

Izvirni znanstveni članek / Original article

EMPATIJA IN ZNAČILNOSTI UDELEŽENCEV IZOBRAŽEVANJA V PROGRAMU BOLNIČAR – NEGOVALEC

EMPATHY AND THE PERSONALITY TRAITS OF THE NURSE ASSISTANT TRAINING
PROGRAMME STUDENTS

Špela Hvalec, Klavdija Kopal Straus

Ključne besede: bolničar – negovalec, izobraževanje odraslih, empatija

Key words: nurse assistant, adult education, empathy

IZVLEČEK

Izhodišča: Izobraževanje je postalo nuja in potreba sodobnega časa. Vedno več oseb se za izobraževanje odloča tudi izven rednega izobraževanja. Eden izmed poklicev, za katerega je mogoče pridobiti izobrazbo tudi v procesu izobraževanja ob delu, je bolničar – negovalec. Bolničar – negovalec je human poklic, ki od posameznika zahteva veliko stopnjo empatije, zato je velikega pomena, kdo so osebe, ki se za ta poklic odločajo. Poklic je lahko human le toliko, kolikor so humani njegovi izvajalci.

Namen: Namen raziskave je identificirati, kdo so osebe, ki se vključujejo v program izobraževanja odraslih bolničar – negovalec, in kdo so drugi pomembni akterji, ki v procesu izobraževanja sodelujejo (iniciator, plačnik izobraževanja ...). V drugem delu raziskave smo želeli ugotoviti, koliko empatije premorejo udeleženci izobraževanja, in dobljene rezultate primerjati z rezultati, dobljenimi v skupini anketiranih, zaposlenih na področju zdravstvene nege in oskrbe v Domu upokojencev Idrija.

Metoda: Teoretični del raziskave temelji na deskriptivni metodi dela. Empirični del raziskave ima kvantitativni značaj. Podatki so bili zbrani s pomočjo dveh strukturiranih anketnih vprašalnikov. Za prvi del raziskave je bil oblikovan vprašalnik z dvanajstimi vprašanji zaprtega tipa. Z njim smo želeli identificirati značilnosti oseb, ki se vključujejo v program izobraževanja odraslih bolničar – negovalec. V drugem delu raziskave smo uporabili anketni vprašalnik Lestvica empatije. Vprašalnik je bil namenjen analizi stopnje empatije med skupino udeležencev izobraževanja in skupino zaposlenih na področju zdravstvene nege in oskrbe v Domu upokojencev Idrija. Raziskava temelji na priložnostnem vzorcu. Za sodelovanje v raziskavi se je odločilo dvajset udeležencev izobraževanja in 33 zaposlenih na področju zdravstvene nege in oskrbe v Domu upokojencev Idrija. Pridobljeni podatki so bili analizirani in grafično predstavljeni s pomočjo programskega orodja Excel. Ugotovitve raziskave so predstavljene s pomočjo deskriptivne metode dela.

Rezultati: Na podlagi izvedene raziskave smo ugotovili, da večino udeležencev izobraževanja v programu bolničar – negovalec predstavljajo osebe ženskega spola. 85 % udeležencev

ABSTRACT

Introduction: Training and continuing education has become an imperative demand of modern times. More and more people decide to take part in training also outside the formal education sector. This applies also to the adult part-time training of nurse assistants. The profession of nursing on all levels is a humane profession which requires that nursing care providers possess certain personal traits, including empathy. Humaneness of a profession can be obtained and maintained only if it is performed by humane professionals.

Aim: The research attempted to identify the type of individuals enrolled in the programme and others involved in the implementation of training. The second part of the research explored the personality traits of the training participants with special emphasis on their empathy levels. The data obtained were compared with the personal characteristics as identified for the nursing personnel of the Nursing home in Idrija.

Methods: A descriptive method of research was used in the exploration and collection of data through two structured questionnaires. The first questionnaire, targeting at personality traits consisted of twelve closed-ended questions. The second questionnaire, entitled the Scale of empathy, was developed to establish the empathy levels of the training participants and the nursing personnel in the Nursing home Idrija. The research is based on a random survey respondent sample. Included in the study were 20 students and 22 employees of the nursing home. The obtained research data were analysed and graphically presented using Excel programmes and the findings are presented descriptively.

Results: Research results show that most of the students are female, over 31 years of age (85%), with 21-25 years of working experience. A vast majority of the students pay for their education themselves. They entered the training programme on their own initiative and wish to continue their education after they have concluded the present training programme. The T-value was calculated to determine whether there are significant differences between the two groups with respect to the level of empathy. A

izobraževanja je starejših od 31 let, z 21–25 leti delovne dobe, med katerimi si velika večina izobraževanje financira sama. Večina udeležencev izobraževanja se je v izobraževanje vključila na lastno pobudo in bi izobraževanje želela nadaljevati tudi po zaključku izobraževanja v programu bolničar – negovalec.

V drugem delu raziskave smo s pomočjo izračunane statistične pomembnosti t-vrednosti ugotovili, da med primerjanima skupinama večjo stopnjo empatije izkazujejo posamezniki, vključeni v proces izobraževanja. Le-ti so v odnosih do drugih bolj umirjeni ($p = 0,00^{**}$), izkazujejo večjo socialno samozaupanje ($p = 0,02^{*}$) in so hkrati tudi bolj nekonformistični ter bolj občutljivi v odnosih (vendar razliki na zadnjih dveh dimenzijah nista statistično pomembni) kot udeleženci raziskave, ki so zaposleni na področju zdravstvene nege in oskrbe v Domu upokojencev Idrija.

Diskusija in zaključek: Bolničar – negovalec je oseba, ki v skladu s svojimi kompetencami lahko stori veliko za pacienta ali varovanca. Pričakovati gre, da bo zaradi zahtev po racionalizaciji in minimiziranju stroškov dela profil bolničarja – negovalca v socialnovarstvenih ustanovah, kjer se izvaja zdravstvena nega, vedno pogostejše zastopan. Zato je zelo pomembno, kdo bodo ljudje, ki ga bodo opravljali.

