



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

**13. simpozij zdravstvene in babiške nege**

# Z dokazi v prakso

**Cankarjev dom v Ljubljani  
9. maj 2012**

**Zbornik predavanj z recenzijo**

**13. simpozij zdravstvene in babiške nege**

# **Z DOKAZI V PRAKSO**

**Zbornik predavanj z recenzijo**

**Cankarjev dom, Ljubljana  
9. maj 2012**

Organizator:



**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

## Z DOKAZI V PRAKSO

Cankarjev dom, Ljubljana - 9. maj 2012

Zbornik predavanj z recenzijo

**Urednice:** mag. Tamara Štemberger Kolnik  
Suzana Majcen Dvoršak  
Darinka Klemenc

**Recenzentki:** mag. Jožica Ramšak Pajk  
mag. Irena Trobec

**Organizacijski odbor:** predsednica Suzana Majcen Dvoršak, Ksenija Pirš, Jože Prestor, Boja Pahor, Miha Okrožnik, Djurdja Sima, Damjan Remškar in Monika Ažman

**Strokovni odbor:** predsednica mag. Tamara Štemberger Kolnik, Darinka Klemenc, Anita Prelec, Peter Požun in Irena Keršič

**Grafično oblikovanje  
in priprava za tisk:** Starling d.o.o.

**Založila in izdala:** 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

**Za založnika:** Darinka Klemenc

**Tiskarna:** Grafični atelje TOM

**Naklada:** 300 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji  
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-083(082)(086.034.44)  
618.2/.6-083(082)(086.034.44)

SIMPOZIJ zdravstvene in babiške nege (13 ; 2012 ; Ljubljana)

Z dokazi v prakso [Elektronski vir] : zbornik predavanj z recenzijo / 13. simpozij zdravstvene in babiške nege, Ljubljana, 9. maj 2012 ; organizator 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 ; [urednice Tamara Štemberger Kolnik, Suzana Majcen Dvoršak, Darinka Klemenc]. - El. zbornik. - 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, 2012

ISBN 978-961-273-052-9

1. Gl. stv. nasl. 2. Štemberger Kolnik, Tamara 3. 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  
261566976

# Kazalo

<b>Pogumno z raziskovanjem v zdravstveni in babiški negi naprej</b> .....	7
Darinka Klemenc	

## Z DOKAZI V PRAKSO

<b>Iz preteklosti v prihodnost - pogumno z raziskovanjem</b> .....	11
Vera Grbec	

<b>‘Prevajanje’ znanstvenih ugotovitev v strokovne odločitve medicinskih sester in babic</b> .....	17
izr. prof. dr. Majda Pahor	

<b>Pomen raziskovanja in na dokazih temelječega delovanja za razvoj zdravstvene nege</b> .....	21
doc. dr. Brigita Skela Savič	

<b>Iskanje, uporaba in citiranje literature pri pisanju člankov</b> .....	33
mag. Ema Dornik	

<b>Pravni vidik raziskovanja v odnosu na pacientove pravice in dolžnosti</b> .....	39
Milena Marinič	

<b>Kako premostiti ovire pri razkoraku med teorijo in prakso v babištvu</b> .....	43
Tita Stanek Zidarič, Teja Zakšek	

<b>Pogled od zunaj: uvajanje študentov v »skrivnosti« kliničnih okolij</b> .....	49
mag. Vesna Čuk, mag. Tamara Štemberger Kolnik	

<b>Kako študenti babištva dojemajo razkorak med teorijo in prakso</b> .....	57
Teja Zakšek, Tita Stanek Zidarič	

<b>Pomen raziskovanja in na dokazih temelječega delovanja za klinično delo v zdravstveni negi</b> .....	61
dr. Saša Kadivec	

<b>Etične smernice pri raziskovanju v zdravstveni in babiški negi – predstavitev nacionalnega dokumenta Zbornice Zveze</b> .....	67
Klavdija Peternelj mag. Ema Dornik, doc. dr. Majda Pajnkihar, Danijela Pušnik, Teja Zakšek, Marija Zrim, doc. dr. Danica Železnik	

<b>Raziskava»Nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu«: psihično, fizično in spolno nasilje v zdravstveni negi v Sloveniji</b> .....	75
mag. Andreja Kvas, doc.dr. Babnik Katarina, mag. Tamara Štemberger Kolnik, Irena Košir	

<b>Elementi profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji</b> .....	83
dr. Andrej Starc	



# Pogumno z raziskovanjem v zdravstveni in babiški negi naprej

Darinka Klemenc

»Z dokazi v prakso«, smo letos preprosto prevedli moto ICN (Mednarodnega sveta medicinskih sester), ki se v originalu glasi: "Closing the Gap from Evidence to Action". In tako poimenovali tudi 13. simpozij zdravstvene in babiške nege, ki se odvija v sklopu 1. Dnevo medicinskih sester in babic, izvirnemu novemu dvodnevemu dogajanju v Cankarjevem domu v Ljubljani v okviru Mednarodnega dneva babic 5. maja in Mednarodnega dneva medicinskih sester 12. maja. To leto je za nas in našo organizacijo še posebno slovesno. Praznujemo 85. letnico delovanja Zveze društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije in ob 20. obletnico ustanovitve Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije. Tako krovna organizacija, ki prostovoljno združuje skoraj 17.000 članic in članov, ki preko osem desetletij izkazujejo pripadnost poklicnim skupinam medicinskih sester in babic, torej lastnemu cehu, da je v slogi moč, praznuje dvojno.

Vseh enajst regijskih strokovnih društev, ki se povezujejo v Zvezo društev in 31 strokovnih sekcij, ki delujejo pod isto organizacijo, številni posamezniki in posameznice smo se več mesecev pripravljali na te dogodke. Posredovanje svojega znanja in strokovnih veščin, vrsto zanimivih aktivnosti, namenjenih strokovni in splošni javnosti, državljanom in državljanam vseh starosti, zdravi in bolni populaciji so namenjeni letošnji dnevi. Aktivnosti so vezane na skrb za sočloveka, za izboljševanje in ohranjanje njegovega zdravja, zdrav način življenja, zdravstveno nego in oskrbo v času bolezni in drugih stanjih, kjer smo medicinske sestre in babice nepogrešljive. Računamo, da se bodo ti dnevi lepo »prijeli« in sčasoma postali nepogrešljivi del našega neposrednega sodelovanja z ljudmi, ki jih bomo skušali organizirati morda vsako drugo leto.

Pri snovanju programa 13. simpozija smo skušali slediti sporočilu ICN o pomenu raziskovanja v stroki na splošno, istočasno pa predstaviti nekaj prispevkov, ki so v tem trenutku v slovenskem prostoru zdravstvene in babiške nege aktualni. Udeleženkam in udeležencem simpozija ter bralcem zbornika, ki ga izdajamo v obliki zgoščenke, želimo s temi prispevki predstaviti delček naših strokovnih hotenj, delovanj in razmišljanj na omenjeno temo. Tako poleg »čistih« prispevkov na temo raziskovanja in pomena le tega za razvoj (in obstoj) stroke zdravstvene in babiške nege ponujamo tudi nekaj prispevkov - pogled z drugega vidika, recimo prispevek o etičnih smernicah v raziskovanju (Peternej in članice delovne skupine pri Zbornici Zvezi), uporabo strokovne literature in citiranje pri pisanju člankov (Dornik), pravni vidik raziskovanja v odnosu na pacientove pravice in dolžnosti (Marinič), kako premostiti ovire pri razkoraku med teorijo in prakso v babištvu (Stanek Zidarič, Zakšek). Nadalje smo si v drugem sklopu zamislili, da bo udeležence zanimal tako pogled od znotraj kot pogled od zunaj - na samo raziskovanje, s čemer želimo poudariti pomembnost obeh vidikov raziskovanja - v teoriji (izobraževalni vidik) in praksi (uporaba v kliničnih okoljih). Tretji sklop pa ponuja predstavitev nekaterih večjih raziskovalnih projektov v zadnjem času, med drugim novo nacionalno raziskavo Centra za strokovni, karierni in osebnostni razvoj v sodelovanju z Delovno skupino za nenasilje v zdravstveni in babiški negi o nasilju na naših delovnih mestih.

Sporočilni moto ICN je poslan milijonom medicinskih sester po svetu najverjetneje ob pravem času, saj smo v zdravstveni negi skozi desetletja izobraževanja in opolnomočanja rasli in se razvili, da lahko sledimo usmeritvam ICN - tudi v naši državi. Z nekaterimi visoko razvitimi na tem področju bi se še težko povsem primerjali, a verjamemo, da je napočil čas, da z lupo pogledamo v »drobovje« lastnih raziskovalnih izzivov tudi v kliničnih okoljih, kjer smo šibkejši kot v izobraževalnih institucijah. Tu se za raziskovanje teoretično usposobimo, žal pa tega znanja čisto ne znamo ali nimamo priložnosti (jo ne najdemo?) prenesti v prakso. Z nekaj izjemami kakšnih posebnih spodbud managementa ali sodelavcev v timih niti ni zaznati, če izvajamo prošnje ali kar obvezno sodelovanje pri raziskovanju za potrebe akademskega razvoja posameznikov, farmacevtske industrije, morda za kakšne izračune o zmanjševanju stroškov. Desetletja pa smo tudi potrebovali, da smo prepričali (ali še vedno prepričujemo) lastno strokovno javnost o pomenu znanstvenega pristopa k stroki.

V zgodovini za prepoznavno pobudnico na področju raziskovanja štejem Stano Kavalič. Tako Mihelič Zajec (1999) o njej navaja, da je med prvimi v Sloveniji spregovorila o raziskovanju v zdravstveni negi leta 1974 na

skupščini Zveze društev medicinskih sester Slovenije (Grbec, 1996). Strokovni del skupščine je bil posvečen raziskovalnemu delu. Prispevek z naslovom: »Raziskovalno delo na področju bolniške nege« je objavil Zdravstveni obzornik (Kavalič, 1974). Iz članka odseva poznavanje razmer v raziskovanju na področju zdravstvene nege v svetu. Ugotavlja, da je v nekaterih državah, posebno v Veliki Britaniji in Združenih državah Amerike, raziskovalno delo v zdravstveni negi živahno. Centri za sestrsko raziskave so največkrat formirani pri univerzitetnih šolah za medicinske sestre, pa tudi pri večjih medicinskih središčih in v posebnih institucijah. Možnosti za pridobitev doktorata so močno razširile zanimanje za raziskovalno delo med medicinskimi sestrami teh držav. Praktični pomen, ki ga imajo znanstvene raziskave za kakovostno izboljšanje bolniške nege, zanima bolnišnice in šole. Slednje zato, ker želijo vzgajati bodoče medicinske sestre v samostojne in na delovnem mestu kompetentne delavke, ki bi bile sposobne kritične presoje in ustvarjalnega mišljenja in bi znale poiskati pot za uspešno aplikacijo znanstvenih odkritij v vsakodnevni praksi (Mihelič Zajec, 1999).

Pahorjeva nas leta 1995 seznanja, da je raziskovalnega dela na področju zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje v Sloveniji malo. Razlogi so različni, med njimi pa je gotovo pomanjkljiva usposobljenost medicinskih sester za to delo, ki zahteva metodološko znanje. Temeljno izobraževanje medicinskih sester na višješolski ravni ne vključuje tega znanja. Pridobile so si ga tiste medicinske sestre, ki so nadaljevale študij na kateri od družboslovnih fakultet, še več pa tiste, - redke - ki so se lotile podiplomskega študija. Od leta 1993 dalje pridobivajo metodološko znanje medicinske sestre, ki študirajo zdravstveno vzgojo po skupnem programu Pedagoške fakultete in Visoke šole za zdravstvo. Ko se bo v slovenskem (zdravstveno-negovalnem in zdravstveno-vzgojnem) prostoru pojavila zadostna »kritična masa« metodološko usposobljenih ljudi, bo prišlo do hitrejšega razvoja raziskovanja na tem področju. Spodbujalo ga bo tudi naraščajoče mednarodno sodelovanje na pedagoškem in raziskovalnem področju. Razprava o uporabnosti, o prednostih in pomanjkljivostih kvalitativnih metod raziskovanja na področju zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje bo takrat nedvomno zaživela tudi pri nas.

Danes je v svetu (navaja Pahor v tem zborniku) preko pet milijonov medicinskih sester (WHO 2012). V ZDA jih je okoli tri milijone, med njimi jih ima preko 400 000 magisterij in 28 000 doktorat znanosti (Pahor 2012, cit. po Truth about Nursing, 2012). Za produkcijo raziskovalnega znanja je na svetu usposobljenih več sto tisoč medicinskih sester. Obstajajo številni raziskovalni inštituti in centri za produkcijo originalnega znanja na področju zdravstvene nege, a so vanje v primerjavi z drugimi medicinskimi vedami vložena relativno manjša sredstva in zato celoten spekter zdravstveno negovalnega dela še ni »podložen« s sistematičnimi raziskavami. V šolah se bodoče medicinske sestre seznanjajo s principi raziskovanja v ZDA od 70. let 20. stoletja, v Evropi pa od 90 ih.

Zanimivi in spodbudni podatki. Moč medicinskih sester je tudi v številčnosti in navedene številke so zgovorne same po sebi. Seveda je tem milijonom potrebno dodati znanje, vsebine in namen raziskovanja.

Skela Savič v svojem prispevku (v tem zborniku) ugotavlja, da so raziskovanje in uporaba rezultatov raziskav na osnovi z dokazi podprtega dela edina pot, da zdravstvena nega uspe kot stroka in znanstvena disciplina. Ob tem navaja, da žal stanje na področju raziskovalnega dela v zdravstveni negi v Sloveniji ni spodbudno. Sinteza člankov in znanstvenih prispevkov o raziskovanju v slovenski zdravstveni negi na bazi COBIB.SI kaže, da slovenski avtorji usmerjajo največ pozornosti na pomen raziskovanja v zdravstveni negi, s prispevki želijo opozoriti na pomembnost razvoja le tega in opozarjajo na nekatere vzroke, kjer je v ospredju znanje o raziskovanju in zavedanje pomena raziskovanja pri medicinskih sestrah. Rezultati pregleda tujih avtorjev na bazi CINAHL pokažejo, da so avtorji usmerjeni predvsem v prikaz rezultatov kliničnega raziskovanja in analizo pogojev za nadaljnji razvoj raziskovanja, poudarjajo tudi koristi raziskovanja, medtem ko osnovnim informacijam o pomenu raziskovanja v zdravstveni negi in zavedanju pomena raziskovanja ne posvečajo veliko pozornosti. Pregled literature pokaže, da smo v Sloveniji še v fazi, ko so v ospredju aktivnosti, ko se predstavlja pomen raziskovanja za zdravstveno nego in se odkriva ovire za razvoj raziskovanja, kar nas uvršča v manj razvite države na področju raziskovanja (Skela Savič, 2009).

Zdravstveni zavodi, ki so pristopili k izvajanju zdravstvene nege na osnovi dokazov, uporabljajo lastno in drugo dostopno raziskovalno delo kot osnovo za odločanje, kot pogajalska izhodišča za ugotavljanje in zagotavljanje virov, bodo lahko sledili ciljem profesionalizacije in razvili tudi profile za zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi. Če bo management zdravstvene nege razumel pomen raziskovalnega in razvojnega dela

za profesionalizacijo, bo karierno razvijal medicinske sestre na magistrski in doktorski ravni ter zagotavljal tudi ustrezna specialna znanja za poglobljanje strokovnih znanj na določenih področjih in s tem iz »generalistke« razvil specialistko zdravstvene nege. Ob tem ima pomembno mesto tudi nacionalno združenje Zbornica Zveza, ki mora pričeti z aktivnostmi in zagotavljanjem virov za strateške nacionalne raziskovalne projekte na področju kliničnega dela (Skela Savič, 2012).

Morda bi bilo smiselno v trenutku, ko se na nacionalni ravni, čeprav le v obliki enodnevnega simpozija, ponovno dotikamo področja raziskovanja v lastni stroki, spomniti na večkratne predloge o vodenju evidence le tega. Tako Mihelič Zajec (1999) navaja, da raziskovalnega dela na področju zdravstvene nege v Sloveniji sistematično ne spremlja nobena institucija. Obstaja nevarnost, da se bodo številni podatki izgubili. Zgodovina raziskovanja v zdravstveni negi pri nas še ne seže dlje od spomina ene človeške generacije. Majhnost slovenskega prostora je v tem primeru prednost, ki bi omogočala identifikacijo ljudi, ki so se ukvarjali z raziskovanjem v zadnjih petindvajsetih letih. Morda je pravi trenutek, da bi z raziskavo ovrednotili in zabeležili to dejavnost medicinskih sester. Vprašanje bi dobilo znanstveno utemeljen odgovor.

Na Zbornici Zvezi smo v zadnjem mandatu ustanovili Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic; računamo, da bodo iz tega nastali zametki raziskovalnega inštituta v prihodnosti; tja nedvomno sodi tudi spremljanje in evidentiranje raziskovalnega dela v lastni stroki. Dela in izzivov je dovolj za več generacij. In nekje je treba začeti. Ali vsaj spoštljivo nadaljevati, kar so pred nami že naredili drugi. Pogumno torej z raziskovanjem naprej, je v naslovno sporočilo naslednjim generacijam v svojem prispevku v tem zborniku zapisala Vera Grbec, prepoznavna strokovnjakinja, ki je področje raziskovanja razvijala skozi izjemne napore za ustanovitev lastnega fakultetnega študija, skozi vključenost v evropsko združenje medicinskih sester raziskovalk (WENR) in skozi spodbujanje tega področja ob dolgoletnem urednikovanju Zdravstvenega obzornika oz. kasneje Obzornika zdravstvene nege. Slednji se spodbudno razvija v vedno bolj kakovostno in prepoznavno strokovno revijo. Z veseljem se Veri Grbec v tem spodbudnem sporočilu o pogumu naprej pridružujem.

## Literatura

Mihelič Zajec A. Raziskovalna dejavnost v zdravstveni negi na Slovenskem – prispevek Stane Kavalič. Obzor Zdr N 1999; 33 (3-4): 147-9.

Pahor M. Raziskovanje na področju zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje in uporabnost kvalitativnih metod. Obzor Zdr N 1995; 29 (3-4): 147-9.

Skela Savič B. Zdravstvena nega in raziskovanje: nekateri vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji = Nursing care and research: some factors influencing the development of nursing as a scientific discipline in Slovenia. Obzor Zdr N. 2009; 43(3):209-22.

Skela Savič B. Notranji dejavniki razvoja profesije: enote za razvoj in raziskovanje v zdravstveni negi = Internal factors of nursing development: practice development units. V: Skela Savič, Brigita (ur.). Posvet Moja kariera - quo vadis z mednarodno udeležbo, 5. Izobraževanje in znanje v zdravstveni negi na vseh treh bolonjskih stopnjah : diferenciacija kompetenc ter sposobnosti : differentiation of competences and skills. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 2012, str. 83-91.

Gradivo ICN za leto 2012 ob mednarodnem dnevu medicinskih sester 2012. Dostopno na <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2012.pdf>





# IZ PRETEKLOSTI V PRIHODNOST – POGUMNO Z RAZISKOVALNIM DELOM

## FROM PAST TO FUTURE – FOCUSING ON RESEARCH

Vera Grbec, viš. med. ses., univ. dipl. org.  
vera.grbec@siol.net

### IZVLEČEK

Prispevek v kratkem prikaže razvoj znanosti skozi zgodovino in s tem povezanega raziskovalnega dela. Raziskovalno delo je temelj za razvoj vsake stroke, tako tudi zdravstvene nege. S pomočjo pregleda literature je prikazan razvoj raziskovalne dejavnosti zdravstvene nege v svetu in pri nas. Izobraževanje ima na razvoj raziskovalnega dela pomemben vpliv, saj študij znanstvenih pristopov usposobi medicinsko sestro za kompetentno in samostojno delo v praksi. Opredeljeni so nekateri etični vidiki raziskovanja. Poudarjena je tudi vloga nacionalnih strokovnih združenj pri uveljavljanju raziskovalnega dela.

**Gljučne besede:** raziskovanje, zdravstvena nega, zgodovina

### ABSTRACT

The article gives a brief presentation of scientific development and related research work throughout history. Research work is the foundation for the development of any profession, including healthcare. The literature review outlines the development of research in healthcare both on a national and global level. Education is an important component of research since only a study into the scientific approach can qualify a nurse to perform competent and independent work in practice. The article identifies some of the ethical aspects of research. It puts an emphasis on the role of national professional associations in helping the research work win the recognition it deserves.

**Key words:** research, health care, history

### UVOD

Skozi vso zgodovino, do današnjih dni, si je človek postavljaj eno in isto temeljno vprašanje »od kod narava, kdo sem in kam grem«. Postavljen je bil v svet, ki ga ni poznal, za svoj obstoj je moral začeti raziskovati in spoznavati svet okoli sebe, odkrivati naravne zakonitosti in jih uporabljati sebi v prid. Do novih spoznanj je prišel na več načinov: z opazovanjem, izkustvom, poskusom in zmoto, slučajnim odkritjem. Tako si je večaj znanje, ki je prehajalo iz roda v rod.

Znanost, ki jo poznamo danes, se je razvijala postopno, s trdim in vztrajnim delom. V začetku je bil razvoj sila počasen, mnogi procesi, posebno tisti, ki niso bili dostopni detekciji človekovih čutil, so bili spregledani, napačno razumljeni ali celo mistificirani. Znanstvenikov je bilo malo, pisanih virov malo ali nič (Koželj, 1976). Poleg filozofskih razmišljanj je antična znanost zbrala ogromen in stvaren material, ga proučila in sistematizirala. Uvedla je oblikovanje znanstvenih trditvev na osnovi materialnih dokazov. Naslednja velika znanstvena epoha se začne v 15. in 16. stol. z dobo razsvetljenstva, ko se razvije moderna znanost (Koželj 1980). Znanost 19. stol pa začne bistveno spreminjati poglede na svet in družbo. To doseže z uvajanjem sistematičnega raziskovalnega dela, novih metod in novih organizacijskih oblik.

### RAZISKOVANJE V ZDRAVSTVENI NEGI

Raziskovalno delo (RD) je temelj za razvoj vsake stroke, prav tako zdravstvene nege. Zdravstvena veda je prav na osnovi RD dosegla takšno raven teoretičnega znanja, ki ji omogoča umestitev med samostojne znanstvene discipline (Grbec, 1996).

Za predhodnico RD v zdravstveni negi vsekakor štejjemo Florence Nightingale. Leta 1860 je v svojih zapiskih Notes of Nursing: what is and what is not (Zapiski o zdravstveni negi: kaj je in kaj ni) predstavila prvo filozofijo

zdravstvene nege. F. Nightingale je že pri osnovanju zdravstvene nege z jasnim prepričanjem govorila o »naravi zdravstvene nege kot stroke, ki zahteva znanje, ločeno od medicinskega znanja« (Nightingale, 1860 cit. v Šmitek, 2001). F. Nightingale je zelo poudarjala pomen statistike in dokumentiranja. Podatke je nato analizirala in ugotavljala rezultate. Le na taki osnovi je bilo mogoče dokazati rezultate v zdravstveni negi (Grbec, 1996).

Na splošno velja, da je RD tesno povezano z možnostjo izobraževanja. Za RD potrebuje raziskovalec ustrezne informacije. Del teh je pridobil v šoli v obliki znanja, del znanja pa si mora raziskovalec pridobiti, še preden z raziskovanjem prične, saj mora stremeti že od vsega začetka, da bo odkrival novo. Če to želi, mora biti o objektu proučevanja v celoti obveščen (Koželj, 1980).

RD v zdravstveni negi se je začelo razvijati, ko so medicinske sestre pridobile možnost izobraževanja na akademski stopnji, najprej v ZDA v začetku 20. stol., v Evropi pa predvsem po drugi svetovni vojni. Na Finskem je bil leta 1966 ustanovljen Institut za raziskovanje v zdravstveni negi, to je prvi evropski raziskovalni center za zdravstveno nego (Pelkonen, 1997). Tudi drugod, v Angliji, na Danskem, Švedski so se dokaj zgodaj ustanovili raziskovalni inštituti ali oddelki tako pri strokovnih združenjih kot na univerzah. Na splošno je RD v zdravstveni negi v različnih državah na različni stopnji, vendar se je po l. 1980 zelo razmahnilo. Organizirajo se seminarji, posvetovanja, konference o RD in tako širijo in utemeljujejo idejo o potrebi raziskovanja v zdravstveni negi.

Ameriško združenje medicinskih sester je leta 1980 takole definiralo RD v zdravstveni negi:

- Razvija znanje o zdravju in promociji zdravja skozi vse življenjsko obdobje
- razvija znanje o zdravstveni negi oseb, ki imajo zdravstvene probleme ali težave
- povečuje sposobnost posameznika, da se učinkovito odziva na aktualne ali potencialne zdravstvene probleme.

### ***Raziskovalno delo v zdravstveni negi v Sloveniji***

L. 1974 je bil strokovni del skupščine Zveze društev medicinskih sester Slovenije posvečen raziskovalnemu delu, kjer je Stana Kavalič predstavila referat z naslovom »Raziskovalno delo na področju bolniške nege« (Kavalič, 1974). Skupaj z Mileno Pipan sta izvedli študijo »Časovna analiza dela medicinske sestre v enoti za intenzivno medicino« (Pipan, Kavalič, 1974). Kasneje se pojavlja vse več člankov o RD v Zdravstvenem obzorniku.

### ***Izobraževanje za RD***

V Sloveniji smo relativno zgodaj, leta 1951, (čeprav je bil Zakon o ustanovitvi Višjih šol sprejet leta 1954) dobili možnost višješolskega izobraževanja za medicinske sestre. Takrat RD v zdravstveni negi tudi v Evropi še ni bilo razvito. Kasneje se je v študijske programe vključevalo nekaj vsebin o RD v okviru drugih strokovnih predmetov. Študenti so dobili informacijo o RD v zdravstveni negi in se usposobili za manjše aplikativne raziskave.

Prehod na fakultetni študij pa je bil zelo težak in minila so štiri desetletja do realizacije.

Medtem je praksa že zahtevala nova znanja in medicinske sestre so si morale iskati možnost izobraževanja na drugih sorodnih fakultetah doma ali so nadaljevale študij v lastni stroki v tujini. Pridobile so si tudi znanja o RD, ki so ga uporabile pri seminarjskih in diplomskih nalogah in se kasneje uveljavljale na raziskovalnem področju v zdravstveni negi. Tudi mnoge višje medicinske sestre so si z dodatnimi oblikami izpopolnjevanja pridobile ustrezna znanja in se vključile v raziskovalno delo. Za fakultetni študij zdravstvene nege so si prizadevali že naši predhodniki. V letih od 1983 pa do realizacije 1993 pa smo ta prizadevanja še intenzivirali ob pomoči SZO Regionalnega urada za zdravstveno nego v Evropi. V letu 1993 je prišlo do vpisa prvih študentov, prvo leto ob delu, naslednje leto pa je bil vpis študentov tudi že za redni študij. Center za razvoj Univerze v Ljubljani je v obsežnem prispevku zelo dobro ocenil program. »Priprava in sedanji potek kurikulumna Zdravstvena vzgoja kaže na poznavanje in upoštevanje nekaterih ključnih spoznanj sodobne kurikularne teorije in drugo. Pred nami je torej študijski program, ki je po strukturi ter načinu nastajanja lahko

vsekakor dobra ilustracija tistim, ki se ali se bodo v prihodnje spopadali z načrtovanjem ali korenito prenov lastnih študijskih programov. Hkrati pa bi želel s to objavo opozoriti na grenak priokus, izražen ob dejstvu, da je od začetkov priprav novega študijskega programa do njegove verifikacije v znanstveno-pedagoškem svetu Univerze v Ljubljani preteklo skoraj deset let« (Kroflič, 1993).

Prvič je v študijski program vključen obsežen raziskovalni del, ki je eden od šestih temeljnih elementov programa in obsega 150 ur. Doseganje smotrov pa omogoča diplomantu, da se uveljavi tudi kot raziskovalec (Pahor, Grbec, 1993).

Diplomske in projektne naloge študentov Zdravstvene vzgoje so bile na visokem nivoju in so zelo obogatile zanimanje za RD v zdravstveni negi. Mnogi teh študentov so nadaljevali študij do magisterija in doktorata in so danes uspešni raziskovalci v zdravstveni negi.

Pomembno vlogo pri razvoju RD ima tudi Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego Maribor, ustanovljen leta 1986. Že prej pa je kot participirajoči center SZO razvil dobro sodelovanje in se vključeval v mnoge odmevne mednarodne študije zdravstvene nege. Organiziral je številne seminarje, srečanja, učne delavnice. Mnoge raziskovalne študije so bile objavljene v posebnih publikacijah.

Leta 1993 je bila ustanovljena Višja zdravstvena šola v Mariboru, ki je že leto kasneje prerasla v Visoko zdravstveno šolo in leta 2007 v Fakulteto za zdravstvene vede Univerze v Mariboru. Po letu 1993 se je možnost ustanavljanja visokošolskih institucij zelo sprostila in danes imamo v Sloveniji osem visoko strokovnih in fakultetnih institucij za zdravstveno nego. Pomemben del kurikulumov zajemajo raziskovalne vsebine in tako lahko usposobijo diplomanta za RD v svoji lastni stroki in mu ob enem omogočajo nadaljnjo strokovno rast. To bo imelo nedvomno pozitiven vpliv na razvoj zdravstvene nege v Sloveniji. Ob tem pa moramo biti pozorni, da bodo vsebine RD bolj usmerjene v prakso, oziroma, da se poleg raziskovanja vloge in statusa medicinske sestre bolj usmerimo tudi k učinkom njenega strokovnega dela.

### ***Vpliv strokovnih združenj na razvoj RD***

Velik vpliv na razvoj in širitev RD v zdravstveni negi imajo tudi nacionalna strokovna združenja. Mednarodni svet medicinskih sester ICN, ki spremlja aktualne probleme po vsem svetu, je za letošnji mednarodni dan medicinskih sester izbral geslo »Z dokazi v prakso«. S tem želi poudariti, da potrebujemo prakso, ki je podprta z dokazi, pridobljenimi z raziskovalnim delom.

V okviru ICN, Regionalnega urada za Evropo, že od leta 1978 deluje Delovna skupina evropskih medicinskih sester - raziskovalk (Workgroup of European Nurse Researches -WENR).

Naloga predstavnice vsake države v skupini WENR je, da na sestanku letno poroča o raziskovalnih dosežkih in problemih v svoji državi. Vsako drugo leto pa je organizirana mednarodna konferenca o RD v zdravstveni negi v Evropi. Slovenija se je, takrat še v okviru Zveze društev medicinskih sester Jugoslavije, leta 1988 s svojo predstavnicjo Vero Grbec vključila v raziskovalno skupino. Od leta 1992 pa Slovenija nastopa kot samostojna članica. Iz poročil je razvidno, da je RD v zdravstveni negi v različnih evropskih državah na različni stopnji. Nekatere države imajo že dolgo tradicijo in zagotovljen vir finansiranja, v drugih pa je razvoj počasnejši, primanjkuje ustreznega kadra kot nosilca RD, primanjkuje pa tudi finančnih sredstev. Povsod pa je zaznati veliko motiviranost in spoznanje, da se brez RD zdravstvena nega kot znanstvena veda ne more razvijati.

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

Strokovna organizacija Zbornica - Zveza letos praznuje pomembna jubileja: 85-letnico organiziranega delovanja medicinskih sester na Slovenskem in 20-letnico zborničnega delovanja. Je krovna organizacija, ki predstavlja in zastopa medicinske sestre, zdravstvene tehnike in babice navzven pri vladnih in nevladnih institucijah ter v mednarodnem prostoru, znotraj pa povezuje svoje članstvo v okviru regijskih strokovnih društev in strokovnih sekcij. Tako pokriva vsa specifična področja zdravstvene nege, med njimi tudi raziskovalno področje. Predstavlja enega od centrov za RD, prireja simpozije in druga strokovna srečanja o RD. Pri svojem delu se povezuje tudi z izobraževalnimi ustanovami. Pri Društvu medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana obstaja že od leta 2001 Raziskovalna skupina, kjer potekajo odmevne

raziskave. RD objavljajo v Obzorniku ali v samostojnih izdajah. Tudi v drugih društvih in sekcijah poteka živahno RD, kjer se vključujejo medicinske sestre iz prakse.

### ***Izdajanje strokovno znanstvenega časopisa Obzornik zdravstvene nege***

Strokovno glasilo Obzornik zdravstvene nege je edina strokovno znanstvena publikacija medicinskih sester, babc in zdravstvenih tehnikov, ki jo izdaja Zbornica- Zveza Slovenije.

Letos praznuje že 45. obletnico neprekinjenega izhajanja, na kar smo lahko ponosni. Ob njem so rasle in se izobraževale cele generacije medicinskih sester.

Objavlja strokovne in znanstvene članke, predvsem s področja zdravstvene nege, ter odpira možnost za objave tujih strokovnjakov, kadar le-ti posredujejo informacije, uporabne za zdravstveno nego. Zdravstveno nego je možno tako kot vsako drugo stroko ovrednotiti tudi skozi prizmo objav (Mihelič Zajec, 2006).

V letu 2005 je bil Obzornik zdravstvene nege uvrščen na seznam strokovnih revij Ministrstva za šolstvo, znanost in šport, ki so citirane v mednarodnih bibliografskih bazah in objavljajo izvirne znanstvene članke. Ker naša revija pokriva predvsem stroko zdravstvene nege, je to posredno tudi priznanje znanstveni utemeljenosti stroke (Grbec, 2005).

### ***Etika v raziskovanju***

Vsaka dejavnost v zdravstveni negi ima svojo etično komponento, ki se je moramo vedno zavedati. Za raziskovanje v zdravstveni negi mora raziskovalec poznati vse omejitve in pogoje biomedicinskega raziskovanja, ki jih urejajo številne mednarodne deklaracije in predpisi, pri nas pa določa Zakon o zdravstvenem varstvu, Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije in druga določila. Predloge pa preverja in odobri Komisija za etično medicinska vprašanja pri Ministrstvu za zdravje. Odločitve so včasih težke in meje niso čisto jasne, zato vsak primer terja skrbno presojo predvsem pa odgovor na vprašanje zakaj raziskovati in kakšna je pričakovana korist. Ta presoja, ob upoštevanju »zlatega pravila etike«, je zelo pomembna predvsem takrat, kadar je subjekt raziskave bolnik ali varovanec. Za vsako odločitev sprejema raziskovalec etično, strokovno in pravno odgovornost.

### **RAZPRAVA**

Raziskovalno delo, čeprav na videz odmaknjeno, ima v končni fazi cilj, priti do novih spoznanj, ki bodo obogatila zdravstveno nego kot znanstveno disciplino in kot prakso, ki zvišuje kakovost dela in vnaša nova spoznanja. Zdravstvena nega danes gradi lastne teoretične modele, postavlja izhodišča, oblikuje metodologijo, raziskuje in proučuje, je ustvarjalna pri vsakdanjem delu. Pomembno je, da znamo razviti ustrezne metode in tehnike in ne samo avtomatsko prevzemati že ustaljene prakse. Zato je nujno učenje znanstvenih pristopov, ki usposobijo medicinsko sestro za samostojno in kompetentno delo veliko bolj kot pa samo pasivno sprejemanje znanja.

Iz pregleda dejavnosti v preteklem obdobju lahko ugotovimo, da se je RD pri nas zelo razmahnilo, da je marsikdaj dobro predstavljeno v strokovni javnosti in navzven, težko pa je opredeliti, kakšen je njegov vpliv na prakso zdravstvene nege ali na strokovno in družbeno okolje. Uvajanje sprememb v prakso zdravstvene nege na osnovi raziskovalnih rezultatov je nujno, ob enem pa zelo zahtevno delo.

### **SKLEP**

Na razvoj RD v zdravstveni negi je vplival splošen razvoj znanosti in drugih znanstvenih ved, ki je potrdil dejstvo, da brez RD ni razvoja. Začetek je bil težak in počasen, v zadnjih desetletjih pa beležimo hitrejši razvoj, tudi zaradi boljših možnosti izobraževanja. Praksa zdravstvene nege se srečuje z novimi izzivi, ki terjajo nove rešitve. Le-te pa so povezane z novimi spoznanji, do katerih pridemo pretežno z RD. Implementacija raziskovalnih dosežkov v prakso zdravstvene nege pa je zahtevna naloga in pred nami so novi izzivi.

## LITERATURA

Grbec V. Raziskovalno delo pri nas in v svetu. Obzor Zdrav N 1996; 30(3-4):145-7.

Grbec V. Obzornik zdravstvene nege, zdravstvo in družba. Obzor Zdav N 2005; 39(4): 173.

Grbec V. Raziskovanje v zdravstveni negi v preteklosti. V: Klemenc D (ur.), Pahor M (ur.). Medicinske sestre v Sloveniji: Zbornik člankov s strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo. Ljubljana, 4. December 2001. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2001: 3-6.

Kavalič S. Raziskovalno delo na področju bolniške nege. Zdrav Obzor 1974; 8(1):297-308.

Koželj B. Razvojno in raziskovalno delo. Kranj: Moderna organizacija, 1980.

Koželj B. Osnove tehnoloških sistemov. Kranj: Visoka šola za organizacijo dela Kranj, 1976.

Kroflič R. Načrtovanje kurikuluma – študija primera. Novosti CRU 1993; 5-6: 47-50.

Mihelič Zajec A. Zdravstvena nega in babištvo v zrcalu objav strokovne revije. Obzor Zdr N 2006; 40(4): 1-2.

Pahor M. Grbec V. Nastajanje in značilnosti študijskega programa zdravstvene vzgoje. Novosti CRU 1993; 5-6: 51-60.

Pelkonen M. Nursing research in Finland. WENR 1997; 25-31.

Pipan M., Kavalič S. Časovna analiza dela medicinske sestre v enoti za intenzivno nego. Zdrav Obzor 1974; 8(4): 231-33.

Šmitek J. Hierarhija znanja v Zdravstveni negi. Obzor Zdrav N 2001; 35(5): 163-74.



# 'PREVAJANJE' ZNANSTVENIH UGOTOVITEV V STROKOVNE ODLOČITVE MEDICINSKIH SESTER IN BABIC

## 'TRANSLATING' EVIDENCE-BASED KNOWLEDGE IN NURSES' AND MIDWIVES' PROFESSIONAL DECISION-MAKING

Izr. prof. dr. Majda Pahor, univ.dipl.soc.

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

majda.pahor@zf.uni-lj.si

### IZVLEČEK

Izhodiščno vprašanje prispevka je, kako se znanstvene ugotovitve vključujejo v konkretno klinično prakso medicinskih sester in babic. Sestavni del strokovnega dela je refleksija lastnega delovanja in usmerjanje delovanja v zaželeno izide. V sodobni zdravstveni negi naj bi to usmerjanje potekalo na osnovi znanstvenih dokazov. Stroka zdravstvene nege je razvila kadrovske možnosti za produkcijo znanstvenega znanja, vendar se ugotovitve raziskav še relativno malo vključujejo v klinično prakso. Razlogi za to so predvsem pomanjkanje znanja in časa, pa tudi nespodbudno okolje za uvajanje novosti, tako v okviru lastne poklicne skupine kot zaradi nerazvitega medpoklicnega sodelovanja.

