Teorije in strategije prehoda študentov zdravstvene nege v profesionalno prakso

Mirko Prosen

Univerza na Primorskem

mirko.prosen@fvz.upr.si

Pomembnost uspešne tranzicije novodiplomirane medicinske sestre v profesionalno prakso je dokazano povezana z višjo stopnjo zadovoljstva z delom in zmanjšano verjetnostjo odhoda iz poklica. Prehod iz varnega šolskega okolja v turbulentno klinično prakso zaznamujejo na eni strani pričakovanja diplomantov in na drugi realnost situacije. Ta prehod pojasnjujejo štiri ključne teorije: teorija realnostnega šoka, teorija od novince do eksperta, tranzicijska teorija in teorija tranzicijskih faz. Namen razpravnega prispevka je predstaviti koncept teoretičnega razumevanja tranzicije medicinskih sester v prakso ter strategije za uspešno tranzicijo. Slednje se pretežno osredotočajo okrog štirih pristopov: pripravništva, inštruktorskega sistema, sistema stažiranja in splošnega uvajalnega programa. Danes je na voljo dovolj dokazov, ki nakazujejo, da morajo prehod v profesionalno prakso nasloviti tako izobraževalne kot tudi zdravstvene institucije. Naloga obojih je podpiranje prehoda bodočih profesionalcev na način, da uresničujejo svojo profesionalno vlogo in obenem gojijo odgovornost do pacientov ter skrb za varno in optimalno zdravstveno oskrbo.

Ključne besede: prehod v prakso, medicinske sestre, izobraževanje, klinična praksa, tranzicijski šok

Uvod

Prehod iz visokošolskega izobraževanja neposredno v profesionalno vlogo v praksi delujoče medicinske sestre¹ predstavlja za vsako/-ega kandidatko/-a, ki prvič vstopa v poklic, prav poseben izziv. Prvi trije meseci po zaključku študija so običajno povezani s prilagajanjem novim vlogam in odgovornostim, sprejemanjem razlik med teorijo, ki so jo spoznali med šolanjem, in praktičnim vidikom vsakdanjega dela, ter z vključevanjem v timsko delo. Sledi pet do sedem mesecev, ki so ključni v dokončnem formiranju začetka profesionalne poti mladega diplomanta (Boychuk Duchscher 2008) ter zaradi tega še posebej pomembni za njegov/njen obstoj v stroki. V prvem letu dela v kliničnem okolju se diplomant namreč sooča s kompleksnimi, vendar relativno predvi-

¹ Izraz medicinska sestra v tem poglavju velja za nevtralni izraz, ki se uporablja tako za moški kot za ženski spol.

dljivimi emocionalnimi, intelektualnimi, fizičnimi, socio-kulturnimi in razvojnimi vplivi, ki ustvarjajo progresiven vzorec bodočega osebnega in profesionalnega razvoja (Boychuk Duchscher 2008).

O težavah, povezanih s tem preходом, so mnogoteri avtorji opozarjali že pred desetletji. V 70. letih prejšnjega stoletja je Kramerjeva (1974) npr. opozorila, da je prehod iz vloge študenta v fazo začetnika v zdravstveni negi zaradi soočenja z realno situacijo v kliničnem okolju tako stresen, da ima lahko za posledico zamenjavo poklica kandidatke ali kandidata. O podobni perspektivi govori model, ki so ga Dalton, Thompson in Price predstavili leta 1977 in vključuje štiri faze prehoda, od novinca do sponzorja, pri čemer je vsaka izmed njih povezana s specifičnimi značilnostmi in potrebami, kot so mentorstvo, izobraževanje ali podporno vedenje (Hunt Dolan 2014). Desetletje pozneje, v 80. letih prejšnjega stoletja, je Bennerjeva (1982) opozorila, da novinci v zdravstveni negi še niso usposobljeni za razreševanje vseh situacij, v katerih se znajdejo, in da si prav prehod v fazo novinca zasluži posebno pozornost in podporo s strani izkušenejših medicinskih sester, saj jim le na ta način lahko zagotovimo uspešen prehod in nadaljnji profesionalni razvoj. Model Bennerjeve je pomembno prispeval k razumevanju prehoda v delovno okolje in profesionalnim premikom znotraj njega, vendar pa se je kasneje soočal z očitki, da ignorira vprašanja moči in njihov vpliv na epistemologijo zdravstvene nege, vprašanja, povezana s strokovno kompetentnostjo novincev, ipd. (Ličen 2016). Po Kramerjevi in Bennerjevi sta področje prehoda bolj osvetlili teorija tranzicijskega šoka in teorija tranzicije. Prva izpostavlja, da se novodiplomirane medicinske sestre ob prehodu v klinično okolje soočajo z veliko mero stresa in negotovosti, občutki nekompetentnosti ter tesnobnosti (Boychuk Duchscher 2009), ter druga, da mora prehod imeti začetno in končno točko, ki ju prepozna posameznik sam (Bridges 2009). Hamptonova, Smeltzerjeva in Gunberg Rossova (2020) ob tem navajajo, da se kljub številnim prizadevanjem – ukrepom, ki bi olajšali prehod po zaključku študija v klinično okolje – stroka še vedno sooča s 25-odstotnim osipom novincev v prvem letu po vstopu v klinično okolje.

