

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MANAGEMENT KOPER
Dodiplomski visokošolski strokovni študijski program Managementa

Diplomska naloga
ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV STORITEV SKOZI
KOMUNIKACIJO

Mentor:

doc. dr. Tonči Ante Kuzmanič

Obrađnavana organizacija:

ZD Ljubljana, enota Center

KOPER, 2006

ANA PETRIČ



POVZETEK

V diplomski nalogi je obravnavana komunikacija med varovanci in zdravstvenimi delavci. Dobra komunikacija v zdravstveni dejavnosti neposredno vpliva na odnose med zdravstvenimi delavci in varovanci in s tem na kakovost zdravstvenih storitev.

V praktičnem delu naloge so prikazani rezultati ankete med varovanci o zadovoljstvu s komunikacijo, opravljenimi zdravstvenimi storitvami, kakovostjo dela, idr. na medicini dela. Izsledki raziskave kažejo, da so varovanci s storitvami medicine dela na splošno večinoma zadovoljni.

Ključne besede: komunikacija, varovanec, zdravstveni delavec, ne/zadovoljstvo, zdravstvena storitev, medsebojni odnos.

ABSTRACT

The main topic of my thesis is a communication among health – care users and health – care executors. Good communication in health – care affects the relationship between health – care users and health – care executors and consequently affects the quality of health – care services as well.

The second part of my thesis reveals the findings of the survey, which was conducted among health – care users regarding their satisfaction with communication, health – care services, the quality of work, etc. in the field of medicine. The research findings show that the health – care users are mostly satisfied.

Key words: communication, health – care user, health – care executor, satisfaction/dissatisfaction, health – care service, relationship.

UDK 339.138:31,6.77(043.2)



ZAHVALA

»Spoštujte svoje učitelje, ne glede na to, kaj vse ste dosegli, Vam je nekdo pomagal.«

(Althea GIBSON)

Ob nastanku diplomskega dela se zahvaljujem Fakulteti za management v Kopru, predvsem mentorju gospodu doc. dr. Tonči Ante Kuzmaniću za razumevanje in pomoč; vsem sodelavkam na Oddelku MDPŠ, predstojniku in glavni sestri, v enoti Center in delavcem Sektorja za varnost in zdravje pri delu UOK GPU Policija.

Moji domači, sorodniki, prijatelji in znanci ste me bodrili in vzpodbujali. Hvala vam vsem.



VSEBINA

| | |
|--|-----------|
| 1 Uvod..... | 1 |
| 1.1 Opis problema..... | 2 |
| 1.2 Predpostavke in omejitve raziskave | 2 |
| 1.3 Uporabljene metode..... | 3 |
| 2 Predstavitev dejavnosti MDPŠ..... | 4 |
| 2.1 Zgodovina nastanka dejavnosti MDPŠ..... | 4 |
| 2.2 Smernice razvoja dejavnosti MDPŠ | 6 |
| 2.3 Tržna dejavnost MDPŠ..... | 7 |
| 2.4 Predstavitev oddelka MDPŠ v ZD Ljubljana, enoti Center..... | 9 |
| 3 Komunikacija | 10 |
| 3.1 Opredelitev komunikacije..... | 10 |
| 3.2 Oblike komunikacije..... | 11 |
| 3.3 Proces komuniciranja..... | 12 |
| 3.4 Motnje v komuniciranju | 14 |
| 3.5 Ovire in njihovo premagovanje za uspešnejše komuniciranje..... | 15 |
| 4 Medosebno komuniciranje | 17 |
| 4.1 Besedno komuniciranje..... | 18 |
| 4.2 Nebesedno komuniciranje..... | 19 |
| 4.3 Vpliv samopodobe na komunikacijo | 21 |
| 4.4 Medsebojni odnos zdravstveni delavec – varovanec..... | 22 |
| 5 Raziskava med uporabniki zdravstvenih storitev | 23 |
| 5.1 Predstavitev vprašalnika | 23 |
| 5.2 Predstavitev izvedbe ankete..... | 23 |
| 5.3 Demografski izid ankete | 24 |
| 5.4 Prikaz in analiza rezultatov ankete | 26 |
| 5.5 Sklepne ugotovitve o rezultatih ankete..... | 36 |
| 5.6 Predlogi sprememb | 38 |
| 6 Zaključek | 39 |

SLIKE

| | |
|---|----|
| Slika 3.1 Model komunikacije..... | 13 |
| Slika 5.1 Delež anketirancev glede na starost | 25 |
| Slika 5.2 Delež anketirancev glede na stopnjo izobrazbe | 25 |
| Slika 5.3 Delež anketirancev glede na delovno dobo..... | 26 |
| Slika 5.4 Pripravljenost nuditi pomoč | 28 |
| Slika 5.5 Stik z medicinsko sestro..... | 28 |
| Slika 5.6 Stik z zdravnikom | 29 |
| Slika 5.7 Kakovost storitev medicinskih sester..... | 30 |
| Slika 5.8 Kakovost storitev zdravnikov | 30 |
| Slika 5.9 Čakanje na izvide | 31 |
| Slika 5.10 Čakalna doba na preiskave..... | 32 |
| Slika 5.11 Primernost prednosti pri dveh preiskavah..... | 32 |
| Slika 5.12 Dostopnost zdravstveno vzgojnega gradiva..... | 33 |
| Slika 5.13 Telefonski klici ob določeni uri | 34 |
| Slika 5.14 Knjiga pritožb..... | 35 |
| Slika 5.15 Knjiga pohval | 35 |

TABELE

| | |
|---|----|
| Tabela 5.1 Demografski izid ankete..... | 24 |
|---|----|



KRAJŠAVE

| | |
|------|-----------------------------------|
| MDPŠ | medicina dela, prometa in športa |
| OZN | Organizacija združenih narodov |
| LRS | ljudska republika Slovenija |
| SZO | Svetovna zdravstvena organizacija |
| SRS | socialistična republika Slovenija |
| MS | medicinska sestra |



1 UVOD

Komuniciranje v zdravstvu je zelo pomemben dejavnik, saj neposredno vpliva na preprečevanje, odkrivanje in uspešnejše zdravljenje bolezni. Dober osebni stik med varovancem in zdravstvenim delavcem omogoča partnerski odnos, kar pomeni zaupanje, spoštovanje, sprejemanje varovančevih potreb, želja in razumevanje osebnih problemov in problemov, ki se porajajo na delovnem mestu. Če se vzpostavi partnerski odnos z varovancem, se lahko pričakuje, da bo varovanec zaupal svoje težave zdravstvenim delavcem. Na podlagi izkušenj, strokovnega znanja in empatije do njegovega problema se lahko pomaga k njegovi razrešitvi.

Človek naj se ne deli na telo in dušo, razum in čustva, saj je celostno psihofizično bitje.

Zdrav človek je tudi na delovnem mestu zadovoljen, dosega večjo storilnost in s tem pripomore k večji produktivnosti v podjetju, saj vsak posameznik neposredno prispeva k produktivnosti v podjetju in posledično v državi.

Ta raziskava naj bi ugotovila, kako so uporabniki storitev (v nadaljnjem besedilu: varovanci) zadovoljni z zdravstvenimi delavci, z opravljenimi zdravstvenimi storitvami, z organiziranostjo pregledov, z informiranostjo in drugo. Rezultati naj bi pokazali, kaj je treba spremeniti, izboljšati ali odpraviti, kaj dodati, da bi dosegli cilj. Cilj pa je zadovoljen varovanec, zdravstveni delavec in management.

»Medicina prihodnosti bo komunikacijska medicina ali pa bo izgubila ljudi, zaradi katerih je pravzaprav tu, pravi Maximilian Gottschlich« (1998, cit. po Ule 2003, 111).

1.1 Opis problema

Na medicini dela, prometa in športa (v nadaljnjem besedilu: MDPŠ) se opravlja predvsem preventivno zdravstveno dejavnost. Za podjetja se izvaja različne zdravstvene preglede – obdobjne, preventivne ob nastopu dela, ciljne preglede za poklicne voznike, kandidate, voznike amaterje idr. Veliko tržne dejavnosti se izvede na oddelku samem, predvsem za podjetja z manjšim številom zaposlenih, zato je uspešna komunikacija pomembna. Za podjetja, kjer je veliko število zaposlenih in kjer so potrebni javni razpisi, pa sklepa pogodbe management. Zaposlene na MDPŠ zanima, kako so varovanci zadovoljni, zakaj niso zadovoljni s storitvami MDPŠ, kaj naj bi se spremenilo, izboljšalo ali odpravilo in čemu je treba posvetiti več pozornosti ali poudarka.

Bolan človek je velik problem naše družbe; najbolj trpi sam, posledično družina in vsa družba. Z zdravstvenega stališča pomeni, da se povečujejo bolniške odsotnosti, v delovnih organizacijah se zaradi tega zmanjšuje storilnost dela, povečujejo se hospitalizacije, več ljudi je potrebnih zdraviliškega zdravljenja, kamor odteka denar iz zdravstvene blagajne, povečuje se poraba zdravil idr.

Z ekonomskega vidika pa je pomembno, da se manjša produktivnost v delovnih organizacijah. Zaradi obremenjenosti ostalih delavcev se slabša vzdušje na delovnih mestih.

Na MDPŠ se želi vzpostaviti dober stik z varovancem in na ta način kratkoročno več narediti na preventivi. To pomeni, preprečevati nastanek bolezni in pravočasno odkrivati, da bodo posledice manjše; imeti zadovoljne varovance; zdravstveni delavci pa stabilen socialni položaj. Posledično pa se bo dolgoročno pripomoglo k izboljšanju gospodarstva.

Pomembno vlogo ima verbalna in neverbalna komunikacija. Velik pomen ima tudi vzpostavitev empatije do varovanca, vpliv samopodobe zdravstvenega delavca, razumevanje njegovih težav in težav, ki nastajajo pri komuniciranju in njihovo preprečevanje.

1.2 Predpostavke in omejitve raziskave

Predpostavljala sem, da se:

- namenja premalo pozornosti verbalnemu in neverbalnemu načinu komuniciranja na vseh nivojih,
- bo na podlagi izidov ankete poskušalo več delati na odnosu zdravstveni delavec varovanec,
- bo večjo pozornost posvetilo samopodobi,
- bodo boljše organizirali pregledi.

Omejitve nepopolno izpolnjene ankete zaradi:

- nezainteresiranosti varovancev,
- nepoznavanja postopka pregleda,
- slabe pismenosti pri nekaterih varovancih.

1.3 Uporabljene metode

Uporabila sem deskriptiven in analitičen pristop. Pri deskriptivnem pristopu sem uporabila metodo kompilacije in sekundarnih podatkov. V empirični raziskavi sem uporabila metodo anketiranja in analize primarnih podatkov. Za računalniško obdelavo sem uporabila statistični program SPSS 14,0.

Vprašanja so se nanašala na zadovoljstvo varovancev z zdravstvenimi delavci, na informiranost varovancev s prostorskim in organizacijskim potekom pregleda, izvidih preiskav in na zadovoljstvo s kakovostjo opravljenih storitev, na zadovoljstvo z organiziranostjo pregledov in ostala vprašanja.

2 PREDSTAVITEV DEJAVNOSTI MDPŠ

2.1 Zgodovina nastanka dejavnosti MDPŠ

Že pred 4000 leti so Egipčani pri gradbenih delih, in pred 2000 leti Rimljani v antičnih rudnikih poznali preizkušene praktične predpise o varstvu delavcev. V srednjem veku so statuti obrtnih cehov in bratovščin vsebovali tudi obvezne pravne predpise o socialnem in zdravstvenem varstvu delavcev. V času industrijske revolucije so sprejeli delavske dogovore in nacionalne predpise o varstvu delavcev pri delu, najprej v Angliji in nato še v drugih evropskih državah. Prvo Mednarodno združenje dela je bilo ustanovljeno leta 1865, Mednarodno združenje za delovno zakonodajo leta 1900, Mednarodna organizacija dela 1919, ki je članica Organizacije združenih narodov (v nadaljnjem besedilu: OZN) s sedežem v Ženevi.

Varstvo delavcev pri delu je leta 1948 generalna skupščina OZN vključila v Splošno deklaracijo o človekovih pravicah. Vsebuje štiri člene, ki se glasijo:

- *vsak ima pravico do dela in enakega plačila za enako delo,*
- *vsak ima pravico do počitka in do dopusta,*
- *vsak ima pravico do takšnih življenjskih razmer, ki zagotavljajo njemu in njegovi družini zdravje ter blagostanje,*
- *vsak ima pravico do izobrazbe* (Bilban 1999, 18).

Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljnjem besedilu: SZO) je leta 1969 svetovnemu dnevu zdravja namenila temo *Zdravje, delo in produktivnost*.

Osredotočila se je na dejstva, da:

- je najbolj produktiven delavec, če je zdrav na urejenem delovnem mestu,
- so najpomembnejši dejavniki gospodarskega razvoja in družbenega napredka, zdravje, delo in produktivnost,
- so merilo, s katerim se v mednarodnem svetu presoja položaj delavskega razreda v neki družbi stopnje varovanja življenja, zdravja in delovne zmogljivosti delavcev.

V razvojnih programih vseh naprednih dežel so upoštevana vodila SZO iz leta 1969, da se pri uvajanju novih tehnologij na vsa področja življenja in dela vgrajujejo naslednja merila:

- *da so gospodarnejše (produktivnost, ekonomičnost, rentabilnost),*
- *da porabijo manj energije, predvsem nafte in njenih derivatov,*
- *da so varne za delavce in okoliško prebivalstvo,*
- *da so zdrave, da ne ogrožajo zdravja delavcev in okoliškega prebivalstva,*

- *da so sprejemljive za delavce in okoliško prebivalstvo (jedrske centrale) (Bilban 1999, 18–19).*

V 16. stoletju srečamo že prve zametke medicine dela na izjemno visoki ravni za tisto obdobje. V Idriji so v začetku 18. stoletja zaposlili ranocelnika, ki je skrbel za bolne rudarje. Država mu je dala plačilo in prevzela tudi obveznosti ter bolnim rudarjem izplačevala denar za hrano. Avstrijska vlada je v Idrijo leta 1740 napotila prvega zdravnika, ki je prevzel zdravstveno oskrbo rudarjev in njihovih družin. Preprečeval in zdravil je poklicne zastrupitve z živim srebrom ter pomagal pri nezgodah v rudniku. To je bil Joannes Antonius Scopoli. Izdal je tudi knjigo *Fizikalno – kemijska razprava o idrijskem živem srebru*.

Idrija je kraj, kjer so nastali prvi zametki evropske medicine dela in so bili v vrhu o vedenju o toksikologiji v Evropi.

V prvi polovici 18. stoletja se je začela razvijati medicina dela tudi v Mežiški dolini in s tem začetek organiziranega zdravstvenega varstva rudarjev in topilcev svinca. V Črni je bila leta 1903 bolnišnica s petintridesetimi posteljami, kjer so se zdravili rudniški delavci in njihovi svojci. Zdravnik je že opravljal predhodne zdravstvene preglede.

Po drugi svetovni vojni so pri nas začeli ustanavljati tovarniške ali obratne ambulante. Zavod LRS za zdravstveno in tehnično varnost je bil ustanovljen leta 1960 in se kasneje preimenoval v Zavod SRS za varstvo pri delu. Proučeval naj bi vprašanja komunalne higiene v industriji, detekcijo in dispanzersko dejavnost, opravljanje industrijskih toksikoloških meritev mikroklimе na delovnih mestih, proučevanje varstva pred ionizirajočimi sevanji, psiholoških, fizioloških in tehničnih elementov varnosti v prometu, zlasti v cestnem idr.

Po letu 1965 so začeli v Sloveniji ustanavljati prve dispanzerje medicine dela. S tem so poskrbeli za boljši razvoj aktivnega zdravstvenega varstva, povezovali so delo obratnih ambulant in dvigali strokovno raven stroke. Začetni razvoj aktivnega varstva delavcev je bil namenjen predvsem tehničnemu varstvu. Z razvojem aktivnega zdravstvenega varstva pa so bile aktivnosti dokaj strogo ločene. Ministrstvo za delo je imelo bolj tehnično varstvo in Ministrstvo za zdravstvo aktivno zdravstveno varstvo.

Leta 1971 je bila v okviru Kliničnih bolnišnic ustanovljena krovna institucija aktivnega zdravstvenega varstva delavcev v Sloveniji – Institut medicine dela, prometa in športa.

Po letu 1991 je prišlo v medicini dela do sprememb, ukinjati so se pričele obratne ambulante. Delodajalci in podjetja so začela zmanjševati sredstva za preventivno zdravstveno varstvo delavcev in varnost pri delu.

»Novi Zakon o varnosti in zdravju pri delu, ki je nastal pod okriljem Ministrstva za delo in ob širokem soglasju Ministrstva za zdravstvo, pa je na podlagi konvencij Mednarodne organizacije dela 155 in 161 obe področji združil, kajti le s celovito in harmonično akcijo obeh strani je možno zagotoviti kvalitetno in celovito varstvo zaposlenih« (Bilban 1999, 18–20).

2.2 Smernice razvoja dejavnosti MDPŠ

»Preventivna medicina je znanost in veščina preprečevanja bolezni, podaljševanja življenja, izboljševanja telesnega in duševnega zdravja ter sposobnosti« (Bilban 1999, 21).

Preventivo delimo na primarno, sekundarno in terciarno. Na vseh teh ravneh opravljajo verificirane enote MDPŠ naloge aktivnega zdravstvenega varstva. Na primarni in sekundarni ravni se medicina dela opravlja kot javna zdravstvena služba, ki jo izvajajo javni zdravstveni zavodi in zasebni zdravniki na podlagi koncesije. Na terciarni ravni pa je rehabilitacija z vsemi razsežnostmi: medicinsko, psihološko, poklicno in socialno.