Ključne besede: na dokazih temelječa praksa, odločanje, stroka, zdravstvena nega, babištvo

### ABSTRACT

The starting point of the paper is the question how nurses and midwives include scientific knowledge in their everyday clinical practice. Reflection of own actions and striving for expected outcomes is a structural part of any profession. This activity should be based on scientific evidence. Nursing research produces evidence based knowledge, but it hasn't been widely used in practice. The reasons for that are mostly lack of knowledge and time, but also unsupportive environment for introducing innovation within own professional group as well as a result of underdeveloped interprofessional collaboration.

Key words: evidence-based practice, decision-making, profession, nursing, midwifery

### UVOD

Medicinske sestre in babice pri svojem vsakdanjem delu neprestano sprejemajo klinične odločitve. Medicinska sestra v splošni ambulanti npr., se mora odločiti, ali bo dala prednost enemu od čakajočih, čeprav še ni na vrsti. Ob sprejemu pacientke v bolnišnico se mora medicinska sestra odločiti, katere besede bo uporabila o njenem preoblačenju v pižamo. Patronažna medicinska sestra, ki ugotovi, da gre njena pacientka z urinskim katetrom iz ene infekcije v drugo, je pred odločitvijo, ali naj ukrepa in kako. Babica, ki spremlja žensko med porodom, ima različne možnosti, kako naj ji odgovori na vprašanje, kako to, da mora dobiti določeno zdravilo, in izbira med njimi.

Iz takih in množice podobnih situacij izhaja cela vrsta vprašanj, kot so: kako je medicinska sestra prišla do te odločitve? Kdo je bil vključen v odločanje? Kdo ali kaj je vplivalo na odločitev? Tema tega prispevka je razmišljanje o možnih odgovorih, in še pomembneje, o nadaljnjih vprašanjih v zvezi s sprejemanjem odločitev v zdravstveni in babiški negi.

### IZHODIŠČA

Stroka ali profesija se izhodiščno nanaša na dejavnost, povezano z osrednjimi družbenimi vrednotami, kot so pravičnost, zdravje, transcendenca ali smisel človekovega življenja. Okoli teh vrednot se oblikujejo institucionalne dejavnosti za njihovo zagotavljanje in se sčasoma oblikujejo posebne vrste poklicev z visokim ugledom in posebnim položajem v družbi. Njihova posebnost je v tem, da posedujejo znanje in spretnosti, ki ljudem omogočajo npr. doseganje pravične rzsodbe sporov, zdravljenje bolezni in življenje po smrti.



Sčasoma se seznam dejavnosti, izvajanih na osnovi posebnega znanja, ki zagotavlja spremembo pojava v zaželeno smer, razširi, izraz 'stroka' se uporablja za vsa dela, ki so strokovna, torej izhajajo iz uporabe nekega 'teoretičnega' znanja o pojavu in privedejo do zaželenega izida.

Strokovnjaki so torej osebe, katerih glavni namen je, da pri svojem predmetu obravnave povzročajo spremembe v zaželeno smer. Pri tem gre predvsem za aplikacijo obstoječega znanja, zato tem vedam rečemo tudi aplikativne. Gre pa tudi za ustvarjanje novega znanja. Zdravstvena nega, podobno kot druge aplikativne vede, je idealno polje za razvoj nove epistemologije prakse. Skozi refleksijo tega, kar medicinske sestre delajo, je mogoče izraziti »tiho« znanje vsakdanjega reševanja problemov, prevajanja tega znanja v raziskovalna vprašanja in odgovore ter nazaj in tako medsebojno povezovanje in bogatenje teorije in prakse (Pahor, 2009). V zdravstveni negi neprestano poteka refleksija, opazovanje in vrednotenje lastnega dela, in na podlagi tega spremembe ravnanja v novih situacijah.

Schon (1991) je ločil dva tipa refleksije:

1. *Refleksija-v-akciji* poteka vzporedno z dejanjem. To je zelo težko izvajati zaradi kratkega časa, ki je na razpolago, sploh pa je ne zmorejo začetniki.

2. *Refleksija-o-akciji* poteka po dejanju in je razdeljena na faze. Premišljevanje o dejanju po navadi najprej povzroči presenečenje ali notranje neugodje, ker nismo uspeli uporabiti vsega ali pravega znanja v neki situaciji; druga faza je kritična analiza situacije (občutkov, znanja, kar vodi k novemu znanju). Tretja faza pomeni razvoj novega pogleda na situacijo in novega razumevanja, ki je potem osnova za naslednja dejanja.

V refleksiji-o-akciji bi morala biti vključena tudi uporaba na dokazih temelječega znanja. Kaj so dokazi? Kako vemo, kako trdni in zanesljivi so? V sodobnem zdravstvu prevladuje »zlati standard« eksperimentalnega raziskovanja (randomized controlled trial), ki velja za ustvarjalca najbolj zanesljivega znanja. Tudi drugi raziskovalni pristopi nam ob rigorozni izvedbi omogočajo pridobiti zanesljivo in veljavno znanje o pojavih za njihovo spreminjanje v zaželeno smer.

### **Razvitost raziskovanja v zdravstveni negi in njegova vključenost v prakso**

Na svetu je preko pet milijonov medicinskih sester (WHO 2012). V ZDA jih je okoli 3 milijone, med njimi jih ima preko 400 000 magisterij in 28 000 doktorat znanosti (Truth about nursing, 2012). Za produkcijo raziskovalnega znanja je na svetu usposobljenih več sto tisoč medicinskih sester. Obstajajo številni raziskovalni inštituti in centri za produkcijo originalnega znanja na področju zdravstvene nege, a so vanje v primerjavi z drugimi medicinskimi vedami vložena relativno manjša sredstva in zato celoten spekter zdravstvenonegovalnega dela še ni »podložen« s sistematičnimi raziskavami. V šolah se bodoče medicinske sestre seznanjajo s principi raziskovanja v ZDA od 70. let 20. stoletja, v Evropi pa od 90ih.

**Kako je 'prevajanje' v prakso zamišljeno?** Melnyk in Fineout-Overholt (2004, cit. po Coopey, Nix in Clancy 2006) sta definirali na dokazih utemeljeno prakso kot »pristop k reševanju problemov v praksi z zavestno uporabo najboljših dokazov za sprejemanje odločitev o skrbi za paciente. Vključuje sistematično iskanje in kritično vrednotenje relevantnih dokazov, s katerimi odgovarjamo na klinična vprašanja, skupaj z lastnimi izkušnjami in pacientovimi željami ter vrednotami.« Ta definicija je izpeljana iz nekoliko starejše opredelitve o medicinski na dokazih utemeljeni praksi, ki pravi, da gre za »zavestno, eksplicitno in pretehtano uporabo trenutno najboljših dokazov pri sprejemanju odločitev o skrbi za paciente. Praksa na dokazih utemeljene medicine pomeni integracijo individualne klinične izkušnosti z najboljšimi dostopnimi zunanji klinični dokazi iz sistematičnega raziskovanja« (Sackett in sod., 1996). Novejše opredelitve opozarjajo na pomen integracije izkustvenega ali »tihega« znanja in na partnersko vlogo pacientov pri odločanju.

Pri izvajanju na dokazih utemeljene prakse gre za ciklični postopek, ki se začne in konča v klinični praksi. Praktični problemi so izhodišče za oblikovanje raziskovalnih vprašanj, na katera se pridobivajo odgovori na sistematičen, zanesljiv, preverljiv in veljaven način. Večje število raziskav producira »zalogo znanstvenih dokazov«, ki je na razpolago stroki v bazah podatkov, v revijah, knjigah, na spletnih straneh. Da bi uporabo tega znanja olajšali praktikom, ki praviloma nimajo dovolj časa za spremljanje vseh raziskav na določenem področju, se izdelujejo sinteze znanja v obliki sistematičnih pregledov znanstvene literature (npr v okviru Cochrane Review ipd). Določene skupine strokovnjakov se nato v inštitutih, v večjih kliničnih ustanovah ali v

okviru poklicnih združenj ukvarjajo s »prevajanjem« teh ugotovitev v napotke za ravnanja, v instrumente za merjenje kakovosti dela, izidov intervencij ipd. Tako pripravljene izsledke, poredovani strokovnjakom v praksi npr skozi strokovne revije, strokovna srečanja ali vseživljenjsko učenje so potem osnova za konkretno klinično prakso, kjer so prilagojeni določenemu okolju oz. populaciji pacientov in integrirani v vsakdanje klinično delo z njimi. Krog praviloma zaključni evalvacija učinkovitosti uvedbe določenega postopka z vidika kakovosti in varnosti izidov pri pacientih (in zaposlenih) (Coopey, Nix in Clancy 2006).

**Kako pa deluje?** Raziskava za raziskavo dokazuje, da se na dokazih utemeljeno znanje težko prevaja v prakso zdravstvene nege (Estabrook 1999a, cit. po Forsman, 2009, Forsman, 2009, Koehn in Lehman, 2008, Kajermo in sod., 2008, Kitson, 2008).

Uporaba raziskovalnega znanja pri medicinskih sestrah je relativno nizka, uporabljajo ga pa na zelo različne načine. Estabrook (1999a, cit. po Forsman, 2009) loči instrumentalno ali direktno uporabo za specifične odločitve ali posege (oz. za klinične usmeritve na institucionalni ravni), in konceptualno uporabo, ki povzroči spremembe v razmišljanju, ne pa nujno v aktivnosti medicinskih sester – raziskovalno znanje osvetli in informira. Tretja, simbolična uporaba raziskovalnih ugotovitev pomeni uporabo kot politično orodje prepričevanja za vpliv na sodelavce ali nosilce moči.

Koehn in Lehman (2008) sta ugotovila, da so bile proučevane medicinske sestre že na ravni stališč srednje naklonjene na dokazih utemeljeni praksi, njihovo znanje in spretnosti za uporabo tega znanja pa so bile še nižje. Univerzitetno izobražene medicinske sestre so statistično značilno pogosteje uporabljale znanstveno znanje kot tiste z visokošolsko izobrazbo (baccalaurate proti associate/diploma education). Najbolj pogosto omenjeni oviri uporabi raziskovalnega znanja sta bila čas in znanje. Avtorici zaključujeta, da je institucionalna kultura ključni dejavnik uporabe tega znanja. Podobno so tudi Kajermo in sod. (2008) prišli do sklepa, da glavne ovire pri uporabi raziskovanja v klinični praksi izhajajo iz pomanjkljive opore neposredno nadrejenih za sodelovanje v raziskovalnih in razvojnih projektih, iz neposedovanja univerzitetne izobrazbe in nejasnih ali nerealističnih zahtev delovnega mesta. Te ugotovitve torej nakazujejo, da bi morale glavne medicinske sestre in drugi vodje v zdravstvu ustvariti strategije za podporo medicinskim sestram, njihovem strokovnemu razvoju in možnosti za uvajanje raziskovalnih ugotovitev v prakso ob jasnih in realističnih pričakovanjih, kaj je v določenih okoliščinah mogoče narediti.

Uvajanje raziskovalnih ugotovitev v prakso poteka včasih precej mehanicistično in ne upošteva dejstva, da je vsaka zdravstvena organizacija in njena enota tudi socialni sistem, v katere so vključeni ljudje v specifičnih relacijah z določeno dinamiko. V zdravstvu je prisotna implicitna predpostavka, da sistemi delujejo kot mehanizmi. Večina znanja, ki se prevaja v prakso, izhaja iz logično-deduktivne paradigme in zanemarljivo dejstvo, da so sistemi tudi 'organizmi' in da uspešne inovacije slonijo na avtonomiji vključenih posameznikov, timov ali enot. Prevajanje znanja ni dovolj za spreminjanje sistemov, pomembna je vloga vseh vključenih in njihova interakcija. Ne moremo uvesti na dokazih utemeljeno prakso na silo, potreben je ustrezen kontekst, ki spodbuja avtonomno in odgovorno ravnanje posameznikov in skupin (Kitson 2008).

V ta kontekst spadajo tudi medpoklicni odnosi v zdravstvu. Intervencije za 'prevajanje znanja' iz znanstvenih raziskav v klinično prakso so usmerjanje k izboljšanju zdravstvenih procesov in izidov. S prevajanjem znanja poskušamo povečati delež na dokazih utemeljene prakse pri določeni poklicni skupini, mogoče pa pri tem spregledamo ovire zaradi težav v medpoklicnih odnosih. Zakaj je za izvajanje z dokazi podprte prakse potrebno dobro medpoklicno sodelovanje? Ker omogoča učinkovito prenašanje informacij o pacientih, ki se lahko v manj sodelovalnih okoliščinah prelišijo ali ne upoštevajo in tako dajo osnovo za ustrezno odločanje. Če imajo različne stroke skupno zalogo z dokazi podprtega znanja (National Research Council, 2003) in se je zavedajo, lahko tudi pripadnik druge stroke opazi napačno odločitev sodelavca. Če pa je medpoklicno sodelovanje slabo in so odnosi konfliktni in hierarhični, taka posredovanja niso mogoča. Dobro medpoklicno sodelovanje omogoča tudi bolj zanesljivo izvajanje odločitev na osnovi razumevanja in dobre komunikacije. Zaznavanje napak, bolj občutljivo in širše ocenjevanje težav pacientov in zanesljiva implementacija na dokazih utemeljenih odločitvah je v veliki meri odvisno od dobrega medpoklicnega sodelovanja (Zwarenstein, Reeves, 2006).

## ZAKLJUČEK

Iz pregleda literature je razvidno, da na uporabo znanstvenih ugotovitev v vsakdanji praksi zdravstvene nege delujejo mnogi dejavniki, in večina teh ni spodbudnih. Opazujemo lahko dejavnike na ravni:

- posamezne medicinske sestre,
- organizacijske enote, njene kulture, načina vodenja in medpoklicnega sodelovanja,
- zdravstvene organizacije,
- strokovnega združenja,
- sistema zdravstvenega varstva,
- civilne družbe (vloga organizacij pacientov),
- političnega sistema na lokalni, državni in naddržavni ravni.

Od usmerjenosti in moči posameznih dejavnikov ter njihove konstelacije v prihodnosti je odvisno nadaljnje uveljavljanje na dokazih utemeljene prakse tudi v zdravstveni negi.

## LITERATURA

Coopey M, Nix MP, Clancy CM. Translating Research Into Evidence-based Nursing Practice and Evaluating Effectiveness. *J Nurs Care Qual* 2006 Vol. 21, No. 3, pp. 195–202.

Forsman H, Gustavsson P, Ehrenberg A, Rudman A, Wallin L. Research use in clinical practice – extent and patterns among nurses one and three years postgraduation. *J Adv Nur* 2009, 65(6), 1195–1206.

Kajermo KN, Uden M, Gardulf A., Eriksson LE, Orton ML, Arnetz BB, Nordstrom G. Predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization. *J Nurs Man* 2008, 16, 305–314.

Kitson AL. The need for systems change: reflections on knowledge translation and organizational change. *J Adv Nurs* 2008, 65 (19), 217-28.

Koehn ML & Lehman K. Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice. *J Adv Nurs* 2008, 62(2), 209–215.

National Research Council. *Health Professions Education: A Bridge to Quality*. Washington, DC: The National Academies Press, 2003.

Pahor M. Izobraževanje za reflektivno prakso: se delo in razmišljanje izključujeta?. In: Bobnar, Albina (eds). *Znanje – pot k odlični zdravstveni negi: zbornik predavanj*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta; 2009, str. 17-22.

Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996, 312: 71-72.

Schon D. *The reflective practitioner. How professionals think in action*. London: Ashgate; 1991 (1983).

Truth about nursing. Dostopno na: [http://www.truthaboutnursing.org/faq/rn\\_facts.html#axzz1qwpx2gY](http://www.truthaboutnursing.org/faq/rn_facts.html#axzz1qwpx2gY). 30.3.2012

WHO. Global Health Atlas. Dostopno na: <http://apps.who.int/globalatlas/dataQuery/reportData.asp?rptType=1>, 30.3.2012

Zwarenstein M, Reeves S. Knowledge translation and interprofessional collaboration: where the rubber of evidence-based care hits the road of teamwork. *J Contin Educ Health Prof* 2006, vol 26, pp. 46-54.

# POMEN RAZISKOVANJA IN NA DOKAZIH TEMELJEČEGA DELOVANJA ZA RAZVOJ ZDRAVSTVENE NEGE

## THE IMPORTANCE OF RESEARCH AND EVIDENCE BASED PRACTICE FOR DEVELOPMENT OF NURSING

**doc. dr. Brigita Skela Savič**

Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice

bskelasavic@vszn-je.si

### IZVLEČEK

Številne reforme bolnišnične zdravstvene nege in politika zdravstvene nege še vedno kažejo na dvojnost oziroma razcepljenost med znanjem pridobljenim v kliničnem okolju in znanjem teoretične narave. V državah, kjer se medicinske sestre uspejo uveljaviti kot raziskovalke, tudi prispevajo na nivoju države in širše k oblikovanju politik in so uspešne pri pridobivanju raziskovalnih sredstev. Znanje medicinskih sester in raziskovalna vključenost sta tesno povezana s spremljanjem in zagotavljanjem kakovosti ter vrednotenjem lastnega dela. Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi (advanced practice in nursing) je potrebno razumeti kot višji nivo zahtevnosti izvajanja zdravstvene nege, izvajanje zahtevnejših kliničnih intervencij, izvajanje kliničnih raziskav, nenehno izobraževanje, avtonomno klinično odločanje, vrednotenje dela in izvedenih aktivnosti, raziskovalno delo in vodenje, za kar je potrebna vhodna izobrazba na magistrskem nivoju. Potrebna izhodišča za doktorski študij zdravstvene nege so predmet mednarodnih raziskav, razprav in smernic. Izpolnjeni morajo biti določeni pogoji, kot so močno raziskovalno jedro raziskav iz zdravstvene nege, vključenost zdravstvene nege v interdisciplinarne raziskave, razpoložljivost raziskovalnih sredstev za področje širše zdravstvene obravnave, število medicinskih sester z doktorati, ki se uspejo uveljaviti kot raziskovalke, znanstveni pristop pri spremljanju in zagotavljanju kakovosti ter vrednotenju lastnega dela, odločevalci v zdravstvenem sistemu se morajo zavedati pomena kakovostnega izvajanja zdravstvene nege. Doktorat znanosti je potreben za izobraževanje bodočih medicinskih sester, za prevzemanje odgovornih delovnih mest v zdravstvu in vodenje sprememb.

Ključne besede: raziskovanje, kakovost, magisterij, doktorat, raziskovalci, zdravstvena nega

### ABSTRACT

Several reforms of hospital nursing care and nursing policies continue to underscore the dichotomy between knowledge acquired in the clinical setting and theoretical knowledge. In countries where nurses also become recognized as researchers, they can contribute towards policymaking at the national and international levels, in addition to achieving research funding success. Nurses' knowledge and the amount of research activities correlate closely with quality monitoring, quality assurance and self-assessment abilities. Advanced practice in nursing should be understood to include a higher level of nursing care provision, the implementation of advanced nursing interventions, clinical research, continuous learning and education, autonomy in clinical decision making, assessment of work and performed activities, research work and leadership—all of this calls for a master's degree in nursing. The required starting points for doctoral programs in nursing remain the subject of international research, discussions and guidelines. Several conditions have to be met, including a strong core of nursing research, the inclusion of nursing in interdisciplinary research, the availability of research funding for broader health care purposes, the number of nurses with a doctorate degree who become established researchers, a scientific approach to quality monitoring, quality assurance and self-assessment, and the awareness among health care system decision makers of the importance of high-quality nursing care provision. A doctorate degree is necessary for educating future nurses, for filling positions in health care with a high degree of responsibility, and for leading change implementation.

Key words: research, quality, master's degree, doctorate degree, researchers, nursing

## UVOD

Diskurz o dobri medicinski sestri je močno zaznamovan s katolicizmom in podrejenosti medicini. Ker je medicina priznana znanstvena veda, z veliko privilegiji, statusom, prestižem in močjo, velikokrat še vedno velja, da je več kot nepotrebno, da se zdravstvena nega razvija kot znanstvena disciplina. Javna podoba prikazuje medicinske sestre kot asistentke zdravniku in kot ženske, ki prevzemajo samo po sebi umevne naloge na področju negovanja. Takšni stereotipi vodijo v razmišljanje, in aktivnosti, da medicinske sestre ne potrebujejo izobraževanja, kot je to značilno za druge profesije in ne potrebujejo akademskega razvoja na terciarni ravni izobraževanja. Njihovo usposabljanje je predvsem povezano z usposabljanjem ob bolniški postelji (McCloskey, 2008). Tako je praktično znanje medicinskih sester postalo bolj privilegirano, kot teoretično učenje in glavne medicinske sestre ne podpirajo dovolj teoretičnega izobraževanja in s tem razvoja zdravstvene nege na akademskem nivoju (Fealy, McNamara, 2007; v Skela Savič, Kydd, 2011). Številne reforme bolnišnične zdravstvene nege in politika zdravstvene nege še vedno kažejo na to dvojnost oziroma razcepjenost med znanjem pridobljenim v kliničnem okolju in znanjem teoretične narave (McNamara, 2005). Za razvoj raziskovanja in dojemanje pomembnosti le tega, ima pomembno vlogo izobrazba medicinskih sester. Bolj ko so medicinske sestre izobražene, boljša je njihova percepcija o potrebnosti raziskovanja (Karkos, Peters, 2006; McCleary, Brown, 2003). Wells, Free in Adams (2007) opisujejo ovire, ki odvrtačajo medicinske sestre od uporabe na dokazih podprte zdravstvene nege, kjer je v prvi vrsti prisotno predvsem pomanjkanje znanja.

Raziskava Svetovne zdravstvene organizacij (Büscher, Sivertsen, White, 2009) pokaže razlike med evropskimi državami na področju raziskovanja. Močna raziskovalna jedra so prisotna le v državah, ki imajo tradicijo izobraževanja na magistrski in doktorski ravni. Prav tako je prepoznati slabo vključenost zdravstvene nege v interdisciplinarne raziskave in slabo razpoložljivost raziskovalnih sredstev za področje širše zdravstvene obravnave. V državah, kjer se medicinske sestre uspejo uveljaviti kot raziskovalke, tudi prispevajo na nivoju države in širše k oblikovanju politik in so uspešne pri pridobivanju raziskovalnih sredstev. Znanje medicinskih sester in raziskovalna vključenost sta tudi tesno povezana s spremljanjem in zagotavljanjem kakovosti ter vrednotenjem lastnega dela.

Na dokazih podprta zdravstvena nega je koncept delovanja medicinskih sester v kliničnem odločanju, ki deluje na povezavi in integraciji (1) najboljših dokazov o nekem problemu, pridobljenih s pomočjo znanstveno raziskovalnega dela, (2) kliničnih izkušenj in spoznanj strokovnjakov v kliničnem delu in (3) vrednot pacientov (Sacketts et. al., 2000; v Munten, 2010). Številni avtorji opisujejo probleme in vrzel med raziskovanjem in uporabo dokazov raziskav v praksi (Mullhall 2002; Hanberg, Brown 2006; Munten, 2010).

## METODE

### *Opis problema in namen*

V Sloveniji smo v obdobju, ko se prepletajo različni interesi na področju profesionalnega razvoja in izobraževanja v zdravstveni negi. Skela Savič (2009) navaja, da se politika in zdravstveni management soočata z dejstvom, da je izobraževanje medicinskih sester na visokošolski ravni bazično izobraževanje za dejavnost zdravstvene nege in da mora potekati v skladu z EU direktivo za regulirane poklice, v skladu z bolonjsko prenovo in drugimi mednarodnimi usmeritvami. V letu 2007 je bilo v Sloveniji prvič možno vpisati magistrski študij zdravstvene nege, leta 2010 so v delovno okolje prišli prvi magistranti zdravstvene nege v Sloveniji. S tem so vzpostavljeni prvi pogoji za razvoj kliničnega raziskovanja v zdravstveni negi. Do sedaj so medicinske sestre, ki so študirale na drugih dodiplomskih programih za pridobitev univerzitetne izobrazbe in podiplomskih programih za pridobitev magisterija in doktorata znanosti, predvsem raziskovale na področju managementa, kakovosti in dojemanja lastne profesije, saj jim omenjeni programi niso podali dovolj teoretičnega znanja in razvojnih izzivov za raziskovanje lastne profesije iz kliničnega vidika.

Namen prispevka je podati dosedanja spoznanja o pomenu raziskovanja in na dokazih podprtega dela v razvitem svetu in aplicirati spoznanja na stanje v Sloveniji ter podati nadaljnje usmeritve.

## **Uporabljena metoda dela**

Prispevek je sinteza nekaterih že objavljenih del avtorice prispevka, pri katerih je bila uporabljena metoda pregleda literature (Skela Savič, 2012; Skela Savič, Kydd, 2011; Skela Savič, 2011). V pripravo prispevka smo tako dodatno uvrstili en pregledni znanstveni članek (Munten et al., 2010).

## **MOČ RAZISKOVANJA IN UPORABE DOKAZOV V ZDRAVSTVENI NEGI**

### ***Nekatera spoznanja za nadaljnje aktivnosti***

McCloskey (2008) povzema rezultate številnih raziskav, ki govorijo o ovirah za razvoj raziskovanja v zdravstveni negi. Tako se literatura navaja, da so ključne ovire v pomanjkanju časa za branje člankov in vključevanje v raziskovalne aktivnosti in s tem povezana nizka podpora posamezniku, da se vključi v raziskovanje. Naslednja bariera je pomanjkanje znanja in veščin za razumevanje rezultatov raziskovanja. Green in ostali (2007) poudarjajo pomen tesne povezanosti med izkušenimi raziskovalci v praksi, visokošolskimi učitelji in študenti.

Pobude in zahteve za raziskovanje morajo prihajati s strani managementa zdravstvene nege. Tagney in Haines (2009) spodbujata inovativne pristope pri vzpostavitvi raziskovanja, kar se naj kaže v ustrezni organizacijski strukturi in organizacijski kulturi, ki spodbuja raziskovanje in delo na osnovi dokazov. Happell in Martin (2004) opisujeta pozitivne učinke oblikovanja razvojnih kliničnih oddelkov v zdravstveni negi, katerih delovanje se povezuje z večjim osredotočanjem na razvoj, raziskovanje, na dokazih podprto delovanje, povečanimi aktivnostmi za razvoj profesije idr. Darbyshire in ostali (2005) govorijo o problemih raziskovanja v zdravstveni negi, ki so povezani s pomanjkanjem sredstev.

McEwen (2002) pravi, da uporaba na dokazih podprta zdravstvene nege v kliničnem okolju zmanjšuje uporabo ritualov, izoliranih in nesistematičnih kliničnih izkušenj, neutemeljenih mnenj, uporabo tradicije v bazičnem kliničnem delovanju medicinskih sester. Na žalost veliko medicinskih sester ne razume koncepta na dokazih podprte zdravstvene nege in kako le tega integrirati v delo kliničnih oddelkov. Uporaba na dokazih podprte prakse je več kot uporaba spoznanj raziskav, ker vključuje tudi uporabo vseh oblik praktičnega znanja, ki se jih sooči z najboljšimi dokazi v času odločanja, primerja z odobreno klinično prakso (klinične smernice), strokovnim znanjem, strokovno presojo in pacientovimi preferencami. Na dokazih podprta praksa tako upošteva spoznanja raziskav, izkušnje in spoznanja kliničnega okolja in je v pacienta orientiran pristop, je most med raziskavami, teorijo in prakso (Penz, Bassendowski, 2006). Hannes in ost. (2007) ugotavljajo nizko odgovornost medicinskih sester za izvajanje na dokazih podprte prakse. Melnyk, Fineout-Overholt in Mays (2008) ugotavljajo, da je izvajanje na dokazih podprte prakse statistično pomembno povezano z naraščanjem stopnje izobrazbe pri medicinskih sestrah in prevzemanjem odgovornosti na delovnem mestu.

Veliko je raziskav o pomenu raziskovanja v zdravstveni negi in ovir za razvoj raziskovanja, kot so (1) značilnosti medicinskih sester: vrednote medicinskih sester na področju raziskovanja, veščine in znanje o raziskovanju, zavedanje o pomenu raziskovanja, (2) značilnosti organizacije: umestitev pomena raziskovanja, ovire in omejitve, (3) značilnosti inovacij: kakovost raziskovanja, (4) značilnosti komuniciranja: predstavitev in dostopnost raziskovanja (Funk et al., 1991; v Munten, 2010), ki še danes predstavljajo izhodišče za uvajanje sprememb v zdravstveni negi.

Uvajanje raziskovanja in na dokazih podprtega delovanja v zdravstveni negi predstavlja kontekst širše odgovornosti, saj številne raziskave pokažejo na dimenzijo vplivnih dejavnikov, ki pogojujejo uspešnost in napredek na tem področju. Tako raziskovalci opozorijo na nekatera spoznanja za uspešno uvajanje spoznanj raziskav v klinično delo:

- Prenos raziskav v prakso je mogoč, če so spoznanja raziskav pridobljena na osnovi znanstveno raziskovanega dela in omogočajo konsenz odločanja v klinični praksi, pri čemer se upošteva pacientove preference;
- Prenos raziskav je mogoč, če organizacija deluje kot učeča organizacija, uporablja se transformacijsko vodenje in ustrezno spremljanje lastnega dela in uporaba ustreznih mehanizmov izboljševanja dela;
- Organizacija ima usposobljene podpornike za uvajanje izboljšav, ki oblikujejo strategijo uporabe dokazov v praksi na osnovi dosegljivosti potrebnih virov, kulture in vrednot ter stila vodenja in spremljanja lastnega dela, ki so v organizaciji (Kitson et al. 1998; McCormack et al. 2002; Rycroft-Malone et al. 2002; Rycroft-Malone et al. 2004; Munten, 2010).

Thompson s sodelavci (2007) opozori, da je malo metodološko močnih raziskav, ki bi opredelile prenos spoznanj raziskav v prakso zdravstvene nege. Pogosto se uporabljajo programi izobraževanja na področju raziskovanja, vendar raziskave pokažejo, da le to ni učinkovito, če istočasno ne poteka tudi usposabljanje vodij na vseh nivojih o pomenu uporabe spoznanj raziskav v kliničnem delu.

Profesionalno in medinstitucionalno povezovanje znotraj zdravstvene nege je odgovornost vodij (Skela Savič, 2011). Potrebno je vzpostaviti povezovanje med prakso zdravstvene nege in izobraževanjem v zdravstveni negi. Le sodelovanje med medicinskimi sestrami v izobraževanju in medicinskimi sestrami vodji bo prineslo razvoj zdravstvene nege (Danna, Schaubhut in Jones, 2010; v Skela Savič, 2011). Danna, Schaubhut in Jones (2010; v Skela Savič, 2011) predlagajo na osnovi izvedene raziskave strategije za izboljšanje sodelovanje med medicinskimi sestrami v izobraževanju in kliničnem okolju, odgovornost za to nosijo vodje na obeh področjih.

Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi (advanced practice in nursing) je potrebno razumeti kot višji nivo zahtevnosti izvajanja zdravstvene nege, izvajanje zahtevnejših kliničnih intervencij, izvajanje kliničnih raziskav, nenehno izobraževanje, avtonomno klinično odločanje, vrednotenje dela in izvedenih aktivnosti, raziskovalno delo in vodenje, za kar je potrebna vhodna izobrazba na magistrskem nivoju (Atkinson et al., 2010; Supporting the Development of Advanced Nursing Practice, 2008).

Atkinson in drugi (2010; Supporting the Development of Advanced Nursing Practice, 2008) predstavljajo za oblikovanje nivoja znanja za zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi naslednje ključne stebre: klinično delo, izobraževanje, raziskovanje management/vodenje. Največji pomen ima klinično delo. Značilnosti stebrov:

- management in vodenje (prepoznavanje potreb za spreminjanje, vodenje inovacij in sprememb, razvoj stroke, razvijanje zaznavanja potreb za spremembe, razvoj veščin, mreženje, razvoj tima in timskega dela);
- izobraževanje (principi poučevanja in učenja, podpora zaposlenim pri razvoju znanja in veščin, promocija učenja, izgradnja učečega okolja, razvoj kariere in dajanje povratne informacije, učenje, mentorstvo in vodenje kariere);
- raziskovanje (spodobnost pridobiti raziskovalno delo, uporaba informacijske tehnologije, kritično ovrednotenje raziskovalnega dela, vključenost v raziskovanje, vključenost v nadzore kakovosti, spodobnost implementacije raziskovalnega dela v prakso, uporaba smernic, protokolov, predstavljanje rezultatov raziskovanja, publiciranje rezultatov raziskovanja);
- klinično delo (odločanje, klinično presojanje, reševanje problemov, kritično razmišljanje, analitične veščine, kritična refleksija, upravljanje kompleksnih pojavov, klinično vodenje, enakost in različnost, etično odločanje, ugotavljanje kliničnih problemov, oblikovanje diagnoz, odpuščanje, razvoj visokih nivojev avtonomije pri delu, predpisovanje zdravil glede na zakonodajo, razvijanje zaupanja, razvoj terapevtskih intervencij za izboljšanje izidov obravnave, visoka stopnja komunikacijskih veščin, osredotočenost na uporabnike storitev, vključevanje javnosti, promocija in vplivanje za izgradnjo vrednot, razvoj zahtevnejših psihomotornih veščin).

### ***Kakovost in raziskovanje – kaj je tukaj skupnega?***

Eden od stalno prisotnih problemov v zagotavljanju kakovostne zdravstvene obravnave je prepad med spoznanji raziskav in klinično prakso (Haines et al., 2004).

Ploeg in ostali (2007) povzema raziskave o ovirah in pospeševalcih uvajanja kliničnih smernic v zdravstveni negi in širšem zdravstvenem timu. Najpogostejši omenjeni pospeševalci razvoja so prisotnost spodbujevalcev sprememb v delovnem okolju s strani vodij ali medicinskih sester specialistk, usposabljanje zaposlenih, izobraževanje in reševanje problemov pri nastajanju kliničnih smernic, močno podporno vodenje in sodelovanje v multidisciplinarnih timih. Kot najpogosteje ugotovljene ovire so se izkazale: čas osebja, obseg dela, pomanjkanje kadra, pomanjkanje dostopa do opreme in virov in odpor zaposlenih do sprememb.

Noffke in Somekh (2005; v Munten, 2010) opozorita na pomen akcijskega raziskovanja, ki se osredotoča na problem med spoznanji raziskave in njeno uporabo v praksi. Akcijsko raziskovanje ima cilj, da je poleg pridobitve znanja o nekem raziskovalnem problemu, stremi še k izboljšanju situacije v kateri se nahaja



raziskovalni problem, tako da se tudi to vključi v raziskovanje (Munten, 2010). Definicija akcijskega raziskovanja po Waterman in drugi (2001; v Munten, 2010) pravi, da je akcijsko raziskovanje poizvedovanje, ki opiše, interpretira in razloži situacijo, kako izvesti spremembo v praksi, ki je usmerjena v izboljševanje dela in vključevanje vseh v izvajanje izboljšav. Gre za problemsko orientacijo, s specifično vsebino in orientiranost v prihodnost. Akcijsko raziskovanje je skupinska aktivnost med raziskovalci in kliniki, ki so skupaj združeni v uvajanje sprememb. Proces njihovega sodelovanja je dinamičen in omogoča prenos znanja. Delovanje je ciklično s fazami identifikacija problemov, načrtovanje, izvedba in vrednotenje aktivnosti, kar vodi v učenje vseh in pooblašanje vključenih. Ključnega pomena je partnerstvo med raziskovalcem in tistimi, ki so vključeni v raziskovalni proces, ali kot sodelavci raziskave ali kot predmet raziskave.

Aksijsko raziskovanje se razume kot most med znanstveno raziskovalnim delom in njegovo vpeljavo v neposredno prakso in je most med raziskovalci in kliniki (Munten, 2010).

### **Raziskovanje kot del kompleksnega razumevanja vloge zdravstvene nege v družbi**

Skela Savič in Kydd (2011) na osnovi sinteze pregledane literature prikažeta dejavnike, ki pojasnjujejo vlogo zdravstvene nege v družbi, med drugim tudi pomen raziskovanja in na dokazih podprtega delovanja. Pregled predstavlja priporočila za medicinske sestre, managerje v zdravstveni negi, dekane visokošolskih zavodih, predstavnike združenj idr. Rezultati pregleda literature so zlasti relevantni za države, kjer je zdravstvena nega slabo razvita znanstvena disciplina in kjer je potrebno narediti hitre premike za razvoj znanja v zdravstveni negi in oblikovanje nove vloge medicinskih sester v družbi. Rezultati so prikazani v tabeli 1.

