

Pregledni znanstveni članek / Review article

## ZDRAVSTVENA NEGA IN RAZISKOVANJE: NEKATERI VPLIVNI DEJAVNIKI ZA RAZVOJ ZDRAVSTVENE NEGE KOT ZNANSTVENE DISCIPLINE V SLOVENIJI

NURSING CARE AND RESEARCH: SOME FACTORS INFLUENCING THE DEVELOPMENT OF NURSING AS A SCIENTIFIC DISCIPLINE IN SLOVENIA

Brigita Skela Savič

**Cljučne besede:** raziskovanje, zdravstvena nega, menedžment, izobraževanje, medicinske sestre, profesija

**Key words:** research, nursing, management, education, nurses, profession.

### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Potrebe sodobne družbe od diplomiranih medicinskih sester zahtevajo vedno več znanja. Po vzoru razvitih držav bo vedno bolj pomembno specialno znanje in delovanje zdravstvene nege na dokazih. Temelj razvoja znanja je raziskovalno delo. Za razvoj raziskovanja in dojemanje pomembnosti le-tega ima pomembno vlogo izobrazba medicinskih sester.

**Metode:** Izveden je bil pregled literature. Uporabili smo vzajemno bibliografsko-kataložno bazo podatkov Virtualne knjižnice Slovenije (COBIB.SI) in *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). Uporabljene so bile ključne besede v slovenskem jeziku (raziskovanje, zdravstvena nega) in angleškem jeziku (nursing research, professional development).

**Rezultati:** Na osnovi kvalitativnega pregleda 34 prispevkov slovenskih avtorjev smo oblikovali tri vsebinske kategorije: 1 – osnovne informacije o potrebnosti raziskovanja, razlaga metod, 2 – pomen raziskovanja v zdravstveni negi, stanje raziskovanja in nekateri vzroki stanja, 3 – širitev pomena raziskovanja v zdravstveni negi skozi primere iz prakse. Več kot polovico vseh zadetkov predstavlja kategorija 2. Na osnovi kvalitativnega pregleda 36 prispevkov tujih avtorjev iz baze CINAHL smo oblikovali tri vsebinske kategorije: 1 – pogoji za razvoj raziskovanja in koristi raziskovanja, 2 – raziskovanje v kliničnem okolju, 3 – osnovna izhodišča o raziskovanju in prenosu dokazov v prakso. 80% vseh zadetkov se je uvrstilo v 1. in 2. kategorijo.

**Diskusija in zaključki:** Slovenski avtorji usmerjajo največ pozornosti na pomen raziskovanja v zdravstveni negi, s prispevki želijo opozoriti na pomembnost razvoja le-tega in opozarjajo na nekatere vzroke, med katerimi je v ospredju znanje o raziskovanju in zavedanje pomena raziskovanja pri medicinskih sestrah. Tuji avtorji so usmerjeni predvsem v prikaz rezultatov kliničnega raziskovanja in analizo pogojev za nadaljnji razvoj raziskovanja, poudarjajo tudi koristi raziskovanja. Pregled literature pokaže, da smo v Sloveniji še v fazi, ko so v ospredju aktivnosti za predstavljanje pomena raziskovanja za zdravstveno nego in za odkrivanje ovir razvoja raziskovanja.

### ABSTRACT

**Introduction:** With the dramatic changes occurring within the health care environment, nurses play an increasingly important role in improving the delivery of the required health care which should be research and evidence based. As nursing is an evolving professional discipline, nurses should commit to continuous life-long learning and undertake research work.

**Methods:** A comprehensive literature review was conducted using the union bibliographic/catalogue database COBIB.SI, and the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). The following key words were used in the Slovene and English language: raziskovanje, zdravstvena nega; nursing research, professional development.

**Results:** On the basis of a quantitative review of 34 papers by Slovene authors three content categories were identified: 1 – basic information on the research needs, explanation of methods, 2 – significance of nursing research, assessment of the merit of previous studies and some reasons for the present state of research endeavours, 3 – justification of further research supported by nursing practice. More than a half of the hits retrieved belong to the second category. On the basis of a quantitative review of 36 papers by foreign authors from CINAHL base three content categories were identified: 1 – conditions for the development of research and research benefits, 2 – research in clinical environment, 3 – basic principles of research and the application of research outcomes into practice. 80% of the hits retrieved belong to the first and the second category.

**Discussion and conclusions:** Slovenian authors, on the one hand, concentrate mostly on the importance of nursing research and its development. They emphasise the necessary competence of research strategies and methods and the nurses' awareness of its significance. On the other hand, the foreign authors predominantly present the results and outcomes of clinical research along with the analysis of conditions for further research development and its benefits. The literature review shows that in Slovenia the studies are still focused and limited to the presentation of the importance of nursing research and the obstacles to its performance.

## Uvod

Bolniki sodobne družbe kažejo, da pacient potrebuje več kot samo zdravnika, da je potrebna celostna obravnava in približevanje bolnemu in zdravemu človeku v okolju, v katerem živi. V prihodnosti bo vse manj institucionaliziranega zdravljenja, vedno bolj se bo izvajala obravnava na domu, obravnava v bolnišnicah bo kratka, intenzivna in podprta z zdravstvenovzgojno pripravo pacienta in svojcev na okrevanje na domu. Pomembno vlogo pri doseganju celovitosti obravnave bodo imeli kadri v zdravstveni negi, ki bodo morali sistem zdravstvene obravnave graditi na resursih pacienta (fizični, psihični, socialni, ekonomski idr.), svojcev in celotne družbe in pri tem upoštevati sposobnosti celotnega socialnega in družbenega okolja, v katerega se pacient vrača (Skela Savič, 2009a). Tovrstni proces obravnave zahteva usposobljene medicinske sestre, ki bodo gradile mrežo zdravstvene oskrbe pacienta v kontekstu kontinuirane oskrbe (Skela Savič, 2007). V kolikor bodo medicinske sestre prevzele ta izziv, se morajo zavedati nujnosti razvoja znanja na tem področju, saj se bodo potrebe pacientov združevale na področju zdravstvenih, negovalnih, socialnih in drugih potreb, ki se bodo, za uporabnika sodobnih zdravstvenih in socialnih storitev, koordinirale z enega mesta.

Po vzoru razvitih držav bo vedno bolj pomembno specialno znanje in delovanje zdravstvene nege na dokazih. Prihajajoče potrebe sodobne družbe po celoviti in integrirani zdravstveni obravnavi kažejo na to, da ne bo več dovolj le znanstvenoraziskovalno delo v medicini, ampak bodo morale temu slediti tudi druge stroke in področja dela zdravstvenih timov (Skela Savič, 2009b). Tako potrebe sodobne družbe od diplomiranih medicinskih sester zahtevajo vedno več znanja, z Evropsko direktivo predpisano izobraževanje je le bazično izhodišče za nadaljnje izobraževanje medicinskih sester za potrebe zdrave in bolne populacije. Sheer in Wong (2008) pravita, da je potreba po nadgradnji znanj pri diplomiranih medicinskih sestrah postala globalni trend nekaj zadnjih desetletij. Mednarodni svet medicinskih sester definira zviševanje nivoja znanja v zdravstveni negi z izobraževanjem diplomiranih medicinskih sester na magistrski stopnji izobraževanja, kar je vstopni nivo za razvoj ekspertnega znanja, kompleksnih sposobnosti za sprejemanje strokovnih odločitev in za oblikovanje kliničnih kompetenc za širše delovanje.

Woodward (2003) opiše delo medicinske sestre kot pomoč posamezniku pri prepoznavanju in doseganju resursov, pomembnih za posameznikovo zdravje in ozdravitev. Proces se izvaja na stopnji individualizacije, saj medicinska sestra izhaja iz sposobnosti in stanja pacienta kot posameznika, pri čemer izvaja progresivni koncept delovanja, kjer deluje kot dobra komunikatorica, reševalka problemov, pospeševalka rešitev, vzgojiteljica, vodja, menedžerka in zdravstvena zagovornica. Pri tem ostane kritično razmišljujoča, deluje neodvisno

in odgovorno, prepoznava edinstvenost vsakega posameznega pacienta in okolja, v katerem posameznik deluje. Središče delovanja zdravstvene nege je pacient kot posameznik sam zase, v družini in v skupnosti. Woodward (2003) tako prikaže enega od teoretičnih pristopov v zdravstveni negi, ki opozarja na bistvo zdravstvene nege.

Allan, Tschudin in Horton (2008) pravijo, da je malo raziskav, ki bi opisovale pomen zdravstvene nege v sodobni družbi in v globalnem kontekstu. Pogosto se raziskave osredotočajo na interakcije med medicinskimi sestrami in pacienti ter med samimi medicinskimi sestrami, zadovoljstvom z delom idr. Premalo je ustreznega prepoznavanja zdravstvene nege kot profesije, kar vodi v podrejen in neustrezen položaj zdravstvene nege v zdravstvenem sistemu. Avtorice tudi navajajo, da je danes potrebno lokalni nivo potreb prebivalstva po zdravstveni obravnavi umestiti v globalni kontekst, s tem bo zdravstvena nega postala tudi politično potrebna. Horton, Tschudin in Forget (2007) opozorijo na to, da so medicinske sestre vsepovsod najštevilčnejša poklicna skupina v zdravstvu. Thupayagale in Dithole (2008) sta v okviru projekta »Value of Nursing project«, ki je vključeval 10 držav, ugotovila, da medicinske sestre vrednotijo svojo profesijo skozi potrebe družbe po njihovih storitvah, kar se odraža v njihovem dojemanju svoje profesije skozi naslednje besedne zveze: »medicinske sestre smo advokati pacientov«, »prevzemamo skrb za druge ljudi«, »lepo je, če veš, da si nekomu pomagal, in malo je takih poklicev«.

Žal v zapišanem ni zaslediti, da medicinske sestre svoje delo in odločitve gradijo na osnovi dokazov in lastnega znanstvenoraziskovalnega dela. Renno in ostali (2005) pravijo, da se medicinske sestre soočajo s kadrovskim pomanjkanjem in na drugi strani s spremenjenimi potrebami pacientov. Zapisano utemeljuje zahtevo po še večji fleksibilnosti, povečanju znanja in delovanju na osnovi dokazov. Za učinkovito zdravstveno nego je potrebno razvijati raziskovanje in uporabljati nove tehnologije ter se na osnovi razvoja profesije vedno bolj približevati potrebam pacientov. Danes postaja zelo pomembno, s kakšnim nivojem znanja medicinske sestre vstopajo v klinično okolje.

