

## Z RAZISKOVANJEM V ZDRAVSTVENI NEGI DO BOLJŠEGA ZDRAVJA

### Uvod

V zadnjih dveh desetletjih se je raziskovanje v zdravstveni negi razvilo v dinamično silo v zdravstvenem varstvu in kljub kratkemu obstoju doseglo marsikaj.

V deželah, kjer je raziskovanje v zdravstveni negi že krepko zasidrano in ga finančno vse bolj podpirajo tako javne (nacionalne) ustanove kot tudi privatne organizacije, raziskovalke v zdravstveni negi izvajajo raziskovalne programe, ki vplivajo na zdravstveno stanje ljudi po vsem svetu.

Tam pa, kjer se raziskovanje v zdravstveni negi šele razvija, pomanjkanje ljudi in denarja zavirata napredek.

Kljub razlikam v razvoju pa je cilj raziskovanja v zdravstveni negi v vseh deželah enak: »Prizadevanje za trdnejše zdravje.«

### Zakaj je raziskovanje v zdravstveni negi pomembno

Raziskovanje v zdravstveni negi je potrebno zaradi različnih reči, najpomembnejše pa je, da razvija nova znanja, ki v dobro bolnikov, klientov, družin, skupnosti in samih medicinskih sester izboljšujejo kvaliteto zdravstvene nege.

Z raziskovanjem v zdravstveni negi lahko ocenimo ustreznost in učinkovitost postopkov v zdravstveni negi bolnika in za izboljševanje zdravja.

Položaj je v različnih deželah resda različen, vendar se zdravstveni sistemi prav povsod soočajo z enakim izzivom: kako izboljševati zdravje in hkrati ohranjati raven obstoječih stroškov. Služba zdravstvene nege mora torej vsepovsod izkazovati in upravičevati stroške za svoje dejavnosti.

Poleg drugega v družbeno odgovornost zdravstvene nege sodi tudi nenehno preverjanje in krepitev njene vloge v okviru zdravstvenega varstva.

### Vse medicinske sestre so tudi raziskovalke

Kot »porabnice raziskovanja« morajo prav vse medicinske sestre nenehno preverjati in izboljševati svoje delo – in to pomeni, da v raziskovanju v zdravstveni negi sodelujejo vse medicinske sestre.)

Medicinske sestre, ki opravljajo praktično delo in se niso nikdar učile raziskovati, tudi veliko prispevajo v raziskovalnem procesu; ker so blizu bolnikom, lahko olajšajo ali sodelujejo v zbiranju podatkov za raziskovalne zdravstvene projekte, ki potekajo v njihovem delovnem okolju. Nekatere medicinske sestre, ki delajo v praksi, se izurijo za raziskovalke in se same lotijo raziskovanja, nekatere pa se odločijo za nadaljnji študij, si pridobijo višjo stopnjo izobrazbe in postanejo raziskovalke na univerzitetnih oddelkih za zdravstveno nego ali v bolnišnicah.

Široko razpredena uporaba informacijskih tehnologij omogoča vse intenzivnejše sodelovanje medicinskih sester iz prakse, kajti njihove zabeležke bolnikovih težav in in-

tervencij zdravstvene nege predstavljajo baze podatkov za klinične raziskave v zdravstveni negi in za dejavnosti, s katerimi zagotavljamo kvalitetno zdravstveno nego.

Vse več izkušenih medicinskih sester danes sodeluje v interdisciplinarnih timih in razvija dolgoročne raziskovalne programe na področjih, kot je na primer zdravje žensk, kvaliteta življenja in lajšanje bolečin. Z rezultati njihovega raziskovanja si pri svojem delu pomagajo druge medicinske sestre in zdravstveni delavci in izboljšujejo kvaliteto klinične prakse ter s podatki preskrbujejo službe, ki načrtujejo politiko in izvajanje zdravstvenega varstva.

V deželah, kjer profesionalna združenja medicinskih sester opravijo močno promocijsko vlogo, se je raziskovanje v zdravstveni negi zelo razvilo. Za ta združenja medicinskih sester (ZMS) je raziskovanje v zdravstveni negi na prioritetnem mestu. V poglavju IV so naštet strategije, ki združenjem pomagajo opravljati to vlogo in na individualni in kolektivni ravni uresničevati geslo Z raziskovanjem v zdravstveni negi so boljšega zdravja.

### I. Kaj je raziskovanje v zdravstveni negi

Izraz »raziskovanje« pogosto uporabljamo precej na široko za kakršnokoli vrst preučevanja ali zbiranja podatkov. Čeprav včasih primerjajo proces zdravstvene nege in raziskovalni proces, pa v resnici skromni individualni projekti le redkokdaj prinašajo kakšna pomembna spoznanja. Formalnejši izraz »znanstveno raziskovanje« natančneje opisuje sistematičen in natančen pristop, ki je potreben za doseganje novih spoznanj.

Nekaj definicij raziskovalnega procesa:

»...zbiranje podatkov v natančno opredeljeni situaciji, katerega namen je potrditev ali razlaga domneve.« (63)

»...prizadevanje za razširitev obstoječega znanja z odkrivanjem novih dejstev ali povezav med njimi s pomočjo sistematičnega preučevanja.« (12)

»...natančno in sistematično preučevanje, ki se sklada z raziskovanim objektom in uporablja ustrezne metode in katerega cilj je splošno poglobljanje znanja.« (15)

»...sistematično preučevanje pojavov, ki so zanimivi za vedo zdravstvene nege, se pravi odzivov posameznikov ali skupin na potencialne ali dejanske zdravstvene probleme, okolja, ki vpliva na zdravje ljudi, terapevtskih intervencij zaradi bolezni in izboljševanja zdravja.« (67)

Čeprav vsaka od omenjenih definicij uporablja drugačne izraze, vse prikazujejo enake značilnosti raziskovanja v zdravstveni negi na kateremkoli področju: sistematičen pristop in natančne metode, katerih namen je poglobljanje znanja.

## Identifikacija učinkovitih modelov

S pomočjo raziskovanja v zdravstveni negi smo spoznali nekaj učinkovitih modelov izvajanja le-te, ki ne vplivajo pozitivno le na izid zdravljenja, ampak tudi na potrebna sredstva zanj. Spodaj opisane raziskave načrtovanega odpuščanja bolnikov, spremljanja posameznih primerov in vloge medicinskih sester z magisterijem ali medicinskih sester – specialistk, kažejo, kako pomembna je zdravstvena nega za izid zdravljenja.

Morda je najbolj znana raziskava o posledicah načrtovanega odpuščanja, ki jo je opravila Brootenova s sodelavci in ugotovitve objavila v priznanem časopisu *New England Journal of Medicine*; raziskava kaže, kako je mogoče znižati stroške hospitalizacije z načrtovanim odpuščanjem dojenčkov z zelo nizko porodno težo na dom (10). Specialistka bolnišnične zdravstvene nege je pred odpustom obiskala otrokov dom in poskrbela za neprekinjene kontrolne obiske po odpustu. Otroke so na slepo razdelili v dve skupini, in sicer so otroke iz ene odpustili domov, otroke iz druge pa zadržali v bolnišnici. Zdravstveno stanje dojenčkov, ki so jih odpustili, ni bilo nič bistveno slabše kot zdravstveno stanje onih, ki so ostali v bolnišnici, prihranek pa precejšen.

Predmet druge raziskave so bili hospitalizirani starejši bolniki. Raziskave je opravila Neidlingerjeva s sodelavci; pokazalo se je, da je bil učinek protokola skrbno načrtovanega odpuščanja, ki ga je izdelala specialistka bolnišnične zdravstvene nege, znatno skrajšana hospitalizacija ter krajši čas, ki je minil med odpustom in ponovno hospitalizacijo (52). Znova se je pokazalo, da odpuščanje, ki ga načrtujejo medicinske sestre, ter skrbno spremljanje bolnikovega stanja na domu po odpustu, znatno zmanjšata stroške bolnišnice in sta povsem varna različica bivanja v bolnišnici.

V raziskavi, ki je zajela obravnavo posameznih primerov in preventivne ukrepe med otroki iz družin z nizkimi dohodki in jo je s sodelavci izvedla Erkelova, je pokazala, da kombinacija obojega znatno zmanjšuje stroške. Ugotovitve tudi kažejo, da »so neprekinjeni ukrepi s področja zdravstvene nege v skupnosti, ki hkrati vključujejo tudi obravnavo posameznih primerov, učinkovit način zniževanja stroškov, in sicer učinkovitejši od običajnih posameznih preventivnih ukrepov na področju otroškega varstva« (16).

Razen tega je dokazana učinkovitost medicinskih sester, ki imajo magisterij ali so specialistke posameznih specialnosti, pri izvajanju zdravstvene nege. V slepi klinični raziskavi je McCorklova s sodelavci ugotovila, da bolnike, ki jih na domu negujejo medicinske sestre z višjo stopnjo izobrazbe, bolezenski simptomi znatno manj prizadevajo in so bolj samostojni kot tisti, ki takšne zdravstvene nege na domu niso deležni (48).

Medicinske sestre so se tudi odrezale bolje od zdravnikov v raziskavi, kjer je Ramsayeva s sodelavci primerjala kvaliteto zdravstvene nege bolnikov s previsokim krvnim tlakom in podobno splošno prizadetostjo (56). Bolniki v skupini, za katero so skrbele medicinske sestre, so v enem letu izgubili precej več kilogramov in se jim je krvni tlak precej bolj znižal kot bolnikom v skupini, za katero so skrbeli zdravniki.

Model primarnega zdravstva, precej drugačen od tistih, ki se osredičajo na medicinske sestre z višjo stopnjo izobrazbe, je bil predmet raziskave Onyejiakujeve in Rogersove, v katerem sta raziskovalki prek otrok zdravstveno ozaveščali družine (54). Medicinske sestre, ki so skrbele za zdravstvene potrebe otrok, so jih hkrati poučevale o vpra-

šanjih primarnega zdravstva, oni pa so ta spoznanja z velikim ponosom posredovali svojim staršem.

## Učenje bolnikov

Tako medicinske sestre v bolnišnicah kot tiste v patronaži se srečujejo s problemi poučevanja bolnikov; vse krajša hospitalizacija je namreč precej oklestila možnosti za to.

V analizi intervencij v zdravstveni negi je Smithova zabeležila, da jih ima približno 40 % obliko poučevanja bolnikov (60).

Lindemanova je analizirala 120 primerov poučevanja bolnikov in se pri tem predvsem osredičila na značilnosti »učencev« in ne toliko na izid; poudarila je pomembnost potreb posameznika za načrtovanje učenja (44).

