

PREDSTAVITEV RAZISKAVE »ZDRAVSTVENA NEGA V LUČI ETIKE«

NURSNIG IN THE LIGHT OF ETHICS: RESEARCH DESIGN

Andreja Kvas

KLJUČNE BESEDE: raziskovanje; medicinske sestre; etika; vzorčenje; demografija

KEY WORDS: research; nurses; ethics; sampling; demography

Izvleček – Namen prispevka je prikazati delovanje Raziskovalne skupine, ki deluje pod okriljem Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana. V letu 2003 smo si zadali nalogo, podrobneje raziskati razmišljanje in zaznavanje etičnega delovanja slovenskih medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic v odnosu do pacientov, družin, različnih družbenih skupin in nenazadnje do svojih sodelavcev/k.

V nadaljevanju prispevka je predstavljen namen raziskave, metodološka zasnova raziskave, vzorec, način vzorčenja, anketni vprašalnik in demografske značilnosti medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic.

Abstract – The purpose of the article is to present a project of a research group, that acts under the shelter of the Nursing Association of Ljubljana. The aim in 2003 was to gain information about the ethical sensitivity of the nurses and midwives, and what they think about their ethical behaviour toward patients, families, special groups and coworkers. The author presents the aim of the study, the methodology of sampling, the sample, the questionnaire and the demographic characteristics of the nurses and midwives.

Uvod

Z raziskovalnim delom na področju zdravstvene nege je pričela že Florence Nightingale, z zapisovanjem svojih ugotovitev o učinkih negovalnih postopkov, analiziranjem dobljenih rezultatov in z uvajanjem sprememb. Avtonomno raziskovanje medicinskih sester na področju zdravstvene nege v Sloveniji ima veliko krajšo zgodovino, saj še vedno ni povsem razvito in avtonomno. Kaj pa je pravzaprav raziskovalno delo na področju zdravstvene nege? Wilson (2002) navaja, da je naloga raziskovalnega dela na področju zdravstvene nege v tem, da razširi strokovno znanje za promocijo zdravja, preprečevanje obolevanja, za zdravstveno nego bolnih, za pomoč pri okrevanju in rehabilitaciji kakor tudi dostojno terminalno obdobje življenja in smrti. Prinaša odgovore na vprašanja, ki se porajajo v praksi in pomagata reševati strokovne probleme. Na osnovi rezultatov raziskovalnega dela se izboljšuje strokovna praksa in njena učinkovitost ob najnižjih možnih stroških.

V zadnjem času postaja etika vedno bolj aktualna tema pogovorov med medicinskimi sestrami in tudi ostalimi zdravstvenimi delavci, zlasti zdravniki. Veliko medicinskih sester namreč zaznava, da se v praksi delajo »etične« napake. Prav zaradi tega smo se članice Raziskovalne skupine pri Društvu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, leta 2003

odločile, da raziščemo, kako slovenske medicinske sestre, babice in zdravstveni tehniki zaznavajo in razmišljajo o etiki na delovnih mestih. Vedno bolj se je treba zavedati pomena etičnega delovanja v praksi in ne le teoretičnega znanja s tega področja.

V ta namen smo na podlagi naključnega vzorca članstva po regijskih društvih poslali izbranim anketirancem/kam dva anketna vprašalnika, anketni vprašalnik zelene barve z naslovom *Zdravstvena nega v luči etike* in mednarodni vprašalnik rumene barve z naslovom *Stres, ki izhaja iz slabe vesti*.

Namen

Namen prispevka je prikazati metodološko ozadje raziskave *Zdravstvena nega v luči etike*, in sicer uporabljene statistične metode, potek vzorčenja, vzorec, anketni vprašalnik, demografske značilnosti vzorca (spol, starost in izobrazba) ter poklicne značilnosti anketiranih medicinskih sester (delovno mesto anketiranih medicinskih sester in število let dela v zdravstveni negi).

