



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**ODNOS MEDICINSKIH SESTER DO
VKLJUČEVANJA SVOJCEV PRI
ZAGOTAVLJANJU OSNOVNIH
ŽIVLJENJSKIH AKTIVNOSTI**

**NURSES' ATTITUDES TOWARDS THE
INCLUSION OF RELATIVES IN FULFILLING
THE BASIC HUMAN NEEDS**

Diplomsko delo

Mentorica: Katja Vrankar, pred.

Kandidatka: Medina Midžan

Jesenice, marec, 2019

ZAHVALA

Predvsem gre velika zahvala moji mentorici Katji Vrankar, pred., za vso strokovno pomoč, trud, nasvete, hitre odzive, spodbudo in razumevanje v času priprave diplomskega dela.

Poleg tega se zahvaljujem tudi recenzentki doc. dr. Radojki Kobentar za recenziranje diplomskega dela.

Hvala lektorici Kaji Otovič za lektoriranje diplomskega dela.

Rada bi se zahvalila tudi svoji družini, ki mi je ves čas stala ob strani, me spodbujala, bodrila ter moralno in finančno podpirala.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Vključevanje svojcev pri zagotavljanju osnovnih življenjskih aktivnostih pri starejših pacientih z različnimi obolenji lahko pozitivno vpliva tako na pacienta kot tudi na družinske člane. Prav na tem področju pa nastopi pomembna vloga medicinske sestre, ki lahko težave zaznava ter nudi posebno podporo pacientu in družini.

Cilj: Cilj diplomskega dela je ugotoviti odnos medicinskih sester do vključevanja svojcev v proces zdravstvene nege.

Metoda: Raziskava je zasnovana kot deskriptivna, neeksperimentalna kvantitativna metoda empiričnega raziskovanja. Za izvedbo raziskave je bila uporabljena anketa. V vzorec je bilo vključenih 75 anketiranih medicinskih sester, ki delajo vsaj dvoizmensko delo v Kliniki Golnik, kar predstavlja 83,3-odstotno realizacijo vzorca. Rezultati so prikazani z opisno statistiko ter s frekvencami in pripadajočimi odstotki, povprečnimi vrednostmi (PV) in standardnimi odkloni (SO). Za statistično obdelavo podatkov so bili uporabljeni bivariantna metoda ANOVA, t-test, Pearsonov koeficient ter hi-kvadrat. Upoštevali smo statistično značilnost na ravni 0,05. Za kvantitativno obdelavo podatkov smo uporabili program SPSS –verzija 22.0.

Rezultati: Ugotovljena je negativna povezava med starostjo medicinskih sester in kakovostjo zdravstvene oskrbe ($r = 0,176$, $p = 0,032$). Višja, kot je starost medicinske sestre, bolj kakovostna je zdravstvena oskrba pacienta. Prav tako so medicinske sestre z daljšo delovno dobo pokazale več spretnosti za sodelovanje s svojci kot medicinske sestre s krajšo delovno dobo ($p = 0,039$). Stopnjo povezanosti smo dokazali tudi med delovno dobo anketiranih in kakovostjo komunikacije ter sodelovanjem s svojci ($p = 0,042$). Anketirani z daljšo delovno dobo lažje komunicirajo in sodelujejo s svojci.

Razprava: Odločitve medicinskih sester o vključevanju svojcev temeljijo na oceni dejavnikov, povezanih z okoljem poklicne prakse, značilnostmi družine in pacientov ter celotne kulture enote intenzivne nege. Aktivna vključenost svojcev v osnovno oskrbo pacientov lahko zmanjša anksioznost pacientov, poveča zadovoljstvo svojcev in prispeva k občutkom družinske povezanosti s kritično obolelim pacientom.

Ključne besede: zdravstveni delavci, družinski člani, aktivnosti zdravstvene nege, sodelovanje, komunikacija

SUMMARY

Theoretical background: Involving relatives in providing basic life activities in elderly patients with various illnesses can definitely have a positive effect on both, the patient and family members. It is precisely in this area that an important role of a nurse comes in, which can detect problems and provides special support to the patient and the family.

Objective: The objective of the diploma thesis is to determine the relationship of nurses to the involvement of relatives in the process of nursing care.

Method: The research is designed as a descriptive, non-experimental quantitative method of empirical research. A survey was used to carry out the research. The sample included 75 nurses who are working at least two-shiftwork at the Golnik Clinic, which represents 83,3 % realization of the sample. The results are shown with descriptive statistics, frequencies and percentages, average values (PV) and standard deviations (SO). For statistical data processing, the bivariate method ANOVA, T test, Pearson coefficient and Hi-square were used. We took statistical significance at the level of 0.05. For the quantitative data processing, the SPSS version 22.0 was used.

Results: A statistically negative significant link occurs between the age of nurses and a higher quality patient care ($r = 0.176$, $p = 0.032$), which can be argued that older respondents include relatives for better quality patient care. Nurses with longer working period have more skills to work with their relatives than nurses with shorter working period ($p = 0.039$). The working age of respondents affects the quality of communication and cooperation with relatives ($p = 0.042$). Respondents with longer working period can communicate and cooperate with their relatives.

Discussion: Nursing decisions on the involvement of relatives are based on an assessment of the factors related to the environment of occupational practice, the characteristics of the family and patients, and the overall culture of the intensive care unit. Active involvement of relatives in routine care of patients can reduce patient anxiety, increase family satisfaction and contribute to feelings of family affiliation with a critically ill patient.

Key words: healthcare workers, family members, nursing activities, cooperation, communication

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	5
2.1 OSNOVNE ŽIVLJENJSKE AKTIVNOSTI.....	5
2.1.1 Predstavitev osnovnih življenjskih aktivnosti	5
2.1.2 Sodelovanje svojcev pri določenih življenjskih aktivnostih.....	8
2.2 VKLJUČEVANJE SVOJCEV V ZDRAVSTVENO NEGO IN OSKRBO	9
2.2.1 Razbremenitev medicinskih sester	9
2.2.2 Novi napredki v zdravstveni negi – svojci kot aktivni člani v zdravstveni negi in oskrbi.....	10
2.3 LASTNOSTI MEDICINSKE SESTRE ZA VKLJUČEVANJE SVOJCEV PRI ZAGOTAVLJANJU OSNOVNIH ŽIVLJENJSKIH AKTIVNOSTI.....	11
2.3.1 Spretnosti medicinske sestre, potrebne za dobro sodelovanje s svojci.....	11
3 EMPIRIČNI DEL	13
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.....	15
3.3.3 Opis vzorca	16
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov.....	16
3.4 REZULTATI	17
3.5 RAZPRAVA.....	27
4 ZAKLJUČEK	34
5 LITERATURA	35
6 PRILOGE	41
6.1 INSTRUMENT	41

KAZALO TABEL

Tabela 1: Preverjanje zanesljivosti merskega instrumenta.....	15
Tabela 2: Demografski podatki anketiranih	16
Tabela 3: Prispevek vključevanja svojcev pri osnovnih življenjskih aktivnostih	17
Tabela 4: Povezanost med starostjo ter motivacijo medicinskih sester za vključevanje svojcev pri zagotavljanju osnovnih življenjskih aktivnosti.....	18
Tabela 5: Odnos medicinskih sester do vključevanja svojcev na bolniških oddelkih....	19
Tabela 6: Odnos medicinskih sester do vključevanja svojcev na bolniških oddelkih glede na spol	20
Tabela 7: Vključevanje svojcev za razbremenitev medicinskih sester.....	21
Tabela 8: Temelji dobrih komunikacijskih poti	22
Tabela 9: Temelji dobrih komunikacijskih poti v povezavi z delovno dobo	22
Tabela 10: Temelji dobrih komunikacijskih poti glede na spol	23
Tabela 11: Povezanost med starostjo in delovno dobo ter odnosom medicinskih sester do vključevanja svojcev na bolniških oddelkih.....	24
Tabela 12: Razlike v odnosu medicinskih sester do vključevanja svojcev na bolniških oddelkih glede na izobrazbo	25
Tabela 13: Spretnosti medicinskih sester kot pogoj za sodelovanje s svojci	26
Tabela 14: Spretnosti medicinskih sester v povezavi z delovno dobo	27

SEZNAM KRAJŠAV

AHA	American Hospital Association
IPFCC	Institute for Patient and Family Centered Care
JAHS	Journal of Applied Health Sciences
COBISS	Kooperativni online bibliografski sistem in servisi
RCNi	Royal College of Nursing
SPSS	Statistical Package for Social Sciences

1 UVOD

Temeljne življenjske aktivnosti so aktivnosti vsakega posameznika, ki jih v zdravstveni negi izvajamo po procesni metodi dela, kadar pacient ni zmožen samooskrbe. V zdravstveni obravnavi se pri zagotavljanju osnovnih življenjskih aktivnosti najpogosteje uporablja model potreb po Virginii Henderson, ki je opredelila 14 osnovnih življenjskih aktivnosti (Fink & Kobilšek, 2013). Prvih 9 komponent je fizioloških. Deseta in štirinajsta sta usmerjeni v psihološki vidik komuniciranja in učenja. Enajsta komponenta je duhovna in moralna, dvanajsta in trinajsta pa sta sociološko usmerjeni v poklic in rekreacijo (Nursing Theories, 2012). Človeka moramo dojemati kot bitje s fizično, psihološko in z duhovno komponento (Debeljak, 2010), zato pacienta v zdravstveni negi obravnavamo kot individualno in celovito osebnost. Pacient ima pri izvajanju zdravstvene nege dejavno vlogo. Glede na zdravstveno stanje in sposobnosti sodeluje in izvaja aktivnosti, ki so povezane z osnovnimi življenjskimi potrebami (Fink & Kobilšek, 2013).

Fink in Kobilšek (2013) navajata, da je bila Virginia Henderson medicinska sestra, ki je razširila definicijo zdravstvene nege, razvila klasifikacijo temeljnih življenjskih aktivnosti ter trdila, da je za razvoj zdrave osebnosti trebazadovoljiti prav vse življenjske aktivnosti. Hvalčeva (2016) njeno definicijo podpira in razširja na področje specifičnih potreb (ohranjanje telesnega zdravja z zagotavljanjem neodvisnosti pri vsakodnevnih aktivnostih, odsotnost duševnih motenj, skrb za odnose, mentalno zdravje, vzdrževanje kondicije, ustvarjalnosti, stimulacija intelektualnega razvoja, potreba po priznanju enakovrednosti, zagotovilo o sprejetosti v družbi), ki bistveno prispevajo k boljšemu psihofizičnemu in socialnemu zdravju, posledično pa tudi k večjemu zadovoljstvu z življenjem.

Življenjske aktivnosti po modelu Virginie Henderson (Fink & Kobilšek, 2013, p. 10):

- spanje in počitek,
- osebna higiena in urejenost,
- oblačenje in slačenje,
- gibanje in ustrezna lega,
- vzdrževanje normalne telesne temperature,

- dihanje in krvni obtok,
- prehranjevanje in pitje,
- izločanje in odvajanje,
- izogibanje nevarnostim v okolju,
- komunikacija, odnosi z ljudmi in izražanje čustev, občutkov ter potreb,
- izražanje duhovnih potreb,
- delo in ustvarjalna zaposlitev,
- razvedrilo in rekreacija,
- učenje in skrb za lastno zdravje.

Iztočnico v opredelitvi svojcev predstavlja spoznanje, ki pravi: »Ko zboli družinski član, zboli celotna družina (Urbančič, 2009b, p. 85).« Natančnih podatkov o vključevanju svojcev v zdravstveno obravnavo pacientov in vključevanja svojcev v spremljanje pacientovih potreb v slovenskem prostoru ne beležimo (Urbančič, 2009b). Dosedanja praksa zdravstvene nege v slovenskem prostoru je namenjala pozornost svojcem le takrat, ko je bilo sodelovanje svojcev potrebno za ozdravitev pacienta, pravi Urbančičeva (2009b). Chapman, et al. (2016) pa v raziskavi izpostavljajo, da s podaljševanjem časa za obiske svojcev v bolnišnici narašča tudi zadovoljstvo družine. Socialna podpora (npr. telesna bližina in prisotnost pomembnega drugega) ima dokazane fiziološke učinke, do katerih pride posredno, preko sprejemanja samega sebe in občutkov varnosti, zato je treba svojce sprejeti kot partnerje v krizni situaciji ter jim po potrebi pomagati, da tako tudi delujejo (Selič, 2016). Ne glede na bolezensko stanje je želeni rezultat vsakega posameznika predvsem zavedanje samega sebe, kar pomeni, da posameznik manj čustveno, negativno in obremenilno sprejme ekstremne življenjske situacije (Debeljak, 2010).

S spremljanjem svojcev so na nekaterih področjih zdravstvene nege začeli že pred nekaj leti, zlasti na specifičnih področjih, kot sta intenzivna terapija in nega, kjer je zdravljenje pacientov odvisno tudi od delovanja svojcev. Vključevanje svojcev v zdravstveno obravnavo večinoma poteka nenačrtovano in svojci niso aktivno vključeni v skrb za obolelega člana družine (Urbančič, 2009a). Pogled svojcev na zdravstveno obravnavo se zelo razlikuje od pogleda zdravstvenih delavcev. Svojci kot oviro pri vključevanju v zdravstveno obravnavo izpostavljajo pomanjkanje znanja o bolezni,

pomanjkanje veščin, pomanjkanje časa, nepoznavanje potreb in bojazen, da bi s svojim vključevanjem razbili že utečeno rutino, zato si tudi želijo več informacij in neformalnih izobraževanj (Sirk & Zupančič, 2014).