## Raziskovanje v zdravstveni negi – paradigme in metode

Pomen znanja je na začetku 21. stoletja najverjetneje večji kot kadarkoli v zgodovini. Temelj razvoja znanja je raziskovalno delo. Raziskovanje je sistematično poizvedovanje, pri čemer se uporabljajo raziskovalne metode, ki omogočajo poiskati odgovore na raziskovalna vprašanja. Končni cilj raziskovanja je razvoj novega znanja, redefinicija obstoječega znanja in razširitev na novo ugotovljenega znanja v procesu raziskovanja (Polit, Beck, 2008). Ločimo naslednje vrste raziskovanja:

- *Temeljno (bazično) raziskovanje* prispeva nova znanja o osnovah pojavov in opazovanih dejstev, ne da bi imeli vnaprej v mislih kako posebno uporabo. Pri tem uporabljamo analizo lastnosti, struktur in razmerij, da bi preverili hipoteze, teorije, zakone. Rezultati so čiste temeljne raziskave in usmerjene temeljne raziskave.
- *Uporabno (aplikativno) raziskovanje*, s katerim pridobimo novo znanje, je usmerjeno v določene praktične cilje ali namene. Osnova za aplikacijo so ugotovitve temeljnih raziskav. Pri tem razvijamo nove metode ali načine doseganja vnaprej opredeljenih ciljev raziskave. Tako raziskovanje je lahko splošno ali specifično usmerjeno.
- *Razvojno (inovacijsko) raziskovanje* izvajajo strokovnjaki v praksi kot izvajanje dosežkov uporabnega znanstvenoraziskovalnega dela v prakso (Kališnik, Zabavnik Piano, Rožič, 2006).

Raziskovanje zaznamujeta dva raziskovalna pristopa oz. metodi:

- merjenje – kvantitativna metoda (uporaba merljivih indikatorjev) – kriterij kakovosti kvantitativne raziskave je stopnja zanesljivosti posplošitve rezultatov na populacijo, ki ni bila zajeta v vzorcu;
- opazovanje – kvalitativna metoda – kriterij kakovosti je ponovljivost, kar pomeni, da je raziskava tem bolj zanesljiva, čim bolj podobne rezultate dobimo pri njenih ponovitvah. Pri takem raziskovanju so pomembni kompleksnost človeka in njegove izkušnje, dinamika, celovitost in pričakovanja posameznika. Zbiramo in analiziramo kvalitativne materiale, ki so pripovedne in opazovalne narave, rezultati temeljijo na osnovi dejanskih izkušenj vključenih ljudi;
- kombinacija obeh (Campbell et al., 2003; Parahoo, 2008; Polit, Beck, 2008).

Ne glede na izbrani pristop je raziskovanje izjemnega pomena za uresničevanje ciljev razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline. V zdravstvu je zlasti na področju medicine v ospredju kvantitativno raziskovanje, medtem ko je zdravstveni negi bližje kvalitativno raziskovanje. Z vidika hierarhije dokazov (Sl. 1) je kvalitativno raziskovanje dobro izhodišče za nabor številnih raziskovalnih vprašanj, ki jih proučujemo na manjših vzorcih s pomočjo kvalitativnih metod (opazovanje, intervju, študije primera, pregled dokumentacije idr.), na osnovi katerih oblikujemo spoznanja, ki jih lahko preverimo na večjih vzorcih s kvantitativnimi metodami. Kvalitativne raziskave so tako pogosto baza za postavitve raziskovalnih vprašanj za kvantitativne raziskave in medicinskim sestram pomagajo pri dojetju problemov, situacij in konceptualizaciji rešitev (Parahoo, 2008).

Tako kot v drugih znanstvenih disciplinah se tudi v zdravstveni negi srečujemo z dvema izhodiščnima paradigmama na področju raziskovanja, to sta pozitivizem



Sl. 1. Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu (Polit, Beck, 2008; Skela Savič, 2008a).

Figure 1. Hierarchy of evidence in scientific research work (Polit, Beck, 2008; Skela Savič, 2008a).

in naturalizem. Značilnosti obeh paradigem sta podani v Razpredelnici 1. Ko govorimo o zdravstveni negi kot znanstveni disciplini, se moramo zavedati njenega pomena. Znanstvena disciplina ima svoje področje raziskovanja, metodiko dela, specifične merske enote, način vrednotenja in primerjave pojmov, strokovni kader in lastno teorijo. Znanstvene discipline se združujejo v znanstvena področja in le-ta v znanstveno vedo (Kališnik, Zabavnik Piano, Rožič, 2006).

Raziskovanje v zdravstveni negi je sistematično poizvedovanje za razvoj zaupanja vrednih dokazov o stvareh, ki so pomembne za profesijo zdravstvene nege, ki vključuje klinično prakso, edukacijo, administracijo, informatiko (Polit, Beck, 2008). Raziskovalni pristopi v neposredni praksi zdravstvene nege velikokrat nalletijo na odpor, tudi če so aplikativni, ker zahtevajo sistematičnost (značilnost pozitivistične paradigme), odgovornost in trajnost, dokler traja raziskava. Pri tem ključno odgovornost nosi zdravstveni menedžment, in sicer, da raziskovalne pristope spodbuja, razvija in rezultate izvedenih raziskav uporablja. Pomembnost in uporabnost raziskovalnega dela v zdravstveni negi je večplastna in se kaže kot:

- posredna (indirektna) uporaba: spremembe v razmišljanju zaposlenih;

Razpr. 1. *Positivistična in naturalistična paradigma v raziskovanju (Parahoo, 2008).*

Table 1. *Positivistic and naturalistic paradigms in research (Parahoo, 2008).*

Pozitivizem	Naturalizem
Kvantitativno raziskovanje – Empirizem (dejstva, ki jih lahko zaznamo s človeškim umom in kvantificiramo). – Determinizem (iščemo vzrok in posledico, razlaga je v empiričnih podatkih). – Hipotetično-deduktivni pristop (deduktivnost – iz teorij izpeljane hipoteze so dane v testiranje). – Logični pozitivizem (interpretacija podatkov s pomočjo matematike, logike). – Redukcionizem (kompleksen pojav razčlenimo na manjše dele). – Kvantitativne raziskovalne metode so strukturirane: vprašalniki, lestvice, eksperimenti, pogosta raziskovalna metoda je tudi kvazi-eksperiment; uporablja se veliki vzorec. – Rezultati so statistično obdelani: povprečna vrednost, standardna deviacija, t-test, ANOVA, regresijska analiza, faktorska analiza idr. – Cilj je izmeriti.	Kvalitativno raziskovanje – Človekovo vedenje se lahko razume samo v kontekstu, v katerem se dogaja, pojav se vedno raziskuje celostno, tj. z vidika posameznika in v kontekstu dogajanja. – Raziskovalni pristopi: – <i>etnografija</i> (zbiranje podatkov v naravnem okolju, vedenje ljudi), – <i>fenomenologija</i> (individualna interpretacija izkušenj in poti razlaganja le-teh, vedenje posameznika), – <i>temeljna teorija</i> (razvoj teorije na induktiven način iz fenomena s sistematičnim zbiranjem podatkov o fenomenu, raziskovalec ni kontaminiran z obstoječim znanjem, temveč je odprt za nove perspektive na stari problem, uporabnost za slabo poznana področja, postavlja jena teorija se testira deduktivno). – Kvalitativne raziskovalne metode so nestrukturirane: intervju, opazovanje, pregled dokumentov, študija primera; uporablja se majhen vzorec. – Rezultati so objavljeni kot povzetki, iskanje skupnih izhodišč, kategorij, pojmov, sodb. – Cilj je opisati.

- neposredna (direktna) uporaba: uporaba rezultatov pri neposrednem delu z bolnikom, organiziranju procesov;
- sredstvo za prepričevanje: za prepričevanje tistih, ki so na vodilnih mestih, da podprejo izboljšave, investirajo v spremembe, potrjene z raziskavami (Polit, Beck, 2008; Skela Savič, 2008a).

Enako pomembni kot samo raziskovanje v zdravstveni negi so sistematični pregledi dokazov, ki nam omogočajo združevanje in sistematično povezovanje posameznih dokazov na določenem raziskovalnem vprašanju in odgovor na to, kateri dokazi so v času, ko raziskovalec proučuje raziskovalno vprašanje, najboljši (Skela Savič, 2008a).

## Izobrazba in raziskovanje

Za razvoj raziskovanja in dojemanje pomembnosti le-tega ima pomembno vlogo izobrazba medicinskih sester. Bolj kot so medicinske sestre izobražene, boljša je njihova percepcija o potrebnosti raziskovanja (Karkos, Peters, 2006; McCleary, Brown, 2003a). Ehrenfeld in Eckerling (1991) sta primerjala medicinske sestre z magisterijem in tiste brez. Medicinske sestre z magisterijem so pokazale več pozitivne drže za raziskovanje v zdravstveni negi. Enako pokažejo tudi nekatere druge raziskave (McCloskey, 2008). Karkos in Peters (2006) v svoji raziskavi pokažeta, da število let delovnih izkušenj ni povezano z odnosom medicinskih sester do raziskovanja. Raziskava o izobraževanju medicinskih sester v državah EU je pokazala na izjemno kompleksnost in različnost predmetnikov in razlike v strukturi študija (Zabalegui et al., 2006). Green in ostali (2007) poudarjajo pomen tesne povezanosti med izkušenimi raziskovalci v praksi, visokošolskimi učitelji in študenti.

## Menedžment in raziskovanje

Polit in Beck (2008) opisujeta razmere v ZDA, ko je menedžment zdravstvene nege v obdobju po letu 1960 izrazil zaskrbljenost zaradi pomanjkanja raziskav v zdravstveni negi. Rezultat tega je bil, da se je po letu 1980 v ZDA močno povečalo število medicinskih sester, ki so imele znanje za raziskovanje, povečala se je dostopnost do informacijske tehnologije in še bolj je postalo jasno, da je raziskovanje ključno za razvoj profesije. Vedno večji poudarek je bil dan tipu raziskovalnih vprašanj, metodam zbiranja in analiziranja podatkov, povezavam med teorijo in spoznanji raziskav idr. Zelo se je povečalo število revij na področju raziskovanja, združenj, delovnih skupin. Ustanovljen je bil nacionalni center za raziskovanje v zdravstveni negi, ki je promoviral raziskovanje v korist kakovostne obravnave pacientov. Leta 1990 so ustanovili Nacionalni inštitut za raziskave na področju zdravstvene nege, ki je raziskovanje v zdravstveni negi umestil na enakovredno pozicijo v primerjavi z drugimi raziskavami v zdravstvu.

Happell in Martin (2004) opisujeta pozitivne učinke oblikovanja razvojnih kliničnih oddelkov v zdravstveni negi, katerih delovanje se povezuje z večjim osredotočanjem na razvoj, raziskovanje, na z dokazi podprto delovanje, na povečane aktivnosti za razvoj profesije idr. Darbyshire in ostali (2005) govorijo o problemih raziskovanja v zdravstveni negi, ki so povezani s pomanjkanjem sredstev. Problem predstavlja podpora menedžmenta, ki je velikokrat zgolj verbalna, ne pa finančna, toda po drugi strani tudi medicinske sestre pričakujejo finančna sredstva že za vsako izrečeno iniciativo. Medicinske sestre morajo slediti jasni projektni viziji, racionalnosti, argumentaciji pomena raziskovalnega projekta in inovativnosti. Le-ta izhodišča lahko prepričajo menedžment, da podpre raziskovanje tudi finančno.