Lipmanova poroča, da otroke, pri katerih odkrijejo sladkorno bolezen, njihovo zdravstveno vzgojo pa prevzame medicinska sestra – specialistka bolnišnične zdravstvene nege, iz bolnišnice odpustijo 2,2 dni prej kot tiste, ki jih vzgajajo manj izobražene medicinske sestre.

## Kvaliteta zdravstvene nege

Kvaliteta zdravstvene nege je širok pojem in zajema marsikaj. Spodnji pregled se osrediča na raziskovanje v zdravstveni negi na področjih neposredne skrbi za bolnike, varnosti bolnikov, njihovega zadovoljstva in zagotavljanja kvalitete.

### Neposredna zdravstvena nega

Neposredna zdravstvena nega je široka kategorija, ki zajema dejavnosti zdravstvene nege, kot so: telesni pregled; postopki, kot so na primer cepljenje, nega kože, lajšanje bolečin, pomoč pri vsakdanjih opravkih itn. Zelo malo raziskovalcev v zdravstveni negi se ukvarja z učinkovitostjo postopkov neposredne zdravstvene nege, razen z lajšanjem bolečin, ki je deležno največje pozornosti.

Medicinske sestre so neposredno udeležene pri obvladovanju bolečine, ki jo občuti bolnik. Zelo dober dokument s tega področja z naslovom *Acute Pain management: Operative or Medical Procedures and Trauma*, ki ga je leta 1992 objavila *US Government's Agency for Health Care Policy Research*, kaže, da je pri bolnikih, pri katerih je poskrbljeno za lajšanje bolečin, izid zdravljenja ugodnejši, imajo manj zapletov, prej postanejo samostojni, so prej odpušteni iz bolnišnice in tudi bolj zadovoljni z bivanjem v njej.

Kakorkoli že, tudi medicinske sestre pogosto podcenjujejo bolečino. Mackintosh ugotavlja, da medicinske sestre pogosto ne poskrbijo na ustrezen način za odpravljanje bolečin po operaciji (46), kar je v svoji študiji 131 otrok in mladostnikov, ki so bili operirani, pokazala Teslerjeva s sodelavci; le-ti so se zaradi preskromnih odmerkov sredstev proti bolečinam pritoževali (62).

### Varnost bolnikov

Pomote pri aplikaciji zdravil in padci so tudi bili predmet raziskovanja v zdravstveni negi; žal pa ne obstajajo osnovne študije, ki bi ocenjevale njihovo incidenco in prevalenco. Rezultati raziskav o pomotah medicinskih sester so neenotni (20, 64, 65).

Več povedo rezultati raziskav o padcih bolnikov. Le-ti padce povezujejo z naslednjimi značilnostmi: visoka sta-

rost, jemanje nekaterih zdravil itn., ne pa z ukrepi medicinskih sester (36, 65).

### *Zadovoljstvo bolnikov*

Raziskovanje v zdravstveni negi se že dolgo osredišča na odziv bolnikov in njihovo mnenje o kvaliteti nege, ki so je deležni. Tam, kjer je odstotek šolanih medicinskih sester višji, so bolniki z nego bolj zadovoljni. Risserjeva (58) je razvila lestvico za ocenjevanje zadovoljstva bolnikov; lestvico je nadalje razvijala Hinshawova s sod. (28), ki je, tako kot Mitchellova (50), ugotovila, da je na intenzivnih oddelkih zadovoljstvo bolnikov odvisno od števila izšolanih medicinskih sester med osebjem. Weismanova in Nathansonova poročata, da je zadovoljstvo bolnikov povezano z zadovoljstvom medicinskih sester (66).

Dve nedavno opravljeni raziskavi, ki so ju izvedli v Evropi, sta bili posvečeni povezanosti med zadovoljstvom bolnikov in kvaliteto zdravstvene nege. Kasalova s sodelavci poroča, da na Češkem medosebne interakcije med zdravniki, medicinskimi sestrami in drugimi zdravstvenimi delavci pomembno vplivajo na zadovoljstvo bolnikov (37).

V raziskavi vpliva intervencij zdravstvene nege, namenjenih izboljševanju zdravstvene nege v obdobju okleščenih finančnih možnosti v kirurški ambulanti je Jakobs-sonova s sodelavci ugotovila, da se je zadovoljstvo bolnikov kljub slabim finančnim razmeram zvečalo takrat, kadar so poskrbeli za to, da je bolnika vseskozi negovala ista medicinska sestra (35).

### *Zagotavljanje kakovosti*

Precej je napisanega o zagotavljanju kakovosti zdravstvene nege, predvsem s stališča zgodovinskih in procesnih kazalcev zdravstvene nege, ki pa so jih le v redkih primerih povezovali z rezultati zdravljenja. Dva pomembna projekta, ki bosta nedvomno krepko vplivala na zagotavljanje kvalitete zdravstvene nege, sta: 1. Poročilo ameriškega združenja medicinskih sester iz leta 1992, ki navaja zbir kazalcev kakovosti in 2. Zagotavljanje kakovosti v evropskih bolnišnicah, študija 262 bolnišnic v 15 državah, kjer je bilo zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege le eden izmed podatkov, ki so jih beležili.

Predhodna verzija poročila ameriškega združenja medicinskih sester opredeljuje kazalce na področjih bolnikovih pričakovanj, strukture zdravstvene nege, strukture negovalnega osebja in procesa zdravstvene nege. Dokument prinaša tudi pregled literature za vsak kazalec posebej in temelji predvsem na raziskavah, opravljenih v Združenih državah Amerike. Cilj projekta je izdelava standardnega obrazca za poročilo o kakovosti zdravstvene nege, ki bi ga lahko uporabljale različne ustanove.

Študija Zagotavljanje kakovosti v evropskih bolnišnicah, ki jo je objavil Koordinacijski program za medicinsko in zdravstveno raziskovanje pri Evropski skupnosti, opisuje predhodno fazo projekta o različnih strategijah zagotavljanja kakovosti in o njihovem učinku na izboljšanje zdravstvene nege. Medicinske sestre in komisije, povezane z zagotavljanjem kakovosti, predstavljajo eno osmino rezultatov, ki so jih zbrali v 15 državah.

Dokument pravi, da ima »formalno zaposlitveno strukturo z vsemi profili medicinskih sester 69 % bolnišnic, ki so sodelovale v raziskavi«. Poleg tega je imelo 21 % bolnišnic na ravni oddelkov komisije za zagotavljanje kakovosti, pri

čemer imata daleč najvišji odstotek le-teh Avstrija in Nizozemska. Ta obširni projekt bo prinesel pomembne podatke o zagotavljanju kakovosti v Evropski skupnosti.

### *Zniževanje smrtnosti bolnikov*

Raziskava o pogostnosti smrtnih primerov med hospitaliziranimi bolniki je pokazala, da je število smrtnih primerov nižje, kadar je med osebjem več izšolanih medicinskih sester. V raziskavi, ki je zajela 3100 bolnišnic, Hartzova s sodelavci ugotavlja, da je odstotek izšolanih medicinskih sester v bolnišnicah z nizko stopnjo smrtnosti višji kot drugod (26). Tudi ugodnejše razmerje med številom bolnikov in številom medicinskih sester po vsem sodeč znižuje smrtnost, kot sta pokazali raziskavi Floodove in Scottove ter Knausove s sod. (18, 40). Raziskava Knausove in sodelavcev je tudi pokazal, da je dobra komunikacija med zdravniki in medicinskimi sestrami pozitiven dejavnik.

Biggsova s sodelavci je v svoji raziskavi pokazala, da slabo sodelovanje med delavci različnih profilov, zvišuje smrtnost in verjetnost ponovnega sprejema na enoto intenzivne nege (5). Aikenova s sodelavci pa je pokazala, da je v bolnišnicah, ki veljajo za »dobre«, smrtnost nižja kot v ustanovah, za katere velja, da v njih ni tako prijetno delati.

### *Učinkovitost in stroški*

Do leta 1982 praktično ni bilo raziskav, ki bi povezovala delo medicinskih sester in stroške, tiste pa, ki so se tega problema lotevale, so le izračunavale stroške posameznih intervencij v zdravstveni negi (42). Odtlej pa je bilo opravljenih precej raziskav, ki so položaj temeljito spremenile in veljajo za najpomembnejše raziskave o stroških, kar so jih opravili v Združenih državah Amerike.

Raziskavi Brotonove s sodelavci iz leta 1986 in Neidlingerjeve s sodelavci iz leta 1987 kažeta, da krajša hospitalizacija pomeni tudi nižje stroške, saj je cena zdravstvene nege na domu, ki jo opravljajo medicinske sestre, v Združenih državah Amerike znatno nižja od stroškov hospitalizacije (10, 52).

Leta 1991 je Cohenova pokazala, da je eden od rezultatov individualne obravnave posameznih primerov tudi krajša hospitalizacija, kar seveda pomeni tudi nižje stroške (14).

Na porodniških oddelkih, kjer primanjkuje izšolanih medicinskih sester, je število zapletov večje, prav tako pa je tudi hospitalizacija daljša, kaže raziskava Behnerjeve s sod. (8). Ta raziskava o odnosih med strukturo zaposlenih medicinskih sester, stroški in kakovostjo načinov odločanja med zaposlenimi povezuje večje stroške z daljšo hospitalizacijo in nižjo kvaliteto življenja zaradi zapletov. Dve raziskavi, ki sta bili opravljeni nedavno, pa sta vprašanje stroškov razširili in višjih stroškov ne povezujeta le z dolžino hospitalizacije. Armstrongova s sodelavci ugotavlja, da je hospitalizacija na enotah intenzivne nege zelo draga, vendar pa sama zdravstvena nega ne predstavlja večjega dela stroškov v Združenih državah Amerike (4).

Bostromova in Mitchellova menita, da bi velikanske razlike v stroških lažje razložili, če bi pri izračunih upoštevali tudi tveganje, ki spremlja posamezne diagnostične kategorije.

Medicinska sestra – znanstvenica stoji pred dvojnimi izzivi: dokazati mora, da zdravstvena nega dejansko znižuje stroške, hkrati pa mora poskrbeti za to, da bodo te ugotovitve upoštewane pri oblikovanju zdravstvene politike.