Uvod

Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 40/2006) bolničarja – negovalca uvršča med zdravstvene sodelavce. Fink in Černelč (2005) poklic bolničarja – negovalca definirata kot human poklic. Human je tisti, ki kaže v odnosu do okolja pozitivne moralne lastnosti, je človeški, ima namen pomagati ljudem in je človekoljuben (Slovar, 2005). Bolničar – negovalec je usposobljena oseba za nego in pomoč oskrbovancu pri tistih življenjskih potrebah, ki jih oskrbovanec ne more opravljati sam (Fink, Černelč, 2005). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije na svoji internetni strani bolničarja – negovalca opiše kot osebo, ki je zaključila triletni poklicni izobraževalni program za področje pomoči in oskrbe. Navaja, da bolničar – negovalec kot sodelavec negovalnega tima varovancu¹ nudi pomoč pri tistih življenjskih potrebah, ki jih varovanec ne more opraviti sam in potrebuje pomoč druge osebe (Zdravstvena, 2009). Po zakonu o zdravstveni dejavnosti (2004) mora za samostojno delo opravljanja pomoči in oskrbe opraviti pripravništvo v trajanju šestih mesecev in strokovni izpit. Hajdinjak in Meglič (2006) kot nosilko stroke zdravstvene nege opredeljujeta medicinsko sestro z najmanj visoko strokovno izobrazbo, pod vodstvom in nadzorom medicinske sestre se v izvajanje zdravstvene nege vključuje zdravstveni tehnik², bolničarja – negovalca pa avtorici ne opredeljujeta kot izvajalca zdravstvene nege. Na drugi strani Zavod za

higher degree of empathy was established among the students, they are also more self-composed ($p = 0,00^{**}$) and sensitive while expressing more self-confidence ($p = 0,02^{*}$) and non-conformity than the employees of the nursing home.

Discussion and conclusion: Nurses are healthcare professionals who care for individuals, families, and communities throughout their life span. Their responsibility is to ensure quality care for all through their professional competencies and continuing education. The current dismal economic situation will many a time compel the health institutions to employ nurse assistants who should possess adequate professional knowledge and expressed positive personality traits.

zdravstveno zavarovanje Slovenije (Normativ, 2010) v Normativu dela za storitev »dan zdravstvene nege« v domovih za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodih, bolničarja – negovalca kategorizira kot kader zdravstvene nege, kar ne ustreza načelom teorije zdravstvene nege. Področje dela z opredelitvijo kompetenc in poklicnih aktivnosti, poskuša urejati tudi dokument Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi (Železnik et al., 2008), ki bolničarja opredeljuje kot osebo, ki izvaja oskrbo kot organizirano obliko pomoči pacientom, invalidnim osebam, stanovalcem in uporabnikom storitev.

Dejstvo je, da je bolničar – negovalec v ustanovah institucionalnega varstva starejših na področju zdravstvene nege in oskrbe kader, ki številčno dominira (Kobal Straus, Kalan, 2007). Torej gre za kader, ki ima v teh ustanovah veliko vlogo in katerega delo poteka v stalni interakciji z uporabniki storitev institucionalnega varstva starejših. Izobraževanje je tisto, ki vpliva na moč ali slabost poklica, je ključ za razvoj dobre prakse zdravstvene nege (Filej, 2001), kakovost dela je v veliki meri odvisna od vrednot, ki jih imajo posameznik in pripadniki določene profesionalne skupine (Grbec, 2000). Vrednote so opredeljene kot nekaj zaželenega, vrednega in pomembnega ter se v pravem pomenu besede oblikujejo šele v obdobju adolescence (Musek, 1997). Pomemben pogoj za njihovo oblikovanje namreč predstavljajo ustrezne zmožnosti formalno-logičnega mišljenja. Ko se vrednote oblikujejo, kažejo tendenco k relativni stabilnosti in trajnosti (Lešnik Musek, 1996).

¹ Na področju institucionalnega varstva je poimenovanje uporabnika storitev dokaj neenotno. Zasledi se izraze starostnik, stanovalec, varovanec, oskrbovanec ipd. V članku uporabljamo poimenovanje, uporabljeno v citirani literaturi.

² Nova terminologija za zdravstvenega tehnika uporablja formulacijo medicinska sestra (V. stopnja izobrazbe).

