

# RAZVOJ ZNANOSTI ZDRAVSTVENE NEGE V EVROPI

## DEVELOPING NURSING SCIENCE IN EUROPE

*Georges Evers*

UDK/UDC 616-083:001.8

DESKRIPTORJI: *zdravstvena nega raziskava*

DESCRIPTORS: *nursing research*

### *Uvod*

Znanost zdravstvene nege v Evropi napreduje, njen nadaljnji razvoj pa lahko uspešno pospeši večja pozornost do družbeno pomembnih vprašanj. Med vprašanji, ki podkrepijo napredek, so tudi naslednja: Katera so znanstvena načela učinkovite in uspešne prakse zdravstvene nege v evropskih zdravstvenih sistemih? Kateri so etični kriteriji in načela za dobro prakso zdravstvene nege v Evropi? Kakšen je prispevek znanosti zdravstvene nege k izboljšanju zdravja in zdravstvenih storitev za prebivalstvo Evrope?

Ta vprašanja so si zastavili na znanstvenem srečanju Evropske akademije znanosti zdravstvene nege v Stockholmu na Švedskem leta 2001. Stališča, opisana v tem članku, imajo namen vzpodbuditi razprave in obravnave, tako med evropskimi medicinskimi sestrami kot med medicinskimi sestrami v ostalih delih sveta, in vabim vas k odgovorom in dialogu. Domneve o značaju znanosti zdravstvene nege in zgodovinski razvoj te discipline nakazujeta vzroke poznega in relativno počasnega razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline. V povezavi s potrebami in možnostmi raziskovanja v zdravstveni negi in klinične prakse se odkriva alternativne pristope, kot so multicentrični programi raziskav.

### **Predpostavke o naravi znanosti zdravstvene nege**

Znanost zdravstvene nege je profesionalna oziroma praktična disciplina, saj za razliko od akademskih ali osnovnih znanosti njen obstoj izvira iz družbenih potreb. Znanstvene metode in doslednost pri študiju zdravstvene nege so upravičene, saj dajejo evropske družbe velik legitimni pomen zagotavljanju storitev

zdravstvene nege. Znanstveniki v zdravstveni negi naj bi pomagali reševati družbene probleme.

Znanost zdravstvene nege je empirična znanost, ne le čista formalna znanost, kot sta npr. matematika ali statistika. Empirična narava znanosti zdravstvene nege se nanaša ne le na logične skladne zaključke, temveč tudi na študije fizičnih, bioloških, psihosocialnih in kulturnih fenomenov. Namen znanosti zdravstvene nege je, podobno kot pri ostalih empiričnih znanostih, opisovanje kategorizacij in razlaga teh fenomenov. Najosnovnejši kriterij za resničnost pri empiričnih znanostih je usklajenost med idejo in opazovanjem. Uporaba »empiričnega ciklusa« je široko sprejemljiva metoda za dokazovanje resnice pri empiričnih znanostih. Zato je osnovni proces testiranje idej, ki so nastale tako induktivno s kvalitativnimi raziskavami, kot tudi deduktivno z razumnimi domnevami in doslednostjo pri kvantitativnih raziskavah.

Raziskovalci v zdravstveni negi, podobno kot ostali raziskovalci, si prizadevajo za nastanek in potrjevanje osnovnih načel. Teoretično in empirično posploševanje zaključkov raziskav je osnovni kriterij za presojo stanja v razvoju zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Zato je potrebno posebno pozornost posvetiti zunanji presoji raziskovalnih nalog in medkulturni primerjavi rezultatov.

### **Predpostavke – zgodovinski razvoj znanosti zdravstvene nege**

Zdravstvena nega ima kot funkcija v evropski kulturi in družbi korenine v grško-rimski tradiciji človečnosti (humanitas) in judovsko-krščanski tradiciji usmiljenja (karitas). Osnovne vrednote v kulturni tradiciji »karitas« so: solidarnost z bolnimi, lačnimi, brez-

---

Prof. Dr. Georges Evers, RN, MSN, PhD, Professor in Nursing Science, Clinical Nurse Specialist, Centre for Health Services and Nursing Research, Catholic University Leuven, Belgija, University of Witten Herdecke, Nemčija

Prof. dr. Georges Evers, dipl. zdr., magister znanosti, profesor znanosti zdravstvene nege, klinični specialist, Centre for Health Services and Nursing Research, Catholic University Leuven, Belgija, University of Witten Herdecke, Nemčija

Članek je bil objavljen v mednarodni reviji *Journal of Nursing Scholarship*, 2003; 35:1, 9–13. © 2003 Sigma Theta Tau International  
Prevedla: Helena Kristina Peric

domci in obupanimi. Temeljne vrednote v tradiciji »humanitas« so spoštovanje človeškega dostojanstva in pravica do življenja brez bolečin in trpljenja (Evers, 2001b, c, d).