Po drugi strani danes prehod študenta zdravstvene nege v klinično okolje zaznamuje tudi sprememba koncepta izobraževanja v zdravstveni negi, ki se je začel spreminjati v osemdesetih, zlasti pa v devetdesetih letih prejšnjega stoletja. Gre za premik »učenja ob pacientu« v institucionalno okolje (Graf idr. 2020), vendar pa tega za naše okolje zadnjih 15 let ne moremo trditi. V Evropski uniji je izobraževanje medicinskih sester namreč regulirano. Po evropskih direktivah (Direktiva Evropskega Parlamenta in Sveta 2005/36/ES; Direktiva 2013/55/EU Evropskega Parlamenta in Sveta) izobraževanje za me-

dicinske sestre traja najmanj tri leta, ima najmanj 4.600 ur, od tega najmanj 2.300 ur poteka v kliničnem okolju, ob mentorstvu visokošolskih učiteljev in mentorjev iz kliničnega okolja, predpisan je minimum vsebin, znanj in veščin v izobraževalnem programu, določena so razmerja med predavanji, seminarji, kliničnimi vajami in kliničnim usposabljanjem, nosilci izobraževanja so visokošolski učitelji s področja zdravstvene nege (Ličen 2016). Glede na poročanja drugih (Boychuk Duchscher 2009; Graf idr. 2020; Meyer in Shatto 2018; Faithfull-Byrne idr. 2017; Przybylowicz 2018; Welch, Strickland in Sartain 2019) o pomenu priprave študentov za vstop v klinično okolje je smiselno domnevati, da je tovrstni prehod težaven in stresen dogodek tudi za naše diplomante zdravstvene nege, še posebej ker je bilo z uvedbo bolonjskega sistema ukinjeno devetmesečno uvajalno pripravništvo. V kliničnih okoljih po svetu poročajo o formalnih tranzicijskih izobraževalnih programih, katerih namen je ublažiti začetni šok diplomantov, ki prvič vstopajo v klinično okolje, pri čemer gre pri teh programih za skupno povezovanje in sodelovanje tako visokošolskih kot tudi zdravstvenih institucij (Graf idr. 2020). V Sloveniji po zaključku študija diplomant pridobi kvalifikacije za samostojno opravljanje poklica,² medtem ko je uvajanje in prehod v prakso neurejeno področje in kot tako prepuščeno v organizacijo vsakemu zdravstvenemu zavodu posebej.

Prehod študentov v klinično okolje je drastično zaznamovala tudi epidemija SARS-CoV-2 (covid-19), saj so bili za razliko od drugih študentov študenti zdravstvene nege naprošeni, da se kot prostovoljci vključijo v zdravstveno oskrbo v času epidemije. Povečini gre za študente drugih in še posebej tretjih letnikov (tudi dijak), ki so bili zaradi situacije v primerjavi z drugimi študenti pred njimi soočeni s kaotičnimi razmerami,³ s katerimi se prej ni srečal noben sodoben zdravstveni sistem, in jih nobeno izobraževanje ni uspelo dovolj dobro pripraviti za delo v tako hitro spreminjajočih se okoliščinah (Monforte-Royo in Fuster 2020). Kaj bo ta izkušnja pomenila za njihov prehod v klinično okolje po diplomi – ali bodo zaradi tega boljše medicinske sestre ali ne –,

² Medicinska sestra je diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik (dipl. m. s./dipl. zn.), ki ima zaključen visokošolski študij zdravstvene nege, pri čemer študijski program v celoti upošteva Direktivo Evropskega Parlamenta in Sveta 2005/36/ES, ter ji/mu je ustrezen organ podelil pravico za samostojno opravljanje dela v zdravstveni dejavnosti (vpis v Register izvajalcev zdravstvene ali babiške nege ter podelitev licence) (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije b. l.).

³ Npr. spremenjeni pogoji dela: izmensko delo, skrb za preprečevanje okužb in pomanjkanje osebne zaščitne opreme, strah pred okužbo – sebe in drugih, psihična in fizična utrujenost, visoka mortaliteta, strah zaradi nepripravljenosti na zahteve dela, izolacija od družine ipd. (Monforte-Royo in Fuster 2020).

bodo v bližnji prihodnosti pokazale raziskave. Namen prispevka je predstaviti ključne teoretične okvire tranzicije medicinskih sester v klinično prakso ter obenem strategije, ki so se izkazale za uspešne pri vodenju skozi to tranzicijo. Tovrstne informacije igrajo pomembno vlogo pri snovanju izobraževanja, upravljanju kadrovskih virov in vodenju novodiplomiranih medicinskih sester v kliničnem okolju po zaključku študija.

Metode

Narejen je bil pregled literature po načelu razpravnega pristopa, ki ga opisujejo Van den Heede idr. (2020). Po preliminarnem pregledu literature sta bila namensko izbrana dva članka (Graf idr. 2020; Sparacino 2016), ki sta vsebinsko sledila zastavljenemu namenu ter sta v nadaljevanju služila kot raziskovalno izhodišče. Na podlagi izbranih člankov je bilo izpeljano nesistematično iskanje literature, pri čemer smo se omejili na recenzirane znanstvene prispevke, objavljene v angleškem jeziku, brez časovnega kriterija. V tej fazi so bile izbrane štiri teorije, ki pojasnjujejo prehod diplomantov zdravstvene nege v klinično prakso. V članku Sparacinove (2016) je bila izpostavljena še v zdravstveni negi dobro poznana Royeva teorija adaptacije,⁴ vendar pa je zaradi kontekstualne širine oz. ubranega deduktivnega pristopa na koncu nismo vključili med izbrane teorije.

Teorije in modeli tranzicije

Da bi bolje razumeli prehod iz visokošolskega izobraževanja v klinično okolje ter snovali učinkovite intervencije, ki bi diplomante zdravstvene nege ustrezno pripravile na profesionalno pot in ublažile negativne posledice prehoda, je potreben vpogled v teoretično razlago te tranzicije. Literatura (Graf idr. 2020) kot osrednje teorije, s katerimi je mogoče pojasniti prehod diplomantov zdravstvene nege v klinično okolje, omenja naslednje:

- teorija realnostnega šoka Marlene Kramer;
- teorija od novinca do eksperta Patricie Benner;
- Bridgesova tranzicijska teorija;
- teorija tranzicijskih faz Judy E. Boychuk Duchscher.

⁴ Na prehod od novinca do eksperta lahko gledamo kot na adaptacijski sistem, v katerem novodiplomirana medicinska sestra sprejema številne dražljaje, temu primerno prilagaja svoje vedenje in ustvarja odzive, ki vplivajo na spremembe v okolju. Odziv in vedenje, ki ga sprožijo dražljaji, je bodisi adaptacijsko bodisi neučinkovito. Neučinkovit odziv zaviralno vpliva na osebno in profesionalno rast. Medtem ko en sam neučinkovit odziv sam po sebi ni problematičen, lahko ponavljajoče se in dlje časa trajajoče delovanje takšnega odziva onemogoča adaptacijski proces (Sparacino 2015, 39).

