

FAKULTETA ZA ZDRAVSTVO ANGELE BOŠKIN

DOKTORSKI ŠTUDIJ ZDRAVSTVENE VEDE

SMER ŠTUDIJA: ZDRAVSTVENA NEGA

**NEIZVEDENA ZDRAVSTVENA NEGA V
SLOVENSKIH BOLNIŠNICAH – MEŠANE
RAZISKOVALNE METODE**

**MISSED NURSING CARE IN SLOVENIAN
HOSPITALS – MIXED RESEARCH
METHODS**

DOKTORSKA DISERTACIJA

MATEJA BAHUN



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Doktorska disertacija
Študijski program tretje stopnje
ZDRAVSTVENE VEDE

Smer študija: Zdravstvena nega

NEIZVEDENA ZDRAVSTVENA NEGA V SLOVENSKIH BOLNIŠNICAH – MEŠANE RAZISKOVALNE METODE

MISSED NURSING CARE IN SLOVENIAN HOSPITALS – MIXED RESEARCH METHODS

Doktorska disertacija

Mentorica:
red. prof. dr. Brigita Skela Savič,
znanstvena svetnica

Kandidatka:
Mateja Bahun

Somentorica:
izr. prof. dr. Bojana Lobe

Ljubljana, februar, 2026

Mentorica: red. prof. dr. Brigita Skela Savič, znanstvena svetnica, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Jesenice

Somentorica: izr. prof. dr. Bojana Lobe, Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani in Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Jesenice

Člani Komisije za oceno primernosti teme in za oceno doktorske disertacije:

- red. prof. dr. Danica Železnik, predsednica (Fakulteta za zdravstvene in socialne vede Slovenj Gradec)
- izr. prof. dr. Tit Albreht, član (Nacionalni inštitut za javno zdravje in Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin)
- izr. prof. dr. Mateja Lorber, članica (Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede)

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici red. prof. dr. Brigiti Skela Savič, znanstveni svetnici, za vse znanje in neverjetno strokovno širino, ki ju je nesebično delila pri pripravi te doktorske disertacije, pa tudi za potrpežljivost. Zahvaljujem se somentorici izr. prof. dr. Bojani Lobe za njen strokovni prispevek in razjasnitve raziskovalne metodologije.

Članom Komisije za oceno primernosti teme in za oceno doktorske disertacije: red. prof. dr. Danici Železnik, predsednici komisije, izr. prof. dr. Titu Albrehtu, članu, in izr. prof. dr. Mateji Lorber, članici, se zahvaljujem za mnenja, dopolnitve in razpravo, ki je pomagala to doktorsko disertacijo usmeriti v pravo smer.

Zahvaljujem se vsem udeležencem raziskave, ki so si kljub napornim delovnikom vzeli čas, da so izpolnili vprašalnik, vsem kolegom in kolegicam, ki so v posameznih zdravstvenih ustanovah koordinirali izvedbo raziskave, skrbeli za distribucijo vprašalnikov in bdeli nad dogajanjem znotraj zdravstvenih ustanov, zato da je raziskava potekala v skladu z načrtom in etičnimi vodili za raziskovanje. Hvala vsem udeleženkam raziskave, ki so si vzele čas in sodelovale v fokusnih skupinah – vaš uvid je bil zelo dragocen. Hvala tudi vsem vodilnim delavcem v zdravstvenih ustanovah, ki so dali soglasja, da smo raziskavo sploh lahko izvedli.

Hvala sodelavcem za vsa vprašanja, izraženo skrb in spodbude – pomagale so.

Hvala lektorici Barbari Štefančič, prof. slovenščine, da je slovensko besedilo jezikovno dovršeno, sploh ker je besedišče na tem področju zahtevno.

Zahvaljujem se svojim domačim: staršem, sestri, partnerju in otrokom; prijateljem ter pomembnim drugim, da z mano delijo vzpone in padce življenja, me prenašajo v slabših dneh in se z mano veselijo v boljših. V pričakovanju sončnih dni in dolgih poti se veselim vaše družbe in podpore. Brez vseh vas ne bi šlo.

**IZJAVA O AVTORSKEM DELU DOKTORSKE DISERTACIJE IN
ISTOVETNOSTI TISKANEGA IN ELEKTRONSKEGA IZVODA
DOKTORSKE DISERTACIJE**

Podpisana Mateja Bahun izjavljam, da je doktorska disertacija z naslovom *Neizvedena zdravstvena nega v slovenskih bolnišnicah – mešane raziskovalne metode* lastno avtorsko delo, izdelano samostojno ob pomoči mentorice red. prof. dr. Brigitte Skela Savič, znanstvene svetnice, in somentorice izr. prof. dr. Bojane Lobe.

Izjavljam, da je tiskani izvod doktorske disertacije istoveten elektronskemu.

Datum in kraj:

9. 2. 2026, Jesenice

Podpis doktorandke:



IZVLEČEK

Opredelitev raziskovalnega problema: Neizvedena zdravstvena nega je globalni pojav, z učinki na kakovost zdravstvene obravnave, organizacijsko uspešnost in izide pri pacientih.

Namen in cilji raziskave: Raziskava je preučevala obseg in razloge za neizvedeno zdravstveno nego v slovenskih splošnih bolnišnicah. Cilji so prepoznati, katere aktivnosti zdravstvene nege se opustijo, razloge za to; raziskati pomen sociodemografskih in organizacijskih značilnosti ter pridobiti uvid v doživljanje izvajalcev zdravstvene nege.

Metode: Uporabljen je bil mešani raziskovalni dizajn, najprej s presečno raziskavo z uporabo vprašalnikov BERNCA-R in MISSCARE-B med izvajalci zdravstvene nege 10 slovenskih splošnih bolnišnic ($n = 880$). V fokusnih skupinah je sodelovalo 22 oseb iz petih splošnih bolnišnic. Kvantitativni podatki so bili analizirani z bi- in multivariatnimi metodami ($p \leq 0,05$), kvalitativni pa z večfazno vsebinsko analizo.

Rezultati: Povprečni obseg neizvedene zdravstvene nege znaša 65,6 %. Regresijska analiza pojasni 28,8 % variance s spremenljivkami: ocena kakovosti zdravstvene nege, nivo dosežene izobrazbe, veliko sprejemov in odpustov, ocena delovnega okolja, nujna stanja pri pacientu, premajhno število zaposlenih, število pacientov v zadnji delovni izmeni ter zadovoljstvo s kariero. Analiza posameznih komponent neizvedene zdravstvene nege opozori na druge spremenljivke. Rezultati fokusnih skupin razkrijejo stalni časovni pritisk, negativna čustva ter moralno-etični konflikt izvajalcev zdravstvene nege, pomanjkanje izkušenega kadra, nezmožnosti usposabljanja mladih.

Razprava: Neizvedena zdravstvena nega v raziskanih bolnišnicah izhaja iz neurejenih delovnih pogojev v zdravstveni negi, zlasti povečane obremenitve kadra, ki povečujejo delež izpuščenih intervencij, medtem ko višja samoocena kakovosti izvedene zdravstvene nege, pozitivna ocena delovnega okolja in večje zadovoljstvo s kariero pojavnost zmanjšujejo.

Prispevek k znanosti: Izvedena je bila prva tovrstna raziskava v Sloveniji, ki omogoča mednarodno primerjavo. Nadaljnje raziskave naj proučijo povezave med neizvedeno zdravstveno nego in njenimi posledicami za zaposlene in paciente, vlogo vodij za zmanjšanje tega pojava, izboljšanje delovnih pogojev in podpore zaposlenim.

Ključne besede: izpuščena zdravstvena nega, neopravljena zdravstvena nega, pomanjkanje kadra, kakovost oskrbe, delovna obremenitev, medicinske sestre, načrt mešane raziskave

SUMMARY

Research problem definition: Missed nursing care is a global phenomenon that affects the quality of health care, organisational performance, and patient outcomes.

Research aims and goals: This study examined the extent of missed nursing care and reasons for it in Slovenian general hospitals. Objectives were to identify which nursing activities are missed, establish the reasons for this, to assess the impact of sociodemographic and organizational characteristics, and describe nursing providers' experiences.

Methods: A mixed-methods approach was employed, first including a cross-sectional study using the BERNCA-R and MISSCARE-part B questionnaires among nursing providers from ten Slovenian general hospitals (n = 880). Twenty-two participants from five general hospitals joined the focus groups. Quantitative data were analyzed using bi- and multivariate methods ($p \leq 0.05$), qualitative data were analyzed using the multiphase content analysis.

Results: The mean extent of missed nursing care was 65.6%. Regression analysis explained 28.8% of the variance with the following variables: assessment of nursing care quality; level of education; high admissions and discharges; work environment assessment; patient emergencies; nurse understaffing; number of patients during the last shift; and career satisfaction. An analysis of individual components of missed nursing care pointed to other variables. Focus group results revealed constant time pressure, negative emotions, moral and ethical conflict in nursing providers, lack of experienced staff, and the inability to train young professionals.

Discussion: Missed nursing care in the participating hospitals resulted from unregulated working conditions in nursing. Especially high workload increased the proportion of missed interventions, while higher self-assessed quality of provided nursing care, positive assessment of the work environment, and greater career satisfaction reduced the incidence of missed nursing care.

Contribution of the doctoral dissertation to science: This was the first study of its kind conducted in Slovenia to allow for international comparison. Future research should examine the correlations between missed nursing care and its consequences for

employees and patients, the role of managers in reducing missed nursing care, and ways of improving working conditions and support for employees.

Key words: rationalised nursing care, omitted nursing care, staff shortage, quality of care, workload, nurses, mixed research design

KAZALO

1 UVOD	1
1.1 OPREDELITEV RAZISKOVALNEGA PROBLEMA.....	1
1.2 SISTEMATIČNI PREGLED ZNANSTVENIH SPOZNANJ	3
1.2.1 Modeli neizvedene zdravstvene nege in spoznanja raziskav.....	3
1.2.2 Pojasnitev nacionalnega okvira v zvezi z neizvedeno zdravstveno nego.....	6
1.3 OPERACIONALIZACIJA RAZISKOVALNEGA PROBLEMA	9
2 NAMEN IN CILJI RAZISKAVE	12
2.1 HIPOTEZE, RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	12
3 METODE	15
3.1 RAZISKOVALNI NAČRT	15
3.2 UDELEŽENCI RAZISKAVE.....	15
3.3 INSTRUMENTI RAZISKAVE	18
3.4 POTEK RAZISKAVE IN SOGLASJA	21
3.5 OBDELAVA PODATKOV	24
4 REZULTATI.....	29
4.1 OPISNE STATISTIKE IN ANALIZE ZA ZMANJŠEVANJE DIMENZIONALNOSTI PODATKOV	29
4.2 PREVERJANJE HIPOTEZ.....	36
4.3 KVANTITATIVNE ANALIZE IZVEN HIPOTEZ	51
4.4 KVALITATIVNA ANALIZA PODATKOV FOKUSNIH SKUPIN	57
5 RAZPRAVA.....	76
5.1 KVANTITATIVNI DEL RAZISKAVE.....	76
5.2 KVALITATIVNI DEL RAZISKAVE	82
5.3 SKUPNA RAZPRAVA.....	88
5.4 OMEJITVE RAZISKAVE.....	93
5.5 PRISPEVEK K ZNANOSTI.....	94
6 SKLEPI	97
7 ZAKLJUČEK	101
8 SUMMARY.....	103
9 LITERATURA	114

10 PRILOGE

KAZALO SLIK

Slika 1: Število izvajalcev zdravstvene nege v Sloveniji 2019–2023	7
Slika 2: Konceptualni okvir dejavnikov neizvedene zdravstvene nege presečne raziskave	10
Slika 3: Postopek prevoda instrumentov	21
Slika 4: Lokacija vključenih zdravstvenih ustanov	23
Slika 5: Korelacija med značilnostmi zaposlitve in konstrukti neizvedene zdravstvene nege.....	38
Slika 6: Diagram povprečij konstrukta »Dokumentiranje« glede na izobrazbeni nivo..	44
Slika 7: Diagram povprečij konstrukta »Varnost« glede na izobrazbeni nivo	44
Slika 8: Dendrogram skupin anketirancev	54
Slika 9: Ward metoda – komponente neizvedene zdravstvene nege.....	55
Slika 10: Ward metoda – komponente razlogov neizvedene zdravstvene nege.....	56
Slika 11: Ward metoda – posamezni vidiki službe	56
Slika 12: Glavne teme in kategorije kvalitativnega dela raziskave neizvedene zdravstvene nege.....	58

KAZALO TABEL

Tabela 1: Opredelitev neodvisnih in odvisnih spremenljivk presečne raziskave	11
Tabela 2: Značilnosti udeležencev presečne raziskave	16
Tabela 3: Izobrazbena struktura udeležencev presečne raziskave po ustanovi zaposlitve	17
Tabela 4: Datumi podpisov soglasja in 14-dnevni okvir zbiranja podatkov v ustanovah... ..	24
Tabela 5: Opisne statistike za aktivnosti zdravstvene nege, izpuščene v zadnjih 7 dneh... ..	29
Tabela 6: Opisne statistike razlogov za neizvedeno zdravstveno nego.....	31
Tabela 7: Opisne statistike zadovoljstva s trenutno službo oz. delovnim okoljem glede na izobrazbeno raven.....	32
Tabela 8: Namera po odhodu udeležencev raziskave.....	33

Tabela 9: Komponente neizvedene zdravstvene nege	34
Tabela 10: Spremenljivke pri posameznih komponentah neizvedene zdravstvene nege z utežmi	34
Tabela 11: Komponente razlogov neizvedene zdravstvene nege	35
Tabela 12: Spremenljivke pri posameznih komponentah razlogov za neizvedeno zdravstveno nego z utežmi	36
Tabela 13: Primerjava komponent »Življenjske aktivnosti« in »Skrb, čustvena podpora, aktivacija, edukacija«	36
Tabela 14: Korelacija povprečij konstruktov neizvedene zdravstvene nege glede na značilnosti zaposlitve.....	37
Tabela 15: Pearsonovi korelacijski koeficienti med številom pacientov, za katere so bili udeleženci raziskave odgovorni, ter konstrukti neizvedene zdravstvene nege	39
Tabela 16: Vrstni red konstruktov razlogov za neizvedeno zdravstveno nego	39
Tabela 17: Testiranje parov konstruktov razlogov za neizvedeno zdravstveno nego	40
Tabela 18: Primerjava povprečij konstruktov neizvedene zdravstvene nege glede na spol	41
Tabela 19: Pearsonovi korelacijski koeficienti med številom let delovne dobe v zdravstveni negi ter konstrukti neizvedene zdravstvene nege.....	41
Tabela 20: Pearsonovi korelacijski koeficienti med starostjo ter konstrukti neizvedene zdravstvene nege.....	42
Tabela 21: Primerjava povprečij konstruktov neizvedene zdravstvene nege glede na stopnjo izobrazbe.....	43
Tabela 22: Pomembnost razlogov za neizvedeno zdravstveno nego glede na spol	45
Tabela 23: Pomembnost razlogov za neizvedeno zdravstveno nego glede na delovno dobo v zdravstveni negi.....	46
Tabela 24: Primerjava povprečij konstruktov razlogov za neizvedeno zdravstveno nego glede na stopnjo izobrazbe	46
Tabela 25: Multipli linerani regresijski model za skupno spremenljivko neizvedena zdravstvena nega.....	47
Tabela 26: Multipli linerani regresijski model za pet notranjih dimenzij neizvedene zdravstvene nege.....	49

Tabela 27: Konstrukti neizvedene zdravstvene nege po posameznih zdravstvenih zavodih	52
Tabela 28: Konstrukti razlogov po posameznih zdravstvenih zavodih	53
Tabela 29: Značilnosti skupin anketirancev, pridobljenih z Ward metodo	54
Tabela 30: Kategorije, podkategorije in pripadajoče kode teme Neizvedena zdravstvena nega.....	59
Tabela 31: Kategorije, podkategorije in pripadajoče kode teme Posledice neizvedene zdravstvene nege.....	61
Tabela 32: Kategorije, podkategorije in pripadajoče kode teme Vzroki neizvedene zdravstvene nege.....	66
Tabela 33: Kategorije, podkategorije in pripadajoče kode teme Rešitve za zmanjšanje neizvedene zdravstvene nege.....	70
Tabela 34: Kategorije, podkategorije in pripadajoče kode teme Mediacijski dejavniki	74

SEZNAM OKRAJŠAV

ZDA	Združene države Amerike
SB	splošna bolnišnica
UKC	Univerzitetni klinični center
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development

SEZNAM ČLANKOV

Bahun, M., Lobe, B. & Skela-Savič, B., 2025. The effect of nurses' job characteristics on missed nursing care in medical and surgical departments in selected Slovenian hospitals: a cross-sectional study = Učinek značilnosti delovnih mest medicinskih sester na neizvedeno zdravstveno nego na internističnih in kirurških oddelkih v izbranih slovenskih bolnišnicah: presečna raziskava. *Zdravstveno varstvo: Slovenian journal of public health*, 64(1), pp. 24-31. 10.2478/sjph-2025-0004.

1 UVOD

1.1 OPREDELITEV RAZISKOVALNEGA PROBLEMA

Neizvedena zdravstvena nega je koncept, ki se pojavlja v zdravstveni negi po vsem svetu (Campbell, et al., 2020; Chegini, et al., 2020; Chaboyer, et al., 2021; Nahasaram, et al., 2021; Zabaleta-del-Olmo, et al., 2023). V literaturi je koncept poimenovan v različnih državah z različnimi besednimi zvezami, kot so »nursing care left undone«, v ZDA, Kanadi, Angliji, na Škotskem in v Nemčiji (Aiken, et al., 2001), »unfinished care« v ZDA (Sochalski, 2004), »implicit care rationing« v Švici (Schubert, et al., 2008; Schubert, et al., 2013), »care left undone« v Avstraliji (Duffield, et al., 2007), »task incompleteness« v Kuvajtu (Al-Kandari & Thomas, 2009), »unmet nursing care needs« (Lucero, et al., 2010), in »missed nursing care« (Kalisch, 2006) v ZDA, »bedside rationing« in »care left undone« v Evropi (Ausserhofer, et al., 2014; Papastavrou, et al., 2014a, 2014b). Bail in Grealis (2016) pa sta celo predlagala novo teoretično predpostavko »failure to maintain« kot nov kazalnik kakovosti zdravstvene nege, sploh pri zahtevnejši oskrbi starejših oseb v bolnišnicah. V slovenščini izraz pomeni dobesedno »nezmožnost vzdrževanja«; avtorja sta tu kot merljiv pokazatelj kakovosti zdravstvene nege predlagala spremljanje števila poškodb zaradi pritiska, pljučnic, okužb sečil in delirija kot posledice neustrezno zadovoljenih potreb pacientov. Jones, et al. (2015) opisujejo koncept neizvedene zdravstvene nege kot zdravstveno nego, ki je v kliničnem, čustvenem ali administrativnem smislu in zaradi številnih možnih razlogov neizvedena, delno dokončana ali zakasnela. Opisane različne besedne zveze kažejo na kompleksnost in večplastnost koncepta, uporabljajo se tudi v novejših raziskavah (po letu 2020), kar doprinaša h kompleksnosti razumevanja in raziskovanja koncepta. Obstaja več inštrumentov za zajem podatkov o neizvedeni zdravstveni negi, ki merijo različice koncepta, kar otežuje primerjavo rezultatov. Na drugi strani pa Willis, et al. (2021) ugotavljajo precejšnjo skladnost v razumevanju koncepta ne glede na jezikovne, kulturne in druge razlike v 26 državah, vključenih v raziskavo, kar razlagajo z Giddensovo teorijo globalizacije (Giddens, 1990). Raziskali so razumevanje treh angleških besednih zvez, ki se v literaturi najpogosteje pojavljajo v povezavi z neizvedeno zdravstveno nego. To so: »missed care«, »rationed care« in »care left undone«. Kvantitativni del raziskave so

izvedli z zbiranjem informacij o najpogostejših izrazih, ki se uporabljajo v posamezni državi, in dobesednih prevodih omenjenih izrazov ter o tem, kako se razlikujejo od angleških definicij. V kvalitativnem delu pa so nadalje spraševali medicinske sestre, ki publicirajo na omenjenem področju, kako razumejo razlike v treh omenjenih izrazih (zamujena/neizvedena (missed) versus racionalizirana (rationing) versus nedokončana (unfinished) zdravstvena nega). Enotnost v razumevanju se kaže znotraj raziskovalne skupnosti v zdravstveni negi, posebej v Evropi in angleško govorečih državah, kar pojasnjujejo s tem, da raziskovalci dominantno berejo, pišejo in raziskujejo v angleškem jeziku. Kljub tej univerzalnosti izrazov je obravnavanje problemov, ki jih povzročajo, bolj povezano s kulturnimi, političnimi in družbenimi razlikami, kot globalizacija predvideva. Avtorji se ne uskladijo za en univerzalen termin, ohranjajo vse tri s specifikami, ki jih vsak zajema, s tem da se pri neizvedeni zdravstveni negi (missed nursing care) kot pomembno izkaže to, da je opredeljena naknadno (after the fact), kar nakazuje, da medicinske sestre niso načrtovale ali določale prioritet, katere aktivnosti ne bodo izvedene; do tega je prišlo preprosto zato, ker niso imele časa ali pa so zamujale z izvedbo zaradi različnih razlogov.

Neizvedena zdravstvena nega znižuje kakovost zdravstvene nege, lahko pripelje do neoptimalnih zdravstvenih izidov oz. ogroža paciente, saj neposredno znižuje varnost pacientov ter vodi v neželene izide zdravstvene oskrbe, kot so nezadovoljstvo pacientov, povečanje števila ponovnih sprejemov, povečanje varnostnih tveganj za paciente (padci, okužbe, napake v aplikaciji zdravil idr.), povečanje obolevnosti ter celo umrljivosti pacientov (Aiken, et al., 2014; Ausserhofer, et al., 2014; Papastavrou, et al., 2014a; Recio-Saucedo, et al., 2018; Lopes, et al., 2020; Kalánková, et al., 2020; Chaboyer, et al., 2021). Neizvedena zdravstvena nega se uporablja tudi kot neposredni pokazatelj ustreznosti števila osebja v zdravstveni negi (Griffiths, et al., 2018a), kazalnik kakovosti izvedene zdravstvene nege (VanFosson, et al., 2016) ter procesni kazalnik varnosti pacientov (Mandal, et al., 2019).

Neizvedena zdravstvena nega ni le povezana z izidi pri pacientih in organizacijsko uspešnostjo, ima tudi učinek na izvajalce zdravstvene nege, saj so odločitve o postavljanju prioritet povezane z njihovimi notranjimi procesi (vključno z normami, določanjem

prioritet oskrbe, osebnimi vrednotami in vedenjem). Izvajalci zdravstvene nege so prisiljeni postavljati prednostne naloge v svojem delu in se odločati, kaj bodo izvajali in česa ne. Schubert, et al. (2007) so v svojem konceptualnem modelu opisali tudi izide pri medicinskih sestrah, ki so jih opredelili kot vidike njihovega zdravja, zadovoljstva in organizacijske pripadnosti. Kasneje so bili ti izidi med zaposlenimi natančneje določeni kot zadovoljstvo pri delu, fluktuacija, namera oditi, izgorelost in stres. Če medicinske sestre vedo, da aktivnosti zdravstvene nege pacienti potrebujejo, vendar jih zaradi različnih razlogov ne morejo izvesti ali jih izvedejo nepopolno, to vodi do notranjega konflikta, etičnih dilem, izgorevanja in nezadovoljstva pri delu ter celo zapuščanja poklica (Harvey, et al., 2020a, 2020b; Bahun & Jeriček Klanšček, 2023; Mayer, et al., 2023; Peng, et al., 2024).

1.2 SISTEMATIČNI PREGLED ZNANSTVENIH SPOZNANJ

1.2.1 Modeli neizvedene zdravstvene nege in spoznanja raziskav

Temeljni in največkrat uporabljeni model neizvedene zdravstvene nege je model »Missed Nursing Care Model« avtorjev Kalisch, et al. (2009), ki so razvili konceptualni model s pomočjo osemstopenjskega postopka analize koncepta po Walker in Avant (2005). Osnova za razvoj modela je bil sistematičen pregled literature iz obdobja od 1970 do 2008 in predhodno izvedena kvalitativna raziskava (Kalisch, 2006), kjer so bile izvedene fokusne skupine s skupaj 173 izvajalci zdravstvene nege iz dveh bolnišnic v Združenih državah Amerike. V svojem konceptualnem modelu, ki sodi v teorijo srednjega dosega, Kalisch in sodelavci (2009) opredelijo pet glavnih tem: razloge, elemente procesa zdravstvene nege, notranje zaznave procesa odločanja pri izvajalcih zdravstvene nege, njihove navade in normative znotraj timov, neizvedeno zdravstveno nego in izide pri pacientih. Model identificira zunanje razloge za neizvedeno zdravstveno nego, kot so viri, komunikacija in odnosi med zaposlenimi, ki določajo potek izvajanja zdravstvene nege. Drugi znani konceptualni model neizvedene zdravstvene nege je »Implicit Rationing of Nursing Care Model«, ki ga je predstavila Schubert s sodelavci (2007) in je bil razvit v okviru RICH (»Rationing of Nursing Care«) v Švici kot del raziskave IHOS (»International Hospital Outcomes Study«) (Aiken, et al., 2002) ter se povezuje predvsem

z zniževanjem stroškov in razporeditvijo neustreznih virov. Model »Implicit Rationing of Nursing Care Model« izpostavlja medicinske sestre kot odločevalke, ki postavljajo prioritete, in priznava individualne in organizacijske dejavnike, ki prispevajo k racionalizaciji zdravstvene nege. Število neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege kaže na obseg racionalizacije in je pomemben pokazatelj kakovosti zdravstvene oskrbe.

Koncept neizvedene zdravstvene nege so leta 2025 avtorji (Guo, et al., 2025) obravnavali skozi prizmo utemeljene teorije (grounded theory) in razvili teoretični model odločanja izvajalcev zdravstvene nege o tem, katero zdravstveno nego bodo izpustili. Model temelji na semistrukturiranih intervjujih z 20 medicinskimi sestrami. Utemeljena teorija je raziskovalni pristop, ki s pomočjo sistematično uporabljenih metod in tehnik omogoča izgradnjo konceptualnih okvirov oziroma teorij, zasnovanih neposredno iz empiričnih podatkov. Namen tega pristopa je poglobljeno pojasnjevanje ne dovolj raziskanih pojavov, ki se nanašajo na osebne izkušnje in posameznikovo vedenje (Strauss & Corbin 1998). Model so avtorji poimenovali »Grassroots Arrangement of Nursing Care«, kar bi lahko prevedli kot »samoiniciativna razporeditev (aktivnosti) zdravstvene nege v praksi«, s čimer poudarjajo vlogo medicinskih sester kot avtonomnih odločevalk pri vsakodnevem delu. Model obsega štiri strategije v odločanju: določanje prioritet, iskanje pomoči, odlašanje z zdravstveno nego in opustitev zdravstvene nege. Zadnji dve strategiji predstavljata neizvedeno zdravstveno nego. Jones, et al. (2020) so predstavili pregled teoretičnih perspektiv, ki se običajno uporabljajo za razlago neizvedene zdravstvene nege, da bi olajšali meddisciplinarno integracijo znanja. Znotraj teh strukturnih perspektiv je neizvedena zdravstvena nega predstavljena kot produkt institucionalnih in sistemskih struktur, ki imajo za posledico pomanjkanje časa in virov za izvajalce zdravstvene nege. Pomanjkanje virov in časa omejuje izvajalce zdravstvene nege, ki ne morejo dokončati vseh nujno potrebnih aktivnosti in zato racionalizirajo zdravstveno nego. Najpogostejši je sistemski pristop (Katz & Kahn, 1978). Ta pristop pravi, da so ljudje zmotni in da je neizvedene aktivnosti oz. zamude pri izvajanju v zdravstveni negi pričakovati. Neizvedena zdravstvena nega je posledica slabo delujočih sistemov. V skladu s teorijo sistema teoretični modeli neizvedene zdravstvene nege temeljijo predvsem na modelih vhod – proces – rezultat (Ausserhofer, et al., 2014), kar povzemamo tudi mi. Najosnovnejša predpostavka systemskega pristopa je, da je skupek med seboj povezanih,

medsebojno odvisnih in enotnih delov, ki so hierarhično razporejeni. Da bi razumeli pojav neizvedene zdravstvene nege, je treba različne podsisteme preučiti v njihovih medsebojnih odnosih in ne ločeno drug od drugega.

Iz teoretičnega modela »Missed Nursing Care Model« avtorjev Kalisch, et al. (2009) izhaja najpogosteje uporabljen, validiran instrument, ki sta ga razvila Kalisch in Williams (2009), poimenovan MISSCARE. Ob razvoju modela »Implicit Rationing of Nursing Care Model« so Schubert, et al. (2007) razvili še instrument BERNCA (»Basel Extent of Rationing of Nursing Care«), ki meri, kako pogosto je zdravstvena nega racionalizirana. Omenjena instrumenta za zbiranje kvantitativnih podatkov deloma uporabimo tudi mi, kar je opisano v poglavju 3.3.

Razloge za neizvedeno zdravstveno nego različne raziskave, v katerih so uporabili MISSCARE vprašalnik (Kalisch & Williams, 2009), združujejo v tri dimenzije: komunikacijo, materialne vire in človeške vire (Bragadóttir, et al., 2015; Zeleníková, et al., 2019b; Nymark, et al., 2020). Posamezne raziskave ugotavljajo, da so število medicinskih sester v delovni izmeni, razmerje pacientov na medicinsko sestro v delovni izmeni (Griffiths, et al., 2018; Park, et al., 2018; Zeleníková, et al., 2019a; Mandal, et al., 2019; Blackman, et al., 2020; Campbell, et al., 2020), stopnja izobrazbe medicinskih sester in njihove delovne izkušnje (Palese, et al., 2015; Bragadóttir, et al., 2016; Chapman, et al., 2017; Bragadóttir & Kalisch, 2018), sociodemografske značilnosti medicinskih sester (Ausserhofer, et al., 2014; Saqer & AbuAlRub, 2018) in značilnosti delovnega okolja (Park, et al., 2018; Zeleníková, et al., 2019a; Campbell, et al., 2020) pomembni razlogi za neizvedeno zdravstveno nego. Chiappinotto in sodelavci (2022) so izvedli obsežen pregled literature na temo razlogov (predhodnikov, angl. antecedents) in jih identificirali kot število osebja, vključno z njihovo številčno zadostnostjo (kot ocenjuje osebe v zdravstveni negi samo), razmerje med številom pacientov na enega izvajalca zdravstvene nege v delovni izmeni, obseg delovne obremenitve in naloge, ki niso povezane z zdravstveno nego, delo v delovnih izmenah, nadure, samoocena delovnega okolja, način skrbi za paciente (odgovornost ene osebe ali timsko delo), vrsta oddelka, lokacija bolnišnice, starost, spol in delovne izkušnje izvajalcev zdravstvene nege, njihova izobrazba, absentizem, skrajšan ali polni delovni čas, zadovoljstvo z delom, osebna

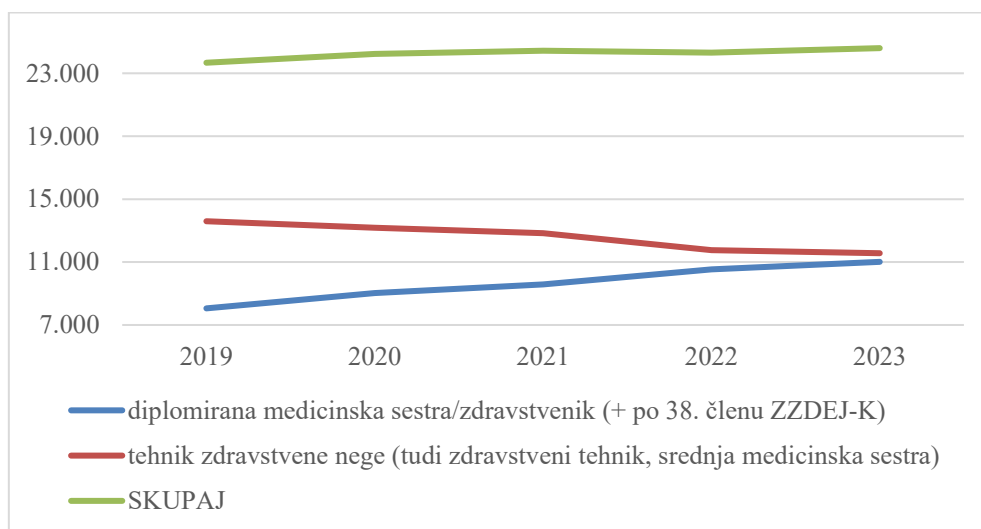
odgovornost pri delu, država, klinična zahtevnost pacientov. V »Missed Nursing Care Model« (Kalisch, et al., 2009) je opredeljeno, da če virov primanjkuje, je treba postaviti prioritete o tem, kako razpoložljivo najbolje uporabiti. Odločitve imajo učinke na notranje procese (vključno s normami, določanjem prioritet oskrbe, osebnimi vrednotami in vedenjem). Vsi ti dejavniki prispevajo k neizvedeni zdravstveni negi, kar ima za paciente negativne posledice.

1.2.2 Pojasnitev nacionalnega okvira v zvezi z neizvedeno zdravstveno nego

Izvajalci zdravstvene nege predstavljajo najštevilčnejšo skupino zdravstvenih delavcev v skoraj vseh državah Evropske unije. Že obstoječe pomanjkanje se je poslabšalo med vrhuncem epidemije, med drugim tudi na bolnišničnih oddelkih (Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2023b). Pričakuje se, da se bo povpraševanje po izvajalcih zdravstvene nege v prihodnjih letih zaradi staranja prebivalstva še naprej povečevalo, saj je približno četrtina prebivalstva v državah EU v povprečju starejša od 55 let in se zato bliža upokojitveni starosti. Kako povečati stopnje zadržanja izvajalcev zdravstvene nege v poklicu je vse bolj aktualna skrb, da bi se izognili poslabšanju trenutnega in prihodnjega pomanjkanja. V povprečju je bilo leta 2022 v državah Evropske unije 8,4 izvajalca zdravstvene nege na 1000 prebivalcev, kar je več kot 7,3 v letu 2010. V Sloveniji je bilo to število v letu 2022 ocenjeno na 10,4 izvajalca zdravstvene nege na 1000 prebivalcev, s tem da v to število sodijo tako diplomirane medicinske sestre kot tehniki zdravstvene nege (OECD, 2024). Le 30 % izvajalcev zdravstvene nege je diplomiranih medicinskih sester, kar je daleč od priporočil, ki predvidevajo delež 80 % diplomiranih medicinskih sester (Rekha, 2020; Porat-Dahlerbruch, et al., 2022). V Sloveniji je število pacientov na medicinsko sestro najvišje v Evropi (Aiken, et al., 2014) ter predstavlja izjemno tveganje za kakovost zdravstvene nege in zdravstvenega varstva kot celote (Skela-Savič, et al., 2023a). Priporočilo za delovno obremenitev na akutnih neurgentnih internističnih in kirurških oddelkih so štirje pacienti na eno medicinsko sestro na izmeno (Saudi Patient Safety Center, International Council of Nurses, 2019), vendar je bila v slovenski raziskavi Skela-Savič, et al. (2023a) delovna obremenitev v povprečju 15,6 pacienta na eno medicinsko sestro v delovni

izmeni. Ugotovili so, da en dodaten pacient na medicinsko sestro v delovni izmeni pomeni povprečno 6-odstotno povečanje tveganja smrti v 30 dneh po sprejemu.

Število zaposlenih v slovenskem zdravstvu narašča (Ministrstvo za zdravje, 2023), in sicer z največjim porastom v zadnjih letih v poklicni skupini medicinskih sester. Skupno število zaposlenih v zdravstvu je v letih 2016–2020 v povprečju letno raslo za 3 %. Število medicinskih sester se je v istem obdobju intenzivno povečalo, in sicer za 11 % letno, prišlo je do manjšega upada tehnikov zdravstvene nege, in sicer za 1 %. Kot je razvidno iz podatkovnega portala Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ, 2025), se trendi glede stopnje izobrazbe izvajalcev zdravstvene nege v Sloveniji spreminjajo v prid diplomiranim medicinskim sestram (slika 1).



Slika 1: Število izvajalcev zdravstvene nege v Sloveniji 2019–2023

Hkrati pa ima Slovenija glede na primerjalne analize, ki jih pripravlja OECD v svojih letnih poročilih, višje število aktivnih medicinskih sester na prebivalca kot povprečna država v EU (Ministrstvo za zdravje, 2023). Kot navaja Ministrstvo za zdravje (2023), pa te številke ne odražajo nujno točnega števila zaposlenih v zdravstveni negi v Sloveniji, saj je treba upoštevati, da se vodijo podatki o izvajalcih zdravstvene in babiške nege, ki izpolnjujejo pogoje za samostojno opravljanje dela, ne glede na dejstvo, da so se izvajalci morda že upokojili, zamenjali zaposlitev ali ne delajo več v dejavnosti zdravstvene in babiške nege. Zato kljub prikazanemu naraščanju števila po nekaterih ocenah za

uveljavitev predloga kadrovskega normativa za področje zdravstvene nege trenutno manjka od 1500 do 2000 diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov. Zato ne presenečajo ugotovitve (Skela Savič, et al., 2021), da zaradi povečane obremenitve pri delu zaposlenih v zdravstveni negi in manjšega interesa za študij zdravstvene nege prihaja do pojava, ki ga vse pogosteje opažamo v slovenski zdravstveni negi, tj. do namere medicinskih sester, da zapustijo oz. zamenjajo delovno mesto ali celo zapustijo poklic. Posledično so nevarnosti neizvedene zdravstvene nege aktualne in še kako pomembne za management v zdravstvu. V naslednjih letih se bo v Sloveniji upokojila najštevilčnejša in najizkušenejša generacija izvajalcev zdravstvene nege, kar bo težko nadomestiti, saj na trgu ne bo dovolj ustrezno usposobljenega kadra. Skoraj tri tisoč petsto izvajalcev zdravstvene nege je trenutno v starostni skupini od 55 do 59 let, kar pomeni, da se bodo upokojili v prihodnjih letih (Zbornica-Zveza, 2021). V pregledu stanja na področju zdravstva v Sloveniji Ministrstva za zdravje (2023) navajajo ugotovitve, da je pandemija covid-19 poslabšala in razkrila slabosti zdravstvenega sistema, kot so pomanjkanje delovne sile, dolge čakalne dobe, stari in neustrezni bolnišnični prostori ter nezadostno financirana dolgotrajna oskrba.

Avtorji kot Aiken, et al. (2017) opozarjajo, da je vsako 10-odstotno zmanjšanje deleža diplomiranih medicinskih sester povezano z 11-odstotnim povečanjem verjetnosti smrti pacientov in da bi menjava tehnika zdravstvene nege z diplomirano medicinsko sestro na vsakih 25 pacientov znižala verjetnost smrti za 21 odstotkov. Triletna longitudinalna raziskava avtorjev Musy, et al. (2021) prav tako ugotavlja, da manj medicinskih sester pomeni 10 % večjo verjetnost smrti pacientov. Ko se kadrovska situacija izboljša ali se razmerje števila pacientov na medicinsko sestro v delovni izmeni zmanjša za enega pacienta, se pogostost umrljivosti pacientov v 30 dneh, ponovni sprejemi v 7 dneh in dolžina hospitalizacije statistično pomembno zmanjšajo (McHugh, et al., 2021). Tudi slovenski podatki kažejo, da se z vsakim dodatnim pacientom na medicinsko sestro v delovni izmeni poveča verjetnost smrti pacientov v 30 dneh po sprejemu kar za povprečno 6 % (Skela-Savič, et al., 2023a).

Med zaposlenimi v zdravstveni negi se je v večini slovenskih splošnih bolnišnic izkazalo (Skela-Savič, et al., 2023a), da so anketirani izvajalci zdravstvene nege v zadnji delovni

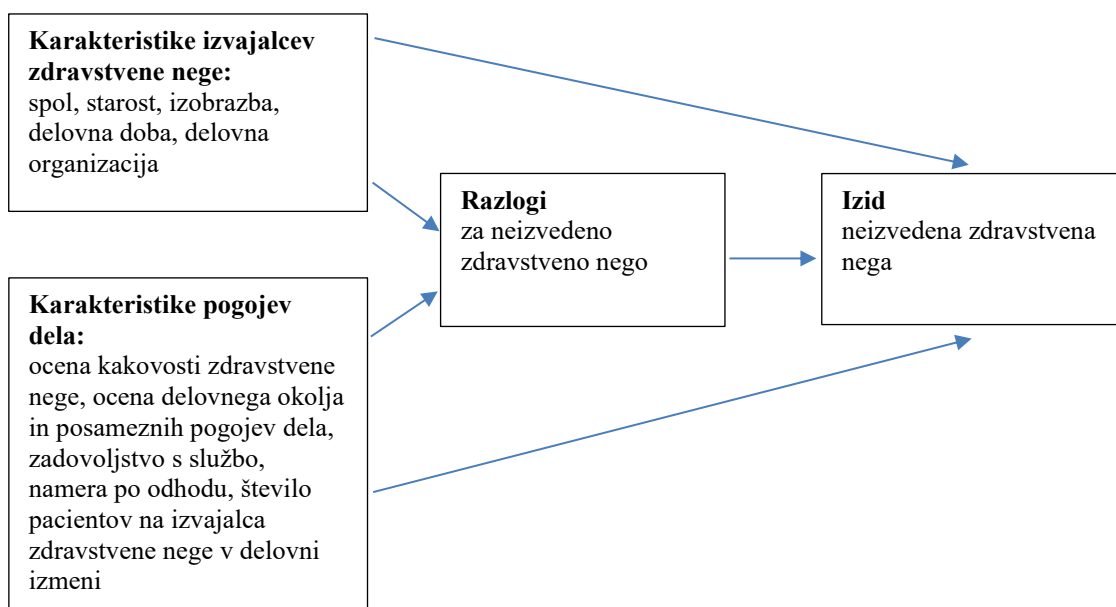
izmeni največkrat zaradi pomanjkanja časa izpustili naslednje delovne naloge: zagotavljanje tolažbe in pogovora s pacienti, izobraževanje pacientov in družine, ustrezen nadzor pacientov ter načrtovanje zdravstvene nege. V zadnji delovni izmeni v povprečju niso bile opravljene štiri od načrtovanih delovnih nalog. Ko so za mnenje glede izkušenj z obravnavo na kirurških in internističnih oddelkih vprašali paciente (Skela-Savič, et al., 2025), so ugotovili, da le-ti navajajo s strani zaposlenih v zdravstveni negi pomanjkljivo opravljene naloge, povezane s celovito pripravo pacientov na zdravstveno obravnavo, s komunikacijo in zdravstveno vzgojo ter aktivnostmi, povezanimi z ustreznim odpustom.

1.3 OPERACIONALIZACIJA RAZISKOVALNEGA PROBLEMA

Pri oblikovanju hipotez smo izhajali iz konceptualnega modela »Missed Nursing Care Model« (Neizvedena zdravstvena nega) avtorjev Kalisch, et al. (2009), kjer smo pet sklopov intervencij zdravstvene nege po Schubert, et al. (2007) povezali s tremi dimenzijami razlogov za neizvedeno zdravstveno nego po Kalisch in Williams (2009). V kvalitativnem delu raziskave smo pri oblikovanju raziskovalnih vprašanj izhajali iz notranjih procesov izvajalcev zdravstvene nege kot ene od lastnosti konceptualnega modela neizvedene zdravstvene nege Kalisch, et al. (2009) ter več raziskav (Bentzen, et al., 2013; Jones, et al., 2015; Harvey, et al., 2018; Rooddehghan, et al., 2018; Suhonen, et al., 2018; Harvey, et al., 2020a, 2020b), ki raziskujejo njihova doživljanja ter ugotavljajo, na kakšen način neizvedena zdravstvena nega sooblikuje sprejemanje odločitev pri delu, moralno-etične dileme, poklicne in osebne vrednote ter več dimenzij njihovega počutja.

Primanjkuje raziskav o motivaciji, vrednotah in procesu odločanja izvajalcev zdravstvene nege ter o tem, kako obvladujejo te težke organizacijske okoliščine (Jones, et al., 2020), zato bomo te vidike zajeli v kvalitativnem delu raziskave. Uporabili bomo Festingerjevo teorijo kognitivne disonance (iz leta 1975), ki pravi, da kadar imamo hkrati dve psihološko neskladni spoznanji, doživljamo disonanco. Kognitivna disonanca se nanaša na situacijo, ki vključuje nasprotujoča si stališča, prepričanja ali vedenje. Ta teorija nakazuje, da imamo notranji zagon, da vse svoje odnose in vedenje usklajujemo in se izognemo neskladju (ali disonanci). To je znano kot načelo kognitivne doslednosti

(McLeod, 2018; Yahya & Sukmayadi, 2020). Disonanca je stanje negativnega zagona, ki povzroča občutek duševnega nelagodja, kar vodi v spremembo enega od stališč, prepričanj ali vedenj, da se zmanjša nelagodje in vzpostavi ravnovesje (Gross, et al., 2014). Koncepti v tej teoriji so odnosi, prepričanja ali vedenje. Ta teorija nam pove, da se bodo ljudje po odločitvi počutili neprijetno, še posebej, če bi imela njihova odločitev nekaj možnih neželenih učinkov. Disonanco je mogoče zmanjšati na enega od treh načinov: spreminjanje obstoječih prepričanj, dodajanje novih prepričanj ali zmanjšanje pomena prepričanj (McLeod, 2018). Teorija disonance ne trdi, da bo vedenje za zmanjšanje disonance delovalo, temveč da bodo posamezniki, ki so v stanju kognitivne disonance, sprejeli ukrepe za zmanjšanje obsega svoje disonance.



Slika 2: Konceptualni okvir dejavnikov neizvedene zdravstvene nege presečne raziskave

Konceptualni okvir dejavnikov neizvedene zdravstvene nege prikazujemo na sliki 2, hipotetični okvir odvisnih in neodvisnih spremenljivk pa prikazujemo v tabeli 1.