Zdravstvena nega ima kot profesija in znanstvena disciplina relativno kratko zgodovino. Zapiski Florence Nightingale o zdravstveni negi (Nightingale, 1860/1969) in njeno iskanje statističnih dokazov o (ne)učinkovitosti zdravstvene nege veljajo za začetek te discipline. Njen način mišljenja se je okreplil ob odkritju patogenih mikroorganizmov v okolju. Njeno iskanje znanstvenih dokazov je temeljilo na uporabi formalne znanosti statistike za opis in klasifikacijo naravnih fenomenov (Ackerman & Lohnes, 1981). Njen prispevek k razvoju zdravstvene nege kot znanosti je v prepoznavanju potenciala, ki ga nudi kombinacija zdravih logičnih vprašanj in empiričnih opazovanj za izboljšanje družbenega napredka.

Virginia Henderson, gonilna sila razvoja znanosti zdravstvene nege v 20. stoletju, prav tako povezuje zdravo logično mišljenje z iskanjem empiričnih dokazov. Njeno definicijo o vlogi medicinske sestre je ICN (International Council of Nurses) sprejel in razširil po vsem svetu (Henderson, 1960). Na njeno mišljenje je vplivalo mnenje znanstvenikov socialnih ved, da je legitimnost profesije odvisna od njenega unikatnega prispevka pri zadovoljevanju potreb družbe. Skladno z evropsko tradicijo »caritas« in »humanitas« je definirala vlogo medicinske sestre kot: »pomoč bolnemu ali zdravemu pri opravljanju tistih aktivnosti, ki pripomorejo k ohranjanju ali izboljšanju zdravja ali k mirni smrti, in ki bi jih le-ta opravil sam, če bi imel za to potrebno moč, voljo ali znanje; zdravstvena nega pomaga posameznikom tudi pri izvajanju predpisane terapije in jim pomaga, da čim dlje ohranjajo svojo samostojnost« (Henderson & Nite, 1978, str. 14). Opisala je še neodvisne in odvisne vidike zdravstvene nege, ki so prav tako pomembni za njen razvoj.

Orem (1971, 1980) je še podrobneje opredelila stanja, ko posameznik potrebuje zdravstveno nego, kot npr. nesposobnost samooskrbe in odvisnost od oskrbe, ter pomoč zdravstvene nege kot popolno ali delno pomoč, edukacijo in podporo. Kljub temu napredku in močnim prizadevanjem mnogih teoretikov zdravstvene nege, raziskovalcev in ustanov, ostaja napredek znanosti zdravstvene nege pri doseganju svojih obveznosti do družbe omejen.

### **Napredek in težave v znanosti zdravstvene nege**

Evropske medicinske sestre so lahko ponosne na mnoge dosežke v razvoju discipline. Vendar je napredek zaradi več razlogov prepočasen. Najprej nastopi težava z relevantnostjo – nezadostno osredotočenostjo na osnovne vrednote, ki dajejo funkcijam zdravstvene nege legitimnost v družbi, in nezadostno osredotoče-

nostjo na relevantne raziskave (Evers 2001b, c, d). Mnoge izmed mednarodnih klasifikacij prakse zdravstvene nege ICNP (International Council of Nurses, 1999) ali diagnostičnih postavk Severnoameriškega združenja za negovalne diagnoze (NANDA, 2001) so na abstraktni ravni medicinskih in psiholoških znakov in simptomov, kot so npr. inkontinenca, konstipacija, dispnea, slabost, bolečina, anksioznost. Te znake in simptome zdravniki povezujejo in klasificirajo kot sindrome ali medicinske diagnoze. Osredotočenost zdravstvene nege na znake in simptome je na neki način neodvisna funkcija; preučuje, kako zmorejo ljudje z različnimi znaki in simptomi v svojem vsakdanjem življenju zadovoljevati osnovne človeške potrebe, aktivno in inteligentno sodelovati v diagnostičnem postopku in zdravljenju, kako preprečujejo in zmanjšujejo neugodje in neprijetnosti, in kako zagotavljajo normalno rast in razvoj. Drugače gledano je zdravstvena nega odvisna funkcija, kadar se osredotoča na oceno, opazovanje, izboljšanje in preprečevanje znakov in simptomov kot znakov patologije ali učinkov zdravljenja. NANDA, ICPN in ostale sheme morajo nadalje razvijati neodvisno funkcijo – kako ravnati s težavami v vsakdanjem življenju. V ICPN Beta verziji (Evers, 2001b) npr. ni možno najti opisa ali klasifikacije nezmožnosti uravnavanja bolečine ali zdravljenja bolečine v vsakodnevem življenju, kot ga predlaga Evers (1997c).