**Tabela 1:** Dejavniki oblikovanja vloge zdravstvene nege v družbi

Kategorije (N=7):	Kode (N=47):	Avtorji:
Javna podoba medicinskih sester in pomen znanja	Vpliv katolicizma na zdravstveno nego Podrejenost zdravstvene nege medicini Naloge medicinskih sester so samo po sebi umevne Prevladuje prepričanje o nepotrebnosti akademskega razvoja Poudarja se pomembnost usposabljanja ob bolniški postelji V izobraževalni programih ni akademske dimenzije Privilegirano je praktično znanje Razcepljenost med pomenom kliničnega in teoretičnega znanja Dvig izobrazbe ima predvsem statusni pomen (plača)	Fealy, McNamara (2007) Lorentzon (2003) McNamara (2005)
Zavedanje na nivoju osebe in na nivoju strokovnjaka	Zavedanje osebnostnih lastnosti, ki nas oblikujejo Zavedanje lastnega profesionalnega delovanja Profesionalno vedenje, pozitivne vrednote do lastne profesije, inicijativnost/samoinicijativnost, samozavest, biti vključen/želeti si biti vključen	Pearson in ost. (2006)
Znanje in število kadrov v zdravstvu prilagoditi potrebam v prihodnosti	Različnost izobraževanja v zdravstveni negi v razvitem svetu Pomen poznavanja razlik med univerzitetnimi in visokošolskimi programi v zdravstveni negi Bolj kot so medicinske sestre izobražene, boljši so rezultati zdravstvene obravnave Zahteva se kontinuirano izobraževanje medicinskih sester, Kredibilnost zdravstvene nege mora biti podprta z izobraževanji, izhodišče za vstop v poklic je visokošolsko izobraževanje Pomen ustreznih in kompetentnih kadrov v zdravstvu je velik Znanje se naj prilagaja demografskim spremembam v družbi Izkazane so zahteve po povečevanju števila kadrov v zdravstvu Prilagoditi izobraževalne potrebe in zmogljivosti učnih baz za izobraževanje Pomen znanja o izboljševanju lastnega dela Pomen prenosa znanja (mentorstvo)	Pearson in ost. (2006) Aiken, Clarke, Cheung, Sloane, Silber (2003) Duffield in ost. (2007) Klein (2007) Rafferty in ost. (2007) Curson in ost. (2010) Schofield in ost. (2009)



Kategorije (N=7):	Kode (N=47):	Avtorji:
Potrebne nove dimenzije znanja v zdravstveni negi in prenos kompetenc	Nadgradnja kompetenc s sposobnostmi Izobraževanje po diplomi je globalni trend Zaradi povečanega trenda izobraževanja se pričakuje prenos nekaterih kompetenc iz zdravnika na medicinske sestre Magistrski programi morajo biti prilagojeni glede na razvojne potrebe v zdravstveni negi, na potrebna nova znanja in veščine Potrebne veščine povezane s kliničnim delovanjem: odprt pristop, kritično razmišljanje, veščine sprejemanja odločitev, holistični pristop.	Fraser, Greenhalgh (2001) Sheer in Wong (2008) Dubois, Singh (2009) Horrocks in ost. (2002) Pearson in ost. (2006)
Raziskovanje kot vir novega znanja in razvoja	Raziskovanje je povezano z znanjem medicinskih sester Ni znanj in veščin za razumevanje rezultatov raziskav Na razvoj raziskovanja vplivajo čas, nizka podpora posamezniku Management mora podpirati raziskovanje Problem predstavljajo sredstva za raziskovanje Premalo povezovanja raziskovalcev, visokošolskih učiteljev in študentov Kultura raziskovanja v zdravstveni negi ovirana zaradi hierarhične kulture v zdravstvenih organizacijah Vrednote medicinskih sester ne podpirajo raziskovanja Strah pred spremembami Favorizirana kultura »akcije« in ne kultura »razmišljanja«	Karkos, Peters (2006) McCleary, Brown (2003) Wells, Free in Adams (2007) McCloskey (2008) Happell, Martin (2004) Darbyshire in ostali (2005) Green in ostali (2007) Tagney in Haines (2009) French (2005) Carrion in ost. (2004)
Prevzemanje odgovornosti za izvajanje na dokazih podprte zdravstvene nege	Nizka odgovornost za izvajanje na dokazih podprte prakse Nerazumevanje koncepta na dokazih podprte zdravstvene nege Povečevanje stopnje izobrazbe je povezano z uvajanjem na dokazih podprte zdravstvene nege	Hannes in ost. (2007) Melnik in Fineout-Overholt (2008)
Usmerjenost v sodelovanje in komuniciranje	Timsko delo znotraj zdravstvene nege Timsko delo in sodelovanje v zdravstvenem timu Učinkovita komunikacija (poslušanje, zagotavljanje ustrezne povratne informacije) s sodelavci in ostalimi zdravstvenimi delavci, pacienti in svojci Posredovanje znanja pacientom in izboljševanje pacientovih kompetenc Izmenjava znanj in posredovanje znanja med sodelavci	Pearson in ost. (2006)

Vir: Skela Savič, Kydd (2011)

## RAZPRAVA

Globalna kriza se vse bolj dotika tudi zdravstvenega sistema, zato postaja še bolj pomembno, da management zdravstvene nege zna poiskati inovativne pristope za ohranjanje sredstev, ki so namenjena zdravstveni negi v zdravstvenem zavodu. V dani situaciji predstavljajo največjo nevarnost za zdravstveno obravnavo in varnost pacientov zmanjševanje števila medicinskih sester. Le s spremljanjem, izboljševanjem in raziskovanjem lastnega dela bo zdravstvena nega imela dokaze, da pomembno prispeva h kakovostni zdravstveni obravnavi, da je delo medicinskih sester podprto z dokazi (Skela Savič, 2012). Blegen in ostali (2011) v raziskavi "Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality," dokažejo, da večje zaposlovanje medicinskih sester, zmanjšuje smrtnost, padce in druge incidente, bolnišnične okužbe in ležalno dobo. Needleman in ostali (2011) so objavili rezultate, da je zmanjšanje števila medicinskih sester povezano z večjo mortaliteto pacientov v velikih univerzitetnih bolnišnicah. Smrtnost je bila za 6% večja na oddelkih, kjer so zmanjšali število medicinskih sester. Aiken in ostali (2010) v študiji "Implications of the California Nurse Staffing Mandate on Other States" dokaže, da manjše število pacientov na eno medicinsko sestro na internističnih in kirurških oddelkih, zniža mortaliteto. Van den Heede (2009) v raziskavi na kardioloških oddelkih na 1000 pacientih pokaže za 4,9% nižjo smrtnost pri tistih pacientih, ki so jih obravnavale medicinske sestre z univerzitetno izobrazbo.

Razvoj raziskovanja in promocija na dokazih podprtega delovanja je edina pot, da se bo zdravstvena nega v trenutni globalni krizi lahko razvijala naprej. Zato mora znati dokazati, kaj dela, kako dela, zakaj je delo medicinskih sester pomembno, kako ga spremlja, izboljšuje in katere raziskave podpirajo potrebni nivo izobraževanja, znanja in razvoja.

### ***Aplikacija spoznanj na slovenski prostor zdravstvene nege***

Zgoraj navedena spoznanja raziskav so jasna usmeritev za management Slovenske zdravstvene nege. Opredelitev vloge zdravstvene nege v slovenskem zdravstvenem sistemu je mogoča le na osnovi izvedenega raziskovalnega dela v kliničnem okolju in predstavitev rezultatov raziskav o pomenu znanja, števila, načina obravnave idr., za izide zdravstvene obravnave pacientov. Iz tega izhaja dejstvo, da mora management zdravstvene nege zagovarjati, omogočati in vzpostavljati kritično maso raziskovalcev v zdravstveni negi. Raziskovanje in uporaba rezultati raziskav na osnovi dokazov podprtega dela je edina pot, da zdravstvena nega uspe kot stroka in znanstvena disciplina.

Žal stanje na področju raziskovalnega dela v zdravstveni negi v Sloveniji ni spodbudno. Sinteza člankov in znanstvenih prispevkov o raziskovanju v slovenski zdravstveni negi na bazi COBIB.SI kaže, da slovenski avtorji usmerjajo največ pozornosti na pomen raziskovanja v zdravstveni negi, s prispevki želijo opozoriti na pomembnost razvoja le tega in opozarjajo na nekatere vzroke, kjer je v ospredju znanje o raziskovanju in zavedanje pomena raziskovanja pri medicinskih sestrah. Medtem, ko rezultati pregleda tujih avtorjev na bazi CINAHL pokažejo, da so avtorji usmerjeni predvsem v prikaz rezultatov kliničnega raziskovanja in analizo pogojev za nadaljnji razvoj raziskovanja, poudarjajo tudi koristi raziskovanja, medtem ko osnovnim informacijam o pomenu raziskovanja v zdravstveni negi in zavedanju pomena raziskovanja, ne posvečajo veliko pozornosti. Pregled literature pokaže, da smo v Sloveniji še v fazi, ko so v ospredju aktivnosti, ko se predstavlja pomen raziskovanja za zdravstveno nego in se odkriva ovire za razvoj raziskovanja, kar nas uvršča v manj razvite države na področju raziskovanja (Skela Savič, 2009). Na drugi strani pa raziskava izvedena v 2010 med medicinskimi sestrami večje zdravstvene ustanove v Sloveniji ugotovi pozitiven odnos medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi, saj pokaže, da se medicinske sestre z višjo ali visoko izobrazbo zavedajo pomena raziskovalnega dela. Izkazalo se je tudi, da izobrazba medicinskih sester nima statistično pomembnega vpliva na odnos do raziskovanja, je pa pomembno, kako predavatelji na visokošolskem nivoju izobraževanja predstavijo pomen raziskovalnega dela študentom zdravstvene nege, saj tako vplivajo na njihov odnos do raziskovanja. Raziskava je pokazala, da se z naraščanjem stopnje izobrazbe statistično pomembno spreminja tudi mnenje anketirancev o številu ur vsebin s področja raziskovanja, ki so jih bili deležni na dodiplomskem študiju. Raziskava usmerja, da bi v prihodnjih raziskavah bilo potrebno proučiti, koliko medicinske sestre, ki delajo z bolniki, dejansko opravljajo raziskovalno delo in kaj jih pri tem ovira (Strojan, Zorc, Skela Savič, 2012).

Zdravstveni zavodi, ki so pristopili k izvajanju zdravstvene nege na osnovi dokazov, uporabljajo lastno in drugo dostopno raziskovalno delo kot osnovo za odločanje, kot pogajalska izhodišča za ugotavljanje in zagotavljanje virov, bodo lahko sledili ciljem profesionalizacije in razvili tudi profile za zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi. Če bo management zdravstvene nege razumel pomen raziskovalnega in razvojnega dela za profesionalizacijo, bo karierno razvijal medicinske sestre na magistrski in doktorski ravni ter zagotavljal tudi ustrezna specialna znanja za poglobljanje strokovnih znanj na določenih področjih in s tem iz »generalistke« razvil specialistko zdravstvene nege. Ob tem ima pomembno mesto tudi nacionalno združenje, Zbornica Zveza, ki mora pričeti z aktivnostmi in zagotavljanja virov za strateške nacionalne raziskovalne projekte na področju kliničnega dela (Skela Savič, 2012).

Dejstvo, o katerem v Sloveniji premalo govorimo je, da je v državah EU študij zdravstvene nege že na univerzitetnem nivoju izobraževanja in ne več na visokostrokovnem nivoju. Za visokošolske zavode po slovenski zakonodaji to pomeni, da morajo biti nosilci predmetov visokošolski učitelji z doktorati znanosti in izvolitvijo v nazive docent, izredni profesor, redni profesor, kar je pa pri zdajšnji razdrobljenosti učiteljev zdravstvene nege z doktorati znanosti po obstoječih šolah, praktično nemogoče doseči. Posledica tega so šibka raziskovalna jedra, s čemer se zmanjšujejo možnosti razvoja doktorskega študija v zdravstveni negi in oblikovanje raziskovalnega področja zdravstvena nega na šifrantu raziskovalnih ved, področij in podpodročij

(Skela Savič, 2012). Na nacionalnem posvetu o visokem šolstvu »Diverzifikacija visokega šolstva« (2012) je bil v okrogli mizi s strani rektorjev univerz v Sloveniji jasno izpostavljen problem, da imamo v Sloveniji preveliko drobitev visokošolskih zavodov, posledica tega so majhne raziskovalne skupine, ki nimajo dovolj znanj, kompetenc in sposobnosti za prijavo na večje raziskovalne projekte v Sloveniji in EU. S tem se moramo strinjati tudi na področju zdravstvene nege, podatki o raziskovalni uspešnosti in pogojih za prijavo na razpise ARRS, so dostopni v bazi SICRIS (<http://sicris.izum.si/>), prav tako rezultati citiranosti v bazi Wos ([http://sicris.izum.si/search/rsr\\_list\\_biblio\\_citations.aspx?lang=slv](http://sicris.izum.si/search/rsr_list_biblio_citations.aspx?lang=slv), [http://sicris.izum.si/search/rsr\\_list\\_biblio\\_citations.aspx?lang=slv&order\\_by=lname,fname](http://sicris.izum.si/search/rsr_list_biblio_citations.aspx?lang=slv&order_by=lname,fname)), in v izpolnjevanju pogojev raziskovalcev za aplikativne in temeljne projekte (<http://sicris.izum.si/>).

Zavedati se je potrebno, da si mora visokošolski zavod zgraditi razvojno in raziskovalno jedro, ki šoli omogoča uresničevanje kazalnikov financiranja, oblikovanje raziskovalne skupine, vpetost v mednarodni prostor, kreiranje kritične misli, sposobnost oblikovanja raziskovalnih problemov in multiprofesionalnega povezovanja. Šola ni samo izvajalec študijskega programa, temveč mora pomembno prispevati k širitvi razvojno raziskovalne perspektive v sodelovanju z domačim in mednarodnim okoljem. Šola se mora povezovati z zdravstvenimi zavodi, inštituti, raziskovalno in razvojno delo mora biti osnova za izboljševanje študijskih programov, pot mednarodnega povezovanja in multiprofesionalnega povezovanja. Raziskava Arieli in drugi (2009) pokaže tri dejavnike, ki usmerjajo razvoj zdravstvene nege v visokošolskem zavodu: status zdravstvene nege in medicinskih sester v visokošolskem zavodu, vloga raziskovanja in kritičnega mišljenja v izobraževalnem procesu, značilnosti študentov, ki se lahko vpišejo na program zdravstvena nega in percepcija »idealne medicinske sestre v družbi«.

V veliki Britaniji od leta 2005 deluje The Association of Advanced Nursing Practice Educators (<http://www.aanpe.org/>), ki združuje 45 univerz in njihovih učiteljev na programih zdravstvene nege. Ena izmed pomembnih nalog združenja je, da razvije status zahtevnejših znanj v zdravstveni negi v primerjavi z drugimi zdravstvenimi poklici. Tovrstna povezovanja so potrebna tudi v Sloveniji, vendar so ovira temu trenutno nedefinirane potrebe po visokošolskem izobraževanju, veliko število vpisnih mest, ki onemogoča ustrezno selekcijo kandidatov in zagotavljanje pogojev za kakovostno klinično usposabljanje (Skela Savič, 2012). Terry in Whitman (2011) v raziskavi med šolami na področju zdravstvene nege ugotovita, da je finančna kriza zelo zmanjšala zaposlovanje novih diplomantov, zmanjšal se je interes za študij pri delodajalcih, manj je mest za klinično usposabljanje.

Prav tako ne bomo dosegli domače in mednarodne raziskovalne prepoznavnosti in ne bomo uspeli dokazati doprinosa znanja v zdravstveni negi na osnovi kliničnih raziskav, če ne bomo dosegli kritične mase raziskovalne pismenosti. Premike na tem področju lahko na eni strani naredijo visokošolski zavodi v okviru ustrezne umestitve znanja o raziskovanju in na dokazih delujočem delovanju na študijskih programih prve in druge stopnje. Kje smo na tem področju, lahko izvemo le na osnovi analize diplomskih in magistrskih del študentov zdravstvene nege in njihovih objav. Zlasti kritična in nujno potrebna je evalvacija magistrskega študija, ker diplomanti te stopnje predstavljajo nosilce in spodbujevalce razvoja, kliničnega raziskovanja, spremljanja dela in na dokazih temelječega delovanja. Evalvacija magistrskega študija Zdravstvena nega v Sloveniji naj obsega analizo kompetenc diplomantov:

- Pridobljeno sistematično znanje v študijskih programih in kritično zavedanje obstoječih in prihajajočih zdravstvenih problemov;
- Doprinosa raziskovalnega dela diplomantov magistrskega študija pri razvoju akademske discipline;
- Celovito razumevanje raziskovalnega dela na višjem zahtevnem nivoju;
- Originalnost, aplikacija in interpretacija znanja na osnovi raziskovalnega dela ter komunikacija o novem znanju;
- Razvitost kritičnega mišljenja do lastnega raziskovalnega dela;
- Soočenje s kompleksnimi problemi, razpravljanje v multiprofesionalni skupini o problemih dela in njihovih rešitvah;
- Osebnostna odgovornost, odločanje v kompleksnih in nepredvidenih situacijah;

- Sposobnost neodvisnega pridobivanja novih spoznanj  
(<http://www.qaa.ac.uk/Publications/InformationAndGuidance/Documents/FHEQ08.pdf>).

V Sloveniji se moramo vprašati, koliko diplomantov zdravstvene nege na drugi stopnji že imamo, kakšen je doprinos njihovih magistrskih del, kdo so mentorji magistrskih del, število in kakovost objav na osnovi magistrskega študija, kakšen je raziskovalni doprinos študija, kakšna je umeščenost magistrov zdravstvene nege v klinično delo?

### **Doktorski študij zdravstvene nege v Sloveniji?**

Pri pripravi doktorskega študija zdravstvene nege v Sloveniji nas ne smejo prevzeti čustva in želje, temveč zavedanje o sposobnostih, zmožnostih in potrebah po doktoratih iz zdravstvene nege. Potrebno si je odgovoriti tudi na vprašanje, zakaj potrebujemo doktorski študij? Odgovori iz tujine, zakaj je potreben doktorski študij, so:

- Potreben za vstop v akademsko okolje – visokošolski zavodi in akademsko kariero;
- Potreben za razvoj kliničnega dela, oblikovanje smernic dela, temeljno raziskovalno in aplikativno raziskovanje.
- Prispevek k razvoju raziskovanja, kakovosti visokošolskega učenja in izboljševanju kliničnega dela (Watson, Thompson, Amella, 2011).

Ocena, kdaj lahko visokošolski prostor razvije doktorski študij zdravstvene nege, morajo biti skrbno pretehtana, saj bi z nepremišljenimi odločitvami, lahko škodili umestitvi doktorskega študija v državi. Potrebna izhodišča za doktorski študij zdravstvene nege so predmet mednarodnih raziskav, razprav in smernic. Izpolnjeni morajo biti določeni pogoji, kot so (Büscher, Sivertsen, White, 2009):

- Močno raziskovalno jedro raziskav iz zdravstvene nege;
- Vključenost zdravstvene nege v interdisciplinarne raziskave;
- Razpoložljivost raziskovalnih sredstev za področje širše zdravstvene obravnave;
- Število medicinskih sester z doktorati, ki se uspejo uveljaviti kot raziskovalke;
- Znanstveni pristop pri spremljanju in zagotavljanju kakovosti ter vrednotenju lastnega dela;
- Odločevalci v zdravstvenem sistemu se morajo zavedati pomena kakovostnega izvajanja zdravstvene nege.

Glede na merila NAKVIS in glede na mednarodne raziskave in usmeritve (Büscher, Sivertsen, White, 2009; Watson, Thompson, Amella, 2011; idr) trenutno akreditacija kakovostnega doktorskega študija zdravstvene nege v Sloveniji ni mogoča, ker imamo premalo raziskovalnih referenc raziskovalcev iz zdravstvene nege, prav tako je premalo raziskovalcev, ki bi imeli pogoje za prijavo projektov na ARRS (od okvirno 12 doktorjev znanosti imata te reference v bazi SICRIS samo dve osebi), prav tako ni zadostne kritične mase visokošolskih učiteljev, mentorjev in recenzentov. Kazalniki za izvedbo doktorskega študija so na univerzah v Sloveniji vezani na usposobljenost učiteljev in raziskovalcev iz vidika SICRIS točk (nad 100, vrednost A več kot 1, čisti citati del 1.01, 1.02). Zato je glede na razvite programe prve in druge stopnje na področjih kot so zdravstvena nega, dietetika, management v zdravstvu, bioinformatika, radiološka tehnologija, sanitarno inženirstvo, fizioterapija, smiselno najprej razviti doktorski študij zdravstvenih ved kot multiprofesionalni študij, v okviru katerega se oblikujejo izbirni moduli, da se pokrije ožje interese posameznih zdravstvenih poklicev. Na ta način bi v nekaj letih dosegli kritično maso visokošolskih učiteljev, mentorjev in recenzentov ter znanstveno raziskovalnih projektov, v katere bi mentorji vključevali doktorske študente in tako vzpostavili pogoje za razvoj samostojnega doktorskega študija zdravstvene nege. Z doktorskim študijem zdravstvenih ved se bo povečala kritična masa raziskav za argumentacijo širitve razpisanih področij na ARRS. Pomembno je iskanje skupnih interesov med visokošolskimi zavodi in mreženje za vzpostavitev skupnega doktorskega študija šol, ki imajo status fakultete ali so v postopku preoblikovanja v fakulteto, imajo znanstveno raziskovalne projekte na ARRS in drugje v RS in izven, so mednarodno povezane na področju raziskovanja (EU projekti) in imajo rezultate na področju raziskovalne uspešnosti, kar izkazujejo z močjo raziskovalne skupine posamezne šole in doseženimi dosežki skupine in posameznikov v bazi SICRIS. Odločitev o skupnem doktorskem študiju zdravstvenih ved ima smisel tudi iz vidika Resolucije nacionalnega programa visokega šolstva 2011-2020, ki spodbuja

kakovostno izvedbo skupnih programov, prav tako pa je pomemben razvoj kulture sprejemanja doktorandov v kliničnem okolju in ekonomske upravičenosti izvedbe takšnega študija. Kompetence, ki jih naj ima doktorand so:

- Razvoj in interpretacija novega znanja skozi originalno raziskovanje, ki je publicirano;
- Razumevanje pomena znanja za akademski razvoj;
- Sposobnost konceptualizacije, načrtovanja in implementacije projektov za ustvarjanje novega znanja, sodelovanju pri razumevanju le tega v praksi in njegovo aplikacijo ter predvidevanje problemov ob tem;
- Natančno razumevanje tehnik apliciranja raziskovalnega dela in naprednega akademskega poizvedovanja;
- Sposobnost presoje v kompleksnih situacijah, kjer je malo podatkov;
- Sposobnost jasnega in učinkovitega komuniciranja idej in zaključkov v strokovni in nestrokovni javnosti;
- Izvajanje temeljnih in aplikativnih raziskav, podpiranje napredka z raziskovalnim delom, uporaba novih tehnik in pristopov pri raziskovanju;
- Osebnostna odgovornost, iniciativnost, profesionalnost.  
(<http://www.qaa.ac.uk/Publications/InformationAndGuidance/Documents/FHEQ08.pdf>)

### **Kam bo šel razvoj izobraževanja v zdravstveni negi?**

V reviji *Nursing Economics* je objavljen članek "Doubling the Number of Nurses with a Doctorate by 2020: Predicting the Right Number or Getting it Right?", kjer opisujejo potrebe izobraževanja v zdravstveni negi v ZDA (Feeg, Nickitas, 2011). Trenutno ima 50% medicinskih sester univerzitetno izobrazbo, cilj do leta 2020 je 80%, izpostavljena je odgovornost managementa v zdravstvu in visokem šolstvu, da je ta cilj kakovostno dosežen. Do leta 2020 je potrebno podvojiti število medicinskih sester z doktoratom, trenutno ima 1% medicinskih sester znanstveni doktorat. Naslednje priporočilo je, da se naj vsaj 10% študentov z univerzitetno izobrazbo vpiše na magisterij v času petih let po diplomi. Doktorat znanosti je potreben za izobraževanje bodočih medicinskih sester, za prevzemanje odgovornih delovnih mest v zdravstvu in vodenje sprememb.

### **ZAKLJUČEK**

V Sloveniji se moramo najprej dogovoriti koliko diplomiranih medicinskih sester potrebujemo in na kolikih visokošolskih zavodih jih bomo izobraževali. Določiti moramo standarde preverjanja kakovosti izobraževanja, EU direktiva predstavlja le minimalne standarde, merila NAKVIS pa ne obravnavajo specifičnosti izobraževanja za regulirane poklice, zato imajo razvite evropske države izdelane standarde zagotavljanja kakovosti izobraževanja v zdravstveni negi, prav tako so pomembne mednarodne usmeritve organizacij in združenj. Strategija razvoja zdravstvene nege je narejena, sedaj je čas, da jo moramo začeti odgovorno uresničevati. Brez kakovostnega izobraževanja, aktivne podpore raziskovalnemu delu in uvajanja na dokazih temelječega delovanja s strani managementa, ne bo šlo. V ospredje morata stopiti družbeni interes in interes razvoja zdravstvene nege.

### **LITERATURA**

Aiken LH, Sloane DS, Cimiotti JP, Clarke SP, Flynn L, Seago JA, Spetz J and Smith HL. Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other States. *Health Research and Educational Trust*  
DOI: 10.1111/j.1475-6773.2010.01114.x

Arieli D, Friedman VJ and Hirschfeld MJ. The establishment of an academic nursing faculty: action research in Israel. *International Nursing Review*, 2009, 56, 299–305.

Atkinson K et al. Framework for Advanced Nursing, Midwifery and Allied Health Professional Practice in Wales. National Leadership and Innovation Agency for Healthcare. 2010.  
<http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/829/NLIAH%20Advanced%20Practice%20Framework.pdf>

Blegen MA, Goode CJ, Spetz J, Vaughn T, Park SH. Nurse Staffing Effects on Patient Outcomes: Safety-Net and Non-Safety-Net Hospitals. *Medical Care*: April 2011 - Volume 49 - Issue 4 - p 406–414  
doi: 10.1097/MLR.0b013e318202e129.

- Büscher A, Sivertsen B, White J (2009). Nurses and Midwives: A force for health. Survey on the situation of nursing and midwifery in the Member States of the European Region of the World Health Organization 2009. WHO Regional Office for Europe, Denmark.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/114157/E93980.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/114157/E93980.pdf), 26. 2. 2012.
- Darbyshire P, Downes M, Collins C, Dyer S. Moving from institutional dependence to entrepreneurialism. Creating and funding a collaborative research and practice development position. *Journal of Clinical Nursing*, 2005;14(8):926-34.
- Feeg V, Nickitas DM. Doubling the Number of Nurses with a Doctorate by 2020: Predicting the Right Number or Getting it Right? *NURSING ECONOMICS*/May-June 2011/Vol. 29/No. 3.
- Green B, Segrott J, Priest H, Rout A, Mclvor M, Douglas J, Flood Y, Morris S, Rushton C. Focus. Research capacity for everyone? A case study of two academic nursing schools' capacity building strategies. *Journal of Research in Nursing*, 2007;12(3):247-65.
- Haines A., Kuruvilla S. & Borcher M. (2004). Bridging the implementation gap between knowledge and action for health. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 724–732.
- Hanberg A. & Brown S.C. (2006). Bridging the theory—practice gap with evidence-based practice. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 37(6), 248–249.
- Hannes K, Vandersmissen J, De Blaeser L, Peeters G, Goedhuys J, Aertgeerts B. Barriers to evidence-based nursing: a focus group study. *Journal of Advanced Nursing*. 2007,60(2):162–171.
- Happell B, Martin T. Exploring the impact of the implementation of a nursing clinical development unit program: what outcomes are evident? *International Journal of Mental Health Nursing*, 2004;13(3):177-84.
- Karkos B, Peters K. A magnet community hospital: fewer barriers to nursing research utilization. *J Nurs Adm*. 2006;36(7/8):377–82.
- Kitson A., Harvey E. & McCormack B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: A conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7, 149–158.
- McCleary L, Brown G. Association between nurses' education about research and their research use. *Nurs Educ Today*. 2003;23(3):556–65.
- McCloskey DJ. Nurses perceptions of research utilization in a corporate health care system. *Journal of Nursing Scholarship*, 2008;40(1):39–45.
- McCormack B., Kitson A., Harvey G., Rycroft-Malone J., Titchen A. & Seers K. (2002). Getting evidence into practice: The meaning of "context" *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 94–104.
- McEwen M. Application of theory in nursing practice. In M. McEwen & E. M. Wills (Eds.), *Theoretical basis for nursing* (pp. 347-367). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- McNamara M. 'Dr Nightingale, I presume?': Irish nursing education enters the academy. In: Fealy GM eds. *Care to Remember: Nursing and Midwifery in Ireland*. Corc: Mercier Press; 2005: 54–68.
- Melnik BM, Fineout-Overholt E, Mays MZ. The Evidence-Based Practice Beliefs and Implementation Scales: Psychometric Properties of Two New Instruments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2008;5(4):208–216.
- Mullhall A. (2002). Nursing research and nursing practice: An exploration of two different cultures. *Intensive & Critical Care Nursing*, 18(1), 48–55.
- Munten G, Van den Bogaard J, Cox K, Garretsen H, Bongers I. Implementation of Evidence-Based Practice in Nursing Using Action Research: A Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2010; 7(3):135–157.
- Needleman J, Buerhaus P, Shane Pankratz V, Leibson CL, Stevens SR, Harris M. Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality. *Engl J Med* 2011;364:1037-45.
- Penz KL, Bassendowski SL. Evidence-Based Nursing in Clinical Practice: Implications for Nurse Educators. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2006, November/December, 37(6):250-254.
- Ploeg J, Davies B, Edwards N, Gifford W, Elliott Miller P. Factors Influencing Best-Practice Guideline Implementation: Lessons Learned from Administrators, Nursing Staff, and Project Leaders. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2007; 4(4):210–219.
- Rycroft-Malone J., Kitson A., Harvey G., McCormack B., Seers K., Titchen A. & Estabrooks C. (2002). Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. *Quality & Safety in Health Care*, 11(2), 174–180.

Rycroft-Malone J., Seers K., Titchen A., Harvey G., Kitson A. & McCormack B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81–90.

Skela Savič B. Notranji dejavniki razvoja profesije: enote za razvoj in raziskovanje v zdravstveni negi = Internal factors of nursing development: practice development units. V: Skela Savič, Brigita (ur.). *Posvet Moja kariera - quo vadis z mednarodno udeležbo*, 5. Izobraževanje in znanje v zdravstveni negi na vseh treh bolonjskih stopnjah : diferenciacija kompetenc ter sposobnosti : differentiation of competences and skills. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 2012, str. 83-91.

Skela Savič B. Vloga vodij pri razvoju profesije = The role of leaders in profession development. V: SKELA-SAVIČ, Brigita (ur.), HVALIČ TOUZERY, Simona (ur.), ZURC, Joca (ur.), SKINDER SAVIČ, Katja (ur.). 4th International Scientific Conference on Research in Nursing and Health Care. Evidence-based health care - opportunities for linking health care professions, patient needs and knowledge : proceedings of lectures with peer review : zbornik predavanj z recenzijo. Jesenice: College of Nursing: = Visoka šola za zdravstveno nego, 2011, str. 85-96. [COBISS.SI-ID 67210753]

Skela Savič B, Kydd A. Nursing knowledge as a response to societal needs : a framework for promoting nursing as a profession = Znanje medicinskih sester kot odziv na potrebe družbe : izhodišča za prepoznavanje zdravstvene nege kot profesije. *Zdravstveno varstvo*. [Tiskana izd.], 2011, no. 4, vol. 50, str. 286-296. <http://versita.metapress.com/content/c874g79142740274/?a=36&k=36>, doi: 10.2478/v10152-011-0007-3.

Skela Savič B. Zdravstvena nega in raziskovanje: nekateri vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji = Nursing care and research: some factors influencing the development of nursing as a scientific discipline in Slovenia. *Obzor Zdr N*. 2009;43(3):209-22.

Strojan N, Zorc J, Skela Savič B. Odnos medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi. *Obzor Zdrav Neg*. 2012;46(1):47-55.

Supporting the Development of Advanced Nursing Practice. *MNC Advanced Practice* – June 2008 v.1.  
<http://www.aanpe.org/LinkClick.aspx?fileticket=giFsLijsCRw%3D&tabid=1051&mid=2508&language=en-US>

Tagney J, Haines C. Using evidence-based practice to address gaps in nursing knowledge. *British Journal of Nursing (BJN)*, 2009;18(8):484-9.

Thompson D., Estabrooks C., Scott-Findlay S., Moore K. & Wallin L. (2007). Interventions aimed at increasing research use in nursing: A systematic review. *Implementation Science*, 2(1), 1–16.

Terry AJ, Whitman MV. Impact of the Economic Downturn On Nursing Schools. *NURSING ECONOMICS*/September-October 2011/Vol. 29/No. 5

Watson R, Thompson DR, Amella E. Doctorates and nurses. *Contemporary Nurse* (2011) 38(1–2): 151–159.

Wells N, Free M, Adams R. Nursing research internship: enhancing evidence-based practice among staff nurses. *J Nurs Adm*. 2007;37(3):135-43.

Internetni viri:

<http://sicris.izum.si/>

<http://www.aanpe.org/>

<http://www.qaa.ac.uk/Publications/InformationAndGuidance/Documents/FHEQ08.pdf>



# ISKANJE, UPORABA IN CITIRANJE LITERATURE PRI PISANJU ČLANKOV

## SEARCHING, USING AND LITERATURE CITATION WHEN WRITING ARTICLES

mag. Ema Dornik, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.

Obzornik zdravstvene nege, uredništvo

Ob Železnici 30a, 1000 Ljubljana

ema.dornik@guest.arnes.si

### IZVLEČEK

**Teoretična izhodišča:** Prispevek se osredotoči na iskanje, uporabo in pomen citiranja literature pri pisanju članka. Predstavljene so nekatere bibliografske baze podatkov pomembne za zdravstveno in babiško nego: COBIB.SI (Kooperativni online bibliografski sistem in servisi), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health) ter PubMed. Prispevek želi opozoriti, da je izbira ustrezne bibliografske zbirke eden od ključnih elementov uspeha v procesu iskanja in uporabe informacij. Bistvena elementa raziskovalnega dela sta namreč spremljanje tujih znanstvenih ter širjenje lastnih raziskovalnih dosežkov. Predstavljeni so nekateri stili citiranja Harvard-ski, Vancouver-ski ter modificiran Harvardsko-vancouverški stil, ki je pogosto v rabi v zdravstvu. Ne glede na stil citiranja je pomembna konsistentnost, natančnost in doslednost, kar kaže tudi na znanstveno odličnost avtorjev. Citiranje literature je v postopku pisanja članka pomembno tudi z etičnega vidika in v tem pogledu nosi avtor članka vso odgovornost.

**Ključne besede:** pisanje člankov, bibliografske baze podatkov, iskanje literature, citiranje literature

### ABSTRACT

**Introductions:** The article focuses on the search, use and meaning of citing literature when writing articles. It refers to some bibliographic databases related to health and nursing care, i.e. COBIB.SI (Cooperative Online Bibliographic System and Services), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health) and PubMed. The article wishes to emphasize that the use of relevant bibliographic databases remains one of the key elements of success in the process of searching and using information. Namely, the essential elements of scientific research work are keeping track of foreign scientific achievements, and expanding and disseminating the authors' work. The article introduces some citation styles, i.e. Harvard and Vancouver citation style, and the modified Harvard-Vancouver style, which are most frequently used in health. Despite the style used, the consistency and accuracy are most relevant; these two elements also show the authors' excellence. Citing literature when writing articles is also important from the ethical point of view. In this view, the author bears all responsibility.

**Key words:** writing articles, bibliographic databases, searching literature, literature citation,

### UVOD

Razvoj znanosti spremlja eksponentna rast znanstvenih informacij v katerih so zajeta nova spoznanja ter eksponentna rast objavljene znanstvene literature.

Značilnost znanstvenega dela je zgodovinska kontinuiteta. Raziskovalci pri svojem delu uporabljajo spoznanja predhodnikov, zato je spremljanje in širjenje znanstvenih dosežkov bistven element vsakega raziskovalnega dela (Adamič, 1995). Le to pa je pogoj za razvoj vsake profesije. V profesionalni javnosti je tekoča periodika najpogosteje uporabljen način komuniciranja. Najprimernejša oblika širjenja raziskovalnih spoznanj, ki jo avtorji tudi najpogosteje uporabljajo, so strokovni oz. znanstveni časopisi (Mihelič Zajec, Dornik, 2008). Objave v strokovnih ali znanstvenih časopisih so pomemben vir informacij, pa tudi pokazatelj kako je znanje uporabljeno v klinični praksi in tudi pokazatelj razvoja (Oermann et al., 2008; Rassool, 2005).



## Iskanje (baze podatkov) in uporaba literature

Podatkovne baze so pretežno bibliografske z vsebinsko obdelavo in namenjene predvsem iskanju po vsebini dokumentov.

Vzajemna bibliografsko-kataložna baza podatkov COBIB.SI je rezultat vzajemne katalogizacije slovenskih knjižnic, ki so vključene v sistem COBISS.SI (Slika 1). Vsebuje bibliografske zapise o knjižnem (monografske publikacije, serijske publikacije, članki) in neknižnem gradivu (CD-ji, DVD-ji idr.). Zagotavlja možnost multimedijske predstavitve, za potrebe vodenja bibliografij slovenskih avtorjev pa vključuje tudi zapise za izvedena dela. Poleg bibliografskih podatkov vsebuje tudi informacije o tem, katere knjižnice posamezno gradivo imajo, kar ji daje funkcijo vzajemnega kataloga. Baza podatkov COBIB.SI (Slika 2) je temeljnega pomena za sistem COBISS.SI, saj ima osrednjo vlogo v procesu vzajemne katalogizacije, pri iskanju bibliografskih informacij ter informacij o lokaciji in dostopnosti gradiva v slovenskih knjižnicah (COBISS/OPAC; 2012).

Slika 1: COBISS.SI (zaslonska slika vstopne strani) (COBISS/OPAC; 2012).

Za področje zdravstvene in babiške nege sta pomembni specializirani bazi podatkov: CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health) in baza PubMed (zajema tudi bibliografske zapise iz baze MEDLINE) in vključuje preko 21 milijonov bibliografskih zapisov (podatek za leto 2012) (Slika 3). Na njuno pomembnost kažejo velik obseg, bogata in razvejana struktura, vsebinska obdelava, saj vsi zapisi vsebujejo deskriptorje iz hierarhično urejenega tezavra. ZA bazo CINAHL so to CINAHL Headings, za bazo PubMed pa MeSH (Medical Subject Headings). Taka zgradba omogoča zelo izčrpno in natančno preiskovanje zbirke. Bibliografski zapisi večinoma vsebujejo izvlečke ter pogosto tudi povezave do celotnih besedil (full text).

Z informacijskim poizvedovanjem, s pravo iskalno strategijo, izbiro prave baze podatkov - s pravilno definiranim problemom, s pravo formulacijo poizvedbe (Boolovi operatorji), s pregledom in izpisom rezultatov ter iskanjem osnovnih / primarnih dokumentov, so narejeni prvi koraki pri nastajanju članka. Rezultat informacijskega poizvedovanja še ne spremeni uporabnikovega znanja, informira ga o obstoju (ali neobstoju)

Slika 2: COBIB.SI (zaslonska slika, izbirno iskanje) (COBISS/OPAC; 2012).

Slika 3: PubMed (zaslonska slika, primer bibliografskega zapisa) (PubMed, 2012)

in nahajališču dokumentov, ki vsebujejo iskano znanje glede na informacijske zahteve. Pomemben trenutek v iskalni strategiji je tudi kdaj zaključiti z iskanjem!

Preštudirana literatura je osnova vsakega nastajajočega članka, je podpora in dokaz, da je avtor naredil obširen pregled objavljenih tujih dognanj. Pravilno navajanje literature, v skladu z navodilu uredništva vsakega časopisa, bi moralo biti zelo pomembna tema, tako za avtorje, recenzente in uredništvo (Adhikari, 2009; Mihelič Zajec, Dornik, 2009).

## CITIRANJE LITERATURE

Nastajanje zadnjega poglavja v članku je tako pomembno kot ideja za njegov nastanek ter vsebina z vsemi elementi (Mihelič Zajec, Dornik, 2009). Natančno navajanje literature je pri vsakem članku zelo pomembno, naj bo izvorni znanstveni, pregledni znanstveni, strokovni ali članek katere druge tipologije. Poglavje Literatura (angl. References) je ogledalo članka in kaže na verodostojnost avtorja/ev, časopisa, raziskave in strokovne teme, ki je predmet objave (Mihelič Zajec, Dornik, 2009)

Poznamo več načinov oz. stilov (Harvard, Vancouver, APA - American Psychological Association, MLA - Modern Language Association, ASCE - American Society of Civil Engineers, IEEE - Institute of Electrical and Electronics Engineers) ter standardov (ISO 690 - za klasične vire, ISO 690-2 - za elektronske vire) citiranja/navajanja literature. Vsem so skupna določena načela, običajno se med seboj razlikujejo le po vrstnem redu elementov in ločil.

