, katere stvari bi sami želeli, da jim omogočajo točno določene osebe.	1.	37	4,00	0,816	2,32	0,103
		2.	50	3,82	0,748		
		3.	40	3,60	0,900		
13.	Pacientom pomagam pri iskanju smisla glede na njihovo zdravstveno stanje.	1.	37	4,03	0,687	0,58	0,564
		2.	50	3,90	0,839		
		3.	40	3,83	0,958		



	Trditve	Letnik	N	PV	SO	F	p
14.	Pomagam pacientom prepoznati sredstva za učinkovito reševanje njihovih težav.	1.	37	4,03	0,645	1,34	0,265
		2.	50	3,96	0,832		
		3.	40	3,75	0,840		
15.	Pomagam pacientom videti situacijo iz pozitivnega zornega kota.	1.	37	4,41	0,599	2,66	0,074
		2.	50	4,34	0,688		
		3.	40	4,08	0,730		
16.	Poskušam s pacienti prepoznati posledice njihovega vedenja.	1.	37	4,14	0,713	3,43	0,036
		2.	50	4,14	0,729		
		3.	40	3,78	0,733		

N = število, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, F = rezultat ANOVE, p = verjetnost

V tabeli 13 je razvidno, da prihaja do statistično pomembnih razlik pri študentih FZAB glede na letnik študija. Študentje prvega (PV = 4,14, SO = 0,713) in drugega letnika FZAB (PV = 4,14, SO = 0,729) menijo, da poskušajo s pacienti prepoznati posledice njihovega vedenja, medtem ko študentje tretjega letnika s statistično pomembno nižjo vrednostjo (F = 3,43, p = 0,036) nakazujejo, da je njihova raven poskušanja prepoznavanja posledic vedenja pacientov nižja (PV = 3,78, SO = 0,733).

#### 3.4.4 Tretji sklop: Humanizem

V tretjem sklopu so zajeti procesi humanizma; oblikovanje sistema humanistično-nesebičnih vrednot in pomoč pri medsebojnih odnosih; razvoj humanega odnosa v zdravstveni negi na podlagi pomoči in zaupanja (Cossette, 2006).

V tabeli 14 je predstavljena primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na vrsto študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri tretjem sklopu.

**Tabela 14: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na vrsto študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri sklopu Humanizem**

	Trditve	Vrsta študija	N	PV	SO	t	P
17.	<b>Individualno obravnavam paciente in pokažem, da se ne zanimam samo za njihov zdravstveni problem.</b>	Redni	93	4,35	0,686	-1,780	0,078
		Izredni	34	4,59	0,557		
18.	<b>Paciete spodbujam v upanju, kadar je to primerno.</b>	Redni	93	4,43	0,632	-1,529	0,129
		Izredni	34	4,62	0,551		
19.	<b>Spodbujam pacientova prizadevanja.</b>	Redni	93	4,28	0,728	-1,993	0,048
		Izredni	34	4,56	0,613		
20.	<b>Pacientu ne pokažem, da se ne strinjam z njim.</b>	Redni	93	3,53	1,038	-2,253	0,026
		Izredni	34	4,00	1,073		

N = število, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = rezultat, p = verjetnost

V tabeli 14 je razvidno, da prihaja do statistično pomembnih razlik pri študentih FZAB glede na vrsto študija pri devetnajsti ( $t = -1,993$ ,  $p = 0,048$ ) in dvajseti ( $t = -2,253$ ,  $p = 0,026$ ) trditvi. Izredni študentje FZAB menijo, da spodbujajo pacientova prizadevanja (PV = 4,56, SO = 0,613) v primerjavi z rednimi študenti, ki pacientova prizadevanja spodbujajo manj (PV = 4,28, SO = 0,728). Izredni študentje FZAB prav tako menijo, da pacientu ne pokažejo, da se ne strinjajo z njim (PV = 4,00, SO = 1,073), medtem ko redni študentje svoje nestrinjanje pogosteje pokažejo (PV = 3,53, SO = 1,038).

V tabeli 15 je predstavljena primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na predhodno izobrazbo študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri tretjem sklopu.

**Tabela 15: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na predhodno izobrazbo študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri sklopu Humanizem**

	Trditve	Predhodna izobrazba	N	PV	SO	F	P
17.	<b>Individualno obravnavam paciente in pokažem, da se ne zanimam samo za njihov zdravstveni problem.</b>	Zdravstveni tehnik	86	4,41	0,675	0,053	0,949
		Gimnazijski maturant	26	4,42	0,643		
		Tehnik druge poklicne šole	15	4,47	0,640		
18.	<b>Paciente spodbujam v upanju, kadar je to primerno.</b>	Zdravstveni tehnik	86	4,49	0,628	0,602	0,549
		Gimnazijski maturant	26	4,38	0,637		
		Tehnik druge poklicne šole	15	4,60	0,507		
19.	<b>Spodbujam pacientova prizadevanja.</b>	Zdravstveni tehnik	86	4,37	0,669	0,244	0,784
		Gimnazijski maturant	26	4,27	0,778		
		Tehnik druge poklicne šole	15	4,40	0,828		
20.	<b>Pacientu ne pokažem, da se ne strinjam z njim.</b>	Zdravstveni tehnik	86	3,76	1,051	2,249	0,110
		Gimnazijski maturant	26	3,62	1,061		
		Tehnik druge poklicne šole	15	3,13	1,060		

N = število, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, F = rezultat ANOVE, p = verjetnost

V tabeli 15 je razvidno, da pri študentih FZAB ne prihaja do statistično pomembnih razlik glede na predhodno izobrazbo, saj je vrednost vedno višja od 0,05.