Navajanje teorije in iskanje dokazov se pogosto pojavlja relativno osamljeno in brez zadostne kombinacije teoretične refleksije in empiričnih raziskav. Mnogi izmed znakov in simptomov v NANDA in ICPN klasifikaciji negovalnih diagnoz so dobro opisani v medicinski ali psihološki literaturi, ki temelji na kvalitativnih ali kvantitativnih raziskavah (Chohan, Cray, Johnson, Kowalak & Weinstock, 2001; Godlee, 1999) Koncepti negovalnih teorij, kot je klasifikacija asistence zdravstvene nege D.Orem (narediti za, fizična podpora, vodenje, učenje, čustvena opora, vzpodbudno okolje) niso sistematično primerjani s koncepti v podobnih disciplinah, npr. z merjenem funkcijske neodvisnosti ali z merjenjem funkcijske ocene v rehabilitacijski znanosti (Linacre, Heinemann, Wright, Granger & Hamilton, 1994, Turner-Stokes, 1997). Večino razlag negovalnih teorij ni zadostno testiranih. Obstaja samo nekaj programov kliničnih raziskav, v katerih se uporabljajo negovalne teorije za opis in obrazložitev, kot npr. program Doddove (Dodd 1982, 1987, 1988, 1997; Dodd et al, 1992), Isenbergov program (1987) in Eversov program (1989, 1998a, 2000, 2002). Doddova in sodelovci so v svojem programu prikazali prispevek kvalitete in kvantitete samooskrbe pri zmanjšanju simptomov, povezanih z neugodjem, bolečino, stresom in kakovostjo življenja onkoloških bolnikov.

Eden izmed problemov pri razvoju znanosti zdravstvene nege je, da v objavljenih člankih mnogokrat primanjkuje zadostnih kakovostnih vzorcev in metod,

kot so npr. pravilno zasnovani, zunanja veljavnost, interna zanesljivost in ponovitve (Evers, 1995). Večina objavljenih raziskav v zdravstveni negi temelji na majhnih edinstvenih primerih, dobrim kvalitativnim raziskavam pa običajno ne sledijo ponovitve na večjem vzorcu ali z bolj ostrimi kriteriji. Večina kvantitativnih študij nima zunanje potrditve (Evers, Viane, Sermeus, Simoens-DeSmet, & Delesie, 2000, Bernaerts, Evers, & Sermeus, 2000), in le nekoliko intervencijskih raziskav ima zadostno interno veljavnost (Abraham, Chalifoux, Evers, & DeGeest, 1995). Rezultat je nezadostna akumulacija relevantnih empiričnih dokazov, ki bi spodbudili in potrdili splošna načela kot vodila klinične prakse.

## Napredovanje znanosti zdravstvene nege

Pomembna načela, ki lahko vodijo k uspešnejšemu razvoju znanosti zdravstvene nege, lahko slonijo na navedenih ugotovitvah in na dodatnih strategijah. Klinično relevantni problemi, ki se nanašajo na potrebe po zdravstveni negi ali na negovalne diagnoze evropskega prebivalstva, bi morali postati središče prizadevanj za razvijanje znanosti zdravstvene nege v Evropi. Razvoj raziskovalnih programov mora spremljati in podpirati jasno konceptualno mišljenje in analitično razmišljanje. Raziskovalni programi bi morali biti zaznamovani s pravilnim zaporedjem zasnov, zadostno pozornostjo do eksterne in interne veljavnosti in zanesljivosti, s primernim merjenjem spremenljivk in s pravilno uporabo analitičnih tehnik. Najosnovnejši kriterij za uspeh znanosti zdravstvene nege je akumulacija znanja na podlagi dokazov, pridobljena s primerjanjem rezultatov raziskav med različnimi programi in med različnimi kulturami.

Ta načela lahko ilustrirajo naslednji primeri. Relevantna raziskovalna vprašanja se ukvarjajo z obstoječimi težavami bolnika in njihovim učinkom na smrtnost, obolevnost in kakovost življenja. Zadnja faza ledvične bolezni je kronična bolezen, katere pogostost narašča po vsej Evropi (van Dijk et al., 2001). Transplantacija ledvice lahko podaljša pričakovano življenjsko dobo za več kot 20 let. Kakovost življenja je pri bolnikih s transplantacijo boljša kot pri bolnikih s hemodializo ali peritonealno dializo (Simmons & Abress, 1990; Gudex, 1995), prav tako je boljša stroškovna učinkovitost. Zatorej je klinično relevantno žarišče glede negovalnih potreb te populacije naslednje: Katere negovalne intervencije izboljšajo uspeh transplantacije ledvice pri bolnikih v zadnji fazi ledvične bolezni in pripomorejo k čim daljšemu kakovostnemu življenju?

