



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Magistrsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**STALIŠČA MEDICINSKIH SESTER O
POMEMBNOSTI DOKUMENTIRANJA V
ZDRAVSTVENI NEGI**

**NURSES' ATTITUDES TOWARDS THE
IMPORTANCE OF DOCUMENTATION IN
THE NURSING PROFESSION**

Mentor: izr. prof. dr. Brigita Skela Savič

Kandidat: Romana
Petkovšek-Gregorin

Jesenice, april 2014

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici izr. prof. dr. Brigiti Skela Savič za strokovno podporo in usmeritve pri izdelavi magistrskega dela.

Zahvaljujem se vsem sodelujočim bolnišnicam, ki so mi omogočile izvedbo raziskave.
Zahvaljujem se vsem anketirancem, ker so si vzeli čas in so izpolnili anketo.

Zahvaljujem se recenzentoma, izr. prof. dr. Andreju Robidi in doc. dr. Barbari Koroušič Seljak, za pregled in mnenja, ki sta jih podala z namenom, da bi z magistrskim delom doprinesla k razvoju obravnavane tematike.

Zahvaljujem se mag. Vanji Erčulj za pomoč pri statistični obdelavi podatkov. Prav tako se zahvaljujem gospe Maji Ipavec za lektoriranje magistrskega dela.

Hvala tudi Marjanu in Špeli za vzpodbudo in podporo, ki sta mi jo nudila med študijem in tudi v času izdelave magistrskega dela.

POVZETEK

Teoretično izhodišče: Dokumentiranje zdravstvene nege je pomembno za zagotavljanje varne, kakovostne, kontinuirane zdravstvene nege in za raziskovalno delo ter je pravna zaščita izvajalcev zdravstvene nege. Dobro načrtovanje in razporeditev osebja v zdravstveni negi zagotavlja večjo kakovost in varnost dela, kar prispeva k večjemu zadovoljstvu zaposlenih in boljši obravnavi pacientov.

Cilj: Namen raziskave je ugotoviti stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi in kakšen pomen ima dokumentiranje na njihovo obremenjenost na delovnem mestu.

Metode dela: Izvedli smo kvantitativno neeksperimentalno raziskavo. Vzorec je bil kvotni, zajemal je deset bolnišnic, vključenih je bilo 592 anketirancev. Uporabili smo vprašalnik zaprtega tipa. Zanesljivost vprašalnika je bila 0,898. Uporabili smo opisno statistiko, Spearmanov korelacijski koeficient, Mann-Whitneyev U test.

Rezultati: Medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo pripisujejo beleženju večji pomen kot medicinske sestre s srednjo izobrazbo ($p=0,001$). Med stališči do dokumentiranja in dolžino delovne dobe ni statistično značilne korelacije ($p=0,98$). Strinjanje medicinskih sester s trditvijo, da je beleženje aktivnosti zdravstvene nege enako pomembno kot ostala beleženja v zdravstveno dokumentacijo ni potrjeno ($p=0,645$ in $p=0,060$). Med obremenjenostjo medicinskih sester in stališči do kategoriziranja ni statistično pomembne povezave ($p=0,480$). Obstaja negativna povezava med časom potrebnim za dokumentiranje in pozitivnim stališčem medicinskih sester do dokumentiranja ($p=0,04$). Med spremenljivkama, ki merita odnos do dokumentiranja in obremenjenost medicinskih sester, ni statistično značilne povezanosti ($p=0,50$). Zaposleni v sodelujočih bolnišnicah so statistično značilno različnega mnenja glede razumevanja pomembnosti dokumentiranja ($p<0,001$).

Razprava: Medicinske sestre dojemajo dokumentiranje kot pomemben del delovnih nalog in ga ne dojemajo kot nepotrebno delovno obremenitev. Menijo, da postane njihovo delo vidno, vodi v kontinuiteto zdravstvene nege in s tem omogoča večjo kakovost dela ter večjo varnost pacientom. Medicinskim sestram s srednjo izobrazbo bi bilo potrebno omogočiti izobraževanje na tem področju, da bi tudi one zaznale pomembnost dokumentiranja v zdravstveni negi.

Ključne besede: dokumentiranje, zaposleni v zdravstveni negi, obremenjenost.

SUMMARY

Background: Nursing documentation is essential for ensuring a safe, high-quality and continuous nursing care, research work and legal protection for nursing professionals. Good planning and allocation of nursing staff ensures greater quality and safety of work, which in turn contributes to higher employee satisfaction and better health care services for patients.

Aims: The aim of our research was to investigate the opinions of nurses on the importance of nursing documentation and the impact of indirect care documentation on their workload.

Methods: A quantitative non-experimental research design was employed and quota sampling was used in ten hospitals. A total of 592 respondents participated in the research. A closed-ended questionnaire was developed and distributed, with a reliability score of 0.898. Descriptive statistics, Spearman's correlation coefficient, and Mann-Whitney U test were used.

Results: Nurses with at least higher education attributed more importance to documentation compared to their peers with secondary education ($p=0.001$). Statistically significant correlation was not established ($p = 0.98$) between the opinions on documentation and length of employment. Agreement of nurses with the statement that documenting of nursing interventions is as important as any other documenting in medical records was not confirmed ($p=0.645$ and $p=0.060$). No statistically significant correlation was found to exist ($p=0.480$) between the workload of nurses and their opinions on the importance of documentation. However, a negative correlation was established between the time used for documentation and positive opinions of nurses on documentation ($p=0.04$). No statistically significant relationship was found to exist ($p=0.50$) for the variables measuring the attitudes towards documentation and the workload of nurses. Employees in participating hospitals expressed significantly different opinions about the importance of nursing documentation ($p<0.001$).

Discussion: Nurses perceive documentation as an important part of their jobs and not as an unnecessary workload. They believe that documentation helps their work become more apparent and leads to continuity of nursing care, consequently ensuring higher quality of nursing work and greater patient safety. Nurses with a secondary education

should participate in training on this subject, so that they too would recognize the importance of nursing documentation.

Key words: nursing documentation, nursing professionals, workload.

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 DOKUMENTIRANJE V ZDRAVSTVENI NEGI.....	3
2.1.1 Namen dokumentiranja v zdravstveni negi.....	6
2.1.2 Način dokumentiranja v zdravstveni negi.....	7
2.1.3 Načrt zdravstvene nege.....	8
2.1.4 Dokumentiranje zdravstvene nege kot način komuniciranja.....	10
2.1.5 Čas potreben za dokumentiranje v zdravstveni negi.....	12
2.1.6 Izobraževanje na področju dokumentiranja.....	13
2.1.7 Dokumentiranje zdravstvene nege in varnost pacienta.....	14
2.1.8 Vpliv dokumentiranja na kakovost zdravstvene nege.....	15
2.1.9 Odnos zdravnikov do dokumentiranja.....	17
2.2 SODOBNI NAČINI DOKUMENTIRANJA.....	17
2.3 ZAKONODAJA IN DOKUMENTIRANJE V ZDRAVSTVENI NEGI.....	20
2.4 ZAMETKI DOKUMENTIRANJA V SLOVENSKEM PROSTORU.....	22
2.5 VREDNOTENJE AKTIVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE IN IZ TEGA IZHAJAJOČE POTREBE PO KADRIH.....	25
2.5.1 Primerna kadrovska zasedenost večja–kakovost zdravstvene nege.....	27
2.5.2 Obremenjenost medicinskih sester.....	28
2.5.3 Nezadovoljstvo medicinskih sester na delovnem mestu.....	31
2.5.4 Razvrščanje pacientov glede na intenzivnost zdravstvene nege.....	31
2.5.5 Pomen razvrščanja pacientov v kategorije.....	33
3 EMPIRIČNI DEL	35
3.1 OPIS RAZISKOVALNEGA PROBLEMA.....	35
3.1.1 Cilji raziskovanja.....	35
3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE.....	36
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	37
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	37
3.3.2 Opis spremenljivk in merskega inštrumenta.....	39
3.3.3 Opis vzorca.....	47
3.3.4 Postopek zbiranja podatkov in opis obdelave podatkov.....	51

3.4 REZULTATI.....	52
3.4.1 Rezultati opisne statistike anketiranja po posameznih vprašanjih.....	52
3.4.2 Opisna statistika glede na posamezne spremenljivke.....	74
3.4.3 Testiranje razlik v posameznih faktorjih glede na izobrazbo medicinskih sester.....	78
3.4.4 Testiranje posameznih hipotez.....	85
3.5 PREVERJANJE HIPOTEZ.....	98
4 RAZPRAVA.....	101
5 ZAKLJUČEK.....	114
5.1 OMEJITVE RAZISKAVE.....	115
5.2 POMEN RAZISKAVE ZA ZDRAVSTVENO PRAKSO.....	116
5.3 PRIPOROČILA ZA NADALJNE RAZISKAVE.....	116
6 LITERATURA.....	117
7 PRILOGE.....	134

KAZALO TABEL

Tabela 1	Kaiser-Meyer-Olkinov (KMO) test.....	42
Tabela 2	Primerjava spremenljivk s Spearmanovim in Pearsonovim koeficientom.....	44
Tabela 3	Rezultat faktorjske analize po metodi glavnih osi s pravokotno rotacijo.....	46
Tabela 4	Poslani in vrnjeni vprašalniki po posameznih bolnišnicah.....	48
Tabela 5	Ustanove, v katerih so anketiranci zaposleni.....	49
Tabela 6	Povprečna starost, srednja vrednost in standardni odklon anketirancev in delovna doba v ustanovi.....	49
Tabela 7	Dosežena izobrazba.....	50
Tabela 8	Skupna leta delovne dobe.....	50
Tabela 9	Opisna statistika po trditvah.....	54
Tabela 10	Izpolnjevanje dokumentacije o pacientovem zdravstvenem stanju.....	57
Tabela 11	Vrsta izpolnjevanje dokumentacije glede na višino izobrazbe.....	58
Tabela 12	Vrstni red po prioritetni izbiri dokumentov, ki jih medicinske sestre uporabljajo pri svojem vsakodnevnem delu (1.–5. mesto).....	59
Tabela 13	Vrstni red po prioritetni izbiri dokumentacije, ki jo medicinske sestre uporabljajo pri vsakodnevnem delu glede na izobrazbo (1.–3.mesto).....	60
Tabela 14	Ocena položaja zdravstvene nege v sodelujočih organizacijah.....	61
Tabela 15	Dnevno beleženje aktivnosti zdravstvene nege.....	61
Tabela 16	Dnevno beleženje aktivnosti glede na izobrazbo.....	62
Tabela 17	Upoštevana navodila pri razvrščanju pacientov v kategorije.....	63
Tabela 18	Upoštevana navodila pri razvrščanju pacientov v kategorije glede na izobrazbo.....	63
Tabela 19	Predhodno izobraževanje o kategorizaciji.....	64
Tabela 20	Opuščanje aktivnosti zdravstvene nege zaradi pomanjkanja kadra.....	65
Tabela 21	Opuščene aktivnosti zdravstvene nege zaradi pomanjkanja kadra glede na izobrazbo.....	66
Tabela 22	Čas porabljen za dokumentiranje zdravstvene nege v okviru ene delovne izmene.....	67
Tabela 23	Čas porabljen za beleženje različne dokumentacije zdravstvene nege in izpolnjevanje ostale dokumentacije v okviru ene delovne izmene glede na izobrazbo.....	68
Tabela 24	Oblika dokumentiranja, ki zahteva največ časa.....	69
Tabela 25	Oblika dokumentiranja, ki zahteva največ časa glede na izobrazbo.....	69
Tabela 26	Način dokumentiranja aktivnosti zdravstvene nege.....	70
Tabela 27	Način beleženja aktivnosti zdravstvene nege glede na ustanovo.....	72
Tabela 28	Opisne statistike po trditvah, ki se nanašajo na dokumentiranje.....	75
Tabela 29	Opisne statistike po trditvah, ki se nanašajo na vodenje.....	76
Tabela 30	Opisne statistike po trditvah, ki se nanašajo na razvrščanje.....	76
Tabela 31	Opisne statistike po trditvah, ki se nanašajo na usposobljenost.....	77
Tabela 32	Opisne statistike po trditvah, ki se nanašajo na delovno obremenitev.....	77
Tabela 33	Opisne statistike po trditvah, ki se nanašajo na odnos do dela.....	78

Tabela 34	Normalnost porazdelitve skupne spremenljivke, ki povzema stališča do vodenja glede na izobrazbo.....	78
Tabela 35	Opisne statistike in rezultat Mann-Whitneyevega U testa.....	79
Tabela 36	Preverjanje normalnosti porazdelitve spremenljivk glede na izobrazbo.....	79
Tabela 37	Opisne statistike in rezultat Mann-Whitneyevega U testa.....	80
Tabela 38	Preverjanje normalnosti porazdelitve spremenljivke razvrščanje glede na izobrazbo.....	81
Tabela 39	Opisne statistike in rezultat Mann-Whitneyevega U testa spremenljivke razvrščanje glede na izobrazbo.....	81
Tabela 40	Preverjanje normalnosti porazdelitve spremenljivk usposobljenost glede na izobrazbo.....	82
Tabela 41	Opisne statistike in rezultat Mann-Whitneyevega U testa glede na usposobljenost medicinskih sester.....	82
Tabela 42	Preverjanje normalnosti porazdelitve spremenljivke obremenjenost glede na izobrazbo.....	83
Tabela 43	Opisne statistike in rezultat Mann-Whitneyevega U testa glede na obremenjenost medicinskih sester.....	83
Tabela 44	Preverjanje normalnosti porazdelitve spremenljivke odnos do dela glede na izobrazbo.....	84
Tabela 45	Opisne statistike in rezultat Mann-Whitneyevega U testa.....	85
Tabela 46	Normalnost porazdelitve spremenljivke, ki povzema odnos do dokumentiranja po skupinah.....	85
Tabela 47	Testiranje normalnosti porazdelitve posamezne trditve nanašajoče se na dokumentiranje po skupinah.....	86
Tabela 48	Opisna statistika skupne spremenljivke "dokumentiranje" in rezultat Mann-Whitneyevega U testa	87
Tabela 49	Opisne statistike trditev nanašajočih na dokumentiranje glede na izobrazbo in rezultat Mann-Whitneyevega testa.....	88
Tabela 50	Povezanost med delovno dobo in stališči do dokumentiranja.....	90
Tabela 51	Rezultat testiranja razlik med pari trditev, ki se nanašajo na dokumentiranje v zdravstvu.....	91
Tabela 52	Testiranje normalnosti porazdelitve spremenljivk, ki se nanašajo na kategoriziranje.....	92
Tabela 53	Spearmanov koeficient korelacije med trditvami, ki kažejo pozitiven odnos do kategorizacije in obremenjenost medicinskih sester.....	93
Tabela 54	Povezanost med stališči do dokumentiranja in časom porabljenim zanj v okviru ene izmene.....	94
Tabela 55	Povezanost med stališči do dokumentiranja in obremenjenostjo medicinskih sester.....	96
Tabela 56	Opisne statistike odnosa do dokumentiranja po bolnišnicah.....	97

KAZALO SLIK

Slika 1	Scree diagram faktorjev.....	43
---------	------------------------------	----

1 UVOD

Dokumentacija je vsaka pisna ali elektronska oblika beleženja podatkov o stranki, ki opisuje stanje, oskrbo ali storitev, opravljeno za to stranko (Potter et al., 2006). Vsak dokument vsebuje neko informacijo, ki je lahko zapisana ali audio/video posneta, v elektronski obliki, faksu ali v slikovni obliki. Namenjena je komunikaciji ali shranjevanju podatkov (Milevoj, 2010).

Vsako sistematično, strokovno in kakovostno delo je zasnovano na dobri dokumentaciji. To velja tudi za zdravstveno nego, ki se izvaja po procesni metodi dela. Zagotavlja kontinuiteto, odraža profesionalnost in daje osnovo za vrednotenje zdravstvene nege (Šuštaršič et al., 2000). Dokumentiranje je pomemben element sodobne zdravstvene nege. Z dokumentiranjem postane zdravstvena nega vidna in njen pristop k zdravju posameznika, družine, skupine in celotne populacije postane očiten in razumljiv (Hajdinjak, Meglič, 2006). Gre za pripomoček pri ocenjevanju zdravstvenega stanja pacienta, pri odločanju o njegovih diagnozah in intervencijah ter pri ocenjevanju rezultatov zdravstvene nege (Rajkovič, 2010). Dokumentiranje zdravstvene nege je pomembno tudi zato, ker je s pomočjo dokumentiranja izida zdravljenja določena narava zdravstvene nege. Predstavlja tudi močno komunikacijsko orodje, ki dokazuje in ocenjuje delovanje medicinske sestre kot pisni zapis njenega delovanja ob pacientu. Dokumentacija zdravstvene nege je orodje, ki prikazuje aktivnosti, ki jih medicinska sestra počne za pacienta (Jefferies et al., 2010).

S pomočjo dokumentiranja medicinske sestre komunicirajo z drugimi medicinskimi sestrami in drugimi pacientovimi oskrbovalci. Prikazuje njihove ugotovitve pacientovega stanja, izvedene intervencije in njihove učinke. Tako pridobljene informacije zvišujejo verjetnost, da bo pacient dobil pravilno in popolno zdravstveno nego. Medtem ko dokumentacijo zdravstvene nege največkrat izpolnjujejo medicinske sestre in oskrbovalci, včasih obstajajo tudi situacije, ko pacient sam ali njegova družina lahko dokumentirajo njihova opažanja ali opravljeno aktivnost z namenom, da bi prenesli informacijo članom negovalnega tima (Nursing documentation, 2012).

Priporočila za kakovostno dokumentacijo zdravstvene nege vsebuje podrobne informacije (kdo, kdaj, kaj, kako in zakaj) o dejanski zdravstveni negi, ki jo medicinska sestra zagotavlja, in zapis o pacientovem odzivu na zdravstveno nego. Medicinska sestra mora natančno, celovito in objektivno dokumentirati tudi morebitne napake, ki nastanejo pri delu. Dokument mora vsebovati in opisovati objektivne informacije, kaj medicinska sestra vidi, sliši, čuti in vonja, vendar ne beleži mnenj ali predpostavk. Če nekaj ni dokumentirano, je mogoče domnevati, da ni bilo storjeno (Documentation guidelines for registered nurses, 2006).

Dokumentacija zagotavlja mehanizem za opisovanje, snemanje in sporočanje podatkov, informacij, znanj in modrosti, ki so ključne sestavine za prakso, ki temelji na dokazih. Specifična načela, standardi, politika, postopki in procesi so del vsakega dokumentacijskega sistema in pomagajo predstaviti vsebino na smiseln način (Kulhanek, 2010).

Dokumentacijo zdravstvene nege je mogoče uporabiti za različne namene. Ne uporablja se je samo pri spremljanju pacientove oskrbe, ampak je nepogrešljiva in pomembna tudi pri izboljševanju izobraževanja, raziskovanja in kakovosti opravljenega dela (Laitinen et al., 2010).

Uspešen izid zdravljenja se začne z dobro dokumentacijo, prepoznavanjem sprememb in ukrepi, ki tem spremembam sledijo (Cooper, Buist, 2008).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 DOKUMENTIRANJE V ZDRAVSTVENI NEGI

Že Florence Nightingale je dejala, da mora medicinska sestra vedno znati odgovoriti na preprosto vprašanje, ali se je pacientovo stanje izboljšalo, in sicer s trdnim in zanesljivim argumentom. Za dobro argumentiranje pa morajo biti zbrana opažanja različnih ljudi v različnih časovnih terminih. Vse to omogoča dokumentacija zdravstvene nege (Kristjansdottir, 2012).

Dokumentacija zdravstvene nege ni ločena od zdravstvene nege in ni ena od izbir. To je sestavni del prakse medicinskih sester in se smatra kot pomembno orodje, ki ga medicinske sestre uporabljajo za zagotavljanje visoke kakovosti oskrbe pacienta (Blair, Smith, 2012).

Sistematično uvajanje procesa zdravstvene nege v šolski program in v šolsko prakso v bolnišnicah po svetu kot sistematično metodo planiranja, vrednotenja in dokumentiranja zdravstvene nege medicinskih sester se je začelo okoli leta 1970. Uvajanje procesa zdravstvene nege je olajšalo reševanje problemov, presojo in odločanje, kar se na koncu izrazi v želenem pozitivnem izidu zdravljenja (Lee et al., 2006). V zadnjih nekaj desetletjih je v negovalni stroki prišlo do sprememb v smeri bolj samostojne prakse z jasnim znanjem s področja zdravstvene nege. S temi spremembami je prišla tudi obveznost dokumentiranja ne le izvedenih posegov, tako medicinskih kot tudi posegov zdravstvene nege, temveč tudi proces odločanja, ki pojasnjuje, zakaj je bil sprejet poseben negovalni ukrep (Björvell, 2002).

Ramšak Pajkova (2006) v pregledu literature ugotavlja, da dokumentiranje pomeni vsako zapisano obliko ali elektronsko beleženje podatkov o zdravstveni negi in je pomemben del celotne zdravstvene dokumentacije pacienta. Predstavlja dokumentacijo posameznih faz procesa zdravstvene nege. Vpliva na zagotavljanje kontinuirane in kakovostne zdravstvene nege, komunikacijo med člani zdravstvenega tima ter je lahko osnova raziskovanju. Prav tako tudi Naka (2006) navaja, da je osnovni namen dokumentiranja zdravstvene nege čim bolj prikazati opravljeno zdravstveno nego

pacienta, prikazati njegovo stanje in potek dogodkov v času obravnave. Pomembna je za zagotavljanje varne, kakovostne, kontinuirane zdravstvene nege in za raziskovalno delo ter je pravna zaščita izvajalcev zdravstvene nege.

Dokumentiranje zdravstvene nege je zelo pomemben del delovanja zaposlenih v zdravstveni negi, ker opisuje pacientov napredek skozi vso obravnavo v zdravstveni ustanovi in obenem ščiti izvajalce zdravstvene nege v primeru preverjanja kakovosti izvedenih aktivnosti. Dobro vodena dokumentacija zdravstvene nege omogoča njeno boljšo kakovost. Dokumentiranje zdravstvene nege ni ločeno od njenega izvajanja, ampak je refleksija izvedene zdravstvene nege in skupaj s holističnim pristopom sobivata kot integralni del zdravstvene nege (Prideaux, 2011).

Dobra dokumentacija zdravstvene nege ima po Potterju in Perryu (2010) šest pomembnih značilnosti, ki so osnovna načela dokumentacije zdravstvene nege in veljajo za vse vrste dokumentacije v vsakem okolju in praksi. Te so:

1. prikazovanje dejanskega stanja,
2. natančnost, točnost,
3. natančnost izpolnjevanja,
4. veljavnost (pravočasnost),
5. organiziranost in
6. skladnost s standardi.

Dokumentacija zdravstvene nege je predvsem klinični dokument. Priporočila, ki določajo ustreznost dokumentacije zdravstvene nege vsebujejo podatke, s katerimi je mogoče identificirati stranko/pacienta, izvajalca zdravstvenih storitev, klinične vzroke, ki so pripeljali do izbire oskrbe, odziv pacienta na oskrbo, izid zdravljenja in nadaljni načrti. Dober test za ugotovitev, ali je zdravstvena nega, ki je bila nudena pacientu, zadovoljiva, je odgovor na vprašanje, ali bi pacienta negovala druga medicinska sestra, ker prejšnja ni dosegljiva. Postavlja se vprašanje, ali zapis nudi dovolj informacij za nemoteno zagotavljanje varne, kompetentne in na etičnih načelih temelječe zdravstvene nege. Z dokumentacijo zdravstvena nega postane vidna (Documentation guidelines for registered nurses, 2006). Medicinske sestre imajo najbolj pomembno vlogo pri dokumentiranju, ki odraža njihovo opazovanje, ugotovitve, oceno in posredovanja

oziroma intervencije zdravstvene nege. Pričakovati je, da bo boljša uporaba standardiziranih načrtov oskrbe pacienta medicinskim sestram izboljšala dostop do primernejših in natančnejših informacij pri odločanju, s čimer bo izboljššan načrtovani proces in kakovost oskrbe pacienta (Lee, Chang, 2004). To izhaja iz narave dela medicinskih sester (24-urna oskrba) (Langowski, 2005). Širjenje informacij je izjemnega pomena za uspešno sodelovanje v bolnišnicah, še posebno to velja v praksi zdravstvene nege. V kontinuirani 24-urni oskrbi je sodelovanje pomembno za ohranjanje kontinuitete zdravstvene nege. Ustna predaja med izmenami je bila prvotno zelo pomembna in globoko zakoreninjena v sistem dela v bolnišnicah (Keer, 2002).

Vee in Hestetun (2009) sta v svoji raziskavi ugotovila, da je kar 84,6 % anketiranih menilo, da so podatki zabeleženi v dokumentaciji zdravstvene nege dragoceni za strokovne delavce in da obstaja večja ozaveščenost o strokovnih in pravnih odgovornostih izvajalcev zdravstvene nege v zvezi z dokumentacijo. Dobra dokumentacija zdravstvene nege jasno in jedrnato sporoča svoja stališča, dejanja in rezultate zdravstvene nege. Prav tako jih sporoča tudi pravočasno in na pravilen način (Blair, Smith, 2012). Da bi dosegli prepoznavnost dobre, v pacienta usmerjene in na etičnih načelih temelječe zdravstvene nege, je potrebno vložiti veliko prizadevanj, ki bi vplivala na to, kako je vsebina zdravstvene nege dokumentirana in da jo naredi kot pomemben del individualne zdravstvene nege. Poudariti je potrebno etični vidik pri oblikovanju dokumentacije in pomen vključevanja pacienta v načrt zdravstvene nege (Kärkkäinen et al., 2005).

Cheevakasemsook in sodelavci (2006) so v svoji raziskavi ugotovili, da obsežna negovalna dokumentacija vsebuje tri probleme: razpršenost, nepopolnost in pomanjkljivosti v zapisovanju. Sorodni faktorji, ki vplivajo na beleženje, vsebujejo: omejene kompetence medicinskih sester, motiviranost in zaupnost, neučinkoviti postopki zdravstvene nege in nepreglednost, supervizija in razvoj zaposlenih v zdravstveni negi. Te ugotovitve nakazujejo, da kompleksnost negovalne dokumentacije zahteva obsežne sklepe v okviru managementa zdravstvene nege pri reševanju tega zapletenega problema. Rezultati raziskave Törnvalle in Wilhelmssona (2008) poudarjajo slabosti in netočnosti v negovalni dokumentaciji, kot so iskanje pomembnih informacij, predvsem zaradi velike količine rutinskih zapisov. Medicinske sestre

Romana Petkovšek-Gregorin

Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi

doživljajo številne ovire pri izpolnjevanju dokumentacije. Te ovire vključujejo čas, obremenjenost, odnos do dokumentacije in institucionalno politiko (Blair, Smith, 2012). Tudi Björvell in sodelavci (2003) navajajo dejstva, ki negativno vplivajo na dokumentiranje v zdravstveni negi. To so pomanjkanje znanja, pomanjkanje časa, slabo oblikovana in nerazumljiva dokumentacija, odpor do uvajanja novosti, preobremenjenost, slabo sodelovanje z drugimi službami, vodstvom in sodelavci.

Dokumentiranje v zdravstveni negi spodbuja in zagotavlja varno in primerno prakso zdravstvene nege, vendar je kakovostna dokumentacija zdravstvene nege še vedno slabo standardizirana. Potrebno je izboljšati opažene pomanjkljivosti standardov v negovalni dokumentacije in prehod na standardizirano terminologijo zdravstvene nege. Priporoča se uvedba strukturirane dokumentacije zdravstvene nege (McGeehan, 2007). Kohek in Vogrinčič (2004) navajata dejavnike, ki vplivajo na dokumentiranje. To so: uporaba strokovne terminologije, potrditev verodostojnosti podatkov s podpisom in prilagoditev dokumentacije pacientovim potrebam. Na žalost je Rajković (2010) v svoji raziskavi prišel do ugotovitve, da 33,7 % medicinskih sester s srednjo izobrazbo v dokumentaciji zdravstvene nege ne vidi pomembnosti kontinuitete obravnave pacienta. Gugerty in sodelavci (2007) pa so ugotovili, da kar 81 % anketirancev meni, da dokumentiranje zdravstvene nege zmanjšuje in neposredno vpliva na čas, ki ga medicinske sestre potrebujejo za zagotavljanje neposredne zdravstvene nege pacienta.

2.1.1 Namen dokumentiranja v zdravstveni negi

Namen dokumentiranja zdravstvene nege je splošen pregled nad načrtovano in izvedeno zdravstveno nego, namen tega pa je zagotavljanje kakovostne in kontinuirane zdravstvene nege med zdravstveno obravnavo posameznika (Kroell et al., 2005, povz. po Ramšak Pajk, 2006). Kontinuiteta zdravstvene nege v akutnih bolnišnicah je odvisna od učinkovite zdravstvene nege in učinkovitih mehanizmov komuniciranja med vsemi člani zdravstvenega tima (Sexton et al. 2004). Šušteršič in sodelavci (2004) ugotavljajo, da dokumentacija zdravstvene nege predstavlja pomemben vidik vsebinske podpore dela medicinskih sester.

Na splošno je namen dokumentiranja v zdravstveni negi sporočanje informacij o zdravstvenem stanju pacienta. Pomembno je, da imajo medicinske sestre visok nivo znanja o dokumentiranju. S tem je omogočeno lažje zagotavljanje kakovostne oskrbe pacienta, prav tako pa jim omogoča raziskovanje, pojasnjuje njihovo odgovornost medicinskih sester in na podlagi izvedenih zapisov olajša njihovo financiranje (Griffith, 2004; Daskein et al., 2009).

Mednarodno je potrjeno in priznано, da je poročanje medicinskih sester o pacientovih težavah in pritožbah, dodatnih kliničnih simptomih in odgovorih, pomembno za varnost in dobro počutje pacienta (Carpenito-Mayet, 2008).

Björvell in sodelavci (2003) opisujejo, kaj medicinske sestre motivira pri izpolnjevanju negovalne dokumentacije:

- Dokumentacija je delovno orodje,
- poveča varnost pacienta in medicinske sestre ter
- vpliva na kakovost zdravstvene nege.

2.1.2 Način dokumentiranja v zdravstveni negi

Razvoj dokumentiranja v zdravstveni negi je v nekaj letih doživel izjemen napredek. Še pred nekaj desetletji je zdravstvena nega poznala samo ustno poročanje. Danes so se normativi in standardi spremenili in zahtevajo sistematičen ter strokovni pristop, kar zahteva veliko časa in natančno obdelavo podatkov. Odraža profesionalnost in sodobno zdravstveno nego (Kohek, Vogrinčič, 2004). Ramšak Pajk in Šušteršič (2005) ugotavljata, da sodobna in strukturirana dokumentacija zagotavlja kakovostno obravnavo pacienta in kontinuiteto zdravstvene nege. Ugotovili sta, da je zveza med strukturirano in priročno dokumentacijo zdravstveno nego statistično pomembna. Prav tako so tudi Björvell in sodelavci (2003) poudarjali prednost strukturiranega zapisa v prvi fazi procesne metode dela. Vrankar (2013) ugotavlja tudi, da je standardizirana strukturirana predaja pacienta po metodi SIOP (Situacija, Izhodišče, Ocena, Priporočilo) v zdravstveni negi učinkovitejša od nestrukturirane predaje pacienta. Pomembno je sproti dokumentiranje, namesto čakanja do konca pacientove hospitalizacije (Hoban, 2003). Tudi Jefferies in sodelavci (2010) so ugotavljali, da medicinske sestre

izpolnjujejo negovalno dokumentacijo na koncu izmene. Poudarili so, da bi bilo potrebno postaviti zahtevo, da se dokumentiranje pacientovega stanja in njihovo oskrbo dokumentira kot se je zgodila. S tem bi zagotovili, da bi bila negovalna dokumentacija točna, s tem pa natančna refleksija dogodka pa natančna.

Dokumentiranje v zdravstveni negi se pojavlja v različnih oblikah. Obstaja veliko poskusov uvajanja dokumentacije zdravstvene nege, tako pisne kot tudi računalniško podprte. V uporabi sta predvsem pisna in elektronska oblika beleženja (Ramšak Pajk, 2006). Meißner in sodelavci (2007) v svoji raziskavi, ki je zajela deset evropskih držav, ugotavljajo, da je odstotek medicinskih sester nezadovoljnih s predajo dela med izmenami, v razponu od 22 % v Angliji do 61 % v Franciji. V večini držav je bil glavni razlog za nezadovoljstvo z izmenskim predajanjem zaradi številnih motenj med predajo, sledilo je pomanjkanje časa za kakovostno predajo službe. Vrankar (2013) je v svoji raziskavi ugotovila, da je predaja med izmenami učinkovito komunikacijsko orodje in da po mnenju anketirancev obstaja statistično pomembno višja razlika med strukturiranim zapisom predaje med izmenami in med prosto predajo.

Pomembno je, da so metode beleženja informacij in obrazci enotni ter da so upoštevani standardi zdravstvene nege (Ramšak Pajkova, 2006). Priporočila za zapisovanje v dokumentacijo zdravstvene nege je mogoče deliti tudi na dokumente, ki jih je potrebno izpolnjevati rutinsko in na dokumente, ki jih je potrebno izpolnjevati v posebnih pogojih pacientovega zdravstvenega stanja (Nursing documentation, 2012). Kelley in sodelavci (2011) ugotavljajo, da večina ameriških bolnišnic uporablja za kakovostno oskrbo pacientov pisne zapise dokumentiranja zdravstvene nege. V bolnišnicah v ZDA približno 64% oddelkov uporablja pisno obliko beleženja negovalne dokumentacije, ki jo bodo v naslednjih nekaj letih preoblikovali v elektronsko obliko (Jha et al., 2009).

2.1.3 Načrt zdravstvene nege

Učinkovito dokumentiranje procesov zdravstvene nege je eden ključnih problemov zdravstvene nege kot temeljne sestavine celovitega sistema zdravstvenega varstva. Ustreznost dokumentiranja se nanaša na obvladovanje velikega števila zahtevnih informacij, ki jih medicinske sestre pridobijo pri načrtovanju, izvajanju in vrednotenju

zdravstvene nege (Ramšak Pajkova, 2006). Laitinen in sodelavci (2010) ugotavljajo tudi, da medicinske sestre pridobijo veliko pomembnih informacij, ki so povezane z oskrbo pacienta. Načrt zdravstvene nege je pisni vodnik zdravstvene nege narejen za posameznika in njegove potrebe. Namenoma je narejen tako, da so ustrezne aktivnosti zdravstvene nege natančno navedene in vdelane v načrt (Lee, Chang, 2004).

Paans in sodelavci (2010) ugotavljajo, da so učinkoviti sistemi dokumentiranja, ki vključujejo negovalne diagnoze, intervencije, napredek in izid, v pomoč medicinskim sestram. Poudarjajo, da bi bile potrebne nadaljnje raziskave, ki bi raziskovale dejavnike, ki vplivajo na dokumentacijo zdravstvene nege.

Björvell in sodelavci (2003) ugotavljajo, da sodobna in strukturirana dokumentacija zdravstvene nege zagotavlja kakovostno obravnavo pacienta in kontinuiteto zdravstvene nege ter podaja statistično pomembno zvezo med strukturirano in priročno dokumentacijo zdravstvene nege. Avtorji še posebej poudarjajo prednost strukturiranega zapisa v fazi opazovanja. Lee in Chang (2004) sta v svoji raziskavi ugotovila, da je glavni koncept dojemanja medicinskih sester glede standardiziranega načrta zdravstvene nege mogoče razvrstiti na sledeče poudarke:

- služi kot opomnik pri izvajanju postopkov zdravstvene nege in
- omogoča prihranek časa pri pripravi načrtov zdravstvene nege.

Rezultati, ki so jih v svoji raziskavi pridobili Kärkkäinen in sodelavci (2005), nakazujejo, da je v posameznika usmerjena zdravstvena nega slabo razvidna iz dokumentacije zdravstvene nege. Zdi se, da medicinske sestre svoje naloge opisujejo pogosteje, kot jih doživljajo pacienti. Rezultati tudi nakazujejo, da se lahko struktura dokumentacije zdravstvene nege in oblike ali načini beleženja, ki jih predvidoma določi organizacija, pokažejo kot ovira za individualno beleženje aktivnosti.

Postavlja se kritično vprašanje, kako spodbuditi medicinske sestre, da začutijo pomembnost pisnega načina komuniciranja v zdravstveni negi, tako da zagotovijo učinkovit prostor, ki bo omogočil omejitev in vrednotenje profesionalne zdravstvene nege (Jefferies et al., 2010).

2.1.4 Dokumentacija zdravstvene nege kot način komuniciranja

Uletova (2005) ugotavlja, da je komuniciranje v raznih oblikah tako razširjeno in tako zelo povezano z našim življenjem, da ga jemljemo kot nekaj samoumevnega in danega. Uletova (2009) ugotavlja tudi, da je komuniciranje dejavnost osrednjega pomena in je vsesplošen pojav, ki tvori pomemben in neizogiben del našega vsakdanja. Človek ni samo socialno bitje. Nenehno nekaj označuje, presoja, ocenjuje in razumeva. Vse to bi bilo brez obširnih sistemov socialno utrjenih simbolnih redov in načinov »kodiranja« sporočil nemogoče. To pa je temeljna značilnost komuniciranja. V osnovi je za dobro komunikacijo pomembna empatija. Ko človeka razumemo, lažje komuniciramo z njim in se mu lahko skozi komunikacijo tudi bolj približamo (Brumec, 2010). Pri vsaki komunikaciji sta prisotna najmanj dva udeleženca. To sta dve strani, od katerih ima lahko vsaka drugačne želje, potrebe in pristope. Želje in pristopi lahko pomenijo oviro, če so v nasprotju z drugo stranjo, in lahko preprečujejo posredovanje ali razumevanje pravega sporočila. Komunikacija lahko te ovire premaga (Heller, Hindle, 2001). Smernice zapisane v *Documentation guidelines for registered nurses* in so jih izdali v *College of registered nurses of Nova Scotia* (2012) poudarjajo, da jasna, popolna in natančna dokumentacija zdravstvene nege zagotavlja, da imajo vsi vpleteni v zdravljenje pacienta, vključno s pacientom, dostop do informacij. Na podlagi teh informacij oblikujejo plan in način zdravljenja ter na koncu naredijo zaključek o uspešnosti zdravljenja pacienta.

Ena izmed osnovnih veščin timskega dela je učinkovito medsebojno komuniciranje. Učinkovita komunikacija pomeni optimalno prenašanje informacij, ki so potrebne za učinkovito delovanje medicinske sestre (Iršič, 2008). Organizacija je bolj učinkovita, če ima vzpostavljen timski način dela (Skela Savič, 2007a). Parker (2008) opisuje enega izmed priznanih pristopov za strukturirano komunikacijsko tehniko predaje pacienta, ki jo uporabljajo številne organizacije kot standardizirano komunikacijsko metodo z zdravniki.

Naša mnenja, misli, izrečena stališča in nagnjenja so izid mnogih komunikacijskih dejanj: različnih oblik govornega in drugega neposrednega komuniciranja in pisnega ter drugega posrednega komuniciranja (Možina et al, 2004).

Zaupanje, spoštovanje in empatija so tri sestavine, ki so potrebne za oblikovanje in ohranjanje učinkovite komunikacije (Weaver, 2010). Kaučič in Pagon (2006) ugotavljata, da je za vse, ki delajo v zdravstvu, nujno, da poznajo osnovne značilnosti komuniciranja in dejavnike, ki vplivajo na to, ali bo komunikacija uspešna ali ne. Burns (2009) ugotavlja, da je na delovnem mestu pomembna dobra in učinkovita komunikacija, saj medicinske sestre na ta način dobijo občutek, da so razumljene, da jih nekdo posluša in smatra njihovo delo tudi kot pomembno v končnem izidu pacientove obravnave. Dierckx de Casterle in sodelavci (2008) so ugotovili, da boljše delovno okolje, ki je posledica izboljšane komunikacije, pripelje tudi do boljših izidov zdravljenja pacientov.

Rubin in sodelavci (2009) so v svoji študiji ugotovili, da je potrebno prilagoditi komunikacijske metode, ki pospešujejo interpersonalno kolegialnost in kulturo poslušanja, empatijo in podporo. Navedeno izboljšuje komunikacijo in povečuje kolegialnost na delovnem mestu, kar vodi do izboljšanja, večje kakovosti in učinkovitosti nege v instituciji. Prosen (2010) v svoji raziskavi ugotavlja, da kakovost medsebojnih odnosov na delovnem mestu pomembno vpliva na to, kako medicinske sestre vrednotijo svoje delo in poklic.

V raziskavi je Dobnikova (2007) ugotovila, da motnje v komunikaciji lahko privedejo do napak pri delu, kar posledično privede do slabše kakovosti dela. Povzroči tudi poslabšanje medsebojnih odnosov, kar lahko privede do nepopravljivih napak. Na uspešno komunikacijo pogosto vplivajo preobilica delovnih obveznosti, stresni delovni pogoji in obseg delovnih izkušenj. Zato je temelj uspešne komunikacije uporaba pravilnega načina komuniciranja (Žlak et al., 2012).

Brooks in Scott (2006) sta ugotovila, da nova komunikacijska tehnologija nudi zdravstvenim delavcem nov način komuniciranja, ki vodi v učinkovitejše komuniciranje med njimi in zvišuje njihovo prepoznavnost pri procesu odločanja.

2.1.5 Čas potreben za dokumentiranje zdravstvene nege

Številne medicinske sestre ne cenijo časa in truda, ki je potreben za skrbno dokumentiranje. Pogosto izjavijo, da bi raje čas, ki je potreben za dokumentiranje, porabile za neposredno nego pacienta (Gugerty, 2006).

Medicinske sestre običajno porabijo od 15 do 25 % svojega delovnika za dokumentiranje zdravstvene nege pacienta, v nekaterih primerih pa precej več. Z raziskavami je bilo ugotovljeno, da naj bi medicinske sestre v akutnih bolnišnicah porabile 25-50 % časa za izpolnjevanje negovalne dokumentacije, kar lahko pripelje do manj časa, ki naj bi ga medicinske sestre preživele ob pacientu ali nadurno delo kot posledica beleženja pacientovega stanja oziroma napredka (Gugerty et al., 2007). Storfjell in sodelavci (2008) so ugotovili, da zaposlene diplomirane medicinske sestre v midwesternskih mestnih in primestnih bolnišnicah potrebujejo v eni izmeni za izpolnjevanje različnih oblik dokumentiranja 24 % delovnika. V nasprotju z nekaterimi študijami, ki opisujejo, da medicinske sestre porabijo od 14-16 % svojega delovnika za pisanje negovalne dokumentacije, jih več opisuje, da medicinske sestre potrebujejo na akutnih oddelkih 25 % svojega delovnika za pisanje negovalne dokumentacije in do 50 % v patronažni službi. Več časa za izpolnjevanje dokumentacije porabijo medicinske sestre v dnevni izmeni (19,17 %) kot pa v nočni izmeni (12,41 %) (Korst et al., 2003). Rajković (2010) je v svoji raziskavi ugotovil, da dokumentacije zdravstvene nege ne uporablja 60,6 % anketirancev na primarni ravni, 30,3 % na sekundarni ravni in 9,1 % anketirancev na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti. Polovica anketirancev porabi do vključno 60 minut (mediana) za dokumentiranje v izmeni, polovica anketirancev na sekundarnem nivoju porabi za dokumentiranje od 1 do 60 minut, polovica anketirancev terciarnega nivoja porabi za dokumentacijo od 31 do 120 minut v izmeni.

Lee in Chang (2004) sta ugotavljala, da je porabljen čas za izdelavo poročila posamezne izmene prevelik, vsebinska zasnova ni primerna ter je orientirana v dokumentacijo in ne v pacienta. Medicinske sestre so bile razočarane z obsežnostjo vsebine in dokumentacije zdravstvene nege niso doživljale kot pomemben del procesa zdravstvene nege. Čas potreben za beleženje v dokumentacijo zdravstvene nege bi bil bolje izkoriščen, če bi medicinske sestre beležile podatke o tem, kaj je problem, kaj bi bilo treba storiti, kaj je

bilo storjeno in rezultat tega zdravljenja, ne pa razvijanje dolgih načrtov zdravstvene nege in diagnoz (Hoban, 2003).

Eden od številnih elektronskih modelov dokumentiranja omogoča medicinskim sestram več časa, ki ga lahko posvetijo pacientom (Bjorvell et al., 2003).

