



UVODNIK

LEADING ARTICLE

MED PRAKSO IN TEORIJO ZNANJE NIMA LASTNIKA

THE KNOWLEDGE BETWEEN PRACTICE AND THEORY HAS NO OWNER

Melita Peršolja Černe

Prepričljiva profesija se razvija s sistematičnim pridobivanjem znanja iz temeljnih značilnosti področja vzporedno s praktično uporabo znanstveno pridobljenih izsledkov. Če je zdravstvena nega profesija, mora imeti odgovore na vprašanja iz prakse, kot so npr.: Zakaj se v nekaterih zdravstvenih ustanovah kateterizacija mehurja izvaja z aspiracijskim katetrom?; Kako sprazniti klasično urinsko vrečko brez izpusta, preden jo odvržemo med odpadke?; S čim po uporabi za vsakim pacientom razkužiti elastični esmarch?; Kako izvesti aspiracijo traheostome, če imamo na razpolago zgolj eno sterilno PVC-rokavico?; Kako umirajočemu zagotoviti udoben položaj v postelji, ko imamo na razpolago zgolj eno blazino na pacienta? ... Se mora medicinska sestra še danes ob pacientu »znajti«, reagirati po občutku, izkušnjah, priporočilih kolegov ali imamo raziskovalci v zdravstveni negi odgovore na zgornja vprašanja, ki podpirajo razvoj prakse v dejanskih pogojih dela?

Razvijati stroko pomeni v prakso vnesti in realizirati izsledke znanosti. Znanost ni sama sebi namen, in je – še posebej v profesiji, ki je še slabo prepoznavna – zgolj odsev individualne angažiranosti. Neuporabljeni podatki ne dosežejo svojega cilja, saj je potrebno ugotovljenemu dati življenje. Predpostavljali bi lahko, da se v zdravstveni negi trudimo slediti razvoju stroke v okvirih, kot jih delovno okolje omogoča, vendar sporočila uporabnikov storitev zdravstvene nege in tudi nekaterih izvajalcev sprožajo dvom v uporabnost empiričnega dela v praksi, saj se pogosto opira na standarde oz. na zelene (nerealne?) pogoje dela. V praksi namreč ni vedno mogoče v celoti realizirati nalog po standardu, ker npr. potrebnega materiala, pripomočkov, oseb in drugih virov ni na razpolago. V takih primerih manjkajoče nadomestimo s primerljivim oz. prilagodimo način dela, da je še vedno v skladu s temeljnimi zahtevami stroke, čeprav izvedeno »nekoliko drugače«. Razkol med želenim in realnim sproža dvom, ali je izvajanje nalog s pomanjkljivimi viri res upravičeno ali kaže bolj na neprilagojenost

raziskovalcev problematiki, s katero se srečuje medicinska sestra v praksi danes.

Pri raziskavah v zdravstveni negi potrebujemo sodelovanje prakse. Da v živem okolju raziskave niso vedno dobro sprejete, je več razlogov. Oblikovanje »pridne« medicinske sestre, predane rutini, se verjetno začne že takoj ob vstopu v delovno organizacijo, ko se s sprejemom novega delavca spreminja živi organizem organizacije (Lipičnik, 1998). Delavci se prilagajajo delovnemu mestu z učenjem vlog in načinov obnašanja, delovno okolje kmalu postane zanje domač, varen prostor in namesto k skrbem v zvezi s svojim delovnim okoljem se lahko usmerijo k ciljem dela (Bandura, 2000). Če so kakovost življenja, sreča in veselje cilj zaposlenega, je profit oziroma produktivnost cilj delovnih organizacij. Delovna organizacija je zainteresirana, da so delavci prilagojeni in da primarno skrbijo za uresničitev njenih ciljev. Vsako delovno okolje zato od zaposlenega zahteva, da svoje vedenje, osebne potrebe in vrednote vsaj delno uskladi z v organizaciji uveljavljenimi običaji in medosebnimi odnosi (Biloslavo, 2006). Doseganje zastavljenih ciljev in delovanje v skladu z osebnimi vrednotami po drugi strani pozitivno vplivata na občutek sreče pri delavcu, saj si standarde zadovoljstva z življenjem vsak postavi sam (Musek, Avsec, 2002). Čeprav je prilagajanje posameznika najbolj določeno s primarno socializacijo, so dejavniki kot delovno mesto v ožjem smislu, posameznikov občutek uspešnosti, zaupanje v lastne sposobnosti in povratna informacija tisti, ki določajo, ali se bodo zaposleni nagibali bolj k iniciativnosti in inovativnosti ali pa bodo raje izbrali varnost in rutino (Bandura, 2000). Dejavniki delovnega okolja vplivajo na to, kaj je oseba sposobna in pripravljena storiti, določajo storilnost, fluktuacijo, absentizem in kakovost dela (Prosen, 2010; Schabracq, Cooper, 1998). Delati drugače od skupine kaže na določeno stopnjo neprilagojenosti okolju, pomeni tvegati, saj profesionalnost manjšine znotraj neprofesionalne večine pri prvi sproži občutke krivde, sovražnosti,

doc. dr. Melita Peršolja Černe, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola

Kontaktne e-naslov/Correspondence e-mail: melita.persolja@fvz.upr.si

Prejeto/Received: 1. 12. 2012 Sprejeto/Accepted: 15. 12. 2012

predsodke, žalost, sumničavost in stigmatiziranost (MacPhee, Scott, 2002).