Jasno konceptualno in analitično mišljenje bi moralo botrovati in podpirati razvoj raziskovalnih programov, ki se nanašajo na takšna vprašanja (Ricka, Vanrenterghem & Evers, 2002). Koliko bolnikov se ne drži imunosupresivne terapije ali se nezadostno oskrbujejo glede na medicinsko zdravljenje? Kateri možni dejavniki vplivajo na to? Kateri so vplivi na

preživetje presadka? Lahko nezadostno samooskrbo izboljšamo z negovalnimi intervencijami? Jasno analitično razmišljanje nato vodi do zaporedja možnih odnosov med koncepti. Zdravstvenovzgojne negovalne intervencije zvišajo sposobnosti samooskrbe, višja sposobnost samooskrbe vodi v boljšo doslednost do režima imunosupresivne terapije, katere posledica je preživetje presadka in večja kakovost življenja.

Raziskovalne programe bi morale zaznamovati pravilni raziskovalni vzorci (postopki). V tem primeru pravilno zaporedje vključuje: a) raziskavo prevalence s presečno deskriptivno metodo, b) raziskavo vplivnih dejavnikov s korelacijsko metodo ter c) raziskavo vplivov negovalnih intervencij z naključnimi kliničnimi poizkusi. Razširitev problematike z vključitvijo bolnikov s hemodializo in peritonealno dializo vodi k ponovitvi zaporedja v zasnovi. Z uporabo virov, vključevanjem študentov, ki opravljajo magistrske ali doktorske raziskave, je tak raziskovalni program produktiven tudi ob zelo omejenih finančnih sredstvih. Primeri vključujejo raziskave incidence nedoslednosti do imunosupresivne terapije pri bolnikih s transplantirano ledvico ter determinante nedoslednosti (Borgermans & Gemoets, 1993); učinke usposabljanja za samooskrbo na uspešnost pri bolnikih s transplantirano ledvico (Maes, 1994), učinke navodil o samooskrbi na bolnikovo znanje po transplantaciji ledvice (Brughmans, 1994); učinke strukturiranega usposabljanja o samooskrbi in sledenje po transplantaciji ledvice (Dubois, 1995); zadostno znanje o samooskrbi in vedenje pri bolnikih s peritonealno dializo (Dom, 1994); samooskrba in nedoslednost do diete in omejitve tekočine pri hemodializnih bolnikih v Belgiji (Jacobs, 1998; Reyntjes, 1999) in v Nemčiji (Kugler, 2002); nedoslednost do diete in omejitve tekočine ter nivo fosfatov ali interdialitična pridobitev teže (Vlaminck, Maes, Jacobs, Reyntjes, & Evers, 2001); samooskrba in nedoslednost pri zamenjavi receptov pri bolnikih s peritonealno dializo v Belgiji (DeWindt, 2000); spremembe v dializnem zdravljenju, samooskrba, in bolnikovo stanje pri nemško govorečih švicarskih bolnikih v zadnji fazi ledvične bolezni (Ricka, 2000); ter samooskrba, nedoslednost, in tveganje za smrtnost pri dializnih bolnikih v Belgiji.

Najosnovnejši kriterij za uspeh pri takšnih razvojnih prizadevanjih je zbiranje znanja na podlagi dokazov (angl. evidence based knowledge). Iz teh raziskovalnih nalog izhajajo naslednja dokazana spoznanja. Ugotovljeno je, da v Belgiji eden od štirih bolnikov s transplantirano ledvico ne jemlje dosledno imunosupresivne terapije. Pri njih so bile ugotovljene znatno nižje zmoglosti samooskrbe. Opisane so bile tudi znatno bolj akutne pozne zavrnitvene reakcije in manjše število preživetja presadkov (De Geest et al., 1995). Pri Flandrijcih so imeli strukturirani edukacijski programi o samooskrbi ob odpustu znatno večji vpliv na znanje o samooskrbi in na učinkovitost zdravlil kot pri semistrukturiranem odpustu (Brughmans, 1994; Ma-

es, 1994). Kombinacija strukturiranega edukacijskega programa ob odpustu in ponovitve en mesec po odpustu je dala boljše rezultate kot edukacijski program brez ponovitve (Dubois, 1995). Bi lahko pri teh belgijskih bolnikih prikazali učinek na preživetje presadka in na smrtnost po petih letih? Ta raziskava je v teku.