Tabela 1: Opredelitev neodvisnih in odvisnih spremenljivk presečne raziskave

Neodvisne spremenljivke		Odvisne spremenljivke	
Sociodemografske značilnosti anketirancev: spol, starost, izobrazba, delovna doba	/	32 aktivnosti zdravstvene nege (BERNCA revised vprašalnik)	Schubert, et al., 2007
Delovna organizacija	/	17 trditev – razlogi za neizvedeno zdravstveno nego (MISSCARE vprašalnik)	Kalisch & Williams, 2009
Splošna ocena kakovosti zdravstvene nege na oddelku s strani anketirancev	Sermeus, et al., 2011		
Splošna ocena delovnega okolja (viri, odnosi) s strani anketirancev	Sermeus, et al., 2011		
Število pacientov na izvajalca zdravstvene nege v delovni izmeni	Sermeus, et al., 2011		
Zadovoljstvo s trenutno službo	Sermeus, et al., 2011		
Zadovoljstvo s posameznimi pogoji dela: prilagodljiv urnik dela, možnost napredovanja, samostojnost pri delu, poklicni status, plača, možnost izobraževanja, letni dopust, bolniška odsotnost, študijski dopust	Sermeus, et al., 2011		
Namera po odhodu iz trenutne zdravstvene ustanove	Sermeus, et al., 2011		

2 NAMEN IN CILJI RAZISKAVE

Namen raziskave je preučiti pojavnost neizvedene zdravstvene nege na vzorcu slovenskih izvajalcev zdravstvene nege, identificirati vzroke ter povezanost z osebnimi in organizacijskimi značilnostmi.

Cilji raziskave so ugotoviti:

1. v kolikšni meri se posamezne aktivnosti zdravstvene nege ne izvedejo v času hospitalizacije odraslih pacientov v slovenskih bolnišnicah (na kirurških in internističnih oddelkih);
2. kakšni so razlogi za to;
3. raziskati pomen sociodemografskih značilnosti anketirancev in pomen organizacijsko-kadrovskih značilnosti na neizvedeno zdravstveno nego;
4. pridobiti uvid v doživljanje izvajalcev zdravstvene nege glede neizvedene zdravstvene nege.

2.1 HIPOTEZE, RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

V kvantitativnem delu raziskovanja smo postavili 3 raziskovalna vprašanja, iz katerih izhaja 6 hipotez z 9 podhipotezami, v kvalitativnem delu smo oblikovali 3 raziskovalna vprašanja.

Raziskovalna vprašanja in hipoteze v kvantitativnem delu raziskave:

RV 1 – Kakšen je obseg neizvedene zdravstvene nege v vključenih bolnišnicah v raziskavi in katere intervencije v zdravstveni negi so najpogostejše izpuščene?

RV 2 – Kateri razlogi za neizvedeno zdravstveno nego so v vključenih bolnišnicah v raziskavi najpogostejši?

RV 3 – Kakšen je učinek sociodemografskih značilnosti anketiranih in organizacijsko-kadrovskih značilnosti na pojavnost neizvedene zdravstvene nege?

H1 – Intervencije s področja čustvene podpore pacientom in edukacije so izpuščene pogosteje kot intervencije s področja osnovnih življenjskih aktivnosti.

H2 – Večje kot je zadovoljstvo anketirancev z značilnostmi zaposlitve, manj je poročanja o neizvedeni zdravstveni negi.

H3 – Organizacijsko-kadrovski razlogi imajo statistično značilen učinek na neizvedeno zdravstveno nego.

- H3a – Neizvedena zdravstvena nega je pozitivno povezana s številom pacientov, za katere so bili anketirani neposredno odgovorni.
- H3b – Razlogi za neizvedeno zdravstveno nego, ki so povezani s človeškimi viri, so statistično značilno pomembnejši od razlogov s področja komunikacije ali materialnih virov (zaloge/oprema).

H4 – Sociodemografske spremenljivke anketiranih imajo statistično značilen učinek na pogostost neizvedene zdravstvene nege.

- H4a – Ženske pogosteje kot moški poročajo o neizvedeni zdravstveni negi.
- H4b – Daljša kot je delovna doba anketiranih, pogosteje poročajo o neizvedeni zdravstveni negi.
- H4c – Z višanjem starosti anketirani pogosteje poročajo o neizvedeni zdravstveni negi.
- H4d – Z višanjem izobrazbe anketirani pogosteje poročajo o neizvedeni zdravstveni negi.

H5 – Socioedemografske značilnosti anketirancev imajo statistično značilen učinek na razloge za neizvedeno zdravstveno nego.

- H5a – Ženske ocenjujejo razloge za neizvedeno zdravstveno nego kot pomembnejše v primerjavi z moškimi.
- H5b – Daljša kot je delovna doba anketiranih, pomembnejši so jim razlogi za neizvedeno zdravstveno nego.
- H5c – Z višanjem izobrazbe anketiranih v zdravstveni negi se povečuje pomembnost razlogov za neizvedeno zdravstveno nego.

H6 – Neizvedeno zdravstveno nego je mogoče pojasniti s spremenljivkami: z namero po odhodu, slabo oceno kakovosti zdravstvene nege, slabo oceno kakovosti delovnega okolja, nezadovoljstvom s posameznimi pogoji dela.

Raziskovalna vprašanja v kvalitativnem delu raziskave:

RV 1 – Koliko se izvajalci zdravstvene nege zavedajo neizvedene zdravstvene nege in kako jo razumejo v kontekstu vsakodnevnega strokovnega dela?

RV 2 – Kako izvajalci zdravstvene nege v slovenskih bolnišnicah doživljajo neizvedeno zdravstveno nego in kakšno breme jim predstavlja?

RV 3 – Katere razloge navedejo kot vzrok neizvedene zdravstvene nege?

3 METODE

3.1 RAZISKOVALNI NAČRT

Uporabili smo mešani raziskovalni dizajn, z razlagalno zaporedno zasnovo (Explanatory Sequential Design), kjer se najprej zberejo in analizirajo kvantitativni podatki, ki jim sledi zajem kvalitativnih podatkov. Analiza le-teh pomaga k boljšemu celostnemu razumevanju pojava, ki ga raziskujemo (Creswell, 2009). Hkrati pa oba zajema podatkov predstavljata samostojni entiteti spoznanj na proučevanem raziskovalnem problemu. Komplementaren način kombiniranja metod daje možnosti za bolj celosten pristop k merjenju, analizi in interpretaciji podatkov in v nasprotju s triangulacijo pri komplementarnosti ravno različnost omogoča podrobnejšo osvetlitev raziskovalnih problemov in poglobljene rezultate izsledkov. Avtorja Holland in Campbell (2005) menita, da se deskriptivni kvantitativni del, ki omogoča analitično širino, ter kvalitativni del, s katerim pridobimo bolj »bogate« in poglobljene rezultate, odlično dopolnjujeta.

Najprej smo izvedli neeksperimentalno presečno eksplorativno kvantitativno raziskavo z namenom zbrati podatke o pojavu koncepta neizvedene zdravstvene nege, ki v Sloveniji v takem obsegu še ni raziskan. V sklopu eksplorativne raziskave smo ugotavljali povezanost med spremenljivkami in na neeksperimentalni ravni z multivariatnimi statističnimi metodami ugotavljali vzroke in vzročne povezave med posameznimi spremenljivkami in neizvedeno zdravstveno nego. Nato smo z uporabo kvalitativnega raziskovanega dizajna dopolnili ugotovitve s poglobljenim razumevanjem zavedanja neizvedene zdravstvene nege, razlogov zanjo in doživljanja izvajalcev zdravstvene nege v okoljih, kjer smo izvedli kvantitativno raziskavo. Za zbiranje kvalitativnih podatkov smo izbrali metodo fokusnih skupin.

3.2 UDELEŽENCI RAZISKAVE

K sodelovanju v raziskavi smo povabili vse splošne bolnišnice ($N = 10$) in oba univerzitetna klinična centra ($N = 2$), ki znotraj svoje dejavnosti za populacijo regije, ki jo pokrivata, izvajata storitve, primerljive s storitvami regionalnih splošnih bolnišnic v

Sloveniji. Vodstva osmih splošnih bolnišnic in obeh univerzitetnih kliničnih centrov so podala soglasja za sodelovanje. V raziskavo smo vključili vse kirurške in internistične oddelke za zdravljenje odraslih (izključili smo specializirane enote, kot so enote polintenzivne in intenzivne nege/terapije, enote za transplantacijo, pediatrične enote, geriatrične enote ter enote za podaljšano zdravstveno nego oz. enote za neakutno obravnavo, ginekološke enote ipd.). K sodelovanju smo povabili vse zaposlene v zdravstveni negi (tehnike zdravstvene nege, diplomirane medicinske sestre, magistre zdravstvene nege in doktorje zdravstvenih ved) na omenjenih bolnišničnih oddelkih, vključene v neposredno zdravstveno nego pacientov. Izključili smo zaposlene na bolniški odsotnosti, porodniški odsotnosti, študijski odsotnosti ali letnem dopustu. Pred začetkom raziskave smo vodje izbranih oddelkov prosili za informacije o številu zaposlenih v zdravstveni negi glede na kriterije in po metodi cenusa populacijo ocenili na 2813 oseb. Randomizacija ni bila izvedena, saj je bila izvedena presečna raziskava z uporabo metode cenusa (MacDonald, 2020). K sodelovanju so bili zaposleni v zdravstveni negi povabljeni v vnaprej določenem časovnem oknu. Za izpolnitev vprašalnika so imeli na voljo dva tedna. Anketo je vrnilo 1010 oseb (35,91 %). Od tega je bilo pravilno izpolnjenih (odgovori na vsa vprašanja) 880 anket. Tako ustvarjena baza podatkov 880 oseb (31,28 %) je osnova za našo raziskavo oz. izhodišče za vse analize.

Tabela 2: Značilnosti udeležencev presečne raziskave

		n	%
Spol	Ženski	733	83,3
	Moški	147	16,7
Nivo dosežene izobrazbe v zdravstveni negi	Srednja zdravstvena šola	507	57,6
	Visokostrokovni ali višješolski program zdravstvene nege	336	38,2
	Magisterij iz zdravstvene nege ali doktorat zdravstvenih ved	37	4,2
		PV	SO
Starost		37,08	10,55
Leta delovne dobe v zdravstveni negi		15,34	11,12

Legenda: n – število anketirancev; % – delež; PV – povprečje; SO – standardni odklon

Tabela 3: Izobrazbena struktura udeležencev presečne raziskave po ustanovi zaposlitve

Zdravstvena ustanova	Nivo dosežene izobrazbe v zdravstveni negi			skupaj
	Srednja zdravstvena šola	Visokostrokovni ali višješolski program zdravstvene nege	Magisterij iz zdravstvene nege ali doktorat zdravstvenih ved	
1	59	18	0	77
2	17	5	0	22
3	51	11	2	64
4	20	11	1	32
5	60	64	4	128
6	32	19	1	52
7	29	21	0	50
8	26	12	0	38
9	102	100	17	219
10	111	75	12	198
skupaj	507	336	37	880

Legenda: 1–10 = različne splošne bolnišnice/UKC

V tabeli 2 so prikazane osnovne značilnosti udeležencev presečne raziskave in v tabeli 3 njihova izobrazbena struktura glede na ustanovo, iz katere prihajajo. Odzivnost med zaposlenimi v zdravstveni negi glede na ustanovo se je gibala med 18,3 % in 91,7 %.

V kvalitativnem delu raziskave so bili k sodelovanju povabljeni izvajalci zdravstvene nege na istih bolnišničnih oddelkih istih desetih bolnišnic, kot so sodelovali v presečni raziskavi. Koordinatorje raziskave, ki so sodelovali pri kvantitativnem delu raziskave, smo prosili za elektronske kontakte tistih zaposlenih, ki so izrazili pripravljenost za sodelovanje še v kvalitativnem delu raziskave. Odzvali so se v petih bolnišnicah, odzvalo se je skupaj 53 oseb. Vse smo individualno kontaktirali preko e-pošte s prošnjo za nadaljnje sodelovanje in z informacijami o poteku, prostovoljnosti in anonimnosti sodelovanja. Odzvalo se je in sodelovalo 22 oseb iz petih zdravstvenih zavodov (Univerzitetni klinični center Ljubljana, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Splošna bolnišnica Jesenice, Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica, Splošna bolnišnica Novo mesto). Vse udeleženske so bile ženskega spola, stare med 27 in 58 let, s povprečno starostjo 41,45 leta ($\pm 9,87$). Delovna doba se je raztezala med 5 in 38 let, s povprečjem pri 19,41 leta ($\pm 11,21$). Glede na izobrazbo so bili v vzorcu 4 tehniki zdravstvene nege, 12 diplomiranih medicinskih sester ter 6 magistric/doktoric v zdravstveni negi.

3.3 INSTRUMENTI RAZISKAVE

Kvantitativni podatki o neizvedeni zdravstveni negi in razlogih zanjo so bili zbrani v okviru raziskave RN4CAST, ki se je v Sloveniji izvajala v začetku leta 2020. Za opis neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege je bil uporabljen vprašalnik BERNCA-R (»Basel Extent of Rationing of Nursing Care« – revised). Vprašalnik BERNCA-R vključuje 32 postavk, ki zajemajo 5 dimenzij neizvedene zdravstvene nege: aktivnosti zdravstvene naloge, vključno z vsakodnevnimi aktivnostmi pri pacientih, čustvena ali psihosocialna podpora, izobraževanje in rehabilitacija, zagotavljanje varnosti in dokumentiranje. S petstopenjsko lestvico (0 = ni potrebno, 1 = nikoli, 2 = redko, 3 = včasih, 4 = pogosto) so anketiranci morali oceniti, kako pogosto v zadnjih sedmih delovnih dneh niso mogli izvesti naštetih aktivnosti. Začetni dokazi o veljavnosti in zanesljivosti (Cronbach alfa = 0,93) instrumenta BERNCA so bili predloženi leta 2007, ko so prvič testirali novo razviti vprašalnik (Schubert, et al., 2007). Dobra zanesljivost (Cronbach alfa = 0,96) in dobra veljavnost (povprečna korelacija med postavkami je bila 0,4, kar kaže na visoko notranjo skladnost) sta tudi v testu poljske različice vprašalnika (Uchmanowicz, et al., 2019), kjer uporabijo BERNCA-R (*revised*), ki jo uporabljamo tudi mi. Vprašalnik MISSCARE (Kalisch & Williams, 2009) je sicer sestavljen iz dveh delov, mi smo uporabili del B, kjer je navedenih 17 razlogov za neizvedeno zdravstveno nego. Anketiranci so razloge ocenili na lestvici 0 = To NI razlog za neizvedeno zdravstveno nego; 1 = Zelo pomemben razlog; 2 = Srednje pomemben razlog ali 3 = Manj pomemben razlog. Zanesljivost vprašalnik Misscare je primerljiva s Cronbach alfa 0,87 (Kim, et al., 2018) in Srulovici in Drach-Zahavy (2017), kjer je Cronbach alfa pri dveh različnih vzorcih medicinskih sester 0,95 oz. 0,96.

Kot je prikazano na sliki 3, sta angleško različico BERNCA-R in MISSCARE del B neodvisno eden od drugega izvajalec raziskave in profesionalni prevajalec prevajala v slovenščino ter nato združila v skupni prevod. Slovenski prevod vprašalnika je pregledalo 10 izvajalcev zdravstvene nege, zaposlenih na bolniških oddelkih ene od slovenskih bolnišnic. Sodelujoči so podali mnenje o razumljivosti trditev, glede na njihove ugotovitve smo trditve dopolnili. Nato je drugi neodvisni prevajalec prevedel vprašalnik nazaj v angleščino (»forward and backward translation«), da sta se preverili jezikovna in

kulturna primernost. Oba prevajalca sta imela izkušnje s terminologijo zdravstvene nege v obeh jezikih.

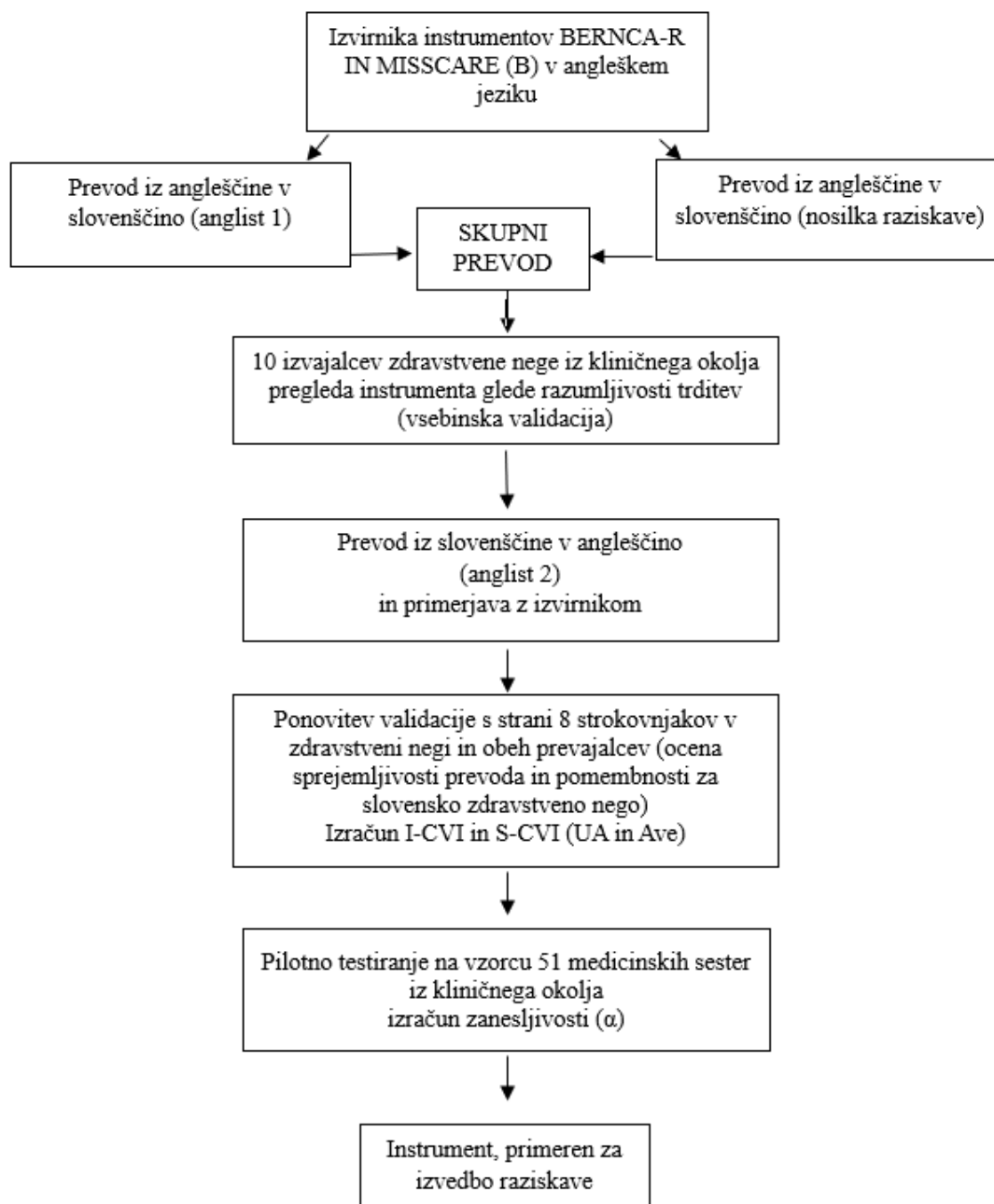
Dve postavki v vprašalniku MISSCARE (del B) sta zahtevali konceptualne razjasnitve. V vprašalniku BERNCA-R ni bila potrebna dodatna razjasnitev pri nobeni postavki. Pri postavki »Unbalanced patient assignments/Neuravnotežena porazdelitev pacientov« smo razširili slovenski prevod v »Neuravnotežena porazdelitev pacientov med zaposlene glede na njihovo zahtevnost«, da bi dosegli jasnejši pomen v slovenskem jeziku. Za postavko »Caregiver off unit or unavailable« ni bilo jasnega razumevanja pomena izraza »caregiver/negovalec«, zato smo v slovenskem jeziku postavko prevedli kot »Laični negovalci/pacientovi svojci niso bili na voljo«. Z enako dilemo so se srečali tudi drugi avtorji (Castner & Dean-Baar, 2014; Nymark, et al., 2020), ki so navedli, da ni jasno, ali beseda negovalec pomeni ljubljeno osebo pacienta ali pacientu dodeljenega člana tima zdravstvene nege, zlasti zaradi interpretacij v različnih okoljih. Postavko smo v slovenski verziji vprašalnika pustili, potem ko smo dosegli konsenz z zgoraj navedenim opisom postavke. Dopolnjeno slovensko verzijo je nadalje drugih osem strokovnjakov v zdravstveni negi iz kliničnega okolja ocenilo pri vsaki trditvi glede pomembnosti (1 = Ni pomembno za zdravstveno nego v Sloveniji; 2 = Nekoliko pomembno za zdravstveno nego v Sloveniji; 3 = Pomembno za zdravstveno nego v Sloveniji; 4 = Zelo pomembno za zdravstveno nego v Sloveniji) ter glede sprejemljivosti (da = prevod je sprejemljiv; ne = prevod je treba spremeniti). Na sestanku sta bila prisotna tudi oba prevajalca za pomoč za razjasnitev jezikovnih dilem. Veljavnost vsebine je bila preizkušena s pomočjo indeksa veljavnosti vsebine za posamezne elemente (I-CVI) in indeksa veljavnosti lestvice (S-CVI). Pri strokovni oceni so se vsi strokovnjaki strinjali, da so vsi elementi BERNCA-R in MISSCARE ankete pomembni (I-CVI = 1,00). Posledično tako S-CVI/UA kot S-CVI/Ave dosežeta vrednost 1,00.

Tretji del vprašalnika je sestavljen iz vprašanj o sociodemografskih značilnostih anketirancev: starost, spol, delovna doba, stopnja izobrazbe, ter podatkov o delovnem mestu: zdravstveni zavod, oddelek, število pacientov na izvajalca zdravstvene nege, delovno okolje (ustreznost dosegljivih virov, odnosi s sodelavci, podpora nadrejenih), splošno zadovoljstvo s trenutno službo, kakovost zdravstvene nege na oddelku,

zadovoljstvo s sedanjim delovnim mestom glede 9 vidikov (prilagodljivost urnika, možnosti napredovanja, samostojnost pri delu, poklicni status, plača, možnosti izobraževanja, letni dopust, bolniška odsotnost in študijski dopust), ki so se zbirali tudi za potrebe RN4CAST raziskave. Vprašalnik je priložen v prilogi 4.

Zanesljivost vprašalnika smo najprej preverili s pilotno raziskavo v eni od slovenskih bolnišnic med zaposlenimi v zdravstveni negi kirurških in internističnih oddelkov. Skupaj je na omenjenih oddelkih zaposlenih 84 oseb, anketo je izpolnilo 51, kar pomeni 60,7-% odzivnost. Cronbach alfa v pilotni raziskavi je bil za 32 spremenljivk BERNCA-R vprašalnika 0,953 in za 17 spremenljivk MISSCARE vprašalnika 0,914.

Po izvedbi raziskave, ko smo prečistili podatke in identificirali vzorec podatkov 880 oseb kot bazo za nadaljnje analize, smo preverili končno zanesljivost instrumentov, ki znaša za 17 spremenljivk MISSCARE 0,928 ter za 32 spremenljivk BERNCA-R vprašalnika 0,967.



Slika 3: Postopek prevoda instrumentov

3.4 POTEK RAZISKAVE IN SOGLASJA

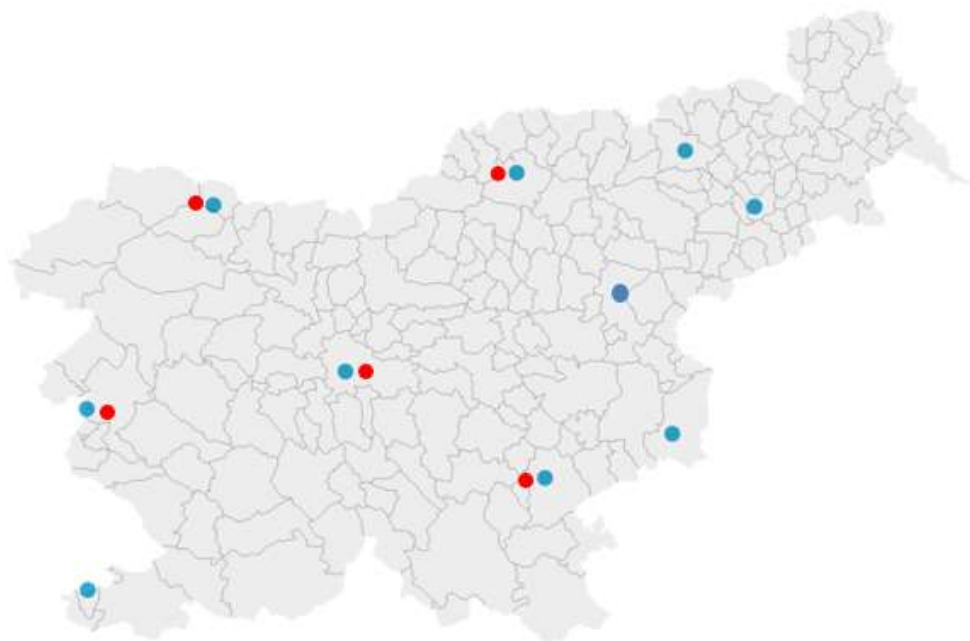
Raziskava je bila izvedena kot del projekta RN4CAST (Nurse Forecasting in Europe). Pred začetkom projekta RN4CAST smo Nacionalno komisijo za medicinsko etiko Republike Slovenije zaprosili za soglasje, ki smo ga prejeli 7. 1. 2020 (dopis št. 0120-488/2019/6) (priloga 3). K sodelovanju smo povabili vseh 10 splošnih bolnišnic in

2 univerzitetna klinična centra v Sloveniji. Vodstvu bolnišnic smo poslali obrazložitev raziskave in zaprosili za sodelovanje ter soglasja. Svojo udeležbo so potrdili s sprejetjem odločitve na ustreznem strokovnem telesu oziroma etični komisiji. V tabeli 4 so zapisani datumi podpisa soglasij posameznih zdravstvenih zavodov. Od 12 vabljenih ustanov se je odzvalo in v raziskavi sodelovalo 10 ustanov. Lokacija teh ustanov je prikazana na sliki 4. Ravno tako smo pred začetkom zbiranja podatkov pridobili od avtorjev pisni dovoljenji za uporabo vprašalnikov (od dr. Marie Schubert za vprašalnik *Basel Extent of Rationing of Nursing Care (BERNCA-R)* (priloga 1) in od dr. Beatrice J. Kalisch za vprašalnik *MISSCARE* (priloga 2)); del vprašalnika, ki se je nanašal na *RN4CAST* raziskavo, nam je posredoval *RN4CAST* konzorcij. Udeleženci raziskave so prejeli pisne informacije o različnih vidikih raziskave, pojasnjene so jim bile njihove pravice do prostovoljnega sodelovanja in izstopa iz raziskave. Pojasnjeno je bilo tudi spoštovanje njihove pravice do zasebnosti in zaupnosti ter da z izpolnjevanjem podajajo soglasje za sodelovanje v raziskavi in dovoljenje za uporabo podatkov, zbranih na nacionalni ravni, v strokovne in znanstvene namene.

Udeleženci kvalitativnega dela raziskave so podpisali osebna soglasja za sodelovanje, kjer so bili seznanjeni s potekom raziskave, digitalnim snemanjem pogovorov znotraj fokusnih skupin, s tem da bodo zapisi v transkriptih anonimizirani ter da lahko odstopijo od sodelovanja kadarkoli in brez posledic.

Tako kvantitativni kot kvalitativni del raziskave sta bila izvedena v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi Slovenije (Halbwachs, et al., 2024) in Evropskim kodeksom raziskovalne integritete (*The European Code of Conduct for Research Integrity*) (European Science Foundation, 2011).

Kvantitativni podatki o neizvedeni zdravstveni negi in razlogih zanjo so bili zbrani s pomočjo presečne raziskave v začetku leta 2020. Kvalitativni podatki so se zbirali sredi leta 2022.



Slika 4: Lokacija vključenih zdravstvenih ustanov

(modro – kvantitativna raziskava, rdeče – kvalitativna raziskava, vir: lastni)

Vsaka bolnišnica je imela za zbiranje kvantitativnih podatkov na voljo dva tedna. Uporabili smo vprašalnike v tiskani obliki, ker smo ocenili, da bo na ta način odzivnost boljša, kot če distribuiramo elektronsko anketo. Vprašalnike so razdelili koordinatorji raziskav, ki jih je določilo vodstvo posamezne ustanove. Udeleženci raziskave so vprašalnike vrnil v zaprti ovojnici na dogovorjeno prevzemno mesto. Zbiranje podatkov se je začelo februarja 2020. Večina podatkov je bila zbrana med 10. februarjem in 7. marcem 2020, nekaj dni po prvem potrjenem primeru covida-19 v Sloveniji. V ustanovi, v kateri se je obravnaval prvi pacient s covidom-19, so zaradi priprave na predvideno širjenje bolezni podatke zbirali nekaj kasneje (8.–20. junij 2020) (tabela 4). Pilotno testiranje vprašalnika za preizkus zanesljivosti podatkov se je izvedlo v eni od regijskih bolnišnic decembra 2019. Rezultati pilotnega testiranja niso bili vključeni v končno bazo podatkov.

Tabela 4: Datumi podpisov soglasja in 14-dnevni okvir zbiranja podatkov v ustanovah

Zdravstvena ustanova	Podpis soglasij	Trajanje zbiranja podatkov
Splošna bolnišnica Jesenice	8. 10. 2019	24. 2. 2020–7. 3. 2020
Splošna bolnišnica Brežice	15. 10. 2019	10. 2. 2020–22. 2. 2020
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	28. 10. 2019	10. 2. 2020–22. 2. 2020
Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj	7. 10. 2019	17. 2. 2020–29. 2. 2020
Splošna bolnišnica Celje	16. 10. 2019	10. 2. 2020–22. 2. 2020
Splošna bolnišnica Izola	15. 11. 2019	24. 2. 2020–7. 3. 2020
Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica	15. 11. 2019	24. 2. 2020–7. 3. 2020
Splošna bolnišnica Novo mesto	22. 10. 2019	10. 2. 2020–22. 2. 2020
Univerzitetni klinični center Ljubljana	6. 11. 2019	8. 6. 2020–20. 6. 2020
Univerzitetni klinični center Maribor	4. 10. 2019	10. 2. 2020–22. 2. 2020

K sodelovanju v kvalitativnem delu raziskave smo povabili zaposlene istih bolnišničnih oddelkov v zdravstvenih ustanovah, ki so sodelovali že v kvalitativnem delu raziskave. Koordinatorji so nagovorili svoje sodelavce k sodelovanju, in če so se le-ti strinjali in dovolili posredovanje službenega e-naslova, je le-te prejel izvajalec raziskave. Ta je na prejete kontakte poslal povabilo k sodelovanju s podrobnejšo razlago ter seznanitvijo o prostovoljnosti sodelovanja in anonimnosti podatkov. Prvotni interes za sodelovanje je izkazalo 48 posameznikov iz petih zdravstvenih zavodov (slika 4). Nekateri med njimi se na poziv izvajalca niso odzvali. K sodelovanju smo jih povabili trikrat, kadar po tretjem povabilu ni bilo odziva, smo z vabili prenehali. Končno število sodelujočih je znašalo 22 oseb. Izvedli smo 4 fokusne skupine, ki so potekale med 26. 7. 2022 in 25. 8. 2022. Skupine smo sestavili heterogeno, udeleženci so se razlikovali glede na ustanovo, iz katere so prihajali, ter doseženo izobrazbo v zdravstveni negi. Izsledke v kvalitativnem delu raziskave smo analizirali sproti, spremljali, kakšne odgovore so sodelujoči podajali na naša vprašanja in ali so izpostavljali enake vidike. Delali smo si zapiske v strukturi kodirne tabele ter si zapisovali opažanja. Videli smo, da je bilo videnje v vseh štirih fokusnih skupinah zelo enotno, in se odločili, da pri četrti zaključimo. Potek fokusnih skupin je bil skladen s priporočili za izvedbo (Klemenčič & Hlebec, 2007; Banjac, 2020).

3.5 OBDELAVA PODATKOV

Za izdelavo analiz smo uporabili IBM statistično programsko opremo SPSS, različica 27. Izvedene so bile univariatne, bivariatne in multivariatne statistične analize. Z metodo

analize glavnih komponent (angl. principal component analysis – PCA) smo spremenili osnovni nabor spremenljivk iz instrumentov MISSCARE in BERNCA-R v nov nabor glavnih komponent. Osnovna ideja metode je zmanjšati razsežnost podatkov medsebojno povezanih spremenljivk in pri tem ohraniti čim večji del njihove skupne variabilnosti. Pri tem osnovni nabor spremenljivk spremenimo v nov nabor spremenljivk, glavnih komponent, ki so med seboj nepovezane in razvrščene tako, da jih prvih nekaj ohrani večji del variabilnosti osnovnih spremenljivk (Jolliffe, 2002). Glavnih komponent je toliko, kolikor je osnovnih spremenljivk, in so med seboj neodvisne (pravokotne). Glavne komponente se izražajo kot linearna kombinacija osnovnih spremenljivk in ohranjajo njihovo skupno variabilnost. Prva glavna komponenta je določena tako, da pojasni kar se da velik del celotne variance osnovnih spremenljivk. Druga glavna komponenta je določena tako, da je neodvisna od prve in pojasni kar se da velik del še nepojasnjene variance. Tretja glavna komponenta je neodvisna od prve in od druge glavne komponente in pojasni kar se da velik del še nepojasnjene variance itd. (Košmelj, 2007). Metoda je uspešna, kadar prve glavne komponente pojasnijo velik del celotne variance osnovnih spremenljivk (nad 60 %), ostale pa dosti manj. Odgovor na to, ali je povezanost spremenljivk dovolj velika, da je smiselno nadomestiti izhodiščne spremenljivke z glavnimi komponentami, nam dasta Barlettov test sferičnosti ($p < 0,05$) in Kaiser-Meyer-Olkinov test, pri čemer mora biti mera večja od 0,6, kar smo upoštevali. Komunalitete so bile določene na 0,50. Metodo PCA smo izbrali, ker so glavne komponente realne in jih je mogoče uporabiti za nadaljnje analize. Prednost PCA komponent je zmanjšano število testov (Chumney, 2012). Izmed metod interne konsistentnosti, ki temeljijo na merjenju istega konstrukta z več enakovrednimi spremenljivkami (različnimi indikatorji, ki merijo isti koncept) v istem času, smo izbrali Cronbach alfa. Le-ta temelji na variancah in kovariancah med merjenimi spremenljivkami, ki merijo isti konstrukt. α je definirana na intervalu od 0 do 1. Bližje kot je vrednost 1, boljša je zanesljivost. Četudi se mnenja glede minimalnih sprejemljivih vrednosti razlikujejo (Polit & Beck, 2018), vrednost α , ki je večja od 0,8, kaže, da je merski postopek zanesljiv (dobra zanesljivost).

Pri preverjanju hipotez smo uporabili naslednje statistične analize:

- Pri hipotezi 1 in hipotezi 3b smo uporabili parni t-test, ki se uporablja za primerjavo povprečij dveh spremenljivk.
- Hipotezo 2 smo preverjali s kanonično korelacijo. V kanonični korelacijski analizi imamo več kriterijskih spremenljivk, ki so s prediktorskimi spremenljivkami povezane v sistem strukturnih enačb. Kombinacije neodvisnih in kombinacije

odvisnih spremenljivk so v največji možni korelaciji preko latentnih dimenzij ali kanoničnih variat. V sklopu kanonične korelacijske analize obstajajo pari kanoničnih variat, ki jim rečemo kanonične rešitve. Kanonična rešitev je sestavljena iz para variat, kjer je ena variata linearna kombinacija neodvisnih, druga variata pa linearna kombinacija odvisnih spremenljivk. Takih kanoničnih rešitev je lahko več, in sicer toliko, kolikor je spremenljivk v manjši skupini/nizu. Običajno je nekaj prvih kanoničnih rešitev statistično značilnih, ostale pa niso.

- Pearsonovo korelacijo smo uporabili za preverjanje hipotez 3a, 4b, 4c, 5b, ki jo uporabimo, ko želimo na reprezentativnem vzorcu ugotoviti, ali sta dve numerični spremenljivki medsebojno povezani ter kakšna je smer te povezave. Vrednost korelacijskega koeficienta se giblje na intervalu -1 do $+1$. Koeficient Pearsonove korelacije interpretiramo (Field, 2009): do 0,3 zelo šibka; od 0,3 do 0,5 šibka; od 0,5 do 0,7 srednje močna; od 0,7 do 0,9 močna; od 0,9 do 1,0 zelo močna.
- Friedmanov test smo uporabili pri podhipotezi H3b za ugotavljanje vrstnega reda konstruktov. Test je neparametrična alternativa enosmerni ANOVA s ponavljajočimi se meritvami. Uporablja se za testiranje razlik med skupinami/spremenljivkami.
- Za preverjanje podhipotez (H4a, H5a) smo uporabili t-test dveh neodvisnih vzorcev, ki se uporablja za primerjavo povprečij dveh neodvisnih skupin, da bi ugotovili, ali obstaja med njima statistično značilna razlika.
- Pri hipotezah H4d, H5c smo uporabili test ANOVA in Robust test, ki se uporabljata za testiranje primerjave več neodvisnih vzorcev (> 2) in kjer ločimo dva načina primerjav med skupinama: test ANOVA, če so variance v vseh skupinah enake, ter Robust test, če je varianca v eni skupini različna od variance v ostalih skupinah. Domnevo glede variance smo preverili s pomočjo Levenove statistike (in njene stopnje značilnosti).
- Hipotezo 6 smo preverjali s pomočjo multiplega regresijskega modela z metodo STEPWISE (H6). Gre za interaktivni postopek, ki vključuje dodajanje ali odstranjevanje spremenljivk iz modela na podlagi določenih kriterijev, kot so p-vrednosti. Ta ima več prednosti: takoj dobimo veljaven model, v katerem imajo vse spremenljivke statistično značilen vpliv na odvisno. Metoda je zelo odporna na multikolinearnost. V tej analizi smo uporabili tudi dummy spremenljivke, ki so navidezne spremenljivke in se običajno uporabljajo za kodiranje kategoričnih

značilnosti. Ima lahko samo dve vrednosti: 1 ali 0, kjer 0 pomeni odsotnost določene kategorije, 1 pa prisotnost.

Pri interpretaciji rezultatov smo upoštevali tudi mero za velikost učinka Cohen's d (d). Velikost učinka je kvantifikacija razlike med dvema skupinama, za razliko od statistične značilnosti, ki pove, ali učinek obstaja, ne pove pa, kako velik je. Cohenov d prikaže razdaljo med aritmetičnimi sredinami vzorcev v enotah določenega standardnega odklona (Štemberger, 2021). Rezultati se interpretirajo kot: 1) vrednosti okrog 0,2 naj bi predstavljale majhen učinek, 2) učinek okrog 0,50 naj bi bil opazen »s prostim očesom« ter 3) vrednosti okrog 0,8 imajo velik učinek (Cohen, et al., 2007). Razpon je postavljen med 0 in 1, pri čemer korelacijski koeficient $r = 0$ pomeni, da ni učinka in da $r = 1$ pomeni, da gre za popoln učinek. Cohen je leta 1994 predstavil orientacijske vrednosti: $r = 0,10$ (nizek učinek) – učinek pojasnjuje 1 % skupne variance; $r = 0,30$ (srednji učinek) – učinek nasičuje 9 % skupe variance ter $r = 0,5$ (velik učinek) – učinek nasičuje 25 % skupne variance (Cohen, 1994).

Statistična značilnost je bila postavljena na ravni $p \leq 0,05$.

Nato smo z uporabo kvalitativnega raziskovalnega dizajna dopolnili ugotovitve s poglobljenim razumevanjem neizvedene zdravstvene nege in doživljanja izvajalcev zdravstvene nege v okoljih, v katerih smo izvedli kvantitativno raziskavo. Izvedli smo štiri fokusne skupine (povprečno trajanje 64 minut). Pogovori so potekali po spletu (videokonferenčni sistem), saj smo se zaradi geografske razpršenosti in časovnih omejitev udeležencev odločili, da bo to najučinkovitejši način izvedbe. Pogovore smo posneli, nato pa jih dobesečno prepisali. Ročno smo oblikovali glavne povzetke v obliki kodirne tabele, da smo sproti po vsaki diskusiji sledili videnjem udeležencev in zasičenosti podatkov (enaka vprašanja so dobivala enake odgovore, sodelujoči so izpostavljali enake vidike). Zbrane podatke smo analizirali s pomočjo večfaznega postopka kvalitativne vsebinske analize (Mesec & Lamovec, 1998).

Prvo fazo analize je predstavljalo odprto kodiranje. Prepisano besedilo smo večkrat prebrali. Ob opisih s proučevanjem, razčlenjevanjem, primerjanjem in klasificiranjem oblikujemo pojme in jih poimenujemo. To delamo tako, da počasi in s premislekom

beremo besedilo (Mesec & Lamovec, 1998). Pojme smo nato primerjali med seboj in pojme, ki so se nanašali na podobne pojave, združili v širše kategorije. Odprtemu kodiranju je sledilo osno kodiranje, ki se nanaša na vzpostavljanje odnosov znotraj določene kategorije, med kategorijo in njenimi podkategorijami (Mesec & Lamovec, 1998). Izmed velikega števila pojmov in kategorij smo izbrali tiste, ki so bili videti relevantni glede na problem in namen raziskave (Mesec & Lamovec, 1998). Pojme smo nato definirali in jim določili pomen (Kordeš & Smrdu, 2015). Bistvo pojmov in kategorij smo zajeli v obliki definicij. S pomočjo tako imenovanega odnosnega oz. selektivnega kodiranja smo dobljene in definirane kategorije primerjali med seboj in jih razporedili v domnevne odnose (Mesec & Lamovec, 1998). Na koncu smo formulirali pravilnosti in pripravili pojasnitev. Odkrite odnose med kategorijami smo poskušali povzeti v smiselno strukturo. Le-to prikazuje slika 12, ki se nahaja v sklopu kvalitativnih podatkov v poglavju 4.4.

Pri kodiranju smo si pomagali z računalniškim programom za kvalitativno analizo ATLAS.ti.

4 REZULTATI

4.1 OPISNE STATISTIKE IN ANALIZE ZA ZMANJŠEVANJE DIMENZIONALNOSTI PODATKOV

V nadaljevanju so prikazane opisne statistike za spremenljivke iz instrumentov MISSCARE in BERNCA-R ter ostalih delov vprašalnika, uporabljenega za zbiranje kvantitativnih podatkov te raziskave.

Tabela 5: Opisne statistike za aktivnosti zdravstvene nege, izpuščene v zadnjih 7 dneh

Kako pogosto se vam je v zadnjih 7 dneh zgodilo, da ...	Naloga ni bila potrebna		Pogostost		
	n	%	PV	SO	%
11)... se s pacientom in/ali njegovo družino niste uspeli ustrezno pogovoriti?	40	4,55	2,45	0,940	83,8
21)... zmedenih pacientov niste uspeli spremljati dovolj pozorno in ste jim morali dati pomirjevala?	62	7,05	2,42	1,005	78,8
20)... zmedenih pacientov niste uspeli spremljati dovolj pozorno in ste jih morali fizično omejiti?	71	8,07	2,39	0,992	78,3
10)... pacientu niste uspeli zagotoviti čustvene ali psihosocialne podpore, čeprav se vam je zdela potrebna?	30	3,41	2,38	0,994	78,0
13)... pacientov niste mogli privaditi na stranišče ali izvesti treninga za kontinenco in ste jim zato morali namestiti plenice?	88	10	2,35	1,012	76,9
22)... ste morali odložiti ustrezne ukrepe za pomoč pacientom z nepričakovanimi ali akutnimi spremembami stanja, ker je zdravnik prispel zelo pozno?	61	6,93	2,26	0,918	76,3
26)... ste morali pacienta, ki vas je poklical, pustiti čakati več kot 5 minut?	14	1,59	2,21	0,995	71,8
12)... pacienta niste mogli zadostno seznaniti z načrtovanimi preiskavami ali zdravljenjem?	42	4,77	2,18	0,885	73,4
15)... pacientom niste mogli zagotoviti ustrezne aktivacije ali rehabilitacijske oskrbe?	84	9,55	2,16	0,930	74,5
5)... pri pacientu niste mogli izvesti potrebne higiene zob?	71	8,07	2,13	0,987	67,6
29)... niste imeli dovolj časa za pregled načrtov zdravstvene nege, da bi se lahko na začetku svoje izmene seznanili s stanjem pacientov?	14	1,59	2,11	0,911	71,4
19)... stanja pacientov niste uspeli spremljati tako pozorno, kot se vam je zdelo potrebno?	33	3,75	2,10	0,931	69,9
32)... niste uspeli ustrezno dokumentirati in vrednotiti zdravstvene nege, zagotovljene pacientom?	17	1,93	2,09	0,961	67,7

Kako pogosto se vam je v zadnjih 7 dneh zgodilo, da ...	Naloga ni bila potrebna		Pogostost		
	n	%	PV	SO	%
31)... niste uspeli pripraviti načrta zdravstvene nege za paciente?	42	4,77	2,09	0,927	68,7
4)... pri pacientu niste mogli izvesti potrebne ustne nege?	62	7,05	2,09	0,988	64,8
23)... predpisanega zdravila in/ali infuzije niste uspeli dati ob priporočenem času?	40	4,55	2,08	0,876	71,9
17)... pacientov ali njihovih družin niste uspeli popolno pripraviti na odpust iz bolnišnice?	87	9,89	2,05	0,912	69,0
14)... pacientov niste mogli privaditi na stranišče ali izvesti treninga za kontinenco in ste jim zato morali vstaviti stalni urinski kateter?	93	10,57	2,04	0,966	64,4
30)... niste uspeli določiti potreb za novo sprejete paciente?	25	2,84	2,02	0,857	68,8
1)... pri pacientu niste mogli izvesti potrebne posteljne kopeli?	108	12,27	2,01	0,999	60,7
18)... stanja pacientov niste uspeli spremljati tako pozorno, kot so to predpisali zdravniki?	39	4,43	1,99	0,892	65,9
16)... pacientov ali njihovih družin niste mogli izobraziti v zvezi z zdravljenjem, kot je npr. aplikacija insulina, obnašanjem ali shajanjem s simptomi bolezni (hipoglikemija, dispneja)?	100	11,36	1,97	0,900	64,7
3)... pri pacientu niste mogli izvesti potrebne zdravstvene nege kože?	66	7,5	1,95	0,955	58,7
7)... delno pokretnega ali nepokretnega pacienta niste uspeli ustrezno mobilizirati?	72	8,18	1,90	0,870	61,9
8)... delno pokretnemu ali nepokretnemu pacientu niste uspeli spremeniti položaja/lege telesa?	49	5,57	1,89	0,871	61,4
24)... pacientom niste uspeli previti rane?	74	8,41	1,86	0,834	60,2
25)... pacientov niste uspeli pripraviti na preiskave ali terapije?	41	4,66	1,81	0,812	58,3
27)... niste uspeli vzdrževati ustrezne higiene rok?	15	1,7	1,71	0,826	50,2
28)... niste uspeli ravnati skladno z ukrepi za razkuževanje?	27	3,07	1,70	0,788	51,8
9)... v ustreznem časovnem obdobju niste uspeli zamenjati pacientovega postelnega perila, ki je bilo močno umazano od urina, blata ali bruhanja?	54	6,14	1,64	0,813	45,9
2)... pri pacientu niste mogli izvesti potrebne jutranje nege?	75	8,52	1,62	0,833	42,2
6)... pacientu, ki ne more jesti samostojno, niste mogli ustrezno pomagati pri zaužitju hrane?	56	6,36	1,56	0,809	38,7

Legenda: n – število anketirancev; PV = povprečna vrednost izračunana na 4-stopenjski lestvici (1 = nikoli, 2 = redko, 3 = včasih, 4 = pogosto); SO = standardni odklon; % – delež (odgovori = redko + včasih + pogosto)

Iz tabele 5 je razvidno, da se je udeležencem raziskave v zadnjih sedmih dneh najpogosteje zgodilo, da se niso mogli: »s pacientom in/ali njegovo družino ustrezno pogovoriti« (PV = 2,45, SO = 0,940); »zmedenih pacientov niso uspeli spremljati dovolj

pozorno in so jim morali dati pomirjevala« (PV = 2,42, SO = 1,005) ter »zmedenih pacientov niso uspeli spremljati dovolj pozorno in so jih morali fizično omejiti« (PV = 2,39, SO = 0,992).