Kot ugotavlja Ščavničar (2003), podporni odnos varovancu lahko nudimo le s pristnostjo, brezpogojnim pozitivnim sprejemanjem varovanca in empatijo. Empatija ni etično, spolno, rasno ali genetsko pogojena. Gre za sposobnost, ki jo lahko razvije vsak (Gerling, 2000). Ljudje preživimo znaten delež svojega življenja v družbi in interakciji z drugimi ljudmi, v poskusu razumevanja občutkov drugih, ki so lahko ključnega pomena za ustrezno ravnanje in obnašanje v določenem družbenem okolju (Hein, Singer, 2008). Razvoj empatije pogosto zanemarimo, kar ni le na škodo posameznika, ampak celotne družbe (Minh Hien, 2008). Koncept empatije je bil prvotno zasnovan na področju psihoterapije in predstavlja psihološko strategijo, ki omogoča skrbnikom, da nudijo podporo osebam, ki se spopadajo z močnimi čustvi, kot sta žalost in jeza. Empatija je sposobnost predstavljati si, kaj čuti druga oseba. Gre za proces brez aktivacije lastnih čustev in čeprav to, kar si predstavljamo, ni nikoli natančno tisto, kar čuti druga oseba, nam omogoča, da se temu zelo približamo (Lussier, Richard, 2007). Empatija pomeni sposobnost vstopiti v občutke drugega in se pomembno razlikuje od sočutja. Sočutje je način delitve čustev, kot sta žalost ali tesnoba, in lahko izkrivlja jasnost razmišljanja, kar je za zaposlene na področju zdravstvene nege in oskrbe lahko nevarno. Empatija ne pomeni čustvene in osebne vpletenosti (The importance, 2009), kajti čustvena vpletenost vodi do traumatskega stresa (Regehr, Goldberg, Hughes, 2002). Sposobnost empatije je temeljna predpostavka vsakega nudenja pomoči. Empatija zdravstvenemu osebjemu omogoča doumeti položaj drugega, videnje z druge perspektive, s čimer lažje ugotovimo dejanske potrebe posameznika po zdravstveni negi (Greiner, 1989). Je močno komunikacijsko orodje, ki izboljšuje terapevtsko učinkovitost, povečuje učinkovitost zbiranja informacij in v ospredje postavlja uporabnika storitev (Hardee, 2003), pri čemer velja izpostaviti, da mlajši empatiji pripisujejo manjši pomen kot starejši (Mercer et al., 2005). Empatično komuniciranje ustvarja temelje za zaupanje, spoštuje avtonomijo in dostojanstvo osebe, izraža skrb in odgovornost za drugega (Ule, 2010). Empatijo ureničujemo na najrazličnejše načine v vseh medčloveških situacijah (Fengler, 2007). Za sodobne družbe je značilna potreba po podpornem in empatičnem komuniciranju (Lupton, 1996). Empatija ni le odnos. Je proces, ki zajema afektivne, kognitivne in vedenjske dejavnosti (Larson, Yao, 2005). Pomeni razumeti bolečino in probleme drugega in čutiti razbremenitev ter zadovoljstvo ob rešitvi problema. Pri empatiji ne gre samo za prenos čustev, ampak za prevzem celotnega partnerjevega pogleda na stvari. Gre za razumevanje položaja drugega, postavitve v stališče drugega in občutenje emocij, ki so del te pozicije. Proces empatije je večkrat otežen zaradi pomanjkanja lastnih izkušenj, ki bi nam omogočala vživetje v situacijo drugega (Ule, 2009).

Empatija predstavlja večdimenzionalni koncept, ki vsebuje moralno, kognitivno, emocionalno in ve-

denj-sko komponento. Tako lahko klinično empatijo definiramo kot sposobnost komunikacije, ki omogoča razumevanje situacije posameznika, njegove perspektive in občutkov ter sposobnost preverjanja točnosti razumevanja in delovanje, ki je uporabniku storitev v pomoč (Mercer, Reynolds, 2002). Kljub temu, da je empatija ključna v vseh razmerjih pomoči, pri profesionalnih izvajalcih storitev pomoči pogosto ni prisotna. Pomen in vpliv empatije v odnosu izvajalcev storitev zdravstvene nege je eden ključnih elementov kakovosti zdravstvene nege (Reynolds, Scott, 2008). Zavedati se je potrebno, da empatija pomeni razumevanje uporabnika storitve v njegovem čustvovanju in željah, čutenju in hotenju, mišljenju in načrtovanju, kot da bi bili mi sami v njegovi koži. Tako stopnjo identifikacije pa smemo do sebe vselej zahtevati le kratek čas, kajti vse, kar je prekomerno, lahko posledično ogroža našo osebnost. Izgubo empatije pogosto povzročajo preveliko število uporabnikov storitev ali srečanj, preveč drugih obveznosti in premalo časa za počitek (Fengler, 2007). Empatija na področju zdravstvene nege predstavlja fenomen izven dimenzij znanstvenega znanja in spretnosti, katerega spremljanje bi pomagalo poudariti nevidno delo na področju zdravstvene nege (Yu, Kirk, 2008). Empatija je osebna lastnost in večšina, ki je potrebna v poklicih pomoči (Ščavničar, 2003). Bolničar – negovalec je gotovo eden takih poklicev.

Namen

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kdo so osebe, ki se vključujejo v program izobraževanja odraslih bolničar – negovalec, kdo je bil pobudnik in kdo financer izobraževanja, kakšne so ambicije udeležencev glede nadaljnega izobraževanja in na katerem področju dela se vidijo v prihodnosti. Prav tako smo želeli ugotoviti, koliko empatije premorejo udeleženci. Sposobnost vživljanja (kot emocionalni odziv, ki ni le razumevanje čustvenega doživljanja drugega, temveč vključuje tudi opazovalčevo afektivno doživljanje), s katero lahko opredelimo empatijo, je pri delu bolničarja – negovalca pomembna.

Znotraj konstrukta empatije nas je zanimalo socialno samozaupanje, umirjenost, občutljivost in nekonformizem. Socialno samozaupanje se nanaša na občutljivost na socialna pričakovanja drugih, ki omogočijo ustrezno odzivanje in posledično na osnovi pozitivnih povratnih informacij pridobivanje socialnega samozaupanja. Dejavniki občutljivosti vključuje emocionalno odzivnost in tudi težnjo po socialni sprejetosti. Nekonformizem pomeni odprtost za nove informacije, vključno tiste, ki kažejo na psihično stanje drugih (Lamovec, 1988). Dimenzijo umirjenosti pa najbolje pojasnimo, če predstavimo njeno nasprotje – razburljivost (oseba ima toliko opraviti sama s seboj, da se ne more ukvarjati še z drugimi).

Metoda

Instrumentarij

Teoretični del raziskave temelji na deskriptivni metodi dela. Podatki za potrebe prispevka so bili pridobljeni s pomočjo analize literature. Vir podatkov je bila obstoječa domača in tuja literatura ter podatki, pridobljeni iz spletnih virov. Literatura je bila iskana po vzajemni bibliografsko-kataložni bazi podatkov COBIB.SI, podatkovnih bazah: InterScience, PubMed, Canadian Family Physician in Penn Libraries University of Pennsylvania ter s pomočjo ročnega pregleda tiskanih gradiv. Ključne besede za iskanje literature so bile: izobraževanje odraslih, bolničar – negovalec in empatija.

Empirični del ima značilnosti kvantitativne raziskave in je sestavljen iz dveh sklopov. V prvem sklopu je bil za potrebe raziskave oblikovan strukturiran vprašalnik, ki je obsegal dvanajst vprašanj zaprtega tipa. Prvi del anketnega vprašalnika je obsegal demografske podatke, drugi del se je nanašal na vprašanja, povezana s financiranjem, dajanjem pobude za odločitev za izobraževanje ter željami glede nadaljevanja izobraževanja.