Bistveno pri citiranju je, da navedemo vse bibliografske elemente, ki omogočajo prepoznavanje uporabljenega gradiva. Pomembno pri uporabi kateregakoli stila ali standarda je konsistentnost, natančnost in doslednost.

### **Stili citiranja**

#### **Harvard-ski stil citiranja**

Harvarski način citiranja v besedilu navajamo avtorja in letnico v okroglem oklepaju v seznamu literature po abecednem vrstnem redu. Za ilustracijo dva primera.

#### **Primer za citiranje članka z dvema avtorjema:**

- v besedilu:

... Long & Johnson (2002) examined all the issues of Nurse Education Today ...

- v seznamu literature:

Long, T. & Johnson, M. (2002) Research in Nurse Education Today: do we meet our aims and scope? *Nurse Education Today* 22 (1) pp. 85-93

#### **Primer za citiranje knjige/monografije z enim avtorjem:**

- v besedilu

... (Neville, 2007) ... ali ... Neville (2007) commented that ...

- v seznamu literature:

Neville, C. (2007). *The Complete Guide to Referencing and Avoiding Plagiarism*. Maidenhead: Open University Press. (Harvard, 2011).

#### **Vancouver-ski stil citiranja**

Za Vancouverski stil citiranja je značilno, da se citiranje v besedilu izvaja s pomočjo zaporednih števil označevanja referenc (numerično), ki si v seznamu literature zaporedno sledijo, kot sledijo v besedilu. Za ilustracijo dva primera.

#### **Primer za citiranje članka z dvema avtorjema:**

- v besedilu:

... avtorji poročajo o doniranju organov po smrti<sup>1</sup> in razlagajo ...

- v seznamu literature:

Nakamura S, Aruga T. Organ transplantation from brain-dead donors: problems in medical institutions for organ donation. *Nippon Shokakibyo Gakkai Zasshi*. 2011;108(5):729-34

### **Primer za citiranje knjige/monografije z enim avtorjem:**

- v besedilu:

... The theory was first propounded in 1993 by Comfort<sup>1</sup> that ... ali ... Comfort<sup>1</sup> claimed that ... *ali pa se številka reference lahko doda kar v oklepaju* »(1)«

- v seznamu literature:

Comfort A. A good age. London: Mitchell Beazley; 1997 (Vancouver, 2009).

### **Modificiran Harvardsko-Vancouverski sistem**

Kot primer uporabe modificiranega Harvardsko-vancouverskega stila je primer časopisa *Obzornika zdravstvene nege*, kjer se v besedilu uporablja harvardski sistem za navajanje avtorjev v besedilu in modificirani harvardsko-vancouverski sistem za navajanje avtorjev v seznamu literature. Navodila so dostopna v tiskani izdaji in na spletni strani časopisa. (*Obzornik*, 2011)

### **ZAKLJUČEK**

Raziskovanje in objavljanje zahteva znanja (izobraževanje) in veščine ter spretnosti, na kar opozarjajo številni avtorji. V svojih prispevkih to tudi utemeljujejo ter opisujejo proces raziskovanja ter opozarjajo na dokazih podprto zdravstveno nego, z raziskovanjem v vsakodnevni praksi (Pierce, 2009; Sawatzky-Dickson, Clarke, 2008; Winsett, Cashion, 2007). Znano je, da je pisanje za objave naporno, da je potrebno za to aktivnost poznati akademski stil pisanja, imeti razpoložljiv čas in vložiti veliko truda. Gre za naučeno veščino, za katero so potrebne inštrukcije in izkušnje (Heinrich et al., 2004).

Z navajanjem/citiranjem literature podajamo zgodovinski razvoj ideje, priznavamo delo predhodnikov ter usmerjamo bralca na dodatne vire. Napake v citiranju tako v besedilu, kot navajanju v seznamu vplivajo na ugled avtorjev ter veljavnost člankov in tudi na ugled časopisa v katerem je članke objavljen. Apel avtorjem, da nosijo odgovornost za pravilno navajanje literature, je na mestu, s tem avtor kažete tudi svoj etični odnos do znanstveno-raziskovalnega in/ali strokovnega dela (Dornik, Mihelič Zajec, 2010; MiheličZajec, Dornik, 2009).

### **LITERATURA**

Adamič Š. Znanstveno informiranje v svetu in pri nas. *Raziskovalec*. 1995;25(2):21-6.

Adhikari P. Accuracy of references in indexed journal of Nepal. *Nepal Med Coll J*. 2009;11(2):130-2.

COBISS/OPAC: info. 2012. Dostopno na: <http://cobiss4.izum.si/scripts/cobiss?ukaz=INFO&id=0039517298366284&pg=1> (2. 4. 2012).

Dornik E, Mihelič Zajec A. Etika (tudi) v objavljanju. *Obzor Zdr N*. 2010;44(4):129-30.

Harvard reference example. 2011. Dostopno na: [http://www.staffs.ac.uk/uniservices/infoservices/library/find/references/harvard/harvard\\_referencing\\_examples.pdf](http://www.staffs.ac.uk/uniservices/infoservices/library/find/references/harvard/harvard_referencing_examples.pdf) (23. 5. 2011).

Heinrich KT, Neese R, Rogers D, Facente AC. Turn accusation into affirmations: transform nurses into published authors. *Nurs Educ Perspect*. 2004;25(3):139-45.

Mihelič Zajec A, Dornik E. Avtorjeva odgovornost za natančno navajanje literature. *Obzor Zdr N*. 2009; 43(3):153-4.

Mihelič Zajec A, Dornik E. Digitalna doba vpliva tudi na *Obzornik zdravstvene nege*. *Obzor Zdr N*. 2008;42(4):1-2.

*Obzornik zdravstvene nege*. 2011. Dostopno na: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/> (20. 5. 2011).

Oermann MH, Nordstrom CK, Wilmes NA, Denison D, Webb SA, Featherston DE, et al. Information sources for developing the nursing literature. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(4):580-7.

- Pierce LL. Twelve steps for success in the nursing research journey. *J Contin Educ Nurs*. 2009;40(4):154-62; quiz 163-4, 192.
- PubMed. 2012. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> (2. 4. 2012).
- Rassool GH. Moving in the right direction: first step in writing for publication in nursing. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005;13(6):1035-8.
- Sawatzky-Dickson DM, Clarke DE. Increasing understanding of nursing research for general duty nurses: an experiential strategy. *J Contin Educ Nurs*. 2008;39(3):105-9; quiz 110-1.
- Vancouver reference style guide. 2009. Dostopno na: <http://openjournals.net/files/Ref/VANCOUVER%20Reference%20guide.pdf> (23. 5. 2011).
- Winsett RP, Cashion AK. The nursing research process. *Nephrol Nurs J*. 2007;34(6):635-43.

# PRAVNI VIDIK RAZISKOVANJA V ODNOSU NA PACIENTOVE PRAVICE IN DOLŽNOSTI

## LEGAL ASPECTS OF RESEARCH IN RELATION TO PATIENT RIGHTS AND DUTIES

**Milena Marinič, mag. prava**

Psihiatrična klinika Ljubljana

Studenec 48, 1260 Ljubljana Polje

milena.marinic@psih-klinika.si

### IZVLEČEK

**Izhodišča.** Raziskave v zdravstveni negi so v zadnjem času vse pogostejše, saj so pogoj za kakovosten študij in napredek stroke. Pri raziskavah pa trčimo na problem pravic pacienta do zasebnosti in kakovostne obravnave. V določenem času je namenjeno manj pozornosti pacientovim problemom in več časa potrebam izvajalca zdravstvene obravnave. **Metode.** Preko analize obstoječe prakse etične presoje raziskovalnih projektov bomo sklepali na ustreznost presojanja v zdravstveni negi. S pomočjo preskriptivne metode bomo ugotovili pomanjkanje zakonske določnosti raziskovanja v zdravstveni negi tako s stališča varovanja zasebnosti preiskovancev, kot tudi s stališča prevelikega števila raziskav v kliničnem okolju in njihove uporabnosti. **Rezultati** analize dejanskega stanja poti odobritev raziskav v zdravstveni negi bodo pokazali, da je za raziskave nasploh potrebna večja določnost in nadzor varovanja zasebnosti. Pri etičnih odločitvah v zdravstveni negi nujno vključiti stroko. **Diskusija in zaključki.** Cilj raziskav morajo biti izboljšave, pozitivne spremembe v odnosu, delovanju in kakovosti zdravstvene obravnave. Samo usmerjeno raziskovanje ob določenih zakonskih usmeritvah varovanja zasebnosti bo zagotavljalo pravice pacientu do primerne in kakovostne obravnave in hkrati pomembno prispevalo k razvoju stroke.

**Ključne besede:** zasebnost, raziskovanje, zdravstvena nega, pacientove pravice

### ABSTRACT

**Background** ecome more frequent as they are essential to efficient study and advancement of the profession. In research and come across the problem of patient rights to privacy and quality of treatment. Patient is in a given time less attention for his problems and more time needs of providers of healthcare services.

**Methods** Through analysis of existing practices of ethical review of research projects will conclude on the adequacy assessment in health care. By means of prescriptive methode find a lack of legal certainty of research in health care both in terms of the privacy of patients and staff, as well as the views of too many studies in the clinical environment and their uselessness.

**Results** The results of analysis of the facts approval of research in health care will show that research in the nursing profession necessarily included.

**Discussion and conclusions** The aimards of privacy protection will safeguard the rights of patients to appropriate treatment and alsocontributed significantly to the development of the profession.

**Keywords:** privacy, research, health care, patient rights

### UVOD

Družbena blaginje v kateri posameznik lahko razvije ter uresniči svoje potrebe, potencialne in živi v duševnem miru in sožitju z drugimi, ni mogoča, če v njej ne vladajo odnosi, ki temeljijo na etiki. Pojem etike je širši od spoštovanja človekovih pravic posameznika, zajema tudi dolžnosti in pravice skupnosti, odgovorno ravnanje



v odnosu do posameznikove zasebnosti. Pravice posameznika so lahko varovane samo z zakonsko dovolj določno urejenim procesom raziskovanja.

## **METODE**

S pomočjo preskriptivne metode smo ugotavljali po eni strani pot odobritve raziskovalnih projektov, po drugi strani pa zakonsko določnost za uresničevanje pravice do zasebnosti in dostojanstva pacientov udeleženih v raziskavah.

## **REZULTATI**

Etična ocena biomedicinskih raziskav se je v Republiki Sloveniji (RS) pričela v sredini šestdesetih let z ustanovitvijo etične komisije pri Medicinski fakulteti v Ljubljani, saj so izvajali v tistem času raziskave v zdravstvu zdravniki. Medicinska fakulteta je takrat sprejela določilo, da je lahko sprejeta zgolj tista doktorska disertacija katere raziskava je bila odobrena na etični komisiji. Ta komisija je bila leta 1978 imenovana kot državni nadzorni organ. V RS je bil že 2. 6. 1995 objavljen v Uradnem listu Pravidnik o sestavi, nalogah, pristojnostih in načinu dela komisije za medicinsko etiko (Pravidnik). Komisijo za medicinsko etiko (KME) sestavlja predsednik in 12 članov, ki jih imenuje minister za zdravstvo na predlog Medicinske fakultete, Zdravstvenega sveta in Zdravniške zbornice Slovenije izmed izkušenih in uglednih strokovnjakov s področja medicinskih in psiholoških ved, pa tudi s področja pravnih, socioloških in humanističnih strok ter s področja deontologije. Pravna podlaga delovanja KME je mednarodni pravni instrument zavezujoče narave na področju bioetike - Konvencija o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine, Konvencijo o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino (Oviedsko konvencijo), ki ju je sprejel Svet Evrope. Dne 1.12.2009 je Republika Slovenija med prvimi petimi državami pristopila k tej konvenciji. Izobraževalni proces medicinskih sester pa je doživel v zadnjem času mnoge spremembe, razvilo se je raziskovanje tudi na ljudeh (pacientih, sodelavcih). Z razvojem raziskovanja v zdravstveni negi je v pristojnosti KME tudi presoja raziskovalnih projektov s področja zdravstvene nege. Sestavo komisije, dolžnost in odgovornost določa Pravidnik, ki ga je izdal minister za zdravstvo. Skozi analizo zakonov in pravilnikov, ki urejajo področje raziskovanja smo ugotovili, da je od vsega začetka etične presoje v Republiki Sloveniji (RS) v pristojnosti medicinske fakultete. Pravidnik o sestavi, nalogah, pristojnostih in načinu dela komisije za medicinsko etiko iz leta 1995 je sicer leta 2009 doživel spremembe tudi glede števila članov. Dodana sta bila še dva člana. V imenovanju specialnih področji katerih predstavniki sestavljajo komisijo pa še vedno ni predstavnika medicinskih sester kot izvajalcev projektov o katerih komisija presoja. Primerjava z zakonodajo v Kanadi, ki je zelo naklonjena varovanju zasebnosti prikaže, da na podlagi *The Personal Health Information Act (1997)* (Zakon o zdravstvenih podatkih) *deluje Health Information Privacy Committee (komisija za zasebnost zdravstvenih podatkov)* v sestavi: po najmanj en predstavnik Sveta lokalnih zdravstvenih oblasti; medicinske fakultete, združenje medicinskih sester; farmacevtskega združenja, združenja za zdravstveno dokumentacijo in univerze (Health Information Privacy Committee).

Po drugi strani pa področje raziskovanja v Republiki Sloveniji urejajo različni zakoni; vsak v svojem ozkem pojmovanju, zasebnosti in varovanju podatkov pa ni namenjeno dovolj pozornosti. Poseg v zasebnost povzroči namreč poškodovanje ugleda posameznika in s tem zmanjšanje vrednosti osebe na katerega se podatki nanašajo. (Lemut Strle. 2010) Razkritje zdravstvenih podatkov za posameznika pomeni lahko duševno stisko, izolacijo in vpliva na njegov socialni položaj. Ker ima tudi pri nas pravica do zasebnosti vse večji pomen so osnovna in obvezna vodila v raziskovanju še vedno določila Helsinške deklaracije, stanovski kodeksi in Zakon o varovanju osebnih podatkov (ZVOP-1). ZVOP-1 v 17. členu opredeljuje obdelava za zgodovinsko, statistično in znanstveno-raziskovalne namene. V drugem odstavku omenjenega člena je določeno, da se osebni podatki posredujejo uporabniku osebnih podatkov za namen obdelave v statistične in raziskovalne namene v anonimizirani obliki, če zakon ne določa drugače ali če posameznik, na katerega se nanašajo osebni podatki, ni predhodno podal pisne privolitve, da se lahko obdelujejo brez anonimiziranja. Soglasja za obdelavo neanonimiziranih podatkov si ne pridobi noben raziskovalec, saj v najboljšem primeru ponudijo pacientu obrazec s trditvijo, da bodo osebni podatki objavljeni v anonimni obliki, kar pa je nekaj povsem drugega kot obdelava anonimiziranih podatkov. Tretji odstavek 17. člena ZVOP določa, da je potrebno osebne podatke, ki so bili posredovani uporabniku osebnih podatkov za raziskovalne in statistične namene ob

zaključku obdelave uničiti. O uničenju mora uporabnik osebnih podatkov upravljavca osebnih podatkov od katerega jih je prejel, brez odlašanja po njihovem uničenju pisno obvestiti, kdaj in na kakšen način je to izvedel. Te faze raziskovanja upravljavci in raziskovalci ne izvajajo. Pri obdelavi občutljivih osebnih podatkov (na primer epidemiološki podatki, podatki o infekcijah s HIV) pa KME zahteva od raziskovalca zagotovilo za nepovratno anonimiziranje. Zakonodajalec ni predpisal mehanizmov nadzora in v praksi ne preverja uresničevanja tega določila, zaradi česar usoda raziskovalnih podatkov ni jasna in taka obdelava ne zagotavlja zasebnosti pacientu. Podatki se nahajajo običajno izven zdravstvene ustanove, stran od upravljavca, nezavarovani. Oseba na katero se osebni podatki nanašajo ima v skladu s 30. členom ZVOP-1 pravico biti seznanjena s seznamom uporabnikov, katerim so bili posredovani osebni podatki za raziskovalne in druge namene; kdaj, na kakšni podlagi in za kakšen namen obdelave, pa tudi postopke odločanja o obdelavi njegovih podatkov. Za raziskavo v zvezi z osebnimi podatki ali iz področja zasebnosti lahko da soglasje posameznik na podlagi natančnega informiranja, zakaj, kdo in katere podatke bodo uporabili. Slovenska zakonodaja pa v tem delu ni dovolj določna kdaj so takšna soglasja potrebna.

Vse raziskave, ki posegajo v zasebnost živih posameznikov, v njihove zdravstvene podatke, pa tudi psihološke in sociološke študije, ki potekajo na podlagi vprašalnikov s področja zasebnosti, morajo prestati predhodno etično presojo in biti odobrene. KME zahteva soglasje na podlagi pojasnila za vse raziskave, tudi pri raziskavah izvedenih na arhivskih osebnih in medicinskih podatkih ter bioloških vzorcih. Člen 7. Direktivo EU 95/46 določa, da mora biti soglasje pacienta k obdelavi njegovih zdravstvenih in osebnih podatkov podano prostovoljno in nedvomno. »Privolitev posameznika, na katerega se nanašajo osebni podatki' o njem pomeni vsako prostovoljno dano posebno in informirano izjavo volje, s katero posameznik, na katerega se osebni podatki nanašajo, izrazi soglasje, da se osebni podatki o njem obdelujejo« (Sklepni predlogi generalnega pravobranilca - Sharpston - 17. junija 2010). Pri vsem tem pa se še vedno obdeluje tudi arhivska zdravstvena dokumentacija brez soglasja posameznika ali njegovih dedičev in celo brez evidence vpogleda v dokumentacijo. Pridobivanje soglasja prinaša višje stroške raziskovalnih projektov saj je le-to zaradi pravil zasebnosti in zaupnosti postalo posebej zapleteno. Zahteve zakona o varstvu osebnih podatkov so namreč, da mora pacient v raziskavo pristati, sicer pa raziskovalci lahko obdelujejo samo popolnoma anonimne podatke. Posebne težave nastajajo v primeru epidemioloških raziskav, ki pogosto zahteva dostop do rutinsko zbranih prepoznavnih osebnih podatkov, ali pa zahteva identifikacijo raziskovalnih udeležencev iz teh podatkov. Pridobitev posameznega soglasja je pri velikem številu pacientov težavna in skoraj nemogoča, lahko pa so ovira tudi smrt ali preselitev. Anonimiziranje podatkov je težko, drago in močno omejuje njihovo prihodnjo vrednost. Informacijski pooblaščenec v Združenem Kraljestvu je opredelil *pošteno obdelavo zdravstvenih podatkov* tako, da je potrebno pacienta obvestiti o zbiranju podatkov in ima pravico, da to prepove. Pacient te pravice ne more uveljavljati, kadar o obdelavi svojih podatkov niti ni obveščen. Pacient mora imeti možnost uveljaviti pravico odkloniti sodelovanje ali zgolj uporabo svojih zdravstvenih podatkov v raziskovalnem procesu. Transparentnost in sorazmernosti pri obdelavi osebnih podatkov mora biti zagotovljena (Walley. 2006).

Raziskava lahko predstavlja hud poseg v pacientovo celovitost zaradi prenosa zdravstvenih podatkov brez soglasja pacienta. V RS se pri raziskavah v zdravstvu uporabljajo »popolni« osebni podatki, ki zgolj pri objavi raziskav nastopajo v anonimizirani obliki. Anonimiziranje zdravstvenih podatkov trčimo na dileme, saj izbris teh podatkov ne omogoča ponovne vzpostavitve v prvotno stanje in s tem preverjanja rezultatov raziskav. Poleg vsega na zdravstveni dokumentaciji v fizični obliki anonimiziranje pomeni prekrivanje osebnih podatkov in nezmožnost ponovne vzpostavitve in s tem izgubo avtentičnosti in preverljivosti dokumenta. Pri nekaterih raziskavah so pomembni prav osebni podatki, zlasti kadar gre za raziskave o razširjenosti bolezni znotraj določene družine.

V povezavi z raziskavami v kliničnem okolju pa se pojavlja preveliko število raziskav, ki jemljejo medicinski sestri dragocen čas za vzpostavitev partnerskega odnosa s pacientom, načrtovanja in izvajanja zdravstvene obravnave. Pri tem postaja pacient objekt, izgublja zasebnost in vrednost kot človek, saj se zdravstveni delavci posvečajo vprašanjem za doseg raziskovalnega cilja in ne prvenstveno pacientovim zdravstvenim problemom.



## SKLEP

Pri raziskavah osebni podatki niso dovolj dobro varovani. Raziskovalci morajo za raziskavo opravljeno z osebnimi podatki, ki niso v anonimizirani obliki pridobiti soglasje etične komisije, v nasprotnem primeru pa pred pričetkom raziskave soglasje osebe na katero se podatki nanašajo, po opravljeni raziskavi pa podatke uničiti. Soglasje pacienta za raziskavo je potrebno pridobiti v neposrednem stiku. Zakonska določila, razen varovanja osebnih podatkov, so zapisana za medicinske raziskave. Raziskave, ki jih opravljajo medicinske sestre pa ne sodijo v ta sklop, saj gre pri tem za raziskave s področja zdravstvene nege in ne medicine. Dejstvo pa je, da tudi raziskave s področja zdravstvene nege posegajo v zasebnost posameznika in bi morale nujno biti zakonsko urejene. Zaradi vsega naštetega je nujno sodelovanje predstavnika medicinskih sester pri pridobivanju dovoljenja za izvedbe raziskav v zdravstveni negi, saj gre tudi za usmerjanje raziskav v stroki, uporabnost in vgradnjo raziskovalnih dosežkov v delovanje stroke. Izvajalci zdravstvene nege so se dolžni predvsem posvečati pacientovim potrebam in reševanju njegovih problemov, pred uresničevanjem svojih raziskovalnih ambicij. Za uresničevanje zasebnosti pacienta je velik problem v današnjem času preveliko število raziskovalcev v kliničnem okolju. Predvsem pa stroka razpolaga s podatki o številu in vsebini raziskav v določenem kliničnem okolju in potrebi po njih, zato je nujno soodločanje o raziskovanju v zdravstveni negi.

## LITERATURA

Države pristopnice: zakonodaja v zvezi z etiko raziskav Slovenija. Dostopno na: [http://ec.europa.eu/research/science-society/pdf/sl\\_slov\\_lr.pdf](http://ec.europa.eu/research/science-society/pdf/sl_slov_lr.pdf):31.3.2012.

Health Information privacy Committee (HIPC). Dostopno na: <http://www.gov.mb.ca/health/hipc/>: 20.4.2012.

Kazenski zakonik (KZ-1). Dostopno na: Uradni list RS, št. 55/2008 z dne 4. 6. 2008. 20.3.2012.

Lemut Strle Rosana. 2010 Čigavi so pacientovi podatki; v JAMA—SI, februar 2010, letnik 18, št. 1 9:9.

Pravilnik o sestavi, nalogah, pristojnostih in načinu dela komisije za medicinsko etiko. Dostopno na: [http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r08/predpis\\_PRAV3538.html](http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r08/predpis_PRAV3538.html):30.3.2012.

Sklepni predlogi generalnega pravobranilca - Sharpston - 17. junija 2010. Volker und Markus Schecke GbR (C-92/09).Razlaga členov 18 in 20. Združeni(e) zadevi(e) C-92/09 in C-93/09.Dosegljivo Dostopno na: <http://eur-law.eu/SL/Sklepni-predlogi-generalnega-pravobranilca-Sharpston-17-junija-2010,448456,d>.

Walley T. Using personal health information in medical research . British Medical Journal are provided here courtesy of BMJ Publishing Group.2006 January 21; 332(7534): 130–131. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1336750/>:24.2.2012.

Zakon o raziskovalni in razvojni dejavnosti uradno prečiščeno besedilo (ZRRD-UPB1). Uradni list RS, št. 22/2006 z dne 28. 2. 2006. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200622&stevilka=844>:20.3.2012.

Zakon o varstvu osebnih podatkov uradno prečiščeno besedilo (ZVOP-1-UPB1). Dosegljivo na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200794&stevilka=4690>: 1.4.2012.

# KAKO PREMOSTITI OVIRE PRI RAZKORAKU MED TEORIJO IN PRAKSO V BABIŠTVU

## HOW TO OVERCOME THE BARRIERS IN THE THEORY PRACTICE GAP IN MIDWIFERY

asist. Tita Stanek Zidarič, dipl.bab., IBCLC

viš. pred. Teja Zakšek, dipl. ing. rad., dipl. bab., MSc

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za babištvo

tita.zidaric@zf.uni-lj.si, teja.zaksek@zf.uni-lj.si

### IZVLEČEK

**Teoretična izhodišča:** V babištvu je razkorak med teorijo in prakso prisoten že dolgo. Le ta pomeni vrzel med teoretičnim znanjem in njegovo uporabo v praksi. Za premagovanje razkoraka med teorijo in prakso imajo pomembno vlogo; praksa, ki temelji na dokazih, etično ravnanje posameznika, sodelovanje in timsko delo, problemsko učenje in uvedba oziroma priznanje predavatelja – praktika. **Metoda:** Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. **Razprava:** Prenos teorije v prakso je pomemben za razvoj babištva. Zato je nujno prepoznati pomen permanentnega izobraževanja in možnosti nadaljnjega izobraževanja za pridobitev višjih akademskih nazivov. **Zaključek:** Področje razkoraka med teorijo in prakso v Slovenskem babištvu je potrebno podrobneje raziskati.

**Ključne besede:** teorija, praksa, babištvo, razkorak

### ABSTRACT

**Introduction:** The theory practice gap in midwifery has been long known phenomenon. The gap is seen between theory and its use in clinical settings. To overcome the barriers in theory practice gap there is an important role of; evidence based practice, ethical behaviour, cooperation and team work, problem based learning and the introduction of lecturer – practitioner. **Methods:** For the purpose of this article the descriptive method was used. **Discussion:** The transfer of theory into practice is important for the midwifery development. For that reason it is crucial to recognize the importance of lifelong learning and the possibility of postgraduate education. **Conclusion:** The theory practice gap in Slovenian midwifery needs further research.

**Key words:** theory, practice, midwifery, gap,

### UVOD

Razkorak med teorijo in prakso je v babištvu prisoten že zelo dolgo. Že včasih so ga opisovali kot »neprijeten neuspeh« in problem danes je v tem, da kot kaže, smo še vedno pod velikem pritiskom razkoraka med teorijo in prakso, ki pa se celo povečuje (Wilson, 2008). Povezovanje teorije in prakse je kot meni Šmitek (2009), še vedno neuresničeno pričakovanje. Problem odnosa med teorijo in prakso v izobraževanju medicinskih sester je bil od nekdaj deležen posebne pozornosti, razreševal pa se je različno (Železnik et al, 2009). Podobno lahko trdimo tudi za babištvo.

NICE (2007) pravi, da preden lahko pričnemo govoriti o premagovanju razkoraka oziroma ovir, moramo le te najprej prepoznati in razumeti, šele po tem imamo možnost, da jih premostimo.

### METODE

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Zbiranje podatkov je potekalo s pomočjo pregleda dostopne domače in tuje strokovne in znanstvene literature. V bibliografskih bazah kot sta COBIB.SI in Medline so bile v obdobju enega meseca, od sredine marca 2012, do sredine aprila 2012, iskane ključne besede teorija,

praksa, babištvu, razkorak, ovire v slovenskem jeziku in theory, practice, midwifery, gap, barriers v angleškem jeziku.

## TEORETIČNA IZHODIŠČA

Prakso, ki temelji na tradiciji, ritualih in zastarelih informacijah lahko razumemo kot neznanstveni vzorec delovanja imenovan razkorak med teorijo in prakso. Znotraj tega vzorca je pogosto vrzel med teoretičnim znanjem in njegovo uporabo v praksi (Mortell, 2009). Babištvu gledano iz zgodovinske perspektive izhaja iz prakse, česar se je potrebno zavedati in spoštovati.

Orientacijski zgodovinski pregled razvoja babištvu in porodne pomoči na Slovenskem nam pokaže, da je izvorno porodna pomoč temeljila na solidarni pomoči med ženskami. Tisto, ki si je z izkušnjami nabrala največ znanja, so ženske izvolile za babico. Njeno delovaje je temeljilo na izkustvu in intuiciji. Kasneje je položaj babic v družbi nekoliko spremenil vendar pa njihovo porodniško znanje ni napredovalo, saj je temeljilo še vedno zgolj na izkustvu. V drugi polovici 18. stoletja se je babištvu izoblikovalo v "tradicionalni poklic in prvič se prične govoriti o izobraževanju babic. Znanje babic je bilo v tem obdobju še vedno izkustveno in je bilo skupaj z njihovimi pristojnostmi vezano na predpise v babiških pravilnikih. Pravilniki so torej določali obseg njihovega znanja (Rožman, 1997). Po mnenju Mivšek in Skoberne (2006) pa lahko da le teoretična osnova da praktičnemu delu kakovost. Vse znanje pa ne more biti zaobjeto izključno v teoretičnem znanju, predpostavkah in analitičnih strategijah. Najprej jih je treba dojeti in uvideti preko opisov dejanskih situacij ter pojasniti kako so bila razrešena. Najpogosteje preko improvizacijskega spajanja teoretičnega znanja in praktičnih izkušenj (Čaušević, 2009).

Čeprav sta akademsko in klinično okolje soodvisna drugo od drugega, pa nemalokrat predstavljata dve ločeni kulturi, zaradi česar se pojavlja tudi razkorak med teorijo in prakso (Baxter, 2007). Nekatere babice in kot navajajo Kelbič et al. (2009) medicinske sestre se odločijo za raziskovalno delo na področju, ki ga opravljajo, tako da praktično delo združijo z raziskovalnim, kar je zelo pomembno za stalen razvoj področja. K prizadevanju za vse življenjsko učenje, za širitev strokovnega znanja in raziskovalnega dela so zavezane s 7. načelom Kodeksa etike za babice (2011) tudi babice. Načelo babico poziva, da skrbi za svoj strokovni in karierni razvoj, da sledi strokovnemu napredku in se zavzema za uvajanje novih metod dela, ki zagotavljajo večjo kakovost storitev, da podpira in izvaja raziskovalno delo na področju babištvu in se zavzema za prakso, ki temelji na dokazih, da aktivno sodeluje tudi pri raziskavah na drugih področjih znanosti in da sodeluje pri izobraževanju študentov babištvu, dijakov in študentov drugih zdravstvenih ved in babic v praksi.

Kodeks etike za babice spada v zvrst poklicne etike, ki kot opisuje (Mekinc, 2011) združuje pripadnike določenih poklicev in je običajno formulirana v obliki normativnih etičnih kodeksov, v katerih so opredeljeni standardi poklicnega obnašanja in ravnanja, ter temelji na spoštovanju osnovnih etičnih načel, ki se zrcalijo v spoštovanju temeljnih človekovih pravic in svoboščin. Značilnost poklicnih/uporabnih etik je ravno v njihovi povezavi med teorijo in prakso. Uporabna etika je namreč nastala iz spoznanja, da mora biti teorija odgovorna praksi, praksa pa teoriji. Teoretiki praktikom torej ne smejo narekovati norm, ki naj bi usmerjale njihovo poklicno delo, ne da bi do potankosti poznali to delo in njegove omejitve, tako časovne kot stroškovne in informacijske (Mekinc, 2011).

Pri iskanju rešitev za premagovanje razkoraka med teorijo in prakso ima torej pomembno vlogo praksa, ki temelji na dokazih. Na dokazih temelječa praksa je pristop, pri katerem so dokazi iz raziskav s področja zdravstvene oskrbe določeni za najboljšo osnovo pri odločanju o zdravstveni oskrbi pri posamezniku pa tudi širše o zdravstvenem sistemu (Haynes, 2002). Le ta je namreč zasnovana na dognanjih in predstavlja premišljeno vključitev najboljših razpoložljivih dognanj, podprtih s kliničnim strokovnim znanjem. Kot taka omogoča zdravstvenim strokovnjakom, da svoje delo karseda močno povežejo z zadnjimi in najzanesljivejšimi dognanji. Pomeni, da uporabijo najboljše razpoložljivo znanstveno znanje – skupaj z modrostjo, izkušnjami in presojo. Je premik od tega, da svoje delo utemeljujejo predvsem na tradiciji, intuiciji, pripovedovanju in drugem neznanstvenem znanju (Benton, 2009).

Tudi praktično usposabljanje študentov predstavlja stik teorije in prakse, tako za študente, predavatelje kot za izobraževalne ter zdravstvene ustanove (Železnik, 2009). Kot poudarja Wilson (2008) so ravno študenti babištvu tisti, ki so po eni strani »ujeti v razkoraku« med teorijo in prakso po drugi pa predstavljajo most

oziroma eno izmed rešitev za premostitev ovir. Tudi Ajani in Moez (2011) ugotavljata, da razkorak med teorijo in prakso najmočneje občutijo študenti in to običajno ravno v najtežjih situacijah, ki se nanašajo na etično obarvane situacije (Thompson, 2004).

To, da je razkorak prepoznan, da se o njem govori, je že del rešitve Gallagher, 2004). Mortell (2009) verjame, da je za premostitev razkoraka med teorijo in prakso potrebna predvsem etika, ki poudarja moralno dolžnost posameznika da povezuje teorijo in prakso. Baxter (2007) pa vidi rešitev v uporabi modela Madeleine Leininger (Sitzman in Wright Eichelberger, 2004), ki poudarja in temelji na komunikaciji, sodelovanju, uporabi na dokazih temelječih znanj in evalvaciji.

Dandanes se zelo pogosto govori in piše o sodelovanju in timskem delu vendar večinoma znotraj ene inštitucije. Sodelovanje in timsko delo med izobraževalno inštitucijo in inštitucijo, ki izvaja klinično usposabljanje pa je prepuščeno posameznikom zaposlenim na obeh straneh. Prav tako se veliko sliši o sodelovanju in pomenu odnosov v timu. A žal ponovno le znotraj ene inštitucije. Za premostitev ovir med teorijo in prakso v babištvu, bi bilo morda smiselno prepoznati in formalno opredeliti posebni tim, ki ga sestavljajo predavatelji (teoretiki?), babice, ki so zaposlene v praksi in ne nazadnje študenti babištva. Takšno rešitev predlagajo tudi Gallagher (2004) in Ajani in Moez (2011).

Teoretično izobraževanje mora biti več, kot le naštevanje dejstev. Prepričanje, da je tudi praksa vir znanja se je uveljavilo počasi (Železnik et al., 2009), a morda lahko primeri iz prakse postanejo eden izmed načinov povezovanja teorije s prakso. Uporaba problemskega načina učenja v babištvu, ki je po Evropi prepoznan in široko uporabljen način izobraževanja bi bil lahko eden izmed načinov za premoščanje razkoraka med teorijo in prakso. Problemsko učenje je v študenta usmerjena oblika pedagoškega dela, kjer se študenti učijo s pomočjo primerov iz prakse.

Zagotovo je potrebno razmišljati v smeri, da se formalno uredi status strokovnih sodelavk, asistentk in višjih predavateljic za babištvo, ki so zaposlene na fakulteti, hkrati pa vodijo klinične vaje v kliničnem okolju. Vrednost modela »predavatelj praktik« je namreč ravno v tem, da povezuje univerzo/fakulteto in klinično okolje (Wilson, 2008). Tudi Ajani in Moez (2011) vidita eno izmed možnih rešitev v tem, da učitelji preživijo del časa v kliničnem okolju. Hkrati pa je potrebno prepoznati tudi izjemno vrednost mentorjev, ki imajo po mnenju Mihelič Zajec in Ramšak Pajk (2006) bistveno vlogo pri pridobivanju in utrjevanju praktičnih veščin ter povezovanju teorije s prakso pri študentih zdravstvene nege in babištva.

## **RAZPRAVA**

Večji poudarek je potrebno dati na permanentno izobraževanje in nadaljnje izobraževanje za pridobitev višjih akademskih nazivov (Ajani in Moez, 2011). Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta je skupaj s Glasgow Caledonian University, Charité Universitätsmedizin, Berlin, University of Midwifery Education and Studies, Maastricht in Medical School Hannover pripravila magistrski študijski program (EU MSc Midwifery), ki zagotavlja babicam v Evropi možnosti za dostop do akademskih nazivov, spodbujanje učenja v okolju, ki temelji na akademski odprtosti in kritični oceni; kredite z enako vrednostjo in prenosljivostjo v vse zdravstvene programe, ki so povezani v pričujoči magistrski program v Evropi. Predlagani program ponuja možnost za poglobitev razumevanja evropske babiške teorije in prakse ter združuje babice iz vse Evrope za študij na drugi stopnji v lastni disciplini, ki daje možnost za integracijo teorije in prakse s širšo evropsko perspektivo (EU MSc, 2009).

Znanje, ki ga bodo babice pridobile na drugi stopnji študija jim bo omogočalo načrtovati in izvajati kvalitetne raziskave. In čeprav se, kot pravi Mihelič Zajec (2006), včasih zdi, da obstaja globok prepad med tistimi, ki raziskujejo in tistimi, ki naj bi rezultate raziskav uporabili ali z drugimi besedami, prenesli v prakso se je treba zavedati, da sta teorija in raziskovanje pomembna za razvoj prakse zdravstvene nege in babištva. Lastno vrednost pa lahko dobijo le v medsebojni povezanosti.

Popolnoma jasno je, da razkorak med teorijo in prakso nikoli ne bo popolnoma premoščen, a zavedati se je potrebno, da teorija in praksa ne moreta biti dve ločeni enoti, kajti tako znanje kot praktične izkušnje sta bistvena za razvoj stroke, ki se pa spreminja prav tako kot se spreminja tudi svet (Ajani in Moez, 2011).

## ZAKLJUČEK

Avtorici prispevka, sta želeli predstaviti najvidnejše ovire pri razkoraku med teorijo in prakso v babištvu saj je to osnova za pričetek iskanja možnih rešitev. Čeprav je tematika razkoraka med teorijo in prakso v babištvu v svetu precej raziskana, pa literatura ponuja le malo konkretnih rešitev problema. Vzrok lahko najdemo v kompleksnosti problema razkoraka med teorijo in prakso, ki zato ne more ponuditi hitrih ali lahkih rešitev.

Za premostitev razkoraka bo zagotovo potrebno pričeti graditi most z obeh strani. Pri tem imajo vsak svojo vlogo; teorija in praksa, ter teoretiki (raziskovalci) in babice, ki delujejo v praksi. Ne gre pa pozabiti niti na študente babištva, ki so in bodo najpogosteje prečkali ta most.

Zaradi vsega napisanega se ideja ali celo nujnost po raziskovanju na področju razkoraka med teorijo in prakso v Slovenskem babištvu ponuja kar sama.

## LITERATURA

Ajani K, Moez S. Gap between knowledge and practice in nursing. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 2011; 15: 3927–31.

Baxter P. The CCARE model of clinical supervision: Bridging the theory–practice gap. *Nurse Educ Pract*. 2007; 7: 103–11.

