

Oznaka poročila: ARRS-CRP-ZP-2018/30

## ZAKLJUČNO POROČILO O REZULTATIH CILJNEGA RAZISKOVALNEGA PROJEKTA

### A. PODATKI O RAZISKOVALNEM PROJEKTU

#### 1. Osnovni podatki o raziskovalnem projektu

<b>Šifra projekta</b>	V5-1507
<b>Naslov projekta</b>	Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina v Sloveniji: mednarodno primerljiv sistem sekundarnega in terciarnega izobraževanja v zdravstveni negi kot temelj raziskav in prispevka znanosti k trajnostnemu družbenemu razvoju.
<b>Vodja projekta</b>	23375 Brigita Skela Savič
<b>Naziv težišča v okviru CRP</b>	4.1.1 Znanost in raziskovanje kot družbeno-politični, socio-ekonomski, vzgojno-izobraževalni, motivacijski in kognitivni dejavniki družbenega razvoja
<b>Obseg učinkovitih ur raziskovalnega dela</b>	1671
<b>Cenovna kategorija</b>	A
<b>Obdobje trajanja projekta</b>	10.2015 - 09.2017
<b>Nosilna raziskovalna organizacija</b>	2672 FAKULTETA ZA ZDRAVSTVO ANGELE BOŠKIN
<b>Raziskovalne organizacije - soizvajalke</b>	553 Pedagoški inštitut 1604 Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede 2413 Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju 2711 Mednarodna fakulteta za družbene in poslovne študije 3333 NACIONALNI INŠTITUT ZA JAVNO ZDRAVJE
<b>Raziskovalno področje po šifrantu ARRS</b>	5 DRUŽBOSLOVJE 5.01 Vzgoja in izobraževanje
<b>Družbeno-ekonomski cilj</b>	09. Izobraževanje
<b>Raziskovalno področje po šifrantu FORD/FOS</b>	5 Družbene vede 5.03 Izobraževanje

#### 2. Sofinancerji

	Sofinancerji	
1.	Naziv	
	Naslov	

## B. REZULTATI IN DOSEŽKI RAZISKOVALNEGA PROJEKTA

### 3. Povzetek raziskovalnega projekta<sup>1</sup>

SLO

Pripravili smo kompetenčni model štirih kategorij izvajalcev v zdravstveni negi, ki poteka na štirih izobraževalnih ravneh. Izdelan je sledeči model kategorij izvajalcev:

- ♦ Raven 1: tehnik zdravstvene nege (TZN) – srednješolsko strokovno izobraževanje smeri Zdravstvena nega (5. raven SOK, 4. raven EQF);
- ♦ Raven 2: diplomirana medicinska sestra, diplomirani zdravstvenik (dipl. m. s., dipl. zn.) – izobraževanje Zdravstvena nega (VS) splošne smeri na visoko strokovni ravni v skladu z Direktivo 2013/55/EU (7. raven SOK, 6. raven EQF);
- ♦ Raven 3: specialist/ka določenega področja v zdravstveni negi (dipl. m. s. / dipl. zn., spec.) (7/8. raven SOK, 6/7. raven EQF);
- ♦ Raven 4: strokovnjak za napredne oblike dela v zdravstveni negi in zdravstveni obravnavi (ang. »Advance Nurse Practitioner« ali »Advanced Practice Nurse«) (magister/magistrica zdravstvene nege, Dr. – zdravstvene nege, zdravstvenih ved (8-10. raven SOK, 7-8. raven EQF).

Ključnega pomena za aplikacijo kompetenčnega modela je opredelitev obsega izobraževanja na vseh ravneh in sistematizacija delovnih mest v zdravstvenih in socialnih zavodih. Obe aktivnosti morata tečiti vzporedno, odgovornosti za realizacijo morata prevzeti zdravstveni management in Zbornica-Zveza, ki pa tega ne moreta brez sodelovanja resornih ministerstev. Tehnika zdravstvene nege (ZN) je potrebno opolnomočiti kot ključnega izvajalca zdravstveno-socialne obravnave v skupnosti in dolgotrajni oskrbi. Projekt opredeli dejavnike, ki pomembno oblikujejo profesionalizacijo ZN in tako razvoj v znanstveno disciplino. Raziskava opozori, da je potrebna večja aktivacija visokošolskega managementa, ki bo prevzel odgovornost za artikulacijo pomena visokošolskega izobraževanja in razvil sodelovanje s kliničnim okoljem za razvoj ZN kot znanstvene discipline. Management zdravstvenih zavodov nosi odgovornost, da raziskovanje in razvoj stroke postaneta delovna obveza visokošolsko izobraženih medicinskih sester. Za doseganje le tega mora zagovarjati spremembo sistematizacije delovnih mest in povečati število izvajalcev ZN na 7. ravni SOK in na ravni strokovnega magisterija. Zbornica-Zveza mora prevzeti odgovornost za ustanovitev Nacionalnega raziskovalnega inštituta v ZN. Razvit je bil model razvoja ZN kot znanstvene discipline.

Projekt ima tudi širše družbene koristi. Bistven rezultat projekta je izdelan sistem kompetenc in nacionalni model razvoja znanstvene discipline, ki bi moral biti temelj za pripravo razvojnih strategij, za zaposlovalno politiko in politiko razvoja ljudi v naslednjih 20 letih in načrt reorganiziranja in sistematizacije delovnih mest v zdravstvenih in socialnih zavodih. Projekt prispeva k vzgoji in informiranju osnovnošolcev, ki se odločajo za poklice. S prikazom poklicnega dela, ki vključuje strokovni in znanstveni vidik, projekt pripomore k dobremu poznavanju poklica in je lahko v pomoč svetovalnim službam, pedagogom za učinkovito informiranje in usmerjanje otrok in staršev o ZN.

ANG

We prepared a competency model with four categories of nursing care providers which is implemented at four levels of education:

- ♦ Level 1: Nursing Assistant (NA) – upper secondary education in the field Nursing Care (SQF level 5, EQF level 4);
- ♦ Level 2: Registered Nurse (RN) – a general Nursing Care program, professional higher education implemented according to the Directive 2013/55/EU (SQF level 7, EQF level 6);
- ♦ Level 3: Specialist Nurse (SN) (dipl. m. s. / dipl. zn., spec.) (SQF levels 7-8, EQF levels 6-7);
- ♦ Level 4: Advanced Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse (ANP/APN) (master's degree in nursing, doctoral degree in nursing/health care; SQF levels 8-10, EQF levels 7-8).

In order for the competency model to be implemented, it is crucial to define the scope of education provided at all the educational levels and to provide a systematization of jobs in healthcare organizations and long-term care facilities. Both activities have to be conducted simultaneously, and the responsibility for their implementation has to be assumed by healthcare managers and by the Nurses and Midwives Association of Slovenia which will require the cooperation of relevant ministries. Nursing assistants have to be empowered as key providers of health care and long-term care in the community and in institutions. The project defines factors significantly contributing to the professionalization of nursing and, consequently, its development into a scientific discipline. The research calls attention to the fact that higher education managers have to assume a more active role and take responsibility for stressing the importance of higher education and establishing cooperation with the clinical setting in order for nursing to develop as a scientific discipline. Managers of healthcare institutions have the responsibility of including research and development of the nursing profession into the work tasks of all nurses with a higher education degree. In order to ensure this, they must advocate changes to job systematization and increase the number of nursing care providers with education of SQF level 7 and with a master's degree. The Nurses and Midwives Association of Slovenia must assume the responsibility for establishing a National Research Institute in Nursing. A model of developing nursing as a scientific discipline was also proposed.

An important result of the project is the developed system of competencies and a national model of developing nursing as a scientific discipline, which should serve as the basis for drafting development strategies, for employment policy and human resource development policy over the next 20 years, and for the plan of restructuring and systematizing jobs in healthcare institutions and long-term care facilities. The project contributes to educating and providing information to elementary school students considering vocational education.

#### 4. Poročilo o realizaciji predloženega programa dela oz. ciljev raziskovalnega projekta<sup>2</sup>

Namen CRP-a: vzpostaviti mednarodno primerljiv sistem sekundarnega in terciarnega izobraževanja v zdravstveni negi (ZN), ki omogoča razvoj stroke in znanosti, ter postavi okvir za vzpostavitev interdisciplinarnega raziskovanja, povezanega z ZN, kar lahko pomembno vpliva na trajnostni družbeni razvoj.

Cilji CRP-a:

1. Pripraviti analizo sistemov formalnega izobraževanja na področju zdravstvene nege v EU, pridobljene kompetence za delo in uporabljene modele za razvoj in krepitev ZN kot znanstvene discipline.
2. Na osnovi raziskave med ključnimi deležniki izobraževanja v ZN in uporabniki izobraževanja preveriti razumevanje potreb po spremembah formalnega izobraževanja in umestitev raziskovanja za razvoj ZN kot znanstvene discipline.
3. Pripraviti predlog sprememb srednješolskega izobraževanja zdravstvene smeri, ki bo po strokovnih kompetencah primerljivo z mednarodnimi strokovnimi usmeritvami.
4. Pripraviti celostni kompetenčni model za vse ravni izobraževanja v ZN, ki bo po kompetencah primerljiv z mednarodnimi strokovnimi usmeritvami.
5. Pripraviti predlog nacionalnega modela razvoja in krepitev ZN kot znanstvene discipline, ki bo interdisciplinaren in interprofesionalen ter bo prispeval k uveljavitvi ZN kot družbenopolitično, socialnoekonomsko in vzgojno-izobraževalno vplivno znanstveno disciplino.
6. Popularizirati ZN kot znanstveno disciplino v različnih ciljnih skupinah: splošni nivo, mladi, stroka, raziskovalci.

Cilji CRP-a so bili razdeljeni v posamezne delovne pakete (DP). Vsi cilji projekta so bili doseženi.

##### **DP1: Analiza sistemov formalnega izobraževanja na področju zdravstvene nege v EU**

V sklopu DP1 smo pripravili 3 analize:

###### 1. Analiza sistemov izobraževanja na področju zdravstvene nege na ravni EU:

- Izobraževanje na področju ZN v Sloveniji

###### 2. Analiza pridobljenih kompetenc za delo v zdravstveni negi v okviru izobraževalnega sistema in njihovo vrednotenje v državah EU

- Značilnosti kompetenc v ZN

- Razvoj kompetenc v ZN

- Ocenjevanje kompetenc za uporabo v klinični praksi

3. Analiza modelov razvoja in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline: primeri učinkovite prakse v EU

- Razumevanje koncepta ZN kot znanstvene discipline

- Organiziranost raziskovanja v ZN na nacionalnih ravneh in organiziranost akademske skupnosti raziskovalcev ter njihov vpliv na razvoj ZN

- Raziskovanje v ZN in povezanost s kliničnim okoljem

- Sinteza ugotovitev pregleda del na področju interdisciplinarnega raziskovanja v ZN
- Vloga medicinskih sester z doktoratom znanosti

**DP 2: Raziskava »Razumevanje potreb po celostni prenovi izobraževanja v zdravstveni negi in umestitvi novega kompetenčnega modela v RS« po zgledu mednarodnih usmeritev**

DP2 vključuje dve fazi: **DP 2.1 - Raziskava »Razumevanje potreb po celostni prenovi izobraževanja v zdravstveni negi in umestitvi novega kompetenčnega modela v RS«.**

Ključne ugotovitve za področje »ZN kot znanstvena disciplina«:

- Kot pozitivni za spodbujanje raziskovanja se izkažejo dejavniki: stopnja izobrazbe v zdravstveni negi, članstvo v delovnih skupina in telesih, zadovoljstvo s poklicem.
- Strinjanje z doktorskim študijem je na visoki ravni. Opazno je nižje razumevanje pomena spodbud s strani delodajalcev za podporo razvoju zaposlenih na akademski ravni, prav tako anketiranci niso prepričani, da medicinske sestre z doktorati sodijo tudi na vodilna delovna mesta, prav tako je zaznati, da niso najbolj naklonjeni povezovanju akademskega in strokovnega prostora, kar je seveda nujno za razvoj ZN kot znanstvene discipline.
- Odnos do doktorskega študija se lahko pojasni izključno s stopnjo izobrazbe v ZN, kar pomeni, več kot bo mag. zdr. neg. in doktoric/doktorjev, ki bodo raziskovali ZN, večja bo naklonjenost akademizaciji ZN.
- Poleg stopnje izobrazbe se kot ključni pojasnitveni dejavniki izkažejo še pozitiven odnos do raziskovanja, ki varianco pojasni najbolj, sledijo kompetence razvoja, ki smo jih dobili z analizo EFN kompetenc za »advance nurse practitioner« in kot zadnje v negativnem smislu odklonilni odnos do raziskovanja.

-

Ključne ugotovitve za področje »Kompetenčni model v ZN«:

- Prevod poimenovanja »health care asistent« v »zdravstveni asistent« ni dosegel poenotenja razumevanja in strinjanja s prevodom, enako velja za prevod »advance nurse practitioner« v »mag. zdr. neg.«. Učitelji srednjih zdravstvenih šol, in viš. med. ses. v zdravstvenih in socialnih zavodih ter starejši anketiranci se pomembno manj strinjajo s poimenovanjem »zdravstveni asistent«, medtem ko teh razlik ni za ostala dva poimenovanja. Anketiranci iz srednješolskega prostora prav tako ne podpirajo splošnih kompetenc in specifičnih kompetenc za »zdravstveni asistent«.
- Srednješolski učitelji se manj strinjajo z delegiranjem nalog s strani dipl. m. s. S tem se vzpostavi vprašanje razumevanje delitve del in nalog v timu ZN pri anketirancih iz srednješolskega prostora.
- Izkazana je podpora opisov kategorij izvajalcev ZN s strani vodilnih in tistih, ki so se izobraževali iz raziskovanja in na dokazih podprtega dela. Prav tako ni zamerljiva vloga mentorstva in poklicnega zadovoljstva. To so kategorije anketirancev, ki so naklonjene EFN modelu poklicnih kompetenc in kategorij izvajalcev zdravstvene nege.
- Anketiranci se v manjši meri strinjajo s prevzemanjem odgovornosti za zdravljenje, ki se pojavljajo v kompetencah zahtevnejših oblik dela mag. zdr. neg., bližja jim je vloga povezovanja, sodelovanja in tudi raziskovanja. Raziskava opozori na nerazumevanje fenomena mag. zdr. neg., kjer iz odgovori dobimo dva teoretična konstrukta, »Sodelovanje in razvoj«, drugi pa odgovornost za zdravljenje, klinično odločanje in napotitve pacientov in smo ga poimenovali »Odgovornost za zdravljenje«. Anketiranci se pomembno manj strinjajo z odgovornostjo za zdravljenje, kar je ena od ključnih dimenzij za prevzemanje samostojnih vlog v zdravstvenem sistemu. Kot ključen pojasnitveni dejavnik se tukaj pokaže stopnja izobrazbe.

**DP 2.2 - Raziskava »Razumevanje trenutnega položaja zdravstvene nege in potreb po**

***spremembah izobraževanja in raziskovanja v zdravstveni negi na vzorcu osnovnošolske, srednješolske in visokošolske mladine***«.

Med osnovnošolsko populacijo se kaže dobro poznavanje ZN in poklicev v ZN. Prevladujoča so tudi prepričanja o podrejenosti medicinske sestre drugim poklicem, predvsem zdravniku, ki so verjetno tudi podlaga za ustvarjanje predstave o ZN kot o manj cenjenem poklicu med pacienti, splošno populacijo in drugimi strokami v zdravstvu, ki so uveljavljene na vzorcu dijakov in študentov. Šolajoči za poklice v ZN se dobro zavedajo svojih profesionalnih vrednot, čeprav so nekoliko v manjši meri prepričani v pomembnost vrednot aktivizma in profesionalizma. Aktivizem in profesionalizem, v obliki sodelovanja pri ustvarjanju javnih politik sofinanciranja, aktivnega sodelovanja v Zbornici – Zvezi in recenziranja strokovnih in znanstvenih člankov, so na vzorcu dijakov in študentov med nižje (čeprav še vedno visoko) ocenjene vrednote.

Na vzorcu dijakov in študentov smo preverjali prepričanja udeležencev o prevodih nazivov in opisih splošnih kompetenc za različne ravni izvajalcev v zdravstveni negi, kot te določajo mednarodne usmeritve. Med dijaki in študenti je manjše strinjanje ali splošni konsenz za prevod poklica in opis splošnih kompetenc zdravstveni asistent. Rezultati naše raziskave na vzorcu študentov kažejo relativno pozitivna stališča do raziskovanja v ZN, ob sočasno uveljavljenem prepričanju o raziskovanju kot »dodatni« in ne redni delovni obveznosti medicinske sestre ter poudarjenem pomenu prakse za razvoj stroke in njenih izvajalcev.

Rezultati opravljenih raziskav kažejo na sicer pozitivna stališča do različnih vidikov profesionalizma v ZN med dijaki in študenti, ki pa vključujejo elemente poklicne kulture ZN, ki verjetno pripomore tudi k manjši motivaciji za spremembe v praksi. Rezultati primerjave med tremi skupinami udeležencev (osnovnošolci, dijaki, študenti) pa nakazujejo vpliv izobraževanja za poklice v ZN, saj so predstave osnovnošolcev bližje splošni podobi medicinske sestre v družbi.

**DP 3 in DP 4: Prenova srednješolskega modela izobraževanja in razvoj kompetenčnega modela za vse ravni izobraževanja v zdravstveni negi: tehnika skupinskega konsenza**

Oblikovali smo 11 stališč in sprejeli 7 stališč. Anketiranci so se strinjali, da je potrebno urediti nivoje izobraževanja in s tem povezane kompetence, da je povezanost med srednješolskimi in visokošolskimi zavodi slabo razvita oziroma sporadično razvita, da je potreben razvoj visokošolskih programov, da je v Sloveniji potrebna konstruktivna razprava o kompetencah in obsegu srednješolskega izobraževanja v zdravstveni negi, da je potrebno sprejeti kompetenčni model kot celoto za Slovenijo ter da je preseganje kompetenc tehnika ZN v kliničnih okoljih predvsem posledica pritiskov v delovnem okolju, ker management ne zaposli dovolj visokošolsko izobraženega kadra. Ugotovili smo, da je velika odgovornost za umeščanje kompetenc izobraževanja in preseganja kompetenc v kliničnih okoljih na strani managementa ZN. Z raziskavo smo ugotovili, da prihaja do preseganja kompetenc tehnikov ZN v kliničnih okoljih, nevarnosti prekrivanja kompetenc med tehnikom ZN in bolničarjem, pričakuje se samostojna vloga poklica tehnikom zdravstvene nege.

Udeleženci skupin konsenza so izrazili nestrinjanje s poimenovanjem »zdravstveni asistent«. Konsenz je bil dosežen za tri poimenovanja, za diplomirano medicinsko sestro, specialistko in magistrico zdravstvene nege, za poimenovanje zdravstveni asistent konsenza nismo dosegli. Dosežen je bil nov konsenz obeh skupin za poimenovanje za srednješolsko izobraževanje »tehnik zdravstvene nege« in ne zdravstveni asistent. Pri stališčih o kompetencah za »zdravstvenega asistenta« je naša raziskava pokazala nestrinjanja med udeleženci skupin konsenza. V ospredju razprave je bila samostojna vloga poklica tehnika ZN.

V okviru stališča poimenovanja kategorij izvajalcev je bil podan predlog, da je potrebno doreči okrajšave strokovnega naslova na ravni magisterija ZN. Ugotovitve raziskave kažejo, da je potrebno v kompetencah napredne oblike dela zamenjati s »specialističnimi oblikami dela«.

V okviru raziskave je bil izdelan tudi kompetenčni model izobraževanja v ZN.

**DP5: Nacionalni model razvoja in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline – mešani raziskovalni dizajn**

Udeleženci v raziskavi izpostavljajo, da bi moralo raziskovanje in razvoj stroke ZN biti del delovne obveze izvajalcev ZN in ne kot prostočasna aktivnost. Zato bi vsaka institucija morala imeti svoj raziskovalni inštitut, znotraj katerega bi medicinske sestre raziskovalke skrbale, podpirale in dajale pobude za uporabo na dokazih temelječe ZN.

Odgovornost za razvoj ZN kot znanstvene discipline udeleženci raziskave dajejo managementu zdravstvenih zavodov. Zasnova raziskovalnega jedra mora nastati med zdravstvenimi in visokošolskimi zavodi. Vizija razvoja ZN kot znanstvene discipline predstavlja: ustanovitev nacionalnega raziskovalnega centra, učinkovito sodelovanje s fakultetami, vzpostavljanje močnih povezovalnih vezi in izmenjava osebja med okolji. Naštete komponente predstavljajo temelje iz katerih

izhaja predlog modela za razvoj in krepitev ZN kot znanstvene discipline.

Ugotovitve raziskave skupinskega intervjuja kažejo, da bi lahko ZN v Sloveniji razdelili na tri zelo pomembna področja: klinično okolje, akademsko okolje in nacionalni raziskovalni inštitut.

Nacionalni inštitut mora delovati kot institucija, ki se ukvarja s temeljnim raziskovanjem ali aplikativnim raziskovanjem nacionalnih družbenih problemov in javnozdravstvenih problemov ter prevzema naloge koordinatorja raziskovanja. Takšno nacionalno stičišče znanosti mora biti osredotočeno na razvoj discipline in znanosti ZN. Kajti, če klinično okolje in izobraževalne institucije ne delujejo povezovalno ne moremo govoriti o razvoju discipline in znanosti. Nacionalni raziskovalni inštitut bi lahko deloval pod okriljem MZ, NIJZ in Zbornice – Zveze.

## 5. Ocena stopnje realizacije programa dela na raziskovalnem projektu in zastavljenih raziskovalnih ciljev<sup>3</sup>

V projektu smo pridobili izsledke, ki temeljijo na znanstveno raziskovalnem pristopu. Izsledki so sistematične analize praks v EU, rezultati raziskav o razumevanju ZN kot znanstvene discipline in pomen razumevanja izobraževanja na treh ravneh (primarno, sekundarno, terciarno) za razvoj znanosti v ZN, podani so predlogi sprememb v izobraževanju, izdelan je kompetenčni model na ravni srednješolskega in visokošolskega izobraževanja, podan je model razvoja ZN kot znanstvene discipline v RS. Obveščanje strokovne in laične javnosti je bilo izvedeno preko spletne strani, prikaza kratkega filma o ZN kot znanstveni disciplini, organizirane so bile okrogle mize, strokovne konference, o rezultatih projekta smo poročali na nacionalni in mednarodni ravni.

**Vsi projektni partnerji ocenjujemo, da je bil program dela na raziskovalnem projektu izveden kot načrtovano. Zastavljeni raziskovalni cilji so bili doseženi.**

ZN kot znanstvena disciplina pripomore k izboljšanju trenutnega znanja in v stroko prinaša novo znanje in dognanja, kar predstavlja ključno komponento razvoja prakse ZN. Tako literatura, kot izsledki raziskave poudarjajo pomembnost usposabljanja s področja raziskovanja, publiciranja, oblikovanja akcijskega načrta raziskav, vključevanja pacientov v raziskave in regijskega sodelovanja in povezovanja. Tudi pregled literature izpostavlja raziskovanje in razvoj kot ključno komponento v procesu priznavanja zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Namreč raziskave podarjajo, da morajo biti izvajalci zdravstvene nege aktivni v procesu raziskovanja in se s področja raziskovanja kontinuirano izobraževati. Izzivi, s katerimi se le ti soočajo v kliničnem okolju so pomankanje mentorjev, ki bi dajali pobude za raziskovanje in podpirali raziskovanje obstoječih kliničnih in zdravstveno-negovalnih problemov. Zato bi vsaka institucija morala imeti svoj raziskovalni inštitut. Glavna naloga slovenskega nacionalnega raziskovalnega inštituta bi bila:

- nudenje podpore zaposlenim v kliničnih in akademskih okoljih,
- povezovanje teorije in prakse zdravstvene nege,
- pomoč in vzpodbuda pri prenosu znanja v izobraževanju in praksi,
- trženje in promocija poklica s pomočjo raziskovanja in inovacij,
- vzpodbujanje in podpora pri publiciranju,
- koordiniranje na dokazih temelječe zdravstvene nege (EBN),
- skrb za razvoj inovacij in
- iskanje virov financiranja za zagon raziskovalnih projektov.

Takšno raziskovalno okolje pritegne tiste medicinske sestre, ki želijo sodelovati ali samostojno izvajati raziskave. Pregled modelov dobrih praks za razvoj ZN kot znanstvene discipline kaže pomembnost interdisciplinarnega in interprofesionalnega povezovanja na področju izvedbe raziskav in projektne dela, kar vodi k vzpostavitvi znanstvenih temeljev discipline na podlagi raziskovanja in obravnave pomembnih zdravstvenih izzivov.

## 6. Spremembe programa dela raziskovalnega projekta oziroma spremembe sestave projektne skupine<sup>4</sup>

Ni bilo sprememb.

## 7. Najpomembnejši dosežki projektne skupine na raziskovalnem področju<sup>5</sup>

Dosežek			
1.	COBISS ID	1024155950	Vir: COBISS.SI
	Naslov	SLO Interdisciplinarno raziskovanje v zdravstveni negi	

Dosežek	
	<p>ANG Interdisciplinary research in nursing: qualitative synthesis of works published in the period 2010-2015</p>
Opis	<p>SLO Izhodišča: Sodelovanje različnih strok na področju zdravstva je vsakodnevna praksa. Kakšno pa je stanje na področju sodelovanja raziskovalcev različnih disciplin pri proučevanju konceptov s področja zdravstvene nege, pa je temeljno vprašanje, na katerega smo skušali odgovoriti v pričujočem prispevku. Metode: Uporabili smo metodo sistematičnega pregleda (kvalitativne sinteze) del, objavljenih v bazah podatkov MEDLINE in Cinahl with Full Text, preko brskalnika EBSCOhost, s pomočjo iskalnega niza: %interdisciplinary research% AND %nursing%. Začetno iskanje je podalo 677 zadetkov, na podlagi katerih smo v končni pregled vključili 42 prispevkov. Rezultati: Na podlagi predstavljenih elementov analize člankov smo identificirali štiri nadredne kategorije objavljenih del: multidisciplinarna skupina raziskovalcev proučuje interdisciplinarno temo (4 članki); (II) interdisciplinarno sodelovanje v praksi in znanosti (6 člankov), (III) interdisciplinarni problem oz. raziskovalna tema (17 člankov), (IV) interdisciplinarno raziskovanje v zdravstveni negi kot osrednji problem znanstvenega dela (14 člankov). V kvalitativni sintezi smo se usmerili predvsem na zadnjo identificirano kategorijo - interdisciplinarno raziskovanje v zdravstveni negi kot osrednji problem znanstvenega dela. Razprava: Pregled del sicer ne omogoča oblikovanje splošnih zaključkov, nakazuje pa, da je interdisciplinarno sodelovanje za zdravstveno nego manj značilno, pogostejša oblika sodelovanja v raziskovanju je multidisciplinarno raziskovanje. Med pogostejšimi disciplinami, ki sodelujejo z raziskovalci s področja zdravstvene nege so psihologija, medicina in statistika, pri čemer se polje sodelovanja različnih disciplin z leti širi in je odvisno tudi od problema proučevanja. Opravljeni pregled del kaže na potrebo po nadaljnjem raziskovanju področja interdisciplinarnega raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu na splošno. Ena od možnih raziskav je tako pregled znanstvenih del in raziskovalcev, ki so pri pripravi teh sodelovali v slovenskem prostoru.</p>
	<p>ANG Background: In health care, different professions work together on a daily basis. But how developed is the cooperation of researchers from different disciplines investigating nursing concepts? That is the fundamental question which we tried to answer in this article. Methods: We employed the systematic review method (qualitative synthesis) of entries in MEDLINE and Cinahl databases with Full Text and in the EBSCOhost browser, with the following keyword search: "interdisciplinary research" AND "nursing". The first search yielded 677 results, of which 42 were included in the final review. Results: Based on the elements obtained through article analysis, four main categories of selected articles were identified: (I) a multidisciplinary group of researchers investigating an interdisciplinary topic (4 articles); (II) interdisciplinary cooperation in practice and science (6 articles); (III) interdisciplinary problem or research topic (17 articles); (IV) interdisciplinary research in nursing as the key subject of a scientific work (14 articles). Qualitative synthesis was performed, it focused mainly on the last category: interdisciplinary research in nursing as the key subject of a scientific work. Discussion: Although a literature review cannot be used to make general conclusions, it does indicate that interdisciplinary cooperation is less prevalent in nursing, with multidisciplinary research being the more established form of cooperation. Nursing researchers tend to cooperate most often with experts from the fields of psychology, medicine, and statistics. The field of cooperation with other disciplines has been expanding over the years and depends also on the topic being investigated. Our review indicates the need for further investigation of interdisciplinary research in nursing and health care in general. A possible future research includes a review of scientific works and Slovenian researchers who contributed to them.</p>

	Dosežek	
	Objavljeno v	Fakulteta za zdravstvo; Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina v Sloveniji; 2016; Str. 55-63; Avtorji / Authors: Babnik Katarina
	Tipologija	1.06 Objavljeni znanstveni prispevek na konferenci (vabljeni predavanja)
2.	COBISS ID	1024191278   Vir: COBISS.SI
	Naslov	<i>SLO</i> Stališča do poimenovanja štirih kategorij izvajalcev in splošnih kompetenc v zdravstveni negi Evropskega združenja v zdravstveni negi (EFN)
		<i>ANG</i> Opinions on terming four categories of the nursing care continuum and general nursing competencies by the European Federation of Nurses Associations (EFN): exploratory research.
	Opis	<i>SLO</i> Urejeno izobraževanje je temelj profesionalizacije vsake stroke in temelj za razvoj stroke kot znanstvene discipline. Izobraževanje mora temeljiti na lastnih raziskavah in upoštevati znanstvene dokaze raziskav. Namen raziskave je med ključnimi deležniki izobraževanja v zdravstveni negi ugotoviti razumevanje potreb po spremembah izobraževanja v zdravstveni negi, stališča o ključnih mednarodnih usmeritvah na področju izobraževanja in raziskovanja v zdravstveni negi, razumevanje koncepta »zdravstvena nega kot znanstvena disciplina« ter razumevanje »kompetenčnega modela v zdravstveni negi«.
		<i>ANG</i> Having appropriate education available is the cornerstone of professionalization of every occupation and the basis for developing an occupation into a scientific discipline. Education must be based on the profession's own research and consider also scientific research evidence. The aim of the research was to identify, among key stakeholders in nursing education, the understanding of the needs for implementing changes in nursing education, opinions on key international guidelines in the fields of nursing education and research, and the understanding of the concepts 'nursing as a scientific discipline' and 'competency model in nursing'.
	Objavljeno v	Visoka šola za zdravstvene vede = University College of Health Sciences; Kompetenost in odgovornost kot temelja uspešnega delovanja na zdravstvenem in socialnem področju; 2016; Str. 12-22; Avtorji / Authors: Skela-Savič Brigita
	Tipologija	1.06 Objavljeni znanstveni prispevek na konferenci (vabljeni predavanja)
3.	COBISS ID	1024212270   Vir: COBISS.SI
	Naslov	<i>SLO</i> Zdravstvena nega kot stroka in znanost
		<i>ANG</i> Nursing as a profession and science: views of primary school pupils, nursing high school students and students of bachelor nursing care study programmes
	Opis	<i>SLO</i> Teoretična izhodišča: Raziskave, ki proučujejo javno podobno in samopodobo medicinskih sester opozarjajo na vztrajnost tradicionalnega pogleda javnosti na zdravstveno nego. Namen raziskave, izvedene v sklopu CRP projekta Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina, je bil proučiti prepričanja in stališča do poklica medicinska sestra med osnovnošolci, dijaki in študenti smeri Zdravstvena nega. Metode: Uporabili smo neeksperimentalni kvantitativni pristop k raziskovanju (anketa). Rezultati raziskave so pridobljeni na treh namenskih vzorcih: 1.984 osnovnošolcev, 221 srednješolcev in 213 študentov smeri Zdravstvena nega. Za namene raziskave smo na podlagi podobnih vprašalnikov oblikovali vprašalnik Prepričanja in stališča do poklica medicinska sestra. Verzija vprašalnika s 16 trditvami kaže najustreznejšo stopnjo zanesljivosti ( $\alpha=0,81$ ) in konstruktne veljavnosti, z dvema poddimenzijama »tradicionalne vloge« in »razvojen vloge« poklica. Rezultati: Osnovnošolci statistično pomembno višje ( $t=-48,25$ ; $p<0,001$ )



		Dosežek	
			ocenjujejo dimenzijo vprašalnika, ki opisujejo tradicionalne vloge poklica medicinska sestra, v primerjavi s trditvami, ki opisujejo razvojne vloge poklica. Dijaki in študenti zdravstvene nege so bolj homogena skupina v predstavah do poklica medicinska sestra, vendar so tudi med tema dvema skupinama pomembne razlike. V primerjavi s srednješolci študenti višje (t=-3,79, p<0,001) ocenjujejo trditve, ki odražajo prepričanja o uveljavljenosti razvojne vloge poklica medicinska sestra; srednješolci pa v primerjavi s študenti višje (t=3,08, p<0,05) ocenjujejo dimenzijo »tradicionalne vloge« poklica. Razprava: Rezultati raziskave nakazujejo vpliv izobraževanja za poklice v zdravstveni negi, saj so predstave osnovnošolcev bližje tradicionalni podobi medicinske sestre v družbi. Raziskava pritrjuje predhodnim ugotovitvam, da imajo šolajoči
		ANG	Introduction: Researches examining the public image and self-concept of nurses point to the persistence of the traditional image of nursing care in general public. The purpose of the research carried out within the CRP project Nursing as a scientific discipline, was to examine the beliefs and attitudes towards nursing profession among pupils, nursing care high school students and bachelor nursing care students towards nursing profession. Methods: A non-experimental quantitative research approach was utilised (survey). The survey results were obtained on three samples: 1,984 pupils, 221 nursing care high school students and 213 students of bachelor nursing care study programme. Based on similar questionnaire found in the literature we translated and adapted the Beliefs and attitudes towards the nursing profession questionnaire. The 16-item version of the questionnaire had the most appropriate reliability ( $\alpha = 0.81$ ) and construct validity, with two sub-dimensions "traditional roles" and "development role" of the profession. Results: Primary school pupils statistically significantly higher (t = -48.25, P <0.001) evaluated the "traditional roles" dimension, in comparison to the "developmental roles" dimension. Nursing care high school students and students of bachelor nursing care study programmes were more homogeneous in their beliefs towards the profession in comparison to pupils. Nevertheless, also between the two groups of students significant differences were identified: students of the bachelor study programmes rated higher (t=-3,79, p <0.001) the "developmental role" dimension, while nursing care high school students rated higher (t=3,08, p <0.05) the presence of the "traditional roles" in the nursing care profession. Discussion: The results of the study suggest the importance of the nursing education for the development of beliefs and attitudes about nursing profession. In comparison with two groups of nursing care students, the responses of the primary school pupils are more aligned with previously identified traditional image of nursing prevalent in the society. The study confirms previous findings that students of nursing care have positive image of their future profession that during the course of schooling becomes even more positive.
		Objavljeno v	Angela Boškin Faculty of Health Care = Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin; Kontinuiran razvoj zdravstvene nege in njen prispevek k promociji zdravja; 2017; Str. 74-82; Avtorji / Authors: Babnik Katarina, Hvalič Touzery Simona, Pesjak Katja, Skela-Savič Brigita
		Tipologija	1.06 Objavljeni znanstveni prispevek na konferenci (vabljeni predavanja)
4.	COBISS ID	1024212526	Vir: COBISS.SI
	Naslov	SLO	Kategorije in kompetence izvajalcev v zdravstveni negi po modelu European Federation of Nurses
		ANG	Categories and competencies of the European Federation of Nurses matrix of the nursing care continuum: explorative research
			Uvod: Namen raziskave je bil ugotoviti razumevanje kompetenčnega modela vseh ravni izobraževanja v zdravstveni negi med ključnimi

	Dosežek		
Opis	SLO	deležniki, kot ključnega za razumevanje potreb po spremembah izobraževanja v zdravstveni negi. Metoda: Uporabljena je bila eksplorativna kvantitativna raziskovalna metoda. Za ugotavljanje kompetenčnega modela v zdravstveni negi smo uporabili kategorije izvajalcev zdravstvene nege, ki jih je opredelilo Združenje European Federation of Nurses. Rezultati: European Federation of Nurses kompetenčni model za kategorijo izvajalca »zdravstveni asistent« je slabo sprejet med učitelji zdravstvene nege v srednjih šolah. Strinjanje s poimenovanji, splošnimi in specifičnimi kompetencami je bilo v večji meri izraženo pri vodstvenem kadru, mentorjih dijakov in študentov, vsem, ki so se izobraževali na področju raziskovanja in imeli dostop do podatkovnih baz, ter vsem, ki so se izobraževali na področju na dokazih podprtega dela. Razprava: Tradicionalno izobraževanje na srednješolskem nivoju v Sloveniji in primerjava z drugimi državami v EU kaže na potrebo po spremembah tako na področju izobraževanja kot tudi delovanja v kliničnih okoljih. V Sloveniji je zasidrano tradicionalno pojmovanje in poimenovanje poklica medicinske sestre na dveh različnih nivojih izobraževanja, kar se v klinični praksi kaže v pomanjkanju diplomiranih medicinskih sester, kar pomeni da veliko poklicnih aktivnosti zdravstvene nege izvajajo medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo.	
	ANG	Introduction: The purpose of this research was to establish the understanding of the competence model in all levels of nursing care education between all stakeholders, as a vital to understand the need of changes in nursing care education. Methods: Qualitative explorative method was used. To establish competence model, we have used European Federation of Nurses matrix on the 4 Categories of the nursing care continuum. Results: Competence model of the European Federation of Nurses for the health care assistant was not accepted by the teachers at this programme. Approval was mainly achieved for naming, general and specific competencies by leadership, student mentors, from all that were educated for research work and had access to data bases, and all that were educated on evidence based practice. Discussion: Traditional education at secondary school level in Slovenia in the comparison with other EU countries shows the need of change at the level of education and work in clinical environment. We can find a same addressing of a nursing profile in Slovenia at a two different levels of education, resulting in a deficiency of general practice nurses, meaning that many of nursing care activities are performed nurses with secondary school education.	
	Objavljeno v	Angela Boškin Faculty of Health Care = Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin; Kontinuiran razvoj zdravstvene nege in njen prispevek k promociji zdravja; 2017; Str. 83-90; Avtorji / Authors: Gabrovec Branko, Čuk Vesna, Pivač Sanela, Skela-Savič Brigita	
Tipologija	1.06 Objavljeni znanstveni prispevek na konferenci (vabljen predavanje)		
5.	COBISS ID	1024212782	Vir: COBISS.SI
Naslov	SLO	Razvoj kompetenčnega modela za vse ravni izobraževanja v zdravstveni negi	
	ANG	Development of competency model for all education levels in nursing: consensus decision-making technique	
		Uvod: Pomemben doprinos k razumevanju izobraževanja v zdravstveni negi daje EFN-matrika štirih kategorij izvajalcev zdravstvene nege: zdravstveni asistent, diplomirana medicinska sestra, diplomirana medicinska sestra specialistka in diplomirana medicinska sestra na zahtevnejših oblikah dela. Metode: Za ugotavljanje razumevanje kompetenčnega modela glede na ravni izobraževanja v zdravstveni negi je bila uporabljena tehnika skupinskega konsenza. Raziskava je bila izvedena oktobra, leta 2016. V namenski vzorec je bilo vključenih 32	

Dosežek	
Opis	SLO <p>ključnih deležnikov iz področja izobraževanja v zdravstveni negi, izvajalcev zdravstvene nege ter različnih delovnih teles za področje zdravstvene nege v Sloveniji. Oblikovanih je bilo 11 stališč in 4 odprta vprašanja, do katerih so se udeleženci raziskave javno opredelili v skupinah konsenza. Rezultati: Udeleženci raziskave se z več kot 70% strinjajo, da je potrebno urediti nivoje izobraževanja in s tem povezane kompetence, da je povezanost med srednješolskimi in visokošolskimi zavodi slabo oz. sporadično razvita, da je potreben razvoj visokošolskih programov tako iz vidika EU Direktive, kot iz vidika razvoja Bolonjske vertikale, da je v Sloveniji potrebna konstruktivna razprava o kompetencah in obsegu srednješolskega izobraževanja v zdravstveni negi ter, da so tovrstne raziskave potrebne. Konsenz je bil dosežen, da je potrebno sprejeti kompetenčni model kot celoto za Slovenijo ter, da je preseganje kompetenc TZN v kliničnih okoljih predvsem posledica pritiskov v delovnem okolju, ker management ne zaposli dovolj visokošolsko izobraženega kadra. Pri stališčih o kompetencah glede na kategorije izvajalcev raziskava pokaže nestrinjanja med udeleženci. Razprava: Raziskava je podala ugotovitve, da je potrebno določiti kompetence, sistematizacijo in nivoje kompetenc glede na ravni izobraževanja. Rezultati izvedene raziskave kažejo tudi na razhajanja in nezaupanje glede izobraževanja med srednjimi šolami in visokošolskimi zavodi, kar da ugotovitev, da je za razumevanje in udejanjanje zdravstvene nege kot znanstvene discipline potrebno povezovanje izobraževalnih, zdravstvenih in drugih institucij ter med poklicno sodelovanje.</p>
	ANG <p>Introduction: EFN competency framework gives important contribution to understanding education in nursing. The EFN competency framework defines four personnel categories in nursing: healthcare assistant, general care nurse, specialist nurse and advance nurse practitioner. Method: To define understanding of competency model regarding education levels in nursing, consensus decision-making technique was used. The research was implemented in October 2016. Sample included 32 participants involved in education in nursing, nursing practice, and various nursing bodies in Slovenia. 11 standpoints and 4 open questions were developed and respondents took their opinions to standpoints and questions in consensus groups. Results: In more than 70%, respondents agreed that: education levels and related competencies need regulation, connection between high schools and colleges / faculties is poor, there is a need for development of higher education programmes in context of EU Directive and Bologna system, Slovenia needs constructive discussion on competencies and scope of nursing high school education, researches like this are needed. Respondents came to consensus that competency model at national level needs to be accepted. They also agree that exceeding competencies of healthcare assistants in clinical environments is mostly the consequence of working environment pressures, since management does not employ enough highly qualified personnel. Standpoints regarding competencies linked to personnel categories in nursing reflect disagreement among respondents. Discussion: The research found the need for defining competencies, systematization and competency levels according to education levels. Results show disagreement and distrust regarding high school and higher education levels. This means that understanding and implementation of nursing as scientific discipline needs correlations and interprofessional cooperation among education, nursing and other institutions.</p>
Objavljeno v	Angela Boškin Faculty of Health Care = Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin; Kontinuiran razvoj zdravstvene nege in njen prispevek k promociji zdravja; 2017; Str. 91-98; Avtorji / Authors: Skela-Savič Brigita, Pivač Sanela, Hvalič Touzery Simona, Čuk Vesna, Pesjak Katja
Tipologija	1.06 Objavljeni znanstveni prispevek na konferenci (vabljeni predavanja)

**8. Najpomembnejši dosežek projektne skupine na področju gospodarstva, družbenih in kulturnih dejavnosti<sup>6</sup>**

	Dosežek	
1.	COBISS ID	
	Naslov	SLO
		ANG
	Opis	SLO
		ANG
	Šifra	
	Objavljeno v	
	Tipologija	

**9. Drugi pomembni rezultati projektne skupine<sup>7</sup>**

Marec, 2016: 9. posvet MOJA KARIERA - QUO VADIS - Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina v Sloveniji: mednarodno primerljiv sistem sekundarnega in terciarnega izobraževanja v zdravstveni negi kot temelj raziskav in prispevka znanosti k trajnostnemu družbenemu razvoju - predstavitev aktivnosti in prvih rezultatov ARRS projekta Oktober, 2016: prvo srečanje strokovnjakov na temo Razvoj kompetenčnega modela za vse ravni izobraževanja v ZN. Februar, 2017: drugo srečanje na temo Prenova srednješolskega modela izobraževanja in razvoj kompetenčnega modela za vse ravni in Analiza modelov dobrih praks za razvoj in krepitev ZN kot znanstvene discipline. Srečanja sta potekala v obliki konsenznih skupin. Udeleženci so bili učitelji ZN in vodilni na srednjih zdravstvenih šolah, visokošolski učitelji ZN in vodilni na fakultetah/visokih zdravstvenih šolah, delodajalci v zdravstveni in socialno varstveni dejavnosti v Sloveniji, ter člani različnih delovnih teles za področje ZN. April, 2017: 10. posvet MOJA KARIERA - QUO VADIS - Nacionalni model razvoja in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji. Junij, 2017: Zaključna konferenca projekta Zaključna konferenca je potekala sočasno z 10. mednarodno znanstveno konferenco FZAB. Predstavljeni prispevki: - ZN kot stroka in znanost: pogled osnovnošolcev, dijakov in študentov ZN - Kategorije in kompetence izvajalcev v ZN po modelu EFN: eksplorativna raziskava - Razvoj kompetenčnega modela za vse ravni izobraževanja v ZN: tehnika skupinskega konsenza - Odnos medicinskih sester do raziskovanja in doktorskega študija: mešani raziskovalni dizajn - Analiza modelov dobrih praks za razvoj in krepitev ZN kot znanstvene discipline: pregled literature - Nacionalni model razvoja in krepitev ZN kot znanstvene discipline - preliminarni rezultati konsenznih skupin September, 2017: Znanstvena kavarna - Znanstveno druženje z zdravstveno nego - znanje danes za še bolj učinkovito zdravstveno obravnavo jutri.

**10. Pomen raziskovalnih rezultatov projektne skupine<sup>8</sup>****10.1. Pomen za razvoj znanosti<sup>9</sup>**

SLO

Znanstveno disciplino opredeljuje področje njenega delovanja, raziskovanja ter vključuje sistem teoretičnega in znanstvenega znanja določene znanstvene discipline (zdravstvena nega). Definirana je na osnovi teorij, metodologije raziskovanja in področja delovanja. Znanost zdravstvene nege opredeljujemo kot profesionalno oziroma praktično disciplino, ker njen obstoj izvira iz družbenih potreb. Zdravstvena nega je pričela vstopati na področje znanosti v svetu šele sredi prejšnjega stoletja. Z razvojem in pričetkom izvajanja doktorskega študija v ZDA je sledil hiter razvoj raziskovanja in številnih teorij ter modelov zdravstvene nege. V primerjavi z drugimi znanostmi je znanost zdravstvene nege v zgodnjih fazah razvoja. Šmitek (2009) in Jarošová (2012) navajata, da je zdravstvena nega na novo nastajajoča znanstvena disciplina, ki dosega kriterije za opredelitev kot znanost. Zdravstvena nega ima jedro znanja, razvite ima številne teorije in teoretične pristope, ima

svoje področje delovanja (prakso) in področje izobraževanja do akademskih nazivov. Zdravstvena nega je akademska disciplina (profesija kot je medicina, pravo in teologija) in se razlikuje od ostalih disciplin predvsem zaradi osredotočenja na potrebe posameznika tako v zdravju ali bolezni. Namen zdravstvene nege kot znanosti je nedavno opredelil Nacionalni inštitut za zdravje v Združenih državah Amerike, ki je zapisal da je »končni namen znanja pridobljenega z raziskovanjem zagotoviti informacije za vodenje prakse zdravstvene nege; ocenjevanje okolja zdravstvenega varstva, krepitev pacienta, družine in skupnosti ter oblikovanje zdravstvene politike. Raziskovanje v zdravstveni negi obravnava zdravje in izkušnje z boleznijo posameznika, družine in skupnosti v kontekstu daljšega časovnega obdobja; negovalne intervencije in rezultate; mehanizme zdravja in bolezni; sisteme zdravstvene nege in kakovosti oskrbe; zdravstveno politiko in ekonomijo povezano s prakso zdravstvene nege in rezultate le-te. Za razvoj znanosti zdravstvene nege so odgovorne medicinske sestre, ki imajo ali dosegajo profesionalni status. Hkrati Jarošová (2012) poudarja pomen razvoja znanja za doseganje zdravstvene nege kot znanosti in meni, da morajo medicinske sestre pridobiti znanja s področja teorij zdravstvene nege vključno s konceptualnimi modeli in znanjem biologije ter humanistike. Projekt je opredelil kompetence na vseh ravneh izobraževanja in zdravstveno nego prikazuje kot pomembno znanstveno disciplino, z diplomanti prve, druge in tretje stopnje. Skozi celotno poročilo se v pridobljenih ugotovitvah lahko vidi, da ima projekta za razvoj zdravstvene nege kot znanosti in stroke zelo velik pomen, saj do danes v Sloveniji še nimamo izvedenega tako celostnega projekta, ki bi zdravstveno nego umestil iz vidika potrebnega formalnega izobraževanja in njenega znanstvenega doprinosa in to v kontekstu mednarodne primerljivosti. Kljub temu, da je Slovenija članica EU od leta 2004 naprej, problema izobraževanja v zdravstveni negi ob vstopu v EU ni rešila po celotni vertikali. Ob vstopu v EU srednješolsko izobraževanje za poklic v zdravstveni negi ni bilo predstavljeno in analizirano ne v vsebini, kompetencah v kliničnih okoljih, obsegu izobraževanja v RS, umeščanju te stopnje izobraževanja v klinično delo, idr. Projekt je bil za slovenski prostor potreben in je naredil doprinos na temeljnih področjih:

- Ureditev formalnega izobraževanja glede na ravni izobraževanja, obseg izobraževanja in kompetenčni model izobraževanja, ki bo mednarodno primerljiv.
- Razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline se bo lahko začel le z jasno umestitvijo kompetenčnega modela, opredelitvijo obsega izobraževanja na vseh ravneh, umestitvijo kompetenc druge stopnje v klinična okolja ter z zahtevo managementa in zdravstvene politike, da mora zdravstvena nega delovati na dokazih.

ANG

A scientific discipline is defined by its area of application and research. It includes a system of theoretical and scientific knowledge of a specific scientific discipline (nursing). It is defined on the basis of theories, research methodology, and the area of application. Science of nursing is defined as a professional or practical discipline, because it derives from actual needs of the society. Nursing started to enter the realm of science as late as mid 20th century. With its development in the USA where doctoral studies were established, a fast breakthrough of research in nursing with many ensuing nursing theories and models followed. Compared to many other scientific disciplines, nursing as a science is relatively young. According to Šmitek (2009) and Jarošová (2012), nursing is an emerging scientific discipline which meets the criteria to be defined as a science. Nursing has its core knowledge, many existing theories and theoretical approaches, area of application (practice), and a system of education leading to conferral of academic titles. Nursing is an academic discipline (a profession like medicine, law or theology), differing from other disciplines primarily due to its focus on the needs of individuals in health and in illness. The purpose of nursing as a science was recently defined by the National Institutes of Health in the USA, stating that "the ultimate intent of the knowledge generated through research is to provide information for guiding nursing practice; assessing the health care environment, enhancing patient, family, and community outcomes; and shaping health policy. Research in nursing addresses the long-term health and experience with illness in patients, families and communities; nursing interventions and results; mechanisms of health and disease; nursing systems and quality of care; health policy and economy connected to nursing practice and its results." Nurses who have or reach a professional status are responsible for the development of nursing science. Moreover, Jarošová (2012) stresses the importance of developing knowledge for nursing as a science and believes that nurses must acquire knowledge in nursing theories, including conceptual models and knowledge in biology and the humanities. The project identified competencies at all levels of education, defining nursing as an important scientific discipline with graduates of the first, second, and third cycle degree programs. Project findings throughout the report underline that the project is

of utmost importance for the development of nursing as a science. To date, Slovenia has not implemented a project of such scope which would position nursing from the perspective of required formal education and its scientific contribution in an internationally comparable context. Even though Slovenia has been a member of the EU since 2004, the issue of nursing education was not solved upon accession to the EU across the entire vertical. Upon accession to the EU, secondary education for nursing jobs was not presented or analyzed in terms of content, competencies in the clinical settings, scope of education in Slovenia, placement of professionals with this level of education into clinical settings, etc. The project was very much necessary in Slovenia and represents a significant contribution in the following fundamental areas: • Organization of formal education according to the levels of education, the scope of education, and an internationally comparable competency model of education. • The development of nursing as a scientific discipline can only begin with an unambiguous placement of the competency model, a defined scope of education at all levels, placement of second-level competencies into clinical settings, and managers' and health policy demands for nursing to be evidence-based.

## 10.2. Pomen za razvoj Slovenije<sup>10</sup>

SLO

Projekt ima kompleksne učinek na izobraževalni sektor, zdravstveni sektor in na celotno družbo. Uveljavljanje zdravstvene nege kot znanstvene discipline bo pripomoglo k zviševanju stopnje izobrazbe v poklicu, le ta je po do sedaj izvedenih raziskavah močno povezana z izidi zdravstvene obravnave. Ocenjujemo, da so rezultati projekta pomembni za razvoj znanosti oz. stroke, gospodarstvo ter celotno družbo. Projekt prispeva k vzgoji in razvoju kadrov na celotni izobraževalni vertikali, saj bo s krepitvijo raziskovalnega dela v zdravstveni negi vedno več podlag za razvoj doktorskega študija, dosežena bo ustrezna raziskovalna učinkovitost, zdravstvena nega bo prepoznana kot raziskovalno področje, katerega rezultati bodo prispevali k družbeni blaginji. Zato bo tudi politika s pomočjo rezultatov tega projekta in nadaljnjega razvojnega in raziskovalnega dela postopoma prepoznala pomen mednarodno primerljivega sistema izobraževanja, ga podprla in zdravstveno nego vključila v razpravo o pomembnih družbenih vprašanjih na področju šolstva in zdravstva kot stroko in znanost. Projekt daje jasne usmeritve za razvoj kadrov tudi iz vidika sistema izobraževanja na sekundarni in terciarni ravni. Bistven rezultat projekta je izdelan sistem kompetenc in nacionalni model razvoja znanstvene discipline, ki bi moral biti temelj za zaposlovalno politiko in politiko razvoja ljudi v naslednjih 20 letih in načrt reorganiziranja delovnih mest, sistemizacije delovnih mest v zdravstvenih in socialnih zavodih in s tem jasne potrebe po izobraževanju na vseh ravneh izobraževanja. Projekt prispeva tudi k vzgoji in informiranju osnovnošolcev v tretji triadi, ki se odločajo za poklic, kjer je eden od njih tudi poklic na področju zdravstvene nege. S prikazom poklicnega dela, ki vključuje strokovni in znanstveni vidik projekt pripomore k dobremu poznavanju poklica in je lahko v pomoč svetovalnim službam, pedagogom za učinkovito informiranje in usmerjanje otrok in staršev o zdravstveni negi. Posredni učinki projekta, ki je zdravstveno nego populariziral kot znanstveno disciplino, ki lahko pomembno prispeva k učinkovitosti gospodarstva, bodo imeli učinek na dojetje in pomen razvoja znanstveno raziskovalnega dela v zdravstveni negi v RS, ki se v skladu z navedenimi mednarodnimi umeritvami, mora poleg skrbi za bolne, vedno bolj osredotočati v skrb za krepitev in ohranitev zdravja v družbi. Projekt bo imel učinek na izgradnjo mednarodno primerljivega izobraževalnega sistema na vseh ravneh izobraževanja, ki bo podpiral razvoj in izgradnjo kompetenc za raziskovanje in na dokazih temelječe delo v zdravstveni negi. Eno od pomembnih raziskovalnih področij v zdravstveni negi je zdravje delovno aktivne populacije. Raziskovalno delo na področju skrbi za delovno populacijo v gospodarstvu bo imelo pomemben učinek na razumevanje zdravstvene problematike v različnih delovnih okoljih, obvladovanje absentizma, stresa, razumevanje pomena skrbi za zdravje zaposlenih, spodbudilo bo večje zanimanje gospodarstva za proučevanje zdravja med zaposlenimi in vključevanje diplomantov zdravstvene nege v preventivne programe krepitve zdravja, zgodnjega odkrivanja bolezni, obvladovanja kroničnih bolezni na delovnem mestu, odnos do zaposlenih s kroničnimi obolenji, razumevanje potreb delovno starajoče populacije in vzpostavljanje pogojev za njihovo uspešno in učinkovito delo na področju njihovih zdravstvenih potreb, poveča se enakost in dostopnost na področju zdravja, socialno kohezivnost, idr. Tako delovanje zdravstvene nege kot znanstvene discipline bo imelo učinek na razpis raziskovalnih sredstev s strani gospodarstva za projekte krepitve zdravja v gospodarstvu, ki danes žal še vedno premalo vlaga v raziskovanje in razvoj človeškega kapitala, zdravega

delovnega okolja in spodbujajočega delovnega vzdušja. Zdravstvena nega lahko kot znanstvena disciplina pomembno prispeva k zdravju zaposlenih v gospodarski dejavnosti. Enaki učinki se pričakujejo na področju državne uprave, javnega sektorja.

ANG

The project will have many complex effects on the educational sector, the health care sector, and the society as a whole. Establishing nursing as a scientific discipline will contribute to higher overall educational achievement among nurses, which, according to existing research, correlates closely with healthcare outcomes. We believe project results to be important for the development of science and the occupation, for the economy, and for the society. The project contributes to the education and development of nursing professionals across the education vertical by increasing the volume of research work and thus providing nursing as a discipline with a more solid base for developing doctoral studies, achieving the necessary research efficiency and helping nursing establish itself as a research field with results contributing to the wellbeing of society. With the results of this project and further development and research work, political decision makers will gradually recognize the importance of having an internationally comparable education system, will support it, and include nursing in the discussions on important issues connected to education and health care as a profession and a science. The project provides clear guidelines for nursing staff development also in terms of the educational system at the secondary and tertiary levels. An important result of the project are the developed system of competencies and the national model of developing nursing as a scientific discipline, which should serve as the basis for drafting development strategies, for employment policy and human resource development policy over the next 20 years, and for the plan of restructuring and systematizing jobs in healthcare institutions and long-term care facilities. This should clearly define educational requirements at all the levels of education. In addition, the project contributes to educating and providing information to elementary school students of the third triad who are deciding for an occupation and are considering a career in nursing. By providing an overview of the nursing profession, including both practical and scientific aspects, the project contributes to an overall better understanding of the nursing profession and can serve counselling services and educators in providing efficient information and advice on nursing to children and their parents. Indirect effects of the project popularizing nursing as a scientific discipline which can significantly contribute to better economy will influence the understanding and increase the importance of promoting scientific research work in nursing in Slovenia. According to stated international guidelines, this work should increasingly focus not only on caring for the ill, but also on maintaining and promoting health in the society. The project will foster the establishment of an internationally comparable education system at all levels of education which will support the development and formation of research competencies and evidence-based nursing. An important research area in nursing is the health of the working-age population. Research work addressing the health of the working-age population in the business sector will have an important influence on understanding health-related issues in different work environments, such as managing absenteeism and stress, and understanding the importance of employee health schemes, it will encourage the business sector to take a keener interest in assessing employee health and including nursing graduates into preventive health promotion programs, early disease diagnosis, management of chronic illness in the workplace, attitudes towards employees with chronic illness, understanding the needs of the ageing working population and creating conditions for effective work of this population by considering their health care needs, increasing equality and accessibility in health care, increasing social cohesion, etc.

## 11. Vpetost raziskovalnih rezultatov projektne skupine

### 11.1. Vpetost raziskave v domače okolje

Kje obstaja verjetnost, da bodo vaša znanstvena spoznanja deležna zaznavnega odziva?

1 v domačih znanstvenih krogih

2 pri domačih uporabnikih

**Kdo (poleg sofinancerjev) že izraža interes po vaših spoznanjih oziroma rezultatih?**[1.1](#)

Učitelji ZN, vodilni na srednjih zdravstvenih šolah, visokošolski učitelji ZN, vodilni na fakultetah, delodajalci v zdravstveni in socialno varstveni dejavnosti v Sloveniji, odgovorne osebe za pedagoško delo in vodilni v zdravstvenih in socialnih zavodih za področje ZN, člani različnih delovnih teles za področje ZN, menedžerji in vodje v visokošolskih in zdravstvenih zavodih, odgovorni v zdravstveni in izobraževalni politiki, diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki, študenti ZN.

### 11.2. Vpetost raziskave v tuje okolje

Kje obstaja verjetnost, da bodo vaša znanstvena spoznanja deležna zaznavnega odziva?

1 v mednarodnih znanstvenih krogih

2 pri mednarodnih uporabnikih

**Navedite število in obliko formalnega raziskovalnega sodelovanja s tujini raziskovalnimi inštitucijami:**[12](#)

Sodelovanje v projektnih aktivnostih v času izvajanja CRP-a: - EU-PROJECT: Support for the definition of core competences for healthcare assistants (CC4HCA); Catholic University Leuven, Chamber of Hungarian Health Care Professionals - E+Promoting the Innovation Capacity of Higher Education in Nursing during Health Services' Transition (ProInCa); JYVASKYLAN AMMATTIKORKEAKOULU, Finska - Prijava Erasmus+ projekta v letu 2018 - College of Human and Health Sciences, Swansea University, Wales, UK

**Kateri so rezultati tovrstnega sodelovanja:**[13](#)

Ustvarjanje novega znanja in spoznanj ter prenosa znanja v javno korist; združevanje raziskovalcev in strokovnjakov s področja zdravstva in zdravstvene nege, ki s svojim raziskovalnim delom in z ustvarjanjem najsodobnejšega znanja in metod v vsakodnevno prakso dvigujejo kakovost in strokovnost izvajanja zdravstvenega varstva populacije; razvijanje človeških virov in razvijanje raziskovalne ustvarjalnosti, s povečanjem vloge znanosti pri vzgoji kadrov. Raziskovalno delo v zdravstvu in zdravstveni negi je izredno pomembno. Zdravstvena nega mora kot del zdravstvenega sistema delovati na osnovi raziskovalnih rezultatov, zato mora potreba po raziskovanju postati del intelektualne aktivnosti vsake diplomirane medicinske sestre in drugih visokostrokovnih kadrov v zdravstvu. Mednarodni svet medicinskih sester - ICN poudarja, da daje raziskovalno delo višje znanje za ohranjanje zdravja in za dobro počutje vseh ljudi.

**12. Označite, katerega od navedenih ciljev ste si zastavili pri projektu, katere konkretne rezultate ste dosegli in v kakšni meri so doseženi rezultati uporabljeni**

Cilj	
<b>F.01</b>	<b>Pridobitev novih praktičnih znanj, informacij in veščin</b>
	Zastavljen cilj <input type="checkbox"/> DA <input checked="" type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NE
	Rezultat <input type="text" value="Dosežen"/>
	Uporaba rezultatov <input type="text" value="V celoti"/>
<b>F.02</b>	<b>Pridobitev novih znanstvenih spoznanj</b>
	Zastavljen cilj <input type="checkbox"/> DA <input checked="" type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NE
	Rezultat <input type="text" value="Dosežen"/>
	Uporaba rezultatov <input type="text" value="Delno"/>
<b>F.03</b>	<b>Večja usposobljenost raziskovalno-razvojnega osebja</b>
	Zastavljen cilj <input type="checkbox"/> DA <input checked="" type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NE
	Rezultat <input type="text" value="Dosežen"/>



	Uporaba rezultatov	V celoti <input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="button" value="v"/>
<b>F.04</b>	<b>Dvig tehnološke ravni</b>	
	Zastavljen cilj	DA <input type="button" value="DA"/> NE <input type="button" value="NE"/>
	Rezultat	<input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="button" value="v"/>
	Uporaba rezultatov	<input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="button" value="v"/>
<b>F.05</b>	<b>Sposobnost za začetek novega tehnološkega razvoja</b>	
	Zastavljen cilj	DA <input type="button" value="DA"/> NE <input type="button" value="NE"/>
	Rezultat	<input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="button" value="v"/>
	Uporaba rezultatov	<input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="button" value="v"/>
<b>F.06</b>	<b>Razvoj novega izdelka</b>	
	Zastavljen cilj	DA <input type="button" value="DA"/> NE <input type="button" value="NE"/>
	Rezultat	<input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="button" value="v"/>
	Uporaba rezultatov	<input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="button" value="v"/>
<b>F.07</b>	<b>Izboljšanje obstoječega izdelka</b>	
	Zastavljen cilj	DA <input type="button" value="DA"/> NE <input type="button" value="NE"/>
	Rezultat	<input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="button" value="v"/>
	Uporaba rezultatov	<input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="button" value="v"/>
<b>F.08</b>	<b>Razvoj in izdelava prototipa</b>	
	Zastavljen cilj	DA <input type="button" value="DA"/> NE <input type="button" value="NE"/>
	Rezultat	<input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="button" value="v"/>
	Uporaba rezultatov	<input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="button" value="v"/>
<b>F.09</b>	<b>Razvoj novega tehnološkega procesa oz. tehnologije</b>	
	Zastavljen cilj	DA <input type="button" value="DA"/> NE <input type="button" value="NE"/>
	Rezultat	<input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="button" value="v"/>
	Uporaba rezultatov	<input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="button" value="v"/>
<b>F.10</b>	<b>Izboljšanje obstoječega tehnološkega procesa oz. tehnologije</b>	
	Zastavljen cilj	DA <input type="button" value="DA"/> NE <input type="button" value="NE"/>
	Rezultat	<input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="button" value="v"/>
	Uporaba rezultatov	<input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="button" value="v"/>
<b>F.11</b>	<b>Razvoj nove storitve</b>	
	Zastavljen cilj	DA <input type="button" value="DA"/> NE <input type="button" value="NE"/>
	Rezultat	<input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="button" value="v"/>
	Uporaba rezultatov	<input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="button" value="v"/>
<b>F.12</b>	<b>Izboljšanje obstoječe storitve</b>	
	Zastavljen cilj	DA <input type="button" value="DA"/> NE <input type="button" value="NE"/>
	Rezultat	<input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="button" value="v"/>
	Uporaba rezultatov	<input style="border: 1px solid black; padding: 2px;" type="button" value="v"/>
<b>F.13</b>	<b>Razvoj novih proizvodnih metod in instrumentov oz. proizvodnih procesov</b>	

	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
<b>F.14</b>	<b>Izboljšanje obstoječih proizvodnih metod in instrumentov oz. proizvodnih procesov</b>	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
<b>F.15</b>	<b>Razvoj novega informacijskega sistema/podatkovnih baz</b>	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
<b>F.16</b>	<b>Izboljšanje obstoječega informacijskega sistema/podatkovnih baz</b>	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
<b>F.17</b>	<b>Prenos obstoječih tehnologij, znanj, metod in postopkov v prakso</b>	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	Dosežen <input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	V celoti <input type="text"/>
<b>F.18</b>	<b>Posredovanje novih znanj neposrednim uporabnikom (seminarji, forumi, konference)</b>	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	Dosežen <input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	V celoti <input type="text"/>
<b>F.19</b>	<b>Znanje, ki vodi k ustanovitvi novega podjetja ("spin off")</b>	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
<b>F.20</b>	<b>Ustanovitev novega podjetja ("spin off")</b>	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
<b>F.21</b>	<b>Razvoj novih zdravstvenih/diagnostičnih metod/postopkov</b>	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
<b>F.22</b>	<b>Izboljšanje obstoječih zdravstvenih/diagnostičnih metod/postopkov</b>	

	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
<b>F.23</b>	<b>Razvoj novih sistemskih, normativnih, programskih in metodoloških rešitev</b>	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
<b>F.24</b>	<b>Izboljšanje obstoječih sistemskih, normativnih, programskih in metodoloških rešitev</b>	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
<b>F.25</b>	<b>Razvoj novih organizacijskih in upravljavskih rešitev</b>	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
<b>F.26</b>	<b>Izboljšanje obstoječih organizacijskih in upravljavskih rešitev</b>	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
<b>F.27</b>	<b>Prispevek k ohranjanju/varovanju naravne in kulturne dediščine</b>	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
<b>F.28</b>	<b>Priprava/organizacija razstave</b>	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
<b>F.29</b>	<b>Prispevek k razvoju nacionalne kulturne identitete</b>	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	<input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="text"/>
<b>F.30</b>	<b>Strokovna ocena stanja</b>	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE
	Rezultat	Dosežen <input type="text"/>
	Uporaba rezultatov	V celoti <input type="text"/>
<b>F.31</b>	<b>Razvoj standardov</b>	
	Zastavljen cilj	DA DA NE NE

	Rezultat	Dosežen <input type="button" value="v"/>
	Uporaba rezultatov	Delno <input type="button" value="v"/>
<b>F.32</b>	<b>Mednarodni patent</b>	
	Zastavljen cilj	DA <input type="button" value="v"/> DA <input type="button" value="v"/> NE <input type="button" value="v"/> NE <input type="button" value="v"/>
	Rezultat	<input type="button" value="v"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="button" value="v"/>
<b>F.33</b>	<b>Patent v Sloveniji</b>	
	Zastavljen cilj	DA <input type="button" value="v"/> DA <input type="button" value="v"/> NE <input type="button" value="v"/> NE <input type="button" value="v"/>
	Rezultat	<input type="button" value="v"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="button" value="v"/>
<b>F.34</b>	<b>Svetovalna dejavnost</b>	
	Zastavljen cilj	DA <input type="button" value="v"/> DA <input type="button" value="v"/> NE <input type="button" value="v"/> NE <input type="button" value="v"/>
	Rezultat	<input type="button" value="v"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="button" value="v"/>
<b>F.35</b>	<b>Drugo</b>	
	Zastavljen cilj	DA <input type="button" value="v"/> DA <input type="button" value="v"/> NE <input type="button" value="v"/> NE <input type="button" value="v"/>
	Rezultat	<input type="button" value="v"/>
	Uporaba rezultatov	<input type="button" value="v"/>

**Komentar**


---

**13. Označite potencialne vplive oziroma učinke vaših rezultatov na navedena področja**

	Vpliv	Ni vpliva	Majhen vpliv	Srednji vpliv	Velik vpliv	
<b>G.01</b>	<b>Razvoj visokošolskega izobraževanja</b>					
G.01.01.	Razvoj dodiplomskega izobraževanja	<input type="button" value="1"/>	<input type="button" value="2"/>	<input type="button" value="3"/>	<input type="button" value="4"/>	
G.01.02.	Razvoj podiplomskega izobraževanja	<input type="button" value="1"/>	<input type="button" value="2"/>	<input type="button" value="3"/>	<input type="button" value="4"/>	
G.01.03.	Drugo:	<input type="button" value="1"/>	<input type="button" value="2"/>	<input type="button" value="3"/>	<input type="button" value="4"/>	
<b>G.02</b>	<b>Gospodarski razvoj</b>					
G.02.01	Razširitev ponudbe novih izdelkov/storitev na trgu	<input type="button" value="1"/>	<input type="button" value="2"/>	<input type="button" value="3"/>	<input type="button" value="4"/>	
G.02.02.	Širitev obstoječih trgov	<input type="button" value="1"/>	<input type="button" value="2"/>	<input type="button" value="3"/>	<input type="button" value="4"/>	
G.02.03.	Znižanje stroškov proizvodnje	<input type="button" value="1"/>	<input type="button" value="2"/>	<input type="button" value="3"/>	<input type="button" value="4"/>	
G.02.04.	Zmanjšanje porabe materialov in energije	<input type="button" value="1"/>	<input type="button" value="2"/>	<input type="button" value="3"/>	<input type="button" value="4"/>	
G.02.05.	Razširitev področja dejavnosti	<input type="button" value="1"/>	<input type="button" value="2"/>	<input type="button" value="3"/>	<input type="button" value="4"/>	
G.02.06.	Večja konkurenčna sposobnost	<input type="button" value="1"/>	<input type="button" value="2"/>	<input type="button" value="3"/>	<input type="button" value="4"/>	
G.02.07.	Večji delež izvoza	<input type="button" value="1"/>	<input type="button" value="2"/>	<input type="button" value="3"/>	<input type="button" value="4"/>	
G.02.08.	Povečanje dobička	<input type="button" value="1"/>	<input type="button" value="2"/>	<input type="button" value="3"/>	<input type="button" value="4"/>	
G.02.09.	Nova delovna mesta	<input type="button" value="1"/>	<input type="button" value="2"/>	<input type="button" value="3"/>	<input type="button" value="4"/>	

G.02.10.	Dvig izobrazbene strukture zaposlenih	1	2	3	4	
G.02.11.	Nov investicijski zagon	1	2	3	4	
G.02.12.	Drugo:	1	2	3	4	
<b>G.03</b>	<b>Tehnološki razvoj</b>					
G.03.01.	Tehnološka razširitev/posodobitev dejavnosti	1	2	3	4	
G.03.02.	Tehnološko prestrukturiranje dejavnosti	1	2	3	4	
G.03.03.	Uvajanje novih tehnologij	1	2	3	4	
G.03.04.	Drugo:	1	2	3	4	
<b>G.04</b>	<b>Družbeni razvoj</b>					
G.04.01	Dvig kvalitete življenja	1	2	3	4	
G.04.02.	Izboljšanje vodenja in upravljanja	1	2	3	4	
G.04.03.	Izboljšanje delovanja administracije in javne uprave	1	2	3	4	
G.04.04.	Razvoj socialnih dejavnosti	1	2	3	4	
G.04.05.	Razvoj civilne družbe	1	2	3	4	
G.04.06.	Drugo:	1	2	3	4	
<b>G.05.</b>	<b>Ohranjanje in razvoj nacionalne naravne in kulturne dediščine in identitete</b>					
<b>G.06.</b>	<b>Varovanje okolja in trajnostni razvoj</b>					
<b>G.07</b>	<b>Razvoj družbene infrastrukture</b>					
G.07.01.	Informacijsko-komunikacijska infrastruktura	1	2	3	4	
G.07.02.	Prometna infrastruktura	1	2	3	4	
G.07.03.	Energetska infrastruktura	1	2	3	4	
G.07.04.	Drugo:	1	2	3	4	
<b>G.08.</b>	<b>Varovanje zdravja in razvoj zdravstvenega varstva</b>					
<b>G.09.</b>	<b>Drugo:</b>					

**Komentar**


---



---

**14. Naslov spletne strani za projekte, odobrene na podlagi javnih razpisov za sofinanciranje raziskovalnih projektov za leti 2015 in 2016<sup>14</sup>**

<http://www.fzab.si/crp/> <http://www.fzab.si/projekti/39/1010/ARRS-Zdravstvena-nega-kot-znanstvena-disciplina-v-Sloveniji-mednarodno-primerljiv-sistem-sekundarnega-in-terciarnega-izobrazevanja-v-zdravstveni-negi-kot-temelj-raziskav-in-prispevka-znanosti-k-trajnostnemu-druzbenemu-razvoju/>

**C. IZJAVE**

Podpisani izjavljam/o, da:

- so vsi podatki, ki jih navajamo v poročilu, resnični in točni;

- se strinjamo z obdelavo podatkov v skladu z zakonodajo o varstvu osebnih podatkov za potrebe ocenjevanja in obdelavo teh podatkov za evidence ARRS;
- so vsi podatki v obrazcu v elektronski obliki identični podatkom v obrazcu v pisni obliki (v primeru, da poročilo ne bo oddano z digitalnima podpisoma);
- so z vsebino zaključnega poročila seznanjeni in se strinjajo vsi soizvajalci projekta;
- bomo sofinancerjem istočasno z zaključnim poročilom predložili tudi elaborat na zgoščenki (CD), ki ga bomo posredovali po pošti, skladno z zahtevami sofinancerjev.

**Podpisi:**

*zastopnik oz. pooblaščen oseba  
raziskovalne organizacije:*

in

*vodja raziskovalnega projekta:*

FAKULTETA ZA ZDRAVSTVO ANGELE  
BOŠKIN

Brigita Skela Savič

---

**ŽIG**

Datum:

**Oznaka poročila: ARRS-CRP-ZP-2018/30**

---

<sup>1</sup> Napišite povzetek raziskovalnega projekta (največ 3.000 znakov v slovenskem in angleškem jeziku). [Nazaj](#)

<sup>2</sup> Navedite cilje iz prijave projekta in napišite, ali so bili cilji projekta doseženi. Navedite ključne ugotovitve, znanstvena spoznanja, rezultate in učinke raziskovalnega projekta in njihovo uporabo ter sodelovanje s tujimi partnerji. Največ 12.000 znakov vključno s presledki (približno dve strani, velikost pisave 11). [Nazaj](#)

<sup>3</sup> Realizacija raziskovalne hipoteze. Največ 3.000 znakov vključno s presledki (približno pol strani, velikost pisave 11). [Nazaj](#)

<sup>4</sup> Navedite morebitna bistvena odstopanja in spremembe od predvidenega programa dela raziskovalnega projekta, zapisanega v prijavi raziskovalnega projekta. Navedite in utemeljite tudi spremembe sestave projektne skupine v zadnjem letu izvajanja projekta (t. j. v letu 2016). Če sprememb ni bilo, navedite »Ni bilo sprememb«. Največ 6.000 znakov vključno s presledki (približno ena stran, velikosti pisave 11). [Nazaj](#)

<sup>5</sup> Navedite dosežke na raziskovalnem področju (največ deset), ki so nastali v okviru tega projekta.

Raziskovalni dosežek iz obdobja izvajanja projekta (do oddaje zaključnega poročila) vpišete tako, da izpolnite COBISS kodo dosežka – sistem nato sam izpolni naslov objave, naziv, IF in srednjo vrednost revije, naziv FOS področja ter podatek, ali je dosežek uvrščen v A'' ali A'. [Nazaj](#)

<sup>6</sup> Navedite dosežke na področju gospodarstva, družbenih in kulturnih dejavnosti (največ pet), ki so nastali v okviru tega projekta.

Dosežek iz obdobja izvajanja projekta (do oddaje zaključnega poročila) vpišete tako, da izpolnite COBISS kodo dosežka, sistem nato sam izpolni podatke, manjkajoče rubrike o dosežku pa izpolnite.

Dosežek na področju gospodarstva, družbenih in kulturnih dejavnosti je po svoji strukturi drugačen kot znanstveni dosežek. Povzetek znanstvenega dosežka je praviloma povzetek bibliografske enote (članka, knjige), v kateri je dosežek objavljen.

Povzetek dosežka na področju gospodarstva, družbenih in kulturnih dejavnosti praviloma ni povzetek bibliografske enote, ki ta dosežek dokumentira, ker je dosežek sklop več rezultatov raziskovanja, ki je lahko dokumentiran v različnih bibliografskih enotah. COBISS ID zato ni enoznačen izjemoma pa ga lahko tudi ni (npr. prehod mlajših sodelavcev v gospodarstvo na pomembnih raziskovalnih nalogah, ali ustanovitev podjetja kot rezultat projekta ... - v obeh primerih ni COBISS ID). [Nazaj](#)

<sup>7</sup> Navedite rezultate raziskovalnega projekta iz obdobja izvajanja projekta (do oddaje zaključnega poročila) v primeru, da katerega od rezultatov ni mogoče navesti v točkah 7 in 8 (npr. v sistemu COBISS rezultat ni evidentiran). Največ 2.000 znakov, vključno s presledki. [Nazaj](#)

<sup>8</sup> Pomen raziskovalnih rezultatov za razvoj znanosti in za razvoj Slovenije bo objavljen na spletni strani: <http://sicris.izum.si/> za posamezen projekt, ki je predmet poročanja. [Nazaj](#)

<sup>9</sup> Največ 4.000 znakov, vključno s presledki. [Nazaj](#)

<sup>10</sup> Največ 4.000 znakov, vključno s presledki. [Nazaj](#)

<sup>11</sup> Največ 500 znakov, vključno s presledki. [Nazaj](#)

<sup>12</sup> Največ 500 znakov, vključno s presledki. [Nazaj](#)

<sup>13</sup> Največ 1.000 znakov, vključno s presledki. [Nazaj](#)

<sup>14</sup> Izvajalec mora za projekte, odobrene na podlagi Javnega razpisa za izbiro raziskovalnih projektov Ciljnega raziskovalnega programa »CRP 2016« v letu 2016 in Javnega razpisa za izbiro raziskovalnih projektov Ciljnega raziskovalnega programa »Zagotovimo.si hrano za jutri« v letu 2016, na spletnem mestu svoje RO odpreti posebno spletno stran, ki je namenjena projektu. Obvezne vsebine spletne strani so: vsebinski opis projekta z osnovnimi podatki glede financiranja, sestava projektne skupine s povezavami na SICRIS, faze projekta in njihova realizacija, bibliografske reference, ki izhajajo neposredno iz izvajanja projekta ter logotip ARRS in drugih sofinancerjev. Spletna stran mora ostati aktivna še 5 let po zaključku projekta. [Nazaj](#)

Obrazec: ARRS-CRP-ZP/2018 v1.00

DA-41-F0-08-5B-3F-94-0E-34-83-69-84-83-FE-51-5B-F7-BD-A7-2D

## **Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina v Sloveniji**

Mednarodno primerljiv sistem sekundarnega in terciarnega izobraževanja v zdravstveni negi kot temelj raziskav in prispevka znanosti k trajnostnemu družbenemu razvoju

### **Nursing as a Scientific Discipline in Slovenia**

An internationally comparable secondary and tertiary education system in nursing care as the foundation of research and scientific contribution to the sustainable development of society



## **ZAKLJUČNO POROČILO CILJNO RAZISKOVALNI PROJEKTA (CRP)**

**»Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina v Sloveniji: mednarodno primerljiv sistem sekundarnega in terciarnega izobraževanja v zdravstveni negi kot temelj raziskav in prispevka znanosti k trajnostnemu družbenemu razvoju«**

### **Avtorji poročila:**

Izr. prof. dr. Brigita Skela Savič; doc. dr. Katarina Babnik; prof. dr. Nada Trunk Širca; Izr. prof. Dr (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Majda Pajnkihar; dr. Eva Klemenčič; doc. dr. Branko Gabrovec; doc. dr. Simona Hvalič Touzery; mag. Barbara Donik, viš. pred.; Sanela Pivač, mag. zdr. neg., pred.; Sedina Kalender Smajlovič, mag. zdr. neg., pred.; dr. Vesna Čuk, viš. pred.; Marta Smodiš, mag. zdr. neg., pred.; Zvonka Fekonja, mag. zdr. neg., pred., asist.; Dominika Vrbnjak, mag. zdr. neg., asist.; mag. Saša Mlakar; izr. prof. dr. Valerij Dermol in doc. dr. Katja Pesjak

### **Vodja projekta:**

Izr. prof. dr. Brigita Skela Savič

### **Sodelujoče institucije:**

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin (nosilka projekta), Fakulteta za vede o zdravju Univerze na Primorskem, Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru, Mednarodna fakulteta za družbene in poslovne študije, Nacionalni inštitut za javno zdravje in Pedagoški inštitut.

### **Informacije o projektu:**

Projekt je bil pridobljen na razpisu CRP\_2015: Javni razpis za izbiro raziskovalnih projektov Ciljnega raziskovalnega programa "CRP 2015" v letu 2015 (URL RS, št. 53/2015, z dne 17. 7. 2015) (št. projekta: V5 -1507) Projekt CRP\_2015 št. V5-1507 je v obdobju od 15. 10. 2015 do 14. 10. 2017 (24 mesecev) sofinanciran s strani Javne agencije za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije iz državnega proračuna in Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport.

Jesenice, 13. 10. 2017



## Vsebina

<b>1. UTEMELJITEV CILJNEGA RAZISKOVALNEGA PROJEKTA .....</b>	<b>8</b>
<b>1.1. Uvod .....</b>	<b>8</b>
<b>1.2. Odziv zdravstvene nege na družbena pričakovanja in ovire.....</b>	<b>9</b>
<b>1.3. Pomen urejenosti izobraževanja za profesionalizacijo stroke in razvoj znanosti, ki bo imelo učinke na krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline .....</b>	<b>11</b>
<b>1.4. Pomanjkanje razvojne perspektive in strategije delovanja na področju izobraževanja v zdravstveni negi.....</b>	<b>12</b>
<b>1.5. Analiza modelov razvoja in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline: učinkovite prakse v EU in predlog modela za razvoj in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline za slovenski prostor .....</b>	<b>13</b>
<b>2. PODROBNA PREDSTAVITEV DELOVNIH PAKETOV PROJEKTA.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1. DP 1 – Analiza sistemov formalnega izobraževanja na področju zdravstvene nege v EU .</b>	<b>14</b>
2.1.1. Metode dela .....	14
2.1.2. Analiza sistemov izobraževanja na področju zdravstvene nege na ravni Evropske unije	15
2.1.2.1. Izobraževanje na področju zdravstvene nege v Sloveniji .....	15
2.1.3. Analiza pridobljenih kompetenc za delo v zdravstveni negi v okviru izobraževalnega sistema in njihovo vrednotenje v državah Evropske Unije .....	18
2.1.3.1. Značilnosti kompetenc v zdravstveni negi.....	21
2.1.3.2. Razvoj kompetenc v zdravstveni negi.....	21
2.1.3.3. Ocenjevanje kompetenc za uporabo v klinični praksi .....	22
2.1.4. Razprava .....	23
2.1.5. Analiza modelov razvoja in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline: primeri učinkovite prakse v EU.....	25
2.1.5.1. Razumevanje koncepta zdravstvene nege kot znanstvene discipline .....	25
2.1.5.2. Organiziranost raziskovanja v zdravstveni negi na nacionalnih ravneh in organiziranost akademske skupnosti raziskovalcev ter njihov vpliv na razvoj zdravstvene nege .....	32
2.1.5.3. Raziskovanje v zdravstveni negi in povezanost s kliničnim okoljem .....	40
2.1.5.3.1. Odnos medicinskih sester do raziskovanja.....	48
2.1.5.3.2. Raziskovalno delo medicinskih sester v kliničnem okolju .....	48
2.1.5.3.3. Ovire za raziskovalno delo medicinskih sester v kliničnem okolju.....	49
2.1.5.3.4. Spodbudno raziskovalno okolje .....	51
2.1.5.3.5. Primeri dobre prakse.....	53
2.1.5.4. Sinteza ugotovitev pregleda del na področju interdisciplinarnega raziskovanja v zdravstveni negi	58
2.1.5.4.1. Rezultati analize in pregleda literature .....	58
2.1.5.5. Razprava .....	63
2.1.5.6. Vloga medicinskih sester z doktoratom znanosti .....	66
2.1.5.6.1. Rezultati analize in pregleda literature .....	66
2.1.5.6.2. Pomen doktorskega študija zdravstvene nege in potenciali medicinskih sester z doktoratom	69
2.1.5.6.3. Vloga medicinske sestre z doktoratom v kliničnem okolju .....	70
2.1.5.6.4. Neizkoriščenost potencialov medicinskih sester z doktoratom .....	72
2.1.5.6.5. Pritegnitev medicinskih sester v doktorski študij.....	73

2.1.5.6.6.	Izkušnje medicinskih sester po koncu doktorskega študija.....	73
2.1.5.7.	Razprava .....	74
<b>2.2.</b>	<b>DP 2 –Raziskava »Razumevanje potreb po celostni prenovi izobraževanja v zdravstveni negi in umestitvi novega kompetenčnega modela v RS« po zgledu mednarodnih usmeritev .....</b>	<b>76</b>
2.2.1.	Metode dela .....	76
2.2.2.	Vzorec in potek raziskave .....	78
2.2.3.	Ključna spoznanja .....	80
2.2.4.	DP 2.1. - »Razumevanje potreb po spremembah izobraževanja in raziskovanja v zdravstveni negi – vidik izvajalcev izobraževanja in delodajalcev«.....	81
2.2.4.1.	Rezultati »Kompetenčni model v zdravstveni negi« .....	81
2.2.4.1.1.	Poimenovanje štirih kategorij izvajalcev zdravstvene nege po EFN.....	81
2.2.4.1.2.	Splošne kompetence za posamezno kategorijo izvajalcev zdravstvene nege.....	84
2.2.4.1.3.	Specifične kompetence za posamezno kategorijo izvajalcev zdravstvene nege.....	85
2.2.4.2.	Rezultati - Odnos diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov do raziskovanja, pomena raziskovanja in razvoja zdravstvene nege.....	93
2.2.4.3.	Rezultati - Pomen doktorskega študija v zdravstveni negi .....	97
2.2.4.4.	Ključne ugotovitve raziskave in usmeritve za delovne pakete 3, 4 in 5.....	99
2.2.5.	Razumevanje trenutnega položaja zdravstvene nege in potreb po spremembah izobraževanja in raziskovanja v zdravstveni negi na vzorcu osnovnošolske, srednješolske in visokošolske mladine«.....	104
2.2.5.1.	Ključne ugotovitve sklopa »Podoba zdravstvene nege in poklica medicinska sestra med osnovnošolci«	104
2.2.5.1.1.	Poznavanje zdravstvene nege .....	104
2.2.5.1.2.	Prepričanja in stališča do poklica medicinska sestra .....	109
2.2.5.1.3.	Zaznani položaj zdravstvene nege, glede na druge z zdravjem povezane stroke .....	111
2.2.5.2.	Ključne ugotovitve sklopa »Prepričanja, stališča, splošne kompetence in profesionalne vrednote zdravstvene nege: preliminarni rezultati raziskave med srednješolci smeri Zdravstvena nega« .....	113
2.2.5.2.1.	Razumevanje opredelitve zdravstvene nege .....	113
2.2.5.2.2.	Prepričanja in stališča do poklica medicinska sestra .....	114
2.2.5.2.3.	Nazivi in splošne kompetence v zdravstveni negi .....	117
2.2.5.2.4.	Profesionalne vrednote v zdravstveni negi .....	119
2.2.5.3.	Ključne ugotovitve sklopa »Prepričanja, stališča, kompetence, profesionalne vrednote in raziskovanje v zdravstveni negi: preliminarni rezultati raziskave med študenti Zdravstvene nege« .....	122
2.2.5.3.1.	Razumevanje opredelitve zdravstvene nege .....	122
2.2.5.3.2.	Prepričanja in stališča do poklica medicinska sestra .....	123
2.2.5.3.3.	Nazivi in splošne kompetence v zdravstveni negi .....	125
2.2.5.3.4.	Profesionalne vrednote v zdravstveni negi .....	127
2.2.5.3.5.	Stališča do raziskovanja v zdravstveni negi .....	129
2.2.5.3.6.	Primerjava rezultatov med dijaki in študenti Zdravstvene nege.....	132
2.2.5.4.	Ključne ugotovitve sklopa »Odnos do poklica medicinska sestra – primerjava med osnovnošolci, srednješolci in študenti« .....	134
2.2.5.4.1.	Prepričanja in stališča do poklica medicinska sestra .....	134
2.2.5.4.2.	Ključne ugotovitve raziskave v DP 2.2 .....	137
<b>2.3.</b>	<b>DP 3 in DP 4 - Prenova srednješolskega modela izobraževanja in razvoj kompetenčnega modela za vse ravni izobraževanja v zdravstveni negi: tehnika skupinskega konsenza .....</b>	<b>142</b>
2.3.1.	Metode dela .....	142
2.3.2.	Vzorec in potek raziskave .....	143
2.3.3.	Instrument raziskave .....	144

2.3.4.	Rezultati skupin konsenza v prvi sekvenci.....	150
2.3.5.	Vsebinska analiza razprave skupinskega intervjuja prve sekvence.....	152
2.3.6.	Oblikovanje kategorij in tem .....	165
2.3.7.	Rezultati skupin konsenza v drugi sekvenci.....	166
2.3.7.1.	Splošne kompetence za tehnik zdravstvene nege.....	166
2.3.7.2.	Specifične kompetence za tehnik zdravstvene nege.....	167
2.3.7.3.	Splošne kompetence za dipl. m. s. / dipl. zn.....	167
2.3.7.4.	Specifične kompetence dipl. m. s. / dipl. zn.....	168
2.3.7.5.	Splošne kompetence za dipl. m. s. spec. / dipl. zn. spec. ....	169
2.3.7.6.	Specifične kompetence dipl. m. s. spec. / dipl. zn. spec.....	169
2.3.7.7.	Splošne kompetence za mag. zdr. neg. ....	170
2.3.7.8.	Specifične kompetence mag. zdr. neg.....	170
2.3.8.	Ključne ugotovitve raziskave v DP 3 in 4 .....	171
2.3.8.1.	Kompetenčni model .....	174
	Izdelali smo kompetenčni model izobraževanja v zdravstveni negi: .....	174
<b>2.4.</b>	<b>DP5 - Nacionalni model razvoja in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline – mešani raziskovalni dizajn.....</b>	<b>176</b>
2.4.1.	Metode dela .....	176
2.4.2.	Vzorec in potek raziskave .....	178
2.4.3.	Rezultati sistematičnega pregleda literature .....	178
2.4.3.1.	Razvoj in podpora izobraževanju.....	178
2.4.3.2.	Spodbuda in podpora raziskovanju ter inovacijam .....	179
2.4.3.3.	Znanje – teorije za podporo praksi.....	180
2.4.3.4.	Nacionalni center – stičišče znanosti.....	180
2.4.3.5.	Financiranje .....	180
2.4.4.	Rezultati skupinskega intervjuja o razvoju in krepitevi zdravstvene nege kot znanstvene discipline – druga sekvenca.....	181
2.4.5.	Ključne ugotovitve raziskave v DP 5 .....	190
2.4.6.	Sinteza spoznanj o razvoju zdravstvene nege kot znanstvene discipline in predlog modela razvoja za Slovenijo .....	193
2.4.7.	Sklep .....	195
<b>2.5.</b>	<b>DP6 - Popularizacija zdravstvene nege kot znanstvene discipline v različnih ciljnih skupinah: splošni nivo, mladi, stroka, raziskovalci.....</b>	<b>197</b>
2.5.1.	Metode dela .....	197
<b>2.6.</b>	<b>Realizacija aktivnosti DP 6 in pregled doseganja načrtovanih kazalnikov .....</b>	<b>198</b>
<b>2.7.</b>	<b>Relevantnost in potencialni vpliv rezultatov projekta .....</b>	<b>202</b>
<b>2.8.</b>	<b>Pomen projekta za razvoj znanosti oziroma stroke .....</b>	<b>203</b>
<b>2.9.</b>	<b>Pomen projekta za gospodarstvo .....</b>	<b>203</b>
<b>2.10.</b>	<b>Pomen projekta za družbo.....</b>	<b>204</b>

### **3. ZAKLJUČEK: Ocena stopnje realizacije programa dela na raziskovalnem projektu in zastavljenih raziskovalnih ciljev – ključne ugotovitve delovnih paketov .....**

<b>3.1.</b>	<b>DP1: Analiza sistemov formalnega izobraževanja na področju zdravstvene nege v EU...207</b>	
3.1.1.	1 Analiza sistemov izobraževanja na področju zdravstvene nege v državah Evropske unije (EU) .....	207
3.1.2.	2 Analiza pridobljenih kompetenc za delo v zdravstveni negi v okviru izobraževalnega sistema in njihovo vrednotenje v državah Evropske Unije .....	208

3.1.3.	Analiza modelov razvoja in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline: primeri učinkovite prakse v EU.....	209
3.1.3.1.	Razumevanje koncepta zdravstvene nege kot znanstvene discipline.....	209
3.1.3.2.	Organiziranost raziskovanja v zdravstveni negi na nacionalnih ravneh in organiziranost akademske skupnosti raziskovalcev ter njihov vpliv na razvoj zdravstvene nege.....	210
3.1.3.3.	Raziskovanje v zdravstveni negi in povezanost s kliničnim okoljem .....	210
3.1.3.4.	Sinteza ugotovitev pregleda del na področju interdisciplinarnega raziskovanja v zdravstveni negi	211
3.1.3.5.	Vloga medicinskih sester z doktoratom znanosti .....	213
<b>3.2.</b>	<b>DP 2 –Raziskava »Razumevanje potreb po celostni prenovi izobraževanja v zdravstveni negi in umestitvi novega kompetenčnega modela v RS« po zgledu mednarodnih usmeritev ....</b>	<b>214</b>
3.2.1.	DP 2.1. - »Razumevanje potreb po spremembah izobraževanja in raziskovanja v zdravstveni negi – vidik izvajalcev izobraževanja in delodajalcev«.....	214
3.2.1.1.	Ključne ugotovitve raziskave DP 2.1.....	214
3.2.1.1.1.	Kompetence v zdravstveni negi .....	214
3.2.1.1.2.	Raziskovanje v zdravstveni negi .....	216
3.2.1.1.3.	Pomen doktorskega študija v zdravstveni negi.....	216
3.2.2.	DP 2.2 – »Razumevanje trenutnega položaja zdravstvene nege in potreb po spremembah izobraževanja in raziskovanja v zdravstveni negi na vzorcu osnovnošolske, srednješolske in visokošolske mladine«.....	216
3.2.2.1.	Ključne ugotovitve raziskave DP 2.2.....	216
3.2.3.	DP 3 in DP 4 - Prenova srednješolskega modela izobraževanja in razvoj kompetenčnega modela za vse ravni izobraževanja v zdravstveni negi: tehnika skupinskega konsenza	218
3.2.3.1.	Ključne ugotovitve raziskav DP 3 in 4 .....	218
3.2.4.	DP5 - Nacionalni model razvoja in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline – mešani raziskovalni dizajn .....	221
3.2.4.1.	Ključne ugotovitve raziskave DP 5 .....	221
3.2.5.	Sinteza spoznanj o razvoju zdravstvene nege kot znanstvene discipline in predlog modela razvoja za Slovenijo .....	224

## Povzetek

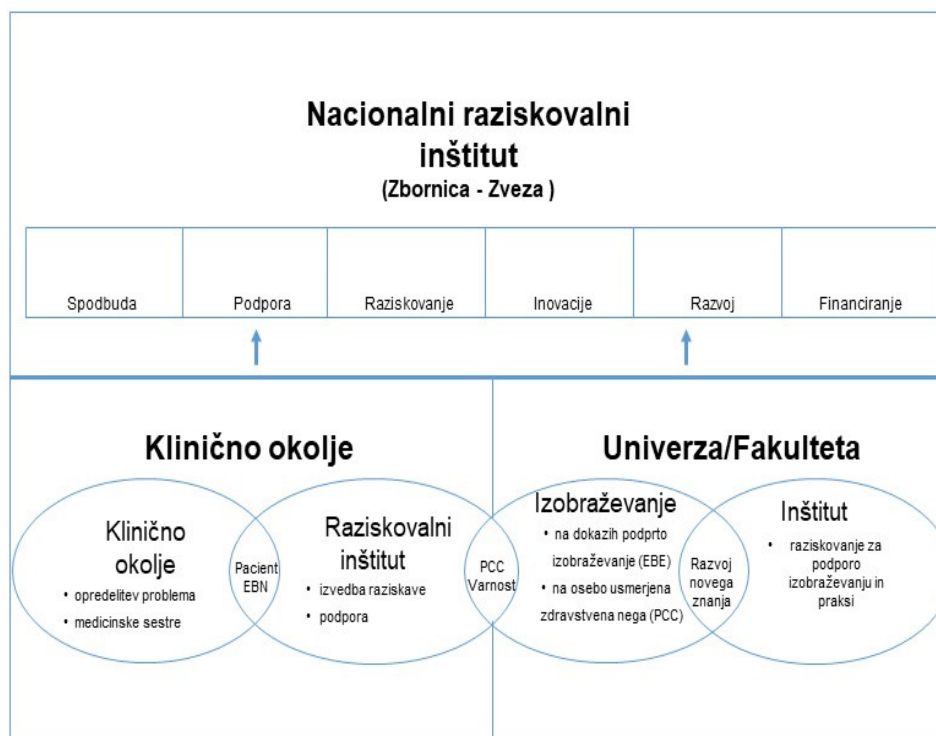
Namen CRP-a je bil vzpostaviti mednarodno primerljiv sistem sekundarnega in terciarnega izobraževanja v zdravstveni negi, ki omogoča razvoj stroke in znanosti, ter postavi okvir za vzpostavitev interdisciplinarnega raziskovanja, povezanega z zdravstveno nego, kar lahko pomembno vpliva na trajnostni družbeni razvoj. Vsi cilji projekta so bili doseženi.

Z uporabo mešanega raziskovalnega dizajna smo pripravili kompetenčni model štirih kategorij izvajalcev v zdravstveni negi, ki poteka na štirih izobraževalnih ravneh. S kvantitativnim in kvalitativnim pristopom in z medsektorsko vključenostjo vseh deležnikov smo uskladjali strokovne naslove, splošne in specifične kompetence. Izdelan je sledeči model kategorij izvajalcev:

- Raven 1: tehnik zdravstvene nege (TZN) – srednješolsko strokovno izobraževanje smeri Zdravstvena nega (5. raven SOK, 4. raven EQF);
- Raven 2: diplomirana medicinska sestra, diplomirani zdravstvenik (dipl. m. s., dipl. zn.) – izobraževanje Zdravstvena nega (VS) splošne smeri na visoko strokovni ravni v skladu z Direktivo 2013/55/EU (7. raven SOK, 6. raven EQF);
- Raven 3: specialist/ka določenega področja v zdravstveni negi (dipl. m. s. / dipl. zn., spec.) (7/8. raven SOK, 6/7. raven EQF);
- Raven 4: strokovnjak za napredne oblike dela v zdravstveni negi in zdravstveni obravnavi (ang. »Advance Nurse Practitioner« ali »Advanced Practice Nurse«) (magister/magistrica zdravstvene nege, Dr. – zdravstvene nege, zdravstvenih ved (8-10. raven SOK, 7-8. raven EQF).

Ključnega pomena za aplikacijo kompetenčnega modela je kratkoročna in dolgoročna opredelitev obsega izobraževanja na vseh ravneh in sistematizacija delovnih mest v zdravstvenih in socialnih zavodih. Obe aktivnosti morata tečiti vzporedno, odgovornosti za realizacijo mora prevzeti zdravstveni management in Zbornica zdravstvene in babiške nege, ki pa tega ne moreta izvesti brez sodelovanja in soglasja resornih ministerstev (izobraževanje, zdravje). Tehnika zdravstvene nege je potrebno opolnomočiti kot ključnega izvajalca zdravstveno-socialne obravnave v skupnosti in dolgotrajni oskrbi.

Poleg aplikacije kompetenčnega modela v prakso, projekt opredeli dejavnike, ki pomembno oblikujejo profesionalizacijo zdravstvene nege in s tem njen razvoj v znanstveno disciplino. Raziskava opozori, da je potrebna večja aktivacija visokošolskega managementa, ki bo prevzel odgovornost za artikulacijo pomena visokošolskega izobraževanja in razvil sodelovanje s kliničnim okoljem za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Management zdravstvenih zavodov nosi odgovornost, da raziskovanje in razvoj stroke postaneta delovna obveza visokošolsko izobraženih medicinskih sester. Za doseganje le tega mora zagovarjati spremembo sistematizacije delovnih mest in povečati število izvajalcev zdravstvene nege na 7. ravni SOK in na ravni strokovnega magisterija. Zbornica zdravstvene in babiške nege mora prevzeti odgovornost za ustanovitev Nacionalnega raziskovalnega inštituta v zdravstveni negi. Razvit je bil model razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline (Slika 1).



Slika 1. Predlog modela za razvoj in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline za Slovenijo

Projekt ima tudi širše družbene koristi. Ker Slovenija sodi v skupino držav, kjer je zdravstvena nega kot znanstvena disciplina slabo razvita in ker smo država v EU z najmanj visokošolsko izobraženimi medicinskimi sestrami (OECD, 2013), s sicer razvito drugo stopnjo izobraževanja, ki pa ni implementirana v delovna okolja, ima projekt velik pomen za Slovenijo in tudi mednarodno. Projekt daje jasne usmeritve za razvoj kadrov tudi iz vidika sistema izobraževanja na sekundarni in terciarni ravni. Bistven rezultat projekta je izdelan sistem kompetenc in nacionalni model razvoja znanstvene discipline, ki bi moral biti temelj pripravo razvojnih strategij, za zaposlovalno politiko in politiko razvoja ljudi v naslednjih 20 letih in načrt reorganiziranja delovnih mest, sistemizacije delovnih mest v zdravstvenih in socialnih zavodih in s tem jasne potrebe po izobraževanju na vseh ravneh izobraževanja. Projekt prispeva tudi k vzgoji in informiranju osnovnošolcev v tretji triadi, ki se odločajo za poklic, kjer je eden od njih tudi poklic na področju zdravstvene nege. S prikazom poklicnega dela, ki vključuje strokovni in znanstveni vidik, projekt pripomore k dobremu poznavanju poklica in je lahko v pomoč svetovalnim službam, pedagogom za učinkovito informiranje in usmerjanje otrok in staršev o zdravstveni negi.

**Ključne besede:** zdravstvena nega, stroka, znanost, izobraževanje, kompetence, odgovornost, management, visoko šolstvo, srednje šolstvo

# 1. UTEMELJITEV CILJNEGA RAZISKOVALNEGA PROJEKTA

## 1.1. Uvod

Danes se od zdravstvene nege pričakuje veliko, saj mora biti zdravstvena obravnava kakovostna, stroški kontrolirani, opazen je pritisk medicinske tehnologije, staranja populacije, vse pomembnejša je vloga zaposlenih z vidika znanj in doprinosa k rezultatom dela, globalni izziv je izvajati zdravstveno obravnavo, ki bo skladna s smernicami in standardi, zmožljiva in stroškovno učinkovita (Lowe et al., 2011). V dokumentu »Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services 2011– 2015« (WHO, 2010) je poudarjen odločilen doprinos, ki ga ima zdravstvena nega za izboljšanje izidov zdravstvene obravnave na ravni posameznikov, družin in skupnosti. Tega lahko dosežejo le izobražene medicinske sestre, ki imajo znanje in sposobnosti za klinično delo in so kritične do kakovosti dela v zdravstveni negi (Nsemo et al., 2013). Skela-Savič in Kydd (2011) sta izvedli sistematični pregled literature o znanju v zdravstveni negi, ki mora biti odziv na potrebe družbe danes. Prepoznanih je bilo sedem pomenskih kategorij, ki pogojujejo razvoj znanja: javna podoba medicinskih sester, zavedanje na ravni osebe in na ravni strokovnjaka, znanje in število kadrov v zdravstvu, prilagojeno potrebam v prihodnosti, potreba po novih dimenzijah znanja v zdravstveni negi in prenosu kompetenc, raziskovanje kot vir novega znanja in razvoja, prevzemanje odgovornosti za izvajanje na dokazih podprte zdravstvene nege, usmerjenost v sodelovanje in komuniciranje.

Področje izobraževanja v zdravstveni negi na ravni Evropske unije (EU) ureja Direktiva 2013/55/EU Evropskega parlamenta in sveta, ki je bila sprejeta 20. novembra 2013 in je nadomestila Direktivo 2005/36/EC. Področje izobraževanja v zdravstveni negi usmerjajo tudi mednarodna združenja kot so International Council of Nurses (ICN), Svetovna zdravstvena organizacija za področje Evrope (WHO for Europe), European Federation of Nurses (EFN), European Federation of Nurse Educators (FINE), idr. Njihov namen je predvsem dodatna razlaga minimalnih standardov izobraževanja medicinskih sester in babic, postavitve standardov na višji nivo zahtevnosti ter zavzemanje za pomen dviga znanja in stopnje izobrazbe v zdravstveni negi.

Strategija razvoja zdravstvene nege v Sloveniji 2012-2020 (Kadivec, et al., 2013) daje usmeritve za izobraževanje poklicev v zdravstveni negi tako na ravni srednješolskega kot visokošolskega izobraževanja. Zadnja raziskava o izobraževalnih potrebah v zdravstveni negi je bila objavljena leta 2004 v raziskavi, ki jo izvedel Inštitut za varovanje zdravja (Albreht, 2005), ki pa ne opredeli potreb po izobraževanju na srednješolski ravni, temveč le na visokošolski. Podatki OECD o številu diplomiranih medicinskih sester na 1000 populacije (Buchan & Black, 2011) so resno opozorilo za politiko, strokovno združenje in management zdravstvene nege, kako doseči zadostno število kakovostno izobraženega kadra v zdravstveni negi na visokošolski ravni in kako zmanjšati obseg izobraževanja na srednješolski ravni. Podatki namreč kažejo, da ima Slovenija le 7,9 kadra v zdravstveni negi na 1000 prebivalcev (povprečje OECD je 9), od tega jih je v Sloveniji le 35 % izobraženih na visokošolski ravni, kar pove, da je delež diplomiranih medicinskih sester eden najnižjih med vključenimi državami v analizi.

Pomemben doprinos pri razumevanju izobraževanja v zdravstveni negi daje tudi »EFN Matrix on 4 Categories of the Nursing Care Continuum« (EFN Workforce Committee, 2014), ki opredeli štiri kategorije izvajalcev zdravstvene nege: Healthcare Assistant (HCA), General Care Nurse (GCN), Specialist Nurse (SN) in Advance Nurse Practitioner (ANP). Dokument

med drugim opredeli kompetence na posamezni ravni izvajanja. Podobno opredeli kategorije izvajalcev v zdravstveni negi ICN (2008) v dokumentu »Nursing Care Continuum Framework and Competencies« (International Council of Nurses (ICN), 2008). Kategorije izvajalcev zdravstvene nege so: 1. Nivo: Support or assistive worker; 2. Nivo: Enrolled Nurse / Registered Nurse Assistant / Licensed Practical Nurse; 3. Nivo: Registered/Licensed Nurse; 4. Nivo: Specialist Nurse; 5. Nivo: Advanced Practice Nurse. ICN priporoča zaključen magisterij zdravstvene nege za vstop v peti nivo izvajalcev zdravstvene nege.

## 1.2. Odziv zdravstvene nege na družbena pričakovanja in ovire

Zdravstvena nega kot stroka mora narediti korak, da začne z izvajanjem klinično relevantnih raziskav in pospeševati krog znanja iz kliničnih problemov do raziskovalnih vprašanj za spremembe v klinični praksi. Danes so močna raziskovalna jedra prisotna le v državah, ki imajo tradicijo izobraževanja na magistrski in doktorski ravni. Prav tako je prepoznati slabo vključenost zdravstvene nege v interdisciplinarne raziskave in slabo razpoložljivost raziskovalnih sredstev za področje širše zdravstvene obravnave. V državah, kjer se medicinske sestre uspejo uveljaviti kot raziskovalke, tudi prispevajo na nivoju države in širše k oblikovanju politik in so uspešne pri pridobivanju raziskovalnih sredstev. Znanje medicinskih sester in raziskovalna vključenost sta tudi tesno povezana s spremljanjem in zagotavljanjem kakovosti ter vrednotenjem lastnega dela. Medicinske sestre se morajo tega zavedati in biti pripravljene spremljati in razvijati svojo prakso in zagotavljati sistem varnosti in kakovosti. Na drugi strani pa se morajo odločevalci v zdravstvenem sistemu zavedati pomena kakovostnega izvajanja zdravstvene nege (Büscher, et al., 2009). Od medicinskih sester se torej pričakuje, da zagotavljajo kakovostno, varno, učinkovito, hitro in v pacienta usmerjeno zdravstveno nego. Le to lahko dosežejo izobražene medicinske sestre, ki imajo znanje in sposobnosti za klinično delo in so kritične do kakovosti dela v zdravstveni negi (Nsemo, et al., 2013). Znanje o raziskovanju in na dokazih podprtem delu je postalo pomemben del izobrazbe medicinskih sester tako na dodiplomski kot podiplomski ravni. V praksi je le to omogočilo oblikovanje novih področij delovanja na nivoju APN (Loke, et al., 2014; Woodward, et al., 2007; Yoder, et al., 2014). Najpogosteje prepoznane ovire za nezadostno izvajanje raziskovanja so pomanjkanje sredstev, čas namenjen raziskovanju, pomanjkljivo znanje za izvajanje raziskovanja, nezadostna podpora s strani vodilnih in zdravnikov, procesi dela in organizacijska kultura ne podpirajo raziskovanja (Kelly, et al., 2013; Loke, et al., 2014; Yoder, et al., 2014). Najpomembnejši dejavnik spodbujanja raziskovanja pri medicinskih sestrah je prisotnost mentorja raziskovalca (Kelly, et al., 2013). Po drugi strani pa raziskave kažejo, da raziskovanje preprosto še ni del profesionalne identitete medicinskih sester, zato se pogosto zgodi, da medicinske sestre tudi ne aplicirajo raziskovalnih izsledkov v vsakdanje praktično delo. Možna rešitev je v večji integraciji raziskovalne kulture ter paradigme raziskovanja v študijske programe zdravstvene nege (Kelly, et al., 2013; Loke, et al., 2014).

Zdravstvena nega mora temeljiti na primerih najboljše prakse in izsledkih raziskav ter usmerjenosti v pacientove potrebe in zaznavanja. Govorimo o na dokazih podprtem delu ali praksi, ki pa je značilnost vseh zdravstvenih profesionalcev in ne samo zdravstvene nege. Najbolj učinkovito je, če se izvaja med-profesionalno (Skela-Savič, 2014). Raziskave so tiste, ki omogočajo izvajanje na dokazih podprte prakse. Le ta povečuje kakovost in zanesljivost zdravstvene obravnave, izboljšuje izide zdravstvene obravnave in zmanjšuje variiranje v zdravstveni obravnavi in stroških (Melnik, et al., 2012a). Kljub navedenim koristim pa na dokazih podprta praksa ni razširjeni standard dela v zdravstvu (Melnik, et al., 2012b).



Koncept na dokazih podprte prakse od izvajalcev zahteva, da pri svojem delu uporabljajo najboljša, preverjena, najnovejša in najpomembnejša spoznanja raziskav. Dodana vrednost na dokazih podprte prakse je tudi dimenzija prenašanja znanja in vedenja na uporabnike. Na dokazih podprta praksa funkcionira na premisah postavljanja kliničnih vprašanj, iskanja in zbiranja najpomembnejših podatkov in dokazov, kritične presoje podatkov oz. dokazov z obstoječim načinom dela, soočenje pridobljenih spoznanj z obstoječim kliničnim delom in potrebami pacientov ter aplikacijo spoznanj v klinično delo. Iskanje, presojanje, soočanje z obstoječim delovanjem, aplikacija in evalvacija so temeljne komponente na dokazih podprte prakse (Dogherty, et al., 2013; Melnyk, et al., 2014; Melnyk, et al., 2012a; Melnyk, et al., 2010; Newhouse, 2007; Stokke, et al., 2014).

Če povzamemo tipične ovire za izvajanje na dokazih podprte prakse, ki jih ugotavljajo različni avtorji, so te pomanjkanje časa, zaviralna organizacijska kultura, filozofija »tako smo tukaj vedno delali«, pomanjkljivo znanje in izobraževanje, slab dostop do baz kakovostnih podatkov, odpor pri managerjih in vodjih, natrpan delovnik, odpor pri zdravnikih in medicinskih sestrah, negotovost pri zbiranju informacij in oceni kakovosti dobljenih dokazov, omejen dostop do virov, ki omogočajo na dokazih temelječe delovanje (Gerrish & Clayton, 2004; Melnyk, et al., 2014; Melnyk, et al., 2012a; Pravikoff, et al., 2005; Rycroft-Malone, et al., 2004).

McCance s sodelavci (2007) opisuje strategijo umeščanja raziskovanja v zdravstveno nego. Raziskovanje opredeli kot ključni element razvoja zdravstvene nege za katerega je potrebno vzpostaviti pogoje za vodenje, izvajanje in uporabo rezultatov le teh. Opredeli tri ključna področja za razvoj raziskovanja: (i) pomembno je močno in vidno voditeljstvo zdravstvene nege; (ii) pripraviti strokovne ekspertize s problemi v strokovnem delu, ki bodo osnova za oblikovanje raziskovalnih programov in (iii) povečanje sposobnosti posameznika in organizacije za prevzemanje aktivnosti na področju razvoja zdravstvene nege.

Skela Savič in Kydd (2011) sta izvedli sistematični pregled literature o znanju v zdravstveni negi, ki mora biti odziv na potrebe družbe danes. Prepoznanih je bilo sedem pomenskih kategorij, ki pogojujejo razvoj znanja: javna podoba medicinskih sester, zavedanje na nivoju osebe in na nivoju strokovnjaka, znanje in število kadrov v zdravstvu prilagoditi potrebam v prihodnosti, potrebne so nove dimenzije znanja v zdravstveni negi in prenos kompetenc, raziskovanje kot vir novega znanja in razvoja, prevzemanje odgovornosti za izvajanje na dokazih podprte zdravstvene nege, usmerjenost v sodelovanje in komuniciranje.

Vprašanja odziva zdravstvene nege na potrebe družbe pa se ne nanašajo le na z dokazi na podprto prakso zdravstvene nege. Tudi na številnih drugih področjih lahko zdravstvena nega prispeva k razvoju družbe kot celote. Eno od takih področij, s katerimi se ukvarja zdravstvena nega v svetu, je zdravstvena pismenost (ZP), ki je sodoben koncept uresničevanja promocije zdravja v družbi, saj pomeni znanja, veščine in kompetence za pridobivanje, razumevanje in uporabo zdravstvenih informacij ter za učinkovito delovanje v zdravstvenem sistemu (Babnik, et al., 2013). Za razvoj ZP v družbi ima ključno vlogo prav zdravstvena nega (Mancuso, 2008), tako na ravni raziskav, kot tudi na ravni razvoja in implementacije programov razvoja ZP (Babnik, et al., 2013).

### **1.3. Pomen urejenosti izobraževanja za profesionalizacijo stroke in razvoj znanosti, ki bo imelo učinke na krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline**

Izobraževanje na področju zdravstvene nege se odziva na spreminjajoče se potrebe, razvoj, prednostne naloge in pričakovanja na področju zdravja in zdravstvenega varstva. Medicinske sestre, ki izpolnjujejo določene standarde in ki pridobijo znanje in spretnosti so opremljene za uresničevanje del v različnih vlogah (Nursing and Midwifery Council, 2010).

Watkins (2011) opredeli profesionalizacijo kot poklicno delo, z definiranimi znanji na področju delovanja, vzpostavljeno samoregulacijo, kontinuiranim razvojem profesionalnega znanja in veščin za nenehno izboljševanje kakovosti dela. Znanje, avtonomija, odgovornost za profesionalno presojo in učinek le tega na učinkovitost kliničnega dela so temeljne komponente za priznavanje profesije. Profesionalizacija je lahko dosežena samo s formalnim izobraževanjem, ki mora vključevati znanje pridobljeno s sistematičnim raziskovanjem in vključuje strokovno presojo skozi razvoj kritičnega razmišljanja in odločanje na osnovi dokazov. To so pomembne značilnosti, ki povečujejo avtonomijo. Razvoj teh atributov skozi izobraževalni proces bo dal medicinskim sestram podporo za prepoznavanje profesije. Gerrish s sodelavci (2003, cited in Watkins, 2011) ugotavlja v raziskavi med medicinskimi sestrami z akademsko izobrazbo, da je izobraževanje na nivoju magisterija strategija za doseganje profesionalizma in da imajo medicinske sestre izobražene na tem nivoju, vpliv na vodenje, ki ojača moč in status zdravstvene nege. Watkins (2011) v ospredje postavlja znanje pridobljeno na magistrskem študiju kot sposobnost iskanja literature, sposobnost kritične analize že izvedenih in objavljenih raziskav, uporaba in aplikacija raziskav v prakso in izvajanje raziskav. Izobraževanje na magistrski ravni poveča osebno samozaupanje, spoznavno funkcioniranje in dojetanje, delovanje na osnovi dokazov in poveča profesionalizem. Kubsch s sodelavci (2008) prepoznava značilne razlike v profesionalnih vrednotah glede na stopnjo dodiplomske izobrazbe v zdravstveni negi (VS ali UNIV izobraževanje), pozicijo ali naziv ter članstvo v profesionalnih združenjih. Največji nivo profesionalnih vrednot je bil dosežen pri študentih univerzitetnih študijskih programov zdravstvene nege, ki se ne osredotočajo le na tehnične veščine v poklicu, ampak je pomemben del programa namenjen tudi razumevanju in izgradnji profesionalnih vrednot.