Najmanjkrat se je zgodilo, da udeleženci raziskave »pacientu, ki ni mogel jesti samostojno, ne bi mogli ustrezno pomagati pri zaužitju hrane« (PV = 1,56, SO = 0,809); »ne bi mogli izvesti potrebne jutranje nege« (PV = 1,62, SO = 0,833) ter »v ustreznem časovnem obdobju zamenjati pacientovega posteljnega perila, ki je bilo močno umazano od urina, blata ali bruhanja« (PV = 1,64, SO = 0,813).

Vse v vprašalniku opredeljene aktivnosti zdravstvene nege so bile v določenem obsegu neizvedene, saj noben od v raziskavo vključenih izvajalcev zdravstvene nege ni opredelil, da bi bila v zadnjih sedmih dneh katera od aktivnosti vedno izvedena. Deleži neizvedene zdravstvene nege po posameznih aktivnostih se gibljejo od najmanj 38,7 % (»pacientu, ki ne more jesti samostojno, niste mogli ustrezno pomagati pri zaužitju hrane«) do 83,8 % (»se s pacientom in/ali njegovo družino niste uspeli ustrezno pogovoriti«). Povprečni obseg neizvedene zdravstvene nege je 65,6 %.

Tabela 6: Opisne statistike razlogov za neizvedeno zdravstveno nego

Kako pomembni so navedeni razlogi za neizvedeno zdravstveno nego na vašem oddelku s strani celotnega negovalnega tima?	n	PV	SO
Premajhno število zaposlenih.	880	3,75	0,660
Nepričakovano povečanje števila pacientov na oddelku in/ali njihova zahtevnost.	880	3,48	0,838
Nujna stanja pri pacientu (npr. poslabšanje njegovega stanja).	880	3,40	0,913
Veliko sprejemov in odpustov.	880	3,33	0,931
Materiali/oprema niso bili na voljo, ko smo jih potrebovali.	880	3,24	0,915
Napetosti ali motnje v komunikaciji z zdravniki.	880	3,20	0,967
Materiali/oprema ni delovala pravilno, ko smo jo potrebovali.	880	3,19	0,972
Neuravnotežena porazdelitev pacientov med zaposlene glede na njihovo zahtevnost.	880	3,19	0,925
Zdravila niso bila na voljo, ko smo jih potrebovali.	880	3,15	1,015
Neustrezno število podpornega in/ali administrativnega osebja	880	3,13	0,936
Pomanjkanje podpore s strani drugih članov tima.	880	3,12	0,965
Napetosti ali motnje v komunikaciji znotraj negovalnega tima.	880	3,10	1,040
Napetosti ali motnje v komunikaciji s podpornimi službami.	880	3,06	0,894
Neustrezna predaja pacientov med izmenami ali enotami.	880	2,95	1,073
Medicinske sestre niso poročale o še neizvedeni zdravstveni negi.	880	2,95	1,035
Druge službe niso zagotovile potrebne oskrbe (npr. fizioterapija).	880	2,88	0,993
Laični negovalci/pacientovi svojci niso bili na voljo.	880	2,50	1,111

Legenda: PV = povprečna vrednost – izračunana na 4-stopenjski lestvici (1 = ni razlog, 2 = manj pomemben razlog, 3 = srednje pomemben razlog, 4 = zelo pomemben razlog); SO = standardni odklon

Udeleženci raziskave kot najpomembnejše razloge za neizvedeno zdravstveno nego navajajo: »premajhno število zaposlenih« (PV = 3,75, SO = 0,660); »nepričakovano povečanje števila pacientov na oddelku in/ali njihova zahtevnost« (PV = 3,48, SO = 0,838) ter »nujna stanja pri pacientu (npr. poslabšanje njegovega stanja)« (PV = 3,40, SO = 0,913) (tabela 6). Kot najmanj pomembne razloge za neizvedeno zdravstveno nego so navedli: »laični negovalci/pacientovi svojci niso bili na voljo« (PV = 2,50, SO = 1,111), »druge službe niso zagotovile potrebne oskrbe (npr. fizioterapija)« (PV = 2,88, SO = 0,993), »medicinske sestre niso poročale o še neizvedeni zdravstveni negi« (PV = 2,95, SO = 1,035).

Tabela 7: Opisne statistike zadovoljstva s trenutno službo oz. delovnim okoljem glede na izobrazbeno raven

Izobrazbena raven	n	Skupaj		1		2		3	
		PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO
Kako zadovoljni ste s svojo trenutno službo v tej bolnišnici?*	880	2,76	0,701	2,70	0,734	2,85	0,652	2,81	0,569
Zadovoljstvo z vidiki službe*									
Bolniški dopust	880	2,90	0,934	2,86	0,945	2,98	0,923	2,76	0,955
Neodvisnost pri delu	880	2,83	0,853	2,76	0,874	2,98	0,787	2,54	0,931
Letni dopust	880	2,72	0,944	2,62	0,948	2,90	0,923	2,62	0,828
Fleksibilen delovni urnik	880	2,66	0,954	2,55	0,949	2,82	0,949	2,68	1,002
Študijski dopust	880	2,64	1,060	2,61	1,053	2,72	1,057	2,30	1,236
Status kot medicinska sestra	880	2,57	0,997	2,49	1,010	2,75	0,941	2,16	1,041
Priložnost za izobraževanje	880	2,51	0,941	2,40	0,915	2,67	0,965	2,49	0,870
Priložnosti za napredovanje	880	2,33	0,990	2,21	0,975	2,49	0,988	2,43	1,042
Plača	880	2,01	0,947	1,86	0,926	2,18	0,949	2,38	0,861
Kako zadovoljni ste z odločitvijo, da se zaposlite v zdravstveni negi?*	880	2,72	0,771	2,66	0,773	2,81	0,777	2,84	0,602
Kako bi ocenili svoje delovno okolje v tej bolnišnici?**	880	2,49	0,757	2,50	0,753	2,50	0,749	2,24	0,863
Kako bi na splošno opisali kakovost zdravstvene nege, ki so je deležni pacienti na vašem oddelku?**	880	2,90	0,792	2,93	0,777	2,84	0,816	2,92	0,759

Legenda: Izobrazbena raven: 1 = srednja zdravstvena šola, 2 = visokostrokovni ali višješolski program zdravstvene nege, 3 = magisterij iz zdravstvene nege ali doktorat zdravstvenih ved

Lestvica *: 1 – Sploh nisem zadovoljen, 2 – Delno nisem zadovoljen, 3 – Delno sem zadovoljen, 4 – Popolnoma sem zadovoljen

Lestvica **: 1 – slabo, 2 – zadovoljivo, 3 – dobro, 4 – odlično

Najbolj so udeleženci raziskave na splošno zadovoljni z naslednjimi vidiki svoje službe (tabela 7): »bolniški dopust« (PV = 2,90; SO = 0,934), »neodvisnost pri delu« (PV = 2,83; SO = 0,853) in »letni dopust« (PV = 2,72; SO = 0,944). Najmanj so na splošno zadovoljni s plačo (PV = 2,01; SO = 0,947), tudi če pogledamo rezultate glede na izobrazbeno strukturo, so udeleženci raziskave s srednješolsko izobrazbo in tisti z visokostrokovnim ali višješolskim programom zdravstvene nege s plačo najmanj zadovoljni. Tisti z višjo

izobrazbo so s plačo bolj zadovoljni, so pa najmanj zadovoljni s svojim statusom v zdravstveni negi. Naslednji vidik, s katerim so udeleženci raziskave najmanj zadovoljni, je »priložnost za napredovanje« (PV = 2,33; SO = 0,990), ki je, tudi če rezultate ločimo glede na izobrazbo, še vedno na drugem mestu, razen pri tistih z magisterijem/doktoratom, pri katerih je na drugem mestu nezadovoljstvo s študijskim dopustom.

Pri vprašanjih o zadovoljstvu s trenutno službo, zaposlitvijo v zdravstveni negi, delovnim okoljem in kakovostjo zdravstvene nege na njihovem oddelku se vrednosti gibljejo med 2 in 3, kar je srednja vrednost med zadovoljstvom in nezadovoljstvom. Kot je videti v tabeli 8, bi več kot polovica (56,6 %) respondentov v naslednjem letu zaradi nezadovoljstva s službo zapustila bolnišnico, v kateri so zaposleni. Od tega bi jih največ, 55,82 %, izbralo delo v zdravstveni negi, toda ne v bolnišnici. Skoraj petina (19,27 %) bi jih zaposlitev iskala izven področja zdravstvene nege.

Tabela 8: Namera po odhodu udeležencev raziskave

Bi v naslednjem letu zaradi nezadovoljstva s službo zapustili bolnišnico, kjer ste trenutno zaposleni, če bi bilo to mogoče?	n	%
Ne	382	43,41
Da	498	56,59
Če je bil odgovor da, kakšno delo bi iskali?		
Delo v zdravstveni negi v drugi bolnišnici	124	24,89
Delo v zdravstveni negi, a ne v bolnišnici	278	55,82
Delo, ki ni s področja zdravstvene nege	96	19,27

Legenda: n – število anketirancev; % – delež

Sklop vprašanj »Kako pogosto se vam je v zadnjih 7 dneh zgodilo, da ...« je sestavljen iz 32 spremenljivk, ki opisujejo različne aktivnosti zdravstvene nege, kjer zaposleni ocenjujejo pogostost neizvedene zdravstvene nege. Z metodo glavnih komponent (PCA) smo ustvarili nov nabor 5 spremenljivk, glavnih komponent, ki jih imenujemo: »Nadzor«, »Skrb, čustvena podpora, aktivacija, edukacija«, »Dokumentiranje«, »Varnost« ter »Življenjske aktivnosti« (tabela 9). Najvišjo povprečno vrednost ima komponenta »Nadzor«, naslednja je »Skrb, čustvena podpora, aktivacija, edukacija«.

Tabela 9: Komponente neizvedene zdravstvene nege

Komponente neizvedene zdravstvene nege	% pojasnjene variance	PV	SO	α
1 - Nadzor	72,658	2,09	0,909	0,872
2 - Skrb, čustvena podpora, aktivacija, edukacija	68,555	2,03	0,822	0,997
3 - Dokumentiranje	77,059	2,02	0,846	0,900
4 - Varnost	73,125	1,85	0,679	0,947
5 - Življenjske aktivnosti	68,904	1,73	0,773	0,911

Legenda: PV – povprečje na 4-stopenjski lestvici (1 – nikoli, 2 – redko, 3 – včasih in 4 – pogosto); SO = standardni odklon, α – zanesljivost

V tabeli 10 natančneje prikazujemo, katere spremenljivke spadajo v posamezno komponento, ter njihove uteži.

Tabela 10: Spremenljivke pri posameznih komponentah neizvedene zdravstvene nege z utežmi

Spremenljivke pri posameznih komponentah	Uteži
Spremenljivke pri komponenti NADZOR	
... stanja pacientov niste uspeli spremljati tako pozorno, kot so to predpisali zdravniki?	0,854
... stanja pacientov niste uspeli spremljati tako pozorno, kot se vam je zdelo potrebno?	0,853
... zmedenih pacientov niste uspeli spremljati dovolj pozorno in ste jih morali fizično omejiti?	0,869
... zmedenih pacientov niste uspeli spremljati dovolj pozorno in ste jim morali dati pomirjevala?	0,834
Spremenljivke pri komponenti DOKUMENTIRANJE	
... niste imeli dovolj časa za pregled načrtov zdravstvene nege, da bi se lahko na začetku svoje izmene seznanili s stanjem pacientov?	0,857
... niste uspeli določiti potreb za novo sprejete paciente?	0,885
... niste uspeli pripraviti načrta zdravstvene nege za paciente?	0,894
... niste uspeli ustrezno dokumentirati in vrednotiti zdravstvene nege, zagotovljene pacientom?	0,874
Spremenljivke pri komponenti ŽIVLJENJSKE AKTIVNOSTI	
... pri pacientu niste mogli izvesti potrebne posteljne kopeli?	0,718
... pri pacientu niste mogli izvesti potrebne jutranje nege?	0,799
... pri pacientu niste mogli izvesti potrebne zdravstvene nege kože?	0,797
... pri pacientu niste mogli izvesti potrebne ustne nege?	0,817
... pri pacientu niste mogli izvesti potrebne higijene zob?	0,811
... pacientu, ki ne more jesti samostojno, niste mogli ustrezno pomagati pri zaužitju hrane?	0,710
... delno pokretnega ali nepokretnega pacienta niste uspeli ustrezno mobilizirati?	0,760
... delno pokretnemu ali nepokretnemu pacientu niste uspeli spremeniti položaja/lege telesa?	0,803
... v ustreznem časovnem obdobju niste uspeli zamenjati pacientovega posteljnega perila, ki je bilo močno umazano od urina, blata ali bruhanja?	0,680

Spremenljivke pri posameznih komponentah	Uteži
Spremenljivke pri komponenti VARNOST	
... ste morali odložiti ustrezne ukrepe za pomoč pacientom z nepričakovanimi ali akutnimi spremembami stanja, ker je zdravnik prispel zelo pozno?	0,610
... predpisanega zdravila in/ali infuzije niste uspeli dati ob priporočenem času?	0,760
... pacientom niste uspeli previti rane?	0,782
... pacientov niste uspeli pripraviti na preiskave ali terapije?	0,790
... ste morali pacienta, ki vas je poklical, pustiti čakati več kot 5 minut?	0,682
... niste uspeli vzdrževati ustrezne higiene rok?	0,753
... niste uspeli ravnati skladno z ukrepi za razkuževanje?	0,708
Spremenljivke pri komponenti SKRB, ČUSTVENA PODPORA, AKTIVACIJA, EDUKACIJA	
... pacientu niste uspeli zagotoviti čustvene ali psihosocialne podpore, čeprav se vam je zdela potrebna?	0,754
... se s pacientom in/ali njegovo družino niste uspeli ustrezno pogovoriti?	0,795
... pacienta niste mogli zadostno seznaniti z načrtovanimi preiskavami ali zdravljenjem?	0,774
... pacientov niste mogli privaditi na stranišče ali izvesti treninga za kontinenco in ste jim zato morali namestiti plenice?	0,741
... pacientov niste mogli privaditi na stranišče ali izvesti treninga za kontinenco in ste jim zato morali vstaviti stalni urinski kateter?	0,686
... pacientom niste mogli zagotoviti ustrezne aktivacije ali rehabilitacijske oskrbe?	0,812
... pacientov ali njihovih družin niste mogli izobraziti v zvezi z zdravljenjem, kot je npr. aplikacija insulina, obnašanjem ali shajanjem s simptomi bolezni?	0,787
... pacientov ali njihovih družin niste uspeli popolno pripraviti na odpust iz bolnišnice?	0,766

Sklop vprašanj o pomembnosti razlogov za neizvedeno zdravstveno nego na oddelku (kjer so zaposleni udeleženci raziskave) s strani celotnega negovalnega tima je sestavljen iz 17 spremenljivk, ki opisujejo različne razloge za neizvedeno zdravstveno nego. Z metodo glavnih komponent (PCA) smo ustvarili nov nabor 3 spremenljivk, glavnih komponent, ki jih imenujemo: »Človeški viri«, »Materialni viri« in »Komunikacija« (tabela 11).

Tabela 11: Komponente razlogov neizvedene zdravstvene nege

Komponente razlogov za neizvedeno zdravstveno nego	% pojasnjene variance	PV	SO	α
1 – Človeški viri	63,809	3,44	0,642	0,962
2 – Materialni viri	77,897	3,20	0,852	0,858
3 – Komunikacija	61,510	2,98	0,792	0,911

Legenda: PV – povprečje; SO – standardni odklon, α – zanesljivost

V tabeli 12 natančneje prikazujemo, katere spremenljivke spadajo v posamezno komponento, ter njihove uteži.

Tabela 12: Spremenljivke pri posameznih komponentah razlogov za neizvedeno zdravstveno nego z utežmi

Spremenljivke pri posameznih komponentah	Uteži
Spremenljivke pri komponenti ČLOVEŠKI VIRI	
Premajhno število zaposlenih.	0,578
Nujna stanja pri pacientu	0,698
Nepričakovano povečanje števila pacientov na oddelku in/ali njihova zahtevnost.	0,819
Neustrezno število podpornega in/ali administrativnega osebja.	0,690
Neuravnotežena porazdelitev pacientov med zaposlene glede na njihovo zahtevnost.	0,727
Veliko sprejemov in odpustov.	0,742
Spremenljivke pri komponenti KOMUNIKACIJA	
Pomanjkanje podpore s strani drugih članov tima.	0,748
Napetosti ali motnje v komunikaciji s podpornimi službami.	0,805
Napetosti ali motnje v komunikaciji znotraj negovalnega tima.	0,846
Napetosti ali motnje v komunikaciji z zdravniki.	0,816
Medicinske sestre niso poročale o še neizvedeni zdravstveni negi.	0,836
Laični negovalci/pacientovi svojci niso bili na voljo.	0,737
Neustrezna predaja pacientov med izmenami ali enotami.	0,776
Druge službe niso zagotovile potrebne oskrbe (npr. fizioterapija).	0,699
Spremenljivke pri komponenti MATERIALNI VIRI	
Materiali/oprema niso bili na voljo, ko smo jih potrebovali.	0,906
Materiali/oprema ni delovala pravilno, ko smo jo potrebovali.	0,914
Zdravila niso bila na voljo, ko smo jih potrebovali.	0,825

4.2 PREVERJANJE HIPOTEZ

V nadaljevanju prikazujemo rezultate statističnih analiz, s katerimi smo preverjali hipoteze.

Hipotezo 1 (H1), ki se glasi »Intervencije s področja čustvene podpore pacientom in edukacije so izpuščene pogostejše kot intervencije s področja osnovnih življenjskih aktivnosti«, smo dokazali s parnim t-testom, kjer smo primerjali dve komponenti neizvedene zdravstvene nege (tabela 13).

Tabela 13: Primerjava komponent »Življenjske aktivnosti« in »Skrb, čustvena podpora, aktivacija, edukacija«

Par	PV	SO	t	p	Cohen's d
Življenjske aktivnosti	1,73	0,773	-13,548	< 0,001	0,457
Skrb, čustvena podpora, aktivacija, edukacija	2,03	0,823			

Legenda: PV – povprečje; SO – standardni odklon; α – zanesljivost; t – t test, p – statistična značilnost, Cohen's d – moč učinka

Vidimo, da je povprečje komponente »Skrb, čustvena podpora, aktivacija, edukacija« večje kot povprečje spremenljivk, ki sodijo v komponento »Življenjske aktivnosti«. Sklepamo, da so intervencije s področja čustvene podpore pacientom in edukacije izpuščene pogostejše kot intervencije s področja osnovnih življenjskih aktivnosti ($t = -13,548$; $p = < 0,001$). Učinek razlike med povprečnima vrednostma je srednje močen ($d = 0,457$). Ker je značilnost testa pod 0,05, hipotezo 1 potrdimo.

Za preverjanje druge hipoteze (H2) »Večje kot je zadovoljstvo anketirancev z značilnostmi zaposlitve, manj je poročanja o neizvedeni zdravstveni negi« smo v analizo vključili pet komponent neizvedene zdravstvene nege, ki smo jih izračunali na osnovi rezultatov PCA, ter spremenljivke, s pomočjo katerih smo merili zadovoljstvo anketirancev z značilnostmi zaposlitve. Analizo smo izvedli z metodo kanonične korelacije (CCA) in dobili korelacije med posameznimi komponentami neizvedene zdravstvene nege in značilnostmi zaposlitve (tabela 14).

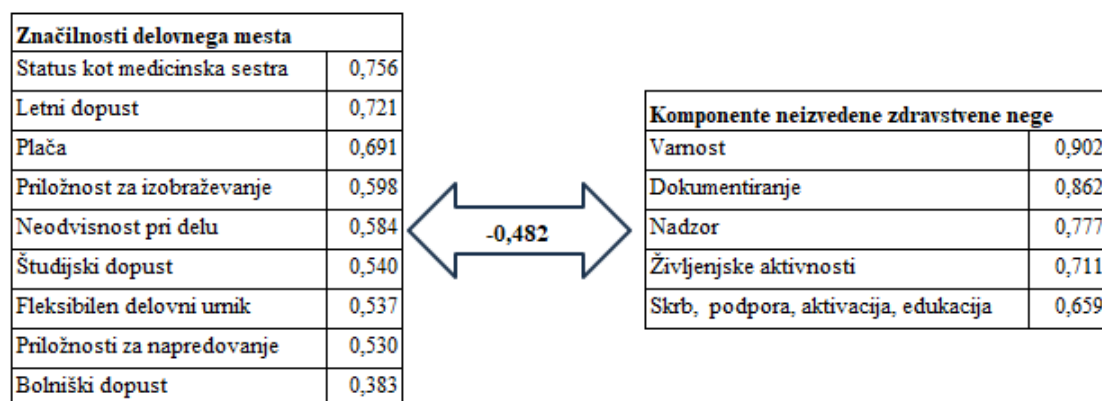
Tabela 14: Korelacija povprečij konstruktov neizvedene zdravstvene nege glede na značilnosti zaposlitve

Komponente neizvedene zdravstvene nege	1	2	3	4	5
korelacija	0,212	0,262	0,221	0,252	0,229
p	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Fleksibilen delovni urnik	-0,586	-0,411	-0,587	-0,638	-0,599
Priložnosti za napredovanje	-0,551	-0,466	-0,310	-0,622	-0,598
Neodvisnost pri delu	-0,435	-0,625	-0,406	-0,549	-0,478
Status kot medicinska sestra	-0,738	-0,802	-0,488	-0,667	-0,808
Plača	-0,657	-0,643	-0,606	-0,724	-0,686
Priložnost za izobraževanje	-0,428	-0,498	-0,512	-0,677	-0,563
Letni dopust	-0,421	-0,593	-0,694	-0,737	-0,691
Bolniški dopust	-0,225	-0,279	-0,362	-0,361	-0,470
Študijski dopust	-0,577	-0,522	-0,621	-0,451	-0,604

Legenda: komponente = 1 – »Nadzor«; 2 – »Dokumentiranje«; 3 – »Življenjske aktivnosti«; 4 – »Varnost«; 5 – »Skrb, čustvena podpora, aktivacija, edukacija«; p – statistična značilnost

Vse kanonične rešitve so veljavne ($p < 0,001$), korelacije pri vseh komponentah so šibke ($< 0,3$). Ker so vse uteži negativne, je obratno sorazmerje potrjeno. Sklepamo, da večje kot je zadovoljstvo anketirancev z značilnostmi zaposlitve, manj pogosto prihaja do neizvedene zdravstvene nege na vseh petih identificiranih področjih neizvedene zdravstvene nege. V skladu s tem lahko drugo hipotezo potrdimo.

Kot je videti na sliki 5, je absolutna vrednost korelacije 0,482 (srednje močna povezanost). Najpomembnejše značilnosti zaposlitve so status, letni dopust in plača. Korelacija je negativna, zato sklepamo, da manj kot je zadovoljstva z značilnostmi, več je neizvedene zdravstvene nege, s tem da se najbolj izpuščajo aktivnosti s področja varnosti.



Slika 5: Korelacija med značilnostmi zaposlitve in konstrukti neizvedene zdravstvene nege

Hipotezo 3, ki se glasi »Organizacijsko kadrovske razlogi imajo statistično značilni učinek na neizvedeno zdravstveno nego«, smo nadalje razdelili na dve podhipotezi.

Za preverjanje prvega dela tretje hipoteze (H3a), ki se glasi »Neizvedena zdravstvena nega je pozitivno povezana s številom pacientov, za katere so bili anketirani neposredno odgovorni«, smo v analizo vključili pet konstruktov neizvedene zdravstvene nege, ki smo jih izračunali na osnovi rezultatov PCA, ter spremenljivko, s pomočjo katere smo pridobili podatek o številu pacientov, za katere so bili anketiranci neposredno odgovorni med svojo zadnjo delovno izmeno. Glede na naravo spremenljivk, vključenih v analizo, smo odnos med številom pacientov in pogostostjo poročanja o neizvedeni zdravstveni negi analizirali s pomočjo korelacijske analize, pri čemer smo izračunali Pearsonove korelacijske koeficiente. Rezultate prikazuje tabela 15.

Tabela 15: Pearsonovi korelacijski koeficienti med številom pacientov, za katere so bili udeleženci raziskave odgovorni, ter konstrukti neizvedene zdravstvene nege

Komponente neizvedene zdravstvene nege		Za koliko pacientov ste bili neposredno odgovorni med svojo zadnjo delovno izmeno?
Nadzor	Pearsonova korelacija	0,061
	p	0,072
Dokumentiranje	Pearsonova korelacija	0,067*
	p	0,047
Življenjske aktivnosti	Pearsonova korelacija	0,019
	p	0,569
Varnost	Pearsonova korelacija	0,077*
	p	0,022
Skrb, čustvena podpora, aktivacija, edukacija	Pearsonova korelacija	-0,001
	p	0,978

Legenda: p – statistična značilnost

* Korelacija je statistično značilna pri stopnji 0,05 (2-stranski test).

Rezultati kažejo, da sta s številom pacientov, za katere so bili udeleženci raziskave neposredno odgovorni, statistično značilno pozitivno in zelo šibko povezani (Field, 2009) le pogostost izvedbe intervencij s področja »Dokumentiranje« (p = 0,047; r = 0,067) ter intervencij s področja »Varnost« (p = 0,022; r = 0,077). V skladu s tem ugotavljamo, da večje kot je število pacientov, za katere so zdravstveni delavci neposredno odgovorni, pogosteje prihaja do neizvedene zdravstvene nege s področij dokumentiranja in varnosti. V skladu s tem lahko prvi del tretje hipoteze potrdimo le delno.

Druga podhipoteza (H3b) se glasi: »Razlogi za neizvedeno zdravstveno nego, ki so povezani s človeškimi viri, so statistično značilno pomembnejši od razlogov s področja komunikacije ali materialnih virov.« Da bi preverili, ali obstajajo statistično značilne razlike v pomembnosti razlogov za neizvedeno zdravstveno nego, smo v analizo vključili tri konstrukte razlogov, ki smo jih izračunali na osnovi rezultatov PCA. Na začetku smo izvedli Friedmanov test, da smo ugotovili vrstni red treh konstruktov (tabela 16).

Tabela 16: Vrstni red konstruktov razlogov za neizvedeno zdravstveno nego

Konstrukti razlogov za neizvedeno zdravstveno nego	$\bar{R}$	Chi-Square χ^2	p
Človeški viri	2,49	464,116	< 0,001
Materialni viri	2,05		
Komunikacija	1,46		

Legenda: $\bar{R}$ – povprečni rang; p – statistična značilnost

Za preverjanje hipoteze H3b smo testirali dva para, najprej par: 1) človeški viri – komunikacija in nato par 2) človeški viri – materialni viri s parnim t-testom.

Tabela 17: Testiranje parov konstruktov razlogov za neizvedeno zdravstveno nego

Pari konstruktov	PV	SO	t	p	Cohen's d
Človeški viri – komunikacija	2,44	0,642	22,277	< 0,001	0,751
	1,98	0,793			
Človeški viri – materialni viri	2,44	0,642	9,486	< 0,001	0,320
	2,20	0,852			

Legenda: PV – povprečje; SO – standardni odklon, t – t test, p – statistična značilnost, Cohen's d – moč učinka

Parne primerjave razlogov (tabela 17) za neizvedeno zdravstveno nego kažejo, da so tisti razlogi, ki so povezani s človeškimi viri, statistično značilno pomembnejši v primerjavi z razlogi, povezanimi z materialnimi viri in komunikacijo. Iz vrednosti Cohen's d nadalje še sklepamo, da je razlika v paru »človeški viri – komunikacija« močneje izražena (srednji učinek) kot v paru »človeški viri – materialni viri« (majhen učinek) (Štemberger, 2021). V skladu s tem lahko drugi del tretje hipoteze potrdimo.

Hipotezo 4, ki se glasi »Sociodemografske spremenljivke anketiranih imajo statistično značilni učinek na pogostost neizvedene zdravstvene nege«, smo razdelili na 4 podhipoteze.

Prva podhipoteza (H4a) se nanaša na spol udeležencev raziskave in se glasi: »Ženske pogosteje kot moški poročajo o neizvedeni zdravstveni negi.« V analizo smo vključili pet konstruktov neizvedene zdravstvene nege, ki smo jih izračunali na osnovi rezultatov PCA, ter spremenljivko spol. V primeru vseh petih konstruktov so vrednosti Levenovih F-testov statistično neznačilne ($p > 0,05$), kar pomeni, da smo razlike v povprečnih vrednostih preverili s pomočjo klasične t statistike. Rezultati kažejo, da v primeru nobenega od konstruktov neizvedene zdravstvene nege razlike v povprečni pogostosti niso statistično značilne ($p > 0,05$). Glede na to ugotavljamo, da se ženske in moški statistično značilno ne razlikujejo v pogostosti izvajanja zdravstvene nege. To nam potrjuje tudi rezultat moči učinka (Cohen's d), ki je povsod pod 0,2 (tabela 18). V skladu s tem prvi del četrte hipoteze (H4a) zavrnamo.

Tabela 18: Primerjava povprečij konstruktov neizvedene zdravstvene nege glede na spol

	Spol	n	PV	SO	t	p	Cohen's d
Nadzor^a	Ženski	733	2,01	0,809	-1,285	0,199	0,116
	Moški	147	2,11	0,887			
Dokumentiranje^b	Ženski	733	1,87	0,676	1,847	0,065	0,167
	Moški	147	1,76	0,693			
Življenjske aktivnosti^c	Ženski	733	1,72	0,765	-0,898	0,370	0,081
	Moški	147	1,78	0,817			
Varnost^d	Ženski	733	2,04	0,857	1,385	0,166	0,125
	Moški	147	1,93	0,785			
Skrb, čustvena podpora, aktivacija, edukacija^e	Ženski	733	2,09	0,908	0,020	0,984	0,002
	Moški	147	2,09	0,918			

Legenda: n – število anketirancev; PV – povprečje; SO – standardni odklon, t – t test, p – statistična značilnost, Cohen's d – moč učinka

^a Levenov F-test = 2,579; p = 0,109.

^b Levenov F-test = 1,811; p = 0,179.

^c Levenov F-test = 2,106; p = 0,147.

^d Levenov F-test = 0,574; p = 0,449.

^e Levenov F-test = 0,034; p = 0,854.

Za preverjanje drugega dela četrte hipoteze (H4b), ki se glasi »Daljša kot je delovna doba anketiranih, pogosteje poročajo o neizvedeni zdravstveni negi«, smo v analizo vključili pet konstruktov neizvedene zdravstvene nege, ki smo jih izračunali na osnovi rezultatov PCA, ter spremenljivko, s pomočjo katere smo pridobili podatke o številu let delovne dobe v zdravstveni negi. Glede na naravo spremenljivk, vključenih v analizo, smo odnos med številom let delovne dobe in pogostostjo poročanja o neizvedeni zdravstveni negi analizirali s pomočjo korelacijske analize, pri čemer smo izračunali Pearsonove korelacijske koeficiente. Rezultate prikazuje tabela 19.

Tabela 19: Pearsonovi korelacijski koeficienti med številom let delovne dobe v zdravstveni negi ter konstrukti neizvedene zdravstvene nege

		Koliko let že delate v zdravstveni negi?
Nadzor	Pearsonova korelacija	0,022
	p	0,513
Dokumentiranje	Pearsonova korelacija	-0,013
	p	0,712
Življenjske aktivnosti	Pearsonova korelacija	-0,045
	p	0,181
Varnost	Pearsonova korelacija	-0,093**
	p	0,006
Skrb, čustvena podpora, aktivacija, edukacija	Pearsonova korelacija	-0,027
	p	0,431

Legenda: p – statistična značilnost

** Korelacija je statistično značilna pri stopnji 0,01 (2-stranski test).

Rezultati kažejo, da je s številom let delovne dobe v zdravstveni negi statistično značilno povezana le pogostost izvedbe intervencij s področja varnosti (povezanost je pozitivna in zelo šibka). V skladu s tem ugotavljamo, da daljša kot je delovna doba, redkeje prihaja do neizvedene zdravstvene nege s področja varnosti. V skladu s tem lahko drugi del četrte hipoteze potrdimo le delno.

Za preverjanje tretjega dela četrte hipoteze (H4c), ki se glasi »Z višanjem starosti anketirani pogosteje poročajo o neizvedeni zdravstveni negi«, smo v analizo vključili pet konstruktov neizvedene zdravstvene nege, ki smo jih izračunali na osnovi rezultatov PCA, ter spremenljivko, s pomočjo katere smo pridobili podatke o starosti anketirancev. Glede na naravo spremenljivk, vključenih v analizo, smo tudi v tem primeru odnos med starostjo in pogostostjo poročanja o neizvedeni zdravstveni negi analizirali s pomočjo korelacijske analize, pri čemer smo izračunali Pearsonove korelacijske koeficiente. Rezultate prikazuje tabela 20.

Tabela 20: Pearsonovi korelacijski koeficienti med starostjo ter konstrukti neizvedene zdravstvene nege

		Starost
Nadzor	Pearsonova korelacija	0,042
	p	0,214
Dokumentiranje	Pearsonova korelacija	0,022
	p	0,517
Življenjske aktivnosti	Pearsonova korelacija	-0,026
	p	0,441
Varnost	Pearsonova korelacija	-0,153**
	p	< 0,001
Skrb, čustvena podpora, aktivacija, edukacija	Pearsonova korelacija	0,010
	p	0,757

Legenda: p – statistična značilnost

** Korelacija je statistično značilna pri stopnji 0,01 (2-stranski test).

Rezultati kažejo, da je s starostjo statistično značilno povezana ($p < 0,001$) le pogostost izvedbe intervencij s področja varnosti (povezanost je pozitivna in zelo šibka; $r = 0,153$). V skladu s tem ugotavljamo, da z naraščanjem starosti pada pogostost neizvajanja intervencij s področja varnosti in s tem lahko tretji del četrte hipoteze potrdimo le delno.

V primeru četrtega dela četrte hipoteze (H4d), ki se glasi »Z višanjem izobrazbe anketirani pogosteje poročajo o neizvedeni zdravstveni negi«, smo v analizo vključili pet

konstruktov neizvedene zdravstvene nege, ki smo jih izračunali na osnovi rezultatov PCA, ter spremenljivko izobrazba. Glede na rezultate Levenovega testa homogenosti varianc ugotavljamo, da imajo vse komponente neizvedene zdravstvene nege, razen »Življenjske aktivnosti« in »Varnosti«, potrjeno homogenost varianc ($p > 0,05$) in jih zato testiramo s testom ANOVA. Za preverjanje razlik v neizvedeni zdravstveni negi glede na izobrazbeno raven pri komponentah »Življenjske aktivnosti« in »Varnost« ($p < 0,05$) je bil primeren Robust test. Rezultati so vidni v tabeli 21.

Tabela 21: Primerjava povprečij konstruktov neizvedene zdravstvene nege glede na stopnjo izobrazbe

Konstrukt	Izobrazbena raven	n	PV	SO	F	p	η^2
Nadzor ^a	Srednja zdravstvena šola	507	2,00	0,802	1.235	0,291	0,003
	Visokostrokovni ali višješolski program zdravstvene nege	336	2,05	0,829			
	Magisterij iz zdravstvene nege ali doktorat zdravstvenih ved	37	2,20	1,012			
Dokumentiranje ^b	Srednja zdravstvena šola	507	1,80	0,660	3.812	0,022	0,009
	Visokostrokovni ali višješolski program zdravstvene nege	336	1,91	0,694			
	Magisterij iz zdravstvene nege ali doktorat zdravstvenih ved	37	2,03	0,761			
Skrb, čustvena podpora, aktivacija, edukacija ^c	Srednja zdravstvena šola	507	2,08	0,868	0.382	0,683	0,001
	Visokostrokovni ali višješolski program zdravstvene nege	336	2,09	0,947			
	Magisterij iz zdravstvene nege ali doktorat zdravstvenih ved	37	2,22	1,108			
Konstrukt	Izobrazbena raven	n	PV	SO	Welch F test	p	η^2
Življenjske aktivnosti ^d	Srednja zdravstvena šola	507	1,71	0,690	0,200	0,819	0,001
	Visokostrokovni ali višješolski program zdravstvene nege	336	1,73	0,844			
	Magisterij iz zdravstvene nege ali doktorat zdravstvenih ved	37	1,82	1,122			
Varnost ^e	Srednja zdravstvena šola	507	1,89	0,796	14,680	< 0,001	0,034
	Visokostrokovni ali višješolski program zdravstvene nege	336	2,17	0,876			
	Magisterij iz zdravstvene nege ali doktorat zdravstvenih ved	37	2,39	0,914			

Legenda: n – število anketirancev; PV – povprečje; SO – standardni odklon, F – test, p – statistična značilnost, η^2 – (eta squared) velikost učinka

^a Levenov test = 1,660; $p = 0,191$.

^b Levenov test = 0,455; $p = 0,635$.

^c Levenov test = 1,362; $p = 0,257$.

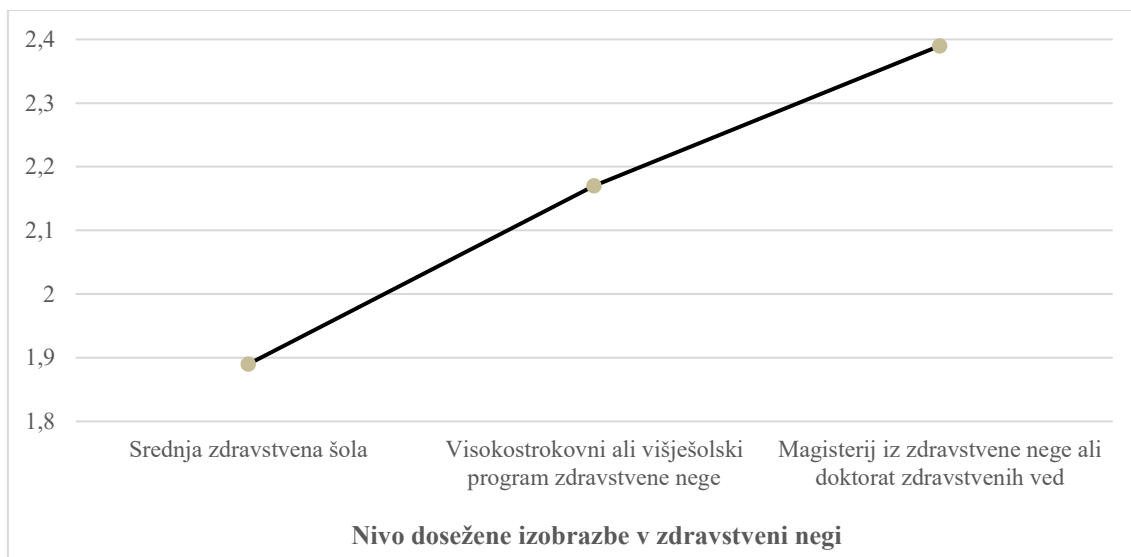
^d Levenov test = 11,823; $p < 0,001$.

^e Levenov test = 3,176; $p = 0,042$.

Pri komponentah »Dokumentiranje« in »Varnost« smo našli statistično značilno razliko glede na izobrazbeni nivo udeležencev raziskave ($p < 0,05$). Povprečja na slikah 6 in 7 pokažemo grafično, zato da je razvidno naraščanje.



Slika 6: Diagram povprečij konstrukta »Dokumentiranje« glede na izobrazbeni nivo



Slika 7: Diagram povprečij konstrukta »Varnost« glede na izobrazbeni nivo

Z višanjem izobrazbe anketiranih v zdravstveni negi se statistično značilno povečuje pogostost neizvedenih intervencij zdravstvene nege na področjih dokumentiranja ($F = 3,812$; $p = 0,022$) in varnosti ($F = 14,680$; $p < 0,001$). V obeh primerih velja, da tisti z višjo stopnjo izobrazbe pogosteje poročajo o neizvedenih intervencijah zdravstvene nege;

v skladu s tem četrti del četrte hipoteze delno potrdimo. Ostale komponente niso odvisne od izobrazbe, opazen je sicer trend naraščanja, ki pa ni statistično značilen.

Pri proučevanju razlik v razlogih za neizvedeno zdravstveno nego pri udeležencih raziskave glede na njihove sociodemografske značilnosti smo preverjali razlike po spolu, delovni dobi in izobrazbeni stopnji. Tako smo hipotezo 5, ki se glasi »Socioedemografske značilnosti anketirancev imajo statistično značilni učinek na razloge za neizvedeno zdravstveno nego«, razdelili na 3 podhipoteze. Prva podhipoteza (H5a) predpostavlja, da »ženske razloge za neizvedeno zdravstveno nego ocenjujejo kot pomembnejše v primerjavi z moškimi«.

Tabela 22: Pomembnost razlogov za neizvedeno zdravstveno nego glede na spol

Komponenta razlogov	Spol	n	PV	SO	t	p	Cohen's d
Človeški viri ^a	Ženski	733	3,47	0,641	3,406**	0,001	0,308
	Moški	147	3,27	0,623			
Komunikacija ^b	Ženski	733	3,02	0,777	3,888**	< 0,001	0,351
	Moški	147	2,75	0,830			
Materialni viri ^c	Ženski	733	3,23	0,844	2,619**	0,009	0,237
	Moški	147	3,03	0,878			

Legenda: n – število anketirancev; PV – povprečje; SO – standardni odklon, t – t test, p – statistična značilnost, Cohen's d – moč učinka

^a Levenov *F*-test = 0,266; *p* = 0,606.

^b Levenov *F*-test = 1,480; *p* = 0,224.

^c Levenov *F*-test = 0,088; *p* = 0,767.

** Razlika je statistično značilna pri stopnji 0,01 (2-stranski test).

V primeru vseh treh konstruktov razlogov za neizvedeno zdravstveno nego so vrednosti Levenovih *F*-testov statistično neznačilne ($p > 0,05$), kar pomeni, da smo razlike v povprečnih vrednostih preverili s pomočjo klasične *t* statistike. Ugotavljamo da so vse razlike glede na spol statistično značilne ($p < 0,05$), s šibkim učinkom. Hipoteza 5a je potrjena, ugotavljamo, da ženske vse razloge za neizvedeno zdravstveno nego ocenjujejo kot pomembnejše v primerjavi z moškimi (tabela 22).

Druga podhipoteza (H5b) se glasi: »Daljša kot je delovna doba anketiranih, bolj so jim pomembni razlogi za neizvedeno zdravstveno nego.« Glede na naravo spremenljivk, vključenih v analizo, smo odnos med delovno dobo udeležencev raziskave in pomembnostjo razlogov za neizvedeno zdravstveno nego analizirali s pomočjo

korelacijske analize, pri čemer smo izračunali Pearsonove korelacijske koeficiente (tabela 23).

Tabela 23: Pomembnost razlogov za neizvedeno zdravstveno nego glede na delovno dobo v zdravstveni negi

		Koliko let že delate v zdravstveni negi?
Človeški viri	Pearsonova korelacija	0,002
	p	0,943
Komunikacija	Pearsonova korelacija	0,053
	p	0,116
Materialni viri	Pearsonova korelacija	0,031
	p	0,360

Legenda: p – statistična značilnost

Ker so vse značilnosti p nad vrednostjo 0,05, ničelne hipoteze o nepovezanosti ne moremo zavrniti. Iz rezultatov Pearsonove korelacije sklepamo, da delovna doba anketiranih ni povezana z razlogi za neizvedeno zdravstveno nego. Podhipotezo H5b zavrnemo.

Tretja podhipoteza (H5c) se glasi: »Z višanjem izobrazbe anketiranih v zdravstveni negi se povečuje pomembnost razlogov za neizvedeno zdravstveno nego.«

Glede na rezultate Levenovega testa homogenosti varianc ugotavljamo, da imajo vse komponente razlogov za neizvedeno zdravstveno nego razen »Človeški viri« potrjeno homogenost varianc ($p > 0,05$) in jih zato testiramo s testom ANOVA. Za preverjanje razlik v razlogih za neizvedeno zdravstveno nego glede na izobrazbeno raven pri komponenti »Človeški viri« ($p < 0,05$) je bil primeren Robust test (tabela 24).

Tabela 24: Primerjava povprečij konstruktov razlogov za neizvedeno zdravstveno nego glede na stopnjo izobrazbe

Konstrukti razlogov	Izobrazbena raven	n	PV	SO	F	p	η^2
Komunikacija ^a	Srednja zdravstvena šola	507	2,99	0,804	0,137	0,872	< 0,001
	Visokostrokovni ali višješolski program zdravstvene nege	336	2,96	0,775			
	Magisterij iz zdravstvene nege ali doktorat zdravstvenih ved	37	3,00	0,807			

Konstrukti razlogov	Izobrazbena raven	n	PV	SO	F	p	η^2
Materialni viri ^b	Srednja zdravstvena šola	507	3,23	0,862	1,043	0,353	0,002
	Visokostrokovni ali višješolski program zdravstvene nege	336	3,15	0,827			
	Magisterij iz zdravstvene nege ali doktorat zdravstvenih ved	37	3,13	0,945			
Konstrukti razlogov	Izobrazbena raven	n	PV	SO	Welch F test	p	η^2
Človeški viri ^c	Srednja zdravstvena šola	507	3,42	0,658	2,634	0,076	0,002
	Visokostrokovni ali višješolski program zdravstvene nege	336	3,45	0,642			
	Magisterij iz zdravstvene nege ali doktorat zdravstvenih ved	37	3,57	0,343			

Legenda: n – število anketirancev; PV – povprečje; SO – standardni odklon, F – test, p – statistična značilnost, η^2 – (eta squared)

^a Levenov test = 0,346; p = 0,708.