V tabeli 16 je predstavljena primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na letnik študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri tretjem sklopu.

**Tabela 16: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na letnik študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri sklopu Humanizem**

	Trditve	Letnik	N	PV	SO	F	p
17.	Individualno obravnavam paciente in pokažem, da se ne zanimam samo za njihov zdravstveni problem.	1.	37	4,62	0,545	3,616	0,030
		2.	50	4,42	0,642		
		3.	40	4,23	0,733		
18.	Paciente spodbujam v upanju, kadar je to primerno.	1.	37	4,59	0,551	2,050	0,133
		2.	50	4,52	0,544		
		3.	40	4,33	0,730		
19.	Spodbujam pacientova prizadevanja.	1.	37	4,51	0,651	1,918	0,151
		2.	50	4,36	0,722		
		3.	40	4,20	0,723		
20.	Pacientu ne pokažem, da se ne strinjam z njim.	1.	37	3,78	1,205	0,566	0,569
		2.	50	3,54	1,054		
		3.	40	3,68	0,944		

N = število, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, F = rezultat ANOVE, p = verjetnost

V tabeli 16 lahko vidimo, da pri študentih FZAB prihaja do statistično pomembnih razlik glede na letnik študija. Študentje prvega letnika FZAB menijo, da individualno obravnavajo paciente in pokažejo, da se zanimajo za več kot le za njihovo zdravstveno stanje (PV = 4,62, SO = 0,545), medtem ko študentje drugega letnika s statistično pomembno nižjo vrednostjo (F = 3,616, p = 0,030) sporočajo, da slabše individualno obravnavajo pacienta (PV = 4,42, SO = 0,642). V primerjavi z že omenjenima letnikoma študentje tretjih letnikov (PV = 4,23, SO = 0,733) paciente obravnavajo še manj individualno.

#### 3.4.5 Četrti sklop: Udobje

V četrtem sklopu so zajeti procesi spoštovanja potreb drugih, pomoč pri le-teh in pomoč pri medsebojnih odnosih; razvoj humanega odnosa v zdravstveni negi na podlagi pomoči in zaupanja (Cossette, 2006).

V tabeli 17 je predstavljena primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na vrsto študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri četrtem sklopu.

**Tabela 17: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na vrsto študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri sklopu Udobje**

	Trditve	Vrsta študija	N	PV	SO	t	P
21.	Spoštujem pacientovo zasebnost (npr. ne izpostavljam jih po nepotrebnem).	Redni	93	4,75	0,481	-0,771	0,442
		Izredni	34	4,82	0,387		
22.	Upoštevam potrebe pacientov pri zagotavljanju osnovnih človekovih potreb (npr. spanje, osebna higiena itd.).	Redni	93	4,74	0,440	-0,260	0,736
		Izredni	34	4,76	0,431		
23.	Opravljam intervencije oziroma dajem zdravila pacientom po pričakovanem in predpisanem urniku.	Redni	93	4,59	0,536	-2,230	0,027
		Izredni	34	4,79	0,410		

N = število, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = rezultat, p = verjetnost

V tabeli 17 je prikazano, da pri študentih FZAB prihaja do statistično pomembnih razlik glede na vrsto študija pri 23. trditvi. Izredni študentje menijo, da opravljajo intervencije oziroma dajajo zdravila pacientom po pričakovanem in predpisanem urniku bolje (PV = 4,79, SO = 0,410) kot redni (PV = 4,59, SO = 0,536).

V tabeli 18 je predstavljena primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na predhodno izobrazbo študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri četrtem sklopu.

**Tabela 18: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na predhodno izobrazbo študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri sklopu Udobje**

	Trditve	Predhodna izobrazba	N	PV	SO	F	P
21.	Spoštujem pacientovo zasebnost (npr. ne izpostavljam jih po nepotrebem).	Zdravstveni tehnik	86	4,79	0,463	1,443	0,245
		Gimnazijski maturant	26	4,65	0,485		
		Tehnik druge poklicne šole	15	4,87	0,352		
22.	Upoštevam potrebe pacientov pri zagotavljanju osnovnih človekovih potreb (npr. spanje, osebna higiena itd.).	Zdravstveni tehnik	86	4,74	0,439	0,843	0,436
		Gimnazijski maturant	26	4,69	0,471		
		Tehnik druge poklicne šole	15	4,87	0,352		
23.	Opravljam intervencije oziroma dajem zdravila pacientom po pričakovanem in predpisanem urniku.	Zdravstveni tehnik	86	4,62	0,535	1,006	0,372
		Gimnazijski maturant	26	4,65	0,485		
		Tehnik druge poklicne šole	15	4,80	0,414		

N = število, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, F = rezultat ANOVE, p = verjetnost

Tabela 18 prikazuje, da pri študentih FZAB ne prihaja do statistično pomembnih razlik glede na predhodno izobrazbo, saj je vrednost vedno višja od 0,05.

