

Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review



49(2)

Ljubljana 2015

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

ISSN 1318-2951 (tiskana izdaja), e-ISSN 2350-4595 (spletna izdaja)

UDK 614.253.5(061.1)=863=20, CODEN: OZNEF5

Ustanovitelj in izdajatelj:

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Glavna in odgovorna urednica:

izr. prof. dr. Brigita Skela-Savič

Urednica, izvršna urednica:

pred. Andreja Mihelič Zajec

Urednica, spletna urednica:

doc. dr. Ema Dornik

Uredniški odbor:

- **viš. pred. mag. Branko Bregar**, Psihiatrična klinika Ljubljana, Slovenija
- **doc. dr. Ema Dornik**, Institut informacijskih znanosti Maribor, Slovenija
- **doc. dr. Sonja Kalauz**, Zdravstveno veleučilišče Zagreb, Hrvaška
- **doc. dr. Andreja Kvas**, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Slovenija
- **viš. pred. mag. Mateja Lorber**, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija
- **pred. Andreja Mihelič Zajec**, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Slovenija
- **izr. prof. dr. Fiona Murphy**, Swansea University, College of Human & Health Sciences, Velika Britanija
- **izr. prof. dr. Alvisa Palese**, Udine University, School of Nursing, Italija
- **doc. dr. Melita Peršolja**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Slovenija
- **viš. pred. mag. Mirko Prosen**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Slovenija
- **izr. prof. dr. Brigita Skela-Savič**, Fakulteta za zdravstvo Jesenice, Slovenija
- **prof. dr. Debbie Tolson**, University West of Scotland, School of Health, Nursing and Midwifery, Velika Britanija

Lektorica za slovenščino:

Ana Božič

Lektorica za angleščino:

Tina Levec

Naslov uredništva: Ob železnici 30 A, SI-1000 Ljubljana, Slovenija

E-naslov: obzornik@zbornica-zveza.si

Spletna stran: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si>;

Letna naročnina za tiskan izvod (2015): 10 EUR za dijake, študente in upokojenke; 25 EUR za posameznike - fizične osebe; 70 EUR za pravne osebe.

Naklada: 1050 izvodov

Tisk in prelom: Tiskarna knjigoveznica Radovljica

Tiskano na brezislinskem papirju

Matična številka: 513849, ID za DDV: SI64578119, TRR: SI56 0203 1001 6512 314

Ministrstvo za izobraževanje, znanost, kulturo in šport: razvid medijev - zaporedna številka 862.

Izdajo sofinancira Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije.

Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review

REVIJA ZBORNICE ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -
ZVEZE STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

REVIEW OF THE NURSES AND MIDWIVES ASSOCIATION OF SLOVENIA



Ljubljana 2015 Letnik 49 Številka 2
Ljubljana 2015 Volume 49 Number 2

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

PREDSTAVITEV, NAMEN IN CILJI

Obzornik zdravstvene nege (Obzor Zdrav Neg) objavlja izvirne znanstvene, pregledne znanstvene in strokovne članke in novice na področju zdravstvene nege, babiške nege in interdisciplinarnih področij zdravstvenih in družbenih ved. Revija objavlja članke, ki v svojih znanstvenih, teoretičnih in filozofskih izhodiščih obravnavajo razvojne paradigme omenjenih področij kot eksperimentalne in neeksperimentalne raziskave, kvalitativne raziskave in pregled literature. Članki obravnavajo zdravstveno nego in druge zdravstvene vede kot znanstveno in strokovno disciplino ter vključujejo ključne dimenzije razvoja stroke kot so teoretični koncepti, modeli, etika in filozofija, klinično delo, krepitev zdravja, razvoj prakse in zahtevnejših oblik dela, izobraževanje, raziskovanje, menedžment, kakovost in varnost, zdravstvena politika idr.

Revija pomembno prispeva k profesionalnemu razvoju zdravstvene nege in babištva ter drugih zdravstvenih ved v Sloveniji, državah Balkana ter državah širše centralne in vzhodno evropske regije, ki jih povezujejo skupne značilnosti razvoja zdravstvene nege v postsocialističnih državah.

Revija ima vzpostavljene mednarodne standarde na področju publiciranja, mednarodni uredniški odbor, širok nabor recenzentov in je prosto dostopna v e-obliki. Članki v Obzorniku zdravstvene nege so recenzirani s tremi zunanjimi anonimnimi recenzijami. Revija objavlja članke v slovenskem in angleškem jeziku in izhaja štirikrat letno.

Zgodovina revije kaže na njeno pomembnost za razvoj zdravstvene in babiške nege na področju Balkana, saj izhaja od leta 1967, ko je izšla prva številka Zdravstvenega obzornika (ISSN 0350-9516), strokovnega glasila medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, ki se je leta 1994 preimenovalo v Obzornik zdravstvene nege. Kot predhodnica Zdravstvenega obzornika je od leta 1954 do 1961 izhajalo strokovno-informacijsko glasilo Medicinska sestra na terenu v izdaji Centralnega higienskega zavoda v Ljubljani.

Obzornik zdravstvene nege indeksirajo: CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), ProQuest (ProQuest Online Information Service), COBIB.SI (Vzajemna bibliografsko-kataložna baza podatkov), Biomedicina Slovenica, dLib.si (Digitalna knjižnica Slovenije).

SLOVENIAN NURSING REVIEW

INTRODUCTION, PURPOSE AND OBJECTIVES

Published in the Slovenian Nursing Review (Slov Nurs Rev) are the original and review scientific and professional articles and the news on current events in the field of nursing, midwifery and other interdisciplinary health and social sciences. The articles explore the developmental paradigms of the relevant fields in accordance with their scientific, theoretical and philosophical bases, which are reflected in the experimental and non-experimental research, qualitative studies and reviews. The articles consider nursing and other health sciences as scientific and professional disciplines and include the key dimensions of their development such as theoretical concepts, models, ethics and philosophy, clinical practice, health promotion, the development of practice and more demanding modes of health care delivery, education, management, quality and safety, health policy and others.

The articles published in the Nursing Review, which are interdisciplinary oriented, significantly contribute towards the professional development of nursing, midwifery and other health professions in Slovenia, the Balkans, and the countries of the Central and Eastern Europe which share common characteristic of nursing development of post-socialist countries.

The Nursing Review follows the international standards in the field of publishing endorsed by the international editorial board and a critical selection of reviewers. All published articles are available also in electronic form. Before publication the articles in this quarterly periodical are triple-blind peer reviewed. Some original scientific articles are published or translated in the English language.

The history of the magazine clearly demonstrates its impact on the development of nursing and midwifery care in the Balcan area. In 1967 the first issue of the professional periodical of the nurses and nursing technicians Health Review (Slovenian title: Zdravstveni obzornik, ISSN 0350-9516) was published. From 1994 it bears the title The Slovenian Nursing Review. As a precursor to Zdravstveni obzornik, professional-informational periodical entitled a Community Nurse (Slovenian title: Medicinska sestra na terenu) was published by the Central Institute of Hygiene in Ljubljana.

The Slovenian Nursing Review is indexed and abstracted in CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), ProQuest (ProQuest Online Information Service), COBISS.SI (Slovenian union bibliographic/catalogue database), Biomedicina Slovenica, dLib. si (The Digital Library of Slovenia).

KAZALO/CONTENTS

UVODNIK/LEADING ARTICLE

- Improving healthcare outcomes and accessibility in the USA: the advanced practice nurse
 Izboljševanje izidov in dostopnosti zdravstvene oskrbe v ZDA: diplomirana medicinska sestra/
 diplomirani zdravstvenik z naprednimi znanji
Andra Hanlon 84

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Importance of demographic characteristics and nurses' role in women's perceptions and experiences
 of gynaecological examination
 Pomen demografskih značilnosti in vloge medicinske sestre pri doživljanju žensk ob ginekološkem
 pregledu
Dušanika Zaić, Mirko Prosen 90

- Nurses' perceptions and attitudes towards documentation in nursing
 Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi
Romana Petkovšek-Gregorin, Brigita Skela-Savič 106

- Pogled študentov magistrskega študija vzgoje in menedžmenta v zdravstvu na pridobljeno znanje
 The views of master students of the study programme "Education and management in health care" on
 the acquired knowledge
Bojana Filej 126

- Menedžment kakovosti v bolnišnici: kriteriji za doseganje varnosti
 Quality management in hospitals: required criteria for the equivalent level of safety
Mojca Dobnik, Brigita Skela-Savič 136

- Ugotavljanje dehidracije pri starostnikih, ki so bili obravnavani na nujni medicinski pomoči: akcijska
 raziskava
 Identification of dehydration in the elderly treated in emergency unit: action research
Amadeus Lešnik, Sebastjan Bevc 144

STROKOVNI ČLANEK/PROFESSIONAL ARTICLE

- Odgovornosti babice glede pregleda posteljice: raziskava o pristopih v slovenskih porodnišnicah
 Midwife's responsibilities regarding placenta examination: the study of Slovenian maternity
 hospitals' doctrine
Petra Ramovš, Anita Prelec, Ana Polona Mivšek 149

- Primerjava dveh teoretičnih modelov in teorije zdravstvene nege preko konceptov metaparadigme
 Comparing two nursing models and nursing theory thru metaparadigm concepts
Dragan Babuder 154

Leading article/Uvodnik

Improving healthcare outcomes and accessibility in the USA: the advanced practice nurse

Izboljševanje izidov in dostopnosti zdravstvene oskrbe v ZDA: diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik z naprednimi znanji

Andra Hanlon

In the United States (US), there is emerging a need for more healthcare providers and advanced practice nurses (APNs) are an important group in filling that need. The Centers for Disease Control and Prevention (2015) report that life expectancy in US is approximately 78.8 years with males living approximately 76.2 years and females 81 years. With a longer life expectancy, additional healthcare services are needed, as many of these individuals have complex chronic diseases and need more accessibility to cost-effective quality healthcare.

The demand for healthcare providers for this expanding aging population as well as for all other age groups is increasing while the numbers of medical physicians are decreasing. According to the Association of American Medical Colleges (2015), there is currently a shortage of physicians that will only worsen. Physicians are aging as well and will be retiring in the next ten years. It is estimated that by 2025, 12,500 to 31,100 additional primary care medical doctors will be needed, along with a need for approximately 63,000 specialty physicians. These physicians will not be easily replaced by younger doctors, as fewer students study medicine due to the high cost of medical training. In the US, the average medical school tuition is \$50,000 per year along with additional laboratory fees and living expenses that may exceed \$30,000. Therefore, many medical students complete their education with a debt of at least \$200,000 that must be repaid. With statistics as these, it is evident that the healthcare needs of the US population will not be adequately met by physicians alone.

Addressing the decreasing accessibility to quality healthcare, the Institute of Medicine (IOM, now known as the National Academy of Medicine), a nonprofit, independent, and multidisciplinary organization providing information to decision makers in US as well as globally to inform or change policies to improve health outcomes, speaks of a need to transform healthcare. The IOM put forth a report entitled *The*

Future of Nursing, stating that the healthcare system is in need of a transformation from a provider system that is currently focused only on what is most suitable for the healthcare provider, to one that focuses on the individual needs of patients (Institute of Medicine, 2010, p. 85). This information delineates the need for qualified healthcare providers with the knowledge and skills to care for all populations, who do not necessarily need to be physicians, but can be nurses with advanced practice education and skills. The report specifically addresses the use of APNs in caring for those with complex chronic illnesses and also providing primary health care in the communities they live. Over 100 studies conducted on the quality of APN healthcare outcomes and delivery, patient satisfaction and the cost-effectiveness of APN care demonstrate equal quality of outcomes, better patient satisfaction and decreased cost compared to medical physicians (Bauer, 2010).

APN is a term used for 4 practice roles: certified nurse midwife (CNM), clinical nurse specialist (CNS), certified registered nurse anesthetist (CRNA) and nurse practitioner (NP). APNs who are nurse practitioners (NPs) focus on specific populations; for example, family nurse practitioners (FNPs) who provide primary care across the life span, adult acute care nurse practitioners (ACNPs) who provide care in complex exacerbations of illness, primary care pediatric nurse practitioners (PC-PNPs), acute care pediatric nurse practitioners (AC-PNPs) and psychiatric-mental health nurse practitioners (PMHNPs). In order to practice, all NPs must pass a national certification exam specific to the population they will care for.

The role of the NP was developed in 1965 by Loretta Ford (Ed.D) and Henry Silver (M.D) at the University of Colorado to provide primary care to underserved children through an educational certificate program (Aleshire & Wheeler, 2012; Denisco & Barker, 2015). The NP certificate programs at that time, which combined

nursing and medical concepts of diagnosis and treatment, grew in number as the need for access to healthcare for all ages became apparent in rural, medically underserved areas. In the 1970s, the education for NPs was elevated to master's levels in nursing as NPs needed additional skills in clinical decision-making, leadership and policy making (Aleshire & Wheeler, 2012).

Why Utilize Advanced Practice Nurses (APNs)

Although there are educational differences between physicians and APNs, the American Academy of Nurse Practitioners AANP, (2013) published a position paper stating there is no evidence to suggest one is superior to the other in terms of patient outcomes, safety and quality of care. In fact, nurses attending APN programs have more experience in clinical situations that graduating medical students. Students enrolled in APN programs are already practicing registered nurses, while beginning medical students do not need to have any clinical experience with patients prior to entering medical school.

Bauer (2010) cites numerous studies demonstrating that APNs provide quality of care equal to that of physicians. Patients also professed more satisfaction with APNs as their healthcare provider because they believe their concerns were listened to, they felt they were partners in the decisions for their care, they received more education on their conditions, as well as more timely follow up (Gadkari, 2013).

APNs provide excellent quality of care as they are required to maintain national certification to practice. Depending on the focus population and the credentialing board, every year or every five years, APNs must provide proof that they are keeping up with evidence based guidelines, through continuing education units or conferences.

"The cost-effectiveness of APNs begins with their academic preparation" (American Academy of Nurse Practitioners AANP, Position Paper, 2013). The cost of an entire APN program is approximately \$24,000 to \$34,000 compared to \$240,000 for physicians. The total tuition for APN education is less than 1 year of tuition for a physician. APN students are considered adult learners, and they are actively working as nurses while they are enrolled in APN studies. Therefore, quality of care and safety of patients in hospital settings is not being jeopardized as these nurses continue in to be employed as they are advancing their education.

APNs are cost-effective in terms of their salaries. Physicians in general practice receive a salary of approximately \$180,000 per year, which can range up to \$250,000 per year in a specialty such as cardiology (Association of American Medical Colleges, 2013). These salaries are even higher for other specialties and do not include any bonuses many physicians receive for productivity, which means seeing more patients/day or seeing more complex patients than another physician.

According to a national survey conducted by The Advance Healthcare Network for NPs (2013) the mean full-time NP's total salary was \$97,345, across all types of practice.

According to American Academy of Nurse Practitioners (2013), ninety percent of the 192,000 NPs certified to practice are actively practicing, with 89 % working in primary care settings. For the purposes of this article, only the family nurse practitioner (FNP) role will be discussed as this role has been shown to positively affect the largest number of individuals requiring healthcare access.

The Family Nurse Practitioner (FNP)

The FNP is a master's prepared nurse who focuses on primary care across the lifespan. As defined by the Johns Hopkins Primary Care Policy Center (2015), primary care "provides person-focused (not disease-oriented) care over time ... for all but very uncommon or unusual conditions, and coordinates...preventative, curative, and rehabilitative care". Therefore, FNP's are involved in health promotion and maintenance, disease prevention, diagnosis and management of acute and chronic illnesses, pharmacologic and non-pharmacologic treatments, patient/family education, and patient advocacy.

Application and subsequent admission to a FNP program is a rigorous process. Prospective students must provide evidence of a baccalaureate degree in nursing (BSN) with superior grades in basic courses such as pathophysiology, pharmacology, health assessment, as well as all the nursing courses required for a BSN. It is strongly recommended that an applicant have clinical bedside nursing experience for at least 2 years before entering the FNP program.

Once admitted to the program, the student begins the basic master's of science in nursing (MSN) courses on Role of the Advance Practice Nurse, Nursing Theory, Research and Evidence-Based Practice, and Informatics (use of technology for outcomes in patient care). Once these are successfully passed, students then begin their NP specialization courses: Advanced Pathophysiology (which has a strong medical focus), Advanced Pharmacology (which focuses on when to prescribe medications for treatment and on-going management), Advanced Health Assessment (which includes differential diagnoses and advanced assessment skills), Primary Care of the Adult Patient, Primary Care of Children and their Families, Primary Care of Women, Behavioral and Mental Health, and Practicum (which is the integration of all the specialization courses). All of these specialization courses are a requirement for national certification. There is a clinical component to all the primary care courses as well as the practicum. A minimum of 500 clinical hours are required for the national certification exam. Most FNP programs have clinical hours that range from 500 to 640 hours.

A national certification exam must be taken at the conclusion of the FNP program. FNP's work in a variety

of clinical settings in order to improve outcomes and access to health care. These NPs can be found working in government clinics, private clinics, physician offices, urgent care settings, emergency rooms, community health care settings, hospices, and settings specific for geriatric individuals—settings across the lifespan.

APN Issues

Although 50 years have passed since the first nurse practitioner program was developed, there are still issues surrounding APNs in the US. There is a question which has not been resolved as yet as to whether the basic education for an APN should be at a master's level or a Doctor of Nursing Practice (DNP) level. A student graduating from either of these levels may be nationally certified. Currently, the US has APNs who only have a master's degree and there are some APNs who have a DNP degree.

There are four organizations which offer national certification exams for APNs: The American Nurses Credentialing Center, the American Association of Nurse Practitioners, the Pediatric Nurse Certification Board, and the American Association of Critical Care Nurses. APN students and sometime faculty are often confused as to which certifying exam they should take.

Individual US states license APNs and dictate the scope of practice and regulatory oversight for APNs. In some US states, an APN may practice independently with no physician oversight, in other states, the physician must have a supervisory role over the APN, and still in other states, there is a required collaborative agreement between the physician and the APN, delineating the type of patients that an APN may see as well as a list of medications an APN can prescribe. All the states, with the exception of Florida, permit APNs to prescribe drugs from Schedule II-V (sedatives, narcotics and stimulants), if their patients require it.

Other countries throughout the world have also embraced the role of the APN as a cost-effective way to provide quality care that is evidence based (Aleshire & Wheeler, 2012; Christiansen, et al., 2012; Flagerstrom & Glasberg, 2011; Matthews, 2012; Nardi & Diallo, 2014). It is interesting to note that APNs in other countries are experiencing many of the same issues that US APNs are experiencing; issues of education requirements, role of the APN, licensing, scope of practice, and acceptance by the medical community as well as by the public. While studies have been conducted on the safety, quality and cost-effectiveness of APN practice in the US, additional research needs to be done as APN practice roles are expanding in the US as well as globally. To best address these common issues, the International Council of Nurses (ICN) along with the American Academy of Nurse Practitioners (AANP) meet as a group to assist APNs navigate these common issues (Aleshire & Wheeler, 2012). This is a major step towards improving global healthcare outcomes and access through standardization of education, licensure and practice.

Slovenian translation/Prevod v slovenščino

V Združenih državah Amerike (ZDA) se v zadnjem času pojavlja potreba po večjem številu zdravstvenih delavcev in med njimi tudi večjem številu diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov z naprednimi znanji (advanced practice nurse, v nadaljevanju APN). APN predstavljajo pomembno skupino zdravstvenih delavcev, ki lahko zapolni te potrebe. Ameriški inštituti za varovanje zdravja (The Centers for Disease Control and Prevention – CDC, 2015) poročajo, da je pričakovana življenjska doba v ZDA približno 78,8 let; pri moških v povprečju 76,2, pri ženskah 81 let. Podaljševanje življenjske dobe zahteva dodatno zdravstveno oskrbo, saj se pri številnih starostnikih pojavljajo kompleksne kronične bolezni in z njimi potreba po večji dostopnosti cenovno učinkovite in kakovostne zdravstvene oskrbe.

Potreba po zdravstvenih delavcih, ki bi oskrbovali to vedno številnejšo populacijo starostnikov ter tudi druge starostne skupine, se povečuje, medtem ko število zdravnikov upada. Podatki Združenja ameriških medicinskih fakultet (Association of American Medical Colleges – AAMC, 2015) kažejo, da je že sedaj število zdravnikov nezadostno, stanje pa se še slabša. V naslednjih desetih letih se bo velik del trenutno aktivnih zdravnikov predvidoma upokojil. Da bi lahko zagotovili ustrezno zdravstveno oskrbo, bi na primarni zdravstveni ravni potrebovali 12.500 do 31.000 dodatnih zdravnikov in približno 63.000 zdravnikov specialistov. Upokojene zdravnike bo težko nadomestiti z mlajšimi, saj se v študij medicine predvsem zaradi visokih šolnin vključuje vedno manj študentov. V ZDA povprečna letna šolnina na medicinski fakulteti znaša 50.000 dolarjev, dodatno pa je treba pokriti še stroške laboratorijskih vaj in življenjske stroške, ki letno lahko presegajo celo 30.000 dolarjev. Številni študenti medicine morajo po koncu študija vrniti posojilo, ki znaša najmanj 200.000 dolarjev. Omenjeni statistični podatki kažejo, da potreb po zdravstveni oskrbi v ZDA ne bo mogoče zadovoljiti samo z zdravniki.

V zvezi s problemom slabše dostopnosti kakovostne zdravstvene oskrbe je Institute of Medicine (IOM – Inštitut za medicino, poznan tudi kot National Academy of Medicine – Nacionalna medicinska akademija) predlagal spremembo zdravstvenega sistema. IOM je neprofitna, neodvisna in multidisciplinarna organizacija, ki zbira in posreduje relevantne podatke pristojnim institucijam v ZDA in drugod po svetu, na osnovi katerih se sprejemajo odločitve in zdravstvena politika glede prenove sistema zdravstvene oskrbe za izboljšanje zdravja. IOM je pripravil poročilo z naslovom *The Future of Nursing (Prihodnost zdravstvene nege, 2010, p. 85)*, v katerem ugotavlja, da je nujna sprememba zdravstvenega sistema, kjer bodo v ospredju potrebe pacientov in ne več samo zdravstvenih delavcev. Poročilo izpostavlja potrebo po usposobljenih zdravstvenih delavcih, ki imajo znanja in spretnosti za oskrbovanje vseh skupin prebivalstva. Ti zdravstveni delavci niso nujno le zdravniki, lahko so tudi diplomirane

medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki, ki imajo napredna in poglobljena podiplomska znanja in spretnosti (APN). V poročilu so posebno izpostavljeni APN, ki bi lahko oskrbovali paciente s kompleksnimi kroničnimi boleznimi in zagotavljali primarno zdravstveno oskrbo v skupnostih, kjer živijo. Več kot 100 raziskav o kakovosti izvedbe in rezultatov dela APN skupaj s podatki o zadovoljstvu pacientov in cenovni učinkovitosti te oskrbe kaže, da APN v primerjavi z zdravniško oskrbo dosegajo enako kakovost rezultatov zdravljenja, večje zadovoljstvo pacientov in manjše stroške (Bauer, 2010).

Strokovni naslov APN v ameriškem okolju vključuje štiri profile diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov: diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik babica/babičar, le-ta ima dve licenci (certified nurse midwife – CNM), diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik klinični specialist (clinical nurse specialist – CNS), diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik v anestezi (certified registered nurse anesthetist – CRNA) in diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik z naprednimi znanji za specifične skupine prebivalstva (nurse practitioner – NP). Glede na specifično delo se slednji delijo na diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki z naprednimi znanji iz družinske zdravstvene nege (family nurse practitioner – FNP), le-ti zagotavljajo primarno zdravstveno oskrbo posameznikov v vseh življenjskih obdobjih; diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki z naprednimi znanji iz akutne obravnave odraslih (adult acute care nurse practitioner – ACNP), le-ti zagotavljajo zdravstveno oskrbo v primeru kompleksnega poslabšanja bolezni; diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki z naprednimi znanji iz pediatrije na primarni ravni (primary care pediatric nurse practitioners – PC-PNP); diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki z naprednimi znanji iz akutne pediatrije (acute care pediatric nurse practitioners – AC-PNP) in diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki z naprednimi znanji iz psihiatrije (psychiatric-mental health nurse practitioners – PMHNP). Pogoji za opravljanje dela je uspešno opravljen strokovni izpit, ki je prilagojen potrebam družbene skupine, za katero NP skrbi.

Loretta Ford (dr. pedagoških znanosti) in Henry Silver (dr. med.) sta leta 1965 na University of Colorado (Univerza Colorado) oblikovala izobraževalni program, opis poklica in kompetence NP, s čimer sta otrokom s pomanjkljivo zdravstveno oskrbo želela zagotoviti ustrezno strokovno zdravljenje na primarni ravni (Aleshire & Wheeler, 2012; Denisco & Barker, 2016). Število tovrstnih programov, ki so v tistem obdobju povezovali negovalne in medicinske koncepte, diagnoze in zdravljenja, se je povečevalo skladno z vedno večjimi potrebami po dostopnosti zdravstvene oskrbe prebivalcev vseh starosti, predvsem v ruralnih, slabše zdravstveno oskrbovanih okoljih. V 70-ih letih prejšnjega stoletja so te dodiplomske študijske programe nadgradili z

magistrskimi študiji, saj so diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki potrebovali dodatna znanja in spretnosti na področju kliničnega odločanja, vodenja in zdravstvene politike (Aleshire & Wheeler, 2012).

Področja dela diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika z naprednimi znanji (APN)

Čeprav so v izobraževanju zdravnikov in APN pomembne razlike, je American Academy of Nurse Practitioners (AANP – Ameriška akademija NP) objavila temeljni vzpostavitevni dokument (2013), ki ugotavlja, da pri delu APN in zdravnikov ni pomembnih razlik glede izboljšanja bolnikovega stanja, varnosti in kakovosti zdravstvene oskrbe. Dejansko imajo diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki, ki se vključijo v programe APN, več kliničnih izkušenj kot novi diplomanti medicinskih fakultet. Diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki, ki so vključujejo v programe APN, so že zaključili dodiplomski študij in morajo imeti delovne izkušnje, medtem ko študenti, ki se vpisujejo na medicinsko fakulteto, ne potrebujejo predhodne klinične prakse.

Bauer (2010) omenja številne raziskave, ki potrjujejo, da je kakovost zdravstvene oskrbe APN enakovredna zdravniški. Pacienti so izrazili tudi večje zadovoljstvo z oskrbo APN, saj imajo občutek, da jim APN prisluhnejo, da lahko soddločajo o svoji oskrbi, da so bolj obveščeni o svojem zdravstvenem stanju ter da pogosteje pravočasno opravijo kontrolne preglede (Gadkari, 2013).

Kakovost zdravstvene oskrbe APN zagotavljajo tudi nacionalna dokazila o strokovni usposobljenosti za opravljanje dela. Veljavnost dokazil mora APN obnavljati vsako ali vsako peto leto glede na oskrbovane družbene skupine in določila komisije, ki podeljuje dovoljenja. APN morajo dokazati, da spremljajo smernice in izvajajo z dokazi podprto zdravstveno obravnavo in se udeleževati predpisanih oblik izobraževanja in strokovnih srečanj.

Temeljni vzpostavitevni dokument (AAPN) izpostavlja, da se »cenovna učinkovitost prične z akademsko izobrazbo« (opomba uredništva: strokovni magisterij ali strokovni doktorat). Strošek celotnega programa APN dosega približno 24.000 do 34.000 dolarjev, medtem ko izobraževanje zdravnikov znaša 240.000 dolarjev. Celotni strošek šolanja APN je torej nižji kot šolnina enoletnega študijskega programa medicine. Študenti APN so odrasli študenti, ki aktivno delajo s pacienti v praksi. Kakovost zdravstvene oskrbe in varnost pacientov tako ni ogrožena, saj te diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki med nadaljevanjem šolanja ostajajo zaposleni.

APN so cenovno učinkovite tudi glede plačila za delo. Letni zaslužek zdravnikov splošne medicine znaša približno 180.000 dolarjev, plača zdravnikov specialistov, npr. kardiologov, pa tudi do 250.000 dolarjev (AAMC, 2013). Zaslužki specialistov na drugih medicinskih področjih pa so lahko še višji in to brez dodatnih bonusov, ki se priznavajo številnim zdravnikom za

delovno učinkovitost (večje število pacientov dnevno ali pacienti s kompleksnejšimi obolenji). Podatki raziskave The Advanced Healthcare Network for NPs (Mreža napredne zdravstvene oskrbe za NP, 2013) kažejo, da je bil povprečni celokupni zaslužek NP za polni delovni čas v vseh delovnih okoljih 97.345 dolarjev.

Devetdeset odstotkov od 192.000 NP z delovno licenco, dejansko opravlja naprednejšo zdravstveno obravnavo v praksi, skoraj vse (89 %) na primarni ravni (AANP, 2013). V članku je predstavljena le vloga družinskih NP, saj ima njihovo delo pozitiven učinek na največje število posameznikov, ki potrebujejo dostop do zdravstvene oskrbe.

Diplomirane medicinske sestre/ diplomirani zdravstveniki z naprednimi znanji, ki delajo v družinski zdravstveni negi (FNP)

FNP je diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik z magisterijem, ki deluje na primarni ravni in skrbi za posameznike v vseh življenjskih obdobjih. Johns Hopkins Primary Care Policy Center (Center za politiko primarne zdravstvene oskrbe Johns Hopkins, 2015) primarno oskrbo opredeljuje kot kontinuirano oskrbo vseh pacientov, razen tistih z neobičajnimi in redkimi boleznimi. Ta oskrba je usmerjena na posameznika in ne na bolezen in usklajuje zdravstveno oskrbo na področju preventive, zdravljenja in rehabilitacije. Zatorej se FNP vključujejo v promocijo in vzdrževanje zdravja, preprečevanje bolezni, diagnozo in vodenje akutnih in kroničnih bolezni, farmakološko in nefarmakološko zdravljenje, zdravstveno vzgojo bolnikov in njihovih družinskih članov ter nastopajo kot zagovornice pacientovih pravic.

Prijava in vključitev v študijski program FNP je zahteven postopek. Bodoči študenti morajo predložiti dokazila o zaključenem dodiplomskem izobraževanju na področju zdravstvene nege (baccalaureate degree in nursing – BSN) z dobrimi ocenami pri temeljnih predmetih, na primer patofiziologija, farmakologija, ocenjevanje zdravstvenega stanja ter pri temeljnih predmetih s področja zdravstvene nege. Priporočljivo je, da imajo kandidati pred vpisom vsaj dve leti kliničnih izkušenj.

Študij se prične s predmeti, ki obravnavajo znanstvene osnove zdravstvene nege na magistrski ravni, kot so: vloga APN, teorije zdravstvene nege, raziskovanje in z dokazi podprto delo, informatika (uporaba informacijske tehnologije pri zdravstveni oskrbi pacienta). Študij se nadaljuje s specialističnimi predmeti, kot so: napredne vsebine s področja patofiziologije (s poudarkom na medicinskem vidiku), napredne vsebine s področja farmakologije (s poudarkom na predpisovanju zdravil in nadaljnjem zdravljenju), napredne vsebine s področja ocenjevanja zdravstvenega stanja (ki vključuje diferencialno diagnostiko in napredne spretnosti ocenjevanja zdravstvenega stanja), primarna zdravstvena oskrba odraslega, primarna zdravstvena oskrba otrok in njihovih družin, primarna zdravstvena oskrba žensk, vedenjska terapija in duševno zdravje ter praktično usposabljanje (slednje je integracija

vsebine vseh specialističnih predmetov). Za pridobitev nacionalnega dokazila o strokovni usposobljenosti za opravljanje dela je potrebno uspešno opraviti preizkus znanja pri vseh predmetih in vsaj 500 ur kliničnega usposabljanja. Večina programov FNP vključuje od 500 do 640 ur kliničnega usposabljanja.

Izpit za pridobitev nacionalnega dokazila o strokovni usposobljenosti za opravljanje dela se opravlja ob zaključku programa FNP. FNP delajo v različnih kliničnih okoljih in pripomorejo k višji kakovosti in boljši dostopnosti zdravstvene oskrbe. Skrbijo za posameznike v vseh življenjskih obdobjih in so zaposleni v državnih in zasebnih klinikah, ambulantah, oddelkih nujne medicinske pomoči, patronaži, hospicij ter domovih za starostnike.

Diplomirane medicinske sestre/ diplomirani zdravstveniki z naprednimi znanji (APN) – Odprta vprašanja

Čeprav so se prvi izobraževalni program za NP v ZDA oblikovali že pred petdesetimi leti, še vedno ostajajo določena odprta vprašanja v zvezi z APN. Še vedno je nerešeno vprašanje, ali je temeljna izobrazba APN zaključen strokovni magistrski ali doktorski študij, usmerjen v klinično delo (Doctor of Nursing Practice – DNP). Tako magistri kot doktorji lahko pridobijo dokazilo o strokovni usposobljenosti za opravljanje dela APN. V ZDA so med APN diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki z magisterijem in doktoratom (DNP).

Trenutno štiri organizacije v ZDA ponujajo ustrezne certifikacijske izpite (licence) za APN: The American Nurses Credentialing Center, The American Association of Nurse Practitioners, the Pediatric Nurse Certification Board in The American Association of Critical Care Nurses. Študenti APN in tudi fakultete so pogosto v dilemi, kakšne vrste izpit je treba opraviti za dodelitev nacionalnega dovoljenja.

Posamezne ameriške države podeljujejo dovoljenja in določajo področje dela in nadzor nad delom APN. V nekaterih državah lahko APN delujejo samostojno, drugod pa delo APN nadzoruje zdravnik. Ponekod APN in zdravnik nujno sodelujeta, pri čemer je jasno določeno, katere vrste bolnikov obravnava APN in katera zdravila lahko predpiše samostojno. V vseh državah, razen na Floridi, lahko APN predpisujejo zdravila iz predpisanega seznama (Schedule II-V: pomirjevala, narkotiki, stimulantni).

Tudi v drugih državah po svetu so sprejeli vlogo APN, ki predstavljajo cenovno sprejemljivo in učinkovito zdravstveno osebje, ki zagotavlja z dokazi podprto kakovostno zdravstveno oskrbo (Aleshire & Wheeler, 2012; Christiansen, et al., 2012; Flagerstrom & Glasberg, 2011; Matthews, 2012; Nardi & Diallo, 2014). Zanimivo je dejstvo, da se APN tudi v drugih državah srečujejo s podobnimi problemi kot v ZDA. Tudi drugod še niso

rešena vprašanja zahtevane izobrazbene stopnje, vloge APN, podeljevanja nacionalnih dovoljenj, obsega dela APN, sprejetja APN s strani zdravnikov in tudi širše skupnosti. Čeprav so bile opravljene številne raziskave o varnosti, kakovosti in cenovni učinkovitosti dela APN, je potrebno raziskovanje nadaljevati, saj se vloga APN tako v ZDA kot tudi drugod po svetu vedno bolj uveljavlja in širi. Do teh vprašanj bi se moral opredeliti Mednarodni svet medicinskih sester (International Council of Nurses – ICN) skupaj z American Academy of Nurse Practitioners (AANP), ki bi usmerjala APN in pomagala rešiti navedene probleme in dileme (Aleshire & Wheeler, 2012). To bi bil pomemben korak k izboljšanju kakovosti in dostopnosti širše zdravstvene oskrbe s standardizacijo izobraževanja, izdajanja nacionalnih dovoljenj in dela v praksi.

Literature

- Advance Healthcare Network for NPs and PAs 2014, 2013. *National salary survey results*. Available at: <http://nurse-practitioners-and-physician-assistants.advanceweb.com/Features/Articles/2013-National-Salary-Survey-Results.aspx> [23. 5. 2015].
- Aleshire, M. & Wheeler, K., 2012. The future of nurse practitioner practice: a world of opportunity. *Nursing Clinics of North America*, 47(2), pp. 181–191. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2012.04.002> PMID:22579054
- American Academy of Nurse Practitioners (AANP), 2013. *Position paper: nurse practitioner cost-effectiveness*. Available at: <http://www.aanp.org/images/documents/publications/costeffectiveness.pdf> [22. 5. 2015].
- Association of American Medical Colleges, 2015. *Physician supply and demand through 2015: key findings*. Available at: <https://www.aamc.org/download/426260/data/physiciansupplyanddemandthrough2025keyfindings.pdf> [8. 5. 2015].
- Association of American Medical Colleges, 2013. *Starting salaries for physicians*. Available at: https://www.aamc.org/services/first/first_factsheets/399572/compensation.html [22. 5. 2015].
- Bauer, J., 2010. Nurse practitioners as an underutilized resource for health reform: evidence-based demonstrations of cost-effectiveness. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(4), pp. 228–231. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-7599.2010.00498.x> PMID:20409261
- Centers for Disease Control and Prevention, 2015. *Life expectancy 2015*. Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/life-expectancy.htm> [8. 5. 2015].
- Christiansen, A., Vernon, V. & Jinks, A., 2012. Perceptions of the benefits & challenges of the role of advanced practice nurses in nurse-led out-of-hours care in Hong Kong: questionnaire study. *Journal of Clinical Nursing*, 22(7-8), pp. 1173–1181. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04139.x> PMID:22861053
- Denisco, S. & Barker, A., 2015 *Advanced practice nursing: essential knowledge for the profession*. 3rd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett, pp. 20–21.
- Fagerstrom, L. & Glasberg, A. 2011. The first evaluation of the advanced practice nurse role in Finland-the perspective of nurse leaders. *Journal of Nursing Management*, 19(7), pp. 925–923. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01280.x> PMID:21988440
- Gadkari, M., 2013. *New survey: physicians, nurse practitioners disagree on nurses' role in providing primary care*. Available at: http://www.rwjf.org/en/culture-of-health/2013/05/new_survey_physicia.html [24. 5. 2015].
- Institute of Medicine (IOM), 2010. *The future of nursing*. Available at: <http://www.iom.edu/Reports/2010/The-future-of-nursing-leading-change-advancing-health.aspx> [23. 4. 2015].
- Johns Hopkins Primary Care Policy Center, 2015. *Definitions*. Available at: <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/definitions.html> [23. 4. 2015].
- Matthews, S. 2012. The nurse practitioner: an opportunity for an advanced, autonomous, clinical role in the specialty area of rehabilitation nursing in Australia. *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses Association*, 15(3), pp. 6–9.
- Nardi, D. & Diallo, R., 2013. Global trends and issues in APN practice: Engage in the change. *Journal of Professional Nursing*, 30(3), pp. 228–232. <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2013.09.010> PMID:24939332

Cite as/Citirajte kot:

Hanlon, A., 2015. Improving healthcare outcomes and accessibility in the USA: the advanced practice nurse. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(2), pp. 84–89. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2015.49.2.64>

Original scientific article/Izvirni znanstveni članek

Importance of demographic characteristics and nurses' role in women's perceptions and experiences of gynaecological examination

Pomen demografskih značilnosti in vloge medicinske sestre pri doživljanju žensk ob ginekološkem pregledu

Dušanka Zaić, Mirko Prosen

Key words: nursing; empathy; patients' rights; reproductive health; gynecology

Ključne besede: zdravstvena nega; empatija; pravice pacientov; reproduktivno zdravje; ginekologija

Dušanka Zaić, RN;
General Hospital Izola,
Polje 40, 6310 Izola

Correspondence e-mail/
Kontakt e-naslov:
dzaic90@gmail.com

Senior Lecturer Mirko Prosen,
MSc, BSc, RN; University of
Primorska, Faculty of Health
Sciences, Polje 42, 6310 Izola

ABSTRACT

Introduction: Gynaecological examination is crucial for protecting the reproductive health of women. The purpose of the study was to explore the perception of women towards gynaecological examination, the importance of some demographic characteristics and the role of a nurse.

Methods: A quantitative methodology was used for study purposes. A structured web questionnaire was applied on a non-random, convenience sample of women ($n = 476$). The questionnaire was published on the most popular Slovenian web forums. Prior to the main research project, a pilot study was conducted on a sample of 10 women. The statistical analysis included descriptive statistics, t -test, Pearson's and Spearman's correlation coefficient.

Results: Results of the study show a statistically significant correlation between the respondents' residential environment ($t = -2.436, p = 0.015$), the level of educational attainment ($r_s = -0.153, p = 0.001$) and the presence of discomfort and fear before the gynaecological examination. The role of a nurse in reducing the level of discomfort and fear before ($t = -0.931, p = 0.352$) and during ($t = -0.888, p = 0.375$) the gynaecological examination was not proven statistically significant.

Discussion and conclusions: Besides the demographic characteristics, a number of personal and societal factors influence women's attitudes towards gynaecological examination and the associated discomfort and fear. The study suggests that further qualitative studies are needed to gain a deeper understanding of how women experience a pelvic examination.

IZVLEČEK

Uvod: Ginekološki pregled je ključnega pomena za varovanje reproduktivnega zdravja žensk. Namen raziskave je bil razložiti doživljanja žensk ob ginekološkem pregledu in pomen nekaterih demografskih značilnosti ter vloge medicinske sestre.

Metode: V raziskavi je bila uporabljena kvantitativna metoda dela. Na nenaključnem, priložnostnem vzorcu žensk ($n = 476$) je bil uporabljen strukturiran spletni anketni vprašalnik, ki je bil objavljen na najbolj obiskanih slovenskih spletnih forumih. Pred uporabo je bila opravljena pilotna študija na vzorcu desetih žensk. Podatki so bili obdelani z uporabo deskriptivne statistike, t -testa, Pearsonovega in Spearmanovega korelacijskega koeficienta.

Rezultati: Rezultati kažejo statistično pomembno povezanost med bivalnim okoljem ($t = -2,436, p = 0,015$), stopnjo dosežene izobrazbe ($r_s = -0,153, p = 0,001$) in prisotnostjo nelagodja in strahu pred ginekološkim pregledom. Vloga medicinske sestre pri zmanjševanju nelagodja in strahu pred ($t = -0,931, p = 0,352$) ali med ($t = -0,888, p = 0,375$) ginekološkim pregledom se ni izkazala za statistično značilno.

Diskusija in zaključek: Poleg demografskih značilnosti številni osebni in družbeni dejavniki oblikujejo odnos žensk do ginekološkega pregleda ter s tem povezanega nelagodja in strahu. Raziskava nakazuje, da so v bodoče potrebne kvalitativne raziskave, ki bi omogočile poglobljen vpogled v ozadje doživljanja ginekološkega pregleda pri ženskah.

The article is based on the diploma work of Dušanka Zaić entitled *Women's experience of gynaecological examination* (2013).

Članek je nastal na osnovi diplomskega dela Dušanke Zaić *Doživljanja žensk ob ginekološkem pregledu* (2013).

Received/Prejeto: 15. 7. 2014.
Accepted/Sprejeto: 24. 1. 2015

Introduction

Vaginal speculum is one of the oldest instruments in the technology of obstetric surveillance and diagnosis around which history echoes loudly. In her outline of historical development and use of the instrument, Sandelowski (2000, p. 73) points out that vaginal speculum has never been just a medical instrument that allows clinicians to see into women's bodies. For women, the vaginal speculum has loomed large and has long signified a kind of scrutiny and intrusion they have found aversive and have feared. Nurses' role in teaching women about the use of the speculum in gynaecological examinations was of paramount importance. They helped them understand the structure and functioning of their bodies by the use of mirrors, specula and other instruments, and what is most important, to alleviate fear and discomfort, often accompanying even present-day gynaecological examinations. Clearly, women attribute additional meaning to vaginal speculum, mainly in relation to a gynaecology visit and the perception of gynaecological examination. Accordingly, several questions related to the women's body (Prosen & Tavčar Krajnc, 2013) and social control (Foucault, 2009), culture and ethics (Stewart, 2005) are emerging.

The gynaecological examination is an essential part of gynaecological care and is the most commonly performed procedure in gynaecological practice. A large number of women in the world will have a gynaecological examination at some time in their lives, and some may undergo several examinations during their lifetime. This intimate physical examination may provoke many negative feelings, such as embarrassment, shame, anxiety and awkwardness (Yanikkerem, et al., 2009). The first pelvic examination in adolescent years and the attitude of health providers may lay the foundation for subsequent pelvic exams (Ricciardi, 2008). Similar results were obtained in the research by Starešinič and Mihelič Zajec (2014) who affirmed that embarrassment and fear are the most commonly experienced feelings during the first pelvic examination. Swahnberg and colleagues (2011) established that women in adulthood experience strong discomfort during pelvic examinations, but find it necessary to confirm their health.

Apart from the physical discomfort, the psychological factors are important as gynaecological examination involves exposure of intimate parts of the body in a vulnerable situation with loss of control. Women experience many feelings, such as embarrassment about undressing, worries about cleanliness, qualms about vaginal odour, concern that the gynaecologist might discover something about sexual practices, fear of discovery of a pathological condition, and fear of pain (Hilden, et al., 2003, p. 1030), or even the history of psychological, physical or sexual abuse (Swahnberg, et al., 2011). Cold instruments, lack of information about the procedure and lack of gentleness from the examiner are also perceived as factors contributing to discomfort (Hilden, et al., 2003). An important factor in the

perception of the exam is also the gender of the examiner. Racz and colleagues (2008) conclude that increasing experience with intimate examinations over time results in greater comfort with these examinations and a greater willingness to be examined by doctors of either gender. One final factor to be considered in association with a patient's perceived level of discomfort is the premises and technical equipment used in gynaecology. Drife and Magowan (2004) therefore caution that the examination room should ensure intimacy and sense of safety during the examination. A separate place must be provided to prepare for the examination. The metal instruments should be warmed up before insertion to alleviate discomfort. A qualitative study on women's experiences of pelvic examination conducted by Grundström and colleagues (2011) identified three general themes: (1) relinquishing and regaining control, (2) facilitation of the situation by the examiner, and (3) pelvic examination is an unpleasant necessity. The authors explain that women experienced pelvic examination as an intimate situation, which they associated with their sexuality. They felt exposed both bodily and mentally and were placed in a vulnerable situation. Pelvic exam was considered as unpleasant, but necessary to confirm their health. During the examination, the women felt that they lost control of the situation by exposing their intimate parts. To regain control, the women felt a need for continuous information from the examiner (Grundström, et al., p. 59).

Wendt and colleagues (2004) observe that women still get insufficient information about how the examination is performed and what it involves. The provision of information on the procedure may moderate many negative feelings like fear of illness, pain, and the feelings of embarrassment and awkwardness. The authors also recommend that information be provided in advance, or preferably, during the examination what tones down the feelings of tension and fear. According to Oscarsson and colleagues (2007), women most commonly receive information on the procedure from midwives or district and hospital nurses, while information from a gynaecologist is provided only in 4.1 %. Similar expectations are observed in Slovenian girls who rely on nurses to provide them with adequate information on pelvic exam (Starešinič & Mihelič Zajec, 2014). Results of the mentioned studies validate the important role of nurses and midwives in the provision of facts about and on the procedure. Women who undergo a gynaecological examination for the first time should be treated with special considerations as their level of discomfort is usually high (Ricciardi, 2008). All women, and especially those who visit a gynaecologist for the first time should be offered adequate information about the procedure in advance and asked to give their consent to perform the examination (Drife & Magowan, 2004). Hilden and colleagues (2003) emphasise that discomfort during the gynaecologic examination is strongly associated with a negative emotional contact with the examiner, therefore it is important to establish a rapport, offer a sense of safety, express empathy and build a trusting professional relationship to diminish the discomfort of

the situation. According to Lewin and colleagues (2005), sociodemographic characteristics of women have a bearing on their contentment with information provided. Women with higher educational level and those working in health care sector usually demand more detailed information in comparison to less educated ones.

Pelvic examination presents a special challenge to women with disabilities who often encounter multiple obstacles accessing gynaecological health services. Barriers can include physical and structural obstacles, the inability to get into the required position or onto the examination table, and the absence of modified examination devices. One of the common obstacles is the personnel's behaviour in the situation of gynaecologic examination which may result in poor or ineffective communication. If the health personnel do not obtain the necessary information to tailor their approach to the woman's needs and preferences, the procedure may be even more unpleasant for the examinee. Women with disabilities might not inform nurses of their fears or concerns because they have been socialized to "please". Therefore, active listening is important to assess and to respond to women's needs and fears prior to and during pelvic examination so that discomfort and anxiety can be alleviated (Sudduth & Linton, 2011, pp. 141-142).

Purpose and objectives

As the research into women's perceptions during gynaecological examination in Slovenia is scarce, the paper attempts to critically examine the issue focusing on women's demographic characteristics and the implications for nurses. On this basis the following hypotheses were tested:

Hypothesis 1: Demographic characteristics of women (age, place of residence, educational attainment) influence their experience of pelvic examination prior to and during examination.

Hypothesis 2: The contribution of nurses in diminishing discomfort and fear before and during examination is noteworthy.

Methods

For this study, a quantitative research method was employed. A non-experimental, observational research was conducted. The data were collected using a web-surveying technique.

Description of the research instrument

The data were collected through a structured survey questionnaire. Due to the lack of domestic reports and publications, the survey questionnaire was designed mainly on the basis of relevant foreign literature review (Hilden, et al., 2003; Wendt, et al., 2004; Grundström, et al., 2011). The questionnaire consisted of 21 questions, divided into three categories. The first category was related to demographic characteristics of the respondents and the second to the respondents' perception and feelings with regard to

undergoing gynaecologic examination. In the third part the respondents were asked to give their opinion on or describe their experiences. The introductory part of the questionnaire explained the nature and purpose of the study along with detailed instructions on how to fill in the questionnaire. The questionnaire was pre-tested in a pilot study performed on a sample of ten women to validate the clarity and comprehensibility of questions and internet-based survey method. Results of the pilot study confirmed the suitability of the research instrument. The estimated time to complete the survey was ten minutes. The questionnaire was designed with a web survey tool 1KA (www.1ka.si).

Description of the sample

A random sample consisted of women who had previously undergone a gynaecological examination. The survey was completed by 476 women aged 15 to 55 years. The mean age of the respondents was 32 years. Detailed demographic data are given in Table 1.

Table 1: *Demographic data of the study participants*
Tabela 1: *Demografski podatki udeleženk raziskave*

<i>Demographic data/Demografski podatki</i>	<i>n = 476</i>	<i>%</i>
Place of residence		
Urban area	316	66.39
Rural area	160	33.61
Social status		
Employed	326	68.49
Unemployed	70	14.71
Undergraduate student	58	12.18
High school student	4	0.84
Other	18	3.78
Education		
Primary	5	1.05
Secondary	161	33.82
College	21	4.41
Higher professional	95	19.96
University	155	32.56
Masters degree	25	5.25
PhD	9	1.90
Other	2	0.42
Not answered	3	0.63
Age		
≤ 14	/	/
15–20	11	2.31
21–26	93	19.54
27–32	163	34.24
33–37	112	23.53
38–42	60	12.61
43–47	23	4.83
48–53	11	2.31
≥ 54	3	0.63

Legend/Legenda: n – number/število; % – percentage/odstotek

Data collection and processing

The survey was conducted from June 24 to July 22, 2013. The questionnaire was available on the internet forums to which a large number of women were expected to respond, namely, www.medover.net, www.bibaleze.si in www.ringaraja.net. The access to the questionnaire was offered also on the social network www.facebook.com within the author's profile. The survey was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and anonymity of the respondents was secured.

The data management and analysis was performed using the SPSS statistical software version 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). Descriptive statistics were used to describe and calculate the following features of the data in a study: percentage, the mean, minimum and maximum values and standard deviation values. The hypothesis was tested by the Student's *t*-test, Pearson's correlation coefficient and Spearman's correlation coefficient.

The following independent variables were tested within the frame of the first hypothesis: age, place of residence and educational attainment, with which the dependent variables were explained (the level of discomfort and fear prior to and during gynaecological examination). The testing of the second variable included the response of nurses to the perceived level of discomfort and fear in women prior to and during their gynaecological examination. The level of $p < 0.05$ was taken into account in determining the statistical conclusion validity.

Results

Descriptive statistics

The data presented in Table 1 lead to a conclusion that most of the respondents ($n = 318$, 66.81 %) describe their experiences taking place within the last six months prior to the study. 66.31 % ($n = 307$) of women with a chosen gynaecologist expressed preference for a female doctor. Their choice was affected by the experience and advice of other women ($n = 157$, 26.79 %), the feelings of shame and embarrassment to expose their intimate parts to a male doctor ($n = 73$, 12.46 %), and because they believed that women doctors are more empathetic and better listeners ($n = 42$, 7.17 %). In contrast, 4.95 % ($n = 29$) of women with a chosen gynaecologist believe that male doctors are more empathetic and better listeners or that they possess better professional knowledge ($n = 21$, 3.58 %).

The study found that the majority of surveyed women (77.52 %, $n = 369$) are always offered information about the procedure while one fifth of women (21.01 %, $n = 100$) state the contrary. Most of the respondents (86.55%, $n = 412$) receive information from a gynaecologist and a smaller number from a nurse (3.36 %, $n = 16$). Almost half of the respondents (49.65 %, $n = 70$) who stated that nurses do not respect their privacy and do not consider their feelings and personal data protection, experience also the feelings of discomfort, shame, anger and loss of power and the feeling that all the patients in the waiting room are staring at them. Nearly one third of the respondents

Table 2: Selected questions about gynaecological examination

Tabela 2: Izbrana vprašanja o ginekološkem pregledu

Questions/Vprašanja	Answers/Odgovori	<i>n</i> = 476	%
When did you last visit a gynaecologist?	In the last six months	318	66.81
	In the last year	97	20.38
	In the last two years	35	7.35
	More than two years ago	22	4.62
	Not answered	4	0.84
Do you have a chosen gynaecologist?	Yes	463	97.27
	No	12	2.52
	Not answered	1	0.21
Are the patients allowed privacy to undress and dress?	Yes	447	93.91
	No	23	4.83
	Not answered	6	1.26
Are you troubled by cold gynaecological instruments?	Yes	173	36.34
	No	296	62.18
	Not answered	7	1.48
Does your gynaecologist stop the procedure when you feel pain or discomfort?	Yes	317	66.60
	No	80	16.81
	Other	75	15.76
	Not answered	4	0.83
Do nurses respect your privacy and protect your personal data?	Yes	330	69.33
	No	141	29.62
	Not answered	5	1.05

Legend/Legenda: *n* – number/število; % – percentage/odstotek

(27.66 %, $n = 39$) have positive attitudes towards pelvic examination and were not concerned with or troubled by the nurses' behaviour. The respondents' answer to the control question whether nurses observe their anxiety prior to examination and ask them about their feelings was affirmative in 32.98 % ($n = 157$) and negative in the remaining 64.92 % ($n = 309$). As regards the support in coping with their feelings of fear and discomfort before the examination, the respondents chose the following answers: "Nurses respond to my question by listening and counselling" (25.03 %, $n = 183$); "Nurses facilitate the situation by taking time to listen and by being open and sincere" (17.92 %, $n = 131$); "Nurses use humour to help relieve my tension and stress" (13.68 %, $n = 100$), and "Nurses help me relax with adequate non-verbal communication" (12.68 %, $n = 94$). The respondents claim that nurses offer no support (14.23 %, $n = 104$), that they are not actively involved in the communication process and just listen passively (13.95 %, $n = 102$).