## Medicinske sestre in raziskovanje

Medicinske sestre v razvitih državah in tudi pri nas so prepoznane po svoji naklonjenosti kakovosti, medtem ko svoje klinično delovanje zelo malo podpirajo z raziskovanjem in imajo v primerjavi z medicino malo temeljnih dokazov. Gradnja kakovosti na izkušnjah brez bazičnih raziskav je nevarna in zdravstvene nege nikoli ne bo umestila med znanstvene discipline. Če nimamo bazičnih raziskav, težko izvajamo aplikativne raziskave in ne moremo uvajati celovite kakovosti na osnovi dokazov (Skela Savič, 2008b).

Raziskujejo tiste medicinske sestre, ki jih k temu spodbudimo in ki imajo znanje. Polit in Beck (2008) pravita, da se od vsake diplomirane medicinske sestre ne pričakuje, da bo raziskovalka, ampak se od nje pričakuje, da svoje delo izvaja na osnovi dokazov in da s svojim vedenjem podpira razvoj raziskovanja, tako pa lahko deluje, če ima dobro bazično znanje o pomenu raziskovanja in o pomenu razvoja profesije. Diplomirane medicinske sestre so dolžne prebirati strokovne in znanstvene članke, deliti spoznanja in jih uporabljati v svoji praksi. Diplomirane medicinske sestre z magistrski in doktorati znanosti so dolžne spodbujati, voditi in izvajati raziskovanje.

Gill (2004) opisuje situacijo v Veliki Britaniji, kjer je usposobljenih medicinskih sester za raziskovalno delo premalo, raziskovalna kultura ni razvita ali je premalo razvita, rezultatom raziskav se daje premalo poudarka, raziskovalna tekmovalnost se odvija le v akademskih krogih. Wells, Free in Adams (2007) opisujejo ovire, ki medicinske sestre odvrtaajo od uporabe z dokazi podprte zdravstvene nege, kjer je v prvi vrsti prisotno predvsem pomanjkanje znanja. Po izvedenem izobraževalnem programu iz raziskovanja so medicinske sestre začutile potrebo po profesionalni rasti, pričele so uporabljati strokovno literaturo za reševanje kliničnih problemov, bližje jim je postalo vedenje in terminologija raziskovalcev in povečale so se aktivnosti na področju razvoja profesije.

Tako Polit in Beck (2008) pravita, da medicinske sestre svoje klinične odločitve sprejemajo na podlagi širokega spektra znanja. Znanje pridobijo kot študentke v okviru študijskega procesa, v času izvajanja poklica pa se učijo druga od druge. Toda večina tega, kar se medicinske sestre učijo, žal ne temelji na sistematičnem raziskovanju. Polit in Beck (2008) povzemata najpogostejše vire dokazov v zdravstveni negi, ki jih uporabljajo medicinske sestre:

- Tradicija in moč – Mnogo negovalnih intervencij temelji rajši na tradiciji, navadah in kulturi oddelka kot na podlagi dokazov.
- Oseba z avtoriteto – Strokovna presoja je prepuščena medicinski sestri, ki jo okolje prepozna kot osebo z veliko znanja in izkušenj.
- Klinične izkušnje posameznega oddelka – Funkcionalni vir znanja, ki izhaja iz znanj in izkušenj

posameznikov, je težko generalizirati. Gledano širše ta znanja in informacije ostajajo omejene na določena posameznika. Sprejemanje odločitev na takšni ravni lahko zmoti že nekoliko drugačen potek kliničnega problema pri pacientu, kjer medicinska sestra še nima izkušenj ne širšega znanja za reševanje le-tega. Tukaj si lahko pomagamo s kliničnimi informacijami, pridobljenimi na drugih oddelkih, vendar je njihova generalizacija zaradi omejenih kliničnih izkušenj ravno tako omejena.

- Preizkušanje in napake – Različne možne rešitve, pristopi se preizkušajo, dokler se problem ne reši. Ta metoda se sicer zelo pogosto uporablja v našem vsakdanjem življenju, vendar je za klinično prakso varljiva in tvegana, saj je pogosto nedokumentirana in zaradi tega nedostopna za nadaljnjo klinično prakso.
- Intuicija – Intuicija je tip znanja, ki ga ne moremo razložiti na bazi argumentov in kot posledice nekih učnih programov. Ko intuicija, slutnja ali predvidevanje kljub zapisanemu igrajo pomembno vlogo v praksi zdravstvene nege, je težko govoriti o razvoju profesije zdravstvene nege.
- Logično razmišljanje – Logično razmišljanje je na problem osredotočena metodologija, ki temelji na kombinaciji izkušenj, intelektualnih sposobnosti in formalnega sistema učenja. Induktivno razmišljanje je usmerjeno iz specifičnih spoznanj k splošnim. Deduktivno razmišljanje izhaja iz splošnih spoznanj, na osnovi katerih razvijemo specifična spoznanja ob reševanju nekega problema. Ne glede na vrsto razmišljanja je le-to prisotno pri delu medicinske sestre in igra vlogo pri raziskovanju. Logično razmišljanje kot vir dokazov je omejeno, saj je veljavnost razmišljanja odvisna od natančnosti informacij, ki jih pri tem uporabljamo.
- Zbiranje informacij – Pri sprejemanju kliničnih odločitev se zdravstveni delavci zanašajo na različne namensko zbrane informacije. Pri tem imajo vlogo tudi širše informacije na trgu, ki so povezane z zdravstvom, stroški v zdravstvu, kakovosti v zdravstvu, saj lahko vplivajo na razpravo in sprejemanje odločitev pri določenem kliničnem problemu.
- Raziskovanje stroke – Znotraj same stroke vodene raziskave dajo ozek pogled na problem. Zbirni dokazi in spoznanja iz strogih, natančnih in sistematičnih raziskav so tisto, kar stroki omogoča napredek in vzpostavlja pogoje za integracijo dokazov v širši proces.

## Raziskovanje v zdravstveni negi v svetu

Polit in Beck (2009) sta izvedli pregled kar 1072 raziskav v zdravstveni negi, objavljenih v obdobju 2005 do 2006 v revijah: *International Journal of Nursing Studies*, *Journal of Advanced Nursing*, *Journal of Clinical Nursing*, *Journal of Nursing Scholarship*, *Nursing*

Research, Qualitative Health Research, Research in Nursing and Health, Western Journal of Nursing Research. Ugotovili sta, da so raziskave v Evropi, Kanadi in Avstraliji usmerjene predvsem v raziskovanje profesije in medicinskih sester samih, medtem ko so raziskave v ZDA in Aziji usmerjene v paciente. Raziskave v azijskih državah ocenjujeta kot visoko kakovostne, usmerjene so v intervencije zdravstvene nege, probleme pacientov in vsebujejo dobre opise vzorcev, na katerih so bile izvedene. Vsekakor sta potrebna oba pristopa. Poleg tega, da je potrebno razumeti okolje, v katerem delujejo medicinske sestre, in da medicinske sestre morajo razumeti same sebe, je za razvoj učinkovite prakse zdravstvene nege potrebno predvsem spodbujati raziskave, ki se usmerjajo v paciente in delovanje zdravstvene nege na njih, ker bo le-to raziskovanje prineslo na dokazih temelječe odločanje v zdravstveni negi. Podobno so za avstralski prostor ugotovili Borbasi in sodelavci (2002) – predlagali so, da se raziskovanje v zdravstveni negi usmeri v nacionalne zdravstvene prioritete. Traynor, Rafferty in Lewison (2001) so odkrili, da je v Veliki Britaniji veliko več tako imenovanih endogenih raziskav (raziskovanje zdravstvene nege kot profesije) kot eksogenih (raziskave, usmerjene v paciente), toda Cecil, Thompson in Parahoo (2006) odkrijejo, da so v Veliki Britaniji eksogene raziskave mnogo bolj cenjene od endogenih. Polit in Beck (2009) odkrijeta, da je tudi financiranje raziskav, ki jih izvajajo medicinske sestre, mnogo večje, ko so raziskave usmerjene v paciente in klinično izboljševanje.

McCloskey (2008) povzema rezultate številnih raziskav, ki govorijo o ovirah za razvoj raziskovanja v zdravstveni negi. Tako literatura navaja, da sta ključni oviri pomanjkanje časa za branje člankov in vključevanje v raziskovalne aktivnosti in s tem povezana nizka podpora posamezniku, da se vključi v raziskovanje. Naslednja bariera je pomanjkanje znanja in veščin za razumevanje rezultatov raziskovanja (Fink, Thompson, Bonnes, 2005; Glacken, Chaney, 2004; Hutchinson, Johnston, 2004; McCleary, Brown, 2003a; 2003b; Parahoo, McCaughan, 2001; Restas, 2000; McCloskey, 2008). Spoznanja raziskovalcev so pomembna tudi za raziskovanje v zdravstveni negi v Sloveniji. Poleg znanja s področja raziskovanja, ki je pomanjkljivo, bodo medicinske sestre raziskovalke imele več možnosti, da pridobijo sredstva za raziskave, če bodo svoja raziskovalna vprašanja usmerjale v pacienta in njegovo zdravje. V članku želimo na osnovi pregleda literature in aktualnih dogodkov opozoriti na nekatere dejavnike, ki pomembno vplivajo na razvoj znanstvenoraziskovalnega dela v zdravstveni negi v razvitem svetu in so pomembni tudi za razvoj raziskovanja v zdravstveni negi v Sloveniji.

## Metoda

Kot metoda dela je bil izbran pregled literature. Obdobje pregleda literature je trajalo od aprila 2009 do

avgusta 2009. Uporabili smo vzajemno bibliografsko-kataložno bazo podatkov Virtualne knjižnice Slovenije (COBIB.SI) in *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). Uporabljene so bile naslednje ključne besede:

- v slovenskem jeziku: raziskovanje, zdravstvena nega;
- v angleškem jeziku: nursing research, professional development.
- V COBIB.SI smo poleg vnesenih ključnih besed vpisali še zahtevo članki in drugi sestavni deli ter slovenski jezik. Iskalnih zahtev po letnicah nismo omejili.

V CINAHL-u smo uporabili napredno iskanje. Najprej smo poskusili s ključnimi besedami, ki so prevod uporabljenih v slovenskem: »research and nursing care«. Dobili smo 1485 zadetkov. Nato smo naredili poizvedbo z »research and professional development«, kjer smo dobili manj zadetkov. Na enak način smo v COBIB.SI vnesli »raziskovanje, zdravstvena nega, razvoj« in dobili le pet zadetkov. Odločili smo se, da bomo v CINAHL-u uporabili ključne besede, ki nas usmerijo na manj zadetkov, in v COBIB.SI tiste, ki nam dajo več zadetkov. Poleg vnesenih ključnih besed »nursing research« in »professional development« smo uporabili še Boolov logični operator »and«. Drugi filtri niso bili uporabljeni, iskalnih zahtev tudi nismo omejili po letnicah. Za pregled dejavnikov, ki vplivajo na razvoj raziskovanja v zdravstveni negi, smo uporabili tudi nekatere priznane monografije s področja raziskovanja v zdravstveni negi.