V tabeli 19 je predstavljena primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na letnik študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri četrtem sklopu.

**Tabela 19: Primerjava povprečnih vrednosti in statistično pomembnih razlik glede na letnik študija študentov FZAB v oceni obravnave pacienta s skrbstvenega vidika pri sklopu Udobje**

	Trditve	Letnik	N	PV	SO	F	P
21.	Spoštujem pacientovo zasebnost (npr. ne izpostavljam jih po nepotrebem).	1.	37	4,97	0,164	8,546	0,000
		2.	50	4,78	0,465		
		3.	40	4,58	0,549		

	Trditve	Letnik	N	PV	SO	F	P
22.	Upoštevam potrebe pacientov pri zagotavljanju osnovnih človekovih potreb (npr. spanje, osebna higiena itd.).	1.	37	4,89	0,315	3,883	0,023
		2.	50	4,74	0,443		
		3.	40	4,63	0,490		
23.	Opravljam intervencije oziroma dajem zdravila pacientom po pričakovanem in predpisanem urniku.	1.	37	4,76	0,495	2,630	0,076
		2.	50	4,68	0,471		
		3.	40	4,50	0,555		

N = število, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, F = rezultat ANOVE, p = verjetnost

V tabeli 19 je razvidno, da pri študentih FZAB prihaja do statistično pomembnih razlik glede na letnik študija. Študentje prvega letnika FZAB menijo, da spoštujejo pacientovo zasebnost (PV = 4,97, SO = 0,164), medtem ko se študentje drugega letnika s statistično pomembno nižjo vrednostjo (F = 8,546, p = 0,000) ocenjujejo slabše (PV = 4,78, SO = 0,465). Še slabše se ocenjujejo študentje tretjih letnikov (PV = 4,58, SO = 0,549). Študentje prvega letnika FZAB menijo, da upoštevajo osnovne potrebe pacientov, ki so individualistično pogojene (PV = 4,89, SO = 0,315), za razliko od njih pa študentje drugega letnika s statistično pomembno nižjo vrednostjo (F = 3,883, p = 0,023) nakazujejo, da jih v primerjavi s prvim letnikom slabše upoštevajo (PV = 4,74, SO = 0,443). Prav tako lahko rečemo za študente tretjih letnikov, ki se ocenjujejo še slabše (PV = 4,63, SO = 0,490).

### 3.5 RAZPRAVA

Hiter tempo življenja, ki se danes odraža tudi pri delu zdravstvenih delavcev, ne sme zanemarjati prisotnosti skrbi, ki je ključnega pomena pri obravnavi pacienta v zdravstveni negi. Skrbstveno delo samo po sebi goji zaupanje brez omejitve, temelji na sodelovanju in medsebojnem spoštovanju. (Tschudin, 2004 cited in Kegl, 2014 p. 86) Zato smo se odločili, da raziščemo in osvetlimo Watsonovo teorijo skrbi pri študentih FZAB. V izvedenem diplomskem delu smo dosegli svoj namen in z izvedeno raziskavo preverili, kolikšen je skrbstven vidik po samooceni študentov FZAB do pacienta in pri delu v zdravstveni negi.

Rezultati kažejo, da na splošno študentje svoj skrbstven vidik pri obravnavi pacienta ocenjujejo dobro, saj so se v povprečju pri vseh trditvah vprašalnika strinjali z njimi. V raziskavi (Kegl, 2014), ki je bila narejena na pediatričnem področju v Sloveniji med člani negovalnega tima in starši hospitaliziranih otrok, so ugotovili, da se člani negovalnega tima, ko ocenjujejo sami sebe in svoje izvajanje skrbstvenega vidika obravnave pacienta, ocenjujejo zelo dobro, saj so se prav tako v povprečju strinjali z vsemi trditvami na vprašalniku o skrbstvenem odnosu v zdravstveni negi.

Pri merjenju skrbstvenega vidika študentov FZAB pri obravnavi pacienta so se v vzorcu pokazale statistično pomembne razlike med rednimi in izrednimi študenti, prav tako pa tudi med študenti glede na letnik študija. Analiza rezultatov je pokazala, da so pri obravnavi pacienta izredni študentje bolj skrbni kot redni. Prav tako pri pomoči iskanja ravnovesja v pacientovem življenju in pomoči pri razjasnjevanju, katere stvari bi pacienti sami želeli, da jim omogočajo točno določene osebe. Izkazalo se je tudi, da izredni študentje bolj kot redni spodbujajo pacientovo prizadevanje in kažejo manj nestrinjanja z njim.