Razvoj doktorskega študija zdravstvene nege je izjemnega pomena iz vidika sledenja zdravstvenih potreb v družbi in razvoja tako imenovanih zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi, kje mednarodne smernice priporočajo strokovni magisterij (The Scottish Government, 2008 cited in Skela-Savič, 2012a). Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi so opisane kot doseganje visokega nivoja kliničnih veščin in kompetenc, avtonomno klinično odločanje, vrednotenje dela in izvedenih aktivnosti, raziskovalno delo in vodenje (The Scottish Government, 2008 cited in Skela-Savič, 2012a). Ob tem pa je potrebno paziti na količino in kakovost, saj izvedeni pregled literature jasno pokaže, da so potrebe po izobraževanju na drugi in tretji stopnji večje, kot so zmožnosti za izobraževanje (Tuaoui, et al., 2012; Scherzer, et al., 2010; Burton, et al., 2009; Kim, et al., 2006; cited in Skela-Savič, 2012a).

#### 1.4. Pomanjkanje razvojne perspektive in strategije delovanja na področju izobraževanja v zdravstveni negi

V Sloveniji smo ohranili izobraževanje na področju zdravstvene nege na dveh ravneh, srednješolsko in visokošolsko. Za področje zdravstvene nege še danes ni narejene nobene jasne razvojne perspektive o izobraževanju na dveh ravneh, o obsegu izobraževanja na srednješolski ravni. Da Slovenija to zmore, obstaja primer ureditve izobraževanja za babice, ta poklic ravno tako sodi v Direktivo 2013 in predhodno Direktivo 2005. Stanje v zdravstveni negi je bistveno slabše, kot v babiški negi, saj je razmerje med izvajalci zdravstvene nege v registru Zbornice-Zveze v korist srednješolsko izobraženega kadra (65 %). Evropski projekt »Creating a pilot network of nurse educators and regulators« (SANCO/1/2009, 2014), ki vključuje 15 držav, jasno opredeli vlogo in pomen izobraževanja asistentov v zdravstveni negi, ki poteka na 5. ravni Evropske kvalifikacije poklicev (EQF, 2008). Profil je v vlogi asistenta v zdravstveni negi in zdravstveni obravnavi, delo vodi in koordinira visokošolsko izobražena medicinska sestra.

Prav tako nacionalno profesionalno združenje Zbornica-Zveza nima izdelanih smernic na področju izobraževanja v zdravstveni negi, ki bi pokrivali obe ravni izobraževanja. Edini dokument, ki posredno oblikuje politiko izobraževanja iz vidika nacionalnih kompetence diplomantov zdravstvene nege in srednješolsko izobraženega kadra v zdravstveni negi in usmerja delitev del in nalog v kliničnem okolju med različnimi nivoji izobraževanja, je dokument Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi (Železnik, et al., 2008), v katerem je predstavljena delitev kompetenc med srednješolsko in visokošolsko izobraženimi medicinskimi sestrami v Sloveniji. Ta dokument, gledano iz perspektive mednarodne prakse (SANCO/1/2009, 2014), daje velik delež kompetenc srednješolsko izobraženemu kadru v zdravstveni negi, saj lahko srednješolsko izobražen kader izvede 66,6 % vseh negovalnih intervencij (Prestor, 2013).

Pomemben doprinos pri razumevanju izobraževanja v zdravstveni negi daje tudi »EFN Matrix on 4 Categories of the Nursing Care Continuum« (EFN Workforce Committee, 2014), ki opredeli štiri kategorije izvajalcev zdravstvene nege: Healthcare Assistant (HCA), General Care Nurse (GCN), Specialist Nurse (SN) in Advance Nurse Practitioner (ANP). Dokument med drugim opredeli kompetence na posamezni ravni izvajanja. Podobno opredeli kategorije izvajalcev v zdravstveni negi ICN (2008) v dokumentu »Nursing Care Continuum Framework and Competencies« (International Council of Nurses (ICN), 2008). Kategorije izvajalcev zdravstvene nege so: 1. Nivo: Support or assistive worker; 2. Nivo: Enrolled Nurse / Registered Nurse Assistant / Licensed Practical Nurse; 3. Nivo: Registered/Licensed Nurse; 4. Nivo: Specialist Nurse; 5. Nivo: Advanced Practice Nurse. ICN priporoča zaključen magistrski študij zdravstvene nege za vstop v peti nivo izvajalcev zdravstvene nege.

V Sloveniji nimamo tradicije izobraževanja na magistrski in doktorski ravni v zdravstveni negi. Dejstvo je, da se izvajajo štiri magistrski študiji iz zdravstvene nege, prvi poteka že od 2007/2008 naprej, diplomanti pa nimajo možnosti zasesti delovnih mest z izobrazbo magister zdravstvene nege (sedma raven EQF), kar ustreza delovnemu mestu »Advance Nurse Practitioner«. Dogovori o razvoju specializacij v zdravstveni negi potekajo že vsaj od leta 2012, ko je bila sprejeta Strategija razvoja zdravstvene nege 2012-2020 (Kadivec, et al., 2013), pa do danes ni nobenih premikov v smeri opredelitve dejanskih potreb v kliničnih okoljih, prav tako nacionalno združenje in management zdravstvene nege ne izvajata strategije umeščanja kompetenc magistra zdravstvene nege v nacionalni kompetenčni model

in v sistemizacijo in opise delovnih mest. Prav tako ni zavzetega jasnega stališča o mednarodni primerljivosti izobraževanja na nivoju bolničar negovalec in srednja medicinska sestra na srednješolski ravni izobraževanja. Tudi ni izdelan nacionalni načrt povečanega zaposlovanja visokošolskega kadra v zdravstveni negi glede na demografske trende in zmanjševanje števila kadra s srednješolsko izobrazbo v zdravstveni negi, kljub temu, da Strategija razvoja zdravstvene nege 2012-2020 napotuje ravno k tem spremembam (Kadivec, et al., 2013). Tako ni izjema, da se danes diplomanti zdravstvene nege zaposlujejo na prosta delovna mesta tehnika zdravstvene nege in celo opravljajo strokovni izpit za srednješolsko izobrazbo, so pa usposobljeni in imajo z diplomom priznано pripravništvo za opravljanje poklica v zdravstveni negi. Težko je razumeti, da diplomant, ki je nosilec zdravstvene nege, opravlja pripravništvo za delo, ki bi ga lahko vodil in nadziral. Prav tako bi morali biti podatki OECD o številu diplomiranih medicinskih sester na 1000 populacije (Buchan & Black, 2011) resno opozorilo za politiko, strokovno združenje in management zdravstvene nege, kako doseči zadostno število kakovostno izobraženega kadra v zdravstveni negi na visokošolski ravni in kako zmanjšati obseg izobraževanja na srednješolski ravni. Podatki namreč kažejo, da ima Slovenija le 7,9 kadra v zdravstveni negi na 1000 prebivalcev (povprečje OECD je 9), od tega jih je v Sloveniji le 35 % izobraženih na visokošolski ravni, kar pove, da je delež diplomiranih medicinskih sester eden najnižjih med vključenimi državami v analizi.

### **1.5. Analiza modelov razvoja in krepitve zdravstvene nege kot znanstvene discipline: učinkovite prakse v EU in predlog modela za razvoj in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline za slovenski prostor**

Slovenija se sooča s slabo urejenim sistemom izobraževanja v zdravstveni negi na vseh ravneh, od srednje šole do doktorata znanosti, pri tem imamo v mislih predvsem naslednje vidike: vsebine in obseg izobraževanja ter kompetence diplomanta po posameznih ravneh ter mednarodno primerljiv sistem izobraževanja v celotni vertikali. Opisano zavira razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline, ki daje v razvitih državah EU pomemben doprinos k učinkovitosti in kakovosti zdravstvene obravnave in zdravstvenega sistema ter zdravju družbe. Urejeno izobraževanje je temelj profesionalizacije vsake stroke in temelj za razvoj stroke kot znanstvene discipline.

Znanstveno disciplino opredeljuje področje njenega delovanja, raziskovanja ter vključuje sistem teoretičnega in znanstvenega znanja določene znanstvene discipline (zdravstvena nega). Definirana je na osnovi teorij, metodologije raziskovanja in področja delovanja (Jarošová, 2012). Znanost zdravstvene nege opredeljujemo kot profesionalno oziroma praktično disciplino, ker njen obstoj izvira iz družbenih potreb (Evers, 2003). Zdravstvena nega je pričela vstopati na področje znanosti v svetu šele sredi prejšnjega stoletja. Z razvojem in pričetkom izvajanja doktorskega študija v ZDA je sledil hiter razvoj raziskovanja in številnih teorij ter modelov zdravstvene nege. V primerjavi z drugimi znanostmi je znanost zdravstvene nege v zgodnjih fazah razvoja (Joaquim Pina Queirós, et al., 2014). Šmitek (2009) in Jarošová (2012) navajata, da je zdravstvena nega na novo nastajajoča znanstvena disciplina, ki dosega kriterije za opredelitev kot znanost. Zdravstvena nega ima jedro znanja, razvite ima številne teorije in teoretične pristope, ima svoje področje delovanja (prakso) in področje izobraževanja do akademskih nazivov. Zdravstvena nega je akademska disciplina (profesija kot je medicina, pravo in teologija) (Šmitek, 2009) in se razlikuje od ostalih disciplin

predvsem zaradi osredotočenja na potrebe posameznika tako v zdravju ali bolezni (Jarošová, 2012).

Namen zdravstvene nege kot znanosti je nedavno opredelil Nacionalni inštitut za zdravje v Združenih državah Amerike, ki je zapisal da je »končni namen znanja pridobljenega z raziskovanjem zagotoviti informacije za vodenje prakse zdravstvene nege; ocenjevanje okolja zdravstvenega varstva, krepitev pacienta, družine in skupnosti ter oblikovanje zdravstvene politike (Holzemer, 2007). Raziskovanje v zdravstveni negi obravnava zdravje in izkušnje z boleznijo posameznika, družine in skupnosti v kontekstu daljšega časovnega obdobja; negovalne intervencije in rezultate; mehanizme zdravja in bolezni; sisteme zdravstvene nege in kakovosti oskrbe; zdravstveno politiko in ekonomijo povezano s prakso zdravstvene nege in rezultate le-te (Henly, et al., 2015). Za razvoj znanosti zdravstvene nege so odgovorne medicinske sestre, ki imajo ali dosegaajo profesionalni status (Orem & Taylor, 2011). Hkrati Jarošová (2012) poudarja pomen razvoja znanja za doseganje zdravstvene nege kot znanosti in meni, da morajo medicinske sestre pridobiti znanja s področja teorij zdravstvene nege vključno s konceptualnimi modeli in znanjem biologije ter humanistike.

Zdravstvena nega v Sloveniji ni priznana znanstvena disciplina ter ni v šifrantu raziskovalnih področij, kar pomeni, da za znanstveni razvoj tega področja ni razpisanih državnih sredstev in posredno vpliva na razvoj raziskovanja v zdravstveni negi (Skela Savič, 2009). Glede na ugotovitve predhodno narejenih raziskav želimo pridobiti znanstvene dokaze o obstoju modelov za krepitev in razvoj zdravstvene nege kot družbeno-politične, socialno-ekonomske, vzgojno-izobraževalne vplivne znanstvene discipline.

## **2. PODROBNA PREDSTAVITEV DELOVNIH PAKETOV PROJEKTA**

Podrobna predstavitev delovnih paketov projekta vsebuje natančna poročila o delu, opise, zaključke ter sklepe. Samo ključne ugotovitve in zaključki posameznih delovnih paketov so popisani v zaključku tega končnega poročila.

### **2.1. DP 1 – Analiza sistemov formalnega izobraževanja na področju zdravstvene nege v EU**

#### **2.1.1. Metode dela**

V sklopu delovnega paketa 1 (DP1), smo pripravili 3 analize:

- analizo sistemov izobraževanja na področju zdravstvene nege v državah EU, ki vključuje ravni in obseg formalnega izobraževanja,
- analizo pridobljenih kompetenc za delo v zdravstveni negi v okviru izobraževalnega sistema in njihovo vrednotenje v državah EU
- analizo modelov razvoja in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline: primeri učinkovite prakse v EU.

Vse tri analize so bile izvedene z metodo sistematičnega pregleda znanstvene literature, mednarodnih dokumentov, smernic, standardov in izvedenih študij na ravni EU in posameznih držav, ki se celostno prikazujejo ali proučujejo sistem izobraževanja v zdravstveni negi, kompetence in nivoje kompetence v izobraževanju, praksi in kompetence

za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Pridobivanje gradiv za izvedbo analize literature je potekalo v januarju in februarju 2016 preko različnih virov (ICN, WHO, EFN, FINE) in baz podatkov. Pregledali smo tudi spletne strani zbornic in združenj za zdravstveno nego v posameznih EU državah, spletne strani pristojnih Ministrstev v posameznih državah EU, spletne strani agencij za kakovost izobraževanja v srednjem in visokem šolstvu, idr. Znanstvene dokaze (rezultati raziskav in sistematičnih pregledov dokazov) smo iskali preko baz podatkov kot so: Cinahl with Full Text in Medline (preko baze EBSCOhost), Wiley Online Library, Pubmed, ScienceDirect, The Cochrane Library, Ebrary, ProQuest, Springer Link, Sage Journals Google in Google Scholar, idr.

Uporabljen je bil metodološki pristop za sistematično pregledno znanstveno delo. Metode pregleda so vključevale razvoj, testiranje in izbor iskalne strategije, vključitvene in izključitvene kriterije za uvrstitev v pregled, raziskane podatkovne baze, časovno obdobje objav, vrste objav z vidika hierarhije dokazov, ključne besede, jezik. Rezultati pregleda vključujejo število dobljenih zadetkov, število pregledanih raziskav, število vključenih raziskav in število izključenih raziskav. Rezultate smo v analizi prikazali z uporabo diagrama poteka pregleda literature skozi faze pregleda, pri izdelavi smo uporabili PRISMA diagram. Naredili smo analizo kakovosti vključenih raziskav z vidika uporabljenih raziskovalnih metod in jasno opredelili katere vrste raziskav glede na hierarhijo dokazov so vključene v pregled literature. Rezultate smo prikazali besedno, v tabelah in slikah, navedli smo ključna spoznanja glede na raziskovalni dizajn. Predstavljamo ključna spoznanja posameznih analiz.

## **2.1.2. Analiza sistemov izobraževanja na področju zdravstvene nnege na ravni Evropske unije**

### **2.1.2.1. Izobraževanje na področju zdravstvene nege v Sloveniji**

V Sloveniji imamo na področju zdravstvene nege srednješolsko in visokošolsko izobraževanje (Skela Savič, 2014). Avtorica prav tako poudarja, da za področje zdravstvene nege ni jasne razvojne perspektive glede izobraževanja na dveh ravneh, srednješolska in visokošolska raven ter o obsegu izobraževanja na srednješolski ravni, kljub temu, da področje ureja EU Direktiva 2013 ter da je vstop v poklic najmanj 12 let predhodnega splošnega izobraževanja.

V Strategiji razvoja zdravstvene nege in zdravstvene oskrbe zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od leta 2011 do 2020 je zapisano, da v Sloveniji želimo sodobno, na dokazih obstoječo zdravstveno nego in oskrbo, ki bo osredotočena na potrebe pacienta, družine in širše družbene skupnosti. V Strategiji se spodbuja vertikalno in horizontalno izobraževanje s ciljem akademizacije profesije za potrebe razvoja stroke in razvoj kakovostnega visokošolskega poučevanja. poudarja se pomen razvoja vertikale izobraževanja v zdravstveni negi: magistrski in doktorski študij zdravstvene nege. Magistrice zdravstvene nege bodo usposobljene za prevzemanje odgovornosti za sistematično spremljanje kliničnega dela (aplikativno in akcijsko raziskovanje, spremljanje in izboljševanje kliničnega dela), vodenje timov za izboljševanje klinične prakse, bodo pobudnice sprememb in izboljšav, mentorice študentom in visokošolske učiteljice na prvi bolonjski stopnji. Doktorice zdravstvene nege bodo usposobljene za vodenje in usmerjanje kliničnih in temeljnih raziskav, za postavitve standardov, smernic, teorij in razvoj novih pristopov v



zdravstveni obravnavi. Strategija vključuje tudi usmeritve za razvoj specializacij (Strategija, 2012).

Skela Savič (2013) ugotavlja, da z razvojem specializacij dobimo dobre klinične strokovnjake, ki delujejo na zahtevni klinični obravnavi na nekem strokovnem področju. Če želimo razvoj stroke in umestitev le te kot pomembnega akterja v zdravstvenem sistemu, je potrebna sinergija med kliničnim delom in razvojem prakse. Razvojna znanja poda študij na strokovnem magisteriju, ki diplomanta opolnomoči z znanji in odgovornostmi za razvojne elemente, ki omogočajo kakovostno zdravstveno obravnavo pacienta in integracijo delovanja specialistov zdravstvene nege v zdravstveni sistem. Kakovosten magistrski študij zdravstvene nege v Sloveniji bo avtomatsko odprl vrata razvoju doktorskega študija, ker bo dal doprinos k dosegljivosti in kakovosti zdravstvene obravnave v Sloveniji.

V dokumentu **Podoba medicinske sestre, babice in tehnika zdravstvene nege** je Zbornica – Zveza zapisala: **Medicinska sestra** samostojno in avtonomno izvaja delo diplomirane medicinske sestre v skladu s temeljnimi odgovornostmi in področjem dela. Zdravstveno nego pacienta izvaja z upoštevanjem veljavnih strokovnih načel, smernic in standardov ter zagotavlja pacientu najvišjo možno raven varnosti in kakovosti v zdravstveni negi in oskrbi. Vrednota medicinske sestre je znanje, ki je temelj za doseganje ciljev in strokovnega napredka. Medicinska sestra si prizadeva prenašati svoje znanje in izkušnje na člane negovalnega tima in druge, ki vstopajo v proces izobraževanja. Podlago za delo predstavlja dosežena stopnja izobrazbe na ravni dodiplomskega visokošolskega strokovnega izobraževanja ter vseživljenjsko učenje. **Medicinska sestra specialistka** samostojno in avtonomno izvaja delo diplomirane medicinske sestre s specialističnimi znanji ter določene aktivnosti, prenesene s strani zdravnika. Pri tem uporablja visoko stopnjo kritičnega mišljenja in veščin ter ustrezno klinično presojo. Podlago za delo predstavljajo klinične specializacije kot oblika podiplomskega izobraževanja v zdravstveni negi in oskrbi. **Medicinska sestra magistrica zdravstvene nege** je zahtevnejše ocenjevanje zdravstvenega stanja in odločanje o diagnostičnih postopkih, priznane so klinične pristojnosti, zagotavljanje storitve svetovanja zdravstvenim izvajalcem, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje programov, prva kontaktna točka za stranke. Je nosilka in/ali izvajalka znanstvenoraziskovalne dejavnosti za področje zdravstvene nege in oskrbe, ki aktivno vključuje člane negovalnega in zdravstvenega tima. Je mentorica študentom in visokošolska učiteljica na prvi bolonjski stopnji. Podlago za delo predstavlja program druge stopnje zdravstvene nege po Bolonjski deklaraciji. **Medicinska sestra doktorica zdravstvene nege** prevzema vodilno vlogo pri določanju in zagotavljanju sprejemljivih standardov klinične zdravstvene nege, raziskovanja in izobraževanja na podlagi neposrednega vključevanja v proces zdravstvene nege in oskrbe. Je tudi visokošolska učiteljica predvsem na drugi in tretji bolonjski stopnji. Povezuje teoretična znanja s potrebami kliničnega okolja. Podlago za delo predstavlja program tretje stopnje zdravstvene nege po Bolonjski deklaraciji. Zaradi potreb po učinkovitem in kakovostnem vodenju zdravstveno negovalnih timov potrebuje medicinska sestra, vodja na vseh ravneh, dodatna znanja s področja vodenja in upravljanja (Zbornica – Zveza).

## Literatura

- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8.
- Allen, K., McAleavy, J.M. & Wright, S., 2012. An evaluation of the role of the Assistant Practitioner in critical care. *Nursing in Critical Care*, 8 (1), pp.14-22.

- Altmann, TK., 2011. Nurses' attitudes towards continuing formal education. *Nursing Education Perspectives*, 33(2), pp. 80-84.
- Begley, C., Elliott, N., Lator, J., Coyne, I., Higgins, A. & Comiskey, C.M., 2012. Differences between clinical specialist and advanced practitioner clinical practice, leadership, and research roles, responsibilities, and perceived outcomes (the SCAPE study). *Journal of Advanced Nursing*, 00 (0), pp. 1-18.
- Braeseke, G., Hernandez, J., Dreher, B., Bierkensock, J., Filkins, J., Preusker, U., Stocker G. & Waszkiewicz L. c/o BioMedizinZentrum Ruhr. Development and Coordination of a Network of Nurse Educators and Regulators (SANCO/1/2009). Final Report on the Project. European Commission, DG SANCO. Germany, 2009. Dostopno na: [http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/pilot\\_network\\_of\\_nurse\\_educators\\_final\\_report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/pilot_network_of_nurse_educators_final_report_en.pdf) (27.1.2016).
- Cassier-Woidasky A. K. Neurocritical Care Nursing, German perspective Nursing Education in Germany – Challenges and Obstacles in Professionalization. DHBW Stuttgart. ANIM 2013 NCS Joint Meeting| 24.01.2013 Dostopno na: [https://www.klinikum.uni-eidelberg.de/fileadmin/neurologie/pdf\\_downloads/ANIM2013/ANIM2013\\_Cassier-Woidasky.pdf](https://www.klinikum.uni-eidelberg.de/fileadmin/neurologie/pdf_downloads/ANIM2013/ANIM2013_Cassier-Woidasky.pdf) (27.1.2016).
- Christensen M., 2011. Advancing nursing practice: redefining the theoretical and practical integration of knowledge. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5-6), pp. 873-81.
- Delamaire, M.L. & Lafortune, G. Nurses in advanced roles. Paris: OECD; 2010.
- Drennan, J., 2012. Masters in nursing degrees: an evaluation of management and leadership outcomes using a retrospective pre-test design. *Journal of Nursing Management*, 20, pp. 102–112.
- Dury, C., Hall, C., Danan, J.L., Mondoux, J., Aguiar Barbieri-Figueiredo, M.C., Costa, M.A.M., & C. Debout, C., 2014. Specialist nurse in Europe: education, regulation and role. *International Nursing Review*, 61 (4), pp. 454-462.
- ICN. Framework of Competencies for the Nurse Specialist. Geneva: International Council of Nurses; 2009.
- Kendall-Gallagher, D., Aiken, L. H., Sloane, D. M. & Cimiotti, J. P., 2011. Nurse Specialty Certification, Inpatient Mortality, and Failure to Rescue. *Journal of Nursing Scholarship*, 43:2, pp. 188–194.
- Klemenc, D. Ažman, M. Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: strategija Zbornice – Zveze. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery S., eds. *Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi. 6. posvet Moja kariera - Quo vadis, Posvet z okroglo mizo*, 27. 3. 2013. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 37-47.
- Knight A. Pomen mentorstva, vodenja in raziskovanja za razvoj zdravstvene nege z uporabo naprednih znanj. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Zorc J, Skinder Savič K, eds. *Moja kariera – Quo vadis: Specializacije v zdravstveni negi - partnerstvo med zdravstveno nego in medicino. 4. posvet z mednarodno Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego*, 2011; 69.
- Nursing and Midwifery Council, 2008. Standards to support learning and assesment in practice.. Dostopno na: <http://www.nmc-uk.org/Documents/NMC-Publications/NMC-Standards-to-support-learning-assessment.pdf>. (28. 1. 2016).
- Palese, A., Zabalegui, A., Sigurdardottir, A. K., ; Bergin, M., Dobrowolska, B., Gasser, C., Pajnikihar, M. & Jackson, C., 2014. Bologna Process, More or Less: Nursing Education in the European Economic Area: A Discussion Paper. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 11(1), pp. 1-11.
- Zbornica – Zveza. Podoba medicinske sestre, babice in tehnika zdravstvene nege. Dostopno na: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/o-poklicu> (29. 1. 2016).
- Raholm, M. B., Hedegaard, B. L., Lofmark, A. & Slettebø, A., 2010. Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden – from Bachelor's Degree to PhD. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (9), pp. 2126-2137.
- Ross J., 2012. Nurse prescribing in the USA: a nurse prescribing practice report. *Nurse Prescribing*, 10(2), pp. 91-99.
- Skela Savič, B. Rezultati prve Delfi iteracije. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery S., eds. *Smernice izobraževanja v zdravstveni negi za program prve stopnje Zdravstvena nega (VS), 8. posvet Moja kariera - Quo vadis, Posvet z okroglo mizo*, 6. 5. 2015. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, pp. 1-32.
- Skela Savič B. Standardi kakovosti izobraževanja v zdravstveni negi: mednarodna praksa, stanje v Sloveniji. In Skela Savič B, Hvalič Touzery S. *Kazalniki kakovosti in ravni odgovornosti za kakovostno visokošolsko izobraževanje v zdravstveni negi/7. Posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera – quo vadis. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego*, 2014: 22-3.
- Standards for pre – registration nursing education. Nursing and Midwifery Council, 2010. Dostopno na: <http://www.nmc-uk.org/Educators/Standards-for-education/Standards-for-pre-registration-midwifery-education/> (29. 1. 2016).
- Standards to support learning and assessment in practice. 2008. Nursing and Midwifery Council, 2008. Dostopno na: <http://www.nmc-uk.org/Educators/Standards-for-education/Standards-to-support-learning-and-assessment-in-practice/> (29. 1. 2016).
- Starc A, Kos Grabnar E, Požun P. Predstavitev podlag za specializacije v zdravstveni negi v Sloveniji. In: Majcen Dvoršak S, Kvas A, Kaučič BM, Železnik D, Klemenc D, eds. *Zbornik predavanj 7. Kongresa zdravstvene in babiške nege Slovenije*, Ljubljana, 11.-13. Maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009:3.
- Vehviläinen-Julkunen, K., 2014. Doctoral education in nursing in Europe - A case from the Nordic perspective. [Singapore Nursing Journal](http://www.singaporejournal.com), 41(1), pp. 4-9.
- Wolff Skaalvik, M., Gaski, M. & Norby, B., 2014. Decentralized nursing education in Northern Norway: a basis for continuing education to meet competence needs in rural Arctic healthcare services. *International Journal of Circumpolar Health*, 73, pp. 1-7.



### 2.1.3. Analiza pridobljenih kompetenc za delo v zdravstveni negi v okviru izobraževalnega sistema in njihovo vrednotenje v državah Evropske Unije

S pregledom in analizo navedenih virov in raziskav smo ugotovili tri ključne kategorije: značilnosti kompetenc, razvoj kompetenc v zdravstveni negi, ocenjevanje kompetenc za uporabo v klinični praksi. Pregled virov je prikazan v tabeli 1.

Tabela 1: Rezultati analize in pregleda literature

Avtorji, leto objave	Raziskovalna metoda	Vzorec	Namen in cilj	Ključne ugotovitve
Sandvik, Fagerström (2010)	Kvantitativni pristop Fokusne skupine	39 študentov 2. letnika zdravstvene nege iz Univerze v vzhodni Finski	Opis kompetenc iz vidika zdravstvene nege. Ocenjevanje študentov in mentorjev o doseganju kompetenc.	Pomembno je kontinuirano spremljanje in ocenjevanje kompetenc med študijem da se zmanjša pomanjkljivo znanje z uporabo v praksi.
Wangenstein, Johansson, Björkström Nordström (2010)	Kvantitativni pristop NCS vprašalnik	618 anketirancev	Ugotavljanje pomena razvoja kompetenc v zdravstveni negi	Kritično mišljenje kot ena ključnih kompetenc omogoča sistemsko razmišljanje, klinično presojo in sposobnost za raziskovanje v zdravstveni negi
Istomina, Suominen, Razbadauskas, Martinkenas, Meretoja, Leino-Kilpi (2011)	Kvantitativna raziskava uporaba NCS vprašalnika	218 medicinskih sester na kirurških odd. bolnišnic v Litvi	Proučiti dejavnike, ki vplivajo na razvoj kompetenc v zdravstveni negi	Poleg izobraženosti na razvoj kompetenc in profesionalni razvoj med. sester vplivajo izkušnje, vse pa je povezano z kakovostjo izvajanja zdravstvene nege.
Sulosaari, Suhonen, Leino-Kilpi (2011)	Kvalitativni pristop Integrativni pregled literature	Pregled 21 študij	Opis kompetenc na področju zdravstvene nege v povezavi z zdravlili	Proučevanje področij za razvoj kompetenc. Ugotovljena 11 ključnih področij kompetenc: kot teoretične in praktične kompetence ter sposobnost odločanja in reševanja problemov.
Liaw, Scherpier, Klainin-Yobas, Rethans (2011)	Pregled virov 2000-2010	26 zadetkov	Pregled strategij usposabljanja v kliničnem okolju.	Strategije izobraževanja so usmerjene v razvoj kompetenc, sposobnosti kliničnega odločanja in skrb za kakovost in varnost za paciente.
Nieminen, Mannevaara, Fagerström (2011)	Kvalitativni pristop Intervju v fokusnih skupinah	26. ekspertnih-med. sester 8 študentov	Opis zahtevnejšega znanja n kompetenc v zdravstveni negi in ugotoviti vpliv na klinično prakso.	Za zahtevnejšo zdravstveno nego je potrebno razviti dodatne kompetence za ocenjevanje, management, komunikacijo, interdisciplinarno timsko delo in kulturo učnega okolja.
McCarthy, Cornally, & Courtney (2011)	Kvantitativni pristop e-vprašalnik	451 koordinatorjev izobraževanja ZN na Irskem	Raziskovanje vloge, pridobivanja kompetenc in izvajanja v klinični praksi.	Redno izvajanje zahtevnih praktičnih intervencij potrdilo 85% anketiranih, 60 % se ocenjuje za eksperte.
Banks, Roxburgh, Kane, Lauder, Jones, Kydd & Atkinson (2011)	Kvalitativni in kvantitativni pristop- Telefonski intervju, e vprašalnik	21. koordinatorjev 22 kliničnih mentorjev 95 študentov in 547	Ugotavljanje učinkovitosti razvoja kompetenc, zaupanja v sposobnosti in možnosti kariernega razvoja pri novo kvalificiranih medicinskih	Učinkovitost študijskega programa se najbolj kaže v samozaupanju in samostojni uporabi kliničnih spretnosti, ki se povečuje glede na letnik študija. Mentorji ocenjujejo

	Fokusne skupine	diplomantov na Škotskem	sestrah in diplomiranih babicah.	potrebo za več časa in nudenju podpore študentom pri učenju.
Papastavrou, Efstathiou, Tsangari, Suhonen, Leino-Kilpi, Patiraki, Karlou, Balogh, Palese, Tomietto, Jarosova & Merkouris (2012)	Kvantitativna raziskava comparativna študija uporaba vprašalnika CBI (Caring Behaviours Intntory 24)	1195 medicinskih sester v 34 bolnišnicah 1659 pacientov v 6 evropskih državah: Ciper, Češka, Finska, Grčija, Madžarska in Italija.	Ugotoviti skrbstveno vedenje, ki je povezano z uspešnostjo izvajanja kompetentne zdravstvene nege in primerjava med stališči pacientov in medicinskih sester Razvoj primerljive mednarodne raziskave.	Najbolj pomembne so kompetence povezane z znanjem, razumevanjem in veščinami za izvajanje kakovostne zdravstvene nege. Znanje in veščine se pridobijo z izobraževanjem in kliničnimi izkušnjami. Pokazale so se statistično pomembne razlike v zaznavanju pacientov in medicinskih sester.
Edmonds (2012)	Kvalitativni pristop Pregled literature	Primerjalna študija med USA, Avstralijo in Evropo	Primerjalna študija mednarodnih programov in razvoj kulturnih kompetenc študentov ZN.	Ugotovljene so podobnosti in razlike v pridobivanju znanja in kliničnih izkušenj študentov na študiju zdravstvene nege v tujini..
Perng, & Watson (2012)	Kvantitativni pristop Vprašalnik Nurse Cultural Competence Scale	172 izrednih študentov zdravstvene nege	Ugotavljanje nivojev razvoja kulturnih kompetenc za uporabo v klinični praksi	Ugotovljene so pomembne značilnosti kulturnih kompetenc: koncept razumevanja, zavedanja in senzitivnosti, znanje in veščine za uporabo v klinični praksi. Zaradi multikulturalnosti je poznavanje kulturnih kompetenc v izobraževanju pomembno.
Bradshaw, O'Connor, Egan, Tierney, Butler, Fahy, Tuohy, Cassidy, McNamara (2012)	Triangulacija Kombinacija metod Kvalitativni in kvantitativni pristop	Vzhodna Irska Fokusna skupina 13 študentov in 16 mentorjev Vprašalnik: 232 študentov in 837 mentorjev	Ocenjevanje kompetenc študentov zdravstvene nege v kliničnem okolju	Identificirali so okvir za ocenjevanje doseganja kompetenc v kliničnem okolju: priprava: sposobnosti ocenjevanja, dokumentiranja, nudenje podpore, organizacija dela, izvajanje procesa zdravstvene nege, vrednotenje uspešnosti. Ugotovili so potrebo po sodelovanju med delovnim in učnim okoljem.
Garside, Nhemachena (2013)	Kvalitativni pristop Pregled literature	-	Konceptualna analiza pojmov s pregledom literature	Kompetence so različno definirane. So ključna sestavina za zagotavljanje kakovostne in učinkovite zdravstvene nege in vključujejo generične kompetence, vedenje in holistični pristop k ocenjevanju.
Kajander, Salminen, Saarikoski, Suhonen & Leino Kilpi (2013)	Kvalitativni pristop s pregledom dokumentov in raziskav	7 raziskav 3 dokumenti	Pregled virov pregledom področij kompetenc za študente zdravstvene nege v EU	Identifikacija ključnih področij kompetenc v zdravstveni negi in primerjava med direktivo EQF ter EFN kompetencami
Numminen, Meretoja, Isoaho & Leino-Kilpi (2013)	Kvantitativna raziskava uporaba NCS vprašalnika	2083 medicinskih sester v Univerzitetni bolnišnici na v Finskem v letu 2007-2008	Proučevanje praktične uporabe kompetenc na različnih področjih zdravstvene nege. Izdelati nabor specifičnih kompetenc za posamezna strokovna področja	Pomembno je sistematično ocenjevanje, saj so dobre ocene kompetenc povezane z pogostostjo uporabe in pridobivanjem izkušenj ter aktivnostjo v klinični praksi. Ugotovili so razlike med strokovnimi področji.

Currie & Carr-Hill (2013)	Kvalitativni pristop	Pregled dokumentov	Standardizirati definicijo in internacionalni konsens o profilu medicinske sestre v EU.	Organizacije ICN, WHO, OECD različno definirajo zahtevane veščine za kvalifikacije medicinskih sester. Za veljavnost kvalifikacije v EU se predlaga uporaba standardov ICN in poenotenje definicij in vloge MS
Curtin, Martins, Schwartz-Barcott, DiMaria, Ogando, (2013)	Kvalitativni pristop Fokusna skupina	10 Izrednih študentov	Razvoj kompetenc za sposobnost kritičnega mišljenja in refleksije.	Spodbujanje študentov za razvoj sposobnosti refleksije v povezavi z kliničnimi izkušnjami je pomembne del doseganja učnih izidov in kompetenc.
Waite & McKinney (2014)	Kvalitativni pristop intervju	14 med. sester- izrednih študentov	Ugotavljanje kompetenc za vodenje tima.	Kompetence za vodenje ključne sposobnosti za reševanje konfliktov v timu in za krepitev samozaupanja.
Gardner (2014)	Kvalitativni pristop	Namenski vzorec-med. sestre z več kot 5 let kliničnimi izkušnjami	Učenje kliničnih ekspertov, ki postanejo učitelji zdravstvene nege in ugotavljanje razvoja kompetenc za izobraževanje v zdravstveni negi	Ugotovljenih 8 ključnih pedagoških kompetenc, potrebnih za učinkovito in uspešno poučevanje zdravstvene nege na fakulteti.
Trobec, Čuk, Istenič Starčič (2014)	Kvalitativni pristop Pregled in analiza literature od 200 do 2012	Slovenija 37 zadetkov	Preučevanje kompetenc v zdravstveni negi	Identificiranih bilo pet opisnih kategorij: kompetence zdravstvene nege; v kompetence usmerjeno učenje; učenje in razvoj kompetenc, učenje v kliničnem okolju; ocenjevanje kompetenc
Čuk, Trobec, Žvanut (2014)	Kombinacija metod fokusna skupina in vprašalnik	52 mentorjev	Ugotavljanje kompetenc kliničnih mentorjev	Uspešnost učenja in poučevanja v kliničnem okolju ter razvoj kompetenc študentov je povezan z mentorsko vlogo. Ugotavlja se pomanjkljivo razvite mentorske kompetence.
Antohe, Riklikiene, Tichelaar, Saarikoski (2015)	Kvantitativni pristop e-vprašalnik CLES+T	Študenti zdravstvene nege v štirih evropskih državah: Češka, Madžarska, Litva in Romunija	Ugotavljanje zadovoljstva študentov pri učenju v kliničnih okoljih	Študenti so večinoma zadovoljni z učenjem in pridobivanjem sposobnosti v kliničnem okolju ter z vlogo mentorstva.
Felton, Royal (2015)	Kvalitativni pristop Fokusne skupine	Velika Britanija Vzorec: 34 vodilnih v zdravstveni negi 15 učiteljev zdravstvene nege	Pregled razvoja kurikulumov za zdravstveno nego in ugotavljanje potrebnih kompetenc diplomantov	Ugotovljene so bila ključna področja za doseganje kompetenc v zdravstveni negi: profesionalne vrednote, učinkovitost, komunikacija in sodelovanje, zagotavljanje varnosti, ocenjevanje, planiranje, vodenje in management zdravstvene nege.
Ličen, Plazar (2015)	Kvalitativni pristop Pregled literature	Slovenija 7 zadetkov	Identificirati obstoječa orodja za merjenje kliničnih kompetenc.	Obstoj velikega orodja za merjenje kompetenc, večinoma vsaka država ima izdelan svoj

	od 2003 do 2013			merski inštrument za ugotavljanje uspešnosti razvoja kompetenc v zdravstveni negi.
Blažun, Kokol, Vošner (2015)	Bibliometrična analiza literature	Scopus baza podatkov 370 zadetkov od 1981 do 2012	Poiskati raziskave o kompetencah v zdravstveni negi	Število objav ima pozitiven trend, objave so na vseh 5 kontinentih, vendar ne vse v indeksiranih revijah..pregled po kaže zmedo v definiranju kompetenc v zdravstveni negi.
Čuk, Ličen, Štemberger Kolnik., Poklar Vatovec, Pucer, Žvanut (2015)	Kvantitativni pristop e vprašalnik	Študenti-257 Diplomanti-214 Delodajalci in mentorji- 169	Zadovoljstvo študentov in diplomantov s pridobljenimi kompetencami.	Študenti in diplomanti so v povprečju zadovoljni s pridobljenimi kompetenc bolj kot delodajalci in klinični mentorji. Razvit je bil pripomoček za stalno spremljanje pridobljenih kompetenc in zadovoljstvo delodajalcev.

### 2.1.3.1. Značilnosti kompetenc v zdravstveni negi

Garside in Nhemachena (2013), navajata, da so kompetence v zdravstveni negi obravnavane kot bistvena poklicna sestavina in lastnost medicinskih sester, ki jim omogoča zagotavljanje učinkovite zdravstvene nege. Istomina in sod. (2011) so opredelili splošne profesionalne in specifične klinične kompetence. Holističen vidik kompetenc vključuje spretnosti za izvajanje specifičnih nalog v klinični praksi in zmožnosti vključevanja teoretičnega znanja v povezavi z etičnimi vrednotami v aktualno klinično okolje z integracijo kognitivnih, učinkovitih in psihomotoričnih zahtev v praksi, ter razvoj sposobnosti za profesionalni razvoj. V zadnji fazi razvoja kompetenc je usposobljen profesionalc že pripravljen na širjenje profesionalnega znanja v skupnosti. V programe izobraževanja vključiti aktivne metode učenja in poučevanja, ki omogočajo uspešen razvoj splošnih in poklicno specifičnih kompetenc. Na Finskem so Kajander in sodelavci (2013) pregledali ključne dokumente evropskih inštitucij in primerjali področja ključnih kompetenc med dokumenti oz. predpisi Evropske unije, spremenjeno direktivo 2013/55/EU, evropskim združenjem za kakovost (EQF) in združenja EFN o razvoju izobraževanja zdravstvene nege v Evropi v zadnjih dveh desetletjih. Ugotovili so da 67 kompetenc, ki so jih združili v 8 ključnih področij kompetenc v zdravstveni negi, ki so: profesionalne in etične vrednote ter praksa; spretnosti zdravstvene nege in intervencije; komunikacija in medosebne sposobnosti; znanje in sposobnosti razumevanja; ocenjevanje in izboljševanje kakovosti v zdravstveni negi; profesionalni razvoj; menedžment, vodenje in timsko delo ter raziskovanje.. prav tako ugotavljajo, da še vedno primanjkuje določitev bolj specifičnih področij za razvoj kompetenc. Trobec in sod., (2014) ter Ličen in Plazar (2015) navajajo, da je specifičnost izobraževanja v zdravstveni negi v odnosu do nekaterih drugih znanstvenih in strokovnih disciplin, v tem, da se že v okviru formalnega študija prepletata teoretična in praktična dimenzija, zato je potrebno bolj sistematično povezati in s tem ustvariti ugodne pogoje za razvoj kompetenc.

### 2.1.3.2. Razvoj kompetenc v zdravstveni negi

V Švici so že avtorji Lindpaintner in sodelavci (2009) ugotavljali, kako definirati standarde za razvoj in ocenjevanje kompetenc v diplomskem študiju zdravstvene nege na multikulturnih

programih fakultet, da bi poenotili in optimizirali učne cilje za ocenjevanje izobraževanja. Ugotovili so, kako je pomembno da so strategije izobraževanja in klinično ocenjevanje poenotene na nivoju države, saj tako povečajo sodelovanje uspešnost in učinkovitost procesa izobraževanja. Z sistematičnim zbiranjem, analizo in poročanjem se poveča možnost za izobraževanje kakovostnih in primerljivih strokovnjakov v zdravstveni negi. Na Madžarskem je Tulkan (2010) v analizi razvoja kompetenc v izobraževanju zdravstvene nege ugotavljal pomanjkljivosti pri razvoju kompetenc v zdravstveni negi zaradi slabega sodelovanja med izobraževalnimi inštitucijami in učnimi bazami ter razkorak med učinkovitostjo praktičnega usposabljanja. Z ugotavljanjem učinkovitosti razvoja kompetenc z mednarodno primerjavo so identificirali štiri dobra področja: timsko delo, profesionalna in etična klinična praksa, komunikacija in usposobljenost za izvajanje procesa zdravstvene nege, najslabši rezultati pa so se pokazali na področju razvoja in raziskovanja v zdravstveni negi. Na Madžarskem so prav tako ugotovili podobne rezultate, razlika je bila le po razvrstitvi področij in sicer so na prvo mesto postavili kompetence za izvajanje zdravstvene nege, profesionalna in etična praksa, komuniciranje in timsko delo, prav tako zadnje pa področje za raziskovanje in razvoj.. Preučevanje razvoja kompetenc v zdravstveni negi se je v zadnjem času močno povečalo. Po mnenju številnih strokovnjakov so kompetence ključne pri opredelitvi kombinacije sposobnosti, spretnosti in znanja, ki jih medicinske sestre potrebujejo za zagotavljanje učinkovite in kakovostne zdravstvene nege. Zato bi morale izobraževalne organizacije svoje aktivnosti usmeriti v oblikovanje kompetenčno naravnanih študijskih programov, ki omogočajo razvoj ustreznih kompetenc (Trobec et al., 2014).

### **2.1.3.3. Ocenjevanje kompetenc za uporabo v klinični praksi**

Benner (2001) je ugotovila, da razvoj zdravstvene nege poteka s stopenjskim doseganjem kompetenc od novinca do eksperta in sedem ključnih področij za ocenjevanje razvoja kompetenc: vloge pomoči; . V kasnejših letih so različni avtorji nadgradili njen koncept, vendar na podlagi pregleda in analize virov ugotavljamo, da je vprašalnik« *Nurse Competence Scale (NCS)* najpogosteje uporabljen v raziskavah

Na profesionalni razvoj v zdravstveni negi vplivajo praktično izkustveno učenje, znanstvena spoznanja, podprta z opazovanjem, ter na dokazih temelječe raziskave, izvedene v klinični praksi zdravstvene nege. V večini tujih strokovnih virov se Benner (2001) navaja njen koncept o razvoju in stopenjskem doseganju kompetenc v zdravstveni negi, ki je bil osnova za najpogosteje uporabljen merski inštrument NCS, ki so ga številni avtorji (Meretoja, et al. 2002; Meretoja, 2002; Meretoja, et al., 2004; Istomina, et al., 2011; Wangensteen, et al., 2010) uporabili pri raziskovanju kompetenc v zdravstveni negi. Vprašalnik vključuje sedem ključnih področij kompetenc zdravstvene nege, od katerih je vsako področje opisano z različnimi merili. Za ocenjevanje stopnje kompetenc so uporabili lestvico VAS (*Visual Analogue Scale*), za ocenjevanje pogostosti uporabe pa štiristopenjsko Likertovo lestvico. Vprašalnik NCS je uporabila Wangensteen et al. (2010: 2170–2181) in na vzorcu 618 anketirancev ugotovila pomen razvoja kompetenc za kritično mišljenje, ki omogoča sistemsko razmišljanje, klinično presojo in raziskovanje v zdravstveni negi. V Sloveniji je delno uporabila kategorije NCS vprašalnika Čuk (2014) v doktorski raziskavi in Čuk in sodelavci (2015), v obširni raziskavi o zadovoljstvu s pridobljenimi kompetencami med študenti in diplomanti zdravstvene nege in prehranskega svetovanja ter delodajalci. Razvit merski inštrument omogoča longitudinalno spremljanje razvoja kompetenc in zadovoljstvo delodajalcev. Uporabljen merski inštrument vključuje sedem ključnih področjih kompetenc, ki

so zbrane v 73 trditvah: sposobnosti za izvajanje naloge skrbi in pomoči; področje poučevanja in mentorstva, diagnostične funkcije, vodenje in upravljanje izjemnih situacij, sposobnosti za izvajanje terapevtskih intervencij, zagotavljanje kakovosti in spretnosti za izvajanje delovnih nalog v zdravstveni negi.

#### 2.1.4. Razprava

Kompetentno izvajanje zdravstvene nege družba dandanes pričakuje od medicinskih sester, zato predstavlja vedno večji izziv, saj se soočajo z vse bolj kompleksnimi in zahtevnimi storitvami zdravstvene nege, s problemom zmanjševanja zaposlenih v zdravstveni negi zaradi pocenitve zdravstvenega varstva in z drugimi razvojnimi problemi (Garside in Nhemachena, 2013; Trobec in sod., 2014). Gopee (2011) priporoča, da se pri poučevanju vseh zdravstvenih strokovnjakov za razvoj kompetenc uporablja različne pristope, kot so izkustveno učenje, reflektivno prakso, učenje z delom in socialno učenje, problemsko učenje, učenje, temelječe na simulacijah, podporne oblike učenja in uporabo pristopov z napredno informacijsko tehnologijo. Pomembno pa je tudi zagotavljanje povratne informacije in možnost refleksije ter ocenjevanje uspešnosti med in ob zaključku vaj in nalog. Benner (2001) je navedena kot ključna raziskovalka na področju profesionalnega razvoja in ključnih kompetenc v zdravstveni negi. Melincavage (2011) je ugotavljal tudi kako pomembno je, da imajo razvite kompetence tudi klinični mentorji. Učno okolje mora razviti organizacijsko kulturo, ki omogoča zavedajo pomena učenja, saj se študenti kompetenc kot spretnosti in sposobnosti za izvajanje intervencij zdravstvene nege v času pridobivanja izkušenj v kliničnem okolju učijo s posnemanjem. Pomembne so tudi komunikacijske in socialne kompetence. Kinnell in Hughes (2010: 14) še navajata tudi, da le kakovostno poučevanje in učenje v kliničnem okolju omogoča razvoj kompetenc v zdravstveni negi. Učitelji in klinični mentorji morajo biti primerno izobraženi, da potrebujejo razvite kompetence za poučevanje,; imajo znanje, obvladajo učno snov, imajo pismene spretnosti; poučujejo zanimivo, razumljivo in sistematično, obvladajo učne situacije v različnih učnih situacijah in okoljih, imajo socialne kompetence, so fleksibilni ter upoštevajo vrednote in razvojne stopnje«.

### Literatura

- Antohe I, Riklikiene O, Tichelaar E, Saarikoski M. Clinical education and training of student nurses in four moderately new European Union countries: Assessment of students' satisfaction with the learning environment. *Nurse Educ Pract.* 2015; 15(12) Dec 23. pii: S1471-5953(15)00209-7. doi: 10.1016/j.nepr.2015.12.005.
- Athlin, E, Larsson, M, & SÖDerhamn, O 2012, 'A model for a national clinical final examination in the Swedish bachelor programme in nursing', *Journal Of Nursing Management*, 20, 1, pp. 90-101 12p, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed 12 January 2016.
- Banks, P, Roxburgh, M, Kane, H, Lauder, W, Jones, M, Kydd, A, & Atkinson, J 2011, 'Flying Start NHS™: easing the transition from student to registered health professional', *Journal Of Clinical Nursing*, 20, 23-24, pp. 3567-3576, MEDLINE, EBSCOhost, viewed 14 January 2016.
- Benner, Patricia (2001): *From novice to expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*; Commemorative Edition; New York; Prentice Hall; 13–214.
- Blažun H.Kokol P., Vošner J.2015. research literature production on nursing competences from 1981 till 2012: A biometric snapshot. *Nurse Education Today*; 35(5): 673-679.
- Bradshaw C.,O Connor M.,Egan G.,Tierney K.,Butler P.,Fahy A.,Tuohy D.,Cassidy I.,Quillinan B.,McNamara MC.2012. Nursing Student views of clinical competence assessment. *British Journal of Nursing*; 21(15)923-927.
- Caveião, C, Sanson Zagonel, I, Meister Coelho, I, Peres, A, Montezeli, J, & Kriscianne Venturi, K 2014, 'Students' Competences with Regard to Nursing Administration: an exploratory and descriptive research', *Online Brazilian Journal Of Nursing*, 13, 4, pp. 602-612 11p, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed 12 January 2016.
- Currie, E, & Carr-Hill, R 2013, 'What is a nurse? Is there an international consensus?', *International Nursing Review*, 60, 1, pp. 67-74 8p, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed 14 January 2016.

- Curtin, A, Martins, D, Schwartz-Barcott, D, DiMaria, L, & Ogando, B 2013, 'Development and Evaluation of an International Service Learning Program for Nursing Students', *Public Health Nursing*, 30, 6, pp. 548-556 9p, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed 14 January 2016.
- Čuk V. 2014. Mentorska vloga v kliničnem okolju: razvoj modela izkustvenega učenja v zdravstveni negi: doktorska disertacija, Koper: Univerza na primorskem, Pedagoška fakulteta; 251-263.
- Čuk, V-, Trobec, I, Žvanut, B. 2014 The development of students' competences from the perspective of a clinical environment and the mentor's role. *Revija za zdravstvene vede*, ISSN 2350-3610, 2014, vol. 1, no. 2, str. 44-56, ilustr. [COBISS.SI-ID 1537014212]
- Čuk, V., Štemberger Kolnik, T., Ličen, S., Bizjak, M-, Poklar Vatovec, T., Žvanut, B., Pucer P. 2015 Razvoj kompetenc v zdravstveni negi in prehranskem svetovanju - dietetiki. V: Hozjan, Dejan (ur.). Razvijanje kakovosti na Univerzi na Primorskem : [večavtorska znanstvena monografija]. Koper: Založba Univerze na Primorskem, str. 135-153, graf. prikazi, tabele. <http://www.hippocampus.si/ISBN/978-961-6963-65-7.pdf>. [COBISS.SI-ID 1537669060]
- Direktive 2013/55/EU of the European Parliament of the Council. 2013. Dostopno na: <http://eur-lex.europa.eu> ( 9. 1. 2016)
- Edmonds, ML 2012, 'An INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW of Study Abroad Programs for Nursing Students', *Nursing Education Perspectives*, 33, 1, pp. 30-34 5p, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed 14 January 2016.
- Felton A., Royal J. 2015. Skills for nursing practice. *Nurse Education in Practice*, 15(1);38-43.
- Gardner, SS 2014, 'From Learning to Teach to Teaching Effectiveness: Nurse Educators Describe Their Experiences', *Nursing Education Perspectives*, 35, 2, pp. 106-111 6p, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed 14 January 2016
- Garside JR, Nhemachena JZ. A concept analysis of competence and its transition in nursing. *Nurse education today*. 2013; 33(5): 541-45.
- Goope, N. 2011: *Practice Teaching in Health Care*. London, Sage; 27–71, 93–114.
- Istomina N, Suominen T, Razbadauskas A, Martinkenas A, Meretoja R, Leino-Kilpi H. Competence of nurses and factors associated with it. *Medicina (Kaunas)*. 2011; 47(4): 230-37.
- Kantor SA. 2010. Pedagogical change in nursing education: one instructor's experience. *The Journal of nursing education*. 49 (7): 414-17.
- Kinnell, D., Hughes P. 2010: *Mentoring Nursing and Healthcare Students*. London, Sage. 4-248.
- Liaw, S, Scherpbier, A, Klainin-Yobas, P, & Rethans, J 2011, 'A review of educational strategies to improve nurses' roles in recognizing and responding to deteriorating patients', *International Nursing Review*, 58, 3, pp. 296-303 8p, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed 12 January 2016.
- Ličen S, Plazar N. 2015. Identification of Nursing competency assessment tools as possibility of their use in nursing education in Slovenia.-A systematic literature review. *Nurse Education Today*.; 35(4): 602-608.
- Lindpaintner, L, Bischofberger, I, Brenner, A, Knüppel, S, Scherer, T, Schmid, A, Schäfer, M, Stoll, H, Stolz-Baskett, P, Weyermann-Etter, S, & Hengartner-Kopp, B 2009, 'Defining clinical assessment standards for bachelor's-prepared nurses in Switzerland', *Journal Of Nursing Scholarship: An Official Publication Of Sigma Theta Tau International Honor Society Of Nursing / Sigma Theta Tau*, 41, 3, pp. 320-327, MEDLINE, EBSCOhost, viewed 14 January 2016.
- McCarthy, G, Cornally, N, & Courtney, M 2011, 'Role, clinical competence and the professional development of practice nurses in Ireland', *Practice Nursing*, 22, 6, pp. 323-329 7p, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed 14 January 2016.
- Melincavage M., Sharon (2011): *Student Nurses Experience of anxiety in the clinical setting*. *Nurse Education Today* 2011(31): 785–789.
- Mortel TF, Bird JL. Continuous Curriculum Review in a bachelor of nursing program: preventing curriculum in improving quality. *Journal of Nursing Education*. 2010; 49(10): 592-95.
- Nieminen, A, Mannevaara, B, & Fagerström, L 2011, 'Advanced practice nurses' scope of practice: a qualitative study of advanced clinical competencies', *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 25, 4, pp. 661-670 10p, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed 12 January 2016.
- Numminen, O, Meretoja, R, Isoaho, H, & Leino-Kilpi, H 2013, 'Professional competence of practising nurses', *Journal Of Clinical Nursing*, 22, 9/10, pp. 1411-1423 13p, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed 12 January 2016.
- Papastavrou, E, Efstathiou, G, Tsangari, H, Suhonen, R, Leino-Kilpi, H, Patiraki, E, Karlou, C, Balogh, Z, Palese, A, Tomietto, M, Jarosova, D, & Merkouris, A 2012, 'A cross-cultural study of the concept of caring through behaviours: patients' and nurses' perspectives in six different EU countries', *Journal Of Advanced Nursing*, 68, 5, pp. 1026-1037, MEDLINE, EBSCOhost, viewed 14 January 2016.
- Perng, S, & Watson, R 2012, 'Construct validation of the Nurse Cultural Competence Scale: a hierarchy of abilities', *Journal Of Clinical Nursing*, 21, 11/12, pp. 1678-1684 7p, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed 14 January 2016.
- Sandvik, A, & Fagerström, L 2010, 'Nursing students' self-evaluation of professional caring competence in the midst of education', *Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden*, 30, 2, pp. 23-28 6p, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed 12 January 2016.
- Sulosaari, V, Suhonen, R, & Leino-Kilpi, H 2011, 'An integrative review of the literature on registered nurses' medication competence', *Journal Of Clinical Nursing*, 20, 3/4, pp. 464-478 15p, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed 12 January 2016.
- Kajander, L Salminen L, Saarikoski M, Suhonen R, & Leino Kilpi H. 2013, 'Competence areas of nursing students in Europe', *Nurse Education Today*, 33, 6, pp. 625-632 8p, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed 12 January 2016.
- Trobec I, Čuk V, Istenič Starčič A., 2014. Kompetence zdravstvene nege ter opredelitev strategij

- razvoja kompetenc na dodiplomskem študiju zdravstvene nege. *Obzornik Zdravstvene nege*, 48 (4) pp.310-322.<http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.4.38>.
- Tulkan, I 2010, 'Apoloi kompetenciak merese kulonos tekintettel a teruleti gyakorlatokra', *Apoloi Kompetenciak Merese Kulonos Tekintettel A Teruleti Gyakorlatokra*, pp. 155 p-155 p 1p, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed 12 January 2016.
- Tuning general brochure 2010. Introduction to Tuning. European Union Directorate of Education and Culture , Bruxelles. Dostopno na: [http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/documents/General\\_Brochure\\_final\\_version.pdf](http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/documents/General_Brochure_final_version.pdf). (12.1 2016)
- Waite, R, & McKinney, N 2014, 'Enhancing Conflict Competency', *ABNF Journal*, 25, 4, pp. 123-128 6p, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed 14 January 2016.
- Wangenstein S, Johansson IS, Björkström ME, Nordström G. 2010. Critical thinking dispositions among newly graduated nurses. *Journal of Advanced Nursing*,66(10): 2170-2081.
- WHO (2001). European Strategy for nursing and midwifery education. Dostopno na: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/125744/E72918.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/125744/E72918.pdf) (9.1.2016)
- Zbornica –Zveza, *Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije,Zveza strokovnih društev, medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije*. 2014. Dostopno na: [www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/o..](http://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/o..)(12.1.2016)

## **2.1.5. Analiza modelov razvoja in krepitve zdravstvene nege kot znanstvene discipline: primeri učinkovite prakse v EU**

### **2.1.5.1. Razumevanje koncepta zdravstvene nege kot znanstvene discipline**

Rodríguez (2008) navaja razmislek o konceptu znanosti zdravstvene nege, ki vključuje razpravo o znanstveni paradigmi zdravstvene nege in obravnavo pojma znanosti na splošno. Poudarja, da je potrebno razmišljanje o središču interesov ali bistva stroke zdravstvene nege, o vplivu različnih paradigem pri razumevanju središča interesov in podpiranje razvoja znanja zdravstvene nege z vidika multiple paradigmatске perspektive.

Razumevanje koncepta zdravstvene nege kot znanstvene discipline lahko odpira številne polemike, tako v strokovnem in profesionalnem smislu, kot tudi v širšem družbenem okolju. Kot navaja Chin (2008) se v razumevanju koncepta zdravstvene nege kot znanstvene discipline odpirajo vrste razprav in polemik, ki nastajajo v zvezi v zadevami, ki zahtevajo osredotočenost na samo disciplino. Avtorica navaja, da je v razumevanju koncepta potrebna določena intelektualna zrelost, ki je kolektivno potrebna za napredovanje v disciplino. Navaja, da je potrebno, da so vse perspektive jasno vidne, kot tudi naj bo odprta možnost za razpravo s cilji določanja potrebnih standardov stroke in sprejetih ter prevladujočih stališč v zvezi z omejitvami stroke.

Temelj profesionalne zdravstvene nege je osredotočenost v partnerstvo med bolnikom (družino in skupnostjo) in medicinsko sestro. Poudarek na partnerstvu je znan že iz zgodovine zdravstvene nege in je znak obstoja profesije (Jones, 2005). Avtorica odpira številna vprašanja na področju artikulacije in diferenciacije izobraževanja medicinskih sester na vseh ravneh, vrednotenja prenosa znanosti zdravstvene nege v prakso, ali se teorija zdravstvene nege vrednoti in se uporablja za usmerjanje raziskav s področja zdravstvene nege. Navaja, da se medicinske sestre sicer strinjajo, da so raziskovanje in razvoj znanja bistvenega pomena za razvoj stroke, vendar pa nekateri predlogi s strani združenj medicinskih sester izpodbijajo potrebe po ustvarjanju novih vlog medicinskih sester in pomena doktorskega študija. Poleg medprofesionalnega povezovanja je nujno potrebno ohraniti edinstvene prispevke, ki jih lahko ponudi le zdravstvena nega, saj brez tovrstnih znanj disciplina ne more pridobiti ustrezne opredelitve za legitimne znanosti.



Javno razumevanje zdravstvene nege zna biti zelo omejeno (O'Shea, n.d). Če povprečnega človeka vprašamo, kaj medicinska sestra počne, je najbolj verjetno, da pove, da sledi zdravnikovim navodilom. Le redki se zavedajo, da medicinske sestre ocenjujejo bolnikovo stanje, sprejemajo kritične odločitve, zagotavljajo celovitost, bolnike in njihove svojce poučujejo o izvajanju oskrbe, zagotavljajo udobje, bolnike spremljajo v nekaterih najhujših in najboljših trenutkih človekovega obstoja. Večina ljudi, ki nimajo neposredne povezave do zdravstvenega varstva, so močno presenečeni, da lahko medicinske sestre pridobijo višje funkcionalne naloge na področju zagotavljanja zdravstvenega varstva, da so lahko voditelji na različnih področjih delovanja in da lahko vplivajo na oblikovanje zdravstvene politike, ipd. Pires (2009) navaja, da ima zdravstvena nega še vedno atribute poklica, kot tudi koncepte znanstvene discipline, in da mora biti postavljen zgodovinski in družbeni kontekst prakse zdravstvene nege. Ugotavlja, da se zdravstvena nega kot družbene veda in disciplina sooča z znanstvenimi in političnimi izzivi, ki zahtevajo stalen nadzor.

Sharts-Hopko in Nancy (2013) navajata, da na dokazih podprta praksa zahteva inherentno transdisciplinarno razmišljanje izven mej obstoječih teorij. Doktoranti zdravstvene nege morajo biti usposobljeni za izvajanje na dokazih podprte prakse v stabilnih okoljih, kot tudi za njihovo reševanje v najbolj dinamičnih in nejasnih pogojih. Martin (2011) navaja, da v nemško govorečih državah manjka izgradnja teorije zdravstvene nege in da je nivo gradnje teorije občutljiv pokazatelj intelektualnega stanja discipline. Predlaga pospošitev teoretičnega diskurza v smeri razvoja teorije zdravstvene nege na induktiven način, v kombinaciji s poudarki iz bolnikove perspektive.

Vpliv, ki temelji na dokazih podprte prakse odmeva v praksi zdravstvene nege, izobraževanju in znanosti. Poudarja potrebo za izboljšanje kakovosti in zdravstvenega preoblikovanja v smislu, da postane zdravstvena nega učinkovita in varna. V skladu s številnimi priporočili za implementacijo na dokazih podprte prakse je potrebno vključevati razvoj klinične prakse, izobraževanje in preoblikovanje kurikulumov, vpeljavo modelov in teorij razvoja; znanstveno sodelovanje v novih področjih raziskav in razvoj nacionalne raziskovalne mreže za izboljšanje študija zdravstvene nege (Stevens, 2013).

Almeida, et al., (2009) navajajo, da je kritično razmišljanje osnova v zdravstveni negi. Poleg kritičnega razmišljanja so v zdravstveni negi pomembne tudi druge dimenzije znanja, ki so povezane s praktičnimi in rutinskimi izkušnjami, vključno z drugimi pristopi znanja, ki so osredotočene na ontološke, eksistencialne, dialoške in druge dimenzije. Williams, et al., (2012) so proučevali stanje na področju ruralne zdravstvene nege in uporabe teoretičnih načel, ki usmerjajo podkomponente discipline. Zagotovili so, da so raziskave v ruralni zdravstveni negi razdrobljene in da nimajo trdnih teoretičnih osnov.

Salzmann-Erikson & Eriksson (2015) pa v zdravstveni negi kot znanstveni disciplini razpravljajo o virtualni razsežnosti človeka v odnosu do ontoloških predpostavkah v znanosti zdravstvene nege, v virtualnih identitet, techno-terapije in cyber zdravstvene nege. Navajata k razpravi o postmodernem razumevanju človekovih življenjskih razmer v družbi in predlagata nadaljnje teoretične razprave za raziskovanje konceptualne in teoretične ravni znanja v zdravstveni negi.

Fierz, et al., (2014) so proučevali kršitve znanstveno – raziskovalnih načel v zdravstveni negi. Ugotovili so, da obstaja malo empiričnih podatkov glede razširjenosti znanstvenih kršitev na področju znanosti zdravstvene nege in da razpoložljivi dokazi pokažejo podobne rezultate razširjenosti kršitev kot v drugih znanstvenih vedah. V raziskavah bodočih diplomiranih medicinskih sester beležijo kršitve od 4% do 17% v smislu ponarejanja

podatkov, medtem ko je 8,8% do 26,4% plagiatorskih raziskav. Dejavniki tveganja za kršitve znanstveno – raziskovalnih načel obstajajo na makro, mezo in mikro ravni raziskovalnega sistema.

National Institute of Nursing Research ima kot navajata avtorici Grady in Lucio Gough, (2015) pripravljene prednostne naloge in smernice za napredovanje zdravstvene nege v vrhunsko znanost, ki bo prispevala k izboljšanju javnega zdravja v naslednjih 30 letih. Ugotovljeno je bilo, da je inštitut z izvedbami lastnih raziskav imel velik vpliv na zdravje v zadnjih 30 letih in da je še vedno v najboljšem položaju, da še naprej obravnava najpomembnejše zdravstvene izzive. Ključen je bil pri vzpostavitvi znanstvenih temeljev, spodbujanju inovacij, izvajanju interdisciplinarnih raziskav in razvoj primernih pristopov, ki povečujejo zdravje in prispevajo k splošni blaginji za posameznike v vseh življenjskih obdobjih. V svojem strateškem načrtu se inštitut osredotoča na izkoriščevanje prednosti znanosti zdravstvene nege skozi ustrezno pripravljen ambiciozni raziskovalni program, ki bo pokrival trenutne in prihodnje potrebe v zdravstvu in zdravstveni negi, poleg tega pa bo izvajal prednostne naloge. Strateški načrt vsebuje štiri ključna področja:

- »Symptom Science — Promoting Personalized Health Strategies«,
- Promocija zdravja in preprečevanje bolezni,
- »Self-Management«-Izboljšanje kakovosti življenja posameznikov s kronično boleznijo in
- »End-of-Life«, paliativna oskrba, znanost o sočutju.

Inštitut opredeljuje prednostne naloge in prihodnje usmeritve za nadaljnji razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Usmerjen je v prihodnje zdravstvene izzive in v inovativne tehnologije. Razumevanje temeljev bioloških sistemov in njihov vpliv na simptome in pogoje še vedno ostaja najbolj obetavno področje znanosti zdravstvene nege, vključno z osrednjimi področji, kot so genomika, proteomika, metabolomika, in nutrigenomika. Pomembna je tudi »biobehavioral znanost zdravstvene nege«, saj je pomembno raziskovanje med vedenjem in zdravjem, kot tudi zbiranje podatkov, inovativne metodologije in vlaganje v »nurse scientist training«.

University of Minnesota, School of Nursing, Minneapolis, skupaj z ostalimi devetimi fakultetami v ZDA (2015 a) in z American Academy of Nursing, z American Association of Colleges of Nursing, in z National Institute of Nursing Research poudarjajo pomembnost vključevanja novih področij znanosti v doktorske programe zdravstvene nege, osredotočanje na medsektorska vprašanja, ki izhajajo iz opozoril o edinstvenem poudarku znanosti zdravstvene nege. Prav tako vse naštetih fakultete (University of Minnesota, School of Nursing, Minneapolis in ostale, 2015 b) se osredotočajo na nastajajoča področja znanosti in tehnologije, ki vplivajo na sposobnost raziskovalno usmerjenih doktorskih programov za usposabljanje diplomantov v zdravstveni negi.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Avtor(ji), leto	Raziskovalni dizajn (kvalitativni ali kvantitativni)*	Vzorec	Namen raziskave oz. cilji članka	Ključne ugotovitve
Loke, et al., (2012)	Mešani raziskovalni pristop,	146 medicinskih sester	Namen raziskave je bil ugotoviti dožemanje medicinskih sester o	Medicinske sestre izražajo močno zavzetost za izvajanje raziskav. Potreben je prehod od

	uporaba ankete		znanju in izkušnjah o raziskovanju in opredelitev morebitnih vrzeli v izobraževanju medicinskih sester, s poudarki na raziskovalni zmogljivosti in organizacijski podpori.	izobraževanja za izvajanje raziskav k dejanskemu raziskovanju. Potrebna je močna organizacijska podpora, ki vključuje čas in finančno podporo za raziskovanje. Potrebno je povečanje zavzetosti za raziskovanje v neposrednih kliničnih okoljih.
Stetler, et al., (2014)	Kvalitativna raziskava v dveh bolnišnicah, študija primera, intervju		Namen raziskave je bil odkriti, kaj vodje na različnih ravneh in v različnih vlogah dejansko počnejo in kakšne ukrepe sprejemajo za razvoj, krepitev in ohranjanje na dokazih podprte prakse.	Rezultati odražajo hierarhično paleto strateškega in funkcionalnega vedenja. Ugotovljenih je bilo 10 vedenjskih področij, vsa vedenja so medseboj povezana in sinergična.
Dogherty, et al., (2013)	Kvalitativna raziskava	20 kanadskih medicinskih sester	Namen raziskave je bil opisati znanje in izkušnje medicinskih sester za implementacijo na dokazih podprte prakse.	Ugotovljeni so bili različni dejavniki, ki vplivajo na implementacijo na dokazih podprte prakse. Med pozitivne dejavnike spadajo osredotočanje na prednostno vprašanje, pridobitev ustreznih dokazov, razvoj strateških partnerstev, uporaba različnih strategij za izvedbo sprememb, povezovanje različnih značilnosti in pristopov. Med negativne dejavnike, ki vplivajo na implementacijo sodijo slabo poslovanje, konflikti, kontekstualna vprašanja, neustavljeno vrednotenje in trajnostni razvoj.
Linton & Prasun (2013)	Opisna raziskava, anketa	286 medicinskih sester	Namen raziskave je bil v proučevanju prakse dela medicinskih sester. Želeli so ugotoviti, ali delo medicinskih sester temelji na dokazih podprti praksi.	Ugotovljeno je bilo, da 43% medicinskih sester navaja, da izvaja na dokazih podprto prakso. 50% medicinskih sester je navedlo, da imajo sposobnosti za ugotavljanje veljavnosti dokazov.
Yoder, et al., (2014)	Opisna presečna raziskava, anketa	112 medicinskih sester	Namen raziskave je bil ugotoviti, kako medicinske sestre uporabljajo rezultate raziskovalnega dela v klinični praksi, katero obliko znanj uporabljajo in kateri osebni, strokovni in organizacijski dejavniki vplivajo na uporabo izsledkov raziskav v praksi.	Rezultati navajajo, da medicinske sestre uporabljajo različne oblike znanj, ki so pridobljene na osnovi osebnih izkušenj. Ovire za izvajanje na dokazih podprte prakse so še vedno v pomanjkanju časa, sredstev in financ.
Sandström, et al., (2010)	Pregled literature		Sistematični pregled literature v zvezi z vodenjem morebitnega vpliva na proces izvajanja na dokazih podprte prakse.	Ugotovitve lahko razdelimo v tri glavna področja: (1) značilnosti vodje, (2) značilnosti organizacije in (3) značilnosti kulture. Rezultati kažejo, da je vodstvo ključnega pomena za proces izvajanja na

				dokazih podprte prakse in tudi poudarja, da je pomemben dejavnik organizacija in kultura, v kateri vodja deluje.
Potemba, et al., (2008)	Primerjalna presečna raziskava		Namen raziskave je bil ugotoviti, ali zdravstvena nega izpolnjuje in zagovarja cilje znanstvenega razvoja discipline in priprave za akademsko kariero.	Ugotovljene so bile razlike v številu državnih inštitutov, štipendij namenjenih raziskovanju, znesku dodeljenih sredstev, kot tudi v številu fakultet. Rezultati so pokazali, da dosednji sistem doktorskega izobraževanje v zdravstveni negi ne pripravlja zadostno število potrebnih doktorantov za namen upokožitev ali razširitev zmogljivosti. Pomanjkanje medicinskih sester z doktoratom prizadane razvoj znanstvene discipline. Pomembna je sposobnost discipline za ustvarjanje in uporabo znanosti. Med strategijami za izboljšanje je razvoj doktorskega študija na področju klinične zdravstvene nege in s tem doktorantov zdravstvene nege v kliničnem okolju.
Patterson Kelly, et al., (2013)	Kvalitativna raziskava analiza vsebin	160 anket	Namen raziskave je bil ugotoviti moderatorje in ovire v povezavi z vodenjem raziskovalnega dela medicinskih sester v bolnišnicah v ZDA in pripraviti program raziskovanja.	Ugotovili so, da imajo medicinske sestre iz hospitalnih okolij znanje, da identificirajo težave v procesu raziskovanja. Potrebni so mentorji na področju raziskovalnega dela. Raziskava ponudi priporočila za izgradnjo oz. širjenje raziskovalnega dela.
McDermid, et al., (2012)	Pregled literature		Namen pregleda je bil dokazati pomanjkanje fakultet v Avstraliji in v mednarodnem prostoru.	Analiza literature predloži dokaze, da je akademsko okolje kompleksen in edinstven prostor, z različnimi vlogami in odgovornostmi za izobraževanje medicinskih sester.
Caldwell, et al.,(2011)	Pregled literature		Namen je bil postaviti nov okvir za kritični pregled raziskav v okviru kvantativne in kvalitativne paradigme raziskovanja študentov zdravstvene nege na dodiplomskem in podiplomskem nivoju s strani medicinskih sester.	Ugotovljeno je bilo, da so magistrskim in doktorskim študentom pogosto podana bolj zahtevna raziskovalna dela.
Short (2008)	Analiza stanj		Namen članka je povzemanje strategij za spodbujanje partnerstva med akademskim in kliničnim okoljem.	Brez časa za spodbujanje sinteze konceptov politike, povezanih s klinično prakso medicinske sestre nimajo podlage za nadaljnje raziskovanje in lahko ostanejo naivno pod vplivom politike skozi celotno profesionalno pot.

Skela Savič (2009)	Pregled literature		Namen članka je bil v primerjavi slovenskega raziskovalnega in razvojnega dela v zdravstveni negi s tujim.	Slovenski avtorji so osredotočeni na pomembnost raziskovalnega in razvojnega dela v zdravstveni negi. Poudarjajo potrebno usposobljenost za izvajanje raziskovalnih strategij. Tuji avtorji so pretežno predstavili rezultate kliničnih raziskav, skupaj z analizo pogojev za nadaljnje raziskave.
Bond, et al., (2011)	Opisna raziskava, pregled literature		Namen članka je bil v preverjanju, ali raziskovalna dela medicinskih sester temeljijo na vključevanju teoretičnih izhodišč zdravstvene nege in teorij na splošno.	Rezultati pregleda literature navajajo, se teorija uporablja kot okvir organizacijskega znanja. Povečanje števila raziskovalnih člankov je v skladu s teorijo. Novejše raziskovalne metode izrecno ne navajajo uporabo teorije zdravstvene nege.
Penn Nursing Science, School of Nursing, University of Pennsylvania				Penn Nursing Science, School of Nursing, University of Pennsylvania je ena izmed redkih visokošolskih zavodov s področja zdravstvene nege, ki v svojih raziskovalnih laboratorijih nudi in omogoča povezovanje z različnimi strokovnjaki na področju prehrane, fiziologije, nevroznanosti, biokemije, genetike in drugih.
Virani, T. (2012)				Canadian Nurse Association opisuje pet vrst panožnih modelov oskrbe: medpoklicni kolaborativni tim, tim voden s strani medicinskih sester, case management, modeli bolnikove oskrbe in modele deljene oskrbe.
Scochi, et al., (2015)	Opisna, analitična raziskava	18 doktorskih programov	Namen raziskave je bil analizirati nastanek in uspešnost doktorskih nalog.	Rezultati navajajo, da je bilo 502 doktorskih tez najbolj vezanih na spletni raziskovalni pristop v zdravstvu in zdravstveni negi. Obstajajo vrzeli v znanju, v teoretičnih in filozofskih temeljih zgodovine zdravstvene nege in etike. Obstajajo tudi slabosti v metodološkem oblikovanju tez, s katerimi prevladujejo opisne in/ali raziskovalne študije, kar je bilo v skladu z mednarodnimi standardi s predlogi za raziskave disciplin in strategij v oblikovanju doktorskih študijev.
Grady, & Lucio Gough, (2015)			Izvajanje raziskav za izboljšanje zdravja in zdravstvenega varstva prek financiranja znanosti zdravstvene nege.	National Institute of Nursing Research je pripravil prednostne naloge in smernice za napredovanje zdravstvene nege v vrhunsko znanost, ki bo prispevala k izboljšanju javnega zdravja v naslednjih 30 letih.
Flatley Brennan, & Bakken, (2015)	Pregled podatkovnih baz v zdravstvu in		Namen pregleda je ugotoviti, ali imajo velike pobude za zbiranje podatkov v zdravstvu	Obstoječi pristopi do velikega nabora podatkov zagotavljajo potreben, vendar ne zadosten temelj za zdravstveno nego, ki

	zdravstveni negi		koristi za večjo integracijo z znanostjo in prakso zdravstvene nege.	sodeluje v veliki podatkovni revoluciji.
--	---------------------	--	---	---

## Literatura

- [Almeida, M.C.](#), [Mishima, S.M.](#), [Pereira, M.J.](#), [Palha, P.F.](#), [Villa, T.C.](#), [Fortuna, C.M.](#), & [Matumoto, S.](#), 2009. Nursing as a discipline: what scientific knowledge field identifies the profession? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5): pp. 748-52.
- Bond, A.E., Eshah, N.F., Bani-Khaled, M., Hamad, A.O., Habashneh, S., Kataua', Hussein, Al-Jarrah, I., Kamal, A.A. Falastine, R., & Maabreh, R., 2011. Who uses nursing theory? A univariate descriptive analysis of five years' research articles. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(2): pp. 404-409
- Caldwell, K., Henshaw, L., & Taylor, G., 2011. Developing a framework for critiquing health research: An early evaluation. *Nurse Education Today*, 31, pp. 1-7.
- Chin, P.L., 2008. The discipline of Nursing. *Advances in Nursing Science*, 31,(1), pp. 1.
- Dogherty, E. J., Harrison, M.B., Graham, I.D.; Digel Vandyk, A. & Keeping-Burke, I., 2013. Turning Knowledge Into Action at the Point-of-Care: The Collective Experience of Nurses Facilitating the Implementation of Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10:(3), pp. 129–139.
- [Fierz, K.](#), [Gennaro, S.](#), [Dierickx, K.](#), [Achterberg, T.](#), [Morin, K. H.](#), & [Geest, S.](#), 2014. Scientific Misconduct: Also an Issue in Nursing Science? *Journal of Nursing Scholarship*, 46, (4): pp. 271-280.
- Flatley Brennan, F., & Bakken, S., 2015. Nursing Needs Big Data and Big Data Needs Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 47, 5, pp. 477–484.
- Grady, P.A., & Lucio Gough, L., 2015. *Nursing Science: Claiming the Future*, 47:6, pp. 512–521.
- Jones, D. A., 2005. Are We Abandoning Nursing as a Discipline? *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*, 19,(6), pp. 275- 277.
- Linton, M. J. & Prasnun, M.A., 2013. Evidence-based practice: collaboration between education and nursing management. *Journal of Nursing Management*, 21, pp. 5–16
- Loke, J.F.C., Mary, M.C., & Laurenson, K.W., 2012. Embracing a culture in conducting research requires more than nurses' enthusiasm. *Nurse Education Today*, 34, pp. 132–137.
- Sandström, B., Borglin, G., Nilsson, R., & Willman A., 2011. Promoting the Implementation of Evidence-Based Practice: A Literature Review Focusing on the Role of Nursing Leadership. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, pp. 212.
- [Scochi, C.G.](#), [Gelbcke, F.L.](#), [Ferreira Mde, A.](#), [Lima, M.A.](#), [Padilha, K.G.](#), [Padovani, N. A.](#), & [Munari, D.B.](#), Nursing Doctorates in Brazil: research formation and theses production. *Revista Latino – Americano de Enfermagem*, 23(3): pp. 387-394.
- Skela Savič, B., 2009. Nursing care and research: some factors influencing the development of nursing as a scientific discipline in Slovenia. *Obzornik zdravstvene nege*, 43(3): 209-222.
- [Sharts-Hopko, & Nancy, C.](#), 2013. Tackling complex problems, building evidence for practice, and educating doctoral nursing students to manage the tension. *Nursing Outlook*, 61(2), pp. 102-108.
- Stevens, K., 2013. The Impact of Evidence-Based Practice in Nursing and the Next Big Ideas. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 18, (2) Manuscript 4.
- [Moers, M.](#), [Schaeffer, D.](#), & [Schnepp, W.](#), 2011. Too busy to think? *Pflege*, 24(6): 349-360.
- McDermid, F., Peters, K., Jackson, D., & Daly, J., 2012. Factors contributing to the shortage of nurse faculty: A review of the literature. *Nurse Education Today*, doi:10.1016/j.nedt.2012.01.011.
- Patterson Kelly, .P.; Turner, A., & Gabel Speroni, K., 2013. National Survey of Hospital Nursing Research, Part 2 The Journal of Nursing administration, 43, pp. 18-23.
- Pires , D., 2009. Nursing as discipline, profession, and labour. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), pp. 739-744.
- Penn Nursing Science. Laboratory of Innovative and Translational Nursing Research. Dostopno na: <http://www.nursing.upenn.edu/research/onr/nursing-research-lab/Pages/Nursing-Research-Lab.aspx>.
- [Rodríguez, L.S.](#), 2008. A reflection on 'nursing science'. *Enfermeria Clinica*, 18(5): pp. 262-268.
- Potempa, K. M., Redman, R.W., & Andreson C. A., 2008. Nursing Science: Issues and Challenges. *Journal of Professional Nursing*, 24 (6), pp. 329-336.
- Short, N.M., 2008. Influencing Health Policy Strategies for Nursing Education to Partner with Nursing practice. *Journal of Professional Nursing*, 24, (5): pp. 264-269.
- Stetler, C.B., Ritchie, A.J., Malone, J.R., & Charns, M.P., 2014. Leadership for Evidence-Based Practice: Strategic and Functional Behaviors for Institutionalizing EBP. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11,(4), pp. 219–226.
- University of Minnesota, School of Nursing, Minneapolis, Marquette University, Milwaukee, U.S. Department of Veterans Affairs, Office of Nursing Services, Washington, Columbia University, School of Nursing, New York, University of Iowa, College of Nursing, Iowa City, Yale University, School of Nursing, West Haven, University of Pittsburgh, School of

Nursing, Pittsburgh, University of Michigan, School of Nursing, Ann Arbor, University of Washington, School of Nursing, Seattle, Case Western Reserve University, Frances Payne Bolton School of Nursing, Cleveland, 2015 a. Emerging areas of nursing science and PhD education for the 21st century: Response to commentaries. *Nursing Outlook*, 63(4), pp. 439-445.

University of Minnesota, School of Nursing, Minneapolis, Marquette University, Milwaukee, Columbia University, School of Nursing, New York, Yale University, School of Nursing, West Haven, University of Iowa, College of Nursing, Iowa City, U.S. Department of Veterans Affairs, Office of Nursing Services, Washington, University of Pittsburgh, School of Nursing, Pittsburgh, University of Michigan, School of Nursing, Ann Arbor, Case Western Reserve University, Frances Payne Bolton School of Nursing, Cleveland, University of Washington, School of Nursing, Seattle, 2015 b. Integrating emerging areas of nursing science into PhD programs. *Nursing Outlook*, 63(4), pp. 408-416.

O'Shea, H., n. d. Science, technology, and culture have stirred rapid change. *The State of the Discipline in Nursing*. Dostopno na: [http://www.emory.edu/ACAD\\_EXCHANGE/2001/octnov/oshea.html](http://www.emory.edu/ACAD_EXCHANGE/2001/octnov/oshea.html).

Yoder, L. H.; Kirkley, D., Curk McFall, D., Kirksey, K. M., Stalbaum, A.L., & Sellers, D., 2014. Staff Nurses' Use of Research to Facilitate Evidence-Based Practice. *AJN*, 114, (9), pp. 27.

Virani, T., 2012. Interprofessional Collaborative Teams. Canadian Health Services Research Foundation.

Williams, M. A., Andrews, J. A., Zanni, K. L., & Stewart, P., 2013. Rural Nursing: Searching for the State of the Science. *Online Journal of Rural Nursing & Health Care*, 12(2): pp. 102-117.

### 2.1.5.2. Organiziranost raziskovanja v zdravstveni negi na nacionalnih ravneh in organiziranost akademske skupnosti raziskovalcev ter njihov vpliv na razvoj zdravstvene nege

Ob prvem pregledu je bilo pregledanih 52 dokumentov/raziskav od katerih jih je bilo 36 vključenih v nadaljnji pregled. Od 36-ih enot je bilo 20 dokumentov/raziskav izključenih in v končni pregled ter vsebinsko analizo se je uvrstilo 16 dokumentov/raziskav. Na podlagi analize končnega izbora enot literature, prispevek predstavlja kako je organizirana raziskovalna dejavnost v zdravstveni negi na nacionalnih ravneh evropskih držav in vpliv obstoječe organiziranosti na razvoj zdravstvene nege in politike.

Tabela 1: Rezultati analize pregleda literature

Avtor(ji), leto	Raziskovalni dizajn (kvalitativni ali kvantitativni)*	Vzorec	Namen raziskave oz. cilji članka	Ključne ugotovitve
(Akerjordet, et al., 2012)	Kvalitativna raziskava	264	Namen raziskave je bil ugotoviti ali obstaja interes in motivacija pri medicinskih sestrah za raziskovanje. Raziskava želi prepoznati tudi vodstvene in organizacijske vire, ki izboljšujejo raziskovanje medicinskih sester.	Potrebne so konstantne tendence in investicije v oblikovanje enovite skupnosti kliničnih ekspertov in akademikov, če želimo zagotoviti raziskovalno kapaciteto medicinskih sester.
(European Commission, 2005)	Poročilo o projektu ERA-CARE		Predstavitve položaja zdravstvene nege in oblikovanje temeljev in smernic za evropsko platformo raziskovalne dejavnosti	Glavni cilj projekta Evropske komisije ERA-CARE je pripraviti temelje za oblikovanje skupne koordinirane dejavnosti v kontekstu raziskovanja v zdravstveni negi. Projekt je bil usmerjen na države EU, kjer je

			medicinskih sester.	raziskovanje že dobro razvito. Rezultat projekta bo evropska platforma raziskovanja v zdravstveni negi, ki bo omogočila raziskovanje in posledično izboljšanje zdravstvene nege.
(Dupin, et al., 2013)	Presečna analiza	149	Analiza vpletenosti medicinskih sester v Franciji v pobudo Ministrstva za zdravje. Pobuda je usmerjena v vzpodbujanje znanstvenega raziskovanja v skupnosti.	Družbeno-politični kontekst programa financiranja raziskovanja v zdravstveni negi je imel posreden vpliv na vrsto raziskav, ki so jih medicinske sestre opravljale. Tendence razpisov so bile usmerjene v raziskovanje intervencij in kvantitativne študije.
(EFN, European Federation of Nurses Associations, 2013)	Načrt		Oblikovati osnutek strateškega in operativnega načrta za obdobje 2014-2020	V Evropi je potreben strateški in operativni načrt za obdobje 2014-2020 za krepitev položaja in delovanja zdravstvene nege.
(ENDA, European Nurse Directors Association, 2011)	Etični kodeks			Nurse Directors ' Ethical Basis Principles of professional practice Competence
(Flatt, 2001)	Etični kodeks			The Code of Ethics for Nurses
(Himes & Bogg, 2012)	Poročilo o raziskavi		Z raziskavo ugotavljajo kakšno vlogo ima raziskovanje v zdravstveni negi pri oblikovanju politik zdravstvene nege.	Študija je nastala z namenom, da predstavi rezultate raziskave in na podlagi raziskave ugotovljena priporočila za oblikovanje Evropskega inštituta zdravstvene nege. Temeljna ugotovitev študije je bila, da se raziskave v zdravstveni negi najpogosteje ne aplicirajo v politiko zdravstvene nege. Študija ugotavlja, da sicer v Evropi obstajajo številni inštituti in združenja na področju zdravstvene nege. Inštituti so najpogosteje del univerz in ne delujejo globalno v smislu Evropskega inštituta zdravstvene nege. Financiranje raziskovanja v EU je pomembno usmerjeno v apliciranje rezultatov raziskav v odločevalsko politiko zdravstvene nege.
(Kenkre, et al., 2013)	Pregled stanja		Predstaviti strategijo raziskovanja v zdravstveni negi v Wales-u.	Za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege, mora vsakdanja praksa temeljiti na dokazih. Strategija raziskovanja naj bi zagotovila profesiji zdravstvene nege organizacijske in profesionalne pogoje za raziskovalno dejavnost. Oblikovana strategija raziskovanja temelji na vzpostavljenem



				virtualnem omrežju, raziskovalni dokumentaciji, prenosu rezultatov v klinično prakso in vodenju.
(McNamara, 2010)	Kritična perspektiva – primer Irska		Izpostaviti lingvistične sheme pri akademskih in vodilnem kadru za legitimacijo zdravstvene nege.	Na Irskem akademska skupnost zdravstvene nege opozarja na raziskovalne vsebine, ki niso vezane na klinična okolja in praktične izsledke. Prispevek ugotavlja, da je pomen akademske skupnosti v tem, da mora povezati heterogene smeri znotraj zdravstvene nege in zagotoviti akademsko infrastrukturo nadaljnji razvoj kadrov.
(Moreno-Casbas, 2005)	Poročilo		Poročilo ob koncu evropskega projekta ERA-CARE Network	Raziskovanje v zdravstveni negi se v Evropi razvija že dobrih 30 let. Kljub temu, je v nekaterih državah še vedno relativno nova dejavnost in se v smislu razvitosti med državami tudi močno razlikuje.
(Perälä & Pelkonen, 2004)	Pregled stanja		Predstaviti delovanje WENR (Work Group of European Nurse Researchers) v kontekstu razvoja raziskovalne dejavnosti v zdravstveni negi	Skupina WENR ima vlogo spodbujati raziskovanje v Evropi Cilji WENR so vzpostaviti stabilno infrastrukturo raziskovanja in raziskovalnih kapacitet v državah članicah ter načrtovanje novih znanstvenih aktivnosti. Z organiziranjem konferenc o raziskovanju v zdravstveni negi skrbijo za razvoj raziskovalnega področja.
(Institute of Nursing and Health Research, 2013)	Pregled poročilo		Predstavitev organizacije Institute of Nursing and Health Research	Ena od prioritarnih nalog inštituta je, da podpira kakovost in varnost oskrbe pacientov. Inštitut se zaveda, da člani morajo biti aktivni v nacionalnih in mednarodnih skupnostih raziskovalcev in inovatorjev.
(Richards, et al., 2014)	Pregled literature	233	Pregled objavljenih raziskovalnih izsledkov iz raziskovalne dejavnosti medicinskih sester. Pregled je bil izveden v 20-ih najvišje uvrščenih znanstvenih revijah s faktorjem vpliva. V pregled so bile uvrščene revije iz leta 2010. Namen pregleda je bil ugotoviti stanje v družbi pred oblikovanjem European Science Foundation network.	Ugotovitve pregleda pokažejo, da so predstavitve raziskav s področja zdravstvene nege v znanstvenih revijah na komajda zadovoljivi opisni ravni. Le 1/3 raziskav poroča o intervencijah. Avtorji zaključujejo, da raziskovalci na področju zdravstvene nege potrebujejo boljšo izobrazbo in več izkušenj za razvijanje, testiranje, ocenjevanje in poročanje o kompleksnih intervencijah. Uredniki znanstvenih revij bi morali zahtevati sistematično poročanje o raziskovalnih načrtih in metodah.
(Robinson & Griffiths, 2007)	Poročilo		Pregled izobraževanja medicinskih sester v izbranih OECD	Velika Britanija in številne druge države so v procesu razpravljanja o in spreminjanja sistema

			državah	izobraževanja v zdravstveni negi. Izobraževanje se v okviru Evropske unije mora poenotiti na področju podajanja strokovnega znanja, znanja o vodenju ter znanja o raziskovanju.
(Rocco, et al., 2015)	Pregled stanja		Predstavitel organizacije (Center of Excellence), ki je v vlogi razvijanja izobraževanja v zdravstveni negi in izboljševanja zdravstvene nege v Italiji.	Organizacija Center of Excellence (Center) je nastala ob podpori različnih državnih organov; najpomembnejša med njimi sta Ministrstvo za zdravje in združenja medicinskih sester. Center je medicinskim sestram omogočila izvedbo projektov, ustanovila je digitalno knjižnico, komunikacijski sistem in organizirala izobraževanje iz angleškega jezika.
(Wasowska & Repka, 2014)	Pregled stanja		Pridobitev informacij o delovanju organizacij oz. združenj medicinskih sester v smeri promocije in razvoja na dokazih podprte prakse.	Organizacije, ki sta jih avtorici zajeli v analizo so aktivno promovirale in razvijale na dokazih temelječo prakso. Promocija in razvoj sta v največji meri usmerjena na strukturne in finančne ukrepe. Avtorici sta ugotovili, da nekatere organizacije delujejo tudi v smeri ustvarjanja dialoga s politiko s ciljem pridobivanja sredstev in podpore. Poleg navedenega je pomemben prispevek organizacij tudi izobraževalna dejavnost, določanje smernic, publiciranje in organizacija strokovnih dogodkov.

Nekatere mednarodne organizacije, ki delujejo na področju zdravstvene nege, se aktivno vključujejo v komunikacijo na relaciji javni sektor – vlada z namenom pridobiti podporo oz. sredstva za razvoj na področju raziskovanja. Podpora raziskovalni dejavnosti medicinskih sester pomeni tudi oblikovanje infrastrukture za izvajanje raziskovanja, zagotavljanje sredstev, razvijanje raziskovalnih kapacitet, usposobljenosti in nenazadnje oblikovanje in razvijanje profesionalne kulture zdravstvene nege (Moreno-Casbas, 2005; Dupin, et al., 2013; Wasowska & Repka, 2014). Na ravni EU so v nekaterih državah razvita profesionalna združenja in organizacije (Finnish Nurses, Nursing research foundation s centrom WHO Collaborating Centre for Nursing in The Finnish Centre for Evidence-Based Health Care, The United Kingdom Royal College of Nursing, Work Group of European Nurse Researchers, Nordic Nurses Association, The International Council of Nurses, The Standing Nursing Committee of Europe, Institute of Nursing and Health Research,...), ki so v kontekstu zdravstvene nege usmerjene v strukturne in finančne aktivnosti; imajo vlogo financirerjev, podpornikov in spodbujevalcev raziskovanja v zdravstveni negi. Kot primer navajamo Institute of Nursing and Health Research (INHR) – izvajalcem zdravstvene nege, ki so člani inštituta, sistem omogoča in zagotavlja raziskovalni čas in kompatibilnost s še drugimi dejavnostmi, npr. pedagoško (Institute of Nursing and Health Research, 2013; Finnish centre for Evidence-based Health care, 2016). Profesionalna združenja in organizacije skrbijo za

dodatna izobraževanja na področju raziskovanja, za odličnost, sistem nagrajevanja, publiciranja itd.

Poslanstvo EFN (European Federation of Nurses) je spodbujati in ščiti medicinske sestre in poklic zdravstvene nege v kontekstu EU. Slednje pomeni ustvarjanje dialogov in povezovanje z evropskimi institucijami kot so Evropska komisija, Evropski parlament, Svet Evrope ipd. S tem ciljem je EFN oblikovala širok nabor smernic za razvoj socialno-zdravstvene evropske politike. S smernicami se aktivno vključuje v odločevalske procese vezane na zdravstveno nego (European Federation of Nurses (EFN), 2016). EFN poudarja, da je v Evropi potreben strateški in operativni načrt za krepitev položaja in delovanja zdravstvene nege. Med drugim njihov strateški načrt za obdobje 2014-2020 vključuje tudi krepitev na dokazih temelječe prakse in poudarja pomen raziskovanja kot mehanizma za vplivanje na politike EU (EFN, European Federation of Nurses Associations, 2013).

Tudi ICN je oblikoval strateški načrt. ICN (International Council of Nurses) je mednarodni odbor medicinskih sester, ki deluje z namenom zagotoviti kakovostno zdravstveno nego in se zato tudi aktivno vključuje v globalne zdravstvene politike. ICN standardi, smernice in politike o izvajanju zdravstvene nege, izobraževanju, vodenju in raziskovanju (Flatt, 2001) so temelj za odločevalce oz. politike na globalni ravni. Njihov strateški načrt za obdobje 2014-2018 za izboljšanje zdravja posameznikov, populacije in družbe vključuje tudi raziskovanje v zdravstveni negi. V kontekstu raziskovanja želijo preoblikovati politiko zdravstvene nege ter njeno implementacijo – želijo zagotoviti izvajanje raziskovalne dejavnosti in na dokazih temelječo prakso (Flatt, 2001).

Z namenom povezovanja in sodelovanja je bila v Švici ustanovljena tudi European Nurse Directors Association (ENDA). Združenje je oblikovalo in leta 2009 tudi predstavilo smernice etike in delovanja v zdravstveni negi (ENDA Proto-Code of Ethics and Conduct) kjer se dotikajo tudi raziskovalne dejavnosti. Dokument o smernicah temelji na osnovnih etičnih načelih in vrednotah moderne zdravstvene nege in ponuja temelje oblikovanja in razvoja strategij, etičnih standardov ter profesionalnega vedenja za vodilni in raziskovalni kader v zdravstveni negi ter za področje izobraževanja in raziskovanja (ENDA, European Nurse Directors Association, 2016). V dokumentu je zapisano, da je potrebno delovati v smeri podpiranja in spodbujanja etičnega raziskovanja in na dokazih temelječe prakse (ENDA, European Nurse Directors Association, 2011). Sicer je največje združenje in profesionalni organ na področju zdravstvene nege Royal College of Nursing (RCN). S ciljem spodbujanja raziskovanja išče in ponuja možnosti financiranja raziskovanja, objavljanja in predstavljanja rezultatov ter nudi najnovejše informacije o raziskovalni dejavnosti in dosežkih. Najpomembnejša viri financiranja raziskovanja so specialna združenja, fundacije in vladne institucije kot npr. ministrstva in nacionalni inštituti za raziskovanje v zdravstveni negi. Navedeni organi podpirajo raziskovanje v zdravstveni negi in ga vidijo kot pomembnega za razvoj zdravstvene nege in kakovosti oskrbe pacientov. V Veliki Britaniji raziskovalni odbori oz. sveti v raziskovanje investirajo približno 3 bilijone funtov na letni ravni (RCN, Royal College of Nursing, 2016). Financiranje raziskovanja v EU je pomembno usmerjeno v apliciranje rezultatov raziskav v odločevalsko politiko zdravstvene nege. Dokument »EFN Feasibility Study« navaja prioriteto listo mehanizmov EU za financiranje raziskovanja v zdravstveni negi - Horizon 2020, European Social Fund (ESF), European Research Council ... (Himes & Bogg, 2012).

Obstajajo številne druge strukture, ki združujejo oz. želijo združevati skupnost raziskovalcev na področju zdravstvene nege kot npr. FINE (European Federation of Nurse Educators), ki

se med drugim zavzema tudi za mednarodno sodelovanje, na nacionalni in mednarodni ravni informira in vpliva na organizacije in skupine izven zdravstvene nege ter se vključuje v EU politiko; Work Group of European Nurse Researchers (WENR) katere namen je okrepiti sodelovanje med raziskovalci v zdravstveni negi, da se raziskovanje lahko razvija in širi.

Skupina WENR že 30 let deluje kot spodbujevalka in podpornica raziskovanja v Evropi in jasno apelira na sprejemanje priporočil Evropskega sveta na nacionalnih ravneh. Cilji WENR so vzpostaviti stabilno infrastrukturo raziskovanja in raziskovalnih kapacitet v državah članicah ter načrtovanje novih znanstvenih aktivnosti tj. tudi raziskovalnih projektov. Z organiziranjem letnih konferenc o raziskovanju v zdravstveni negi skrbijo za kontinuirano povezovanje raziskovalnega kadra in razvoj raziskovalnega področja v zdravstveni negi. V skupini se zavedajo manjkov na omenjenem področju in kot pomemben vir podatkov o raziskovanju in stanju raziskovanja v Evropi poudarjajo predvsem poročila o evropski raziskovalni dejavnosti v zdravstveni negi (Perälä & Pelkonen, 2004).

Vsaka država EU pa ima nacionalna združenja medicinskih sester. Nacionalna združenja se večinoma žal ne vključujejo v strukturne in finančne aktivnosti, ki bi konstruktivno spreminjale raziskovanje v zdravstveni negi (European Commission, 2005; Wasowska & Repka, 2014).

Zaradi tega je nastal projekt ERA-CARE Network; je odziv na priporočilo Evropske komisije o nujnosti oblikovanja skupnih evropskih raziskovalnih programov oz. pristopov na področju raziskovanja v zdravstveni negi. Oblikovala se je Nursing Research Development Group, ki povezuje nacionalne organe različnih držav, agencije ter organizacije, ki omogočajo kakovostno raziskovanje. Nursing Research Development Group je v sklopu projekta delovala v treh smereh: 1) pregled obstoječih raziskovalnih strategij, programov in aktivnosti v Evropi, 2) pregled strategij, ki razvijajo raziskovalno kompetentnost v zdravstveni negi ter pregled strukturnih oz. političnih ovir, ki ovirajo razvoj raziskovalne dejavnosti, 3) prepoznavanje priložnosti za oblikovanje novih struktur mednarodnega sodelovanja v raziskovanju, ki bo preseglo nacionalne okvire (European Commission, 2005). Poročilo (Moreno-Casbas, 2005), ki je nastalo ob koncu evropskega projekta ERA-CARE Network ([http://cordis.europa.eu/publication/rcn/15009\\_en.html](http://cordis.europa.eu/publication/rcn/15009_en.html)) navaja, da so med državami EU pomembne razlike v razvitosti raziskovanja in področja zdravstvene nege. Velika Britanija in Nordijske države že od 50-ih let dalje vlagajo v razvoj in podporo raziskovanju. V teh državah je raziskovalno delo medicinskih sester primerljivo z raziskovalnim delom medicinskih sester v Ameriki in Kanadi (Moreno-Casbas, 2005), kjer je raziskovanje v zdravstveni negi podprto na vseh že omenjenih dimenzijah (financiranje, infrastruktura, izobraževanje, vodene itd.).

Kljub vsem tem poizkusom vzpostavitve strukture organiziranega in sistematičnega delovanja raziskovalnega področja v zdravstveni negi pa še vedno ni uveljavljenega modela enovite oz. prevladujoče dobre prakse. Seveda se izkaže, da so modeli dobre prakse v veliki Britaniji in v skandinavskih državah in po tem se zgledujejo preostale države EU in Evrope. Nastala je študija z namenom, da predstavi rezultate raziskave in na podlagi raziskave ugotovljena priporočila za oblikovanje Evropskega inštituta zdravstvene nege. Temeljna ugotovitev študije je bila, da se raziskave v zdravstveni negi najpogosteje ne aplicirajo v politiko zdravstvene nege. Apliciranje v politični kontekst pa je eden temeljnih načinov razvoja raziskovanja, zagotavljanja financiranja, infrastrukture ipd. in slednje bi bila glavna vloga Evropskega inštituta zdravstvene nege (Himes & Bogg, 2012). Raziskovalna dejavnost bi morala politiki jasno pokazati, da so spremembe na področju raziskovanja v zdravstveni negi nujne – tako za razvoj zdravstvene nege kot posledično za kakovost izvajanja zdravstvene nege. Raziskovalno področje bi moralo vključevati tudi politične prioritete in cilje.

Študija ugotavlja, da sicer v Evropi obstajajo številni inštituti in združenja na področju zdravstvene nege. Inštituti so najpogosteje del univerz in ne delujejo globalno v smislu Evropskega inštituta zdravstvene nege, saj imajo financiranje urejeno znotraj institucij, združenja poizkušajo delovati mednarodno povezovalno, spodbujajo in podpirajo raziskovalno dejavnost, ravno tako pa ne delujejo celostno v kontekstu spreminjanja odločevalske politike. Kaže se potreba po prepoznavnosti raziskovanja v javnosti, potreba po vidnosti raziskovanja v kontekstu političnih odločevalcev ter potreba po prepoznavnosti medicinskih sester v kontekstu političnega odločanja (Himes & Bogg, 2012).

Poročila, pregledi, študije in znanstveno-raziskovalni prispevki sinhrono izpostavljajo, da so možnosti za profesionalni razvoj medicinskih sester omejene. To pokaže na stanje, da socialno-politični kontekst pogosto ne podpira kontinuiranega profesionalnega izobraževanja in raziskovanja. Namreč, kliničnim okoljem ni zagotovljena podpora s strani vodstva pri izobraževanju in raziskovanju, zato je potrebna jasna strategija za razvoj in ohranjanje raziskovalne dejavnosti medicinskih sester ter tesno sodelovanje med kliničnimi okolji in akademiki (Akerjordet, et al., 2012).

Informacije pridobljene s pregledom literature, poročil, raziskav in spletnih strani vezanih na zdravstveno nego pokažejo, da je v večini evropskih držav izobrazba medicinskih sester usmerjena k pridobivanju specifičnega znanja iz področja zdravstvene nege ter k obvladovanju vodenja. Raziskovanje kot koncept, ki se na področju zdravstvene nege ravno tako mora razvijati je slabo razvito, raziskovalno delo medicinskih sester je omejeno na nekaj izbranih držav z bogato tradicijo na področju zdravstvene nege. Sistematični pregled objav rezultatov raziskovalne dejavnosti v zdravstveni negi je pokazal, da so bili v letu 2010 objavljeni članki iz manj kot polovice evropskih držav. 2/3 teh objavljenih člankov v 20-ih znanstvenih revijah s faktorjem vpliva je nastalo v štirih državah – v Veliki Britaniji, na Švedskem, Norveškem in Nizozemskem (Richards, et al., 2014). Velika Britanija, Norveška in Švedska tudi eksplicitno navajajo (Robinson & Griffiths, 2007), da so razvojne in karijerne možnosti odprte na vseh treh področjih (izobraževanje, vodenje in raziskovanje), v Italiji je izobraževanje, vodenje in raziskovanje na področju zdravstvene nege zelo slabo razvito, preostale države EU pa izpostavljajo napredek v kontekstu pridobivanja specifičnih znanj ter znanj iz področja vodenja (Moreno-Casbas, 2005; Robinson & Griffiths, 2007; Rocco, et al., 2015)

Zgoraj navedeno, je eden najpomembnejših razlogov, da je bila v letu 2011 ustanovljena evropska raziskovalna mreža (European Science Foundation, 2016), katero finančno podpira osem evropskih raziskovalnih svetov in akademij Evropske znanstvene fundacije. Raziskovalna mreža skuša vzpostaviti interdisciplinarno Evropsko fakulteto raziskovanja v zdravstveni negi, ki bo načrtovala, oblikovala in implementirala kompleksna raziskovanja na področju zdravstvene nege. Poleg že navedenih razlogov je pomemben dejavnik ustanovitve evropska raziskovalna mreža tudi karakteristika sodobne zdravstvene nege - boj za status profesije in znanstvene discipline. Ob zagotavljanju varnosti pri izvajanju zdravstvene nege je slednje eden od najpomembnejših razlogov zakaj so se oblikovale tako močne tendence po raziskovanju, uporabi na dokazih temelječi praksi in konstantnem pridobivanju znanja (Richards, et al., 2014). Od leta 1998 v Veliki Britaniji deluje tudi Evropska akademija zdravstvene nege (Akademija). Akademija združuje posameznike, ki s pedagoškim delovanjem in raziskovanjem pomembno prispevajo k razvoju in vzponu zdravstvene nege. Namen Akademije z obstoječim forumom Evropskih znanstvenikov zdravstvene nege je biti evropska znanstvena skupnost, ki motivira, povezuje in zagotavlja akademske smernice za zdravstveno nego (European Academy of Nursing Science, 2016). Iz podobnih razlogov so v

Italiji v letu 2010 ustanovili Center of Excellence, ki predstavlja pomembno gonilno silo razvoja in profesionalizacije zdravstvene nege (Rocco, et al., 2015).

Na podlagi predstavljenih informacij je jasno, da je potrebno pri izobraževanju na področju zdravstvene nege čas in pozornost nameniti tudi izobraževanju za raziskovanje. Zato je cilj Evropske fakultete raziskovanja v zdravstveni negi, da magistrske, predvsem pa doktorske študente, pripravi oz. usposobi za kakovostna raziskovanja v zdravstveni negi (Richards, et al., 2014). Gre za zahtevno nalogo, saj so med evropskimi državami velike razlike na področju raziskovanja in razvoja zdravstvene nege. Najpomembnejše razlike so bile prepoznane na spodaj navedenih področjih:

- Vključenost medicinskih sester v politiko za pridobivanje sredstev za raziskovanje,
- Malo držav z razvitimi raziskovalnimi programi, strategijami in prioritetami,
- Različna usmerjenost raziskovalnih prioritet oz. področij,
- Različne politike financiranja raziskovalnih projektov,
- (Ne)transparentnost nacionalnih in mednarodnih institucij in organizacij, ki podpirajo raziskovalno dejavnost,
- Jasno določene strategije povezovanja raziskovalne dejavnosti in kliničnega okolja,
- Razmerja delovne obremenitve stroke med raziskovanjem in pedagoško dejavnostjo,
- Financiranje izobraževanja za raziskovanje,
- Število izobraženega kadra za izvajanje doktorske ravni študija (Moreno-Casbas, 2005; Kenkre, et al., 2013).

Organiziranost evropske akademske skupnosti raziskovalcev v zdravstveni negi je opremljena z dobrimi smernicami in poudarki delovanja, zaenkrat pa še manjka ključna dimenzija – implementacija. Cilj akademske skupnosti in vodilnih v institucijah mora biti ustvarjanje organizacijske kulture, ki spoštuje raziskovalno dejavnost in podpira vključevanje v raziskovanje. Vodilni kader znotraj posameznih institucij ima najpomembnejšo vlogo pri produkciji novih raziskovalcev in raziskovanja. Razumevanje širšega socialo-političnega konteksta in istočasno poznavanje in razumevanje specifičnih organizacijskih lastnosti in delovanja omogoča, da se raziskovalno delo uspešno aplicira tudi izven raziskovalnega okolja (Akerjordet, et al., 2012). In kljub temu, da se raziskovanje v zdravstveni negi v Evropi razvija že dobrih 30 let, je v nekaterih državah še vedno relativno nova dejavnost in se v smislu razvitosti med državami tudi močno razlikuje. Slovensko Ministrstvo za zdravje, Zbornica – Zveza ter Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov še ne delujejo v smeri aktivne promocije in razvoja raziskovanja, v smeri ustvarjanja dialoga s politiko s ciljem pridobivanja sredstev in podpore ali v smeri določanja smernic delovanja zdravstvene nege. Organiziranost raziskovanja v zdravstveni negi na ravni posameznih držav EU je v povojih, vodilne države na tem področju nudijo smernice ter izkušnje in navajajo dokaze za pomembnost razvoja raziskovanja v zdravstveni negi. Nacionalni inštituti in nacionalna združenja zaenkrat še delujejo razpršeno, neorganizirano in pogosto pod vplivom drugih finančnih dejavnikov, ki narekujejo raziskovanje (Dupin, et al., 2013). Velika Britanija in Skandinavske države služijo kot model bodočega razvoja raziskovanja v zdravstveni negi v EU in pa Evropi nasploh.

## Literatura

Akerjordet, K., Lode, K. & Severinsson, E., 2012. Clinical nurses' attitudes towards research, management and organisational resources in a university hospital: Part 1. *Journal of Nursing Management*, Volume 20(6), pp. 814-823.

- Dupin, C. et al., 2013. Trends in nursing research in France: a cross-sectional analysis. *International Nursing Review*, Volume 60(2), pp. 258-266.
- EFN, European Federation of Nurses Associations, 2013. EFN Draft strategic and operational lobby plan 2014-2020, Bruselj: EFN.
- ENDA, European Nurse Directors Association, 2011. Nurse Directors ' Ethical Basis Principles of professional practice Competence, Ženeva: ENDA.
- ENDA, European Nurse Directors Association, 2016. European Nurse Directors Association ENDA. [Online] Available at: <http://www.enda-europe.com/en/home-34.html> [Accessed 9 januar 2016].
- European Academy of Nursing Science, 2016. European Academy of Nursing Science. [Online] Available at: <http://www.european-academy-of-nursing-science.com> [Accessed 11 januar 2016].
- European Commission, 2005. Networking of national research programmes in the European Research Area, Bruselj: European Commission.
- European Federation of Nurses (EFN), 2016. European Federation of Nurses Associations. [Online] Available at: <http://www.efn.be/> [Accessed 9 januar 2016].
- European Science Foundation, 2016. European Science Foundation. [Online] Available at: <http://www.reflection-network.eu/> [Accessed 11 januar 2016].
- Finnish centre for Evidence-based Health care, 2016. Finnish centre for Evidence-based Health care. [Online] Available at: <http://www.hotus.fi/hotus-en>, 2016 [Toegang tot 9 januar 2016].
- Flatt, M., 2001. The Code of Ethics for Nurses. Ženeva: International Council of Nurses.
- Himes, W. & Bogg, A., 2012. EFN Feasibility Study, Bruselj: EFN.
- Institute of Nursing and Health Research, 2013. Profiling Excellence at the Institute of Nursing and Health Research, Ulster: University of Ulster, Faculty of Life and Health Sciences.
- Kenkre, J. et al., 2013. Developing and implementing the community nursing research strategy for Wales. *British journal of community nursing*, Volume 18(1), pp. 561-566.
- McNamara, M., 2010. Where is nursing in academic nursing? Disciplinary discourses, identities and clinical practice: a critical perspective from Ireland.. *Journal of Clinical Nursing*, Volume 19(5-6), pp. 766-774.
- Moreno-Casbas, T., 2005. Nursing Research in Europe. Scoping Report, Madrid: Institute of Health, Carlos III.
- Nordic Conference, 2016. Nordic Conference in Nursing Research. [Online] Available at: <http://www.sygeplejekonference.dk/> [Accessed 9 januar 2016].
- Nursing Research Foundation, 2016. Homepage of the Nursing Research Foundation. [Online] Available at: <http://www.hotus.fi/hotus-en> [Accessed 11 januar 2016].
- Perälä, M. L. & Pelkonen, M., 2004. Networking for the advancement of nursing research in europe for twenty-five years. *International Journal of Nursing Practice*, Volume 10, pp. 54-55.
- RCN, Royal College of Nursing, 2016. Royal College of Nursing. [Online] Available at: <https://www.rcn.org.uk/news-and-events/events/rcn-international-nursing-research-conference-2016> [Accessed 9 januar 2016].
- Richards, A. D., Coulthard, V. & Borglin, G., 2014. The State of European Nursing Research: Dead, Alive, or Chronically Diseased? A Systematic Literature Review. *Worldviews on evidence-based nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing*, Volume 11(3), pp. 147-155.
- Robinson, S. & Griffiths, P., 2007. Nursing education and regulation: international profiles and perspectives, London: Nightingale School of Nursing & Midwifery King's College.
- Rocco, G. et al., 2015. Center of Excellence to Build Nursing Scholarship and Improve Health Care in Italy. *Journal of nursing scholarship*, Volume 47(2), pp. 170-177.
- Wasowska, I. & Repka, I., 2014. Promotion of evidence-based nursing by polish and foreign nursing organizations. *Folia Medica Cracoviensia, Izvod LIV (2)*, pp. 65-70.

### 2.1.5.3. Raziskovanje v zdravstveni negi in povezanost s kliničnim okoljem

V nadaljevanju smo predstavili tabelarični (tabela 1) in besedilni prikaz rezultatov, ki smo ga povzeli v pet vsebinskih sklopov.