Ker pomembna vladna poročila v Združenih državah Amerike ne upoštevajo opravljenih raziskav v zdravstveni negi glede stroškov in izida zdravljenja, je Holecmerjeva zastavila vprašanje: »Kakovost in stroški zdravstvene nege: ali o tem sploh kdo razmišlja?« (29)

### *Boljši delovni pogoji*

Kakovost delovnih pogojev je ena glavnih tem raziskovanja v zdravstveni negi. V Kanadi se s tem ukvarja posebna raziskovalna enota in se pri svojem delu osredišča predvsem na štiri področja: čas, prebit na delu, načrtovanje delovnega procesa, delovni kontekst in delovno okolje (55). Med najzanimivejšimi ugotovitvami te ustanove so naslednje:

- Medicinske sestre med prednosti službe najpogosteje uvrščajo delo z bolniki, delo s sodelavci, dostopnost novih spoznanj o zdravstveni negi in 12-urno službo.
- Slabe strani službe pa so pomanjkanje osebja, fizični napor pri delu z bolniki in opravljanje del, ki ne sodijo v zdravstveno nego.

Weismanova in Nathansonova v svoji raziskavi ugotavljata, da zadovoljstvo medicinskih sester pri delu odločilno vpliva na zadovoljstvo bolnikov (66). Opisana raziskava o nočnem delu medicinskih sester, ki so jo opravili v Nemčiji, priporoča pet izboljšav, ki povečujejo zadovoljstvo na delovnem mestu:

- varno delovno okolje;
- dodatno osebje za bolnike, ki potrebujejo posebno zdravstveno nego;
- vsaj delna možnost izbire delovnega časa;
- upoštevanje starosti in kvalifikacij medicinske sestre, dolžine časa, prebitega v nočni službi, in števila zaporednih delovnih noči;
- manjša izolacija v nočni službi (6).

### *Podpora nacionalnih združenj medicinskih sester*

Zgornji primeri kažejo, da obstaja veliko dokazov o tem, da zdravstvena nega pomembno vpliva na izid in stroške zdravljenja. Seveda nas čaka še veliko dela, predvsem glede povezan med raziskavam in prakso ter raziskavami in oblikovanjem zdravstvene politike, medicinske sestre pa so že zdaj zelo dejavne v svojih prizadevanjih za izboljševanje kakovosti življenja ljudi.

Nacionalna združenja medicinskih sester so tiste organizacije, ki naj bi raziskovanje podpirale neposredno, pomagale pri prenosu raziskovalnih spoznanj v prakso in uporabi raziskovalnih spoznanj pri načrtovanju zdravstvene politike na nacionalni ravni.

Nacionalna združenja medicinskih sester naj podpirajo tudi raziskovalce zunaj zdravstvene nege, ki pomagajo širiti spoznanja o tem, da lahko zdravstvena nega vpliva na izid zdravljenja (30).

## **III. Kako povečati vpliv raziskovanja na zdravstveno nego**

Znanost, imenovana zdravstvena nega, je področje znanja, ki s pomočjo sistematičnega preučevanja razvija deskriptivne in preskriptivne teorije o celotnem spektru člo-

vekovega odzivanja na potencialne in aktualne zdravstvene probleme. Ukvarja se:

- s prilagajanjem posameznikov in skupin na aktualne in potencialne zdravstvene probleme;
- z okoljem, ki vpliva na človekovo zdravje;
- s terapevtskimi intervencijami, ki izboljšujejo zdravje in vplivajo na posledice bolezni (61).

Zahteve »solidne« znanosti zdravstvene nege vključujejo znanstveno preučevanje, za katerega so značilne tehtnost, skladnost med teorijo in opazovanji, splošno veljavnost rezultatov, ponovljivost rezultatov in natančnost.

### *Tehtnost*

Temeljni stik med zdravstveno nego in družbo, tako na lokalni, narodni in mednarodni ravni, je preučevanje družbeno pomembnih problemov in vprašanj.

Raziskovalci se morajo v prizadevanjih za izboljševanje zdravja, preprečevanje bolezni in uvajanje pomembnih sprememb v življenju v skupnosti lotevati kritičnih problemov, s katerimi se le-te soočajo.

Razreševanje tehtnih problemov pomebno vpliva na zdravje ter hkrati pomeni sodelovanje medicinskih sester v širšem sistemu zdravstvenega varstva.

Postavljanje tehtnih raziskovalnih vprašanj je ključnega pomena za napredek znanosti na področju zdravstvene nege. Ta vprašanja bogatijo teorijo in spoznanja, kar vse nazadnje vpliva na skrb za bolnika.

### *Natančnost*

Znanstveno pojasnilo pomeni spolnjevanje družbenega smotra medicinske sestre. Brez sposobnosti za razlago in predvidevanje zdravstvena nega ne more biti niti znanost niti profesija, saj so cilji znanosti opisovanje, razlaga in predvidevanje dogodkov in zbir spoznanj o dogajanju na svetu. Znanost se od ne-znanosti razlikuje predvsem po preverljivosti, zanesljivosti, doslednosti, jasnosti in natančnosti na področju delovanja (23).

### *Posredovanje spoznanj*

Za posredovanje spoznanj tistih, ki raziskave »delajo«, potencialnim »uporabnikom«, je treba vsak raziskovalni načrt že od vsega začetka vključiti program diseminacije informacij. Diseminacija dobesedno pomeni »neomejeno razširjanje«; samo po sebi je razumljivo, da raziskovanje v zdravstveni negi brez ustrezne diseminacije spoznanj ne more imeti pravega vpliva.

Raziskovalna spoznanja je mogoče razširjati na različne načine. Za vsak raziskovalni projekt je potrebnih več metod, če hočemo, da bodo njegove ugotovitve na ustrezen način dosegle vse potencialne uporabnike.

### *Objavljanje*

Na narodni in mednarodni ravni so najprikladnejši način za diseminacijo raziskovalnih spoznanj, ki ga medicinske sestre najpogosteje uporabljajo, strokovni časopisi. Medicinske sestre tudi vse bolj obvladujejo pisanje raziskovalnih člankov, tako da so ti zanimivi in uporabni za medicinske sestre pri njihovem vsakdanjem delu, hkrati pa ustrezajo kriterijem za znanstvene objave.

Po vsem svetu se je v zadnjem desetletju število visokokalitetnih časopisov za medicinske sestre, ki objavljajo raziskovalne izsledke, zelo povečalo. Vse pogosteje medicinske sestre tudi objavljajo svoje izsledke v tudi časopisih, ki niso namenjeni zgolj medicinskim sestram, in tako svoja spoznanja posredujejo tudi drugim zdravstvenim delavcem. Problem se pravzaprav številčnost podatkov in ne pomanjkanje literature s področja raziskovanja v zdravstveni negi.

Medtem ko je mednarodna literatura s področja zdravstvene nege medicinskim sestram, ki obvladajo angleščino, zlahka dostopna v dobro opremljenih knjižnicah in prek računalniških sistemov za iskanje podatkov, pa se je treba hkrati zavedati, da medicinske sestre marsikje teh ugodnosti še nimajo. V takšnih primerih lahko ključno vlogo odigrajo tamkajšnja združenja medicinskih sester in/ali vladna telesa za zdravstvo ter poskrbijo za osrednjo zbirko najpomembnejših časopisov in razvijejo sistem dostopnosti in razpečevanja – na primer za distribucijo izvlečkov, prevodnih v domači jezik, če je potrebno – tako da objavljeni izsledki objavljenih raziskav dosežejo čim več medicinskih sester.

V okviru šolanja bi se medicinske sestre morale naučiti uporabljati knjižnico, iskati raziskovalno literaturo in še zlasti poiskati tisto raziskovalno literaturo, ki obravnava določeno področje, kadar je treba osvežiti znanje o določeni temi, bodisi ker tako zahteva razvoj prakse, politike ali pa za oblikovanje raziskovalnega predloga.

### *Druge pisne oblike komunikacije*

Članki v časopisih so najtrajnejši način izmenjave raziskovalnih izsledkov, še zdaleč pa ne edini. Rezultate raziskav in priporočila je mogoče učinkovito in hitro razširjati v obliki povzetkov, ki jih pošiljamo po pošti zdravstvenim ustanovam in osebjem (tistim, ki delajo v praksi in menedžerjem), specializiranim poklicnim skupinam (na primer medicinskim sestram, ki delajo na intenzivnih enotah ali v patronažnem zdravstvenem varstvu), nacionalnim združenjem medicinskih sester, laičnim skupinam (na primer zaposlitvenim organizacijam ali lokalnim zdravstvenim svetom) ter vladnim zdravstvenim organom in politikom.

To pogosto stane veliko; nedvomno pa ima takšna neposredna in natančno usmerjena komunikacija bolj neposreden in večji učinek kot objava raziskovalnega sestavka v specializiranem časopisu.

Drugi način za zbujanje širokega zanimanja za raziskovanje v zdravstveni negi so sredstva množičnega obveščanja. Do sedaj so se medicinske sestre te možnosti posluževale občutno redkeje kot drugi strokovnjaki (vključno z medicino), ki ob pomoči strokovnih časopisov prek sredstev javnega obveščanja ljudem predstavljajo svoje raziskovalne izsledke.

### *Predstavitve na raznih srečanjih in konferencah*

Pisna oblika je nepogrešljiva; verjetno pa je ustno obveščanje o raziskovalnih izsledkih neporedno še bolj učinkovito. Raziskovalke v zdravstveni negi morajo poiskati (ali pa ustvariti) priložnosti, da bodo lahko spregovorile o svojem raziskovanju na velikih nacionalnih in mednarodnih konferencah in, kar je enako pomembno, na lokalnih strokovnih srečanjih ali na neformalnih sestankih s strokovnjaki iz prakse in/ali menedžerji.

Vsaka predstavitev pomeni priložnost za ciljno diseminacijo in, kar je še pomembneje, za dvosmerno komunikacijo. Raziskovalec tako lahko na kraju samem razjasni, kar morda ni bilo razumljivo, še bolj poglobljeno spregovori o področjih, ki vzbujajo veliko zanimanje in se z drugimi raziskovalci ter potencialnimi uporabniki pogovori o učinkih izsledkov na prakso zdravstvene nege in/ali razvoj te službe.

Ne moremo dovolj poudariti, kako pomembna je neposredna interakcija med raziskovalci in uporabniki raziskovalnih izsledkov. Neposredna interakcija olajšuje diseminacijo in je bistvenega pomena za promocijo uporabe raziskovalnih izsledkov.

### *Uporaba raziskovalnih izsledkov*

Diseminacija raziskovalnih spoznanj je lahko še tako učinkovita, vendar žal sama po sebi še ne zagotavlja prenosa in uporabe posredovanega novega znanja. Dobro vemo, da so »rezultati raziskovanja brez vrednosti, če jih nihče ne uporablja« (43). Uporaba raziskovalnih rezultatov je zapleteno vprašanje, ki se tiče vseh panog, ne le zdravstvene nege.