Pri opisu procesov, ki jih obravnavamo pri trditvah naše raziskave, zaznavamo, da je za skrbno izvajanje le-teh potrebno ogromno izkušenj in znanja na tem področju. Menimo, da do te razlike med izrednimi in rednimi študenti prihaja prav zaradi večjega števila delovnih izkušenj in predhodnega znanja, ki jih imajo izredni študentje FZAB. V raziskavi Cossete (2006), ki so jo naredili med medicinskimi sestrami in študenti zdravstvene nege, se je prav tako pokazala povezanost med več delovnimi izkušnjami in večjo oceno skrbstvenega vidika pri obravnavi pacienta.

Študentje prvega letnika FZAB svoj skrbstveni vidik pri obravnavi pacienta v skupnem povprečju ocenjujejo boljše kot študentje tretjega letnika. Prav tako rezultati razkrivajo, da je samoocena študentov prvega letnika, kako poučujejo paciente o indikacijah in sredstvih za preprečevanje nekaterih neželenih učinkov pri njihovem zdravljenju, kako pomagajo, kadar so pacienti nemočni, ter kako zagotavljajo njihovo samooskrbo, višja, kot pri študentih tretjega letnika. Študentje prvega in drugega letnika se strinjajo, da poskušajo s pacienti prepoznati posledice njihovega vedenja boljše kot študentje tretjega



letnika. Prav tako je tudi pri spoštovanju pacientove zasebnosti. Nad rezultati ocene skrbstvenega vidika študentov glede na letnik študija smo zaradi zgoraj omenjenega dejstva zelo presenečeni. V raziskavi (Cossete & Pepin, 2009), ki je bila izvedena med študenti zdravstvene nege na Univerzi v Montrealu, so namreč ugotovili, da so študentom tretjih letnikov v primerjavi s prvimi bolj pomembni skrbstveni procesi v zdravstveni negi. To se je v njihovi raziskavi pokazalo v več kot petih primerih od desetih skrbstvenih procesov Watsonove teorije. Tudi sami smo pričakovali takšen rezultat, a smo dobili drugačnega. Menimo, da je do tega prišlo, ker se tekom študija občutek za skrbstven vidik v zdravstveni negi pri študentih in realna ocena le-tega še bolj izoblikujeta. Po našem mnenju so tako lahko študentje višjih letnikov zaradi boljšega poznavanja skrbi pri obravnavanju pacienta v primerjavi z nižjimi bolj kritični pri samoocenjevanju. Menimo tudi, da do takšnih rezultatov prihaja zaradi manjšega števila praktičnih izkušenj študentov nižjih letnikov, ki so se s temi vsebinami srečali večinoma le pri teoriji. Zato je njihova ocena manj realna kot ocena študentov, ki so že imeli več izkušenj s poučevanjem in negovanjem v praksi. Hkrati pa je, kot v svojem pregledu literature poudarjajo Kalfoss, et al. (2015), v učnih programih zdravstvene nege premalo poudarkov na teoriji skrbi in njenem vključevanju v prakso. Nekateri študentje se z vsebinami, ki obravnavajo skrbstvene procese, prvič srečajo šele med študijem in šele v tistem času dobijo širši pogled. Tako menijo tudi Cossete (2006), ki so pri svojih raziskavah o teoriji skrbi pri študentih zdravstvene nege ugotovili, da je poznavanje teorij o skrbi zelo slabo na začetku študija. S tem razlogom so v učne programe začeli uvajati teoretičarke, ki so skrb opisale in razvile v teorije. Tudi Leiningerjeva in Swansonova v svojih teorijah skrbi opisujeta, da je skrb del vzgoje in menita, da se jo je mogoče priučiti (Blasdell, 2017; Pajnkihar, 2011). Watsonova (2014) pa v svoji teoriji opisuje, da se vrednote, ki vodijo zdravstvene delavce pri delu, privzgojijo že v otroški dobi vsakega posameznika, a jih je mogoče tudi spremeniti z zelo močnim vplivom delovnega okolja. Hkrati smo pri teh nam presenetljivih rezultatih razmišljali, da se študentje nižjih letnikov vsebin, ki jih pridobijo tekom študija, na začetku držijo dosledneje, nato pa tekom let vnema malo popusti. Podoben rezultat je dobil tudi Šibarević (2014), ki je v svojem diplomskem delu raziskoval zagotavljanje intimnosti pacientom. Ugotovil je, da starejši zdravstveni delavci z daljšo delovno dobo pri izvajanju zdravstvene nege redkeje zagotovijo intimnost. Prav tako imamo tudi rek,

da »začetna vnema z leti popusti«. Isti razlog je, po našem mnenju, verjetno vplival na samooceno študentov glede zagotavljanja pacientove samooskrbe, kadar so sami nemočni. V raziskavi smo, kot že rečeno, opazili, da sta se prvi in drugi letnik ocenila bolje kot tretji. Celoten problem, ki ga tukaj lahko zaznamo, je dobro opisala Dobrašinovičeva (2009), ki v članku Učenje po šolanju na podlagi osebnih izkušenj in pregledane literature poudarja, da se je na delovnem mestu potrebno nenehno usmerjati v pridobivanje in bogatenje strokovnega znanja ter izkušenj, s katerimi smo pričeli v času šolanja. Zaključni pa, da je očitno za to potrebna osebna motivacija, kar pa je že tema drugega diplomskega dela.