V zdravstveni dejavnosti se prepletajo različne komunikacijske poti in odnosi (Reberšek Gorišek, 2010). Bramhallova (2014) trdi, da je učinkovita komunikacija za vse zdravstveno osebje (ne le za medicinske sestre) ključna veščina, s katero lahko zagotovimo učinkovitost oskrbe za paciente in pa pogoj za sočutno, kakovostno delo medicinske sestre. Starmer in drugi (2014) v raziskavi pravijo, da so se napake v medicinskih postopkih po uvedbi programa za izboljšanje komunikacije zmanjšale za kar 23%. Medicinske sestre kažejo veščine dobrega komuniciranja, na primer, z zanimanjem med pogovorom, aktivnim poslušanjem, izražanjem sočutja, s kretnjami, z mimiko obraza in podobno, kar pa po besedah pacientov pozitivno vpliva na paciente, četudi so v stresu in šibkega zdravja. Torej po besedah Bramhallove (2014) imajo medicinske sestre pomembno vlogo pri skrbi za paciente in njihove svojce v različnih zdravstvenih ustanovah, zato je vsak stik priložnost za izboljšanje zdravstvene oskrbe pacientov in odnosov. V raziskavi Ozbič in Simonič (2015) ugotavljata, da se svojci različno odzivajo na podane informacije, zato sta pri podajanju le-teh potrebna določena mera previdnosti in predvsem individualni pristop.

Iz raziskave Sirka in Zupančiča (2014), ki je bila izvedena v Domu Janeza Krstnika, je razvidno, da zaposleni vidijo prednosti vključevanja svojcev prav v boljšem počutju stanovalcev, boljšem sodelovanju in pomoči zdravstveno-negovalnemu osebju. Najpomembnejše stališče, ki naj bi z razvojem prerastel v vrednoto medicinskih sester, je, da se skrb za pacienta v smislu negovanja pacienta spremeni v skrb, ki celostno vključuje družino (Urbančič, 2009a). Zaposleni v Domu Janeza Krstnika kot slabosti vključevanja svojcev navajajo vplivanje na negovalni proces, nevarnosti nestrokovne izvedbe, možnosti odločanja o strokovnih zadevah, prevelike domačnosti svojcev, neuvidevnosti do zaposlenih, nekritičnosti do stanja svojcev, posrednega nadzora zaposlenih in neupoštevanja navodil ter prevelike posesivnosti pri obravnavi njihovega svojca (Sirk & Zupančič, 2014). Abrahamson in drugi (2011) menijo podobno in hkrati pravijo, da se konflikt in nezadovoljstvo povečata ravno takrat, kadar zdravstveno

osebje meni, da so pričakovanja svojcev glede dolgotrajne nege bistveno drugačna od njihovih lastnih. Medicinske sestre morajo postati pozorne na potrebe svojcev in ob tem spretno razvijati metode za razumevanje njihovih pričakovanj (Pungartnik & Konečnik, 2009).

Na podlagi pregleda domače in tuje literature smo ugotovili, da je tema o odnosih medicinskih sester do vključevanja svojcev v zdravstveno obravnavo potreb pri osnovnih življenjskih aktivnostih v Sloveniji slabše raziskana v zadnjih 10 letih in je malo znanstvenih prispevkov. V slovenske prostore bi bilo morda dobro prenesti možnost časovno daljših obiskov svojcev v času hospitalizacije pacienta.

Z našo raziskavo smo želeli prispevati k ozaveščanju zdravstvenih delavcev o možnih napredkih v zdravstveni obravnavi pacienta (boljše psihofizično počutje pacienta) in o pomembnosti glede vključevanja svojcev pri zagotavljanju osnovnih življenjskih aktivnosti v času zdravstvene obravnave pacienta. Medicinskim sestram bi lahko v prihodnosti izziv predstavljalo uspešno vključevanje svojcev v zdravstveno obravnavo pa tudi vzpostavljanje dobrih odnosov s svojci ter posledično doseganje bolj kakovostne zdravstvene oskrbe v času hospitalizacije.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 OSNOVNE ŽIVLJENJSKE AKTIVNOSTI

Temeljne življenjske aktivnosti oziroma osnovne potrebe posameznika delimo na fiziološke, psihološke, duhovne in socialne. Medicinska sestra ima pri ugotavljanju potreb dejavno vlogo, saj mora prepoznati prednost potreb glede na življenjsko ogroženost. Dolžnost medicinske sestre je tudi oceniti stopnjo samooskrbe pri pacientu, ki se delijo na: samostojen, potrebuje delno pomoč in potrebuje popolno pomoč (Fink & Kobilšek, 2013).

2.1.1 Predstavitev osnovnih življenjskih aktivnosti

Življenjske aktivnosti po modelu Virginie Henderson (Nursing Theories, 2012; Fink & Kobilšek, 2013; Fernandes, et al., 2016):

1. **Spanje in počitek:** Spanje je ena izmed fizioloških potreb vsakega posameznika, ki nas duševno in telesno krepi. Spanec nam omogoča predvsem nemoteno delovanje življenjskih funkcij, uravnavanje telesne temperature, izločanje hormonov, spodbuja rast in delitev celic, prav tako vpliva na naše kognitivne funkcije, razpoloženje, metabolizem in drugo. Potrebe po spanju se v času življenja spreminjajo, saj dojenčki spijo približno 16 ur na dan, odrasel človek pa kasneje potrebuje le 7-9 ur spanja (Fink & Kobilšek, 2013).
2. **Osebna higiena in urejenost:** Osebna higiena je intimne narave, pomembna je za vsakega človeka, vsak posameznik pa si jo prizadeva izvajati sam. Umivanje nam s pomočjo vode in mehanskih dražljajev, s katerimi pospešujemo prekrvavitev kože, omogoča krepitev in utrjevanje kože ter boljše fizično in psihično počutje. Pomembno je tudi opazovanje kože in sluznic, saj lahko pride do vidnih sprememb, na katere moramo biti pozorni (Fink & Kobilšek, 2013; Nursing Theories, 2012).
3. **Oblačenje in slačenje:** Namen oblačenja in slačenja je predvsem ščititi telo pred zunanjimi vplivi in vzdrževati normalno telesno temperaturo. Poleg tega obleka vpliva tudi na estetski videz, saj odraža osebnost in urejenost

- posameznika in le-to izbiramo glede na letni čas in priložnosti. Pri oblačilih je zelo pomembna izbira materialov, predvsem pa so priporočljivi naravni (Fernandes, et al., 2016).
4. **Gibanje in ustrezna lega:** Gibanje je ključnega pomena za vsakega posameznika, saj izboljšuje telesno, psihično in socialno zdravje. Ima velik vpliv na sklepe, mišice, prav tako na prekrvavitev organov in telesa, vpliva na prebavo ter spanec. Med drugim pa nam gibanje omogoča tudi priložnost za druženje, preprečuje osamljenost, vpliva na našo samozavest in zmanjšuje vsakdanji stres (Fernandes, et al., 2016; Nursing Theories, 2012).
 5. **Vzdrževanje normalne telesne temperature:** Telesna temperatura je ena izmed vitalnih funkcij in je pomembna, ker so od nje odvisni vsi fiziološki procesi v telesu. Vsak človek ima v telesu center za termoregulacijo, ki uravnava telesno temperaturo. Na spremembo telesne temperature lahko vplivajo temperatura okolja, fizična dejavnost, prehranjevanje, čustvovanje in starost posameznika (Nursing Theories, 2012; Fernandes, et al., 2016).
 6. **Dihanje in krvni obtok:** Dihanje je izmenjava kisika (v telo) in ogljikovega dioksida (iz telesa) ter je ena izmed najpomembnejših življenjskih funkcij. Preskrba krvi s kisikom spada pod osnovne naloge pljuč, poleg pljuč pa pri dihanju sodelujeta tudi srce in krvni obtok (Fernandes, et al., 2016).
 7. **Hranjenje in pitje:** Cilj prehranjevanja in pitja je, da bi bila hrana zdrava, kakovostna, varna in uravnotežena. Enako velja za pijačo. Način vnosa hrane je lahko enteralno (po prebavnem traktu) ali paranteralno (mimo prebavnega trakta), število obrokov pa je odvisno glede na potrebe posameznika. Poleg ustrezne prehrane je vnos tekočine v telo prav tako pomembna skrb, saj pomaga pri redčenju zaužite hrane, sodeluje pri izmenjavi hranilnih in odvečnih snovi v tkivih, sodeluje pri čiščenju telesa in uravnava telesno temperaturo. Priporočene pijače za človeško telo so naravni sokovi, nesladkan čaj in mineralna voda (Fink & Kobilšek, 2013; Fernandes, et al., 2016).
 8. **Izločanje in odvajanje:** Z izločanjem odstranjujemo iz telesa odvečne presnovne produkte in zdravila, ki se izločajo z urinom, blatom, znojenjem in drugimi izločki. Celice v koži izločajo znoj in loj, ki ščitijo kožo in omogočajo ohlajanje, v ustih se ustvarja slina, ki sodeluje v procesu prehranjevanja,

- izločanje solz omogoča dobro delovanje očesnega zrkla. Iz prebavil izločamo blato različne gostote, barve in oblike z možnimi primesmi (Fink & Kobilšek, 2013).
9. **Izogibanje nevarnostim v okolju:** V bolnišničnem okolju so pacienti pogosto izpostavljeni različnim nevarnostim in neželenim dogodkom, kot so bolnišnične okužbe, padci, napačna aplikacija terapije, zamenjava preiskovalnega materiala, zamenjava pacienta, zamenjava dokumentacije, nastanek razjede zaradi pritiska, samopoškodbe in drugo (Fink & Kobilšek, 2013).
 10. **Komunikacija, odnosi z ljudmi in izražanje čustev, občutkov ter potreb:** Poznamo verbalno (govorjena in pisana beseda) in neverbalno (vedenje, govorica telesa) komunikacijo, ki pojasnjujeta izmenjavo sporočil s pomočjo besed, glasu in telesne govorice. Prav tako nam omogočata izmenjavo mnenj, doseganje ciljev, izražanje potreb in vzpostavljanje različnih odnosov (Fernandes, et al., 2016).
 11. **Izražanje duhovnih potreb:** Duhovne potrebe označujemo kot ljubezen, smisel, odpuščanje, upanje, zadovoljstvo, volja do življenja, notranji mir, vrednote, svoboda in drugo. Razvoj teh se začne že ob rojstvu. Duhovna razsežnost vključuje tudi etične dileme v zdravstveni negi, saj je v času bolezni lahko izražanje duhovnih potreb še izrazitejše (Nursing Theories, 2012).
 12. **Delo in ustvarjalna zaposlitev:** Ena izmed življenjskih aktivnosti, ki ji pripisujemo večji pomen, je tudi delo. Ob izrazu delo hitro pomislimo na ustvarjalnost in različne zaposlitvene dejavnosti. Samo delo vpliva na zdravje človeka, lahko pozitivno ali pa negativno. Pozitivne učinke dela vidimo v utrjevanju in krepitvi psihičnih in fizičnih sposobnosti, negativne pa v slabih delovnih pogojih ter škodljivih vplivih, ki jih lahko občutimo na delovnem mestu (Fernandes, et al., 2016).
 13. **Razvedrilo in rekreacija:** Razvedrilo in rekreacija sta dejavnosti, ki ju načeloma obravnavamo vsako posebej, lahko pa se med seboj tudi prepletata ali povezujeta. Dejavnostim, kot so ples, ročna dela, petje, razne igre, pravimo razvedrilo, saj se ob tem sprostimo in zabavamo. Na drugi strani pa športne dejavnosti označujemo kot rekreacijo, saj z njo izboljšujemo telesno, psihično in socialno zdravje (Fink & Kobilšek, 2013).

14. Učenje in skrb za lastno zdravje: Učenje kot proces, ki poteka v naših možganih, se odvija skozi vsa obdobja življenja, od rojstva do smrti. Učenje ima vpliv na spremembe osebnosti, kar opazamo v medosebnih odnosih, obnašanju, vedenju in drugje. Učimo se celo življenje in prav to nam daje moč, da osvojimo znanje, ki je potrebno za vse življenje (Fink & Kobilšek, 2013; Fernandes, et al., 2016).

2.1.2 Sodelovanje svojcev pri določenih življenjskih aktivnostih

Vključevanje svojcev pri starejših odraslih z različnimi obolenji vsekakor lahko pozitivno vpliva tako na pacienta kot tudi na družinske člane. Družinski člani obolelih imajo pozitivne poglede na sodelovanje z zdravstvenim osebjem, prav tako to velja za vključevanje v oskrbo. Splošno znano je, da družina živi tesno ob in s pacientom ter tudi z njegovo boleznijo (Misto, 2017). Choi in Bosch (2013) v svoji raziskavi menita, da so v družinah, kjer bolezen sprejme celotna družina, običajno pri pacientih vidni boljši zdravstveni izidi kot pri tistih, ki nimajo podpore družine. Zadovoljstvo posameznih članov družine pa občasno lahko upade s ponovnimi hospitalizacijami in prav na tem področju nastopi pomembna vloga medicinske sestre, ki lahko težave zaznava ter nudi posebno podporo družini, zato je potrebno iskanje modelov in strategij, kako vključiti svojce v oskrbo, s tem pa zagotoviti maksimalno pozitivne rezultate za pacienta, svojce in zdravstveno osebje (Misto, 2017).

Različni načini vključevanja svojcev v zdravstveno obravnavo kažejo na to, da se svojci počutijo odgovorne za širok spekter nalog, kot so osebna nega (skrb za higieno, česanje, striženje las in nohtov), operativne naloge (npr. skrb za čisto perilo, naročanje frizerja, nakupovanje) in skrb za socialno-čustvene potrebe (npr. pisanje pisem, skrb za stanovanje/hišo/vrt) v času pacientove odsotnosti. To razlagajo številne študije (Choi & Bosch, 2013; Chapman, et al., 2016; Misto, 2017). Poleg tega se svojci čutijo odgovorne za nove dimenzije pomoči, ki prvotno niso bile vključene v seznam nalog, na primer skrb za dobre odnose med osebjem in svojci (Institut for Patient and Family Centered Care, 2017a).