Tabela 1: Rezultati analize pregleda literature

Avtor(ji), leto	Raziskovalni dizajn (kvalitativen ali kvantitativen)*	Vzorec	Namen raziskave oz. cilji članka	Ključne ugotovitve
(Wilkes & Jackson, 2013)	Kvantitativen	Izkušeni interdisciplinarni raziskovalci (n=72)	Identificirati značilnosti (ne)spodbudnih raziskovalnih kultur (research cultures)	Analiza je pokazala, da je okolje ključen konstrukt povezan s spodbudno raziskovalno kulturo. Spodbudna raziskovalna kultura je okolje, katerega značilnost je raziskovalna učinkovitost, pozitivni kolegijalni odnosi, učinkovit raziskovalni proces in usposabljanje.
(Dupin, et al., 2013)	Opisna presečna analiza	149 predlogov raziskovalnih projektov s področja zdravstvene nege v Franciji, ki so bili oddani na razpis Ministrstva za zdravje	Proučiti vključenost francoskih diplomiranih medicinskih sester v pobudo Ministrstva za zdravje, da spodbudi znanstveno raziskovanje v skupnosti	Vse vključene projekte so oddale medicinske sestre. Medicinske sestre s predhodnimi izkušnjami v raziskovanju so se bolj odzvale na nov program financiranja. Glavni raziskovalci (principal investigators) so imeli v povprečju 20,5 let izkušenj v klinični praksi. V raziskovalne time so bili vključeni strokovnjaki iz različnih zdravstvenih področij in akademski disciplin.
(Ay, et al., 2014)	Kvantitativna	748 medicinskih sester v Turčiji	Prepoznati ovire za prenos rezultatov raziskav v prakso	63,8% medicinskih sester je kot ključno oviro prepoznalo pomanjkanje časa za raziskovanje. Raziskava kaže, da sta finančna podpora in informacijska pomoč po zaključenem študiju pomembna dejavnika za spodbujanje raziskovanja in uporabo raziskovalnih rezultatov v praksi. Ostali pomembni dejavniki, ki ovirajo uporabo raziskovalnih rezultatov so pomanjkanje časa za spremljanje raziskav, nezmožnost sodelovanja s timom, neobstoj osrednje enote, kjer bi se zbirale raziskave s področja zdravstvene nege, slaba podpora s strani članov tima in vodstva.
(Bäck-Pettersson, et al., 2013)	Kvalitativna – fokusne skupine	Diplomirane medicinske sestre (n = 12) na Švedskem	Proučiti izkušnje kliničnih medicinskih sester (clinical nurses) s sodelovanjem v	Oblikovan je bil program za klinične medicinske sestre, namenjen spodbujanju raziskovalnih spretnosti in povečanju raziskovalnega sodelovanja med udeleženi



			raziskovalnih in razvojnih programih ter vpliv na njihovo zanimanje za raziskovanje in zmožnost izvajanja in aplikacije raziskovanja v zdravstveni negi	zdravstvenimi institucijami, raziskovalnimi oddelki in univerzami. Program se je izkazal za učinkovitega, saj se je okrepilo sodelovanje med akademsko skupnostjo in kliničnim okoljem in sicer prek raziskovalnih projektov medicinskih sester, ki so obravnavali vsebine, ki so pomembne za klinična okolja. Medicinske sestre so omenile občasne napetosti med visokošolskim sistemom in klinično prakso.
(Akerjordet, et al., 2012)	Opisna presečna študija	364 kliničnih medicinskih sester (clinical nurses) iz univerzitetne klinike na Norveškem	Ugotoviti zanimanje in motivacijo kliničnih medicinskih sester za raziskovanje	Med medicinskimi sestrami so ugotovili vse bolj pozitiven odnos do raziskovanja. Kot ključne ovire za raziskovalno delo so navedle: pomanjkanje časa, zanimanja, znanja, nadzor raziskav in podpore.
(Akerjordet, et al., 2012a)	Opisna presečna študija	364 kliničnih medicinskih sester (clinical nurses) iz univerzitetne klinike na Norveškem	Ugotoviti zmožnost kliničnih medicinskih sester (clinical nurses) za raziskovalno delo in z njimi povezane dejavnike	Izboljšani nadzor nad raziskovanjem in mentorstvo (research supervision) je osrednjega pomena za izboljšanje zmožnosti medicinskih sester za raziskovalno delo.
(Moreno-Casbas, et al., 2011)	Presečna, primerjalna študija	917 medicinskih sester v Španiji	Proučiti odnos medicinskih sester do raziskovanja, ovire zanj ter spodbujevalce za raziskovalno dejavnost v kliničnem okolju	Največje ovire za uporabo raziskovanja v praksi so povezane s kakovostjo raziskovanja. Sledile so jim organizacijske ovire, ovire povezane s sporočanjem ugotovitev ter ovire povezane z vrednotami, spretnostmi in zavedanjem medicinskih sester.
(Breimaier, et al., 2011)	Opisna presečna študija	n = 1825 diplomiranih medicinskih sester v univerzitetni bolnišnici v Avstriji	Prepoznati in opisati želje, potrebe in odnos medicinskih sester do raziskovanja ter ovire za raziskovanje in spodbujevalne dejavnike.	Najpogosteje izražena želja glede implementacije raziskovanja so bile ustrezne informacije, strukturna dostopnost in strokovna podpora. Splošno gledano, je bil odnos medicinskih sester do raziskovanja negativen. Glavne ovire, ki so jih navedle so bile pomanjkanje časa (69,9%), pomanjkanje informacij / znanja (45,4%) ter pomanjkanje zanimanja (25,9%).
(Heaslip, et al., 2012)	Kvantitativna	n = 96 medicinskih sester, ki so tudi klinični mentorji študentom v	Prepoznati stališča medicinskih sester o uporabi raziskav v praksi	Rezultati kažejo, da splošno gledano medicinske sestre cenijo raziskovanje, vendar pa to še ne pomeni, da osebne odločitve sprejemajo na podlagi raziskovalnih ugotovitev ali da

		Angliji		je raziskovanje razumljeno kot najpomembnejša vrsta dokazov v neposredni praksi. Viri, ki omogočajo medicinskim sestram, da najdejo in ocenijo raziskave ter se odločijo za njihovo uporabo, niso vedno na voljo v praksi.
(Timmins, et al., 2012)	Kvantitativna	234 diplomiranih medicinskih sester na Irskem	Ugotoviti stopnjo zavedanja o raziskovanju med medicinskimi sestrami na Irskem	Večina diplomiranih medicinskih sester (92%) je soglašala, da lahko raziskovanje izboljša nego pacienta. 93% se je tudi strinjalo, da je raziskovanje način, kako spodbuditi spremembe v klinični praksi. Večina medicinskih sester je na raziskovanje gledala kot sestavni del njihove vloge. 71% je izrazilo, da niso deležne zadostne podpore in spodbude s strani vrstnikov in strokovnjakov (from peers and professionals). 69,2% je omenilo nezadostno podporo menedžmenta.
(Parkosewich, 2013)	/	/	Ugotoviti kaj odločilno vpliva na spremembo odnosa do na dokazih podprte prakse	Poudarjena je ključna naloga vodij zdravstvene nege (senior nursing leaders), medicinske sestre raziskovalke (nurse researcher) in raziskovalnega sveta v zdravstveni negi (nursing research committee). Predstavljeni so različni modeli na dokazih podprte prakse.
(Boase, et al., 2012)	kvalitativna	15 medicinskih sester, Anglija	This paper is a report of a study of the experiences of practice nurses delivering a complex research intervention in an exploratory randomized controlled trial in primary care.	Time influenced the nurses' engagement with the various aspects of the trial and meant that they constantly had to make judgments and decisions in response to the multiple agendas presented to them: they had to negotiate a range of competing loyalties between their professional clinical role, their role in the research and practice teams and their relationship with patients. The nurses' accounts consequently provide insight into the active role they played both in the trial process and the delivery of the complex intervention.
(Forsman, et al., 2010)	Kvantitativna longitudinalna raziskava	Medicinske sestre leta 2006 (n = 1365) in leta 2007 (n = 1256) na	Uporaba raziskovanja med medicinskimi sestrami dve leti po pridobljeni	Dve leti po pridobljeni diplomii se je pri 54,9% medicinskih sester ugotovilo slabo uporabo raziskovanja.

(Nixon, et al., 2013)	kvantitativna	Švedskem 180 medicinskih sester in babic	diplomi Ugotoviti zanimanje medicinskih sester za raziskovalno delo ter ovire, ki jih vidijo pri tem	Medicinske sestre so omenile, da želijo supervizijo s strani izkušene medicinske sestre-raziskovalke (73%), podporo s strani neposredno nadrejenega (63%) in usposabljanje s področja raziskovanja. Skoraj 2/3 medicinskih sester in babic je izrazilo željo po vključenosti v raziskovanje. Sodelovanje med akademskimi, raziskovalnimi in kliničnimi disciplinami lahko pripomore k promociji raziskovanja v zdravstveni negi in babištvu na organizacijski ravni.
(Corchon, et al., 2011)	Kvazi-eksperimentalni dizajn	Kontrolna skupina (n = 81) intervencijska skupina (n = 89) medicinskih sester v španski bolnišnici	Oceniti uspešnost intervencij za izboljšanje raziskovalnih spretnosti medicinskih sester v kliničnem okolju	Zmožnosti medicinskih sester za raziskovanje so se po intervenciji zmerno izboljšale, predvsem z vidika raziskovalnega znanja, sposobnosti in odnosov. Intervencije so pozitivno vplivale tudi na kontrolno skupino, ki ni sodelovala v intervencijah.
(Bridges, 2015)	/	/	Predstavljen je model profesionalne prakse	V medicinskem univerzitetnem centru v Washingtonu (University of Washington Medical Center) pri delu uporabljajo model profesionalne prakse (professional practice model). Osrednji del kulture je klinično raziskovanje, ki poudarja pomen oblikovanje novega znanja in sistematično uporabo rezultatov / dokazov v praksi.
(Friesen-Storms, et al., 2015)	Večmetodni pristop	n=15 medicinskih sester	Opisati proces implementacije na dokazih podprte prakse v zdravstveni negi	Ovire in spodbujevalci na dokazih podprte prakse so bili prepoznani. Sprejet je bil akademski model na dokazih podprte prakse. Medicinske sestre so delale v skladu z na dokazih podprtem protokolu odpusta, vendar pa so svoje aktivnosti slabo beležile. Medicinske sestre so z naklonjenostjo ocenile participativni akcijski raziskovalni proces (participatory action research process).
(Richards & Borglin, 2014)	Sistematični pregled literature	20 vodilnih revij s področja zdravstvene nege	Pregledati poročila o evropskem kliničnem raziskovanju v	Identificirali so 1995 objavljenih poročil in v raziskavo vključili 223 poročil iz 21 evropskih držav. 76 (34.1%) člankov je omenjalo raziskave o

			zdravstveni negi, objavljena v 20 vodilnih revijah s področja zdravstvene nege	intervencijah v zdravstveni negi. Evropsko raziskovanje na področju zdravstvene nege v vodilnih revijah s področja zdravstvene nege ostala opisno in slabo opisano.
(Chan, et al., 2010)	/	/	Opis projekta medicinska sestra-raziskovalka (The Nurse Researcher Project - NRP), ki ga izvajajo v Avstralski terciarni zdravstveni ustanovi	Namen projekta medicinska sestra-raziskovalka (The Nurse Researcher Project - NRP) je izboljšati raziskovalne sposobnosti medicinskih sester.. V sklopu modela so prepoznali korake potrebne za implementacijo raziskovalne vloge medicinske sestre v kliničnem okolju.
(Fawcett & McCulloch, 2014)	Pregled literature	/	Raziskati pomen vloge medicinske sestre v kliničnem raziskovanju	Raziskave na področju zdravstvenega varstva so raznolike, a veliko jih temelji na randomiziranih kontrolnih raziskavah. Medicinske sestre, ki so vključene v raziskovanje, imajo pomembno vlogo pri dobrem počutju in varnosti pacientov, ki sodelujejo v kliničnih preizkusih. Osrednja usmeritev raziskovanja ostaja vezana na skrb za sočloveka in kako jo je mogoče izboljšati.
(Gibbs & Lowton, 2012)			Razprava o nalogah klinične raziskovalne medicinske sestre (clinical research nurse CRN), izzivih povezanih z novo vlogo in ocena v kolikšni meri so njihove raziskovalne potrebe zadovoljene	Vloga raziskovalne medicinske sestre (clinical research nurse CRN) je raznolika, zahtevna, a prinaša koristi. Njene naloge zajemajo zadolžitve povezane z vodenjem, komuniciranje z udeleženci, kolegi in financerji projektov. Te naloge opravlja ob običajnih zadolžitvah povezanih z nego.
(McDermott, et al., 2014)			Opis vloge kliničnih raziskav v strategiji vlade Združenega kraljestva za gospodarsko rast ter vloge kliničnih raziskovalnih medicinskih sester (clinical research nurse CRN) v teh	V sklopu raziskovalne mreže »UK Clinical Research Facility Network« deluje skupina »UK Clinical Research Facility Network Education Group«, ki podpira klinično raziskovanje medicinskih sester in raziskovalnih timov. Predstavljene so aktivnosti te skupine in priporočila s katerimi bodo zagotovili ustrezno usposobljeno delovno silo, ki bo podpirala klinično raziskovanje.

			raziskavah	
(Grady & Lucio Gough, 2015)			Opis dela Nacionalnega inštituta za raziskovanje v zdravstveni negi (National Institute of Nursing Research - NINR) in njegovih prihodnjih izzivih - Bethesda, ZDA	Raziskovanje v okviru Nacionalnega inštituta za raziskovanje v zdravstveni negi (National Institute of Nursing Research - NINR) je imelo v zanjnih 30 letih močan vpliv na zdravje in bo še v prihodnje naslavljal najpomembnejše sodobne in prihodnje zdravstvene izzive.
(Higgins, et al., 2010)	Pregled literature	/	Opis izkušenj, ki jih imajo medicinske sestre s kliničnim raziskovanjem.	Glavni izzivi pri izvajanju kliničnega raziskovanja (clinical research) izhajajo iz kulture, ki daje prednost praksi v katerih je nega osnovna dejavnost (nursing work is core business). Obstajajo tudi težave povezane z uporabo raziskovalnega jezika med kliničnimi medicinskimi sestrami (clinical nurses) ter dvoumnostjo povezano s pričakovanji do raziskovalne vloge. Dodaten izziv je pomanjkanje podpore in virov za raziskovanje kot tudi vzdrževanje zanimanja medicinskih sester za raziskovalno delo. Dobra stran sodelovanja v raziskovalnem delu je izkustveno učenje, ki ima potencial, da pripelje do spremembe prakse in zdravstvenih izidov pacienta ki temeljijo na dokazih podprti praksi.
(Hewitt-Taylor, et al., 2012)	/	/	Ovire pri raziskovanju medicinskih sester v praksi	Medicinske sestre niso nenaklonjen uporabi izsledkov raziskav v njihovio klinični praksi, kljub temu pa obstajajo ovire za doseganje tega cilja: pomanjkanje časa in znanja povezanega z uporabo raziskovanja.
(Finlay, 2012)	Poročilo	/	Predstavitev strategije »A Strategy for Developing Clinical Academic Researchers within Nursing, Midwifery and the Allied Health	Predstavljena strategija opisuje zavezanost vlade k zagotavljanju nacionalne raziskovalne usmeritve v za medicinske sestre, babice in sorodne zdravstvene poklice.

			Professions« , Združeno kraljestvo	
(Murphy, 2014)	Pregled literature in kvalitativni pristop (intervjuji)	Intervjuji z deležniki in ključnimi poročevalci (key informants) v Wales-u (UK)	Podati ugotovitve o aktivnostih medicinskih sester na področju raziskovanja in razvoju raziskovanja	Anketiranci so menili, da bi morale biti medicinske sestre vključene v neko obliko raziskovalne aktivnosti. Z novim profilom »clinical nurse specialists« se je pojavila možnost za razvoj raziskovanja kot dela njihovih delovnih obveznosti. Anketiranci so poročali o ovirah s katerimi se soočajo pri raziskovalnem delu: delovni pritiski ( service pressures); pomanjkanje znanja in spretnosti; kultura.
(Skela-Savič, et al., 2015)	Kvantativna raziskava	534 medicinskih sester iz 19-ih slovenskih bolnišnic	Prepoznati razširjenost uporabe na dokazih podprte prakse med medicinskimi sestrami v slovenskih bolnišnicah.	Medinske sestre v Sloveniji imajo pozitiven odnos do na dokazih podprte prakse, vendar pa je-le ta v praksi slabo uporabljena. Razlog zanjo je slabo znanje s področja raziskovanja in na dokazih podprte prakse ter nivo zadovoljstva z zaposlitvijo.
(Skela-Savič & Kiger, 2015)	Kvantativna raziskava	143 kliničnih mentorjev, Slovenija	Pojasniti dimenzije profesionalnega razvoja kliničnih mentorjev in njihove zmožnosti za oblikovanje etičnih vrednot pri študentih zdravstvene nege.	Profesionalni razvoj mentorjev v kliničnem okolju lahko pojasnimo s spodbujanjem kariere, raziskovanje in učenjem ter karierni razvojni načrt. Kliničnim mentorjem je primanjkoval karierni načrt, zelo malo časa so namenili tudi raziskovanju.

Raziskave v zdravstveni negi doprinesejo k znanju na področju zdravstvene nege in prispevajo k na dokazih podprti praksi in izboljšanju pacientovih izidov (Timmins, et al., 2012). Evropske raziskave s področja zdravstvene nege v vodilnih zdravstvenih revijah ostajajo opisne in slabo opisane. Le tretjina raziskav je povezanih z intervencijami v zdravstveni negi (Richards & Borglin, 2014). Fawcett & McCulloch (2014) menijo, da so raziskave na področju zdravstvenega varstva bogate in raznolike, a se morda zaradi prevlade medicinskega modela, pogosto nanje gleda v mejah "zlatega standarda" randomiziranih kontrolnih raziskav. Medicinske sestre, ki so vključene v raziskovanje, imajo pomembno vlogo pri dobrem počutju in varnosti pacientov, ki sodelujejo v kliničnih preizkusih. V skladu s svojo filozofijo nege (ang. philosophy of care), se raziskave na področju zdravstvene nege pogosto osredotočajo na človekovo izkušnjo zdravja in bolezni in poskušajo razumeti kulturni fenomen z vidika posameznika – »emično« perspektivo (Headland et al 1990, cit. po Fawcett & McCulloch, 2014). Tovrstne raziskave so pogosto kvalitativne in poskušajo pridobiti vpogled v pacientovo doživljanje zdravstvene oskrbe, razumevanje lastne bolezni in doživljanje lastne vloge pacienta. Ob tovrstnem raziskovanju

osrednja usmeritev raziskovanja ostaja vezana na skrb za sočloveka in na njeno izboljševanje (Fawcett & McCulloch, 2014).

#### **2.1.5.3.1. Odnos medicinskih sester do raziskovanja**

Avstrijska raziskava (Breimaier, et al., 2011) kaže na nenaklonjenost medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi. Prevladujejo pa raziskave, ki ugotavljajo pozitiven odnos medicinskih sester do raziskovanja (Akerjordet, et al., 2012; Heaslip, et al., 2012; Timmins, et al., 2012; Nixon, et al., 2013; Skela-Savič, et al., 2015), hkrati pa v njih avtorji opozarjajo na številne ovire za raziskovalno delo medicinskih sester. Tako v španski raziskavi (Moreno-Casbas, et al., 2011) ugotavljajo, da medicinske sestre niso prepričane o lastni pripravljenosti in pripravljenosti kolegov, da bi raziskovanje uporabili v praksi. Ugotavljajo tudi pomembno povezavo med izkušnjami in odnosom do raziskovanja. Medicinske sestre, ki so izvedle vsaj eno raziskavo, ki je bila financirana izven njihove matične institucije, so pokazale bolj pozitiven odnos do raziskovanja kot tiste, ki tovrstnih izkušenj niso imele. Za razliko od španske raziskave, pa je norveška raziskava (Akerjordet, et al., 2012) pokazala na vse bolj pozitiven odnos medicinskih sester do raziskovanja (40%), čeprav jih je bilo le malo vključenih v raziskovalne aktivnosti. Heaslip, et al., (2012) opozarjajo, da četudi osebe gledajo na raziskovanje v pozitivni luči, to nujno še ne odraža njihovih prepričanj o osebni uporabi raziskovanja v njihovi vsakdanji praksi. Fawcett & McCulloch (2014) menita, da morajo medicinske sestre gledati na raziskovanje kot na sestavni del oskrbe pacientov. Tako so o raziskovanju razmišljale diplomirane medicinske sestre v irski raziskavi (n=234), ki je hkrati tudi pokazala, da je 92% medicinskih sester menilo, da raziskovanje lahko izboljša nego pacienta, 93% pa se je strinjalo, da je to način, za spremembo klinične prakse (Timmins, et al., 2012)

#### **2.1.5.3.2. Raziskovalno delo medicinskih sester v kliničnem okolju**

Higgins, et al. (2010) omenjajo, da izkušnje medicinskih sester, ki raziskujejo v kliničnem okolju opozarjajo na potrebo, da se prizna in ceni kontekst v katerem se izvaja raziskave. Kar je po njihovi oceni pomembno je, da medicinske sestre, ki so raziskovalno aktivne razumejo, da raziskovanje zahteva čas, napor, vire, sodelovanje, podporo, predanost, denar, razumevanje in usposabljanje. Za predane posameznike je razvoj raziskovalnih spretnosti dolgotrajen proces, ki zahteva napor in usposabljanje. Higgins, et al. (2010) tudi menijo, da bi morale klinične medicinske sestre uporabljati raziskovalne dokaze kot osnovo za vsakodnevno prakso. Dodajajo, da klinične raziskave s področja zdravstvene nege ne bi smele biti odvisne od dobre volje medicinskih sester, katerih glavna naloga je zagotavljanje neposredne zdravstvene nege. Medicinske sestre, katerih naloga je tudi raziskovanje je treba podpirati pri razvoju raziskovalnih veščin. Raziskovanje je legitimna dejavnost medicinskih sester, kar pa je treba priznavati kot tako. Pri tem je pomembno, da se pri raziskovanju povezujejo znotraj discipline in tudi s strokovnjaki drugih disciplin (Higgins, et al., 2010). O uspešnosti interdisciplinarnega povezovanja govorijo rezultati francoske raziskave. Med financiranimi 149-imi projekti s področja zdravstvene nege, ki so jih na razpisa oddale medicinske sestre, je 45% projektov, pri katerih je bilo v raziskovalni tim vključenih od 3 do 6 članov. V polovici vseh timov sta bili zastopani vsaj dve poklicni skupini, zelo malo timov pa je vključilo več kot 4 poklicne skupine. Raziskava je tudi pokazala raznolikost poklicnih povezav med zdravstvenimi delavci in zdravstvenimi sodelavci na področju zdravstvene dejavnosti kot tudi strokovnjakov iz znanstvenih disciplin kot sta

psihologija in biomedicina (npr. diplomirana medicinska sestra, delovni terapevt, zdravnik, psiholog). Pri 89% projektov je bila učna bolnišnica (teaching hospital) institucija-nosilka projekta (Dupin, et al., 2013).

Na Švedskem so zasnovali dvoletni raziskovalno-razvojni program za klinične medicinske sestre (clinical nurse), ki je nudil akademsko izobrazbo in sodelovanje v raziskovalnih seminarjih in delavnicah. Medicinske sestre, ki so sodelovale v programu so razvijale raziskovalne projekte, ki so bili tesno povezani s prakso. S tem se je okrepila povezanost kliničnega okolja z akademsko skupnostjo (Chan, et al., 2010; Bäck-Pettersson, et al., 2013). Medicinske sestre so izvajale raziskovalno delo (projekti) in ob tem pridobile kreditne točke (izobraževanje).

Švedska raziskava je pokazala relativno nizko raziskovalno dejavnost diplomiranih medicinskih sester v prvem in drugem letu po diplomi. Fluktuacija zaposlenih in druge spremembe v delovnih pogojih niso bili povezani z individualnim zmanjšanjem raziskovalne aktivnosti (ang. to individual change towards lower research use) (Forsman, et al., 2010).

V angleški raziskavi (n=12) so medicinske sestre omenjale konflikt, ki ga občutijo, ko pri svojem delu opravljajo dve vlogi. Nase gledajo predvsem kot na zdravstvene delavce, ki so lojalni svojim pacientom, hkrati pa morajo izpolnjevati še zahteve po sodelovanju v raziskovalnem timu in z njimi povezane naloge. Glede na omenjeni vlogi, se medicinske sestre sprašujejo kako upravljati s svojim časom in se odzvati na vse zahteve povezane z njima (Boase, et al., 2012).

Butler (1995, cit po Akerjordet, et al, 2012a) je že pred dvema desetletjema opozoril na pomembnost povezovanja med fakultetami in kliničnim centrom. Tudi sedanje raziskave potrjujejo pomen povezovanja raziskovalnih potreb in modela za oblikovanje raziskovalnih možnosti v kliničnem okolju (Akerjordet, et al., 2012a)

71% medicinskih sester v irski raziskavi je omenilo, da pri raziskovalnem delu niso imele zadostne podpore in spodbude od kolegov in dugih strokovnjakov. 69,2% jih je tudi omenilo, da niso bile deležne podpore s strani vodstva (Timmins, et al., 2012).

### **2.1.5.3.3. Ovire za raziskovalno delo medicinskih sester v kliničnem okolju**

Na dokazih podprta zdravstvena nega temelji na izsledkih raziskav, kliničnih znanjih in vrednotah pacientov. Njena uporaba lahko izboljša zdravstvene izide pacientov. Uporaba raziskovalnih dokazov v klinični praksi je pričakovani standard prakse medicinskih sester in zdravstvenih institucij, vendar pa številne ovire ustvarjajo vrzel med novim znanjem in implementacijo tega znanja za izboljšanje zdravstvene nege pacientov (Peterson, et al., 2014).

Napogostejši oviri oz. dejavnika, ki negativno vpliva na uporabo raziskovalnih rezultatov v praksi ali pa na raziskovalno delo medicinskih sester sta pomanjkanje časa in delovne obremenitve (Akerjordet, et al., 2012; Ay, et al., 2014; Breimaier, et al., 2011; Hewitt-Taylor, et al., 2012; Moreno-Casbas, et al., 2011; Murphy, 2014). Naslednji pogosto omenjani dejavniki v znanstveni literaturi so pomanjkanje znanja (npr. o raziskovalnem procesu, o statistični obdelavi rezultatov, znanje angleščina, iskanje raziskovalnih poročil), izkušenj in spretnosti medicinskih sester na področji raziskovanja in iskanja rezultatov raziskav (Akerjordet, et al., 2012; Breimaier, et al., 2011; Hewitt-Taylor, et al., 2012; Moreno-Casbas, et al., 2011; Murphy, 2014; Akerjordet, et al., 2012a; Friesen-Storms, et al., 2015; Timmins,



et al., 2012; Skela-Savič, et al., 2015). Norveška raziskava (n=364) med kliničnimi medicinskimi sestrami v univerzitetnem kliničnem centru (Akerjordet, et al., 2012) ugotavlja, da je 77,7% diplomiranih medicinskih sester svoje raziskovalne sposobnosti ocenilo kot šibke ali sprejemljive, 19,6% kot dobre in 7,6% kot odlične.

Raziskave omenjajo pomanjkanje zanimanja za raziskovanje kot še eno pomembno oviro za raziskovalno delo v zdravstveni negi (Akerjordet, et al., 2012; Breimaier, et al., 2011; Murphy, 2014). Pomanjkanje samozavesti za raziskovalno delo je še en pogosto omenjan dejavnik za implementacijo na dokazih podprte prakse (Breimaier, et al., 2011; Hewitt-Taylor, et al., 2012; Moreno-Casbas, et al., 2011; Timmins, et al., 2012). Ay s kolegi (2014) omenja tudi nezmožnost timskega sodelovanja ter neobstoje osrednje raziskovalne enote usmerjene v raziskovanje v zdravstveni negi. Španska raziskava (n=917) med diplomiranimi medicinskimi sestrami je poleg časa kot drugo najpomembnejšo oviro za raziskovanje pokazala pomanjkanje sodelovanja z zdravniki, kot tretjo pa pomanjkanje avtoritete za uvajanje sprememb v prakso (Moreno-Casbas, et al., 2011). Friesen-Storms s kolegi (2015) pa opozarja tudi na problem slabšega znanja angleškega jezika med medicinskimi sestrami ter na negativen odnos do raziskovanja v zdravstveni negi. Ovira raziskovalnemu delu v kliničnem okolju je tudi pomanjkanje mentorstva in podpore kolegov ter vodstva pri raziskovanju (Akerjordet, et al., 2012; Ay, et al., 2014; Timmins, et al., 2012) ter kultura v zdravstveni negi (Murphy, 2014). Murphy pravi, da je kultura v zdravstveni negi še vedno povezana z močno usmeritvijo na prakso in ta ne postavlja v ospredje raziskovanja oz. ga ne vidi kot nekaj v kar je vredno vlagati. Tako se medicinske sestre raje usmerjajo na druga področja kot na raziskovanje. Odnos je pomembno povezan z višjimi medicinskimi sestrami. Če le te nimajo znanj za raziskovalno delo, potem morda ne bodo spodbujale raziskovalne aktivnosti v zdravstveni negi. Ugotavlja, da je pri tem očitna razlika z medicino, pri kateri je raziskovanje dobro razvito. Podobno Higgins, et al. (2010) ugotavljajo, da je vrednotenje prakse nad raziskovanjem očitno. Klinična okolja zahtevajo hitro odločanje in takojšnje rezultate, medtem ko je raziskovalni proces dolgotrajen, linearen, strog in veliko počasnejši kot odločanje ob neposrednem delu s pacienti. Za klinične medicinske sestre je raziskovalni proces počasen, jezik je tuj, elitističen in neprimeren za prakso, kar je že samo po sebi izziv za vključitev zdravstvenih delavcev v raziskovanje. Pomemben izziv za raziskovanje v zdravstveni negi torej izhaja iz kulture, ki daje prednost praksi, ki je usmerjena v kratkoročne cilje in odzivanje na kompleksne potrebe pacientov in njihovih svojcev. Higgins, et al. (2010) pravijo, da mnoge medicinske sestre, ki so raziskovalno aktivne verjamejo, da se mnogi od njihovih kolegov ne vključujejo v raziskovanje, ker ga prevladujoča kultura ne podpira. Pomanjkanje podpore in sredstev za raziskovalno delo ter vzdrževanje zagona za raziskovalni projekt prav tako postavlja velik izziv. Dobra stran sodelovanja v raziskovalnem delu je izkustveno učenje, ki ima potencial, da pripelje do spremembe prakse in zdravstvenih izidov pacienta ki temeljijo na dokazih podprti praksi. (Higgins, et al., 2010). Skela-Savič, et al. (2015) poleg pomanjkanja znanja spodročja raziskovanja in razumevanja procesa na dokazih podprte prakse kot razlog za slabo implementacijo na dokazih podprte prakse v slovenskih bolnišnicah ugotavljajo še stopnjo zadovoljstva z zaposlitvijo. V omenjeni raziskavi se je le tretjina anketirancev v zadnjih petih letih udeležila izobraževanja s področja raziskovanja in na dokazih podprte prakse. Rezultati druge slovenske raziskave (Skela-Savič & Kiger, 2015) pa so pokazali, da so bile medicinske sestre le 2% delovnega časa vključene v raziskovalne aktivnosti.

Friesen-Storms, et al. (2015) so oblikovali tabelo v kateri so povzeli ključne ovire in spodbujevalce za raziskovalno delo v kliničnem okolju (Tabela 2).

Tabela 2. Spodbujevalci in ovire za raziskovalno delo v kliničnem okolju

<b>Individualni dejavniki</b>	
Spodbujevalci	Vodenje
Ovire	Negativni odnos do na dokazih podprte prakse
<b>Timski dejavniki</b>	
Spodbujevalci	Navdušen in kritičen tim, ki je odprt za inovacije in se želi naprej razvijati Motivacija za nudenje visoke kakovosti oskrbe Skupna vizija, kjer polno zaposleni prevzamejo vodenje Želja po znanju
Ovire	Majhna motivacija za implementacijo na dokazih podprte prakse zaradi strahu, da specialna znanja medicinskih sester ne bodo več cenjena in bodo ovržena z znanstvenimi dokazi Pomanjkanje znanja in spretnosti za izvajanje na dokazih podprte prakse Pomanjkanje časa in osebja Majhno zaupanje v uspeh projekta, glede na predhodne negativne izkušnje s projekti Pomanjkanje znanja angleškega jezika Pomanjkanje odločanja od spodaj navzgor
<b>Organizacija</b>	
Ovire	Delovna obremenitev zaradi odpuščanja in reorganizacije Ni politike izobraževanja z vidika podiplomskega izobraževanja Preobremenjenost zaradi projektov

Vir: (Friesen-Storms, et al., 2015)

#### 2.1.5.3.4. Spodbudno raziskovalno okolje

Institucije v katerih medicinske sestre izvajajo raziskovanje (npr. univerze in zdravstvene institucije) se soočajo z izzivi kot so ekonomski racionalizem in hierarhične strukture, ki morda ne cenijo naložbe v raziskave, razen tiste, ki ustvarjajo dohodek (Wilkes & Jackson, 2013).

Raziskava Wilkes in Jackson (2013, p. 29) poudarja pomen okolja za pozitivno raziskovalno kulturo. *Pozitivno okolje "spodbuja vključevanje v raziskovanje – izvajanje, apliciranje in vsakodnevni pogovor o raziskovanju -, ceni in podpira raziskovanje, omogoča čas in vire ter nudi spodbudno in ustvarja raziskovalno vzdušje".* Za tovrstno okolje je značilna raziskovalna uspešnost, pozitivnih kolegijski odnosi, netekmovalnost ter učinkoviti raziskovalni procesi in usposabljanje. Tudi Ay, et al. (2014) poudarjajo, da je za uspešen prenos raziskovalnih rezultatov v prakso in povečanje uporabe raziskovalnih rezultatov pomembno okolje, ki je odprto za spremembe. Menijo, da je potrebno razviti izobraževalne programe in organizirati raziskovalne tečaje o raziskovanju v zdravstveni negi ter o uporabi raziskovalnih rezultatov pri negi pacienta. S tem bi se oblikoval tudi bolj pozitiven odnos medicinskih sester do raziskovanja. Menijo, da bi morali povečati število publikacij s področja zdravstvene nege in možnost dostopa do tovrstnih publikacij. V bolnišnicah bi morali delovati raziskovalni centri, na voljo pa bi morali biti tudi večja pomoč pri izvajanju raziskav in čas za izvedbo raziskav ter predstavitev raziskovalnih rezultatov.

Raziskovanje ni splošno razumljeno kot integralni del delovnega mesta medicinske sestre, kar je potrebno spremeniti (Heaslip, et al., 2012). V Avstrijski raziskavi med medicinskimi sestrami (n=1.825) so le-te podale želje, potrebe in zahteve vezane na izvedbo raziskovanja:

- Ustrezne informacije (dobro uvajanje inovacij, pozitivno vrednotenje zdravstvene nege kot znanstvene discipline);

- Strukturna dostopnost (čas za izvedbo, več osebja, zagotavljanje potrebnih sredstev / materiala);
- Strokovna podpora (glede implementacije raziskovalnih rezultatov);
- Praktičnost, uporabnost rezultatov v vsakodnevni praksi (Breimaier, et al., 2011, p. 1748). Medicinske sestre (60,4%, n = 960) v avstrijski raziskavi so izrazile pripravljenost po sodelovanju na usposabljanju s področja raziskovanja v zdravstveni negi in ob tem poudarile, da bi moral za takšno usposabljanje poskrbeti delodajalec (Breimaier, et al., 2011). Pripravljenost za raziskovanje so medicinske sestre izrazile tudi v raziskavi Heaslip, et al. (2012), vendar ob pogoju, da bi imele več časa zanj. Raziskava je tudi pokazala, da kultura uporabe raziskovalnih rezultatov v praksi ni splošno dosežena. Medtem, ko so delovna mesta dobro opremljena z informacijsko tehnologijo, ki omogoča osebju, da izvaja praktično delo, pa le-ta niso ustrezna za raziskovalno delo. Mnoge zdravstvene institucije zaposlenim na službenih računalnikih tudi ne dovolijo dostopa do interneta, zaradi strahu povezanega z zaščito občutljivih informacij za paciente (Heaslip, et al., 2012)

V raziskavi Friesen-Storms, et al. (2015) je bila pomemben dejavnik za implementacijo na dokazih podprte prakse želja medicinskih sester, da nudijo visoko kakovost zdravstvene nege ter njihova navdušenost in odprtost za spremembe. Izvedbene strategije projekta so vključevale prilagojeno interaktivno usposabljanje ter razvoj in implementacijo na dokazih podprtega protokola odpusta (Tabela 3). V okviru projekta so medicinske sestre sprejele akademski model na dokazih podprte prakse. Medicinske sestre so delale v skladu z novo oblikovanim protokolom. Medicinske sestre so pozitivno ocenile raziskovalno-akcijski raziskovalni proces.

Tabela 3. Konkretna strategija izvajanja na področju na dokazih podprte prakse v kliničnem okolju

Vodenje	Člani delovne skupine: oblikovanje pozitivnega odnosa do na dokazih podprte prakse in spodbujanje kritične refleksije na timskih sestankih Implementacija: sprejetje načrta implementacij in dejavnosti glede na vsebino dela
Spodbude	Vučerji za večerjo: spodbuda za visoko-kakovosten odziv (kritično razmišljanje) na na dokazih podprto prakso
Neprekinjena izmenjava informacij in komunikacija o na dokazih podprti praksi	Prikaz posterjev v enoti: pojasnjevanje na dokazih podprte prakse Zaposlovanje oblikovalcev mnenja (opinion leaders) znotraj tima zdravstvene nege s sledečimi nalogami: spodbujanje kritičnega razmišljanja o na dokazih podprti praksi v timu, uporaba osebnega pristopa, pojasnjevanje in nudenje informacij Povabilo medicinskim sestram iz drugih bolnišnic, ki imajo izkušnje z na dokazih podprto prakso, da izvedejo predavanje Redno publiciranje v internem časopisu bolnišnice: objava poročila o aktivnostih in o preliminarnih rezultatih
Komunikacija o na dokazih podprti praksi v kontekstu kakovosti izboljševanja zdravstvene nege	
Interaktivno usposabljanje s katerim se ozavešča o raziskovanju (ang. interactive outreach training)	
Opomniki	Integracija opomnikov v digitalni zapis bolnika
Protokol odpusta	
Strukturna intervencija	Priprava dnevnega reda: Ključitev implementacijo na dokazih podprte prakse na vsak sestanek tima
Predpogoji	Čas: Povezava aktivnosti povezane z na dokazih podprto prakso z drugimi aktivnostmi, npr. povezava usposabljanja s katerim ozaveščamo o raziskovanju z dnevom namenjenem usposabljanju tima IKT: Uporaba digitalnega zapisa bolnika kot instrument za implementacijo protokola na dokazih podprte prakse

Vir: (Friesen-Storms, et al., 2015)

Murphy (2014) kot ključne strategije za promocijo raziskovanja med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi sodelavci omenja: predanost znotraj organizacije, raziskovalno vodstvo, specifični ukrepi za zmanjševanje prepoznanih ovir za raziskovanje (pomanjkanje časa, znanja, spretnosti, neustrezna kultura).

Hewitt-Taylor, et al. (Hewitt-Taylor, et al., 2012) menijo, da bi morali biti bolj pozorni na to, kako je raziskovanje »prodano« zdravstvenemu osebju. Kot pravijo je uporaba raziskovalnega žargona za mnoge zdravstvene delavce odbijajoča, saj daje občutek, da je raziskovanje povezano s fakulteto in ni orodje za strokovnjake, ki delajo v praksi. Hkrati so prisotna nerealistična pričakovanja, kaj pomeni uporaba raziskovanja. Predlagajo, da se poučevanje in pričakovanja o raziskovanju usmerijo na aplikacijo raziskovanja v prakso.

#### **2.1.5.3.5. Primeri dobre prakse**

Obstaja nekaj dokazov, da uvedba kliničnih akademskih štipendij (ang. clinical academic fellowship posts) pozitivno srednjeročno in dolgoročno vpliva na raziskovalno kulturo. Univerzitetni bolnišnici v Brightonu in Sussexu sta v partnerstvu z Univerzo v Brightonu že leta 2010 vpeljali štipendije. Vpliv teh štipendij na raziskovalno aktivnost v zdravstveni negi še ni znan (Nixon, et al., 2013)

V univerzitetni bolnišnici Navarra v Španiji so vpeljali intervencije s katerimi so želeli razviti raziskovanje v zdravstveni negi. Intervencije so bile predvsem usmerjene v izboljšanje kompetenc medicinskih sester za raziskovalno delo. Intervencije so zadevale kontekstualne dejavnike, ki so bili prepoznani kot ovire ali kot spodbujevalci. V kontrolno skupino so bile vključene medicinske sestre, ki niso želele sodelovati v intervencijah (n=81), v intervencijsko skupino pa medicinske sestre, ki so sodelovale v aktivnostih (n=89). Večino intervencij so v obdobju enega leta in ob podpori vodstva bolnišnice, vpeljali na ravni celotne bolnišnice. V sklopu intervencij so oblikovali mrežo mentorjev in izobraževalni program (raziskovalni tečaj, bralni klub). V intervencijah so sodelovale glavne medicinske sestre na oddelku in klinične medicinske sestre (clinical nurses). Rezultati so pokazali učinkovitost intervencij, saj so se pri intervencijski skupini znatno izboljšala znanja s področja raziskovanja, kot tudi spretnosti. Pri kontrolni skupini so znanja ostala takšna kot pred intervencijami, vendar pa je njihov odnos do raziskovanja postal bolj pozitiven. Iz tega avtorji sklepajo, da so imele intervencije širši učinek na celotno populacijo medicinskih sester, ne glede na to ali so sodelovale v intervencijah ali ne (Corchon, et al., 2011).

V medicinskem univerzitetnem centru v Washingtonu (University of Washington Medical Center) pri delu uporabljajo model profesionalne prakse (professional practice model). Osrednji del kulture je klinično raziskovanje, ki poudarja pomen oblikovanja novega znanja in sistematično uporabo rezultatov / dokazov v praksi. To kulturo raziskovanja podpira več predpostavk:

- Kultura raziskovanja je neločljivo vključena prek oskrbe pacienta/družine in profesionalne prakse. Zato nimajo ločenega raziskovalnega sveta, temveč je kultura raziskovanja del vseh struktur centra.
- Druga predpostavka je, da imajo vse medicinske sestre v organizaciji vodstveno vlogo (all nurses in the organization have a leadership role). Medicinske sestre na vseh organizacijskih nivojih so vključene v kulturo raziskovanja.
- Usmeritev raziskovanja v zdravstveni negi je jasno oblikovana, diseminirana in inkulturirana, na kar kažejo raziskave, ki potekajo pod vodstvom medicinskih sester in pa

vključitev medicinskih sester, ki delajo ob pacientu (staff/direct care nurses ) v kulturo raziskovanja. Oddelek za zdravstveno nego je nacionalni vodja na tem področju, glede na vključenost v klinično raziskovanje na področju zdravstvene nege.

- Medicinske sestre, ki delajo ob pacientu (bedside nurses) so vzornice za svoje vrstnice in pomembno prispevajo k širjenju kulture raziskovanja v organizaciji (Bridges, 2015, p. 288).

Kulturo raziskovanja je mogoče okrepiti s partnerstvom med fakultetami in kliničnimi okoli. Akademiki imajo predvsem vlogo pospeševanja kulture raziskovanja prek sodelovanja z medicinskimi sestrami, ki nudijo neposredno oskrbo, medicinskimi sestrami z naprednimi znanji in administratorji. Pri tem so usmerjeni v tri cilje:

- Širjenje kulture raziskovanja prek vseh dejavnosti namenjenih zdravstveni oskrbi pacienta.
- Krepitev zmožnosti medicinskih sester, da aktivno sodelujejo v raziskovanju in vodijo klinično raziskovanje .
- Ustvarjanje struktur / procesov, ki omogočajo širjenje, sprejemanje, implementacijo, institucionalizacijo in evalvacijo na dokazih podprte zdravstvene nege (Bridges, 2015, pp. 288-289).

Klinično raziskovanje v zdravstveni negi združuje odgovornost medicinskih sester za celostno zdravstveno nego pacienta ter klinično raziskovanje, vodenje in menedžment. Medicinske sestre v Združenem kraljestvu (ZK), ki želijo kariero usmeriti v raziskovanje, pogosto izrazijo svoje zanimanje za to področje že tekom študija. Kariero na področju raziskovanja v zdravstveni negi je mogoče razvijati na različne načine. Pri medicinskih sestrah, ki so morda le dobile vpogled v raziskovanje v času dodiplomskega študija, je sodelovanje s klinično raziskovalno medicinsko sestro pri vsakdanjem delu način, kako se poveča njihovo ozaveščenost o pomenu raziskovanja v praksi (Fawcett & McCulloch, 2014). Glavna naloga klinične raziskovalne medicinske sestre (clinical research nurse - CRN) v ZK je izvajanje raziskovanja v kliničnem okolju. Običajno so klinične raziskovalne medicinske sestre osebe, ki imajo vsaj eno leto splošnih delovnih izkušenj (Gibbs & Lowton, 2012). So zelo usposobljene medicinske sestre, ki so ključne za raziskovalni tim in uspešno aplikacijo ugotovitev raziskav v prakso. Imajo znanje iz raziskovalne etike in zakonodaje, razvoja protokola in nudijo pomoč ostalim udeležencem v raziskovanju (Fawcett & McCulloch, 2014). Delajo kot članice multidisciplinarnih raziskovalnih timov v katerih sodelujejo zdravnik, farmacevt in osebje iz drugih disciplin, ki jih zanima klinično raziskovanje. Nosilec raziskave/glavni raziskovalec je oseba, ki prevzame odgovornost za izvedbo raziskave. To je najpogosteje zdravnik, čeprav lahko postane glavni raziskovalec tudi oseba iz drugih zdravstvenih disciplin, vključno z medicinsko sestro. Klinične raziskovalne medicinske sestre so pri svojem delu avtonomne in so močno v stiku s pacienti, saj se njihova praktična znanja ves čas koristi. Bistven vidik vloge izkušene klinične raziskovalne medicinske sestre je tudi komunikacija s financerji raziskave, usposabljanje in vodenje/mentiranje medicinskih sester (Tabela 4). Bolj izkušene razvijajo lastna raziskovalna vprašanja, pripravijo raziskovalne protokole in izvedejo lastne raziskave. Pri svojem delu so samostojne, lahko prevzamejo vodstvene naloge in tesno sodelujejo s kliničnim in akademskim osebjem (Gibbs & Lowton, 2012). Pojav kliničnih akademskih raziskovalnih karier (Butterworth et al 2005, NHS Education for Scotland 2011, DH 2012 cit po. Fawcett & McCulloch, 2014) in programov za diplomirane medicinske sestre, kot npr. magisterij na področju kliničnega raziskovanja v

zdravstveni negi (the Masters of Nursing in Clinical Research at the University of Edinburgh) spodbujajo medicinske sestre, da se prej vključijo v raziskovanje ter razvijejo lastne raziskovalne ideje s področja prakse zdravstvene nege (Fawcett & McCulloch, 2014).

Tabela 4. Primeri raziskovalnih aktivnosti kliničnih raziskovalnih medicinskih sester

Primeri raziskovalnih aktivnosti kliničnih raziskovalnih medicinskih sester
Prepoznati potencialne udeležence raziskav in sodelovanje s kliničnim timom
Obveščanje potencialnih udeležencev o raziskavi in kaj le ta vključuje ter vodenje teh udeležencev
Vključevanje udeležencev v raziskovanje
Izvajanje postopkov povezanih z raziskovanjem (zbiranje podatkov, izvajanje kliničnih meritev, obveščanje in vodenje udeležencev, ...)
Komuniciranje s kliničnim osebjem in člani multidisciplinarnega tima
Nadziranje raziskovanja
Zagovorništvo udeležencev raziskav
Izvajanje intervjujev, anketiranja in pridobivanje drugih informacij od udeležencev raziskav
Povečanje vloge medicinskih sester v kliničnem raziskovanju
Vključitev v raziskovalni protokol, implementacijo in analizo
Izobraževanje zdravstvenih delavcev s področja izobraževanja

Vir: (Fawcett & McCulloch, 2014)

V Združenem kraljestvu deluje Nacionalni inštitut za raziskovanje zdravja (National Institute for Health Research), ki je največji financer kliničnega raziskovanja znotraj Nacionalne zdravstvene službe (National Health Service - NHS). Strateške prioritete na področju, kjer so vključene klinične raziskovalne medicinske sestre so:

- izboljšana izkušnja pacientov,
- Izboljšani standardi raziskovanja in prakse,
- boljša osveščenost o raziskovalni dejavnosti in podpora (McDermott, et al., 2014).

V ZK v sklopu nove strategije *A Strategy for Developing Clinical Academic Researchers within Nursing, Midwifery and the Allied Health Professions* načrtujejo, da bo za izboljšanje prakse in vpeljavo inovacij pomembna »clinical academic workforce«. Ekspertna skupina Association of UK University Hospitals (AUKUH) definira klinične akademike (clinical academics) kot: *'Medicinska sestra, babica ali zdravstveni sodelavci, ki so trenutno vključeni v klinično prakso in raziskovanje. Zagotavljajo klinično in raziskovalno vodstvo pri iskanju inovacij, štipendij in zagotavljanju dobrega na dokazih podprtega zdravstvenega varstva. Glavna značilnost njihovega raziskovanja je, da je usmerjeno v obveščanje in izboljševanje učinkovitosti, kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. Osredotočajo se na oblikovanje okolja, ki spodbuja zdravstveno oskrbo, temelji na rezultatih raziskav, ter na razvoj raziskovalnih zmožnosti in spretnosti. Izzivajo obstoječo prakso in prispevajo k bogatejšemu raziskovalnemu okolju, ki vodi k doseganju odličnosti v zdravstvenem varstvu in zdravstvenih izidih.'* (Finlay, 2012, p. 3)

Projekt medicinska sestra-raziskovalka (The Nurse Researcher Project - NRP) izvajajo v avstralski terciarni zdravstveni ustanovi. Razvili so ga na podlagi literature in potreb v praksi. Namen modela je izboljšati raziskovalne sposobnosti medicinskih sester. Model je inovativen, ker je bil postavljen v klinično okolje in je deloval na ravni storitev in ne toliko na organizacijski ravni. V sklopu modela (Slika 1) so prepoznali korake potrebne za implementacijo raziskovalne vloge medicinske sestre v kliničnem okolju. Ti koraki vključujejo oblikovanje vloge, načrtovanje podpornega sistema za izvajanje te vloge, evalvacijo izidov

vloge dve leti po implementaciji. K oblikovanju podpornega okolja za na dokazih podprto prakso je pozitivno prispevalo vodstvo na področju zdravstvene nege (Chan, et al., 2010).



**Slika 1. Struktura modela medicinske sestre-raziskovalke, Vir: (Chan, et al., 2010).**

V ZDA je v svoji 30-letni zgodovini Nacionalni inštitut za raziskovanje v zdravstveni negi (National Institute of Nursing Research NINR) pomembno prispeval k postavitvi znanstvenih temeljev v zdravstvu in zdravstveni negi. Inštitut se ukvarja z najpomembnejšimi sodobnimi zdravstvenimi izzivi in je eden od 27-ih inštitutov in centrov znotraj Nacionalnih zdravstvenih inštitutov (National Institutes of Health (NIH) (Grady & Lucio Gough, 2015)

Magnet Recognition Program® je program, ki ga je oblikoval American Nurses Credentialing Center (ANCC). Vanj je vključenih 395 mednarodnih organizacij, med katerimi prevladujejo organizacije iz ZDA, vključene pa so tudi iz Libanona, Singapurja in Avstralije. Medicinske sestre imajo v teh organizacijah in institucijah visoke cilje, so usmerjene v prihodnost in v prakso vnašajo primere dobrih praks ter inovacije. Zavzemajo tudi pomembne vodstvene položaje. Imajo klinično znanje in specifična znanja iz vodenja. Delovanje zdravstvene nege temelji na dokazih podprti praksi. Na voljo imajo zadostne človeške in materialne vire, za implementacijo novih modelov zdravstvene oskrbe, ki temeljijo na dokazih podprti praksi. Sodelujejo tudi v raziskovalnem procesu. Medicinska sestra z doktoratom vodi raziskovalni odbor za zdravstveno nego. Vanj so vključene druge medicinske sestre z doktoratom, medicinske sestre z naprednimi znanji (advanced practice nurses), medicinske sestre (staff nurses), raziskovalka s področja zdravstvene nege na fakulteti iz Yale School of Nursing faculty ter drugi strokovnjaki ter bibliotekarke s področja zdravstvenih ved (health science librarians). Naloga raziskovalnega odbora je spodbujati raziskovalni duh, evalvirati inovacije v praksi zdravstvene nege ter ustvarjanje novega znanja prek izvedbe raziskav (Parkosewich, 2013).

## Literatura

- Akerjordet, K., Lode, K. & Severinsson, E., 2012a. Clinical nurses' research capacity in a Norwegian university hospital: Part 2. *Journal of Nursing Management*, 20(6), p. 824–832.
- Akerjordet, K., Lode, K. & Severinsson, E., 2012. Clinical nurses' attitudes towards research, management and organisational resources in a university hospital: Part 1.. *Journal of Nursing Management*, 20(6), p. 814–823.
- AUKUH Clinical Academic Careers Group, 2012. *Annual Report of Activity May 2011 to June 2012*, London: AUKUH Clinical Academic Careers Group for Nursing and Midwifery, the Nurse and Midwife Research Clinical Academic.
- Ay, F., Gençtürk, N. & Turan Miral, M., 2014. *International Journal of Nursing Practice. Barriers that prevent implementation of research findings in nursing: Education-research hospitals case*, 20(6), pp. 646-654.

- Bäck-Pettersson, S. in drugi, 2013. Nurses' experiences of participation in a research and development programme. *Journal of Clinical Nursing*, 22(7-8), pp. 1103-1111.
- Boase, S., Kim, Y., Craven, A. & Cohn, S., 2012. Involving practice nurses in primary care research: the experience of multiple and competing demands. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), p. 590-599.
- Breimaier, H. E., Halfens, R. J. & Lohrmann, C., 2011. Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11-12), p. 1744-1756.
- Bridges, E. J., 2015. Bedside: It makes a difference. *American journal of critical care*, 24(4), pp. 283-289.
- Chan, R., Gardner, G., Webster, J. & Geary, A., 2010. Building research capacity in the nursing workforce: The design and evaluation of the nurse researcher role. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(4), pp. 62-69.
- Chen, S.-H. e. C. S.-H., Shao, J.-H., Hsiao, Y.-C. & Lee, H.-C., 2013. Barriers to research utilization by registered nurses in Taiwan. *Research in Nursing & Health*, 36(2), pp. 191-202.
- Corchon, S., Portillo, M. C., Watson, R. & Saracibar, M., 2011. Nursing research capacity building in a Spanish hospital: An intervention study. *Journal of Clinical Nursing*, 20(17-18), p. 2479-2489.
- Dupin, C. M. in drugi, 2013. Trends in nursing research in France: a cross-sectional analysis. *International Nursing Review*, 60(2), pp. 258-266.
- Fawcett, T. J. N. & McCulloch, C., 2014. Pursuing a career in nursing research. *Nursing Standard*, 28(28), pp. 54-59.
- Finlay, V., 2012. *Developing the Role of the Clinical Academic Researcher in the Nursing, Midwifery and Allied Health Professions*, Leeds: Department of Health.
- Forsman, H. in drugi, 2010. Use of research by nurses during their first two years after graduating. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), pp. 878-890.
- Friesen-Storms, J. H. in drugi, 2015. Systematic implementation of evidence-based practice in a clinical nursing setting: a participatory action research project. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1-2), p. 57-68.
- Gibbs, C. L. & Lowton, K., 2012. The role of the clinical research nurse. *Nursing standard*, Izvod 27, pp. 37-40.
- Grady, P. A. & Lucio Gough, L., 2015. Nursing Science: Claiming the Future. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(6), p. 512-521.
- Heaslip, V., Hewitt-taylor, J. & Rowe, N. E., 2012. Reflecting on nurses' views on Using Research in Practice. *British Journal of Nursing*, 21(22), p. 1341.
- Hewitt-Taylor, J., Heaslip, V. & Rowe, N. E., 2012. Applying research to practice: exploring barriers. *British Journal Of Nursing*, 21(6), pp. 356-359.
- Higgins, I. in drugi, 2010. Doing clinical research: The challenges and benefits. *Contemporary Nurse*, 35(2), pp. 171-181.
- Jones, S., 2014. Embracing research in nursing practice. *British Journal of Nursing*, 23(18), pp. 994-998.
- McDermott, S., Hathaway, K. & Saunders, C., 2014. Developing good practice for clinical research nurses. *Nursing standard*, 28(26), pp. 40-44.
- Moreno-Casbas, T. in drugi, 2011. Spanish nurses' attitudes towards research and perceived barriers and facilitators of research utilisation: a comparative survey of nurses with and with and without experience as principal investigators. *Journal of Clinical Nursing*, 20(13-40), pp. 1936-1947.
- Murphy, F., 2014. *Report on research and development activities by nurses and allied health professionals in Hywel Dda University health board*, Swansea: CHHS, Swansea University.
- Nixon, E., Young, S., Sellick, V. & Wright, K., 2013. An innovative approach to facilitating nursing research. *British Journal of Nursing*, 22(3), pp. 160-166.
- Parkosewich, J. A., 2013. An infrastructure to advance the scholarly work of staff nurses. *Yale Journal of Biology and Medicine*, Izvod 86, pp. 63-77.
- Peterson, M. H. in drugi, 2014. Choosing the best evidence to guide clinical practice: application of AACN levels of evidence. *Critical care nurse*, 34(2), pp. 58-68.
- Richards, D. A. C. V. & Borglin, G., 2014. The State of European Nursing Research: Dead, Alive, or Chronically Diseased? A Systematic Literature Review. *Worldviews on evidence-based nursing*, 11(3), pp. 147-155.
- Timmins, F., McCabe, C. & McSherry, R., 2012. Research awareness: managerial challenges for nurses in the Republic of Ireland. *Journal of Nursing Management*, 20(5), pp. 224-235.
- White, E., 2012. Challenges that may arise when conducting real-life nursing research. *Nurse Researcher*, 19(4), pp. 15-20.
- Wilkes & Jackson, 2., 2013. Enabling research cultures in nursing: Insights from a multidisciplinary group of experienced researchers. *Nurse Researcher*, 20(4), pp. 28-34.



#### **2.1.5.4. Sinteza ugotovitev pregleda del na področju interdisciplinarnega raziskovanja v zdravstveni negi**

##### **2.1.5.4.1. Rezultati analize in pregleda literature**

Članke smo pregledali glede na namen, vsebino oz. problem raziskovanja in glede na uporabljeno metodo raziskovanja. Pri tem naj opozorimo, da prisotnost vseh značilnosti interdisciplinarnega raziskovanja, kot smo jih podali uvodoma, nismo mogli preverjati, saj parametra sestava raziskovalne skupine, ki je izvajala raziskavo, v večini primerov nismo mogli identificirati. Tovrstni pregled bi zahteval, da je v članku jasno opisana znanstvene discipline, ki ji posamezni avtor pripada, kar pa za vse identificirane članke ni značilno.

Na podlagi predstavljenih elementov analize člankov smo identificirali štiri nadredne kategorije objavljenih del:

(I) *interdisciplinarna skupina raziskovalcev proučuje določeno temo* (4 članki): poudarek je na metodi raziskovanja, v sklopu katere interdisciplinarna skupina raziskovalcev proučuje določeno temo. Namen je torej proučiti različne teme (duhovna oskrba, etika biomedicinskih raziskav, etika paliativne oskrbe, oskrba starejših v institucionalnem varstvu), preko aktivnega sodelovanja interdisciplinarne skupine raziskovalcev, ki sami nastopajo tudi kot udeleženci raziskave (Bigby in sod., 2011; Reitinger & Heimerl, 2014; Powell in sod., 2015; Vandoolaeghe in sod., 2015);

(II) *interdisciplinarno sodelovanje v praksi in znanosti* (6 člankov): poudarek v člankih je razvoju veščin komunikacije in sodelovanja za zagotavljanje kakovostne oskrbe pacientov, metoda raziskovanja, ki pri tem prevladuje je analiza sedanjega stanja na področju interdisciplinarnega sodelovanja v znanosti ali v praksi, oblikovanje intervencijskega pristopa, v obliki kurikuluma za študente (2 članka: Larson in sod., 2011; Chen in sod., 2015) ali v obliki interdisciplinarnega ali multidisciplinarnega izobraževanja ali prakse na specifičnem področju, kot je šola (1 članek: Bronstein in sod., 2012), paliativna oskrba (1 članek: Wittenberg-Lyles in sod., 2014); vstavitev perkutane endoskopske gastrostome (1 članek: Campbell in sod., 2011) in varnost pacienta v zdravstveni obravnavi (1 članek: Kiersma in sod., 2011);

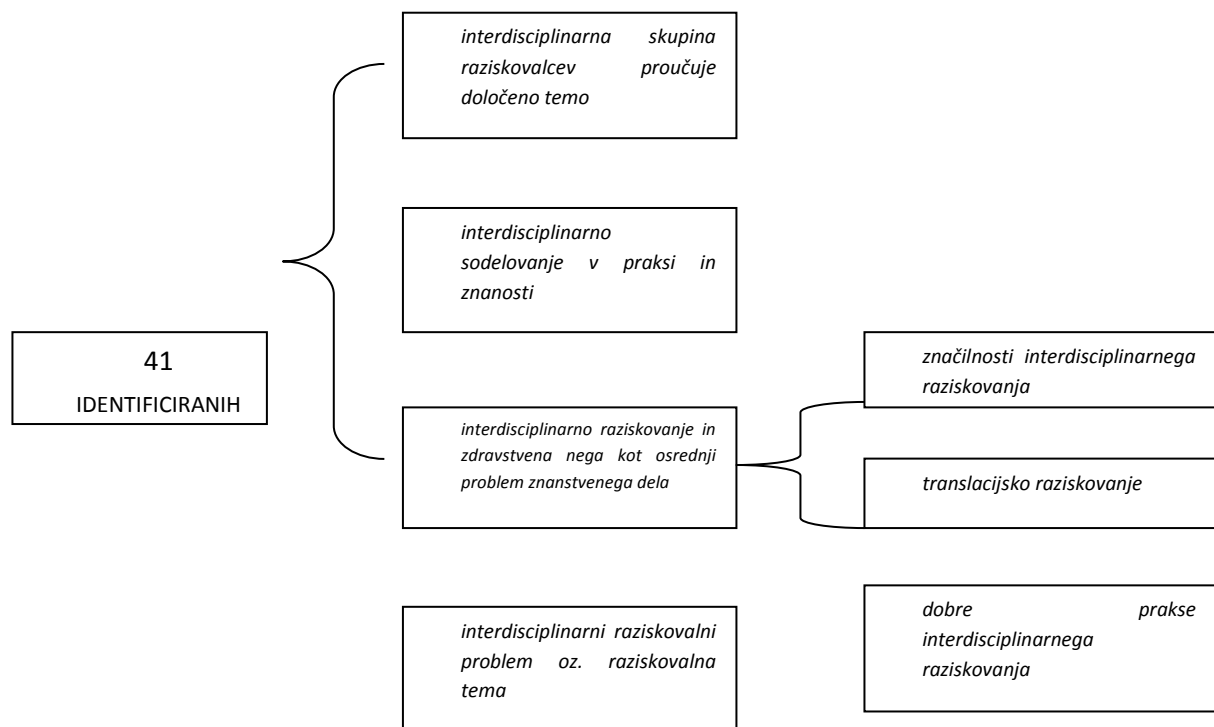
(III) *interdisciplinarno raziskovanje in zdravstvena nega kot osrednji problem znanstvenega dela* (14 člankov): podrobneje predstavljamo to kategorijo del v nadaljevanju, saj obravnava osnovni namen pričujočega pregleda del;

(IV) *interdisciplinarni raziskovalni problem oz. raziskovalna tema* (17 člankov): v to kategorijo sodijo dela, katerih tema oz. problem, ki ga raziskovalci proučujejo, je z vidika zdravstvene oskrbe v praksi in znanosti interdisciplinaren in ga je za polno razumevanje tako tudi potrebno obravnavati. Glede na metodo raziskovanja in strukturo skupine avtorjev sicer ne moremo zaključevati o stopnji interdisciplinarnosti raziskave, kot te stopnje povzemajo avtorji Abolela in sod. (2007), saj so med članki prisotni tudi eno-avtorski članki (npr. Waite, 2010; Woodward, 2011), uporabljene raziskovalne metode pa vključujejo kvalitativne in kvantitativne pristope, znanstveno pregledna dela in teoretična dela. Interdisciplinarnost je tako, po mnenju avtorice tega dela, prisotna predvsem v temi oz. obravnavanem problemu. Primeroma naj navedemo nekaj proučevanih tem: alternativne oblike nujne zdravstvene obravnave oseb v emocionalnem distresu (Shatel in sod., 2014); e-intervencijski pristopi za ženske, ki so žrtve zlorab (Koziol-McLain in sod., 2015); kognitivna vedenjska terapija

nespečnosti pacientov z rakom (Woodward, 2011); bioznanost proučevanja sline (*salivary bioscience*) za novorojenčke kot temelj neinvazivnega pristopa k izvedbi določenih preiskav (Voegtline & Granger, 2014); stres adolescentov ob hospitalizaciji zaradi operacije (Liu in sod., 2014); padci starejših pacientov v času bolnišničnega zdravljenja (Titler in sod., 2011); gerontotehnologija (nova oblika oskrbe starostnika) (Rodeschini, 2011); življenjske navade oseb s poškodbami glave (Lamontagne in sod., 2013); ADHD (*attention-deficit/hyperactivity disorder*) in vloga medicinske sestre pri prepoznavanju te motnje (Waite in sod., 2013); ženske z ADHD (Waite, 2010a), vpliv intenzivnih negativnih izkušenj v otroštvu na kasnejše duševno zdravje (Waite in sod., 2010). Navedene teme raziskovalci proučujejo z namenom opisa in razlage določenega področja in modifikacije obstoječega stanja (načrtovanje, izvedba in spremljanje intervencije). Tem ciljem pa so prilagojene tudi metode raziskovanja.

V nadaljevanju analize smo se podrobneje usmerili v članke tretje kategorije, oz. v članke, ki kot osrednjo temo proučevanja, opisujejo in razlagajo interdisciplinarno raziskovanje v zdravstveni negi, saj ta dela neposredno odražajo namen priprave tega pregleda.

Slika 1 prikazuje nadredne in podredne kategorije identificiranih člankov, ki predstavljajo vodilo opisa, primerjave in razlage koncepta interdisciplinarnega raziskovanja v zdravstveni negi.



Slika 1: Nadredne kategorije pregledanih člankov in podredne kategorije skupine člankov, ki opisujejo in razlagajo interdisciplinarno raziskovanje v zdravstveni negi

Znanstveni članki, ki smo jih razvrstili v kategorijo (III) *interdisciplinarno raziskovanje in zdravstvena nega kot osrednji problem znanstvenega dela*, so pripravljene kot teoretični članki in kot pregled literature. V to kategorijo člankov smo razvrstili 14 del, ki jih, glede na njihov namen in metodološki pristop, razvrstimo v tri podredne kategorije:

(I) *značilnosti interdisciplinarnega raziskovanja* (McBride, 2010; Toftthagen & Fagerstrøm, 2010; Yarcheski & Mahon, 2013; Kane, 2014; Petrovskaya, 2014), ki opisujejo različne vidike

interdisciplinarnega raziskovanja: teorije, koncepti, metode dela. En članek obravnava tudi značilnosti interdisciplinarnih raziskovalnih timov (Lakhani in sod., 2012), ki na podlagi pregleda literature s področja medicine, psihologije, zdravstvena nege, identificira različne značilnosti uspešnega interdisciplinarnega dela.

(II) *translacijsko raziskovanje*: predstavitev pomena, problemov, ovir, prednosti in pristopov k spodbujanju prakse, podprte z dokazi (*evidence-based practice*), kot osnove translacijskega raziskovanja, ki predstavlja integracijo raziskovanja in kliničnega znanja preko interdisciplinarnega in transdisciplinarnega procesa (Goode in sod., 2011; Schreiber, 2013; Woods & Magyary, 2010).

(III) *dobre prakse interdisciplinarnega raziskovanja*: študije primerov, predstavitev programov, njihove uspešnosti in modela interdisciplinarnega raziskovalnega partnerstva skupnost – univerza na področju zdravja (Sadler in sod., 2011); primer pridobivanja finančnih sredstev za zagotavljanje interdisciplinarnega raziskovanja na področju pacientove odločitve za HOSPIC oskrbo (Waldrop, 2014); interdisciplinarno raziskovanje paliativne oskrbe otroka z anencefalijo (študija primera) (Roeske & Garlough, 2014); predstavitev primera iniciative v ZDA (University of Michigan), ki spodbuja interdisciplinarno raziskovanje na področju dentalne medicine, zdravstvene nege, medicine, farmacije, biostatistike, epidemiologije, bioinžiniringa (Sampselle in sod., 2011); primer razvoja strategije interdisciplinarnega raziskovanja v Ngali na področju zagotavljanja zdravja otrok, v sklopu katerega po principu akcijskega raziskovanja sodelujejo raziskovalci in praktiki na področju zdravstvene nege, babištva, psihologije in socialnega dela (Bennett in sod., 2012).

V nadaljevanju se bomo podrobneje posvetili kategoriji člankov, ki obravnava značilnosti interdisciplinarnega raziskovanja v zdravstveni negi (*značilnosti interdisciplinarnega raziskovanja*). Yarcheski & Mahon (2013) sta s pregledom člankov v treh revijah na področju zdravstvene nege (Nursing Research (NR), Western Journal of Nursing Research (WJNR) in Journal of Advanced Nursing (JAN)), v obdobju med 1990 in 2010, proučevala razvoj znanosti zdravstvene nege in prisotnost interdisciplinarnega in multidisciplinarnega raziskovanja v zdravstveni negi. Znanstvene članke (teoretične in empirične) sta analizirala, glede na: reference avtorjev kvantitativnih raziskav v zdravstveni negi; sestavo raziskovalnega tima; znanstveno disciplino teorij, ki so jih raziskovalci preverjali v raziskavah. Uvodoma avtorja podata opredelitev za disciplino zdravstvene nege specifičnega raziskovanja (Yarcheski & Mahon, 2013, str. 406, cit. po Barrett, 2002, str. 57: »Znanost zdravstvene nege je znanost z vsebinsko specifičnim znanjem, ki se osredotoča na proces človek-univerzum-zdravje, kot je artikulirano v teorijah in miselnih okvirjih zdravstvene nege«, ter povzameta ključne ugotovitve sorodnih raziskav, ki kažejo, da so »teorije, sposojene iz drugih disciplin, na splošno v raziskavah pogosteje uporabljene kot teorije zdravstvene nege, kar se kaže kot mednarodni fenomen« (Yarcheski & Mahon, 2013, str. 406). Pri teh zaključkih pa avtorja opozorita tudi na pomanjkljivosti dosedanjih preglednih del, ki ne omogočajo spremljanja trendov v času, ter ne upoštevajo uporabe teorij srednje ravni, in ne zgolj glavnih (osrednjih) teorij zdravstvene nege. Pregled znanstvenih člankov, ki sta ga opravila Yarcheski & Mahon, (2013) podaja naslednje zaključke: v času med leti 1990 - 2010 je zaznan porast prvih avtorjev znanstvenih člankov, ki imajo zaključen doktorat znanosti (ti avtorji so v pribl. v 90 % raziskovalci s področja zdravstvene nege); povečuje se prisotnost raziskav iz različnih dežel in sofinanciranje raziskav; upada število eno-avtorskih člankov; povečuje se število več-avtorskih člankov in število multidisciplinarnih timov; večina testiranih teorij je s področja psihologije, testiranje teorij zdravstvene nege je zmerno. Multidisciplinarnost (različne teorije in raziskovalci in različnih disciplin) je bolj značilna za

znanstvena dela kot za disciplino zdravstvene nege specifično raziskovanje; interdisciplinarnost (sinteza teorij iz različnih znanstvenih disciplin v enoten okvir) pa je redko prisotna. Trend pojavljanja za disciplino specifičnih raziskav, ki kombinirajo klasične teorije zdravstvene nege s teorijami in konceptualnimi modeli zdravstvene nege srednjih ravni, je bil med leti 1990 in 2010 stabilen (leta 1990 je bila prisotnost teh 21 %, leta 2010 pa 23 %), največ tovrstnih raziskav pa je bilo objavljenih leta 2005 (35 %). Teorije s področja psihologije so dominirale v letu 1990 (52 %) in v letu 2010 (48 %). Interdisciplinarne raziskave se niso pojavile do leta 2000 (4 %), njihova pogostost pa z leti ni naraščala (v letu 2005 je bila 4 %, v letu 2010 pa 3 %). Število raziskovalcev iz različnih področij je sicer naraščalo po letih, vendar na način, ki kaže multidisciplinarnost (različne discipline z različnimi teoretičnimi, konceptualnimi modeli) in ne interdisciplinarnost. V letu 1990 je bilo prisotnih 11 disciplin, ki so sodelovale pri objavljanju znanstvenih člankov s področja zdravstvene nege, večinoma s področja psihologije, medicine in statistike. V letu 2010 je sodelovalo 21 različnih disciplin, večinoma s področja psihologije, medicine in statistike, v manjši meri pa tudi s področja javnega zdravja, farmakologije in fizioterapije. Večina soavtorjev je v letu 2010 so avtorji s področja medicine. Predstavljeni pregled tako nakazuje prisotnost predvsem multidisciplinarnega raziskovanja, ki z leti narašča, ne pa tudi interdisciplinarnosti, ki izkazuje skupna prizadevanja avtorjev za razumevanje problema, ob tem pa ohranja perspektivo za raziskovalca specifične discipline.

Drugih del, ki bi obravnavali pogostost interdisciplinarnih raziskav in del, v obstoječem pregledu nismo zasledili. Delo avtorice Petrovskaye (2014) se vprašanja interdisciplinarnosti raziskovanja dotakne preko analize fenomenološke tradicije raziskovanja v zdravstveni negi in uporabe fenomenološke metodologije v zdravstveni negi v Severni Ameriki. Avtorica ugotavlja, da je v osemdesetih letih prejšnjega stoletja ta smer raziskovanja pridobila močan vpliv. Kot ugotavlja Petrovskaya (2014) statistika v bazi Cumulative Index to Nursing and Allied Health kažejo, aprila 2013, pokaže s ključnimi besedami »zdravstvena nega« in »fenomenologija«, 5500 zadetkov. To uvršča fenomenologijo kot drugo najbolj popularno raziskovalno metodo v zdravstveni negi, po t.i. »grounded theory«. Fenomenološko raziskovanje v zdravstveni negi je danes utemeljeno predvsem na delih Husserla, Heideggerja, in ostalih mislecev, vendar zelo pogosto tudi kritizirano, predvsem s strani raziskovalca Johna Paleya, ki očita zdravstveni negi, da fenomenološko tradicijo neustrezno razume in tako ne more slediti avtoriteti Husserla ali Heideggerja (Petrovskaya, 2014). Prav zaradi navedenih kritik Petrovskaya (2014) poudarja, da je potrebno pozorno vnovično prebrati celotno polje fenomenološkega raziskovanja v zdravstveni negi, ki pa mora biti utemeljeno na interdisciplinarnem sodelovanju raziskovalcev zdravstvene nege, humanistike in interpretativnih družboslovnih šol. V delu Petrovskaye (2014) je interdisciplinarnost postavljena kot mehanizem razvoja znanstvene misli in tradicije na področju fenomenološkega raziskovanja v zdravstveni negi.

Ostala dela, ki smo jih razvrstili v skupino člankov, ki obravnavajo značilnosti interdisciplinarnega raziskovanja, obravnavajo konceptualne modele, ki lahko predstavljajo izhodišča interdisciplinarnega raziskovanja v zdravstveni negi. Kane (2014) v članku opredeli Lonengarjevo filozofijo kot model, ki omogoča sodelovanje raziskovalcev s področja zdravstvene nege z raziskovalci iz drugih znanstvenih disciplin. Kot navaja avtorica, bo v prihodnosti interdisciplinarnih raziskav vedno več, kar je še posebej značilno za področje kompleksnih vprašanj zdravja ljudi. To pa narekuje zmožnost raziskovalcev, da vključujejo za disciplino specifične raziskovalne perspektive pri proučevanju problema, ne da bi pri tem »žrtvovali« za svojo disciplino specifično znanje. Delo filozofa Bernard Lonergana avtorica

(Kane, 2014) predstavi kot temeljno filozofsko vodilo interdisciplinarnim raziskavam: (1) ključno središče oz. jedro interdisciplinarnega dela je enkratnost specifičnega raziskovalca, (2) razvoj interdisciplinarnega znanja je odvisen od zavesti, inteligentnosti, razumnosti in odgovornosti vsakega raziskovalca; (3) spremembe v stališčih raziskovalcev olajšajo njihovo sodelovanje in razumevanje enotnosti v vedenju. Želja vedeti mora biti temeljno vodilo interdisciplinarnih raziskav. Tofthagen in Fagerstrøm (2010) v članku predstavita Rodgersov pristop k analizi konceptov, ki kot navajata, lahko predstavlja tudi metodo razvoja znanja v znanosti zdravstvene nege. Uvodoma podata opis evolucijskega procesa razvoja koncepta – od pridobivanja podatkov, preko analize podatkov, determinant, značilnosti, primerov in posledic določenega koncepta. Faze razvoja koncepta predstavita preko primera osmih raziskav v zdravstveni negi (1999-2009). Model razvoja konceptov je sistematičen proces, in pripomore k pojasnitvi, opisu in razlagi konceptov v znanosti zdravstvene nege, preko faze, v sklopu katere se analizira, kako določen koncept uporablja ena znanstvena disciplina (zdravstvena nega) in kako ga uporabljajo ostale zdravstvene vede. Ta pristop omogoča ohranjanje perspektive, tipično za določeno stroko in sočasno zagotavlja jasne okvirje interdisciplinarnih raziskav. Avtorja (Tofthagen in Fagerstrøm, 2010) zaključujeta, da interdisciplinarna perspektiva sama po sebi poudarja podobnosti in razlike v uporabi konceptov v različnih znanstvenih disciplinah, in tako prispeva k razvoju znanja o določenem konceptu. Obenem pa interdisciplinarni pristop zahteva pojasnitev tistega, kar je specifično za določeno znanstveno disciplino. Zdravstvena nega se mora usmeriti v nedvoumno uporabo konceptov, pri tem pa se lahko poslužuje prav v delu predstavljene Rodgersove metode (Tofthagen & Fagerstrøm, 2010).

Na nevarnost nejasnosti perspektive proučevanja določenega koncepta, ki je prisotna v interdisciplinarnem raziskovanju, opozarja tudi McBride (2010). Izobraževanje zdravstvenih delavcev pripravlja posameznika za določeno prakso, ki se jo prizna z državno licenco. Cilj izobraževanja oz. uvodne socializacije je, kot ugotavlja McBride (2010) diferenciacija in ne integracija. Kljub spodbujanju interdisciplinarnega sodelovanja, je izolacija v specifično disciplino v zdravstvu močno prisotna. Poleg splošnih težav v interdisciplinarnem raziskovanju, pa se zdravstvena nega sooča tudi s specifičnimi problemi v raziskovanju. McBride (2010) ugotavlja, da predstave o medicinski sestri z doktoratom znanosti še niso razširjene v ZDA, prav tako pa imajo v procesu interdisciplinarnega raziskovanja, medicinske sestre pogosto vlogo »zbiralca podatkov za zdravnike« (McBride, 2010, str. 77), kar pomeni, da imajo predvsem vlogo »pomočnikov« v raziskovanju in ne pravih raziskovalnih sodelavcev. Obenem pa se v interdisciplinarnem raziskovanju tudi sama zdravstvena nega sooča s težavami v razumevanju interdisciplinarnih konceptov. Tako McBride (2010) ugotavlja, da v skladu s holistično usmeritvijo, zdravstvena nega obravnava paliativno oskrbo, nadzor bolečine, samooskrbo pacientov, kot teme specifične za zdravstveno nego, in ne kot interdisciplinarne teme, kar omejuje zmožnost dekodiranja za stroko specifičnih elementov posameznega problema oz. teme. Slednje pa postane ena od ključnih nevarnosti interdisciplinarnega raziskovanja za posamezno stroko.

Skupno vsem predstavljenim delom, ki obravnavajo interdisciplinarno raziskovanje s teoretičnih perspektiv (McBride, 2010; Tofthagen & Fagerstrøm, 2010; Kane, 2014; Petrovskaya, 2014) je na eni strani poudarjanje pomena interdisciplinarnih raziskav v zdravstvu in specifično v zdravstveni negi, na drugi strani pa opozarjanje na nevarnosti tovrstnega raziskovanja, če proučevani koncept nima jasnega distinktivnega pomena v specifični stroki. To zahteva jasno artikulacijo znanstvenih spoznanj v sami znanstveni disciplini, poznavanje teorij in razlage konceptov drugih znanstvenih disciplin ter

diferencialno vrednost teorij (oz. razlage konceptov) specifične znanstvene discipline v odnosu do drugih znanstvenih disciplin. Pomemben element kakovostnega interdisciplinarnega sodelovanja pa sta tudi zmožnost in želja zagovarjati perspektive svoje znanstvene discipline v odnosu do perspektiv ostalih znanosti. Prav odnosni vidik interdisciplinarnega raziskovanja so proučevali Lakhani in sod. (2012).

Zadnji pregledani članek, ki se nanaša na značilnosti raziskovanja v zdravstveni negi, opiše in razloži značilnosti uspešnih interdisciplinarnih raziskovalnih timov (Lakhani in sod., 2012). Avtorji (Lakhani in sod., 2012) opozarjajo, da je reševanje obsežnih in kompleksnih problemov na področju zdravja, možno le z interdisciplinarnimi raziskovalnimi timi. V bazah podatkov s področja medicine, psihologije in zdravstvene nege so avtorji iskali in pregledali članke, objavljene v obdobju 1990 – 2010, ki identificirajo značilnosti uspešnih interdisciplinarnih timov. Tematska organizacija pregledanih člankov je pokazala sedem ključnih značilnosti uspešnega interdisciplinarnega raziskovanja: poslanstvo tima, cilji tima, vodenje, komunikacija, kohezivnost tima, medsebojno spoštovanje in refleksija (Lakhani in sod., 2012). Poznavanje teh kriterijev lahko pripomore k uspešnemu načrtovanju interdisciplinarnih raziskav (načrtovanje strukture, sodelovanja in dela timov), spremljanju uspešnosti raziskovalnih timov in zastavljanju ukrepov za izboljšanje teh. Interdisciplinarno raziskovanje tako ni le proučevanje konceptov, temveč tudi medsebojno sodelovanje in spoštovanje med raziskovalci različnih znanstvenih disciplin. Slednje pa zahteva ustrezno stopnjo zrelosti, z vidika osebnega in kariernega razvoja.

Čeprav se v pregledu nismo posebej usmerili na translacijsko raziskovanje, ki smo ga identificirali kot posebna kategorija interdisciplinarnih raziskav v zdravstveni negi, pa članki, ki to področje proučujejo, bodisi preko študije primera ali teoretičnih del, kažejo, da lahko translacijsko raziskovanje, umestimo kot posebno kategorijo interdisciplinarnih raziskav. Abolela in sod. (2007) na podlagi pregleda literature identificirajo tri kategorije interdisciplinarnih raziskav, ki smo jih opisali uvodoma: (i) multidisciplinarno, (ii) interdisciplinarno in (iii) transdisciplinarno. Kot četrto kategorijo bi lahko umestili tudi translacijsko raziskovanje, ki je utemeljeno na pristopu prakse, podprte z dokazi (*evidence-based practice*: EBP), ki sama po sebi predstavlja integracijo raziskovanja (znanstvenih dognanj) in kliničnega znanja, najpogosteje pridobljenega prav preko interdisciplinarnega in transdisciplinarnega procesa (Schreiber, 2013). Schreiber (2013) ugotavlja porast člankov v bazi EBSCOhost, utemeljenih na pristopu prakse, podprte z dokazi med letoma 1987 - 1999 (635 člankov) in letoma 2000-2013 (11.511 člankov). Koncept EBP je široko sprejet na področju zdravstva, ni pa jasno v kolikšni meri je praksa na podlagi tovrstnih raziskav tudi dejansko pridobila. Uporaba v praksi zahteva interdisciplinarno in transdisciplinarno sodelovanje pri integraciji kliničnih raziskav in kliničnega znanja na področju zdravstva (Schreiber, 2013).

#### **2.1.5.5. Razprava**

Namen pričujočega pregleda literature je bil identificirati značilnosti interdisciplinarnega raziskovanja v zdravstveni negi. Pri tem smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja: (i) kako pogosto so med znanstvenimi deli prisotne interdisciplinarne raziskave, (ii) s katerimi znanstvenimi disciplinami se zdravstvena nega najpogosteje povezuje, (iii) katera področja raziskovanja najpogosteje prevladujejo kot predmet proučevanja v interdisciplinarnih raziskavah.

Pregled literature, ki smo ga izvedli, je omejen z iskalnimi nizi in dostopnimi bazami podatkov oz. revij. Pričakovali smo nekoliko več preglednih del, ki povzemajo dosedanje ugotovitve o incidenci in značilnostih interdisciplinarnega raziskovanja. Obstoječi pregled, ki je omejen prav zaradi števila pregledanih del tako ne omogoča povsem zanesljivih zaključkov. Podaja pa splošni vpogled v področje raziskovanja v zdravstveni negi. Prvo vprašanje, ki smo si ga zastavili je, kako pogosto so med znanstvenimi deli prisotne interdisciplinarne raziskave. Na podlagi preglednega članka Yarcheski & Mahon (2013) ugotavljamo, da je interdisciplinarno sodelovanje za zdravstveno nego manj značilno, pri čemer incidenca tovrstnih raziskav z leti ne narašča. Pogostejše so raziskave, v katerih sicer sodelujejo raziskovalci različnih disciplin, ki pa vsak obravnava proučevano temo s svojega (znanstvenega) zornega kota, in se pri tem spoznanja ne prepletajo v zadostni meri. Tako je multidisciplinarno raziskovanje bolj značilno za zdravstveno nego, kakor interdisciplinarno. Drugo vprašanje, ki smo si ga zastavili je, s katerimi znanstvenimi disciplinami se zdravstvena nega najpogosteje povezuje. Tudi na to vprašanje najbolje poda odgovor pregledni članek avtorjev Yarcheski & Mahon (2013). V raziskavah sodelujejo strokovnjaki različnih disciplin, predvsem psihologije, medicine in statistike, pa tudi s področja javnega zdravja, farmakologije in fizioterapije (Yarcheski & Mahon, 2013), vendar je vprašanje povezovanja znanstvenih disciplin tudi odvisno od teme oz. problema proučevanja. Proučevanje šolskih programov s področja zdravja bo tako verjetneje vključilo raziskovalce edukacijskih ved, socialnega dela in zdravstvene nege, kot to kaže raziskava avtorjev Bronstein in sod., (2012); kot ugotavlja Petrovskaya (2014) pa epistemološka vprašanja zahtevajo sodelovanje zdravstvene nege s humanističnimi in družboslovnimi disciplinami. Na vprašanje, katera področja raziskovanja najpogosteje prevladujejo kot predmet proučevanja v interdisciplinarnih raziskavah, jasnih odgovorov z obstoječim pregledom ne moremo podati. Pregled del je pokazal, da k proučevanju določenih področij, kot so paliativna oskrba, obravnava starostnika in etika (Bigby in sod., 2011; Reitinger & Heimerl, 2014; Powell in sod., 2015; Vandoolaeghe in sod., 2015), raziskovalci pristopajo na način, da zajamejo čim bolj raznolike perspektive znanstvenih disciplin in njihovo razumevanje področja proučevanja, saj kot udeleženci raziskave nastopajo prav raziskovalci različnih znanstvenih disciplin. Dela, ki smo jih razvrstili v nadredno kategorijo del, ki obravnavajo interdisciplinarne teme, pa kažejo na široko paleto zelo konkretnih področij v zdravstvu, ki zahtevajo interdisciplinarno raziskovanje, čeprav v tem pregledu nekoliko bolj izstopajo dela, ki se povezujejo s teorijami in koncepti na širokem področju duševnega zdravja (npr. Waite in sod., 2010; Lamontagne in sod., 2013; Waite in sod., 2013; Liu in sod., 2014; Koziol-McLain in sod., 2015). Vendar pa je tak zaključek omejen zgolj na obstoječi pregled del in ga ni mogoče posploševati na področje interdisciplinarnega raziskovanja v zdravstveni negi.

Pregled del je identificiral tudi posebno skupino interdisciplinarnega raziskovanja, ki povezuje raziskovanje in prakso, preko interdisciplinarnega raziskovanja, ter preko interdisciplinarnega dela v praksi. Predvsem na področju zdravja, je praksa, podprta na dokazih, most, ki povezuje raziskovalce in prakso ter predstavnike različnih znanstvenih disciplin. Tovrstno raziskovanje je v zdravstveni negi v porastu, nima pa še jasne uporabne vrednosti (Schreiber, 2013) oz. se spoznanja, pridobljena z *EBP* pristopom, redko, ali pa prepočasi, prenašajo v vsakdanjo prakso.

Opravljeni pregled del nakazuje na potrebo po nadaljnjem raziskovanju področja interdisciplinarnega raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu na splošno. Ena od možnih raziskav je tako pregled znanstvenih del in raziskovalnih timov, ki so pri pripravi teh sodelovali, v slovenskem prostoru. Zanimiva pa bi bila tudi analiza področij

interdisciplinarnega raziskovanja v zdravstveni negi v Sloveniji, ki pa bi jo bilo možno opraviti preko pregleda znanstvenih revij in člankov, ki so jih raziskovalci v (so)avtorstvu objavili.

## Literatura

- Aboelela, Sally W et al. 2007, 'Defining Interdisciplinary Research: Conclusions from a Critical Review of the Literature', *Health Services Research*, 42, 1, pp. 329–346.
- Bennett, E, Hauck, Y, Bindahneem, S, Banham, V, Owens, M, Priddis, L, Wells, G, Sinclair, W, & Shields, L 2012, 'The development of an interdisciplinary research agenda at Ngala: an innovative case study', *Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing*, 15, 1, pp. 20-25.
- Bigby, C, Bowers, B, & Webber, R 2011, 'Planning and decision making about the future care of older group home residents and transition to residential aged care', *Journal Of Intellectual Disability Research: JIDR*, 55, 8, pp. 777-789
- Bronstein, L, Anderson, E, Terwilliger, S, & Sager, K 2012, 'Evaluating a Model of School-based Health and Social Services: An Interdisciplinary Community-University Collaboration', *Children & Schools*, 34, 3, pp. 155-165
- Campbell, M, Dove-Medows, E, Walch, J, Sanna-Gouin, K, & Colomba, S 2011, 'The Impact of a Multidisciplinary Educational Intervention To Reduce PEG Tube Placement in Patients with Terminal-Stage Dementia: A Translation of Research into Practice', *Journal Of Palliative Medicine*, 14, 9, pp. 1017-1021
- Chen, A, Kiersma, M, Keib, C, & Cailor, S 2015, 'Fostering Interdisciplinary Communication between Pharmacy and Nursing Students', *American Journal Of Pharmaceutical Education*, 79, 6, p. 83
- Goode, C, Fink, R, Krugman, M, Oman, K, & Traditi, L 2011, 'The Colorado Patient-Centered Interprofessional Evidence-Based Practice Model: A Framework for Transformation', *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, 8, 2, pp. 96-105 10p, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed 12 January 2016.
- Kane, A 2014, 'Lonergan's philosophy as grounding for cross-disciplinary research', *Nursing Philosophy*, 15, 2, pp. 125-137.
- Kiersma, M, Plake, K, & Darbishire, P 2011, 'Patient safety instruction in US health professions education', *American Journal Of Pharmaceutical Education*, 75, 8, p. 162.
- Koziol-McLain, J, Vandal, A, Nada-Raja, S, Wilson, D, Glass, N, Eden, K, McLean, C, Dobbs, T, & Case, J 2015, 'A web-based intervention for abused women: the New Zealand isafe randomised controlled trial protocol', *BMC Public Health*, 15, p. 56, MEDLINE, EBSCOhost, viewed 12 January 2016.
- Lakhani, J, Benzie, K, & Hayden, K 2012, 'Attributes of interdisciplinary research teams: a comprehensive review of the literature', *Clinical And Investigative Medicine. Médecine Clinique Et Experimentale*, 35, 5, p. E226.
- Lamontagne, M, Poncet, F, Careau, E, Sirois, M, & Boucher, N 2013, 'Life habits performance of individuals with brain injury in different living environments', *Brain Injury*, 27, 2, pp. 135-144
- Larson, E, Landers, T, & Begg, M 2011, 'Building interdisciplinary research models: a didactic course to prepare interdisciplinary scholars and faculty', *Clinical And Translational Science*, 4, 1, pp. 38-41
- Liu CY, Xu L, Zang YL 2014, 'Effectiveness of audiovisual interventions on stress responses in adolescents with ENT surgery in hospital: randomized controlled trial protocol', *Journal of Advanced Nursing*, 70, 6, pp. 1414-1424.
- McBride, AB 2010, 'Toward a roadmap for interdisciplinary academic career success', *Research And Theory For Nursing Practice*, 24, 1, pp. 74-86.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
- Powell, R, Emanuel, L, Handzo, G, Lantos, J, Dunn, L, Idler, E, Wilkie, D, Massey, K, Summerfelt, W, Barnes, M, Quest, T, Kestenbaum, A, Steinhauser, K, Fitchett, G, Zollfrank, A, Olsen, A, Balboni, T, & Sommer, D 2015, 'Transcending differences to study the transcendent: an exploratory study of researchers' and chaplains' reflections on interdisciplinary spiritual care research collaboration', *BMC Palliative Care*, 14, p. 12
- Petrovskaya, O 2014, 'Is there nursing phenomenology after Paley? Essay on rigorous reading', *Nursing Philosophy*, 15, 1, pp. 60-71.
- Reitinger, E, & Heimerl, K 2014, 'Ethics and gender issues in palliative care in nursing homes: an Austrian participatory research project', *International Journal Of Older People Nursing*, 9, 2, pp. 131-139
- Rodeschini, G 2011, 'Gerotechnology: A new kind of care for aging? An analysis of the relationship between older people and technology', *Nursing & Health Sciences*, 13, 4, pp. 521-528
- Roeske, K, & Garlough, M 2014, 'From Newborn Loss Comes the Gift of Hope', *JOGNN: Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 43, Supp 1, pp. S101-S101 1p, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed 12 January 2016.
- Yarcheski, A, & Mahon, N 2013, 'Characteristics of quantitative nursing research from 1990 to 2010', *Journal Of Nursing Scholarship: An Official Publication Of Sigma Theta Tau International Honor Society Of Nursing / Sigma Theta Tau*, 45, 4, pp. 405-411.
- Sadler, L, Newlin, K, Johnson-Spruill, I, & Jenkins, C 2011, 'Beyond the medical model: interdisciplinary programs of community-engaged health research', *Clinical And Translational Science*, 4, 4, pp. 285-297.
- Sampsel, C, Pienta, K, & Markel, D 2010, 'The CTSA mandate: are we there yet?', *Research & Theory For Nursing Practice*, 24, 1, pp. 64-73 10p, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed 12 January 2016.



- Shattell, M, Harris, B, Beavers, J, Tomlinson, S, Prasek, L, Geevarghese, S, Emery, C, & Heyland, M 2014, 'A recovery-oriented alternative to hospital emergency departments for persons in emotional distress: "the living room"', *Issues In Mental Health Nursing*, 35, 1, pp. 4-12
- Schreiber, JA 2013, 'Beyond Evidence-Based Practice-Achieving Fundamental Changes in Research and Practice', *Oncology Nursing Forum*, 40, 3, pp. 208-210.
- Titler, M, Shever, L, Kanak, M, Picone, D, & Qin, R 2011, 'Factors associated with falls during hospitalization in an older adult population', *Research And Theory For Nursing Practice*, 25, 2, pp. 127-148.
- Toftthagen, R, & Fagerstrøm, L 2010, 'Rodgers' evolutionary concept analysis - a valid method for developing knowledge in nursing science', *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 24, pp. 21-31.
- Vandoolaeghe, S, Blaizot, A, Boudiguet, D, Bougault, V, Dei Cas, E, Foligne, B, Goffard, A, Lefranc, H, Oxombre, B, Trentesaux, T, Vandenbunder, B, Wolowczuk, I, & Delhaes, L 2015, 'A charter for biomedical research ethics in a progressive, caring society', *Philosophy, Ethics, And Humanities In Medicine: PEHM*, 10, 1, p. 12.
- Voegtline, K, & Granger, D 2014, 'Dispatches from the interface of salivary bioscience and neonatal research', *Frontiers In Endocrinology*, 5, p. 25.
- Waite, R 2010a, 'Women with ADHD: it is an explanation, not the excuse du jour', *Perspectives In Psychiatric Care*, 46, 3, pp. 182-196.
- Waite, R, Gerrity, P, & Arango, R 2010, 'Assessment for and response to adverse childhood experiences', *Journal Of Psychosocial Nursing And Mental Health Services*, 48, 12, pp. 51-61.
- Waite, R, Vlam, R, Irrera-Newcomb, M, & Babcock, T 2013, 'The diagnosis less traveled: NPs' role in recognizing adult ADHD', *Journal Of The American Association Of Nurse Practitioners*, 25, 6, pp. 302-308.
- Waldrop, D 2014, 'Exploring Hospice Decisions: The Road from the Institute on Aging and Social Work to an ARRA Challenge Grant', *Educational Gerontology*, 40, 4, pp. 248-257.
- Wittenberg-Lyles, E, Goldsmith, J, Ferrell, B, & Burchett, M 2014, 'Assessment of an interprofessional online curriculum for palliative care communication training', *Journal Of Palliative Medicine*, 17, 4, pp. 400-406.
- Woods, N, & Magyary, D 2010, 'Translational research: why nursing's interdisciplinary collaboration is essential', *Research And Theory For Nursing Practice*, 24, 1, pp. 9-24.
- Woodward, SC 2011, 'Cognitive-behavioral therapy for insomnia in patients with cancer', *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 15, 4, pp. E42-E52.

## 2.1.5.6. Vloga medicinskih sester z doktoratom znanosti

### 2.1.5.6.1. Rezultati analize in pregleda literature

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Avtor(ji), leto	Raziskovalni dizajn (kvalitativni ali kvantitativni)*	Vzorec	Namen raziskave oz. cilji članka	Ključne ugotovitve
(Ali Zeilani, et al., 2011)	kvalitativni	16 jordanskih medicinskih sester z doktoratom pridobljenim v UK	Proučiti: (i)kako posamezniki doživljajo doktorat; (ii) kaj so se naučili v času doktorskega študija; in (iii) kateri dejavniki vplivajo na nadaljnji raziskovalni razvoj	Malo intervjuvancev je lahko navedlo primere, kako sedaj uporabljajo svoje pridobljene spretnosti, kar nakazuje na premajhno uporabo spretnosti, novih pogledov in navdušenja doktorskih diplomantov po vrnitvi iz študija v matično državo.
(Al-Nawafleh, et al., 2013)	kvalitativni	16 jordanskih medicinskih	Kariera na področju zdravstvene	Intervjuvanci so omenili, da jih je pridobljen doktorat opremil s samozavestjo, in navdušenjem za

		sester z doktoratom pridobljenim v UK	nege po pridobljenem doktoratu	razvoj raziskovalne kariere. Mentorstvo, vodenje in medsebojna podpora so bili opredeljeni kot bistveni dejavniki za spodbudo raziskovalnega dela. Podpora postdoktorskim mladim raziskovalcem s področja zdravstvene nege je pomembno področje, ki si zasluži več pozornosti.
Brar, et al., 2010)	Pregled literature	Področje ZDA in Kanade	Pregled zgodovine doktorskega izobraževanja v ZDA in v Kanadi, primerjava med doktoratoma usmerjenima v prakso in v raziskovanje, raziskovanje vpliva na delo v zdravstveni negi.	Doktorat omogoča medicinskim sestram, da pridobijo strokovno znanje in izkušnje pri izvajanju izvirnih raziskav. Medicinske sestre z doktoratom so odgovorne za vodenje in spodbujajo napredek v znanju na področju zdravstvene nege. Doktorat omogoči medicinskim sestram, da bolje izvajajo in evalvirajo raziskave v kliničnih okoljih in dosežajo na dokazih podprte cilje.
(Cheraghi, et al., 2014)	Kvalitativni	43 medicinskih sester v Iranu	Namen raziskave je bil raziskati in opisati pogled medicinskih sester v kliničnem okolju na vlogo medicinskih sester z doktoratom v Iranu.	Ob analizi podatkov so se pojavile 3 osrednje teme: "prednosti doktorata", "razjasnitev vloge medicinskih sester z doktoratom v klinični praksi" in "neizpolnjena pričakovanja medicinskih sester z doktoratom". Večina medicinskih sester v kliničnem okolju je bila slabo seznanjena z doktoratom in z opisom dela medicinskih sester z doktoratom. Medicinske sestre z doktoratom ne spodbujajo izboljševanja klinične prakse v kliničnem okolju, ampak delajo na področju izobraževanja. Medicinske sestre z doktoratom raje delajo na zdravstvenih fakultetah. Med medicinskimi sestrami je prisotno mnenje, da medicinske sestre z doktoratom niso zmožne delati v kliničnem okolju.
(Cleary, et al., 2011)	Pregled literature	/	Namen prispevka je raziskati možnosti doktorskega izobraževanja za medicinske sestre, in proučiti vlogo doktorata pri načrtovanju kariere v zdravstveni negi, proučiti doseganje kariernih ciljev	Malo raziskav ocenjuje vpliv pridobljenega doktorata na medicinske sestre. Raziskava Wilkes in Mohan (2008) je pokazala, da so medicinske sestre z doktoratom v Avstraliji omenjale osebno (n=12) in strokovno (n=17) rast kot rezultat doktorskega študija.
(Currey, et al., 2011)	Pregled literature	/	Prispevek predstavlja novo	Svetovalna medicinska sestra za raziskovanje v kliničnem okolju

			vlogo v zdravstveni negi in sicer Svetovalna medicinska sestra za raziskovanje v kliničnem okolju (Clinical Nurse Research Consultant)	(Clinical Nurse Research Consultant) bo obravnavala vrzeli med prakso in raziskovanjem in pomagala pri na dokazih podprti praksi. Imeti mora doktorat in biti priznan klinični strokovnjak z izobraževalnimi izkušnjami ter z naprednimi medosebnimi, timskimi in komunikacijskimi spretnosti. Ta nova vloga bo omogočila, da medicinske sestre z doktoratom v kliničnem okolju ohranjajo in delijo svoje klinično znanje, izboljšujejo prakso prek raziskovanja in so vzor za klinično/raziskovalno delo. Delati morajo v kliničnem in akademskem partnerstvu.
(Downs & Morrison, 2011)	Pregled literature	/	Postdoktorsko usposabljanje	Postdoktorsko usposabljanje je ključnega pomena za uspešno kariero medicinske sestre na področju raziskovanja, vendar pa premalo medicinskih sester v ZDA vstopa v doktorski študij.
(Lewallen & Kohlenberg, 2011)	Pregled literature	/	Opis 6-kreditnega predmeta znotraj znanstvenega doktorata na področju zdravstvene nege	Doktorski programi na področju zdravstvene nege primarno pripravijo medicinske sestre za raziskovalno delo. Veliko doktorskih programov premalo časa nameni pripravljanju doktorskih študentov na vlogo učitelja, raziskovalca v kliničnem okolju in administrativno vlogo. Na univerzi so z namenom, da bi pripravili znanstvenike s področja zdravstvene nege za akademski ali administrativni položaj v zdravstveni instituciji razvili dvodelni predmet. Prvi del se osredotoča na didaktično vsebino, povezano z izobraževalno vlogo medicinske sestre z doktoratom. Drugi del zajema pripravništvo z medicinsko sestro – znanstvenico na slabše pokritem zdravstvenem področju.
(Nehls & Barber, 2012)	Pregled literature	/	Predstavitev sprememb v procesu izobraževanja	V ZDA je zanimanje za vključevanje medicinskih sester v doktorski študij veliko manjše kot v drugih disciplinah. Običajno začnejo medicinske sestre z doktorskim študijem starejše kot pri drugih disciplinah. Zato se je testno oblikovalo zgodnejše vključevanje študentov v doktorski študij (Early Entry Option). Vanj so vključili dodiplomske študente, ki jih zanima kariera na področju raziskovanja. Zgodnejši vstop v doktorski študij se je izkazal ne le mogoč, ampak tudi za uspešen način oblikovanja diplomantov s potencialom za dolgo

				in uspešno kariero na področju raziskovanja v zdravstveni negi.
(Staffileno, et al., 2013)	Pregled literature	/	Prispevek, kako bo vključevanje medicinskih sester z doktoratom v klinično okolje pomembno vplivalo na kakovost oskrbe, zdravje pacientov in dolgoročne stroške zdravstvenih institucij.	Vključevanje medicinskih sester z doktoratom v klinično okolje bo kratkoročno in dolgoročno vplivalo na stroške zdravstvene institucije. Omenja se različne vloge medicinskih sester z doktoratom: učitelj in mentor, svetovalec, spodbujevalec sprememb znotraj institucije. Avtorji predlagajo eno polno zaposleno medicinsko sestro z doktoratom na bolnišnico s 500 posteljami. Na dokazih podprta praksa, ki jo vodi medinska sestra z doktoratom lahko zagotovi veliko pozitivnih rezultatov v zmanjšanju zdravstvenih težav pridobljenih v bolnišnici.
(Wilkes & Mohan, 2008)	Mešane metode (intervjuju, opazovanje)	19 medicinskih sester, ki so doktorat pridobile v Avstraliji	Cilj je bil raziskati pomen doktorata za medicinske sestre, ki delajo v kliničnem okolju.	Večina medicinskih sester, ki so sodelovale v raziskavi je po pridobitvi doktorata ohranila svoj položaj v kliničnem okolju, ob tem pa jim je dosežena izobrazba pomagala da so zasedle boljše delovno mesto oz. so napredovale. Priznavajo vrednost doktorata za zdravstveno nego, za izboljšanje raziskovanja in zdravstvene politike. Medicinskim sestram, ki delajo v kliničnem okolju je treba nuditi podporo in priložnosti za doktorski študij. S tem se jim bo omogočilo, da bodo izboljšale znanje, gradile samozavest in vodstvene sposobnosti ter tako prispevale k izboljšanju prakse zdravstvene nege in nadaljnji razvoj stroke.

#### 2.1.5.6.2. Pomen doktorskega študija zdravstvene nege in potenciali medicinskih sester z doktoratom

Cheraghi, et. al (2014) menijo, da so medicinske sestre z doktoratom ključne za razvoj profesionalizma v zdravstveni negi, tako v klinični praksi kot na področju teoretičnega znanja. Povzemajo več avtorjev, ki govorijo o pomenu doktorskega študija zdravstvene nege. Namen doktorskega študija zdravstvene nege je spodbuditi razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline prek raziskovanja in razvoja teorij (Waldspurger, 2005 cit. po Cheraghi, et. al, 2014), prispevati k znanju na področju zdravstvene nege in profesiji zagotoviti vodstvene funkcije (Burton et al., 2009 cit. po Cheraghi, et. al, 2014). Doktorat na področju zdravstvene nege potrjuje akademski ugled zdravstvene nege in spodbuja k razvoju zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Hkrati omogoča medicinskim sestram, da se z argumenti in objektivnostjo vključijo v politične razprave (Ellenbecker, et. al cit. po Cheraghi, et. al, 2014). Naloga medicinskih sester z doktoratom je prispevati k novem znanju na področju zdravstvene nege in pripraviti druge medicinske sestre za kariero v raziskovanju, izobraževanju, napredni klinični praksi (*ang. advanced clinical practice*) in zdravstveni politiki

(Brar, et al., 2010). Od medicinskih sester z doktoratom se pričakuje, da se odzivajo na potrebe javnosti in da izpolnjujejo zahteve v praksi in politiki po vodenju v zdravstveno-varstvenem sistemu (Burton et al., 2009 cit. po Cheraghi, et. al, 2014). To pomeni, da so medicinske sestre z doktorati znanosti pomembne za zdravstveno nego kot profesijo, da razvijejo in razširijo zdravstveno nego kot znanstveno disciplino ter da pripravijo prihodnje učitelje, znanstvenike, voditelje in ustvarjalce politik (Hisar & Karadağ, 2010). Podobno ugotavljata Wilkes & Mohan, (2008) in sicer, da se medicinske sestre z doktoratom zavedajo, da lahko doprinesejo k izboljšanju raziskovanja v zdravstveni negi, h kakovosti oskrbe pacienta in k boljši zdravstveni politiki. Smedley (2008, cit po. Cheraghi, et. al, 2014) poudarja, da se mora število medicinskih sester z doktoratom povečati, če želijo sodelovati pri oblikovanju njihove lastne prihodnosti. Hkrati pa se mora oblikovati tudi ustrezno spodbudno in podporno okolje, ki bodo medicinskim sestram z doktoratom omogočalo raziskovalno delo in razvoj profesije (Al-Nawafleh, et al., 2013).

Medicinske sestre v bolnišnicah se pri raziskovalnem delu soočajo s številnimi ovirami; pomanjkanje raziskovalnega znanja, spretnosti za izvedbo raziskave, pomanjkanje časa za raziskovalno delo in pomanjkanje mentorjev pri raziskovalnem delu (Barett, 2011 cit. po Staffileno, et al., 2013). Staffileno et al. (2013) menijo, da se oblikovanje infrastrukture na dokazih podprte prakse (*ang. EBP infrastructure*) začne z izobraževanjem zaposlenih in posledično omogočanjem, da medicinske sestre postanejo raziskovalno pismene, da razvijejo spretnosti za kritično oceno dokazov ter implementacijo raziskovalnih ugotovitev v njihovo prakso. Implementacija rezultatov raziskav in izvedba projektov, ki vsebujejo na dokazih podprto prakso prinašajo stroškovno učinkovitost oskrbe pacientov kot tudi visoko kakovost izidov zdravstvene oskrbe pacientov (*ang. high-quality patient care outcomes*). Medicinska sestra z doktoratom, ki je zaposlena v organizaciji, ali pa je le zunanja svetovalka, lahko prevzema vlogo učitelja in mentorja in pogosto dela hkrati v akademskem in kliničnem okolju (Staffileno, et al., 2013). Staffileno et al. (2013) ugotavljajo finančne prednosti, ki jih delovni organizaciji prinašajo medicinske sestre z doktoratom (zmanjšanje stroškov) kot tudi izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe pacientov.

### **2.1.5.6.3. Vloga medicinske sestre z doktoratom v kliničnem okolju**

Iranska kvalitativna raziskava med 43 medicinskimi sestrami je opozorila na več prednosti, ki jih prinaša doktorska izobrazba (Cheraghi, et al., 2014). Ključna prednost medicinskih sester z doktoratom za zdravstveno nego je povečana samozavest medicinskih sester in zmanjšanje dominacije zdravnikov v zdravstveno-varstvenem sistemu. Po oceni sodelujočih v raziskavi, lahko medicinske sestre z doktoratom:

- izvajajo raziskave in prenesejo teoretično znanje s področja zdravstvene nege v prakso in tako izboljšajo kakovost oskrbe pacientov;
- na nacionalni ravni vodijo medicinske sestre in prispevajo h globalnemu znanju na področju zdravstvene nege;
- razvijejo zdravstveno nego kot znanstveno disciplino prek prenosa njihovega znanja v prakso;
- analizirajo trende in zdravstveno problematiko ter problematiko na področju izobraževanja ter oblikujejo strategije za reševanje izzivov povezanih z zdravstveno nego;
- s svojo vključenostjo v multidisciplinarne time povečajo samozavest drugih medicinskih sester da sodelujejo pri odločanju glede zdravstvene oskrbe pacienta;

- delujejo na vodstvenih položajih (Cheraghi, et al., 2014).

Medicinska sestra v kliničnem okolju je lahko svetovalka ali prinašalka sprememb (ang. change agent) znotraj organizacije s tem ko:

- oceni potrebe po raziskavah in na dokazih podprti praksi v zdravstveni negi;
- ozavešča in spodbuja k raziskovanju v zdravstveni negi;
- na razumljiv način nudi pomembne, z raziskavami povezane informacije medicinskim sestram v kliničnem okolju;
- krepi zaupanje in opolnomoči medicinske sestre, da se vključijo v raziskovalne dejavnosti;
- pomaga medicinskim sestram pri interpretaciji specifičnih podatkov in pospešuje izboljšanje kakovosti;
- se mreži znotraj raziskovalne skupnosti in spodbuja interdisciplinarno sodelovanje;
- pomaga pri pisanju predlogov, izvlečkov, člankov in načrtov diseminacije;
- razvija formalni raziskovalni program medicinskih sester (Albert & Siedlecki, 2008; Barret 2001; Ingersoll, Witzel, Berry, & Qualls, 2010; Staffileno & McKinney, 2011, cit po Staffileno et al., 2013 ).

Podobno kot Cheraghi, et al. (2014) in Staffileno et al. (2013) tudi Wilkes & Mohan (2008) menita, da so ključne vloge medicinskih sester z doktoratom izboljšanje vodenja pacienta, zagotavljanje dokazov za prakso, opolnomočenje zdravstvenega osebja z novimi znanji, izboljševanje raziskovanja ter prispevanje k zdravstveni politiki.

Staffileno et al. (2013) ugotavljajo, da je v ZDA malo standardov, ki opredeljujejo čas, ki naj bi ga medicinska sestra z doktoratom preživela v bolnišnici. Glede na obstoječe standarde pa predlagajo eno polno zaposleno medicinsko sestro z doktoratom na bolnišnico s 500 posteljami. Menijo, da lahko na dokazih podprta praksa, ki jo vodi medicinska sestra z doktoratom, zagotovi veliko pozitivnih rezultatov pri zmanjšanju zdravstvenih težav pridobljenih v bolnišnici (nor. padci, okužbe sečil povezane s kateterizacijo, preležanine). Omenjajo retrospektivno raziskavo (Oberman et al., 2011, cit po Staffileno et al., 2013 ), ki je pokazala 59% zmanjšanje padcev po zaključenem izobraževanju zdravstvenega osebja. Ugotavljajo, da lahko medicinska sestra z doktoratom prihrani organizaciji veliko denarja prek izobraževanja in spodbujanja ostalih medicinskih sester, da klinična vprašanja preoblikujejo v pomemben raziskovalni projekt, ki lahko organizaciji prinese znatne prihranke. Prepričani so, da se investicija v izobraževanje medicinskih sester na doktorskem nivoju večkratno povrne tako z vidika dolgoročnih operativnih stroškov organizacije kot tudi z vidika izboljšanja kakovosti oskrbe pacientov.

Strokovnjaki s področja zdravstvene nege v Avstraliji nimajo veliko formalnih in specializiranih kliničnih in raziskovalnih vodstvenih položajev, s katerimi bi vplivali na prenos znanja na zdravstvene delavce, ki neposredno nudijo zdravstveno oskrbo pacientom. S tem namenom so Currey et al. (2011) predlagali novo vlogo medicinske sestre in sicer kot svetovalne medicinske sestre za raziskovanje v kliničnem okolju (ang. *Clinical Nurse Research Consultant*). Njena naloga bi bila obravnavanje vrzeli med prakso in raziskovanjem ter pomoč pri na dokazih podprti praksi. Ključnega pomena je, da ima doktorat znanosti, hkrati pa je tudi priznan klinični strokovnjak z izobraževalnimi izkušnjami ter naprednimi medosebnimi, timskimi in komunikacijskimi spretnostmi. Menijo, da bo ta nova vloga omogočila, da medicinske sestre z doktoratom v kliničnem okolju ohranjajo in delijo svoje klinično znanje, izboljšujejo prakso prek raziskovanja in so vzor za klinično/raziskovalno delo.

Poudarjajo tudi, da je pomembno, da svetovalna medicinska sestra za raziskovanje v kliničnem okolju dela v kliničnem in akademskem partnerstvu.

Doktorski programi na področju zdravstvene nege primarno pripravijo medicinske sestre na zaznanstveno- raziskovalno delo. Nosilci doktorskih študijskih programov v ZDA so zaznali potrebo, da je potrebno doktorske študente pripraviti ne le na raziskovalno delo, ampak tudi na druge naloge, ki jih bodo opravljali po pridobitvi doktorskega naziva. Večina medicinskih sester z doktoratom namreč dela na zdravstvenih fakultetah in šolah (Minnick & Halstead, 2002, cit. po Lewallen, Kohlenberg, 2011), delajo kot raziskovalci v kliničnem okolju ali pa prevzamejo administrativno vlogo v zdravstveni instituciji. Na University of North Carolina at Greensboro so z namenom, da bi pripravili znanstvenike s področja zdravstvene nege za akademski položaj ali administrativni položaj v zdravstveni instituciji, razvili dodaten predmet z dvema ključnima vsebinama. Prva se osredotoča na didaktično vsebino, povezano z izobraževalno vlogo medicinske sestre z doktoratom. Druga vključuje pripravništvo ob medicinski sestri – znanstvenici na slabše pokritem zdravstvenem področju. Menijo, da je tovrstna razširitev doktorskega programa diplomante opremila za delo na akademskem področju, v industriji in na akutnih zdravstvenih področjih (Lewallen & Kohlenberg, 2011).

#### **2.1.5.6.4. Neizkoriščenost potencialov medicinskih sester z doktoratom**

Iranska raziskava med medicinskimi sestrami ugotavlja, da delajo medicinske sestre z doktoratom v glavnem v šolstvu ter da v tem okolju raje delajo kot v kliničnem. Ravno zaradi pomanjkanja prisotnosti medicinskih sester z doktoratom v kliničnem okolju je prišlo do percepcije nekaterih medicinskih sester v kliničnem okolju, da so »medicinske sestre z doktoratom nezmožne delati v kliničnem okolju« in občutka, da medicinske sestre z doktoratom premalo pripomorejo k izboljšanju prakse zdravstvene nege. Zaradi slabe vključenosti medicinskih sester z doktoratom v klinična okolja, je med medicinskimi sestrami v kliničnem okolju prisotno pomanjkanje informacij o doktorskih študijskih programih in o doprinosu medicinskih sester z doktoratom (Cheraghi, et al., 2014).

Sprejetje medicinskih sester z doktoratom v kliničnem okolju zahteva njihovo predanost in proaktivno sodelovanje v reševanju problematike, ki zadeva njihovo profesijo. Potrebno je opolnomočenje le-teh in priznanje njihove vloge ter zmožnosti v multidisciplinarnih zdravstvenih timih. Medicinske sestre z doktoratom lahko kliničnem okolju prinesejo nova znanja in spretnosti, ki omogočajo inovacije in spremembe na podlagi raziskav, izobraževanja in izvedbo specialnih nalog v zdravstveni negi (*ang. expert nursing activities*). Potrebno je seznaniti medicinske sestre v kliničnem okolju z vlogami medicinskih sester z doktoratom in tako izboljšati njihovo sodelovanje ter preprečiti nesporazume glede njihovih sposobnosti in znanj (Cheraghi, et al., 2014).

Jordanska raziskava (Ali Zeilani, et al., 2011) med medicinskimi sestrami z doktoratom (n=16), ki so bile zaposlene na fakultetah je pokazala, da so na podlagi pridobljenega doktorata vse pridobile delo na fakulteti ali pa, da so napredovale na višje delovno mesto. Vse udeleženske raziskave so omenile, da je njihova primarna naloga poučevanje in administracija, kar je v skladu s pričakovanji izobraževalnih institucij, kjer so bile zaposlene. Ob tem jih je veliko izrazilo frustracijo, da ne morejo nadaljevati z raziskovalnim delom, svoje izkušnje pa so prenesle predvsem na področje poučevanja. V Jordaniji so dobri položaji in možnosti za medicinske sestre v kliničnem okolju zelo omejene. Ali Zeliani, et al. (2011)

menijo, da so znanja in spretnosti, nove perspektive in zavzetost medicinskih sester z doktoratom slabo izkoriščeni.