Do pričakovanih razlik glede na letnik študija študentov FZAB pa je v naši raziskavi prišlo pri prvi trditvi »Znam aplicirati zdravila (npr. intravenozno injekcijo, obveze itd.)«, kjer so se študentje prvega letnika ocenili najslabše, študentje drugega in tretjega pa boljše. Ta rezultat kaže na to, kar omenja tudi Watsonova (2014) v svoji teoriji, da se skrbstven odnos razvija z učenjem na osnovi izkušenj.

Pri primerjavi med spoloma povprečne vrednosti mnenj pri vseh trditvah rezultati ne prikažejo statistično pomembnih razlik. Raziskavi Keglove (2014) in Rezarjeve (2014), ki sta podobni naši, prav tako ne navajata razlik v oceni skrbstvenega vidika glede na spol.

Pri merjenju ocene skrbstvenega vidika pri obravnavi pacientov glede na predhodno izobrazbo so se v vzorcu pokazale malenkostne razlike med študenti, ki imajo dokončano tehnično zdravstveno šolo, drugo srednjo poklicno šolo ali gimnazijo. Te razlike pri zaključni analizi niso bile statistično pomembne. Znotraj vzorca pa smo ugotovili, da znajo študentje z zaključeno tehnično zdravstveno šolo v situacijah, kjer je treba hitro ukrepati, ravnati bolje kot pa študentje s predhodno izobrazbo na gimnaziji oz. drugi tehnični poklicni šoli. Prav tako so študentje s predhodno zdravstveno srednjo šolo pokazali, da pozorneje spremljajo pacientovo zdravstveno stanje kot ostali študentje. Po našem mnenju se ta njihova suverenost pri hitrem ukrepanju in pozornem spremljanju stanja pacienta kaže prav tako zaradi več predhodnih izkušenj (npr. stik s

kliničnim okoljem, klinična praksa in več zdravstvenih vsebin v času srednjega šolanja), v primerjavi z dijaki, ki so obiskovali druge srednje šole ter gimnazijo.

Po mnenju študentov FZAB je skrbstven vidik pri obravnavi pacienta prisoten v veliki meri. Saj je celó povprečje sklopa, kjer so se ocenili najslabše, precej visoko (PV = 3,94). To je sklop »Odnosi«, kamor spadajo procesi učenja, promoviranje transpersonalnega poučevanja, reševanje problemov in sistematična uporaba kreativnega reševanja problemov v procesu zdravstvene nege. Večina sodelujočih se najbolj strinja s trditvami v sklopu »Udobje«, kjer so zajeti procesi spoštovanja potreb drugih, pomoč pri le-teh in pomoč pri medsebojnih odnosih, ki se kaže v razvoju humanega odnosa v zdravstveni negi na podlagi pomoči in zaupanja. To pa kaže, kot omenjata tudi Drahošova in Jarošova (2015), da je skrb nekaj, kar človeško bitje v naravnem stanju že ima. In to lahko vidimo tudi pri študentih FZAB glede na njihovo strinjanje s trditvami v raziskavi (Cossette & Pepin, 2009).

Študentje FZAB se v povprečju najbolj strinjajo s tem, da pomagajo pacientom, kadar so le-ti nemočni, najmanj pa znajo upravljati s specialno opremo (npr. črpalke, monitorji, itd.). Zgornji trditvi nakazujeta pomembnost, ki jo namenjajo študentje prav pomoči pacientu in osebnemu stiku z njimi, manj pa tehničnim pripomočkom. Do podobnih rezultatov so prišli tudi v diplomskem delu Kadenšekove (2016), kjer so ugotovili, da medicinske sestre pri pacientih, odvisnih od prepovedanih drog, največjo pozornost posvetijo najprej posamezniku in ga obravnavajo individualno ter ga sprejmejo celostno kot človeka, šele nato ga povežejo tudi z diagnozo in procesom zdravljenja.