Metodološka zasnova raziskave

S raziskavo smo želele ugotoviti, kako slovenske medicinske sestre poznajo, razumejo in upoštevajo do-

ločena etična načela v praksi. Izhajali smo iz etičnih načel biomedicinske etike in načel etike skrbi. Podrobneje smo obravnavale naslednja etična načela, ki izhajajo iz biomedicinske etike: načelo dobronamernosti in neškodljivosti (Saša Kadivec), načelo avtonomnosti (Darinka Klemenc in Alenka Košir) in načelo pravičnosti (Sandra Naka in Andreja Kvas) ter etična načela, ki temeljijo na etiki skrbi: načelo pozornosti (Nina Knific), načelo odgovornosti (Branka Červ in Maja Klančnik Gruden), načelo kompetentnosti (Sanja Vrbovšek) in načelo empatije (Patricija Kobilšek). Posamezna področja, ki so povezana z etiko, in sicer dostojanstvo (Jana Šmitek), odnos do umiranja (Branka Červ in Maja Klančnik Gruden), duhovnost (Lucija Matič) in poznavanje kodeksa etike (Zlata Živič). Istočasno je bil razposlan vprašalnik iz mednarodne raziskave o značilnostih področja moralnega rezoniranja medicinskih sester, ki ga v svojem članku predstavita (Majda Pahor in Klavdija Peternelj).

Odločile smo se za deskriptivno raziskovanje, ki nam je s pomočjo statističnih ocen dalo odgovore na raziskovalna vprašanja. Odločile smo se za delno opazovanje, ki zajema le del enot pojava, ki ga preučujemo (vzorčenje). Košmeljeva (1998) navaja, da je vzorec del populacije, ki obsega enote populacije, ki so bile v opazovanje izbrane slučajno ali neslučajno ali pa s kombinacijo obeh postopkov izbire. Vzorec je iz populacije, izbran z namenom, da se iz vzorčnih podatkov izračunajo ocene parametrov.

V predstavljeni raziskavi je bilo vzorčenje slučajno intervalno, kar pomeni, da je bil vzorec izbran s slučajno izbiro enot. Najprej smo izbrale zaporedno številko prve enote, s katero se bo vzorčenje začelo. V tajnosti smo izžrebale eno številko, izbrale smo eno številko med desetimi. Vzorčile smo s pomočjo seznama članov/ic regijskih društev/Zbornice zdravstvene nege Slovenije – Zveze medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (v nadaljevanju Zbornice – Zveze), kjer so bili le-ti/te razvrščeni/e glede na kraj stalnega bivališča. Na vsakem posameznem regijskem seznamu smo začele vzorčiti z izžrebano prvo številko in nadaljevale z vzorčnim intervalom 5. Vzorčni interval smo dobile tako, da smo število vseh članov Zbornice – Zveze (12 515) delile s 2500 (velikost našega vzorca).

Podatke smo pridobile s pomočjo kvantitativne metode zbiranja podatkov, kamor spada tudi anketa. V družboslovju je to zelo pogosto uporabljena metoda zbiranja podatkov. Hlebčeva (2002) navaja, da je njena največja prednost, da dobimo veliko količino kvantitativnih podatkov, dobljenih na velikem številu posameznikov (enot), ki so reprezentativni (vzorec) za opazovano populacijo, kar nam omogoča testiranje hipotez. Podatke naše raziskave smo zbirale v eni časovni točki presečno (»cross-sectional«), v mesecu oktobru 2003. Kot merski instrument je bil uporabljen standardizirani anketni vprašalnik (z zaprtimi in odprtimi vprašanji). Vseboval je 33 anketnih vprašanj. Neka-

tera vprašanja so bila vzeta iz drugih raziskav zaradi možnosti primerjave rezultatov, druga so bila oblikovana posebej za to raziskavo. Vprašanja od 1 do 26 in vprašanje 30 so vezana na posamezna etična načela in na Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, vprašanja od 27 do 32 pa na demografske podatke. V anketnem vprašalniku je 24 vprašanj zaprtega tipa, 7 vprašanj odprtega tipa in 2 vprašanja zaprtega tipa s kombinacijo enega odprtega odgovora.