Enote MDPŠ so zdravstvene enote, v katerih se opravlja pretežno preventivno varstvo delavcev, voznikov in športnikov.

Pooblastila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva delavcev se dodelijo enotam v sestavi javnega zavoda, podjetja ali drugih delodajalcev (privatni zdravniki), licence (dovoljenja) pa zdravnikom v teh enotah (javnega zavoda) in zdravnikom zasebnikom.

Smotri in cilji MDPŠ so:

- varovanje življenja, zdravja in delovne zmogljivosti delavcev, voznikov in športnikov,
- preprečevanje bolezni, zlasti bolezni v zvezi z delom in poklicnih bolezni, poškodb pri delu in invalidnosti, bolezni in poškodb v zvezi s prometom in športom,
- zgodnje odkrivanje in pravočasno zdravljenje bolezni, posebej bolezni v zvezi z delom, poklicnih bolezni in poškodb, bolezni in poškodb v zvezi s prometom in športom,
- rehabilitacija poškodovanih in obolelih.

MDPŠ izvaja zdravstveno varstvo (preventivno in kurativno) delavcev, voznikov motornih in drugih vozil ter športnikov. Po dogovoru z drugimi in delodajalci lahko enota MDPŠ izvaja tudi naloge kurativnega zdravstvenega varstva:

- nujno medicinsko pomoč,

- odkrivanje, zdravljenje in rehabilitacijo bolnikov z boleznimi v zvezi z delom, poklicnimi boleznimi in poškodbami pri delu,
- ocenjevanje začasne dela (ne) zmožnosti in zdravljenje bolnikov.

Po ocenitvi SZO mora dobro razvita medicina dela opravljati naslednje funkcije:

- nadzorovati delovno okolje,
- dajati pobude za odkrivanje škodljivosti pri delu in svetovanje o potrebnem nadzoru ter škodljivosti,
- opravljati zdravstveni nadzor zaposlenih,
- spremljati zdravje skupin delavcev z zmanjšano delovno zmožnostjo (občutljive skupine delavcev),
- prilagajati dela in delovno okolje delavcem,
- organizirati medicinsko pomoč in reševalno službo,
- zdravstveno vzgajati in izobraževati,
- zbirati podatke o zdravju delavcev,
- zdraviti poklicne bolezni in ostale splošne bolezni (Bilban 1999, 22, 33–34).

Vloga medicine dela oziroma nosilca dejavnosti – zdravnika, specialista medicine dela, prometa in športa je v zakonu o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD – Uradni list RS, št. 56/99) zelo jasno opredeljena.

2.3 Tržna dejavnost MDPŠ

V današnjem času se v Sloveniji odloča o tem, ali se bo boljše zdravstvene rezultate in večje zadovoljstvo uporabnikov doseglo s komercializacijo in s privatizacijo zdravstvene dejavnosti ali s krepitvijo managementa v javnih zdravstvenih zavodih. *»V javnih zdravstvenih zavodih se prek »zdravstvenega trga« zasebno financirajo tudi zdravstvene storitve v samoplačniških ambulantah ter po pogodbah z organizacijami zasebnega sektorja (na primer v strokovnih enotah za medicino dela, prometa in športa)«* (Česen 2003, 19).

Prav bi bilo, da bi si javni in zasebni izvajalci zdravstvenih programov prizadevali doseči optimalno celovito kakovost javne zdravstvene službe. K temu cilju vodi učinkovita in smotrna poraba javnih in zasebnih človeških in materialnih virov ter javnega denarja, ki je namenjen zdravstvenemu varstvu vseh ljudi.

Na trgu zdravstvenih storitev se ne sme zanemariti lastnosti konkurenčnega trga – možnost in sposobnost varovanca, da svobodno izbere in kupi zdravstveno storitev (npr. zdravstveni pregled, tehnični pripomoček ...). Pri nakupu tržne dobrine (hrana, obleka) kupec to dejansko naredi. V javni zdravstveni službi opravi to izbiro sam zdravnik. Varovanec se tako znajde pred zdravnikom kot monopolnim ponudnikom. To pa tudi

pomeni, da zdravstvene storitve varovanec ne izbere sam, je ne plača in ne nosi tveganja nakupa. V javni zdravstveni službi težko govorimo o konkurenci in trgu, ki je le navidezen. Česen pravi, da *»[v]si tudi ponujajo enake zdravstvene storitve, ki so domnevno enake kakovosti«* (2003, 21). Varovanec sam določi dejavnike, ki mu povzročajo zadovoljstvo ali nezadovoljstvo z zdravstveno oskrbo oziroma s storitvami (npr. partnerski odnos z zdravstvenimi delavci, prijaznost, zaupanje, zavzetost zdravstvenega osebja). Zadovoljstvo uporabnikov povečuje zdravstvena oskrba, ki ni usmerjena v nesmiselno *»proizvodnjo«* zdravstvenih storitev, včasih tudi nepotrebnih. Skrbno je treba izbrati najmanjše število najbolj potrebnih storitev, doseči najboljše zdravstvene izide v najkrajšem času. Tako se doseže tudi zadovoljstvo plačnikov storitev, saj uvidijo, da managementu ni tuja poslovna kultura.

Javna zdravstvena služba z vsemi drugimi področji gospodarskih in družbenih dejavnosti na ravni države konkurira za čim večji kos kruha, pravimo tudi, da se bojuje za bruto domači proizvod. Keber je mnenja, da je konkurenca med izvajalci različnih storitev za čim večji tržni delež neetična, saj agresivnost enih izvajalcev ogrozi druge in njihove uporabnike, kajti količina denarja je omejena. Kakovost in cena zdravstvene storitve sta do danes ostala dejavnika, ki ju sploh ne merimo, ali pa ju, z nepopolnimi in neprimerljivimi merili. Varovanec je vselej vključen neposredno v opravljanje zdravstvenih storitev in je sestavni del storitve, zato ima možnost, da sam ocenjuje delo zdravstvenega osebja in zdravstveno oskrbo. Objektivno pa lahko oceni primernost časa, opremljenost delovnih prostorov, organiziranost dela in druge razmere v zavodu. Lastna doživetja bo uporabnik kasneje strnil v oceno o zadovoljstvu oziroma nezadovoljstvu z zdravstveno oskrbo. *»Razvoj gre v smer širjenja človekovih individualnih pravic na vseh področjih življenja. V ponudbo in porabo zdravstvenih storitev se zelo radi vključujejo tudi politiki«* (Česen 2003, 31).

Pri delu z ljudmi in za ljudi se potrebuje smisel za timsko delo, občutek za človeško širino in socialnost, kreativnost pri reševanju zdravstvenih problemov varovancev, tako da je zgolj suho strokovno znanje premalo. (Česen 2003, 7, 19–21, 30, 32, 34, 125)

»Za zdravje pri delu je v celoti odgovoren delodajalec. Vse stroške v povezavi z ohranjanjem zdravja, preprečevanjem in odkrivanjem poklicnih bolezni nosi sam, zato je MDPŠ v vsej zakonodaji in usmeritvah po letu 1990 izpadla iz programa zdravstvene zavarovalnice« (Pušnik idr. 2005, 7). Prišlo je do neposrednih pogodb med izvajalcem in delodajalcem. Cena za storitve se oblikuje na trgu. Predmet nelojalne konkurence so velikokrat prosto določanje cen in prepogosto tudi vsebine varovanja zdravja delavcev. MDPŠ je postala privlačna tudi za privatna podjetja, ki se z njo ne ukvarjajo neposredno, ampak zaposlijo upokojene specialiste, ki lahko delajo v več podjetjih hkrati. MDPŠ si prizadeva za uvedbo posebnega zavarovanja za zdravje in varnost pri delu. Če bo zakon sprejet, bo celostno uredil področje zavarovanja, obveznosti, odgovornosti in pravice

odgovornosti in pravice delodajalcev, delojemalcev, sindikatov, države in njenih organov, povezane z uresničevanjem zavarovanja. Predlog je, da po vzoru držav EU (Avstrija, Nemčija), ki imata podoben zavarovalniški sistem, plačuje zavarovalnica odkrivanje in verifikacijo poklicnih bolezni, bolezni povezanih z delom in ocenjevanje delazmožnosti ter točno definirane storitve medicine dela za podjetja. Tako bi storitve pooblaščenega zdravnika plačevala zavarovalnica in kontrolirala njegovo delo, predvsem pa cene storitev. Tako bi bila cena iste storitve na isti ravni povsod v državi enaka.

2.4 Predstavitev oddelka MDPŠ v ZD Ljubljana, enoti Center

Oddelek MDPŠ opravlja predvsem preventivno dejavnost, le dve ambulanti tudi nekaj kurativne. Šteje 5 ambulant in 6 preiskovalnih sob. Preiskovalne sobe so namenjene: 2 preiskavi vida – rodatest, kontrast in vidno polje, 1 preiskava vida – perimat, 1 preiskavi sluha, 2 pa preiskavi testiranja delovanja srca in funkcije pljuč.

Dejavnost se opravlja v glavnem v dopoldanskem času, le 3 ambulate delajo enkrat tedensko popoldne. Vsak dan naj bi bilo pregledanih povprečno 12 varovancev v vsaki ambulanti. En delovni dan je predviden za zaključevanje zdravniških spričeval in drugih administrativnih del, vendar je to zaradi velikega števila varovancev težko izvedljivo.

Na oddelku MDPŠ je zaposlenih 18 zdravstvenih delavcev; od tega 7 zdravnikov, 5 specialistov MDPŠ in 2 specializantki MDPŠ; 3 višje in diplomirane medicinske sestre, 7 srednjih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov in 1 administrativni delavec. Letno se opravi 11–12 000 pregledov.

3 KOMUNIKACIJA

3.1 Opredelitev komunikacije

»Komunikacija (latinsko: zveza, povezava, sporočilo, obvestilo) pomeni socialni stik po dajanju in sprejemanju sporočil,« pravi Trstenjak (1971, 613). Toda to ni njen edini pomen. Pomeni tudi navezovanje, zvezo, vzdrževanje stikov s kom; komunikativna je tista oseba, s katero je lahko vzpostaviti in vzdrževati stike.

O komuniciranju govorimo takrat, če posebej ne upoštevamo medosebne komunikacije in ko informacija prestopi prag zavesti tistega, ki mu je namenjena, ali ko sproži njegovo reagiranje. Brez sodelovanja obeh ne moremo govoriti o medosebnem komuniciranju. Komunikacija je izrazito socialne narave, dogajanje je interakcija. (Trček 1998, 43)

»Komuniciranje je bistveno več kot zgolj izmenjava besed. Je nadvse zapleten proces medsebojne udeležnosti: jaz postajam nek tvoj del in ti postajaš nek moj del« (Ule 2003, 133).

Človek komunicira že s tem, da je navzoč. Komunikacija je eden od vidikov medosebnih odnosov, je njihov najpomembnejši sestavni del, je oblika in način, v katerem se odnosi prikazujejo. Pri komuniciranju prenašamo na drugega določeno sporočilo, vsebino, to poimenujemo vsebinska komunikacija. Hkrati določamo svoj odnos do tega sporočila in do tistega, ki mu to sporočamo, kar imenujemo odnosna komunikacija. Komunikacija pomeni tudi to, da razne informacije potrdimo, utrdimo in povzamemo, do česar smo se dokopali s pomočjo enakopravnih sodelavcev v komunikaciji. To je nemogoče, če ni simetričnosti (podobnosti, enakosti). S kombiniranjem prvega in drugega postane komunikacija pravi medosebni stik. (Brajša 1983, 41–48).

Komunikacija je vrsta akcije, ki se je najbolj razvila pri človeku. Vendar to niso vedno ljudje. Primitivnejše oblike komuniciranja opazimo tudi pri živalih. Interakcijo, ki poteka s pomočjo znakov, imenujemo lahko komunikacijo. Za človeka je specifična artikulirana govorica. Poleg verbalne govorice opazimo še gibno, ki je po morfoloških značilnostih sila podobna telesnemu izražanju nižje razvitih živali. Te ugotovitve zasledimo že pri Darwinu, ki poskuša na podlagi mnogih opazovanj izražanja emocij pri človeku in živalih sestaviti inventar različnih načinov njihovega izražanja. (Kovačev 1998, 75, 83)

Dobra človekova komunikacija je izrednega pomena pri vseh njegovih aktivnostih, še posebno na njegovem delovnem mestu. Po podjetjih in v vseh drugih organizacijah se kaže velika potreba po uspešni komunikaciji. Razvoj neuspešnih načinov komuniciranja lahko v organizaciji privede do zmanjšane produktivnosti. Veliko časa človek preživi v družbi z ljudmi, jih posluša in se z njimi pogovarja, se jim smeje in prepira, rokuje ali

jih objema. Našteli bi lahko še na desetine drugih oblik vedenja do ljudi okoli nas, vse pa lahko povzamemo z eno samo besedo – komuniciranje. (Možina idr. 1994, 29)

Velik poudarek pripisujemo komunikaciji na relaciji medicinska sestra (v nadaljnjem besedilu: MS) – varovanec, saj je največ v stiku z njim. Pomembno je, da MS obvlada načine komuniciranja in s tem pomaga pri odstranitvi ovir, ki nastajajo pri komunikaciji z varovancem in sodelavci. Prvi stik MS in varovanca odigra pomembno vlogo. MS se mora znati približati varovancu, ga poslušati in slišati ter znati zaznati vsa verbalna in neverbalna sporočila, katera varovanec oddaja zavestno in podzavestno. Edino na ta način lahko MS razume varovanca in ugotovi vse njegove potrebe.

Če želiš biti v komunikaciji uspešen, se je treba usposablјati, jo študirati, si pridobivati znanja, kajti to ni neka naravna danost. Komunikacija je proces učenja.

Brez uspešne komunikacije bi v javnem zavodu le malo dosegli, saj vpliva na medsebojne odnose, tako med zdravstvenimi delavci, kot med le temi in varovanci. Način in obseg prenosa podatkov in informacij znotraj javnega zdravstvenega zavoda in pa med zavodom in zunanjimi udeleženci veliko pove o odnosih v zavodu in med zavodom in zunanjimi udeleženci. Zadostno in kakovostno komuniciranje prispeva k pozitivni klimi ter k učinkovitemu in uspešnemu opravljanju nalog. (Česen 2003, 135)

»V javnih zdravstvenih zavodih velja, da so urejeni medsebojni odnosi in prizadevanja vseh zaposlenih za optimalno zadovoljitev potreb in pričakovanj uporabnikov najlepša slika sposobnega managementa« (Česen 2003, 123).

3.2 Oblike komunikacije

Komunikacija je zelo širok pojav, je odsev določene kulture, opredelimo jo kot temeljno sestavino procesov v družbi. Prek komunikacije človek izraža svojo notranjost in obenem kaže svoje odnose do drugih. Ti odnosi so lahko zavestni, podzavestni, posredni ali neposredni.

Sposobnost komuniciranja je nov vidik človekove izjemnosti. Človeka najgloblje označuje njegova sposobnost komuniciranja. Čutni organi človeka vseskozi pošilјajo sporočila v zunanji svet in so vedno v pripravljenosti na sprejemanje signalov. (Trček 1998, 1–4)

Pogovor je ne samo najpogostejša in najnaravnejša, temveč tudi najbolj učinkovita oblika medsebojnega sporazumevanja ljudi.

Komunikacijske oblike delimo na:

- osebno – intrapersonalno komunikacijo,
- medosebno – interpersonalno komunikacijo,
- množično – masovno komunikacijo.

Intrapersonalna komunikacija je nekakšno govorjenje s samim seboj. Naš notranji svet se zrcali preko jaza. Pojem jaza se povezuje s vrednotami naše kulture. V naši individualni kulturi so strukturirani naša čustvenost, naš intelekt ter fizične sposobnosti, naši predsodki, stereotipi, prepričanja, vrednote, itn. V teh okvirih se odraža proces naše notranje govorice, nas same oblikuje. Ta oblika komuniciranja je pogost in normalen pojav, kateri poteka v posamezniku in je osnova za nadaljnje komuniciranje. (Trček 1994, 76–77)

Za *interpersonalno komunikacijo* se uporablja angleški izraz »*face to face*«, kar govori o fizični bližini udeležencev. Značilen je dvosmerni pretok informacij, kjer ni vedno kontrole in odgovornosti, načelno brez medijev in sodeluje malo udeležencev.

Če se želi biti pri medosebni komunikaciji uspešen, mora človek najprej poznati in razumeti sebe, razumeti, spoštovati in poznati ljudi, s katerimi je v stiku, in do njih gojiti spoštljiv in pozitiven odnos.

Množično komuniciranje je proces, kjer je prisotnih veliko udeležencev, izključno je vezano na medije, velike razdalje, enosmerni pretok informacij, odgovornost in kontrolo informacij. (Trček 1998, 51–60)

Masovna občila ali komunikacije so radio, TV, knjige, film in drugo ter se nanašajo na množico ljudi, kamor se razširja njihov vpliv. Te vrste komunikacije vsebuje socialno psihološke zakonitosti kot na primer javnost, motiviranost, učinkovitost. Masovna občila veliko prispevajo k utrjevanju medčloveških predsodkov in so soodgovorna pri demoralizaciji javnega mnenja in moralni soodgovornosti. (Trstenjak 1971, 602, 613).