Medicinske sestre opažajo, da je s prisotnostjo svojcev manj stresa in tesnobe pri pacientih, prav tako se pacienti počutijo bližje domu in dogajanju tam, manj se počutijo osamljeni. Prisotnost svojcev pozitivno vpliva tudi na fizične vidike zdravljenja – manj je potrebe pri uporabi protibolečinskih zdravil (Nayeri, et al., 2013). Med drugim pa sta tudi Oyesanya in Bowers (2017) zagovornika vključevanja svojcev, ki se na podlagi ugotovitev iz lastne raziskave strinjata, da obstajajo različna mnenja svojcev in načini vključevanja v zdravstveno obravnavo. Njune ugotovitve kažejo, da se nekateri svojci še vedno bolj posvečajo fizični oskrbi pacienta (pomoč zdravstvenemu osebju pri jutranji kopeli), drugi svojo vlogo vidijo bolj v smislu informiranja osebja, spet tretji pa v vlogi zagovornika pacienta in njegovih potreb ter načrtovanja pacientovih pravic (Oyesanya & Bowers, 2017). Pri tem Chapman in drugi (2015) dodajajo, da integracija svojcev po drugi strani lahko poveča stres, ki ga doživljajo medicinske sestre, zato je pri vključevanju svojcev tudi to potrebno vzeti v zakup.

2.2 VKLJUČEVANJE SVOJCEV V ZDRAVSTVENO NEGO IN OSKRBO

2.2.1 Razbremenitev medicinskih sester

Nayeri in drugi (2013) ugotavljajo, da imajo medicinske sestre različne poglede na vključevanje svojcev v oskrbo, na njihovo mnenje pa vplivajo tudi teoretično znanje in izkušnje s svojci. Razumevanje, kako najbolje izrabiti vire, ki jih nudijo družinski člani, pripomore k dvigu kakovosti same oskrbe ter k večjemu zadovoljstvu pacienta in družine. Vpliv teoretičnega znanja medicinskih sester in izkušnje s svojci na njihovo vključevanje v oskrbo navajata tudi Oyesanya in Bowers (2017), in sicer, da sodelovanje svojcev lahko pripomore k dvigu kakovosti oskrbe in varnosti pacientov. Tudi študija, ki so jo izvedli Nayeri in drugi (2013), zagovarja stališče, da je vpletenost družinskih članov v oskrbo pomembna, vendar zahteva pazljivost, saj morajo biti družinski člani dobro podučeni ter seznanjeni s strukturo negovanja, ki se jo lahko kasneje držijo. Z jasnimi navodili ter usmeritvijo v oskrbi zagotovimo varnost oskrbovancu ter povečujemo njegovo zadovoljstvo pa tudi zadovoljstvo celotne družine in zdravstvenih delavcev. Vendar pa študija poroča o pomanjkanju pomoči svojcem pri težjih fizičnih opravilih, kot so gibanje pacienta iz postelje na voziček, tuširanje ipd. To

pri svojcih povečuje nezadovoljstvo in frustracije. Kadar svojci potrebujejo več pomoči pri nujenju oskrbe, medicinske sestre poročajo o oteženem delu, saj med izmenskim delom težko koordinirajo tako pacientovo oskrbo kot tudi potrebe svojcev, zato je pomembno svojce podučiti o oskrbi in oceniti njihove zmožnosti v danem trenutku, preden se odločijo za sodelovanje in pomoč svojcev (Nayeri, et al., 2013).

2.2.2 Novi napredki v zdravstveni negi – svojci kot aktivni člani v zdravstveni negi in oskrbi

Sodobna oskrba je usmerjena neposredno na pacienta, zato se zadnje čase vse bolj izraža potreba po vključevanju svojcev za podporo pacientu. Vsekakor narašča število dokazov podprtih praks, ki kažejo, da je prisotnost svojcev in tudi njihovo vključevanje v oskrbo imelo pozitiven vpliv na zdravljenje in boljše psihično počutje pacienta (Choi & Bosch, 2013). Da bi na pacienta usmerjen model nege lahko dobro deloval, morajo postati svojci ali skrbniki aktivni partnerji pri sprejemanju odločitev in negi. Svojci lahko igrajo pomembno vlogo pri zmanjševanju medicinskih napak – ko opozarjajo osebje na spremembe v stanju zavesti pacienta, odzivih na zdravila, ki jih pacient jemlje tudi doma. Ugotovitve dolgoletnih študij kažejo na to, da svojci želijo biti vključeni pri zagotavljanju varnosti pacienta (Nayeri, et al., 2013).

Študije iz leta 2013 (American Hospital Association) dokazujejo, da vključevanje pacientov v zdravstveno obravnavo prav tako poveča izboljšanje na področju zagotavljanja varnosti in kakovosti. Da bi spodbujali večje vključevanje, je agencija za raziskave in kakovost v zdravstvu Agency for Health care Research and Quality razvila priročnik *Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety* (vodič za vključevanje pacientov in svojcev v kakovost in varnost bolnišnic), da bi pomagala bolnišnicam pri sodelovanju pacientov in njihovih svojcev na področju izboljševanja kakovosti in varnosti. Vključevanje družinskih članov tudi precej vpliva na zmanjševanje pojavnosti hospitalizacij in drugih potencialnih zapletov, ki se pojavijo ob bivanju v bolnišnici. Študije po vsem svetu nakazujejo, da je vključevanje družinskih članov vsekakor dobrodošlo s pozitivnimi izidi, vseeno pa ne smemo zanemariti dejstva, da je lahko nujenju oskrbe velikokrat tudi zelo stresno in naporno (Nayeri, et al., 2013).

Na podlagi ugotovitev kanadske študije sta avtorici Segaric in Hall (2014) sestavili okvirno osnovo psihosocialnega procesa postopne vključitve svojcev v oskrbo. Svojci, medicinske sestre in pacienti so bili vključeni v različne stopnje vključevanja svojcev v oskrbo. Ključnega pomena je bilo zaupanje, brez katerega napredek v naslednjo stopnjo ni bil možen. Prva stopnja je bila osredotočenost na opravila, seznanjanje in poročanje. Pokazalo se je, da so pogoji posameznih delovnih mest in osebnostni dejavniki različno prispevali k izgradnji odnosa in vključevanja svojcev v oskrbo. Postopno prehajanje v različnih stopnjah je prineslo večje zadovoljstvo vseh udeleženih in hkrati povečalo stopnjo sodelovanja, prav tako je poglobilo odnose med udeleženi. Avtorji ugotavljajo, da je medicinska sestra tista, ki vzpostavi temelje odnosa vključitve svojcev v oskrbo, zato je njena vloga izredno pomembna, posebej pa mora obravnavati svojce in pacienta (Segaric & Hall, 2014).

2.3 LASTNOSTI MEDICINSKE SESTRE ZA VKLJUČEVANJE SVOJCEV PRI ZAGOTAVLJANJU OSNOVNIH ŽIVLJENJSKIH AKTIVNOSTI

2.3.1 Spretnosti medicinske sestre, potrebne za dobro sodelovanje s svojci

Vsekakor ne poznamo didaktičnega načina, s katerim bi pri medicinskih sestrah priučili lastnosti dobre medicinske sestre, vemo pa, da pacienti najbolj cenijo potrpežljivost, odgovornost, previdnost ter uvidevnost (Chen & Hsu, 2014). Odnosi, ki jih medicinska sestra vzpostavi s svojci in pacienti, pa temeljijo na zaupanju in imajo znaten vpliv na rezultate zdravljenja, kar ugotavljata tudi Dinc in Gastmans (2013). Svojci in pacienti določen del zaupanja razvijejo na podlagi morebitnih pozitivnih izkušenj z drugim osebjem s predhodnimi izkušnjami oz. zaupajo medicinskim sestram zaradi razširjenosti poklica v zdravstvenih institucijah. Prav tako ugotavljata, da svojci in pacienti občutijo zaupanje v obravnavi, kadar je medicinska sestra stalno dostopna, jim zagotavlja varnost in nudi občutek domačnosti med bivanjem v bolnišnici ter hkrati spoštuje pacientovo osebnost in ima spoštljiv odnos. Nadalje Dinc & Gastmans (2013) navajata, da obstaja neko splošno zaupanje v medicinske sestre, ki izhaja iz profesionalnosti, ter osebno zaupanje (na primer zmožnost empatije do pacientov). To, kar imenujemo

empatija, pa velja za eno od poglobitnih karakteristik in osnovnih sposobnosti medicinske sestre za vzpostavitev kakovostnega odnosa s pacientom in svojci (Jakovič, 2016).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen raziskave je ugotoviti odnos medicinskih sester do vključevanja svojcev pri zagotavljanju osnovnih življenjskih aktivnosti pacientov na bolniških oddelkih Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik).

Cilji diplomskega dela:

1. Ugotoviti motiv medicinskih sester za vključevanje svojcev pri pomoči zagotavljanja osnovnih življenjskih aktivnosti.
2. Ugotoviti odnos medicinskih sester do vključevanja svojcev pri pomoči zagotavljanja osnovnih življenjskih aktivnosti na bolniških oddelkih Klinike Golnik.
3. Ugotoviti dejavnike, ki spodbudijo sodelovanje in komunikacijo med medicinsko sestro in svojci pri vključevanju v izvajanje osnovnih življenjskih aktivnosti na bolniških oddelkih Klinike Golnik.
4. Ugotoviti povezavo med starostjo, delovno dobo in izobrazbo medicinske sestre ter odnosom do vključevanja svojcev v zagotavljanje osnovnih življenjskih aktivnosti pri pacientih, hospitaliziranih v Kliniki Golnik.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi zastavljenih ciljev smo postavili tudi naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kaj medicinskim sestram predstavlja motiv za vključevanje svojcev pri zagotavljanju osnovnih življenjskih aktivnosti?
2. Kakšen odnos imajo medicinske sestre do vključevanja svojcev pri zagotavljanju določenih osnovnih življenjskih aktivnosti na bolniških oddelkih Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik?
3. Kateri dejavniki spodbudijo komunikacijo in sodelovanje med medicinsko sestro in svojci pri vključevanju v zagotavljanje določenih osnovnih življenjskih aktivnosti na bolniških oddelkih Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik?

4. Kakšna je povezava medstarostjo, delovno dobo in izobrazbo medicinske sestre ter odnosom do vključevanja svojcev v zagotavljanje osnovnih življenjskih aktivnosti pri pacientih, hospitaliziranih v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Metoda raziskovanja v teoretičnem delu je bila deskriptivna metoda pregleda domače in tuje literature, za raziskavo pa je bila uporabljena deskriptivna metoda empiričnega neeksperimentalnega kvantitativnega raziskovanja.

Pregledana je bila domača in tuja strokovna literatura. Podatke smo zbirali s pomočjo različnih tujih strokovnih baz in objav korporativnih avtorjev (šole, fakultete, relevantne institucije), Google Scholar, PubMed, IPFCC, AHA, RCNi. Uporabili smo naslednje ključne besedne zveze: »conflict between nursing home staff and family members«, »family involvement in the care«, »visitors during the hospital stay«, »progressively engaging«, »good nurse traits«, »trust in nurse – patient relationship«, »partnering with patients and family«, »changes in medical errors« in »effective communication skills in nursing«. Kriterije iskanja smo omejili na: review, fulltext, 10 years. V spletni bazi RCNi (Royal College of Nursing) smo iskanje omejili po modulih. V PubMed spletni bazi je bil uporabljen Boolov operator AND. Po pregledu vseh tujih virov smo izločili tiste vire, ki niso vsebovali podatkov o odnosih medicinskih sester do vključevanja svojcev v zdravstveno obravnavo.

Slovensko literaturo smo iskali v virtualni slovenski knjižnici – COBISS, ključne besedne zveze pri iskanju pa so bile: »delo s svojci v zdravstveni negi«, »odnos med izvajalci in svojci«, »komunikacijski odnosi in svojci«, »zdravstvena nega pri življenjskih aktivnostih«, »sporazumevanje s pacienti in svojci«, »povratna informacija svojcev«, »medicinska sestra in svojci«, »oskrba bolnika in sodelovanje s svojci«, »motnje pri komunikaciji«, »kako poteka raziskovanje« ter »empatija medicinske sestre

do pacienta«. Kriterije iskanja smo omejili na leto– padajoče (stopnjevanje od najnovejših virov do najstarejših) in na članke, knjige ter zbornike. Pregledali smo le tiste vire, ki niso bili starejši od 10 let.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili anketo, ki je bila oblikovana na podlagi raziskav podobnih vsebin (Urbančič, 2009a; Reberšek Gorišek, 2010; Abrahamson, et al., 2011; Minniti & Abraham, 2013; Bramhall, 2014; Sirk & Zupančič, 2014). Anketa vsebuje 4 sklope, ki so razdeljeni na 5 vprašanj in skupaj zajemajo 80 trditev. Vprašanja vsebujejo trditve, ki so jih anketiranci ocenili z Likertovo lestvico stališč od 1 do 5, pri čemer 1 pomeni –se sploh ne strinjam, 2– se ne strinjam, 3– niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4–se strinjam in 5 –se zelo strinjam. Prvi sklop zajema demografske podatke (spol, starost, izobrazba, delovne izkušnje). Drugi sklop, tako kot vsi naslednji, je sestavljen iz trditev, ki so usmerjene na vključevanje svojcev kot prispevek praksi. Trditve v tabeli tretjega sklopa so usmerjene na odnos medicinskih sester do svojcev in na razbremenitev medicinskih sester. Četrty sklop trditev se nanaša na vrednote/spretnosti, ki naj bi jih imela medicinska sestra pri delu s svojci, ter na temelje dobre komunikacije. Zanesljivost ankete je boljša, ko je Cronbach alfa koeficient bliže vrednosti števila 1. Če znaša vrednost 0,80 ali več, je zanesljivost instrumenta zelo dobra, pri vrednosti 0,60–0,80 je zmerna in slaba pri vrednosti koeficienta manj kot 0,60. Prav tako velja, če ni podatka o zanesljivosti (Cencič, 2009). V tabeli 1 je prikazana zanesljivost merskega instrumenta.