## Rezultati

Rezultat iskanja s ključnimi besedami »raziskovanje, zdravstvena nega« v COBIB.SI je bil 34 zadetkov, od tega 24 prispevkov na konferencah in 10 člankov oz. sestavkov. Po osnovnem pregledu naslovov, izvlečkov in ključnih besed zadetkov smo devet zadetkov uvrstili v kategorijo tekstov, ki omenjajo raziskovanje v zdravstveni negi na posreden način. Analizirali smo preostalih 25 zadetkov, kjer avtorji opisujejo zdravstveno nego in raziskovanje. V Razpredelnici 2 so prikazani kriteriji analize in rezultati.

Zadetki v COBIB.SI so iz obdobja 1995 do 2009. Rezultati pokažejo, da se intenzivnost pisanja o raziskovanju stopnjuje, največ objav je v obdobju 2007 do 2009.

Na osnovi kvalitativnega pregleda zadetkov v COBIB.SI smo oblikovali tri vsebinske kategorije, ki opisujejo področja, na katera segajo zadetki:

- *kategorija 1 – osnovne informacije o potrebnosti raziskovanja, razlaga metod* (Pahor, 1995; 2002; Kvas, 2003a; Pajnikihar, 2004; Habjanič, 2008),

## Razpr. 2. Kriteriji analize zadetkov in rezultati.

Table 2. *Criteria of analysis and results.*

Kriterij analize v COBIB.SI	Rezultati
Število zadetkov v slovenskem jeziku	25
Obdobje nastanka zadetkov	1995–2000: 1 zadenek 2001–2006: 10 zadetkov 2007–2009: 14 zadetkov
Tipologija zadetkov (povzeto po tipologiji dokumentov/del za vodenje bibliografij v sistemu COBISS.SI)	1.01 – izvorni znanstveni članek: 0 zadetkov 1.02.– pregledni znanstveni članek: 2 zadetka 1.04 – kratki znanstveni prispevek: 2 zadetka 1.06 – objavljeni znanstveni prispevek na konferenci (vabljeni predavanje): 4 zadetki 1.08 – objavljeni znanstveni prispevek na konferenci: 10 zadetkov 1.09 – objavljeni strokovni prispevek na konferenci: 7 zadetkov

- *kategorija 2 – pomen raziskovanja v zdravstveni negi, stanje raziskovanja in nekateri vzroki stanja* (Grbec, 2001; Kvas, 2005; 2007; Pajnikihar, 2008a; 2008b; 2005; 2003; 2002; Skela Savič, 2009d; 2008b; 2008c; idr.),
- *kategorija 3 – širitev pomena raziskovanja v zdravstveni negi skozi primere iz prakse* (Kvas, 2003b; Kvas, Klemenc, 2008; Kadivec, 2008; Kobentar, Peterka - Novak, 2006; Urbančič, 2002, Ovijač, Kvas, Pahor, 2008).

V kategoriji 1 je bilo pet zadetkov, v kategoriji 2 14 zadetkov in v kategoriji 3 šest zadetkov. Kategoriji 1 in 3 sta enakovredni, medtem ko kategorija 2, ki opisuje pomen raziskovanja v zdravstveni negi, izstopa po zadetkih, saj predstavlja več kot polovico vseh zadetkov. Zadetki so iz obdobja 1989 do 2009.

Rezultat iskanja s ključnimi besedami »research and professional development« v CINAHL-u je bil 110 zadetkov, ki sodijo v kategorijo znanstvenih in strokovnih tekstov. Pregledali smo zadetke, dostopne v celotnem besedilu, le-teh je bilo 36. Iz obdobja pred letom 1995 je en članek, iz obdobja 1995–2000 sedem člankov, iz obdobja 2001–2006 16 člankov in iz obdobja 2007–2009 12 člankov, kar pomeni, da se intenzivnost pisanja o raziskovanju stopnjuje. Na osnovi kvalitativnega pregleda zadetkov smo oblikovali tri kategorije:

- *kategorija 1 – pogoji za razvoj raziskovanja in koristi raziskovanja* (Happell, Martin, 2004; Gill, 2004; Caan, McVicar, Shephard, 2005; Larkin et al., 2008; idr.),

- *kategorija 2 – raziskovanje v kliničnem okolju* (Loiselle et al., 2008; McKenzie, Doyle, Pigman, 2007; Darbyshire et al., 2005, idr.),
- *kategorija 3 – osnovna izhodišča o raziskovanju in prenosu dokazov v prakso* (Tagny, Haines, 2009; Winsett, Cashion, 2007; Happell, 2006; idr.).

Kategoriji 1 in 2 sta bili enakovredni in sta močno izstopali v primerjavi s tretjo kategorijo, v katero smo uvrstili le štiri zadetke.

## Razprava

Rezultati pregleda literature, najdene v COBIB.SI in mednarodni bazi CINAHL, pokažejo na razlike v vsebinah, na katere so osredotočeni pregledani zadetki. Rezultati pregleda v COBIB.SI kažejo, da slovenski avtorji usmerjajo največ pozornosti na pomen raziskovanja v zdravstveni negi, s prispevki želijo opozoriti na pomembnost razvoja le-tega in opozarjajo na nekatere vzroke, kjer je v ospredju znanje o raziskovanju in zavedanje pomena raziskovanja pri medicinskih sestrah. Rezultati pregleda tujih raziskav v bazi CINAHL pokažejo, da so avtorji usmerjeni predvsem v prikaz rezultatov kliničnega raziskovanja in analizo pogojev za nadaljnji razvoj raziskovanja, poudarjajo tudi koristi raziskovanja, medtem ko osnovnim informacijam o pomenu raziskovanja v zdravstveni negi in zavedanju pomena raziskovanja ne posvečajo veliko pozornosti. Pregled literature torej pokaže, da smo v Sloveniji še v fazi, ko so v ospredju aktivnosti, ki predstavljajo pomen raziskovanja za zdravstveno nego in odkrivajo ovire za razvoj raziskovanja. V nadaljevanju razprave bomo poskušali pojasniti vzroke za dobljene rezultate.

### *Slovenska zdravstvena nega – ovire in priložnosti za raziskovanje*

Vloga zdravstvene nege je v slovenski družbi pogosto zanemarjena, povezuje se predvsem z izvajanjem medicinskotehničnih posegov in prijaznostjo ter ustrežljivostjo medicinskih sester. Zdravstvena nega ima svoje lastne kompetence v procesu obravnave pacienta, ki se jih medicinske sestre v kliničnem delu pogosto ne zavedajo ali jim dajejo premalo poudarka in s tem same vplivajo na prepoznavnost in vlogo zdravstvene nege v družbi (Skela Savič, 2008c; 2009a).

Medicinske sestre same težko opišejo svoje področje dela in nimajo dokazov, da tisto, kar delajo, dejansko vpliva na zdravstveno stanje pacienta in pripomore k celotnemu delovanju zdravstvenega sistema. Slovenska zdravstvena nega se sooča s posledicami nerazvitega visokošolskega podiplomskega izobraževanja, ki je trajalo do leta 2007, ko se je pričel prvi magistrski študij zdravstvene nege. Posledica tega je slabo razvito znanstvenoraziskovalno delo. Pomembna je tudi bariera znanja tujega jezika, saj je vsa sodobna literatura v zvezi



z razvojem zdravstvene nege v angleškem jeziku (Skela Savič, 2009c).

Pomembno vlogo pri razumevanju rezultatov pregleda literature ima tudi sistem sprejetih vrednot in organizacijske kulture v zdravstvenih zavodih, ki ni spodbuden za razvoj zdravstvene nege kot stroke in znanstvene discipline. Raziskave so pokazale, da je v ospredju kultura usmerjenosti vase, stabilnosti, stalnosti, zanesljivosti, učinkovitosti, kontrole in nizkih stroškov (Skela Savič, 2006; Skela Savič, Pagon, Robida, 2007; Skela Savič, Pagon, 2008). Medicinske sestre se v odnosu do zdravnikov počutijo podrejene, dojemajo jih kot poklicno skupino, ki ustvarja hierarhična razmerja med člani zdravstvenega tima (Skela Savič, Pagon, 2008). Do podobnih ugotovitev je prišla Pahor (1997), v raziskavi, ki je potekala na vzorcu študentov zdravstvene nege. Ugotovila je, da so medicinske sestre z visokošolsko izobrazbo sprejete kot pomočnice zdravniku. Ovičaj s sodelavci (2007) v obsežni raziskavi med različnimi poklicnimi skupinami v zdravstvu ugotavlja, da le 12 % tehnikov zdravstvene nege in 4 % visokošolsko izobraženih medicinskih sester ocenjujejo, da zdravniki spoštujejo njihovo stroko. Yazbeck (2004) ugotavlja, da zdravniki kažejo usmerjenost v hierarhijo in individualizem, manj si želijo sistematičnosti.

Poleg neugodnih organizacijskih pogojev za razvoj zdravstvene nege je za trenutno obdobje v Sloveniji značilno prepletanje različnih interesov na področju profesionalnega razvoja in izobraževanja v zdravstveni negi. Politika in zdravstveni menedžment težko dojemata dejstvo, da je izobraževanje medicinskih sester na visokošolski ravni bazično izobraževanje za dejavnost zdravstvene nege in da mora potekati v skladu z Evropsko direktivo za regulirane poklice (Direktiva, 2005), v skladu z bolonjsko prenovo in drugimi usmeritvami, kot so Okvir kompetenc za medicinske sestre (ICN, 2003), Evropska strategija izobraževanja za zdravstveno in babiško nego (WHO, 2000), Bolonjski proces (EFN, 2007) in Sinergija EU direktive 36, Bolonija in evropski okvir kvalifikacij (EFN, 2008).

Globalno pomanjkanje diplomiranih medicinskih sester je znano, dobro je opisano v literaturi in medijsko prepoznavno (Beres, 2006). V Sloveniji ne govorimo o točnih številkah, ker se znotraj sistema organiziranja zdravstvene nege srečujemo s problemom izobraževanja kadra na dveh stopnjah, to je na srednješolskem in visokošolskem strokovnem nivoju. Po podatkih Zbornice zdravstvene nege Slovenije iz avgusta 2009 je v Sloveniji registriranih 19.195 zaposlenih v zdravstveni negi, od tega jih ima samo 5712 (29,76 %) visokošolsko strokovno izobrazbo, ki ustreza direktivam EU, 13483 (70,26 %) je srednjih medicinskih sester/tehnikov zdravstvene nege, ki imajo končano srednjo zdravstveno šolo (Skela Savič, 2009d).