Anketiranje je bilo opravljeno po pošti (samoanketiranje). Vsak/a anketiravec/ka je po pošti prejel/a zelen in rumen anketni vprašalnik z dodano prazno kuverto in znamko, s prošnjo, da izpolnjeni vprašalnik čim prej vrne po pošti. Za samoanketiranje smo se odločile, ker ima številne prednosti pred ostalimi kvantitativnimi metodami zbiranja podatkov (intervju, eksperiment, uradna statistika). Hlebčeva (2002) navaja določene prednosti in pomanjkljivosti samoanketiranja. Prednosti so naslednje: anketiravec lahko na vprašalnik odgovori, kadar želi in s svojo hitrostjo, lahko ga vmes prekine in se kasneje vrne. Negativne lastnosti samoanketiranja so:

- manjša motivacija anketiranca za sodelovanje;
- ni anketarja, ki bi dajal morebitna pojasnila in vzpodbude (zlasti pri odprtih vprašanjih ali pri vprašanjih z več možnimi odgovori);
- omejena je kompleksnost vprašalnika;
- ne vemo, ali anketiranci razumejo in upoštevajo navodila za izpolnjevanje;
- neznan vpliv dejavnikov okolja: temperatura, motnje od zunaj, utrujenost, uporaba alkohola, drog itd.;
- pomanjkanje dokazov o legitimnosti in
- ni nobenih družbenih prednosti, ki izhajajo iz interakcije z drugo osebo.

Načrtovanje in sestavljanje anketnega vprašalnika je zelo zahtevno, če hočemo dobiti objektivne odgovore na zastavljena vprašanja. Vsaka raziskovalka je za raziskovanje izbranega etičnega načela najprej pregledala obstoječo domačo in tujo literaturo, natančno opredelila in razčlenila namen raziskave, si zastavila raziskovalna vprašanja, domneve (hipoteze) o zvezah med pojavi oz. pojavom, določila katere odnose med spremenljivkami bo preizkusila in katere statistične metode bo uporabila. Nato je vsaka zase začela sestavljati anketna vprašanja (največ tri do pet vprašanj za posamezno etično načelo). Po določenem času smo se vse zbrale na skupnem srečanju, kjer smo vprašanja dopolnjevale, popravljale in nekatera tudi izločile. Pri končni sestavi vprašalnika je sodelovala manjša skupina raziskovalk (štiri), ker je bilo treba veliko vprašanj izločiti (preobširen prvotni vprašalnik) in preoblikovati v zelo kratkem času. Kar najbolj smo skušale upoštevati to, da bodo vprašanja razumljiva, jasna in kratka, nesugestivna, brez dvoumnih izrazov, logično in vsebinsko povezana, da ne bodo delovala

na anketiranca/ke zastrašujoče ali žaljivo ter da bodo primerno razporejena v anketni vprašalnik.

Poleg tega smo bile pozorne na oblikovanje odgovorov pri zaprtih vprašanjih. Upoštevale smo to, da so odgovori izčrpani (ponujen odgovor »Drugo«), medsebojno izključujoči, da jih ni preveč, da je smiselno njihovo zaporedje in da so na razpolago nevtralni odgovori (»Ne vem«). Pri sestavljanju anketnega vprašalnika je treba upoštevati, da je lahko razumljiv, lahko berljiv, zanimiv, enostaven za izpolnjevanje ter logično sestavljen in oblikovan.

K izpolnjevanju poskusnega (pilotskega) vprašalnika smo povabile nekaj oseb, ki bi lahko bile izbrane v vzorec in izvedle prehodni preizkus, s katerim smo ocenile in ugotovile uporabnost anketnega vprašalnika. Ko so izbrane anketiranke izpolnile poskusni anketni vprašalnik, smo nekatere raziskovalke izvedle z njimi intervju, v katerem smo ugotovljale razumljivost in jasnost vprašanj, stopnjo zahtevnosti zastavljenih vprašanj in preverile razumljivost navodil za izpolnjevanje anketnega vprašalnika. Sledilo je dokončno oblikovanje anketnega vprašalnika skupaj s predstavnikom podjetja CATI d. o. o., ki je tudi poskrbelo za kakovostno statistično obdelavo podatkov.

Opis populacije

Ciljna populacija so bili vsi zaposleni na področju zdravstvene nege (v nadaljevanju uporabljamo izraz medicinska sestra – MS za naslednje profile: srednja medicinska sestra/zdravstveni tehnik/ca/tehnik/ca zdravstvene nege, višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik, (tudi specialist/ka), diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, (tudi specialist/ka), profesorica zdravstvene vzgoje, (diplomirani/a) babica/babičar in druge medicinske sestre s fakultetno in podiplomsko izobrazbo, obeh spolov). Opomba: tu gre za uporabo pojma medicinska sestra, ki ni terminološko ustrezen, a se uporablja v praksi zdravstvene nege v Sloveniji. Dosegljivo populacijo pa predstavljajo medicinske sestre, ki so bile na dan vzorčenja 04. 10. 2003, včlanjene v regijska društva / Zbornico – Zvezo. Na dan vzorčenja je bilo včlanjenih 12 515 medicinskih sester.