»Zakaj medicinske sestre raziskovalnih rezultatov ne prenašajo v prakso?« se je leta 1984 spraševala Huntova (31). Menila je, da je razlog za to kombinacija več dejavnikov, začevši s tem, da medicinske sestre premalo berejo in jih raziskovalna literatura ne zanima, do tega, da jih njihovi menedžerji premalo spodbujajo k temu, da bi raziskovalne rezultate uporabljale v praksi.

### *Raziskovalni rezultati v praksi*

Opravljenih je bilo nekaj sistematičnih študij o tem, zakaj medicinske sestre v praksi ne uporabljajo raziskovalnih rezultatov. V študiji o tem, kako pogosto medicinske sestre uporabljajo na široko publicirana in na raziskovalnem delu oprta priporočila za merjenje telesne temperature iz leta 1975, se je izkazalo, da le ena od 87 izšolanih medicinskih sester, ki so jih izprašali, ve, kako se telesna temperatura pravilno meri oralno (to so ugotovili z natančno raziskavo). Raziskovalka domneva, da medicinske sestre raziskovalnega dela ne poznajo ali pa ga, v primerih, ko ga poznajo, ne znajo prenesti v prakso.

Championova in Leachova sta poskušali identificirati dejavnike, ki preprečujejo oziroma spodbujajo praktično rabo raziskovalnih izsledkov in ugotovili, da sta osebno zanimanje za raziskovalno literaturo in pozitiven odnos do raziskovanja pozitivno povezana z rabo raziskovalnih izsledkov v praksi. Te ugotovitve še bolj poudarjajo pomembnost dostopnosti raziskovalne literature za medicinske sestre in koristi, ki jih prinaša izobraževanje, v katerem je poudarjena pomembnost raziskovanja (11).

Closs in Cheater zagovarjata tezo, da je treba tudi tam, kjer je raziskovanje v zdravstveni negi trdno utemeljeno, še aktivneje podpreti prenos raziskovalnih izsledkov v prakso.

### *Ocenjevanje potencialne uporabnosti*

Seveda pa niso rezultati vseh raziskovalnih projektov primerni za neposreden prenos v prakso ali politiko zdravstvene nege. Velik del raziskovanja v zdravstveni negi je še vedno na ravni raziskovalnega preučevanja in tudi kadar so rezultat takšnega preučevanja nespodbitna dejstva, jih je ponavadi treba replicirati in preskusiti v praksi ter tako

ovrednotiti dokaze in njihovo splošno veljavnost še kje drugje kot le na tam, kjer je bila opravljena raziskava.

Potencial za koristno uporabo raziskovalnih izsledkov in priporočil morajo zainteresirani uporabniki skrbno oceniti. To zahteva precejšnjo izurjenost in kritično oceno raziskovalnega poročila. Najprej je treba presoditi, ali so priporočila, ki jih daje raziskava, sploh relevantna za lokalno okolje.

Potem je treba oceniti kakovost raziskovalnega dela in veljavnost raziskovalnih rezultatov, pri čemer mora ocenjevalec dobro poznati raziskovalne metode in statistiko.

Premisliti je treba tudi o morebitnih etičnih in drugih spornih vprašanjih glede priporočil, ki jih daje raziskava, in obstoječe prakse in okoliščin, ki jih ni mogoče spremeniti, pa tudi o tem, kako se bo osebe odzvalo in ali bo pripravljeno zares pogojeno sodelovati pri procesu prenosa raziskovalnih izsledkov v prakso.

Nenazadnje je treba premisliti tudi o stroških, ki spremljajo prenos raziskovalnih izsledkov v prakso.

Ocenjevanje možnosti uporabe raziskovalnih izsledkov v praksi torej vključuje veliko dejavnikov.

### *Načini uporabe raziskovalnih izsledkov v praksi*

Uporabne raziskovalne izsledke je mogoče v prakso zdravstvene nege prenesti na več načinov.

Izsledke študij o konkretnem postopku ali intervenciji, kot sta na primer oskrbovanje ran ali oblika zdravstvene vzgoje za določeno skupino klientov, lahko v prakso prenesemo neposredno kot priporočen postopek, potem ko smo o njem poučili osebe in se je le-to strinjalo s predlagano spremembo.

Na podoben način lahko raziskovalne izsledke, ki se nanašajo na obravnavo določene skupine bolnikov, uporabljamo v praksi in jih vključimo v »navodila za klinično prakso« (ali »klinični protokol«), kakor dandanes v številnih deželah imenujejo na praksi utemeljene in sistematično opisane postopke »najustrenejše zdravstvene nege« za določeno skupino bolnikov – na primer *Navodila za zdravstveno nego bolnikov z zlomom kolka*.

Spremembe, ki temeljijo na raziskovalnih izsledkih in zadevajo oddelek v celoti – kot je na primer preskok od »opravljanja določene naloge« k opravljanju primarne zdravstvene nege ali celotne zdravstvene nege bolnika – je precej bolj zapleteno uvajati in zahtevajo daljši čas načrtovanja in vzgoje osebja.

V idealnem primeru mora biti razvoj sistema za vrednotenje učinkovitosti spremembe vključen že v fazo načrtovanja. Na primer, majhna skupina medicinskih sester z oddelka sodeluje z glavno medicinsko sestro in menedžerjem; vsi skupaj koordinirajo skrbno načrtovanje predlaganega prehoda na nov, priporočen sistem zdravstvene nege.

Še bolj zapleteno pa je uvajanje sprememb na ravni celotne bolnišnice ali skupnosti. Na primer, uvajanje novega sistema načrtovanja odpustov, ki glede na rezultate raziskav znižuje stroške, zahteva:

- skrbno načrtovane posvete z vsemi zaposlenimi, ki se jih to tiče (v bolnišnici in skupnosti, z menedžerji in delavci v praksi);
- izdelava časovnega razporeda sprememb;
- razjasnjevanje novih vlog in odgovornosti delavcev;

- morebitne nove zaposlitve (recimo medicinske sestre za zvezo);
- uvajanje novega obrazca za komuniciranje v zvezi z odpustom;
- priprava bolnikov in njihovih svojcev na sodelovanje v novem sistemu.

V marsikaterem pogledu, kar dobro ilustrira tudi ta primer, je proces prenosa raziskovalnih izsledkov v prakso v osnovi vprašanje organizacijskih sprememb in ne osebnih prizadevanj.

## **IV. Etična vprašanja raziskovanja v zdravstveni negi**

Znanstveno raziskovanje, katerega predmet so ljudje, vselej odpira tudi etična vprašanja, kar je tudi prav. V raziskovanju v zdravstveni negi subjekti raziskave sami od eksperimentalnih terapij, ki so jih deležni, nemara nimajo prav nič. Poleg tega pa eksperimentalne terapije pogosto vključujejo tudi invazivne postopke in imajo neprijetne stranske učinke.

Medicinske sestre, ki delajo v praksi, lahko bolnikom same neposredno razložijo pomen obrazcev za pristanek; njihova dolžnost je, da bolnike s postopki seznanijo čim natančneje.

Včasih raziskovalno delo medicinskih sester vključuje tudi invazivne postopke. Medicinske sestre raziskovalke bolnikom včasih v nekaterih primerih zastavljajo vprašanja povsem zasebne in zaupne narave. Prav zaradi tega se morajo medicinske sestre – raziskovalke pri svojem delu ravnati po enakih etičnih načelih kot zdravniki ali katerikoli drugi zdravstveni delavci ter tako poskrbeti za priznavanje in spoštovanje pravic bolnikov, ki sodelujejo v raziskavi.

### *Kodeks ICN*

Zdravstvena nega se je skozi zgodovino izkazala za poklic, katerega izvajalci skrbijo za človekove pravice. Večina medicinskih sester pozna *Kodeks medicinskih sester ICN*, ki v samem začetku pravi: »Neločljivi del zdravstvene nege je spoštovanje življenja ter dostojanstva in pravic posameznika.«

V luči tega načela si medicinske sestre – raziskovalke in združanja medicinskih sester dejavno prizadevajo za oblikovanje in vzdrževanje visokih etičnih standardov v raziskovanju v zdravstveni negi.

Moralna obveza kateregakoli poklica je razvijanje raziskovalnega dela, katerega cilj je povečevanje in oplenjenje znanja.

Kot odgovorne profesionalke imajo medicinske sestre moralno odgovornost, da podpirajo ta prizadevanja in da z raziskovalnimi spoznanji posodablajo svoje znanje in praktično delo, v dobro klientov oziroma bolnikov in ustanov, kjer delajo.

### *Etična načela raziskovanja*

Etična načela, ki veljajo za raziskovanje v zdravstveni negi, so v bistvu enaka kot tista, ki veljajo za prakso zdravstvene nege. V raziskovanju, tako kot pri praktičnem delu je dolžnost medicinske sestre varovanje in spoštovanje bolnikovih pravic.

Vodilni etični načeli sta načelo *dobrodelnosti* (medicinska sestra vselej dela tisto, kar je dobro za bolnika) in načelo *neškodovanja* (medicinska sestra nikoli ne stori ničesar, kar bi bolniku škodovalo). Kljub temu, da neposredni cilj raziskovanje najpogosteje ni neposredna korist za tiste, ki sodelujejo, je njegov končni cilj vedno pozitivna dobrobit; v nobenem primeru pa raziskovanje sodelujočim ne sme povzročiti škode ali jih na kakršenkoli način ogroziti.

Načelo zaupnosti je osnova odnosa med medicinsko sestro in bolnikom v vseh primerih; tudi v raziskovanju je pomembno, da bolnikovega zaupanja v nobenem primeru ne izdamo ali zlorabimo.

Podobno velja za načelo *obzirnosti*, ki velja tako v praktičnem kot v raziskovalnem delu. Od bolnika ne smemo nikoli zahtevati, da bi za sodelovanje v raziskovalnem projektu na področju zdravstvene nege porabil preveč svojega časa ali bil kako drugače prikrajšan.

In nazadnje, načelo *odkritosti* (govorjenja po resnici) in načelo *zaupnosti* (varovanja osebnih skrivnosti) sta načeli, katerih pomen za raziskovalno dejavnost je očiten. Ne pričakujemo pa le, da je raziskovalec pošten do svojih bolnikov, ampak tudi do svojega dela – se pravi v raziskovalnem poročilu.

Načelo zaupnosti pomeni, da osebnih podatkov, ki smo jih pridobili za namene raziskave, ne uporabljamo v druge namene, in da jih, razen kadar se dogovorimo drugače, podajamo v anonimni obliki.