Figure 1 presents the level of discomfort and fear before and during the pelvic examination on one to ten rating scale. Number one indicates the absence of discomfort and fear and number ten the highest degree of discomfort and fear. The mean values before and during examination were $\bar{x} = 3.56$ ($s = 2.66$) and $\bar{x} = 4.59$ ($s = 2.609$), respectively.

Testing of hypotheses

Spearman's correlation coefficient was used to test the statistically significant difference between the age of respondents and their level of discomfort and fear before and during pelvic examination. It was established that the age of women is not statistically significantly associated with the level of discomfort and fear either prior to examination ($r = -0.075$, $p = 0.106$) or during the examination ($r = -0.070$, $p = 0.132$).

An independent samples t -test was used to test statistically significant difference between residential area of the respondents and their level of discomfort and fear before and during pelvic examination. The results indicate that the rural residents exhibit higher mean values of the dependent variable assessing their level of discomfort and fear during pelvic examination ($\bar{x} = 4.82$, $s = 2.76$) in comparison to urban residents ($\bar{x} = 4.48$, $s = 2.53$), but these differences are, however, not statistically significant ($t = -1.345$, $p = 0.179$). On the other hand, statistically significant difference was established in the level of discomfort and fear before the examination ($t = -2.436$, $p = 0.015$). The respondents from rural areas experience higher level of discomfort and fear than those from rural areas.

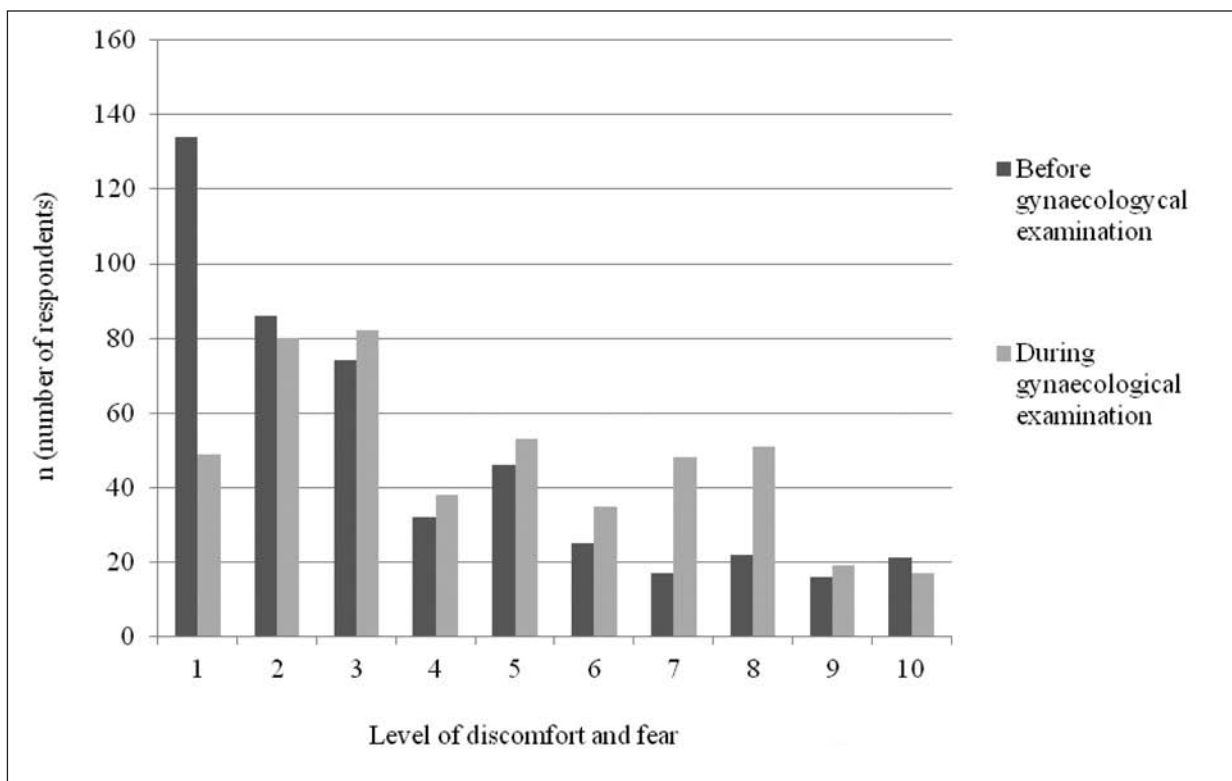


Figure 1: Comparison of levels of discomfort and fear before and during gynaecological examination

Slika 1: Primerjava stopnje nelagodja in strahu pred in med ginekološkim pregledom

The Spearman's correlational coefficient was used to test the statistically significant difference between the respondents' educational attainment and their level of discomfort and fear before and during pelvic examination. It was established that the level of discomfort and fear before the examination is weakly but still statistically significantly negatively associated with the respondents' educational attainment ($r_s = -0.153, p = 0.001$). The results indicate that the respondents with higher educational attainment experience lower levels of discomfort and fear before the examination than those with lower educational attainment. According to the results, no relationship exists between the level of discomfort and fear during pelvic examination and the respondents' educational attainment ($r_s = -0.068, p = 0.144$). The first hypothesis can therefore not be fully confirmed as the perception of examination is only partly related to the respondents' educational attainment and their residential area, while there is no correlation with the respondents' age.

An independent samples *t*-test was used to confirm the second hypothesis that the level of fear and discomfort prior to or during pelvic examination is dependent on the nurses' perception of and response to women's fear and discomfort. It was established that women whose feelings were observed by nurses ($n = 156, 32.8\%$), experienced lower levels of fear and discomfort prior to or during pelvic examination ($\bar{x} = 3.37, s = 2.58$ and $\bar{x} = 4.44, s = 2.68$, respectively) in comparison to those women whose feelings were not perceived and responded to by nurses. The latter group of women reported relatively higher levels of fear and discomfort prior to and during pelvic examination ($n = 309, \bar{x} = 3.61, s = 2.64$) and ($n = 308, \bar{x} = 4.66, s = 2.55$, respectively). The differences between the two groups were not statistically significant at two different points in time, i.e. before and during examination ($t = -0.931, p = 0.352$ and $t = -0.888, p = 0.375$, respectively). Accordingly, the second hypothesis therefore could not be confirmed.

Discussion

The current study found that women's place of residence and educational attainment are significant factors in the perception of fear and discomfort before pelvic examination while they are of no consequence during examination. The rural residents experience higher level of fear and anxiety before the examination seen against urban residents. Women with higher educational attainment experience a lesser degree of fear and discomfort before the examination in comparison to less educated women. The demographic factor of age was found to have no significant impact on women's experience of the examination. Contrary to the results produced in this study, Hilden and colleagues (2003) observed that the degree of discomfort during the gynaecologic examination was associated with a number of factors, including the age of the examinees. The highest level of discomfort was identified in women aged 15 –

20 years. A study conducted among Swedish women (Fiddes, et al., 2003) further reveals that young women (under 25) and nulligravid women are more likely to find pelvic examinations distressing. Similar results were obtained by Yanikkerem and colleagues (2003) indicating that embarrassment levels during the examination were significantly higher for younger women under the age of 25 years, for women with completed primary education only, the unemployed and those with lower incomes. These groups of women usually also express a gender preference for a female physician which accords with the findings of Starešinič and Mihelič Zajec (2014). It seems that women prefer a female provider for their routine gynaecological care. These preferences are mostly based on the providers' attributes in terms of communication ability, empathy and the ability to understand women's concerns. According to the results of the current study, two thirds of women prefer female physician for the reasons given above and the remaining third would prefer a male professional. Some other studies exploring factors associated with gender bias (Racz, et al., 2008; Yanikkerem, et al., 2009) reported that religion and cultural tradition may also influence the preference for a female physician. In their study conducted in the United Arab Emirates, Rizk and colleagues (2005) determined that most women prefer female providers because of embarrassment during pelvic examination and reproductive counselling, religious beliefs, and sociocultural values. Yanikkerem and colleagues (2009) also noted that most women who regularly undergo gynaecological examination would probably choose a male over a female physician. In the majority of cases, the choice of a gynaecologist is not a woman's conscious decision and is oftentimes influenced by the popular media. Kincheloe (2004) performed an analysis of the best-selling print media in the U.S. (some of them are also available in the Slovene language) to determine whether gender bias against male obstetricians and other male physicians is found in women's interest magazines. The study findings identified a gender bias against male obstetrician–gynaecologists as well as male physicians in general. The bias was manifested in several different forms, including covert acts of gender discrimination. The constant flow of negative and discriminatory articles may effect gender bias on the readership and lead to female physician preference as a norm. The practice of gender bias toward male obstetrician carries larger societal implications, e.g. the decreasing number of (male) gynaecologists, indiscriminate selection of a gynaecologist based on gender criteria only, which may lead to (de)professionalization of medicine as well as nursing and midwifery.

The fear and discomfort before and during pelvic examination can be significantly diminished if women know they will be allowed privacy to disrobe and that their personal data will be protected. It is important that they receive sufficient information and support prior to and during examination and that they are treated with respect. According to the present study, the necessary measures to

reduce patient anxiety are not fully implemented, especially in regard to tolerance, patient privacy and personal data protection. The respondents reported that patient privacy is often violated due to inappropriate separation of the examination and dressing room. (e.g. "In the dressing room you can hear everything about the patient examined and her health condition. For me this is one of the major problems – I do not want to discuss my concerns with a physician knowing that other patients whom I had met in the waiting room are also listening."). Some other patients commented that health providers pay no attention to the problem of privacy (e.g. "Privacy and confidentiality are not ensured. You have to speak about your personal affairs in the presence of other patients and nurses don't seem to bother.") Protection of privacy and confidentiality is essential to the trusting relationship between nurses and patients (Tabak & Ozon, 2004). Marinič (2012, p. 240) argues that it is difficult to secure quality health care in the environment where patients do not trust their health care providers, fearing that their individually identifiable health information will be used, disclosed or misused, that confidentiality of that information will not be maintained, or that other health professionals will access their medical record information out of sheer curiosity. In the atmosphere of mistrust nurses will not be able to obtain the information about the patient's medical history and presenting complaint which is necessary in planning quality nursing care, tailored to the patients' needs and preferences. Many positive changes can, however, be observed in practice, from better healthcare infrastructure to professionalism. Tabak and Ozon (2004) highlight the activities in the field of nursing, especially in education, management and research.

According to the respondents' feedback, nurses usually try to alleviate women's psychological discomfort by listening to their concerns and by counselling. When asked for their opinion on the issue, the respondents offered different views on nurses' response to their fear and discomfort which were evidently affected by their previous experience. The provision of information about how the examination is performed and the explanation of reasons for the exam can significantly reduce tension before and during examination. Most of the women who described their experiences report that fear and discomfort made them seek information they might not have asked for in different circumstances. This may sometimes irritate and provoke negative reactions of health providers. Several studies confirmed that pelvic examination could be a positive experience if doctors and nurses provide information about the examination, listen to women and show that they have time for them (Hilden et al., 2003; Yanikkerem, et al., 2009). Communication, verbal or non-verbal, is a powerful tool. Trojar and Ramšak Pajk (2013, p. 58) emphasise that in the nurse-patient relationship communication involves more than just transmission of information. It involves attentive listening to what another person is trying to communicate, and making sure that one's, message is not only delivered

but accepted and understood. Nurses should be mindful of patients' non-verbal communication, which reveals how the message was received and whether their needs were recognised. Communication should be person-focused, individualised while appreciating the context. Communication patterns, both verbal and nonverbal, are important – nurses may patiently engage and empower the patients or just stand silently by their side, touch them slightly, listen attentively and communicate their recognition and understanding of the patients' situation.

In their comments the respondents highlight the importance of non-verbal communication which is often neglected (e.g. "A more personal approach (of nurses) would be well received by patients, a greeting with an eye contact at each encounter and a bit of humour would reduce the patients' stress."). Interesting were also the respondents' remarks about inappropriate verbal communication (e.g. "During my last pelvic exam the physician was not listening to me. She used four specula. She insisted that she saw my cervix, but it is not possible as my cervix had been removed").

No demanding or expensive measures are necessary to diminish the feelings of fear and discomfort before and during pelvic examination. It would be, however, sensible to consider also other factors associated with experiencing discomfort, such as properly equipped premises or warmed up specula (Hilden, et al., 2003). A randomized controlled trial (Hill & Lamvu, 2012) confirmed that applying even a small amount of lubricating gel decreases patients' pain during vaginal speculum insertion.

The American College of Physicians (ACP) (Qaseem, et al., 2014) made even a step further in this respect but not to everybody's agreement. It developed a guideline to present the evidence and provide clinical recommendations on the utility of annual screening pelvic examination for the detection of pathology. Obtaining a Pap smear for cervical cancer screening is not considered in this guideline. The Clinical Guideline from ACP questions the need to perform screening pelvic examination in asymptomatic, non-pregnant, adult women. According to the current evidence, the physical and psychological harms outweigh any demonstrated benefits associated with the screening pelvic examination (Qaseem, et al., 2014). In response to this recommendation, the American College of Obstetricians and Gynecologists suggests that the annual visit has value, and recommends annual examination for asymptomatic adult women (from age 21 on) which should include internal bimanual pelvic and speculum examinations (Committee on Gynecologic Practice, 2012). Several obstetricians and gynaecologists in the U.S. believe that longer intervals between routine examinations would have negative repercussions for patients and medical practice (Henderson, et al., 2014). The guideline advises against pelvic examination (speculum and bimanual and rectal examination, with Pap smear for cervical cancer screening excluded) in asymptomatic, non-pregnant adult women aged 21 years and over (Qaseem, et al., 2014).

Women who experienced pain or discomfort during their examination are less likely to have a return visit than those with positive experiences. Delay and avoidance of the annual check-up has the potential to harm women, especially if they do not attend cervical cancer screening. Ivanuš and Primic Žakelj (2014) observed that non-respondents to organised screening for cervical cancer are at greater risk than women who attend the screening. New ways of early detection of cancerous and pre-cancerous lesions of the cervix are emerging as the primary test for cervical cancer, among which a self-collected test for human papilloma virus (HPV) seems most promising. Obtaining a self-collected sample for HPV testing requires that a woman collects a sample of vaginal secretions with a small swab and sends it to a laboratory for analysis. Only if infection with one of the cancerogenic HPV is detected, a woman is invited to see a doctor. This way the HPV test will enable a more efficient screening and detection of women at risk who avoid attending organised screening for fear of pelvic examination.

The present study offers an insight into the women's attitudes, perception and expectations regarding gynaecological examination. The study provided data according to which it is necessary to improve some organisational processes and procedures, and foster nurses' professional role development. Due to the lack of systematic data, further research on this topic needs to be undertaken, using a combination of different research methods. Additional variables, such as women's sociodemographic and reproductive characteristics, should be included in the study of factors influencing women's experience of gynaecological examination.

Study limitations

The use of non-random, convenience sampling may have a potential impact on generalizability of the results obtained and representativeness of the sample (Burns & Grove, 2009). The choice of convenience sampling and survey method used in this study was dictated primarily by the nature of the issue studied. According to Burns and Grove (2009) some patients decline participation in the study due to the specificity of the study question. This was also the reason for not using the exclusion criteria in sampling. Although most of the respondents attended a pelvic examination within the last six months, Hilden and colleagues (2003) cautioned that after a longer period of time it is difficult to recall the feelings and the level of discomfort associated with the exam.

Conclusion

Most women will have a gynaecological examination several times in their lives. It is an essential part of gynaecological care which is often associated with feelings of fear, embarrassment and discomfort. Gynaecological examination differs from many other medical exams,

especially as it involves exposure of intimate parts of the body in a vulnerable situation with loss of control. For some women it presents also an insight into other spheres of their private and social lives, including their sexual practices or sexual abuse. As negative feelings associated with pelvic examination is a barrier to consistent care, nurses should offer reassurance and establish good patient rapport by showing empathy and having time to listen to the patients' needs, expectations and worries, as well as giving them information on the procedures. As the first pelvic examination is a key experience for future pelvic examinations, it is a great challenge for nurses to make the examination situation more positive for women.

Slovenian translation/Prevod v slovenščino

Uvod

Vaginalni spekulum je eden izmed najstarejših instrumentov v porodništvu in ginekologiji, mnjenja o njegovi uporabi so glasno odmevala skozi zgodovino. Skozi časovni pregled razvoja in uporabe tega instrumenta Sandelowski (2000, p. 73) ugotavlja, da za žensko vaginalni spekulum ni bil le preiskovalni instrument, pomenil je nekakšno grožnjo za odkritje morebitnih boleznih in zato vzbujal strah. Medicinske sestre so imele v preteklosti ključno vlogo pri izobraževanju žensk o uporabi spekuluma pri ginekološkem pregledu. S pomočjo ogledal, spekulumov in drugih naprav so ženskam poskušale olajšati razumevanje lastnega telesa, in kar je najbolj pomembno, s tem zmanjšati strah in nelagodje, ki je pri ženskah prisotno še danes. Vsekakor ima vaginalni spekulum v očeh žensk tudi drugačen pomen, ki ga povezujejo zlasti z obiskom pri ginekologu, vaginalnim pregledom ter doživljanjem le-tega. Na ta način se odpirajo številna vprašanja, povezana s telesom ženske (Prosen & Tavčar Krajnc, 2013) in družbenim nadzorom nad njim (Foucault, 2009) ter kulturo in etiko (Stewart, 2005).

Ginekološki pregled je najpogostejše izvajana preiskava v ginekološki praksi in preiskava s katero se večina žensk sreča vsaj nekajkrat v življenju. Tako intimen fizični pregled lahko pri pacientkah povzroča občutke zadrege, sramu, anksioznosti ter nelagodja (Yanikkerem, et al., 2009). Še posebej zaznamujoča je izkušnja prvega ginekološkega pregleda v času adolescence in s tem povezan prvi vtis, ki ga pustijo zdravstveni delavci (Ricciardi, 2008). Podobno ugotavlja v raziskavi tudi Starešinič in Mihelič Zajec (2014), ki med drugim navajata, da sta najpogostejša občutka deklet pred prvim ginekološkim pregledom prav sramovanje in strah. Kasneje v odrasli dobi, Swahnberg in sodelavci (2011) opisujejo, da raziskave glede doživljanja ginekološkega pregleda dokazujejo, da ženske pregled doživljajo kot neprijeten, vendar nujen. Poleg fizičnega neugodja je v ospredju tudi psihično počutje, povezano z omenjenim nadzorom nad telesom. Slednje vključuje slačenje, kazanje

intimnih delov ter vpliv številnih občutkov, kot so sram, skrb, povezana s čistočo in neprijetnimi vonji, strah pred razkritjem spolnih praks in odkritjem bolezni ter bolečine (Hilden, et al., 2003 p. 1030) ali celo razkritjem psihične, fizične ali spolne zlorabe (Swahnberg, et al., 2011). Mrzli instrumenti, nezadostno informiranje o poteku pregleda in neustrezen pristop ginekologa so še zaznani kot pomembni dejavniki, ki prispevajo k nelagodju (Hilden, et al., 2003).

Pomemben dejavnik doživljanja ginekološkega pregleda je tudi spol izvajalca pregleda, pri čemer Racz in sodelavci (2008) poročajo, da njegov vpliv na doživljanje ginekološkega pregleda upada s povečano frekvenco ginekoloških pregledov. Nenazadnje tudi prostor s svojo opremo prispeva k doživljanju ginekološkega pregleda. Drife in Magowan (2004) zato opozarjata, da mora biti ginekološka ambulanta prostor, ki zagotavlja občutek intimnosti in varnosti. Poskrbljeno mora biti za slačilnico oziroma del, kjer se lahko ženska pripravi na pregled. Priporočljivo je, da so preiskovalni instrumenti, zlasti kovinski, ogreti, saj se tako zmanjša občutek nelagodja ob vstavitvi.

Grundström in sodelavci (2011) v kvalitativni raziskavi ugotavljajo, da je doživljanje ginekološkega pregleda povezano z (1) odrekanjem in ponovno pridobitvijo nadzora nad telesom, (2) pristopom preiskovalca in (3) dejstvom, da je ginekološki pregled neprijetna nujnost. Isti avtorji pojasnjujejo, da so v raziskavi ženske doživljale ginekološki pregled kot intimno situacijo in jo povezovale z lastno seksualnostjo. Čutile so se ranljive in izpostavljene, tako telesno kot duševno, vendar so pregled doživljale kot neizogibno stvar. Med ginekološkim pregledom je prevladoval občutek izgube nadzora nad lastnim telesom. K ponovni vzpostavitvi nadzora po mnenju žensk pomembno prispeva podajanje informacij s strani preiskovalca (Grundström, et al., 2011, p. 59).

Wendt in sodelavci (2004) navajajo, da so ženske tudi v današnjem času nezadostno informirane o tem, kako naj bi ginekološki pregled potekal in kaj vključuje. Informiranje o poteku ginekološkega pregleda ima veliko vlogo pri zmanjšanju strahu in nelagodja, ki ga povzroča ginekološki pregled. Isti avtorji tudi zaključujejo, da ženskam najbolj ustreza, če informacije dobijo pred ali še bolje med ginekološkim pregledom, kar občutno zmanjšuje občutek napetosti in strahu. Glede na ugotovitve Oscarsson in sodelavci (2007) največ informacij o poteku ginekološkega pregleda ženske dobijo od babice ali medicinske sestre, ki deluje v skupnosti ali v bolnišnici, le 4,1 % pa od ginekologa. Prav takšna so tudi pričakovanja slovenskih deklet, ki od medicinske sestre pričakujejo informacije o poteku ginekološkega pregleda (Starešinič & Mihelič Zajec, 2014). Slednje dokazuje pomembnost vloge, ki jo imajo medicinske sestre in babice v ozaveščanju žensk o ginekološkem pregledu. Večja pozornost mora biti namenjena zlasti ženskam oz. dekletom, ki pridejo na ginekološki pregled prvič, saj v primerjavi z ženskami, ki imajo redne, periodične ginekološke preglede, doživljajo večjo stopnjo nelagodja

(Ricciardi, 2008). Vsem ženskam, še posebej tistim, ki ginekologa obiščejo prvič, je potrebno posredovati natančne informacije v zvezi s potekom pregleda že pred le-tem in pri tem tudi pridobiti informirano soglasje ženske za izvajanje ginekološkega pregleda (Drife & Magowan, 2004). Hilden in sodelavci (2003) ob tem poudarjajo, da je zaradi prisotnega nezaupanja potrebno graditi na pridobivanju zaupanja in dajanju občutka varnosti, pri čemer sta v ospredju empatija in profesionalni odnos. V povezavi z demografskimi značilnostmi Lewin in sodelavci (2005) ugotavljajo, da imajo ženske z višjo stopnjo izobrazbe, in ženske, ki so zaposlene v zdravstvu, običajno potrebo po bolj podrobnih in obširnih informacijah, medtem ko ženske z nižjo stopnjo izobrazbe običajno ne sprašujejo po podrobnostih in se, po njihovih ugotovitvah, zadovoljijo z manjšo količino informacij.

Doživljanje ginekološkega pregleda je še poseben izziv za gibalno ovirane ženske, saj se že ob prihodu na ginekološki pregled velikokrat srečajo s težavami, kot so težko dostopne ali sploh nedostopne ginekološke ambulante, fizično nedostopne preiskovalne mize, neprilagojeni preiskovalni instrumenti. Ena izmed najpomembnejših ovir pa je nezadostno poznavanje situacije s strani zdravstvenih delavcev, ki se kaže v pomanjkljivi ali neustrezni komunikaciji. V slednjem primeru je ginekološki pregled lahko še bolj neprijeten (Stewart, 2005), saj zdravstveno osebje ne pridobi potrebnih informacij, ki bi omogočile prilagajanje potrebam in željam ženske. Pogosto invalidne ženske ne zaupajo občutkov strahu in zaskrbljenosti medicinski sestri, ker so bile socializirane, da so »ustrežljive«. Zato je pomembno predvsem poslušanje in zaznava strahov ter potreb pred, med in po ginekološkem pregledu, kar zmanjšuje prisotno nelagodje in strah (Sudduth & Linton, 2011, pp. 141–142).

Namen in cilj

Namen raziskave je bil, ob predhodni ugotovitvi slabe proučenosti tega področja v Sloveniji, raziskati doživljanja žensk ob ginekološkem pregledu. Osrednji cilj raziskave je bil raziskati pomen demografskih značilnosti in vlogo medicinske sestre pri doživljanju ginekološkega pregleda. Na podlagi tega sta bili oblikovani naslednji hipotezi:

Hipoteza 1: Demografske značilnosti žensk (starost, bivalno okolje, stopnja izobrazbe) so povezane z njihovim doživljanjem pred in med ginekološkim pregledom.

Hipoteza 2: Medicinske sestre pomembno prispevajo k zmanjšanju nelagodja in strahu žensk pred in med ginekološkim pregledom.

Metode

V raziskavi je bila uporabljena kvantitativna metodologija. Izvedena je bila neeksperimentalna, opazovalna raziskava. Podatki v raziskavi so bili zbrani s tehniko spletnega anketiranja.

Opis instrumenta

Za pridobivanje podatkov je bil v raziskavi uporabljen strukturiran anketni vprašalnik. Zasnova le-tega je temeljila na podlagi pregleda zlasti tuje literature (Hilden, et al., 2003; Wendt, et al., 2004; Grundström, et al., 2011), saj poročil in objav o tovrstnih domačih raziskavah primanjkuje oz. jih ni. Vprašalnik je obsegal 21 vprašanj pretežno zaprtega tipa, ki so bila razporejena v tri sklope. Prvi sklop se je nanašal na demografske podatke anketiranih, drugi na njihovo doživljanje in občutke ob ginekološkem pregledu, v tretjem so anketirane lahko izrazile svoje mnenje, zapisale svojo izkušnjo ali zgodbo. V uvodnem delu vprašalnika so bili anketiranim pojasnjeni namen in cilji raziskave ter opisana podrobna navodila v zvezi z izpolnjevanjem vprašalnika. Slednji je bil pred uporabo testiran na pilotnem vzorcu desetih žensk, ki so bile pozvane, da ocenijo jasnost in razumljivost zastavljenih vprašanj ter delovanje spletne ankete. Rezultati pilotne študije v ustreznosti zastavljenega instrumenta niso odkrili nobenih odstopanj. Potrjena je bila tudi jasnost in razumljivost ankete. Ocenjeni čas izpolnjevanja je bil deset minut. Vprašalnik je bil oblikovan s spletnim orodjem 1KA (www.1ka.si).

Opis vzorca

Priložnostni vzorec v raziskavi so predstavljale ženske, ki so že imele ginekološki pregled. Spletno anketo je izpolnilo 476 žensk med 15. in 55. letom. Povprečna starost je bila 32 let. Najmlajša anketiranka je bila stara 15 let, najstarejša 55 let. Podrobnejši demografski podatki so prikazani v Tabeli 1.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketiranje je potekalo od 24. junija do 22. julija 2013. Povezava do vprašalnika je bila objavljena na spletnih forumih, kjer je bilo pričakovati večji odziv žensk, in sicer na www.medover.net, www.bibaleze.si in www.ringaraja.net. Poleg tega je bila povezava do vprašalnika objavljena tudi na socialnem omrežju www.Facebook.com, v profilu prve avtorice. Anonimnost je bila sodelujočim zagotovljena. Raziskava je bila opravljena v skladu z načeli Helsinške deklaracije.

Podatki so bili obdelani s statističnim programom SPSS verzija 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). V okviru deskriptivne statistike so bili izračunani: povprečna vrednost, strukturni deleži, minimum, maksimum in standardni odklon. Za testiranje zastavljene hipoteze so bili uporabljeni Studentov *t*-test, Pearsonov korelacijski koeficient in Spearmanov korelacijski koeficient. V okviru prve hipoteze so bile testirane naslednje neodvisne spremenljivke: starost, bivalno okolje in stopnja izobrazbe, s katerimi smo pojasnili odvisne spremenljivke (stopnja nelagodja in strahu pred in med ginekološkim pregledom), ob testiranju druge hipoteze pa tudi odziv medicinske sestre na zaznano stopnjo nelagodja in strahu

pred in med ginekološkim pregledom. Pri statističnem sklepanju smo upoštevali stopnjo značilnosti $p < 0,05$.

Tabela 1: Demografski podatki udeleženk raziskave
Table 1: Demographic data of the study participants

Demografski podatki/ Demographic data	n = 476	%
Bivalno okolje		
Urbano okolje	316	66,39
Podeželje	160	33,61
Socialni status		
Zaposlena	326	68,49
Brezposelna	70	14,71
Študentka	58	12,18
Dijakinja	4	0,84
Drugo	18	3,78
Izobrazba		
Osnovnošolska	5	1,05
Srednješolska	161	33,82
Višješolska	21	4,41
Visokošolska	95	19,96
Univerzitetna	155	32,56
Magisterij	25	5,25
Doktorat	9	1,90
Drugo	2	0,42
Ni odgovora	3	0,63
Starost		
≤ 14	/	/
15–20	11	2,31
21–26	93	19,54
27–32	163	34,24
33–37	112	23,53
38–42	60	12,61
43–47	23	4,83
48–53	11	2,31
≥ 54	3	0,63

Legenda/Legend: n – število/number; % – odstotek/percentage

Rezultati

Opisna statistika

Iz podatkov prikazanih v Tabeli 2 lahko sklepamo, da večina anketiranih ($n = 318$, 66,81 %) opisuje nedavna doživljanja ginekološkega pregleda, ki so ga imele v zadnjih 6-ih mesecih pred pričetkom raziskave. Izmed tistih žensk, ki imajo izbranega osebnega specialista ginekologije in porodništva, se jih je 66,31 % ($n = 307$) odločilo za ginekologinjo. Razlog za tako izbiro je bil v prvi vrsti predlog oz. nasvet drugih, da izberejo ginekologinjo ($n = 157$, 26,79 %). Poleg tega navajajo tudi, da občutijo sram in nelagodje, če ginekološki pregled izvaja ginekolog ($n = 73$, 12,46 %); da ženska bolje razume žensko ($n = 67$,

Tabela 2: Izbrana vprašanja o ginekološkem pregledu

Table 2: Selected questions regarding gynaecological examination

Vprašanja/Questions	Odgovori/Answers	n = 476	%
Kdaj ste bili nazadnje na ginekološkem pregledu?	V zadnjih 6 mesecih	318	66,81
	V zadnjem letu	97	20,38
	V zadnjih 2 letih	35	7,35
	Pred več kot 2 leti	22	4,62
	Ni odgovora	4	0,84
Ali imate izbranega osebnega ginekologa oz. ginekologinjo?	Da	463	97,27
	Ne	12	2,52
	Ni odgovora	1	0,21
Ali je v ambulanti poskrbljeno za slačilnico?	Da	447	93,91
	Ne	23	4,83
	Ni odgovora	6	1,26
Ali vas motijo hladni preiskovalni instrumenti?	Da	173	36,34
	Ne	296	62,18
	Ni odgovora	7	1,48
Ali vaš ginekolog/ginekologinja ob pojavu bolečine preneha s pregledom?	Da	317	66,60
	Ne	80	16,81
	Drugo	75	15,76
	Ni odgovora	4	0,83
Ali medicinska sestra upošteva zasebnost in varovanje osebnih podatkov?	Da	330	69,33
	Ne	141	29,62
	Ni odgovora	5	1,05

Legenda/Legend: n – število/number; % – odstotek/percentage

11,43 %) oz. da je ginekologinja bolj sočutna in boljša poslušalka ($n = 42$, 7,17 %). Po drugi strani 4,95 % ($n = 29$) žensk, ki so se odločile za ginekologa, meni, da je leta bolj sočuten in boljši poslušalec oz. da ima več znanja ($n = 21$, 3,58 %).

S potekom ginekološkega pregleda je ob vsakokratnem obisku seznanjenih 77,52 % ($n = 369$) anketiranih, medtem ko jih 21,01 % ($n = 100$) pravi, da ne dobijo informacij o poteku le-tega. Večina anketiranih ($n = 412$, 86,55 %) dobi informacije o poteku ginekološkega pregleda s strani ginekologa ali ginekologinje, medtem ko jih 3,36 % ($n = 16$) pridobi s strani medicinske sestre. Skoraj polovica tistih anketiranih ($n = 70$, 49,65 %), ki so označili odgovor, da medicinska sestra ne upošteva zasebnosti in varovanja osebnih podatkov, navaja občutke nelagodja, sramu, jeze in nemoči ter občutek, da vsi v čakalnici strmijo v njo, medtem ko se jih 27,66 % ($n = 39$) s tem ne obremenjuje oz. jih to ne moti. Na kontrolno vprašanje, ali medicinska sestra pred ginekološkim pregledom opazi njihovo zaskrbljenost v čakalnici in jih tudi o tem povpraša, jih 32,98 % ($n = 157$) odgovarja pritrdilno, 64,92 % ($n = 309$) pa jih to zanika. Glede nujenja podpore ter zmanjševanja nelagodja in strahu pred ginekološkim pregledom je 25,03 % ($n = 183$) anketirank izbralo odgovor »Medicinska sestra se odzove s poslušanjem mojega vprašanja ali mnenja in mi svetuje«, 17,92 % ($n = 131$) odgovor »Medicinska sestra si vzame čas in se mi posveti«, 13,68 % ($n = 100$) odgovor »Medicinska sestra ima smisel za humor, ki ga uporabi, da me sprosti« in 12,68 % ($n = 94$) odgovor »Medicinska sestra mi z neverbalno komunikacijo pomaga, da se počutim bolj sproščeno«. Med možnimi odgovori jih je 14,23 % ($n = 104$) izbralo odgovor, da s strani medicinske

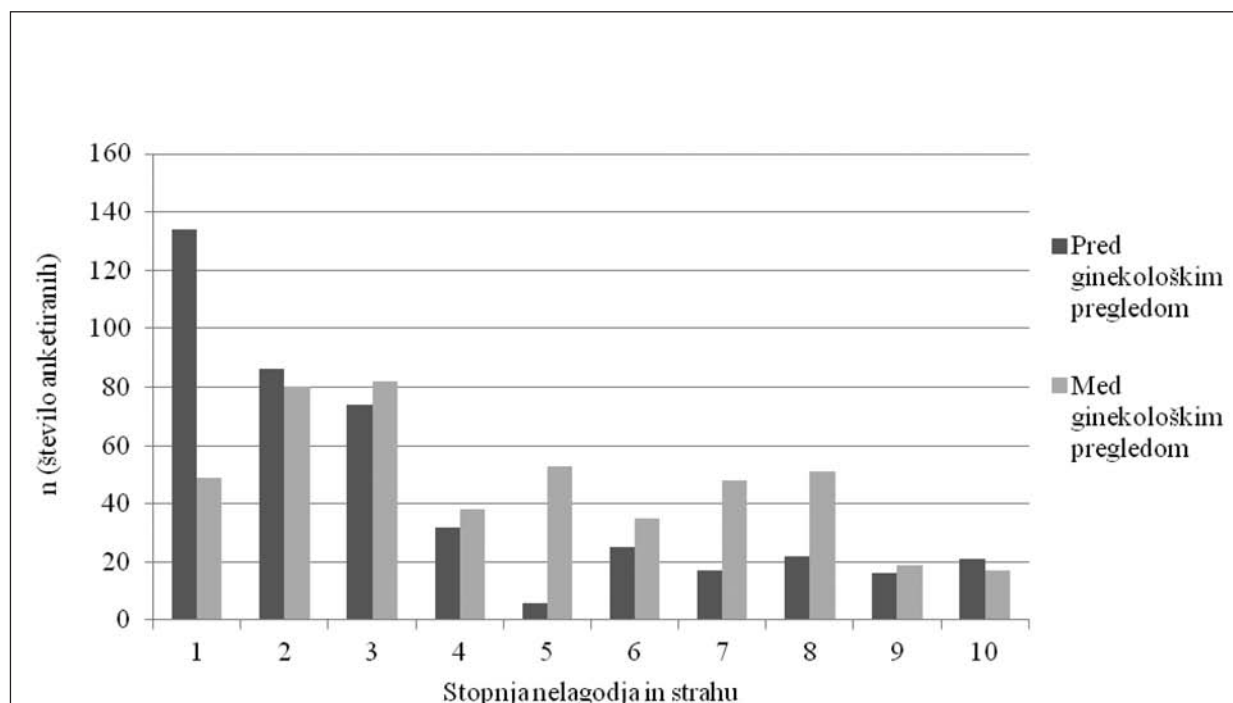
sestre ne dobijo nobene podpore oz. 13,95 % ($n = 102$), da je medicinska sestra v komunikaciji z njimi pasivna.

Slika 1 prikazuje stopnjo nelagodja in strahu pred in med ginekološkim pregledom, pri čemer 1 pomeni odsotnost nelagodja in strahu in 10 močno prisotnost nelagodja in strahu. Povprečna ocena stopnje nelagodja in strahu pred pregledom je bila $\bar{x} = 3,56$ ($s = 2,66$), med pregledom pa $\bar{x} = 4,59$ ($s = 2,609$).

Preverjanje hipotez

S Pearsonovim korelacijskim koeficientom smo preverjali statistično značilno razliko med starostjo in stopnjo nelagodja in strahu pred in med ginekološkim pregledom. Izkazalo se je, da starost ženske ni statistično pomembno povezana s stopnjo nelagodja in strahu pred pregledom ($r = -0,075$, $p = 0,106$) kot tudi ne s stopnjo nelagodja in strahu med pregledom ($r = -0,070$, $p = 0,132$).

S t -testom za neodvisne vzorce smo preverjali statistično značilno razliko med bivalnim okoljem ter stopnjo nelagodja in strahu pred in med ginekološkim pregledom. Izkazalo se je, da imajo anketiranke iz ruralnega okolja sicer višjo povprečno vrednost spremenljivke ($\bar{x} = 4,82$, $s = 2,76$), ki meri stopnjo nelagodja med pregledom, vendar razlika v primerjavi z anketirankami iz urbanega okolja ($\bar{x} = 4,48$, $s = 2,53$) ni statistično značilna ($t = -1,345$, $p = 0,179$). Statistično pomembna pa je razlika v stopnji nelagodja in strahu pred prihajajočim ginekološkim pregledom ($t = -2,436$, $p = 0,015$), in sicer anketiranke iz ruralnega okolja pred ginekološkim pregledom doživljajo višjo stopnjo nelagodja in strahu kot anketiranke iz urbanega okolja.



Slika 1: Primerjava stopnje nelagodja in strahu pred in med ginekološkim pregledom

Figure 1: Comparison of levels of discomfort and fear before and during gynecological examination

S Spearmanovim korelacijskim koeficientom smo preverjali statistično značilno razliko med doseženo stopnjo izobrazbe in stopnjo nelagodja in strahu pred in med ginekološkim pregledom. Izkazalo se je, da je stopnja nelagodja in strahu pred pregledom šibko, a statistično pomembno negativno povezana s stopnjo izobrazbe ($r_s = -0,153$, $p = 0,001$), kar pomeni, da anketiranke z višjo stopnjo izobrazbe doživljajo manj nelagodja in strahu pred ginekološkim pregledom kot anketiranke z nižjo stopnjo izobrazbe. Za stopnjo nelagodja in strahu med ginekološkim pregledom pa ni mogoče trditi, da je povezana s stopnjo izobrazbe ($r_s = -0,068$, $p = 0,144$). Prve hipoteze zato ne moremo v celoti potrditi, saj doživljanje ginekološkega pregleda s starostjo ženske ni povezano, z bivalnim okoljem in stopnjo izobrazbe pa je povezano le deloma.

V primeru testiranja druge hipoteze smo s t -testom za neodvisne vzorce ugotavljali, ali se stopnja nelagodja in strahu pred in med ginekološkim pregledom razlikujeta med anketirankami, ki so pritrdile, da medicinska sestra opazi njihovo nelagodje in strah ter se na to odzove, oziroma, ki so to zanikale. Tiste anketiranke, pri katerih je medicinska sestra opazila nelagodje in strah in se je na to odzvala ($n = 156$, 32,8 %), navajajo nižjo stopnjo nelagodja in strahu pred ($\bar{x} = 3,37$, $s = 2,58$) oz. med ginekološkim pregledom ($\bar{x} = 4,44$, $s = 2,68$) v primerjavi s tistimi, pri katerih ni bilo odziva s strani medicinske sestre. Slednje navajajo razmeroma večjo stopnjo nelagodja in strahu pred ($n = 309$, $\bar{x} = 3,61$, $s = 2,64$) in med ($n = 308$, $\bar{x} = 4,66$, $s = 2,55$) ginekološkim pregledom. Ob preverjanju statistično značilnih razlik se je izkazalo, da glede na navedeni odziv medicinske sestre s strani anketirank

razlike med skupinama testiranih spremenljivk niso statistično značilne niti pri stopnji nelagodja in strahu pred ginekološkim pregledom ($t = -0,931$, $p = 0,352$) niti pri stopnji nelagodja in strahu med ginekološkim pregledom ($t = -0,888$, $p = 0,375$). Tudi druge hipoteze tako ne moremo potrditi.

Diskusija

Rezultati raziskave kažejo, da bivalno okolje in stopnja dosežene izobrazbe vplivata na stopnjo nelagodja in strahu pred ginekološkim pregledom, medtem ko na doživljanje med ginekološkim pregledom nimata vpliva. Ženske iz ruralnega okolja pred samim ginekološkim pregledom doživljajo višjo stopnjo nelagodja in strahu kot tiste iz urbanega okolja. Ženske z višjo stopnjo izobrazbe občutijo manjšo stopnjo nelagodja in strahu pred ginekološkim pregledom v primerjavi z ženskami z nižjo stopnjo izobrazbe. V raziskavi se starost ženske ni ugotovila kot pomemben pokazatelj doživljanja ginekološkega pregleda.

Nasprotno Hilden in sodelavci (2003) ugotavljajo, da starost vpliva na stopnjo nelagodja med ginekološkim pregledom. Najvišjo zaznano stopnjo nelagodja so identificirali pri ženskah med 18. in 25. letom starosti. Fiddes in sodelavci (2003) v raziskavi, opravljeni na Škotskem, ugotavljajo, da ženske nad 25. letom in ženske, ki so že bile noseče, ginekološki pregled doživljajo mnogo bolj pozitivno kot mlajše ženske in ženske, ki še niso bile noseče. Podobno zaključujejo tudi Yanikkerem in sodelavci (2009), ko ugotavljajo, da ženske do 25. leta,

z dokončano osnovnošolsko izobrazbo, nezaposlene in z nižjimi dohodki med ginekološkim pregledom občutijo nelagodje in sram. Običajno si prav slednje največkrat želijo, da pregled opravi ženska, kar v raziskavi odkrivajo tudi Starešinič in Mihelič Zajec (2014).

Zdi se, da je spol izvajalca ginekološkega pregleda za ženske ključen predvsem z vidika empatije, medsebojnega odnosa oz. prepričanja, da ženske tovrstne probleme lažje zaupajo ženski. Rezultati pričujoče raziskave kažejo, da sta se iz tovrstnih razlogov dve tretjini anketirank odločili za ginekologinjo in tretjina za ginekologa. Poleg že omenjenih nekatere druge študije navajajo še religiozne in kulturne vzroke (Racz, et al., 2008; Yanikkerem, et al., 2009). Rizk in sodelavci (2005) v študiji, opravljeni v Združenih arabskih emiratih, ugotavljajo, da večina žensk izbere ginekologinjo zaradi občutka sramu, če jo pregleduje moški, in iz verskih razlogov. Yanikkerem in sodelavci (2009) še ugotavljajo, da obstaja velika verjetnost, da bodo ženske, ki se redno udeležujejo ginekoloških pregledov, raje izbrale ginekologa kot ginekologinjo.

Izbor izvajalca ginekološkega pregleda je vse prej kot zavestna odločitev ženske, ampak največkrat produkt popkulture. Kincheloe (2004) izpostavlja zlasti vpliv tiskanih medijev, ki so namenjeni ženski ciljni publiki. Avtor je skozi analizo izbranih bolj prodajanih revij v Združenih državah Amerike, med katerimi imajo nekatere tudi slovensko izdajo, potrdil spolno pristranskost do ginekologov in splošnih zdravnikov, ki jo skozi prispevke in oglaševanje, posredno ali neposredno sporočajo bralkam. Ti predsodki prevzemajo različne forme, tudi v obliki, ki promovira izbor ginekologinje oz. ženske izvajalke. Tovrstna dejanja imajo seveda širše družbene posledice, ki so predvsem povezane s procesom (de)profesionalizacije medicine ali pa tudi zdravstvene oz. babiške nege.

Na zmanjševanje nelagodja in strahu pred in med ginekološkim pregledom pomembno prispevata vedenje žensk, da bo poskrbljeno za njihovo zasebnost in varovanje osebnih podatkov, ter ustrezna podpora zdravstvenega osebja, ki se bo udeležila skozi komunikacijo. Rezultati kažejo, da v manjšem deležu, a vendar prevelikem z vidika tolerance, spoštovanje zasebnosti in varovanje osebnih podatkov ni v celoti upoštevano. Iz pisnih zgodb anketirank je razvidno, da je zasebnost pogosto kršena zaradi neustrezno opremljenih prostorov (npr.: »Iz slačilnice se sliši čisto vse o prejšnji pacientki in njenem zdravstvenem stanju, ker slačilnica meji na ambulantno. To se mi zdi najbolj pereč problem in potem je tudi meni malo čudno o sebi razlagati, ker vem, da me poslušajo osebe v slačilnici, s katerimi sem prej delila čakalnico.«) ali ravnanja zdravstvenega osebja (npr.: »Težava je v obravnavi – problem zasebnosti. Stvari moraš razlagati še pred kakšno drugo pacientko, sestra pa se prav nič ne sekira.«).

Varovanje zasebnosti in poklicna molčečnost sta ključna koncepta v odnosu med pacientom in medicinsko sestro (Tabak & Ozon, 2004). Marinič (2012, p. 240) razpravlja, da je okolje, kjer pacient ne more zaupati zdravstvenemu osebju, ker se boji, da bi bili njegovi

zdravstveni podatki zlorabljeni in da jih ne bi varovali kot skrivnost ali da bi jih drugi zdravstveni delavci izkoristili iz same radovednosti, za zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe slabo. V tem primeru medicinska sestra ne bo mogla pridobiti vseh pacientkinih podatkov o njenem zdravstvenem stanju in posledično ne bo mogla načrtovati kakovostne zdravstvene nege po meri pacientke. Spremembe praks se kažejo, poleg urejene infrastrukture, tudi na profesionalnem področju. V zdravstveni negi Tabak in Ozon (2004) izpostavljata zlasti aktivnosti na področjih izobraževanja medicinskih sester, menedžmenta zdravstvene nege in raziskovanja.

Glede na odgovore se medicinska sestra največkrat odzove na nelagodje in strah ženske s poslušanjem in svetovanjem, vendar so si bili vsebinski odgovori tistih anketirank, ki so jih podale, različni in predvsem očitno zaznamovani s predhodnimi izkušnjami. Informiranje in podajanje informacij v zvezi s potekom ginekološkega pregleda lahko bistveno prispevata k zmanjšanju nelagodja in strahu pred in med pregledom. Večina tistih, ki so zapisale svoja doživetja, iz strahu in nelagodja sprašuje po informacijah, ki jih v drugačnih okoliščinah morda ne bi. To lahko včasih sproži negativen odziv pri zdravstvenem osebju.

Številne študije dokazujejo, da je ginekološki pregled lahko pozitivna izkušnja, če je pacientka ustrezno informirana (Hilden, et al., 2003; Yanikkerem, et al., 2009). Komunikacija, bodisi verbalna ali neverbalna, je močno orodje. Toda Trojar in Ramšak Pajk (2013, p. 58) poudarjata, da dobra komunikacija s pacientko ni zgolj večše sporočanje informacij, ampak pomeni tudi občutljivo opazovanje pacientkinih neverbalnih sporočil, ki kažejo, kako je sporočilo sprejela, in odražajo njene potrebe. Pristop je individualen in v vsaki situaciji drugačen: ni namreč vseeno, ali dodatno strpno dopolnjuje povedano ali pa molče stoji ob pacientki, se je rahlo dotakne in ji pozorno prisluhne. Anketiranke v pisnih odgovorih izpostavljajo prav slednje, prezrto neverbalno (npr.: »Morda bi bil smiseln kontakt na bolj osebni ravni. Da te pogleda v oči vsakič, ko človek pride na pregled in potem malo šale in bi imele ženske manj težav.«) in verbalno komunikacijo pri zdravstvenem osebju (npr.: »Na zadnjem pregledu, kjer je bila ginekologinja, me ni poslušala. Uporabila je štiri spekulume. Trdila je, da vidi maternični vrat, pa ga nimam več (op. histerektomija).«).

Za zmanjševanje neugodja in strahu pred in med ginekološkim pregledom niso potrebni zahtevni in še zdaleč ne dragi ukrepi. Kljub temu pa bi veljalo razmisliti tudi o drugih ukrepih, kot so ustrezno opremljeni prostori, ustrezno ogreti vaginalni spekulumi (Hilden, et al., 2003) ali celo raba lubrikanta pri vstavitvi vaginalnega spekulumu, ki se je v randomizirani klinični študiji izkazala kot pomemben element zmanjševanja bolečine med ginekološkim pregledom (Hill & Lamvu, 2012). Ameriško zdravniško združenje (angl. *American College of Physicians*) (Qaseem, et al., 2014) je v tem pogledu poskušalo narediti korak dlje, ki pa stroko prej deli kot

združuje. V objavljenih smernicah in priporočilih o izvajanju (enkratletne) notranje ginekološke preiskave (tudi bimanualne in rektalne preiskave; PAP-brisi ni vključen), med asimptomatičnimi in nenosečimi odraslimi ženskami odsvetujejo njeno rutinsko izvajanje. Na podlagi trenutnih dokazov zaključujejo, da rutinsko (enkratletno) izvajanje notranje ginekološke preiskave ženske izpostavlja nepotrebnim zapletom (Qaseem, et al., 2014), s čimer pa se ne strinjajo ameriški ginekologi in porodničarji, ki pravijo, da bodo daljši intervali med pregledi imeli negativne posledice za pacientke in zdravniško prakso (Henderson, et al., 2014). (V pojasnilo: Ameriško združenje ginekologov in porodničarjev (Committee on Gynecologic Practice, 2012) priporoča enkratletni ginekološki pregled, ki vključuje pregled s spekulum in bimanualno preiskavo pri vseh ženskah, starejših od 21 let.)

Nelagodje in strah pred ginekološkim pregledom sta lahko pogosto tudi vzrok za odpoved ali odlašanje obiska v ginekološki ambulant. Zaradi številnih že omenjenih vzrokov lahko tovrstna dejanja resno ogrozijo zdravje ali življenje ženske, saj se lahko na ta način izogne npr. presejanju za odkrivanje raka materničnega vratu. Ivanuš in Primic Žakelj (2014) ugotavljata, da so neodzivnice organiziranih populacijskih presejalnih programov za raka materničnega vratu bolj ogrožene kot redne udeleženke presejalnih pregledov. V svetu zato iščejo načine, kako neodzivnice pritegniti k sodelovanju. Ena izmed takšnih obetavnih metod je tudi presejanje s testom HPV (Humani Papiloma Virus) doma, pri katerem ženska po pošti prejme tester za samoodvzem vaginalnega vzorca in ga tudi po pošti vrne v laboratorij. Šele v primeru okužbe z enim izmed onkogenih HPV je ženska povabljen na ginekološki pregled. Na ta način bi ženskam, ki se morda zaradi strahu pred ginekološkim pregledom izognejo presejanju, ponudili drugačno možnost odziva na presejalne programe.

Opravljen raziskava ponuja vpogled v zakulisje doživljajskega sveta žensk ob ginekološkem pregledu in kaže potrebe po izboljšanju nekaterih organizacijskih procesov, postopkov in krepitevi profesionalne vloge medicinske sestre. Potrebe po dodatnem raziskovanju so, zlasti zaradi neraziskanosti tega področja, nujne. Ob tem se tudi zaradi njegove specifičnosti kot izredno primerna kaže kombinacija različnih raziskovalnih metod. Z vidika proučevanja povezanosti demografskih spremenljivk in doživljanja ginekološkega pregleda bi bilo potrebno vključiti dodatne spremenljivke, poleg dodatnih demografskih spremenljivk tudi tiste, povezane s socialno-ekonomskim statusom ter značilnostmi ginekološke anamneze.

Omejitve raziskave

V raziskavi je bil uporabljen nenaključni, priložnostni vzorec, kar z metodološkega vidika predstavlja omejitev v posploševanju predstavljenih rezultatov. Z rabo priložnostnega vzorca so možne številne, manjše ali večje omejitve v reprezentativnosti vzorca (Burns & Grove,

2009). Priložnostni vzorec in način anketiranja sta bila prvenstveno izbrana zaradi narave preučevane tematike, ali kot pravita Burns in Grove (2009), pri nekaterih tipih pacientov s specifično tematiko je težko drugače proučevati problem, saj se z njihove strani pogosto pojavi odklonilni odnos. Tudi zaradi te predpostavke niso bili postavljeni izključitveni kriteriji vzorčenja. Čeprav je večina anketiranih imela ginekološki pregled v zadnjih šestih mesecih, Hilden in sodelavci (2003) navajajo, da lahko skozi daljše časovno obdobje ženske težje priključijo v spomin občutke in stopnjo nelagodja, povezano z ginekološkim pregledom.

Zaključek

Ginekološki pregled je za ženske nekaj, kar jih spremlja skoraj celo življenje in jim, kot kaže raziskava, vsaj na neki stopnji povzroča občutke strahu, sramu in nelagodja. Ginekološkega pregleda ne moremo enačiti s čisto vsakim pregledom v zdravstveni instituciji. Čeprav ima vsak pregled svoje specifične, ginekološki pregled predstavlja vstop v intimno ženske. Za nekatere pa tudi vstop v druge sfere zasebnega ali družbenega življenja, saj se na ta način lahko razkrijejo spolne prakse ali zlorabe. Pri preprečevanju teh neprijetnih občutkov in strahov je profesionalna vloga medicinske sestre, ki se osredinja v komunikacijo in podporo, nenadomestljiva. Slednje je še prav posebej pomembno ob prvem ginekološkem pregledu, saj prva izkušnja zaznamuje doživetje in vpliva na doživljanje bodočih ginekoloških pregledov.