Velikost vzorca

Populacija medicinskih sester v Sloveniji je po nekaterih svojih značilnostih heterogena (spol, starost, izobrazba, delovno mesto, delovna doba itd.), zaradi česar je treba zagotoviti večje število enot vzorca za povečanje veljavnosti in zanesljivosti rezultatov. V vzorec je bilo izbranih 2500 medicinskih sester, kar predstavlja 20 % celotne populacije medicinskih sester v Sloveniji. Vrnjenih je bilo 488 anketnih vprašalnikov, realizacija vzorca je bila 20 %. Po podatkih Peterneljeve (2001) je bila realizacija raziskave Medicinske sestre v Sloveniji iz leta 2001 večja (43,6 %).

Iz tega lahko sklepamo, da je bila letošnja raziskava tematsko bolj zahtevna, zlasti je bilo več odprtih vprašanj, ki so zahtevala od anketiranih sintezo teoretičnih in praktičnih znanj in več časa za izpolnjevanje.

Statistično obdelavo vrnjenih anketnih vprašalnikov je opravilo podjetje CATI d.o.o. Uporabili so statistični računalniški program SPSS 11.5. Za analizo so uporabili frekvenčne porazdelitve, bivariantno analizo (križanje vprašanj z demografskimi spremenljivkami – crosstabs), za preverjanje statistično značilnih razlik pa test Hi kvadrat (Chi-Square Tests).

Raziskavi »Zdravstvena nega v luči etike« (vprašalnik zelene barve) in »Stres, ki izhaja iz slabe vesti« (vprašalnik rumene barve) je v mesecu oktobru 2003, odobrila Komisija republike Slovenije za medicinsko etiko pri Ministrstvu za zdravje.

V nadaljevanju prispevka bodo na kratko predstavljene osnovne demografske in poklicne značilnosti medicinskih sester, ki so sodelovale v anketi.

Demografske značilnosti anketiranih medicinskih sester

Spol

Zdravstveno varstvo je eno od področij, kjer je delitev poklicev na moške in ženske najbolj vidna. V primerjavi z moškimi ženske v glavnem opravljajo poklice, ki odsevajo običajne ženske vloge, in si manj prizadevajo za službo ali kariero (Oakley 2000). Tradicionalne vrednote, ki diskriminirajo spol, so, da je primarna vloga ženske vloga gospodinje, da je žena možu in mati otrokom. Vse te vloge se med sabo prepletajo. Zdravstvena nega, ki je poklicna dejavnost medicinskih sester, je torej nadaljevanje igranja vloge ženske izven doma.

Obnavljanje poklica medicinske sestre je močno povezano z njenim ženskim značajem. V sociologiji poklicev že dolgo poteka razprava o profesionalnih značilnostih zdravstvene nege. Čeprav ima ta veliko podobnosti z drugimi t.i. paraprofesionalnimi skupinami, pa ima zgodovinsko posebnost, namreč svoj ženski značaj. Strauss v svojem vplivnem članku opazuje, da je zdravstvena nega »skoraj povsem ženska provinca« (Turner, 1995). Njena profesionalizacija je bila omejena zaradi povezave zdravstvene nege z delom ob postelji v ljudskih predstavah. Strauss je opazil, da se je razvila v zvezi s številnimi nedotakljivimi krizami v življenju (smrt, bolezni in rojstvo), ki so tradicionalno pojmovane kot žensko »delo«. Tipične značilnosti zdravstvene nege (nizka plača, malo prestiža, zgodnje in pozne ure dela, kroženje osebja, malo avtonomije) se zdijo določene z glavno značilnostjo medicinskih sester – njihovim spolom (Turner, 1995).