Benton D. Nursing excellence through evidence. In: Majcen Dvoršak S, Kvas A, Kaučič B M, Železnik D, Klemenc D, eds. 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije; »Medicinske sestre in babice - znanje je naša moč«. Ljubljana, 11 – 13 Maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2009: 111A-ENG. Dostopno na: [http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres\\_zbn/pdf/111A-ENG.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres_zbn/pdf/111A-ENG.pdf) (23.3.2012).

Čaušević A. Kultura porodne pomoči terenskih babic skozi perspektivo kreativnosti in improvizacije. Diplomsko delo. Koper: Univerza na primorskem, Fakulteta za humanistične študije.

EU MSc. Vloga za pridobitev soglasja k akreditaciji študijskega programa druge stopnje; Skupna diploma EU MSc Babištvo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta; 2009. Dostopno na: [http://www.uni-lj.si/files/INTRANET/userfiles/komisije/za\\_mag\\_studij/Gradiva%20za%20seje/9seja16092010/5-EU\\_MSC\\_%20%20%20%20%20%20BAB\\_IL\\_STOPNJA\\_23\\_02\\_vloga\\_brez\\_prilog\\_zadnja.pdf](http://www.uni-lj.si/files/INTRANET/userfiles/komisije/za_mag_studij/Gradiva%20za%20seje/9seja16092010/5-EU_MSC_%20%20%20%20%20%20BAB_IL_STOPNJA_23_02_vloga_brez_prilog_zadnja.pdf) (25.3.2012).

Gallagher P. How the metaphor of a gap between theory and practice has influenced nursing education. *Nurse Educ Today*. 2004; 24:263–68.

Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *Vox Sang* 2002; 83 (1): 383–86.

Kelbič A. Fekonja Z, Pajnikhar M, Jus A, Peršak B, Škrjanec R. Razvoj kariere medicinskih sester v izobraževanju, raziskovanju in praksi zdravstvene nege. In: Majcen Dvoršak S, Kvas A, Kaučič B M, Železnik D, Klemenc D, eds. 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije; »Medicinske sestre in babice - znanje je naša moč«. Ljubljana, 11 – 13 Maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2009: 313C. Dostopno na: [http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres\\_zbn/pdf/313C.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres_zbn/pdf/313C.pdf) (23.3.2012).

Kodeks etike za babice. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; Sekcija medicinskih sester babic; 2011. Dostopno na: [http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kodeks/Kodeks\\_etike\\_za\\_babice.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kodeks/Kodeks_etike_za_babice.pdf) (25.3.2012).

Mekinc J. Etično odločanje in moralno sklepanje. In: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, Klemenc D, eds. Zbornik prispevkov z recenzijo; 8. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Maribor, 12., 13. in 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; 2011: 8 – 12.

Mihelič Zajec A, Ramšak Pajk J. Značilnosti mentorstva v izobraževanju za zdravstveno nego in babištvo. *Obzor Zdr N*. 2006; 40: 9–14.

Mihelič Zajec A. Zdravstvena nega in babištvo v zrcalu objav strokovne revije. *Obzor Zdr N*. 2006; 40: 1- 2.

Mivšek AP, Skoberne M. Uporaba modelov in teorij zdravstvene nege v babištvu. *Obzor Zdr N* 2006; 40: 15–21.

Mortell M. A resuscitation “dilemma” theory–practice–ethics. Is there a theory–practice–ethics gap? *Journal of the Saudi Heart Association*. 2009; 21:149–52.

NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). How to change practice; Understand, identify and overcome barriers to change. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007.

Rožman I. Zgodovinski oris babištva na Slovenskem in porodna pomoč v fari Velike Brusnice na Dolenjskem od 1840 do 1945. *Etnolog*. 1997: 7: 241 – 288. Dostopno na: [http://www.etno-muzej.si/files/etnolog/pdf/0354-0316\\_7\\_rozman\\_zgodovinski.pdf](http://www.etno-muzej.si/files/etnolog/pdf/0354-0316_7_rozman_zgodovinski.pdf) (24.3.2012).

Sitzman K, Wright Eichelberger L. *Understanding The Work Of Nurse Theorists: A Creative Beginning*. Boston: Jones & Bartlett Learning; 2004.

Šmitek J. Zdravstvena nega: znanstvena veda, umetnost ali obrt? In: Majcen Dvoršak S, Kvas A, Kaučič B M, Železnik D, Klemenc D, eds. 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije; »Medicinske sestre in babice - znanje je naša moč«. Ljubljana, 11 – 13 Maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2009: 223A. Dostopno na: [http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres\\_zbn/pdf/233A.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres_zbn/pdf/233A.pdf) (23.3.2012).

Thompson A. Bridging the Gap: Teaching Ethics in Midwifery Practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2005;49 (3): 188 – 93.

Wilson J. Bridging the theory practice gap. *Australian Nursing Journal*. 2008; 16 (4):1 – 5.

Železnik D, Verbič M, Ovijač D, Trobec I. Izobraževanje za poklice v zdravstveni negi. ? In: Majcen Dvoršak S, Kvas A, Kaučič B M, Železnik D, Klemenc D, eds. 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije; »Medicinske sestre in babice - znanje je naša moč«. Ljubljana, 11 – 13 Maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2009: 211A. Dostopno na: [http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres\\_zbn/pdf/211A.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres_zbn/pdf/211A.pdf) (23.3.2012).



# POGLED OD ZUNAJ: UVAJANJE ŠTUDENTOV V »SKRIVNOSTI« KLINIČNIH OKOLIJ

## THE VIEW FROM THE OUTSIDE: INTRODUCTION OF THE STUDENTS IN THE «SECRETS» OF THE CLINICAL ENVIRONMENTS

višja pred., mag. Vesna Čuk, prof. zdr. vzg.

višja pred. mag. Tamara Štemberger Kolnik, dipl. med. ses.

UP Fakulteta za vede o zdravju

vesna.cuk@fvz.upr.si ;tamara.stemberger@gmail.com

### IZVLEČEK

**Izhodišče:** Zbiranje podatkov v klinični praksi zdravstvene nege omogoča razvoj stroke, raziskovalno in pedagoško delo, vodenje in dokumentiranje procesov omogoča, da postane zdravstvena nega viden in pomemben del v zdravstvenem varstvu.

**Metode:** Uporabljen je bil pregled literature in kvalitativna metoda raziskovanja z analizo 48 diplomskih del s področja Zdravstvene nege in mentalnega zdravja ter Zdravstvene nege v patronažnem in dispanzerskem varstvu na dodiplomskem študijskem programu na UP Fakulteti za vede o zdravju.

**Rezultati:** Ugotovljeno je bilo, da študenti za izdelavo diplomskih nalog najpogosteje uporabljajo kvantitativno metodo raziskovanja z tehniko anketiranja na vzorcu zaposlenih v zdravstveni negi, manj pogosto pa uporabljajo kvalitativne metode raziskovanja. Najpogostejša področja raziskovanja študentov so bila povezana z vlogo, pomenom in pristopi v zdravstveni negi v povezavi s opisom značilnosti bolezni. Ugotovitve študentov so bile najpogosteje povezane z pomembnostjo vloge zdravstvene nege in njeno premajhno vključenostjo ali prepoznavnostjo v kliničnih okoljih. 1% od 48 izdelanih diplomskih del je bilo objavljenih v obliki strokovnega ali izvirnega prispevka.

**Razprava in zaključki:** Z raziskovanjem lastnega dela in problemov se razvija novo znanje in klinična praksa. Znanje in na dokazih temelječa praksa zdravstvene nege v katero se študenti vključijo z raziskovanjem v klinična okoljih, lahko izboljšuje kakovost procesov v zdravstveni negi.

**Ključne besede:** Raziskovanje, zdravstvena nega, klinična praksa, mentor, študent,

### ABSTRACT

**Introduction:** Gathering of data in clinical practice of nursing care enables to development of field, that is allowing research and teaching work, direction and documenting of processes that become nursing care seen and important in health care.

**Methods:** Literature review was used and qualitative research methods with analysis 48 graduate works from the field of nursing and mental health and nursing care in the community in the undergraduate academic program at the UP Faculty of Health Sciences.

**Results:** We found that college students for making graduation the tasks most commonly used determination methods research of technique of survey on a sample of employees in the nursing care, less frequently used qualitative methods of research. The most common subject students have been associated with a role, significance and approaches in nursing care in conjunction with a description of the characteristics of the disease. The findings of the students were most commonly associated with the importance of the role of nursing care and its lack of involvement or visibility within clinical environments. Only 1% of 48 finished graduation works has been published in the form of expertise or the original article.

**Discussion and conclusions:** By exploring their own work and problems, develop new knowledge and clinical practice. Knowledge and with evidence supported care in wich students engage in exploration in clinical environments can improve quality practice in nursing care process

**Keywords:** research, nursing care, clinical practice, student, mentor.



## UVOD

Razvoj zdravstvene nege poteka sočasno s spremembami v zdravstvenih sistemih. Spremembe v praksi zdravstvene nege zahtevajo novo definicijo vloge medicinskih sester. Zagotavljanje sprememb in kakovosti v praksi zdravstvene nege zagotavlja politika, sistem izobraževanja, raziskovanje in management, ki upošteva specifičnosti določenega okolja. Znanost in raziskovanje v zdravstveni negi temelji na strokovnem kliničnem znanju, izkustvenih spoznanjih, ki se jih učimo v strokovni praksi in znanstvenih spoznanjih, ki temeljijo na preverjenih hipotezah in raziskovanju v zdravstveni negi. To je povezujoči člen med znanjem, izkušnjami in znanostjo, ki pelje k razvoju, ob upoštevanju etičnih norm, spoštovanju človekovih pravic in varovanju podatkov (Kobentar, Peterka, 2006). Orodje za opisovanje prakse zdravstvene nege je tudi mednarodna klasifikacija prakse zdravstvene nege, ki omogoča zbiranje podatkov v klinični praksi, da so na razpolago za raziskovalno in pedagoško delo, za vodenje in dokumentiranje procesov, da postane zdravstvena nega viden delež v zdravstvenem varstvu (ICNP, 2000). Koncept na dokazih temelječe zdravstvene nege pomeni kognitivno spremembo stališč, katere izidi vplivajo na spremembo prakse zdravstvene nege (Boswell, Cannon, 2007). Področja raziskovanja so v strokovni literaturi zdravstvene nege bolj prepoznavna v zadnjih desetih letih. Mc Ewan (2006), Boswell in Cannon (2007) navajajo, da raziskovanje področij zdravstvene nege in na dokazih temelječa praksa zdravstvene nege, omogočata reševanje problemov neposredno v kliničnih okoljih. Mc Ewan (2006) identificira štiri faze pri reševanju problemov: identifikacija problema, pregled literature, kritično vrednotenje raziskovalnih dokazov in oblikovanje najustreznejših intervencij, ki vodijo v spremembe in izboljšave aktivnosti procesa zdravstvene nege v kliničnem okolju. Raziskovanje lahko vpliva na dosežke in na spremembe v zdravstveni negi in v zdravstveni oskrbi. Zaradi povečevanja raziskovanja znanstvene nege s strani znanstvenikov, teoretikov in učiteljev je postala prepoznavna kot akademska disciplina in aplikativna stroka (Mc Ewan, 2006). Banning (2005) ugotavlja, da se transformacija v klinični praksi od pretežno medicinske plati spreminja vedno bolj v področje zdravstvene nege ter poudarja pomen stalnega obnavljanja znanja in sposobnosti, ki omogočijo in zagotovijo razvoj in spremembe v zdravstveni negi. V podporo raziskovanju Banning (2005) tudi navaja, da imajo medicinske sestre v angleškem zdravstvenem sistemu močan potencial za razvoj sprememb v kliničnih okoljih, da identificirajo področja za spremembe, da spreminjajo prakso izvajanja zdravstvene nege za paciente, svojece in pomembne druge in tako proaktivno vplivajo na kakovost celotnega zdravstvenega varstva.

### ***Raziskovanje v zdravstveni negi***

Na dokazih temelječa praksa zdravstvene nege ima cilj, da medicinske sestre vključijo raziskovanje neposredno v klinična okolja, saj se le z raziskovanjem lastnega dela in problemov razvija novo znanje in z dokazi podprta klinična praksa. Pričakovani izidi omogočajo nadaljnji razvoj klinične prakse, ki podpira osebni in profesionalni razvoj posameznika in prispeva k razvoju drugih sodelavcev. Vloga mentorja je identifikacija področij, aplikacija raziskovanja in z dokazi podprte zdravstvene nege, ki prispeva k strategiji in povečevanju pregleda virov za podporo razvoju in podpira študente pri aplikaciji z dokazi podprte zdravstvene nege v svojo lastno prakso (Kinnell, 2010). Vloga mentorjev pri spodbujanju raziskovanja študentov je, da spodbujajo njihovo učenje, da ustvarijo razmere za učenje in da jih motivirajo k razvijanju sposobnosti za tista področja, katerih rezultat raziskovanja omogoči možnost uvajanja sprememb v klinična okolja. Potrebno je, da študente opogumimo, da verjamejo v možnost sprememb v kliničnih okoljih, v katere se vključijo, ko vstopijo v delovni proces in da zaupajo v svoje možnosti in znanje pri uvajanju sprememb. (Brown, 2008) navaja, da učinkovita klinična praksa v zdravstveni negi zahteva informacije, presojo, sposobnosti in veščine. Umetnost zdravstvene nege je širitev ugleda stroke in podpora prenosa teoretičnih izhodišč v klinično okolje z aplikativnim raziskovalnim področjem, ki povečuje zavest v lastne sposobnosti in avtonomijo stroke. Planiranje raziskovanja v klinični praksi in dejavniki, ki vplivajo na način, kako raziskavo izpeljemo so povezani z negotovostjo in tveganji. Na dodiplomskem študiju zdravstvene nege je načrtovanje specifična naloga za študente in njihove mentorje, saj je raziskovanje omejeno na študije primera, intervjuje, majhne vzorce in na določene metode pri interpretaciji in sporočanju rezultatov. Možnost uspešnosti raziskave po mnenju Philipsove in Pugh (1987) povečajo motivacijo, podporo, slog in ustvarjalnost ter osebne kvalitete raziskovalcev. Raziskovanje temelji na odprtem sistemu mišljenja in kritičnem pregledu podatkov raziskave (Esterby Smith et al., 2005). Avtor navaja, da glavni vir podpore pri raziskovanju predstavlja mentor in da mora

biti odnos med mentorjem in študentom dovolj močan, da se uspešno soočita z različnimi stopnjami raziskovalnega procesa. Boljši mentorji se nagibajo k temu, da postavijo realne roke, se ne vmešavajo preveč v podrobnosti dela, spodbujajo študenta – raziskovalca, da postane samostojen in neodvisen in so dosegljivi, da v razpoložljivem, realnem času opravijo pregled osnutkov in recenzije pisnega dela. Kvalitativne metode raziskovanja so tehnike, s katerimi raziskovalec dobi vpogled v opis, značilnosti ljudi, okoliščine in pomen situacij, katerih najpogostejše metode so intervju, opazovanje z udeležbo, študije primera, pisanje dnevnika, analiza kritičnih dogodkov, analiza dokumentacije, ipd. (Van Maanen, 1983; Ivanko, 2007) Pri kvantitativnih metodah raziskovanja podatke najpogosteje zbiramo z testiranjem, merjenjem, opazovanjem in anketnimi metodami, med katerimi se najpogosteje uporabljajo vprašalniki (Esterby Smith et al., 2005, Boswell, Cannon, 2007, Ivanko, 2007). Vsak raziskovalni projekt mora biti skrbno načrtovan z natančnim vodenjem dokumentacije v vseh fazah raziskovanja. Upoštevanje mora spoštovanje objektivnosti in nevtralnosti vrednotenja ter standardizacijo situacij in instrumentarija kot podlago k notnim izidom. Uporablja se objektivno pridobivanje informacij in podatkov ne glede na raziskovalno metodologijo (Evers, 2003). Hajdinjak in Meglič (2006) navajata empirične indikatorje v obliki raziskovalnih instrumentov, ki so jih razvili za potrebe raziskovanja in za prakso zdravstvene nege. Bistveni namen je neposredno vodenje in usmerjanje prakse zdravstvene nege. Kriteriji so zapisana pravila za ravnanje v praksi, obrazci za ocenjevanje, kriteriji za ocenjevanje stanja pacienta in doseženih rezultatov in kriteriji za vrednotenje uspešnost in učinkovitosti zdravstvene nege. Empirični indikatorji so pomemben vir informacij v raziskovanju zdravstvene nege, ki omogočajo razvrščanje zbranih podatkov in informacij v kvalitativne in kvantitativne kategorije.

## NAMEN

V kliničnih okoljih se je v zadnjih letih povečalo raziskovanje študentov v zdravstveni negi, malo pa imamo podatkov o vplivu in učinkih pridobljenih rezultatov na spremembe v klinični praksi. Z raziskavo smo želeli ugotoviti kakovost diplomskih del s področja Zdravstvene nege in mentalnega zdravja in s področja Zdravstvene nege v patronažnem in dispanzerskem varstvu na dodiplomskem študijskem programu zdravstvene nege na izbrani šoli. Cilj raziskave je bil analizirati vsebino diplomskih del in ugotoviti najpogostejše probleme pri raziskovanju študentov z omenjenih področij zdravstvene nege. Zastavili smo si raziskovalna vprašanja:

Katera področja raziskovanja so študenti najpogosteje vključili v diplomska dela dveh specialnih področij zdravstvene nege?

Kakšne so bile najpogosteje uporabljene metode in proučevani vzorec raziskovanja?

Katere so bile ključne ugotovitve v diplomskih delih študentov?

## METODE

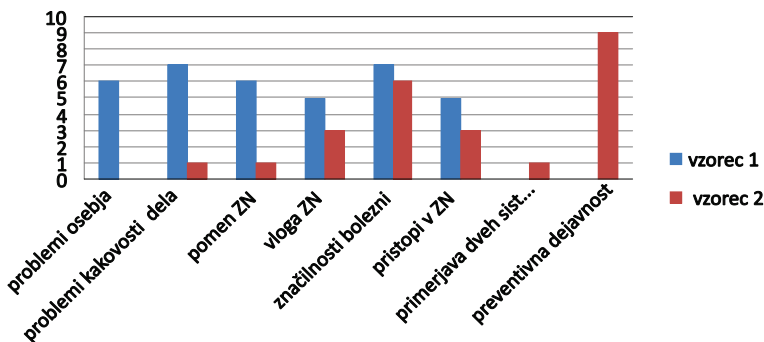
Uporabljen je bil kvalitativni raziskovalni pristop s analizo podatkov pridobljenih s pregledom literature in analize gradiva. V analizo so bila vključena diplomska dela študentov zdravstvene nege na UP Fakulteti za vede o zdravju (Visoki šoli za zdravstvo Izola), ki so nastala v obdobju od leta 2009 do leta 2011 na dveh področjih zdravstvene nege. Analiza podatkov je predstavljena delno kvantitativno v grafih in tabelah, delno pa v obliki kvalitativne opisne metode opisa najpogostejših proučevanih kategorij in predstavitev zaključkov posamezne diplomske naloge. Opredelili smo dva vzorca, ki smo jih med seboj primerjali. **Vzorec 1** je predstavljalo 30 diplomskih del v okviru predmeta Zdravstvena nega in mentalno zdravje. **Vzorec 2** je predstavljalo 18 diplomskih del študentov v okviru predmeta Zdravstvena nega v dispanzerskem in patronažnem varstvu.

## REZULTATI

V prvem delu analize diplomskih del smo ugotavljali, katere raziskovalne probleme so študenti najpogosteje izbirali pri izdelavi diplomskih del na dveh specialnih področjih zdravstvene nege. Najpogostejša izbrana področja raziskovanja v obeh vzorcih so bila v največ primerih (13), povezana z značilnostmi boleznin in obravnave na področju duševnih motenj in kroničnih boleznin, sledi vloga in pomen zdravstvene nege ter uporaba terapevtskih pristopov in intervencij v zdravstveni negi (uporaba terapevtske komunikacije, zagotavljanje varnosti in uporaba posebnih varovalnih ukrepov). Primerjali smo vzorca med seboj in

ugotavljali razlike med specialnima področjema v zdravstveni negi. Na obeh področjih zdravstvene nege so študenti pogosto proučevali probleme zagotavljanja kakovosti dela. Na področju patронаžne in dispanzerske dejavnosti so študenti najpogosteje proučevali pomen preventivne dejavnosti in primerjavo različnih sistemov v zdravstvenem varstvu. Na področju zdravstvene nege in duševnih motenj je bilo področje raziskovanja pogosto (6 krat) usmerjeno v zadovoljstvo zaposlenih in različne probleme osebja povezane z organizacijo dela, obremenjenostjo, stresnimi dejavniki in izgorevanjem( Slika 1).

## PODROČJA RAZISKOVANJA

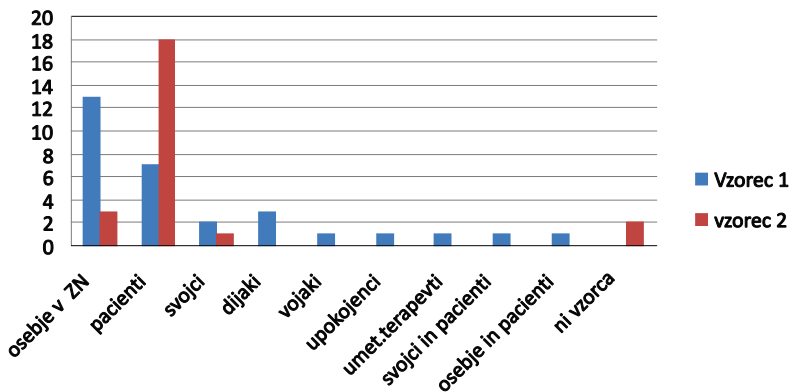


Slika 1: Področja raziskovanja v kliničnih okoljih zdravstvene nege

Zelo pomembna za kakovost raziskovanja je izbira ustrezne metode. Glede na pogoste pripombe zaposlenih v zdravstveni negi o zasičenosti kliničnih okolij z izpolnjevanjem anketnih vprašalnikov in nizko odzivnostjo udeležencev v izbranih vzorcih, so nas zanimale vrste uporabljenih metod. Z analizo podatkov smo ugotovili, da je bila v obdobju treh let pri izdelavi diplomskih nalog dveh izbranih specialnih področij najpogosteje uporabljena tehnika anketiranja z izpolnjevanjem pisnega vprašalnika (36 krat), druge uporabljene tehnike so bile še študija primera (5 krat), intervju (5 krat), analiza dokumentacije (4 krat) in štirikrat analiza pregleda literature.

Za analizo podatkov na večini majhnih izbranih vzorcih (30) so študenti večinoma uporabili osnovne statistične metode, zelo redko so uporabili metode za testiranje hipotez in tudi v primerjavi ugotovitev z drugimi preglednimi raziskavami so bili šibki. Izdelani in objavljeni so bili 4 članki od skupno 48 diplomskih nalog. Vzorec za proučevanje pri izdelavi diplomskih nalog, ki so jih uporabili študenti so predstavljeni v sliki 2.

## Vzorec raziskovanja



Slika 2: Vzorce raziskovanja

Vzorec za proučevanje pri izdelavi diplomskih nalog, ki so jih uporabili študenti, so bili najpogosteje izbrani vzorci pacientov (25 krat), oseba v zdravstveni negi v splošnih, psihiatričnih bolnišnicah in ambulantah (16 krat) ter druge ciljne skupine npr. vojaki (ugotavljanje prisotnosti znakov postravmatskega stresnega sindroma), starejši (pri proučevanju samomorilnosti pri starejših), dijaki (pri proučevanju odnosa do alkohola, problema samomorilnosti in depresivnosti pri mladostnikih), svojci pacientov (ugotavljanje pomena sodelovanja svojcev pri skupinah samopomoči). Pomembna za proučevanje vpliva na izvajanje preventivne dejavnosti, so bila zbrana stališča pacientov in njihovih svojcev o proučevanem problemu, odziv na izvajanje preventivnih programov in učinke zdravstveno vzgojnih aktivnosti medicinskih sester. V analizi podatkov smo pregledali tudi število citiranih virov. Študenti so upoštevali navodila za izdelavo in pri izdelavi teoretičnega dela diplomskih nalog uporabili predvsem pregled vsaj 30 virov, od tega predvsem domačih, veliko manj pa je bilo navedenih preglednih znanstvenih člankov in primerljivih raziskav. Ključne ugotovitve proučevanih diplomskih del:

- Študenti pogosteje raziskujejo na področju kurativnih kot preventivnih dejavnosti.
- Študenti so najpogosteje raziskovali na področju značilnosti bolezni v povezavi z zdravstveno nego kot na področju razvoja stroke zdravstvene nege v kliničnem okolju.
- Študentje so za vzorec v raziskavi najpogosteje izbrali paciente in zaposlene v zdravstveni negi.
- Študenti so pogosteje uporabljali kvantitativne metode (anketni vprašalnik) kot kvalitativne metode raziskovanja (študije primera, intervju).
- Ugotovitve diplomskih nalog se ne aplicirajo neposredno v prakso ali objavijo v strokovnih prispevkih.

Ključne ugotovitve iz zaključkov diplomskih del smo analizirali in jih povezali s kategorijami proučevanja, ključnimi ugotovitvami ter predlaganimi rešitvami. Pomembne so bile ugotovitve, ki se nanašajo na različne pristope pri osebah z duševnimi motnjami in kroničnimi boleznimi, predvsem oblike in načini terapevtske komunikacije, pristopi pri zagotavljanju varnosti in aktivnosti zdravstvene vzgoje. Ugotovitve in predlogi izboljšav so predstavljeni v preglednici 1.

## RAZPRAVA

Pri načrtovanju raziskovanja je pomembna organizacija dela, ki vključuje jasnost namena in metode podatkov, ki bodo najverjetneje izpolnili cilje raziskave, analiza in interpretacija rezultatov. V raziskavi smo poskušali ugotoviti, katera specifična področja so pogosta za raziskovanje študentov zdravstvene nege in ugotavljali pomanjkljivosti. Na področju zdravstvene nege dveh specialnih področij, se študenti redkeje odločajo za raziskovanje procesnih aktivnosti in izboljšav z vidika koristi za paciente in premalo pogosto delujejo na področjih za izboljšanje planiranih aktivnosti, standardov, kliničnih poti in algoritmov v zdravstveni negi. Meteroja et al. (2002) navaja, da izvajanje učinkovite prakse v zdravstveni negi vključuje poleg potrebnega znanja tudi indikatorje za kompetentno presojo in odločanje. Sposobnosti in kompetence povezane z organizacijo dela imajo študenti ob zaključku študija še neizoblikovane, saj se oblikujejo v delovnem procesu, ko se znanje poveže z izkušnjami. Študenti so v diplomskih delih ugotovili, da je zdravstvena nega pomembna in da ima medicinska sestra pomembno vlogo pri preventivnih dejavnostih in pri učinkovitosti celostne zdravstvene oskrbe, vendar je ta vloga premalo prepoznana in vidna. Currie et al. (2005) ugotavlja, da je za kakovost v zdravstveni negi potrebno število, izobraženost in avtonomija medicinskih sester. Prav tako pomembno v zdravstveni negi je prepoznavanje značilnosti bolezni in dejavnikov tveganja pri posebej ranljivih skupinah prebivalstva, s katerimi prihajamo v stik zaradi možnosti preventivnega in proaktivnega delovanja kot na primer aktivnosti za preprečevanje ali zmanjševanje samomorilnosti pri mladih in starejših, prepoznavanje in podpora ob obrodni depresivnosti, varstvo žena in podpora ob raku, podpora staršem, starejšim, itd. Meretoja et al. (2005) in Benner et al. (2009) ugotavljajo, da so sposobnosti oseba v zdravstveni negi pomembne za prepoznavanje značilnosti bolezni v povezavi z dejavniki tveganja in negovalne intervencije, ki pomembno vplivajo na pozitivne izide zdravstvene obravnave.

## SKLEP

Za uspešnost raziskovanja v zdravstveni negi je pomembno, da študente tekom študija opremimo z dovolj znanja in sposobnostmi, da ob prihodu v neposredno delovno okolje ne zaidejo v vsakodnevno rutino.

**Preglednica 1: Ključne ugotovitve diplomskih del študentov zdravstvene nege**

Ugotovljene prednosti	Ugotovljene slabosti
<ul style="list-style-type: none"> <li>- sodelovanje v kliničnih timih</li> <li>podpora vodstva pri ravnanju s človeškimi viri</li> <li>- dobra organizacija dela in timski pristop</li> <li>- zdrav življenjski slog osebja v ZN</li> <li>- zagotavljanje varnosti v bolnišničnem okolju,</li> <li>- izvajanje negovalnih intervencij za pomoč in oskrbo</li> <li>- učinkoviti preventivni presejalni programi (SVIT),</li> <li>- prepoznavanje značilnosti kroničnih bolezni in duševnih motenj pri zdravstvenih delavcih</li> <li>- pristopi v komunikaciji in zagotavljanju varnosti</li> <li>- celostni pristop in sodobne obloge za oskrbo rane pozitivno vplivajo na celjenje RZP</li> <li>- uporaba informacijske tehnologije v zdravstveni negi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- problemi osebja v zdravstveni negi (ZN):</li> <li>- izpostavljenost, ogroženost osebja, preobremenjenost</li> <li>- stresni dejavniki, izgorelost, negativni vplivi delovnega okolja</li> <li>- pomanjkljiva promocija in neučinkovita zdravstvena vzgoja</li> <li>- majhna odzivnost prebivalstva na preventivne programe</li> <li>- slaba uporaba podatkov iz informacijskih virov</li> <li>- neosveženost ciljnih skupin</li> <li>- nizek vpliv zdravstvene vzgoje na stališča mladih do odvisnosti</li> <li>- neprepoznavanje dejavnikov tveganja za samomorilnost pri mladih in starejših</li> </ul>
Priložnosti za izboljšave	Nevarnosti - tveganja -
<p>povečati razvoj sodobne zdravstvene nege</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- uporaba negovalne dokumentacije, negovalnih diagnoz,</li> <li>- analiza neželenih dogodkov, razvoj kazalnikov kakovosti v zdravstveni negi</li> <li>- več aktivnosti za prepoznavanje rizičnih skupin</li> <li>- več izobraževanja in delavnic o uporabi različnih pristopov</li> <li>- povečati kakovost in varnost v zdravstveni negi</li> <li>- povečati aktivnosti promocije zdravja in zdravstvene vzgoje</li> <li>- povečati aktivnosti za zmanjševanje dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih bolezni in za zmanjševanje posledic</li> <li>- usmeriti zdravstveno vzgojo v dispanzerjih za varstvo žena</li> <li>- promocija SVIT programa s strani vseh zdravstvenih delavcev</li> <li>- zdravstveno vzgojno delo staršev za vzgojo otrok v zdrav življenjski slog</li> <li>- sodelovanje strokovnjakov s civilnimi združenji</li> <li>- vzpostavitev mreže za kontinuirano zdravstveno nego</li> <li>- povečati zaposlovanje diplomiranih medicinskih sester v različna delovna okolja s kroničnimi pacienti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- razkorak med teorijo in klinično prakso</li> <li>- počasen razvoj sodobne zdravstvene nege v kliničnih okoljih</li> <li>- pomanjkljivo znanje o duševnih motnjah in kroničnih boleznih</li> <li>- premalo informacij za pacientke z rakom dojke glede samopregledovanja dojk s strani zdravstvenih delavcev</li> <li>- veliko število kroničnih obolenj pri starostnikih v domovih za starejše</li> <li>- majhen vpliv zdravstvene nege v zdravstvenem timu</li> <li>- premajhna vloga medicinskih sester v kliničnih timih</li> <li>- premalo zaposlovanja medicinskih sester v socialno varstvenih zavodih</li> <li>- slabo razvita kontinuirana zdravstvena nega v lokalni skupnosti v sklopu skupnostne psihiatrične skrbi.</li> <li>- nesodelovanje zdravstvene nege v zdravstvenih in multidisciplinarnih timih</li> <li>- nepovezanost različnih timov, ki obravnavajo istega pacienta</li> </ul>

Omogočimo jim, da se spirala znanja nadaljuje in da medicinska sestra - raziskovalka ostane ob pacientu in kritično razmišlja ter raziskuje, kako izboljšati pristope in intervencije v zdravstveni negi. Vloga mentorjev in vodilnih v kliničnem okolju je spodbujanje k učenju in ustvarjanje takega okolja, ki spodbuja kontinuirano učenje in profesionalni razvoj. Podpora in pomoč dodiplomskim in podiplomskim študentom, da prepoznajo in razumejo potrebo po raziskovanju in na zdravstveni negi, ki bo temeljila na dokazih, bo imela vpliv na najpomembnejše značilnosti kakovostne in varne zdravstvene nege v vsakodnevni praksi.

**LITERATURA**

Banning M. Approaches to teaching: current opinions and related research. *Nurse Education Today*. 2005; 25(6): 502-510.

Benner P, Tanner C.A, Chesla C. A. *Expertise in Nursing Practice. Caring, Clinical Judgement and Ethics*. 2nd. ed. New York: Springer Publishing Co; 2009:171-199.

Bossell C, Cannon S. *Introduction to Nursing research. Incorporating evidence based practice*. Sudbury: Jones and Bartlett books; 2007:75-92.

Brown S. *Evidence Based Nursing: the Research Practice Connection*. London: Jones and Bartlett Publishers; 2008:3-10.

- Currie V, Harvey G, West E, McKenna H, Keeney S. Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 51(1), 73-82.
- Esterby-Smith M, Thorpe R, Lowe A. Raziskovanje v managementu. Koper: UP Fakulteta za management Koper; 2004: 34-40; 71-117.
- Evers G. Developing Nursing Science in Europe. *Image*; 2003:35(1)9-13.
- Hajdinjak G, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2006: 178.
- Ivanko Š. Raziskovanje in pisanje del. Ljubljana: Cubus-image; 2007:2-32.
- ICNP – Mednarodna klasifikacija prakse zdravstvene nege - beta. Prevod v slovenščini: Geneva: ICN, 1999. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego; 2000: 9 -11.
- Kinnell D. Evidence Based Practice and mentorship. V: Kinnell D. Hughes P. *Mentoring Nursing and Healthcare students*. London; Sage Publications. 2010: 169-192.
- Kobentar R, Novak Peterka J. Raziskovanje v zdravstveni negi v Psihiatrični kliniki Ljubljana. V: Čuk V(ur.) *Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi*. Zbornik prispevkov: Strokovno srečanje Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji. Maribor 26. oktober. Ljubljana; Zbornica - Zveza: 2006: 52-54.
- Mc Ewan M. Philosophy, science and nursing. In: Mc Ewan M. Wills E. M.(ur). *Theoretical basis for Nursing*. Philadelphia; Williams and Wilkins: 2006: 3-5.
- Meteroja R, Eriksson E, Leino Kilpi H. Indicators for competent nursing practice. *Journal of Nursing Management*; 2002:10(1): 95-102.
- Philips E.M.; Pugh D. S. *How to get a Phd: a handbook for students and their supervisors*. Buckingham; Open University Press: 1987: 31.
- Van Maanen J. *Qualitative methodology*. London; Sage: 1983: 111-10.



# KAKO ŠTUDENTI BABIŠTVA DOJEMAJO RAZKORAK MED TEORIJO IN PRAKSO

## HOW MIDWIFERY STUDENTS PERCEIVE THEORY-PRACTICE GAP

viš. pred. Teja Zakšek, dipl. ing. rad., dipl. bab. MSc  
asist. Tita Stanek Zidarič, dipl. bab. IBCLC

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za babištvo  
tita.zidaric@zf.uni-lj.si, teja.zaksek@zf.uni-lj.si

### IZVLEČEK

**Izhodišča** Razhajanje med teorijo in prakso je pojav, ki skrbi zdravstveno in babiško nego že mnogo let, še posebej predavatelje, ki učijo na šolah in poskušajo zagotavljati, da je tisto, kar učijo, v skladu z znanstvenimi dokazi in hkrati tistim, kar izvajajo v praksi. Ta članek predstavlja raziskavo, ki smo jo izvedli na Oddelku za babištvo, kjer smo želeli raziskati koncept razkoraka med teorijo in prakso z vidika študentov babištva

**Metode** Raziskava je kvalitativne narave. Metoda je enojna holistična študija primera v kateri je bilo zajetih 6 študentov babištva tretjega letnika, ki so opravili vaje v porodnem bloku v treh slovenskih porodnišnicah v letu 2010/2011. Metoda zbiranja podatkov so bili odprti intervjuji. Uporabljena je bila hermenevtična induktivna analiza

**Rezultati** Identificirane so bile tri glavne teme; Predavatelj Praktik, Tradicija in Nemoč.

**Diskusija in zaključki** Študentje opažajo razkorak med teorijo in prakso, ki ga pripisujejo močni tradiciji in neurejenosti sistema učenja klinične prakse. Izobraževanje za babico je odgovornost študenta samega, univerze in kliničnih okolij. Vsak od njih ima pomembno vlogo v razvoju bodoče babice. Študent mora biti motiviran za učenje in prakso, univerze bi morale učiti teorijo osnovano na znanstvenih dokazih, ki jih bi jo klinična okolja morala uspešno vnašati v prakso.

**Ključne besede:** babištvo, razkorak med teorijo in prakso, študentje

### ABSTAKT

**Introduction:** theory practice gap is a phenomenon which concerns midwifery and nursing care for many years, especially those lecturers who teach in academia and are trying to ensure that what they teach is based on evidence and similar to what is done in practice. This article represents the research conducted in Midwifery department, where we wanted to explore the theory practice gap from student perspective.

**Methods:** research has a qualitative nature. Method is holistic case study where 6 third year midwifery students were interviewed. Students conducted clinical practice in labor ward in three Slovenian maternity hospitals. Open interviews were performed. Hermeneutic inductive analysis was performed.

**Results:** three main themes were identified: Lecturer Practitioner, Tradition and helplessness.

**Discussion and Conclusion:** students notice theory practice gap and are relation it to strong tradition and the way clinical practice is thought. Midwifery education is responsibility of student itself, academia and clinical placements. Every partner has important role in development of future midwife. Student must be motivated for learning, academia should teach in accordance to evidence based practice, which clinical placements should embrace.

**Key words:** midwifery, theory practice gap, students

### UVOD

Ena pomembnejših stvari pri izobraževanju novo nastalih babic je predstavitev in osvojitve babiške filozofije in etike, ki študente babištva in kasneje babice vodi pri njihovem delu. Babištvo ima edinstvene in jasno artikulirane etične principe ter filozofijo, ki babiško nego delajo tako posebno in drugačno od ostalih. Eden



od takšnih je na primer partnerski model dela. Te etične principe in filozofijo morajo študentje babištva vplesti v svojo profesionalno identiteto, da se lahko spopadajo z vsakodnevnimi izzivi na praksi in izvajajo visokokulturno babiško nego, ki ustreza ženskam in njihovim družinam.