2.1.6 Izobraževanje na področju dokumentiranja

Znanje in proces izobraževanja vplivata pri medicinskih sestrah na stališča in uporabo dokumentacije zdravstvene nege (Ehrenberg, Ehnfors, 2001). Iz literature je razvidno, da je ne glede na to, katero obliko dokumentacije zdravstvene nege medicinske sestre uporabljajo, zahtevano stalno izobraževanje s področja dokumentiranja za ohranjanje in izboljšanje standardov. Izobraževalni programi morajo biti na voljo in se morajo osredotočati na diagnostično argumentiranje ter kritično razmišljanje medicinskih sester (Lee, 2005a; Darmer et al., 2006). Priporočilo Sveta Evrope iz leta 2006 izpostavlja izobraževanje o varnosti pacientov na vseh ravneh zdravstvenega sistema (Kiauta et al., 2010). Darmer in sodelavci (2004) so s primerjavo dveh skupin, od katerih je bila ena deležna izobraževanja s področja dokumentiranja zdravstvene nege, druga pa ne, ugotovili, da so udeleženci obeh skupin odgovarjali podobno, medtem ko so medicinske sestre, ki so se udeležile izobraževanja, statistično pomembno bolj prepričane o svojem znanju iz dokumentiranja kot druga skupina, ki se izobraževanja ni udeležila. Ramšak Pajk in Šušteršič (2005) sta ugotovili, da vlada med študenti na visokošolskem nivoju veliko zavedanje o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi. Meißner in sodelavci (2007) so v raziskavi, ki je bila izvedena v desetih evropskih državah, ugotovili, da se je v večini držav, ki so bile vključene v raziskavo, pokazala podobna povezava med nezadovoljstvom s stopnjo izobrazbe in delovno dobo, ne pa s položajem medicinske sestre in tipom izmene.

Nivo izobrazbe in izkušnje medicinskih sester so pogosto povezane s kakovostjo opravljenega dela (Unruh, 2003). Turner (2007) ugotavlja, da bo široko znanje koristilo medicinskim sestram pri pripravi na prihajajoče spremembe.

2.1.7 Dokumentiranje zdravstvene nege in varnost pacientov

Robida (2011a) ugotavlja, da je kultura varnosti širok pojem, ki zajema kulturo celotne zdravstvene organizacije in ne samo posameznih poklicnih skupin ali posameznih oddelkov. Zaznavanje kulture varnosti je pri medicinskih sestrah na petih izmed dvanajstih področij večja (povratna informacija o napakah in odprtosti komunikacije, podpora vrhnjega vodstva, timsko delo v bolnišničnih enotah in učeča se organizacija), kot pri ostalem osebju, vendar ni nobeno področje zaznano kot dobro (Robida, 2011b).

Osebje v zdravstveni negi je postalo pomemben element v boju za zagotavljanje pacientove varnosti kakor tudi pri izboljševanju izida zdravljenja. Teoretično je formula za doseg ravnotežja med navedenima stanjema »preprosta ekonomija« prilagoditi pacientove zahteve oskrbi v zdravstveni negi. Vsak del enačbe je večplasten, vključuje okoljske in sistemske dejavnike, ki jim je dodana še plast kompleksnosti (Fasoli, Haddock, 2011). Owen (2005) navaja, da je varnost pacienta najpomembnejša in dokumentiranje zdravstvene nege ohranja temeljni vidik zdravstvene nege. Od obširne negovalne dokumentacije se pričakuje, da bo nevidno postalo vidno. Olajšanje kontinuitete dela je omogočeno preko prenosa informacij med medicinskimi sestrami v posameznih izmenah, pacienti in drugimi zdravstvenimi delavci. V raziskavi, ki jo je izvedel Rajković (2010), 81,1 % zaposlenih v zdravstveni negi meni, da dokumentiranje povečuje varnost pacientov.

Needleman in Buerhause (2003) sta s pregledom podatkov prišla do zaključka, da je največji problem, ki preprečuje boljšo zdravstveno nego, kar pa je v neposredni povezavi z varnostjo pacienta, nezmožnost spoznati in priznati, da so aktivnosti zdravstvene nege pomanjkljivo dokumentirane. Če vsebina dokumentacije ne da natančne slike zdravstvene nege, se lahko zgodi, da pacientova pravica do dobre zdravstvene nege ni izpolnjena (Kärkkäinen et al., 2005). Griffith (2004) ugotavlja, da izpolnjevanje dokumentacije v zdravstveni negi trpi zaradi časovnega pritiska, s katerim se medicinske sestre srečujejo v mnogih kliničnih okoljih. Nepopolni zapisi nastanejo zaradi nepravočasnih vnosov, pomanjkanje celovite in točne informacije ter pomanjkanje natančnih informacij o oceni in sledenju pacientovega zdravstvenega stanja preko zdravstvenega planiranja.

Ugotovitve tudi kažejo, da je zmeda in pomanjkanje znanja o razdelitvi odgovornosti v povezavi s tem, kako je treba zagotoviti celovitost dokumentacije zdravstvene nege, in da obstaja potreba po nadaljnem usposabljanju pisanja načrtov s področja zdravstvene nege (Vee, Hestetun, 2009). Uporaba okrajšav in kratic v dokumentaciji je problematična in postavlja vprašanje varnosti pacientov zaradi napačne razlage kratic tako v zdravniških kakor tudi negovalnih zapisih in lahko privede do zdravstvenih/negovalni napak (Kuhn, 2007).

Napake v procesu zdravstvene nege, ki pogosto niso dokumentirane v pacientovem kartonu, vodijo v neugodne izide (Needleman, Buerhause, 2003).

2.1.8 Vpliv dokumentiranja na kakovost zdravstvene nege

Latinska beseda *qualitas* izhaja iz besede *qualis*, ki pomeni, kako je nekaj sestavljeno, kakšne so stvari v resnici. Ker je kakovost nenehno izboljševanje zdravstvene prakse in ker brez tega ni kakovosti, je zato primerna sledeča definicija: Kakovost zdravstvene obravnave je nenehno prizadevanje vsakogar, zdravstvenih strokovnjakov, pacientov in njihovih svojcev, raziskovalcev, plačnikov, načrtovalcev in izobraževalcev, da naredijo spremembe, ki bodo privedle do boljših zdravstvenih izidov za paciente, večje uspešnosti delovanja sistema in boljšega razvoja strokovnjakov (Bataleden, Davidoff, 2007, povz. po Robida, 2009). Skela Savič in Robida (2012) sta v raziskavi, ki je potekala v osmih bolnišnicah na sekundarni in terciarni ravni, ugotovila, da so kompetence srednjega managementa v proučevanih bolnišnicah s področja izboljševanja kakovosti in obvladovanja tveganj slabo razvite. Vodje so področje izboljševanja kakovosti bolje ocenili kot zaposleni.

Kakovostno izvedeno dokumentiranje je izjemno pomembno za kakovostno zdravstveno nego in za razvoj stroke kakor tudi za zaupanje znotraj zdravstvene stroke (Ramšak Pajkova, 2006).

Jefferies in sodelavci (2010) so v pregledu literature o dokumentaciji zdravstvene nege opredelili sedem bistvenih tem, ki govorijo o kakovostni dokumentaciji zdravstvene nege:

1. dokumentacija zdravstvene nege mora biti usmerjena v pacienta,
2. vsebovati mora dejansko delo medicinske sestre, vključno z izobraževanjem in psihosocialno podporo,
3. negovalna dokumentacija mora biti napisana tako, da odraža objektivno klinično presojo medicinske sestre,
4. prikazana mora biti v logičnem zaporedju,
5. napisana mora biti tako, da je iz nje možno razbrati zaporedje posameznih dogodkov,
6. zabeležena morajo biti neskladja v zdravstveni negi in
7. izpolnjene morajo biti tudi zakonske zahteve.

Racionalizacija predaje pacienta sestoji iz negovalne dokumentacije in lahko izboljša kakovost informacij ob predaji pacienta in skrajša čas, ki ga osebje zdravstvene nege porabi za predajo. Ugotovitve kažejo, da je večina informacij (93,5 %) o katerih razpravljajo medicinske sestre, ob predaji pacienta že na voljo ali morajo biti na voljo v zdravstveni kartoteki ali v drugih dokumentih. V raziskavi je bilo celo ugotovljeno v nasprotju s splošnim prepričanjem, ki pravi, da je predaja pacienta nujna za kontinuiteto in doslednost oskrbe pacienta, da so bile nekatere predaje pacienta vir zmede in niso pojasnile vprašanja, kakšno je pacientovo stanje, zdravljenje ali vodenjem (Sexton et al. 2004). Sharit in sodelavci (2008) so poudarjali, da je predaja pacienta pomembna zaradi kompleksnosti zdravstvene obravnave, ki se s predajo nadaljuje. Vrankar (2013) je v svoji raziskavi ugotovila, da na uspešno predajo pacienta vplivajo osredotočenje na pacienta, neoviran pretok informacij, seznanitev s situacijo in izhodiščem pri posameznem pacientu, profesionalen pristop in zavedanje prevzemanja odgovornosti za pacienta. Na neuspešnost predaje pacienta pa vplivajo: slaba organizacija dela, ponavljanje informacij, prekinitve, moteči dejavniki, različno postavljanje prioritet in neuporabni podatki.

Duffield in sodelavci (2009) so ugotavljali, da je število medicinskih sester optimalno, je večje zadovoljstvo pacientov, prav tako pa je tudi manj pritožb.

Nacionalni program predvideva, da bo uporaba elektronskih virov, kot je zdravstvena dokumentacija, pacientom v bolnišnicah močno izboljšala kakovost oskrbe (Kelley et al., 2011).

2.1.9 Odnos zdravnikov do dokumentiranja v zdravstveni negi

Učinkovita komunikacija preko dokumentacije zdravstvene nege je ključni element za uspešno sodelovanje med medicinsko sestro in zdravnikom in to sodelovanje je povezano s pozitivnim izidom zdravljenja pacienta (Casanova et al., 2007). Törnvall in Wilhelmsson (2008) ugotavljata, da splošni zdravniki običajno uporabljajo zapise zdravstvene nege kot glavni vir informacij za spremljanje zdravljenja pacienta. Vodje posameznih enot uporabljajo zapise za statistične namene (74 %), medtem ko jih le polovica uporablja zapise za oceno zdravstvene nege.

Zdravniki želijo jasnejšo dokumentacijo zdravstvene nege, ki vsebuje tudi dodatne informacije. Samo podatki o intervencijah ne zadostujejo za učinkovito sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki. V poročilih negovalnih povzetkov so neprecenljivi podatki, ki vplivajo na odločitve o zdravljenju pacientov. Z ocenitvijo stanja pacienta, ki ga predstavlja negovalna dokumentacija, v kateri so natančno opisane intervencije medicinske sestre, so zdravniki natančno seznanjeni o pacientovem stanju. Našteto predstavlja pomemben element pri odločanju o izboru metod zdravljenja. Nekateri zdravniki pa v nasprotju z navedenim kot zadostne navajajo opomnike (cheek liste) (Green, Thomas, 2008).

2.2 SODOBNI NAČINI DOKUMENTIRANJA

Do nastopa računalnikov je bila dokumentacija vodena v papirni/pisni obliki. Taka dokumentacija ni bila dosegljiva na več lokacijah istočasno. Vsebina je imela raznoliko urejenost, zapis je bil pogosto nepopoln, težko berljiv ali celo dvoumen. Bilo je veliko pasti in možnosti napak (Rajković, 2010).

Informatika v zdravstveni negi je posebnost, ki združuje znanost zdravstvene nege, računalništvo in informatiko za vodenje in sporočanje podatkov, informacij, znanja in modrosti v praksi zdravstvene nege. Informatika v zdravstveni negi podpira pacienta, medicinsko sestro in druge v njihovem odločanju v vseh vlogah in okoljih. Ta podpora se doseže z uporabo informacijske tehnologije in informacijskih struktur, ki organizirajo podatke, informacije in znanje za obdelavo z računalnikom. Informatika je posebnost, ki

se osredotoča na vsebino in strukturo, potrebno informacijsko infrastrukturo in njene sestavne dele ter komunikacijsko tehnologijo (Kulhanek, 2010). V smernicah zapisanih v Nursing documentation (2012) predlaga College of registered nurses of British Columbia pri prehodu na sodobno informacijsko tehnologijo sledeče: potrebno je sistematično in logično urediti (dostop, hramba, prenos informacij) vse oblike dokumentiranja, ki jih v zdravstveni ustanovi izpolnjujejo ročno, v računalniško obliko. Zgodnji zagovorniki računalniške tehnologije so predlagali, da bi računalniško podprta dokumentacija prinesla številne koristi, kot so zmanjšanje napak pri zdravilih, povečanje prihodkov in povečanje učinkovitosti zdravstvenih procesov (Adler, 2007). Dodatne koristi bi vključevale zmanjšanje časa pri nameščanju pacienta, lažji dostop do podatkov o pacientu, boljšo oskrbo pacientov in zmanjšanje napak (Helm et al. 2005). Raziskava Lee (2005b) navaja, da se zaposleni v zdravstveni negi upirajo uporabi sodobne tehnologije zaradi njihovega nedojemanja tehnologije, češ da bi zmanjšala čas, potreben za neposredno oskrbo pacientov. To bi pomenilo slabo povezovanje z obstoječimi procesi poteka dela (Chandra, Paul, 2004). Gugerty in sodelavci (2007) so ugotovili, da 64 % anketirancev ne uporablja elektronske oblike dokumentiranja na svojem delovnem mestu.

Prihodnost zdravstvene dokumentacije je z uporabo elektronskih zdravstvenih kartotek usmerjena v informacijsko tehnologijo. V zdravstvu je potrebno razviti računalniško podprto informacijsko tehnologijo, ki bi omogočala medicinskim sestram potrebno dokumentiranje podatkov o pacientih na hiter in preprost način (Green, Thomas, 2008). Uporaba sodobne računalniške opreme in dobrega programa za vnos negovalne dokumentacije izboljša hitrost in kakovost vnosa podatkov, kar medicinskim sestram omogoči več časa, ki ga lahko posvetijo pacientom (Spencer, Lunsford, 2010). Novak (2012) je ugotovila, da uporaba elektronskega zdravstvenega zapisa omogoča izboljšanje dokumentiranja, spremljanja, analiziranja in odločanja izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe ter prikazuje in meri »nevidno« zdravstveno nego in oskrbo. Saranto in Kinnunen (2009) sta izvedla retrospektivno vrednotenje dokumentacije zdravstvene nege. Narejena je bila primerjava z dokumentacijo vodeno v papirni obliki in računalniško vodeno zdravstveno dokumentacijo. Ugotovljen je bil zelo počasen prehod na računalniško vodeno način dokumentiranja, saj je bilo za to potrebnih 15 let. Uporaba strukturirane terminologije zdravstvene nege podpira standardizacijo

Romana Petkovšek-Gregorin

Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi

dokumentacije zdravstvene nege. Prav tako bo široko odprla pot področju raziskav o dokumentiranju iz ocenjevanja kakovosti dokumentiranja v merjenje rezultatov zdravljenja.

Munyisia (2012) ugotavlja, da elektronski dokumentacijski sistem ne vodi nujno k učinkovitosti v vodenju dokumentacije predvsem v domovih za ostarele. Z zapisovanjem nekaterih informacij na papir in drugih v računalnik lahko ovira učinkovitost in preglednost dokumentacije. Za optimiziranje pozitivnih učinkov elektronske dokumentacije v domovih za ostarele ni potrebna le avtomatizacija vseh obrazcev, ki jih uporabljajo zaposleni v zdravstveni negi, temveč tudi zagotovitev, da je sistem usklajen s prakso.

S prihodom sodobnih majhnih prenosnih računalnikov je elektronsko zapisovanje zdravstvene dokumentacije postalo hitro primerna izbira v mnogih zdravstvenih okoljih. Sodobna računalniška oprema in njena večja dostopnost lahko omogočita medicinskim sestram učinkovito in široko uporabno dokumentiranje vseh postopkov zdravstvene nege (Laughlin, Van Nuil, 2003). Poissant in sodelavci (2005) ugotavljajo, da uporaba terminalov ob pacientovi postelji ali centralnih namiznih postajah medicinskim sestram prihrani 23,5 % do 24,5 % skupnega časa, ki ga potrebujejo za dokumentiranje v eni izmeni.

V ZDA pričakujejo, da bodo do leta 2014 v bolnišnicah začeli uvajati elektronsko zdravstveno dokumentacijo. Od nje pričakujejo koristi predvsem na področju kakovosti (Kelley et al., 2011).

Vendar pa ostaja neznanka, v kolikšni meri elektronska oblika zdravstvene dokumentacije izboljša oskrbo hospitaliziranih pacientov v primerjavi z zapisi na papirju predvsem zaradi učinkovitosti primerjave (ibid). Lee (2006) je ugotovil, da medicinske sestre z zadovoljstvom gledajo na računalniško vodeno negovalno dokumentacijo kot zapis, ki jim nudi pomoč pri pomnjenju, služi jim kot pripomoček za učenje, raziskovanje in kot sredstvo, na podlagi katerega je možno oblikovati sodbe. Prav tako tudi Turner (2007) ugotavlja, da imajo medicinske sestre pozitivno mnenje o uporabi računalnikov v zdravstvu. Siyanata Dorcas (2010) je ugotovil, da več kot 50 %

anketirancev meni, da informacijska tehnologija omogoča medicinskim sestram več časa za profesionalne naloge in izboljšuje komunikacijo med oddelki. Več kot 56 % jih meni, da porabijo več časa za računalniški vnos, kot ga porabijo za nego pacienta. Približno 52 % jih meni, da je informacijska tehnologija nepotrebna in ne shrani dokumentacijo, tako da jo ob ponovni hospitalizaciji ne morejo primerjati. Dokončno pa ni bilo potrjeno ali ovrženo, če informacijska tehnologija zmanjšuje ali povečuje stroške zdravstvenega varstva. Dejstvo pa je, da nove komunikacijske tehnologije ne morejo nadomestiti klasične osebne oblike komunikacije, ki je temelj odnosa med zdravstvenim osebjem in pacientom, so pa lahko zelo dobro dopolnilo (Zdolšek, 2006).

College of Registered Nurses of Nova Scotia (2012) postavlja standarde o pacientovih pravicah, saj sodobna tehnologija ne zmanjšuje njihovih pravic o zaupnosti njihovih podatkov. Ne glede na način dokumentiranja je zaupnost vseh podatkov iz pacientove dokumentacije bistvena. Predvsem se to nanaša na dostop, hrambo, vpogled in prenos, ki mora biti zaupen ne glede na način beleženja.

2.3 ZAKONODAJA IN DOKUMENTIRANJE V ZDRAVSTVENI NEGI

Dokumentacija zdravstvene nege je uraden dokument in pisni dokaz ter odraža odgovornost medicinske sestre tako do pacienta kot do njenega dela (Ramšak Pajkova, 2006).

Namen dokumentacije zdravstvene nege je pregled nad opravljenim delom in možnost preverjanja ter s pravnega vidika zaščita izvajalcev in uporabnikov zdravstvene nege (Mench et al., 2001). Documentation guidelines for registered nurses (2006) podaja standarde, ki govorijo, da dokumentacija zdravstvene nege vsebuje kronološki zapis o številnih dogodkih, ki vključujejo pacienta od sprejema do zaključka hospitalizacije, in se lahko uporablja za osvežitev spomina medicinskim sestram, če je potrebno, da pričajo na sodišču. Sodišča pogosto uporabijo klinično dokumentacijo za rekonstrukcijo dogodkov, določijo čas, datum in reševanje konflikta/problema.

Z jasnim, jedrnatim, čitljivim in preudarnim načinom dokumentiranja lahko bistveno zmanjšamo tveganje za nastanek nesporazuma in negativne izide zdravljenja, ki lahko nastanejo zaradi slabe ali nepopolne komunikacije (Blair, Smith, 2012).

Medicinska dokumentacija je pravni dokument, katerega del je tudi negovalna dokumentacija. Nepopolna dokumentacija zdravstvene nege pomeni resne težave za pacienta in medicinsko sestro, če sta vključena v pravdni postopek. Obstaja odgovornost do pacienta. Ko medicinska sestra sprejme odgovornost za pacienta, mu mora zagotoviti standard, ki zagotavlja njegovo varno obravnavo. Pomemben del predstavlja poklicna malomarnost, nezagotavljanje standardne oskrbe pacienta, kar lahko povzroči poškodbo pacienta ali predstavlja škodo za pacienta. Najbolje je preprosto opisati pacientovo vedenje z uporabo neposrednih citatov (Austin, 2011).

Smernice Registered Nurses act (2006) poudarjajo, da informacijska tehnologija ne spreminja pravice pacienta do zasebnosti, ki zajema zdravstvene informacije. Ne glede na to, ali je dokumentacija v papirni obliki, elektronski ali v kateri koli drugi obliki, ohranja zaupnost vseh informacij v zdravstvenih zapisih. Nanaša se na dostop, shranjevanje, iskanje in posredovanje podatkov nekega pacienta.

Pacienti imajo zakonsko pravico pričakovati, da so medicinske sestre usposobljene in imajo bogato strokovno znanje (Fullbrook, 2007). Varovanje pacienta in njegovih pravic je zapisano v Zakonu o pacientovih pravicah (2008). Zdravstveni delavci za svoje delo, ki ga samostojno opravljajo, prevzemajo:

1. etično odgovornost – kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov,
2. strokovno odgovornost – svoje delo opravljajo v okviru veljavnih standardov za izvajanje postopkov zdravstvene nege
3. kazensko odgovornost – v primeru opustitve ravnanj-tedaj, ko bi določena oseba glede na svoje obveznosti, znanje in usposobljenost morala opraviti določeno dejanje, pa ga ne opravi in
4. materialno odgovornost-odškodninska odgovornost-kazensko in civilno pravna odgovornost za morebiti nastalo škodo.

Kazenska odgovornost zoper izvajalce v zdravstvu nastane, če je narejeno kaznivo dejanje zoper človekovo zdravje ali je narejeno kaznivo dejanje zoper življenje in telo (XX. poglavje kazenskega zakonika-KZ-1, 121 KZ-1 (nedovoljen poseg v nosečnost), 120 KZ-1 (pomoč pri samomoru), 130-KZ-1(opustitev pomoči), 129 KZ-1 (zapustitev slabotne osebe) ... (Keršmanc, 2012).

Medicinske sestre popolnoma odgovarjajo za svoje strokovno delo, del odgovornosti pa bi prevzela tudi oseba, ki je medicinsko sestro razporedila oziroma ji dovolila delo prek polnega delovnega časa (Peršuh, 2001).

2.4 ZAMETKI DOKUMENTIRANJA V SLOVENSKEM PROSTORU

V preteklosti so medicinske sestre verjele, da je dokumentiranje izvedenega dela nekaj povsem obrobnega in drugega kot zdravstvena nega pacienta in negativno vpliva na kakovost dela medicinske sestre. Tak pogled na dokumentacijo zdravstvene nege je izhajal iz dejstva, da je vso dokumentacijo, ki jo je medicinska sestra izpolnjevala, izvajala po naročilu drugih zdravstvenih delavcev, sama pa je izvajala samo rutinska dela brez teoretičnega razmišljanja (Šljajmer-Japelj, 1981). Japelj (1980) je poudarjala, da zdravstveni delavci točno vedo, kakšne podatke o pacientu bi potrebovali, kaj bi morali storiti, koliko podatkov bi morali hraniti. Te podatke pa bi lahko s pridom uporabili le, če bi se povezali s strokovnjaki, ki bi s pomočjo tehnike izpeljali aplikacije, ki bi omogočile obdelavo zabeleženih podatkov. Poudarila je, da v letu 1980 še obstaja razlika v sporazumevanju in razmišljanju, kar je posledica takratnega načina izobraževanja. V članku avtorica pričakuje, da bo sodobna informacijska tehnologija pomagala v borbi proti dehumanizaciji zdravstva in omogočila več časa za pristne človeške stike. Kavalič (1981) je že opozarjala na pomembnost procesa zdravstvene nege, ki naj bi vplival na racionalizacijo negovalnih postopkov in ki bi omogočil prilagoditev delovnih metod potrebam posameznega pacienta. Omenjala je oceno negovalnih potreb in možnosti, načrtovanje vsebine in metod dela, izvajanje načrta zdravstvene nege vključno z dokumentacijo zdravstvene nege ter evalvacijo opravljenega dela. Šljajmer-Japelj (1981) je poudarjala, da sistematična zdravstvena nega, ki jo omogoča dokumentacija, vodi h kakovostnemu in varnemu delu medicinske

sestre. Prav tako je tudi osnova za kritično razmišljanje, za pozitivne spremembe in strokovni razvoj. Poudarjala je naloge dokumentiranja in jih razdelila na:

1. sredstvo komuniciranja,
2. sredstvo, ki zagotavlja varno in zanesljivo delovanje zdravstvenega tima,
3. sredstvo zbiranja podatkov o pacientu in poteku njegovega zdravljenja,
4. omogočanje širjenja znanja o zdravstveni negi,
5. zagotavljanje kontinuitete in sistematičnosti zdravstvene nege,
6. omogočanje individualno prilagojene zdravstvene nege pacienta,
7. omogočanje vrednotenja zdravstvene nege,
8. sredstvo, s pomočjo katerega izobražujemo medicinske sestre,
9. osnovo za interdisciplinarno sodelovanje,
10. vir pravne zaščite in
11. omogočanje večje učinkovitosti zdravstvene nege pacientov.

Kavalič (1986) je poudarjala, da mora biti dokumentacija zdravstvene nege opremljena z vsemi ustreznimi podatki in sprti ažurirana. Ugotavljala je, da je dokumentacija zdravstvene nege nujno potrebna, vendar ne bi smela tako obremenjevati medicinske sestre, da bi bilo ogroženo njeno delo s pacientom. Zasnovana je tako, da opisuje pacientovo stanje. Nadaljevala je z opisom klasifikacijskega pristopa, ki bi nudil kakovosten opis pacientovega zdravstvenega stanja.

V letu 1985 se je pedagoški tim Višje šole za zdravstvene delavce, Oddelek za zdravljenje in nego, povezal z Univerzitetno kliniko za infekcijske bolezni in vročinska stanja pri Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani in skupaj sta izvedla preizkus uporabe procesa zdravstvene nege v praksi. Priprave na uvedbo procesa zdravstvene nege so zahtevale pregled kadrovske zasedenosti in strokovno izpopolnjevanje medicinskih sester o procesu zdravstvene nege, o dokumentiranju v zdravstveni negi in prenosu informacij. Potrebna je bila tudi sprememba organizacije dela. Že takrat so ugotavljali pomanjkljivosti, ki otežujejo uvajanje procesa zdravstvene nege. To so bili nepopolni standardi zdravstvene nege, pomanjkljiva strokovna terminologija, slabosti pri funkcioniranju negovalnega tima in prenosu informacij. Že pri uporabi procesa zdravstvene nege na majhnem vzorcu se je izkazalo, da proces zdravstvene nege pozitivno vpliva na kakovost dela, pri pacientu pa se povečuje občutek varnosti,

Romana Petkovšek-Gregorin

Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi

zaupanja in ugodja. V zaključku so avtorji ugotavljali, da je potrebno strokovno izpopolnjevanje vseh članov negovalnega tima, zagotavljanje neprekinjenega načrtovanja, dopolnjevanje dokumentacijskih obrazcev, oblikovanje strokovne terminologije, oblikovanje negovalnih standardov, timsko delo in prenos informacij (Babič et al., 1986). Kokoš (1986) je ugotavljala, da sistematična in dokumentirana zdravstvena nega daje podlago za znanstveno raziskovalno delo medicinskih sester, ki bo lažje izvedljivo, če bodo podatki zabeleženi v računalnik in tako nudili lažjo in hitrejšo obdelavo zbranih podatkov. Sekavčnik in Hoyer (1987) sta v svoji raziskavi potrdili, da je izvajana zdravstvena nega po procesni metodi dela kakovostnejša od zdravstvene nege opravljene po tradicionalni metodi in da lahko tako zdravstveno nego izvajajo le strokovno usposobljene in za proces zdravstvene nege motivirane medicinske sestre v optimalnih okoliščinah.

Peric (1995) je menila, da je zdravstvena nega znanost in stroka. Vsaka stroka pa za svoj razvoj in eksistenco potrebuje ustrezno dokumentiranje. S pomanjkljivim dokumentiranjem zdravstveno nego negiramo in razvrednotimo pomen opravil, ki jih vsakodnevno opravljamo v korist pacienta ter njegove družine, torej v korist celotne družbe. Kakovostna dokumentacija je integralni del zagotavljanja odgovorne, varne, učinkovite in etične zdravstvene nege. Poudarila je namen dokumentiranja. Kot najpomembnejšo je opredelila komunikacijo, saj dokumentacija zdravstvene nege služi kot komunikacija v mono in multidisciplinarnem timu. Član negovalnega tima na podlagi dokumentacije bolje koordinira zdravstveno nego z ostalimi sodelavci. S komunikacijo prek podatkov in dokumentacije o pacientu je zagotovljena večja kakovost zdravstvene nege, prav tako pa je tudi možen nadzor nad kakovostjo zdravstvene nege. Dokumentacijo zdravstvene nege se lahko uporabi kot pripomoček pri izobraževanju. Predstavlja tudi neprecenljiv vir informacij, ki omogočajo nadaljnje raziskovanje na tem področju, prav tako tudi pravno zaščito in služi za vrednotenje zdravstvene nege.

Naka in Pavčič Tršan (1999) sta pred dobrim desetletjem ugotavljali, da se je v tem obdobju pogosto pojavil problem v trenutku, ko so medicinske sestre in zdravstveni tehniki želeli prikazati in vrednotiti svoje delo, ki do takrat praviloma še ni bilo dokumentirano in pacientova zahtevnost po bolnišnični zdravstveni negi ni bila

Romana Petkovšek-Gregorin

Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi

opredeljena z vidika zahtevnosti zdravstvene nege, ampak je izhajala iz medicinske diagnoze in dela zdravnika. Ugotavljali sta, da opredelitev storitev zdravstvene nege v tako imenovani »zeleni knjigi« - enotnem seznamu zdravstvenih storitev iz leta 1983 ni dovolj natančna in ne omogoča analize dela medicinskih sester za nazaj, prav tako pa ne omogoča načrtovanja potreb po negovalnem kadru v prihodnosti. Tudi Filej (1998) je izrazila svoje mnenje o tem, da bi bilo nujno potrebno postaviti kadrovske normative, ki bi jih postavila stroka sama in ne zavarovalnica. Kadrovske normative bi morali temeljiti na dejanski porabi časa, na delitvi dela, na potrebah pacientov, na stopnji njihove odvisnosti ali neodvisnosti pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnostih.

Šušteršič in sodelavci (2000) so v svoji raziskavi ugotavljali, da predstavljen računalniški model prispeva k razvijanju enotne doktrine dela medicinskih sester in vodi h kakovostnejšemu dokumentiranju v zdravstveni negi. Kalin Vodopivec (2000) v svoji raziskavi, ki jo je izvedla med zaposlenimi v splošni bolnišnici »dr. Franca Derganca« v Novi Gorici, ugotavlja, da izvajanje zdravstvene nege po procesni metodi dela predstavlja problem, pri čemer imata velik vpliv starost in delovni staž medicinskih sester. Večina anketirancev tudi meni, da o procesni metodi dela niso dovolj poučeni, hkrati pa anketiranci menijo, da bi bila zdravstvena nega pacienta učinkovitejša, popolnejša in kontinuirana, njihovo delo pa dokumentirano in vrednoteno.

Izmenjavo informacij o pacientu znotraj in izven inštitucije, ki jo omogoča dokumentacija zdravstvene nege, omogoča kontinuirano zdravstveno obravnavo pacienta (Skela Savič, 2007b).

2.5 VREDNOTENJE AKTIVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE IN IZ TEGA IZHAJAJOČE POTREBE PO KADRIH

Zahtevnost zdravstvene nege v zdravstvenih institucijah narašča, kar je predvsem posledica skrajševanja ležalne dobe, povečuje se število zahtevnih kroničnih pacientov in zahtevnost načinov zdravljenja kroničnih bolezni ter s tem povezana zahtevnost zdravstveno-vzgojnega delovanja medicinskih sester v pripravi pacienta na življenje doma (Vrečar, Skela Savič, 2009).

V zdravstveni negi se delovanje managementa sestoji iz zbiranja podatkov, načrtovanja, organiziranja in vodenja osebja, vodenja in nadzora. Vodje, ki so zadolženi za izbiro primernega kadra morajo opredeliti in izbrati primerno osebje, s pomočjo katerega bo delovna organizacija dosegla zastavljene cilje (Fagerström, 2009).

Težko je najti odgovor na vprašanje koliko medicinskih sester je potrebnih v nekem danem trenutku. V ZDA število zaposlenih medicinskih sester gradi stroške zdravstvene oskrbe v bolnišnicah. Zdravstvena nega predstavlja največjo skupino zaposlenih in predstavlja največji strošek za zdravstveno organizacijo (Beswick et al., 2010). Dickson in sodelavci (2010) so v svoji raziskavi ugotovili, da se za izračun potrebnega števila medicinskih sester v ambulantah pogosto upošteva število zdravnikov, število pacientov in shemo obiskov. Tak izračun potrebnega števila osebja ne more biti optimalen. Primerno merilo je ugotavljanje potreb po zdravstveni negi, kar temelji na razvrščanju pacientov v kategorije. Orodje omogoča boljši prikaz akutnih stanj in jih povezuje s kompleksnostjo pacientovega zdravljenja, kar pa se odraža tudi v kadrovske zasedenosti zaposlenega osebja na posameznem oddelku.

Peršuh (2001) je ugotavljal, da so obremenitve medicinskih sester na delovnem mestu tesno povezane z ugotavljanjem potreb po zdravstveni negi in kakovostno ravniyo zdravstvene nege. Povsod tam, kjer medicinske sestre in zdravstveni tehniki poskušajo vrednotiti svoje delo in prikazati iz tega izhajajoče obremenitve, se pojavijo problemi. Delo ni ustrezno dokumentirano, niti ni opredeljena pacientova zahtevnost z vidika zahtevnosti zdravstvene nege. Vse izhaja le iz medicinske diagnoze in zdravnikovega dela. Medicinske sestre morajo imeti znanje in sposobnosti pri postavljanju prednostnih nalog za zadovoljevanje pacientovih potreb, racionalno razporejanje virov in sposobnost vodenja. Zdravstvene nege ni mogoče obvarovati pred nenehnimi pritiski, ki stremijo k izboljševanju organiziranosti in racionalizaciji stroke, saj se prav tako sooča z delovanjem različnih dejavnikov in stalnim razkorakom med potrebami po zdravstveni negi in možnostmi, ki so na voljo v praksi (Stričević et al., 2011).

Področje zaposlovanja kadrov v zdravstveni negi je eden izmed pomembnih managerskih izzivov današnjega časa. Od managementa zdravstvene nege in vodij na

vseh nivojih se pričakuje, da bodo zagotavljali ustrezno število usposobljenih kadrov glede na potrebe pacientov po zdravstveni negi (Vrečar, Skela Savič, 2009).

2.5.1 Primerna kadrovska zasedenost – večja kakovost zdravstvene nege

V zdravstveni negi je prva merila kakovosti postavila Florence Nightingale (omejitev hrupa okrog ranjencev; sestava, kakovost in serviranje hrane; kakovost in položaj postelje in žimnice; zračnost in čistoča sobe ranjenca; osebna čistoča)(Peršuh, 2001).

Ugotavljanje potreb po kadrovske zasedenosti lahko predstavlja velik izziv, saj je delovna obremenjenost medicinskih sester in čas, ki je potreben za izvedbo aktivnosti zdravstvene nege, odvisen od številnih dejavnikov, med katere sodijo tudi značilnosti posameznega pacienta, kot so starost, komorbidnost, trenutno neoplastično zdravljenje in shema zdravljenja, kompetence medicinskih sester, upoštevanje različnih praks in obsega zdravstvene nege, ki ga posamezen pacient potrebuje. Glede na spremenljivke je zagotavljanje ustreznega vzorca zaposlovanja ključnega pomena za zagotavljanje optimalne zdravstvene nege pacienta (DeLisle, 2009). Tarpey in Nelson (2009) ugotavljata, da dobro načrtovanje in razporeditev osebja v zdravstveni negi zagotavlja kakovostno izrabo kadrovskih virov, s tem pa večjo kakovost in varnost dela, kar prispeva k večjemu zadovoljstvu zaposlenih in boljši obravnavi pacientov. Pri razporejanju osebja se je potrebno ozirati na potrebe oddelka, pri tem pa je potrebno upoštevati tudi potrebe osebja. Na oddelkih, kjer se izvaja zdravstvena nega pri akutnih pacientih, pomeni, da povečano akutno stanje pacienta zahteva od medicinske sestre več časa in spretnosti pri izvajanju zdravstvene nege.

Prosen (2010) v pregledu literature objavljene med leti 1993 in 2009 ugotavlja, da je stopnja zadovoljstva medicinskih sester z delom odraz sprememb v delovnem okolju, do katerih pride zaradi vpliva zunanjih in notranjih dejavnikov. Pri medicinskih sestrah, ki izkazujejo visoko stopnjo zadovoljstva z delom, lahko pričakujemo učinkovitejše sodelovanje znotraj tima, boljše medsebojne odnose, večjo stopnjo zadovoljstva pacientov, manjši pojav stresa in manjšo mero čustvene izgorelosti na delovnem mestu. Peterson (2001) ugotavlja, da se bolnišnice soočajo z resnimi izzivi zagotoviti visoko kakovostno oskrbo s sedanjim pomanjkanjem zaposlenih v zdravstveni negi. Eden

izmed številnih dejavnikov, ki vplivajo na pomanjkanje medicinskih sester, je povišanje starosti zaposlenih medicinskih sester. Povprečna starost diplomiranih medicinskih sester v ZDA je bila leta 2004 46,8 let (Turner, 2007). Znanje medicinskih sester in raziskovalna vključenost sta tesno povezana s spremljanjem in zagotavljanjem kakovosti ter vrednotenjem lastnega dela. Odločevalci v zdravstvenem sistemu se morajo zavedati pomena kakovostnega izvajanja zdravstvene nege (Skela Savič, 2012).

2.5.2 Obremenjenost medicinskih sester

Morris in sodelavci (2007) pojasnjujejo pojem obremenitev v zdravstveni negi kot intenzivnost, ki zajema tako zdravstveno nego in oskrbo pacienta kot tudi aktivnosti, ki niso direktno povezane z zdravstveno nego. Vse našteje izraze lahko združimo v skupno besedo intenzivnost zdravstvene nege, ki zajema neposredno in tudi posredno zdravstveno nego, ki se izvaja za in v imenu pacienta. V literaturi zdravstvene nege je pogosto zaznati ohlapno uporabo izraza »obseg dela«. Izrazi, kot so delovna obremenitev zdravstvene nege, odvisnost pacienta, kritičnost/nujnost pacientovega stanja, zahtevnost oskrbe in celo resnost bolezni, se pogosto uporabljajo izmenično. Izhajajoč iz razvrščanja pacientov v posamezne kategorije lahko merimo obremenitve medicinskih sester. Posamezni načini razvrščanja pacientov v kategorije so lahko oblikovani za določene enote, le nekaj jih je mogoče uporabiti za razvrščanje pacientov v kategorije v različnih tipih bolnišnic (Van den Hade et al., 2008).

Medicinske sestre imajo bistven pomen v procesu zdravstvenega varstva. Na svetu so največja skupina zdravstvenih strokovnjakov. V številnih državah zagotavljajo do osemdeset odstotkov zdravstvenih storitev, zato lahko njihovo pomanjkanje predstavlja resno grožnjo, morda celo katastrofo (Paterson, 2001; Buerhaus, 2002). Kronično pomanjkanje medicinskih sester lahko pomeni, da medicinske sestre v posamezni izmeni prednostno opravljajo samo bistvene naloge in zanemarjajo manj pomembne naloge (Sexton et al., 2004). Warren in Tart (2008) sta ugotovila, da se pojavlja večje število napak pri utrujenih medicinskih sestrah, ki so delale 12 ur. Z ustreznim razporejanjem na delo se število napak zmanjša. Prav tako so tudi Rauhala in sodelavci (2007) ugotavljali, da povečana obremenjenost pri delu in s tem utrujenost poveča napake pri delu, kar lahko povzroči neugoden izid zdravljenja. Težki delovni pogoji, ki

spremljajo delo medicinskih sester, so zaradi njihovega odhoda v druga, lažja delovna okolja, v mnogih državah že privedli do pomanjkanja usposobljenih medicinskih sester (Fagerström, 2009).

Delovne obremenitve medicinskih sester in čas, ki ga potrebujejo za izvajanje zdravstvene nege pacientov, nenehno narašča. Uvajanje novih načinov zdravljenja, ki so pogosto zelo zapleteni in povečano število pacientov z akutnimi stanji, vpliva na delovno obremenjenost medicinskih sester. Management v zdravstveni negi mora upoštevati našete dejavnike pri določanju dnevnega števila zaposlenih na posameznem oddelku (DeLisle, 2009). Rauhala in Fagerström (2007) v svoji raziskavi ugotavljata, da faktorji, ki niso povezani z delom medicinskih sester ob pacientu, vplivajo na njihove delovne obremenitve, toda manj kot intenzivnost zdravstvene nege. Neravnovesje med izkušnjami medicinskih sester, njihovo željo po najboljši možni oskrbi pacienta in realnostjo povzroči občutek nemoči. Obstaja močna povezanost med organizacijskim stresom in zadovoljstvom pri delu. Medicinske sestre se pogosto pritožujejo nad prevelikimi obremenitvami na delovnem mestu. Najpogosteje omenjajo stres in pomanjkanje časa pri opravljanju svojega dela (Huber, 2010).

Jarvi in Uusitalo (2004) sta v raziskavi ugotovila, da medicinske sestre, ki krožijo med oddelki zaradi povečanih potreb po zdravstveni negi ob odsotnosti zaposlenega osebja, pripomorejo k večji kakovosti zdravstvene nege. Povečajo tudi pretok idej, izboljšajo spretnosti, prav tako pa je tudi lažje timsko delo. Henderson in sodelavci (2008) ugotavljajo, da se duševno zdravje in s tem zadovoljstvo medicinskih sester izboljša, če obremenitve pri delu niso visoke. Delo medicinskih sester se nenehno spreminja glede na stanje pacientov, za katere medicinske sestre skrbijo in glede na pretok in gibanje pacientov v organizaciji. Obstaja povezanost med visoko obremenitvijo medicinskih sester in nezadovoljstvom pacientov. Medicinske sestre, managerke, bi morale imeti pri svojem delu orodje, ki je enostavno za uporabo. Pri vsakodnevni uporabi bi bili zajeti pomembni kazalniki, vsakodnevno merjenje delovne obremenitve, možnost prilagajanja kadrovske zasedenosti glede na paciente in načrtovanje in prilagajanje osebja na dolgi rok (Aalto et al., 2009). Van den Hade in sodelavci (2008) v svoji raziskavi ugotavljajo, da morajo bolnišnice vedno pogosteje iskati idealno ravnovesje med investicijami v kakovostno zdravstveno nego in med omejevanjem dela medicinskih sester. Izredno

Romana Petkovšek-Gregorin

Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi

pomembno je, da so razpoložljivi viri negovalnega osebja razporejeni čim bolj natančno, uporabljeni pa so tudi najboljši dokazi, ki podkrepijo izbran način izbiranja kadra. Kljub temu da model, ki je bil uporabljen v raziskavi, glede na podatke, ki so bili dosegljivi, ni upošteval številnih dejavnikov, je raziskovalcem uspelo razviti relativno dobro orodje, ki omogoča bolnišnicam pridobiti podatke o zaposlenih v zdravstveni negi s primerjanjem podatkov v posameznih bolnišnicah. S pomočjo standardne preglednice časovnega vrednotenja posamezne aktivnosti zdravstvene nege je bilo ugotovljeno, da pacienti z določenimi diagnozami potrebujejo različne aktivnosti zdravstvene nege, ki lahko trajajo daljši ali krajši čas. S pomočjo pridobljenih podatkov je možna enakomernejša porazdelitev sredstev za zdravstveno nego glede na večje ali manjše potrebe pacientov s posameznimi diagnozami. Z raziskovano metodo je tudi mogoče ugotoviti vpliv novega načina zdravljenja na čas, ki ga posamezna medicinska sestra potrebuje za izvedbo določene aktivnosti. Izsledke pa lahko tudi povežemo z obremenitvami zaposlenih v zdravstveni negi (Mittmann et al., 2008).

V slovenskem prostoru je Peršuh (2001) že pred desetletjem opozarjal, da obstoječi kadrovski normativi ne upoštevajo spremenjenih in zato povečanih potreb pacientov po zdravstveni negi. V raziskavi ugotavlja, da obstaja vse večja potreba po novem vrednotenju obsega dela in po novi sistematizaciji, ki bo postavila realnejše okvire potrebnega števila delavcev zdravstvene nege. Bregar in Klančnik Gruden (2011) sta analizirala podatke zbrane s pomočjo Slovenske kategorizacije zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (SKZBZN) in ugotovila, da je trenutno trend naraščanja zahtevnosti pacientov v bolnišničnem zdravstvenem varstvu. Vse več je zahtevnejših pacientov, ki povečujejo delovne obremenitve, kadrovske stanje v zdravstveni negi pa se izboljšuje zelo počasi (indeks 1,03). V raziskavi, ki je zajela obdobje od 2007 do 2009, je bilo na osnovi zbranih in analiziranih podatkov SKZBZN ugotovljeno, da v slovenskem prostoru primanjkuje povprečno od 19-22 % izvajalcev zdravstvene nege. Iz dobljenih rezultatov sta sklepala, da sta zaradi pomanjkanja osebja ogroženi kakovost in varnost zdravstvene obravnave, kar posledično lahko vpliva na slabše izide zdravstvene obravnave, podaljšano hospitalizacijo in/ali nižjo kakovost življenja pacientov. Tudi Lokajner in Bregar (2013) sta ugotavljala, da je varnost in kakovost zdravstvene obravnave pacientov v bolnišnicah povezana z zmanjševanjem kadra v zdravstveni negi.