Teorija realnostnega šoka Marlene Kramer

Ena izmed prvih teorij, ki je pojasnjevala prehod medicinskih sester v klinično prakso, je bila teorija realnostnega šoka Marlene Kramer (1974). Izhajajoč iz koncepta »kulturnega šoka«, ⁵ ki ga je prvi opisal ameriški antropolog Oberg v 60. letih prejšnjega stoletja, je Kramerjeva menila, da so medicinske sestre soočenju z resnično situacijo podvržene takoj po vstopu v klinično okolje. Prepričana je bila, da se t. i. realnostni šok zgodi v zdravstveni negi, ker je zaveza za izbrani poklic prepoznana kot permanentna (Sparacino 2016). Realnostni šok opisuje kot emocije novodiplomirane medicinske sestre, ki pričanja z delom v kliničnem okolju in pri kateri pride do neskladja med pričakovanimi ter dejanskimi socio-kulturnimi normami. Ta šok je sestavljen iz socio-kulturnega, fizičnega in emocionalnega odziva, ki ga posameznik pokaže, ko je s svojo neizkušenostjo soočen z nepričakovanim ali negativnim dogodkom v nepoznanem okolju (Kramer 1974). Podobno kot Oberg, ki je koncept kulturnega šoka razlagal skozi dinamičen krogotok, ⁶ je tudi Kramerjeva (1974) verjela, da se realnostni šok pri medicinskih sestrah odraža kot ciklični proces, ki teče skozi štiri faze:

- faza medenih tednov;
- faza zavrnitve/regresije;
- faza okrevanja;
- faza razrešitve.

V fazi medenih tednov diplomant z zanosom vstopa v novo okolje. Vstop pogosto spremljajo evforija in idealistična podoba profesionalne vloge ter vznemirjenje nad možnostjo samostojne življenjske poti. Ta faza je relativno kratka, nekateri je morda tudi ne občutijo in preidejo neposredno v drugo fazo. Običajno se prva faza zaključi, ko diplomant ne prepozna več »v šoli« ustvarjene poklicne podobe (Graf idr. 2020; Sparacino 2016; Wakefield 2018). Ko se to zgodi, se pojavita šok in zavrnitev, ki pri diplomantih povzročita anksioznost, strah, jezo in zmedenost glede dejanske situacije. Pojavijo se težave s samozavestjo in z nasprotujočimi se vrednotami, medtem ko zavračajo realno podobo profesionalne vloge, ki jo morajo izpolniti (Kramer 1974). Vsi diplomanti ne vstopijo v to fazo, vendar pa je potrebno pri njej posebno pozornost nameniti ekstremnim odzivom, ki vodijo v strokovne napake, me-

⁵ Kulturni šok je opredeljen kot skupek mešanih in negotovih emocij, ki jih občuti posameznik v neznanem okolju in jih lahko z uspešno akulturacijo premaga (Graf idr. 2020; Sparacino 2016).

⁶ Oberg je verjel, da se kulturni šok zgodi v štirih fazah: (1) fazi medenih tednov, (2) fazi šoka in zavrnitve, (3) fazi prilagoditve in (4) fazi razrešitve (Graf idr. 2020).

njave zaposlitve ali zamenjavo profesije (Hampton, Smeltzer in Gunberg Ross 2020; Sparacino 2016).

V primeru ustrezne podpore in razvijanja občutka pripadnosti diplomant preide v fazo okrevanja, v kateri jasneje opredeli korake svoje bodočega profesionalnega razvoja (Graf idr. 2020) in tako preide v zadnjo fazo. Slednja je lahko pozitivna ali negativna. V primeru pozitivnega izida se kariera razvija v smeri, ki jo omenja Bennerjeva (1982) in je podrobneje predstavljena v naslednjem poglavju, v primeru negativnega izida pa se lahko zaključi s pojavom sindroma izgorelosti ali zamenjavo poklica (Wakefield 2018).

Teorija od novinca do eksperta Patricie Benner

Patricia Benner je teorijo, ki prikazuje profesionalni razvoj medicinske sestre skozi čas, predstavila leta 1982 (Benner 1982). Teorija opisuje izvedbene značilnosti in učne potrebe medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika v različnih fazah njene/njegove kariere. Svojo teorijo je zasnovala na Dreydusovi teoriji pridobivanja veščin,⁷ saj je želela prikazati znanje, vezano na praktično razumevanje in sposobnosti eksperta v zdravstveni negi na različnih stopnjah profesionalnega razvoja (Benner 1982; Graf idr. 2020).

Teorijo od novinca do eksperta je zasnovala skozi pet stopenj (preglednica 1). Začetna stopnja »novinec« se nanaša na študenta zdravstvene nege in druga stopnja na naprednega začetnika, tj. diplomirano medicinsko sestro, ki je stopila na samostojno poklicno pot (Benner 1982; Graf idr. 2020). Teorija Bennerjeve se osredotoča na napredovanje medicinske sestre v profesionalni socializaciji kot tudi razvijanje kliničnih veščin, zato je tesno povezana z izkustvenim učenjem. Ob tem je Bennerjeva poudarila, da izkušnje ne opredeljuje čas, saj gre pri njihovem pridobivanju za proces refleksije in rekonstrukcije predhodno izgrajenih predpostavk o dejanskih življenjskih situacijah (Sparacino 2016).

Da bi medicinske sestre dosegle stopnjo eksperta,⁸ morajo zares dobro obvladati predhodne faze, zlasti pa uspešno preiti iz prve v drugo fazo tega petstopenjskega procesa. Teorija tudi s te perspektive ponuja odlično platformo razumevanja napredovanja diplomanta skozi profesionalni razvoj, s čimer nudi pomembne iztočnice za oblikovanje tranzicijskih strategij (Graf idr. 2020).