Tabela 1: Preverjanje zanesljivosti merskega instrumenta

	Cronbach Alfa
Prispevek vključevanja svojcev pri osnovnih življenjskih aktivnostih	0,803
Vključevanje svojcev za razbremenitev medicinskih sester	0,816
Odnos medicinskih sester do vključevanja svojcev na bolniških oddelkih	0,874
Spretnosti medicinskih sester kot pogoj za sodelovanje s svojci	0,834
Temelji dobrih komunikacijskih poti	0,829

3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni, namenski vzorec, ki je zajemal zaposlene srednje in diplomirane medicinske sestre, ki delajo vsaj dvoizmensko turnusno delo (dopoldan in popoldan) na bolniških oddelkih Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik). Raziskava je potekala v času od 1.januarja 2018 do 31.januarja 2018 v Kliniki Golnik. Anketirancem je bila zagotovljena anonimnost. Po predhodnem poizvedovanju je bilo ugotovljeno, da je bilo v tem času na delovnem mestu prisotnih 90 medicinskih sester in je bilo zato razdeljeno 90 anket. Veljavnih vrnjenih anket smo prejeli 75, torej je realizacija vzorca 83,3-odstotna.

Tabela 2: Demografski podatki anketiranih

Demografski podatki		N	%
Spol	Moški	11	14,7
	Ženski	64	85,3
	Skupaj	75	100
Izobrazba	Srednja medicinska sestra/zdravstveni tehnik	37	49,3
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	33	44,0
	Magister/ica zdravstvene nege	3	4,0
	Druga fakultetna izobrazba	1	1,3
	Skupaj	75	100
Starost	PV	37,55	
	SO	11,035	
Delovna doba	PV	15,13	
	SO	11,251	

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež, PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Tabela 2 prikazuje demografske podatke anketiranih. V raziskavi je sodelovalo 11 moških (14,7 %) in 64 žensk (85,3 %). Po izobrazbi je bilo največ anketiranih srednjih medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov (n = 37, 49,3 %). Povprečna starost anketiranih je bila 37,55 let (SO = 11,035), povprečna delovna doba anketiranih pa 15,13 let (SO = 11,251).

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je bila izvedena v Kliniki Golnik. Pred začetkom raziskave smo pridobili soglasje Kolegija Službe zdravstvene nege in oskrbe v Kliniki Golnik. Navodila za

izpolnitev ankete so bila navedena pisno (v anketi). Ankete smo razdelili med zaposlene v zdravstveni negi in so bile anonimne. Anketiranci so bili pred anketiranjem pisno (v anketi) obveščeni o namenu raziskave in zagotavljanju anonimnosti. Anonimnost je bila zagotovljena tako, da so anketiranci rešene ankete oddali v posebno, za to določeno škatlo na oddelku. Udeleženci so bili vključeni v raziskavo prostovoljno, z možnostjo zavrnitve sodelovanja.

Izračunali smo frekvence, odstotke in standardne odklone. Na podlagi pridobljenih odgovorov, ki smo jih obdelali z opisnimi statistikami, smo ugotavljali razlike med spremenljivkami. V ta namen smo uporabili statistične teste; t-test, hi-kvadrat test, Pearsonov koeficient, ANOVO. Upoštevali smo statistično značilnost na ravni 0,05. Podatke smo obdelali s statističnim programom SPSS– verzija 22.0.

3.4 REZULTATI

Rezultate smo v nadaljevanju predstavili po raziskovalnih vprašanjih.

Raziskovalno vprašanje 1: Kaj medicinskim sestram predstavlja motiv za vključevanje svojcev pri zagotavljanju osnovnih življenjskih aktivnosti?

Tabela 3: Prispevek vključevanja svojcev pri osnovnih življenjskih aktivnostih

Trditve	n	PV	SO	MIN	MAX
Podpora zdravstvenemu osebju (psihična in fizična)	75	2,99	1,214	1	5
Pridobitev povratne informacije svojcev o zadovoljstvu z zdravstveno oskrbo	75	3,72	0,745	2	5
Fizično razbremenjevanje osebja	75	3,07	1,223	1	5
Psihično razbremenjevanje osebja	75	2,95	1,138	1	5
Bolj kakovostna zdravstvena oskrba pacienta	75	3,35	1,059	1	5
Manj negativnih misli svojcev, saj bi jih sodelovanje z osebjem zblížalo	75	3,97	0,958	1	5
Manj ponovnih hospitalizacij, saj bi svojci sodelovali tudi v domači oskrbi	75	3,93	1,057	1	5
Izboljšanje zadovoljstva pacientov (psihična in fizična podpora bližnjih)	75	3,96	0,861	1	5
Svojci bi imeli več razumevanja do zdravstvenega sistema, saj bi s sodelovanjem bili deležni le-tega	75	3,81	0,940	1	5

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon, MIN = najnižji podan odgovor, MAX = najvišji podan odgovor; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam.

Tabela 3 prikazuje prispevek vključevanja svojcev pri osnovnih življenjskih aktivnostih. Anketirani se v povprečju niti strinjajo niti ne strinjajo, da so svojci podpora zdravstvenemu osebju (PV = 2,99, SO = 1,214), da fizično razbremenjujejo osebje (PV = 3,07, SO = 1,223), da psihično razbremenjujejo osebje (PV = 2,95, SO = 1,138) in da je zaradi vključevanja svojcev pri osnovnih življenjskih aktivnostih bolj kakovostna zdravstvena oskrba pacienta (PV = 3,35, SO = 1,059). Z vsemi ostalimi trditvami iz tabele se anketirani v povprečju strinjajo.

Tabela 4: Povezanost med starostjo ter motivom medicinskih sester za vključevanje svojcev pri zagotavljanju osnovnih življenjskih aktivnosti

Trditve	Pearsonova korelacija	Starost anketirancev
Podpora zdravstvenemu osebju (psihična in fizična)	Pearsonova korelacija	0,006
	p-vrednost	0,962
	N	75
Pridobitev povratne informacije svojcev o zadovoljstvu z zdravstveno oskrbo	Pearsonova korelacija	0,101
	p-vrednost	0,389
	N	75
Fizično razbremenjevanje osebja	Pearsonova korelacija	0,053
	p-vrednost	0,649
	N	75
Psihično razbremenjevanje osebja	Pearsonova korelacija	0,023
	p-vrednost	0,846
	N	75
Bolj kakovostna zdravstvena oskrba pacienta	Pearsonova korelacija	-0,176*
	p-vrednost	0,032
	N	75
Manj negativnih misli svojcev, saj bi jih sodelovanje z osebjem zbližalo	Pearsonova korelacija	-0,027
	p-vrednost	0,820
	N	75
Manj ponovnih hospitalizacij, saj bi svojci sodelovali tudi v domači oskrbi	Pearsonova korelacija	0,126
	p-vrednost	0,281
	N	75
Izboljšanje zadovoljstva pacientov (psihična in fizična podpora bližnjih)	Pearsonova korelacija	0,056
	p-vrednost	0,631
	N	75

Trditve	Pearsonova korelacija	Starost anketirancev
Svojci bi imeli več razumevanja do zdravstvenega sistema, saj bi s sodelovanjem bili deležni le-tega	Pearsonova korelacija	0,119
	p-vrednost	0,308
	N	75

Legenda: *korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,01; *korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,05; n = velikost vzorca

Tabela 4 prikazuje povezanost med starostjo ter motivom medicinskih sester za vključevanje svojcev pri zagotavljanju osnovnih življenjskih aktivnosti. Do statistično pomembne negativne znatne povezave prihaja med starostjo in bolj kakovostno zdravstveno oskrbo pacienta ($r = -0,176$, $p = 0,032$), na podlagi česar lahko domnevamo, da starejši anketirani vključujejo svojce za doseg bolj kakovostne zdravstvene oskrbe pacienta.

Raziskovalno vprašanje 2: Kakšen odnos imajo medicinske sestre do vključevanja svojcev pri zagotavljanju določenih osnovnih življenjskih aktivnosti na bolniških oddelkih Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik?

Tabela 5: Odnos medicinskih sester do vključevanja svojcev na bolniških oddelkih

Trditve	n	PV	SO	MIN	MAX
Verjamem, da lahko svojci prinesejo nove napredke v zdravstvenem sistemu.	75	3,92	4,972	1	3
Spodbujam svojce, da se svobodno izrazijo.	75	3,72	0,727	1	5
Spoštljivo poslušam mnenja svojcev.	75	4,31	0,698	3	5
Spodbujam svojce, da so aktivni partnerji pri zagotavljanju varnosti.	75	4,16	0,706	3	5
Kolegom dam vedeti, da cenim uvide svojcev.	75	3,96	0,771	3	5
Verjamem, da lahko svojci igrajo pomembno vlogo pri izboljšanju kakovosti.	75	3,72	0,847	3	5

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon, MIN = najnižji podan odgovor, MAX = najvišji podan odgovor; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam.

Tabela 5 prikazuje odnos medicinskih sester do vključevanja svojcev na kliničnih oddelkih. V povprečju se anketirani najbolj strinjajo, da spoštljivo poslušajo mnenja

svojcev (PV = 4,31, SO = 0,698). Z vsemi ostalimi trditvami v tabeli 5 se anketirani v povprečju strinjajo.

Tabela 6: Odnos medicinskih sester do vključevanja svojcev na bolniških oddelkih glede na spol

Trditve	Spol	n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Verjamem, da lahko svojci prinesejo nove napredke(boljšo obravnavo) v zdravstvenem sistemu.	Moški	11	4,73	9,122	6,343	0,014
	Ženski	64	3,61	3,894		
Spodbujam svojce, da se svobodno izrazijo.	Moški	11	3,55	0,522	0,595	0,443
	Ženski	64	3,75	0,756		
Spoštljivo poslušam mnenja svojcev.	Moški	11	4,00	0,775	0,924	0,340
	Ženski	64	4,23	0,771		
Spodbujam svojce, da so aktivni partnerji pri zagotavljanju varnosti.	Moški	11	4,19	0,447	10,779	0,002
	Ženski	64	4,00	0,732		
Kolegom dam vedeti, da cenim uvide svojcev.	Moški	11	3,73	0,467	0,757	0,387
	Ženski	64	4,00	0,735		
Verjamem, da lahko svojci igrajo pomembno vlogo pri izboljšanju kakovosti.	Moški	11	3,09	0,701	0,781	0,380
	Ženski	64	3,83	0,827		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = statistika t-testa za neodvisne vzore ; p = statistična značilnost ($p < 0,05$); Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

Tabela 6 prikazuje odnos medicinskih sester do vključevanja svojcev na bolniških oddelkih glede na spol. Do statistično pomembnih razlik glede na spol prihaja pri naslednjih dveh trditvah: »Verjamem, da lahko svojci prinesejo nove napredke (boljšo obravnavo) v zdravstvenem sistemu« ($t = 6,343$, $p = 0,014$) in »Spodbujam svojce, da so aktivni partnerji pri zagotavljanju varnosti« ($t = 10,779$, $p = 0,002$). Ničelno hipotezo lahko zavrnamo in sprejmemo nasprotno; moški bolj kot ženske verjamejo, da lahko svojci prinesejo nove napredke (boljšo obravnavo) v zdravstvenem sistemu in večkrat spodbujajo svojce, da so aktivni partnerji pri zagotavljanju varnosti.

Tabela 7: Vključevanje svojcev za razbremenitev medicinskih sester

Trditve	n	PV	SO	MIN	MAX
Svojci dvignejo vzglavje, da pacient lažje diha.	75	3,61	1,229	1	5
Svojci prezračijo sobo.	75	3,68	1,317	1	5
Svojci masirajo telo pacienta s kremo.	75	3,96	1,120	1	5
Svojci pacientu dajo piti.	75	4,03	1,000	1	5
Svojci pacientu pomagajo pri hranjenju.	75	4,21	0,890	1	5
Svojci pacienta peljejo na stranišče.	75	4,03	1,052	1	5
Svojci pacienta peljejo do kopalnice.	75	3,93	1,143	1	5
Svojci informirajo osebje o spremembah.	75	3,89	1,085	1	5
Svojci se pogovorijo s pacientom o izločanju urina.	75	3,48	1,201	1	5
Svojci se pogovorijo s pacientom o odvajanju blata.	75	3,56	1,211	1	5
Svojci komunicirajo s pacientom.	75	4,29	0,851	2	5
Svojci pacienta oblečejo, če mu je hladno.	75	4,24	0,883	2	5
Svojci pacienta slečejo, če mu je vroče.	75	4,27	0,890	2	5
Svojci pacienta preoblečejo, če je prepoten.	75	4,05	0,999	2	5
Svojci pacienta preoblečejo, če je umazan.	75	3,96	1,071	1	5
Svojci pomagajo pacientu, da se uredi.	75	4,07	0,991	1	5
Svojci si ob vstopu v sobo umijejo roke (preprečevanje prenosa okužb).	75	4,20	1,174	1	5
Svojci si ob vstopu v sobo razkužijo roke (preprečevanje prenosa okužb).	75	4,25	1,079	1	5
Svojci dovolijo pacientu, da izrazi svoja čustva.	75	4,31	0,771	2	5
Svojci pripeljejo duhovnika v sobo.	75	4,00	1,065	1	5
S pacientom se pogovarjajo o boleznih.	75	3,80	1,139	1	5

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; MIN = najnižji podan odgovor, MAX = najvišji podan odgovor; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam.