Podobno se je razvil tudi program raziskav, ki se osrediča na negovalne intervencije za izboljšanje strategij samooskrbe pri bolnikih z rakom, kjer pride do stranskih učinkov kemoterapije (Tanghe et al, 1998). V tem belgijsko-nizozemskem programu so razvili vprašalnik za merjenje samooskrbe v povezavi s stranskimi učinki kemoterapije in ga testirali glede zanesljivosti in veljavnosti. Kot del tega raziskovalnega programa so preučevali vpliv informativnih kartic o samooskrbi (o znanju samooskrbe, o vedenju, o neugodju zaradi simptomov) pri belgijskih bolnikih, od katerih jih je 164 prejelo radioterapijo in 128 kemoterapijo (Evers, Giesberts, Claeys, Van den Bogaert, & Paridaens, 1998). Zasnova raziskave je bila kvazi-eksperimentalna. Rezultati pri bolnikih z radioterapijo so bili naslednji: belgijski bolniki, ki so dobili informativne kartice o navzeji, bruhanju, diareji ter utrujenosti, so imeli znatno več znanja o samooskrbi kot bolniki, ki so bili deležni standardne zdravstvene vzgoje. Več znanja o samooskrbi glede diareje, ne pa glede navzeje in bruhanja, je vodilo v izboljšano izvajanje samooskrbe. Med ustreznim izvajanjem samooskrbe in neugodjem zaradi simptomov – diareje, navzeje in bruhanja, je obstajala negativna korelacija, ne pa pri utrujenosti. Rezultati pri belgijskih bolnikih s kemoterapijo pa so pokazali naslednje: v eksperimentalni skupini je bil dvig znanja glede samooskrbe večji kot pri kontrolni skupini, nanašal se je predvsem na navzejo, bruhanje, vnetje ustne sluznice, izgubo las; ni pa bilo močnih odstopanj pri utrujenosti. Bolniki v eksperimentalni skupini so pokazali bolj adekvatno izvajanje samooskrbe kot bolniki v kontrolni skupini glede navzeje, bruhanja in izgube las, ne pa glede vnetja ustne sluznice ali utrujenosti.

Analize in primerjave vseh raziskav v tem belgijsko nizozemskem raziskovalnem programu, imenovanem »Samooskrba za zmanjšanje neugodja zaradi simptomov pri kemoterapiji«, (N = 800), so porodile naslednja spoznanja (Tanghe et al., 1989): večina belgijskih in nizozemskih bolnikov je izvajala samooskrbo glede utrujenosti. Količina samooskrbe se je dvigovala med kemoterapijo. Najmanj učinkovita samooskrba pri belgijskih bolnikih je bila glede diareje, bruhanja in izgube teže. Adekvatnost njihove samooskrbe se je med kemoterapijo zvečala, predvsem glede navzeje, sekrecije sluzi, sprememb v vohu, zmanjšala pa se je glede bruhanja. Bolj kot je bolezen napredovala in več kot je bilo neugodja, bolj se je večala raven samooskrbe pri belgijskih in nizozemskih bolnikih. Z večanjem anksioznosti in brezupa pri belgijskih bolnikih se je zmanjševala ustreznost njihove sa-

mooskrbe. Več kot so imeli belgijski bolniki socialne podpore, bolj so izvajali samooskrbo glede njihove volje, vendar se je manjšala adekvatnost samooskrbe glede navzeje in bruhanja. Adekvatna samooskrba glede utrujenosti, izgube las, in navzeje, je izboljšala kakovost življenja pri belgijskih bolnikih. Vsi ti rezultati so bili statistično signifikantni ( $p = 0,05$ ).

Primerjava rezultatov različnih programov samooskrbe je prinesla mnogo spoznanj o odnosu med težo bolezni in samooskrbi, o učinku samooskrbe na smrtnost in kakovost življenja, vpliv samooskrbe na posluževanje virov v zdravstvu, in o odnosu med kadrovske zasedbo v zdravstveni negi in razvojem samooskrbe. Izkušnje zaradi bolezni, resnost bolezni, napredovanje bolezni in poslabšanje bolezni do določene meje spodbudijo sposobnosti samooskrbe ali izvajanje samooskrbe pri bolnikih z rakom, pri bolnikih s kronično obstruktivno pljučno boleznijo (KOPD) in pri diabetikih v Belgiji (Evers, 1998a, 2002), ter pri bolnikih s venskimi ulkusi v Nemčiji (Panfil, 2002). Neadekvatna samooskrba je imela vpliv na število zavrntev in izgubo presadkov pri bolnikih s transplatacijo (DeGeest et al, 1995), na raven HbA1c pri bolnikih s sladkorno boleznijo, na epizode peritonitisa pri bolnikih s peritonealno dializo v Belgiji (Evers, 1998; 2002). Izgleda, da ima adekvatna samooskrba vpliv na kakovost življenja pri bolnikih s kronično bolečino v Belgiji (Evers, 1998, 2002), pri bolnikih s koronarnim arterijskim obodom na Nizozemskem (Senten, 1991), in pri dializnih bolnikih v Švici (Ricka, 2000).