^b Levenov test = 1,146; p = 0,318.

^c Levenov test = 4,297; p = 0,014.

Ker so vse značilnosti ANOVA in Robust testa nad 0,05 in učinka ni, sklepamo, da se z višanjem izobrazbe anketiranih v zdravstveni negi ne spreminja pomembnost razlogov za neizvedeno zdravstveno nego, zato podhipotezo H5c zavrnamo.

Nadalje nas je zanimalo, s katerimi spremenljivkami je mogoče pojasniti neizvedeno zdravstveno nego. Hipoteza 6 se glasi: »Neizvedeno zdravstveno nego je mogoče pojasniti z naslednjimi spremenljivkami: z namero po odhodu, slabo oceno kakovosti zdravstvene nege, slabo oceno kakovosti delovnega okolja, nezadovoljstvom s posameznimi pogoji dela.« Tu smo za analizo uporabili multipli regresijski model z metodo Stepwise, rezultati so prikazani v tabelah 25 in 26.

Tabela 25: Multipli linerani regresijski model za skupno spremenljivko neizvedena zdravstvena nega

	Skupna spremenljivka neizvedena zdravstvena nega	
R²	0,288	
Konstanta	1,831	
Neodvisne variable	β	p
Premajhno število zaposlenih (komponenta »Človeški viri«)	0,107	0,024
Nujna stanja pri pacientu (komponenta »Človeški viri«)	0,112	0,001
Veliko sprejemov in odpustov (komponenta »Človeški viri«)	0,146	< 0,001
komponenta »Komunikacija«		
komponenta »Materialni viri«		
Vidiki službe:		
Fleksibilen delovni urnik		
Priložnosti za napredovanje		
Neodvisnost pri delu		

Vidiki službe:	Skupna spremenljivka neizvedena zdravstvena nega	
Status kot medicinska sestra		
Plača		
Priložnosti za izobraževanje		
Letni dopust		
Bolniški dopust		
Študijski dopust		
Drugi vidiki:		
Št. pacientov v zadnji delovni izmeni	0,099	0,016
Zadovoljstvo s kariero	-0,086	0,009
Zadovoljstvo s trenutno službo		
Starost		
Leta delovne dobe		
Nivo dosežene izobrazbe	0,164	< 0,001
Ocena kakovosti zdravstvene nege na oddelku	-0,195	< 0,001
Ocena delovnega okolja	-0,124	< 0,001
Namera po odhodu		

Rezultati regresijske analize kažejo, da model pojasni 28,8 % variance odvisne spremenljivke neizvedena zdravstvena nega ($R^2 = 0,288$) (tabela 25). Konstantni člen modela znaša 1,831. Največjo moč v modelu ima »Ocena kakovosti zdravstvene nege na oddelku« ($\beta = -0,195$; $p < 0,001$); sledijo ji »Nivo dosežene izobrazbe« ($\beta = 0,164$; $p < 0,001$); »Veliko sprejemov in odpustov« ($\beta = 0,146$; $p < 0,001$), »Ocena delovnega okolja« ($\beta = -0,124$; $p < 0,001$); »Nujna stanja pri pacientu« ($\beta = 0,112$; $p = 0,001$); »Premajhno število zaposlenih« ($\beta = 0,107$; $p = 0,024$), »Število pacientov v zadnji delovni izmeni« ($\beta = 0,099$; $p = 0,016$) ter »Zadovoljstvo s kariero« ($\beta = -0,086$; $p = 0,009$). Pozitivni regresijski koeficienti kažejo, da se z naraščanjem vrednosti teh spremenljivk povečuje tudi raven neizvedene zdravstvene nege. Nasprotno pa negativni koeficienti nakazujejo, da boljša ocena kakovosti zdravstvene nege na oddelku, ugodnejša ocena delovnega okolja ter višja ocena zadovoljstva s kariero zmanjšujejo pojavnost neizvedene zdravstvene nege.

Tabela 26: Multipli linerani regresijski model za pet notranjih dimenzij neizvedene zdravstvene nege

	Odvise variable neizvedene zdravstvene nege									
	Nadzor		Dokumentiranje		Življenjske aktivnosti		Varnost		Skrb, čustvena podpora, aktivacija, edukacija	
R²	0,128		0,165		0,178		0,228		0,143	
Konstanta	1,647		1,669		1,782		2,079		1,544	
Neodvisne variable	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p
Razlogi za NZN – »Človeški viri«	0,186	< 0,001	0,200	< 0,001	0,127	0,002	0,197	< 0,001	0,245	< 0,001
Razlogi za NZN – »Komunikacija«									-0,102	0,015
Razlogi za NZN – »Materialni viri«							-0,108	0,002		
Vidiki službe:										
Fleksibilen delovni urnik			-0,078	0,034	-0,094	0,015				
Priložnosti za napredovanje					0,165	< 0,001	0,084	0,039		
Neodvisnost pri delu										
Status kot medicinska sestra	-0,070	0,047					-0,092	0,015		
Plača	-0,059	0,050	-0,115	0,001	-0,103	0,006	-0,158	< 0,001	-0,076	0,028
Priložnosti za izobraževanje										
Letni dopust			-0,117	0,007			-0,109	0,010		
Bolniški dopust			0,119	0,005	0,103	0,016	0,147	0,001	0,121	0,004
Študijski dopust					-0,111	0,008	-0,069	0,049	-0,084	0,044
Drugi vidiki:										
Št. pacientov v zadnji delovni izmeni			0,061	0,046						
Zadovoljstvo s kariero			-0,096	0,005						
Zadovoljstvo s trenutno službo										
Starost	-0,170	0,039	-0,145	0,048			-0,293	< 0,001	-0,244	0,003
Leta delovne dobe	-0,135	0,050	-0,138	0,049	-0,052	0,050	-0,170	0,031	-0,241	0,003
Izobrazba = srednješolska izobrazba			-0,117	< 0,001			-0,151	< 0,001		
Ocena kakovosti zdravstvene nege na oddelku	-0,138	< 0,001	-0,130	< 0,001	-0,201	< 0,001	-0,213	< 0,001	-0,137	< 0,001
Ocena delovnega okolja	-0,109	0,004			-0,117	0,002	-0,070	0,046	-0,140	< 0,001
Namera po odhodu = delo v zdravstveni negi, a ne v bolnišnici	0,071	0,028	0,086	0,007					0,088	0,006
Namera po odhodu = delo, ki ni s področja zdravstvene nege							-0,072	0,020		

Legenda: β – standardiziran koeficient beta, p – statistična značilnost, NZN – neizvedena zdravstvena nega

Kot je razvidno iz tabele 26, smo nadalje izvedli še regresijske modele za posamezne komponente neizvedene zdravstvene nege, kjer se koeficient determinacije (R^2) za pet komponent neizvedene zdravstvene nege giblje med 0,128 in 0,228, kar kaže na zmerno pojasnjevalno moč modelov, pri čemer najvišjo vrednost dosega komponenta »Varnost« ($R^2 = 0,228$).

Med tremi komponentami razlogov za neizvedeno zdravstveno nego človeški viri pojasnjujejo vseh pet razsežnosti neizvedene zdravstvene nege. Bolj ko postajajo človeški viri pomembni kot razlog, več je neizvedene zdravstvene nege ($\beta = 0,127-0,245$; $p < 0,001-0,002$). To pomeni, da večje kadrovske omejitve ali pomanjkanje osebja povečujejo pojavnost neizvedene zdravstvene nege v vseh obravnavanih dimenzijah.

Razlog »Komunikacija« pojasni neizvedeno zdravstveno nego v dimenziji »Skrb, čustvena podpora, aktivacija, edukacija« ($\beta = -0,102$; $p = 0,015$), materialni viri pa pojasnijo neizvedeno zdravstveno nego v dimenziji »Varnost« ($\beta = -0,108$; $p = 0,002$). Povezave so negativne povezave, kar nakazuje, da boljše zaznavanje komunikacije in ustrezní materialni viri zmanjšujejo pojavnost neizvedene zdravstvene nege.

Za pomembne so se izkazale tudi spremenljivke, ki opisujejo značilnosti delovnih mest izvajalcev zdravstvene nege, ki pa imajo heterogen vpliv. Le »zadovoljstvo s plačo« pojasni vseh pet dimenzij. Neizvedena zdravstvena nega se zmanjšuje, ko se povečuje zadovoljstvo s plačo ($\beta = -0,059- -0,158$; $p = < 0,001-0,050$). Kot pomembni sta se izkazali tudi spremenljivki »leta dela v zdravstveni negi« ($\beta = -0,052- -0,241$; $p = 0,003- 0,050$) in »ocena kakovosti zdravstvene nege na oddelku« ($\beta = -0,130- -0,213$; $p < 0,001$), saj obe pojasnujeta vseh pet dimenzij neizvedene zdravstvene nege. Dlje ko so anketiranci delali v zdravstveni negi in boljša kot je bila njihova ocena kakovosti zdravstvene nege na oddelku, manj je neizvedene zdravstvene nege. Tudi starost je tako kot leta delovne dobe statistično pomembna, saj pojasni štiri dimenzije neizvedene zdravstvene nege, razen življenjskih aktivnosti ($\beta = -0,145- -0,293$; $p = < 0,001-0,048$).

Izobrazba v zdravstveni negi kot spremenljivka se je izkazala za pomembno pri komponentah »Varnost« ($\beta = -0,151$; $p < 0,001$) in »Dokumentiranje« ($\beta = -0,117$; $p < 0,001$), toda le pri anketirancih s srednješolsko izobrazbo v zdravstveni negi.

Spremenljivki »Možnosti za izobraževanje« in »Samostojnost pri delu« se nista izkazali za pomembni v nobeni dimenziji neizvedene zdravstvene nege.

Podobno smo ugotovili, da je boljša ocena delovnega okolja vodila do manj neizvedene zdravstvene nege v štirih dimenzijah ($\beta = -0,070$ – $-0,140$; $p = < 0,001$ – $0,046$), razen pri »Dokumentiranju«. Pričakovali smo, da več kot je pacientov, za katere so anketiranci skrbeli v svoji zadnji izmeni, večji bo obseg neizvedene zdravstvene nege, vendar smo to lahko dokazali samo za dimenzijo »Dokumentiranje« ($\beta = 0,062$; $p = 0,046$), s šibko povezanostjo.

Namera po odhodu iz bolnišnice pojasnjuje neizvedeno zdravstveno nego v dimenzijah »Nadzor«, »Dokumentiranje« in »Skrb, čustvena podpora, aktivacija, edukacija« ($\beta = 0,071$ – $0,088$; $p = 0,006$ – $0,028$), vendar le pri anketirancih, ki bi zapustili trenutno službo zaradi drugega delovnega mesta v zdravstveni negi, toda ne v bolnišnici. Namera po odhodu iz bolnišnice pojasnjuje neizvedeno zdravstveno nego v dimenziji »Varnost«, vendar le za anketirance, ki bi zapustili sedanjo službo zaradi druge zaposlitve, ki ni s področja zdravstvene nege ($\beta = -0,072$; $p = 0,020$).

4.3 KVANTITATIVNE ANALIZE IZVEN HIPOTEZ

Izven postavljenih hipotez se je izkazalo za zanimivo še nadaljnje analiziranje podatkov. Najprej smo preverili, ali med zdravstvenimi ustanovami obstajajo statistično pomembne razlike. Tako v nadaljevanju (tabela 27) prikazujemo obseg neizvedene zdravstvene nege glede na ustanovo, v kateri so zaposleni udeleženci raziskave.

Tabela 27: Konstrukti neizvedene zdravstvene nege po posameznih zdravstvenih zavodih

Komponenta neizvedene zdravstvene nege	Nadzor ^a		Skrb, čustvena podpora, aktivacija, edukacija ^b		Dokumentiranje ^c		Varnost ^d		Življenjske aktivnosti ^e	
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO
Bolnišnica										
1	2,07	0,832	2,13	0,934	1,95	0,714	2,01	0,741	1,79	0,777
2	1,73	0,669	2,11	0,860	1,63	0,504	1,87	0,734	1,53	0,528
3	1,96	0,808	2,01	0,763	1,77	0,752	1,91	0,755	1,62	0,617
4	1,96	0,679	2,18	0,643	1,73	0,535	1,87	0,589	1,45	0,533
5	2,12	0,815	2,09	0,926	1,89	0,674	2,05	0,805	1,86	0,743
6	2,04	0,582	1,99	0,809	1,78	0,502	1,96	0,733	1,73	0,451
7	1,99	0,961	2,49	1,059	2,12	0,623	2,48	0,872	1,94	0,899
8	2,19	0,708	2,34	0,754	1,93	0,462	2,24	0,911	2,29	0,782
9	1,91	0,929	1,89	1,020	1,77	0,760	1,94	0,956	1,52	0,928
10	2,11	0,764	2,20	0,803	1,88	0,657	2,01	0,833	1,78	0,640
Welch F test	1,557		2,815		2,520		2,380		5,692	
p	0,131		0,004		0,009		0,014		< 0,001	

Legenda: PV = povprečna vrednost izračunana na 3-stopenjski lestvici (1 = redko, 2 = včasih, 3 = pogosto); SO = standardni odklon, p – statistična značilnost

^a Levenov test = 2,746; p = 0,004.

^b Levenov test = 2,051; p = 0,031.

^c Levenov test = 3,971; p < 0,001.

^d Levenov test = 2,146; p = 0,024.

^e Levenov test = 6,018; p < 0,001.

Med različnimi zdravstvenimi ustanovami obstajajo statistično pomembne razlike ($p = < 0,001$ – $0,014$) pri vseh konstrukti neizvedene zdravstvene nege razen pri »Nadzoru« ($F = 1,557$; $p = 0,131$) (tabela 27). Pri treh konstrukti je največ neizvedene zdravstvene nege v isti bolnišnici (ustanova št. 7), pa tudi druge aktivnosti so tam pogosto izpuščene. Aktivnosti zdravstvene nege s področja »Življenjske aktivnosti« so statistično značilno pogostejše izpuščene v drugi bolnišnici, kjer je največkrat izpuščen tudi »Nadzor« pacientov (ustanova št. 8), četudi pri tem konstrukt razlika ni statistično značilna. Najmanjkrat poročajo o neizvedeni zdravstveni negi na področju vseh konstruktov v ustanovi št. 2.

V nadaljevanju smo preverili še, ali med različnimi ustanovami obstajajo statistično pomembne razlike v razlogih za neizvedeno zdravstveno nego (tabela 28). Glede na značilnosti Leven testa pri prvi in drugi komponenti ($p < 0,05$) nadaljujemo z Robust testom (Welch). Za tretjo komponento je primeren test ANOVA. Ker so značilnosti vseh treh testov pod 0,05, sklepamo, da obstajajo statistično značilne razlike v neizvedeni

zdravstveni negi (komponentami) med bolnišnicami. V vseh bolnišnicah kot razlog prevladujejo človeški viri.

Tabela 28: Konstrukti razlogov po posameznih zdravstvenih zavodih

Komponente razlogov	Človeški viri ^a		Komunikacija ^b		Materialni viri ^c	
Bolnišnica	PV	SO	PV	SO	PV	SO
1	3,37	0,599	2,94	0,779	3,31	0,749
2	3,46	0,445	3,14	0,598	2,84	0,600
3	3,62	0,461	3,31	0,650	3,39	0,858
4	3,54	0,479	3,10	0,828	3,31	0,816
5	3,35	0,691	2,75	0,680	2,96	0,823
6	3,31	0,698	2,92	0,802	3,29	0,786
7	3,52	0,550	2,82	0,739	3,13	0,946
8	3,80	0,343	3,36	0,689	3,44	0,795
9	3,42	0,605	2,95	0,806	3,19	0,852
10	3,41	0,766	3,00	0,874	3,22	0,904
Welch F test	5,772		5,346		F = 2,647	
p	< 0,001		< 0,001		0,005	

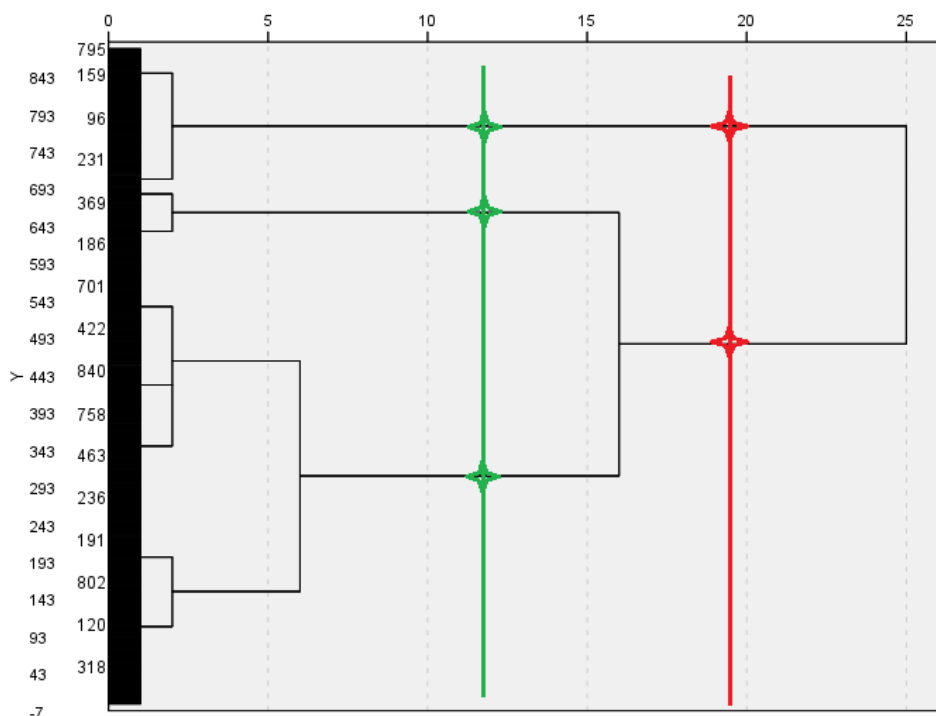
Legenda: PV – povprečje; SO – standardni odklon, p – statistična značilnost

^a Levenov test = 3,781; p < 0,001.

^b Levenov test = 2,765; p = 0,003.

^c Levenov test = 1,871; p = 0,053.

Iz sklopa 32 trditev, ki opisujejo neizvedeno zdravstveno nego, smo ustvarili 5 dimenzij in nadalje ugotovili, da prihaja do visoke razpršenosti (koeficient variacije – Kv (%)) (»Nadzor« = 40,56 %; »Dokumentiranje« = 36,71 %; »Življenjske aktivnosti« = 44,82 %; »Varnost« = 41,94 %; »Skrb, čustvena podpora, aktivacija, edukacija« = 43,48 %). Zato lahko domnevamo, da obstajajo skupine anketirancev, ki različno ocenjujejo (1 – nikoli, 2 – redko, 3 – včasih, 4 – pogosto) pogostost dimenzij neizvedene zdravstvene nege. Domnevo preverimo s Cluster analizo (Ward metodo) (Ward, 1963). V statistiki je Wardova metoda merilo, ki se uporablja v hierarhični analizi grozdov. Cilj metode je ustvariti skupine, ki se navzven čim bolj razlikujejo, navznotraj so čim bolj homogene. Število skupin ni vnaprej določeno, ustvarili smo jih na osnovi drevesa združevanja (dendograma). Kriterija sta dva: 1. – presekamo čim daljše črte in 2. – vsota presekanih črt je maksimalna. Na sliki 8 vidimo dva preseka, od katerih je optimalen zeleni presek, kar pomeni tri skupine.



Slika 8: Dendrogram skupin anketirancev

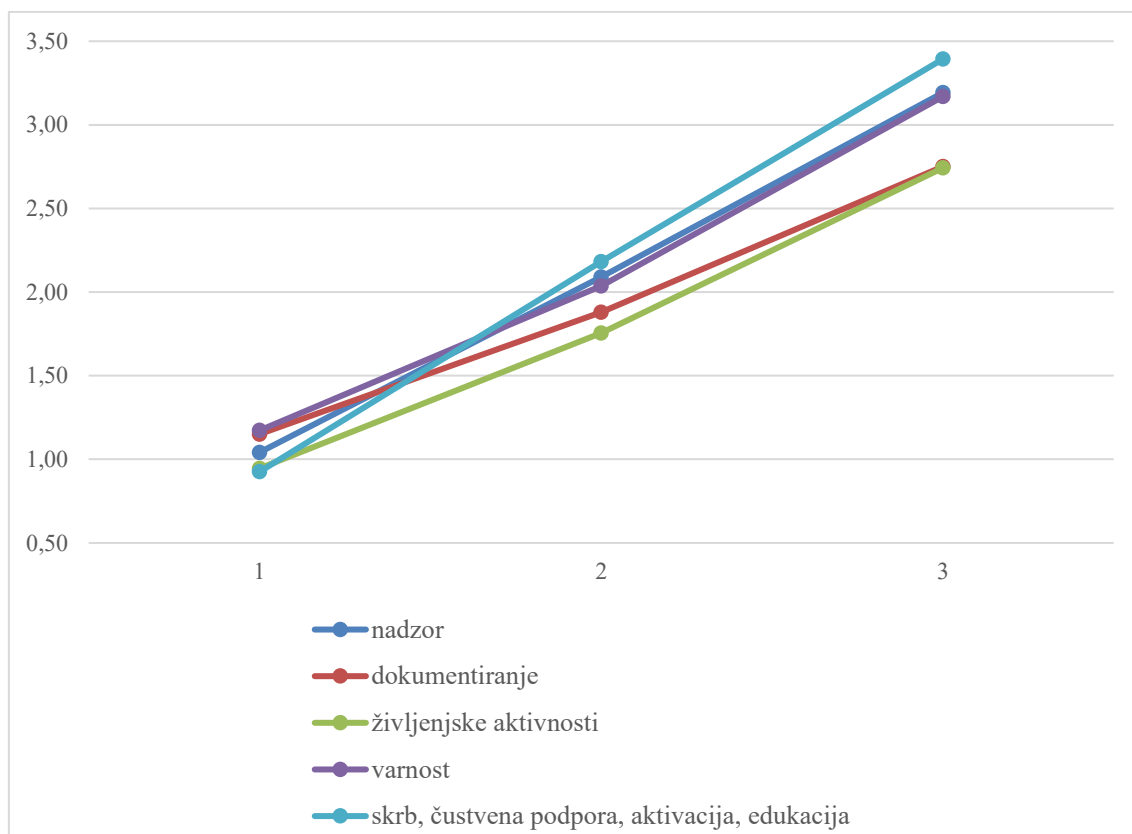
Ugotavljamo, da so skupine idealno ločene med seboj. Za prvo skupino lahko rečemo, da nikoli ne opustijo aktivnosti zdravstvene nege, za drugo skupino, da jo opustijo redko, in za tretjo skupino, da se neizvedena zdravstvena nega zgodi pogosto (če bi imeli še četrto skupino, bi zanjo lahko rekli, da se neizvedena zdravstvena nega dogaja vedno) (tabela 29).

Tabela 29: Značilnosti skupin anketirancev, pridobljenih z Ward metodo

	Značilnost	n	%
1. skupina anketirancev	nikoli	186	21,1
2. skupina anketirancev	redko	567	64,4
3. skupina anketirancev	pogosto	127	14,4

Legenda: n – število anketirancev; %-delež

Za natančno analizo skupin izvedemo ANOVA/Robust teste. Testirali smo povprečja po skupinah: pet dimenzij neizvedene zdravstvene nege, tri dimenzije razlogov za neizvedeno zdravstveno nego ter zadovoljstvo z različnimi vidiki službe/delovnega okolja.

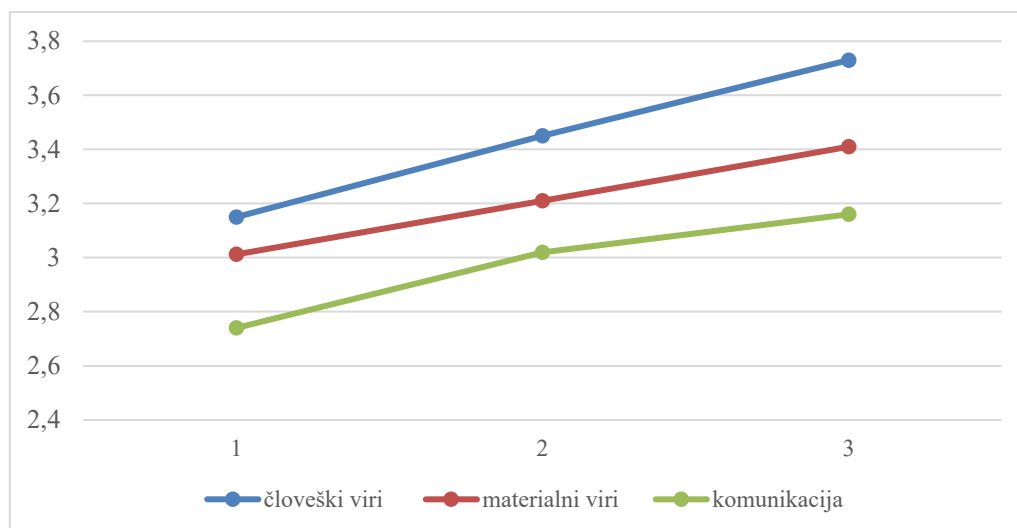


Legenda: 1 – prva skupina anketirancev; 2 – druga skupina anketirancev; 3 – tretja skupina anketirancev

Slika 9: Ward metoda – komponente neizvedene zdravstvene nege

Iz slike 9 je razvidno, da obseg neizvedene zdravstvene nege narašča pri vseh komponentah neizvedene zdravstvene nege, s tem da nam Robust test kaže, da pri vseh komponentah obstaja statistično značilna razlika med skupinami (pri vseh je $p < 0,001$). Vidimo, da so povprečja vseh 5 komponent neizvedene zdravstvene nege zelo podobna znotraj posamezne skupine. Torej obstajajo skupine ljudi, ki se razlikujejo po količini neizvedene zdravstvene nege pri vseh komponentah.

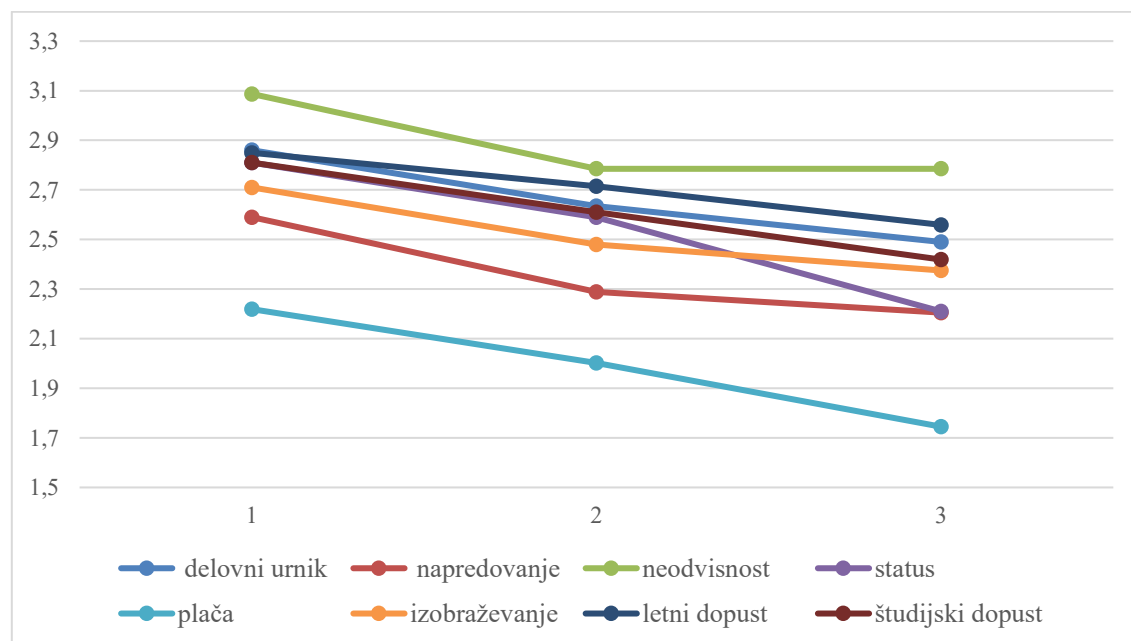
Nato nas je zanimalo, ali obstajajo razlike v skupinah pri razlogih za neizvedeno zdravstveno nego, uporabili smo Robust test za vse tri komponente in ugotovili, da obstajajo statistično značilne razlike med skupinami (pri vseh je $p < 0,001$). Tu je ordinatna os na sliki 10 v razvidnem povprečju na nivoju 3, kar pomeni srednje pomemben razlog.



Legenda: 1 – prva skupina anketirancev; 2 – druga skupina anketirancev; 3 – tretja skupina anketirancev

Slika 10: Ward metoda – komponente razlogov neizvedene zdravstvene nege

V naslednjem koraku testiramo, kako so različni vidiki službe prisotni v skupinah z različno pogostostjo neizvedene zdravstvene nege. Glede na Robust in ANOVA test ugotavljamo, da obstajajo razlike med skupinami za vse pogoje dela ($p = < 0,001-0,007$), razen za bolniški dopust ($p = 0,277$). Vidimo, da z naraščanjem pogostosti neizvedene zdravstvene nege znotraj skupin pada zadovoljstvo z različnimi vidiki službe (slika 11).

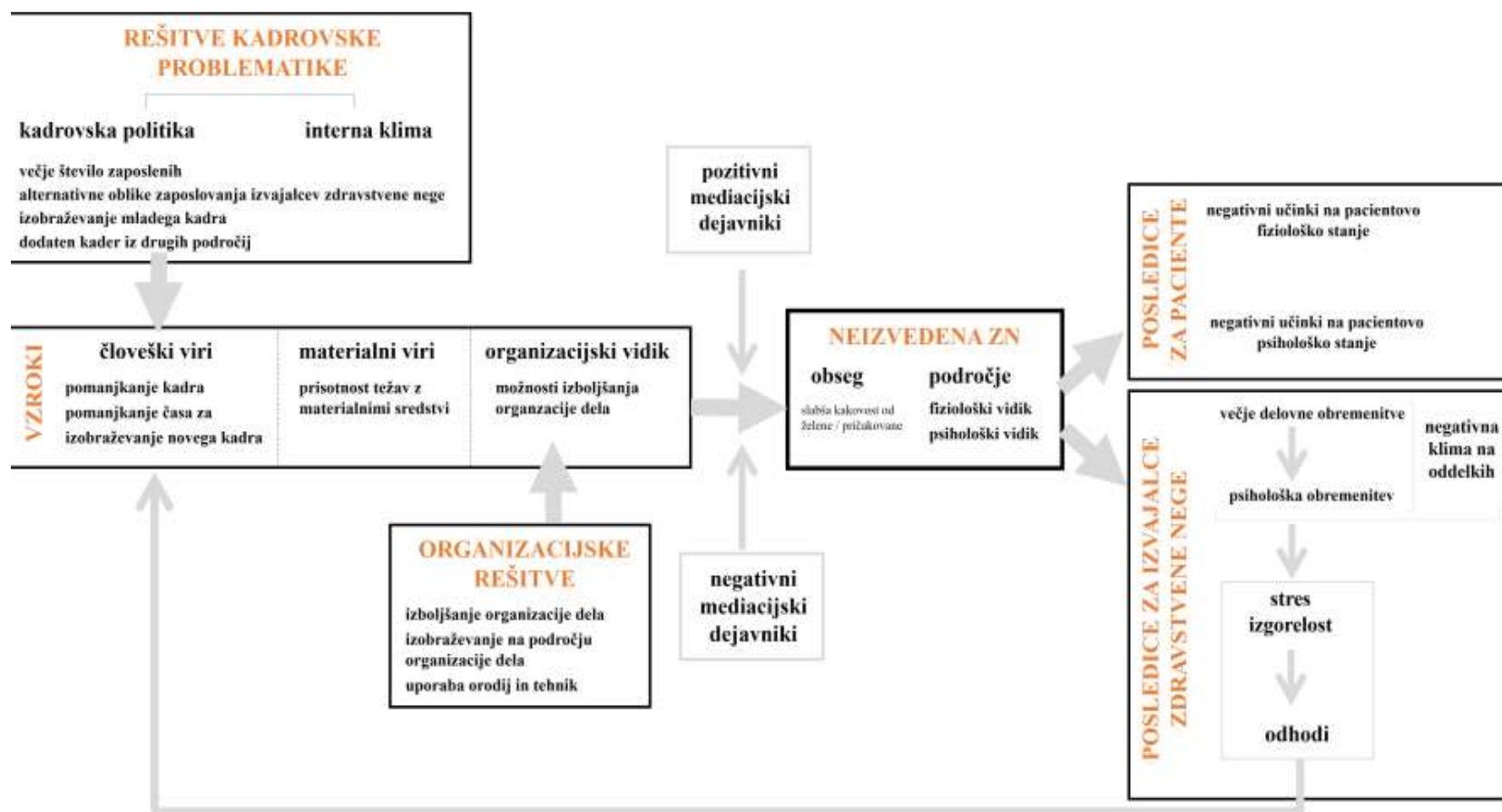


Legenda: 1 – prva skupina anketirancev; 2 – druga skupina anketirancev; 3 – tretja skupina anketirancev

Slika 11: Ward metoda – posamezni vidiki službe

4.4 KVALITATIVNA ANALIZA PODATKOV FOKUSNIH SKUPIN

V sklopu naše raziskave nas je zanimalo, kako neizvedeno zdravstveno nego, posledice le-te, razloge in potencialne rešitve vidijo in dojemajo izvajalci zdravstvene nege. Na podlagi navedb v štirih fokusnih skupinah ter večfaznega postopka kvalitativne analize smo definirali 73 kod, ki smo jih v nadaljevanju analize združili v 12 kategorij. Na koncu smo oblikovali 5 glavnih tem: a) neizvedena zdravstvena nega, b) posledice neizvedene zdravstvene nege, c) vzroki za neizvedeno zdravstveno nego, č) rešitve za zmanjšanje neizvedene zdravstvene nege in d) mediacijski dejavniki. Vse teme, kategorije in podkategorije smo na koncu povezali v model, ki je prikazan na sliki 12. Teme in (pod)kategorije so predstavljene v nadaljevanju, ugotovitve pa so podkrepljene s tipičnimi citati.



Slika 12: Glavne teme in kategorije kvalitativnega dela raziskave neizvedene zdravstvene nege

Tema Neizvedena zdravstvena nega

V okviru teme Neizvedena zdravstvena nega smo identificirali dve kategoriji: a) obseg neizvedene zdravstvene nege ter b) področje neizvedene zdravstvene nege. Znotraj kategorije področje neizvedene zdravstvene nege smo identificirali dve podkategoriji. Sam proces podrobneje predstavlja tabela 30.

Tabela 30: Kategorije, podkategorije in pripadajoče kode teme Neizvedena zdravstvena nega

Kategorija	Podkategorija	Koda
Obseg neizvedene zdravstvene nege	Nivo/obseg	Delno izvedena zdravstvena nega Zakasnela zdravstvena nega Slabša kakovost zdravstvene nege od pričakovane/želene
Področje neizvedene zdravstvene nege	Fiziološki vidik	Zagotovljenost osnovne zdravstvene nege
	Psihološki vidik	Pomanjkanje/odsotnost časa za stik s pacienti Odsotnost edukacije svojcev in pacientov

Zanimalo nas je, kako izvajalci zdravstvene nege ocenjujejo pojavnost in obseg neizvedene zdravstvene nege. Nekaj sodelujočih je poudarilo, da kljub trudu določen del zdravstvene nege ostaja neizveden, zato je bolje, da govorimo o delno izvedeni zdravstveni negi: *»Zagotovo ostaja kaj neizvedenega. Se trudimo po svojih najboljših močeh, ampak zagotovo ostaja.« (FS1O2)*

Nekaj pa jih je namesto o delno izvedeni zdravstveni negi raje govorilo o t. i. zakasneli zdravstveni negi. Zdravstvena nega je izvedena, vendar z zamikom. Na osnovi postavitve delovnih prioritiet oz. triaže se določeni vidiki zdravstvene nege opravijo z zamikom: *»Ko govorimo o neizvedeni zdravstveni negi, še največ te je pravzaprav odložene. Ker v svojem delu izvajamo tisto triažo, kaj je trenutno bolj nujno, in s tem seveda je določen del pacientov, kjer mogoče situacija ni tako nujna, bolj porinjenih v ta drug plan. Sigurno oni to oskrbo doživljajo kot neko odloženo oziroma da je pri njih prišlo do nekih zamikov oziroma časovno niso dobili ustrezne zdravstvene nege.« (FS4O3)*

Med primeri zakasnele zdravstvene nege so sogovorniki omenili različne vidike oz. aktivnosti, kot so npr. odvzem krvi, razdeljevanje terapije, izvajanje ustne higijene,

asistenca pri uporabi sanitarnih prostorov. V največji meri pa so sodelujoči v sklopu pogovora o neizvedeni zdravstveni negi poudarjali, da je zdravstvena nega izvedena slabše, kot bi si želeli, oziroma ne dosega pričakovanih standardov. Zdravstvena nega je izvedena hitro, zaradi česar je izvedena bolj površno in manj kakovostno. Enotno mnenje glede nižje kakovosti zdravstvene nege ponazarjata naslednja citata sodelujočih: *»Trpi nekaj kvaliteta teh storitev. Ker dejstvo je, da če nek postopek izvedeš bolj površno, si hitrejši. In velikokrat mislim, da se pravzaprav v praksi tudi s tem problemom srečamo. Stvar je izvedena, ampak ni izvedena, kot rečemo, po standardih oziroma dovolj kvalitetno.« (FS4O3)* ter *»Zagotovo se ne izvaja, kot mi učimo ali pa pričakujemo v našem delovnem okolju.« (FS1O1)*

V sklopu pogovora o neizvedeni zdravstveni negi so sodelujoči izpostavili tudi področja neizvedene zdravstvene nege. Strinjajo se, da je del zdravstvene nege, ki se nanaša na fiziološke potrebe, izveden: *»Za nekatere stvari seveda poskrbimo in nikoli ne moram reči, [...] toliko odgovornost imamo vsi, da je varno za paciente.« (FS4O1)* Ta vidik zdravstvene nege so poimenovali kot t. i. osnovna zdravstvena nega, kamor štejejo skrb za osnovne življenjske funkcije, kot so npr. anogenitalna nega, prehrana in hidracija, ter zdravstveno oskrbo: *»Tisto, kar je resnično za življenje potrebno, bo dobil. Se pravi: zdravila, hrano, tekočine, hidracija. Mislim, pacient zaradi tega pri nas nikoli ne bo umrl, nikoli.« (FS1O1)* So si pa sodelujoči enotni, da je pomanjkljivo izveden oziroma neizveden del zdravstvene nege, ki se nanaša na pacientove psihološke potrebe: *»Pacient poleg osnovnih življenjskih aktivnosti [...] Pomaga se mu umiti, prehrana, zdravila, vse to. On rabi tudi pogovor, on rabi toplo roko, mi tega dejansko ne zmoremo več. Trpi pa zdaj že pacient, ker enostavno nimamo dovolj časa za pacienta.« (FS1O3)*

Pripovedujejo, da si večino delovnega časa ne utegnejo za paciente vzeti več časa, se z njimi pogovorili, jim (večkrat) kaj obrazložili ali jim nudili fizično bližino (npr. stisk roke): *»Pravzaprav se mi zdi včasih, da se obnašamo kot roboti. In da pacient postaja v bolnišnici moteči element. Ravno zaradi našega hitenja in vse ostale stvari. Jaz imam že kar nekaj kilometrine, pa moram reči, da včasih smo se veliko več lahko ukvarjali s pacientom. Pa si šel k njemu, si se pogovarjal pa si ga za roko prijel, pa jim je to velik del zdravljenja olajšalo.« (FS1O2)*

Nekaj sogovornikov je ob tem izpostavilo, da se zaradi časovne stiske hitreje izvaja oziroma celo zanemari tudi vidik edukacije svojcev: »Da ne govorimo o svojcih pacientov. Tudi oni potrebujejo različne informacije, ki jih mogoče pozabijo, kadar se pogovarjajo z zdravnikom. Takrat jim gre veliko stvari mimo. Potem pa pride k sestri pa sprašuje, ampak enostavno, saj si poskušaš vzeti čas, a se mi zdi tako, kot da bi ga kradel sam sebi.« (FS102)

Tema Posledice neizvedene zdravstvene nege

V okviru teme Posledice neizvedene zdravstvene nege smo identificirali dve kategoriji:

a) posledice neizvedene zdravstvene nege za paciente ter b) posledice neizvedene zdravstvene nege za izvajalce zdravstvene nege. Znotraj obeh kategorij smo identificirali nekaj podkategorij. Sam proces podrobneje predstavlja tabela 31.

Tabela 31: Kategorije, podkategorije in pripadajoče kode teme Posledice neizvedene zdravstvene nege

Kategorija	Podkategorija	Koda
Negativne posledice neizvedene zdravstvene nege za paciente	Obstoj negativnih posledic	Negativne posledice na splošno Daljše ležalne dobe
	Negativni učinki na pacientovo fiziološko stanje	Poškodbe in zdravstveni zapleti
	Negativni učinki na pacientovo psihološko stanje	Odsotnost občutka psihološke varnosti Slaba informiranost pacientov Neuslišanost in apatija Negativno razpoloženje in čustva
Negativne posledice neizvedene zdravstvene nege za izvajalce zdravstvene nege	Večje delovne obremenitve	Občutenje konstantnega časovnega pritiska Podaljševanje delovnega časa Zanemarjanje varnosti pri delu Razmišljanje o službi v zasebnem času
	Psihološka obremenitev	Negativna čustva in občutki Notranji moralno-etični konflikt Dvom o opravljenem delu Slaba vest/občutek krivde do pacientov Slaba vest/občutek krivde do sodelavcev Nemoč Zaskrbljenost glede obstoječega stanja

Kategorija	Podkategorija	Koda
	Negativna klima na oddelkih	Slabi medosebni odnosi Demotivacijsko vzdušje Emocionalna distanca do neizvedene zdravstvene nege
	Stres/izgorelost	Stres Izgorelost

V sklopu pogovora o neizvedeni zdravstveni negi so sogovorniki opozorili na negativne posledice neizvedene zdravstvene nege za paciente. Z analizo besedila smo dobili kode, ki smo jih združili v tri podkategorije: a) obstoj negativnih posledic, b) negativni učinki na pacientovo fiziološko stanje ter c) negativni učinki na pacientovo psihološko stanje. Nekaj sogovornikov je želelo samo poudariti negativen učinek neizvedene zdravstvene nege na paciente, drugi pa so bili pri teh učinkih bolj specifični. Negativni učinki se nanašajo tako na fiziološko kot psihološko stanje pacienta, pri čemer so v večji meri poudarili negativen učinek na psihološko stanje pacientov. Med negativnimi učinki na fiziološko stanje so posamezni sogovorniki izpostavili različne primere. Dve sogovornici sta omenili padce pacientov. Sicer sta poudarili, da se le-ti zgodijo zelo redko, a kljub temu se občasno zgodi, da kombinacija šibkega zdravja pacientov ter pomanjkanja osebja ali preobremenjenosti le-tega privede do padcev: *»Pri nas imamo velik zmedenih pacientov, starejših, pridejo v drugo okolje in sami vstajajo. In če imaš ti preveč na eni strani, da si na eni strani, si težko še na drugi (oddelka). Zagotovo kakšen padec bi bil manj, če bi bilo več ljudi.« (FS1O2)*

Ena sogovornica je v sklopu posledic neizvedene zdravstvene nege izpostavila razjede: *»Kakšna pridobljena razjeda zaradi pritiska in tudi odgovarjamo. Se nam je to že zgodilo, da odgovarjamo oziroma se zagovarjamo svojcem in naši upravi glede teh stvari.« FS3O1.* Druga je izpostavila vnetja: *»Ravno zaradi kadrovske problematike, ko ni izvedena zdravstvena nega, pri nas prihaja do infektov. To je ena huda posledica. Ne vem, da sem jaz tam in da sem poskusni zajec, (da razmišljam) mogoče pa se meni ne bo rana vnela, ker mi bodo pravočasno zamenjali plenico. Pa se operacijska rana po pertrohanterni ne bo vnela, ker nimam urinskega katetra. Veste, to je žalostno, ampak taka so dejstva.« (FS2O1).*

Predvsem pa so sogovorniki kot negativno posledico neizvedene zdravstvene nege izpostavljali negativne učinke na pacientovo psihološko stanje. Kot je bilo že omenjeno, izvajalci zdravstvene nege večinoma nimajo časa, da bi pacientom lahko namenili tudi čas za pogovor, jih povprašali po počutju, jim podali odgovore na njihova vprašanja ipd.: *»Manjka, manjka, pač so take stvari. Se pravi, sem že prej rekla, domače, da se ti po domače neki pogovarjaš z nekom. Res, 10 minut, ki si jih žal enostavno ne moreš vzeti.« (FS3O1).* Posledično pacientom ne morejo zagotoviti psihološke varnosti: *»Nam je to normalno, oni so pa zgubljeni tukaj v bolnici sami, pol pa še mi tako avtomatsko delamo. To mi je žal.« (FS3O4)*

Nekaj sogovornikov je omenilo, da opažajo slabo informiranost pacientov glede svojega zdravstvenega stanja, saj pogosto niso deležni informiranja niti od zdravnikov niti izvajalcev zdravstvene nege: *»Recimo da greste pacientu samo kri vzeti, a ne, [...] zdravnik je tam nekaj napisal, sploh ne vemo, kdaj, mi to opazimo. Pacientu ni nihče nič razložil, ti priletiš v bolniško sobo, rečeš: 'Aha, bova kri vzela,' nič zakaj, kdo je naročil, kaj, na kakšne preiskave bo šlo. Ker nimamo časa.« (FS1O3)* Tako je nekaj sogovornikov omenilo, da pri pacientih opažajo apatijo, saj tudi pacienti uvidijo, da s strani osebja niso slišani: *»Nekaj časa pacient že skuša nekaj povedat, potem je pa tiho, potem pa ne pove več, če se počuti, da ni slišan.« (FS1O3)* Vse to vodi v negativno razpoloženje pacientov: *»Sigurno so pacienti bolj žalostni, depresivni in niso seznanjeni s svojim zdravstvenim stanjem.« (FS1O6)*

Neizvedena zdravstvena nega pa ima negativne posledice tudi za izvajalce zdravstvene nege. V sklopu tega smo identificirali štiri podkategorije: a) večje delovne obremenitve, b) psihološka obremenitev, c) negativna klima na oddelkih ter d) stres/izgorelost.