V drugem sklopu smo za proučevanje stopnje empatije uporabili anketni vprašalnik Lestvica empatije (Lamovec, 1988). Vprašalnik vsebuje 64 trditev, na katere udeleženci odgovarjajo z da/ne. Instrument meri štiri dimenzije empatije: socialno samozaupanje, umirjenost, občutljivost in nekonformizem. Dobljeni rezultati dveh proučevanih skupin so bili primerjani s pomočjo izračuna statistične pomembnosti razlik na posamezni dimenziji empatije med dvema neodvisnima vzorcema (t-vrednosti).

Anketiranje je potekalo januarja 2009. Rezultati so predstavljeni s pomočjo deskriptivne statistike.

Opis vzorca

Za sodelovanje v prvem delu raziskave je bila naprošena celotna populacija udeležencev izobraževanja odraslih (23 oseb) v programu bolničar – negovalec, ki je potekalo v Idriji v šolskem letu 2008/2009. Vrnjenih in v celoti izpolnjenih smo dobili dvajset vprašalnikov (odzivnost 86,96 %).

V drugem delu raziskave smo želeli izvesti primerjavo med potencialnimi kandidati za bolničarja – negovalca. Ta del raziskave je bil izveden na dveh nivojih – med udeleženci izobraževanja, ki so se odločili sodelovati v prvem delu raziskave (20 oseb), in med priložnostnim vzorcem zaposlenih na področju zdravstvene nege in oskrbe v Domu upokoencev Idrija (DUI). Na nivoju zaposlenih v DUI je bila k sodelovanju povabljen celotna populacija zaposlenih na področju zdravstvene nege in oskrbe (42 oseb). Za sodelovanje v raziskavi se je odločilo 33 oseb (odzivnost 87,52 %).

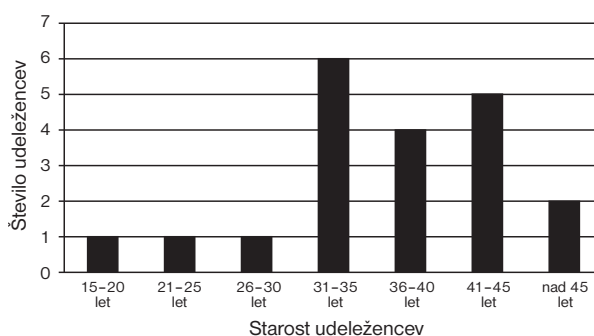
Obdelava in predstavitev podatkov

Pridobljeni podatki so bili analizirani in predstavljeni s pomočjo programskega paketa Microsoft Excel.

Rezultati

Sklop raziskave – udeleženci izobraževalnega programa bolničar – negovalec

V prvem sklopu raziskave je sodelovalo dvajset udeležencev izobraževanja odraslih v programu bolničar – negovalec, ki je v šolskem letu 2008/2009 potekalo v Idriji. 75 % teh oseb predstavljajo osebe ženskega spola. Najštevilčnejšo starostno skupino predstavljajo osebe v starosti 31–35 let (Sl. 1).

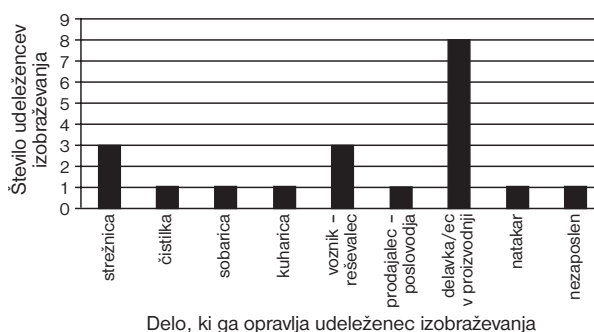


Sl. 1. Število udeležencev glede na starost.

Figure 1. Number of participants by age.

Glede področja trenutne zaposlitve je bilo v raziskavi ugotovljeno, da sta delež zaposlenih v gospodarstvu (45 %) in delež zaposlenih v negospodarstvu (50 %), primerljiva. En udeleženec raziskave (5 %) je bil v času izobraževanja nezaposlen. Glede na delo, ki ga trenutno opravljajo, je največ (6) udeležencev izobraževanja zaposlenih v proizvodni dejavnosti (Sl. 2).

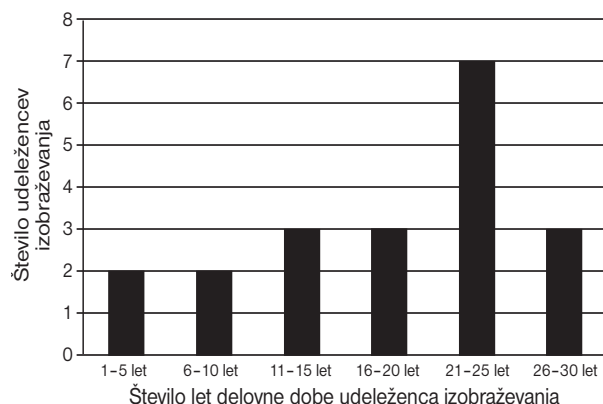
Analiza rezultatov kaže, da ima 60 % anketirancev ob vključitvi v izobraževanje že pridobljeno enako ali višjo stopnjo izobrazbe. V 70 % (14 oseb) si anketiranci



Sl. 2. Udeleženci glede na delo, ki ga trenutno opravljajo.

Figure 2. Participants by their current work.

izobraževanje v programu bolničar – negovalec financirajo sami. Preostali primeri so različni: eni osebi je plačnik delodajalec, eni osebi je izobraževanje financiral Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje, v preostalih 20 % gre za razne kombinacije financiranja izobraževanja ali pa plačilo izobraževanja še ni bilo dokončno dogovorjeno. Iz rezultatov je tudi razvidno, da ima kar 50 % anketirancev za seboj delovni staž, dolg 21 let ali več (Sl. 3).