⁷ Raziskoval je pridobivanje/razvijanje veščin med igralci šaha in piloti (Graf idr. 2020). Razvijanje veščin je prepoznal kot proces, ki je sestavljen iz petih razvojnih stopenj: (1) novinec, (2) napredni začetnik, (3) kompetentni strokovnjak, (4) vešč strokovnjak in (5) ekspert (Dreyfus 2004).

⁸ Ni nujno, da fazo eksperta dosežejo vsi (Benner 1982).

Preglednica 1 Faze teorije od novinca do eksperta

- 1 *Novinec*; študent, ki vstopa v klinično kolje; fazo zaznamuje pomanjkanje znanja in izkušenj; pravila prakse so brez konteksta in naloga študenta je pridobiti znanje in veščine; faza ni povezana s starostjo.
- 2 *Napredni začetnik*; diplomant; usmeri se v pravila in poskuša razumeti principe, ki narekujejo akcijo; manjka izkušenj pri razreševanju kompleksnih situacij in težko prilagaja pravila situaciji; potrebne so usmeritve.
- 3 *Kompetenten*; medicinska sestra z dvema ali tremi leti izkušenj na istem področju dela; izboljšan časovni management, organizacijske in tehnične veščine; formira se etična komponenta; aktivno učenje in mentoriranje sta pomembna vzvoda za prehod v naslednjo fazo.
- 4 *Vešč profesionalac*; medicinska sestra s tremi do petimi leti izkušenj na istem področju dela; razume situacijo v širšem kontekstu, kar ga vodi pri izvedbi; zaveda se svojih izkušenj in kako lahko lahko te osvetlijo norme; v praksi testira teoretično znanje in poskuša razvijati alternative.
- 5 *Ekspert*; medicinska sestra z bogatstvom izkušenj in kliničnega znanja; pri oceni pacienta se zanaša tudi na intuicijo in ne samo na postavljene norme; odlikuje se s sposobnostjo sočasne izvedbe različnih nalog, nenehnim učenjem ter izražanjem dvoma v subjektivno/objektivno znanje.

Opombe Prirejeno po Benner (1982), Graf idr. (2020), Ličen (2016) in Sparacino (2016).

Bridgesova tranzicijska teorija

Bridgesova tranzicijska teorija sloni na jasni opredelitvi spremembe in tranzicije ter njunem medsebojnem delovanju. Sprememba bo uspešna le takrat, če vodje in institucije ne zanemarijo pomena tranzicije, ki jo ljudje izkusijo med spreminjanjem, tj. profesionalnim razvojem (»Bridges Transition Model« b. l.). Teorija je modelirana skozi tri osrednje faze: (1) zaključek, (2) nevtralna zona in (3) novi začetki. Faze so zasnovane linearno, kar pomeni, da mora posameznik za napredovanje v naslednjo razvojno fazo zaključiti tisto, v kateri je (slika 1).

Bridges je verjel, da mora imeti tranzicija začetno in končno točko ter da si mora vsak posameznik v tem procesu priznati potrebo po spremembi, saj bo le tako doumel smisel profesionalnega razvoja. Menil je, da veliko ljudi najprej pomisli na spremembo, ki je v teku, kot pa na to, kaj bi bil prvi korak v njihovi tranziciji, in se na ta način prepusti novim izzivom. Pogostokrat je prav ta zadržek prva ovira na poti profesionalnega razvoja (Graf idr. 2020; »Bridges Transition Model« b. l.). To, da se fizično, emocionalno in mentalno prepusti tranziciji, je pomemben prvi korak, ki ga Bridges istoveti s procesom žalovanja. Paradoks je, da se tranzicija prične z zaključkom, še izpostavlja Bridges (»Bridges Transition Model« b. l.). Če posameznik ne čuti podpore ali pa mu ta v tej tranziciji ni zagotovljena, tranzicija ne bo učinkovita (Graf idr. 2020).

Slika 1 Faze Bridgesove tranzicijske teorije (prirejeno po Bridges 2009; Graf idr. 2020)

Teorija tranzicijskih faz Judy E. Boychuk Duchscher

Delo Judy E. Boychuk Duchscher, ki je zasnovala teorijo tranzicijskih faz ter model tranzicijskega šoka, so pomembno zaznamovale predhodno omejene teorije. Teoretično ogrodje njene teorije vsebuje številne komponente, saj je ugotovila, da gre pri prehodu za kompleksen preplet različnih dejavnikov. Ta prehod se odraža v nelinearnem procesu, ki spremlja novodiplomirano medicinsko sestro na poti razvojnih, profesionalnih, intelektualnih, emocionalnih, spretnostnih in osebnostnih sprememb ter vključuje izkušnje, pomene in pričakovanja. Na prehod vplivata še predhodno razvojno in izkustveno ozadje in situacijski kontekst, kar usmerja in vodi pričakovanja o bodoči profesionalni vlogi in odgovornostih, delovni etiki in kulturi (Boychuk Duchscher 2009). Raziskave poudarjajo, da so pogosto identificirane težave prehoda za novodiplomirane medicinske sestre v različnih obdobjih v začetnih dvanajstih mesecih povezane s pomanjkanjem kliničnega znanja in zaupanja v svoje sposobnosti, z medosebnimi odnosi s sodelavci, delovnimi obremenitvami, s sprejemanjem odločitev in njihovo priorizacijo ter komunikacijo z zdravniki. Po drugi strani pa tovrstne raziskave nezadostno pojasnjujejo, kateri dejavniki so prispevali k pojavu teh težav in kako so se le-te razrešile (Boychuk Duchscher 2008).

Boychuk Duchscherjeva je teorijo tranzicijskih faz na podlagi ugotovitev raziskav predstavila v tristopenjskem linearnem modelu – (1) »delati«, (2) »postati« ter (3) »vedeti« –, čeprav ta proces nikakor ni linearen in ne nujno progresiven (Boychuk Duchscher in Windey 2018). Model, prikazan na sliki 2, zaznamuje prehod skozi prvih 12 mesecev.