Sogovorniki so poudarili, da so večino svojega delovnika pod časovnim pritiskom. Zaradi velike delovne obremenitve si ves čas prizadevajo, da bi v čim krajšem času opravili čim več dela: *»Pri nas je dnevno po 50 sprejemov. Delaš, hitiš, da narediš, ker se bojiš naslednjih intervencij oz. naslednjih sprejemov. In tako hitimo, hitimo, hitimo.« (FS3O6)* Ena sogovornica je ob tem dodala, da v želji po čim hitrejšem opraviilu osebje pozabi na svojo varnost in zdravje. Tako občasno pozabijo na uporabo osnovne varovalne opreme

(npr. rokavice) ali ne upoštevajo ergonomskih priporočil glede izvajanja del: *»Še zase ne poskrbimo. Včasih celo tu pa tam, saj veste, kdo dela celo brez rokavic. Ne damo si stol k pacientu, ne znižamo se na njegovo raven. Njega je strah, žile se skrčijo, nam ne uspe, ne poskrbimo za svojo hrbtenico, se pravi si ergonomsko ne pripravimo delovnega mesta.«* (FS1O2) Občasno količino delovnih nalog poskusijo rešiti tudi s podaljšanjem delovnega časa. Nekaj sogovornikov je omenilo, da o službi in zadolžitvah razmišljajo tudi v prostem času. Pogosto premišlujejo o tem, ali so vse naloge opravili pravilno, so mogoče kaj izpustili ipd.: *»Preveč dela si domov nosimo. Doma študiraš, če si naredil vse? Ali nisi vsega naredil?«* (FS3O5)

Med posledicami neizvedene zdravstvene nege za izvajalce zdravstvene nege pomemben vidik predstavlja psihološka obremenitev izvajalcev zdravstvene nege. Kar nekaj sodelujočih je izpostavilo, da se zaradi neizvedene zdravstvene nege počutijo slabo in doživljajo negativna čustva kot npr. splošna slaba volja, pa tudi žalost. V največji meri pa so v sklopu psihološke obremenitve izpostavljali notranji moralno-etični konflikt. Močno so obremenjeni z dejstvom, da se zdravstvena nega ne izvaja na nivoju, kot bi si želeli: *»Ko se o tem pogovarjamo s sestrami, mi rečejo, da se zelo slabo počutijo, ker delajo samo najnujnejše, in da ni to ta nega, ki bi jo želele dati, in se zaradi tega slabo počutijo.«* (FS1O4) Doživljajo notranji konflikt zaradi razkoraka med želenim standardom dela in med standardom, kako ga glede na delovne pogoje lahko dosežejo: *»Ne moreš tega izvesti in veš, da bi lahko, da imaš vsa znanja, da si strokovnjak na tem področju, ampak da enostavno moraš določene korake preskočiti. Govorim o pripravi, govorim o tem pristopu, govorim o ... pač vsem tem. Ker je pač količina dela tako velika.«* (FS4O1)

Zaradi velike delovne obremenitve in časovnega pritiska se pri nekaterih ob koncu delovnika, ko imajo čas za razmislek, poraja dvom o opravljenem delu: *»Mene dostikrat skrbi doma, ali sem naredila ali nisem naredila. Sem pozabila? Je bilo kaj takega? Ali sem kaj pozabila predati naprej pomembnega?«* (FS3O5) Kar nekaj sogovornikov je omenilo občutenje slabe vesti oziroma občutek krivde do pacientov. Omenili so, da doživljajo občutek krivde ali celo sram, ker zdravstvena nega ni izvedena, kot bi si želeli, kar je ena sogovornica opisala z naslednjimi besedami: *»Dve sestri sta šli, timska sestra je ostala potem v sobi s petimi oziroma štirimi intubiranimi pacienti in nisem mogla jaz*

vsega opraviti. Bilo mi je res hudo. Potem na primer še čas obiskov. Kako svojcem povedat, zakaj je gospod tak? Zakaj mu na primer slina teče? Zelo veliko je takih primerov, ko niso bile izvedene te aktivnosti zdravstvene nege. Kar se tiče sploh te osebne nege pri pacientih, moram reči, da mi je zelo hudo, ker moram pustiti npr. pacienta v umazani podlogi, ker ga nimam časa zrihtat.« (FS4O5) Druga pa takole: »Jaz mislim, da vsi mi smo zelo zainteresirani pa si želimo jutranjo nego pa vse te aktivnosti zelo dobro opraviti prav zaradi tega, ker se tudi ti dobro počutiš. Jaz, če mi uspe človeka dobro umiti pa ga urediti, preobleči, jaz se dobro počutim in me velikokrat boli, da mi tu ne uspe.« (FS2O4)

Nekaj sogovornikov je omenilo tudi občutek slabe vesti do sodelavcev, kadar jim v času njihove izmene ne uspe postoriti vseh nalog: »Je pa res, da lahko rečem, da smo še stara šola, ker maš en slab občutek ob treh, ko imaš predajo službe. Pa so zmeraj govorili – delo se nadaljuje, to je res. Ampak če imam jaz ob 15.15 kontrolo krvi, imam kar slab občutek. Me razumete? Ker vem, da bi jaz to lahko še naredila oziroma bi mogla narediti. Imaš slab občutek puščati dežurni sestri.« (FS3O1) Tako je nekaj sogovornikov omenilo doživljanje občutka nemoči: »Saj potlej razmisliš doma, se 'nafilaš' doma, pa si rečeš: 'Saj danes bo po dobro.' Prideš, po dveh urah imaš ksiht do podna, sploh ne vidiš izhoda, grozno je. Meni osebno je včasih prav grozen. Nemoč.« (FS2O2) Omenili so tudi splošno zaskrbljenost zaradi obstoječega stanja, saj jih je strah, da bi se v obstoječi situaciji znašli njihovi bližnji: »Jaz osebno si vsakič rečem: 'Joj, kaj če bi bil to en moj.'« (FS2O4)

Nekaj sogovornikov je v sklopu pogovora o posledicah neizvedene zdravstvene nege za izvajalce zdravstvene nege omenilo tudi negativno klimo na oddelkih. Nezadovoljstvo z opravljenim delom in delovnimi pogoji se odraža v negativnem razpoloženju tako na osebnem kot medosebnem nivoju. Nezadovoljstvo se odraža tudi v medosebnih interakcijah: »Tudi streseš s tistim dolgim ksihtom ali na sodelavko ali pa ne prideš ravno najbolj razpoložen v naslednjo sobo.« (FS2O2) Neizvedena zdravstvena nega oz. predvsem odsotnost systemskega reševanja neizvedene zdravstvene nege ima demotivacijski učinek na zaposlene: »In tudi sestre, se mi zdi, da jih to zelo demotivira, ker ne morejo dati take nege pacientom, kot bi jo rade in kot so bile navajene toliko in toliko let nazaj.« (FS1O4)

Več sogovornikov pa je omenilo, da med osebjem zaznavajo pojav še enega negativnega učinka – emocionalne distance do neizvedene zdravstvene nege: »Pri zaposlenih, ki pa drugače gledajo na situacijo, pa lahko vlada prepričanje: naredil/a bom le toliko, kolikor zmorem, in niti malo več ne. Tudi ko pride do neizvedene zdravstvene nege, jim je malo mar, ker pač se ne bodo sekirali, če ne zmorejo, in bodo neizvedeno pustili za naslednjo izmeno.« (FS3O4) Povečana delovna in psihološka obremenitev povzroča stres, ki lahko vodi v izgorelost: »To je stres, ki se ti čez toliko in toliko let potem pokaže na tvojem zdravju. Jaz sem dvakrat izgorela zaradi tega. To je stres, ker hitiš, hitiš, hitiš in hočeš vse narediti in vse dobro za pacienta. In potem se ti pokaže po štiridesetem, se ti to pokaže. Če si vestna sestra, marljiva in delovna.« (FS3O6)

Tema Vzroki neizvedene zdravstvene nege

V okviru teme Vzroki neizvedene zdravstvene nege smo identificirali štiri kategorije: a) človeški viri, b) materialni viri ter c) organizacijski vidik. Znotraj človeških in materialnih virov smo identificirali po dve podkategoriji. Sam proces podrobneje predstavlja tabela 32.

Tabela 32: Kategorije, podkategorije in pripadajoče kode teme Vzroki neizvedene zdravstvene nege

Kategorija	Podkategorija	Koda
Človeški viri	Pomanjkanje kadra	Pomanjkanje kadra na splošno Pomanjkanje kadra z izkušnjami Preveliko število pacientov na enega izvajalca zdravstvene nege Preveliko število delovnih nalog na izvajalca zdravstvene nege Zahtevnejši pacienti
	Pomanjkanje časa za izobraževanje novega kadra	Pomanjkanje časa za učenje mladih
Materialni viri	Odsotnost težav z materialnimi sredstvi	Odsotnost težav z razpoložljivostjo materiala
	Prisotnost težav z materialnimi sredstvi	Pomanjkanje osnovne opreme Težave z dosegljivostjo perila Težave z dobavljivostjo zdravil pacientom

Kategorija	Podkategorija	Koda
Organizacijski vidik	Organizacija dela	Težave v organizaciji na splošno Dela izven delokroga izvajalcev zdravstvene nege Pomanjkljivo informiranje pacientov s strani zdravnikov Pomanjkanje spoštovanja poklica zdravstvene nege znotraj organizacije

Sodelujoči so si enotni glede ključnega vzroka za neizvedeno zdravstveno nego. Ključni vzrok vidijo v pomanjkanju kadra, ki predstavlja že dlje časa trajajoč problem: *»Pri nas je kronična podhranjenost kadrovska. To je že toliko let in zdaj v bistvu se pa prav vidi, ko smo tik pred sesutjem in zaprtjem kar velikega števila oddelkov, no, nekaj se je že zaprlo.«* (FS2O1) Pomanjkanje kadra je iz leta v leto opaznejše: *»Že več let se borimo z odhodom kadrov iz zdravstva. Spojavom koronavirusa pa se je samo še huje poslabšalo.«* (FS304) V sklopu tega pogovora je nekaj sogovornikov poudarilo, da primanjkuje izkušenega kadra. Nov kader se mora najprej izučiti, saj večino delovnih izkušenj pridobi s praktičnim delom: *»Pa ne mislim bit pač ne vem, grda, tudi sama sem bila začetnik, mlada, ampak je čist drugo, recimo, če ti delaš z enim, ki ve, kaj opazovat, na kaj biti pozoren. V bistvu izkušenega kadra, tega se manjka.«* (FS2O4) Zaradi pomanjkanja kadra je število pacientov na posamezno izvajalko zdravstvene nege v delovni izmeni preveliko. Tako so sodelujoči izpostavljali primere, ki ponazarjajo neprimerno razmerje med delovno silo in številom pacientov: *»To je taka kadrovska podhranjenost. Dve sestri za 20 nepokretnih v eni uri. Si lahko predstavljaš, kaj lahko narediš? V bistvu praktično nemogoče.«* (FS2O1); *»Če imaš ti, ne vem, na oddelku 12 nepokretnih, pa od tega zraven še 5 z delno pomočjo. V eni uri 15 je to dobesedno metanje pacientov. Dirka. Ne želiš v bistvu nobenega spustit, pa vsakega pacienta želiš pogledat.«* (FS2O4)

Dodatno pa je nekaj sogovornikov izpostavilo še obremenjenost zaradi dodatnih delovnih nalog, za katere morajo izvajalci zdravstvene nege poskrbeti in ki jim vzamejo kar nekaj časa (npr. administrativna dela, izpolnjevanje in urejanje dokumentacije, informacijski sistem): *»Zelo veliko časa nam vzame pa informacijski sistem, ti računalniki. In ker mislim, da bi, velik več bi se lahko posvetil pacientom, kot pa, če bi nekdo bil samo za računalnik, da bi samo to delal.«* (FS3O1) Dve sogovornici sta ob tem dodali, da imata občutek, da se s časom stopnjuje zahtevnost pacientov; da se srečujejo s pacienti, ki

potrebujejo več zdravstvene nege: *»Iz moje perspektive tudi na vedno težje delo. Vedno težje paciente, vedno več imaš dela s pacienti. Mi smo navaden oddelek, ampak imamo pa več kakšnih intervencij. Pri nas ne vem kaj vse delamo, vse možno delamo od A do Ž. Konstantno, zmer več imamo kompetenc z zmeraj več intervencij, vse že mi delamo.«* (FS3O4) Drug vidik težav, povezanih s človeškimi viri, predstavljata pomankanje časa za učenje mladega kadra. Zaradi časovnega pritiska in velike količine dela ima izkušeno osebje premalo časa, da bi svoje znanje ustrezno predalo mlajšemu kadru: *»V bistvu pa ga ne učiš in potem po enih dveh, treh mesecih, ko bi že moral nekaj znati, ugotoviš, da nima celostnega znanja, ga ne pridobiva, ker samo v bistvu nekaj flika tiste luknje, da dopoldne nekako preživiš.«* (FS1O4)

V sklopu pogovora o vzrokih neizvedene zdravstvene nege nas je zanimalo, ali se sodelujoči soočajo tudi s težavami na področju dosegljivosti materialnih sredstev. Večina o težavah ni poročala, so pa opazne določene razlike med ustanovami. Med sodelujočimi so bili tudi predstavniki ustanov, kjer so se soočali s težavami na področju materialnih sredstev, kar otežuje izvajanje zdravstvene nege. Dve sogovornici sta izpostavili težave z dosegljivostjo perila. Čas, ki bi ga lahko porabili za nego, porabijo za iskanje perila: *»Razen pri perilu se včasih zatakne in je zelo zoprno, ker ti nimaš za ponuditi pacientu novega perila, čeprav je prejšnje že onesnaženo, in moraš iskat.«* (FS4O1)

Nekaj sogovornikov pa je izpostavilo tudi pomanjkanje osnovne opreme. Sogovorniki so izpostavili zastarelo opremo (npr. stare postelje) ali pomanjkanje osnovne opreme (npr. monitorji), kar jim otežuje izvajanje zdravstvene nege: *»Medicinske sestre so marsikdaj zafrustrirane, če pacienta še na en monitor ne morejo priklopiti. Aparature so stare, težko prihajamo do novih, postelje so stare, pacienti so nezadovoljni. Recimo, nam je končno uspelo, da smo vse jogije zamenjali. Po ne vem kolikšnem.... Veste, so bili jogiji stari 20 let in še več. Če nimaš osnove, da pacienta na monitor priklopiš, da ga ne moreš spremljati, da mu ročno meriš tlak, pulz in tako naprej, smo pa v ne vem kateri dobi.«* (FS1O3) Nekaj sodelujočih je v sklopu pogovora o težavi z dobavljivostjo materialov izpostavilo tudi težave z dobavljivostjo zdravil, ki je posledica sistema naročanja zdravil: *»Če predstojnik do devetih ne potrdi lekarno, jo mi tisti dan ne dobimo. Primer: pacient je sprejet v soboto. Zdravil nimamo, mi se moramo rekreirati od oddelka do oddelka ter*

po celi bolnišnici iskat, to pomeni, da do ponedeljka popoldne je pacient brez terapije.» (FS2O1)

V sklopu vzrokov za neizvedeno zdravstveno nego so sodelujoči omenili tudi organizacijski vidik, saj menijo, da je to področje, kjer so mogoče izboljšave oz. potrebne izboljšave, saj bi se lahko izboljšala organizacija dela in postopkov, uvedel bi se lahko enoten informacijski sistem ipd. V največji meri pa so sodelujoči v tem sklopu izpostavljali delo izvajalcev zdravstvene nege, ki ne sodi v sklop njihovih delovnih nalog. Gre za delovne naloge izven delokroga, za katere porabijo veliko časa, ki bi ga lahko namenili zdravstveni negi: *»To je vse na račun našega časa. Spet. Namesto da bi ti izvajal nego, pa bil ob pacientu, se ti v bistvu potikaš po celi bolnici za to, da zagotoviš neka zdravila ali pa kakšno drugo stvar.» (FS2O3); »Lekarna, naročanje lekarne za cel oddelek. Ko je zamašen WC, moramo mi zrihtat, da se bo WC odmašil. Moramo ta prave osebe poklicat, ko v kisikovi bombi zmanjka kisika. Jest moram it klicat (servis), ko zvonček ne dela. Ko monitor ne dela, takoj pejt zrihtat. Take stvari ti vzamejo toliko časa, ampak v bistvu nimajo povezave z mojim poklicem, ampak sem samo na telefonu, samo kličem, urejam. Pa da nam lekarno potrdijo, včasih traja pol ure, da si to zrihtaš, da ta pravo osebo najdeš, da je lekarna zadovoljna, pa vse skupaj.» (FS3O4)* Med konkretnimi organizacijskimi težavami je nekaj sogovornikov izpostavilo tudi težave pri informiranju pacientov. Po njihovem mnenju zdravniki informiranju pacientov namenijo premalo časa, zato se pacienti in njihovi svojci obrnejo na izvajalce zdravstvene nege: *»Jaz vidim tudi en velik razlog mogoče premalo sodelovanja zdravnikov v smislu, da so svojci slabo informirani in potem zelo obremenjujejo pač sestre s telefonskimi klici, ki se ponavljajo čez cel dan zato, ker ne dobijo zdravnika.» (FS1O4)*

V sklopu pogovora o vzrokih za neizvedeno zdravstveno nego sta dve sodelujoči izpostavili tudi pomanjkanje spoštovanja do poklicev v zdravstveni negi znotraj delovnih organizacij oz. znotraj zdravstvenega sistema: *»Ker pač nas so leta in leta obravnavali kot dobesedno potrošni material. Ampak to je z vrha dol bilo. Ampak je že prepozno, je že prepozno.» (FS2O2)*

Tema Rešitve za zmanjšanje neizvedene zdravstvene nege

V okviru teme Rešitve za zmanjšanje neizvedene zdravstvene nege smo identificirali tri kategorije: a) kadrovska politika, b) organizacija dela in c) interna klima. Znotraj posamezne kategorije smo identificirali več podkategorij. Sam proces podrobneje predstavlja tabela 33.

Tabela 33: Kategorije, podkategorije in pripadajoče kode teme Rešitve za zmanjšanje neizvedene zdravstvene nege

Kategorija	Podkategorija	Koda
Kadrovska politika	Večje število zaposlenih	Več kadra Več kadra z delovnimi izkušnjami
	Alternativne oblike zaposlovanja izvajalcev zdravstvene nege	Študenti Vključevanje izvajalcev zdravstvene nege z omejitvami Podjemne pogodbe za izvajalce zdravstvene nege
	Izobraževanje mladega kadra	Več pozornosti nameniti delu z mladimi/novo generacijo Prilagojenost učenja značilnostim generacije
	Dodaten kader z drugih področij	Dodaten kader z drugih področij na splošno Tehnično-administrativne službe Fizioterapevti/delovni terapevti Koordinatorji odpusta Socialni delavci Zdravniki Farmacevti
Organizacija dela	Izboljšanje organizacije dela	Na splošno Enoten informacijski sistem Uradne ure za klice
	Izobraževanje na področju organizacije dela	Konstantno izobraževanje izvajalcev zdravstvene nege Pridobivanje izkušenj s kroženjem
	Uporaba orodij in tehnik	Postavljanje prioritet pri izvedbi zdravstvene nege Uporaba opomnikov
Interna klima	Dobri odnosi v timu	Dobri odnosi med sodelavci Pomembnost dobrega vodje
	Nudenje strokovne pomoči	Nudenje psihološke pomoči izvajalcem zdravstvene nege

Sodelujoče smo prosili, da podajo svoje videnje rešitev, ki bi zmanjšale ali preprečile neizvedeno zdravstveno nego. Ključni dejavnik rešitve vidijo v spremembi kadrovske

politike, predvsem v večjem številu zaposlenih: *»Dovolj kadra in organizacija prinese odnose dobre. Ni izgorelosti, ne izgoriš, ker normalno delaš normalen 40-urni delovnik, ne pa 200 ur ali pa še več. In po 15 nočnih in tako. Vse to bi prineslo, če bi bilo dovolj kadra.« (FS2O1)* Pri tem jih je nekaj izpostavilo, da se mora zaposliti kakovosten kader z delovnimi izkušnjami: *»Da se zaposli kader, ampak spet je treba pomisliti in pogledati, da imaš ti zaposlen kakovosten kader. Ker samo številčno kader nafilat na oddelke, pa se temu kadru mogoče ne ljubi delat, pa niso za to, pa se jim ne zdi pomembno. Tu je zelo velika razlika. Ali imaš ti velik kadra ali pa mogoče malo manj kadra, pa imaš ful kvaliteten kader.« (FS2O3)*

Sodelujoči rešitev vidijo tudi v alternativnih oblikah zaposlovanja izvajalcev zdravstvene nege. V največji meri so navajali pomoč študentov, omenili pa so tudi večje vključevanje izvajalcev zdravstvene nege z omejitvami ter zaposlovanje dodatnih izvajalcev zdravstvene nege s pomočjo podjemnih pogodb. Kar nekaj sodelujočih je omenilo, da so jim študenti v veliko pomoč in opravljajo bolj osnovna dela, hkrati pa se lahko v večji meri posvetijo pacientom: *»Jaz imam zelo boljši občutek, odkar so pač uredili veliko število študentov. Resnično mnogo. Ker so ves čas nekje v sobah z njimi. Medtem ko mi okrog tečemo in pripravljamo zdravila in skrbimo za vse možne Transporte, komunikacijo in da je vse pravočasno opravljeno.« (FS1O1)* Pomemben vidik pri kadrovske politiki pa predstavlja tudi izobraževanje mladega kadra, čemur je treba nameniti več pozornosti. Zaradi velikih obremenitev in pomanjkanja časa je ta vidik nekoliko zanemarjen. Sodelujoči se strinjajo, da bi bilo treba k izobraževanju mladih pristopiti bolj sistematično, prav tako pa je pri izobraževanju treba upoštevati značilnosti te generacije in jim prilagoditi način izobraževanja: *»Tu jaz vidim veliko priložnosti v kliničnih mentorjih, ki bi lahko bili klinični in šolski, mislim istočasno, kjer bi tako študent najbolj napredoval in prišel bolj usposobljen na delo. Medicinska sestra, da pride na delo, je v večini dokaj... zmerno usposobljena, da ne rečem odvisno od posameznika, ampak zmerno usposobljena in je treba veliko dela vložiti.« (FS4O1)*

Pomembno rešitev pri kadrovske politiki sodelujoči vidijo tudi v zaposlovanju dodatnega kadra z drugih področij. Pri tem so omenili raznovrstne poklice: fizioterapevti/delovni terapevti, koordinatorji odpusta, socialni delavci, tehnično-administrativne službe,

zdravniki, farmacevti. Vsi ti poklici bi lahko prevzeli del delovnih nalog, ki sicer sodijo tudi v njihov delokrog, a jih sedaj izvajajo izvajalci zdravstvene nege. V največji meri so omenjali pomoč tehnično-administrativnega osebja, ki bi lahko prevzelo del njihovih nalog. Gre za delovne naloge, za katere ni potrebna zdravstvena izobrazba (npr. čiščenje miz, razkuževanje, menjava posteljnine, razdeljevanje hrane). Zaradi razbremenitve bi lahko izvajalci zdravstvene nege več časa namenili sami zdravstveni negi: *»Zakaj mora biti neka narejena sestra, da postelje posteljo? Mogoče bi se s tem dalo, če se vidi, da se ne da zaposliti zdravstvenega kadra, ampak bi mogoče lahko šel v to smer, da zaposli nekoga, ki bi lahko pobrisal omarice. Pa za talanje obrokov tudi v bistvu bi lahko pomagal nekdo, ki nima ravno zdravstvene izobrazbe.«* (FS2O2) Nekaj sogovornikov je omenilo tudi zdravnike, ki bi lahko v večji meri informirali paciente (da le-ti s svojimi vprašanji ne bi dodatno obremenjevali izvajalcev zdravstvene nege) in bi tudi malo več časa namenili pacientom: *»Vsi smo za pacienta, po drugi strani pa bežijo od njega. Vsak bi mogel nekako ceniti tisti čas, ko je ob pacientu, ker če hoče, lahko malo morje stvari vidi, od negovalnih problemov do potencialnih problemov. Tako da v bistvu smo vsi kot tim, vsi delamo za pacienta. Tako da ja, da bi zdravniki mogoče mal več.«* (FS2O4)

Drug sklop rešitev se nanaša na organizacijo dela, kjer so sodelujoči izpostavljali potrebe po izboljšanju na tem področju ali pa so navajali primere dobre prakse, ki so jih zasnovali na svojih oddelkih. Med konkretnimi predlogi na področju organizacije dela so izpostavili potrebo po enotnem informacijskem sistemu ter ureditvi uradnih ur za klice. Klici namreč motijo potek dela, zato so predlagali časovno omejitev le-teh: *»Odprte linije imamo samo eno uro za zunanje številke in ta ura je od pol dveh do pol treh. Za informacije in to naj bi se itak zdravniki javljali. Če pa ni zdravnikov, pa mi v bistvu prevzamemo telefonsko in jo samo v zvezek napišemo, tako da se nas v bistvu niti toliko ne moti, da je to že nekako urejeno.«* (FS3O5) Nekateri sogovorniki so izpostavili tudi željo oz. potrebo po več izobraževanja na področju organizacije dela, kar se lahko doseže z organizacijo različnih izobraževanj ali pridobivanjem izkušenj s kroženjem med oddelki, kjer pride do izmenjave pozitivnih praks: *»Ta kroženja so tudi zelo pozitivna izkušnja. Tudi sama sem doživela kroženje in bila sprva negativno nastrojena. Ne grem. Zakaj moram jaz? Potem je bila pa res dobra izkušnja in tudi dobra znanja dodatna pridobiš. Pa ti kaj novega pokažeš tam, to je vse pozitivno.«* (FS4O4)

Sogovorniki so omenili, da si trenutno pri organizaciji dela pomagajo z različnimi tehnikami in orodji. Ključno orodje predstavlja postavljanje prioritet pri izvedbi zdravstvene nege: *»Ker v svojem delu izvajamo tisto triažo, kaj je trenutno bolj nujno, in s tem seveda je določen del pacientov, kjer mogoče situacija ni tako nujna, bolj porinjenih v ta drug plan.«* (FS4O3) Zanimalo nas je, če si sodelujoči pri izvajanju zdravstvene nege pomagajo z različnimi opomniki. Večina se tega ne poslužuje, prav tako je bilo pri večini opaziti dokaj zadržan odnos do tovrstnih pripomočkov. Kljub temu pa so določeni omenili nekaj primerov uporabe tovrstnih opomnikov, predvsem v obliki različnih razpredelnic: *»Mi imamo zelo velik problem, ker pacienti izgubljajo kilograme. Na tedenski ravni lahko izgubi od 2 do 5 kilogramov naenkrat. Sicer se jim naenkrat ne pozna, ampak ko gredo recimo čez en teden na tehtnico, vidiš. Zato se jih tudi zelo pogosto tehta. To imamo mi v takem velikem koledarju na steni v sestrskem prostoru, pobarvano z roza, rdečo kakorkoli, fluorescenčno barvo. Da točno vemo, na današnji dan je treba nujno stehtat vse paciente, toliko da imamo nekje ves čas rdečo nit. To so pač specifične določenih oddelkov in to je naša.«* (FS1O1)

Tretji vidik rešitve za neizvedeno zdravstveno nego pa sodelujoči vidijo v izboljšanju interne klime na oddelkih. Dobri medosebni odnosi na oddelkih imajo pozitiven učinek na odnos do dela: *»V bistvu je pa zelo pomembna sama klima, odnosi na oddelku. Kadar so dobri odnosi in dobra organizacija, se marsikaj da narediti kljub pomanjkanju kadra. Ampak res se mora vzdrževati dobro klimo. Tako kot je kolegica rekla, mogoče kakšni team buildingi, sami si moramo v bistvu narediti dobro klimo in potem lažje sodelujemo z ostalo ekipo in marsikaj naredimo, če skupaj stopimo. Kljub pomanjkanju kadra.«* (FS1O5) V sklopu tega je nekaj sogovornikov omenilo pomen dobrega vodje, čigar delovanje bistveno sooblikuje interno klimo: *»Če ena oseba na oddelku en dan, na primer vodja, zelo slabo komunicira, podre delo celega oddelka. Vsi postanejo kar naenkrat razdraženi in težje potekajo vse aktivnosti, tako da je tukaj sigurno ena od stvari komunikacija. Predvsem pa možnost komuniciranja, odprta vrata, možnost, da nisi prestrašen nečesa povedati, in še druga stvar se kaže, da zaradi slabe komunikacije se določene informacije ne prenesejo.«* (FS4O1) Ena sodelujoča je omenila tudi možnost psihološke podpore, ki izvajalcem zdravstvene nege nudi možnost, da svoje težave in dileme zaupajo nevtralni osebi.

Tema Mediacijski dejavniki

V okviru teme Mediacijski dejavniki smo identificirali dve kategoriji: a) pozitivni mediacijski dejavniki in b) negativni mediacijski dejavniki. Znotraj pozitivnih mediacijskih dejavnikov smo identificirali tri, znotraj negativnih pa dve podkategoriji. Sam proces podrobneje predstavlja tabela 34.

Tabela 34: Kategorije, podkategorije in pripadajoče kode teme Mediacijski dejavniki

Kategorija	Podkategorija	Koda
Pozitivni mediacijski dejavniki	Motivacija	Trud Občutek odgovornosti Zadovoljstvo z delom/veselje do dela
	Dobri medosebni odnosi	Dober tim
	Delovna doba	Delovne izkušnje
Negativni mediacijski dejavniki	Negativni psihosocialni delavniki	Poklicna otopelost
	Slabši delovni pogoji	Slabši delovni pogoji

V temo mediacijskih dejavnikov smo združili dejavnike, ki lahko pozitivno ali negativno prispevajo k izvajanju zdravstvene nege. Med pozitivnimi mediacijskimi dejavniki so motivacija, dobri medosebni odnosi in delovna doba. Kar nekaj sodelujočih je omenilo, da se navkljub stanju v zdravstvu trudijo, da bi zdravstveno nego izvedli čim bolje: »Še vedno starejše sestre veliko več dajejo poudarka na nego. In v bistvu se vidi, da se trudijo narediti kvalitetno nego. Še vedno se naredi po najboljših močeh.« (FS2O2) Pri opravljanju dela jih vodi občutek odgovornosti, pozitivno pa na motivacijo učinkuje tudi posameznikovo zadovoljstvo z delom oz. veselja do dela: »Lušno je bit ... Jaz si ne predstavljam, da sem kaj drugega kot medicinska sestra. Lušno je bit in tudi veliko ljudem to tako predstavljam, da če to hočeš biti, si z veseljem in boš z veseljem in ti ne bo problem.« (FS4O5)

Zelo pomemben pozitiven mediacijski dejavnik predstavljajo dobri medosebni odnosi. Sodelujoči so poudarili, da so dobri medosebni odnosi, komunikacija in sodelovanje pomembni pri soočanju z vsakodnevnimi izzivi: »Mislim, da smo še en redkih timov, k

zelo zelo sodelujemo in nam ni težko niti diplomiranim pomagat srednji niti iti v nego, sodelovati pri vseh intervencijah. Mi fajn funkcioniramo in smo res povezani in nimamo težav.» (FS2O3) En sodelujoči pa je kot pozitiven mediacijski dejavnik izpostavil tudi delovno dobo osebja. Izkušeno osebje pacientovo stanje hitreje oceni, zato lahko določene korake nege tudi preskoči ali hitreje izvede: *»Več ko imaš delovnega staža, boljši 'nadzorovalec' si. Če imaš mlade, nimajo kilometrine, niti še ne vidijo. Kolegice tule pa že imamo kar nekaj let delovne dobe. Niti ne rabiš jim meriti pritiska, saturacije, saj ga že vidiš, a ne.» (FS2O5)*

Med negativnimi mediacijskimi dejavniki pa smo identificirali negativne psihosocialne dejavnike in slabše delovne pogoje. Nekaj sodelujočih je omenilo poklicno otopelost. Omenili so, da imajo včasih občutek, da delo opravljajo samo še rutinsko, kot roboti, saj nimajo časa za osebni stik s pacientom, zaradi česar se počutijo slabo: *»Ker tam delaš, kot da bi bil v fabriki. Psihično je takrat meni slab občutek, tudi če dobro svoje delo narediš pa vse intervencije pa vse, ampak to, kako si šel mimo njih (pacientov).« (FS3O4)* Kot zadnji negativni mediacijski dejavnik pa je nekaj sodelujočih izpostavilo slabše delovne pogoje, saj so zdravstvene ustanove pogosto zastarele in potrebne prenove, ki bi omogočala boljše bivanjske razmere tako za paciente kot zdravstveno osebje. Kako pogoji dela zaznamujejo splošno zadovoljstvo z delom, je opisala sodelujoča, ki deluje na oddelku, kjer je prenovljena samo polovica oddelka: *»Mi je pa zanimiv. [...] Večina medicinskih sester mi reče, da veliko rajši delajo, kljub enaki obremenitvi, veliko rajši delajo v lepši intenzivi. Tako da sigurno nekaj pripomore to. Vsi smo radi v novi hiši kot pa v nekem majhnem stanovanju. Tako da tudi to, po mojem, bi pripomoglo.» (FS4O5)*

5 RAZPRAVA

5.1 KVANTITATIVNI DEL RAZISKAVE

Učinkovito upravljanje in organizacija zdravstvene nege v bolnišnicah zahtevata sistematične in empirično podprte informacije o kakovosti izvajanja zdravstvene nege. Odločevalci v zdravstveni negi in vodstva zdravstvenih zavodov potrebujejo konkretne podatke o tem, katere aktivnosti zdravstvene nege ostajajo neizvedene in kateri so glavni razlogi za to, saj to predstavlja temelj za načrtovanje sprememb in izboljšav v organizacijskih procesih. V okviru presečne raziskave smo analizirali pogostost neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege pri udeležencih raziskave, izvajalcih zdravstvene nege, v desetih slovenskih bolnišnicah. Za opredelitev neizvedenih aktivnosti smo uporabili nabor 32 aktivnosti iz instrumenta BERNCA-R (Schubert, et al., 2007), pri čemer so udeleženci ocenili, katere aktivnosti se izvajajo manj ali bolj pogosto. Iz teh podatkov smo oblikovali pet dimenzij oz. komponent neizvedene zdravstvene nege (»Nadzor«, »Skrb, čustvena podpora, aktivacija, edukacija«, »Dokumentiranje«, »Varnost« in »Življenjske aktivnosti«).

Vse aktivnosti zdravstvene nege, opredeljene v kvantitativnem delu naše raziskave, so bile v določeni meri opuščene, saj noben izmed v raziskavo vključenih izvajalcev zdravstvene nege ni poročal, da bi bila katerakoli od njih v zadnjih sedmih dneh izvedena brez izjeme. Deleži neizvedene zdravstvene nege pri posameznih aktivnostih variirajo med 38,7 % in 83,8 %, s povprečnim deležem neizvedene zdravstvene nege, ki znaša 65,6 %. V evropskih raziskavah, kjer so uporabili vprašalnik RN4CAST, so se ocene pogostosti neizvedene zdravstvene nege v zadnji delovni izmeni gibale od 75 % (Ball, et al., 2014) do 93 % (Zander, et al., 2014), skupno povprečje za 12 evropskih držav pa je znašalo 88 % (Griffiths, et al., 2014a, 2014b). V novejših raziskavah na Slovaškem (Kohanová, et al., 2024) so uporabili BERNCA-R in ugotavljajo podobno kot mi, da je povprečna vrednost obsega neizvedene zdravstvene nege 68,7 %, na Poljskem pa Uchmanowicz, et al. (2020) ugotavljajo nekaj manj neizvedene zdravstvene nege (50,81 %) kot mi. V raziskavi, ki so jo izvedli v Turčiji (Yürümezoğlu, et al., 2023), neposredna primerjava podatkov ni možna, ker so v vprašalnik dodali postavko, da je aktivnost

izvedel družinski član, so pa ravno tako ugotovili, da vse aktivnosti ostajajo v določenem obsegu neizvedene; isto ugotavljajo na Poljskem v raziskavi med diplomiranimi medicinskimi sestrami (Kołtuniuk, et al., 2021).

Če pogledamo neizvedene aktivnosti zdravstvene nege v naši raziskavi individualno, se je najpogosteje zgodilo, da se udeleženci raziskave niso mogli s pacientom in/ali njegovo družino ustrezno pogovoriti ali jim zagotoviti čustvene ali psihosocialne podpore, čeprav se jim je zdela potrebna. Ugotavljamo, da vključeni v raziskavo najpogosteje izpustijo ravno aktivnosti, povezane s psihosocialno oskrbo, kamor sodijo pogovori s pacienti in njihovimi svojci, informiranje, poslušanje, spodbujanje, ugotavljanje potreb po edukaciji idr. (tiste, ki niso takoj »vidne« oz. niso akutno nevarne, če ostanejo neizvedene), ki pa so izjemno pomembne za kakovostno oskrbo pacientov in aktivno sodelovanje pacientov v zdravstveni oskrbi (Simonsmeier, et al., 2021; Bhattad & Pacifico, 2022; Jędrzejczyk, et al., 2023). Kot ugotavljajo Griffiths, et al. (2018a), so aktivnosti pogovora (če je bil uporabljen vprašalnik BERNCA) in izobraževanja/svetovanja pacientom in družini (če je bil uporabljen vprašalnik RN4CAST) med najpogosteje omenjenimi vidiki neizvedene zdravstvene nege. Kohanová, et al. (2024) ugotavljajo kot mi, da je na prvem mestu po obsegu (76,1 %) ravno tako kot v naši raziskavi (83,8 %) aktivnost »s pacientom in/ali njegovo družino se niste uspeli ustrezno pogovoriti«. Pogosto se je tudi zgodilo, da udeležencem naše raziskave zmedenih pacientov ni uspelo spremljati dovolj pozorno in so jim morali dati pomirjevala ali jih fizično omejiti. Nadzor pacientov v vključenih bolnišnicah je kritičen vidik zdravstvene obravnave in lahko predstavlja veliko varnostno tveganje, če se le-ta izpusti; obenem zamenjavi za nadzor, kot sta fizična ali medikamentozna imobilizacija, ravno tako lahko predstavljata varnostno tveganje za pacienta in etične zadržke (Thomann, et al., 2021; Kim & Yang, 2024; Thomann, et al., 2025). Najmanj pogosto so udeleženci raziskave izpustili aktivnosti zdravstvene nege, povezane z osnovnimi življenjskimi potrebami pacientov in njihovo varnostjo.

Če pogledamo povprečne dosežene ocene komponent neizvedene zdravstvene nege, ugotavljamo isto: najpogosteje izpuščeni komponenti zdravstvene nege v izvedeni presečni raziskavi v desetih bolnišnicah sta »Nadzor« pacientov ter nato »Skrb, čustvena podpora, aktivacija, edukacija«, ki jo lahko opredelimo tudi kot vidik psihosocialne

oskrbe. Odsotnost vidikov psihosocialne oskrbe ni vidna na prvi pogled (kot bi bila neizvedena osebna higiena) in ne učinkuje na neposredno varnost pacienta, kot npr. zamude pri aplikaciji zdravil. Kot ugotavljata tudi avtorja Kirwan in Matthews (2020), je večja verjetnost, da bodo izvajalci zdravstvene nege zagotovili tisto oskrbo, ki bo dosegla takojšnje ali kratkoročne rezultate. Vendar pa zamujena psihosocialna oskrba (kamor lahko štejemo dimenzijo »Skrb, čustvena podpora, aktivacija, edukacija«), ki morda nima takojšnjih negativnih učinkov, pogosto ostane neizvedena tudi zaradi nejasne časovne in plačne storitvene komponente v aktualnem sistemu financiranja izvedenih zdravstvenih storitev. Kajti pogovor s pacientom je vključen kot del zdravstvene storitve, vendar ni vedno posebej ovrednoten kot samostojna storitev (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, n.d.). Tudi drugi avtorji (See, et al., 2020) ugotavljajo, da je psihosocialna oskrba pacientov pogosto omenjena kot neizvedena aktivnost zdravstvene nege. Intervencije, ki so del dimenzije »Skrb, čustvena podpora, aktivacija, edukacija«, imajo velik učinek na kakovost življenja pacientov in njihovih svojcev, še posebej po odpustu. Kalánková, et al. (2020) povzemajo, da ne glede na to, ali je zdravstvena nega neizvedena, delno dokončana ali zakasnela, negativen učinek na izide pri pacientih, povezane z njihovo varnostjo in kakovostjo zdravstvene oskrbe, obstaja.

Nadalje smo zbirali podatke o razlogih za neizvedeno zdravstveno nego, za kar smo uporabili del vprašalnika MISSCARE (Kalisch & Williams, 2009). Udeleženci raziskave so med 17 podanimi razlogi za neizvedeno zdravstveno nego ocenjevali pomembnost posameznega razloga. Iz podatkov o razlogih smo oblikovali tri komponente razlogov za neizvedeno zdravstvene nege (»Človeški viri«, »Komunikacija« in »Materialni viri«). Med posameznimi razlogi prednjačijo premajhno število zaposlenih, nepričakovano povečanje števila pacientov na oddelku in/ali njihova zahtevnost ter nujna stanja pri pacientu (npr. poslabšanje njegovega stanja), razlogi, ki so vsi povezani z zadostnim oz. nezadostnim številom kadra. Če pogledamo povprečne dosežene ocene komponent razlogov za neizvedeno zdravstveno nego, ugotavljamo isto: najpomembnejši razlog so »Človeški viri«. Do podobnih ugotovitev so prišli tudi drugi avtorji (Kalisch, et al., 2012; Siqueira, et al., 2013), ki kot najpogostejši razlog ravno tako navajajo pomanjkanje delovne sile. Najnovejše raziskave (Cartaxo, et al., 2024; Edfeldt, et al., 2024; Papathanasiou, et al., 2024) še vedno kažejo enako, zdravstvena nega je neizvedena zaradi

v prvi vrsti pomanjkanja kadra, organizacijskih težav in delovne klime. V Sloveniji pomanjkanje kadra v zdravstveni negi beležimo od leta 2007 in se giblje med 20 % in 30 % (Zbornica-Zveza, 2021). Poleg tega je število pacientov na diplomirano medicinsko sestro v Sloveniji trenutno najvišje v Evropi in višje kot v nekaterih neevropskih državah, kar predstavlja visoko tveganje za kakovost zdravstvene nege in zdravstva nasploh (Skela-Savič, et al., 2023a).

Regresijski model za celoten konstrukt neizvedene zdravstvene nege pojasni statistično pomembne povezave s pojasnjevalno močjo $R^2 = 0,288$. Konstantni člen modela znaša 1,831. Pozitivni regresijski koeficienti kažejo, da se z naraščanjem vrednosti teh spremenljivk povečuje tudi raven neizvedene zdravstvene nege. Nasprotno pa negativni koeficienti zmanjšujejo pojavnost neizvedene zdravstvene nege. Regresijski model za celoten konstrukt neizvedene zdravstvene nege kaže največjo pojasnjevalno moč za spremenljivko »Ocena kakovosti zdravstvene nege na oddelku«, kjer ugotavljamo, da boljša kot je ocena kakovosti zdravstvene nege na oddelku, manj je pojavnosti neizvedene zdravstvene nege. Antoszewska in Gutysz-Wojnicka (2024) ugotavljata, da je ocena kakovosti dela pomembno povezana z neizvedeno zdravstveno nego, ravno tako kot je povezana z zadovoljstvom z delom. V zvezi z delovnim okoljem zaposlenih v zdravstveni negi so že prejšnje raziskave (Skela-Savič, et al., 2023b) pokazale, da je treba delovno okolje v Sloveniji spremeniti, da zaposleni v zdravstveni negi v raziskanih bolnišnicah v Sloveniji nimajo možnosti za strokovni razvoj in da je samoocena različnih vidikov dela nizka.

Druga po moči je spremenljivka »Nivo dosežene izobrazbe«, kjer pozitivni regresijski koeficient kaže, da se z naraščanjem izobrazbe povečuje tudi raven neizvedene zdravstvene nege, kar povezujemo s številom pacientov na eno diplomirano medicinsko sestro. V raziskavi RN4CAST Slovenija se je izkazalo, da je na internističnih in kirurških oddelkih splošnih bolnišnic in kliničnih centrov povprečno 15,6 pacienta na eno diplomirano medicinsko sestro (Skela-Savič, et al., 2023a), kot je zaslediti v Saudi Patient Safety Center and International Council of Nurses White Paper (Saudi Patient Safety Center, International Council of Nurses, 2019), pa je priporočilo za oddelke za akutno nenujno interno medicino in kirurgijo obremenitev štirih pacientov na eno diplomirano

medicinsko sestro (Registered Nurse) na izmeno. V Sloveniji je torej število pacientov na eno diplomirano medicinsko sestro med najvišjimi v Evropski uniji, saj kot ugotavljajo Aiken, et al. (2014) v RN4CAST EU raziskavi, je povprečno razmerje v evropskih državah (9 zahodno/severnoevropskih držav) 8,3 pacienta na eno medicinsko sestro. Navajajo še, da vsako 10-% povečanje števila diplomiranih medicinskih sester na bolniškem oddelku za 7 % zmanjša verjetnost smrti kirurškega pacienta v 30 dneh po sprejemu v bolnišnico. Dodatno pa pomanjkanje diplomiranih medicinskih sester v slovenskih bolnišnicah vodi v še večje delovne obremenitve. Raziskave (Aiken, et al., 2014) so pokazale, da povečana delovna obremenitev medicinskih sester poveča verjetnost, da bo pacient umrl v 30 dneh po sprejemu. Naslednja po moči v regresijskem modelu za celoten konstrukt neizvedene zdravstvene nege je ocena delovnega okolja s strani izvajalcev zdravstvene nege, ki je ključna za razumevanje pogojev dela, kakovosti oskrbe in zadržanja kadra v bolnišničnem okolju. V naši raziskavi se je ocena delovnega okolja nanašala na vidike kot npr. zadostna količina virov, odnosi s sodelavci, podpora nadrejenih, mentoriranje mladih kadrov, kjer ugotavljamo, da slabša kot je ocena delovnega okolja v bolnišnici s strani izvajalcev zdravstvene nege, več je neizvedene zdravstvene nege. Tudi druge raziskave potrjujejo, da boljši kot so različni vidiki delovnega okolja, manj je neizvedene zdravstvene nege (Radosz-Knawa, et al., 2022; Marková & Jarošová, 2022). Lake, et al. (2019) so ugotavljali, da je bilo boljše delovno okolje povezano z nižjo verjetnostjo negativnih izidov pri medicinskih sestrah, kamor so uvrstili nezadovoljstvo z delom, izgorelost ter namero po odhodu. Boljše delovno okolje je bilo povezano še z nižjo verjetnostjo slabe ocene varnosti ali kakovosti, negativnih izidov pri pacientih in z višjo verjetnostjo zadovoljstva pacientov. Gutiérrez-Fernández, et al. (2024) so ugotavljali, da so intervencije, namenjene izboljšanju delovnega okolja, učinkovit način za povečanje zadovoljstva pri delu, najpogosteje pa izpostavljajo timsko delo. Slovenska raziskava RN4CAST pokaže, kako so značilnosti dela medicinskih sester povezane s samooceno delovnega okolja ter med drugim izpostavi število pacientov na diplomirano medicinsko sestro med delovno izmeno, zadovoljstvo z delom ter leta delovne dobe (Skela-Savič, et al., 2020). Sledijo spremenljivke, ki pojasnjujejo neizvedeno zdravstveno nego, kot so »Veliko sprejemov in odpustov«, »Nujna stanja pri pacientu« in »Premajhno število zaposlenih«. Pozitivni regresijski koeficienti nakazujejo, da z naraščanjem vrednosti pri teh spremenljivkah narašča tudi pojavnost neizvedene

zdravstvene nege, povezane pa so z notranjo organizacijo dela na bolniških oddelkih ter z zadostnim številom kadra v zdravstveni negi. Regresijski model za celotni konstrukt v naši raziskavi je pokazal tudi, da je »višje število pacientov na izvajalca zdravstvene nege v zadnji delovni izmeni« povečalo obseg neizvedene zdravstvene nege. Več raziskav sicer dokazuje povezavo med pomanjkanjem človeških virov ter nizkim razmerjem med izvajalci zdravstvene nege in pacienti ter neizvedeno zdravstveno nego (Ball, et al., 2018; Duffy, et al., 2018; Griffiths, et al., 2018b; Liu, et al., 2018; Park, et al., 2018; Smith, et al., 2018; Zhu, et al., 2019; Blackman, et al., 2020; Antoszewska & Gutysz-Wojnicka, 2024; Juvé-Udina, et al., 2025). Kot en od prediktorjev neizvedene zdravstvene nege se je med izvajalci zdravstvene nege izkazala tudi spremenljivka zadovoljstvo s kariero. Zadovoljstvo s kariero je tesno povezano s kakovostjo opravljenega dela v zdravstveni negi in verjetnostjo neizvedene zdravstvene nege. Bragadóttir, et al. (2020) so v 4 državah na 7079 izvajalcih zdravstvene nege raziskovali povezavo med neizvedeno zdravstveno nego in zadovoljstvom s kariero ter ugotovili, da je bila večja verjetnost neizvedene zdravstvene nege povezana z manjšim zadovoljstvom s službo v zdravstveni negi in je bila odvisna od delovnih izkušenj, števila nadur, števila zaposlenih in odsotnosti z dela. Tudi druge raziskave potrjujejo negativno povezavo med neizvedeno zdravstveno nego in zadovoljstvom s službo (Jones, 2014; Liu, et al., 2019; Cho, et al., 2020).