Storitve v zdravstveni negi zadevajo uporabnika samega ali pa v njegovo korist razne vire, strukture ali procese. Ljudje se neposredno vključujejo v potek storitev, zato stroko odlikuje veliko število kontaktov ter pogosta fizična bližina med izvajalcem in uporabnikom storitve. Pacient v poteku zdravstvene obravnave kakovosti storitev ne ocenjuje le po doseženem zdravju, temveč je pozoren tudi na pravočasnost, natančnost, sposobnost, zaupljivost, vljudnost izvajalcev ter njihovo pripravljenost pomagati. Kakovost storitev v zdravstveni negi je zato predvsem odvisna od kakovosti izvajalcev in ni prav, da delamo, kot smo se nekoč (na)učili v šoli, temveč, da vsaj sledimo razvoju stroke, stroko tudi sami oblikujemo, jo soustvarjamo in razvijamo. Samo šolanje namreč več ne zadovoljuje potreb po znanju (Hoyer, 2004). Nujno je prerazporejanje znanja v procesu interakcij med raziskovalci in uporabniki znanja (praktiki), pri čemer gre upoštevati, da njihovo sodelovanje niha v intenzivnosti, kompleksnosti in zahtevnosti, in sicer v odvisnosti tako od lastnosti raziskav in njihovih izsledkov kot tudi potreb uporabnikov (Browning, Thomas, 2005).

V zdravstveni negi zadržanost do raziskovanja, raziskav samih in njihovih izsledkov odraža kombinacijo več dejavnikov – medicinske sestre premalo berejo, raziskovalna literatura jih ne zanima, njihovi menedžerji jih premalo spodbujajo k temu, da bi raziskovalne rezultate uporabljale v praksi (Squires et al., 2011). Uporaba raziskovalnih izsledkov in priporočil zahteva presojo o kakovosti raziskovalnega dela, veljavnosti raziskovalnih rezultatov (predvsem, ko gre za izolirane, posamične študije), relevantnosti priporočil za lokalno okolje, razmislek o stroških in trudu, ki jih sprememba v praksi zahteva.

Raziskovanje v zdravstveni negi se šele razvija, pomanjkanje ljudi in denarja napredek dodatno zavira (Z raziskovanjem, 1996). Za evolucijo profesije zato še bolj potrebujemo sodelovanje medicinskih sester na vseh področjih dela – medicinske sestre, ki opravljajo praktično delo, lahko izpostavijo vsakodnevne probleme pri delu in olajšajo ali sodelujejo pri zbiranju podatkov v njihovem delovnem okolju; njihove zabeležke o problemih pacientov in intervencijah zdravstvene nege so namreč neprecenljiva baza podatkov za klinične raziskave v zdravstveni negi.

Upošteva je objektivne razmere v praksi potrebujemo tehtna raziskovalna vprašanja, predloge za spremembe v kliničnem okolju, večje izpostavljanje osebja raziskovalnim idejam in inovacijam, spodbujanje

raziskovalne radovednosti, zagotavljanje kakovostnih podatkov in izsledkov. Potrebujemo praktično usmerjeno kolaborativno raziskovanje, zaupanja vredno končnim prejemnikom namenjeno koprodukcijo znanja (About, 2009), difuzijo idej ter dobro vodene organizacije, ki si na temeljih spoštovanja in zaupanja med vodstvom in zaposlenimi upajo sprejemati in uvajati novosti. Le tako bomo iz latentne dobe profesije tudi pri nas prešli v dobo, v kateri so raziskave navdih, ki ga medicinske sestre v praksi dopolnijo z izkušnjami, ko predlagano prilagodijo specifičnim potrebam uporabnika in možnostim delovnega okolja ter z informiranim odločanjem dosežejo višjo obliko storitve.

Literatura

- About knowledge translation at CIHR. Canadian Institute of Health Research; 2009. Dostopno na: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/39158.html> (6. 12. 2012).
- Bandura A. Exercise of human agency through collective efficacy. *Curr Dir Psychol Sci.* 2000;9(3):75–8. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8721.00064>
- Biloslavo R. Strateški management in management spreminjanja. Koper: Fakulteta za management; 2006: 101–45.
- Browning JC, Thomas SA. Models of behavior change and health promotion. In: Browning JC, Thomas SA, eds. *Behavioural change: an evidence-based handbook for social and public health.* Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone; 2005: 7–15.
- Hoyer S. Pomen permanentnega izobraževanja v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N.* 2004;38(2):113–6.
- Lipičnik B. Ravnanje z ljudmi pri delu. Ljubljana: Gospodarski Vestnik. 1998: 21–8.
- MacPhee M, Scott J. The role of social support networks for rural hospital nurses: supporting and sustaining the rural nursing work force. *J Nurs Adm.* 2002;32(5):264–72. <http://dx.doi.org/10.1097/00005110-200205000-00006> PMID:12021567
- Musek J, Avsec A. Pozitivna psihologija: subjektivni (emocionalni) blagor in zadovoljstvo z življenjem. *Anthropos.* 2002;34(1/3):41–68.
- Prosen M. Zadovoljstvo z delom v zdravstveni negi: indikatorji zadovoljstva medicinskih sester. *Obzor Zdr N.* 2010;44(2):71–80.
- Schabracq MJ, Cooper CL. Toward a phenomenological framework for the study of work and organizational stress. *Hum Relat.* 1998;51(5):625–48. <http://dx.doi.org/10.1177/001872679805100503>
- Squires JE, Hutchinson AM, Boström AM, O'Rourke HM, Cobban SJ, Estabrooks CA. To what extent do nurses use research in clinical practice? A systematic review. *Implement Sci.* 2011;6:21. <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-6-21> PMID:21414206; PMCID:3068972
- Z raziskovanjem v zdravstveni negi do boljše zdravja. Mednarodni dan medicinskih sester 1996. *Obzor Zdr N.* 1996;30(1/2):49–61.

Citirajte kot/Cite as:

Peršolja Černe M. Med prakso in teorijo znanje nima lastnika. *Obzor Zdrav Neg.* 2012;46(4):273–4.