Literatura

- Burns, N. & Grove, S.K., 2009. *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*. 6th ed. St. Louis: Saunders Elsevier, pp. 355–356.
- Committee on Gynecologic Practice, 2012. Practice bulletin no. 534: well-woman visit. *Obstetrics & Gynecology*, 120(2), pp. 421–424. PMID: 22825111
- Drife, J. & Magowan, B.A., 2004. *Clinical obstetrics and gynaecology: history and examination*. London: Saunders, pp. 87–96.
- Fiddes, P., Scott, A., Fletcher, J. & Glasier, A., 2003. Attitudes towards pelvic examination and chaperones: a questionnaire survey of patients and providers. *Contraception*, 67(4), pp. 313–317. [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-7824\(02\)00540-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-7824(02)00540-1) PMID: 2684154
- Foucault, M., 2009. *Rojstvo klinike*. Ljubljana: Študentska založba, pp. 162–184.
- Grundström, H., Wallin, K. & Berterö, C., 2011. »You expose yourself in so many ways«: young women's experiences of pelvic examination. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(2), pp. 59–64. <http://dx.doi.org/10.3109/0167482X.2011.560692> PMID: 21381979

- Henderson, T.J., Yu, M.J., Harper, C.C. & Sawaya, F.G., 2014. U.S. clinicians' perspectives on less frequent routine gynecologic examinations. *Preventive Medicine*, 62, pp. 49–53.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.02.004>
PMid: 24518004
- Hilden, M., Sidenius, K., Langhoff-Roos, J., Wijma, B. & Schei, B., 2003. Women's experiences of the gynecologic examination: factors associated with discomfort. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(11), pp. 1030–1036.
<http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00253.x>
PMid:14616277
- Hill, D.A. & Lamvu, G., 2012. Effect of lubricating gel on patient comfort during vaginal speculum examination: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 119(2 Pt 1), pp. 227–231.
<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182426275>
PMid:22270273
- Ivanuš, U. & Primic Žakelj, M., 2014. Presejanje za raka materničnega vratu doma pri neodživnicah programa ZORA. In: Štemberger Kolnik, T., et al. eds. *Zdravstvena nega v javnem zdravstvu: zbornik prispevkov z recenzijo. Druga znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo, Izola, 31. januar 2014*. Koper: Založba Univerze na Primorskem, pp. 115–125.
- Kincheloe, L.R., 2004. Gender bias against male obstetrician–gynecologists in women's magazines. *Obstetrics & Gynecology*, 104(5 Pt 1), pp. 1089–1093.
<http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000142715.30202.6e>
PMid:15516406
- Lewin, D., Fearon, B., Hemmings, V. & Johnson, G., 2005. Informing women during vaginal examinations. *British Journal of Midwifery*, 13(1), pp. 26–29.
<http://dx.doi.org/10.12968/bjom.2005.13.1.17318>
- Marinič, M., 2012. Zasebnost in dostojanstvo pacienta. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(3), pp. 237–243.
- Oscarsson, M.G., Benzein, E.G. & Wijma, B.E., 2007. The first pelvic examination. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(1), pp. 7–12.
<http://dx.doi.org/10.1080/01674820601035136>
PMid:17454509
- Prosen, M. & Tavčar Krajnc, M., 2013. Sociological conceptualization of the medicalization of pregnancy and childbirth: the implications in Slovenia. *Revija za sociologiju*, 43(3), pp. 251–272.
<http://dx.doi.org/10.5613/rzs.43.3.3>
- Qaseem, A., Humphrey, L.L., Harris, R., Starkey, M. & Denberg, T.D., 2014. Screening pelvic examination in adult women: a clinical practice guideline from the American college of physicians. *Annals of Internal Medicine*, 161(1), pp. 67–72.
<http://dx.doi.org/10.7326/M14-0701>
PMid:24979451
- Racz, J.M., Srikanthan, A., Philip M.H. & Reid, R.L., 2008. Gender preference for a female physician diminishes as women have increased experience with intimate examinations. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 30(10), pp. 910–917.
PMid:19038076
- Ricciardi, R., 2008. The first pelvic examination in the adolescent: an update. *The Journal for Nurse Practitioners*, 4(5), pp. 377–383.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2008.02.019>
- Rizk, E.E.D., El-Zubeir, M.A., Al-Dhaheri, A.M., Al-Mansouri, F.R. & Al-Jenaibi, H.S., 2005. Determinants of women's choice of their obstetrician and gynecologist provider in the UAE. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84(1), pp. 48–53.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.0001-6349.2005.00705.x>
PMid:15603567
- Sandelowski, M., 2000. This most dangerous instrument: propriety, power, and the vaginal speculum. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 29(1), pp. 73–82.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2000.tb02759.x>
PMid:10660279
- Starešinič, A., & Mihelič Zajec, A., 2014. Odnos deklet do prvega ginekološkega pregleda in vloga medicinske sestre pri oblikovanju tega odnosa. In: Filej, B. ed. *Študenti zdravstvenih ved prispevajo k zdravju družbe: zbornik prispevkov z recenzijo. 6. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved, Murska Sobota, 30. maj 2014*. Maribor: Alma Mater Europaea, Evropski center, pp. 333–341.
- Stewart, M., 2005. "I'm just going to wash you down": sanitizing the vaginal examination. *Journal of Advanced Nursing*, 51(6), pp. 587–594.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03543.x>
PMid: 16129009
- Sudduth, A. & Linton, D., 2011. Gynecologic care of women with disabilities: implications for nurses. *Nursing for Women's Health*, 15(2), pp. 138–147.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-486X.2011.01622.x>
PMid: 21504548
- Swahnberg, K., Wijma, B. & Siwe, K., 2011. Strong discomfort during vaginal examination: why consider a history of abuse? *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 157(2), pp. 200–205.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.02.025>
PMid:21470763
- Tabak, N. & Ozon, M., 2004. The influence of nurses' attitudes, subjective norms and perceived behavioral control on maintaining patients' privacy in a hospital setting. *Nursing Ethics*, 11(4), pp. 366–377.
PMid:15253572

Trojar, Š. & Ramšak Pajk, J., 2013. Nekateri vidiki doživljanja žensk ob operativnem posegu na rodilih: študija primera. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp. 56–61.

Wendt, E., Fridlund, B. & Lidell, E., 2004. Trust and confirmation in a gynecologic examination situation: a critical incident technique analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83(12), pp. 1208–1215.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.0001-6349.2004.00597.x>
PMid: 15548158

Yanikkerem, E., Özdemir, M., Bingol, H., Tatar, A. & Karadeniz, G., 2009. Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination. *Midwifery*, 25(5), pp. 500–508.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2007.08.006>
PMid: 18086509; PMCID:PMC2801597

Cite as/Citirajte kot:

Zaić, D. & Prosen, M., 2015. Importance of demographic characteristics and nurses' role in women's perceptions and experiences of gynaecological examination. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(2), pp. 90–105. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2015.49.2.44>

Original scientific article/Izvirni znanstveni članek

Nurses' perceptions and attitudes towards documentation in nursing Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi

Romana Petkovšek-Gregorin, Brigita Skela-Savič

Key words: nursing documentation; nursing professionals; time for documentation

Ključne besede: dokumentiranje; zaposleni v zdravstveni negi; čas za dokumentiranje

Romana Petkovšek-Gregorin, MSc, RN; University Rehabilitation Institute Republic of Slovenia – URI Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana

Correspondence e-mail/
Kontaktiraj e-naslov:
romana.petkovsek@ir-rs.si

Associate Professor Brigita Skela-Savič, PhD, MSc, BSc, RN; Faculty of Health Care Jesenice, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice

The article includes part of the research work based on the master thesis of Romana Petkovšek-Gregorin: *Nurses' perceptions of and attitudes towards documentation in nursing* (2014).

Članek prikazuje del raziskave, ki je nastala na osnovi magistrskega dela Romane Petkovšek-Gregorin: *Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi* (2014).

Received/Prejeto: 5. 10. 2014
Accepted/Sprejeto: 21. 4. 2015

ABSTRACT

Introduction: Nursing documentation is essential for ensuring a safe, high-quality and continuous nursing care and research work. By means of documentation nurses communicate with each other, other members of the healthcare team and other care providers. The aim of the present research was to investigate nurses' opinions about the importance of nursing documentation.

Methods: For the purposes of the study, a quantitative non-experimental research design was employed. A quota sampling included the nursing employees in ten Slovenian hospitals. The survey was composed of closed-ended questions. The data were collected from June 1, 2012 to March 31, 2013. The response rate was 44.95 %. A total of 592 respondents participated in the research, 47.3 % with secondary education and 52.7 % with completed undergraduate study programme. Chronbach's coefficient alpha was 0.898. Descriptive statistics, Kolmogorov-Smirnov test, Spearman's correlation coefficient, and Mann-Whitney U test were used.

Results: Nurses with at least college degree attributed more importance to documentation compared to those with secondary education ($p = 0.001$). Statistically significant correlation was not established ($p = 0.98$). However, a negative correlation was identified between the time used for documentation and positive attitude towards documentation ($p = 0.04$).

Discussion and conclusion: Nurses perceive documentation as an important part of their work. They believe that documentation enhances transparency, quality and continuity of care, and patient safety. It would be necessary to identify the differences in practices and perceptions of handovers between nurses and other healthcare providers.

IZVLEČEK

Uvod: Dokumentiranje zdravstvene nege je pomembno za zagotavljanje varne, kakovostne, kontinuirane zdravstvene nege. Z njegovo pomočjo medicinske sestre komunicirajo med seboj, med člani zdravstvenega tima in s pacientovimi oskrbovalci doma. Namen raziskave je ugotoviti stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi.

Metode: Izvedena je bila kvantitativna neeksperimentalna raziskava. Izpeljana je bila tehnika anketiranja z vprašalnikom zaprtega tipa. Kvotni vzorec je zajel zaposlene v zdravstveni negi v desetih slovenskih bolnišnicah. Zbiranje anket je potekalo od junija 2012 do marca 2013. V raziskavo je bilo vključenih 592 anketirancev, od tega 47,3 % s srednješolsko izobrazbo in 52,7 % z najmanj višješolsko izobrazbo. Cronbachov koeficient alfa je bil 0,898. Izvedena je bila opisna statistika, test Kolmogorov-Smirnova, Spearmanov korelacijski koeficient, Mann-Whitneyev U-test.

Rezultati: Medicinske sestre z najmanj višješolsko izobrazbo dokumentiranju pripisujejo večji pomen kot medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo ($p = 0,001$). Med stališči do dokumentiranja in dolžino delovne dobe ni statistično značilne korelacije ($p = 0,98$). Obstaja negativna povezava med časom, potrebnim za dokumentiranje, in pozitivnim stališčem medicinskih sester do dokumentiranja ($p = 0,04$).

Diskusija in zaključek: Medicinske sestre dokumentiranje dojemajo kot pomemben del delovnih nalog, saj omogoča kontinuiteto zdravstvene nege kar vodi v večjo kakovost dela ter varnost pacientov. Raziskavo bi bilo potrebno razširiti tudi na druge profile v zdravstvu in mnenja primerjati med seboj.

Introduction

Documentation is any written or electronically generated information about a client that describes client status, or the care or services provided to that client (Potter, et al., 2006). Good communication is essential to performing systematic, professional and quality work, including nursing practice. It ensures continuity of care, reflects and increases professionalism, and provides grounds for assessment of nursing practice (Rajkovič, 2010).

Facilitating and inhibiting factors in relation to nursing documentation

The information in nursing documentation should include a complete account of the client's needs, including identified issues and concerns, assessment findings, intervention(s) provided and the evaluation of the client care outcomes in order to provide quality and continuity of nursing care as well as to measure the degree to which goals have been achieved (Sexton, et al. 2004; Cooper & Buist, 2008). Kerr (2002) states that shift handover plays a pivotal role in the continuity of patient care in 24-hour nursing contexts, especially in the critical care setting.

Nurses should document relevant objective information related to client care, that what a nurse sees, hears, feels and smells and should avoid documenting opinions or presumptions, generalizations or biases (College and Association of Registered Nurses of Alberta, 2013). Austin (2011) advises that the best way to describe the patient behaviour is to use citations. Potter and Perry (2010) additionally accentuate that nursing activities should reflect professional accountability which is confirmed by the provider's signature. Regardless of different formats proposed by various authors, nursing documentation should include information to identify the patient/consumer, the healthcare provider, the clinical reasoning for the choice of care, the client's response and/or outcome of the interventions, and future plans (Kohek & Vogrinčič, 2004; Ramšak Pajk & Šušteršič, 2005; College and Association of Registered Nurses of Alberta, 2013). It is advised that nurses document legibly, using clear and established terminology and that documentation is properly structured (Björvell, et al., 2003; Ramšak Pajk, 2006; McGeehan, 2007), which ensures quality treatment and continuity of care. If a task performed by nurses is not entered into the nursing documentation, it may be assumed in a legal context that this task has not been performed (Ramšak Pajk, 2006; Kulhanek, 2010; College & Association of Registered Nurses of Alberta, 2013).

Cheevakasemsook and colleagues (2006) established that complexities in nursing documentation include three aspects: disruption, incompleteness and inappropriate charting, therefore the client-care record notes should be completed at the time of the event or as close to it

as prudently possible. Contemporaneousness enables the exact reflection of the events (Griffith, 2004; Vee & Hestetun, 2009; Jefferies, et. al., 2010). According to Törnvall and Wilhelmsson (2008), nursing documentation has been found to be inadequate to assure delivery of good and safe care. Nursing records need more clarity and need to be more prominent regarding specific nursing information. There are weaknesses and shortcomings in the nursing records, such as difficulties in finding important information because of a huge amount of routine notes to fulfil their purpose of transferring information and to constitute a base for quality development of care. In their literature review on currently used methods of nursing documentation, Blair and Smith (2012) noted that nurses still experience barriers to maintaining accurate and legally prudent documentation due to lack of available time, workload, attitudes towards nursing documentation and institutional policies.

Björvell and colleagues (2003) established that the lack of knowledge, poorly structured and incomprehensive documentation, reluctance to introduce changes, insufficient cooperation between care team members and services have a negative impact on nursing documentation. Results of the relevant studies (Rajkovič, 2010) showed that 54.2 % of nurses with secondary education do not perceive documentation as a nursing supportive tool. It was also established that 60.6 % of the respondents from the primary level of health care, 30.3 % from secondary level and 9.1 % from tertiary level do not use nursing documentation in their provision of care.

The study conducted by Gugerty and colleagues (2007) revealed that a significant concern of the study sample of nurses (81 %) was the unnecessary or redundant documentation and the excessive time spent documenting, which takes the nurse away from direct patient care.

Documentation as a means of communication

Nurses need to establish communication with other nurses, healthcare professionals and health providers to augment patient safety (Fasoli & Haddock, 2010; College of Registered Nurses of British Columbia, 2012). Effective communication through nursing documentation is important for effective collaboration of nurses and doctors which positively influences the patient outcomes (Casanova, et al., 2007). Clear and effective communication, showing the rational and critical thinking behind clinical decisions and interventions, decreases the risk of misunderstanding and compromised quality of care (Blair & Smith, 2012).

Several domestic and foreign studies (Lee & Chang, 2004; Naka, 2006; Ramšak Pajk, 2006; Vee & Hestetun, 2009; Paans, et al., 2010) confirm that nursing documentation is important for communication among nurses.

Nursing documentation time

The total percentage of nursing time usually spent on documentation is between 15 -25 % in a work shift, in some cases this percentage is considerably higher (Korst, et al., 2003). In acute care wards, the nurses spent 25-50 % of their shift documenting the patients' progress (Gugerty, et al., 2007). The percentage of time spent on documentation is independently associated with day versus night shifts (19.17 % vs 12.41 %, respectively) (Korst, et al., 2003). Rajkovič (2010) noted that the time spent on documentation differs among the respondents working in the primary (0-60 minutes), secondary (1-60 minutes) and tertiary level of health care (31-120 minutes).

Lee and Chang (2004) claim that the amount of time spent on documenting within a workday is too large, and that documenting is not patient-centered. Nurses often perceive that much of this documentation is unnecessary or redundant, and most of all that it takes nurses away from their ability to administer direct patient care (Gugerty, 2006; Gugerty, et al., 2007).

Education in the field of documentation

Ever since the time patient records everywhere were exclusively on paper, nursing documentation has been a highly interesting topic for researchers (Griffith, 2004; Naka, 2006; Daskein, et al., 2009; Laitinen, et al., 2010). High quality nursing documentation requires that nurses have extensive knowledge on documentation process (Lee, 2005) which can be acquired only through continuous education in this field (Ehrenberg & Ehnfors, 2001).

Darmer and colleagues (2004) compared nurses' self-evaluated attitudes towards documentation and to assessed nurses' knowledge of the documentation system. It was established that the nurses who participated in a special implementation programme were significantly stronger in their conviction that they had the knowledge to make care plans and that they routinely made them in comparison to nurses who attended only the regular 3-day documentation course at the hospital. The research conducted among nursing students of the University of Ljubljana, College of Health Studies (now Faculty of Health Science), Slovenia, show that the students participating in the study had a positive attitude towards documentation and that they were aware of its importance (Ramšak Pajk & Šušteršič, 2005).

Purpose and objectives

Nurses are often confronted with complex documentation which is an integral part of every hospitalised patient care. The present study explores the nurses' attitudes towards documentation and addresses the following research questions: (a) what are the nurses' attitudes towards documentation of nursing care? and (b) do nurses perceive nursing documentation as additional

burden which limits their direct provision of patient care?

Hypotheses

On the basis of theoretical background, the following hypotheses were put forward to explore the Slovenian nurses' attitudes towards nursing documentation:

H1: Nurses' perception of documentation of care is related to their level of educational attainment.

H2: Nurses' perception of documentation of care is related to their work experience.

H3: Nurses' perception of documentation of care is related to the time spent on documentation within one shift.

Methods

For the purposes of the study, a non-experimental quantitative descriptive research methodology was employed. The data were gathered through a survey with non-random quota sampling. A review of the foreign literature was conducted by using the key search term 'nursing documentation' in the data base of Cumulative Index and Allied Health – CINAHL, Springer link, Medline and Google web. The literature search was limited to the period between January 2004 and December 2013. The domestic literature was searched by using online bibliographic/catalogue database of the Virtual Library of Slovenia (COBIB.SI), internet access to the articles published in the Slovenian Nursing Review and the digital library of University of Maribor. The key search terms were 'dokumentiranje v zdravstveni negi'.

Research instrument

A structured measurement instrument was developed for nurses employed in Slovenian hospitals. It was based on the review of the relevant foreign and domestic literature and on the aforementioned hypotheses (Darmer, et al., 2004; Törnvall, et al., 2004; Sheung Cheng & Yuk Lai, 2010; Lorber, 2010).

The first group of questions inquired about the respondents' demographic data. The second section of the survey consisted of 41 statements. The respondents were required to respond to this series of statements about the topic in terms of the extent to which they agreed with them. Their agreement was measured on a 5-point Likert scale, point one indicating strong disagreement, point two disagreement, point three partial agreement, point four agreement and point five strong agreement. The third group of questions was related to the type of documentation the respondents use, the activities most commonly omitted in the provision of care when facing staff shortage in the ward, and the time spent on documentation in a work shift.

The measurement properties of the research instrument were evaluated in different stages of the research. First,

the content validity was tested, which dictated several improvements in the statement section until it was suitable for research. The reliability of the questionnaire was evaluated by the analysis of internal consistency. Cronbach's Alpha coefficient equalled 0.898, which indicated high reliability of the instrument (Cencič, 2009).

Prior to factor analysis, the Kaiser-Meyer-Olkin coefficient was measured ($KMO = 0.89$) and the Barlett's test was performed ($p < 0.001$), which confirmed the correlation between the variables. The factor analysis was performed with the method of varimax rotation and main axis. On the grounds of screeplot, six factors were identified, namely, documentation, management, classification, competence, workload, and attitude toward work.

Research sample

In the Republic of Slovenia, there are fifteen general hospitals, two university clinical centres and one university rehabilitation institute, employing approximately 6000 nursing employees.

These were the targeted population of the research. Ten out of eighteen invited institutions participated in the study. A non-random quota sampling included 40 % of nursing employees of each participating institution, totalling 1317 nurses. The nursing personnel of the participating institutions represents 54.26 % of the total number of employees (3226 nurses). The sample included nursing technicians and nurses with at least college degree programme education. The survey received 44.95 % response rate. Out of 1317 distributed questionnaires, 592 were completed and returned. This percentage represents 9.96 % of the total number of nurses (5945) employed in eighteen Slovenian hospitals. In order to secure perfect anonymity of the respondents, the variable of their gender was not included. The average age of respondents was 37.69 years and the average length of their work experience was 14.73 years. Nearly half of the respondents (47.3 %) completed secondary education and further 52.7 % of the respondents have completed at least the first level undergraduate studies.

Research process and data analysis

The research protocol was submitted for consideration and approval to research ethics committees and to professional nursing practice committees of eighteen healthcare institutions before the beginning of the study. Ethical approval was obtained from ten institutions. In order to ensure the respondents' privacy, the data were collected by postal questionnaires. The respondents were asked to return the completed questionnaires in an enclosed stamped envelope to the given address of the first author. The data were collected from July 1, 2012 till March 31, 2013.

Statistical analysis of the data was performed with computer programme SPSS, version 17 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). The first step included the descriptive statistics to determine the average values (arithmetic mean, median), data distribution (standard deviation, maximal and minimal values) and the normal distribution of data (Kolmogorov-Smirnov test). Statistical data analysis was performed along with bivariate statistical data analysis. In the second stage of the research, the factor analysis was performed to establish the structure of the research units. Spearman's rank correlation coefficient was used to determine statistically significant correlations. The linear regression of Mann-Whitney U test was also employed. All the hypotheses were tested at the significance level $p < 0.05$.

Results

The majority of the respondents (29.39 %, $n = 174$) report that the time spent on completing patient nursing and other documentation is one hour per shift (29.39 %, $n = 174$), regardless of their educational level. Further 25.17 % ($n = 149$) spend 1–1.5 hours on nursing documentation per shift. One hour spent on documentation presents 12.5 % of working time in an 8-hour shift and 14.3 % of working time in a 7-hour shift.

The respondents were asked to evaluate forty-one Likert items on a five-point scale. The item "Accuracy of the interventions" revealed the highest agreement scores ($\bar{x} = 4.56$, $s = 0.64$), and the item "Quiet environment is

Table 1: *The results of factor analysis with varimax rotation and main axis*

Tabela 1: *Rezultat faktorske analize po metodi glavnih osi s pravokotno rotacijo*

	Factors/ Faktorji					
	Documentation	Management	Classification	Competence	Workload	Attitude toward work
Proportion of variance explained: 49.6 %	20.7 %	7.2 %	6.5 %	5.5 %	5.3 %	4.4 %
Measurement reliability: Cronbach's alpha	0.91	0.74	0.78	0.71	0.6	0.67

Table 2: *Descriptive statistics for individual statement*Tabela 2: *Opisna statistika za posamezno trditev*

<i>Statements</i>	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>s</i>
I feel responsible for the results of my work.	589	4.56	0.64
Healthcare providers should commit to continuing professional development.	592	4.53	0.63
Nurses wish to spend more time to provide direct patient care.	587	4.42	0.74
My work is useful and important.	589	4.41	0.72
Nurses' workload is too heavy.	586	4.40	0.76
Written nursing handover is important.	583	4.29	0.74
Documentation of nursing activities and interventions is an indispensable component of my everyday work.	581	4.29	0.78
Documentation keeps nurses away from providing direct patient care.	585	4.24	0.88
Documentation formats are too extensive.	586	4.15	0.83
Nursing shortage negatively impacts the quality of care.	586	4.12	0.98
Management bodies bear the responsibility for and have the power to introduce changes.	589	4.12	0.83
Management supports and promotes the introduction of nursing documentation.	589	4.01	0.88
I exercise my profession autonomously and independently.	582	3.99	0.90
Nursing documentation of patient care is equally important as any other patient documentation.	588	3.93	0.97
By entering nursing activities into patient documentation, nurses' work is presented, it becomes visible and important.	585	3.91	0.93
Nurse leader believes that new documentation techniques are necessary to improve the quality of nursing care.	583	3.89	0.85
Documenting the perceived changes in the patient's condition may be of importance to other health providers.	587	3.85	0.90
Classification of patients into categories demonstrates the nurses' workload.	584	3.76	1.10
Forwarding information about the nursing care helps other health care professionals to timely and better awareness of patients' needs and treatment.	588	3.72	1.03
Nurse leader offers the necessary help and support when changes are being introduced.	585	3.69	0.93
Documentation of nursing activities ensures the continuity of care.	585	3.65	0.93
The employees are always reluctant to accept changes in the work process.	587	3.61	0.93
Classification of patients into categories enables an overview of the types of patients on the ward.	581	3.59	0.95
Nursing documentation improves the quality of patient information transfer.	586	3.57	1.00
Documentation serves to show my workload and tasks performed.	580	3.55	1.01
Nursing documentation has a positive impact on patient safety.	585	3.52	1.02
Documentation makes nurses' work visible.	580	3.44	1.06
Nurses possess sufficient knowledge on documentation procedures.	586	3.43	0.85
Many benefits can be derived from the use of nursing documentation in the everyday work of nurses.	589	3.42	1.01
Classification of patients into categories enables better nursing staff distribution.	585	3.42	1.21
Documentation of nursing diagnosis is an integral part of the nurses' working routine.	585	3.41	1.16
Nurse leader includes us in the discussions about the changes planned.	590	3.37	1.08
Nurses have sufficient knowledge to plan the nursing care.	586	3.35	0.99
Percentage of shift spent in completing patient documentation is part of the overall patient nursing care.	581	3.30	1.15
The adopted classification of patients into categories is satisfactory.	582	3.23	0.99

Continues/Se nadaljuje

Statements	n	$\bar{X}$	s
Nursing documentation provides evidence that at a patient's discharge nursing goals have been accomplished.	584	3.22	0.90
Nursing documentation is completed routinely.	585	3.19	0.96
Nursing diagnoses/problems are well formulated and organised.	585	3.13	0.91
Well-written nursing shift handover can replace oral shift report.	585	3.11	1.27
I have enough time to complete nursing documentation.	587	2.32	0.96
Quiet environment is ensured to complete the nursing documentation.	586	2.25	1.04

Legend/Legenda: n – number/število; $\bar{X}$ – average/povprečje; s – standard deviation/standardni odklon

Table 3: Descriptive statistics of the total variable 'documentation' and the result of the Mann-Whitney U test and the relationship between the attitude to the documentation and time spent for the documentation within one shift
Tabela 3: Opisna statistika skupne spremenljivke »dokumentiranje« in rezultat Mann-Whitneyevega U testa ter povezanost med stališči do dokumentiranja in časom porabljenim zanj v okviru ene izmene

Factor of documentation	Ed	Me	n	U	p	Z	d		Time
Total variable - documentation	SE	3.6	279	34642.5	0.001	-3.46	-0.14	r_s	-0.09
	CE	3.8	298					p	0.04
Statements									
Nursing documentation of patient care is equally important as any other patient documentation.	SE	4.0	279	38538.0	0.309	-3.23	-0.13	r_s	0.03
	CE	4.0	297					p	0.44
By entering nursing activities into patient documentation, nurses' work is presented, it becomes visible and important.	SE	4.0	276	37944.0	0.068	-4.25	-0.18	r_s	-0.01
	CE	4.0	297					p	0.73
Documenting the perceived changes in the patient's condition may be of importance to other health providers.	SE	4.0	278	36107.5	0.006	-2.42	-0.10	r_s	-0.10
	CE	4.0	297					p	0.02
Forwarding information about the nursing care helps other health care professionals to timely and better awareness of patients' needs and treatment.	SE	4.0	278	33049.0	<0.001	-1.82	-0.08	r_s	-0.03
	CE	4.0	298					p	0.50
Documentation of nursing activities ensures the continuity of care.	SE	4.0	276	32725.5	<0.001	-3.90	-0.16	r_s	-0.10
	CE	4.0	297					p	0.02
Nursing documentation improves the quality of patient information transfer.	SE	4.0	278	36311.5	0.034	-2.73	-0.11	r_s	-0.10
	CE	4.0	297					p	0.03
Documentation serves to show my workload and tasks performed.	SE	4.0	277	32648.0	<0.001	-1.01	-0.04	r_s	-0.13
	CE	4.0	292					p	0.002
Nursing documentation has a positive impact on patient safety.	SE	3.0	277	35301.0	0.001	-4.41	-0.18	r_s	-0.07
	CE	4.0	296					p	0.12
Documentation makes nurses' work visible.	SE	3.0	273	36764.0	0.015	-2.11	-0.09	r_s	-0.12
	CE	4.0	295					p	0.01
Many benefits can be derived from the use of nursing documentation in the everyday work of nurses.	SE	3.0	279	39811.0	0.355	-0.92	-0.04	r_s	-0.05
	CE	4.0	298					p	0.20

Legend/Legenda: Ed – level of education/nivo izobrazbe; SE – secondary education/srednješolska izobrazba; CE – at least college degree/vsaj višješolska izobrazba; $\bar{X}$ – average/povprečje; s – standard deviation/standardni odklon; n – number/število; Z – standardized value/standardizirana vrednost; d – effect size/velikost učinka; r_s – Spearman's correlation coefficient/Spearmanov koeficient korelacije; p – statistical significance at less 0.05/statistična značilnost pri manj kot 0.05; Time – time needed for documentation/čas potreben za dokumentiranje

Table 4: *The correlation between the length of service and attitude to documentation*Tabela 4: *Povezanost med delovno dobo in stališči do dokumentiranja*

<i>Statement</i>		<i>Years of work experience</i>
Documentation – total variable.	Spearman's correlation coefficient	-0.001
	<i>p</i>	0.98
	<i>n</i>	577
Individual statements of the factor documentation.		
Forwarding information about the nursing care helps other health care professionals to timely and better awareness of patients' needs and treatment.	Spearman's correlation coefficient	-0.03
	<i>p</i>	0.48
	<i>n</i>	576
By entering nursing activities into patient documentation, nurses' work is presented, it becomes visible and important.	Spearman's correlation coefficient	0.04
	<i>p</i>	0.29
	<i>n</i>	573
Documentation serves to show my workload and tasks performed.	Spearman's correlation coefficient	0.01
	<i>p</i>	0.73
	<i>n</i>	569
Many benefits can be derived from the use of nursing documentation in the everyday work of nurses.	Spearman's correlation coefficient	-0.04
	<i>p</i>	0.31
	<i>n</i>	577
Nursing documentation of patient care is equally important as any other patient documentation.	Spearman's correlation coefficient	0.00
	<i>p</i>	0.95
	<i>n</i>	576
Documentation makes nurses' work visible.	Spearman's correlation coefficient	0.03
	<i>p</i>	0.50
	<i>n</i>	568
Nursing documentation has a positive impact on patient safety.	Spearman's correlation coefficient	0.07
	<i>p</i>	0.11
	<i>n</i>	573
Documenting the perceived changes in the patient's condition may be of importance to other health providers.	Spearman's correlation coefficient	-0.05
	<i>p</i>	0.23
	<i>n</i>	575
Nursing documentation improves the quality of patient information transfer.	Spearman's correlation coefficient	0.01
	<i>p</i>	0.75
	<i>n</i>	575
Documentation of nursing activities ensures the continuity of care.	Spearman's correlation coefficient	-0.02
	<i>p</i>	0.63
	<i>n</i>	573

Legend/Legenda: *n* – number/število; *p* – statistical significance at less 0.05/statistična značilnost pri manj kot 0.05

ensured to complete the nursing documentation" revealed the lowest agreement scores ($\bar{x} = 2.25$, $s = 1.04$).

H1 – Nurses' perception of documentation of patient care is related to their level of educational attainment. The table three shows that the hypothesis has been confirmed. Nurses with at least the college degree education attribute to documentation greater significance than the nurses with lower educational achievement. The hypothesis is confirmed by the obtained average and mean values (nursing technicians: $\bar{x} = 3.55$, $Me = 3.67$; the nurses with at least college degree education $\bar{x} = 3.76$, $Me = 3.80$). The differences in agreement with items related to documentation are statistically significant ($p = 0.001$). The two groups of respondents differ in some aspects of documentation. A larger percentage of

nurses with higher educational achievement believe that documentation facilitates better communication between nurses and other health care professionals about the patient's condition ($p < 0.001$), documentation increases patient safety ($p = 0.001$), enhances the exchange of information between nurses during their change of shift ($p = 0.034$), improves the description of tasks performed ($p < 0.001$) and the visibility of work accomplished ($p = 0.015$), the support to other team members ($p = 0.006$), and the continuity of patient care ($p < 0.001$). The effect of the variable is apparent, but not remarkable ($d = 0.14$), either in the total variable or in individual items joined in this factor ($d = 0.18 - 0.04$).

H2 – Nurses' perception of documentation of care is related to their work experience. The hypothesis has been

rejected. There is no statistically significant correlation between nurses' work experience and their perception of documentation ($r_s = -0.001$; $p = 0.98$), which is presented in Table 4.

H3 - Nurses' perception of documentation of patient care is related to the time spent on documentation within one shift.

The hypothesis has been confirmed. The correlation between the time spent on documentation within one shift and the positive attitude towards documentation is weak, but statistically negatively significant ($r_s = -0.09$, $p = 0.04$). The negative correlation was also established between the time spent on documentation within one shift and individual statements related to documentation: the description of nursing tasks performed ($r_s = 0.13$, $p = 0.00$), the visibility of work accomplished ($r_s = -0.12$, $p = 0.01$), the support to other team members ($r_s = -0.10$, $p = 0.02$), enhancement of the exchange of information between nurses during their change of shift ($r_s = -0.10$, $p = 0.03$), the continuity of patient care ($r_s = -0.10$, $p = 0.02$), which is presented in Table 3.

Discussion

Documentation is an important and necessary part of patient treatment. Documentation is not separate from care and it is not optional. It is an integral part of the nurse's practice. It presents the basis for implementation of nursing care, communication between care providers and different institutions (Fasoli & Haddock, 2010). It is an important tool that nurses use to ensure high quality and continuity of patient care (Ramšak Pajk & Šuštaršič, 2005). The study delivered the results predicted by the hypothesis, and the hypothesis was confirmed. It was established that nurses with higher educational level attribute greater significance to documentation than those with lower educational achievement. The two groups of respondents differ in some aspects of documentation. A larger percentage of nurses with higher educational achievement believe that documentation provides support to other team members, ensures better patient safety and quality of exchange of information between nurses during their change of shift. Quality documentation also increases visibility of nursing interventions.

The results of the study highlight the necessity of further education of nurses with lower educational level and of increased awareness of multiple benefits of documentation. These benefits should also be presented to the management bodies of specific institutions, especially as the Likert items "Quiet environment is ensured to complete the nursing documentation" and "I have enough time to complete nursing documentation" revealed the lowest agreement scores for individual statements. Some other statements with lower average scores could induce the management bodies to improve the perceived situation or attitudes. The results of the survey show that the item "Healthcare providers should commit to continuing professional development" revealed high scores. Accordingly, the management could organise training programmes within the health institution itself or hire experts from other educational institutions. In

the field of nursing, the courses could be run by experienced nurses who possess the necessary knowledge and skills. It would also be reasonable to reevaluate the secondary school and undergraduate nursing programmes. The long-term goal of education is also to gain competence in efficient documentation and increase the awareness of its benefits already during formal education. An expert group, including managers, researchers and nursing executives should develop a nationwide uniform standardised nursing documentation format and gradually move from paper-based to digital document management in all health care institutions.

Lee and Chang (2004) claim that better use of standardized care plans will enhance nurses' access to appropriate and accurate information in decision-making, thus improving the charting process and care quality. Björvell and colleagues (2003) confirmed the significance of the structured nursing documentation which contributes to the quality and continuity of patient care. Fasoli and Haddock (2010) and Owen (2005) emphasised the significance of good record keeping in relation to the safety of patient treatment. Needleman and Buerhaus (2003) pointed out that nursing processes are not well documented, and failures in these processes that lead to adverse outcomes are often neither charted nor observed. Results of the study conducted by Kärkkäinen and colleagues (2005) indicate that if the content of nursing documentation does not give an accurate picture of care, patients' right to receive good nursing care may not be realized. In Slovenia, the importance of nursing documentation was acknowledged already in the works of Japelj (1980), Kavalič (1981) and later by some other authors. Ramšak Pajk (2006) and Naka (2006) ascertained that continuity of care ensures the quality of patient treatment. The importance of record keeping was outlined by Daskein and colleagues (2009) and Griffith (2004). The authors claim that nursing documentation will be effective only if nurses possess high levels of knowledge about documentation. Griffith (2004) also emphasised that nursing documentation should be written contemporaneously, or as events occur and should include any variances in patient condition.

The present study revealed that there is no statistically significant correlation between the work experience and the respondents' associated attitudes towards documentation ($p = 0.98$). None of the statements evidenced that there is a correlation between the length of work experience and the respondents' attitude towards documentation. The second hypothesis was therefore not confirmed.

It can therefore be assumed that all the nurses, irrespective of their educational level, find documentation important and useful. It is somewhat surprising that the attitude towards documentation is not negatively related to the length of work experience as the nurses with some twenty-five year work experience did not learn about documentation during their formal education. This fact, however, does not influence their attitude towards and perception of documentation. According to this finding, not much opposition or contrariety is expected in the

process of reviewing the old documentation standards and formats or in introducing new ones. Both groups of nurses believe that documentation defines the nature of nursing itself and makes their work more visible and important. They also share the belief that documentation provides evidence of nurses' work and demonstrates what the nurse actually does to and for the patient.

Darmer and colleagues (2004) documented that implementation of additional educational programme had a positive impact on nursing documentation and increased nurses' knowledge of the documentation system. Vrankar (2013) noted that nurses, aged 31 to 45 years had a positive attitude towards changes and improvement of nursing transfer of patients. On the other hand, Dornik (2006) found that nurses with lower education level and longer work experience prefer to follow existing methodologies or practices. Björvell and colleagues (2003) reported that knowledge deficit and resistance to introduce novelties negatively impact the quality of nursing documentation.

Within the context of all nursing duties, the amount of time nurses spend on recording all the necessary information into extensive patient documentation is also important. The third hypothesis tried to confirm the relation between the attitude towards documentation and the time spent on documentation within one work shift. The correlation between the total variable describing the positive attitude towards documentation is negatively statistically significant, however weak. Although nurses stated that their attitude towards documentation is positive, recordkeeping was given lower status and priority than the direct patient care. It was also viewed as excessively time consuming. In spite of their positive attitude towards documentation, nurses report that there is not sufficient time available for nursing documentation within a workshift. This attitude is not surprising considering the shortage of nursing personnel, which is according to categorisation, evidenced in practically all Slovenian hospitals (Bregar & Klančnik Gruden, 2011). Nurses' documentation is affected by time constraints, the direct patient care being at the forefront of their activity. Consequently, they do not document or record all the activities or services provided. Their documentation is often limited to most essential patient information.

Results of the current study indicate that all nurses, irrespective of the educational level, spend one hour per shift on documentation, which presents 12.5 % of working time in an 8-hour shift and 14.3 % of working time in a 7-hour shift. The present findings are not consistent with foreign research, which shows that nurses spend even 24-50 % of their shift completing forms and documenting clinical information (Korst, et al., 2003; Gugerty, et al., 2007; Storfjell, et al., 2008). According to Lee and Chang (2004), the amount of time spent on documenting within a workday is too extensive and should be rationalised to allow more time to provide direct patient care. This study produced results which are consistent with those of Rajkovič (2010) who found that half of the respondents

from the secondary health care level spend 1-60 minutes on documentation and this time was even longer on the tertiary level. As evident from foreign literature review, the time spent on documentation is shorter in Slovenia than abroad. These differences can be explained by the fact that the scope of documentation among Slovenian nursing personnel may be narrower. It can be presumed that nurses avoid comprehensive documentation due to the lack of time available (shortage of staff) and the necessity to stay beyond their scheduled work hours to complete documentation, or that documentation is not considered to be one of the institution's policy priorities. As established by Gugerty and colleagues (2007), nurses often perceive much of this documentation as unnecessary or redundant, and that it takes the nurses away from their ability to administer direct patient care.

Another significant concern to this sample of nurses was the lack of time available to complete documentation. Spenser & Lunsford (2010) advise that the support and good documentation programme will assist nurses to maintain focus on and enhance their caring practice. Munyisia and colleagues (2012) noted that the introduction of an electronic documentation system may not necessarily lead to efficiency in documentation for the caregivers and allow them more time to care for patients. Charting some information items on paper and others on a computer may hinder realization of documentation efficiency. It is necessary to automate all nursing forms and to ensure that the system is aligned with caregivers' documentation practice. Kelly and colleagues (2011) cautioned that the extent to which electronic nursing documentation improves the quality of care to hospitalized patients remains unknown, in part due to the lack of effective comparisons with paper-based nursing documentation.

Study limitations

The research was limited to only one segment of health care providers. The research sample could have been more clearly defined. A 7-point scale would provide a better balance between having enough points of discrimination without having to maintain too many response options. As the confirmative factor analysis was not performed, the theory about the structure of the group of variables obtained through exploratory factor analysis was not confirmed. It would be interesting to compare the attitudes towards documentation between nurses and other health care providers.

Conclusion

The results of the present study reveal that the level of education influences the nurses' perception of documentation. The nurses with higher educational attainment attribute more significance to documentation than their counterparts with secondary education. The two categories of nurses differ in some aspects of documentation. Nurses with at least the college degree

education believe that nursing documentation facilitates better communication between nurses and other health care professionals about the patient's condition. They are aware that the final outcome of effective documentation is quality, continuity and safety of patient care. Both groups of nurses share the opinion that quality documentation also increases the visibility of nursing interventions. Although the general view on documentation is positive, the nurses claim that not enough time is available to always maintain accurate, concise and relevant documentation of patient care.

Documentation is an important integral part of nurses' work. Understanding and awareness of the importance of nursing documentation could be increased by further targeted activities of health management, teachers and individuals who possess the necessary knowledge. It is encouraging that the length of work experience does not negatively impact the nurses' perception of documentation. It is recommended that nurses with secondary school education obtain specialist knowledge in record keeping already in the early days of their professional career.

Slovenian translation/Prevod v slovenščino

Uvod

Dokumentacija je vsaka pisna, avdio-/videoposneta ali elektronska oblika beleženja podatkov o stranki. Opisuje stanje, oskrbo ali storitev, opravljeno za to stranko (Potter, et al., 2006). Vsako sistematično, strokovno in kakovostno delo je zasnovano na dobri dokumentaciji. To velja tudi za zdravstveno nego. Dobra dokumentacija zagotavlja kontinuiteto, odraža profesionalnost in daje osnovo za vrednotenje zdravstvene nege (Rajkovič, 2010).

Prednosti in slabosti dokumentiranja v zdravstveni negi

V dokumentacijo zdravstvene nege so zabeležene ugotovitve medicinskih sester o pacientovem zdravstvenem stanju, izvedenih intervencijah in njihovem učinku, kar omogoča pregled nad načrtovano in izvedeno zdravstveno nego z namenom zagotavljanja kakovostne in kontinuirane zdravstvene nege (Sexton, et al., 2004; Cooper & Buist, 2008), kar je v kontinuirani 24-urni zdravstveni oskrbi zelo pomembno (Kerr, 2002). Dokument mora opisovati objektivne informacije o tem, kaj medicinska sestra vidi, sliši, čuti in vonja, vendar ne beleži mnenj ali predpostavk (College and Association of Registered Nurses of Alberta, 2013). Pacientovo vedenje je najbolje opisati z uporabo citatov (Austin, 2011). Potter in Perry (2010) ugotavljata, da morajo aktivnosti zdravstvene nege izražati verodostojnost, le-to pa izvajalec potrdi s podpisom.

Kakšna naj bo ustrezna dokumentacija zdravstvene nege, opisujejo številni avtorji in navajajo, da mora

vsebovati podatke, s katerimi je mogoče identificirati klienta/uporabnika, izvajalca zdravstvenih storitev, klinične vzroke, ki so pripeljali do izbire načina zdravstvene oskrbe, odziv pacienta na zdravstveno nego, izid zdravljenja in nadaljnje načrte (Kohlek & Vogrinčič, 2004; Ramšak Pajk & Šušteršič, 2005; College and Association of Registered Nurses of Alberta, 2013). Priporoča se uporaba strokovne in standardizirane terminologije ter uvedba strukturirane dokumentacije zdravstvene nege (Björvell, et al., 2003; Ramšak Pajk, 2006; McGeehan, 2007). Našteto zagotavlja kakovostno obravnavo pacienta in kontinuiteto zdravstvene nege. Če nekaj ni dokumentirano, je mogoče domnevati, da ni bilo storjeno (Ramšak Pajk, 2006; Kulhanek, 2010; College and Association of Registered Nurses of Alberta, 2013).

Cheevakasemsook in sodelavci (2006) so ugotovili, da obsežna negovalna dokumentacija vsebuje tri probleme: razpršenost, nepopolnost in pomanjkljivosti v zapisovanju, zato je pomembno sprotno dokumentiranje (Hoban, 2003), ki omogoča natančno refleksijo dogodka (Griffith, 2004; Vee & Hestetun, 2009; Jefferies, et al., 2010). Glede na ugotovitve Törnvala in Wilhelmssona (2008) se v negovalni dokumentaciji kažejo nekatere slabosti, npr. dolgotrajno iskanje pomembnih informacij predvsem zaradi velike količine rutinskih zapisov.

Medicinske sestre doživljajo številne ovire pri izpolnjevanju dokumentacije. To so čas, obremenjenost, odnos do dokumentacije, institucionalna politika (Blair & Smith, 2012). Björvell in sodelavci (2003) so poleg naštetega ugotovili še, da pomanjkanje znanja, slabo oblikovana in nerazumljiva dokumentacija, odpor do uvajanja novosti ter slabo sodelovanje z drugimi službami negativno vplivajo na dokumentiranje v zdravstveni negi. Rajkovič (2010) je v svoji raziskavi ugotovil, da 54,2 % medicinskih sester s srednješolsko izobrazbo dokumentiranja ne vidi kot vsebinske podpore svojemu delu. Prav tako je tudi ugotovil, da je med anketiranimi izvajalci zdravstvene nege, ki ne uporabljajo dokumentacije zdravstvene nege, 60,6 % anketirancev s primarne, 30,3 % s sekundarne in 9,1 % s terciarne ravni zdravstvene dejavnosti. Gugerty in sodelavci (2007) so ugotovili, da 81 % anketirancev meni, da dokumentiranje zdravstvene nege skrajšuje čas, ki ga medicinske sestre potrebujejo za zagotavljanje neposredne zdravstvene nege pacienta.

Dokumentacija zdravstvene nege kot način komuniciranja

S pomočjo dokumentiranja medicinske sestre komunicirajo z drugimi medicinskimi sestrami in ostalimi člani zdravstvenega tima ter s pacientovimi oskrbovalci doma, kar povečuje varnost pacienta (Fasoli & Haddock, 2010; College of Registered Nurses of British Columbia, 2012). Učinkovita komunikacija preko dokumentacije zdravstvene nege je pomemben element za uspešno sodelovanje med medicinsko sestro in zdravnikom in je povezana s pozitivnim izidom zdravljenja pacienta (Casanova, et al., 2007). Z jasnim, jedrnatim in preudarnim načinom dokumentiranja lahko

bistveno zmanjšamo tveganje za nastanek nesporazuma in negativne izide zdravljenja (Blair & Smith, 2012).

Številne raziskave v svetu in tudi pri nas (Lee & Chang, 2004; Naka, 2006; Ramšak Pajk, 2006; Vee & Hestetun, 2009; Paans, et al., 2010) opisujejo, da dokumentiranje v zdravstveni negi predstavlja komunikacijo med medicinskimi sestrami.

Čas, potreben za dokumentiranje zdravstvene nege

Medicinske sestre najpogosteje porabijo od 15 do 25 % svojega delovnika za dokumentiranje zdravstvene nege, v nekaterih primerih pa precej več (Korst, et al., 2003). Medicinske sestre v splošnih bolnišnicah za negovalno dokumentacijo porabijo 25–50 % časa v eni izmeni (Gugerty, et al., 2007). Več časa porabijo medicinske sestre v dnevni izmeni (19,17 %) kot pa v nočni (12,41 %) (Korst, et al., 2003). Polovica anketirancev s primarne ravni zdravstvene dejavnosti v Sloveniji je porabila za dokumentiranje od 0–60 minut, na sekundarnem nivoju zdravstvene dejavnosti od 1 do 60 minut in na terciarnem nivoju zdravstvene dejavnosti od 31 do 120 minut v izmeni (Rajkovič, 2010).

Lee in Chang (2004) sta ugotavljala, da je čas, porabljen za dokumentiranje v izmeni, preobsežen in da ni usmerjen v pacienta. Številne medicinske sestre pogosto izjavijo, da bi raje čas, ki je potreben za dokumentiranje, porabile za neposredno zdravstveno nego pacienta (Gugerty, 2006; Gugerty, et al., 2007).

Izobraževanje na področju dokumentiranja

Dokumentacija zdravstvene nege je nepogrešljiva pri raziskovanju (Griffith, 2004; Naka, 2006; Daskein, et al., 2009; Laitinen, et al., 2010). Za kakovostno izpolnjevanje negovalne dokumentacije morajo medicinske sestre imeti visok nivo znanja o dokumentiranju (Lee, 2005), ki ga lahko pridobijo le s stalnim izobraževanjem na tem področju (Ehrenberg & Ehnfors, 2001). Darmer in sodelavci (2004) so dokazali statistično pomembno razliko v prepričanju o znanju iz dokumentiranja med medicinskimi sestrami, ki so se udeležile izobraževanja o pravilnem načinu dokumentiranja, in med tistimi, ki se izobraževanja niso udeležile. Prav tako vlada med študenti, ki so bili vključeni v raziskavo na Visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani – smer zdravstvena nega (sedaj Zdravstvena fakulteta), veliko zavedanje o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi (Ramšak Pajk & Šušteršič, 2005).

Namen in cilj

Pri svojem delu se medicinske sestre pogosto srečujejo z obsežno dokumentacijo, ki spremlja vsakega hospitaliziranega pacienta. Zanimalo nas je, ali medicinske sestre vidijo smiselnost beleženja v dokumentacijo zdravstvene nege. Prav tako nas je tudi zanimalo ali dokumentiranje zdravstvene nege doživljajo

kot dodatno obremenitev, ki omejuje njihovo delo ob pacientu.

Hipoteze

Da bi raziskali stališča medicinskih sester do dokumentiranja v slovenskih bolnišnicah, smo na podlagi teoretičnih izhodišč oblikovali tri hipoteze:

H1: Obstaja razlika v pogledu do dokumentiranja glede na stopnjo izobrazbe medicinskih sester.

H2: Obstaja povezava med delovno dobo medicinskih sester in njihovimi stališči do dokumentiranja v zdravstveni negi.

H3: Obstaja povezava med časom, porabljenim za dokumentiranje v okviru ene delovne izmene, in stališči do dokumentiranja v zdravstveni negi.

Metode

V raziskavi smo uporabili kvantitativno neeksperimentalno metodologijo. Uporabili smo deskriptivno metodologijo. Za izvedbo raziskave smo uporabili neslučajnostni kvotni vzorec. Izpeljali smo tehniko anketiranja. Pregled tuje literature smo opravili s pomočjo podatkovne baze podatkov Cumulative Index and Allied Health Literature (CINAHL), Springer link, PubMed in Google učenjak. Pri iskanju literature smo se omejili na obdobje od januarja 2004 do decembra 2013. Kot ključno besedo smo uporabili »nursing documentation«. Do domače literature smo dostopali s pomočjo vzajemne bibliografsko-kataložne baze podatkov Virtualne knjižnice Slovenije (COBIB.SI), spletnega dostopa do člankov iz revije *Obzornik zdravstvene nege* in Digitalne knjižnice Univerze v Mariboru. Uporabili smo ključno besedo »dokumentiranje v zdravstveni negi«.

Opis instrumenta

V raziskavi smo na osnovi pregleda domače in tuje znanstvene ter strokovne literature ter na podlagi postavljenih hipotez izdelali strukturiran merski instrument, namenjen zaposlenim v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah (Darmer, et al., 2004; Törnvall, et al., 2004; Sheung Cheng & Yuk Lai, 2010; Lorber, 2010). V prvem sklopu vprašanj smo spraševali po demografskih značilnostih anketirancev. Drugi sklop vprašanj je bil sestavljen iz enainštiridesetih trditev. Anketiranci so svoja stališča ocenjevali po Likertovi ocenjevalni lestvici, kjer je 1 pomenilo – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam. V tretjem sklopu vprašanj so anketiranci izbirali dokumentacijo zdravstvene nege, ki jo uporabljajo pri svojem delu; odgovarjali na vprašanja: katere aktivnosti zdravstvene nege najpogosteje opustijo v primeru pomanjkanja kadra na oddelku in koliko časa porabijo za dokumentiranje v izmeni.

Merske značilnosti instrumenta smo preverjali v

več fazah. Najprej smo preverili vsebinsko veljavnost inštrumenta. Trditve smo izboljševali, dokler vprašalnik ni bil primeren za izvedbo študije. Za ugotavljanje zanesljivosti vprašalnika smo v študiji uporabili metodo analize notranje konsistentnosti. Cronbachov koeficient alfa je znašal 0,898, kar je pomenilo, da je zanesljivost vprašalnika zelo dobra (Cencič, 2009).

Pred izvedbo faktorske analize smo izračunali Kaiser-Meyer-Olkinov koeficient ($KMO = 0,89$) in Bartlettov test ($p < 0,001$), ki sta nakazala, da povezave med spremenljivkami obstajajo. Izvedli smo faktorsko analizo po metodi glavnih osi in s pravokotno rotacijo. Na podlagi diagrama scree smo se odločili za šest faktorjev, ki smo jih poimenovali dokumentiranje, vodenje, razvrščanje, usposobljenost, delovna obremenitev in odnos do dela.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Prošnje za izvedbo raziskave smo vložili na komisije za etiko in kolegije zdravstvene nege osemnajstih zdravstvenih ustanov. Soglasje za sodelovanje v raziskavi smo pridobili v desetih zdravstvenih ustanovah. Anonimnost anketirancev smo zagotovili tako, da so odgovarjali po pošti – vsaki anketi je bila priložena ovojnica z znamko ter naslovom prvega avtorja. Zbiranje vprašalnikov je potekalo od 1. 7. 2012 do 31. 3. 2013.