Nekatere nacionalna združenja medicinskih sester so na podlagi teh etičnih načel oblikovala smernice ali kodekse raziskovanja v zdravstveni negi. Mednarodni kodeks raziskovanja v zdravstveni negi je razvila ICN in bo izšel leta 1996.

### *Etični kodeks raziskovanja*

Na področju medicine so bile prve smernice, ki so uravnale raziskovanje na mednarodni ravni, vključene v Nürnberški kodeks, ki je nastal leta 1947 po nürnberških procesih, ki so razkrili, kako so nacistični zdravniki za medicinske raziskave izkoriščali ljudi. Podrobnejše etične smernice za medicinske raziskave – Helsinška deklaracija iz leta 1964 – je izoblikovalo Svetovno medicinsko združenje.

Etični kodeks vsebuje koristne smernice in postavlja standarde, ne more pa uravnati prakse. Odgovornost za etično vodenje raziskave in etično poročanje o rezultatih le-te je tako konec koncev vselej v rokah raziskovalca. Zato je pomembno, da medicinske sestre, ki se lotijo raziskovanja, razumejo in skrbno premislijo o etičnih vprašanjih, ki bi se utegnili zastaviti.

### *Osnovna etična vprašanja*

V raziskovanju v zdravstveni negi je pomembnih več etičnih vprašanj, najpomembnejša pa se tičejo varovanja pravic in avtonomije tistih, ki smo jih zaprosili, naj sodelujejo kot subjekti raziskave.

### *Zavesten pristanek*

Spoštovanje človekove avtonomnosti zahteva, da še pred začetkom sodelujoče poprosimo za in pridobimo njihov prostovoljen, zavesten pristanek. V raziskavo ne smemo nikdar vključiti klienta, bolnika ali zaposlenega, ne da bi le-

ta za to vedel ali bi bil v to celo prisiljen. Sodelovanje mora biti prostovoljno, doseženo na podlagi informacij in z zavestnim pristanekom.

Medicinska sestra mora razložiti naravo in namen načrtovane študije, kaj se zahteva od sodelujočih ter pri tem povsem jasno razložiti, da je sodelovanje prostovoljno in da je pristanek mogoče kadarkoli tudi preklicati. Pristanek je pogosto v pisni obliki.

Kadar nekdo zaradi tega, ker ni pri zavesti ali pa so njegove kognitivne sposobnosti okrnjene, ne more dati zavestnega pristanka, je povsem legitimno, če zanj povprašamo njegovega skrbnika – se pravi človeka, ki skrbi zanj, ponavadi je to kak sorodnik.

### *Ogrožene skupine*

Tisti, pri katerih je velika možnost, da bi jih k sodelovanju v raziskavi silili – to so na primer zaporniki ali študenti – potrebujejo še posebno zaščito svojih pravic.

Tudi nekatere druge ogrožene skupine – bolniki v komi, dojenčki in majhni otroci – ne morejo zavestno pristati na sodelovanje, zato se je treba še posebej potruditi, da so njihove pravice skrbno varovane.

Bolniki, ki jih povabimo k sodelovanju v raziskovalnem projektu, ki ga vodi medicinska sestra, ki jih hkrati tudi neguje, so še posebej izpostavljeni, prav tako študenti te medicinske sestre: od nje so odvisni in morda sodelovanje čutijo kot svojo obveznost.

S tem nočemo reči, da je treba ogrožene skupine in posameznike izvzeti iz raziskovanja v zdravstveni negi, ampak da moramo biti v takšnih primerih še posebej pozorni na to, da preprečimo kakršnokoli izkoriščanje in smo pri pridobivanju pristanka zares dosledni.

### *Usklajevanje nasprotujočih si interesov*

Medicinske sestre, ki delajo v praksi in obenem raziskujejo, se včasih počutijo razpete med odgovornostjo, ki jim jo nalaga delo, in odgovornostjo, ki jo imajo kot raziskovalke. Konflikt med tema dvema interesoma se včasih kaže kot problem časovne razporeditve.

Konflikt se včasih pokaže tudi, kadar bolnik v raziskovalnem intervjuju ali vprašalniku razkrije podatke, ki so po mnenju medicinske sestre ključnega pomena za njegovo zdravljenje, po drugi strani pa jih – zaradi načela zaupnosti, ki mu je medicinska sestra zavezana – ne sme posredovati drugim.

Takšen konflikt lahko preprosto razrešimo tako, da pridobimo bolnikov pristanek na to, da takšne podatke razkrijemo; če je takšna prošnja utemeljena, je velika verjetnost, da se bo bolnik z njo strinjal. Takšna strategija mora biti pravzaprav že del postopka načrtovanja in na splošno pomaga, če že vnaprej razmislimo o tem, kako bomo ravnali, če bo prišlo do konflikta interesov.

Medicinska sestra raziskovalka, ki vodi projekt v praktičnem okolju, a zgolj z raziskovalnim namenom, ni odgovorna za zdravstveno nego bolnika in je torej tudi ne bremenijo tovrstni konflikti interesov.

Kadar pa bolnik nujno potrebuje pomoč ali pa medicinska sestra raziskovalka ugotovi, da z njim slabo ravnajo, je moralno in do določene mere tudi zakonsko obvezana, da v takšni situaciji posreduje, tudi kadar takšna intervencija prekine raziskavo ali ogrozi njene odnose z osebjem na oddelku ali vodstvom.

## Usposobljenost za raziskovalno delo

Na kateremkoli življenjskem področju bi bilo neetično, če bi ljudi prosili, naj sodelujejo v raziskavi, ki jo vodi ne-usposobljen ali celo nesposoben človek. Medicinske sestre na vodilnih mestih so torej moralno odgovorne za to, da raziskovanje v zdravstveni negi poteka na področju, za katerega so raziskovalci usposobljeni in, če je potrebno, pod nadzorom izkušenega nadzornega raziskovalca.

### Strokovna odgovornost

Čeprav je medicinska sestra raziskovalka predvsem etično odgovorna subjektom raziskave, je odgovorna tudi sodelavcem – se pravi, da jim je dolžna posredovati raziskovalna spoznanja – sponzorjem – dolžna je podati končno poročilo – in stroki – objaviti mora rezultate.

Tudi kadar raziskava ne spolnjuje teh ciljev ali so rezultati nezanesljivi ali negativni, je moralna obveznost raziskovalca, da posreduje rezultate drugim, tako da so le-ti po zaključku raziskave javno dostopni.

### Zagotavljanje standardov

Kakor smo povedali že zgoraj, je etična dimenzija raziskovanja, v katerega so vključeni ljudje, kompleksna. Pravzaprav ne poznamo načina, na katerega bi bilo mogoče etiko raziskovanja v zdravstveni negi formalno regulirati ali sistematično spremljati.

Visoke etične standarde je mogoče ohranjati, kadar medicinske sestre raziskovalke – pravzaprav vse medicinske sestre – lahko zagotovijo, da potek raziskave uravnavajo zahteve, ki jih vsebujejo etična načela, ki veljajo za vse raziskave na ljudeh.

Eden izmed načinov zagotavljanja standardov je predložitev predloga za raziskavo s področja zdravstvene nege etični komisiji. Ta postopke kaže, da se raziskovalec – že v fazi načrtovanja predlagane raziskave – zaveda etičnih vprašanj in jih razrešuje.

Navajamo nekaj vprašanj, ki jih ponavadi zastavljajo etične komisije, ko preučujejo raziskovalni protokol:

- Se predlagana raziskava spleča in je znanstveno utemeljena?
- Je raziskovalec dovolj usposobljen in izkušen, da bo raziskavo izpeljal uspešno?
- Ali postopki raziskave preiskovance po nepotrebem ogrožajo, jim povzročajo nelagodje ali jih ovirajo?
- Ali bo mogoče ustrezno spolniti zahtevo za pridobitev informiranega pristanka?
- Obstaja kakšen konflikt interesov?
- So spolnjeni določeni pogoji (dovolj ljudi in sredstev), da bo mogoče raziskavo speljati do konca in ugotovitev posredovati drugim?

Če etična komisija za raziskave na ljudeh formalno ne obstaja, se mora medicinska sestra raziskovalka posvetovati s svojimi sodelavci in skupaj z njimi na podlagi zgoraj navedenih vprašanj preučiti raziskovalni protokol.

Zelo koristno je tudi, če raziskovalec pri pripravi raziskovalnega protokola vseskozi razmišlja v okviru zgornjih vprašanj; tako ohranja dovzetnost za etična vprašanja raziskovanja v zdravstveni negi, kar mu pomaga, da se jih loteva in rešuje neposredno in na ustrezen način.

## V. Potrebni viri

Ustrezna organiziranost, dovolj ljudi in materialnih sredstev so ključne komponente napredka raziskovanja v zdravstveni negi.

### Ustrezna organiziranost

Pregled ameriških izobraževalnih ustanov za zdravstveno nego, ki ga je opravila Batezeva, je pokazal, da imajo te ustanove nekatere skupne značilnosti (7), med drugim:

1. Tradicija raziskovanja v zdravstveni negi, ki sega v čase, še preden so bile takšne ustanove deležne državne finančne podpore, in podpora fakultetnim učiteljem za raziskovalno delo.
2. Visoko usposobljeni fakultetni učitelji brez večjih upravnih zadržitev.
3. Fakultetni učitelji finančno podporo za svoje delo iščejo tudi zunaj svoje ustanove.
4. Sredstva za raziskave dobivajo predvsem fakultetni učitelji, in ne toliko delavci v bolnišnicah ali študenti.
5. Model upravljanja, katerega sestavni del je raziskovalno delo in ki skrbi za operativno podporo za doseganje raziskovalnih ciljev.
6. Financiranje raziskovalnega dela ni omejeno le na sredstva iz raziskovalni štipendijskih skladov.
7. Raziskovanje je jasno razpoznaven element v strukturi izobraževalne ustanove, v katerem sodelujeta tako uprava kot fakultetni učitelji. Raziskovalna enota igra pomembno vlogo pri spodbujanju in pridobivanju sredstev za nove raziskovalce.
8. Prepričanje, da so fakultetni učitelji odgovorni za raziskovalno delo vsaj na začetku, in prepričanje o pomembnosti znanstvenega dela.
9. V formalni strukturi napredovanja je raziskovanje potrditve strokovnosti in ustvarjalnosti.
10. Vloga fakultetnih učiteljev obsega poučevanje, raziskovanje in pomoč.