3.5.1 Omejitve diplomskega dela, doprinos za prakso in priložnosti za nadaljnje raziskave.

Mnenja smo, da bi lahko dobili še boljše rezultate za oceno skrbstvenega vidika pri obravnavi pacienta, če bi pridobili še podatek, kako pacienti ocenjujejo študente FZAB pri delu z njimi. Vprašalniki so bili študentom FZAB razdeljeni v času pred njihovimi predavanji in obstaja možnost oziroma lahko predvidevamo, da v vseh okoliščinah, ki so bile prisotne, niso bili tako osredotočeni na sam vprašalnik. Omejitev vidimo tudi v

številu sodelujočih, zato težko posplošujemo rezultate glede na vse študente, temveč le na sodelujoče. Zato bi bilo verjetno smiselno takšne in podobne raziskave izvajati na prav poseben način, ki bi omogočal bolj zbrano reševanje vprašalnika. Na primer, da imajo študentje določen poseben termin v urniku, ki je namenjen prav za reševanje vseh raziskav, ki se dogajajo tekom njihovega študija. So pa rezultati vsekakor en majhen doprinos k usmeritvi nadaljnjih raziskav. Ena takih je npr. trditev: »Znam upravljati s specialno opremo (npr. črpalke, monitorji, itd.)«, pri kateri so bile samoocene študentov FZAB najslabše. Po našem mnenju slednjega podatka ne gre zanemariti; glede na rezultat bi bilo smiselno v tek študija k praktičnim vsebinam vključiti več upravljanja s specialno opremo. Tako bi imeli študentje več predhodnih izkušenj in tovrstnega znanja in bi se v kliničnem okolju lažje znašli. Čeprav bi imeli v laboratorijskem okolju morda stik z drugo znamko aparature, bi jo imeli priložnost že vsaj kdaj videti in delati z njo. Seveda pa se zavedamo, da je finančno skoraj nemogoče imeti čisto vsako aparaturo tudi v laboratorijih.

Prav tako smo skozi celoten pregled literature v prvem delu diplomskega dela prišli do novega spoznanja o tem, kako pomembna je skrb v zdravstveni negi in da se je je tekom študija tudi mogoče naučiti prepoznavati ter jo izražati v večji meri. Menimo, da je učnih vsebin, ki obravnavajo skrb v zdravstveni negi, v učnem programu premalo. Glede na to, da teorije o skrbi obstajajo in so zelo dobro definirane, smo mnenja, da bi jim bilo smiselno dati večji poudarek v času izobraževanja.

## 4 ZAKLJUČEK

Zdravstvena nega že v svojem imenu nosi besedo nega – negovanje. V času pisanja diplomskega dela smo pričeli spoznavati in dobivati uvid v to, kar sta v svojih raziskavah poudarjali že Boykin in Schoenhofer (2013): zdravstvena nega je negovanje človekovega življenja in skrb zanj. Z raziskavo, ki smo jo naredili na podlagi Watsonove teorije skrbi in njenega vprašalnika, smo pri študentih FZAB ugotovili, da se v povprečju zelo dobro ocenjujejo pri vseh trditvah, ki merijo skrbstven vidik pri obravnavi pacienta, in da je pri njih v veliki meri prisotna ta skrb, ki je potrebna pri negovanju v zdravstvu. Sicer prihaja do razlik glede na različne spremenljivke, ki smo jih merili in jih nato med seboj primerjali, vendar ne v tolikšni meri, kot smo pričakovali na začetku naše raziskave. Najbolj so se izrazile razlike v oceni skrbstvenega vidika študentov pri obravnavi pacienta glede na vrsto in letnik študija. Ti dve spremenljivki pa imata isto ozadje, namreč pridobljene predhodnje izkušnje. Torej lahko zaključimo, da je prisotnost skrbstvenega vidika predvsem odvisna od kakovosti in številčnosti predhodnjih izkušenj na tem področju. Zato na tem mestu zahvala vsem teoretičarkam, ki so videle potrebo po tem, da skrb zapišejo in jo predstavijo kot disciplino, o kateri se lahko učimo in takobolje razumemo svoje delo in paciente.

Tako kot poudarjajo vse teorije, ki smo jih v diplomskem delu predstavili, je pomembno, da zdravstveni delavec pri izvajanju zdravstvene nege gleda na človeka celostno in skrbno. Če bo to upošteval, ga bo lahko tudi skrbno obravnaval, ker ga bo poznal kot osebo in ga zato ne zožil le na zdravstveno stanje, v katerem je. Dejstvo, da bo oseba, ki neguje, slišala pacienta, se na klic odzvala in ga negovala tako, kot bi si tudi sama želela, da bi bila obravnavana in negovana, je pokazatelj zdrave mere skrbi, ki naj bi bila prisotna v nas, zdravstvenih delavcih. Prav tako je po našem mnenju pomembno, da se naučimo v sebi prepoznati, kako mi sami skrbimo zase in posledično za druge. Tako nam bo lažje negovati, ker se nam ne bo treba učiti nečesa, kar v svojem bistvu nismo. Na tak način bomo svoje delo opravljali bolj kakovostno, hkrati pa bomo sami bolj osvobodjeni okvirov, v katere tako radi zapademo.

## 5 LITERATURA

Alligood, M.R., 2014. *Nursing Theorists and Their Work*. 9th ed. St. Louis: Elsevier.

Alligood, M.R. & Tomey, A.M., 2010. *Nursing Theorists and Their Work*. 7th ed. Maryland Heights: Mosby Elsevier.