Statistično obdelavo podatkov smo izvedli z računalniškim programom SPSS verzija 17 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). V prvem koraku smo pri zbranih podatkih izpeljali opisno statistiko, kjer smo ugotavljali mere srednjih vrednosti (aritmetična sredina, mediana), mere razpršenosti podatkov (standardni odklon,

Tabela 1: Rezultat faktorske analize po metodi glavnih osi s pravokotno rotacijo

Table 1: The results of factor analyse with varimax rotation and main axis

Faktorji/Factors						
	Dokumentiranje	Vodenje	Razvrščanje	Usposobljenost	Delovna obremenitev	Odnos do dela
Delež pojasnjene variance: 49,6 %	20,7 %	7,2 %	6,5 %	5,5 %	5,3 %	4,4 %
Zanesljivost merjenja: Cronbachov koeficient alfa	0,91	0,74	0,78	0,71	0,6	0,67

Opis vzorca

V Sloveniji je petnajst splošnih bolnišnic, dva univerzitetna klinična centra in univerzitetni rehabilitacijski inštitut, v njih je administrativno zaposlenih 5945 izvajalcev zdravstvene nege, ki predstavljajo populacijo, ki smo jo želeli raziskati. V raziskavo je bilo vključenih deset izmed osemnajstih povabljenih ustanov. V raziskavo vključene bolnišnice skupaj zaposlujejo 54,26 % (3226) zaposlenih v zdravstveni negi. V vzorec so bile vključene medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo in medicinske sestre z vsaj višješolsko izobrazbo. Neslučajnostni kvotni vzorec je zajel 1317 zaposlenih, tj. 40 % kadra v zdravstveni negi, zaposlenega v bolnišnicah, sodelujočih v raziskavi. Od 1317 vprašalnikov, ki smo jih razdelili med izvajalce zdravstvene nege, jih je bilo vrnjenih 592, kar predstavlja 44,95 % odzivnost anketirancev. Delež vrnjenih vprašalnikov predstavlja 9,96 % celotne populacije administrativno zaposlenih v zdravstveni negi v osemnajstih slovenskih bolnišnicah (5945 zaposlenih). Da bi se izognili občutku prepoznavnosti, anketirancev nismo povprašali po spolu. Povprečna starost anketiranih je znašala 37,69 let. Povprečna delovna doba anketiranih je bila 14,73 let. Srednješolsko izobrazbo je imelo 47,3 % anketiranih, 52,7 % anketiranih je imelo najmanj višješolsko izobrazbo.

maksimalna in minimalna vrednost) ter normalnost porazdelitve podatkov (test Kolmogorov-Smirnova). Izvedli smo tudi bivariatno statistično analizo podatkov. V drugem koraku smo najprej izvedli faktorsko analizo in ugotavljali analizo strukture enot, vključenih v raziskavo. Narejen je bil Spearmanov koeficient ranga korelacije (povezanosti), ki ugotavlja statistično pomembnost povezav. Uporabili smo tudi linearno regresijo Mann-Whitneyevega U-testa. Vse hipoteze smo testirali pri stopnji značilnosti $p < 0,05$.

Rezultati

Zaposleni v zdravstveni negi ugotavljajo, da najpogosteje za beleženje v dokumentacijo zdravstvene nege in drugo dokumentacijo potrebujejo eno uro v delovni izmeni (29,39 %, $n = 174$) ne glede na nivo izobrazbe, sledi 1–1,5 ure v izmeni (25,17 %, $n = 149$). Ena ura beleženja predstavlja 12,5 % delovnega časa porabljenega za dokumentiranje v izmeni, če definiramo izmeno kot osemurni delavnik, oz. 14,3 % delovnega časa v primeru sedemurnega delavnika.

Medicinskim sestram, ki so sodelovale v raziskavi, smo ponudili enainštirideset trditev, do katerih so se morale opredeliti po Likertovi lestvici stališč. Med ponujenimi trditvami je glede na stopnjo strinjanja najvišjo oceno dobila trditev »Čutim odgovornost za rezultate svojega dela« ($\bar{x} = 4,56$, $s = 0,64$), najnižjo pa »Izpolnjevanje dokumentacije mi je omogočeno v mirnem okolju« ($\bar{x} = 2,25$, $s = 1,04$).

Tabela 2: Opisna statistika za posamezno trditev

Table 2: Descriptive statistics for individual statement

<i>Trditve/Statements</i>	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>s</i>
Čutim odgovornost za rezultate svojega dela.	589	4,56	0,64
Zaposleni v zdravstvu se moramo kontinuirano izobraževati.	592	4,53	0,63
Medicinske sestre si želimo več časa preživeti ob pacientu.	587	4,42	0,74
Moje delo je koristno in pomembno.	589	4,41	0,72
Delovne obremenitve medicinskih sester so prevelike.	586	4,40	0,76
Pisna predaja službe je pomembna.	583	4,29	0,74
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege je vpeto v moje vsakodnevno delo.	581	4,29	0,78
Dokumentiranje omejuje čas, ki bi ga lahko namenila negi pacienta.	585	4,24	0,88
Dokumentacijski obrazci so obsežni.	586	4,15	0,83
Zaradi pomanjkanja kadra v zdravstveni negi je slabša kakovost opravljenega dela.	586	4,12	0,98
Za uvajanje sprememb je pristojno in odgovorno vodstvo.	589	4,12	0,83
Vodstvo podpira in vzpodbuja uvajanje negovalne dokumentacije.	589	4,01	0,88
Pri delu sem neodvisna in samostojna.	582	3,99	0,90
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege je enako pomembno kot ostala beleženja v zdravstveno dokumentacijo.	588	3,93	0,97
Z beleženjem aktivnosti zdravstvene nege predstavim svoje delo, da postane vidno in pomembno.	585	3,91	0,93
Vodja meni, da so nove tehnike nujno potrebne za uspešno delo.	583	3,89	0,85
Zabeležena opažanja so v pomoč preostalim članom zdravstvenega tima.	587	3,85	0,90
Z razvrščanjem pacientov v kategorije medicinske sestre prikažejo svoje delovne obremenitve.	584	3,76	1,10
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege pomaga tudi ostalim članom zdravstvenega tima, da bolje in hitreje spoznajo pacienta in njegove težave.	588	3,72	1,03
Vodja nam v procesu uvajanja sprememb nudi ustrezno podporo.	585	3,69	0,93
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege omogoča kontinuiteto negovanja.	585	3,65	0,93
Spremembe so za zaposlene vedno težavne.	587	3,61	0,93
Razvrščanje pacientov v kategorije omogoča prikaz strukture pacientov na oddelku.	581	3,59	0,95
Dokumentacija zdravstvene nege dviguje kakovost predaje službe.	586	3,57	1,00
Dokumentacija opisuje delo, ki ga opravljam.	580	3,55	1,01
Negovalna dokumentacija ima pozitiven vpliv na varnost pacienta.	585	3,52	1,02
Moje delo postane vidno.	580	3,44	1,06
Medicinske sestre imajo dovolj znanja o postopkih dokumentiranja.	586	3,43	0,85
Dokumentacija zdravstvene nege predstavlja prednost pri vsakodnevem delu medicinskih sester.	589	3,42	1,01
S pomočjo razvrščanja pacientov v kategorije je mogoče izboljšati kadrovske zasedenosti negovalnega osebja.	585	3,42	1,21
Beleženje negovalnih diagnoz predstavlja rutino v naši organizaciji.	585	3,41	1,16
Vodja nas vključuje v odločitve o spremembah.	590	3,37	1,08
Medicinske sestre imajo dovolj znanja za izdelavo negovalnega načrta.	586	3,35	0,99
Čas, ki je potreben za izpolnjevanje dokumentacije, je vštet v čas, namenjen negi.	581	3,30	1,15
Uveden sistem razvrščanja pacientov v kategorije je dober.	582	3,23	0,99
Negovalni cilji so ob koncu hospitalizacije doseženi, kar je razvidno iz negovalne dokumentacije.	584	3,22	0,90

Se nadaljuje/Continues

<i>Trditve/Statements</i>	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>s</i>
Medicinske sestre izpolnjujejo negovalni plan rutinsko.	585	3,19	0,96
Negovalne diagnoze/problemi so dobro opredeljeni.	585	3,13	0,91
Dobro napisana predaja službe lahko nadomesti ustno predajo.	585	3,11	1,27
Za vodenje dokumentacije zdravstvene nege imam dovolj časa.	587	2,32	0,96
Izpolnjevanje negovalne dokumentacije mi je omogočeno v mirnem okolju.	586	2,25	1,04

Legenda/Legend: *n* – število/number; $\bar{X}$ – povprečje/average; *s* – standardni odklon/standard deviation

Tabela 3: Opisna statistika skupne spremenljivke »dokumentiranje« in rezultat Mann-Whitneyevega U-testa ter povezanost med stališči do dokumentiranja in časom, porabljenim zanj v okviru ene izmene

Table 3: Descriptive statistics of the total variable 'documentation' and the result of the Mann-Whitney U- test and the relationship between attitude to the documentation and the time spent on documentation within one shift

<i>Faktor dokumentiranje/ Factor documentation</i>	<i>IZ</i>	<i>Me</i>	<i>n</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Z</i>	<i>d</i>		<i>Čas/ Time</i>
Skupna spremenljivka – dokumentiranje	SR	3,6	279	34642,5	0,001	–3,46	–0,14	r_s	–0,09
	VŠ	3,8	298					p	0,04
Trditve									
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege je enako pomembno kot ostala beleženja v zdravstveno dokumentacijo.	SR	4,0	279	38538,0	0,309	–3,23	–0,13	r_s	0,03
	VS	4,0	297					p	0,44
Z beleženjem aktivnosti zdravstvene nege predstavim svoje delo, da postane vidno in pomembno.	SR	4,0	276	37944,0	0,068	–4,25	–0,18	r_s	–0,01
	VS	4,0	297					p	0,73
Zabeležena opažanja so v pomoč preostalim članom zdravstvenega tima.	SR	4,0	278	36107,5	0,006	–2,42	–0,10	r_s	–0,10
	VS	4,0	297					p	0,02
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege pomaga tudi ostalim članom zdravstvenega tima, da bolje in hitreje spoznajo pacienta in njegove težave.	SR	4,0	278	33049,0	<0,001	–1,82	–0,08	r_s	–0,03
	VS	4,0	298					p	0,50
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege omogoča kontinuiteto negovanja.	SR	4,0	276	32725,5	<0,001	–3,90	–0,16	r_s	–0,10
	VS	4,0	297					p	0,02
Dokumentacija zdravstvene nege dviguje kakovost predaje službe.	SR	4,0	278	36311,5	0,034	–2,73	–0,11	r_s	–0,10
	VS	4,0	297					p	0,03
Dokumentacija opisuje delo, ki ga opravljam.	SR	4,0	277	32648,0	<0,001	–1,01	–0,04	r_s	–0,13
	VS	4,0	292					p	0,002
Negovalna dokumentacija ima pozitiven vpliv na varnost pacienta.	SR	3,0	277	35301,0	0,001	–4,41	–0,18	r_s	–0,07
	VS	4,0	296					p	0,12
Moje delo postane vidno.	SR	3,0	273	36764,0	0,015	–2,11	–0,09	r_s	–0,12
	VS	4,0	295					p	0,01
Dokumentacija zdravstvene nege predstavlja prednost pri vsakodnevnem delu medicinskih sester.	SR	3,0	279	39811,0	0,355	–0,92	–0,04	r_s	–0,05
	VS	4,0	298					p	0,20

Legenda/Legend: *IZ* – nivo izobrazbe/level of education; *Me* - mediana/median; *SR* – srednješolska izobrazba/secondary education; *VS* – najmanj višješolska izobrazba/at least collage degree; *n* – število/number; *Z* – standardizirana vrednost/standardized value; *d* – velikost učinka/effect size; r_s – Spearmanov koeficient korelacije/Spearman's korelation koeficient; *p* – statistična značilnost pri manj kot 0,05/statistical significance at less 0,05; *Čas* – čas, potreben za dokumentiranje/time needed for documentation

Tabela 4: Povezanost med delovno dobo in stališči do dokumentiranja

Table 4: The correlation between the length of service and attitude to documentation

Trditve		Skupna leta delovne dobe
Dokumentiranje – skupna spremenljivka.	Spearmanov koeficient korelacije	–0,001
	<i>p</i>	0,98
	<i>n</i>	577
Posamezne trditve faktorja dokumentiranja.		
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege pomaga tudi ostalim članom zdravstvenega tima, da bolje in hitreje spoznajo pacienta in njegove težave.	Spearmanov koeficient korelacije	–0,03
	<i>p</i>	0,48
	<i>n</i>	576
Z beleženjem aktivnosti zdravstvene nege predstavim svoje delo, da postane vidno in pomembno.	Spearmanov koeficient korelacije	0,04
	<i>p</i>	0,29
	<i>n</i>	573
Dokumentacija opisuje delo, ki ga opravljam.	Spearmanov koeficient korelacije	0,01
	<i>p</i>	0,73
	<i>n</i>	569
Dokumentacija zdravstvene nege predstavlja prednost pri vsakodnevem delu medicinskih sester.	Spearmanov koeficient korelacije	–0,04
	<i>p</i>	0,31
	<i>n</i>	577
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege je enako pomembno kot ostala beleženja v zdravstveno dokumentacijo.	Spearmanov koeficient korelacije	0,00
	<i>p</i>	0,95
	<i>n</i>	576
Moje delo postane vidno.	Spearmanov koeficient korelacije	0,03
	<i>p</i>	0,50
	<i>n</i>	568
Negovalna dokumentacija ima pozitiven vpliv na varnost pacienta.	Spearmanov koeficient korelacije	0,07
	<i>p</i>	0,11
	<i>n</i>	573
Zabeležena opažanja so v pomoč preostalim članom zdravstvenega tima.	Spearmanov koeficient korelacije	–0,05
	<i>p</i>	0,23
	<i>n</i>	575
Dokumentacija zdravstvene nege dviguje kakovost predaje službe.	Spearmanov koeficient korelacije	0,01
	<i>p</i>	0,75
	<i>n</i>	575
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege omogoča kontinuiteto negovanja.	Spearmanov koeficient korelacije	–0,02
	<i>p</i>	0,63
	<i>n</i>	573

Legenda/Legend: *n* – število/number; *p* – statistična značilnost pri manj kot 0,05/statistical significance at less 0,05

Na podlagi statistične obdelave (Tabela 3) hipotezo »H1 – Medicinske sestre se glede na stopnjo izobrazbe razlikujejo med seboj v stališčih do dokumentiranja v zdravstveni negi« potrdimo. Medicinske sestre z vsaj višješolsko izobrazbo beleženju oz. dokumentiranju pripisujejo večji pomen kot medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo, kar je razvidno tako iz povprečne vrednosti kot iz vrednosti mediane (medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo: $\bar{x} = 3,55$, $Me = 3,67$; medicinske sestre z vsaj višješolsko izobrazbo: $\bar{x} = 3,76$, $Me = 3,80$). Razlika v strinjanju s trditvami, ki se nanašajo na dokumentiranje, je statistično značilna ($p = 0,001$). Tudi mnenja medicinskih sester glede nekaterih vidikov dokumentiranja se razlikujejo glede na stopnjo izobrazbe. Tiste z vsaj višješolsko izobrazbo v primerjavi

z medicinskimi sestrami s srednješolsko izobrazbo pripisujejo večji pomen pomoči, ki jo dokumentiranje nudi ostalim članom zdravstvenega tima, da hitreje in bolje spoznajo pacienta ($p < 0,001$); pozitivnemu vplivu, ki ga ima dokumentiranje na varnost pacienta ($p = 0,001$); kakovosti predaje službe, ki je posledično višja ($p = 0,034$); opisovanju dela ($p < 0,001$) in vidnosti dela ($p = 0,015$); pomoči, ki jo dokumentiranje nudi preostalim članom zdravstvenega tima ($p = 0,006$), in kontinuiteti negovanja, ki izhaja iz beleženja ($p < 0,001$). Čeprav smo pri dobljeni velikosti vzorca učinek zaznali, je le-ta majhen ($d = 0,14$), in sicer tako pri skupni spremenljivki kakor tudi pri posameznih trditvah, združenih v ta faktor (od $d = 0,18$ do $d = 0,04$).

Na podlagi statistične obdelave hipotezo »H2 – Obstaja povezava med delovno dobo medicinskih sester in njihovimi stališči do dokumentiranja v zdravstveni negi« zavrnilo. Med dolžino delovne dobe in stališči do dokumentiranja ni statistično značilne korelacije ($r_s = -0,001$, $p = 0,98$) (Tabela 4).

Na podlagi statistične obdelave hipotezo »H3 – Obstaja povezava med stališči do dokumentiranja zdravstvene nege in časom porabljenim za dokumentiranje v okviru ene delovne izmene« potrdimo. Toda statistično značilna in negativna ($r_s = -0,09$, $p = 0,04$) povezanost med časom, potrebnim za dokumentiranje, in pozitivnim stališčem do dokumentiranja je šibka. Negativno povezanost je mogoče zaznati tudi med časom, potrebnim za dokumentiranje, in posameznimi stališči do dokumentiranja, in sicer pri stališčih: da dokumentacija opisuje delo, ki ga opravljajo medicinske sestre ($r_s = 0,13$, $p = 0,00$); da njihovo delo postane vidno ($r_s = -0,12$, $p = 0,01$); da so zabeležena opažanja v pomoč ostalim članom tima ($r_s = -0,10$, $p = 0,02$); da dokumentacija zvišuje kakovost predaje službe ($r_s = -0,10$, $p = 0,03$) in da dokumentiranje omogoča kontinuiteto negovanja ($r_s = -0,10$, $p = 0,02$) (Tabela 3).

Diskusija

Dokumentiranje zdravstvene nege je nujen in pomemben del v obravnavi pacienta. Je osnova za izvajanje zdravstvene nege, za komunikacijo med izvajalci, ki sodelujejo v obravnavi pacienta, in za komunikacijo med različnimi ustanovami (Fasoli & Haddock, 2010). Prav tako je zaradi beleženja izvedenih aktivnosti zagotovljena kakovostna obravnava pacienta in kontinuiteta zdravstvene nege, kar ugotavlja Ramšak Pajk in Šuštaršič (2005).

V raziskavi smo prvo postavljeno hipotezo potrdili, saj smo ugotovili, da medicinske sestre z vsaj višješolsko izobrazbo pripisujejo dokumentiranju večji pomen kot medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo. Medicinske sestre se glede na izobrazbo razlikujejo v mnenju glede nekaterih vidikov dokumentiranja. Medicinske sestre z vsaj višješolsko izobrazbo v primerjavi z medicinskimi sestrami s srednješolsko izobrazbo pripisujejo večji pomen pomoči, ki jo dokumentiranje nudi ostalim članom zdravstvenega tima. Menijo, da ima dokumentiranje pozitiven vpliv na varnost pacienta in da je tudi kakovost predaje službe večja. Medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo menijo, da njihovo delo s pomočjo dokumentiranja postane vidno ter da omogoča kontinuiteto negovanja, kar posledično vodi do večje varnosti pacienta.

Iz odnosa do beleženja v negovalno dokumentacijo lahko sklepamo, da bi bilo potrebno vložiti več truda v izobraževanje medicinskih sester s srednješolsko izobrazbo in jim predstaviti številne prednosti, ki jih dokumentiranje omogoča. Prav tako bi bilo potrebno našteje prednosti predstaviti tudi menedžmentu posameznih ustanov, saj je bilo največje nestrinjanje (najnižja ocena po Likertovi lestvici od 1 do 5) izraženo

pri trditvah »Za vodenje dokumentacije zdravstvene nege imam dovolj časa« in »Izpolnjevanje negovalne dokumentacije mi je omogočeno v mirnem okolju«. Kar nekaj trditev, ki pri anketirancih niso dosegle visoke ocene strinjanja, se nanaša na organizacijo dela – spremembe le-te bi lahko realiziral management posameznih ustanov.

Glede na to, da je trditev »Zaposleni v zdravstveni negi se moramo kontinuirano izobraževati« dosegla zelo visok nivo strinjanja, bi se bilo primerno povezati z izobraževalnimi ustanovami ali izobraževanje izpeljati v okviru lastnega kadra, tj. znotraj posamezne zdravstvene ustanove. Izvajalci zdravstvene nege oziroma edukatorji bi bili lahko zaposleni, ki dobro poznajo to področje. Prav tako bi bilo smiselno prevetriti tudi kurikulum, predvsem na srednjih šolah, ter tudi na visokih šolah in fakultetah za zdravstveno nego. S takim pristopom bi skušali dolgoročno izboljšati situacijo na področju dokumentiranja, saj bi novi kadri, ki bi zaključili s šolanjem, ne glede na stopnjo izobrazbe že posedovali znanja in prepričanje o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi.

Smiselno bi bilo razmišljati o poenotenju osnovnih oblik dokumentiranja na nivoju Slovenije, saj sedaj vsaka bolnišnica razvija svoje oblike dokumentiranja. V kasnejši fazi bi bilo prav tako smiselno razmišljati o prenosu dokumentacije v računalniško obliko na celotnem področju. Lee in Chang (2004) ugotavljata, da bi standardizacija dokumentiranja omogočila dostop do natančnih informacij, s čimer bi bil izboljšan proces in kakovost oskrbe zdravstvene nege pacienta. Björvell in sodelavci (2003) so že ugotavljali pomembnost strukturirane dokumentacije zdravstvene nege, ki zagotavlja kakovostno in kontinuirano zdravstveno nego pacienta.

Fasoli in Haddock (2010) ter Owen (2005) so poudarjali varnost obravnave pacienta, ki ga omogoča dokumentiranje. Vendar pa sta se Needleman in Buerhaus (2003) zavedala dejstva, da so aktivnosti zdravstvene nege pomanjkljivo dokumentirane. Pomanjkljivo dokumentirana zdravstvena nega pa ne prikaže prave slike zdravstvene nege, tako da pacientova pravica do kakovostne in varne zdravstvene nege ni izpolnjena, kar poudarjajo tudi Kärkkäinen in sodelavci (2005). V slovenskem prostoru sta pomembnost dokumentiranja prepoznali že Japelj (1980) in Kavalič (1981). Temo so kasneje večkrat izpostavljali tudi drugi avtorji. Ramšak Pajk (2006) in Naka (2006) ugotavljata, da kontinuiteta zdravstvene nege vodi do kakovostne obravnave pacienta. Da bi medicinske sestre izvajale dokumentiranje na pravilen način, je potreben visok nivo znanja o dokumentiranju, kar so zapisali Daskein in sodelavci (2009) ter Griffith (2004), ki še dodaja pravočasnost vnosa podatkov o pacientu in sledenje njegovemu zdravstvenemu stanju.

V pričujoči raziskavi je bilo ugotovljeno, da med dolžino delovne dobe in stališči do dokumentiranja ni statistično značilne korelacije ($p = 0,98$). Druge hipoteze zato nismo potrdili, saj iz nobene od trditev ni bilo

razvidno, da bi bilo število let delovne dobe povezano s stališči do dokumentiranja.

Dobljeni rezultati nas usmerjajo k razmišljanju, da se vsem medicinskim sestram ne glede na dolžino delovne dobe zdi dokumentiranje pomembno in imajo pozitiven odnos do njega. Pričakovali bi, da se z leti delovne dobe niža prepričanje, da je dokumentiranje pomembno, saj v kurikulumu medicinskih sester, ki so se šolale pred petindvajsetimi leti in več, dokumentiranje ni bilo vpeto v izobraževalni program. Zato bi lahko pričakovali, da bodo starejše medicinske sestre imele bolj negativno mnenje o dokumentiranju kot mlajše medicinske sestre. Rezultati so optimistični, saj predvidevamo, da uvajanje novih načinov ali izpopolnjevanje starih oblik dokumentiranja ne bi povzročilo negativnega odziva v nobeni starostni skupini medicinskih sester. Obe skupini medicinskih sester, medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo in medicinske sestre z najmanj višješolsko izobrazbo, sta mnenja, da njihovo delo s pomočjo dokumentacije postane vidno in pomembno. Prav tako menijo, da dokumentacija zdravstvene nege opisuje delo, ki ga opravljajo.

Darmer in sodelavci (2004) so ugotovili, da z dodatnim izobraževanjem medicinske sestre dobijo večje prepričanje o znanju iz dokumentiranja. Vrankar (2013) je ugotovila pozitivno stališče medicinskih sester, starih od 31 do 45 let, do uvajanja sprememb in izboljšav v procesu predaje pacienta. Donik (2006) pa je v nasprotju z opisanimi ugotovitvami v svoji raziskavi ugotovila, da medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo in daljšo delovno dobo najraje opravljajo delo v skladu z ustaljenimi veščinami. Björvell in sodelavci (2003) so med drugim tudi ugotavljali, da pomanjkanje znanja in odpor do uvajanja novosti negativno vplivajo na dokumentiranje zdravstvene nege.

Pomemben del delovnika medicinskih sester predstavlja čas, ki ga potrebujejo za vnos vseh zahtevanih podatkov v obširno negovalno dokumentacijo. Zato smo v tretji hipotezi želeli ugotoviti, ali obstaja povezava med stališči do dokumentiranja in časom, porabljenim za dokumentiranje v okviru ene delovne izmene. Korelacija med skupno spremenljivko, ki opisuje pozitiven odnos do dokumentiranja in časom, potrebnim za dokumentiranje, je sicer statistično značilna in negativna, a neznatna. Čeprav imajo medicinske sestre pozitiven odnos do dokumentiranja, se negativno opredeljujejo do časa porabljenega za dokumentiranje. Medicinske sestre menijo, da imajo kljub pozitivnemu odnosu do dokumentiranja premalo časa za njegovo izvajanje v eni delovni izmeni. Zaradi pomanjkanja kadra, ki se izraža glede na kategorizacijo skoraj v vseh slovenskih bolnišnicah (Bregar & Klančnik Gruden, 2011), je ta odnos pričakovan. Medicinske sestre so preobremenjene z neposredno zdravstveno nego in zaradi številnih zahtev na tem področju opustijo določena beleženja izvedenih aktivnosti. Zabeležijo samo tiste, ki so najbolj potrebne.

V naši raziskavi so medicinske sestre ne glede na izobrazbo ocenile obseg časa, porabljenega za

dokumentiranje, na povprečno eno uro v eni izmeni, kar predstavlja 12,5 % delovnega časa v primeru osemurnega delovnika in 14,3 % delovnega časa v primeru sedemurnega delavnikarja. Dobljeni rezultat se od podatkov v tuji literaturi precej razlikuje, tuji avtorji opisujejo 24–50 % delovnega časa, porabljenega za izpolnjevanje dokumentacije zdravstvene nege (Korst, et al., 2003; Gugerty, et al., 2007; Storfjell, et al., 2008). Lee in Chang (2004) menita, da je časa, porabljenega za dokumentiranje, preveč in da bi ga bilo potrebno skrajšati v prid negovanja pacientov. Rajkovič (2010) je v svoji raziskavi prišel do podobnih rezultatov kot mi, saj je polovica anketirancev na sekundarnem nivoju zdravstvene dejavnosti v Sloveniji ocenila obseg časa, porabljenega za dokumentiranje, na 1 do 60 minut, na terciarnem nivoju zdravstvene dejavnosti celo nekaj več.

V primerjavi s tujo literaturo je obseg časa, porabljenega za dokumentiranje, v ustanovah, ki so sodelovale v naši raziskavi, manjši. Postavljajo se vprašanja, ali se dokumentiranje izvaja v manjšem obsegu, ali se zaposleni v zdravstveni negi izogibajo dokumentiranju zaradi majhne kadrovske zasedenosti in ker bi dokumentiranje povzročilo podaljšanje njihovega delovnika, ali vodilni ne čutijo potrebe po dokumentiranju in od svojih podrejenih ne zahtevajo in niti ne pričakujejo, da bodo izpolnjevali vse oblike dokumentiranja, ki so na voljo.

Že Gugerty in sodelavci (2007) so ugotavljali, da številne medicinske sestre ne cenijo časa in truda, ki sta potrebna za skrbno dokumentiranje in ga raje usmerijo v neposredno zdravstveno nego pacienta. Tudi anketirane medicinske sestre bi želele več časa preživeti s pacientom, prav tako menijo, da dokumentacija omejuje čas, ki ga lahko namenijo zdravstveni negi pacienta. Po drugi strani tudi menijo, da nimajo dovolj časa za vodenje dokumentacije. Spencer in Lunsford (2010) menita, da bi uporaba sodobne računalniške opreme in dobrega programa za vnos negovalne dokumentacije medicinskim sestram omogočila več časa, ki bi ga lahko posvetile pacientu. Munyisia in sodelavci (2012) pa so ugotovili, da elektronski sistem oz. računalniški vnos ne vodi nujno k učinkovitosti dokumentiranja. Ugotovili so, da je za učinkovit računalniški vnos potrebno standardizirati in oblikovati vse obrazce zdravstvene nege in da mora biti vnos podatkov v celoti računalniški, če želimo, da bo računalniško podprto dokumentiranje medicinskim sestram omogočilo več časa za delo s pacientom. Kelley in sodelavci (2011) so se nagibali k razmišljanju, da ostaja neznanka, v kolikšni meri elektronska oblika negovalne dokumentacije izboljša oskrbo zdravstvene nege hospitaliziranih pacientov.

Omejitev raziskave je, da je zajela samo zaposlene v zdravstveni negi. Prav tako bi lahko natančneje opredelili vzorec merjencev. Da bi povečali občutljivost lestvice, bi jo bilo smiselno razširiti na sedemtočkovno lestvico. Ker potrditvene (konfirmatorne) faktorske analize nismo izvedli, teorije o strukturi skupine spremenljivk, ki smo jih dobili z eksploratorno faktorsko analizo, nismo potrdili. Zanimivo bi bilo primerjati mnenja o pomembnosti

dokumentiranja med medicinskimi sestrami in drugimi zaposlenimi v zdravstvu, ki se srečujejo s pacienti.

Zaključek

Ugotovili smo, da medicinske sestre z vsaj višješolsko izobrazbo dokumentiranju pripisujejo večji pomen kot tiste s srednješolsko izobrazbo. Medicinske sestre se glede na stopnjo izobrazbe razlikujejo tudi v mnenju glede nekaterih vidikov dokumentiranja. Medicinske sestre z vsaj višješolsko izobrazbo pripisujejo večji pomen pomoči, ki jo dokumentiranje nudi ostalim članom zdravstvenega tima, prav tako so mnjenja, da omogoča kontinuiteto dela ter večjo varnost in kakovost obravnave pacienta. Ne glede na nivo izobrazbe pa so medicinske sestre mnjenja, da dokumentiranje opisuje delo, ki ga opravljajo, in z njim le-to postane vidno. Prav tako smo ugotovili, da dolžina delovne dobe ne vpliva na stališča medicinskih sester do dokumentiranja. Čeprav imajo medicinske sestre pozitiven odnos do dokumentiranja, menijo, da imajo zanj premalo časa.

Dokumentacija zdravstvene nege je pomemben del dela medicinske sestre. V utemeljevanje njene pomembnosti bi bilo potrebno vključiti vodstvo, šolske ustanove in tudi zavzete posameznike, ki posedujejo široka znanja s tega področja. Spodbudno je dejstvo, da delovna doba na odnos medicinskih sester do dokumentiranja ne vpliva negativno. Iz navedenega lahko sklepamo, da se medicinske sestre ne glede na starost zavedajo pomembnosti dokumentiranja. Če želimo dvigniti zavedanje, morajo tudi medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo prepoznati njegovo pomembnost že v zgodnjem obdobju usposabljanja za svoj poklic.

Literatura

- Austin, S., 2011. Stay out of court with proper documentation. *Nursing*, 41(4), pp. 24–29.
<http://dx.doi.org/10.1097/01.NURSE.0000395202.86451.d4>
PMid:21368707
- Björvell, C., Wredling, R. & Thorell-Ekstrand, I., 2003. Experiences of using the VIPS-model for nursing documentation: a focus group study [corrected]. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), pp. 402–410. Erratum in *Journal of Advanced Nursing*, 2003;44(6), p. 655.
<http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02751.x>
PMid:12887359
- Blair, W. & Smith, B., 2012. Nursing documentation: frameworks and barriers. *Contemporary Nurse*, 41(2), pp. 160–168.
<http://dx.doi.org/10.5172/conu.2012.41.2.160>
PMid:22800381
- Bregar, B. & Klančnik Gruden, M., 2011. Zahtevnost zdravstvene nege in kader v slovenskih bolnišnicah. In: Štemberger Kolnik, T., Majcen Dvoršak, S. & Klemenc D. eds. *Medicinske sestre in babice zagotavljamo dostopnost in enakost zdravstvene oskrbe pacientov: zbornik prispevkov z recenzijo*, Maribor, 12.–14. maj 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 244–248.
- Casanova, J., Day, K., Dorpat, D., Hendricks, B., Theis, L. & Wiesman, S., 2007. Nurse-physician work relations and role expectations. *Journal of Nursing Administration*, 37(2), pp. 68–70.
<http://dx.doi.org/10.1097/00005110-200702000-00007>
PMid:17273025
- Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo, pp. 47–49.
- Cheevakasemsook, A., Chapman, Y., Francis, K. & Davies, C., 2006. The study of nursing documentation complexities. *International Journal of Nursing Practice*, 12(6), pp. 366–374.
- College and Association of Registered Nurses of Alberta, 2013. *Documentation standards for registered members*. Edmonton: College and Association of Registered Nurses of Alberta, pp. 3–7.
- College of Registered Nurses of British Columbia, 2012. *Nursing documentation*. Vancouver: College of Registered Nurses of British Columbia, p. 5.
- Cooper, D.J. & Buist, M.D., 2008. Vitalness of vital signs, and medical emergency teams. *The Medical Journal*, 188(11), pp. 630–631.
PMid:18513169
- Darmer, M.R., Ankersen, L., Nielsen, B.G., Landberger, G., Lippert, E. & Egerod, I., 2004. The effect of a VIPS implementation programme on nurses' knowledge and attitudes towards documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(3), pp. 325–332.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00289.x>
PMid:15355528
- Daskein, R., Moyle, W. & Creedy, D., 2009. Aged-care nurses' knowledge of nursing documentation: an Australian perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 18(14), pp. 2087–2095.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02670.x>
PMid:19374697
- Donik, B., 2006. Kako upajati spremembe in novosti v klinično prakso zdravstvene nege? *Obzornik zdravstvene nege*, 40(4), pp. 243–246.
- Ehrenberg, A. & Ehnfors, M., 2001. The accuracy of patient records in Swedish nursing homes: congruence of record content and nurses' and patients' descriptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(4), pp. 303–310.
<http://dx.doi.org/10.1046/j.1471-6712.2001.00044.x>
PMid:12453171

- Fasoli, D.R. & Haddock, K.S., 2010. Results of an integrative review of patient classification systems. *Annual Review of Nursing Research*, pp. 295–316.
<http://dx.doi.org/10.1891/0739-6686.28.295>
PMid:21639031
- Griffith, R., 2004. Putting the record straight: the importance of documentation. *British Journal of Community Nursing*, 9(3), pp. 122–125.
<http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2004.9.3.12436>
PMid:15028998
- Gugerty, B., Maranda, M.J., Beachley, M., Navarro, V.B., Newbold, S., Hawk, W., et al., 2007. *Challenges and opportunities in documentation of the nursing care of patients: a report of the Maryland Nursing Workforce Commission, Documentation Work Group*. Baltimore: Maryland Nursing Workforce Commission, pp. 5–10.
- Gugerty, B., 2006. Progress and challenges in nursing documentation – part II. *Journal of Healthcare Information Management*, 20(4), pp. 20–22.
PMid:17091785
- Hoban, V., 2003. How to improve your record keeping. *Nursing Times*, 99(42), pp. 78–79.
- Japelj, M., 1980. Tehnični strokovnjak - nov delavec v zdravstvenem timu. *Zdravstveni obzornik*, 14(1-2), pp. 75–80.
- Jefferies, D., Johnson, M. & Griffiths, R., 2010. A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2), pp. 112–124.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01815.x>
PMid:20487056
- Kärkkäinen, O., Bondas, T. & Eriksson, K., 2005. Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*, 12(2), pp. 123–132.
<http://dx.doi.org/10.1191/0969733005ne7690a>
PMid:15791782
- Kavalič, S., 1981. Ocenjevanje bolnikovih potreb v negovalnem procesu. *Zdravstveni obzornik*, 15(3), pp. 112–117.
- Kelley, T.F., Brandon, D.H. & Docherty, S.L., 2011. Electronic nursing documentation as a strategy to improve quality of patient care. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(2), pp. 154–162.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01397.x>
PMid:21605319
- Kerr, M.P., 2002. A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 37(2), pp. 125–134.
<http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02066.x>
PMid:11851780
- Kohek, M. & Vogrinčič, L., 2004. Dokumentiranje postopkov v zdravstveni negi. In: Buček Hajdarevič, I. ed. *Zagotavljanje kontinuitete zdravstvene nege: zbornik predavanj, 1. simpozij, Terme Čatež, 27.-29. maj 2004*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za anesteziologijo, intenzivno nego in terapijo ter transfuziologijo, pp. 46–49.
- Korst, L.M., Eusebio-Angeja, A.C., Chamorr, T., Aydin, C.E. & Gregory, K.D., 2003. Nursing documentation time during implementation of an electronic medical record. *Journal of Nursing Administration*, 33(1), pp. 24–30.
<http://dx.doi.org/10.1097/00005110-200301000-00006>
PMid:12544622
- Kulhanek, B.J., 2010. *Enablers, barriers, and the influence of organizational environmental factors on computerized clinical documentation training developed and delivered by nursing informaticists: doctoral thesis*. Minneapolis: Capella University, pp. 9–41.
- Laitinen, H., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P., 2010. Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(3-4), pp. 489–497.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02983.x>
PMid:20500288
- Lee, T.T. & Chang, P.C., 2004. Standardized care plans: experiences of nurses in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), pp. 33–40.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00818.x>
PMid:14687291
- Lee, T.T., 2005. Nurses' concerns about using information systems: analysis of comments on a computerized nursing care plan system in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 14(3), pp. 344–353.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01060.x>
PMid:15707445
- Lorber, M., 2010. *Vedenje, značilnosti in kompetence vodij v povezavi z zadovoljstvom in pripadnostjo zaposlenih v zdravstveni negi: magistrsko delo*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management, pp. 72–80.
- McGeehan, R., 2007. Best practice in record-keeping. *Nursing Standards*, 21(17), pp. 51–55.
<http://dx.doi.org/10.7748/ns2007.01.21.17.51.c6397>
PMid:17260938
- Munysia, E.N., Yu, P. & Hailey, D., 2012. The impact of an electronic nursing documentation system on efficiency of documentation by caregivers in a residential aged care facility. *Journal of Clinical Nursing*, 21(19-20), pp. 2940–2948.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04157.x>
PMid:22827170

- Naka, S., 2006. Pomen dokumentiranja v zdravstveni negi. In: Rijavec, I. ed. *Dokumentiranje v procesu zdravstvene nege kirurškega bolnika: zbornik predavanj*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji, pp. 4–7.
- Needleman, J. & Buerhaus, P., 2003. Nurse staffing and patient safety: current knowledge and implications for action. *International Journal of Quality in Health Care*, 15(4), pp. 275–277. <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzg051> PMID:12930041
- Owen, K., 2005. Documentation in nursing practice. *Nursing Standards*, 19(32), pp. 48–49. <http://dx.doi.org/10.7748/ns2005.04.19.32.48.c3846> PMID:15875585
- Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R.M. & van der Schans, CP., 2010. Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), pp. 2481–2489. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05433.x> PMID:20735494
- Potter, P.A. & Perry, A.G., 2010. *Canadian fundamentals of nursing*. Toronto: Elsevier Canada, pp. 14–18.
- Potter, P.A., Perry, A.G., Ross-Kerr, J.C. & Wood, M.J. eds., 2006. *Canadian fundamentals of nursing*. 3rd ed. Toronto: Elsevier/Mosby, pp. 18–24.
- Rajkovič, U., 2010. *Sistemi pristop k oblikovanju e-dokumentacije zdravstvene nege: doktorska disertacija*. Kranj: Univerza v Mariboru, pp. 22–50.
- Ramšak Pajk, J. & Šušteršič, O., 2005. Pomen prenovljene dokumentacije zdravstvene nege v izobraževalnem procesu patronažnega varstva. *Organizacija*, 38(8), pp. 478–482.
- Ramšak Pajk, J., 2006. Dokumentacija v zdravstveni negi: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(3), pp. 137–142.
- Sheung Cheng, W.L. & Yuk Ali, CK., 2010. Satisfaction scale for community nursing: development and validation. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), pp. 2331–2340. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05373.x> PMID:20626482
- Sexton, A., Chan, C., Elliott, M., Stuart, J., Jayasuriya, R. & Crookes, P., 2004. Nursing handovers: do we really need them? *Journal of Nursing Management*, 12(1), pp. 37–42. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2004.00415.x> PMID:15101454
- Spencer, J.A. & Lunsford, V., 2010. Electronic documentation and the caring nurse-patient relationship. *International Journal of Human Caring*, 14(2), pp. 30–35.
- Storffell, J.L., Omoike, O. & Ohlson, S., 2008. The balancing act: patient care time versus cost. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), pp. 244–249. <http://dx.doi.org/10.1097/01.NNA.0000312771.96610.df> PMID:18469618
- Törnvall, E., Wilhelmsson, S. & Wahren, L.K., 2004. Electronic nursing documentation in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18(3), pp. 310–7. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00282.x> PMID:15355526
- Törnvall, E. & Wilhelmsson, S., 2008. Nursing documentation for communicating and evaluating care. *Journal of Clinical Nursing*, 17(16), pp. 2116–2124. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02149.x> PMID:18710374
- Vee, T.S. & Hestetun, M., 2009. Structure and routines, - essential condition to secure nursing documentation. *Vård i Norden*, 29(3), pp. 50–52. <http://dx.doi.org/10.1177/010740830902900312>
- Vrankar, K., 2013. *Analiza predaje pacientov in uvedba standardiziranega orodja za zagotavljanje varne in uspešne predaje pacientov: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 92–110.

Cite as/Citirajte kot:

Petkovšek-Gregorin, R. & Skela-Savič, B., 2015. Nurses' perceptions and attitudes towards documentation in nursing. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(2), pp. 106–125. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2015.49.2.50>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Pogled študentov magistrskega študija vzgoje in menedžmenta v zdravstvu na pridobljeno znanje

The views of master students of the study programme "Education and management in health care" on the acquired knowledge

Bojana Filej

Ključne besede: odgovornost; kompetence; moč; medicinska sestra

Key words: responsibility; competences; power; nurse

doc. dr. Bojana Filej, univ. dipl. org., viš. med. ses.; Alma Mater Europaea – ECM, Gosposka ulica 1, 2000 Maribor

Kontaktne e-naslov/
Correspondence e-mail:
bojana.filej@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Zaradi hitrega razvoja znanosti in hitro spreminjajočega se okolja je izobraževanje in učenje v vseh obdobjih človekovega življenja nujno. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako študenti magistrskega študija vzgoje in menedžmenta v zdravstvu dojemajo svoje novopridobljeno znanje.

Metode: Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi raziskovanja. Podatke smo zbrali s pomočjo spletnega anketnega vprašalnika. V raziskavo smo vključili tri generacije študentov, vpisanih na magistrski študijski program vzgoje in menedžmenta v zdravstvu ($n = 61$). Vrnjenih je bilo 39 (63,9 %) anketnih vprašalnikov. Za analizo zanesljivosti anketnega vprašalnika smo uporabili Cronbachov koeficient alfa, ki je znašal 0,86. Statistična značilnost je bila preverjena na ravni 5% tveganja ($p = 0,05$). Za testiranje domnev o razliki aritmetičnih sredin smo uporabili enofaktorsko analizo variance in za ugotavljanje jakosti korelacij med spremenljivkami Pearsonov korelacijski koeficient (r).

Rezultati: Anketirani se ne glede na mesto zaposlitve (bolnišnica, zdravstveni dom, socialnovarstveni zavod, zasebnik, izven zdravstva, brez zaposlitve) najbolj strinjajo s trditvama, da jim znanje daje strokovno moč ($\bar{x} = 4,7$) in da se z znanjem krepi profesija zdravstvene nege ($\bar{x} = 4,7$). Najmanj se strinjajo s trditvijo, da bodo po zaključku študija prerazporejeni na drugo delovno mesto ($\bar{x} = 2,1$). Statistično pomembna razlika se nanaša na trditev, da jih bodo člani zdravstvenega tima bolj spoštovali, ker bodo imeli višji naziv ($F^* = 5,059$, $p = 0,012$).

Diskusija in zaključek: Zaradi krizne situacije zavodi novopridobljenega znanja svojih zaposlenih ne bodo mogli izkoristiti v celoti; magistrski študenti pa ga bodo po dokončanju študija lahko koristno uporabili pri obravnavi pacientov, s čimer bodo prispevali k razvoju in profesionalizaciji stroke zdravstvene nege.

ABSTRACT

Introduction: Due to the rapid development of science and the ever-changing environment, education and lifelong learning became an imperative. The main objective of this study was to measure the attitudes and opinions regarding the knowledge acquired through master's degree preparation in nursing. The sample included the students of the master study programme "Education and management in health care".

Methods: The research was based on a quantitative research method. The data were obtained through a web questionnaire which included three generations of students ($n = 61$) enrolled in the master study programme "Education and management in health care". The survey's response rate was 63.9 % ($n = 39$). The reliability was calculated through Cronbach's alpha coefficient amounting to 0.86. This statistical characteristic was tested at the level of 5 % risk ($p = 0.05$). To test the hypothesis about the difference of arithmetic means, factor variance analysis was used, while the Pearson's correlation coefficient was used to determine the strength of correlations between variables.

Results: Respondents from all institutions (hospitals, health centres, homes for the elderly, private individuals, employees from non-medical institutions, unemployed) reported highest levels of agreement with the statement that education gives them professional and expert power ($\bar{x} = 4,7$), and that knowledge strengthens the profession ($\bar{x} = 4,7$). The level of agreement was found to be lowest for with the statement that they might be transferred to a different work place after graduation ($\bar{x} = 2,1$). A statistically significant difference refers to the statement that the members of their health team will respect them more due to their higher education and title ($F^* = 5,059$, $p = 0,012$).

Discussion and conclusion: Institutions will not be able to take full advantage of the newly acquired knowledge of their staff due to unfavourable economic conditions. The graduates of the master programme will in turn apply their knowledge in the provision of care, hereby contributing to quality of patient care, development and professionalization of nursing.

Prejeto/Received: 29. 11. 2014
Sprejeto/Accepted: 26. 5. 2015

Uvod

Ljudje imajo vedno potrebe po znanju, in kot navaja Parahoo (2006), je v znanju moč. Na prvi pogled je vsebina besede »znanje« popolnoma jasna, vendar ugotavljamo, da temu ni tako, saj obstajajo številne med seboj različne definicije, ki se razlikujejo tudi v odvisnosti od znanstvenega področja.

Strokovnjaki v zdravstveni negi imajo strokovno znanje zdravstvene nege, ki so si ga pridobili z izobraževanjem, prakso in kontinuiranim izpopolnjevanjem. Z vertikalno izobraževanja v zdravstveni negi se povečuje kakovost izvajanja zdravstvene nege in s tem obravnave pacienta. Gerrish & Lacey (2010) navajata, da tako kot drugo znanje tudi znanje zdravstvene nege ni nikoli absolutno, saj se zdravstvena nega razvija in prilagaja spremembam okolja, zato je znanje vedno začasno in delno.

Znanje je tudi element pridobljenih kompetenc, ki obsegajo še »veščine, spretnosti, osebnostne in vedenjske značilnosti, prepričanja, vrednote in samopodobo« (Gruban, 2004). Kompetence se razvijajo tudi z vseživljenjskim izobraževanjem.

Zdravstvena nega je na znanju temelječa disciplina z lastnim obsegom znanja, kar ji daje možnost razvoja neodvisne znanstvene discipline (Cardoso & Paiva e Silva, 2010). Veliko znanja si »izposodi« pri drugih znanostih, na osnovi katerega razvija specifično znanje za disciplino zdravstvene nege (Hicks & Butkus, 2011), po katerem se razmejuje in razlikuje od drugih strok (Hajdinjak & Meglič, 2006). Tudi Christensen (2011) navaja, da je bilo narejenih mnogo poskusov, da bi identificirali znanje, specifično za zdravstveno nego. Meni tudi, da mora biti »izposojeno« znanje kritično ocenjeno in da je potrebno opredeliti, kakšne modifikacije so potrebne, da se to znanje lahko vključi v znanje zdravstvene nege (angl. body of knowledge).

Razvoj znanja v zdravstveni negi je postopoma prešel od faze odvisnosti in adaptacije znanja drugih disciplin do razvoja »edinstvenega« znanja zdravstvene nege (Hicks & Butkus, 2011). Tako se je v zdravstveni negi razvila njena strukturna hierarhija znanja, ki jo tvori pet elementov, ki vključujejo različne stopnje znanja od najbolj konkretne (empirični indikatorji) pa do najbolj abstraktne (metaparadigma) (Hajdinjak & Meglič, 2006).

Danes govorimo o konceptu vseživljenjskega učenja, s pomočjo katerega obnavljamo staro in pridobivamo novo znanje. Vseživljenjsko učenje v zdravstveni negi je namenjeno vsaki posamezni medicinski sestri v vseh obdobjih njenega profesionalnega življenja. Znanje zdravstvene nege je definirano kot teoretično in izkustveno znanje, ki se zahteva za razvoj discipline in stroke (Sochan, 2011).

Znanje posameznika je pomembno za uspešno delovanje organizacije, in kot navaja Sitar (2006), lahko za znanje organizacije uporabimo tudi pojem intelektualni kapital. Povsem jasno je, da organizacija znanja ne more ustvariti sama, temveč ga ustvarjajo

zaposleni, imenujemo ga človeški kapital, znanje pa odide iz organizacije skupaj z njimi. Fink (2006) meni, da je največje bogastvo organizacije prav človeški kapital, zato je pomembno vlagati v razvoj zaposlenih.

Moč je koncept, ki se nanaša na sposobnost vplivanja in motiviranja za doseganje določenega cilja in se prepleta s konceptom opolnomočenja. Opolnomočenje kot pojem v zdravstvu ni dobro definirano (Millard et al., 2006; Mcallister, et al., 2012), nekateri avtorji ga opisujejo kot proces, nekateri kot rezultat. Razumeti ga je mogoče kot zavesten prevzem nadzora (npr. nad stroko zdravstvene nege). Ne glede na pogostoma različne razlage pa ima dva osnovna pomena: »imeti moč« (angl. power) ter »izvor moči in načini za njeno povečanje« (angl. empower) (Angelman & Berman, 2007). Opolnomočenje ne more obstajati brez moči, med tem ko moč lahko brez opolnomočenja (Manojlovich, 2007; Rao, 2012). Opolnomočenje obstaja na nivoju posamezne medicinske sestre znotraj določenega delovnega okolja in je vgrajeno v zdravstveni sistem, tako da je moč stroke zdravstvene nege dogovorjena med člani različnih disciplin.

Navedena dejstva so bila izhodišče za našo raziskavo, katere namen je bil ugotoviti, kako študenti magistrskega študijskega programa vzgoje in menedžmenta v zdravstvu dojemajo svoje novopridobljeno znanje in kakšna je povezanost med znanjem, kompetencami, odgovornostjo in družbeno pomembnostjo stroke zdravstvene nege.

Metode

Raziskava je temeljila na kvantitativnem pristopu. Uporabili smo deskriptivno metodo za pojasnitev in razumevanje teme, ki smo jo obravnavali. Podatke smo pridobili s spletnim anketnim vprašalnikom.

Opis instrumenta

Za pridobivanje podatkov smo na podlagi literature izdelali spletni anketni vprašalnik. Za analizo zanesljivosti anketnega vprašalnika smo uporabili Cronbachov koeficient alfa, ki je znašal 0,86, kar pomeni, da gre za visoko zanesljivost vprašalnika.

V prvem delu anketnega vprašalnika smo pridobivali splošne demografske podatke anketirancev, v drugem delu pa njihova mnenja o pomenu znanja za posameznika, za organizacijo, za stroko ter paciente in splošne trditve o znanju. Anketni vprašalnik je obsegal 40 trditev, ki so jih anketirani posamično ocenili po petstopenski Likertovi lestvici strinjanja (1 – sploh se ne strinjam, 2 – delno se strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 – delno se strinjam, 5 – v celoti se strinjam).

Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni, namenski vzorec. Anketni vprašalnik smo posredovali študentom magistrskega študijskega programa vzgoje in menedžmenta v zdravstvu, ki se izvaja kot izredni študij. V raziskavo smo zajeli tri

generacije vpisanih študentov ($n = 61$), vsi so diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki in vsi so zaposleni. Velikost vzorca je 61 študentov. Vrnjenih je bilo 39 vprašalnikov, kar predstavlja 63,9% realizacijo vzorca. V raziskavi je sodelovalo 33 (84,6 %) žensk, 6 (15,4 %) moških s povprečno delovno dobo 12,9 let (min. 0,6, maks. 34,0 let). Večina – 17 (43,6 %) anketiranih je zaposlenih v bolnišnici, v zdravstvenem domu jih je zaposlenih 13 (33,3 %), v socialnovarstvenem zavodu 2 (5,1%), pri zasebniku 3 (7,7 %), izven zdravstva 3 (7,7 %) in 1 (2,6 %) anketirani ni zaposlen.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketni vprašalnik smo študentom posredovali v obliki spletne ankete, ki so jo lahko izpolnjevali od 24. marca do vključno 29. marca 2013. Za testiranje domnev o razliki aritmetičnih sredin (vzorec večji od 30) smo uporabili enofaktorsko analizo variance z namenom, da bi ugotovili, ali so razlike med vzorci razločljive kot statistična odstopanja znotraj iste populacije. Statistično značilnost smo preverili na ravni 5% tveganja ($p = 0,05$). Na začetku vprašalnika smo študente seznanili z namenom in cilji raziskovanja ter jih zaprosili za sodelovanje v anketi. Pojasnili smo jim tudi, da je sodelovanje v raziskavi prostovoljno in anonimno ter da izpolnjevanje anketnega vprašalnika lahko kadar koli prekinemo. Podatke smo analizirali s statističnim programom SPSS 20.0.

Rezultati

V Tabeli 1 so prikazane ocene strinjanja s trditvami za vse zavode (»vsi zavodi« je v nadaljevanju skupno poimenovanje za bolnišnico, zdravstveni dom ter ostalo: socialnovarstveni zavod, zasebnik, izven zdravstva, brez

zaposlitve; te štiri možnosti so v nadaljevanju skupaj poimenovane tudi »drugi zavodi«) in ocene strinjanja s trditvami z ozirom na mesto zaposlitve anketiranih. Iz tabele povzemamo le rezultate trditev z največjim in najmanjšim strinjanjem.

Izmed 40 trditev so se anketirani najbolj strinjali s trditvijo »znanje mi daje strokovno moč« ($\bar{x} = 4,8$, $s = 0,7$) in s trditvami: »znanje je moj intelektualni kapital«, »z znanjem se krepi profesija zdravstvene nege« in »za svoje delo sem odgovoren« ($\bar{x} = 4,7$, $s = 0,9$). Najmanj so se anketirani strinjali s trditvijo »po zaključku študija bom prerazporejen na drugo delovno mesto« ($\bar{x} = 2,1$, $s = 1,2$), sledi trditev »znanje se pridobiva samo na delovnem mestu v neposredni praksi« ($\bar{x} = 2,3$, $s = 1,3$).