#### **2.1.5.6.5. Pritegnitev medicinskih sester v doktorski študij**

Postdoktorsko usposabljanje je ključnega pomena za uspešno kariero medicinske sestre na področju raziskovanja, vendar pa premalo medicinskih sester v ZDA vstopa v doktorski študij (Downs & Morrison, 2011). Cleary, et. al. (2011) v pregledu literature ugotavljajo, da so raziskave med medicinskimi sestrami in akademiki pokazale mešane rezultate glede pomembnosti in ovrednotenja doktorata, ki segata od navdušenosti do brezbržnosti. Menijo, da se to odraža v novejših raziskavah, ki kažejo, da je večina doktorandov na področju zdravstvene nege žensk, z izkušnjami v kliničnem okolju, in v svojih 40-ih ali 50-ih, ko pristopijo k doktoratu. V drugih disciplinah je starost ob začetku doktorskega študija veliko nižja. Po ocenah American Association of Colleges of Nursing je povprečna starost diplomantov doktorskih programov s področja zdravstvene nege 47 let, medtem ko je v drugih znanstvenih disciplinah starost 32,7 let (Nehls & Barber, 2012). Višja starost ob začetku doktorskega študija pomeni, da imajo kandidati manj časa, da s svojim pridobljenim znanjem prispevajo k razvoju discipline. Z namenom, da bi povečali število in produktivnost bodočih raziskovalcev s področja zdravstvene nege, so na University of Wisconsin-Madison School of Nursing leta 2006 začeli testno izvajati nov pristop, s katerim bi pridobili študente še za časa dodiplomskega študija – t.i. možnost zgodnjega vstopa (ang. prebaccalaureate entrance to PhD nursing education / Early Entry Option). Vanj so vključili dodiplomske študente, ki jih zanima kariera na področju raziskovanja. Prve izkušnje so pozitivne in kažejo, da se je starost študentov, ki so se vpisali v doktorski študijski program s področja zdravstvene nege močno znižala in znaša v povprečju 26,5 let, kar je 13 let manj kot je bila prej. Ugotavljajo pa, da je zgodnejše vključevanje študentov in izbor le teh zelo zahteven proces. Kljub temu menijo, da je zgodnejši vstop v doktorski študij izvedljiv in uspešen način oblikovanja diplomantov s potencialom za dolgo in uspešno kariero na področju raziskovanja v zdravstveni negi (Nehls & Barber, 2012).

Wilkes & Mohan, (2008) ugotavljata, da je treba medicinskim sestram z doktoratom, ki delajo v kliničnem okolju, nuditi podporo in priložnosti za doktorski študij. S tem se jim bo omogočilo, da bodo izboljšale znanje, gradile samozavest in vodstvene sposobnosti ter tako prispevale k izboljšanju prakse zdravstvene nege in k nadaljnjemu razvoju stroke. Tudi Cleary, et. al. (2011) navajajo ugotovitve raziskav, ki kažejo, da so medicinske sestre z doktoratom nujno potrebne, da bodo lahko nadomestile vodje, ki se upokojujejo, še posebej v akademskem prostoru. Poudarjajo, da bodo medicinske sestre morale na doktorsko izobrazbo gledati kot na pomembno, predvsem z vidika povečanja kariernih možnosti.

#### **2.1.5.6.6. Izkušnje medicinskih sester po koncu doktorskega študija**

Obstaja malo raziskav, ki bi ocenile vpliv doktorske izobrazbe na diplomante, saj je večina raziskav usmerjenih v evalvacijo doktorskih študijskih programov in zadovoljstvo študentov z njim (Cleary, et al., 2011). Obstoječe raziskave pa ugotavljajo, da se medicinske sestre z doktoratom po koncu študija soočajo z izzivi povezanimi z raziskovalnim delom. V mnogih državah je število medicinskih sester z doktoratom majhno, zato mlade raziskovalke težko pridobijo mentorja ali pomoč na področju vodenja raziskovanja (Al-Nawafleh, et al., 2013). Takšne izzive bi lahko premagali z oblikovanjem skupnosti raziskovalcev na področju



zdravstvene nege, ki bi sodelovali pri raziskovanju, načrtovanju in svetovanju na vladnem nivoju (Turale et al, 2010 cit po. Al-Nawafleh, et al, 2013).

Kvalitativna raziskava med šestnajstimi jordanskimi diplomanti, ki so zaključili doktorski študij zdravstvene nege v Združenem kraljestvu je pokazala, da je bilo nadaljevanje kariere raziskovalca odvisno od treh elementov: zaupanja in osebne motivacije, dostopa do postdoktorskega mentorstva in podpore, organizacijskega ter institucionalnega okvira (Al-Nawafleh, et al., 2013). Diplomanti doktorskega programa so bili opremljeni z raziskovalnimi znanji in so pričakovali, da bodo po koncu študija lahko raziskovalno delovali. Omenili so tudi občutek dolžnosti, da uporabijo svoje znanje in spretnosti za izboljšanje zdravstvenega sistema, vendar pa so se pri tem soočili z vrsto izzivov in potrebo po podpori, da bi lahko nadaljevali z raziskovalnim delom. Diplomanti doktorskega programa so omenjali težave pri raziskovanju in publiciranju, zaradi pomanjkanja osebnega mentorstva in tekmovalnosti v delovnem okolju. Soočajo se tudi s pomanjkanjem časa in sredstev ter s slabo institucionalno podporo raziskovanju (Al-Nawafleh, et al., 2013). Raziskava kaže na pomembno razliko med raziskovalno »zmožnostjo« in razvojem raziskovalne »učinkovitosti« (Segrott et al., 2010 cit po Al-Nawafleh, et al., 2013). Medtem, ko so bili diplomanti doktorskega programa opremljeni z raziskovalnimi znanji in torej zmožni za raziskovalno delo, pa je na njihovo raziskovalno pot močno vplival politični in ekonomski kontekst razvoja zdravstvene nege v državi.

Avstralska kvalitativna raziskava med medicinskimi sestrami z doktoratom (n=19) je pokazala, da je večina medicinskih sester, ki so sodelovale v raziskavi, po pridobitvi doktorata ohranila svoj položaj v kliničnem okolju, ob tem pa jim je dosežena izobrazba pomagala da so dobile boljše delo oz. so napredovale. Večina medicinskih sester je menila, da uporaba naziva ni pomembna, čeprav so bile hkrati mnenja, da prispeva h kredibilnosti v akademskem svetu in pri delu z zdravniki. Omenile so, da so bile deležne priznanja za doktorski naziv s strani kolegov, ne da bi se ves čas uporabljal njihov pridobljeni naziv. Večina medicinskih sester z doktoratom (n=17) je tudi povedala, da jih je doktorat spremenil na profesionalnem nivoju. Pridobile so kredibilnost kot zdravstveni delavci, znanje, zmožnost kritičnega razmišljanja, vodstvene sposobnosti, klinične kompetence in večjo samozavest. Večina medicinskih sester v raziskavi je sprejela akademski položaj na univerzah, hkrati pa so še naprej nadaljevale z delom v kliničnem okolju (Wilkes & Mohan, 2008). Wilkes & Mohan (2008) menita, da imajo medicinske sestre, ki delajo tako v akademskem kot kliničnem okolju priložnost, da postanejo uspešne voditeljice na področju zdravstva, saj znajo integrirati raziskovalne izsledke z najboljšo prakso.

#### **2.1.5.7. Razprava**

Na podlagi pregleda literature ugotavljamo manjko raziskav o pomenu in vlogi doktorskega študija medicinskih sester v Evropi. To je razlog, da smo analizo pripravili na podlagi raziskav iz ZDA, Kanade, Avstralije, Jordanije, Irana ter sistematičnih pregledov literature. Ne glede na to, pa je pregled tovrstnih spoznanj pomemben pri nacionalni razpravi o razvoju zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji.

Rezultati pregleda literature kažejo na velik potencial doktorskega študija zdravstvene nege. Doktorat na področju zdravstvene nege spodbuja k razvoju zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Omogoča medicinskim sestram, da vplivajo na javno politiko, se odzivajo na potrebe javnosti, doprinesejo k izboljšanju raziskovanja v zdravstveni negi in

kakovosti zdravstvene oskrbe pacientov ter opolnomočijo zdravstveno osebje z novimi znanji, ki omogočajo inovacije in na dokazih podprte spremembe. Büscher, et al. (2009) ugotavljajo, da medicinske sestre v državah, kjer se uveljavijo na področju raziskovanja, prispevajo k oblikovanju politik in so uspešne pri pridobivanju raziskovalnih sredstev. Njihovo znanje in raziskovalna vključenost sta tudi tesno povezana s spremljanjem in zagotavljanjem kakovosti ter vrednotenjem lastnega dela (Skela Savič, 2012).

V pregledani literaturi smo večkrat zasledili poudarek, da je pomembno, da medicinska sestra z doktoratom delno ostaja zaposlena v kliničnem okolju, hkrati pa je zaposlena tudi na akademskem področju. Skela Savič (2012, p. 73) je v pregledu literature ugotavljala, da je »razvoj doktorskega študija zdravstvene nege izjemno pomemben z vidika sledenja zdravstvenih potreb v družbi in razvoja tako imenovanih zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi«. Naš pregled literature opozarja tudi na ekonomski doprinos medicinske sestre za organizacijo, saj lahko prihrani organizaciji veliko denarja prek izobraževanja in spodbujanja ostalih medicinskih sester v na dokazih podprto prakso.

»Doktorji zdravstvene nege morajo imeti kompetence in odgovornosti za učenje drugih, saj so prenašalci dobre prakse ter veščine raziskovanja, zagovorništva, mentoriranja in vodenja« (Kefian et al., 2004 cit. po Skela Savič, 2015, p. 70). »Hkrati morajo znati voditi raziskave in od ljudi, ki jih vodijo, zahtevati raziskovalno delo, znati publicirati v znanstvenih revijah, znati pripraviti projekte za razpise za raziskovalna sredstva in prispevati k širšim nalogam in obveznostim za razvoj stroke« (Suplee in Gardner, 2009; Worrall-Carter in Snell, 2003-2004; Deans idr., 2003; Gormley, 2003; povz. po McDermid idr., 2012, cit po. Skela Savič, 2012, p. 69).

Iz pregleda literature tudi ugotavljamo, da so potenciali medicinskih sester z doktoratom v kliničnem okolju neizkoriščeni. Medicinske sestre z doktoratom so sicer opremljene z novimi raziskovalnimi znanji in zmožne raziskovalnega dela, vendar pa na njihovo raziskovalno pot močno vpliva politični in ekonomski kontekst razvoja zdravstvene nege v državi. Kot pomembno se izpostavlja tudi oblikovanje skupnosti raziskovalcev na področju zdravstvene nege, ki bi sodelovali pri raziskovanju, načrtovanju in svetovanju na vladnem nivoju. Podobno je ugotovila Skela Savič (2012, p. 74) in ob tem ocenila, da bi morali v Sloveniji vzpostaviti raziskovalno mrežo, raziskovalne centre v povezavi s kliničnim okoljem ter razvijati ustrezno promocijo raziskovalnega dela. Navaja tudi potrebo po vzpostavitvi dialoga med »kliničnim okoljem, managementom zdravstvene nege, visokošolskim managementom in zdravstveno politiko z vidika širših pričakovanj v zvezi z doktorskim študijem zdravstvene nege ter opredelitvijo potreb in zmožnosti za tovrstno izobraževanje«

Podobno kot Potempa, et al. (2008) tudi v naši analizi ugotavljamo problem poznega odločanja medicinskih sester za doktorski študij. Medicinske sestre pozno vstopajo v doktorski študij jim po koncu študija preostane malo let za karierni razvoj na področju raziskovanja in v akademskih krogih (Leners, et al., 2007). Potrebna zgodnja spodbuda zanj in sicer že v času magistrskega študija (Skela Savič, 2012; Wilkes & Mohan, 2008).

V literaturi smo zasledili tudi predlog za oblikovanje nove vloge medicinske sestre z doktoratom, ki bi lahko delovala kot svetovalna medicinska sestra za raziskovanje v kliničnem okolju (Currey, et al., 2011). Njena ključna naloga pa bi bila obravnavanje vrzeli med prakso in raziskovanjem ter pomoč pri na dokazih podprti praksi.

## Literatura

- Ali Zeilani, R. S., Al-Nawafleh, A. H. & Evans, C., 2011. Looking back at the doctorate: a qualitative study of Jordanian graduates from PhD programs in the UK. *Nursing & health sciences*, 13(3), pp. 360-365.
- Al-Nawafleh, A., Zeilani, R. S. & Evans, C., 2013. After the doctorate: a qualitative study investigating nursing research career development in Jordan. *Nursing & health sciences*, 15(4), pp. 1423-429.
- Brar, K., Boschma, G. & McCuaig, F., 2010. The Development of Nurse Practitioner Preparation beyond the Master ' s Level : What is the Debate About?. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 7(1), pp. 1-15.
- Cheraghi, M.-A. C., Jasper, M. & Vaismoradi, M., 2014. Clinical nurses' perceptions and expectations of the role of doctorally-prepared nurses: A qualitative study in Iran. *Nurse Education in Practice*, 14(1), pp. 18-23.
- Cleary, M., Hunt, G. E. & Jackson, D., 2011. Demystifying phds: A review of doctorate programs designed to fulfil the needs of the next generation of nursing professionals. *Contemporary Nurse*, 39(2), pp. 37-41.
- Currey, J., Considine, J. & Khaw, D., 2011. Clinical nurse research consultant: A clinical and academic role to advance practice and the discipline of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 67(10), pp. 2275-2283.
- Downs, C. A. & Morrison, H. W., 2011. Beyond the PhD: Putting the Right Tools in Your Research Toolbox. *Biol Res Nurs*, 13(1), pp. 5-14.
- Hisar, F. & Karadağ, A., 2010. Determining the professional behaviour of nurse executives. *International Journal of Nursing Practice*, 16(4), pp. 335-341.
- Lewallen, L. P. & Kohlenberg, E., 2011. Preparing the nurse scientist for academia and industry. *Nursing education perspectives*, 32(1), pp. 22-25.
- Nehls, N. & Barber, G., 2012. A Prebaccalaureate PhD Option: Shaping The Future of Research-Focused Doctoral Education. *Journal of Nursing Education*, 51(1), pp. 50-53.
- Skela Savič, B., 2012. Doktorski študij zdravstvene nege v Sloveniji. V: B. e. a. Skela Savič, ured. 5. mednarodna znanstvena konferenca Kakovostna zdravstvena obravnava skozi izobraževanje, raziskovanje in multiprofesionalno povezovanje - prispevek k zdravju posameznika in družbe. *bornik predavanj z recenzijo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 67-76.
- Staffileno, B. A., Wideman, M. & Carlson, E., 2013. Impacts & Innovations. *Nursing economics*, 31(4), pp. 194-198.
- Wilkes, L. M. & Mohan, S., 2008. Nurses in the clinical area: Relevance of a PhD. *Collegian*, 15(4), pp. 135-141.

## 2.2. DP 2 –Raziskava »Razumevanje potreb po celostni prenovi izobraževanja v zdravstveni negi in umestitvi novega kompetenčnega modela v RS« po zgledu mednarodnih usmeritev

### 2.2.1. Metode dela

V sklopu drugega paketa projekta (DP 2) smo izvedli tri raziskave med ključnimi deležniki izobraževanja v zdravstveni negi ter med udeleženci izobraževanja (osnovnošolci, srednješolci in študenti). Z raziskavami želimo preveriti razumevanje potreb po spremembah izobraževanja v zdravstveni negi, stališča o ključnih mednarodnih usmeritvah na področju izobraževanja in raziskovanja v zdravstveni negi za aplikacijo v slovenskem prostoru in razumevanje zdravstvene nege na strani udeležencev izobraževanja ali tistih, ki se odločajo za srednješolsko izobraževanje. DP2 vključuje dve fazi.

V prvi fazi (**DP 2.1**) je bila izvedena raziskava med ključnimi deležniki izobraževanja v zdravstveni negi in pri delodajalcih (srednje šole, visoke šole, ministrstva, zdravstveni zavodi, socialni zavodi, gospodarske družbe, ki zaposlujejo strokovnjake s področja zdravstvene nege idr.). Raziskava z naslovom »Razumevanje potreb po celostni prenovi izobraževanja v zdravstveni negi in umestitvi novega kompetenčnega modela v RS« ima cilj, da med ključnimi deležniki izobraževanja v zdravstveni negi prouči razumevanje potreb po spremembah izobraževanja v zdravstveni negi, stališča o ključnih mednarodnih usmeritvah na področju izobraževanja in raziskovanja v zdravstveni negi, razumevanje koncepta »zdravstvena nega kot znanstvena disciplina« in razumevanje »kompetenčnega modela v zdravstveni negi«. Uporabili smo neeksperimentalno opisno metodo raziskovanja, podatke smo zbirali s tehniko pisnega in e-anketiranja. Strukturiran vprašalnik je sestavljen iz štirih

vsebinskih sklopov. Ima demografski del, del o izobraževanju, kompetencah in raziskovanju. Pri sestavi instrumenta raziskave (vprašalnik) smo instrumente oblikovane na podlagi DP 1 (pregleda literature in stanja na področju razvoja ter raziskovanja v zdravstveni negi v Evropi). Uporabili smo že uporabljene in validirane instrumente in obstoječe dokumente, kar daje raziskavi veliko znanstveno težo. Vprašalnik sestoj iz: 1. Demografski podatki in zaposlitev, 2. EFN kategorije izvajalcev zdravstvene nege, 3. Odnos do raziskovanja - NATARD questionnaire, Bjorkstrom idr., 2001, 4. Pomen doktorskega študija v zdravstveni negi, (Wilkes & Mohan, 2008; Currey et al., 2011; Al-Nawafleh, et al., 2013; Staffileno, et al., 2013; Cheraghi, et. al, 2014).

Podatke smo s pomočjo strukturiranega vprašalnika zbirali med:

- učitelji zdravstvene nege in vodilni na srednjih zdravstvenih šolah,
- visokošolski učitelji zdravstvene nege in vodilni na fakultetah/visokih zdravstvenih šolah,
- delodajalci v negospodarski in gospodarski dejavnosti v Sloveniji,
- klinični mentorji v zdravstvenih in socialnih zavodih,
- odgovorne osebe za pedagoško delo in vodilne v zdravstvenih in socialnih zavodih za področje zdravstvene nege, člane različnih delovnih teles za področje zdravstvene nege (RSKZN, Strateški svet za zdravstveno nego, Center za poklicno izobraževanje, Skupnost ravnateljcev srednjih zdravstvenih šol, Zbornica-Zveza, idr.).

V drugi fazi drugega paketa projekta (**DP 2.2**) je bila izvedena raziskava na priložnostnem vzorcu osnovnošolcev, ki obiskujejo tretjo triado, srednješolcev zaključnih letnikov zdravstvene smeri in študentov zdravstvene nege. Uporabili smo opisno neeksperimentalno kvantitativno metodo raziskovanja. Ta del raziskave bo pripomogel k identifikaciji stopnje prepoznavnosti zdravstvene nege in predstav, ki jih o stroki zdravstvene nege imajo uporabniki vseh treh ravni izobraževanja. Rezultati raziskave bodo podali opis oblikovanih socialno-kognitivnih konstruktov o zdravstveni negi med osnovnošolci v obdobju izobraževanja, ko se že odločajo o nadaljnjem izobraževanju na sekundarni ravni, ter med srednješolci in študenti, ki so že vključeni v izobraževanje za poklic v zdravstveni negi. Za izvedbo raziskave smo oblikovali instrumente (vprašalnike), s katerim bomo pridobili podatke o: (i) poznavanju zdravstvene nege in njene vloge pri ohranjanju in krepitvi zdravja v družbi, (ii) percepiranem položaju zdravstvene nege, glede na druge z zdravjem povezane znanstvene discipline, (iii) percepciji izobraževanja, poklicnih kompetenc in raziskovanja na področju zdravstvene nege. Podatke zbiramo s tehnikama pisnega in e-anketiranja. Tudi v DP 2.2 smo za vse vključene pridobili dovoljenja za izvedbo raziskave, dovoljenja za izvedbo raziskave v posamezni instituciji, predstavili smo potek izvedbe raziskave, zagotovili anonimnost vključenih ter prostovoljnost pri vključitvi v raziskavo. Vse vključene smo z dopisi povabili k sodelovanju.

Za namene raziskave med osnovnošolci smo oblikovali vprašalnik »*Kaj je zdravstvena nega in kaj dela medicinska sestra*«, ki vključuje štiri dele: 1. Demografski podatki, 2. Poznavanje zdravstvene nege in poklicev na področju zdravstvene nege, 3. Poznavanje nekaterih poklicev na področju zdravstva, 4. Stališča do poklica medicinska sestra. Pred izvedbo raziskave smo pridobili ustrezna soglasja. V mesecu januarju 2016 smo na osnovne šole poslali prvi poziv za sodelovanje v raziskavi. Poziv za sodelovanje v raziskavi, je bil dodan pozivu neke druge mednarodne raziskave, saj smo želeli šolam prihraniti čas pri koordinaciji izvedbe.

Z raziskavo z naslovom »Zdravstvena nega: stališča, vrednote in kompetence« proučujemo percepcije in stališča srednješolcev in študentov do zdravstvene nege. Pri sestavi instrumenta raziskave (vprašalnik) za srednješolce in študente smo ponovno uporabili že uporabljene in validirane instrumente in obstoječe dokumente.

Vprašalnik za srednješolce sestoj iz: 1. Demografski podatki, 2. Opredelitev zdravstvene nege, 3. Stališča do poklica medicinska sestra, 4. EFN kategorije izvajalcev zdravstvene nege, 5. Profesionalne vrednote v zdravstveni negi (Nurses Professional Values Scale-R ©, Weis and Schank, 2004).

Vprašalnik za študente sestoj iz: 1. Demografski podatki, 2. Opredelitev zdravstvene nege, 3. Stališča do poklica medicinska sestra, 4. EFN kategorije izvajalcev zdravstvene nege, 5. Odnos do raziskovanja - NATARD questionnaire, Bjorkstrom idr., 2001, 6. Profesionalne vrednote v zdravstveni negi (Nurses Professional Values Scale-R ©, Weis and Schank, 2004). Vprašalnik za študente ima skupno točko z vprašalnikom za srednješolce in vprašalnikom za vzorec iz DP 2.1. na tak način omogočimo vsebinsko primerjavo ter prehajanje med deležniki raziskave DP 2.

### 2.2.2. Vzorec in potek raziskave

#### DP 2.1

Uporabili smo namensko vzorčenje. K raziskavi so bili povabljeni učitelji zdravstvene nege in vodilni na srednjih zdravstvenih šolah, visokošolski učitelji zdravstvene nege in vodilni na fakultetah/visokih zdravstvenih šolah, delodajalci v zdravstveni in socialno varstveni dejavnosti v Sloveniji, odgovorne osebe za pedagoško delo in vodilni v zdravstvenih in socialnih zavodih za področje zdravstvene nege, ter člani različnih delovnih teles za področje zdravstvene nege (RSKZN, Strateški svet za zdravstveno nego, Center za poklicno izobraževanje, Skupnost ravnateljcev srednjih zdravstvenih šol, Zbornica-Zveza, idr.). Skupno število vseh povabljenih oseb k raziskavi je bilo 785. 569 oseb (72,48%) je potrdilo sodelovanje v raziskavi in njim smo razdelili vprašalnike; 404 vprašalniki so bili razdeljeni v tiskani obliki, 165 vprašalnikov pa v elektronski obliki.

Vprašalnik je vrnilo 365 anketirancev, odzivnost je bila 64,15%. Glede na spol je v raziskavi sodelovalo 315 (86,3%) žensk in 48 (13,2%) moških. Dva (0,5%) anketiranca nista opredelila spola. Povprečna starost anketirancev je bila 43,4 let (SD = 9,4) in povprečna delovna doba 15,17 let (SD = 10,66). V raziskavi je glede na izobrazbo v zdravstveni negi sodelovalo 41 (11,2%) višjih medicinskih sester / tehnikov (RN), 261 (71,5%) diplomiranih medicinskih sester / zdravstvenikov (Bsc Nur) in 55 (15,1%) magistric/magistrov zdravstvene nege. 6 (1,6%) anketirancev nima izobrazbe na področju zdravstvene nege, 2 (0,5%) anketiranca nista podala podatka o izobrazbi. Anketiranci so opredelili tudi ravni visokošolske izobrazbe izven zdravstvene nege in sicer jih je bilo 56 (15,3%) izobraženih na univerzitetni ravni, 33 (9%) jih je imelo strokovni magisterij, 18 (4,9%) znanstveni magisterij in 8 (2,2%) anketirancev je bilo doktorjev znanosti. 68 (18,6%) jih ni opredelilo izobrazbe izven zdravstvene nege. Največ anketirancev dela v splošni bolnišnici, 220 (60,3%), sledi zdravstveni dom (n = 52; 14,2%), srednja zdravstvena šola (n = 29; 7,9%), visokošolski zavod (n = 24; 6,6%), socialnovarstveni zavod (n = 21; 5,8%). Devet anketirancev (2,4%) je bilo iz drugih področij. 255 (69,9%) anketirancev je kot področje primarne zaposlitve navedlo dipl. m. s. (viš. med. ses.) v zdravstvenem zavodu, 28 (7,7%) je bilo učiteljev zdravstvene nege v srednji šoli in 26 (7,1%) na visokošolskem zavodu. 21 (5,8%) anketirancev se ni opredelilo do nobene navedene kategorije. 158 (43,3%) anketirancev opravlja vodilno

delovno mesto, največ med njimi ( $n = 118$ ; 32,3%) v zdravstvenih zavodih. V povprečju so na delovnih področjih zaposleni 15,2 leti ( $SD = 10,7$ ). 229 (62,7%) anketirancev je članov različnih delovnih in strokovnih teles v zdravstveni negi in 288 (78,9%) jih opravlja mentorstvo študentom in dijakom zdravstvene nege. V povprečju mentorirajo študente in dijake zdravstvene nege 9 let ( $SD = 7,2$ ).

49,9 % ( $n = 182$ ) anketirancev se je v zadnjih petih letih (od 2011) izobraževalo na področju raziskovanja v zdravstveni negi, 43% ( $n = 173$ ) pa na področju na dokazih temelječega dela. Dostop do podatkovnih baz na delovnem mestu, kjer lahko dobijo članke v polnem besedilu (kot primeri: Cinahl, Web of Science, Proquest, idr.), ima 157 (43%) anketirancev. Anketiranci so svoje znanje na lestvici od 1 do 5 (1 – nezadostno, 2 – zadostno, 3 – dobro, 4 – prav dobro, 5 – odlično) na področju raziskovanja ocenili s povprečno oceno 3,14 ( $SD = 0,94$ ), znanje o na dokazih podprti praksi z 3,20 ( $SD = 0,97$ ) in znanje angleškega jezika z 2,93 ( $SD = 1,05$ ). Zadovoljstvo s poklicnim delom v zdravstveni negi so ocenili s povprečno vrednostjo 3,99 ( $SD = 0,77$ ).

Raziskava je potekala v letu 2016, med mesecem aprilom in junijem. V februarju 2016 smo pridobili soglasje za izvedbo raziskave, ki ga je podala Komisija za znanstveno-raziskovalno in razvojno dejavnost FZJ. Z dopisi za vse predvidene sodelujoče institucije v raziskavi smo dobili povratno informacijo, katere od povabljenih institucij v raziskavi želijo sodelovati in katere ne. Od tistih, ki so se za sodelovanje odločili, smo pridobili soglasja za sodelovanje s strani njihovih pristojnih organov. Vsem sodelujočim institucijam smo poslali informacije o raziskavi in jih obvestili, da je sodelovanje prostovoljno ter anonimno. Obvestili smo jih tudi o možnosti izpolnjevanja tiskanih ali elektronskih anket. Koordinatorji raziskave v vsaki instituciji so po pošti ali elektronsko prejeli ankete in jih v skladu s priloženimi navodili za izvedbo raziskave razdelili med zaposlene. Tiskane ankete so zaposleni po koncu anketiranja vrnili na dogovorjeno zbirno mesto v instituciji, elektronske ankete so se preko povezave neposredno shranjevale v zbirno tabelo.

Uporabili smo deskriptivno statistiko ter parni t-test, analizo variance-ANOVA, korelacijsko analizo, faktorsko analizo (metoda Principal Axis Factoring, Varimax rotacija) in linearno regresijo. Vrednost  $p < 0,05$  je določala mejo statistične značilnosti. Za obdelavo podatkov smo uporabili SPSS, verzija 22.

## **DP 2.2**

Pri izvedbi raziskave smo se povezali z drugo mednarodno raziskavo, ki se je izvajala v osnovnih šolah, saj smo s tem želeli šolam prihraniti čas pri koordinaciji izvedbe. Pozitivno se je na poziv za sodelovanje odzvalo 113 osnovnih šol v Sloveniji. V povprečju smo na vsako šolo poslali 20 anket za izvedbo raziskave med učenci osmih razredov. Pričakovano število sodelujočih učencev osmih razredov je bilo 2260. Vrnjenih smo dobili 2044 anket. Po pregledu anket smo 60 anket izločili, saj so bile pomanjkljivo (izločili smo ankete, ki so bile izpolnjene manj kot 50%) ali nejasno izpolnjene. Rezultati raziskave so tako pridobljeni na vzorcu 1984 učencev iz 103 osnovnih šol v Sloveniji, ki zastopajo vseh 12 statističnih regij RS. Vzorec vključuje 1008 fantov (50,9 %) in 972 deklet (49,1 %) (4 učenci/učenke na vprašanje o spolu niso odgovorili), v starostnem razponu od 13 do 17 let, s povprečno starostjo 13,4 leta in s standardnim odklonom 0,5 leta.

Pred izvedbo raziskave smo vprašalnik z opisanimi spremenljivkami raziskave poskusno testirali na štirih mladostnikih v starosti od 13 do 15 let. Prosili smo jih za pregled razumljivosti vprašanj in trditev uporabljenega instrumenta. Na podlagi njihovi pripomb smo

izboljšali razumljivost navodil za ocenjevanje trditve stališč do poklica medicinska sestra, dodatno pojasnili posamične trditve v instrumentu ter spremenili odgovorno lestvico iz izvorne pet-stopenjske na tristopenjsko lestvico strinjanja.

Pred izvedbo raziskave smo pridobili tudi ustrezna soglasja. V mesecu januarju 2016 smo na osnovne šole poslali prvi poziv za sodelovanje v raziskavi. Poziv za sodelovanje v raziskavi, je bil dodan pozivu neke druge mednarodne raziskave, saj smo želeli šolam prihraniti čas pri koordinaciji izvedbe. Meseca februarja 2016 smo na šole poslali drugi poziv za sodelovanje. Šole, ki se na poziv niso odzvale, smo kontaktirali telefonsko in prosili za sodelovanje. Odzvalo se je 113 osnovnih šol v Sloveniji, v povprečju je pri vsaki šoli sodelovalo 20 učencev osmih razredov (skupaj pričakovano število udeležencev = 2260 učencev). V mesecu aprilu smo začeli zbirati podatke na šolah. Šole so same izbrale koordinatorja za izvedbo na šolah ter termin izvedbe. Po potrditvi datumov smo na šolo poslali testatorje, ki so izvedli raziskavo. Učenci, ki so že sodelovali, so za reševanje vprašalnika potrebovali do 10 minut. Zbrali smo 2044 vprašalnikov, od katerih smo 1984 vključili v nadaljnjo analizo, saj je bilo 60 pomanjkljivo izpolnjenih.

Za pridobljene podatke smo izračunali deskriptivne statistika: frekvenca, aritmetična sredina, standardni odklon, za trditve *Prepričanja in stališča do poklica medicinska sestra* smo izračunali notranjo konsistentnost, izvedli analizo postavk (korelacije postavk s skupnim rezultatom na instrumentu) in faktorsko analizo (metoda glavnih komponent, varimax rotacija). Pri analizi podatkov smo uporabili tudi bivariatne statistike (neparametrični testi). Statistično analizo smo izvedli s počjo programa IBM SPSS 19.0.

### 2.2.3. Ključna spoznanja

Cilj DP 2 je bil, da nam izvedeni raziskavi ponudita reprezentativne odgovore, kako ključni akterji izobraževanja v zdravstveni negi in delodajalci ter populacija osnovnošolcev, dijakov in študentov razume izobraževanje v zdravstveni negi in njeno vlogo v družbi, v kolikšni meri poznajo izhodišča, ki usmerjajo potrebo po spremembah izobraževanja, kakšen je njihov odnos do sprememb v izobraževanju, kako dojemajo in razumejo zdravstveno nego kot znanstveno disciplino in njeno vlogo v pri ustvarjanju novega znanja. Raziskavi v DP 2 sta imeli učinke na vse ostale DP in sta pomembno usmerjali njihov potek.

V prvi fazi (DP 2.1) je bila izvedena raziskava »*Razumevanje potreb po celostni prenovi izobraževanja v zdravstveni negi in umestitvi novega kompetenčnega modela v RS*« med ključnimi deležniki izobraževanja v zdravstveni negi in pri delodajalcih (srednje šole, visoke šole, ministrstva, zdravstveni zavodi, socialni zavodi, gospodarske družbe, ki zaposlujejo strokovnjake s področja zdravstvene nege idr.).

V drugi fazi (DP 2.2) je bila izvedena raziskava na priložnostnem vzorcu osnovnošolcev, ki obiskujejo tretjo triado, srednješolcev zaključnih letnikov zdravstvene smeri in študentov zdravstvene nege. Odzvalo se je 113 osnovnih šol v Sloveniji, v povprečju je pri vsaki šoli sodelovalo 20 učencev osmih razredov (skupaj 2260 učencev).

## 2.2.4. DP 2.1. - »Razumevanje potreb po spremembah izobraževanja in raziskovanja v zdravstveni negi – vidik izvajalcev izobraževanja in delodajalcev«

### 2.2.4.1. Rezultati »Kompetenčni model v zdravstveni negi«

#### 2.2.4.1.1. Poimenovanje štirih kategorij izvajalcev zdravstvene nege po EFN

Preverjali smo strinjanje anketirancev s prevodi angleških poimenovanj štirih kategorij izvajalcev v zdravstveni negi po modelu EFN (EFN, 2014). Zmožnost instrumenta, da s štirimi trditvami meri fenomen poimenovanje kategorij izvajalcev glede na usmeritve EFN, se je izkazala na meji zanesljivosti ( $\alpha=0,694$ ). Faktorska analiza (metoda Principal Axis Factoring, Varimax rotacija) nam iz vidika nabora strukture spremenljivke varianco pojasni v 49,41% (KMO = 0,704 in Barlett  $p < 0,001$ ), dobimo en faktor, v katerem se poimenovanje »zdravstveni asistent« izkaže z nizko faktorsko utežjo (0,060), prav tako ima poimenovanje »magistrica zdravstvene nege« nižjo faktorsko utež (0,485), kot je priporočeno pri tej velikosti vzorca (Field, 2005, str. 619). Preverili smo zanesljivost, da smo spremenljivke ločili in tako Chrombach alfa koeficient za poimenovanji »diplomirana medicinska sestra« in »diplomirana medicinska sestra specialistka« pokaže zelo dobro zmožnost obeh trditev za opis fenomena ( $\alpha=0,843$ ), medtem ko »zdravstveni asistent« in »magistrica zdravstvene nege« izjemno slabo zanesljivost ( $\alpha=0,347$ ). Ta rezultat jasno pove, da poimenovanja med anketiranci niso razumljena na enak način.

Najnižje strinjanje oziroma neodločenost o ustreznosti poimenovanja smo dosegli s predlogom prevoda »Zdravstveni asistent« (PV=3,29, SD=1,34), medtem ko smo za ostale tri predloge v tabeli 2 dosegli strinjanje. Zanimalo nas je, zakaj te razlike pri poimenovanju izvajalcev na srednješolski ravni, saj je bila standardna deviacija visoka. Glede na demografske podatke dobimo sledeče statistično značilne rezultate v zvezi s strinjanjem za strokovni naslov na srednješolski ravni:

- stopnja izobrazbe v zdravstveni negi (F=3,113,  $p=0,026$ ), višje medicinske sestre (PV=2,69, SD=1,47) se pomembno manj strinjajo s poimenovanjem »zdravstveni asistent«;
- ustanova, kjer anketiranci delajo (F=10,725,  $p<0,001$ ), anketiranci iz srednje zdravstvene šole (PV=1,52, SD=0,85) se pomembno manj strinjajo s poimenovanjem »zdravstveni asistent«;
- področje primarne zaposlitve (F=17,170,  $p<0,001$ ), učitelji zdravstvene nege na srednji šoli (PV=1,54, SD=0,86) se pomembno manj strinjajo s poimenovanjem »zdravstveni asistent«;
- z večanjem starosti se zmanjšuje strinjanje ( $r=-0,113$ ,  $p=0,042$ ) s poimenovanjem »zdravstveni asistent«.

Vodilno delovno mesto ( $t=1,869$ ,  $df=322$ ,  $p=0,062$ ), članstvo v delovnih telesih in skupinah ( $t=1,416$ ,  $df=319$ ,  $p=0,158$ ), mentorstvo študentom in dijakom ( $t=1,627$ ,  $df=321$ ,  $p=0,105$ ), izobraževanje na področju na dokazih podprtega dela ( $t=0,608$ ,  $df=277$ ,  $p=0,544$ ) in raziskovanja ( $t=1,218$ ,  $df=304$ ,  $p=0,224$ ) ter dostop do podatkovnih baz ( $t=1,218$ ,  $df=304$ ,  $p=0,224$ ) nimajo statistično pomembnega učinka na stališče anketirancev o poimenovanju izvajalca na srednješolski ravni izobraževanja »zdravstveni asistent«.



Tabela 2. Povprečne vrednosti strinjanja anketirancev v zvezi z ustreznostjo prevodov poimenovanj štirih kategorij izvajalcev v zdravstveni negi

	Vsi anketiranci			Učitelji v srednji zdravstveni šoli	
	PV	SD	FA	PV	SD
Healthcare Assistant (HCA) – zdravstveni asistent (ZA)	3,29	1,338	0,245	1,54	0,859
General Care Nurse (GCN) – diplomirana medicinska sestra / zdravstvenik (dipl. m. s. / dipl. zn.)	4,14	0,939	0,865	4,38	0,496
Specialist Nurse (SN) – diplomirana medicinska sestra specialistka (dipl. m. s. / dipl. zn., spec.)	4,20	0,907	0,826	4,27	0,827
Advanced Nurse Practitioner (ANP) – magistrica zdravstvene nege (mag. zdr. neg.)	4,08	0,974	0,696	4,42	0,703

Legenda: FA (Principal Axis Factoring) – faktoriska analiza, PV – povprečna vrednost, SD – standardna deviacija.

Tabela 3. Rezultati linearne regresije za posamezno poimenovanje štirih kategorij izvajalcev v zdravstveni negi

Characteristics	<i>zdravstveni asistent (R2 = 0,151)</i>			
	<i>b</i>	<i>SE<sub>b</sub></i>	<i>β</i>	<i>p</i>
<b>Starost (v letih).</b>	-,027	,010	-,186	<b>0,009</b>
Stopnjo izobrazbe v zdravstveni negi.	,053	,138	,022	0,704
<b>Ustanova zaposlitve.</b>	-,142	,066	-,133	<b>0,032</b>
<b>Področje primarne zaposlitve ali poklica.</b>	,577	,128	,289	<b>&lt;0,001</b>
Vodilno delovno mesto (DA/NE).	-,105	,168	-,039	0,534
Mentorstvo študentom/dijakom (v letih).	-,239	,166	-,086	0,151
<b>Izobraževanje o raziskovanju (DA/NE).</b>	,031	,013	,165	<b>0,021</b>
Izobraževanje na dokazih podprto delo (DA/NE).	-,219	,184	-,082	0,235
Ocena znanja o raziskovanju.	,266	,198	,099	0,182
Ocena znanja o na dokazih podprtem delu.	-,056	,119	-,039	0,637
Dostop do podatkovnih baz (DA/NE).	,214	,116	,155	0,066
Zadovoljstvo s poklicnim delom (DA/NE).	-,196	,106	-,113	0,066
Dostop do podatkovnih baz (DA/NE).	-,172	,158	-,064	0,277
<i>dipl. m. s. (R2 = 0,059)</i>				
Characteristics	<i>b</i>	<i>SE<sub>b</sub></i>	<i>β</i>	<i>p</i>
Starost (v letih).	-,003	,007	-,025	0,732
Stopnjo izobrazbe v zdravstveni negi.	,154	,102	,093	0,134
Ustanova zaposlitve.	,066	,049	,088	0,175
Področje primarne zaposlitve ali poklica.	-,104	,094	-,074	0,273
Vodilno delovno mesto (DA/NE).	-,207	,124	-,110	0,097
Mentorstvo študentom/dijakom (v letih).	-,242	,123	-,123	0,051
Izobraževanje o raziskovanju (DA/NE).	,012	,010	,089	0,233
Izobraževanje na dokazih podprto delo (DA/NE).	-,056	,136	-,030	0,678
Ocena znanja o raziskovanju.	,062	,147	,033	0,674
Ocena znanja o na dokazih podprtem delu.	,057	,088	,057	0,515
Dostop do podatkovnih baz (DA/NE).	-,009	,086	-,009	0,917
Zadovoljstvo s poklicnim delom (DA/NE).	,127	,078	,104	0,106
Dostop do podatkovnih baz (DA/NE).	-,194	,117	-,103	0,097
<i>dipl. m. s. spec. (R2 = 0,070)</i>				
Characteristics	<i>b</i>	<i>SE<sub>b</sub></i>	<i>β</i>	<i>p</i>
Starost (v letih).	,000	,007	-,003	,962

Stopnjo izobrazbe v zdravstveni negi.	,123	,098	,077	,212
Ustanova zaposlitve.	,059	,047	,081	,210
Področje primarne zaposlitve ali poklica.	-,035	,091	-,026	,700
<b>Vodilno delovno mesto (DA/NE).</b>	-,283	,120	-,155	<b>,019</b>
Mentorstvo študentom/dijakom (v letih).	-,249	,118	-,131	,036
Izobraževanje o raziskovanju (DA/NE).	,011	,009	,084	,257
Izobraževanje na dokazih podprto delo (DA/NE).	-,084	,131	-,046	,519
Ocena znanja o raziskovanju.	,207	,141	,114	,143
Ocena znanja o na dokazih podprtem delu.	,094	,084	,097	,267
Dostop do podatkovnih baz (DA/NE).	-,039	,082	-,042	,633
Zadovoljstvo s poklicnim delom (DA/NE).	,132	,075	,112	,080
Dostop do podatkovnih baz (DA/NE).	-,193	,112	-,106	,087
	<i>mag. zdr. neg. (R<sup>2</sup> = 0,064)</i>			
Characteristics	<i>b</i>	<i>SE<sub>b</sub></i>	<i>β</i>	<i>p</i>
Starost (v letih).	-,011	,008	-,103	,168
Stopnjo izobrazbe v zdravstveni negi.	,164	,106	,096	,121
Ustanova zaposlitve.	,041	,050	,053	,412
Področje primarne zaposlitve ali poklica.	-,183	,098	-,126	,062
<b>Vodilno delovno mesto (DA/NE).</b>	-,291	,129	-,149	<b>,025</b>
Mentorstvo študentom/dijakom (v letih).	-,124	,127	-,061	,330
Izobraževanje o raziskovanju (DA/NE).	,011	,010	,078	,300
Izobraževanje na dokazih podprto delo (DA/NE).	-,098	,141	-,050	,487
Ocena znanja o raziskovanju.	-,015	,152	-,008	,920
Ocena znanja o na dokazih podprtem delu.	,043	,091	,041	,637
Dostop do podatkovnih baz (DA/NE).	-,106	,089	-,105	,234
<b>Zadovoljstvo s poklicnim delom (DA/NE).</b>	,211	,081	,167	<b>,010</b>
Dostop do podatkovnih baz (DA/NE).	-,157	,121	-,080	,195

Uporabili smo linearno regresijo s ciljem bolje pojasniti dosežke na posameznih poimenovanjih štirih kategorij izvajalcev. Rezultati so v tabeli 3. Vidimo, da smo lahko najbolj pojasnili dosežke na poimenovanju »zdravstveni asistent« (15,1%) in sicer imajo največje učinke na doseženo strinjanje ali ne strinjanje za to kategorijo poimenovanja poklica učitelji zdravstvene nege v srednjih šolah, ki se najmanj strinjajo s tem poimenovanjem oziroma zaposleni v zdravstvenih zavodih, ki se najbolj strinjajo. Sledi starost v letih, kjer z leti pada strinjanje s poimenovanjem, medtem, ko se z udeležbo na izobraževanju o raziskovanju veča. Kot značilna se izkaže tudi ustanova zaposlitve, kjer se srednje zdravstvene šole izkažejo kot tiste, ki se najmanj strinjajo s predlogom, anketiranci iz zdravstvenih zavodov se s predlogom značilno bolj strinjajo.

Pri poimenovanju dipl. m. s. se nobena spremenljivka ne izkaže kot statistično značilna, da bi pojasnila predlagano poimenovanje. Gre za poimenovanje, ki je v praksi sprejeto in ima visoko stopnjo strinjanja.

Pri poimenovanju dipl. m. s. spec. se izkaže, da je v 7% mogoče pojasniti strinjanje s poimenovanjem s tistimi, ki so na vodilnem delovnem mestu, tisti, ki niso, se pomembno manj strinjajo. Enako velja za poimenovanje mag. zdr. neg. (6,4%), tu se izkaže kot pomembno še zadovoljstvo s poklicem, tisti, ki so bolj zadovoljni, se bolj strinjajo s poimenovanjem.

### 2.2.4.1.2. Splošne kompetence za posamezno kategorijo izvajalcev zdravstvene nege

Preverjali smo strinjanje anketirancev s splošnimi kompetencami za posamezno kategorijo izvajalcev v zdravstveni negi, ki smo jih prevedli po modelu EFN (EFN, 2014), ločeno za štiri kategorije izvajalcev. Rezultati so v tabeli. Dosegli smo dobro zanesljivost ( $\alpha=0,807$ ). Faktorska analiza (metoda Principal Axis Factoring) nam iz vidika nabora strukture spremenljivke varianco pojasni v 60,03% (KMO = 0,789 in Barlett  $p < 0,001$ ), dobimo en faktor, v katerem imajo vse trditve, razen opisa splošnih kompetenc »zdravstvenega asistenta« ( $< 0,220$ ) faktorsko utež  $< 0,6$  kot je priporočeno pri tej velikosti vzorca (Field, 2005, str. 619).

Tabela 3a. Povprečne vrednosti strinjanja anketirancev v zvezi s splošnimi kompetencami za posamezno kategorijo izvajalcev

	Vsi anketiranci			Učitelji v srednji zdravstveni šoli	
	PV	PV	SD	PV	SD
<b>Healthcare Assistant (HCA) – zdravstveni asistent (ZA):</b> Pomočnik, ki DMS/DZN neposredno pomaga pri izvajanju zdravstvene nege v institucionalnem ali domačem okolju, pri čemer upošteva zahtevane standarde in je pod neposrednim ali posrednim nadzorom DMS/DZN.	3,67	1,188	0,472	2,27	1,402
<b>General Care Nurse (GCN) – dipl. m. s. / dipl. zn.:</b> Samostojni izvajalec zdravstvenih storitev, ki je sposoben delati individualno ali sodelovati z drugimi zdravstvenimi delavci, ter je zaključil študijski program zdravstvene nege v skladu s standardi iz 31. člena prenovljene evropske direktive 2005/36/EC.	4,23	0,804	0,874	4,23	,652
<b>Specialist Nurse (SN) – dipl. m. s., spec. / dipl. zn., spec.:</b> DMS/DZN z naprednimi znanji, ki lahko dela kot specialist s strokovnim znanjem na določenem področju zdravstvene nege.	4,27	0,795	0,891	4,27	,827
<b>Advanced Nurse Practitioner (ANP) – mag. zdr. neg.:</b> DMS/DZN, ki ima magisterij zdravstvene nege, podiplomsko znanje za izvajanje zahtevnejših in naprednih oblik dela, z razvito sposobnostjo odločanja in kliničnimi kompetencami za širok spekter kliničnih praks na napredni ravni.	4,19	0,880	0,788	4,42	,758

Iz table 3a je razvidno, da smo dosegli najnižje strinjanje za splošne kompetence »zdravstvenega asistenta«, medtem ko je ostala tri poimenovanja dosežena raven strinjanja. Zanimal nas je pomen demografskih podatkov in nekaterih značilnostih anketirancev v zvezi s splošnimi kompetencami za »zdravstvenega asistenta«:

- ustanova, kjer anketiranci delajo ( $F=9,063$   $p < 0,001$ ), anketiranci iz srednje zdravstvene šole ( $PV=2,22$ ,  $SD=1,40$ ) se pomembno manj strinjajo s splošnimi kompetencami za zdravstvene asistente;
- področje primarne zaposlitve ( $F=14,151$ ,  $p < 0,001$ ), učitelji zdravstvene nege na srednji šoli ( $PV=2,27$ ,  $SD=1,40$ ) se pomembno manj strinjajo s splošnimi kompetencami za »zdravstveni asistent«;

- anketiranci na vodilnem delovnem mestu se bolj strinjajo ( $PV=3,88$ ,  $SD=1,05$ ) s splošnimi kompetencami ( $t=2,787$ ,  $df=327$ ,  $p=0,006$ ), kot anketiranci na ne vodilnih delovnih mestih;
- mentorji dijakom in študentom se pomembno bolj strinjajo s splošnimi kompetencami ( $t=2,213$ ,  $df=327$ ,  $p=0,028$ );
- tisti, ki so se v zadnjih petih letih izobraževali iz na dokazih podprtega dela ( $t=2,038$ ,  $df=282$ ,  $p=0,042$ ) se bolj strinjajo s splošnimi kompetencami;
- z večanjem let mentoriranja dijakom in študentom ( $r=0,241$ ,  $p<0,001$ ) in z večanjem samoocene znanja o na dokazih podprtem delu ( $r=0,122$ ,  $p=0,028$ ) se povečuje strinjanje s splošnimi kompetencami za zdravstvenega asistenta;

Drugi demografski podatki in značilnosti delovnega mesta se niso izkazali za statistično značilne glede na stopnjo strinjanja s splošnimi kompetencami.

Uporabili smo linearno regresijo (tabela 3b) s ciljem bolje pojasniti dosežke na spremenljivki »splošne kompetence zdravstvenega asistenta«. V model smo vključili vse spremenljivke, ki so se izkazale kot statistično značilne. Opisan fenomen lahko pojasnimo v 11,2%, s tremi spremenljivkami, med katerimi ima največjo moč področje primarne zaposlitve v zdravstveni negi, kjer se srednješolski učitelji najmanj strinjajo s splošnimi kompetencami v primerjavi z ostalimi zaposlenimi anketiranci v zdravstveni negi. Sledi mentorstvo študentom, ki je pozitivno povezano s splošnimi kompetencami in enako ocena znanja o na dokazih podprti praksi.

Tabela 3b. Rezultati linearne regresije za splošne kompetence »zdravstveni asistent«

Characteristics	$(R^2 = 0,112)$			
	$b$	$SE_b$	$\beta$	$p$
Ustanova zaposlitve.	-,003	,057	-,003	,957
<b>Področje primarne zaposlitve ali poklica.</b>	,492	,107	,278	<b>&lt;0,000</b>
<b>Vodilno delovno mesto (DA/NE).</b>	-,125	,140	-,052	,374
<b>Mentorstvo študentom/dijakom (v letih).</b>	,023	,009	,142	<b>0,013</b>
<b>Ocena znanja o na dokazih podprtem delu.</b>	,173	,069	,141	<b>0,013</b>

#### 2.2.4.1.3. Specifične kompetence za posamezno kategorijo izvajalcev zdravstvene nege

Preverjali smo strinjanje anketirancev s specifičnimi kompetencami za posamezno kategorijo izvajalcev v zdravstveni negi, ki smo jih prevedli po modelu EFN (EFN, 2014), ločeno za štiri kategorije izvajalcev.

##### Zdravstveni asistent

Zmožnost instrumenta, da z osmimi trditvami meri fenomen »specifične kompetence za zdravstvene asistente«, se je izkazal kot zelo dobro zanesljiv ( $\alpha=0,901$ ). Faktorska analiza (metoda Principal Axis Factoring) nam iz vidika nabora strukture spremenljivke varianco pojasni v 55,43% ( $KMO = 0,878$  in Barlett  $p < 0,001$ ), dobimo en faktor, v katerem imajo vse trditve faktorsko utež  $< 0,6$  kot je priporočeno pri tej velikosti vzorca (Field, 2005, str. 619).

Tabela 4. Strinjanje anketirancev s specifičnimi kompetencami za »zdravstvenega asistenta«

	Vsi anketiranci			Učitelji v srednji zdravstveni šoli	
	PV	SD	FA	PV	SD
DMS/DZN mu dodeli naloge in ga nadzoruje, ZA pomaga pri izvajanju zdravstvene nege in pri administrativnih nalogah.	3,74	1,125	0,648	2,38	0,978
DMS/DZN pomaga pri pripravi in izvajanju intervencij, povezanih z diagnostiko in zdravljenjem.	4,12	0,808	0,728	3,85	0,761
Spremlja osnovne življenjske funkcije in druge znake ter stanje pacientov po navodilih DMS/DZN in ustrezno poroča.	4,02	1,031	0,756	2,88	0,816
Pacientom in občanom pomaga pri vsakodnevnih opravilih kot so higiena, udobje, mobilnost in hranjenje.	4,28	0,778	0,751	4,19	0,624
Posreduje splošne informacije pacientom ali občanom in njihovim družinskim članom.	3,98	0,924	0,629	3,65	0,830
Hitro in natančno komunicira z DMS/DZN in drugimi zdravstvenimi delavci ter tako omogoča zagotavljanje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe pacienta.	4,30	0,780	0,813	4,38	0,690
Dela skupaj z DMS/DZN in drugimi zdravstvenimi delavci, ter tako prispeva k izvajanju osnovne zdravstvene oskrbe pacientov.	4,21	0,836	0,779	3,54	0,751
Na osnovi izkušenj in napotkov zna prepoznati, kaj je normalno glede na počutje pacientov in druge populacije ter DMS/DZN poroča o vseh opažanjih izven teh okvirov.	4,20	0,816	0,828	3,73	0,751

Legenda: FA (Principal Axis Factoring) – faktorska analiza, PV – povprečna vrednost, SD – standardna deviacija.

Povprečna vrednost odgovor v tabeli 4 smo pridobili z izvedeno spremenljivko »kompetence ZA« in znaša 4,1 (SD=0,69), kar kaže na strinjanje s kompetencami, sam fenomen merjenja pa ima visoko zanesljivost. Znotraj posameznih trditev vidimo najnižje strinjanje in razpršitev odgovorov pri trditvi, ki opisuje dodelitev nalog s strani dipl. m. s. (PV = 3,74, SD = 1,125).

Izvedeno spremenljivko smo preverili glede na demografske podatke:

- stopnja izobrazbe v zdravstveni negi ( $F=3,404$ ,  $p=0,018$ ), kjer se izkaže, da se s kompetencami najbolj strinjajo tisti, ki nimajo izobrazbe iz zdravstvene nege;
- ustanova, kjer anketiranci delajo ( $F=3,928$   $p<0,001$ ), anketiranci iz srednje zdravstvene šole (PV=3,60, SD=0,56) se pomembno manj strinjajo s kompetencami za zdravstvene asistente;
- področje primarne zaposlitve ( $F=5,494$ ,  $p=0,001$ ), učitelji zdravstvene nege na srednji šoli (PV=3,56, SD=0,57) se pomembno manj strinjajo s poimenovanjem »zdravstveni asistent«;
- anketiranci na vodilnem delovnem mestu se bolj strinjajo (PV=4,29, SD=0,59) s kompetencami ( $t=4,362$ ,  $df=326$ ,  $p<0,001$ ), kot anketiranci na ne vodilnih delovnih mestih;
- tisti, ki so se v zadnjih petih letih izobraževali iz raziskovanja ( $t=2,174$ ,  $df=306$ ,  $p=0,030$ ) in na dokazih podprtega dela ( $t=2,899$ ,  $df=280$ ,  $p=0,004$ ) ter imajo dostop do podatkovnih baz ( $t=2,194$ ,  $df=323$ ,  $p=0,029$ ), se bolj strinjajo s kompetencami;
- z večanjem let mentoriranja dijakom in študentom ( $r=0,241$ ,  $p<0,001$ ) in z večanjem poklicnega zadovoljstva ( $r=0,171$ ,  $p=0,002$ ) se povečuje strinjanje s kompetencami za zdravstvenega asistenta;
- Drugi demografski podatki in značilnosti delovnega mesta se niso izkazali za statistično značilne glede na stopnjo strinjanja s kompetencami.

Uporabili smo linearno regresijo (tabela 5) s ciljem bolje pojasniti dosežke na spremenljivki »kompetence zdravstvenega asistenta«. V model smo vključili vse spremenljivke, ki so se izkazale kot statistično značilne. Opisan fenomen lahko pojasnimo v 13,9%, s petimi spremenljivkami, med katerimi ima največjo moč izobraževanje o raziskovanju, sledijo področje primarne zaposlitve, kjer opisni rezultati pokažejo statistično značilne razlike med področji in učitelji v srednjih šolah se pomembno manj strinjajo s predlaganimi kompetencami za »zdravstveni asistent« v primerjavi z zaposlenimi anketiranci v zdravstvu in visokem šolstvu. Sledijo starost, starejši se manj strinjajo s poimenovanjem in kot zadnje stopnja zadovoljstva zaposlenih, kjer se z večanjem stopnje povečuje strinjanje.

Tabela 5. Rezultati linearne regresije za specifične kompetence »zdravstveni asistent«

Characteristics	$(R^2 = 0,139)$			
	$b$	$SE_b$	$\beta$	$p$
<b>Starost (v letih).</b>	-,013	,005	-,176	<b>,014</b>
Stopnjo izobrazbe v zdravstveni negi.	,094	,072	,078	,189
Ustanova zaposlitve.	,048	,034	,088	,159
<b>Področje primarne zaposlitve ali poklica.</b>	,164	,066	,159	<b>,014</b>
<b>Vodilno delovno mesto (DA/NE).</b>	-,210	,087	-,152	<b>,017</b>
Mentorstvo študentom/dijakom (v letih).	-,033	,086	-,023	,700
<b>Izobraževanje o raziskovanju (DA/NE).</b>	,024	,007	,244	<b>,001</b>
Izobraževanje na dokazih podprto delo (DA/NE).	-,033	,095	-,024	,733
Ocena znanja o raziskovanju.	-,063	,103	-,045	,542
Ocena znanja o na dokazih podprtem delu.	-,016	,061	-,022	,789
Dostop do podatkovnih baz (DA/NE).	,043	,060	,060	,477
<b>Zadovoljstvo s poklicnim delom (DA/NE).</b>	,113	,055	,127	<b>,040</b>
Dostop do podatkovnih baz (DA/NE).	-,152	,082	-,110	,064

### Diplomirana medicinska sestra, diplomirani zdravstvenik

Zmožnost instrumenta, da z osmimi trditvami meri fenomen »specifične kompetence za diplomirane medicinske sestre«, se je izkazal kot zelo dobro zanesljiv ( $\alpha=0,958$ ). Faktorska analiza (metoda Principal Axis Factoring, rotation method: Oblimin with Kaiser Normalization) nam iz vidika nabora strukture spremenljivke varianco pojasni v 75,31% (KMO = 0,932 in Barlett  $p < 0,001$ ), dobimo en faktor, v katerem imajo vse trditve faktorsko utež  $< 0,6$  kot je priporočeno pri tej velikosti vzorca (Field, 2005, str. 619).

Tabela 6. Strinjanje anketirancev s specifičnimi kompetencami za »diplomirano medicinsko sestro«

	Vsi anketiranci		
	PV	SD	FA
Samostojno ugotavlja potrebe po zdravstveni negi s pomočjo sodobnega teoretičnega in kliničnega znanja, poleg tega načrtuje, organizira in izvaja zdravstveno nego pri pacientih na podlagi pridobljenega znanja in sposobnosti ter s tem izboljšuje nivo strokovnega dela.	4,48	0,640	0,854
Učinkovito sodeluje z drugimi akterji v zdravstvenem sektorju, udeležuje se praktičnih izobraževanj za zdravstvene delavce za pridobivanje znanj in veščin.	4,54	0,601	0,889
Na podlagi pridobljenega znanja in veščin izobražuje in ozavešča posameznike, družine in skupine o pomembnosti zdravega življenjskega sloga in samooskrbe pri boleznih.	4,52	0,617	0,931
Samostojno daje pobudo za izvajanje ukrepov za ohranitev življenja, ukrepa ob izrednih razmerah ali ob naravnih in drugih nesrečah.	4,40	0,730	0,767

Neodvisno svetuje osebam, ki potrebujejo zdravstveno oskrbo in njihovim bližnjim, jih izobražuje in nudi podporo.	4,40	0,708	0,771
Samostojno zagotavlja kakovost zdravstvene nege in njeno vrednotenje.	4,50	0,647	0,920
Strokovno in uspešno komunicira in sodeluje z drugimi zdravstvenimi delavci.	4,53	0,632	0,914
Analizira kakovost zdravstvene nege ter tako izboljšuje svoje strokovno delo.	4,50	0,655	0,881

Povprečna vrednost odgovor v tabeli 6 smo pridobili z izvedeno spremenljivko »kompetence ZA« in znaša 4,55 (SD=0,58), kar kaže na strinjanje s kompetencami, ki se približuje popolnemu strinjanju, sam fenomen merjenja pa ima visoko zanesljivost. Znotraj posameznih trditvev ne vidimo odstopanj v strinjanju in tudi raztros odgovorov je primerljiv za vse trditve.

Izvedeno spremenljivko smo preverili glede na demografske podatke:

- anketiranci na vodilnem delovnem mestu se bolj strinjajo (PV=4,59, SD=0,54) s kompetencami ( $t=3,088$ ,  $df=321$ ,  $p=0,002$ ), kot anketiranci na ne vodilnih delovnih mestih (PV=4,39, SD=0,60);
- tisti, ki so člani različnih delovnih in strokovnih teles v zdravstveni negi (PV=4,56, SD=0,52), se bolj strinjajo s kompetencami ( $t=2,704$ ,  $df=317$ ,  $p=0,007$ ), kot tisti, ki niso (PV=4,38, SD=0,61);
- tisti, ki so mentorji dijakom in študentom se bolj strinjajo s kompetencami (PV=4,52, SD=0,53), kot tisti, ki niso (PV=4,36, SD=0,66) ( $t=1,975$ ,  $df=320$ ,  $p=0,049$ );
- tisti, ki so se v zadnjih petih letih izobraževali iz raziskovanja (PV=4,57, SD=0,49) ( $t=2,175$ ,  $df=305$ ,  $p=0,030$ ) in na dokazih podprtega dela (PV=4,61, SD=0,52) ( $t=3,235$ ,  $df=277$ ,  $p=0,001$ ), se bolj strinjajo s kompetencami;
- z večanjem let mentoriranja dijakom in študentom ( $r=0,117$ ,  $p=0,043$ ), s samooceno znanja o raziskovanju ( $r=0,125$ ,  $p=0,025$ ) in z večanjem poklicnega zadovoljstva ( $r=0,186$ ,  $p=0,001$ ) se povečuje strinjanje s kompetencami za zdravstvenega asistenta;

Druge demografske spremenljivke se niso izkazale povezane s stopnjo strinjanja do stališč.

Uporabili smo linearno regresijo (tabela 7) s ciljem bolje pojasniti dosežke na spremenljivki »kompetence diplomirane medicinske sestre«. V model smo vključili vse spremenljivke, ki so se izkazale kot statistično značilne. Opisan fenomen lahko pojasnimo le v 6,2% in le z eno spremenljivko, to je zadovoljstvo s poklicnim delom. Ostale spremenljivke se niso izkazale kot statistično značilne v regresijskem modelu.

Tabela 7. Rezultati linearne regresije za kompetence »dipl. m. s.«

Characteristics	$(R^2 = 0,062)$			
	$b$	$SE_b$	$\beta$	$p$
Vodilno delovno mesto (DA/NE).	-0,096	0,073	-0,083	0,189
Članstvo v delovnih telesih (DA/NE).	-0,104	0,074	-0,086	0,163
Mentorstvo študentom/dijakom (v letih).	0,003	0,005	0,032	0,610
Izobraževanje o raziskovanju (DA/NE).	-0,028	0,082	-0,024	0,738
Izobraževanje na dokazih podprto delo (DA/NE).	-0,134	0,087	-0,116	0,125
Ocena znanja o raziskovanju.	0,024	0,040	0,039	0,553
<b>Zadovoljstvo s poklicnim delom (DA/NE).</b>	0,104	0,047	0,139	<b>0,028</b>

## Diplomirana medicinska sestra specialistka, diplomirani zdravstvenik, specialist

Zmožnost instrumenta, da z devetimi trditvami meri fenomen »specifične kompetence za diplomirane medicinske sestre specialistke«, se je izkazal kot zelo dobro zanesljiv ( $\alpha=0,966$ ). Faktorska analiza (metoda Principal Axis Factoring, rotation method: Oblimin with Kaiser Normalization) nam iz vidika nabora strukture spremenljivke varianco pojasni v 77,19% (KMO = 0,954 in Barlett  $p < 0,001$ ), dobimo en faktor, v katerem imajo vse trditve faktorsko utež  $< 0,6$  kot je priporočeno pri tej velikosti vzorca (Field, 2005, str. 619).

Tabela 8. Strinjanje anketirancev s specifičnimi kompetencami za »diplomirano medicinsko sestro specialistko«

	Vsi anketiranci		
	PV	SD	FA
Analizira kompleksne klinične probleme z uporabo ustreznega znanja, diagnosticira, opredeli, izvaja in ovrednoti potek zdravstvene obravnave pacientov v medpoklicnem timu, na področju svoje specializacije in v skladu z veljavnimi protokoli.	4,44	0,656	0,888
Prevzame razširjeno vlogo pri delu in izvaja napredne oblike obravnave ter diagnostične in invazivne intervencije, povezane s strokovno specializacijo, ki jo ima.	4,44	0,674	0,827
Zna določiti potrebe po promociji zdravja in izobraževalne potrebe pacientov na svojem strokovnem področju ter ustrezno razvija in izvaja strategije.	4,49	0,641	0,934
Sledi tehnološkim novostim in izobražuje sodelavce znotraj zdravstvene nege, druge zdravstvene delavce in skupine pacientov o novostih na svojem področju specializacije.	4,54	0,616	0,908
Stalno izpopolnjuje svoje komunikacijske veščine, zato je sposoben oblikovati in posredovati kompleksne klinične probleme pacientom, svojcem in drugim zdravstvenim delavcem.	4,50	0,645	0,878
Zna določiti zdravstvene potrebe ter potrebe po zdravstveni negi in krepitvi zdravja pri pacientih, pripravi ustrezen negovalni načrt in načrt zdravstvene obravnave v medpoklicnem timu.	4,49	0,672	0,890
Vodi in koordinira zdravstveno obravnavo pacientov na svojem področju specializacije ter tako zagotavlja kontinuirano in celostno zdravstveno oskrbo.	4,51	0,641	0,910
Ovrednoti in izvaja strokovne nadzore na svojem specialističnem področju ter tako zagotavlja izvajanje kakovostne in varne zdravstvene nege.	4,49	0,672	0,904
Kritično razmišlja in z udeležbo v programih strokovnega razvoja in v raziskovalnih programih prispeva k stalnemu razvoju svojega specialističnega področja in prakse, temelječe na raziskavah.	4,43	0,764	0,754

Povprečna vrednost odgovor v tabeli 8 smo pridobili z izvedeno spremenljivko »kompetence ZA« in znaša 4,48 (SD=0,59), kar kaže na strinjanje s kompetencami, ki se približuje popolnemu strinjanju, sam fenomen merjenja pa ima visoko zanesljivost. Znotraj posameznih trditev ne vidimo odstopanj v strinjanju in tudi raztros odgovorov je primerljiv za vse trditve.

Izvedeno spremenljivko smo preverili glede na demografske podatke:

- anketiranci na vodilnem delovnem mestu se bolj strinjajo (PV=4,59, SD=0,56) s kompetencami ( $t=2,951$ ,  $df=328$ ,  $p=0,003$ ), kot anketiranci na ne vodilnih delovnih mestih (PV=4,40, SD=0,61);
- tisti, ki so člani različnih delovnih in strokovnih teles v zdravstveni negi (PV=4,54, SD=0,58), se bolj strinjajo s kompetencami ( $t=2,062$ ,  $df=324$ ,  $p=0,040$ ), kot tisti, ki niso (PV=4,41, SD=0,58);



- tisti, ki so se v zadnjih petih letih izobraževali iz raziskovanja (PV=4,61, SD=0,50) (t=3,248, df=308, p=0,001) in na dokazih podprtega dela (PV=4,62, SD=0,55) (t=3,724, df=282, p<0,001), se bolj strinjajo s kompetencami;
- z večanjem let mentoriranja dijakom in študentom (r=0,241, p<0,001) in z večanjem poklicnega zadovoljstva (r=0,171, p=0,002) in s samooceno znanja na področju raziskovanja (r=0,128, p=0,020) se povečuje strinjanje s kompetencami za zdravstvenega asistenta;
- Druge demografske spremenljivke se niso izkazale povezane s stopnjo strinjanja do stališč.

Uporabili smo linearno regresijo (tabela 9) s ciljem bolje pojasniti dosežke na spremenljivki »kompetence diplomirane medicinske sestre specialistke«. V model smo vključili vse spremenljivke, ki so se izkazale kot statistično značilne. Opisan fenomen lahko pojasnimo le v 6,7% in le z eno spremenljivko, to je zadovoljstvo s poklicnim delom. Ostale spremenljivke se niso izkazale kot statistično značilne v regresijskem modelu.

Tabela 9. Rezultati linearne regresije za kompetence »dipl. m. s. spec.«

Characteristics	$(R^2 = 0,067)$			
	<i>b</i>	<i>SE<sub>b</sub></i>	$\beta$	<i>p</i>
Vodilno delovno mesto (DA/NE).	-0,086	0,075	-0,072	0,254
Članstvo v delovnih telesih (DA/NE).	-0,060	0,076	-0,049	0,427
Mentorstvo študentom/dijakom (v letih).	0,000	0,005	0,004	0,943
Izobraževanje o raziskovanju (DA/NE).	-0,107	0,084	-0,090	0,207
Izobraževanje na dokazih podprto delo (DA/NE).	-0,154	0,089	-0,129	0,085
Ocena znanja o raziskovanju.	0,011	0,041	0,018	0,788
<b>Zadovoljstvo s poklicnim delom (DA/NE).</b>	<b>0,115</b>	<b>0,048</b>	<b>0,150</b>	<b>0,017</b>

## Magistrica zdravstvene nege

Zmožnost instrumenta, da z osmimi trditvami meri fenomen »specifične kompetence za magistrico zdravstvene nege«, se je izkazal kot zelo dobro zanesljiv ( $\alpha=0,933$ ). Faktorska analiza (metoda Principal Axis Factoring, rotation method: Oblimin with Kaiser Normalization) nam iz vidika nabora strukture spremenljivke varianco pojasni v 79,15% (KMO = 0,885 in Barlett p <0,001), dobimo dva faktorja, v katerem imajo vse trditve faktorsko utež <0,6 kot je priporočeno pri tej velikosti vzorca (Field, 2005, str. 619). Prvi faktor pojasni 68,18% variance, drugi 10,97%. Prvi faktor opisuje sodelovalne, izobraževalne in razvojne naloge in smo ga poimenovali »Sodelovanje in razvoj«, drugi pa odgovornost za zdravljenje, klinično odločanje in napotitve pacientov in smo ga poimenovali »Odgovornost za zdravljenje«.

Tabela 10. Strinjanje anketirancev s specifičnimi kompetencami za »magistrico zdravstvene nege«

	Vsi anketiranci			
	PV	SD	FA 1	FA 2
Samostojno preučuje, določa in predpisuje z dokazi podprte terapevtske intervencije, vključno s predpisovanjem zdravil in aktivnim nadzorovanjem učinkovitosti zdravljenja pacientov.	3,88	1,209	-0,078	1,008
Prezema odgovornost za klinične odločitve na nivoju naprednih oblik dela z upravljanjem primerov za posamezne paciente, družine in skupnosti.	4,14	0,935	0,342	0,580
Opredele prednostne naloge pri preprečevanju tveganj in promociji zdravja ter s tem razvija in izvaja ustrezne strategije na širšem področju javnega zdravja.	4,39	0,759	0,836	0,069

Usmerja, svetuje in izobražuje druge zdravstvene delavce o najnovejših dognanjih za prakso, deluje kot mentorica in vzornica ter aktivno sodeluje s skupinami pacientov pri prenosu znanj.	4,49	0,711	1,012	-0,174
Jasno komunicira in enakovredno sodeluje pri postopkih odločanja na nivojih kliničnega dela, upravljanja in oblikovanja politike, vključno z delitvijo sredstev za zdravstvo.	4,36	0,826	0,754	0,161
Samostojno poda celovito oceno zdravstvenega stanja in strokovno presoja o napotitvi pacientov, ki potrebujejo specialistično obravnavo, na druge ustrezne zdravstvene strokovnjake in organizacije.	3,99	1,111	0,084	0,848
Da pobudo za in vodi spremembe pri zagotavljanju zdravstvenih storitev kot odgovor na potrebe pacientov in povpraševanju po storitvah ter s tem zagotavlja nenehne izboljšave kakovosti storitve.	4,31	0,830	0,634	0,302
Določi prednostne raziskovalne naloge ter vodi, izvaja in posreduje rezultate raziskav, ki oblikujejo in prispevajo k napredku zdravstvene nege na nivoju prakse, izobraževanja in politike.	4,40	0,780	0,880	0,026

Najnižje strinjanje se izkaže pri prvi trditvi, ki govori o samostojnem predpisovanju in zdravljenju. Razpršitev odgovorov je velika, znotraj anketirancev se izkažejo razlike glede na področje zaposlitve ( $F=3,033$ ,  $P=0,030$ ), učitelji zdravstvene nege na srednji šoli se pomembno manj strinjajo s to trditvijo ( $PV=3,19$ ,  $SD=1,58$ ). Bolj se s trditvijo strinjajo tisti, ki so se izobraževali iz raziskovanja ( $PV=4,06$ ,  $SD=1,16$ ) ( $t=2,250$ ,  $df=309$ ,  $p=0,025$ ).

Povprečna vrednost odgovor v tabeli 10 smo pridobili z izvedeno spremenljivko »kompetence magisterij zdravstvene nege« in znaša 4,24 ( $SD=0,76$ ), kar kaže na strinjanje s kompetencami. Sam fenomen merjenja pa ima visoko zanesljivost. Med dobljenima faktorjema obstaja značilna razlika v povprečni vrednosti, saj imajo trditve v »Sodelovanju in razvoju«  $PV=4,39$  ( $SD=0,71$ ), »Odgovornost za zdravljenje« pa  $PV=4,01$  ( $SD=1,01$ ) ( $t=9,817$ ,  $df=336$ ,  $p<0,001$ ).

Izvedeno spremenljivko, ki vključuje vse trditve, smo preverili glede na demografske podatke:

- Strinjanje je večje z višanjem stopnje izobrazbe ( $F=3,061$ ,  $p=0,028$ ), bolj se strinjajo vodje ( $t=2,696$ ,  $df=327$ ,  $p=0,007$ ) in tisti, ki so se izobraževali na področju raziskovanja ( $t=2,990$ ,  $df=307$ ,  $p=0,003$ ) in na dokazih podprtega dela ( $t=3,216$ ,  $df=282$ ,  $p=0,001$ );
- Korelacija analiza pokaže pozitivno šibko povezanost stališč z leti mentoriranja dijakov in študentov ( $r=0,115$ ,  $p=0,046$ ).
- Druge demografske spremenljivke se niso izkazale povezane s stopnjo strinjanja do stališč.

Uporabili smo linearno regresijo (tabela 11) s ciljem bolje pojasniti dosežke na spremenljivki »kompetence magistric zdravstvene nege«. V model smo vključili vse spremenljivke, ki so se izkazale kot statistično značilne. Opisan fenomen lahko pojasnimo le v 5,4% in le z eno spremenljivko, to je stopnja izobrazbe v zdravstveni negi. Ostale spremenljivke se niso izkazale kot statistično značilne v regresijskem modelu.

Tabela 11. Rezultati linearne regresije za kompetence »mag. zdr. neg.«

Characteristics	$(R^2 = 0,054)$			
	$b$	$SE_b$	$\beta$	$p$
<b>Stopnja izobrazbe v zdravstveni negi.</b>	0,163	0,080	0,124	<b>0,042</b>
Vodilno delovno mesto (DA/NE).	-0,143	0,093	-0,094	0,127
Izobraževanje o raziskovanju (DA/NE).	-0,118	0,106	-0,078	0,267
Izobraževanje na dokazih podprto delo (DA/NE).	-0,134	0,110	-0,089	0,222

Mentorstvo študentom/dijakom (v letih).	0,008	0,006	0,073	0,235
---	-------	-------	-------	-------

Glede na demografske spremenljivke smo preverili tudi spremenljivki, ki smo jih dobili s faktorsko analizo.

Spremenljivka »Sodelovanje in razvoj«:

- Strinjanje je večje z višanjem stopnje izobrazbe ( $F=2,991$   $p=0,031$ ), bolj se strinjajo vodje ( $t=3,019$ ,  $df=327$ ,  $p=0,003$ ) in tisti, ki so člani različnih delovnih teles ( $t=2,472$ ,  $df=323$ ,  $p=0,014$ ) se izobraževali na področju raziskovanja ( $t=3,119$ ,  $df=307$ ,  $p=0,002$ ) in na dokazih podprtega dela ( $t=3,929$ ,  $df=282$ ,  $p<0,001$ );
- Korelacijska analiza pokaže pozitivno šibko povezanost stališč z leti mentoriranja dijakov in študentov ( $r=0,132$ ,  $p=0,021$ ) in izraženim zadovoljstvom s poklicnim delom ( $r=0,150$ ,  $p=0,006$ ).
- Druge demografske spremenljivke se niso izkazale povezane s stopnjo strinjanja do stališč v tej spremenljivki.

Uporabili smo linearno regresijo (tabela 12) s ciljem bolje pojasniti dosežke na spremenljivki »Sodelovanje in razvoj«. V model smo vključili vse spremenljivke, ki so se izkazale kot statistično značilne. Opisan fenomen lahko pojasnimo v 8,1% s tremi spremenljivkami, to so glede na moč pojasnitve ocena znanja o raziskovanju, stopnja izobrazbe v zdravstveni negi in zadovoljstvo s poklicem. Ostale spremenljivke se niso izkazale kot statistično značilne v regresijskem modelu.

Tabela 12. Rezultati linearne regresije za kompetence za faktor »Sodelovanje in razvoj«

Characteristics	$(R^2 = 0,081)$			
	<i>b</i>	$SE_b$	$\beta$	<i>p</i>
Starost (v letih).	-,008	,005	-,109	,141
<b>Stopnja izobrazbe v zdravstveni negi.</b>	,152	,075	,124	<b>,045</b>
Ustanova zaposlitve.	,015	,036	,026	,682
Področje primarne zaposlitve ali poklica.	-,075	,070	-,072	,284
Vodilno delovno mesto (DA/NE).	-,145	,092	-,103	,116
Mentorstvo študentom/dijakom (v letih).	-,103	,091	-,070	,258
Izobraževanje o raziskovanju (DA/NE).	,010	,007	,097	,189
Izobraževanje na dokazih podprto delo (DA/NE).	-,068	,100	-,049	,496
<b>Ocena znanja o raziskovanju.</b>	-,222	,108	-,158	<b>,041</b>
Ocena znanja o na dokazih podprtem delu.	,021	,065	,028	,749
Dostop do podatkovnih baz (DA/NE).	-,065	,063	-,090	,303
Zadovoljstvo s poklicnim delom (DA/NE).	,116	,058	,128	<b>,045</b>
Dostop do podatkovnih baz (DA/NE).	-,074	,086	-,053	,388

Spremenljivka »Odgovornost za zdravljenje«:

- Strinjanje je nižje pri učiteljih zdravstvene nege v srednjih šolah ( $F=3,045$   $p=0,029$ );
- Bolj se strinjajo tisti, ki so se izobraževali na področju raziskovanja ( $t=2,395$ ,  $df=308$ ,  $p=0,017$ );
- Druge demografske spremenljivke se niso izkazale povezane s stopnjo strinjanja do stališč v tej spremenljivki.

Uporabili smo linearno regresijo (tabela 13) s ciljem bolje pojasniti dosežke na spremenljivki »Odgovornost za zdravljenje«. V model smo vključili vse spremenljivke, ki so se izkazale kot statistično značilne. Opisan fenomen lahko pojasnimo le v 3,4% in z dvema spremenljivkama, to sta področje primarne zaposlitve, kjer se zaposleni v srednjih šolah pomembno manj strinjajo s stališči o kompetencah magistric zdravstvene nege in izvedenimi izobraževanji na področju raziskovanja, kjer prisotnost na njih povečuje strinjanje s stališči.

Tabela 13. Rezultati linearne regresije za kompetence za faktor »Odgovornost za zdravljenje«

Characteristics	$(R^2 = 0,034)$			
	$b$	$SE_b$	$\beta$	$p$
<b>Področje primarne zaposlitve ali poklica.</b>	0,225	0,085	0,150	<b>0,009</b>
<b>Izobraževanje o raziskovanju (DA/NE).</b>	-0,294	0,114	-0,146	<b>0,010</b>

#### 2.2.4.2. Rezultati - Odnos diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov do raziskovanja, pomena raziskovanja in razvoja zdravstvene nege

Preverjali smo, kako pomembne se anketirancem zdijo trditve, ki odražajo njihovo dojetje raziskovanja in razvoja zdravstvene nege. V instrumentu smo uporabili poimenovanje 'medicinska sestra', s tem smo misli na visokošolsko izobraženo medicinsko sestro/zdravstvenika, kar smo anketirancem tudi v uvodu pojasnili. Odgovori na 35 trditve so prikazani v tabeli 14. Zmožnost instrumenta, da s 35. trditvami meri fenomen »dojetje raziskovanja in razvoja zdravstvene nege«, se je izkazal kot primerno zanesljiv ( $\alpha=0,776$ ,  $N=305$ ). Faktorska analiza (metoda Principal Axis Factoring approach to factor analysis (rotation method: Oblimin with Kaiser Normalization) nam iz vidika nabora strukture spremenljivke varianco pojasni v 48,40% ( $KMO = 0,908$  in Barlett  $p < 0,001$ ), dobimo sedem faktorjev. Varianco pomembno pojasnita le prva dva faktorja, zato se odločimo za faktorsko analizo z dvema fiksnima faktorjema, ki varianco pojasni v 35,96% ( $KMO = 0,908$  in Barlett  $p < 0,001$ ), prvi faktor pojasni v 25,85% in drugi v 10,11%.

Prvi faktor smo poimenovali »**Odklonilni odnos do raziskovanja**« doseže zelo dobro zanesljivost ( $\alpha = 0,897$ ), v ta faktor se je uvrstilo 18 trditve, ki predvsem utemeljujejo, da raziskovanje ni potrebno za razvoj zdravstvene nege in da ta stroka lahko deluje brez raziskovalnega dela in ni potrebno, da se jo primerja z drugimi strokami, poudarja se pomen praktičnega dela in veščin ter nerealnost, da bi se raziskave uporabljale v praksi, prav tako raziskovanje ne zvišuje statusa stroke, poudarja se pomen učenja v praksi, prevelik obseg člankov o raziskovanju, zapletenost raziskovalnega jezika. Trditve so razvidne v tabeli 14 (F1).

Drugi faktor smo poimenovali »**Pozitivni odnos do raziskovanja**«, doseže zelo dobro zanesljivost ( $\alpha = 0,885$ ), v ta faktor se je uvrstilo 17 trditve. Ta faktor utemeljuje potrebo po raziskovanju, pomen tega za prakso, potrebo po doktoratih znanosti v kliničnih okoljih, znanstveno pismenost, pomen znanja o raziskovanju za zasedbo nekaterih vodilnih delovnih mest, pomen raziskovanja za lasten strokovni razvoj, odgovornost medicinskih sester za razvoj raziskovanja in sledenje strokovni literaturi, pomen študentov zdravstvene nege v kliničnem okolju za razvoj stroke, boljši prenos rezultatov raziskav do medicinskih sester v kliničnih okoljih, medicinske sestre si naj vzamejo čas za branje raziskav, raziskovanje in uvajanje sprememb, prevzeti je potrebno odgovornost, da je to ena izmed delovnih nalog. Trditve so razvidne v tabeli 14 (F2).

Trditve, ki so se uvrstile v spremenljivko »Odklonilni odnos do raziskovanja« imajo skupno  $PV=2,28$  ( $SD=0,77$ ), kar pomeni, da so se anketiranci do odklonilnega odnosa opredelili na ravni delno drži. Trditve, ki so se uvrstile v spremenljivko »Pozitivni odnos do raziskovanja« imajo skupno  $PV=3,73$  ( $SD=0,69$ ), kar pomeni, da so se anketiranci do pozitivnega odnosa do raziskovanja približali med srednje drži do delno drži. Med obema konstruktoma obstaja v povprečni vrednosti značilna razlika (parni  $t=-21,047$ ,  $df=304$ ,  $p<0,001$ ).

Tabela 14. Opisna statistika in FA dojemanja raziskovanja in razvoja zdravstvene nege

		PV	SD	F1	F2
1	Medicinska sestra mora znati brati literaturo v angleščini.	3,80	1,059	-,076	<b>,443</b>
2	Sodelovanje pri razvoju stroke zdravstvene nege ne pomaga razvijati praktičnih veščin.	2,45	1,516	<b>,403</b>	,133
3	Na področju zdravstvene nege obstaja preveč člankov in raziskav, preveč je govora o raziskovanju in razvoju.	2,32	1,294	<b>,561</b>	-,131
4	Zanimivo se mi zdi brati znanstvene članke s področja zdravstvene nege.	4,00	1,006	-,171	<b>,518</b>
5	Zdravstvena nega potrebuje v primerjavi z medicino manj znanja, ki temelji na raziskavah.	1,85	1,230	<b>,587</b>	-,025
6	Znanost in raziskave na področju zdravstvene nege stroko opisujejo in jo delajo vidno.	4,08	1,119	-,258	<b>,484</b>
7	Zdravstvena nega je praktična stroka, ki ne potrebuje raziskav.	1,55	1,097	<b>,741</b>	-,044
8	Strokovna literatura s področja zdravstvene nege bi morala biti na voljo na delovnem mestu (npr. na oddelkih).	4,39	,920	-,098	<b>,411</b>
9	Jezik, ki se uporablja pri pisanju znanstvenih člankov, se mi zdi preveč zapleten.	2,63	1,165	<b>,541</b>	,010
10	Sodelovanje pri razvoju stroke zdravstvene nege se mi ne zdi smiselno.	2,38	1,635	<b>,449</b>	,131
11	Sodelovanje pri razvoju stroke zdravstvene nege bi moralo biti ena od nalog medicinske sestre.	4,07	1,107	-,145	<b>,627</b>
12	Če želimo razviti zdravstveno oskrbo pacientov, se morajo medicinske sestre aktivirati v praksi, ne na področju raziskovanja.	2,75	1,355	<b>,573</b>	-,130
13	Rad/-a se udeležujem mednarodnih znanstvenih konferenc.	3,73	1,202	-,121	<b>,597</b>
14	Izobraževalni programi za delavce v zdravstveni negi preveč temeljijo na raziskavah.	2,31	1,160	<b>,623</b>	-,120
15	Raziskave v zdravstveni negi otežujejo vsakodnevna opravila medicinskih sester.	2,55	1,319	<b>,558</b>	-,109
16	Predavanja v sklopu izobraževalnega programa za delavce v zdravstveni negi bi se morala izvajati na delovnem mestu, saj bi tako spodbudili razvoj stroke.	3,50	1,224	,223	<b>,306</b>
17	Raziskovalno delo na področju zdravstvene nege ne zvišuje statusa stroke.	2,06	1,337	<b>,658</b>	-,123
18	Doktorat na področju zdravstvene nege bi moral biti predpogoj za nekatere vodilne položaje v zdravstveni negi.	2,69	1,445	,146	<b>,534</b>
19	Nadaljnje izobraževanje v raziskavah in študij, ki temelji na raziskovanju, nima pomena za prihodnost.	1,74	1,110	<b>,708</b>	-,035
20	Moja vloga medicinske sestre je dovolj močna, da lahko vplivam na stroko zdravstvene nege tudi brez znanja o raziskovanju.	2,11	1,276	<b>,574</b>	,024
21	Pri raziskavah v zdravstveni negi se uporablja preveč zapleten jezik.	2,44	1,164	<b>,624</b>	,065
22	Več medicinskih sester v klinični praksi bi moralo imeti doktorat ali se izobraževati na podiplomski stopnji.	2,91	1,313	,037	<b>,665</b>
23	Sodelovanje pri raziskavah ne prinaša dodatnih strokovnih veščin, ki jih potrebujejo medicinske sestre.	2,29	1,282	<b>,570</b>	-,165
24	Rezultati raziskav v zdravstveni negi se morajo bolj posredovati medicinskim sestram na delovnem mestu.	3,93	1,169	-,012	<b>,503</b>

25	Raziskovalno delo v zdravstveni negi je bistvenega pomena za moj strokovni razvoj.	3,62	1,218	- ,125	,687
26	Nerealno je pričakovati, da bi se rezultate raziskav uporabljalo pri praktičnem delu medicinskih sester.	2,41	1,171	,634	,111
27	Sodelovanje v raziskovalnem delu bi moralo biti ena od nalog medicinske sestre.	3,51	1,195	- ,070	,731
28	Usposobljenost na področju zdravstvene nege je predvsem posledica dolgoletnih praktičnih izkušenj.	3,21	1,150	,345	,033
29	Ne potrudim se, da bi izvedel/-a za rezultate raziskav.	2,24	1,224	,468	,141
30	Študentje zdravstvene nege so/bi morali biti pomemben faktor na delovnem mestu, ki prispeva k razvoju stroke.	3,45	1,138	,126	,552
31	Očitno je, da bi morala zdravstvena nega temeljiti na znanstvenih in zaupanja vrednih izkušnjah.	3,80	1,195	- ,136	,590
32	Ni se smiselno ukvarjati z raziskovalnim delom v zdravstveni negi.	1,87	1,273	,576	,251
33	Medicinske sestre bi si morale vzeti čas, da bi prebrale raziskovalna poročila.	3,82	1,120	- ,025	,650
34	Vpeljava sprememb in preizkušanje novih idej sta zelo pomembna vidika v zdravstveni negi.	4,06	1,027	- ,046	,622
35	Mislim, da so vprašanja v tem vprašalniku pomembna.	3,87	1,060	- ,028	,595

Korelacijska analiza pokaže negativno povezanost spremenljivke »Odklonilni odnos do raziskovanja« s samooceno znanja o raziskovanju ( $r=-120$ ,  $p=0,040$ ), z zadovoljstvom z delom ( $r=-160$ ,  $p=0,005$ ) in samooceno znanja angleškega jezika ( $r=-208$ ,  $p<0,001$ ). Odklonilni odnos do raziskovanja se razlikuje glede na ustanovo iz katere anketiranci izhajajo ( $F=3,275$ ,  $p=0,004$ ), anketiranci iz bolnišnic izražajo večjo stopnjo odklonilnosti, kot anketiranci iz zdravstvenih domov ( $PV=2,41$ ,  $SD=0,82$ ). Med ostalimi ustanovami ni značilnih razlik. Tisti anketiranci, ki niso člani delovnih teles ali strokovnih teles imajo večji odklonilni odnos do raziskovanja ( $PV=2,44$ ,  $SD=0,83$ ), kot tisti, ki so ( $t=-2,912$ ,  $df=296$ ,  $p=0,004$ ). Izobraževanje o raziskovanju ima značilen učinek na stopnjo odklonilnega odnosa do raziskovanja. Tisti, ki se niso izobraževali, je njihov odnos bolj odklonilen ( $PV=2,44$ ,  $SD=0,77$ ), kot tisti, ki so se ( $t=-3,841$ ,  $df=281$ ,  $p<0,001$ ). Enako ugotovimo pri izobraževanju na področju dokazih podprte prakse ( $t=-3,746$ ,  $df=261$ ,  $p<0,001$ ). Tudi dostop do podatkovnih baz se izkaže kot statistično značilen in oblikuje odklonilno stališče pri tistih ( $PV=2,34$ ,  $SD=0,79$ ), ki dostopa nimajo ( $t=-2,127$ ,  $df=299$ ,  $p=0,034$ ).

Korelacijska analiza med vsebinskimi spremenljivkami pokaže, da je odklonilen odnos do raziskovanja negativno povezan s stališči anketirancev do kompetenc dipl. m. s. ( $r=-200$ ,  $p<0,001$ ), dipl. m. s. spec. ( $r=-290$ ,  $p<0,001$ ) in mag. zdr. neg. ( $r=-194$ ,  $p=0,001$ ). Povezava je logična, saj kompetence vključujejo tudi raziskovanje in razvoj, do katerega so anketiranci odklonilni.

Uporabili smo linearno regresijo (tabela 15) s ciljem bolje pojasniti dosežke na spremenljivki »Odklonilni odnos do raziskovanja«. V model smo vključili vse spremenljivke, ki so se izkazale kot statistično značilno povezane z odvisno spremenljivko. Opisan fenomen lahko pojasnimo v 10,8% in z dvema spremenljivkama. Prva je zadovoljstvo s poklicnim delom, kjer so zaposleni, ki so bolj zadovoljni, manj odklonilni do raziskovanja. Druga je članstvo v delovnih telesih in skupina, anketiranci, ki so člani, so manj odklonilni do raziskovanja.

Tabela 15. Rezultati linearne regresije za »Odklonilen odnos do raziskovanja«

Characteristics	$(R^2 = 0,108)$			
	$b$	$SE_b$	$\beta$	$p$

Ocena znanja o raziskovanju.	,039	,054	,048	,469
<b>Zadovoljstvo s poklicnim delom (DA).</b>	-,165	,060	-,167	<b>,006</b>
Ocena znanja angleškega jezika.	-,080	,046	-,110	,087
Ustanova zaposlitve.	-,062	,037	-,101	,093
<b>Članstvo v delovnih telesih in skupina (DA).</b>	,208	,097	,130	<b>,032</b>
Izobraževanje o raziskovanju (DA).	,198	,109	,129	,071
Izobraževanje na dokazih podprto delo (DA).	,153	,113	,100	,176
Dostop do podatkovnih baz (DA).	,102	,092	,066	,271

Spremenljivka »Pozitivni odnos do raziskovanja« je šibko pozitivno povezana s samooceno znanja o raziskovanju ( $r=0,120$ ,  $p=0,034$ ), na dokazih podprtem delu ( $r=0,199$ ,  $p<0,001$ ) in angleškega jezika ( $r=0,195$ ,  $p<0,001$ ) ter zadovoljstvom s poklicnim delom ( $r=0,130$ ,  $p=0,020$ ). Izkaže se, da imajo magistri zdravstvene nege bolj pozitiven odnos do raziskovanja ( $PV=4,04$ ,  $SD=0,63$ ) kot dipl. m. s. ( $PV=3,67$ ,  $SD=0,67$ ) in viš. med. ses. ( $3,63$ ,  $SD=0,76$ ) ( $F=5,405$ ,  $p=0,001$ ). Prav tako opazamo razlike glede na ustanovo v kateri so zaposleni anketiranci ( $F=3,308$ ,  $p=0,004$ ) in sicer najmanj pozitivnega odnosa do raziskovanja v srednjih zdravstvenih šolah ( $PV=3,41$ ,  $SD=0,63$ ), sledijo bolnišnice ( $PV=3,70$ ,  $SD=0,69$ ), zdravstveni domovi ( $PV=3,82$ ,  $SD=0,66$ ) in fakultete ( $PV=4,09$ ,  $SD=0,70$ ). Tudi področje poklicnega delovanja se izkaže kot statistično značilno ( $F=4,156$ ,  $p=0,007$ ) in sicer najmanj so pozitivni do raziskovanja učitelji zdravstvene nege v srednjih šolah ( $PV=3,42$ ,  $SD=0,64$ ), skupno povprečje je  $PV=3,74$  ( $SD=0,69$ ). Anketiranci, ki so na vodilnih delovnih mestih imajo bolj pozitiven odnos do raziskovanja ( $PV=3,86$ ,  $SD=0,62$ ) ( $t=2,941$ ,  $df=312$ ,  $p=0,004$ ), kot ne vodilni ( $PV=3,63$ ,  $SD=0,72$ ). Enako se izkaže pri članstvih v delovnih telesih in skupina ( $t=2,702$ ,  $df=308$ ,  $p=0,007$ ). Izobraževanje iz raziskovanja ima pomemben učinek na pozitivna stališča o raziskovanju ( $t=3,513$ ,  $df=295$ ,  $p=0,001$ ), tisti, ki so se izobraževali ( $PV=3,87$ ,  $SD=0,65$ ), so bolj naklonjeni raziskovanju kot tisti, ki se niso ( $PV=3,60$ ,  $SD=0,68$ ). Enako se izkaže pri izobraževanju o na dokazih podprti praksi, ( $t=4,648$ ,  $df=300$ ,  $p<0,001$ ), tisti, ki so se izobraževali ( $PV=3,91$ ,  $SD=0,68$ ), so bolj naklonjeni raziskovanju kot tisti, ki se niso ( $PV=3,53$ ,  $SD=0,64$ ).

Uporabili smo linearno regresijo (tabela 16) s ciljem bolje pojasniti dosežke na spremenljivki »Pozitivni odnos do raziskovanja«. V model smo vključili vse spremenljivke, ki so se izkazale kot statistično značilno povezane z odvisno spremenljivko. Opisan fenomen lahko pojasnimo v 12,7% in z dvema spremenljivkama. Prva je stopnja izobrazbe v zdravstveni negi, kjer so magistrice zdravstvene nege pomembno bolj pozitivne do raziskovanja kot dipl. m. s. in viš. med. ses. Druga je zadovoljstvo s poklicnim delom, kjer so zaposleni, ki so bolj zadovoljni, bolj pozitivni do raziskovanja.

Tabela 16. Rezultati linearne regresije za »Pozitivni odnos do raziskovanja«

Characteristics	$(R^2 = 0,127)$			
	$b$	$SE_b$	$\beta$	$p$
Ocena znanja o raziskovanju.	-,117	,086	-,116	,175
Ocena znanja o na dokazih podprtem delu.	,140	,085	,142	,102
Ocena znanja angleškega jezika.	,064	,058	,070	,274
<b>Zadovoljstvo s poklicnim delom (DA).</b>	,171	,076	,139	<b>,025</b>
<b>Stopnja izobrazbe v zdravstveni negi.</b>	,236	,101	,141	<b>,020</b>
Ustanova zaposlitve.	,079	,048	,103	,101
Področje zaposlitve.	,132	,092	,093	,150
Vodilno delovno mesto (DA).	-,132	,122	-,069	,279

Članstvo v delovnih telesih in skupina (DA).	-,141	,120	-,071	,243
Izobraževanje o raziskovanju (DA).	-,139	,135	-,073	,305
Izobraževanje na dokazih podprto delo (DA).	-,271	,145	-,142	,062

### 2.2.4.3. Rezultati - Pomen doktorskega študija v zdravstveni negi

Preverjali smo stališča in mnenja anketirancev o pomenu doktorskega študija. V instrumentu smo uporabili poimenovanje 'medicinska sestra', s tem smo misli na visokošolsko izobraženo medicinsko sestro/zdravstvenika, kar smo anketirancem tudi v uvodu pojasnili. Odgovori na 35 trditve so prikazani v tabeli 17. Zmožnost instrumenta, da z 20. trditvami meri fenomen »pomen doktorskega študija v zdravstveni negi«, se je izkazal kot zelo dobro zanesljiv ( $\alpha=0,971$ ,  $N=310$ ). Faktorska analiza (metoda Principal Axis Factoring approach to factor analysis (rotation method: Oblimin with Kaiser Normalization) nam iz vidika nabora strukture spremenljivke varianco pojasni v 63,78% ( $KMO = 0,966$  in Barlett  $p < 0,001$ ), dobimo en faktor.

Strinjanje na ravni izvedene spremenljivke »Pomen doktorskega študija v zdravstveni negi« je na ravni  $PV=4,20$  ( $SD=0,89$ ), kar pomeni, da se anketiranci večinsko strinjajo s stališči in mnenji o doktorskem študiju. Rezultati v tabeli 17 kažejo razmeroma visoko razpršitev odgovorov in najnižje strinjanje s trditvijo 13, ki govori o pomenu investiranja zdravstvenega zavoda v podiplomsko izobraževanje na ravni doktorskega študija ( $PV=3,64$ ,  $SD=1,080$ ). Strinjanje je tudi nižje pri trditvi 9, da naj medicinske sestre z doktorati delujejo na vodstvenih položajih ( $PV=3,59$ ,  $SD=1,145$ ). Nižje je tudi strinjanje s trditvijo 17 glede prenosa informacij o doktoratih znanosti, ki bi ga v klinično okolje prenesli doktorandi ( $PV=3,66$ ,  $SD=1,063$ ). Pri teh izstopajočih trditvah

Naredili smo korelacijsko analizo med izvedeno spremenljivko »Pomen doktorskega študija v zdravstveni negi« in demografskimi podatki in nekaterimi profesionalnostmi značilnostmi, ki smo jih zbirali v okviru demografije. Ugotavljamo, da je stališče o pomenu doktorskega študija šibko pozitivno povezano s trajanjem zaposlitve v zdravstveni negi ( $r=0,131$ ,  $p=0,023$ ), s trajanjem mentorstvom v zdravstveni negi ( $r=0,146$ ,  $p=0,014$ ), z oceno znanja na področju dna dokazih podprtega dela ( $r=0,146$ ,  $p=0,011$ ), z zadovoljstvom s poklicnim delom ( $r=0,124$ ,  $p=0,030$ ) in samooceno znanja iz angleškega jezika ( $r=0,140$ ,  $p=0,014$ ). Stopnja izobrazbe v zdravstveni negi je pomembna pri strinjanju o pomembnosti doktorskega študija v zdravstveni negi ( $F=7,147$ ,  $p<0,001$ ), najbolj se strinjajo mag. zdr. neg. ( $PV=4,66$ ,  $SD=0,60$ ), sledijo dipl. m. s. ( $PV=4,17$ ,  $SD=0,83$ ) in najmanj viš. med. ses. ( $PV=3,77$ ,  $SD=1,32$ ). Razlike so tudi glede na ustanovo ( $F=2,190$ ,  $p=0,044$ ), najnižje strinjanje se pokaže v srednji zdravstveni šoli ( $PV=3,98$ ,  $SD=1,00$ ). Vodje so bolj strinjajo ( $PV=4,37$ ,  $SD=0,71$ ) o pomenu doktorskega študija kot tisti, ki niso vodje ( $PV=4,05$ ,  $SD=0,99$ ) ( $t=3,136$ ,  $df=300$ ,  $p=0,002$ ). Enak rezultat je pri vključenosti v delovne skupine ( $t=3,136$ ,  $df=296$ ,  $p=0,028$ ). Tudi mentorstvo študentom se izkaže kot pomembno za večje strinjanje s stališči o pomenu doktorskega študija ( $t=2,554$ ,  $df=300$ ,  $p=0,011$ ). Izobraževanje o raziskovanju ( $t=3,557$ ,  $df=283$ ,  $p<0,001$ ) in izobraževanje o na dokazih podprtem delu ( $t=4,258$ ,  $df=260$ ,  $p<0,001$ ) ter dostop do baz podatkov ( $t=2,104$ ,  $df=299$ ,  $p=0,036$ ) se izkažeta kot pomembni v zvezi s stopnjo strinjanja o pomenu doktorskega študija.



Tabela 17. Opisna statistika in FA o pomenu doktorskega študija v zdravstveni negi

		PV	SD	F1
1	Za profesionalizacijo zdravstvene nege je ključnega pomena, da imajo medicinske sestre možnost doktorskega študija zdravstvene nege ali vsaj zdravstvenih ved.	4,03	1,140	,793
2	Namen doktorskega študija je spodbuditi razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline prek raziskovanja, ustvarjanja novega znanja in razvoja teorij delovanja.	4,15	1,018	,858
3	Doktorat na področju zdravstvene nege daje stroki akademski ugled.	4,20	1,040	,848
4	Doktorat omogoča medicinskim sestram, da se z argumenti in objektivnostjo vključijo v politične razprave.	3,98	1,096	,842
5	Naloga medicinske sestre z doktoratom je prispevati k novemu znanju na področju zdravstvene nege.	4,27	,957	,854
6	Naloga medicinske sestre z doktoratom je pripraviti druge medicinske sestre za kariero v raziskovanju.	3,91	1,098	,796
7	Medicinske sestre z doktoratom oblikujejo strategije za reševanje izzivov, povezanih z zdravstveno nego, na ravni države.	3,99	1,068	,852
8	Medicinske sestre z doktoratom s svojo vključenostjo v medpoklicne time povečajo samozavest drugih medicinskih sester, da sodelujejo pri odločanju glede zdravstvene oskrbe pacienta.	3,88	1,089	,851
9	Medicinske sestre z doktoratom naj delujejo na vodstvenih položajih.	3,59	1,145	,605
10	Medicinske sestre z doktoratom naj sočasno delajo na področju izobraževanja, napredne klinične prakse in zdravstvene politike.	4,08	,970	,771
11	Za delo medicinske sestre z doktoratom je potrebno spodbudno in podporno okolje.	4,15	,975	,732
12	Bolnišnica s 500 posteljami potrebuje vsaj eno polno zaposleno medicinsko sestro z doktoratom.	3,91	1,108	,727
13	Investicija v izobraževanje medicinskih sester na doktorskem nivoju se večkratno povrne z vidika dolgoročnih operativnih stroškov organizacije kot tudi z vidika izboljšanja kakovosti oskrbe pacientov in njene stroškovne učinkovitosti.	3,64	1,080	,802
14	Medicinska sestra z doktoratom lahko deluje kot »svetovalna medicinska sestra za raziskovanje v kliničnem okolju«.	4,11	,986	,854
15	Medicinska sestra z doktoratom je kompetentna za delo v kliničnem okolju.	4,02	1,049	,767
16	Medicinska sestra z doktoratom lahko veliko pripomore k izboljšanju prakse zdravstvene nege.	4,02	1,038	,840
17	Zaradi slabe vključenosti medicinskih sester z doktoratom v klinična okolja, je med medicinskimi sestrami v kliničnem okolju prisotno pomanjkanje informacij o doktorskih študijskih programih in o doprinosu medicinskih sester z doktoratom.	3,66	1,063	,618
18	Medicinske sestre z doktoratom kliničnemu okolju prinesejo nova znanja in spretnosti, ki omogočajo inovacije in spremembe na podlagi raziskav.	3,97	1,006	,819
19	Potrebno bi bilo oblikovati skupnost raziskovalcev na področju zdravstvene nege, ki bi sodelovali pri raziskovanju, načrtovanju in svetovanju na vladnem nivoju.	4,08	1,035	,820
20	Oblikovanje infrastrukture na dokazih podprtega dela se začne z izobraževanjem, ki omogoča, da medicinske sestre postanejo raziskovalno pismene, da razvijejo spretnosti za kritično oceno dokazov ter implementacijo raziskovalnih ugotovitev v njihovo prakso.	4,06	1,018	,854

Uporabili smo linearno regresijo (tabela 18) s ciljem bolje pojasniti dosežke na spremenljivki »Pozitivni odnos do raziskovanja«. V model smo vključili vse spremenljivke, ki so se izkazale kot statistično značilno povezane z odvisno spremenljivko. Opisani fenomen lahko pojasnimo v 12,3% in z eno spremenljivko, to je stopnja izobrazbe v zdravstveni negi, kjer se magistricе zdravstvene nege pomembno bolj strinjajo s stališči o pomenu doktorskega študija, kot dipl. m. s. in viš. med. ses.

Tabela 18. Rezultati linearne regresije za »Pomen doktorskega študija v zdravstveni negi«

Characteristics	$(R^2 = 0,123)$			
	$b$	$SE_b$	$\beta$	$p$
Trajanje zaposlitve v zdravstveni negi.	,008	,006	,095	,152
Trajanje mentorstva v zdravstveni negi.	,005	,008	,040	,552
Ocena znanja o na dokazih podprtem delu.	,004	,062	,004	,947
Zadovoljstvo s poklicnim delom (DA/NE).	,095	,072	,082	,189
Ocena znanja angleškega jezika.	,046	,056	,054	,414
<b>Stopnja izobrazbe v zdravstveni negi.</b>	<b>,350</b>	<b>,093</b>	<b>,226</b>	<b>&lt;0,001</b>
Ustanova zaposlitve.	,025	,044	,036	,561
Vodilno delovno mesto (DA/NE).	-,156	,112	-,088	,163
Članstvo v delovnih telesih in skupina (DA/NE).	-,071	,113	-,038	,532
Izobraževanje o raziskovanju (DA/NE).	-,105	,125	-,059	,400
Izobraževanje na dokazih podprto delo (DA/NE).	-,190	,137	-,107	,167
Dostop do podatkovnih baz.	-,138	,107	-,078	,197

Stališča anketirancev do pomena doktorskega študija smo želeli pojasniti še z drugimi spremenljivkami. Tako smo poleg stopnje izobrazbe v regresijski model vključili še odnos anketirancev do raziskovanja. Varianco smo uspeli pojasniti v 57,2%. Največjo pojasnilno moč ima spremenljivka pozitiven odnos do raziskovanja, sledijo kompetence, ki opisujejo razvoj zdravstvene nege in se izvajajo na ravni zahtevnejših oblik dela. Stopnja izobrazbe v zdravstveni negi, konkretno je to zaključen magistrski študij zdravstvene nege, ki naslednja pojasni stopnjo strinjanja s stališči o pomenu doktorskega študija v zdravstveni negi. Odklonilni odnos do raziskovanja ravno tako pojasni odvisno spremenljivko, vendar več kot ga je, manjše je strinjanje, da je doktorski študij pomemben.

Tabela 19. Model linearne regresije za »Pomen doktorskega študija v zdravstveni negi« z vključenim odnosom do raziskovanja in stališči do kompetenc na nivoju naprednejših oblik dela (Advance nursing practice)

Characteristics	$(R^2 = 0,572)$			
	$b$	$SE_b$	$\beta$	$p$
<b>Stopnja izobrazbe v zdravstveni negi.</b>	<b>,191</b>	<b>,068</b>	<b>,111</b>	<b>,005</b>
<b>Pozitiven odnos do raziskovanja.</b>	<b>,757</b>	<b>,065</b>	<b>,525</b>	<b>&lt;0,000</b>
<b>Odklonilni odnos do raziskovanja.</b>	<b>-,148</b>	<b>,056</b>	<b>-,115</b>	<b>,008</b>
<b>Kompetence razvoja.</b>	<b>,451</b>	<b>,083</b>	<b>,321</b>	<b>&lt;0,000</b>
Kompetence kliničnega odločanja/zdravljenja.	-,099	,054	-,101	,068

#### 2.2.4.4. Ključne ugotovitve raziskave in usmeritve za delovne pakete 3, 4 in 5

- Vzorec: Odzivnost tisti, ki so pristali na raziskavo je bila < 60%. Želeli bi bolj strukturno uravnotežen vzorec iz vidika vključenih glede na ustanove. Glede na stopnjo izobrazbe v zdravstveni negi so vključeni zaposleni odraz dejanskega stanja v zdravstveni negi v proučevanih ustanovah, enako velja tudi za razmerje med spoloma. Vzorec vodilnih in tistih, ki niso na vodilnih mestih je enakovreden, prav tako za vključitev v različna delovna in strokovna telesa v zdravstveni negi.

#### **Kompetenčni model**

- Prevod poimenovanja »health care asistant« v »zdravstveni asistent« ni dosegel poenotenja razumevanja in strinjanja s prevodom, enako velja za prevod »advance nurse practitioner« v »mag. zdr. neg.«. Gre torej za poimenovanja, ki sta slabo sprejeta med anketiranci in razumljena na nezanesljiv način. Izkaže se, da se učitelji srednjih zdravstvenih šol, in viš. med. ses. v zdravstvenih in socialnih zavodih ter starejši anketiranci pomembno manj strinjajo s poimenovanjem »zdravstveni asistent«, medtem ko teh razlik ni za ostala dva poimenovanja. Anketiranci iz srednješolskega prostora prav tako ne podpirajo splošnih kompetenc in specifičnih kompetenc za »zdravstveni asistent«.
- Izkaže se, da se srednješolski učitelji manj strinjajo z delegiranjem nalog s strani dipl. m. s. S tem se vzpostavi vprašanje razumevanje delitve del in nalog v timu zdravstvene nege pri anketirancih iz srednješolskega prostora?
- Izkazana je podpora opisov kategorij izvajalcev zdravstvene nege s strani vodilnih in tistih, ki so se izobraževali iz raziskovanja in na dokazih podprtega dela. Prav tako ni zamerljiva vloga mentorstva in poklicnega zadovoljstva. To so kategorije anketirancev, ki so naklonjene EFN modelu poklicnih kompetenc in kategorij izvajalcev zdravstvene nege.
- Opažamo, da se anketiranci v manjši meri strinjajo s prevzemanjem odgovornosti za zdravljenje, ki se pojavljajo v kompetencah zahtevnejših oblik dela mag. zdr. neg., bližja jim je vloga povezovanja, sodelovanja in tudi raziskovanja. Raziskava opozori na nerazumevanje fenomena mag. zdr. neg., kjer iz odgovori dobimo dva teoretična konstrukta, »Sodelovanje in razvoj«, drugi pa odgovornost za zdravljenje, klinično odločanje in napotitve pacientov in smo ga poimenovali »Odgovornost za zdravljenje«. Anketiranci se pomembno manj strinjajo z odgovornostjo za zdravljenje, kar je ena od ključnih dimenzij za prevzemanje samostojnih vlog v zdravstvenem sistemu. Kot ključen pojasnitveni dejavnik se tukaj pokaže stopnja izobrazbe.
- **USMERITEV ZA DP 3, 4:** ključna usmeritev za DP3 je poenotiti stališča na srednješolski ravni, ker je bil ugotovljen odklonilni odnos tako na ravni ustanove kot poklica srednješolski učitelj in dati v predlog obravnave tudi tehnik zdravstvene nege/zdravstveni tehnik, saj gre za poimenovanje, ki je že bilo uveljavljeno v zdravstveni negi, nikakor pa ne »srednja medicinska sestra«, ker se poimenovanje medicinska sestra lahko uporabi le za izobraževanje, ki je skladno z EU Direktivo 2013. V DP 4 in DP 5 zbrati predloge za poimenovanje »advance nurse practitioner«, kjer v Sloveniji še ni ustreznega prevoda, gre pa za izvajanje zahtevnejših/naprednih oblike kompetenc in aktivnosti, za katere je potrebna več kot specializacija v zdravstveni negi, ICN in EFN priporočata »master degree« ali doktorsko izobrazbo, saj gre za samostojno delovanje v stroki in enakovredno medpoklicno sodelovanje. V DP 3 je potrebna poglobitev v kompetence srednješolskega programa, ugotoviti, kaj je tisto, kar se jim s kompetenčnim modelom EFN »odvzema«. Klinična okolja pomembno bolj podpirajo splošne in specifične kompetence in potrebno je konsenzno skupino oblikovati na način, da bo prišlo do izražanja stališ šolstva in prakse. Izkaže se, da je znanje ali izobraževanja o raziskovanju in na dokazih podprto delo večkrat ugotovljen dejavnik pojasnitve dobljenega stanja na posameznih spremenljivkah, zato je pri konsenznih skupinah potrebno misliti tudi na to, da bomo vključili nekaj raziskovancev, ki to znanje imajo, ker je njihov pogled na reševanje kompetenc v zdravstveni negi bolj pozitiven in temelji na razumevanju potrebnih razvojnih trendov.
- **USMERITVE ZA DP 5:** zbrati predloge za poimenovanje »advance nurse practitioner«, kjer v Sloveniji še ni ustreznega prevoda, gre pa za izvajanje zahtevnejših/naprednih oblike kompetenc in aktivnosti, za katere je potrebna več kot specializacija v zdravstveni

negi, ICN in EFN priporočata »master degree« ali doktorsko izobrazbo, saj gre za samostojno delovanje v stroki in enakovredno medpoklicno sodelovanje. Oblikovati strategije za umestitev splošnih in specifičnih kompetenc mag. zdr. neg., ker je to ključna dimenzija zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Odgovornost za zdravljenje še ni sprejeta kategorija med anketiranci.

### **Raziskovanje v zdravstveni negi**

- Dobimo dva teoretična konstrukta, varianco »odnos do raziskovanja« in »odklonilni odnos do raziskovanja. Kot pozitivni za spodbujanje raziskovanja se izkažejo dejavniki: stopnja izobrazbe v zdravstveni negi, članstvo v delovnih skupina in telesih, zadovoljstvo s poklicem, kar kaže, da je potrebno v oblikovanje modela v DP5 vključiti tudi vodilne in aktivne strokovnjake v zdravstveni negi in izobražene vsaj na drugi bolonjski stopnji.

### **Pomen doktorskega študija v zdravstveni negi**

- Strinjanje z doktorskim študijem je na visoki ravni, razpršitev odgovorov je pri nekaterih trditvah večja in le te zaslužijo pozornost pri DP 5. Opazno je nižje razumevanja pomena spodbud s strani delodajalcev za podporo razvoju zaposlenih na akademski ravni, prav tako anketiranci niso prepričani, da medicinske sestre z doktorati sodijo tudi na vodilna delovna mesta, prav tako je zaznati, da niso najbolj naklonjeni povezovanje akademskega in strokovnega prostora, kar je seveda nujno za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline.
- Izkaže se, da se odnos do doktorskega študija lahko pojasni izključno s stopnjo izobrazbe v zdravstveni negi, kar pomeni, več kot bo mag. zdr. neg. in doktoric/doktorjev, ki bodo raziskovali zdravstveno nego, večja bo naklonjenost akademizaciji zdravstvene nege.
- Pomen doktorskega študija v zdravstveni negi smo poleg stopnje izobrazbe želeli pojasniti še z vsebinskimi spremenljivkami, ki smo jih dobili v okviru raziskovanja odnosa do raziskovanja. Ugotovimo, da se poleg stopnje izobrazbe izkažejo kot ključni pojasnitveni dejavniki izkažejo še pozitiven odnos do raziskovanja, ki varianco pojasni najbolj, sledijo kompetence razvoja, ki smo jih dobili z analizo EFN kompetenc za »advance nurse practitioner« in kot zadnje v negativnem smislu odklonilni odnos do raziskovanja. Model smo uspeli pojasniti kar v 57,2%, kar ima veliko težo in usmeritve za doseganje ciljev na DP 5.