3.3 Proces komuniciranja

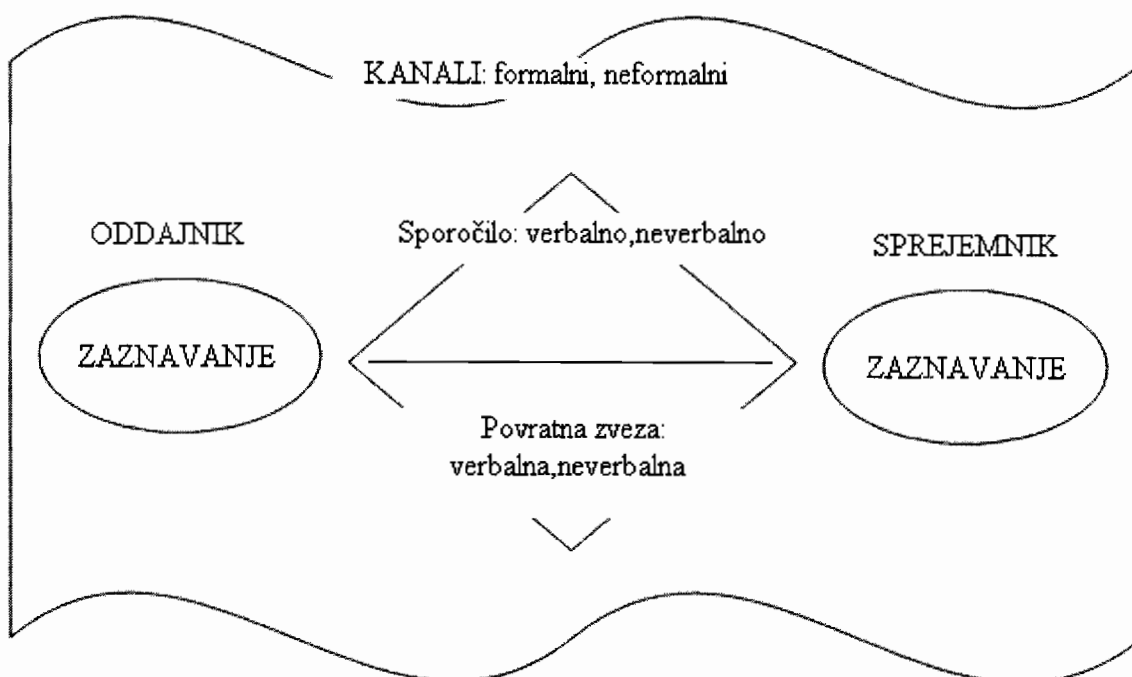
»Komunikacija je prenos informacij med oddajnikom in sprejemnikom s pomenskimi simboli« (Možina in Damjan 1994, 560).

Pri komunikacijskem procesu je pomembno, da obstaja pošiljatelj, ki je sprožilec poteka, in prejemnik, ki sporočilo prejme in zaključi zvezo. Komunikacijski proces sestavljajo:

- oddajnik (oseba, ki sporočilo kodira),
- sprejemnik (oseba, ki sporočilo dekodira),
- sporočilo,
- kanal,
- povratna zveza (feed back),
- zaznavanje (Slika 3.1).

V procesu komunikacije se izmenjavajo različna mnenja, stališča, ideje in dejstva.

Slika 3.1 Model komunikacije



Vir: Možina idr. 1994, 56

Oddajnik poskuša izbrati sporočilo, kanal in kodira sporočilo. Kodiranje je pomensko vnašanje misli ali čustev v pisni, verbalni ali neverbalni obliki komuniciranja. Pri večji natančnosti kodiranja sporočil upoštevamo ustreznost sporočila, preprostost, organiziranost, ponavljanje in poudarek.

Sprejemnik je oseba, ki sprejema in prevaja sporočilo v obliko, ki je razumljiva njemu. Pomembno za sprejemnika je, da zna poslušati in slišati sporočilo ter mu nameni dovolj pozornosti.

Sporočilo je skupek besednih in nebesednih znakov, ki jih pošilja oddajnik k sprejemniku. Vsi ti znaki tvorijo informacijo, ki je lahko različno razumljena glede na stališča in znanja oddajnika in sprejemnika. Nebesedni znaki se izražajo z mimiko obraza, s telesnimi gibi, kretnjami in telesnim kontaktom ter imajo velik pomen pri komuniciranju.

Kanal je pot, po kateri potuje sporočilo od oddajnika do sprejemnika. Količino informacij, ki jo je mogoče prenesti po kanalu, imenujemo informacijska zmogljivost kanala. Najboljša komunikacija je osebni pogovor, vidimo tudi nebesedne znake in je najbolj razumljiva. Hitro povratno informacijo dobimo pri telefonskem načinu, ne zazna pa vseh nebesednih znakov. Počasnejša in manj zmogljiva je pisna komunikacija, sprejeto je le napisano. Kanale ločimo na formalne in neformalne. O formalnih govorimo

takrat,

ko managerji pošiljajo informacije zaposlenim ali varovancem, ko podrejeni pošiljajo informacije nadrejenim in ko pošiljajo informacije med oddelki. O neformalnih pa govorimo takrat, ko pot, ki ji sledi sporočilo, temelji na medosebni interakciji.

Povratna zveza – feed back je tudi dvosmerna komunikacija, je odgovor sprejemnika na sporočilo oddajnika. Povratna informacija pove, da je bilo sporočilo sprejeto in kako je bilo razumljeno. Povratna informacija mora biti koristna, opisna, specifična, ne splošna, ob pravem času in ne sme begati.

Zaznavanje je proces opazovanja in pomnjenja pomena informacij. Zaznavanje je zelo odvisno od naših izkušenj in od naše preteklosti. Sposobnost zaznavanja se od človeka do človeka razlikuje. Težave pri komuniciranju izhajajo iz problemov zaznavanj. Selektivno zaznavanje je proces izključevanja informacij. Slišimo le tisto, kar želimo. Pri oblikovanju stereotipov pa se ustvari vnaprejšnje mnenje o posamezniku in se tako izkrivi realnost. »Od našega zaznavanja so odvisni tudi vrsta sporočila, ki ga pošljemo, komunikacijski kanal, ki ga uporabljamo, in sposobnost reakcije« (Možina idr. 1994, 561–569).

3.4 Motnje v komuniciranju

Komuniciranje ne poteka vedno tako, kot bi si želela pošiljatelj in sprejemnik. Pojavljajo se motnje, ki zmanjšujejo urejenost in povečujejo spreminjanje komuniciranja.

Motnja v komunikaciji se lahko pojavi zaradi:

- medsebojnega nerazumevanja pošiljatelja in prejemnika: sta tujca in ne govorita istega jezika; ni empatije, občutki niso uglaseni;
- nesporazumov (semantične motnje): prejemniku sporočilo ne pomeni isto kot pošiljatelju, pogosto botrujejo motnjam razlike med jeziki in kulturami, drugačno izražanje; semantične motnje so napačno razumevanje, interpretiranje sporočila in napačen sprejem informacij; pogosto prihaja do razkoraka pri medsebojni komunikaciji med lingvističnimi kodami, ki jih uporabljata sogovornika; temu lahko rečemo vir in sprejemnik; semantične motnje pa so posledica življenja in zorenja osebnosti v različnih socialnih okoljih in s tem povezane ravni znanja, izobrazbe in vrste izkušenj (Brečko 1998, 107–26);
- šuma v komunikacijskem kanalu (informacije zamujajo, se izgubljajo – slaba telekomunikacijska zveza, izgubljeno pismo ipd.).

Razlogi za motnje so lahko:

- osebni vzroki, in sicer: sposobnost, zmožnost, spretnost pri komuniciranju; temperament, dedno pogojena oblika in način splošnega reagiranja pri posamezniku; značaj (na katerega ima pomemben vpliv kultura, vera in okolje

in ni dedno pogojen); potrebe, znanje in psihične značilnosti (močna čustva), materialni razlogi;

- urejene pristojnosti ali kompetence;
- vzdušje ali klima;
- nepravi čas za komunikacijo (konec delovnega časa, opravljanje posega ...).

Osrednji problem vsakega komunikacijskega procesa so motnje. Sporočilo je lahko nepopolno, napačno razumljeno, zato zmanjšuje učinkovitost komunikacijskega procesa. Med prenosom sporočilo izgublja svojo vsebino in spreminja namen. V obeh primerih so enake posledice. Motnje v kanalu so motnje pri fizičnem prenašanju sporočil. Prekinitev lahko nastane med oddajnikom, virom informacij in sprejemnikom. Pri medosebnem komuniciranju so predvsem hrup; na primer odpiranje vrat, hrup, ki prihaja od zunaj, hkratio govorjenje več oseb idr. Te motnje lahko z malo truda popolnoma odstranimo.

3.5 Ovire in njihovo premagovanje za uspešnejše komuniciranje

Za uspešno komuniciranje je treba prepoznati ovire, ki zadržujejo oziroma negativno vplivajo na oddajanje, prenos in sprejemanje informacij, tako da popačijo ali v celoti blokirajo njihov pomen. Razdelimo jih lahko na organizacijske, individualne in tehnične, čeprav se mnoge med seboj prepletajo.

Organizacijske ovire zrcalijo hierarhično oddaljenost sprejemnika in oddajnika – strokovnjaki oblikujejo svoj žargon ali okrajšavo, različnost ciljev (med vodilnimi in delavci), statusni odnosi – določeni privilegiji posameznika v skupini, organizaciji ali družbi. Ta oddaljenost se kaže na relaciji zdravnik – varovanec in zdravnik – ostali zdravstveni delavci, kar spreminja medsebojne odnose znotraj vsakega javnega zavoda in se posledično odraža tudi navzven.

Individualne ovire, ki so osebne narave in se razlikujejo od človeka do človeka. Sem prištevamo napačno razlaganje besednih in nebesednih znakov, kadar sogovornika istim znakom pripišeta različen pomen in se tega ne zavedata. Med individualne ovire sodijo tudi čustva oziroma psihična stanja, s katerimi doživljamo vrednostni odnos do ljudi, dogodkov ali stvari, in komunikacijske spretnosti, ki izhajajo iz kulture, izobrazbe, vaje in osebnostnih značilnosti. Pomemben je tudi čas, kdaj posredujemo informacijo. Specifičen je odnos varovanec – zdravstveni delavec. Varovanec je zaskrbljen za svoje zdravje, njegovo življenje je ogroženo, zato ga je treba razumeti, mu pomagati pri reševanju njegovih zdravstvenih in osebnih problemov, se pogovarjati v njemu razumljivem jeziku, mu pomembno sporočilo zanj večkrat ponoviti, da ga bo slišal v danem čustvenem stanju. Velikokrat pride do konfliktne situacije ravno zaradi nerazumevanja čustvenega stanja varovanca s strani zdravstvenega delavca.

Z natančnim opazovanjem lahko svojo strokovno razlago prilagodi posamezniku in sproti odpravlja zmote, napačne predstave, preusmeri mnenja ter se usmeri k varovančevemu razumu. Pomembno je vživeti v ta problem. »Čustev ne moremo nadzorovati, lahko pa nadzorujemo lastno vedenje. [...] Vedenje je stvar naše izbire – zavedne ali nezavedne. Nezavedno vedenje imenujemo navade« (Zidar Gale 2005, 37). Naučimo se lahko, kako se odzvati, ko se čustva pojavijo. Moramo se naučiti prepoznavati lastna čustva in ugotoviti, kako se v različnih trenutkih odzvati, ne samo verbalno, predvsem neverbalno.

Tehnične ovire izražajo nepravilno izbrano komunikacijsko pot, po kateri potuje sporočilo od oddajnika k sprejemniku. Na tej poti je treba izbrati najugodnejšo zmogljivost informacijskega kanala, ki vključuje tako govorno komunikacijo kot neverbalne znake in izpolnjuje več informacijskih zahtev hkrati. Da je komunikacija uspešnejša in ni napačno razumljena, je treba oceniti, kaj se lahko sporoči po telefonu, kaj pisno in kaj ustno. Zelo občutljiva sporočila je treba sporočati ustno, le tako lahko spremljaš tudi neverbalno komunikacijo, vidiš varovanca, kako reagira in temu prilagodiš nadaljnje komuniciranje.

Zakaj so nekateri ljudje tako uspešni? Spremeniti znajo strah v samozavest, bojazen in negotovost v jasne cilje in izbrati pot, da to dosežejo. Pot do uspešnejšega komuniciranja pa je, da se vsak posameznik trudi zagotoviti osebne spremembe in izboljšati svoje komunikacijske spretnosti. Treba je pričeti z novim načinom razmišljanja, nadzorovanjem čustev, spreminjanjem vedenja in boljšim razumevanjem ljudi. Pri vsem tem je pomembno ugotoviti, kako se odločamo, kako komuniciramo in kakšne cilje si postavljamo. Na ta način ugotovimo, kaj si želimo spremeniti. Pomembno je spoznati in vedeti, kako tisto, kar zaznavamo s čuti, deluje na naše možgane, in se pravilno naučiti uporabljati jezik. Spremembe naj bi se začele v okolju. Neurejenost prostora kaže našo notranjo neurejenost. Treba se je znebiti preteklosti, da se ustvari možnost za sedanost in prihodnost. Ugotoviti je potrebno:

- kaj si želiš in ali to tudi imaš;
- kaj si želiš, vendar tega nimaš;
- česa ne želiš, a imaš;
- česa ne želiš, pa na srečo nimaš. (Zidar Gale 2005, 15–17)

4 MEDOSEBNO KOMUNICIRANJE

Medosebno komunikacijo ne predstavlja samo govorjenja, ampak jo sestavljata govorjenje in poslušanje. Že Epiktet je rekel: »Narava je človeku dala en jezik, toda dve ušesi, da bi dvakrat več poslušal, kot govoril« (Thiele 1995, cit. po Dermol Hvala 2001(1–2), 47). Pazljivo poslušati pomeni moči, znati in hoteti. Varovancev ne obravnavajmo kot številke, ampak jih sprejmimo kot neponovljivo osebo. Gledamo jih v oči, ne mimo. Poleg besede je pogled najmočnejši dotik. Nasmeh je čudežno zdravilo, ki lahko varovanca vzpodbudi, da spregovori. Nujno potrebuje smehljaj tisti, ki ga sam ne zna dati. Med govorjenjem varovanca ne prekinjajmo, ker ga lahko zmedemo. Že Aristotel je vedel, da je treba ljudem povedati tisto, kar želijo slišati, in se pri tem zavedati meje med pretiravanjem in iskrenostjo, med manipulacijo in etičnostjo. (Dermol Hvala 2001, (1–2), 45–49)

Vsaka komunikacija je v določeni meri tudi igra, maska ali fasada. [...] Pri vsaki komunikaciji se prepletajo besedna in nebesedna sporočila. Nebesedna so bolj pristna, bolj točna in manj zlagana kakor besedna. Zlagati se je najlažje besedno prek telefona (Trček 1998, b. s.).

Po načinu komuniciranja oseb razlikujemo interpersonalne in masovne komunikacije. Vsaka komunikacija je dvosmerna, če to priznamo ali ne. Kljub temu pa imenujemo enosmerno komunikacijo tisto, pri kateri se eden od sodelujočih izogiba, ignorira in preprosto noče videti povratnih informacij drugih na sporočila, ki jim jih pošilja. V soglasju s tem imenujemo dvosmerne komunikacije tiste, pri katerih se povratne informacije zaznavajo, upoštevajo in so sprejete. Povratne informacije so tudi lahko verbalne ali neverbalne. Če vzamemo negativne povratne informacije kot nekaj, kar frustrira, in pozitivne, kar nagrajuje, potem lahko rečemo, da se medosebne komunikacije razvijajo uspešno le, če so navzoče oboje. Za uspešno komuniciranje je zelo pomembno, da vemo, kako in kaj od tega, kar sporočimo, drugi sprejmejo. Skladna komunikacija je tista, v kateri se besede ujemajo z vedenjem, vsebina s samim odnosom, do vsebine ali osebe, s katero komuniciramo in v kateri smo pripravljeni od drugega nekaj novega spoznati, se učiti od njega, ne da bi to občutili kot nekaj, kar nam bo zmanjšalo našo lastno vrednost. Neskladno imenujemo komunikacijo, pri kateri ni obojestransko usklajeno verbalno in neverbalno, vsebinsko in odnosno. Komplementarnost ogroža simetrija zaradi medsebojne tekmovalnosti. Ta vrsta komunikacije otežuje prenašanje informacij in povsem onemogoči, da bi se odnosi spremenili tako, kot je bilo zaželeno. Osebe se podzavestno ali zavestno izogibajo srečanja z resničnim problemom, z resnično vsebino komunikacije. Končno lahko komunikacije delimo na konstruktivne (ustvarjajoče, ustvarjalne), uspešne, funkcionalne, nemotene in pozitivne na eni in destruktivne, neuspešne, disfunkcionalne, motene in negativne na drugi strani

Konstruktivna komunikacija, jedrnata, pozitivna, jasna, resnična, upošteva partnerja, sprejemljiva je za različnost v mišljenju, odprta in iskrena, poštena, (fer komunikacija), taktna, je taka, da se v njej tudi uboga in se izogiba raznih izgovorov, pripomb, zbadljivk, hrupa, posmeha, duhovitosti na tuj račun. V destruktivni komunikaciji poteka norčevanje iz drugih, osebne razlage, spreminjanje teme, obtoževanje, lastno hvalisanje, zloraba logike, prekinjanje, izzivanje, v drugem občutek krivde, ironija in ignoriranje. (Brajša 1983, 46–48)

V 20. stoletju imamo ogromno informacij, ki so dostopne posameznikom, kljub temu pa je človek še naprej neznanka, kot ga je nekoč imenoval Alexis Carrel. (Sporken in Šef 1983/84, 107)

4.1 Besedno komuniciranje

»Modrost je nagrada, ki jo dobiš, ko namesto da bi celo življenje govoril, poslušáš,« (Shapiro 2002, 57) je dejal Aristotel.