Do povečanih delovnih obremenitev medicinskih sester prihaja predvsem zaradi neprepoznavanja količine in obsega dela, podcenjevanja opravil izvajalcev zdravstvene nege, nepriznavanja in neupoštevanja norm, standardov in procesne oblike dela ter neustrezne kadrovske zasedenosti delovnih mest (Peršuh, 2001).

2.5.3 Nezadovoljstvo medicinskih sester na delovnem mestu

Stres zaposlenih v zdravstveni negi je predvsem posledica delovne obremenjenosti, vodenja/managementa, intra in interpersonalnih konfliktov in čustvene povezave, ki izhajajo iz skrbi (McVicar, 2003). Glavni vzrok za večje delovne obremenitve je v pomanjkanju osebja. Pomembno je vprašanje odgovornosti do dela, do kakovosti izvedenega dela in odgovornost za strokovne napake, ki bi se ob več kot 24-urnem nepretrganem delu lahko (in lažje) pojavile (Peršuh, 2001). Nezadovoljstvo z delom vodi do večje stopnje fluktuacije in absentizma, kar posledično vpliva na kakovost zdravstvene nege. V literaturi največkrat omenjeni indikatorji zadovoljstva z delom so avtonomija, z delom povezan stres in sodelovanje v zdravstvenem timu (Prosen, 2010). Khowaja in sodelavci (2005) so ugotavljali, da je večina medicinskih sester navajala obremenitev kot svoj glavni razlog za nezadovoljstvo na delovnem mestu in glavni povzročitelj stresa na delovnem mestu. Menili so, da imajo zaradi pomanjkanja osebja, absentizma, opravljanje nenegovalnih nalog povečan obseg dela. Ne glede na delovno mesto medicinskih sester, so menile, da so njihove delovne obremenitve velike. Pomembno so na nezadovoljstvo medicinskih sester na njihovem delovnem mestu vplivali tudi pomanjkanje priznanja za njihovo delo s strani glavnih medicinskih sester, pomanjkanje spoštovanja do njih, občutek, da jih medicinske sestre, ki se ukvarjajo z managementom, ne podpirajo, izgorelost, sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki. Meißner in sodelavci (2007) so v svoji raziskavi ugotovili, da sta slaba kakovost vodenja in nezadostna podpora kolegov močno povezani z nezadovoljstvom na delovnem mestu.

2.5.4 Razvrščanje pacientov glede na intenzivnost zdravstvene nege

Sistem razvrščanja pacientov je orodje oblikovano z namenom razvrščanja pacientovih potreb in določitev virov zdravstvene nege, ki so potrebni za zdravstveno nego v danem okolju (Fasoli, Haddock, 2011). Cilj razvrščanja je ustvariti ravnotežje med

Romana Petkovšek-Gregorin

Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi

pacientovimi potrebami po zdravstveni negi in kadrovskimi viri negovalne enote. Namen razvrščanja pa je pridobiti orodje za vodenje in upravljanje dejavnosti, predvsem izračun potreb po kadrih na strokovni osnovi (Založnik, Železnik, 2003).

Klančnik Gruden in sodelavci (2011) opisujejo, da začetki razvrščanja pacientov v kategorije segajo v petdeseta in šestdeseta leta 20. stoletja. V svetu obstajajo številni sistemi razvrščanja pacientov v kategorije, uporablja pa se jih le nekaj. Število kategorij, v katere so pacienti razvrščeni, je različno, od tri pa do deset. Namen vseh sistemov je razvrstitev pacientov glede na potrebe po zdravstveni negi v različne kategorije (ibid). Avtorji tudi navajajo, da je v sodobni zdravstveni negi potrebno načrtovanje, prikazovanje in vrednotenje dela izvajalcev zdravstvene nege, ki temelji na pacientovih potrebah. Kategorizacijski sistemi so bili razviti, da bi lahko objektivno prikazali delovne obremenitve izvajalcev zdravstvene nege in s tem prilagodili kadrovske zasedbo intenzivnosti zdravstvene nege (ibid). Namen sistema razvrščanja pacientov v posamezne kategorije je bil, da se lahko zdravstvene organizacije pravočasno odzovejo na nenehno spreminjanje potreb pacientov po zdravstveni negi in na podlagi pacientovih potreb predvidijo potrebe po številu zaposlenih. Preizkušeni in dokazani sistemi razvrščanja pacientov v kategorije so sposobni zagotoviti racionalne, sistematične in objektivne temelje, na katerih lahko temeljijo kadrovske odločitve (Fagerström, 2009).

Klančnik Gruden in sodelavci (2011) ugotavljajo, da obstaja več definicij razvrščanja pacientov v kategorije. Prvotnemu namenu razvrščanja pacientov v posamezne kategorije glede na potrebe po zdravstveni negi in oblikovanju znanstvenih metod izračunavanja potrebnega osebja so se pridružili novi viri:

- oblikovanje kadrovske politike in ekonomskih izračunov,
- načrtovanje financiranja,
- ocenjevanje in analiziranje stroškov ter
- analiziranje učinkovitosti in produktivnosti.

Inštrument za merjenje delovne obremenjenosti medicinskih sester je orodje, s katerim merimo potreben čas za izvajanje določene aktivnosti zdravstvene nege. Uporablja se ga lahko tudi kot način ekonomskega vrednotenja z vidika bolnišničnega sistema in njegov

vpliv na proračun, ko ugotavljamo vpliv novega načina obravnave in postopkov na bolnišnično blagajno. Zdravstvena nega je ključnega pomena pri določanju stroškov v bolnišnici (Mittmann et al., 2008).

2.5.5 Pomen razvrščanja pacientov v kategorije

Perroca in Ek (2007) sta v svoji raziskavi anketirala 128 medicinskih sester managerk in ugotavljata, da so medicinske sestre – managerke zadovoljne s sistemom razvrščanja pacientov v posamezne kategorije, saj jim daje možnost vpogleda v zahtevnost dela na posameznem oddelku in tudi v zdravstveni negi kot celoti v neki organizaciji. Nista pa zadovoljna z dejstvom, da razvrščanje pacientov v posamezne kategorije ne omogoča nadzora nad kakovostjo izvedene zdravstvene nege ter časa porabljenega za izvedbo posamezne aktivnosti. Uprava tudi ne upošteva zahtev zdravstvene nege glede uporabe proračuna. Sermeus in sodelavci (2008) v raziskavi ugotavljajo, da je nabor podatkov zdravstvene nege (The Belgian Nursing Minimum Data Set- B-NMDS), ki izhaja iz razvrščanja pacientov po metodi San Joaquin, tisti inštrument, ki omogoča ocenitev intenzivnosti zdravstvene nege v akutnih bolnišnicah. Uporablja se lahko tudi kot vsesplošno orodje za primerjavo različnih nivojev zdravstvene nege in natančno določa intenzivnost zdravstvene nege v njenih različnih disciplinah. Ugotavljanje dejanskega časa potrebnega za določanje izvedbe aktivnosti zdravstvene nege lahko pomaga nosilcem odločanja pri določanju obsega in stroškov zdravstvene nege. Rezultati študije s standardiziranimi ali povezanimi tabelami določijo čas za izvedbo neke aktivnosti zdravstvene nege pri hospitaliziranih pacientih v posebnih pogojih. To omogoča pravilno ocenitev sredstev potrebnih za zdravstveno nego glede na različne klinične scenarije, ki so možni v bolnišnici, možno pa je tudi ekonomsko vrednotenje in njegov vpliv na organizacijo. Pomembno je omeniti, da je večji poudarek na skrbi za pacienta kot pa zgolj izpolnjevanje nalog, ki jih medicinske sestre opravljajo (Van den Hade et al., 2008).

Upenieks in sodelavci (2007) so menili, da so modeli ozko osredotočeni na fiziološko dimenzijo in skrb, njihova zanesljivost in veljavnost pa je vprašljiva. Danes je s pomočjo raziskav ugotovljeno, da je razvrščanje pacientov v kategorije še vedno omejeno in obstaja majhno soglasje o tem, kaj določa kakovost razvrščanja pacientov v

kategorije. Sistem je široko uporabljen v bolnišnicah. Z njegovo pomočjo pooblaščen delavci določajo minimalne standarde kadrovske zasedenosti medicinskih sester.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 OPIS RAZISKOVALNEGA PROBLEMA IN CILJI RAZISKOVANJA

Pri svojem delu se medicinske sestre pogosto srečujejo z obsežno dokumentacijo, ki spremlja vsakega hospitaliziranega pacienta. Pojavlja se vprašanje, ali medicinske sestre razberejo smiselnost beleženja v dokumentacijo zdravstvene nege, ki ga morajo izvajati vsak dan in ali ga ne doživljajo kot dodatno obremenitev, ki omejuje njihovo delo ob pacientu. Pojavlja se tudi vprašanje prioritete beleženja v dokumentacijo zdravstvene nege, ki si jih medicinske sestre postavijo, saj je del dokumentacije vezan na ostale člane širšega zdravstvenega tima, ki jih od njih zahtevajo in pričakujejo, da bo tudi ta del procesa pacientove obravnave izveden.

Medicinske sestre povezujejo svoje delovne obremenitve tudi z obsežno dokumentacijo, ki jo morajo izpolnjevati v vsaki delovni izmeni. V nekaterih raziskovanjih je bilo beleženje v dokumentacijo zdravstvene nege povezano tudi z njihovim delom preko rednega delovnega časa, saj v rednem delovnem času niso uspele poleg vseh obveznosti zabeležiti vsa njihova opažanja in izvedene aktivnosti zdravstvene nege v dokumentacijo zdravstvene nege. V svetu in tudi pri nas so številne raziskave usmerjene v ugotavljanje potrebnosti vrednotenja pacientovih potreb, prav tako je bilo narejeno veliko raziskav, ki ugotavljajo zadovoljstvo medicinskih sester. ki ga raziskovalci razdelijo na več področij, kot so zadovoljstvo na delovnem mestu, dobra komunikacija, zmanjšanje stresa.

Namen raziskave je ugotoviti stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi in kakšen pomen ima dokumentiranje, ki spada v posredno zdravstveno nego, na njihovo obremenjenost na delovnem mestu. Prav tako želimo z raziskavo ugotoviti, ali na odnos do dokumentiranja vpliva stopnja izobrazbe ali čas, ki ga medicinske sestre potrebujejo za dokumentiranje zdravstvene nege.

3.1.1 Cilji raziskovanja

Cilji raziskave so:

- ugotoviti pogled medicinskih sester na pomembnost beleženja posameznih aktivnosti zdravstvene nege v dokumentacijo zdravstvene nege in s tem povezano obremenjenost medicinskih sester zaradi dokumentiranja. Prav tako želimo ugotoviti, ali obstajajo razlike v pogledih do dokumentiranja med medicinskimi sestrami z različno stopnjo izobrazbe,
- ugotoviti koliko časa v eni delovni izmeni potrebujejo medicinske sestre za beleženje v različne dokumentacije zdravstvene nege in katera beleženja v dokumentacijo zdravstvene nege se jim zdijo najpomembnejša,
- ugotoviti stališče medicinskih sester glede smiselnosti razvrščanja pacientov v kategorije in ali lahko z razvrščanjem v kategorije medicinske sestre predstavijo njihovo obremenjenost pri delu.

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE

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

H1 – Medicinske sestre se glede na stopnjo izobrazbe razlikujejo med seboj v stališčih do dokumentiranja v zdravstveni negi.

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

H3 – Izmed vseh stališč, ki se nanašajo na dokumentiranje zdravstvene nege, se medicinske sestre najbolj strinjajo s stališčem, da je »dokumentiranje aktivnosti zdravstvene nege enako pomembno kot ostala dokumentiranja v zdravstveno dokumentacijo«.

H4 – Obstaja povezanost med obremenjenostjo medicinskih sester in stališči do razvrščanja pacientov v posamezne kategorije.

H5 – Obstaja povezava med stališči do dokumentiranja zdravstvene nege in časom porabljenim za dokumentiranje v okviru ene delovne izmene.

H6 – Obstaja povezanost med stališči do dokumentiranja zdravstvene nege in obremenjenostjo medicinskih sester.

H7 – Razumevanje pomembnosti dokumentiranja zdravstvene nege se razlikujejo po zdravstvenih zavodih.

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V teoretičnem delu magistrske naloge je bila uporabljena metoda pregleda literature. Pregled tuje literature smo naredili s pomočjo podatkovne baze podatkov Cumulative Index and Allied Health – Cinahl, Springer link, Medline idr. Pri iskanju literature smo se omejili na obdobje od januarja 2004 do decembra 2013. Pri iskanju smo uporabili napredno iskanje. Ključne besede smo povezali z Booleanovim operaterjem AND. Upoštevane so bile le publikacije, ki so omogočale dostop do celotnih besedil. Postavljena je bila zahteva, da morajo biti članki umeščeni kot raziskovalni članki z recenzijo. Rezultate smo omejili s pogoji: izvleček je na voljo, angleški jezik.

Uporabljene so bile naslednje kombinacije ključnih besed:

- Nursing documentation – kar nam je omogočilo dostop do 82 člankov. Potem ko smo dodali besedo patient, se je izbor člankov zmanjšal na 52 člankov. Glede na vsebino smo izbrali 30 člankov.
- Nursing, classification – kar nam je omogočilo dostop do 700 člankov, ki so izpolnjevali naše zahteve. Ko smo dodali še besedo patient, se je izbor, ki nam je bil na volji, zmanjšal na 292 člankov. Glede na vsebino smo izbrali 15 člankov.
- Nursing, patient classification – izbor ključnih besed nam je omogočil dostop do 76 člankov, ki so izpolnjevali postavljene zahteve. Glede na vsebino smo izbrali 8 člankov.

Do domače literature smo dostopali s pomočjo baz podatkov vzajemno bibliografsko-kataložne baze podatkov Virtualne knjižnice Slovenije (COBIB.SI) in s pomočjo spletnega dostopa do člankov iz revije Obzornik zdravstvene nege za literaturo v slovenskem jeziku.

V slovenskem jeziku smo uporabili ključne besede: kategorizacija, delovne obremenitve, dokumentiranje v zdravstveni negi. V vzajemni bibliografski kataložni bazi podatkov smo dobili šest zadetkov. Pri iskanju člankov v Obzorniku zdravstvene nege pa smo dobili 67 zadetkov.

V COBIB.si smo v času priprave magistrske naloge uporabili tudi ključno besedo *documentation*, kjer smo dobili 142 zadetkov. Ko pa smo uporabili ključno besedo *nursing documentation*, smo dobili 113 zadetkov.

Primerno literaturo smo iskali tudi na Google spletu. Uporabili smo ključno besedo *documentation*. Na podlagi vpisanega gesla smo dobili 8 dokumentov, ki so bili glede na vsebino primerni za vključitev v magistrsko nalogo.

Iskali smo tudi preko Digitalne knjižnice Univerze v Mariboru in pridobili doktorsko disertacijo in tri magistrske naloge, ki so raziskovale dokumentiranje zdravstvene nege.

S pregledom literature v vseh bazah podatkov smo nadaljevali v času priprave magistrskega dela.

Kriteriji za vključitev člankov so bili članki, ki so obravnavali sledečo tematiko: dokumentiranje v zdravstveni negi, e-dokumentiranje v zdravstveni negi, članki, ki so opisovali čas potreben za dokumentiranje v zdravstveni negi, članki, ki so raziskovali obremenjenost medicinskih sester, članki, ki so raziskovali faktorje, ki vplivajo na kakovost opravljenega dela v zdravstveni negi ter razvrščanje pacientov v kategorije.

V raziskavi smo uporabili kvantitativno neeksperimentalno metodologijo. Uporabili smo deskriptivno metodologijo. Na podlagi pregleda literature in postavljenih hipotez smo izdelali strukturiran vprašalnik zaprtega tipa, podatke smo zbirali s tehniko anketiranja.

3.3.2 Opis spremenljivk in merskega inštrumentarija

V raziskavi smo na osnovi pregleda domače in tuje znanstvene ter strokovne literature izdelali strukturirani merski inštrument namenjen zaposlenim v zdravstveni negi v slovenskih zdravstvenih ustanovah.

Vsebinski sklop vprašalnika in zanesljivost inštrumenta:

Vprašalnik smo sestavili na podlagi postavljenih hipotez in pregleda literature (Darmer et al., 2004; Törnvall et al., 2004; Sheung Cheng, Yuk Lai, 2010; Lorber, 2010). Poleg dognanj navedenih v domači in tuji literaturi smo v vprašalnik vključili tudi praktične izkušnje pridobljene pri večletnem delu v zdravstveni negi. Izvedli smo tehniko anketiranja.

Vprašalnik je vseboval vprašanja zaprtega tipa. Možni so bili tudi odgovoriti na vprašanje odprtega tipa, kjer so anketiranci lahko pisno izrazili svoje mnenje glede obravnavane tematike.

V vprašalniku je bila uporabljena Likertova lestvica stališč, kjer je 1 pomenilo nikakor se ne strinjam, 2 se ne strinjam, 3 delno se strinjam, 4 se strinjam in 5 popolnoma se strinjam. Uporabljeno je bilo tudi rangiranje odgovorov, kjer so imeli anketiranci možnost razvrstiti predhodno pripravljene odgovore po svoji presoji ter vprašanja, kjer so imeli anketiranci možnost izbire več odgovorov s ponujenimi možnimi odgovori. Za oceno splošnega občutka anketiranih zaposlenih v zdravstveni negi o pomembnosti zdravstvene nege v sodelujočih slovenskih bolnišnicah je bila uporabljena ocenjevalna lestvica, ki omogoča oceno od 0 do 10 točk.

Vprašalnik je bil sestavljen iz štirih sklopov vprašanj. Anketiranci so odgovarjali na različna vprašanja, ki so odražala njihova stališča do posamezne tematike.

V prvem sklopu vprašanj smo spraševali po demografskih značilnostih anketirancev, kjer smo jih spraševali o starosti, v kateri zdravstveni ustanovi so zaposleni, kako dolgo so zaposleni v tej ustanovi in kakšna je njihova skupna delovna doba. V zadnjem vprašanju prvega sklopa so anketiranci odgovarjali o nivoju zaključene izobrazbe.

Naslednji drugi sklop vprašanj je bil sestavljen iz enainštirideset trditev, kjer so se morali anketiranci opredeliti do različnih trditev. Anketiranci so svoja stališča ocenjevali po Likertovi ocenjevalni lestvici, kjer je 1 pomenilo nikakor se ne strinjam, 2 se ne strinjam, 3 delno se strinjam, 4 se strinjam in 5 popolnoma se strinjam.

V tretjem sklopu vprašanj so anketiranci izbirali dokumentacijo zdravstvene nege, ki jo uporabljajo pri svojem delu in katerih pet izmed naštetih 13 dokumentov se jim zdi najbolj pomembnih. Sledilo je vprašanje, kjer so anketiranci ocenjevali položaj zdravstvene nege v njihovi zdravstveni ustanovi z ocenami na lestvici od nič do deset. Anketiranci so izbirali tudi med aktivnostmi, ki jih pri pacientu beležijo vsak dan. Možnih je bilo 8 odgovorov. V naslednjem vprašanju so se anketiranci odločali, katerim navodilom sledijo pri kategoriziranju pacientov in ali so pred izvajanjem kategoriziranja pacientov bili deležni izobraževanja o izvajanju kategoriziranja pacientov. Sledilo je vprašanje, katere aktivnosti zdravstvene nege anketiranci najpogosteje opustijo v primeru pomanjkanja kadra na oddelku. Odgovarjali so tudi na vprašanje, koliko časa porabijo za dokumentiranje v izmeni. Anketiranci so tudi odgovarjali na vprašanje, katera oblika dokumentacije potrebuje za izpolnjevanje največ časa v posamezni delovni izmeni. Zadnje vprašanje v tretjem sklopu je bilo, kako beležijo aktivnosti zdravstvene nege (ročno, delno ročno in delno vnašajo v računalnik, v računalnik).

V zadnjem četrtem delu vprašalnika, kjer so anketiranci lahko odgovarjali na vprašanje odprtega tipa, so lahko izrazili svoje mnenje glede dokumentiranja zdravstvene nege.

Merske značilnosti inštrumenta smo preverjali v več fazah. Vsebinsko veljavnost smo preverjali tako, da smo v fazi nastajanja vprašalnika sodelovali s sodelavci. Vprašalnik so sodelavci testno izpolnili. Skupaj smo testirali trditve in jih izboljševali, dokler ni bil vprašalnik primeren za izvedbo pilotne študije.

Za preizkus zanesljivosti vprašalnika smo v juliju 2012 izvedli pilotno študijo na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije–Soča, kjer je vzorec merjencev zajel 38 % zaposlenih v zdravstveni negi, kar predstavlja 35 zaposlenih v zdravstveni negi. Vprašalniki so bili razdeljeni med 6 medicinskih sester z vsaj višjo

izobrazbo in 29 medicinskih sester s srednjo izobrazbo. Vrnjenih je bilo 31 vprašalnikov, kar predstavlja 88,5 % odzivnost anketiranih. Za ugotavljanje zanesljivosti vprašalnika smo v pilotni študiji uporabili metodo analize notranje konsistentnosti, ki je najbolj uporabljen način ugotavljanja zanesljivosti instrumenta. Uporabili smo formulo, ki je poznana kot Cronbachov koeficient alfa (α) in jo lahko uporabljamo tudi pri vprašanjih z več odgovori, hkrati pa tudi pri dihotomnih odgovorih (Cencič, 2009). Čim bliže je Cronbachov koeficient α vrednosti števila 1, tem boljša je zanesljivost instrumenta. Zanesljivost je zelo dobra ali vzorna, če je $\alpha \geq 0,80$, zmerna, če je $0,60 \leq \alpha < 0,80$ in slaba, če je $\alpha < 0,60$ ali ni podatka o zanesljivosti (Ferligoj, Leskošek, Kogovšek, 1995; cit. po Cencič, 2009). V pilotni študiji je Cronbachov koeficient α znašal 0,874, kar je pomenilo, da je zanesljivost vprašalnika zelo dobra.

Vprašalnika za anketiranje v zdravstvenih ustanovah za namen magistrskega dela na osnovi pilotnega vprašalnika nismo dodatno izboljševali. V pilotni študiji nismo preverjali konstruktne veljavnosti vprašalnika.

Celotni vzorec merjencev je sestavljalo 31 vrnjenih vprašalnikov iz pilotne študije in 561 vrnjenih vprašalnikov iz posameznih zdravstvenih ustanov, ki so sodelovale v raziskavi. Skupno število vrnjenih vprašalnikov celotnega vzorca, vprašalniki pilotne študije in vprašalniki vrnjeni iz drugih zdravstvenih ustanov je znašalo 592. Zanesljivost vprašalnika, ugotovljena z metodo analize notranje konsistentnosti in je poznana kot Cronbachov koeficient alfa (α), je znašala v celotnem vzorcu 0,898.

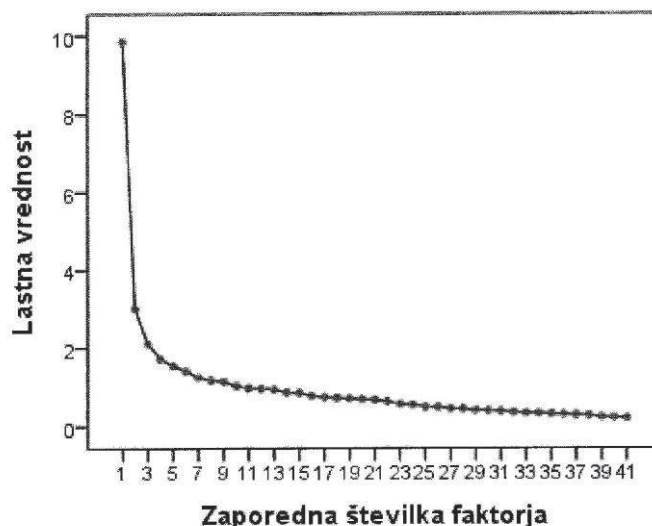
Za ugotavljanje konstruktne veljavnosti smo v celotnem vzorcu izvedli faktorsko analizo, ki jo Sagadin (1993; povz. po Cencič, 2009) imenuje faktorska veljavnost in se poleg vsebinske veljavnosti uporablja največ. Faktorska analiza je skupek matematično-statističnih postopkov, ki omogočajo, da se pri večjem številu spremenljivk, med katerimi obstaja povezanost, določi manjše število temeljnih spremenljivk, ki pojasnjujejo to povezanost. Te osnovne spremenljivke se imenujejo faktorji. Načeloma obstajata dve strategiji faktorske analize. Ena strategija se imenuje eksploratorna faktorska analiza, druga pa konfirmatorna faktorska analiza.

Cilj faktorске analize je ugotoviti, ali so zveze med opazovanimi spremenljivkami (kovariance ali korelacije) boljše z manjšim številom posredno opazovanih spremenljivk ali faktorjev. Spada med multivariantne metode, ki raziskujejo strukturo prostora in ugotavljajo analizo strukture enot vključenih v raziskavo. S faktorji pojasnimo, koliko prostora je vključenega v raziskavo. Pri faktorški validaciji mora prvi faktor pojasnjevati več kot 20 % variance, kar je predpostavljena spodnja meja veljavnosti instrumenta (Čagran, 2004; povz. po Cencič, 2009).

Najprej smo preverili, ali je faktorška analiza na naših podatkih sploh možna in to pokažeta Kaiser–Meyer–Olkinov (KMO) koeficient in Bartlettov test. KMO nam pove ali je faktorška analiza na danih spremenljivkah ustrezna. Primerja opažene korelacijske koeficiente s parcialnimi korelacijskimi koeficienti in lahko zavzame vrednosti od 0 do 1. Zaželeno so visoke vrednosti koeficienta (bližje 1), saj nakazujejo na to, da je mogoče korelacije med spremenljivkami razložiti z drugimi spremenljivkami (priloga 2). Z Bartlettovim testom preverimo, ali je korelacijska matrika enotska. Ničelna hipoteza pravi, da ni korelacij med spremenljivkami. V našem primeru je KMO koeficient visok in Bartlettov test statistično značilen ($p < 0.05$), zato sklenemo, da povezave med spremenljivkami obstajajo in so podatki primerni za faktorško analizo. V našem primeru sta metodi pokazali, da je faktorška analiza na naših podatkih možna, zato smo jo tudi izvedli.

Tabela 1: Kaiser-Meyer-Olkinov (KMO) test

KMO in Bartlettov test	
Kaiser-Meyer-Olkinov koeficient	0,89
Bartlettov test sferičnosti	$\chi^2 = 7543,18$; $df = 820$; $p < 0,001$



Slika 1: Scree diagram faktorjev

Na podlagi scree diagrama smo se odločili za šest faktorjev. Želeli smo dobiti dovolj razdelano faktorsko strukturo, zato smo se odločili za tako veliko število faktorjev. Iz scree diagrama vidimo, da s prvimi tremi faktorji pojasnimo največji delež variance merjenih spremenljivk, z vsakim naslednjim faktorjem pa je ta delež manjši.

Informacij o osamelcih nismo vključili, saj smo vsa mnenja merili na petstopenjski lestvici, kjer do močnih odstopanj težko pride oz. tudi osamelci, ki so prisotni zaradi svoje vrednosti niso zares tudi vplivne točke. To lahko vidimo iz podobnih vrednosti Spearmanovega in Pearsonovega korelacijskega koeficienta med spremenljivkami. V tabeli 2 so prikazane vrednosti Spearmanovega in Pearsonovega koeficienta med spremenljivko, ki glede na koeficient asimetričnosti in sploščenosti najbolj odstopa od normalne porazdelitve (»Čutim odgovornost za rezultate svojega dela.«) in vsemi ostalimi spremenljivkami. Koeficienta asimetričnosti in sploščenosti sta pri normalno porazdeljenih spremenljivkah enaka 0. Od normalne porazdelitve najbolj odstopa spremenljivka "Čutim odgovornost za rezultate svojega dela.", saj ima največje vrednosti obeh koeficientov. Porazdelitev spremenljivke je asimetrična v levo in koničasta, kar je prikazano v prilogi 4 in 5.

Tabela 2: Primerjava spremenljivk s Spearmanovim in Pearsonovim koeficientom

Item	r	ρ	Item	r	ρ	Item	r	ρ
v1	0,34	0,36	v17	0,09	0,10	v32	0,12	0,10
v2	0,14	0,17	v18	0,12	0,18	v33	0,19	0,20
v3	0,22	0,23	v19	0,02	0,05	v34	-0,03	-0,02
v4	0,18	0,21	v20	0,25	0,23	v35	0,08	0,11
v5	0,04	0,06	v21	0,09	0,09	v36	0,12	0,14
v6	0,13	0,16	v22	0,07	0,08	v37	0,21	0,21
v7	0,19	0,21	v23	0,10	0,09	v38	0,25	0,26
v8	0,50	0,58	v24	0,16	0,15	v39	0,20	0,20
v10	0,22	0,27	v25	0,18	0,19	v40	0,20	0,19
v11	0,31	0,31	v26	0,12	0,10	v41	0,06	0,07
v12	0,34	0,39	v27	-0,07	-0,06			
v13	0,06	0,08	v28	0,04	0,05			
v14	0,20	0,21	v29	0,22	0,21			
v15	0,18	0,21	v30	0,17	0,16			
v16	0,10	0,13	v31	0,08	0,05			

r-Spearmanov koeficient; p-Pearsonov koeficient.

Zgornjo primerjavo smo podali, ker je Pearsonov koeficient občutljiv na osamelce in porazdelitev spremenljivk in njegova vrednost se lahko močno spremeni, kadar so prisotni osamelci ali pa je porazdelitev močno asimetrična, medtem ko Spearmanov koeficient na osamelce in porazdelitev spremenljivk ni občutljiv. Primerjavo smo podali tudi, ker bi prisotnost osamelcev, v kolikor bi vplivala na izračun Pearsonovega koeficienta korelacije, lahko vplivala tudi na rezultate faktorjske analize.

West, Finch in Curran (1995) pravijo, da naj bi bili pri izvedbi faktorjske analize pazljivi, kadar je asimetričnost spremenljivk večja od 2 in sploščenost večja od 7. V našem primeru tako močnega odstopanja od normalne porazdelitve ni bilo pri nobeni od merjenih spremenljivk.

V prilogi 3 je prikazana faktorjska analiza izdelana po posameznih trditvah. Izločili smo postavke, ki na nobenem faktorju niso imele uteži 0,40 ali več ali so imele na dveh ali več faktorjih uteži 0,40 ali več.

Izvedli smo faktorsko analizo po metodi glavnih osi in s pravokotno rotacijo, kjer so rotirani faktorji neodvisni med seboj in so projekcije iste spremenljivke precejšnje na več faktorjih. V prilogi 3 prikazujemo rezultate faktorske analize po metodi glavnih osi in s pravokotno rotacijo. V prvem stolpcu je podana komunaliteta vsake spremenljivke. Komunaliteta je delež variance spremenljivke, ki je pojasnjen s skupnimi faktorji. Kadar je ta delež zelo nizek, razmislimo o izločitvi spremenljivke iz faktorske analize. Tvorili smo nove spremenljivke, faktorje, in sicer smo vrednosti posameznega faktorja izračunali kot povprečje vprašanj, ki ga sestavljajo. Stolpci, ki sledijo prvemu, prikazujejo uteži posamezne spremenljivke (vprašanja) na faktorju. Nekatere spremenljivke nimajo visokih uteži na nobenem od faktorjev, nekatere pa imajo visoke uteži na več kot enem faktorju. Te spremenljivke nimajo jasne faktorske strukture, zato smo jih izločili iz analize.

Tabela 3: Rezultat faktorjske analize po metodi glavnih osi s pravokotno rotacijo

Trditve	A	B	C	D	E	F	G
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege pomaga tudi ostalim članom zdravstvenega tima, da bolje in hitreje spoznajo pacienta in njegove težave	0,57	0,59					
Z beleženjem aktivnosti zdravstvene nege predstavim svoje delo, da postane vidno in pomembno	0,47	0,59					
Dokumentacija opisuje delo, ki ga opravljam	0,48	0,64					
Dokumentacija zdravstvene nege predstavlja prednost pri vsakodnevnem delu medicinskih sester	0,59	0,66					
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege je enako pomembno kot ostala beleženja v zdravstveno dokumentacijo	0,56	0,66					
Moje delo postane vidno	0,52	0,67					
Negovalna dokumentacija ima pozitiven vpliv na varnost pacienta	0,60	0,70					
Zabeležena opažanja so v pomoč preostalim članom zdravstvenega tima	0,59	0,70					
Dokumentacija zdravstvene nege dviguje kakovost predaje službe	0,62	0,72					
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege omogoča kontinuiteto negovanja	0,62	0,76					
Vodja nam v procesu uvajanja sprememb nudi ustrezno podporo	0,44		0,63				
Vodja meni, da so nove tehnike nujno potrebne za uspešno delo	0,41		0,69				
Vodstvo podpira in vzpodbuja uvajanje negovalne dokumentacije	0,28		0,50				
Vodja nas vključuje v odločitve o spremembah	0,40		0,53				
Moje delo je koristno in pomembno	0,34						0,67
Čutim odgovornost za rezultate svojega dela	0,35						0,66
Delovne obremenitve medicinskih sester so prevelike	0,25					0,55	
Zaradi pomanjkanja kadra v zdravstveni negi je slabša kakovost opravljenega dela	0,21					0,47	
Medicinske sestre si želimo več časa preživeti ob pacientu	0,33					0,60	
Dokumentiranje omejuje čas, ki bi ga lahko namenila negi pacienta	0,23					0,53	
Uveden sistem razvrščanja pacientov v kategorije je dober	0,40			0,50			
Negovalne diagnoze/problemi so dobro opredeljeni	0,53			0,65			
Negovalni cilji so ob koncu hospitalizacije doseženi, kar je razvidno iz negovalne dokumentacije	0,56			0,69			
Medicinske sestre imajo dovolj znanja za izdelavo negovalnega načrta	0,44				0,79		
Medicinske sestre imajo dovolj znanja o postopkih dokumentiranja	0,42				0,66		
Delež pojasnjene variance: 49,6 %		20,7%	7,2%	6,5%	5,5%	5,3%	4,4%
Zanesljivost merjenja: Cronbachov alpha		0,91	0,74	0,78	0,71	0,6	0,67

A-komunaliteta, B-dokumentiranje, C-vodenje, D-razvrščanje, E-usposobljenost, F-delovna obremenitev, G-odnos do dela.

Tabela 3 prikazuje tudi končno faktorsko strukturo spremenljivk. Izločili smo šest faktorjev, ki smo jih glede na spremenljivke, ki imajo na njih visoke uteži, tudi poimenovali. Tako ločimo naslednje faktorje: dokumentiranje (stopnja zanesljivosti je 0,91; delež pojasnjene variance je 20,7 %), vodenje (stopnja zanesljivosti je 0,74, delež pojasnjene variance je 7,2 %), razvrščanje (stopnja zanesljivosti je 0,78, delež pojasnjene variance je 6,5 %), usposobljenost (stopnja zanesljivosti je 0,71, delež pojasnjene variance je 5,5 %), delovne obremenitve (stopnja zanesljivosti je 0,6, delež pojasnjene variance je 5,3 %) in odnos do dela (stopnja zanesljivosti je 0,67, delež pojasnjene variance je 4,4 %). S šestimi faktorji pojasnimo 49,6 % variance merjenih spremenljivk.

Zanesljivost merjenja smo preverjali s pomočjo Cronbachovega alpha, ki je povprečje vseh možnih ocen zanesljivosti znotraj skupka testiranj ali opazovanj. V našem primeru imata koncepta "odnos do dela" in "delovna obremenitev" malo slabšo zanesljivost, ostali koncepti pa imajo dobro zanesljivost.

3.3.3 Opis vzorca

V republiki Sloveniji je petnajst splošnih bolnišnic, dva univerzitetna klinična centra in univerzitetni rehabilitacijski inštitut, v katerih je administrativno zaposlenih okoli 6000 izvajalcev zdravstvene nege. K sodelovanju v raziskavi smo povabili vse našete ustanove. Za sodelovanje v raziskavi se je odločilo deset izmed osemnajstih povabljenih ustanov. V raziskavo so bile vključene sledeče bolnišnice: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Splošna bolnišnica Jesenice, Splošna bolnišnica Murska Sobota, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Splošna bolnišnica Ptuj, Bolnišnica Golnik, klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Sežana, Splošna bolnišnica Topolšica, Splošna bolnišnica Brežice ter Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča. Neslučajnostni kvotni vzorec je zajel 40 % kadra v zdravstveni negi zaposlenega v posamezni bolnišnici, kar skupaj predstavlja 1317 zaposlenih v sodelujočih bolnišnicah. Naštete ustanove skupaj zaposlujejo 54,26 % (3226 zaposlenih) zaposlenih v zdravstveni negi. V vzorec so bile vključene medicinske sestre s srednjo izobrazbo in medicinske sestre vsaj višjo izobrazbo. Iz tabele 1 je razvidno, da smo med izvajalce zdravstvene nege smo razdelili 1317 vprašalnikov. Vrnjenih je bilo 592 vprašalnikov, kar predstavlja 44,95 % odzivnost anketirancev. V celotni populaciji administrativno

zaposlenih v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah predstavlja delež vrnjenih vprašalnikov 9,96 % (5945 zaposlenih) vseh zaposlenih v zdravstveni negi. Anketirance namenoma nismo povprašali po spolu, saj je moških zaposlenih v zdravstveni negi še vedno zelo malo. Na ta način smo se želeli izogniti možnosti ali občutku posameznika po prepoznavi.

Tabela 4: Poslani in vrnjeni vprašalniki po posameznih bolnišnicah

Bolnišnice vključene v raziskavo	Poslane ankete		Vrnjene ankete		% vseh zaposlenih v sodelujočih bolnišnicah	% vseh zaposlenih v slovenskih bolnišnicah
	n	%	n	%		
I	70		26	37,10 %		
D	90		39	43,30 %		
F	50		22	44,00 %		
H	30		11	36,60 %		
B	30		12	40,00 %		
G	35		31	88,60 %		
A	807		328	40,60 %		
C	90		40	44,40 %		
E	80		53	66,30 %		
J	35		17	48,60 %		
Brez opredelitve boln.			13			
SKUPAJ	1317	40,80 %	592	44,95 %	3226	5945
Skupaj			592		18,35 %	9,96 %

n-število anketirancev.

Tabela 4 prikazuje število poslanih in vrnjenih vprašalnikov po posameznih bolnišnicah, ki so sodelovale v raziskavi. Prikazano je tudi razmerje odgovorov anketirancev glede na število administrativno zaposlene v sodelujočih bolnišnicah (18,35 %) in glede na vse administrativno zaposlene v slovenskih bolnišnicah (9,96 %).

Tabela 5: Ustanove, v katerih so anketiranci zaposleni

Ustanova	f	%
A	328	55,4
E	53	9,0
C	40	6,8
D	39	6,6
G	31	5,2
I	26	4,4
F	22	3,7
J	17	2,9
B	12	2,0
H	11	1,9
Brez odgovora	13	2,2
Skupaj	592	100,0

f-število anketirancev, %-odstotek anketirancev po posameznih delovnih organizacijah.

Tabela 5 prikazuje delež anketirancev po posameznih ustanovah. Največji delež anketiranih medicinskih sester (55,4 %) je zaposlen v bolnišnici A, 9 % v bolnišnici E, 6,8 % v bolnišnici C in 6,6 % v bolnišnici D. V bolnišnici G je zaposlenih 5,2 % anketiranih. Pod 5 % medicinskih sester v vzorcu je zaposlenih v bolnišnicah F, J, bolnišnici B in H. 2,2 % anketiranih ni navedlo mesta zaposlitve.

Tabela 6: Povprečna starost, srednja vrednost in standardni odklon anketirancev in delovna doba v ustanovi

	Najnižja vrednost	Najvišja vrednost	PV	Mediana	SO	n
Starost	20,00	61,00	37,69	36,00	9,90	556
Delovna doba v tej ustanovi	0,10	40,00	14,73	12,00	10,88	562

PV-povprečna vrednost, SO-standardni odklon, n-število anketirancev.

Tabela 6 prikazuje povprečno starost anketiranih, ki znaša 37,69 let, standardni odklon znaša 9,9 let in mediana znaša 36 let. Povprečna delovna doba anketiranih je 14,73 let, standardni odklon znaša 10,9 let in mediana znaša 12 let.

Tabela 7: Dosežena izobrazba

Stopnja izobrazbe	f	%
Srednja izobrazba	280	47,3
Višja izobrazba	31	5,2
Visoko-strokovna izobrazba	233	39,4
Univerzitetna izobrazba	25	4,2
Magisterij	10	1,7
Drugo	1	0,2
Brez odgovora	12	2,0
Skupaj	592	100,0

f-število anketirancev, %-odstotek anketirancev glede na izobrazbo.

Tabela 7 prikazuje delež anketiranih glede na stopnjo izobrazbe. Najvišji delež (47,3 %) anketiranih ima končano srednjo izobrazbo, 39,4 % anketiranih ima končano visoko-strokovno izobrazbo, manjši delež ima končano višjo izobrazbo (5,2 %), končano univerzitetno izobrazbo ima 4,2 % anketiranih in končan magisterij ima 1,7 % anketiranih.

Tabela 8: Skupna leta delovne dobe

Skupna leta delovne dobe	f	%
manj kot 5 let	94	15,9
5-10 let	125	21,1
11-15 let	83	14,0
16-20 let	67	11,3
21-25 let	39	6,6
26-30 let	68	11,5
Več kot 30 let	104	17,6
Brez odgovora	12	2,0
Skupaj	592	100,0

f-število anketirancev, %-odstotek anketirancev glede na delovno dobo.

Tabela 8 prikazuje število anketiranih glede na skupna leta delovne dobe. Manj kot 5 let delovne dobe ima 15,9 % anketiranih, 21,1 % anketiranih ima med 5 in 10 let delovne dobe, 14,0 % anketiranih ima med 11 in 15 let delovne dobe, 11,3 % anketiranih ima med 16 in 20 let delovne dobe, 6,6 % anketiranih ima med 21 in 25 let delovne dobe in 11,5 % anketiranih ima med 26 in 30 let delovne dobe. Več kot 30 let delovne dobe ima 17,6 % anketiranih. Dva procenta anketiranih ni navedlo dolžine delovne dobe.

Romana Petkovšek-Gregorin

Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi

3.3.4 Postopek zbiranja podatkov in opis obdelave podatkov

V prvi fazi raziskave smo vložili prošnje za izvedbo raziskave na etične komisije osemnajstih zdravstvenih ustanov. Soglasje za sodelovanje v raziskavi smo pridobili v enajstih zdravstvenih ustanovah. V nekaterih od sodelujočih zdravstvenih ustanov smo soglasje za raziskavo pridobili pri kolegiju zdravstvene nege, pri ostalih pa smo soglasje pridobili pri etični komisiji ustanove.

Po pridobitvi soglasja etičnih komisij oziroma kolegijev zdravstvene nege smo pričeli z drugo fazo raziskave, kjer smo izpeljali razdeljevanje vprašalnikov po posameznih zdravstvenih ustanovah. Vprašalnikom so bile priložene tudi kuverte z naslovom anketarja, tako da sodelujoči v raziskavi niso imeli težav pri oddaji vprašalnikov. S takim načinom anketiranja je bila omogočena anonimnost anketirancev. Zbiranje vprašalnikov je potekalo od septembra 2012 do marca 2013. V raziskavo smo vključili vse vprašalnike, ki so jih anketiranci vrnili na naslov anketarja do 31. 3. 2013. Prav tako smo v raziskavo vključili tudi vrnjene vprašalnike pilotne študije, saj zaradi Crombachovega koeficienta α , ki je v pilotni študiji znašal 0,874 in je kazal dobro zanesljivost vprašalnika, nismo spreminjali merskega instrumenta.

V primeru, da v vprašalniku niso bili označeni posamezni odgovori, smo jih v statističnem programu označili z enotno kodo 999. V primeru, da smo prejeli vrnjen vprašalnik, ki je bil popolnoma prazen, je bil izločen iz raziskave. Takih vprašalnikov je bilo 27.

Iz raziskave smo, kljub temu da je bilo odobreno sodelovanje zdravstvene ustanove v raziskavi, izključili zdravstveno ustanovo, ker do zaključka zbiranja vprašalnikov nismo dobili nobenega vrnjenega vprašalnika.