Podatki kažejo, da se v neposredni praksi srečujemo s premajhnim številom visokostrokovnega kadra na področju zdravstvene nege, kar pomeni, da srednješolsko

izobražen kader dnevno pri svojem delu presega svoje poklicne kompetence, ki jih pridobi z usposabljanjem v srednješolskih programih in pripravištvom. Na drugi strani pa na strani delodajalcev ni zaznati zaskrbljenosti zaradi pomanjkanja diplomiranih medicinskih sester in zaradi posledičnega prenosa del in nalog diplomiranih medicinskih sester na tehnike zdravstvene nege. Obstaja nevarnost, da bo ekonomski vidik sistema zagovarjal stališče, da je srednješolsko izobraženi kader v zdravstveni negi ustrezen za izvajanje zdravstvenih storitev na področju zdravstvene nege kljub jasnim usmeritvam direktive Evropske unije, kdo je nosilec zdravstvene nege in kako mora biti le-ta izobražen (Skela Savič, 2008c; 2009c, 2009d). Kako to vpliva na kakovost zdravstvene obravnave v Sloveniji, še ni bilo raziskano. Pomembna izhodišča na področju kadrov v zdravstveni negi je dala Albrehtova raziskava (2004), ki na osnovi izračunanih demografskih trendov in povečanih zahtev po zdravstveni obravnavi opozori na pomanjkanje diplomiranih medicinskih sester v Sloveniji do leta 2033. Učinek te raziskave je bil povečan vpis na obstoječe visokošolske programe za diplomirane medicinske sestre od leta 2005 naprej in ustanovitev novih visokošolskih zavodov za izobraževanje diplomiranih medicinskih sester. Toda ustanavljanje novih šol je odprlo nova vprašanja na področju ustrezne usposobljenosti visokošolskih učiteljev in visokošolskih strokovnih sodelavcev ter učnih baz in njihovih mentorjev za izvajanje programov prve stopnje s področja zdravstvene nege.

### *Izobraževanje in razvoj raziskovanja*

V letu 2007 je bilo v Sloveniji prvič možno vpisati magistrski študij zdravstvene nege, leta 2010 bodo v delovno okolje prišli prvi magistri zdravstvene nege v Sloveniji. S tem so vzpostavljeni prvi pogoji za razvoj kliničnega raziskovanja v zdravstveni negi. Do sedaj so medicinske sestre, ki so študirale na drugih dodiplomskih programih za pridobitev univerzitetne izobrazbe in podiplomskih programih za pridobitev magisterija in doktorata znanosti, raziskovale predvsem na področju menedžmenta, kakovosti in dojemanja lastne profesije, saj jim omenjeni programi niso podali dovolj teoretičnega znanja in razvojnih izzivov za raziskovanje lastne profesije s kliničnega vidika.

Diplomant programa prve stopnje zdravstvene nege, usklajenega z Evropsko direktivo, pridobi osnovna znanja in kompetence za raziskovalno delo. Ta znanja je potrebno nadgrajevati v okviru vseživljenjskega in poklicnega učenja v kliničnem okolju, kjer se diplomant zaposli. Proces obravnave pacienta z vidika zdravstvene nege se mora odvijati kot integracija znanj, dokazov in veščin, ki jih zaposleni nenehno razvijajo, se o njih pogovarjajo, se sprašujejo, kaj delajo, kako delajo, kaj bi lahko izboljšali in kako. Za vpeljavo raziskovanja kot vsakdanjega orodja za delo medicinskih sester je potrebno medgeneracijsko sožitje in vključevanje zna-



nja novincev v reševanje kliničnih problemov z vidika raziskovalnega pristopa (Skela Savič, 2009c).

Toda potrebe sodobne družbe od diplomiranih medicinskih sester zahtevajo vedno več znanja, z Evropsko direktivo za regulirane poklice je predpisano izobraževanje le bazično izhodišče za nadaljnje izobraževanje medicinskih sester za potrebe zdrave in bolne populacije. Sheer in Wong (2008) pravita, da je nadaljnje izobraževanje po zaključeni diplomii postalo globalni trend. Mednarodni svet medicinskih sester definira medicinsko sestro z naprednimi znanji ali »advanced practice nurse« kot diplomirano medicinsko sestro, ki ima pridobljeno ekspertno znanje, kompleksne sposobnosti odločanja in klinične kompetence za razširjeno delovanje na nekem področju dela. Za doseganje naštetih kompetenc se pričakuje magisterij iz zdravstvene nege kot vstopni pogoj za doseg naziva »advanced practice nurse«. Zabalegui s sodelavci (2006) navaja koristi Bolonjskega procesa za zdravstveno nego, saj ponuja velike priložnosti na področju izobraževanja medicinskih sester, npr. univerzitetno izobrazbo kot vstopni pogoj za delo v zdravstveni negi (240 ECTS – European Credits Transfer System), pri čemer se univerzitetni programi od visokošolskih strokovnih (180 ECTS) razlikujejo po tem, da ponujajo več znanja na področju raziskovanja in razvoja profesije. Bolonjska prenova je tudi enkratna priložnost za razvoj vertikale izobraževanja v zdravstveni negi (magistrski in doktorski študij zdravstvene nege), kar bo omogočilo, da bodo medicinske sestre študirale v lastni profesiji (Zabalegui et al., 2006). Ključnega pomena je, da bolonjski proces ponuja možnosti za razvoj vertikale v izobraževanju iz zdravstvene nege v državah, kjer to do danes še ni razvito, in s tem razvoj znanstvenoraziskovalnega dela in razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline.

V Razpredelnici 3 so prikazani nivoji izobraževanja medicinskih sester in uporabna vrednost znanja, ki ga bodo medicinske sestre pridobile na področju raziskovanja na vseh treh bolonjskih stopnjah, ki so v Sloveniji v razvoju. Vsaka stopnja izobrazbe medicinskim sestram prinaša nadgradnjo znanj na področju raziskovanja in jih postavlja pred nove odgovornosti na tem področju. V Razpredelnici 4 je prikazan primer akademizacije poklica, ki se je medicinske sestre v Sloveniji ne smejo bati, temveč jo morajo vzeti kot svoj izziv. Le na ta način bodo lahko razvile svojo stroko, jo uvrstile na seznam znanstvenih disciplin in poučevale naslednje generacije na vseh treh bolonjskih stopnjah.

Pot, ki jo morajo prehoditi medicinske sestre v Sloveniji, da bodo dosegle akademizacijo poklica, je povezana z znanstvenoraziskovalnim delom, objavljanjem rezultatov raziskovalnega dela in izboljševanjem kliničnega dela na podlagi domačih in tujih raziskav. Zdravstvena nega v Sloveniji ni priznana kot znanstvena disciplina in ni v šifrantu raziskovalnih področij, kar pomeni, da za znanstveni razvoj tega področja ni razpisanih direktnih raziskovalnih sredstev, kar posredno vpliva tudi na razvoj raziskovanja v zdravstveni negi. Toda dejavniki razvoja raziskovanja v zdravstveni negi niso povezani samo z možnostjo pridobivanja sredstev za raziskovanje na razpisih v Sloveniji in izven, potrebno je vzpostaviti interes za raziskovanje, razviti kandidate, ki bodo usposobljeni za raziskovanje in bodo imeli pogoje ter reference za kandidiranje na razpisih Javne agencije za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije (ARRS), razpisih ministrstev, evropskih razpisih idr. Prav tako je potrebno raziskovanje v zdravstveni negi razvijati tudi z lastnimi sredstvi zdravstvenega zavoda. Pomembno vlogo pri opisanem ima Zbornica – Zveza (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –

### Razpr. 3. Nivoji izobraževanja v zdravstveni negi in uporabna vrednost znanja o raziskovanju.

Table 3. *Levels of education in nursing and practical value of research knowledge.*

1. stopnja: 180 ECTS, najmanj 90 ECTS klinične prakse (2300 ur)	2. stopnja: 120 ECTS	3. stopnja: 180 ECTS
Mesto dipl. m. s. je ob bolniku, študijski program je usmerjen v izobraževanje in usposabljanje za klinično delo (Direktiva evropskega parlamenta in sveta 2005/36/ES). Dipl. m. s. razume pomembnost raziskovanja in spremljanja lastnega dela ter pri tem sodeluje in daje pobude. Vključena je v time izboljševanja klinične prakse, raziskovalne time, time za standardizacijo dela, zbira strokovne informacije na svojem področju dela, je mentorica študentom 1. stopnje.	Mesto dipl. m. s. z magisterijem iz zdravstvene nege je ob bolniku, z nalogo in odgovornostjo za sistematično spremljanje in izboljševanje kliničnega dela. Magistrica zdravstvene nege si postavlja raziskovalna vprašanja v dnevni klinični praksi, vodi in sodeluje v raziskavah na oddelku, v negovalnem in širšem zdravstvenem timu ter celotni organizaciji. Vodi time za izboljševanje klinične prakse, je pobudnica sprememb in izboljšav, mentorica študentom 1. stopnje, visokošolska učiteljica na 1. stopnji, zbira in uporablja znanstvene informacije, piše strokovne in znanstvene članke.	Mesto dipl. m. s. z doktoratom iz zdravstvene nege je ob bolniku, z nalogo in odgovornostjo za razvoj in aplikacijo temeljnega znanja s področja zdravstvene nege. Njeno delo se kaže v vodenju in usmerjanju kliničnih in temeljnih raziskav za postavitev standardov, smernic, teorij in razvoja novih pristopov v obravnavi. Je povezovalka potreb kliničnega okolja in temeljnega znanja profesije, je nosilka znanstvenih in strokovnih projektov za prijavo razpisov v RS in EU, je visokošolska učiteljica na 2. in 3. stopnji, piše znanstvene članke, skrbi za prenos znanstvenega mišljenja in dokazov v neposredno delo.

Razpr. 4. *Primer kariernega razvoja poklica v zdravstveni negi.*

Table 4. *Example of career development in nursing profession.*

Zdravnik	<i>Primer za zaposlovanje v poklicu:</i> IME IN PRIIMEK, dr. med., spec. internist
	<i>Primer akademizacije poklica:</i> Prof. dr. IME IN PRIIMEK, dr. med., spec. internist
Diplomirana medicinska sestra	<i>Primer za zaposlovanje v poklicu:</i> IME IN PRIIMEK, dipl. m. s., spec. anes. zn.
	<i>Primer akademizacije poklica:</i> IME IN PRIIMEK, dipl. m. s., mag. zn., spec. anes. zn. Prof. dr. IME IN PRIIMEK, dipl. m. s., mag. zn., spec. anes. zn.

Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije), društva in sekcije na področju zdravstvene nege.

### *Kako naprej?*

Medicinske sestre v slovenski zdravstveni negi želijo avtonomijo v svoji stroki. Weston (2009) povzema rezultate raziskav in ugotavlja, da kjer medicinske sestre poročajo o svoji veliki avtonomiji, v enaki meri spregovorijo tudi o uvedeni kontroli nad izvajanjem prakse zdravstvene nege. Rezultati opisane sinergije se kažejo s pozitivnimi izidi zdravstvene oskrbe za paciente, večjim zadovoljstvom medicinskih sester, manjšo fluktuacijo in nižjo mortaliteto pri pacientih. Weston natančno povzame pojma klinična in delovna avtonomija. Klinična avtonomija je avtoriteta, svoboda in previdnost pri indikaciji kliničnih presoj in s tem povezanih intervencij za individualnega pacienta, ki temeljijo na znanju in veščinah medicinske sestre, standardih in celotnem medsebojno odvisnem poteku obravnave pacienta (Kramer, Maguire, Schmalenberg, 2006; Kramer, Schmalenberg, 2003; Steward, Stansfield, Tapp, 2004; Weston, 2009). Delovna avtonomija pa je vezana na parametre, kot so: možnost vplivanja na delovni čas, delovne naloge, metode dela, kriterije za merjenje ciljev idr. (Weston, 2009). Kakšno avtonomijo si želijo slovenske medicinske sestre, delovno ali klinično? Za prevzemanje klinične avtonomije je potrebno sprejeti odgovornost za znanje, veščine, na dokazih temelječe delovanje in odgovornost za razvoj profesije.