Zozirom na zavod zaposlitve so se zaposleni v zdravstvenem domu najbolj strinjali z naslednjimi trditvami: »z znanjem se krepi profesija zdravstvene nege«, »za svoje delo sem odgovoren« in »znanje je osnova za pridobivanje kompetenc« ($\bar{x} = 4,7$, $s = 1,1$) in s trditvama: »znanje mi daje strokovno moč« in »novopridobljeno znanje mi omogoča kakovostnejšo obravnavo pacientov« ($\bar{x} = 4,6$, $s = 1,1$). Najnižje so ocenili strinjanje s trditvama »po zaključku študija bom prerazporejen na drugo delovno mesto« in »člani zdravstvenega tima me bodo bolj spoštovali, ker bom imel višji strokovni naslov« ($\bar{x} = 1,9$, $s = 0,9$) ter s trditvijo »znanje se pridobiva samo na delovnem mestu v neposredni praksi« ($\bar{x} = 2,1$, $s = 1,3$).

Zaposleni v bolnišnici so se najbolj strinjali z naslednjimi trditvami: »znanje je moj intelektualni kapital«, »znanje mi daje strokovno moč« in »z znanjem se krepi profesija zdravstvene nege« ($\bar{x} = 4,9$, $s = 0,3$) ter s trditvami: »z novim znanjem bom uspešnejši pri učenju drugih«, »za svoje delo sem odgovoren«, »izobraževanje je v vseh obdobjih človekovega življenja nujno«, »novo znanje je dodana vrednost« ($\bar{x} = 4,8$, $s = 0,4$). Najmanj so se strinjali z naslednjima trditvama: »po zaključku

Tabela 1: Ocene strinjanja s trditvami po zavodih

Table 1: Assessment of agreement with statements by institution

Trditve/ Statements	Vsi zavodi/ All institutions				Zdravstveni dom/ Health centre ($n = 13$)		Bolnišnica/ Hospital ($n = 17$)		Ostalo/ Others ($n = 9$)		F^*	p
	$\bar{x}$	s	Mo	%	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s		
Znanje je moj intelektualni kapital.	4,7	0,9	5	84,6	4,5	1,1	4,9	0,3	4,6	1,3	0,628	0,539
Znanje mi daje strokovno moč.	4,8	0,7	5	87,2	4,6	1,1	4,9	0,3	4,8	0,7	0,464	0,632
Z znanjem se krepi profesija zdravstvene nege.	4,7	0,8	5	87,2	4,7	1,1	4,9	0,3	4,6	1,0	0,494	0,614
Znanje je vir zaslužka.	3,5	1,0	3	41,0	3,5	1,1	3,4	0,9	3,8	1,3	0,388	0,681
S svojim znanjem pomagam zavodu doseči organizacijske cilje.	3,8	1,2	4	35,9	3,8	1,4	3,9	0,8	3,8	1,5	0,040	0,961
Znanje je moja največja vrednota.	4,1	0,9	4	53,8	3,9	1,0	4,2	0,6	4,0	1,2	0,289	0,751

Se nadaljuje/Continues

<i>Trditve/ Statements</i>	<i>Vsi zavodi/ All institutions</i>				<i>Zdravstveni dom/ Health centre (n = 13)</i>		<i>Bolnišnica/ Hospital (n = 17)</i>		<i>Ostalo/ Others (n = 9)</i>		<i>F*</i>	<i>p</i>
	<i>$\bar{X}$</i>	<i>s</i>	<i>Mo</i>	<i>%</i>	<i>$\bar{X}$</i>	<i>s</i>	<i>$\bar{X}$</i>	<i>s</i>	<i>$\bar{X}$</i>	<i>s</i>		
Novopridobljeno znanje mi omogoča kakovostnejšo obravnavo pacientov.	4,5	1,1	5	74,4	4,6	1,1	4,6	0,8	4,0	1,6	0,995	0,380
Z novim znanjem bom uspešnejši pri učenju drugih.	4,6	1,0	5	76,9	4,5	1,2	4,8	0,4	4,4	1,3	0,482	0,621
Znanje je intelektualni kapital zavoda, v katerem sem zaposlen.	3,8	1,2	5	38,5	3,5	1,5	4,1	1,0	3,8	1,3	0,651	0,527
Z novim znanjem bolje organiziram lastno delo.	4,1	1,1	5	46,2	4,1	1,2	4,3	0,8	3,8	1,5	0,647	0,530
Pridobljeno znanje je osnova za boljše organiziranje dela drugih.	4,2	1,0	4	43,6	4,2	1,1	4,4	0,6	3,8	1,3	0,997	0,379
Za svoje delo sem odgovoren.	4,7	0,9	5	84,6	4,7	1,1	4,8	0,4	4,4	1,3	0,484	0,620
Znanje je osnova za pridobivanje kompetenc.	4,5	0,9	5	71,8	4,7	1,1	4,6	0,6	4,2	1,1	0,739	0,485
Izvajam varno zdravstveno nego ne glede na obseg znanja.	3,9	1,3	5	46,2	3,7	1,5	4,1	1,2	3,9	1,3	0,276	0,760
Udeležujem se strokovnih izpopolnjevanj, ki mi jih plača organizacija.	4,2	1,2	5	56,4	4,3	1,2	4,3	1,0	3,9	1,5	0,396	0,676
Izobraževanje je v vseh obdobjih človekovega življenja nujno.	4,6	0,9	5	79,5	4,5	1,1	4,8	0,4	4,6	1,3	0,256	0,775
Višja kot je stopnja izobrazbe, boljši so rezultati obravnave pacienta.	3,8	1,1	4	43,6	3,9	1,4	3,9	0,9	3,7	1,3	0,144	0,866
Teoretično znanje je pomembno.	4,3	1,0	5	53,8	4,3	1,3	4,3	0,7	4,2	1,1	0,022	0,979
Paciente obravnavam varno.	4,5	1,0	5	66,7	4,5	1,1	4,7	0,5	4,1	1,4	1,120	0,337
Udeležbo na strokovnih izpopolnjevanjih si plačam sam.	3,1	1,6	1 in 5	28,2	3,5	1,6	2,9	1,7	3,0	1,6	0,492	0,616
Zavod podpira izobraževanje zaposlenih.	3,5	1,3	5	28,2	3,3	1,3	3,5	1,3	3,9	1,1	0,559	0,576
Zavod lahko umestim med učeče se organizacije.	3,7	1,3	5	41,0	3,3	1,5	4,1	1,0	3,7	1,5	1,221	0,307
Zavod ima izdelan letni načrt internega strokovnega izpopolnjevanja.	3,4	1,1	3	38,5	2,7	1,0	3,8	1,0	3,4	1,2	4,339	0,021
Pri obravnavi pacienta je najpomembnejša praktična usposobljenost.	3,8	1,1	4	38,5	3,4	1,4	3,9	0,9	4,1	1,1	1,314	0,281
Z izobraževanjem pridobivam koristno znanje za svoje delo.	4,4	1,0	5	61,5	4,3	1,2	4,6	0,5	4,2	1,4	0,491	0,616
Za organizacijo je pomembno, da imam več znanja.	3,9	1,2	5	43,6	3,7	1,5	4,2	0,9	3,9	1,4	0,567	0,572
Za organizacijo je pomembno, da sem usposobljen za delo na različnih področjih zdravstvene nege.	3,9	1,3	5	43,6	3,8	1,6	4,2	0,9	3,6	1,4	0,735	0,487
Znanje se pridobiva samo na delovnem mestu v neposredni praksi.	2,3	1,3	1	33,3	2,1	1,3	2,5	1,3	2,4	1,4	0,365	0,697
Znanje organizacije ponazorimo s pojmom intelektualni kapital.	3,8	1,3	5	53,9	3,8	1,3	3,9	0,9	3,6	2,0	0,186	0,831
Človeški kapital vključuje kompetence posameznika.	4,1	1,0	4	43,6	3,8	1,1	4,2	0,8	4,1	1,3	0,411	0,666

Se nadaljuje/Continues

Trditve/ Statements	Vsi zavodi/ All institutions				Zdravstveni dom/ Health centre (n = 13)		Bolnišnica/ Hospital (n = 17)		Ostalo/ Others (n = 9)		F*	p
	$\bar{X}$	s	Mo	%	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s		
Pacient je zadovoljen, ker imam veliko znanja.	4,0	1,1	5	46,2	4,2	1,3	4,1	1,0	3,8	1,2	0,293	0,748
Zavedam se pomena svojega znanja.	4,3	1,1	5	59,0	4,2	1,5	4,4	0,6	4,3	1,3	0,187	0,830
Nadrejeni vedo, da bom naredil manj napak pri svojem delu, ker sem pridobil novo znanje.	3,5	1,1	3	33,3	3,4	1,0	3,5	1,1	3,8	1,3	0,351	0,706
Pri delu sem samozavesten, ker sem opolnomočen z novim znanjem.	4,2	1,1	5	51,3	4,2	1,2	4,2	0,8	4,0	1,4	0,157	0,856
Člani zdravstvenega tima me bodo bolj spoštovali, ker bom imel višji strokovni naslov.	2,6	1,2	3	30,8	1,9	0,9	2,7	1,4	3,4	0,7	5,059	0,012
Vodstvo spodbuja zaposlene k pridobivanju novega znanja.	3,4	1,3	5	25,6	3,0	1,4	3,2	1,3	4,1	1,1	2,110	0,136
Novo znanje je dodana vrednost.	4,6	0,9	5	79,5	4,5	1,1	4,8	0,4	4,4	1,3	0,592	0,558
Moje izobraževanje je v skladu s kadrovskim načrtom razvoja zaposlenih.	2,9	1,6	1	28,2	2,8	1,8	2,9	1,5	3,0	1,5	0,025	0,975

Legenda/Legend: n – število/number; $\bar{X}$ – povprečna vrednost/average; s – standardni odklon/standard deviation; F* – enofaktorska analiza variance/single factor analysis of variance; p – statistično pomembna razlika/statistically significant difference

študija bom prerazporejen na drugo delovno mesto» ($\bar{X}$ = 2,1, s = 1,2) in »znanje se pridobiva samo na delovnem mestu v neposredni praksi« ($\bar{X}$ = 2,5, s = 1,3).

Zaposleni v drugih zavodih so se najbolj strinjali s trditvami »znanje mi daje strokovno moč« ($\bar{X}$ = 4,8, s = 0,7) in z naslednjimi trditvami: »znanje je moj intelektualni

kapital«, »z znanjem se krepi profesija zdravstvene nege« in »izobraževanje je v vseh obdobjih človekovega življenja nujno« ($\bar{X}$ = 4,6). Najmanj so se strinjali s trditvama »po zaključku študija bom prerazporejen na drugo delovno mesto« ($\bar{X}$ = 2,3, s = 1,1) in »znanje se pridobiva samo na delovnem mestu v neposredni praksi« ($\bar{X}$ = 2,4, s = 1,4).

Tabela 2: Najvišje in najnižje strinjanje s trditvami z ozirom na zavod

Table 2: The highest and lowest levels of agreement by institution

Zavod/ Institution	Najvišje strinjanje s trditvijo/ The highest agreeing with the statements	Najnižje strinjanje s trditvijo/ The lowest agreeing with the statements
Zdravstveni dom	– z znanjem se krepi profesija zdravstvene nege – za svoje delo sem odgovoren – znanje je osnova za pridobivanje kompetenc – znanje mi daje strokovno moč – novopridobljeno znanje mi omogoča kakovostnejšo obravnavo pacientov	– po zaključku študija bom prerazporejen na drugo delovno mesto – člani tima me bodo bolj spoštovali, ker bom imel višji naziv – znanje se pridobiva samo na delovnem mestu v neposredni praksi
Bolnišnica	– znanje je moj intelektualni kapital – znanje mi daje strokovno moč – z znanjem se krepi profesija zdravstvene nege – z novim znanjem bom uspešnejši pri učenju drugih – za svoje delo sem odgovoren – izobraževanje je v vseh obdobjih človekovega življenja nujno – novo znanje je dodana vrednost	– po zaključku študija bom prerazporejen na drugo delovno mesto – znanje se pridobiva samo na delovnem mestu v neposredni praksi
Ostalo	– znanje mi daje strokovno moč – znanje je moj intelektualni kapital – z znanjem se krepi profesija zdravstvene nege – izobraževanje je v vseh obdobjih človekovega življenja nujno	– po zaključku študija bom prerazporejen na drugo delovno mesto – znanje se pridobiva samo na delovnem mestu v neposredni praksi

Tabela 3: Korelacijska matrika med kategorijami: znanje, kompetence, odgovornost, varnost, družbena pomembnost
 Table 3: Correlation matrix between categories: knowledge, competence, responsibility, safety, social importance

Kategorije/ Categories	Znanje/ Knowledge	Kompetence/ Competences	Odgovornost/ Responsibility	Varnost/ Safety	Družbena pomembnost/ Social importance
znanje	r^* 1	0,829	0,927	0,739	0,843
	p	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
kompetence	r^*	1	0,799	0,649	0,859
	p		< 0,001	< 0,001	< 0,001
odgovornost	r^*		1	0,710	0,850
	p			< 0,001	< 0,001
varnost	r^*			1	0,710
	p				< 0,001
družbena pomembnost	r^*				1
	p				

Legenda/Legend: r^* – Pearsonov korelacijski koeficient/Pearson's coefficient of correlation; p – statistično pomembna razlika/statistically significant difference

Z ozirom na vrsto zavoda je statistično pomembna razlika pri trditvi »zavod ima izdelan letni načrt internega strokovnega izpopolnjevanja« ($p = 0,021$, $F^* = 4,339$), pri čemer so večje povprečje strinjanja navedli zaposleni v bolnišnici ($\bar{x} = 3,8$), nato v drugih zavodih ($\bar{x} = 3,4$) in najmanjše strinjanje v zdravstvenem domu ($\bar{x} = 2,7$). Statistično pomembna razlika je tudi pri trditvi »člani zdravstvenega tima me bodo bolj spoštovali, ker bom imel višji naziv« ($p = 0,012$, $F^* = 5,059$); s tem se najbolj strinjajo zaposleni v drugih zavodih ($\bar{x} = 3,4$), sledijo zaposleni v bolnišnici ($\bar{x} = 2,7$) in nato v zdravstvenem domu ($\bar{x} = 1,9$).

V Tabeli 2 smo navedli trditve, ki so bile ocenjene z dvema najvišjima in dvema najnižjima povprečnima vrednostima.

V vseh zavodih (zdravstveni dom, bolnišnica, ostalo) se najbolj strinjajo s trditvama »znanje mi daje strokovno moč« in »z znanjem se krepi profesija zdravstvene nege« in najmanj strinjajo s trditvama »po zaključku študija bom prerezporejen na drugo delovno mesto« in »znanje se pridobiva samo na delovnem mestu v neposredni praksi«.

Po oceni vsebine posamezne trditve smo le-te združili v kategorije: znanje, kompetence, odgovornost, varnost in družbena pomembnost. Korelacijska matrika (Tabela 3) je pokazala, da so med vsemi kategorijami močne pozitivne korelacije ($r \geq 0,7$) razen med kategorijama »kompetence« in »varnost«, ko gre za srednje močno pozitivno korelacijo ($r \geq 0,3$ – $r \leq 0,7$).

Diskusija

Raziskava je pokazala, da se anketirani ne glede na mesto zaposlitve zavedajo, da jim znanje daje strokovno moč in da se z znanjem krepi profesija zdravstvene nege. Bradbury-Jones in sodelavci (2008) so proučevali moč v zdravstveni negi ter ugotovili, da je le-ta osrednjega pomena za razumevanje zdravstvene nege in da je potrebno

razumeti delovanje moči znotraj določenega družbenega konteksta. Ugotovili so tudi tesno povezavo med močjo in znanjem, ki lahko opolnomočita ne le posameznika temveč tudi profesijo zdravstvene nege. Leppänen (2010) je proučevala strokovno moč medicinskih sester v interakciji s pacienti v specifičnem okolju telefonskih klicev pacientov. Poudarja pomen strokovne moči (znanja) medicinskih sester, saj se medicinske sestre pri telefonskih klicih pacientov odločajo, katera vprašanja bodo postavile, ugotavljajo zdravstvene probleme pacientov in odločajo, kateri nasvet bodo posredovale oziroma odločajo o nujnosti nadaljnje obravnave pacienta. Komatsu in Yagasaki (2014) sta s kvalitativno raziskavo štirih fokusnih skupin, v katerih je sodelovalo 21 medicinskih sester, identificirala moč zdravstvene nege na treh področjih: povezovanje s pacienti, osebna koordinacija in uresničevanje pacientovih potencialov. Na osnovi rezultatov raziskave sta zaključila, da je moč medicinskih sester v njihovi edinstveni vlogi, na osnovi katere se lahko gradi strokovna identiteta medicinskih sester ter krepi njihova vidnost v multidisciplinarnem okolju.

Anketirani v zdravstvenem domu in v bolnišnici, v primerjavi z zaposlenimi v ostalih zavodih, menijo, da so za svoje delo odgovorni. Etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost za delo jim predpisuje Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej) (2005). Painter (2010) navaja, da so medicinske sestre odgovorne za oskrbo, ki jo izvajajo, in za izboljšanje kakovosti prakse zdravstvene nege. Avtorica tudi navaja rezultate študije, da kar 38,6 % medicinskih sester, ki so zaključile študij, ni usposobljenih za izboljševanje kakovosti. Tudi Wyatt (2012) meni, da so medicinske sestre odgovorne za kakovost zdravstvene nege in da morajo doseči čim višjo stopnjo izobrazbe, da bi z novim znanjem »stopile iz sence« drugih disciplin v zdravstvu. Ramšak Pajk (2011) je zapisala, da prevzemanje odgovornosti pomeni tudi avtonomno in neodvisno

delovanje zdravstvene nege in medicinskih sester in da je pot do priznavanja stroke tesno povezana z znanjem. Faseleh-Jahromi in sodelavci (2014) so proučevali družbeno odgovornost medicinskih sester. V raziskavo so vključili deset medicinskih sester z različnih delovnih mest in izvedli polstrukturirane intervjuje. Ugotovili so, da morajo imeti medicinske sestre, ki so družbeno odgovorne, pozitivne osebnostne značilnosti (pozitivne človeške lastnosti, kompetence, vrednote, usmerjenost k rezultatom, strokovna uspešnost) ter tudi potrebna znanja za izvajanje nalog.

Anketirani v bolnišnici in v ostalih zavodih (socialnovarstveni zavod, zasebnik, izven zdravstva) menijo, da je izobraževanje v vseh obdobjih človekovega življenja nujno. Skela-Savič (2010) ugotavlja, da je potrebno znanja nadgrajevati v okviru vseživljenjskega in poklicnega učenja, saj se mora proces obravnave pacienta odvijati kot integracija znanj, dokazov in veščin, ki jih zaposleni nenehno razvijajo.

Anketirani ne glede na mesto zaposlitve menijo, da po zaključku študija ne bodo prerazporejeni na drugo delovno mesto, čeprav bi morali svoje novo znanje uporabiti kot dodano vrednost, s katero se dosegajo načrtovani cilji organizacije. Zdravstveni zavodi bodo namreč zaradi zmanjšanja finančnih virov morali svoje poslovanje racionalizirati tudi na račun kadrov (Bregar, 2013), kar pomeni zmanjševanje števila medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov in nižanje stopnje izobrazbe (Klemenc, 2013). Tako ne moremo govoriti o menedžmentu znanja, saj zavodi z novim znanjem ne ravnaajo kot z redko dobrino (Možina, 2006), pa tudi zavedajo se ne, da je znanje organizacije večje, kot je vsota znanj posameznikov, saj je znanje organizacije intelektualni kapital, kar je seveda mnogo več. Pajnikihar (2011) meni, da višja kot je stopnja izobrazbe v praksi, boljši so rezultati v obravnavi pacientov in učinkovitejši je zdravstveni sistem oz. cenejše je zdravstvo, kar so tudi dokazali Spence Laschinger in sodelavci (2014) v raziskavi, ki je vključila 525 medicinskih sester iz 49 oddelkov v 25 akutnih bolnišnicah.

Anketirani v vseh zavodih se zavedajo, da se znanje ne pridobiva samo na delovnem mestu v neposredni praksi. To se sklada s trditvami Filej (2010), da »poklic medicinske sestre zahteva teoretično znanje in praktične izkušnje«. Avtorica tudi poudarja, da je za učinkovito izvajanje zdravstvene nege ključna čim večja povezanost teorije in prakse. Sochan (2011) primerljivo navaja, da sta teoretično in praktično znanje osnova znanja zdravstvene nege. Christensen (2011) je proučeval povezavo teoretičnega in praktičnega znanja in ugotovil, da je integracija teoretičnega in praktičnega znanja temelj sodobne zdravstvene nege. Za izvajanje sodobne zdravstvene nege pa mora medicinska sestra imeti strokovno znanje, sposobnost odločanja in kompetence. McCurry in sodelavci (2010) so ugotovili, da je profesija zdravstvene nege dolžna družbi zagotavljati na znanju temelječo prakso in da je integracija teorije in prakse osnova za doseganje ciljev. Ko bo zdravstvena nega

dosegla sintezo teorije in prakse, bo zdravstvena nega dosegla družbeno in moralno sprejetje.

Raziskava je tudi pokazala, da ima večina bolnišnic izdelan letni načrt internega strokovnega izpopolnjevanja. Zaposleni so najpomembnejše premoženje in niso le strošek, ki ga je potrebno zmanjšati, res pa je, kot navaja Brumen (2010), problem poslovanja zdravstvenih zavodov obvladovanje naraščajočih stroškov. Mnogi zavodi so se zato odločili za organiziranje internih strokovnih izpopolnjevanj, kar izvajalcem zdravstvene nege daje možnost, da se jih udeležijo v večjem številu. V avstralski raziskavi, ki je zajela 289 medicinskih sester in babic, zaposlenih v javnih in zasebnih bolnišnicah, in katere namen je bil proučiti možnosti njihovega kontinuiranega strokovnega razvoja, so raziskovalci ugotovili izreden pomen podpore menedžmenta. Dve tretjini sodelujočih v raziskavi sta namreč mnenja, da je kontinuiran strokovni razvoj potreben, vendar so zaradi pomanjkanja kadra izrazili zaskrbljenost glede možnosti, da bi izobraževanje potekalo med delovnim časom (Katsikitis, et al., 2013).

Zaposleni v drugih zavodih (zasebnik, socialnovarstveni zavod, izven zdravstva) so prepričani, da jih bodo člani zdravstvenega tima bolj spoštovali, ko bodo imeli višji naziv – magister/magistrica vzgoje in menedžmenta v zdravstvu. Pojavlja se vprašanje, zakaj je to mnenje prisotno le pri zasebnikih in v socialnovarstvenih zavodih, in ne tudi v bolnišnicah in zdravstvenih domovih. Morda zato, ker gre v bolnišnicah in zdravstvenih domovih za večpoklicno timsko delo in so praviloma člani tima enaki med enakimi, pri zasebnikih in v socialnovarstvenih zavodih pa gre za bolj individualno delo vsakega posameznega zdravstvenega strokovnjaka in za odnos lastnik – zasebnik in zaposleni. Menedžerji, kot navaja Robida (2009), pa lahko timsko delo tudi zavirajo.

Kot smo ugotovili z raziskavo, je torej po mnenju študentov znanje močno povezano s kompetencami, odgovornostjo, varnostjo in družbeno pomembnostjo stroke zdravstvene nege.

Skela-Savič in Robida (2012) navajata, da imata kakovost in varnost zdravstvene obravnave velik vpliv na izide zdravljenja, ter povzemata nekatere avtorje, ki trdijo, da današnja zdravstvena obravnava ni varna in da prepogosto ni osnovana na znanstvenih dokazih. Navajata tudi, da je raziskava, ki je bila izvedena v sedemindvajsetih slovenskih bolnišnicah, pokazala, da manjka sistematični pristop k razvoju kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe pacientov.

Kompetenten posameznik je praviloma tisti, ki ima zadosten obseg znanja in spretnosti in jih zna uspešno integrirati, tako da učinkovito opravlja svoje delo (Železnik & Filej, 2010). Ne glede na to, pri kateri delitvi ali definiciji začnemo, je pomembno, da se v praksi ukvarjamo z bistvom pojma »biti kompetenten« (izpolniti zahteve dela) in ne toliko z vprašanjem »imeti kompetenco« (posedovati potrebne osebne značilnosti za kompetentno delo) (Dekleva, et al., 2006). Robinson Wolf (2012) navaja, da medicinske sestre izvajajo zdravstveno

nego pri pacientu s strokovno odgovornostjo in v skladu z etičnim kodeksom obnašanja. Peršolja Černe (2012) pa meni, da se profesija razvija s sistematičnim pridobivanjem znanja in s praktično uporabo znanstveno pridobljenih izsledkov. Kot ugotavljata Popović in Pahor (2011), se družbena pomembnost stroke kaže tudi v medijih, ki so pomemben vir informacij o medicinskih sestrah in njihovem delu. Avtorici v svoji raziskavi ugotavljata, da so bile medicinske sestre pozitivno predstavljene v tistih časopisnih besedilih, ki predstavljajo (tudi) sodobno zdravstveno nego. Bregar in Skela-Savič (2013) pa ugotavljata, da zdravstvena nega v družbi ni prepoznana kot znanstvena disciplina in da je potrebno povečati vlogo izobraževalnih institucij in vpliv prepoznavnih posameznikov v zdravstveni negi, ki morajo v javnosti predstaviti zdravstveno nego.

Zaključek

Težnje medicinskih sester v slovenskem prostoru so že več let usmerjene k samostojnosti in odgovornosti za lastno delo ter k večji prepoznavnosti zdravstvene nege v družbi. Da bi lahko to dosegle, potrebujejo znanje, ki je osnova sodobne zdravstvene nege. Pridobivanje znanja poteka na različne načine, od formalnega, neformalnega, kontinuiranega, do pridobivanja znanja neposredno v delovnem procesu. Študenti magistrskega študija se zavedajo, da jim znanje daje strokovno moč in da se s pomočjo znanja lahko okrepi profesija zdravstvene nege in s tem posledično tudi njihov položaj v družbi. Istočasno se zavedajo, da svojega znanja ne bodo mogli v celoti uporabiti v zavodu, kjer so zaposleni, saj ne bodo prerazporejeni na delovna mesta, ki bi bila ustrezna njihovi stopnji izobrazbe in njihovem novemu znanju. Zavodi zaradi krize žal ne razvijajo novih delovnih mest ter s tem izgubljajo svoj intelektualni potencial, ki bi v kriznem času lahko učinkovito pripomogel tudi k doseganju ciljev zavoda.

Zavedamo se, da dobljenih rezultatov ni možno posploševati in da je naložba vsakega posameznika v pridobivanje novega znanja na magistrski stopnji študija pravzaprav njihova naložba za prihodnost. Prav tako z zanesljivostjo ne moremo trditi, kaj so anketiranci imeli v mislih, ko so odgovorili, da ne bodo prerazporejeni na drugo delovno mesto. Zaposleni se vse premalo zavedajo pomena horizontalnega kariernega napredovanja (večja strokovnost) in težijo bolj k vertikalnemu kariernemu napredovanju na vodilna in vodstvena delovna mesta, za katera pa ni jasnih kriterijev glede stopnje izobrazbe.

Največ koristi od novopridobljenega znanja študentov magistrskega študijskega programa bodo v tem trenutku imeli pacienti, ki bodo kakovostneje in bolj varno obravnavani, s čimer je dosežen vsaj eden izmed ciljev izobraževanja na magistrski stopnji. Z gotovostjo pa lahko trdimo, da bodo s svojim novim znanjem diplomanti doprinesli k profesionalizaciji zdravstvene nege, saj se z raziskovanjem posledično veča baza znanja, ki pomembno prispeva k razvoju stroke.

Literatura

Angelmar, R. & Berman, P.C., 2007. Patient empowerment and efficient health outcomes. In: The Steering Group: *Financing sustainable healthcare in Europe: new approaches for new outcomes. Conclusions from a collaborative investigation into contentions areas of healthcare*, pp. 139–163. Available at: http://www.sitra.fi/julkaisut/muut/the_cox_report.pdf#page=139 [15. 10. 2014].

Bradbury-Jones, C., Sambrook, S., Irvine, F., 2008. Power and empowerment in nursing: a fourth theoretical approach. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2), pp. 258–265. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04598.x> PMid:18394038

Bregar, B., 2013. Zdravstvena nega v pričakovanju reform. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(2), pp. 132–134.

Bregar, B. & Skela-Savič, B., 2013. Pomen vključevanja zaposlenih v zdravstveni negi pri obvladovanju politike zdravstvenega sistema. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp. 18–27.

Brumen, M., 2010. Tudi zdravstvena nega se sooča z izzivi gospodarske krize. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(2), pp. 69–70.

Cardoso, A. & Paiva e Silva, A., 2010. Representing nursing knowledge on maternal and neonatal health: a study on the cultural suitability of ICNP. *International Nursing Review*, 57(4), pp. 426–434. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00829.x> PMid:21050193

Christensen, M., 2011. Advancing nursing practice: redefining the theoretical and practical Integration of knowledge. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5-6), pp. 873–881. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03392.x> PMid:21320209

Dekleva, B., Kobolt, A. & Klemenčič, M.M., 2006. Analiza doseženih in zaželenih kompetenc študijskega programa Socialna pedagogika na Pedagoški fakulteti v Ljubljani. In: Tancig, S. & Devjak, T. eds. *Prispevki k posodobitvi pedagoških študijskih programov*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani, pp. 150–170.

Faseleh-Jahromi, M., Moattari, M. & Peyrovi, H., 2014. Iranian nurses' perceptions of social responsibility: a qualitative study. *Nursing Ethics*, 21(3), pp. 289–298. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733013495223> PMid:24036668

Filej, B., 2010. Pomen povezovanja teorije in prakse v zdravstveni negi. In: Skela-Savič, B., et al. eds. *Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 103–106.

- Fink, T., 2006. Trimo – učeča se organizacija. In: Možina, S. & Kovač, J. eds. *Menedžment znanja*. Maribor: Založba Pivec, pp. 283–290.
- Gerrish, K. & Lacey, A., eds. 2010. *The research process in nursing*. 6th ed. Chichester: Wiley-Blackwell, pp. 3–13.
- Gruban, B., 2004. Uvajanje modelov kompetenc: prenovi kadrovskih sistemov. *Kakovost*, (1), pp. 2–6.
- Hajdinjak, G. & Meglič, R., 2006. *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, pp. 171–180.
- Hicks, N.A. & Butkus, S.E., 2011. Knowledge development for master teachers. *Journal of Theory Construction & Testing*, 15(2), pp. 32–35.
- Katsikitis, M., McAllister, M., Sharman, R., Raith, L., Faithfull-Byrne, A. & Priaux, R., 2013. Continuing professional development in nursing in Australia: current awareness, practice and future directions. *Contemporary Nurse*, 45(1), pp. 33–45. <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2013.45.1.33> PMID:24099224
- Klemenc, D., 2013. Nagovor na slavnostni akademiji ob mednarodnem dnevu medicinskih sester in mednarodnem dnevu babic 10. 5. 2013, Brdo pri Kranju. *Utrip*, 21(5), pp. 4–5.
- Komatsu, H. & Yagasaki, K., 2014. The power of nursing: guiding patients through a journey of uncertainty. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(4), pp. 419–424. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2014.03.006> PMID:24721178
- Leppänen, V., 2010. Power in telephone-advice nursing. *Nursing Inquiry*, 17(1), pp. 14–25. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00480.x> PMID:20137027
- Manojlovich, M., 2007. Power and empowerment in nursing: looking backward to inform the future. *Online Journal of Issues In Nursing*, 12(1), p. 2. PMID:17330984
- McAllister, H., Dunn, G., Payne, K., Davies, L. & Todd, C., 2012. Patient empowerment: the need to consider it as a measurable patient-reported outcome for chronic conditions. *BMC Health Services Research*, 12(1), pp. 157–164.
- McCurry, M.K., Revell, S.M. & Roy, S.C., 2010. Knowledge for the good of the individual and society: linking philosophy, disciplinary goals, theory, and practice. *Nursing Philosophy*, 11(1), pp. 42–52. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-769X.2009.00423.x> PMID:20017882
- Millard, L., Hallett, C. & Luker, K., 2006. Nurse-patient interaction and decision-making in care: patient involvement in community nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 55(2), pp. 142–150. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03904.x> PMID:16866806
- Možina, S. 2006. Vloga menedžmenta znanja v organizaciji. In: Možina, S. & Kovač, J., eds. *Menedžment znanja*. Maribor: Založba Pivec, pp. 127–151.
- Painter, D.R., 2010. Nurses responsibility to improve practice. *Nephrology Nursing Journal*, 37(3), p. 227. PMID:20629461
- Pajnikihar, M., 2011. Teorija v praksi zdravstvene nege. *Utrip*, 19(2), pp. 4–5.
- Parahoo, K. 2006. *Nursing research: principles, process and issues*. 2nd ed. London: Palgrave-Macmillan, pp. 4–44.
- Peršolja Černe, M., 2012. Med prakso in teorijo znanje nima lastnika. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(4), pp. 273–274.
- Popović, P. & Pahor, M., 2011. Javna podoba medicinskih sester v Sloveniji: analiza objav v časniku Delo. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(4), pp. 239–245.
- Ramšak Pajk, J., 2011. Znanje – temelj zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(4), pp. 237–238.
- Rao, A., 2012. The contemporary construction of nurse empowerment. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(4), pp. 396–402. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01473.x> PMID:23062275
- Robida, A., 2009. *Pot do odlične zdravstvene prakse*. Ljubljana: Planet GV, p. 56.
- Robinson Wolf, Z., 2012. Nursing practice breakdowns: good and bad nursing. *Medsurg Nursing*, 21(1), pp. 16–22. PMID:22479870
- Sitar, A.S., 2006. Oblike in razsežnosti znanja v organizaciji. In: Možina, S. & Kovač, J., eds. *Menedžment znanja*. Maribor: Založba Pivec, pp. 55–69.
- Skela-Savič, B., 2010. Zakaj potrebujemo raziskovanje in na dokazih podprto prakso v zdravstveni negi? In: Skela-Savič, B., et al. eds. *Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 28–39.
- Skela-Savič, B. & Robida, A., 2012. Kakovost in varnost zdravstvene obravnave: vloga srednjega menedžmenta. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(1), pp. 9–35.

Sochan, A.M., 2011. Stance and strategy: post structural perspective and post-colonial engagement to develop nursing knowledge. *Nursing Philosophy*, 12(3), pp. 177–190.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-769X.2011.00497.x>
PMid:21668617

Spence Laschinger, H.K., Read, E., Wilk, P. & Finegan, J., 2014. The influence of nursing unit empowerment and social capital on unit effectiveness and nurse perceptions of patient care quality. *The Journal of Nursing Administration*, 44(6), pp. 347–352.
<http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0000000000000080>
PMid:24853796

Wyatt, D.A., 2012. Nurses' responsibility for the future of nursing. *Association of Operating Room Nurses Journal*, 95(5), pp. 565–566.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2012.03.007>
PMid:22541764

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-UPB2), 2005. Uradni list Republike Slovenije št. 23.

Železnik, D. & Filej, B., 2010. Kompetence kot zagotovilo za učinkovito in varno zdravstveno nego. In: Pajnikihar, M., Pirš, K., Harih, M. & Donik, B. eds. *Gradimo učinkovito in zmogljivo zdravstveno nego*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 119–126.

Cite as/Citirajte kot:

Filej, B., 2015. Pogled študentov magistrskega študija vzgoje in menedžmenta v zdravstvu na pridobljeno znanje. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(2), pp. 126–135. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2015.49.2.40>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Menedžment kakovosti v bolnišnici: kriteriji za doseganje varnosti Quality management in hospitals: required criteria for the equivalent level of safety

Mojca Dobnik, Brigita Skela-Savič

Ključne besede: zdravstvena nega; načini dela; rezultati dela

Key words: nursing care; working methods; work results

mag. Mojca Dobnik, univ. dipl. org., dipl. m. s., viš. pred.; Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za revmatologijo, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor in Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor

Kontaktne e-naslov/
Correspondence e-mail:
mojca.dobnik@triera.net

izr. prof. dr. Brigita Skela - Savič, univ. dipl. org., viš. med. ses.; Fakulteta za zdravstvo Jesenice, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice

IZVLEČEK

Uvod: Sistem kakovosti in varnosti je sistem odgovornosti in je danes glavni pogoj za pridobitev, nudenje in izvajanje zdravstvenih storitev. Prvi korak na poti kakovosti in varnosti je uveljavitev kulture varnosti za paciente v celotnem zdravstvenem sistemu. Namen raziskave je analizirati, kakšno vlogo zaposleni pripisujejo posameznim kriterijem za doseganje večje varnosti pacientov v bolnišnici.

Metode: V kvantitativni raziskavi je sodelovalo 17,6 % ($n = 256$) zaposlenih v zdravstveni negi v večjem zdravstvenem zavodu v Sloveniji. Raziskovalni instrument je bil vprašalnik 112 vprašanj zaprtega tipa, z rangiranjem po Likertovi lestvici. Za zanesljivost instrumenta je bil za različne spremenljivke izračunan koeficient alfa, znašal je od 0,717 do 0,839. Podatki so bili obdelani z deskriptivno statistiko, t -testom, korelacijsko ter regresijsko analizo. Statistična značilnost je bila $p < 0,05$.

Rezultati: Po mnenju zaposlenih so kriteriji za doseganje varnosti človeški viri ($\bar{x} = 27,09$), novi načini dela ($\bar{x} = 21,34$), rezultati dela ($\bar{x} = 27,39$) in učinkovitost ($\bar{x} = 24,92$). Na doseganje varnosti statistično pomembno vpliva izobrazba.

Diskusija in zaključek: Raziskava pokaže, da anketiranci med kriteriji za doseganje varnosti kot najpomembnejše v največji meri ocenjujejo rezultate dela in najmanj nove načine dela. Varnost pacienta pripomore k porastu kakovosti življenja. Največji vpliv na izboljšanje varnosti pacientov ima menedžment z doseganjem kriterijev za varnost pacientov.

ABSTRACT

Introduction: The system of quality and safety is a system of responsibility and it is the main prerequisite for obtaining, offering and implementing health services. The first step towards quality and safety is the formation of a safety culture for patients throughout the entire health system. The objective of the research is to analyze criteria, assessed by employees according to the significance, in order to achieve the equivalent level of safety of patients in hospitals.

Methods: Quantitative research included 17.6 % ($n = 256$) of health care employees in a larger Slovenian health institute. A survey questionnaire of 112 closed-ended questions was used as the research instrument, rank variables collected and ranked by a Likert scale. Reliability was confirmed with an internal consistency of the questionnaire with the Cronbach's alpha ranging from 0.717 to 0.839. Obtained data were processed and analyzed using descriptive statistics, t -test, regression and correlation analysis. Statistically significant value was $p < 0.05$.

Results: The results show that among health care personnel, the highest ranking criteria for achieving equivalent level of safety are human resources ($\bar{x} = 27.09$), new working methods ($\bar{x} = 21.34$), work results ($\bar{x} = 27.39$) and efficiency ($\bar{x} = 24.92$). Education has a statistically significant effect on achieving the equivalent level of safety.

Discussion and conclusion: The research indicates that respondents assess the work results as the most important criterion for achieving the equivalent level of safety and new working methods as the least important criterion. Patient safety helps to increase the quality of life. The greatest impact on improving the safety of patients is management framework for achieving the criteria for patient safety.

Članek je nastal na osnovi magistrske naloge Mojce Dobnik *Management kakovosti v bolnišnici: dejavniki varnosti pacientov pri preprečevanju padcev* (2013).

Prejeto/Received: 21. 9. 2014
Sprejeto/Accepted: 10. 3. 2015

Uvod

Pri oblikovanju učinkovitega sistema zdravstvenega varstva je potrebno upoštevati zapletenost organizacije. Pri uvajanju sprememb, ki vplivajo na varnost pacientov, se je potrebno zavedati, da so zdravstvene organizacije kompleksni, vendar prilagodljivi sistemi (Basole & Rouse, 2008). Od menedžmenta v zdravstvu se pričakuje dobro upravljanje prakse v stalno spreminjajočem se okolju. Pogosto se od zdravstvenih delavcev pričakuje, da bodo delovali samoiniciativno in motivirani prispevali k doseganju ciljev organizacije brez neposrednih ali podrobnih navodil (Wheeler & Grice, 2009).

Mnogi strokovnjaki zdravstvene politike se v zadnjem času zavzemajo za večjo klinično povezovanje med izvajalci zdravstvenih storitev. To se odraža v predpisih za sodelovanje in v skupnih programih varčevanja odgovornih v organizacijah zdravstvenega varstva, ki so spoznale koncept klinične integracije (Redding, 2012).

Investiranje za varnost pacienta predstavlja potencialno povečanje prihrankov celotnih stroškov zdravstvene obravnave in hkrati predstavlja očitno dobrobit za paciente. Osredotočenje na pacientovo varnost vodi k zmanjševanju stroškov obravnave pacienta, kar posledično vodi v ustrežnejšo izrabo finančnih virov. Največji vpliv na izboljšanje varnosti pacientov ima kultura varnosti v zdravstvenih ustanovah (Robida, 2011), ki je povezana z uspešnostjo zdravstvenih posegov, varnostjo pacientov, pravočasnostjo zdravstvene oskrbe, učinkovitostjo in enakostjo v obravnavi. Najvišje vodstvo organizacije mora spodbujati in spoštovati zaposlene v vseh kritičnih procesih odločanja, narediti mora dovolj za zadovoljstvo zaposlenih in zmanjšati pretirano poudarjanje finančne uspešnosti na račun kakovosti storitev (Konteh, et al., 2011).

Menedžment zdravstvene nege se mora zavedati svoje pomembnosti pri zagotavljanju kakovosti in varnosti. Ključna vloga menedžmenta zdravstvene nege in njihovih nadrejenih je aktivno spreminjanje trenutno prevladujoče kulture dela v zdravstvu (Skela-Savič & Pagon, 2008). Menedžerji zdravstvene nege morajo oblikovati sistem, ki bo spodbujal k razvoju postopkov za strukturirane probleme (Bohmer, 2009). Eden od načinov doseganja tega cilja je zaposlitev medicinske sestre menedžerke z visoko čustveno inteligenco, ki razume odnose na delovnem mestu. Le z znanjem iz menedžmenta in vodenja bo vodja lahko izkoristil zmogljivosti in sposobnosti zaposlenih v korist organizacije in dosegel zadovoljstvo zaposlenih in uspešnost organizacije (Skela-Savič & Pagon, 2008). Gormley (2011) v raziskavi ugotavlja velike razlike med medicinskimi sestrami in menedžerji v dojemanju delovnega okolja. Potrebne so strategije za izboljšanje delovnega okolja za zadovoljstvo zaposlenih. Raziskava Moffa in sodelavci (2010) je pokazala, da opravljanje dela medicinske sestre v praksi zdravstvene nege s podporo vodstva pri vsakdanjem delu v kliničnem okolju izboljša doseganje odličnosti na področju klinične obravnave. Medicinske sestre menedžerke so ključne v položaju za podporo in spodbujanje.

Današnja zdravstvena oskrba je s svojo kombinacijo tehnologij, procesov, človeških interakcij in posledično zaradi večje učinkovitosti prinesla veliko korist za paciente. Toda ostaja dejstvo, da se skupaj s spreminjajočimi se značilnostmi pacienta, tj. z naraščajočo starostjo in večjo obolevnostjo, zahtevajo zapletenejši pristopi, tako da zdravstvena oskrba predstavlja večje tveganje za nastanek morebitnih neželenih dogodkov pacienta (González-Formoso, et al., 2011). Raziskava Groves in sodelavci (2012) je pokazala, da morajo medicinske sestre, ki delajo v bolnišnicah, znati obvladovati tveganja. Pokazala je, da so medicinske sestre v kliničnih okoljih za oceno morebitnih tveganj uporabljale svoje znanje o potencialnih tveganjih in poznavanje pacienta. Raziskovalci so ugotovili, da medicinske sestre ocenjujejo, da so bili njihovi pacienti vedno v nevarnosti. Raziskava Mostafa (2009), katere namen je bil okrepiti znanje medicinskih sester in ozaveščenost o obvladovanju tveganj, je pokazala, da ima le 35,7 % medicinskih sester ustrezno znanje o obvladovanju tveganj in da se jih 50 % zaveda pomena trenutnega upravljanja s procesi tveganj v bolnišnici. Medicinske sestre menedžerke in 30 zdravnikov je ocenilo sistem in ugotovili so, da je izobraževanje privedlo do statistično pomembnih izboljšav v znanju medicinskih sester.

Namen in cilj

Namen raziskave je bil preveriti, kako zaposleni ocenjujejo kriterije za doseganje varnosti. Cilj raziskave je bil analizirati ključne trditve na področju kulture varnosti in na osnovi njihove povezanosti načrtovati priporočila za spremembe. V ta namen smo si postavili hipotezi:

H 1: Človeški viri se pozitivno povezujejo s kriteriji za doseganje varnosti.

H 2: Človeški viri vplivajo na zagotavljanje varnosti.

Metode

Za izvedbo raziskave smo uporabili kvantitativno neeksperimentalno deskriptivno metodo dela. Raziskava je bila izvedena med zaposlenimi v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor. Podatke smo zbirali s tehniko pisnega anketiranja.

Opis instrumenta

Uporabili smo strukturiran pisni vprašalnik. Spremenljivke instrumenta smo oblikovali na osnovi pregleda raziskav različnih avtorjev na področju menedžmenta kakovosti in varnosti pacientov. Vprašalnik je vključeval sedem vprašanj zaprtega tipa o demografskih podatkih (spolu, starosti, izobrazbi, delovni dobi in delovnem mestu) ter 112 specifičnih vprašanj prav tako zaprtega tipa. Celoten vprašalnik je bil sestavljen iz šestih sklopov, v drugem sklopu smo proučevali organizacijsko kulturo s pomočjo trditev o prevladujočih značilnostih organizacije ter kriterijih za

doseganje uspeha. Organizacijsko kulturo smo ugotavljali s pomočjo osmih trditev v dveh delih: prevladujoče značilnosti organizacije in kriteriji za doseg uspeha – organizacijska kultura. V drugem delu so anketiranci trditve razvrstili po pomembnosti, pri čemer je vrednost 1 pomenila najbolj in 4 najmanj pomembno trditev. Vprašalnik smo sestavili na osnovi študija literature o menedžmentu kakovosti (Oliver & Healey, 2009; Robida, 2010; Oliver, et al., 2010; Moffa, et al., 2010). Trditve so citirane iz doktorata avtorice Skela-Savič (2007), ki navaja avtorja Cameron in Quinn (1999), ki sta svoja vprašalnika razvila na osnovi teoretičnega modela »Competing Values Framework«, katerega razvoj je potekal dalj časa. Avtorici pričujočega članka sta na osnovi raziskave »Opredelitev znanj in kompetenc za srednjo upravljavsko raven v bolnišnici« avtorjev Robida in sodelavci (2007) izdelali vprašalnik za merjenje organizacijske kulture, ki temelji na skupnih vrednotah, predpostavkah, interpretacijah in pristopih, ki opisujejo značilnosti organizacije. Rezultati notranje konsistentnosti vprašalnika v originalu za organizacijsko kulturo so naslednji: koeficient alfa za skupino je 0,822, za adhocracijo je 0,717, za trg 0,839 in za hierarhijo 0,829.

Da bi se izognili nerazumljivim in občutljivim postavkam, smo razumevanje vprašalnika predhodno preizkusili na manjšem vzorcu petih anketirancev. Po preizkusu vprašalnika nismo spreminjali.

Opis vzorca

V raziskavi so sodelovali zaposleni v zdravstveni negi v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor, ki so bili v času razdeljevanja vprašalnika na delovnem mestu. Priložnostno smo na izbrani dan razdelili 500 vprašalnikov med zaposlene v zdravstveni negi, kar predstavlja 34,4 % vseh zaposlenih v zdravstveni negi v raziskovanem zavodu. Vrnjenih je bilo 256 vprašalnikov, kar predstavlja 51,2% odziv, tako je bilo v raziskavo vključenih 17,6 % vseh zaposlenih v zdravstveni negi raziskovanega zavoda.

V Tabeli 1 je predstavljena struktura anketirancev. V anketi je sodelovalo 54 moških in 202 ženski. Povprečna starost anketiranih je bila 37,8 let (min. 21 let, maks. 57 let). Med anketiranci jih je bilo 59,4 % s srednješolsko izobrazbo, 1,94 % z višješolsko, 29,7 % z visokošolsko strokovno, 7,4 % z univerzitetno izobrazbo in 1,56 % jih je imelo opravljen magisterij, med anketiranci ni nihče imel doktorata znanosti.

Potek raziskave in obdelava podatkov

Pred začetkom raziskave smo pridobili soglasje za izvedbo anketiranja s strani vodstva zdravstvene ustanove. Dogovor o izvedbi raziskave je potekal s pomočnico direktorja za področje zdravstvene nege. V enotah, kjer smo vprašalnike razdelili, smo obiskali strokovne vodje zdravstvene nege oddelkov in podali razlago o poteku oddaje in zbiranja ankete, v eni izmed enot je avtorica tudi sama zaposlena. Vprašalnik je

Tabela 1: Struktura vzorca ($n = 256$)

Table 1: Sample structure ($n = 256$)

<i>Demografske spremenljivke/</i> <i>Demographic variables</i>	<i>Št. anketirancev (n)/</i> <i>Number of respondents (n)</i>	<i>Delež anketirancev (%) /</i> <i>Proportion of respondents (%)</i>
Število let zaposlitve/ Number of years of employment		
0–10 let	127	49,60
11–20 let	43	16,80
21–30 let	60	23,40
31–40 let	26	10,20
41–50 let	0	0,00
Stopnja izobrazbe/ Level of education		
Srednja	152	59,30
Višja ali visoka strokovna	81	31,70
Univerzitetna	19	7,40
Magisterij	4	1,60
Doktorat	0	0,00
Spol/ Gender		
Moški	54	20,00
Ženski	202	80,00
Enota zaposlitve/ Employment unit		
Enota 1	56	22,10
Enota 2	57	22,20
Enota 3	13	5,10
Enota 4	130	50,60

Legenda/Legend: n – število/number; % – odstotek/percentage

bil sestavljen na način, da je zagotavljal anonimnost, anketiranje je bilo prostovoljno. Vprašalniki so se zbirali v za ta namen pripravljenih kuvertah v posameznih enotah. Anketiranje je bilo anonimno, vsak anketiranec je imel možnost zavrniti sodelovanje v raziskavi.

Uporabili smo različne statistične metode s pomočjo računalniškega programa SPSS 20,0. Z uporabo opisne statistike smo ugotavljali statistično pomembne razlike med posameznimi spremenljivkami za prevladujoče značilnosti organizacije in kriterije za doseganje uspeha. Razlike v povprečnih ocenah smo preverjali s t -testom, povezanost med spremenljivkami s korelacijsko analizo ter z linearno regresijsko analizo ugotavljali vpliv neodvisne spremenljivke (človeški viri, novi načini dela, rezultati dela, učinkovitost) na odvisno spremenljivko (dojemanja zaposlenih na področju kriterijev za doseganje varnosti). Statistična značilnost je manjša od 0,05.

Rezultati

Dojemanje varnosti ima splošno ožji pomen kot kakovost zdravstvene obravnave in je glavni temelj vsakega visokokakovostnega sistema zdravstvenega varstva. Rezultati *t*-testa in statistično pomembne razlike med kriteriji za doseganje varnosti so prikazani v Tabeli 2. Anketiranci so odgovarjali z razvrščanjem od 1 do 4, pri čemer je vrednost 1 predstavljala najpomembnejši ter 4 najmanj pomemben kriterij. Kot najpomembnejše kriterije anketiranci najpogosteje ocenjujejo rezultate dela ($\bar{x} = 27,39$), sledijo človeški viri ($\bar{x} = 27,09$), nato učinkovitost ($\bar{x} = 24,92$), kot najmanj pomembni so ocenjeni novi načini dela ($\bar{x} = 21,34$). Pri zaposlenih na delovnem mestu diplomirane medicinske sestre smo ugotovili statistično pomembne razlike pri vseh proučevanih spremenljivkah. Z vidika izobrazbe in delovne dobe med odgovori ni bilo statistično značilnih razlik. Prav tako med odgovori ni bilo razlik z vidika enote zaposlitve.

V primerjavi z zaposlenimi na delovnem mestu zdravstveni tehnik (ZT) zaposleni na delovnem mestu diplomirane medicinske sestre (DMS) kot kriterij za doseganje varnosti s statistično pomembno nižjo povprečno vrednostjo ocenjujejo rezultate dela ($p < 0,001$, DMS: $\bar{x} = 27,55$; ZT: $\bar{x} = 29,73$), učinkovitost ($p < 0,001$, DMS: $\bar{x} = 27,07$; ZT: $\bar{x} = 27,32$) ter nove načine dela ($p < 0,001$, DMS: $\bar{x} = 16,04$; ZT: $\bar{x} = 16,05$) s statistično pomembno višjo povprečno vrednostjo pa ocenjujejo rezultate dela ($p < 0,001$, DMS: $\bar{x} = 25,36$; ZT:

$\bar{x} = 20,55$). Rezultati korelacijske analize med samimi kriteriji za doseganje varnosti so pokazali negativne statistične povezave, ki sodijo med šibke ($r = 0,10$ do $0,29$) in srednje močne ($r = 0,30$ do $0,49$), močnih povezav ni bilo ($r = 0,50$ do $1,0$).

Ugotovili smo negativno statistično povezavo vpliva človeških virov z novimi načini dela ($r = -0,153$, $p = 0,014$), rezultati dela (najboljši rezultati in prehiteno konkurence z dosego ciljev) ($r = -0,504$, $p = 0,000$) ter učinkovitostjo ($r = -0,404$, $p = 0,000$). Novi načini dela imajo negativno statistično pomembno povezavo z rezultati dela ($r = -0,171$, $p = 0,006$) ter z učinkovitostjo ($r = -0,463$, $p = 0,000$), kar pomeni, da novi načini dela po mnenju zaposlenih ne prinašajo rezultatov pri delu in nimajo vpliva na učinkovitost. Rezultati dela imajo statistično pomembno povezavo z negativnim vplivom na učinkovitost pri delu, ki se kaže s pravočasnostjo, tekočim delovanjem, zanesljivostjo in stroškovno učinkovitostjo ter doseganjem rezultatov dela ($r = -0,277$, $p = 0,000$).