### Človeški viri

Rezultati študije o raziskovalnem delu medicinskih sester po opravljenem doktorskem študiju so pokazali, da je glavna postavka pri tem dostopnost različnih virov za raziskovalno delo. Mednje spadajo podpora delodajalca, časovne ugodnosti, finančna podpora, pomoč pri administrativnem delu, raziskovalni asistenti, možnost raziskovalnega svetovanja, podpora mentorja, sodelovanje kolegov, računalniška podpora, dostopnosti knjižničnega gradiva, možnost iskanja v računalniško dostopnih bazah podatkov in dostopnost raziskovalnega vzorca (17).

### Sodelavci

Poleg ustrezno usposobljenih raziskovalcev so pomembna in neogibna komponenta uspešnega raziskovalnega dela v zdravstveni negi tudi sodelavci. Mednje spadajo svetovalci, biostatistiki, analitiki podatkov, lektorji za znanstvena besedila ter pisarniški in administrativni delavci (24).

Mnenje fakultetnih sodelavcev predstavlja začetni pregled in kritiko raziskovalnih predlogov. Mnenje sodelavcev je ključnega pomena za produktivnost raziskovalnega dela in povečuje možnosti za visoko raziskovalno produktivnost (24).



## Mreža raziskovalcev

Gortner meni, da bi v splošno veljavnem modelu razvoja raziskovalnih virov morala imeti ključno mesto posvetovanja in konference, ki omogočajo živahnije povezovanje med različnimi raziskovalnimi projekti, pri čemer ima osrednjo vlogo v usposabljanju raziskovalcev univerza.

Na primer, srečanja kot so *Workgroup of European Nurse Researchers (WENR)*, *Nordic Nurses Federation* in *American Nurses Association* in druge raziskovalne konference v Kanadi in Združenem kraljestvu se osredičajo na splošna in specifična področja raziskovanja in na njih raziskovalci dobijo priložnost za uveljavljanje narodnih in mednarodnih raziskovalnih interesov.

Na rast raziskovalnega dela v mednarodnem merilu kaže tudi dejstvo, da mednarodne konference s področja raziskovanja v zdravstveni negi vse pogosteje prirejajo univerze, različna združenja in organizacije.

## Mentorsko delo

Dober raziskovalec se izuri predvsem ob raziskovalnem delu, vzgoji in izobraževanju, vendar ima v tem procesu nadvse pomembno vlogo tudi mentorsko delo; pokazalo se je, da je prav mentorsko delo pomemben kazalec raziskovalne produktivnosti po končanem doktorskem študiju (17).

## Interdisciplinarno sodelovanje

Glede na kompleksnost človeških bolezni in motenj veliko obsežnih raziskovalnih študij dandanes vključuje strokovnjake različnih specialnosti. Na primer, v raziskavi o potrebah po zdravstveni negi med brezdromskimi otroki, ki živijo v mestu, so sodelovali medicinska sestra, specialistka pediatrije, socialni delavec in psihiater in njihova strokovna znanja so se ob obravnavani temi med seboj dopolnjevala.

## Sodelovanje med raziskovalcem in strokovnjakom iz prakse

V študiji o sestavljanju vprašalnika za raziskavo, ki jo je vodila priznana raziskovalka zdravstvene nege, se je pokazalo, da je najpogostejši vir raziskovalnih idej prav praktično delo v bolnišnici (51).

Če naj raziskovalno delo v zdravstveni negi resnično vpliva na prakso, je treba poskrbeti za razvoj trdnega partnerskega odnosa med raziskovalci in delavci iz prakse; tako je mogoče postavljati in preverjati pomembna vprašanja, ki se kažejo v klinični praksi in znanje, dobljeno pri raziskovalnem delu v zdravstveni negi, prenesti v praktično okolje.

## Materialni viri

### Čas

Čas je determinanta produktivnosti in od njega je odvisno, v kolikšni meri se medicinska sestra lahko posveti raziskovalnemu delu. Tudi če je na voljo dovolj sredstev, ljudi in laboratorijev, raziskava ne more steči, če ni dovolj časa (24).

### Prostor

Pomanjkanje prostora lahko raziskavo resno ovira ali celo prepreči (24). Ker imajo številne univerze v mestnem okolju

zelo omejen prostor, je le-ta postal za mnoge medicinske sestre raziskovalke zelo dragocen.

Raziskovanje v zdravstveni negi zahteva prostor za projektno skupino in shranjevanje podatkov in raziskovalne opreme. Pomanjkanje prostora lahko negativno vpliva na sedanje in prihodnje raziskovalne projekte.

## Oprema in pripomočki

Raziskovalna oprema in pripomočki, skupaj z nujnim vzdrževanjem in obnavljanjem, so potrebni za razvoj strukture raziskovanja v zdravstveni negi (24).

## Knjižnica in računalniška podpora

Bistveni za raziskovalno produktivnost so knjižnični viri, podpora delodajalcev, dostop so raziskovalnih vzorcev in računalniška podpora (17).

Poleg sodelovanja v skupini fakultetnih učiteljev je bila uporaba računalnika edino, kar je po doseženi doktorski stopnji vplivalo na raziskovalno produktivnost (17).

## Finančna podpora

Najbolj zaželena oblika finančne podpore za raziskovanje v zdravstveni negi so splošni raziskovalni fondii in darovi ter dobrodelni fondii (24).

## Strateški načrt

Razvoj strateškega načrta za raziskovanje in pridobivanje sredstev je lahko osnova za osnovanje in vzdrževanje trdnega in produktivnega raziskovalnega okolja (22).

Cilji petletnega raziskovalnega razvojnega načrta so lahko: vzpostavitev trdnega raziskovalnega okolja, okrepitev raziskovalnega prispevka medicinskih sester na ključnih programskih področjih in razširitev možnosti za raziskovalno izobraževanje.

Gortner (1985) (22) navaja nekatere kazalce, ki zagotavljajo uspeh in visoko produktivnost pri izvajanju strateškega načrta za ustvarjanje solidnega raziskovalnega okolja v zdravstveni negi:

- Spodbujanje in vzdrževanje fakultetnega raziskovanja čez vse akademsko leto;
- omogočanje prostega časa ali zmanjševanje učnih obveznosti;
- dovolj pomožnega osebja za raziskavo;
- raziskovalni timi naj ostajajo osredičeni na raziskovalno delo in naj nenehno raziskujejo;
- naklonjenost fakultetnih učiteljev in uprave raziskovalnemu delu.

Strateški načrt za razvoj raziskovanja v zdravstveni negi naj bo osredičen na raziskovanje na področjih, ki imajo v merilu dežele prioriteto. Poleg tega izbor tistih področjih, na katerih že delajo izurjene raziskovalke s področja zdravstvene nege in ustanavljanje raziskovalni enot večata raziskovalno produktivnost. Izurjenost za pisanje prošenj za štipendije lahko pripomore k pridobivanju sredstev za raziskave. In nenazadnje, sodelovanje z uveljavljenimi raziskovalci na področju zdravstvene nege ali zunaj njega lahko pospeši izdelavo raziskovalnega programa.

Organizacijska struktura je tisti osnovni okvir, znotraj katerega se lahko aktivirajo ustvarjalni duhovi in v katerem se družijo ljudje s podobnimi raziskovalnimi interesi (24).

S pomočjo diferencialnih in komplementarnih struktur lahko pozornost usmerimo na rezultate raziskovanja v zdravstveni negi: kaj so, kakšen je njihov pomen za znanost zdravstvene nege in kako vplivajo na zdravstvo na splošno.

## VI. Vloga nacionalnih združenj medicinskih sester

VSA NACIONALNA združenja medicinskih sester lahko odločilno vplivajo na dojetje pomembnosti raziskovanja v zdravstveni negi, pri podpiranju izobraževanja in pri ohranjanju visokih etičnih standardov raziskovanja v zdravstveni negi v svoji deželi. Poleg tega je lahko sodelovanje med nacionalnimi združenji najučinkovitejši mehanizem za pospeševanje internacionalizacije raziskovanja v zdravstveni negi.

Leta 1993 je Svet nacionalnih predstavnikov pri Mednarodnem svetu medicinskih sester sprejel resolucijo (34), ki Mednarodni svet obvezuje, da:

- spodbuja komunikacijo in izmenjavo raziskovalnih spoznanj ali njihove praktične uporabe med nacionalnimi združenji ter razvoj skupnih raziskovalnih dejavnosti;
- poziva svoje člane k uresničevanju iniciativ na področju raziskovanja v zdravstveni negi, išče sredstva za razvoj raziskovanja in pomaga pri diseminaciji raziskovalnih spoznanj in možnosti za njihovo uporabo ter
- razvija smernice, ki pomagajo združenjem ohranjati etične standarde v raziskovanju v zdravstveni negi.

Resolucija tudi poziva nacionalna združenja, naj podpirajo raziskovanje v zdravstveni negi in ustanovljajo vzorčne centre in vzpostavljajo mehanizme, ki uveljavljajo raziskovalno delo kot del poklicne poti medicinskih sester.

### Razvoj infrastrukture

Raziskovanje v zdravstveni negi, tako kot vsaka druga oblika znanosti, potrebuje močno infrastrukturo, v okviru katere se lahko razvija in obrodi sadove. Znanost je sicer lahko delo posameznika, podpora znanosti in raba njenih spoznanj pa zahtevata *kolektivna prizadevanja*. Moč nacionalnih združenj je prav njihova ekspertiza v spodbujanju kolektivnega delovanja in akcij.

Prvi korak je osnovanje raziskovalne komisije za zdravstveno nego v okviru nacionalnega združenja ali, če to ni mogoče, zadolžitev odgovornega za to dejavnost; to je osnova za opredelitev politike združenja in delovanja na področju raziskovanja v zdravstveni negi.

Članice združenja lahko osnujejo tudi društvo ali sekcijo medicinskih sester raziskovalk, ki ne vključuje le aktivnih raziskovalk, ampak tudi medicinske sestre, ki jih zanimajo različna področja – praksa, menedžment in izobraževanje. Ta skupina je telo, znotraj katerega medicinske sestre razpravljajo o raziskovalnih potrebah, načrtovanju raziskovalnih projektov in diseminaciji raziskovalnih spoznanj.

Z vzpostavljanjem mreže medicinskih sester raziskovalk v vsej deželi lahko nacionalno združenje med seboj poveže raziskovalke in medicinske sestre iz klinične prakse in tako okrepi povezave med raziskovanjem in prakso in sčasoma

raziskovalno dejavnost osrediči okrog skupnih interesov in osrednjih tem.

Na opisane načine nacionalno združenje pomaga ustvariti infrastrukturo, v okviru katere se raziskovanje v zdravstveni negi razvija in raste.