## **Literatura**

- Akerjordet, K., Lode, K. & Severinsson, E., 2012. Clinical nurses' attitudes towards research, management and organisational resources in a university hospital: Part 1. *Journal of Nursing Management*, 20(6), pp. 814–823.
- Albreht, T., 2005. *Analiza preskrbljenosti z medicinskimi sestrami ter ovrednotenje stopenjskih ukrepov in projekcij do leta 2033*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Al-Nawafleh, A., Zeilani, R. S. & Evans, C., 2013. After the doctorate: a qualitative study investigating nursing research career development in Jordan. *Nursing & health sciences*, 15(4), pp. 1423-429.
- Atkinson, K., Lesley, B., Donovan, L., Semple, M., Jenkins, M., Elson, P., et al., 2010. Framework for advance nursing, midwifery and allied health professional practice in Wales. National leadership and innovation agency for healthcare. Available at: <http://www.weds.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1076/NLIAH%20Advanced%20Practice%20Framework.pdf> [Accessed 5 January 2017].
- Babnik, K., Štemberger Kolnik, T. & Bratuž, A., 2013. Zdravstvena pismenost: stanje koncepta in nadaljnji razvoj z vključevanjem zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 47, pp. 62–73.
- Brar, K., Boschma, G. & McCuaig, F., 2010. The Development of Nurse Practitioner Preparation beyond the Master 's Level : What is the Debate About?. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 7(1), pp. 1-15.

- Breimaier, H. E., Halfens, R. J. & Lohrmann, C., 2011. Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11-12), pp. 1744–1756.
- Burton, C., Duxbury, J., French, B., Monks, R. & Carter, B., 2009. Re-visioning the doctoral research degree in nursing in the United Kingdom. *Nurse Education Today*, 29(4), pp. 423–431.
- Büscher, A., Sivertsen, B. & White, J., 2009. *Nurses and midwives: A force for health. Survey on the situation of nursing and midwifery in the member states of the European Region of the World Health Organization*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Cheraghi, M.-A. C., Jasper, M. & Vaismoradi, M., 2014. Clinical nurses' perceptions and expectations of the role of doctorally-prepared nurses: A qualitative study in Iran. *Nurse Education in Practice*, 14(1), pp. 18-23.
- Cleary, M., Hunt, G. E. & Jackson, D., 2011. Demystifying phds: A review of doctorate programs designed to fulfil the needs of the next generation of nursing professionals. *Contemporary Nurse*, 39(2), pp. 37-41.
- Currey, J., Considine, J. & Khaw, D., 2011. Clinical nurse research consultant: A clinical and academic role to advance practice and the discipline of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 67(10), pp. 2275-2283.
- Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications, 2005. *Official Journal of the European Union*, L 255, pp. 22-142. Available at: <http://eurlex.europa.eu/LexUriSery/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:EN:PDF> [2. 12. 2015].
- Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council, 2013. *Official Journal of the European Union*, L354/132. Available at: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=EN> [2. 12. 2015].
- Dogherty, E. J., Harrison, M.B., Graham, I.D.; Digel Vandyk, A. & Keeping-Burke, I., 2013. Turning Knowledge Into Action at the Point-of-Care: The Collective Experience of Nurses Facilitating the Implementation of Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10:(3), pp. 129–139.
- EFN Workforce Committee, 2014. *EFN Matrix on the 4 Categories of the Nursing Care Continuum*. EFN Workforce Committee.
- Ellenbecker, C. H., & Kazm, M., 2014. BS-PhD Programs in Nursing:Where Are We Now? *Nursing Education Perspectives*, 35(4), pp. 230-237.
- Fawcett, T. J. N. & McCulloch, C., 2014. Pursuing a career in nursing research. *Nursing Standard*, 28(28), pp. 54-59.
- Gerrish, K. & Clayton, J., 2004. Promoting evidence-based practice: An organizational approach. *Journal of Nursing Management*, 12(2), pp. 114–123.
- Heaslip, V., Hewitt-Taylor, J. & Rowe, N. E., 2012. Reflecting on nurses' views on Using Research in Practice. *British Journal of Nursing*, 21(22), pp. 1341.
- International Council of Nurses, 2008. *Nursing Care Continuum and Competencies*. Geneva: ICN.
- Kadivec, S., Skela-Savič B., Kramar, Z., Zavrl Diananovič D. & Bregar, B., 2013. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020: povzetek. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp. 97-112.
- Kelly, K.P., Turner, A., Gabel Speroni, K., McLaughlin, M.K. & Guzzetta, C.E., 2013. National survey of hospital nursing research, part 2: facilitators and hindrances. *The Journal of nursing administration*, 43(1), pp. 18-23.
- Kubsch, S., Hansen, G. & Huyser-Eatwell, V., 2008. Professional Values: The Case for RN-BSN Completion Education. *Journal of continuing education in nursing*, 39(8), pp. 375-384.
- Mancuso J.M., 2008. Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing and Health Sciences*, 10, pp. 248–255.
- Leners, D. W., Wilson, V. W., & Sitzman, K. L., 2007. Twenty-first century doctoral education: online with a focus on nursing education. *Nursing education perspectives*, 28(6), pp. 332-336.
- Lewallen, L. P., & Kohlenberg, E., 2011. Preparing the nurse scientist for academia and industry. *Nursing education perspectives*, 32 (1), pp. 22-25.
- Loke, J.C.F., Laurenson, M.C. & Lee, K.W, 2014. Embracing a culture in conducting research requires more than nurses' enthusiasm. *Nurse education today*, 34(1), pp. 132-137.
- McCance, T.V., Fitzsimons, D., Keeney, S., Hasson, F. & McKenna, H.P., 2007. Capacity building in nursing and midwifery research and development: an old priority with a new perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 59(1), pp. 57–67.
- Melnyk, B.M., Gallagher-Ford, L., English Long, L. & Fineout-Overholt, E., 2014. The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: Proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1), pp. 5–15.
- Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E., Gallagher-Ford, L. & Kaplan, L., 2012a. The state of evidence-based practice in US nurses: Critical implications for nurse leaders and educators. *Journal of Nursing Administration*, 42(9), pp. 410–417.
- Melnyk, B.M., Grossman, C.D., Chou, R., Mabry-Hernandez, I., Nicholson, W., Dewitt, G.T., Cantu, A.G. & Flores, G., 2012b. USPSTF perspective on evidence-based preventive recommendations for children. *Pediatrics*, 130(2), pp. 399–407. doi: 10.1542/peds.2011-2087.
- Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S.B. & Williamson K.M., 2010. Evidence-based practice: step by step: the seven steps of evidence-based practice. *The American journal of nursing*, 110(1), pp. 51-53.
- Moreno-Casbas, T., Fuentelsaz-Gallego, C., de Miguel, A.G., González-María, E. & Clarke, S.P., 2011. Spanish nurses' attitudes towards research and perceived barriers and facilitators of research utilisation: a comparative survey of nurses with and with and without experience as principal investigators. *Journal of Clinical Nursing*, 20(13-40), pp. 1936-1947.

- Newhouse, R.P., 2007. Diffusing confusion among evidence-based practice, quality improvement, and research. *The Journal of nursing administration*, 37(10), pp. 432-435.
- Nixon, E., Young, S., Sellick, V. & Wright, K., 2013. An innovative approach to facilitating nursing research. *British Journal of Nursing*, 22(3), pp. 160-166.
- Nsemo, A.D., John, M.E., Etiff, R.E., Mgbekem, M.A. & Oyira, E.J., 2013. Clinical nurses' perception of continuing professional education as a tool for quality service delivery in public hospitals Calabar, Cross River State, Nigeria. *Nurse education in practice*, 13(4), pp. 328-334.
- Pravikoff, D.S., Pierce, S.T. & Tanner, A., 2005. Evidence-based practice readiness study supported by academy nursing informatics expert panel. *Nursing Outlook*, 53(1), pp. 49-50.
- Prestor, J., 2013. Prenova poklicnih aktivnosti in kompetenc v zdravstveni negi iz vidika stopenj izobraževanja. In: Skela Savč, B. & Hvalič Touzery, S. eds. *Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji? 6. posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera - quo vadis, Ljubljana, 27. 3. 2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 102-112.
- Skela Savič, B., 2015. Smernice za izobraževanje v zdravstveni negi na študijskem programu prve stopnje Zdravstvena nega (VS). *Obzornik zdravstvene nege*, 49(4), pp. 320-333.
- Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A., McCormack, B. & Titchen, A., 2004. An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13(8), pp. 913-924.
- Scherzer, T., Stooos, N.A. & Fontaine, D., 2010. Meeting the nursing faculty shortage challenge: an accelerated doctoral program in nursing. *Journal of Professional Nursing*, 26(6), pp. 366-370.
- Skela-Savič, B., Pesjak, K. & Lobe, B., 2015. Evidence-based practice among nurses in Slovenian Hospitals: a national survey. *International Nursing Review*, 63(1), pp. 122-131.
- Skela-Savič, B., 2014. Standardi kakovosti izobraževanja v zdravstveni negi: mednarodna praksa, stanje v Sloveniji. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *Kazalniki kakovosti in ravni odgovornosti za kakovostno visokošolsko izobraževanje v zdravstveni negi, 7. posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera - Quo vadis, Ljubljana, 27.marec 2014*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 14-27.
- Skela-Savič, B., 2012. Doktorski študij zdravstvene nege v Sloveniji: pričakovanja in realnost? In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery, K. Skinder Savič & J. Zurc, eds. *Kakovostna zdravstvena obravnava skozi izobraževanje, raziskovanje in multiprofesionalno povezovanje - prispevek k zdravju posameznika in družbe, zbornik predavanj, 7. - 8. junij 2012*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp.67-76.
- Skela Savič B. & Kydd, A., 2011. Znanje medicinskih sester kot odziv na potrebe družbe: izhodišča za prepoznavanje zdravstvene nege kot profesije. *Zdravstveno varstvo*, 50(4), pp. 286-296.
- Staffileno, B. A., Widerman, M. & Carlson, E., 2013. Impacts & Innovations. *Nursing economics*, 31(4), pp. 194-198.
- Stokke, K., Olsen, MR., Espehaug, B. & Nortvedt, KW, 2014. Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: a cross-sectional Study. *BMC nursing*, 13, pp. 8.
- Timmins, F., McCabe, C. & McSherry, R., 2012. Research awareness: managerial challenges for nurses in the Republic of Ireland. *Journal of Nursing Management*, 20(5), pp. 224-235.
- Tuaoi, L.A., Cashin, A., Hutchinson, M. & Graham, I., 2011. Nurse practitioner preparation: is it time to move beyond masters level entry in Australia? *Nurse Education Today*, 31, pp. 738-742.
- Watkins, D., 2011. The influence of masters education on the professional lives of British and German nurses and the further professionalization of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), pp. 2605-2614.
- Wilkes, L. M. & Mohan, S., 2008. Nurses in the clinical area: Relevance of a PhD. *Collegian*, 15(4), pp. 135-141.
- Woodward, V., Webb, C. & Prowse, M., 2007. The perceptions and experiences of nurses undertaking research in the clinical setting. *Journal of Research in Nursing*, 12(3), pp. 227-244.
- Yoder, L.H., Kirkley, D., McFall, D.C., Kirksey, K.M., Stalbaum, A.L. & Sellers D., 2014. Staff Nurses' Use of Research to Facilitate Evidence-Based Practice. *The American journal of nursing*, 114(9), pp. 26-37.
- Železnik, D., Filej, B., Brložnik, M., Buček Hajdarevič, I., Dolinšek, M., Istenič B., et al., 2008. *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

## 2.2.5. Razumevanje trenutnega položaja zdravstvene nege in potreb po spremembah izobraževanja in raziskovanja v zdravstveni negi na vzorcu osnovnošolske, srednješolske in visokošolske mladine«

### 2.2.5.1. Ključne ugotovitve sklopa »Podoba zdravstvene nege in poklica medicinska sestra med osnovnošolci«

V nadaljevanju predstavljamo rezultate raziskave, strukturirane v tri podpoglavja, v skladu s cilji raziskave: 3.1 Poznavanje zdravstvene nege, 3.2 Prepričanja in stališč do poklica medicinska sestra, 3.3 Zaznani položaj zdravstvene nege, glede na druge z zdravjem povezane stroke.

#### 2.2.5.1.1. Poznavanje zdravstvene nege

Udeleženci so ocenjevali poznavanje stroke zdravstvene nege in poklicev na področju zdravstvene nege. V tabeli 1 predstavljamo frekvence odgovorov na vprašanja, ki se nanašajo na ta raziskovalni cilj. Za zdravstveno nego je že slišalo skoraj 95 % vprašanih, več kot 80% udeležencev pa ocenjuje, da ve, kaj zdravstvena nega je; 71,1 % udeležencev ocenjuje, da jih je že slišalo za poklic srednja medicinska sestra/ srednji zdravstvenik; 83,5% udeležencev, ki je odgovarjalo na vprašanje, ocenjuje, da je že slišalo za poklic diplomirana medicinska sestra/ diplomirani zdravstvenik; 63,3 % udeležencev pa ocenjuje, da so že slišali za poklic magistrica/ magister zdravstvene nege.

Tabela 1. Poznavanje poklicev in stroke zdravstvene nege – deleži (%) odgovorov

Vprašanje	Vsi odgovori (N)	Da (%)	Ne (%)
Ali si že kdaj slišal/a za zdravstveno nego?	1984	94,6	5,4
Ali veš, kaj zdravstvena nega je?	1979	81,6	18,4
Ali si že slišal/a za poklic srednja medicinska sestra/ srednji zdravstvenik?	1979	71,1	28,9
Ali si že slišal/a za poklic diplomirana medicinska sestra/ diplomirani zdravstvenik?	1979	83,5	16,5
Ali si že slišal/a za poklic magistrica/ magister zdravstvene nege?	1978	63,3	36,7

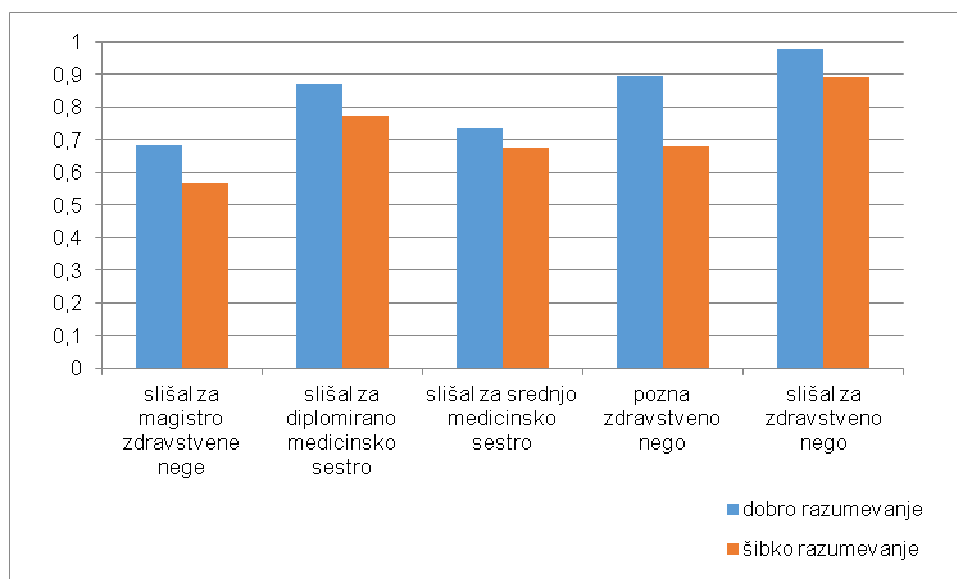
Na vprašanje o razumevanju opredelitve zdravstvene nege je odgovorilo 1882 udeležencev. Ocene, da opredelitev zdravstvene nege: »Zdravstvena nega obsega obravnavo bolnih in zdravih ljudi. Zdravstvena nega vključuje krepitev zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalidne in umirajoče ljudi. Glavne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo bolnikov, promoviranje zdravega načina življenja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter upravljanje in vodenje zdravstvenih sistemov in izobraževanje za poklic«, razume je podalo 1147 udeležencev oz. 62,4 % vseh, ki so odgovorili na to vprašanje. Oceno, da delno (ne) razume opredelitve zdravstvene nege je podalo 654 udeležencev oz. 34,8 % udeležencev, ki so odgovarjali na to vprašanje. Oceno, da opredelitve ne razume, pa je podalo 54 udeležencev (2,9 % udeležencev, ki je odgovarjalo na vprašanje).

Za različne vidike poznavanja zdravstvene nege smo izračunali povezanost z naslednjimi demografskimi spremenljivkami:



- povezanost razumevanja opredelitve zdravstvene nege s poznavanjem različnih vidikov zdravstvene nege;
- povezanost dejstva, da sorodnik dela kot medicinska sestra ali kot zdravnik, s poznavanjem različnih vidikov zdravstvene nege in
- povezanost spola udeležencev in poznavanja različnih vidikov zdravstvene nege.

Izvedli smo Hi-kvadrat test neodvisnosti spremenljivk, da bi preverili relacije med razumevanjem opredelitve zdravstvene nege ter spremenljivkami, s katerimi smo merili poznavanje posameznih vidikov zdravstvene nege. Na Sliki 1 so na x osi s petimi pari stolpcev prikazana različna vprašanja, povezana s poznavanjem zdravstvene nege. Na y osi pa so deleži odgovorov udeležencev, glede na njihovo razumevanje opredelitve zdravstvene nege. Ocene razumevanja opredelitve smo združili v dve kategoriji, in sicer dobro razumevanje (odgovor »razumem«) in šibko razumevanje (odgovora »ne razumem« in »delno (ne) razumem«). Vse relacije med spremenljivkami so se izkazale za statistično značilne. Vrednosti  $Hi^2$  se gibljejo med 136,75 ( $p < 0,001$ ) ter 7,34 ( $p < 0,01$ ). Posamezniki, ki razumejo opredelitev zdravstvene nege, so pogosteje slišali za poklice magistre zdravstvene nege, diplomirane in srednje medicinske sestre, so tudi pogosteje slišali za zdravstveno nego in jo tudi bolje poznajo. Velikosti učinkov (angl. *effect size*), na katere lahko sklepamo na podlagi Cramerjevega V, so šibke do srednje močne (npr. pri poznavanju zdravstvene nege).

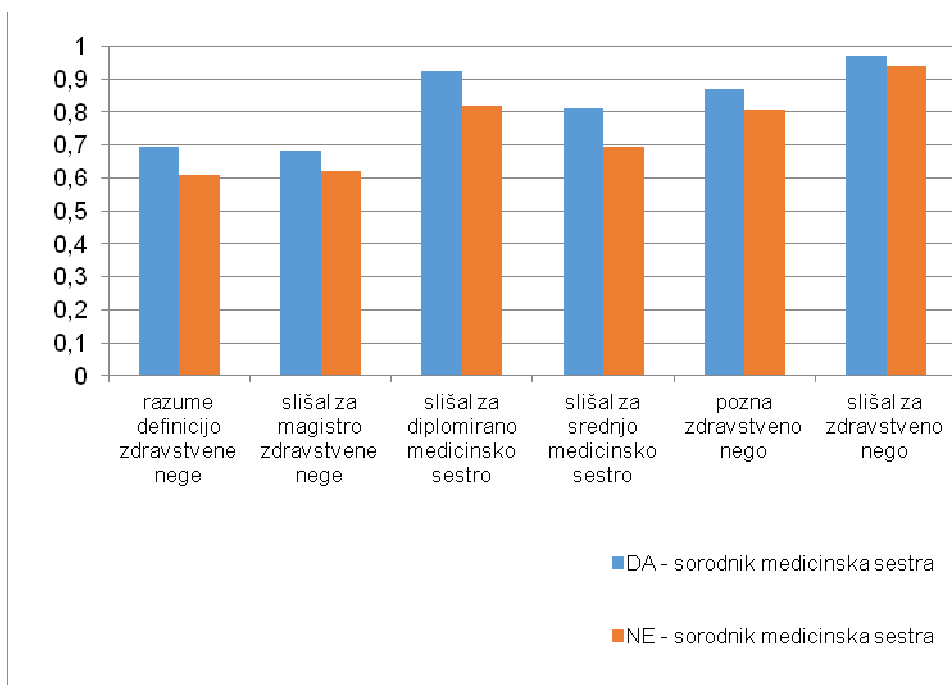


Slika 1. Razumevanje opredelitve zdravstvene nege in različni vidiki poznavanja zdravstvene nege

V zdravstveni negi je vloga vzora družinskih članov pomemben vidik stališč in odločanja za poklic. Med udeleženci, ki so odgovorili na vprašanje ( $n$  odgovorov = 1980), ali imajo sorodnika, ki dela kot medicinska sestra, je 308 (15,6 %) udeležencev odgovorilo pritrdilno, 1672 (84,4 %) udeležencev pa je odgovorilo z izborom odgovora »ne«. Izvedli smo Hi-kvadrat test neodvisnosti spremenljivk, da bi preverili relacije med situacijo, ko ima posameznik sorodnika v vlogi medicinske sestre ter spremenljivkami, s katerimi smo merili poznavanje posameznih vidikov zdravstvene nege. Vse relacije med spremenljivkami so se izkazale za statistično značilne. Na Sliki 2 so na x osi s šestimi pari stolpcev prikazana različna vprašanja, povezana s poznavanjem zdravstvene nege. Na y osi pa so deleži odgovorov udeležencev, glede nato, ali so udeleženci odgovorili, »da« ali »ne« na vprašanje: »Ali kdo od tvojih staršev, bratov/sester, dedkov, babic dela kot medicinska sestra?«.

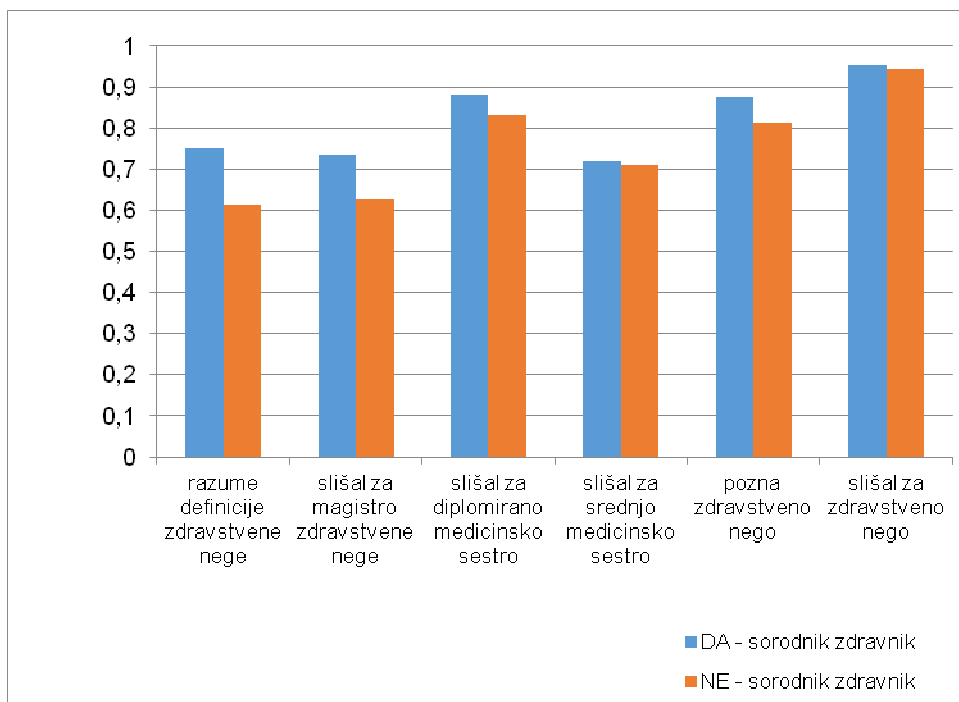


Vrednosti  $H_i^2$  so med 20,29 ( $p < 0,001$ ) ter 4,20 ( $p < 0,05$ ). Posamezniki, ki imajo sorodnika v vlogi medicinske sestre, so pogosteje slišali za poklice magistre zdravstvene nege, diplomirane in srednje medicinske sestre, prav tako so pogosteje slišali za zdravstveno nego in jo tudi bolje poznajo. Velikosti učinkov (angl. *effect size*), na katere lahko sklepamo na podlagi Cramerjevega V, so šibke.



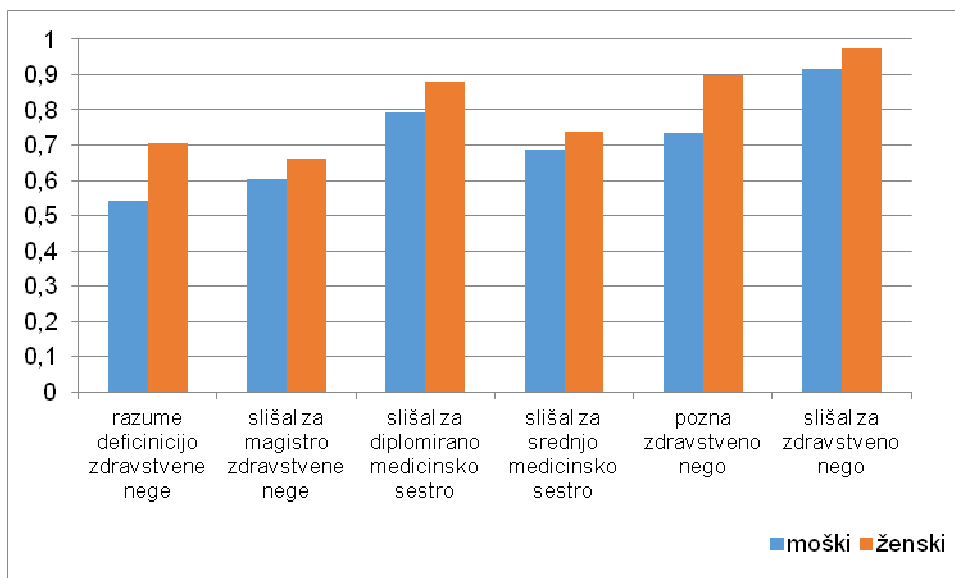
Slika 2: Sorodnik v vlogi medicinske sestre in različni vidiki poznavanja zdravstvene nege

Udeležencem smo zastavili tudi vprašanje »Ali kdo od tvojih staršev, bratov/sester, dedkov, babic dela kot zdravnik?«. Na to vprašanje je odgovorilo 1980 udeležencev, od tega je 128 odgovorilo oz. 6,5 % odgovorilo na vprašanje z »da«, 1851 (93,5 %) pa z »ne«. Slika 3 prikazuje na x osi šest parov stolpcev za različna vprašanja, povezana s poznavanjem zdravstvene nege. Na y osi pa so deleži odgovorov udeležencev, glede nato, ali so udeleženci odgovorili, »da« ali »ne« na vprašanje, »Ali kdo od tvojih staršev, bratov/sester, dedkov, babic dela kot zdravnik?«. Naredili smo hi-kvadrat test neodvisnosti spremenljivk, da bi preverili relacije med situacijo, ko ima posameznik sorodnika v vlogi zdravnika, ter spremenljivkami, s katerimi smo merili poznavanje posameznih vidikov zdravstvene nege. Med analiziranimi relacijami sta statistično značilni samo dve - sorodstvo v vlogi zdravnika in poznavanje definicije zdravstvene nege ( $H_i^2(1, N=1878) = 8,37, p < 0,01, \text{Cramerjev } V = 0,07$ ) ter sorodstvo v vlogi zdravnika ter poznavanje poklica magistre zdravstvene nege ( $H_i^2(1, N=1973) = 6,16, p < 0,05, \text{Cramerjev } V = 0,06$ ). Ostalih povezav ni moč posploševati na populacijo. Posamezniki, ki imajo sorodnika v vlogi zdravnika, so torej pogosteje kot ostali slišali za poklic magistre zdravstvene nege ter bolje poznajo opredelitev zdravstvene nege. Velikosti obeh učinkov (angl. *effect size*), na katere lahko sklepamo na podlagi Cramerjevega V, sta zelo šibki.



Slika 3. Sorodnik v vlogi zdravnika in različni vidiki poznavanja zdravstvene nege

Med stereotipi o zdravstveni negi prevladuje tudi stereotip »ženskega poklica« (Burazor, 2015), ki se kaže tudi v pogostejšem odločanju za poklice v zdravstveni negi med ženskami, zato smo izvedli Hi-kvadrat test neodvisnosti spremenljivk, da bi preverili relacije med spolom ter spremenljivkami, s katerimi smo merili poznavanje posameznih vidikov zdravstvene nege. Vse relacije med spremenljivkami so se izkazale za statistično značilne. Vrednosti  $Hi^2$  so med 87,53 ( $p < 0,001$ ) ter 6,14 ( $p < 0,05$ ). Posamezniki ženskega spola so pogosteje slišali za poklice magistre zdravstvene nege, diplomirane in srednje medicinske sestre, prav tako so pogosteje slišali za zdravstveno nego in jo tudi bolje poznajo. Velikosti učinkov (angl. *effect size*), na katere lahko sklepamo na podlagi Cramerjevega V, so dokaj šibke. Slika 4 prikazuje na x osi šest parov stolpcev za različna vprašanja, povezana s poznavanjem zdravstvene nege. Na y osi pa so deleži odgovorov udeležencev, glede na spol.



Slika 4. Spol udeležencev in različni vidiki poznavanja zdravstvene nege

Interes za opravljanje poklica s področja zdravstvene nege je eden od vidikov poznavanja in stališč do poklica in stroke. Na vprašanje: »Če bi se danes odločal/a za poklic, kateri poklic te najbolj veseli (napiši)?« je odgovorilo 1887 (95,1 %) udeležencev raziskave. Odgovor »ne vem še« ali »sem še neodločen« je podalo 30 oz. 1,6 % udeležencev, ki je odgovorilo na vprašanje. Učenci so pri odgovarjanju navajali od 1 do 5 izbir, pri čemer je bilo več-številnih odgovorov malo, podani odgovori pa so bili zelo različni med seboj (kombinacija zdravstvenih in ne-zdravstvenih poklicev), le 17 udeležencev, ki so podali več odgovorov na vprašanje o želenem poklicu, je navedlo dva ali več poklicev na področju zdravstva.

Za poklice v zdravstvu bi se odločilo 279 udeležencev oz. 14,8 %, za druge ne-zdravstvene poklice pa 1578 udeležencev oz. 83,6 % udeležencev, ki je odgovarjalo na vprašanje. Za poklic »medicinska sestra« (udeleženci so pri navajanju najpogosteje uporabili izraz »medicinska sestra«, v dveh primerih »zdravstveni tehnik«, v enem primeru »zdravstvenik« ali »zdravstveni tehnik«) bi se danes odločilo 42 udeležencev (2,2 %), za poklic »reševalec« pa bi se odločilo 5 oz. 0,3 % sodelujočih (skupaj zdravstvena nega 2,5 % poklicnih odločitev). Med drugimi poklici v zdravstvu so udeleženci navajali:

- 113 udeležencev oz. 6 % udeležencev je navedlo zdravnik/zdravnica (udeleženci so pri poimenovanju poklica uporabljali pojme »medicina«, »zdravnik/zdravnica« ali pa so navajali specifične specializacije v medicini),
- 36 (1,9 %) udeležencev je navedlo fizioterapevt/fizioterapevtka,
- 34 (1,8 %) udeležencev farmacevt/ farmacevtka,
- 12 (0,6 %) udeležencev zobozdravnik/ zobozdravnica,
- 8 (0,4 %) udeležencev zobozdravstveni tehnik/ zobozdravstvena tehničarka,
- 4 (0,2 %) udeležencev tehnik laboratorijske biomedicine/ tehničarka laboratorijske biomedicine,
- 3 (0,2 %) farmacevtski tehnik/ farmacevtska tehničarka,
- 3 (0,2 %) inženir laboratorijske biomedicine/ inženirka laboratorijske biomedicine,
- 2 (0,1 %) radiološki inženir/ radiološka inženirka,
- 1 (0,1 %) babica/ babičar,
- 1 (0,1 %) protetik/ protetičarka,

17 udeležencev je med dvema ali več navedenima poklicema na področju navedlo poklice v zdravstvu. Na drugem mestu so tako učenci navedli še:

- 6 udeležencev je navedlo odgovor fizioterapevt/ fizioterapevtka,
- 4 udeleženci so navedli odgovor zobozdravnik/ zobozdravnica,
- 3 udeleženci so navedli odgovor tehnik laboratorijske biomedicine/ tehničar laboratorijske biomedicine,
- 2 udeleženci sta navedla zdravnik/ zdravnica,
- po en udeleženec pa je navedel delovni terapevt/delovna terapevtka in radiološki inženir/ radiološka inženirka.

### 2.2.5.1.2. Prepričanja in stališča do poklica medicinska sestra

Tabela 2 prikazuje odgovore na prepričanja in stališča do poklica medicinska sestra, število vseh odgovorov na posamezno postavko in deleže odgovorov za posamezno kategorijo odgovorov na tristopenjski lestvici, povprečno oceno in standardno deviacijo odgovorov na posamezno trditve. Iz tabele 2 je razvidno, da se več kot polovica udeležencev strinja s trditvami, ki opisujejo naslednje značilnosti poklica: sodelovanje pri zdravljenju bolnikov (delež odgovorov »se strinjam« = 68,3 %), zagotavljanje varnega okolja za bolnike (64,9 %), negovanje bolnikov (78,8 %), ukvarjanje s fiziološkimi potrebami bolnikov (59,5%). Več kot polovica udeležencev se strinja, da medicinske sestre, ki zaključijo šolanje na fakulteti, lahko opravljajo zahtevnejša dela, kot tiste, ki so zaključile srednjo šolo (54,3 %). Med udeleženci je tudi pogostejše strinjanje s trditvama, ki kažejo na podrejeno vlogo poklica medicinske sestre glede na poklic zdravnika: »Medicinskim sestram daje navodila za njihovo delo zdravnik.« (56,3 %), »Medicinske sestre so asistenti zdravnikov.« (56,9 %).

Več kot polovica udeležencev se le delno strinja s trditvama »Medicinska sestra pri svojem delu tudi raziskuje.« (delež odgovorov »se delno ne strinjam, delno strinjam« = 55,7 %), »Medicinske sestre pri svojem delu upoštevajo želje in zmožnosti bolnikov.« (54,1 %) in »Ljudje na splošno cenijo delo medicinskih sester.« (50,7 %).

Manjše strinjanje so udeleženci ocenili pri naslednjih trditvah: »Medicinske sestre izobražujejo in vzgajajo bolnike.« (delež odgovorov »se strinjam« = 15,9 %; delež odgovorov »se ne strinjam« = 44,2 %), »Medicinske sestre predpisujejo zdravila in preiskave.« (delež odgovorov »se strinjam« = 14,2; delež odgovorov »se ne strinjam« = 59,4 %), »Medicinska sestra je lahko tudi direktorica bolnišnice ali zdravstvenega doma.« (delež odgovorov »se strinjam« = 19,7 %, delež odgovorov »se delno ne strinjam, delno strinjam« = 42,6 %)

Tabela 2. Deskriptivne statistike odgovorov na trditve stališč do poklica medicinska sestra za 22 vključenih trditvev

Trditve	(N)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	M	SD
Medicinske sestre sodelujejo pri zdravljenju bolnikov.	1981	6,8	24,9	68,3	2,61	0,61
Medicinske sestre zagotavljajo varno okolje za bolnike.	1978	7,3	27,8	64,9	2,58	0,63
Medicinske sestre negujejo bolnike.	1969	8,0	13,2	78,8	2,71	0,61
Medicinske sestre izobražujejo in vzgajajo bolnike.	1960	44,2	39,8	15,9	1,72	0,72
Medicinska sestra pri svojem delu tudi raziskuje.	1966	25,8	55,7	18,5	1,93	0,66
Medicinske sestre se morajo ob delu nenehno učiti.	1953	19,0	47,6	33,4	2,14	0,71
Medicinske sestre, ki so zaključile šolanje na fakulteti,	1957	12,2	33,5	54,3	2,42	0,70

lahko opravljajo zahtevnejša dela, kot tiste, ki so zaključile srednjo šolo.						
Medicinske sestre se ukvarjajo s fiziološkimi potrebami bolnikov, kot osebna higiena, hranjenje, gibanje, spanje.	1960	8,2	32,3	59,5	2,51	0,64
Medicinske sestre se ukvarjajo s psihološkimi potrebami bolnikov, kot so pogovor o bolezni, razumevanje bolezni, stiske in strahovi, ki jih bolniki doživljajo ob bolezni.	1976	19,0	46,4	34,7	2,16	0,72
Medicinske sestre predpisujejo zdravila in preiskave.	1974	59,4	26,4	14,2	1,55	0,73
Medicinske sestre pri svojem delu upoštevajo želje in zmožnosti bolnikov.	1976	10,4	54,1	35,5	2,25	0,63
Medicinskim sestram daje navodila za njihovo delo zdravnik.	1963	10,8	32,9	56,3	2,46	0,68
Medicinske sestre so v zdravstvu enako pomembne kot zdravniki.	1955	20,9	46,5	32,6	2,12	0,72
Medicinska sestra je lahko tudi direktorica bolnišnice ali zdravstvenega doma.	1965	37,7	42,6	19,7	1,82	0,74
Medicinska sestra lahko doseže najvišjo možno stopnjo izobrazbe.	1954	19,1	42,1	38,8	2,20	0,74
Medicinske sestre so asistenti zdravnikov.	1952	9,2	33,9	56,9	2,48	0,66
Delo medicinskih sester je zanimivo.	1948	18,2	46,4	35,4	2,17	0,71
Delo medicinskih sester je obremenjujoče – zahteva miselni, čustveni in fizični napor.	1961	11,8	44,1	44,1	2,32	0,67
Ljudje na splošno cenijo delo medicinskih sester.	1952	14,0	50,7	35,3	2,21	0,67
Medicinske sestre opravljajo veliko različnih nalog in aktivnosti, ki se pogosto spreminjajo.	1929	7,7	46,3	46,0	2,38	0,62
Za poklic medicinske sestre se lahko odločijo le tisti, ki jih veseli delo z ljudmi.	1965	13,9	40,1	46,0	2,32	0,70
Želim si bolje spoznati delo medicinskih sester.	1966	34,5	40,7	24,8	1,90	0,76

Legenda: 1, 2, 3: (1) se ne strinjam, (2) se delno ne strinjam, delno strinjam, (3) se ne strinjam, M... aritmetična sredina, SD ... standardna deviacija.

Za trditve instrumenta prepričanja in stališča do poklica medicinska sestra smo izračunali povezanost z demografskimi spremenljivkami, in sicer:

- povezanost razumevanja opredelitve zdravstvene nege s prepričanju in stališči do poklica medicinska sestra;
- povezanost dejstva, da sorodnik dela kot medicinska sestra ali kot zdravniki, s prepričanju in stališči do poklica medicinska sestra;
- povezanost spola udeležencev s prepričanju in stališči do poklica medicinska sestra.

Pri preverjanju odnosov med spremenljivkami smo predhodno preverili ali so predpostavke za uporabo parametričnih testov (npr. t-test) izpolnjene. Ker predpostavke niso bile izpolnjene pri nobenemu od treh sklopov spremenljivk (razumevanje opredelitve zdravstvene nege, sorodniki v vlogi medicinske sestre in zdravnika ter spol v odnosu do prepričanj in stališč do poklica medicinska sestra), in ker gre za neodvisne vzorce, smo uporabili Mann-Whitneyev neparametrični test za ugotavljanje neodvisnosti.

Pri analizi povezanosti med razumevanje definicije oz. opredelitve zdravstvene nege in prepričanju ter stališči do zdravstvene smo ocene razumevanja opredelitve združili v dve kategoriji, in sicer dobro razumevanje (odgovor »razumem«) in šibko razumevanje (odgovora »ne razumem« in »delno (ne) razumem«). Mann-Whitneyev test nakazuje, da so stališča glede poklica medicinske sestre v večini primerov statistično značilno povezana s stopnjo razumevanja opredelitve zdravstvene nege. Velikosti učinkov so zelo šibke do šibke. Tisti, ki po lastni navedbi bolje razumejo opredelitev zdravstvene nege, imajo v vseh primerih bolj izrazito izražena stališča glede poklica medicinske sestre od preostalih. Statistično značilnih razlik ni bilo moč prepoznati samo v primeru treh stališč:

- »Medicinske sestre se ukvarjajo s psihološkimi potrebami bolnikov, kot so pogovor o bolezni, razumevanje bolezni, stiske in strahovi, ki jih bolniki doživljajo ob bolezni.«;
- »Medicinske sestre pri svojem delu upoštevajo želje in zmožnosti bolnikov.«;
- »Medicinska sestra je lahko tudi direktorica bolnišnice ali zdravstvenega doma.«.

Neparametrični Mann-Whitneyev test za ugotavljanje neodvisnosti med trditvami instrumenta prepričanij in stališč do poklica medicinska sestra ter dejstvom, da ima udeleženec sorodnika/ sorodnico medicinsko sestro, kaže, da prepričanja in stališča do poklica medicinska sestra v večini primerov niso statistično značilno povezana z obstojem sorodnika v vlogi medicinske sestre. Nekatera, statistično značilno bolj izrazito izražena stališča o medicinski sestri, ki se kažejo pri tistih posameznikih, ki imajo v sorodstvu medicinsko sestro, smo zaznali samo pri štirih trditvah, pri tem pa so velikosti učinkov zelo šibke do šibke:

- »Medicinske sestre so v zdravstvu enako pomembne kot zdravniki.«
- »Delo medicinskih sester je zanimivo.«
- »Delo medicinskih sester je obremenjujoče – zahteva miselni, čustveni in fizični napor.«
- »Medicinske sestre opravljajo veliko različnih nalog in aktivnosti, ki se pogosto spreminjajo.«

Za razliko od testa povezanosti obstoja sorodnikov, ki delajo kot medicinska sestra, neparametrični test nakazuje, da trditve instrumenta prepričanij in stališč do poklica medicinske sestre v nobenem od primerov niso statistično značilno povezane z obstojem sorodnika v vlogi zdravnika.

Spol se je pokazal kot pomembni dejavnik prepričanij in stališč do poklica medicinska sestra. Mann-Whitneyev test za ugotavljanje neodvisnosti nakazuje, da so stališča glede poklica medicinske sestre, ki jih izkazujejo posameznice ženskega spola, v vseh primerih testiranih stališč bolj izrazito izražena kot pri posameznikih, moškega spola. Na podlagi statistično značilnih razlik ( $p < 0,05$ ) sklepamo, da do statistično značilnih razlike med moškimi in ženskami in s tem do razlik v stališčih tudi v populaciji prihaja predvsem pri naslednjih stališčih:

- »Medicinske sestre zagotavljajo varno okolje za bolnike.«
- »Medicinske sestre, ki so zaključile šolanje na fakulteti, lahko opravljajo zahtevnejša dela, kot tiste, ki so zaključile srednjo šolo.«
- »Medicinske sestre se ukvarjajo s psihološkimi potrebami bolnikov, kot so pogovor o bolezni, razumevanje bolezni, stiske in strahovi, ki jih bolniki doživljajo ob bolezni.«
- »Medicinske sestre pri svojem delu upoštevajo želje in zmožnosti bolnikov.«
- »Medicinska sestra je lahko tudi direktorica bolnišnice ali zdravstvenega doma.«
- »Medicinska sestra lahko doseže najvišjo možno stopnjo izobrazbe.«
- »Ljudje na splošno cenijo delo medicinskih sester.«

#### **2.2.5.1.3. Zaznani položaj zdravstvene nege, glede na druge z zdravjem povezane stroke**

Čeprav nekatere trditve instrumenta za merjenje prepričanij in stališč do poklica medicinska sestra merijo tudi položaj zdravstvene nege in poklica medicinska sestra glede na druge poklice v zdravstvu, predvsem v odnosu do zdravnikov, smo v baterijo vprašalnikov za izvedbo raziskave umestili tudi instrument, s pomočjo katerega smo merili poznavanje tudi nekaterih drugih poklicev, ki so povezani z zdravjem ljudi. Tabela 3 prikazuje število in

delež odgovorov udeležencev o tem, v kolikšni meri poznajo posamezni poklic s področja zdravstva. Kot je razvidno iz tabele 3 so za udeležence najbolj poznani poklici: zobozdravnik (poznani za 88,7 % udeležencev), zdravnik (88,1 %), medicinska sestra (83,3 %), babica (70,6 %), fizioterapevt (70,3 %), in farmacevt (65,9 %). Med najmanj poznanimi so po ocenah udeležencev naslednji poklici v zdravstvu: protetik (ne poznani za 68,9 % udeležencev), dietetik (60,8 %), radiološki inženir (58,6 %), sanitarni inženir (55,4 %).

Tabela 3. Poznavanje nekaterih poklicev, ki so povezani z zdravjem ljudi

Poklici	Vsi odgovori (N)	Ne poznam (%)	Delno ne poznam, delno poznam (%)	Poznam (%)	M	SD
zdravnik	1980	1,7	10,2	88,1	2,86	0,39
fizioterapevt	1973	4,6	25,0	70,3	2,66	0,56
delovni terapevt	1972	39,3	41,7	19,0	1,80	0,74
medicinska sestra	1961	2,2	14,5	83,3	2,81	0,45
sanitarni inženir	1969	55,4	30,0	14,6	1,59	0,73
zobozdravnik	1962	3,1	8,2	88,7	2,86	0,43
radiološki inženir	1960	58,6	26,3	15,1	1,56	0,74
farmacevt	1968	7,7	26,4	65,9	2,58	0,63
protetik	1966	68,9	19,2	11,9	1,43	0,70
babica	1956	11,7	17,8	70,6	2,59	0,69
dietetik	1965	60,8	23,3	15,9	1,55	0,75
laboratorijski inženir	1975	31,2	37,3	31,5	2,00	0,79

Tudi za instrument poznavanja nekaterih poklicev v zdravstvu smo izračunali povezanost z demografskimi spremenljivkami, in sicer:

- povezanost razumevanja opredelitve zdravstvene nege s poznavanjem nekaterih poklicev na področju zdravstva;
  - povezanost dejstva, da sorodnik dela kot medicinska sestra ali kot zdravnik, s poznavanjem nekaterih poklicev na področju zdravstva;
  - povezanost spola udeležencev s poznavanjem nekaterih poklicev na področju zdravstva.
- Pri preverjanju odnosov med spremenljivkami smo predhodno preverili, ali so predpostavke za uporabo parametričnih testov (npr. t-test) izpolnjene. Ker predpostavke niso bile izpolnjene pri nobenemu od treh sklopov spremenljivk (razumevanje opredelitve zdravstvene nege, sorodniki v vlogi medicinske sestre in zdravnika ter spol v odnosu do poznavanja nekaterih poklicev v zdravstvu), in ker gre za neodvisne vzorce, smo uporabili Mann-Whitneyev test za ugotavljanje neodvisnosti.

Odgovore na tri-stopenjsko lestvico razumevanja opredelitve zdravstvene nege smo združili v dve kategoriji, in sicer dobro razumevanje (odgovor »razumem«) in šibko razumevanje (odgovora »ne razumem« in »delno (ne) razumem«). Mann-Whitneyev test nakazuje, da je poznavanje nekaterih poklicev v zdravstvu večje v primeru boljšega razumevanja opredelitve zdravstvene nege. Glede na previsoko vrednost p ( $p > 0,05$ ) ne moremo potrditi povezave v primeru poklicev sanitarni inženir ter protetik.

Mann-Whitneyev test nakazuje, da v večini primerov ni soodvisnosti med poznavanjem posameznih poklicev v zdravstvu in obstojem sorodnika v vlogi medicinske sestre. Nekoliko nižje vrednosti  $p$  ( $p < 0,05$ ) se kažejo le pri poklicih delovnega terapevta, radiološkega inženirja ter sanitarnega inženirja. V teh primerih bolje poznajo poklic tisti, ki imajo v sorodstvu medicinsko sestro. Podobno velja tudi za spremenljivko sorodnik zdravnik. Test nakazuje, da v mnogih primerih ni soodvisnosti med poznavanjem posameznih poklicev v zdravstvu in obstojem sorodnika v vlogi zdravnika. Nekoliko nižje vrednosti  $p$  ( $p < 0,05$ ) se kažejo le pri poklicih fizioterapevta, delovnega terapevta, sanitarnega inženirja, farmacevta, protetika in laboratorijskega inženirja. V teh primerih bolje poznajo poklic tisti, ki imajo v sorodstvu zdravnika.

Z vidika spola udeležencev, Mann-Whitneyev test nakazuje, da samo v nekaterih primerih ni moč zaznati soodvisnosti med poznavanjem posameznih poklicev v zdravstvu in spolom. Kot nakazuje test, posamezniki ženskega spola statistično značilno bolje poznajo poklice, kot so zdravnik, fizioterapevt, medicinska sestra, zobozdravnik, farmacevt, babica. Posamezniki moškega spola na drugi strani bolje poznajo poklice sanitarnega inženirja, radiološkega inženirja ter protetika. Pri delovnem terapevtu, dietetiku in laboratorijskem inženirju med spoloma ni moč zaznati statistično značilnih razlik v poznavanju poklicev. Velikosti učinkov so zelo šibke.

#### **2.2.5.2. Ključne ugotovitve sklopa »Prepričanja, stališča, splošne kompetence in profesionalne vrednote zdravstvene nege: preliminarni rezultati raziskave med srednješolci smeri Zdravstvena nega«**

V nadaljevanju predstavljamo rezultate raziskave, strukturirane v štiri podpoglavja, v skladu s cilji raziskave: 3.1 Razumevanje zdravstvene nege; 3.2 Prepričanja in stališča do poklica medicinska sestra, 3.3 Nazivi in splošne kompetence izvajalcev zdravstvene nege ter 3.4 Profesionalne vrednote v zdravstveni negi.

##### **2.2.5.2.1. Razumevanje opredelitve zdravstvene nege**

Na vprašanje o razumevanju opredelitve zdravstvene nege je odgovorilo 219 udeležencev. Ocene, da opredelitev zdravstvene nege: »Zdravstvena nega obsega samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalidne in umirajoče ljudi. Glavne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter managementa zdravstvenih sistemov in izobraževanje«, popolnoma razume je podalo 116 udeležencev oz. 53 % vseh, ki so odgovorili na to vprašanje. Oceno, da razume opredelitve zdravstvene nege je podalo 82 udeležencev oz. 37,4 % udeležencev, ki so odgovarjali na to vprašanje. Oceno, da opredelitve »delno ne razumem, delno razumem« je podalo 20 udeležencev (9,1 % udeležencev, ki je odgovarjalo na vprašanje). Oceno, da opredelitve ne razume pa je podal le en udeleženec/udeleženka.



### 2.2.5.2.2. Prepričanja in stališča do poklica medicinska sestra

Tabela 1 prikazuje odgovore na prepričanja in stališča do poklica medicinska sestra, število vseh odgovorov na posamezno postavko in deleže odgovorov za posamezno kategorijo odgovorov na pet-stopenjski lestvici, povprečno oceno in standardno deviacijo odgovorov na posamezno trditev.

Iz tabele 1 je razvidno, da se več kot polovica udeležencev popolnoma strinja s trditvami, ki opisujejo naslednje značilnosti poklica: sodelovanje pri zdravljenju bolnikov (delež odgovorov »se popolnoma strinjam« = 77,8 %), zagotavljanje varnega okolja za bolnike (73,3 %), negovanje bolnikov (84,2 %), ukvarjanje s fiziološkimi potrebami bolnikov (67,1 %), ukvarjanje s psihološkimi potrebami bolnikov (50,7 %). Več kot polovica udeležencev se popolnoma strinja s trditvami, ki kažejo na razvojni vidik poklica medicinske sestre: »Medicinske sestre se morajo ob delu nenehno učiti.« (51,1 %), »Medicinske sestre, ki so zaključile šolanje na fakulteti, lahko opravljajo zahtevnejša dela, kot tiste, ki so zaključile srednjo šolo.« (51,8 %). Prav tako se več kot polovica udeležencev popolnoma strinja s trditvami, ki odražajo čustven odnos do poklica: »Delo medicinskih sester je zanimivo.« (53,2 %), »Delo medicinskih sester je obremenjujoče – zahteva miselni, čustveni in fizični napor.« (72,6 %) in »Ponosen/ ponosna sem, da se izobražujem za poklic medicinske sestre.« (55,2 %). Pri vseh navedenih trditvah je pozitivno stališče zelo izraženo pri več kot polovici udeležencev. Svoje strinjanje, v obliki odgovorov »se strinjam« in »popolnoma se strinjam«, udeleženci ocenjujejo tudi pri naslednjih trditvah: »Medicinske sestre izobražujejo in vzgajajo bolnike.« (delež odgovorov »se strinjam« in »se popolnoma strinjam« znaša 80,4 %), »Medicinska sestra pri svojem delu tudi raziskuje.« (delež odgovorov »se strinjam« in »se popolnoma strinjam« znaša = 77,5 %), »Medicinske sestre pri svojem delu upoštevajo želje in zmožnosti bolnikov.« (delež odgovorov »se strinjam« in »se popolnoma strinjam« znaša = 81,9 %), »Medicinske sestre so v zdravstvu enako pomembne kot zdravniki.« (delež odgovorov »se strinjam« in »se popolnoma strinjam« znaša = 75,2 %), »Medicinske sestre so zagovornice pacientovih pravic.« (delež odgovorov »se strinjam« in »se popolnoma strinjam« znaša = 73 %), »Medicinska sestra lahko doseže najvišjo možno stopnjo izobrazbe (doktorat).« (63,8 %), »Medicinske sestre opravljajo veliko različnih nalog in aktivnosti, ki se pogosto spreminjajo.« (87,2 %) in »Za poklic medicinske sestre se lahko odločijo le tisti, ki jih veseli delo z ljudmi.« (73,8 %). Več kot 60% pa se tudi strinja s trditvijo »Nameravam nadaljevati študij na področju zdravstvene nege.«.

Največji delež udeležencev se je ocenil kot neopredeljen pri naslednjih trditvah: »Medicinskim sestram daje navodila za njihovo delo zdravnik.« (delež odgovorov »se niti ne strinjam, niti strinjam« = 42,4 %) , »Ljudje na splošno cenijo delo medicinskih sester.« (32,3 %), »Delo medicinskih sester cenijo tudi druge stroke v zdravstvu.« (36,4 %), »Pacienti cenijo delo medicinskih sester v enaki meri kot cenijo delo zdravnikov.« (35 %), »Delati kot medicinska sestra je to, kar si želim početi do upokojitve.« (30,3 %).

Pri treh trditvah, ki se nanašajo na oceno, v kolikšni meri je poklic medicinske sestre cenjen pri splošni populaciji, pacientih in pri drugih strokah v zdravstvu, je bil delež odgovorov, ki kaže nestrinjanje (popolno nestrinjanje ali nestrinjanje) najvišji med trditvami in se je gibal med 28,6 % pri trditvi »Ljudje na splošno cenijo delo medicinskih sester.« in 38,8 % »Pacienti cenijo delo medicinskih sester v enaki meri kot cenijo delo zdravnikov.«. Ti podatki nakazujejo na prepričanje o tem, da je poklic medicinske sestre premalo cenjen v strokovni in splošni javnosti.

Tabela 1. Deskriptivne statistike odgovorov na trditve prepričanj in stališč do poklica medicinska sestra za 24 vključenih trditev

Trditve	(N)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	M	SD
Medicinske sestre sodelujejo pri zdravljenju bolnikov.	221	0,0	0,0	2,7	19,5	77,8	4,75	0,49
Medicinske sestre zagotavljajo varno okolje za bolnike.	221	0,0	0,9	1,8	24,0	73,3	4,70	0,55
Medicinske sestre negujejo bolnike.	221	0,0	0,5	3,2	12,2	84,2	4,80	0,50
Medicinske sestre izobražujejo in vzgajajo bolnike.	220	2,3	2,3	15,0	34,5	45,9	4,20	0,93
Medicinska sestra pri svojem delu tudi raziskuje.	218	1,4	3,7	17,4	49,1	28,4	4,00	0,86
Medicinske sestre se morajo ob delu nenehno učiti.	219	0,5	2,3	5,1	39,3	51,1	4,38	0,75
Medicinske sestre, ki so zaključile šolanje na fakulteti, lahko opravljajo zahtevnejša dela, kot tiste, ki so zaključile srednjo šolo.	220	3,6	5,5	12,3	26,8	51,8	4,17	1,08
Medicinske sestre se ukvarjajo s fiziološkimi potrebami bolnikov, kot osebna higiena, hranjenje, gibanje, spanje.	219	0,5	0,0	5,5	26,9	67,1	4,60	0,64
Medicinske sestre se ukvarjajo s psihološkimi potrebami bolnikov, kot so pogovor o bolezni, razumevanje bolezni, stiske in strahovi, ki jih bolniki doživljajo ob bolezni.	221	1,4	2,3	11,3	34,4	50,7	4,31	0,86
Medicinske sestre pri svojem delu upoštevajo želje in zmožnosti bolnikov.	219	0,9	2,7	11,4	45,2	39,7	4,20	0,82
Medicinskim sestram daje navodila za njihovo delo zdravnik.	217	8,8	15,7	42,4	20,7	12,4	3,12	1,10
Medicinske sestre so v zdravstvu enako pomembne kot zdravniki.	221	6,8	6,8	11,3	28,1	47,1	4,02	1,21
Medicinske sestre so zagovornice pacientovih pravic.	218	1,4	6,4	19,3	35,8	37,2	4,01	0,97
Medicinska sestra lahko doseže najvišjo možno stopnjo izobrazbe (doktorat).	213	6,6	7,5	22,1	23,9	39,9	3,83	1,22
Delo medicinskih sester je zanimivo.	220	0,5	1,8	14,1	30,5	53,2	4,34	0,82
Delo medicinskih sester je obremenjujoče – zahteva miselni, čustveni in fizični napor.	219	0,0	1,8	5,5	20,1	72,6	4,63	0,67
Ljudje na splošno cenijo delo medicinskih sester.	217	10,6	18,0	32,3	24,4	14,7	3,15	1,19
Delo medicinskih sester cenijo tudi druge stroke v zdravstvu.	220	8,6	21,4	36,4	24,1	9,5	3,05	1,09
Pacienti cenijo delo medicinskih sester v enaki meri kot cenijo delo zdravnikov.	183	16,4	22,4	35,0	13,1	13,1	2,84	1,23
Medicinske sestre opravljajo veliko različnih nalog in aktivnosti, ki se pogosto spreminjajo.	219	0,0	1,4	11,4	47,5	39,7	4,26	0,71

Za poklic medicinske sestre se lahko odločijo le tisti, ki jih veseli delo z ljudmi.	221	2,7	6,3	17,2	35,3	38,5	4,00	1,03
Ponosen/ ponosna sem, da se izobražujem za poklic medicinske sestre.	221	1,8	3,2	8,6	31,2	55,2	4,35	0,90
Delati kot medicinska sestra je to, kar si želim početi do upokojitve.	221	14,9	19,0	30,3	18,6	17,2	3,04	1,29
Nameravam nadaljevati študij na področju zdravstvene nege.	221	17,2	9,5	8,6	19,5	45,2	3,66	1,54

Legenda: 1, 2, 3, 4, 5: (1) Sploh se ne strinjam; (2) Se ne strinjam; (3) Se niti ne strinjam, niti strinjam; (4) Se strinjam; (5) Popolnoma se strinjam, M... aritmetična sredina, SD ... standardna deviacija.

Za trditve instrumenta prepričanja in stališča do poklica medicinska sestra smo izračunali povezanost z demografskimi spremenljivkami, in sicer:

- povezanost razumevanja opredelitve zdravstvene nege s prepričanji in stališči do poklica medicinska sestra;
- povezanost dejstva, da sorodnik dela v zdravstvu, s prepričanji in stališči do poklica medicinska sestra;
- povezanost spola udeležencev s prepričanji in stališči do poklica medicinska sestra.

Pri preverjanju odnosov med spremenljivkami smo predhodno preverili ali so predpostavke za uporabo parametričnih testov (npr. t-test) izpolnjene. Ker predpostavke niso bile izpolnjene pri nobenemu od treh sklopov spremenljivk (razumevanje opredelitve zdravstvene nege, sorodniki v vlogi zaposlenega v zdravstvu ter spol v odnosu do prepričanj in stališč do poklica medicinska sestra), in ker gre za neodvisne vzorce, smo uporabili Mann-Whitneyev neparametrični test za ugotavljanje neodvisnosti.

Pri analizi povezanosti med razumevanjem definicije oz. opredelitve zdravstvene nege in prepričanji ter stališči do zdravstvene smo ocene razumevanja opredelitve združili v dve kategoriji, in sicer dobro razumevanje (odgovor »popolnoma razumem« in »razumem«) in šibko razumevanje (odgovori »sploh ne razumem«, »ne razumem« in »delno ne razumem, delno razumem«). Test nakazuje, da imajo v veliko primerih trditev tisti, ki menijo, da dobro razumejo opredelitev zdravstvene nege, bolj izražena stališča glede poklica medicinske sestre. Velikosti učinkov (angl. *effect size*) so šibke do srednje velike. Statistično značilne razlike, za katere sklepamo, da se pojavljajo tudi v populaciji, se nakazujejo v primerih naslednjih stališč:

- »Medicinske sestre zagotavljajo varno okolje za bolnike.«
- »Medicinske sestre izobražujejo in vzgajajo bolnike.«
- »Medicinska sestra pri svojem delu tudi raziskuje.«
- »Medicinske sestre se ukvarjajo s fiziološkimi potrebami bolnikov, kot osebna higiena, hranjenje, gibanje, spanje.«
- »Medicinske sestre se ukvarjajo s psihološkimi potrebami bolnikov, kot so pogovor o bolezni, razumevanje bolezni, stiske in strahovi, ki jih bolniki doživljajo ob bolezni.«
- »Medicinske sestre so zagovornice pacientovih pravic.«
- »Delo medicinskih sester je zanimivo.«
- »Delo medicinskih sester cenijo tudi druge stroke v zdravstvu.«
- »Ponosen/ ponosna sem, da se izobražujem za poklic medicinske sestre.«
- »Delati kot medicinska sestra je to, kar si želim početi do upokojitve.«

Spol se ni pokazal kot pomembni dejavnik prepričanj in stališč do poklica medicinska sestra na vzorcu srednješolcev smeri Zdravstvena nega. Mann-Whitneyev test za ugotavljanje neodvisnosti nakazuje, da statistično značilnih razlik med stališči glede poklica medicinska sestra pri dijakih in dijakinjah skorajda ni. Rezultati raziskave sicer nakazujejo, da anketirana dekleta v primerjavi s fanti v večini primerov nekoliko izraziteje ocenjujejo trditve glede poklica medicinske sestre.

Statistično značilne razlike med dekleti in fanti, na podlagi katerih lahko sklepamo tudi na razlike v stališčih v populaciji, se nakazujejo le v naslednjih primerih, velikosti učinkov pa so šibke do srednje velike:

- »Medicinske sestre negujejo bolnike.«
- »Medicinska sestra pri svojem delu tudi raziskuje.«
- »Medicinske sestre so v zdravstvu enako pomembne kot zdravniki.«

Udeležence raziskave smo med demografskimi spremenljivkami vprašali, ali je kdo od njihovih sorodnikov dela na področju zdravstva. Na to vprašanje je odgovorilo vseh 221 udeležencev, od tega jih je 78 (35,3 %) odgovorilo »da«, 143 (64,7 %) pa z »ne«. Od 78 udeležencev, ki so podali odgovor, da sorodnik/sorodnica dela na področju zdravstva, jih je 72 podalo naziv poklica, ki ga ta opravlja. Najpogostejši odgovor je bil medicinska sestra (55 udeležencev), sledili so drugi poklici v zdravstvu (11 udeležencev) in zdravnik (8 udeležencev). Neparametrični Mann-Whitneyev test za ugotavljanje neodvisnosti med trditvami instrumenta prepričanj in stališč do poklica medicinska sestra ter dejstvom, da ima udeleženec sorodnika/ sorodnico, ki dela na področju zdravstva, kaže, da statistično značilnih razlik med stališči o medicinskih sestrah tistih, ki imajo v družini zaposlenega nekoga v zdravstvu, in tistimi, ki le-tega nimajo, skorajda ni. Šibka do srednje močna razlika se nakazuje samo pri stališču »Ponosen/ ponosna sem, da se izobražujem za poklic medicinske sestre.«. Ugotovitev kaže na to, da so tisti, ki imajo v sorodu nekoga, ki je zaposlen v zdravstvu (pri tem jih ima večina zaposlenega v zdravstveni negi), nekoliko bolj ponosni na poklic medicinske sestre kot pa tisti, ki takšnega sorodnika nimajo.

### 2.2.5.2.3. Nazivi in splošne kompetence v zdravstveni negi

V Tabeli 2 so prikazani odgovori na vprašanja, ki se nanašajo na stopnjo strinjanja s prevodi nazivov različnih ravni izvajalcev zdravstvene nege ter na stopnjo strinjanja s splošnimi kompetencami, kot jih podaja mednarodno združenje EFN (2014) z upoštevanje dopolnitve Evropske direktive za regulirane poklice, verzija 2013/55/EU. Tabela prikazuje število vseh odgovorov na posamezno postavko in deleže odgovorov za posamezno kategorijo odgovorov na pet-stopenjski lestvici, povprečno oceno in standardno deviacijo odgovorov na posamezno trditev.

Tabela 2. Ustreznost prevoda nazivov poklicev in ustreznost predlaganih splošnih kompetenc različnih ravni izvajalcev zdravstvene nege

Vprašanja	(N)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	M	SD
<b>V kolikšni meri se strinjate s prevodi angleških poimenovanj za izvajalce v slovenski jezik?</b>								
Healthcare Assistant (HCA) – zdravstveni asistent (ZA)	221	26,7	2,7	15,4	25,3	29,9	3,29	1,57
General Care Nurse (GCN) – diplomirana medicinska sestra / zdravstvenik (dipl. m. s. / dipl. zn.)	220	3,2	3,2	17,7	38,2	37,7	4,04	0,99

Specialist Nurse (SN) – diplomirana medicinska sestra specialistka (dipl. m. s. / dipl. zn., spec.)	220	3,6	1,8	15,0	37,7	41,8	4,12	0,98
Advanced Nurse Practitioner (ANP) – magistrica zdravstvene nege (mag. zdr. neg.)	219	0,5	2,3	19,6	36,1	41,6	4,16	0,85
<b>V kolikšni meri se strinjate z opisi splošnih kompetenc za posamezno kategorijo izvajalcev?<sup>1</sup></b>								
Healthcare Assistant (HCA) – zdravstveni asistent (ZA): Pomočnik, ki DMS/DZN neposredno pomaga pri izvajanju zdravstvene nege v institucionalnem ali domačem okolju, pri čemer upošteva zahtevane standarde in je pod neposrednim ali posrednim nadzorom DMS/DZN.	221	25,3	5,4	15,8	31,7	21,7	3,19	1,49
General Care Nurse (GCN) – dipl. m. s. / dipl. zn.: Samostojni izvajalec zdravstvenih storitev, ki je sposoben delati individualno ali sodelovati z drugimi zdravstvenimi delavci, ter je zaključil študijski program zdravstvene nege v skladu s standardi iz 31. člena prenovljene evropske direktive 2005/36/EC..	220	2,3	3,2	17,7	37,7	39,1	4,08	0,95
Specialist Nurse (SN) – dipl. m. s., spec. / dipl. zn., spec.: DMS/DZN z naprednimi znanji, ki lahko dela kot specialist s strokovnim znanjem na določenem področju zdravstvene nege.	219	1,8	0,9	19,6	38,8	38,8	4,12	0,88
Advanced Nurse Practitioner (ANP) – mag. zdr. neg.: DMS/DZN, ki ima magisterij zdravstvene nege, podiplomsko znanje za izvajanje zahtevnejših in naprednih oblik dela, z razvito sposobnostjo odločanja in kliničnimi kompetencami za širok spekter kliničnih praks na napredni ravni.	219	0,9	0	17,4	40,6	41,1	4,21	0,79

Legenda: 1, 2, 3, 4, 5: (1) Sploh se ne strinjam; (2) Se ne strinjam; (3) Se niti ne strinjam, niti strinjam; (4) Se strinjam; (5) Popolnoma se strinjam, M... aritmetična sredina, SD ... standardna deviacija.

Iz Tabele 2 je razvidno, da se več kot polovica udeležencev strinja (seštevek odgovorov »popolnoma se strinjam« in »se strinjam«) z vsemi štirimi predlaganimi prevodi nazivov za štiri ravni izvajalcev oz. poklicev v zdravstveni negi. Pri tem pa je potrebno opozoriti, da je delež udeležencev, ki se strinja s prevodom naziva zdravstveni asistent (55,2 %), nižje od deleža udeležencev, ki se strinjajo s prevodi nazivov diplomirana medicinska sestra / zdravstvenik (75,9 %), diplomirana medicinska sestra specialistka (79,5 %) in magistrica zdravstvene nege (77,7 %). Za poklic zdravstveni asistent je tudi največji delež udeležencev ocenil svoje popolno nestrinjanje in sicer v 26,7 %, kar je v primerjavi z ocenami, ki odražajo popolno nestrinjanje udeležencev z ostalimi prevodi nazivov višje, saj se delež odgovorov »popolnoma se ne strinjam«, pri ostalih treh prevodih poklicev giblje med 0,5 % in 3,6 %.

<sup>1</sup> Okrajšava za dipl. m. s. / dipl. zn. v tem instrumentu je DMS/DZN.

Podobno kažejo tudi rezultati ocenjevanja strinjanja splošnih kompetenc za štiri ravni izvajalcev. Čeprav se več kot polovica udeležencev strinja (seštevek odgovorov »popolnoma se strinjam« in »se strinjam«) z vsemi štirimi predlaganimi opisi splošnih kompetenc izvajalcev v zdravstveni negi, so najnižji delež strinjanja (53,4 %) udeleženci podali pri kompetencah zdravstvenega asistenta (»zdravstveni asistent (ZA): Pomočnik, ki DMS/DZN neposredno pomaga pri izvajanju zdravstvene nege v institucionalnem ali domačem okolju, pri čemer upošteva zahtevane standarde in je pod neposrednim ali posrednim nadzorom DMS/DZN.«). Za ostale poklice so udeleženci ocenili svoje strinjanje v 76,8 % za diplomirano medicinsko sestro / zdravstvenika, v 77,6 % za diplomirano medicinsko sestro specialistko in v 81,7 % za magistro zdravstvene nege. Podobno, kot pri ocenah (ne)strinjanja s prevodi nazivov, je tudi pri ocenah strinjanja z opisom splošnih kompetenc za poklic zdravstveni asistent, največji delež udeležencev izbral oceno »sploh se ne strinjam«. Svoje popolno nestrinjanje s predlaganimi splošnimi kompetencami zdravstvenega asistenta je ocenilo 25,3 % udeležencev. Pri ostalih poklicih pa se delež popolnega nestrinjanja giblje med 0,9 % in 2,3 %.

Za trditve instrumenta nazivi in splošne kompetence v zdravstveni negi, smo izračunali povezanost z demografskimi spremenljivkami, in sicer z naslednjimi:

- razumevanje opredelitve zdravstvene nege;
- sorodnik/sorodnica zaposlen v zdravstvu;
- spol udeležencev.

Pri preverjanju odnosov med spremenljivkami smo predhodno preverili ali so predpostavke za uporabo parametričnih testov (npr. t-test) izpolnjene. Ker predpostavke niso bile izpolnjene pri nobenemu od treh sklopov spremenljivk (razumevanje opredelitve zdravstvene nege, sorodniki v zdravstvenega delavca ter spol v odnosu do strinjanja s predlogom prevodov nazivov in opisom splošnih kompetenc), in ker gre za neodvisne vzorce, smo uporabili Mann-Whitneyev neparametrični test za ugotavljanje neodvisnosti.

Neparametrični test nakazuje, da se pri strinjanju z opredelitvami kompetenc diplomirana medicinska sestra / zdravstvenik, diplomirana medicinska sestra specialistka in magistra zdravstvene nege kažejo statistično značilne razlike med tistimi, ki menijo, da dobro razumejo opredelitev zdravstvene nege, in tistimi, ki so nasprotnega mnenja. Prvi se bolj strinjajo s tem, da so kompetence ustrezno opisane. Pri kompetencah zdravstvenega asistenta razlik v mnenjih med skupinama ni. Mann-Whitneyev test nakazuje tudi statistično značilno razliko med mnenji deklet in fantov. Glede na ugotovitve raziskave, so prve nekoliko bolj prepričane v ustreznost opredelitve kompetenc diplomirane medicinske sestre, pri ostalih poklicih pa statistično pomembnih razlik ni. Statističnih razlik med skupinama tistih, ki bodisi imajo bodisi nimajo sorodnika, zaposlenega v zdravstvu, test ni pokazal.

#### **2.2.5.2.4. Profesionalne vrednote v zdravstveni negi**

Tabela 3 prikazuje odgovore, ki odražajo pomembnost trditev instrumenta o profesionalnih vrednotah v zdravstveni negi za udeležence raziskave. V tabeli je prikazano število vseh odgovorov na posamezno postavko in deleže odgovorov za posamezno kategorijo odgovorov na pet-stopenjski lestvici, povprečno oceno in standardno deviacijo odgovorov na posamezno trditev.

Tabela 3. Profesionalne vrednote v zdravstveni negi

Trditve		(N)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	M	SD
1	Kontinuirano spremljanje lastnega dela.	219	0	0,5	6,8	46,6	46,1	4,38	0,63
2	Prositi za posvetovanje/sodelovanje, ko ne morete sami obvladovati potreb pacienta.	221	0	0,9	4,5	33,5	61,1	4,55	0,63
3a	Ščititi zdravje v družbi.	220	0	0,9	4,1	26,8	68,2	4,62	0,61
3b	Ščititi varnost zdravstvene obravnave v družbi.	221	0	0	7,7	36,2	56,1	4,48	0,64
4	Sodelovanje pri odločanju o javnih politikah o razporeditvi sredstev.	220	4,5	6,8	26,8	43,2	18,6	3,65	1,01
5	Sodelovanje v recenzijah strokovnih ali znanstvenih besedil.	221	3,6	5,0	33,0	41,6	16,7	3,63	0,94
6	Izdelovanje/uvajanje standardov kot vodilo za delo.	221	0,9	1,8	19,9	45,2	32,1	4,06	0,82
7	Razvijanje in širjenje standardov dela za delo s študenti in dijaki.	221	0,5	0	8,6	34,8	56,1	4,46	0,69
8	Spodbujanje aktivnosti za izboljšave v delovnem okolju.	218	0	1,4	4,1	40,8	53,7	4,47	0,64
9	Iskanje dodatnega izobraževanja, da izboljšujete svoje znanje in veščine.	219	0,5	1,8	8,2	40,2	49,3	4,36	0,75
10	Dajanje stroki zdravstvene nege pomembnost skozi sodelovanje v aktivnostih širše zdravstvene obravnave.	219	0	1,4	14,6	46,6	37,4	4,20	0,73
11	Prepoznavanje vloge profesionalnih združenj (npr. Zbornica Zveza) v zdravstveni negi pri oblikovanju politike razvoja zdravstva.	220	0	3,6	29,1	43,6	23,6	3,87	0,81
12	Promoviranje enakih možnosti za dostop do zdravstvene nege in zdravstvene obravnave.	220	0,5	2,7	16,4	44,1	36,4	4,13	0,81
13	Sprejemanje odgovornosti za prepoznavanje zdravstvenih potreb pri pacientih, ki izhajajo iz kulturno različnih okolij.	220	0,5	0	12,3	38,6	48,6	4,35	0,73
14a	Sprejemanje obveznosti za svoje delo.	221	0	0	3,2	26,7	70,1	4,67	0,53
14b	Sprejemanje odgovornosti za svoje delo.	221	0,5	0	5,0	19,0	75,6	4,69	0,61
15	Ohranjanje kompetentnosti za svoje področje dela.	219	0	0,5	5,0	29,2	65,3	4,59	0,61
16a	Ščititi moralne pravice pacientov.	218	0	0	6,0	22,5	71,6	4,66	0,59
16b	Ščititi pravne pravice pacientov	219	0,9	1,8	9,1	27,4	60,7	4,45	0,81
17	Odklanjanje sodelovanja v izvajanju zdravstvene obravnave, če je le ta z etičnega vidika v nasprotju z vašimi profesionalnimi vrednotami.	220	0,9	0,9	14,5	31,4	52,3	4,33	0,82
18	Delovanje kot pacientov zagovornik.	219	1,4	1,8	18,3	40,2	38,4	4,12	0,87
19	Sodelovanje pri raziskovanju v zdravstveni negi in/ali ustreznem uvajanju rezultatov raziskav v prakso.	218	1,4	2,3	17,9	40,4	38,1	4,11	0,87
20	Zagotavljanje zdravstvene nege brez predsodkov do različnih življenjskih slogov pacientov.	218	0,5	1,4	9,6	30,3	58,3	4,44	0,76
21	Ščititi pacientove pravice do zasebnosti.	218	0,5	0	4,1	17,0	78,4	4,73	0,58
22	Soočanje izvajalcev zdravstvene nege z dvomljivo oz. neprimerno prakso.	218	1,4	1,4	9,6	37,2	50,5	4,34	0,82
23	Ščititi pravice vključenih v raziskave.	220	0,5	1,4	10,0	36,8	51,4	4,37	0,76
24	Delovanje po načelih natančnosti in spoštovanja do posameznika.	219	0,5	0	3,7	26,9	68,9	4,64	0,60
25	Ohranjanje zaupnost do pacienta	220	0,5	,9	3,2	14,1	81,4	4,75	0,60

26	Sodelovanje v aktivnostih profesionalnih združenj na področju zdravstvene nege.	218	0,5	1,8	13,8	38,5	45,4	4,27	0,80
----	---	-----	-----	-----	------	------	------	------	------

Legenda: 1, 2, 3, 4, 5: (1) Sploh ni pomembno; (2) Ni pomembno; (3) Delno ni pomembno, delno je pomembno; (4) Je pomembno; (5) Zelo je pomembno, M... aritmetična sredina, SD ... standardna deviacija.

Kot je iz Tabele 3 razvidno udeleženci skoraj vse trditve, ki označujejo različne vidike profesionalnih vrednot, ocenjujejo z visoko povprečno oceno več kot 4,00, oziroma z deleži odgovorov, ki se v največji meri gibljejo pri oceni »se popolnoma strinjam« in »se strinjam«. Nekoliko nižje strinjanje izražajo s trditvami »Sodelovanje pri odločanju o javnih politikah o razporeditvi sredstev.« (delež odgovorov »popolnoma se strinjam« znaša 18,6 %, M = 3,65; SD = 1,01), »Sodelovanje v recenzijah strokovnih ali znanstvenih besedil.« (delež odgovorov »popolnoma se strinjam« znaša 16,7 %, M = 3,63; SD = 0,94) in »Prepoznavanje vloge profesionalnih združenj (npr. Zbornica Zveza) v zdravstveni negi.« (delež odgovorov »popolnoma se strinjam« znaša 23,6 %, M = 3,87; SD = 0,81), vendar so tudi pri teh trditvah povprečne ocene višje kot 3,00, skupni seštevek deležev odgovorov na kategoriji »popolnoma se strinjam« in »se strinjam« pa preseže 50 % udeležencev, ki so ocenjevali trditve. Ti podatki kažejo, da je strinjanje udeležencev tudi s temi tremi trditvami visoko, vendar nekoliko nižje, kot to velja za ostale trditve.

Za trditve instrumenta profesionalne vrednote v zdravstveni negi, smo izračunali povezanost z demografskimi spremenljivkami, in sicer z naslednjimi:

- razumevanje opredelitve zdravstvene nege;
- sorodnik/sorodnica zaposlen v zdravstvu;
- spol udeležencev.

Predpostavke za uporabo parametričnih testov (npr. t-test) niso izpolnjene, zato smo za ugotavljanje neodvisnosti uporabili Mann-Whitneyev neparametrični test.

Pred preverjanjem neodvisnosti oz. soodvisnosti spremenljivke razumevanje opredelitve zdravstvene nege in trditev vprašalnika profesionalnih vrednot, smo odgovore udeležencev na pet-stopenjski lestvici razumevanja združili v dve kategoriji, in sicer dobro razumevanje (odgovor »popolnoma razumem« in »razumem«) in šibko razumevanje (odgovori »sploh ne razumem«, »ne razumem« in »delno ne razumem, delno razumem«). Test nakazuje, da tisti udeleženci, ki menijo, da razumejo opredelitev zdravstvene, ocenjujejo profesionalne vrednote zdravstvene nege bolj pozitivno, kot tisti, ki opredelitev razumejo slabše. Velikosti učinkov (angl. *effect size*) so šibke do srednje velike. Glede na ugotovitve raziskave lahko sklepamo tudi na nekatere značilne razlike v okviru populacije. Statistično značilne razlike se pojavljajo v primerih naslednjih vrednot:

- »Kontinuirano spremljanje lastnega dela.«
- »Prositi za posvetovanje/sodelovanje, ko ne morete sami obvladovati potreb pacienta.«
- »Spodbujanje aktivnosti za izboljšave v delovnem okolju. Iskanje dodatnega izobraževanja, da izboljšujete svoje znanje in veščine.«
- »Dajanje stroki zdravstvene nege pomembnost skozi sodelovanje v aktivnostih širše zdravstvene obravnave.«
- »Promoviranje enakih možnosti za dostop do zdravstvene nege in zdravstvene obravnave.«
- »Sprejemanje odgovornosti za prepoznavanje zdravstvenih potreb pri pacientih, ki izhajajo iz kulturno različnih okolij.«
- »Ščititi moralne pravice pacientov.«



- »Ščititi pravne pravice pacientov.«
- »Odklanjanje sodelovanja v izvajanju zdravstvene obravnave, če je le ta z etičnega vidika v nasprotju z vašimi profesionalnimi vrednotami.«
- »Delovanje kot pacientov zagovornik.«
- »Sodelovanje pri raziskovanju v zdravstveni negi in/ali ustreznem uvajanju rezultatov raziskav v prakso.«
- »Soočanje izvajalcev zdravstvene nege z dvomljivo oz. neprimerno prakso.«
- »Delovanje po načelih natančnosti in spoštovanja do posameznika.«
- »Ohranjanje zaupnost do pacienta.«

Pri ugotavljanju neodvisnosti ocenjevanja pomembnosti trditev vprašalnika profesionalnih vrednot in spola nismo zasledili razlik med dekleti in fanti. Test je pokazal samo na eno profesionalno vrednoto, ki jo statistično značilno dekleta besedno izražajo intenzivneje kot fanti, in sicer: »Sprejemanje odgovornosti za svoje delo.«, velikost učinka pa je relativno šibka. Prav tako test ni pokazal razlik med tistimi, ki imajo sorodnika zaposlenega v zdravstvu in tistimi, ki nimajo sorodnika v zdravstvu.

### **2.2.5.3. Ključne ugotovitve sklopa »Prepričanja, stališča, kompetence, profesionalne vrednote in raziskovanje v zdravstveni negi: preliminarni rezultati raziskave med študenti Zdravstvene nege«**

V nadaljevanju predstavljamo rezultate raziskave, strukturirane v štiri podpoglavja, v skladu s cilji raziskave: 3.1 Razumevanje zdravstvene nege; 3.2 Prepričanja in stališča do poklica medicinska sestra, 3.3 Nazivi in splošne kompetence izvajalcev zdravstvene nege, 3.4 Profesionalne vrednote v zdravstveni negi, 3.5. Stališča do raziskovanja v zdravstveni negi in 3.6 Primerjava rezultatov med dijaki in študenti Zdravstvene nege.

#### **2.2.5.3.1. Razumevanje opredelitve zdravstvene nege**

Na vprašanje o tem, kako dobro podana definicija zdravstvene nege povzema ključne značilnosti zdravstvene nege v dejanskem kliničnem okolju je odgovorilo 132 udeležencev. Ocene, da opredelitev zdravstvene nege: *»Zdravstvena nega obsega samostojno, neodvisno in sodelujočo obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalidne in umirajoče ljudi. Glavne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter managementa zdravstvenih sistemov in izobraževanje«*, popolnoma povzema ključne značilnosti zdravstvene nege je podalo 21 udeležencev oz. 15,9 % vseh, ki so odgovorili na to vprašanje. Oceno, da »povzema ključne značilnosti zdravstvene nege« je podalo 82 udeležencev oz. 62,1 % udeležencev, ki so odgovarjali na to vprašanje. Oceno, da opredelitev »delno ne povzema, delno povzema« ključne značilnosti zdravstvene nege je podalo 25 udeležencev (18,9 % udeležencev, ki so odgovarjali na vprašanje). Oceno, da opredelitev »ne povzema« ali »sploh ne povzema« ključnih značilnosti zdravstvene nege pa so podali štirje udeleženci (3,1 %).

### 2.2.5.3.2. Prepričanja in stališča do poklica medicinska sestra

Tabela 2 prikazuje odgovore na prepričanja in stališča do poklica medicinska sestra, število vseh odgovorov na posamezno postavko in deleže odgovorov za posamezno kategorijo odgovorov na pet-stopenjski lestvici, povprečno oceno in standardno deviacijo odgovorov na posamezno trditev.

Iz tabele 2 je razvidno, da je stopnja strinjanja (prevladujoče ocene »se popolnoma strinjam« in »se strinjam«) visoka pri skoraj vseh trditvah vprašalnika. Največji delež udeležencev se je ocenil kot neopredeljen (ocena »se niti ne strinjam, niti strinjam«) pri naslednjih trditvah: »Ljudje na splošno cenijo delo medicinskih sester.«, »Delo medicinskih sester cenijo tudi druge stroke v zdravstvu.«, »Pacienti cenijo delo medicinskih sester v enaki meri kot cenijo delo zdravnikov.«. Pri teh trditvah je bil višji tudi deleže udeležencev, ki se ne strinjajo s trditvami, še posebno pri trditvah »Delo medicinskih sester cenijo tudi druge stroke v zdravstvu.« (delež odgovorov se »sploh ne strinjam« in »se ne strinjam« znaša 33,3 %) in »Pacienti cenijo delo medicinskih sester v enaki meri kot cenijo delo zdravnikov.« (delež odgovorov se »sploh ne strinjam« in »se ne strinjam« znaša 59,2 %). Poleg teh trditvev je delež udeležencev, ki so izrazili svoje nestrinjanje, najvišji tudi pri trditvah »Poklic medicinske sestre je ženski poklic.« (delež odgovorov se »sploh ne strinjam« in »se ne strinjam« znaša 82,5 %), »Vsakdo lahko brez večjega truda postane medicinska sestra.« (delež odgovorov se »sploh ne strinjam« in »se ne strinjam« znaša 75 %) in »Medicinske sestre predpisujejo zdravila in preiskave.«. (delež odgovorov se »sploh ne strinjam« in »se ne strinjam« znaša 87,5 %). To so tudi trditve, ki so po svoji naravi negativno zastavljene (inverzne) oz. odražajo nekatere stereotipne predstave o delu medicinske sestre v splošni javnosti.

Tabela 2. Deskriptivne statistike odgovorov na trditve prepričanj in stališč do poklica medicinska sestra za 25 vključenih trditvev

Trditve	(N)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	M	SD
Medicinske sestre sodelujejo pri zdravljenju bolnikov.	120	0,8	3,3	10,8	31,7	53,3	4,33	0,86
Medicinske sestre zagotavljajo varno okolje za bolnike.	120	0	0,8	11,7	33,3	54,2	4,41	0,73
Medicinske sestre negujejo bolnike.	120	0	0	5,0	27,5	67,5	4,63	0,58
Medicinske sestre izobražujejo in vzgajajo bolnike.	120	0	0,8	13,3	30,0	55,8	4,41	0,75
Poklic medicinske sestre je ženski poklic.	120	52,5	30	13,3	1,7	2,5	1,72	0,94
Medicinska sestra pri svojem delu tudi raziskuje.	120	0	3,3	22,5	45,0	29,2	4,00	0,81
Medicinske sestre se morajo ob delu nenehno učiti.	120	0	0,8	3,3	26,7	69,2	4,64	0,59
Medicinske sestre, ki so zaključile šolanje na fakulteti, lahko opravljajo zahtevnejša dela, kot tiste, ki so zaključile srednjo šolo.	120	1,7	3,3	14,2	34,2	46,7	4,21	0,92

Vsakdo lahko brez večjega truda postane medicinska sestra.	120	45,8	29,2	16,7	5,0	3,3	1,91	1,06
Medicinske sestre se ukvarjajo s fiziološkimi potrebami bolnikov, kot osebna higiena, hranjenje, gibanje, spanje.	120	0,8	0,8	11,7	41,7	45,0	4,29	0,77
Medicinske sestre se ukvarjajo s psihološkimi potrebami bolnikov, kot so pogovor o bolezni, razumevanje bolezni, stiske in strahovi, ki jih bolniki doživljajo ob bolezni.	120	0,8	1,7	8,3	40,8	48,3	4,34	0,77
Medicinske sestre predpisujejo zdravila in preiskave.	120	73,3	14,2	8,3	0,8	3,3	1,47	0,93
Medicinske sestre pri svojem delu upoštevajo želje in zmožnosti bolnikov.	120	0	2,5	17,5	50,8	29,2	4,07	0,75
Medicinske sestre so v zdravstvu enako pomembne kot zdravniki.	120	8,3	4,2	5,0	20,8	61,7	4,23	1,24
Medicinske sestre so zagovornice pacientovih pravic.	120	0	1,7	13,3	33,3	51,7	4,35	0,77
Delo medicinskih sester je zanimivo.	120	0	0	8,3	33,3	58,3	4,50	0,65
Delo medicinskih sester je obremenjujoče - zahteva miselni, čustveni in fizični napor.	120	0	0	6,7	30,0	63,3	4,57	0,62
Ljudje na splošno cenijo delo medicinskih sester.	120	9,2	15,0	38,3	27,5	10,0	3,14	1,09
Delo medicinskih sester cenijo tudi druge stroke v zdravstvu.	120	10,0	23,3	48,3	13,3	5,0	2,80	0,97
Pacienti cenijo delo medicinskih sester v enaki meri kot cenijo delo zdravnikov.	120	15,0	44,2	30,8	6,7	3,3	2,39	0,94
Medicinske sestre opravljajo veliko različnih nalog in aktivnosti, ki se pogosto spreminjajo.	120	0	0	14,2	45,0	40,8	4,27	0,69
Za poklic medicinske sestre se lahko odločijo le tisti, ki jih veseli delo z ljudmi.	120	1,7	7,5	15,0	36,7	39,2	4,04	1,00
Ponosen/ ponosna sem, da se izobražujem za poklic medicinske sestre.	120	0	1,7	3,3	25,8	69,2	4,63	0,64
Delati kot medicinska sestra je to, kar si želim početi do upokojitve.	120	0,8	3,3	23,3	22,5	50,0	4,18	0,96
Nameravam nadaljevati študij na področju zdravstvene nege.	120	3,3	14,2	27,5	25,8	29,2	3,63	1,14

Legenda: 1, 2, 3, 4, 5: (1) Sploh se ne strinjam; (2) Se ne strinjam; (3) Se niti ne strinjam, niti strinjam; (4) Se strinjam; (5) Popolnoma se strinjam, M... aritmetična sredina, SD ... standardna deviacija.

Za trditve instrumenta prepričanja in stališča do poklica medicinska sestra smo izračunali povezanost z demografskimi spremenljivkami, in sicer:

- povezanost dejstva, da sorodnik dela na področju zdravstva, s prepričanji in stališči do poklica medicinska sestra;
  - povezanost spola udeležencev s prepričanji in stališči do poklica medicinska sestra.
- Predpostavke za uporabo parametričnih testov (npr. t-test) niso izpolnjene, zato smo pri preverjanju neodvisnosti uporabili Mann-Whitneyev neparametrični test za ugotavljanje neodvisnosti.

Spol se ni pokazal kot pomembni dejavnik prepričanj in stališč do poklica medicinska sestra na vzorcu študentov zdravstvene nege. Mann-Whitneyev test za ugotavljanje neodvisnosti nakazuje, da statistično značilnih razlik med stališči glede poklica medicinska sestra pri študentih in študentkah, praktično ni, oz se je ta pokazala le pri dveh trditvah »Medicinske sestre se ukvarjajo s fiziološkimi potrebami bolnikov, kot osebna higiena, hranjenje, gibanje, spanje.« (Mann-Whitneye U = 532,5, p = 0,01) ter »Medicinske sestre se morajo pri delu nenehno učiti.« (Mann-Whitneye U = 593,5, p = 0,02). Število moških udeležencev pa je majhno in ne dopušča sklepanja oz. zaključevanja za celotno populacijo.

Udeležence raziskave smo med demografskimi spremenljivkami vprašali, ali je kdo od njihovih sorodnikov dela na področju zdravstva. Na to vprašanje je odgovorilo vseh 159 udeležencev, od tega jih je 63 (39,6 %) odgovorilo »da«, 96 (60,4 %) pa z »ne«. Neparametrični Mann-Whitneyev test za ugotavljanje neodvisnosti med trditvami instrumenta prepričanj in stališč do poklica medicinska sestra ter dejstvom, da ima udeleženec sorodnika/sorodnico, ki dela na področju zdravstva, kaže, da statistično značilnih razlik med stališči o medicinskih sestrah tistih, ki imajo v družini zaposlenega nekoga v zdravstvu, in tistimi, ki tega nimajo, praktično ni. Pokazala se je statistično pomembna razlika le za trditev »Nameravam nadaljevati študij na področju zdravstvene nege.« (Mann-Whitneye U = 1316, p = 0,01).

### 2.2.5.3.3. Nazivi in splošne kompetence v zdravstveni negi

V Tabeli 3 so prikazani odgovori na vprašanja, ki se nanašajo na stopnjo strinjanja s prevodi nazivov različnih ravni izvajalcev zdravstvene nege ter na stopnjo strinjanja s splošnimi kompetencami, kot jih podaja mednarodno združenje EFN (2014) z upoštevanje dopolnitve Evropske direktive za regulirane poklice, verzija 2013/55/EU. Tabela prikazuje število vseh odgovorov na posamezno postavko in deleže odgovorov za posamezno kategorijo odgovorov na pet-stopenjski lestvici, povprečno oceno in standardno deviacijo odgovorov na posamezno trditev.

Tabela 3. Prepričanja o ustreznosti prevoda nazivov poklicev in ustreznost predlaganih splošnih kompetenc različnih ravni izvajalcev zdravstvene nege

Vprašanja	(N)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	M	SD
<b>V kolikšni meri se strinjate s prevodi angleških poimenovanj za izvajalce v slovenski jezik?</b>								
Healthcare Assistant (HCA) – zdravstveni asistent (ZA)	118	3,4	9,3	28,8	39,0	19,5	3,62	1,01
General Care Nurse (GCN) – diplomirana medicinska sestra / zdravstvenik (dipl. m. s. / dipl. zn.)	118	3,4	8,5	16,1	45,8	26,3	3,83	1,02

Specialist Nurse (SN) – diplomirana medicinska sestra specialistka (dipl. m. s. / dipl. zn., spec.)	118	2,5	5,9	16,1	43,2	32,2	3,97	0,98
Advanced Nurse Practitioner (ANP) – magistrica zdravstvene nege (mag. zdr. neg.)	118	2,5	8,5	22,0	44,9	22,0	3,75	0,98
<b>V kolikšni meri se strinjate z opisi splošnih kompetenc za posamezno kategorijo izvajalcev?<sup>2</sup></b>								
Healthcare Assistant (HCA) – zdravstveni asistent (ZA): Pomočnik, ki DMS/DZN neposredno pomaga pri izvajanju zdravstvene nege v institucionalnem ali domačem okolju, pri čemer upošteva zahtevane standarde in je pod neposrednim ali posrednim nadzorom DMS/DZN.	118	0,8	5,9	28,8	45,8	18,6	3,75	0,86
General Care Nurse (GCN) – dipl. m. s. / dipl. zn.: Samostojni izvajalec zdravstvenih storitev, ki je sposoben delati individualno ali sodelovati z drugimi zdravstvenimi delavci, ter je zaključil študijski program zdravstvene nege v skladu s standardi iz 31. člena prenovljene evropske direktive 2005/36/EC..	118	0	0	17,8	57,6	24,6	4,07	0,65
Specialist Nurse (SN) – dipl. m. s., spec. / dipl. zn., spec.: DMS/DZN z naprednimi znanji, ki lahko dela kot specialist s strokovnim znanjem na določenem področju zdravstvene nege.	118	0	0	11,0	55,9	33,1	4,22	0,63
Advanced Nurse Practitioner (ANP) – mag. zdr. neg.: DMS/DZN, ki ima magisterij zdravstvene nege, podiplomsko znanje za izvajanje zahtevnejših in naprednih oblik dela, z razvito sposobnostjo odločanja in kliničnimi kompetencami za širok spekter kliničnih praks na napredni ravni.	118	0,8	0,8	20,3	50,0	28,0	4,03	0,77

Legenda: 1, 2, 3, 4, 5: (1) Sploh se ne strinjam; (2) Se ne strinjam; (3) Se niti ne strinjam, niti strinjam; (4) Se strinjam; (5) Popolnoma se strinjam, M... aritmetična sredina, SD ... standardna deviacija.

Iz Tabele 3 je razvidno, da se več kot polovica udeležencev strinja (seštevek odgovorov »popolnoma se strinjam« in »se strinjam«) z vsemi štirimi predlaganimi prevodi nazivov za štiri ravni izvajalcev oz. poklicev v zdravstveni negi. Udeleženci so bili sicer pri ocenjevanju prevodov nazivov nekoliko bolj zadržni, saj so na celotnem vprašalniku podajali več odgovorov »se strinjam«, kot »popolnoma se strinjam«. Pri prevodih nazivov je delež udeležencev, ki se strinja s prevodom naziva zdravstveni asistent (58,5 %), nižje od deleža udeležencev, ki se strinjajo s prevodi nazivov diplomirana medicinska sestra / zdravstvenik

<sup>2</sup> Okrajšava za dipl. m. s. / dipl. zn. v tem instrumentu je DMS/DZN.

(72,1 %), diplomirana medicinska sestra specialistka (75,4 %) in magistrica zdravstvene nege (66,9 %). Pri tem pa je potrebno opozoriti, da jasno izraženega nestrinjanja s prevodom naziva zdravstveni asistent udeleženci niso izrazili v visokem odstotku (12,7 % udeležencev, ki so odgovarjali na vprašanje, je izbralo oceno »sploh se ne strinjam« ali »se ne strinjam«.

Podobno kažejo tudi rezultati ocenjevanja strinjanja splošnih kompetenc za štiri ravni izvajalcev. Čeprav se več kot polovica udeležencev strinja (seštevek odgovorov »popolnoma se strinjam« in »se strinjam«) z vsemi štirimi predlaganimi opisi splošnih kompetenc izvajalcev v zdravstveni negi, je bil najnižji delež strinjanja (64,4 %) podan s strani udeležencev pri splošnih kompetencah zdravstvenega asistenta. Za ostale poklice so udeleženci ocenili svoje strinjanje v 82,2 % za diplomirano medicinsko sestro / zdravstvenika, v 89 % za diplomirano medicinsko sestro specialistko in v 78 % za magistrico zdravstvene nege.

Za trditve instrumenta nazivi in splošne kompetence v zdravstveni negi, smo izračunali povezanost z demografskimi spremenljivkami, in sicer z naslednjimi:

- spol udeležencev,
- sorodnik/sorodnica zaposlen v zdravstvu.

Pri preverjanju odnosov med spremenljivkami smo uporabili Mann-Whitneyev neparametrični test za ugotavljanje neodvisnosti, saj predpostavke za parametrične teste niso bile izpolnjene. Mann-Whitneyev test nakazuje, da ni statistično značilnih razlik v mnenjih glede na stopnjo spol udeležencev ali dejstvom, da ima udeleženec sorodnika, zaposlenega v zdravstvu.

#### 2.2.5.3.4. Profesionalne vrednote v zdravstveni negi

Tabela 4 prikazuje odgovore, ki odražajo pomembnost trditev instrumenta o profesionalnih vrednotah v zdravstveni negi. V tabeli 4 je prikazano število vseh odgovorov na posamezno postavko in deleže odgovorov za posamezno kategorijo odgovorov na pet-stopenjski lestvici, povprečno oceno in standardno deviacijo odgovorov na posamezno trditev.

Tabela 4. Profesionalne vrednote v zdravstveni negi

Trditve		(N)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	M	SD
1	Kontinuirano spremljanje lastnega dela.	100	0	1,0	7,0	37,0	55,0	4,46	0,67
2	Prositi za posvetovanje/sodelovanje, ko ne morete sami obvladovati potreb pacienta.	100	0	0	6,0	25,0	69,0	4,63	0,59
3a	Ščititi zdravje v družbi.	100	0	0	9,0	34,0	57,0	4,48	0,66
3b	Ščititi varnost zdravstvene obravnave v družbi.	100	0	1,0	9,0	35,0	55,0	4,44	0,70
4	Sodelovanje pri odločanju o javnih politikah o razporeditvi sredstev.	100	0	3,0	28,0	34,0	35,0	4,01	0,87
5	Sodelovanje v recenzijah strokovnih ali znanstvenih besedil.	100	0	9,0	30,0	32,0	29,0	3,81	0,96
6	Izdelovanje/uvajanje standardov kot vodilo za delo.	100	0	4,0	12,0	34,0	50,0	4,30	0,83
7	Razvijanje in širjenje standardov dela za delo s študenti in dijaki.	100	0	2,0	9,0	34,0	55,0	4,42	0,74
8	Spodbujanje aktivnosti za izboljšave v delovnem okolju.	100	0	2,0	5,0	23,0	70,0	4,61	0,68

9	Iskanje dodatnega izobraževanja, da izboljšujete svoje znanje in veščine.	100	0	0	9,0	33,0	58,0	4,49	0,66
10	Dajanje stroki zdravstvene nege pomembnost skozi sodelovanje v aktivnostih širše zdravstvene obravnave.	100	1	0	9,0	37,0	53,0	4,41	0,74
11	Prepoznavanje vloge profesionalnih združenj (npr. Zbornica Zveza) v zdravstveni negi pri oblikovanju politike razvoja zdravstva.	100	1,0	3,0	21,0	38,0	37,0	4,07	0,89
12	Promoviranje enakih možnosti za dostop do zdravstvene nege in zdravstvene obravnave.	100	0	1,0	7,0	38,0	54,0	4,45	0,67
13	Sprejemanje odgovornosti za prepoznavanje zdravstvenih potreb pri pacientih, ki izhajajo iz kulturno različnih okolij.	100	1	0	12,0	42,0	45,0	4,30	0,76
14 a	Sprejemanje obveznosti za svoje delo.	100	0	1,0	5,0	30,0	64,0	4,57	0,64
14 b	Sprejemanje odgovornosti za svoje delo.	100	0	1,0	5,0	24,0	70,0	4,63	0,63
15	Ohranjanje kompetentnosti za svoje področje dela.	100	0	0	4,0	30,0	66,0	4,62	0,57
16 a	Ščititi moralne pravice pacientov.	100	0	0	5,0	24,0	71,0	4,66	0,57
16 b	Ščititi pravne pravice pacientov	100	1,0	3,0	9,0	27,0	60,0	4,42	0,86
17	Odklanjanje sodelovanja v izvajanju zdravstvene obravnave, če je le ta z etičnega vidika v nasprotju z vašimi profesionalnimi vrednotami.	100	0	1,0	23,0	32,0	44,0	4,19	0,83
18	Delovanje kot pacientov zagovornik.	100	0	0	10,0	32,0	58,0	4,48	0,67
19	Sodelovanje pri raziskovanju v zdravstveni negi in/ali ustreznem uvajanju rezultatov raziskav v prakso.	100	0	2,0	21,0	33,0	44,0	4,19	0,84
20	Zagotavljanje zdravstvene nege brez predsodkov do različnih življenjskih slogov pacientov.	100	0	2,0	8,0	36,0	54,0	4,42	0,73
21	Ščititi pacientove pravice do zasebnosti.	100	0	0	7,0	24,0	69,0	4,62	0,62
22	Soočanje izvajalcev zdravstvene nege z dvomljivo oz. neprimerno prakso.	100	1	0	13,0	32,0	54,0	4,38	0,79
23	Ščititi pravice vključenih v raziskave.	100	0	3,0	14,0	31,0	52,0	4,32	0,83
24	Delovanje po načelih natančnosti in spoštovanja do posameznika.	100	0	0	6,0	26,0	68,0	4,62	0,60
25	Ohranjanje zaupnost do pacienta	100	0	0	4,0	21,0	74,0	4,67	0,65
26	Sodelovanje v aktivnostih profesionalnih združenj na področju zdravstvene nege.	100	0	2,0	13,0	39,0	46,0	4,29	0,77
Dimenzija »skrb«		100						4,50	0,69
Dimenzija »aktivizem in profesionalizem«		100						4,22	0,81
Dimenzija »zaupanje in pravičnost«		100						4,50	0,66

Legenda: 1, 2, 3, 4, 5: (1) Sploh ni pomembno; (2) Ni pomembno; (3) Delno ni pomembno, delno je pomembno; (4) Je pomembno; (5) Zelo je pomembno, M... aritmetična sredina, SD ... standardna deviacija.

Kot je iz Tabele 4 razvidno, udeleženci vse trditve vprašalnika profesionalnih vrednot, razen ene, ocenjujejo z visoko povprečno oceno več kot 4,00. Deleži odgovorov pa se v največji

meri gibljejo pri ocenah »se popolnoma strinjam« in »se strinjam«. Nekoliko nižje strinjanje izražajo pri trditvi »Sodelovanje v recenzijah strokovnih ali znanstvenih besedil.« (M = 3,81; SD = 0,96), »Prepoznavanje vloge profesionalnih združenj (npr. Zbornica Zveza) v zdravstveni negi pri oblikovanju politike razvoja zdravstva. (M = 4,07; SD = 0,89) in »Sodelovanje pri odločanju o javnih politikah o razporeditvi sredstev.« (M = 4,01; SD = 0,87). Najvišji ocenjeni dimenziji profesionalni vrednot sta dimenziji »skrb« (M = 4,50; SD = 0,69) in »zaupanje in pravičnost« (M = 4,50; SD = 0,66). Nekoliko nižje pa je ocenjena dimenzija »aktivizem in profesionalizem« (M = 4,22; SD = 0,81).

Za trditve instrumenta profesionalne vrednote v zdravstveni negi, smo izračunali povezanost z demografskimi spremenljivkami, in sicer z naslednjimi:

- spol udeležencev,
- sorodnik/sorodnica zaposlen v zdravstvu.

Predpostavke za uporabo parametričnih testov (npr. t-test) niso izpolnjene, zato smo za ugotavljanje neodvisnosti uporabili Mann-Whitneyev neparametrični test.

Pri ugotavljanju neodvisnosti ocenjevanja pomembnosti trditev vprašalnika profesionalnih vrednot in spola nismo zasledili večjih razlik med študenti in študentkami. Test je pokazal tri profesionalne vrednote, ki jih statistično značilno dekleta besedno izražajo intenzivneje kot fanti, in sicer: »Prositi za posvetovanje/sodelovanje, ko ne morete sami obvladovati potreb pacienta.«, »Ščititi moralne vrednote pacientov.«, »Delovanje po načelih natančnosti in spoštovanja do posameznika.« in »Ohranjanje zaupnosti do pacienta.«. Test pa ni pokazal razlik med tistimi, ki imajo sorodnika zaposlenega v zdravstvu in tistimi, ki nimajo sorodnika v zdravstvu. Test nakazuje, da med posamezniki, ki imajo v svojem sorodstvu nekoga, zaposlenega v zdravstveni negi, in tistimi, ki ga nimajo, glede ocenjevanja pomembnosti poklicnih vrednot ni razlik.

### 2.2.5.3.5. Stališča do raziskovanja v zdravstveni negi

Tabela 6 prikazuje povprečne vrednosti ocen trditev vprašalnika stališč do raziskovanja v zdravstveni negi. V prvi koloni tabele je prikazano število vseh odgovorov na posamezno trditev, v koloni od 2 do 6 so prikazani deleži odgovorov za posamezno kategorijo odgovorov na pet-stopenjski lestvici, v zadnjih dveh kolonah pa so prikazane povprečne ocene in standardne deviacije odgovorov na posamezno trditev.

Tabela 6. Stališča do raziskovanja v zdravstveni negi – deskriptivne statistike

Trditve	(N)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	M	SD
Medicinska sestra mora znati brati literaturo v angleščini.	113	3,5	2,7	13,3	46,9	33,6	4,04	0,95
Sodelovanje pri razvoju stroke zdravstvene nege ne pomaga razvijati praktičnih veščin.	113	38,9	10,6	23,0	15,9	11,5	2,50	1,43
Na področju zdravstvene nege obstaja preveč člankov in raziskav, preveč je govora o raziskovanju in razvoju.	113	43,4	26,5	15,9	0	0	2,06	1,20
Zanimivo se mi zdi brati znanstvene članke s področja zdravstvene nege.	113	2,7	10,6	35,4	25,7	25,7	3,61	1,06



Zdravstvena nega potrebuje v primerjavi z medicino manj znanja, ki temelji na raziskavah.	113	61,9	15,0	11,5	9,7	1,8	1,74	1,11
Znanost in raziskave na področju zdravstvene nege stroko opisujejo in jo delajo vidno.	113	3,5	6,2	29,2	32,7	28,3	3,76	1,05
Zdravstvena nega je praktična stroka, ki ne potrebuje raziskav.	113	75,2	11,5	8,0	2,7	2,7	1,46	0,95
Strokovna literatura s področja zdravstvene nege bi morala biti na voljo na delovnem mestu (npr. na oddelkih).	113	0	3,5	11,5	26,5	58,4	4,40	0,83
Jezik, ki se uporablja pri pisanju znanstvenih člankov, se mi zdi preveč zapleten.	113	19,5	30,1	35,4	9,7	5,3	2,51	1,08
Sodelovanje pri razvoju stroke zdravstvene nege se mi ne zdi smiselno.	113	49,6	10,6	14,2	10,6	15,0	2,31	1,53
Sodelovanje pri razvoju stroke zdravstvene nege bi moralo biti ena od nalog medicinske sestre.	113	1,8	8,0	29,2	27,4	33,6	3,83	1,04
Če želimo razviti zdravstveno oskrbo pacientov, se morajo medicinske sestre aktivirati v praksi, ne na področju raziskovanja.	113	14,2	27,4	36,3	9,7	12,4	2,79	1,18
Rad/-a se udeležujem mednarodnih znanstvenih konferenc.	113	8,8	19,5	29,2	24,8	17,7	3,23	1,21
Izobraževalni programi za delavce v zdravstveni negi preveč temeljijo na raziskavah.	113	17,7	30,1	37,2	8,8	6,2	2,56	1,08
Raziskave v zdravstveni negi otežujejo vsakodnevna opravila medicinskih sester.	113	31,0	27,4	26,5	8,0	7,1	2,33	1,20
Predavanja v sklopu izobraževalnega programa za delavce v zdravstveni negi bi se morala izvajati na delovnem mestu, saj bi tako spodbudili razvoj stroke.	113	1,8	9,7	26,5	33,6	28,3	3,77	1,03
Raziskovalno delo na področju zdravstvene nege ne zvišuje statusa stroke.	113	41,6	13,3	30,1	9,7	5,3	2,24	1,24
Doktorat na področju zdravstvene nege bi moral biti predpogoj za nekatere vodilne položaje v zdravstveni negi.	113	15,0	17,7	24,8	23,0	19,5	3,14	1,34
Nadaljnje izobraževanje v raziskavah in študij, ki temelji na raziskovanju, nima pomena za prihodnost.	113	58,4	19,5	15,9	6,2	0,0	1,70	0,95
Moja vloga medicinske sestre je dovolj močna, da lahko vplivam na stroko zdravstvene nege tudi brez znanja o raziskovanju.	113	43,4	23,9	23,9	4,4	4,4	2,03	1,12
Pri raziskavah v zdravstveni negi se uporablja preveč zapleten jezik.	113	26,5	28,3	33,6	8,0	3,5	2,34	1,07
Več medicinskih sester v klinični praksi bi moralo imeti doktorat ali se izobraževati na podiplomski stopnji.	113	23,0	26,5	24,8	15,0	10,6	2,64	1,28
Sodelovanje pri raziskavah ne prinaša dodatnih strokovnih večščin,	113	43,4	23,9	24,8	5,3	2,7	2,00	1,07

ki jih potrebujejo medicinske sestre.								
Rezultati raziskav v zdravstveni negi se morajo bolj posredovati medicinskim sestram na delovnem mestu.	113	2,7	4,4	25,7	32,7	34,5	3,92	1,01
Raziskovalno delo v zdravstveni negi je bistvenega pomena za moj strokovni razvoj.	113	5,3	7,1	33,6	32,7	21,2	3,58	1,07
Nerealno je pričakovati, da bi se rezultate raziskav uporabljalo pri praktičnem delu medicinskih sester.	113	31,0	22,1	32,7	8,0	6,2	2,36	1,18
Sodelovanje v raziskovalnem delu bi moralo biti ena od nalog medicinske sestre.	113	6,2	17,7	35,4	24,8	15,9	3,27	1,12
Usposobljenost na področju zdravstvene nege je predvsem posledica dolgoletnih praktičnih izkušenj.	113	3,5	8,8	43,4	29,2	15,0	3,43	0,97
Ne potrudim se, da bi izvedel/-a za rezultate raziskav.	113	24,8	31,9	31,0	8,8	3,5	2,35	1,06
Študentje zdravstvene nege so/bi morali biti pomemben faktor na delovnem mestu, ki prispeva k razvoju stroke.	113	0	6,2	34,5	26,5	32,7	3,86	0,95
Očitno je, da bi morala zdravstvena nega temeljiti na znanstvenih in zaupanja vrednih izkušnjah.	113	0	6,2	31,0	31,9	31,0	3,88	0,93
Ni se smiselno ukvarjati z raziskovalnim delom v zdravstveni negi.	113	66,4	14,2	16,8	1,8	0,9	1,57	0,90
Medicinske sestre bi si morale vzeti čas, da bi prebrale raziskovalna poročila.	113	,9	10,6	34,5	26,5	27,4	3,69	1,02
Vpeljava sprememb in preizkušanje novih idej sta zelo pomembna vidika v zdravstveni negi.	113	0	1,8	28,3	29,2	40,7	4,09	0,87
Mislím, da so vprašanja v tem vprašalniku pomembna.	113	2,7	7,1	29,2	26,5	34,5	3,83	1,07

Legenda: 1, 2, 3, 4, 5: (1) Sploh ne drži; (2) Ne strinjam; (3) Srednje drži; (4) Večinoma drži; (5) Povsem drži, M... aritmetična sredina, SD ... standardna deviacija.

Kot je razvidno iz Tabele 6 udeleženci kažejo pozitivna stališča do raziskovanja v zdravstveni negi. Trditve, ki so ocenjene s povprečnimi ocenami manj kot 3,00 so inverzne trditve in tako kažejo, da se večino udeleženci ne strinjajo z izjavami, kot na primer: »Ni se smiselno ukvarjati z raziskovalnim delom v zdravstveni negi.«, »Nerealno je pričakovati, da bi se rezultate raziskav uporabljalo pri praktičnem delu medicinskih sester.« ali »Zdravstvena nega je praktična stroka, ki ne potrebuje raziskav.«. Najvišje ocenjene trditev vprašalnika so: »Medicinska sestra mora znati brati literaturo v angleščini.« (M = 4,04; SD = 0,95); »Strokovna literatura s področja zdravstvene nege bi morala biti na voljo na delovnem mestu (npr. na oddelkih).« (M = 4,40; SD = 0,83) in »Vpeljava sprememb in preizkušanje novih idej sta zelo pomembna vidika v zdravstveni negi.« (M = 4,09; SD = 0,87). Med trditvami, kjer so udeleženci najbolj neodločeni (delež odgovorov »delno drži« enak ali višji od 35 %) pa so: »Zanimivo se mi zdi brati znanstvene članke s področja zdravstvene nege.« (% odgovorov delno drži = 35,4), »Jezik, ki se uporablja pri pisanju znanstvenih člankov, se mi zdi preveč zapleten.« (% odgovorov delno drži = 35,4 %), »Če želimo razviti zdravstveno oskrbo

pacientov, se morajo medicinske sestre aktivirati v praksi, ne na področju raziskovanja.« (% odgovorov delno drži = 36,3 %), »Izobraževalni programi za delavce v zdravstveni negi preveč temeljijo na raziskavah.« (% odgovorov delno drži = 37,2 %), »Sodelovanje v raziskovalnem delu bi moralo biti ena od nalog medicinske sestre.« (% odgovorov delno drži = 35,4 %), »Usposobljenost na področju zdravstvene nege je predvsem posledica dolgoletnih praktičnih izkušenj (% odgovorov delno drži = 43,4 %). Večina navedenih trditvev nakazuje prepričanje o velikem (večjem) pomenu prakse in izkušenj (praktičnega znanja) za zdravstveno nego.

#### 2.2.5.3.6. Primerjava rezultatov med dijaki in študenti Zdravstvene nege

Kot zadnji cilj raziskave smo si zadali primerjati rezultate raziskave, ki so jih pridobili na vzorcu dijakov srednje šole smeri Zdravstvena nega in študenti dodiplomskega študijskega programa Zdravstvena nega. Pri izvedbi raziskave nismo izhajali iz predpostavk oz. hipotez, saj je zaradi pomanjkanja tovrstnih raziskav primerjave dijakov in študentov Zdravstvene nege pomanjkljivo oz. jih nismo zasledili. Prav zato je raziskava eksploratorne narave, s pomočjo katere skušamo podati opis morebitnih značilnosti in razlik, tudi zaradi samega vzorca (nizka odzivnost srednjih šol in študentov) pa ne moremo sklepati na značilnosti celotne populacije. Primerjavo podatkov smo izvedli na tistih spremenljivkah, ki so bili enotni za dijake in študente. To so: (i) prepričanja in stališča do poklica medicinska sestra; (ii) prepričanja o predlogih prevodov nazivov in opisa splošnih kompetenc za različne poklice v zdravstveni negi in (iii) profesionalne vrednote v zdravstveni negi. Primerjavo podajamo kot posebno poglavje Rezultatov, da so ti bolj pregledni in ločeni za vsak vzorec. Nekatere podatke zato ponovno prikažemo.

Predpostavke za uporabo parametričnih testov (npr. t-test) niso izpolnjene, zato smo za ugotavljanje neodvisnosti uporabili Mann-Whitneyev neparametrični test. Tabela 7 povzema že predstavljene rezultate o povprečnih vrednostih in standardnem odklonu za trditve instrumenta *Prepričanja in stališča do poklica medicinska sestra* za srednješolce in študente. Primerjavo rezultatov smo izvedli le za tiste trditve vprašalnika, ki so se pokazale kot zanesljive in veljavne za oba vzorca udeležencev (za dijake in študente). Zadnja kolona prikazuje Mann-Whitney U statistike z označenimi statistično pomembnimi ravnmi vrednosti le teh.

Tabela 7. Prepričanja in stališča do poklica medicinska sestra – razlike v trditvah med dijaki in študenti zdravstvene nege

Trditve	N dijaki	N študenti	M dijaki	M študenti	Mann Whitney v U
Medicinske sestre sodelujejo pri zdravljenju bolnikov.	221	120	4,75	4,33	6368,00**
Medicinske sestre zagotavljajo varno okolje za bolnike.	221	120	4,70	4,41	7000,00**
Medicinske sestre negujejo bolnike.	221	120	4,80	4,63	7158,00**
Medicinske sestre se ukvarjajo s fiziološkimi potrebami bolnikov, kot osebna higiena, hranjenje, gibanje, spanje.	219	120	4,60	4,29	6288,50**
Pacienti cenijo delo medicinskih sester v enaki meri kot cenijo delo zdravnikov.	183	120	2,84	2,39	7061,50**
Ponosen/ ponosna sem, da se izobražujem za poklic medicinske sestre.	221	120	4,35	4,63	7692,50*

Delati kot medicinska sestra je to, kar si želim početi do upokojitve.	221	120	3,04	4,18	4499,00**
--	-----	-----	------	------	-----------

Legenda: N dijaki, N, študenti... število udeležencev iz obeh raziskav, ki so odgovarjali na posamezno vprašanje/ trditve, M dijaki, M študenti.... Aritmetična sredina odgovorov na trditve, \*\*.... Mann Whitneyev U je statistično pomemben na ravni  $p \leq 0,01$ , \*.... Mann Whitneyev U je statistično pomemben na ravni  $p \leq 0,05$ .