Problem slabo razvite profesije zdravstvene nege v Sloveniji je večplasten. V prvi vrsti gre za nerazvito vertikalno izobraževanje, saj so se prvi magistrski programi iz zdravstvene nege začeli izvajati šele v letu 2007. V Sloveniji ni doktorskega študija zdravstvene nege, kar pomeni slabo razvito znanstvenoraziskovalno delo na tem področju. Prav tako se pojavlja vprašanje

o potrebnosti magistrskega študija in zaposljivosti magistrstrov zdravstvene nege. Če bodo medicinske sestre želele svoje delo in svoje znanje prikazati kot potrebno za delovanje zdravstvenega sistema v potrebah današnjega časa, bodo morale najprej znati jasno povedati in argumentirati svojo vlogo v zdravstvenem timu. Vloga temelji na izhodiščih, da medicinska sestra na osnovi svojega znanja, izkušenj in rezultatov raziskav pomaga pacientu pri soočanju z boleznijo, sodeluje pri zdravljenju, preprečevanju in obvladovanju stranskih učinkov zdravljenja, pacienta osvešča in vzgaja, rešuje probleme na področju prizadetih življenjskih aktivnosti, gradi socialno mrežo, resurse z in za pacienta, koordinira zdravstveno obravnavo ter pripravlja pacienta na odpust in življenje z boleznijo. Pri tem uporablja različne teoretične koncepte in znanstvene dokaze. Pajnkihar (2008a) na osnovi izvedene raziskave pravi, da si medicinske sestre želijo teorijo, ki bo enostavna, razumljiva in bo pacienta postavila v središče obravnave kot enakovrednega partnerja ter bo dajala jasne smeri v praksi.

Medicinske sestre v Sloveniji morajo preseči obdobje raziskovanja samega sebe, dojemanja profesije, vloge v družbi, nujnosti izobraževanja, načina izobraževanja, saj je to obdobje raziskovanja po navedbah Polit, Beck (2008) zaznamovalo razviti svet po drugi svetovni vojni do leta 1970 in je danes urejeno s številnimi deklaracijami, evropskimi direktivami in temeljnimi raziskavami, ki pomembno pojasnjujejo vlogo zdravstvene nege v družbi. Prav tako Polit in Beck poudarjata, da je financiranje raziskav mnogo večje, ko so raziskave usmerjene v paciente. Borbasi in sod. (2002) so predlagali, da se mora raziskovanje v zdravstveni negi usmeriti v nacionalne zdravstvene prioritete. Skela Savič pravi (2009d), da je paradigma pomena zdravstvene nege v zdravstvenem varstvu danes poznana in je ni potrebno dokazovati na ravni države Slovenije. Vsekakor je raziskovanje samega sebe pomembno za krepitev profesionalne identitete, vendar se mora danes ob tem vzporedno in bistveno močnejše razvijati raziskovanje kliničnega dela medicinskih sester. Le na osnovi dokazov o vplivu in pomenu intervencij zdravstvene nege ter razvoju novih spoznanj na tem področju, bo zdravstvena nega razvijala temelje za priznavanje zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Za rezultate kliničnega raziskovanja morajo biti zainteresirani menedžerji v zdravstveni negi.

Medicinske sestre morajo v raziskovanju svojega dela prepoznati moč za uvajanje sprememb in izboljševanje kliničnega dela. Achterberg, Schoonhoven in Grol (2008) pravijo, da je potreben analitičen in premišljen pristop pri izboljševanju obstoječe klinične prakse. Uporaba teorij s področja uvajanja sprememb lahko pospeši uvajanje na dokazih temelječe zdravstvene nege. Praksa zdravstvene nege se mora usmeriti v preverjanje učinkovitosti svojega delovanja v povezavi z vsakim posameznim pacientom, delovnim timom in zdravstveno organizacijo. Tagney in Haines (2009) spodbujata inovativne pristope pri vzpostavitvi razisko-

vanja, kar naj se kaže v ustrezni organizacijski strukturi in organizacijski kulturi, ki spodbuja raziskovanje in delo na osnovi dokazov.

Od vsake medicinske sestre se danes pričakuje, da ve, zakaj je raziskovanje potrebno, da razume osnovne koncepte raziskovanja in da raziskovanje podpira. Stetler (2003) pravi, da vse medicinske sestre ne bodo vključene v razvoj raziskovanja, toda od njih se pričakuje, da znajo rezultate prenesti v izboljševanje neposredne prakse. To zahteva pozitiven pristop do raziskovanja. Podobno navajata Polit in Beck (2008). Za ustvarjanje organizacijske kulture, ki izhaja iz na dokazih temelječe prakse, je potrebno zaposlene izobraževati na tem področju, jih spodbujati za razvoj in inovativnost ter graditi podporni sistem, kot so mentorstvo, timsko delo, uvajanje novih tehnologij, spremljanje dela, dokazov idr. Ključni so vodje, ki gradijo takšno kulturo in izražajo vedenje, da je raziskovanje pomembno za prakso zdravstvene nege (Stetler, 2003). Za rezultate kliničnega raziskovanja morajo biti zainteresirani menedžerji v zdravstveni negi. Menedžment zdravstvene nege se mora iz servilne funkcije organiziranja, podpiranja, oskrbovanja preleviti v funkcijo, ki sprejema odločitve na bazi kliničnih, aplikativnih in temeljnih raziskav. Šele skozi to bo izgradnja modela vertikalnega izobraževanja v zdravstveni negi (prva, druga in tretja bolonjska stopnja) v Sloveniji dobila svojo težo in mesto v družbi.

V nekaterih krogih se pojavlja občutljivo vprašanje, ali bodo medicinske sestre z magisteriji iz zdravstvene nege zaposeljive. Vprašanje zagotovo ima svojo paralelo – pri zdravnikih se spodbuja podiplomski študij, ob čemer nihče ne pomišlja o njihovi zaposljivosti. Zaradi višje izobrazbe se medicinskim sestram delovne kompetence v kliničnem okolju ne povečujejo, povečujejo pa se kompetence na področju raziskovanja, razvoja stroke in vključevanja v izvajanje visokošolskih programov (Skela Savič, 2008c; 2009c; 2009d). Glede na aktualne razmere v slovenskem zdravstvu, ki se kažejo zlasti v zahtevnosti multidisciplinarnih zdravstvenih obravnav in potrebi po spremljanju in nenehnem izboljševanju dela, mora menedžment zdravstvene nege spreminjati kadrovske strukture v zdravstveni negi v prid diplomiranih medicinskih sester tako, da:

- poveča zaposlovanje dipl. m. s. na letnem nivoju in jih razporeja v izmensko delo glede na ugotovljene potrebe pacientov po zdravstveni negi;
- spodbuja razvoj raziskovanja in izobraževanje medicinskih sester na vseh treh bolonjskih stopnjah;
- spodbuja in oblikuje raziskovalne projekte in raziskovalne time za klinično raziskovanje s ciljem izboljševati klinično delo;
- izdela časovni plan prestrukturiranja kadrov na delovnih mestih, ki zahtevajo 7. stopnjo izobrazbe, a na njih delajo kadri s 5. stopnjo izobrazbe, kar glede izobraženosti za poklic ne ustreza zahtevam EU.

Menedžment zdravstvene nege mora začeti sprejemati odločitve na osnovi rezultatov kliničnega raziskovanja, kar pomeni, da mora, po vzoru menedžerk zdravstvene nege v ZDA iz 70. let prejšnjega stoletja, v neposrednem kliničnem okolju spodbujati delovanje, utemeljeno na dokazih. Le na osnovi kliničnih dokazov in s pomočjo združenj uporabnikov storitev bo politika pripravljena nameniti več sredstev za zaposlovanje v zdravstveni negi, saj bo imela dokaze, da več znanja prinaša večjo kakovost dela, manj zapletov in s tem prihrankov v zdravstveni obravnavi. Slovenski zdravstveni sistem se zato ne sme bati, kaj mu bodo prinesle izobražene medicinske sestre. V tem ne sme videti le stroškov, ampak mora stremeti k temu, da se razmerje med srednješolsko in visokošolsko izobraženim kadrom v zdravstveni negi nenehno povečuje v korist visokošolskega kadra (Skela Savič, 2008c; 2009c; 2009d).

Pomembno odgovornost pri razvoju profesije zdravstvene nege v Sloveniji imajo medicinske sestre same, saj morajo zavzeti stališče, da vzrok oz. namen magistrskega študija ni beg od bolniške postelje ali potegovanje za novo delovno mesto, ampak da višja izobrazba pomeni več znanja za izvajanje kakovostnejše zdravstvene nege na obstoječem delovnem mestu v kliničnem okolju. Znanje naj ne beži v pisarne, uporablja in razvija naj se ob bolniku in razširja v timski metodi dela ter predaja študentom. Piramido vrednostnega sistema v Sloveniji, po kateri diplomirane medicinske sestre delajo samo dopoldne in to predvsem na delovnih mestih, kjer organizirajo delovni proces, je potrebno obrniti. V neposrednem delovnem okolju je v 24-urnem procesu zdravstvene obravnave potrebno povečati število diplomiranih medicinskih sester, ki so izobražene v skladu z direktivo EU, in zmanjševati število srednješolsko izobraženega kadra. Le na ta način lahko povečujemo kakovost zdravstvene oskrbe, ki mora temeljiti tudi na z dokazi podprti zdravstveni negi. Mesto diplomirane medicinske sestre je ob bolniku, študijski programi so v prvi vrsti usmerjeni v izobraževanje in usposabljanje za klinično delo (Direktiva, 2005). Znanja, ki jih potrebuje diplomirana medicinska sestra za vodenje in organizacijo, niso osrednje vsebine programa Zdravstvena nega in jih je potrebno pridobiti v podiplomskem izobraževanju. Enako velja za druge študijske programe za izobraževanje v zdravstvu (Skela Savič, 2008c; 2009b; 2009d).

Izvajalci študijskih programov morajo prevzeti odgovornost in pripravljati in izvajati programe, ki bodo temeljili na prenosu znanja v klinično okolje. Zato je pomembni moment, ki ga morajo upoštevati odgovorni za akreditacijo programov na vseh treh bolonjskih stopnjah na področju zdravstvene nege v Sloveniji, usposobljenost visokošolskih učiteljev in visokošolskih sodelavcev (Skela Savič, 2008c; 2009c; 2009d). V Sloveniji izvajamo tudi srednješolsko izobraževanje na področju zdravstvene nege, ki pa nikakor ne ustreza naštetim usmeritvam in direktivi EU, zato kader s srednješolsko izobrazbo ne sodi v različne evidence in



statistične podatke, ko se navzven prikazujejo podatki o številu medicinskih sester v Sloveniji.