Prva faza modela, »delati«, traja tri do štiri mesece. V tej fazi se novodiplomirana medicinska sestra v kliničnem okolju sooča z vsemi mogočimi nalogami,⁹ kar onemogoča, da bi svojo profesionalno vlogo spoznala v drugi luči

⁹ V novi profesionalni vlogi poskuša dohajati pričakovanja kliničnega okolja, pri čemer je ves čas

Slika 2 Model tranzicijskih faz (prirejeno po Boychuk Duchscher in Windey 2018, 229)

(Boychuk Duchscher 2008). To v mnogih kandidatih na začetku poti vzbuja pomisleke v lastne sposobnosti v smislu »sposoben biti in delati kot medicinska sestra«, kar ima za posledico omajano samozaupanje. V kolikor so procesi v tej fazi negativni, se pojavi »tranzicijski šok«, najranljivejše obdobje prvega leta prehoda v klinično prakso (Graf idr. 2020; Hunt Dolan 2014). Boychuk Duchscherjeva in Windey (2018) zato izrecno poudarjata, da sta pomembnost monitoringa in podpora razvijajoče se soodvisnosti novinca ključni v tej fazi.

Druga faza modela, »postati«, se zgodi med četrtem in osmim mesecem v prvem letu dela v kliničnem okolju in jo zaznamuje hitro napredovanje v razmišljanju, stopnji poznavanja in razvitosti veščin. V začetku te faze novinec ostaja razočaran v svoji vlogi, čeprav spoznava novo okolje in postopoma pušča preteklost za seboj. Postopoma prične izvrševati naloge z večjo mero samozaupanja in sprejemati odgovornosti za svoje odločitve, obenem pa se sooča z obstoječimi primanjkljaji in težavami zdravstvenega sistema (Boychuk Duchscher in Windey 2018; Graf idr. 2020; Boychuk Duchscher 2008). V tej fazi si novinec upa izraziti svoje mnenje in ni nujno, da potrebuje vodstvo mentorja, vsaj ne več v takšni obliki kot na začetku. Zaradi delovnih obremenitev si išče zavetje v zasebnem življenju in se na ta način ogradi od poklicnega življenja (Boychuk Duchscher 2008). Ta faza prehoda je lahko spoznana kot pozitivna, lahko pa se kaže tudi z doživljanjem resne tranzicijske krize, ki se običajno pojavi med petim in sedmim mesecem.

V kolikor se občutki neodvisnosti in zadovoljstva v novi profesionalni vlogi nadaljujejo, pride do vstopa v zadnjo, tretjo fazo, »vedeti«. Ta faza se nanaša na doseganje prepoznavanja razlik, ki novince ločujejo od že uveljavljenih strokovnjakov, medtem ko istočasno polnopravno opravljajo svojo profesionalno vlogo. Zaradi obremenjenosti v prvi in drugi fazi se lahko pojavi začasna destabilizacija v formiranju profesionalne identitete, ki pa se nanaša

vpet/-a v nenehen cikel »priprave« in »poročanja o svojem delu«. Pogosto se novinci zelo hitro znajdejo v okolju s polno delovno obremenitvijo (enako kot jo imajo zaposleni z daljšim delovnim stažom) in so tudi velikokrat prepuščeni sami sebi (Boychuk Duchscher in Windey 2018).

predvsem na pogoje dela. Iskanje ravnotežja med zasebnim in poklicnim življenjem v zadnjem delu druge faze se prične rušiti, saj je ta ideja zoperstavljena realnim pogojem dela¹⁰ v zdravstveni negi, nemoči pri njihovem spreminjanju in posledično pojavu nezadovoljstva z delom. Pojav takšne destabilizacije potrebuje podporo s strani sodelavcev, da bodo novinci ponovno našli smisel svojega poslanstva in poiskali načine, ki bodo prispevali k temu, da se bodo omejili od dejavnikov, ki to destabilizacijo povzročajo (Boychuk Duchscher in Windey 2018). V primerjavi z novodiplomirano medicinsko sestro v prvi fazi so v zadnji fazi občutki samozaupanja v svoje delo veliko večji, s čimer se zaznamuje zaključek prehoda (Graf idr. 2020).

Boychuk Duchscherjeva je na podlagi desetletje dolgega raziskovanja fenomena prehoda v prakso razvila t. i. model tranzicijskega šoka, ki spremlja prvo fazo, »delati«, v začetnih 3–4 mesecih (slika 3). Tranzicijski šok opisuje kot izkušnjo, ki se je pojavila z odmikom od vloge študenta v veliko manj poznano vlogo v praksi delujoče medicinske sestre. Pomembno za to izkušnjo je doživljanje očitnega razkoraka v medosebnih odnosih, vlogah, odgovornostih, znanju in izvedbi v primerjavi z akademskim okoljem in realno prakso (Boychuk Duchscher 2009). Omenjeno botruje izgubi, dezorientaciji, negotovosti in zmed, kar se odraža v vplivih na fizični, intelektualni, emocionalni in socialni odziv (Boychuk Duchscher 2009; Hunt Dolan 2014). Intenzivnost in narava emocij sta v začetni fazi prehoda zares burni. Novinci, ki ob tem prejmejo manj podpore, bodo z veliko verjetnostjo občutili strah, občutke tesnobe, negotovost ipd. Fizična izčrpanost je v prvih treh mesecih dokaj izrazita, saj gre za neposredno posledico vznemirjenja in stimulacije iz okolja. Socio-kulturni odziv je povezan s časom, ki je potreben, da novinci začutijo, da so del tima, da začnejo zaupati svoji presoji in postopoma najdejo ravnotežje med zasebnim in poklicnim življenjem. Intelektualni odziv je svojstven izziv, saj je povezan s sposobnostjo novince, da poveže usvojeno teoretično znanje s prakso, za kar pa v začetku potrebujejo več časa (Boychuk Duchscher 2009; Graf idr. 2020; Wakefield 2018).

Strategija uspešnega prehoda v klinično prakso

Prehod novodiplomirane medicinske sestre v klinično prakso je svojstven in večdimenzionalen izziv. Delovne obremenitve v času epidemije covid-19 in zahteve visoko specializiranega kliničnega okolja za današnje generacije medicinskih sester predstavljajo še prav poseben preizkus sprejemanja nove profesionalne vloge. Pripravljeni so pripravljati novo generacijo diplomantov na

¹⁰ Npr. izmensko delo, delo na praznike ali druge dela proste dneve ipd.