Kot je iz Tabele 7 razvidno, se študenti in dijaki statistično pomembno razlikujejo v ocenjevanju sedmih trditvev. Zar razliko od študentov, dijaki ocenjujejo višjo stopnjo strinjanja pri vseh trditvah, z izjemo dveh, in sicer »Ponosen/ ponosna sem, da se izobražujem za poklic medicinske sestre.« in »Delati kot medicinska sestra je to, kar si želim početi do upokojitve.«. Študentje izkazuje več namer za nadaljevanje študija zdravstvene nege ( $p \leq 0,01$ ) in nekoliko višji ponos do izobraževanja za poklic medicinske sestre ( $p \leq 0,05$ ).

Tabela 8 prikazuje povprečne vrednosti in standardne odklone za trditve vprašalnika ustreznosti prevodov nazivov in opisov splošnih kompetenc za različne ravni izvajalcev oz. poklicev v zdravstveni negi. V tabeli prikazujemo le tiste rezultate, ki so se pokazali kot statistično pomembni.

Tabela 8. Prevodi nazivov in opisi splošnih kompetenc v zdravstveni negi - razlike v odgovorih med dijaki in študenti zdravstvene nege

Vprašanja	N dijaki	N študenti	M dijaki	M študenti	Mann Whitneyev U
<b>V kolikšni meri se strinjate s prevodi angleških poimenovanj za izvajalce v slovenski jezik?</b>					
General Care Nurse (GCN) – diplomirana medicinska sestra / zdravstvenik	220	118	4,04	3,83	11245,0*
Advanced Nurse Practitioner (ANP) – magistrica zdravstvene nege	219	118	4,16	3,75	9861,0**
<b>V kolikšni meri se strinjate z opisi splošnih kompetenc za posamezno kategorijo izvajalcev?</b>					
Healthcare Assistant (HCA) – zdravstveni asistent (ZA): Pomočnik, ki DMS/DZN neposredno pomaga pri izvajanju zdravstvene nege v institucionalnem ali domačem okolju, pri čemer upošteva zahtevane standarde in je pod neposrednim ali posrednim nadzorom DMS/DZN.	220	118	3,19	3,75	10811,0*
Advanced Nurse Practitioner (ANP) – mag. zdr. neg.: DMS/DZN, ki ima magisterij zdravstvene nege, podiplomsko znanje za izvajanje zahtevnejših in naprednih oblik dela, z razvito sposobnostjo odločanja in kliničnimi kompetencami za širok spekter kliničnih praks na napredni ravni.	219	118	4,21	4,03	11218,0*

Legenda: N dijaki, N, študenti... število udeležencev iz obeh raziskav, ki so odgovarjali na posamezno vprašanje/ trditve, M dijaki, M študenti.... Aritmetična sredina odgovorov na trditve, \*\*.... Mann Whitneyev U je statistično pomemben na ravni  $p \leq 0,01$ , \*.... Mann Whitneyev U je statistično pomemben na ravni  $p \leq 0,05$ .

Tabela 8 kaže, da se dijaki in študenti razlikujejo v ocenjevanju štirih od osmih vprašanj iz vprašalnika o percipcijah ustreznosti prevodov nazivov in opisa splošnih kompetenc različnih ravni izvajalcev zdravstvene nege, kot jih podajajo mednarodne usmeritve. Dijaki so statistično pomembno pogosteje izbrali ocene, ki kažejo na strinjanje s prevodi nazivov diplomirana medicinska sestra / zdravstvenik ( $p \leq 0,05$ ) in magistrica/ magister zdravstvene nege ( $p \leq 0,01$ ) ter z opisom splošnih kompetenc magistrice oz. magistra zdravstvene nege

( $p \leq 0,05$ ). V primerjavi s študenti pa se dijaki v manjši meri strinjajo s predlogom opisa splošnih kompetenc zdravstvenega asistenta ( $p \leq 0,05$ ).

Tabela 9 prikazuje trditve, na katerih se dijaki in študenti statistično pomembno razlikujejo v ocenjevanju trditev vprašalnika profesionalnih vrednot v zdravstveni negi. Kot je iz tabele razvidno, se ti razlikujejo v devetih od šestindvajsetih trditev vprašalnika NPVS-R.

Tabela 9. Profesionalne vrednote v zdravstveni negi - razlike v odgovorih med dijaki in študenti zdravstvene nege

Trditve		N dijaki	N študenti	M dijaki	M študenti	Mann Whitneyev U
3a	Ščititi zdravje v družbi.	220	100	4,62	4,48	8630,50*
4	Sodelovanje pri odločanju o javnih politikah o razporeditvi sredstev.	220	100	3,65	4,01	8119,50**
6	Izdelovanje/uvajanje standardov kot vodilo za delo.	221	100	4,06	4,30	8385,00*
8	Spodbujanje aktivnosti za izboljšave v delovnem okolju.	218	100	4,47	4,61	8639,00*
10	Dajanje stroki zdravstvene nege pomembnost skozi sodelovanje v aktivnostih širše zdravstvene obravnave.	219	100	4,20	4,41	8483,50*
12	Promoviranje enakih možnosti za dostop do zdravstvene nege in zdravstvene obravnave.	220	100	4,13	4,45	7947,00**
17	Odklanjanje sodelovanja v izvajanju zdravstvene obravnave, če je le ta z etičnega vidika v nasprotju z vašimi profesionalnimi vrednotami.	220	100	4,33	4,19	8627,00*
18	Delovanje kot pacientov zagovornik.	219	100	4,12	4,48	7935,00**
21	Ščititi pacientove pravice do zasebnosti.	218	100	4,73	4,62	8949,50*

Legenda: N dijaki, N, študenti... število udeležencev iz obeh raziskav, ki so odgovarjali na posamezno vprašanje/ trditve, M dijaki, M študenti.... Aritmetična sredina odgovorov na trditve, \*\*.... Mann Whitneyev U je statistično pomemben na ravni  $p \leq 0,01$ , \*.... Mann Whitneyev U je statistično pomemben na ravni  $p \leq 0,05$ .

Kot je iz Tabele 9 razvidno v primerjavi s študenti kot bolj pomembne ocenjujejo naslednje vrednote: »Ščititi zdravje v družbi.« ( $p \leq 0,05$ ), »Odklanjanje sodelovanja v izvajanju zdravstvene obravnave, če je le ta z etičnega vidika v nasprotju z vašimi profesionalnimi vrednotami.« ( $p \leq 0,05$ ), »Ščititi pacientove pravice do zasebnosti.« ( $p \leq 0,05$ ). Študenti pa v primerjavi z dijaki pa ocenjujejo kot bolj pomembne naslednje vrednote »Sodelovanje pri odločanju o javnih politikah o razporeditvi sredstev.« ( $p \leq 0,01$ ). »Izdelovanje/uvajanje standardov kot vodilo za delo.« ( $p \leq 0,05$ ), »Spodbujanje aktivnosti za izboljšave v delovnem okolju.« ( $p \leq 0,05$ ), »Promoviranje enakih možnosti za dostop do zdravstvene nege in zdravstvene obravnave.«, »Delovanje kot pacientov zagovornik.« ( $p \leq 0,05$ ).

#### 2.2.5.4. Ključne ugotovitve sklopa »Odnos do poklica medicinska sestra – primerjava med osnovnošolci, srednješolci in študenti«

##### 2.2.5.4.1. Prepričanja in stališča do poklica medicinska sestra

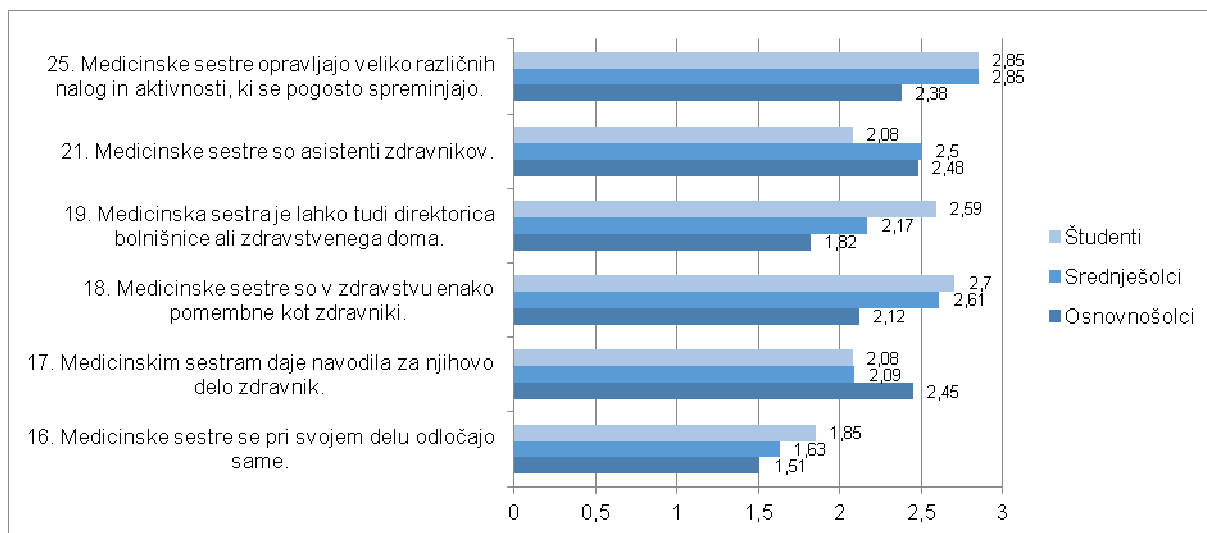
Pri preverjanju povezave med odnosom do poklica medicinske sestre in vrsto anketirancev smo z Levenovim testom ugotovili, da lahko le pri trditvah 6, 18 in 20 spejmemo predpostavko o homogenosti varianc, kar je pogoj za ANOVA test. Pri ostalih trditvah smo razliko med povprečji preverjali z Brown–Forsythe testom (Robust test). (tabela 2)

Tabela 2. Odnos do poklica medicinska sestra glede na skupino anketirancev

Trditve	Osnovnošolci (n= 1.980)		Srednješolci (n=221)		Študenti (n=120)		F	p
	PV	SO	PV	SO	PV	SO		
1. Medicinske sestre sodelujejo pri zdravljenju bolnikov.	2,61	0,61	2,97	0,16	2,81	0,49	213,557	0,000
2. Medicinske sestre zagotavljajo varno okolje za bolnike.	2,57	0,63	2,96	0,23	2,87	0,36	367,583	0,000
3. Medicinske sestre negujejo bolnike.	2,71	0,61	2,96	0,22	2,95	0,22	747,397	0,000
4. Medicinske sestre izobražujejo in vzgajajo bolnike.	1,72	0,72	2,76	0,52	2,85	0,38	482,953	0,000
5. Poklic medicinske sestre je ženski poklic.	1,81	0,79	1,26	0,58	1,22	0,51	445,577	0,000
6. Medicinska sestra pri svojem delu tudi raziskuje.	1,93	0,66	2,72	0,55	2,71	0,52	217,450	0,000
7. Medicinske sestre se morajo ob delu nenehno učiti.	2,14	0,71	2,88	0,40	2,95	0,25	596,875	0,000
8. Za delo medicinske sestre se moraš šolati na fakulteti.	2,06	0,74	1,42	0,73	2,18	0,81	324,466	0,000
9. Za delo medicinske sestre je dovolj srednja zdravstvena šola.	2,07	0,75	2,71	0,60	2,03	0,77	302,926	0,000
10. Medicinske sestre, ki so zaključile šolanje na fakulteti, lahko opravljajo zahtevnejša dela, kot tiste, ki so zaključile srednjo šolo.	2,42	0,70	2,69	0,63	2,76	0,53	408,025	0,000
11. Vsakdo lahko brez večjega truda postane medicinska sestra.	1,44	0,66	1,25	0,55	1,33	0,63	336,812	0,000
12. Medicinske sestre se ukvarjajo s fiziološkimi potrebami bolnikov, kot osebna higiena, hranjenje, gibanje, spanje.	2,51	0,64	2,94	0,26	2,85	0,40	352,068	0,000
13. Medicinske sestre se ukvarjajo s psihološkimi potrebami bolnikov, kot so pogovor o bolezni, razumevanje bolezni, stiske in strahovi, ki jih bolniki doživljajo ob bolezni.	2,17	0,71	2,81	0,47	2,87	0,41	475,775	0,000
14. Medicinske sestre predpisujejo zdravila in preiskave.	1,55	0,73	1,13	0,47	1,17	0,47	425,337	0,000
15. Medicinske sestre pri svojem delu upoštevajo želje in zmožnosti bolnikov.	2,25	0,63	2,81	0,48	2,77	0,48	392,247	0,000
16. Medicinske sestre se pri svojem delu odločajo same.	1,51	0,66	1,63	0,77	1,85	0,75	343,879	0,000
17. Medicinskim sestram daje navodila za njihovo delo zdravnik.	2,45	0,68	2,09	0,76	2,08	0,69	362,966	0,000
18. Medicinske sestre so v zdravstvu enako pomembne kot zdravniki.	2,12	0,72	2,61	0,71	2,7	0,68	78,817	0,000
19. Medicinska sestra je lahko tudi direktorica bolnišnice ali zdravstvenega doma.	1,82	0,74	2,17	0,87	2,59	0,69	382,142	0,000
20. Medicinska sestra lahko doseže najvišjo možno stopnjo izobrazbe.	2,20	0,74	2,50	0,73	2,65	0,71	35,108	0,000
21. Medicinske sestre so asistenti zdravnikov.	2,48	0,66	2,50	0,73	2,08	0,85	302,58	0,000
22. Delo medicinskih sester je zanimivo.	2,17	0,77	2,81	0,44	2,91	0,28	552,293	0,000
23. Delo medicinskih sester je obremenjujoče – zahteva miselni, čustveni in fizični napor.	2,32	0,67	2,90	0,35	2,93	0,25	641,667	0,000
24. Ljudje na splošno cenijo delo medicinskih sester.	2,21	0,67	2,11	0,82	2,13	0,78	347,492	0,108
25. Medicinske sestre opravljajo veliko različnih nalog in aktivnosti, ki se pogosto spreminjajo.	2,38	0,62	2,85	0,39	2,85	0,35	481,872	0,000
26. Za poklic medicinske sestre se lahko odločijo le tisti, ki jih veseli delo z ljudmi.	2,32	0,70	2,64	0,64	2,67	0,63 9	366,320	0,000

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, 1- Se ne strinjam, 2 : Se delno ne strinjam, delno strinjam, 3 – Se strinjam; F = ANOVA: statistična značilnost pri vrednosti p je manj kot 0,05; Robust test: Brown–Forsythe test: statistična značilnost pri vrednosti p je manj kot 0,05

Ugotavljamo, da so razlike med variancami vseh treh skupin statistično pomembne v vseh trditvah ( $p=0,000$ ) razen ene. Iz tega sledi, da se odnos do poklica medicinske sestre med osnovnošolci, srednješolci in študenti v naši raziskavi razlikuje (tabela 2). Osnovnošolci so se z večino trditvev manj strinjali kot srednješolci in študenti. Osnovnošolci so delno nestrinjanje izrazili pri trditvah, da medicinska sestra pri svojem delu tudi raziskuje ( $PV=1,93$ ,  $SO=0,331$ ), da se morajo medicinske sestre ob delu nenehno učiti ( $PV=2,14$ ,  $SO=0,709$ ), da medicinske sestre vzgajajo in izobražujejo bolnike ( $PV=1,72$ ,  $SO=0,722$ ), da so medicinske sestre v zdravstvu enako pomembne kot zdravniki ( $PV=2,12$ ,  $SO=0,721$ ), kar se razlikuje od mnenja študentov in srednješolcev, ki so izrazili strinjanje s temi trditvami. S trditvijo, da je poklic medicinske sestre ženski poklic se niso strinjali tako srednješolci ( $PV=1,26$ ,  $SO=0,584$ ) kot študenti ( $PV=1,22$ ,  $SO=0,505$ ), medtem ko so bili osnovnošolci do tega vprašanja nekoliko bolj neopredeljeni ( $PV=1,81$ ,  $SO=0,797$ ) ( $p=0,000$ ) (tabela 2).



Slika 1. Povprečne vrednosti trditev o kompleksnosti dela medicinskih sester in njihovem položaju v odnosu do zdravnika glede na 3 skupine anketirancev (1- Se ne strinjam , 2 : Se delno ne strinjam, delno strinjam, 3 – Se strinjam)

Mnenje osnovnošolcev v raziskavi o kompleksnosti dela medicinskih sester in njihovem položaju v odnosu do zdravnika se razlikuje od mnenja srednješolcev in študentov vključenih v raziskavo. Le 9% osnovnošolcev meni, da se medicinske sestre pri svojem delu odločajo same (18,1% srednješolcev, 21,7% študentov). 56,3% jih meni, da jim daje navodila za njihovo delo zdravnik (33,2% srednješolcev, 28,3% študentov). Da so medicinske sestre asistenti zdravnikov meni 56,9% osnovnošolcev, 63,5% srednješolcev in 40,0% študentov. Tretjina (32,6%) osnovnošolcev je mnenja, da so medicinske sestre v zdravstvu enako pomembne kot zdravniki, medtem ko to velja za 75,1% srednješolcev in 82,5% študentov. Le petina (19,7%) osnovnošolcev vidi medicinsko sestro na direktorskem položaju. To velja za slabo polovico (47,9%) srednješolcev in 70,8% študentov. Osnovnošolci gledajo na delo medicinskih sester kot manj kompleksno, saj se le 46% strinja s trditvijo, da medicinske sestre opravljajo veliko različnih nalog in aktivnosti, ki se pogosto spreminjajo. Temu pritrjuje veliko višji delež srednješolcev (87,2%) in študentov (85,8%).

Največje odstopanje v povprečni vrednosti odgovorov anketiranih srednješolcev iz zdravstvenih srednjih šol glede na drugi dve skupini anketirancev je bilo pri trditvi, da je za delo medicinske sestre dovolj srednja zdravstvena šola ( $p=0,000$ ). Temu je pritrnila večina srednješolcev ( $PV= 2,71$ ,  $SO= 0,754$ ), medtem ko so delno strinjanje in delno nestrinjanje s trditvijo označili tako osnovnošolci ( $PV=2,07$ ,  $SO=0,766$ ) kot srednješolci ( $PV=2,03$ ,  $SO=0,766$ ). Statistično pomembne razlike v odgovorih srednješolcev in študentov smo ugotavljali v več trditvah o delu medicinskih sester: da medicinske sestre sodelujejo pri zdravljenju bolnikov ( $p=0,000$ ); da zagotavljajo varno okolje za bolnike ( $p=0,009$ ); da se morajo ob delu nenehno učiti ( $p=0,042$ ); da se je za njihovo delo potrebno šolati na fakulteti ( $p=0,000$ ); da je za delo medicinske sestre dovolj srednja zdravstvena šola ( $p=0,000$ ); da se ukvarjajo s fiziološkimi potrebami bolnikov ( $p=0,036$ ); da je lahko medicinska sestra tudi direktorica bolnišnice ali zdravstvenega doma ( $p=0,000$ ) ter da so asistenti zdravnikov ( $p=0,000$ ) (tabela 3). V večini teh trditev so odgovori obeh skupin anketirancev sicer blizu strinjanja. Najbolj izstopajo odgovori na trditvah, da se je za delo medicinskih sester potrebno šolati na fakulteti ter da je za delo medicinske sestre dovolj srednja zdravstvena šola. Nestrinjanje s trditvijo, da se moraš za delo medicinske sestre šolati na fakulteti je v naši

raziskavi izrazilo 72,1% srednješolcev in 25% študentov strinjanje pa 14,2% srednješolcev in 43,3% študentov. Z omenjeno trditvijo je povezana trditev, da je za delo medicinske sestre dovolj srednja zdravstvena šola, s katero se je strinjalo 79,3% srednješolcev in 30,8% študentov.

Tabela 3. Razlike v odnosu do poklica medicinska sestra med proučevanimi skupinami anketirancev

Trditve	Osnovnošolci - Srednješolci		Osnovnošolci - Študenti		Srednješolci - Študenti	
	t	p	t	p	t	p
1. Medicinske sestre sodelujejo pri zdravljenju bolnikov.	-20,383	0,000	-4,134	0,000	3,571	0,000
2. Medicinske sestre zagotavljajo varno okolje za bolnike.	-18,526	0,000	-8,039	0,000	2,642	0,009
3. Medicinske sestre negujejo bolnike.	-12,506	0,000	-10,020	0,000	0,373	0,710
4. Medicinske sestre izobražujejo in vzgajajo bolnike.	-26,766	0,000	-29,479	0,000	-1,832	0,068
5. Poklic medicinske sestre je ženski poklic.	12,699	0,000	12,055	0,000	0,742	0,458
6. Medicinska sestra pri svojem delu tudi raziskuje.	-17,170	0,000	-12,703	0,000	0,267	0,789
7. Medicinske sestre se morajo ob delu nenehno učiti.	-23,118	0,000	-28,555	0,000	-2,043	0,042
8. Za delo medicinske sestre se moraš šolati na fakulteti.	12,192	0,000	-1,614	0,000	-8,600	0,000
9. Za delo medicinske sestre je dovolj srednja zdravstvena šola.	-14,514	0,000	0,523	0,601	8,406	0,000
10. Medicinske sestre, ki so zaključile šolanje na fakulteti, lahko opravljajo zahtevnejša dela, kot tiste, ki so zaključile srednjo šolo.	-6,055	0,000	-6,568	0,000	-0,973	0,331
11. Vsakdo lahko brez večjega truda postane medicinska sestra.	4,894	0,000	1,923	0,057	-1,220	0,224
12. Medicinske sestre se ukvarjajo s fiziološkimi potrebami bolnikov, kot osebna higiena, hranjenje, gibanje, spanje.	-18,413	0,000	-8,519	0,000	2,108	0,036
13. Medicinske sestre se ukvarjajo s psihološkimi potrebami bolnikov, kot so pogovor o bolezni, razumevanje bolezni, stiske in strahovi, ki jih bolniki doživljajo ob bolezni.	-18,416	0,000	-17,472	0,000	-1,064	0,288
14. Medicinske sestre predpisujejo zdravila in preiskave.	11,717	0,000	8,241	0,000	-0,724	0,047
15. Medicinske sestre pri svojem delu upoštevajo želje in zmožnosti bolnikov.	-15,981	0,000	-11,462	0,000	0,699	0,485
16. Medicinske sestre se pri svojem delu odločajo same.	-2,085	0,038	-5,369	0,000	-2,529	0,012
17. Medicinskim sestram daje navodila za njihovo delo zdravnik.	7,462	0,000	5,802	0,000	0,051	0,960
18. Medicinske sestre so v zdravstvu enako pomembne kot zdravniki.	-9,736	0,000	-8,613	0,000	-1,062	0,289
19. Medicinska sestra je lahko tudi direktorica bolnišnice ali zdravstvenega doma.	-5,670	0,000	-11,169	0,000	-4,886	0,000
20. Medicinska sestra lahko doseže najvišjo možno stopnjo izobrazbe.	-5,671	0,000	-6,806	0,000	-1,867	0,063
21. Medicinske sestre so asistenti zdravnikov.	-0,405	0,686	5,004	0,000	4,530	0,000
22. Delo medicinskih sester je zanimivo.	-18,854	0,000	-24,812	0,000	-2,624	0,009
23. Delo medicinskih sester je obremenjujoče – zahteva miselni, čustveni in fizični napor.	-20,959	0,000	-22,206	0,000	-0,687	0,492
24. Ljudje na splošno cenijo delo medicinskih sester.	1,861	0,064	1,100	0,273	-0,299	0,765
25. Medicinske sestre opravljajo veliko različnih nalog in aktivnosti, ki se pogosto spreminjajo.	-15,976	0,000	-13,584	0,000	0,003	0,998
26. Za poklic medicinske sestre se lahko odločijo le tisti, ki jih veseli delo z ljudmi.	-7,101	0,000	-5,719	0,000	-0,270	0,787

Legenda: t-test:  $p < 0,05$  – razlike med aritmetičnima sredinama obeh skupin so statistično pomembne

#### 2.2.5.4.2. Ključne ugotovitve raziskave v DP 2.2

V sklopu Ciljno raziskovalnem programu V5-1570 »Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina: mednarodno primerljiv sistem sekundarnega in terciarnega izobraževanja v zdravstveni negi kot temelj raziskav in prispevka znanosti k trajnostnemu razvoju« smo izvedli tri raziskave med ključnimi deležniki izobraževanja s področja zdravstvene nege: med osnovnošolci in na vzorcu dijakov in študentov smeri Zdravstvena nega. Na vseh treh vzorcih smo uporabili nekoliko drugačno baterijo vprašalnikov oz. instrumentov raziskave, saj smo le-te skušali v čim večji meri prilagoditi proučevanim populacijam. Zaradi slabše odzivnosti srednjih šol in fakultet, sta vzorca dijakov in študentov, predvsem slednjih, premajhna za izvajanje zanesljivih zaključkov. Kljub temu pa rezultati nakazujejo nekaj trendov. Med osnovnošolsko populacijo se kaže dobro poznavanje zdravstvene nege in poklicev v



zdravstveni negi. Nakazuje pa se prevladujoče predstave, utemeljene na biomedicinske modelu zdravja, v sklopu katerega zdravstvena nega izvaja predvsem aktivnosti, usmerjene na fiziološke potreba pacientov, manj pa aktivnosti usmerjene na edukacijo in celostno obravnavo pacienta. Burazor (2015) ugotavlja podobne značilnosti predstav o medicinski sestri, ki pretežno skrbi za osebno higieno in previjanje ran. Med značilnimi pa so se pokazale tudi predstave o podrejenosti medicinske sestre zdravnikom.

Prevladujoča pa so tudi prepričanja o podrejenosti medicinske sestre drugim poklicem, predvsem zdravniku, ki so verjetno tudi podlaga za ustvarjanje predstave o zdravstveni negi kot o manj cenjenem poklicu med pacienti, splošno populacijo in drugimi strokami v zdravstvu, ki so uveljavljene na vzorcu dijakov in študentov. Tradicionalna podoba zdravstvene nege lahko razumemo kot del patriarhalne kulture, v kateri imajo medicinske sestre vlogo »zatirane skupine« (Fletcher, 2007, str. 210). Podoba o zdravstveni negi, ki jo ima populacija tistih, ki se za poklice v zdravstveni negi še šolajo, predstavlja odraz kulture zdravstvene nege, kot model te podobe pa so za šolajoče medicinske sestre (Pahor, 2002). Prav zato je potrebno načrtno pristopiti k razvoju samopodobe medicinskih sestri, utemeljene na profesionalizmu in vrednosti svojega dela. Šolajoči za poklice v zdravstveni negi se dobro zavedajo svojih profesionalnih vrednot, čeprav so nekoliko v manjši meri prepričani v pomembnost vrednot aktivizma in profesionalizma. Aktivizem in profesionalizem, v obliki sodelovanja pri ustvarjanju javnih politik sofinanciranja, aktivnega sodelovanja v Zbornici – Zvezi in recenziranja strokovnih in znanstvenih člankov, so na vzorcu dijakov in študentov med nižje (čeprav še vedno visoko) ocenjene vrednote. Težko zaključimo ali k takim rezultatom botruje raven profesionalnega razvoja (starost, raven izobraževanja in delovne izkušnje) v zdravstveni negi, ali gre morda tudi za širšo kulturno značilnost, saj podobne rezultate kažejo tudi raziskave, opravljene na vzorcu izvajalcev zdravstvene nege v Sloveniji (Skela – Savič et al., 2016). Verjetno sta aktivizem in profesionalizem vrednoti, ki v slovenskem prostoru zdravstvene nege nista med izvajalci toliko zaželeni, kar pa se povezuje tudi s kulturo podrejenosti, v kateri zatirana skupina ni motivirana in si ne želi aktivno vključevati po vertikalni hierarhični liniji navzgor, ampak se prilagodi podrejeni vlogi in jo sprejme za svojo. V širši družbi se taka značilnost kulture imenuje distanca moči (Babnik, 2010). Distanca moči orisuje odnos do enakosti in hierarhije v družbi in pomeni stopnjo, do katere člani družbe pričakujejo in dopuščajo, da so avtoriteta, moč v družbi in status razporejeni neenakomerno (Babnik, 2010, str. 39).

Na vzorcu dijakov in študentov smo preverjali prepričanja udeležencev o prevodih nazivov in opisih splošnih kompetenc za različne ravni izvajalcev v zdravstveni negi, kot te določajo mednarodne usmeritve (EFN, 2014). Med dijaki in študenti je manjše strinjanje ali splošni konsenz za prevod poklica in opis splošnih kompetenc zdravstveni asistent. Rezultati naše raziskave kažejo na potrebo po podrobnejšem razumevanju nestrinjanja s predlaganimi prevodi naziva in splošnimi kompetencami med izvajalci zdravstvene nege predvsem na ravni zdravstveni asistent, saj se za ta poklic dosledno (na vzorcu dijakov in študentov) kaže manjši konsenz v zvezi s predlogom prevoda naziva in opisom splošnih kompetenc, ne glede na to, da je opis tudi te ravni izvajalca in kompetenc prilagojen mednarodnim smernicam (EFN, 2014; ICN, 2008).

Raziskovanje v zdravstveni negi se v tujini proučuje že dlje časa, tudi med študenti (Karadaş & Özdemir, 2015; Hsiu-Min et al., 2014; Björkström et al., 2003; Harrison, Lowery & Bailey, 1991). Rezultati naše raziskave na vzorcu študentov kažejo relativno pozitivna stališča do raziskovanja v zdravstveni negi, ob sočasno uveljavljenem prepričanju o raziskovanju kot

»dodatni« in ne redni delovni obveznosti medicinske sestre ter poudarjenem pomenu prakse za razvoj stroke in njenih izvajalcev.

Rezultati opravljenih raziskav kažejo na sicer pozitivna stališča do različnih vidikov profesionalizma v zdravstveni negi med dijaki in študenti, ki pa vključujejo elemente poklicne kulture zdravstvene nege (pomen prakse, nižja motivacija za aktivistično delovanje in sodelovanje v profesionalnih združenjih, percepcije manjvrednosti poklica), ki verjetno pripomore tudi k manjši motivaciji za spremembe v praksi. Rezultati primerjave med tremi skupinami udeležencev (osnovnošolci, dijaki, študenti) pa nakazujejo vpliv izobraževanja za poklice v zdravstveni negi, saj so predstave osnovnošolcev bližje splošni podobi medicinske sestre v družbi, kot jo potrjujejo predhodne raziskave (Price & McGillis, 2014). Osnovnošolci niso vključeni v proces izobraževanja za bodoče medicinske sestre in so s poklicem medicinska sestra seznanjeni le na podlagi osebnih izkušenj in prek splošnega osnovnošolskega izobraževanja. Slednje pa nakazuje, da informacije, ki jih predstavniki poklica sporočajo splošni javnosti ne zajemajo vseh vidikov dela in položaja poklica.

## Literatura

- Alfred, D., Yarbrough, S., Martin, P., Mink, J., Lin, Y., & Wang, L. S. (2013). Comparison of professional values of Taiwanese and United States nursing students. *Nursing Ethics*, 20(8), 917-926. doi:10.1177/0969733013484486
- Babnik, K. 2010. Vloga societalne in organizacijske kulture v odnosu zaposlenih do dela: doktorska disertacija. Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo.
- Babnik, K., Bizjak, M., Ličen, S., Poklar Vatovec, T., Pucer, P., Štemberger Kolnik, T., Žvanut, B. 2015. Dejavniki poklicnega odločanja v zdravstveni negi in v prehranskem svetovanju - dietetiki. V: Hozjan, D. (ur.). *Razvijanje kakovosti na Univerzi na Primorskem*: [večavtorska znanstvena monografija]. Koper: Založba Univerze na Primorskem, 2015, str. 121-133., Dostopno na: <http://www.hippocampus.si/ISBN/978-961-6963-65-7.pdf>. (27.7.2016)
- Baraga, A., Knific, M., Zupan, S., Žvanut, B., Štemberger Kolnik, T. 2016. Povezanost profesionalnih in osebnih vrednot medicinskih sester skozi prizmo študentov zdravstvenih ved. In: Železnik, D. & Železnik, U. (ur.). 2016. Profesionalne vrednote skozi prizmo študentov zdravstvenih ved : zbornik 8. študentske konference zdravstvenih ved, [Mladinski kulturni center Slovenj Gradec, 3. junij 2016]. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede.
- Bečaj, J. 2000. Temelji socialnega vplivanja. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo.
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, 82(3): 402-407
- Bronfenbrenner, U. 1994. Ecological models of human development. In: *International Encyclopedia of Education*, Vol 3, 2nd Ed. Oxford: Elsevier, 1643 - 1647.
- Björkström, M.E., Hamrin, E.K. 2001. Swedish nurses' attitudes towards research and development within nursing. *Journal Of Advanced Nursing*, 34(5):706-714.
- Björkström, M., Johansson, I., Hamrin, E., & Athlin, E. 2003. Swedish nursing students' attitudes to and awareness of research and development within nursing. *Journal Of Advanced Nursing*, 41(4), 393-402. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02557.x
- Black, J. et al., 2008. Competencies in the context of entry-level registered nurse practice: a collaborative project in Canada. *International Nursing Review*, 55(2), pp. 171-178.
- Burazor, A. 2015. *Javnomnenjska podoba zdravstvene nege* [diplomsko delo]. Izola: Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju.
- Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council, 2013. Official Journal of the European Union, L354/132.
- Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications, 2005. Official Journal of the European Union, L255, pp . 22-142 . [pdf ] Dostopno na: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:EN:PDF> (12.8.2016)
- Donmez, R. O. & Ozsoy, S. 2016. Factors influencing development of professional values among nursing students. *Pakistan Journal Of Medical Sciences*, 32(4), 1-6.
- Earle S. 2010. What is health? In: Denny E., Earle S. (eds.), *Sociology for Nurses*, 2nd Ed., Cambridge: Polity Press, str. 50 - 71.
- EFN Workforce Committee, 2014. EFN Matrix on the 4 Categories of the Nursing Care Continuum. EFN Workforce Committee.
- Eley, R., Eley, D., and Rogers-Clark, C. 2010. Reasons for entering and leaving nursing: an Australian regional study. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28(1): 6-13.

- Evropska Komisija. 2009. Comprehensive sectoral analysis of emerging competences and economic activities in the European Union: Health and social work, Brussels, European Commission. Dostopno na: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=782&langId=en&newsId=583&furtherNews=yes>
- Fealy, G. M. 2004. 'The good nurse': visions and values in images of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 46: 649–656.
- Fisher, M. D. 2014. A comparison of professional value development among pre-licensure nursing students in associate degree, diploma, and bachelor of science in nursing programs. *Nursing Education Perspectives*, 35(1):37-42.
- Fletcher, K. 2007. Image: changing how women nurses think about themselves. Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 58(3): 207-215
- Geçkil, E., Ege, E., Akin, B., & Göz, F. (2012). Turkish version of the revised nursing professional values scale: Validity and reliability assessment. *Japan Journal Of Nursing Science*, 9(2), 195-200. doi:10.1111/j.1742-7924.2011.00202.x
- Ghadirian, F., Salsali, M., & Cheraghi, M. A. (2014). Nursing professionalism: An evolutionary concept analysis. *Iranian Journal Of Nursing & Midwifery Research*, 19(1), 1-10.
- Gibson, D. M., Dollarhide, C. T., & Moss, J. M. (2010). Professional Identity Development: A Grounded Theory of Transformational Tasks of New Counselors. *Counselor Education & Supervision*, 50(1), 21-38.
- Grolnick, W.S., Deci, E.L. in Ryan, R.M. (1997). Interanlization within the family: The self-determination theory perspective. V J. E. Grusec in L. Kuczynski (Ur.), *Parenting and children's internalization of values: A handbook of contemporary theory* (str. 135 – 161). New York/ London: John Wiley & Sons.
- Hallam, J. 2002. Vocation to profession: Changing images of nursing in Britain. *Journal of Organizational Change Management*, 15(1): 35 – 47.
- Harrison, L. L., Lowery, B., & Bailey, P. (1991). Changes in nursing students' knowledge about and attitudes toward research following an undergraduate research course. *Journal Of Advanced Nursing*, 16(7), 807-812.
- Hsiu-Min, T., Ching-Yu, C., Chia-Hao, C., & Shwu-Ru, L. (2014). Preparing the future nurses for nursing research: A creative teaching strategy for RN-to-BSN students. *International Journal Of Nursing Practice*, 20(1), 25-31.
- Iacobucci, T. A., Daly, B. J., Lindell, D. & Griffin, M. Q. (2013). Professional values, self-esteem, and ethical confidence of baccalaureate nursing students. *Nursing Ethics*, 20(4), 479-490.
- ICN - International Council of Nurses, 2008. *Nursing Care Continuum and Competencies*. Geneva: ICN.
- ICN - International Council of Nurses 2009. *ICN Framework of Competencies for the Nurse Specialist*. International Council of Nurses, Geneva. Dostopno na: [www.epda.eu.com/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allId=7465](http://www.epda.eu.com/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allId=7465) (30. 8. 2016)
- Jiménez-López, F.R., Roales-Nieto, J.G., Seco, G.V. & Preciado, J. Values in nursing students and professionals: An exploratory comparative study, *Nursing Ethics*, 23(1):79-91.
- Jirwe, M., and Rudman, A.N.N. 2012. Why choose a career in nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 68(7): 1615-1623.
- Karadaş, C., & Özdemir, L. 2015. Hemşirelik Öğrencilerinin Araştırmaya Yönelik Farkındalık ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Journal Of Hacettepe University Faculty Of Nursing*, 2(3), 30-39.
- Kelly, K.P., Turner, A., Gabel Speroni, K., McLaughlin, M.K. & Guzzetta, C.E., 2013. National survey of hospital nursing research, part 2: facilitators and hindrances. *The Journal of nursing administration*, 43(1), pp. 18-23.
- Kuczynski, L., Marshall, S. in Schell, K. (1997). Value socialization in a bidirectional context. V J. E. Grusec in L. Kuczynski (Ur.), *Parenting and children's internalization of values: A handbook of contemporary theory* (str. 23 – 52). New York: John Wiley & Sons.
- LeDuc, K., & Kotzer, A. 2009. Bridging the gap: a comparison of the professional nursing values of students, new graduates, and seasoned professionals. *Nursing Education Perspectives*, 30(5): 279-284.
- Leners, D., Roehrs, C., & Piccone, A. 2006. Tracking the development of professional values in undergraduate nursing students. *Journal Of Nursing Education*, 45(12): 504-511.
- Lin, Y., Li, J., Shieh, S., Kao, C., Lee, I., & Hung, S. (2016). Comparison of professional values between nursing students in Taiwan and China. *Nursing Ethics*, 23(2), 223-230. doi:10.1177/0969733014561912
- Loke, J.C.F., Laurenson, M.C. & Lee, K.W., 2014. Embracing a culture in conducting research requires more than nurses' enthusiasm. *Nurse education today*, 34(1), pp. 132-137.
- Lowe G., Plummer V., O'Brien A.P. & Boyd L. 2012. Time to clarify – the value of advanced practice nursing roles in health care. *Journal of Advance Nursing*, 68(3): 677–685.
- Martin, P., Yarbrough, S., & Alfred, D. 2003. Profession and society. Professional values held by baccalaureate and associate degree nursing students. *Journal Of Nursing Scholarship*, 35(3): 291-296.
- Mladinska knjiga. 2016. *Trusted Brand 2016*. Ljubljana: Mladinska knjiga Založba d.d.. Dostopno na: [http://www.mladinska.com/trusted\\_brand/domov](http://www.mladinska.com/trusted_brand/domov) (27. 4. 2016)
- Morais, F, e Silva, C, Ribeiro, M, Pinto, N, & dos Santos, I. 2011. Restoring nursing care as the practice of maintaining life: Collière planning'. *Revista Enfermagem UERJ*, 19(2): 305-310.
- Muslimović, N., Štemberger Kolnik, T., Babnik, K. 2016. Dejavniki pri odločanju za poklic medicinske sestre. *Revija za zdravstvene vede*, 3(1): 15-28
- NIJZ, n.d. Podatkovni portal. Dostopno na: <https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/> (29. 8. 2016)
- Nsemo, A.D., John, M.E., Etifit, R.E., Mgbekem, M.A. & Oyira, E.J., 2013. Clinical nurses' perception of continuing professional education as a tool for quality service delivery in public hospitals Calabar, Cross River State, Nigeria. *Nurse Education in Practice*, 13(4): 328-334.

- Phor, M. 2002. Medicinske sestre v očeh študentov Zdravstvene nege: kvalitativna študija. *Obzornik zdravstvene nege*, 36: 79–83.
- Pearson, A., Vaughan, B. & Fitzgerald, M. 2005. *Nursing Models for Practice*. Edinburgh: Butterworth Heinemann.
- Popović, P. & Pahor, M., 2011. Javna podoba medicinskih sester v Sloveniji: analiza objav v časniku *Delo*. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(4): 239–245.
- Preston, C. C. & Colman, A. M. Optimal number of response categories in rating scales: reliability, validity, discriminating power, and respondent preferences. *Acta Psychologica*, 104: 1-15. Dostopno na: <https://www2.le.ac.uk/departments/npb/people/amc/articles-pdfs/optinumb.pdf> (10. 8. 2016)
- Prestor, J., 2013. Prenova poklicnih aktivnosti in kompetenc v zdravstveni negi iz vidika stopenj izobraževanja. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji? / 6. posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera quo vadis*, Ljubljana, 27. 3. 2013. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 102-112.
- Price, S.L. 2008. Becoming a nurse: a meta-study of early professional socialization and career choice in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 65(1): 11-19.
- Price, S. L., & McGillis Hall, L. (2014). The history of nurse imagery and the implications for recruitment: a discussion paper. *Journal Of Advanced Nursing*, 70(7), 1502-1509. doi:10.1111/jan.12289
- Reed, J. & Watson D. 1994. The impact of the medical model on nursing practice and assessment. *International Journal of Nursing Studies*, 31(1): 57-66.
- Rezaei-Adaryani M., Salsali M. & Mohammadi E. 2012. Nursing image: an evolutionary concept analysis. *Contemporary nurse*, 43(1): 81-89.
- Riffkin, R. 2014. Americans Rate Nurses Highest on Honesty, Ethical Standards. Gallup Poll Social Series. Dostopno na: <http://www.gallup.com/poll/180260/americans-rate-nurses-highest-honesty-ethical-standards.aspx> (27.4.2016)
- Rossiter, J. C., Bidewell, J. & Chan, P. T. 1998. Non-English speaking background high school students' attitudes towards the nursing profession. *Journal of Advanced Nursing*, 27: 604–613.
- Rossiter, J., Foong, A., & Chan, P. 1999. Attitudes of Hong Kong high school students towards the nursing profession. *Nurse Education Today*, 19(6), 464-471.
- SANCO/1/2009, 2014. EUProject: Creating a Pilot Network of Nurse Educators and Regulators (SANCO/1/2009). contec GmbH. <http://www.hcanetwork.eu/>
- Seago, J. A., Spetz, J., Alvarado, A., Keane, D., & Grumbach, K. (2006). The Nursing Shortage: Is It Really About Image?. *Journal Of Healthcare Management*, 51(2), 96-108.
- Siedlecki, S. L., & Hixson, E. D. (2015). Relationships Between Nurses and Physicians Matter. *Online Journal Of Issues In Nursing*, 20(3), 1. doi:10.3912/OJIN.Vol20No03PPT03
- Skela-Savič, B., Hvalič Touzery, S., Pesjak, K. 2016. Kompetence in profesionalne vrednote v zdravstveni negi = Competences and professional values in nursing. V: SKELA-SAVIČ, Brigita (ur.), HVALIČ TOUZERY, Simona (ur.). *Medpoklicno in medsektorsko povezovanje za razvoj kakovostne in odzivne zdravstvene obravnave : 9. mednarodna znanstvena konferenca, 9. junij 2016, Bled : zbornik predavanj z recenzijo*, Jesenice: Fakulteta za zdravstvo: str. 16-26.
- Skela Savič B. &, Kydd A. 2011. Znanje medicinskih sester kot odziv na potrebe družbe: izhodišča za prepoznavanje zdravstvene nege kot profesije. *Zdravstveno varstvo*, 50(4):286-296. Dostopno na: <http://versita.metapress.com/content/c874g79142740274/?a=36&k=36> (28. 7. 2016).
- Statistični urad RS. 2011. Mednarodni dan žensk 2011. Dostopno na: <http://versita.metapress.com/content/c874g79142740274/?a=36&k=36> (28. 7. 2016).
- Statistični urad RS. 2015. Stopnja registrirane brezposelnosti je bila v januarju 2015 13,5-odstotna. Dostopno na: <http://www.stat.si/statweb/prikazi-novico?id=5086&idp=3&headerbar=2> (20. 8. 2016)
- Strojan, N., Zurc, J., Skela-Savič, B. 2012. Odnos medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(1): 47-55.
- Takase M., Maude P. & Manias E. 2006. Impact of the perceived public image of nursing on nurses' work behaviour. *Journal of Advanced Nursing*, 53(3), 333–343.
- Tavakol, M. & Dennick, R. 2011. Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2:53-55.
- Ten Hoeve Y., Jansen G. & Roodbol P. 2013. The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 295–309.
- Varaei, S., Vaismoradi, M., Jasper, M., & Faghihzadeh, S. (2012). Iranian nurses self-perception - factors influencing nursing image. *Journal Of Nursing Management*, 20(4), 551-560. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01397.x
- Wade, D.T. & Halligan, P.W. Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *British Medical Journal*, 329: 1398 – 1401.
- Weis, D. & Schank, M., 2000. An instrument to measure professional nursing values. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(2), pp. 201-204.
- Weis, D. & Schank, M., 2004. Nurses Professional Values Scale (NPVS-R), s.l.: Unpublished instrument.
- Weis, D. & Schank, M., 2009. Development and psychometric evaluation of the Nurses Professional Values Scale-Revised. *Journal of Nursing Measurement*, 17(3), pp. 221-231.
- World Health Organisation, 2010. *Global standards for the initial preparation of nurses*. Geneva: WHO. Dostopno na: [http://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/hrh\\_global\\_standards\\_education.pdf](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/hrh_global_standards_education.pdf) (14.3. 2013).

- Yu-Hua, L., Liching Sung, W., Susan, Y., Alfred, D., & Martin, P. (2010). Changes in Taiwanese nursing student values during the educational experience. *Nursing Ethics*, 17(5), 646-654. doi:10.1177/0969733010373011
- Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije n.d. Predstavitev podobe medicinske sestre, babice in tehnika zdravstvene nege. Dostopno na: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/o-poklicu> (25. 8. 2016).
- Železnik, D., Filej, B., Brložnik, M., Buček Hajdarević, I., Dolinšek, M., Istenič, B., Kersnič, P., Kos-Grabnar, E., Leskovic, L., Njenjič, G., Popovič, S., Verbič, M. 2008. *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Železnik, D. & Železnik, U. (ur). 2016. *Profesionalne vrednote skozi prizmo študentov zdravstvenih ved : zbornik 8. študentske konference zdravstvenih ved, [Mladinski kulturni center Slovenj Gradec, 3. junij 2016]. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede.*
- 24ur.com. 2016. »So gonilo našega zdravstva in nepogrešljivi, a jih še vedno premalo cenimo«. Dostopno na: <http://www.24ur.com/novice/slovenija/mednarodni-dan-medicinskih-sester-4.html> (20.8.2016)
- 24ur.com. 2015. *Medicinske sestre praznujejo svoj praznik: »Izčrpanost, stres in pomanjkanje prostega časa so vsakdan našega poklica*. Dostopno na: <http://www.24ur.com/novice/slovenija/medicinske-sestre-praznujejo-svoj-praznik-izcrpanost-stres-in-pomanjkanje-prostega-casa-so-vsakdan-nasega-poklica.html> (20. 8. 2016)

### **2.3. DP 3 in DP 4 - Prenova srednješolskega modela izobraževanja in razvoj kompetenčnega modela za vse ravni izobraževanja v zdravstveni negi: tehnika skupinskega konsenza**

#### **2.3.1. Metode dela**

Uporabljena je bila kvalitativna metoda konsenza, natančneje tehnika skupinskega konsenza.

Metode konsenza se pogosto uporabljajo kot del večjih razvojnih projektov in zagotavljajo uporaben način za identificiranje in merjenje še ne dovolj pojasnenih raziskovalnih problemov v zdravstveni obravnavi, kot so: definiranje profesionalnih vlog, razvoj izobraževalnih programov, priprava dolgoročnih projekcij razvoja in potreb po zdravstveni obravnavi, prepoznavanje specifičnih potreb pacientov in skupin ranljivih skupin pacientov, razvoj kriterijev za merjenje ustreznosti izvedenih intervencij, idr.

Na osnovi rezultatov raziskave v DP 2 smo oblikovali 11 stališč, do katerih so se anketiranci opredelili v skupinah konsenza. Pri oblikovanju konsenza je potekala razprava o stališčih in z njimi povezanimi temami. Udeleženci so se javno opredeli do oblikovanih stališč v skupini, rezultate smo kategorizirajo v štiri kategorije: 1 – Stališče se sprejme, več kot 70% strinjanje udeležencev; 2 – Stališče se ne sprejme po izvedeni razpravi; 3 – Stališče kljub razpravi o nejasnostih, še vedno deli udeležence; 4 - razvit je nov predlog, ki ima več kot 70% konsenz. Ključna značilnost tehnike skupinskega konsenza je, da se udeleženci se med seboj dogovarjajo o najboljših rešitvah, se pogajajo in sprejmejo končno ugotovitev. Cilj uporabe metod konsenza je, da dosežemo čim večjo stopnjo strinjanja s postavljenim izhodiščem, ki ga damo v razpravo. Izbor strokovnjakov je kritičen element, izbrani so na osnovi strokovnosti in ne naključja (Jones, Hunter, 1995; List, 2005).

### 2.3.2. Vzorec in potek raziskave

Uporabili smo namenski vzorec ključnih deležnikov izobraževanja v zdravstveni negi, izvajalcev zdravstvene nege ter namenski vzorec ključnih deležnikov različnih delovnih teles za področje zdravstvene nege v Sloveniji. K raziskavi so bili povabljeni učitelji zdravstvene nege in vodilni na srednjih zdravstvenih šolah, visokošolski učitelji zdravstvene nege in vodilni na fakultetah/visokih zdravstvenih šolah, delodajalci v zdravstveni in socialno varstveni dejavnosti v Sloveniji, odgovorne osebe za pedagoško delo in vodilni v zdravstvenih in socialnih zavodih za področje zdravstvene nege, ter člani različnih delovnih teles za področje zdravstvene nege (RSKZN, Strateški svet za zdravstveno nego, Center za poklicno izobraževanje, Skupnost ravnateljev srednjih zdravstvenih šol, Zbornica-Zveza, idr.). Skupno število vseh povabljenih oseb k raziskavi je bilo 32. Izmed 32-ih povabljenih je bilo 7 oseb iz področja srednješolskega izobraževanja (vodilni kader 2 osebi in učitelji strokovnih predmetov na srednjih zdravstvenih šolah 5 oseb), 14 oseb iz področja visokošolskega izobraževanja (vodilni kader 3 osebe in VSU na fakultetah/visokih zdravstvenih šolah 10 oseb ter magistrski študent zdravstvene nege 1 oseba), 2 oseb sta bili iz področja zdravstvene dejavnosti 7 oseb iz področja različnih delovnih teles za področje zdravstvene nege (Zbornica – Zveza – 1 oseba, NIJZ – 2 osebi, DMSBZT – 1 oseba, RSKZN – 1 oseba, CPI – 2 osebi), od katerih sta dva delujoča v zdravstveni dejavnosti. Od 32 povabljenih oseb se 2 osebi iz področja zdravstvene in socialno varstvene dejavnosti raziskave nista udeležili. Skupno število udeležencev raziskave je bilo 30.

Raziskava je potekala 18. 10. 2016. Udeleženci so en teden pred izvedbo skupin konsenza dobili dve vrsti gradiv za pripravo na skupine konsenza. V prvem gradivu smo jih seznanili z izvedenim raziskovalnim delom v delovnem paketu 2, šlo je za razširjen povzetek (19 strani) rezultatov raziskave »Razumevanje potreb po celostni prenovi izobraževanja v zdravstveni negi in umestitvi novega kompetenčnega modela v RS«. V drugem gradivu, ki smo ga poimenovali »Razvoj kompetenčnega modela za vse ravni izobraževanja v zdravstveni negi: tehnika skupinskega konsenza«, smo pripravila stališča za razpravo v skupinah konsenza, pojasnili smo sam metodološki pristop in tehniko pridobivanja konsenza.

Na dan raziskave smo udeležence uvrstili v dve skupini na način, da smo zagotovili enakomerno zastopanost vseh področij v vsaki skupini. V okviru iskanja konsenza o posameznih stališčih je potekala razprava, katero smo kvalitativno obdelali. Izvedena je bila kvalitativna metoda analize vsebine transkripta razprave. Pri obdelavi podatkov smo vse citate oblikovali v žensko slovnično obliko, ker je bilo razmerje spolov v obeh skupinah v korist žensk, izbrisali smo vse navedbe krajev in ustanov, različnih organov, izbrisali smo vsa »mašila«, ki so jih uporabljali posamezniki, idr., saj so v skupinah bili tudi prepoznani predstavniki različnih strokovnih teles in organov in smo na ta način prikrili njihovo identiteto v maksimalni možni meri. S tem smo maksimalno prispevali k temu, da so uporabljeni citati anonimni. Enota kodiranja je bila izrečena misel ali izrečeno stališče posameznega govorca na določeno temo. Če je govorec govoril o več temah, smo izrečeno kodirali ločeno, glede na temo. Kode smo oblikovali večbesedno, s ciljem opisa ključne vsebine povedanega. Le to nam je omogočalo, da smo lahko kategorije, kot nadpomenke kod, ravno tako oblikovali na vsebinski ravni in iz njih razvili ključne ugotovitve razprave, ki so podane v obliki zaključnih tem.

V drugi sekvenci, ki je potekala marca 2017, so bili povabljeni strokovnjaki, ki delujejo na različnih nivojih odgovornosti v zavodih: visokošolski učitelji zdravstvene nege, vodilni na



fakultetah, odgovorne osebe za pedagoško delo in vodilni v zdravstvenih in socialnih zavodih za področje zdravstvene nege, ter člani RSKZN in Zbornice-Zveze. Skupno število vseh povabljenih oseb k raziskavi je bilo 32. Izmed 32-ih povabljenih je bilo 15 oseb iz področja visokošolskega izobraževanja (vodilni kader 3 osebe in VSU na fakultetah/visokih zdravstvenih šolah 11 oseb ter magistrski študent zdravstvene nege 1 oseba), 14 oseb je bilo iz področja zdravstvene dejavnosti, 3 osebe iz področja različnih delovnih teles za področje zdravstvene nege (Zbornica – Zveza – 1 oseba, NIJZ – 1 oseba, RSKZN – 1 oseba).

### 2.3.3. Instrument raziskave

Na osnovi rezultatov raziskave delovnega paketa 2.1 in 2.2 smo oblikovali 15 stališč, do katerih so se anketiranci opredelili v skupinah konsenza. Pri oblikovanju konsenza je potekala razprava o stališčih in z njimi povezanimi temami. Udeleženci so se javno opredeli do oblikovanih stališč v skupini, rezultate smo kategorizirajo v štiri kategorije: 1 – Stališče se sprejme, več kot 70% strinjanje udeležencev; 2 – Stališče se ne sprejme po izvedeni razpravi; 3 – Stališče kljub razpravi o nejasnostih, še vedno deli udeležence; 4 - razvit je nov predlog, ki ima več kot 70% konsenz. Razpravo smo snemali in kvalitativno obdelali. Prva sekvenca je potekala oktobra 2016, z naslovom »Razvoj kompetenčnega modela za vse ravni izobraževanja v zdravstveni negi«

Stališča v prvi sekvenci:

#### SPLOŠNA UVODNA STALIŠČA

1. Kakšno je vaše stališče, da je potrebno v Sloveniji urediti nivoje izobraževanja in s tem povezane kompetence v zdravstveni negi?
2. Slovenija ima dolgo tradicijo srednješolskega, višješolskega in visokošolskega izobraževanja v zdravstveni negi. Kakšno je vaše stališče o povezanosti med srednješolskim in visokošolskim izobraževanjem na ravni izobraževalnih zavodov?
3. Visokošolski študijski programi zdravstvene nege se zadnjih 12 let razvijajo tako iz vidika zahtev EU Direktive za regulirane poklice, kot iz vidika razvoja Bolonjske vertikale v celotni EU. Ali se vam zdi to potrebno in to podpirate?
4. Srednješolski izobraževalni programi so že več let predmet proučevanja večih raziskava iz vidika kompetenc in obsega izobraževanja na ravni EU. Ocenjujete, da je o njih potrebna konstruktivna razprava tudi v Sloveniji.

#### STALIŠČA O IZVEDENI RAZISKAVI

5. Kakšno je vaše načelno stališče do rezultatov raziskave »*Razumevanje potreb po celostni prenovi izobraževanja v zdravstveni negi in umestitvi novega kompetenčnega modela v RS*«, ki vam je bila poslana kot gradivo, s čem se strinjate, s čem se ne, kaj vas je najbolj presenetilo?
6. Kakšno je vaše stališče do poimenovanja kategorij izvajalcev v zdravstveni negi? V kolikor se s predlogom, ki je bil preverjen v raziskavi, ne strinjate, podajte svoj predlog in ga argumentirajte?
7. Kakšno je vaše stališče do opisanih splošnih kompetenc po kategorijah izvajalcev v zdravstveni negi? V kolikor se s predlogom, ki je bil preverjen v raziskavi, ne strinjate, podajte svoj predlog in ga argumentirajte?

8. Kakšno je vaše stališče do opisanih specifičnih kompetenc po kategorijah izvajalcev v zdravstveni negi? V kolikor se s predlogom, ki je bil preverjen v raziskavi, ne strinjate, podajte svoj predlog in ga argumentirajte?
9. Kakšno je vaše stališče do sprejema kompetenčnega modela kot celote za Slovenijo?

## STALIŠČA O AKTUALNOSTIH NA PODROČJU IZOBRAŽEVANJA V ZDRAVSTVENI NEGI

10. Srednješolsko izobraženemu kadru v zdravstveni negi se pogosto očita, da na delovnem mestu izvaja kompetence dipl. m. s./dipl. zn., kljub temu da le teh nima v svojem izobraževanju in pripravištvu. Kakšno je vaše stališče, da je to posledica pritiskov v delovnem okolju, ker management ne zaposli dovolj visokošolsko izobraženega kadra, ali gre mogoče za kaj drugega?
11. Kakšno je vaše stališče, da je prenova poklicnega standarda v »zdravstveno – socialni asistent« pravi odgovor na potrebe zdravega in bolnega človeka in bo ta profil dal srednješolsko izobraženemu kadru večje možnosti zaposlitve? Ali prenavo poklicnega standarda vsebinsko poznate?
12. Kakšne spremembe želite vi predlagati v okviru prenove poklicnega standarda srednješolskega izobraževanja v zdravstveni negi?
13. Kakšno je vaše stališče, da bo imelo povečanje števila visokošolsko izobraženih medicinski sester v treh predlaganih kategorijah pomemben učinek na obvladovanje prihajajočih demografskih trendov in učinkih le teh na zdravstveni sistem?
14. Kakšno je vaše stališče, da bo urejenost vseh ravni izobraževanja v zdravstveni negi imela pozitiven vpliv na vzdržnost zdravstvenega sistema?
15. Kakšno je vaše stališče, da bi sprejem kategorij izvajalcev zdravstvene nege in s tem povezane kompetence poenotil izvajalce zdravstvene nege in dal zagon razvoju zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji?

Druga sekvenca je potekala v marcu 2017 in je temeljila na rezultatih prve sekvence, naslovili smo jo »Kompetenčni model za vse ravni izobraževanja in kategorije izvajalcev v zdravstveni negi«. Predmet konsenza je bilo 8 kompetenc za različne kategorije izvajalcev v zdravstveni negi, ki so bile dopolnjene v prvi sekvenci.

1. SPLOŠNE KOMPETENCE ZA TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE (TZN): Tehnik zdravstvene nege (TZN) opravlja zdravstveno dejavnost na različnih delovnih področjih, kot so: primarna, sekundarna in terciarna raven zdravstvene dejavnosti, socialni in posebni socialni zavodi, zdravilišča, socialno-medicinska, higienska, epidemiološka in zdravstveno ekološka dejavnost. Dejavnost lahko opravlja, ko zaključi srednješolski strokovni programa zdravstvena nega, opravi 6 mesečno pripravništvo in strokovni izpit za poklic ter se vpiše v register izvajalcev zdravstvene nege. TZN je član negovalnega in zdravstvenega tima, v katerem glede na pridobljene kompetence v okviru izobraževanja in usposabljanja za poklic, izvaja zdravstveno nego zdravih in bolnih ljudi v vseh življenjskih obdobjih in okoljih. Pri izvajanju je lahko samostojen ali v odvisni vlogi, kar je odvisno od zahtevnosti delovnih nalog, pri katerih ne sme presegati s stopnjo izobrazbe doseženih poklicnih kompetenc. Za svoje delo odgovarja vodji tima zdravstvene nege, diplomirani medicinski sestri ali vodji zdravstvene dejavnosti v okviru katere izvaja



zdravstveno nego. V skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti TZN izvaja dela in naloge, za katera ima ustrezno izobrazbo, usposobljenost za delo in ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost. Zato lahko v okviru poklicnega dela sprejme samo tista dela in naloge, ki sodijo v okvir kompetenc izobraževanja za poklic TZN.

## 2. SPECIFIČNE KOMPETENCE TZN:

- Samostojno ali soodvisno izvajanje zdravstvene nege posameznika v različnih stanjih zdravja in bolezni ter v različnih življenjskih obdobjih v okviru pristojnosti,
- pomoč pacientu pri izvajanju dnevnih življenjskih dejavnosti v okviru pristojnosti,
- priprava pacienta na diagnostične in terapevtske posege in postopke v okviru pristojnosti,
- izvedba enostavnih diagnostično terapevtskih posegov in postopkov v okviru pristojnosti,
- sodelovanje pri izvajanju intenzivne terapije in intenzivne nege v okviru pristojnosti,
- ukrepanje v nepričakovanih situacijah, nudenje nujne medicinske pomoči v okviru pristojnosti,
- sodelovanje pri zdravstveni vzgoji pacienta v okviru tima (dopolnjeno po <http://www.reguliranipoklici.si/ris/VPPKpoklic.aspx?id=125&langid=1>, Zbornica Zveza),
- sodelovanje pri pripravi standardov dela, delovnih navodil, dokumentiranju zdravstvene nege in zdravstvene obravnave, idr. in njihovo upoštevanje pri delu,
- sodelovanje pri aktivnostih na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu,
- sodelovanje pri informiranju pacientov in svojcev,
- dobro in učinkovito komuniciranje in opravljanje del in nalog v zdravstvenem in negovalnem timu,
- sposobnost načrtovanja, spremljanja lastnega dela in poročanja o njem ter pravočasno opažanje odstopanj pri delu v okviru pristojnosti (dopolnjeno po EFN Matrix on 4 Categories of the Nursing Care Continuum, 2014).

- ## 3. SPLOŠNE KOMPETENCE ZA dipl. m. s. / dipl. zn.: Samostojni strokovnjak, nosilec in izvajalec procesa zdravstvene nege, sodelavec pri izvajanju zdravstvene obravnave, ki je sposoben delati individualno ali sodelovati z drugimi zdravstvenimi delavci, ter je zaključil študijski program zdravstvene nege v skladu s standardi iz 31. člena prenovljene Evropske direktive 2013/55/EU in predhodne direktive 2005/36/EC, kar v Sloveniji pomeni najmanj visoko strokovni študijski program Zdravstvena nega (VS). Po zaključku šolanja na akreditiranih študijskih programih, ki upoštevajo zahteve omenjenih direktiv, si diplomant pridobi pravico do licence za poklic, kar mu omogoča samostojno opravljanje dela v okviru poklicnih kompetenc v EU. Splošne kompetence so definirane kot preventivne in zdravstveno-vzgojne naloge, naloge v zvezi s procesno obravnavo pacientovih potreb po zdravstveni negi, prevzemanje nalog v diagnostično-terapevtskem procesu, koordinacijske naloge, poročanje in dokumentiranje ter naloge s področja razvoja prakse. Dipl. m. s. / dipl. zn. kot nosilec stroke zdravstvene nege deluje v negovalnem timu in odgovarja za negovalni proces in proces dodelitve pacienta članom tima zdravstvene nege. Celovito pozna strokovna področja, na katerih temelji splošna zdravstvena nega, ima zadostno poznavanje narave in etike poklica ter splošnih načel zdravja in zdravstvene nege, ustrezne klinične izkušnje, sposobnosti za delo s sodelavci drugih poklicev v zdravstvenem sistemu. Usposobljen je za spodbujanje posameznikov,

družin in skupnosti k zdravemu načinu življenja in skrbi zase na osnovi pridobljenih znanj in spretnosti ter za samoiniciativno ukrepanje.

Dipl. m. s. / dipl. zn. je nosilec zdravstvene nege in oskrbe v RS in strokovnjak na področju zdravstvene nege in oskrbe v okviru celostne zdravstvene obravnave posameznikov in skupin, ki avtonomno prevzema naloge in odgovornosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva, področju socialnega varstva in posebnih socialnih zavodih, zdraviliščih, šolstvu, v socialno-medicinski, higienski, epidemiološki in zdravstveno ekološki dejavnosti. Temeljna odgovornost dipl. m. s. / dipl. zn. je po definiciji Mednarodnega sveta medicinskih sester (International Council of Nurses – ICN, 2010) sledeča: *»Avtonomna in sodelujoča skrb za posameznike vseh starosti, za družine, skupine in skupnosti, za bolne in zdrave in v vseh okoljih; vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni in skrb za obolele, invalidne ter umirajoče.«* Ključne naloge so tudi zagovorništvo, spodbujanje varnega okolja, izobraževanje, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter sodelovanje v obravnavi pacientov in upravljanju zdravstvenih sistemov (Zbornica Zveza, <https://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/o-poklicu>). V skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti dipl. m. s. / dipl. zn. izvaja dela in naloge, za katera ima ustrezno izobrazbo, usposobljenost za delo in ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost. Zato lahko v okviru poklicnega dela sprejme samo tista dela in naloge, ki sodijo v okvir kompetenc izobraževanja za poklic dipl. m. s. / dipl. zn.

#### 4. SPECIFIČNE KOMPETENCE TZN dipl. m. s. / dipl. zn.:

- Samostojno ugotavlja potrebe po zdravstveni negi s pomočjo sodobnega teoretičnega in kliničnega znanja, poleg tega načrtuje, organizira in izvaja zdravstveno nego pri pacientih in izboljšuje nivo strokovnega dela.
- Izobražuje, svetuje in ozavešča posameznike, družine in skupine o pomembnosti zdravega življenjskega sloga in samooskrbe pri boleznih.
- Izvaja promocijo zdravja, zdravstveno vzgojo in učenje za razumevanje povezav med načinom življenja in zdravja, za razumevanje zdravstvenih problemov in procesov za krepitev, doseganje in ohranjanje zdravja.
- Organiziranje, vodenje in nadziranje dejavnosti ter službe zdravstvene nege in vodenje negovalnega tima.
- Izvajanje zdravstvene nege na podlagi negovalne anamneze, negovalne diagnoze in postavljenih ciljev zdravstvene nege po metodi procesna zdravstvene nege.
- Sodelovanje v procesu zdravljenja v okviru zdravstvenega tima ter izvajanje diagnostično terapevtskih programov pri pacientih.
- Spremljanje izidov in učinkov intervencij zdravstvene nege in dokumentiranje.
- Interdisciplinarno in multisektorsko povezovanje za zagotavljanje kakovostne obravnave bolnika.
- Izvajanje zdravstvene nege v okviru nujne medicinske pomoči.
- Mentorsko in pedagoško delo za obnavljanje lastnega kadra.
- Raziskovalno delo v zdravstveni negi in zagotavljanje kakovosti (povzeto po Zbornica Zveza, <https://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/o-poklicu>; EFN Matrix on 4 Categories of the Nursing Care Continuum, 2014).
- Vodi in se vključuje v celostne aktivnosti za spremljanje kakovosti in varnosti.

5. SPLOŠNE KOMPETENCE ZA dipl. m. s. spec. / dipl. zn. spec.: Izvaja vse splošne in specifične kompetence, ki so opredeljene pri dipl. m. s. / dipl. zn., poleg tega ima dipl. m. s. spec. / dipl. zn. spec. poglobljena specialistična znanja na področju zdravstvene nege in zdravstvene obravnave in razvite sposobnosti kliničnega odločanja, ki so pridobljene s podiplomskim študijskim programom za izpopolnjevanjem in zaključnim specialističnim delom. Dipl. m. s. / dipl. zn. je nosilec specialistične zdravstvene nege in oskrbe za katero ima opravljeno specializacijo. V skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti izvaja dela in naloge, za katera ima ustrezno izobrazbo, usposobljenost za delo in ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost. Zato lahko v okviru poklicnega dela sprejme samo tista dela in naloge, ki sodijo v okvir kompetenc izobraževanja za poklic dipl. m. s. / dipl. zn. in podiplomskega akreditiranega specialističnega izobraževanja in usposabljanja v obsegu do 60 ECTS.

6. SPECIFIČNE KOMPETENCE dipl. m. s. spec. / dipl. zn. spec.

- Analizira kompleksne klinične probleme z uporabo ustreznega znanja, diagnosticira, opredeli, izvaja in ovrednoti potek zdravstvene obravnave pacientov v med poklicnem timu, na področju svoje specializacije in v skladu z veljavnimi protokoli.
- Prevzame razširjeno vlogo pri delu in izvaja specialistične oblike obravnave ter diagnostične in invazivne intervencije, povezane s strokovno specializacijo.
- Zna določiti poglobljene potrebe po promociji zdravja, zdravstveni vzgoji, svetovanju in izobraževalne potrebe pacientov na svojem strokovnem področju ter ustrezno razvija in izvaja strategije na tem področju.
- Sledi tehnološkim novostim in izobražuje sodelavce znotraj zdravstvene nege, druge zdravstvene delavce in skupine pacientov o novostih na svojem področju specializacije.
- Stalno izpopolnjuje svoje komunikacijske veščine, oblikuje in posreduje kompleksne klinične probleme pacientom, svojcem in drugim zdravstvenim delavcem.
- Zna določiti specifične zdravstvene potrebe, potrebe po zdravstveni negi in krepitvi zdravja pri pacientih, pripravi ustrezen negovalni načrt in načrt zdravstvene obravnave v med poklicnem timu.
- Vodi in koordinira zdravstveno obravnavo pacientov na svojem področju specializacije ter tako zagotavlja kontinuirano in celostno zdravstveno oskrbo.
- Sodeluje pri celoviti oceni zdravstvenega stanja in strokovni presoji o napotitvi pacientov, ki potrebujejo specialistično obravnavo, na druge ustrezne zdravstvene strokovnjake in organizacije.
- Ovrednoti in izvaja strokovne nadzore na svojem specialističnem področju ter tako zagotavlja izvajanje kakovostne in varne zdravstvene nege.
- Kritično razmišlja in z udeležbo v programih strokovnega razvoja in v raziskovalnih programih prispeva k stalnemu razvoju svojega specialističnega področja in prakse, temelječe na raziskavah (povzeto EFN Matrix on 4 Categories of the Nursing Care Continuum, 2014).
- V med poklicnem timu prevzema dela in naloge za samostojno vodenje skupin pacientov.
- Izvaja mentorstvo študentom, specializantom in novo zaposlenim sodelavcem.
- Vodi in se vključuje v celostne aktivnosti za spremljanje kakovosti in varnosti.

7. SPLOŠNE KOMPETENCE ZA mag. zdr. neg.:

Mag. zdr. neg., ki ima predhodno izobrazbo dipl. m. s. / dipl. zn. izvaja vse splošne in specifične kompetence, ki so opredeljene pri dipl. m. s. / dipl. zn., v kolikor ima tudi spec., izvaja tudi splošne in specifične kompetence iz tega področja. Poleg kompetenc, ki jih izvaja v okviru pridobljene licence za delo v zdravstveni negi, je njegova ključna vloga pri vodenju, načrtovanju, izvajanju in vrednotenju razvojnih in naprednih oblik dela na sistemski ali klinični ravni v zdravstveni negi in zdravstveni obravnavi. Pri tem uporablja znanja in kompetence iz aplikativnega raziskovanja in na dokazih podprtega dela. Kompetence so pridobljene v okviru izobraževanja na drugi Bolonjski stopnji Zdravstvena nega (mag./2l.). Mag. zdr. neg. je nosilec zahtevnejših oblik dela in kompleksnih problemov v zdravstveni negi in zdravstveni obravnavi za reševanje katerih ima razvite sposobnosti med poklicnega sodelovanja, aplikativnega raziskovanja in na dokazih podprtega dela. V skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti izvaja dela in naloge, za katera ima ustrezno izobrazbo, usposobljenost za delo in ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost. Zato lahko v okviru poklicnega dela sprejme samo tista dela in naloge, ki sodijo v okvir kompetenc izobraževanja v obsegu do 120 ECTS.

#### 8. SPECIFIČNE KOMPETENCE mag. zdr. neg.:

- Samostojno preučuje, določa in predpisuje z dokazi podprte intervencije v zdravstveni negi in zdravstveni obravnavi in aktivno spremlja učinkovitost intervencij, kakovost in varnost v zvezi z njimi.
  - Prevzema odgovornost za sistemske klinične odločitve na nivoju naprednih oblik dela z upravljanjem primerov za posamezne paciente, družine in skupnosti.
  - Opredeli prednostne naloge pri preprečevanju tveganj in promociji zdravja ter s tem razvija in izvaja ustrezne strategije na širšem področju javnega zdravja.
  - Usmerja, svetuje in izobražuje druge zdravstvene delavce o najnovejših dognanjih za prakso, deluje kot mentor in vzornik ter aktivno sodeluje s skupinami pacientov pri prenosu znanj.
  - Jasno komunicira in enakovredno sodeluje pri postopkih odločanja na različnih nivojih kliničnega dela, upravljanja in oblikovanja politike, vključno z delitvijo sredstev za zdravstvo.
  - Sodeluje pri celoviti oceni zdravstvenega stanja in strokovni presoji o napotitvi pacientov, ki potrebujejo specialistično obravnavo, na druge ustrezne zdravstvene strokovnjake in organizacije.
  - Da pobudo za in vodi spremembe pri zagotavljanju zdravstvenih storitev kot odgovor na potrebe pacientov in povpraševanju po storitvah ter s tem zagotavlja nenehne izboljšave kakovosti storitve in dostopnosti le teh.
  - Določi prednostne raziskovalne naloge ter vodi, izvaja in posreduje rezultate raziskav, ki oblikujejo in prispevajo k napredku zdravstvene nege na nivoju prakse, izobraževanja in politike (povzeto EFN Matrix on 4 Categories of the Nursing Care Continuum, 2014).
  - Sodeluje pri izgradnji organizacijske kulture, ki podpira razvoj raziskovanja in na dokazih temelječega delovanja v zdravstveni negi na ravni zdravstvenega sistema, managementa, organizacije, profesionalnih vrednot, idr.
  - V med poklicnem timu prevzema dela in naloge za samostojno vodenje skupin pacientov.
  - Izvaja mentorstvo študentom, specializantom in novo zaposlenim sodelavcem.
  - Vodi in se vključuje v celostne aktivnosti za spremljanje kakovosti in varnosti.
- Sodeluje v visokošolskem izobraževanju in raziskovalnih projektih v zavodu in med zavodi.

### 2.3.4. Rezultati skupin konsenza v prvi sekvenci

Tabela 1. Rezultati skupinskega konsenza do stališč v raziskavi

	Stališča	1	2	3	4
1	Kakšno je vaše stališče, da je potrebno v Sloveniji urediti nivoje izobraževanja in s tem povezane kompetence v zdravstveni negi?	1			
2	Slovenija ima dolgo tradicijo srednješolskega, višješolskega in visokošolskega izobraževanja v zdravstveni negi. Kakšno je vaše stališče o povezanosti med srednješolskim in visokošolskim izobraževanjem na ravni izobraževalnih zavodov? Se strinjate, da je povezanost med srednješolskimi in visokošolskimi zavodi slabo razvita.	1			
3	Visokošolski študijski programi zdravstvene nege se zadnjih 12 let razvijajo tako iz vidika zahtev EU Direktive za regulirane poklice, kot iz vidika razvoja Bolonjske vertikale v celotni EU. Ali se vam zdi to potrebno in to podpirate?	1			
4	Srednješolski izobraževalni programi so že več let predmet proučevanja večih raziskava iz vidika kompetenc in obsega izobraževanja na ravni EU. Ocenjujete, da je o njih potrebna konstruktivna razprava tudi v Sloveniji.	1			
5	Kakšno je vaše načelno stališče do rezultatov raziskave »Razumevanje potreb po celostni prenovi izobraževanja v zdravstveni negi in umestitvi novega kompetenčnega modela v RS«, ki vam je bila poslana kot gradivo. Se strinjate, da so take raziskave potrebne?	1			
6	Kakšno je vaše stališče do poimenovanja kategorij izvajalcev v zdravstveni negi? V kolikor se s predlogom, ki je bil preverjen v raziskavi, ne strinjate, podajte svoj predlog in ga argumentirajte?			3	4
7	Kakšno je vaše stališče do opisanih splošnih kompetenc po kategorijah izvajalcev v zdravstveni negi? V kolikor se s predlogom, ki je bil preverjen v raziskavi, ne strinjate, podajte svoj predlog in ga argumentirajte?			3	4
8	Kakšno je vaše stališče do opisanih specifičnih kompetenc po kategorijah izvajalcev v zdravstveni negi? V kolikor se s predlogom, ki je bil preverjen v raziskavi, ne strinjate, podajte svoj predlog in ga argumentirajte?			3	4
9	Kakšno je vaše stališče do sprejema kompetenčnega modela kot celote za Slovenijo?	1			
10	Srednješolsko izobraženemu kadru v zdravstveni negi se pogosto očita, da na delovnem mestu izvaja kompetence dipl. m. s./dipl. zn., kljub temu da le teh nima v svojem izobraževanju in pripravništvu. Kakšno je vaše stališče, da je to posledica pritiskov v delovnem okolju, ker management ne zaposli dovolj visokošolsko izobraženega kadra, ali gre mogoče za kaj drugega?	1			
11	Kakšno je vaše stališče, da je prenova poklicnega standarda v »zdravstveno – socialni asistent« pravi odgovor na potrebe zdravega in bolnega človeka in bo ta profil dal srednješolsko izobraženemu kadru večje možnosti zaposlitve?			3	

Legenda: 1 – Stališče se sprejme, več kot 70% strinjanje udeležencev; 2 – Stališče se ne sprejme po izvedeni razpravi; 3 – Stališče kljub razpravi o nejasnostih, še vedno deli udeležence; 4 – razvit je nov predlog, ki ima več kot 70% konsenz.

V tabeli 1 so prikazani rezultati strinjanja s podanimi stališči. Vidimo, da so stališča od 1 do 5 bila potrjena z več kot 70% strinjanja. Pri stališču 1, da je potrebno urediti nivoje izobraževanja in s tem povezane kompetence, je bil dosežen več kot 70% konsenz članov obeh skupin. Pri stališču 2, je bi dosežen več kot 70% konsenz, da je povezanost med srednješolskimi in visokošolskimi zavodi slabo razvita oziroma sporadično razvita. Pri stališču 3, je bi dosežen več kot 70% konsenz, da je potreben razvoj visokošolskih programov tako iz vidika EU Direktive, kot iz vidika razvoja Bolonjske vertikale. Pri stališču 4 je bil dosežen več kot 70% konsenz, da je v Sloveniji potrebna konstruktivna razprava o kompetencah in obsegu srednješolskega izobraževanja v zdravstveni negi. Pri stališču 5 je bil dosežen konsenz v več kot 70%, da so take raziskave potrebne.

Pri stališčih o kompetencah glede na kategorije izvajalcev raziskava pokaže na nestrinjanja med udeleženci skupin konsenza. Tako pri stališču 6 konsenz kot celota predlaganega poimenovanja ni bil sprejet. Konsenz je sicer bi dosežen v več kot 70% za tri poimenovanja (dipl. m. s., dipl. m. s. spec. mag zdr. neg., razen za zdravstveni asistent, kjer konsenza ni bilo. **Dosežen je bil nov konsenz obeh skupin za poimenovanje za srednješolsko izobraževanje, oziroma prvo kategorijo izvajalca po EFN, to je »tehnika zdravstvene nege«.** V okviru stališča 6 je bil podan predlog, da je potrebno doreči okrajšave strokovnega naslova na ravni magisterija zdravstvene nege.

Pri stališču 7 konsenz ni bil dosežen, predlagani so bili predlogi dopolnitev splošnih kompetenc za vse štiri kategorije. Udeleženci so sprejeli konsenz, da se pripravi kombinacija opisa poklica tehnik zdravstvene nege (TZN), ki je na spletni strani Ministrstva za zdravje in spletni strani Zbornice-Zveze. Opis splošnih kompetenc za TZN se preveri na konsenzualni skupini DP 5. Konsenz za splošne kompetence za dipl. m. s. / dipl. zn. je dosežen z dodano spremembo, da je *»samostojni izvajalec zdravstvene nege in sodeluje pri izvajanju zdravstvene obravnave«* in ne zdravstvenih storitev. **Splošne kompetence po EFN se za Slovenijo za dipl. m. s. / dipl. zn. tako glasijo: »Samostojni izvajalec zdravstvene nege in sodelavec pri izvajanju zdravstvene obravnave, ki je sposoben delati individualno ali sodelovati z drugimi zdravstvenimi delavci, ter je zaključil študijski program zdravstvene nege v skladu s standardi iz 31. člena prenovljene evropske direktive 2005/36/EC, 2013, kar v Sloveniji pomeni visoko strokovni študijski program Zdravstvena nega (VS).«**

Konsenz za splošne kompetence za dipl. m. s. / dipl. zn. spec. je dosežen z dodano spremembo *»poglobljena znanja«, »specialist na določenem področju zdravstvene nege in zdravstvene obravnave«.* Predlog opisa splošnih kompetenc se preveri na DP 5. **Splošne kompetence za dipl. m. s. / dipl. zn. spec., ki so nadgradnja kompetenc dipl. m. s. / dipl. zn. se za Slovenijo tako glasijo: »Dipl. m. s. / dipl. zn. spec. je dipl. m. s. /dipl. zn. s poglobljenimi specialističnimi znanji na področju zdravstvene nege in zdravstvene obravnave, ki so pridobljena s podiplomskim študijskim programom za izpopolnjevanjem in zaključnim specialističnim delom«.**

Konsenz za splošne kompetence mag. zdr. neg. po EFN je dopolnjen, predlog opisa splošnih kompetenc se preveri na DP 5. **Splošne kompetence za mag. zdr. neg. se za Slovenijo tako glasijo: »Mag. zdr. neg. je dipl. m. s. / dipl. zn., ki vodi, načrtuje, izvaja in vrednoti razvojne in napredne oblike dela v zdravstveni negi in zdravstveni obravnavi. Pri tem uporablja znanja in kompetence iz aplikativnega raziskovanja in na dokazih podprtega dela. Kompetence so pridobljene v okviru izobraževanja na drugi Bolonjski stopnji Zdravstvena nega (mag./2l.)«.**

Pri stališču 8, kjer smo preverjali specifične kompetence za posamezne kategorije izvajalcev v zdravstveni negi po predlogu EFN, ugotavljamo, da konsenz ni bil dosežen, podani so bili predlogi za dopolnitev posameznih kategorij izvajalcev. Konsenz za specifične kompetence za tehnik zdravstvene nege (TZN) ni dosežen. V kompetence je potrebno zapisati, da **TZA »izvaja in sodeluje«.** **Druge predlagane dopolnitve za TZN: Udeleženci se strinjajo, da se pripravi kombinacija opisa poklica, ki je na spletni strani Ministrstva za zdravje in spletni strani Zbornice-Zveze.** Opis specifičnih kompetenc za TZN se preveri na konsenzualni skupini DP 5.

Konsenz za specifične kompetence za **dipl. m. s. /dipl. zn. je bil dosežen. V kompetence je potrebno dodati področje mentorske vloge, varnosti.**

Konsenz za specifične kompetence za **dipl. m. s. /dipl. zn. spec. je dosežen. V kompetencah je potrebno napredne oblike dela zamenjati s »specialističnimi oblikami dela«.**

Konsenz za specifične kompetence za **mag. zdr. neg. ni dosežen, iz kompetenc se naj umakne predpisovanje zdravil, doda se naj sistemski vidik kompetenc na področju kakovosti in varnosti.** Opis specifičnih kompetenc se preveri na konsenzualni skupini DP 5.

Pri stališču 9 je bil dosežen konsenz v več kot 70%, da je potrebno sprejeti kompetenčni model kot celoto za Slovenijo. Ta konsenz je spremljala intenzivna razprava, ki opozarja na razhajanja med deležniki in je opisana v poglavju 3.2. Pri stališču 10 je bil v več kot 70% sprejet konsenz, da je preseganje kompetenc TZN v kliničnih okoljih predvsem posledica pritiskov v delovnem okolju, ker management ne zaposli dovolj visokošolsko izobraženega kadra. Pri stališču 11 ni bil dosežen konsenz, potekala je intenzivna razprava, ki opozarja na razhajanja med deležniki in je opisana v poglavju 3.2, ki kaže na odklonilni odnos do socialnih kompetenc.

### 2.3.5. Vsebinska analiza razprave skupinskega intervjuja prve sekvence

V nadaljevanju so prikazane vsebinske kode, ki smo jih dobili z analizo besedila v okviru razprave v obeh skupinah in najbolj reprezentativni citati, ki te kode utemeljujejo. V okviru analize besedila smo oblikovali 49 kod, ki so utemeljene s 150 citati udeležencev skupin konsenza. Vsak citat je uporabljen samo enkrat.

#### **Koda 1: »Širša vključenost« v razpravo o izobraževanju in kompetencah.**

*Citat 1: »... krasno je, da so vsi različni predstavniki, različnih izobraževalnih nivojev. Lahko pa bi to mogoče razširili, tudi na predstavnike kliničnih okolij, tako tiste, ki neposredno izvajajo zdravstveno nego na vseh ravneh, ki jo trenutno imamo, tako predstavnike srednjih medicinskih sester ...«*

*Citat 2: »Tako da bi bilo to nekoliko širše, nekoliko širša razprava in skupina. Ker nekako tisti tudi znajo iz neposrednega delovnega okolja povedat, kaj oni želijo, kaj mi kot pacienti smo ali bomo. Najboljše pravzaprav vse za nas.«*

*Citat 3: »Mogoče tudi širša strokovna razprava. Nismo samo medicinske sestre, sodelujemo z marsikom in mislim, da je tu dejansko potrebna širša razprava.«*

#### **Koda 2: »Uskladitev znotraj akterjev« izobraževanja in uporabnikov.**

*Citat 4: »Se mi pa zdi zelo dober predlog, da se uskladimo znotraj akterjev izobraževanja in uporabnikov, da se širi to, kar pravite še na direktorje, zdravnike.«*

*Citat 5: »Kar v bistvu je za pozdravit. Nobene agencije, ali pač zakonske podlage ni, ki bi ščitil naše interese predvsem v kliničnem okolju in če se ne bomo strinjali z razvojem, oz. sledenjem razvoja kako je v drugih državah. Mislim da bomo kot uporabniki deležni tega, tako da vsekakor mislim, da je ta oblika sodelovanja potrebna.«*

*Citat 6: »... se pogovarjat, res pogovarjat, kaj nas čaka. Kako obračamo zdravstveni sistem, kam ga obračamo, da bomo tudi kot družba vedeli, kaj lahko pričakujemo od zdravstvenega sistema in kaj bomo imeli širše gledano kot družba s tega vidika.«*

**Koda 3: »Pomanjkljivo informiranje zaposlenih« v zdravstveni negi o tej tematiki.**

Citat 7: »... jaz bi v bistvu rekla, da so se vsa ta nesoglasja, ki se dogajajo znotraj države, prenesla v klinično prakso, ljudje so postali vznemirjeni, nimajo pravih informacij in v bistvu je potreben nek konsenz, neke informacije, ki bodo prišle do vsakega zaposlenega, jim prenest kaj to njim pomeni v bodoče....«

Citat 8: »...kakorkoli, pač ta poimenovanja, so tudi okrog tega razne debate, tako diplomiranih, tako tistih, ki so že magistrice zdravstvene nege, tako direktorjev, glavne medicinske sestre.«

**Koda 4: »Strah pred odvzemom kompetenc« med zaposlenimi v zdravstveni negi.**

Citat 9: »...ker nekako si kar predstavljajo, da bomo mi znotraj delovnih okolij jim nekaj vzeli, drugim nekaj dali in podobno.«

Citat 10: »... kompetence na srednjem nivoju se ne bi smele čisto nič jemat. Tudi moramo vedeti da doma, v domačem okolju pacienti laiki delajo marsikaj.«

Citat 11: »...da so nivoji zastavljeni ter da ni potrebe po nekih korenitih spremembah, je pa absolutno potreben pogovor.«

**Koda 5: »Stalna nasprotja glede izobraževanja« v zdravstveni negi.**

Citat 12: »... da se vseskozi ukvarjamo, to že prej, ko nisem bila aktivna, z izobraževanjem, na srednješolskem nivoju, na visokošolskem nivoju.«

Citat 13: »In vseskozi so srž tudi nasprotja na nivoju RSK-ja, kjerkoli, ter se vedno pogovarjamo o nekih nasprotjih, zelo malo pa o sodelovanju in nekih razčiščenih stališčih, zato sem jaz mnenja, da rak rana slovenske zdravstvene nege ni nič drugega kot urejeno izobraževanje.«

**Koda 6: »Določiti kompetence glede na ravni izobraževanja«.**

Citat 14: »Jaz mislim, da je čas da dogovorimo stvari, da je to enotno za celotno Slovenijo, da se ne sprašujemo, kaj kdo dela in kaj naj ne bi delal, da se točno ve kakšne so kompetence tistih, ki končajo srednješolsko izobraževanje, ter kakšne so kompetence tistih, ki končajo visoko strokovni program...«

Citat 15: »...in da so tudi razčiščene stvari, kako je na magistrskem študiju in seveda zdaj že imamo tudi vpise na doktorat, jaz mislim da te stvari res niso razčiščene in dorečene in zdaj imamo možnost, ko smo tukaj skupaj, da se o teh stvareh pogovorimo.«

Citat 16: »Mislim, da smo zdaj prišli do tiste točke da moramo samo opredeliti natančno, kaj so kompetence posameznih izvajalcev, drugače pa se mi zdi da nivoje imamo, pa kar dobro že začrtane, se mi zdi, da večjih težav tam ne vidim.«

**Koda 7: »Kolektivna pogodba, sistemizacija in nivoji kompetenc«.**

Citata 17: »Stvar kolektivne pogodbe je umestitev ustreznih profilov. ... Nasadišča, izhodišča za to pa v kolektivni pogodbi že so. Specialistko, diplomirano medicinsko sestro specialistko v kolektivni pogodbi za zdravstvo imamo.«

Citata 18: »...Tisto kar jaz pogrešam je pravzaprav sistemizacija delovnih mest, da se tukaj uredijo stvari. Govorimo o magistrskih študijih in doktoratih, to je vse v redu, jaz to vse pozdravljam, samo a so sistemizacije delovnih mest urejene? To je tisto, kar je meni potrebno, da se uredi.«



Citata 19: »... Strokovna združenja ne morejo vplivat na sistematizacijo, je to stvar delodajalcev samih in njihovih pravnih aktov. Tako da tukaj bomo vrgli žogico managementu, tukaj je na njih veliko...«

#### **Koda 8: »Razumevanje vloge magistra zdravstvene nege«**

Citat 20: »Pa treba je vedeti tudi to, zdaj magister zdravstvene vede ni mišljen samo kot vodja ne, tudi dela s pacienti. Zdaj če se vedno primerjamo z zdravniki, zdravnik z magisterijem/doktoratom tudi dela s pacientom, a je tako? Ni samo v papirju. In tukaj njih tudi usposabljam večino v tej smeri, ter tudi za zdravstveno nego in ne samo pedagoško delo, raziskovalno delo, vodilno delo.«

#### **Koda 9: »Bolničar kot del vertikale (?)«**

Citat 21: »Jaz bi pa tukaj samo še en vidik izpostavila, ker sem ga pogrešala pri tej celi zadevi, pa je za nas socialnovarstvene zavode zelo pomemben, pa pomeni par nivojev pod tem, kar ste vi sedaj govorili. To je bolničar, bolničar je tudi zdravstveni delavec, ki ga nikjer nisem našla opredeljenega...«

Citat 22: »... začeli smo pri temeljnemu, pri prvi kategoriji po smernicah EFN-ja Healthcare assistant in strokovno stališče ene in edine organizacije zbornice/zveze je, da je minimum izvedbe tehnik zdravstvene nege, se pravi srednje strokovno izobraževanje in ne srednje poklicno.«

Citat 23: »...in tukaj mene zelo skrbi za en nivo kakovosti in varnosti v socialnovarstvenih zavodih, ter s kom bo ta bolničar zamenljiv. A bo to, če bo to zdravstveni asistent ali zdravstveno socialni asistent, bom zelo srečna, ampak če bo šlo pa to na nivo oskrbovalca, ki je ne-zdravstven profil, mislim da bomo pa zelo pomembno izgubili tukaj.«

#### **Koda 10: »Nevarnost pred prekrivanjem kompetenc med bolničarjem in TZN«**

Citat 24: »...Ko bomo revidirali program bolničar negovalec, bomo ugotovili, da se zdaj tu ogromno zadev pokriva, ker določene kompetence pa se odvezemajo srednjemu strokovnemu izobraževanju.«

Citat 25: »O bolničarjih zdaj ne govorimo, vemo pa zdaj če se določene socialne kompetence dodajajo srednjemu strokovnemu izobraževanju, ogromno teh kompetenc imajo bolničarji negovalci.«

Citat 26: »Moramo odkrito povedati, če se zdaj tukaj odkrito pogovarjamo, da to zelo hitro že lahko posega v tega bolničarja negovalca, ki ga imamo s kompetencami in vidimo, da to nas zelo hitro lahko pripelje na drug nivo, stopnje izobrazbe.«

#### **Koda 11: »Slabo razvita sistemska povezanost« med nivoji izobraževanja na ravni zavodov.**

Citat 27: »Moje osebno stališče je, da povezanosti ni. Srednješolski izobraževalni programi delujejo vsi pod okvirjem centra za poklicno izobraževanje, ki nima popolnoma nič z visokošolskimi izobraževalnimi programi in tukaj imam osebno tudi eno slabo izkušnjo.«

Citata 28: »Jaz bi povedala, da neke povezave sicer so, da obstajajo, neka vrsta sodelovanja obstaja, se pogovarjamo, da fakultete predstavljajo svoje programe, ....«

Citat 29: »Primanjkljaj je znotraj sekcije v vzgoji in izobraževanju, ki deluje znotraj zbornice/zveze, so te povezave bolj šibke, se vzpostavljajo ampak so šibke.«

Citata 30: »Očitno je povezovanje v teku, vendar je prepuščeno bolj lastnimi iniciativam posameznim institucijam ki poučujejo.«

**Koda 12: »Prisotna regijska povezanost« srednješolskega in visokošolskega izobraževanja.**

Citat 31: »Ja lahko rečem, da na naši šoli Srednja zdravstvena šola ... (xy kraj)..., že vrsto let sodelujemo s fakulteto, opravljamo redno kakšne okrogle mize, dijaki 3., 4., včasih tudi drugih letnikov so prisotni na teh okroglih mizah«.

Citat 32: »Zelo dobro sodelujemo z zdravstveno fakulteto tukaj v ... (xy kraj)... in so bile tudi iz te fakultete recenzentke učbenikov, kolegica je bila članica delovne skupine za poklicno maturo pri državnem izpitnem centru. Tako da tukaj mi sodelujemo in tudi usklajujemo kdaj kakšne stvari, ter tudi znanja utrjujemo skupaj in tudi izobraževanja, ki so recimo pri nas, pridejo njihove kolegice in tudi mi gremo tja. Samo res je to ... (xy kraj)... ja«.

**Koda 13: »Razlike med srednjimi šolami«.**

Citata 33: »Jaz to opažam, velika razhajanja znanja iz različnih srednjih šol, tudi v poučevanju veščin, prihaja do različnih bom rekla odstopanj.«

Citata 34: »... je prišlo do velike diferenciacije med šolami«.

Citata 35: »Zdaj kakšen vpliv na sam potek izobraževanja na kakovost v srednjih šolah visokošolski zavodi nimamo ...«

**Koda 14: »Razvoj poklicnega standarda kot sodelovanje različnih deležnikov«.**

Citata 36: »Na centru kjer pripravljamo poklicne standarde je osnova priprave to, da se k pripravi standardov in programov, predvsem standardov povabi v skupino tako predstavnike delodajalcev, ministrstev, zbornic, predvsem z vidika potreb in hkrati če pride do kakršnih koli prekrivanj tudi šole konkretno,...«

Citat 37: »... tudi pri razvoju poklicnih standardov, kjer so tako fakultete kot srednje šole, z namenom da se določi razmejitve, torej kaj fakultete poučujejo, v prvi meri povabimo predvsem fakultete, saj srednje poklicno izobraževanje pripravlja programe do 6 ravni, tudi na peti že moramo paziti, da ne prehajamo na fakultetno raven. Tako so povabljene fakultete, da rečejo tukaj je pa meja.«

**Koda 15: »Večina študentov je iz srednjih zdravstvenih šol«.**

Citat 38: »... jaz mislim, da je delež študentov, ki se izobražujejo na visokošolskih zavodih zagotovo v 70%-ih izhaja iz strani dijakov srednjih zdravstvenih šol«.

Citata 39: »...jaz mislim da srednješolsko izobraževanje ves čas pripravlja na nek način dijake na nadaljevanje izobraževanja v smeri prve bolonjske stopnje strokovnega izobraževanja in da lahko pa zdaj srednješolski kolegi povejo, da večina njihovih dijakov potem nadaljuje študij, tisti ki nadaljujejo študij, da ga večina nadaljuje v strokovni smeri«.

Citat 40: »Mi bi lahko naredili izračun, koliko študentov pride s katere srednje zdravstvene šole in bi lahko potem tudi spremljali, kje imajo recimo težave, ter bi dobili povratne informacije. Aha glejte na tem področju imajo deficit znanja, tukaj je treba malo okrepit recimo«.

**Koda 16: »Visoko-strokovni programi v univerzitetne programe«.**

Citata 41: »..., da bo treba razmisliti ali ostanemo na visoko strokovni ravni ali pa gremo na univerzitetno. Če pa gremo na univerzitetno, je pa potem peti predmet, ter matura in je ta pogoj recimo. Tako da je treba tukaj razmišljat, tudi bolj okrepit predloge«.

Citata 42: »Ker je tudi treba vedeti, da se tudi razmišlja o univerzitetnem študiju, sicer ne iz danes na jutri ampak v prihodnosti. In bo tudi treba, recimo vsaj na naši univerzi lahko rečem, da nam so že dali vedeti«.

Citat 42a: »Ali se zavedamo da je približno 90 % držav EU prešlo na univerzitetno izobraževanje za medicinske sestre, to pomeni, da so se visoko strokovni programi preoblikovali več ali manj v univerzitetne programe, ki trajajo štiri leta. Ker imamo v slovenskem prostoru to tradicijo srednješolskega izobraževanja in je ker je tam nekje 50 % do 60 % odvisno od generacije, študentov zdravstvene nege na srednješolsko izobrazbo, bo potrebno v slovenskem prostoru kako bomo tem dijakom omogočili vstop v univerzitetno raven izobraževanja. Kako omogočiti, da bodo imeli dijaki srednjih zdravstvenih šol dostop do univerzitetnega izobraževanja?«

**Koda 17: »Vstop v visokošolsko izobraževanje je splošna razgledanosti«.**

Citat 43: »Nadaljevanje študija pomeni, neka splošna razgledanost, splošna usposobljenost na nivoju splošnih izobraževalnih predmetov, ki omogoči potem nadaljevanje študija, ne pa znotraj stroke. Ker tudi vstopni pogoji, ki jih imajo potem fakultete, so večinoma odprti. ... Redko kateri omejujejo določene smeri, v tem primeru ko se določena smer omejuje potem najbrž tudi pričakujejo določena predznanja iz določenega strokovnega področja. Večinoma pa so pogoji odprti in to pomeni da dejansko tisto nadaljevanje študija pomeni, neka splošna razgledanost, splošna usposobljenost na nivoju splošnih izobraževalnih predmetov, ki omogoči potem nadaljevanje študija, ne pa znotraj stroke«.

Citat 44: »Neki gospod je sicer rekel, da se pripravljajo na zaposljivost in na poklic, ampak mislim da bi se lahko tudi del zdravstvenih tehnikov oz. medicinskih sester pripravil do tega da študira. Ko dobimo v prvem letniku gimnazijce, jih takoj ločimo od drugih, ne po načinu dela temveč po pristopu k učenju. In pa tudi zelo hitro napredujejo, tako da tega bi si želeli imeti v srednji zdravstveni.«

**Koda 18: »Srednje strokovno izobraževanje je usposabljanje za poklic«.**

Citat 45: »Se pravi tri in štiri letne šole so namenjene usposabljanju za poklic in pa seveda tudi nadaljevanju študija. Ampak ta segment usposabljanja za poklic pomeni, da je osnovno izhodišče nekoga, ki konča poklicni program, da je direktno zaposljiv na trgu. Se pravi srednješolsko izobraževanje v nobenem primeru ne more biti namenjeno pripravi za visoko šolstvo«.

Citat 46: »So pa določena področja in to je zelo priporočljivo, kjer fakultete in srednje šole sodelujejo in jasno potem tudi skrbijo za kontinuiteto in razvoj strokovnega znanja v poklicni vertikali. Ampak prvenstveno so poklicni programi namenjeni za zaposlitev, ne moremo pa narediti programa, ki bi bil samo pripravljavnica za študij, ter dijaki potem ne bi bili zaposljivi«.

**Koda 19: »Neprekinjena vertikalna prehodnost za dijake«.**

Citat 47: »Prvo in edino stališče je, da mora biti neprekinjena vertikalna prehodnost za dijake, to je eden od ciljev tudi stanovske organizacije«.

Citat 48: »...izobraževanje v vertikalo, ker visoko šolstvo brez tega srednješolskega nivoja ne more in tudi obratno je nek razvoj«.

Citat 49: »...ni formalne povezave, ko se programi razvijajo, tega pa ni. To je tisto kar manjka v slovenskem prostoru. Medicini ni potrebno sodelovat srednješolskim šolstvom, nimajo srednje šole za zdravnike ali medicinske šole. Ne vem kateri fakulteti še ni potrebno«.

**Koda 20: »Ni sistemske urejenosti izobraževanja na MIZŠ«.**

Citat 50: »Mi pa imamo svojo poklicno izobraževanje, ki je baza naših študentov naprej, to se mi zdi pa nujno in tukaj je vsak, ne vem tudi na ministrstvu imamo sektor čisto posebej ločen za, če se ne motim za srednješolsko, ter visokošolsko in to je tako da eden z drugim skoraj ne vedo kaj delajo«.

Citat 51: »Napaka je že na sistemskem nivoju in jaz mislim da bi bilo to treba nujno na sistemskem nivoju postaviti, ne pa da vsi iščemo svoje poti. In potem pride do teh nesoglasij, to je srž problema. Ker že sistem ni urejen tako, kot bi moral biti«.

**Koda 21: »Na primanjkljaj znanj se naj odziva visokošolski sektor«.**

Citat 52: »... bi pa bilo pametno premisliti, kako te splošne kompetence, naravoslovno znanje okrepiti«.

Citat 53: »Kadar vi dobite gimnazijca, včasih je bilo tako, da so imeli oni dodatne ure osnove zdravstvene nege. Ne vem ali se to še izvaja ali ne, ampak to se skratka ponudi. Zakaj potem ne bi v to smer razmišljali, da bi srednješolskim dijakom ponudili več znanja v tej smeri, ki jo pogrešate«.

**Koda 22: »Za poklic v zdravstveni negi se naj izobraževanje začne na srednješolski stopnji«.**

Citat 54: »Se mi zdi, da je en razvoj za kakovost izredno pomemben, se pravi da začnemo mladega človeka oblikovati, vzgajati, da dobi vse tisto, kar za poklic, ki ga bo opravljal. Potrebno ga je izobraževati že na srednji stopnji«.

Citat 55: »V Sloveniji glede na tradicijo, ki jo imamo, glede na kadrovsko strukturo, ni interesa, da bi zaprli vrata srednješolskemu izobraževanju iz zdravstvene nege«.

**Koda 23: »Srednje šole delajo promocijo za celotno vertikalno«.**

Citat 56: »Mi opravimo ogromno promocij, pa ne samo zase, temveč tudi za celotno vertikalno naprej, to smo pravzaprav vsi, po celi vertikali. Ne glede na to ali govorimo samo o srednješolskem izobraževanju, moramo vedeti, da govorimo tukaj za celotno vertikalno, ki jo bomo imeli v prihodnost«.

Citat 57: »Ogromno gremo po osnovnih šolah, kjer imamo preko 30 najrazličnejših delavnic s področja stroke, pripravljene za osnovnošolce in pravzaprav področje, za katerega so zainteresirani v tistem obdobju, ko razmišljajo, kam se bodo vključili, v katero srednjo šolo, kakšen poklic bodo mogoče opravljali. Zagotovo predstavljamo šesti, sedmi, osmi in deveti razred«.

**Koda 24: »Programi naj bodo primerljivi razvoju v EU«.**

Citat 58: »...podpiram, da smo pač primerljivi v evropski uniji, tako da bodo naši kadri recimo lahko šli tudi kam drugam«.

Citat 59: »V skupini podpiramo, da so visokošolski študijski programi zdravstvene nege podkrepjeni z direktivo EU z vidika razvoja bolonjske vertikale«.

Citat 60: »Nivoji izobraževanja z vidika EU so urejeni, potrebno je razmejiti kompetence«.

Citat 61: »Z vidika evropske unije, kar se tiče primerljivosti z evropsko unijo smo odlični. Glejte, primerljivosti z drugimi, vsaj kar jaz osebno spremljam vsa združenja znotraj, vam lahko povem, da bi si lahko samo želeli tako urejenega nivoja izobraževanja, kot ga imamo v Sloveniji, tako da to je odlično izhodišče.«

**Koda 25: »Pozitivna stran Evropske direktive«.**

Citat 62: »Se mi zdi pa, da s tem, ker je poklic reguliran, da se drži en nivo kakovosti pri izvedbi. Se pravi mi če nekaj težko dosežemo, ker vemo da bi bilo dobro za naš program, potem zmeraj se usedemo na to, da je reguliran poklic«.

Citat 63: »Seveda, to je reguliran poklic, ki pomeni prost pretok delovne sile, takih poklicev ni veliko. Vsi izhajajo iz zdravstva, tukaj gre za poklic zdravnika, zobozdravnika, medicinske sestre, babice«.

Citata 64: »Podpiramo in menimo da je potrebno razvijati zahteve EU direktive za reguliranje poklicev«.

**Koda 26: »Poseganje v avtonomijo izobraževanja za reguliran poklic«.**

Citat 65: »Drugi poklici v zdravstvu bi tako radi posegli v organizacijo in izobraževanje, jaz pa mislim da je to ena meja, kjer ne morejo. Jaz se tukaj ne strinjam z njihovim sodelovanjem. Ker je preveč tega, že tako je še preveč medicinskega znanja med medicinskimi sestrami in ravno to so tisti okvirji, ki nas postavljajo bolj samostojne, ki pa ne znamo še to čisto uporabiti, jaz mislim«.

**Koda 27: »Univerzitetni program v zdravstveni negi«.**

Citat 66: »Se lahko poenotimo v stališču, da je potrebno v nekem srednjem časovnem obdobju petih let, preiti na univerzitetne programe v zdravstveni negi ter da je potrebna povezanost srednješolskega in visokošolskega prostora zdravstvene nege, da tistim, ki želijo študirat odpremo pot?«

Citat 67: »Tukaj je potrebno razumeti, da gre za enak prehod, kot je šlo iz višje na visoko strokovno, se pravi ne spreminjajo se kompetence, spreminja se stopnja izobrazbe«.

Citat 68: »Ne bo več visoko strokovnega, ko bo univerzitetni program, bomo imeli univerzitetni program. In na trgu bo samo diplomirana medicinska sestra (UNIV)«.

Citat 69: »...sprejeli smo stališče, da moramo k temu aktivno pristopiti in vključiti akterje srednješolskega, visokošolskega prostora in pa ministrstvo za izobraževanje«.

**Koda 28: »Nesprejemljivost naziva zdravstveni asistent«.**

Citat 70: »Ko smo se mi soočali s tem, da se želi ponovno spremeniti naziv za srednje strokovno izobraževanje, so se sestali vsi aktivni iz vseh zdravstvenih šol in smo o tem razpravljali in zdravstveni asistent ali asistent zdravstvene nege je bil popolnoma nesprejemljiv na vseh delovnih telesih, ki so bila sklicana s področja srednjih zdravstvenih šol«.

Citat 71: »Ne strinjamo se z nazivom zdravstveni asistent, predvsem zato ker je to, ostane na nivoju teh kompetenc bolničar negovalec ...., ker pač ta naziv in kompetence so za naš, naše nivo bolničarja negovalca. To je bilo tisto, s čimer se pač mi nismo strinjali.«

Citat 72: »No pri nas podobno, najprej moram reči da nihče ni bil za zdravstvenega asistenta, a ne. Potem pa smo se pa dogovorili, da smo podali predloge in sicer je največ predlogov dobil predlog tehnik zdravstvene nege«.

Citat 72a: »Za mene je poimenovanje ZA blazno moteče, ker vem kdo na oddelku pa dela. Kdo osebno higieno izvaja, kdo počeše, kdo postrizhe nohte, kdo zamenja plenico. Vse dela to ta revež ko bo zdaj se poimenoval asistent, zato smo tudi za ta naziv da tehnik zdravstvene nege ostane«.

Citat 72b: »...da je tukaj v bistvu vezano na zdravstvenega asistenta to, da je v nekem stalno podrejenem položaju. Ker tam ko smo pripravljali ta poklicni standard smo šli iz tega izhodišča da je on kompetenten samostojno izvajati stvari tudi, ne samo v neki podrejeni vlogi«



**Koda 29: »Nepoznavanje dejanskih strokovnih naslovov« skozi spremembe izobraževanja.**

Citat 73: »Izhajamo iz tega, da so poimenovanja bila naslednja: pred usmerjenim izobraževanjem med. sestra splošne smeri, med. sestra pediatrične smeri, babica. Z letom 1981 je bilo poimenovanje zdr. tehnik, ne vem točno kdaj se je spremenilo v tehnik zdravstvene nege, mislim da blizu 1999, potem pa je prišlo do preimenovanja, ki pa ni imelo soglasja strokovnega kolegija za zdravstveno nego leta 2007, v srednja medicinska sestra. Ker kolegij ni dal soglasja se je ministrstvo odločilo, da po opravljenem pripravništvu, ostane strokovni naslov tehnik zdravstvene nege.«

Citat: 74: »Trenutno je to tudi veljaven naziv (srednja medicinska sestra), ki pa žal po opravljenem pripravništvu ni več srednja medicinska sestra, ampak je zdravstveni tehnik, kar je ena naša anomalija in bi jo bilo potrebno popraviti.«

**Koda 30: »Vertikalno poimenovanje negovalec, negovalka«.**

Citat 75: »Jaz predlog imam, mislim, da je nekaj konsenza bilo, če je program zdravstvena nega, je lahko tudi program zdravstveni negovalec in to lahko gre tudi po vertikali navzgor, se pravi diplomirani zdr. negovalec, oz. če bo nov program socialni zdr. negovalec/ka.«

Citat 76: »Ne jaz sem samo želela reci, da negovalec kot tak, morda iz vidika, kar je prej kolegica opozorila, morda ne bo dobro sprejet med izvajalci. Negovalka, saj študira zdravstveno nego.«

Citata 77: »Negovalec ima najbolj element skrbi v sebi, pa vertikala mora biti, jaz mislim, da kakorkoli se bomo odločili, da se upošteva ta vertikala.«

Citat 78: »Zdravstveni negovalec, ki se oblikuje po vertikali.«

**Koda 31: »Kdo je lahko medicinska sestra(?)«.**

Citat 79: »Smernice za področje poimenovanja poklicev v zdravstveni negi so naslednje: Da naziv medicinska sestra dobi tisti, ki je končal izobraževanje v skladu z Evropsko direktivo. Jasno je zapisano, da je to tri letni študij, ovrednoten z ECTS, z določenimi opravljenimi urami praktičnega ali teoretičnega izobraževanja.«

**Koda 32: Tradicija poimenovanja »sestra«**

Citat 80: »Je pa tudi to tradicija, da ne glede na naziv, bodo vedno rekli »sestra«.

Citat 81: »Strokovni naslov srednja medicinska sestra je sprejemljiv med izvajalci.«

Citat 82: »Poimenovanje mora biti sprejemljivo za klinično okolje in tudi za razvoj stroke.«

Citat 83: »Predlagamo tehnik zdravstvene nege, če ne more biti medicinska sestra, vse kompetence naj ostanejo enake.«

**Koda 33: »Uravnoveženje interesov stroke in delodajalcev«.**

Citat 84: »Da delodajalec prisiljuje manj izobraženo osebje, da zaposluje manj izobraženo osebje in kompetence dviguje. To je problem, kar ste vi že na začetku rekla ne. In jaz mislim, da s strani delodajalca, tisto kar bi on hotel ne pomeni razvoj stroke vedno, tako je moje mnenje no. Da je treba to vsekakor uravnovežiti, da je treba uravnovežiti te interese.«

Citat 85: »Ker če bi danes delodajalce vse spraševali v Sloveniji, bi želeli najnižjo delovno silo, najnižjo proizvodno ceno, da imajo najnižjo proizvodno ceno in to. Vsi delodajalci težijo k

temu bolj kot ne. Samo delodajalec želi, da bi mi povečali kompetence zdravstvenim tehnikom.«

Citat 85a: »Delodajalci imajo interes, da se povečajo kompetence TZN, to ni interes stroke in ni v skladu z Direktivo«.

**Koda 34: »Delegiranje in nadzor diplomirane medicinske sestre (-)«.**

Citat 86: »V kliničnem okolju delegira naloge že zdaj diplomirana medicinska sestra, zdravstvenemu tehniku, saj ne more biti brez nadzora, lahko pa opravi po naročilu. Tako in tudi v klinični praksi smo postali zelo striktni, da je dipl. medicinska sestra tista, ki načrtuje.«

Citat 87: »To ni res, da ne more bit brez nadzora. Temeljne življenjske aktivnosti je ona naučena, imamo izobraževalne vsebine in jih mora znat ocenit, potrebe in intervencije mora potem izvest, vrednotit svoje delo in pri tem komunicirat z ostalimi člani tima.«

Citat 88: »Moramo biti sposobni prepoznat po stroki, da je nosilka zdr. nege diplomirana medicinska sestra in dipl. zdravstvenik. In to potegne za sabo celostne pristope k pacientom.«

**Koda 35: »Poenotiti odrti kurikulum«.**

Citat 89: »Mi imamo odprte kurikule in tisto kar pravzaprav sociala želi, lahko z naslednjim šolskim letom vključimo, veliko tega pa že imamo, ogromno, ogromno vsebin, ki jih sociala zdaj dodaja, jih pravzaprav srednja med. sestra ali pa recimo rečemo tehnik zdr. nege po novem, ker smo rekli, da bomo tako rekli in da se bo odprti kurikulum na nivoju šol poenotil.«

Citat 90: »...In revizija poklicnega standarda pa izključno zato, da uredimo naziv/ime izobraževalnega programa kot takega, naziva doseženega s tem izobraževalnim programom in da izobraževalni program v odprtem kurikulumu poenotimo. To je pa tisto kar je srednje šolstvo, oprostite, naredilo pa največjo napako. Tukaj pa si priznajte da na kvadratnih metrih nekega slovenskega ozemlja dijaki v Izoli ne absorbirajo enakih znanj kot v Murski Soboti ali Mariboru. To pa se mi zdi da, razumem fleksibilnost, razumem svobodo, ampak za tako pomemben poklic morajo biti enaka izhodišča. Tukaj mislim da je bilo, s tega vidika da je potrebno revidirati izobraževalni program, vse ostalo pa se mi zdi, da je odlično.«

Citat 91: ».. Tako da ne glede na to kaj šola da v odprti kurikulum, so dijaki usposobljeni z obveznim delom za opravljanje del za katere je predviden program. Res pa je da se nam pri reguliranih poklicih potem pojavlja res, tam pa je veliko znanj res reguliranih in se pojavlja potem vprašanje koliko je še smiselnega tistega odprtega prostora na takem majhnem prostoru kot je Slovenija. Tako da tukaj že razmišljamo in nova izhodišča že zmanjšujejo ta del in puščajo odprto možnost da se za regulirane poklice to popolnoma zapre, če je odgovor stroke tak.«

**Koda 36: »Spremembe v odprtem kurikulumu so premalo«.**

Citat 92: »Mogoče bi lahko prišli do njega kot pravite vi, vendar je včasih pot težja, da zadovoljši potrebe dveh sektorjev. Pa ne sam to, ni bla ideja, da bi se samo dodajalo znanje, gre za spremembo načina podajanja znanja, koncepta, tko da to je treba v zdravstvene vsebine dodat socialne, ne posebej. To pa moramo tudi šole, mislim posebno s šole moramo to prenest...

Citat 93: »...če je to v ozadju res potreba sociale, kot je bilo rečeno, da se določene reči s sociale res vpeljejo v naše programe, ogromno tega šole že zdaj delamo in profesorji stroke že sedaj opravljajo pri svojih strokovnih predmetih, tako na praksi kot tudi na strokovnih izobraževanjih.«

Citat 94: »Sprememba poklicnega standarda ni vezana samo na preimenovanje, temveč tudi na spremembo v načinu podajanja znanja, koncepta zdravstveno-socialna oskrba«.

Citat 94a: »...pravzaprav gre za to da v poklicni standard uporabimo bolj sodobno terminologijo, v njo zapišemo tudi večšine s področja kulturnih kompetenc, socialnih kompetenc, dolgotrajne oskrbe, paliativne oskrbe in to je to«.