Urlich (2000) pravi, da ko se bodoči študentje vpisujejo na babištvo imajo v večini idealizirane predstave o tem kaj je babica in kaj je njeno delo. Tiste, ki naravo dela malo globlje poznajo imajo željo, da bi lahko izvajale kvalitetno, na dokazih temelječo babiško nego, ki bi ženske opolnomočila. Bile bi njihove zagovornice (Urlich, 2000). Ta, sicer upravičena, pričakovanja včasih grobo spremeni realnost kliničnega okolja v katerem se znajdejo študentje babištva tekom svoje prakse. Kot postopke oz. prakse, ki jih študentje težko razumejo, ker so v neskladju z njihovo filozofijo in znanstvenimi dokazi, avtorji omenjajo predvsem porast neopravičljivih indukcij poroda (Simpson in Atterbury, 2005), malo časa za ženske (White, 2003), bolnišnične norme in doktrine (Simpson in Thorman, 2005), neupravičeni postopki (Perko in Zakšek, 2011) včasih izvedeni celo z strani njihovih kliničnih mentorjev (Zeidenstein, 2000).

Razkorak med teorijo in prakso je problem v babištvu že vse od ustanovitve visokošolskega študijskega programa leta 1996. Nekateri avtorji so ga v preteklosti opisovali celo kot »sramoto« (Rafferty, 1996), drugi pravijo, da gre samo za problem v komunikaciji med kliničnim in akademskim okoljem (Lathelan, 1997). Cave (1994) verjame, da razhajanje med teorijo in prakso izvira ravno iz situacij, kjer so bili predavatelji umaknjeni iz klinične prakse, v praksi pa so s študenti delali ljudje, ki nikoli niso učili. Pa vendar je problem mnogo bolj kompleksen. Corlett in drugi (2003) pravijo, da je ravno kompleksnost problema kriva, da koncepta razkorak med teorijo in prakso ne razumem popolnoma. Kar nekaj avtorjev (npr. Gallagher, 2004 ali Higginson, 2004) menijo, da je koncept velikokrat narobe razumljen, ker je tako specifičen za vsako poklic posebej in celo za vsako področje, ki ga poklic obravnava posebej. Zakšek in ostali (2007) se nekako pridružujejo mnenju Lathelana (1997) ki ne priznava, da razhajanje obstaja. Trdijo, da se praksa spreminja z uvajanjem novih znanstvenih dokazov, posledično pa se morajo spremeniti tudi teorije, kar pomeni tudi, da se z novimi znanstvenimi dokazi spreminjajo teorije in posledično se mora tudi praksa.

Tekom praktičnega dela imajo študentje babištva konzultacije z šolskim mentorjem, kjer med drugim diskutirajo tudi o dogajanju na praksi. Šolski mentorji smo večkrat opazili, da včasih določeni postopki ali razkorak v realnih kliničnih okoljih potekajo drugače kot so bili študentje naučeni na kabinetnih vajah. Nekaj razlogov gotovo lahko pripišemo razliki med realnimi in simulacijskimi pogoji, v večini pa gre za razliko med prakso in teorijo, ki jo učimo na Oddelku za babištvo in je osnovana na znanstvenih dokazih.

Ta članek predstavlja raziskavo, ki smo jo izvedli na Oddelku za babištvo, kjer smo želeli raziskati koncept razkoraka med teorijo in prakso z vidika študentov babištva, ki so imeli vaje v porodnem bloku treh slovenskih porodnišnic.

## **METODE**

Raziskava je potekala od septembra 2011 do decembra 2011. V raziskavi je bila uporabljena enojna študija primera, kjer primer predstavlja koncept razkoraka med teorijo in prakso. Yin (2002) razlikuje enojne študije primera kot holistične ali intrižne študije primera. Holistične študije primera uporabljamo takrat, ko želimo priti do splošnejšega razumevanja pojava, intrižne pa takrat, ko nas zanima posamezen primer znotraj nekega pojava. Ta raziskava je torej uporabila enojno holistično študijo primera. Ob priznavanju edinstvenosti vsake situacije, je Mariano (1990) mnenja, da lahko študija primera osvetli situacijo na način, ki je bistven tudi za druge situacije. Enojne študije primera lahko nudijo bogato gradivo, ki je prodornejše od številnih raziskovalnih poročil, bodisi v kvantitativni bodisi v kvalitativni tradiciji (Yin, 2002). V raziskavi je bilo uporabljeno namensko verjetno vzorčenje, za katerega Patton (2002) pravi, da je uporabno takrat, kadar raziskovalec želi spoznati naravo problema v globino s točno določenimi udeleženci, ki lahko podajo z informacijami bogate intervjuje. V tej raziskavi je bilo zajetih 6 študentov babištva tretjega letnika, ki so opravili vaje v porodnem bloku v treh slovenskih porodnišnicah. Mays in Pope (2006) pravita, da lahko pri kvalitativnih raziskavah uporabimo manjši vzorec (tudi pod 5), ker namen rezultatov ni generalizacija ampak raziskovanje nekega fenomena v globino, kot je tudi primer pri tej raziskavi. Odprti intervju z omenjenimi udeleženci so bili posneti individualno v nemotečem okolju. Tudi Yin (2002) meni da je najbolje, da so v holistični študiji primera intervjuji odprti, predlaga postavljanje »opornih« vprašanj ki, kot pravi, jih lahko spreminjamo tekom intervjuja. Intervjuji so služili, kot okvir za analizo pridobljenega besedila. Uporabljena je bila hermenevtična

induktivna analiza, ker ni bilo v naprej razvitih hipotez in trditev (Byrne, 2001). Ko so bili intervjuji prepisani smo jih razčlenili in ustvarili skupne teme.

## REZULTATI Z RAZPRAVO

Identificirane so bile tri glavne teme; Predavatelj Praktik (PP), Tradicija in Nemoč.

### Tema 1: PP

Prva tema, ki je bila prepoznana z strani študentov babištva je bila potreba po predavatelju praktiku. Med tem ko so nekateri študentje izpostavili potrebo po večji avtonomiji šolskih koordinatorjev so drugi njihovo vlogo videli drugače:

Š1: »...ma mislim, da bi moral biti res eden zaposlen na obeh ustanovah. ... dejansko bi se vklopili v proces... stalno bi bil v stiku z prakso in vanjo vnašal kar je dobrega in kar je novega...«

Zakšek in ostali (2007) dejansko omenjajo PP kot osebo ki je hkrati odgovorna za prakso in teoretično znanje. V Evropski uniji je to že dolgo znan koncept. Vaughan (1989) v svojem prispevku podaja dve vidnejšivlogi PP. Prva, na strani učiteljev, je v tem, da s svojim znanjem pripomore k razvoju kakovostnih študijskih programov, ki se bodo ujemali s prakso. V prakso naj bi PP prinašal novosti in pomagal ohranjati in dvigovati standarde, da jet o edina pozicija, ki skupaj sestavlja prakso, menedžment, učenje in znanstveno raziskovalno delo. Eden od študentov je dejansko videl vlogo takšnega človeka kot težko in menil, da bi PP moral biti vplivni sodelavec, mogoče celo vodja tima:

Š4: »...Enakovreden član tima. Tako da bi lahko sam razporejal delo ne da je odvisen od milosti tamkajšnjih babc...«

Veliko evropskih avtorjev vidi PP v praksi bolj na vodilnih mestih. Wright (1988) pravi da PP ne rabi imeti vodilnega mesta v praksi, a mora biti dovolj pomemben, da lahko deluje kot človek, ki vanjo lahko vnaša spremembe.

### Tema 2: Tradicija

Študentje so opazili, da je delo v praksi večkrat drugačno kot tisto kar so se učili v učilnici.

Š6: »ko prideš pa tja (v porodni blok)... pa je vse drugače... ne samo, da dajo klistir dajo ga celo na hrbtu... ko sem vprašala zakaj, mi je odgovorila, ker tako že od vedno delajo...«

Tradicionalni rutinski postopki se ponekod še vedno opravljajo, čeprav so v drugih državah že desetletja opuščeni. Zakšek (2008) dejansko opaža, da vobporodni oskrbi v Sloveniji je razkorak med na dokazih temelječi babiški negi in babiški negi, ki se izvaja še vedno velik. Še vedno rutinsko izvajamo nekatere postopke in prakse, ki ne temeljijo na dokazih, so škodljivi ali celo nevarni (klistir, brije...)(Zakšek,2008).

### Tema 3: Nemoč

Vseh šest študentov, je mnenja, da ne morejo prispevati dovolj k razkoraku med teorijo in prakso in da se v tem konceptu počutijo nemočne. Menijo, da morajo delo opravljati po navodilih mentorjev ne glede na to ali se z njihovim načinom dela strinjajo ali ne.

Š3: »kot študent nimaš glih (ravno) kakšnega groznega vpliva... pač nekako greš v vse to...jaz se kar postavim v eno drugo osebo in izpolnujem navodila... če ne imam lahko preveč problemov...«

Licqurish (2011) je v svojem doktorskem delu raziskovala kako študentke babištva pridobivajo kompetence potrebne za delo. Med drugim je ugotovila, da se študentje počutijo dokaj nemočni v sistemu, kjer podobno kot študentje v naši raziskavi, čutijo, da se morajo vklopiti vanj. Le tako, so prepričani, bodo dobili potrebna znanja za njihovo nadaljnje delo. Kazen, ki so jo omenjali študentje v raziskavi Licqurishve (2011) je bila tudi socialna izolacija, kritike in pomanjkanje podpore.

Tudi študentka v naši raziskavi je rekla:

Š5: »... jaz se vklopim not, drugače ne bom dobila nobenih posegov...«

Izobraževanje za babico je odgovornost študenta samega, univerze in kliničnih okolij. Vsak od njih ima pomembno vlogo v razvoju bodoče babice. Študent mora biti motiviran za učenje in prakso, univerze bi morale učiteljstvo osnovano na znanstvenih dokazih, ki jih bi jo klinična okolja morala uspešno vnašati v

prakso. Raziskava je pokazala, da študentje opažajo razkorak med teorijo in prakso, ki ga pripisujejo močni tradiciji in neurejenosti sistema učenja klinične prakse. Predlagajo koncept PP, ki bi deloval tako v kliničnem kot akademskem okolju, z vzpostavitvijo tega koncepta študentje babištva vidijo za svoje klinično usposabljanje. V procesu učenja klinične prakse, kot je danes se ne izpostavljajo z novejšim znanjem, ker so mnenja, da so lahko socialno izolirani, kar posledično lahko vpliva na njihov dostop do informacij.

## ZAKLJUČEK

Razhajanje med teorijo in prakso je pojav, ki skrbi zdravstveno in babiško nego že mnogo let, še posebej predavatelje, ki učijo na šolah in poskušajo zagotavljati, daje tisto, kar učijo, v skladu z znanstvenimi dokazi in hkrati tistim, kar izvajajo v praksi. Premostitev razkoraka med teorijo in prakso bo izboljšala znanje študentov in delovne pogoje v kliničnih okoljih. Vse babice, ne glede na to kje delajo so dolžne izvajati babiško nego, ki je osnovana na najnovejših znanstvenih dokazih in pripomoči k ustvarjanju kompetentne nove delovne moči.

## LITERATURA

- Byrne M. Hermeneutics as a methodology for textual analysis. *AORN*. 2001; 73(5):968-970.
- Cave I. Nurse teachers in higher education - without clinical competence, do they have a future? *Nurse Educ Today*. 1994; 14: 394-9.
- Corlett J, Palfreyman J, Staines H, Marr H. Factors in influencing theoretical knowledge and practical skill acquisition in student nurses: an empirical experiment. *Nurse Educ Today*. 2003; 23(3):183-190.
- Gallagher P. How the metaphor of a gap between theory and practice has influenced nursing education. *Nurse Educ Today*. 2004; 24(4): 263-268.
- Higginson R. The theory-practice gap still exists in nursing. *Br J N*. 2004; 13(20):68
- Lathlean J. *Lecturer Practitioners in Action*. Oxford: Butterworth; 1997.
- Licquish S. Bachelor of midwifery students' experience of achieving competency for beginning practice. (doktorsko delo). *Australija: School of Nursing & Midwifery Faculty of Health Sciences*; 2011.
- Mariano C. Qualitative research: instructional strategies and curricular considerations. *Nurs Health Care*. 1990; 11 (5): 354-359.
- Mays N, Pope C. *Qualitative research in healthcare*. Oxford: Blackwell Publishing; 2006.
- Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. San Francisco: Sage Publications; 2002.
- Perko V, Zakšek Teja. Ključni kot rutinski postopek pri porodu: pregled literature. *Obzor zdrav neg*. 2011; 45(2):105-111.
- Rafferty A, Allcock N, Lathlean J. The theory-practice gap: taking issues with the issue. *J Adv Nur*. 1996; 23:685-691.
- Simpson K, Atterbury J. Trends and issues in labor induction in the United States: implications for clinical practice. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003; 32:767-79.
- Simpson K, Thorman K. Obstetric "conveniences": Elective induction of labor, cesarean birth on demand, and other potentially unnecessary interventions. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2005; 19: 134 - 44.
- Ulrich S. First birth stories of students midwives: Keys to professional affective socialization. *J Midwifery Womens Health*. 2000; 49: 390 - 7.
- Vaughan B. Two roles - one job: lecturer practitioner to bridge the theory-practice gap in nurse education. *Nursing Times* 1989; 85:11: 32-3.
- White M. Listening to Mothers II: Second national US survey of women's childbearing experience. *Int J Childbirth Educ*. 2005; 22:27-9.
- Wright SM. Joint appointments: hand in with care. Combining a clinical post with teaching. *Nursing Times* 1988; 84(1): 32-3.
- Yin RK *Case study research: Design and methods*. Newbury Park, CA: Sage Publications; 2002.
- Zakšek T, Trobec D, Rebec D. Teoretično razmišljanje o konceptu predavatelja/praktika v zdravstveni in babiški negi v Sloveniji. *Obzor zdrav neg*. 2007; 41(2/3):162-163.
- Zakšek, T. Developing competency based scenarios for midwifery practice in Slovenia. *Obzor zdrav neg*. 2008; 42(3):169-180.
- Zeidenstein L. Birth of a midwife. *J Midwifery Womens Health*. 2000; 45: 85 - 6

# POMEN RAZISKOVANJA IN NA DOKAZIH TEMELJEČEGA DELOVANJA ZA KLINIČNO DELO V ZDRAVSTVENI NEGI

**Dr. Saša Kadivec, prof.zdr.vzg.**

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

sasa.kadivec@klinika-golnik.si

## IZVLEČEK

Članek prikazuje naloge menedžmenta za raziskovalno delo v kliničnem okolju. Prikazan je primer akcijskega raziskovanja na primeru strokovnega nadzora odvzema venske krvi. Izhodišča: Zaradi pogostih hemoliz pri odvzetih vzorcih venske krvi, je bil, z namenom iskanja vzrokov za nastanek hemolize, izveden strokovni nadzor iskanja vzrokov na predanalitske napake v laboratoriju. Metode: Izdelana je bila kontrolna lista na podlagi predhodnega analiziranja najpogosteje zabeleženih predanalitskih napak v laboratoriju. Podatki so bili zbrani z neposrednim opazovanjem, s predhodno izdelanimi izhodiščnimi smernicami postopka jemanja krvi in s pomočjo kontrolne liste. Izvedeni so bili trije skupni notranji nadzori odvzema vzorcev venske krvi (2010, 2011, 2012). Rezultati: Primerjava rezultatov kaže, da je bilo od skupno devetih točk preverjanja, v štirih doseženo izboljšanje, v dveh je število napak ostalo enako nič, v dveh pa je prišlo do poslabšanja rezultatov (zaradi povečanja zahtevnosti kriterijev nadzora). Diskusija: Na podlagi rezultatov smo uvedli določene izboljšave. Skupni strokovni nadzori laboratorija in Službe zdravstvene nege so mogoči le z točno določenimi kriteriji nadzora, dobro pripravljenostjo na sodelovanje, natančno izvedbo in dobrim naborom preventivnih in korektivnih ukrepov za izboljšanje rezultatov.

Ključne besede: strokovni nadzor, raziskovanje, zdravstvena nega

## ABSTRACT

The article presents the tasks of the management in research work in a clinical setting. An example of action research is described in a case of internal audit of venous blood sample taking. Background: Frequent hemolyses in venous blood samples were the reason for an internal audit of the causes of preanalytical errors. The audit was performed in a clinical chemistry laboratory in order to find the causes for hemolyses. Methods: A checklist was developed on the basis of a previous analysis of preanalytical errors that were the most frequently registered in a clinical chemistry laboratory. The data were collected using a checklist as well as direct observation and previously set starting point guidelines on blood sample taking. Three internal audits of venous blood sample taking were performed (2010, 2011, 2012). Results: Comparison of the results shows that improvement has been made in four out of total nine checkpoints. In two checkpoints, the results remained zero. In two checkpoints, the results have deteriorated. Discussion: Based on the results, many improvements have been made. Joint internal audits of nursing care and laboratory staff can only be performed if both sides are well prepared for cooperation. The execution of the audits should be thorough and accurate, and preventive and corrective measures for the improvement of the results should be well defined.

Key word: nursing, audit, research

## UVOD

International Council of Nursing ICN (2010) med ključne naloge zdravstvene nege uvršča zagovorništvo, spodbujanje varnega okolja, izobraževanje, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter sodelovanje v obravnavi pacientov in upravljanju zdravstvenih sistemov.

Raziskovanje v kliničnem okolju je v strategiji razvoja zdravstvene nege in oskrbe 2011-2020 (Kadivec, 2011) opredeljena v kar nekaj točkah in nalogah:

Menedžment in vodenje:

1. Menedžment zdravstvene nege in oskrbe mora prevzeti odgovornost za vzpostavitev razvojno raziskovalnih timov v zdravstvenih in drugih zavodih, katerih delo naj bazira na aplikativnem in akcijskem raziskovanju ter na pregledu dokazov in prenosu najboljše prakse v neposredno delo po definiciji na dokazih podprte prakse. Pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege in oskrbe naj ima pomočnika za raziskovanje in razvoj, dejavnost zdravstvene nege in oskrbe pa raziskovalno razvojni oddelek.

2. Menedžment zdravstvene nege mora prevzeti odgovornosti na področju upravljanja znanja zaposlenih, izgradnje na dokazih podprtega delovanja, razvoja raziskovalne in razvojne dejavnosti in poznavanja širšega družbenega okolja v katerem deluje zdravstveni sistem. Menedžment mora delovati na osnovi znanj iz vodenja, veščin upravljanja, imeti mora etično odgovornost do razvoja profesije in njene širše vpetosti v družbeni prostor v državi in izven;

3. Menedžment zdravstvene nege mora razvijati in spodbujati klinično, aplikativno in temeljno raziskovanje ter na dokazih podprto prakso zdravstvene nege in oskrbe. V ta namen je potrebno na nacionalni ravni oblikovati razvojno raziskovalno skupino, za razvoj in implementacijo smernic/protokolov/priporočil klinične prakse in raziskovanja ter razvojnih interesnih področij raziskovanja ob upoštevanju etičnih načel.

Izobraževanje:

1. Magistranti in doktoranti bodo v sistem zdravstvenega varstva prinesli nova znanja po zgledu študije OECD (Delamaire, Lafortune, 2010), ki jim bodo omogočala prevzem dela na razvojnem in raziskovalnem področju ter dela v kliničnem okolju. Razvoj takšnega kliničnega okolja, ki bo vplivalo na izboljšanje kakovosti na področju izobraževanja v zdravstveni negi in oskrbi; Doktorice zdravstvene nege bodo usposobljene za vodenje in usmerjanje kliničnih in temeljnih raziskav, za postavitev standardov, smernic, teorij in razvoj novih pristopov v zdravstveni obravnavi.

2. Vizija s katero bomo oblikovali prihodnost zdravstvene nege in oskrbe je mogoča le s pomočjo raziskovanja in inovativnega vodenja zdravstvene nege. Le na osnovi kliničnih dokazov in s pomočjo združenj uporabnikov storitev bo politika pripravljena nameniti več sredstev za izobraževanje in zaposlovanje v zdravstveni negi, saj bo imela dokaze, da več znanja prinaša večjo kakovost dela, manj zapletov, večje zadovoljstvo uporabnikov in s tem več prihrankov v zdravstveni obravnavi (Skela Savič, 2007).

Raziskovanje je temelj razvoja zdravstvene nege. V štiridesetih letih prejšnjega stoletja je razvoj zdravstvene nege temeljil bolj na pogojih in deloma na procesih kot pa na izidih.

V šestdesetih letih je zdravstvena nega temeljila na metodah ocene procesa. Deset let kasneje je ameriška zveza medicinskih sester (American Nurses' Association) začela z oblikovanjem standardov, kjer je poudarila delovne pogoje in procese. Američani so razvili model zagotavljanja kakovosti, s katerim so začeli postavljati kriterije merjenja kakovosti in spremljati učinkovitost zdravstvene nege. Model omogoča vrednotenje izidov in izboljševanje kakovosti zdravstvene nege.

Od osemdesetih let prejšnjega stoletja dalje so se, zaradi povečanih stroškov v zdravstvu, osredotočili na obvladovanje stroškov. To obdobje zaznamujejo številne klinične raziskave, ki se nanašajo na izide, vse večja pozornost pa je usmerjena tudi v obvladovanje kakovosti. Organizacija kakovosti zdravstvene oskrbe je ena izmed poti za dokazovanje izvajanja kakovostnih storitev (Bull, 1992).

Raziskovanje pa sega že precej bolj v zgodovino. Florence Nightingale, ki je bila strog zagovornik sistematičnega zbiranja podatkov v zdravstveni negi, je s pomočjo zbiranja podatkov lahko ocenila uspešnost negovalnih postopkov. V času krimske vojne je uvedla kontrolo okužb in na ta način zmanjšala umrljivost vojakov od 32 na 2 % (Marr, Giebing, 1994).

Današnja vizija kakovosti zdravstvene nege je usmerjena k doseganju najboljših izidov, ki jih je mogoče tudi meriti. Medicinske sestre morajo pri svojem delu dati večji poudarek odločitvam, ki so podprte z dokazi (angl.: evidence based nursing) (Dowding, Thompson, 2003). Uvajanje sprememb je kompleksen proces, ki zadeva posameznika, time in organizacijo. Pomembni dejavniki uvajanja sprememb so znanje, raziskovanje, enote za raziskovanje in razvoj (Skela Savič, 2012). Atkinson (2010, cit. Skela Savič 2012) predstavlja za oblikovanje nivoja znanja za zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi tri ključne stebre: klinično delo, izobraževanje, raziskovanje in menedžment / vodenje. Največji pomen daje kliničnemu delu. Največja značilnost kliničnega dela je odločanje, klinično presojanje, analitične veščine, kritična refleksija, klinično vodenje, etično odločanje,

ugotavljanje kliničnih problemov. Glavne značilnosti raziskovanja pa so: uporaba informacijske tehnologije, kritično ovrednotenje raziskovalnega dela, vključenost v raziskovanje, vključenost v nadzore kakovosti, sposobnost implementacije raziskovalnega dela v prakso, uporaba smernic, protokolov, predstavljanje rezultatov raziskovanja in publiciranje rezultatov raziskovanja.

Za vsakega managerja je bistveno oblikovanje strategij za doseganje lastnih zastavljenih ciljev, ki bodo temeljile na metodologiji raziskovalnega dela. Tako bodo naši dosežki na področju kakovosti v klinični praksi zdravstvene nege imeli dokaze, ki jih bodo lahko uporabili tudi drugi. Gradnja kakovosti v klinični praksi zdravstvene nege na izkušnjah je, brez bazičnih in aplikativnih raziskav, nevarna in zdravstveno nego nikoli ne bo umestila v zdravstveno raziskovalno disciplino. Če nimamo bazičnih raziskav, težko izvajamo aplikativne raziskave in ne moremo uvajati celovite kakovosti na osnovi dokazov (Skela Savič, 2008a).

## **PRIMER KLINIČNEGA RAZISKOVANJA PREDANALITSKIH NAPAK PRI JEMANJU VENSKE KRVÍ**

### ***Teoretična izhodišča***

Na rezultate laboratorijskih preiskav, poleg bolezenskega stanja preiskovanca, vplivajo še številni drugi dejavniki, ki so prisotni v vseh treh fazah procesa laboratorijske diagnostike - v predanalitski, analitski in poanalitski. Kakovosten laboratorijski izvid pomeni kakovostno izvedbo procesov v vseh fazah.

Spremljanje dejavnikov predanalitske faze zahteva timsko delo in skupne napore različnih profilov zaposlenih, predvsem medicinskih sester in laborantov. V Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik (Klinika Golnik) smo pričeli z izvajanjem skupnih notranjih nadzorov odvzema venske krvi na bolniških oddelkih in v ambulantah v letu 2010. Povod za to je bilo nezadovoljstvo osebja v Laboratoriju za klinično biokemijo in hematologijo nad kakovostjo vzorcev in nezadovoljstvo medicinskih sester zaradi pogostih reklamacij zaradi hemoliz. Naslednji razlog so bile zahteve različnih standardov, predvsem zahteve NIAHO, ISO 9001 in ISO 15189. Gledano iz perspektive laboratorija in zdravstvene nege, pa so omenjeni standardi, glede zahtev povezanih z nadzorom kakovosti teh področij, zelo skopi, zato jih je potrebno dopolnjevati s strokovno bolj usmerjenimi standardi (Karaklaš, Kadivec, Meško Brguljan, 2012). Tako so bila izhodišča za izvedbo nadzora interni dokumenti, kot so: SOP 111-SZO-DG-04: 1/22.11.2010 (Vakuumski odvzem venske krvi), KOB0-PR-01-01: 22.4.2005 (Navodila za higieno rok), SOP 508-009: 4/29.12.2010 (Priprava kože pred posegom), SOP 305 - 16: 3/31.03.2010 (Priporočila naročnikom laboratorijskih storitev za odvzem in transport vzorcev venske krvi).

Namen raziskave: Zaradi pogostih hemoliz pri odvzetih vzorcih venske krvi, smo želeli preveriti vzroke za nastanek hemolize v fazi odvzema vzorcev. Zanimalo nas je tudi, v kolikšen deležu se izvajalci držijo zahtevanih standardov postopkov jemanja krvi.

### ***Metode***

Izhodišča in kontrolna lista je bila predhodno izdelana s strani Laboratorija za klinično biokemijo in hematologijo in Službe zdravstvene nege na podlagi predhodnega analiziranja najpogosteje zabeleženih predanalitskih napak v laboratoriju.

Podatki so bili zbrani z neposrednim opazovanjem, s predhodno izdelanimi izhodiščnimi smernicami postopka jemanja krvi, s pomočjo kontrolne liste. Strokovni nadzor je bil izveden po planu (bolniški oddelki, ambulante). Po končanem nadzoru smo analizirali podatke in pripravili poročilo o rezultatih vsem interesnim skupinam in konsenz o preventivnih in korektivnih ukrepih. Izvedeni so bili trije skupni notranji nadzori odvzema vzorcev venske krvi (2010, 2011, 2012). Na strokovnem nadzoru smo preverjali naslednje kazalnike kakovosti (minimalni zahtevani delež):

- Upoštevanje dvojne identifikacija pacienta (100%);
- razkuževanje rok (100%);
- uporaba zaščitnih rokavic (100%);
- ustreznost epruvet za odvzem krvi (100%);
- priprava operativnega polja (100%);
- zaporedje epruvet (100%);
- količina vzorca (100%);

- mešanje epruvet (100%);
- postavitve epruvet v stojalo (100%);
- namestitve identifikacijske nalepke (100%);
- pregled materiala pred potrditvijo naročila v računalniški sistem (100%);
- transport v laboratorij (100%).

## REZULTATI

V treh izvedenih skupnih strokovnih nadzorih (2010, 2011 in 2012), ki sta jih izvedla Služba zdravstvene nege in Laboratorij za klinično biokemijo in hematologijo, primerjava rezultatov kaže, da smo od skupno desetih točk preverjanja (ki so v vseh treh letih ostale nespremenjene), v štirih dosegli izboljšanje, v štirih je število napak ostalo enako nič, v dveh pa je prišlo do poslabšanja rezultatov (tabela 1).

**Tabela 1:** Prikaz kazalnikov kakovosti pri aktivnosti jemanja krvi.

LETO	2010		2011		2012	
Št. odvzemov	10	%	14	%	20	%
TOČKE PREVERJANJA						
	Število napačnih vzorcev	%	Število napačnih vzorcev	%	Število napačnih vzorcev	%
Razkuževanje rok	/	/	/	/	2	10
Uporaba zaščitnih rokavic	/	/	/	/	5	25
Ustreznost epruvet za odzem	0	0	0	0	0	0
Ustreznost preveze	0	0	2	14	1	5
Priprava mesta vboda	1	10	2	14	4	20
Zaporedje epruvet	1	10	4	29	0	0
Količina vzorca	1	10	1	7	0	0
Mešanje epruvet	0	0	6	43	2	10
Postavitve epruvet v stojalo	1	10	0	0	2	10
Pregled materiala pred potrditvijo naročila	0	0	0	0	0	0

Vir: Karakaš N, 2012

Razkuževanje rok in uporaba zaščitnih rokavic smo kot kazalni kakovosti dodali le pri zadnjem nadzoru.

Bolj popolno sliko o koristih izvajanja skupnih notranjih nadzorov ter ustreznosti sprejetih preventivnih in korektivnih ukrepov, nam pokaže primerjava rezultatov spremljanja predanalitskih napak, ki jih vsakodnevno beleži laboratorij. Iz nje je razvidno, da smo od skupno devetih vrst napak, ki jih beležimo, pri večini (osmih) dosegli izboljšanje.

## RAZPRAVA

Možnosti za raziskovanje v zdravstveni negi v kliničnem delu so številne. Za področje sistema izboljševanja kakovosti imamo možnosti akcijskega raziskovanja, ki nam omogoča stalno spremljanje uvedenih sprememb. Notranji strokovni nadzori, ki jih izvajata Laboratorij za klinično biokemijo in Služba zdravstvene nege, so v Kliniki Golnik postali del rutine in utečene dobre prakse. Na podlagi rezultatov smo uvedli kar nekaj izboljšav. Izdelali smo zloženko o vrstnem redu jemanja vzorcev krvi, plakat o pravilni tehniki jemanja krvi, predavanje, poročilo o strokovnem nadzoru smo predstavili medicinskih sestram in drugo.



Po treh letih izvajanja skupnih strokovnih nadzorov lahko rečemo, da so pogoj za izvedbo točno določeni kriteriji nadzora, dobra pripravljenost na sodelovanje, natančna izvedba in dober nabor preventivnih in korektivnih ukrepov za izboljšanje rezultatov.

Pozitiven vidik tovrstnega sodelovanja med osebjem laboratorija in zdravstvene nege, je tudi boljše razumevanje dela drug drugega. Zaposleni v laboratoriju na ta način dobijo neposreden vpogled v težave, s katerimi se osebje zdravstvene nege srečuje pri odvzemu bioloških vzorcev. Tukaj je v ospredju predvsem problematika težko dostopnih ali slabih žil, kjer je včasih potrebno več poskusov preden pridemo do ustreznega vzorca, kar zna biti tako za preiskovanca, kot za osebo, ki vzorec odvzema še posebej stresno. Na drugi strani pa je bilo osebje zdravstvene nege povabljen k sodelovanju v notranjih presojah, ki se izvajajo v laboratorijih, s čimer je bil tudi njim omogočen vpogled v način in problematiko dela v laboratoriju. Z neposredno komunikacijo je bilo tako razrešenih že kar nekaj dilem, kar je bistveno pripomoglo k zadovoljstvu in kakovosti medsebojnega sodelovanja (Karakaš, Kadivec, Meško Brguljan, 2012).

Omejitev strokovnega nadzora so v tem, da je nadzor nemogoče opraviti ne da bi osebe, katerih delo nadzorujemo, tega opazile. Iz tega bi bilo napačno zaključiti, da skupni notranji nadzor ni ustrezno orodje za ugotavljanje, obvladovanje oziroma preprečevanje predanalitskih napak pri odvzemu bioloških vzorcev za laboratorijske preiskave. Je ustrezno in dobro orodje, vendar ne edino in povsem samostojno. Potrebno ga je uporabljati v kombinaciji z drugimi načini spremljanja predanalitskih napak ter ga glede na pridobljene izkušnje nenehno prilagajati in izboljševati. Interdisciplinarno sodelovanje in povezovanje znanj igra pri tem pomembno vlogo ter bistveno prispeva h kakovostni in varni klinični obravnavi preiskovancev (Karakaš, Kadivec, Meško Brguljan, 2012).

## ZAKLJUČEK

Naloga menedžmenta zdravstvene nege je razvijati in spodbujati klinično, aplikativno in temeljno raziskovanje ter na dokazih podprto prakso zdravstvene nege in oskrbe. V zdravstveni negi imamo dobre možnosti, predvsem, ko želimo ovrednotiti svoje delo. V to nas silijo tudi zahteve različnih standardov, ki jih uvajamo v svoje prakse. Primer predstavljenega akcijskega raziskovanja, zahteva sledenje po celotnem PDCA (izpiši kratico) krogu. Kar pomeni, da je poleg raziskave potrebno uskladiti tudi razvoj in implementacijo smernic/protokolov/priporočil klinične prakse in raziskovanja ter razvojnih interesnih področij raziskovanja ob upoštevanju etičnih načel.

## LITERATURA

Bull, M. Quality Assurance: professional accountability via continuous quality improvement. In: Improving quality A guide to effective programs. Maryland: An Aspen publication, 1992.

Delamaire, ML, Lafortune, G. . Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries. OECD Health Working Papers, No. 54. OECD Publishing. Dostopno na: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles\\_5kmbrcfms5g7-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en). (Datum dostopa: 19. 1. 2009) 2010.

Dowding D, Thompson C. Measuring the quality of judgement and decision-making in nursing. *Journal of Advanced Nursing*; 44:1: 49-57, 2003.

International Council of Nurses. ICN Framework of Competences for Generalist Nurse. Geneva: International Council of Nurses, 2010.

Kadivec S, Bregar B, Buček Hajdarevič I, Černivec J, Horvat M, Klemenc D. in sod. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v zdravstvenem varstvu v RS za obdobje 2011-2020. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2011.

Karakaš N, Kadivec S, Meško Brguljan P. Odvzem bioloških vzorcev za laboratorijske preiskave na bolniških oddelkih. V: Blažun A (ur.). NIAHO in ISO 9001 v bolnišnicah: predstavitev izkušenj v Kliniki Golnik: zbornik predavanj, Golnik, 30. 3. 2012. Golnik: Klinika Golnik, 2012:

Karakaš N. Primerjava rezultatov skupnih notranjih nadzorov (LKBH in zdravstvena nega), poročilo strokovnega nadzora. Klinika Golnik, 2012.

Marr H, Giebing H. Quality Assurance in Nursing. British library Cataloguing in Publication Data. Edinburg: Campion Press, 1994.

NIAHO (the National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations)

SIST EN ISO 9001: 2008: Quality management systems – Requirements; Sistemi vodenja kakovosti - Zahteve



SIST EN ISO 15189: 2007: Medical laboratories – particular requirements for quality and competence; Medicinski laboratoriji – Posebne zahteve za kakovost in usposobljenost

Skela Savič B. Teorija, raziskovanje in praksa v zdravstveni negi - vidik odgovornosti menedžmenta v zdravstvu in menedžmenta v visokem šolstvu V: Skela Savič B (ur.), KAUCIČ, B M (ur.), RAMŠAK-PAJK, J (ur.). 1st International Scientific Conference, September 25-26, 2008, Bled, Slovenia. Theory, research and practice - the three pillars of contemporary nursing care : proceedings of lectures with peer review: 1st international scientific conference: zbornik predavanj z recenzijo: 1. mednarodna znanstvena konferenca, September 25-26, 2008, Bled, Slovenia. Jesenice: College of Nursing: = Visoka šola za zdravstveno nego, 2008: 38-46.

Skela Savič B. Notranji dejavniki razvoja profesije: Enote za razvoj in raziskovanje v zdravstveni negi. V: Skela Savič (ur). Moja kariera – Quo vadis – My career: 5. Posvet z mednarodno udeležbo: zbornik predavanj, Ljubljana, 13.3.2012. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 2012: 83-91.

Skela Savič, B. Dejavniki uspešnega izvajanja sprememb v slovenskem zdravstvu. Doktorska dizertacija Univerze v Mariboru, Fakultete za organizacijske vede Kranj, 2007.

Vakuumski odvzem venske krvi, standard zdravstvene oskrbe, Klinika Golnik 2010.

# **PRIPRAVA NA NACIONALNI DOKUMENT ETIČNE SMERNICE ZA RAZISKOVANJE V ZDRAVSTVENI IN BABIŠKI NEGI**

## **PREPARATION FOR NATIONAL DOCUMENT ETHICAL GUIDELINES FOR NURSING AND MIDWIFERY RESEARCH**

**Klavdija Peternelj, MSc (KŠ), dipl. m. s.**  
**viš. pred., mag. Ema Dornik, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.**  
**doc. dr. Majda Pajnkihar, univ.dipl. org.**

**Danijela Pušnik, dipl. m. s.**  
**viš. pred. Teja Zakšek, dipl. ing. rad., dipl. bab. MSc**

**Marija Zrim, dipl. m. s.**  
**doc. dr. Danica Železnik, prof. zdr. vzg**

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –  
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije  
Delovna skupina za oblikovanje etičnih smernic za raziskovanje v zdravstveni in babiški negi  
klavdijapeternelj@yahoo.com

### **IZVLEČEK**

V prispevku je predstavljen osnutek nacionalnega dokumenta »Etične smernice za raziskovanje v zdravstveni in babiški negi.« Nastaja v okviru Delovne skupine za oblikovanje etičnih smernic za raziskovanje v zdravstveni negi, ki je ustanovljena pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

**Ključne besede:** etične smernice, raziskovanje, zdravstvena nega

### **ABSTRACT**

First outline of ethical guidelines for nursing and midwifery research is presented in this article. The document is being developed by the working group for ethical guidelines for nursing and midwifery research development founded at Nurses and midwife chamber of Slovenia.

**Key words:** ethical guidelines, research, nursing

### **UVOD**

V zadnjih desetletjih je prišlo do vse večjega zavedanja, da je potrebno storitve zdravstvene in babiške nege utemeljiti na najboljših možnih dokazih in spoznanjih, (Stevens et al., 2001 cit. po Haigh et al., 2011).

Možnosti medicinskih sester in babic za sodelovanje v raziskavah so skokovito narasle. Danes izvajajo lastne projekte, zbirajo podatke za druge raziskave, pregledujejo raziskovalne načrte, naročajo raziskave ali delujejo kot samostojne raziskovalke. V vseh teh vlogah je dobro razumevanje pomembnih vprašanj etike v raziskovanju bistveno in mora podpirati raziskovalno prakso. Medicinske sestre in babice se raziskav (lahko) lotevajo v različnih sferah, od državne organizacije zdravstvenih storitev, privatnega sektorja, tujine, lokalnih skupnosti in prostovoljskega sektorja. Čeprav so tipi raziskav različni ostajajo etična načela, ki naj bi vodila vse vpletene v procesu, konstantna.

Dokument »Etične smernice za raziskovanje v zdravstveni in babiški negi« nastaja v okviru Delovne skupine za oblikovanje etičnih smernic za raziskovanje v zdravstveni negi, ki je bila pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica – Zveza) ustanovljena jeseni 2011.