Statistično značilne povezave smo uporabili pri oblikovanju regresijskih modelov (Tabela 3). Opravili smo regresijski model, kjer so neodvisne z varnostjo povezane spremenljivke človeški viri, novi načini dela, rezultati dela in učinkovitost odvisni spremenljivki pa stopnja izobrazbe in spol.

Statistično pomembno na varnost vplivajo človeški viri ($p = 0,000$), novi načini dela ($p = 0,000$), rezultati dela ($p = 0,000$) in učinkovitost ($p = 0,000$). Ocenjeni determinacijski koeficient je pokazal, da lahko 64,1 % variance indikatorjev varnosti pojasnimo s človeškimi

Tabela 2: Primerjava kriterijev za doseganje varnosti, kot jih ocenjujejo zaposleni na delovnih mestih zdravstveni tehnik ($n = 152$) in diplomirana medicinska sestra ($n = 104$)

Table 2: Comparison of the argument criteria necessary to achieve safety among employees in workplaces of nurse technician ($n = 152$) and registered nurse ($n = 104$)

Doseganje varnosti/ Safety achievement	$\bar{x}$ ZT	<i>s</i>	$\bar{x}$ DMS	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Človeški viri	20,55	17,09	25,36	17,39	28,08	0,000
Novi načini dela	22,04	13,63	16,05	14,55	43,02	0,000
Rezultati dela	29,73	17,59	27,55	17,36	44,36	0,000
Učinkovitost	27,32	17,02	27,07	17,71	35,85	0,000

Legenda/Legend: ZT – zdravstveni tehniki/nurse technicians; DMS – diplomirane medicinske sestre/registered nurses; $\bar{x}$ – povprečna vrednost/average value; *s* – standardni odklon/standard deviation; *t* – *t* test; *p* – statistično pomembna vrednost/a statistically significant value

Tabela 3: Rezultati regresijskega modela za spremenljivko varnost

Table 3: Results of regression model for variable safety

Varnost/Safety	Značilnosti/Characteristics	<i>b</i>	<i>SEb</i>	β	<i>p</i>
$R^2 = 0,641$	Človeški viri	0,001	0,085	0,454	0,000
	Novi načini dela	0,194	0,082	0,155	0,000
	Rezultati dela	0,144	0,092	0,173	0,000
	Učinkovitost	0,021	0,084	0,041	0,000

Legenda/Legend: *b* – nestandardiziran koeficient/unstandardized coefficient; *SEb* – standardni koeficient regresijske napake/standard regression coefficient error; β – regresijski koeficient/standard regression coefficient; *p* – statistična značilnost/a statistically significant value; R^2 – determinacijski koeficient/the coefficient of determination

viri, novimi načini dela, rezultati dela in učinkovitostjo. Gre za relativno povprečen delež pojasnjene variabilnosti, na varnost torej vplivajo še drugi dejavniki, ki niso bili predmet dane raziskave. Med omenjenimi dejavniki pomembneje vplivajo človeški viri, kar je razvidno iz najvišje vrednosti standardiziranega regresijskega koeficienta ($\beta = 0,454$).

Hipotezo 1 smo potrdili, saj so rezultati korelacijske analize med demografskimi dejavniki (stopnja izobrazbe, enota zaposlitve) s proučevanimi trditvami pokazali, da se stopnja izobrazbe statistično značilno povezuje s spremenljivko človeški viri.

Hipotezo 2 smo potrdili, saj smo s statistično pomembnostjo potrdili vpliv človeških virov na doseganje varnosti.

Diskusija

S kakovostno opravljeno zdravstveno obravnavo pacientom zagotavljamo varnost, ki je v konceptualnem okviru v mednarodni klasifikaciji za varnost pacientov definirana kot zmanjšano tveganje za neposredno škodo do sprejemljivega minimuma. Sprejemljiv minimum se nanaša na skupne predstave trenutnega znanja, razpoložljivih virov in na kontekst, v katerem je bila dana oskrba s tehtanjem tveganja z nezdravljenjem ali drugačnim zdravljenjem (Robida, 2010).

V raziskovani zdravstveni organizaciji je 17,6 % zaposlenih v zdravstveni negi, ki so izpolnili vprašalnik odgovorilo, da so jim za doseganje uspeha na področju kulture varnosti najmanj pomembni rezultati dela; le-tim sledijo: človeški viri, učinkovitost, ki se kaže s pravočasnostjo, tekočim delovanjem, zanesljivostjo in stroškovno učinkovitostjo, najbolj pomembni so jim novi načini dela z dosežki, ustvarjalnostjo in rastjo učinkovitosti. V današnjem času je učinkovitost zaposlenih toliko bolj v ospredju, saj se ob manjšanju števila zaposlenih od letih pričakuje vedno več. Pomembni so rezultati, in sicer tako na področju varnosti kakor drugod. Toda danes se zaposlenih ne nagraduje po njihovi uspešnosti, zato tudi sami rezultate dela ocenjujejo kot najmanj pomembne. Sami menijo, da so človeški viri na preizkušnji. Skrb za zaposlene ocenjujejo kot manj pomembno v organizaciji, kar gre pripisati vedno večjim obremenitvam ob nični nagradenosti za dosežene uspehe. Pri zaposlenih lahko opazimo apatičen odnos so situacije, v kateri se počutijo nemočne.

Ugotovili smo statistično pomembnost pri vseh štirih proučevanih spremenljivkah: človeški viri, novi načini dela, rezultati dela in učinkovitost. Novi načini dela so po mnenju zaposlenih pomembni, vendar šele za rezultati dela in učinkovitostjo. Enako pomembno jih ocenjujejo tako zdravstveni tehniki kakor diplomirane medicinske sestre. Jones in sodelavci (2005) zaključujejo, da je z uvajanjem sprememb pozitivno povezana organizacija, ki deluje kot odprt sistem. Raziskava Feng in sodelavci (2011) je pokazala, da so medicinske sestre, zaposlene

v klinični praksi, doseženo varnostno kulturo ocenile precej nižje od medicinskih sester menedžerk. Poleg tega je zaveza varnosti pomembno povezana s pacientovo varnostno kulturo in je njen pomemben pokazatelj. Ugotovitve zagotavljajo pomembne empirične dokaze, da je upravljanje varnosti zaveza, povezana s kulturo varnosti pacientov. Kultura varnosti pacientov je bila priznana kot pomemben dejavnik, ki vpliva na kakovost zdravstvenega varstva. Pomanjkanje pozitivne varnostne kulture je povezano z višjo stopnjo napak pri zdravlilih (Otero, et al., 2008) in višjo stopnjo resnih incidentov (Kline, et al., 2008).

Prepričani smo, da je koncept organizacijske kulture vreden raziskave v zdravstveni negi, natančneje v okviru upravljanja, saj na veliko organizacijskih rezultatov lahko vpliva zaznavanje organizacijskih pravic, kot so spoštovanje (Laschinger, 2004) in zaupanje (Lewicki, et al., 2005; Williams 2006), odsotnost z dela (Elovainio, et al., 2002), fluktuacija zaposlenih (Posthuma, et al., 2007), zadovoljstvo (Williams, 2006), kakovost odnosov sodelavcev (Forret & Love, 2007), zmogljivost (Nowakowski & Conlon, 2005), zavzetost pri delu (Colquitt, et al., 2001), stres (Vermunt & Steensma, 2005), poročanje o varnostnih zapletih (Mayer & Cronin, 2008; Weiner, et al., 2008) in nasilje na delovnem mestu (Beugré, 2005).

V primerjavi z zaposlenimi na delovnem mestu zdravstveni tehnik zaposleni na delovnem mestu diplomirana medicinska sestra kot kriterij za doseganje varnosti s statistično pomembno nižjo povprečno vrednostjo ocenjujejo rezultate dela, učinkovitost ter nove načine dela. Raziskava Arnetz in sodelavci (2011) je pokazala, da so organizacijski dejavniki učinkovitost, delovno vzdušje in stres pri delu cilji, ki lahko vplivajo na intervencije za izboljšanje varnosti pacientov. Organizacijski kulturi v slovenskih bolnišnicah dandanes manjka usmerjenost navzven v smislu povezovanja, primerjanja, tekmovanja in inovativnosti ter spodbujanja dela posameznika in tima, razvoja zaposlenih in zaupanja do ljudi in nalog, ki jih izvajajo (Skela-Savič, 2007).

Faktor, ki smo ga označili kot človeški viri, je statistično značilno povezan s stopnjo izobrazbe, kar pomeni, da zaposleni z višjo stopnjo izobrazbe pogosteje menijo, da so človeški viri pomembni. Prav tako so novi načini dela statistično pomembno pozitivno povezani s stopnjo izobrazbe in enoto zaposlitve. Kot tretji faktor se s stopnjo izobrazbe pozitivno povezujejo rezultati dela. Četrty faktor, učinkovitost, se statistično značilno pozitivno povezuje s stopnjo izobrazbe ter enoto zaposlitve. Študija Armellino in sodelavci (2010) prispeva k znanju, povezovanju strukturne opolnomočenosti pacienta in varnostne kulture.

Raziskava Skela-Savič (2007) pokaže, da je v zavodu manjša prisotnost kulture skupine in razvoja, ki sta ključnega pomena za razvojno naravnost, timsko delo in inovativnost. Tako ugotovijo, da je v zavodu premalo povezovanja, morale, usposabljanja in razvoja, odprte

komunikacije, sodelovanja pri odločanju in še manj inovacij in razvoja, prilagodljivosti in pripravljenosti, vizionarske komunikacije in prilagodljivega odločanja. Ugotavljajo, da trenutna organizacijska kultura v zavodu ni naklonjena uvajanju sprememb, vlogi posameznika in njegovemu razvoju. Obstaja veliko stvari, ki jih finančni direktorji v zdravstvu ne morejo nadzorovati, npr. stanje gospodarstva, konkurenca, vendar dokazano finančni direktorji organizaciji lahko pomagajo dosegati boljše finančne rezultate z uporabo pristopov, ki temeljijo na učinkovitejšem spodbujanju lastne delovne sile (Cohen, 2011).

Lenthal in sodelavci (2009) so razdelili svoje izkušnje v tematske sklope: obseg delovnih obremenitev in razširitev delokroga, slabo upravljanje in nasilje na delovnem mestu. Obstajajo ključna področja, na katerih se lahko okrepi boljše doseganje visoke stopnje pomoči v stiski. To so ustrezno in primerno izobraževanje, usposabljanje, ustrezno financiranje in izboljšanje prakse z učinkovitim upravljanjem sistemov. V rezultatih 39 anket za meritev timskega dela so zaposleni ocenjevali razsežnosti timskega dela. Najpogostejše ocenjene dimenzije so bile komunikacija, usklajevanje in spoštovanje, pomembni so jim odnosi (Valentine, et al., 2012). Prav tako Kalisch in sodelavci (2011) v svoji raziskavi zapišejo, da je glede na kadrovske zaposlovanje mogoče napovedati količino in vrsto neopravljenih oskrb. Rezultati študij poročajo, da višje število zaposlenih vodi k manjšemu številu padcev pacientov (Lake, et al., 2010). Prav tako Kalisch in sodelavci (2011) v svoji raziskavi zapišejo, da je premajhna kadrovska zasedba napovednik oskrbe slabše kakovosti.

Zaključek

Za izboljšanje kakovosti in varnosti so odgovorni vsi vodilni v sistemu zdravstvenega varstva in zdravstvenih ustanov. Neposredni izvajalci oz. zdravstveno osebje so ključni za uspeh izboljševanja kakovosti. Tako morajo vsi udeleženci v zdravstvenem varstvu (izvajalci, pacienti, plačniki, poslovodni delavci in tudi organi oblasti) tesno in trajno sodelovati pri vzpostavljanju in vzdrževanju sistemov izboljševanja kakovosti. Podporo prizadevanjem naj bi dajal izoblikovan sistem kakovosti in varnosti, ki natančneje opredeljuje naloge in odgovornosti za kakovost ter varnost v zdravstvu.

Z raziskavo smo potrdili nekatera spoznanja s področja varnosti v slovenskem zdravstvu. Prav tako raziskava prinaša nova spoznanja o varnosti v zdravstveni negi v proučevani organizaciji in širše. Potrebno je razmišljanje in usmerjanje tudi na področje zadovoljstva zaposlenih in ne samo v zagotavljanju kakovosti storitev pacientov. Zadovoljni zaposleni imajo velik vpliv na uspešnost in konkurenčnost bolnišnice. Omejitev raziskave je, da je bila izvedena samo v enem zdravstvenem zavodu, tako je bil zaobjekt le majhen delež zaposlenih na področju zdravstvene nege v Sloveniji.

Literatura

- Armellino, D., Quinn Griffin, M.T. & Fitzpatrick, J.J., 2010. Structural empowerment and patient safety culture among registered nurses working in adult critical care units. *Journal of Nursing Management*, 18(7), pp. 796–803.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01130.x>
PMid:20946215
- Arnetz, J.E., Zhdanova, L.S., Elsouhag, D., Lichtenberg, P., Luborsky, M.R., et al., 2011. Organizational climate determinants of resident safety culture in nursing homes. *Gerontologist*, 51(6), pp. 739–749.
<http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnr053>
PMid:21708985
- Basole, R., & Rouse, W.B., 2008. Complexity of service value networks: conceptualization and empirical investigation. *IBM Systems Journal*, 47(1), pp. 53–70.
<http://dx.doi.org/10.1147/sj.471.0053>
- Beugré, C., 2005. Reacting aggressively to injustice at work: a cognitive stage model. *Journal of Business and Psychology*, 20(2), pp. 291–301.
- Bohmer, R.M.J., 2009. *Designing care: aligning the nature and management of health care*. Boston (MA): Harvard Business Press, pp. 115–151.
- Cameron, K.S. & Quinn, R.E., 1999. *Diagnosing and changing organizational culture: based on the competing values framework*. Reading (MA): Addison-Wesley, pp. 10–15.
- Cohen, K.R., 2011. The case for evidence-based human capital management. *Healthcare Financial Management*, 65(8), pp. 102–107.
PMid:21866727
- Colquitt, J.A., Conlon, D.E., Wesson, M.J., Porter, C.O. & Ng, K.Y., 2001. Justice at the millennium: a meta-analytic review of 25 years of organizational justice research. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), pp. 425–445.
<http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.425>
PMid:11419803
- Elovainio, M., Kivimäki, M. & Vahtera, J., 2002. Organizational justice: evidence of a new psychosocial predictor of health. *American Journal of Public Health*, 92(1), pp. 105–108.
<http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.92.1.105>
PMid:11772771; PMCID:PMC1447369
- Feng, X.Q., Acord, L., Cheng, Y.J., Zeng, J.H. & Song, J.P., 2011. The relationship between management safety commitment and patient safety culture. *International Nursing Review*, 58(2), pp. 249–254.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00891.x>
PMid:21554300

- Forret, M. & Love, M.S., 2007. Employee justice perceptions and coworker relationships. *Leadership & Organization Development Journal*, 29(3), pp. 248–60.
<http://dx.doi.org/10.1108/01437730810861308>
- González-Formoso, C., Martín-Miguel, M.V., Fernández-Domínguez, M.J., Rial, A., Lago-Deibe, F.I., Ramil-Hermida, L., et al. 2011. Adverse events analysis as an educational tool to improve patient safety culture in primary care: a randomized trial. *BMC Family Practice*, 12, p. 50.
<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-12-50>
PMid:21672197; PMCID:PMC3142500
- Gormley, D.K., 2011. Are we on the same page? Staff nurse and manager perceptions of work environment, quality of care and anticipated nurse turnover. *Journal of Nursing Management*, 19(1), pp. 33–40.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01163.x>
PMid:21223403
- Groves, P.S., Meisenbach, R.J. & Scott-Cawiezell, J., 2011. Keeping patients safe in healthcare organizations: a structuration theory of safety culture. *Journal of Advanced Nursing*, 67(8), pp. 1846–1855.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05619.x>
PMid:21477115
- Jones, R.A., Jimmieson, N.L. & Griffiths, A., 2005. The impact of organizational culture and reshaping capabilities on change implementation success: the mediating role of readiness for change. *Journal of Management Studies*, 42(2), p. 361.
- Kalisch, B.J., Tschannen, D., Lee, H. & Friesen, C.R., 2011. Hospital variation in missed nursing care. *American Journal of Medical Quality*, 26(4), pp. 291–299.
<http://dx.doi.org/10.1177/1062860610395929>
PMid:21642601; PMCID:PMC3137698
- Kline, T.J.B., Willness, C. & Ghali, W.A., 2008. Determinants of adverse events in hospitals – the potential role of patient safety culture. *Journal for Healthcare Quality*, 30(1), pp. 11–17.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1945-1474.2008.tb01122.x>
PMid:18257452
- Konteh, F.H., Mannion, R. & Davies, H.T., 2011. Understanding culture and culture management in the English NHS: a comparison of professional and patient perspectives. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(1), pp. 111–117.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01376.x>
PMid:20825537
- Lake, E.T., Shang, J., Klaus, S. & Dunton, N.E., 2010. Patient falls: association with hospital Magnet status and nursing unit staffing. *Research Nursing Health*, 33(5), pp. 413–425.
<http://dx.doi.org/10.1002/nur.20399>
PMid:20824686; PMCID:PMC2974438
- Laschinger, S.H., 2004. Hospital nurses' perceptions of respect and organizational justice. *Journal of Nursing Administration*, 34(7), pp. 354–364.
- Lenthall, S., Wakerman, J., Opie, T., Dollard, M., Dunn, S., Knight, S., et al., 2009. What stresses remote area nurses? Current knowledge and future action. *Australian Journal of Rural Health*, 17(4), pp. 208–213.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1584.2009.01073.x>
PMid:19664086
- Lewicki, R., Wiethoff, C. & Tomlinson, E.C., 2005. *What is the role of trust in organizational justice*. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates Publishers, pp. 247–270.
- Mayer, C., & Cronin, D., 2008. Organizational accountability in a just culture. *Urologic Nursing*, 28(6), pp. 427–430.
PMid:19241780
- Moffa, M., Piesieki, P. & Polomano, R.C., 2010. Engaging clinical nurses in quality and performance improvement activities. *Nursing Administration Quarterly*, 34(3), pp. 226–245.
<http://dx.doi.org/10.1097/NAQ.0b013e3181e702ca>
PMid:20562572
- Mostafa, G.M.A., 2009. Enhancing nurses' knowledge and awareness about risk management: system design. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 15(5), p. 1135.
PMid:20214127
- Nowakowski, J., & Conlon, D., 2005. Organizational justice: looking back, looking forward. *International Journal of Conflict Management*, 16(1), pp. 4–29.
<http://dx.doi.org/10.1108/eb022921>
- Oliver, D., Healey, F. & Haines, T., 2010. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. *Clinics in Geriatric Medicine*, 26(4), pp. 645–692.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2010.06.005>
PMid:20934615
- Oliver, D. & Healey, F., 2009. Falls risk prediction tools for hospital inpatients: do they work? *Nursing Times*, 105(7), pp. 18–21.
PMid:19326648
- Otero, P., Leyton, A., Mariani, G. & Cernadas, J.M., 2008. Medication errors in pediatric inpatients: prevalence and results of a prevention program. *Pediatrics*, 122(3), pp. 737–743.
<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2008-0014>
PMid:18762510
- Posthuma, R., Maertz, C. & Dworkin, J., 2007. Procedural justice's relationship with turnover: explaining past inconsistent findings. *Journal of Organizational Behavior*, 28(4), pp. 281–398.
<http://dx.doi.org/10.1002/job.427>

- Redding, J., 2012. 4 pitfalls to clinical integration. *Healthcare Financial Management*, 66(11), pp. 104–110. PMID:23173368
- Robida, A., 2010. Varnost pacientov, napake, sindrom ranljivega sistema in pravična kultura. In: Berkopec, M. ed. *Vrednote v zdravstveni negi. 2. dnevi Marije Tomšič, Novo mesto, 20. in 21. januar 2010*. Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto, pp. 16–20.
- Robida, A., 2011. Kako priti do večje varnosti pacientov v zdravstvu. In: Bregar, B. ed. *Varnostni zapleti pri pacientu – priložnost za učenje: zbornik predavanj z recenzijo, Maribor, 12. oktober 2012*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 1–8.
- Robida, A., Skela-Savič, B. & Trunk, A., 2007. Opredelitev znanj in kompetenc za srednjo upravljaljsko raven v bolnišnici: zaključno poročilo raziskovalne skupine. Ljubljana: Mednarodni institut za razvoj managementa v zdravstvu.
- Skela-Savič, B., & Pagon, M., 2008. Individual involvement in health care organizations: differences between professional groups, leaders and employees. *Stress and Health*, 24(1), pp. 71–84. <http://dx.doi.org/10.1002/smi.1164>
- Skela-Savič, B., 2007. *Dejavniki uspešnega izvajanja sprememb v slovenskem zdravstvu: doktorska disertacija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, pp. 51–52.
- Valentine, M.A., Nembhard, I.M. & Edmondson, A.C., 2012. *Measuring teamwork in health care settings: a review of survey instruments*. Boston (MA): Harvard Business School, pp. 2–23.
- Vermunt, R., & Steensma, H., 2005. *How can justice be used to manage stress in organization?* In handbook of organizational. NJ: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 383–410.
- Weiner, B.J., Hobgood, C., & Lewis, M.A., 2008. The meaning of justice in safety incident reporting. *Social Science and Medicine*, 66 (2), pp. 403–413. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.013> PMID:17949876
- Wheeler, N. & Grice, D., 2009. *Management in health care*. London: Nelson Thornes.
- Williams, L.L., 2006. The fair factor in matters of trust. *Nursing Administration Quarterly*, 30(1), pp. 30–37. <http://dx.doi.org/10.1097/00006216-200601000-00006> PMID:16449882

Cite as/Citirajte kot:

Dobnik, M., & Skela-Savič, B., 2015. Menedžment kakovosti v bolnišnici: kriteriji za doseganje varnosti. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(2), pp. 136–143. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2015.49.2.39>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Ugotavljanje dehidracije pri starostnikih, ki so bili obravnavani na nujni medicinski pomoči: akcijska raziskava

Identification of dehydration in the elderly treated in emergency unit: action research

Amadeus Lešnik, Sebastjan Bevc

Ključne besede: tekočinsko ravnovesje; označevalci dehidracije; starostniki

Key words: fluid balance; markers of dehydration; elderly

Amadeus Lešnik, dipl. zn., mag. zdr. neg.; Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za interno medicino, Ljubljanska 5, 2000 Maribor

Kontaktne e-naslov/Correspondence e-mail:
lesnik.amadeus@triera.net

doc. dr. Sebastjan Bevc, dr. med., specialist interne medicine; Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za interno medicino, Ljubljanska 5, 2000 Maribor

IZVLEČEK

Uvod: Skrb za zadostno hidracijo starostnikov je pogosto izražena, vendar v praksi velikokrat pozabljena. Z raziskavo smo želeli ugotoviti stanje hidracije pri starostnikih, starejših od 65 let, ki živijo v socialnovarstvenih institucijah v Mariboru in okolici.

Metode: V retrospektivni raziskavi smo ugotavljali vrednosti označevalcev dehidracije pri 107 starostnikih, starejših od 65 let. Med njimi je bilo 70 (65 %) žensk, povprečne starosti 84,1 let, in 37 (35 %) moških, povprečne starosti 80,4 let. Vzorec je zajemal starostnike, napotene v ambulantno za Internistično nujno pomoč Univerzitetnega kliničnega centra Maribor v obdobju od 1. 11. 2013 do 24. 1. 2014. Analizirali smo laboratorijske rezultate, zbrane v medicinsko-informacijskem sistemu. Kriterije dehidracije so predstavljali: natrij v serumu nad 145 mmol/L, sečnina nad 20 mg/ml oz. razmerje sečnina/kreatinin nad 20 : 1.

Rezultati: Raziskava je potrdila prisotnost povišanih vrednosti označevalcev dehidracije pri 73,8 % obravnavanih starostnikov. En kriterij dehidracije je dosegalo 35 starostnikov, dva kriterija 39 in tri kriterije 5 starostnikov.

Diskusija in zaključek: Ugotovili smo, da povišane vrednosti označevalcev dehidracije ne dajo zanesljivega odgovora o stanju hidracije starostnikov, saj se le-ta lahko glede na uporabljene kriterije preceni ali podceni. Za boljšo oceno hidracije je v nadaljnjih raziskavah potrebno uporabiti natančnejše označevalce v kombinaciji s starostnikovimi kliničnimi znaki in anamnestičnimi podatki.

ABSTRACT

Introduction: The importance of adequate hydration cannot be stressed enough, but it is still a major problem for older people in hospital settings. The aim of study was to establish hydration status of the elderly (older than 65 years) living in long term care facilities in Maribor and its surroundings.

Methods: In a retrospective study the values of markers of dehydration in 107 elderly aged over 65 years were assessed (70 women, average age 84.1 years and 37 men, average age 80.4 years). The elderly were referred to the Internal medicine emergency unit at the University medical centre Maribor in the period between November 1, 2013 to January 24, 2014. The data collected from medical info system were analysed. The criteria for dehydration included Serum sodium > 145 mmol/l, urea > 20 mg/ml or ratio urea/creatinine > 20 : 1.

Results: An increased level of markers of dehydration was diagnosed in 73.8 % of the elderly included in the study, 35 participants meeting one criterion of dehydration, 39 participants two criteria and the remaining five meeting all three criteria.

Discussion and conclusion: Results of the study show that the increased levels of markers of dehydration were not sufficient for accurate hydration assessment of the elderly. The diagnostic criteria used could easily either overestimate or underestimate the true hydration status. In the future research, more precise markers together with accurate evaluation of medical history and clinical signs are necessary to make an accurate assessment of the degree of dehydration in the elderly.

Uvod

Homeostatsko ravnanje tekočin v telesu je pomemben predpogoj za učinkovito delovanje telesa in zdravo staranje (Faes, et al., 2007). Voda ima pomembno vlogo pri transportu hranljivih snovi in odstranjevanju toksinov, odpadnih produktov ter uravnavanju telesne temperature (Feinsod, et al., 2004). S staranjem se skupaj s spremembami telesne teže spreminja tudi delež vode v telesu. Skupna količina vode v telesu je približno 60 % telesne teže pri moških in 52 % telesne teže pri ženskah in se po 60. letu starosti zmanjša na približno 52 % pri moških in 46 % pri ženskah (Mentes, 2006a). Dve tretjini vode je znotrajcelične, tretjina je zunajcelična. Najpomembnejši kation zunajcelične tekočine je natrij, znotrajcelične tekočine pa kalij (Košnik, et al., 2011). V povprečju dnevno zaužijemo 2100 ml tekočine, 1400 ml v obliki tekočin, 700 ml s hrano, 200 ml tekočine pa je produkt metabolizma telesa. Izguba vode iz telesa je seštevke delovanja prebavil, ledvic, kože in dihal. Enaka količina, kot jo zaužijemo, se tudi izloči (Guyton & Hall, 2006).

Starostniki imajo pogoste spremembe v homeostazi tekočin, ki se najpogosteje razvijajo zaradi pomanjkanja vnosa tekočine. Vzroki so oviran dostop do tekočine, nezmožnost izražanja žeje in zmanjšano zaznavanje žeje (O'Donoghue, et al., 2009). Postopno slabenje občutka za žejo, ki nastopi po petdesetem letu, pogosto privede do stanja dehidracije (Košnik, et al., 2011). Slednja je opredeljena kot zmanjšanje celokupne telesne vode, ki lahko nastane zaradi prekomerne izgube tekočine ali zaradi manjšega vnosa tekočine v telo (Ferry, 2005). Mentes (2006a) ugotavlja, da je ustrezna hidracija oseb v ustanovah institucionalnega varstva eden najbolj perečih problemov, ki je še posebej izražen pri starostnikih, ki zaradi nepomičnosti izgubijo sposobnost za samopomoč in nimajo stalnega dostopa do tekočine. Neustrezna hidracija se lahko kaže z različnimi kliničnimi znaki (zaprtje, krči, delirij) ali bolezenskimi stanji (padci, okužbe sečil in dihal, odpoved ledvic, možganska kap, srčni infarkt, daljši čas celjenja ran ali razjed zaradi pritiska, motnje v ravnanju elektrolitov in hipertermija) (Mentes, 2006b).

Fiziološka potreba po uravnoteženem vnosu tekočin pri starostnikih je v ustanovah institucionalnega varstva pogosto spregledana. Skrb za uživanje zadostne količine tekočin in zgodnje prepoznavanje dejavnikov tveganja dehidracije pa so ključnega pomena pri preprečevanju zdravstvenih posledic, povezanih z dehidracijo. Zadostna hidracija starostnikov tudi zmanjšuje število nepotrebnih in dragih hospitalizacij, ki predstavljajo velik strošek in ga je v veliki meri mogoče preprečiti s preventivnim obnašanjem starostnikov ali preventivnim ravnanjem tistih, ki zanje skrbijo. Wu in sodelavci (2010) opozarjajo, da morajo medicinske sestre in drugi izvajalci zdravstvene nege in oskrbe starostnikov prevzeti odgovornost za ocenjevanje in spremljanje vnosa tekočin pri starostnikih za zmanjšanje pojavnosti zdravstvenih težav, povzročenih z dehidracijo.

Namen in cilji

Namen raziskave je bil ugotoviti stanje hidracije pri starostnikih, starejših od 65 let, ki živijo v socialnovarstvenih institucijah v Mariboru in okolici in so bili obravnavani v ambulantni za Internistično nujno pomoč Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. Zastavili smo si dve raziskovalni vprašanji: »Kakšna je pogostost povišanih vrednosti označevalcev dehidracije pri obravnavanih starostnikih?« in »Kakšna je diagnostična vrednost označevalcev dehidracije, ki jih v klinični praksi uporabljamo pri obravnavanih starostnikih?«.

Metode

Uporabljena je bila kvantitativna retrospektivna metoda raziskovanja, v kateri smo analizirali vrednosti označevalcev dehidracije.

Opis instrumenta

Instrument raziskave je bil izdelan protokol zajema podatkov za pridobitev krvnih vrednosti (natrij, kalij, sečnina in kreatinin). Za izračun ledvične funkcije smo uporabili formulo raziskovalne skupine Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) (Levey, et al., 2009) za oceno srčnega popuščanja pa klasifikacijo združenja New York Heart Association (NYHA) (Claire, et al., 2007). Kriterije za dehidracijo so predstavljali: natrij v serumu nad 145 mmol/L, sečnina nad 20 mg/ml ali razmerje sečnina/kreatinin nad 20 : 1 (Wilson, 2006; Faes, et al., 2007). Vključitveni kriterij v vzorec je bila starost starostnikov nad 65 let, stalno prebivališče v ustanovi institucionalnega varstva in ledvična funkcija, izračunana na osnovi glomerulne filtracije $> 30 \text{ ml/min/1,73m}^2$. V raziskavo nismo vključili starostnikov s kronično odpovedjo srca, pri katerih je vnos tekočine omejen in bi bili po klasifikaciji NYHA uvrščeni v III. ali IV. razred (razred III – preiskovanci, ki jim manj kot običajna telesna aktivnost izzove utrujenost, težko sapo (dispnejo) ali neprijeten občutek razbijanja srca (palpitacija); razred IV – starostniki, ki jim vsaka telesna aktivnost povzroča težave; utrujenost, dispneja ali palpitacije pa so prisotni že v mirovanju in se ob vsaki telesni aktivnosti stopnjujejo).

Opis vzorca

V raziskavo smo vključili 107 starostnikov, starih od 65 do 96 let. Od le-teh je bilo 70 (65 %) žensk, povprečne starosti 84,1 let, in 37 (35 %) moških, povprečne starosti 80,4 let.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pri izvedbi raziskave smo upoštevali vse etične vidike raziskovanja, načela Helsinške deklaracije, določila Oviidske konvencije (Močnik Drnovšek, 2009) in načela slovenskega Kodeksa medicinske deontologije (1997) ter

Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2006). Za izvedbo raziskave smo pridobili soglasje Univerzitetnega kliničnega centra Maribor (UKC-MB). Pri zbiranju podatkov smo uporabili medicinsko-informacijski sistem (MEDIS) UKC-MB. Za vsakega preiskovanca smo v MEDIS-u pregledali dostopno medicinsko dokumentacijo in pridobili laboratorijske izvide. Vključeni v raziskavo so bili obravnavani v ambulantni za Internistično nujno pomoč (INP) UKC-MB v obdobju od 1. 11. 2013 do 24. 1. 2014.

Zbrane vzorce smo obdelali z laboratorijskim analizatorjem laboratorija, kvalificiranega za opravljanje standardnih preiskav krvne slike, elektrolitov in dušičnih retentov (natrij, kalij, sečnina, kreatinin). Zbrane podatke smo analizirali s statističnim programom SPSS ver. 20 (SPSS Inc., Chicago, IL). Za opazovane laboratorijske parametre smo opravili opisno statistiko. Za označevalce dehidracije smo izračunali frekvence in odstotke.

Povezavo med starostjo in označevalci dehidracije smo ocenjevali s Pearsonovim korelacijskim koeficientom. Razliko srednjih vrednosti starosti med spoloma smo ocenjevali s Studentovim *t*-testom. Pri razlagi rezultatov smo za statistično značilno vrednost upoštevali $p < 0,05$.

Rezultati

Laboratorijski parametri in ocena ledvične funkcije starostnikov, vključenih v raziskavo, so predstavljeni v Tabeli 1.

Vsem trem osnovnim laboratorijskim kriterijem za dehidracijo je zadostilo 4,7 % starostnikov: natrij v serumu nad 145 mmol/L, sečnina nad 20 mg/ml, razmerje sečnina/kreatinin nad 20 : 1. Dvema od treh kriterijev dehidracije je zadostila več kot ena tretjina starostnikov (39 %), enemu kriteriju 32,7 % starostnikov in nobenemu 26,2 % starostnikov (Tabela 2).

Tabela 1: Laboratorijski parametri in ocena ledvične funkcije starostnikov, vključenih v raziskavo

Table 1: Laboratory parameters and estimated kidney function of the elderly participating in the study

Parametri/Parameters	Min	Max	$\bar{X}$	s
Sečnina (mg/ml)	2,4	35,9	8,542	4,66
Kreatinin (mcmol/L)	35	315	87,13	38,37
Natrij (mmol/L)	121	149	137,03	4,97
GF (ml/min/1,73m ²)	30,4	106,7	64,81	22,25

Legenda/Legend: GF – glomerularna filtracija/Glomerular filtration rate; Min – minimum/minimum; Max – maksimum/maximum; $\bar{X}$ – povprečje/average; s – standardni odklon/standard deviation

Tabela 2: Število doseženih kriterijev dehidracije

Table 2: The number of dehydration criteria achieved

Število kriterijev dehidracije/ The number of dehydration criteria	<i>n</i>	<i>f</i>	%
	0	28	26,2
	1	35	32,7
	2	39	36,4
	3	5	4,7

Legenda/Legend: n – število/number; f – frekvenca/frequency; % – odstotek/percent

Tabela 3: Pojavnost dehidracije glede na različne označevalce dehidracije

Table 3: Prevalence of dehydration according to different markers of dehydration

Označevalci dehidracije/ Markers of hydration status		f	%
Koncentracija natrija v serumu	natrij > 145 mmol/L	5	4,7
	natrij < 145 mmol/L	102	95,3
Koncentracija sečnine v serumu	sečnina > 20 mg/ml	56	52,3
	sečnina < 20 mg/ml	51	47,7
Razmerje sečnina/kreatinin	razmerje > od 20 : 1	67	62,6
	razmerje < od 20 : 1	40	37,4

Legenda/Legend: f – frekvenca/frequency; % – odstotek/percent

Kriteriju dehidracije, ki ga pogojuje vrednost natrija v krvi, je zadostilo 4,7 % starostnikov; kriteriju povišane koncentracije sečnine v serumu 52,3 % starostnikov in razmerju sečnina/kreatinin v serumu 62,6 % starostnikov (Tabela 3).

Statistično značilnih povezav med vrednostmi označevalcev dehidracije in starostjo celotne populacije starostnikov s Pearsonovo korelacijo nismo potrdili. Povezavo med starostjo, sečnino ($r = 0,262$, $p < 0,029$) in kreatininom ($r = 0,280$, $p < 0,019$) smo potrdili pri ženskah, ki pa so bile v povprečju tudi statistično značilno starejše od moških (ženske: 84,1 let, $s = 5,4$, moški: 80,2 let, $s = 7,1$, $p = 0,0019$).

Diskusija

S staranjem pogojene spremembe povečujejo občutljivost starostnika na premike v bilanci tekočin, kar pogosto vodi v dehidriranost. Rezultati naše raziskave so potrdili domneve o nezadostni hidraciji starostnikov, ki živijo v socialnovarstvenih institucijah v Mariboru in okolici, saj je pet starostnikov zadostilo trem kriterijem za dehidracijo, dvema od treh kriterijev pa celo več kot tretjina starostnikov.

Kriteriju dehidracije, ki ga pogojuje vrednost natrija v krvi, je zadostilo najmanj starostnikov. Vivanti in sodelavci (2008) navajajo, da je le 11 do 17 % starostnikov, ki so bili spoznani za dehidrirane, imelo vrednosti natrija v serumu več kot 145 mmol/L. Rezultat potrjuje znano dejstvo, da je vrednost natrija v krvi označevalec dehidracije, na katerega lahko vplivajo sistemske bolezni, npr. bolezni centralnega živčnega sistema, ki so pri starostnikih pogoste (A review of dehydration geriatric patients health, 2013). Visoka koncentracija natrija v serumu lahko govori o hipertonični dehidraciji, kjer telo izgubi več vode kot natrija, regulatorni mehanizmi pa se kažejo v porastu sečnine v serumu, temu pa nato sledi še porast vrednosti serumskega kreatinina. Kriteriju povišane sečnine in razmerju sečnina/kreatinin je zadostila več kot polovica starostnikov, kar nakazuje, da upoštevanje posameznih označevalcev hidracije lahko privede do lažno negativnih ali pozitivnih rezultatov glede na realno stanje.

V raziskavah (Schols, et al., 2007; Faes, et al., 2007; Vivanti, et al., 2008) so pri starostnikih, sprejetih v bolnišnico iz ustanov institucionalnega varstva, odstotki dehidracije 25–50 %. Pregled literature nam poda različne ocene stanja hidriranosti starostnikov, uporaba različnih označevalcev hidracije pa nam večinoma onemogoča primerjavo rezultatov med raziskavami. Prav tako ni sprejetih enotnih meril ali smernic za uporabo označevalcev hidracije pri populaciji starostnikov, kakor tudi jasnih stališč o morebitnem »zlatem standardu« za oceno hidriranosti pri starostniku. Danes se tako uporabljajo različni kriteriji za oceno hidriranosti, ki pa zavrlojo možnih velikih nihanj stanja hidriranosti pri starostnikih niso natančni (A review of dehydration geriatric patients health, 2013).

Tudi v naši raziskavi smo prišli do zaključkov, da se ocena hidracije starostnikov zelo razlikuje glede na uporabljen kriterij hidracije. Ker obstaja nevarnost tako precenitve kot podcenitve realnega stanja hidracije, je potrebno za boljšo oceno hidriranosti uporabiti natančnejše označevalce hidracije, med katere se uvršča ocena osmolarnosti v plazmi (Faes, et al., 2007). Pri iskanju povezav med starostjo starostnikov in različnimi označevalci dehidracije smo statistično značilnost potrdili le pri ženskah starostnicah, in sicer med starostjo in nivojem sečnine in kreatinina (višja je bila starost, višji je bil nivo sečnine in kreatinina). Podobno so bile prav starejše ženske, stare 85 let in več, v predhodnih raziskavah spoznane kot tiste z veliko nagnjenostjo k dehidraciji (Faes, et al., 2007).

Raziskava ima nekaj pomembnih omejitev. Raziskava je geografsko omejena, saj so bili vanjo vključeni le starostniki, ki živijo v socialnovarstvenih institucijah v Mariboru in okolici in so v opazovanem obdobju iskali nujno medicinsko pomoč. Omejitev je tudi velikost vzorca. Pri kriterijih za vključevanje starostnikov v raziskavo smo se omejili le na nekatera internistična bolezenska stanja. V sklopu natančnejšega vrednotenja hidrationskega statusa bi bilo potrebno tudi vestno beleženje vrste, odmerka in števila zdravil, ki jih starostniki redno uživajo, saj so npr. diuretiki in/ali laksativi pomembni dejavniki pri motnjah tekočinskega ravnovesja. S strani starostnika, njegovega svojca in negovalnega osebja bi bilo smiselno pridobiti in analizirati informacije o vnosu in izločanju tekočin. Pomemben podatek pa bi predstavljala tudi informacija o načinu življenja starostnika.

Zaključek

V ambulantni INP UKC-MB obravnavamo starostnike, napotene iz ustanov institucionalnega varstva, pri katerih med drugim ugotavljamo tudi prisotnost povišanih vrednosti označevalcev dehidracije. Izsledki naše raziskave so potrdili prisotnost dehidracije in elektrolitskega neravnovesja v preiskovanem vzorcu starostnikov. Ugotovili smo, da se ocena hidracije starostnikov lahko zelo razlikuje glede na uporabljen kriterij hidracije, zato menimo, da je potrebna uporaba natančnejših označevalcev hidracije (ocena osmolarnosti seruma). Natančna ocena hidracije starostnikov predstavlja osnovo za nadaljnje raziskovanje s ciljem preprečevanja pojavnosti dehidracije starostnikov, živečih v ustanovah institucionalnega varstva. Status zadostne hidracije mora biti obravnavan kot standard kakovostne oskrbe in kakovostnega življenja.

Literatura

A review of dehydration geriatric patients health: essay, 2013. Available at: <http://www.ukessays.com/essays/health/a-review-of-dehydration-geriatric-patients-health-essay.php?cref=1> [17. 9. 2014].

- Claire, R., Briscoe, C., Davies, J., Whinnett, Z.I., Manisty, C., Sutton, R., et. al., 2007. Limitations of the New York Heart Association functional classification system and self-reported walking distances in chronic heart failure. *Heart*, 93(4), pp. 476–482.
<http://dx.doi.org/10.1136/hrt.2006.089656>
PMid:17005715; PMCID:PMC1861501
- Faes, M.C., Spigt, M.G. & Rikkert, O., 2007. Dehydration in geriatrics. *Geriatrics and Aging*, 10(9), pp. 590–596.
- Feinsod, F.M., Levenson, S.A., Rapp, K., Rapp-Pat, M., Beechinor, E. & Liebmann, L., 2004. Dehydration in frail, older residents in long term care facilities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 5(2), pp. 36–51.
[http://dx.doi.org/10.1016/S1525-8610\(04\)70090-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1525-8610(04)70090-0)
- Ferry, M., 2005. Strategies for ensuring good hydration in the elderly. *Nutrition Reviews*, 63(6), pp. 22–29.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1753-4887.2005.tb00151.x>
- Guyton, A.C. & Hall, J.E., 2006. *Textbook of medical physiology*. 11 ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, pp. 263–291.
- Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Mednarodni kodeks etike za babice.*, 2006. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Kodeks medicinske deontologije Slovenije.*, 1997. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije. Available at:
<http://www.zdravniskazbornica.si/zzs.asp?FolderId=386>
[20. 6. 2015]
- Košnik, M., Mrevlje, F., Štajer, D., Černelč, P. & Koželj, M., 2011. *Interna medicina*. Ljubljana: Littera Picta, pp. 734–735.
- Levey, S.A., Stevens, A.L., Schmid, H.C., Zhang, L.Y., Castro, F.A., Feldman, I.H., et. al., 2009. CKD - EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration). A new equation to estimate glomerular filtration rate. *Annals of Internal Medicine*, 150(9), pp. 604–612.
<http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-150-9-200905050-00006>
PMid:19414839; PMCID:PMC2763564
- Mentes, J.C., 2006a. Oral hydration in older adults. *American Journal of Nursing*, 106(6), pp. 40–49.
<http://dx.doi.org/10.1097/00000446-200606000-00023>
PMid:16728843
- Mentes, J.C., 2006b. A typology of oral hydration. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(1), pp. 13–20.
<http://dx.doi.org/10.3928/0098-9134-20060101-09>
PMid:16475460
- Močnik Drnovšek, V., 2009. *Človekove pravice v zvezi z biomedicino: Oviedska konvencija in dodatni protokoli*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- O'Donoghue, S.D., Dulhunty, J.M., Bandeshe, H.K., Senthuran, S. & Gowardman, R.J., 2009. Acquired hypernatraemia is an independent predictor of mortality in critically ill patients. *Anaesthesia*, 64(5), pp. 514–520.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2044.2008.05857.x>
PMid:19413821
- Schols, J., De Groot, C., Van der Cammen, T. & Olde Rikkert, M., 2009. Preventing and treating dehydration in the elderly during periods of illness and warm weather. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13(2), pp. 150–157.
<http://dx.doi.org/10.1007/s12603-009-0023-z>
PMid:19214345
- Vivanti, A., Harvey, K., Ash, S. & Battistutta, D., 2008. Clinical assessment of dehydration in older people admitted to hospital What are the strongest indicators? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 47(3), pp. 340–355.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2007.08.016>
PMid:17996966
- Wilson, M.G., 2006. Dehydration. In: Pathy, M.S., Sinclair, A.J. & Morley, E.J. eds. *Principles and practice of geriatric medicine*. 4th ed. Chichester (England): John Wiley & Sons, pp. 321–328.
- Wu, S.J., Wang, H.H., Yeh, S.H., Wang, Y.H. & Yang, Y.M., 2010. Hydrations status of nursing home residents in Taiwan: a cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), pp. 583–590.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05514.x>
PMid:21091919

Cite as/Citirajte kot:

Lešnik, A. & Bevc, S., 2015. Ugotavljanje dehidracije pri starostnikih, ki so bili obravnavani na nujni medicinski pomoči: akcijska raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(2), pp. 144–148. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2015.49.2.51>

Strokovni članek/Professional article

Odgovornosti babice glede pregleda posteljice: raziskava o pristopih v slovenskih porodnišnicah

Midwife's responsibilities regarding placenta examination: the study of Slovenian maternity hospitals' doctrine

Petra Ramovš, Anita Prelec, Ana Polona Mivšek

Ključne besede: tretja porodna doba; pregled posteljice; babiške kompetence

Key words: third stage of labour; examination of placenta; competence of midwives

Petra Ramovš, dipl. bab.;
Univerzitetni klinični center
Ljubljana, Ginekološka klinika,
Šlajmarjeva 4, 1000 Ljubljana

Anita Prelec, viš. med.
ses., spec. gin. por. zdr.
n., MSc (UK), strok. sod.;
Univerzitetni klinični center
Ljubljana, Ginekološka klinika,
Šlajmarjeva 4, 1000 Ljubljana

doc. dr. Ana Polona Mivšek,
dipl. bab.; Zdravstvena fakulteta
Univerza v Ljubljani, Oddelek
za babištvo, Zdravstvena pot 5,
1000 Ljubljana

*Kontaktne e-naslov/
Correspondence e-mail:*
polona.mivsek@zf.uni-lj.si

IZVLEČEK

Uvod: Posteljica je začasen organ, a ključen za preživetje, rast in razvoj ploda. Porodi se med tretjo porodno dobo. Namen raziskave je bil pridobiti informacije o načinih vodenja tretje porodne dobe v slovenskih porodnišnicah ter o kompetencah babic pri rokovanju s posteljico.

Metode dela: Raziskava je bila kvantitativno-deskriptivna, uporabljen instrument je bil strukturirani vprašalnik, tehnika zbiranja podatkov je bilo pisno anketiranje. Vzorec je bil namenski; vprašalnik je bil poslan v izpolnjevanje vodjem porodnih sob vseh štirinajstih porodnišnic v Sloveniji. Podatki so se zbirali od maja do junija 2012, obdelani so bili s programom SPSS 17.

Rezultati: Odziv je bil 86%. Dve tretjini respondentov (67 %) navajata, da tretjo porodno dobo najpogosteje vodijo aktivno. Navadno posteljico porodi babica (83 %), vendar pri pregledu le-te ni samostojna, saj jo vedno preveri tudi zdravnik (83 %). Večina babic (86 %) ima strokovno samozavest (občutek znanja in volje), da bi pregled posteljice lahko opravile samostojno.

Diskusija in sklep: Za končen izid poroda je odgovoren zdravnik; zato v večini primerov babice niso popolnoma samostojne, čeprav spremljanje fiziološkega poroda spada pod kompetence babice in so le-te za to strokovno usposobljene.

ABSTRACT

Introduction: The placenta is a temporary organ, essential for the survival, growth and development of the foetus. It is delivered during the third stage of labour. The purpose of this study was to gain information regarding the management of the third stage of labour in Slovenian maternity hospitals, including midwives' competences within this scope of practice.

Methods: Descriptive quantitative method was used with a survey questionnaire as a research instrument. Convenience sample included all 14 Slovenian maternity hospitals. The data were gathered during May and June 2012. The analysis of data was performed with SPSS 17 programme.

Results: The response rate to the survey was 86%. Two thirds of the respondents (67 %) report that the third stage of labour is usually actively managed. In general, the placenta is delivered by a midwife (83 %), however, the placenta is not examined only by a midwife, it is also checked by a doctor (83 %). The majority of midwives (83 %) feel professionally confident to examine the placenta autonomously.

Discussion and conclusion: The final birth outcome is the responsibility of a doctor. Therefore, in the majority of cases, midwives are not completely independent, despite their competences and qualifications for the management of uncomplicated deliveries.

Članek je nastal na osnovi
diplomskega dela Petre Ramovš
*Odgovornosti babice glede
pregleda posteljice* (2012).

Prejeto/Received: 2. 4. 2014
Sprejeto/Accepted: 24. 1. 2015

Uvod

Posteljica (lat. placenta) je začasen organ, ki je ključen za preživetje, rast in razvoj ploda, saj omogoča izmenjavo snovi med materjo in plodom. Posteljica je morda najpomembnejši del tega medsebojnega odnosa, saj leži med materjo in plodom, tako mati kot plod tudi prispevata tkivo zanj (Cör & Legan, 2006). Posteljica izvaja funkcije, ki jih plod v času intrauterinega življenja ne more izvajati sam. Preživetje ploda je zato odvisno od integritete in zmogljivosti posteljice (Bennett & Brown, 2003).

Posteljica se rodi med tretjo porodno dobo, ki se začne z rojstvom otroka in traja vse dokler se popolnoma ne porodijo posteljica (Hanson & Simkin, 2011) in ovoji (Pajntar, 2004). Tretja porodna doba zaznamuje zadnjo fazo fizične tranzicije ženske v materinstvo (Fry, 2007). Cilj vodenja tretje porodne dobe je porod celotne posteljice z ovoji za preprečevanje poporodne krvavitve (Bair & Williams, 2007).

Babice dajejo pravico samostojnega vodenja tretje porodne dobe njihove kompetence, ki jih narekuje Mednarodna babiška zveza (International Confederation of Midwives – ICM, 2011), kjer je navedeno, da ima babica osnovno znanje in veščine, potrebne pri fiziološkem poteku tretje porodne dobe, (točka 14) ter da babica tretjo porodno dobo lahko vodi samostojno (točka 16) (Zakšek, et al., 2008). Ker po vedenju avtorice babice v slovenskih porodnišnicah kljub znanju in potrebnim spretnostim te naloge povsod ne opravljajo samostojno, so želele objektivni vpogled v stanje. V skladu s tem problemom se je zato raziskava usmerila v proučevanje doktrin slovenskih porodnišnic pri vodenju tretje porodne dobe in ravnanju s posteljico.

Namen in cilji

Osnovni namen raziskave je bil ugotoviti stanje glede vodenja tretje porodne dobe ter glede samostojnosti babic pri pregledu posteljice v slovenskih porodnišnicah, in sicer s ciljem ovrednotiti obstoječe prakse glede na smernice in dokaze.

Želeli smo dobiti odgovore na naslednja raziskovalna vprašanja:

- Ali babice v slovenskih porodnišnicah vodijo tretjo porodno dobo fiziološko, ob tem upoštevajo načela fiziološkega vodenja ter hkrati upoštevajo tudi želje porodnice (npr. tretja porodna doba se aktivno vodi le v primeru, kadar sta ogrožena porodnica in/ali otrok)?
- Ali babice opazujejo vsa poznana znamenja ločene posteljice in pred porodom le-te, v kolikor ni opaziti zapletov, čakajo vsaj 30 minut (npr. po tem času v prvi vrsti izvajajo nemedikamentozne ukrepe; pred porodom posteljice iz popkovnice ne izpustijo krvi)?
- Ali babice samostojno porajajo in pregledujejo posteljico, kot to narekujejo njihove kompetence, in se za to čutijo dovolj strokovno samozavestne?

Metode

Izvedena je bila kvantitativna opisna raziskava, instrument raziskave je bil strukturirani vprašalnik, tehnika zbiranja podatkov je bilo anketiranje.

Opis instrumenta

Podatki so bili zbrani z vprašalnikom, ki je vseboval trinajst vprašanj. Sestavljen je bil na podlagi pregleda literature (Walsh, 2007; McDonald, 2009; Burke, 2010; Harris, 2011; Begley, 2011; ICM, 2011). Vprašanja so se nanašala na kritične točke vodenja tretje porodne dobe, saj domnevno prihaja do razhajanja med na dokazih temelječimi raziskavami in izvajanjem tretje porodne dobe v praksi slovenskih porodnišnic. Vprašanja so bila večinoma zaprtega in polodprtega tipa. Za preverbo veljavnosti, objektivnosti in zanesljivosti je bil vprašalnik prediskutiran v ožjem raziskovalnem timu ter poslan v izpolnjevanje trem babicam v praksi, ki niso bile vključene v raziskavo. Rezultati tega testiranja so pokazali, da so vprašanja jasna in razumljiva ter smiselna; na podlagi te preveritve raziskovalnega instrumenta nismo spreminjali. Podatke smo zbirali s pošto anketo od 13. aprila 2012 do 6. junija 2012.

Opis vzorca

Uporabljen je bil namenski vzorec. Povabilo k raziskavi je bilo poslano vodjem porodnih sob vseh štirinajstih slovenskih porodnišnic. Odziv je bil 86%, kar predstavlja dvanajst od štirinajstih porodnišnic v Sloveniji, dve porodnišnici sta sodelovanje zavrnila.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je bila odobrena s strani Katedre za babištvo Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani. Pri raziskovanju so bila upoštevana glavna načela raziskovalne etike, ki skrbijo, da se ohrani osebna integriteta udeležencev; proučevana je bila doktrina institucij in ne mnenja posameznikov. Udeležencem raziskave so avtorice omogočile zaupnost in prostovoljno sodelovanje.

Analiza je bila izvedena s programom SPSS 17 in je vključevala osnovne mere deskriptivne statistike.

Rezultati

Rezultati raziskave so urejeni v zaporedju v vprašalniku postavljenih vprašanj; pomembnejši so pojasnjeni in prikazani v tabeli.