Verbalna ali besedna komunikacija je način komuniciranja dveh ali več sočasno prisotnih oseb z besednimi sredstvi. Verbalni jezik je najbolj razvit simbolični sistem. Sestavljen je iz znakov, ki so nosilci določenih pomenov, in omogočajo povezovanje znakov po določenih pravilih. Jezik je močno povezan z družbeno strukturo in je pod močnim vplivom socialnih dejavnikov, kot so: poklic, spol, starost, razredna pripadnost, socialno-ekonomski status ipd. Udeleženci komunikacije morajo poznati pomene, ki so vezani na določene kombinacije glasov, in pravila, po katerih se znaki povezujejo v celoto. Pri nemoteni komunikaciji mora obstajati enotnost v vkodiranju in dekodiranju znakov. (Kovačev 1998, 102–105)

Pri izgovorjavi besede postane misel javna. Z besedo izražamo svojo misel in svoje čustvo. Pri pogovoru z nekom se ustvari medčloveški odnos, ki je med zdravstvenim delavcem in varovancem še posebej pomemben. Pri varovancih izrečene besede zbudijo lahko pozitivne, negativne ali nevtralne predstave, določene čustvene povezave in pomene. Besedi je potrebno ponovno dati težo. Živa izgovorjena beseda je nekaj enkratnega. Ko človek zboli, potrebuje topel pogled, pomirjujoč dotik ali pa samo razumevajočo besedo. Pri tem veliko pripomore vzajemna izmenjava informacij ter izražena skrb in sočustvovanje. Toda vedno večja časovna stiska in uporaba aparatur osebne stike omejuje na minimalni čas, kar še bolj bremeni odnose v zdravstvu. Tudi zdravstveni delavec pogosto »pozablja«, kako pomembna je prijazna kretnja, beseda ali nasmeh, medtem ko opravlja svoje delo ali se pogovarja s varovancem. Prav tako je moteče, če zdravstveno osebje ne ponudi dovolj informacij o bolezni in ne odgovori na vsa vprašanja. Danes že obstaja možnost izbire zdravstvene ustanove. Znano je, da se varovanec raje odloča za ustanovo s toplim odnosom in osebnim spoštovanjem, kot za

sicer strokovno vrhunsko, a v odnosih bolj hladno ustanovo.

Pri navezovanju stikov z varovancem, je treba doseči, da posvetijo vso pozornost našim besedam. Varovanci morajo videti, slišati, občutiti pa tudi vonjati in okusiti. V možganih imamo tri komunikacijska središča: vizualno, avditivno in kinestetično. Vizualne, ki svojo okolico doživljajo prek besed; akustične/avditivne, uporabljajo besede, povezane s tem, kar slišimo; motorične/kinestetične, ki govorijo bolj počasi. Takšni so tudi njihovi gibi. Dobro izobraženi zdravstveni delavec bo za približevanje varovancem uporabljal vse tri načine in uporabil dostopnejšega. Upoštevati je treba tudi strukturo varovancev. Pogovarjamo se z mladimi (lažje je vplivati in prepričati mlade) in odraslimi; z moškimi in ženskami (moškega je težje prepričati za določeno stvar). Razlikujemo se tudi po značaju; potrpežljivi, razdražljivi; zainteresirani, nezainteresirani, zato moramo uporabiti vsa govorniška sredstva, da varovancu olajšamo poslušanje in razumevanje. Pomembno je, da človeku pomagamo sprejeti njegovo bolezen, njegov križ.

Govor je struktura, ki učinkuje naravnost, zato ni vseeno, s kakšnim tonom kaj povemo. Dokaz za to je, da pisana beseda nima enakega učinka kot izgovorjena. Pomemben je prvi vtis, ki ga dobi varovanec. Ne prepustimo se čustvom in ostanimo zvesti cilju pogovora, upoštevajmo pa tudi časovne možnosti. Govoriti je treba počasi, razločno izgovarjati, uporabljati ustrezne pavze in ustrezen ton. Nekatere raziskave kažejo, da varovanci ne razumejo 50 odstotkov tistega, kar jim zdravstveni delavci pripovedujejo. Sporočilo mora biti jasno, jedrnato, živo, primerno, besede pa naj bodo splošno uporabne. Živa govorica je izraz celotne osebnosti, govori cel človek – z dušo in telesom. Trstenjak pravi, da je človek človeku človek po besedi, saj je v njej več kot gola beseda. Z besedo ne dajemo drugemu samo besede, ampak obenem samega sebe.

Ob vsakdanjem hitenju in pomanjkanju časa pogosto pozabimo na osnovno: predstaviti se. Tako malo besed, ki pa veliko pomenijo.

Zdravstveni delavec naj bo pozoren na besedna in nebesedna sporočila, na vsebinski in odnosni del komunikacije. Tako na sporočila, ki jih posreduje varovancu, kot tudi na informacije, ki jih sprejema. Zaveda naj se, da teče medsebojno sporočanje tudi ob nemem srečanju dveh ljudi. Vedno prenaša (projicira) tudi svoje doživljanje in ne samo tisto, kar bi želel sporočiti.

4.2 Nebesedno komuniciranje

»Nejezikovno sporazumevanje je vsekakor proces, v katerem se ljudje, besede, višina in barva glasu med seboj prepletajo« (Clayton 2004, 8).

Z neverbalno ali nebesedno komunikacijo označujemo načine komuniciranja dveh ali več sočasno prisotnih oseb z nebesednimi sredstvi. Nanaša se na komunikacijsko

učinkovanje telesne dejavnosti, izrazov obraza, gest, orientacije v prostoru, zavzemanje različnih položajev v njem, vonja, dotika in tistih vidikov neverbalnega sporočila, ki jih lahko teoretično ločimo od sporočenega konteksta izrečenega. Tri temeljne značilnosti neverbalne komunikacije so:

- nanaša se na komunikacijo med osebami, ki so neposredno navzoče druga ob drugi. Le tako se lahko direktno odzivajo na sogovornikova dejanja ter s svojimi odgovori vplivajo nanj;
- komunikacijske vrednosti vedenja in temeljne komponente komunikacije na splošno, ni mogoče nadomestiti s verbalnimi komunikacijskimi sredstvi (npr. intonacija);
- vključuje predvsem sporočila, ki jih ni mogoče jasno formulirati, zajeta so v subjektivih dejanjih in jih povzemamo po njih. (Kovačev 1998, 108)

»Zavestno opazovanje lastnih drobnih opravkov in kretenj drugih je za vsakogar najboljša pot, po kateri je mogoče doseči boljše razumevanje sporočilnih vzorcev pri najbolj zapletenem in zanimivem živem bitju – človeku,« meni Pease. (1977, 177)

Tako kot govorjeni jezik je tudi govorica telesa sestavljena iz besed, povedi in ločil. Kretnja je kot beseda, ki ima lahko več pomenov. Kretnje nastopajo v povedih in poročajo o čustvih ali razpoloženju oddajnika. Sprejemnik bere nejezikovne povedi. *»Raziskave so pokazale, da je vtis sporočila, ki ga oblikujejo nejezikovni znaki, petkrat močnejši od jezikovnega sporočila«* (Clayton 2004, 16). Če verbalni in neverbalni sporočili nista usklajeni, se sprejemnik zanaša na oddajnikovo neverbalno sporočilo in se na verbalnega ne ozira. Zaželeno govorico telesa, ki naj bi jo poznal vsak, je smejanje z očmi, zaupanja vredno rokovanje, izražanje z glasom in odprte dlani, ki nakazujejo iskrenost, všečna drža pri sedenju, strmi pogled, ustrezna postavitve telesa in upoštevanje poslovne cone.

Prek tona glasu sporočamo svoja čustva, jezo, naklonjenost, empatijo. Z dajanjem navodil varovanca vzgajamo, informiramo, osveščamo in mu posredno dajemo vedeti, da smo resnično zavzeti za njegove probleme. Poleg razumljivega sporočanja je potrebno tudi pozorno poslušanje, kar je z neverbalnimi znaki v vsakem trenutku težko izvedljivo.

Najpomembnejših življenjskih sporočil navadno ne pošiljamo z besedami, ampak z neverbalnim komuniciranjem. Neverbalna komunikacija ima pomembno vlogo pri intimnih sporočilih, življenjskih in praktičnih resnicah, vplivu na tuje vedenje, vzgojne vplive, spodbujanje drugega k aktivnosti, k uporabi in uresničevanju določene odločitve ter motiviranje drugega za določen napor in posebno vključevanje v reševanje določenega problema. Ni vseeno, kaj taka neverbalna sporočila spremlja. Od tega sta navadno odvisna njihova učinkovitost in vpliv na druge.

4.3 Vpliv samopodobe na komunikacijo

»Nobena stvar ne naredi človeka srečnejšega kot njegovo lastno prepričanje, da je naredil najboljše, kar je mogel.« Mihailo Pupin

Samopodoba je organizirana celota podob, lastnosti, občutij, potez, stališč sposobnosti in drugih psihičnih vsebin z naslednjimi značilnostmi:

- v različnih stopnjah razvoja in situacijah jih pripisuje samemu sebi;
- tvorijo referenčni okvir, s katerim posameznik svoje ravnanje uravnava in usmerja;
- so v tesni povezanosti z obstoječim vrednostnim sistemom posameznika in vrednostnim sistemom ožjega in širšega družbenega okolja;
- so pod neprestanim vplivom delovanja obrambnih mehanizmov – nekega sita, ki prepušča vsebine, ki so za posameznikov jaz sprejemljive. (Kobal 2000, 25)

Učenje in razmišljanje o samopodobi omogoča zdravstvenemu delavcu ustrežnejše ravnanje in prilagodljivost pri odzivanju na zahteve ljudi, s katerimi prihaja v stik. Če spremenimo svoje vedenje, se spremeni tudi sogovornikovo vedenje. Negativni odziv vzbudi tudi pri sogovorniku negativno razpoloženje, pozitivni pa pozitivno. V danem trenutku izberemo zase najboljše. Za svoje vedenje smo odgovorni sami, kot tudi za posledice svojih dejanj. (Zidar Gale 2005, 39–42)

Zdravstvenemu delavcu učenje in razmišljanje o samopodobi omogoča večjo ustreznost in prilagodljivost v odzivanju na zahteve ljudi, s katerimi prihaja v stik.

Vsakdo razmišlja v svojem jazu, prek katerega se zrcali naš notranji svet, še posebej poznavanje samega sebe. Pojem jaza se povezuje z vrednotami naše kulture. Predstavo o sebi oblikujemo preko svoje avtobiografije. Odločujočega pomena je vzgoja in obnašanje v družini. Kot pomembnejše opisujemo tiste lastnosti jaza, ki jih pripisujemo sebi. Duhovito je to zakonitost izrazil Descartes, in sicer, da je bog razdelil vse dobrote krivično, le pamet pravično, saj se nihče ne pritožuje, da jo imajo drugi več, kot on sam.

»Kalifornijski psihiater E. Berne je razvil posebno teorijo o igranju vlog prek notranje transakcije. Po njegovi transakcijski analizi človek vedno igra ali vlogo otroka ali roditelja ali učitelja. Sedaj je nebogljen in nemočen kakor otrok, drugič pokroviteljski kakor roditelj in tretjič moder ter razgledan kakor učitelj. Pri komunikaciji naj bi bili po njegovem mnenju pozorni prav na te zakonitosti« (Trček 1998, 54).

»Sebe sodimo po svoji notranjosti, druge po tem, kar vidimo« ameriški pesnik Longfellow. (Wead 2000, 5)

4.4 Medsebojni odnos zdravstveni delavec – varovanec

Komuniciranje je celovit proces, ki vključuje mnoge spretnosti, izmenjavo pristopov, občutkov, idej in pa popolno razumevanje stališč sogovornika. *»Posebnosti komuniciranja predvsem iz etičnih odnosov, to je spoštovanje osebnosti varovanca, upoštevanje njegove kulture ter še zlasti načelo sodelovanja, vsebuje tudi načelo partnerstva brez nekdanje distance, brez hierarhije«* (Trček 1994, 198).

Zdravstveni delavec naj bi imel sposobnost obvladati pogovorni jezik, ki ga izvaja z govorno in pisano besedo, in sposobnost opazovanja vedenja varovanca ter obvladati kulturo lepega vedenja. Prijazen, vljuden in korekten odnos nikogar ne postavlja v podrejen položaj. Pogovor se razvija v sproščen in spontan odnos. Varovanca obravnava individualno, upošteva njegovo osebnost, kulturo in različne specifične potrebe. Upošteva naj načelo; *delaj drugemu tisto, kar želiš, da bi storili drugi tebi v dani situaciji*. Zato zdravstveni delavec potrebuje veliko prakse in znanja, da razvije tehnike, s katerimi izraža čustva, prisrčnost, skrb, spoštovanje, sprejetje in razumevanje varovanca.

Komunikacija je življenjsko pomembna spretnost za vsakogar, treba se jo je učiti, saj je ne podedujemo.

Varovanca vedno sprejmemo celostno, mu ne vsiljujemo svojih misli in pričakovanj, poskušamo ga razumeti in ga aktivno poslušamo. S pomočjo empatije, teoretičnega znanja in izkušenj poskušamo predstaviti varovančevo situacijo, da jo bo razumel in iskal ustrezne rešitve. Kadar vrednotimo njegovo osebnost po naših merilih, pride lahko do nerazumevanja, ker varovanec zastopa druge vrednote kot mi. Za razumevanje njegove situacije potrebujemo dovolj podatkov, da se lahko zavedamo njegovih možnosti preoblikovanja in spreminjanja, da se njegova situacija spreminja in da se s tem skladno tudi naše razumevanje preoblikuje, spreminja in dopolnjuje. Le v pogovoru je mogoče ugotoviti, kaj varovanec potrebuje in kako bo to pridobil, dosegel. *»V varovancu moramo videti partnerja, ne pa objekt našega delovanja«* (Makari 1999, 33 (3–4), 184).

5 RAZISKAVA MED UPORABNIKI ZDRAVSTVENIH STORITEV

5.1 Predstavitev vprašalnika

Vprašalnik je sestavljen v okviru zastavljenega problema. Vprašanja se nanašajo na celoten potek zdravstvenega pregleda in so za vse vprašane enaka. Anketni vprašalnik (priloga) ima uvodni del s pojasnilom in navodilom za izpolnjevanje. Obsega trideset vprašanj, nekatera imajo več možnih odgovorov. Najprej so demografska vprašanja, ki se nanašajo na spol, starost, izobrazbo, delovno dobo, sledi še pet sklopov vprašanj, ki se nanašajo na:

- zadovoljstvo varovancev z zdravstvenimi delavci (9 vprašanj);
- zadovoljstvo varovancev z opravljenimi storitvami in njihovo kakovostjo (3 vprašanja);
- zadovoljstvo varovancev z informiranostjo o preiskavah, pregledu (4 vprašanja);
- zadovoljstvo varovancev z organiziranostjo pregledov (7 vprašanj);
- sklop drugo (7 vprašanj).

Sestavljajo ga odprta in zaprta vprašanja. Sklopi vprašanj so razdeljeni glede na pomembnost problema in željo po izboljšanjih na določenih področjih, ki vplivajo na boljše poslovanje ali konkurenčnost ter trženje dejavnosti MDPŠ.

Objektivnost sem zagotovila z individualnim in samostojnim izpolnjevanjem in vračanjem anketnih listov po končanem pregledu.

Zanesljivost vprašalnika pa je odvisna od zavesti vprašanega in njihovega stališča do posameznega vprašanja.

V glavnem sem vprašanja obdelala s statističnim programom SPSS 14,0, le nekaj vprašanj, kjer je bilo možnih več odgovorov hkrati, sem napisala opisno.

5.2 Predstavitev izvedbe ankete

Anketa je bila izvedena med 70 naključno izbranimi uporabniki zdravstvenih storitev na MDPŠ, ki so bili že večkrat pregledani na MDPŠ in je potekala v mesecu maju 2006. Od teh je bilo 60 veljavnih anket, ki so tudi obdelane, ostalih 10 pa je bilo neveljavnih. Bile so nepravilno in nepopolno izpolnjene, ali pa so jih izpolnili varovanci, ki so bili prvič na pregledu in niso poznali poteka pregleda. Ankete zato niso bile upoštevane v tabelah in slikah. Delo je poteklo v 5 ambulantah. Medicinska sestra je v vsaki posamezni ambulanti posameznika zaprosila za pripravljenost anketiranja, opozorila na predviden čas izpolnjevanja in prosila, naj jo izpolnijo po opravljenem pregledu ter vrnejo nazaj njej v ambulanto.