Signifikantne povezave ni bilo moč prikazati med a) splošnimi zmožnostmi in samooskrbe in pogostostjo obiskov na domu ali pogostostjo in dolžino hospitalizacije pri stabilnih bolnikih s KOPD v Belgiji; ali med b) pljučno funkcijo, serumskimi elektroliti, vrednostmi plinske analize krvi ali dolžino prehojene poti in izrabo virov zdravstvenih storitev. Možna razlaga bi lahko bila pomanjkanje ali zmanjšano aktivno sodelovanje belgijskih bolnikov pri odločanju o terapiji (Decramer, Gosselink, Troosters, Versschueren, & Evers, 1997). Toda pri nizozemskih bolnikih z odpovedovanjem srca je bila samooskrba povezana z izrabo virov in kakovostjo življenja (Jaarsma, 1999). Glede kadrovske zasedbe v zdravstveni negi in razvoja samooskrbe je bilo v Belgiji ugotovljeno, da manj ur zdravstvene nege na pacienta pomeni manj usposabljanja in podpore za samooskrbo. Več ur visoko usposobljenega dela medicinskih sester na pacienta je imelo za posledico več učenja in podpore za samooskrbo (Evers, 1996; 1997b; 1997c; Evers et al., 2000).

## Sklep

Znanost zdravstvene nege je empirična praktična disciplina, katere namen je ustvarjanje splošnih načel, ki vodijo k izboljšanju storitev zdravstvene nege. Doseganje tega namena v Evropi in torej razvoj znanosti

zdravstvene nege v Evropi je počasen zaradi nezadostne osredotočenosti na relevantnost v raziskovalnih prizadevanjih; nezadostne kombinacije jasnega mišljenja in empiričnih povezav, nezadostne kakovosti raziskovalnih metodologij in ponovitev; in nezadostne primerjave med rezultati raziskav med raziskovalnimi programi in kulturami.

Za bolj uspešen razvoj znanosti zdravstvene nege so predlagana naslednja načela: a) izbira klinično relevantnih problemov, b) jasno konceptualno in analitično mišljenje ter sistematično empirično povezovanje, c) primerno zasnovano zaporedje in adekvatno merjenje, d) kreativna izraba virov ter e) zbiranje znanja v in med programi raziskav. Analiza uspeha predhodnic, kot sta Nightingalova in Hendersonova, kaže, da se lahko medicinske sestre učimo osredičanja na vrednote in fenomene, povezane z družbenimi potrebami, iz preteklosti. Znanstveniki v zdravstveni negi morajo sedaj povezati teorijo in iskanje empiričnih dokazov na odprt in konsistenten način. Znanje iz znanstvenih raziskav morajo razširiti v širok krog medicinskih sester ter v javnost. Ti pristopi, kombinirani z zavezanostjo k izboljšanju zdravstvene nege bolnikov, meddisciplinarno sodelovanje, radovednost, pragmatična izraba priložnosti, potrpežljivost in vztrajnost, bodo vodili v uspešen razvoj znanosti zdravstvene nege v Evropi in po svetu.