**Koda 37: Oskrba in sociala kot nesprejeti del imena poklica.**

Citat 95: »Se pravi, če nas pa res javnost prepoznava po imenu, potem pa če je nek konsenz recimo tehnik zdravstvene nege, ali je smiselno tle še dodajat to oskrbo, ne vem tehnik zdravstvene nege in oskrbe.«

Citat 96: »Opravičujem se, ker premalo poznam socialo, a bi šlo tudi v smeri tehnik zdravstvene in socialne nege, jaz ne vem ali je ta besedna zveza pri sociali smiselna, ampak dejstvo je, če se poglobimo v neke kompetenc, ki jih nekdo ima, laična publika nas pa prepoznava predvsem po nazivih...«

Citat 97: »mene mogoče zmoti socialni, ker se bojim da bo počasi potem zdravstveni izbrisan pa bo samo socialni ostal. Zdravstveno negovalni asistent bi mi bil ljubši«.

**Koda 38: »Stroka je razslojena, sistemsko, zgodovinsko«.**

Citat 98: »Ne vem, ali ne znamo komunicirat med seboj, ali se nočemo slišat, ne vem koga bi okrivila.«

Citat 99: »Mene je mogoče presenetil ta odnos srednješolskih učiteljev in se mi zdi, da mogoče bi bilo, ne vem koliko imate priložnost ampak bi bilo fajn, če bi se spoznali tudi s temi, ki delamo na faksih ...«

Citat 100: »Jaz bi tako, da splošno kažejo rezultati, da smo dosti razslojeni.«

»Rezultati raziskave dejansko kažejo na neko razslojenost ja.«

»Velika razslojenost ja...«.

**Koda 39: »Nerazumevanje med nazivom za poklic in poimenovanjem stopnje dosežene izobrazbe«**

Citat 101: »pridobljen naziv s srednješolskim izobraževanjem je srednja medicinska sestra, ampak vsi ki se vključijo v proces pripravništva in strokovnega izpita dobijo naziv tehnik zdravstvene nege. Tako da v registru izvajalcev nikoli nimamo srednje medicinske sestre. To je zelo pomembno, to je samo program. Program in naziv dosežene izobrazbe, ne pa naziv poklica.«

Citat 102: »In od leta 1981 dalje imajo mnogi med nami edini naziv zdravstveni tehnik/zdravstvena tehnica, kasneje tehnik zdravstvene. In nikogar nismo zavajali da ga šolamo za medicinsko sestro.«

Citat 103: »Osnovnošolcem in staršem je treba dati korektne informacije, v katerem poklicu se bodo lahko zaposlili dijaki, ko zaključijo šolanje. Nihče na srednješolski ravni se ne šola za poklic srednja medicinska sestra, poklic je tehnik zdravstvene nege.«

**Koda 40: »Potrebnost socialnih kompetenc«**

Citat 104: »Zdravstveni asistent kot poklicni standard daje možnosti širše zaposlitve v DSO, DO.«



Citat 105: »Zdravstveno socialne kompetence je pomembno iz vidika potreb varovancev ponuditi kot celoto. Ker če ne bomo to naredili mi, bo sociala razvila svoj poklic, socialne asistenta, ki bo posegal v kompetence TZN.«

Citat 106: »S poklicnim standardom zajamemo socialni del, kjer bi se lahko vključeval zdravstveni tehnik. Mi moramo pa biti enotni, pa močni, da bomo zdržali, da bomo obdržali to, kar je v osnovi naše.«

Citat 107: »...smo zelo daleč od tega, da bomo meli samo diplomirane, jih nikoli ne bomo. In tukaj se bo tisto zgodilo, kar sem že prej opozorila, da nas bodo povozili oskrbovalci in socialna oskrba. In jaz sem za to, da se kompetence prekrivajo, absolutno pa mora biti tukaj to, da je to tista, ki vodi/nadzira diplomirana medicinska sestra in načrtuje.«

**Koda 41: »TZN je samostojni izvajalec zdravstvene nege«, je več kot asistent**

Citat 108: »...tehnik zdravstvene nege samostojni izvajalec storitev zdravstvene nege, ki je sposoben delati individualno in sodelovati z drugimi zdravstvenimi delavci, pri čemer upošteva zahtevane standarde in ni pod neposrednim in posrednim nadzorom. Zdaj pa pomočnik, ki pomaga pri izvajanju pa je pod neposrednim in posrednim nadzorom. Jaz mislim, da to niti v praksi, niti v teoriji ne zdrži.«

Citat 109: »samostojno izvaja dela tehnika zdrav. nege v skladu s temeljnimi odgovornostmi in področjem dela. Deluje kot sodelavec v zdrav. negi in oskrbi znotraj negovalnega in zdravstvenega tima, ter se vključuje v zdravstveno vzgojno delo.«

Citat 110: »tehnik zdrav. nege lahko opravlja zdrav. dejavnost na delovnem področju primarna, sekundarna, terciarna raven, zdrav. dejavnosti v socialnih, posebnih socialnih zavodih, zdravilišča, socialna-medicinska, higienska, epidemiološka in zdravstveno ekološka dejavnost.«

Citat 111: »Zdaj kar se tiče evropskega kvalifikacijskega okvirja, naša peta stopnja, štiriletno izobraževanje, smo se dogovorili, da tisti ki končajo štiriletni program, samostojno opravljajo naloge v okvirju katerih so usposobljeni.«

**Koda 42: »Preseganje kompetenc TZN«**

Citat 112: »Samo to ga potem sistem prisili in se nauči in je grozno da se nekdo kar mimogrede nekaj nauči, potem na koncu pa bo tudi za to zahteval določeno plačilo, saj tako je ne.«

Citat 113: »Mora pa naredit ker je sistem, torej, ni narobe zdaj z našim programom nič. Mi teh vseh stvari ne učimo, samo potem ko gredo delat, povejo kaj vse so delali, oz. morajo delat.«

Citat 114: »...preko desetletij izgubiš stik, kaj si se formalno naučil in kaj si pridobil neformalno v praksi.«

**Koda 43: »Diplomirane medicinske sestre in administriranje«**

Citat 115: »...izkoriščanje diplomiranih samo za, kot ste rekli vi, vodenje/nadziranje. Saj to ni edina stvar, ki jo ona zna, tudi si ne želi delat. Na koncu te vržejo tja v tiste papirje in za računalnik, dejansko pa pri pacientu pa ni.«

Citat 116: »...na splošnih oddelkih del kompetenc, ki jih diplomirani in tehniki obvladajo, opravljajo ti, potem imajo tiste diplomirane več časa, da se s temi specialnimi ukvarjajo ne,«

**Koda 44: »Zavedanje, da pride do preseganja kompetenc TZN v kliničnem okolju«, ni pa odziva na strani srednjih šol.**

Citat 117: »Mi izobražujem na peti stopnji, tisto kar pa se dogaja pri delodajalcih ni več naša zadeva.«

Citat 118: »Ko dijaki hodijo na PUD, povedo kaj so delali, nas je kar malo strah, da je ta put skoraj da nekako ni dobro zasnovan, da niso mentorji tako dobro izobraženi kaj jih naučijo in dovolijo kaj se dela. Ne rečem, da mi tega nismo nikoli učili, mislim da je tu ta razlik kaj se uči na 5. stopnji in kaj se potem dogaja ko dijaki po 5. stopnji gredo v službo ali PUD.«

Citat 119: »Srednješolsko izobražen kader posega, prevzema kompetence, kar je stvar delodajalca.«

**Koda 45: »Prekoračitve kompetenc v srednjih šolah ni«.**

Citat 120: »Mislim da kakšnega prehajanja, da bi mi jemali snov diplomiranih medicinskih sester, da ni tega prehajanja.«

Citat 121: »Mi nikakor ne posega v kompetence dipl. med sestre. Jasno imamo tudi programske enote od kodeksa etike,.. in to moralno etično in civilno pravno, kaj so naše kompetence, kaj lahko in kje smo samo tisti, kjer opazujemo in potem posredujemo dipl. med sestri ali zdravniku to posredujemo.«

Citat 122: »Če lahko jaz tudi potrdim, glede nato, da poučujem tudi zdravstveno nego v kabinetih. In dejansko imamo zelo pisano družino, iz vseh zdravstvenih šol, ki lahko trdim da srednje šole ne posegajo v kompetence diplomiranih medicinskih sester, da otroci prihajajo s kompetencami za srednjo šolo, seveda z različnimi standardi.«

**Koda 46: »Tradicionalna klinična okolja dopuščajo prekoračitev kompetenc TZN«**

Citat 123: »Meni bivši dijaki pišejo, me sprašujejo kaj naj naredijo, ker jih silijo v kateterizacijo moškega. In se bojijo, kaj se zgodi če to zavrnejo, saj so kot pripravniki v taki neugodni situaciji, saj danes vemo, kako je službo dobiti, ne kot včasih in se to dogaja. Da ne rečem da so našim kolegicam, bivši dijaki jemali kri na urgenci, dajali intravensko terapijo,...«

Citat 124: »...Tako da mislim, da na ravni srednje šolstva ni problem, je pa problem klinično okolje, kjer delodajalci dovolj ne poznajo ali pa so potrebe in nimajo ustreznega kadra in potem delegirajo tudi dela, ki gredo preko znanj, spretnosti, ki si jih pridobijo na SS.«

Citat 125: »...v bistvu delno posegajo v kompetence diplomirane medicinske sestre, ne vem intravenozna... Seveda srečujemo se s populacijami starejšimi, ki jih imamo zaposlene in so tekom svojega srednješolskega izobraževanje pridobile znanja, in seveda z novimi generacijami ki pa tega nimajo.«

**Koda 47: »Preseganje kompetenc je za TZN poklicna samopotrditiv«**

Citat 126: Jaz bi morda tu rekla, popolnoma se zavedamo kako stvari potekajo v praksi, da je neka tradicija na tem področju. Z vedno več diplomiranimi medicinskimi sestrami ... nastaja pa drug problem, problem v srednjih medicinskih sestrah, ki so smele do zdaj to delat in se nekako počutijo ogrožene, da se njim jemlje kompetence, ki jih nekako nimajo in pride do nekega razkoraka.«

Citat 127: »...So pa kolegice, ki v dopoldanskem (plastično rečeno) času tega ne bodo naredile, ker imajo nadrejenega tam, bodo pa v popoldanskem času v dežurstvo, ko jim bo zdravnik rekel ali bi ti to za mene naredili, bo pa komaj čakala, da bo to naredili, da bo dobila tisto poklicno samopotrditiv, ki si jo na tak način daje. In tu je težava s katero se v klinični praksi srečujemo. K kolegice, ki tako dobivajo dijake na put in jim želijo vlti neko mero samozavesti na napačen način. Nekako bi jih morali naučiti, kako zavrniti nekaj, za kar niso usposobljeni.«

#### **Koda 48: »Preseganje kompetenc TZN je kompleksen problem«**

Citat 128: »To je zelo kompleksen problem, zelo kompleksen. Kot prvo se moramo zavedati, da za vsako prenovo srednješolskega izobraževanja so določene kompetence bile srednjemu kadru odvzete. To vsi vemo a ne? Kompetence so bile včasih bistveno višje in delodajalci nekateri še vedno smatrajo očitno, oz. še vedno vidijo ta kader z višjimi kompetencami ne. Zato se mi tudi bojimo, če bodo zdaj spet odvzemali kompetence. Delodajalci vprašanje, če bodo zaposlovali toliko diplomiranih medicinskih sester kot si želimo.«

Citat 129: »Kdo jim določa? Kdo je nadrejen? Zdravnik, diplomirana medicinska sestra, kdo je tisti ki daje ta pooblastila, da to naredi. Ali res sama to počne? To jaz kar ne verjamem. Tukaj je stvar sistema, ki to dopušča. Zakaj to dopušča, smo ugotovili, malo je problem financiranje.«

Citat 139: »Saj vemo kakšno je stanje ponoči, pa tudi popoldan marsikdaj. Zjutraj je diplomirana medicinska sestra, popoldne je ni.«

#### **Koda 48: »Odgovornost managementa za preseganje kompetenc TZN«**

Citat 140: »Pri urejanju normativov se zavedamo, da so le ti narejeni na način, da bo prišlo do preseganja kompetenc na ravni TZN. To rešujemo s specialnimi znanji, ki pa posegajo v kompetence DMS.«

Citat 141: »...da kompetence, ki jih klinično okolje zahteva od TZN, že od 1981 leta niso več v srednješolskih programih.«

Citat 142: »Povečati število diplomiranih, zmanjšati število srednjih medicinskih sester, na način da tistim, ki so v sistemu omogočijo izobraževanje naprej.«

Citat 143: »Tukaj na tej točki se pa morem oglasit, kdo je tisti, ki predpisuje kompetence. Ali je to stroka ali je to management. Seveda bo management zmeraj velika varčevalna, glede finančnih resursov priti najboljše preko, ampak če pa stroka reče, da je treba spremeniti stvari, normative, ki niso primerni, imate vi orodje na katero se lahko sklicujete. In mislim, da bi morali iti v tej smeri nadzora.«

Citat 144: »Ja seveda, konfrontacija je nujna, tisto kar so kompetence in kaj se od njih pričakuje, management je potrebno soočiti s tem. Seveda bomo slišali kakšne težave imajo, če to ne bomo znali javno povedati bomo imeli velike probleme.«

#### **Koda 49: »Zavedanje novih poklicnih vlog v stroki«**

Citat 145: »Mogoče to, da v bistvu ta raziskava tudi izkazuje to, da bomo rabili ... v stroki zdravstvene nege, da osvojimo sodobne koncepte in da naredimo en korak naprej a ne, ker tam tisto strinjanje z raznimi terapevtskimi postopki/terapijo je še zmeraj zelo nizko. Se pravi nam manjka še veliko, da v bistvu diplomirani kader se zave, kaj vse v stroki zdravstvene nege bi lahko počel.«

Citat 146: »Zdaj pa je tudi treba vedeti, da je potrebno ljudi izobraziti na tem področju. Zdaj jih ne izobrazimo, da oni vse to delajo. To pa je treba vedeti.«

Citat 147: »To pa je tisto, kar še vedno je mislim da, marsikdo razmišlja v tej smeri oz. bi delal, ne bi pa prevzel odgovornosti. To mislim da je zelo močen vzrok, še vedno na žalost. V zdravstveni negi.«

### 2.3.6. Oblikovanje kategorij in tem

Iz 47 kod smo razvili 14 nadpomenskih kategorij, dve kodi (12, 13) se nista uvrstili v nobeno kategorijo. Rezultati so prikazani v tabeli 2. Dobljene kategorije tvorijo 3 zaključene teme, ki so prikazane v tabeli 3.

Tabela 2. Rezultati analize besedila z razvitimi kodami (N=47), kategorijami (n=14)

Št. kode	Kode	Kategorije
1	»Širša vključenost« v razpravo o izobraževanju in kompetencah.	Razhajanja in nezaupanje glede izobraževanja med srednjimi šolami in visokošolskimi zavodi. (1)
2	»Uskladitev znotraj akterjev« izobraževanja in uporabnikov.	
4	»Strah pred odvzemom kompetenc« med zaposlenimi v zdravstveni negi.	
5	»Stalna nasprotja glede izobraževanja« v zdravstveni negi.	
11	»Slabo razvita sistemska povezanost« med nivoji izobraževanja na ravni zavodov.	
20	»Ni sistemske urejenosti izobraževanja na MIZŠ«.	
38	»Stroka je razslojena, sistemska, zgodovinska«.	Vertikala v zdravstveni negi kot ovira za univerzitetno izobraževanje. (2)
18	»Srednje strokovno izobraževanje je usposabljanje za poklic«.	
15	»Večina študentov je iz srednjih zdravstvenih šol«.	
19	»Neprekinjena vertikalna prehodnost za dijake«.	
22	»Za poklic v zdravstveni negi se naj izobraževanje začne na srednješolski stopnji«.	
23	»Srednje šole delajo promocijo za celotno vertikalno«.	
25	»Pozitivna stran Evropske direktive«.	Vstop v Evropsko reguliran poklic je visokošolsko izobraževanje. (3)
27	»Univerzitetni program v zdravstveni negi«.	
31	»Kdo je lahko medicinska sestra(?)«.	
24	»Programi naj bodo primerljivi razvoju v EU«.	Evropska primerljivost kot varuh razvoja zdravstvene nege. (4)
26	»Poseganje v avtonomijo izobraževanja za reguliran poklic«.	
16	»Visoko-strokovni programi v univerzitetne programe«.	Splošna razgledanost za vstop v visokošolsko izobraževanje. (5)
17	»Vstop v visokošolsko izobraževanje je splošna razgledanost«.	
21	»Na primanjkljaj znanj se naj odziva visokošolski sektor«.	
28	»Nesprejemljivost naziva zdravstveni asistent«.	Pričakovana je samostojna vloga poklica TZN. (6)
41	»TZN je samostojni izvajalec zdravstvene nege«, je več kot asistent«.	
34	»Diplomirane medicinske sestre in administriranje«.	Ne sprejemanje dipl. m. s. kot odgovorne nosilke zdravstvene nege. (7)
43	»Delegiranje in nadzor diplomirane medicinske sestre (-)«.	
42	»Preseganje kompetenc TZN«.	Preseganje kompetenc TZN v kliničnih okoljih je na zavedni ravni vseh akterjev. (8)
45	»Prekoračitve kompetenc v srednjih šolah ni«.	
46	»Tradicionalna klinična okolja dopuščajo prekoračitve kompetenc TZN«.	
47	»Preseganje kompetenc je za TZN poklicna samopotrditev«.	
48	»Preseganje kompetenc TZN je kompleksen problem«.	
30	»Vertikalno poimenovanje negovalec, negovalka«.	
32	Tradicija poimenovanja »sestra«.	
14	»Razvoj poklicnega standarda kot sodelovanje različnih deležnikov«.	Nerazumevanje nastajanja srednješolskih programov. (10)
29	»Nepoznavanje dejanskih strokovnih naslovov« skozi spremembe izobraževanja.	
39	»Nerazumevanje med nazivom za poklic in poimenovanjem stopnje dosežene izobrazbe«.	
37	Oskrba in sociala kot nesprejeti del imena poklica.	Pomanjkljiva identiteta poklica TZA v socialno-oskrbovalnih kompetencah. (11)
40	»Potrebnost socialnih kompetenc«.	
35	»Poenotiti odrti kurikulum«.	Nepripravljenost za spremembo v kurikulumu srednjih šol. (12)
36	»Spremembe v odprtem kurikulumu so premalo«.	
9	»Bolničar kot del vertikale (?)«.	Nevarnost prekrivanja kompetenc med TZN

10	»Nevarnost pred prekrivanjem kompetenc med bolničarjem in TZN«.	in bolničarjem. (13)
3	»Pomanjkljivo informiranje zaposlenih« v zdravstveni negi o tej tematiki.	Velika odgovornost managementa zdravstvene nege za umeščanje kompetenc izobraževanja in preseganja kompetenc v kliničnih okoljih. (14)
6	»Določiti kompetence glede na ravni izobraževanja«.	
7	»Kolektivna pogodba, sistemizacija in nivoji kompetenc«.	
8	»Razumevanje vloge magistra zdravstvene nege«.	
33	»Uravnoteženje interesov stroke in delodajalcev«.	
48	»Preseganje kompetenc TZN je kompleksen problem«.	
49	»Odgovornost managementa za preseganje kompetenc TZN«.	

Tabela 3. Teme razvite iz kategorij (N=14) raziskave

Kategorije	Teme
Razhajanja in nezaupanje glede izobraževanja med srednjimi šolami in visokošolskimi zavodi. (1)	<b>Družbena odgovornost visokega šolstva za argumentacijo razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline in ureditev izobraževanja na vseh nivojih</b>
Vertikala v zdravstveni negi kot ovira za univerzitetno izobraževanje. (2)	
Vstop v Evropsko reguliran poklic je visokošolsko izobraževanje. (3)	
Evropska primerljivost kot varuh razvoja zdravstvene nege. (4)	
Splošna razgledanost za vstop v visokošolsko izobraževanje. (5)	
Ime poklica »negovalec, negovalka« nima statusa. (9)	<b>Definicija TZN kot sodelavca v timu zdravstvene nege na vseh nivojih zdravstva in kot ključnega izvajalca zdravstveno-socialne obravnave v skupnosti in dolgotrajni oskrbi</b>
Nerazumevanje nastajanja srednješolskih programov. (10)	
Pomanjkljiva identiteta poklica TZA v socialno-oskrbovalnih kompetencah. (11)	
Nepripravljenost za spremembo v kurikulumu srednjih šol. (12)	
Nevarnost prekrivanja kompetenc med TZN in bolničarjem. (13)	
Pričakovana je samostojna vloga poklica TZN. (6)	<b>Sistemska odgovornost managementa zdravstvene nege in nacionalnega strokovnega združenja v zdravstveni negi za umestitev opredeljenih kategorij izvajalcev v zdravstveni negi (tehnik zdravstvene nege, dipl. m. s., dipl. m. s. spec., mag. zdr. neg.) v sistem zdravstvenega varstva na ravni sistemizacije in kadrovskih normativov</b>
Ne sprejemanje dipl. m. s. kot odgovorne nosilke zdravstvene nege. (7)	
Preseganje kompetenc TZN v kliničnih okoljih je na zavedni ravni vseh akterjev. (8)	
Velika odgovornost managementa zdravstvene nege za umeščanje kompetenc izobraževanja in preseganja kompetenc v kliničnih okoljih. (14)	

### 2.3.7. Rezultati skupin konsenza v drugi sekvenci

#### 2.3.7.1. Splošne kompetence za tehnik zdravstvene nege

Tehnik zdravstvene nege (TZN) se vključuje v izvajanje zdravstvene nege na različnih delovnih področjih, kot so: primarna, sekundarna in terciarna raven zdravstvene dejavnosti, socialni in posebni socialni zavodi, zdravilišča, na domu varovanja, idr. Dejavnost lahko opravlja, ko zaključi srednješolski strokovni programa zdravstvena nega, opravi 6 mesečno pripravništvo in strokovni izpit za poklic ter se vpiše v register izvajalcev zdravstvene nege. TZN je član negovalnega in zdravstvenega tima, v katerem glede na pridobljene kompetence v okviru izobraževanja in usposabljanja za poklic, izvaja zdravstveno nego zdravih in bolnih ljudi v vseh življenjskih obdobjih in okoljih. Pri izvajanju je lahko samostojen ali v odvisni vlogi, kar je odvisno od zahtevnosti delovnih nalog, pri katerih ne sme presegati s stopnjo izobrazbe doseženih poklicnih kompetenc. Za svoje delo odgovarja vodji tima zdravstvene nege, diplomirani medicinski sestri /zdravstveniku ali vodji zdravstvene dejavnosti v okviru katere izvaja zdravstveno nego. V skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti TZN izvaja dela in naloge, za katera ima ustrezno izobrazbo, usposobljenost za delo in ustrezno

opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost. Zato lahko v okviru poklicnega dela sprejme samo tista dela in naloge, ki sodijo v okvir kompetenc izobraževanja za poklic TZN.

### **2.3.7.2. Specifične kompetence za tehnik zdravstvene nege**

- Samostojno ali soodvisno izvajanje zdravstvene nege posameznika v različnih stanjih zdravja in bolezni ter v različnih življenjskih obdobjih v okviru kompetenc izobraževanja za poklic TZN (v nadaljevanju kompetenc),
- pomoč pacientu pri izvajanju dnevnih življenjskih dejavnosti v okviru kompetenc,
- priprava pacienta na diagnostične in terapevtske posege in postopke v okviru kompetenc,
- izvedba enostavnih diagnostično terapevtskih posegov in postopkov v okviru kompetenc,
- sodelovanje pri izvajanju in intenzivne nege v okviru kompetenc,
- ukrepanje v nepričakovanih situacijah, nudenje prve pomoči v okviru kompetenc,
- sodelovanje pri informiranju in posredovanje navodil pri zdravstveni negi pacienta in svojem v okviru kompetenc,
- sodelovanje pri pripravi standardov dela, delovnih navodil, dokumentiranju zdravstvene nege in zdravstvene obravnave, idr. in njihovo upoštevanje pri delu,
- sodelovanje pri aktivnostih na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu,
- dobro in učinkovito komuniciranje in opravljanje del in nalog v zdravstvenem in negovalnem timu,
- sposobnost načrtovanja, spremljanja lastnega dela in poročanja o njem ter pravočasno opažanje odstopanj pri delu v okviru pristojnosti,
- sposobnost etičnega delovanja in upoštevanja navodil na področju varnosti pacientov.

### **2.3.7.3. Splošne kompetence za dipl. m. s. / dipl. zn.**

Samostojni strokovnjak, nosilec in izvajalec procesa zdravstvene nege, sodelavec pri izvajanju zdravstvene obravnave, ki je sposoben delati individualno ali sodelovati z drugimi zdravstvenimi delavci, ter je zaključil študijski program zdravstvene nege v skladu s standardi iz 31. člena prenovljene Evropske direktive 2013/55/EU in predhodne direktive 2005/36/EC, kar v Sloveniji pomeni najmanj visoko strokovni študijski program Zdravstvena nega (VS). Po zaključku šolanja na akreditiranih študijskih programih, ki upoštevajo zahteve omenjenih direktiv, si diplomant pridobi pravico do licence za poklic, kar mu omogoča samostojno opravljanje dela v okviru poklicnih kompetenc v EU. Splošne kompetence so definirane kot preventivne in zdravstveno-vzgojne naloge, naloge v zvezi s procesno obravnavo pacientovih potreb po zdravstveni negi, prevzemanje nalog v diagnostično-terapevtskem procesu, koordinacijske naloge, poročanje in dokumentiranje ter naloge s področja razvoja prakse. Dipl. m. s. / dipl. zn. kot nosilec stroke zdravstvene nege deluje v negovalnem timu in odgovarja za negovalni proces in proces dodelitve pacienta članom tima zdravstvene nege. Celovito pozna strokovna področja, na katerih temelji splošna zdravstvena nega, ima zadostno poznavanje narave in etike poklica ter splošnih načel zdravja in zdravstvene nege, ustrezne klinične izkušnje, sposobnosti za delo s sodelavci drugih poklicev v zdravstvenem sistemu. Usposobljen je za spodbujanje posameznikov, družin in skupnosti k zdravemu

načinu življenja in skrbi zase na osnovi pridobljenih znanj in spretnosti ter za samoiniciativno ukrepanje.

Dipl. m. s. / dipl. zn. je nosilec zdravstvene nege in oskrbe v RS in strokovnjak na področju zdravstvene nege in oskrbe v okviru celostne zdravstvene obravnave posameznikov in skupin, ki avtonomno prevzema naloge in odgovornosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva, področju socialnega varstva in posebnih socialnih zavodih, zdraviliščih, šolstvu, na domu varovanca, idr. Temeljna odgovornost dipl. m. s. / dipl. zn. je po definiciji Mednarodnega sveta medicinskih sester (International Council of Nurses – ICN, 2010) sledeča: *»Avtonomna in sodelujoča skrb za posameznike vseh starosti, za družine, skupine in skupnosti, za bolne in zdrave in v vseh okoljih; vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni in skrb za obolele, invalidne ter umirajoče.«* Ključne naloge so tudi zagovorništvo, spodbujanje varnega okolja, izobraževanje, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter sodelovanje v obravnavi pacientov in upravljanju zdravstvenih sistemov (Zbornica Zveza, <https://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/o-poklicu>). V skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti dipl. m. s. / dipl. zn. izvaja dela in naloge, za katera ima ustrezno izobrazbo, usposobljenost za delo in ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost. Zato lahko v okviru poklicnega dela sprejme samo tista dela in naloge, ki sodijo v okvir kompetenc izobraževanja za poklic dipl. m. s. / dipl. zn.

#### **2.3.7.4. Specifične kompetence dipl. m. s. / dipl. zn.**

- Samostojno ugotavlja potrebe po zdravstveni negi s pomočjo sodobnega teoretičnega in kliničnega znanja, poleg tega načrtuje, organizira in izvaja zdravstveno nego pri pacientih in izboljšuje nivo strokovnega dela.
- Izobražuje, svetuje in ozavešča posameznike, družine in skupine o pomembnosti zdravega življenjskega sloga in samooskrbe pri boleznih.
- Izvaja promocijo zdravja, zdravstveno vzgojo in učenje za razumevanje povezav med načinom življenja in zdravja, za razumevanje zdravstvenih problemov in procesov za krepitev, doseganje in ohranjanje zdravja.
- Organiziranje, vodenje in nadziranje dejavnosti ter službe zdravstvene nege in vodenje negovalnega tima.
- Izvajanje zdravstvene nege na podlagi negovalne anamneze, negovalne diagnoze in postavljenih ciljev zdravstvene nege po metodi procesna zdravstvene nege.
- Sodelovanje v procesu zdravljenja v okviru zdravstvenega tima ter izvajanje diagnostično terapevtskih programov pri pacientih.
- Spremljanje izidov in učinkov intervencij zdravstvene nege in dokumentiranje.
- Interdisciplinarno in multisektorsko povezovanje za zagotavljanje kakovostne obravnave bolnika.
- Izvajanje zdravstvene nege v okviru nujne medicinske pomoči.
- Mentorsko in pedagoško delo za obnavljanje lastnega kadra (novo zaposleni, študenti).
- Raziskovalno delo v zdravstveni negi in zagotavljanje kakovosti (povzeto po Zbornica Zveza, <https://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/o-poklicu>; EFN Matrix on 4 Categories of the Nursing Care Continuum, 2014).
- Vodi in se vključuje v celostne aktivnosti za spremljanje kakovosti in varnosti.



### **2.3.7.5. Splošne kompetence za dipl. m. s. spec. / dipl. zn. spec.**

Izvaja vse splošne in specifične kompetence, ki so opredeljene pri dipl. m. s. / dipl. zn., poleg tega ima dipl. m. s. spec. / dipl. zn. spec. poglobljena specialistična znanja na področju zdravstvene nege in zdravstvene obravnave in razvite sposobnosti kliničnega odločanja, ki so pridobljene s podiplomskim študijskim programom za izpopolnjevanjem in zaključnim specialističnim delom. Dipl. m. s. / dipl. zn. je nosilec specialistične zdravstvene nege in oskrbe za katero ima opravljeno specializacijo. V skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti izvaja dela in naloge, za katera ima ustrezno izobrazbo, usposobljenost za delo in ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost. Zato lahko v okviru poklicnega dela sprejme samo tista dela in naloge, ki sodijo v okvir kompetenc izobraževanja za poklic dipl. m. s. / dipl. zn. in podiplomskega akreditiranega specialističnega izobraževanja in usposabljanja.

### **2.3.7.6. Specifične kompetence dipl. m. s. spec. / dipl. zn. spec.**

- Analizira kompleksne klinične probleme z uporabo ustreznega znanja, diagnosticira, opredeli, izvaja in ovrednoti potek zdravstvene obravnave pacientov v med poklicnem timu, na področju svoje specializacije in v skladu z veljavnimi protokoli.
- Prevzame razširjeno vlogo pri delu in izvaja specialistične oblike obravnav ter diagnostične in invazivne intervencije, povezane s strokovno specializacijo.
- Zna določiti poglobljene potrebe po promociji zdravja, zdravstveni vzgoji, svetovanju in izobraževalne potrebe pacientov na svojem strokovnem področju ter ustrezno razvija in izvaja strategije na tem področju.
- Sledi tehnološkim novostim in izobražuje sodelavce znotraj zdravstvene nege, druge zdravstvene delavce in skupine pacientov o novostih na svojem področju specializacije.
- Stalno izpopolnjuje svoje komunikacijske veščine, oblikuje in posreduje kompleksne klinične probleme pacientom, svojcem in drugim zdravstvenim delavcem.
- Zna določiti specifične zdravstvene potrebe, potrebe po zdravstveni negi in krepitvi zdravja pri pacientih, pripravi ustrezen negovalni načrt in načrt zdravstvene obravnave v med poklicnem timu.
- Vodi in koordinira zdravstveno obravnavo pacientov na svojem področju specializacije ter tako zagotavlja kontinuirano in celostno zdravstveno oskrbo.
- Sodeluje pri celoviti oceni zdravstvenega stanja in strokovni presoji o napotitvi pacientov, ki potrebujejo specialistično obravnavo, na druge ustrezne zdravstvene strokovnjake in organizacije.
- Ovrednoti in izvaja strokovne nadzore na svojem specialističnem področju ter tako zagotavlja izvajanje kakovostne in varne zdravstvene nege.
- Kritično razmišlja in z udeležbo v programih strokovnega razvoja in v raziskovalnih programih prispeva k stalnemu razvoju svojega specialističnega področja in prakse, temelječe na raziskavah (povzeto EFN Matrix on 4 Categories of the Nursing Care Continuum, 2014).
- V med poklicnem timu prevzema dela in naloge za samostojno vodenje skupin pacientov.
- Izvaja mentorstvo študentom, specializantom in novo zaposlenim sodelavcem.
- Vodi in se vključuje v celostne aktivnosti za spremljanje kakovosti in varnosti.



### **2.3.7.7. Splošne kompetence za mag. zdr. neg.**

Mag. zdr. neg., ki ima predhodno izobrazbo dipl. m. s. / dipl. zn. izvaja vse splošne in specifične kompetence, ki so opredeljene pri dipl. m. s. / dipl. zn., v kolikor ima tudi spec., izvaja tudi splošne in specifične kompetence iz tega področja. Poleg kompetenc, ki jih izvaja v okviru pridobljene licence za delo v zdravstveni negi, je njegova ključna vloga pri vodenju, načrtovanju, izvajanju in vrednotenju razvojnih in naprednih oblik dela na sistemski ali klinični ravni v zdravstveni negi in zdravstveni obravnavi. Pri tem uporablja znanja in kompetence iz aplikativnega raziskovanja in na dokazih podprtega dela. Kompetence so pridobljene v okviru izobraževanja na drugi Bolonjski stopnji Zdravstvena nega (mag./2l.). Mag. zdr. neg. je nosilec zahtevnejših oblik dela in kompleksnih problemov v zdravstveni negi in zdravstveni obravnavi za reševanje katerih ima razvite sposobnosti med poklicnega sodelovanja, aplikativnega raziskovanja in na dokazih podprtega dela. V skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti izvaja dela in naloge, za katera ima ustrezno izobrazbo, usposobljenost za delo in ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost. Zato lahko v okviru poklicnega dela sprejme samo tista dela in naloge, ki sodijo v okvir kompetenc izobraževanja v obsegu do 120 ECTS.

### **2.3.7.8. Specifične kompetence mag. zdr. neg.**

- Samostojno preučuje, določa in predpisuje z dokazi podprte intervencije v zdravstveni negi in zdravstveni obravnavi in aktivno spremlja učinkovitost intervencij, kakovost in varnost v zvezi z njimi.
- Prevzema odgovornost za sistemske klinične odločitve na nivoju naprednih oblik dela z upravljanjem primerov za posamezne paciente, družine in skupnosti.
- Opredeli prednostne naloge pri preprečevanju tveganj in promociji zdravja ter s tem razvija in izvaja ustrezne strategije na širšem področju javnega zdravja.
- Usmerja, svetuje in izobražuje druge zdravstvene delavce o najnovejših dognanjih za prakso, deluje kot mentor in vzornik ter aktivno sodeluje s skupinami pacientov pri prenosu znanj.
- Jasno komunicira in enakovredno sodeluje pri postopkih odločanja na različnih nivojih kliničnega dela, upravljanja in oblikovanja politike, vključno z delitvijo sredstev za zdravstvo.
- Sodeluje pri celoviti oceni zdravstvenega stanja in strokovni presoji o napotitvi pacientov, ki potrebujejo specialistično obravnavo, na druge ustrezne zdravstvene strokovnjake in organizacije.
- Da pobudo za in vodi spremembe pri zagotavljanju zdravstvenih storitev kot odgovor na potrebe pacientov in povpraševanju po storitvah ter s tem zagotavlja nenehne izboljšave kakovosti storitve in dostopnosti le teh.
- Določi prednostne raziskovalne naloge ter vodi, izvaja in posreduje rezultate raziskav, ki oblikujejo in prispevajo k napredku zdravstvene nege na nivoju prakse, izobraževanja in politike (povzeto EFN Matrix on 4 Categories of the Nursing Care Continuum, 2014).
- Sodeluje pri izgradnji organizacijske kulture, ki podpira razvoj raziskovanja in na dokazih temelječega delovanja v zdravstveni negi na ravni zdravstvenega sistema, managementa, organizacije, profesionalnih vrednot, idr.

- V med poklicnem timu prevzema dela in naloge za samostojno vodenje skupin pacientov.
- Izvaja mentorstvo študentom, specializantom in novo zaposlenim sodelavcem.
- Vodi in se vključuje v celostne aktivnosti za spremljanje kakovosti in varnosti.
- Sodeluje v visokošolskem izobraževanju in raziskovalnih projektih v zavodu in med zavodi.

### 2.3.8. Ključne ugotovitve raziskave v DP 3 in 4

Izvedena raziskava je podala stališča anketirancev na področju srednješolskega izobraževanja v zdravstveni negi v Sloveniji glede doseganja primerljivosti z mednarodnimi strokovnimi usmeritvami in razvoju kompetenčnega modela za vse ravni izobraževanja v zdravstveni negi. Na podlagi rezultatov raziskave smo oblikovali 11 stališč in na podlagi več kot 70% strinjanja udeležencev sprejeli 7 stališč. Anketiranci so se strinjali, da je potrebno urediti nivoje izobraževanja in s tem povezane kompetence, da je povezanost med srednješolskimi in visokošolskimi zavodi slabo razvita oziroma sporadično razvita, da je potreben razvoj visokošolskih programov tako iz vidika EU Direktive, kot iz vidika razvoja Bolonjske vertikale, da je v Sloveniji potrebna konstruktivna razprava o kompetencah in obsegu srednješolskega izobraževanja v zdravstveni negi, da so take raziskave potrebne, da je potrebno sprejeti kompetenčni model kot celoto za Slovenijo ter da je preseganje kompetenc tehnika zdravstvene nege v kliničnih okoljih predvsem posledica pritiskov v delovnem okolju, ker management ne zaposli dovolj visokošolsko izobraženega kadra. Ugotovili smo, da je velika odgovornost za umeščanje kompetenc izobraževanja in preseganja kompetenc v kliničnih okoljih na strani managementa zdravstvene nege. Meretoja in Koponen, (2012) sta ugotovila, da vodje oddelkov pogosto zaupajo izvajalcem več odgovornosti, kot bi si jih upali izvajalci vzeti sami. Z raziskavo smo ugotovili, da prihaja do preseganja kompetenc tehnikov zdravstvene nege v kliničnih okoljih, nevarnosti prekrivanja kompetenc med tehnikom zdravstvene nege in bolničarjem, pričakuje se samostojna vloga poklica tehnikom zdravstvene nege. Avtorji Allen, McAleavy & Wright (2012) navajajo, da je potrebno opredeliti vlogo zdravstvenih asistentov, postaviti jasne meje in kompetence za delo s pacienti.

Z bolonjsko prenovo se poudarja potreba po novih profesionalnih kompetencah, zaposlenih v zdravstveni negi, ki so povezane s sposobnostjo pridobivanja in uporabe sodobnih znanstvenih izsledkov in na dokazih podprte klinične prakse pri vsakdanjem delu. Študenti s tem razvijajo sposobnosti prenosa teorije v prakso, razvijajo pa tudi sposobnost analitičnega in kritičnega razmišljanja, ki vpliva tako na potek poučevanja in učenja, doseganje učnih izidov in na razvoj kompetenc, kar je pomemben cilj izobraževalnih programov zdravstvene nege (Mortel & Bird, 2010). V Franciji so Debout in sodelavci (2012) podobno kot v naši raziskavi ugotovili potrebo po reformi izobraževanja v zdravstveni negi, ki vključuje v kompetence usmerjeno poučevanje in usposabljanje.

Novejša raziskava med ključnimi deležniki izobraževanja v zdravstveni negi in izvajalci zdravstvene nege v Sloveniji (n=365) ugotavlja močno različnost stališč že v poimenovanju poklica na srednješolski ravni in tudi na področju splošnih kompetenc, saj prevod poimenovanja »health care asistent« v »zdravstveni asistent« ni dosegel poenotenja

razumevanja in strinjanja s prevodom. Gre torej za poimenovanje, ki je slabo sprejeto med anketiranci in razumljeno na nezanesljiv način. Izkaže se, da se učitelji srednjih zdravstvenih šol, in viš. med. ses. v zdravstvenih in socialnih zavodih ter starejši anketiranci pomembno manj strinjajo s poimenovanjem »zdravstveni asistent«, medtem ko teh razlik ni za ostala tri poimenovanja kategorij izvajalcev po European Federation of Nurses (EFN) (Skela Savič, 2016). Podobno ugotavljamo med udeleženci skupin konsenza, ki so izrazili nestrinjanje s poimenovanjem »zdravstveni asistent«. Konsenz je bil dosežen za tri poimenovanja, za diplomirano medicinsko sestro, specialistko in magistrico zdravstvene nege, za poimenovanje zdravstveni asistent konsenza nismo dosegli. Dosežen je bil nov konsenz obeh skupin za poimenovanje za srednješolsko izobraževanje, oziroma prvo kategorijo izvajalca po EFN, to je »tehnik zdravstvene nege« in ne zdravstveni asistent.

Predhodno omenjena slovenska raziskava tudi ugotavlja, da anketiranci iz srednješolskega okolja ne podpirajo splošnih kompetenc za »zdravstvenega asistenta«. Izkazana je podpora opisov kategorij izvajalcev zdravstvene nege s strani vodilnih in tistih, ki so se izobraževali iz raziskovanja in na dokazih podprtega dela (Skela Savič, 2016). Pri stališčih o kompetencah za »zdravstvenega asistenta« je tudi naša raziskava pokazala nestrinjanja med udeleženci skupin konsenza. V ospredju razprave je bila samostojna vloga poklica tehnika zdravstvene nege.

V okviru stališča poimenovanja kategorij izvajalcev je bil podan predlog, da je potrebno doreči okrajšave strokovnega naslova na ravni magisterija zdravstvene nege. Predlagani so bili predlogi dopolnitev splošnih kompetenc za vse štiri kategorije. V kompetence za diplomirano medicinsko sestro je potrebno dodati področje mentorske vloge, varnosti. Pomen razvoja kompetenc za mentorsko vlogo v kliničnem okolju sta potrdili tudi Skela Savič in Kiger (2015). Standardi NMC (Standards to support learning and assessment in practice, 2008) navajajo, da so mentorji pristojni in odgovorni za organizacijo in koordiniranje aktivnosti študentov v praksi zdravstvene nege, za nadzor študentov v kliničnih situacijah, za zagotavljanje podporne in konstruktivne pozitivne informacije o doseganju ciljev kliničnega usposabljanja, v ocenjevanju celotne učinkovitosti študentov (vključno s sposobnostmi, odnosom in vedenjem študenta), v podajanju dokazov o doseganju/nedoseganju učnih ciljev, v povezovanju z ostalimi pristojnimi osebami v procesu kliničnega usposabljanja in v zagotavljanju potrebnih dokazov o lastnem delu za vlogo mentorja.

Izobraževanje medicinskih sester ima vpliv na varnost bolnikov in zadovoljstvo z oskrbo, kar so ugotovili z veliko raziskavo med medicinskimi sestrami z zaključeno prvo stopnjo ali diplomom na področju zdravstvene nege, ki so se odločili za nadaljevanje formalnega izobraževanja na drugi stopnji (Altmann, 2011).

Ugotovitve raziskave kažejo, da je potrebno v kompetencah napredne oblike dela zamenjati s »specialističnimi oblikami dela«. Konsenz za specifične kompetence za magistrice zdravstvene nege ni bil dosežen, predlagano je bilo, da se iz kompetenc umakne predpisovanje zdravil, kar je posledica dejstva, da v Sloveniji predpisovanje zdravil trenutno ni v kompetencah diplomirane medicinske sestre. Ponekod medicinska sestra – predpisovalka zdravil recept napiše, kot eni izmed zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi podpiše pa ga zdravnik, v drugi državi delata z roko v roki, v tretji je medicinska sestra popolnoma samostojna (Ross, 2012). Thurgate in sodelavci (2013) so ugotovili, da je v specifičnih kliničnih okoljih potrebno razvijati napredna znanja in kompetence, na podlagi katerih medicinske sestre specialistke lahko izvajajo zahtevnejše oblike dela. O Connell in sodelavci (2014) ugotavljajo še, da medicinske sestre specialistke v kliničnih okoljih, ki so

dinamična in nepredvidljiva, lahko učinkovito delujejo le, če so fleksibilne, imajo ustrezna znanja, veščine in potrebno samozavest za klinično ukrepanje in uvajanje sprememb.

Glavna kompetenca, ki jo mora dati magistrski študij so znanja in sposobnosti na področju dojemanja, spremljanja, raziskovanja, vrednotenja prakse, razvoja prakse, razvoja na dokazih podprtega dela, odgovornost za širše delovanje, samostojno delovanje idr. Vendar pa mnogo medicinskih sester na nivoju izobrazbe druge stopnje ne dela v specifičnih kliničnih okoljih. Na takšnih delovnih mestih je ključno delovanje za zagotavljanje ustreznega nivoja zdravstvene prakse, kar pomeni delo na raziskovanju kliničnega dela, izobraževanju zaposlenih in študentov, vključevanju v visokošolsko izobraževanje, vodenje zdravstvene prakse (Skela Savič, 2013). Hallas in sodelavci (2012) so ugotavljali tudi potrebo, da imajo študenti magistrskega študija zdravstvene nege za doseganje kompetenc dovolj ur praktičnega usposabljanja.

Naša raziskava je podala ugotovitve, da je potrebno določiti kompetence, sistematizacijo in nivoje kompetenc glede na ravni izobraževanja. Po mnenju številnih strokovnjakov so kompetence ključne pri opredelitvi kombinacije sposobnosti, spretnosti in znanja, ki jih medicinske sestre potrebujejo za zagotavljanje učinkovite in kakovostne zdravstvene nege. Zato bi morale izobraževalni zavodi svoje aktivnosti usmeriti v oblikovanje študijskih programov, ki omogočajo razvoj ustreznih kompetenc (Trobec, et al., 2014). Dury in sodelavci (2014) so v 29 evropskih državah na vzorcu 77 ekspertov zdravstvene nege izvedli raziskavo in ugotovili potrebo po standardih, regulaciji in certifikaciji izobraževanja medicinskih sester - specialistk. Ugotovili so razlike v poimenovanju, dolžini izobraževanja, nazivih, dolžini praktičnega usposabljanja, razlike v regulaciji in v pridobljenih kompetencah.

Rezultati izvedene raziskave kažejo na razhajanja in nezaupanje glede izobraževanja med srednjimi šolami in visokošolskimi zavodi. V Sloveniji imamo na področju zdravstvene nege srednješolsko in visokošolsko izobraževanje. Za področje zdravstvene nege ni jasne razvojne perspektive glede izobraževanja na dveh ravneh, srednješolska in visokošolska raven ter o obsegu izobraževanja na srednješolski ravni, kljub temu, da področje ureja EU Direktiva 2013 ter da je vstop v poklic najmanj 12 let predhodnega splošnega izobraževanja (Skela Savič, 2014).

V Strategiji razvoja zdravstvene nege in zdravstvene oskrbe zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od leta 2011 do 2020 se spodbuja vertikalno in horizontalno izobraževanje s ciljem akademizacije profesije za potrebe razvoja stroke in razvoj kakovostnega visokošolskega poučevanja. Poudarja se pomen razvoja vertikale izobraževanja v zdravstveni negi: magistrski in doktorski študij zdravstvene nege (Strategija, 2011). Zdravstvena nega z uporabo specialističnih oblik dela se mora razvijati na vseh treh stopnjah bolonjskega procesa, ki morajo biti poenoteni v državah znotraj EU (Palese, et al., 2014).

Z dopolnitvijo EU direktive 2013/55/EU so poudarjene novosti za vpis na študij, kjer je poudarjena potreba po 12 letnem splošnem izobraževanju, študijski programi morajo biti ovrednoteni z ECTS, trajanje programa je enako kot v EU 2005/36/EC najmanj tri leta in najmanj 4600 ur, od tega je polovica ur kliničnega usposabljanja (Skela Savič, 2014). Izobraževanje na področju zdravstvene nege v državah EU mora slediti zahtevam bolonjske deklaracije in EU direktivi 2005 in dopolnitvi EU direktive 2013, ki je osnovno orodje za zagotavljanje kakovostnega izobraževanja na področju zdravstvene nege.

### 2.3.8.1. Kompetenčni model

Izdelali smo kompetenčni model izobraževanja v zdravstveni negi:

- Raven 1: tehnik zdravstvene nege (TZN) – srednješolsko strokovno izobraževanje smeri Zdravstvena nega (5. raven SOK, 4. raven EQF);
- Raven 2: diplomirana medicinska sestra, diplomirani zdravstvenik (dipl. m. s., dipl. zn.) – izobraževanje Zdravstvena nega (VS) splošne smeri na visoko strokovni ravni v skladu z Direktivo 2013/55/EU (7. raven SOK, 6. raven EQF);
- Raven 3: specialist/ka določenega področja v zdravstveni negi (dipl. m. s. / dipl. zn., spec.) (7/8. raven SOK, 6/7. raven EQF);
- Raven 4: strokovnjak za napredne oblike dela v zdravstveni negi in zdravstveni obravnavi (ang. »Advance Nurse Practitioner« ali »Advanced Practice Nurse«) (magister/magistrica zdravstvene nege, Dr. – zdravstvene nege, zdravstvenih ved (8-10. raven SOK, 7-8. raven EQF).

### Literatura

- Allen, K., McAleavy, J.M. & Wright, S., 2012. An evaluation of the role of the Assistant Practitioner in critical care. *Nursing in Critical Care*, 8(1), pp.14-22.
- Altmann, T.K., 2011. Nurses' attitudes towards continuing formal education. *Nursing Education Perspectives*, 33(2), pp. 80-84.
- Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council, 2013. Official Journal of the European Union, L354/132.
- Debout, C, Chevallier-Darchen, F, Petit dit Dariel, O, & Rothan-Tondeur, M 2012, 'Undergraduate nursing education reform in France: from vocational to academic programmes', *International Nursing Review*, 59, 4, pp. 519-524, Academic Search Elite, EBSCOhost, viewed 5 January 2017.
- Dury, C, Hall, C, Danan, J, Mondoux, J, Aguiar Barbieri-Figueiredo, M, Costa, M, & Debout, C 2014, 'Specialist nurse in Europe: education, regulation and role', *International Nursing Review*, 61, 4, pp. 454-462, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed 5 January 2017.
- EFN Workforce Committee, 2014. *EFN Matrix on the 4 Categories of the Nursing Care Continuum*. EFN Workforce Committee.
- EFN smernice za implementacijo člena 31 o medsebojnem priznavanju poklicnih kvalifikacij glede na Direktivo 2005/36/EC, dopolnjeno z Direktivo 2013/55/EU: EFN kompetenčni okvir, sprejet na Generalni skupščini EFN, Bruselj, april 2015, 2015. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- European Union Directorate of Education and Culture, 2010. *Tuning general brochure 2010. Introduction to Tuning*. Brussels: European Union Directorate of Education and Culture.
- Dostopno na: [http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/documents/General\\_Brochure\\_final\\_version.pdf](http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/documents/General_Brochure_final_version.pdf) [Accessed 5 January 2017].
- Garside, J.R. & Nhemachena, J.Z., 2013. A concept analysis of competence and its transition in nursing. *Nurse Education Today*, 33(5), pp. 541-545.
- Hallas, D, Biesecker, B, Brennan, M, Newland, J, & Haber, J 2012, 'Evaluation of the clinical hour requirement and attainment of core clinical competencies by nurse practitioner students', *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners*, 24, 9, pp. 544-553, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed 5 January 2017.
- International Council of Nurses (ICN), 2009. *Framework of Competencies for the Nurse Specialist*. Geneva: International Council of Nurses.
- Kadivec, S., Skela-Savič B., Kramar, Z., Zavrl Diananovič D. & Bregar, B., 2013. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020: povzetek. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp. 97-112.
- Meretoja, R. & Koponen, L., 2012. A systematic model to compare nurses' optimal and actual competencies in the clinical setting. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), pp: 414-422.
- Mortel, T.F. & Bird, J.L., 2010. Continuous Curriculum Review in a bachelor of nursing program: preventing curriculum in improving quality. *Journal of Nursing Education*, 49(10), pp. 592-595.

- Nursing and Midwifery Council, 2010. *Standards for pre – registration nursing education*. Nursing and Midwifery Council. Available at: <http://www.nmc-uk.org/Educators/Standards-for-education/Standards-for-pre-registration-midwifery-education/> [Accessed 4 Januar 2017].
- Nursing and Midwifery Council, 2008. *Standards to support learning and assessment in practice*. Nursing and Midwifery Council. Available at: <http://www.nmc-uk.org/Educators/Standards-for-education/Standards-to-support-learning-and-assessment-in-practice/> [Accessed 4 Januar 2017].
- O'Connell, J, Gardner, G, & Coyer, F 2014, 'Beyond competencies: using a capability framework in developing practice standards for advanced practice nursing', *Journal Of Advanced Nursing*, 70, 12, pp. 2728-2735, CINAHL with Full Text, EBSCOhost, viewed 5 January 2017.
- Palese, A., Zabalegui, A., Sigurdardottir, A.K., Bergin, M., Dobrowolska, B., Gasser, C., Pajnkihar, M. & Jackson, C., 2014. Bologna Process, More or Less: Nursing Education in the European Economic Area: A Discussion Paper. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 11(1), pp. 1-11.
- Prestor, J., 2013. Prenova poklicnih aktivnosti in kompetenc v zdravstveni negi iz vidika stopenj izobraževanja. In: Skela Savč, B. & Hvalič Touzery, S. eds. *Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji? 6. posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera - quo, vadis, Ljubljana, 27. 3. 2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 102-112.
- Ross, J., 2012. Nurse prescribing in the USA: a nurse prescribing practice report. *Nurse Prescribing*, 10(2), pp. 91-99.
- Skela Savič, B., 2013. Definicija zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: Mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji? 6. posvet Moja kariera - Quo vadis, Posvet z okroglo mizo, 27. 3. 2013*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, pp. 14-21.
- Skela Savič, B., 2014. Standardi kakovosti izobraževanja v zdravstveni negi: mednarodna praksa, stanje v Sloveniji. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *Kazalniki kakovosti in ravni odgovornosti za kakovostno visokošolsko izobraževanje v zdravstveni negi; 7. posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera – quo vadis, Ljubljana, 27. marec 2014*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp: 22-23.
- Skela Savič, B. & Kiger, A.M., 2015. Self-assessment of clinical nurse mentors as dimensions of professional development and the capability of developing ethical values at nursing students: a correlational research study. *Nurse Education Today*, 35(10), pp: 1044-1051.
- Skela Savič, B., 2015. Smernice za izobraževanje v zdravstveni negi na študijskem programu prve stopnje Zdravstvena nega (VS). *Obzornik zdravstvene nege*, 49(4), pp. 320-333.
- Skela Savič, B., 2016. Stališča do poimenovanja štirih kategorij izvajalcev in splošnih kompetenc v zdravstveni negi Evropskega združenja v zdravstveni negi (EFN) : eksplorativna raziskava In: D. Železnik & U. Železnik, eds. *Kompetentnost in odgovornost kot temelja uspešnega delovanja na zdravstvenem in socialnem področju : zbornik predavanj z recenzijo; 6. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih in socialnih ved, Slovenj Gradec, 16. november 2016*. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede, pp.: 12-22.
- Skela Savič, B., 2016a. Professionalism in nursing : what is its current level in Slovenia? = Profesionalizem v zdravstveni negi : kje smo z njim?. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(1), pp. 4-9.
- Strategija razvoja zdravstvene nege in zdravstvene oskrbe zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od leta 2011 do 2020, 2011. Available at: [http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc\\_attachments/strategija\\_razvoja\\_zn\\_2011-2020\\_okt\\_2011.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/strategija_razvoja_zn_2011-2020_okt_2011.pdf) [Accessed 4 Januar 2017].
- Thurgate, C, Macgregor, J, & O'keefe, H 2013, 'Managers' experience of training the associate practitioner role', *Journal Of Nursing Management*, 21, 2, pp. 242-250, Academic Search Elite, EBSCOhost, viewed 5 January 2017.
- Trobec, I., Čuk, V. & Istenič Starčič, A., 2014. Kompetence zdravstvene nege ter opredelitev strategij razvoja kompetenc na dodiplomskem študiju zdravstvene nege. *Obzornik Zdravstvene nege*, 48(4) pp: 310-322.
- World Health Organisation, 2010. *Global standards for the initial preparation of nurses*. Geneva: WHO. Available at: [http://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/hrh\\_global\\_standards\\_education.pdf](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/hrh_global_standards_education.pdf) [14. 3. 2013].
- Železnik, D., Filej, B., Brložnik, M., Buček Hajdarevič, I., Dolinšek, M., Istenič B., et al., 2008. *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

## 2.4. DP5 - Nacionalni model razvoja in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline – mešani raziskovalni dizajn

### 2.4.1. Metode dela

Uporabili smo kvalitativni mešani raziskovalni dizajn: sistematični pregled literature in skupinski intervju.

Za **proces pregleda literature** smo izbrali sistematičen pregled literature oz. pristop, ki je sestavljen iz šestih faz: identifikacija namena pregleda, razvoj in oblikovanje raziskovalnega vprašanja, iskanje relevantnih dokazov, predstavitev in sinteza rezultatov, zaključek in izdelava priporočil (Polit & Beck, 2012). Za tovrstno metodologijo smo se odločili, ker omogoča pridobitev podatkov iz različnih virov (kvalitativne in kvantitativne študije, študije mešanih metod, poročila, razprave, podatki s spletnih virov in opisne raziskave) in zagotavlja holistično razumevanje teme. Sistematični pregled literature vključuje identifikacijo vključenih študij in drugih virov, ekstrakcijo, sintezo in analizo podatkov.

V pregled literature so bili vključeni članki in spletni viri, ki so se nanašali na tematiko krepitev in razvoja zdravstvene nege v povezavi z znanstveno disciplino. Glavni vključitveni kriterij so predstavljale študije in spletni viri, ki so se 1. osredotočale na obravnavano tematiko, 2. so v angleškem in slovenskem jeziku, 3. študije in podatki objavljeni med januarjem 2000 in januarjem 2017. Pridobivanje gradiv je potekalo preko različnih virov in baz podatkov, spletnih strani združenj, institucij in zbornic za zdravstveno nego v posameznih državah v mesecu januarju 2017 v podatkovnih bazah PubMed, SAGE, CINAHL, Willey, ScienceDirect in spletnem brskalniku Google s pomočjo različnih kombinacij iskalnih pojmov v angleškem jeziku: nursing, nursing care, science, center, model, practice, innovation in njihovih sopomenk z Boolovima operatorjema AND in OR. Iskanje smo omejili na angleški in slovenski jezik in podali smo časovno omejitev od 2000 do 2017 leta. Dobljene zadetke rezultatov smo uvozili v program za urejanje referenc Menedely in odstranili duplikate. Naslove in povzetke iskanja rezultatov smo nato pregledali glede na vključitvene kriterije in ustreznost s strani dveh avtorjev (ZF, BD). Odstranjeni so bili tisti dokumenti in viri, ki niso ustrezali merilom izbora (glej tabelo 1). Po pregledu polno dostopnih besedil, podatkov in spletnih virov sta dva avtorja (ZF, BD) neodvisno določila končni izbor vključenih študij in spletnih virov. Le to odločitev je nato potrdil tretji ocenjevalec (MP). Nesoglasja med ocenjevalci so le ti reševali z medsebojno razpravo, dokler ni bilo doseženo soglasje.

**Skupinski intervju** uporabimo, ko želimo dobiti podatke za strateško načrtovanje. Udeleženci med seboj soočajo mnenja na zastavljena izhodiščna vprašanja. Skupinski intervju je enkratni dogodek, katerega cilj je preučevanje različnih perspektiv (stališč, zaznav, občutij, verjetij) o problemih, poteka kot eksploracija (Polit & Beck, 2012).

Udeležencem skupinskega intervjuja smo 7 dni pred srečanjem poslali 10 vprašanj, ki so se tematsko nanašala na »Nacionalni model razvoja in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline«. Gradivo je vključevalo tudi pregled modelov razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline in jih pozvali k razmisleku o vzpostavitvi modela v Sloveniji. Izhodiščna vprašanja za vodenje skupinskega intervjuja so bila:

- Kaj ocenjujete kot ključni problem, da bi se zdravstvena nega lahko razvila kot znanstvena disciplina, ki bi preverjala obstoječe znanje, ki generira delovanje

zdravstvene nege danes in ki bi prispevala k razvoju novih znanj in dokazov za izboljšanje pristopov pri delu?

- Kakšno je vaše stališče do tega, da bi se zdravstveni in visokošolski zavodi povezovali na razvojni in raziskovalni ravni na način, da bi v zdravstvenem zavodu oblikovali raziskovalno enoto, katere člani bi bili visokošolski učitelji iz fakultete in v zdravstvenem zavodu zaposlene diplomirane medicinske sestre, ki imajo magisterij ali delajo doktorat. V raziskovalno enoto bi povabili tudi druge poklicne skupine glede na raziskovalni problem, ki bi ga obravnavali. Kakšne učinke bi takšno povezovanje imelo? Ali je to v vašem zdravstvenem zavodu izvedljivo?
- Praksa fakultet v tujini je, da visokošolski učitelji delajo tudi v kliničnih okoljih, to pomeni, da ima tak učitelj dve zaposlitvi v okviru 100 % zaposlitve. To prakso v Sloveniji uspešno izvajata obe medicinski fakulteti, medtem ko zdravstvene fakultete uporabljajo večinoma prakso zaposlovanja nad 100% in pogodbeno delo. Kakšna je razlika med enim in drugim pristopom? Ali vidite kakšne ovire, da bi s to prakso pričeli v zdravstveni negi? Kaj bi zdravstveni zavod dobil od takega sodelovanja in obratno, kaj bi pridobila fakulteta?
- Financiranje raziskav je poleg pomanjkanja znanj o raziskovanju ena od ovir. Kje vi vidite možnosti za pridobitev sredstev za raziskovanje in razvoj v zdravstveni negi, tako na ravni zdravstvenega zavoda, kot širše? Enako vprašanje velja za fakultete.
- Kako vidite vlogo regijskega društva na področju zdravstvene nege, kaj in koliko lahko doprinese pri razvoju zdravstvene nege in ali so izkoriščeni vsi potenciali v povezovanju med zdravstvenimi in visokošolskimi zavodi ter društvi v okviru Zbornice Zveze.
- Kako vidite vlogo občine, kaj in koliko lahko doprinese pri razvoju zdravstvene nege in ali so izkoriščeni vsi potenciali v povezovanju med zdravstvenimi in visokošolskimi zavodi ter potrebami lokalne skupnosti.
- V Sloveniji nismo uspešni pri uveljavljanju delovnih mest specialista zdravstvene nege in magistra zdravstvene nege. Oba profila bi naj pripomogla k avtonomiji strokovnega in razvojnega dela v zdravstveni negi in zdravstveni obravnavi. Postavi se vprašanje, zakaj je temu tako? Kje vi vidite razloge za nastalo stanje?
- V kolikor bi v vašem zdravstvenem zavodu izvedli strukturirano presečno raziskavo o tem, kako prehajajo kompetence med različnimi kategorijami izvajalcev v zdravstveni negi in če bi le to primerjali z njihovimi dovoljenimi kompetencami, ki jih lahko izvajajo glede na stopnjo izobrazbe in licenco za delo, kaj bi ugotovili? Je taka ocena stanja potrebna?
- Ali slovenska zdravstvena nega potrebuje nacionalni center za raziskovanje, kaj bi vi lahko prispevali, da bi do ustanovitve le tega prišlo in kaj bi bile njegove naloge?
- Katera znanja pogrešate pri svojem delu in so za vas ovira pri uveljavljanju stroke, ki jo vodite ali kjer delujete?

Oblikovali in razvili smo specifična raziskovalna vprašanja s pomočjo PIO pristopa (populacija, predmet raziskovanja in izid) za pregled literature:

- Kateri so obstoječi modeli dobrih praks, ki vplivajo na razvoj in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline?
- Kakšen je pogled strokovnjakov v zdravstveni negi na razvoj in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline?
- Kateri dejavniki so prepoznani v skupini strokovnjakov zdravstvene nege kot pomembni za razvoj in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline?



## 2.4.2. Vzorec in potek raziskave

Uporabili smo namenski vzorec ključnih deležnikov na naslednjih področjih: visokošolsko izobraževanje v zdravstveni negi, zdravstveni zavodi na vseh treh nivojih zdravstva, predstavniki različnih delovnih teles za področje zdravstvene nege v Sloveniji. Povabljeni so delovali na različnih nivojih odgovornosti v zavodih: visokošolski učitelji zdravstvene nege, vodilni na fakultetah, odgovorne osebe za pedagoško delo in vodilni v zdravstvenih in socialnih zavodih za področje zdravstvene nege, ter člani RSKZN in Zbornice-Zveze. Skupno število vseh povabljenih oseb k raziskavi je bilo 32. Izmed 32-ih povabljenih je bilo 15 oseb iz področja visokošolskega izobraževanja (vodilni kader 3 osebe in VSU na fakultetah/visokih zdravstvenih šolah 11 oseb ter magistrski študent zdravstvene nege 1 oseba), 14 oseb je bilo iz področja zdravstvene dejavnosti, 3 osebe iz področja različnih delovnih teles za področje zdravstvene nege (Zbornica – Zveza – 1 oseba, NIJZ – 1 oseba, RSKZN – 1 oseba). Skupno število udeležencev raziskave je bilo 31. Skupini sta moderirali visokošolski učiteljici, ki se znanstveno ukvarjata z razvojem zdravstvene nege v Sloveniji.

Raziskava je potekala 8. 3. 2017. Na dan raziskave smo udeležence uvrstili v dve skupini na način, da smo zagotovili enakomerno zastopanost vseh področij v vsaki skupini. Razprava po skupinah je potekala sočasno, po načrtovanem urniku, od 9.30 do 14.25 z dvema odmoroma in uvodno predstavitev izhodišč za razpravo. Pred pričetkom smo sodelujoče seznanili z anonimnostjo pri obdelavi podatkov, prostovoljno vključenostjo v raziskavo, sodelujoči v raziskavi so podali pisno strinjanje s snemanjem razprave v obeh skupinah. Razpravo ob postavljenih odprtih vprašanjih smo kvalitativno obdelali z metodo analize vsebine transkripta razprave. Pri obdelavi podatkov smo vse citate oblikovali v žensko slovnično obliko, ker je bilo razmerje spolov v obeh skupinah v korist žensk, izbrisali smo vse navedbe krajev in ustanov, različnih organov, izbrisali smo vsa »mašila«, ki so jih uporabljali posamezniki, idr., saj so v skupinah bili tudi prepoznani predstavniki različnih strokovnih teles in organov in smo na ta način prikrili njihovo identiteto v maksimalni možni meri. S tem smo maksimalno prispevali k temu, da so uporabljeni citati anonimni. Enota kodiranja je bila izrečena misel ali izrečeno stališče posameznega govorca na določeno temo. Če je govorec govoril o več temah, smo izrečeno kodirali ločeno, glede na temo. Kode smo oblikovali večbesedno, s ciljem opisa ključne vsebine povedanega. Le to nam je omogočalo, da smo lahko kategorije, kot nadpomenke kod, ravno tako oblikovali na vsebinski ravni in iz njih razvili ključne ugotovitve razprave, ki so podane v obliki zaključnih tem.

## 2.4.3. Rezultati sistematičnega pregleda literature

### 2.4.3.1. Razvoj in podpora izobraževanju

#### *Izobraževanje*

Modeli v veliki meri poudarjajo pomen razvoja izobraževanja medicinskih sester različnih profilov. Heitkemper & Bond (2003) poudarjata pomen mentorstva, ki naslednje generacije medicinskih sester znanstvenic učijo spretnosti za vstop na konkurenčno in nenehno se razvijajoče se področje. Zagotoviti je potrebno možnosti za vseživljenjsko učenje (Rutgers School of Nursing, n.d.) in pripraviti kakovostne izobraževalne programe na področju zdravstvenih ved in zdravstvene nege (Royal Society for the Welfare of Mothers and Babies,

n.d.; Wales Centre for Practice Innovation, 2011). Le tako bodo lahko medicinske sestre izpolnile zahteve kompleksnega, raznolikega in dinamičnega zdravstvenega okolja (Rutgers School of Nursing, n.d.). Vsako leto se organizirajo tudi konference v namen izmenjave znanja in prenosa kompetenc na meddržavnem nivoju (Finnish Centre for Evidence -Based Health Care, n.d.; American Nurses Credentialing Center, n.d.).

### ***Razvoj jedra znanja***

Razvoj novega znanja mora slediti potrebam prakse zdravstvene nege in biti v koraku z novo nastajajočim znanjem v biomedicinski znanosti in zdravstvenem varstvu (Engler, et al., 2014; Grady & Gough, 2015; Trinity College Dublin, n.d.). Hkrati pa je potrebno stalno in kontinuirano razvijati teoretično, empirično in metodološko znanje za nadaljnji razvoj discipline zdravstvene nege in uporaba le teh v procesu izobraževanja ter v praksi zdravstvene nege (Royal College of Nursing, n.d.; Fakulteta za zdravstvene vede Maribor, n.d.). Spodbujati je potrebno razvoj jedra znanja (Trinity College Dublin, n.d.; Nordic Health Research and Innovation Networks, 2013) na podlagi razvoja novih modelov, konceptualnih modelov in razvoja teorij, ki temeljijo na potrebah prakse in izobraževanja ter so usklajene z odločevalsko politiko (University of Ulster, n.d.).

#### **2.4.3.2. Spodbuda in podpora raziskovanju ter inovacijam**

### ***Raziskovanje***

Razvoj raziskovanja je pomemben za izboljšanje prakse zdravstvene nege (Royal Society for the Welfare of Mothers and Babies, n.d.), zato je potrebno pripraviti raziskovalni program za pokrivanje sedanjih in prihodnjih potreb v zdravstveni negi (Engler, et al., 2014; Grady & Gough, 2015). Pomembna je spodbuda, promocija in razvoj raziskovanja v praksi zdravstvene nege, ki bo pripomogla k zagotavljanju holistične, kakovostne in varne obravnave pacienta (Wales Centre for Practice Innovation, 2011; Royal College of Nursing, n.d.; American Nurses Credentialing Center, n.d.). Potrebno je zagotoviti kontinuirano usposabljanja s področja raziskovanja za oblikovanje raziskovalne družbe v stroki zdravstvene nege (Royal College of Nursing, n.d.) in vzpostavitev znanstvenih temeljev (Engler, et al., 2014; Grady & Gough, 2015). Z raziskovanjem se ustvarja novo znanje, katero mora biti publicirano in dostopno za širjenje med medicinskimi sestrami (Royal College of Nursing, n.d.). Medicinske sestre morajo po mnenju Heitkemperja in Bonda (2003) prevzeti vidnejšo vlogo v translacijskih raziskavah.

### ***Spodbujanje in podpora inovacijam***

Modeli v veliki meri poudarjajo pomen zagotavljanja in načrtovanja novih idej ter inovacij za njihovo udejanjanje v praksi od zasnove do implementacije le teh (Trinity College Dublin, n.d.). Za spodbudo in podporo inovacijam se lahko organizirajo konference inovativnosti in vzpostavljajo mreže inovativnosti (Wales Centre for Practice Innovation, 2011; Finnish Centre for Evidence -Based Health Care, n.d.; American Nurses Credentialing Center, n.d.). Inovacije in nove ideje so potrebne za razvoj prakse in raziskovanja v zdravstveni negi. Prav tako inovacije predstavljajo priložnost za sodelovanje in povezovanje izobraževalnih institucij s partnerji v kliničnem in lokalnem okolju (Wales Centre for Practice Innovation, 2011).

### **2.4.3.3. Znanje – teorije za podporo praksi**

Obravnavani modeli poudarjajo vzpostavitev kulture učenja zdravstvene nege, ki je utemeljena na dokazih (Rutgers School of Nursing, n.d.). Pomembno je merjenje učinkov uporabe na dokazih podprtega znanja (EBN) in nudenje pomoči pri prenosu le tega v klinično okolje (Royal Society for the Welfare of Mothers and Babies, n.d.). Pobuda za EBN je temeljna naloga modelov, ki zagotavljajo razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline (Finnish Centre for Evidence -Based Health Care, n.d.). Povezovanje teorije in prakse mora predstavljati osrednji element razvoja discipline zdravstvene nege (Fakulteta za zdravstvene vede Maribor, n.d.). Tudi razvoj in implementacija novih modelov zdravstvene nege morajo temeljiti na dokazih podprti praksi (American Nurses Credentialing Center, n.d.). Izobraževalne inštitucije morajo zagotavljati izvajanje izobraževanja temelječega na EBN za krepitev in razvoj prakse kot tudi kritičnega razmišljanja študentov (Rutgers School of Nursing, n.d.; Trinity College Dublin, n.d.).

### **2.4.3.4. Nacionalni center – stičišče znanosti**

#### ***Povezovanje in medsebojna komunikacija***

Medsebojno povezovanje mora temeljiti na vzpostavitvi tesnega sodelovanja in timskim delom med izobraževalnimi inštitucijami ter partnerji v kliničnem okolju in lokalnih skupnostih (Trinity College Dublin, n.d.; Rutgers School of Nursing, n.d.). Heitkemper & Bond (2003) menita, da raziskovalno sodelovanje in posvetovanje zunaj univerzitetnih meja zagotavlja vzpostavitev in gradnjo uveljavljenih raziskovalnih centrov. Za krepitev povezanosti med izobraževanjem, raziskovanjem in prakso je potrebno vzpodbujati sodelovanje med kliničnim osebjem in akademskim osebjem ter izmenjavo osebja med različnimi okolji s skupnim ciljem vzajemnega sodelovanja za izboljšanje prakse zdravstvene nege in sodelovanja (Trinity College Dublin, n.d.). Za mreženje je pomembno oblikovanje raziskovalne družbe, ki se bo povezovala na različnih forumih in spletnih straneh kot tudi preko socialnih omrežij. Le ta bodo služila za diseminacijo informacij o raziskavah in inovacijah v stroki (Royal College of Nursing, n.d.; (Nordic Health Research and Innovation Networks, 2013). Prav tako je potrebno spremljati in voditi register raziskovalcev v zdravstveni negi, ki služi kot kazalnik razvoja zdravstvene nege v akademskem in raziskovalnem vidiku znotraj profesije (Royal College of Nursing, n.d.).

#### ***Nacionalno stičišče znanosti***

Stična točka za načrtovanje novosti v praksi zdravstvene nege služi za podporo, usklajevanje in pomoč pri financiranju inovativnih rešitev v strokovnih, akademskih, raziskovalnih in menedžerskih okoljih (Wales Centre for Practice Innovation, 2011; Trinity College Dublin, n.d.). Zagotavlja tudi vez med različnimi oblikami izobraževanja na področju zdravstvene nege v obliki posvetovalnih služb za posameznike, skupine, programe ter šole (Rutgers School of Nursing, n.d.).

### **2.4.3.5. Financiranje**

#### ***Stroškovna učinkovitost in iskanje sredstev***

Modeli razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline imajo ključno funkcijo na področju financiranja in prikazu stroškovne učinkovitosti ter vrednosti inovacij v ekonomskem smislu (Royal College of Nursing, n.d.). Inovacije v praksi, prenos znanja in raziskave morajo biti tržno naravnane, saj je iskanje virov financiranja za zagon raziskovalnih projektov in implementacijo inovativnih praks ključnega pomena (Royal College of Nursing, n.d.; Royal Society for the Welfare of Mothers and Babies, n.d.). Nadalje pa je nudenje podpore pri prijavi raziskovalnih projektov in pridobivanju finančnih virov skozi le te ena izmed temeljnih nalog modelov (Wales Centre for Practice Innovation, 2011; Royal College of Nursing, n.d.; Royal Society for the Welfare of Mothers and Babies, n.d.).

#### **2.4.4. Rezultati skupinskega intervjuja o razvoju in kreptvi zdravstvene nege kot znanstvene discipline – druga sekvenca**

V nadaljevanju so prikazane vsebinske kode, ki smo jih dobili z analizo besedila v okviru razprave v obeh skupinah in najbolj reprezentativni citati, ki te kode utemljujejo. V okviru analize besedila smo znotraj Teme 2 oblikovali 20 kod, ki so utemeljene s 101-im vsebinskimi citati udeležencev skupin konsenza. Vsak citat je uporabljen samo enkrat.

##### **Koda 1: Potrebno znanje za izgradnjo znanstvene discipline**

Citat 21: *»Če govorimo o znanstveni disciplini dajmo se dogovoriti o bazičnem izobraževanju za njeno izgradnjo.«*

Citat 22: *»Katera organizacija pa izobražuje svoje zaposlene ne vem, ko uporablja na dokazih podprte prakse.«*

Citat 23: *»Da bomo to dosegli mora biti zdravstvena nega ki bo podprta z dokazi, torej izvajalci ki bodo sposobni izvajati tako zdravstveno nego kot smo se danes pogovarjali.«*

Citat 123: *»So določeni posamezniki, ki razumejo znanost ampak splošni nivo razumevanja, znanstvena pismenost, zakaj je treba sploh uporabiti znanstveni jezik, razlikovanje pojmov med sabo je za eno povprečno medicinsko sestro šok. Zakaj bi bilo sploh uporabljati znanstveno metodologijo pri pisanju znanstvenih člankov recimo. Tukaj smo še zelo daleč.«*

##### **Koda 2: Pomanjkanje izobraževanja za raziskovanje in razvoj na delovnem mestu**

Citat 22: *»Katera organizacija pa izobražuje svoje zaposlene ne vem, ko uporablja na dokazih podprte prakse.«*

Citat 24: *»Omogočijo ne medicinskim sestram, zdravnikom pa omogočijo.«*

Citat 28: *»...ti delodajalec tega nekako ne more omogočiti, ker si pač omejen. Niti finančno niti...«*

##### **Koda 3: Nizko lastno zavedanje in interes za pridobivanje znanj za vzpostavitev raziskovanja in razvoja**

Citat 25: *»Mi imamo v kolektivni pogodbi pol ure za diplomirane medicinske sestre da je namenjeno branju tako kot imajo zdravniki.«*

Citat 26: »To je potem na strani posameznika koliko se bodo sami o neki stvari izobrazili in pač neko dodatno znanje iskali.«

Citat 29: »Jaz vidim ključni problem v tem, da mi ne poznano priložnosti oziroma želje po dodatnih znanjih.«

Citat 79: »Management se bo odločal pa tudi ona mora generirati, se zavedati tega znanja ki ga potrebuje.«

#### **Koda 4: Raziskovanje in razvoj kot prostočasni aktivnosti medicinskih sester**

Citat 27: »Problem je pa v tem da vsi tisti, ki smo v tej skupini, smo na delovnih mestih pač tam kjer smo in dejansko potem vse kar narediš je na prostovoljni bazi, časa je pa malo.«

Citat 124: »Vsaj z naše strani vidim, da smo preobremenjene že z delom v praksi, pa potem ti zmanjka časa za to raziskovanje.«

Citat 126: »Se pravi, da je znanstveno delo prostočasna dejavnost.«

Citat 127: »Ja no, v službi nimamo časa delat, ne.«

Citat 128: »Se pravi, da moramo svoj prosti čas namenit temu.«

Citat 129: »Dejstvo je, da te discipline in znanosti ne morejo bit prostočasne, ste rekli. To je dejstvo.«

Citat 130: »Ampak vse kar raziskujemo, koliko pač delamo vse v svojem prostem času, da bi pa temu znanju nekdo namenil čas, ne. Tri mesece, pa imaš dva dni, pa to je itak premalo.«

#### **Koda 5: Orientiranost managementa v strokovno usposobljenost kadra**

Citat 3: »... strinjam se tukaj s kolegicami, ki so rekle, da nekako je aktualno delo slabo, čeprav se seveda strinjamo, da delo medicinske sestre mora biti za pacienta, plus seveda še ostalo.«

Citat 62: »Management zahteva medicinsko sestro ki bo sposobna, bo znala tako oskrbeti tega pacienta seveda, ker je to zanje finančno učinkovito za klinično okolje.«

Citat 76: »Sodelovanje že, ampak management je tisti ki ima on, želi imeti tako izobraženo medicinsko sestro da bodo medicinske sestre tako izobražene, da bodo lahko najboljše poskrbeli za pacienta.«

Citat 116: »Ampak umestit to v en sistem, da bi bilo znotraj zakona, kje so tukaj razumevanja generalnih direktorjev, njih ne zanima to. Njih zanima samo neposredno delo ob pacientu.«

#### **Koda 6: Raziskovanje in razvoj podpreti s sistematizacijo delovnih mest**

Citat 117: »Sistemizacijo delovnih mest, na posameznem zavodu, čisto preprosto in ljudje bodo zelo aktualni, vsaj pri nas v UKC-ju.«

Citat 118: »... v klinično okolje, sistematizacijo delavnih mest pedagoško medicinsko sestro.«

Citat 139: »Drugo je pa opredelitev raziskovalnega dela, v okviru zaposlitev... Zaradi tega, da se vse dogovori, da imate odstotek zaposlitev vezan tudi na raziskovalno delo.«

### **Koda 7: Nizko spoštovanje znanja o raziskovanju**

Citat 3: »Veliko znanja, izkušenj, ne znajo pa to potem ubesediti in zapisati, to je problem.«

Citat 8: »Zaradi tega ker vsi ki se, velika večina ki se vpisuje v zdravstveno nego so to eni ljudje ki so praktiki, radi imajo delo z ljudmi itd.«

Citat 30: »In potem prideš s tisto idejo v klinično okolje in te povozijo.«

Citat 119: »Problem je v nas, v poklicni skupini, v prvi vrsti. Ker težko govorimo, ja pa drugi naši sodelavci, predvsem zdravniki, nas ne pustijo k razvoju, ampak moje osebno mnenje, problem je v naši poklicni skupini, v naših glavah, v našem razmišljanju, govorimo ja smo samostojni, smo si avtonomni, ampak če gledaš (šum) okoli kaj se dogaja, podrejenost zdravstvene nege, tipizacija.«

Citat 120: »Ja jaz se močno strinjam s kolegico in se mi zdi, da je ključni problem v nas sami, podcenjevanja dela z glavo. Ker se v poklicni skupini delo obvlada, no pogosto še sploh ne prizna kot delo. To, da bi mi sami zares prepoznali, da je sploh potrebno,...«

### **Koda 8. Težave pri institucionalni organiziranji raziskovanja in razvoja**

Citat 132: »Raziskovalni oddelek, ki bi ga nekdo vodil in moram reči, da so problemi, ker nikamor ne pridemo. Smo se tam tudi evidentirali skupno, kdo bi bil zainteresiran in potem smo tudi rekli, da potem potrebujemo neke resurse, karkoli neka sredstva, ampak se kar vrtino tudi pravno kako ta oddelek odpret in ga še vedno nimamo. To je ena zadeva, če bi pa dobili resurse, bi se potem verjetno lažje pogovorili.«

Citat 40: »Odkvisno je, ne moremo da bo imel vsak zdravstveni dom ne vem kakšno hudo raziskovalno dejavnost, če v osnovi niste temu namenjen.«

### **Koda 9: Strokovno delo in raziskovanje morata biti povezana**

Citat 53: »In je bilo moje vprašanje stara si že, zakaj še delaš na urgenci? Pa je rekla, ne morem pisati, ne morem raziskovati če ne vem, kaj se tam dogaja. Je rekla naenkrat bom izgubila stik in ne morem učiti če ne vem kaj se tam dogaja ne.«

Citat 55: »Ti začutiš da je tvoje delo povezano z raziskovanjem takrat ko je neposredno vpeto v raziskovalni proces... Potem imaš povezavo s stroko in raziskovanjem.«



Citat 56: »Vsaka fakulteta bi morala spodbuditi t. i. razvoj raziskovalne enote skupaj s kliničnim okoljem.«

Citat 63: »Če pa ti vpleteš v proces zdravstvene nege ta »evidence based nursing« ki je pravzaprav temelj, dajmo si bit iskreni, ki ga težko rečemo raziskovanje ampak raje iskanje najboljših praks ki so klinično dokazane. Je raziskovanje ampak je to del prakse...«

#### **Koda 10: Nujno je sodelovanje med visokošolskim in zdravstvenim zavodom**

Citat 20: »Mislim da je to ena ključnih vlog magistric zdravstvene nege, da bi pač pomagale kliničnim medicinskim sestram pri uporabi znanstvenih dokazov v praksi.«

Citat 44: »V tem je problem, tukaj bi moralo biti jasno dogovorjeno da se ve, kaj se dela v praksi, kaj se dela tam.«

Citat 45: »...da bodo znali vpeljati vse to v svojo klinično prakso.«

Citat 49: »Mi moramo pokazati glavnim medicinskim sestram kje so priložnosti, dekanom kje so priložnosti da se povezujemo. Seveda se povezujemo vsi, vsi se hvalimo s tem kako smo dobro povezani, ampak vsebina, na čem smo povezani? Na pogodbah z učnimi bazami ali delamo na vsebinah in na katerih vsebinah delamo? To se bodo vsi strinjali, ja to se je treba povezati med seboj ok.«

Citat 50: »Dostikrat se tudi sliši to, da se premalo povezujemo, pa se okoli očita visokošolskim zavodom, visokošolski zavodi nekaj očitajo kliničnemu okolju, to nikakor ni dobro.«

Citat 43: »...mi bomo potem rekli aha, na letnem nivoju dela spišemo tri ali pa eno doktorsko nalogo, tukaj bomo vsi zraven sodelovali, ampak bolnica nekaj od tega mora imeti. Ker če mi tako obremenimo ljudi, pogledjte, te naloge sedaj ko se pišejo, magisterija ni več, pa doktorski bi moral imeti neko večjo vrednost. Ker če bi bila to res ena taka naloga, neko povezovanje, bi vsi sigurno pridobili, ne pa da se naloga napiše, potem pa nekje odleži. To nima nobenega smisla.«

Citat 51: »...da je eden od razlogov tega ne povezovanja, med raziskovalci, visokošolskimi učitelji, prakso, da je preveč fakultet.«

Citat 52: »Preveč fakultet, posledično veliko raziskav, veliko anketnih vprašalnikov.«

#### **Koda 11: Vzpostavijo se naj skupna raziskovalna entiteta med visokošolskim in zdravstvenim zavodom**

Citat 46: »Najverjetneje je klinično okolje tu tisto ki da potrebo, vsebino potrebo... s pomočjo visokošolskih zavodov, s pomočjo strokovnjakov, tam pa se potem lahko realizira to ne.«

Citat 47: »A lahko damo med visokošolskim zavodom in kliničnim okoljem nek produkt kot je raziskovalna enota skupna? Skupno pedagoško delo pa je naslednja entiteta.«

Citat 58: »Se pravi naša stroka mora res veliko narediti na povezovanju med kliničnimi problemi in visokošolskim prostorom, to je tisto kar generira, zato smo tudi imeli taka vprašanja.«

Citat 78: »Aha to, ja s sodelovanjem med izobraževalnimi inštitucijami. No mi smo tukaj to mislili, da se tukaj not v tem pokrivajo, v nekem raziskovalnem centru da se potem pokriva. Je pa res in te bodo delale...«

Citat 135: »Potem drugo je povezovanje s šolami. Smo se tudi pogovarjali, da bi bolj inkluzivno danes sodelovali, ker bi želeli raziskovat te vsebine, ki so nam pomembne iz tega kliničnega okolja, pa potem tudi refleksija teh raziskav, diplomska, magistrska naloga, da bi to prišlo nazaj notri. Potem smo prišli do tega, da bi potrebovali kakšno pedagoško raziskovalko, karkoli, ker tukaj potrebujemo neko koordinacijo. (šum) Da bi odprli oddelek, koordinacijo.«

Citat 136: »Imamo recimo visokošolski prostor, ki bi lahko področje raziskal in pa sodelovanje z kliničnim okoljem ali pa ne vem, te raziskave tudi izvajal, to bi bilo dosti lažje.«

Citat 138: »... v UKC Ljubljana, s fakultetami, ki sodelujemo, Jesenice in Ljubljana, smo jim posredovali teme, iz našega okolja, kaj mi želimo, dobijo te povratne informacije, že z zaključenimi diplomskimi oziroma magistrskimi in sedaj bomo v kratkem spet prenovili ta seznam, da obenem isti seznam, ki smo ga dali tudi našim zaposlenim, ki študirajo ob delu oziroma magisterij delajo, da oni vidijo, da mi kot klinično okolje, jih podpiramo, da na tem področju raziskujejo.«

### **Koda 12: Ovire pri prehajanju zaposlenih med visokošolskim in zdravstvenim zavodom v okviru 100% zaposlitve**

Citat 115: »Zakaj pa v kliničnem okolju ne pustijo da bi kdo do 100% delal, pa sva obe s (1 beseda) rekli ne pustijo nam a ne, mi bi jih takoj zaposlili dva dni v tednu, tri dni pa si v (2 besedi) ali pa kliničnem centru in zato je to pomembno zakaj zdravniki lahko vzpostavijo predvsem na terciarnem tak način delovanja, zakaj pa zdravstvene nege ne vidijo tega kot neko priložnost in to začnejo omogočati.«

Citat 139: »Drugo je pa opredelitev raziskovalnega dela, v okviru zaposlitev... Zaradi tega, da se vse dogovori, da imate odstotek zaposlitev vezan tudi na raziskovalno delo.«

Citat 140: »Da se tudi to znanje, ki je, začne prepredat, mi ga (šum) v bolnici, ker tam pričakujemo ampak tako kot je ona rekla, tudi če hočemo imeti mi neko raziskovalno, mi nujno potrebujemo profesorje, ki imajo tiste metode in bodo to preštudirali, oni en bomo sami, ker nimajo časa. Tudi, če si bodo vzeli čas, ga bodo porabili dvajsetkrat več, kot en profesor. In recimo tudi profesor ima spet ta splet nekega okolja, bi lahko to, ona žal nima, zato je to sodelovanje zelo pomembno.«

### **Koda 13: Središče razvojno – raziskovalnega dela naj bo pacient**

Citat 72: »...da je torišče vsega pacient. Pacient ki mora imeti najboljšo dokazano oskrbo z dobrimi izidi in tako.«



Citat 73: »Ampak tudi mi smo... naša skupina se je odločila v tem smislu, da je pacient tisto središče, zaradi česar sploh karkoli delamo, zaradi kogarkoli smo mi, zaradi česar smo mi sploh tukaj.«

Citat 83: »Od vseh teh akterjev ki so tukaj napisano. In da bo za pacienta poskrbljeno, za kakovostno in varno obravnavo je seveda zagotovo tudi zelo pomembno da se pripravi inštitut, neka služba, neko središče kjer bo poskrbljeno za raziskovanje, ki bo potem prenešeno v prakso.«

Citat 107: »Ja ampak pacient bo imel raziskavo s katero bo opozorjen.«

Citat 108: »Mogoče pacienta razširiti na njegovo interesno združenje, se pravi združenje pacientov.«

Citat 146: »Mogoče samo še to, da vključitev pacientov tudi v zasnovo raziskovalnega dela, čim večja a ne.«

Citat 147: »Sej to je dejstvo, da imamo premalo partnerstva s pacienti.«

#### **Koda 14: Nacionalni raziskovalni inštitut je potreben**

Citat 35: »...sem hotela reči samo tole, da praksa v tujini je takšna v marsikateri razviti državi, da so ti raziskovalni inštituti za zdravstveno nego v okvirju inštitucij zdravstvenih in da jim je omogočeno zaposlenim tam da recimo tri mesece, šest mesecev opravljajo samo delo na svojih projektih, na svojih raziskavah in so vključeni samo v ta inštitut.«

Citat 60: »Ampak zdaj se ob družbeno pomembnih problemih oglašajo zdravniki, ne iz raziskovalnih inštitutov, se oglašajo, imajo svoja jasno izražena mnenja in so objavljeni v časopisu ker jih zanima.«

Citat 66: »Jaz menim da nacionalni potrebujemo...«

Citat 70: »Mislim da je to temeljni nacionalni premik lahko v stroki dosežemo, če se podpre tako delovanje.«

Citat 85: »... Težko se ti izpostaviš ker si v tem zavodu zaposlen in te bodo linčali. Lažje pa se en raziskovalni inštitut v katerem si ti izpostavil raziskavo ki je pa bila s strani strokovnjakov cele Slovenije delana. Ki se bodo... Naš namen je da sodeluje iz vseh izobraževalnih, iz vseh kliničnih okolij, da ima svojo veljavo.«

Citat 86: »Tukaj bodo raziskovali klinične probleme. Omogočali bodo študentom, magistrskim pa doktorskim, da bodo delali dejansko aplikativne raziskave. Tukaj bomo pa raziskovali javno zdravstvene probleme v družbi, ki se tičejo medicinskih sester.«

#### **Koda 15: Nacionalni raziskovalni inštitut naj bo pod okriljem Zbornice zdravstvene in babiške nege**

Citat 67: »Kdo bi pa moral podpreti tak nacionalni center?«

Citat 68: »No ampak saj zbornica ima nacionalni center ali kako ga že imenuje.«

Citat 69: »Sedaj smo vseskozi govorili, da nam manjka povezovanja, sodelovanja, koordinacije, enotnih nacionalnih storitev, da je to lahko zbornica, ampak da bi to moglo biti eno nacionalno telo.«

Citat 71: »Torej klinično okolje mora biti stimulirano za to, da želi imeti potem nacionalne organizacije ki morajo jasno postaviti kompetenčni model, zagovarjati razvoj jasne izdelave filozofije te svoje, kaj želimo.«

Citat 84: »...inštitut za raziskovanje bil dejansko najbolj ustrezen, res pod krovstvom naše krovne organizacije zbornice-zveze.«

### **Koda 16: Druge razvojne naloge za Nacionalni raziskovalni inštitut**

Citat 88: »Izredno pomembno je da opredelimo srednješolsko izobraževanje, dodiplomsko izobraževanje, podiplomsko izobraževanje. Kdo bo povezoval vse njih? Raziskovalni inštitut znotraj zbornice-zveze.«

Citat 89: »Potem vidimo povezovanje kliničnega okolja z izobraževanjem. Klinično okolje sporoči koliko diplomantov na katerem področju potrebujemo in potem so tudi razpisni pogoji v povezavi s tem.«

Citat 137: »Tako, in to bi moralo biti povezano sodelovanje, ne pa en dela zase, drug dela zase.«

Citat 143: »Pa društva bi lahko zelo veliko naredila, ker če gledamo, da povezujejo vsak na svojem področju, vsako društvo, vsaj če gledam Gorenjsko, ima fakulteto, ima štiri bolnice, to se pravi od araporja??in bi lahko res kaj naredila.«

Citat 144: »Mariborsko društvo se ukvarja z raziskovanjem, izobraževanji. Kot smo že rekli, različni pristopi so, ki jih je potrebno očitno (šum) enotno politiko tega povezovanja.«

### **Koda 17: Vpliv na politiko preko Nacionalnega raziskovalnega inštituta**

Citat 82: »Da so trenja, vsepovsod nam preprečuje politika in če ne bi imeli te sreče kar je bilo na prvih teh delih ki smo jih imeli, če ne bi imeli te sreče da smo bili v evropsko skupnost in da nismo pokriti s to direktivo, še zdaj ne bi politika nam dopustila razvoj šolnikov ki prehajajo v tuje inštitucije.«

Citat 92: »Na drugi strani pa seveda povezovanje s politiko, gre za enotno povezovanje. Ampak ne more se s politiko malo tak šolo povezovati, malo šolo, pa malo to klinično okolje. Ampak oni so povezani s celim inštitutom in potem ta inštitut pritiska na politiko.«

Citat 93: »...mi vemo da je 43 milijonov invalidnosti na leto zaradi napak v zdravstvu.

*V tem primeru obljubljam politiki da ne bomo štancali diplomantov ki bodo nezaposleni, ampak resnično preverjamo v kliničnem okolju koliko rabimo teh ljudi, koliko rabimo teh ljudi.«*

Citat 94: *»Ampak oni so povezani s celim inštitutom in potem ta inštitut pritiska na politiko.«*

Citat 104: *»Gremo k političnim strankam s podatki, koliko nas primanjkuje v kliničnih okoljih.«*

Citat 105: *»Ne, mi nismo relevantni za politične stranke ker ne vidijo v nas potencialne moči. O tem govorim. O tem kako to npr. ...«*

Citat 106: *»Jaz bolj mislim dokler pacient ne bo zahteval (1 beseda) medicinske sestre ki bo taka, se politika za nas ne bo zanimala.«*

### **Koda 18: Neodločenost o obsegu izobraževanja o raziskovanju in razvoju za poklic**

Citat 6: *»Ali se študent nauči za diplomu raziskovanja ali se ga nauči tekom predmetov študijskega procesa?«*

Citat 10: *»Jaz mislim da bi tu bilo izredno super, če bi mi dobili predavatelje, statistike s področja zdravstvene nege.«*

Citat 11: *»Kolega je s prakse omenil da bi morali imeti statistiko ki pozna tematiko zdravstvene nege.«*

Citat 12: *»...ta statistika, mislim da je to izredno pomembno, da se malo bolj vključi in več tega znanja dobiš, ...«*

Citat 36: *»Mogoče dodiplomski, visoko strokovni, ne vem če je smiselno toliko enega raziskovalnega dela...«*

Citat 37: *»...škoda tega časa, je boljše kaj drugega.«*

Citat 38: *»Znanje, ki se uporablja v praksi, ki da dejansko prednost ali pa deficit pacientu. Raziskovanje pa znanje, ki mora biti uporabno v gospodarski panogi.«*

Citat 90: *»Potem naslednja zadeva, se nam zdi izredno pomembno iz tega področja definirati vstopne pogoje za vse izobraževalne inštitucije. Enotno publiciranje, kar pomeni tukaj, tukaj in tukaj izvajalci lahko predavajo iz vsebin ki so bile dogovorjene na tem področju.«*

### **Koda 19: Znanje o raziskovanju »mogoče« potrebno pri spremljanju kakovosti**

Citat 31: *»Na dokazih podprta praksa je del evropske direktive.«*

Citat 33: *»Nujno mora biti zato ker drugače ne moremo iti v kakovost, primerjamo trende.«*

Citat 34: *»Ker primerjamo trende in jih moramo najti in jih vodi oddelek kjer je diplomirana sestra ne vem, pediatrični dispanzer mora znati najti te trende in jih bo vedno bolj morala*

znati, da bo primerjala kje je ona pa kje je kolegica v kliničnem centru, pa kje je kolegica v Angliji, skratka si najti nekoga s katerim se boš primerjal.«

Citat 75: »Klinična okolja morajo imeti benchmarking med seboj kjer se morajo primerjati. Imamo v tujini, v Ameriki imamo bolnice ki se tudi po zdravstveni negi primerjajo med seboj na spletni strani imajo tiste kazalnike po zdravstveni negi.«

Citat 91: »Zagotavljanje kakovosti. Vemo kje je problem, raziskujemo ta problem in vse že na tem področju poučimo. Kje so problemi v kliničnem okolju oz. celotno klinično okolje z enakimi vsebinami seznanjeno.«

### **Koda 20: Management ne prevzema zadostne odgovornosti za raziskovanje in razvoj**

Citat 61: »Če si glavna sestra moraš biti glavna sestra... Ne moreš delati pet stvari hkrati.«

Citat 80: »Management je tisti ki mora... ki zahteva... ampak management mora biti samostojen, avtonomen, to je prvo da lahko on zahteva takšne, da je avtonomen pri teh odločitvah kakšno medicinsko sestro.«

Citat 81: »...da je na managementu nižjega nivoja velika odgovornost, ki pa nima znanj.«

Citat 79: »Management se bo odločal pa tudi ona mora generirati, se zavedati tega znanja ki ga potrebuje.«

V tabeli 1 prikazujemo rezultate analize besedila. Na podlagi identifikacije 20 kod smo razvili 7 kategorij. Iz le teh smo razvili 4 glave teme (Tabela 5).

Tabela 1. Rezultati analize besedila z razvitimi kodami in kategorijami

Št. kode	Kode	Kategorije
5	Orientiranost managementa v strokovno usposobljenost kadra	Odgovornost za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline je na managementu zdravstvenih zavodov (1)
6	Raziskovanje in razvoj podpreti s sistematizacijo delovnih mest	
8	Težave pri institucionalni organiziranji raziskovanja in razvoja	
12	Ovire pri prehajanju zaposlenih med visokošolskim in zdravstvenim zavodom v okviru 100% zaposlitve	
20	Management ne prevzema zadostne odgovornosti za raziskovanje in razvoj	
10	Nujno je sodelovanje med visokošolskim in zdravstvenim zavodom	Zasnova raziskovalnega jedra med zdravstvenim in visokošolskim zavodom (2)
11	Vzpostavi se naj skupna raziskovalna entiteta med visokošolskim in zdravstvenim zavodom	Smisel raziskovanja je razvoj stroke in orientiranost v pacienta (3)
9	Strokovno delo in raziskovanje morata biti povezana	
13	Središče razvojno – raziskovalnega dela naj bo pacient	Raziskovanje kot prostočasna aktivnost medicinskih sester (4)
3	Nizko lastno zavedanje in interes za pridobivanje znanj za vzpostavitev raziskovanja in razvoja	
4	Raziskovanje in razvoj kot prostočasni aktivnosti	

	medicinskih sester	
7	Nizko spoštovanje znanja o raziskovanju	
1	Potrebno znanje za izgradnjo znanstvene discipline	Neodločenost o vrsti in obsegu znanja za razvoj stroke in znanosti (5)
2	Pomanjkanje izobraževanja za raziskovanje in razvoj na delovnem mestu	
18	Neodločenost o obsegu izobraževanja o raziskovanju in razvoju za poklic	
19	Znanje o raziskovanju »mogoče« potrebno pri spremljanju kakovosti	
14	Nacionalni raziskovalni inštitut je potreben	Odgovornost za Nacionalni raziskovalni in razvojni inštitut naj prevzeme Zbornica-Zveza (6)
15	Nacionalni raziskovalni inštitut naj bo pod okriljem Zbornice zdravstvene in babiške nege	
16	Druge razvojne naloge za Nacionalni raziskovalni inštitut	
17	Vpliv na politiko preko Nacionalnega raziskovalnega inštituta	Vpliv na politiko je možen preko nacionalnega raziskovalnega inštituta (7)

Tabela 2. Teme razvite iz kategorij raziskave

Št. kat.	Kategorija	Tema
1	Odgovornost za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline je na managementu zdravstvenih zavodov	Odgovornost za razvoj znanstvene discipline na ravni zavoda imata management zdravstvene nege in management fakultet (1)
2	Zasnova raziskovalnega jedra med zdravstvenim in visokošolskim zavodom	
3	Smisel raziskovanja je razvoj stroke in orientiranost v pacienta	Raziskovanja in razvoj stroke kot delovna obveza medicinskih sester (2)
4	Raziskovanje kot prostočasna aktivnost medicinskih sester	
5	Neodločenost o vrsti in obsegu znanja za razvoj stroke in znanosti	Uveljaviti že uveljavljene modele ravni znanj in kompetenc v zdravstveni negi za razvoj stroke in znanosti v Sloveniji (3)
6	Odgovornost za Nacionalni raziskovalni in razvojni inštitut naj prevzeme Zbornica-Zveza	Nacionalni raziskovalni inštitut kot formalna povezovalna oblika za razvoj in raziskovanje v zdravstveni negi v Sloveniji (4)
7	Vpliv na politiko je možen preko nacionalnega raziskovalnega inštituta	

#### 2.4.5. Ključne ugotovitve raziskave v DP 5

Glede na analizo obstoječe literature in spletnih virov odgovarjamo na zastavljeno raziskovalno vprašanje: obstoječi modeli dobrih praks, ki vplivajo na razvoj in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline so po svetu različno organizirani in pogosto delujejo pod okriljem različnih institucij in imajo financiranje urejeno znotraj le-teh. Trudijo se

delovati mednarodno in povezovalno, spodbujajo in podpirajo raziskovalno dejavnost, ravno tako pa ne delujejo celostno v kontekstu spreminjanja odločevalske politike (Himes & Bogg, 2012). Le ti poudarjajo, da je potrebno zagotoviti možnosti za vseživljenjsko učenje (Rutgers School of Nursing, n.d.), kontinuirano razvijanje teoretičnega, empiričnega in metodološkega znanja za nadaljnji razvoj discipline zdravstvene nege (Royal College of Nursing, n.d.; Fakulteta za zdravstvene vede Maribor, n.d.), razvijati na dokazih podprto prakso (American Nurses Credentialing Center, n.d.) in spodbujati sodelovanje med kliničnim in akademskim osebjem (Trinity College Dublin, n.d.). Ena izmed temeljnih nalog modelov je nudenje podpore pri prijavi raziskovalnih projektov in pridobivanju finančnih virov (Wales Centre for Practice Innovation, 2011; Royal College of Nursing, n.d.; Royal Society for the Welfare of Mothers and Babies, n.d.).

Identificirani modeli in teorije zdravstvene nege poudarjajo pomen akademskega izobraževanja v zdravstveni negi. Izobraževanje in usposabljanje za naslednjo generacijo znanstvenikov s področja zdravstvene nege zahteva, da so učni načrti za doktorske programe v koraku z novo nastajajočim znanjem v biomedicinski znanosti in z zdravstvenim varstvom. Področje raziskav, ki imajo velik potencial in vplivajo na razumevanje biologije in mehanizmov zdravja in bolezni se nanašajo na genomiko, transkriptomiko, proteomiko, epigenomiko, mikrobiomiko in metabolomiko (Conley, et al., 2015). Izobraževanje doktorskih študentov mora pripraviti znanstvenike s področja zdravstvene nege, da bodo vodili in sodelovali v interdisciplinarnem timu znanosti. Znati bodo morali reševati zahtevne procese, ki vplivajo na zdravje in izvajanje zdravstvenega varstva (Begg, et al., 2015; Bennett & Gadlin, 2015; Grey & Mitchell, 2008; Kneipp, et al., 2014) in aktivno delovati na področju raziskovanja, pridobivanju projektov in prenosu znanja v prakso.

Znanost zdravstvene nege opredeljujemo kot znanstveno oziroma praktično disciplino, ker njen obstoj izvira iz družbenih potreb (Evers, 2003). Zdravstvena nega bo postala sodobna disciplina takrat, ko se bo interdisciplinarno povezovala, spodbujala inovacije in podajala možnosti za razvoj zdravstvene nege in medicinskih sester znanstvenic (Broome & Corazzini, 2016). Glavni cilj discipline zdravstvene nege je razvoj znanosti – teorij in prenos znanstvenih dokazov v prakso. Osnovni kriterij za uspeh znanosti zdravstvene nege je razvoj jedra znanja na podlagi znanstvenoraziskovalnega dela.

Model za razvoj in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline, mora biti interdisciplinaren in interprofesionalen ter mora prispevati k uveljavitvi zdravstvene nege kot družbenopolitično, socialnoekonomsko in vzgojno izobraževalno vplivno znanstveno disciplino

2).

(Slika



Slika 1. Model za razvoj in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline glede na pregled literature

Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina ni prepoznana v slovenski javnosti in družbi. Temelji na razumevanju človekovega zdravja in z uporabo tega znanja skuša vplivati na zdravljenje posameznika z namenom izboljšanja psihičnega, telesnega in duhovnega zdravja posameznika. Termin znanost je po osnovni definiciji raziskovanje in teorija. Raziskovanje je orodje znanosti, medtem, ko je teorija produkt znanosti (McKenna, et al., 2014). Uporablja se v zdravstveni negi takrat, ko »znanstveniki« razvijajo teorije, katere opisujejo, razlagajo, napovedujejo rezultate zdravstvene nege. Nujno je potrebno testiranje teorij pred uporabo v novem okolju.

V sistematičnem pregledu literature smo se osredotočili na pregled modelov dobrih praks, ki se uporabljajo v različnih državah. V raziskavi prikazujemo analizo in sintezo nekaj modelov in spoznanj na osnovi katere bi lahko osnovali predlog za razvoj modela za krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Pri tem je pomembno, da je model interdisciplinaren in interprofesionalen ter mora prispevati k uveljavitvi zdravstvene nege kot družbenopolitično, socialnoekonomsko in vzgojno izobraževalne vplivne znanstvene discipline.

Izsledki raziskave izvedene v obliki skupinskih intervjujev so podali stališča udeležencev o razvoju zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Stališča smo združili v 7 kategorij, ki so podale 4 glavne teme.

Ugotavljamo, da so udeleženci najpogosteje izpostavili, da morajo odgovornost za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline prevzeti organizacije in v ta namen ustrezno sistemizirati delovna mesta. Nadalje, udeleženci izpostavljajo, da bi se moral management orientirati v usposabljanje kadra in prevzeti večjo odgovornost za razvoj raziskovanja v kliničnih okoljih. Le usposobljeni kadri bodo po mnenju (Rutgers School of Nursing, n.d.) izpolnili zahteve kompleksnega, raznolikega in dinamičnega kliničnega okolja. Udeleženci skupinskega intervjuja so mnenja, da je smisel raziskovanja razvoj stroke in orientiranost v pacienta, kar pomeni, da morata biti strokovno delo in raziskovanje povezana. Središče raziskovanja pa mora predstavljati pacient. Proces vključevanja razvoja in izvajanja raziskovanja in raziskav v prakso zdravstvene nege po mnenju Sanjari, et al. (2015) ni enostaven.

Nizko spoštovanje znanja o raziskovanju, nizko samozavedanje in interes medicinskih sester za pridobivanje znanj za vzpostavitev raziskovanja in dejstvo, da raziskovanje v zdravstveni negi predstavlja za medicinske sestre pristočasno aktivnost, so največje ovire pri razvoju raziskovanja in implementaciji izsledkov raziskav v klinično prakso. Tudi Sanjari et al. (2015)

navajajo, da neustrezna organizacijska podpora, pomanjkanje znanja in usposobljenost za izvedbo in uporabo raziskovanja v klinični praksi, predstavljajo ovire, ki jih najpogosteje izpostavljajo medicinske sestre. Ne glede na ugotovljene ovire nujno potrebujemo ustrezno znanje za izgradnjo znanstvene discipline, saj udeleženci raziskave navajajo, da je znanje o raziskovanju in razvoj raziskovanja potreben pri spremljanju kakovosti in pri vpeljavi na dokazih temelječih praks. Uporaba na dokazih temelječe zdravstvene nege v klinični praksi, ne samo izboljša kakovost izvajanja zdravstvene nege (Niederhauser & Kohr, 2005) ampak okrepi osebno in strokovno rast medicinskih sester (Hommelstad & Ruland, 2004). Raziskave v svetu kažejo, da uporaba rezultatov raziskav v kliničnih okoljih izboljša klinične rezultate (Forsman, et al., 2012, 2009; Heiwe, et al., 2011). Medicinske sestre kot člani profesionalnega zdravstvenega tima morajo biti sposobne zagotavljati najboljšo, kakovostno, na dokazih temelječo zdravstveno oskrbo, ki izvira iz raziskav in preferenc bolnikov (Sanjari, et al., 2015). Vendar rezultati raziskav ugotavljajo, da se uporaba na dokazih temelječe zdravstvene nege v kliničnem okolju s strani medicinskih sester ne izvaja. Medicinske sestre izvajajo zdravstveno nego večinoma na podlagi tega, kar so se naučile v osnovnem izobraževanju in tudi na osnovi osebnih izkušenj pridobljenih v kliničnem okolju (Sanjari, et al., 2015).

V raziskavi so udeleženci izpostavili primanjkljaj izobraževanj za raziskovanje in razvoj na delovnem mestu. Ta primanjkljaj je možno zmanjšati s sodelovanjem med visokošolskimi zavodi in zdravstvenimi institucijami, ki je po mnenju udeležencev v raziskavi nujen. Nadalje je potrebno vzpostaviti skupno raziskovalno entiteto. Klinično okolje je namreč tisto, ki poda potrebo oziroma vsebino potreb, visokošolski zavodi s pomočjo strokovnjakov pa lahko realizirajo ali nudijo podporo pri realizaciji izvedbe. Raziskovalno entiteto med institucijami lahko vzpostavimo s prehajanjem zaposlenih med visokošolskim in zdravstvenim zavodom v okviru 100 % zaposlitve. Tudi Beal (2012) poudarja, da mora biti partnerstvo med akademskim in kliničnim okoljem opredeljeno kot strateški odnos, ki vzpostavlja in pospešuje skupne interese povezane s prakso, izobraževanjem in raziskovanjem.

Raziskovanje v zdravstveni negi bi moralo biti podprto na nacionalnem nivoju. Udeleženci v raziskavi predlagajo ustanovitev nacionalnega raziskovalnega inštituta, ki bi deloval kot formalna povezovalna oblika institucije za razvoj in raziskovanje v zdravstveni negi v Sloveniji. Nadalje predlagajo, da odgovornost za tovrstni razvojno raziskovalni inštitut prevzame Zbornica – Zveza ali kakšna druga inštitucija na ravni države. Ta bo povezoval raziskovalne inštitute znotraj posameznih ustanov in bo s svojim delovanjem vplival na politiko v zdravstvu.

#### **2.4.6. Sinteza spoznanj o razvoju zdravstvene nege kot znanstvene discipline in predlog modela razvoja za Slovenijo**

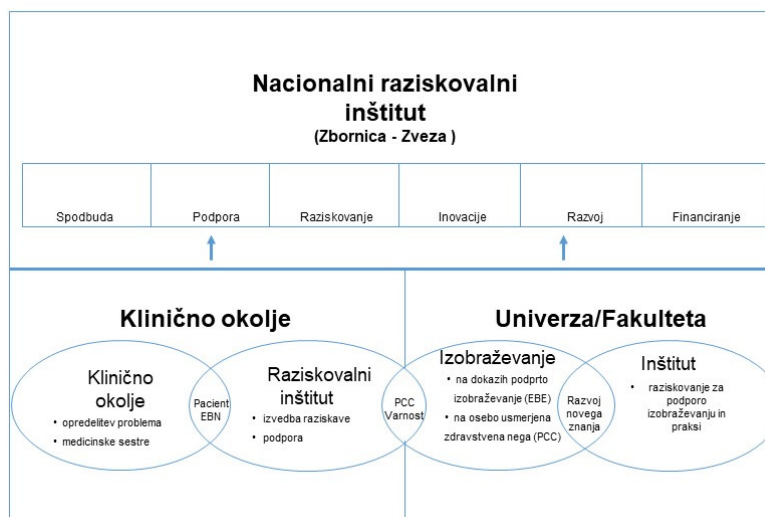
Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina pripomore k izboljšanju trenutnega znanja in v stroko prinaša novo znanje in dognanja, kar predstavlja ključno komponento razvoja prakse zdravstvene nege. Tako literatura, kot izsledki raziskave poudarjajo pomembnost usposabljanja s področja raziskovanja, publiciranja, oblikovanja akcijskega načrta raziskav, vključevanja pacientov v raziskave in regijskega sodelovanja in povezovanja. Udeleženci v raziskavi izpostavljajo, da bi moralo raziskovanje in razvoj stroke zdravstvene nege biti del delovne obveze izvajalcev zdravstvene nege in ne kot prostočasna aktivnost. Tudi pregled literature izpostavlja raziskovanje in razvoj kot ključno komponento v procesu priznavanja zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Namreč raziskave (Royal College of Nursing,



n.d.(Heitkemper & Bond, 2003; Engler, et al., 2014; Grady & Gough, 2015) podarjajo, da morajo biti izvajalci zdravstvene nege aktivni v procesu raziskovanja in se s področja raziskovanja kontinuirano izobraževati. Izzivi, s katerimi se le ti soočajo v kliničnem okolju so pomankanje mentorjev, ki bi dajali pobude za raziskovanje in podpirali raziskovanje obstoječih kliničnih in zdravstveno-negovalnih problemov (Hahm, et al., 2006). Zato bi vsaka institucija morala imeti svoj raziskovalni inštitut, znotraj katerega bi medicinske sestre raziskovalke skrbele, podpirale in dajale pobude za uporabo na dokazih temelječe zdravstvene nege in na ta način reševale probleme iz kliničnega okolja, skupaj z ostalimi zaposlenimi v multidisciplinarnih timih iskali rešitve za izboljšanje klinične prakse. Takšno raziskovalno okolje pritegne tiste medicinske sestre, ki želijo sodelovati ali samostojno izvajati raziskave. Pregled modelov dobrih praks za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline kaže pomembnost interdisciplinarnega in interprofesionalnega povezovanja na področju izvedbe raziskav in projektne dela, kar vodi k vzpostavitvi znanstvenih temeljev discipline na podlagi raziskovanja in obravnave pomembnih zdravstvenih izzivov.

Odgovornost za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline udeleženci raziskave dajejo managementu zdravstvenih zavodov. Zasnova raziskovalnega jedra mora nastati med zdravstvenimi in visokošolskimi zavodi, kar poudarjajo tudi pregledani modeli dobrih praks v svetu. Ti navajajo, da je ključno nudenje podpore izobraževanju z namenom krepitev razvoja prakse in raziskav, kot tudi sodelovanje kliničnega osebja z akademskim osebjem in ustvarjanje dinamičnega akademskega okolja, ki bo povezovalo različne profile izvajalcev zdravstvene nege in spodbujalo regijsko povezovanje na vseh nivojih, katerih rezultat je zagotavljanje kakovostne, učinkovite in varne obravnave pacientov. Tako pacient predstavlja center dogajanja iz katerega izhajajo problemi, ki predstavljajo raziskovalni temelj.

Vizija razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline predstavlja: ustanovitev nacionalnega raziskovalnega centra, učinkovito sodelovanje s fakultetami, vzpostavljanje močnih povezovalnih vezi in izmenjava osebja med okolji. Naštete komponente predstavljajo temelje iz katerih izhaja predlog modela za razvoj in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline in je prikazan na sliki 3.



Slika 2. Predlog modela za razvoj in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline za Slovenijo in oblikovanje nacionalne agende prioritet raziskav

Ugotovitve raziskave skupinskega intervjuja in pregleda literature kažejo, da bi lahko zdravstveno nego v Sloveniji razdelili na tri zelo pomembna področja: klinično okolje, akademsko okolje in nacionalni raziskovalni inštitut. Glavna naloga nacionalnega raziskovalnega inštituta bi bila:

- nudenje podpore zaposlenim v kliničnih in akademskih okoljih,
- povezovanje teorije in prakse zdravstvene nege,
- pomoč in vzpodbuda pri prenosu znanja v izobraževanju in praksi,
- trženje in promocija poklica s pomočjo raziskovanja in inovacij,
- vzpodbujanje in podpora pri publiciranju,
- koordiniranje na dokazih temelječe zdravstvene nege (EBN),
- skrb za razvoj inovacij in
- iskanje virov financiranja za zagon raziskovalnih projektov.