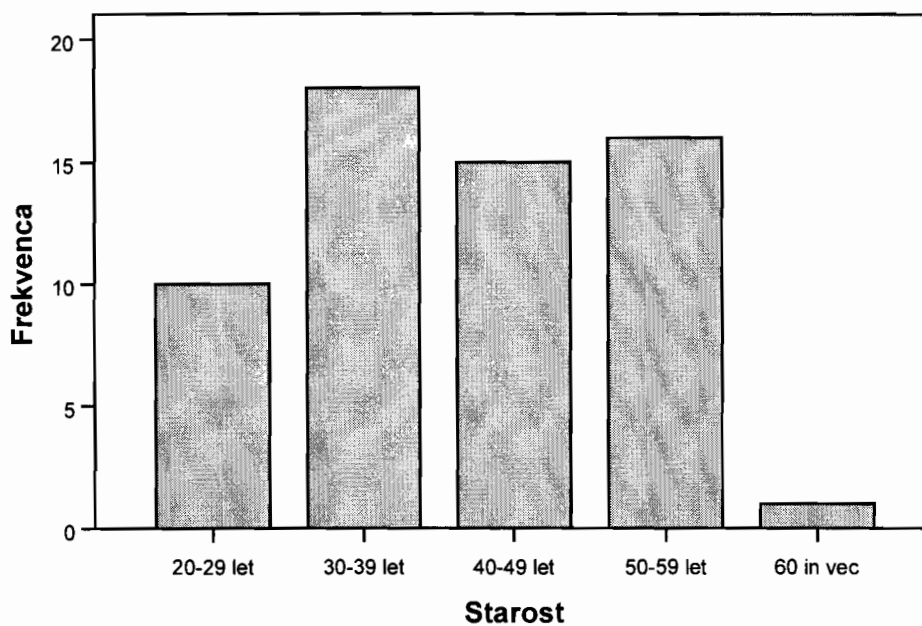
5.3 Demografski izid ankete**Tabela 5.1** Demografski izid ankete

| Skupina | Število | Delež |
|---------------------|---------|--------|
| Spol | | |
| moški | 27 | 45,0 % |
| ženski | 33 | 55,0 % |
| Starost | | |
| 0–19 let | 0 | 0,0 % |
| 20–29 let | 10 | 16,7 % |
| 30–39 let | 18 | 30,0 % |
| 40–49 let | 15 | 25,0 % |
| 50–59 let | 16 | 26,7 % |
| 60 let in več | 1 | 1,7 % |
| Izobrazba | | |
| osnovna šola | 2 | 3,3 % |
| poklicna šola | 7 | 11,7 % |
| srednja šola | 28 | 46,7 % |
| višja šola | 5 | 8,3 % |
| visoka šola | 14 | 23,3 % |
| magisterij | 2 | 3,3 % |
| doktorat | 2 | 3,3 % |
| Delovna doba | | |
| 0–9 let | 21 | 35,0 % |
| 10–19 let | 8 | 13,3 % |
| 20–29 let | 15 | 25,0 % |
| 30–39 let | 16 | 26,7 % |

N = 60

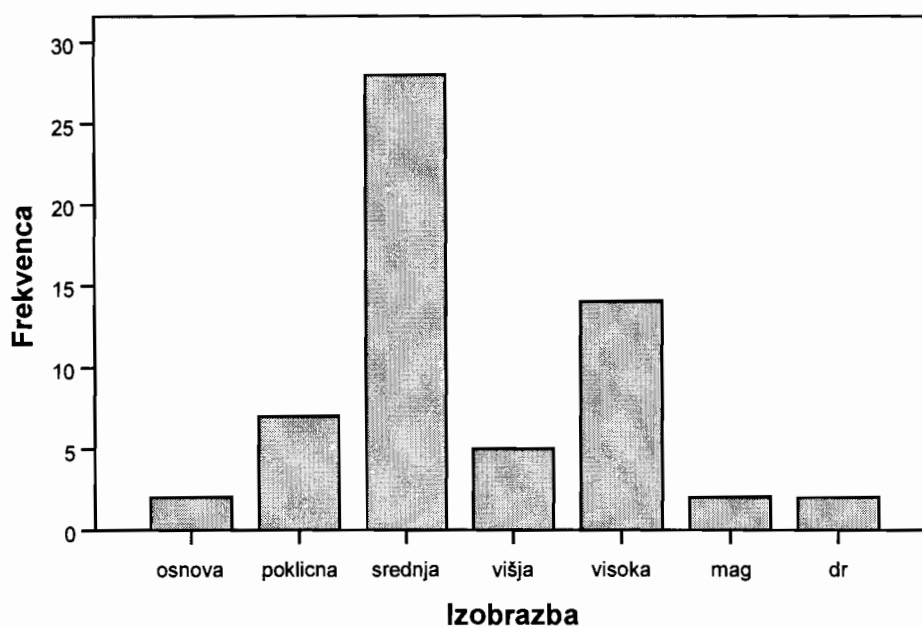
Anketo je izpolnilo približno enako število moških in žensk. 55,0 % anketirancev je bilo ženskega spola, 45,0 % pa moškega spola.

Slika 5.1 Delež anketirancev glede na starost



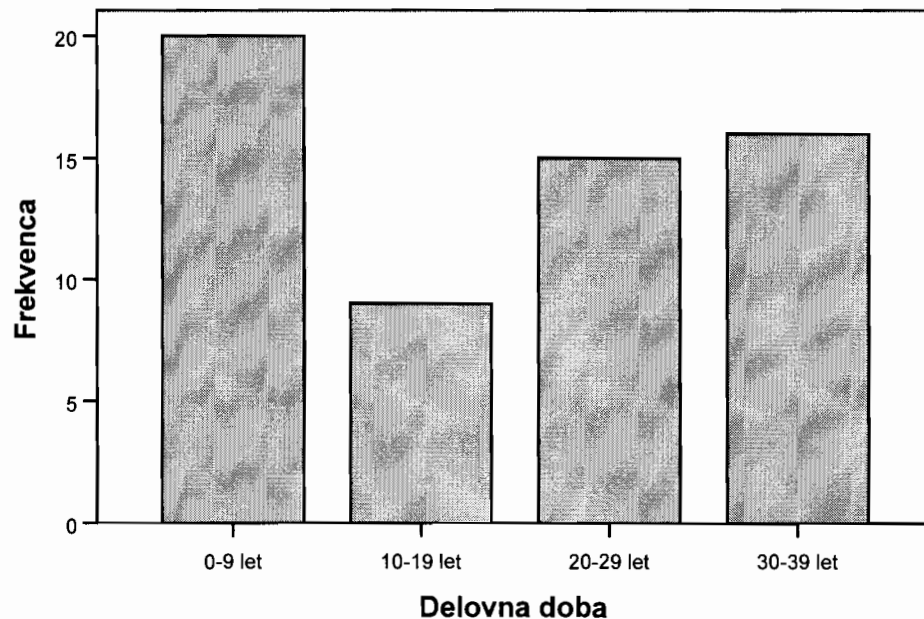
Največ anketiranih, 30,0 %, je bilo starih od 30 do 39 let; 25,0 % od 40 do 49 let; 26,7 % od 50 do 59 let; 16,7 % od 20 do 29 let; 60 in več let 1,7 %; mlajšega od 19 let med anketiranci ni bilo. Povprečna starost je bila od 30 do 49 let, kar pomeni, da je še zelo aktivna delovna populacija.

Slika 5.2 Delež anketirancev glede na stopnjo izobrazbe



Najmanj anketiranih je bilo z osnovnošolsko izobrazbo, 3,3 %, in največ s srednješolsko izobrazbo, 46,7 %. Sledili so anketiranci z visokošolsko izobrazbo 23,3 %, nato s poklicno 11,7 %, magisterij in doktorat pa je imelo po 3,3 % anketirancev. V povprečju je bilo največ anketirancev s srednjo in višjo izobrazbo, kar je razvidno iz slike 5.2 in priloge 2.

Slika 5.3 Delež anketirancev glede na delovno dobo



Največ, 35,0 % je bilo anketiranih z delovno dobo od 0 do 9 let, s 26,7 % so jim sledili z delovno dobo 30 do 39 let, nato 25,0 % z delovno dobo 20 do 29 let, 13,3 % anketirancev je imelo 10 do 19 let delovne dobe, s 40 in več leti delovne dobe pa ni bilo anketirancev. Če primerjam povprečno starost, ki je med 30 in 49 leti, s povprečno delovno dobo od 10 do 29 let, gre predvsem za aktivno delovno populacijo¹, ki je bolj ozaveščena in kritična do opravljenih zdravstvenih storitev in komunikacije z zdravstvenimi delavci. Predpostavljam, da so med njimi tudi vodstveni in vodilni delavci (srednji management), ki izhajajo iz lastnih izkušenj in potreb. Več kot polovica, 51,7 % anketirancev z delovno dobo nad 20 let, je pregled opravilo vsaj enkrat, če ne že večkrat. Izhajam iz predpostavke, da so lahko realno ocenili slabosti ali pomanjkljivosti dela zdravstvenih delavcev.

5.4 Prikaz in analiza rezultatov ankete

Potek analize je razviden iz poteka naloge in prilog od 1 do 9. Posamezne dejavnike sem poimenovala po skupini vprašanj: *zadovoljstvo varovancev z zdravstvenimi delavci*,

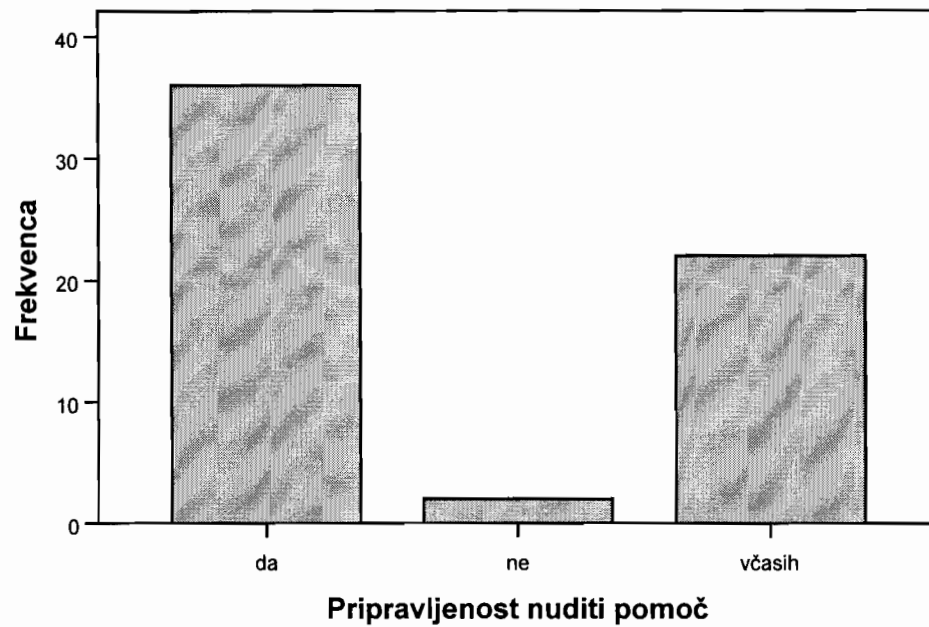
¹ Glej prilogo 2

zadovoljstvo varovancev z opravljenimi zdravstvenimi storitvami, zadovoljstva varovancev z organiziranostjo zdravstvenih pregledov, zadovoljstvo varovancev z informiranostjo in drugo. Vsak dejavnik obsega tudi določeno število spremenljivk. Dejavnik zadovoljstvo varovancev z zdravstvenimi delavci zajema naslednje spremenljivke: mnenje o zdravstvenih delavcih, nudenje informacij, pripravljenost nuditi pomoč, stik z medicinsko sestro, stik z zdravnikom, zdravnik prisluhne težavam, človeški pristop zdravstvenih delavcev ter še tri opisna vprašanja. S priloge 3 ugotovimo, da so zdravstveni delavci prijazni in pripravljeni nuditi informacije, če jih varovanci potrebujejo in so pozorni do njih, če se ne znajdejo ter jim priskočijo na pomoč. Nenaklonjenost zdravstvenih delavcev pa jih največ spozna po mimiki, sledi govor, nato kretnje in nenazadnje hoja ter drža telesa. Lastnosti, ki jih najbolj pogrešajo pri zdravstvenih delavcih, si sledijo v naslednjem zaporedju:

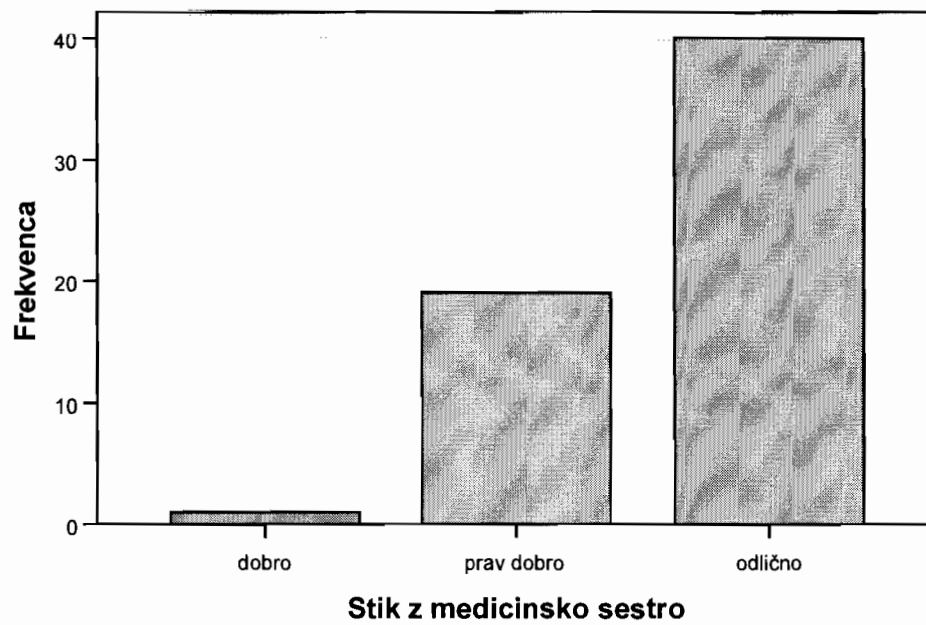
- dosegljivost (lahak dostop – 16,6 %);
- pozornost (opaznost – 11,6 %);
- vživetje, ustrežljivost, zanesljivost in varnost (po 8,3 %);
- sporazumevanje (pogovor v njemu razumljenem jeziku – 6,6 %);
- verodostojnost in vljudnost (spoštljivost po 5,0 %);
- usposobljenost (1,6 %), 20,0 % pa ni pogrešalo teh lastnosti.

Če imajo varovanci na delovnem mestu težave zaradi zdravstvenih problemov, jim zdravnik MDPŠ prisluhne in pomaga reševati. MS v ambulanti odgovarja tudi na telefonske klice, pogostokrat med pogovori z varovanci. 58,3 % jih je odgovorilo, da jih ne moti, 21,6 % da jih, 20,0 % jih je odgovorila, da jih moti le občasno.

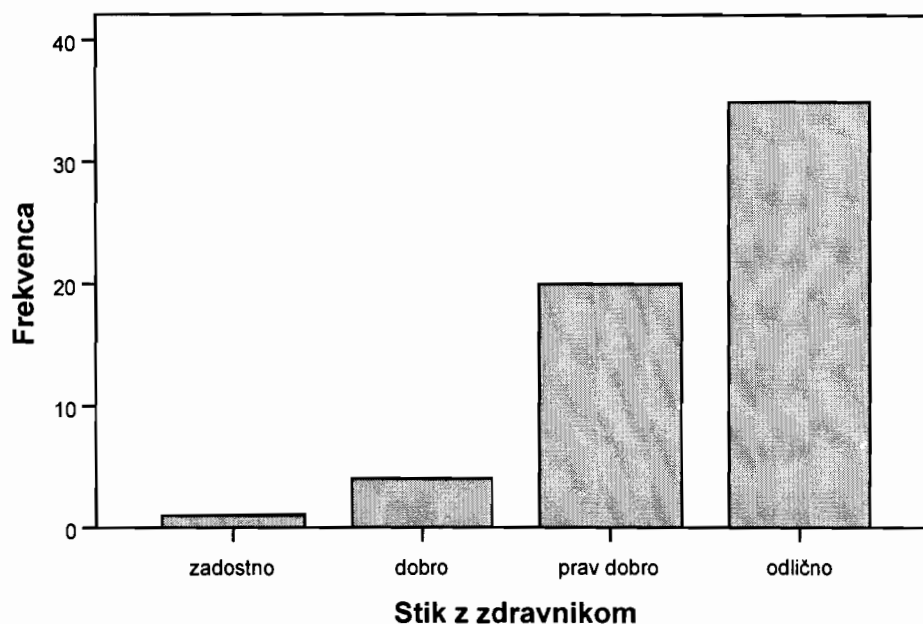
Slika 5.4 Pripravljenost nuditi pomoč



Slika 5.5 Stik z medicinsko sestro



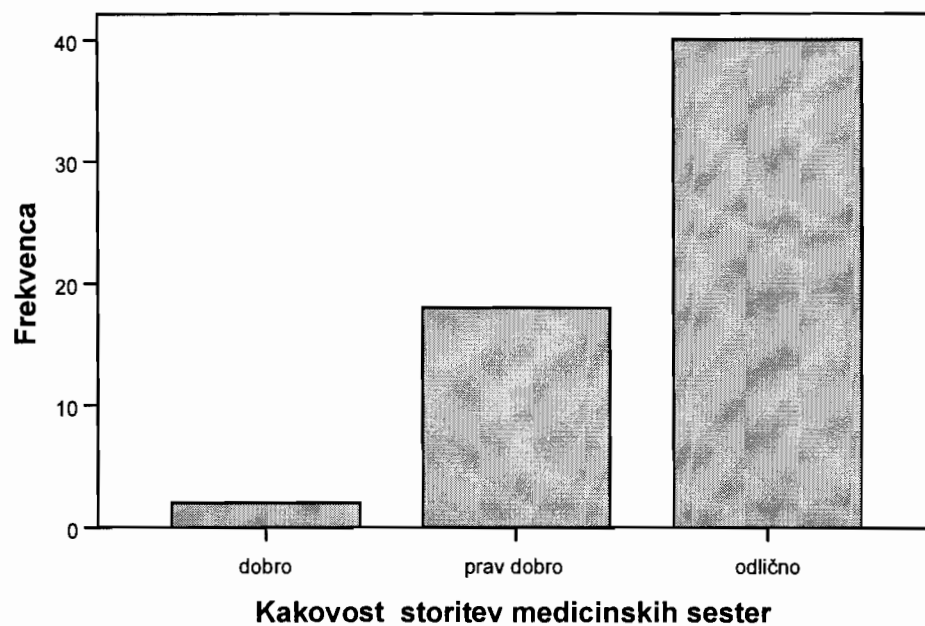
Slika 5.6 Stik z zdravnikom



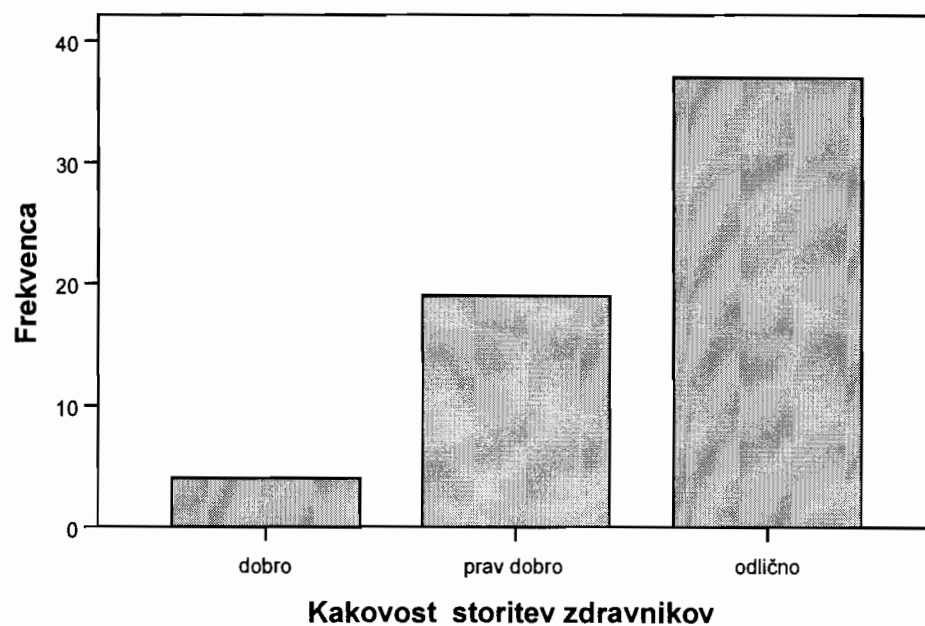
Iz zgornjih dveh slik je razvidno, da je boljši kontakt varovancev z MS kot z zdravnikom. Do njih imajo bolj partnerski odnos, se lažje poistovetijo kot z zdravnikom, saj še vedno prevladuje mišljenje, da je zdravnik »nekaj več«.