Statistično obdelavo podatkov smo izvedli z računalniškim programom SPSS, verzija 17. V prvem koraku smo pri zbranih podatkih izpeljali opisno statistiko, kjer smo ugotavljali mere srednjih vrednosti (aritmetična sredina, mediana), mere razpršenosti podatkov (standardni odklon, maksimalna in minimalna vrednost) ter normalnost porazdelitve podatkov (v našem primeru Kolmogorov-Smirnov test, ki ugotavlja

normalnost porazdelitve za posamezne lastnosti oziroma značilnosti). V drugem koraku smo najprej izvedli faktorsko analizo, ki spada med multivariantne metode, ki raziskujejo strukturo prostora oziroma pojasni koliko prostora je vključenega v raziskavo in ugotavlja analizo strukture enot vključenih v raziskavo. Izvedli smo tudi bivariantno statistično analizo podatkov, ki govori o povezanosti med dvema spremenljivkama. Narejen je bil Spearmanov koeficient ranga korelacije (povezanosti), ki ugotavlja statistično pomembnost povezav. Uporabili smo tudi linearno regresijo Mann-Whitneyevega U testa, ki predstavlja primerjavo dveh neodvisnih vzorcev, Wilcoxonov test predznačnih rangov, ki rangira razliko med vrednostmi, ki so jo anketiranci pripisali paru trditev in primerja vsoto pozitivnih in vsoto negativnih rangov med seboj. Uporabili smo tudi Kruskal-Wallisov test, ki dela z rangi, in sicer rangira vrednosti od najmanjše do največje ter izračuna vsoto rangov po skupinah. Vsoto rangov potem primerja med seboj.

Vse hipoteze smo testirali pri stopnji značilnosti $\alpha = 0,05$. Kadar je bila dobljena p-vrednost, t.j. najmanjša verjetnost, pri kateri smo še zavrnili ničelno hipotezo pri danih vzorčnih podatkih manjša ali enaka stopnji značilnosti α , smo alternativno hipotezo sprejeli.

3.4 REZULTATI

V tem poglavju so prikazani rezultati raziskave, ki smo jih izvedli na vzorcu 592 medicinskih sester, zaposlenih v desetih slovenskih bolnišnicah. Rezultati statistične analize so predstavljeni po posameznih zastavljenih vprašanjih in po posameznih vprašanjih, kjer so vprašanja obdelana z opisno statistiko tudi glede na izobrazbo anketirancev. Tem rezultatom sledi prikaz rezultatov po posameznih hipotezah in obdelava podatkov ostalih faktorjev, ki smo jih izločili s faktorsko analizo.

3.4.1 Rezultati anketiranja po posameznih vprašanjih

Medicinskim sestram, ki so sodelovale v raziskavi, smo ponudili enainštirideset odgovorov, do katerih so se morali opredeliti po Likertovi lestvici stališč, kjer je 1 pomenilo nikakor se ne strinjam, 2 se ne strinjam, 3 delno se strinjam, 4 se strinjam in 5

popolnoma se strinjam. Anketiranci so se do posameznih trditev glede na stopnjo strinjanja opredelili po sledečem vrstnem redu:

Tabela 9: Opisna statistika po trditvah

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

PV-povprečna vrednost, ki je odraz lestvice od 1 do 5, SO-standardni odklon, n-število anketirancev.

Trditve	PV	SO	n
Vodja nas vključuje v odločitve o spremembah.	3,37	1,08	590
Medicinske sestre imajo dovolj znanja za izdelavo negovalnega načrta.	3,35	0,99	586
Čas, ki je potreben za izpolnjevanje dokumentacije, je vštet v čas namenjen negi.	3,30	1,15	581
Uveden sistem razvrščanja pacientov v kategorije je dober.	3,23	0,99	582
Negovalni cilji so ob koncu hospitalizacije doseženi, kar je razvidno iz negovalne dokumentacije.	3,22	0,90	584
Medicinske sestre izpolnjujejo negovalni plan rutinsko.	3,19	0,96	585
Negovalne diagnoze/problemi so dobro opredeljeni.	3,13	0,91	585
Dobro napisana predaja službe lahko nadomesti ustno predajo.	3,11	1,27	585
Za vodenje dokumentacije zdravstvene nege imam dovolj časa.	2,32	0,96	587
Izpolnjevanje negovalne dokumentacije mi je omogočeno v mirnem okolju.	2,25	1,04	586

PV-povprečna vrednost, ki je odraz lestvice od 1 do 5, SO-standardni odklon, n-število anketirancev.

V tabeli 9 so imele najvišje povprečno oceno strinjanja po Likertovi lestvici od 1 do 5 trditve, ki so navedene v prvi polovici tabele: »Čutim odgovornost za rezultate svojega dela.« (PV=4,56; SO=0,64), »Zaposleni v zdravstveni negi se moramo kontinuirano izobraževati.« (PV=4,53; SO=0,63). Visoko stopnjo strinjanja sta imeli tudi trditvi »Medicinske sestre si želimo več časa preživeti ob pacientu« (PV=4,42; SO=0,74), »Moje delo je koristno in pomembno« (PV=4,41; SO=0,72) in »Delovne obremenitve medicinskih sester so prevelike« (PV=4,40; SO=0,76). Sledijo trditve »Pisanje predaje službe je pomembno« (PV=4,29; SO=0,74), »Beleženje aktivnosti zdravstvene nege je vpeto v moje vsakodnevno delo« (PV=4,29; SO=0,78), »Dokumentiranje omejuje čas, ki bi ga lahko namenila negi pacienta (PV=4,24; SO=0,88), »Dokumentacijski obrazci so obsežni« (PV=4,15; SO=0,83), »Zaradi pomanjkanja kadra v zdravstveni negi je slabša kakovost opravljenega dela (PV=4,12; SO=0,98), »Za uvajanje sprememb je pristojno in odgovorno vodstvo« (PV=4,12; SO=0,83). Trditev »Vodstvo podpira in vzpodbuja uvajanje negovalne dokumentacije" so anketiranci ocenili s PV=4,01(SO=0,88), »Pri delu sem neodvisna in samostojna« (PV=3,99; SO=0,90), »Beleženje aktivnosti zdravstvene nege je enako pomembno kot ostala beleženja v zdravstveno dokumentacijo« (PV=3,93; SO=0,97), »Z beleženjem aktivnosti zdravstvene nege predstavim svoje delo, da postane vidno in pomembno« (PV=3,91; SO=0,93), »Vodja meni, da so nove tehnike nujno potrebne za uspešno delo« (SO=3,89; SO=0,85), »Zabeležena opažanja so v pomoč preostalim članom zdravstvenega tima« (PV=3,85; SO=0,90), »Z razvrščanjem pacientov v kategorije medicinske sestre

prikažejo svoje delovne obremenitve« (PV=3,76; SO=1,10). Sledile so trditve »Beleženje aktivnosti zdravstvene nege pomaga tudi ostalim članom zdravstvenega tima, da bolje in hitreje spoznajo pacienta in njegove težave« (PV=3,72; SO=1,03), »Vodja nam v procesu uvajanja sprememb nudi ustrezno podporo« (PV=3,69; SO=0,93), »Beleženje aktivnosti zdravstvene nege omogoča kontinuiteto negovanja« (PV=3,65; SO=0,93), »Spremembe so za zaposlene vedno težavne« (PV=3,61; SO=0,93), »Razvrščanje pacientov v kategorije omogoča prikaz strukture pacientov na oddelku,« (PV=3,59; SO=0,95), »Dokumentacija zdravstvene nege dviguje kakovost predaje službe« (PV=3,75; SO=1,00), »Dokumentacija opisuje delo, ki ga opravljam« (PV=3,55; SO=1,01), »Negovalna dokumentacija ima pozitiven vpliv na varnost pacienta« (PV=3,52; SO=1,02), »Medicinske sestre imajo dovolj znanja o postopkih dokumentiranja« (PV=3,43; SO=0,85). V nadaljevanju so bile postavljene tudi trditve »Dokumentacija zdravstvene nege predstavlja prednost pri vsakodnevnem delu medicinskih sester« (PV=3,42; SO=1,01), »S pomočjo razvrščanja pacientov v kategorije je mogoče izboljšati kadrovske zasedenosti negovalnega osebja« (PV=3,42; SO=1,21), »Beleženje negovalnih diagnoz predstavlja rutino v naši organizaciji« (PV=3,41; SO=1,16), »Vodja nas vključuje v odločitve o spremembah« (PV=3,37; SO=1,08), »Medicinske sestre imajo dovolj znanja za izdelavo negovalnega načrta« (PV=3,35; SO=0,99), »Čas, ki je potreben za izpolnjevanje dokumentacije, je vštet v čas namenjen negi« (PV=3,30; SO=1,15), »Uveden sistem razvrščanja pacientov v kategorije je dober« (PV=3,23; SO=0,99), »Negovalni cilji so ob koncu hospitalizacije doseženi, kar je razvidno iz negovalne dokumentacije« (PV=3,22; SO=0,90), »Medicinske sestre izpolnjujejo negovalni plan rutinsko« (PV=3,19; SO=0,96), »Negovalne diagnoze/problemi so dobro opredeljeni« (PV=3,13; SO=0,91) in »Dobro napisana predaja službe lahko nadomesti ustno predajo« (PV=3,11; SO=1,27). Nestrinjanje z zastavljeno trditvijo pa so sodelujoči v anketi izrazili s trditvama »Za vodenje dokumentacije zdravstvene nege imam dovolj časa« (PV=2,32) in »Izpolnjevanje dokumentacije mi je omogočeno v mirnem okolju« (PV=2,25).

Zaposlenim v zdravstveni negi smo zastavili vprašanje, katero dokumentacijo o pacientovem zdravstvenem stanju izpolnjujejo in kateri dokumenti se jim zdijo najbolj pomembni. Anketiranci so imeli možnost izbire več odgovorov. V drugem delu odgovora so anketiranci izbirali med ponujenimi oblikami dokumentov, ki jih

Romana Petkovšek-Gregorin

Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi

uporabljajo v vsakodnevni praksi. Glede na njihovo mnenje so jih razvrstili po prioriteti od ena do pet, kjer je število ena predstavljalo najvišjo prioriteto, temu številu so glede na stopnjo prioritete sledila ostala števila, do zadnje pete prioritete.

Zanimalo nas je tudi, ali obstaja razlika v izbiri pomembnosti dokumentacije zdravstvene nege glede na izobrazbo.

Tabela 10: Izpolnjevanje dokumentacije o pacientovem zdravstvenem stanju

Vrsta dokumentacije	ne		da		Skupaj n
	f	%	f	%	
Temperaturni list	49	8,5 %	526	91,5 %	575
List opazovanja pacienta	185	32,2 %	390	67,8 %	575
Negovalni list	91	15,8 %	484	84,2 %	575
Kategoriziranje pacienta	210	36,5 %	365	63,5 %	575
Različne lestvice ocene pacientove samostojnosti	268	46,6 %	307	53,4 %	575
Lestvice ogroženosti (za padce, razjede zaradi pritiska)	173	30,1 %	402	69,9 %	575
Negovalne intervencije	231	40,2 %	344	59,8 %	575
Ocena negovalnega izida zdravljenja	471	81,9 %	103	17,9 %	575
Negovalne diagnoze	357	62,1 %	219	41,1 %	575
Cilji zdravstvene nege	376	65,4 %	199	34,6 %	575
Negovalni odpust	384	66,8 %	191	33,2 %	575
Anamneza medicinske sestre ob sprejemu pacienta	222	38,6 %	353	61,4 %	575

f-anketirancev, ki so se odločili za posamezno trditev, %-odstotek anketirancev, ki so se odločili za posamezno trditev, n-skupno število anketirancev.

Iz tabele 10 je razvidno, da je dokument, ki ga anketirani največkrat izpolnjujejo, je temperaturni list (91,5 %; n=526), sledi mu negovalni list (84,2 %, n=484), zelo pogosto izpolnjujejo tudi list ogroženosti pacienta (69,9 %, n=402) (padci pacientov in razjede zaradi pritiska). Sledi list opazovanja pacienta (67,8 %, n=390), kategoriziranje pacienta (63,5 %, n=365), anamneza medicinske sestre ob pacientu (61,4 %, n=353), negovalne intervencije (59,8 %, n=344), sledijo različne lestvice ocene pacientove samostojnosti (53,4 %, n=307), negovalne diagnoze (41,1 %, n=219), cilji zdravstvene nege (34,6 %, n=199) in negovalni odpust (33,2 %, n=191). Najmanj medicinskih sester je izjavilo, da beležijo oceno negovalnega izida zdravljenja (17,9 %, n=103).

Tabela 11: Vrsta izpolnjevanje dokumentacije glede na višino izobrazbe

Vrsta dokumentacije	Izobrazba							
	srednja				vsaj višja			
	ne		da		ne		da	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Temperaturni list	23	8,4 %	250	91,6 %	26	8,9 %	265	91,1 %
List opazovanja pacienta	70	25,6 %	203	74,4 %	111	38,1 %	180	61,9 %
Negovalni list	34	12,5 %	239	87,5 %	57	19,6 %	234	80,4 %
Kategoriziranje pacienta	139	50,9 %	134	49,1 %	66	22,7 %	225	77,3 %
Različne lestvice ocene pacientove samostojnosti	125	45,8 %	148	54,2 %	135	46,4 %	156	53,6 %
Lestvice ogroženosti (za padce, razjede zaradi pritiska)	100	36,6 %	173	63,4 %	70	24,1 %	221	75,9 %
Negovalne intervencije	131	48,0 %	142	52,0 %	96	33,0 %	195	67,0 %
Ocena negovalnega izida zdravljenja	240	87,9 %	33	12,1 %	222	76,3 %	69	23,7 %

f- število anketirancev, ki so se odločili za posamezno trditev, %-odstotek anketirancev, ki so se odločili za posamezno trditev.

Ker nas je zanimalo, ali medicinske sestre glede na izobrazbo uporabljajo druge oblike dokumentiranja zdravstvene nege, smo s pomočjo opisne statistike skušali dobiti odgovor na to vprašanje. Iz tabele 11 je razvidno, da medicinske sestre s srednjo izobrazbo in medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo najpogosteje izpolnjujejo temperaturni list (srednja izobrazba 91,6 %, f=250; vsaj višja izobrazba 91,1 %, f=265), sledi negovalni list (srednja izobrazba 87,5 %, f=239; vsaj višja izobrazba 80,4 %, f=234). Na tretjem mestu so medicinske sestre s srednjo izobrazbo glede na izbor uvrstile dokumentacije, ki jo uporabljajo, so medicinske sestre s srednjo izobrazbo izbrale list opazovanja pacienta (74,4 %, f=203), sledil je list ogroženosti (63,4 %, f=173) in lestvice ocene pacientove samostojnosti (54,2 %, f=148), negovalne intervencije (52,0 %, f=142), kategoriziranje pacientov (49,1 %, f=134). Najmanjkrat so medicinske sestre s srednjo izobrazbo izbrale oceno negovalnega izida zdravljenja (12,1 %, f=33) kot dokument, ki ga izpolnjujejo.

Medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo so na tretje mesto postavile izpolnjevanje kategorizacije pacientov (77,3 %, f=225), sledile so lestvice ogroženosti (75,9 %, f=221) in negovalne intervencije (67,0 %, f=195). Na predzadnje mesto so postavile list opazovanja pacienta (61,9 %, f=180). Ocena negovalnega izida zdravljenja (23,7 %, f=69) pa je bila tudi v tej skupini postavljena na zadnje mesto in ga tudi po mnenju medicinskih sester z vsaj višjo izobrazbo ne izpolnjujejo pogosto.

Tabela 12: Vrstni red po prioritetni izbiri dokumentov, ki jih medicinske sestre uporabljajo pri svojem vsakodnevem delu (1.-5. mesto)

Vrsta dokumentacije	1. mesto		2. mesto		3. mesto		4. mesto		5. mesto	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Temperaturni list	292	49,3	62	10,5	22	3,7	18	3,0	16	2,7
List opazovanja pacienta	30	5,1	119	20,1	49	8,3	49	8,3	19	3,2
Negovalni list	30	5,1	120	20,3	105	17,7	45	7,6	31	5,2
Kategoriziranje pacienta	3	0,5	24	4,1	51	8,6	35	5,9	58	9,8
Različne lestvice ocene pacientove samostojnosti	3	0,5	15	2,5	37	6,3	39	6,6	41	6,9
Lestvice ogroženosti (za padce, RZP)	9	1,5	21	3,5	50	8,4	71	12,0	58	9,8
Negovalne intervencije	3	0,5	15	2,5	47	7,9	54	9,1	45	7,6
Ocena negovalnega izida zdravljenja	3	0,5	3	0,5	6	1,0	4	0,7	18	3,0
Negovalne diagnoze	1	0,2	17	2,9	18	3,0	32	5,4	19	3,2
Cilji zdravstvene nege	2	0,3	7	1,2	13	2,2	25	4,2	25	4,2
Negovalni odpust	2	0,3	4	0,7	5	0,8	5	0,8	23	3,9
Anamneza medicinske sestre ob sprejemu pacienta	81	13,7	45	7,6	32	5,4	31	5,2	27	4,6
Drugo	3	0,5	2	0,3	2	0,3	0	0,0	0	0,0
Ni podatka	131	22,0	138	23,2	155	26,2	184	31,1	212	35,8
Skupaj	592	100,0	592	100,0	592	100,0	592	100,0	592	100,0

f-število anketirancev, %-odstotek anketirancev, ki so se odločili za posamezno trditev.

Iz tabele 12 je razvidno, da so zaposleni v zdravstveni negi, ki so sodelovali v anketi, na prvo mesto po pomembnosti beleženja izvedene aktivnosti postavili temperaturni list (49,3 %, f=292), na drugo mesto so postavili negovalni list (20,3 %, f=120), ki pa mu tesno sledi list opazovanja pacienta (20,1 %, f=119). Za tretje mesto so se anketiranci prav tako odločili za negovalni list (17,7 %, f=105), na četrtem mestu so lestvice ogroženosti (12,0 %, f=71). Peto mesto je zasedla kategorizacija pacientov (9,8%, f=58). Iz dobljenih rezultatov je razvidno, da je pri oceni prvega in drugega mesta sodelovalo večje število anketirancev. Manjkajočih odgovorov je bilo med 22,0 % (f=131), pri odločitvi anketirancev za najbolj pomemben dokument, in 23,2 % (f=138) pri odločitvi za dokument, ki je zasedel drugo mesto. Pri odločitvi anketirancev o tretjem, četrtem in petem mestu glede pomembnosti posamezne dokumentacije pa je število anketirancev, ki se niso odločili odgovoriti na to zastavljeno vprašanje, velik. V primeru petega mesta je število manjkajočih odgovorov 35,8 % (f=212) od skupno 592 sodelujočih anketirancev.

Tabela 13: Vrstni red po prioritetni izbiri dokumentacije, ki jo medicinske sestre uporabljajo pri vsakodnevem delu glede na izobrazbo (1.-3. mesto)

Vrsta dokumentacije	1. mesto				2. mesto				3. mesto			
	izobrazba				izobrazba				izobrazba			
	srednja		vsaj višja		srednja		vsaj višja		srednja		vsaj višja	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Temperaturni list	134	63,8 %	152	62,3 %	30	14,7 %	32	13,2 %	8	4,1%	14	6,0%
List opazovanja pacienta	17	8,1%	13	5,3%	66	32,4 %	49	20,2 %	23	11,7 %	26	11,2%
Negovalni list	11	5,2%	19	7,8%	53	26,0 %	66	27,3 %	62	31,6 %	40	17,2%
Kategoriziranje pacienta	0	0,0%	3	1,2%	4	2,0%	19	7,9%	20	10,2 %	31	13,3%
Različne lestvice ocene pacientove samostojnosti	2	1,0%	1	0,4%	10	4,9%	5	2,1%	13	6,6%	24	10,3%
Lestvice ogroženosti (za padce, RZP)	6	2,9%	3	1,2%	12	5,9%	9	3,7%	22	11,2 %	26	11,2%
Negovalne intervencije	2	1,0%	1	0,4%	10	4,9%	5	2,1%	17	8,7%	30	12,9%
Ocena negovalnega izida zdravljenja	1	0,5%	2	0,8%	1	0,5%	2	0,8%	3	1,5%	3	1,3%
Negovalne diagnoze	0	0,0%	1	0,4%	4	2,0%	11	4,5%	5	2,6%	13	5,6%
Cilji zdravstvene nege	2	1,0%	0	0,0%	1	0,5%	6	2,5%	5	2,6%	7	3,0%
Negovalni odpust	1	0,5%	1	0,4%	1	0,5%	3	1,2%	2	1,0%	3	1,3%
Anamneza medicinske sestre ob sprejemu pacienta	33	15,7 %	46	18,9 %	11	5,4%	34	14,0 %	15	7,7%	15	6,4%
Drugo	1	0,5%	2	0,8%	1	0,5%	1	0,4%	1	0,5%	1	0,4%

f-število anketirancev, %-odstotek anketirancev, ki so se odločili za posamezno trditev.

Tudi pri prioriteta izbora glede pomembnosti dokumenta smo se odločili, da s pomočjo opisne statistike ugotovimo, kateri dokumenti se zdijo pomembnejši medicinskim sestram s srednjo izobrazbo in kateri medicinskim sestram z vsaj višjo izobrazbo. Iz tabele 13 je razvidno, da so se medicinske sestre s srednjo izobrazbo odločile, da je za njih najpomembnejši temperaturni list (63,8 %, f=134), sledi list opazovanja pacienta (32,4 %, f=66), na tretjem mestu pa je negovalni list (31,6 %, f=62).

Medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo pa so na prvo mesto prav tako postavile temperaturni list (62,3 %, f=152), ki mu sledi negovalni list (27,3 %, f=66). Na tretje mesto po pomembnosti beleženja so medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo prav tako postavile negovalni list (17,2 %, f=40).

V naslednjem vprašanju smo anketirance prosili, da ocenijo položaj zdravstvene nege v njihovi organizaciji. Za oceno položaja so imeli na voljo ocenjevalno lestvico od nič do deset, kjer je 0 pomenila najslabšo možno oceno, 10 pa najboljšo.

Tabela 14: Ocena položaja zdravstvene nege v sodelujočih organizacijah

	Najnižja vrednost	Najvišja vrednost	PV	Mediana	SO	n
Ocena položaja zdravstvene nege v vaši delovni organizaciji	0,00	10,00	6,69	7,00	2,07	511

PV-povprečna vrednost, SO-standardni odklon, n-število anketirancev.

Iz tabele 14 je razvidno, da so anketiranci ocenili položaj zdravstvene nege v sodelujočih organizacijah na ocenjevalni lestvici od 0 do 10 točk, s povprečno oceno 6,69 točke (SO=2,07, n=511).

Sledilo je vprašanje, katere aktivnosti zdravstvene nege beležijo anketiranci dnevno pri vsakem pacientu. Zanimalo nas je tudi, katere aktivnosti zdravstvene nege so anketiranci izbrali glede na izobrazbo.

Tabela 15: Dnevno beleženje aktivnosti zdravstvene nege

Aktivnosti zdravstvene nege	ne		da		Skupaj n
	f	%	f	%	
Zapis merjenja vitalnih funkcij	43	7,5 %	530	92,5 %	573
Zapis aplicirane medikamentozne terapije	59	10,3 %	514	89,7 %	573
Zapis opažanj pri pacientu	73	12,7 %	500	87,3 %	573
Zapis izvedenih dnevnih aktivnosti pri pacientu	113	19,7 %	460	80,3 %	573
Zapis izdanih zdravil	128	22,3 %	445	77,7 %	573
Kategorizacija pacientov	175	30,5 %	398	69,5 %	573
Zapis negovalnih diagnoz	333	58,1 %	240	41,9 %	573

f-število anketirancev, %-odstotek anketirancev, ki so se odločili za posamezno trditev, n-število vseh anketirancev, ki so odgovarjali na zastavljeno vprašanje.

Iz tabele 15 vidimo, da zaposleni v zdravstveni negi dnevno najpogosteje beležijo merjenje vitalnih funkcij (92,5 %, f=530), sledi zapis aplicirane medikamentozne terapije (89,7 %, f=514), zapis opažanj pri pacientih (87,3 %, f=500), zapis izvedenih dnevnih aktivnosti pri pacientih (80,3 %, f=460), zapis izdanih zdravil (77,7 %, f=445)

in kategoriziranje pacientov (69,5 %, f=398). Izmed aktivnosti, ki so jih anketiranci izbrali, je bil na zadnjem mestu zapis negovalnih diagnoz (41,9 %, f=240).

Tabela 16: Dnevno beleženje aktivnosti glede na izobrazbo

Aktivnosti zdravstvene nege	Izobrazba							
	srednja				vsaj višja			
	ne		da		ne		da	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Zapis merjenja vitalnih funkcij	10	3,7 %	262	96,3 %	33	11,3 %	258	88,7 %
Zapis opažanj pri pacientu	29	10,7 %	243	89,3 %	44	15,1 %	247	84,9 %
Zapis aplicirane medikamentozne terapije	35	12,9 %	237	87,1 %	24	8,2 %	267	91,8 %
Zapis izdanih zdravil	47	17,3 %	225	82,7 %	81	27,8 %	210	72,2 %
Zapis izvedenih dnevnih aktivnosti pri pacientu	56	20,6 %	216	79,4 %	57	19,6 %	234	80,4 %
Kategorizacija pacientov	125	46,0 %	147	54,0 %	46	15,8 %	245	84,2 %
Zapis negovalnih diagnoz	167	61,4 %	105	38,6 %	162	55,7 %	129	44,3 %

f-število anketirancev, %-odstotek anketirancev, ki so se odločili za posamezno trditev.

Iz tabele 16 razberemo, da medicinske sestre s srednjo izobrazbo najpogosteje beležijo merjenja vitalnih funkcij (96,3 %, f=262), sledi zapis opažanja pri pacientih (89,3 %, f=243), aplikacija medikamentozne terapije (87,1 %, f=237). Sledi zapis izdanih zdravil (82,7 %, f=225), zapis izvedenih dnevnih aktivnosti pri pacientu (79,4 %, f=216), kategoriziranje pacientov (54,0 %, f=147) in zapis negovalnih diagnoz (38,6 %, f=105). Medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo pa so na prvo mesto pri dnevnem beleženju aktivnosti zdravstvene nege postavile zapis aplicirane medikamentozne terapije (91,8 %, f=267), sledijo zapis merjenja vitalnih funkcij (88,7 %, f=258), zapis opažanj pri pacientu (84,9 %, f=247), kategoriziranje pacientov (84,2 %, f=245), zapis izvedenih dnevnih aktivnosti pri pacientu (80,4 %, f=234), zapis izdanih zdravil (72,2 %, f=210) in na zadnjem mestu, prav tako kot pri medicinskih sestrah s srednjo izobrazbo zapis negovalnih diagnoz (44,3 %, f=129).

Sledilo je vprašanje, katera navodila upoštevajo anketiranci pri razvrščanju pacientov v posamezne kategorije. Anketiranci so imeli možnost izbire med že vnaprej naštetimi navodili. Prav tako so imeli možnost, da sami dopišejo navodilo, ki ga upoštevajo v njihovi zdravstveni ustanovi. Tudi pri tem vprašanju nas je zanimalo, kakšen vrstni red navodil bodo izbrale medicinske sestre s srednjo izobrazbo in medicinske sestre z vsaj višjo stopnjo izobrazbe.

Tabela 17: Upoštevana navodila pri razvrščanju pacientov v kategorije

Navodila pri razvrščanju pacientov v kategorije	ne		da		Skupaj n
	f	%	f	%	
Razvrščanje pacientov v kategorije se izvaja vsak dan	98	17,7 %	457	82,3 %	555
Kategoriziramo vse hospitalizirane paciente	128	23,1 %	427	76,9 %	555
Paciente kategoriziramo vsak dan ob 12,30. uri	268	48,3 %	287	51,7 %	555
Pri razvrščanju se upoštevajo samo zabeležene aktivnosti	356	64,1 %	199	35,9 %	555
Paciente kategoriziramo ob sprejemu	407	73,3 %	148	26,7 %	555
Kategoriziranje se izvaja za več dni nazaj	497	89,5 %	58	10,5 %	555
Pri pomanjkanju kadra kategorizacije ne izvajamo	499	89,9 %	56	10,1 %	555

f-število anketirancev, %-odstotek anketirancev, ki so se odločili za posamezno trditev, n-število vseh anketirancev, ki so odgovarjali na zastavljeno vprašanje.

Iz tabele 17 je razvidno, da so se anketiranci pri vprašanju, katera navodila upoštevajo pri kategoriziranju pacientov, najpogosteje odločili za odgovor, da paciente razvrščajo v kategorije vsak dan (82,3 %, f=457), kategorizirajo vse hospitalizirane paciente (76,9 %, f=427), paciente kategorizirajo ob 12,30. uri (51,7 %, f=287), pri razvrščanju upoštevajo samo zabeležene aktivnosti (35,9 %, f=199), paciente kategorizira ob sprejemu 26,7 % (f=148) anketirancev, za več dni nazaj kategorizira paciente 10,5 % (f=58) anketirancev in 10,1 % (f=56) anketirancev pri pomanjkanju kadra kategorizacije ne izvaja.

Tabela 18: Upoštevana navodila pri razvrščanju pacientov v kategorije glede na izobrazbo

Navodila pri razvrščanju pacientov v kategorije	Izobrazba							
	srednja				vsaj višja			
	ne		da		ne		da	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Razvrščanje pacientov v kategorije se izvaja vsak dan	63	24,4 %	195	75,6 %	33	11,5 %	255	88,5 %
Kategoriziramo vse hospitalizirane paciente	81	31,4 %	177	68,6 %	46	16,0 %	242	84,0 %
Paciente kategoriziramo vsak dan ob 12,30. uri	136	52,7 %	122	47,3 %	129	44,8 %	159	55,2 %
Pri razvrščanju se upoštevajo samo zabeležene aktivnosti	179	69,4 %	79	30,6 %	175	60,8 %	113	39,2 %
Paciente kategoriziramo ob sprejemu	183	70,9 %	75	29,1 %	221	76,7 %	67	23,3 %
Kategoriziranje se izvaja za več dni nazaj	229	88,8 %	29	11,2 %	262	91,0 %	26	9,0 %
Pri pomanjkanju kadra kategorizacije ne izvajamo	231	89,5 %	27	10,5 %	261	90,6 %	27	9,4 %

f-število anketirancev, %-odstotek anketirancev, ki so se odločili za posamezno trditev.

Romana Petkovšek-Gregorin

Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi

Iz tabele 18 je razvidno, da so srednje medicinske sestre najpogosteje ugotavljale, da razvrščajo vse hospitalizirane paciente vsak dan (75,6 %, f=195). Enako ugotavljajo tudi medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo (88,5 %, f=255). Kategorizirajo vse hospitalizirane paciente (medicinske sestre s srednjo izobrazbo (68,6 %, f=177); medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo (84,0 %, f=242), paciente kategoriziramo vsak dan ob 12,30. uri (medicinske sestre s srednjo izobrazbo (47,3 %, f=122); medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo (55,2 %, f=159), pri razvrščanju se upoštevajo samo zabeležene aktivnosti (medicinske sestre s srednjo izobrazbo (30,6 %, f=79); medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo (39,2 %, f=113), paciente kategoriziramo ob sprejemu (medicinske sestre s srednjo izobrazbo (29,1 %, f=75); medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo (23,3 %, f=67), kategoriziranje se izvaja za več dni nazaj (medicinske sestre s srednjo izobrazbo (11,2 %, f=29); medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo (9,0 %, f=26). Rezultati zadnje trditve, da pri pomanjkanju kadra kategorizacije ne izvajajo so: medicinske sestre s srednjo izobrazbo (10,5 %, f=27); medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo (9,4 %, f=27).

Iz tabele 16 je razvidno, da se odgovori medicinskih sester ne glede na izobrazbo skladajo v vrstnem redu pri vseh navodilih, ki jih upoštevajo pri razvrščanju pacientov v kategorije, razen pri zadnjih dveh, kjer je vrstni red glede na izobrazbo zamenjan.

Od anketirancev smo želeli izvedeti, ali so bili deležni predhodnega izobraževanja, preden so v njihovi zdravstveni organizaciji uvedli sistem razvrščanja pacientov v kategorije.

Tabela 19: Predhodno izobraževanje o kategorizaciji

	f	%
Ne	221	37,3
Da	234	39,5
Ni odgovora	137	23,1
Skupaj	592	100,0

f-število anketirancev, %-odstotek anketirancev.

Iz tabele 19 je razvidno, da je največ anketirancev (39,5 %, f=234) odgovorilo, da so se v svoji delovni organizaciji udeležili izobraževanja o kategoriziranju pacientov, malo

Romana Petkovšek-Gregorin

Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi

manjši delež anketirancev pa je odgovoril, da izobraževanja o kategoriziranju pacientov niso imeli (37,3 %, f=221).

Od anketirancev smo želeli izvedeti tudi, katere aktivnosti zdravstvene nege opustijo, če se na njihovem oddelku število zaposlenih zmanjša. V navodilu je bilo zapisano, da naj anketiranci upoštevajo 24-urno zdravstveno nego. Anketiranci so morali označiti vnaprej ponujene aktivnosti, ki jih opustijo v primeru pomanjkanja kadra. Prav tako nas je tudi tu zanimalo, kako bodo na zastavljeno vprašanje odgovarjale medicinske sestre glede na svojo izobrazbo.

Tabela 20: Opuščanje aktivnosti zdravstvene nege zaradi pomanjkanja kadra

Opuščanje aktivnosti zdravstvene nege	ne		da		Skupaj n
	f	%	f	%	
Odmor med delom	89	15,9 %	472	84,1 %	561
Organizacijski sestanki	227	40,5 %	334	59,5 %	561
Negovalne vizite	387	69,0 %	174	31,0 %	561
Negovalne diagnoze	397	70,8 %	164	29,2 %	561
Kopanje pacientov	404	72,0 %	157	28,0 %	561
Kategoriziranje pacientov	478	85,2 %	83	14,8 %	561
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege	495	88,2 %	66	11,8 %	561
Dokumentiranje zdravstvene nege	499	88,9 %	62	11,1 %	561
Sobne vizite	515	91,8 %	46	8,2 %	561
Preveze ran	543	96,8 %	18	3,2 %	561
Razdeljevanje zdravil	550	98,0 %	11	2,0 %	561

f-število anketirancev, %-odstotek anketirancev, n-število vseh anketirancev, ki so odgovarjali na zastavljeno vprašanje.

Iz tabele 20 je razvidno, da zaposleni v zdravstveni negi v primeru pomanjkanja kadra najpogosteje opustijo odmor med delom (84,1 %, f=472), sledijo organizacijski sestanki (59,5 %, f=334), negovalne vizite opustijo (31,0 %, f=174), negovalne diagnoze opustijo (29,2 %, f=164), in kopanje pacienta opustijo v 28,0 % (f=157). Kategorizacija pacientov opustijo v 14,8 % (f=83), beleženje aktivnosti zdravstvene nege opustijo v 11,8 % (f=66), dokumentiranje zdravstvene nege opustijo v 11,1 % (f=62), sobne vizite opustijo v 8,2 % (f=46), preveze ran in razdeljevanje zdravil so procentualno zastopane od 3,2 % (f=18) do 2,0 % (f=11). Rezultati opisne statistike kažejo na to, da je odmor med delovnim časom tista aktivnost, ki jo zaposleni v zdravstveni negi ne glede na izobrazbo najpogosteje opustijo.

Tabela 21: Opuščene aktivnosti zdravstvene nege zaradi pomanjkanja kadra glede na izobrazbo

Opuščanje aktivnosti zdravstvene nege	Izobrazba							
	srednja				vsaj višja			
	ne		da		ne		da	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Odmor med delom	36	13,6 %	228	86,4 %	52	18,1 %	236	81,9 %
Organizacijski sestanki	122	46,2 %	142	53,8 %	102	35,4 %	186	64,6 %
Kopanje pacientov	171	64,8 %	93	35,2 %	226	78,5 %	62	21,5 %
Negovalne vizite	203	76,9 %	61	23,1 %	176	61,1 %	112	38,9 %
Negovalne diagnoze	209	79,2 %	55	20,8 %	181	62,8 %	107	37,2 %
Kategoriziranje pacientov	222	84,1 %	42	15,9 %	248	86,1 %	40	13,9 %
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege	226	85,6 %	38	14,4 %	260	90,3 %	28	9,7 %
Dokumentiranje zdravstvene nege	239	90,5 %	25	9,5 %	251	87,2 %	37	12,8 %
Sobne vizite	239	90,5 %	25	9,5 %	267	92,7 %	21	7,3 %
Preveze ran	254	96,2 %	10	3,8 %	281	97,6 %	7	2,4 %
Razdeljevanje zdravil	257	97,3 %	7	2,7 %	284	98,6 %	4	1,4 %

f-število anketirancev, %-odstotek anketirancev.

Iz tabele 21 vidimo, da medicinske sestre s srednjo izobrazbo najpogosteje v primeru pomanjkanja kadra opustijo odmor med delom (86,4 %, f=228), sledijo organizacijski sestanki (53,8 %, f=142), kopanje pacientov (35,2 %, f=93), negovalne vizite (23,1 %, f=61), negovalne diagnoze (20,8 %, f=55), kategoriziranje pacientov (15,9 %, f=42) in beleženje aktivnosti zdravstvene nege 14,4 % (f=38). Za ostale aktivnosti kot so dokumentiranje zdravstvene nege, sobne vizite, preveze ran in razdeljevanje zdravil so se udeleženci odločili v manj kot 10%.

Medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo prav tako v primeru pomanjkanja kadra najpogosteje opustijo odmor med delom (81,9 %, f=236), temu sledijo organizacijski sestanki (64,6 %, f=186), negovalne vizite (38,9 %, f=112), negovalne diagnoze (37,2 %, f=107), kopanje pacientov (21,5 %, f=62), kategoriziranje pacientov (13,9 %, f=40) in dokumentiranje zdravstvene nege (12,8 %, f=37). Beleženje aktivnosti zdravstvene nege, sobne vizite, preveze ran in razdeljevanje zdravil pa medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo v primeru pomanjkanja kadra opustijo v manj kot 10%.

Sledilo je vprašanje, kjer so morali anketiranci izbrati med različnimi skupinami, ki so opisovala čas, ki ga medicinske sestre potrebujejo za beleženje različne dokumentacije

zdravstvene nege in ostale dokumentacije v okviru ene delovne izmene. S pomočjo opisne statistike smo ugotavljali tudi koliko časa potrebujejo za dokumentiranje medicinske sestre glede na izobrazbo.

Tabela 22: Čas porabljen za dokumentiranje zdravstvene nege v okviru ene delovne izmene

Čas porabljen za dokumentiranje v eni delovni izmeni	f	%
0	5	0,84
0,5 ure v izmeni	74	12,50
1 ura v izmeni	174	29,39
1-1,5 ure v izmeni	149	25,17
1,5-2 uri v izmeni	85	14,36
2-2,5 ure v izmeni	35	5,91
2,5-3 ure v izmeni	9	1,52
več kot 3 ure v izmeni	13	2,20
drugo	13	2,20
ni podatka	35	5,91
Skupaj	592	100,00

f-število anketirancev, %-odstotek anketirancev.

S tabelo 22 je prikazan čas porabljen za dokumentiranje zdravstvene nege v okviru ene delovne izmene. Zaposleni v zdravstveni negi najpogosteje za beleženje v dokumentacijo zdravstvene nege in drugo dokumentacijo potrebujejo 1 uro v delovni izmeni (29,39 %, f=174), sledi 1-1,5 ure v izmeni (25,17 %, f=149), 14,36 % (f=85) anketirancev je izjavilo, da potrebuje 1,5-2 uri v eni izmeni za dokumentiranje in 12,5 % (f=74) anketirancev je izjavilo, da porabijo v eni izmeni za dokumentiranje 0,5 ure. Ena ura beleženja predstavlja 12,5 % časa porabljenega za dokumentiranje v izmeni, če definiramo izmeno kot 8-urni delavnik.

Tabela 23: Čas porabljen za beleženje različne dokumentacije zdravstvene nege in izpolnjevanje ostale dokumentacije v okviru ene delovne izmene glede na izobrazbo

Čas porabljen za dokumentiranje v eni delovni izmeni	Izobrazba			
	srednja		vsaj višja	
	f	%	f	%
0	1	20,0 %	4	80,0 %
0,5 ure v izmeni	46	63,9 %	26	36,1 %
1 ura v izmeni	90	52,3 %	82	47,7 %
1-1,5 ure v izmeni	72	49,7 %	73	50,3 %
1,5-2 uri v izmeni	29	34,1 %	56	65,9 %
2-2,5 ure v izmeni	10	29,4 %	24	70,6 %
2,5-3 ure v izmeni	1	11,1 %	8	88,9 %
več kot 3 ure v izmeni	2	15,4 %	11	84,6 %
drugo	8	61,5 %	5	38,5 %

f-število anketirancev, %-odstotek anketirancev.

Iz tabele 23 lahko razberemo, da se je največ medicinskih sester s srednjo izobrazbo ($f=90$) in medicinskih sester z vsaj višjo izobrazbo ($f=82$) opredelilo, da potrebujejo v eni izmeni 1 uro delovnika za beleženje v pacientovo dokumentacijo. Prav tako kot srednje medicinske sestre ($f=72$) so tudi medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo ($f=73$) na drugo mesto postavile čas, ki ga potrebujejo za dokumentiranje v eni izmeni, čas od 1 do 1,5 ure. Tretji najpogostejši čas, ki so ga medicinske sestre s srednjo izobrazbo opredelile kot čas, ki ga porabijo za dokumentiranje, je bilo 0,5 ure ($f=46$) v izmeni. Za razliko od srednjih medicinskih sester so medicinske sestre z najmanj višjo izobrazbo na tretjem mestu izbrale čas od 1,5 do 2 uri ($f=56$) v eni delovni izmeni. Četrti najpogostejši čas, ki je potreben za beleženje v dokumentacijo zdravstvene nege, so medicinske sestre s srednjo izobrazbo izbrale čas od 1,5 do 2 uri ($f=29$). Medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo pa so bile mnenja, da je četrti najpogostejši čas, ki je potreben za beleženje v dokumentacijo zdravstvene nege, 0,5 ure ($f=26$) v eni delovni izmeni.

Anketiranci so lahko izbirali med različnimi oblikami dokumentiranja, ki po njihovem mnenju potrebujejo največ časa za vnos podatkov. Tudi tukaj nas je zanimalo, ali so medicinske sestre s srednjo izobrazbo izbrale podobne odgovore kot medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo.

Tabela 24: Oblika dokumentiranja, ki zahteva največ časa

Oblike dokumentiranja	ne		da		Skupaj
	f	%	f	%	n
Zapis izvedenih aktivnosti pri pacientu	235	42,0 %	324	58,0 %	559
Zapis negovalnih diagnoz	301	53,8 %	258	46,2 %	559
Zapis opažanj pri pacientu	333	59,6 %	226	40,4 %	559
Kategorizacija pacientov	422	75,5 %	137	24,5 %	559
Zapis merjenja vitalnih funkcij	458	81,9 %	101	18,1 %	559
Zapis izdanih zdravil	464	83,0 %	95	17,0 %	559
Zapis aplicirane medikamentozne terapije	464	83,0 %	95	17,0 %	559

f-število anketirancev, %-odstotek anketirancev, n-število vseh anketirancev, ki so odgovarjali na zastavljeno vprašanje.

Iz tabele 24 lahko razberemo, da so se anketiranci odločili, da je dokumentacija, ki zahteva od zaposlenih največ časa za izpolnjevanje, zapis izvedenih aktivnosti pri pacientu (58,0 %, f=324), sledijo negovalne diagnoze (46,2 %, f=258) in zapis opažanj pri pacientu (40,4 %, f=226). Po prvih treh zapisih, ki po mnenju anketirancev potrebujejo največ časa, sledi kategoriziranje pacienta (24,5 %; f=137).

Tabela 25: Oblika dokumentiranja, ki zahteva največ časa glede na izobrazbo

Oblike dokumentiranja	Izobrazba							
	srednja				vsaj višja			
	ne		da		ne		da	
f	%	f	%	f	%	f	%	
Zapis merjenja vitalnih funkcij	196	74,8 %	66	25,2 %	256	88,9 %	32	11,1 %
Zapis izdanih zdravil	204	77,9 %	58	22,1 %	252	87,5 %	36	12,5 %
Kategorizacija pacientov	198	75,6 %	64	24,4 %	218	75,7 %	70	24,3 %
Zapis izvedenih aktivnosti pri pacientu	96	36,6 %	166	63,4 %	134	46,5 %	154	53,5 %
Zapis opažanj pri pacientu	138	52,7 %	124	47,3 %	187	64,9 %	101	35,1 %
Zapis aplicirane medikamentozne terapije	206	78,6 %	56	21,4 %	250	86,8 %	38	13,2 %
Zapis negovalnih diagnoz	184	70,2 %	78	29,8 %	113	39,2 %	175	60,8 %

f-število anketirancev, %-odstotek anketirancev.