Nacionalni inštitut mora delovati kot institucija, ki se ukvarja s temeljnim raziskovanjem ali aplikativnim raziskovanjem nacionalnih družbenih problemov in javnozdravstvenih problemov ter prevzema naloge koordinatorja raziskovanja. Takšno nacionalno stičišče znanosti mora biti osredotočeno na razvoj discipline in znanosti zdravstvene nege. Kajti, če klinično okolje in izobraževalne inštitucije ne delujejo povezovalno ne moremo govoriti o razvoju discipline in znanosti. Nacionalni raziskovalni inštitut bi lahko deloval pod okriljem Ministrstva za zdravje (MZ), Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) in Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov (Zbornica – Zveza). Vendar je potrebno, da se nacionalni raziskovalni inštitut povezuje ter da ga podpirajo vključene inštitucije kot so npr. MZ, NIJZ, Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport (MIZŠ) in Zbornica-Zveza.

#### 2.4.7. Sklep

Razvoj znanosti zdravstvene nege omogoča medicinskim sestram uporabo pridobljenega novega znanja za dobrobit pacientov in družbe. Jasen model za razvoj in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline bo pripomogel k poudarjanju raziskovanja za razvoj znanstvenih utemeljitev v izobraževanju in praksi ter njuno medsebojno povezanost. V nenehno spreminjajočem zdravstvenem sistemu je nujno prikazovanje vpliva zdravstvene nege na stroškovno učinkovito in varno zagotavljanje zdravstvene oskrbe uporabniku. Razvoj znanosti zdravstvene nege, krepitev, razvoj, povezovanje in sodelovanje med prakso, raziskovanjem in izobraževanjem za razvoj znanstvene discipline ima jasen cilj; to je krepitev varne, učinkovite, humane in k pacientu osredotočene zdravstvene obravnave. Nujno je, da razvojne, znanstvenoraziskovalne aktivnosti za razvoj in aplikacijo jedra znanja potekajo usklajeno in povezovalno na nacionalnem nivoju med strokovnim, akademskim in raziskovalnim okoljem, glede na potrebe družbe in so zato namenjena tudi finančna sredstva.

## Literatura

American Nurses Credentialing Center., n.d.. *American Nurses Credentialing Center - ANCC*. [online] Available at: <http://www.nursecredentialing.org/> [Accessed 5 Januar 2017].

- Beal, J. A., 2012. Academic-Service Partnerships in Nursing: An Integrative Review. *Nursing Research and Practice*, 2012, pp. 1–9.
- Begg, M.D., Crumley, G., Fair, A.M., Martina, C.A., McCormack, W.T., Merchant, C. & Patino-Sutton, C.M., 2015. Approaches to Preparing Young Scholars for Careers in Interdisciplinary Team Science. *Journal of Investigative Medicine*, 62(1).
- Bennett, L.M. & Gadlin, H., 2015. Collaboration and Team Science. *Journal of Investigative Medicine*, 60(5).
- Broome, M.E. & Corazzini, K., 2016. Nurse scientist or nursing scientist: Future considerations for the field. *Nursing Outlook*, 64 (6), pp. 523–524.
- Conley, Y. P., Heitkemper, M., McCarthy, D., Anderson, C.M., Corwin, E.J., Daack-Hirsch, S., Dorsey, S.G., Gregory, K.E., Groer, M.W., Henly, S.J., Landers, T., Lyon, D.E., Taylor, J.Y. & Voss, J., 2015. Educating future nursing scientists: Recommendations for integrating omics content in PhD programs. *Nursing outlook*, 63(4), pp. 417–427.
- Engler, M.B., Austin, J.K. & Grady, P., 2014. The National Institute of Nursing Research Graduate Partnerships Program (NINR-GPP): An opportunity for PhD students. *Nursing Outlook*, 62(6), pp. 469–474.
- Evers, G., 2003. Developing Nursing Science in Europe. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(1), pp. 9–13.
- Fakulteta za zdravstvene vede Maribor. (n.d.). *Inštitut za zdravstveno nego*. [online] Available at: <http://www.fzv.um.si/institut-za-zdravstveno-nego> [Accessed 20 Januar 2017].
- Finnish Centre for Evidence -Based Health Care. (n.d.). *Nursing Research Foundation*. [online] Available at: <http://www.hotus.fi/jbi-en/introduction> [Accessed 10 Januar 2017].
- Forsman, H., et al., 2009. Research use in clinical practice - extent and patterns among nurses one and three years postgraduation. *Journal of advanced nursing*, 65(6), pp. 1195–1206.
- Forsman, H., et al., 2012. Nursing students' intentions to use research as a predictor of use one year post graduation: a prospective study. *International journal of nursing studies*, 49(9), pp. 1155–1164.
- Grady, P.A. & Lucio Gough, L., 2015. Nursing Science: Claiming the Future. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(6), p. 512–521.
- Grey, M. & Mitchell, P.H., 2005. Guest Editorial: Nursing and interdisciplinary research. *Nursing Outlook*, 56(3), pp. 95–96.
- Hahn, J., Ommaya, A. & 2010, N. R. C. (US) and I. of M. (US) C. on O. to A. C. R. W. D. N. for, 2006. Opportunities to Address Clinical Research Workforce Diversity Needs for 2010. [Online] Opportunities to Address Clinical Research Workforce Diversity Needs for 2010. National Academies Press (US). Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20669446> [Accessed 6. 10. 2017].
- Heitkemper, M.M. & Bond, E.F., 2003. State of nursing science: on the edge. *Biological research for nursing*, 4(3), p. 151–154,170.
- Heiwe, S., et al., 2011. Evidence-based practice: attitudes, knowledge and behaviour among allied health care professionals. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 23(2), pp. 198–209.
- Henly, S. J., McCarthy, D.O., Wyman, J.F., Heitkemper, M.M., Redeker, N.S., Titler, M.G., McCarthy, A.M., Stone, P.W., Moore, S.M., Alt-White, A.C., Conley, Y.P. & Dunbar-Jacob, J., 2015. Emerging areas of science: Recommendations for Nursing Science Education from the Council for the Advancement of Nursing Science Idea Festival. *Nursing Outlook*, 63(4), pp. 398–407.
- Himes, W. & Bogg, A., 2012. *EFN Feasibility Study*. Bruselj: EFN.
- Holzemer, W.L., 2007. Towards understanding nursing science. *Japan Journal of Nursing Science*, 4(1), pp. 57–59.
- Hommelstad, J. & Ruland, C. M., 2004. Norwegian nurses' perceived barriers and facilitators to research use. *AORN journal*, 79(3), pp. 621–634.
- Jarošová, D., 2012. *Fundamentals of Nursing. Modernization – Diverzifikation– Innovation*. Ostrava: University of Ostrava.
- Joaquim Pina Queirós, P., dos Santos Vidinha, T. S. & de Almeida Filho, A. J., 2014. Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), pp. 157–164.
- Kneipp, S. M., Gilleskie, D., Sheely, A., Schwartz, T., Gilmore, R.M. & Atkinson, D., 2014. Nurse scientists overcoming challenges to lead transdisciplinary research teams. *Nursing Outlook*, 62(5), pp. 352–361.
- McKenna, H. P., Pajnikihar, M. & Murphy, F., 2014. *Fundamentals of nursing models, theories and practice*. Chichester: Wiley Blackwell.
- Moher, D., et al., 2010. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *International Journal of Surgery*, 8(5), pp. 336–341.
- Niederhauser, V. P. & Kohr, L., 2005. Research endeavors among pediatric nurse practitioners (REAP) study. *Journal of pediatric health care : official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 19(2), pp. 80–89.
- Nordic Health Research and Innovation Networks. (2013). *NRI networks*. [online] Available at: <https://nordicnetworks.org/about-nri/> [Accessed 15 Januar 2017].
- Orem, D.E. & Taylor, S.G., 2011. Reflections on Nursing Practice Science: The Nature, the Structure, and the Foundation of Nursing Sciences. *Nursing Science Quarterly*, 24(1), pp. 35–41.
- Polit, D. F. & Beck, C. T., 2012. *Resource manual for Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

- Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Arai, L., Rodgers, M., Britten, N., Roen, K. & Duffy, S., 2006. *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews*. A product from the ESRC methods programme Version, 1, p. 92.
- Royal College of Nursing. (n.d.). *Research and innovation*. [online] Available at: <https://www.rcn.org.uk/professional-development/research-and-innovation> [Accessed 30 Januar 2017].
- Royal Society for the Welfare of Mothers and Babies. (n.d.). *Professional Practice and Innovation Centre*. [online] Available at: <https://www.tresillian.org.au/health-professionals/professional-practice-innovation-centre/> [Accessed 21 Januar 2017].
- Rutgers School of Nursing. (n.d.). *Center for Educational Research and Innovation (CERI)*. [online] Available at: <http://nursing.rutgers.edu/CERI/index.html> [Accessed 17 Januar 2017].
- Sanjari, M., et al., 2015. Barriers and facilitators of nursing research utilization in Iran: A systematic review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(5), pp. 529–539.
- Skela Savič, B., 2009. Vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline. In: S. Majcen Dvoršak, A. Kvas, B.M. Kaučič, D. Železnik & D. Klemenc, eds. *Medicinske sestre in babice - znanje je naša moč, 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana, 11.-13. maj 2009*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, p. 311D.
- Šmitek, J., 2009. Zdravstvena nega: znanstvena veda, umetnost ali obrt? In: S. Majcen Dvoršak, A. Kvas, B.M. Kaučič, D. Železnik, D. Klemenc, I. Buček Hajdarevič, M. Čalič, E. Dornik, B. Filej, S. Kadivec, A. Mihelič Zajec, P. Mivšek, D. Ovijač, K. Pirš, A. Prelec, P. Požun, J. Ramšak-Pajk, B. Skela-Savič, M. Špelič & S. Vrbovšek, eds. *Medicinske sestre in babice - znanje je naša moč [Elektronski vir] / 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana, 11.-13. maj 2009*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 233A.
- Trinity College Dublin. (n.d.). *The Centre for Practice and Healthcare Innovation*. [online] Available at: <https://www.tcd.ie/cphi/about/> [Accessed 17 januar 2017].
- University of Ulster. (n.d.). *Institute of Nursing & Health Research*. [online] Available at: <http://www.science.ulster.ac.uk/inhr/welcome.php> [Accessed 17 januar 2017].
- Wales Centre for Practice Innovation. (2011). *NHS Wales*. [online] Available at: <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/863/news/21077> [Accessed 21 januar 2017].

## 2.5. DP6 - Popularizacija zdravstvene nege kot znanstvene discipline v različnih ciljnih skupinah: splošni nivo, mladi, stroka, raziskovalci

### 2.5.1. Metode dela

V sklopu DP 6 so bile izvedene aktivnosti diseminacije vsebine in rezultatov projekta, ki so se izvajale preko celotnega obdobja trajanja projekta in so vključevale strokovno in splošno populacijo. Del teh aktivnosti je bil načrtovan na način, da nudi povratno informacijo raziskovalcem o pridobljenih rezultatih projekta v strokovni in splošni javnosti ter uporabnikov različnih nivojev izobraževanj.

Aktivnosti DP 6, izvedene v sklopu projekta:

1. Oblikovana **spletna stran projekta**, preko katere so dostopne informacije o projektu kot tudi delni in končni rezultati projekta. Omogočena je interaktivna komunikacija o projektu.
2. Izdelana **audiovizualna predstavitev (kratkega filma)** o zdravstveni negi za splošno populacijo, šoloobvezno in srednješolsko mladino, ki prikazuje različne vloge poklica, ki se tičejo strokovnih kompetenc in kompetenc na področju ustvarjanja novih znanj ter pomen obojih za družbeni razvoj.
3. **Izvedene predstavitve kratkega filma** o zdravstveni negi na osnovnih šolah po Sloveniji ter predvajanje kratkega filma na regionalnih televizijskih postajah v Sloveniji.
4. Izvedba **dveh okroglih miz** po izvedbi DP 3 Prenova SŠ, DP 4 Kompetenčni model ZN in DP 5 Znanstvena disciplina ZN, v katerih so sodelovali strokovnjaki zdravstvene nege

in drugih povezanih ter zainteresiranih strok, dijaki in študenti zdravstvene nege. Okrogle mize so bile tudi priložnost preverjanja pridobljenih rezultatov v sklopu DP 3, DP 4, DP 5. Po izvedbi obeh okroglih miz je bila narejena analiza vsebinskih komentarjev (predlogov, pripomb, zamisli) sodelujočih. Tako je imela okrogla miza tudi vlogo pridobitve povratne informacije o vsebini in rezultatih projekta s strani širšega kroga (ne le posamezniki in organizacije, vključene v izvedbo raziskav projekta) strokovne javnosti.

5. Izvedba **znanstvenega druženja v obliki t.i. znanstvene kavarne** (angl. *Scientific caffe*) za splošno populacijo, na temo predstavitve rezultatov projekta, prakse in zdravstvene nege kot znanosti na področju zdravstva ter njenega prispevka v zdravstvenem sistemu in zdravju v družbi. Znanstveno druženje je potekalo ob zaključku projekta, z namenom pridobitve povratne informacije o rezultatih projekta s strani splošne javnosti in z namenom ozaveščanja splošne populacije o pomenu izobraževanja in znanosti ter približanja zdravstvene nege kot znanstvene discipline (in ne le prakse).
6. Predstavitve rezultatov projekta (pridobljenih v sklopu DP 1 Analiza, DP 2 Raziskava, DP 3 Prenova SŠ, DP 4 Kompetenčni model ZN in DP 5 Znanstvena disciplina ZN) na nacionalnih srečanjih strokovnjakov in raziskovalcev v zdravstveni negi v okviru Zbornice Zveze (predstavitev na dveh srečanjih), na strokovnih srečanjih učiteljev srednjih zdravstvenih šol (predstavitev na dveh srečanjih) in na strokovnem posvetu na ravni visokega šolstva (predstavitev na enem posvetu).
7. Rezultati projekta so bili predstavljeni na dveh mednarodnih konferencah na področju kakovosti izobraževanja v zdravstveni negi. Predstavitve so imele namen diseminacije vsebine in rezultatov projekta.
8. Organizacija in izvedba zaključne konference projekta, na kateri so bilo celostno predstavljeni rezultati projekta in povabljeni strokovna in druga zainteresirana javnost ter mediji.

## 2.6. Realizacija aktivnosti DP 6 in pregled doseganja načrtovanih kazalnikov

Zap. št.	Ime aktivnosti/vsebina oz. namen	Načrtovani kazalnik	R E A L I Z A C I J A				
			Čas izvedbe	Kraj izvedbe	Ciljna skupina	Obseg realizacije	Komentar
1	Aktivna spletna stran projekta z najmanj 10.000 ogledov	1 logotip in CGP 1 spletna stran 10.000 ogledov 5 partnerjev ima povezavo na spletno stran projekta	Cel čas projekta	On-line	Splošna javnost Strokovna javnost	1 logotip in CGP 1 spletna stran <a href="http://www.fzab.si/crp/">http://www.fzab.si/crp/</a> število ogledov cca 10.000 vsi partnerji ima povezavo na spletno stran projekta	Število ogledov spletne strani je bilo doseženo preko obveščanja o spletni strani projekta na vseh partnerskih spletnih straneh, preko FBja, bloga in na vseh dogodkih povezanih s projektom.
2	Oblikovana avdiovizualna predstavitev (kratki film) o zdravstveni negi za splošno populacijo in šoloobvezno mladino	1 film	Junij 2017	You-tube	Splošna javnost Šoloobvezna mladina, dijaki	2 filma na You-tube	Narejen je bil 1 krajši fim (cca 8 min) za splošno javnost in 1 krajši film (cca 2 min) za šoloobvezno mladino
3	Predvajanje kratkega filma: 12 predvajanj kratkega filma na osnovnih šolah po Sloveniji in predvajanja kratkega filma na 4 različnih regionalnih televizijskih postajah v Sloveniji	12 predvajanja na OŠ/SŠ 4 predvajanja na SLO regionalnih TV	Sept 2017		Splošna javnost Šoloobvezna mladina, dijaki Učitelji	Posredovanje filma zgolj izbranim šolam, bi predstavljalo omejitve, zato posredujemo link na you-tube vsem OŠ in SŠ s prošnjo, da ga predvajajo predvsem za namenom poklicnega usmerjanja. Posredujemo link na you-tube svetovalci za zdravstveno vzgojo na ZRSS s prošnjo, da predvajajo učiteljem na študijskih skupinah. Povezavo na fim na you-tubu bomo navedli tudi v poljudnih člankih, ki jih načrtujemo v Šolskih razgledih, Novičniku (PeI) in Utripu.  Film je bil predvajan na dveh lokalnih televizijah Go-TV in Gorenjska TV. Zaradi večje učinkovitosti in vidnosti sporočila filma smo se odločili, da bo film umeščen na you tube, Blog, FB stran in na vse spletne strani partnerjev. Umeščen je bil tudi na spletno stran zdravstvena.info, z namenom doseganja največje možne populacije. Link je bil poslan na vse osnovne šole in srednje šole. Link je bil poslan na: <ul style="list-style-type: none"> <li>Facebook Zdravstveni delavci: <a href="https://www.facebook.com/zdravstvenidelavcislovenija/">https://www.facebook.com/zdravstvenidelavcislovenija/</a></li> <li>Facebook Zdravstvena.info: <a href="https://www.facebook.com/Zdravstvena.info/">https://www.facebook.com/Zdravstvena.info/</a></li> <li>Spletna stran: <a href="http://zdravstvena.info/poklic-prihodnosti-zdravstvena-nega-kot-druzbeno-odgovorna-stroka-znanost.html">http://zdravstvena.info/poklic-prihodnosti-zdravstvena-nega-kot-druzbeno-odgovorna-stroka-znanost.html</a></li> </ul>	
4	Izvedeni dve okrogli mizi za strokovno javnostjo, ki ni neposredno vključena v izvedbo projekta, o vsebini in rezultatih projekta in poročilo o pridobljenih povratnih informacijah <sup>3</sup>	2 okrogli mizi	30.3.2016 – 20.4.2017	Four Points by Sheraton, Ljubljana Mons	Splošna javnost Strokovna javnost, ki ni neposredno vključena v projekt	Okrogle mize so bile izvedene v okviru konference Moja kariera – QUO VADIS - <a href="http://www.fzab.si/news/3498/1065/9-posvet-MOJA-KARIERA-QUO-VADIS/">http://www.fzab.si/news/3498/1065/9-posvet-MOJA-KARIERA-QUO-VADIS/</a> - <a href="http://www.fzab.si/news/4319/1065/10-posvet-MOJA-KARIERA-QUO-VADIS/index.php?mact=News.cntnt01_detail.0&amp;cntnt01articleid=4120&amp;cntnt01origid=15&amp;cntnt01pagelimit=10&amp;cntnt01returnid=23">http://www.fzab.si/news/4319/1065/10-posvet-MOJA-KARIERA-QUO-VADIS/index.php?mact=News.cntnt01_detail.0&amp;cntnt01articleid=4120&amp;cntnt01origid=15&amp;cntnt01pagelimit=10&amp;cntnt01returnid=23</a>	

<sup>3</sup> **9. posvet** je bil namenjen seznanjanju strokovne javnosti na izsledke prvih raziskav v sklopu projekta CRP in razpravi na okrogli mizi. Posvet je bil namenjen menedžerjem in vodjem v visokošolskih in zdravstvenih zavodih, odgovornim v zdravstveni in visokošolski politiki, odgovornim v združenjih na področju zdravstvene nege, diplomiranim medicinskim sestram, visokošolskim učiteljem in strokovnim sodelavcem na področju zdravstvene nege, študentom magistrskega študija zdravstvene nege, idr. Vabljeni člani okrogle mize so bili: Monika Ažman – novo izvoljena predsednica Zbornice zdravstvene in babiške nege – Zveze strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; Marija Verbič - Skupnost ravnateljcev srednjih zdravstvenih šol, ravnateljica Srednje zdravstvene šole Ljubljana; Jelka Mlakar - Center RS za poklicno izobraževanje; dr. Andreja Kvas - Univerza v Ljubljani, Zdravstvena



5	Izvedeno eno znanstveno društvo v obliki t.i. znanstvene kavarne za splošno populacijo ob zaključku projekta <sup>4</sup>	1 društvo - znanstvena kavarna	21.9.2017	razstavišče UKC Ljubljana	Strokovna in splošna javnost	1 znanstvena kavarna z naslovom »Znanstveno društvo z zdravstveno nego« ter poročilo o pridobljenih povratnih informacijah - <a href="http://www.fzab.si/news/4326/1065/CRP-Znanstvena-kavarna/index.php?mact=News.cntnt01_detail.0&amp;cntnt01articleid=4325&amp;cntnt01origid=15&amp;cntnt01pagelimit=10&amp;cntnt01returnid=23">http://www.fzab.si/news/4326/1065/CRP-Znanstvena-kavarna/index.php?mact=News.cntnt01_detail.0&amp;cntnt01articleid=4325&amp;cntnt01origid=15&amp;cntnt01pagelimit=10&amp;cntnt01returnid=23</a>
6	Predstavitev rezultatov projekta na dveh nacionalnih srečanjih strokovnjakov, raziskovalcev in učiteljev v zdravstveni negi	2 nacionalni srečanja	30.3.2016 – 20.4.2017 Moja kariera – QUO VADIS	Four Points by Sheraton, Ljubljana	Strokovnjaki, raziskovalci in učitelji v zdravstveni negi	Rezultati projekta so bili predstavljeni na 4 nacionalnih srečanjih:  2 predstavitvi na konferencah Moja kariera – QUO VADIS - <a href="http://www.fzab.si/news/3498/1065/9-posvet-MOJA-KARIERA-QUO-VADIS/">http://www.fzab.si/news/3498/1065/9-posvet-MOJA-KARIERA-QUO-VADIS/</a> - <a href="http://www.fzab.si/news/4319/1065/10-posvet-MOJA-KARIERA-QUO-VADIS/index.php?mact=News.cntnt01_detail.0&amp;cntnt01articleid=4120&amp;cntnt01origid=15&amp;cntnt01pagelimit=10&amp;cntnt01returnid=23">http://www.fzab.si/news/4319/1065/10-posvet-MOJA-KARIERA-QUO-VADIS/index.php?mact=News.cntnt01_detail.0&amp;cntnt01articleid=4120&amp;cntnt01origid=15&amp;cntnt01pagelimit=10&amp;cntnt01returnid=23</a>  <a href="#">1 predstavitev na študentski konferenci v SG</a> - <a href="http://cobiss5.izum.si/scripts/cobiss?ukaz=DISP&amp;id=1610195694657817&amp;rec=6&amp;sid=1">http://cobiss5.izum.si/scripts/cobiss?ukaz=DISP&amp;id=1610195694657817&amp;rec=6&amp;sid=1</a>  <a href="#">1 predstavitev na znanstveni konferenci z mednarodno udeležbo v SG</a> - <a href="http://www.vszv-sg.si/1/raziskovanje/konference-posveti-delavnice/7-znanstvena-konferenca.aspx">http://www.vszv-sg.si/1/raziskovanje/konference-posveti-delavnice/7-znanstvena-konferenca.aspx</a>
		Študentska konferenca	3.6.2016 – 8. štud. konf. zdrav. ved	Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec	VSU in študenti zdravstvene nege	
		Znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo	26.9.2017 – 7. znans. konf. VŠZV SG	Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec	Mednarodna strokovna javnost	
7	Izvedena zaključna konferenca projekta »Prihodnost izobraževanja in raziskovanja v	1 zaključna konferenca, ki se je bo udeležilo najmanj 60 udeležencev	9.6.2017 -	Bled, Hotel Astoria	Strokovnjaki, raziskovalci, učitelji v zdrav. negi, študenti	1 zaključna konferenca – Kontinuiran razvoj zdravstvene nege v družbi in njen prispevek k promociji zdravja, udeležilo se jo je 61 udeležencev <a href="http://www.fzab.si/crp/rezultati-in-reference/">http://www.fzab.si/crp/rezultati-in-reference/</a>

fakulteta; dr. Saša Kadivec - RSKZN, Stalna delovna skupina za bolnišnično zdravstveno nego; dr. Aleksandra Stjepanović Vračar - Strateški svet za področje zdravstvene in babiške nege pri MZ; Irena Šumak - Zbornica-Zveza, predsednica Sekcije medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju; Dr (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Majda Pajnikihar - Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; dr. Danica Železnik - Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec; mag. Brane Bregar - RSKZN, predsednik ter Vesna Zupančič - Fakulteta za zdravstvene vede Novo Mesto. Analiza rešenih anket prisotnih na okrogli mizi so pokazale, da je tema razprave nova v slovenskem prostoru, da so nove informacije, ki so jih na dogodu prejeli, da informacije in raziskava pomembno doprinejajo k razvoju stroke ter, da so informacije uporabne za vsakodnevno razumevanje in delo na področju zdravstvene nege.

**10. posvet** je bil organiziran na temo oblikovanja nacionalnega modela razvoja in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Prav tako je bil namenjen menedžerjem in vodjem v visokošolskih in zdravstvenih zavodih, odgovornim v zdravstveni in visokošolski politiki, odgovornim v združenjih na področju zdravstvene nege, diplomiranim medicinskim sestram, visokošolskim učiteljem in strokovnim sodelavcem na področju zdravstvene nege, študentom magistrskega študija zdravstvene nege, idr. Analiza rešenih anket tega drugega posveta je podala skorajda enake ugotovitve kot smo jih dobili na 9. posvetu – tema je potrebna, nova in vpliva na aktivnosti v kontekstu systemskega urejanja področja zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Vabljeni člani dveh panelnih skupin: Kristina Modic (Slovensko združenje bolnikov z limfomom in levkemijo), Monika Ažman (Zbornica-Zveza), dr. Tit Albreht (NIJZ), dr. Tonka Poplas Susič (ZD Ljubljana), Nevenka Brolih (UKC Ljubljana), Jelka Mlakar (Sindikat delavcev v zdravstveni negi Slovenije), Boris Kramberger (ZZZS), Lucija Matič (Srednja zdravstvena šola Ljubljana), predstavnik/ca CPI, mag. Mojca Dobnik (doktorska študentka), Uroš Zafošnik (doktorski študent), Sanela Pivač (doktorska študentka), Tina Oblak (magistrska študentka), dr. Majda Pahor (raziskovalka, Zdravstvena fakulteta ULJ), Nina Knavs (novinarka), dr. Jakob Gubenšek (raziskovalec UKCLJ), dr. Brigita Skela Savič (raziskovalka, FZAB).

<sup>4</sup> Dogodek je bil uspešno izveden, razvila se je razprava, poudarjeno je bilo, da bi se morali na podobnih srečanjih večkrat zbrati podobni akterji in razpravljati o pomembnosti Zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Udeleženci so tudi poudarili pomembnost umeščanja znanstvenih pristopov v klinično okolje.

	zdravstveni negi«				zdrav. nege, strokovnjaki iz področja zdrav. nege iz tujine	
8	<p>Predstavitev rezultatov projekta na 11. med. konf. FINE (European Federation of Nurse Educators)</p> <p>Predstavitev rezultatov projekta na drugih medn. konferencah</p>	2 mednarodni konferenci	25. – 27. May 2016, 17 – 19 May 2017	Timisoara, Romania  Lublin, Poland		<p>Aktivnost je bila realizirana v okviru drugih mednarodnih konferenc – MakeLearn &amp; TIIM:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <a href="http://www.toknowpress.net/proceedings/978-961-6914-16-1/">http://www.toknowpress.net/proceedings/978-961-6914-16-1/</a></li> <li>- <a href="http://makelearn2016.mfdps.si/">http://makelearn2016.mfdps.si/</a></li> <li>- <a href="http://www.toknowpress.net/proceedings/978-961-6914-21-5/">http://www.toknowpress.net/proceedings/978-961-6914-21-5/</a></li> <li>- <a href="http://makelearn.mfdps.si/">http://makelearn.mfdps.si/</a></li> </ul>
9	Predstavitev rezultatov projekta na konferenci RCN International nursing Research Conference.	1 mednarodna konferenca iz področja zdravstvene nege	15. – 18.6.2017	Opatija	Strokovnjaki, raziskovalci v zdravstveni negi	<p>Aktivnost je bila realizirana v okviru druge mednarodne konference – 6. Kongres Hrvatske udruge medicinskih sestara (HUMS-a)</p> <p><a href="http://www.hums.hr/sestrinstvobezgranica/program-u-izradi/">http://www.hums.hr/sestrinstvobezgranica/program-u-izradi/</a></p>



## 2.7. Relevantnost in potencialni vpliv rezultatov projekta

Namen CRP-a je bil vzpostaviti mednarodno primerljiv sistem sekundarnega in terciarnega izobraževanja v zdravstveni negi, ki omogoča razvoj stroke in znanosti, ter postavi okvir za vzpostavitev interdisciplinarnega raziskovanja, povezanega z zdravstveno nego, kar lahko pomembno vpliva na trajnostni družbeni razvoj.

Cilji:

1. Pripraviti analizo sistemov formalnega izobraževanja na področju zdravstvene nege v EU, pridobljene kompetence za delo in uporabljene modele za razvoj in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline.
2. Na osnovi raziskave med ključnimi deležniki izobraževanja v zdravstveni negi in uporabniki izobraževanja preveriti razumevanje potreb po spremembah formalnega izobraževanja in umestitev raziskovanja za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline.
3. Pripraviti predlog sprememb srednješolskega izobraževanja zdravstvene smeri, ki bo po strokovnih kompetencah primerljivo z mednarodnimi strokovnimi usmeritvami.
4. Pripraviti celostni kompetenčni model za vse ravni izobraževanja v zdravstveni negi, ki bo po kompetencah primerljiv z mednarodnimi strokovnimi usmeritvami.
5. Pripraviti predlog nacionalnega modela razvoja in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline, ki bo interdisciplinaren in med poklicen ter bo prispeval k uveljavitvi zdravstvene nege kot družbeno-politično, socialno-ekonomsko in vzgojno-izobraževalno vplivno znanstveno disciplino.
6. Popularizirati zdravstveno nego kot znanstveno disciplino v različnih ciljnih skupinah: splošni nivo, mladi, stroka, raziskovalci.

Ocenjujemo, da smo realizirali vse aktivnosti povezane z diseminacijo, prav tako smo dosegli oz. presegli načrtovane kazalnike. Poleg aktivnosti v preglednici bi želeli poudariti še:

- V okviru projektne skupine v času traja projekta beležimo 18 referenc, glej <http://www.fzab.si/crp/rezultati-in-reference/>
- Pripravili smo koncept za izdajo dveh monografij, eno v slovenskem jeziku, eno v angleškem jeziku. Na zaključnem sestanku smo dogovorili, da bomo spomladi 2018 objavili monografijo (rezultati raziskave) na razpis ARRS za izdajo monografij, izdajo načrtujemo v decembru 2018.
- Načrtujemo še krajši (poljudni) tekst s predstavitvijo projekta in njegovih rezultatov v dveh medijih namenjenih šolski populaciji: Šolski razgledi in Novičnik, in enem mediju namenjenim strokovni javnosti – Utrip. Pozvali smo tudi NIJZ da objavi tekst v njihovem časopisu e-novice.
- Načrtujemo pripravo in objavo enega strokovnega članka za Obzornik, prav tako pa bomo dali pobudo za izdajo tematske številke revije.

Po naši oceni so bili načrtovani cilji projekta doseženi. Projekt ima tako imel kompleksne učinek na izobraževalni sektor, zdravstveni sektor in na celotno družbo. Uveljavljanje zdravstvene nege kot znanstvene discipline bo pripomoglo k zviševanju stopnje izobrazbe v poklicu, le ta je po do sedaj izvedenih raziskavah močno povezana z izidi zdravstvene obravnave. Ocenjujemo, da so rezultati projekta pomembni za razvoj znanosti oz. stroke, gospodarstvo ter celotno družbo.

Če na kratko povzamemo, kar navajamo že v uvodu in pokažemo v opisih posameznih delovnih paketov:

## **2.8. Pomen projekta za razvoj znanosti oziroma stroke**

Projekt je opredelil kompetence na vseh ravneh izobraževanja in zdravstveno nego prikazuje kot pomembno znanstveno disciplino, z diplomanti prve, druge in tretje stopnje. Skozi celotno poročilo se v pridobljenih ugotovitvah lahko vidi, da ima projekta za razvoj zdravstvene nege kot znanosti in stroke zelo velik pomen, saj do danes v Sloveniji še nimamo izvedenega tako celostnega projekta, ki bi zdravstveno nego umestil iz vidika potrebnega formalnega izobraževanja in njenega znanstvenega doprinosa in to v kontekstu mednarodne primerljivosti. Kljub temu, da je Slovenija članica EU od leta 2004 naprej, problema izobraževanja v zdravstveni negi ob vstopu v EU ni rešila po celotni vertikali. Ob vstopu v EU srednješolsko izobraževanje za poklic v zdravstveni negi ni bilo predstavljeno in analizirano ne v vsebini, kompetencah v kliničnih okoljih, obsegu izobraževanja v RS, umeščanju te stopnje izobraževanja v klinično delo, idr.

Projekt je bil za slovenski prostor potreben in je naredil doprinos na temeljnih področjih:

- Ureditev formalnega izobraževanja glede na ravni izobraževanja, obseg izobraževanja in kompetenčni model izobraževanja, ki bo mednarodno primerljiv.
- Razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline se bo lahko začel le z jasno umestitvijo kompetenčnega modela, opredelitvijo obsega izobraževanja na vseh ravneh, umestitvijo kompetenc druge stopnje v klinična okolja ter z zahtevo managementa in zdravstvene politike, da mora zdravstvena nega delovati na dokazih.

## **2.9. Pomen projekta za gospodarstvo**

Predvsem diplomanti druge in tretje stopnje lahko na področju farmacevtske industrije in industrije potrošnega materiala za zdravstvo in zdravstveno oskrbo pomembno prispevajo k raziskovalnemu in razvojnemu delu, razvoju novih storitev, merjenju učinkov izvedenih storitev, ugotavljanju potreb po razvoju novih storitev, dojemanje sodobnega človeka kot celostno osebo, ki potrebuje storitve in produkte, ki mu bodo pomagale krepiti in ohranjati zdravje.

Posredni učinki projekta, ki je zdravstveno nego populariziral kot znanstveno disciplino, ki lahko pomembno prispeva k učinkovitosti gospodarstva, bodo imeli učinek na dojemanje in pomen razvoja znanstveno raziskovalnega dela v zdravstveni negi v RS, ki se v skladu z navedenimi mednarodnimi umeritvami, mora poleg skrbi za bolne, vedno bolj osredotočati v skrb za krepitev in ohranitev zdravja v družbi.

Projekt bo imel učinek na izgradnjo mednarodno primerljivega izobraževalnega sistema na vseh ravneh izobraževanja, ki bo podpiral razvoj in izgradnjo kompetenc za raziskovanje in na dokazih temelječe delo v zdravstveni negi. Eno od pomembnih raziskovalnih področij v zdravstveni negi je zdravje delovno aktivne populacije.

Raziskovalno delo na področju skrbi za delovno populacijo v gospodarstvu bo imelo pomemben učinek na razumevanje zdravstvene problematike v različnih delovnih okoljih, obvladovanje absentizma, stresa, razumevanje pomena skrbi za zdravje zaposlenih, spodbudilo bo večje zanimanje gospodarstva za proučevanje zdravja med zaposlenimi in vključevanje diplomantov zdravstvene nege v preventivne programe krepitve zdravja, zgodnjega odkrivanja bolezni, obvladovanja kroničnih bolezni na delovnem mestu, odnos do zaposlenih s kroničnimi obolenji, razumevanje potreb delovno starajoče populacije in vzpostavljanje pogojev za njihovo uspešno in učinkovito delo na področju njihovih zdravstvenih potreb, poveča se enakost in dostopnost na področju zdravja, socialno kohezivnost, idr.

Tako delovanje zdravstvene nege kot znanstvene discipline bo imelo učinek na razpis raziskovalnih sredstev s strani gospodarstva za projekte krepitve zdravja v gospodarstvu, ki danes žal še vedno premalo vlaga v raziskovanje in razvoj človeškega kapitala, zdravega delovnega okolja in spodbujajočega delovnega vzdušja. Zdravstvena nega lahko kot znanstvena disciplina pomembno prispeva k zdravju zaposlenih v gospodarski dejavnosti, kar je zapisano tudi v mednarodnih usmeritvah svetovne zdravstvene organizacije za področje Evrope (*The Role of the Occupational Health Nurse in Workplace Health Management*, 2000, 2003). Enaki učinki se pričakujejo na področju državne uprave, javnega sektorja.

## **2.10. Pomen projekta za družbo**

Ker Slovenija sodi v skupino držav, kjer je zdravstvena nega kot znanstvena disciplina slabo razvita in ker smo država v EU z najmanj visokošolsko izobraženimi medicinskimi sestrami (OECD, 2013), s sicer razvito drugo stopnjo izobraževanja, ki pa ni implementirana v delovna okolja in brez razvitega doktorskega študija, ima projekt velik pomen za Slovenijo in tudi mednarodno. Državo lahko promovira kot uspešno izveden celosten pristop na področju ureditve problematike v poklicu reguliranem z Evropsko Direktivo.

Projekt prispeva k vzgoji in razvoju kadrov na celotni izobraževalni vertikali, saj bo s krepitvijo raziskovalnega dela v zdravstveni negi vedno več podlag za razvoj doktorskega študija, dosežena bo ustrezna raziskovalna učinkovitost, zdravstvena nega bo prepoznana kot raziskovalno področje, katerega rezultati bodo prispevali k družbeni blaginji. Zato bo tudi politika s pomočjo rezultatov tega projekta in nadaljnjega razvojnega in raziskovalnega dela postopoma prepoznala pomen mednarodno primerljivega sistema izobraževanja, ga podprla in zdravstveno nego vključila v razpravo o pomembnih družbenih vprašanjih na področju šolstva in zdravstva kot stroko in znanost.

Rezultati projekta bodo imeli velik učinek v regiji, saj je značilnost držav bivše Jugoslavije, da imajo sistem izobraževanja v zdravstveni negi neurejen in da zdravstvena nega ni razvita kot znanstvena disciplina, kar je posledica močno poudarjenega srednješolskega izobraževanja v prejšnji državi.

Projekt daje jasne usmeritve za razvoj kadrov tudi iz vidika sistema izobraževanja na sekundarni in terciarni ravni. Bistven rezultat projekta je izdelan sistem kompetenc in nacionalni model razvoja znanstvene discipline, ki bi moral biti temelj za zaposlovalno politiko in politiko razvoja ljudi v naslednjih 20 letih in načrt reorganiziranja delovnih mest, sistemizacije delovnih mest v zdravstvenih in socialnih zavodih in s tem jasne potrebe po izobraževanju na vseh ravneh izobraževanja.

Projekt prispeva tudi k vzgoji in informiranju osnovnošolcev v tretji triadi, ki se odločajo za poklic, kjer je eden od njih tudi poklic na področju zdravstvene nege. S prikazom poklicnega dela, ki vključuje strokovni in znanstveni vidik projekt pripomore k dobremu poznavanju poklica in je lahko v pomoč svetovalnim službam, pedagogom za učinkovito informiranje in usmerjanje otrok in staršev o zdravstveni negi.

### 3. ZAKLJUČEK: Ocena stopnje realizacije programa dela na raziskovalnem projektu in zastavljenih raziskovalnih ciljev – ključne ugotovitve delovnih paketov

Projekt ima 6 delovnih paketov (DP), ki so prikazani v tabeli 1. Vsak delovni paketi ima opredeljene cilje in raziskovalni dizajn ter pričakovane rezultate.

Tabela 1. Predstavitev projekta po delovnih paketih, ciljnih in raziskovalnih dizajnih

Delovni paketi (DP)	Cilji DP	Raziskovalni dizajn
DP 1 – Analiza: Analiza sistemov formalnega izobraževanja na področju zdravstvene nege v EU	Pripraviti analizo (i) sistemov izobraževanja na področju zdravstvene nege v državah EU, ki vključuje ravni in obseg formalnega izobraževanja, (ii) pridobljene kompetenc za delo v zdravstveni negi ter vrednotenje le teh in (iii) že razvite ter implementirane modele za razvoj in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline.	Sistematični pregled znanstvenih dokazov in drugih virov na ravni EU in posameznih držav.
DP 2 - Raziskava: Razumevanje izobraževanja v zdravstveni negi in celostnih potreb po prenovi formalnega izobraževanja v zdravstveni negi in umestitvi novega kompetenčnega modela v RS po zgledu mednarodnih usmeritev.	Na osnovi raziskave med ključnimi deležniki izobraževanja v zdravstveni negi, udeležencih izobraževanja (osnovnošolci, srednješolci in visokošolsko izobraževanje), preveriti razumevanje potreb po spremembah izobraževanja v zdravstveni negi in preveriti stališča o ključnih mednarodnih usmeritvah na področju izobraževanja in raziskovanja v zdravstveni negi za aplikacijo v slovenskem prostoru. Preveriti razumevanje zdravstvene nege na strani udeležencev izobraževanje ali tistih, ki se odločajo za srednješolsko izobraževanje.	Neeksperimentalna kvantitativna eksplorativna raziskava s tremi razvitimi samostojnimi instrumenti na treh vzorcih (osnovne šole, srednje šole, zdravstveni in visokošolski zavodi, drugi deležniki).
DP3 - Prenova SŠ: Prenova srednješolskega modela izobraževanja glede na mednarodne usmeritve in rezultate DP 1 in DP 2	Pripraviti predlog sprememb srednješolskega izobraževanja zdravstvene smeri, ki bo po strokovnih kompetencah primerljivo z mednarodnimi strokovnimi usmeritvami na področju zdravstvene nege za »Health Care Asistant« (EFN, 2014) in s peto ravno izobraževanja po European Qualification Framework (2008).	Metode konsenza: panel ekspertov, tehnika skupinskega konsenza
DP4 - Kompetenčni model ZN: Celostni kompetenčni model za vse ravni izobraževanja v zdravstveni negi	Pripraviti celostni kompetenčni model za vse ravni izobraževanja v zdravstveni negi (srednješolsko izobraževanje, 1., 2., 3. Bolonjska stopnja), ki bo po kompetencah primerljiv z mednarodnimi strokovnimi usmeritvami na področju zdravstvene nege (EFN, 2014) in ravnmi izobraževanja po European Qualification Framework (2008)	Metode konsenza: panel ekspertov, tehnika skupinskega konsenza
DP5 - Znanstvena disciplina ZN: Nacionalni model razvoja in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline	Pripraviti predlog nacionalnega modela razvoja in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline, ki bo interdisciplinaren in interprofesionalen ter bo prispeval k uveljavitvi zdravstvene nege kot družbeno-politično, socialno-ekonomsko in vzgojno-izobraževalno vplivno znanstveno disciplino.	Metode konsenza: panel ekspertov, tehnika skupinskega konsenza
DP6 – Popularizacija zdravstvene nege: Promocija znanstvene discipline zdravstvene nege preko diseminacija rezultatov projekta	Popularizirati zdravstveno nego kot znanstveno disciplino, preko različnih oblik diseminacije: okroglih miz in drugih oblik druženj (znanstvena kavarna), organiziranih tudi za splošno populacijo, ter predstavitev rezultatov projekta na strokovnih srečanjih. S pomočjo avdiovizualnih sredstev popularizirati in približati zdravstveno nego splošni populaciji in šoloobvezni mladini s prikazom različnih vlog poklica, ki se tičejo strokovnih kompetenc in kompetenc na področju ustvarjanja novih znanj ter pomen obojih za družbeni razvoj.	Metode diseminacije rezultatov, spoznanj in doseženih konsenzov.

V projektu smo pridobili izsledke, ki temeljijo na znanstveno raziskovalnem pristopu. Izsledki so sistematične analize praks v EU, rezultati raziskav o razumevanju zdravstvene nege kot znanstvene discipline in pomen razumevanja izobraževanja na treh ravneh (primarno, sekundarno, terciarno) za razvoj znanosti v zdravstveni negi, podani so predlogi sprememb v izobraževanju, izdelan je kompetenčni model na ravni srednješolskega in visokošolskega izobraževanja, podan je model razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline v RS. Obveščanje strokovne in laične javnosti je bilo izvedeno preko spletne strani, prikaza kratkega filma o zdravstveni negi kot znanstveni disciplini, organizirane so bile okrogle mize, strokovne konference, o rezultatih projekta smo poročali na nacionalni in mednarodni ravni.

**Vsi projektni partnerji ocenjujemo, da je bil program dela na raziskovalnem projektu izveden kot načrtovano. Zastavljeni raziskovalni cilji so bili doseženi**

### **3.1. DP1: Analiza sistemov formalnega izobraževanja na področju zdravstvene nege v EU**

#### **3.1.1. 1 Analiza sistemov izobraževanja na področju zdravstvene nege v državah Evropske unije (EU)**

Odgovornost medicinskih sester se ne glede na zaključeno izobrazbo razlikuje od države do države, kar kaže nato, da ni bil dosežen poenoten bolonjski sistem izobraževanja med državami v Evropski uniji. Razlike se pojavljajo v vstopnih pogojih, letih trajanja študijskega programa, nazivih po zaključenem izobraževanju, kreditnem vrednotenju ter v obsegu števila ur kliničnega usposabljanja, kljub temu, da je v Evropski (EU) direktivi jasno opredeljeno, da je polovica programa namenjena kliničnem usposabljanju. Visoko šolski zavodi v državah EU bi morali slediti zahtevam bolonjske deklaracije, saj le tako lahko dosegamo mednarodno konkurenčnost evropskega sistema visokega šolstva. Prav tako je potrebno slediti EU direktivi 2005 in dopolnitvi EU direktive 2013, saj EU direktiva predstavlja osnovno orodje za zagotavljanje kakovostnega izobraževanja na področju zdravstvene nege ter primerljiv študij znotraj držav članic EU. V EU direktivi, ki je bila dopolnjena in sprejeta v letu 2013 so opredeljeni pogoji za področje izobraževanja v zdravstveni negi, kot so za vpisi na študij je potrebno 12 let splošnega izobraževanja, vsi študijski programi morajo biti ovrednoteni z ECTS, ostajajo že opredeljeno trajanje programa v obsegu najmanj treh let in najmanj 4600 ur (polovica programa se izvaja v kliničnem okolju), dodane so nove vsebine in stopnje zahtevnosti kompetenc, ki jih morajo študijski programi umestiti v svoje programe.

Glede nato, da medicinske sestre prevzemajo strateške vloge pri odločanju, je pomembno, da se raven izobraževanja medicinskih sester dviguje. Ugotavljamo, da praksa zahteva visoko izobražene medicinske sestre. Vertikalno in horizontalno izobraževanje ima vpliv na varno in kakovostno oskrbo pacientov.

Nove vloge medicinskih sester so glede na potrebe populacije potrebne. Potrebna so razširjena znanja, večja odgovornost in usposobljenost medicinskih sester.

Ugotavljamo, da praksa zahteva visoko izobražene medicinske sestre. Nove vloge medicinskih sester so glede na potrebe populacije potrebne. Potrebna so razširjena znanja, večja odgovornost in usposobljenost medicinskih sester. Ugotavljamo, da študijski programi niso poenoteni glede na EU direktivo in bolonjskim sistemom. Potrebno je poenoteno izvajanje študijskih programov na prvi in drugi stopnji študijskega programa Zdravstvena nega.

### 3.1.2. 2 Analiza pridobljenih kompetenc za delo v zdravstveni negi v okviru izobraževalnega sistema in njihovo vrednotenje v državah Evropske Unije

Pregled literature kaže, da mednarodne organizacije (ICN, WHO, OECD) različno definirajo zahtevane veščine za kvalifikacije medicinskih sester. Za veljavnost kvalifikacije v EU se predlaga uporaba standardov ICN in poenotenje definicij in vloge medicinske sestre. Probleme in zmedo v definiranju kompetenc v zdravstveni negi ugotavlja tudi novejša slovenska bibliometrična študija. Raziskave kažejo na obstoj vrste orodij za merjenje kompetenc. Večinoma ima vsaka država izdelan svoj merski instrument za ugotavljanje uspešnosti razvoja kompetenc v zdravstveni negi. Primerjava ključnih kompetenc za delo v zdravstveni negi znotraj ključnih dokumentov EU je pokazala, da na področju zdravstvene nege obstaja 67 kompetenc, ki so jih združili v 8 ključnih področij kompetenc v zdravstveni negi, ki so: profesionalne in etične vrednote ter praksa; spretnosti zdravstvene nege in intervencije; komunikacija in medosebne sposobnosti; znanje in sposobnosti razumevanja; ocenjevanje in izboljševanje kakovosti v zdravstveni negi; profesionalni razvoj; menedžment, vodenje in timsko delo ter raziskovanje. Ista raziskava tudi ugotavlja, da so pomanjkljiva specifična področja za razvoj kompetenc.

Uspešnost učenja in poučevanja v kliničnem okolju ter razvoj kompetenc v izobraževanju zdravstvene nege so povezani z razvojem mentorske vloge, s timskim delom, s profesionalno in etično klinično prakso, s komunikacijo in usposobljenostjo za izvajanje procesa zdravstvene nege, s sodelovanjem med izobraževalnimi institucijami in učnimi bazami, z razvojem in raziskovanjem v zdravstveni negi.

Razvoj zdravstvene nege poteka s stopenjskim doseganjem kompetenc od novinca do eksperta. Pregled literature kaže, da je pomembno kontinuirano spremljanje in ocenjevanje kompetenc med študijem zato, da se zmanjša pomanjkljivo znanje in spretnosti za uporabo v klinični praksi. Potrebno je tudi stalno sodelovanje med delovnim in učnim okoljem. Pri poučevanju vseh zdravstvenih strokovnjakov naj se za razvoj kompetenc uporablja različne pristope, kot so izkustveno učenje, reflektivna praksa, učenje z delom in socialno učenje, problemsko učenje, učenje, temelječe na simulacijah, podporne oblike učenja in uporabo pristopov z napredno informacijsko tehnologijo, zagotavljanje povratne informacije in možnost refleksije, ocenjevanje uspešnosti med in ob zaključku vaj in nalog.

Ugotavljamo tudi, da obstaja vrsta merskih instrumentov, ki večinoma omogočajo subjektivno ocenjevanje stališč o pridobljenih kompetencah in zadovoljstvu. V bodočnosti bo potrebno razviti merske instrumente, ki bodo omogočali objektivno ocenjevanje doseganja kompetenc.

Kakovostno izobraževanje zdravstvene nege potrebuje prenovo kurikulumov in kriterijev za razvoj in doseganje kompetenc za splošno zdravstveno nego. V kliničnem učnem okolju je potrebno ustvariti razmere in vključiti sodobne aktivne metode poučevanja ter učenja napredne zdravstvene nege z objektivnim ocenjevanjem doseganja kompetenc. Reflektivno klinično usposabljanje omogoča doseganje samostojnosti študentov na kompetenčnih področjih zdravstvene nege, večjo kakovost in odzivnost za zdravstvene potrebe pacientov.

Kompetentno izvajanje zdravstvene nege družba dandanes pričakuje od medicinskih sester, zato predstavlja vedno večji izziv, saj se soočajo z vse bolj kompleksnimi in zahtevnimi storitvami zdravstvene nege, s problemom zmanjševanja zaposlenih v zdravstveni negi zaradi pocenitve zdravstvenega varstva in z drugimi razvojnimi problemi (Garside in

Nhemachena, 2013; Trobec in sod., 2014). Gopee (2011) priporoča, da se pri poučevanju vseh zdravstvenih strokovnjakov za razvoj kompetenc uporablja različne pristope, kot so izkustveno učenje, reflektivno prakso, učenje z delom in socialno učenje, problemsko učenje, učenje, temelječe na simulacijah, podporne oblike učenja in uporabo pristopov z napredno informacijsko tehnologijo. Pomembno pa je tudi zagotavljanje povratne informacije in možnost refleksije ter ocenjevanje uspešnosti med in ob zaključku vaj in nalog. Benner (2001) je navedena kot ključna raziskovalka na področju profesionalnega razvoja in ključnih kompetenc v zdravstveni negi. Melincavage (2011) je ugotavljal tudi kako pomembno je, da imajo razvite kompetence tudi klinični mentorji. Učno okolje mora razviti organizacijsko kulturo, ki omogoča zavedajo pomena učenja, saj se študenti kompetenc kot spretnosti in sposobnosti za izvajanje intervencij zdravstvene nege v času pridobivanja izkušenj v kliničnem okolju učijo s posnemanjem. Pomembne so tudi komunikacijske in socialne kompetence. Kinnell in Hughes (2010: 14) še navajata tudi, da le kakovostno poučevanje in učenje v kliničnem okolju omogoča razvoj kompetenc v zdravstveni negi. Učitelji in klinični mentorji morajo biti primerno izobraženi, da potrebujejo razvite kompetence za poučevanje, imajo znanje, obvladajo učno snov, imajo pismene spretnosti; poučujejo zanimivo, razumljivo in sistematično, obvladajo učne situacije v različnih učnih situacijah in okoljih, imajo socialne kompetence, so fleksibilni ter upoštevajo vrednote in razvojne stopnje«.

### **3.1.3. Analiza modelov razvoja in krepitve zdravstvene nege kot znanstvene discipline: primeri učinkovite prakse v EU**

#### **3.1.3.1. Razumevanje koncepta zdravstvene nege kot znanstvene discipline**

Znanstvena nega v Sloveniji ni priznana znanstvena disciplina in ni v šifrantu raziskovalnih področij, kar pomeni, da za znanstveni razvoj tega področja ni razpisanih državnih sredstev, kar posredno vpliva na razvoj raziskovanja v zdravstveni negi. Pregled literature kaže na potrebo po razmisleku o konceptu zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Koncept znanosti zdravstvene nege naj vključuje razpravo o znanstveni paradigmi zdravstvene nege in obravnavo pojma znanosti na splošno. Potrebno je razmišljanje o središču interesov ali bistva stroke zdravstvene nege, o vplivu različnih paradigem pri razumevanju središča interesov in podpiranje razvoja znanja zdravstvene nege z vidika multiple paradigmatske perspektive. Na osnovi izvedenega pregleda literature ugotavljamo, da je potrebno pripraviti konkretne raziskovalne načrte, katerim naj sledijo raziskovalne skupine na visokošolskih zavodih, kot tudi v kliničnih okoljih. Po vzoru National Institute of Nursing Research bi bilo potrebno pristopiti h krepitvi zdravstvene nege kot znanstvene discipline.

Zelo pomembno je tudi razumevanje značilnosti zdravstvene nege. Pojem profesije in koncept znanosti v zdravstveni negi je potrebno ustrezno pojasniti, da lahko medicinske sestre prevzemajo svojo družbeno vlogo, saj je znano, da zna biti javno razumevanje zdravstvene nege zelo omejeno. Dejavniki razvoja v zdravstveni negi niso povezani samo z možnostjo pridobivanja sredstev za raziskovanje na razpisih, potrebno je vzpostaviti interes za raziskovanje in ga pričeti razvijati z lastnimi sredstvi. Vloga zdravstvene nege je v današnji družbi pogosto zanemarjena in se jo povezuje predvsem z izvajanjem medicinsko tehničnih posegov in prijaznostjo ter ustrežljivostjo medicinskih sester. Potrebna je tudi močna samoidentifikacija medicinskih sester v zdravstvu, želja po krepitvi stroke in jedra znanja za prehajanje v znanstveno disciplino. Znanstveno-raziskovalno delo medicinskih sester je izredno pomembno in na osnovi pregleda literature zaključujemo, da je za



napredovanje zdravstvene nege v znanstveno disciplino potrebna močna raziskovalna naravnost in povezanost z javnim zdravjem.

### **3.1.3.2. Organiziranost raziskovanja v zdravstveni negi na nacionalnih ravneh in organiziranost akademske skupnosti raziskovalcev ter njihov vpliv na razvoj zdravstvene nege**

Pregled literature pokaže, da se raziskovanje v zdravstveni negi v Evropi postopoma razvija že dobrih trideset let, pa vendar je dejavnost raziskovanja in uporaba na dokazih temelječe prakse v mnogih državah EU še vedno redka. Modele bodočega razvoja raziskovanja v zdravstveni negi v EU in Evropi in primere učinkovitih praks je moč najti v državah Velike Britanije in Skandinavije. Na ravni EU so v nekaterih državah razvita profesionalna združenja in organizacije, ki so v kontekstu zdravstvene nege usmerjene v strukturne in finančne aktivnosti; imajo vlogo financerjev, podpornikov in spodbujevalcev raziskovanja v zdravstveni negi. Po tem vzoru se mednarodne organizacije, ki delujejo na področju zdravstvene nege, aktivno vključujejo v komunikacijo na relaciji javni sektor – vlada z namenom pridobiti podporo oz. sredstva za razvoj na področju raziskovanja. Vsaka država EU nima tovrstnih profesionalnih združenj, ima pa nacionalna združenja medicinskih sester, ki se večinoma žal ne vključujejo v strukturne in finančne aktivnosti, ki bi konstruktivno spreminjale raziskovanje v zdravstveni negi. Zaradi tega je nastal projekt ERA-CARE Network; je odziv na priporočilo Evropske komisije o nujnosti oblikovanja skupnih evropskih raziskovalnih programov oz. pristopov na področju raziskovanja v zdravstveni negi.

Informacije pridobljene s pregledom literature pokažejo, da je raziskovanje na področju zdravstvene nege slabo razvito, raziskovalno delo medicinskih sester je omejeno na nekaj izbranih držav z bogato tradicijo na področju zdravstvene nege. Navedeno je eden najpomembnejših razlogov, da je bila v letu 2011 ustanovljena evropska raziskovalna mreža. Ta mreža skuša vzpostaviti interdisciplinarno Evropsko fakulteto raziskovanja v zdravstveni negi, ki bo načrtovala, oblikovala in implementirala kompleksna raziskovanja na področju zdravstvene nege. Od leta 1998 v Veliki Britaniji deluje tudi Evropska akademija zdravstvene nege (Akademija). Namen Akademije z obstoječim forumom Evropskih znanstvenikov zdravstvene nege je biti evropska znanstvena skupnost, ki motivira, povezuje in zagotavlja akademske smernice za zdravstveno nego. Iz podobnih razlogov so v Italiji v letu 2010 ustanovili Center of Excellence, ki predstavlja pomembno gonilno silo razvoja in profesionalizacije zdravstvene nege.

Organiziranost raziskovanja in akademske skupnosti raziskovalcev v zdravstveni negi na nacionalnih ravneh ter vpliv organiziranosti področja raziskovanja na razvoj zdravstvene nege in politike je viden skozi posamezne, neenotne situacije na področju raziskovanja v zdravstveni negi v evropskem prostoru. Države, ki nimajo vzpostavljenih specifičnih profesionalnih združenj za področje raziskovanja nimajo mehanizma, s katerim bi lahko vplivale na razvoj in politiko.

### **3.1.3.3. Raziskovanje v zdravstveni negi in povezanost s kliničnim okoljem**

Pregled literature kaže, da raziskave v zdravstveni negi doprinesejo k znanju na področju zdravstvene nege in prispevajo k na dokazih podprti praksi in izboljšanju pacientovih izidov.

Evropske raziskave s področja zdravstvene nege v vodilnih zdravstvenih revijah ostajajo opisne in slabo opisane. Le tretjina raziskav je povezanih z intervencijami v zdravstveni negi. Raziskave so sicer raznolike, a se zaradi prevlade medicinskega modela, nanje gleda pogosto v mejah "zlatega standarda" randomiziranih kontrolnih raziskav. Raziskave na področju zdravstvene nege se pogosto osredotočajo na človekovo izkušnjo zdravja in bolezni in poskušajo razumeti kulturni fenomen z vidika posameznika. Tovrstne raziskave so pogosto kvalitativne in poskušajo pridobiti vpogled v pacientovo doživljanje zdravstvene nege, razumevanje lastne bolezni in doživljanje lastne vloge pacienta. Ob tovrstnem raziskovanju ostaja osrednja usmeritev raziskovanja vezana na skrb za sočloveka in na njeno izboljševanje.

V literaturi so bolj številčne raziskave, ki ugotavljajo pozitiven odnos medicinskih sester do raziskovanja, hkrati pa v njih avtorji opozarjajo na številne ovire za raziskovalno delo medicinskih sester. Napogostejši oviri za njihovo raziskovalno delo sta pomanjkanje časa in delovne obremenitve. Naslednja pogosto omenjena ovira je pomanjkanje znanja, izkušenj in spretnosti medicinskih sester na področju raziskovanja in iskanja rezultatov raziskav. Kot druge ovire se omenjajo še: pomanjkanje zanimanja za raziskovanje, pomanjkanje samozavesti za raziskovalno delo, nezmožnost timskega sodelovanja, pomanjkanje sodelovanja z zdravniki, pomanjkanje avtoritete za uvajanje sprememb v prakso, neobstoj osrednje raziskovalne enote usmerjene v raziskovanje v zdravstveni negi, problem slabšega znanja angleškega jezika, pomanjkanje sredstev za raziskovalno delo, pomanjkanje mentorstva in podpore kolegov ter vodstva pri raziskovanju.

Avtorji ugotavljajo, da je vrednotenje prakse nad raziskovanjem očitno. Klinična okolja zahtevajo hitro odločanje in takojšnje rezultate, medtem ko je raziskovalni proces dolgotrajen, linearen, strog in veliko počasnejši kot odločanje ob neposrednemu delu s pacienti. Za medicinske sestre je raziskovalni proces počasen, jezik je tuj, elitističen in neprimeren za prakso, kar je že samo po sebi izziv za vključitev zdravstvenih delavcev v raziskovanje. Pomemben izziv za raziskovanje v zdravstveni negi torej izhaja iz kulture, ki daje prednost praksi in, ki je usmerjena v kratkoročne cilje ter v odzivanje na kompleksne potrebe pacientov in njihovih svojcev. Ena od slovenskih raziskav je pokazala, da so bile medicinske sestre v Sloveniji le 2% delovnega časa vključene v raziskovalne aktivnosti.

V literaturi je prisotno mnenje, da morajo medicinske sestre začeti gledati na raziskovanje kot na sestavni del oskrbe pacientov. Za razvoj raziskovanja v zdravstveni negi je potrebno pozitivno delovno okolje, ki spodbuja vključevanje v raziskovanje, ceni in podpira raziskovanje, omogoča čas in vire, nudi spodbudno okolje in ustvarja raziskovalno vzdušje.

#### **3.1.3.4. Sinteza ugotovitev pregleda del na področju interdisciplinarnega raziskovanja v zdravstveni negi**

Na podlagi pregleda literature ugotavljamo, da je interdisciplinarno raziskovanje za zdravstveno nego manj značilno, bolj pogoste pa so multidisciplinarne raziskave, v katerih sodelujejo raziskovalci različnih disciplin, ki temo obravnavajo s svojega (znanstvenega) zornega kota in pri tem ne sintetizirajo spoznanj v novo kvaliteto. V interdisciplinarnih raziskavah s področja zdravstvene nege sodelujejo strokovnjaki različnih disciplin, predvsem psihologije, medicine in statistike, pa tudi s področja javnega zdravja, farmakologije in fizioterapije, vendar je vprašanje povezovanja znanstvenih disciplin tudi odvisno od teme oz.

problema proučevanja. Pregledani znanstveni članki kažejo na široko paleto zelo konkretnih področij v zdravstvu, ki zahtevajo interdisciplinarno raziskovanje, pri tem pa, glede pogostost objav, bolj izstopajo dela, ki se povezujejo s teorijami in koncepti na področju duševnega zdravja. Med pomembnimi zaključki sodi tudi opozorilo na nevarnosti interdisciplinarnega raziskovanja v zdravstveni negi, če proučevani koncept nima jasnega distinktivnega pomena v stroki. Pomemben element kakovostnega interdisciplinarnega sodelovanja pa sta tudi zmožnost in želja raziskovalcev zagovarjati perspektive svoje znanstvene discipline v odnosu do perspektiv ostalih znanosti.

Pregled literature, ki smo ga izvedli, je omejen z iskalnimi nizi in dostopnimi bazami podatkov oz. revij. Pričakovali smo nekoliko več preglednih del, ki povzemajo dosedanje ugotovitve o incidenci in značilnostih interdisciplinarnega raziskovanja. Obstoječi pregled, ki je omejen prav zaradi števila pregledanih del tako ne omogoča povsem zanesljivih zaključkov. Podaja pa splošni vpogled v področje raziskovanja v zdravstveni negi. Prvo vprašanje, ki smo si ga zastavili je, kako pogosto so med znanstvenimi deli prisotne interdisciplinarne raziskave. Na podlagi preglednega članka Yarcheski & Mahon (2013) ugotavljamo, da je interdisciplinarno sodelovanje za zdravstveno nego manj značilno, pri čemer incidenca tovrstnih raziskav z leti ne narašča. Pogostejše so raziskave, v katerih sicer sodelujejo raziskovalci različnih disciplin, ki pa vsak obravnava proučevano temo s svojega (znanstvenega) zornega kota, in se pri tem spoznanja ne prepletajo v zadostni meri. Tako je multidisciplinarno raziskovanje bolj značilno za zdravstveno nego, kakor interdisciplinarno. Drugo vprašanje, ki smo si ga zastavili je, s katerimi znanstvenimi disciplinami se zdravstvena nega najpogosteje povezuje. Tudi na to vprašanje najbolje poda odgovor pregledni članek avtorjev Yarcheski & Mahon (2013). V raziskavah sodelujejo strokovnjaki različnih disciplin, predvsem psihologije, medicine in statistike, pa tudi s področja javnega zdravja, farmakologije in fizioterapije (Yarcheski & Mahon, 2013), vendar je vprašanje povezovanja znanstvenih disciplin tudi odvisno od teme oz. problema proučevanja. Proučevanje šolskih programov s področja zdravja bo tako verjetneje vključilo raziskovalce edukacijskih ved, socialnega dela in zdravstvene nege, kot to kaže raziskava avtorjev Bronstein in sod., (2012); kot ugotavlja Petrovskaya (2014) pa epistemološka vprašanja zahtevajo sodelovanje zdravstvene nege s humanističnimi in družboslovnimi disciplinami. Na vprašanje, katera področja raziskovanja najpogosteje prevladujejo kot predmet proučevanja v interdisciplinarnih raziskavah, jasnih odgovorov z obstoječim pregledom ne moremo podati. Pregled del je pokazal, da k proučevanju določenih področij, kot so paliativna oskrba, obravnava starostnika in etika (Bigby in sod., 2011; Reitinger & Heimerl, 2014; Powell in sod., 2015; Vandoolaeghe in sod., 2015), raziskovalci pristopajo na način, da zajamejo čim bolj raznolike perspektive znanstvenih disciplin in njihovo razumevanje področja proučevanja, saj kot udeleženci raziskave nastopajo prav raziskovalci različnih znanstvenih disciplin. Dela, ki smo jih razvrstili v nadredno kategorijo del, ki obravnavajo interdisciplinarne teme, pa kažejo na široko paleto zelo konkretnih področij v zdravstvu, ki zahtevajo interdisciplinarno raziskovanje, čeprav v tem pregledu nekoliko bolj izstopajo dela, ki se povezujejo s teorijami in koncepti na širokem področju duševnega zdravja (npr. Waite in sod., 2010; Lamontagne in sod., 2013; Waite in sod., 2013; Liu in sod., 2014; Koziol-McLain in sod., 2015). Vendar pa je tak zaključek omejen zgolj na obstoječi pregled del in ga ni mogoče posploševati na področje interdisciplinarnega raziskovanja v zdravstveni negi.

Pregled del je identificiral tudi posebno skupino interdisciplinarnega raziskovanja, ki povezuje raziskovanje in prakso, preko interdisciplinarnega raziskovanja, ter preko interdisciplinarnega dela v praksi. Predvsem na področju zdravja, je praksa, podprta na dokazih, most, ki

povezuje raziskovalce in prakso ter predstavnike različnih znanstvenih disciplin. Tovrstno raziskovanje je v zdravstveni negi v porastu, nima pa še jasne uporabne vrednosti (Schreiber, 2013) oz. se spoznanja, pridobljena z *EBP* pristopom, redko, ali pa prepočasi, prenašajo v vsakdanjo prakso.

### **3.1.3.5. Vloga medicinskih sester z doktoratom znanosti**

Pregled literature kaže na velik potencial doktorskega študija zdravstvene nege in hkrati na manjko raziskav o pomenu in vlogi doktorskega študija medicinskih sester v Evropi. Doktorat na področju zdravstvene nege spodbuja k razvoju zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Omogoča medicinskim sestram, da vplivajo na javno politiko, se odzivajo na potrebe javnosti, doprinesejo k izboljšanju raziskovanja v zdravstveni negi in h kakovosti zdravstvene nege pacientov ter opolnomočijo zdravstveno osebje z novimi znanji, ki omogočajo inovacije in na dokazih podprte spremembe. Znanje in raziskovalna vključenost medicinskih sester z doktoratom sta tesno povezana s spremljanjem in zagotavljanjem kakovosti ter vrednotenjem lastnega dela. V pregledani literaturi je bilo večkrat poudarjeno, da mora medicinska sestra z doktoratom delno ostati zaposlena v kliničnem okolju, hkrati pa biti zaposlena na akademskem področju. Omenja se tudi ekonomski doprinos medicinske sestre z doktoratom, saj lahko prihrani organizaciji veliko denarja prek izobraževanja in spodbujanja ostalih medicinskih sester v na dokazih podprto prakso.

Raziskave ugotavljajo, da so potenciali medicinskih sester z doktoratom v kliničnem okolju neizkoriščeni. Medicinske sestre z doktoratom so sicer opremljene z novimi raziskovalnimi znanji in zmožne raziskovalnega dela, vendar pa na njihovo raziskovalno pot vpliva odnos delovnega okolja do njih ter širšega družbenega okolja. Kot pomembno se izpostavlja oblikovanje skupnosti raziskovalcev na področju zdravstvene nege (raziskovalna mreža), ki bi sodelovali pri raziskovanju, načrtovanju in svetovanju na vladnem nivoju. Potrebna je tudi vzpostavitev dialoga med kliničnim okoljem, managementom zdravstvene nege, visokošolskim managementom in zdravstveno politiko z vidika širših pričakovanj v zvezi z doktorskim študijem zdravstvene nege ter opredelitvijo potreb in zmožnosti za tovrstno izobraževanje. Za kakovostno doktorsko izobraževanje na področju zdravstvene nege je potrebna kritična masa aktivnih raziskovalcev in ustrezna infrastruktura v podporo raziskovanju in izobraževanju. Število medicinskih sester z doktoratom se mora povečati, če želijo sodelovati pri oblikovanju njihove lastne prihodnosti. Hkrati se mora oblikovati tudi spodbudno in podporno okolje, ki bo medicinskim sestram z doktoratom omogočalo raziskovalno delo in razvoj profesije. V analizi ugotavljamo tudi problem poznega odločanja medicinskih sester za doktorski študij, zaradi česar jim po koncu študija preostane malo let za karierni razvoj na področju raziskovanja in v akademskih krogih. Potrebna je zgodnja spodbuda zanj in sicer že v času magistrskega študija. Predlagana je nova vloga medicinske sestre z doktoratom, ki bi lahko delovala kot svetovalna medicinska sestra za raziskovanje v kliničnem okolju. Njena ključna naloga pa bi bila obravnavanje vrzeli med prakso in raziskovanjem ter pomoč pri na dokazih podprti praksi.

### **3.2. DP 2 –Raziskava »Razumevanje potreb po celostni prenovi izobraževanja v zdravstveni negi in umestitvi novega kompetenčnega modela v RS« po zgledu mednarodnih usmeritev**

Cilj DP 2 je bil, da nam izvedeni raziskavi ponudita reprezentativne odgovore, kako ključni akterji izobraževanja v zdravstveni negi in delodajalci ter populacija osnovnošolcev, dijakov in študentov razume izobraževanje v zdravstveni negi in njeno vlogo v družbi, v kolikšni meri poznajo izhodišča, ki usmerjajo potrebo po spremembah izobraževanja, kakšen je njihov odnos do sprememb v izobraževanju, kako dojemajo in razumejo zdravstveno nego kot znanstveno disciplino in njeno vlogo v pri ustvarjanju novega znanja. Raziskavi v DP 2 sta imeli učinke na vse ostale DP in sta pomembno usmerjali njihov potek.

V prvi fazi (DP 2.1) je bila izvedena raziskava »*Razumevanje potreb po celostni prenovi izobraževanja v zdravstveni negi in umestitvi novega kompetenčnega modela v RS*« med ključnimi deležniki izobraževanja v zdravstveni negi in pri delodajalcih (srednje šole, visoke šole, ministrstva, zdravstveni zavodi, socialni zavodi, gospodarske družbe, ki zaposlujejo strokovnjake s področja zdravstvene nege idr.).

V drugi fazi (DP 2.2) je bila izvedena raziskava na priložnostnem vzorcu osnovnošolcev, ki obiskujejo tretjo triado, srednješolcev zaključnih letnikov zdravstvene smeri in študentov zdravstvene nege. Odzvalo se je 113 osnovnih šol v Sloveniji, v povprečju je pri vsaki šoli sodelovalo 20 učencev osmih razredov (skupaj 2260 učencev).

#### **3.2.1. DP 2.1. - »Razumevanje potreb po spremembah izobraževanja in raziskovanja v zdravstveni negi – vidik izvajalcev izobraževanja in delodajalcev«**

##### **3.2.1.1. Ključne ugotovitve raziskave DP 2.1**

Vzorec: Odzivnost tisti, ki so pristali na raziskavo je bila < 60%. Želeli bi bolj strukturno uravnotežen vzorec iz vidika vključenih glede na ustanove. Glede na stopnjo izobrazbe v zdravstveni negi so vključeni zaposleni odraz dejanskega stanja v zdravstveni negi v proučevanih ustanovah, enako velja tudi za razmerje med spoloma. Vzorec vodilnih in tistih, ki niso na vodilnih mestih je enakovreden, prav tako za vključitev v različna delovna in strokovna telesa v zdravstveni negi.

##### **3.2.1.1.1. Kompetence v zdravstveni negi**

- Prevod poimenovanja »health care asistent« v »zdravstveni asistent« ni dosegel poenotenja razumevanja in strinjanja s prevodom, enako velja za prevod »advance nurse practitioner« v »mag. zdr. neg.«. Gre torej za poimenovanja, ki sta slabo sprejeta med anketiranci in razumljena na nezanesljiv način. Izkaže se, da se učitelji srednjih zdravstvenih šol, in viš. med. ses. v zdravstvenih in socialnih zavodih ter starejši anketiranci pomembno manj strinjajo s poimenovanjem »zdravstveni asistent«, medtem ko teh razlik ni za ostala dva poimenovanja. Anketiranci iz

srednješolskega prostora prav tako ne podpirajo splošnih kompetenc in specifičnih kompetenc za »zdravstveni asistent«.

- Izkaže se, da se srednješolski učitelji manj strinjajo z delegiranjem nalog s strani dipl. m. s. S tem se vzpostavi vprašanje razumevanje delitve del in nalog v timu zdravstvene nege pri anketirancih iz srednješolskega prostora?
- Izkazana je podpora opisov kategorij izvajalcev zdravstvene nege s strani vodilnih in tistih, ki so se izobraževali iz raziskovanja in na dokazih podprtega dela. Prav tako ni zamerljiva vloga mentorstva in poklicnega zadovoljstva. To so kategorije anketirancev, ki so naklonjene EFN modelu poklicnih kompetenc in kategorij izvajalcev zdravstvene nege.
- Opažamo, da se anketiranci v manjši meri strinjajo s prevzemanjem odgovornosti za zdravljenje, ki se pojavljajo v kompetencah zahtevnejših oblik dela mag. zdr. neg., bližja jim je vloga povezovanja, sodelovanja in tudi raziskovanja. Raziskava opozori na nerazumevanje fenomena mag. zdr. neg., kjer iz odgovori dobimo dva teoretična konstrukta, »Sodelovanje in razvoj«, drugi pa odgovornost za zdravljenje, klinično odločanje in napotitve pacientov in smo ga poimenovali »Odgovornost za zdravljenje«. Anketiranci se pomembno manj strinjajo z odgovornostjo za zdravljenje, kar je ena od ključnih dimenzij za prevzemanje samostojnih vlog v zdravstvenem sistemu. Kot ključen pojasnitveni dejavnik se tukaj pokaže stopnja izobrazbe.
- Ključna usmeritev za DP3 je poenotiti stališča na srednješolski ravni, ker je bil ugotovljen odklonilni odnos tako na ravni ustanove kot poklica srednješolski učitelj in dati v predlog obravnave tudi tehnik zdravstvene nege/zdravstveni tehnik, saj gre za poimenovanje, ki je že bilo uveljavljeno v zdravstveni negi, nikakor pa ne »srednja medicinska sestra«, ker se poimenovanje medicinska sestra lahko uporabi le za izobraževanje, ki je skladno z EU Direktivo 2013. V DP 4 in DP 5 zbrati predloge za poimenovanje »advance nurse practitioner«, kjer v Sloveniji še ni ustreznega prevoda, gre pa za izvajanje zahtevnejših/naprednih oblike kompetenc in aktivnosti, za katere je potrebna več kot specializacija v zdravstveni negi, ICN in EFN priporočata »master degree« ali doktorsko izobrazbo, saj gre za samostojno delovanje v stroki in enakovredno medpoklicno sodelovanje. V DP 3 je potrebna poglobitev v kompetence srednješolskega programa, ugotoviti, kaj je tisto, kar se jim s kompetenčnim modelom EFN »odvzema«. Klinična okolja pomembno bolj podpirajo splošne in specifične kompetence in potrebno je konsenzno skupino oblikovati na način, da bo prišlo do izražanja stališ šolstva in prakse. Izkaže se, da je znanje ali izobraževanja o raziskovanju in na dokazih podprto delo večkrat ugotovljen dejavnik pojasnitve dobljenega stanja na posameznih spremenljivkah, zato je pri konsenznih skupinah potrebno misliti tudi na to, da bomo vključili nekaj raziskovancev, ki to znanje imajo, ker je njihov pogled na reševanje kompetenc v zdravstveni negi bolj pozitiven in temelji na razumevanju potrebnih razvojnih trendov.
- Izbrati predloge za poimenovanje »advance nurse practitioner«, kjer v Sloveniji še ni ustreznega prevoda, gre pa za izvajanje zahtevnejših/naprednih oblike kompetenc in aktivnosti, za katere je potrebna več kot specializacija v zdravstveni negi, ICN in EFN priporočata »master degree« ali doktorsko izobrazbo, saj gre za samostojno delovanje v stroki in enakovredno medpoklicno sodelovanje. Oblikovati strategije za umestitev splošnih in specifičnih kompetenc mag. zdr. neg., ker je to ključna

dimenzija zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Odgovornost za zdravljenje še ni sprejeta kategorija med anketiranci.

### **3.2.1.1.2. Raziskovanje v zdravstveni negi**

- Dobimo dva teoretična konstrukta, varianco »odnos do raziskovanja« in »odklonilni odnos do raziskovanja. Kot pozitivni za spodbujanje raziskovanja se izkažejo dejavniki: stopnja izobrazbe v zdravstveni negi, članstvo v delovnih skupina in telesih, zadovoljstvo s poklicem, kar kaže, da je potrebno v oblikovanje modela v DP5 vključiti tudi vodilne in aktivne strokovnjake v zdravstveni negi in izobražene vsaj na drugi bolonjski stopnji.

### **3.2.1.1.3. Pomen doktorskega študija v zdravstveni negi**

- Strinjanje z doktorskim študijem je na visoki ravni, razpršitev odgovorov je pri nekaterih trditvah večja in le te zaslužijo pozornost pri DP 5. Opazno je nižje razumevanje pomena spodbud s strani delodajalcev za podporo razvoju zaposlenih na akademski ravni, prav tako anketiranci niso prepričani, da medicinske sestre z doktorati sodijo tudi na vodilna delovna mesta, prav tako je zaznati, da niso najbolj naklonjeni povezovanju akademskega in strokovnega prostora, kar je seveda nujno za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline.
- Izkaže se, da se odnos do doktorskega študija lahko pojasni izključno s stopnjo izobrazbe v zdravstveni negi, kar pomeni, več kot bo mag. zdr. neg. in doktoric/doktorjev, ki bodo raziskovali zdravstveno nego, večja bo naklonjenost akademizaciji zdravstvene nege.
- Pomen doktorskega študija v zdravstveni negi smo poleg stopnje izobrazbe želeli pojasniti še z vsebinskimi spremenljivkami, ki smo jih dobili v okviru raziskovanja odnosa do raziskovanja. Ugotovimo, da se poleg stopnje izobrazbe izkažejo kot ključni pojasnitveni dejavniki izkažejo še pozitiven odnos do raziskovanja, ki varianco pojasni najbolj, sledijo kompetence razvoja, ki smo jih dobili z analizo EFN kompetenc za »advance nurse practitioner« in kot zadnje v negativnem smislu odklonilni odnos do raziskovanja. Model smo uspeli pojasniti kar v 57,2%, kar ima veliko težo in usmeritve za doseganje ciljev na DP 5.

## **3.2.2. DP 2.2 – »Razumevanje trenutnega položaja zdravstvene nege in potreb po spremembah izobraževanja in raziskovanja v zdravstveni negi na vzorcu osnovnošolske, srednješolske in visokošolske mladine«**

### **3.2.2.1. Ključne ugotovitve raziskave DP 2.2**

V sklopu Ciljno raziskovalnem programu V5-1570 »Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina: mednarodno primerljiv sistem sekundarnega in terciarnega izobraževanja v zdravstveni negi kot temelj raziskav in prispevka znanosti k trajnostnemu razvoju« smo izvedli tri raziskave med ključnimi deležniki izobraževanja s področja zdravstvene nege: med osnovnošolci in na vzorcu dijakov in študentov smeri Zdravstvena nega. Na vseh treh vzorcih

smo uporabili nekoliko drugačno baterijo vprašalnikov oz. instrumentov raziskave, saj smo le-te skušali v čim večji meri prilagoditi proučevanim populacijam. Zaradi slabše odzivnosti srednjih šol in fakultet, sta vzorca dijakov in študentov, predvsem slednjih, premajhna za izvajanje zanesljivih zaključkov. Kljub temu pa rezultati nakazujejo nekaj trendov. Med osnovnošolsko populacijo se kaže dobro poznavanje zdravstvene nege in poklicev v zdravstveni negi. Nakazuje pa se prevladujoče predstave, utemeljene na biomedicinske modelu zdravja, v sklopu katerega zdravstvena nega izvaja predvsem aktivnosti, usmerjene na fiziološke potreba pacientov, manj pa aktivnosti usmerjene na edukacijo in celostno obravnavo pacienta. Burazor (2015) ugotavlja podobne značilnosti predstav o medicinski sestri, ki pretežno skrbi za osebno higieno in previjanje ran. Med značilnimi pa so se pokazale tudi predstave o podrejenosti medicinske sestre zdravnikom.

Prevladujoča pa so tudi prepričanja o podrejenosti medicinske sestre drugim poklicem, predvsem zdravniku, ki so verjetno tudi podlaga za ustvarjanje predstave o zdravstveni negi kot o manj cenjenem poklicu med pacienti, splošno populacijo in drugimi strokami v zdravstvu, ki so uveljavljene na vzorcu dijakov in študentov. Tradicionalna podoba zdravstvene nege lahko razumemo kot del patriarhalne kulture, v kateri imajo medicinske sestre vlogo »zatirane skupine« (Fletcher, 2007, str. 210). Podoba o zdravstveni negi, ki jo ima populacija tistih, ki se za poklice v zdravstveni negi še šolajo, predstavlja odraz kulture zdravstvene nege, kot model te podobe pa so za šolajoče medicinske sestre (Pahor, 2002). Prav zato je potrebno načrtno pristopiti k razvoju samopodobe medicinskih sestre, utemeljene na profesionalizmu in vrednosti svojega dela. Šolajoči za poklice v zdravstveni negi se dobro zavedajo svojih profesionalnih vrednot, čeprav so nekoliko v manjši meri prepričani v pomembnost vrednot aktivizma in profesionalizma. Aktivizem in profesionalizem, v obliki sodelovanja pri ustvarjanju javnih politik sofinanciranja, aktivnega sodelovanja v Zbornici – Zvezi in recenziranja strokovnih in znanstvenih člankov, so na vzorcu dijakov in študentov med nižje (čeprav še vedno visoko) ocenjene vrednote. Težko zaključimo ali k takim rezultatom botruje raven profesionalnega razvoja (starost, raven izobraževanja in delovne izkušnje) v zdravstveni negi, ali gre morda tudi za širšo kulturno značilnost, saj podobne rezultate kažejo tudi raziskave, opravljene na vzorcu izvajalcev zdravstvene nege v Sloveniji (Skela – Savič et al., 2016). Verjetno sta aktivizem in profesionalizem vrednoti, ki v slovenskem prostoru zdravstvene nege nista med izvajalci toliko zaželeni, kar pa se povezuje tudi s kulturo podrejenosti, v kateri zatirana skupina ni motivirana in si ne želi aktivno vključevati po vertikalni hierarhični liniji navzgor, ampak se prilagodi podrejeni vlogi in jo sprejme za svojo. V širši družbi se taka značilnost kulture imenuje distanca moči (Babnik, 2010). Distanca moči orisuje odnos do enakosti in hierarhije v družbi in pomeni stopnjo, do katere člani družbe pričakujejo in dopuščajo, da so avtoriteta, moč v družbi in status razporejeni neenakomerno (Babnik, 2010, str. 39).

Na vzorcu dijakov in študentov smo preverjali prepričanja udeležencev o prevodih nazivov in opisih splošnih kompetenc za različne ravni izvajalcev v zdravstveni negi, kot te določajo mednarodne usmeritve (EFN, 2014). Med dijaki in študenti je manjše strinjanje ali splošni konsenz za prevod poklica in opis splošnih kompetenc zdravstveni asistent. Rezultati naše raziskave kažejo na potrebo po podrobnejšem razumevanju nestrinjanja s predlaganimi prevodi naziva in splošnimi kompetencami med izvajalci zdravstvene nege predvsem na ravni zdravstveni asistent, saj se za ta poklic dosledno (na vzorcu dijakov in študentov) kaže manjši konsenz v zvezi s predlogom prevoda naziva in opisom splošnih kompetenc, ne glede na to, da je opis tudi te ravni izvajalca in kompetenc prilagojen mednarodnim smernicam (EFN, 2014; ICN, 2008).



Raziskovanje v zdravstveni negi se v tujini proučuje že dlje časa, tudi med študenti (Karadaş & Özdemir, 2015; Hsiu-Min et al., 2014; Björkström et al., 2003; Harrison, Lowery & Bailey, 1991). Rezultati naše raziskave na vzorcu študentov kažejo relativno pozitivna stališča do raziskovanja v zdravstveni negi, ob sočasno uveljavljenem prepričanju o raziskovanju kot »dodatni« in ne redni delovni obveznosti medicinske sestre ter poudarjenem pomenu prakse za razvoj stroke in njenih izvajalcev.

Rezultati opravljenih raziskav kažejo na sicer pozitivna stališča do različnih vidikov profesionalizma v zdravstveni negi med dijaki in študenti, ki pa vključujejo elemente poklicne kulture zdravstvene nege (pomen prakse, nižja motivacija za aktivistično delovanje in sodelovanje v profesionalnih združenjih, percepcije manjvrednosti poklica), ki verjetno pripomore tudi k manjši motivaciji za spremembe v praksi. Rezultati primerjave med tremi skupinami udeležencev (osnovnošolci, dijaki, študenti) pa nakazujejo vpliv izobraževanja za poklice v zdravstveni negi, saj so predstave osnovnošolcev bližje splošni podobi medicinske sestre v družbi, kot jo potrjujejo predhodne raziskave (Price & McGillis, 2014). Osnovnošolci niso vključeni v proces izobraževanja za bodoče medicinske sestre in so s poklicem medicinska sestra seznanjeni le na podlagi osebnih izkušenj in prek splošnega osnovnošolskega izobraževanja. Slednje pa nakazuje, da informacije, ki jih predstavniki poklica sporočajo splošni javnosti ne zajemajo vseh vidikov dela in položaja poklica.

### **3.2.3. DP 3 in DP 4 - Prenova srednješolskega modela izobraževanja in razvoj kompetenčnega modela za vse ravni izobraževanja v zdravstveni negi: tehnika skupinskega konsenza**

#### **3.2.3.1. Ključne ugotovitve raziskav DP 3 in 4**

Izvedena raziskava je podala stališča anketirancev na področju srednješolskega izobraževanja v zdravstveni negi v Sloveniji glede doseganja primerljivosti z mednarodnimi strokovnimi usmeritvami in razvoju kompetenčnega modela za vse ravni izobraževanja v zdravstveni negi. Na podlagi rezultatov raziskave smo oblikovali 11 stališč in na podlagi več kot 70% strinjanja udeležencev sprejeli 7 stališč. Anketiranci so se strinjali, da je potrebno urediti nivoje izobraževanja in s tem povezane kompetence, da je povezanost med srednješolskimi in visokošolskimi zavodi slabo razvita oziroma sporadično razvita, da je potreben razvoj visokošolskih programov tako iz vidika EU Direktive, kot iz vidika razvoja Bolonjske vertikale, da je v Sloveniji potrebna konstruktivna razprava o kompetencah in obsegu srednješolskega izobraževanja v zdravstveni negi, da so take raziskave potrebne, da je potrebno sprejeti kompetenčni model kot celoto za Slovenijo ter da je preseganje kompetenc tehnika zdravstvene nege v kliničnih okoljih predvsem posledica pritiskov v delovnem okolju, ker management ne zaposli dovolj visokošolsko izobraženega kadra. Ugotovili smo, da je velika odgovornost za umeščanje kompetenc izobraževanja in preseganja kompetenc v kliničnih okoljih na strani managementa zdravstvene nege. Meretoja in Koponen, (2012) sta ugotovila, da vodje oddelkov pogosto zaupajo izvajalcem več odgovornosti, kot bi si jih upali izvajalci vzeti sami. Z raziskavo smo ugotovili, da prihaja do preseganja kompetenc tehnikov zdravstvene nege v kliničnih okoljih, nevarnosti prekrivanja kompetenc med tehnikom zdravstvene nege in bolničarjem, pričakuje se samostojna vloga poklica tehnikom zdravstvene nege. Avtorji Allen, McAleavy & Wright (2012) navajajo, da je potrebno opredeliti vlogo zdravstvenih asistentov, postaviti jasne meje in kompetence za delo s pacienti.

Z bolonjsko prenovo se poudarja potreba po novih profesionalnih kompetencah, zaposlenih v zdravstveni negi, ki so povezane s sposobnostjo pridobivanja in uporabe sodobnih znanstvenih izsledkov in na dokazih podprte klinične prakse pri vsakdanjem delu. Študenti s tem razvijajo sposobnosti prenosa teorije v prakso, razvijajo pa tudi sposobnost analitičnega in kritičnega razmišljanja, ki vpliva tako na potek poučevanja in učenja, doseganje učnih izidov in na razvoj kompetenc, kar je pomemben cilj izobraževalnih programov zdravstvene nege (Mortel & Bird, 2010). V Franciji so Debout in sodelavci (2012) podobno kot v naši raziskavi ugotovili potrebo po reformi izobraževanja v zdravstveni negi, ki vključuje v kompetence usmerjeno poučevanje in usposabljanje.

Novejša raziskava med ključnimi deležniki izobraževanja v zdravstveni negi in izvajalci zdravstvene nege v Sloveniji (n=365) ugotavlja močno različnost stališč že v poimenovanju poklica na srednješolski ravni in tudi na področju splošnih kompetenc, saj prevod poimenovanja »health care asistant« v »zdravstveni asistent« ni dosegel poenotenja razumevanja in strinjanja s prevodom. Gre torej za poimenovanje, ki je slabo sprejeto med anketiranci in razumljeno na nezanesljiv način. Izkaže se, da se učitelji srednjih zdravstvenih šol, in viš. med. ses. v zdravstvenih in socialnih zavodih ter starejši anketiranci pomembno manj strinjajo s poimenovanjem »zdravstveni asistent«, medtem ko teh razlik ni za ostala tri poimenovanja kategorij izvajalcev po European Federation of Nurses (EFN) (Skela Savič, 2016). Podobno ugotavljamo med udeleženci skupin konsenza, ki so izrazili nestrinjanje s poimenovanjem »zdravstveni asistent«. Konsenz je bil dosežen za tri poimenovanja, za diplomirano medicinsko sestro, specialistko in magistrico zdravstvene nege, za poimenovanje zdravstveni asistent konsenza nismo dosegli. Dosežen je bil nov konsenz obeh skupin za poimenovanje za srednješolsko izobraževanje, oziroma prvo kategorijo izvajalca po EFN, to je »tehnik zdravstvene nege« in ne zdravstveni asistent.

Predhodno omenjena slovenska raziskava tudi ugotavlja, da anketiranci iz srednješolskega okolja ne podpirajo splošnih kompetenc za »zdravstvenega asistenta«. Izkazana je podpora opisov kategorij izvajalcev zdravstvene nege s strani vodilnih in tistih, ki so se izobraževali iz raziskovanja in na dokazih podprtega dela (Skela Savič, 2016). Pri stališčih o kompetencah za »zdravstvenega asistenta« je tudi naša raziskava pokazala nestrinjanja med udeleženci skupin konsenza. V ospredju razprave je bila samostojna vloga poklica tehnika zdravstvene nege.

V okviru stališča poimenovanja kategorij izvajalcev je bil podan predlog, da je potrebno doreči okrajšave strokovnega naslova na ravni magisterija zdravstvene nege. Predlagani so bili predlogi dopolnitev splošnih kompetenc za vse štiri kategorije. V kompetence za diplomirano medicinsko sestro je potrebno dodati področje mentorske vloge, varnosti. Pomen razvoja kompetenc za mentorsko vlogo v kliničnem okolju sta potrdili tudi Skela Savič in Kiger (2015). Standardi NMC (Standards to support learning and assessment in practice, 2008) navajajo, da so mentorji pristojni in odgovorni za organizacijo in koordiniranje aktivnosti študentov v praksi zdravstvene nege, za nadzor študentov v kliničnih situacijah, za zagotavljanje podporne in konstruktivne pozitivne informacije o doseganju ciljev kliničnega usposabljanja, v ocenjevanju celotne učinkovitosti študentov (vključno s sposobnostmi, odnosom in vedenjem študenta), v podajanju dokazov o doseganju/ nedoseganju učnih ciljev, v povezovanju z ostalimi pristojnimi osebami v procesu kliničnega usposabljanja in v zagotavljanju potrebnih dokazov o lastnem delu za vlogo mentorja.

Izobraževanje medicinskih sester ima vpliv na varnost bolnikov in zadovoljstvo z oskrbo, kar so ugotovili z veliko raziskavo med medicinskimi sestrami z zaključeno prvo stopnjo ali diplomom

na področju zdravstvene nege, ki so se odločili za nadaljevanje formalnega izobraževanja na drugi stopnji (Altmann, 2011).

Ugotovitve raziskave kažejo, da je potrebno v kompetencah napredne oblike dela zamenjati s »specialističnimi oblikami dela«. Konsenz za specifične kompetence za magistrice zdravstvene nege ni bil dosežen, predlagano je bilo, da se iz kompetenc umakne predpisovanje zdravil, kar je posledica dejstva, da v Sloveniji predpisovanje zdravil trenutno ni v kompetencah diplomirane medicinske sestre. Ponekod medicinska sestra – predpisovalka zdravil recept napiše, kot eni izmed zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi podpiše pa ga zdravnik, v drugi državi delata z roko v roki, v tretji je medicinska sestra popolnoma samostojna (Ross, 2012). Thurgate in sodelavci (2013) so ugotovili, da je v specifičnih kliničnih okoljih potrebno razvijati napredna znanja in kompetence, na podlagi katerih medicinske sestre specialiste lahko izvajajo zahtevnejše oblike dela. O Connell in sodelavci (2014) ugotavljajo še, da medicinske sestre specialiste v kliničnih okoljih, ki so dinamična in nepredvidljiva, lahko učinkovito delujejo le, če so fleksibilne, imajo ustrezna znanja, veščine in potrebno samozavest za klinično ukrepanje in uvajanje sprememb.

Glavna kompetenca, ki jo mora dati magistrski študij so znanja in sposobnosti na področju dojemanja, spremljanja, raziskovanja, vrednotenja prakse, razvoja prakse, razvoja na dokazih podprtega dela, odgovornost za širše delovanje, samostojno delovanje idr. Vendar pa mnogo medicinskih sester na nivoju izobrazbe druge stopnje ne dela v specifičnih kliničnih okoljih. Na takšnih delovnih mestih je ključno delovanje za zagotavljanje ustreznega nivoja zdravstvene prakse, kar pomeni delo na raziskovanju kliničnega dela, izobraževanju zaposlenih in študentov, vključevanju v visokošolsko izobraževanje, vodenje zdravstvene prakse (Skela Savič, 2013). Hallas in sodelavci (2012) so ugotavljali tudi potrebo, da imajo študenti magistrskega študija zdravstvene nege za doseganje kompetenc dovolj ur praktičnega usposabljanja.

Naša raziskava je podala ugotovitve, da je potrebno določiti kompetence, sistematizacijo in nivoje kompetenc glede na ravni izobraževanja. Po mnenju številnih strokovnjakov so kompetence ključne pri opredelitvi kombinacije sposobnosti, spretnosti in znanja, ki jih medicinske sestre potrebujejo za zagotavljanje učinkovite in kakovostne zdravstvene nege. Zato bi morale izobraževalni zavodi svoje aktivnosti usmeriti v oblikovanje študijskih programov, ki omogočajo razvoj ustreznih kompetenc (Trobec, et al., 2014). Dury in sodelavci (2014) so v 29 evropskih državah na vzorcu 77 ekspertov zdravstvene nege izvedli raziskavo in ugotovili potrebo po standardih, regulaciji in certifikaciji izobraževanja medicinskih sester - specialistk. Ugotovili so razlike v poimenovanju, dolžini izobraževanja, nazivih, dolžini praktičnega usposabljanja, razlike v regulaciji in v pridobljenih kompetencah.

Rezultati izvedene raziskave kažejo na razhajanja in nezaupanje glede izobraževanja med srednjimi šolami in visokošolskimi zavodi. V Sloveniji imamo na področju zdravstvene nege srednješolsko in visokošolsko izobraževanje. Za področje zdravstvene nege ni jasne razvojne perspektive glede izobraževanja na dveh ravneh, srednješolska in visokošolska raven ter o obsegu izobraževanja na srednješolski ravni, kljub temu, da področje ureja EU Direktiva 2013 ter da je vstop v poklic najmanj 12 let predhodnega splošnega izobraževanja (Skela Savič, 2014).

V Strategiji razvoja zdravstvene nege in zdravstvene oskrbe zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od leta 2011 do 2020 se spodbuja vertikalno in horizontalno izobraževanje s ciljem akademizacije profesije za potrebe razvoja stroke in razvoj kakovostnega visokošolskega poučevanja. Poudarja se pomen razvoja vertikale izobraževanja v zdravstveni

negi: magistrski in doktorski študij zdravstvene nege (Strategija, 2011). Zdravstvena nega z uporabo specialističnih oblik dela se mora razvijati na vseh treh stopnjah bolonjskega procesa, ki morajo biti poenoteni v državah znotraj EU (Palese, et al., 2014).

Z dopolnitvijo EU direktive 2013/55/EU so poudarjene novosti za vpis na študij, kjer je poudarjena potreba po 12 letnem splošnem izobraževanju, študijski programi morajo biti ovrednoteni z ECTS, trajanje programa je enako kot v EU 2005/36/EC najmanj tri leta in najmanj 4600 ur, od tega je polovica ur kliničnega usposabljanja (Skela Savič, 2014). Izobraževanje na področju zdravstvene nege v državah EU mora slediti zahtevam bolonjske deklaracije in EU direktivi 2005 in dopolnitvi EU direktive 2013, ki je osnovno orodje za zagotavljanje kakovostnega izobraževanja na področju zdravstvene nege.

### **3.2.4. DP5 - Nacionalni model razvoja in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline – mešani raziskovalni dizajn**

#### **3.2.4.1. Ključne ugotovitve raziskave DP 5**

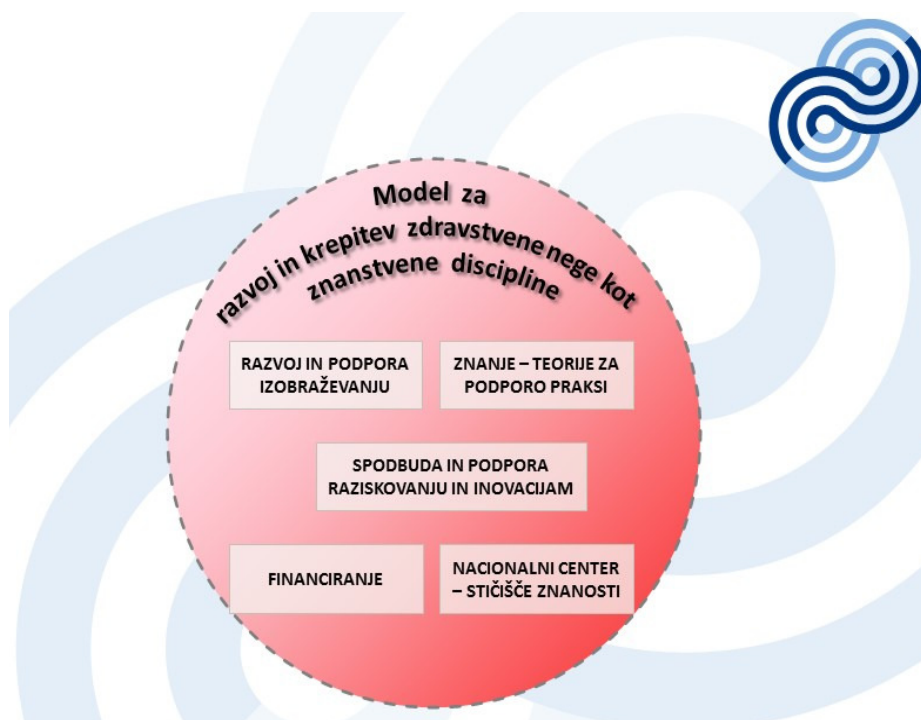
Glede na analizo obstoječe literature in spletnih virov odgovarjamo na zastavljeno raziskovalno vprašanje: obstoječi modeli dobrih praks, ki vplivajo na razvoj in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline so po svetu različno organizirani in pogosto delujejo pod okriljem različnih institucij in imajo financiranje urejeno znotraj le-teh. Trudijo se delovati mednarodno in povezovalno, spodbujajo in podpirajo raziskovalno dejavnost, ravno tako pa ne delujejo celostno v kontekstu spreminjanja odločevalske politike (Himes & Bogg, 2012). Le ti poudarjajo, da je potrebno zagotoviti možnosti za vseživljenjsko učenje (Rutgers School of Nursing, n.d.), kontinuirano razvijanje teoretičnega, empiričnega in metodološkega znanja za nadaljnji razvoj discipline zdravstvene nege (Royal College of Nursing, n.d.; Fakulteta za zdravstvene vede Maribor, n.d.), razvijati na dokazih podprto prakso (American Nurses Credentialing Center, n.d.) in spodbujati sodelovanje med kliničnim in akademskim osebjem (Trinity College Dublin, n.d.). Ena izmed temeljnih nalog modelov je nudenje podpore pri prijavi raziskovalnih projektov in pridobivanju finančnih virov (Wales Centre for Practice Innovation, 2011; Royal College of Nursing, n.d.; Royal Society for the Welfare of Mothers and Babies, n.d.).

Identificirani modeli in teorije zdravstvene nege poudarjajo pomen akademskega izobraževanja v zdravstveni negi. Izobraževanje in usposabljanje za naslednjo generacijo znanstvenikov s področja zdravstvene nege zahteva, da so učni načrti za doktorske programe v koraku z novo nastajajočim znanjem v biomedicinski znanosti in z zdravstvenim varstvom. Področje raziskav, ki imajo velik potencial in vplivajo na razumevanje biologije in mehanizmov zdravja in bolezni se nanašajo na genomiko, transkriptomiko, proteomiko, epigenomiko, mikrobiomiko in metabolomiko (Conley, et al., 2015). Izobraževanje doktorskih študentov mora pripraviti znanstvenike s področja zdravstvene nege, da bodo vodili in sodelovali v interdisciplinarnem timu znanosti. Znati bodo morali reševati zahtevne procese, ki vplivajo na zdravje in izvajanje zdravstvenega varstva (Begg, et al., 2015; Bennett & Gadlin, 2015; Grey & Mitchell, 2008; Kneipp, et al., 2014) in aktivno delovati na področju raziskovanja, pridobivanju projektov in prenosu znanja v prakso.

Znanost zdravstvene nege opredeljujemo kot znanstveno oziroma praktično disciplino, ker njen obstoj izvira iz družbenih potreb (Evers, 2003). Zdravstvena nega bo postala sodobna disciplina takrat, ko se bo interdisciplinarno povezovala, spodbujala inovacije in podajala

možnosti za razvoj zdravstvene nege in medicinskih sester znanstvenic (Broome & Corazzini, 2016). Glavni cilj discipline zdravstvene nege je razvoj znanosti – teorij in prenos znanstvenih dokazov v prakso. Osnovni kriterij za uspeh znanosti zdravstvene nege je razvoj jedra znanja na podlagi znanstvenoraziskovalnega dela.

Model za razvoj in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline, mora biti interdisciplinaren in interprofesionalen ter mora prispevati k uveljavitvi zdravstvene nege kot družbenopolitično, socialnoekonomsko in vzgojno izobraževalno vplivno znanstveno disciplino (Slika 1).



Slika 1. Model za razvoj in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline glede na pregled literature

Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina ni prepoznana v slovenski javnosti in družbi. Temelji na razumevanju človekovega zdravja in z uporabo tega znanja skuša vplivati na zdravljenje posameznika z namenom izboljšanja psihičnega, telesnega in duhovnega zdravja posameznika. Termin znanost je po osnovni definiciji raziskovanje in teorija. Raziskovanje je orodje znanosti, medtem, ko je teorija produkt znanosti (McKenna, et al., 2014). Uporablja se v zdravstveni negi takrat, ko »znanstveniki« razvijajo teorije, katere opisujejo, razlagajo, napovedujejo rezultate zdravstvene nege. Nujno je potrebno testiranje teorij pred uporabo v novem okolju.

V sistematičnem pregledu literature smo se osredotočili na pregled modelov dobrih praks, ki se uporabljajo v različnih državah. V raziskavi prikazujemo analizo in sintezo nekaj modelov in spoznanj na osnovi katere bi lahko osnovali predlog za razvoj modela za krepitev

zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Pri tem je pomembno, da je model interdisciplinaren in interprofesionalen ter mora prispevati k uveljavitvi zdravstvene nege kot družbenopolitično, socialnoekonomsko in vzgojno izobraževalne vplivne znanstvene discipline.

Izsledki raziskave izvedene v obliki skupinskih intervjujev so podali stališča udeležencev o razvoju zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Stališča smo združili v 7 kategorij, ki so podale 4 glavne teme.

Ugotavljamo, da so udeleženci najpogosteje izpostavili, da morajo odgovornost za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline prevzeti organizacije in v ta namen ustrezno sistemizirati delovna mesta. Nadalje, udeleženci izpostavljajo, da bi se moral management orientirati v usposabljanje kadra in prevzeti večjo odgovornost za razvoj raziskovanja v kliničnih okoljih. Le usposobljeni kadri bodo po mnenju (Rutgers School of Nursing, n.d.) izpolnili zahteve kompleksnega, raznolikega in dinamičnega kliničnega okolja. Udeleženci skupinskega intervjuja so mnenja, da je smisel raziskovanja razvoj stroke in orientiranost v pacienta, kar pomeni, da morata biti strokovno delo in raziskovanje povezana. Središče raziskovanja pa mora predstavljati pacient. Proces vključevanja razvoja in izvajanja raziskovanja in raziskav v prakso zdravstvene nege po mnenju Sanjari, et al. (2015) ni enostaven.

Nizko spoštovanje znanja o raziskovanju, nizko samozavedanje in interes medicinskih sester za pridobivanje znanj za vzpostavitev raziskovanja in dejstvo, da raziskovanje v zdravstveni negi predstavlja za medicinske sestre pristočasno aktivnost, so največje ovire pri razvoju raziskovanja in implementaciji izsledkov raziskav v klinično prakso. Tudi Sanjari et al. (2015) navajajo, da neustrezna organizacijska podpora, pomanjkanje znanja in usposobljenost za izvedbo in uporabo raziskovanja v klinični praksi, predstavljajo ovire, ki jih najpogosteje izpostavljajo medicinske sestre. Ne glede na ugotovljene ovire nujno potrebujemo ustrezno znanje za izgradnjo znanstvene discipline, saj udeleženci raziskave navajajo, da je znanje o raziskovanju in razvoj raziskovanja potreben pri spremljanju kakovosti in pri vpeljavi na dokazih temelječih praks. Uporaba na dokazih temelječe zdravstvene nege v klinični praksi, ne samo izboljša kakovost izvajanja zdravstvene nege (Niederhauser & Kohr, 2005) ampak okrepi osebno in strokovno rast medicinskih sester (Hommelstad & Ruland, 2004). Raziskave v svetu kažejo, da uporaba rezultatov raziskav v kliničnih okoljih izboljša klinične rezultate (Forsman, et al., 2012, 2009; Heiwe, et al., 2011). Medicinske sestre kot člani profesionalnega zdravstvenega tima morajo biti sposobne zagotavljati najboljšo, kakovostno, na dokazih temelječo zdravstveno oskrbo, ki izvira iz raziskav in preferenc bolnikov (Sanjari, et al., 2015). Vendar rezultati raziskav ugotavljajo, da se uporaba na dokazih temelječe zdravstvene nege v kliničnem okolju s strani medicinskih sester ne izvaja. Medicinske sestre izvajajo zdravstveno nego večinoma na podlagi tega, kar so se naučile v osnovnem izobraževanju in tudi na osnovi osebnih izkušenj pridobljenih v kliničnem okolju (Sanjari, et al., 2015).

V raziskavi so udeleženci izpostavili primanjkljaj izobraževanj za raziskovanje in razvoj na delovnem mestu. Ta primanjkljaj je možno zmanjšati s sodelovanjem med visokošolskimi zavodi in zdravstvenimi institucijami, ki je po mnenju udeležencev v raziskavi nujen. Nadalje je potrebno vzpostaviti skupno raziskovalno entiteto. Klinično okolje je namreč tisto, ki poda potrebo oziroma vsebino potreb, visokošolski zavodi s pomočjo strokovnjakov pa lahko

realizirajo ali nudijo podporo pri realizaciji izvedbe. Raziskovalno entiteto med institucijami lahko vzpostavimo s prehajanjem zaposlenih med visokošolskim in zdravstvenim zavodom v okviru 100 % zaposlitve. Tudi Beal (2012) poudarja, da mora biti partnerstvo med akademskim in kliničnim okoljem opredeljeno kot strateški odnos, ki vzpostavlja in pospešuje skupne interese povezane s prakso, izobraževanjem in raziskovanjem.

Raziskovanje v zdravstveni negi bi moralo biti podprto na nacionalnem nivoju. Udeleženci v raziskavi predlagajo ustanovitev nacionalnega raziskovalnega inštituta, ki bi deloval kot formalna povezovalna oblika institucije za razvoj in raziskovanje v zdravstveni negi v Sloveniji. Nadalje predlagajo, da odgovornost za tovrstni razvojno raziskovalni inštitut prevzame Zbornica – Zveza ali kakšna druga inštitucija na ravni države. Ta bo povezoval raziskovalne inštitute znotraj posameznih ustanov in bo s svojim delovanjem vplival na politiko v zdravstvu.

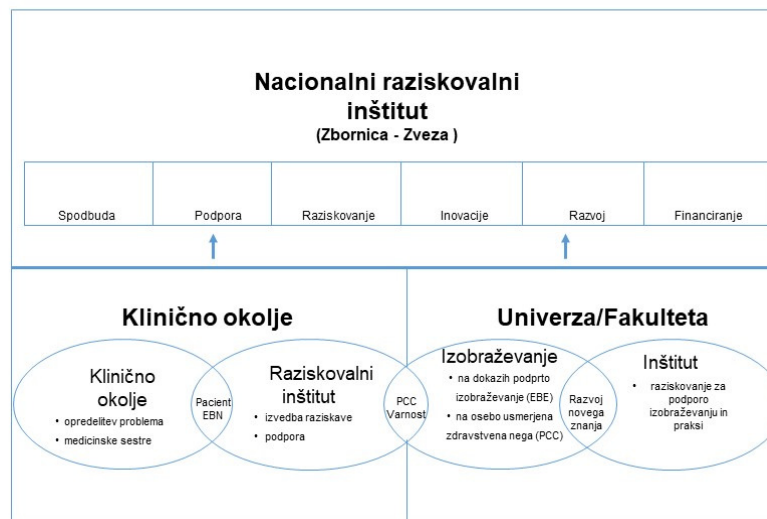
### **3.2.5. Sinteza spoznanj o razvoju zdravstvene nege kot znanstvene discipline in predlog modela razvoja za Slovenijo**

Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina pripomore k izboljšanju trenutnega znanja in v stroko prinaša novo znanje in dognanja, kar predstavlja ključno komponento razvoja prakse zdravstvene nege. Tako literatura, kot izsledki raziskave poudarjajo pomembnost usposabljanja s področja raziskovanja, publiciranja, oblikovanja akcijskega načrta raziskav, vključevanja pacientov v raziskave in regijskega sodelovanja in povezovanja. Udeleženci v raziskavi izpostavljajo, da bi moralo raziskovanje in razvoj stroke zdravstvene nege biti del delovne obveze izvajalcev zdravstvene nege in ne kot prostočasna aktivnost. Tudi pregled literature izpostavlja raziskovanje in razvoj kot ključno komponento v procesu priznavanja zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Namreč raziskave (Royal College of Nursing, n.d.(Heitkemper & Bond, 2003; Engler, et al., 2014; Grady & Gough, 2015) podarjajo, da morajo biti izvajalci zdravstvene nege aktivni v procesu raziskovanja in se s področja raziskovanja kontinuirano izobraževati. Izzivi, s katerimi se le ti soočajo v kliničnem okolju so pomankanje mentorjev, ki bi dajali pobude za raziskovanje in podpirali raziskovanje obstoječih kliničnih in zdravstveno-negovalnih problemov (Hahm, et al., 2006). Zato bi vsaka institucija morala imeti svoj raziskovalni inštitut, znotraj katerega bi medicinske sestre raziskovalke skrbele, podpirale in dajale pobude za uporabo na dokazih temelječe zdravstvene nege in na ta način reševale probleme iz kliničnega okolja, skupaj z ostalimi zaposlenimi v multidisciplinarnih timih iskali rešitve za izboljšanje klinične prakse. Takšno raziskovalno okolje pritegne tiste medicinske sestre, ki želijo sodelovati ali samostojno izvajati raziskave. Pregled modelov dobrih praks za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline kaže pomembnost interdisciplinarnega in interprofesionalnega povezovanja na področju izvedbe raziskav in projektne delo, kar vodi k vzpostavitvi znanstvenih temeljev discipline na podlagi raziskovanja in obravnave pomembnih zdravstvenih izzivov.

Odgovornost za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline udeleženci raziskave dajejo managementu zdravstvenih zavodov. Zasnova raziskovalnega jedra mora nastati med zdravstvenimi in visokošolskimi zavodi, kar poudarjajo tudi pregledani modeli dobrih praks v svetu. Ti navajajo, da je ključno nudenje podpore izobraževanju z namenom krepitve razvoja prakse in raziskav, kot tudi sodelovanje kliničnega osebja z akademskim osebjem in ustvarjanje dinamičnega akademskega okolja, ki bo povezovalo različne profile izvajalcev

zdravstvene nege in spodbujalo regijsko povezovanje na vseh nivojih, katerih rezultat je zagotavljanje kakovostne, učinkovite in varne obravnave pacientov. Tako pacient predstavlja center dogajanja iz katerega izhajajo problemi, ki predstavljajo raziskovalni temelj.

Vizija razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline predstavlja: ustanovitev nacionalnega raziskovalnega centra, učinkovito sodelovanje s fakultetami, vzpostavljanje močnih povezovalnih vezi in izmenjava osebja med okolji. Naštete komponente predstavljajo temelje iz katerih izhaja predlog modela za razvoj in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline in je prikazan na sliki 3.



Slika 3. Predlog modela za razvoj in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline za Slovenijo in oblikovanje nacionalne agende prioritet raziskav

Ugotovitve raziskave skupinskega intervjuja in pregleda literature kažejo, da bi lahko zdravstveno nego v Sloveniji razdelili na tri zelo pomembna področja: klinično okolje, akademsko okolje in nacionalni raziskovalni inštitut. Glavna naloga nacionalnega raziskovalnega inštituta bi bila:

- nudenje podpore zaposlenim v kliničnih in akademskih okoljih,
- povezovanje teorije in prakse zdravstvene nege,
- pomoč in vzpodbuda pri prenosu znanja v izobraževanju in praksi,
- trženje in promocija poklica s pomočjo raziskovanja in inovacij,
- vzpodbujanje in podpora pri publiciranju,
- koordiniranje na dokazih temelječe zdravstvene nege (EBN),
- skrb za razvoj inovacij in
- iskanje virov financiranja za zagon raziskovalnih projektov.

Nacionalni inštitut mora delovati kot institucija, ki se ukvarja s temeljnim raziskovanjem ali aplikativnim raziskovanjem nacionalnih družbenih problemov in javnozdravstvenih problemov ter prevzema naloge koordinatorja raziskovanja. Takšno nacionalno stičišče znanosti mora biti osredotočeno na razvoj discipline in znanosti zdravstvene nege. Kajti, če klinično okolje in izobraževalne inštitucije ne delujejo povezovalno ne moremo govoriti o razvoju discipline in znanosti. Nacionalni raziskovalni inštitut bi lahko deloval pod okriljem Ministrstva za zdravje (MZ), Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) in Zbornice zdravstvene in



babiške nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov (Zbornica – Zveza). Vendar je potrebno, da se nacionalni raziskovalni inštitut povezuje ter da ga podpirajo vključene inštitucije kot so npr. MZ, NIJZ, Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport (MIZŠ) in Zbornica-Zveza.

Razvoj znanosti zdravstvene nege omogoča medicinskim sestram uporabo pridobljenega novega znanja za dobrobit pacientov in družbe. Jasen model za razvoj in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline bo pripomogel k poudarjanju raziskovanja za razvoj znanstvenih utemeljitev v izobraževanju in praksi ter njuno medsebojno povezanost. V nenehno spreminjajočem zdravstvenem sistemu je nujno prikazovanje vpliva zdravstvene nege na stroškovno učinkovito in varno zagotavljanje zdravstvene oskrbe uporabniku. Razvoj znanosti zdravstvene nege, krepitev, razvoj, povezovanje in sodelovanje med prakso, raziskovanjem in izobraževanjem za razvoj znanstvene discipline ima jasen cilj; to je krepitev varne, učinkovite, humane in k pacientu osredotočene zdravstvene obravnave. Nujno je, da razvojne, znanstvenoraziskovalne aktivnosti za razvoj in aplikacijo jedra znanja potekajo usklajeno in povezovalno na nacionalnem nivoju med strokovnim, akademskim in raziskovalnim okoljem, glede na potrebe družbe in so zato namenjena tudi finančna sredstva.