Pod dejavnik *zadovoljstvo varovancev z opravljeno storitvijo* prištevamo naslednje spremenljivke: kakovost storitev MS, kakovost storitev zdravnikov, čakanje na izvide in primerna rešitev zdravnika.

Slika 5.7 Kakovost storitev medicinskih sester

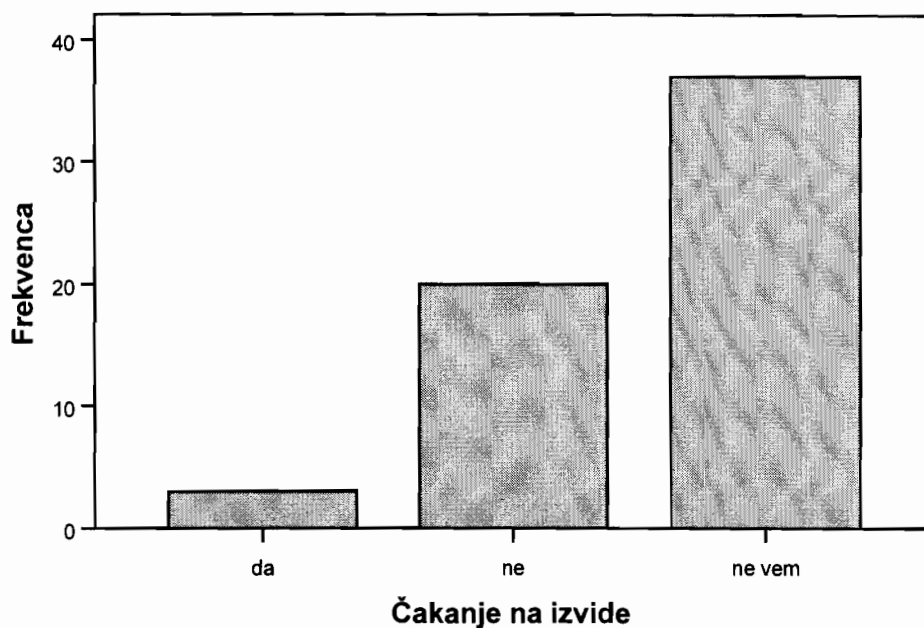


Slika 5.8 Kakovost storitev zdravnikov



Ocena kakovosti opravljenih storitev se razlikuje med MS in zdravniki. Oceno tri je za svoje delo dobilo 3,3 % MS in 6,7 % zdravnikov. Oceno štiri pa 30,0 % MS in 31,7 % zdravnikov.

Slika 5.9 Čakanje na izvide

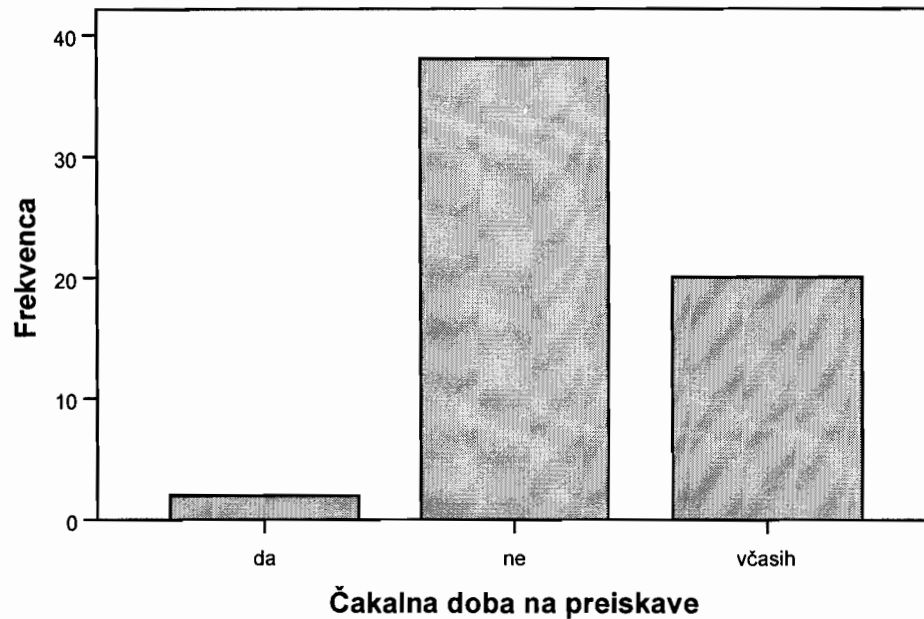


Izvide opravljenih preiskav dobijo varovanci po vseh končanih pregledih, ko zdravnik zaključi zdravniško spričevalo. Z besedo ne vem je odgovorilo 61,7 % vprašanih, temu sledi lahko nepoznavanje tega postopka čakanja ali težka določljivost čakalne dobe. Na vprašanje, ali je zdravnik MDPŠ predlagal primerno rešitev v primeru težav na delovnem mestu, je 63,3 % mnenja da in 35,0 % z besedami; nimam težav, upam da, ne vedno, ne vem in včasih. Zdravnik MDPŠ lahko predlaga rešitev, toda škarje in platno ima v rokah še vedno delodajalec.

Dejavnik *zadovoljstva varovancev z organiziranostjo zdravstvenih pregledov* ima naslednje spremenljivke: čakalna doba za določene preiskave, usklajenost preiskav, primernost vrstnega reda čakanja, primernost prednosti pri dveh preiskavah, čakalna doba na preiskave. Da v času zdravniškega pregleda potekajo preiskave usklajeno, meni 78,3 % vprašanih, 16,7 % le včasih in 5,0 % da ne.² V primeru, da čakajo, so odgovorili; EKG in spirometrija 25,0 %, opravita se dve preiskavi hkrati, 10,0 % pregled vida, 11,6 % v laboratoriju in 1,6 % na preiskavo sluha. Glede ustreznega načina določanja vrstnega reda čakanja pred preiskovalno sobo se s tem, da si vsak zapomni svojega predhodnika, strinja 76,7 %, 18,3 % da ne, ostali predlagajo v primeru daljšega čakanja uvesti številke. Iz priloge 3 se razbere, da je čakalna doba za določene preiskave, za katere se je potrebno predhodno naročiti, daljša. S trdilnim odgovorom se jih strinja 25,0 %, včasih 30,0 %, pod drugo 26,7 %, z obrazložitvijo mi ni znano in ne vem, ostali pa so zadovoljni.

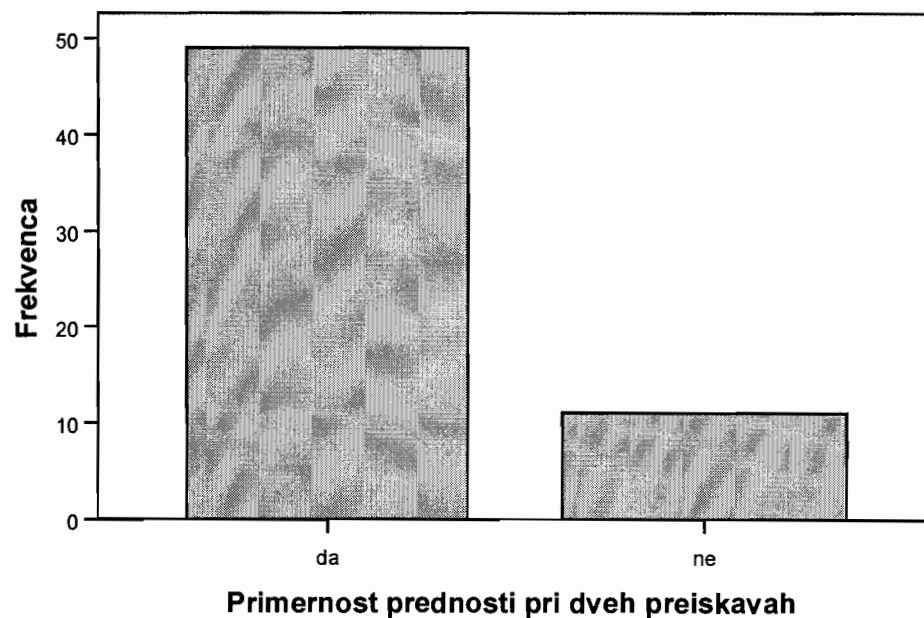
² Glej prilogo 5

Slika 5.10 Čakalna doba na preiskave



Celotni zdravstveni pregled traja približno 2–3 ure. Na oddelku MDPŠ se opravi določeno število preiskav, na katere ni treba dolgo čakati. Razvidno iz slike 5.10.

Slika 5.11 Primernost prednosti pri dveh preiskavah

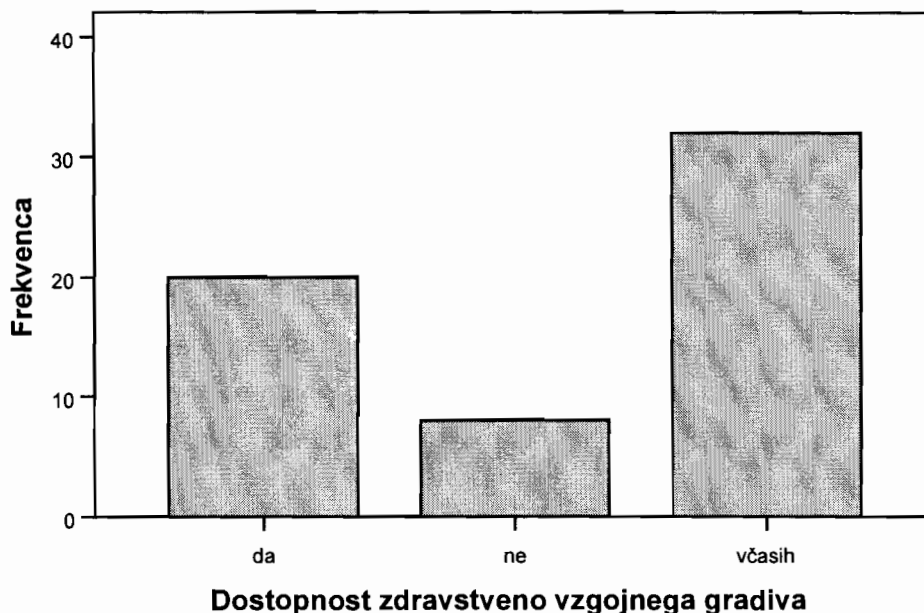


Slika prikazuje strinjanje s predlagano primernostjo prednosti v primeru dveh preiskav, ki potekata v isti sobi. Večkrat se zgodi, da je opravil varovanec že eno preiskavo in mu je odrejena še druga. V tem primeru ne čaka ponovno, ampak ima prednost pred drugimi.

V dejavnik *zadovoljstvo varovancev z informiranostjo* so vključene naslednje spremenljivke: dostopnost zdravstveno vzgojnega gradiva, telefonski klici ob določeni uri, informacije o prostorskem poteku preiskav in informacije o izvidih preiskav. Na vprašanje, kjer je bilo možnih več odgovorov in se nanaša na način obveščanja varovanca v primeru ponovne potrebe obiska zdravnika, je bil največkrat odgovor pisno vabilo, sledi po mobilnem telefonu, trije so izrazili željo po telefonu v službo in domov ter eden po e-mailu.

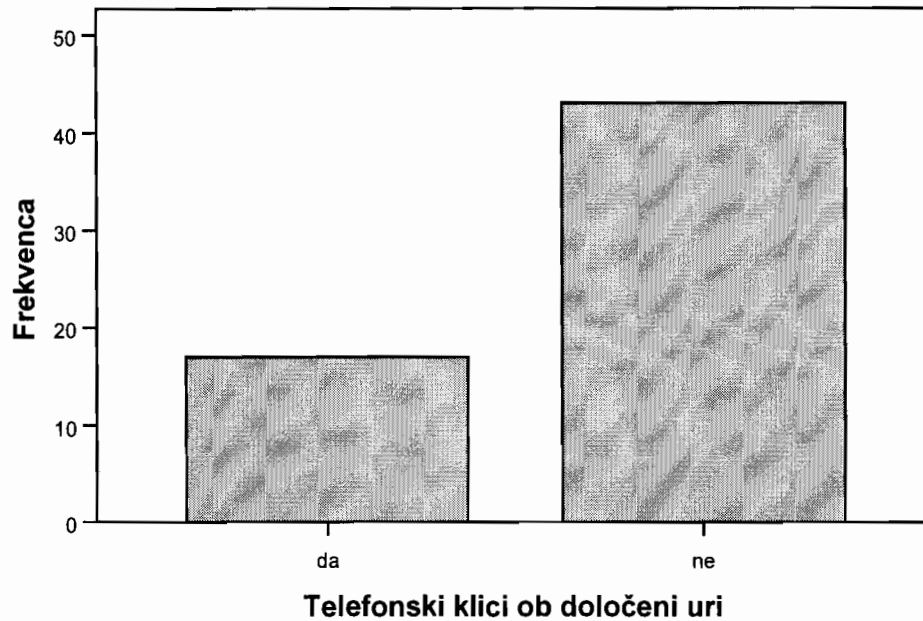
V prilogi 6 je predstavljena informacija o prostorskem poteku in o izvidih preiskav. Z informiranostjo o prostorskem poteku preiskav je nezadovoljnih 1,7 % in malo manj zadovoljnih 16,7 %, medtem ko je z informiranostjo o izvidih preiskav nezadovoljnih 5,0 % in manj zadovoljnih 26,7 %.

Slika 5.12 Dostopnost zdravstveno vzgojnega gradiva



Za zdravstveno vzgojno gradivo ni posebnega zanimanja, saj si ga ogleda ali vzame domov le 33,3 %, 53,3 % le včasih, ne vzame ali si ne ogleda 13,3 % vprašanih. Ta podatek je zaskrbljujoč, če izhajamo iz predpostavke, da naj bi vsak posameznik skrbel za svoje zdravje in se s tem namenom tudi izobraževal.

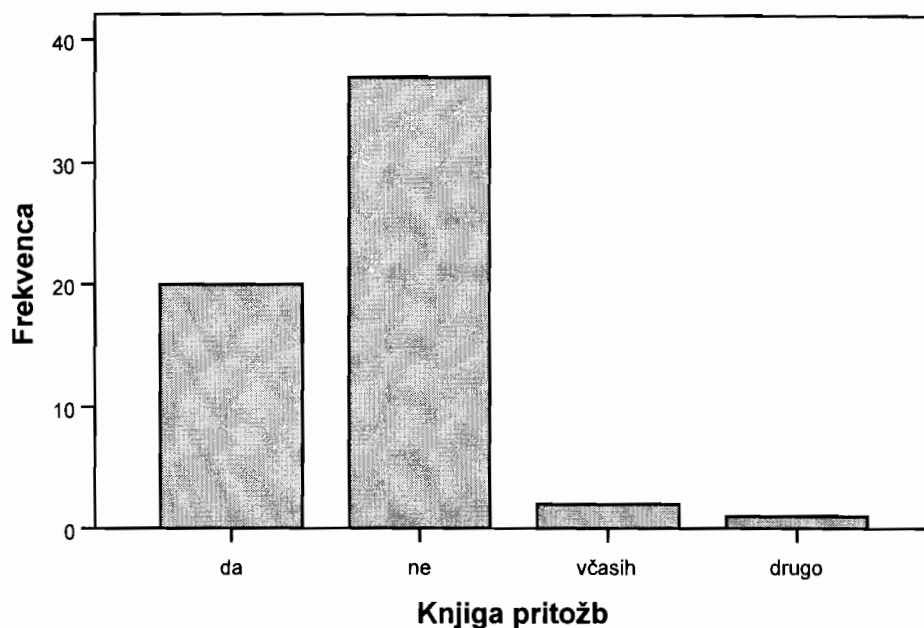
Slika 5.13 Telefonski klici ob določeni uri



Vprašanim ta način informiranja ne ustreza, saj jih je kar 71,7 % odgovorilo nikalno in le 28,3 % trdilno. Ob primerjavi spremenljivk; telefonski klici ob določeni uri in med potekom pogovora s MS se izkaže, da več kot 50,0 % vprašanim ustreza ta način.