Razumevanje zdravstvene nege same kot profesije, izgradnja znanstvenoraziskovalnega dela, zagovarjanje pomena razvoja profesije s strani menedžmenta zdravstvene nege in medicinskih sester samih, prepoznavanje in izgradnja vrednot, ki so »duša« zdravstvene nege in jo vodijo tako na zavedni kot nezavedni ravni, z evropsko regulativo usklajen in kakovostno izveden študij na vseh bolonjskih stopnjah so ključnega pomena za vzpostavljanje zavedanja o pomenu zdravstvene nege v sistemu in družbi. Le aktivnosti menedžmenta in aktivnosti vsake medicinske sestre bodo danes prepoznano razvrednotenje zdravstvene nege lahko preusmerile v upoštevanje zdravstvene nege kot pomembne akterke pri zdravstveni obravnavi posameznika in družbe ter kot pomembne akterke pri načrtovanju in vodenju zdravstvene politike. Horton, Tschudin in Forget (2007) pravijo, da je potrebno zdravstveno nego postaviti na zemljevid novih priložnosti, ki nas čakajo v zdravstvu. Prevladujoča bo postala zdravstvena nega na domu, pri čemer imajo medicinske sestre idealno priložnost, da ponudijo svoje znanje in izkušnje pri novi orientaciji potreb v zdravstvu.

Če želijo biti medicinske sestre vključene v oblikovanje prihodnosti zdravstvene politike, morajo danes prepoznati in začeti graditi vrednote, ki bodo zajele lokalno in globalno problematiko in politiko na področju zdravstva. Allan, Tschudin in Horton (2008) pravijo, da je zdravstvena nega kot delovna sila velik aparat, večji od medicine in da ima širok vpliv na zdravje ljudi. Potrebno je delovati na temelju lokalnih vrednot, a razmišljati globalno in povzemanj globalne vrednote, kot so humanost, dostojanstvo in spoštovanje. Medicinske sestre morajo dejstva, ki jih uporabljajo za odločanje pri svojem delu, potrditi z že obstoječimi dokazi ali poskrbeti, da bodo na osnovi znanstvenoraziskovalnega dela same dokazale, da se odločajo pravilno. K temu morajo dodati še etične norme (empatija, spoštovanje), feministično etiko, pravičnost in enakost. Pajnikihar (2008a) temu dodaja še pomen partnerskega odnosa v zdravstvenem timu, kjer poudari pomen spoštovanja, dostojanstva, zaupanja, empatije, avtonomije pacienta, informiranja pacienta in sprejemanja odločitev. Globalna delovna sila postaja raznolika in prehodna, zato tudi vrednote postajajo bolj kompleksne (Smith et al., 2006).

## Zaključek

Zdravstvena nega v Sloveniji ni priznana znanstvena disciplina. Iz vase zazrtega pogleda se mora usmeriti v izboljševanje klinične prakse. Le na ta način se bo lahko v okviru študija pridobljeno znanje o raziskovanju in znanje, pridobljeno v okviru vseživljenjskega učenja, usmerilo v zaznavanje kliničnih problemov in prevzemanje odgovornosti za njihovo reševanje s pomočjo z

dokazi preverjenih metod in lastnega raziskovalnega dela. Ta razvoj je potrebno močno podpreti s strani menedžerjev in vodij v zdravstveni negi in s strani poklicnih združenj, ki morajo znatni delež sredstev nameniti razvoju raziskovanja. Tako bodo nastale pomembne magistrske, doktorske in podoktorske raziskave, ki bodo podpirale klinično prakso in vplivale na izboljševanje prakse in metodologije raziskovanja. To so dosežki, za katere se zanimajo združenja bolnikov in mediji, in leto bo umestilo zdravstveno nego na polje znanstvenih disciplin, ji dalo priznanje v družbi in imelo vpliv na zdravstveno politiko.

Ključni premik morajo narediti medicinske sestre same, predvsem morajo jasno znati opisati lastno vlogo pri obravnavi pacienta: »Medicinska sestra na osnovi svojega znanja, izkušenj in rezultatov raziskav pomaga pacientu pri soočanju z boleznijo, sodeluje pri zdravljenju, preprečevanju in obvladovanju stranskih učinkov zdravljenja, pacienta osvešča in vzgaja, rešuje probleme na področju prizadetih življenjskih aktivnosti, gradi socialno mrežo, resurse z in za pacienta, koordinira zdravstveno obravnavo ter pripravlja pacienta na odpust in življenje z boleznijo ter pri vsem tem uporablja različne teoretične koncepte in spoznanja, ki so plod nenehnega spremljanja lastnega dela in raziskovanja.« Jasna definicija lastnega dela je osnova za postavitev vprašanj o lastnem delu, za iskanje dokazov in izboljševanje kliničnega dela.

## Literatura

1. Achterberg T, Schoonhoven L, Grol R. Nursing implementation science: how evidence-based nursing requires evidence-based implementation. *J Nurs Scholarsh.* 2008;40(4):302–10.
2. Albrecht T. Analiza preskrbljenosti z medicinskimi sestrami ter ovrednotenje stopenjskih ukrepov in projekcij do leta 2033. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2004.
3. Allan H, Tschudin V, Horton, K. The devaluation of nursing: a position statement. *Nurs Ethics.* 2008;15(4):549–56.
4. Beres J. Staff development to university faculty: reflections of a nurse educator. *Nurs Forum.* 2006;41(3):141–5.
5. Borbasi S, Hawes C, Wilkes L, Stewart M, May D. Measuring the outputs of Australian nursing research published 1995–2000. *J Adv Nurs.* 2002;38(5):489–97.
6. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall MN. Improving the quality of health care: research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Br Med J.* 2003;326(7393):816–9.
7. Caan W, McVicar A, Shephard V. Making the most of research opportunities for nursing. *Nurs Stand.* 2005;20(5):41–5.
8. Cecil R, Thompson K, Parahoo K. The research assessment exercise in nursing: learning from the past, looking the future. *J Adv Nurs.* 2006;15(4):395–402.
9. Darbyshire P, Downes M, Collins C, Dyer S. Moving from institutional dependence to entrepreneurialism. Creating and funding a collaborative research and practice development position. *J Clin Nurs.* 2005;14(8):926–34.
10. Direktiva 2005/36/ES Evropskega parlamenta in Sveta o priznavanju poklicnih kvalifikacij. Evropska unija. Evropski parlament. Strasbourg: European Parliament; 2005.
11. Ehrenfeld M, Eckerling S. Perceptions and attitudes of registered nurses to research: a comparison to a previous study. *J Adv Nurs.* 1991;16(2):224–32.

12. EFN, European federation of nurses. EFN policy statement. Bologna process. June 2007. Dostopno na: <http://www.efnweb.org/version1/en/index.html> (19.1.2009).
13. EFN, European federation of nurses. EFN policy statement. Synergy EU Directive 36, Bologna and European qualifications framework. October 2008. Dostopno na: <http://www.efnweb.org/version1/en/index.html> (19. 1. 2009).
14. Fink R, Thompson CJ, Bonnes D. Overcoming barriers and promoting the use of research in practice. *J Nurs Adm.* 2005;35(3):121–9.
15. Grbec V. Raziskovanje v zdravstveni negi v preteklosti. In: Klemenc D, Pahor M, eds. *Medicinske sestre v Sloveniji*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2001: 3–6.
16. Gill P. Professional issues. Difficulties in developing a nursing research centre in the UK. *Br J Nurs.* 2004;13(14):876–8.
17. Glacken M, Chaney D. Perceived barriers and facilitators to implementing research findings in the Irish practice setting. *J Clin Nurs.* 2004;13(6):731–40.
18. Green B, Segrott J, Priest H, Rout A, McIvor M, Douglas J, et al. Research capacity for everyone? A case study of two academic nursing schools' capacity building strategies. *J Res Nurs.* 2007;12(3):247–65.
19. Habjanič A. Kvalitativno raziskovanje v zdravstveni negi z metodo analize besedila. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Ramšak Pajk J, eds. 1. mednarodna znanstvena konferenca. Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: zbornik predavanj z recenzijo, Bled 25. in 26. september 2008. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2008: 98–105.
20. Happell B. Nursing clinical developments units – a strategy to promote the relationship between practice and academia. *Int J Psychiatr Nurs Res.* 2006;11(3):1322–30.
21. Happell B, Martin T. Exploring the impact of the implementation of a nursing clinical development unit program: what outcomes are evident? *Int J Ment Health Nurs.* 2004;13(3):177–84.
22. Horton K, Tschudin V, Forget A. The value of nursing: a literature review. *Nurs Ethics.* 2007;14(6):716–40.
23. Hutchinson AM, Johnston L. Bridging the divide: a survey of nurses' opinions regarding barriers to, and facilitators of, research utilization in the practice setting. *J Clin Nurs.* 2004;13(3):304–15.
24. ICN framework of competences for generalist nurse. Geneva: International Council of Nurses; 2003.
25. Kadivec S. Raziskovanje v menedžmentu zdravstvene nege. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Ramšak Pajk J, eds. 1. mednarodna znanstvena konferenca. Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: zbornik predavanj z recenzijo, Bled 25. in 26. september 2008. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2008: 129–36.
26. Kališnik M, Zabavnik Piano J, Rožič A. Temelji znanstvenoraziskovalne metodologije v biomedicini. Ljubljana: Piano; 2006: 11–24.
27. Karkos B, Peters K. A magnet community hospital: fewer barriers to nursing research utilization. *J Nurs Adm.* 2006;36(7/8):377–82.
28. Kobentar R, Peterka - Novak J. Raziskovanje v zdravstveni negi v Psihiatrični kliniki Ljubljana. In: Čuk V, ed. *Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi: podtema pravice bolnikov in zaposlenih: zbornik prispevkov*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2006: 52–4.
29. Kramer M, Maguire P, Schmalenberg CE. Excellence through evidence: the what, when, and where of clinical autonomy. *J Nurs Adm.* 2006;36(10):479–91.
30. Kramer M, Schmalenberg CE. Magnet hospital nurses describe control over nursing practice. *West J Nurs Res.* 2003;25(4):434–52.
31. Kvas A, Klemenc D. Raziskovalni projekti Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana v letih 1999 do 2008. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Ramšak Pajk J, eds. 1. mednarodna znanstvena konferenca. Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: zbornik predavanj z recenzijo, Bled 25. in 26. september 2008. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2008: 139–51.
32. Kvas A. Znanstvenoraziskovalno delo – izziv sodobnega časa – s poudarkom za zadnjih desetih letih in Društvu medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana. In: Kvas A, Klemenc D, Keršič Ramšak I, Požun P, eds. *Zdravstvena nega včeraj, danes, jutri: ob 80-letnici delovanja medicinskih sester v ljubljanski regiji: zbornik*, Ljubljana, 27. novembra 2007. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2007: 75–89.
33. Kvas A. Načrtovanje raziskovalnega dela v zdravstveni negi. In: Tomc - Šalamun D, Batas R, eds. *Raziskovanje v enterostomalni terapiji: zbornik predavanj s strokovnega srečanja, Terme Olimje*, 18. in 19. april 2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji; 2005: 59–67.
34. Kvas A. Učna delavnica DMSZT Ljubljana – elementi zahtevnejše statistike za raziskovanje v zdravstveni negi. *Utrip.* 2003a;11(1):18–9.
35. Kvas A. Predstavitev raziskave »Zdravstvena nega v luči etike«. In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. *Zdravstvena nega v luči etike*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003b: 203–12.
36. Larkin ME, Cierpial CL, Stack JM, Morrison VJ, Griffith CA. Empowerment theory in action: the wisdom of collaborative governance. *Online J Issues Nurs.* 2008;13(2):10p.
37. Loiselle CG, Sitaram B, Hack TF, Bottorff J, Degner LF. Leadership & professional development. Canada and India: an innovative partnership to advance oncology nursing research. *Oncol Nurs Forum.* 2008;35(4):583–7.
38. McCleary L, Brown G. Association between nurses' education about research and their research use. *Nurs Educ Today.* 2003a;23(3):556–65.
39. McCleary L, Brown G. Barriers to pediatric nurses' research utilization. *J Adv Nurs.* 2003b;42(4):363–72.
40. McCloskey DJ. Nurses perceptions of research utilization in a corporate health care system. *J Nurs Scholarsh.* 2008;40(1):39–45.
41. McKenzie J, Doyle L, Pigman H. Evidence-based practice in the aftermath of disaster: empowering ambulatory care nurses to apply nursing research to clinical practice initiatives in the post-Hurricane Katrina environment. *AAACN Viewpoint.* 2007;29(6):12–3.
42. Ovijač D, Kvas A, Pahor M. Raziskovanje medpoklicnega sodelovanja med zdravstvenimi delavci v Sloveniji. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Ramšak Pajk J, eds. 1. mednarodna znanstvena konferenca. Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: zbornik predavanj z recenzijo, Bled 25. in 26. september 2008. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2008: 153–60.
43. Ovijač D, Škrabl N, Kobilšek P, Pahor M. Značilnosti medpoklicnih razmerij med medicinskimi sestrami in zdravniki. In: Filej B, Kersnič P, eds. *Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna: zbornik predavanj in posterjev 6. mednarodnega kongresa zdravstvene in babiške nege*, Ljubljana, 10. in 11. maj 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2007: 487–92.
44. Pahor M. Teoretična in metodološka izhodišča raziskave o medicinskih sestrah v Sloveniji. *Obzor Zdr N.* 2002;36(2):73–8.
45. Pahor M. Univerzitetni študij za medicinske sestre: primer prve generacije študentk zdravstvene vzgoje. *Obzor Zdr N.* 1997;32(5–6):185–98.
46. Pahor M. Raziskovanje na področju zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje in uporabnost kvalitativnih metod. *Obzor Zdr N.* 1995;29(3–4):107–11.
47. Pajnkihar M. Razvoj teorije za zdravstveno nego v Sloveniji. In: Skela Savič B, Ramšak Pajk J, Kaučič BM, eds. *Jaz in moja kariera: zbornik predavanj*, Bled, 25. januar 2008. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2008a: 139–48.
48. Pajnkihar M. Razlogi in pogoji uporabe koncepta »zdravstvena nega, osnovana na znanstvenih dokazih«. In: Takač I, ed. *80 let hospitalne ginekologije in porodništva v Mariboru: mednarodni znanstveni simpozij, Univerzitetni klinični center, Maribor, 17. 10. 2008*. Maribor: Univerzitetni klinični center; 2008b: 541–47.