Slika 3 Model tranzicijskega šoka (prirejeno po Boychuk Duchscher 2009, 1106)

uspešno prevzemanje nalog v kompleksnem okolju zdravstvenih institucij, kjer se okoliščine hitro spreminjajo in je zdravstveno stanje pacientov vse slabše, zahteva inovativne in transformativne pristope k izobraževanju (Welch, Strickland in Sartain 2019; Sparacino 2016). Na drugi strani pa so tudi zdravstvene ustanove tiste, ki morajo v povezovanju z izobraževalnimi institucijami skrbeti za okolje, ki bo novodiplomiranim medicinskim sestram v podporo pri klinični praksi. V nekaterih okoljih so s skupnim povezovanjem uspeli vzpostaviti nekatere učinkovite strategije prehoda, v drugih manj ali pa sploh ne. V nekaterih okoljih gre sploh za nujno formalno zavezo ob vstopu diplomantov v klinično okolje ter prevzemanju nove profesionalne vloge (Tuckett, Eley in Ng 2017; Hampton, Smeltzer in Gunberg Ross 2020). Ta prehod bo uspešen, če bo usmerjen k ciljem, ki bodo v veliki meri zagovarjali stabilnost, konsistentnost, poznavanje in predvidljivost. Nasploh je izkušnja uspešne tranzicije za novodiplomirane medicinske sestre povezana s tem, da (Duchscher Boychuk in Windey, 2018, 231):

- uravnotežijo osebno in poklicno življenje oz. imajo vzpostavljene podporne mehanizme;
- so jim dodeljene vloge in naloge, ki ustrezajo njihovi trenutni stopnji prehoda oz. spoštujejo njihovo trenutno poznavanje in zaupanje v lastne sposobnosti;
- so deležne podpore na delovnem mestu in konstruktivnih povratnih informacij;

- poznajo in uspešno razvijajo pričakovanja glede nudene zdravstvene oskrbe ter pridobivanja ustreznih veščin;
- imajo priložnost, da so podprte in deležne sodelovanja ter posvetovanja s strani izkušenejših kolegov in kolegic o kompleksnejših kliničnih situacijah;
- izkazujejo konstanten uspeh v pravočasnem in ustreznem odzivanju na vse kompleksnejše izide in okoliščine v klinični praksi;
- jim je podana pozitivna in spodbudna povratna informacija o njihovem napredku, s ciljem, da izboljšuje njihovo bazo znanja;
- jih okolje delovnega mesta spodbuja k temu, da vplivajo, izboljšujejo in sprejemajo politiko/standarde zdravstvene oskrbe, povezane z zagotavljanjem višje stopnje kakovosti.

Hamptonova, Smeltzerjeva in Gunberg Rossova (2020) skozi pregled literature ugotavljajo, da so imeli učinki tranzicijskih strategij na prehod novodiplomiranih medicinskih sester v klinično prakso pozitivne vplive na njihovo zadovoljstvo z delom in so posledično prispevali k zmanjšani nameri o odhodu iz organizacije. Ugotovili so, da se strategije za uspešno tranzicijo osredotočajo okrog štirih osrednjih pristopov:¹¹ (1) pripravištva, (2) inštruktorkega sistema, (3) sistema stažiranja in (4) splošnega uvajalnega programa. Oceno, katera izmed teh metod je najučinkovitejša, je bilo v raziskavi istih avtorjev zaradi variabilnosti intervencij ter različnosti merjenih konceptov in instrumentov, ki so jih uporabili za evalvacijo učinkovitosti, težko podati, kar tudi nakazuje potrebno bodočo smer raziskovanja.

V svetu sta npr. pripravištvo oz. uvajalni program ob prehodu v klinično okolje stalnica, medtem ko se je v našem okolju z bolonjsko reformo to spremenilo oz. tega, vsaj v takšni obliki, kot je bilo prej, ni več. Tovrstne strategije pomembno prispevajo k uspešni tranziciji novodiplomiranih medicinskih sester, saj zagotavljajo uveljavljanje lastnih kompetenc v novi profesionalni vlogi na bolj nadzorovan način, seznanitev z novim delovnim okoljem, organizacijsko kulturo, s sistemom zdravstvenega varstva, protokoli in pravili kliničnega okolja. Uvajalno obdobje je sestavljeno iz didaktičnih in kliničnih izkušenj s povprečnim trajanjem med tremi in šestimi meseci (Hunt Dolan 2014). Različni uvajalni programi dokazano pomembno prispevajo k procesu sekundarne socializacije¹² v poklic, pri čemer Sparacinova (2016) iz-

¹¹ V enem primeru so bile izvedene tudi spremembe kurikuluma, katerih namen je bil izboljšati prehod diplomantov v klinično okolje (Hampton, Smeltzer in Gunberg Ross 2020).

¹² Profesionalna socializacija označuje proces prilagajanja zahtevam profesionalne vloge in istočasno razvijanja pripadnosti profesionalni kulturi. Proces se pričinja med formalnim izobraže-

postavlja, da bodo uvajalni programi, ki uspešno naslavlajo specifične potrebe diplomantov, omogočili opolnomočenje, vendar pa da je učinkovitost teh programov odvisna od znanja diplomantov, s katerim vstopajo v klinično okolje. Grafova idr. (2020) zato menijo, da bi morali prehodni uvajalni programi vključevati komponente, ki bodo usmerjenje v izobraževanje, politiko in prakso. Izobraževalni sistem bi moral zato, da bolje pripravi diplomante na novo profesionalno vlogo in zmanjša tranzicijski šok, študente že v času študija izpostavljati stresorjem, ki jih bodo izkusili ob delu v kliničnem okolju. Ni nujno, da se to doseže zgolj s kliničnim usposabljanjem v realnem okolju, ampak lahko tudi v simuliranem okolju, v katerem skozi podaljšano simulacijo študentom pomagamo, da pred diplomiranjem razvijejo komunikacijske veščine, občutek za timsko delo, odločanje in upravljanje s časom (Graf idr. 2020; Welch, Strickland in Sartain 2019). Grafova idr. (2020) ugotavljajo, da bi bilo za ublažitev tranzicijskega šoka potrebno, da novodiplomirana medicinska sestra prične uvajalno obdobje v fazi »napredni začetnik«. Zaradi kompleksne narave kliničnega dela in hitrega razvoja tehnologij ter novih znanj je namreč edini način, s katerim lahko študente do diplome pripeljemo v fazo »napredni začetnik«, prav simulirano okolje (angl. *ward-based simulation training programme*). Študijski programi, ki izobražujejo za poklice v zdravstveni negi, bi zato morali upoštevati potrebe študentov, da jih ustrezno pripravijo oz. zmanjšajo učinke tranzicijskega šoka še pred vstopov v klinično prakso.