### Omogočanje podpore

Nacionalno združenje medicinskih sester lahko igra ključno vlogo še zlasti v prvih fazah razvoja raziskovanja v zdravstveni negi v deželi, predvsem tako, da podpira in svetuje medicinskih sestram, ki so na tem področju novinke. Manj izkušene raziskovalke lahko poiščejo nasvet pri mreži ali društvu medicinskih sester raziskovalk v okviru nacionalnega združenja; manj izkušena raziskovalka se lahko tako primerja z bolj izkušeno, ki se ukvarja z istim področjem in ki ji je pripravljena pomagati in jo usmerjati.

Nacionalno združenje lahko svojim članicam pomaga tudi tako, da posreduje informacije o možnostih izobraževanja iz raziskovanja v zdravstveni negi.

Na podoben način lahko nacionalno združenje tudi zbira in posreduje podatke o finančnih virih za raziskovanje v zdravstveni negi oziroma zdravstvu nasploh.

Če v okviru nacionalnega združenja delujejo izurjeni strokovnjaki, lahko le-ti poskrbijo za neposredno svetovanje članicam, ki sestavljajo raziskovalne predloge za različne organizacije ali fundacije.

### Vzpostavljanje podatkovnih baz

Imenik medicinskih sester raziskovalk, seznam izobraževalnih tečajev in informacije o finančnih sredstvih za raziskovanje – to so le primeri za podatkovne baze, povezane z raziskovanjem, ki jih lahko vzpostavljajo in vzdržujejo nacionalna združenja.

Druga zelo koristna podatkovna baza, ki jo lahko vzpostavi nacionalno združenje – če ne obstaja pri vladnem uradu za zdravstvo – je register tekočih raziskovalnih projektov na področju zdravstvene nege. Registra takšne vrste ni težko osnovati, ga je pa dokaj težko vzdrževati, še zlasti potem, ko se število raziskav močno poveča.

Taka podatkovna baza je uporabna le v primeru, če temelji na sistemu, ki poleg tega, da zajema podatke, le te tudi časovno usklajuje in na učinkovit način posreduje informacije tistim, ki jih zahtevajo.

### Podpora izobraževanju

Nacionalno združenje lahko skrbi za naklonjen odnos do izobraževanja s področja raziskovanja za vse medicinske sestre in do daljšega in formalnejšega študija s tega področja za nekatere od njih, tako med medicinskimi sestrami samimi kot na ravni oblastnih struktur.

Vključevanje izobraževanja za raziskovanje v osnovne in višje izobraževalne programe za medicinske sestre krepi zavedanje o pomembnosti raziskovanja. Nacionalno združenje lahko pri uresničevanju tega sodeluje s strokovnjaki za izobraževanje, vmes pa samo poskrbi za kratke raziskovalne tečaje in delavnice za svoje članice.

Vrh tega lahko nacionalno združenje vodi seznam možnosti za magistrski, doktorski in postdoktorski raziskovalni študij v deželi.

## Več sredstev

V številnih deželah so finančna sredstva, ki so na voljo za raziskovanje v zdravstveni negi, zelo omejena, v nekaterih pa jih sploh nimajo.

Nacionalna združenja morajo torej lobirati pri vladnih organizacijah za zdravstvo za sredstva za raziskovanje v zdravstveni negi ter iskati podporo drugih organizacij, tako zasebnih kot javnih.

Nacionalna združenja lahko za podporo prosijo različne organizacije – tako prostovoljne in dobrotelne kot komercialne – ki v zahodnih deželah že dolgo podpirajo raziskovanje v zdravstvu in ki se jih da prepričati, naj del svoje podpore namenijo tudi raziskovanju na področju zdravstvene nege.

Najboljše je, da se raziskovanje v zdravstveni negi financira iz različnih virov. Cilj naj torej bo pridobivanje sredstev od vladnih, komercialnih, prostovoljnih oziroma dobrotelnih, privatnih in mednarodnih organizacij, ki financirajo raziskovanje. Vloga nacionalnega združenja je iskanje potencialnih virov financiranja raziskovanja in podpora svojim članom pri izkoriščanju teh virov.

Nacionalno združenje samo morda lahko del svojih sredstev nameni tudi raziskovanju v zdravstveni negi – ali predlaga zbiranje sredstev za ta namen.

Komisija za raziskovanje potem sredstva dodeli tistim članicam, ki predložijo trdno utemeljen raziskovalni projekt ali pa jih nameni za štipendije za študij raziskovanja ali za sodelovanje svojih članic na konferencah.

V tistih redkih deželah, kjer so nacionalna združenja medicinskih sester premožna, so prav ta življenjsko pomemben vir sredstev za raziskovanje v zdravstveni negi, predvsem na začetni stopnji.

## Podpora uporabi raziskovalnih spoznanj

Združenja medicinskih sester lahko dejavno podpirajo širjenje raziskovalnih spoznanj in spodbujajo njihovo uporabo, in mnoga od njih to tudi počnejo. Prve nacionalne konference o raziskovanju v zdravstveni negi so se oblikovale na pobudo tamkajšnjih nacionalnih združenj, in marsikje je takšna konferenca postala dogodek leta.

Konference, bodisi na nacionalni ali lokalni ravni, so idealni posrednik za razširjanje raziskovalnih spoznanj in diskusijo o njih, saj se na njih srečujejo medicinske sestre, ki delajo v praksi, učiteljice zdravstvene nege, menedžerke in raziskovalke.

Nacionalno združenje lahko podpira tudi razširjanje raziskovalnih spoznanj prek tiska, bodisi v biltenu samega združenja, ki objavlja kratka raziskovalna poročila, v strokovnem časopisu s področja zdravstvene nege ali v knjigi.

Nacionalno združenje lahko poleg tega, da samo objavlja poročila, spodbuja urednike strokovnih časopisov s področja zdravstvene nege v deželi, da posvetijo vso pozornost objavljanju raziskovalnih poročil. Združenje lahko tudi predlaga knjižnicam za zdravstveno nego, naj naročajo več tujih časopisov, ki objavljajo sestavke o raziskovalnih projektih.

Vloga nacionalnega združenja je tudi spodbuda za uporabo raziskovalnih spoznanj. Raziskovalna komisija lahko spoznanja in priporočila, skupaj z navodili za politiko izvajanja, predloži vladi in/ali vodilnim medicinskim sestram v zdravstveni negi v deželi.

Če so medicinske sestre, ki delajo v praksi, tiste, ki najlažje uporabijo raziskovalna spoznanja v praksi, potem

naj nacionalno združenje organizira delavnice o tem, kako je mogoče raziskovalna spoznanja najlažje prenesti v prakso, morda poskrbi tudi za določanje standardov ali kakšnih drugih ukrepov za ohranjanje kakovosti ali pa jih vključi v klinične smernice ali protokole.

## Spodbujanje sodelovanja med različnimi službami

Nacionalnim združenjem medicinskih sester zveze, ki jih imajo, omogočajo, da spodbujajo sodelovanje med različnimi skupinami strokovnjakov, ki se ukvarjajo z raziskovanjem v zdravstveni negi in na drugih področjih zdravstva.

Različne ustanove se iz takšnih ali drugačnih razlogov zanimajo za raziskovanje: med njimi so vladne institucije, poklicna združenja, izobraževalne ustanove, raziskovalni inštituti in fundacije.

Sodelovanje med njimi je potrebno za razvoj skupnih raziskovanih iniciativ ter zaradi izmenjave spoznanj in izkušenj.

## Določanje zaporedja

Ena izmed šibkih plati raziskovanja v zdravstveni negi je v mnogih deželah odsotnost soglasja o tem, kakšni naj bi bili na nacionalni ravni splošni raziskovalni cilji, smernice in prioritete. Nacionalno združenje naj spodbuja ali pomaga pri izdelavi skrbno razčlenjenega in usklajenega načrta.

Koristnost usklajevanja na nacionalni ravni je na primer lepo vidna v Združenih državah Amerike, v dokumentu *National Nursing Research Agenda (NNRA)*. Prav presenetljivo je, da je bila pred letom 1988, ki je bil dokument sprejet, v raziskovanju v ZDA kljub dolgoletni tradiciji, obsegu in pestrosti koordinacija na nacionalni ravni zelo šibka.

NNRA sta podprla National Institute for Nursing research in National Institute of Health in pri določanju prioritete je bil zastopana cela vrsta interesov, seveda tudi interesi nacionalnega združenja medicinskih sester v posameznih državah.

Cilj NNRA je vzbuditi pozornost za znanstvena prizadevanja medicinskih sester v državi in poiskati vire za raziskovanje v zdravstveni negi (27).

Koristnost pristopa k raziskovanju v zdravstveni negi, ki je koordiniran na nacionalni ravni, so spoznali tudi drugod po svetu. V Združenem kraljestvu, na primer, je vlada osnovala delovno skupino, katere naloga je oblikovanje nacionalne strategije za raziskovanje v zdravstveni negi (15). Royal College of Nursing (RCN) je igral veliko vlogo pri pripravi terena in sodeluje pri uresničevanju strategije.

RCN in drugim organizacijam britanskih medicinskih sester skupna smer razvoja raziskovanja v zdravstveni negi zelo koristi.

V deželah, kjer še ni tako, so prav nacionalna združenja medicinskih sester tiste organizacije, ki so v najprimernejšem položaju za to, da podprejo prizadevanja za določanje zaporedja delovanja v raziskovanju v zdravstveni negi in za to, da se vključijo v resno diskusijo o prioritetah v raziskovanju v prihodnosti.

## Spodbujanje internacionalizma

Znanstveno raziskovanje je na vseh razvitih področjih v sodobnem svetu predvsem stvar mednarodnega sodelova-

nja. Pri razvoju raziskovanja v zdravstveni negi lahko nacionalna združenja sodelujejo med seboj tudi tako, da izmenjujejo izkušnje o strategijah za pridobivanje sredstev za raziskave in o izobraževanju za medicinske sestre raziskovalke.

V Evropi ima sodelovanje med nacionalnimi združenji medicinskih sester že dolgo tradicijo; Workgroup of European Nurses Researchers (WENR) se že petnajst let sestaja vsako leto in njen vpliv na raziskovanje v zdravstveni negi je vse večji. WENR, ki šteje prek dvajset predstavnic nacionalnih sestriških združenj, vsako drugo leto organizira mednarodno konferenco o raziskovanju v zdravstveni negi.

Tam, kjer podobnega omrežja še ni, naj nacionalna združenja medicinskih sester premislijo o organizaciji podobnih delovnih skupin.