Tabela 7 prikazuje trditve glede vključevanja svojcev za razbremenitev medicinskih sester. Anketirani se v povprečju najbolj strinjajo s trditvijo, da svojci dovolijo pacientu, da izrazi svoja čustva (PV = 4,31, SO = 0,771), najmanj se pa strinjajo s trditvijo, da se svojci pogovorijo s pacientom o izločanju urina (PV = 3,48, SO = 1,201). Ostali rezultati so prikazani v tabeli 7.

Raziskovalno vprašanje 3: Kateri dejavniki spodbudijo komunikacijo in sodelovanje med medicinsko sestro in svojci pri vključevanju v zagotavljanje določenih osnovnih življenjskih aktivnosti na bolniških oddelkih Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik?

Tabela 8: Temelji dobrih komunikacijskih poti

Trditve	N	PV	SO	MIN	MAX
Okolje, v katerem zdravstveni proces poteka	75	4,00	0,870	2	5
Medsebojni odnosi med zdravstvenimi izvajalci	75	4,20	0,959	2	5
Pogovori z bolniki	75	4,28	0,627	3	5
Organiziranost zdravstva	75	4,25	0,755	2	5
Dobri odnosi na bolniškem oddelku	75	4,33	0,664	3	5
Zaupanje	75	4,48	0,601	3	5
Medsebojno spoštovanje v timu	75	4,57	0,550	3	5
Strokovno znanje medicinskih sester	75	4,52	0,554	3	5
Izkušnje medicinskih sester	75	4,45	0,599	3	5
Poštenost medicinskih sester	75	4,56	0,551	3	5
Etičnost medicinskih sester	75	4,61	0,543	3	5
Sočutje medicinskih sester	75	4,59	0,572	3	5
Zahtevnost/teža dela medicinskih sester	75	4,55	0,599	3	5
Pomoč svojcev medicinskim sestram	75	3,95	0,899	3	5
Nasmeh medicinskih sester	75	4,07	0,991	2	5
Ignoriranje medicinskih sester od svojcev	75	3,33	1,406	1	5
Nevljudnost medicinskih sester	75	3,16	1,577	1	5
Narodnost svojcev	75	2,84	1,424	1	5
Izobrazba medicinskih sester	75	2,96	1,350	1	5
Spol zdravstvenih delavcev	75	3,04	1,484	1	5
Empatija medicinskih sester	75	3,84	1,295	1	5
Pozorno poslušanje od medicinskih sester	75	4,32	0,701	3	5
Uporaba premorov in molka med pogovorom od medicinskih sester	75	3,88	1,150	1	5

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon, MIN = najnižji podan odgovor, MAX = najvišji podan odgovor; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam.

Tabela 8 prikazuje trditve, povezane s temelji dobrih komunikacijskih poti. Anketirani se v povprečju najbolj strinjajo, da je dejavnik, ki spodbudijo komunikacijo in sodelovanje med medicinsko sestro in svojci pri zagotavljanju določenih osnovnih življenjskih aktivnosti, etičnost medicinskih sester (PV = 4,61, SO = 0,543). Anketirani se v povprečju najmanj strinjajo, da narodnost svojcev vpliva na komunikacijske poti med medicinskimi sestrami in svojci (PV = 2,84, SO = 1,424).

Tabela 9: Temelji dobrih komunikacijskih poti v povezavi z delovno dobo

Trditve		Vrednost	Stopnja prostostnih stopenj	P
Komunikacija in sodelovanje s svojci	hi-kvadrat test (a)	19,483	21	0,042
Delovna doba				

Legenda: p = statistična značilnost ($p < 0,05$)

Raziskovali smo še, kakšna je povezanost med delovno dobo in kakovostjo komunikacije ter sodelovanja s svojci in na podlagi hi-kvadrat testa ugotovili, da lahko ničelno hipotezo zavrnamo in sprejmemo nasprotno; delovna doba anketiranih vpliva na kakovost komunikacije in na sodelovanje s svojci ($p = 0,042$). Anketirani z daljšo delovno dobo lažje komunicirajo in sodelujejo s svojci (tabela 9).

Tabela 10: Temelji dobrih komunikacijskih poti glede na spol

Trditve	Izobrazba	N	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Okolje, v katerem zdravstveni proces poteka	Moški	11	3,73	0,786	0,169	0,682
	Ženski	64	4,05	0,881		
Medsebojni odnosi med zdravstvenimi izvajalci	Moški	11	3,73	0,905	0,806	0,372
	Ženski	64	4,28	0,951		
Pogovori z bolniki	Moški	11	3,82	0,603	1,110	0,295
	Ženski	64	4,36	0,601		
Organiziranost zdravstva	Moški	11	4,27	0,467	5,042	0,028
	Ženski	64	4,25	0,797		
Dobri odnosi na bolniškem oddelku	Moški	11	4,09	0,701	0,769	0,383
	Ženski	64	4,38	0,655		
Zaupanje	Moški	11	4,27	0,467	4,194	0,044
	Ženski	64	4,52	0,617		
Medsebojno spoštovanje v timu	Moški	11	4,27	0,467	1,583	0,212
	Ženski	64	4,63	0,549		
Strokovno znanje medicinskih sester	Moški	11	4,36	0,505	1,032	0,313
	Ženski	64	4,55	0,561		
Izkušnje medicinskih sester	Moški	11	4,18	0,603	1,611	0,208
	Ženski	64	4,50	0,591		
Poštenost medicinskih sester	Moški	11	4,18	0,603	0,218	0,642
	Ženski	64	4,63	0,519		
Etičnost medicinskih sester	Moški	11	4,36	0,505	0,015	0,902
	Ženski	64	4,66	0,541		
Sočutje medicinskih sester	Moški	11	4,27	0,647	0,295	0,589
	Ženski	64	4,64	0,545		
Zahtevnost/teža dela medicinskih sester	Moški	11	4,45	0,522	0,385	0,537
	Ženski	64	4,56	0,614		
Pomoč svojcev medicinskim sestram	Moški	11	4,00	0,632	3,303	0,073
	Ženski	64	3,94	0,941		
Nasmeh medicinskih sester	Moški	11	3,82	0,982	0,080	0,778
	Ženski	64	4,11	0,994		
Ignoriranje medicinskih sester od svojcev	Moški	11	3,91	0,944	6,829	0,111
	Ženski	64	3,34	1,461		
Nevljudnost medicinskih sester	Moški	11	3,91	0,944	16,224	0,423
	Ženski	64	3,03	1,633		
Narodnost svojcev	Moški	11	3,18	1,328	0,226	0,636
	Ženski	64	2,78	1,442		
Izobrazba medicinskih sester	Moški	11	3,27	1,191	0,278	0,599
	Ženski	64	2,91	1,377		

Trditve	Izobrazba	N	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Spol zdravstvenih delavcev	Moški	11	3,27	0,647	10,449	0,002
	Ženski	64	3,00	1,584		
Empatija medicinskih sester	Moški	11	4,18	0,603	7,762	0,007
	Ženski	64	3,78	1,374		
Pozorno poslušanje od medicinskih sester	Moški	11	4,18	0,603	3,068	0,084
	Ženski	64	4,34	0,718		
Uporaba premorov in molka med pogovorom od medicinskih sester	Moški	11	4,27	,786	1,532	0,220
	Ženski	64	3,81	1,194		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = statistika t-testa za neodvisne vzore ; p = statistična značilnost ($p < 0,05$); Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

Raziskovali smo tudi razlike komunikacijskih poti med svojci in medicinsko sestro glede na spol (tabela 10). Do statistično pomembnih razlik prihaja med moškimi in ženskami, kjer moški bolj kot ženske menijo, da so temelji dobrih komunikacijskih poti organiziranost zdravstva ($t = 5,042$, $p = 0,021$), zaupanje ($t = 4,194$, $p = 0,044$), spol zdravstvenih delavcev ($t = 10,449$, $p = 0,002$) in empatija medicinskih sester ($t = 7,762$, $p = 0,007$).

Raziskovalno vprašanje 4: Kakšen učinek imajo starost, delovna doba in izobrazba medicinske sestre na odnos do vključevanja svojcev v zagotavljanje osnovnih življenjskih aktivnosti pri pacientih, hospitaliziranih v Kliniki Golnik?

Tabela 11: Povezanost med starostjo in delovno dobo ter odnosom medicinskih sester do vključevanja svojcev na bolniških oddelkih

Trditve	Pearsonova korelacija	Starost	Delovna doba
Verjamem, da lahko svojci prinesejo nove napredke v zdravstvenem sistemu.	Pearsonova korelacija	0,040	0,022
	p-vrednost	0,734	0,853
	N	75	75
Spodbujam svojce, da se svobodno izrazijo.	Pearsonova korelacija	-0,166	-0,162
	p-vrednost	0,155	0,164
	N	75	75
Spoštljivo poslušam mnenja svojcev.	Pearsonova korelacija	0,058	0,076
	p-vrednost	,618	,515
	N	75	75
Spodbujam svojce, da so aktivni partnerji pri zagotavljanju varnosti.	Pearsonova korelacija	-0,024	-0,044
	p-vrednost	0,840	0,708
	N	75	75

Trditve	Pearsonova korelacija	Starost	Delovna doba
Kolegom dam vedeti, da cenim uvide svojcev.	Pearsonova korelacija	-0,357*	-0,249*
	p-vrednost	0,026	0,017
	N	75	75
Verjamem, da lahko svojci igrajo pomembno vlogo pri izboljšanju kakovosti.	Pearsonova korelacija	0,098	0,119
	p-vrednost	0,405	0,310
	N	75	75

Legenda: **korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,01; *korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,05; n = velikost vzorca

Tabela 11 prikazuje povezanost med starostjo in delovno dobo ter odnosom medicinskih sester do vključevanja svojcev na bolniških oddelkih. Do statistično pomembne povezave prihaja med starostjo in seznanjanjem kolegov s cenitvijo uvidov svojcev. Povezava je negativna in srednje močna ($r = -0,357$, $p = 0,026$), na podlagi česar lahko trdimo, da starejši anketirani bolj kot mlajši dajo kolegom vedeti, da cenijo uvide svojcev. Do statistično pomembne povezave prihaja tudi med delovno dobo in seznanjanjem kolegov s cenitvijo uvidov svojcev. Tudi ta povezava je negativna in znatna ($r = -0,249$, $p = 0,017$), zato lahko sklepamo, da anketirani z daljšo delovno dobo bolj kot anketirani s krajšo delovno dobo dajo kolegom pogosteje vedeti, da cenijo uvide svojcev.

Tabela 12: Razlike v odnosu medicinskih sester do vključevanja svojcev na bolniških oddelkih glede na izobrazbo

Trditve		Vsota kvadratov	Df	Povprečje kvadratov	F	p
Verjamem, da lahko svojci prinesejo nove napredke v zdravstvenem sistemu.	Med skupinami	1,371	3	0,343	8,013	0,897
	Znotraj skupin	1828,149	71	26,116		
	Skupaj	1829,520	74			
Spodbujam svojce, da se svobodno izrazijo.	Med skupinami	5,331	3	1,333	2,761	0,034
	Znotraj skupin	33,789	71	0,483		
	Skupaj	39,120	74			
Spoštljivo poslušam mnenja svojcev.	Med skupinami	8,372	3	2,093	4,112	0,005
	Znotraj skupin	35,628	71	0,509		
	Skupaj	44,000	74			
Spodbujam svojce, da so aktivni partnerji pri zagotavljanju varnosti.	Med skupinami	4,596	3	1,149	2,555	0,046
	Znotraj skupin	31,484	71	0,450		
	Skupaj	36,080	74			

Trditve		Vsota kvadratov	Df	Povprečje kvadratov	F	P
Kolegom dam vedeti, da cenim uvide svojcev.	Med skupinami	4,675	3	1,169	2,541	0,047
	Znotraj skupin	32,205	71	0,460		
	Skupaj	36,880	74			
Verjamem, da lahko svojci igrajo pomembno vlogo pri izboljšanju kakovosti.	Med skupinami	7,870	3	1,968	3,044	0,023
	Znotraj skupin	45,250	71	0,646		
	Skupaj	53,120	74			

Legenda: df – stopnja prostosti, F – razmerje, p – statistična značilnost ($p < 0,05$)

V tabeli 12 so prikazani rezultati primerjave aritmetičnih sredin glede na izobrazbo anketiranih (ANOVA). Do statistično pomembnih razlik glede na izobrazbo prihaja pri naslednjih trditvah: »Spoštljivo poslušam mnenja svojcev« ($F = 4,112$, $p = 0,005$), »Spodbujam svojce, da so aktivni partnerji pri zagotavljanju varnosti« ($F = 2,555$, $p = 0,046$), »Kolegom dam vedeti, da cenim uvide svojcev« ($F = 2,541$, $p = 0,047$) in »Verjamem, da lahko svojci igrajo pomembno vlogo pri izboljšanju kakovosti« ($F = 3,044$, $p = 0,025$), kjer se višje izobraženi anketirani bolj strinjajo z navedenimi trditvami kot anketirani z nižjo izobrazbo.

V nadaljevanju so prikazani še ostali statistični rezultati.