Sl. 3. Udeleženci glede na število let delovne dobe.

Figure 3. Participants by years of working experience.

V raziskavi smo želeli ugotoviti, kolikšen delež anketiranih že ima delovne izkušnje na področju zdravstvene nege in oskrbe. 65 % anketiranih odgovarja, da delovnih izkušenj na tem področju nimajo, 35 % jih navaja, da na tem področju že imajo izkušnje.

Sklop raziskave – primerjava stopnje empatije med udeleženci izobraževanja in zaposlenimi v zdravstveni negi in oskrbi v Domu upokojencev Idrija

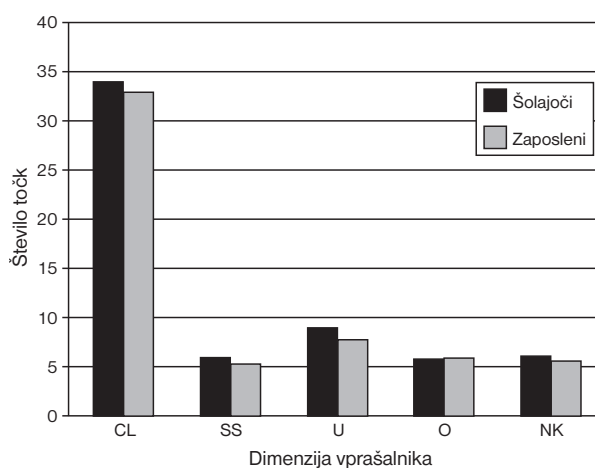
Udeleženci izobraževanja izkazujejo večjo mero empatije kot zaposleni na področju zdravstvene nege in oskrbe v domu upokojencev (Sl. 4).

Razpr. 1. Statistična pomembnost razlik med udeleženci izobraževanja in zaposlenimi v zdravstveni negi glede na posamezno dimenzijo empatije.

Table 1. Statistically significant difference between the training participants and the nursing personnel with regards to individual items of empathy.

Dimenzija empatije	t-vrednost	df	Stat. pomembnost
Socialno samozaupanje	2,72	52	0,02*
Umirjenost	2,75	52	0,00**
Občutljivost	0,87	52	0,13
Nekonformizem	0,36	52	0,83

* $p < 0,05$; ** $p < 0,00$



CL – celotna lestvica; SS – socialno samozaupanje; U – umirjenost; O – občutljivost; NK – nekonformizem

Sl. 4. Prikaz rezultatov pri posameznih dimenzijah empatije.

Figure 4. Results of each individual item of empathy.

Izračunane statistične pomembnosti t-vrednosti nam pokažejo, da udeleženci izobraževanja izkazujejo statistično pomembno višjo stopnjo empatije pri dimenzijah umirjenosti in socialnega samozaupanja, medtem ko razliki pri dimenzijah občutljivosti in nekonformizma nista statistično pomembni (Razpr. 1).

Razprava

Podatki raziskave kažejo, da večino udeležencev izobraževanja bolničar – negovalec, ki je leta 2008/2009 potekalo v Idriji, predstavljajo osebe ženskega spola. Ugotovitev lahko, kot navaja Pahor (2000), povežemo s tradicionalno zdraviteljsko in negovalno ali skrbstveno vlogo žensk v družini in skupnosti. Prav tako lahko dobljeni podatek povežemo tudi z v letu 2007 izvedeno Anketo o izobraževanju odraslih (Anketa, 2009), iz katere je razvidno, da je vključenost žensk v izobraževanje odraslih višja kot vključenost moških. Kar 85 % anketiranih je starejših od 31 let, od tega jih je 55 % starejših od 36 let, kar je v nasprotju z ugotovitvami Statističnega urada Republike Slovenije (SURs) (Anketa, 2009), po katerih naj bi delež vključenih v izobraževanje odraslih po 35. letu starosti strmo upadal. Že iz podatka o starosti udeležencev in dejstva, da ima 40 % udeležencev zaključeno zgolj osnovnošolsko izobraževanje, lahko sklepamo na število let delovne dobe. Največ udeležencev ima 21–25 let delovne dobe. Torej gre za osebe, ki imajo na različnih delovnih področjih bogate delovne izkušnje. Prav tako ne gre prezreti dejstva, da je število let delovne dobe pogosto tudi število let od zadnje vključenosti v formalno izobraževanje in prav oddaljenost zadnje vključitve v izobraževanje udeleženci izobraževanja pogosto navajajo kot enega

najbolj stresnih dejavnikov v procesu ponovnega izobraževanja.

Deleža zaposlenih na področju gospodarstva in negospodarstva sta dokaj primerljiva. Osebe, zaposlene na področju negospodarstva, prihajajo s področja zdravstva in institucionalnega varstva starejših oseb. Zaposlujejo se za vrsto del strežnica, čistilka, kuharica, voznik – reševalec. Večina udeležencev s področja gospodarstva je zaposlenih kot delavka/ec v proizvodnji. Velik delež udeležencev (65 %) še nima delovnih izkušenj na področju zdravstvene nege in oskrbe, zato ne preseneča, da večina udeležencev izraža željo po vsaj enakem deležu praktičnih in teoretičnih učnih vsebin v procesu izobraževanja, kar je tudi v skladu z novjšimi smernicami v izobraževanju (Kristol et al., 2007).