V vseh zahodnih državah je zdravstvena nega še vedno v več kot 9 % ženski poklic. Podobne razmere so tudi v Sloveniji, saj je v tej raziskavi sodelovalo

kar 95 % žensk in le 5 % moških. Razmere se le počasi spreminjajo, saj se podobne razmere odlikavajo tudi v šolstvu: v Sloveniji je bilo konec šolskega leta 2000/01 od vseh študentov, vpisanih na visokih šolah za zdravstvo, 86,5 odstotkov žensk (Statistični letopis RS, 2002).

Tab. 1. *Spol anketiranih medicinskih sester.*

Spol	Število	Odstotek odgovorov
Ženski	461	94,6
Moški	26	5,3
Skupaj odgovorov	487	100,0
Brez odgovora	1	
Skupaj anketiranih	488	

Starost

Med anketiranimi medicinskimi sestrami je bilo največ starih od 35 do 44 let (38 %), kar 88 % pa jih je bilo starih med 25 do 54 let. Starejših od 55 let je bilo 4 %, mlajših od 24 let pa 8 %. Večino je torej predstavljala skupina, ki že ima določene delovne izkušnje in je v najbolj produktivnem življenjskem obdobju.

Tab. 2. *Starost anketiranih medicinskih sester.*

Starost v letih	Število	Odstotek odgovorov
do 24 let	39	8,1
od 25 do 34 let	125	25,9
od 35 do 44 let	183	37,9
od 45 do 54 let	119	24,6
55 let in več	20	4,1
Skupaj odgovorov	483	100,0
Brez odgovora	5	
Skupaj anketiranih	488	

Starost bistveno vpliva na odnos in stališča do etike v zdravstveni negi, kar se je pokazalo v raziskavi Medicinske sestre v Sloveniji iz leta 2001. Kvasova (2003) navaja, da so se pri skupinah, opredeljenih glede na starost, pokazale razmeroma velike razlike. Izsledki analize so pokazali, da starejše pogosteje razmišljajo o etičnosti svojega ravnanja, manj pa opažajo nespoštovanje pravice pacientov do telesne zasebnosti.

Izobrazba

Po uspešno končani osnovni šoli se lahko učence in učenci, ki jih zanima delo na področju zdravstvene nege, napišejo na srednjo zdravstveno šolo, ki traja štiri leta. Šolanje za poklic tehnik zdravstvene nege (od leta 1998, prej naziv zdravstveni tehnik, do leta 1981 pa srednja medicinska sestra) se izvaja na srednjih zdravstvenih šolah po Sloveniji (Kvas, 2001).

Dijaki, ki uspešno končajo štiriletni program zdravstvene usmeritve z opravljeno poklicno maturo in

dijaki z zaključnim izpitom, poklicno maturo ali maturo v kateremkoli štiriletnem srednješolskem programu, lahko nadaljujejo šolanje na Visoki šoli za zdravstvo Univerze v Ljubljani, na Visoki zdravstveni šoli Univerze v Mariboru, od leta 2002 je možen vpis tudi na Visoko šolo za zdravstvo v Izoli. Po končanem šolanju pridobijo naziv diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik in babica/babičar (le v Ljubljani). Diplomirana medicinska sestra je primerljiva z »registered nurse« v evropskih državah.

Kvasova (2003) navaja, da diplomanti/ke vseh treh visokostrokovnih šol v Sloveniji ne morejo nadaljevati šolanja na področju zdravstvene nege na univerzitetni ravni. Nadgraditveni študij zdravstvene nege na univerzitetni ravni je trenutno možen le v tujini (npr. v Angliji, na Švedskem, Nizozemskem, Norveškem, Belgiji, na Danskem, Finskem itd). Kvasova (2003) ugotavlja, da so rezultati raziskave Medicinske sestre v Sloveniji pokazali, da se je leta 2001 formalno izobraževalo 16,6 % anketiranih slovenskih medicinskih sester. Od teh se jih je največ izobraževalo na Visoki šoli za zdravstvo (Ljubljana in Maribor) 62,6 %, Fakulteti za organizacijske vede Univerze v Mariboru (17,7 %), Pedagoški fakulteti (6,1 %), Visoki upravni šoli (3,4 %) in Filozofski fakulteti Univerze v Ljubljani (2,7 %).