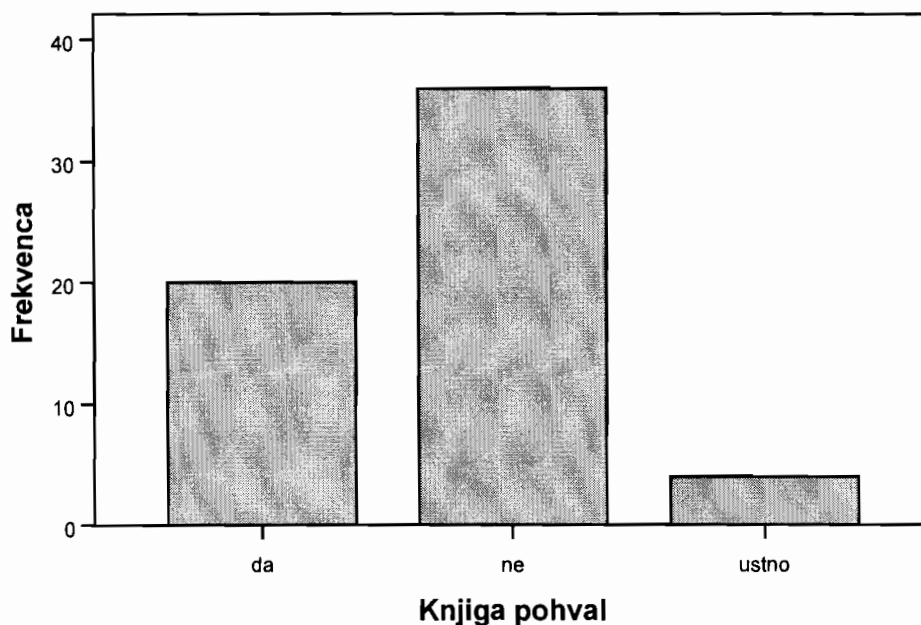
Pod dejavnik *drugo* spada 7 vprašanj, ki opredeljujejo bolj nezadovoljstvo kot zadovoljstvo zastavljenega problema in splošne informacije. Vprašanja se nanašajo na mnenje o prvem vtisu, knjigi pohval in pritožb, potrebnosti preventivnih pregledov, ustreznem varovanju osebnih podatkov, primerljivosti kakovosti z EU in o vzroku nezadovoljstva (odprto vprašanje).

Slika 5.14 Knjiga pritožb



V primeru nezadovoljstva ne zahteva knjige pritožb več kot polovica vprašanih, zahteva pa jo le 33,3 %.

Slika 5.15 Knjiga pohval



Tako kot knjige pohval, se tudi knjige pritožb ne poslužujejo, kar je razvidno iz slike 5.15 in slike 5.14. Zastavljajo se mi vprašanja: *ali se ne želijo izpostavljati; ali se bojijo morebitnih ukrepov; ali ne želijo izboljšati ravnanja in dela zdravstvenih delavcev na*

MDPŠ? Zakaj ne? Ali je vzrok identifikacija in se bojijo »morebitnih« kasnejših posledic? Ali ne razmišljajo, da je zdrava kritika konstruktivna in pomaga k izboljšanju storitev? Prilogi 7, 8 in 9 pa kažeta, da so z upoštevanjem varovanja osebnih podatkov in potrebo po izvajanju preventivnih zdravstvenih pregledov zadovoljni. 38,3 % jih meni, da se lahko primerjamo s kakovostjo opravljenih storitev v ostalih državah EU. 83,3 % je dobilo dober vtis na oddelku medicine dela. Zadovoljnih je bilo 78,3 %, ostali pa niso bili zadovoljni zaradi daljše čakalne dobe na preiskave, tudi določene (potrebno naročiti), preobilice birokracije in ignorance zdravstvenih delavcev.

5.5 Sklepne ugotovitve o rezultatih ankete

Glede na rezultate izvedene preiskave bo treba:

- delati več na samopodobi – zdravstveni delavec, na osebni rasti posameznika vseh profilov, na vživetju zdravstveni delavec – varovanec;
- organizirati več izobraževanj o komunikaciji za vse profile, s posebnim poudarkom na neverbalni komunikaciji; nezadovoljstvo in slab odnos opazijo varovanci največ zavoljo mimike, sledi barva in ton glasu, šele nato kretnja in hoja; na oddelku medicine dela je pretežno generacija, ki ni pridobila tega znanja v času šolanja;
- zelo moramo biti pozorni na strokovno in vestno opravljanje zdravstvenih storitev;
- anketiranci pogrešajo bolj odprt, sproščen odnos in več pogovora; vzpostavil naj bi se partnerski odnos; tukaj pa nastopi časovna omejitev tako s strani varovancev kot zdravstvenih delavcev, saj obstajajo določeni normativi;
- največ nezadovoljstva se kaže z lažjim in hitrejšim stikom z zdravstvenimi delavci, sledi slabše opažanje pomoči potrebnih s strani zdravstvenih delavcev; v enaki meri mu sledijo pomoč pri usklajevanju datumov preiskav, vloga vživetja v problem varovanja, tveganja pri opravljanju zdravstvenih storitev in zanesljivost ter strokovnost storitev; manj pritožb je nad informiranostjo v njemu razumljivem jeziku, iskrenostjo pogovorov in spoštljivostjo do varovancev ter strokovnim znanjem;
- varovanci so postali bolj kritični pri ocenjevanju zdravnikov in MS; v primerjavi z zdravnikom so MS bolj ocenjene; varovanci so bolj ozaveščeni in se bolj zavedajo svojih pravic; kakovost zdravstvenih storitev ocenjujejo po prijaznosti in spoštljivem odnosu, kajti strokovno oceno da lahko le strokovnjak na tem področju;

- z usklajenostjo preiskav med pregledom so bili zadovoljni: odvisno je bilo od dneva; ravno v mesecu maju so bile bolniške odsotnosti MS, kar takoj vpliva na čas čakanja;
- telefonski klici obremenjujejo zdravstvene delavce v ambulantni; veliko časa se nameni njim; to pa povzroča izgorevanje in stres za zdravstvenega delavca, istočasno pa je nezadovoljen tudi varovanec, ker je to zanj moteče; vzporedno se še izvaja delo na računalniku, tako je osebni stik še bolj okrnjen;
- varovance naročati na določene ure, katere bodo upoštevali tako varovanci kot zdravstveni delavci; s tem se bomo izognili čakanju;
- usklajevati datume preiskav skupaj z varovanci, da bodo čim hitreje izvedljiva;
- v ambulantah je treba razložiti postopek in obseg pregleda bolj natančno, da bi bilo varovancem znano, da je to obseg pregleda v okviru njegovega delovnega mesta in plačila delodajalca, za ostale želene preiskave pa ga napoti k osebnemu zdravniku;
- knjige pritožb in pohval se varovanci ne poslužujejo veliko; pohvalo raje izrečejo ustno osebi, ki si zasluži; zakaj si ne vzamejo časa za pritožbe, se mi zastavlja vprašanje; obnašanje zdravstvenih delavcev se lahko spremeni le z argumentiranjem določenih situacij, na podlagi katerih reagiranje obrodi sadove; dobra, ustrezna in natančna obravnava je konstruktivna in dobrodošla;
- dobri medsebojni odnosi na delovnem mestu so eden izmed dejavnikov, ki dvigajo zdravstvenemu delavcu zadovoljstvo, s tem povečujejo njegovo storilnost, ustvarjalnost in kakovost delovnega življenja nasploh; potrebno je dojemati pomembnost odnosov na razumski ravni in se naučiti tehnike aktivnega poslušanja; pozabiti pa ne smemo spekter kompetenc, kot so potrpežljivost, empatija, odprtost, zaupanje in skrb; posameznik podreja svoje ravnanje skupnemu cilju, vendar ne gre zgolj za podrejanje, ampak za aktiven doprinos strokovnjaka posameznega področja k skupnemu cilju; svoje počutje izžarevamo navzven, kar pa najbolj občutijo varovanci;
- končna ugotovitev je, da so anketirani varovanci s komunikacijo, opravljenimi zdravstvenimi storitvami, z organiziranostjo pregledov in informiranjem v večini zadovoljni.

5.6 Predlogi sprememb

Telefonske klice naj bi triažirala ena oseba, ki obvlada veliko informacij na oddelku in bi v času aktivne ambulante vezala le nujne klice. Tako bi bilo delo manj moteno in zdravstveni delavci manj v stresu. Varovanci bi lahko dobili informacije po telefonu ob določeni uri. Anketiranci se s takim predlogom niso strinjali, čeprav so v pogovorih potrdili, da jih telefoniranje med pregledom moti.

Zanimanje za zdravstveno vzgojno gradivo ni veliko. Ustreznejša bi bila uporaba video predvajanja o preventivni dejavnosti (na primer: predstavitev in uporaba čepkov pri povečanem hrupu ...). Tako bi pripomogli k večji ozaveščenosti varovancev in konstruktivni, koristni porabi časa med potekom zdravstvenih pregledov.

Uvesti je treba standarde oziroma normative, s katerimi usmerjamo naše strokovno delovanje. Tako bi lahko zmerili in predstavili rezultate o obremenjenosti zdravstvenih delavcev, potrebi po njih idr. Pomanjkanje zdravstvenih delavcev se ne da nadomestiti s strojem, saj njihovo delo zahteva človeško bližino. Neka varovanka je zapisala, da» *[t]ako kot sonce odpira češnjev cvet, človeška bližina odpira naše srce.*«

6 ZAKLJUČEK

Komunikacija pridobiva na pomenu v gospodarstvu in negospodarstvu in se ji posveča čedalje več pozornosti. V zdravstvu je narejenih kar nekaj študij, ki opozarjajo, da na določene bolezni vpliva naše mišljenje. Zato je pomembna dobra komunikacija, saj pripomore k zmanjševanju stresa, k hitremu reševanju problemov in s tem k sreči in zadovoljstvu ljudi.

Partnerski odnos je potreben med zdravstvenimi delavci znotraj zdravstvene dejavnosti med vsemi profili. Le tako se bo harmonija odražala navzven, kar bo čutil tudi varovanec.

Pri delu je potreben korekten odnos, iskrenost, strokovnost in dobro opravljeno delo za ustrezno plačilo. Tudi pri trženju v zdravstvu velja pregovor, da »dober glas gre v deveto vas«. Ključni dejavnik je zavedanje, da je za reševanje zdravstvenih problemov varovancev treba dobro poslušati in slišati njihove težave, imeti vzpostavljen partnerski odnos in se čimbolj vživeti v njihovo situacijo. Da pa se bo to doseglo, je izobraževanje na vseh nivojih v zdravstvu zelo pomembno.

Zdravnik MDPSŠ, nosilec dejavnosti, naj bi bil v stalni povezanosti z odgovornimi v podjetju, jih tudi obveščal o izvajanju predlaganih izboljšav in dajal predloge za izboljšave ter opominjal na nepravilnosti, ki bi negativno vplivale na zdravje delavcev. Varovanci naj bi se bolj zavedali posledic svojega ravnanja in preventivo vestno izvajali. (npr. hrup, dajanje čepkov idr.)

Cilj naloge naj bi bil ugotoviti, kako povečati zadovoljstvo varovanca, zdravstvenega delavca in managementa. V prihodnje se bo treba za to zelo potruditi.

V raziskavi je bilo ugotovljeno, da je bila večina anketiranih zadovoljna z obravnavo na oddelku medicine dela, prometa in športa. Vseeno pa ne smemo zanemariti približno tretjine manj zadovoljnih in nezadovoljnih varovancev. Možno je, da bi bil izid drugačen, če bi vzorec zajel večje število anketiranih ali pa samo določeno populacijo. V tem vzorcu so bili varovanci izbrani naključno, iz posameznih ambulant.

Z reševanjem ankete so bili anketiranci zadovoljni. Kljub velikemu številu vprašanj je bila hitro rešljiva, dovolj razumljiva; določena vprašanja so imela več možnih odgovorov. Potrebovala sem veliko časa, da sem dobila rezultate, težko jih je bilo analizirati, določene lahko le opisno. Odprla se je možnost nadaljevanja raziskave na posamezne ambulante in s tem na želeni cilj – zadovoljen varovanec.

Smiselno bi bilo nadaljevati z anketiranjem o zadovoljstvu varovancev za vsako ambulanto posebej. Tako bi bil ocenjen vsak zdravstveni delavec posamezno, ugotovljene potrebe določene populacije varovancev, ciljno bi pristopili k izboljšanju komunikacije in opravljanju storitev posameznika.

V okviru preventivnih zdravstvenih pregledov se naj sistematično prične izvajati zdravstveno-vzgojna predavanja. S sistematičnim poučevanjem bi verjetno pri naših varovancih dosegli boljši odnos do zdravja in spremembo miselnosti, da je vsak sam odgovoren za svoje zdravje in izboljšali njihov odnos do zdravja.

LITERATURA IN VIRI

- Bilban, Marjan. 1999. *Medicina dela*. Ljubljana: ZVD – Zavod za varstvo pri delu.
- Brajša, Pavao. 1983. *Vodenje kot proces – medosebni proces (odnosna psihodinamika vodenja)*. Ljubljana: Center za samoupravno informativno dejavnost pri DDU Univerzum.
- Brajša, Pavao. 1994. *Managerska komunikologija – komuniciranje, problemi in konflikt v podjetju*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
- Brečko, Danijela. 1998. *Kako se odrasli spreminjajo?: socialna komunikacija in osebnostni razvoj*. Radovljica: Didakta.
- Clayton, Peter. 2004. *Poslovna govorica telesa*. Ljubljana: Prešernova družba.
- Česen, Marjan. 2003. *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: CTU Center za tehnološko usposabljanje.
- Dermol Hvala, Hedvika. 2001. Pomen govornice besede pri delu zdravstvenih delavcev. *Zdravstveni Obzornik*. 35(1–2); 45–49.
- Florjančič, Jože in Marko Ferjan. 2000. *Management poslovnega komuniciranja*. Kranj: Moderna organizacija.
- Kobal, Darja. 2000. *Temeljni vidiki samopodobe*. Ljubljana: Pedagoški inštitut.
- Kovačev, Asja Nina. 1998. *Socialna interakcija*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
- Makari, Zdenka. 1999. Pomen komuniciranja z bolnikom oziroma varovancem ob sprejemu v splošno ambulanto. *Zdravstveni obzornik*. (3–4): 183–184.
- Mandić, Tijana. 1998. *Psihologija komunikacije*. Ljubljana: Glotta Nova.
- Možina, Stane, Mitja Tavčar in Ana Nuša Knežević. 1995. *Poslovno komuniciranje*. Maribor: Obzorja.
- Payne, Sheila in Jan Walker. 2002. *Psihologija v zdravstveni negi*. Ljubljana: Educy.
- Pease, Allan. 1977. *Govorica telesa*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Pušnik, Stanislav, Metoda Dodič Fikfak, Marjan Bilban, Gabrijela Dšuban. 2005. Smernice razvoja medicine dela, prometa in športa(MDPŠ). *Delo in varnost*. 50(3): 7–10.
- Shapiro, Steve. 2002. *Uspehi s poslušanjem*. Ljubljana: Založba Tuma d. o. o.
- Sporken, Paul in Marijan Šef. 1983/84. *Medicinska etika I. del: temelji etike zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Cirilsko društvo slovenskih bogoslovcev v Ljubljani.
- Trček, Jože. 1994. *Medosebno komuniciranje in kontaktna kultura*. Radovljica: Didakta.
- Trček, Jože. 1998. *Medosebno komuniciranje – kontaktna kultura*. Ljubljana: Korona plus.
- Trstenjak, Anton. 1971. *Oris sodobne psihologije II: uporabna psihologija*. Maribor: Založba Obzorja.
- Trstenjak, Anton. 1989. *Skozi prizmo besede*. Ljubljana: Slovenska matica. (9–76)
- Ule, Mirjana. 2003. *Spre gledana razmerja. O družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.

Wead, Doug. 2000. *Tuj strokovnjak s poslovnim kovčkom*. Ljubljana: Amalietti P Amalietti.

Zidar Gale, Tatjana. 2005. *Medosebno komuniciranje na delovnem mestu*. Ljubljana: GV Izobraževanje.

PRILOGE

Priloga 1 Anketni vprašalnik

Priloga 2 Rezultati ankete – tabele

Priloga 3 Mnenje o zdravstvenih delavcih, nudenje informacij

Priloga 4 Zdravnik prisluhne težavam, človeški pristop zdravstvenih delavcev

Priloga 5 Primerna rešitev zdravnika, usklajenost preiskav

Priloga 6 Informacije o prostorskem poteku preiskav, informacije o izvidih preiskav

Priloga 7 Prvi vtis, varovanje podatkov

Priloga 8 Preventivni pregledi, primerjava kakovosti z EU

Priloga 9 Vzrok nezadovoljstva



ANKETA

Spoštovani /- a!