## Literatura

- Abraham, L., Chalifoux, Z., Evers, G., & De Geest, S. (1995). Conditions, interventions and outcomes in nursing research: A comparative analysis of North American and European/International Journals (1981-1990). *International Journal of Nursing Studies*, 32, 173-187.
- Ackermans, W. & Lohnes, P. (1981). *Research methods for nurses*. New York: McGraw Hill, 1981.
- Bernaerts, K., Evers, G. & Sermeus, W. (2000). Frequency of intravenous medication administration to hospitalised patients: Secondary data-analysis of the Belgian Nursing Minimum Data Set. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 101-110.
- Borgermans, L., & Gemoets, H. (1993). Incidentie en determinanten van therapieontrouw in functie van de immunosuppressieve therapie bij niertransplantpatienten. Unpublished master thesis in nursing science, Catholic University, Leuven, Belgium.
- Brughmans, T. (1994). Het effect van zelfzorginstructie op kennis bij patienten na niertransplantatie. Unpublished master thesis in nursing science, Catholic University, Leuven, Belgium.
- Chohan, N., Cray, J., Johnson, P., Kowalak, J., & Weinstock, D. (2001). *Professional guide to signs and symptoms*. Philadelphia: Springhouse.
- Decramer, M., Gosselink, R., Troosters, Verschueren, M., & Evers, G. (1997). Muscle weakness is related to medical consumption in COPD patients. *The European Respiratory Journal*, 10, 417-423.
- De Geest, S., Borgermans, L., Gemoets, H., Abraham, I., Vlaminc, H., Evers, G., et al. (1995). Incidence, determinants and consequences of subclinical non-compliance with immunosuppressive therapy in renal transplant recipients. *Transplantation*, 59, 340-347.
- De Windt, C. (2000). Adekwate zelfzorg met betrekking tot het behandelingsvoorschrift inzake wisselingen bij peritoneaal dialyse patienten in Vlaanderen. Unpublished master thesis in nursing science, Catholic University, Leuven, Belgium.
- Dodd, M. (1982). Assessing patient self-care for side effects of cancer chemotherapy. *Cancer Nursing*, 5, 447-451.
- Dodd, M. (1987). Efficacy of proactive information on self-care in radiation therapy patients. *Heart & Lung*, 16, 538-544.
- Dodd, M. (1988). Efficacy of proactive information on self-care in chemotherapy patients. *Patient Education and Counseling*, 11, 215-225.
- Dodd, M. (1997). Measuring self-care activities. In M. Frank-Stromborg & S. Olsen (Eds), *Instruments for clinical research in health care*. (2nd ed.; pp. 378-388). Boston: Jones and Bartlett.
- Dodd, M., Lovejoy, N., Larson, P., et al. (1992). Self-care intervention to decrease chemotherapy morbidity. Final report, research grant R01 CA 48312. Bethesda, MD: National Cancer Institute.
- Dom, H. (1994). Kennis en zelfbeoordeling van adequaatheid van zelfzorggedrag bij peritoneale dialysepatienten. Unpublished master thesis in nursing science, Catholic University Leuven, Belgium.
- Dubois, K. (1995). Effect van een opvolgingsgesprek en gestructureerde zelfzorginstructie en -training na niertransplantatie. Unpublished master thesis in nursing science, Catholic University, Leuven, Belgium.
- Evers, G. (1989). Appraisal of Self-Care Agency A.S.A.-Scale. Reliability and validity testing of the Dutch version of the A.S.A.-scale measuring Orem's concept 'Self-Care Agency'. Doctoral dissertation, Van Gorcum, Assen/Maastricht, Netherlands.
- Evers, G. (1995). Graduate education at Catholic University Leuven. In S. Ketefian (Ed.), *The 1995 annual forum on doctoral education in nursing* (pp 53-58). Ann Arbor, MI: The University of Michigan.
- Evers, G. (1996). Le R.I.M. et la qualité des soins infirmiers, *Info Nursing*, 55, 26-29.
- Evers, G. (1997a). The future role of nursing and nurses in the European Union. *European Nurse*, 2, 171-182.
- Evers, G. (1997b). O papel futuro da enfermagem e das enfermeiras na União Europeia. *Enferagem*, 5(2e serie), 11-17.
- Evers, G. (1997c). Pseudo-opioid-resistant pain. *Supportive Care in Cancer*, 5, 457-460.
- Evers, G. (Ed.). (1998). *Meten van Zelfzorg. Verpleegkundige instrumenten voor onderzoek en klinische praktijk*. Universitaire Pers, Leuven/ Van Gorcum, Assen.
- Evers, G., Giesberts, K., Claeys, P., Van den Bogaert, W., & Paridaens, R. (1998b). Het effect van: zelfzorginstructie op zelfzorgkennis en zelfzorggedrag bij vermoeidheid na radiotherapie en chemotherapie. *Acta Hospitalia*, 38(2), 51-63.
- Evers, G., Viane, A., Sermeus, W., Simoens-De Smet, A., & Delesie, L. (2000). Frequency of and indications for wholly compensatory nursing care related to enteral food intake: A secondary analysis of the Belgium National Nursing Minimum Data set. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 194-201.
- Evers, G. (2000). *Klinische Pflegeforschung. Pflege*, 13, 133-138.
- Evers, G. (2001a). Developing nursing science. Unpublished discussion paper for the 2001 EANS scientific meeting. European Academy of Nursing Science, Padua.
- Evers, G. (2001b) Naming nursing: Evidence based nursing. *Nursing Diagnosis*, 12(4), 137-142.
- Evers, G. (2001c). Naming nursing—Evidence based nursing. In N. Oud (Ed.), *Acendio proceedings of the third European conference of the Association of Common European Nursing Diagnoses, interventions and outcomes* (pp 55-59). Bern, Switzerland: Hans Huber Verlag.
- Evers, G. (2001d). Razvijanje funkcije zdravstvene nege v družbi. In *Zbornik predavanj in posterjev*, Ljubljana (pp 23-28).
- Evers, G. (Ed.). (2002). *Professionelle Selbstpflege: Einschätzen-messen-anwenden*. Bern-Göttingen-Toronto-Seattle: Hans Huber Verlag.
- Functional Independence Measure FIM (Version 4.0). (1994). *Uniform DATA System for Medical Rehabilitation UB Foundation Activities*, Buffalo, New York.