V osmih (67 %) porodnišnicah v Sloveniji tretjo porodno dobo vodijo aktivno, v štirih (33 %) porodnišnicah včasih aktivno, včasih fiziološko. V nobeni porodnišnici tretje porodne dobe ne vodijo izključno fiziološko.

V treh četrtinah porodnišnic, ki so se odzvale, tretjo porodno dobo vodijo aktivno v vseh primerih (75 %),

v četrtini (25 %) pa le v primeru, kadar je ogrožena porodnica in/ali otrok. V dveh od devetih porodnišnic, ki vodijo tretjo porodno dobo aktivno, je omogočen fiziološki potek tretje porodne dobe le v primeru, ko porodnica odklanja uterotonik. V rabi so različni uterotoniki. Na vprašanje o vrsti uterotonika je odgovorilo deset od dvanajstih porodnišnic, kar je 83,3 %. Od tega v sedmih porodnišnicah (70 %) najpogosteje uporabljajo uterotonik Syntocinon®, v treh (30 %) pa Ergotyl®. Na izrecno željo ženske v sedmih porodnišnicah (64 %) uterotonikov ne aplicirajo, v štirih (36 %) porodnišnicah pa želja ženske ne upoštevajo. V štirih porodnišnicah (57 %) od sedmih, ki upoštevajo le izrecno željo ženske po neaplikaciji uterotonika, za tak ukrep zahtevajo pisni informirani pristanek ženske, v treh porodnišnicah (43 %) podpisa ne zahtevajo.

V kolikor ni opaziti zapletov in posteljica še ni ločena, v sedmih porodnišnicah (59 %) pred porodom posteljice čakajo do pol ure, do ene ure čakajo v štirih porodnišnicah (33 %), v eni porodnišnici (8 %) pa le do 10 minut.

Vodje porodnih blokov so na vprašanje, katere ukrepe izvajajo, če se posteljica po tem času ne loči, odgovorili zelo različno. Generalizirane odgovore povzema Tabela 1.

Tabela 1: *Ukrepi, če se posteljica ne loči*

Table 1: *Interventions in case of retained placenta*

Intervencija/Intervention	n
ročno luščenje posteljice ali iztiranje maternice (zdravnik)	6
dojenje (sproščanje oksitocina)	3
enkratna urinska katetrizacija	5
masaža maternice	1
relaksacija porodnice	1
aplikacija zdravil po naročilu zdravnika	3
aplikacija Syntocinona® v popkovnico	1
manevri za aktivno porajanje	4

Legenda/Legend: n – število odgovorov/number of answers

Na vprašanje o tem, katere znake ločene posteljice opazujejo v slovenskih porodnišnicah je odgovorilo samo enajst od dvanajstih vprašanih porodnišnic, kar je 91,7 %.

Ugotovili smo, da v sedmih porodnišnicah (64 %) opazujejo vsa znamenja ločene posteljice (Schröderjevo, Kleinovo, Küstnerjevo in Ahlfeldovo), v treh (21 %) opazujejo samo Küstnerjevo znamenje, v eni porodnišnici (9 %) pa opazujejo Schröderjevo, Kleinovo in Küstnerjevo znamenje. V desetih porodnišnicah (83 %) pred porodom posteljice iz popkovnice izpustijo kri, v dveh porodnišnicah (17 %) pa tega ne storijo.

Kar v desetih porodnišnicah (83 %) posteljico poraja babica, v dveh porodnišnicah (17 %) babica ali zdravnik. V nobeni porodnišnici posteljice ne poraja izključno samo zdravnik. Le v dveh porodnišnicah (17 %) pregleduje posteljico samo babica, v desetih porodnišnicah posteljico pregledujeta babica in zdravnik. V nobenem primeru posteljice ne pregleduje samo zdravnik.

V desetih porodnišnicah (83 %) se babice čutijo dovolj strokovno usposobljene, da bi pregled posteljice izvajale same. V dveh porodnišnicah (17 %) se babice ne čutijo dovolj strokovno samozavestne. Na podvprašanje »Zakaj?«, so odgovorile le štiri vodje porodnih blokov porodnišnic. Generalizirano bi opombe lahko združili v dva razloga:

- »Da; strokovno smo bolj usposobljene kot specializanti«;
- »Ne; v porodnišnici je za porod odgovoren zdravnik porodničar«.

Diskusija

Pri interpretaciji rezultatov raziskave smo si kot mejo za pozitivni odgovor raziskovalnemu vprašanju postavili 50 % strinjanje.

Glede na pridobljene rezultate lahko na prvo raziskovalno vprašanje odgovorimo nikalno, saj je fiziološko vodenje tretje porodne dobe v slovenskih porodnišnicah bolj izjema kot pravilo. Rezultati namreč kažejo, da v nobeni od dvanajstih anketiranih porodnišnic v Sloveniji tretje porodne dobe ne vodijo izključno fiziološko. V seznamu Poklicnih aktivnostih in kompetenc v zdravstveni in babiški negi Železnik in sodelavci (2008) navajajo, da je vodenje fiziološkega poroda kompetenca babice. Torej bi bilo pričakovati, da je odločitev o načinu vodenja tretje porodne dobe v skladu z babiško filozofijo o fiziologiji nosečnosti, poroda in puerperija. Priporočljivo bi bilo izvajati pretežno fiziološko vodenje tretje porodne dobe, predvsem pri fiziološko potekajoči nosečnosti in porodu. Upoštevati moramo torej tudi način vodenja prve in druge porodne dobe, saj morata tudi prva in druga porodna doba potekati fiziološko, če želimo, da tako poteka tudi tretja (Walsh, 2007). Raziskave (Begley, et al., 2011; Westhoff, et al., 2013) sicer navajajo, da aktivno vodenje tretje porodne dobe zmanjša izgubo krvi in krvavitve, večje od 500 ml. Vendar pa Walsh (2007) meni, da se Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization – WHO, 2008) zavzema za aktivno vodenje tretje porodne dobe predvsem v državah tretjega sveta, saj so tam glavni vzrok maternalne umrljivosti prav poporodne krvavitve, ki so lahko ob slabem zdravstvenem statusu žensk (npr. anemije zaradi slabe prehrane) usodne.

Glede uporabe uterotonikov v primeru aktivnega vodenja tretje porodne dobe so rezultati pokazali, da babice v večini uporabijo uterotonik oksitocin (Syntocinon®), ki glede na pregledano literaturo deluje hitro in v večini primerov nima stranskih učinkov (World Health Organization – WHO, 2008). Kar 30 % pa jih uporablja tudi ergometrin (Methergin®, Ergotyl®), ki ima sicer več stranskih učinkov, vendar je v rabi verjetno zaradi hitrejšega delovanja v primerih tveganja za atonijo maternice po porodu.

Glede na raziskavo je bilo ugotovljeno, da le malo več kot polovica vprašanih na željo porodnice v tretji porodni dobi ne aplicira zdravil, drugi pa te želje ne upoštevajo. Med pravice pacienta spada tudi pravica do samostojnega

odločanja o zdravljenju, ki je navedena v 5. členu Zakona o pacientovih pravicah (Zakon, 2008). Babica mora torej ženski podati dovolj informacij glede aplikacije zdravil ter ji predstaviti tudi tveganja ter stranske učinke tako aplikacije kot tudi neaplikacije zdravil. To je njena naloga tudi glede na profesionalni kodeks etike, ki navaja, da babica spoštuje pravico ženske do izbire in odločanja (Nahtigal, et al., 2011). Podpis informiranega pristanka porodnice v primeru odklonitve uterotonika, ki ga od porodnic nekatere porodnišnice želijo, z zakonom ni določen, saj v 26. členu Zakona o pacientovih pravicah piše, da lahko da pacient privolitev ustno, z dejanjem oziroma ravnanjem, iz katerega je mogoče zanesljivo sklepati, da pomeni privolitev, pisno pa le, kadar tako določa zakon (Zakon, 2008).

Rezultati raziskave so pokazali, da v več kot polovici slovenskih porodnišnic čakajo vsaj 30 minut, preden porodijo posteljico, kar je, glede na pregledano literaturo, dovolj, saj je pri fiziološkem vodenju tretja porodna doba običajno zaključena v 30 minutah (Walsh, 2007). Potrebno je le, da žensko namestimo v položaj, kjer bo v pomoč tudi težnost, saj so popadki po iztisu otroka slabši (Bennett & Brown, 2003). Pri ločitvi posteljice ima veliko vlogo tudi zgodnje dojenje, ki spodbuja sproščanje endogenega oksitocina, ki povzroča krčenje maternice (Burke, 2010). Glede na rezultate raziskave v večini primerov, ko se posteljica ne loči v predvidenem času, katetrizirajo mehur, aplicirajo uterotonik ali luščijo posteljico. Le v četrtini porodnišnic najprej izvajajo ukrepe, kot so dojenje, masaža maternice ter relaksacija porodnice. Pričakovati bi bilo, da bodo fiziološki ukrepi prednjačili.

Podatki kažejo da v dveh tretjinah porodnišnic opazujejo vsa znamenja ločene posteljice (Schröderjevo, Kleinovo, Küstnerjevo in Ahlfeldovo), v četrtini porodnišnic pa babice opazujejo samo Küstnerjevo znamenje. Opazovanje vseh znamenj je pomembno predvsem v primeru aktivnega vodenja tretje porodne dobe (kar je po pridobljenih podatkih v slovenskih porodnišnicah precej pogosto), kjer se za porod posteljice izvaja kontroliran vlek za popkovnico. V primeru, da posteljica ni ločena in izvedemo kontroliran vlek za popkovnico, lahko pride do raztrganja popkovnice ali inverzije maternice (Weeks, 2010) in s tem do nepotrebnih zapletov, ki lahko ogrozijo življenje porodnice. V večini porodnišnic pred porodom posteljice iz popkovnice izpustijo kri, kar pri fiziološkem vodenju tretje porodne dobe ni potrebno. Glede na pridobljene rezultate predvidevamo, da verjetno v večini primerov izvajajo zgodnjo prekinitve popkovnice (ki se izvaja ob aktivnem vodenju tretje porodne dobe), kar pa se, glede na pregledano literaturo, odsvetuje, saj imajo novorojenčki več koristi od pozne kakor od zgodnje prekinitve popkovnice (McDonald, 2009; Hanson & Simkin, 2011; Harris, 2011).

Na drugo raziskovalno vprašanje lahko odgovorimo pozitivno, saj babice v več kot polovici slovenskih porodnišnic opazujejo vsa znamenja ločene posteljice, in v kolikor ni opaziti zapletov, čakajo vsaj 30 minut preden porodijo posteljico. Toda drugemu delu raziskovalnega

vprašanja ne moremo več z gotovostjo pritrditi, saj v primeru, da se posteljica v 30 minutah ne loči, kar tri četrtine vprašanih v prvi vrsti uporabi uterotonik, in ne nemedikamentoznih ukrepov.

Rezultati kažejo, da kljub kompetencam babice, ki jih narekuje ICM (Zakšek, et al., 2008), kamor spada tudi porod posteljice, v dveh porodnišnicah porod posteljice babica izvaja skupaj z zdravnikom; porod posteljice babice samostojno izvajajo v desetih porodnišnicah. V vseh porodnišnicah bi celoten porod, ki poteka brez zapletov, morale voditi babice, saj so za to strokovno usposobljene.

Rezultati so pokazali, da v kar desetih od dvanajstih porodnišnic v Sloveniji posteljico pregledujeta tako babica kot tudi zdravnik in le v dveh porodnišnicah posteljico pregleduje samo babica. Kompetence ICM med osnovnimi postopki, ki jih izvaja babica, navajajo tudi, da babica preveri stanje posteljice in jajčnih ovojev (točka 18) (Zakšek, et al., 2008). Predvidevamo, da pregled posteljice običajno izvedejo še zdravniki zato, ker so zakonsko odgovorni za izid poroda in se želijo zaščititi pred strokovnimi napakami babic. Vseeno pa se večina babic čuti zadosti strokovno samozavestnih, da bi pregled posteljice izvajale samostojno. Iz raziskave je jasno, da se babice dovolj dobro zavedajo svojih kompetenc, vendar se spremembe navadno uvajajo od vrha navzdol in ne obratno; najprej je potrebna sprememba doktrine.

Kljub temu da v večini slovenskih porodnišnic babice posteljice ne pregledujejo same, lahko na tretje raziskovalno vprašanje odgovorimo pritrdilno, saj se večina babic čuti dovolj strokovno samozavestnih, da bi pregled posteljice izvajale same, v večini slovenskih porodnišnic posteljico tudi poraja babica sama.

Glede na izraženo pripravljenost babic bi bilo potrebno, da babiško strokovno združenje poda iniciativo združenju ginekologov in porodničarjev za prevzem te kompetence, in sicer tako glede avtonomne izvedbe kot tudi prevzema odgovornosti zanj.

Raziskava je torej osvetlila nekatera področja, ki bi jih lahko izboljšali. Vsekakor bi bilo po uvedenih spremembah potrebno opazovati rezultate. Glavni omejitvi študije, ki bi lahko vplivali na kakovost rezultatov, sta zlasti dejstvo, da v raziskavi niso zbrani podatki vseh štirinajstih porodnišnic v Sloveniji, ter onemogočena interpretacija glede fiziološkega vodenja III. porodne dobe s stališča principov vodenja I. in II. porodne dobe; kot že omenjeno, lahko III. porodna doba poteka fiziološko le v primeru, da je porod fiziološko potekal tudi že prej.

Zaključek

Glede na dobljene rezultate raziskave lahko zaključimo, da je tretja porodna doba v slovenskih porodnišnicah odraz procesa medikalizacije; večina porodnišnic jo vodi izključno aktivno. Vsako intervencijo bi bilo potrebno pretehtati glede na koristi kot tudi glede tveganja za porodnico in otroka ter porodnici dati možnost informiranega pristanka.

Čeprav spremljanje fiziološkega poroda spada pod kompetence babice in so babice strokovno usposobljene za vodenje fiziološkega poroda, so za izid poroda odgovorni zdravniki. V prihodnje bi bilo potrebno skupaj z zdravniki doreči delitev del in s tem odgovornosti, le tako bodo babice sposobne celovite avtonomne prakse.

Zahvala

Zahvaljujemo se vsem udeležencem raziskave, ki so odgovorili na vprašalnik in s tem omogočili kritično vrednotenje obstoječe prakse za napredek babištva v prihodnosti.

Literatura

- Bair, M.E. & Williams, J., 2007. Management of the third stage of labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(4), pp. 412–414.
- Begley, C.M., Gyte, G.M.L., Devane, D., McGuire, W. & Weeks, A., 2011. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, p CD007412.
<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007412.pub3>
- Bennett, R.V. & Brown, L.K., 2003. The placenta. In: Fraser, D.M. & Cooper, M.A. eds. *Myles textbook for midwives*. 14th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, pp. 143–149.
- Burke, C., 2010. Active versus expectant management of the third stage of labor and implementation of a protocol. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 24(3), pp. 215–228.
- Cör, A. & Legan, M., 2006. Posteljica. *Medicinski razgledi*, 45(4), pp. 391–401.
- Fry, J., 2007. Physiological third stage of labour; support it or lose it. *British Journal of Midwifery*, 15(11), pp. 693–695.
- Hanson, L. & Simkin, P., 2011. Optimal newborn transition and third and fourth stage labor management. In: Simkin, P. & Ancheta, R. eds. *The labor progress handbook: early interventions to prevent dystocia*. 3th ed. Chichester: Wiley–Blackwell, pp. 224–238.
- Harris, T., 2011. Care in the third stage of labour. In: Macdonald, S. & Magill-Cuerden, J. eds. *Mayer's midwifery*. 14th ed. Edinburgh: Baillière Tindall, pp. 535–548.
- International Confederation of Midwives – ICM, 2011. *Essential competencies for basic midwifery practice 2010*. Available at: <http://www.internationalmidwives.org/what-we-do/education-core-documents/essential-competencies-basic-midwifery-practice/> [16. 6. 2015].
- McDonald, S., 2009. Physiology and management of the third stage of labour. In: Fraser, D.M. & Cooper, M.A. eds. *Myles textbook for midwives*. 15th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, pp. 531–553.
- Nahtigal, R., Mivšek, A.P., Njenic, G., Prelec, A., Skoberne, M. & Velepich, M., 2011. *Kodeks etike za babice*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester – babc Slovenije. Available at: http://www.sekcija-babic.si/files/Kodeks_etike_za_babice.pdf [30. 10. 2012].
- Pajntar, M., 2004. Normalni porod. In: Pajntar, M. & Novak-Antolič, Ž. eds. *Nosečnost in vodenje poroda*. 2 izd. Ljubljana: Cankarjeva založba, pp. 136–173.
- Walsh, D., 2007. Rhythms in the third stage of labour. In: *Evidence-based care for normal labour and birth: a guide for midwives*. New York: Routledge, 121–134.
- Weeks, A., 2010. Postpartum haemorrhage. In: Kehoe, S., Neilson, J.P. & Norman, J.E. eds. *Maternal and infant deaths: chasing millennium development goals 4 and 5*. London: RCOG Press, pp. 85–98.
- Westhoff, G., Cotter, A.M. & Tolosa, J.E., 2013. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, p. CD001808.
<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001808.pub2>
- World Health Organization - WHO. Third stage of labour: physiology and management. In: *Education material for teachers of midwifery: midwifery education modules-managing postpartum haemorrhage*. 2nd ed., pp. 21–37. Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241546669_1_eng.pdf [26. 3. 2012].
- Zakon o pacientovih pravicah*, 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 15.
- Zakšek, T., Drglin, Z., Mivšek, A.P., Šimnovec, I., Skubic, M. & Stanek Zidarič, T., 2008. Competence za osnovno babiško prakso. *Obzornik zdravstvene nege*, 42(3), pp. 215–220.
- Železnik, D., Brložnik, M., Hajdarevič, B.I., Dolinšek, M., Filej, B., Istenič, B., et al., 2008. Opredelitev poklicnih kompetenc v dejavnosti zdravstvene in babiške nege. In: *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babc in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 15–26.

Citirajte kot/Cite as:

Ramovš, P., Prelec, A. & Mivšek, A.P., 2015. Odgovornosti babice glede pregleda posteljice – raziskava o pristopih v slovenskih porodnišnicah. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(2), pp. 149–153. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2015.49.2.41>

Strokovni članek/Professional article

Primerjava dveh teoretičnih modelov in teorije zdravstvene nege preko konceptov metaparadigme

Comparing two nursing models and nursing theory through metaparadigm concepts

Dragan Babuder

Ključne besede: medicinska sestra; uporabnost; vrednotenje; Virginia Henderson; Imogene M. King; Hildegard E. Peplau

Key words: nurse; usefulness; evaluation; Virginia Henderson; Hildegard E. Peplau; Imogene M. King

Dragan Babuder, dipl. zn.;
Univerzitetni klinični center
Ljubljana, Zaloška 7, 1000
Ljubljana

Kontaktne e-naslov/
Correspondence e-mail:
dragan.babuder@kclj.si

IZVLEČEK

Uvod: Izbira primerne teoretičnega modela ali teorije zdravstvene nege je osnova za dobro prakso. V Sloveniji uporabljamo teoretični model Virginie Henderson, ki ga v članku primerjamo s teoretičnim modelom Imogene M. King in teorijo zdravstvene nege Hildegard E. Peplau.

Metode: Uporabili smo deskriptivno metodo dela s pregledom domače in tuje strokovne ter znanstvene literature. Uporabili smo metodo kritičnega branja javno dostopnih virov, navezujoč se na podatke iz doslej objavljenih knjig, člankov in ostale literature, ki se dotika izbrane teme. Spletno iskanje literature je bilo opravljeno preko vzajemne bibliografsko-kataložne baze podatkov (COBIB.SI) ter tujih podatkovnih baz, kot so Jupline, Medline, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Za primerjavo teoretičnih modelov in teorije je bil uporabljen okvir za vrednotenje teoretičnih modelov in teorij po Jacqueline Fawcett.

Rezultati: Primerjani teoretični modela in teorija zdravstvene nege opišejo koncepte metaparadigme in odnose med njimi. Koncept zdravstvena nega je najpomembnejši v vseh teoretičnih modelih, cilj vseh pa je zdravje. Vse tri teoretičarke se manj poglobljajo v koncept okolje.

Diskusija in zaključek: Na področju uporabe teoretičnih modelov in teorij zdravstvene nege v zadnjih letih je narejenega premalo, medtem ko razvoj zdravstvene nege na drugih področjih hitro napreduje. Medicinske sestre morajo nadaljevati z raziskovanjem in razvojem teoretičnih modelov in teorij.

ABSTRACT

Introduction: Selection of a suitable theoretical model or theory of nursing is the basis for good practice. In Slovenia, Virginia Henderson's nursing model has been adopted as a base for professional nursing practice. The aim of this article is to present an organised and practical overview of the strengths and weaknesses of Henderson's nursing need theory in comparison to Hildegard E. Peplau's theory of interpersonal relations and Imogene M. King's goal attainment theory, as well as their implications for practice.

Methods: The descriptive method was used with a literature review of domestic and foreign professional and scientific literature. The technique of critical reading was employed to study all the relevant accessible published sources. Web searching was conducted through COBIB.SI data base and data bases such as Jupline, Medline and CINAHL. The results are compared in terms of the theories' utilization and application following Jacqueline Fawcett's framework for evaluation.

Results: All three nursing theories presented are applicable at all levels of nursing practice. Nursing is a major concept in all three theories and health is the goal for all three theorists. The concept of environment is poorly described.

Discussion and conclusion: The research into the application of nursing models and theories in recent years is scarce. Nurses should commit to further research and development of nursing theories to generate and test the theories and their practical application.

Članek je nastal na osnovi
diplomskega dela Dragana
Babudra *Primerjava
teoretičnega modela Virginie
Henderson in Imogene M. King
ter teorije zdravstvene nege
Hildegard E. Peplau* (2014).

Prejeto/Received: 30. 4. 2015
Sprejeto/Accepted: 4. 5. 2015

Uvod

Zdravstvena nega na znanstvenih osnovah se je začela razvijati v začetku petdesetih let prejšnjega stoletja, ko so se začeli razvijati tudi teoretični modeli. Razvoj zdravstvene nege temelji na medsebojni povezanosti teorije, prakse in raziskovanja. Medsebojna povezanost je osnova za razvoj zdravstvene nege kot profesije, ki temelji na razvoju prakse (Pajnikihar, 2009). Chinn in Kramer (1999) razlagata, da je razumevanje narave teorij, ki izhajajo iz opisa in kritičnega vrednotenja, treba opredeliti pred aplikacijo v raziskovalni proces in prakso zdravstvene nege.

V slovenskem prostoru smo v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja prevzeli teoretični model Virginie Henderson, ki je bil v tistih časih najbolj univerzalen, prevzelo ga je tudi največ držav po celem svetu (Hajdinjak, 1999). Najverjetnejši razlog za »posvojitve« teoretičnega modela Virginie Henderson v slovenskem prostoru je bila ravno njegova široka uporabnost in enostavnost.

Za razumevanje teorij in teoretičnih modelov zdravstvene nege je potrebno na začetku pojasniti nekaj osnovnih pojmov, ki jih bomo skozi članek srečevali. Metaparadigma je najsplošnejši vzorec temeljnih znanj zdravstvene nege. Pomeni bistvo vsebine zdravstvene nege in najsplošnejšo podobo samostojnega področja stroke. Je najbolj abstraktna stopnja znanja sodobne zdravstvene nege (Hajdinjak & Meglič, 2012). Koncepti so na splošno opredeljeni kot gradbeni elementi teoretičnih modelov zdravstvene nege. Preko njih se vrednoti pomembnost in uporabnost posameznega modela oziroma vsakega posameznega teoretičnega dela (Hajdinjak, 1999). Koncepti metaparadigme so: človek, okolje, zdravje in zdravstvena nega. Ti koncepti so v metaparadigmi predstavljeni splošno in na široko (Hajdinjak & Meglič, 2012). Teorije zdravstvene nege vedno poudarijo in opišejo koncepte, ki so v interesu zdravstvene nege in pacientov v določenem času. Podajajo osnovo profesiji in disciplini ter znanosti zdravstvene nege. Teorije zdravstvene nege in raziskovanje v zdravstveni negi pomagajo pri opisu,

razvoju in delovanju prakse zdravstvene nege (Pajnikihar, 2009).

Namen in cilj

V zadnjih letih je bilo na področju medsebojnih primerjav teoretičnih modelov in teorij zdravstvene nege narejeno zelo malo raziskav. Namen članka je primerjati teoretične modele med seboj in ugotoviti razlike med njimi. Potrebno je odgovoriti na vprašanja, kako so teoretični modeli zgrajeni, kateri so njihovi osnovni gradniki. V teoretičnih modelih Virginie Henderson in Imogene M. King ter teoriji zdravstvene nege Hildegard E. Peplau bomo opisali koncepte metaparadigme in raziskali, kako so jih teoretičarke opisovale in opredelile.

Metode

Metode pregleda

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom domače in tuje literature. Izvedli smo metodo kritičnega branja javno dostopne literature, ki se navezuje na podatke iz doslej objavljenih knjig, člankov in ostale literature, ki se dotika izbrane teme.

Uporabljena je bila literatura, ki nam je bila prosto dostopna v obsegu celotnega besedila. Spletno iskanje literature je bilo opravljeno v bazah COBIB.SI, Jupslin, Medline in CINAHL. Za iskanje po podatkovnih bazah smo uporabili naslednje ključne besede: zdravstvena nega/nursing care, teoretični model zdravstvene nege/nursing model, metaparadigma/metaparadigm, teorije zdravstvene nege/nursing theories, ocena/evaluation, uporaba/application. Ključne besede so bile povezovane z Boolovim operatorjem IN (angl. AND).

Glede na obravnavano temo smo uporabili literaturo vseh datumov, tj. ne glede na čas izida. Na starost literature se nismo ozirali, ker je relevantne literature novejšega datuma (starosti do deset let) zelo malo. Pregled literature je bil zaključen v letu 2014.

Rezultati pregleda

Tabela 1: Število zadetkov po tujih podatkovnih bazah pri ključnih besedah nursing care, nursing theories, evaluation, application kombinirane z Boolovim operatorjem AND

Table 1: Number of hits by databases and key words nursing care, nursing theories, evaluation, application combined with Bool operator AND

Ključne besede/Key words	CINAHL (n)	Medline (n)	Jupslin (n)
Nursing care	172390	216410	106922
Nursing care AND nursing theories	984	1057	812
Nursing care AND nursing theories and evaluation	212	111	96
Nursing care AND nursing theories AND evaluation AND application	14	10	11

Legenda/Legend: n – število zadetkov/number of hits

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Uporabljen je bil okvir za vrednotenje teoretičnih modelov po Fawcett (2000). Ta okvir se v tretji fazi ukvarja z vsebino teoretičnega modela, in sicer po naslednjih vprašanjih:

- Kako je definiran človek?
- Kako je definirano okolje?
- Kako je definirano zdravje? Kako sta razmejena dobro počutje in bolezen?
- Kako je definirana zdravstvena nega?
- Kaj je cilj zdravstvene nege?
- Kako je opisana praksa zdravstvene nege?
- Katere trditve so postavljene za odnose med koncepti metaparadigme?

V tem koraku se ukvarja z analizo teoretičnih modelov in teorij zdravstvene nege, ki se navezuje na vsebino modelov zdravstvene nege. Raziskovalni kriteriji v tretji fazi so: definicija človeka, okolja, zdravja in razmejenost dobrega počutja ter bolezni in definicija zdravstvene nege. V našem primeru smo glede na kompleksnost izbranih teoretičnih modelov v raziskavi in številnih gradnikov znotraj posameznih modelov modele med seboj primerjali glede na štiri koncepte metaparadigme: človek, zdravje, okolje in zdravstvena nega.

Rezultati

V rezultatih odgovarjamo na postavljeni vprašanji: kako teoretičarke opišejo koncepte metaparadigme in kako opredeljujejo pojme, ki so postavljeni v okviru za vrednotenje teoretičnih modelov. Tudi Fawcett (2001) se v svojem okviru vrednotenja teoretičnih modelov osredotoča predvsem na štiri koncepte metaparadigme znotraj teorije zdravstvene nege.

Koncept človek

Virginia Henderson trdi, da je človek biološko bitje, katerega zavest in telo sta nerazdružljiva. Osnovne potrebe človeka so: potrebe po varnem domu, hrani in komuniciranju. Lahko sklepamo, da človeka vidi kot celovito, večdimenzionalno osebnost (Hajdinjak & Meglič, 2012). Človek mora vzdrževati fiziološko in emocionalno ravnovesje. Telo in duh sta nerazdružljivi enoti. Pacientove potrebe so opisane v štirinajstih temeljnih življenjskih aktivnostih (Henderson, 1955).

Hildegard E. Peplau trdi, da je človek organizem z biološkimi, psihološkimi in fizičnimi lastnostmi, ki živi in deluje v nestabilnem ravnovesju z okoljem. Na sebi edinstven način skuša zadovoljevati svoje potrebe (Peplau, 1952). Je organizem, ki po svojih močeh skuša zmanjšati napetost, ki jo ustvarjajo človeške potrebe (Belcher & Brittain Fish, 1985).

Imogene M. King si človeka predstavlja kot odprt dinamičen sistem, ki selektivno zaznava impulze iz okolice, jih upošteva, predela in se nanje odziva. V njem si izmenjuje informacije in energijo. Njena teorija temelji

na domnevi, da je v središču delovanja človek. Pogled na človeka razlaga na osnovi antropološkega stališča, ki pravi, da je človek razmišljujoče socialno bitje, sposobno zaznavati, razmišljati, čutiti, izbirati med različnimi možnostmi delovanja, postavljati cilje, določati sredstva za doseganje ciljev in sprejemati odločitve. Izkušnje mu pomagajo, da se sproti prilagaja na stresorje iz notranjega in zunanjega okolja in da optimalno izrabi lastne vire (Hajdinjak & Meglič, 2012). Poudarja bolj socialne komponente človeka oz. holistične ter fenomenološke izkušnje človeka ter manj biološke vplive (Pajnkihar, et al., 2010).

Koncept okolje

Virginia Henderson okolja ni točno definirala. V njenem delu se odražajo konceptualizacije Florence Nightingale, ki naravo vidi kot temeljni vir prehrane in zdravljenja. Okolje omeji na bolnišnično in ožje družinsko okolje bolnika, vendar ga natančno ne opredeljuje. Medicinska sestra, ki je posrednik med človekom in okoljem, mora na okolje vplivati tako, da bo pozitivno vplivalo na bolnikovo zdravje (Hajdinjak & Meglič, 2012). Čeprav Henderson (1955; 1966) v svojih zgodnjih delih okolje obravnava kot statičen pojav, ki vpliva na bolnika, ga v svojih kasnejših delih pojmuje širše in vključuje tudi njegovo dinamično naravo ter njegov vpliv na bolnika in medicinsko sestro (Koprivc, 1997). Za zdravega posameznika je značilno, da lahko nadzira vplive okolja (Henderson, 1955). Basavanthappa (2007) navaja, da je Henderson okolje opredeljevala kot nekaj, kar posameznik lahko nadzoruje, bolezen pa to sposobnost okrne. Ena od nalog medicinske sestre je zagotavljanje varnega okolja.

Hildegard E. Peplau v svoji teoriji okolje deli na fizično in psihofizično. Okolje opiše kot obstoječo zunanjo moč v kontekstu s kulturo okolja. Neposredno okolja sicer ne opiše, vendar medicinsko sestro vzpodbudi, da upošteva bolnikovo kulturno ozadje (Basavanthappa, 2007). George (2002) piše, da je ozko dožemanje okolja največja omejitev teoretičnega modela. Odnos posameznika do samega sebe je tisti, ki v veliki meri pripomore k zdravju (Peplau, 1952).

Imogene M. King koncepta okolja ne razloži podrobno. Deli ga na notranje in zunanje okolje. Obe okolji razume kot pretežna dejavnika stresorjev, saj se mora človek stalno prilagajati na stresorje notranjega in zunanjega okolja (Hajdinjak & Meglič, 2012). Za medicinsko sestro je torej pomembna interakcija človeškega bitja z okoljem, ki vpliva na ohranjanje zdravja (Pajnkihar, et al., 2010).

Koncept zdravje in razmejitev dobrega počutja in bolezni

Virginia Henderson navaja, da je zdravje posameznika in družbe pogosto odraz kraja, dežele in sveta, v katerem posameznik živi. Nanjegovo zdravje vplivajo intelektualne ter telesne sposobnosti, čustveno doživljanje in stopnja razvoja (Hajdinjak & Meglič, 2012). Poudarila je, da kadar govorimo o zdravstveni negi, skušamo promovirati

zdravje in preprečevati ter zdraviti bolezen (Henderson, 1991). Zdravje pojmuje kot zmožnost posameznika samostojno opravljati vseh štirinajst življenjskih aktivnosti (Henderson, 1955).

Hildegard E. Peplau zdravje razume kot pojem, ki predstavlja razvoj človeške osebnosti in drugih procesov osebnosti za doseg cilja biti kreativen, konstruktiven, produktiven in socialno sprejemljiv (Peplau, 1991).

Imogene M. King zdravje razlaga kot spreminjajoče se zdravstveno stanje človeka v toku življenja. Zdravje se odraža v načinu, kako se posameznik spoprijema s stresnimi dejavniki, s katerimi se v času rasti in razvoja srečuje. Je ena redkih teoretičark, ki je opredelila, kaj je bolezen: »Bolezen je odklon v normalnem funkcioniranju posameznika. Odklon je lahko biološkega, psihološkega ali socialnega vzroka.« (King, 1981, p. 23).

Koncept zdravstvena nega

Virginia Henderson trdi, da je zdravstvena nega smotrna dejavnost, to je načrtovana, izvršena in evalvirana dejavnost. Vsaka od štirinajstih temeljnih življenjskih aktivnosti mora biti ocenjena in razvrščena po nujnosti reševanja – prioriteti (Koprivc, 1997). Gre za najpomembnejši koncept znotraj teoretičnega modela Virginie Henderson (Hajdinjak & Meglič, 2012). Edinstvena funkcija medicinske sestre je nuditi pomoč zdravemu ali bolnemu posamezniku. Medicinska sestra deluje kot enakopraven član zdravstvenega tima (Henderson, 1955).

Hildegard E. Peplau trdi, da je zdravstvena nega pomemben terapevtski medosebni proces. Zdravstvena nega je učni instrument, gonilna sila, katere cilj je pospeševanje zdravja, zdravih osebnostnih navad in odnosov v smeri kreativnih, konstruktivnih, produktivnih medosebnih odnosov tako doma kot v skupnosti (Peplau, 1952). Zdravstveno nego definira kot človeški odnos med bolno osebo ali osebo, ki potrebuje storitve zdravstvene nege, in medicinsko sestro s posebnimi znanji, da tako osebo prepozna in se ustrezno odzove (Belcher & Brittain Fish, 1985). Zdravstvena nega je orodje, s katerim pomagamo bolnikom, da se začnejo zavedati težav, ki vplivajo na njihovo življenje, in jih začnejo reševati (Peplau, 1991, p. 51). V skladu z drugimi vzporednimi procesi zdravstvena nega ustvarja pogoje za zdravje (Basavanthappa, 2007).

Imogene M. King zdravstveno nego opredeli kot proces, ki gradi delovanje na osnovi zaznave in razmišljanja medicinske sestre in bolnika, odziva enega na drugega in na osnovi interakcije med njima. Zdravstveno nego je zato opredelila kot interakcijski proces, kar pomeni v zdravstveni negi razmišljati, odločati in delovati tako, da so upoštevani vsi, ki so v dani situaciji v prostoru in času prisotni (King, 1981).

Cilj zdravstvene nege

Virginia Henderson cilj zdravstvene nege nazorno opiše že v prvem delu definicije zdravstvene nege: »Edinstvena naloga medicinske sestre je, da pomaga

posamezniku pri tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi zdravja, povrnitvi zdravja ali mirni smrti, in bi jih lahko izvedel sam, če bi za to imel potrebno moč, voljo in znanje. Medicinska sestra mora to narediti na tak način, da pripomore k bolnikovi samostojnosti v najkrajšem možnem času.« (Henderson, 1991).

Hildegard E. Peplau medicinsko sestro v praksi usmerja k osrednji nalogi zdravstvene nege, tj. prepoznati psihološke potrebe in potrebe po rasti (George, 2002).

Imogene M. King trdi, da je cilj zdravstvene nege pomagati ohraniti posameznikovo zdravje, da lahko opravlja svoje življenjske vloge (King, 1981, p. 33). Kot cilj zdravstvene nege vidi pomoč pri ohranjanju zdravja posameznika, družine, skupine in skupnosti (King, 1997) in opredeli (King, 1990), da je cilj zdravstvene nege v bistvu zdravje samo.

Opis prakse zdravstvene nege

Virginia Henderson (1998) je prakso zdravstvene nege videla kot uporabo smiselne pristopa s ciljem razrešiti problem.

Hildegard E. Peplau trdi, da je praksa zdravstvene nege namerna oziroma zavedna aktivnost, ki vodi prakso zdravstvene nege na urejen, sistematičen način (Peplau, 1991).

Imogene M. King (1989) je prakso zdravstvene nege pogosto poimenovala proces interakcija – transakcija, model transakcije ali proces transakcije. Poudarila je, da je praksa zdravstvene nege tako kot vsako drugo človeško dejanje le niz vedenjskih vzorcev interakcije med ljudmi (King, 1976).

Odnosi med koncepti metaparadigme

Virginia Henderson koncepte metaparadigme in njihov opis opredeljuje kot podporo štirinajstim življenjskim aktivnostim svojega teoretičnega modela (George, 2002).

Hildegard E. Peplau v svoji teoriji koncepte metaparadigme prepleta v taki meri, da ustvarjajo primeren pogled na posamezen fenomen (Peplau, 1952). George (2002) opisuje, da se v odnosu bolnik – medicinska sestra lahko aplicirajo vsi štirje koncepti metaparadigme.

Imogene M. King (1981, p. 64) interakcijo med koncepti metaparadigme opiše tako: »Središče zdravstvene nege je človek, ki je v nenehni interakciji z okoljem, ki vodi do zdravja, ki je potrebno, da posameznik lahko deluje v svojem socialnem okolju.«

Diskusija

Opazimo, da teoretičarke slabše opišejo oziroma opredelijo koncept okolja, čeprav mu določen pomen pripisujejo. Koprivc (1997) ugotavlja, da v poznejših delih Henderson okolju posveča več pozornosti in ga opiše podrobneje. Henderson sicer omenja, da je zdravje odraz

kraja, dežele in sveta, kjer posameznik živi (Hajdinjak & Meglič, 2012). Vloga okolja kot koncepta se je skozi čas večala. Sklepamo lahko, da vpliv okolja postaja s časom vedno večji, vedno več je zunanega stresa, ki ga prispeva okolje. V današnjem času bi koncept okolja zagotovo imel večjo veljavo, kot ga je imel takrat, ko so obravnavani teoretični modeli nastali.

Iz literature lahko razberemo, da je bil Virginii Henderson, Hldegard E. Peplau in Imogene M. King koncept zdravja pomemben v smislu, da je to cilj zdravstvene nege in da je s slednjo v tesni povezavi (Henderson, 1991; Peplau, 1991; King, 1981).

Zdravstveno nego Henderson (1955) opiše v definiciji zdravstvene nege, predvsem pa jo opredeli kot dejavnost, Peplau (1952) in King (1981) jo razumeta kot proces. Gre za najpomembnejši koncept izmed vseh, katerega cilj je zdravje. Avtorice (Henderson, 1955; Peplau, 1952; King, 1981) poudarjajo pomen zdravstvene nege za dosego zdravja. Opazimo pa lahko, da je samo Henderson (1955) v obzir vzela stanja, ko zdravja ni več možno doseči. V svoji definiciji zdravstvene nege omenja vlogo medicinske sestre, ki kot strokovnjak na svojem področju omogoča mirno smrt. Vsi trije teoretični modeli potrebujejo dodatne raziskave, s katerimi bi prikazali njihove prednosti in pomanjkljivosti. Z natančnejšimi opisom koncepta okolja bi predstavljeni teoretična modela in teorija zdravstvene nege še bolj zadoščali kriterijem sodobne zdravstvene nege.

Sodobna zdravstvena nega potrebuje napredek na področju teoretičnih modelov v zdravstveni negi. Na tem področju se zadnja leta ni spremenilo veliko. Ker pa sodobna zdravstvena nega poudarja ravno trdno in v prakso prevedljivo teorijo, je na teoretikih, da dajo pobudo in skušajo oblikovati teoretični model, ki bo omogočal sodoben pristop medicinske sestre 21. stoletja. Teoretične modele je nujno približati vsem medicinskim sestram in jim jih predstaviti kot temelje varnega in kakovostnega opravljanja aktivnosti zdravstvene nege. Prizadevati si je treba, da se omogoči večje število objav o raziskovanju v zdravstveni negi tudi na slovenskem prostoru. Tovrstnih raziskav smo skozi pregled literature našli malo, predvsem pa je malo virov novejšega datuma. Sodobna zdravstvena nega sicer stremi k raziskovanju stroke in njenega položaja v družbi (eksogena raziskovanja), vendar je kljub temu takih raziskav malo.

Glede na dejstvo, da se praksa zdravstvene nege hitro spreminja, je treba poudariti, da naj bi se paralelno hitro spreminjala tudi teorija zdravstvene nege (Lane-Tillerson, 2007). Raziskovanje v zdravstveni negi je tisto, ki bo stroko dvignilo nivo višje. Potrebno je poiskati oziroma izdelati teoretični model zdravstvene nege, ki bo ustrezal tako teoretikom kot tudi izvajalcem v praksi (Aggleton & Chalmers, 1987).

Medtem ko mnogi sodobni avtorji in teoretiki v zdravstveni negi trdijo, da v praksi ne bomo nikoli resnično uporabljali številnih teorij in konceptualnih modelov zdravstvene nege, jih je kljub vsemu treba

analizirati, ovrednotiti in testirati. Pravilno vrednotenje lahko vodi do ustrezne uporabe in s tem testiranja teorij zdravstvene nege v praksi. Vrednotenje teorije bo zagotovilo izboljšanje že predlaganih meril, s čimer bo zagotovljen skupni imenovalec nadaljnega razvoja teorije (McKenna, 1997).

Zaključek

Obravnavani teoretični modeli oziroma teorije zdravstvene nege so kljub svoji starosti še vedno aktualni, vendar premalo znani in v praksi premalo uporabljani. Teorije zdravstvene nege pred sprejemom in aplikacijo v izobraževanje in prakso niso bile ovrednotene in preizkušene. V tem lahko poiščemo vzrok, zakaj še danes – po skoraj treh desetletjih – v slovensko zdravstveno nego ni bila sprejeta nobena teorija na osnovi strokovnega konsenza, dodaja Pajnikihar (2009). Teoretični modeli in teorije zdravstvene nege so pomemben element zdravstvene nege kot discipline, saj narekujejo prakso in zdravstveno nego razmejujejo kot samostojno in akademsko znanost. Na področju primerjave teoretičnih modelov in teorij zdravstvene nege je bilo narejenih malo raziskav. S primerjavo teoretičnih modelov oz. teorij lahko ugotovimo, kateri teoretični model oz. teorija je primernejša za obravnavo oziroma področje, ki ga raziskujemo.

Veliko težavo je predstavljalo poimenovanje posameznega teoretičnega modela ali teorije zdravstvene nege. V literaturi namreč ne obstaja enotno poimenovanje. Večkrat je zaslediti v istih tekstih različno poimenovanje istega teoretičnega modela oz. teorije zdravstvene nege. S približevanjem teoretičnih modelov in teorij zdravstvene nege medicinskim sestram bi se razjasnila tudi ta neenotnost v poimenovanju.

V slovenskem prostoru je teoretični model Virginie Henderson uveljavljen in v praksi zdravstvene nege široko uporabljan. Pomembno je, da medicinske sestre v prakso prenesejo tudi druge teoretične modele oz. teorije, saj bodo z njihovo uporabo prakso zdravstvene nege nadgradile. Medicinskim sestram bi z raziskovanjem teoretičnih modelov in teorij le-te približali in jim jih predstavili kot pomemben del stroke, ki delegira in narekuje zdravstveno nego. Zaradi potrebe po bolj specifičnih teorijah gre v zadnjem času razvoj sicer v smeri raziskovanja srednjedometnih in situacijsko specifičnih teorij zdravstvene nege, vendar kljub temu ne smemo zanemariti nadaljnega raziskovanja in razvoja teoretičnih modelov in velikih teorij zdravstvene nege.

Literatura

- Aggleton, P. & Chalmers, H., 1987. Models of nursing, nursing practice and nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, 12(5), pp. 573–581.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1987.tb03047.x>
PMid:3693716

- Basavanthappa, B.T., 2007. *Nursing theories*. New Delhi: Jitendar P Vij, pp. 66, 116.
- Belcher, J.R. & Brittain Fish, L.J., 1985. Hildegard E. Peplau. In: George, J.B. ed. *Nursing theories - the base for professional nursing practice*. 2nd ed. New Jersey: Prentice-Hall, pp. 50–67.
- Chin, P.L. & Kramer, M.K., 1999. *Theory and nursing, integrated knowledge development*, 5th ed. St. Louis: Mosby, pp. 88–94.
- Fawcett, J., 2000. *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: nursing models and theories*. Philadelphia: F.A. Davis Company, pp. 64, 632–633.
- Fawcett, J., 2001. Analysis and evaluation of theory. In: Fawcett, J. ed. *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing and theories*. Philadelphia: F.A. Davis Company, pp. 35–52.
- George, J.B., 2002. *Nursing theories. The base for professional nursing practice*. New Jersey: Upper Saddle River, pp. 22, 70, 88, 98–100, 243, 253.
- Hajdinjak, A., 1999. Pomen teoretičnih modelov za sodobno zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 33(2), pp. 137–140.
- Hajdinjak, G. & Meglič, R., 2012. *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, pp. 197, 209–226, 227–244, 290–309.
- Henderson, V., 1955. *Textbook of principles and practice of nursing*, 5th ed. New York: MacMillan, p. 17.
- Henderson, V., 1966. *The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research, and education*. New York: Macmillan, p. 23.
- Henderson, V., 1991. *The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research, and education: reflections after 25 years*. New York: National League for Nursing Press, p. 25.
- Henderson, V., 1998. *Osnovna načela zdravstvene nege*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, pp. 24–25, 42.
- King, I.M., 1976. The health care system: nursing intervention subsystem. In: Werley, H., Zuzich, A., Zajkowski, M. & Zagornik, A.D., eds. *Health research: the systems approach*. New York: Springer, p. 51.
- King, I.M., 1981. *A theory for nursing: systems, concepts, process*. New York: Wiley, pp. 3–4, 13, 23, 33, 64, 143.
- King, I.M., 1989. King's general systems framework and theory. In: Riehl-Sisca, J.P. ed. *Conceptual models for nursing practice*. 3rd ed. Norwalk: Appleton and Lange, pp. 153, 157.
- King, I.M., 1990. King's conceptual framework and theory of goal attainment. In: Marilyn, E.P. ed. *Nursing theories in practice*. New York: National League for Nursing, pp. 73–84.
- King, I.M., 1997. Knowledge development for nursing: a process. In: King, I.M. & Fawcett, J. eds. *The language of nursing theory and metatheory*. Indianapolis: Sigma Theta Tau, p. 21.
- Koprivc, T., 1997. *Pomen teoretičnih modelov v zdravstveni negi: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, pp. 6–7, 22–23, 28.
- Lane-Tillerson, C., 2007. Imaging practice in 2050: King's conceptual framework. *Nursing Science Quarterly*, 20(2), pp. 140–143. <http://dx.doi.org/10.1177/0894318407299991> PMid:17447337
- McKenna, H., 1997. Analysis and critique of nursing theory. In: McKenna, H. ed. *Nursing theories and models*. Cornwall: Routledge, pp. 222–239.
- Pajnkihar, M., 2009. Analiza in vrednotenje teorij zdravstvene nege. In: Skela-Savič, B., Kaučič, B.M. & Filej, B. eds. *Novi trendi v sodobni zdravstveni negi - razvijanje raziskovanja, izobraževanja in multisektorskega partnerskega sodelovanja: zbornik predavanj z recenzijo. 2. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu, Ljubljana, September 17-18, 2009*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 73–80.
- Pajnkihar, M., Stričević, J. & Harih, M., 2010. Raziskovanje in teorije v praksi za doseganje učinkovite in humane zdravstvene nege. In: Čukljek, S. & Turuk, V. eds. *Znanjem do izvršnosti : zbornik radova. 10. mednarodna konferencija, Opatija 25.-27.03.2010*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, pp. 121–132.
- Peplau, H.E., 1952. *Interpersonal relations in nursing*. New York: G.P. Putnam & Sons, p. 14.
- Peplau, H.E., 1991. *Interpersonal relations in nursing: a conceptual framework of reference for psychodynamic nursing*. New York: Springer, pp. 12, 15, 51.

Cite as/Citirajte kot:

Babuder, D., 2015. Primerjava dveh teoretičnih modelov in teorije zdravstvene nege preko konceptov metaparadigme. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(2), pp. 154–159. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2015.49.2.42>

NAVODILA AVTORJEM

Splošna načela

Članek naj bo pisan v slovenskem ali angleškem knjižnem jeziku, razumljivo in jedrnat, dolg naj bo največ 5.000 besed. Število besed se nanaša na besedilo članka in ne vključuje naslova, izvlečka, tabel, slik in seznama literature. Avtorji naj uporabijo MS-Wordovo predlogo, ki je dostopna na spletni strani uredništva. Vsi članki, ki so uvrščeni v uredniški postopek, so recenzirani s tremi anonimnimi recenzijami. Revija objavlja le izvirna, še neobjavljena znanstvena in strokovna dela. Za trditve v članku odgovarja avtor oziroma avtorji, če jih je več (v nadaljevanju avtor), zato mora le-ta biti podpisan s celotnim imenom in priimkom, treba je navesti strokovne naslove in akademske nazive avtorja. Avtor mora pri oddaji članka dosledno upoštevati navodila glede standardizirane znanstvene opreme, videza in tipologije dokumentov. Članku mora priložiti izjavo o avtorstvu na obrazcu, ki je dostopen na spletni strani Obzornika zdravstvene nege. Izjavo morajo lastnoročno podpisati avtor in vsi soavtorji v zaporedju, kot so navedeni v članku. Članek se ne uvrsti v uredniški postopek, dokler pravilno podpisana izjava ne prispe v uredništvo. Uredništvu je treba, v obliki spremnega dopisa, sporočiti odgovornega (kontaktnega) avtorja (njegov celotni naslov, telefonsko številko in e-naslov), ki bo skrbel za komunikacijo z uredništvom. Članek bo uvrščen v nadaljnjo obravnavo, ko bo pripravljen v skladu z navodili uredništva.

Če članek objavlja raziskavo na ljudeh, naj bo v podpoglavju metod *Opis poteka raziskave in obdelave podatkov* razvidno, da je bila raziskava opravljena skladno z načeli Helsinške deklaracije, opisan naj bo postopek pridobivanja dovoljenj za izvedbo raziskave. Eksperimentalne raziskave, opravljene na ljudeh, morajo imeti soglasje komisije za etiko bodisi na ravni ustanove ali več ustanov, kjer se raziskava izvaja, bodisi na nacionalni ravni.

Naslov članka, izvleček, ključne besede, tabele (opisni naslov in legenda) ter slike (opisni naslov in legenda) morajo biti v slovenščini in angleščini. Kadar je članek napisan v angleščini, morajo biti naslov, izvleček in ključne besede objavljeni v slovenščini. Skupno število slik in tabel naj bo največ pet. Tabele in slike naj bodo v besedilu članka na ustreznem mestu. Na vsako tabelo in sliko se mora avtor v besedilu sklicevati. Uporaba sprotnih opomb pod črto ni dovoljena.

Opredelitev tipologije

Uredništvo razvrsti posamezni članek po veljavni tipologiji za vodenje bibliografij v sistemu COBISS (Kooperativni online bibliografski sistem in servisi) (http://home.izum.si/COBISS/bibliografije/Tipologija_slv.pdf). Tipologijo lahko predlagata avtor in recenzent, končno odločitev sprejme glavni in odgovorni urednik.

Metodološka struktura članka

Naslov, izvleček in ključne besede naj bodo v slovenščini in angleščini. Naslov naj bo skladen z vsebino članka in dolg največ 120 znakov. Oblikovan naj bo tako, da je iz njega razviden uporabljen raziskovalni dizajn. Navedenih naj bo od tri do šest ključnih besed, ločenih s podpičjem, ki natančneje opredeljujejo vsebino članka in ne nastopajo v naslovu. Izvleček naj bo strukturiran, vsebuje naj 150–200 besed. Napisan naj bo v tretji osebi. V izvlečku se ne citira.

Strukturirani izvleček naj vsebuje naslednje strukturne dele:

Uvod (Introduction): Navedi je treba glavni problem, namen raziskave ter ključne spremenljivke raziskave.

Metode (Methods): Navedi je treba uporabljen raziskovalni dizajn, opisati glavne značilnosti vzorca, instrument raziskave, zanesljivost instrumenta, kje, kako in kdaj so se zbirali podatki, s katerimi metodami so bili obdelani in analizirani rezultati.

Rezultati (Results): Opisati je treba najpomembnejše rezultate raziskave, ki odgovarjajo na raziskovalni problem. Pri kvantitativnih raziskavah je treba navesti vrednost rezultata in raven statistične značilnosti.

Diskusija in zaključek (Discussion and conclusion): Razpravljati je treba o ugotovitvah raziskave, navesti se smejo le zaključki, ki izhajajo iz podatkov, pridobljenih pri raziskavi. Navedi je treba tudi uporabnost ugotovitev in izpostaviti pomen nadaljnjih raziskav za boljše razumevanje raziskovalnega problema. Enakovredno je treba navesti tako pozitivne kot negativne ugotovitve.

Struktura izvirnega znanstvenega članka (1.01)

Izvirni znanstveni članek je samo prva objava originalnih raziskovalnih rezultatov v takšni obliki, da se raziskava lahko ponovi ter ugotovitve preverijo. Revija objavlja znanstvene raziskave, za katere zbrani podatki niso starejši od pet let ob objavi članka v reviji.

Uvod: V uvodu opredelimo raziskovalni problem, in sicer v kontekstu znanja in dokazov, v katerem smo ga razvili. Pregled obstoječe literature mora utemeljiti potrebo po naši raziskavi in je osnova za oblikovanje ciljev raziskave, raziskovalnih vprašanj oz. hipotez in načrta raziskave. Uporabimo znanstvena spoznanja in koncepte aktualnih mednarodnih in domačih raziskav, ki so objavljena kot primarni vir in niso starejša od deset let oziroma pet let, če je raziskovalni problem dobro raziskan. Obvezno je citiranje in povzemanje spoznanj raziskav. Na koncu opredelimo namen in cilje raziskave. Priporočamo zapis raziskovalnih vprašanj (kvalitativna raziskava) oz. hipotez (kvantitativna raziskava).