Blasdell, N.D., 2017. The Meaning of Caring in Nursing Practice. *International Journal of Nursing & Clinical Practices*, 4(238), pp. 1-5.

Boykin, A. & Schoenhofer, S.O., 2013. *Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.

Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje. Primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.

Cossette, S., 2006. *User Guide Caring Nurse-Patient Interactions Scale (CNPI-70)(CNPI-23)*. Montreal: Montreal Heart Institute Research Centre.

Cossette, S. & Pepin, J., 2009. *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences*. New York: Springer Pub. Co.

Dobrašinovič, D., 2009. Učenje po šolanju. In: S. Majce Dvoršak, ed. *Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč. 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije – zbornik predavanj, Ljubljana 11.–13. maj 2009*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 211-216.

Drahošova, L. & Jarošova, D., 2015. Concept caring in nursing. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 7(2), pp. 453-460.

Friberg, E.E. & Creasia, J.L., 2015. *Conceptual foundations: The bridge to professional nursing practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby Elsevier.

Humer, Ž., 2007. Skrbstvene aktivnosti moških v družinskem življenju. *Družboslovne razprave*, 23(56), pp. 75-89.

Jug, D., 2015. Etičnost razmišljanja in etika skrbi v zdravstveni negi. *Revija za univerzalno odličnost*, 4(2), pp. 47-55.

Kadenšek, K., 2016. *Razumevanje vloge medicinske sestre pri spremembi življenjskega sloga posameznikov, odvisnih od prepovedanih drog*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Kalfoss, M. & Owe, J., 2015. Empirical Verification of Swanson's Caring Processes Found in Nursing Actions: Systematic Review. *Open Journal of Nursing*, 5(1), pp. 976-986.

Kegl, B., 2014. *Skrbstveni vidik obravnave pacienta na pediatričnem področju v kliničnem okolju: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Kohlen, H., 2011. Care transformations: Attentiveness, professional ethics and thoughts toward differentiation. *Nursing Ethics*, 18(1), pp. 258-261.

Kovačič, E., 2010. Etika skrbi in etika vrlin v zdravstveni negi. In: M. Berkope, ed. *Vrednote v zdravstveni negi/2. dnevi Marije Tomšič. Novo mesto, 21. in 22. januar 2010*. Novo mesto: Splošna bolnišnica, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Visoka šola za zdravstvo.

Maček, S., 2011. *Teorija skrbi in komunikacija v timu zdravstvene nege: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Mass Burhans, L., 2008. *What is good nursing care? The lived meaning of quality nursing care for practicing nurses*. East Carolina: East Carolina University, The Faculty of the College of Nursing.

Pajnkihar M., 2011. Prenos znanja teorij zdravstvene nege v prakso. In: B. Skel Savič, S. Hvalič Touzery, J. Zurc, K. Skinder Savič eds. *4th International Scientific Conference on Nursing and Health care research Evidence-based Health care opportunities for linking Health care professions, patient needs and knowledge. Ljubljana, 9. – 10. junij 2011.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 158-166.

Pajnkihar M., 2014. Analiza teorije Jane Watson. In: M. Pajnkihar, ed. *Mednarodna konferenca "Z znanjem do zdravja in razvoja v 21. stoletju". Maribor, 19. junij 2014.* Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 15-16.

Rezar, H., 2014. *Uporaba teorije skrbi v praksi zdravstvene nege na kliniki za kirurgijo: magistrsko delo.* Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Slovar slovenskega knjižnega jezika, 2014. *Skrb.* [online] Available at: [http://bos.zrc-sazu.si/cgi/a03.exe?name=sskj\\_testa&expression=skrb&hs=1](http://bos.zrc-sazu.si/cgi/a03.exe?name=sskj_testa&expression=skrb&hs=1) [Accessed 16 December 2017].

Tschudin, V., 2004. *Etika v zdravstveni negi: razmerje skrbi.* Ljubljana: Educy.

Watson, J., 2009. *Assessing and Measuring caring in Nursing and Health Sciences.* 2nd ed. New York: Springer Publishing Company.

Watson, J., 2011. *Human caring science.* Sudbury: John & Bartlett.

Watson J., 2014. Caring science: human theory and practice - transformation from within. In: M. Pajnkihar, ed. *Mednarodna konferenca "Z znanjem do zdravja in razvoja v 21. stoletju."* Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 11-14



## 6 PRILOGE

### 6.1 VPRAŠALNIK

#### VPRAŠALNIK O SKRBSTVENEM ODNOSU IN TEORIJI SKRBI JEAN WATSON PRI ŠTUDENTIH FAKULTETE ZA ZDRAVSTVO ANGELE BOŠKIN

Spoštovani!