Tab. 3. *Izobrazba anketiranih medicinskih sester.*

Stopnja izobrazbe	Število	Odstotek odgovorov
Srednja	265	54,6
Višja	98	20,2
Visoka	102	21,0
Fakulteta	20	4,1
Skupaj odgovorov	485	100,0
Brez odgovora	3	
Skupaj anketiranih	488	

Med anketiranimi medicinskimi sestrami ima 54,6 % srednjo izobrazbo, 41,2 % višjo in visoko ter 4,1 % fakultetno. Izobraževanje pojmuje kot razvoj tistih osebnostnih lastnosti, ki omogočajo oblikovanje avtonomne, kritične in odgovorne osebnosti (Kelly, 1989 cit. v Kroflič, 2001). To so predvsem naslednje osebnostne lastnosti in sposobnosti: empatičnost do drugega, refleksija moralnih dilem, dogovarjanje o skupnih rešitvah konfliktov, motivacija za ustvarjalno reševanje problemskih situacij, metakognitivne sposobnosti itd. Z razvojem teh osebnostnih lastnosti se nedvomno oblikujejo in nadgrajuje odnos do pomembnih vprašanj etike tudi pri medicinskih sestrah.

V raziskavi, opravljeni leta 2001 (Kvas, 2003), so se med skupinami medicinskih sester, opredeljenimi glede na izobrazbo, pokazale relativno velike razlike. Bolj izobražene dajo etičnemu vidiku v zdravstveni negi večjo težo in pogosteje razmišljajo o etičnosti svojega ravnanja. Z izobrazbo se večja tudi opažanje kršitev različnih pravic pacientov.

Poklicne značilnosti anketiranih medicinskih sester

Delovno mesto anketiranih medicinskih sester

V današnjem svetu ima posameznik na razpolago celo vrsto življenjskih alternativ, ki segajo tudi na področje zdravstvenega varstva in zdravstvene nege. Poleg tega ima tudi staranje prebivalstva in širjenje področja, na katerem naj bi delovalo zdravstveno varstvo, močan vpliv na povečanje poklicnih možnosti delavcev v zdravstvu. Tako so se močno povečale predvsem možnosti tistih posameznic med medicinskimi sestrami, ki rade spoznavajo nova področja in ki jim poklicna radovednost predstavlja eno od pomembnih opredelitev življenjskih poti. V Sloveniji ti trendi še niso močni, kažejo pa se v povečanem številu medicinskih sester, zaposlenih v domovih starejših občanov, zasebnih ustanovah, šolah, socialnih in drugih zavodih.

Tab. 4. *Delovno mesto anketiranih medicinskih sester.*

Delovno mesto	Število	Odstotek od vseh
Bolnišnica	253	53,3
Zdravstveni dom	115	24,2
Dom starejših občanov	39	8,2
Posebni zavod	16	3,4
Zasebna ustanova	16	3,4
Šola	9	1,9
Drugo	27	5,7
Skupaj odgovorov	475	100,0
Brez odgovora	13	
Skupaj anketiranih	488	

Največje število anketiranih medicinskih sester je še vedno zaposlenih v bolnišnicah (53,3 %) in v zdravstvenih domovih (24,2 %), na sekundarni ravni zdravstvenega varstva. Luznarjeva (2002) navaja, da pravico do preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni uveljavlja ciljna populacija odraslih v ambulantah splošne/družinske medicine v zdravstvenih domovih in pri zasebnih zdravnikih. Medicinske sestre imajo pomembno vlogo na primarni ravni zdravstvenega varstva. Njihova najpomembnejša naloga je izvajanje primarnega zdravstvenega varstva, zlasti s programirano zdravstveno vzgojo in koordiniranjem ogroženih skupin prebivalcev v zdravstveno-vzgojne programe (učenje zdravega življenjskega sloga).

Število let dela v zdravstveni negi

V zadnjih desetletjih smo na vseh področjih, povezanih s tehniko, priča izredno hitremu razvoju. To seveda močno vpliva tudi na vse poklice v zdravstvenem varstvu. Vedno nova spoznanja zahtevajo od vseh udeležencev zdravljenja in varovanja zdravja nenehno vseživljenjsko izobraževanje. Tudi medicinske sestre vsega znanja ne moremo osvojiti med formalnim šolanjem, zato mora potekati učenje in izobraževanje

kontinuirano vse življenje. Za čim bolj kakovostno in učinkovito zdravstveno nego pa moramo sproti ugotavljati, obnavljati in potrjevati in svoje znanje.