- Godlee, F. (Ed.). (1999). *Clinical evidence: A compendium of the best available evidence for effective health care*. Kent, UK: BMJ Publishing Group, Thanet Press.
- Gudex, C.M. (1995). Health-related quality of life in end-stage renal failure. *Quality of Life Research*, 4(4), 359-366.
- Henderson, V. (1960). *Basic principles of nursing*. Geneva, Switzerland: ICN.
- Henderson, V., & Nite, G. (1978). *Principles and practice of nursing* (6th ed.). New York: MacMillan.
- International Council of Nurses. (1999). *International classification for nursing practice*. Geneva, Switzerland: ICN.
- Isenberg, M., Evers, G., & Brouns, G. (1987). An international research project to test Orem's self-care deficit theory of nursing. In *Abstracts International, Nursing Research Congress* organised by University of Edinburgh, Royal College of Nursing Research Society and Sigma Theta Tau (pp 102-104). London: Cameleon Press.
- Jaarsma, T. (1999). *Heart failure: Nurses care. Effects of education and support by a nurse on self-care, resource utilisation and quality of life of patients with heart failure*. Doctoral Dissertation, University of Maastricht, Datawyse, Maastricht, Netherlands.
- Jacobs, A. (1998). *Prevalentie van Therapieontrouw met dieet- en vochtvoorschriften bij haemodialyse patienten in Vlaanderen*. Unpublished master thesis in nursing science, Catholic University, Leuven, Belgium.
- Kugler, C. (2002). *Non-compliance envachsener Hämodialyse-Patienten bezüglich Diät- und Flüssigkeitsrestriktion*. Unpublished master thesis, University of Witten Herdecke, Witten, Germany.
- Linacre, J., Heinemann, A., Wright, B., Granger, C., & Hamilton, B. (1994). The structure and stability of the Functional Independence Measure. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 75, 127-132.
- Maes, A. (1994). *Het effect van zelfzorgtraining op doelmatigheidsbeleving bij patienten na niertransplantatie*. Unpublished master thesis in nursing science, Catholic University, Leuven, Belgium.
- Nightingale, F. (1860/1969). *Notes on nursing, what it is and what it is not* (Republication). New York: Dover.
- North American Nursing Diagnosis Association. (2001). *Nursing diagnoses: definitions and classification*. Philadelphia: Author.
- Orem, D. (1971, 1980). *Nursing: Concepts of practice*. New York: McGraw-Hill.
- Panfil, E.M. (2002). *Krankheitsbedingte Selbstpflege von Menschen mit Ulcus cruris venosum*. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Witten Herdecke, Witten, Germany.
- Reyntjes, S. (1999). *Zelfzorg en therapieontrouw t. a. v. dieet- en vochtvoorschriften bij low care en high care hemodialysepatienten in Vlaanderen*. Unpublished master thesis in nursing science, Catholic University, Leuven, Belgium.
- Ricka, R. (2000). *Dialysis treatment modality, self-care and patients wellbeing*. Unpublished Doctoral Dissertation, Catholic University of Leuven, Belgium.
- Ricka, R., Vanrenterghem, Y., & Evers, G. (2002). Adequate self-care of dialysed patients: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 329-339.
- Senten, M. (1991). *The well-being of patients having CAB-surgery: A test of Orem's self-care nursing theory*. Unpublished doctoral dissertation, University of Maastricht, Datawyse, Maastricht, Netherlands.
- Simmons, R.C. & Abress, L. (1990). Quality of life issues for end-stage renal disease patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 15(3), 201-208.
- Tanghe, Vandekerckhove, Bras, De Burghgraeve, Comelis, De Meyer, et al. (1998). *De Nederlandstalige zelfzorgvragenlijst voor chemotherapieongemak*. In G. Evers (Ed.), *Meten van Zelfzorg. Verpleegkundige instrumenten voor onderzoek en klinische praktijk*. Van Gorcum, Assen: Universitaire Pers, Leuven.
- Van Dijk, P., Jager, K., de Charro, F., Collart, T., Comet, R., Dekker, R., et al. (2001). Renal replacement therapy in Europe: The results of a collaborative effort by the ERA-EDTA registry and six national and regional registries. *Nephrology Dialysis and Transplantation*, 16, 1120-1129.
- Turner-Stokes, L. (1997). *The UK FIM and FAM functional assessment measure (Version 1.0)*. Harrow, Middlesex: Northwick Park Hospital.
- Vlaminck, H., Maes, B., Jacobs, A., Reyntjes, S., & Evers, G. (2001). The dialysis diet and fluid nonadherence questionnaire: Validity testing of a self-report instrument for clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 707-715.