Sem Ana Petrič, višja med. sestra, delam na Oddelku medicine dela, prometa in športa in vas prosim za izpolnitev ankete, ki jo bom uporabila v okviru študija na Fakulteti za management v Kopru. Anketa je anonimna. Rezultati ankete bodo pripomogli k izboljšanju našega dela in vašega zadovoljstva z opravljenimi storitvami pri nas. Prosim, da si vzamete malo časa in vprašanja natančno preberete, dovolj kritično ocenite in predlagate ustrežnejše rešitve oziroma predlagate boljše. Nekatera vprašanja imajo več možnih odgovorov. Označite s križcem pred zeleno trditvijo. Pri raziskavi potrebujem vašo pomoč, zato prosim, če mi jo izpolnite in oddate medicinski sestri v ambulanti.

Spol

moški

ženski

Izobrazba

osnovna

poklicna

srednja

višja

visoka

magisterij

doktorat

drugo _____

Starost

0 - 19 let

30 - 39 let

50 - 59 let

20 - 29 let

40 - 49 let

60 in več let

Delovna doba

0 - 9 let

20 - 29 let

40 let in več

10 - 19 let

30 - 39 let

1. Kakšni se vam zdijo zdravstveni delavci, ko komunicirate z njimi?

prijazni

grobi

razumejo vaše želje in prijazno odgovorijo

zadržani

se odzovejo naveličano

drugo _____

2. So vam zdravstveni delavci pripravljeni nuditi informacije?

da

ne

včasih

3. Po čem spoznate, da vam zdravstveni delavci niso naklonjeni? Možnih je več odgovorov!

kretnja drža, hoja mimika govorica drugo _____

4. Ali vas zdravstveni delavec opazi, da se ne znajdete in vam priskoči na pomoč?

da ne včasih opazi, pa se ne odzove

5. S katero oceno bi ocenili stik z medicinsko sestro in zdravnikom?

Možna je ocena od (1 nezadostno, 2 zadostno, 3 dobro, 4 prav dobro, 5 odlično).

V prazen kvadrataček vpišite številko!

medicinska sestra zdravnik/ - c

6. V ambulanti se pogovarjate z medicinsko sestro o vaših težavah, na kar zazvoni telefon.

Medicinska sestra odgovarja na klic klicanca. Ali vas to moti?

da ne včasih

7. Ali imate občutek, da je zdravnik medicine dela, prometa in športa prisluhnil vašim težavam na delovnem mestu?

da ne včasih nikoli drugo _____

8. Se vam je že zgodilo, da so vas zdravstveni delavci prijetno presenetili z razumevanjem vaših stisk (s prijazno besedo, človeškim pristopom idr ...)?

da ne včasih nikoli

9. Katere vrline pogrešate pri zdravstvenih delavcih na oddelku medicine dela, prometa in športa?

- pozornost* (mu pomagamo, varovanec naj ve, da smo ga opazili)
- ustrežljivost* (pomoč pri usklajevanju datumov preiskav)
- vljudnost* (spoštljivost, razumevanje varovanca)
- vživetje* (postaviš se v vlogo varovanca)
- verodostojnost* (vrednost zaupanja, iskrenost)
- varnost* (tveganje pri storitvah, dvomi)
- zanesljivost* (osebje opravi storitve zanesljivo in strokovno)
- sporazumevanje* (osebje posluša varovanca in ga informira v njemu razumljivem jeziku)
- usposobljenost* (osebje ima potrebne veščine in strokovna znanja)
- dosegljivost* (lahak dostop do zdravstvenega osebja in stik s zdravstvenim osebjem)

10. S katero oceno bi ocenili kakovost opravljenih storitev medicinskih sester in zdravnikov /-c?

Možna je ocena od (1 nezadostno, 2 zadostno, 3 dobro, 4 prav dobro, 5 odlično).

V prazen kvadrataček vpišite številko!

medicinska sestra zdravnik/- ca

11. Zdravnik lahko zaključi zdravniško spričevalo šele po vseh opravljenih preiskavah.

Zdravniško spričevalo pošljemo delodajalcu, izvide za vašega osebnega zdravnika pa na domači naslov. Ali dolgo čakate na izvide?

da ne ne vem drugo _____

12. Ali je zdravnik predlagal primerno rešitev?

da ne drugo _____

13. Celoten potek preventivnega zdravstvenega pregleda traja cca 2–3 uri.

Ali potekajo preiskave usklajeno?

da ne O včasih drugo _____

14. Traja čakanje na preiskave dolgo?

da ne včasih

15. Če, na katero?

EKG, spirometrija pregled vida pregled sluha laboratorij

16. Klicanje na preiskave poteka po vrstnem redu prihoda pred preiskovalno sobo!

Vsak si zapomni svojega predhodnika.

Ali se vam zdi ta način ustrezen?

da ne drugo _____

17. V določenih preiskovalnih sobah se izvajata po dve preiskavi. Če ste eno preiskavo že opravili in vam je naknadno odrejena še druga, povejte medicinski sestri, da bi vam dala prednost. Ali se vam zdi to pravilno?

da ne

18. Na nekatere preglede se je potrebno naročiti. (npr. okulist, cikloergometrija idr.)

Ali je čakalna doba za preiskave dolga?

da ne včasih drugo _____

19. V ambulanti in čakalnici vam je na voljo zdravstveno vzgojno gradivo: zloženke, plakati, revije, idr. Ali si ga ogledate oziroma vzamete domov?

da ne včasih me ne zanima

20. Ali dobite dovolj informacij o prostorskem poteku preiskav? (npr. laboratorij se nahaja v V. nadstropju)

da ne včasih

21. Kadar je potrebno, da se varovanec ponovno zgleda pri zdravniku, ga medicinska sestra obvesti. Kateri način obveščanja se vam zdi najboljši?

pisno vabilo po telefonu v službo po telefonu domov
 po mobilnem telefonu drugo _____

22. Menite, da dobite dovolj informacij o izvidih preiskav v pogovoru z zdravnikom?

da ne včasih drugo-----

23. Na telefonske klice naj bi sestra odgovarjala le ob zato določeni uri!

da ne

24. Opišite prvi vtis, ki ga dobite pri vstopu na oddelek medicine dela, prometa in športa?

dober srednji slab

25. Ali se vam zdi, da je upoštevano varovanje osebnih podatkov?

da ne včasih

26. Zahtevate knjigo pritožb, če niste zadovoljni s opravljeno storitvijo?

da ne včasih drugo_____

27. Kaj je vzrok vašega nezadovoljstva? Navedite:

28. Ste kdaj želeli napisati pohvalo?

da ne drugo_____

29. Se vam zdijo preventivni zdravstveni pregledi potrebni?

da ne

30. Ali menite, da se lahko primerjamo s kakovostjo opravljenih storitev z drugimi državami v EU?

da ne ne vem nimam izkušenj

drugo_____

Hvala za sodelovanje!

Rezultati ankete - tabele

Zadovoljstvo varovancev z zdravstvenimi delavci

| | N | Missing | Mean |
|--|----|---------|------|
| mnenje o zdravstvenih delavcih | 60 | 0 | 1,32 |
| nudenje informacij | 60 | 0 | 1,13 |
| pripravljenost nuditi pomoč | 60 | 0 | 1,77 |
| stik z medicinsko sestro | 60 | 0 | 4,65 |
| stik z zdravnikom | 60 | 0 | 4,48 |
| zdravnik prisluhne težavam | 60 | 0 | 1,93 |
| človeški pristop zdravstvenih delavcev | 60 | 0 | 1,53 |

mnenje o zdravstvenih delavcih

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | prijazni | 53 | 88,3 | 88,3 | 88,3 |
| | zadržani | 3 | 5,0 | 5,0 | 93,3 |
| | razumevajoči | 4 | 6,7 | 6,7 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

nudenje informacij

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | da | 56 | 93,3 | 93,3 | 93,3 |
| | včasih | 4 | 6,7 | 6,7 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

pripravljenost nuditi pomoč

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | da | 36 | 60,0 | 60,0 | 60,0 |
| | ne | 2 | 3,3 | 3,3 | 63,3 |
| | včasih | 22 | 36,7 | 36,7 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

stik z medicinsko sestro

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | dobro | 1 | 1,7 | 1,7 | 1,7 |
| | prav dobro | 19 | 31,7 | 31,7 | 33,3 |
| | odlično | 40 | 66,7 | 66,7 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

stik z zdravnikom

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | zadostno | 1 | 1,7 | 1,7 | 1,7 |
| | dobro | 4 | 6,7 | 6,7 | 8,3 |
| | prav dobro | 20 | 33,3 | 33,3 | 41,7 |
| | odlično | 35 | 58,3 | 58,3 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

zdravnik prisluhne težavam

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | da | 44 | 73,3 | 73,3 | 73,3 |
| | včasih | 4 | 6,7 | 6,7 | 80,0 |
| | drugo | 12 | 20,0 | 20,0 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

človeški pristop zdravstvenih delavcev

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | da | 44 | 73,3 | 73,3 | 73,3 |
| | ne | 1 | 1,7 | 1,7 | 75,0 |
| | včasih | 14 | 23,3 | 23,3 | 98,3 |
| | nikoli | 1 | 1,7 | 1,7 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

Zadovoljstvo varovancev z opravljeno storitvijo

| | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
|--|----|---------|---------|--------|----------------|
| kakovost storitev med.sestre | 60 | 3,00 | 5,00 | 4,6333 | 0,55132 |
| kakovost zdravnikov | 60 | 3,00 | 5,00 | 4,5500 | 0,62232 |
| čakanje na izvide ali zdravnik predlaga primerno rešitev | 60 | 1,00 | 3,00 | 2,5667 | 0,59280 |
| Valid N (listwise) | 60 | | | | |

kakovost storitev medicinskih sester

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | dobro | 2 | 3,3 | 3,3 | 3,3 |
| | prav dobro | 18 | 30,0 | 30,0 | 33,3 |
| | odlično | 40 | 66,7 | 66,7 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

kakovost storitev zdravnikov

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | dobro | 4 | 6,7 | 6,7 | 6,7 |
| | prav dobro | 19 | 31,7 | 31,7 | 38,3 |
| | odlično | 37 | 61,7 | 61,7 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

čakanje na izvide

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | da | 3 | 5,0 | 5,0 | 5,0 |
| | ne | 20 | 33,3 | 33,3 | 38,3 |
| | ne vem | 37 | 61,7 | 61,7 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

primerna rešitev zdravnika

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | da | 38 | 63,3 | 63,3 | 63,3 |
| | ne | 1 | 1,7 | 1,7 | 65,0 |
| | drugo | 21 | 35,0 | 35,0 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

Zadovoljstvo varovancev z organiziranostjo zdravstvenih pregledov

| | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
|--|----|---------|---------|--------|----------------|
| usklajenost preiskav | 60 | 1,00 | 3,00 | 1,3833 | 0,76117 |
| čakalna doba na preiskave | 60 | 1,00 | 3,00 | 2,3000 | 0,53043 |
| primernost vrstnega reda čakanja | 60 | 1,00 | 3,00 | 1,2833 | 0,55515 |
| primernost prednosti pri dveh preiskavah | 60 | 1,00 | 2,00 | 1,1833 | 0,39020 |
| čakalna doba za dol. preiskave | 60 | 1,00 | 4,00 | 2,5833 | 1,13931 |
| Valid N (listwise) | 60 | | | | |

usklajenost preiskav

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | da | 47 | 78,3 | 78,3 | 78,3 |
| | ne | 3 | 5,0 | 5,0 | 83,3 |
| | včasih | 10 | 16,7 | 16,7 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

čakalna doba na preiskave

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | da | 2 | 3,3 | 3,3 | 3,3 |
| | ne | 38 | 63,3 | 63,3 | 66,7 |
| | včasih | 20 | 33,3 | 33,3 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

primernost vrstnega reda čakanja

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | da | 46 | 76,7 | 76,7 | 76,7 |
| | ne | 11 | 18,3 | 18,3 | 95,0 |
| | drugo | 3 | 5,0 | 5,0 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

primernost prednosti pri dveh preiskavah

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | da | 49 | 81,7 | 81,7 | 81,7 |
| | ne | 11 | 18,3 | 18,3 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

čakalna doba za določene preiskave

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | da | 15 | 25,0 | 25,0 | 25,0 |
| | ne | 11 | 18,3 | 18,3 | 43,3 |
| | včasih | 18 | 30,0 | 30,0 | 73,3 |
| | drugo | 16 | 26,7 | 26,7 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

Zadovoljstvo varovancev z informiranostjo

| | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
|--|----|---------|---------|--------|----------------|
| dostopnost zdr. gradiva | 60 | 1,00 | 3,00 | 2,2000 | 0,91688 |
| info o prostorskem poteku preiskave | 60 | 1,00 | 3,00 | 1,3500 | 0,75521 |
| info o izvidih preiskav | 60 | 1,00 | 4,00 | 1,7333 | 1,02290 |
| odgovarjanje na tel. klice ob dol. uri | 60 | 1,00 | 2,00 | 1,7167 | 0,45442 |
| Valid N (listwise) | 60 | | | | |

dostopnost zdravstveno - vzgojnega gradiva

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | da | 20 | 33,3 | 33,3 | 33,3 |
| | ne | 8 | 13,3 | 13,3 | 46,7 |
| | včasih | 32 | 53,3 | 53,3 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

informacije o prostorskem poteku preiskave

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | da | 49 | 81,7 | 81,7 | 81,7 |
| | ne | 1 | 1,7 | 1,7 | 83,3 |
| | včasih, | 10 | 16,7 | 16,7 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

informacije o izvidih preiskav

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | da | 38 | 63,3 | 63,3 | 63,3 |
| | ne | 3 | 5,0 | 5,0 | 68,3 |
| | včasih | 16 | 26,7 | 26,7 | 95,0 |
| | drugo | 3 | 5,0 | 5,0 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

telefonski klici ob določeni uri

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | da | 17 | 28,3 | 28,3 | 28,3 |
| | ne | 43 | 71,7 | 71,7 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

Drugo

prvi vtis

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | dober | 50 | 83,3 | 83,3 | 83,3 |
| | srednji | 10 | 16,7 | 16,7 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

knjiga pohval

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | da | 20 | 33,3 | 33,3 | 33,3 |
| | ne | 36 | 60,0 | 60,0 | 93,3 |
| | ustno | 4 | 6,7 | 6,7 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

knjiga pritožb

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | da | 20 | 33,3 | 33,3 | 33,3 |
| | ne | 37 | 61,7 | 61,7 | 95,0 |
| | včasih | 2 | 3,3 | 3,3 | 98,3 |
| | drugo | 1 | 1,7 | 1,7 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

varovanje podatkov

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | da | 55 | 91,7 | 91,7 | 91,7 |
| | včasih | 4 | 6,7 | 6,7 | 98,3 |
| | ne | 1 | 1,7 | 1,7 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

vzrok nezadovoljstva

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | sem zadovolj. | 47 | 78,3 | 78,3 | 78,3 |
| | birokracija | 3 | 5,0 | 5,0 | 83,3 |
| | cakalna doba | 7 | 11,7 | 11,7 | 95,0 |
| | ignoranca | 3 | 5,0 | 5,0 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

preventivni pregledi

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | da | 58 | 96,7 | 96,7 | 96,7 |
| | ne | 2 | 3,3 | 3,3 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

primerjava kakovosti z EU

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | da | 23 | 38,3 | 38,3 | 38,3 |
| | ne vem | 11 | 18,3 | 18,3 | 56,7 |
| | nimam izkuš. | 23 | 38,3 | 38,3 | 95,0 |
| | smo boljši | 1 | 1,7 | 1,7 | 96,7 |
| | ne | 2 | 3,3 | 3,3 | 100,0 |
| | Total | 60 | 100,0 | 100,0 | |

Povprečje starosti, izobrazbe in delovne dobe

| | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
|--------------------|----|---------|---------|--------|----------------|
| izobrazba | 60 | 1,00 | 7,00 | 3,6000 | 1,33022 |
| starost | 60 | 2,00 | 6,00 | 3,6667 | 1,09956 |
| delovna doba | 60 | 1,00 | 4,00 | 2,4333 | 1,22636 |
| Valid N (listwise) | 60 | | | | |

izobrazba

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | osnovna | 2 | 3,3 | 3,3 | 3,3 |
| | poklicna | 7 | 11,5 | 11,7 | 15,0 |
| | srednja | 28 | 45,9 | 46,7 | 61,7 |
| | višja | 5 | 8,2 | 8,3 | 70,0 |
| | visoka | 14 | 23,0 | 23,3 | 93,3 |
| | mag | 2 | 3,3 | 3,3 | 96,7 |
| | dr | 2 | 3,3 | 3,3 | 100,0 |
| | Total | 60 | 98,4 | 100,0 | |
| Missing | System | 1 | 1,6 | | |
| Total | | 61 | 100,0 | | |

starost

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 20-29 let | 10 | 16,4 | 16,7 | 16,7 |
| | 30-39 let | 18 | 29,5 | 30,0 | 46,7 |
| | 40-49 let | 15 | 24,6 | 25,0 | 71,7 |
| | 50-59 let | 16 | 26,2 | 26,7 | 98,3 |
| | 60 in vec | 1 | 1,6 | 1,7 | 100,0 |
| | Total | 60 | 98,4 | 100,0 | |
| Missing | System | 1 | 1,6 | | |
| Total | | 61 | 100,0 | | |

delovna doba

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 0-9 let | 21 | 34,4 | 35,0 | 35,0 |
| | 10-19 let | 8 | 13,1 | 13,3 | 48,3 |
| | 20-29 let | 15 | 24,6 | 25,0 | 73,3 |
| | 30-39 let | 16 | 26,2 | 26,7 | 100,0 |
| | Total | 60 | 98,4 | 100,0 | |
| Missing | System | 1 | 1,6 | | |
| Total | | 61 | 100,0 | | |