Tabela 25 prikazuje, katera dokumentacija zdravstvene nege po mnenju medicinskih sester z različno stopnjo izobrazbe potrebuje za izpolnjevanje največ časa. Medicinske sestre s srednjo izobrazbo so se odločile, da je to zapis izvedenih aktivnosti pri pacientu (63,4 %, f=166), sledi opažanja pri pacientu (47,3 %, f=124). Na tretje mesto so anketiranci postavili zapis negovalnih diagnoz (29,8 %, f=78). Zelo podoben rezultat so dobili merjenje vitalnih funkcij (25,2 %, f=66), kategorizacija pacientov (24,4 %, f=64),

zapis izdanih zdravil (22,1 %, f=58) in zapis aplicirane medikamentozne terapije (21,4 %, f=56).

Medicinske sestre z najmanj višjo izobrazbo pa so se odločile, da je dokument, ki za izpolnjevanje potrebuje največ časa, zapis negovalnih diagnoz (60,8 %, f=175), sledi zapis o izvedenih aktivnostih pri pacientu (53,5 %, f=154) in zapis opažanj pri pacientu (35,1 %, f=101). Sledi kategorizacija pacientov (24,3 %, f=70), nato pa si v majhnem razkoraku sledijo še zapis aplicirane medikamentozne terapije (13,2 %, f=38), zapis izdanih zdravil (12,5 %, f=36) in zapis merjenja vitalnih funkcij (11,1 %, f=32).

Zadnje vprašanje v tretjem sklopu vprašanj je bilo, kako anketiranci beležijo aktivnosti zdravstvene nege. Anketiranci so se odločali med šestimi vnaprej pripravljenimi možnimi odgovori. Na voljo so imeli tudi možnost pripisati svoj način zapisa.

Tabela 26: Način dokumentiranja aktivnosti zdravstvene nege

Način beleženja aktivnosti zdravstvene nege	ne		da		Skupaj n
	f	%	f	%	
Ročno na za to oblikovanem obrazcu	130	23,0 %	435	77,0 %	565
Standardizirani obrazci, ki nudijo izbiro posamezne aktivnosti, tako da je možnost obkroževanja izbrane aktivnosti	294	52,0 %	271	48,0 %	565
Raportna knjiga in obrazec zdravstvene nege, kjer so zapisana vsa opažanja pri posameznem pacientu	366	64,8 %	199	35,2 %	565
Raportna knjiga	392	69,4 %	173	30,6 %	565
Računalniško, kjer so zapisana vsa opažanja pri posameznem pacientu	476	84,2 %	89	15,8 %	565
Računalniško, kamor beležimo vso negovalno dokumentacijo o posameznem pacientu	513	90,8 %	52	9,2 %	565

f-število anketirancev, %-odstotek anketirancev, n-število vseh anketirancev, ki so odgovarjali na zastavljeno vprašanje.

V tabeli 26 so prikazani načini dokumentiranja. Najpogostejši način dokumentiranja aktivnosti zdravstvene nege je ročni, na za to oblikovanem obrazcu (77,0 %, f=435), sledijo standardni obrazci, ki nudijo izbiro posamezne aktivnosti, tako da je možno obkroževanje izbrane aktivnosti (48,0 %, f=271), na tretjem mestu pa je raportna knjiga in obrazci zdravstvene nege, kjer so zapisana vsa opažanja pri posameznem pacientu (35,2 %, f=199). 30,6 % (f=173) anketirancev dokumentira aktivnosti zdravstvene nege v raportno knjigo, 15,8 % (f=89) računalniško, kjer so zapisana vsa opažanja pri

posameznem pacientu. Računalniško beleženje, kamor beležijo vso negovalno dokumentacijo o posameznem pacientu, uporablja 9,2 % (f=52) anketiranih.

V zadnjem vprašanju tretjega sklopa so se anketiranci odločali, kako beležijo aktivnosti zdravstvene nege v njihovi ustanovi. Izbirali so lahko med šestimi že vnaprej pripravljenimi trditvami, na zadnje mesto pa so lahko dopisali svojo obliko beleženja, ki jo uporabljajo pri delu, če je med prej navedenimi niso našli. Vsak anketiranec se je lahko odločil za več trditev, saj se dokumentiranje v isti zdravstveni ustanovi lahko izvaja različno na različnih oddelkih, prav tako pa je možno, da na istem oddelku uporabljajo več različnih oblik dokumentiranja. Tako je bila dana možnost vsakemu anketirancu, da izbere način dokumentiranja, ki ga uporablja.

Tabela 27: Način beleženja aktivnosti zdravstvene nege glede na ustanovo

Ustanova		a	b	c	d	e	f	
A	da	f	235	85	104	58	37	135
		%	75,3 %	27,2 %	33,3 %	18,6 %	11,9 %	43,3 %
	ne	f	77	227	208	254	275	177
		%	24,7 %	72,8 %	66,7 %	81,4 %	88,1 %	56,7 %
B	da	f	9	4	8	7	2	7
		%	81,8 %	36,4 %	72,7 %	63,6 %	18,2 %	63,6 %
	ne	f	2	7	3	4	9	4
		%	18,2 %	63,6 %	27,3 %	36,4 %	81,8 %	36,4 %
C	da	f	38	8	10	7	1	21
		%	97,4 %	20,5 %	25,6 %	17,9 %	2,6 %	53,8 %
	ne	f	1	31	29	32	38	18
		%	2,6 %	79,5 %	74,4 %	82,1 %	97,4 %	46,2 %
D	da	f	32	8	1	5	3	17
		%	84,2 %	21,1 %	2,6 %	13,2 %	7,9 %	44,7 %
	ne	f	6	30	37	33	35	21
		%	15,8 %	78,9 %	97,4 %	86,8 %	92,1 %	55,3 %
E	da	f	39	14	21	5	5	35
		%	76,5 %	27,5 %	41,2 %	9,8 %	9,8 %	68,6 %
	ne	f	12	37	30	46	46	16
		%	23,5 %	72,5 %	58,8 %	90,2 %	90,2 %	31,4 %
F	da	f	14	9	10	1	1	12
		%	63,6 %	40,9 %	45,5 %	4,5 %	4,5 %	54,5 %
	ne	f	8	13	12	21	21	10
		%	36,4 %	59,1 %	54,5 %	95,5 %	95,5 %	45,5 %
G	da	f	17	19	21	1	0	14
		%	54,8 %	61,3 %	67,7 %	3,2 %	0,0 %	45,2 %
	ne	f	14	12	10	30	31	17
		%	45,2 %	38,7 %	32,3 %	96,8 %	100,0 %	54,8 %
H	da	f	10	9	9	0	0	6
		%	90,9 %	81,8 %	81,8 %	0,0 %	0,0 %	54,5 %
	ne	f	1	2	2	11	11	5
		%	9,1 %	18,2 %	18,2 %	100,0 %	100,0 %	45,5 %
I	da	f	22	7	7	2	0	9
		%	88,0 %	28,0 %	28,0 %	8,0 %	0,0 %	36,0 %
	ne	f	3	18	18	23	25	16
		%	12,0 %	72,0 %	72,0 %	92,0 %	100,0 %	64,0 %
J	da	f	12	4	4	0	0	9
		%	80,0 %	26,7 %	26,7 %	0,0 %	0,0 %	60,0 %
	ne	f	3	11	11	15	15	6
		%	20,0 %	73,3 %	73,3 %	100,0 %	100,0 %	40,0 %

f-število anketirancev, %-odstotek anketirancev, a- Ročno na za to oblikovanem obrazcu, b-Raportna knjiga, c-Raportna knjiga in obrazec zdravstvene nege, kjer so zapisana vsa opažanja pri posameznem pacientu, d-Računalniško, kjer so zapisana vsa opažanja pri posameznem pacientu, e-Računalniško, kamor beležimo vso negovalno dokumentacijo o posameznem pacientu, f-Standardizirani obrazci, ki nudijo izbiro posamezne aktivnosti, tako da je možnost obkroževanja izbrane aktivnosti.

V tabeli 27 so prikazane zdravstvene ustanovi, ki so se odločile, da bodo sodelovale v raziskavi, njihovi zaposleni v zdravstveni negi pa so se opredelili glede vprašanja kako beležijo aktivnosti zdravstvene nege. V ustanovi A se je večina zaposlenih v zdravstveni negi opredelila, da beleženje aktivnosti zdravstvene nege izvajajo ročno na za to oblikovanem obrazcu (f=235), v isti ustanovi se je del zaposlenih opredelil, da beležijo

Romana Petkovšek-Gregorin

Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi

aktivnosti zdravstvene nege v standardizirane obrazce, ki nudijo izbiro posamezne aktivnosti, tako da je možno obkroževanje izbrane aktivnosti ($f=135$). V zdravstveni ustanovi B se je večina zaposlenih v zdravstveni negi opredelila, da beleženje aktivnosti zdravstvene nege izvajajo ročno na za to oblikovanem obrazcu ($f=9$), enako število zaposlenih se je odločilo, da beležijo aktivnosti zdravstvene nege računalniško, kjer so zapisana vsa opažanja pri posameznem pacientu ($f=7$) in aktivnosti zdravstvene nege beležijo v standardizirane obrazce, ki nudijo izbiro posamezne aktivnosti, tako da je možno obkroževanje izbrane aktivnosti ($f=7$). V zdravstveni ustanovi C se je večina zaposlenih v zdravstveni ustanovi opredelila, da beležijo aktivnosti zdravstvene nege ročno, na za to oblikovanem obrazcu ($f=38$), na drugem mestu so bili anketiranci, ki so ugotavljali, da beležijo aktivnosti zdravstvene nege v standardizirane obrazce, ki nudijo izbiro posamezne aktivnosti, tako da je možno obkroževanje izbrane aktivnosti ($f=21$). V ustanovi D so se anketiranci opredelili, da aktivnosti zdravstvene nege beležijo ročno, na za to oblikovanem obrazcu ($f=32$), druga večja skupina pa je ugotavljala, da beležijo aktivnosti zdravstvene nege v standardizirane obrazce, ki nudijo izbiro posamezne aktivnosti, tako da je možno obkroževanje izbrane aktivnosti ($f=17$). V zdravstveni ustanovi E se je največ zaposlenih v zdravstveni negi opredelilo tako, da beležijo aktivnost zdravstvene nege ročno, na za to oblikovanem obrazcu ($f=39$), druga večja skupina zaposlenih je zapisala, da beležijo aktivnosti zdravstvene nege v standardizirane obrazce, ki nudijo izbiro posamezne aktivnosti, tako da je možno obkroževanje izbrane aktivnosti ($f=35$), tretja skupina pa je zapisala, da beležijo aktivnosti zdravstvene nege v raportno knjigo in obrazec zdravstvene nege, kjer so zapisana vsa opažanja pri posameznem pacientu ($f=21$). V zdravstveni ustanovi F se je največ zaposlenih v zdravstveni negi opredelilo, da beležijo aktivnosti zdravstvene nege ročno, na za to oblikovanem obrazcu ($f=14$), sledi zapis v standardizirane obrazce, ki nudijo izbiro posamezne aktivnosti, tako da je možno obkroževanje izbrane aktivnosti ($f=12$) in v raportno knjigo in obrazec zdravstvene nege, kjer so zapisana vsa opažanja pri posameznem pacientu ($f=10$). V zdravstveni ustanovi G se je največ zaposlenih v zdravstveni negi opredelilo, da beležijo aktivnosti zdravstvene nege v raportno knjigo in obrazec zdravstvene nege, kjer so zapisana vsa opažanja pri posameznem pacientu ($f=21$), sledilo je beleženje aktivnosti zdravstvene nege ročno, na za to oblikovanem obrazcu ($f=17$), na tretjem mestu pa je bilo beleženje aktivnosti v standardizirane obrazce, ki nudijo izbiro posamezne aktivnosti, tako da je možno obkroževanje izbrane

aktivnosti ($f=14$). V zdravstveni ustanovi H se je največ zaposlenih opredelilo do zapisovanja aktivnosti zdravstvene nege ročno na za to oblikovanem obrazcu ($f=10$). Enako število zaposlenih se je opredelilo za zapisovanje aktivnosti v raportno knjigo ($f=9$) in v raportno knjigo in obrazec zdravstvene nege, kjer so zapisana vsa opažanja pri posameznem pacientu ($f=9$). V zdravstveni ustanovi I so se zaposleni v zdravstveni negi opredelili tako, da je bilo največ odgovorov takih, da beležijo aktivnosti zdravstvene nege ročno na za to oblikovanem obrazcu ($f=22$), sledilo je beleženje v standardizirane obrazce, ki nudijo izbiro posamezne aktivnosti, tako da je možno obkroževanje izbrane aktivnosti ($f=9$). V zdravstveni ustanovi J so se prav tako zaposleni v zdravstveni negi opredelili tako, da je bilo največ odgovorov takih, da beležijo aktivnosti zdravstvene nege ročno na za to oblikovanem obrazcu ($f=12$), sledilo je beleženje v standardizirane obrazce, ki nudijo izbiro posamezne aktivnosti, tako da je možno obkroževanje izbrane aktivnosti ($f=9$).

3.4.2 Opisna statistika glede na posamezne spremenljivke

S faktorško analizo, ki je ena izmed metod za redukcijo podatkov, smo tvorili nove spremenljivke, faktorje. Pri faktorški analizi se ukvarjamo z iskanjem tistega, kar je skupno opazovanim spremenljivkam. Izločili smo šest faktorjev, ki smo jih glede na spremenljivke, ki imajo na njih visoke uteži, tudi poimenovali. Tako smo ločili naslednje faktorje: beleženje, vodenje, razvrščanje, usposobljenost, obremenitve in odnos do dela. Izpeljali smo opisno statistiko po vprašanjih, ki pripadajo posameznim faktorjem, spremenljivkam.

Prvi faktor, ki smo ga dobili s faktorško analizo, smo poimenovali dokumentiranje. Sestavlja ga deset zastavljenih vprašanj z vprašalnika, ki je prikazan v tabeli 1. Pojasnjuje 20,7 % variance. Njegova zanesljivost, ki smo jo izračunali s Chrombachovim koeficientom alfa, znaša 0,91.

Tabela 28: Opisne statistike po trditvah, ki se nanašajo na dokumentiranje

Trditev	PV	Mediana	SO	KV*	n
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege je enako pomembno kot ostala beleženja v zdravstveno dokumentacijo	3,93	4	0,97	24 %	588
Z beleženjem aktivnosti zdravstvene nege predstavim svoje delo, da postane vidno in pomembno	3,91	4	0,93	23 %	585
Zabeležena opažanja so v pomoč preostalim članom zdravstvenega tima	3,85	4	0,90	22 %	587
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege pomaga tudi ostalim članom zdravstvenega tima, da bolje in hitreje spoznajo pacienta in njegove težave	3,72	4	1,03	26 %	588
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege omogoča kontinuiteto negovanja	3,65	4	0,93	23 %	585
Dokumentacija zdravstvene nege dviguje kakovost predaje službe	3,57	4	1,00	25 %	586
Dokumentacija opisuje delo, ki ga opravljam	3,55	4	1,01	25 %	580
Negovalna dokumentacija ima pozitiven vpliv na varnost pacienta	3,52	4	1,02	25 %	585
Moje delo postane vidno	3,44	3	1,06	35 %	580
Dokumentacija zdravstvene nege predstavlja prednost pri vsakodnevnem delu medicinskih sester	3,42	4	1,01	25 %	589

PV-povprečna vrednost, SO-standardni odklon, KV-koeficient variacije, n-število anketirancev.

Iz tabele 28 je razvidno, da je največjo povprečno vrednost pri trditvah, ki se nanašajo na beleženje dobila trditev »Beleženje aktivnosti zdravstvene nege je enako pomembno kot ostala beleženja v zdravstveno dokumentacijo« (PV=3,93, SO=0,97). Sledile so trditve: »Z beleženjem aktivnosti zdravstvene nege predstavim svoje delo, da postane vidno in pomembno.« (PV=3,91, SO=0,93), »Zabeležena opažanja so v pomoč preostalim članom zdravstvenega tima.« (PV=3,85, SO=0,90), »Beleženje aktivnosti zdravstvene nege pomaga tudi ostalim članom zdravstvenega tima, da bolje in hitreje spoznajo pacienta in njegove težave.« (PV=3,72, SO=1,03), »Beleženje aktivnosti zdravstvene nege omogoča kontinuiteto negovanja« (PV=3,65, SO=0,93), »Dokumentacija zdravstvene nege dviguje kakovost predaje službe« (PV=3,57, SO=1,00), »Dokumentacija opisuje delo, ki ga opravljam« (PV=3,55, SO=1,01), »Negovalna dokumentacija ima pozitiven vpliv na varnost pacienta« (PV=3,52, SO=1,02), »Moje delo postane vidno« (PV=3,44, SO=1,06) in »Dokumentacija zdravstvene nege predstavlja prednost pri vsakodnevnem delu medicinskih sester« (PV=3,42, SO=1,01).

Drugi faktor, ki smo ga dobili s faktorsko analizo in ga prikazuje tabela 1, smo poimenovali vodenje. Sestavljen je iz štirih vprašanj, delež pojasnjene variance je 7,2 %, Chrombachov koeficient α pa znaša 0,74.

Tabela 29: Opisne statistike po trditvah, ki se nanašajo na vodenje

Trditev	PV	Mediana	SO	KV*	n
Vodstvo podpira in vzpodbuja uvajanje negovalne dokumentacije	4,01	4	0,88	22 %	589
Vodja meni, da so nove tehnike nujno potrebne za uspešno delo	3,89	4	0,85	21 %	583
Vodja nam v procesu uvajanja sprememb nudi ustrezno podporo	3,69	4	0,93	23 %	585
Vodja nas vključuje v odločitve o spremembah	3,37	3	1,08	36 %	590

PV-povprečna vrednost, SO-standardni odklon, KV-koeficient variacije, n-število anketirancev.

V sklopu trditev, ki smo jih prikazali v tabeli 29 in se nanašajo na vodenje, je najvišjo povprečno oceno dobila trditev »Vodstvo podpira in vzpodbuja uvajanje negovalne dokumentacije.« (PV=4,01, SO=0,88). Sledile so trditve: »Vodja meni, da so nove tehnike nujno potrebne za uspešno delo.« (PV=3,89, SO=0,85), »Vodja nam v procesu uvajanja sprememb nudi ustrezno podporo.« (PV=3,69, SO=0,93) in »Vodja nas vključuje v odločitve o spremembah.« (PV=3,37, SO=1,08).

Tretji faktor, ki smo ga dobili s pomočjo faktorsko analizo in ga prikazuje tabela 1 smo poimenovali razvrščanje. Predstavlja 6,5 % pojasnjene variance, Chrombachov koeficient α pa znaša 0,78.

Tabela 30: Opisne statistike po trditvah, ki se nanašajo na razvrščanje

Trditev	PV	Mediana	SO	KV*	n
Uveden sistem razvrščanja pacientov v kategorije je dober	3,23	3	0,99	33 %	582
Negovalni cilji so ob koncu hospitalizacije doseženi, kar je razvidno iz negovalne dokumentacije	3,22	3	0,90	30 %	584
Negovalne diagnoze/problemi so dobro opredeljeni	3,13	3	0,91	30 %	585

PV-povprečna vrednost, SO-standardni odklon, KV-koeficient variacije, n-število anketirancev.

Tabela 30 prikazuje trditve, ki sestavljajo faktor razvrščanje. Najvišjo povprečno oceno v tem sklopu je dobila trditev »Uveden sistem razvrščanja v kategorije je dober.« (PV=3,23, SO=0,99), sledijo trditve »Negovalni cilji so ob koncu hospitalizacije

doseženi, kar je razvidno iz negovalne dokumentacije.« (PV=3,22, SO=0,90) in »Negovalne diagnoze/problemi so dobro opredeljeni.« (PV=3,13, SO=0,91).

Četrty faktor, ki smo ga dobili s pomočjo faktorske analize in ga prikazuje tabela 1, smo poimenovali usposobljenost. Predstavlja 5,5 % pojasnjene variance, Chrombachov koeficient α pa znaša 0,71. Faktor vsebuje dve spremenljivki. Faktor z manj kot tremi spremenljivkami je navadno nestabilen.

Tabela 31: Opisne statistike po trditvah, ki se nanašajo na usposobljenost

Trditev	PV	Mediana	SO	KV*	n
Medicinske sestre imajo dovolj znanja o postopkih dokumentiranja	3,43	3	0,85	28 %	586
Medicinske sestre imajo dovolj znanja za izdelavo negovalnega načrta	3,35	3	0,99	33 %	586

PV-povprečna vrednost, SO-standardni odklon, KV-koeficient variacije, n-število anketirancev.

Tabela 31 prikazuje sklop trditev, ki se nanašata na faktor usposobljenost, kjer je najvišjo povprečno oceno dobila trditev »Medicinske sestre imajo dovolj znanja o postopkih dokumentiranja« (PV=3,42, SO=0,85) in »Medicinske sestre imajo dovolj znanja za izdelavo negovalnega načrta«, kjer je PV=3,35 in SO=0,99.

Peti faktor, ki smo ga dobili s pomočjo faktorske analize in ga prikazuje tabela 1, smo poimenovali delovna obremenitev. Predstavlja 5,3 % pojasnjene variance, Chrombachov koeficient α pa znaša 0,60.

Tabela 32: Opisne statistike po trditvah, ki se nanašajo na delovno obremenitev

Trditev	PV	Mediana	SO	KV*	n
Medicinske sestre si želimo več časa preživeti ob pacientu	4,42	5	0,74	15 %	587
Delovne obremenitve medicinskih sester so prevelike	4,40	5	0,76	15 %	586
Dokumentiranje omejuje čas, ki bi ga lahko namenila negi pacienta	4,24	4	0,88	22 %	585
Zaradi pomanjkanja kadra v zdravstveni negi je slabša kakovost opravljenega dela	4,12	4	0,98	24 %	586

PV-povprečna vrednost, SO-standardni odklon, KV-koeficient variacije, n-število anketirancev.

Tabela 32 prikazuje rezultate trditvev, ki sestavljajo faktor delovna obremenitev. »Medicinske sestre si želimo več časa preživeti ob pacientu.« je trditev, ki ima najvišjo PV=4,42 (SO=0,74), sledijo trditve: »Delovne obremenitve medicinskih sester so prevelike.« (PV=4,40), »Dokumentiranje omejuje čas, ki bi ga lahko namenila negi pacienta.« (PV=4,24, SO=0,88) in »Zaradi pomanjkanja kadra v zdravstveni negi je slabša kakovost opravljenega dela.« (PV=4,12, SO=0,98).

Šesti faktor, ki smo ga dobili s pomočjo faktorjske analize in ga prikazuje tabela 1, smo poimenovali delovni odnos do dela. Predstavlja 4,4 % pojasnjene variance, Chrombachov koeficient α pa znaša 0,67. Faktor vsebuje dve spremenljivki in zato obstaja bojazen, da je nestabilen.

Tabela 33: Opisne statistike po trditvah, ki se nanašajo na odnos do dela

Trditev	PV	Mediana	SO	KV*	n
Čutim odgovornost za rezultate svojega dela	4,56	5	0,64	13 %	589
Moje delo je koristno in pomembno	4,41	5	0,72	14 %	589

PV-povprečna vrednost, SO-standardni odklon, KV-koeficient variacije, n-število anketirancev.

Tabela 33 prikazuje šesti faktor, ki prikazuje odnos medicinskih sester do dela. Najvišjo povprečno oceno v tem sklopu trditvev je dobila trditev »Čutim odgovornost za rezultate svojega dela.« (PV=4,56, SO=0,64) in »Moje delo je koristno in pomembno.« (PV=4,41, SO=0,72).

3.4.3 Testiranje razlik v po posameznih faktorjih glede na izobrazbo medicinskih sester

Tabela 34: Normalnost porazdelitve skupne spremenljivke, ki povzema stališča do vodenja glede na izobrazbo

Vodenje	Izobrazba	Kolmogorov-Smirnov test		
		Statistika	Stopnje prostosti	p
	srednja	0,09	280	0,00
vsaj višja	0,10	300	0,00	

p-mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj.

Tabela 34 prikazuje porazdelitev, ki statistično značilno odstopa od normalne, zato je za testiranje hipotez primernejši Mann-Whitneyev test.

Tabela 35: Opisne statistike in rezultat Mann-Whitneyevega U testa

vodenje - skupna spremenljivka	Izobrazba	PV	Mediana	SO	n	U	p	Z	VU
	srednja	3,59	3,50	0,67	280	32378,5	< 0,001	-4,799	-0,20
	vsaj višja	3,87	4,00	0,71	300				

PV-povprečna vrednost, SO-standardni odklon, n-število anketirancev, p-mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj, Z-standardizirana vrednost, VU-velikost učinka.

Iz tabele 35 je razvidno, da se medicinske sestre glede na izobrazbo statistično značilno razlikujejo med seboj v stališčih do načina vodenja ($p < 0,001$). Medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo imajo bolj pozitivna stališča do vodenja ($PV=3,87$, $SO=0,71$) kot sestre s srednjo izobrazbo ($PV=3,59$, $SO=0,67$). Izmerjeni učinki so majhni ($d=0,20$).

Tabela 36: Preverjanje normalnosti porazdelitve spremenljivk glede na izobrazbo

Trditev	Izobrazba	Kolmogorov-Smirnov test		
		Statistika	Stopnje prostosti	P
Vodja nam v procesu uvajanja sprememb nudi ustrezno podporo	srednja	0,21	271	< 0,001
	vsaj višja	0,23	289	< 0,001
Vodja meni, da so nove tehnike nujno potrebne za uspešno delo	srednja	0,24	271	< 0,001
	vsaj višja	0,25	289	< 0,001
Vodstvo podpira in vzpodbuja uvajanje negovalne dokumentacije	srednja	0,24	271	< 0,001
	vsaj višja	0,25	289	< 0,001
Vodja nas vključuje v odločitve o spremembah	srednja	0,19	271	< 0,001
	vsaj višja	0,23	289	< 0,001

p-mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj.

Tabela 36 prikazuje porazdelitev odgovorov na vsa vprašanja, ki statistično značilno odstopajo od normalne, zato je za testiranje hipotez primernejši Mann-Whitneyev test.

Tabela 37: Opisne statistike in rezultat Mann-Whitneyevega U testa

Trditvev	Izobrazba	PV	Mediana	SO	n	U	p	Z	VU
Vodja nam v procesu uvajanja sprememb nudi ustrezno podporo	srednja	3,52	4,00	0,93	278	32725,5	< 0,001	-4,401	-0,18
	vsaj višja	3,85	4,00	0,92	295				
Vodja meni, da so nove tehnike nujno potrebne za uspešno delo	srednja	3,74	4,00	0,85	275	33260,5	< 0,001	-4,093	-0,17
	vsaj višja	4,02	4,00	0,82	297				
Vodstvo podpira in vzpodbuja uvajanje negovalne dokumentacije	srednja	3,94	4,00	0,87	279	38089,5	0,06	-1,854	-0,08
	vsaj višja	4,05	4,00	0,89	298				
Vodja nas vključuje v odločitve o spremembah	srednja	3,15	3,00	1,06	279	32392	< 0,001	-4,833	-0,20
	vsaj višja	3,58	4,00	1,04	299				

PV-povprečna vrednost, SO-standardni odklon, n-število anketirancev, p-mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj, Z-standardizirana vrednost, VU-velikost učinka.

Tabela 37 prikazuje odnos medicinskih sester glede na izobrazbo do vodenja po posameznih trditvah. Medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo menijo, da jim vodja v primeru uvajanja sprememb nudi ustrezno podporo ($p < 0,001$). Prav tako medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo menijo, da njihov vodja meni, da so nove tehnike nujno potrebne za uspešno delo ($p < 0,001$). Prav tako imajo medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo občutek, da jih vodje vključujejo v odločanje o spremembah ($p < 0,001$). Rezultati vrednosti velikosti mer učinka so majhni. Pri prvi trditvi znaša $d = 0,18$, pri drugi trditvi znaša $d = 0,17$, pri tretji trditvi znaša $d = 0,08$ in pri četrti trditvi znaša $d = 0,20$. Vse zapisane vrednosti predstavljajo majhen učinek.

Tabela 38: Preverjanje normalnosti porazdelitve spremenljivke razvrščanje glede na izobrazbo

Trditev	Izobrazba	Kolmogorov-Smirnov test		
		Statistika	Stopnje prostosti	p
Razvrščanje - skupna spremenljivka	srednja	0,17	273	< 0,001
	vsaj višja	0,10	288	< 0,001
Uveden sistem razvrščanja pacientov v kategorije je dober	srednja	0,23	273	< 0,001
	vsaj višja	0,20	288	< 0,001
Negovalne diagnoze/problemi so dobro opredeljeni	srednja	0,24	273	< 0,001
	vsaj višja	0,23	288	< 0,001
Negovalni cilji so ob koncu hospitalizacije doseženi, kar je razvidno iz negovalne dokumentacije	srednja	0,24	273	< 0,001
	vsaj višja	0,21	288	< 0,001

p-mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj.

Iz tabele 38 je razvidno, da porazdelitev odgovorov na vsa vprašanja statistično značilno odstopa od normalne, zato je za testiranje hipotez primernejši Mann-Whitneyev test.

Tabela 39: Opisne statistike in rezultat Mann-Whitneyevega U testa spremenljivke razvrščanje glede na izobrazbo

Trditev	Izobrazba	PV	Mediana	SO	n	U	p	Z	VU
Razvrščanje - skupna spremenljivka	srednja	3,22	3,00	0,77	279	40048	0,442	-0,770	-0,03
	vsaj višja	3,16	3,33	0,78	298				
Uveden sistem razvrščanja pacientov v kategorije je dober	srednja	3,24	3,00	0,93	276	40465	0,954	-0,058	0,00
	vsaj višja	3,22	3,00	1,04	294				
Negovalne diagnoze/problemi so dobro opredeljeni	srednja	3,14	3,00	0,90	278	40037	0,602	-0,521	-0,02
	vsaj višja	3,11	3,00	0,91	295				
Negovalni cilji so ob koncu hospitalizacije doseženi, kar je razvidno iz negovalne dokumentacije	srednja	3,27	3,00	0,85	277	38218	0,154	-1,425	-0,06
	vsaj višja	3,16	3,00	0,93	295				

PV-povprečna vrednost, SO-standardni odklon, n-število anketirancev, p-mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj, Z-standardizirana vrednost, VU-velikost učinka.

Iz tabele 39 lahko razberemo, da se medicinske sestre glede na izobrazbo statistično značilno ne razlikujejo med seboj v stališčih do kategoriziranja ($p=0,442$). Izmerjeni učinki so zelo majhni ($d=0,03$).

Tabela 40: Preverjanje normalnosti porazdelitve spremenljivk usposobljenost glede na izobrazbo

Trditev	Izobrazba	Kolmogorov-Smirnov test		
		Statistika	Stopnje prostosti	p
Stališča do usposobljenosti MS - skupna spremenljivka	srednja	0,15	277,00	< 0,001
	vsaj višja	0,14	296,00	< 0,001
Medicinske sestre imajo dovolj znanja za izdelavo negovalnega načrta	srednja	0,22	277,00	< 0,001
	vsaj višja	0,20	296,00	< 0,001
Medicinske sestre imajo dovolj znanja o postopkih dokumentiranja	srednja	0,24	277,00	< 0,001
	vsaj višja	0,23	296,00	< 0,001

p-mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj.

Tabela 40 prikazuje spremenljivko usposobljenost glede na izobrazbo medicinskih sester. Porazdelitev odgovorov na vsa vprašanja statistično značilno odstopa od normalne, zato je za testiranje hipotez primernejši Mann-Whitneyev test.

Tabela 41: Opisne statistike in rezultat Mann-Whitneyevega U testa glede na usposobljenost medicinskih sester

Trditev	Izobrazba	PV	Mediana	SO	n	U	p	Z	VU
Stališča do usposobljenosti - skupna spremenljivka	srednja	3,56	3,50	0,77	278	32211,0	< 0,001	-4,811	-0,20
	vsaj višja	3,22	3,00	0,81	298				
Medicinske sestre imajo dovolj znanja za izdelavo negovalnega načrta	srednja	3,56	4,00	0,94	277	32031,5	< 0,001	-3,522	-0,15
	vsaj višja	3,14	3,00	1,00	297				
Medicinske sestre imajo dovolj znanja o postopkih dokumentiranja	srednja	3,56	4,00	0,82	278	34734,5	< 0,001	-4,707	-0,20
	vsaj višja	3,31	3,00	0,84	297				

PV-povprečna vrednost, SO-standardni odklon, n-število anketirancev, p-mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj, Z-standardizirana vrednost, VU-velikost učinka.

Iz tabele 41 je razvidno, da obstaja statistično značilna razlika v stališčih do usposobljenosti medicinskih sester glede na njihovo izobrazbo. Medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo imajo bolj kritičen odnos do usposobljenosti medicinskih sester kot tiste s srednjo izobrazbo ($p < 0,001$). Razlike v razmišljanju niso velike na kar lahko sklepamo iz velikosti učinka, ki je majhen ($d = 0,20$). Tudi obe trditvi, ki spadata v skupni faktor stališča do usposobljenosti sta glede na interpretacijo Cohenovega rezultata majhni-pri prvi trditvi znaša $d = 0,15$ in pri drugi trditvi $d = 0,20$.

Romana Petkovšek-Gregorin

Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi

Tabela 42: Preverjanje normalnosti porazdelitve spremenljivke obremenjenost glede na izobrazbo

Trditev	Izobrazba	Kolmogorov-Smirnov test		
		Statistika	Stopnje prostosti	p
Obremenjenost MS - skupna spremenljivka	srednja	0,143	274	< 0,001
	vsaj višja	0,143	293	< 0,001
Delovne obremenitve medicinskih sester so prevelike	srednja	0,357	274	< 0,001
	vsaj višja	0,306	293	< 0,001
Zaradi pomanjkanja kadra v zdravstveni negi je slabša kakovost opravljenega dela	srednja	0,277	274	< 0,001
	vsaj višja	0,246	293	< 0,001
Medicinske sestre si želimo več časa preživeti ob pacientu	srednja	0,306	274	< 0,001
	vsaj višja	0,365	293	< 0,001
Dokumentiranje omejuje čas, ki bi ga lahko namenila negi pacienta	srednja	0,339	274	< 0,001
	vsaj višja	0,262	293	< 0,001

p-mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj.

Iz tabele 42 je razvidno, da porazdelitev odgovorov na vsa vprašanja statistično značilno odstopa od normalne, zato je za testiranje hipotez primernejši Mann-Whitneyev test.

Tabela 43: Opisne statistike in rezultat Mann-Whitneyevega U testa glede na obremenjenost medicinskih sester

Trditev	Izobrazba	PV	Media na	SO	n	U	p	Z	VU
Obremenjenost medicinskih sester - skupna spremenljivka	srednja	4,32	4,50	0,58	279	38748	0,154	-1,425	-0,06
	vsaj višja	4,26	4,25	0,57	298				
Delovne obremenitve medicinskih sester so prevelike	srednja	4,46	5,00	0,73	277	37654,5	0,051	-1,955	-0,08
	vsaj višja	4,34	5,00	0,78	297				
Zaradi pomanjkanja kadra v zdravstveni negi je slabša kakovost opravljenega dela	srednja	4,12	4,00	1,07	278	39393	0,346	-0,942	-0,04
	vsaj višja	4,12	4,00	0,90	296				
Medicinske sestre si želimo več časa preživeti ob pacientu	srednja	4,36	5,00	0,76	278	38134,5	0,076	-1,772	-0,07
	vsaj višja	4,46	5,00	0,72	297				
Dokumentiranje omejuje čas, ki bi ga lahko namenila negi pacienta	srednja	4,34	5,00	0,86	277	35766	0,004	-2,866	-0,12
	vsaj višja	4,15	4,00	0,90	296				

PV-povprečna vrednost, SO-standardni odklon, n-število anketirancev, p-mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj, Z-standardizirana vrednost, VU-velikost učinka.

Tabela 43 prikazuje odnos medicinskih sester do obremenjenosti in glede na izobrazbo. Obstaja statistično značilna razlika v enem stališču do obremenjenosti medicinskih sester in sicer medicinske sestre s srednjo izobrazbo v večji meri kot tiste z vsaj višjo izobrazbo menijo, da dokumentiranje omejuje čas, ki bi ga lahko medicinske sestre namenila negi pacienta ($p=0,004$). V splošnem stališču do obremenjenosti ($p=0,154$) in ostalih posameznih stališčih pa med medicinskimi sestrami ni razlik glede na izobrazbo. Medicinske sestre dojemajo dokumentiranje kot pomemben del delovnih nalog in ga ne dojemajo kot nepotrebno delovno obremenitev. Razlike v razmišljanju medicinskih sester s srednjo izobrazbo in medicinskih sester z vsaj višjo izobrazbo niso velike na kar lahko sklepamo iz izračunane velikosti učinka - učinek je majhen ($d=0,06$), tako pri skupni spremenljivki kakor tudi pri posameznih trditvah, ki so združene v ta faktor.

Tabela 44: Preverjanje normalnosti porazdelitve spremenljivke odnos do dela glede na izobrazbo

Trditev	Izobrazba	Kolmogorov-Smirnov test		
		Statistika	Stopnje prostosti	p
Odnos do dela - skupna spremenljivka	srednja	0,26	278	< 0,001
	vsaj višja	0,30	298	< 0,001
Moje delo je koristno in pomembno	srednja	0,31	278	< 0,001
	vsaj višja	0,33	298	< 0,001
Čutim odgovornost za rezultate svojega dela	srednja	0,34	278	< 0,001
	vsaj višja	0,42	298	< 0,001

p-mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj.

Iz tabele 44 je razvidno, da porazdelitev odgovorov na vsa vprašanja statistično značilno odstopa od normalne, zato je za testiranje hipotez primernejši Mann-Whitneyev U test.

Tabela 45: Opisne statistike in rezultat Mann-Whitneyevega U testa

Trditev	Izobrazba	PV	Mediana	SO	n	U	p	Z	VU
Odnos do dela - skupna spremenljivka	srednja	4,41	4,50	0,65	280	37118,50	0,014	-2,453	-0,10
	vsaj višja	4,55	4,75	0,53	298				
Moje delo je koristno in pomembno	srednja	4,35	5,00	0,77	279	39106,00	0,169	-1,376	-0,06
	vsaj višja	4,47	5,00	0,64	298				
Čutim odgovornost za rezultate svojega dela	srednja	4,47	5,00	0,71	279	36527,00	0,003	-2,963	-0,12
	vsaj višja	4,64	5,00	0,56	298				

PV-povprečna vrednost, SO-standardni odklon, n-število anketirancev, p-mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj, Z-standardizirana vrednost, VU-velikost učinka.

Iz tabele 45 je razvidno, da obstaja statistično značilna razlika v odnosu do dela med medicinskimi sestrami glede na izobrazbo in sicer dajejo svojemu delu večji pomen medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo ($p=0,014$). Bolj izobražene medicinske sestre čutijo tudi večjo odgovornost do svojega dela v primerjavi z medicinskimi sestrami s srednjo izobrazbo ($p=0,003$). Tudi pri faktorju odnos do dela so razlike med odgovori medicinskih sester majhne, tako pri skupni spremenljivki ($d=0,10$), kakor tudi pri posameznih trditvah, ki so združene v ta faktor.

3.4.4 Testiranje posameznih hipotez

H1: Medicinske sestre se glede na izobrazbo razlikujejo med seboj v stališčih do dokumentiranja v zdravstveni negi.

V raziskavi smo želeli ugotoviti ali se medicinske sestre glede na nivo izobrazbe razlikujejo med seboj v svojem odnosu do dokumentiranja.

Tabela 46: Normalnost porazdelitve spremenljivke, ki povzema odnos do dokumentiranja po skupinah

	Izobrazba	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistika	Stopnje prostosti	p
Dokumentiranje - skupna spremenljivka	srednja	0,09	279	< 0,001
	vsaj višja	0,09	298	< 0,001

p-mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj.

Ena izmed predpostavk za uporabo t-testa je normalnost porazdelitve odvisne spremenljivke po skupinah kar prikazuje tabela 46. Normalnost porazdelitve smo testirali s Kolmogorov-Smirnovim testom. Ničelna hipoteza pravi, da se spremenljivka porazdeljuje normalno, alternativna pa, da se spremenljivka ne porazdeljuje normalno. V našem primeru je bil $p < \alpha$, zato smo sklenili, da porazdelitev spremenljivke dokumentiranje po skupinah statistično značilno odstopa od normalne porazdelitve. Za testiranje hipoteze smo uporabili neparametrično različico t-testa, to je Mann - Whitneyev test, ki rangira rezultate od najmanjšega do največjega, izračuna vsoto rangov po skupinah in jih primerja med seboj. Testirali smo hipotezo in ugotavljali ali je vsota rangov po skupinah dovolj različna, da je ne moremo pripisati naključju.

Tabela 47: Testiranje normalnosti porazdelitve posamezne trditve nanašujoče se na dokumentiranje po skupinah

Trditev	Izobrazba	Kolmogorov-Smirnov		
		Statistika	stopnje prostosti	P
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege pomaga tudi ostalim članom zdravstvenega tima, da bolje in hitreje spoznajo pacienta in njegove težave.	srednja	0,224	265	<0,001
	vsaj višja	0,238	283	<0,001
Z beleženjem aktivnosti zdravstvene nege predstavim svoje delo, da postane vidno in pomembno.	srednja	0,250	265	<0,001
	vsaj višja	0,258	283	<0,001
Dokumentacija opisuje delo, ki ga opravljam.	srednja	0,199	265	<0,001
	vsaj višja	0,206	283	<0,001
Dokumentacija zdravstvene nege predstavlja prednost pri vsakodnevnem delu medicinskih sester.	srednja	0,207	265	<0,001
	vsaj višja	0,233	283	<0,001
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege je enako pomembno kot ostala beleženja v zdravstveno dokumentacijo.	srednja	0,201	265	<0,001
	vsaj višja	0,240	283	<0,001
Moje delo postane vidno.	srednja	0,202	265	<0,001
	vsaj višja	0,193	283	<0,001
Negovalna dokumentacija ima pozitiven vpliv na varnost pacienta.	srednja	0,198	265	<0,001
	vsaj višja	0,244	283	<0,001
Zabeležena opažanja so v pomoč preostalim članom zdravstvenega tima.	srednja	0,270	265	<0,001
	vsaj višja	0,246	283	<0,001
Dokumentacija zdravstvene nege dviguje kakovost predaje službe.	srednja	0,231	265	<0,001
	vsaj višja	0,246	283	<0,001
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege omogoča kontinuiteto negovanja.	srednja	0,220	265	<0,001
	vsaj višja	0,239	283	<0,001

p-mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj.

Iz tabele 47 je razvidno, da se nobena od spremenljivk v skupini ne porazdeljuje normalno.

Tabela 48: Opisna statistika skupne spremenljivke "dokumentiranje" in rezultat Mann-Whitneyevega U testa

			PV	Mediana	SO	n	U	p	Z	VU
Dokumenti ranje	Izobrazba	srednja	3,55	3,67	0,73	279	34642,50	0,001	-3,466	-0,14
		vsaj višja	3,76	3,80	0,73	298				

PV-povprečna vrednost, SO-standardni odklon, n-število anketirancev, p-mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj, Z-standardizirana vrednost, VU-velikost učinka.

Tabela 48 prikazuje rezultate Mann-Whitneyevega U testa, ki opisuje neparametrično primerjavo dveh neodvisnih vzorcev in ugotavlja, da medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo pripisujejo beleženju oz. dokumentiranju večji pomen kot medicinske sestre s srednjo izobrazbo, kar je razvidno tako iz povprečne vrednosti kot iz vrednosti mediane (medicinske sestre s srednjo izobrazbo: PV=3,55, Me=3,67; medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo: PV=3,76, Me=3,80). Razlika v strinjanju s trditvami, ki se nanašajo na dokumentiranje je statistično značilna ($p=0,001$). Čeprav smo pri dobljeni velikosti vzorca učinek zaznali, pa je ta majhen ($d=0,14$).