Tabela 13: Spretnosti medicinskih sester kot pogoj za sodelovanje s svojci

Trditve	n	PV	SO	MIN	MAX
Spretnosti za delo z ljudmi	75	4,49	0,685	2	5
Spretnosti za izražanje skrbi	75	4,47	0,644	3	5
Znanja o osnovni zdravstveni negi	75	4,41	0,639	2	5
Poznavanje psihičnih odzivov svojcev	75	4,39	0,695	3	5
Poznavanje socialnih odzivov svojcev	75	4,33	0,794	1	5
Poznavanje razvoja posameznih starostnih skupin (otroci, odrasli, ženske, matere, starostniki...)	75	4,39	0,695	3	5
Sposobnosti svetovanja	75	4,41	0,680	2	5
Sposobnosti sočutja	75	4,85	4,876	3	5
Sposobnosti vključevanja svojcev	75	4,47	0,577	3	5
Sposobnosti vodenja svojcev	75	4,35	0,762	3	5
Sposobnosti usmerjanja svojcev	75	4,38	0,715	3	5
Spretnosti za tolažbo	75	4,43	0,640	3	5
Spretnosti za pomoč	75	4,52	0,623	3	5
Spretnosti za negovanje duše, uma	75	4,40	0,681	3	5
Sposobnosti vključevanja prepričanij svojcev v zdravstveno oskrbo	75	3,95	1,012	1	5

Trditve	n	PV	SO	MIN	MAX
Posredovanje celovitih informacij svojcem	75	4,04	1,120	1	5
Posredovanje nepristranskih informacij svojcem	75	4,08	0,955	1	5
Spodbujanje svojcev pri sprejemanju odločitev	75	4,13	0,777	3	5

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon, MIN = najnižji podan odgovor, MAX = najvišji podan odgovor; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam.

Tabela 13 prikazuje trditve, povezane s spretnostmi medicinskih sester, in sicer kot pogoj za sodelovanje s svojci. Anketirani se v povprečju najbolj strinjajo, da mora medicinska sestra imeti sposobnost sočutja, da lahko sodeluje s svojci (PV = 4,85, SO = 4,876). Ostali rezultati so prikazani v tabeli 13.

Tabela 14: Spretnosti medicinskih sester v povezavi z delovno dobo

		Vrednost	Stopnja prostostnih stopenj	P
Spretnosti medicinskih sester	Hi-kvadrat test (a)	31,217	16	0,039
Delovna doba				

Legenda: p = statistična značilnost ($p < 0,05$)

Tabela 14 prikazuje povezanost med spretnostmi medicinskih sester in delovno dobo. Na podlagi hi-kvadrat testa lahko trdimo, da imajo medicinske sestre z daljšo delovno dobo več spretnosti za sodelovanje s svojci kot medicinske sestre s krajšo delovno dobo ($p = 0,039$).

3.5 RAZPRAVA

Vključevanje svojcev v proces zdravljenja pacienta je nujno, saj svojci spodbujajo in bodrijo pacienta v času bolezni. Prednost vključevanja svojcev v izvajanje osnovnih življenjskih aktivnosti pacientov je v zaupanju, saj jim pacienti zaupajo in se ob njih ne počutijo nelagodno. Hilton (2018) je na podlagi pregleda literature ugotovil, da je komunikacija med medicinskimi sestrami in svojci o stanju pacienta, zdravljenju in okrevanju najpomembnejša za svojce. Pri tovrstni komunikaciji je potrebna pozornost glede pričakovanj svojcev, saj pogosto pričakujejo informacije o zdravstvenem stanju pacienta od medicinske sestre, kar pa ni v njihovih kompetencah. Hilton (2018) tudi

navaja, da je svojce na njihovo željo treba vključiti v zagotavljanje osnovnih življenjskih aktivnosti. Al-Mutair in ostali (2018) pa so v svoji raziskavi predstavili rezultate, pridobljene na podlagi pregleda literature, ki je povezana s potrebami svojcev, vključenostjo svojcev v osnovno oskrbo in vključenostjo svojcev med oživljanjem ter drugimi invazivnimi postopki. Ugotovili so, da imajo svojci in zdravstveni delavci pozitivno stališče do vključevanja svojcev in da so zelo pomembni pri zagotavljanju osnovnih življenjskih aktivnosti pri pacientih. Stališča svojcev in zdravstvenih delavcev pa se razlikujejo pri vključevanju svojcev v času oživljanja in drugih invazivnih postopkih pri pacientu. Hetland in ostali (2018) navajajo, da vključenost svojcev lahko izboljša pacientovo izkušnjo v enoti za intenzivno nego, kjer medicinske sestre uporabljajo različne pristope, da vključijo svojce v osnovne življenjske aktivnosti kritično bolnih pacientov. Odločitve medicinskih sester o vključevanju svojcev temeljijo na oceni okolijskih dejavnikov poklicne prakse, značilnosti družine in pacientov ter celotnega odnosa do vključevanja svojcev v enote intenzivne nege. Vendar avtorji (Hetland, et al., 2018) ugotavljajo, da oskrba pacientov, ki je osredotočena na družino, ostaja nedosledna praksa in podcenjena.

S prvim raziskovalnim vprašanjem smo ugotavljali motivacijo medicinskih sester za vključevanje svojcev pri zagotavljanju osnovnih življenjskih aktivnosti. Ugotovili smo, da se v povprečju anketirani strinjajo, da je vključevanje svojcev pri osnovnih življenjskih aktivnosti prispevek za pacienta, vendar so neopredeljeni glede tega, da svojci psihično in fizično razbremenjujejo osebje, da so svojci podpora zdravstvenemu osebju in da je zaradi vključevanja svojcev pri osnovnih življenjskih aktivnostih bolj kakovostna zdravstvena oskrba pacienta. Loghmani in drugi (2014) so v raziskavi ugotovili, da je za medicinske sestre glavna motivacija za vključevanje svojcev v osnovne življenjske aktivnosti pacienta njihovo zadovoljstvo, razumevanje svojcev do dela medicinskih sester in podpora zdravstvenemu osebju. Sirk in Zupančič (2014) pa navajata, da medicinske sestre kot motivacijo za vključevanje svojcev v temeljne življenjske aktivnosti pacienta vidijo v boljšem počutju pacientov, boljšem sodelovanju, pomoči zdravstvenim delavcem in dvigu kakovosti življenja.

Ugotovili smo statistično pomembno povezavo med starostjo ter motivacijo medicinskih sester za vključevanje svojcev pri zagotavljanju osnovnih življenjskih aktivnosti, in sicer starejši anketirani vključujejo svojce zaradi bolj kakovostne zdravstvene oskrbe pacienta. Do podobne ugotovitve so prišli tudi Loghmani in drugi (2014), ki so ugotovili, da starejše medicinske sestre z daljšo delovno dobo pogosteje vključujejo svojce v osnovne življenjske aktivnosti pacienta.

Z drugim raziskovalnim vprašanjem smo ugotavljali odnos medicinskih sester do vključevanja svojcev pri zagotavljanju določenih osnovnih življenjskih aktivnosti. Anketirani se v povprečju strinjajo, da ima vključevanje svojcev v proces zdravljenja prednosti, svojce spodbujajo k svobodnemu izražanju, spoštljivo poslušajo mnenja svojcev, spodbujajo svojce, da so aktivni partnerji pri zagotavljanju varnosti, kolegom dajo vedeti, da cenijo uvide svojcev in verjamejo, da lahko svojci igrajo pomembno vlogo pri izboljšanju kakovosti. Hetland in drugi (2018) so v raziskavi ugotovili, da medicinske sestre pogostokrat niso vedele, kako vključiti svojce v osnovne življenjske aktivnosti pacienta. To je pomembna ugotovitev, ki kaže na potrebo po ukrepih na ravni za spodbujanje medicinskih sester pri vključevanju svojcev v obravnavo pacienta. V nekaterih raziskavah (Mitchell, et al., 2009; Eggenberger & Sanders, 2016) so se medicinske sestre pozitivno odzvale pri vključevanju svojcev v osnovne življenjske aktivnosti pacientov. Veliko avtorjev poudarja (Brown, et al., 2015; Davidson, et al., 2017) pomembnost vključevanja svojcev v osnovne življenjske aktivnosti pacientov. Garrouste-Orgeas in drugi (2010) so na podlagi raziskave ugotovili, da se svojci radi vključujejo v obravnavo pacienta in so le 4 družine od 101 zavrnile sodelovanje pri oskrbi pacienta v intenzivni negi. Tudi rezultati raziskave Garrouste-Orgeasa in drugih (2010) so pokazali pozitiven odziv pacientov in medicinskih sester pri vključevanju svojcev v osnovne življenjske aktivnosti.

Ugotovili smo statistično pomembne razlike med odnosom medicinskih sester do vključevanja svojcev na kliničnih oddelkih glede na spol, in sicer moški bolj kot ženske verjamejo, da lahko svojci prinesejo pridobitve v zdravstvenem sistemu in večkrat spodbujajo svojce, da so aktivni partnerji pri zagotavljanju varnosti.

Anketirani se v povprečju strinjajo, da jih svojci razbremenijo z vključevanjem v osnovne življenjske aktivnosti (dvig vzglavja, zračenje sobe, masiranje pacienta, zagotavljanje pijače in pomoč pri hranjenju, slačenje in oblačenje pacienta ob nihanjih telesne temperature, s pogovorom itd.). Tudi Sirk in Zupančič (2014) sta podali rezultate raziskave, ki kažejo, da se svojci najpogosteje samoiniciativno vključujejo pri življenjski aktivnosti prehranjevanja in pitja, gibanja in občasno tudi v ostale dejavnosti. V nasprotju z mnenjem anketiranih iz naše raziskave Sirk in Zupančič (2014) navajata, da medicinske sestre menijo, da svojci najbolj pomagajo pri gibanju in varnosti pacienta, najmanj pa pri prehranjevanju in pitju, razvedrilu in rekreaciji ter učenju in pridobivanju znanja.

Tretje raziskovalno vprašanje smo si zastavili, da bi ugotovili, kateri dejavniki spodbudijo komunikacijo in sodelovanje med medicinsko sestro in svojci pri vključevanju v zagotavljanje določenih osnovnih življenjskih aktivnosti. Na podlagi rezultatov raziskave lahko podamo dejavnike, ki spodbudijo komunikacijo in sodelovanje med medicinsko sestro in svojci pri zagotavljanju določenih osnovnih življenjskih potreb. Anketirani se najbolj strinjajo, da je dejavnik, ki spodbudi komunikacijo in sodelovanje med medicinsko sestro in svojci, etičnost medicinskih sester, ne strinjajo pa se, da lahko narodnost svojcev vpliva na komunikacijske poti in sodelovanje med medicinsko sestro in svojci. Da pa lahko ostali dejavniki, kot so okolje, medsebojni odnosi med zdravstvenimi izvajalci, pogovori s pacienti, organiziranost zdravstva, dobri odnosi na bolniškem oddelku, zaupanje, medsebojno spoštovanje v timu, strokovno znanje, izobrazba, zahtevnost dela, poštenost, nasmeh, nevljudnost, empatija in sočutje medicinskih sester, pomoč svojcev medicinskim sestram, ignoriranje medicinskih sester od svojcev, spol zdravstvenih delavcev, pozorno poslušanje od medicinskih sester in uporaba premorov in molka med pogovorom od medicinskih sester vplivajo na komunikacijo in sodelovanje med svojci in medicinsko sestro se anketirani v povprečju strinjajo. Vzpostavitev zaupanja vrednih odnosov, pogostost komunikacije med medicinskimi sestrami in svojci, pozitiven odziv pacientov na skrb svojcev in empatija ter sočutje medicinskih sester so dejavniki komunikacije med medicinsko sestro in svojci, ki so bili ugotovljeni v več raziskavah (Al-Mutair, et al., 2018; Hetland, et al., 2018). Nekateri avtorji poročajo, da zdravstvena nega

pacientov in nerazpoloženost pacientov lahko negativno vplivajo na interakcijo med medicinskimi sestrami in svojci (Al-Mutair, et al., 2018; Segaric & Hall, 2015). Hetland in drugi (2018) pa so poudarili pomembnost vključevanja svojcev in dobre komunikacije med njimi.

Ugotavljali smo povezanost med komunikacijo in sodelovanjem s svojci ter delovno dobo anketiranih. Ugotovili smo, da anketirani z daljšo delovno dobo lažje komunicirajo in sodelujejo s svojci. Ugotovljene so bile tudi statistično pomembne razlike v komunikaciji glede na spol, in sicer ženske se bolj kot moški strinjajo, da na dobro komunikacijo vplivajo organizacija dela, zaupanje in empatija. Manias (2015) je na podlagi raziskave ugotovil splošno nezadostno komunikacijo med medicinskimi sestrami in svojci, vendar je ugotovil tudi statistično pomembno povezavo med komunikacijo s svojci in spolom zdravstvenih delavcev, kjer so ženske lažje vzpostavile pogovor s svojci kot moški.