Raziskava je pokazala, da si kar 70 % anketiranih izobraževanje financirajo sami. Ob dejstvu, da je večina udeležencev zaposlenih za vrsto del, ki so običajno slabše plačana (čistilka, strežnica, sobarica, delavec v proizvodnji ipd.), lahko predpostavljamo, da izobraževanje predstavlja precejšnje finančno obremenitev tako za posameznika kakor njegovo družino. Ena oseba, vključena v izobraževalni program bolničar – negovalec, je bila v času izobraževanja brezposelna. Ob tem velja izpostaviti, da brezposelni vstopajo v izobraževalni proces pod drugačnimi pogoji kot zaposleni. Pogosto jih v izobraževanje usmeri Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje (ZRSZ), ki jim tudi plačuje šolnino (Žagar, 2004), kar je potrdila tudi naša raziskava. Na tej točki tudi ne moremo mimo dejstva, da je formalno izobraževanje eden izmed ukrepov aktivne politike zaposlovanja (Katalog, 2010). Po podatkih Službe za zaposlovanje je bilo v šolskem letu 2008/09 (do konca maja 2009) v okviru aktivne politike zaposlovanja v formalno izobraževanje vključenih 1880 brezposelnih oseb. Od tega kar 110 oseb v program bolničar – negovalec (6 oseb v Celju, 6 v Kopru, 10 v Kranju, 42 v Ljubljani, 21 v Mariboru, 5 v Murski Soboti, 6 v Novi Gorici, 3 v Novem mestu, 2 na Ptuj, 2 v Sevnici, 1 v Trbovljah in 6 oseb v Velenju). Po podatkih prej omenjene službe večino zaposlenih, ki se izobražujejo v okviru aktivne politike zaposlovanja, predstavljajo ženske, stare 26–46 let, brez poklicne oz. strokovne izobrazbe. Žal ZRSZ ne operira s podatkom, koliko vključenih v izobraževanje za poklic bolničar – negovalec izobraževanje tudi dejansko zaključijo in se v tem poklicu tudi zaposli. V skladu z dejanskimi potrebami trga zaposlovanja je raziskava pokazala, da se večina anketiranih v prihodnosti vidi zaposlenih na področju socialnega varstva, torej v domovih za starejše. Pri tem ne moremo mimo dejstva, da so starostniki heterogena skupina z velikimi razlikami v zdravstvenem stanju, zato je zdravstvena nega in oskrba starostnika izjemno kompleksna in zahtevna (Železnik, 2010). »Zdravstvena nega je profesija, za katero so značilne intelektualne operacije z veliko individualne odgovornosti« (Filej,

2009), zato je pomembno, da se izvaja v skladu s kompetencami posameznega profila zaposlenih, česar se bodo morali v kontekstu vedno pogostejših ukrepov racionalizacije poslovanja zavedati tudi ključni akterji oblikovanja kadrovskih normativov na področju zdravstvene nege in oskrbe.

Odločitev za vključitev v izobraževanje odraslih običajno temelji na ugotovljenem razkoraku med obstoječim in želenim znanjem. Iz tega izhaja velika motiviranost in zavedanje o pomenu izobrazbe za zaposlitev (Radovan, 2003). Raziskava je pokazala, da se je 80 % anketiranih v izobraževanje vključilo na lastno pobudo. Prav tako jih večina z izobraževanjem želi nadaljevati, kar jih dela visoko motivirane v procesu izobraževanja. Samomotivacija je ključni element uspešnega soočanja z izobraževanjem, kar odraslim omogoča, da bolj vrednotijo znanje in so s tem pripravljeni na večje vložke vanj (Živec, 2007).

V drugem sklopu raziskave je bila izvedena primerjava empatije med vzorcema zaposlenih na področju zdravstvene nege in oskrbe v Domu upokojencev Idrija in vzorcem vključenih v program izobraževanja odraslih v programu bolničar – negovalec, ki je potekalo v letu 2008/2009 v Idriji. Analiza rezultatov, pridobljenih s pomočjo uporabe Lestvice empatije, povzete po Lamovec (1988), kaže, da udeleženci izobraževanja izkazujejo večjo mero empatije kot zaposleni na področju zdravstvene nege in oskrbe v DUI. Šolajoči se udeleženci imajo višje socialno samozaupanje (v smislu občutljivosti na socialna pričakovanja drugih, ki omogočijo ustrezno odzivanje in posledično na osnovi pozitivnih povratnih informacij pridobivanje socialnega samozaupanja) in višjo stopnjo umirjenosti. Razliki na navedenih dveh dimenzijah empatije sta tudi statistično pomembni. Hkrati pa so udeleženci izobraževanja tudi bolj nekonformistični; torej bolj odprti za informacije. Najmanjšo razliko med vključenima vzorcema udeležencev smo dobili na dimenziji občutljivosti, ki se nanaša na emocionalno odzivnost in težnjo po socialni sprejetosti.

Zaključek

Pogosto slišani slogan »Živimo v času, ko je edina stalnica to, da nič ni stalno,« se odraža tudi na področju izobraževanja. Permanentno izobraževanje je imperativ sodobnega časa (Hoyer, 2004). Prepričanja, zaradi katerih smo nekoč na neki točki zaključili izobraževanje, se z leti spremenijo. Razvoj izobraževanja in učenja odraslih je ključni dejavnik za višanje ravni znanja in usposobljenosti za različne življenjske vloge, izboljševanje kakovosti življenja vsakega posameznika, izenačevanje možnosti in povečevanje socialne vključenosti ter za napredek stroke (Resolucija, 2004). Osrednja težnja zdravstvene nege skozi zgodovino ostaja zagotavljanje kakovosti in varnosti za bolnika/uporabnika storitev, ki jo lahko dosežemo le s kontinuiranim izo-

braževanjem, povezovanjem teorije, praktičnega znanja in jasnim definiranjem kompetenc (Cronenwett et al., 2007). Šušteršič (1994) je že pred več kot desetletjem zapisala, da nosilka zdravstvene nege ostaja višja (danes diplomirana) medicinska sestra. V negovalnem timu pa bosta v prihodnosti delovala višja medicinska sestra in zdravstveni tehnik. S procesom postopne spremembe je potrebno pričeti takoj in doseči, da bolničar ne bo več član negovalnega tima, ker ga bo na delih in nalogah, ki jih opravlja, postopno nadomestil zdravstveni tehnik.