Poleg sprememb v smeri priprave na prehod v klinično prakso že v času izobraževanja so potrebne tudi spremembe v politiki vodenja novih diplomantov v praksi tako na operativni kot tudi nacionalni ali pa mednarodni ravni, saj je poklic medicinske sestre znotraj Evropske unije eden izmed reguliranih poklicev. Razvijanje in zagotavljanje ustreznih podpornih mehanizmov v času uvajanja pomembno prispeva k premagovanju ovir v fazi zavrnitve oz. spoprijemanju s pojavom tranzicijskega šoka (Sparacino 2016). Uvajalni programi, ki zagotavljajo zadostno podporo inštruktorjev in mentorjev,¹³

vanjem za poklic in se nadaljuje po diplomi v kliničnem okolju.

¹³ Čeprav oba igrata pomembno vlogo v prehodu v klinično prakso, inštruktor in mentor nista eno in isto, saj zaznamujeta različna obdobja razvoja profesionalne vloge. Inštruktor je posebej usposobljena medicinska sestra, ki se pridruži novodiplomirani medicinski sestri pri delu in jo vodi skozi uvajalno obdobje kliničnega uvajanja. V idealnih okoliščinah gre za formalno usposobljenega inštruktorja, ki je deloma razbremenjen svojega rednega dela, da lahko na ta račun več časa nameni novincu. Inštruktorji usmerjajo razvijanje novih veščin, opazujejo in pomagajo novincu pri praktični aplikaciji teh veščin ter vrednotijo dosežke. Formalno vloga inštruktorja preneha z zaključenim uvajalnim obdobjem, čeprav se njun medosebni odnos nadaljuje. Običajno po zaključenem uvajalnem obdobju novodiplomirana medicinska sestra dobi mentorja – formalno ali neformalno. Namen tega so spodbujanje, podpora, svetovanje in vodenje skozi

so se izkazali za ključne v zmanjševanju negativnih učinkov prehoda v klinično prakso, vendar pa je takšnih programov, ki imajo standardizirano in dodelano vsebinsko ter izvedbeno strukturo, na nacionalni ravni malo (Graf idr. 2020). Tudi zaradi tega razloga je Boychuk Duchscherjeva (2008) predlagala, da morajo imeti uvajalni programi v praksi določene obvezne komponente, ki bodo prispevale k učinkovitejšemu prehodu. Med temi je tudi izobraževanje, ki vključuje teorijo in igro vlog, vsebine o učinkoviti komunikaciji, delegiranju in menedžmentu, razreševanju konfliktov in razumevanju procesa adaptacije. Med učinkovitimi komponentami uvajalnega programa je Boychuk Duchscherjeva (2009) izpostavila še razvijanje predmetnospecifičnih kliničnih veščin, profesionalnih vlog in odgovornosti ter dovolj širok časovni okvir, da bo omogočen uspešen prehod. V tem oziru gre tudi za obveznost kliničnega okolja, da identificira potencialne nevarnosti prehoda, razume delovanje tranzicijskega šoka in pravočasno ukrepa ter prepreči negativni potek prehoda.

Zaključek

Obdobje, v katerem se svet sooča z veliko zdravstveno krizo, ki obremenjuje številne družbene sisteme, zlasti pa zdravstveni sistem, postavlja novodiplomirane medicinske sestre, ki danes prvič vstopajo v klinično okolje, pred veliko preizkušnjo. Veliko bolj kot generacije pred njimi so današnje generacije soočene z izzivi preobremenjenega zdravstvenega sistema, kar nedvomno vpliva na uspešnost prehoda iz varnega šolskega okolja v turbulentno okolje klinike. Nasprotno pa je lahko takšna situacija z vidika prehoda tudi pozitivna in ponuja opolnomočenje, saj je zaradi vpoklica ali prostovoljnega dela študentov zdravstvene nege pri delu s pacienti s covidom-19 seznanjenost z realno situacijo zgodnja, kar lahko prispeva k zmanjševanju pojava tranzicijskega šoka. Vsekakor bodo v prihodnje na tem področju v povezavi z epidemijo potrebne dodatne raziskave, na podlagi katerih bomo lahko sprejeli zaključke oz. ukrepe, vezane bodisi na spremembe načina izobraževanja bodisi na proces začetnega vstopanja v klinično okolje. Ne glede na to pa danes vemo, da obstaja dovolj dokazov, ki nakazujejo, da morajo prehod v profesionalno prakso nasloviti tako izobraževalne kot tudi zdravstvene institucije in s tem zmanjšati vrzel med enimi in drugimi. Na obojih je namreč, da pomagajo, razvijajo in podpirajo prehod bodočih profesionalcev v klinično prakso,

osebni in profesionalni razvoj. Takšen odnos lahko traja pol do enega leta (Hunt Dolan 2014). V našem okolju meje med enim in drugim profilom pogosto ni. Nekaj k temu prispeva način dela v kliničnem okolju, nekaj pa tudi kulturni kontekst.

da na eni strani uresničujejo svojo profesionalno vlogo, na drugi strani pa s tem tudi negujejo odgovornost do pacientov in skrb za varno ter optimalno zdravstveno oskrbo.