## **TEORETIČNA IZHODIŠČA**

### ***Vloga medicinske sestre in babice v raziskovanju***

Raziskovanje vpliva na znanja in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Nedvomno ves čas obstaja potreba po kakovostnih raziskovalnih dognanjih, ki bi vzpodbujala in podpirala prakso sodobne zdravstvene in babiške nege (Haigh et al., 2011). V skladu s tem je mnogo medicinskih sester in babic odgovornih za vpeljevanje novih in inovativnih metod dela na področju zdravstvene in babiške nege.

Medicinske sestre in babice imajo dolžnost negovanja pacientov in vsak ima pravico do varne in kompetentne zdravstvene in babiške nege. Ta dolžnost obsega tudi sodelovanje v raziskovanju, kjer morajo zagotavljati varnost in etičnost raziskav (Haigh et al., 2011). Pri tem jim je vedno vodilo Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Kodeks, 2010) ter Kodeks etike za babice (Nahtigal et al., 2011). Raziskave morajo biti opravljene skladno tudi s Helsinško-tokijsko deklaracijo (World, 2001) ter Oviedsko konvencijo (Konvencija, 1998).

Medicinske sestre in babice redko sodelujejo kot ključni raziskovalec v vodstvu raziskave, povezave z zbiranjem in shranjevanjem človeškega tkiva (Zakon, 2007a), a kljub temu v teh raziskavah sodelujejo kot klinične raziskovalne medicinske sestre in babice. Lahko so del večjih ekip, ki jih običajno vodijo zdravniki, ki se redno ukvarjajo s vprašanji, kot so pridobitev privoljenja pacienta v raziskavi. Zato je pomembno, da se medicinske sestre in babice v tovrstnih situacijah zavedajo svojih odgovornosti.

### ***Raziskave študentov***

Veliko medicinskih sester, babic in drugih zdravstvenih delavcev dela na manjših raziskovalnih projektih, kot delu njihovega nadaljnega izobraževanja. Če npr. študentska raziskava vključuje tudi paciente, uporabnike storitev, njihove sorodnike ali skrbnike, osebe ali prostore, vključene v sistem državne organizacije zdravstvenih storitev, mora biti pregledana z vidika zagotavljanja varnosti in etičnosti raziskave (Haigh et al., 2011).

Pomembno vlogo pri oblikovanju in izvedbi etično sprejemljive raziskave in nato tudi pri razlagi rezultatov ima študentov mentor, ki s študentom raziskovalcem nosi odgovornost za varno, etično in poglobljeno izvajanje raziskave. Če gre za raziskavo na pacientih, mora to raziskavo odobriti tudi etična komisija zavoda in prav tako naj jo presoja etična komisija izobraževalne ustanove.

### ***Varno in etično raziskovanje***

Vsaka raziskava je lahko potencialno škodljiva za njene raziskovance in raziskovalce (Long, Johnson, 2007 cit. po Haigh et al., 2011). Na invaziven način izvedeni nadzorovani preizkusi novih zdravil, (klinične raziskave) lahko nenamerno povzročijo škodo pacientu. Podobno lahko preučevanja občutljivih tematik nenamerno povzročijo čustveni stres in potencialno škodo raziskovancem (Haigh et al., 2011)

Nekatere sporne raziskave (White, 2004; Steinbrook, 2002; Smith, 2000 cit. po Haigh, 2011), kjer so raziskovanci utrpeli škodo, so v javnosti povečale zaskrbljenost glede varnosti raziskovancev v raziskavah. To je za raziskovalce pomenilo nujno po vzpostavitvi posebnih etičnih načel znotraj raziskovalnih študij in programov. Tudi mnoge revidirane študije morajo biti neodvisno pregledane z vidika njihove etičnosti, da se natančno preuči morebitna obstoječa moralna vprašanja. To je izjemno pomembno, ker je pogosto težko razlikovati med revizijo in raziskavo (Wade, 2005 cit. po Haigh et al., 2011).

Obstajajo številni načini, s katerimi raziskovalci zmanjšajo tveganje. Najprej je pomembno, da je raziskava v skladu z zdravstvenimi in varnostnimi zahtevami in da se raziskovanci popolnoma zavedajo in so informirani o možni škodi, povezani s njihovim sodelovanjem v raziskavi. V raziskavi bodo lahko uporabljene različne medicinske naprave (aparature) tvegane substance in tudi potencialno čustveno vznemirljiva in provokativna vprašanja v vprašalnikih ali intervjujih. Področja, ki jih je potrebno urediti pred začetkom raziskave, vključujejo:

- informiran pristaneček,
- zaupnost,
- varovanje podatkov,

- pravico do preklica sodelovanja,
- potencialne ugodnosti in
- potencialna škoda (Haigh et al., 2011).

### ***Informiran pristanek***

Informiran pristanek raziskovanca za sodelovanje je osrednji del etične prakse. Pridobljen mora biti pred prijavo ali naborom posameznikov oz. raziskovancev za raziskovalni projekt. Tisti, ki se vključujejo v raziskavo, morajo biti polno informirani o raziskovalnih ciljih ter potencialnih ugodnostih in škodi in nato prostovoljno pristati na sodelovanje. Raziskovanci ne smejo nikoli čutiti prisile k sodelovanju v raziskavi, niti se jih ne sme v to prepričevati z obljubljanjem nagrade. Raziskovanci se morajo zavedati vseh možnih tveganj, ki se lahko pojavijo kot posledica njihovega sodelovanja v raziskavi (Haigh et al., 2011).

Informiran pristanek zahteva, da so informacije transparentne in podane v jeziku, ki ga raziskovanec lahko razume. Informacije morajo biti podane ustno in pisno, pri čemer mora biti zagotovljenega dovolj časa, da lahko raziskovanec razmisli o svoji udeležbi v raziskavi in da postavi dodatna vprašanja. Za ta namen mora imeti tudi kontaktne podatke o raziskovalcu. Idealno je, da je pristanek podpisan in to v prisotnosti priče, kar ni vedno praktično, niti ni zahtevano. Pri izvajanju neintervencijske študije in zbiranju podatkov o zagotavljanju zdravstvenih storitev z metodo opazovanja brez udeležbe, raziskovalec na primer ne bi mogel pridobiti pristankov vseh posameznikov v vidnem polju (Haigh et al., 2011).

Formalno izbrani raziskovanci imajo pravico prekiniti sodelovanje v raziskavi brez predsodkov in brez vpliva na njihovo zdravstveno oskrbo. To je potrebno raziskovancu izrecno pojasniti že na začetku raziskave, ko se pridobiva informiran pristanek. Kadar obstaja dvom o posameznikovi zmožnosti za informiran pristanek zaradi pomanjkanja razumevanja, morajo biti metode za vključitev takih raziskovancev v protokolu raziskave natančno opisane (Haigh et al., 2011). S sodelovanjem v raziskavah drugih strokovnjakov medicinske sestre in babice delujejo tudi kot zagovorniki raziskovancev. Raziskovancem pomagajo, da dobijo potrebne manjkajoče informacije, posebno ko se pokaže, da ne razumejo vidikov raziskave, ki jo predlagajo drugi strokovnjaki (Haigh et al., 2011). Medicinske sestre in babice so odgovorne za pridobitev pristanka za sodelovanje v raziskavi na področju zdravstvene in babiške nege. Medicinske sestre in babice, ki sodelujejo v kliničnem raziskovalnem timu, ne prevzemajo odgovornosti za pridobivanje raziskovancev in njihovega pristanka k raziskavi. Raziskovanci imajo tudi pravico do vpogleda v svoje rezultate.

### ***Zaupnost in zaščita osebnih podatkov***

V raziskovanju je potrebno zagotoviti anonimnost in zaupnost raziskovancev, tako da se njihove podatke kodira ali se jim pripiše psevdonime. Kadar se osebni podatki o zdravstvenem stanju uporabljajo v znanstvenoraziskovalne namene, se morajo uporabljati na način, ki onemogoča razpoznavo osebe, na katero se nanašajo (Haigh et al., 2011). To velja tudi za objavo rezultatov znanstvenoraziskovalnega dela (Zakon, 2004). Podatek o anonimnosti in načinu zaščite osebnih podatkov naj bo podan že v informiranemu pristanku, ki ga podpiše raziskovanec. Pri nekaterih tipih raziskav so lahko dovoljene izjeme, na primer akcijska raziskava, kjer imajo raziskovanci vlogo so-raziskovalcev in se njihov prispevek k raziskavi tudi obeleži (Haigh et al., 2011). Pravica do zasebnosti in zaupnosti zdravstvenih in/ali osebnih podatkov je zagotovljena tudi z zakonom. Z zasebnostjo in zaupnostjo podatkov je neločljivo povezana obveščeniost in vpliv posameznikov na obdelavo njihovih zdravstvenih osebnih podatkov. V zdravstvu je pomembna pravica do seznanitve ali odklonitve takšne obveščeniosti in določanje kroga upravičencev do podatkov. Vsi zaupni podatki morajo biti hranjeni v zaklenjenem prostoru z omejenim dostopom (Haigh et al., 2011). Določene organizacije imajo lahko glede shranjevanja podatkov lastne zahteve in pravila. Raziskovanci se morajo teh podrobnosti polno zavedati in biti prepričani, da so vsi njihovi podatki varni. V Sloveniji ureja zbiranje in hranjenje zdravstvene dokumentacije Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. Zakon ne omenja hrambe raziskovalne dokumentacije, vseeno pa naj bi se v skladu z zakonom vsi zaupni podatki v raziskavah na področju zdravstvene in babiške nege hranili najmanj 15 let (Zakon, 2000). Raziskovanci morajo biti dobro obveščeni o takšnih podrobnostih. Vedeti morajo, da so vsi podatki na varnem, kar določa in urejuje Zakon o varstvu osebnih podatkov (Zakon, 2007).

## **Raziskave na posebej ranljivi populaciji**

S terminom ranljivi posamezniki se lahko označuje številne in različne skupine populacije, na primer otroke, ljudi z duševno boleznijo ali učnimi težavami, s težavami v sporazumevanju, zapornike ali mlade prestopnike. Kot ranljive bi bile lahko označene tudi druge skupine, na primer gluhe ali slabovidne, ali tisti posamezniki, ki imajo težave z razumevanjem slovenskega jezika. Pri teh skupinah se prepletajo različne prikrajšanosti (materialna oziroma finančna, izobrazbena, zaposlitvena, stanovanjska in podobno) in ki so pri dostopu do pomembnih virov (na primer zaposlitev) pogosto v izrazito neugodnem položaju. Zaradi svojih lastnosti, oviranosti, načina življenja, življenjskih okoliščin in/ali pripisane stigme, so te skupine pogosto manj fleksibilne pri odzivanju na hitre in dinamične spremembe, ki jih prinaša sodobna družba, in manj konkurenčne na trgu delovne sile in na drugih področjih, ki delujejo po načelih tekmovalnosti ter, kjer so viri omejeni. Te skupine so zato pogosto odrinjene na družbeno obrobje (marginalizirane) ter ogrožene s socialno izključenostjo. Kot ranljivega se lahko obravnavala katerega koli posameznika, ki prejema zdravstveno oskrbo, hkrati pa se ranljivosti ne sme razumeti kot »nalepko«, s katero se posplošeno označuje določeno skupino (Haigh et al., 2011).

Ranljiv posameznik lahko v povezavi z raziskovanjem ne razume, kaj dejansko zajema njegovo udejstvovanje v raziskavi ali ne zna dobro izraziti svojih želja in prioritet. Zaradi tega je ranljiv posameznik manj zmožen podati informirano in pretehtano odločitev o morebitnem sodelovanju v raziskavi. Zaradi takšnih težav je tudi bolj podvržen manipulaciji ali zavajanju in tako lahko sprejme odločitev, ki jo bi obžaloval. Nekatere organizacije so v ta namen razvile posebne protokole o vključevanju ranljivih odraslih, odbori za etiko v raziskovanju pa lahko zahtevajo, da raziskovalci predhodno opravijo test sposobnosti z morebitnimi raziskovanci (Haigh et al., 2011). V primerih, ko odrasli posameznik ne more podati informiranega pristanka, se za privoljenje zaprosi zakonitega zastopnika (Zakon, 2008). V okviru psihiatrične obravnave se sicer lahko paciente zdravi brez njihove privolitve (Zakon, 2008a), vendar to nikakor ne pomeni, da mora ta posameznik tudi v raziskavi sodelovati proti svoji volji.

Pri raziskavah, ki vključujejo otroke, je potrebno pridobiti otrokovo in/ali starševsko privolitev, kjer je to primerno. Na splošno veljajo za pridobitev privoljenja ob vključitvi otrok v raziskavo strožja pravila v primerjavi z medicinskim zdravljenjem. Pri raziskavah, kjer se odrasla oseba odloča za otroka, ki je premlad za sprejetje samostojne odločitve, mora raziskovalec, poleg tega da pridobi soglasje starša ali skrbnika, poskrbeti tudi, da otrok ne nasprotuje sodelovanju. Pri kliničnih preizkusih je privoljenje staršev obvezno (EU Direktiva 2001/20/EC) (Direktive, 2001; Zakon, 2004).

Vse raziskave, ki zajemajo otroke ali odrasle, ki za sebe niso sposobni odločati, morajo upoštevati 9. točko ZPacP (Zakon, 2008), ki opredeljuje poseben način uveljavljanja pravic pacientov, ki niso sposobni odločanja o sebi.

Čeprav je lahko vključevanje ranljivih populacij v raziskave zamudno, kompleksno in etično zahtevno delo, je vendarle nujno potrebno. V kolikor bodo namreč takšne skupine na dolgi rok ostale v raziskavah »nevidne«, bi s tem nadalje povzročali njihovo neenakost pred drugimi, ker njihovi pogledi, izkušnje in potrebe ne bodo zastopane znotraj znanstvenih dokazov (Haigh et al., 2011).

Druge skupine, ki so prav tako lahko manj vidne in marginalizirane ter so redko slišane, so t.i. prehodni oz. spreminjajoči se deli prebivalstva, kot so iskalci azila, popotniki ali ljudje, ki so zaradi svojega zdravstvenega stanja gibalno omejeni na dom. Spregledani so tudi tisti, ki jih je včasih težko prepoznati vnaprej, denimo brezdomci. V teh primerih je potrebna raziskava, ki je odzivna in odgovorna in ki poskusa vključiti omenjene skupine, kadarkoli je to mogoče (Trbanc et al., 2003).

## **Vključevanje javnosti v raziskave**

Vedno pogosteje se v raziskovalnem procesu kot etično ustrežnejši uveljavlja odnos aktivnega partnerstva med javnostjo in raziskovalci, namesto obravnave ljudi kot »subjektov« v raziskavi. Tovrstno vključevanje se pogosto opisuje kot raziskovanje »skupaj z« ali »s pomočjo« javnosti in ne »o« javnosti ali »za« javnost. Uporabniki storitev naj bodo vključeni v vse stopnje raziskovalnega procesa, vključno z razvojem idej in postavitvijo prednostnih nalog, zasnove raziskav, metode zbiranja podatkov, objavo ugotovitev in celostno

vodenje raziskav. O načinu vključevanja v raziskave je potrebno razpravljati in se dogovoriti s pacienti. Sodelujoče je zaželeno nagraditi za porabljen čas, jim povrniti potne stroške in zagotoviti kakršno koli morebiti potrebno obliko podpore in inštruiranja. Raziskovancem je potrebno zmeraj svetovati, naj se na primer pri uradu za socialno delo posvetujejo, kako bi lahko kakršna koli oblika plačila za sodelovanje v raziskavi vplivala na njihove osebne okoliščine (Haigh et al., 2011).

Ob pričetku raziskave ni mogoče vedno vnaprej predvideti, kakšne bi bile možnosti vključevanja javnosti. Pokažejo se možnosti za tesnejšo vključitev javnosti v raziskovalni projekt, ali pa obratno, za izvetje določene osebe, ki ji je bila dodeljena neka vloga. Kot rezultat tega se vključenost posameznika v različnih fazah trajanja raziskave lahko spreminja. Nekateri poudarjajo, da imajo uporabniki storitev pravico sodelovati v raziskavi, ki se nanje nanaša. Dosežena je visoka stopnja soglasja o tem, da vključevanje posameznika pozitivno vpliva na kakovost raziskave (Haigh et al., 2011).

### ***Kakovost raziskovalnih modelov***

Kakovostne raziskave izhajajo iz kakovostnih raziskovalnih modelov. Raziskovalci morajo zagotoviti izbiro primernih raziskovalnih metod, ki bodo lahko dale odgovore na raziskovalna vprašanja. Poleg tega bi morali biti raziskovalni protokoli pregledani s strani strokovnih kolegov/vodij in potrjeni na pristojnih etičnih odborih/komisijah (Haigh et al., 2011).

Za zagotavljanje podpore raziskovalcem so na mnogih področjih razvita strokovna omrežja, ki nudijo pomoč pri zagotavljanju kakovosti načrtovanih raziskav. Medicinske sestre in babice v kliničnem okolju, ki so naprošene za pomoč pri raziskavi ali zbiranju podatkov, se morajo zavedati omejitev v tej vlogi. Kadar na primer raziskovanec medicinsko sestro ali babico zaprosi za podrobno razlago študije in njenega načrta, mora medicinska sestra ali babica v primeru kakršnega koli dvoma v svojo zmožnost natančnega odgovora raziskovanca napotiti na vodjo raziskave (Haigh et al., 2011).

### ***Pridobitev dovoljenja za raziskovanje***

Pred vsako raziskavo je potrebno predhodno pridobiti dovoljenje za raziskovanje. Vodje raziskav, izvajalci in vsi sodelujoči v raziskavi morajo poznati in upoštevati določene raziskovalne okvirje. Vse medicinske sestre in babice, vključene v raziskavo na različnih nivojih, morajo biti s tem okvirjem seznanjene in morajo zagotoviti potek raziskave v skladu z zahtevanimi načeli.

Dovoljenje za raziskovanje je izdano na podlagi standardov varne raziskovalne kulture in se nanaša na pet področij: etiko, znanost, informacije, zdravje, varnost in zaposlitev ter finance in intelektualno lastnino. **Domena etike** se nanaša na zagotavljanje spoštovanja dostojanstva, pravic, varnosti in dobrega počutja raziskovancev kot primarne zadolžitve katere koli raziskave. Neločljivi elementi raziskovalnega procesa so tudi varstvo podatkov, etični odbori/komisije, informiran pristaneček in zaupnost. **Domena znanosti** zagovarja, da je nepotrebno podvajanje raziskav neetično in da je potrebno proizvajati le originalne, visokokakovostne raziskave. Upoštevati je potrebno že obstoječe vire dokazov in vsi raziskovalni predlogi morajo skozi pregled mentorjev in strokovnih kolegov/vodij. Posebno usmerjanje je potrebno pri raziskavah, ki vključujejo človeške zarodke, živali, genetsko spremenjene organizme in zdravila. **Področje informacij** poudarja potrebo po javno dostopnih informacijah o raziskavi in kasneje njenih ugotovitvah in rezultatih. **Vidik zdravja, varnosti in zaposlitve** priporoča zavarovanje zdravja in varnosti raziskovancev in osebja v raziskavi skozi upoštevanje zdravstveno-varnostnih določb. V primeru uporabe novih/obstoječih medicinskih pripomočkov v raziskavi, morajo imeti le ti potrdilo o uporabnosti, ki ga izda Javna agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke. **Domena financ in intelektualne lastnine** zagovarja spoštovanje zakonodaje in pravil glede uporabe javnih sredstev. Priporočena je zagotovitev nadomestila komur koli, ki je zaradi rezultatov študije oškodovan. Intelektualna lastnina se navezuje na odkritja, znanje, avtorske pravice in pravice dostopa do baz podatkov, oblikovanje, blagovne znamke in materiale. Že pred začetkom raziskave mora biti znano, kdo bo upravičen do sredstev in ugodnosti (Haigh et al., 2011).

## **Raziskovanje na globalni ravni**

Svetovna prizadevanja za zagotovitev visoko kakovostnega raziskovanja so opazna v številnih državah, ki so razvile podobne etične in upravljalne okvire. Ti spodbujajo konkretno, etično in varno raziskovanje in s tem preprečujejo nepravilnosti in slabo kakovost raziskovanja (Howarth, Kneafsey, 2007 cit. po Haigh et al., 2011).

Raziskovalne študije pogosto potekajo na več različnih mestih in v več državah. Zasnovane so z namenom oceniti učinkovitost novih zdravil in terapij ali za zbiranje epidemioloških podatkov in kot take potrebujejo večje vzorce. Medicinske sestre in babice, ki so neposredno vpletene v te vrste raziskovanj, je upoštevanje etičnih raziskovalnih načel ključnega pomena (Haigh et al., 2011).

Znotraj Evropske unije (EU) obstaja vrsta direktiv, ki se osredotočajo na etiko v raziskovanju na različnih področjih, denimo pri kliničnih preizkusih. Medicinske sestre in babice, ki sodelujejo pri teh raziskavah, bi morale tovrstne dejavnosti redno spremljati in slediti razvoju in novim smernicam (Haigh et al., 2011).

## **Spletno raziskovanje in etika spletnega raziskovanja**

Razvoj svetovnega spleta je v zadnjih letih spremljala sočasna nadgradnja v razvoju in uporabi spletnih raziskovalnih metodologij. Spletnemu raziskovanju so na voljo številni pristopi: analize vsebin spletnih strani, spletne fokusne skupine, spletni intervjuji ter analiza elektronskih pogovorov (Haigh et al., 2011).

Mnoge izmed etičnih dilem spletnega raziskovanja so identične tistim iz raziskav v »realnem« svetu. Raziskovanje s pomočjo svetovnega spleta zahteva večjo pozornost pri zagotavljanju anonimnosti in zasebnosti raziskovancev, ugotavljanju identitete ter povzroča več težav pri pridobivanju soglasij za sodelovanje v raziskavi. Raziskovalci sami nosijo večje breme etičnega presojanja spletnega raziskovanja (Haigh et al., 2011).

Haigh in Jones (2005 cit. po Haigh et al., 2011) sta predstavila analizo etičnih dilem, ki se pojavljajo pri raziskovanju na svetovnem spletu. Vsak raziskovalec se mora pri uporabi svetovnega spleta kot raziskovalnega okolja ob tem zavedati pomena dodatnega etičnega razmisleka.

## **Objave in plagiatorstvo**

Medicinske sestre in babice raziskovalke so dolžne pri pisanju in objavi prispevkov, upoštevati in spoštovati etične smernice objavljanja rezultatov raziskav in spoštovati avtorske pravice (Dornik, Mihelič Zajec, 2011; Zakon, 2004a).

Raziskovalci se morajo zavedati, da je plagiatorstvo oblika nepoštenosti in intelektualne kraje, kjer se tuje ideje, argumente in raziskovalne rezultate predstavi kot svoje. Če so podatke za svoje raziskovalno delo črpali iz dela drugih avtorjev, morajo to ustrezno navesti (citirati literaturo) (Dornik, Mihelič, 2010).

Plagiatorstvo se lahko pojavlja v številnih oblikah, kot je denimo prisvajanje tujega gradiva, prepisovanje in parafraziranje večjega dela besedila ali prisvajanje rezultatov raziskav drugih avtorjev brez navedbe. Plagiatorstvo v kateri koli obliki je neetično in nesprejemljivo, tudi kaznivo dejanje.

## **ZAKLJUČEK**

Zbiranje raziskovalnih dokazov je ključnega pomena za zagotavljanje varne in učinkovite zdravstvene in babiške nege. Raziskava s konkretno dodelanim načrtom, izvedena na varen in etičen način, lahko z novim znanjem koristi vsem vpletenim. Etične smernice za raziskovanje v zdravstveni in babiški negi dokazujejo, da si lahko medicinske sestre in babice pri raziskavah pomagajo s celo vrsto smernic. Nekatere od teh smernic se bodo v prihodnje še spreminjale, dopolnjevale in prilagajale s časom in tem spremembam bo potrebno slediti.

Predlog tega nacionalnega dokumenta bo pred sprejetjem predstavljen organom Zbornice - Zveze in nato tudi širši strokovni javnosti na področju zdravstvene in babiške nege, da s sodelovanjem oblikovali kakovosten in v praksi uporaben dokument.

## LITERATURA

- Directive 2001/20/EC of the European parliament and of the Council Dostopno na: <http://www.eortc.be/services/doc/clinical-eu-directive-04-april-01.pdf> (22. 4. 2012).
- Dornik E, Mihelič Zajec A, eds. Etične smernice za objavo v Obzorniku zdravstvene nege. Obzor Zdrav Neg. 2011;45(4):297-8.
- Dornik E, Mihelič Zajec A. Etika (tudi) v objavljanju. Obzor Zdr N. 2010; 44(4): 229-30.
- Haigh C, Williamson T, Caan W, Hill G, Hogg C, Iphofen R, et al. eds. Research ethics: RCN guidance for nurses. London: Royal College of Nursing, 2011: 2-12.
- Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije – 2005. Uradni list Republike Slovenije št. 40/2010.
- Konvencija Sveta Evrope o varovanju človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine, Uradni list Republike Slovenije št. 17/1998.
- Nahtigal R, Mivšek AP, Njениć G, Prelec A, Skoberne M, Velepčič M. Kodeks etika za babice. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester bobic Slovenije; 2011.
- Trbanc M, Bošković R, Kobal B, Rihter L. Socialna in ekonomska vključenost ranljivih skupin v Sloveniji - možni ukrepi za dvig zaposljivosti najbolj ranljivih kategorij težje zaposljivih in neaktivnih oseb: raziskovalno poročilo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2003. Dostopno na: [http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti\\_\\_\\_pdf/raziskava\\_vkljucevanje2.pdf](http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti___pdf/raziskava_vkljucevanje2.pdf) (22. 4. 2012).
- World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical principles for medical research involving human subjects. Bull World Health Organ. 2001;79(4):373-4. Dostopno na: <http://www.who.int/bulletin/archives/79%284%29373.pdf>. (22. 4. 2012).
- Zakon o avtorski in sorodnih pravicah (uradno prečiščeno besedilo) (ZASP-UPB1). Uradni list Republike Slovenije št. 94/2004a.
- Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr). Uradni list Republike Slovenije št. 77/2008a.
- Zakon o kakovosti in varnosti človeških tkiv in celic, namenjenih za zdravljenje (ZKVČTC). Uradni list Republike Slovenije št. 61/2007a.
- Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Uradni list Republike Slovenije št. 15/2008.
- Zakon o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-1-UPB1). Uradni list Republike Slovenije št. 94/2007.
- Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ). Uradni list Republike Slovenije št. 65/2000.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo) (ZZDej-UPB1). Uradni list Republike Slovenije št. 36/2004.





# RAZISKAVA »NASILJE NAD MEDICINSKIMI SESTRAMI NA DELOVNEM MESTU«: PSIHIČNO, FIZIČNO IN SPOLNO NASILJE V ZDRAVSTVENI NEGI V SLOVENIJI

## THE STUDY "VIOLENCE AGAINST NURSES IN THE WORKPLACE": PSYCHOLOGICAL, PHYSICAL VIOLENCE AND SEXUAL HARASSMENT IN NURSING CARE IN SLOVENIA

### mag. Andeja Kvas

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

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana

andreja.kvas@zf.uni-lj.si

### doc.dr. Katarina Babnik

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola, katarina.babnik@fvz.upr.si

### mag. Tamara Štemberger Kolnik

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

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola, tamara.stemberger@gmail.com

### Irena Košir

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

kosir.irena@gmail.com

## IZVLEČEK

**Izhodišča:** v prispevku so prikazani, opisani in razloženi rezultati raziskave »Nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu«. Prispevek predstavlja izsledke raziskave in odgovori na naslednji raziskovalni vprašanji: v kolikšni meri se pojavljajo fizično, psihično in spolno nasilje v zdravstveni negi; kateri so najpogostejši odzivi zaposlenih v zdravstveni negi na doživljanje nasilja na delovnem mestu? **Metode:** v raziskavi, ki je potekala v letu 2010 in 2011 je sodelovalo 692 zaposlenih v zdravstveni negi. V raziskavi je bil-a uporabljena kvantitativna deskriptivna metoda dela s tehniko zbiranja podatkov z vprašalnikom "Nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu", oblikovan leta 1999, ki zajema 32 vprašanj, odprtega in zaprtega tipa ter kontingenčna vprašanja. V prispevku predstavljamo izsledke rezultatov raziskave, ki se nanašajo na pogostost zaznave in osebne doživljanja različnih oblik nasilja (fizičnega, psihičnega in spolnega) ter na odzive zaposlenih v zdravstveni negi na doživljanje nasilja v delovnem okolju. **Rezultati:** skoraj devetinsedemdeset odstotkov zaposlenih v zdravstveni negi v Sloveniji je bilo do danes že priča nasilju nad medicinsko sestro v delovnem okolju. Pri tem po pogostosti izstopa psihično nasilje, ki mu sledita fizično nasilje in spolno nadlegovanje. Poleg zaznave nasilja nad medicinskimi sestrami so udeleženci v raziskavi poročali tudi o doživetem nasilju - poročali so kot žrtve nasilja. **Diskusija in zaključki:** rezultati raziskave potrjujejo, da so zaposleni v zdravstveni negi pogosteje žrtev nasilnih dejanj, v primerjavi z drugimi poklici, tudi v Sloveniji. Nadaljnje raziskave nasilja v delovnem okolju zdravstvene nege so potrebne na nacionalni in mednarodni ravni za identifikacijo ključnih dejavnikov, ki nasilje v zdravstveni negi, ne le dopuščajo, temveč tudi spodbujajo.

**Ključne besede:** nasilje na delovnem mestu, zdravstvena nega, Slovenija

## ABSTRACT

**Introduction:** the paper presents, describes and explains the results of the survey "Violence against nurses in the workplace." The article presents research findings and answers to the following research questions: i)

what is the incidence of physical, psychological and sexual violence in nursing care in Slovenia, ii) which are the most common responses of nurses to the experienced violence in the workplace? **Methods:** the study was held in 2010 and 2011, and involved 692 employees in nursing care in Slovenia. The questionnaire "Violence against nurses in the workplace" that was designed in 1999, and includes 32 open and closed-ended and contingent questions, was utilised. **Results:** almost seventy-nine participants have to date witnessed violence against a nurse in the workplace. Most frequent form of violence against nurses is psychological violence, followed by physical violence and sexual harassment.

**Discussion and conclusions:** results of the study confirm that also in Slovenia nurses are more often victims of violence, in comparison with other professions. Further studies of violence against nurses are needed, at national and international level, to identify the key factors that such violence not only allow, but also encourage.

**Keywords:** violence in the workplace, nursing care, Slovenia

## UVOD

Nasilje na delovnem mestu je prisotno v vseh sektorjih in med vsemi kategorijami delavcev. Raziskave (Di Martino, 2003) pa potrjujejo, da se četrtnina vsega nasilja na delovnem mestu dogaja v zdravstvenih poklicih. Med zdravstvenim osebjem so medicinske sestre najbolj izpostavljene nasilju; več kot polovica medicinskih sester doživlja v delovnem okolju nasilje (Camerino et al., 2008). Pri tem pa moramo upoštevati tudi dejstvo, da žrtve o nasilnem dejanju pogosto ne spregovorijo in ga ne prijavijo (Serantes in Suárez, 2006).

Zdravstvena nega je področje dela, ki zahteva visoko stopnjo prilagajanja. Od zaposlenih se pričakuje (raz)dajanje (Bregar, Peterka Novak, 2010). Že sama beseda nega, negovati, biti nežen/-a implicira pozitivno naklonjenost, tudi v etimološkem pogledu (Pahor, 2000), zato sta pacientova telesna in čustvena varnost za medicinske sestre najpomembnejši, a varno zavetje pacientov ne pomeni vedno tudi varnosti za medicinske sestre same (Banovac, 1999).

Raziskovanje nasilja v zdravstveni negi je prvi korak k preprečevanju nasilja. Raziskovalna skupina pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in tehnikov Slovenije (vodja Andreja Kvas), v sodelovanju z Delovno skupino za nenasilje v zdravstveni negi pri Zbornici – Zvezi (vodja Irena Špela Cvetežar), je raziskavo nasilja nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu prvič opravila leta 1999; v letih 2010 / 2011 pa je raziskavo ponovila z manjšimi spremembami vprašalnika. V prispevku predstavljamo izsledke raziskave o incidenci pojavljanja nasilja v zdravstveni negi v Sloveniji.

### **Kaj je nasilje in kaj je nasilje na delovnem mestu**

Nasilje in agresivnost sta tesno povezana pojma, ki označujeta uporabo sile, pritiska, izvedbo napada nad nekom ali nečim (Slovar slovenskega knjižnega jezika, 2002). Povsem enačiti pa obeh pojmov ne moremo. Agresivnost je psihološki pojem, ki ima lahko tako negativno, kakor tudi pozitivno konotacijo; nasilje pa je danes bolj popularen pojem in ima zgolj negativno konotacijo (Dunning, 2008). Opredelitev tega, kaj je in kaj ni nasilno dejanje je izrazito subjektivna. Osebo, ki si na vse načine prizadeva »biti v prvi vrsti«, lahko ocenimo kot agresivno ali zgolj kot osebo, ki se bori za svoje pravice (Farrell, 1997). Ker je percepcija, kaj nasilje je in kaj ne, individualno determinirana, je tudi psihološki prag prenašanja nasilja subjektiven (Yildirim, Yildirim, 2008). Ne glede na to, pa je univerzalno pravilo, da z naraščanjem pogostosti, trajanja in intenzivnosti nasilja, narašča tudi verjetnost in intenzivnost posledic, ki jih utрпи žrtev (Salin, 2003).

Nasilje na delovnem mestu predstavlja negativno obliko vedenja ali dejanja v odnosu med dvema ali več osebama v delovnem okolju, za katerega je značilna agresivnost, in ki se ponavlja ali pa se dogodi povsem nepričakovano (Di Martino et al., 2003). Posledice nasilja na delovnem mestu se kažejo na različnih plasteh posameznikovega delovanja in niso omejene zgolj na delovno okolje in status posameznika v njem (Leymann, 1990).

### **Oblike nasilja na delovnem mestu**

Obliko nasilja, pri kateri se uporablja fizično silo ali se grozi z uporabo sile, imenujemo *fizično nasilje*. Usmerjeno je na človekovo telo ali njegovo življenje (Kuhar, Guzelj, 1999). Fizično nasilje vključuje pretepanje, udarjanje s pestmi, klofutanje, pljuvanje, porivanje, brcanje, davljenje, zvijanje rok, poškodovanje z različnimi

predmeti, pa tudi grizenje, ščipanje, butanje, suvanje, stresanje in povzročanje opeklin (Močnik, 2009; Cvetežar et al., 2005; Klemenc, Pahor, 2000). Raziskave (Landy, 2005; Budd, 1999 cit. po Brin et al., 2003) potrjujejo, da so med poklici, ki so izpostavljeni fizičnemu nasilju, medicinske sestre na tretjem mestu po pogostosti doživljanja fizičnega nasilja. Medicinske sestre preživijo več časa v neposrednem kontaktu s pacienti in njihovimi svojci kot ostali zdravstveni delavci, zato so tudi znotraj zdravstvenega tima bolj izpostavljene agresivnim dogodkom (Kores Plesničar, 2010; Anderson, 2002). Žrtve fizičnega nasilja se ne soočajo zgolj s fizičnimi posledicami po napadu (modrice, rane, izbiti zobje, zlomi, poškodbe notranjih organov ipd.), ampak doživljajo tudi jezo, nemoč, razdražljivost, brezup, depresijo in nezaupanje. Posledice se odražajo v motnjah spanja, glavobolih in napetosti v telesu. Lahko se zatečejo tudi k povečanemu uživanju alkohola in kajenju. Medicinska sestra z izkušnjo fizičnega nasilja pogosto težje sodeluje s sodelavci in slabše opravlja zdravstveno nego pacienta, saj se s strahom vrača na delovno mesto in lahko razmišlja o tem, da bi zapustila svojo poklicno pot (Winstanley, Whittington, 2004; Brin et al., 2003). Podatek, da medicinska sestra kot žrtev za nastali dogodek pogosto krivi sebe, je zaskrbljujoč (Poček, 2009).

Yildirim in Yildirim (2008) opozarjata, da se je zaradi strožje zakonodaje stopnja fizičnega nasilja na delovnem mestu zmanjšala, povečala pa se je stopnja *psihičnega nasilja*. Mednarodne organizacije (Framework, 2002, 4) vključujejo med psihično nasilje verbalno zlorabo, bullying/ mobbing, nadlegovanje, ustrahovanje in grožnje. Na težave pri razlikovanju različnih oblik psihičnega nasilja opozarjajo številni avtorji (Baillien et al., 2009; Farrell, 1997; Framework, 2002; Leymann, 1990; Salin, 2003; Vessey et al., 2011). Nekateri avtorji (Agervold, 2007; Gillen et al., 2004; Nielsen et al., 2010) zato poudarjajo ključne diferencialne značilnosti psihičnega nasilja na delovnem mestu v primerjavi s konflikti in drugimi oblikami nesoglasij: 1) ponavljajoča narava dejanj, 2) negativni učinek dejanj na žrtev, 3) žrtev se težko brani (neravnotežje moči) in 4) namera izvajalca. Skupni imenovalac različnih dejanj psihičnega nasilja je tudi manipulacija (Leymann, 1990). Posamezniki ali skupina izvajajo psihično zlorabo nad posameznikom, s sistematičnim, dolgotrajnim, pogostim negativnim vedenjem in komunikacijo, ki pa ne prizadenejo le žrtev, ampak tudi druge. Drugi delavci se vedejo, kot da takega ravnanja ne opazijo, si zatiskajo oči, pogosto pa izvajalce nasilja tudi provocirajo k takemu početju (Yildirim, Yildirim, 2008). Žrtev nasilja doživlja posledice nasilja na socialni ravni (socialna izolacija, stigmatizacija, prostovoljna brezposelnost, socialna neprilagojenost), socialno psihološki ravni (izguba virov soočanja s stresom, izguba socialne opore) in psihološki (doživljanje stresa, obupa, nemoči, besa, anksioznosti, depresija, kompulzivne motnje, samomorilne misli in dejanja) (Leymann, 1990). Evropski delavci zdravstvenega in socialnega sektorja ter delavci v hotelirstvu in gostinstvu so med vsemi poklici najbolj pogosto žrtev psihičnega nasilja (Fourth, 2007). Verbalno zlorabo in ponižujoče vedenje, poseganje v delo drugega ali celo sabotažo njegovega dela doživlja 8 odstotkov zaposlenih v Sloveniji (Foundation, 2010, 9). Raziskava opravljena na Portugalskem (Ferrinho et al., 2003) kaže, da 51 odstotkov zdravstvenih delavcev doživlja na delovnem mestu verbalno zlorabo. Pet mednarodnih raziskav kaže, da med 17 in 76 odstotkov medicinskih sester poroča o izkušnji z bullyingom, nadlegovanjem in horizontalnim nasiljem (Vessey et al., 2011).