To se do danes ni zgodilo. Bolničar – negovalec je oseba, ki v skladu s svojimi kompetencami lahko stori veliko za bolnika ali varovanca. In kakor je zapisala že Klemenc (2003), se moremo vprašati, ali je bistvo delovanja izključno zdravstvena nega ali tudi oskrba bolnika, ki jo v veliki meri izvajajo prav bolničarji – negovalci. Zakonodaja nam izobraževanje omogoča in določa, da se v izobraževanje po javno veljavnih izobraževalnih programih za odrasle lahko vključijo odrasli, ki izpolnjujejo pogoje glede predhodne izobrazbe ali posebnih psihofizičnih sposobnosti, predpisanih za vključitev (Zakon, 2006). Analiza značilnosti udeležencev v izobraževanju izkazuje, da osebe prihajajo z različnih delovnih področij, z različnimi predznanji in interesi. Žal se osebnostne primernosti kandidatov za poklic bolničar – negovalec ne preverja. Marsikdaj se zlasti mladi ljudje, ki se odločajo za poklice zdravstvene nege in oskrbe ne zavedajo, da je to odločitev, ki pomeni tudi izbiro določenega življenjskega sloga in sprejetje in ponotrnanje številnih etičnih načel in vrednot, ki vplivajo na mišljenje, osebnost in življenjski slog posameznika (Naka, Kvas, 2004). Rešitev bi morda predstavljala že ukinitve programa v okviru rednega izobraževanja, ko vanj vstopajo in iz njega izhajajo ljudje, ki za opravljanje poklica niso (še) osebnostno in predvsem čustveno dozoreli. Velikega pomena pri delu so vrednote in empatija, ki jo osebe, ki vstopajo in delujejo v poklicu, premorejo. Oseba z višjo stopnjo empatije lažje razume posameznika, s katerim je v določeni socialni interakciji. Z razumevanjem čustvenega in psihološkega stanja druge osebe tudi lažje razumemo dejanja druge osebe ne glede na to, ali jih odobravamo ali ne (Lužar - Nešović, 2006). Pogosto se v tovrstnih situacijah kot pozitivno izkaže delovanje institucije, v katerih se ti mladi ljudje zaposlujejo. Institucija namreč posreduje skupek vrednot, ki so relativno neodvisne od posameznikov in predstavljajo etično ogrodje celotne institucije. Ob vključitvi zaposlenega v institucijo te vrednote že čakajo nanj in obstaja velika verjetnost, da se jim bo zaposleni z leti približal in jih ponotrnanil (Fengler, 2007), zato je velikega pomena, kakšno je jedro institucij, v katerih se bo ta kader zaposloval. Napovedujejo nam vedno večjo omejenost sredstev. Pričakujemo preoblikovanja današnjih javnih zavodov v smislu javno-zasebnega partnerstva in s tem najbrž večje težnje po zaslužkih. Zato je potrebno ozavestiti, da bolničar – negovalec ne bo poklic, ki se ga bomo

»znebili«, ampak bo najbrž v prihodnosti v ustanovah, kjer se izvaja zdravstvena nega in zdravljenje, vedno pogosteje zastopan. Zato je zelo pomembno, kdo bodo ljudje, ki ga bodo opravljali. Izbira poklica pomeni, da smo svoje delovno življenje zasidrili korak stran od izkustev jeze, bolečine, razdora, nemoči. Kdor tega ne zmore ali mu je vsega hitro zadosti, bi moral razmisliti, ali si je izbral pravi poklic (Fengler, 2007).

Literatura

1. Anketa o izobraževanju odraslih, Slovenija, 2007. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije; 2009. Dostopno na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=2286 (13. 12. 2009).
2. Cronenwett L, Sherwood G, Barnsteiner J, Disch J, Johnson J, Mitchell P et al. Quality and safety education for nurses. *Nurs Outlook*. 2007;55(3):122–31.
3. Fengler J. Nudenje pomoči utruja: o analizi in obvladovanju izgorelosti in poklicne deformacije. Ljubljana: Temza; 2007: 17, 25, 45, 134, 143.
4. Filej B. Organizacijsko spreminjanje v zdravstveni negi je odvisno od vsake posamezne glavne medicinske sestre zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodov. *Obzor Zdr N*. 2009;43(1):3–11.
5. Filej B. Profesionalna načela v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N*. 2001;35(3–4):71–4.
6. Fink A, Černelč ME. Pomoč in oskrba 2. Učbenik za predmet v 2. in 3. letniku srednjega poklicnega izobraževanja. Ljubljana: DZS; 2005: 20.
7. Gerling K. Empathy: a key thinking skill for leadership. *Spin Column*. 2000. Dostopno na: <http://www.leadershipproject.net/clientarea/empathyarticle.html> (12. 6. 2010).
8. Grbec V. Kakovost dela v zdravstvu temelji na vrednotah. *Obzor Zdr N*. 2000;34(3–4):101–2.
9. Greiner PA. The ideas of empathy in nursing: a conceptual analysis [dissertation]. 1989. Dostopno na: <http://repository.upenn.edu/dissertations/AAI9016036/> (2. 5. 2010).
10. Hajdinjak G, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2006: 9.
11. Hardee JT. An overview of empathy. *TPI*. 2003;7(4):51–4. Dostopno na: <http://xnet.kp.org/permanentejournal/fall03/cpc.pdf> (5. 6. 2010).
12. Hein G, Singer T. I feel how you feel but not always: the empathic brain and its modulation. *Curr Opin Neurobiol*. 2008;18(2):153–8.
13. Hoyer S. Pomen permanentnega izobraževanja v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N*. 2004;38(2):113–6.
14. Katalog ukrepov aktivne politike zaposlovanja. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje, Evropski socialni sklad; 2010. Dostopno na: http://www.vlada.si/fileadmin/dokumenti/si/projekti/Protikrizni_ukrepi/Ukrepi_za_blazitev_krize/G_KatalogUkrepovAPZ2007-2008.pdf (25. 10. 2010).
15. Klemenc D. Skrb v zdravstveni negi ali zdravstvena nega v (o)skrbi. *Obzor Zdr N*. 2003;37(2):99–106.
16. Kobal Straus K, Kalan M. Delovni čas v ustanovah institucionalnega varstva starejših oseb. *Obzor Zdr N*. 2007;41(2–3):147–52.
17. Kristl J, Jurišević M, Šoukal - Ribičič M, Pucelj J, Vrtačnik M, Trošt Z et al. Smernice za praktično usposabljanje na Univerzi v Ljubljani. Ljubljana: Univerza; 2007: 1.
18. Lamovec T. Priročnik za psihologijo motivacije in emocij. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo; 1988: 235–45.
19. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA*. 2005;293(9):1100–6.
20. Lešnik Musek P. Oblikovanje in razvoj posameznih vrednot in kompleksnejših vrednotnih usmeritev. *Psihol Obz*. 1996;5(2):35–45.
21. Lupton D. Your life in their hands: trust in medical encounter. In: James V, Gabe J, eds. *Health and the sociology of emotions*. Oxford: Blackwell; 1996: 161.