Čprav je bilo na področju zdravstvene nege doslej le malo mednarodnih projektov, v katerih bi sodelovalo več različnih centrov, pa vse bogatejše izkušnje na nacionalni ravni pomenijo, da bo v prihodnje takšnega sodelovanja več. Pri tem bodo imela ključno vlogo nacionalna združenja, ki bodo skrbela za sodelovanje med medicinskimi sestrami znanstvenicami in raziskovalkami po vsem svetu.

## References

- Aiken, L. H., Smith, H.L., & Lake, E. T. Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care* 1994; 32: 771–89.
- American Nurses Association (1994) ANA Report Card. Washington: D. C.: American Nurses Association. November 14, 1994.
- Al-Hussein S, Kumako B, Ananga P, Dzikuma H & Richardson R(). Should the nurse be blamed? *International Nursing Review* 1993; 40, 1: 27–8.
- Armstrong S, Simpson T, Nield M, Lentz M & Mitchell P. The cost of nursing excellence in critical care. *Journal of Nursing Administration* 1991; 21(2): 27–34.
- Baggs JG, Ryan SA, Phelps CE, Richeson JF & Johnson JE. The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in a medical intensive care unit. *Heart & Lung* 1992; 21: 18–24.
- Bartholomeyczik S, Dieckhoff T, Drerup E, Korff M, Krohwinkel M, Mueller E, Sowinski C & Segelin A. Job satisfaction of night nurses in Germany. *International Nursing Review* 1992; 39(1): 27–31.
- Batey MV. Research development in university schools of nursing: Organizational structure and process variables related to goal attainment (Health Manpower References, DHEW Publication No. HRA 78–67). Hyattsville, MD: Division of Nursing, U. S. Health Resources Administration, 1978.
- Behner KG, Fogg LF, Fournier LC, Frankenbach JT & Robertson SB. Nursing resource management: Analyzing the relationship between cots and quality in staffing decisions. *Health Care Management Review* 1990; 15(4): 63–71.
- Bostrom J & Mitchell M. Relationship of direct nursing care to DRG and severity of illness. *Nursing Economics* 1991; 9(2): 105–11.
- Brooten D, Jumar S, Butts P, Finkler S, Bakewell-Sachs S, Gibbons A & Delivoria-Papadopoulos M. A randomized clinical trial of early hospital discharge and home follow-up of very low birth-weight infants. *New England Journal of Medicine* 1986; 315: 934–9.
- Champion VL & Leach A. Variables related to research utilization in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 1989; 14: 705–10.
- Clark JM & Hockey (Eds.). *Further Research for Nursing: A New Guide for the Enquiring Nurse*. London: Scutari Press, 1989.
- Closs SJ & Cheater FM. Utilization of nursing research: Culture, interest, and support. *Journal of Advanced Nursing* 1994; 19: 762–73.
- Cohen EL. Nursing case management: does it pay? *Journal of Nursing Administration* 1991; 21 (6): 20–5.
- DoH – Department of Health. Report of the task force on the strategy for nursing research, midwifery, and health visiting. London, 1993.
- Erkel E, Morgan EP, Staples MA, Assey VH & Michel Y. *Public Health Nursing* 1994; 11 (5): 352–60.
- Farren EA. Doctoral preparation and research productivity. *Nursing Outlook* 1991; 39: 22–5.
- Flood AB & Scott WR. *Hospital Structure and Performance*. Baltimore, MD: The John Hopkins Press, 1987.
- Fox PG, Cowell JM & Johnson MM. Effects of family disruption on Southeast Asian Refugee women. *International Nursing Review* 1995; 42, 1: 27–30.
- Fuqua R & Stevens K. What we know about medication errors: A literature review. *Journal of Nursing Quality Assurance* 1988; 3(1): 1–17.
- Gortner SR. Prologue. *International Journal of Nursing Studies* 1990; 27: 101–4.
- Gortner SR. Researchmanship: The University of California at San Francisco research environment. *Western Journal of Nursing Research* 1985; 7: 387–9.
- Gortner SR. The history and philosophy of nursing science and research. *Advances in Nursing Science* 1983; 5: 1–8.
- Gortner SR. Researchmanship: Structures for research productivity. *Western Journal of Nursing Research* 1982; 4: 119–23.
- Gortner SR & Schultz PR. Approaches to nursing science methods. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 1988; 20: 22–24.
- Hartz AJ, Krakauer H, Kuhn EM, Young M, Jacobsen SJ, Gay G, Muenz L, Katzoff M, Bailey RC & Rimm AA. Hospital characteristics and mortality rates. *New England Journal of Medicine* 1989; 321: 1720–5.
- Hinshaw AS, Heinrich J & Bloch D. Evolving clinical nursing research priorities. *Journal of Professional Nursing* 1988; 4, 6, 398: 458–9.
- Hinshaw AS, Scofield R & Atwood JR. Staff, patient, and cost outcomes of all-registered nurse staffing. *Journal of Nursing Administration*, November–December 1981, 30–6.
- Holzemer WL. Quality and cost of nursing care: Is anybody out there listening? *Nursing & Health Care* 1990; 11(8): 412–5.
- Holzemer WL. The impact of nursing care in Latin American and the Caribbean: A focus on outcomes. *Journal of Advanced Nursing* 1994; 20: 5–12.
- Hunt J. Why don't we use these findings? *Nursing Mirror* 1984; 158, 8: 29–9.
- ICN/NCNR – International Council of Nurses and the National Center for Nursing Research, USA.
- International Council of Nurses. Code for Nurses, Geneva, 1973.
- International Council of Nurses. Madrid, Spain: Resolution on Nursing Research, Council of National representatives, 1993.
- Jakobsson, Hallberg, IR, Loven L & Ottosson B. Patient satisfaction with nursing care, evaluation before and after cutback in expenditure, and intervention at a surgical clinic. *International Journal for Quality in Health Care* 1994; 6(4): 361–9.
- Jones WJ & Smith A. Preventing hospital incidents – What we can do. *Nursing Management* 1989; 20(9): 58–60.
- Kasalova H, Farmer RG, Roithova Z & Marx D. Development of patient satisfaction surveys in the Czech Republic: A new approach to an old theme. *International Journal for Quality in Health Care* 1994; 6(4): 383–8.
- Kemp C. Health services for refugees in countries of second asylum. *International Nursing Review* 1993; 40, 1: 21–4.
- Ketefian S. Application of selected nursing research findings into nursing practice: A pilot study. *Nursing Research* 1975; 24(2): 89–92.
- Knaus WA, Wagner DP & Zimmerman JE. An evaluation of outcomes from intensive care in major medical centers. *Annals of Internal Medicine* 1986; 104: 410–8.
- LaMonica LE, Oberst TM, Madea RA & Wolf MR. Development of a patient satisfaction scale. *Research in Nursing & Health* 1986; 9: 43–50.
- Lang NM & Clinton JF. Assessment of quality of nursing care. In: Werley HH & Fitzpatrick JJ (Eds). *Annual review of Nursing Research* (Vol. 2, pp. 135–163). New York: Spring, 1984.
- Last M. Making the most of research. *World Health Forum* 1989; 10: 32–6.
- Lindemann CA. Patient education. *Annual Review of Nursing Research* 1988; 6: 29–60.

45. Lipman T. Length of hospitalization of children with diabetes: Effect of a clinical nurse specialist. *The Diabetes Educator* 1986; 14: 41–3.
46. Mackintosh C. Do nurses provide adequate post-operative pain relief? *British Journal of Nursing* 1994; 3(7): 342–7.
47. Martinson IM & Liu BY. Three wishes of a child with cancer. *International Nursing Review* 1988; 35,5: 143–6.
48. McCorkle R, Benoliel J, Donaldson G, Georgiadon F, Moinpour E & Godell B. A randomized clinical trial of home nursing care for lung cancer patients. *Cancer* 1989; 64: 1375–82.
49. Medical and Health Research Coordination Program of the European Community. *Quality Assurance in European Hospitals*. September, 1992.
50. Mitchell PH, Armstrong S, Simpson TF & Lentz M. American Association of Critical-Care Nurses Demonstration Project: Profile of excellence in critical care nursing. *Heart and Lung* 1989; 18(3): 219–37.
51. Moody L, Herman V, Blanks C & Visscher M. Developing questions of substance for nursing science. *Western Journal of Nursing Research* 1989; 11: 393–404.
52. Neidlinger L, Scroggins K & Kennedy, L. Cost evaluation of discharge planning for hospitalized elderly. *Nursing Economics* 1987; 5: 225–30.
53. Nkowane AM. Breaking the silence: The need for counseling of HIV/AIDS patients. *International Nursing Review* 1993; 40, 1: 17–20.
54. Onyejiaku EE & Rogers S. The child: A pragmatic instrument in primary health care. *International Nursing Review* 1989; 36,6: 185–7.
55. Quality of Nursing Worklife Research Unit 1993. Annual Report, University of Toronto: McMaster University, 1993.
56. Ramsay, McKenzie, J & Fish D. Physicians and nurse practitioners: Do they provide equivalent health care? *American Journal of Public Health* 1982; 72(1): 55–6.
57. RCN – Royal College of Nursing. *Ethics related to research in nursing*. London, 1993.
58. Risser LN. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing Research* 1975; 24(1): 45–52.
59. Shestowksy B. Health-related concerns of Canadian Aboriginal people residing in urban areas. *International Nursing Review* 1995; 42, 1: 23–5.
60. Smith, M. C. (1988) *Meta-analysis of nursing intervention research*. Birmingham, Alabama.
61. Stevenson JS & Woods NF. Strategies for the year 2000: Synthesis and Projections. In: American Academy of Nursing. *Setting the Agenda for the Year 2000: Knowledge Development in Nursing*, (pp. 38–40). Kansas City, MO: Author, 1985.
62. Tesler MD, Wilkie DJ, Holzemer WL & Savedra MC. Postoperative analgesics for children and adolescents: Prescription and administration. *Journal of Pain and Symptom Management*; 9(2): 85–95.
63. Treece EW & Treece JW. *Elements of research in nursing* (4th Edition). St. Louis: C. V. Mosby, 1986.
64. Walters JA. Nurse's perceptions of reportable medication errors and factors that contribute to their occurrence. *Research Briefs*. Milwaukee, WI: W. B. Saunders Company, 1992.
65. Wan TTH & Shukla R. Contextual and organizational correlates of the quality of hospital nursing care. *Quality Review Bulletin* 1987; 12(2): 61–5.
66. Weisman CS & Nathanson CA. Professional satisfaction and client outcomes: A comparative organizational analysis. *Medical Care* 1985; 23(10): 1179–92.
67. Woods NF & Catanzaro M. *Nursing research: Theory and practice* (p. 16). St. Louis: The C. V. Mosby Company, 1988.

International Council of Nurses,  
prevedla Dunja Kalčič