Hitre spremembe tehnologije, večja kakovost storitev v zdravstveni negi, večja ozaveščenost pacientov zahtevajo od medicinskih sester, da se nenehno izobražujemo tudi na delovnem mestu. V učeči se organizaciji smo vse bolj vključene v oblikovanje svojega delovnega mesta, zato moramo tudi same poskrbeti za novo znanje in spretnosti, ki jih bomo pri tem potrebovale. Od nas se pričakuje aktivno iskanje, prevzemanje odgovornost za prenašanje pridobljenega znanja in njegovo uporabo v praksi.

Tab. 5. *Število let dela v zdravstveni negi anketiranih medicinskih sester.*

Število let dela v zdravstveni negi	Število	Odstotek od vseh
Nič	20	4,1
Do 4	52	10,7
5 do 9	59	12,1
10 do 14	54	11,1
15 do 19	60	12,3
20 do 24	111	22,7
25 do 29	63	12,9
30 let ali več	69	14,1
Skupaj odgovorov	488	100,0

Zato je tudi v zdravstvenem varstvu najpomembnejše tisto znanje, ki je nadgrajeno z izkušnjami v praksi. Samo procesa, ki po končani formalni izobrazbi potekata vzporedno in stalno, zagotavljata kakovostno zdravstveno nego. Med anketiranimi medicinskimi sestrami je bilo skoraj 50 % takšnih, ki so imele več kot 20 let delovnih izkušenj. Delovna doba v zdravstvu nedvomno močno vpliva na etičnost ravnanja, kljub temu, da je pogosto povezana s tradicionalno vlogo medicinske sestre (pomočnica zdravniku).

Sklep

Z raziskavo *Zdravstvena nega v luči etike* smo dobili vpogled v razmišljanja, stališča, opažanja slovenskih medicinskih sester do etike. To je prva raziskava v zgodovini zdravstvene nege pri nas, ki obravnava etiko v zdravstveni negi na tako velikem populacijskem vzorcu in zajema vso Slovenijo. Ugotavljamo, da bi bila v nadaljevanju potrebna poglobljena kvalitativna raziskava. Le z nestrukturiranimi ali polstruktuiranimi intervjuji, metodo opazovanja in pripovedmi dobimo odgovore na vprašanja, kdo, kdaj, kje in zakaj deluje etično.

Raziskovanje v zdravstveni negi postaja vedno bolj pomembno, ker omogoča medicinskim sestram pridobivanje novih znanj v dobro pacientov, družin, skupnosti in njih samih, kar vpliva na kakovost in učinkovitost njihovega dela, na zadovoljstvo pacientov in nenazadnje tudi samih izvajalcev zdravstvene nege.

Literatura

1. Hlebec V. Vzorčenje v anketah, 2002. Interno gradivo na Fakulteti za družbene vede. Dostopno na internetni strani (<http://www.fdv.uni-lj.si>, 10. 06. 2002).
2. Košmelj B. Statistika: Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1998: 24–36.
3. Kroflič R. Skupne vrednote in paradigmatične uganke evropske pedagogike: *Sodobna pedagogika* 2001; 52: 30–44.
4. Kvas A. Stališča medicinskih sester do izobraževanja. V: Klemenc D (ur), Pahor M (ur). *Medicinske sestre v Sloveniji*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2001: 84–95.
5. Kvas A. Razlike v odnosu do izobraževanja in zdravja, vrednot, etike in samopodobe medicinskih sester v Sloveniji. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede Ljubljana, 2003.
6. Luznar N. Zdravstvena nega v izvajanju preventive v osnovnem zdravstvenem varstvu. *Obzor Zdr N* 2002; 36: 219–23.
7. Oakley, A. Gospodinja. Ljubljana: Založba * cf, 2000.
8. Peternej K. Medicinske sestre v Sloveniji: predstavitev raziskovalnega vzorca. V: Klemenc D (ur), Pahor M (ur). *Medicinske sestre v Sloveniji*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2001: 61–5.
9. Statistični letopis 2002. Statistični urad Republike Slovenije. Ljubljana: Statistični letopis RS, 2002.
10. Turner B.S. *Medical power and social knowledge* (second edition). Sage Publications: London, 1995.
11. Wilson, K. Zdravstvena nega – uvod v raziskovalno delo. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, 20002.