Tabela 49: Opisne statistike trditev nanašajočih na dokumentiranje glede na izobrazbo in rezultat Mann-Whitneyevega testa

Trditev	Izobrazba	PV	Mediana	SO	n	U	p	Z	VU
Z beleženjem aktivnosti zdravstvene nege predstavim svoje delo, da postane vidno in pomembno	srednja	3,750	4,00	0,957	276	37944,00	0,068	-4,259	-0,18
	vsaj višja	4,071	4,00	0,881	297				
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege pomaga tudi ostalim članom zdravstvenega tima, da bolje in hitreje spoznajo pacienta in njegove težave	srednja	3,633	4,00	1,049	278	33049,00	<0,001	-1,822	-0,08
	vsaj višja	3,792	4,00	1,014	298				
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege je enako pomembno kot ostala beleženja v zdravstveno dokumentacijo	srednja	3,803	4,00	1,004	279	38538,00	0,309	-3,235	-0,13
	vsaj višja	4,061	4,00	0,910	297				
Dokumentacija zdravstvene nege predstavlja prednost pri vsakodnevem delu medicinskih sester	srednja	3,394	3,00	0,976	279	39811,00	0,355	-0,925	-0,04
	vsaj višja	3,450	4,00	1,054	298				
Negovalna dokumentacija ima pozitiven vpliv na varnost pacienta	srednja	3,332	3,00	0,992	277	35301,00	0,001	-4,411	-0,18
	vsaj višja	3,686	4,00	1,018	296				
Dokumentacija zdravstvene nege dviguje kakovost predaje službe	srednja	3,457	4,00	0,974	278	36311,50	0,034	-2,734	-0,11
	vsaj višja	3,673	4,00	1,002	297				
Dokumentacija opisuje delo, ki ga opravljam	srednja	3,513	4,00	0,980	277	32648,00	<0,001	-1,018	-0,04
	vsaj višja	3,589	4,00	1,030	292				
Moje delo postane vidno	srednja	3,337	3,00	1,038	273	36764,00	0,015	-2,117	-0,09
	vsaj višja	3,529	4,00	1,068	295				
Zabeležena opažanja so v pomoč preostalim članom zdravstvenega tima	srednja	3,752	4,00	0,923	278	36107,50	0,006	-2,425	-0,10
	vsaj višja	3,943	4,00	0,874	297				
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege omogoča kontinuiteto negovanja	srednja	3,500	4,00	0,913	276	32725,50	<0,001	-3,904	-0,16
	vsaj višja	3,795	4,00	0,924	297				

PV-povprečna vrednost, SO-standardni odklon, n-število anketirancev, p-mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj, Z-standardizirana vrednost, VU-velikost učinka.

Iz tabele 49 je razvidno, da se medicinske sestre glede na izobrazbo razlikujejo v mnenju glede nekaterih vidikov dokumentiranja. Tiste z vsaj višjo izobrazbo v

primerjavi z medicinskimi sestrami s srednjo izobrazbo pripisujejo večji pomen pomoči, ki jo dokumentiranje nudi ostalim članom zdravstvenega tima, da hitreje in bolje spoznajo pacienta ($p < 0,001$), pozitivnemu vplivu, ki ga ima dokumentiranje na varnost pacienta ($p = 0,001$), kakovosti predaje službe, ki je posledično višja ($p = 0,034$), opisovanju dela ($p < 0,001$) in vidnosti dela ($p = 0,015$), pomoči, ki jo dokumentiranje nudi preostalim članom zdravstvenega tima ($p = 0,006$) in kontinuiteti negovanja, ki izhaja iz beleženja ($p < 0,001$). Pri vseh trditvah, kjer smo zaznali statistično značilne razlike med medicinskimi sestrami glede na izobrazbo, so te razlike majhne, na kar nakazuje izračunana velikost učinka, ki se giblje med $d = 0,18$ in $d = 0,04$.

H2: Obstaja povezanost med delovno dobo in stališči do dokumentiranja.

V raziskavi smo želeli ugotoviti ali dolžina delovne dobe medicinskih sester vpliva na stališče do dokumentiranja. Neodvisno spremenljivko predstavljajo skupna leta delovne dobe, odvisno spremenljivko pa predstavljajo posamezna stališča medicinskih sester do dokumentiranja. Povezanost med delovno dobo in stališči smo preverjali s pomočjo Spearmanovega koeficienta korelacije.

Tabela 50: Povezanost med delovno dobo in stališči do dokumentiranja

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

n-število anketirancev, p-mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj.

Tabela 50 prikazuje povezanost med delovno dobo in stališči do dokumentiranja, kar smo preverjali s pomočjo Spearmanovega koeficienta korelacije. V zgornji tabeli je podana vrednost koeficienta, p-vrednost in število anketirancev.

Med dolžino delovne dobe in stališči do dokumentiranja ni statistično značilne korelacije ($r_s = -0,001$; $p = 0,98$). Hipotezo zavrnamo.

H3: Izmed vseh stališč, ki se nanašajo na dokumentiranje, se medicinske sestre najbolj strinjajo s stališčem, da je »beleženje aktivnosti zdravstvene nege enako pomembno kot ostala beleženja v zdravstveno dokumentacijo«.

Postavljena hipoteza pravi, da bi se morale medicinske sestre bolj strinjati s trditvijo, da je »beleženje aktivnosti zdravstvene nege enako pomembno kot ostala beleženja v zdravstveno dokumentacijo« kot s katerokoli drugo trditvijo, ki se nanaša na pomen dokumentiranja v zdravstvu. Hipotezo smo preverili z Wilcoxonovim testom predznačnih rangov in sicer smo testirali razliko v odgovorih na trditev, da je »beleženje aktivnosti zdravstvene nege enako pomembno kot ostala beleženja v zdravstveno dokumentacijo« in vsako preostalo trditvijo, ki se nanaša na dokumentiranje. Primerjamo dva sklopa odvisnih vzorcev, saj iste enote odgovarjajo na posamezno trditev. Wilcoxonov test rangira razliko med vrednostmi, ki jo anketiranci pripišejo paru trditev in primerja vsoto pozitivnih in vsoto negativnih rangov med seboj.

Tabela 51: Rezultat testiranja razlik med pari trditev, ki se nanašajo na dokumentiranje v zdravstvu

Razlike med trditvijo "Beleženje aktivnosti zdravstvene nege je enako pomembno kot ostala beleženja v zdravstveno dokumentacijo" in	Z	p
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege pomaga tudi ostalim članom zdravstvenega tima, da bolje in hitreje spoznajo pacienta in njegove težave.	-6,061	< 0,001
Z beleženjem aktivnosti zdravstvene nege predstavim svoje delo, da postane vidno in pomembno.	-0,461	0,645
Dokumentacija opisuje delo, ki ga opravljam.	-7,857	< 0,001
Dokumentacija zdravstvene nege predstavlja prednost pri vsakodnevem delu medicinskih sester.	-11,474	< 0,001
Moje delo postane vidno.	-10,224	< 0,001
Negovalna dokumentacija ima pozitiven vpliv na varnost pacienta.	-9,333	< 0,001
Zabeležena opažanja so v pomoč preostalim članom zdravstvenega tima.	-1,884	0,060
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege omogoča kontinuiteto negovanja.	-7,398	< 0,001
Dokumentacija zdravstvene nege dviguje kakovost predaje službe.	-8,734	< 0,001

p-mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj.

Iz zgornje tabele 51 lahko razberemo, da se anketiranci v enaki meri strinjajo z opisano trditvijo in trditvijo, da z "Beleženjem predstavijo svoje delo, da postane vidno in

pomembno.« ($p=0,645$) ter s trditvijo, da so »Zabeležena opažanja v pomoč preostalim članom zdravstvenega tima.« ($p=0,060$).

Postavljene hipoteze ne moremo sprejeti, saj se medicinske sestre v enaki meri kot z navedeno trditvijo strinjajo še z dvema drugima trditvama. Kljub temu pa je razvidno, da je strinjanje s trditvijo visoko in v večini (z dvema izjemama) primerov višje kot z ostalimi trditvami.

H4: Obstaja povezanost med obremenjenostjo medicinskih sester in stališči do razvrščanja pacientov v posamezne kategorije.

V četrti hipotezi smo želeli ugotoviti ali obstaja povezanost med obremenjenostjo medicinskih sester in stališči do kategoriziranja. Hipotezo smo testirali s pomočjo Spearmanovega koeficienta korelacije, ki meri odnos med dvema spremenljivkama.

Tabela 52: Testiranje normalnosti porazdelitve spremenljivk, ki se nanašajo na kategoriziranje

Trditev	Kolmogorov-Smirnov		
	Statistika	Stopnje prostosti	p
Kategoriziranje - splošna spremenljivka	0,13	573	<0,001
Uveden sistem razvrščanja pacientov v kategorije je dober.	0,22	573	<0,001
Negovalne diagnoze/problemi so dobro opredeljeni.	0,24	573	<0,001
Negovalni cilji so ob koncu hospitalizacije doseženi, kar je razvidno iz negovalne dokumentacije.	0,22	573	<0,001
Obremenjenost medicinskih sester	0,13	564	<0,001
Delovne obremenitve medicinskih sester so prevelike.	0,33	564	<0,001
Zaradi pomanjkanja kadra v zdravstveni negi je slabša kakovost opravljenega dela.	0,26	564	<0,001
Medicinske sestre si želimo več časa preživeti ob pacientu.	0,34	564	<0,001
Dokumentiranje omejuje čas, ki bi ga lahko namenila negi pacienta.	0,30	564	<0,001

p-mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj.

Tabela 52 prikazuje porazdelitev odgovorov na trditve, ki se nanašajo na kategoriziranje in statistično značilno odstopa od normalne. Enako velja za trditve, ki se nanašajo na obremenjenost medicinskih sester, kar smo ugotovili s Kolmogorov-Smirnov testom. Pri vseh trditvah znaša $p<0,001$.

Tabela 53: Spearmanov koeficient korelacije med trditvami, ki kažejo pozitiven odnos do kategorizacije in obremenjenost medicinskih sester

		A	B	C	D
Uveden sistem razvrščanja pacientov v kategorije je dober.	Spearmanov koeficient korelacije	-0,04	0,01	0,05	-0,05
	p - vrednost	0,32	0,78	0,27	0,19
	n	579	579	580	578
Negovalne diagnoze/problemi so dobro opredeljeni.	Spearmanov koeficient korelacije	0,03	-0,04	0,06	-0,04
	p - vrednost	0,51	0,35	0,13	0,38
	n	582	582	583	581
Negovalni cilji so ob koncu hospitalizacije doseženi, kar je razvidno iz negovalne dokumentacije.	Spearmanov koeficient korelacije	0,08	0,00	0,14	-0,01
	p - vrednost	0,05	0,94	0,001	0,84
	n	581	581	582	581

A- Delovne obremenitve medicinskih sester so prevelike, B-Zaradi pomanjkanja kadra v zdravstveni negi je slabša kakovost opravljenega dela, C-Medicinske sestre si želimo več časa preživeti ob pacientu, D-Dokumentiranje omejuje čas, ki bi ga lahko namenila negi pacienta, n-število anketirancev, p-mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj, n-število anketirancev

Iz tabele 53 lahko razberemo, da obstaja statistično značilna in pozitivna povezanost med trditvijo, da so negovalni cilji ob koncu hospitalizacije doseženi in »Delovne obremenitve medicinskih sester so prevelike.« ($r_s=0,08$, $p=0,05$) in »Medicinske sestre si več časa želimo preživeti ob pacientu.« ($r_s=0,14$, $p=0,001$).

Hipotezo smo testirali s pomočjo Spearmanovega koeficienta korelacije, ki med splošnima spremenljivkama, ki merita pozitiven odnos do kategoriziranja in obremenjenostjo medicinskih sester znaša $r_s=0,02$ ($p=0,480$). Hipoteze tako ne moremo sprejeti.

H5: Obstaja povezanost med stališči do dokumentiranja in časom porabljenim za dokumentiranje v okviru ene delovne izmene.

Hipotezo smo preverjali s pomočjo Spearmanovega koeficienta korelacije med dolžino časa potrebnega za dokumentiranje in splošnim pozitivnim stališčem do dokumentiranja. Pogledali smo tudi korelacijo med časom potrebnim za dokumentiranje in vsakim posameznim stališčem, ki se nanaša na stališča do dokumentiranja.

Tabela 54: Povezanost med stališči do dokumentiranja in časom porabljenim zanj v okviru ene izmene

		Čas za dokumentiranje
Dokumentiranje - skupna spremenljivka	Spearmanov koeficient korelacije	-0,09
	p - vrednost	0,04
	n	557
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege pomaga tudi ostalim članom zdravstvenega tima, da bolje in hitreje spoznajo pacienta in njegove težave.	Spearmanov koeficient korelacije	-0,03
	p - vrednost	0,50
	n	557
Z beleženjem aktivnosti zdravstvene nege predstavim svoje delo, da postane vidno in pomembno.	Spearmanov koeficient korelacije	-0,01
	p - vrednost	0,73
	n	553
Dokumentacija opisuje delo, ki ga opravljam.	Spearmanov koeficient korelacije	-0,13
	p - vrednost	0,00
	n	549
Dokumentacija zdravstvene nege predstavlja prednost pri vsakodnevnem delu medicinskih sester.	Spearmanov koeficient korelacije	-0,05
	p - vrednost	0,20
	n	557
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege je enako pomembno kot ostala beleženja v zdravstveno dokumentacijo.	Spearmanov koeficient korelacije	0,03
	p - vrednost	0,44
	n	557
Moje delo postane vidno.	Spearmanov koeficient korelacije	-0,12
	p - vrednost	0,01
	n	549
Negovalna dokumentacija ima pozitiven vpliv na varnost pacienta.	Spearmanov koeficient korelacije	-0,07
	p - vrednost	0,12
	n	554
Zabeležena opažanja so v pomoč preostalim članom zdravstvenega tima.	Spearmanov koeficient korelacije	-0,10
	p - vrednost	0,02
	n	556
Dokumentacija zdravstvene nege dviguje kakovost predaje službe.	Spearmanov koeficient korelacije	-0,10
	p - vrednost	0,03
	n	554
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege omogoča kontinuiteto negovanja.	Spearmanov koeficient korelacije	-0,10
	p - vrednost	0,02
	n	553

n-število anketirancev, p-mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj.

Iz tabele 54 je razvidno, da je korelacija med skupno spremenljivko, ki opisuje pozitiven odnos do dokumentiranja in časom potrebnim za dokumentiranje, statistično značilna in negativna ($r_s = -0,09$, $p = 0,04$). Negativno povezanost je mogoče zaznati tudi med potrebnim časom za dokumentiranje in posameznimi stališči do dokumentiranja,

npr. da dokumentacija opisuje delo, ki ga opravljajo medicinske sestre ($r_s=0,13$, $p=0,00$); da njihovo delo postane vidno ($r_s=-0,12$, $p=0,01$); da so zabeležena opažanja v pomoč ostalim članom tima ($r_s=-0,10$, $p=0,02$); da dokumentacija zvišuje kakovost predaje službe ($r_s=-0,10$, $p=0,03$) in da dokumentiranje omogoča kontinuiteto negovanja ($r_s=-0,10$, $p=0,02$).

Hipotezo smo testirali s pomočjo Spearmanovega koeficienta korelacije, ki med splošnima spremenljivkama, ki merita povezanost med stališči do dokumentiranja in časom porabljenim za dokumentiranje v okviru ene izmene. Statistično je značilna in negativna ($r_s=-0,09$, $p=0,04$). Postavljeno hipotezo tako potrdimo.

Hipoteze sicer ne moremo zavrniti, a je povezanost med časom potrebnim za dokumentiranje in pozitivnim stališčem do dokumentiranja neznatna.

H6: Obstaja povezanost med stališči do beleženja in obremenjenostjo medicinskih sester.

V šesti hipotezi smo želeli ugotoviti, ali obstaja povezanost med stališči do beleženja in obremenjenostjo medicinskih sester. Hipotezo smo preverjali s Spearmanovim koeficientom korelacije. Primerjali smo obe skupni spremenljivki med seboj in tudi vsako posamezno spremenljivko med seboj.

Tabela 55: Povezanost med stališči do dokumentiranja in obremenjenostjo medicinskih sester

Trditev		Obremenitev - skupna spremenljivka	a	b	c	d
Dokumentiranje - skupna spremenljivka	Spearmanov koeficient korelacije	0,03	0,08	0,00	0,11	-0,07
	p - vrednost	0,50	0,04	0,91	0,01	0,10
	n	589	586	586	587	585
A	Spearmanov koeficient korelacije	0,06	0,09	0,04	0,12	-0,04
	p - vrednost	0,13	0,04	0,30	0,00	0,39
	n	588	585	585	586	584
B	Spearmanov koeficient korelacije	0,08	0,12	0,04	0,15	-0,04
	p - vrednost	0,05	0,00	0,34	0,00	0,31
	n	585	582	582	583	581
C	Spearmanov koeficient korelacije	0,002	0,04	0,00	0,02	-0,05
	p - vrednost	0,95	0,29	0,96	0,61	0,26
	n	580	577	577	578	577
D	Spearmanov koeficient korelacije	0,002	0,05	0,00	0,05	-0,08
	p - vrednost	0,96	0,19	0,97	0,20	0,06
	n	589	586	586	587	585
E	Spearmanov koeficient korelacije	0,07	0,10	0,01	0,17	-0,01
	p - vrednost	0,08	0,01	0,85	0,00	0,72
	n	588	585	585	586	584
F	Spearmanov koeficient korelacije	-0,04	0,02	-0,06	0,05	-0,09
	p - vrednost	0,29	0,64	0,15	0,23	0,03
	n	580	577	577	578	577
G	Spearmanov koeficient korelacije	-0,003	0,06	-0,04	0,07	-0,07
	p - vrednost	0,94	0,16	0,37	0,10	0,10
	n	585	582	582	583	582
H	Spearmanov koeficient korelacije	0,06	0,11	0,00	0,12	-0,01
	p - vrednost	0,15	0,01	0,93	0,00	0,84
	n	587	584	584	585	584
I	Spearmanov koeficient korelacije	0,03	0,07	0,02	0,06	-0,06
	p - vrednost	0,48	0,09	0,61	0,13	0,18
	n	586	583	583	584	583
J	Spearmanov koeficient korelacije	0,004	0,03	-0,02	0,07	-0,05
	p - vrednost	0,93	0,43	0,66	0,08	0,23
	n	585	582	582	583	582

A- Beleženje aktivnosti zdravstvene nege pomaga tudi ostalim članom zdravstvenega tima, da bolje in hitreje spoznajo pacienta in njegove težave., B-Z beleženjem aktivnosti zdravstvene nege predstavim svoje delo, da postane vidno in pomembno., C- Dokumentacija opisuje delo, ki ga opravljam., D-Dokumentacija zdravstvene nege predstavlja prednost pri vsakodnevem delu medicinskih sester., E-Beleženje aktivnosti zdravstvene nege je enako pomembno kot ostala beleženja v zdravstveno dokumentacijo., F-Moje delo postane vidno., G-Negovalna dokumentacija ima pozitiven vpliv na varnost pacienta., H-Zabeležena opažanja so v pomoč preostalim članom zdravstvenega tima., I-Dokumentacija zdravstvene nege dviguje kakovost predaje službe., J-Beleženje aktivnosti zdravstvene nege omogoča kontinuiteto negovanja., a- Delovne obremenitve medicinskih sester so prevelike., b-Zaradi pomanjkanja kadra v zdravstveni negi je slabša kakovost opravljenega dela., c-Medicinske sestre si želimo več časa preživeti ob pacientu., d-Dokumentiranje omejuje čas, ki bi ga lahko namenila negi pacienta., n-število anketirancev.

Iz tabele 55 je razvidno, da med skupno spremenljivko, ki meri pozitiven odnos do dokumentiranja in skupno spremenljivko, ki meri obremenjenost medicinskih sester, ni statistično značilne povezanosti ($r_s=0,03$, $p=0,50$). Obstaja sicer statistično značilna in pozitivna, a neznatna povezanost med dokumentiranjem in stališčem, da so medicinske sestre preobremenjene ($r_s=0,08$, $p=0,04$) ter da si želijo več časa preživeti pri pacientu

Romana Petkovšek-Gregoric

Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi

($r_s=0,11$, $p=0,01$). Obstaja tudi statistično značilna povezanost med trditvijo »Z beleženjem aktivnosti zdravstvene nege predstavim svoje delo, da postane vidno in pomembno.« in skupno spremenljivko obremenitev ($r_s= 0,08$, $p=0,05$). Iz tabele je tudi razvidno, da obstaja tudi pozitivna in statistično značilna, a neznatna, povezanost med posameznimi stališči do dokumentiranja in posameznimi stališči, ki se nanašajo na preobremenjenost medicinskih sester.

Postavljene hipoteze tako ne moremo v celoti sprejeti. Statistično značilna pozitivna povezanost med nekaterimi vidiki preobremenjenosti medicinskih sester in stališči do dokumentiranja obstaja, a je neznatna.

H7: Razumevanje pomembnosti dokumentiranja se razlikuje po zdravstvenih zavodih.

V zadnji hipotezi nas je zanimalo, ali obstajajo razlike pri razumevanju medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi v različnih zdravstvenih zavodih. Razliko v splošnem stališču do beleženja med posameznimi bolnišnicami smo preverjali s pomočjo Kruskal-Wallisovega testa, ki dela z rangi, in sicer rangira vrednosti od najmanjše do največje ter izračuna vsoto rangov po skupinah. Vsoto rangov potem primerja med seboj.

Tabela 56: Opisne statistike odnosa do dokumentiranja po bolnišnicah

Bolnišnica	Dokumentiranje - skupna spremenljivka					
	Najnižja vrednost	Najvišja vrednost	PV	Mediana	SO	n
J	2,10	5,00	3,98	4,20	0,77	17
B	3,50	5,00	4,11	4,10	0,46	12
E	3,10	5,00	4,06	4,00	0,51	53
C	2,50	5,00	3,89	4,00	0,64	40
F	2,80	4,70	3,85	3,95	0,55	22
D	3,00	5,00	3,87	3,90	0,53	39
I	1,80	5,00	3,66	3,70	0,80	25
G	1,70	4,80	3,62	3,60	0,81	31
A	1,20	5,00	3,50	3,60	0,76	326
H	1,80	4,60	3,64	3,50	0,79	11

n-število anketirancev.

Iz tabele 56 je razvidno, da ima najvišjo povprečno vrednost 4,11 bolnišnica B (SO=0,46), sledijo ji bolnišnica E, ki ima povprečno vrednost 4,06 (SO=0,51), bolnišnica J (PV=3,98, SO=0,77), na četrtem mestu je bolnišnica C, ki ima povprečno vrednost 3,89 (SO=0,64), sledi ji bolnišnica D (PV=3,87, SO=0,53), bolnišnica I (PV=3,66, SO=0,80), bolnišnica H (PV=3,64, SO=0,79), bolnišnica G (PV=3,62, SO=0,81) in bolnišnica A (PV=3,50, SO=0,76).

Rezultat Kruskal-Wallisovega testa pokaže, da se bolnišnice v stališčih do dokumentiranja statistično značilno razlikujejo med seboj ($\chi^2 = 46,27$; stopnje prostosti (df = 9; $p < 0,001$). Najbolj pozitivno stališče do dokumentiranja imajo v bolnišnici J, sledijo bolnišnice B, E in C, najbolj negativno pa v bolnišnici A.

Postavljeno hipotezo smo tako potrdili ($p < 0,001$).

3.5 PREVERJANJE HIPOTEZ

Na osnovi uporabljenih inštrumentarijev smo preverili izhodiščne hipoteze:

H1 – Medicinske sestre se glede na stopnjo izobrazbe razlikujejo med seboj v stališčih do dokumentiranja v zdravstveni negi.

Postavljeno hipotezo potrdimo. Medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo pripisujejo beleženju oz. dokumentiranju večji pomen kot medicinske sestre s srednjo izobrazbo, kar je razvidno tako iz povprečne vrednosti kot iz vrednosti mediane (medicinske sestre s srednjo izobrazbo: PV=3,55, Me=3,67; medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo: PV=3,76, Me=3,80). Razlika v strinjanju s trditvami, ki se nanašajo na dokumentiranje, je statistično značilna ($p=0,001$). Medicinske sestre se glede na izobrazbo razlikujejo v mnenju glede nekaterih vidikov dokumentiranja. Tiste z vsaj višjo izobrazbo v primerjavi z medicinskimi sestrami s srednjo izobrazbo pripisujejo večji pomen pomoči, ki jo dokumentiranje nudi ostalim članom zdravstvenega tima, da hitreje in bolje spoznajo pacienta ($p<0,001$), pozitivnemu vplivu, ki ga ima dokumentiranje na varnost pacienta ($p=0,001$), kakovosti predaje službe, ki je posledično višja ($p=0,034$), opisovanju dela ($p<0,001$) in vidnosti dela ($p=0,015$), pomoči, ki jo dokumentiranje nudi preostalim članom zdravstvenega tima ($p=0,006$) in kontinuiteti negovanja, ki izhaja iz beleženja ($p<0,001$). Čeprav smo pri dobljeni velikosti vzorca učinek zaznali,

pa je ta majhen ($d=0,14$), tako pri skupni spremenljivki, kakor tudi pri posameznih trditvah, ki so združene v ta faktor in se giblje med $d=0,18$ in $d=0,04$.

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

Hipotezo zavrnamo. Med dolžino delovne dobe in stališči do dokumentiranja ni statistično značilne korelacije ($r_s = -0,001$; $p = 0,98$).

H3 – Izmed vseh stališč, ki se nanašajo na dokumentiranje zdravstvene nege, se medicinske sestre najbolj strinjajo s stališčem, da je »dokumentiranje aktivnosti zdravstvene nege enako pomembno kot ostala dokumentiranja v zdravstveno dokumentacijo«.

Postavljeno hipotezo zavrnamo, saj se medicinske sestre v enaki meri kot z navedeno trditvijo strinjajo še z dvema drugima trditvama. Kljub temu pa je razvidno, da je strinjanje s trditvijo visoko in v večini (z dvema izjemama) primerov višje kot z ostalimi trditvami. Anketiranci se v enaki meri strinjajo z opisano trditvijo in trditvijo, da z »beleženjem predstavijo svoje delo, da postane vidno in pomembno« ($p = 0,645$) ter s trditvijo, da so »zabeležena opažanja v pomoč preostalim članom zdravstvenega tima« ($p = 0,060$).

H4 – Obstaja povezanost med obremenjenostjo medicinskih sester in stališči do razvrščanja pacientov v posamezne kategorije.

Hipoteze ne moremo sprejeti. Med spremenljivkama obremenjenost medicinskih sester in stališči do razvrščanja pacientov v posamezne kategorije ni statistično pomembne povezanosti in znaša $r_s = 0,02$ ($p = 0,480$). Obstaja statistično značilna in pozitivna povezanost med trditvijo, da so negovalni cilji ob koncu hospitalizacije doseženi in trditvama »delovne obremenitve medicinskih sester so prevelike« ($r_s = 0,08$, $p = 0,05$) in trditvijo »medicinske sestre si več časa želimo preživeti ob pacientu« ($r_s = 0,14$, $p = 0,001$).

H5 – Obstaja povezava med stališči do dokumentiranja zdravstvene nege in časom porabljenim za dokumentiranje v okviru ene delovne izmene.

Postavljeno hipotezo potrdimo. Hipotezo potrdimo, a je povezanost med časom potrebnim za dokumentiranje in pozitivnim stališčem do dokumentiranja šibka, vendar statistično značilna in negativna ($r_s = -0,09$, $p = 0,04$). Negativno povezanost je mogoče zaznati tudi med potrebnim časom za dokumentiranje in posameznimi stališči do dokumentiranja, npr. da dokumentacija opisuje delo, ki ga opravljajo medicinske sestre ($r_s = 0,13$, $p = 0,00$); da njihovo delo postane vidno ($r_s = -0,12$, $p = 0,01$); da so zabeležena opažanja v pomoč ostalim članom tima ($r_s = -0,10$, $p = 0,02$); da dokumentacija zvišuje kakovost predaje službe ($r_s = -0,10$, $p = 0,03$) in da dokumentiranje omogoča kontinuiteto negovanja ($r_s = -0,10$, $p = 0,02$).

H6 – Obstaja povezanost med stališči do dokumentiranja zdravstvene nege in obremenjenostjo medicinskih sester.

Postavljene hipoteze ne moremo v celoti sprejeti. Statistično značilna pozitivna povezanost med nekaterimi vidiki preobremenjenosti medicinskih sester in stališči do dokumentiranja obstaja, a je neznatna. Med skupno spremenljivko, ki meri pozitiven odnos do dokumentiranja in skupno spremenljivko, ki meri obremenjenost medicinskih sester, ni statistično značilne povezanosti ($r_s = 0,03$, $p = 0,50$). Obstaja sicer statistično značilna in pozitivna, a neznatna povezanost med dokumentiranjem in stališčem, da so medicinske sestre preobremenjene ($r_s = 0,08$, $p = 0,04$) ter da si želijo več časa preživeti pri pacientu ($r_s = 0,11$, $p = 0,01$). Obstaja tudi statistično značilna povezanost med trditvijo »Z beleženjem aktivnosti zdravstvene nege predstavim svoje delo, da postane vidno in pomembno.« in skupno spremenljivko obremenitev ($r_s = 0,08$, $p = 0,05$).

H7 – Razumevanje pomembnosti dokumentiranja zdravstvene nege se razlikujejo po zdravstvenih zavodih.

Postavljeno hipotezo smo potrdili ($p < 0,001$). Bolnišnice se v stališčih do dokumentiranja statistično značilno razlikujejo med seboj ($\chi^2 = 46,27$; stopnje prostosti (df) = 9; $p < 0,001$). Najbolj pozitivno stališče do dokumentiranja imajo v bolnišnici J, sledijo bolnišnice B, E in C, najbolj negativno pa v bolnišnici A.

4 RAZPRAVA

Dokumentiranje zdravstvene nege je nujen in pomemben del v obravnavi pacienta. Je osnova za izvajanje zdravstvene nege, za komunikacijo med izvajalci, ki sodelujejo v obravnavi pacienta in komunikaciji med različnimi ustanovami. Prav tako je zaradi beleženja izvedenih aktivnosti zagotovljena kontinuiteta zdravstvene nege. Ramšak Pajk in Šuštaršič (2005) ugotavljata, da sodobna in strukturirana dokumentacija zagotavlja kakovostno obravnavo pacienta in kontinuiteto zdravstvene nege.

Številne medicinske sestre ne cenijo časa in napora, ki je vložen v beleženje vseh aktivnosti, ki jih izvajajo. Pogosto so mišljenja, da je čas porabljen za dokumentiranje, zapravljen čas in ugotavljajo, da si bolj želijo svoj delovnik preživeti ob pacientu (Kerr, 2009).

Na podlagi pregleda literature in vprašalnika, ki smo ga sestavili na podlagi te pregledane literature, smo si postavili sedem hipotez, ki smo jih skušali potrditi ali ovreči s pomočjo odgovorov zabeleženih v vrnjenih vprašalnikih.

V raziskavi smo postavljeno prvo hipotezo potrdili ($p=0,001$), saj smo ugotovili, da medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo pripisujejo beleženju oziroma dokumentiranju večji pomen kot medicinske sestre s srednjo izobrazbo. Medicinske sestre se glede na izobrazbo razlikujejo v mnenju glede nekaterih vidikov dokumentiranja. Medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo v primerjavi z medicinskimi sestrami s srednjo izobrazbo pripisujejo večji pomen pomoči, ki jo dokumentiranje nudi ostalim članom zdravstvenega tima. Menijo, da ima dokumentiranje pozitiven vpliv na varnost pacienta, prav tako je tudi kakovost predaje službe večja. Medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo menijo, da postane njihovo delo s pomočjo dokumentiranja vidno. Dokumentiranje prav tako omogoča kontinuiteto negovanja, kar posledično vodi do večje varnosti pacienta.

Iz odnosa do beleženja v negovalno dokumentacijo lahko sklepamo, da bi bilo potrebno vložiti več truda v edukacijo medicinskih sester s srednjo izobrazbo in jim predstaviti številne prednosti, ki jih predstavlja dokumentiranje. Prav tako bi bilo potrebno našteje prednosti predstaviti tudi managementu v posameznih ustanovah, saj je bil najslabši

rezultat na Likertovi lestvici od 1 do 5 na posamezna vprašanja dosežen tam, ker je bilo postavljena trditev »Za vodenje dokumentacije zdravstvene nege imam dovolj časa.« (PV=2,32) in trditev »Izpolnjevanje negovalne dokumentacije mi je omogočeno v mirnem okolju.« (PV=2,25). V Likertovi lestvici stališč je bilo postavljenih kar nekaj trditev, ki bi jih lahko realiziral management v posameznih ustanovah in po mnenju anketirancev niso dosegle visoke ocene strinjanja. Predvsem bi izpostavila čas, ki naj bi ga imeli zaposleni v zdravstveni negi na voljo, saj je nemogoče kakovostno dokumentirati vsa opažanja, obenem pa biti nenehno v dilemi, katere aktivnosti niso bile zaradi dokumentiranja izvedene.

Glede na to, da je trditev »Zaposleni v zdravstveni negi se moramo kontinuirano izobraževati.« dosegla zelo visok nivo strinjanja (PV=4,53), bi se bilo primerno povezati z izobraževalnimi ustanovami, ali bi izobraževanje izpeljali v okviru svojega kadra na nivoju zdravstvene ustanove. Izvajalci zdravstvene nege oziroma edukatorji bi bili lahko zaposleni, ki dobro poznajo to področje. Prav tako pa bi bilo smiselno prevetriti tudi kurikulum, predvsem na srednjih in tudi visokih šolah za zdravstveno nego. S takim pristopom bi skušali dolgoročno izboljšati situacijo na področju dokumentiranja, saj bi novi kadri, ki bi zaključili s šolanjem, ne glede na stopnjo, že posedovali znanja in prepričanje o pomembnosti tega področja. Smiselno bi bilo razmišljati o poenotenju osnovnih oblik dokumentiranja na nivoju Slovenije, saj sedaj vsaka bolnišnica razvija svoje oblike dokumentiranja. V kasnejši fazi pa bi bilo prav tako smiselno razmišljati o prenosu dokumentacije v računalniško obliko. O pomembnosti kakovostnega izobraževanja, aktivne podpore raziskovalnemu delu in uvajanju na dokazih temelječega delovanja s strani managementa je govorila v svoji raziskavi Skela Savič (2012).

Številne raziskave v svetu in tudi pri nas (Lee, Chang, 2004; Naka, 2006; Ramšak Pajk, 2006; Vee, Hestetun, 2009; Paans et al., 2010) opisujejo, da dokumentiranje v zdravstveni negi predstavlja komunikacijo med medicinskimi sestrami, prav tako predstavlja komunikacijo med medicinskimi sestrami in ostalimi člani zdravstvenega tima in to povečuje varnost pacienta, o čemer govorita tudi Fasoli in Hoddok (2011). Lee in Chang (2004) ugotavljata, da bi standardizacija dokumentiranja omogočila dostop do natančnih informacij, s čimer bi bil izboljšan proces in kakovost oskrbe

Romana Petkovšek-Gregorin

Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi

pacienta. Björvell in sodelavci (2003) so že poudarjali pomembnost strukturirane dokumentacije zdravstvene nege, ki zagotavlja, kar je bilo že večkrat poudarjeno, kakovostno in kontinuirano zdravstveno nego pacienta. Fasoli in Haddock (2010) sta poudarjala varnost obravnave pacienta, prav tako pa tudi Owen (2005) govori o varnosti obravnave pacienta, ki ga dokumentiranje omogoča. Vendar pa sta se že Needleman in Buerhausen (2003) zavedala dejstva, da so aktivnosti zdravstvene nege pomanjkljivo dokumentirane. Pomanjkljivo dokumentirana zdravstvena nega pa ne prikaže prave slike zdravstvene nege, tako da pacientova pravica do kakovostne in varne zdravstvene nege ni izpolnjena, kar so poudarjali Kärkkäinen in sodelavci (2005). V slovenskem prostoru sta pomembnost dokumentiranja poudarjali že Japelj (1980) in Kavalič (1981). Temo so kasneje večkrat izpostavljali tudi drugi avtorji. O pomembnosti zagotavljanja kontinuitete govori tudi Ramšak Pajkova (2006) in nadaljuje, da kontinuiteta zdravstvene nege vodi do kakovostne obravnave pacienta. Podobne trditve je poudarjala tudi Naka (2006). Da bi medicinske sestre izvajale dokumentiranje na pravilen način, je potreben visok nivo znanja o dokumentiranju, kar so poudarjali Daskein in sodelavci (2009) ter Griffith (2004), ki obenem poudarja tudi pomembnost dokumentiranja, predvsem pa pravočasnost vnosa podatkov o oceni pacienta in sledenje njegovemu zdravstvenemu stanju. Rajković (2010) je v svoji raziskavi ugotovil, da 54,2 % medicinskih sester s srednjo izobrazbo pomen dokumentiranja ne vidi kot vsebinsko podporo svojemu delu. Dokumentiranje kot pomemben doprinos k raziskovanju in razvoju v zdravstveni negi pripisuje 79,1 % diplomiranih medicinskih sester in 63,5 % višjih medicinskih sester. Medicinske sestre s srednjo izobrazbo pa menijo v 33,7 %, da je dokumentiranje pomembno za raziskovanje in razvoj stroke.

O potrebi po računalniško podprti tehnologiji vodenja pacientove dokumentacije sta govorila Green in Thomas (2008). Novi sodobni majhni računalniki omogočajo njihovo uporabo kjerkoli in kadarkoli. V literaturi pa najdemo nasprotujoče študije, prve, ki govorijo o pozitivnem doprinosu računalniško podprte dokumentacije k obravnavi pacienta in druge, ki so številčnejše, pa nasprotno ne potrjujejo ugotovitve, ki so bile zapisane v prej naštetih študijah (Laughlin et al., 2003; Helm et al., 2005; Lee, 2006; Adler, 2007; Munyisia et al., 2012).

V raziskavi, ki je zajela deset slovenskih bolnišnic, je bilo ugotovljeno, da med dolžino delovne dobe in stališči do dokumentiranja ni statistično značilne korelacije ($p=0,98$). Druge hipoteze zato nismo potrdili, saj smo izhajali iz stališča, da obstaja povezava med delovno dobo medicinskih sester in njihovimi stališči do dokumentiranja v zdravstveni negi. Primerjali smo dobljene podatke anketirancev o njihovi skupni delovni dobi s skupno spremenljivko dokumentiranje. Iz nobene od trditev ni bilo razvidno, da bi bilo število let delovne dobe povezano s stališči do dokumentiranja.

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

V nasprotju z našimi trditvami sta Ehrenber in Ehrfors (2001) ugotovila, da znanje in proces izobraževanja vplivata pri medicinskih sestrah na stališča in uporabo dokumentacije zdravstvene nege. Vrankar (2013) je ugotovila pozitivno stališče medicinskih sester starih od 31 do 45 let do uvajanja sprememb in izboljšav v procesu predaje pacienta. Donik (2006) pa je v nasprotju z opisanimi ugotovitvami v svoji raziskavi ugotovila, da medicinske sestre s srednjo izobrazbo in daljšo delovno dobo najraje opravljajo delo v skladu z ustaljenimi veščinami. Björvell in sodelavci (2003) so med drugim tudi ugotavljali, da pomanjkanje znanja in odpor do uvajanja novosti negativno vplivajo na dokumentiranje zdravstvene nege.

V tretji hipotezi smo postavili trditev, da medicinske sestre menijo, da se izmed vseh stališč, ki se nanašajo na dokumentiranje, najbolj strinjajo s stališčem, da je »beleženje aktivnosti zdravstvene nege enako pomembno kot ostala beleženja v zdravstveno dokumentacijo«. S tem smo želeli preveriti, v kakšni meri se medicinske sestre zavedajo pomembnosti njihovega beleženja aktivnosti zdravstvene nege in zabeleženih opažanj. Postavljene hipoteze ne moremo potrditi, saj se medicinske sestre v enaki meri, kot z navedeno trditvijo, strinjajo z dvema drugima trditvama, da z beleženjem predstavimo svoje delo, da postane vidno in pomembno, ter s trditvijo, da so zabeležena opažanja v pomoč preostalim članom zdravstvenega tima. Kljub temu pa je razvidno, da je strinjanje s trditvijo visoko in v večini primerov, razen dveh izjem, višje kot z ostalimi trditvami.

Kljub temu da hipoteze nismo potrdili, lahko na podlagi tega, da je strinjanje medicinskih sester s trditvijo visoko in razen v dveh primerih višje kot z ostalimi trditvami, lahko naše razmišljanje usmerimo v to, da se kljub vsemu medicinskim sestram dokumentiranje kot način komuniciranja med različnimi profili zdi pomembno.

Že Jefferies in sodelavci (2010) so ugotavljali, da predstavlja dokumentiranje močno komunikacijsko orodje, ki dokazuje in ocenjuje delovanje medicinskih sester. S pomočjo dokumentiranja (beleženja vseh postopkov, opažanj, aktivnosti) lahko medicinska sestra odgovori na preprosto vprašanje, ki ga je prepoznala kot pomembnega že Florence Nightingail, ali se je pacientovo stanje izboljšalo. S pomočjo pregleda vseh zabeleženih podatkov lahko medicinska sestra kompetentno in odgovorno opiše zdravstveno stanje pacienta. O pomembnosti sistematičnega, jasnega, jedrnatega in čitljivega zapisa vseh podrobnosti o posameznem pacientu sta govorila tudi Blair in Smith (2012). O dokumentaciji kot pomembnem elementu zdravstvene nege je govorila tudi Naka (2006).

S pomočjo dokumentiranja medicinske sestre pridobijo veliko pomembnih informacij, ki so povezane z oskrbo pacienta in predstavljajo pomemben del pri prepoznavanju pacientovih problemov tudi za druge profile v zdravstvu. To se je zdelo pomembno tudi avtorju Laitinen in sodelavcem (2010). Učinkovita komunikacija med medicinsko sestro in zdravnikom, kot enim od članov tima, je povezana s pozitivnim izidom zdravljenja

Romana Petkovšek-Gregorin

Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi

pacientka, kar so trdili tudi Casanova in sodelavci (2007). Törnvall in Wilhelmsson (2008) sta menila, da splošni zdravniki običajno uporabljajo zapise zdravstvene nege kot skrajni vir informacij za spremljanje zdravljenja pacienta. Green in Thomas (2008) sta bila mnenja, da zapisi v negovalni dokumentaciji natančno seznanijo zdravnika o pacientovem zdravstvenem stanju in z njihovim pregledom se lahko odločijo o izboru metode zdravljenja. V slovenskem prostoru bi si medicinske sestre morale prizadevati, da bi si pridobile maksimalno verodostojnost glede zabeleženih podatkov, s čimer bi tudi pridobile kot poklicna skupina na profesionalnosti našega poklica. Našteto pa lahko izpeljemo samo z našim trdim delom in nenehnim dokazovanjem. Mnimo, da ocena položaja zdravstvene nege v posamezni organizaciji – 6,69 točk izmed desetih kaže na to, da moramo medicinske sestre ne glede na izobrazbo veliko truda vložiti v priznanje poklicne skupine, predvsem pa moramo sebe kot predstavnike te velike skupine v zdravstvu prepričati, da smo še kako potrebne v procesu obravnave pacienta.

V četrti hipotezi smo želeli ugotoviti povezanost med obremenjenostjo medicinskih sester in njihovimi stališči do kategoriziranja. Iskali smo povezavo med splošnima spremenljivkama, ki merita pozitiven odnos do kategoriziranja in obremenjenostjo medicinskih sester. Hipoteze tako ne moremo sprejeti, kljub temu da obstaja statistično značilna in pozitivna povezanost med trditvijo, da so negovalni cilji ob koncu hospitalizacije doseženi in nekaterimi vidiki preobremenjenosti, pa je ta povezanost zelo šibka.

Raziskava je pokazala, da anketirane medicinske sestre mnijo, da s pomočjo kategoriziranja ne moremo prikazati obremenjenosti medicinskih sester. Namen razvijanja sistema razvrščanja pacientov v kategorije je ravno v tem, da bi dokazali, da v primeru pacientov, ki so ocenjeni z višjo kategorijo zahtevnosti obravnave, da so medicinske sestre bolj obremenjene, zato je potrebno njihovo število prilagoditi zahtevnosti obravnave teh pacientov. Naše razmišljanje gre v smeri ozaveščanja zaposlenih v zdravstveni negi o tem, da bomo najlažje prikazali zahtevnost in količino našega dela s pomočjo razvrščanja pacientov v posamezne kategorije.