S četrtem raziskovalnim vprašanjem smo ugotavljali učinek starosti, delovne dobe in izobrazbe medicinskih sester na odnos do vključevanja svojcev v zagotavljanju osnovnih življenjskih aktivnosti pri pacientih. Ugotovili smo, da starejši anketirani bolj kot mlajši dajo kolegom vedeti, da cenijo uvide svojcev in da anketirani z daljšo delovno dobo bolj kot anketirani s krajšo delovno dobo dajo kolegom pogosteje vedeti, da cenijo uvide svojcev. Ugotovili smo tudi statistično pomembne razlike v odnosu medicinskih sester do vključevanja svojcev na kliničnih oddelkih glede na izobrazbo, kjer višje izobraženi anketirani menijo, da spoštljivo poslušajo mnenja svojcev, da spodbujajo svojce, da so aktivni partnerji pri zagotavljanju varnosti in verjamejo, da lahko svojci igrajo pomembno vlogo pri izboljšanju kakovosti. Hetland in drugi (2017) so v raziskavi ugotovili, da medicinske sestre pogosto svojce vključujejo v osnovne življenjske aktivnosti pacienta in da na odnos medicinskih sester do vključevanja svojcev vplivajo starost in višina plačnega razreda, izkušnje ter odnosi med zaposlenimi. Tudi Heath (2017) je v raziskavi ugotovil, da izkušnje medicinske sestre statistično pomembno vplivajo na vključevanje svojcev v oskrbo pacienta. Starejše medicinske sestre ali medicinske sestre z višjo izobrazbo so se nagibale k večji skrbi za pacienta in vključevanje svojcev.

Z ostalimi rezultati raziskave smo ugotovili, da se anketirani v povprečju strinjajo, da mora medicinska sestra imeti razvite sposobnosti, ki vključujejo tudi sodelovanje s svojci. Med pomembnejše spretnosti medicinske sestre anketirani uvrščajo spretnost za delo z ljudmi, znanje o osnovni zdravstveni negi, poznavanje psihičnih in socialnih odzivov svojcev, poznavanje razvoja posameznih starostnih skupin, sposobnosti svetovanja, sočutja, empatije, vključevanja svojcev, vodenja svojcev, usmerjanja svojcev, spretnosti za tolažbo, pomoč, za negovanje »duše«, sposobnosti komunikacije ipd. Adams in drugi (2014) so na podlagi kvalitativne raziskave ugotavljali, kaj je pacientovim svojcem na intenzivni negi pomembno, da se lahko spopadejo z boleznijo in odločitvami o bolezni. Svojci so navedli, da je najpomembnejše, da medicinska sestra pokaže skrb, vzpostavi odnos s svojci in pacientom, dokaže svojo strokovnost, zagotavlja legitimne informacije in podpira svojce in pacienta pri odločitvah glede zdravljenja. Davidson in drugi (2017) poudarjajo, da mora biti medicinska sestra za vključevanje svojcev v pomoč pri izvajanju življenjskih aktivnosti pacienta ustrezno usposobljena. Predlagajo vzgojne in izobraževalne programe, ki obravnavajo vključevanje in kompetence svojcev v oskrbo pacientov. Pobude za izboljšanje kakovosti in sodelovanje svojcev pri oskrbi pacienta bi bilo treba vključiti v kurikulum zdravstvene nege.

Ugotovili smo tudi statistično pomembno povezavo med spretnostmi medicinskih sester in delovno dobo, kjer imajo medicinske sestre z daljšo delovno dobo več spretnosti za sodelovanje s svojci kot medicinske sestre s krajšo delovno dobo.

Več avtorjev poudarja pomembnost vključevanja svojcev v zdravstveno nego in življenjske aktivnosti pacientov (Ganz & Yoffe, 2012; Davidson, et al., 2017; Hetland, et al., 2018). Olding in drugi (2015) so s pregledom literature ugotovili precejšnje razlike v raziskavah pri vključevanju svojcev in predlagajo, da se v prihodnosti raziskave osredotočajo na obseg in naravo udeležbe svojcev pri intenzivni negi pacienta na širše družbeno-kulturne procese, ki oblikujejo standard vključenosti svojcev, vključno z organizacijskimi, s procesnimi in kontekstualnimi dejavniki ter vključijo tudi razmerje vključenosti med pacientom, svojci in zdravstvenimi delavci. Metodološko bi se lahko prihodnje raziskave okrepile s kvalitativnimi pristopi. Na podlagi podanih predlogov

Olding in drugi (2015) menijo, da se bo vključevanje svojcev pri zdravljenju in oskrbi pacientov na intenzivni negi zvišalo.

Na podlagi izvedene raziskave smo ugotovili, da anketirani menijo, da je vključevanje svojcev v pomoč pri izvajanju življenjskih aktivnosti pacienta pomembno, vendar bi bile pri vključevanju svojcev potrebne izboljšave, za katere predlagamo nadaljnje ukrepe:

- pisne usmeritve za svojce, in sicer za vključevanje v pomoč pri izvajanju življenjskih aktivnosti pacienta (Sirk & Zupančič, 2014),
- organizirana izobraževanja za svojce, kjer bi se izurili o pravilnem izvajanju pomoči pacientom,
- opolnomočenje medicinskih sester in svojcev o prednostih vključevanja svojcev pri zagotavljanju osnovnih življenjskih aktivnosti,
- izobraževanja za medicinske sestre, kjer bi razvijale kompetence za vključevanje svojcev v pomoč pri izvajanju življenjskih aktivnosti pacientov,
- komunikacija med medicinskimi sestrami in priprava okolja za vključevanje svojcev v pomoč pri izvajanju življenjskih aktivnosti pacientov,
- srečanja med medicinskimi sestrami, svojci in pacienti ter pogovor o aktivnostih, ki jih svojci lahko izvajajo pri pacientu.

Omejitve raziskave

Glavna omejitev raziskave je v vzorčenju, saj so vključene le medicinske sestre iz Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik, zato se rezultatov ne more posplošiti na vse medicinske sestre v Sloveniji. Omejitev raziskave je tudi v jeziku, saj smo vključili le članke, ki so napisani v slovenskem in angleškem jeziku, zato pa smo lahko izpustili pomembne ugotovitve iz člankov, ki so napisani v drugih jezikih.

4 ZAKLJUČEK

Mnogi pacienti s kompleksnimi zdravstvenimi težavami so ob sprejemu v zdravstveno ustanovo pogosto bolj ranljivi. Pri tem lahko svojci igrajo pomembno vlogo, saj pacienta podpirajo in imajo priložnost, da komunicirajo z medicinsko sestro, na podlagi česar se lahko vključujejo pri izvajanju pomoči za zagotavljanje življenjskih aktivnosti za pacienta. Prisotnost svojcev pomembno vpliva na psihološko stabilnost pacientov. Poleg tega je vloga svojcev ključnega pomena in vpliva na dobro počutje pacientov. Svojci lahko v veliki meri pomagajo pri zadovoljevanju potreb, ki izhajajo iz osnovnih življenjskih aktivnosti, prav tako pa lahko pomagajo pri zmanjševanju stresa pacienta in ga hkrati spodbujajo, da sodeluje v dejavnostih samooskrbe in se učinkovito spopadejo z boleznijo.

Velikokrat svojci nimajo dovolj znanja, da bi se vključili v oskrbo pacientov, zato jih je treba opolnomočiti in jim posredovati iskrene in razumljive informacije o stanju pacienta in programu zdravstvene nege ter jih tudi seznaniti z medicinskimi sestrami, ki skrbijo za pacienta. Za uspešno vključevanje svojcev pri zagotavljanju osnovnih življenjskih aktivnosti je treba izboljšati komunikacijo med svojci, medicinskimi sestrami in pacienti. Večjo pozornost je treba nameniti spodbujanju komunikacije med zdravstvenimi delavci in svojci.

Prav tako je treba medicinske sestre usposobiti za vključevanje svojcev pri izvajanju aktivnosti za zagotavljanje osnovnih življenjskih aktivnosti in jim predstaviti prednosti pri vključevanju svojcev. Predlagamo, da se izvedejo neformalna izobraževanja na kliniki, tako da medicinske sestre z več izkušenj posredujejo znanje in veščine medicinskim sestram, ki imajo manj izkušenj pri vključevanju svojcev. Vse medicinske sestre bi morale na vključevanje svojcev gledati pozitivno in to spodbujati.

Naša raziskava je nekoliko pojasnila pomen vključevanja svojcev in potrebo po večjem sodelovanju ob ustreznem posredovanju vsebin s področja pomoči in oskrbe pri zagotavljanju osnovnih življenjskih aktivnosti. Potrebne so nadaljnje raziskave za preučevanje obravnavane tematike.

5 LITERATURA

Abrahamson, K., Pillemer, K., Sechrist, J. & Sutor, J., 2011. Does race influence conflict between nursing home staff and family members of residents? *The Journals of Gerontology (The Gerontological society of America), series B*, 66(6), pp. 750-755.

Adams, J.A., Anderson, R.A., Docherty, S.L., Tulsy, J.A., Steinhauer, K.E. & Bailey, D.E., 2014. Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying. *The Journal of Acute and Critical Care (Heart and Lung)*, 43(5), pp. 406-415.

Al-Mutair, A.S., Plummer, V., O'Brien, A. & Clerehan, R., 2018. Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13), pp. 1805-1817.

American Hospital Association, 2013. *Engaging health care users: A framework for healthy individuals and communities*. Chicago: American Hospital Association.

Bramhall, E., 2014. Effective communication skills in nursing practice. *Nursing Standard*, 29(14), pp. 53-59.

Brown, S.M., Rozenblum, R., Aboumatar, H., Fagan, M.B., Milic, M., Sarnoff Lee, B., Turner, K. & Frosch, D.L., 2015. Defining patient and family engagement in the intensive care unit. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 191(3), pp. 358-360.

Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. 1st ed. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.

Chapman, K.D., Collingridge, S.D., Mitchell, L.A., Wright, S.E., Hopkins, R.O., Butler, M.J. & Brown, S.M., 2016. Satisfaction with elimination of all visitation restrictions in a mixed-profile intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 25(1), pp. 46-50.

Chen, S.Y. & Hsu, H.C., 2014. Nurses' reflections on good nurse traits. *Nursing Ethics*, 2014(22), pp. 790-802.

Choi, Y.S. & Bosch, S.J., 2013. Environmental affordances: Designing for family presence and involvement in patient care. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 2013(6), pp. 53-75.

Davidson, J.E., Asiakson, R.A., Long, A., Puntillo, K.A., Kross, E.K., Hart, J., Cox, C., Wunsch, H., Wickline, M.A., Nunnally, M.E., Netzer, G., Kentish-Barnes, N., Sprung, C., Hartog, C.S., Coombs, M., Gerritsen, R.T., Hopkins, R.O., Franck, L.S., Skrobik, Y., Kon, A., Scruth, E.A., Harvey, M.A., Lewis-Newby, M., White, D.B., Swoboda, S.M., Cooke, C.R., Levy, M., Azoulay, R. & Curtis, J.R., 2017. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Critical Care Medicine*, 45(1), pp. 103-128.

Debeljak, A., 2010. Paliativna oskrba bolnika in sodelovanje s svojci v luči interpersonalnih odnosov. *Farmacevtski vestnik*, 61(4), pp. 254-258.

Dinc, L. & Gastmans, C., 2013. Trust in nurse-patient relationships. *Nursing ethics*, 20(5), pp. 501-516.

Eggenberger, S.K. & Sanders, M., 2016. A family nursing education intervention supports nurses and families in an adult intensive care unit. *Australian Critical Care*, 29(16), pp. 217-233.

Fernandes, B.K.C, Guedes, M.V.C & Silva, L.F., 2016. Nursing process based on Virginia Henderson applied for a working elderly. *Journal of Nursing*, 10(9), pp. 3418-3425.

Fink, A. & Kobilšek, P.V., 2013. Temeljne življenjske aktivnosti. In: E. Grafenauer Korošec, ed. *Zdravstvena nega pacienta pri življenjskih aktivnostih*. Ljubljana: Grafenauer založba, d.o.o., pp. 9-260.

Ganz, F.D. & Yoffe, F., 2012. Intensive care nurses' perspectives of family-centered care and their attitudes toward family presence during resuscitation. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 27(3), pp. 220-227.

Garrouste-Orgeas, M., Willems, V., Timsit, J.F., Diaw, F., Brochon, S., Vesin, A., Philippart, F., Tabah, A., Coquet, I., Bruel, C., Moulard, M.L., Carlet, J. & Misset, B., 2010. Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. *Journal of Critical Care*, 25(4), pp. 634-640.

Heath, S., 2017. *ICU culture key to nurse motivation in family engagement. Patient Engagement hit*. [online] Available at: <https://patientengagementhit.com/news/icu-culture-key-to-nurse-motivation-in-family-engagement> [Accessed 20 October 2018].

Hetland, B., Hickman, R., McAndrew, N. & Daly, B., 2017. Factors influencing active family engagement in care among critical care nurses. *AACN Advanced Critical Care*, 28(2), pp. 160-170.

Hetland, B., McAndrew, N., Perazzo, J. & Hickman, R., 2018. A qualitative study of factors that influence active family involvement with patient care in the ICU: Survey of critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 44(18), pp. 67-75.

Hilton, T.J., 2018. *A Meta-Synthesis of family needs regarding TBI. A Qualitative Meta-Synthesis of family experiences and needs regarding health care of newly diagnosed children with traumatic brain injury in the acute care setting: diplomsko delo*. North Carolina: University of North Carolina at Chapel Hill.

Hvalec, Š., 2016. Starost kot (najlepše) razvojno obdobje. In: K. Kobal Straus, ed. 2. *Kongres gerontološke zdravstvene nege in oskrbe. Portorož, 5. in 6. december 2016*. Ljubljana: Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, pp. 15-22.

Institut for Patient and Family Centered Care, 2017a. *Advancing the practice of patient-and-family-centered care in hospitals*. Arlington Road: s.n.

Institut for Patient and Family Centered Care, 2017b. *Partnering with patients and families to enhance safety and quality*. Arlington Road: s.n.

Jakovič, J., 2016. *Povezanost radnog iskustva i emocionalne inteligencije u radu medicinske sestre: Diplomsko delo*. Varaždin: Sveučilište Sjever, Odjel za biomedicinske znanosti.