Regresijski model za celoten konstrukt neizvedene zdravstvene nege ne kaže, da bi bil kateri od vidikov službe, ki smo jih opredelili kot fleksibilnost delovnega časa, priložnosti za napredovanje, neodvisnost pri delu, status medicinske sestre, plača, priložnosti za napredovanje, letni, bolniški in študijski dopust, statistično pomemben. Smo pa ugotovili, da so posamezni vidiki statistično značilni, kadar neizvedeno zdravstveno nego gledamo kot komponente regresijskega modela. Tu se zadovoljstvo s plačo izkaže za pomembno pri vseh petih komponentah, za kar nismo našli primerljivih tujih podatkov. Podatki OECD (2023) kažejo, da so bile plače medicinskih sester v Sloveniji leta 2019 pod EU povprečjem, kar se je sicer leta 2021 spremenilo in je nad povprečjem, kar pa je deloma posledica plačnih dodatkov v času covida-19.

Daljšje kot so delovne izkušnje, manj je neizvedene zdravstvene nege, ugotavljamo mi (sicer le v regresijskih modelih posameznih komponent, v regresijskem modelu skupne

spremenljivke neizvedene nege tega nismo mogli dokazati), kar nekateri tuji viri podpirajo (Ausserhofer, et al., 2014; Palese, et al., 2015; Blackman, et al., 2018; Kim, et al., 2018), medtem ko drugi ugotavljajo ravno nasprotno (Kalisch, et al., 2013; Chapman, et al., 2017).

5.2 KVALITATIVNI DEL RAZISKAVE

V sklopu kvalitativnega dela raziskave nas je zanimalo, koliko se izvajalci zdravstvene nege zavedajo neizvedene zdravstvene nege ter kako jo razumejo v kontekstu vsakodnevne strokovnega dela. Vsi sodelujoči v naši raziskavi se zavedajo pojavnosti neizvedene zdravstvene nege in njenega negativnega učinka na organizacijsko uspešnost in kakovost dela ter posledično na oskrbo pacientov. Pri samem poimenovanju so nekateri govorili o delno izvedeni zdravstveni negi, nekaj pa jih je raje govorilo o t. i. zakasneli zdravstveni negi. Zdravstvena nega je sicer izvedena, vendar z zamikom. Na osnovi postavitve delovnih prioritet oz. triaže se določeni vidiki zdravstvene nege opravijo z zamikom. Tudi drugi avtorji ugotavljajo, da ko so viri omejeni ali potrebe neobvladljive, se medicinske sestre odločajo, da bodo dale prednost aktivnostim zdravstvene nege na podlagi potreb pacientov oziroma njihove osebne izbire (Abdelhadi, et al., 2020; Bagnasco, et al., 2020; Henderson, et al., 2020; See, et al., 2020). V največji meri pa so sodelujoči v sklopu pogovora o neizvedeni zdravstveni negi poudarjali, da je zdravstvena nega izvedena slabše, kot bi si želeli, oziroma ne dosega pričakovanih standardov. Zdravstvena nega je izvedena hitro, zaradi česar je izvedena bolj površno in manj kakovostno, kar pa pri izvajalcih zdravstvene nege povzroča emocionalni stres, ki je opisan v nadaljevanju razprave.

V sklopu pogovora o neizvedeni zdravstveni negi se sodelujoči strinjajo, da je načeloma vedno izvedena t. i. osnovna zdravstvena nega, ki se nanaša na pacientove fiziološke potrebe. So si pa hkrati enotni, da je pomanjkljivo izveden del zdravstvene nege, ki se nanaša na pacientove psihološke potrebe. Te ugotovitve so skladne z ugotovitvami naše kvantitativne raziskave. Tako pogosto ni ali pa je premalo poskrbljeno, da bi izvajalci zdravstvene nege pacientom nudili tudi emocionalno podporo, predvsem v obliki pogovora ali celo v obliki fizične bližine (npr. stisk roke). Nekaj jih je v tem kontekstu

izpostavilo tudi slabo informiranje pacientov glede njihovega zdravstvenega stanja, saj le-tega pogosto niso deležni niti od zdravnikov niti izvajalcev zdravstvene nege. Dvoumnost vloge medicinske sestre opisujejo tudi See, et al. (2020), ko npr. na vprašanje, kdo je odgovoren za izvedbo edukacije pacienta na bolniškem oddelku, ugotavljajo, da vsak misli, da je to odgovornost nekoga drugega. Zato edukacija pacientov na oddelku ostaja neizvedena. Prav tako so sodelujoči izpostavili, da med pacienti zaznavajo negativno razpoloženje in celo apatijo, saj tudi pacienti sami uvidijo časovno stisko zdravstvenega osebja. Tudi druge raziskave so pokazale, da neizvedene aktivnosti zdravstvene nege vodijo v neoptimalne zdravstvene izide za paciente, kar lahko ogroža njihovo varnost: poveča se število ponovnih hospitalizacij, povečajo se tveganja za padce, okužbe, napake pri aplikaciji zdravil itd., lahko se poveča obolevnost in celo smrtnost pacientov (Ausserhofer, et al., 2014; Recio-Saucedo, et al., 2018; Lopes, et al., 2020; Kalánková, et al., 2020; Chaboyer, et al., 2021).

Kar nekaj sodelujočih je omenilo, da se navkljub stanju v zdravstvu trudijo, da bi zdravstveno nego izvedli čim bolje. Pri opravljanju dela jih vodi občutek odgovornosti, kot pozitivno se izkaže tudi posameznikovo zadovoljstvo z delom oz. veselje do dela. Več avtorjev ugotavlja (Bagnasco, et al., 2020; Dehghan-Nayeri, et al., 2015; Dehghan-Nayeri, et al., 2018; Phelan & Kirwan, 2020), da je vrednostni sistem izvajalcev zdravstvene nege vodilni dejavnik pri preprečevanju neizvedene zdravstvene nege. Medicinske sestre poskušajo zagotoviti kakovostno, celostno in pravočasno zdravstveno nego pacientom zato, ker menijo, da je to potrebno (Bagnasco, et al., 2020).

Pri drugem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo, kako izvajalci zdravstvene nege v slovenskih bolnišnicah doživljajo neizvedeno zdravstveno nego in kakšno breme jim predstavlja. Neizvedena zdravstvena nega za izvajalce zdravstvene nege predstavlja veliko psihološko obremenitev. Kar nekaj sodelujočih v naši raziskavi je izpostavilo doživljanje negativnih čustev in občutij, vezanih na neizvedeno zdravstveno nego (npr. splošna slaba volja, žalost, sram). Tudi izsledki drugih raziskav so pokazali, da neizvedene aktivnosti zdravstvene nege povzročajo občutke slabo opravljenega dela, slabo vest, občutke nezadostnosti in krivde (Papastavrou, et al., 2014b; Vryonides, et al., 2014; Harvey, et al., 2018; Rooddehghan, et al., 2018; Suhonen, et al., 2018). Sodelujoči

v naši raziskavi so poudarili doživljanje notranjega moralno-etičnega konflikta. Močno so obremenjeni z dejstvom, da se zdravstvena nega ne izvaja na nivoju, kot bi si želeli. Doživljajo notranji konflikt zaradi razkoraka med želenim standardom dela in med standardom, ki ga glede na delovne pogoje lahko dosežejo. Tudi Harvey, et al. (2018) poudarjajo, da je ena od posledic neizvedene zdravstvene nege čustveni stres, ki ga medicinska sestra doživlja zaradi nezmožnosti doseči kakovost oskrbe, h kateri stremi. Bahun in Jeriček Klanščak (2023) v pregledu literature ugotavljata, da se medicinske sestre soočajo z neskladjem v doživljanju svoje profesionalne vloge (Jones, et al., 2015) in da doživljajo občutek, da ne morejo slediti lastnim strokovnim idealom in pričakovanjem (Sundin, et al., 2014; Vryonides, et al., 2014; Suhonen, et al., 2018). Ko zdravstvena nega ostaja neizvedena, doživljajo moralno stisko, ker ne morejo v celoti uresničiti svoje profesionalne vloge (Jones, et al., 2015; Rooddehghan, et al., 2018; Suhonen, et al., 2018), ter občutijo etične obremenitve in frustracije (Vryonides, et al., 2014; Jones, et al., 2015; Harvey, et al., 2018; Suhonen, et al., 2018; Harvey, et al., 2020a).

V želji, da bi bil obseg neizvedene zdravstvene nege čim manjši, so sogovorniki v naši raziskavi izpostavili, da si prizadevajo v čim krajšem času opraviti čim več dela, kar pomeni, da so izpostavljeni konstantnemu časovnemu pritisku. Tako se občasno zgodi, da pri izvajanju zdravstvene nege celo pozabijo na protokole izvajanja zdravstvene nege (npr. uporaba osnovne varovalne opreme, ergonomska drža) in s tem ogrožajo svojo varnost in zdravje. Neskladnosti v postopku izvajanja zdravstvene nege so v svoji raziskavi omenili tudi Henderson, et al. (2020), kjer so ugotovili, da medicinske sestre kdaj zaradi pomanjkanja kadra opuščajo nekatere aktivnosti; v raziskavi so se osredotočili na higieno rok, ki je sicer v naši raziskavi nismo izpostavili, je pa iz drugih raziskav (McCauley, et al., 2021) znana povezava z organizacijo dela v zdravstveni negi, delovnim okoljem, odnosi in individualnimi dejavniki izvajalcev zdravstvene nege. Zaradi velike delovne obremenitve in časovnega pritiska so nekateri sodelujoči v naši raziskavi omenili, da se jim ob koncu delovnika, ko imajo čas za razmislek, poraja dvom o opravljenem delu. Kategorijo »Telesno, duševno in čustveno počutje« v svojem pregledu literature identificirata tudi Bahun in Jeriček Klanščak (2023), ki obravnavata telesno in čustveno

komponento simptomov stresa. Medicinske sestre se soočajo s strahom, da so kaj pozabile narediti ali da so delo opravile površno, kar je posledica delovnih obremenitev.

Nekaj sogovornikov je v sklopu pogovora o posledicah neizvedene zdravstvene nege za izvajalce zdravstvene nege omenilo tudi negativno klimo na oddelkih. Nezadovoljstvo z opravljenim delom in delovnimi pogoji lahko ustvarja negativno razpoloženje tako na osebnem kot medosebnem nivoju. Nezadovoljstvo se odraža tudi v medosebnih interakcijah. Odsotnost sodelovanja v timu, tako znotraj negovalnega kot zdravstvenega, prepoznamo kot oviro za tekoče in dobro opravljeno delo. V naši raziskavi smo zaznali, da je timska povezanost dejavnik, ki pozitivno prispeva k soočanju z vsakodnevnimi izzivi pri izvajanju zdravstvene nege in pri delu nasploh. Da je timsko delo varovalni dejavnik, ugotavljajo tudi Bagnasco, et al. (2020). Medicinske sestre so izrazile zadovoljstvo, da delijo breme sodelavcev in da lahko pomagajo.

Neizvedena zdravstvena nega oz. predvsem odsotnost sistemskega reševanja neizvedene zdravstvene nege prispeva k demotivaciji zaposlenih. Sodelujoči v naši raziskavi so izpostavljali doživljanje občutka nemoči. Več sogovornikov je omenilo, da med sodelavci zaznavajo pojav emocionalne distance do neizvedene zdravstvene nege. Tudi Bahun in Jeriček Klanšček (2023) sta identificirali štiri kategorije, ki pojasnjujejo, kako se neizvedena zdravstvena nega odraža na duševnem počutju izvajalcev zdravstvene nege. Eno izmed ključnih kategorij predstavlja »Sprejemanje odločitev pri delu«, ki opisuje prilagajanje vedenja kot odziv na vsakodnevne izkušnje izvajalcev zdravstvene nege. Raziskave (Bentzen, et al., 2013; Sundin, et al., 2014; Papastavrou, et al., 2014b; Harvey, et al., 2018; Harvey, et al., 2020a) poudarjajo, da medicinske sestre zavestno ali nezavedno postavljajo prioritete pri delu, vsakodnevno odločajo, katero delo opustiti ali racionalizirati, in razmišljajo o postavitvi minimalnih standardov oskrbe, namesto da bi želele dosegati standarde odlične oskrbe. Tudi Dehghan-Nayeri, et al. (2015) ugotavljajo, da nekaterim medicinskim sestram primanjkuje občutka odgovornosti, ne upoštevajo potreb pacientov, prikrivajo izpuščene aktivnosti zdravstvene nege, kar lahko vodi v novo običajnost dela (postane navada).

Prav tako so sodelujoči poudarili, da povečana delovna in psihološka obremenitev povzročata stres, ki lahko vodi v izgorelost. O telesni in čustveni izčrpanosti, tesnobi in depersonalizaciji (Harvey, et al., 2020b) ter stresu (Harvey, et al., 2018; Harvey, et al., 2020b) poročajo tudi druge raziskave. Tudi Maville in Huerta (2013) navajata, da ko je posameznik podvržen dolgotrajnemu stresu brez možnosti adaptacije, pride do izčrpanosti. Nezadovoljstvo med medicinskimi sestrami je pogosto posledica dolgotrajne izpostavljenosti stresu, izgorelosti ter zahtevam izmenskega dela. To je dokazano negativno povezano z nivojem zadovoljstva, ki ga medicinske sestre izražajo glede svojega dela (Kawada & Otsuka, 2011). Vse skupaj vodi v začaran krog stresa, poglobljajo se telesne težave izvajalcev zdravstvene nege in duševne stiske, prihaja do več fluktuacije oz. do namere zapuščanja poklica.

Pri tretjem raziskovalnem vprašanju v sklopu kvalitativnega dela pa nas je zanimalo, katere razloge izvajalci zdravstvene nege navajajo kot vzrok neizvedene zdravstvene nege. Kot ključni razlog so izpostavili pomanjkanje kadra. V letu 2018 je v slovenskih bolnišnicah primanjkovalo okrog 1150 diplomiranih medicinskih sester in 590 tehnikov zdravstvene nege (Zbornica-Zveza, 2021), do današnjega dne jih primanjkuje še več. Sogovorniki so izpostavili splošno pomanjkanje kadra, kar posledično privede do prevelikega števila pacientov na enega izvajalca zdravstvene nege. Prav tako so opozorili na pomanjkanje izkušenega kadra, saj zaznavajo odhode izkušenega kadra in manjše število prihodov novega kadra. Dodatno h kadrovski problematiki prispeva tudi pomanjkanje časa za učenje mladih oz. novega kadra, kar je posledica velike delovne in časovne obremenitve. Pomanjkanje časa in manj izkušen kader tako rezultirata v neizvedeni ali slabše izvedeni zdravstveni negi. Tudi v raziskavi Bagnasco, et al. (2020) so medicinske sestre poročale, da morajo pri izvajanju zdravstvene nege upoštevati tako kadrovske kot materialne vire, ki jih imajo na voljo. Kot primer so navedle, da ko delajo samo s študentom zdravstvene nege, ki potrebuje nadzor in ni drugega osebja, morajo biti previdnejše, da se izognejo neizvedeni zdravstveni negi. Tako sodelujoči ključno rešitev vidijo v sistematičnem pristopu reševanja kadrovske problematike na področju zdravstvene oskrbe.

Poleg pomanjkanja kadra pa so sodelujoči omenili, da k neizvedeni zdravstveni negi prispevajo tudi težave v organizaciji dela, saj menijo, da je to področje, kjer so mogoče izboljšave. V največji meri so sodelujoči v tem sklopu izpostavljali delo izvajalcev zdravstvene nege, ki ne sodi v sklop njihovih delovnih nalog. Gre za delovne naloge izven delokroga, za katere porabijo veliko časa, ki bi ga lahko namenili zdravstveni negi. Določen del delovnih nalog izvajalcev zdravstvene nege izhaja iz zgodovine opravljanja tega poklica. V preteklosti so bile le-te pretežno v vlogi zdravnikovih asistentk, ki so hkrati poskrbele za »gospodinjska« opravila, kar pa je seveda v neskladju z njihovo poklicno vlogo dandanes. Tako so med predlogi rešitev izpostavili zaposlovanje dodatnega kadra z drugih področij, ki bi lahko prevzel del njihovih delovnih nalog. Izvajalci zdravstvene nege so namreč v stiski s časom zaradi številnih obveznosti, kar je povezano z organizacijo dela; to opisujejo Abdelhadi, et al. (2020); Henderson, et al. (2020) ter See, et al. (2020) kot slabo načrtovanje dela, nadzora in neučinkovit management, kar posledično spet vodi v neizvedeno zdravstveno nego. Med predlogi rešitev so predlagali tudi uvedbo izobraževanja na tem področju.

Manjšinski del sodelujočih pa je izpostavil tudi težave na področju materialnih virov, bodisi osnovne opreme, ki je pomanjkljiva ali zastarela, bodisi razpoložljivosti vsakodnevnih pripomočkov (npr. perilo, zdravila). Treba je opozoriti, da smo zaznali velike razlike med ustanovami. Pomembno pa je, da nerazpoložljivost delovnih pripomočkov še dodatno otežuje izvajanje zdravstvene nege.

5.3 SKUPNA RAZPRAVA

Razumevanje dejavnikov neizvedene zdravstvene nege tako na ravni zaposlenega kot zdravstvene organizacije je ključnega pomena za vodje zdravstvene nege, da oblikujejo pogoje dela in prakso zdravstvene nege, ki bi ta pojav zmanjšala, ter razvijejo in izvajajo ciljne intervencije za zmanjšanje tveganja za neizvedeno zdravstveno nego (Peng, et al., 2024). To znanje tudi omogoča izvajalcem zdravstvene nege, da razmišljajo o posameznih dejavnikih in delujejo v smeri zmanjševanja primerov neizvedene zdravstvene nege. Z našo raziskavo prinašamo v slovensko zdravstveno nego na ravni bolnišnične dejavnosti podatke o neizvedeni zdravstveni negi, ki omogočajo mednarodno primerjavo sicer v razvitem svetu že dobro poznanega koncepta. Kot kažejo rezultati različnih raziskav, ki jih je v najnovejšem dostopnem pregledu literature združila Chiappinotto s sodelavci (2022), so ugotovitve o razlogih za neizvedeno zdravstveno nego nekonzistentne, torej je pomembno na nivoju države ugotoviti stanje, raziskati razloge in oblikovati ukrepe neodvisno od drugih. Kot smo ugotovili v pregledu literature (Bahun & Skela-Savič, 2021) in ugotavljajo Chaboyer, et al. (2021), ni konzistentnih razlogov za neizvedeno zdravstveno nego, zato je tudi rešitve niso nujno v vseh zdravstvenih sistemih enake oz. enako učinkovite. Da se lahko predlagajo izboljšave in pripravi učinkovit načrt aktivnosti za zmanjšanje obsega neizvedene zdravstvene nege in njenih posledic, smo najprej potrebovali jasno sliko o obsegu koncepta v največjih slovenskih bolniških oddelkih. Kot kažejo podatki Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj, je v Sloveniji delež populacije, ki navaja nezadovoljene potrebe po zdravstveni oskrbi, precej nad povprečjem EU (OECD, 2023a), kar nagovarja odločevalce na državni ravni k spremembam.

Glavna fokusna točka naše raziskave, posebej kvalitativnega dela, je bilo gledišče z osebnega vidika zaposlenih v zdravstveni negi. Nismo raziskovali vidikov posledic za delovne organizacije in vendar lahko posredno potegnemo iz rezultatov nekaj pomembnih izhodišč za nadaljnje ugotovitve. Udeleženci raziskave organizacijski vidik vidijo kot vzrok za neizvedeno zdravstveno nego in se s posledicami za organizacijo niso ukvarjali, saj izboljšave v organizacijskem vidiku vidijo kot rešitev trenutne situacije, ki jo ocenjujejo kot slabo. V kvalitativnem delu lahko znotraj povedanega razberemo očitke

managementu za nastalo situacijo. Z večanjem obsega neizvedene zdravstvene nege se povečujejo nevarnosti za paciente, nezadovoljstvo izvajalcev zdravstvene nege in njihova moralno-etična ter čustvena obremenitev, namera po odhodu ... Če gledamo s stališča managementa oz. delovne organizacije, lahko vidimo spiralno gibanje navzdol. Z vsem opisanim se lahko manjša število zaposlenih (ne samo v zdravstveni negi, po efektu domin se isto lahko zgodi v drugih zdravstvenih poklicih, kjer se neizogibno ob pomanjkanju kadra v eni poklicni skupini povečajo delovne obremenitve drugih), poveča se lahko pravna odgovornost ob napakah s škodo za paciente, ne dosegajo se standardi kakovosti, na ta način se slabša ugled zdravstvene ustanove, slabša se lahko finančna stabilnost in tako naprej. S slabim ugledom ustanove se manjšajo možnosti za priliv novega kadra.

Duffy, et al. (2018) so poudarili, da bi posamezne značilnosti izvajalcev zdravstvene nege, kot sta njihovo zadovoljstvo s trenutnim položajem in namera po odhodu, lahko napovedovale ali prispevale k neizvedeni zdravstveni negi. Tako lahko imajo poleg organizacijskih dejavnikov na pojavnost neizvedene zdravstvene nege učinek tudi individualne značilnosti. Avtorji Peng, et al. (2024) so v svoji kvalitativni metasintezi identificirali tri teme, povezane z neizvedeno zdravstveno nego: prve med njimi so poimenovali intrinzični viri, ki so povezani z osebnimi faktorji pri izvajalcih zdravstvene nege (poklicne in etične vrednote, dvoumna vloga medicinske sestre, prednostne naloge, slab izobraževalni sistem in znanje ter nizka delovna učinkovitost). Več avtorjev ugotavlja (Bagnasco, et al., 2020; Dehghan-Nayeri, et al., 2015; Dehghan-Nayeri, et al., 2018; Phelan & Kirwan, 2020), da je vrednostni sistem izvajalcev zdravstvene nege vodilni dejavnik pri preprečevanju neizvedene zdravstvene nege. Vrednote in znanje je treba graditi v času študija, teme o etičnih vidikih neizvedene zdravstvene nege dodati v učne načrte študija zdravstvene nege, je pa mogoče doseči rezultate z dobro načrtovanim izobraževanjem tudi po koncu formalnega izobraževanja v okviru kontinuiranega izobraževanja pri delodajalcu.

V kvalitativnem delu raziskave smo identificirali možne rešitve. Organizacijske rešitve kot reorganizacija dela z vključitvijo drugega zdravstvenega kadra v izvajanje del, ki v osnovi ne spadajo v delo izvajalcev zdravstvene nege, pozitivna delovna klima, ki vodi v

dobre odnose v delovni sredini, ter skrb za mlade kadre lahko ublažijo stres, izgorelost in posledično zapuščanje poklica ter s tem tudi neizvedeno zdravstveno nego. Strategije na ravni zdravstvenih ustanov in oddelkov, ki omogočajo hitro prilagajanje nepredvidljivim situacijam in spremembam v delovnih obremenitvah, ter procesne rešitve, kot so investicije v dobra delovna okolja, bodo dvignile zadovoljstvo in zmanjšale pojavnost neizvedene zdravstvene nege. Menedžerji, ki podpirajo in opolnomočijo osebe ter zagotovijo priložnosti za osebni in poklicni razvoj, lahko okrepijo sposobnost kritičnega razmišljanja izvajalcev zdravstvene nege, izboljšajo občutek nadzora nad lastnim delom in zmanjšajo namero po odhodu (Al Yahyaei, et al., 2022). Tuje raziskave (Chiappinotto, et al., 2022) tako kot naša nakazujejo, da je treba napeti sile v smeri boljših delovnih okolij, kajti kadrovske primanjkljaje ne bo tako hitro razrešen, je pa treba zagotoviti dobro delovno okolje kadrom, ki jih imamo.

Peng, et al. (2024) so kot temo, povezano z neizvedeno zdravstveno nego, identificirali še strukturo sistema, kjer se kažejo pomanjkanje osebja in virov, velika delovna obremenitev in neuspeh organizacijskega upravljanja. Tudi stalno iskanje pripomočkov za delo, pomanjkanje opreme in velike delovne obremenitve zmanjšujejo motivacijo izvajalcev zdravstvene nege za zagotavljanje celovite oskrbe in povečujejo njihovo utrujenost, kar vodi v zmanjšanje delovne učinkovitosti. Izvajalci zdravstvene nege so v stiski s časom zaradi številnih obveznosti in v naši raziskavi omenijo tudi obveznosti izven svojega delokroga.

Izvajalci zdravstvene nege pogosto nočejo poročati o neizvedeni zdravstveni negi zaradi pomislekov, da bodo odgovorni in/ali kaznovani. Posledično raziskava Dehghan-Nayeri et al. (2018) nakazuje, da bi se obseg poročanja o neizvedeni zdravstveni negi lahko izboljšal, če bi menedžerji uporabili podporne in ne kaznovalne pristope v vodenju. Tudi v našem kvalitativnem delu udeleženci navajajo zagovarjanje na upravi, kadar se zgodijo posledice (npr. pridobljena razjeda zaradi pritiska) neizvedene zdravstvene nege. Ocenjujemo, da je v slovenski zdravstveni negi nasploh še vedno preveč obtoževalne kulture in iskanja osebne krivde.

V raziskavi Peng, et al. (2024) je pomembna še ena tema, in sicer so jo poimenovali socialno okolje, kamor so vključili komunikacijo s pacienti in svojci, delovni odnos in neustrezno postavitve oddelka. Strah pacientov pred postavljanjem vprašanj in njihove težave pri razumevanju medicinskega žargona sta glavni oviri pri učinkoviti komunikaciji, kar posledično slabša neizvedeno zdravstveno nego (Abdelhadi, et al., 2020; Phelan & Kirwan, 2020). Ravno tako je ovira za tekoče in dobro opravljeno delo, če v timu ni sodelovanja tako znotraj negovalnega kot zdravstvenega tima, kar vodi v razpad odnosov in povečan obseg dela. Na izvajanje zdravstvene nege pa lahko neugodno deluje tudi neustrezna zasnova delovnega mesta, zlasti v starejših stavbah. Udeleženci, izvajalci zdravstvene nege v raziskavi Bail, et al. (2021), so opazili, da sta postavitve in fizična struktura v javnem sektorju neoptimalni, zaradi česar je njihovo delo izziv. Avtorji Longhini, et al. (2021) so predlagali 8 strategij za vodje zdravstvene nege oz. zdravstvenih zavodov (zagotavljanje kadrovskih zmogljivosti v zdravstveni negi, izboljšanje uspešnosti dela izvajalcev zdravstvene nege, aktivno vključevanje v reševanje težav z neizvedeno zdravstveno nego, preoblikovanje dokumentacije v zdravstveni negi, reševanje vnaprej predvidljivih organizacijskih težav, vzpostavitev integriranega sistema, ki je sposoben zaznavati in obvladovati tveganja, izgradnja in podpiranje konstruktivne komunikacije in sodelovanja glede varnosti pacientov, ponovni razmislek o vlogi vodij v zdravstveni negi), ki s skupaj 22 intervencijami vodijo v preprečevanje neizvedene zdravstvene nege.

Rezultati regresijske analize razkrivajo pomembne praktične implikacije za organizacijo zdravstvene nege in upravljanje človeških virov v kliničnem okolju. Ugotovitve ob jasnem zavedanju, da pojasnitev variance ni bila visoka, potrjujejo, da se pojav neizvedene zdravstvene nege povezuje s kadrovskimi omejitvami in čezmerno delovno obremenitvijo. Med napovedniki povečanja neizvedene zdravstvene nege se kažejo povečano število sprejemov in odpustov, urgentna stanja pri pacientih, premajhno število zaposlenih ter število pacientov na izvajalca v zadnji delovni izmeni. To nakazuje, da lahko organizacijske prilagoditve, usmerjene v izboljšanje kadrovske ustreznosti in optimizacijo delovnih procesov, pomembno prispevajo k zmanjšanju pogostosti neizvedenih intervencij zdravstvene nege. Negativna korelacija med oceno kakovosti zdravstvene nege na oddelku in oceno delovnega okolja z obsegom neizvedene

zdravstvene nege kaže, da izboljšanje psihosocialnih in organizacijskih pogojev dela prispeva k večji celovitosti zdravstvene obravnave. Ključni zaščitni dejavniki v tem kontekstu so učinkovito vodenje, kakovostni medosebni odnosi ter spodbudna organizacijska klima.

Posebej relevanten se izkazuje tudi pomen ravni izobrazbe in zadovoljstva s kariero v zdravstveni negi. Višja izobrazbena raven je pozitivno povezana s pojavom neizvedene zdravstvene nege, kar je mogoče razložiti z dejstvom, da število diplomiranih medicinskih sester v bolnišnicah močno zaostaja za priporočenim razmerjem 80 % v prid diplomiranim medicinskim sestram in 20 % tehnikom zdravstvene nege, kot navaja Aiken (2025). V reprezentativnem vzorcu evropskih bolnišnic je bilo v povprečju šest izvajalcev zdravstvene nege na vsakih 25 pacientov, od teh so bile štiri diplomirane medicinske sestre (Aiken, et al., 2017). V slovenski zdravstveni negi razmerje diplomirane medicinske sestre – pacienti prikazuje, da so diplomirane medicinske sestre v Sloveniji neprimerljivo bolj obremenjene, kot je povprečje evropskih držav, saj povprečno ena diplomirana medicinska sestra v delovni izmeni skrbi za 15,6 pacienta (Skela-Savič, et al., 2023a). Nasprotno pa zadovoljstvo s kariero deluje kot zaščitni dejavnik, saj višja stopnja zadovoljstva s kariero zmanjšuje tveganje za pojav neizvedene zdravstvene nege. Navedeno poudarja pomen sistematičnega vlaganja v profesionalni razvoj izvajalcev zdravstvene nege, oblikovanja možnosti za napredovanje ter zagotavljanja jasnih in spodbudnih kariernih poti.

Skupno gledano rezultati potrjujejo, da je za zmanjševanje pojava neizvedene zdravstvene nege nujen celovit pristop, ki združuje kadrovske okrepitve, optimizacijo delovnih procesov, vlaganje v kakovost delovnega okolja in profesionalen razvoj zaposlenih. Na ravni zdravstvene politike to pomeni potrebo po strateških rešitvah za zagotavljanje ustreznega kadrovskega standarda, izboljšanje delovnih pogojev ter krepitev sistemov podpore zaposlenim v zdravstveni negi, kar je ključno za zagotavljanje varne in kakovostne obravnave pacientov.

5.4 OMEJITVE RAZISKAVE

Postopek prevajanja instrumenta raziskave iz tujega jezika kljub natančno določenim postopkom predstavlja omejitev raziskave. Prav tako obstaja možnost, da je bila kljub skrbni izbiri udeležencev v znanju tujega jezika razlika med udeleženci skupine, ki je izvedla pregled prevodov instrumenta oz. druge validacije. V tej raziskavi smo uporabili metodo samoocenjevanja. Uporaba ankete za vrednotenje tako občutljive teme, kot je neizvedena zdravstvena nega, predstavlja omejitev raziskave. Relevantnejše rezultate bi pridobili z opazovanjem izvajalcev zdravstvene nege neposredno v kliničnem okolju. V rezultatih se lahko pozna učinek dveh pristranskosti, t. i. »acquiescence response style« (stil privolitve), kjer gre za nagnjenost k pozitivnemu odzivanju, in »social desirability bias« (pristranskosti družbene zaželenosti), kjer gre za nagnjenost k predstavitvi sebe kot družbeno sprejemljivega, vendar to ne odraža v celoti resničnosti posameznika. Raziskovana tematika je občutljiva, kultura v slovenski zdravstveni negi je še vedno deloma obtoževalno naravnana, ob tem pa je samoocenjevanje lahko pristransko, kar Dunning in sodelavci (2004) opredeljujejo kot precenjevanje verjetnosti zaželenih dogodkov. V človeški naravi je prikazati se v lepši luči oz. manj radi priznavamo napake ali neizpolnjene naloge, saj bi to lahko spodkopalo našo samozavest in povzročilo občutek neuspeha. Sploh to težko priznamo javno oz. drugim. Da delo ni izvedeno, ni izvedeno v pravem obsegu ali pravem času, je težko priznati, sploh v obtoževalno naravnanim okolju. Zaradi omenjenega je bila v tej raziskavi ocena neizvedene zdravstvene nege s strani izvajalcev morda ublažena.

Omejitev raziskave je tudi slaba odzivnost anketirancev tako v kvantitativnem kot kvalitativnem delu raziskave in pripravljenost vodstev zdravstvenih ustanov na sodelovanje. Projekt RN4CAST in znotraj le-tega raziskava o neizvedeni zdravstveni negi sta se izvajala v obdobju precejšnjega pomanjkanja in obremenitev izvajalcev zdravstvene nege. Obremenitev je povečala epidemija covid-19, zato tudi vodstva zdravstvenih ustanov niso bila povsod pripravljena na sodelovanje.

Znotraj fokusne skupine lahko pride do tega, da udeleženci ne bodo odkrito izražali svojih mnenj in doživljanj, posebej ker je v slovenski zdravstveni negi velika možnost, da se

sogovorniki poznajo. To možnost smo skušali preprečiti s skrbnim oblikovanjem skupin, v katerih sogovorniki niso prihajali z istih delovnih področij/ustanov. Tu so bile možnosti zaradi majhnega odziva omejene, nismo mogli zagotoviti, da se udeleženci ne bi med seboj vsaj deloma poznali, je bilo pa vzdušje v vseh skupinah prijetno, razprava je tekla še po zaključku formalnega dela. Udeleženci so celo izrazili zadovoljstvo s srečanjem, ker da so lahko izmenjali izkušnje in mnenja tudi s kolegi iz drugih ustanov, za kar imajo redko priložnost.

Statistično pomembni rezultati pri hipotezah H2, H3a, H4b, H4c kažejo šibke indekse korelacijske povezanosti (Zemljak, 2019), zato jih je treba upoštevati s previdnostjo. Obstaja tudi več različnih instrumentov za merjenje koncepta, zato primerjave rezultatov niso neposredno izvedljive.

5.5 PRISPEVEK K ZNANOSTI

Razlike v ugotovitvah različnih raziskav na temo neizvedene zdravstvene nege obstajajo in so možne zaradi kulturnih značilnosti, izobraževalnega sistema v zdravstveni negi, različnih kompetenčnih modelov ter modelov dela v praksi zdravstvene nege, ki temeljijo na različnih vzorcih organizacije dela v kliničnem okolju. Zato tudi rešitve niso enostranske. Iz tega izhaja pomembnost te raziskave, ker ponuja za slovensko zdravstveno nego (za velik del izvajalcev iz splošnih bolnišnic) specifične podatke.

Z doktorsko disertacijo doprinašamo v slovensko zdravstveno nego izvirno raziskavo, saj je prva tovrstna raziskava v Sloveniji, s katero smo omogočili mednarodno primerjavo podatkov. Strokovni standardi dela izvajalcev zdravstvene nege in kompetence v poklicnih skupinah so jasno opredeljeni in razdeljeni, nismo pa imeli podatkov, koliko dela je v zdravstveni negi v resnici izvedenega in koliko ga zaradi različnih vzrokov ostane neizvedenega.

O neizvedeni zdravstveni negi se v slovenski zdravstveni negi premalo ve oz. se obravnava kot osebna odgovornost izvajalca. Rezultati naj dajejo možnost, da razširimo vedenje med različne deležnike na podlagi konkretnih podatkov in detabuiziramo

tematiko. Zaradi neizvedene zdravstvene nege – kar povzroča stres in pogloblja telesne in duševne težave izvajalcev zdravstvene nege – prihaja do večje fluktuacije, zapuščanja delovnih mest in celo do namere zapuščanja poklica. S tem se mora seznaniti management zdravstvenih organizacij, ki (predpostavljamo) ne gleda na problem fluktuacije kadra s tega vidika. Sedaj vemo, koliko se udeleženke koncepta zavedajo, kako ga doživljajo in kakšne posledice pušča. Na ta način bodo delovne organizacije lahko prepoznale probleme in razumele vedenje zaposlenih, povezanih z neizvedeno zdravstveno nego.

Ker smo zajeli splošne kirurške in internistične bolnišnične oddelke, obstajajo nadaljnje možnosti raziskovanja, s čimer bi odgovorili na vprašanja o neizvedeni zdravstveni negi in razlogih na bolj specifičnih področjih v zdravstvu, kot je npr. v intenzivnih enotah, na pediatričnih oddelkih, pri obravnavi pacientov na primarnem nivoju, na področju duševnega zdravja ... Ravno tako se je med razgovorom v kvalitativnem delu raziskave razvila zanimiva ideja o ugotavljanju, za koliko neizvedene zdravstvene nege je odgovorno znanje izvajalcev zdravstvene nege in povezava z njihovim formalnim in neformalnim izobraževanjem.

S to raziskavo smo pridobili kvantitativne podatke o učinku trenutne kadrovske strukture na neizvedeno zdravstveno nego v kliničnem okolju, ki se je izkazala za izredno pomembno. Iz specifičnih značilnosti neizvedene zdravstvene nege v bolnišnicah v raziskavi bo mogoče predlagati ukrepe političnim odločevalcem na področju števila in razvoja kadrov v zdravstveni negi in predloge sprememb v organizaciji dela na različnih nivojih managementa v zdravstvenih ustanovah.

Pomemben del raziskave so kvalitativna spoznanja, taka spoznanja so v tujini še relativno redka, v Sloveniji pa je na to temo pričujoča raziskava prva te vrste. Prinaša razumevanje obsega pojava neizvedene zdravstvene nege in prepoznavanje dejavnikov na ravni posameznika in skupine, ki deluje v določenem kliničnem okolju. Dobili smo vpogled v to, kaj čutijo, mislijo in doživljajo slovenske izvajalke zdravstvene nege, udeleženke raziskave. Neizvedena zdravstvena nega se bo prepoznala kot del organizacijske kulture, kajti ne le, da ogroža paciente, temveč predstavlja tudi resno stisko za izvajalce zdravstvene nege. Vsakodnevno postavljajo prioritete pri delu v smislu, katero delo se bo

izvedlo in katero izpustilo, zaradi česar se soočajo s konflikti v razumevanju profesionalnih vrednot in svoje profesionalne vloge.

Tudi slovenska verzija vprašalnikov BERNCA-R in MISSCARE (PART b), ki smo ju prevedli v slovenščino po merilih validacije (dvojni slepi prevod, psihometrično testiranje, pilotna raziskava), dodaja pomembne podatke za spremljanje veljavnosti in zanesljivosti vprašalnikov, ki se uporabljajo v zdravstveni negi po vsem svetu.

V kvalitativnem delu raziskave so sogovorniki izrazili pomembne vidike razlogov in posledic neizvedene zdravstvene nege, ki jih v kvantitativnem delu raziskave nismo zajeli. Ti vidiki ostajajo priložnosti za nadaljnje raziskave. Navajali so psihološke obremenitve izvajalcev zdravstvene nege, ki so posledica zavedanja, da delo ni opravljeno, iz česar izhaja negativna klima na bolniških oddelkih, ki se kaže z demotivacijskim vzdušjem in emocionalno distanco. To nakazuje na krog negativnih občutkov, misli in vedenj, ki lahko pripeljejo do stresa, izgorelosti in zapuščanja poklica. Potrebna bi bila raziskava, kateri ukrepi bi krepili notranjo moč izvajalcev zdravstvene nege, predvsem kateri organizacijski ukrepi bi bili v slovenskem prostoru najuspešnejši za podporo izvajalcem zdravstvene nege na delovnih mestih na bolnišničnih oddelkih. Drugi vidik, ki ga nismo obravnavali, je vidik pomanjkanja kadra z več delovnimi izkušnjami in pomanjkanja časa za učenje mladih zaposlenih v zdravstveni negi, kjer se nakazuje možnost raziskovanja o učinkovitih modelih uvajanja v delo in mentoriranja mladih za uspešen prehod v delovni proces in izogibanje zapuščanja delovnih mest znotraj delovne organizacije, ustanov ali poklica. Raziskovalcem predlagamo usmeritve za raziskovanje na ravni posameznika (npr. kako zavedanje o neizvedeni zdravstveni negi učinkuje na raven stresa, izgorelost in namero po zapustitvi poklica ali kateri individualni dejavniki kot npr. odpornost, samoučinkovitost blažijo negativne posledice), organizacije (npr. kateri organizacijski ukrepi so najučinkovitejši v slovenskih bolnišnicah ali kako so različni stili vodenja povezani z motivacijo in emocionalno distanco zaposlenih) ali na ravni sistema (katere systemske spremembe bi najbolj zmanjšale negativni krog stresa in odhajanja kadra, kateri modeli mentorstva so najuspešnejši za zmanjšanje fluktuacije mladih medicinskih sester, kako je pomanjkanje časa za mentoriranje povezano s kompetencami in zadovoljstvom novozaposlenih).

6 SKLEPI

- Vse intervencije zdravstvene nege, vključene v to raziskavo, so ostale v določeni meri neizvedene. Vidna je prednostna obravnava intervencij s področja osnovne zdravstvene nege, kar kaže na razvrščanje delovnih nalog, pri čemer so fiziološke potrebe pacientov postavljene pred psihosocialne in komunikacijske vidike celostne zdravstvene nege. Izpuščanje čustvene podpore in edukacije potrjuje, da so nekateri vidiki zdravstvene nege še vedno podcenjeni, kar odpira vprašanja o profesionalni identiteti diplomiranih medicinskih sester in konceptu »nevidnega dela« v praksi zdravstvene nege. Omejitev takega sklepanja sta v tej raziskavi dokazana velika obremenjenost diplomiranih medicinskih sester s številom pacientov in vključevanje tehnikov zdravstvene nege v predvsem fiziološke potrebe pacientov.
- Pokazalo se je, da imajo med razlogi za neizvedeno zdravstveno nego v izvedeni raziskavi najpomembnejšo vlogo dejavniki, povezani s človeškimi viri, ki so pomembnejši od razlogov s področja komunikacije ali materialnih virov. Rezultati poudarjajo pomen ustreznega kadrovskega načrtovanja in izboljšanja delovnih pogojev za zagotavljanje kakovostne in celovite zdravstvene nege. Potrjuje se, da kakovost zdravstvene nege ni vprašanje tehnične infrastrukture, temveč socialnega kapitala in človeških virov v zdravstvenem sistemu.
- Ugotavljamo, da večje kot je število pacientov, za katere so bili zaposleni v zdravstveni negi v izvedeni raziskavi neposredno odgovorni, pogosteje prihaja do neizvedene zdravstvene nege s področij dokumentiranja in varnosti, kar kaže na povezavo med delovno obremenitvijo in varnostjo pacientov. To potrjuje tudi skupni regresijski model, kjer se s številom pacientov na izvajalca zdravstvene nege v zadnji delovni izmeni povečuje tudi skupni obseg neizvedene zdravstvene nege.
- Rezultati korelacij kažejo, da nezadovoljstvo z značilnostmi zaposlitve, vključenih v raziskavo, prispeva k večjemu obsegu neizvedene zdravstvene nege,

saj obstaja srednje močna negativna povezanost. To potrjuje pomembno vlogo splošnega zadovoljstva pri delu z najpomembnejšimi dejavniki, kot so status medicinske sestre, letni dopust in plača, kar kaže na pomen tako materialnih kot nematerialnih vidikov delovnih pogojev. V skupnem regresijskem modelu nam tega ni uspelo dokazati, vendar ti izsledki kažejo na potrebo po sistemskih ukrepih za izboljšanje delovnih pogojev in zadovoljstva zaposlenih, saj bi to lahko prispevalo k višji kakovosti in celovitosti izvajanja zdravstvene nege.