49. Pajnkihar M. Uporaba kvalitativnega raziskovanja v praksi zdravstvene nege, osnovane na raziskovalnih dokazih (Evidence based practice). In: Management, znanje in EU. Zbornik 23. mednarodne znanstvene konference o razvoju organizacijskih ved, Slovenija, Portorož, 24.–26. marec 2004. Kranj: Moderna organizacija; 2004: 938–48.
50. Pajnkihar M. Odnos med teorijo in raziskovanjem v zdravstveni negi. In: Kaluža J, et al. eds. Sinergija metodologij: zbornik 24. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti, Slovenija, Portorož, 16.–18. marec 2005. Kranj: Moderna organizacija; 2005: 1296–303.
51. Pajnkihar M. Znanje in teorije zdravstvene nege – osnova za družbeno priznavanje profesije. In: Management in razvoj organizacije: zbornik 22. mednarodne znanstvene konference o razvoju organizacijskih ved, Portorož, 26.–28. 3. 2003. Kranj: Moderna organizacija; 2003: 940–2.
52. Pajnkihar M. Teoretično in kritično razmišljanje za razvoj znanja v zdravstveni negi. In: Vukovič G, ed. Management in Evropska unija: zbornik konference z mednarodno udeležbo. 21. znanstvena konferenca o razvoju organizacijskih ved, Portorož, 27.–29. marec 2002. Kranj: Moderna organizacija; 2002: 1424–8.
53. Parahoo K. Nursing research, principles, process and issues. New York: Palgrave Macmillan; 2008: 4–44.
54. Parahoo K, McCaughan EM. Research utilization among medical and surgical nurses: a comparison of their self reports and perceptions of barriers and facilitators. *J Nurs Manag.* 2001;9(1):21–30.
55. Polit DF, Beck TC. Nursing research: principles and methods. 7th edition. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2008: 3–167.
56. Polit DF, Beck TC. International differences in nursing research, 2005–2006. *J Nurs Scholarsh.* 2009;41(1):44–53.
57. Reno K, Cerone P, Ferket K, Wojcieszak E, Reshott M. Getting over the rainbow: one community hospital's vision. *Nurs Adm Q.* 2005;29(2):119–22.
58. Restas A. Barriers to using research evidence in nursing practice. *J Adv Nurs.* 2000;31(3):599–606.
59. Sheer B, Wong FKY. The development of advanced nursing practice globally. *J Nurs Scholarsh.* 2008;40(3):204–11.
60. Skela Savič B. Vloga za pridobitev soglasja k bolonjskemu programu druge stopnje – magistrski študijski program »Zdravstvena nega« Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2009a.
61. Skela Savič B. Dejavniki in kriteriji ustanavljanja novih srednjih zdravstvenih šol in visokostrokovnih zdravstvenih šol s programi zdravstvena nega: vidik širše odgovornost. In: Skela Savič B, Kaučič BM, eds. Moja kariera – quo vadis: izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji: posvet z okroglo mizo, Ljubljana, 30. januar 2009. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2009b: 33–9.
62. Skela Savič B. Vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline In: Majcen Dvoršak S, Kvas A, Kaučič BM, eds. Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009c: 311D.
63. Skela Savič B. Vplivni dejavniki razvoja zdravstvene nege v sodobni družbi: prevzemanje odgovornosti s strani vseh. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Filej B, eds. Novi trendi v sodobni zdravstveni negi – razvijanje raziskovanja, izobraževanja in multisektorskega partnerskega sodelovanja: zbornik predavanj z recenzijo. 2. mednarodna znanstvena konferenca, Ljubljana, 17. in 18. september 2009. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2009d: 45–54.
64. Skela Savič B. Raziskovanje kot podpora procesom celovite kakovosti. In: Kramar Z, Kraigher A, eds. Dejstvo za kakovost: 2. strokovni seminar: zbornik predavanj. Dnevi Angele Boškin, Bled, 10. in 11. april 2008. Jesenice: Splošna bolnišnica; 2008a: 35–41.
65. Skela Savič B. Kako približati raziskovanje klinični praksi zdravstvene nege? In: Kadivec S, ed. Zbornik predavanj: program za medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege. 4. slovenski pnevmološki in alergološki kongres 2008, Portorož, 14.–15. september 2008. Golnik: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2008b: 23–6.
66. Skela Savič B. Teorija, raziskovanje in praksa v zdravstveni negi – vidik odgovornosti menedžmenta v zdravstvu in menedžmenta v visokem šolstvu In: Skela Savič B, Kaučič BM, Ramšak Pajk J, eds. 1. mednarodna znanstvena konferenca. Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: zbornik predavanj z recenzijo, Bled 25. in 26. september 2008. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2008c: 38–46.
67. Skela Savič B, Pagon M. Relationship between nurses and physicians in terms of organizational culture: who is responsible for subordination of nurses? *Croat Med J.* 2008;49(3):334–43.
68. Skela Savič B, Pagon M, Robida A. Predictors of the level of personal involvement in an organization: a study of Slovene hospitals. *Health Care Manage Rev.* 2007;32(3):271–83.
69. Skela Savič B. Kontinuirana zdravstvena obravnava: izziv sodobnega menedžmenta bolnišnične zdravstvene nege. *Obzor Zdr N.* 2007;41(1):3–11.
70. Skela Savič B. Organizacijska kultura in uvajanje sprememb v slovenskih bolnišnicah: subkulture in mesto zdravstvene nege? *Obzor Zdr N.* 2006;40(4):187–96.
71. Smith PA, Allan HT, Henry L, Larsen JA, Macintosh MM. Valuing and recognising the talents of a diverse healthcare workforce. Report to the European Social Fund: researching equal opportunities for internationally recruited nurses and other healthcare professionals. 2006. Dostopno na: <http://portal.surrey.ac.uk/reoh> (1. 10. 2009).
72. Stetler CB. Role of organization in translating research into evidence-based practice. *Outcomes Manag.* 2003;7(3):97–129.
73. Steward J, Stansfield K, Tapp D. Clinical nurses' understanding of autonomy: accomplishing patient goals through interdependent practice. *J Nurs Adm.* 2004;34(10):443–50.
74. Tagny J, Haines C. Using evidence-based practice to address gaps in nursing knowledge. *Br J Nurs.* 2009;18(8):484–9.
75. Traynor M, Rafferty A, Lewison G. Endogenous and exogenous research? Findings from a bibliometric study of UK nursing research. *J Adv Nurs.* 2001;34(2):212–22.
76. Thupayagale G, Dithole K. What is in a name: the case of nursing. *Nurs Forum.* 2008;40(4):141–44.
77. Urbančič K. Ko z raziskovanjem posegamo v družine. *Obzor Zdrav N.* 2002;36(3):177–81.
78. Zabalegui A, Macia L, Márquez J, Ricomá R, Nuin C, Mariscal I, et al. Changes in nursing education in the European Union. *J Nurs Scholarsh.* 2006;38(2):114–8.
79. Yazbeck AM. Introducing clinical pathways in the Slovene hospital (clinical) setting: professional cultures and changes in organizational behavior [magistrsko delo]. Ljubljana: A.-M. Yazbeck; 2004:85–7.
80. Wells N, Free M, Adams R. Nursing research internship: enhancing evidence-based practice among staff nurses. *J Nurs Adm.* 2007;37(3):135–43.
81. Weston MJ. Validity of instruments for measuring autonomy and control over nursing practice. *J Nurs Scholarsh.* 2009;41(1):87–94.
82. Woodward W. Preparing a new workforce. *Nurs Adm Q.* 2003;27(3):215–22.
83. WHO, World Health Organization. Regional Office for Europe. Nurses and midwives for health. A WHO European strategy for nursing and midwifery education. Copenhagen: WHO; 2000.
84. Winsett RP, Cashion AK. The nursing research process. *Nephrol Nurs J.* 2007;34(6):635–43.