Literatura

- Benner, P. 1982. »From Novice to Expert.« *American Journal of Nursing* 82 (3): 402–407.
- Boyчук Duchscher, J. 2008. »A Process of Becoming: The Stages of New Nursing Graduate Professional Role Transition.« *Journal of Continuing Education in Nursing* 39 (10): 441–450.
- . 2009. »Transition Shock: The Initial Stage of Role Adaptation for Newly Graduated Registered Nurses.« *Journal of Advanced Nursing* 65 (5): 1103–1113.
- Boyчук Duchscher, J., in M. Windey. 2018. »Stages of Transition and Transition Shock.« *Journal for Nurses in Professional Development* 34 (4): 228–232.
- »Bridges Transition Model.« B. I. William Bridges Associates. <https://wmbbridges.com/about/what-is-transition/>.
- Bridges, W. 2009. *Managing Transitions: Making the Most of Change*. 3. izd. London: Nicholas Brealey.
- Dalton, G. W., P. H. Thompson, in R. L. Price. 1977. »The Four Stages of Professional Careers: A New Look at Performance by Professionals.« *Organizational Dynamics* 6 (1): 19–42.
- Direktiva Evropskega Parlamenta in Sveta 2005/36/ES z dne 7. septembra 2005 o priznavanju poklicnih kvalifikacij. 2005. *Uradni list Evropske unije*, L 255.
- Direktiva 2013/55/EU Evropskega Parlamenta in Sveta z dne 20. novembra 2013 o spremembi Direktive 2005/36/ES o priznavanju poklicnih kvalifikacij in Uredbe (EU) št. 1024/2012 o upravnem sodelovanju prek informacijskega sistema za notranji trg (uredba IMI). 2013. *Uradni list Evropske unije*, L 354.
- Dreyfus, S. E. 2004. »The Five-Stage Model of Adult Skill Acquisition.« *Bulletin of Science, Technology & Society* 24 (3): 177–181.
- Faithfull-Byrne, A., L. Thompson, T. Welch, M. Williamson, K. Schafer in C. Hallinan. 2017. »Back to the Future: A Practice Led Transition Program from Assistant in Nursing to Enrolled Nurse.« *Nurse Education in Practice* 22:83–88.
- Graf, A. C., E. Jacob, D. Twigg in B. Nattabi. 2020. »Contemporary Nursing Graduates' Transition to Practice: A Critical Review of Transition Models.« *Journal of Clinical Nursing* 29 (15–16): 3097–3107.
- Hampton, K. B., S. C. Smeltzer in J. Gunberg Ross. 2020. »Evaluating the Transition from Nursing Student to Practicing Nurse: An Integrative Review.« *Journal of Professional Nursing* 36 (6): 551–559.
- Hunt Dolan, D. 2014. *The Nurse Professional: Leveraging Your Education for Transition Into Practice*. New York: Springer.

- Kramer, M. 1974. *Reality Shock: Why Nurses Leave Nursing*. St. Louis, MO: Mosby.
- Ličen, S. 2016. »Identifikacija, opredelitev in presoja možnosti vpeljave univerzalnih poklicnih kompetenc medicinskih sester v stroko zdravstvene nege v Sloveniji.« Doktorska disertacija, Univerze na Primorskem.
- Meyer, G., in B. Shatto. 2018. »Resilience and Transition to Practice in Direct Entry Nursing Graduates.« *Nurse Education in Practice* 28:276–279.
- Monforte-Royo, C., in P. Fuster. 2020. »Coronials: Nurses Who Graduated during the COVID-19 Pandemic. Will They be Better Nurses?« *Nurse Education Today* 94:104536. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104536>.
- Przybylowicz, T. A. 2018. »Transitioning from Education to Practice: Associate Degree Program, Senior Clinical at a Skilled Nursing Facility, a Pilot Program.« *Teaching and Learning in Nursing* 13 (4): 240–243.
- Sparacino, L. L. 2015. »Faculty's Role in Assisting New Graduate Nurses' Adjustment to Practice.« *International Journal of Nursing* 2 (2): 37–46.
- . 2016. »Faculty's Role in Assisting New Graduate Nurses' Adjustment to Practice.« *SAGE Open Nursing* 2. <https://doi.org/10.1177/2377960816635182>
- Tuckett, A., R. Eley in L. Ng. 2017. »Transition to Practice Programs: What Australian and New Zealand Nursing and Midwifery Graduates Said; A Graduate eCohort Sub-Study.« *Collegian* 24 (2): 101–108.
- Van den Heede, K., J. Cornelis, N. Bouckaert, L. Bruyneel, C. Van de Voorde in W. Sermeus. 2020. »Safe Nurse Staffing Policies for Hospitals in England, Ireland, California, Victoria and Queensland: A Discussion Paper.« *Health Policy* 124 (10): 1064–1073.
- Wakefield, E. 2018. »Is Your Graduate Nurse Suffering from Transition Shock?« *Journal of Perioperative Nursing* 31 (1): 5. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1024>.
- Welch, T. D., H. P. Strickland in A. F. Sartain. 2019. »Transition to Nursing Practice: A Capstone Simulation for the Application of Leadership Skills in Nursing Practice.« *Teaching and Learning in Nursing* 14 (4): 283–287.
- Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. B. I. »Register in licence (javna pooblastila).« <https://www.zbornica-zveza.si/register-licence-javna-pooblastila/>

Theories and Strategies of Transition from Nursing Student to Professional Nursing Practice

The importance of the successful transition of a newly graduated nurse into professional practice is associated with higher job satisfaction and a lower likelihood of leaving the profession. The transition from a secure faculty environment to turbulent clinical practice is shaped by graduate expectations on the one hand and the reality of the situation on the other. This transition is explained by four key theories: reality shock theory, novice-to-expert theory, transition theory, and stage of transition theory. The discussion paper aims

to provide an overview of the theoretical understanding of nursing students' transition into clinical practice and strategies for a successful transition. Nowadays, strategies for successful transition focus on four approaches: Internship, Preceptorship, Residency Programme, and Orientation Programme. There is ample evidence today that both educational and healthcare institutions need to address the transition to professional practice. It is incumbent upon both to support the transition of future professionals in a way that fulfils their professional role and ensures safe, quality care for patients.

Keywords: transition-to-practice, nurses, education, clinical practice, transition shock