O naraščanju zahtevnosti zdravstvene nege v zdravstvenih inštitucijah sta opozarjali že Vrečar in Skela Savič (2009) in Dickson in sodelavci (2010) so se prav tako zavedali

Romana Petkovšek-Gregorin

Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi

pomena ugotavljanja potreb po zdravstveni negi, ki temelji na razvrščanju pacientov v posamezne kategorije. Prav tako je tudi Peršuh že leta 2001 ugotavljal, da so obremenitve medicinskih sester na delovnem mestu tesno povezane z ugotavljanjem potreb po zdravstveni negi. Opozoril pa je na problem, saj delo ni bilo ustrezno dokumentirano, niti ni bila opredeljena pacientova zahtevnost z vidika zahtevnosti zdravstvene nege. V desetletju, ki je sledilo njegovi raziskavi, so se na področju zdravstvene nege v slovenskem prostoru izvedle nekatere pomembne spremembe. Realiziran je bil Projekt uvajanja programa za zagotavljanje kakovosti, sistema klasifikacije pacientov na področju zdravstvene nege. Od leta 1998 je potekala postopna uvedba kategorizacije pacientov v vse bolnišnice v Sloveniji, v kateri je bil uporabljen kategorizacijski sistem San Joaquin. Ob njegovi uvedbi so bili indikatorji prilagojeni slovenskim potrebam ter organizacijskim in kulturnim razlikam. Sistem kategoriziranja je bil poimenovan Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (ZKZBZN) in temelji na 11 indikatorjih (Klančnik Gruden et al., 2011). Z njegovo pomočjo so razvijalci sistema želeli prikazati zahtevnost bolnišnične zdravstvene nege in posledično obremenjenost medicinskih sester. Upenieks in sodelavci (2007) so v svoji raziskavi ugotavljali, da obstaja majhno soglasje o tem, kaj določa/opredeli kakovost razvrščanja pacientov v kategorije. Menijo, da z njegovo pomočjo pooblašчени delavci določajo minimalne standarde kadrovske zasedenosti medicinskih sester. Tarpey in Nelson (2009) ugotavljata, da dobro načrtovanje in razporejanje osebja zdravstvene nege zagotavlja dobro izrabo kadrovskih virov in s tem večjo kakovost ter varnost dela, kar omogoča kategorizacija zdravstvene nege. Z ustreznim razporejanjem na delovno mesto se zmanjša tudi število napak, kar sta ugotavljala Warren in Tart (2008) ter tudi Rauhala in sodelavci (2007).

Pomemben del delovnika medicinskih sester predstavlja čas, ki ga potrebujejo za vnos vseh zahtevanih podatkov v obširno negovalno dokumentacijo. Zato smo v peti hipotezi želeli ugotoviti, ali obstaja povezava med stališči do dokumentiranja in časom porabljenim za dokumentiranje v okviru ene delovne izmene. Korelacija med skupno spremenljivko, ki opisuje pozitiven odnos do dokumentiranja in časom potrebnim za dokumentiranje, je sicer statistično značilna in negativna, a neznatna. Čeprav imajo medicinske sestre pozitiven odnos do dokumentiranja, se negativno opredeljujejo do časa porabljenega za dokumentiranje. Medicinske sestre smatrajo, da imajo kljub

Romana Petkovšek-Gregorin

Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi

pozitivnemu odnosu do beleženja premalo časa za njegovo izvajanje v eni delovni izmeni. Zaradi pomanjkanja kadra, ki se izraža glede na kategorijo skoraj v vseh slovenskih bolnišnicah (Bregar, Klančnik Gruden, 2011), je ta odnos pričakovan. Medicinske sestre so preobremenjene z neposredno nego in zaradi številnih zahtev na tem področju opustijo določena beleženja aktivnosti, ki so bila izvedena. Zabeležijo samo tiste, ki so najbolj potrebne. V naši raziskavi so se medicinske sestre opredelile do porabljenega časa za dokumentiranje tako, da vse medicinske sestre ne glede na izobrazbo v eni izmeni porabijo povprečno eno uro časa za dokumentiranje, kar predstavlja 12,5 % časa v primeru 8-urnega delovnika. Dobljeni rezultat je v primerjavi s tujo literaturo manjši, saj tuji avtorji govorijo o 24-50 % časa porabljenega za izpolnjevanje dokumentacije zdravstvene nege (Korst et al., 2003; Gugerty et al., 2007; Storfjell et al., 2008). Lee in Chang (2004) menita, da je porabljen čas za dokumentiranje prevelik in ga bi bilo potrebno zmanjšati v prid negovanja pacientov. Rajković (2010) je v svoji raziskavi prišel do podobnih rezultatov kot mi, saj je polovica anketirancev na sekundarnem nivoju opisala porabljen čas za dokumentiranje od 1 do 60 minut, na terciarnem nivoju pa celo nekaj več.

V primerjavi s tujo literaturo je porabljen čas za dokumentiranje v sodelujočih ustanovah v naši raziskavi krajši. Postavlja se vprašanje, ali se dokumentiranje izvaja v manjšem obsegu, ali se zaposleni v zdravstveni negi izogibajo dokumentiranju zaradi majhne kadrovske zasedenosti in bi dokumentiranje povzročilo podaljšanje njihovega delovnika, ali vodilni ne čutijo potrebe po dokumentiranju in od svojih podrejenih ne zahtevajo in niti ne pričakujejo, da bodo izpolnjevali vse oblike dokumentiranja, ki so na voljo.

Že Gugerty s sodelavci (2006) je ugotavljal, da številne medicinske sestre ne cenijo časa in truda, ki je potreben za skrbno dokumentiranje in ga raje usmerijo v neposredno nego pacienta. Anketirane medicinske sestre menijo, da bi želele več časa preživeti s pacientom, prav tako menijo, da dokumentacija omejuje čas, ki bi ga lahko namenile negi pacienta. Po drugi strani pa menijo, da nimajo dovolj časa za vodenje dokumentacije. Spenser in Lunsford (2010) menita, da bi uporaba sodobne računalniške opreme in dobrega programa za vnos negovalne dokumentacije omogočila medicinskim

sestram več časa, ki bi ga lahko posvetile pacientu. Munyisia in sodelavci (2012) pa so ugotovili, da elektronski sistem ne vodi nujno k učinkovitosti dokumentiranja v primeru računalniškega vnosa. Ugotavlja, da je potrebno za učinkovit računalniški vnos standardizirati in oblikovati vse obrazce zdravstvene nege in da mora biti vnos podatkov v celoti računalniški, če želimo, da bo računalniško podprto dokumentiranje omogočilo več časa medicinskim sestram v prid dela s pacientom. Kelly in sodelavci (2011) so se nagibali k razmišljanju, da ostaja neznanka v kolikšni meri elektronska oblika negovalne dokumentacije izboljša oskrbo hospitaliziranih pacientov.

Menimo, da bo morala biti računalniška dokumentacija oblikovana tako, da bo nudila hiter in pregleden vnos podatkov, ki bi v kasnejši fazi omogočili obdelavo vnesenih podatkov. Na ta način bi se izognili zamudnemu brskanju po dokumentaciji, ki je največkrat razpršena na več različnih mestih.

V šesti hipotezi smo želeli ugotoviti, ali obstaja povezanost med stališči do dokumentiranja in obremenjenostjo medicinskih sester. Med obema spremenljivkama ni statistično pomembne povezanosti. Postavljene hipoteze pa kljub vsemu ne moremo v celoti zavrniti. Statistično značilna pozitivna povezanost med nekaterimi vidiki preobremenjenosti medicinskih sester in stališči do dokumentiranja obstaja. Statistično značilna pozitivna povezanost obstaja med beleženjem in stališčem, da so medicinske sestre preobremenjene ter da si želijo več časa preživeti pri pacientu. Prav tako obstaja pozitivna statistično značilna, a neznatna povezanost med posameznimi stališči do dokumentiranja in posameznimi stališči, ki se nanašajo na preobremenjenost medicinskih sester. Obstaja statistično značilna razlika v enem stališču do obremenjenosti medicinskih sester. Medicinske sestre s srednjo izobrazbo v večji meri kot tiste z vsaj višjo izobrazbo menijo, da dokumentiranje omejuje čas, ki bi ga lahko namenile negi pacienta. Njihove delovne obremenitve so prevelike, rade pa bi več časa preživele ob pacientu. Ne kaže pa, da je zaradi pomanjkanja kadra kakovost opravljenega dela slabša. Pomembno je, da dokumentacije ne doživljajo kot nekaj, kar bi omejevalo čas, ki bi ga lahko namenile negi pacienta ($p=0,10$), zato bi lahko zaključili, da medicinske sestre dojemajo dokumentiranje kot pomemben del delovnih nalog in ga ne dojemajo kot nepotrebno delovno obremenitev.

Zaradi pomanjkanja kadra, ki ga glede na SKZBZN izkazuje večina bolnišnic v Sloveniji, je razumljivo, da medicinske sestre smatrajo, da so njihove delovne obremenitve prevelike. Medicinskim sestram se zdi pomembno, da z beleženjem aktivnosti zdravstvene nege predstavijo svoje delo, da postane vidno in pomembno, vendar pa to zanje predstavlja obremenitev ($p=0,05$). Medicinske sestre so se strinjale, da dokumentiranje omejuje čas, ki bi ga lahko namenili negi pacienta.

Bregar in Klančnik Gruden (2011) sta glede na zbrane podatke SKZBZN v slovenskih bolnišnicah ugotovila, da zahtevnost pacientov po zdravstveni negi narašča. Zaradi večje zahtevnosti pacientov narašča tudi obremenjenost medicinskih sester, kadrovske stanje zaposlenih v zdravstveni negi pa se izboljšuje zelo počasi. Glede na splošno trenutno situacijo ni pričakovati večje kadrovske zasedenosti v slovenskih bolnišnicah, kar lahko še poglobi občutek medicinskih sester, da so preobremenjene. Razumljiva je tudi ugotovitev, da bi medicinske sestre želele biti več ob pacientu, saj so zaradi splošnega pomanjkanja kadra glede na SKZBZN razpete med nešteto aktivnosti, ki jih morajo izvesti vsak dan v okviru ene izmene, saj po Bregar in Klančnik Gruden (2011) v slovenskih bolnišnicah primanjkuje od 19 do 22 % kadra v zdravstveni negi. Razmišljanja medicinskih sester se vrtijo v začaranem krogu, saj se zavedajo pomembnosti beleženja za njihovo samopromocijo, obenem pa se jim zdi pomembno, da več časa preživijo ob pacientu, kar nedvomno izhaja iz etike skrbi za sočloveka. Obstoječe stanje je možno izboljšati le s pomočjo kadrovanja novih medicinskih sester. Na ta način bi rešili oba problema, saj bi se izboljšala kadrovska zasedenost, tako bi imele medicinske sestre več časa, ki bi ga posvetile zdravstveni negi pacientov. Medicinske sestre pa bi imele tudi več časa za beleženje aktivnosti zdravstvene nege. Vendar naštetega ni mogoče izpeljati brez vključitve vodilnih v zdravstvenih organizacijah ter politike, ki kroji usodo vsem zaposlenim v zdravstvu. Glede na dejstvo, da so medicinske sestre najštevilčnejša skupina zaposlenih v zdravstvu, bi si morali prizadevati za vidnejši položaj, kot ga ima zdravstvena nega sedaj, na kar so opozorile tudi anketirane medicinske sestre, saj so, kot je bilo že omenjeno, položaj zdravstvene nege v sodelujočih organizacijah ocenile z oceno 6,69 točk na deset točkovni lestvici.

O večanju zahtevnosti zdravstvene nege v slovenskih bolnišnicah sta opozarjali Vrečar in Skela Savič (2009). Povečanju števila zahtevnih primerov bi morale slediti tudi

Romana Petkovšek-Gregorin
Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi

povečanje števila zaposlenih v zdravstveni negi. Delovne obremenitve medicinskih sester in čas, ki ga medicinske sestre potrebujejo za izvajanje zdravstvene nege, narašča in vpliva na njihove delovne obremenitve, zato mora management v zdravstveni negi upoštevati te dejavnike pri določanju dnevnega števila medicinskih sester, na kar je opozarjal DeLisle (2009). O prilagajanju zaposlenih v zdravstveni negi glede na zahtevnost zdravstvene nege so razpravljali tudi Aalto in sodelavci (2009). Ugotavljanje zahtevnosti pacientov pa mora temeljiti na objektivnih temeljih, kot je med drugim tudi razvrščanje pacientov v posamezne kategorije. Sexton in sodelavci (2004) so ugotavljali, da medicinske sestre v posamezni izmeni prednostno opravijo samo bistvene naloge in zanemarijo manj pomembne. V naši raziskavi so se medicinske sestre opredelile, da v primeru pomanjkanja kadra na oddelku kar 84,1 % anketirancev opusti odmor za kosilo, temu sledijo s 59,5 % organizacijski sestanki.

Izhajajoč iz pomanjkanja kadra v zdravstveni negi se lahko navežemo tudi na posledice, ki jih povzroča slaba kadrovska zasedenost medicinskih sester. Predvsem bi poudarili večjo možnost napak, kar je v slovenskem prostoru še relativno slabo raziskano področje, večji fluktuaciji kadra zaradi preobremenjenosti, sindroma izgorelosti, stresa, nezadovoljstva na delovnem mestu, absentizma... O vsem naštetem sta v slovenskem prostoru razpravljala že Peršuh (2001) in slabo desetletje kasneje Prosen (2010). Tudi v tujini obstajajo številne študije, ki govorijo o posledicah, ki jih povzroča slaba kadrovska zasedenost medicinskih sester (Khowaja et al., 2005; Rauhala et al., 2007; Warren, Tart, 2008). Po Petersonu (2001) in Buerhausu (2002) medicinske sestre zagotavljajo 80 % zdravstvenih storitev, zato njihovo pomanjkanje lahko predstavlja resno grožnjo kakovosti in varnosti pacientove obravnave. O napakah, ki pogosto niso zabeležene, sta opozarjala Needelman in Buerbause (2003). Owen (2005) je navajal, da je varnost pacientov, ki jo omogoča dokumentacija, najpomembnejša. Tudi Fasoli in Haddock (2011) ugotavljata, da je osebje v zdravstveni negi pomemben element v zagotavljanju pacientove varnosti. O razkoraku med potrebami po zdravstveni negi in možnostmi, ki so na voljo, so govorile Stričević in sodelavci (2011). Vrečar in Skela Savič (2009) sta poudarili, da se od managementa zdravstvene nege in vodij na vseh nivojih pričakuje, da bodo zagotovili ustrezno število usposobljenih kadrov glede na potrebe po zdravstveni negi. Prav tako sta tudi Tarpey in Nelson (2009) ugotavljala, da dobro načrtovanje in razporeditev kadra v zdravstveni negi zagotavlja kakovostno

Romana Petkovšek-Gregorin

Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi

izrabo kadrovskih virov in s tem večjo kakovost in varnost dela. Posledice preobremenjenosti na zdravstveno stanje medicinskih sester pa bi bilo zanimivo raziskati v samostojni raziskavi.

Z zadnjo sedmo hipotezo smo želeli ugotoviti, ali obstaja razlika v razumevanju pomembnosti dokumentiranja med zdravstvenimi zavodi, ki so sodelovali v raziskavi. Sodelujoče bolnišnice se v stališčih do dokumentiranja statistično značilno razlikujejo med seboj ($p < 0,001$). V slovenskih bolnišnicah obstaja neskončno število negovalne dokumentacije. Vsaka bolnišnica si je sama oblikovala obrazce, ki se jim zdijo potrebni za njihovo lažje spremljanje pacientovega zdravstvenega stanja. Če bi primerjali dokumente iz različnih ustanov, bi jih našli kar nekaj, ki so si zelo podobni, saj opisujejo podobna stanja. V primeru razdelitve po posameznih specialnostih bi prišli do podobne ugotovitve. Zato bi bilo smiselno, da bi vsaj temeljne oblike dokumentiranja v posameznih specialnostih v slovenskem prostoru, ki je relativno majhen, poenotili. Kljub velikim naporom, ki bi bili potrebni, da bi prepričali vodstvo v posameznih ustanovah, pa se nam zdi vložen napor smiseln, saj bi pridobili na preglednosti negovalne dokumentacije, primerljivosti med posameznimi zdravstvenimi ustanovami, osebe zaposlene v zdravstveni negi pa ne bi imelo večjih težav ob menjavi delovnega mesta tako v isti ustanovi kakor tudi med različnimi ustanovami. Njihova vključitev na novo delovno mesto bi bila tako hitrejša. Zavedati se moramo, da dobro načrtovana in pravilno ter sistematično vodena negovalna dokumentacija ne samo, da spremlja zdravstveno stanje pacienta in njegovo oskrbo, temveč, kot so dejali že Laitinen in sodelavci (2010), je zelo pomembna tudi pri izboljševanju izobraževanja, raziskovanja, kakovosti in varnosti opravljenega dela. Kulhanek (2010) je poudaril, da so specifična načela, standardi, politika, postopki in procesi del vsakega dokumentacijskega sistema in poskušajo predstaviti vsebino na smiseln način. Z vsaj delnim poenotenjem negovalne dokumentacije bi se lahko zainteresirani posamezniki za napredek stroke lotili skupnih projektov, ki bi omogočili širok vpogled v negovalno stroko. S tem bi ne samo predstavili svojo stroko, temveč bi tudi ozavestili ostale zdravstvene delavce o pomembnosti negovalne dejavnosti, o čemer sta razpravljala tudi Vee in Hestetun (2009). V trenutni situaciji pa obstajajo številne ovire, ki medicinskim sestram onemogočajo, da bi se poglobile v negovalno dokumentacijo, jo natančno izpolnjevale in iz njenih zabeleženj oblikovale zaključke. Törnvala in Wilhelmsson (2008) ter Blair

Romana Petkovšek-Gregorin

Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi

in Smith (2012) so prav tako poudarjali slabosti in pomanjkljivosti negovalne dokumentacije. McGeehan (2007) je poudarjal pomen standardizirane negovalne dokumentacije ter uporabo standardizirane terminologije zdravstvene nege. Priporočal je uvedbo strukturirane negovalne dokumentacije. O pomembnosti enotnih obrazcev in metod dokumentiranja je govorila tudi Ramšak Pajkova (2006). Pomembnost poenotene terminologije zdravstvene nege in strukturirane negovalne dokumentacije bi bila še posebej poudarjena v primeru uvedbe računalniško podprte negovalne dokumentacije, s pomočjo katere bi se povečala njena preglednost, omogočeno bi bilo lažje raziskovanje področja zdravstvene nege, s tem pa tudi njena samopromocija, kar sta ugotavljala Saranto in Kinnunen (2009) ter (Adler, 2007). Uporaba informacijske tehnologije, kot so navajali Helm in sodelavci (2005), bi lahko imela v zdravstveni negi številne prednosti, kot so lažji in hitrejši dostop do podatkov o pacientu, boljša oskrba in zmanjšanje napak. Na žalost pa nekateri avtorji (Lee, 2005a; Chandra, Paul, 2004) ugotavljajo, da se zaposleni v zdravstveni negi upirajo uporabi sodobne tehnologije, češ da bi zmanjšala čas potreben za neposredno nego pacienta.

V slovenskem prostoru, ki je relativno majhen, je pomembno oziroma bi bilo dobro, da poskušajo vse bolnišnice delovati na podoben način, tako glede strukture organizacije, organizacije dela, financiranja ... Zavedati bi se morali pomena usklajenega delovanja in skupnega nastopa do plačnika storitev in do politike, ki oblikuje strategijo delovanja celotnega zdravstvenega sistema. Skupni nastop bi omogočil boljša pogajalska izhodišča proti financerjem zdravstvenih storitev kakor tudi proti farmacevtskim lobijem.

5 ZAKLJUČEK

Z raziskavo smo prišli do ugotovitve, da medicinske sestre z vsaj višjo izobrazbo pripisujejo beleženju oz. dokumentiranju večji pomen kot medicinske sestre s srednjo izobrazbo. Medicinske sestre se glede na izobrazbo razlikujejo tudi v mnenju glede nekaterih vidikov dokumentiranja. Tiste z vsaj višjo izobrazbo v primerjavi z medicinskimi sestrami s srednjo izobrazbo pripisujejo večji pomen pomoči, ki jo dokumentiranje nudi ostalim članom zdravstvenega tima. Menijo tudi, da s pomočjo dokumentiranja hitreje in bolje spoznajo pacienta, prav tako pa dokumentiranje zdravstvene nege omogoča kontinuiteto njihovega dela. Menijo, da dokumentiranje dviguje kakovosti predaje službe in ima zato pozitiven vpliv na varnost pacienta. Dokumentiranje opisuje delo, ki ga opravljajo in z njim postane to delo tudi vidno. Glede na izsledke analize je bilo v raziskavi ugotovljeno, da medicinske sestre dojemajo dokumentiranje kot pomemben del njihovih delovnih nalog in ga ne dojemajo kot nepotrebno delovno obremenitev.

Prav tako smo ugotovili, da dolžina delovne dobe ne vpliva na stališče medicinskih sester do dokumentiranja.

Rezultati raziskave so pokazali, da je strinjanje medicinskih sester s trditvijo, da je beleženje aktivnosti zdravstvene nege enako pomembno kot ostala beleženja v zdravstveno dokumentacijo, visoko. Njihovo strinjanje pri večini trditev, ki so združene v faktorju dokumentiranje, razen v dveh izjemah, je visoko.

Kljub temu da imajo medicinske sestre pozitiven odnos do dokumentiranja, menijo, da imajo premalo časa, ki bi ga lahko namenile dokumentiranju.

V raziskavi smo ugotovili, da ni povezave med pozitivnim odnosom do kategoriziranja in obremenjenostjo medicinskih sester. Po mnenju medicinskih sester s pomočjo kategoriziranja ne moremo prikazati njihove obremenjenosti na delovnem mestu.

V raziskavi smo prišli do ugotovitve, da se bolnišnice v stališčih do dokumentiranja statistično značilno razlikujejo med seboj.

Dokumentacija zdravstvene nege je pomemben del dela medicinske sestre. Za njeno izvajanje si moramo prizadevati na vseh ravneh zdravstvene nege. V utemeljevanje njene pomembnosti bi bilo potrebno vključiti vodstvo, šolske ustanove in tudi zavzete posameznike, ki posedujejo široka znanja s tega področja. Spodbudno je dejstvo, da delovna doba ne vpliva negativno na odnos medicinskih sester do dokumentiranja. Iz navedenega lahko sklepamo, da se medicinske sestre ne glede na starost zavedajo pomembnosti dokumentiranja. Večji poudarek pomembnosti dokumentiranja bi moral biti posvečen v kurikulumu srednjih zdravstvenih šol. Če želimo dvigniti zavedanje, morajo tudi medicinske sestre s srednjo izobrazbo prepoznati njegovo pomembnost že v zgodnjem obdobju usposabljanja za svoj poklic.

Medicinske sestre v slovenskem prostoru še niso v popolnosti prepoznale pomembnosti kategoriziranja pacientov v posamezne kategorije, čeprav se izvaja že desetletje in je že dalo določene rezultate, ki govorijo o tem, da je pomanjkanje medicinskih sester glede na kategorizacijo relativno veliko. Z natančnim kategoriziranjem, ki je izvedeno na osnovi beleženja aktivnosti medicinskih sester, bo postalo delo medicinskih sester verodostojno, podkrepljeno z dejstvi, ki jim nihče ne bo mogel oporekati. Posledično bi se temu dejstvu morala odzvati tudi politika in vodstvo v zdravstvenih ustanovah. Prepričani smo, da si glede na pomanjkanje kadra nihče od vodilnih v zdravstvenih ustanovah ne želi kritike o neprimerni kakovosti dela ter varnosti pacienta v primeru kakršne koli napake, ki lahko nastane kadarkoli in kjerkoli.

5.1 OMEJITVE RAZISKAVE

Omejitve raziskave se kažejo v majhnem številu sodelujočih v anketi. Anketa je zajela samo en nivo zaposlenih v zdravstvu in omejeno število zdravstvenih ustanov.

V primeru razširitve raziskave bi bilo smiselno dodatno preveriti zanesljivost inštrumenta. Da bi povečali občutljivost lestvice, bi bilo smiselno lestvico razširiti na sedem točkovno lestvico.

Ker potrditvene (konfirmatorne) faktorске analize nismo izvedli, teorije o strukturi skupine spremenljivk, ki smo jih dobili z eksploratorno faktorško analizo, nismo potrdili. Rezultate, ki smo jih dobili pri faktorjih, ki vsebujejo manj kot tri spremenljivke, bi morali dodelati tako, da bi ju razširili z novimi trditvami, ki bi dopolnjevale faktor, da bi postal zanesljivejši.

5.2 POMEN RAZISKAVE ZA ZDRAVSTVENO PRAKSO

Pomembna je ugotovitev, da medicinske sestre dojemajo dokumentiranje kot pomemben del njihovih delovnih nalog in ga ne dojemajo kot nepotrebno delovno obremenitev. Prav tako je pozitivno, da imajo medicinske sestre ne glede na starost pozitiven odnos do dokumentiranja v zdravstveni negi. To so temelji, na katerih bi moral graditi management pri odločanju o uvajanju in samem uvajanju strukturiranih oblik dokumentiranja, ki so bile dokazano najbolj primeren in kakovosten način dokumentiranja v zdravstveni negi in tudi širše.

5.3 PRIPOROČILA ZA NADALJNJE RAZISKAVE

Zanimivo bi bilo primerjati mnenja o pomembnosti dokumentiranja med medicinskimi sestrami in drugimi zaposlenimi v zdravstvu, ki se srečujejo s pacienti. Morda bi raziskavo razširili tudi v druge zdravstvene ustanove, ker se v zadnjih letih srečujejo z vedno težjimi pacienti vsi nivoji zdravstvene dejavnosti. Dokumentacija omogoča večjo kakovost obravnave pacienta in kakovostnejšo predajo med posameznimi delovnimi izmenami in vključuje tudi predajo med različnimi profili zaposlenih v zdravstvu, ki prav tako potrebujejo pisno obliko predaje.

6 LITERATURA

Aalto P, Karhe L, Koivisto AM, Välimäki M. The connection between personnel resources with work loading and patient satisfaction on in-patient wards. *J Nurs Manag.* 2009;17(1):135-42.

Adler KG. How to successfully navigate your EHR implementation. *Fam Pract Manag.* 2007;14(2):33-9.

Austin S. Stay out of court with proper documentation. *Nursing.* 2011;41(4):24-9.

Babič M, Sekavčnik T, Sicherl D. Priprava na uvajanje procesa zdravstvene nege na bolnišničnem področju. *Zdrav Obzor.* 1986;20(5-6):295-305.

Batagelj V. Faktorska analiza. Dostopno na: <http://vlado.fmf.uni-lj.si/vlado/podstat/Mva/FA.pdf> (12. 1. 2014)

Beswick S, Hill PD, Anderson MA. Comparison of nurse workload approaches. *J Nurs Manag.* 2010;18(5):592-8.

Björvell C. Nursing documentation in clinical practice: instrument development and effects of a comprehensive education programme. Stockholm: Kongl Carolinska Medico Chirurgiska Institutet; 2002.

Björvell C, Wredling R, Thorell-Ekstrand I. Improving documentation using a nursing model. *J Adv Nurs.* 2003;43(4):402-10.

Björvell C, Wredling R, Thorell-Ekstrand I. Long-term increase in quality of nursing documentation: effects of a comprehensive intervention. *Scand J Caring Sci.* 2002;16(1):34-42.

Blair W, Smith B. Nursing documentation: frameworks and barriers. *Contemp Nurse.* 2012;41(2):160-8.

Bregar B, Klančnik Gruden M. Zahtevnost zdravstvene nege in kader v slovenskih bolnišnicah. In: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, Klemenc D, eds. Medicinske sestre in babice zagotavljamo dostopnost in enakost zdravstvene oskrbe pacientov: zbornik prispevkov z recenzijo, Maribor, 12.-14. maj 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebni razvoj medicinskih sester in babic; 2011: 244-8.

Brooks F, Scott P. Exploring knowledge work and leadership in online midwifery communication. *J Adv Nurs.* 2006;55(4):510-20.

Brumec A. Ocena kakovosti komuniciranja med člani negovalnega tima: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2010: 4-34.

Buerhaus PI. Shortages of hospital registered nurses. Causes and perspectives on public and private sector actions. *Nursing Out-Look.* 2002;50(1):4-6.

Burns D. Clinical leadership for general practice nurses, 2: Facilitating factors. *Pract Nurs.* 2009;20(10):519-23.

Carpenito-Moywt LJ. Nursing diagnosis: application to clinical practice. 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott William & Wilkins; 2008.

Casanova J, Day K, Dorpat D, Hendricks B, Theis L, Wiesman S. Nurse-physician work relations and role expectations. *J Nurs Adm.* 2007;37(2):68-70.

Cencič M. Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo; 2009: 47-9.

Chandra A, Paul DP 3rd. Hospitals' movements toward the electronic medical record: implications for nurses. *Hosp Top.* 2004;82(1):33-6.

Cheevakasemsook A, Chapman Y, Francis K, Davies C. The study of nursing documentation complexities. *Int J Nurs Pract.* 2006;12(6):366-74.

Cheng WLS, Lai CKY. Satisfaction Scale for Community Nursing: development and validation. *J Adv Nurs.* 2010;66(10):2331-40.

Cooper DJ, Buist MD. Vitalness of vital signs, and medical emergency teams. *Med J Aust.* 2008;188(11):630-1.

Darmer MR, Ankersen L, Nielsen BG, Landberger G, Lippert E, Egerod I. The effect of a VIPS implementation programme on nurses' knowledge and attitudes towards documentation. *Scand J Caring Sci.* 2004;18(3):325-32.

Darmer MR, Ankersen L, Nielsen BG, Landberger G, Lippert E, Egerod I. Nursing documentation audit - the effect of a VIPS implementation programme in Denmark. *J Clin Nurs.* 2006;15(5):525-34.

Daskein R, Moyle W, Creedy D. Aged-care nurses' knowledge of nursing documentation: an Australian perspective. *J Clin Nurs.* 2009;18(14):2087-95

DeLisle J. Designing an acuity tool for an ambulatory oncology setting. *Clin J Oncol Nurs.* 2009;13(1):45-50.

Dickson KL, Cramer AM, Peckham CM. Nursing workload measurement in ambulatory care. *Nurs Econ.* 2010;28(1):37-43.

Dierckx de Casterle B, Willemsse A, Verschueren M, Milisen K. Impact of clinical leadership development on the clinical leader, nursing team and care-giving process: a case study. *J Nurs Manag.* 2008;16(6):753-63.

Dobnik M. Analiza komunikacijskega udobja in motenj pri komunikaciji. *Obzor Zdrav Neg.* 2007;41(2-3):153-8.

Dobnik M, Lorber M. Medosebni odnosi in pripadnost v zdravstveni negi. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Zorc J, Skinder Savič K, eds. Na dokazih podprta zdravstvena obravnava - priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj: zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 9. - 10. junij 2011. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011: 229-38.

Documentation guidelines for registered nurses. 3rd ed. Halifax: College of Registered Nurses of Nova Scotia; 2012.

Documentation guidelines for registered nurses. Edmonton: College and Association of Registered Nurses of Alberta; 2006.

Donik B. Kako uvajati spremembe in novosti v klinično prakso zdravstvene nege? *Obzor Zdrav Neg.* 2006;40(4):243-6.

Duffield C, Diers D, Aisbett C, Roche M. Churn: patient turnover and case mix. *Nurs Econ.* 2009;27(3):185-91.

Ehrenberg A, Ehnfors M. The accuracy of patient records in Swedish nursing homes: congruence of record content and nurses' and patients' descriptions. *Scand J Caring Sci.* 2001;15(4):303-10.

Fagerström L. Evidence-based human resource management: a study of nurse leaders' resource allocation. *J Nurs Manag.* 2009;17(4):415-25.

Fasoli DR, Haddock KS. Results of an integrative review of patient classification systems. *Annu Rev Nurs Res.* 2010;295-316.

Filej B. Vizija zdravstvene nege za tretje tisočletje. In: Klemenc D, Požun P, eds. Spremljamo dogajanja - zdravstvena nega včeraj, danes, jutri: zbornik predavanj, Ljubljana, 4. december 1998. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 1998: 47-52.

Fullbrook S. The duty of care 1: compliance with directives and protocols. *Br J Nurs.* 2007;16(1):52-3.

Green SD, Thomas JD. Interdisciplinary collaboration and the electronic medical record. *Pediatr Nurs.* 2008;34(3):225-7,240.

Griffith R. Putting the record straight: the importance of documentation. *Br J Community Nurs.* 2004;9(3):122-5.

Gugerty B. Progress and challenges in nursing documentation – part II. *J Healthc Inf Manag.* 2006;20(4):20-2.

Gugerty B, Maranda MJ, Beachley M, Navarro VB, Newbold S, Hawk W, et al. Challenges and opportunities in documentation of the nursing care of patients: a report of the Maryland Nursing Workforce Commission, Documentation Work Group. Baltimore: Maryland Nursing Workforce Commission; 2007.

Hajdinjak G, Meglič R. *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo; 2006.

Heller R, Hindle T. *Veliki poslovni priročnik*. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2001.

Helm R, Slawson J, Damitz B, Olsen S. Beyond charting: using your EHR's data to improve quality. *Fam Pract Manag.* 2005;12(5):90-2.

Henderson J, Willis E, Walter B, Toffoli L. Measuring the workload of community mental health nurses: a review of the literature. *Contemp Nurse.* 2008;29(1):32-42.

Hoban V. How to improve your record keeping. *Nurs Times.* 2003;99(42):78-9.

Huber DL, ed. *Leadership and nursing care management*. 4th ed. Maryland Heights: Saunders; 2010: 503-18.

Iršič M. Kakovostna in učinkovita komunikacija v medsebojnih odnosih. Prepletanja 2008; 24(1). Dostopno na: <http://www.skupine.si/mma/Marko%20Ir%C5%A1%C4%8D/2008011612353340/> (20. 2. 2011).

Japelj M. Tehnični strokovnjak - nov delavec v zdravstvenem timu. Obzor Zdrav Neg. 1980;14(1-2):75-80.

Jarvi M, Uusitalo T. Job rotation in nursing: a study of job rotation among nursing personnel from the literature and via a questionnaire. J Nurs Manag. 2004;12(5):337-47.

Jefferies D, Johnson M, Griffiths R. A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. Int J Nurs Pract. 2010;16(2):112-24.

Jha AK, DesRoches CM, Campbell EG, Donelan K, Rao SR, Ferris TG, et al. Use of electronic health records in U.S. hospitals. N Engl J Med. 2009;360(16):1628-38.

Kalin Vodopivec M. Odnos negovalnega tima do procesa zdravstvene nege v splošni bolnišnici »dr.Franc Derganc« Nova Gorica. Obzor Zdrav Neg. 2000;34(1-2):67-72.

Kärkkäinen O, Bondas T, Eriksson K. Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. Nurs Ethics. 2005;12(2):123-32.

Kaučič BM, Pagon M. Dejavniki uspešnega timskega dela v zdravstveni negi. In: Filej B, Kaučič BM, Lahe M, Pajnkihar M, eds. Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik predavanj in posterjev, Maribor, 21. september 2006. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2006: 145-51.

Kavalič S. Klasifikacija bolnika. Obzor Zdrav Neg. 1986;20(5-6):271-5.

Kavalič S. Ocenjevanje bolnikovih potreb v negovalnem procesu. Obzor Zdrav Neg. 1981;15(3):112-7.

Kelley TF, Brandon DH, Docherty SL. Electronic nursing documentation as a strategy to improve quality of patient care. *J Nurs Scholarsh.* 2011;43(2):154-62.

Kerr MP. A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective. *J Adv Nurs.* 2002; 37(2):125-34.

Kerr NM. Is it time to change our perspectives on nursing documentation? *Medsurg Nurs.* 2009;18(2):75-6.

Keršmanc C. Kazenski zakonik z novelama KZ-1A in KZ 1B. Ljubljana: GV založba; 2012.

Khowaja K, Merchant RJ, Hirani D. Registered nurses perception of work satisfaction at a Tertiary Care University Hospital. *J Nurs Manag.* 2005;13(1):32-9.

Kiauta M, Poldrugovac M, Rems M, Robida A, Simčič B. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu. 2010. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/nacionalna_strategija_kakov_in_varn_2010-2015/Nacionalna_strategija_kakovosti_in_varnosti_v_zdravstvu_2010-2015.pdf (6. 4. 2014).

Klančnik Gruden M, Bregar B, Peternej A, Marinšek N. Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (SKZBZN): priručnik. Verzija 4. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011.

Kohek M, Vogrinčič L. Dokumentiranje postopkov v zdravstveni negi. In: Buček Hajdarević I, ed. Zagotavljanje kontinuitete zdravstvene nege: zbornik predavanj, Terme Čatež, 27.-29. Maj 2004. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za anesteziologijo, intenzivno nego in terapijo ter transfuziologijo; 2004: 46-9.

Kokoš M. Vrednotenje zdravstvene nege. *Zdrav Obzor.* 1986;20(5-6):285-8.

Romana Petkovšek-Gregorin

Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi

Korst LM, Eusebio-Angeja AC, Chamorro T, Aydin CE, Gregory KD. Nursing documentation time during implementation of an electronic medical record. *J Nurs Adm.* 2003;33(1):24-30.

Kristjansdottir G. Documentation. *Vard Nord Utveckl Forsk.* 2012;32(1):44.

Kuhn IF. Abbreviations and acronyms in healthcare: when shorter isn't sweeter. *Pediatr Nurs.* 2007;33(5):392-8.

Kulhanek BJ. Enablers, barriers, and the influence of organizational environmental factors on computerized clinical documentation training developed and delivered by nursing informaticists: [doktorska disertacija]. Minneapolis: Capella University; 2010.

Laitinen H, Kaunonen M, Ästedt-Kurki P. Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. *J Clin Nurs.* 2010;19(3-4):489-97.

Langowsky C. The times they are a changing: effects of online nursing documentation systems. *Qual Manag Health Care.* 2005;14(2):121-5.

Laughlin J, Van Nuil M. Boost regulatory compliance with electronic nursing documentation. *Nurs manage.* 2003;34(12):51-2.

Lee J, Chan ACM, Phillips DR. Diagnostic practise in nursing: a critical review of the literature. *Nurs Health Sci.* 2006;8(1):57-65.

Lee TT. Nurses' concerns about using informations systems: analysis of comments on a computerized nursing care plan system in Taiwan. *J Clin Nurs.* 2005a;14(3):344-53.

Lee TT. Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care planning system. *J Clin Nurs.* 2006;15(11):1376-82.

Lee TT. Nursing diagnoses: factors affecting their use in charting standardized care plans. *J Clin Nurs.* 2005b;14(5):640-7.

Lee TT, Chang PC. Standardized care plans: experiences of nurses in Taiwan. *J Clin Nurs*. 2004;13(1):33-40.

Lokajner G, Bregar B. Metodološke zasnove raziskovanja vpliva izobrazbe in števila medicinskih sester na varnost in kakovost zdravstvene obravnave. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Zurc J, eds. Znanje in odgovornost za spremembe in razvoj v zdravstvu glede na rastoče potrebe po zdravstveni obravnavi: zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 6.-7. junij 2013. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2013:273-82.

Lorber M. Vedenje, značilnosti in kompetence vodij v povezavi z zadovoljstvom in pripadnostjo zaposlenih v zdravstveni negi: [magistrsko delo]. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management; 2010.

McGeehan R. Best practice in record-keeping. *Nurs Stand*. 2007;21(17):51-5.

McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. *J Adv Nurs*. 2003;44(6):633-42.

Meißner A, Hasselhorn HM, Estryng-Behar M, Nézet O, Pokorski J, Gould D. Nurses' perception of shift handovers in Europe: results from the European Nurses' Early Exit Study. *J Adv Nurs*. 2007;57(5):535-42.

Menche N, Bazlen U, Kommerell T. *Pflege heute: Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe*. München: Jena: Urban & Fischer; 2001: 49-53.

Milevoj B. *Veliki ugankarski slovar: gesla po abecedi*. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2010: 326.

Mittmann N, Seung SJ, Pisterzi LF, Isogai PK, Michaels D. Nursing workload associated with hospital patient care. *Dis Manage Health Outcomes*. 2008;16(1):53-61.

Morris R, MacNeela P, Scott A, Treacy P, Hyde A. Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *J Adv Nurs*. 2007;57(5):463-71.

Možina S, Tavčar M, Zupan N, Knežević A. Poslovno komuniciranje. Maribor: Obzorja; 2004.

Munyisia EN, Yu P, Hailey D. The impact of an electronic nursing documentation system on efficiency of documentation by caregivers in a residential aged care facility. *J Clin Nurs*. 2012;21(19-20):2940-8.

Naka S. Pomen dokumentiranja v zdravstveni negi. In: Rijavec I, ed. Dokumentiranje v procesu zdravstvene nege kirurškega bolnika: zbornik predavanj. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji; 2006: 4-7.

Naka S, Pavčič Tršan B. Delovne obremenitve medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. *Obzor Zdrav Neg*. 1999;33(1-2):3-8.

Needleman J, Buerhaus P. Nurse staffing and patient safety: current knowledge and implications for action. *Int J Qual Health Care*. 2003;15(4):275-7.

Novak S. Mnenje medicinskih sester o uporabi elektronskega zdravstvenega zapisa: [magistrsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2012.

Nursing documentation. Vancouver: College of Registered Nurses of British Columbia; 2012.

Owen K. Documentation in nursing practice. *Nurs Stand*. 2005;19(32):48-9.

Paans W, Sermeus W, Nieweg RM, van der Schans CP. Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *J Adv Nurs*. 2010;66(11):2481-9.

Parker J, ed. Handoff communications: toolkit for implementing the national patient safety goal. Oak Brook: Joint Commission Resources; 2008. Dostopno na: http://books.google.si/books?id=910VnRfvOqOC&printsec=frontcover&dq=hand+of+c+ommunications&source=bl&ots=LrMTJnsEga&sig=6IkaYdV77gqnMOS7k5yCtvnew&hl=sl&ei=XEY1TN3CCI33OYG7sawN&sa=X&oi=book_result&ct=result&resum=6&ved=0CDcO6AEwBO#v=onepage&q&f=false (1. 9. 2010).

Peric HK. Dokumentiranje v zdravstveni negi - ali je res potrebno. *Obzor Zdrav Neg.* 1995;29(5-6):167-70.

Peric HK. Dokumentiranje zdravstvene nege. *Obzor Zdrav Neg.* 1997;31(3-4):115-26.

Perroca MG, Ek AC. Utilization of patient classification systems in Swedish hospitals and the degree of satisfaction among nursing staff. *J Nurs Manag.* 2007;15(5):472-80.

Peršuh B. Zagotavljanje 24-urne zdravstvene nege v bolnišnici. *Obzor Zdrav Neg.* 2001;35(6):247-57.

Peterson CA. Nursing shortage: not a simple problem - no easy answers. *Online J Issues Nurs.* 2001;6(1):1-14.

Poissant L, Pereira J, Tamblyn R, Kawasumi Y. The impact of electronic health records on time efficiency of physicians and nurses: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc.* 2005;12(5):505-16.

Potter PA, Perry AG, Ross-Kerr JC, Wood MJ, eds. *Canadian fundamentals of nursing.* 3rd ed. Toronto: Elsevier Mosby; 2006.

Potter PA, Perry AG. *Canadian fundamentals of nursing.* Rev. 4th ed. Toronto: Mosby/Elsevier; 2010.

Prideaux A. Issues in nursing documentation and record-keeping practice. *Br J Nurs.* 2011;20(22):1450-4.

Prosen M. Zadovoljstvo z delom v zdravstveni negi: indikatorji zadovoljstva medicinskih sester. *Obzor Zdrav Neg.* 2010;44(2):71-80.

Rajkovič U. Sistemski pristop k oblikovanju e-dokumentacije zdravstvene nege: [doktorska disertacija]. Kranj: Univerza v Mariboru; 2010.

Ramšak Pajk J. Dokumentacija v zdravstveni negi: pregled literature. *Obzor Zdrav Neg.* 2006;40(3):137-42.

Ramšak Pajk J, Šušteršič O. Pomen prenovljene dokumentacije zdravstvene nege v izobraževalnem procesu patronažnega varstva. *Organizacija.* 2005;38(8):478-82.

Rauhala A, Fagerström L. Are nurses' assessment of their workload affected by non-patient factors? An analysis of the RAFAELA system. *J Nurs Manag.* 2007;15(5):490-9.

Rauhala A, Kivimaki M, Fagerström L, Elovainio M, Virtanen M, Vahtera J, et al. What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system. *J Adv Nurs.* 2007;57(3):286-95.

Registered Nurses Act. In: *Statutes of Nova Scotia.* Halifax: Government of Nova Scotia; 2006.

Robida A. Kultura varnosti pacientov - pilotna raziskava o bolnišnični kulturi varnosti pacientov. In: Kramar Z, Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Kraigher A, Skinder Savič K, eds. *Varnost - rdeča nit celostne obravnave pacientov zbornik prispevkov*, Gozd Martuljek, 7. - 8. april 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011a: 13-8.

Robida A. Pot do odlične zdravstvene prakse: vodnik za izboljševanje kakovosti in presojo lastne zdravstvene prakse. Ljubljana: Planet GV; 2009.

Robida A. Zaznavanje kulture varnosti pacientov pri medicinskih sestrah v treh splošnih akutnih bolnišnicah. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Zorc J, Skinder Savič K, eds. Na dokazih podprta zdravstvena obravnava - priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj: zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 9. - 10. junij 2011. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011b:129-37.

Rubin G, Balaji RV, Barcikowski R. Barriers to nurse/nursing aide communication: the search for collegiality in a southeast Ohio nursing home. *J Nurs Manag.* 2009;17(7):822-32.

Saranto K, Kinnunen UM. Evaluating nursing documentation - research designs and methods: systematic review. *J Adv Nurs.* 2009;65(3):464-76.

Sekavčnik T, Hoyer S. Vrednotenje kvalitete procesa zdravstvene nege. *Zdrav Obzor.* 1987;21(3-4):97-106.