- Ocena kakovosti zdravstvene nege na bolniškem oddelku, kjer vključeni v raziskavo delajo, ima največjo pojasnjevalno moč za pojavnost neizvedene zdravstvene nege. Boljša kot je samoocena kakovosti zdravstvene nege na oddelku, manj je primerov neizvedene zdravstvene nege, kar potrjuje, da ima zaznana kakovost zdravstvene nege učinek na njeno dejansko izvajanje.
- Z višanjem dosežene izobrazbe v zdravstveni negi se povečuje pogostost neizvedene zdravstvene nege, kar je povezano z ugotovitvijo raziskave, da je obremenitev diplomiranih medicinskih sester s številom pacientov v delovni izmeni med najvišjimi v Evropski uniji in je pomembno višja v primerjavi s tehniki zdravstvene nege, ki so člani tima zdravstvene nege.
- Boljša kot je ocena kakovosti delovnega okolja s strani zaposlenih v zdravstveni negi, manj je neizvedene zdravstvene nege.
- Kvalitativni rezultati kažejo, da se vključeni izvajalci zdravstvene nege pri svojem delu pogosto soočajo s časovnim pritiskom, kar jih vodi v hitrejše in posledično površnejše izvajanje zdravstvene nege. Govorijo o zdravstveni negi, ki je sicer izvedena, vendar z zamikom, ter je izvedena slabše, kot bi si želeli, oziroma ne dosega pričakovanih standardov.
- Zaposleni, vključeni v kvalitativni del raziskave, omenjajo emocionalni stres ter psihološko obremenitev, negativna čustva in občutja moralno-etičnega konflikta, saj se zavedajo neizvedenih ali pomanjkljivo izvedenih aktivnosti zdravstvene nege. Zavedajo se, da se zdravstvena nega ne izvaja na nivoju, kot bi si želeli, ob

tem čutijo nemoč. Tako kot ugotavljamo v kvantitativnem delu, tudi v kvalitativnem poudarjajo, da ne zadovoljijo predvsem psihosocialnih in edukacijskih potreb pacientov. Menijo, da takšna praksa zmanjšuje celostnost zdravstvene obravnave in ima po njihovi presoji učinek na pacientovo razpoloženje ter občutek varnosti.

- V kvalitativnem delu raziskave so vključeni sogovorniki izpostavili še vidik ne samo pomanjkanja kadra v zdravstveni negi na splošno, temveč tudi pomanjkanje izkušenega kadra, saj zaznavajo njegov povečan odhod. Dodatno k problematiki prispeva tudi pomanjkanje časa za učenje in uvajanje novega kadra v zdravstveni negi v delo, kar se odraža tudi v nižji kakovosti dela.
- Udeleženci kvalitativne raziskave opozarjajo, da odsotnost sistemskega pristopa k reševanju problema neizvedene zdravstvene nege prispeva k občutkom nemoči in demotivaciji izvajalcev zdravstvene nege. Slaba organizacija dela ter pomanjkanje podpore vodstva zmanjšujeta občutek pripadnosti in profesionalne učinkovitosti.
- V kvalitativnem delu raziskave smo zaznali, da sta timska povezanost in podpora med sodelavci dejavnik, ki pozitivno prispeva k soočanju z vsakodnevnimi izzivi pri izvajanju zdravstvene nege in pri delu nasploh. Dober timski duh krepi občutek pripadnosti, spodbuja medsebojno podporo in zmanjšuje psihološki stres.
- Vključeni v kvalitativno raziskavo omenjajo še zasedenost z delovnimi nalogami, ki presegajo formalni delokrog dela izvajalcev zdravstvene nege, kar povzroča občutek nepravilnosti in demotiviranosti med zaposlenimi. Takšne razmere imajo učinek na razpoloženje in medosebne odnose. Rešitev problema vidijo v tem, da nekatere naloge prevzamejo drugi profili v zdravstvu ali nezdravstveni kader.
- Celotna raziskava mešanega načrta potrjuje, da je neizvedena zdravstvena nega večdimenzionalni pojav. Izsledki raziskave lahko pomagajo pri oblikovanju

organizacijskih rešitev, ki podpirajo dejavnike, ki so se v raziskavi izkazali za pomembne pri zniževanju pojavnosti neizvedene zdravstvene nege.

- Obstajajo nadaljnje možnosti raziskovanja neizvedene zdravstvene nege z obstoječim vprašalnikom na različnih nivojih zdravstvenega varstva in na ožjih strokovnih področjih; nadalje še raziskovanje, za koliko neizvedene zdravstvene nege je odgovorno znanje izvajalcev zdravstvene nege in povezava s formalnim izobraževanjem v zdravstveni negi; raziskovanje učinkovitosti različnih modelov uvajanja v delo in mentoriranja mladih za uspešen prehod v delovni proces; učinek zavedanja o neizvedeni zdravstveni negi na raven stresa, izgorelost in namero po odhodu; kateri organizacijski ukrepi so najučinkovitejši za preprečevanje neizvedene zdravstvene nege; sistemske spremembe, ki bi zmanjšale fluktuacijo kadra.
- Omejitve raziskave so slaba odzivnost udeležencev v kvantitativnem in kvalitativnem delu raziskave, postopek prevajanja instrumentov raziskave iz tujega jezika, možnost za nagnjenost k pozitivnemu odzivanju zaradi metode samoocenjevanja, šibki indeksi korelacijske povezanosti pri nekaterih hipotezah, težja primerljivost rezultatov zaradi različnih instrumentov za merjenje koncepta.

7 ZAKLJUČEK

Na ravni zdravstvenih ustanov neizvedena zdravstvena nega predstavlja varnostno tveganje. Ugotovimo, da vse v to raziskavo vključene aktivnosti zdravstvene nege v določenem obsegu ostajajo neizvedene, deleži neizvedbe posameznih aktivnosti se gibljejo od skoraj 40 % do več kot 80 %, kar v povprečju kaže, da aktivnosti zdravstvene nege v naši raziskavi v 65,6 % ostajajo neizvedene. Ugotavljamo, da smo po obsegu javili manj neizvedene zdravstvene nege, če se primerjamo z evropskim povprečjem 88 %, kjer pa so podatki stari že 10 let. Po obsegu neizvedene zdravstvene nege smo nekaj nad vrednostjo poljske raziskave (50,81 %) ter primerljivi, če se primerjamo z novejšo slovaško (68,7 %) raziskavo. Najpogosteje ostajajo neizvedene aktivnosti s področja pogovora s pacienti in njihovimi svojci oz. psihosocialne podpore in edukacije.

Raziskava pokaže ključne razloge neizvedene zdravstvene nege na ciljni populaciji zaposlenih v zdravstveni negi v osmih slovenskih splošnih bolnišnicah in dveh kliničnih centrih. Ti so po moči razvrščeni: ocena kakovosti zdravstvene nege na oddelku (z naraščanjem ocene kakovosti se znižuje pojavnost neizvedene zdravstvene nege); nivo dosežene izobrazbe (z naraščanjem izobrazbe se povečuje pojavnost neizvedene zdravstvene nege); veliko sprejemov in odpustov (z naraščanjem se povečuje pojavnost neizvedene zdravstvene nege); ocena delovnega okolja (zboljšanjem ocene se znižuje pojavnost neizvedene zdravstvene nege); nujna stanja pri pacientu, premajhno število zaposlenih in število pacientov v zadnji delovni izmeni (z naraščanjem vrednosti teh spremenljivk se povečuje tudi raven neizvedene zdravstvene nege) ter zadovoljstvo s kariero, kjer višja ocena zadovoljstva s kariero zmanjšuje pojavnost neizvedene zdravstvene nege. Pri preverjanju posameznih dimenzij neizvedene zdravstvene nege ugotavljamo, da je manj neizvedene zdravstvene nege mogoče pojasniti še z zadovoljstvom s posameznimi vidiki službe, kot je fleksibilen delovni urnik, zadovoljstvom s statusom medicinske sestre, plačo, letnim in študijskim dopustom ter s starostjo in delovno dobo izvajalcev zdravstvene nege, kar pa se v skupnem modelu ni izkazalo kot značilno. Namera po odhodu s trenutnega delovnega mesta na drugo delovno mesto znotraj zdravstvene nege, toda ne v bolnišnici, je v nekaterih dimenzijah povezana

z večjo pojavnostjo neizvedene zdravstvene nege. Tudi priložnosti za napredovanje so pozitivno povezane s pojavnostjo neizvedene zdravstvene nege v nekaterih od dimenzij.

Raziskava doprinaša k razumevanju problema neizvedene zdravstvene nege v raziskanih bolnišnicah, o kateri se v slovenski zdravstveni negi premalo ve in govori. Aktivnosti, ki niso izvedene, lahko pomembno ogrožajo paciente ter predstavljajo tudi stisko za izvajalce zdravstvene nege. Vsakodnevno izvajalci zdravstvene nege postavljajo prioritete v delu v smislu, katero delo se bo izvedlo in katero izpustilo, zaradi česar se soočajo s konflikti v razumevanju profesionalnih vrednot in svoje profesionalne vloge, kar lahko vodi v povečanje fluktuacije, zapuščanja delovnih mest in celo do namere zapuščanja poklica.

Izvedena raziskava je doprinesla k razumevanju fenomena in konstrukta neizvedene zdravstvene nege v raziskanih slovenskih bolnišnicah z uporabo mešanih metod in velikega vzorca. Opredelili smo dejavnike, ki so povezani s tem fenomenom, in oblikovali model dejavnikov, s katerim smo pojasnili varianco neizvedene zdravstvene nege. Ugotovljeni razlogi kvalitativnega dela raziskave, ki jih je treba raziskati v nadaljnjih raziskavah, so: povezanost med neizvedeno zdravstveno nego in psihološko obremenitvijo zaposlenih; doživljanje moralno-etičnega konflikta in ostalih etičnih vidikov pri izvajalcih zdravstvene nege; vloga timske povezanosti in vodstvene podpore pri zmanjševanju neizvedene zdravstvene nege; izkušnje mladih in manj izkušenih izvajalcev zdravstvene nege pri soočanju z neizvedeno zdravstveno nego; kako mladi ali novozaposleni izvajalci zdravstvene nege doživljajo pomanjkanje časa za mentoriranje in podporo ter kakšen je učinek opisanega na kakovost izvedene zdravstvene nege. Potrebne so raziskave o povezanosti neizvedene zdravstvene nege in izkušenj pacientov z izvedeno zdravstveno nego. Odprto je tudi raziskovalno vprašanje, kakšni so učinki neizvedene zdravstvene nege na izide zdravstvene obravnave pri pacientih.

8 SUMMARY

Theoretical background: Missed nursing care is a concept that has emerged in nursing worldwide and describes nursing care that is not provided, only partially provided, or delayed, clinically, emotionally, or administratively, and for a variety of possible reasons. The number of missed nursing care activities indicates the extent of rationalisation in nursing care, reduces the quality of care and can put patients at risk, directly impacting patient safety and leading to adverse healthcare outcomes. These include patient dissatisfaction, an increase in readmissions, increased patient safety risks (falls, infections, medication errors, etc.), increased patient morbidity and even mortality. Every 10 percent decrease in the proportion of registered nurses is associated with an 11 percent increase in the likelihood of a patient dying. When staffing levels improved or nurse-to-patient ratios decreased by one patient, 30-day mortality, 7-day readmissions and length of stay were significantly reduced. Slovenian data also shows that each additional patient per nurse increases the likelihood of patient death within 30 days of admission. In addition to patients, nurses are also affected by missed nursing care. Priority-setting decisions affect their internal processes (including norms, prioritisation of care, personal values and behaviours). They are forced to prioritise their work and decide what to do and what not to do. If nurses know that patients need nursing care activities but are unable to perform them or can only perform them incompletely for various reasons, this leads to internal conflicts, ethical dilemmas, burnout, job dissatisfaction and even leaving the profession.

Purpose and objective of the research: The purpose of this study was to examine the prevalence of missed nursing care on a sample of Slovenian healthcare providers, to identify the reasons for missed nursing care, and establish their connection with personal and organizational characteristics.

The objectives of the research were to determine: 1) to what extent individual nursing activities are not performed during the hospitalization of adult patients in Slovenian hospitals; 2) to establish the reasons for this; 3) to investigate the impact of respondents' socio-demographic characteristics and organizational and staff characteristics for missed

nursing care; and 4) to gain insight into the experiences of nurses regarding missed nursing care.

Six hypotheses with nine sub-hypotheses were tested in the study:

H1- Emotional support interventions and education for patients are missed more often than interventions for activities of daily living;

H2 - The higher the satisfaction of respondents with the different aspects of employment, the less missed nursing care was reported;

H3 – Organisational/personnel reasons have a significant effect on missed nursing care (H3a – missed nursing care is positively related to the number of patients for whom respondents were directly responsible; H3b – Reasons for missed nursing care related to labour resources are significantly more important than reasons related to communication or material resources);

H4 - Sociodemographic variables of respondents have a significant effect on missed nursing care (H4a – gender; H4b – years of work in nursing; H4c – age, H4d – education);

H5 - Respondents' sociodemographic characteristics have a significant effect on the reasons for missed nursing care (H5a – gender, H5b – years of work in nursing; H5c – education);

H6 - Missed nursing care can be explained by the following variables: intention to leave, poor assessment of nursing care quality, poor assessment of working environment quality, and dissatisfaction with specific working conditions.

In the qualitative part of the research, three research questions were formulated:

1 - How aware are nursing care providers of missed nursing care and how do they understand it in the context of everyday professional work?

2 - How do nursing care providers in Slovenian hospitals experience missed nursing care and what kind of burden does it represent for them?

3 - What reasons do they state as the cause of missed nursing care?

Methods: A mixed methods research was conducted. Quantitative data were collected with a cross-sectional survey in early 2020. We invited the management of all Slovenian general hospitals and both university medical centres to participate; two hospitals terminated their participation. The study included all nurses involved in direct care

provision, employed in surgical and internal medicine departments for adult patients in eight general hospitals and both university medical centres ($N = 10$). Questionnaires were administered to 2,813 nursing care providers using the census method. A total of 1,010 nursing professionals (35.91%) returned the questionnaires, and 880 data units (fully completed surveys) (31.29%) were included in the analysis. The sample consisted of 83.3% females and 16.7% males. According to educational background, 57.6% were nurse assistants, 38.2% registered nurses, and 4.2% had a master's degree or a PhD in nursing. Their average length of employment in nursing was 15.34 (± 11.12) years, and the mean age of respondents was 37.08 (± 10.55) years.

In the qualitative part of the study, nursing care providers from the same hospital departments of the same ten hospitals that participated in the cross-sectional study were invited to participate. We received positive responses from five hospitals, with a total of 53 people responding. We contacted them individually by e-mail with a request for further participation and provided additional information about the process, its voluntary nature, and ensured anonymity of participants. In the end, 22 people from five healthcare institutions responded and participated. All participants were female, with an average age of 41.45 (± 9.87) years. Their average length of employment in nursing was 19.41 (± 11.21) years. In terms of education, the sample included four nurse assistants, 12 registered nurses, and 6 master's/doctoral degree holders in nursing.

The BERNCA-R questionnaire was used to describe missed nursing activities. The questionnaire consists of 32 items, where on a five-point scale nurses assess how often activities could not be performed in the last seven working days. To determine the reasons for missed nursing care, we used part B of the MISSCARE questionnaire with the listed 17 reasons (on a 4-point scale). The English version of the instruments was forward and backward translated by two independent professional translators to ensure linguistic and cultural suitability. We performed content validation by an expert group of 10 nurses, edited the instruments and then repeated content validation by eight other experts in nursing and research, who assessed items for relevance to health care in Slovenia and acceptability of the translation (I-CVI, S-CVI/UA, and Ave). Finally, we pilot tested the questionnaires on a sample of 51 nurses and checked for reliability. After the final survey

and after we identified a sample of data from 880 individuals as a basis for further analysis, we verified the final reliability of the instruments, which was 0.928 for the 17 MISSCARE variables and 0.967 for the 32 BERNCA-R questionnaire variables.

Consent to use the questionnaires was obtained from the authors and consent to conduct the study was obtained from the management of each respective hospital. The study was approved by the National Medical Ethics Committee of Slovenia (0120-488/2019/6), and informed consent was obtained from the participants.

IBM statistical software SPSS, version 27, was used to perform the quantitative analysis. Using the principal component analysis (PCA) method, the basic set of variables from the instruments was transformed into a new set of principal components. The missed nursing care consisting of: Monitoring (variance % = 72.658; M = 2.09; SD = 0.909; α = 0.872), Care, support, activation, education (variance % = 68.555; M = 2.03; SD = 0.822; α = 0.997), Documentation (variance % = 77.059; M = 2.02; SD = 0.846; α = 0.900), Safety (variance % = 73.125; M = 1.85; SD = 0.679; α = 0.947), and Activities of daily living (variance % = 68.904; M = 0.773; α = 0.911). Reasons for missed nursing care consisted of variables Labour resources (variance % = 63.809; M = 3.44; SD = 0.642; α = 0.962), Material resources (variance % = 77.897; M = 3.20; SD = 0.599; α = 0.858), and Communication (variance % = 61.510; M = 2.98; SD = 0.608; α = 0.911). Hypotheses were tested using paired t-test, canonical correlation, Pearson correlation, Friedman test, t-test of two independent samples, ANOVA and Robust test, and multiple regression model with STEPWISE method. We also used Cohen's d to interpret the results. Statistical significance was set at $p \leq 0.05$. We then used a qualitative research design to complement the findings with a deeper understanding of missed nursing care and the experiences of nursing care providers in the field of conducted quantitative research. We implemented four focus groups with a total of 22 participants from different clinics of one medical centre and four general hospitals. Data interpretation was performed using a multi-phase approach of qualitative content analysis of the text. First, we transcribed the audio recordings and read the text several times. We employed the ATLAS.ti qualitative analysis software to assist us with the coding.

Results: The most frequently missed nursing care activity is talking to a patient or his/her family member ($M = 2.45$, $SD = 0.940$), or not monitoring confused patients carefully enough so they have to be sedated ($M = 2.42$, $SD = 1.005$) or restrained ($M = 2.39$, $SD = 0.992$). The least frequently missed activities were related to basic life activities, such as assisting with the food intake ($M = 1.56$, $SD = 0.809$), providing necessary partial sponge baths for patients ($M = 1.62$, $SD = 0.833$), or changing a patient's heavily soiled bed linen ($M = 1.64$, $SD = 0.813$). The most important reason for missed nursing care according to the respondents is the insufficient number of staff ($M = 3.75$, $SD = 0.660$), followed by an unexpected increase in the number or complexity of patients on the ward ($M = 3.48$, $SD = 0.838$), and patient emergencies ($M = 3.40$, $SD = 0.913$).

We found that **(H1)** interventions in the areas of emotional support for patients and education were missed statistically more often ($t = -13.548$; $p < 0.001$; $d = 0.457$) compared to interventions related to basic life activities; thus, we confirmed hypothesis 1. To determine whether respondents' satisfaction with job characteristics leads to less frequent missed nursing care **(H2)**, we included five missed nursing care components and a set of nine variables "How satisfied are you with aspects of your job?" We found that the higher the respondents' satisfaction with job characteristics, significantly less frequently missed nursing care occurred in all five components ($p < 0.001$; all correlations are weak ($0.212 - 0.262$)). We confirmed hypothesis 2. When examining the relationship between the components of missed nursing care and the number of patients assigned to a respondent during the last shift **(H3a)**, we found a significant difference of less than 0.05 for only two components (Documentation and Safety), but the correlations were very weak ($r = 0.067$ and $r = 0.077$). The hypothesis 3a can only be partially confirmed. We further determined the order of the three components of the reasons for missed nursing care **(H3b)**. The order of Labour resources ($R^- = 2.49$), Material resources ($R^- = 2.05$), and Communication ($R^- = 1.46$) is confirmed with a statistically significant difference ($\chi^2 = 464.116$, $p < 0.001$). We tested the pairs: 1. Labour resources – Communication and 2. Labour resources – Material resources and found that the reasons related to Labour resources were significantly more important than the reasons related to Communication ($t = 22.277$, $p < 0.001$) or Material resources ($t = 9.486$, $p < 0.001$). We confirmed hypothesis 3b—that labour resources are significantly more important than other reasons.

When exploring which sociodemographic variables have a significant effect on missed nursing care, we found no significant differences for gender (**H4a**), so we concluded that women miss nursing care as often as men, and could not confirm hypothesis 4a. All correlations between missed nursing care components and years of employment in nursing (**H4b**), and correlations between components and age (**H4c**), except for the Safety component, had a significance above 0.05. The correlation with years of employment in nursing ($r = 0.093$, $p = 0.006$) and also with age ($r = 0.153$, $p < 0.001$) is very weak, but statistically significant, so we partially confirmed the hypotheses 4b and 4c for the Safety component. We were also interested in how the extent of missed nursing care differs according to respondents' educational background (**H4d**). We found components Documentation ($F = 3.812$, $p = 0.022$) and Safety ($F = 14.680$, $p < 0.001$) to have statistical significance; higher education of nursing respondents corresponded with an increased extent of missed nursing care in the fields of Documentation and Safety. The other components did not depend on educational background, although an increasing trend was observed, but was not statistically significant. The hypothesis 4d can only be partially confirmed. We further checked which sociodemographic variables were statistically significant for the reasons for missed nursing care. Significant differences were established in all three components of reasons for missed nursing care by gender (**H5a**) ($t_{\text{Labour resources}} = 3.406$, $p = 0.001$; $t_{\text{Communication}} = 3.888$, $p < 0.001$; $t_{\text{Material resources}} = 2.619$, $p = 0.009$), all with a weak effect ($d = 0.237$ - 0.351). Hypothesis that women rate the reasons for missed nursing care as more important compared to men was confirmed. We found that respondents' years of employment in nursing (**H5b**) were not related to the reasons for missed nursing care. Hypothesis H5b was not confirmed. Also, based on the results, we concluded that the importance of the reasons for missed nursing care did not change with a higher education of nursing respondents. Hypothesis H5c was not confirmed.

We were interested in which variables explained missed nursing care (**H6**). The results of the regression analysis show that the model explained 28.8% of the dependent variable—missed nursing care—variance. The constant for the model was 1.831. The strongest factor in the model was “Assessment of the quality of nursing care in the department” ($\beta = -0.195$; $p < 0.001$), followed by “Level of education attained” ($\beta =$

0.164; $p < 0.001$); “High number of admissions and discharges” ($\beta = 0.146$; $p < 0.001$); “Assessment of the working environment” ($\beta = -0.124$; $p < 0.001$); “Patient emergencies” ($\beta = 0.112$; $p = 0.001$); “Insufficient number of employees” ($\beta = 0.107$; $p = 0.024$); “Number of patients in the last work shift” ($\beta = 0.099$; $p = 0.016$); and “Career satisfaction” ($\beta = -0.086$; $p = 0.009$). Positive regression coefficients indicate that as the values of these variables increase, so does the level of missed nursing care. Conversely, negative coefficients indicate that a better assessment of the nursing care quality in the department, more favorable assessment of the work environment, and higher assessment of career satisfaction reduced the incidence of missed nursing care. Furthermore, regression models were performed for individual components of missed nursing care, where the coefficient of determination for five components ranged between 0.128 and 0.228, indicating moderate explanatory power of the models, with the highest value achieved by the component “Safety” ($R^2 = 0.228$). Of the three components of the reasons for missed nursing care, Labour resources explained all five dimensions of missed nursing care. The more labour resources become important as a reason, the more missed nursing care there is ($\beta = 0.127-0.245$; $p < 0.001-0.002$).

In the qualitative part of the study, we formed 29 subcategories from the codes, then 12 categories which were arranged and combined into five themes and named: 1) “Missed nursing care” (category: Scope of missed nursing care, category: Area of missed nursing care); 2) “Consequences of missed nursing care” (category: Negative consequences of missed nursing care for patients, category: Negative consequences of missed nursing care for nursing care providers); 3) “Causes of missed nursing care” (category: Labour resources, category: Material resources, category: Organisational aspect); 4) “Solutions for reducing missed nursing care” (category: Personnel policy, category: Work organization, category: Internal climate); and 5) “Mediation factors” (category: Positive mediation factors and category: Negative mediation factors). At the end we ultimately linked all themes, categories, and subcategories into a model.

Discussion: All nursing activities defined in the quantitative part of our study were missed to a certain extent. The proportions of missed nursing care for individual activities varied between 38.7% and 83.8%, with an average of missed nursing care of 65.6%. In

European studies using the RN4CAST questionnaire, estimates of the frequency of missed nursing care in the last shift ranged from 75% to 93%, with an overall average for 12 European countries of 88%. In more recent studies in Slovakia, they found, similarly to us, the average value of the scope of missed nursing care to be 68.7%, while in Poland they found slightly less unimplemented nursing care (around 50%) than we did.

Understanding the factors contributing to missed nursing care, both at the employee and healthcare organisation levels, is crucial for nursing leaders to design working conditions and nursing practices that would reduce this phenomenon and to develop and implement targeted interventions to reduce the risk of missed nursing care. This knowledge also enables nursing practitioners to reflect on individual factors and work towards reducing instances of missed nursing care. Our research provides data on missed nursing care in Slovenian nursing at the hospital level, enabling international comparison of a concept that is already well known in the developed world. As shown by the results of various studies, the findings on the reasons for unimplemented nursing care are inconsistent, so it is important to assess the situation at the national level, investigate the reasons, and develop measures independently of others. In order to propose improvements and prepare an effective action plan to reduce the extent of missed nursing care and its consequences, we first needed a clear picture of the scope of missed nursing care in the largest Slovenian hospital wards. As data from the Organization for Economic Cooperation and Development shows, the proportion of the population in Slovenia that reports unmet healthcare needs is well above the EU average, which calls for changes at the national level.

The qualitative part of the study focused on the personal perspective of nursing care providers. We did not investigate the consequences for work organizations, but we can indirectly draw some important conclusions in terms of further findings from the results. The research participants see the organisational aspect as the cause of missed nursing care and did not talk about the consequences for the organisation, as they see improvements in the organizational aspect as a solution to the current situation, which they assess as poor. The qualitative part also revealed some accusations against the management for the current situation. As the scope of missed nursing care increases, so do the risks for

patients, the dissatisfaction of nursing care providers, their moral/ethical/emotional burden, and their intention to leave. From the perspective of work organisation management, we can see a downward spiral. All of the above can lead to a reduction in the number of employees (not only in nursing, but also in other healthcare professions since a shortage of staff in one professional group inevitably increases the workload of others), legal liability for errors causing harm to patients may increase, quality standards may not be met, the reputation of the healthcare institution may deteriorate, financial stability may deteriorate, and so on. A poor reputation of the institution reduces the chances of attracting new staff.

Regression analysis results reveal important practical implications for the organisation in terms of nursing care and human resource management in clinical settings. The findings, with the clear understanding that the explanation of variance was not high, confirm that the occurrence of missed nursing care is associated with staffing constraints and excessive workload. Predictors of an increase in missed nursing care include an increased number of admissions and discharges, emergency patient conditions, understaffing, and the number of patients per nursing care provider in the last shift. This indicates that organisational adjustments aimed at improving staffing adequacy and optimizing work processes can significantly contribute to reducing the frequency of missed nursing interventions. The negative correlation between the assessment of nursing care quality in the ward, the assessment of the working environment, and the extent of missed nursing care shows that improving psychosocial and organizational working conditions contributes to greater integrity of care. Key protective factors in this context are effective leadership, quality interpersonal relationships, and a supportive organisational climate. The importance of educational background and satisfaction with a career in nursing is also particularly relevant. A higher level of education is positively associated with the occurrence of missed nursing care, which can be explained by the fact that the number of registered nurses in hospitals lags far behind the recommended ratio of 80% registered nurses to 20% nursing assistants. In Slovenian health care, the ratio of registered nurses to patients shows that registered nurses are incomparably more burdened than the average for European countries, as on average one registered nurse cares for 15.6 patients per shift. On the other hand, career satisfaction acts as a protective factor, as a higher level of

career satisfaction reduces the risk of missed nursing care. This highlights the importance of systematic investment in the professional development of healthcare providers, creating opportunities for advancement, and ensuring clear and encouraging career paths.

Since we covered general surgical and internal medicine hospital wards, there are further research opportunities to answer questions about missed nursing care and the reasons for it in more specific areas of health care, such as intensive care units, pediatric wards, primary care, mental health, etc. Also, the interview in the qualitative part of the research provided an interesting idea to determine how much missed nursing care is due to the knowledge of nurses and the connection with their formal and informal education.

Study limitations include poor responsiveness of participants in the quantitative and qualitative parts of the study, the process of translating research instruments from a foreign language, the possibility of a tendency toward positive responses due to the self-assessment method, weak correlation indices for some hypotheses, and the difficulty of comparing results due to different instruments for measuring the concept.

Conclusion: At the level of healthcare organisations, missed nursing care poses a safety risk. We found that all nursing care activities included in this study are missed to a certain extent, on average at 65.6%. The most common missed activities are those related to talking to patients and their family members, or psychosocial support and education. The study revealed the key reasons for missed nursing care in the target population of healthcare workers in eight Slovenian general hospitals and two medical centres. Ranked by importance, these are: assessment of nursing care quality in the ward (as the quality assessment increases, the incidence of missed nursing care decreases); educational background (as the level of education increases, the incidence of missed nursing care increases); high number of admissions and discharges (as their number increases, the incidence of missed nursing care increases); working environment assessment (as the assessment improves, the incidence of missed nursing care decreases); patient emergencies, insufficient number of employees and patient assignment in the last shift (as the values of these variables increase, so does the level of missed nursing care); and career satisfaction, where a higher career satisfaction rating reduces the incidence of

missed nursing care. When examining the individual dimensions of missed nursing care, we found that less missed nursing care can also be explained by satisfaction with individual aspects of the job, such as flexible working hours, satisfaction with the status of nurses, salary, annual and study leaves, and the age and length of service of healthcare providers, which, however, did not prove to be characteristic in the overall model.

The study contributes to the understanding of the phenomenon and construct of unimplemented nursing care in the Slovenian hospitals surveyed, using mixed methods and a large sample. We identified the factors associated with this phenomenon and developed a model of factors to explain the variance in unimplemented nursing care. The reasons identified in the qualitative part of the study that need to be investigated in further research are: the connection between missed nursing care and the psychological burden on nursing employees; the experience of moral-ethical conflict and other ethical aspects among nursing professionals; the role of team cohesion and management support in reducing missed nursing care; the experiences of young and less experienced nursing care providers when faced with missed nursing care; how young or newly employed nursing care providers experience the lack of time for mentoring and support; and what effect this has on the quality of care provided. Research is needed on the relationship between missed nursing care and patients' experiences with nursing care. Another open research question is also how missed nursing care affects patient outcomes.

9 LITERATURA

Abdelhadi, N., Drach-Zahavy, A. & Srulovici, E., 2020. The nurse's experience of decision-making processes in missed nursing care: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 76(8), pp. 2161-2170. 10.1111/jan.14387.

Aiken, L.H., 2025. *Staffing Ratios and their Impact on the Health and Safety of Nurses: A Policy Brief*, January 22, 2025. [pdf] Staffing Ratios and their Impact on the Health and Safety of Nurses: A Policy Brief. Available at: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://ona.org/wp-content/uploads/2025/02/OntarioNurseStaffingBriefAiken_20250122.pdf [Accessed 22 September 2025].

Aiken, L.H., Clarke, S.P. & Sloane, D.M., 2002. Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *International Journal For Quality in Health Care: Journal of the International Society For Quality in Health Care*, 14(1), pp. 5-13. 10.1067/mno.2002.126696.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J.A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A.M. & Shamian, J., 2001. Nurses' Reports on Hospital Care in Five Countries. *Health Affairs (Millwood)*, 20(3), pp. 43-53. 10.1377/hlthaff.20.3.43.

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M.D., Moreno-Casbas, M.T., Rafferty, A.M., Schwendimann, R., Scott, A., Tishelman, C., van Achterberg, T. & Sermeus, W., 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), pp. 1824-1830. 10.1016/S0140-6736(13)62631-8.

Aiken, L.H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A.M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C.B., Moreno-Casbas, T., Ball, J.E., Ausserhofer, D. & Sermeus, W., 2017. Nursing skill

mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), pp. 559-568. 10.1136/bmjqs-2016-005567.

Al-Kandari, F. & Thomas, D., 2009. Factors Contributing to Nursing Task Incompletion as Perceived by Nurses Working in Kuwait General Hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 18(24), pp. 3430-3440. 10.1111/j.1365-2702.2009.02795.x.

Al Yahyaei, A., Hewison, A., Efstathiou, N. & Carrick-Sen, D., 2022. Nurses' intention to stay in the work environment in acute healthcare: a systematic review. *Journal of Research in Nursing*, 27(4), pp. 374-397. 10.1177/17449871221080731.

Antoszevska, A. & Gutysz-Wojnicka, A., 2024. Rationing nursing care and organizational factors in intensive care units. *PLoS ONE*, 19(7), e0306313. 10.1371/journal.pone.0306313.

Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A.M., Ball, J., Scott, A., Kinnunen, J., Heinen, M., Strømseng Sjetne, I., Moreno-Casbas, T., Kózka, M., Lindqvist, R., Diomidous, M., Bruyneel, L., Sermeus, W., Aiken, L.H. & Schwendimann, R., 2014. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), pp. 126-135. 10.1136/bmjqs-2013-002318.

Bagnasco, A., Dasso, N., Rossi, S., Timmins, F., Aleo, G., Catania, G., Zanini, M. & Sasso, L., 2020. A qualitative descriptive inquiry of the influences on nurses' missed care decision-making processes in acute hospital paediatric care. *Journal of Nursing Management*, 28(8), pp. 1929-1939. 10.1111/jonm.12935.

Bahun, M. & Jeriček Klanšček, H., 2023. Doživljanje neizvedene zdravstvene nege pri medicinskih sestrah: integrativni pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 57(1), pp. 43-52. 10.14528/snr.2023.57.1.3173.

Bahun, M. & Skela-Savič, B., 2021. Dejavniki neizvedene zdravstvene nege: sistematični pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(1), pp. 42-51. 10.14528/snr.2021.55.1.3061.

Bail, K. & Grealish, L., 2016. "Failure to Maintain": A theoretical proposition for a new quality indicator of nurse care rationing for complex older people in hospital. *International Journal of Nursing Studies*, 63, pp. 146-161. 10.1016/j.ijnurstu.2016.08.001.

Bail, K., Willis, E., Henderson, J., Blackman, I., Verrall, C. & Roderick, A., 2021. Missed infection control care and healthcare associated infections: A qualitative study. *Collegian*, 28(4), pp. 393-399. 10.1016/j.colegn.2020.11.007.

Ball, J.E., Murrells, T., Rafferty, A.M., Morrow, E. & Griffiths, P., 2014. 'Care left undone' during nursing shifts: Associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), pp. 116-125. 10.1136/bmjqs-2012-001767.

Ball, J.E., Bruyneel, L., Aiken, L.H., Sermeus, W., Sloane, D.M., Rafferty, A.M., Lindqvist, R., Tishelman, C. & Griffiths, P., 2018. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 78, pp. 10-15. 10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004.

Banjac, M., 2020. *Uvod v kvalitativne metode zbiranja podatkov opazovanje, intervju in fokusna skupina*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Bhattad, P. & Pacifico, L., 2022. Empowering Patients: Promoting Patient Education and Health Literacy. *Cureus*, 14(7), e27336. 10.7759/cureus.27336.

Bentzen, G., Harsvik, A. & Brinchmann, B.S., 2013. "Values that vanish into thin air": Nurses' experience of ethical values in their daily work. *Nursing Research and Practice*, 2013(939153), pp. 1-8. 10.1155/2013/939153.

Blackman, I., Papastavrou, P., Palese, A., Vryonides, S., Henderson, J. & Willis, E., 2018. Predicting variations to missed nursing care: a three-nation comparison. *Journal of Nursing Management*, 26(1), pp. 33-41. 10.1111/jonm.12514.

Blackman, I., Henderson, J., Weger, K. & Willis, E., 2020. Causal links associated with missed residential aged care. *Journal of Nursing Management*, 28(8), pp. 1909-1917. 10.1111/jonm.12889.

Bragadóttir, H., Kalisch, B.J., Smáradóttir, S.B. & Jónsdóttir, H.H., 2015. Translation and psychometric testing of the Icelandic version of the MISSCARE Survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), pp. 563-572. 10.1111/scs.12150.

Bragadóttir, H., Kalisch, B.J. & Tryggvadóttir, G.B., 2016. Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 26(11-12), pp. 1524-1534. 10.1111/jocn.13449.

Bragadóttir, H. & Kalisch, B.J., 2018. Comparison of reports of missed nursing care: Registered Nurses vs. practical nurses in hospitals. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 32(3), pp. 1227-1236. 10.1111/scs.12570.

Bragadóttir, H., Burmeister, E.A., Terzioglu, F. & Kalisch, B.J., 2020. The association of missed nursing care and determinants of satisfaction with current position for direct-care nurses — an international study. *Journal of Nursing Management*, 28(8), pp. 1851-1860. 10.1111/jonm.13051.

Campbell, C.M., Prapanjaroensin, A., Anusiewicz, C.V., Baernholdt, M., Jones, T. & Patrician, P.A., 2020. Variables associated with missed nursing care in Alabama: A cross-sectional analysis. *Journal of Nursing Management*, 28(8), pp. 2174-2184. 10.1111/jonm.12979.

Cartaxo, A., Mayer, H., Eberl, I. & Bergmann J.M., 2024. Missing nurses cause missed care: is that it? Non-trivial configurations of reasons associated with missed care in

Austrian hospitals – a qualitative comparative analysis. *BMC Nursing*, 23(282), pp. 1-24. 10.1186/s12912-024-01923-y.

Castner, J. & Dean-Baar, S., 2014. Measuring nursing error: psychometrics of MISSCARE and practice and professional issues items. *Journal of Nursing Measurement*, 22(3), pp. 421-437. 10.1891/1061-3749.22.3.421.

Chaboyer, W., Harbeck, E., Lee, B.O. & Grealish, L., 2021. Missed nursing care: An overview of reviews. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 37(2), pp. 82-91. 10.1002/kjm2.12308.

Chapman, R., Rahman, A., Courtney, M. & Chalmers, C., 2017. Impact of teamwork on missed care in four Australian hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 26(1-2), pp. 170-181. 10.1111/jocn.13433.

Chegini, Z., Jafari-Koshki, T., Kheiri, M., Behforoz, A., Aliyari, S., Mitra, U. & Islam, S.M.S., 2020. Missed nursing care and related factors in Iranian hospitals: A cross-sectional survey. *Journal of Nursing Management*, 28(8), pp. 2205-2215. 10.1111/jonm.13055.

Chiappinotto, S., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Andreou, P., Stemmer, R., Ströhm, C., Schubert, M., de Wolf-Linder, S., Longhini, J. & Palese, A., 2022. Antecedents of unfinished nursing care: a systematic review of the literature. *BMC Nursing*, 21(1), pp. 1-24. 10.1186/s12912-022-00890-6.

Chumney, F.L., 2012. *Principal Components Analysis, Exploratory Factor Analysis, and Confirmatory Factor Analysis*. [pdf] University of West Georgia. Available at: https://www.westga.edu/academics/research/vrc/assets/docs/PCA-EFA-CFA_EssayChumney_09282012.pdf [Accessed 6 February 2025].

Cho, S.-H., Lee, J.-Y., You, S.J., Song, K.J. & Hong, K.J., 2020. Nurse staffing, nurses prioritization, missed care, quality of nursing care, and nurse outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, 26(1), e12803. 10.1111/ijn.12803.

Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K., 2007. *Research Methods in Education*. Routledge: New York.

Cohen, J., 1994. The Earth is round ($p < 05$). *American Psychologist*, 49(12), pp. 997-1003.

Creswell, J.W., 2009. *Research design qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. 3rd ed. Los Angeles: Sage publications.

Dehghan-Nayeri, N., Ghaffari, F. & Shali, M., 2015. Exploring Iranian nurses' experiences of missed nursing care: a qualitative study: a threat to patient and nurses' health. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran*, 29(276), pp. 1-9.

Dehghan-Nayeri, N., Shali, M., Navabi, N. & Ghaffari, F., 2018. Perspectives of oncology unit nurse managers on missed nursing care: a qualitative study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(3), pp. 327-336. 10.4103/apjon.apjon_6_18.

Duffy, J.R., Culp, S. & Padrutt, T., 2018. Description and factors associated with missed nursing care in an acute care community hospital. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 48(7/8), pp. 361-367. 10.1097/NNA.0000000000000630.

Duffield, C., Roche, M., O'Brien-Pallas, L., Diers, D., Aisbett, C., King, M., Aisbett, K. & Hall, J., 2007. *Glueing it together - nurses their work environment and patient safety*. Sydney: University of technology.

Dunning, D., Heath, C. & Suls, J.M., 2004. Flawed self-assessment: Implications for health, education, and the workplace. *Psychological science in the public interest*, 5(3), pp. 69-106. 10.1111/j.1529-1006.2004.00018.x.

Edfeldt, K., Nyholm, L., Jangland, E., Gunnarsson, A.-K., Fröjd, C. & Hauffman, A., 2024. Missed nursing care in surgical care— a hazard to patient safety: a quantitative study within the inCHARGE programme. *BMC Nursing*, 23(233), pp. 1-10. 10.1186/s12912-024-01877-1.

Field, A., 2009. *Discovering statistics using SPSS*. 3rd ed. Thousand Oaks: SAGE publications.

Giddens, A., 1990. *The consequences of modernity*. Stanford: Stanford University.

Griffiths, P., Ball, J.E., Drennan, J., James, L., Jones, J., Recio-Saucedo, A. & Simon, M., 2014a. *The association between patient safety outcomes and nurse/healthcare assistant skill mix and staffing levels and factors that may influence staffing requirements NICE Evidence review*. London: NICE.

Griffiths, P., Dall'Ora, C., Simon, M., Ball, J.E., Lindqvist, R., Rafferty, A.M., Schoonhoven, L., Tishelman, C., Aiken, L.A. & RN4CAST Consortium, 2014b. Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries: The association with perceived quality of care and patient safety. *Medical Care*, 52(11), pp. 975-981. 10.1097/MLR.0000000000000233.

Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti A. Meredith, P., Smith, G.B. & Ball, J., 2018a. The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), pp. 1474-1487. 10.1111/jan.13564.

Griffiths, P., Ball, J., Bloor, K., Böhring, D., Briggs, J., Dall'Ora, C., De Jongh, A., Jones, J., Kovacs, C., Maruotti, A., Meredith, P., Prytherch, D., Recio Saucedo, A., Redfern, O., Schmidt, P., Sinden, N. & Smith, G., 2018b. Nurse staffing levels, missed vital signs and mortality in hospitals: retrospective longitudinal observational study. *Health services and delivery research*, 6(38), pp. 1-152. 10.3310/hsdr06380.

Gross, J.J., ed., 2014. *Handbook of emotion regulation*. 2nd ed. New York: Guilford publications.

Guo, X., Li, H., Zou, Q., Cao, Y., Lin, T. & Zhang, M., 2025. How Do Nurses Decide on Missed Nursing Care? A Grounded Theory Study of Grassroots Arrangement of Nursing Care. *Journal of clinical nursing*, 34(7), pp. 2961-2980. 10.1111/jocn.17648.

Gutiérrez-Fernández, E., Amo-Setién, F., Leal-Costa, C., Salcedo-Sampedro, C., Martín-Melón, R., Molina-Mula, J. & Ortego-Maté, C., 2024. Effectiveness of intervention programs aimed at improving the nursing work environment: A systematic review. *International nursing review*, 71(1), pp. 148-159. 10.1111/inr.12826.

Halbwachs, H.C., Eder, J., Klemenc, D. & Velepčič, M., 2024. *Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije*. [pdf] Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2024/05/Kodeks-etike-v-zdravstveni-negi-2024.pdf> [Accessed 6 February 2025].

Harvey, C., Baldwin, A., Thompson, S., Willis, E., Meyer, A., Pearson, M. & Otis, E., 2020a. Balancing the scales—Nurses' attempts at meeting family and employer needs in a work-intensified environment. *Journal of Nursing Management*, 28(8), pp. 1873-1880. 10.1111/jonm.12913.

Harvey, C., Thompson, S., Otis, E. & Willis, E., 2020b. Nurses' views on workload, care rationing and work environments. *Journal of Nursing Management*, 28(4), pp. 912-918.

Harvey, C.L., Thompson, S., Willis, E., Meyer, A. & Pearson, M., 2018. Understanding how nurses ration care. *Journal of Health Organization and Management*, 32(3), pp. 494-510. 10.1108/JHOM-09-2017-0248.

Henderson, J., Willis, E., Roderick, A., Bail, K. & Brideson, G., 2020. Why do nurses miss infection control activities? A qualitative study. *Collegian*, 27(1), pp. 11-17. 10.1016/j.colegn.2019.05.004.

Holland, J. & Campbell, J., eds., 2005. *Methods in development research: combining qualitative and quantitative approaches*. New York: ITDG Publishing.

Jędrzejczyk, M., Guzak, B., Czapla, M., Ross, C., Vellone, E., Juzwiszyn, J., Chudiak, A., Sadowski, M. & Uchmanowicz, I., 2023. Rationing of nursing care in Internal Medicine Departments—a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 22, pp. 1-10. 10.1186/s12912-023-01617-x.

Jolliffe, I.T., 2002. *Principal component analysis, Springer Series in Statistics*. 2nd ed. Berlin: Springer Science & Business Media.

Jones, T.L., 2014. Validation of the perceived implicit rationing of nursing care (PIRNCA) instrument. *Nursing Forum*, 49(2), pp. 77-87. 10.1111/nuf.12076.

Jones, T.L., Hamilton, P. & Murry, N., 2015. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), pp. 1121-1137. 10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012.

Jones, T., Drach-Zahavy, A., Amorim-Lopes, M. & Willis, E., 2020. Systems, economics, and neoliberal politics: Theories to understand missed nursing care. *Nursing & Health Sciences*, 22(3), pp. 586-592. 10.1111/nhs.12700.

Juvé-Udina, M.E., Adamuz, J., González-Samartino, M., Tapia-Pérez, M., Jiménez-Martínez, E., Berbis-Morello, C., Polushkina-Merchanskaya, O., Zabalegui, A. & López-Jiménez, M.M., 2025. Association Between Nurse Staffing Coverage and Patient Outcomes in a Context of Prepandemic Structural Understaffing: A Patient-Unit-Level Analysis. *Journal of Nursing Management*, 003569(1), pp. 1-14. 10.1155/jonm/8003569.

Kalisch, B.J., 2006. Missed Nursing Care: A Qualitative Study, *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), pp. 306-313. 10.1097/00001786-200610000-00006.

Kalisch, B.J., Landstrom, G.L. & Hinshaw, A.S., 2009. Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), pp. 1509-1517. 10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x.

Kalisch, B.J. & Williams, R.A., 2009. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 39(5), pp. 211-219. 10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5.

Kalisch, B.J., Terzioglu, F. & Duygulu, S., 2012. The MISSCARE Survey-Turkish: psychometric properties and findings. *Nursing Economics*, 30(1), pp. 29-37.

Kalisch, B.J., Doumit, M., Lee, K.H. & El Zein, J., 2013. Missed Nursing Care, Level of Staffing, and Job Satisfaction: Lebanon Versus the United States. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 43(5), pp. 274-279. 10.1097/NNA.0b013e31828eebaa.

Kalánková, D., Kirwan, M., Bartoníčková, D., Cubelo, F., Žiaková, K. & Kurucová, R., 2020. Missed, rationed or unfinished nursing care: A scoping review of patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, 28(8), pp. 1783-1797. 10.1111/jonm.12978.