Sem Katja Špende, študentka Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Pripravljam diplomsko delo z naslovom *Skrbstven odnos in teorija skrbi Jean Watson pri študentih fakultete za zdravstvo Angele Boškin*, pod mentorstvom mag. Jožice Ramšak Pajk, viš. pred. Vljudno Vas prosim za sodelovanje, ki je vezano na posredovanje podatkov v vprašalniku. Zagotavljam Vam anonimnost pridobljenih podatkov, saj bodo uporabljeni izključno v raziskovalne namene. Pri zastavljenih vprašanjih označite samo enega od možnih odgovorov.

Za Vaše sodelovanje in pomoč se Vam že vnaprej prisrčno zahvaljujem!

Katja Špende

Sklop 1: Skrbstven vidik študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin do pacientov. Do trditve v zvezi s teorijo skrbi se opredeljuje tako, da obkrožite številko, ki najbolj velja za vas. Ocenjujete po Likertovi lestvici od 1 do 5, pri čemer pomeni številka 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – se niti ne strinjam niti strinjam, 4 – se strinjam in 5 – se popolnoma strinjam.

<b>A – Zdravstvena oskrba</b>						
	TRDITVE	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Se niti ne strinjam niti strinjam	Se strinjam	Se popolnoma strinjam
1.	Znam aplicirati zdravila (npr. intravenozno injekcijo, obveze itd.).	1	2	3	4	5
2.	Znam upravljati s specialno opremo (npr. črpalke, monitorji, itd.).	1	2	3	4	5
3.	Preverim, če so zdravila, ki jih je pacient prejel, učinkovala (npr. pri slabosti, bolečini, zaprtju, anksioznosti itd.).	1	2	3	4	5
4.	Paciente poučim o indikacijah in sredstvih za preprečevanje nekaterih neželenih učinkov pri njihovem zdravljenju.	1	2	3	4	5
5.	Znam ravnati v situacijah, kjer je treba hitro ukrepati.	1	2	3	4	5
6.	Pacientom pomagam pri negovanju, kadar so sami nemočni.	1	2	3	4	5
7.	Pokažem zmožnosti in veščine pri delu s pacienti.	1	2	3	4	5
8.	Pozorno spremljam pacientovo zdravstveno stanje.	1	2	3	4	5
9.	Pacientu zagotovim možnosti za samooskrbo.	1	2	3	4	5
<b>B – Odnosi</b>						
	TRDITVE	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Se niti ne strinjam niti strinjam	Se strinjam	Se popolnoma strinjam
10.	Pacientom pomagam najti ravnovesje v njihovem življenju.	1	2	3	4	5
11.	Pacientom pomagam pri odkrivanju, stvari ki so pomembne v njihovem življenju.	1	2	3	4	5

12.	Pacientom pomagam razjasniti, katere stvari bi sami želeli, da jim omogočajo točno določene osebe.	1	2	3	4	5
13.	Pacientom pomagam pri iskanju smisla glede na njihovo zdravstveno stanje.	1	2	3	4	5
14.	Pomagam pacientom prepoznati sredstva za učinkovito reševanje njihovih težav.	1	2	3	4	5
15.	Pomagam pacientom videti situacijo iz pozitivnega zornega kota.	1	2	3	4	5
16.	Poskušam s pacienti prepoznati posledice njihovega vedenja.	1	2	3	4	5
<b>C – Humanizem</b>						
	TRDITVE	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Se niti ne strinjam niti strinjam	Se strinjam	Se popolnoma strinjam
17	Individualno obravnavam paciente in pokažem, da se zanimam za več kot le za njihovo zdravstveno stanje.	1	2	3	4	5
18.	Paciente spodbujam v upanju, kadar je to primerno.	1	2	3	4	5
19.	Spodbujam pacientova prizadevanja.	1	2	3	4	5
20.	Pacientu ne pokažem, da se ne strinjam z njim.	1	2	3	4	5
<b>D – Udobje</b>						
	TRDITVE	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Se niti ne strinjam niti strinjam	Se strinjam	Se popolnoma strinjam
21.	Spoštujem pacientovo zasebnost (npr. ne izpostavljam jih po nepotrebem).	1	2	3	4	5
22.	Upoštevam osnovne potrebe pacientov, ki so individualistično pogojene (npr. spanje, osebna higiena itd.).	1	2	3	4	5
23.	Opravljam intervencije oziroma dajem zdravila pacientom po pričakovanem in predpisanem urniku.	1	2	3	4	5

## Sklop 2: Splošni podatki o anketiranih študentih

1. Spol (obkrožite):
  - 1) Ženski
  - 2) Moški
2. Letnik študija (obkrožite):
  - 1) 1.
  - 2) 2.
  - 3) 3.
3. Vrsta študija (obkrožite):
  - 1) redni
  - 2) izredni
4. Predhodna izobrazba (obkrožite):
  - 1) zdravstveni tehnik
  - 2) gimnazijski maturant
  - 3) tehnik druge poklicne šole
  - 4) drugo \_\_\_\_\_
5. Delovne izkušnje (zaposlitev, študentsko delo)  
Delovne izkušnje v zdravstveni negi: \_\_\_\_\_ (vpišite leta).
6. Vaša starost  
Stari ste \_\_\_\_\_ let.