Sermeus W, Delesie L, Van den Heede K, Diya L, Lesaffre E. Measuring the intensity of nursing care: making use of the Belgian Nursing Minimum Data Set. *Int J Nurs Stud.* 2008;45(7):1011-21.

Sexton A, Chan C, Elliott M, Stuart J, Jayasuriya R, Crookes P. Nursing handovers: do we really need them? *J Nurs Manag.* 2004;12(1):37-42.

Sharit J, McCane L, Thevenin DM, Barach P. Examining links between sign-out reporting during shift changeovers and patient management risks. *Risk Anal.* 2008;28(4):969-81.

Sheung Cheng WL, Yuk Ali CK. Satisfaction scale for community nursing: development and validation. *J Adv Nurs.* 2010;66(10):2331-40.

Siyana Dorcas M. Nurses' perceptions of electronic documentation: [doktorska disertacija]. Highland Heights: Northern Kentucky University; 2010.

Skela Savič B. Dejavniki uspešnega izvajanja sprememb v slovenskem zdravstvu: [doktorska disertacija]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede; 2007a.

Skela Savič B. Kontinuirana zdravstvena obravnava - izziv sodobnega menedžmenta bolnišnične zdravstvene nege. *Obzor Zdrav Neg.* 2007;41(1):3-11.

Skela Savič B. Pomen raziskovanja in na dokazih temelječega delovanja za razvoj zdravstvene nege. In: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, Klemenc D, eds. *Z dokazi v prakso: zbornik predavanj z recenzijo*, Ljubljana, 9. maj 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebni razvoj medicinskih sester in babic; 2012: 21-31.

Skela Savič B, Robida A. Kakovost in varnost zdravstvene obravnave: vloga srednjega menedžmenta. *Obzor Zdrav Neg.* 2012;46(1):9-35.

Spencer JA, Lunsford V. Electronic documentation and the caring nurse-patient relationship. *Int J Hum Caring.* 2010;14(2):30-5.

Storfjell JL, Omoike O, Ohlson S. The balancing act: patient care time versus cost. *J Nurs Adm.* 2008;38(5):244-9.

Stričević J, Pajnkihar M, Kegl B, Harih M. Pomoč ekspertnega sistema DEX pri kategorizaciji hospitaliziranih otrok. In: Berkopec M, ed. *Ali bo e-zdravju sledila e-zdravstvena nega*, Novo mesto, 20. - 21. januar 2011. Novo mesto: Splošna bolnica: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov: Visoka šola za zdravstvo; 2011: 79-90.

Sullivan EJ, Decker PJ. *Effective leadership and management in nursing*. Upper Saddle River; Pearson/Prentice Hall; 2005.

Šlajmer-Japelj M. Značaj dokumentacije za rad medicinske sestre i njenih saradnika. *Obzor Zdrav Neg.* 1981;15(3):190-3.

Šuštaršič O, Rajkovič V, Kljajić M. Nova kakovost, ki jo prinaša strukturiran zapis v dokumentiranju zdravstvene nege. *Obzor Zdrav Neg.* 2000;34(5-6):185-92.

Šušteršič O, Rajkovič V, Kljajić M, Lednik L, Pavčič-Tršan B, Prijatelj V, et al. Model orodja za zagotavljanje kakovosti s pomočjo dokumentacije v zdravstveni negi. V: *E-zdravje v e-Sloveniji: zbornik kongresa Slovenskega društva za medicinsko informatiko, Bled, 1. december 2004.* Ljubljana: Slovensko društvo za medicinsko informatiko; 2004: 94-107.

Tarpey RJ, Nelson MF. Schedule quality assessment metrics. *Health Care Manag (Frederick).* 2009;28(2):145-58.

Törnvall E, Wilhelmsson S, Wahren LK. Electronic nursing documentation in primary health care. *Scand J Caring Sci.* 2004; 18(3):310-7.

Törnvall E, Wilhelmsson S. Nursing documentation for communicating and evaluating care. *J Clin Nurs.* 2008;17(16):2116-24.

Turner DM. Clinician readiness for transition to a fully integrated electronic health care delivery system: [doktorska disertacija]. Minneapolis: Walden University; 2007.

Ule M. Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2009.

Ule M. Psihologija komuniciranja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2005: 9-14.

Unruh L. Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals. *Med Care.* 2003;41(1):142-52.

Upenieks VV, Kotlerman J, Akhavan J, Esser J, Ngo MJ. Assessing nursing staffing ratios: variability in workload intensity. *Policy Polit Nurs Pract.* 2007;8(1):7-19.

Van den Heede K, Diya L, Lesaffre E, Vleugels A, Sermeus W. Benchmarking nurse staffing levels: the development of a nationwide feedback tool. *J Adv Nurs.* 2008;63(6):607-18.

Vee TS, Hestetun M. Structure and routines, - essential condition to secure nursing documentation. *Vård i Norden.* 2009;29(3):50-2.

Vrankar K. Analiza predaje pacientov in uvedba standardiziranega orodja za zagotavljanje varne in uspešne predaje pacientov: [magistrsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2013.

Vrečar A, Skela Savič B. Kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege pri onkoloških pacientih v specialistični ambulantni obravnavi. *Obzor Zdrav Neg.* 2009;43(3):171-82.

Warren A, Tart RC. Fatigue and charting errors: the benefit of a reduced call schedule. *AORN J.* 2008;88(1):88-90.

Weaver B. Communication, persuasion, and negotiation. In: Huber DL, ed. *Leadership and nursing care management.* 4th ed. Maryland Heights: Saunders; 2010.

West SG, Finch JF, Curran PJ. Structural equation models with non-normal variables: problems and remedies. In: Hoyle, RH, ed. *Structural equation modeling: concepts, issues and applications.* Thousand Oaks: Sage Publications; 1995.

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

Založnik V, Železnik D. Kategorizacija bolnikov po metodi Rush v primerjavi z metodo San Joaquin. *Obzor Zdrav Neg.* 2003;37(1):37-51.

Zdolšek S. Elektronsko podprto komuniciranje v zdravstvu: priložnost ali dodatna obremenitev? *Obzor Zdrav Neg.* 2006;40(2):93-8.

Žlak M, Žlak P, Saje M. Odgovornost delavcev v zdravstveni administraciji in medicinskih sester pri pravilnem komuniciranju s pacienti. In: Berkopec M, ed. *Odgovornost v zdravstveni negi, Dolenjske Toplice, 19. - 20. januar 2012.* Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov: Visoka šola za zdravstvo; 2012: 93-106.

7 PRILOGA

Priloga 1

Spoštovani!

Sem absolventka 2. stopnje programa zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice. Da bi lahko napisala magistrsko delo, potrebujem podatke, ki bi jih želela zbrati s pomočjo anketnega vprašalnika.

Analiziranje izraženih stališč medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov so osnova za izdelavo magistrske naloge z naslovom Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi.

Pred vami je anketni vprašalnik, s pomočjo katerega želim ugotoviti mnenje medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi in stopnjo občutka obremenjenosti. Zato vas vljudno prosim, da si vzamete čas in vprašalnik v celoti izpolnite.

Ob vsakem vprašanju so napisana navodila, kako izrazite svoje mnenje.

Zagotavljam vam, da bom vse podatke obravnavala strogo zaupno! Prosim, da izpolnjen vprašalnik oddate na pošto. V ta namen vam prilagam kuverto z mojim naslovom.

Za sodelovanje v raziskavi se vam najlepše zahvaljujem.

Romana Petkovšek-Gregorin

Anketni vprašalnik:

Starost v letih _____

Kje ste zaposleni-obkrožite ustanovo, v kateri ste zaposleni:

1. UKC Ljubljana
2. Bolnišnica Topolšica
3. Splošna bolnica Jesenice
4. Splošna bolnica Slovenj Gradec
5. Splošna bolnica Celje
6. Ortopedska bolnišnica Valdoltra
7. Splošna bolnica Murska Sobota
8. Splošna bolnica Trbovlje
9. Splošna bolnica Novo Mesto
10. Splošna bolnica Izola
11. Bolnišnica Golnik-klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo
12. Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije-Soča
13. Bolnišnica Sežana
14. Drugo _____

Delovna doba v tej ustanovi: _____

Skupna leta delovne dobe:

1. Manj kot 5 let
2. 5-10 let
3. 11-15 let
4. 16-20 let
5. 21-25 let
6. 26-30 let
7. Več kot 30 let

Dosežena izobrazba:

1. Srednja izobrazba
2. Višja izobrazba
3. Visoko-strokovna izobrazba
4. Univerzitetna izobrazba
5. Magisterij
6. Doktorat
7. Drugo _____

Prosim vas, da na lestvici od 1 (nikakor se ne strinjam) do 5 (popolnoma se strinjam) ocenite, v kolikšni meri se strinjate s spodaj navedenimi trditvami. Vmesne ocene predstavljajo različne stopnje vašega strinjanja s trditvijo.

Prosim označite v kolikšni meri spodaj navedene trditve predstavljajo vaše stališče do zastavljene trditve.

S spodaj zapisano trditvijo se	nikakor se ne strinjam	se ne strinjam	delno se strinjam	se strinjam	popolnoma se strinjam
	1	2	3	4	5
Zaposleni v zdravstvu se moramo kontinuirano izobraževati.	1	2	3	4	5
Za uvajanje sprememb je pristojno in odgovorno vodstvo.	1	2	3	4	5
Vodja nam v procesu uvajanja sprememb nudi ustrezno podporo.	1	2	3	4	5
Vodja meni, da so nove tehnike nujno potrebne za uspešno delo.	1	2	3	4	5
Spremembe so za zaposlene vedno težavne.	1	2	3	4	5
Vodstvo podpira in vzpodbuja uvajanje negovalne dokumentacije.	1	2	3	4	5
Vodja nas vključuje v odločitve o spremembah.	1	2	3	4	5
Moje delo je koristno in pomembno.	1	2	3	4	5
Čutim odgovornost za rezultate svojega dela.	1	2	3	4	5
Pri delu sem neodvisen/a in samostojen/a.	1	2	3	4	5
Z beleženjem aktivnosti zdravstvene nege predstavim svoje delo, da postane vidno in pomembno.	1	2	3	4	5
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege je vpeto v moje vsakodnevno delo.	1	2	3	4	5
Beleženje negovalnih diagnoz predstavlja rutino v naši organizaciji.	1	2	3	4	5
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege pomaga tudi ostalim članom zdravstvenega tima, da bolje in hitreje spoznajo pacienta in njegove težave.	1	2	3	4	5
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege je enako pomembno kot ostala beleženja v zdravstveno dokumentacijo.	1	2	3	4	5
Z razvrščanjem pacientov v kategorije medicinske sestre/tehnik prikažejo svoje delovne obremenitve.	1	2	3	4	5
S pomočjo razvrščanja pacientov v kategorije je mogoče izboljšati kadrovsko zasedenost negovalnega osebja.	1	2	3	4	5
Delovne obremenitve medicinskih sester/tehnik so prevelike.	1	2	3	4	5
Zaradi pomanjkanja kadra v zdravstveni negi je slabša kakovost opravljenega dela.	1	2	3	4	5
Medicinske sestre/tehnik si želimo več časa preživeti ob pacientu.	1	2	3	4	5
Uveden sistem razvrščanja pacientov v kategorije je dober.	1	2	3	4	5
Negovalne diagnoze/problemi so dobro opredeljeni.	1	2	3	4	5
Zastavljeni cilji v negovalni dokumentaciji so ob koncu hospitalizacije doseženi, kar je razvidno iz negovalne dokumentacije.	1	2	3	4	5
Dokumentacija zdravstvene nege predstavlja prednost pri vsakodnevem delu medicinskih sester/tehnikov.	1	2	3	4	5
Negovalna dokumentacija ima pozitiven vpliv na varnost pacienta	1	2	3	4	5
Za vodenje dokumentacije zdravstvene nege imam dovolj časa.	1	2	3	4	5
Dobro napisana predaja službe lahko nadomesti ustno predajo.	1	2	3	4	5
Medicinske sestre/tehnik imajo dovolj znanja za izdelavo	1	2	3	4	5

Romana Petkovšek-Gregorin

Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi

negovalnega načrta.					
Dokumentacija zdravstvene nege dviguje kakovost predaje službe.	1	2	3	4	5
Dokumentacija opisuje delo, ki ga opravljam.	1	2	3	4	5
Izpolnjevanje negovalne dokumentacije mi je omogočeno v mirnem okolju.	1	2	3	4	5
Čas, ki je potreben za izpolnjevanje dokumentacije, je vštet v čas namenjen negi.	1	2	3	4	5
Pisna predaja službe je pomembna.	1	2	3	4	5
Medicinske sestre/tehniki izdelujejo negovalni plan rutinsko.	1	2	3	4	5
Medicinske sestre/tehniki imajo dovolj znanja o postopkih dokumentiranja.	1	2	3	4	5
Razvrščanje pacientov v kategorije omogoča prikaz strukture pacientov na oddelku.	1	2	3	4	5
Moje delo postane vidno.	1	2	3	4	5
Zabeležena opažanja so v pomoč preostalim članom zdravstvenega tima.	1	2	3	4	5
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege omogoča kontinuiteto negovanja.	1	2	3	4	5
Dokumentacijski obrazci so obsežni.	1	2	3	4	5
Dokumentiranje omejuje čas, ki bi ga lahko namenil/a negi pacienta.	1	2	3	4	5

Katero dokumentacijo o pacientovem zdravstvenem stanju izpolnjujete in kateri dokumentu se vam zdi najbolj pomembni?

Prosim naredite križec v ustrezno okence in po potrebi dopišite, katero dokumentacijo o pacientovem zdravstvenem stanju izpolnjujete. V drugem stolpcu pa razvrstite navedene dokumente tako, da bo vrstni red, ki ga boste oblikovali, izražal vaš pogled na pomembnost dokumentov (odločite se za prvih 5 prioritet, 1 je najpomembnejše).

	Izpolnjujem (X)	Vrstni red po vaši prioritetni izbiri
Temperaturni list		
List opazovanja pacienta		
Negovalni list		
Kategoriziranje pacienta		
Različne lestvice ocene pacientove samostojnosti		
Lestvice ogroženosti (za padce, razjede zaradi pritiska)		
Negovalne intervencije		
Ocena negovalnega izida zdravljenja		
Negovalne diagnoze		
Cilji zdravstvene nege		
Negovalni odpust		
Anamneza medicinske sestre/tehniki ob sprejemu pacienta		

Prosim, da na lestvici od 0 (najnižja ocena) do 10 (najvišja ocena) ocenite položaj zdravstvene nege v vaši organizaciji.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Katere aktivnosti dnevno beležite pri vsakem pacientu?

V zatemnjenem delu tabele naredite križec pred trditvijo, s katero se strinjate in je zapisana v drugem delu tabele.

Dnevno beležim (X)	TRDITEV
	Zapis merjenja vitalnih funkcij
	Zapis izdanih zdravil
	Kategorizacija pacientov
	Zapis izvedenih dnevnih aktivnosti pri pacientu
	Zapis opažanj pri pacientu
	Zapis aplicirane medikamentozne terapije
	Zapis negovalnih diagnoz
	Drugo (napišite katero-katera)

Katera navodila upoštevate pri razvrščanju pacientov v kategorije?

S križcem v zatemnjeno polje označite trditve, ki so uveljavljene v vašem okolju. V prazna polja lahko dopišete vašo trditev.

V mojem delovnem okolju velja (X)	TRDITEV
	Razvrščanje pacientov v kategorije se izvaja vsak dan.
	Pri razvrščanju se upoštevajo samo zabeležene aktivnosti.
	Kategoriziranje se izvaja za več dni nazaj.
	Paciente kategoriziramo vsak dan ob 12,30h.
	Kategoriziramo vse hospitalizirane paciente.
	Paciente kategoriziramo ob sprejemu.
	Pri pomanjkanju kadra kategorizacije ne izvajamo.

Ali ste imeli pred uvedbo kategoriziranja v vaši ustanovi izobraževanje na to temo:

DA NE

Katere aktivnosti opustite, ko je zaradi pomanjkanje kadra na oddelku število zaposlenih v izmeni zmanjšano? Upoštevajte 24 urno zdravstveno nego.

S križcem v zatemnjeno polje označite aktivnosti, ki jih opustite, ker jih zaradi pomanjkanja časa ne morete izvesti. V prazna polja lahko dopišete vašo trditvev.

Opustimo (X)	TRDITEV
	Razdeljevanje zdravil
	Beleženje aktivnosti zdravstvene nege
	Negovalne diagnoze
	Kategoriziranje pacientov
	Dokumentiranje zdravstvene nege
	Preveze ran
	Kopanje pacientov
	Sobne vizite
	Odmor med delom
	Organizacijski sestanek
	Negovalne vizite

Koliko časa porabite za beleženje različne dokumentacije zdravstvene nege in izpolnjevanje ostale dokumentacije v okviru ene delovne izmene:

1. 0,5 ure v izmeni
2. 1 uro v izmeni
3. 1-1,5 ure v izmeni
4. 1,5-2 ure v izmeni
5. 2-2,5 ure v izmeni
6. 2,5-3 ure v izmeni
7. več kot 3 ure v izmeni
8. Drugo _____

Prosim s križcem označite katera oblika dokumentiranja zahteva za izpolnjevanje največ časa. Označite lahko največ 3 trditve. V prazno polje lahko dopišete vašo trditvev.

Največ časa zahteva (X)	TRDITEV
	Zapis merjenja vitalnih funkcij
	Zapis izdanih zdravil
	Kategorizacija pacientov
	Zapis izvedenih dnevnih aktivnosti pri pacientu
	Zapis opažanj pri pacientu
	Zapis aplicirane medikamentozne terapije
	Zapis negovalnih diagnoz
	Drugo (napišite katero-katera)

Kako beležite aktivnost zdravstvene nege?

V zatemnjenem delu tabele naredite križec pred trditvijo, s katero se strinjate in je zapisana v drugem delu tabele. V prazna polja lahko dopišete vašo trditev.

Aktivnosti, ki jih beležim (X)	TRDITEV
	Ročno na za to oblikovanem obrazcu
	Raportna knjiga
	Raportna knjiga in obrazec zdravstvene nege, kjer so zapisana vsa opažanja pri posameznem pacientu
	Računalniško, kjer so zapisana vsa opažanja pri posameznem pacientu
	Računalniško, kamor beležimo vso negovalno dokumentacijo o posameznem pacientu
	Standardizirani obrazci, ki nudijo izbiro posamezne aktivnosti, tako da je možno obkroževanje izbrane aktivnosti

Prosim, da izrazite svoje mnenje oziroma stališče do obravnavane teme ali morebitne predloge in pripombe, ki bi še dodatno omogočili bolj kakovostno obravnavo tematike, ki jo želimo raziskati.

Za sodelovanje v anketi se vam najlepše zahvaljujem

Priloga 2

	v1	v2	v3	v4	v5	v6	v7	v8	v9	v10	v11	v12	v13	v14	v15	v16	v17	v18	v19	v20	v21	v22	v23	v24	v25	v26	v27	v28	v29	v30	v31	v32	v33	v34	v35	v36	v37	v38	v39	v40	v41			
v1	1,000																																											
v2	0,215**	1,000																																										
v3	0,223**	0,165**	1,000																																									
v4	0,227**	0,127**	0,533**	1,000																																								
v5	0,073	0,054	0,073	0,076	1,000																																							
v6	0,160**	-0,011	0,300**	0,416**	0,167**	1,000																																						
v7	0,171**	0,058	0,498**	0,399**	0,124**	0,352**	1,000																																					
v8	0,294**	0,147**	0,172**	0,146**	0,001	0,166**	0,225**	1,000																																				
v9	0,338**	0,140**	0,218**	0,181**	0,044	0,129**	0,194**	0,502**	1,000																																			
v10	0,067	0,076	0,147**	0,110**	0,042	0,147**	0,217**	0,285**	0,221**	1,000																																		
v11	0,231**	0,072	0,316**	0,244**	0,121**	0,215**	0,366**	0,316**	0,308**	0,275**	1,000																																	
v12	0,212**	0,087*	0,224**	0,220**	0,087*	0,313**	0,267**	0,257**	0,336**	0,245**	0,398**	1,000																																
v13	-0,007	0,028	0,150**	0,148**	0,019	0,270**	0,156**	0,102*	0,063	0,167**	0,207**	0,350**	1,000																															
v14	0,177**	0,038	0,275**	0,328**	-0,011	0,198**	0,272**	0,223**	0,199**	0,209**	0,480**	0,345**	0,379**	1,000																														
v15	0,280**	0,046	0,264**	0,264**	0,083*	0,213**	0,301**	0,227**	0,183**	0,177**	0,507**	0,333**	0,221**	0,655**	1,000																													
v16	0,159**	0,097*	0,249**	0,233**	0,060	0,194**	0,232**	0,149**	0,096*	0,155**	0,404**	0,257**	0,166**	0,413**	0,490**	1,000																												
v17	0,077	0,073	0,257**	0,201**	0,001	0,144**	0,257**	0,130**	0,087*	0,174**	0,402**	0,189**	0,146**	0,392**	0,454**	0,620**	1,000																											
v18	0,028	0,053	-0,005	0,114**	0,126**	0,179**	0,003	0,128**	0,119**	0,144**	0,101*	0,100*	0,093*	0,063	0,075	0,114**	0,068	1,000																										
v19	-0,008	0,100**	-0,049	-0,027	0,134**	-0,035	-0,020	-0,041	0,017	0,034	0,028	0,075	0,050	0,024	-0,017	0,066	0,037	0,308**	1,000																									
v20	0,227**	0,071	0,142**	0,210**	0,055	0,176**	0,078	0,162**	0,252**	0,091*	0,114**	0,223**	0,134**	0,103*	0,130**	0,119**	0,083*	0,277**	0,288**	1,000																								
v21	0,030	0,136**	0,263**	0,248**	-0,019	0,145**	0,320**	0,096*	0,094*	0,111**	0,316**	0,156**	0,182**	0,393**	0,331**	0,452**	0,479**	-0,038	0,028	0,073	1,000																							
v22	0,037	0,074	0,299**	0,263**	0,065	0,204**	0,303**	0,071	0,066	0,129**	0,284**	0,188**	0,360**	0,398**	0,306**	0,347**	0,356**	0,036	-0,026	0,071	0,532**	1,000																						
v23	0,065	0,078	0,304**	0,245**	0,033	0,173**	0,298**	0,147**	0,104*	0,089*	0,318**	0,240**	0,448**	0,450**	0,387**	0,397**	0,379**	0,078	-0,029	0,136**	0,468**	0,632**	1,000																					
v24	0,138**	0,060	0,262**	0,242**	-0,063	0,136**	0,324**	0,166**	0,163**	0,175**	0,432**	0,281**	0,276**	0,577**	0,547**	0,408**	0,424**	0,035	-0,017	0,044	0,423**	0,404**	0,537**	1,000																				
v25	0,220**	0,077	0,294**	0,334**	0,024	0,171**	0,331**	0,199**	0,177**	0,163**	0,448**	0,215**	0,115**	0,519**	0,522**	0,374**	0,385**	0,036	-0,050	0,069	0,393**	0,403**	0,418**	0,602**	1,000																			
v26	0,014	-0,042	0,264**	0,208**	0,014	0,172**	0,277**	0,024	0,116**	0,127**	0,272**	0,142**	0,204**	0,334**	0,259**	0,212**	0,295**	0,180**	0,139**	0,150**	0,303**	0,322**	0,346**	0,399**	0,373**	1,000																		
v27	-0,059	-0,024	0,045	0,062	0,081	0,058	0,058	-0,022	-0,067	0,040	0,138**	0,065	0,145**	0,139**	0,128**	0,110**	0,156**	0,015	0,000	0,012	0,175**	0,112**	0,149**	0,124**	0,137**	0,172**	1,000																	
v28	-0,020	0,005	0,072	0,041	-0,040	0,215**	0,154**	0,086*	0,041	0,107**	0,079	0,178**	0,323**	0,188**	0,168**	0,112**	0,122**	0,079	-0,028	0,081	0,176**	0,275**	0,325**	0,239**	0,130**	0,259**	0,225**	1,000																
v29	0,197**	0,075	0,252**	0,189**	0,056	0,176**	0,278**	0,195**	0,221**	0,091*	0,427**	0,232**	0,148**	0,427**	0,539**	0,354**	0,340**	0,053	0,003	0,039	0,333**	0,332**	0,383**	0,559**	0,631**	0,352**	0,252**	0,349**	1,000															
v30	0,073	0,117**	0,285**	0,213**	0,067	0,198**	0,253**	0,164**	0,167**	0,195**	0,446**	0,289**	0,171**	0,392**	0,399**	0,351**	0,288**	0,016	-0,008	0,026	0,343**	0,328**	0,355**	0,491**	0,504**	0,323**	0,159**	0,253**	0,605**	1,000														
v31	-0,044	-0,037	0,242**	0,175**	0,006	0,147**	0,271**	0,040	0,075	0,178**	0,237**	0,092*	0,172**	0,256**	0,216**	0,249**	0,308**	-0,105*	-0,102*	-0,086*	0,333**	0,344**	0,358**	0,337**	0,304**	0,621**	0,241**	0,243**	0,324**	0,293**	1,000													
v32	0,015	0,044	0,131**	0,034	0,037	0,074	0,113**	0,010	0,118**	0,087*	0,107*	0,162**	0,111**	0,109**	0,095*	0,052	0,078	0,074	0,026	0,040	0,134**	0,140**	0,169**	0,106*	0,125**	0,144**	0,043	0,073	0,144**	0,122**	0,251**	1,000												
v33	0,236**	0,084*	0,117**	0,104*	0,100*	0,089*	0,109**	0,145**	0,195**	0,081	0,203**	0,265**	0,133**	0,227**	0,286**	0,215**	0,125**	0,070	0,030	0,145**	0,111**	0,134**	0,133**	0,189**	0,215**	0,106*	0,144**	0,079	0,305**	0,214**	0,017	0,221**	1,000											
v34	-0,008	0,035	0,098**	0,139**	0,092*	0,109**	0,121**	-0,031	-0,029	0,094*	0,076	0,107**	0,195**	0,124**	0,071	0,130**	0,140**	0,018	0,071	0,038	0,182**	0,187**	0,158**	0,114**	0,094*	0,237**	0,215**	0,213**	0,212**	0,165**	0,235**	0,172**	0,166**	1,000										
v35	0,008	0,050	0,142**	0,122**	-0,039	0,214**	0,150**	0,123**	0,079	0,135**	0,125**	0,182**	0,308**	0,236**	0,147**	0,168**	0,109**	0,108**	-0,035	0,066	0,210**	0,338**	0,297**	0,229**	0,138**	0,261**	0,067	0,557**	0,278**	0,257**	0,322**	0,132**	0,203**	0,256**	1,000									
v36	0,175**	0,173**	0,315**	0,264**	0,074	0,245**	0,277**	0,143**	0,120**	0,199**	0,356**	0,244**	0,224**	0,422**	0,437**	0,531**	0,440**	0,054	-0,040	0,086*	0,491**	0,448**	0,428**	0,417**	0,426**	0,340**	0,179**	0,262**	0,448**	0,425**	0,319**	0,149**	0,285**	0,253**	0,384**	1,000								
v37	0,145**	0,104**	0,250**	0,246**	0,024	0,166**	0,304**	0,152**	0,207**	0,164**	0,511**	0,250**	0,205**	0,445**	0,449**	0,437**	0,414**	-0,014	-0,061	0,040	0,384**	0,364**	0,364**	0,448**	0,510**	0,368**	0,177**	0,166**	0,501**	0,506**	0,418**	0,215**	0,210**	0,207**	0,241**	0,493**	1,000							
v38	0,205**	0,059	0,230**	0,256**	0,071	0,194**	0,303**	0,266**	0,245**	0,158**	0,496**	0,274**	0,173**	0,499**	0,514**	0,401**	0,322**	0,080	-0,002	0,118**	0,342**	0,342**	0,340**	0,469**	0,513**	0,																		

Priloga 3

	Initial	Komuna liteta	1	2	3	4	5	6
v1	Zaposleni v zdravstvu se moramo kontinuirano izobraževati	0,31						
v2	Za uvajanje sprememb je pristojno in odgovorno vodstvo	0,16						
v3	Vodja nam v procesu uvajanja sprememb nudi ustrezno podporo	0,45				0,58		
v4	Vodja meni, da so nove tehnike nujno potrebne za uspešno delo	0,45				0,66		
v5	Spremembe so za zaposlene vedno težavne	0,16						
v6	Vodstvo podpira in vzpodbuja uvajanje negovalne dokumentacije	0,38				0,52		
v7	Vodja nas vključuje v odločitve o spremembah	0,44				0,51		
v8	Moje delo je koristno in pomembno	0,42			0,68			
v9	Čutim odgovornost za rezultate svojega dela	0,46			0,73			
v10	Pri delu sem neodvisna in samostojna	0,27						
v11	Z beleženjem aktivnosti zdravstvene nege predstavim svoje delo, da postane vidno in pomembno	0,50	0,54					
v12	Beleženje aktivnosti zdravstvene nege je vpeto v moje vsakodnevno delo	0,40						
v13	Beleženje negovalnih diagnoz predstavlja rutino v naši organizaciji	0,44		0,43				
v14	Beleženje aktivnosti zdravstvene nege pomaga tudi ostalim članom zdravstvenega tima, da bolje in hitreje spoznajo pacienta in njegove težave	0,59	0,64					
v15	Beleženje aktivnosti zdravstvene nege je enako pomembno kot ostala beleženja v zdravstveno dokumentacijo	0,61	0,69					
v16	Z razvrščanjem pacientov v kategorije medicinske sestre prikažejo svoje delovne obremenitve	0,56	0,68					
v17	S pomočjo razvrščanja pacientov v kategorije je mogoče izboljšati kadrovsko zasedenost negovalnega osebja	0,54	0,66					
v18	Delovne obremenitve medicinskih sester so prevelike	0,30					0,50	
v19	Zaradi pomanjkanja kadra v zdravstveni negi je slabša kakovost opravljenega dela	0,26					0,43	
v20	Medicinske sestre si želimo več časa preživeti ob pacientu	0,34					0,54	
v21	Uveden sistem razvrščanja pacientov v kategorije je dober	0,50	0,62					
v22	Negovalne diagnoze/problemi so dobro opredeljeni	0,55	0,55	0,40				
v23	Negovalni cilji so ob koncu hospitalizacije doseženi, kar je razvidno iz negovalne dokumentacije	0,61	0,60					
v24	Dokumentacija zdravstvene nege predstavlja prednost pri vsakodnevem delu medicinskih sester	0,60	0,71					
v25	Negovalna dokumentacija ima pozitiven vpliv na varnost pacienta	0,62	0,69					

v26	Za vodenje dokumentacije zdravstvene nege imam dovolj časa	0,53		0,43				-0,43	
v27	Dobro napisana predaja službe lahko nadomesti ustno predajo	0,22							
v28	Medicinske sestre imajo dovolj znanja za izdelavo negovalnega načrta	0,47		0,65					
v29	Dokumentacija zdravstvene nege dviguje kakovost predaje službe	0,66	0,58						0,43
v30	Dokumentacija opisuje delo, ki ga opravljam	0,52	0,53						
v31	Izpolnjevanje negovalne dokumentacije mi je omogočeno v mirnem okolju	0,52		0,42					
v32	Čas, ki je potreben za izpolnjevanje dokumentacije, je vštet v čas namenjen negi	0,24							
v33	Pisna predaja službe je pomembna	0,27							
v34	Medicinske sestre izpolnjujejo negovalni plan rutinsko	0,21							
v35	Medicinske sestre imajo dovolj znanja o postopkih dokumentiranja	0,46		0,64					
v36	Razvrščanje pacientov v kategorije omogoča prikaz strukture pacientov na oddelku	0,14							
v37	Moje delo postane vidno	0,55	0,61						
v38	Zabeležena opažanja so v pomoč preostalim članom zdravstvenega tima	0,59	0,60						
v39	Beleženje aktivnosti zdravstvene nege omogoča kontinuiteto negovanja	0,63	0,67						
v40	Dokumentacijski obrazci so obsežni	0,29							
v41	Dokumentiranje omejuje čas, ki bi ga lahko namenila negi pacienta	0,37						0,61	
	*Prikazane so uteži > 0,40								

Priloga 4

	Najnižja vrednost	Najvišja vrednost	PV	Med	SO	KV	Asim	Spl
Čutim odgovornost za rezultate svojega dela	1,00	5,00	4,56	5,00	0,64	13%	-1,5	3,2
Zaposleni v zdravstvu se moramo kontinuirano izobraževati	2,00	5,00	4,53	5,00	0,63	13%	-1,3	1,5
Medicinske sestre si želimo več časa preživeti ob pacientu	1,00	5,00	4,42	5,00	0,74	15%	-1,2	1,2
Moje delo je koristno in pomembno	1,00	5,00	4,41	5,00	0,72	14%	-1,3	2,2
Delovne obremenitve medicinskih sester so prevelike	1,00	5,00	4,40	5,00	0,76	15%	-1,2	1,2
Pisna predaja službe je pomembna	1,00	5,00	4,29	4,00	0,74	19%	-0,9	1,0
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege je vpeto v moje vsakodnevno delo	1,00	5,00	4,29	4,00	0,78	20%	-1,1	1,6
Dokumentiranje omejuje čas, ki bi ga lahko namenila negi pacienta	1,00	5,00	4,24	4,00	0,88	22%	-0,9	0,2
Dokumentacijski obrazci so obsežni	1,00	5,00	4,15	4,00	0,83	21%	-0,7	-0,1
Zaradi pomanjkanja kadra v zdravstveni negi je slabša kakovost opravljenega dela	1,00	5,00	4,12	4,00	0,98	24%	-1,0	0,5
Za uvajanje sprememb je pristojno in odgovorno vodstvo	1,00	5,00	4,12	4,00	0,83	21%	-0,7	0,1
Vodstvo podpira in vzpodbuja uvajanje negovalne dokumentacije	1,00	5,00	4,01	4,00	0,88	22%	-0,8	0,5
Pri delu sem neodvisna in samostojna	1,00	5,00	3,99	4,00	0,90	23%	-0,6	0,0
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege je enako pomembno kot ostala beleženja v zdravstveno dokumentacijo	1,00	5,00	3,93	4,00	0,97	24%	-0,7	0,1
Z beleženjem aktivnosti zdravstvene nege predstavim svoje delo, da postane vidno in pomembno	1,00	5,00	3,91	4,00	0,93	23%	-0,8	0,4
Vodja meni, da so nove tehnike nujno potrebne za uspešno delo	1,00	5,00	3,89	4,00	0,85	21%	-0,4	0,0
Zabeležena opažanja so v pomoč preostalim članom zdravstvenega tima	1,00	5,00	3,85	4,00	0,90	22%	-0,7	0,6
Z razvrščanjem pacientov v kategorije medicinske sestre prikažejo svoje delovne obremenitve	1,00	5,00	3,76	4,00	1,10	27%	-0,7	-0,1
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege pomaga tudi ostalim članom zdravstvenega tima, da bolje in hitreje spoznajo pacienta in njegove težave	1,00	5,00	3,72	4,00	1,03	26%	-0,6	-0,2
Vodja nam v procesu uvajanja sprememb nudi ustrezno podporo	1,00	5,00	3,69	4,00	0,93	23%	-0,4	-0,3

Beleženje aktivnosti zdravstvene nege omogoča kontinuiteto negovanja	1,00	5,00	3,65	4,00	0,93	23%	-0,5	0,0
Spremembe so za zaposlene vedno težavne	1,00	5,00	3,61	4,00	0,93	23%	-0,1	-0,4
Razvrščanje pacientov v kategorije omogoča prikaz strukture pacientov na oddelku	1,00	5,00	3,59	4,00	0,95	24%	-0,5	0,0
Dokumentacija zdravstvene nege dviguje kakovost predaje službe	1,00	5,00	3,57	4,00	1,00	25%	-0,5	-0,1
Dokumentacija opisuje delo, ki ga opravljam	1,00	5,00	3,55	4,00	1,01	25%	-0,4	-0,2
Negovalna dokumentacija ima pozitiven vpliv na varnost pacienta	1,00	5,00	3,52	4,00	1,02	25%	-0,4	-0,2
Moje delo postane vidno	1,00	5,00	3,44	3,00	1,06	35%	-0,4	-0,2
Medicinske sestre imajo dovolj znanja o postopkih dokumentiranja	1,00	5,00	3,43	3,00	0,85	28%	-0,2	0,0
Dokumentacija zdravstvene nege predstavlja prednost pri vsakodnevnem delu medicinskih sester	1,00	5,00	3,42	4,00	1,01	25%	-0,5	0,0
S pomočjo razvrščanja pacientov v kategorije je mogoče izboljšati kadrovske zasedenosti negovalnega osebja	1,00	5,00	3,42	4,00	1,21	30%	-0,5	-0,6
Beleženje negovalnih diagnoz predstavlja rutino v naši organizaciji	1,00	5,00	3,41	3,00	1,16	39%	-0,3	-0,8
Vodja nas vključuje v odločitve o spremembah	1,00	5,00	3,37	3,00	1,08	36%	-0,3	-0,5
Medicinske sestre imajo dovolj znanja za izdelavo negovalnega načrta	1,00	5,00	3,35	3,00	0,99	33%	-0,3	-0,3
Čas, ki je potreben za izpolnjevanje dokumentacije, je vštet v čas namenjen negi	1,00	5,00	3,30	3,00	1,15	38%	-0,3	-0,7
Uveden sistem razvrščanja pacientov v kategorije je dober	1,00	5,00	3,23	3,00	0,99	33%	-0,3	-0,1
Negovalni cilji so ob koncu hospitalizacije doseženi, kar je razvidno iz negovalne dokumentacije	1,00	5,00	3,22	3,00	0,90	30%	-0,4	0,1
Medicinske sestre izpolnjujejo negovalni plan rutinsko	1,00	5,00	3,19	3,00	0,96	32%	-0,2	-0,1
Negovalne diagnoze/problemi so dobro opredeljeni	1,00	5,00	3,13	3,00	0,91	30%	-0,3	0,0
Dobro napisana predaja službe lahko nadomesti ustno predajo	1,00	5,00	3,11	3,00	1,27	42%	-0,2	-1,0
Za vodenje dokumentacije zdravstvene nege imam dovolj časa	1,00	5,00	2,32	2,00	0,96	48%	0,3	-0,5
Izpolnjevanje negovalne dokumentacije mi je omogočeno v mirnem okolju	1,00	5,00	2,25	2,00	1,04	52%	0,6	-0,2

* KV = koeficient variacije; Asim = koeficient asimetričnosti; Spl = koeficient sploščenosti; PV - povprečna vrednost; Med - mediana

Priloga 5

Descriptive Statistics									
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Zaposleni v zdravstvu se moramo kontinuirano izobraževati	592	2,00	5,00	4,5321	,63378	-1,261	,100	1,528	,201
Za uvajanje sprememb je pristojno in odgovorno vodstvo	589	1,00	5,00	4,1205	,82524	-,664	,101	,095	,201
Vodja nam v procesu uvajanja sprememb nudi ustrezno podporo	585	1,00	5,00	3,6923	,93323	-,367	,101	-,259	,202
Vodja meni, da so nove tehnike nujno potrebne za uspešno delo	583	1,00	5,00	3,8885	,84722	-,449	,101	-,027	,202
Spremembe so za zaposlene vedno težavne	587	1,00	5,00	3,6133	,92852	-,122	,101	-,393	,201
Vodstvo podpira in vzpodbuja uvajanje negovalne dokumentacije	589	1,00	5,00	4,0051	,87771	-,752	,101	,502	,201
Vodja nas vključuje v odločitve o spremembah	590	1,00	5,00	3,3746	1,07780	-,347	,101	-,472	,201
Moje delo je koristno in pomembno	589	1,00	5,00	4,4092	,71949	-1,260	,101	2,157	,201
Čutim odgovornost za rezultate svojega dela	589	1,00	5,00	4,5586	,64316	-1,547	,101	3,223	,201
Pri delu sem neodvisna in samostojna	582	1,00	5,00	3,9897	,90127	-,631	,101	,033	,202
Z beleženjem aktivnosti zdravstvene nege predstavim svoje delo, da postane vidno in pomembno	585	1,00	5,00	3,9111	,92841	-,763	,101	,416	,202
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege je vpeto v moje vsakodnevno delo	581	1,00	5,00	4,2892	,78281	-1,119	,101	1,571	,202
Beleženje negovalnih diagnoz predstavlja rutino v naši organizaciji	585	1,00	5,00	3,4137	1,15561	-,280	,101	-,782	,202
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege pomaga tudi ostalim članom zdravstvenega tima, da bolje in hitreje spoznajo pacienta in njegove težave	588	1,00	5,00	3,7177	1,03197	-,571	,101	-,244	,201
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege je enako pomembno kot ostala beleženja v zdravstveno dokumentacijo	588	1,00	5,00	3,9303	,96633	-,713	,101	,131	,201
Z razvrščanjem pacientov v kategorije medicinske sestre prikažejo svoje delovne obremenitve	584	1,00	5,00	3,7603	1,09610	-,706	,101	-,109	,202
S pomočjo razvrščanja pacientov v kategorije je mogoče izboljšati kadrovsko zasedenost negovalnega osebja	585	1,00	5,00	3,4154	1,21496	-,457	,101	-,610	,202
Delovne obremenitve medicinskih sester so prevelike	586	1,00	5,00	4,3976	,76052	-1,160	,101	1,220	,202
Zaradi pomanjkanja kadra v zdravstveni negi je slabša kakovost opravljenega dela	586	1,00	5,00	4,1246	,97832	-1,010	,101	,490	,202
Medicinske sestre si želimo več časa preživeti ob pacientu	587	1,00	5,00	4,4174	,73983	-1,173	,101	1,225	,201
Uveden sistem razvrščanja pacientov v kategorije je dober	582	1,00	5,00	3,2268	,99401	-,340	,101	-,064	,202
Negovalne diagnoze/problemi so dobro opredeljeni	585	1,00	5,00	3,1265	,90531	-,321	,101	,003	,202
Negovalni cilji so ob koncu hospitalizacije doseženi, kar je razvidno iz negovalne dokumentacije	584	1,00	5,00	3,2192	,89782	-,388	,101	,058	,202
Dokumentacija zdravstvene nege predstavlja prednost pri vsakodnevnem delu medicinskih sester	589	1,00	5,00	3,4244	1,01006	-,498	,101	,011	,201
Negovalna dokumentacija ima pozitiven vpliv na varnost pacienta	585	1,00	5,00	3,5162	1,01537	-,418	,101	-,216	,202
Za vodenje dokumentacije zdravstvene nege imam dovolj časa	587	1,00	5,00	2,3152	,95522	,301	,101	-,473	,201
Dobro napisana predaja službe lahko nadomesti ustno predajo	585	1,00	5,00	3,1094	1,26802	-,156	,101	-1,024	,202
Medicinske sestre imajo dovolj znanja za izdelavo negovalnega načrta	586	1,00	5,00	3,3515	,99364	-,288	,101	-,273	,202
Dokumentacija zdravstvene nege dviguje kakovost predaje službe	586	1,00	5,00	3,5683	,99552	-,513	,101	-,077	,202
Dokumentacija opisuje delo, ki ga opravljam	580	1,00	5,00	3,5534	1,00546	-,398	,101	-,179	,203
Izpolnjevanje negovalne dokumentacije mi je omogočeno v mirnem okolju	586	1,00	5,00	2,2509	1,04278	,619	,101	-,164	,202
Čas, ki je potreben za izpolnjevanje dokumentacije, je vštet v čas namenjen negi	581	1,00	5,00	3,3012	1,15093	-,274	,101	-,724	,202
Pisna predaja službe je pomembna	583	1,00	5,00	4,2899	,74152	-,928	,101	,993	,202
Medicinske sestre izpolnjujejo negovalni rutinsko	585	1,00	5,00	3,1932	,96263	-,221	,101	-,135	,202
Medicinske sestre imajo dovolj znanja o postopkih dokumentiranja	586	1,00	5,00	3,4283	,84680	-,198	,101	-,041	,202
Razvrščanje pacientov v kategorije omogoča prikaz strukture pacientov na oddelku	581	1,00	5,00	3,5938	,95424	-,473	,101	,034	,202
Moje delo postane vidno	580	1,00	5,00	3,4379	1,05853	-,446	,101	-,165	,203
Zabeležena opažanja so v pomoč preostalim članom zdravstvenega tima	587	1,00	5,00	3,8535	,89690	-,719	,101	,612	,201
Beleženje aktivnosti zdravstvene nege omogoča kontinuiteto negovanja	585	1,00	5,00	3,6513	,92794	-,454	,101	,036	,202
Dokumentacijski obrazci so obsežni	586	1,00	5,00	4,1468	,83449	-,688	,101	-,067	,202
Dokumentiranje omejuje čas, ki bi ga lahko namenila negi pacienta	585	1,00	5,00	4,2444	,88174	-,934	,101	,157	,202
Valid N (listwise)	482								