22. Lussier MT, Richard C. Feeling understood: expression of empathy during medical consultations. *Can Fam Physician*. 2007;53(4):640–1.
23. Lužar - Nešović N. Empatija in odnosna kompetenca [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede; 2006: 49.
24. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract*. 2002;52 Suppl:S9–12.
25. Mercer SW, McConnachie A, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. Relevance and practical use of the consultation and relational empathy (CARE) measure in general practice. *Fam Pract*. 2005;22(3):328–34.
26. Minh Hien N. Essay on empathy. 2008. Dostopno na: <http://www.toddlertime.com/mh/terms/empathy-nguyen.htm> (21. 5. 2010).
27. Musek J. Znanstvena podoba osebnosti. Ljubljana: Educy; 1997: 147–50.
28. Naka S, Kvas A. Razvoj vrednot in načelo pravičnosti. *Obzor Zdr N*. 2004;38(4):305–12.
29. Normativ dela za storitev »dan zdravstvene nege« v domovih za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodih ZZS. Občasniki – akti & navodila št. 2/2010:71. 2010. Dostopno na: [http://www.zzs.si/zzs/INFO/egradiva.nsf/0/b2a6638bd0a4227cc1257711001b3c31/\\$FILE/Ob%C4%8Dasnik%20Akti%20&%20navodila_2.%20del_03.05.2010.pdf](http://www.zzs.si/zzs/INFO/egradiva.nsf/0/b2a6638bd0a4227cc1257711001b3c31/$FILE/Ob%C4%8Dasnik%20Akti%20&%20navodila_2.%20del_03.05.2010.pdf) (3. 5. 2010).
30. Pahor M. Izziv novega tisočletja za slovensko zdravstveno nego. *Obzor Zdr N*. 2000;34(5–6):173–5.
31. Radovan M. Analiza dejavnikov, ki vplivajo na motiviranost brezposelnih za izobraževanje. *Psihol Obz*. 2003;12(4):109–20.
32. Regehr C, Goldberg G, Hughes J. Exposure to Human Tragedy, Empathy, and Trauma in Ambulance Paramedics. *Am J Orthopsychiatry*. 2002;72(4):505–13.
33. Resolucija o nacionalnem programu izobraževanja odraslih v Republiki Sloveniji do leta 2010. Uradni list RS št. 70/2004.
34. Reynolds WJ, Scott B. Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? *J Adv Nurs*. 2008;31(1):226–34.
35. Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti. Uradni list RS št. 40/2006.
36. Slovar slovenskega knjižnega jezika. Ljubljana: DZS; 2005: 840.
37. Ščavničar E. Vzpostavitev podpornega odnosa v superviziji s podporom na empatiji. *Obzor Zdr N*. 2003;37(3):183–7.
38. Šušteršič O. Dolgoročni program splošnega razvoja zdravstvene nege. Program razvoja izobraževanja za zdravstveno nego. *Obzor Zdr N*. 1994;28(1–2):1–10.
39. The importance of empathy when nursing patients. *Health Age*. 2009. Dostopno na: <http://www.healthandage.com/the-importance-of-empathy-when-nursing-patients> (15. 6. 2010).
40. Ule M. Pomen empatije in dobre komunikacije z zdravstvenim osebjem za zdravje bolnika. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Kaučič BM, eds. Kako izboljšati odnos zdravstvenih delavcev v kliničnem okolju in študentov zdravstvene nege do gerontologije ter dvigniti strokovni ugled do dela s starejšimi: zbornik prispevkov z recenzijo. Interaktivna konferenca z učnimi delavnicami, Jesenice 9. in 10. 9. 2010. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010: 17–23.
41. Ule M. Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2009: 241–2.
42. Yu J, Kirk M. Measurement of empathy in nursing research: systematic review. *J Adv Nurs*. 2008;64(5):440–54.
43. Zakon o izobraževanju odraslih. Uradni list RS št. 110/2006.
44. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list RS št. 36/2004.
45. Zdravstvena nega (medicinska sestra). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/Zdravstvena_nega.aspx (10. 4. 2010).
46. Žagar N. Zadovoljstvo udeležencev izobraževanja odraslih kot kazalnik vrednotenja kakovosti v organizaciji za izobraževanje odraslih [magistrsko delo]. Ljubljana: Ekonomska Fakulteta; 2004: 101.
47. Železnik D. Pomen izobraževanja študentov za zdravstveno nego starega človeka. In: Hvalič Touzery S, Kaučič B. M, Kocjančič M, Rustja N, eds. Priložnosti za izboljševanje klinične prakse na področju nege starostnika: zbornik prispevkov z recenzijo. Strokovni posvet z učnimi delavnicami z mednarodno udeležbo, Ljubljana 21. in 22. junij 2010. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010: 36–46.
48. Železnik D, Filej B, Brložnik M, Buček Hajdarevič I, Dolinšek M, Instenič B, et al. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008: 10.
49. Živec M. Motivacija izobraževanja odraslih [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede; 2007: 67.

Viri

1. Formalno izobraževanje kot ukrep aktivne politike zaposlovanja. Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje, Centralna služba, Služba za programe zaposlovanja. 2009. Podatki posredovani preko e-pošte od ge. Jane Bršar, dne 26. 5. 2009.