Katz, D. & Kahn, R.L., 1978. Organizations and the system concept. In: J. M. Shafritz & P.H. Whitebeck, eds. *Classics of organization theory*. White Plains, NY, USA: Moore Publishing LLC, pp. 161-172.

Kawada, T. & Otsuka, T., 2011. Relationship between job stress, occupational position and job satisfaction using a brief job stress questionnaire (BJSQ). *Work*, 40(4), pp. 393-399. 10.3233/WOR-2011-1251.

Kim, K.-J., Yoo, M.S. & Seo, E.J., 2018. Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea. *Asian Nursing Research*, 12(2), pp. 121-126. 10.1016/j.anr.2018.04.003.

Kim, J. & Yang, Y., 2024. Factors affecting nursing practice of patient physical restraint among nurses. *Archives of Public Health*, 82(9), pp. 1-10. 10.1186/s13690-024-01238-z.

Kirwan, M. & Matthews, A., 2020. Missed nursing care: the impact on patients, nurses and organisations. In: A. Montgomery, M. van der Doef, E. Panagopoulou, M.P. Leiter, eds. *Connecting healthcare worker well-being, patient safety and organisational change. Aligning perspectives on health, safety and well-being*. Berlin: Springer, pp. 25-40.

Klemenčič, S. & Hlebec, V., 2007. *Fokusne skupine kot metoda presojanja in razvijanja kakovosti izobraževanja*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Kohanová, D., Solgajová, A. & Bartoníčková, D., 2024. The association of rationed nursing care and the level of teamwork in acute care setting: a cross-sectional study. *Pielęgniarstwo XXI wieku / Nursing in the 21st Century*, 23(87), pp. 100-105. 10.2478/pielxxiw-2024-0017.

Kołtuniuk, A., Witczak, I., Młynarska, A., Czajor, K. & Uchmanowicz, I., 2021. Satisfaction With Life, Satisfaction With Job, and the Level of Care Rationing Among Polish Nurses—A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychology*, 12(734789), pp. 1-9. 10.3389/fpsyg.2021.734789.

Kordeš, U. & Smrdu, M., 2015. Načrtovanje in potek raziskave. In: J. Vinkler, ed. *Osnove kvalitativnega raziskovanja*. Koper: Založba Univerze na Primorskem, pp. 25-31.

Košmelj, K., 2007. *Uporabna statistika. 2. dopolnjena izd. Ljubljana: Biotehniška fakulteta*. [online] Available at: <https://repozitorij.uni-lj.si/Dokument.php?id=132497> [Accessed 6 February 2025].

Lake, E.T., Sanders, J., Duan, R., Riman, K.A., Schoenauer, K.M. & Chen, Y., 2019. A meta-analysis of the associations between the nurse work environment in hospitals and 4 sets of outcomes. *Medical care*, 57(5), pp. 353-361. 10.1097/MLR.0000000000001109.

Lopes, V.C.A., Silva, D.R.A., Carvalho, H.D., Leite, S., Dos Santos, A.M.R., Batista, E.M.C.A. & Nogueira, L.T., 2020. Structural and Procedural Risk Factors Correlated to Missed Nursing Care in Hospitals. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 6(3), pp. 27-35.

Longhini, J., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Andreou, P., Stemmer, R., Ströhm, C., Schubert, M., de Wolf-Linder, S. & Palese, A., 2021. Strategies to prevent missed nursing care: An international qualitative study based upon a positive deviance approach. *Journal of nursing management*, 29(3), pp. 572-583. 10.1111/jonm.13176.

Liu, X., Zheng, J., Liu, K., Baggs, J.G., Liu, J., Wu, Y. & You, L., 2018. Hospital nursing organizational factors, nursing care left undone, and nurse burnout as predictors of patient safety: a structural equation modeling analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 86, pp. 82-89. 10.1016/j.ijnurstu.2018.05.005.

Liu, J., Zheng, J., Liu, K. & You, L., 2019. Relationship between work environments, nurse outcomes, and quality of care in ICUs: Mediating role of nursing care left undone. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(3), pp. 250-255. 10.1097/NCQ.0000000000000374.

Lucero, R.J., Lake, E.T. & Aiken, L.H., 2010. Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), pp. 2185-2195. 10.1111/j.1365-2702.2010.03250.x.

MacDonald, A.L., 2020. Of Science and Statistics: The Scientific Basis of the Census. *Statistical Journal of the IAOS*, 36(2020), pp. 17-34. 10.3233/SJI-190596.

Marková, I. & Jarošová, D., 2022. Rationing nursing care and nurses' work environment as a factor influencing the occurrence and level of rationing care – a scoping review.

Pielęgniarstwo XXI wieku / Nursing in the 21st Century, 21(4), pp. 253-257.
10.2478/pielxxiw-2022-0038.

Mandal, L., Seethalakshmi, A. & Rajendrababu, A., 2019. Rationing of nursing care, a deviation from holistic nursing: A systematic review. *Nursing Philosophy*, 21(e12257), pp. 1-15. 10.1111/nup.12257.

Mayer, P., Hübsch, C., Spirig, R. & Kleinknecht-Dolf, M., 2023. [Registered nurses' experience of necessary performed and missed nursing care: a qualitative study]. *Pflege*, 37(4), pp. 205-213. 10.1024/1012-5302/a000967.

Maville, J.A. & Huerta, C.G., 2013. *Health promotion in nursing*. 3rd ed. New York: Delmar, Cengage Learning.

McCauley, L., Kirwan, M. & Matthews, A., 2021. The factors contributing to missed care and non-compliance in infection prevention and control practices of nurses: a scoping review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3(2021). 10.1016/j.ijnsa.2021.100039.

McHugh, M., Aiken, L., Sloane, D., Windsor, C., Douglas, C. & Yates, P., 2021. Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. *Lancet*, 397(10288), pp. 1905-1913. 10.1016/S0140-6736(21)00768-6.

McLeod, S.A., 2018. *Dissonance can be reduced in one of three ways: Forced Compliance Behavior. Simply Psychology*. [online] Available at: <https://www.simplypsychology.org/cognitive-dissonance.html> [Accessed 6 February 2025].

Mesec, B. & Lamovec, T., 1998. *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Ministrstvo za zdravje, 2023. *Pregled stanja na področju zdravstva v Sloveniji - januar 2023*. [pdf] Ministrstvo za zdravje. Available at: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/NOVICE/Zdravstveni-sistem-v-Sloveniji-januar-2023.pdf> [Accessed 6 February 2025].

Musy, S., Endrich, O., Leichtle, A., Griffiths, P., Nakas, C. & Simon, M., 2021. The association between nurse staffing and inpatient mortality: A shift-level retrospective longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 120(103950), pp. 1-9. 10.1016/j.ijnurstu.2021.103950.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2025. *Podatkovni portal*. [online] Available at: https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/NIJZ%20podatkovni%20portal__5%20Viri%20v%20zdravstvu__1%20Izvajalci%20zdravstvene%20dejavnosti/RIZDDZ_TB04.px/ [Accessed 10 June 2025].

Nahasaram, S.T., Ramoo, V. & Lee, W.L., 2021. Missed nursing care in the Malaysian context: A cross-sectional study from nurses' perspective. *Journal of Nursing Management*, 29(6), pp. 1848-1856. 10.1111/jonm.13281.

Nymark, C., Göransson, K.E., Saboonchi, F., Falk, A.C. & von Vogelsang, A.C., 2020. Translation, culture adaption and psychometric testing of the MISSCARE Survey-Swedish version. *Journal of Clinical Nursing*, 29(23-24), pp. 4645-4652. 10.1111/jocn.15505.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), 2023a. *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), 2023b. *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience OECD Health Policy Studies*. Paris: OECD Publishing.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) /European Union, 2020. "Availability of nurses", in *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) & European Commission, 2024. *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing.

Palese, A., Ambrosi, E., Prosperi, L., Guarnier, A., Barelli, P., Zambiasi, P., Allegrini, E., Bazoli, L., Casson, P., Marin, M., Padovan, M., Picogna, M., Taddia, P., Salmaso, D., Chiari, P., Marognolli, O., Canzan, F., Gonella, S. & Saiani, L., 2015. Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. *Internal and Emergency Medicine*, 10(6), pp. 693-702. 10.1007/s11739-015-1232-6.

Papastavrou, E., Andreou, P. & Efstathiou, G., 2014a. Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(1), pp. 3-25. 10.1002/hpm.2160.

Papastavrou, E., Andreou, P., Tsangari, H., Schubert, M. & De Geest, S., 2014b. Rationing of Nursing Care Within Professional Environmental Constraints: A Correlational Study. *Clinical Nursing Research*, 23(3), pp. 314-335. 10.1177/1054773812469543.

Papastavrou, E., Andreou, P. & Vryonides, S., 2014c. The hidden ethical element of nursing care rationing. *Nursing Ethics*, 21(5), pp. 583-593. 10.1177/0969733013513210.

Papathanasiou, I., Tzenetidis, V., Tsaras, K., Zyga, S. & Malliarou, M., 2024. Missed nursing care; prioritizing the patient's needs: An umbrella review. *Healthcare*, 12(2), pp. 1-14. 10.3390/healthcare12020224.

Park, S.H., Hanchett, M. & Ma, C., 2018. Practice environment characteristics associated with missed nursing care. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(6), pp. 722-730. 10.1111/jnu.12434.

Peng, M., Saito, S., Mo, W. & Guan, H., 2024. Why do nurses miss nursing care? A qualitative meta-synthesis. *Japan Journal of Nursing Science*, 21(2), pp. 1-12. 10.1111/jjns.12578.

Phelan, A. & Kirwan, M., 2020. Contextualising missed care in two healthcare inquiries using a socio-ecological systems approach. *Journal of Clinical Nursing*, 29(17-18), pp. 3527-3540. 10.1111/jocn.15391.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2018. *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. 9th ed. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer.

Porat-Dahlerbruch, J., Aiken, L.H., Lasater, K.B., Sloane, D.M. & McHugh, M.D., 2022. Variations in nursing baccalaureate education and 30-day inpatient surgical mortality. *Nursing Outlook*, 70(2), pp. 300-308. 10.1016/j.outlook.2021.09.009.

Radosz-Knawa, Z., Kamińska, A., Malinowska-Lipień, I., Brzostek, T. & Gniadek, A., 2022. Factors Influencing the Rationing of Nursing Care in Selected Polish Hospitals. *Healthcare*, 10(11), p. 2190. 10.3390/healthcare10112190.

Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., Redfern, O.C., Kovacs, C., Prytherch, D., Smith, G.B. & Griffiths, P., 2018. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12), pp. 2248-2259. 10.1111/jocn.14058.

Rekha, S.G., 2020. The future of nursing: leading change, advancing health. *IP Journal of Paediatrics and Nursing Science*, 3(3), pp. 60-63. 10.18231/j.ijpns.2020.013.

Rooddehghan, Z., Yekta, Z.P. & Nasrabadi, A.N., 2018. Ethics of rationing of nursing care. *Nursing Ethics*, 25(5), pp. 591-600. 10.1177/0969733016664973.

Saudi Patient Safety Center, International Council of Nurses, 2019. *Nurse staffing levels for patient safety and workforce safety: SPSC and ICN White Paper*. [pdf] Riyadh, Saudi Arabia. Available at: https://www.icn.ch/system/files/2021-07/WHITE%20PAPER%20on%20Nurse%20Staffing%20Levels%20For%20Patient%20Safety%20and%20Workforce%20Safety_ENG.pdf [Accessed 10 June 2025].

Saqer, T.J. & AbuAlRub, R.F., 2018. Missed Nursing Care and its Relationship with Confidence in Delegation among Hospital Nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13-14), pp. 2887-2895. 10.1111/jocn.14380.

Schubert, M., Glass, T.R., Clarke, S.P., Schaffert-Witvliet, B. & De Geest, S., 2007. Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care Instrument. *Nursing Research*, 56(5), pp. 416-424. 10.1097/01.NNR.0000299853.52429.62.

Schubert, M., Glass, T.R., Clarke, S.P., Aiken, L.H., Schaffert-Witvliet, B., Sloane, D.M. & De Geest, S., 2008. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the international hospital outcomes study. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(4), pp. 227-237. 10.1093/intqhc/mzn017.

Schubert, M., Ausserhofer, D., Desmedt, M., Schwendimann, R., Lesaffre, E., Li, B. & De Geest, S., 2013. Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals-A cross sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), pp. 230-239. 10.1016/j.ijnurstu.2012.09.016.

See, M.T.A., Chee, S., Rajaram, R., Kowitlawakul, Y. & Liaw, S.Y., 2020. Missed nursing care in patient education: A qualitative study of different levels of nurses' perspectives. *Journal of Nursing Management*, 28(8), pp. 1960-1967. 10.1111/jonm.12983.

Sermeus, W., Aiken, L.H., Van den Heede, K., Rafferty, A.M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M.T., Busse, R., Lindqvist, R., Scott, A.P., Bruyneel, L., Brzostek T., Kinnunen, J., Schubert, M., Schoonhoven, L. & Zikos, D., 2011. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing*, 10(6), pp. 1-9. 10.1186/1472-6955-10-6.

Simonsmeier, B., Flaig, M., Simacek, T. & Schneider, M., 2021. What sixty years of research says about the effectiveness of patient education on health: a second order meta-analysis. *Health Psychology Review*, 16(3), pp. 450-474. 10.1080/17437199.2021.1967184.

Siqueira, L.D., Caliri, M.H., Kalisch, B. & Dantas, R.A., 2013. Cultural adaptation and internal consistency analysis of the MISSCARE Survey for use in Brazil. *Revista latino-americana de enfermagem*, 21(2), pp. 610-617. 10.1590/s0104-11692013000200019.

Skela-Savič, B., Dobnik, M. & Kalender-Smajlović, S., 2020. Nurses' work characteristics and self-assessment of the work environment—Explorative cross-sectional study. *Journal of nursing management*, 28(4), pp. 860-871. 10.1111/jonm.13010.

Skela-Savič, B., Albrecht, T., Sermeus, W., Lobe, B., Bahun, M. & Dello, S., 2023a. Patient outcomes and hospital nurses' workload: A cross-sectional observational study in Slovenian hospitals using the RN4CAST survey. *Zdravstveno varstvo*, 62(2), pp. 59-66. 10.2478/sjph-2023-0009.

Skela-Savič, B., Sermeus, W., Dello, S., Squires, A., Bahun, M. & Lobe, B., 2023b. How nurses' job characteristics affect their self-assessed work environment in hospitals—Slovenian use of the practice environment scale of the nursing work index. *BMC Nursing*, 22(100), pp. 1-12. 10.1186/s12912-023-01261-5.

Skela Savič, B., Klemenčič Mirazchiyski, E. & Lobe, B., 2021. Perceptions of Slovenian elementary school children on nursing and nurses: Exploratory study. *Nurse Education in Practice*, 53(103083). 1016/j.nepr.2021.103083.

Skela-Savič, B., Bahun, M., Kalender Smajlović, S. & Pivač, S. 2025. Patients' experience with received healthcare in internal medicine and surgery wards of Slovenian hospitals - a cross-sectional survey. *Zdravstveno varstvo*, 64(1), pp. 5-13. 10.2478/sjph-2025-0002.

Smith, J.G., Morin, K.H., Wallace, L.E. & Lake, E.T. 2018. Association of the nurse work environment, collective efficacy, and missed care. *Western Journal of Nursing Research*, 40(6), pp. 779-798. 10.1177/0193945917734159.

Sochalski, J., 2004. Is more better?: the relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Medical Care*, 42(2), pp. II67-II73. 10.1097/01.mlr.0000109127.76128.aa.

Srulovici, E. & Drach-Zahavy, A., 2017. Nurses' personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 75, pp. 163-171. 10.1016/j.ijnurstu.2017.08.003.

Strauss, A.L. & Corbin, J.M., 1998. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousands Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.

Suhonen, R., Stolt, M., Habermann, M., Hjaltadottir, I., Vryonides, S., Tonnessen, S., Halvorsen, K., Harvey, C., Toffoli, L. & Scott, P.A., 2018. Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 88, pp. 25-42. 10.1016/j.ijnurstu.2018.08.006.

Sundin, K., Fahlen, U., Lundgren, M. & Jacobsson, C., 2014. Registered nurses' experiences of priorities in surgery care. *Clinical Nursing Research*, 23(2), pp. 153-170. 10.1177/1054773812474298.

Štemberger, T., 2021. Statistična značilnost in / ali velikost učinka? *Revija za elementarno izobraževanje - Journal of Elementary Education*, 14(4), pp. 485-500.

European Science Foundation, 2011. *The European Code of Conduct for Research Integrity*. [pdf] European Science Foundation. Available at: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/KME/Evropski-kodeks-raziskovalne-integritete.pdf> [Accessed 6 February 2025].

Thomann, S., Zwakhalen, S., Richter, D., Bauer, S. & Hahn, S., 2021. Restraint use in the acute-care hospital setting: A cross-sectional multi-centre study. *International journal of nursing studies*, 114(103807), pp. 1-9. 10.1016/j.ijnurstu.2020.103807.

Thomann, S., Barbezat, I., Thomas, K., Siegrist-Dreier, S., Britt, C., Molls, S., Hahn, S., Richter, D. & Schmitt, K.U., 2025. Restraint reduction in general hospital care by preventive patient involvement: a pilot study. *BMC geriatrics*, 25(358), pp. 1-14. 10.1186/s12877-025-06015-3.

Uchmanowicz, I., Kirwan, M., Riklikiene, O., Wolfshaut-Wolak, R., Gotlib, J. & Schubert, M., 2019. Validation of Polish version of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care revised questionnaire. *PLoS One*, 14(3), pp. 1-11. 10.1371/journal.pone.0212918.

Uchmanowicz, I., Karniej, P., Lisiak, M., Chudiak, A., Lomper, K., Wiśnicka, A., Wleklik, M. & Rosińczuk, J., 2020. The Relationship between Burnout, Job Satisfaction and the Rationing of Nursing Care - A Cross-Sectional Study. *Journal of nursing management*, 28(1), pp. 2185-2195. 10.1111/jonm.13135.

VanFosson, C.A., Jones, T.L. & Yoder, L.H., 2016. Unfinished nursing care: An important performance measure for nursing care systems. *Nursing Outlook*, 64(2), pp. 124-136. 10.1016/j.outlook.2015.12.010.

Vryonides, S., Papastavrou, E., Charalambous, A., Andreou, P. & Merkouris, A., 2014. The ethical dimension of nursing care rationing. *Nursing Ethics*, 22(8), pp. 881-900. 10.1177/0969733014551377.

Ward, J.H., Jr., 1963. "Hierarchical Grouping to Optimize an Objective Function". *Journal of the American Statistical Association*, 58, pp. 236-244.

Walker, L.O. & Avant, K.C., 2005. *Strategies for Theory Construction in Nursing*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

Willis, E., Zelenikova, R., Bail, K. & Papastavrou, E., 2021. The globalization of missed nursing care terminology. *International Journal of Nursing Practice*, 27(e12859), pp. 1-9. 10.1111/ijn.12859.

Yahya, A.H. & Sukmayadi, V., 2020. A Review of Cognitive Dissonance Theory and Its Relevance to Current Social Issues. *MIMBAR: Jurnal Sosial dan Pembangunan*, 36(2), pp. 480-488. 10.29313/mimbar.v36i2.6652.

Yürümezoğlu, H.A., Schubert, M., Sarioğlu, E. & Kocaman, G., 2023. Cultural adaptation of the revised Basel Instrument for Rationing of Care to the Turkish context: a study of validity and reliability. *Journal of Research in Nursing*, 28(5), pp. 338-351. 10.1177/17449871231175788.

Zabaleta-del-Olmo, E., Santesmases-Masana, R., Martín-Payo, R., Romero-Collado, À., Zamora-Sánchez, J., Urpí-Fernández, A., Gonzalez-Del-Rio, M., Lumillo-Gutiérrez, I., Sastre-Rus, M., Jodar-Fernández, L. & Hernández-Martínez-Esparza, E., 2023. Research on missed nursing care during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Worldviews on evidence-based nursing*, 20(6), pp. 559-573. 10.1111/wvn.12682.

Zander, B., Dobler, L., Baumler, M. & Busse, R., 2014. Nursing tasks left undone in German acute care hospitals - Results from the international study RN4Cast. *Gesundheitswesen*, 76(11), pp. 727-734. 10.1055/s-0033-1364016.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, n.d. *Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov*. Available at: <https://partner.zzzs.si/zdravstvene-storitve/belezenje-in-obracun-zdravstvenih-storitev-in-izdanih-materialov-okroznice-zae/navodilo-o-belezenju-in-obracunavanju-zdravstvenih-storitev-in-izdanih-materialov/> [Accessed 3 September 2025].

Zbornica-Zveza, 2021. *Analiza razmer na trgu dela in predlog politik ter ukrepov kadrovske strategije v dejavnosti zdravstvene in babiške nege*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Zeleníková, R., Gurková, E., Friganovic, A., Uchmanowicz, I., Jarošová, D., Žiaková, K., Plevová, I. & Papstavrou, E., 2019a. Unfinished nursing care in four central European countries. *Journal of Nursing Management*, 28(8), pp. 1888-1900. 10.1111/jonm.12896.

Zeleníková, R., Gurková, E. & Jarošová, D., 2019b. Missed nursing care measured by MISSCARE survey—the first pilot study in the Czech Republic and Slovakia. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 10(1), pp. 958-966. 10.15452/CEJNM.2019.10.0002.

Zemljak, D., 2019. *Korelacijska analiza: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za naravoslovje in matematiko.

Zhu, X., Zheng, J., Liu, K. & You, L., 2019. Rationing of nursing care and its relationship with nurse staffing and patient outcomes: the mediation effect tested by structural equation modeling. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(10), pp. 1-11. 10.3390/ijerph16101672.

10 PRILOGE

Priloga 1 – soglasje za uporabo BERNCA-R vprašalnika

Mateja Bahun

Od: Schubert Maria (scbi) <scbi@zhaw.ch>
Poslano: nedelja, 22. september 2019 17:13
Za: Mateja Bahun
Zadeva: AW: permission for use of BERNCA survey questionnaire
Priloge: BERNCA revised_EN_RN4CAST_study_01062018.pdf

Dear Prof Dr Bahun

Thank you for your interest in our BERNCA instrument. Herewith I give you the permission to use the BERNCA-R version in the context of your RN4CAST survey in Slovenia. You will find this BERNCA version attached.

We would like to ask you to cite us in your reports/publications as the developer of the instrument and to use the following references, when citing the BERNCA questionnaire:

- Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. *Nurs Res.* 2007;56(6):416-424.
- Schubert M, Ausserhofer D, Desmedt M, et al. Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals--a cross sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(2):230-239.

We would be pleased if you would send us your publications coming out of this project, if there are any.

For your information. We currently conducting an EU COST Action on this topic -RANCARE Rationing / Missed Nursing Care: An international and multidimensional problem- <https://www.rancare-action.eu> . In the context of this COST Action Scientific Short-term Missions for early stage researchers are offered, workshops and other activities are, which could be of interest for you.

Kind regards
Maria Schubert

ZHAW Zurich University of Applied Science
School of Health Professions, Institute of Nursing

Prof. Dr. Maria Schubert, PhD, RN
Professorship Acute Critical Care
Co-Head Research Unit for Nursing Science
Co-Head MSc in Nursing
Technikumstr. 81, P.O. Box
8401 Winterthur
Tel: 058 934 6503
maria.schubert@zhaw.ch
<https://www.zhaw.ch/en/health/>

Priloga 2 – soglasje za uporabo MISSCARE vprašalnika

Mateja Bahun

Od: kalisch, Bea <bkalisch@med.umich.edu>
Poslano: sobota, 21. september 2019 09:24
Za: Mateja Bahun
Zadeva: RE: permission for use of MISSCARE survey questionnaire
Priloge: The MISSCARE Surveyaugust2013 (2).doc

Dear Mateja:

Thank you for your interest in the *MISSCARE Survey*. You have permission to use it if you are willing to send the results (data) so that I can continue to monitor the psychometric properties of the tool. Let me know if you have questions.

Sincerely,

Bea

Beatrice J. Kalisch, RN, PhD, FAAN
Titus Distinguished Professor of Nursing
University of Michigan
School of Nursing
2703 White Oak Drive
Ann Arbor, Michigan 48103
bkalisch@umich.edu
7342555998 or 7342220920

Priloga 3 – soglasje Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko

Mateja Bahun, prof. zdr. vzg., mag. zdr. neg., viš. pred.

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

Spodnji Plavž 3

4270 Jesenice

mbahun@fzab.si

Številka: 0120-488/2019/6

Datum: 7. januar 2020

Zadeva: Ocena etičnosti predložene raziskave

Spoštovana gospa Mateja Bahun, prof. zdr. vzg., mag. zdr. neg.,

Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko (KME) je dne 27. 9. 2019 (datirano z datumom 26. 9. 2019) od vas prejela vlogo za oceno etičnosti raziskave z naslovom »Presečna raziskava delovnih pogojev med izvajalci zdravstvene nege in njihova povezanost z izidi zdravstvene obravnave pri pacientih v splošnih bolnišnicah v Sloveniji«, skrajšan naslov: »Presečna raziskava pogojev dela v zdravstveni negi« (ang.: »RN4CAST - NURSE FORECASTING«). 12. 11. 2019 ste vlogo dopolnili še z izjavami vodstva, kjer bo raziskava potekala.

Gre za mednarodno multicentrično raziskavo, ki bo v Sloveniji potekala v vseh splošnih bolnišnicah in obeh univerzitetnih kliničnih centrih pod vodstvom red. prof. dr. Brigite Skela Savlič, znanstvena svetnica.

KME je na nadaljevalni decembrski seji 12. decembra 2019¹ ugotovila, da je vaša vloga popolna in raziskava etično sprejemljiva. S tem vam za njeno izvedbo izdaja svoje soglasje.

P.S.: Pri morebitnih nadaljnjih dopisih v zvezi z raziskavo se obvezno sklicujte na številko tega dopisa.

S spoštovanjem,

Pripravila:
Marija Lap
Koordinator VI



dr. Božidar Voljč, dr. med.,
predsednik KME

¹ Seznam članov KME, ki so odločali o vlogi, in izjava, da KME deluje v skladu z zadevnimi zakoni in priporočili, sta na voljo na spletni strani KME (zavihek "Meni", rubrika "Seje").

Priloga 4 – vprašalnik za kvantitativni del raziskave

VPRAŠALNIK ZA MEDICINSKE SESTRE

Spoštovani,

vabljeni ste, da sodelujete v nacionalni raziskavi »Presečna raziskava pogojev dela v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah«, ki je namenjena ugotavljanju: 1) kako značilnosti delovnih okolij v slovenskih bolnišnicah vplivajo na zaposlovanje in zadržanje medicinskih sester v poklicu in 2) povezanosti med pogoji dela medicinskih sester in rezultati zdravstvene obravnave pacientov. Besedna zveza »medicinska sestra« v tem vprašalniku obsega vse stopnje izobrazbe v zdravstveni negi, v kolikor ni omenjena ciljna poklicna skupina in se uporablja za oba spola.

Vaše sodelovanje v raziskavi je prostovoljno, vaši odgovori bodo obravnavani kot zaupni in anonimni. Izpolnjen vprašalnik oddajte na dogovorjeno mesto v vaši bolnišnici. Z izpolnjenim vprašalnikom dajete svoje soglasje za sodelovanje v raziskavi in dovoljenje za uporabo zbranih podatkov na slovenski ravni v strokovne in znanstvene namene.

Na ta vprašalnik so odgovarjale medicinske sestre v več kot 30 državah sveta v okviru raziskave RN4CAST. Z vašim sodelovanjem prispevate k izboljševanju delovnih pogojev v katerih trenutno delujejo medicinske sestre v slovenskih bolnišnicah. Hvala za vašo pripravljenost in zavzetost, da vprašalnik izpolnite v celoti.

INTERVENCIJE ZDRAVSTVENE NEGE - (BERNCA-R)

1.Kako pogosto se vam je v zadnjih 7 dneh zgodilo, da.....

	naloga ni bila potrebna	nikoli	redko	včasih	pogosto
1. ... pri pacientu niste mogli izvesti potrebne posteljne kopeli?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
2. ... pri pacientu niste mogli izvesti potrebne jutranje nege?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
3. ... pri pacientu niste mogli izvesti potrebne zdravstvene nege kože?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
4. ... pri pacientu niste mogli izvesti potrebne ustne nege?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
5. ... pri pacientu niste mogli izvesti potrebne higijene zob?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
6. ... pacientu, ki ne more jesti samostojno, niste mogli ustrezno pomagati pri zaužitju hrane?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
7. ... delno pokretnega ali nepokretnega pacienta niste uspeli ustrezno mobilizirati?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
8. ... delno pokretnemu ali nepokretnemu pacientu niste uspeli spremeniti položaja/lege telesa?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
9. ... v ustreznem časovnem obdobju niste uspeli zamenjati pacientovega posteljnega perila, ki je bilo močno umazano od urina, blata ali bruhanja?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

		naloga ni bila potrebna	nikoli	redko	včasih	pogosto
10.	... pacientu niste uspeli zagotoviti čustvene ali psihosocialne podpore, čeprav se vam je zdela potrebna (npr. spoprijemanje z negotovostjo in strahom zaradi bolezni, občutek odvisnosti)?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
11.	... se s pacientom in/ali njegovo družino niste uspeli ustrezno pogovoriti?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
12.	... pacienta niste mogli zadostno seznaniti z načrtovanimi preiskavami ali zdravljenjem?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
13.	... pacientov niste mogli privaditi na stranišče ali izvesti treninga za kontinenco in ste jim zato morali namestiti plenice?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
14.	... pacientov niste mogli privaditi na stranišče ali izvesti treninga za kontinenco in ste jim zato morali vstaviti stalni urinski kateter?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
15.	... pacientom niste mogli zagotoviti ustrezne aktivacije ali rehabilitacijske oskrbe?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
16.	... pacientov ali njihovih družin niste mogli izobraziti v zvezi z zdravljenjem kot je npr. aplikacija insulina, obnašanjem ali shajanjem s simptomi bolezni (hipoglikemija, dispneja)?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
17.	... pacientov ali njihovih družin niste uspeli popolno pripraviti na odpust iz bolnišnice?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
18.	... stanja pacientov niste uspeli spremljati tako pozorno, kot so to predpisali zdravniki?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
19.	... stanja pacientov niste uspeli spremljati tako pozorno, kot se vam je zdelo potrebno?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
20.	... zmedenih pacientov niste uspeli spremljati dovolj pozorno in ste jih morali fizično omejiti?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
21.	... zmedenih pacientov niste uspeli spremljati dovolj pozorno in ste jim morali dati pomirjevala?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
22.	... ste morali odložiti ustrezne ukrepe za pomoč pacientom z nepričakovanimi ali akutnimi spremembami stanja, ker je zdravnik prispel zelo pozno?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
23.	... predpisanega zdravila in/ali infuzije niste uspeli dati ob priporočenem času?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
24.	... pacientom niste uspeli previti rane?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
25.	... pacientov niste uspeli pripraviti na preiskave ali terapije?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
26.	... ste morali pacienta, ki vas je poklical, pustiti čakati več kot 5 minut?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
27.	... niste uspeli vzdrževati ustrezne higiene rok?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
28.	... niste uspeli ravnati skladno z ukrepi za razkuževanje?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
29.	... niste imeli dovolj časa za pregled načrtov zdravstvene nege, da bi se lahko na začetku svoje izmene seznanili s stanjem pacientov?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
30.	... niste uspeli določiti potreb za novo sprejete paciente?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
31.	... niste uspeli pripraviti načrta	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

zdravstvene nege za paciente?

32.	... niste uspeli ustrezno dokumentirati in vrednotiti zdravstvene nege, zagotovljene pacientom?	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
-----	---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

RAZLOGI ZA NEIZVEDENO ZDRAVSTVENO NEGO (MISSCARE)

2. Prosimo označite, kako pomembni so navedeni razlogi za neizvedeno zdravstveno nego na vašem oddelku s strani celotnega negovalnega tima. Pri vsaki trditvi označite samo eno možnost.

	Zelo pomemben razlog	Srednje pomemben razlog	Manj pomemben razlog	To NI razlog za neizvedeno zdravstveno nego
1. Premajhno število zaposlenih.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	0 ☐
2. Nujna stanja pri pacientu (npr. poslabšanje njegovega stanja).	1 ☐	2 ☐	3 ☐	0 ☐
3. Nepričakovano povečanje števila pacientov na oddelku in/ali njihova zahtevnost.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	0 ☐
4. Neustrezno število podpornega in/ali administrativnega osebja (bolničarji, oddelčna administracija, laboratorijski delavci, idr.)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	0 ☐
5. Neuravnotežena porazdelitev pacientov med zaposlene glede na njihovo zahtevnost.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	0 ☐
6. Zdravila niso bila na voljo, ko smo jih potrebovali.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	0 ☐
7. Neustrezna predaja pacientov med izmenami ali enotami.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	0 ☐
8. Druge službe niso zagotovile potrebne oskrbe (npr. fizioterapija).	1 ☐	2 ☐	3 ☐	0 ☐
9. Materiali/oprema niso bili na voljo, ko smo jih potrebovali.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	0 ☐
10. Materiali/oprema niso delovala pravilno, ko smo jo potrebovali.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	0 ☐
11. Pomanjkanje podpore s strani drugih članov tima.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	0 ☐
12. Napetosti ali motnje v komunikaciji s podpornimi službami.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	0 ☐
13. Napetosti ali motnje v komunikaciji znotraj negovalnega tima.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	0 ☐
14. Napetosti ali motnje v komunikaciji z zdravniki.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	0 ☐
15. Medicinske sestre niso poročale o še neizvedeni zdravstveni negi.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	0 ☐
16. Laični negovalci/pacientovi svojci niso bili na voljo.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	0 ☐
17. Veliko sprejemov in odpustov.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	0 ☐

SOCIODEMOGRAFSKI PODATKI IN ZADOVOLJSTVO NA DELOVNEM MESTU

3. Kako zadovoljni ste?

	Sploh nisem zadovoljen/a	Delno nisem zadovoljen/a	Delno sem zadovoljen/a	Popolnoma sem zadovoljen/a
s svojo trenutno službo v tej bolnišnici	¹ ☐	² ☐	³ ☐	⁴ ☐

Z naslednjimi pogoji dela

1. Fleksibilen delovni urnik	¹ ☐	² ☐	³ ☐	⁴ ☐
2. Priložnosti za napredovanje	¹ ☐	² ☐	³ ☐	⁴ ☐
3. Neodvisnost pri delu	¹ ☐	² ☐	³ ☐	⁴ ☐
4. Status kot medicinska sestra	¹ ☐	² ☐	³ ☐	⁴ ☐
5. Plača	¹ ☐	² ☐	³ ☐	⁴ ☐
6. Priložnosti za izobraževanje	¹ ☐	² ☐	³ ☐	⁴ ☐
7. Letni dopust	¹ ☐	² ☐	³ ☐	⁴ ☐
8. Bolniški dopust	¹ ☐	² ☐	³ ☐	⁴ ☐
9. Študijski dopust	¹ ☐	² ☐	³ ☐	⁴ ☐

4. Kako bi ocenili svoje delovno okolje v tej bolnišnici (npr. zadostna količina virov, odnosi s sodelavci, podpora nadrejenih, mentorjev začetnikov)?

¹☐ Slabo ²☐ Zadovoljivo ³☐ Dobro ⁴☐ Odlično

5. Bi v naslednjem letu zaradi nezadovoljstva s službo zapustili bolnišnico, kjer ste trenutno zaposleni, če bi bilo to mogoče?

¹☐ Da ²☐ Ne

6. Če je bil odgovor da, kakšno delo bi iskali?

¹☐ Delo v zdravstveni negi v drugi bolnišnici ²☐ Delo v zdravstveni negi, a ne v bolnišnici ³☐ Delo, ki ni s področja zdravstvene nege

7. Kako bi na splošno opisali kakovost zdravstvene nege, ki so je deležni pacienti na vašem oddelku?

¹☐ Slaba ²☐ Zadovoljiva ³☐ Dobra ⁴☐ Odlična

8. Za koliko pacientov ste bili neposredno odgovorni med svojo zadnjo delovno izmeno? _____

9. Je število pacientov iz prejšnjega vprašanja običajno za vašo delovno obremenitev?

¹☐ Manj kot po navadi ²☐ Isto ³☐ Več kot po navadi

10. Vaš spol: ¹☐ Ženski ²☐ Moški

11. Vaša starost? _____

12. Označite najvišji nivo dosežene izobrazbe v zdravstveni negi

¹☐ Srednja zdravstvena šola ²☐ Visokostrokovni ali višješolski program zdravstvene nege ³☐ Magisterij iz zdravstvene nege ali doktorat zdravstvenih ved

13. Kako zadovoljni ste s svojo odločitvijo, da se zaposlite v zdravstveni negi?

¹☐ Zelo nezadovoljen/-na ²☐ Nekoliko nezadovoljen/-na ³☐ Precej zadovoljen/-na ⁴☐ Zelo zadovoljen/-na

14. Koliko let že delate v zdravstveni negi? _____

Priloga 5 – načrt izvedbe fokusnih skupin

NAČRT IZVEDBE FOKUSNIH SKUPIN

Moderator se formalno predstavi in poda navodila. Pojasni, da ni pravih ali napačnih odgovorov. Moderatorja zanimajo osebni pogled, mnenja, stališča in izkušnje udeleženca. Ponovi dogovor o zaupnosti in anonimnosti, snemanju pogovora.

Moderator predstavi glavne ugotovitve kvantitativnega dela raziskave ter ponovi cilje raziskave. Poda pojasnilo in definicijo neizvedene zdravstvene nege.

Predstavitve udeležencev (zbiranje podatkov o sociodemografskih podatkih udeležencev v pisni obliki). Udeleženci se predstavijo z namenom snemanja, ne pa tudi z njihovimi imeni.

- 1. Ali imate kakšno vprašanje preden začnemo?*
- 2. Kakšno je vaše mnenje glede pojavnosti in pogostosti neizvedene zdravstvene nege v vaši ustanovi?*
- 3. Kako se vi počutite ob tem in kaj doživljate?*
- 4. Kakšne menite so posledice neizvedene zdravstvene nege?*
- 5. Kateri so po vašem mnenju najpogostejši razlogi za neizvedeno zdravstveno nego?*
- 6. Kakšno so po vašem mnenju možne rešitve za zmanjšanje neizvedene zdravstvene nege?*
- 7. Kakšno je vaše mnenje o učinkovitosti strukturnih intervencij (pojasnilo s strani moderatorja) na zmanjšanje neizvedene zdravstvene nege?*
- 8. Kakšno je vaše mnenje o učinkovitosti procesnih intervencij (pojasnilo s strani moderatorja) na zmanjšanje neizvedene zdravstvene nege?*
- 9. Ali katere od intervencij že uporabljate in kakšno je vaše mnenje o učinkovitosti le teh?*
- 10. Kje ste pričakovali boljše/drugačne rezultate? Oz. ali so vas rezultati presenetili (predhodno pridobljeno gradivo)?*

PREDLOGI, MNENJA, NASVETI, IDEJE UDELEŽENCEV FOKUSNIH SKUPIN

POVZETEK - Ali želite še kaj dodati, izpostaviti?

ZAHVALA ZA SODELOVANJE

Priloga 6 – Soglasja zdravstvenih zavodov

Priloga 2

Zdravstveni zavod:

SB Brežice
Cemelčeva ul. 15
8250 Brežice

SOGLASJE ZA SODELOVANJE V RAZISKAVI

Spodaj podpisani Tanja OERJAK podajam
soglasje k sodelovanju zdravstvenega zavoda v raziskavi »Presečna raziskava
delovnih pogojev med izvajalci zdravstvene nege in njihova povezanost z izidi
zdravstvene obravnave pri pacientih v splošnih bolnišnicah v Sloveniji«
(RN4CAST).

Podpis:



Datum:

15.10.2019



SPLOŠNA BOLNIŠNICA
"DR. FRANCA DERGANCA"
NOVA GORICA

Ulica padlih borcev 13a
5290 Šempeter pri Gorici
Telefon: 05 33 01 000
Faks: 05 33 01 057
ID št.za DDV/SI: 114 27 205
Mat.št. 5055 695 000
podračun: 01100-6030279058

Številka: 521-6/2019-2
Datum: 15. 11. 2019

SOGLASJE ZA SODELOVANJE V RAZISKAVI

Spodaj podpisani mag. Radivoj Nardin, v. d. direktorja zavoda podajam soglasje k sodelovanju zdravstvenega zavoda v raziskavi **»Presečna raziskava delovnih pogojev med izvajalci zdravstvene nege in njihova povezanost z izidi zdravstvene obravnave pri pacientih v splošnih bolnišnicah v Sloveniji«** (RN4CAST).

V. d. direktorja SB Nova Gorica

mag. Radivoj Nardin



Zdravstveni zavod:

Univerzitetni klinični center
LJUBLJANA
Zaloška cesta 2,
1000 Ljubljana

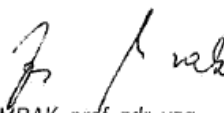
SOGLASJE ZA SODELOVANJE V RAZISKAVI

Spodaj podpisani JANEZ POKLUKAR, dr. med., gen. dir. podajam
soglasje k sodelovanju zdravstvenega zavoda v raziskavi »**Presečna raziskava
delovnih pogojev med izvajalci zdravstvene nege in njihova povezanost z izidi
zdravstvene obravnave pri pacientih v splošnih bolnišnicah v Sloveniji**«
(RN4CAST).

Podpis: _____

Datum: _____

Ljubljana, 06. 11. 2019


mag. Zdenka MRAK, prof. zdr. vzg.
pom. generalnega direktorja
za zdravstveno nego
glavna medicinska sestra UKC Ljubljana

Zdravstveni zavod:

UKC Maribor

Ljubljanska ulica 5

2000 MARIBOR

SOGLASJE ZA SODELOVANJE V RAZISKAVI

Spodaj podpisani _____ **prof. dr. Vojko Flis, dr. med.** _____
podajam soglasje k sodelovanju zdravstvenega zavoda v raziskavi »**Presečna
raziskava delovnih pogojev med izvajalci zdravstvene nege in njihova
povezanost z izidi zdravstvene obravnave pri pacientih v splošnih bolnišnicah v
Sloveniji**« (RN4CAST).

Podpis: _____



Datum: _____ **4. 10. 2019** _____



Priloga 2

Zdravstveni zavod:

SPLOŠNA BOLNIŠNICA CELJE
OBLAKOVA ULICA 5
3000 CELJE

SOGLASJE ZA SODELOVANJE V RAZISKAVI

Spodaj podpisani HILDA MAZE podajam
soglasje k sodelovanju zdravstvenega zavoda v raziskavi »Presečna raziskava
delovnih pogojev med izvajalci zdravstvene nege in njihova povezanost z izidi
zdravstvene obravnave pri pacientih v splošnih bolnišnicah v Sloveniji«
(RN4CAST).

Podpis: _____

Maze



Datum: _____

16. 10. 2019

Zdravstveni zavod:

SPLOŠNA BOLNIŠNICA IZOLA

POLJE 40

6310 IZOLA

SOGLASJE ZA SODELOVANJE V RAZISKAVI

Spodaj podpisani direktor zavoda Splošne bolnišnice Izola MAG. RADIVOJ NARDIN podajam soglasje k sodelovanju zdravstvenega zavoda v raziskavi **»Presečna raziskava delovnih pogojev med izvajalci zdravstvene nege in njihova povezanost z izidi zdravstvene obravnave pri pacientih v splošnih bolnišnicah v Sloveniji«** (RN4CAST).

DIREKTOR ZAVODA

MAG. RADIVOJ NARDIN

Podpis: _____

The image shows a handwritten signature in black ink over a horizontal line. To the right of the signature is a circular official stamp. The stamp is light blue and contains the text "SPLOŠNA BOLNIŠNICA IZOLA" around the perimeter and "POLJE 40" in the center.

Datum: 13. 11. 2019

Priloga 2

Zdravstveni zavod:

SPLOŠNA BOLNIŠNICA JESENICE

Cesta maršala Tita 112

4270 JESENICE

SOGLASJE ZA SODELOVANJE V RAZISKAVI

Spodaj podpisani Anja Jovanovič Kunstelj, dr. med., v. d. direktorja, podajam soglasje k sodelovanju zdravstvenega zavoda v raziskavi »Presečna raziskava delovnih pogojev med izvajalci zdravstvene nege in njihova povezanost z izidi zdravstvene obravnave pri pacientih v splošnih bolnišnicah v Sloveniji« (RN4CAST).

Podpis:

Anja Jovanovič Kunstelj

Datum: 08. 10. 2019



Priloga 2

Zdravstveni zavod:

SPLOŠNA BOLNIŠNICA NOVO MESTO

ŠMIHELSKA CESTA 1

8000 NOVO MESTO

SOGLASJE ZA SODELOVANJE V RAZISKAVI

Spodaj podpisana doc. dr. Milena Kramar Zupan, direktorica podajam soglasje k sodelovanju zdravstvenega zavoda v raziskavi »Presečna raziskava delovnih pogojev med izvajalci zdravstvene nege in njihova povezanost z izidi zdravstvene obravnave pri pacientih v splošnih bolnišnicah v Sloveniji« (RN4CAST).

Podpis: _____

A handwritten signature in black ink is written over a horizontal line. To the right of the signature is a circular official stamp. The stamp contains the text "SPLOŠNA BOLNIŠNICA" at the top, "NOVO MESTO" at the bottom, and a small asterisk at the very bottom.

Datum: 22. 10. 2019

Priloga 2

Zdravstveni zavod:

Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj

Potrčeva 23

2250 Ptuj

SOGLASJE ZA SODELOVANJE V RAZISKAVI

Spodaj podpisana Natalija Galinec podajam soglasje k sodelovanju zdravstvenega zavoda v raziskavi »Presečna raziskava delovnih pogojev med izvajalci zdravstvene nege in njihova povezanost z izidi zdravstvene obravnave pri pacientih v splošnih bolnišnicah v Sloveniji« (RN4CAST).

Podpis: _____

Galinec



Datum: 7.10.2019

Priloga 2

Zdravstveni zavod:

Splošna bolnišnica
Slovenj Gradec
Gospodstvska cesta 1
2380 Slovenj Gradec

SOGLASJE ZA SODELOVANJE V RAZISKAVI

Spodaj podpisani Janez Lavre, dr. med. podajam
soglasje k sodelovanju zdravstvenega zavoda v raziskavi »Presečna raziskava
delovnih pogojev med izvajalci zdravstvene nege in njihova povezanost z izidi
zdravstvene obravnave pri pacientih v splošnih bolnišnicah v Sloveniji«
(RN4CAST).

Podpis: _____



Datum: _____

28. 10. 2019