Metode: V uvodu metod navedemo izbrano raziskovalno paradigmo (kvantitativna, kvalitativna) in uporabljeni dizajn izbrane paradigme. Podpoglavja metod so: *opis instrumenta*, *opis vzorca*, *opis poteka raziskave in opis obdelave podatkov*.

Pri *opisu instrumenta* navedemo: opis sestave instrumenta, kako smo oblikovali instrument, spremenljivke v instrumentu, merske značilnosti (veljavnost, zanesljivost, objektivnost, občutljivost). Navedemo avtorje, po katerih smo instrument povzeli, ali navedemo literaturo, po kateri smo ga razvili. Pri kvalitativni raziskavi opišemo tehniko zbiranja podatkov, izhodiščna vprašanja, morebitno strukturo poteka zbiranja podatkov, kriterije veljavnosti in zanesljivosti tehnike zbiranja podatkov.

Pri *opisu vzorca* navedemo: opis populacije, iz katere smo oblikovali vzorec, vrsto vzorca, kolikšen je bil odziv vključenih v raziskavo, opis vzorca po demografskih podatkih (spol, izobrazba, delovna doba, delovno mesto ipd.). Pri kvalitativni raziskavi opredelimo še možnosti vključitve in izbrani način vključitve v raziskavo, vrsto vzorca, velikost vzorca in pojasnimo zasičenost vzorca.

Pri *opisu poteka raziskave in obdelave podatkov* navedemo: etična dovoljenja za izvedbo raziskave, dovoljenja za izvedbo raziskave v organizaciji, predstavimo potek izvedbe raziskave, zagotovila za anonimnost vključenih ter prostovoljnost pri vključitvi v raziskavo, obdobje zbiranja podatkov in kraj zbiranja podatkov, način zbiranja, uporabljene metode analize podatkov, natančno navedemo statistične metode, program in verzijo programa statistične obdelave, meje statistične značilnosti. Pri kvalitativni raziskavi natančno opišemo celoten potek raziskave, način zapisovanja, zbiranja podatkov, število izvedb (opazovanj, intervjujev ipd.), trajanje izvedb, sekvence, transkripcijo podatkov, korake analize obdelave, tehnike obdelave podatkov, in interpretacije podatkov ter receptivnost raziskovalca.

Rezultati: Rezultate prikažemo besedno oz. v tabelah in slikah ter pazimo, da izberemo le en prikaz za posamezen rezultat in da se vsebina ne podvaja. V razlagi rezultatov se osredotočamo na statistično značilne rezultate in tiste, ki so nas presenetili. Rezultate prikazujemo glede na stopnjo zahtevnosti statistične obdelave. Pri prikazu rezultatov v tabelah in slikah je potrebna pojasnitev vseh uporabljenih kratic. Rezultate prikažemo po postavljenih spremenljivkah, odgovorimo na raziskovalna vprašanja oz. hipoteze. Pri kvalitativnih raziskavah prikažemo potek oblikovanja kod in kategorij, za vsako kodo predstavimo eno do dve reprezentativni izjavi vključenih v raziskavo, ki najbolj predstavita oblikovano kodo. Naredimo shematični prikaz dobljenih kod in iz njih razvitih kategorij ter sodbo.

Diskusija: V diskusiji ugotovitve raziskave navajamo na besedni način (številčnih rezultatov ne navajamo). Nizamo jih po posameznih spremenljivkah in z vidika

postavljenih raziskovalnih vprašanj oz. hipotez, ki jih ne ponavljamo, temveč nanje besedno odgovarjamo. Rezultate v razpravi pojasnimo z vidika razumevanja, kaj lahko iz njih razberemo, razumemo in kako je to primerljivo z rezultati drugih raziskav in kaj to pomeni za strokovno delo – uporabnost raziskave. Pri tem smo odgovorni in etični ter rezultate pojasnujemo z vidika spoznanj naše raziskave in z vidika spoznanj, ki so preverljiva, splošno znana in primerljiva z vidika drugih raziskav. Pazimo na posploševanje rezultatov in se pri tem zavedamo omejitev raziskave tako z vidika instrumenta, vzorca in poteka raziskave. Upoštevamo načelo preverljivosti in primerljivosti. Oblikujemo rdečo nit razprave kot smiselne celote, komentiramo pričakovana in nepričakovana spoznanja raziskave. Na koncu razprave navedemo priporočila, ki so plod naše raziskave, navedemo področja, ki jih nismo raziskali, pa bi bilo pomembno, ali pa smo jih, pa naši rezultati ne dajejo ustreznih pojasnil. Navedemo omejitve svoje raziskave.

Zaključek: Na kratko povzamemo svoje ključne ugotovitve, povzamemo predloge za prakso, predlagamo možnosti nadaljnjega raziskovanja obravnavanega problema.

Za zaključkom sledijo navedbe:

- ali članek vključuje del rezultatov večje raziskave;
- ali je članek nastal v okviru diplomskega, magistrskega ali doktorskega dela; v tem primeru je prvi avtor vedno študent;
- ali je bila raziskava financirana; če je bila financirana, je treba navesti financerja in raziskovalno skupino, v kolikor niso vsi člani skupine avtorji članka;
- morebitne zahvale.

Članek naj se zaključi s seznamom literature, ki je bila citirana ali povzeta v članku.

Struktura preglednega znanstvenega članka (1.02)

V kategorijo preglednih znanstvenih raziskav sodijo: pregled literature, analiza koncepta, razpravi članek (v nadaljevanju pregledni znanstveni članek). Revija objavlja pregledne znanstvene raziskave, za katere je bilo zbiranje podatkov končano največ tri leta pred objavo članka v reviji.

Pregledni znanstveni članek je pregled najnovejših raziskav o določenem predmetnem področju z namenom povzemati, analizirati, evalvirati ali sintetizirati informacije, ki so že bile publicirane. Znanstvena spoznanja niso le navedena, ampak tudi razložena, interpretirana, analizirana, kritično ovrednotena in predstavljena na znanstvenoraziskovalen način. Na osnovi kvantitativne obdelave podatkov predhodnih raziskav (metaanaliza) ali kvalitativne sinteze (metasinteza) rezultatov predhodnih raziskav prinaša nova spoznanja in koncepte za nadaljnje raziskovalno delo. Struktura preglednega znanstvenega članka je enaka kot pri izvirnem znanstvenem članku.

V **uvodu** predstavimo znanstveno, konceptualno ali teoretično izhodišče, kot vodilo pregleda literature. Končamo z utemeljitvijo, zakaj je pregled potreben, zapišemo namen, cilje in raziskovalno vprašanje.

V **metodah** natančno opišemo uporabljen raziskovalni dizajn pregleda literature. Podpoglavja metod so: *metode pregleda, rezultati pregleda, ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov*.

Metode pregleda vključujejo 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 (tabelarični prikaz).

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov vključuje oceno uporabljenega pristopa in dobljenih rezultatov ter kakovost vključenih raziskav, uporabljene kriterije za dokončni nabor uporabljenih zadetkov, način obdelave podatkov.

Rezultate prikažemo tako, da uporabimo diagram poteka raziskave skozi faze pregleda, pri izdelavi si lahko pomagamo z mednarodnimi standardi za prikaz rezultatov pregleda literature (primer PRISMA for systematic review). Naredimo analizo kakovosti vključenih raziskav z vidika uporabljenih raziskovalnih metod. Jasno naj bo razvidno, katere vrste raziskav glede na hierarhijo dokazov so vključene v pregled literature. Rezultate prikažemo besedno, v tabelah in slikah, navedemo ključna spoznanja glede na raziskovalni dizajn. Pri kvalitativni sintezi uporabimo kode in kategorije kot rezultat pregleda kvalitativne sinteze. Pri kvantitativni analizi opišemo uporabljene statistične metode obdelave podatkov iz vključenih znanstvenih del.

V **diskusiji** v prvem delu odgovorimo na raziskovalno vprašanje, nato komentiramo ugotovitve pregleda literature, kakovost vključenih raziskav, svoje ugotovitve primerjamo z rezultati drugih primerljivih raziskav, razvijemo nova spoznanja, ki jih je doprinesel pregled literature, njihovo teoretično, znanstveno in praktično uporabnost, navedemo omejitve raziskave, uporabnost v praksi in priložnosti za nadaljnje raziskovanje.

V **zaključku** poudarimo doprinos izvedenega pregleda, opozorimo na mrebiten prepad v znanju in razumevanju, izpostavimo pomen bodočih raziskav, uporabnost pridobljenih spoznanj in priporočila za prakso/raziskovanje/izobraževanje/menedžment, pri čemer upoštevamo omejitve raziskave. Izpostavimo teoretični koncept, ki bi lahko usmerjal raziskovalce v prihodnosti.

Struktura strokovnega članka (1.04)

Strokovni članek je predstavitev že znanega, s poudarkom na uporabnosti rezultatov izvirnih raziskav

in širjenju znanja. Struktura strokovnega članka je enaka strukturi izvirnega znanstvenega članka, v kolikor gre za pregled literature pa strukturi preglednega znanstvenega članka. V njem predstavljamo raziskave, ki obogatijo že obstoječe vedenje o strokovnem problemu, pri čemer pa nismo usmerjeni v podajanje novega znanja in znanstvenih dokazov, temveč v uporabnost rezultatov za izboljšave v strokovnem delu.

Literatura

Vsako trditev, teorijo, uporabljeno metodologijo, koncept je treba potrditi s citiranjem. Avtorji naj uporabljajo *harvardski sistem* (Anglia 2008) za navajanje avtorjev v besedilu in seznamu literature na koncu članka. Za navajanje avtorjev v **besedilu** uporabljamo npr.: (Pahor, 2006) ali Pahor (2006), kadar priimek vključimo v poved. Če sta avtorja dva, priimeka ločimo z »&«: (Stare & Pahor, 2010). V besedilu navajamo *do dva avtorja*: (Rhodes & Pearson, 2006). Če je avtorjev več navedemo le prvega in dopišemo et al. (Chen, et al., 2007). Če navajamo več citiranih del, jih ločimo s podpičji in jih navedemo kronološko v zaporedju od najstarejšega do najnovejšega, če je med njimi v istem letu več citiranih del, jih razvrstimo po abecednem vrstnem redu (Bratuž, 2012; Pajntar, 2013; Wong, et al., 2014). Kadar citiramo več del istega avtorja, izdanih v istem letu, je treba za letnico dodati malo črko po abecednem redu: (Baker, 2002a, 2002b).

Kadar navajamo sekundarne vire, uporabimo »cited in« (Lukič, 2000 cited in Korošec, 2014). Če pisec članka ni bil imenovan oz. je delo anonimno, v besedilu navedemo *naslov* dodamo Anon., ter letnico objave: *The past is the past* (Anon., 2008). Kadar je avtor organizacija oz. gre za korporativnega avtorja, zapišemo ime korporacije (Royal College of Nursing, 2010). Če ni leta objave, to označimo z »no date« (Smith, n. d.). Pri objavi fotografij navedemo avtorja (Foto: Marn, 2009; vir: Cramer, 2012). Za objavo fotografij, kjer je prepoznavna identiteta posameznika, moramo pridobiti dovoljenje te osebe ali staršev, če gre za otroka.

V **seznamu literature** na koncu članka navedemo avtorje po abecednem redu in *vsa v besedilu citirana ali povzeta dela* (in samo ta!). Citiranje in povzemanje v besedilu ter navajanje v seznamu na koncu članka morajo biti skladni! Sklicujemo se le na objavljena dela. Kadar je avtorjev več in smo v besedilu navedli le prvega ter dodali et al., v seznamu navedemo prvih šest avtorjev in dodamo et al., če je avtorjev več kot šest. V seznamu literature si bibliografski opisi sledijo v abecednem zaporedju, velikost črk 12, z enojnim razmikom, levo poravnano ter 12 pik prostora za referencami (paragraph spacing).

Citirane strani navajamo pri citiranju v besedilu, če dobesedno navajamo citirano besedilo (Ploč, 2013, p. 56) ter v seznamu literature za članke, prispevke na konferencah ...). Če citiramo več strani iz istega dela, strani navajamo ločene z vejico (npr. pp. 15–23,

29, 33, 84–86). Če je citirani prispevek dostopen na spletu, na koncu bibliografskega zapisa navedemo »Available at:« ter zapišemo URL- ali URN-naslov ter v oglatem oklepaju dodamo datum dostopa [glej primere].

Primeri za citiranje literature v seznamu

Knjige:

Hoffmann Wold, G., 2012. *Basic geriatric nursing*. 5th ed. St. Louis: Elsevier/Mosby, pp. 350–356.

Pahor, M., 2006. *Medicinske sestre in univerza*. Domžale: Izolit, pp. 73–80.

Ricci Scott, S., 2007. *Essentials of maternity, newborn and women's health nursing*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 32–36.

Knjige, ki jih je uredil eden ali več urednikov:

Borko, E., Takač, I., But, I., Gorišek, B. & Kralj, B. eds., 2006. *Ginekologija*. 2. dopolnjena izd. Maribor: Visoka zdravstvena šola, pp. 269–276.

Robida, A. ed., 2006. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, pp. 10–72.

Poglavja oz. prispevki iz knjige, ki jo je uredilo več urednikov:

Berryman, J., 2010. Statewide nursing simulation program. In: Nehring, W.M. & Lashley, F.R. eds. *High-fidelity patient simulation in nursing education*. Sudbury (Massachusetts): Jones and Bartlett, pp. 115–131.

Girard, N.J., 2004. Preoperative care. In: Lewis, S.M., et al. eds. *Medical – surgical nursing: assessment and management of clinical problems*. 6th ed. St. Louis: Mosby, pp. 360–375.

Kanič, V., 2007. Možganski dogodki in srčno-žilne bolezni. In: Tetičkovič, E. & Žvan, B. eds. *Možganska kap – do kdaj?* Maribor: Kapital, pp. 33–42.

Anonimno delo (avtor ni naveden):

Anon., 2008. The past is the past: wasting competent, experienced nurses based on fear. *Journal of Emergency Nursing*, 34(1), pp. 6–7.

Delo korporativnega avtorja:

United Nations, 2011. *Competencies for the future*. New York: United Nations, p. 6.

Članki iz revij:

Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., et al., 2007. Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), pp. 122–131.

Papke, K. & Plock, P., 2004. The role of fundal pressure. *Perinatal Newsletters*, 20(1), pp. 1–2. Available at: http://www.idph.state.ia.us/hpcdp/common/pdf/perinatal_newsletters/progeny_may2004.pdf [5. 12. 2012].

Pillay, R., 2010. Towards a competency-based framework for nursing management education. *International Journal of Nursing Practice*, 16(6), pp. 545–554.

Snow, T., 2008. Is nursing research catching up with other disciplines? *Nursing Standard*, 22(19), pp. 12–13.

Članki iz suplementa revije in suplementa številke revije:

Halevay, D. & Vemireddy, M., 2007. Is a target hemoglobin A1c below 7% safe in dialysis patients? *American Journal of Kidney Diseases*, 49(2 Suppl 2), pp. S12–S154.

Regehr, G. & Mylopoulos, M., 2008. Maintaining competence in the field: learning about practice, through practice, in practice. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(Suppl 1), pp. S19–S23.

Rudel, D., 2007. Informacijsko-komunikacijske tehnologije za oskrbo bolnika na daljavo. *Rehabilitacija*, 6(Suppl 1), pp. 94–100.

Prispevki iz zbornika referatov:

Skela Savič B., 2008. Teorija, raziskovanje in praksa v zdravstveni negi – vidik odgovornosti menedžmenta v zdravstvu in menedžmenta v visokem šolstvu. In: Skela Savič, B., et al. eds. *Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: zbornik predavanj z recenzijo*. 1. mednarodna znanstvena konferenca, Bled, 25. in 26. september 2008. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 38–46.

Štemberger Kolnik, T. & Babnik, K., 2012. Oblikovanje instrumenta zdravstvene pismenosti za slovensko populacijo: rezultati pilotske raziskave. In: Železnik, D., et al. eds. *Inovativnost v koraku s časom in primeri dobrih praks: zbornik predavanj z recenzijo*. 2. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih ved, 18. september 2012. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede, pp. 248–255.

Wagner, M., 2007. Evolucija k žensko osredinjeni obporodni skrbi. In: Držgin, Z. ed. *Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales, Zgodovinsko društvo za južno Primorsko, pp. 17–30.

Diplomska, magistrska dela in doktorske disertacije:

Ajlec, A., 2010. *Komunikacija in zadovoljstvo na delovnem mestu kot del kakovostne zdravstvene nege: diplomsko delo univerzitetnega študija*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, pp. 15–20.

Rebec, D., 2011. *Samoocenjevanje študentov zdravstvene nege s pomočjo video posnetkov pri poučevanju negovalnih intervencij v specialni učilnici: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 77–79.

Kolenc, L., 2010. *Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, pp. 250–258.

Zakoni, kodeksi, pravilniki:

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 15.

Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND), 2008a. Uradni list Republike Slovenije št. 16.

Zakon o varstvu osebnih podatkov (uradno prečiščeno besedilo) (ZVOP-1-UPB1), 2007. Uradni list Republike Slovenije št. 94.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2010. Uradni list Republike Slovenije št. 40.

Pravilnik o licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2007. Uradni list Republike Slovenije št. 24.

Zgoščenke (CD-ROMi):

International Council of Nurses, 2005. *ICNP version 1.0: International classification for nursing practice*. [CD-ROM]. Geneva: International Council of Nurses.

Sima, Đ. & Požun, P., 2013. *Zakonodaja s področja zdravstva*. [CD-ROM]. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

NAVODILA ZA PREDLOŽITEV ČLANKA

Avtor, s katerim bo uredništvo komuniciralo, naj na e-naslov uredništva **obzornik@zbornica-zveza.si** pošlje:

- **elektronsko verzijo članka**, in sicer v enem izmed formatov, ki jih prepozna urejevalnik besedil MS Word, in en izvod v formatu PDF (portable document format); ime datoteke članka naj bo v obliki: PRIIMEKPRVEGA AVTORJA_Prve_tri_besede_naslava_članka (npr. BABNIK_Predstavitev_rezultatov_dela);
- **izjavo o avtorstvu** (obrazec je dostopen na spletni

strani revije); natisnjeno izjavo naj podpišejo vsi avtorji v zaporedju, v kakršnem so navedeni v članku; skenirana izjava naj se nato pošlje kot priponka e-pošti; če avtor nima možnosti skeniranja, naj originalni dokument pošlje na naslov uredništva: Obzornik zdravstvene nege, Ob železnici 30a, 1000 Ljubljana;

- **spremní dopis**, v katerem naj bosta navedena celotni naslov in telefonska številka odgovornega (kontaktnega) avtorja, ki bo skrbel za komunikacijo z uredništvom.

Za oblikovanje besedila članka naj velja naslednje: velikost strani A4, dvojni razmik med vrsticami, pisava Times New Roman, velikost črk 12 pt in širina robov 25 mm. Priporočamo uporabo oblikovne predloge za članek (word), dostopne na spletni strani Obzornika zdravstvene nege. Članek naj bo pripravljen tako, da si na naslovni strani sledijo: naslov članka v slovenščini in angleščini, ime in priimek avtorja oz. avtorjev, ključne besede in izvleček v slovenščini ter ključne besede in izvleček v angleščini. Sledijo podatki o avtorjih z vsemi strokovnimi naslovi in morebitnimi habilitacijskimi nazivi ter ime ustanove, v okviru katere je delo nastalo. Nujno je navesti korespondenčni oz. kontaktni e-naslov za kontakt z avtorjem. Avtor, ki bo komuniciral z uredništvom, bo v članku naveden kot kontaktni avtor. Sledi morebitna opomba o izvoru članka (npr. diplomsko delo) ter celotno besedilo članka in seznam literature. V članku naj bodo uporabljene enote SI, ki jih dovoljuje Zakon o meroslovju.

Tabele naj bodo označene z arabskimi zaporednimi številkami. Imeti morajo vsaj dva stolpca ter opisni naslov (*nad tabelo*), naslovno vrstico, morebitni zbirni stolpec in zbirno vrstico in legendo uporabljenih znakov. Opisni naslov, ter legenda morata biti v slovenščini in angleščini. V tabeli morajo biti izpolnjena vsa polja, obsegajo lahko največ 57 vrstic. Za njihovo oblikovanje naj velja naslednje: velikost črk 11, enojni razmik, pred in za vrstico 0,5 točke prostora, v prvem stolpcu in vseh stolpcih z besedilom leva poravnava, v stolpcih s statističnimi podatki sredinska poravnava, vmesne pokončne črte pri prikazu neizpisane. Opisni naslovi in legende razpredelnice naj bodo v slovenščini in angleščini.

Slike naj bodo oštevilčene z arabskimi zaporednimi številkami. Podpisi k slikam (*pod sliko*) naj bodo v slovenščini in angleščini. Izraz slika uporabimo za grafe, sheme in fotografije. Uporabimo le dvodimenzionalne grafične črno-bele prikaze (lahko tudi šrafure) ter resolucijo vsaj 300 dpi (dot per inch), če so slike v dvorazsežnem koordinatnem sistemu, morata obe osi (x in y) vsebovati označbe, katere enote/mere vsebujeta.

Članki niso honorirani. Besedil in slikovnega gradiva ne vračamo, kontaktni avtor prejme objavljeni članek v formatu PDF.

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

Članek mora biti pripravljen v skladu z navodili, to je pogoj, da se članek uvrsti v uredniški postopek. Če uredništvo presodi, da članek izpolnjuje kriterije za objavo v Obzorniku zdravstvene nege, bo poslan v zunanjo strokovno (anonimno) recenzijo. Recenzenti prejmejo besedilo članka brez avtorjevih osebnih podatkov, članek pregledajo glede na postavljene kazalnike in predlagajo izboljšave. Avtor je dolžan izboljšave pregledati in jih v največji meri upoštevati. V kolikor katere od predlaganih izboljšav ne upošteva, mora to pisno pojasniti. Po zaključenem recenzijemskem postopku uredništvo članek vrne avtorju, da popravke odobri, jih upošteva in pripravi čistopis. Čistopis uredništvo pošlje v jezikovni pregled.

Prvi natis avtor prejme v korekturo s prošnjo, da na njem označi vse morebitne tiskovne napake, ki jih označi v PDF-ju prvega natisa. Spreminjanje besedila v tej fazi ni sprejemljivo. Korekture je treba vrniti v treh dneh, sicer uredništvo meni, da se avtor s prvim natisom strinja.

NAVODILA ZA DELO RECENZENTOV

Recenzentovo delo je odgovorno in zahtevno. S svojimi predlogi in ocenami recenzenti prispevajo k večji kakovosti člankov, objavljenih v Obzorniku zdravstvene nege. Od recenzenta, ki ga uredništvo neodvisno izbere, se pričakuje, da bo odgovoril na vprašanja na obrazcu in ugotovil, ali so trditve in mnenja, zapisani v članku, verodostojni in ali je avtor upošteval navodila za objavljanje. Recenzent mora poleg znanstvenosti, strokovnosti in primernosti vsebine za objavo v Obzorniku zdravstvene nege članek oceniti metodološko ter uredništvo opozoriti na pomanjkljivosti. Ni potrebno,

da se recenzent ukvarja z lektoriranjem, vendar lahko opozori tudi na jezikovne pomanjkljivosti. Posebej mora biti recenzent pozoren, ali je naslov članka jasen, ali ustreza vsebini; ali izvleček povzema bistvo članka; ali avtor citira (naj)novejšo literaturo in ali omenja domače avtorje, ki so pisali o isti temi v domačih revijah; ali se avtor izogiba avtorjem, ki zagovarjajo drugačna mnenja, kot so njegova; ali navaja tuje misli brez citiranja; ali je citiranje literature ustrezno, ali se v besedilu navedena literatura ujema s seznamom literature na koncu članka. Dostopno literaturo je potrebno preveriti. Oceniti je treba ustreznost slik ter tabel, preveriti, če se v njih ne ponavlja tisto, kar je v besedilu že navedeno. Recenzentova dolžnost je opozoriti na morebitne nerazvezane kratice. Recenzent mora biti še posebej pozoren na morebitno plagiatstvo in krajo intelektualne lastnine.

Recenzent se obveže, da vsebine članka ne bo nedovoljeno razmnoževal ali drugače zlorabil. Recenzije so anonimne: recenzent je avtorju neznan in obratno. Recenzent bo v pregled prek e-pošte prejel le vsebino članka brez imena avtorja. Besedilu članka bo priložen obrazec Mnenje in strokovna recenzija, ki je dostopen tudi na spletni strani revije. Če ima recenzent večje pripombe, jih kot utemeljitev za sprejem ali morebitno zavrnitev članka na kratko opiše oz. avtorju predlaga nadaljnje delo. Zaradi večje preglednosti in lažjih dopolnitev s strani avtorja recenzent svoje pripombe in morebitne predloge vnese v besedilo članka, pri tem uporabi možnost, ki jo ponuja MS Word – sledi spremembam (Track changes). Recenzent mora biti pozoren, da pred uporabo omenjene možnosti prikrije svojo identiteto (sledí spremembam, spremeni ime/Track changes, change user name). Končno odločitev o objavi članka sprejme uredniški odbor.

Posodobljeno: 15. 3. 2014

Citirajte kot:

Obzornik zdravstvene nege: navodila avtorjem in recenzentom, 2014. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Navodila.aspx> [15. 3. 2014].

MANUSCRIPT SUBMISSION GUIDELINES

General policies

The manuscript should be written clearly and succinctly in a standard Slovene or English language and conform to acceptable language usage. Its length must not exceed 5000 words not including the title, abstract, tables, pictures and literature. The authors should use the MS Word template, accessible at the editorial website. All articles considered for publication in the Slovenian Nursing Review will have been subjected to an external, triple-blind peer review. Manuscripts are accepted for consideration by the journal with the understanding that they represent original material, have not been published previously and are not being considered for publication elsewhere. Individual authors bear full responsibility for the content and accuracy of their submissions. The statement of responsibility and publication approval must be signed by the authors' full name. In submitting a manuscript, the authors must observe the standard scientific research paper components, the format and typology of documents. The manuscript must be accompanied by the authorship statement, a copy of which is available on the journal website. The statement must be undersigned by the author and all co-authors in the order in which each is listed in the authorship of the article. The manuscript will not be submitted to editing process before the statement has been received by the editorial office. The latter should also be notified of the designated corresponding author (with their complete home and e-mailing address, telephone number), who is responsible for communicating with the editorial office and other authors about revisions and final approval of the proofs. The title page should include the manuscript title and the full names of the authors, their highest earned academic degrees, and their institutional affiliations and status. The manuscript is eligible for editorial and reviewing process if it is prepared according to the uniform requirements set forth by the editorial committee of the Slovenian Nursing Review.

If the article publishes human subject research, it should be evident from the methodology chapter that the study was conducted in accordance with the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia and the Declaration of Helsinki. All human subject research including patients or vulnerable groups, health professionals and students requires review and approval by the ethical committee on institutional or national level prior to subject recruitment and data collection.

The title of the article, abstract and key words, tables (descriptive title and legend), illustrations (charts, diagrams, signed photographs) must be submitted

in Slovene and English. When the article is written in English, the title, the abstract and the key words must be translated into Slovene. The total of five data supplements per manuscript is allowed and their copyright must be obtained prior to publication.

Tables and other data supplements should adequately accompany the text. The authors should refer to each of these supplements in the text. The use of footnotes and endnotes is not allowed.

Typology of articles

The editors reserve the right re-classify the article in a topic category that may be more suitable than originally submitted. The classification follows the adopted typology of documents/works for bibliography management in COBISS (Cooperative Online Bibliographic System and Services) accessible at: http://home.izum.si/COBISS/bibliografije/Tipologija_eng.pdf. Reclassification can be suggested by the author or reviewer, the final decision rests with the editor-in-chief and the executive editor.

Methodological structure of an article

The title, the abstract and the key words should be written in the Slovene and English language. A concise but informative title should convey the nature, content and research design of the paper. It must not exceed 120 characters. Up to six key words separated by a semicolon and not included in the title, define the article content and reflect the article's core topic or message. Articles must be accompanied by an abstract of no more than 150-250 words written in the third person. Abstracts accompanying articles must be structured and should not include references.

A structured abstract is an abstract with distinct, labelled sections for rapid comprehension. It is structured under the following headings:

Introduction: This section states the main question to be answered, and indicates the exact objective of the paper and the major variables of the study.

Methods: This section provides an overview of the research or experimental design, the research instrument, the reliability of the instrument, methods of data collection, and analysis indicating where, how and when the data were collected.

Results: This section briefly summarizes and discusses the major findings. The information indicated in this section should be directly connected to the research question. In quantitative studies it is necessary to state the statistical validity and statistical significance of the results.

Discussion and conclusion: This section states the conclusions and discusses the research findings drawn from the results obtained. Presented in this section are also limitations of the study and the implications of the results for practice and relevant further research.

Both, the positive and the negative research findings should be adequately presented.

Structure of an Original Scientific Article (1.01)

An original scientific article is only the first-time publication of original research results in a way that allows the research to be repeated, and the findings checked. The research should be based on the primary sources which are not older than five years at the time of the publication of the article.

Introduction: In the introductory part the research problem is defined within the context of knowledge and evidence it was developed. The literature review on the topic provides a rationale behind the work and identifies a problem highlighted by the gap in the literature. It frames a purpose for a study, research questions or hypotheses as well as the method of investigation (a research design, sample size and characteristics of the proposed sample, data collection and data analysis procedures). The research should be based on the primary sources of the recent national and international research which are not older than ten or five years respectively, if the topic of has been widely researched. Citation of sources and references to previous research findings is obligatory. Finally, the research intentions and purposes are stated. Recommended is also the framing of research questions (qualitative research) and hypotheses (qualitative research) to investigate or guide the study.

Method: This section states the chosen paradigm (qualitative, quantitative) and outlines the research design. It usually includes sections on research design; sample size and characteristics of the proposed sample; description of research process; and data collection and data analysis procedures.

The *description of the research instrument* includes information about the construction of the instrument, the mode of instrument development, instrument variables and measurement properties (validity, reliability, objectivity, sensitivity). Appropriate citations of the literature used in research development should be included. In qualitative research, a technique of data collection should be given along with the preliminary research questions, a possible format or structure of data collection and process, the criteria of validity and reliability of data collection.

The *description of a sample* defines the population from which the sample has been drawn, the type of the sample, the response rate of the participants, the respondents' demographics (gender, educational level, length of work experience, post currently held, and the like). In qualitative research, the category of sampling technique and the inclusion criteria are also defined and the sample size saturation is explained.

The *description of the research procedure and data analysis* includes ethical approvals to conduct a

research, permission to conduct a research in an institution, description of the research process, guarantee of anonymity and voluntariness of the research participants, period and place of data collection, method of data collection and analysis, statistical methods, statistical analysis software and programme version, limits of statistical significance. A qualitative research should include a detailed description of modes of data collection and recording, number and duration of observations, interviews and surveys, sequences, transcription of data, steps in the data analysis and interpretation, and receptiveness of a researcher.

Results: This section presents the research results descriptively or in numbers and figures. A table is included only if it presents new information. Each finding is presented only once so as to avoid repetition and duplication of the content. Explanation of the results is focused on statistically significant or unexpected findings. The results are presented according to the level of statistical complexity. All abbreviations used in figures and tables should be provided with explanatory captions. The results are presented according to the variables, answering all the research questions or hypotheses. In qualitative research, the development of codes and categories should also be presented, including one or two representative statements of participants. A schematic presentation of the codes and ensuing categories are given.

Discussion: The discussion section analyses the data descriptively (numerical data should be avoided) in relation to specific variables from the study. The results are analysed and evaluated in relation to the original research questions or hypotheses. The discussion part integrates and explains the results obtained and relates them with those of previous studies in order to determine their significance and applicative value. Ethical interpretation and communication of research results is essential to ensure the validity, comparability and accessibility of new knowledge. The validity of generalisations from results is often questioned due to the limitations of qualitative research (sample representativeness, research instrument, research proceedings). The principles of reliability and comparability should be observed. The discussion includes comments on the expected and unexpected findings and the areas requiring further or in-depth research as indicated by the study results. The limitations of the research should be clearly stated.

Conclusion: Summarised in this section are the author's principal points and transfer of new findings into practice. The section may conclude with specific further research proposals grounded on the substantive content, conclusions and contributions of the study, albeit limitations cited.

The article concludes with the following statements:
– whether the article publishes results of a larger study;

- whether the article was based on the diploma work, master's thesis or doctorate dissertation; in this case the student is always listed as the first author;
- whether the research was financially supported; in this case the sponsors and other participating researchers must be included at the end of the text;
- personal acknowledgements.

The article concludes with a list of all the published works cited or referred to in the text of the paper.

Structure of a Review Article (1.02)

Included in the category of review scientific research are: literature review, concept analyses, discussion based articles (also referred to as a review article). The Slovenian Nursing Review publishes review scientific research, the data collection of which has been concluded maximum three years before the publication of an article.

A review article is an overview of the latest works in a specific subject area, the works of an individual researcher or a group of researchers with the purpose of summarising, analysing, evaluating or synthesising the information that has already been published. Research findings are not only described but explained, interpreted, analysed, critically evaluated and presented in a scientific research manner. A review article brings either qualitative data processing of the previous research findings (meta-analyses) or qualitative syntheses of the previous research findings (meta-syntheses) and thus provides new knowledge and concepts for further research. The organizational pattern of a review article is similar to that of the original scientific article.

The **introduction** section defines the scientific, conceptual or theoretical basis for the literature review. It also states the necessity for the review along with the aims, objectives and the research question.

The **method** section accurately defines the research methods by which the literature search was conducted. It is further subdivided into: review methods, the results of the review, the quality assessment of the review and the description of data processing.

Review methods include the development, testing and search strategy, predetermined criteria for the inclusion in the review, the researched data bases, limited time period of published literature, types of publications according to hierarchy of evidence, key words and language.

The *results of the review* include the number of hits, the number of reviewed research works, the number of included and excluded sources consulted.

The *quality assessment of the review and the description of data processing* include the assessment of the research approach and the data obtained as well as the quality of included research works, the final criteria to include or exclude the sources of evidence consulted and the data processing method.

The **results** are presented in the form of a diagram of all the research stages of the review. The international standards for the presentation of the literature review results may be used for this purpose (e.g. PRISMA for systematic review). The results should include a quality analysis of the sources included from the view point of the research methods used. It should be evident which studies are included in the review according to hierarchy of evidence. The results are presented verbally and visually, the main findings concerning the research design should also be included. In qualitative synthesis the codes and categories are used as a result of the qualitative synthesis review. In quantitative analysis, the statistical methods of data processing of the used scientific works are described.

The first section of the **discussion** answers the research question which is followed by the author's observations on literature review findings, the quality of the research works included. The author evaluates the review findings in relation to the results from other comparable studies. The discussion chapter identifies new perspectives and contributions of the literature review, their theoretical, scientific and practical applicability. It also defines research limitations and points the way forward for applicability of the review findings and further research.

The **conclusion** section emphasises the contribution of the literature review conducted, it sheds light on any gaps in previous research, it identifies the significance of further research, the translation of new knowledge and recommendations into practice/research/education/management by taking into consideration the research limitations. It also pinpoints theoretical concept which may guide or direct further research.

Structure of a Professional Article (1.04)

A professional article is a presentation of what is already known, with the emphasis on the applicability of original research results and the dissemination of knowledge. The organisational structure of a professional article is similar to that of an original scientific article, in the case of literature review it follows the structure of review article. It presents the research results which upgrade the current knowledge on the topic. No new knowledge or scientific evidence is presented, it is, however, focused on the applicability of the results with the aim to improve the existing professional practice.

Literature Citation

In academic writing the authors are required to acknowledge the sources from which they draw their information, including all statements, theories or methodologies applied. The authors should follow the *Harvard referencing system* (Anglia 2008) for in-

text citations and in the reference list at the end of the paper. **In-text citations** or parenthetical citations are identified by the authors' surname and the publication year positioned within parenthesis immediately after the relevant word and before the punctuation mark: (Pahor, 2006). If a citation functions as a sentence element, the author's surname is followed by the year of publication within parenthesis: Pahor (2006). In case of two authors, their surnames are separated by a »&«: (Stare & Pahor, 2010). *Up to two authors* only are given in the text: (Rhodes & Pearson, 2006). If there are *more than two authors*, only the first author's last name is noted followed by et al. (Chen, et al., 2007). Several references are listed in the chronological sequence of publication, from the most recent to the oldest. If several references were published in the same year, they are listed in alphabetical order. Semicolon is used to separate each author: (Bratuž, 2012; Pajntar, 2013; Wong, et al., 2014).

In citing works by the same author published in the same year, a lower case letter after the date must be used to differentiate between the works: (Baker, 2002a, 2002b).

In citing secondary sources they are introduced by 'cited in' (Lukič, 2000 cited in Korošec, 2014). In citing a piece of work which does not have an obvious author or the author is unknown, the in-text citation includes the title followed by Anon., and the year of publication: *The past is the past* (Anon., 2008). In citing a piece of work whose authorship is an organization or corporate author, the name of the organization is given, followed by the year of publication (Royal College of Nursing, 2010). If no date of publication is given, it is notified by a »no date« (Smith, n. d.). An in-text citation and a full reference must be provided for any images, illustrations, photographs, diagrams, tables or figures reproduced in the paper as with any other type of work: (Photo: Marn, 2009; source: Cramer, 2012). If a subject on a photo is recognisable, a prior informed consent for publication should be gained from the subject or from a portrayed child's parent or guardian.

All in-text citations should be listed in the **reference list** at the end of the document. When someone's work is cited in the text (an in-text citation), a full reference for it needs to be created at the end of the paper. **The end-of-text citation or the reference list** should include all *published* material used in the paper. Therefore, background material or further reading material which is not referred to in the running text should not be included. The reference list is arranged in alphabetical order according to authors' last name. All in-text citations must have a corresponding detailed entry at the end of the paper in the reference list. The in-text citations and the end-of-text citation should be congruent to each other. In-text citations should not refer to unpublished sources. If there are several authors, the in-text citation includes only the last name of the first author

followed by the phrase et al. and the publication date. When authors number more than six, the reference list includes the first six authors' names followed by et al. The list of references should be in alphabetical order according to the first author's last name, character size 12pt with single spaced lines, aligned left and with 12pt spacing after references (paragraph spacing).

Cited pages are included in the in-text citation if the original segment of the text is cited (Ploč, 2013, p. 56) and in the reference list of the articles, conference papers, etc. If several pages are cited from the same source, the pages are separated by a comma (e.g. pp. 15–23, 29, 33, 84–86). If a source cited is accessible also on the World Wide Web, the bibliographic information concludes with »Available at«, followed by URL- or URN-address and a date of access in square brackets [See examples].

Citation Examples by Type of Reference

Citing books:

Hoffmann Wold, G., 2012. *Basic geriatric nursing*. 5th ed. St. Louis: Elsevier/Mosby, pp. 350–356.

Pahor, M., 2006. *Medicinske sestre in univerza*. Domžale: Izolit, pp. 73–80.

Ricci Scott, S., 2007. *Essentials of maternity, newborn and women's health nursing*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 32–36.

Citing a book edited by one or multiple authors:

Borko, E., Takač, I., But, I., Gorišek, B. & Kralj, B. eds., 2006. *Ginekologija*. 2. dopolnjena izd. Maribor: Visoka zdravstvena šola, pp. 269–276.

Robida, A. ed., 2006. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, pp. 10–72.

Citing a chapter/essay in a book edited by multiple authors:

Berryman, J., 2010. Statewide nursing simulation program. In: Nehring, W.M. & Lashley, F.R. eds. *High-fidelity patient simulation in nursing education*. Sudbury (Massachusetts): Jones and Bartlett, pp. 115–131.

Girard, N.J., 2004. Preoperative care. In: Lewis, S.M., et al. eds. *Medical – surgical nursing: assessment and management of clinical problems*. 6th ed. St. Louis: Mosby, pp. 360–375.

Kanič, V., 2007. Možganski dogodki in srčno-žilne bolezni. In: Tetičkovič, E. & Žvan, B. eds. *Možganska kap – do kdaj?* Maribor: Kapital, pp. 33–42.

Citing anonymous works (author is not given):

Anon., 2008. The past is the past: wasting competent, experienced nurses based on fear. *Journal of Emergency Nursing*, 34(1), pp. 6–7.

Citing works with society, association, or institution as author and publisher:

United Nations, 2011. *Competencies for the future*. New York: United Nations, p. 6.

Citing a journal article:

Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., et al., 2007. Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), pp. 122–131.

Papke, K. & Plock, P., 2004. The role of fundal pressure. *Perinatal Newsletters*, 20(1), pp. 1–2. Available at: http://www.idph.state.ia.us/hpcdp/common/pdf/perinatal_newsletters/progeny_may2004.pdf [5. 12. 2012].

Pillay, R., 2010. Towards a competency-based framework for nursing management education. *International Journal of Nursing Practice*, 16(6), pp. 545–554.

Snow, T., 2008. Is nursing research catching up with other disciplines? *Nursing Standard*, 22(19), pp. 12–13.

Citing an article from a journal supplement or issue supplement:

Halevay, D. & Vemireddy, M., 2007. Is a target hemoglobin A1c below 7% safe in dialysis patients? *American Journal of Kidney Diseases*, 49(2 Suppl 2), pp. S12–S154.

Regehr, G. & Mylopoulos, M., 2008. Maintaining competence in the field: learning about practice, through practice, in practice. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(Suppl 1), pp. S19–S23.

Rudel, D., 2007. Informacijsko-komunikacijske tehnologije za oskrbo bolnika na daljavo. *Rehabilitacija*, 6(Suppl 1), pp. 94–100.

Citing from published conference proceedings:

Skela Savič B., 2008. Teorija, raziskovanje in praksa v zdravstveni negi – vidik odgovornosti menedžmenta v zdravstvu in menedžmenta v visokem šolstvu. In: Skela Savič, B., et al. eds. *Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: zbornik predavanj z recenzijo. 1. mednarodna znanstvena konferenca*, Bled 25. in 26. september 2008. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 38–46.

Štemberger Kolnik, T. & Babnik, K., 2012. Oblikovanje instrumenta zdravstvene pismenosti za slovensko populacijo: rezultati pilotske raziskave. In: Železnik, D., et al. eds. *Inovativnost v koraku s časom in primeri dobrih praks: zbornik predavanj z recenzijo. 2. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih ved*, 18. september 2012. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede, pp. 248–255.

Wagner, M., 2007. Evolucija k žensko osredinjeni obporodni skrbi. In: Drglin, Z. ed. *Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales, Zgodovinsko društvo za južno Primorsko, pp. 17–30.

Citing diploma theses or master's theses and doctoral dissertations:

Ajlec, A., 2010. *Komunikacija in zadovoljstvo na delovnem mestu kot del kakovostne zdravstvene nege: diplomsko delo univerzitetnega študija*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, pp. 15–20.

Rebec, D., 2011. *Samoocenjevanje študentov zdravstvene nege s pomočjo video posnetkov pri poučevanju negovalnih intervencij v specialni učilnici: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 77–79.

Kolenc, L., 2010. *Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, pp. 250–258.

Citing laws, codes and regulations:

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 15.

Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND), 2008a. Uradni list Republike Slovenije št. 16.

Zakon o varstvu osebnih podatkov (uradno prečiščeno besedilo) (ZVOP-1-UPB1), 2007. Uradni list Republike Slovenije št. 94.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2010. Uradni list Republike Slovenije št. 40.

Pravilnik o licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2007. Uradni list Republike Slovenije št. 24.

Citing compact disk material (CD-ROM):

International Council of Nurses, 2005. *ICNP version 1.0: International classification for nursing practice*. [CD-ROM]. Geneva: International Council of Nurses.

Sima, Đ. & Požun, P., 2013. *Zakonodaja s področja zdravstva*. [CD-ROM]. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

ARTICLE SUBMISSION GUIDELINES

The corresponding author must submit the manuscript, the authorship statement and a cover letter electronically using the online submission form to: **obzornik@zbornica-zveza.si**

- **The electronic version of the manuscript** must be in a Microsoft Word-compatible format and one copy in the PDF (portable document format); manuscript file name follows this format: SURNAMEOFHTEFIRSTAUTHOR_First_three_words_of_the_title (e.g. BABNIK_Health_literacy_concept);
- **The authorship statement** (a form available at the Review website) must be undersigned by all the authors in order in which each is listed in the authorship of the article. A scanned copy of the statement must be submitted as an attachment to the e-mail message. If scanning is not possible, the original version of the statement may be sent to: Obzornik zdravstvene nege, Ob železnici 30a, 1000 Ljubljana.
- **A cover letter to editor** must include a complete home and mailing address, telephone number of the correspondent author who will be responsible for communication with the editorial office.

The following manuscript format for submissions should be used: The text of the manuscript should be formatted for A4 size paper, double spacing, written in Times New Roman font, font size 12pt with 25 mm wide margins. Recommended is the use of Microsoft Word template available at the Slovenian Nursing Review website. The title page includes the title of the article in the Slovene and English language, the full names of the author/s, key words and abstract in the Slovene language and key words and abstract in the English language. This is followed by the full names of the authors, their highest earned academic degrees, habilitation qualifications and their institutional affiliations and status. The name of the designated corresponding author is also given with their complete home and mailing address, and a telephone number. A corresponding author is responsible for communicating with the editor and with other authors about revisions and final approval of the proofreadings. The information on the source of the article may be also added (e.g. diploma thesis). The text continues with the complete article and references. The authors should observe SI units as set forth in Metrology Act.

Tables contain information organised into discrete rows and columns. They are sequentially numbered with Arabic numerals throughout the document according to the order in which they appear in the text. They should include at least two columns, a descriptive, but succinct title (*above the table*), the title row, optional row totals and column totals summarizing the data

in respective rows and columns, and, if necessary, the notes and legends. The descriptive titles and legends should be in Slovene and English. There are no empty cells left in a table and the table size should not exceed 57 lines. Tables must conform to the following type: All tabular material should be 11pt font, single spacing, 0.5 pt spacing, left alignment in the first row and in all columns with the text, centre alignment in the columns with statistical data, with no intersecting vertical lines.

Figures are numbered consecutively in the order first cited in the text, using Arabic numerals. A caption is given below each figure in Slovene and English. Figures are all illustrative material, including graphs, charts, drawings, photographs, diagrams. Only 2-dimensional, black-and-white pictures (also with hatching) with a resolution of at least 300 dpi (dot per inch) are accepted. If the figures are in 2-dimensional coordinate system both axis (x and y) should include the units or measures used.

The author will receive no payment from the publishers for the use of their article. Manuscripts and visual material will not be returned to the authors. The corresponding author will receive a PDF copy of the published article.

The editor - author relationship

The Slovenian Nursing Review will consider only the manuscripts prepared according to the guidelines adopted. Initially all papers are assessed by an editorial committee which determines whether they meet basic standards and editorial criteria for publication. All articles considered for publication will have been subjected to a formal blind peer review by external reviewers in order to satisfy the criteria of objectivity and of knowledge. Occasionally a paper will be returned to the author with the invitation to revise their manuscript in view of specific concerns and suggestions of reviewers. If authors disagree with the reviewers' claims and/or suggestions, they should provide written reasoned arguments, supported by existing evidence. Upon acceptance, the edited manuscript is sent back to the corresponding author for approval and resubmission of the manuscript final version. All manuscripts are proofread to improve the grammar and language presentation. The authors are also requested to read the first printed version of their work for printing mistakes and correct them in the PDF. Any other changes to the manuscript are not possible at this stage of publication process. If authors do not reply in three days, the first printed version is accepted.

GUIDE TO REVIEWERS

Reviewers play an essential part in science and in scholarly publishing. They uphold and safeguard the scientific quality and validity of individual articles

and also the overall integrity of the Slovenian Nursing Review. Reviewers are selected independently by the editorial committee on account of their content or methodological expertise. For each article, reviewers must complete a review form including criteria for evaluation. The manuscripts under review are assessed in light of the journal's guidelines for authors, the scientific and professional validity and relevance of the topic, and methodology applied. Reviewers may add language suggestions, but they are not responsible for grammar or language mistakes. The title should be succinct and clear and should accurately reflect the topic of the article. The abstract should be concise and self-contained, providing information on the objectives of the study, the applied methodology, the summary and significance of principal findings, and major conclusions. Reviewers are obliged to inform the editorial committee of any inconsistencies.

The review focuses also on proper use of the conventional citation style and accuracy and consistency of references (concordance of in-text and and-of-text reference), evaluation of sources (recency of publication, reference to domestic sources on the same or similar subjects, acknowledgement of other publications, possible avoidance of the works which contradict or disaccord with the author's claims and conclusions, failure to include quotations or give the appropriate citation). All available sources need to be verified.

The figures and tables must not duplicate the material in the text. They are assessed in view of their relevance, presentation and reference to the text. Special attention is to be paid to the use of abbreviations and acronyms. One of the functions of reviewers is to prevent any form of plagiarism and theft of another's intellectual property.

Reviewers are not allowed to copy, distribute or misuse the content of the articles. The reviews are subjected to an external, blind, peer review process. A prospective reviewer will receive an e-mail inviting him/her to review a manuscript and an abstract of the submission with the authors' names removed from the document. For each article, reviewers must complete a review form with the evaluation criteria laid out therein. The directions for assessment are provided in a review form, available on the Slovenian Nursing Review website. The reviewer may accept the manuscript for publication as it is or may require revision, remaking and resubmission if significant changes to the paper are necessary. The manuscript is rejected if it fails to meet the required criteria for publication or if it is not suitable for this type of journal. All comments and suggestions to the author are outlined in detail within the text by using the MS Word function *Track changes*. The reviewer should be careful to mask their identity before applying this function. The final acceptance and publication decision rests with the editorial committee.

Updated on March 15, 2014

Cite as:

Slovenian Nursing Review: author/reviewer guidelines, manuscript submission guidelines, 2014. Available at: http://www.obzornikzdravstvenenege.si/eng/Information_for_authors.aspx [15. 3. 2014].

SLOVENIAN NURSING REVIEW

ISSN 1318-2951 (print edition), e-ISSN 2350-4595 (online edition)

UDC 614.253.5(061.1)=863=20, CODEN: OZNEF5

Founded and published by:

The Nurses and Midwives Association of Slovenia

Editor in Chief and Managing Editor:

Brigita Skela-Savič, PhD, MSc, BSc, RN, Associate Professor

Editor, Executive Editor:

Andreja Mihelič Zajec, BSc, RN, Lecturer

Editor, Web Editor:

Ema Dornik, PhD, MSc, BSN, RN, Assistant Professor

Editorial Board:

- **Branko Bregar, MSc, RN, Senior Lecturer**, University Psychiatric Hospital, Slovenia
- **Ema Dornik, PhD, MSc, BSN, RN, Assistant Professor**, Institute of Information Science, Slovenia
- **Sonja Kalauz, PhD, MSc, MBA, BSc, RN, Assistant Professor**, University of Applied Health Studies Zagreb, Croatia
- **Andreja Kvas, PhD, MSc, BSN, RN, Assistant Professor**, University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Mateja Lorber, MSc, BSc, RN, Senior Lecturer**, University of Maribor, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Andreja Mihelič Zajec, BSc, RN, Lecturer**, University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Fiona Murphy, PhD, MSN, BN, RGN, NDN, RCNT, PGCE(FE)**, Associate Professor, Swansea University, College of Human & Health Sciences, United Kingdom
- **Alvisa Palese, DNurs, MSN, BCN, RN, Associate Professor Nursing Science**, Udine University, School of Nursing, Italy
- **Melita Peršolja, PhD, MSc, BSN, RN, Assistant Professor**, University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Mirko Prosen, MSc, BSc, RN, Senior Lecturer**, University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Brigita Skela-Savič, PhD, MSc, BSc, RN, Associate Professor**, Faculty of Health Care Jesenice, Slovenia
- **Debbie Tolson, PhD, MSc, BSc (Hons), RGN, FRCN, Professor**, University West of Scotland, School of Health, Nursing and Midwifery, United Kingdom

Reader for Slovenian:

Ana Božič, BA

Reader for English:

Tina Levec, BA

Editorial office address: Ob železnici 30 A, SI-1000 Ljubljana, Slovenia

E-mail: obzornik@zbornica-zveza.si

Official web page: <http://www.obzornikzdravstvenenega.si/eng/>

Annual subscription fee (2015): 10 EUR for students and the retired; 25 EUR for individuals; 70 EUR for institutions.

Print run: 1050 copies

Designed and printed by: Tiskarna knjigovoznica Radovljica

Printed on acid-free paper.

Matična številka: 513849, ID za DDV: SI64578119, TRR: SI56 0203 1001 6512 314

The Ministry of Education, Science, Culture and Sports: no. 862.

The journal is published with the financial support of Slovenian Research Agency.

Kazalo/Contents

UVODNIK/LEADING ARTICLE

- Improving healthcare outcomes and accessibility in the USA: the advanced practice nurse
Izboljševanje izidov in dostopnosti zdravstvene oskrbe v ZDA: diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik z
naprednimi znanji
Andra Hanlon 84

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Importance of demographic characteristics and nurses' role in women's perceptions and experiences of gynaecological
examination
Pomen demografskih značilnosti in vloge medicinske sestre pri doživljanju žensk ob ginekološkem pregledu
Dušanka Zaič, Mirko Prosen 90

- Nurses' perceptions and attitudes towards documentation in nursing
Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi
Romana Petkovšek-Gregorin, Brigita Skela-Savič 106

- Pogled študentov magistrskega študija vzgoje in menedžmenta v zdravstvu na pridobljeno znanje
The views of master students of the study programme "Education and management in health care" on the acquired knowledge
Bojana Filej 126

- Menedžment kakovosti v bolnišnici: kriteriji za doseganje varnosti
Quality management in hospitals: required criteria for the equivalent level of safety
Mojca Dobnik, Brigita Skela-Savič 136

- Ugotavljanje dehidracije pri starostnikih, ki so bili obravnavani na nujni medicinski pomoči: akcijska raziskava
Identification of dehydration in the elderly treated in emergency unit: action research
Amadeus Lešnik, Sebastian Bevc 144

STROKOVNI ČLANEK/PROFESSIONAL ARTICLE

- Odgovornosti babice glede pregleda posteljice: raziskava o pristopih v slovenskih porodnišnicah
Midwife's responsibilities regarding placenta examination: the study of Slovenian maternity hospitals' doctrine
Petra Ramovš, Anita Prelec, Ana Polona Mivšek 149

- Primerjava dveh teoretičnih modelov in teorije zdravstvene nege preko konceptov metaparadigme
Comparing two nursing models and nursing theory thru metaparadigm concepts
Dragan Babuder 154