Longhami, L., Borhani, F. & Abbaszadeh, A., 2014. Factors affecting the nurse-patients' family communication in intensive care unit of Kerman: a qualitative study. *Journal of Caring Sciences*, 3(1), pp. 67-82.

Manias, E., 2015. Communication relating to family members' involvement and understandings about patients' medication management in hospital. *Health Expectations*, 18(5), pp. 850-866.

Misto, K., 2017. Family perceptions of family nursing in a Magnet institution during acute hospitalizations of older adult patients. *Clinical Nursing Research*, 2017(22), pp. 201-234.

Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E. & Foster, M., 2009. Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *Australina Critical Care*, 29(16), pp. 179-193.

Nayeri, N.D., Gholizadeh, L. & Mohammadi, E., 2013. Family involvement in the care of hospitalized elderly patients. *Journal of Applied Gerontology*, 34(6), pp. 779-796.

Nursing Theories, 2012. *Virginia Henderson's Need Theory*. [online] Available at: http://currentnursing.com/nursing_theory/henderson.html [Accessed 1 December 2018].

Olding, M., McMillian, S. & Reeves, S., 2015. Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: a scoping review. *Health Expectations*, 19(6), pp. 51-59.

Ozbič, P. & Simonič, A., 2015. Povratna informacija svojcev zdravstvenemu osebju: doživljanje napovedi bližajoče se smrti. In: U. Lunder, ed. *Etične dileme v paliativni oskrbi*. Golnik, 22. oktober 2015. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, pp. 55-62.

Oyesanya, T.O. & Bowers, B., 2017. Managing visitors during the hospital stay: The experience of family caregivers of patients with traumatic brain injury. *Journal of Family Nursing*, 23(2), pp. 273-298.

Pungartnik, J. & Konečnik, T., 2009. Medicinska sestra in svojci kritično bolnega na oddelku za intenzivno medicino. In: G. Voga, ed. *15. Seminar intenzivne medicine za medicinske sestre in zdravstvene tehnike*. Bled, 1.-2. junij 2009. Ljubljana: SZIM, pp. 95-100.

Reberšek Gorišek, J., 2010. Komunikacijski odnosi med zdravnikom, bolnikom in svojci. In: V. Rijavec, ed. *Medicina in pravo: sodobne dileme 2*. Maribor: Pravna fakulteta Univerze v Mariboru in Zdravniško društvo Maribor, pp. 427-430.

Segaric, C.A. & Hall, W.A., 2014. Progressively engaging: constructing nurse, patient and family relationships in acute care settings. *Journal of Family Nursing*, 21(1), pp. 35-56.

Selič, P., 2016. Dejavniki, povezani z učinkovitim sporazumevanjem s pacienti in svojci v urgentni medicini. In: R. Vajd, ed. *23. Mednarodni simpozij o urgentni medicini*. Portorož, 9.-11. junij 2016. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 97-101.

Sirk, M. & Zupančič, V., 2014. Odnos med izvajalci zdravstvene nege in svojci starejše osebe. In: L. Leskovič, ed. *Zdravstvena nega v primežu nesoglasij in omejitev. Dolenjske Toplice, 22. in 23. januar 2015*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, pp. 114-122.

Starmer, A.J., Spector, N.D., Srivastava, R., West, D.C., Rosenbluth, G., Allen, A.D., Noble, E.L., Tse, L.L., Dalal, A.K., Keohane, C.A., Lipsitz, S.R., Rothschild, J.M., Wien, M.F., Yoon, C.S., Zigmont, K.R., Wilson, K.M., O'Toole, J.K., Solan, L.G., Aylor, M., Bismilla, Z., Coffey, M., Mahant, S., Blankenburg, R.L., Destino, L.A., Everhart, J.L., Patel, S.J., Bale, J.F., Spackman, J.B., Stevenson, A.T., Calaman, S., Cole, F.S., Balmer, D.F., Hepps, J.H., Lopreiato, J.O., Yu, C.E., Sectish, T.C. & Landrigan, C.P., 2014. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *The New England Journal of Medicine*, 371(19), pp. 1803-1812.

Urbančič, K., 2009a. Načrtovano delo s svojci v zdravstveni negi. In: T. Štemberger Kolnik, ed. *Simpozij o nekonvencionalnih pristopih v paliativni oskrbi pacienta s stomo. Ljubljana, 23. oktober 2009*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, pp. 82-95.

Urbančič, K., 2009b. Vključevanje načrtovanega dela s svojci v zdravstveni negi v študijske programe. In: T. Štemberger Kolnik, ed. *Simpozij o nekonvencionalnih pristopih v paliativni oskrbi pacienta s stomo. Ljubljana, 23. oktober 2009*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, pp. 96-112.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETA – ODNOS MEDICINSKIH SESTER DO VKLJUČEVANJA SVOJCEV

Spoštovani,

moje ime je Medina Midžan in sem študentka prve stopnje Zdravstvena nega (VS) na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Pripravljam diplomsko delo z naslovom Odnos medicinskih sester do vključevanja svojcev pri zagotavljanju osnovnih življenjskih aktivnosti, pod mentorstvom Katje Vrankar, pred. Namen raziskave je ugotoviti odnos medicinskih sester do vključevanja svojcev pri zagotavljanju osnovnih življenjskih aktivnosti v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik.

Vljudno Vas prosim za sodelovanje, ki je prostovoljno. Vsi podatki bodo uporabljeni izključno v raziskovalne namene. Zbrani podatki bodo obravnavani zaupno. Anketa Vam bo vzela le 10 minut časa, meni pa bo zagotovila ustrezen vzorec pri pripravi diplomskega dela.

Izpolnjeno anketo vrzite v za to namenjeno in označeno zaprto škatlo na bolniškem oddelku. Hvala!

1. SKLOP (DEMOGRAFSKI PODATKI)

1. SPOL (ustrezno obkrožite)

- Moški
- Ženski

2. STAROST (napišite v letih)

3. IZOBRAZBA (ustrezno obkrožite)

- Srednja medicinska sestra/zdravstveni tehnik
- Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik
- Magister/ica zdravstvene nege

- Druga fakultetna izobrazba (na črto napišite, katera)
-

4. DELOVNE IZKUŠNJE (dopišite v letih)

2 SKLOP

Navedene trditve ocenite s pomočjo Likertove lestvice stališč, ki je sestavljena na podlagi petih stopenj. 1–se sploh ne strinjam, 2–se ne strinjam, 3–niti se strinjam niti se ne strinjam, 4–se strinjam, 5–se zelo strinjam.

Kje vidite prispevek vključevanja svojcev pri zagotavljanju osnovnih življenjskih aktivnosti?

Tabela 1 : Doprinos vključevanja svojcev pri osnovnih življenjskih aktivnostih

Trditve	1 – se sploh ne strinjam	2–se ne strinjam	3–niti se strinjam niti se ne strinjam	4–se strinjam	5–se zelo strinjam
Podpora zdravstvenemu osebju (psihična in fizična)					
Pridobitev povratne informacije svojcev o zadovoljstvu z zdravstveno oskrbo					
Fizično razbremenjevanje osebja					
Psihično razbremenjevanje osebja					
Bolj kakovostna zdravstvena oskrba pacienta					
Manj negativnih misli svojcev, saj bi jih sodelovanje z osebjem zbližalo					
Manj ponovnih hospitalizacij, saj bi svojci sodelovali tudi v domači oskrbi					

Izboljšanje zadovoljstva pacientov (psihična in fizična podpora bližnjih)					
Svojci bi imeli več razumevanja do zdravstvenega sistema, saj bi s sodelovanjem bili deležni le-tega					

Vir: Institute for Patient and Family Centered Care (IPFCC) 2017a povz. po Minniti & Abraham (2013)

3 SKLOP

Navedene trditve ocenite s pomočjo Likertove lestvice stališč, ki je sestavljena na podlagi petih stopenj. 1–se sploh ne strinjam, 2–se ne strinjam, 3–niti se strinjam niti se ne strinjam, 4–se strinjam, 5–se zelo strinjam.

Pri katerih dejavnostih (spodaj naštetih) se vam zdi vključevanje svojcev zelo pomembno za razbremenitev medicinske sestre?

Tabela 3: Vključevanje svojcev za razbremenitev medicinskih sester

Trditve	1–se sploh ne strinjam	2–se ne strinjam	3–niti se strinjam niti se ne strinjam	4–se strinjam	5–se zelo strinjam
Svojci dvignejo vzglavje, da pacient lažje diha					
Svojci prezračijo sobo					
Svojci masirajo telo pacienta s kremo					
Svojci pacientu dajo piti					
Svojci pacientu pomagajo pri hranjenju					
Svojci pacienta peljejo na stranišče					
Svojci pacienta peljejo do kopalnice					
Svojci informirajo osebje o spremembah					
Svojci se pogovorijo s pacientom o izločanju urina					
Svojci se pogovorijo s pacientom o odvajanju blata					
Svojci komunicirajo s pacientom					
Svojci pacienta oblečejo, če mu je hladno					
Svojci pacienta slečejo, če mu je vroče					
Svojci pacienta preoblečejo, če je prepoten					

Svojci pacienta preoblečejo, če je umazan					
Svojci pomagajo pacientu, da se uredi					
Svojci si ob vstopu v sobo umijejo roke (preprečevanje prenosa okužb)					
Svojci si ob vstopu v sobo razkužijo roke (preprečevanje prenosa okužb)					
Svojci dovolijo pacientu, da izrazi svoja čustva					
Svojci pripeljejo duhovnika v sobo					
S pacientom se pogovarjajo o boleznih					

Vir: Sirk in Zupančič (2015)

Kakšen je vaš vidik oz. odnos do vključevanja svojcev na bolniških oddelkih?

Tabela 4: Odnos medicinskih sester do vključevanja svojcev na bolniških oddelkih

Trditve	1 – se sploh ne strinjam	2–se ne strinjam	3–niti se strinjam niti se ne strinjam	4–se strinjam	5–se zelo strinjam
Verjamem, da lahko svojci prinesejo nove napredke v zdravstvenem sistemu.					
Spodbujam svojce, da se svobodno izrazijo.					
Spoštljivo poslušam mnenja svojcev.					
Spodbujam svojce, da so aktivni partnerji pri zagotavljanju varnosti.					
Kolegom dam vedeti, da cenim uvide svojcev.					
Verjamem, da lahko svojci igrajo pomembno vlogo pri izboljšanju kakovosti.					

Vir: IPFCC (2017b) povz. po Minniti& Abraham (2013)

4 SKLOP

Navedene trditve ocenite s pomočjo Likertove lestvice stališč, ki je sestavljena na podlagi petih stopenj. 1–se sploh ne strinjam, 2–se ne strinjam, 3–niti se strinjam niti se ne strinjam, 4–se strinjam, 5–se zelo strinjam.

Katere spretnosti naj bi po vašem mnenju imela medicinska sestra kot pogoj za dobro sodelovanje s svojci?

Tabela 5: Spretnosti medicinskih sester kot pogoj za sodelovanje s svojci

Spretnosti	1–se sploh se strinjam	2–se ne strinjam	3–niti se strinjam niti se ne strinjam	4–se strinjam	5–se zelo strinjam

Spretnosti za delo z ljudmi					
Spretnosti za izražanje skrbi					
Znanja o osnovni zdravstveni negi					
Poznavanje psihičnih odzivov svojcev					
Poznavanje socialnih odzivov svojcev					
Poznavanje razvoja posameznih starostnih skupin (otroci, odrasli, ženske, matere, starostniki...)					
Sposobnosti svetovanja					
Sposobnosti sočutja					
Sposobnosti empatije (z mislimi se postaviti v vlogo pacienta ali svojca in se tako tudi odzivati/ravnati v določeni situaciji)					
Sposobnosti vključevanja svojcev					
Sposobnosti vodenja svojcev					
Sposobnosti usmerjanja svojcev					
Spretnosti za tolažbo					
Spretnosti za pomoč					
Spretnosti za negovanje duše, uma					
Sposobnosti vključevanja znanja svojcev v zdravstveno oskrbo					
Sposobnosti vključevanja prepričanj svojcev v zdravstveno oskrbo					
Posredovanje celovitih informacij svojcem					
Posredovanje nepristranskih informacij svojcem					
Spodbujanje svojcev pri sprejemanju odločitev					

Vir: Urbančič (2009a), IPFCC (2017b) povz. po Minniti& Abraham (2013)

Kaj od naštetega naj bi po vašem mnenju močno vplivalo na komunikacijske poti med medicinsko sestro in svojci ?

Tabela 6: Temelji dobrih komunikacijskih poti

Trditve	1—se sploh ne strinjam	2—se ne strinjam	3—niti se strinjam niti se ne strinjam	4—se strinjam	5—se zelo strinjam
Okolje, v katerem zdravstveni proces poteka					
Medsebojni odnosi med zdravstvenimi izvajalci					
Pogovori z bolniki					
Organiziranost zdravstva					
Dobri odnosi na bolniškem oddelku					
Zaupanje					
Medsebojno spoštovanje v timu					
Strokovno znanje medicinskih sester					
Izkušnje medicinskih sester					
Poštenost medicinskih sester					
Etičnost medicinskih sester					
Sočutje medicinskih sester					
Zahtevnost/teža dela medicinskih sester					
Pomoč svojcev medicinskim sestram					
Nasmeh medicinskih sester					
Ignoriranje medicinskih sester od svojcev					
Nevljudnost medicinskih sester					
Narodnost svojcev					
Izobrazba medicinskih sester					
Spol zdravstvenih delavcev					
Empatija medicinskih sester					
Pozorno poslušanje od medicinskih sester					

Uporaba premorov in molka med pogovorom od medicinskih sester					
--	--	--	--	--	--

Vir: Reberšek Gorišek (2010), Abrahamson in drugi (2011), Bramhall (2014)