Fizično in psihično nasilje se med seboj prepletata. Prepletanje obeh oblik nasilja je predvsem značilno za *spolno nasilje oz. spolno nadlegovanje*. Evropsko združenje za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer (Violence, 2007, 3), zato spolno nadlegovanje opisuje kot posebno, tretjo obliko nasilja na delovnem mestu. Največ spolnega nasilja doživljajo zaposleni v hotelirstvu in gostinstvu (4 odstotkov), takoj za temi pa zaposleni v zdravstvu in socialnem skrbstvu (3,5 odstotkov) (Fourth, 2007).

### **Opredelitev namena in ciljev raziskave**

Namen raziskave je preučiti pojavnost fizičnega, psihičnega in spolnega nasilja do zaposlenih v zdravstveni negi v Sloveniji. Cilji raziskave so odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja:

- v kolikšni meri se pojavljajo fizično, psihično in spolno nasilje v zdravstveni negi;
- kateri so najpogostejši odzivi zaposlenih v zdravstveni negi na doživljanje nasilja na delovnem mestu?

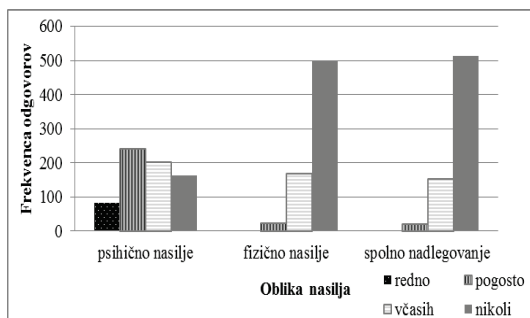
Raziskavo je izvedla raziskovalna skupina pri Zbornici– Zvezi v sodelovanju z Delovno skupino za nasilje pri Zbornici – Zvezi.

## METODA

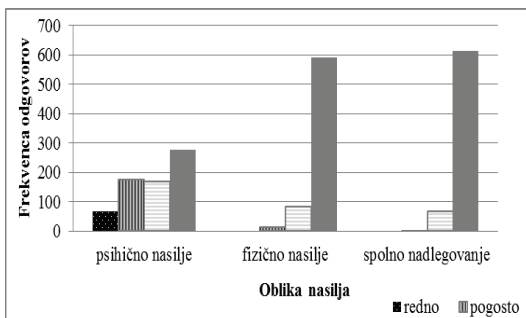
Podatki o populaciji za raziskavo »Nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu« so bili pridobljeni iz Registra izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege, ki ga vodi in ureja Zbornica – Zveza. Glede na vsebinske zahteve raziskave (nasilje na delovnem mestu), so bili v populacijo vključeni samo tisti, ki so imeli zaposlitev na dan 1.7.2010 (brez upokojenecv in študentov). Izpis je obsegal 18632 enot. Uporabljeno je bilo tri stopenjsko proporcionalno stratificirano vzorčenje (Groves et al., 2009). Znotraj posameznih stratumov je bilo pri izbiri vzorca uporabljeno enostavno slučajnostno vzorčenje. Takšna metoda je pri oblikovanju vzorca razmeroma pogosta, tudi pri raziskavah o nasilju na delovnem mestu v zdravstveni negi (Hagney et al., 2006; O'Brien-Pallas, Wang, 2008; Camerino et al., 2008). V raziskavi je sodelovalo 692 zaposlenih v zdravstveni negi, kar predstavlja 18 % realizacijo vzorca. Na vprašalnik je odgovarjalo 43 moških in 640 žensk, na vprašanje o spolu pa ni odgovorilo 9 udeležencev. Glede na starostno strukturo je 299 udeležencev starih manj kot 40 let, 369 pa nad 40 let. V realiziranem vzorcu je 408 zaposlenih v zdravstveni negi z zaključeno srednješolsko izobrazbo, 277 pa z zaključeno več kot srednješolsko izobrazbo (višja, visoka, fakultetna, magisterij, doktorat). V raziskavi je bil uporabljen vprašalnik Nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu, oblikovan leta 1999, ki zajema vprašanja odprtega in zaprtega tipa ter kontingenčna vprašanja. Po pregledu literature na temo nasilja na delovnem mestu, je raziskovalna skupina Zbornice – Zveze v sodelovanju z Delovno skupino za nenasilje pri Zbornici – Zvezi, v letu 2010 vprašalniku dodala še nekaj vprašanj. V prispevku predstavljamo izsledke rezultatov raziskave, ki se nanašajo na pogostost zaznave in osebnega doživljanja različnih oblik nasilja (fizičnega, psihičnega in spolnega) ter na odzive zaposlenih v zdravstveni negi na doživljanje nasilja v delovnem okolju. Vprašalniki so bili poslani med 25. in 30. 10. 2011. Upoštevani so bili vsi odgovori, ki so prispeli do konca februarja 2011. Anketiranje je potekalo anonimno. Obdelavo podatkov za kvantitativno raziskavo smo izvedli s programskim orodjem SPSS. Rezultati so prikazani v obliki grafov in tabel z osnovnimi statističnimi merami.

## REZULTATI

Na vprašanje »Ste na vašem delovnem mestu kadarkoli do sedaj zaznali nasilje nad medicinsko sestro?« je odgovorjalo 689 udeležencev. Z »da« je na to vprašanje odgovorilo 78,8 % udeležencev. Tisti udeleženci, ki so zaznali nasilje nad medicinskimi sestrami, so ocenjevali pogostost posamezne oblike nasilja. Slika 1 prikazuje pogostost zaznavanja posamezne oblike nasilja. Iz Slike 1 je razvidno, da udeleženci raziskave najpogosteje zaznavajo v delovnem okolju psihično nasilje. V primerjavi z drugimi oblikami nasilja, je psihično nasilje najbolj pogosto zaznana oblika nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi (76,4 %), spolno nadlegovanje pa najredkeje zaznana oblika nasilja (25,9 %). 28 % udeležencev pa je kadarkoli do danes že zaznalo fizično nasilje nad medicinsko sestro. Poleg zaznave nasilja nad medicinskimi sestrami so udeleženci v raziskavi poročali tudi o doživetem nasilju - poročali so kot žrtve nasilja. Slika 2 prikazuje pogostost doživljanja posamezne oblike nasilja. Iz Slike 2 je razvidno, da so bili udeleženci najpogosteje žrtve psihičnega nasilja (60,1 %), najredkeje pa žrtve spolnega nadlegovanja (11,4 %). 17,1 % udeležencev raziskave pa je že bilo žrtev fizičnega nasilja na delovnem mestu.



**Slika 1:** Pogostost zaznavanja različnih oblik nasilja do medicinskih sester



**Slika 2:** Pogostost doživljanja različnih oblik nasilja v zdravstveni negi

Odzive na nasilje v delovnem okolju, smo ugotavljali preko dveh vprašanj: »Če ste doživeli nasilje na delovnem mestu, kaj ste naredili?« ter »Če niste naredili ničesar, kaj vas je odvrnilo od tega?«. Udeleženci so na vprašnji odgovorili z izborom ponujenih odgovorov (možnih več odgovorov), z možnostjo dopolnitve teh z osebnimi izkušnjami. Naslednja preglednica povzema najpogostejše odzive zaposlenih v zdravstveni negi na zaznavo ali doživljanje nasilja v delovnem okolju. Kot je iz Preglednice 1 razvidno, se udeleženci v raziskavi najpogosteje odzovejo na nasilje z iskanjem socialne opore pri bližnjih (kolegica/ kolega) in sodelavcih ter pri nadrejeni osebi (ustno pogosteje, kot pisno). Kar 98 udeležencev pa v zvezi s tem ni naredilo ničesar. Preglednica 2 prikaže najpogostejše razloge, ki vodijo zaposlene v zdravstveni negi, da v zvezi z doživetim nasiljem ne storijo ničesar. Najpogosteje mislijo, da se nič ne bo zgodilo; prisoten pa je tudi strah izgube službe, zaradi prijave dogodka, k čemur jih vodijo tudi slabe izkušnje iz preteklosti.

**Preglednica 1:** Najpogostejši odzivi na nasilje v delovnem okolju

Če ste doživeli nasilje, kaj ste naredili?	Frekvenca odgovora	Če ste doživeli nasilje, kaj ste naredili?	Frekvenca odgovora
zaupal/a sem kolegici/kolegu	220	pomoč sem poiskal/a pri organizacijah, ki nudijo strokovno psihosoc. pomoč	13
zaupal/a sem sodelavcu/ki	212	obvestil/a sem varnostno službo zdravstv. ustanove	12
povedal/a sem nadrejeni osebi	158	prijavil/a sem policiji	10
podal/a sem ustno prijavo nadrejeni osebi	107	obvestil/a sem sindikat	9
nič nisem naredil/a	98	obvestil/a sem Zbornico-Zvezo	7
podal/a sem pisno prijavo nadrejeni osebi	42	poiskal/a sem pravno pomoč pri odvetniku	7
nikomur nisem povedal/a	41	podal/a sem pisno prijavo na pristojni Inšpektorat	2
šel/šla sem v bolniški stalež	25	drugo	34

**Preglednica 2:** Najpogosteje izbrani odgovori na vprašane »Če niste naredili ničesar, kaj vas je odvrnilo od tega?«

Če ste doživeli nasilje na delovnem mestu, kaj ste naredili?	Frekvenca izbora odgovora
mislim, da se ne bi nič spremenilo	141
strah pred izgubo službe	57
zaradi slabih izkušenj	40
strah pred povzročiteljem nasilja	27
mislim, da sem sam/a izval/a nasilje	1
drugo	15

## RAZPRAVA

Skoraj devetinsedemdeset odstotkov zaposlenih v zdravstveni negi v Sloveniji je bilo do danes že priča nasilju nad medicinsko sestro v delovnem okolju. Pri tem po pogostosti izstopa psihično nasilje, ki mu sledita fizično nasilje in spolno nadlegovanje. Poleg zaznave nasilja nad medicinskimi sestrami so udeleženci v raziskavi poročali tudi o doživetem nasilju - poročali so kot žrtve nasilja. Udeleženci raziskave so bili najpogosteje žrtve psihičnega nasilja, najredkeje pa žrtve spolnega nadlegovanja. Če primerjamo s podatki raziskave Evropske fundacija za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer (Foundation, 2010), lahko ugotovimo, da je zaznavanje in doživljanje psihičnega, fizičnega in spolnega nasilja med zaposlenimi v zdravstveni negi v Sloveniji, višje, kot je to povprečje za različne poklice v Sloveniji in na ravni Evropske unije. Rezultati o pojavljanju psihičnega nasilja na delovnem mestu pa v mejah rezultatov mednarodnih raziskav (Vessey et al., 2011). Med zaposlenimi v zdravstveni negi v Sloveniji je psihično nasilje bolj pogosta oblika nasilja, kot spolno in fizično nasilje. V

različnih državah EU je razmerje med prisotnostjo različnih oblik nasilja, različno. V državah, kot na primer Združeno kraljestvo, Švedska, Bolgarija, Slovaška, Ukrajina, Češka, Portugalska, Poljska, Latvija je psihično nasilje (bullying in nadlegovanje), manj pogosto kot fizično nasilje na delovnem mestu. V Sloveniji in nekaterih drugih državah EU (na primer Finska, Luksemburg, Litva, Irska, Italija, Estonija, Grčija, Nemčija, Danska, Belgija) pa je psihično nasilje najpogostejša oblika nasilja na delovnem mestu (Foundation, 2010). Razlogi za nasilje so večplastni. Pregled nekaterih dosedanjih raziskav in teoretičnih modelov (Camerino et al., 2008; Di Martino, 2003; Harvey, Keashly, 2003; Johnson, Indvik, 1994) poudarja vlogo štirih skupin izvorov nasilja: i) individualnih značilnosti žrtve in izvajalca, ii) značilnosti poklica in delovnega mesta, iii) organizacijske značilnosti oz. delovno okolje, v katerem se nasilje izvaja ter iv) širše ekonomsko in psihosocialno družbeno okolje. Ta model pokaže, da vzrokov za nasilje ne smemo nikoli obravnavati le z individualnega vidika ali zgolj z vidika značilnosti določene poklicne skupine, temveč kot medsebojno prepleten sistem vplivov in spodbud. Raziskava pokaže, da se žrtve nasilja najpogosteje zaupajo kolegici oz. kolegu ali sodelavki oz. sodelavcu, kar pomeni, da iščejo socialno oporo: informacije, čustveno oporo in potrditev (Rakovec-Felser, 2002). Med pogostimi odzivi zaposlenih v zdravstveni negi pa je tudi molk. Nasilje obdano s »kulturo tišine«, strahom pred izločenostjo, ki bi ga razkritje povzročilo, percepcije »da se nič ne bo dogodilo«, četudi nasilje žrtev prijavi, pre pogosto povzročajo molk na strani žrtve (Vessey et al., 2011).

## SKLEP

Biti žrtev je odraz šibkosti šele v tistem trenutku, ko se nasilje zamolči, prav zato je potrebno na ravni organizacij zagotoviti sistem za obravnavo nasilja na delovnem mestu (kot na primer neodvisna skupina za obravnavo nasilja na delovnem mestu), in delovno klimo, ki spodbuja odprt odnos in komunikacijo o medsebojnih odnosih v zdravstvenem timu in s pacienti. Rezultati raziskave potrjujejo, da so zaposleni v zdravstveni negi pogosteje žrtev nasilnih dejanj, v primerjavi z drugimi poklici, tudi v Sloveniji. Nadaljnje raziskave nasilja v delovnem okolju zdravstvene nege so potrebne na nacionalni in mednarodni ravni za identifikacijo ključnih dejavnikov, ki nasilje v zdravstveni negi, ne le dopuščajo, temveč tudi spodbujajo.

## LITERATURA

- Agervold M. Bullying at work: A discussion of definitions and prevalence, based on an empirical study. *Scand J Psychol.* 2007; 48(2):161-172.
- Anderson C. Workplace violence: Are some nurses more vulnerable? *Issues Ment Health Nurs.* 2002; 23(4):351-66.
- Baillien E, Neyens I, De Witte H, De Cuyper N. A qualitative study on the development of workplace bullying: Towards a three way model. *J Community Appl Soc Psychol.* 2009;19(1):1-16.
- Banovac F. Tretjina medicinskih sester je zlorabljeni na delovnem mestu. In: Klemenc D, Pahor M, eds. *Nasilje in spolno nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji*, Ljubljana, 4. december 1999. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2000:12-35.
- Bregar B, Peterka Novak J. Kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu. In: Peterka Novak J, Bregar B, eds. *Zbornik prispevkov z recenzijo - Seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji*, Ljubljana, 12. november, Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2010: 24-9.
- Brin F. S., Grenyer B. F. S, eds. Safer at work: development and evaluation of an aggression and violence minimization program. *Aust NZ J Psychiat.* 2003;38(10):804-10.
- Camerino D, Estryng-Behar M, Conway P M, van Der Heijndend B I, Hasselhorn, H M. Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: A longitudinal cohort study. *Int J Nurs Stud.* 2008;45(1):35-50.
- Cvetežar I. Š, Kunstek, Pretnar V. Okvirne smernice za obravnavanje nasilja na delovnem mestu v zdravstvu. Ljubljana: Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005: 17-18.
- Di Martino V. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. Geneva: ILO/ ICN/ WHO/ PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2003.
- Di Martino V, Hoel H, Cooper CL. Preventing violence and harassment in the workplace. Bruxelles: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. 2003. Dostopno na:
- <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2002/109/en/1/ef02109en.pdf>.

- Dunning E. Violence and violence-control in long-term perspective: Testing Elias in relation to war, genocide, crime, punishment and sport. In Body-Gendrot S, Spierenburg P, eds. *Violence in Europe*. New York, USA: Springer; 2008: 227-249.
- Farrell GA. Aggression in clinical settings: nurses' views. *J Adv Nurs*. 1997; 25(3):501-508.
- Ferrinho P, Biscaia A, Fronteira I, Craveiro I, Antunes AR, Conceic, ao C, Flores I, Santos O. Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector. *Human Resources for Health*. 2003; 1: 1–11.
- Foundation Findings: Physical and psychological violence at the workplace. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. 2010. Dostopno na: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1054.htm>.
- Fourth European working conditions survey. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2007. Dostopno na: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0698.htm>.
- Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. ILO/ICN/WHO/PSI. Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002. Dostopno na: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/interpersonal/en/WVguidelinesEN.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVguidelinesEN.pdf).
- Gillen P, Sinclair M, Kernohan WG. A concept analysis of bullying in midwifery. *Evid base Midwifery*. 2004; 2(2):46-51.
- Groves RM, Fowler FJ, Couper MP, Lepkowski JM, Singer E, Tourangeau R. *Survey methodology*. New Jersey: Wiley, Hoboken; 2009: 488.
- Harvey S, Keashly L. Predicting the risk for aggression in the workplace: Risk factors, self-esteem and time at work. *Soc Behav Pers*. 2003; 31(8):807-814.
- Hegney D, Eley R, Plank A, Buikstra E, Parker V. Workplace violence in Queensland, Australia: the results of a comparative study. *Int J Nurs Pract*. 2006;12(4):220-31.
- Johnson PR, Indvik J. Workplace Violence: An Issue of the Nineties. *Public Personnel Management*, 1994;23(4):515-523.
- Klemenc D, Pahor M, eds. *Nasilje in spolno nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2000:123.
- Kores Plesničar B. Pomen agresije v zdravstvenih ustanovah. In: Peterka Novak J, Bregar B, eds. *Zbornik prispevkov z recenzijo - Seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji*, Ljubljana, 12. november, *Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije*, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2010: 27-30.
- Landy H. Violence and aggression: how nurses perceive their own and colleagues' risk. *Emerg Nurse*. 2005;13(7):12-5.
- Leymann H. Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence Vict*. 1990; 5(2): 119-126.
- Močnik M. Zloraba in nasilje varovancev v posebnem socialnovarstvenem zavodu z vidika dela medicinske sestre. In: Poček U, ed. *Nasilno vedenje v duhu novih praks*, Celjska koča, 6. november, *Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije*; 2009:17-25.
- Nielsen MB, Matthiesen SB, Einarsen S. The impact of methodological moderators on prevalence rates of workplace bullying. A meta-analysis. *Eur J Work Organ Psychol*. 2010; 83 (4): 955–979.
- O'Brien-Pallas L, Wang SC. Creating work environments that are violence free. In: Needham I, Kingma M, O'Brien-Pallas L, McKenna K, Tucker R, Oud N, eds. *Workplace violence in the health sector*. Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud consultancy; 2008:30-43.
- Pahor M. Nasilje v zdravstveni negi. In: Klemenc D, Pahor M, eds. *Nasilje in spolno nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji*, Ljubljana, 4. december 1999, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2000: 7-11.
- Poček U. Nasilje ima veliko obrazov in je sestavni del našega življenja. In: Poček U, ed. *Nasilno vedenje v duhu novih praks*, Celjska koča, 6. november, *Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije*; 2009:7.
- Rakovec-Felser Z. *Zdravstvena psihologija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka šola za zdravstvo; 2002.
- Salin D. Ways of explaining workplace bullying: a review of enabling, motivating and precipitating structures and processes in the work environment. *Hum Relat*. 2003; 56(10): 1213-1232.
- Serantes NP, Suarez A. Myths about workplace violence, harassment and bullying. *Int J Sociol Law*. 2006; 34(4): 229-238.



Slovar slovenskega knjižnega jezika. Slovenska akademija znanosti in umetnosti, Znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti, Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša. Ljubljana: DZS. 2002.

Vessey J A, Demarco R, DiFazio R. Bullying, Harassment, and Horizontal Violence in the Nursing Workforce. *Annu Rev Nurs Res.* 2011; 28: 133 – 157.

Violence, bullying and harassment in the workplace. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. 2007. Dostopno na: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/reports/TN0406TR01/TN0406TR01.pdf>

Yildirim A, Yildirim D. Development and Psychometric Evaluation of Workplace Psychologically Violence Behaviors Instrument. *J Clin Nurs.* 2008; 17 (10): 1361–1370.

Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *J Clin Nurs.* 2004;13(1):3-10.

# ELEMENTI PROFESIONALIZACIJE ZDRAVSTVENE NEGE V SLOVENIJI

## NURSING PROFESSIONALIZATION ELEMENTS IN SLOVENIA

dr. Andrej Starc<sup>1</sup>, izr. prof. dr. Majda Pahor<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Univerza v Ljubljani

Zdravstvena fakulteta

Oddelek za zdravstveno nego

andrej.starc@zf.uni-lj.si

### IZVLEČEK

**Izhodišča:** V okviru raziskave presečnega tipa smo identificirati vpliv elementov na profesionalizacijo zdravstvene nege v Sloveniji. V vzorec so bili vključeni praktiki zdravstvene nege s post-sekundarno izobrazbo (viš. med. sestre/viš. med. tehniki, dipl. medicinske sestre/dipl. zdravstveniki, profesorji(-ce) zdravstvene vzgoje) na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva ter predstavniki profesionalnega in krovnega menedžmenta zdravstvenih organizacij.

**Metode:** Uporabljena je bila kombinacija kvantitativne (univariatna in bivariatna analiza, hi-kvadrat, Cronbachov alfa, indeksacija, F-test, faktorska analiza, linearna regresija) in kvalitativne metode proučevanja (kodiranje podatkov in določevanje glavnih tem).

**Rezultati:** Realizacija vzorca je bila glede na populacijo 11,97 % in glede na odzivnost anketirancev 41,10%. Za praktike zdravstvene nege in člane profesionalnega menedžmenta zdravstvene nege smo uporabili prilagojen anketni vprašalnik ter za krovni menedžment zdravstvenih organizacij strukturirani intervju. Statistično značilni pozitivni vpliv na profesionalizacijo zdravstvene nege imajo elementi vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi ( $t = 3,814$ ;  $p = 0,000$ ), strokovna avtonomija v zdravstveni negi ( $t = 9,626$ ;  $p = 0,000$ ), znanje v zdravstveni negi ( $t = 4,345$ ;  $p = 0,000$ ) in mejni značilni pozitivni vpliv ima etika v zdravstveni negi ( $t = 2,040$ ;  $p = 0,042$ ).

**Diskusija in zaključki:** Koncept profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji je prisoten pri praktiki zdravstvene nege, ki so stari nad 51 let in z delovno dobo 26 let in več, zaposleni na primarni ravni zdravstvenega varstva, procesa izobraževanja in učenja se udeležujejo 5-krat in več/leto, prebirajo več strokovnih revij s področja zdravstvene nege, pritrjujejo, da pridobitev novega znanja pomeni tudi pridobitev za njihovo zdravstveno organizacijo in se strinjajo, da so pri lastnem delu tudi strokovnjaki.

**Ključne besede:** profesionalizacija, zdravstvena nega, zdravstvene organizacije, znanje v zdravstveni negi

### ABSTRAKT

**Introduction:** Based on a cross-sectional survey we determinate the impact of elements on nursing professionalization in Slovenia. The sample included nursing professionals with post-secondary education (nurses with higher professional educational degree, nurses with BSc) and members of professional and top management of health care organizations on primary, secondary and tertiary level of health care system.

**Methods:** We used a combination of quantitative (univariate and bivariate analysis, hi-square, Cronbach alpha, indexation, F-test, factor analysis, linear regression) and qualitative methods (data encryption and main topics determination).

**Results:** The realization of the sample according to population was 11,97 % and according to respondents was 41,10%. For nursing professionals and members of professional management we used an adjusted questionnaire and for members of top management of health care organizations we used structured interview. Statistically significant positive impact on process of nursing professionalization had element of lifelong learning in nursing ( $t = 3,814$ ;  $p = 0,000$ ), professional autonomy in nursing ( $t = 9,626$ ;  $p = 0,000$ ),

knowledge in nursing ( $t = 4,345$ ;  $p = 0,000$ ) and marginal statistically significant positive impact of ethic in nursing ( $t = 2,040$ ;  $p = 0,042$ ).

**Discussion and conclusions:** The concept of nursing professionalization in Slovenia could be addressed on nursing professionals with the age more than 51 years and more than 26 of working years, employees on primary level of health care system, which are involved in education and learning process 5-times and more/year, read more professional journals of nursing field, agreed that acquisition of new knowledge represent at the same time the acquisition for their health care organizations and agreed that are experts on their own work.

**Key words:** professionalization, nursing, health care organizations, knowledge in nursing.

## UVOD

V kronološkem kontekstu sta se s problematiko profesionalizacije poklica uveljavljali dve evolucijski teoriji, in sicer teorija značilnosti ter procesna teorija (Greenwood, 1957 cit. po Gabe, Bury, Elston, 2004; Wilensky (1964 cit. po Coburn, Willis, 2003). Profesionalizacija ne pomeni samo pridobivanja profesionalnega položaja, ugleda in moči, temveč po mnenju Turnerja (1995) tudi pridobivanje profesionalnega nadzora. Kot nujne dimenzije profesionalizacije izpostavlja znanje, moč in etiko. Profesionalizacija je lahko definirana kot proces, v katerem si skupine pridobijo pravico izvedbe določenega dela, nadzora nad izobraževanjem in izpopolnjevanjem članov profesije ter pravico sprejemanja odločitev in evalviranja izvedbe lastnega dela (Vollmer, Millis 1966 cit. po Freidson, 1973).

V literaturi lahko zasledimo pojmovanje zdravstvene nege, socialnega dela in druge zdravstvene poklice tudi kot polprofesij. Nekateri avtorji se opirajo na stališče, da omenjeni poklici nimajo ločenega temeljnega znanstvenega znanja in bolj težijo k povečevanju večšin kot znanja, neustrezno teoretično znanje oziroma majhna moč samoregulacije (Hugman, 1991; Giddey, 1995; Coburn, Willis, 2003; Gabe, Bury, Elston, 2004). Elemente zaostanka zdravstvene nege kot profesije zasledimo tako v neuspešni teritorialnosti kot posledici njene subordinacije in kontinuiranega nadzora s strani zdravniške profesije (Witz, 1992). Turner (1995) je ocenil, da subordinacija in nenehni nadzor povzročata po

asen razvoj ter delni neuspeh profesionalnega projekta zdravstvene nege. O popolnem neuspehu profesionalnega projekta zdravstvene nege je pisal Freidson (1988). Avtor meni, da zdravstvena nega ne bo mogla nikoli pridobiti položaja profesije. Avtor se je opiral na stališče, da je položaj zdravstvene nege kot »prave« profesije odvisen izključno od definiranja teritorialnosti storitev, ki ne smejo biti predmet subordiniranosti zdravnikom. Vendar ti teoretični izsledki zanemarjajo specifične in odvisne zgodovinske kontekste.

Morrell (2004) ponuja drugačen pogled na profesionalizacijo zdravstvene nege. Ključna predpostavka profesionalizacije zdravstvene nege je znanje. Avtor pojmuje znanje praktikov kot razpolaganje in dostop do temeljnega znanja, prenovo ekspertiz, porazdelitev moči na podlagi znanja, kot znanje praktikov zdravstvene nege v povezavi s ponovno oceno zdravstvene nege kot vrednote, kot borbo profesionalcev za koherentno profesionalno identiteto.

Izvor težavnosti profesionalizacije zdravstvene nege ni samo eksogene, temveč tudi endogene narave zaradi organizacijske razslojenosti pripadnikov poklicne skupine. Po Walby (et al., 1994) člani poklicne skupine zdravstvene nege profesionalizacijo pojmujejo precej rigidno, v smislu vzpostavitev nadzora nad delom, izoblikovanja pravil dela in standardov. Vendar značilnost »nove zdravstvene nege« je individualizacija skrbi in profesionalno opravljanje zdravstvene nege. Izhodišče nove zdravstvene nege tako ponuja poskus demarkacije področja poklicne avtonomije in redefiniranje zdravstvene nege kot intelektualnega dela (Carpenter, 1993; Walby et al., 1994; Pahor, 2006; Starc, Ilič, 2007; Starc, 2009; Starc, 2010; Starc, Ilič, 2010; Starc, 2011). V zdravstvenih organizacijah je tudi za praktike zdravstvene nege značilna teritorialnost. Pripadniki poklicne skupine namreč demarkirajo (označujejo) obseg in odgovornost zdravstvene nege.

V zdravstveni poklicni verigi se poklici funkcijsko razlikujejo glede na položaj v procesu zdravljenja. Skupno prizadevanje vseh akterjev v zdravstveni poklicni verigi je zagotavljanje učinkovitega in kakovostnega delovanja celotnega sistema zdravstvenega varstva. Nosilci postopnega prizadevanja za profesionalizacijo zdravstvene nege so družbeni razvoj in družbene zahteve ter želje in zahteve praktikov zdravstvene nege.

Vendar se med člani poklicne skupine zdravstvene nege za profesionalizacijo zavzema le ozka voditeljska elita (Pahor, 2006), ki pa sama zdravstvene nege ne izvaja, ampak jo vodi, raziskuje ali poučuje. Sklepamo, da bi terciarno izobraževanje med člani zdravstvene nege postopoma pripomoglo k uveljavitvi temeljnih znanj. Ta bodo služila kot »pripomoček« pri nadzoru nad lastnimi storitvami in s tem tudi pri nadzoru trga in družbene mobilnosti. Demarkacija teritorija bi zdravstveni negi zagotovila profesionalno moč. Teoretično to lahko potrdimo še z mnenjem Macdonalda (1995), ki pravi, da je usmerjenost profesionalnega projekta osredotočena na legalno zapiranje profesije in monopolizacijo trga, izobraževanje ter pridobivanje znanja članov skupine.

## **METODE**

Uporabljena je bila kombinacija kvantitativne (univariatna in bivariatna analiza, hi-kvadrat, Cronbachov alfa, indeksacija, F-test, faktorska analiza, linearna regresija) in kvalitativne metod proučevanja (kodiranje podatkov in določevanje glavnih tem).

Realizacija vzorca je bila glede na populacijo 11,97 % in glede na odzivnost anketirancev 41,10%. V vzorcu je prevladovala skupina anketirancev na terciarni ravni (44,9 %, n = 284), sledili sta skupina na primarni (30,6 %, n = 194) in sekundarni ravni zdravstvenega varstva (22,9 %, n = 145).

## **REZULTATI IN DISKUSIJA**

### ***Regresijski model profesionalizacije***

Regresijski model je bil sestavljen iz posameznih sestavin, slednje so predstavljale osnovo za tvorjenje indeksov. S pomočjo indeksacije smo tvorili indekse iz povprečnih vrednosti posameznih predlaganih elementov (indeksov) profesionalizacije, le tega pa preizkusili s pomočjo linearne regresije. Linearna regresija je pri majhni stopnji tveganja potrdila značilne pozitivne vplive določenih elementov. Linearna regresija ni dokazala značilnega pozitivnega vpliva indeksa moči za sprejemanje strokovnih odločitev v zdravstveni negi.

Elementi profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji so torej:

1. *Znanje v zdravstveni negi*: kot nenehno spreminjajoča se kombinacija izkušenj, vrednot, informacij, strokovnega razumevanja; predstavlja ogrodje, v katerega dodajamo nove izkušnje in informacije.
2. *Vseživljenjsko učenje v zdravstveni negi*: ki se nanaša na vse organizirano in sistematično izobraževanje ter izpopolnjevanje, v katerem posamezniki sodelujejo pri pridobitvi novega znanja, novih veščin za potrebe sedanjega in/ali prihodnjega dela.
3. *Strokovna avtonomija v zdravstveni negi*: legalni oziroma politični privilegij, ki onemogoča poseganje drugih profesij v lastno dejavnost, nadzor nad sistemom specialnega znanja in veščin ter obstoj kodeksa etike (javno zagotovilo, da temu poklicu lahko zaupajo).
4. *Etika v zdravstveni negi*: etična ravnanja so odvisna od vseživljenjskega učenja, vsebuje oblikovanje sodb (kaj je v situaciji prav in kaj narobe) in ponotranjenje vrednot o zdravstveni negi.

Pri preverjanju robustnosti raziskovalnega modela smo pri multivariatni linearni regresiji uporabili tudi kontrolne spremenljivke (spol, starost, število let delovne dobe, dosežena (najvišja) stopnja izobrazbe, delovno mesto v zdravstveni organizaciji, raven zdravstvene organizacije in vlaganje krovnega menedžmenta v zaposlenega). Analiza je pokazala, da imata kontrolni spremenljivki starost in število let delovne dobe značilen pozitivni vpliv, raven zdravstvene organizacije pa mejni pozitivni vpliv na profesionalizacijo zdravstvene nege. Analiza ni dokazala značilnega pozitivnega vpliva preostalih kontrolnih spremenljivk: spola, dosežene (najvišje) stopnje izobrazbe, delovnega mesta v organizaciji in vlaganje delovnega okolja v izobraževanje (vodstvo zdravstvene organizacije vlaga v moje vseživljenjsko učenje).

Značilni pozitivni in mejni vpliv kontrolnih spremenljivk starosti anketirancev, števila let delovne dobe in ravni zdravstvene organizacije lahko navežemo na ugotovitev povezanosti z indeksom profesionalizacije zdravstvene nege v skupini od 51 let in več. S starostjo se je povečevala udeležba v procesu izobraževanja in učenja (največja je bila v skupini od 41 do 50 let), pri branju strokovnih revij s področja zdravstvene nege (največ branja strokovnih revij je bilo v skupini 51 in več let), povečevala sta se samoocena strokovnosti opravljenega dela in spodbujanje napredka stroke (najbolj v skupini od 51 in več let). Število let delovne dobe

je pokazalo največjo povezanost v skupini nad 26 let delovne dobe. Z večanjem let delovne dobe se je večala udeležba v procesu izobraževanja in učenja, pri branju strokovnih revij s področja zdravstvene nege, večala se je tudi zaskrbljenost nad neraziskanostjo koristi, ki jo zdravstvena nega daje družbi. Teoretično lahko sklepamo, da se za profesionalizacijo zdravstvene nege zavzemajo le nekoliko starejši praktiki zdravstvene nege.

Mejni značilni vpliv je imela kontrolna spremenljivka raven zdravstvene organizacije, kar je po svoje vsebinsko presenetljiv rezultat. V skupinah, opredeljenih glede ravni zdravstvene organizacije, smo za primarno raven zdravstvenega varstva ugotovili največjo povezanost z indeksom profesionalizacije zdravstvene nege. Praktiki zdravstvene nege so na primarni ravni najpogosteje brali strokovne revije s področja zdravstvene nege in so se najbolj strinjali, da so pri lastnem delu strokovnjaki.

Praktiki zdravstvene nege na primarni ravni zdravstvenega varstva z večanjem starosti in letom delovne dobe sproti udeležajo profesionalizacijo zdravstvene nege z udeleževanjem v procesu izobraževanja in učenja, pri branju strokovnih revij tega področja, z višjo samooceno strokovnosti opravljenega dela, s spodbujanjem napredka stroke, s strinjanjem, da so pri lastnem delu strokovnjaki. Profesionalizacijo zdravstvene nege udeležajo tudi z zaskrbljenostjo nad neraziskanostjo koristi, ki jo zdravstvena nega daje družbi. Primarna raven zdravstvene nege ima glede na te rezultate očitno največji potencial in motivacijo za preboj na višjo stopnjo profesionalizacije.

Na podlagi kvantitativne analize smo ugotovili, da so temeljne značilnosti profesionalizacije zdravstvene nege znanje, moč in etika. Nadalje smo ugotovili, da profesionalizacija zdravstvene nege predstavlja nadgradnjo človekovega kapitala praktikov zdravstvene nege in da je njihovo učinkovito delovanje povezano s profesionalizacijo. Večina profesionalcev zdravstvene nege je pritrdila, da pridobitev novega znanja predstavlja tudi pridobitev za njihovo zdravstveno organizacijo. Prav tako je večina naklonjena konceptu profesionalizacije, strokovne avtonomije in vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi. Na podlagi kvalitativne analize anketnega vprašalnika pa smo ugotovili, da praktiki zdravstvene nege v Sloveniji koncept profesionalizacije zdravstvene nege pojmujejo kot samostojnost zdravstvene nege, ki jo je možno opredeliti s pomočjo znanja, izobrazbe, izobraževanja, kompetenc in vseživljenjskega učenja na področju zdravstvene nege. Na podlagi zakonske opredelitve pomeni tudi pridobitev monopola nad dejavnostjo za pridobivanje nadzorne funkcije. V nadaljevanju pa je kvalitativna analiza strukturiranega intervjuja pokazala, da v zdravstvenih organizacijah profesionalizacija zdravstvene nege ni jasno definirana.

## LITERATURA

- Carpenter M. The subordination of nurses in health care: towards a social division approach. In: Riska E, Wegar K, eds. *Gender, Work and Medicine. Women and the Medical Division of Labour*. London, Newbury Park, New Delhi: Sage Publications; 1993: 95–130.
- Coburn D, Willis E. The Medical Profession: Knowledge, Power, and Autonomy. In: Albrecht GL, Fitzpatrick R, Scrimshaw SC. *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications; 2003: 377–393.
- Freidson E. *Professional Powers. A study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press; 1988.
- Freidson E. Professions and the occupational principle. In: Freidson E, eds. *The Professions and Their Prospects*. Beverly Hills, London: Sage Publications; 1973: 19–57.
- Gabe J, Bury M, Elston MA. *Key Concepts in Medical Sociology*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications; 2004.
- Giddey M. Institutions, individuals and professional power. In: Moon G, Gillespie R, eds. *Society and Health. An Introduction to social science for health professionals*. London, New York: Routledge; 1995: 127–40.
- Hugman R. *Power in caring professions*. Houndmills, Basingstoke, London: Macmillan; 1991.
- Macdonald KM. *The Sociology of the Professions*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications; 1995: 10–134.
- Morrell K. *Analysing Professional Work in the Public Sector: The Case of NHS Nurses*. Dostopno na: <http://www.lboro.ac.uk/departments/bs/research/2004-1.pdf> (22. maj 2007).
- Pahor M. *Medicinske sestre in univerza*. Domžale: Izolit d.o.o.; 2006.

- Starč A, Ilič B. Pridobivanje in razvoj znanstvenega in strokovnega človeškega kapitala v zdravstveni negi: študija primera. *Obzor Zdr N.* 2007; 41(2/3): 61 - 69.
- Starč A. Nursing professionalism in Slovenia: knowledge, power, and ethics. *Nurs. sci. q.* 2009; 22(4): 371 - 374.
- Starč A, Ilič B. Human capital within health organizations. In: Antončič B, eds. *Advances in Business-Related Scientific Research Conference, Olbia*, 8.-10. September 2010. Koper: Edukator; 2010: 8.
- Starč A. Izobraževanje za profesionalizacijo zdravstvene nege. In: Bobnar A, eds. *Kompetence medicinskih sester v povezavi s profesionalizacijo: zbornik predavanj*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta; 2010: 47-59.
- Starč A. Identifikacija elementov profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji [doktorsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2011.
- Turner BS. *Medical Power and Social Knowledge*. Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications; 1995: 84–180.
- Walby S, Greenwell J, Mackay L, Soothill K. *Medicine and Nursing. Professions in a Changing Health Service*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications; 1994.
- Witz A. *Professions and Patriarchy*. London, New York: Routledge; 1992.