



Fakulteta za zdravstvo
Jesenice
Faculty of Health Care
Jesenice

Magistrsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**ZNANJE IN UPORABNOST NEGOVALNIH
DIAGNOZ V PRAKSI KOT VIDIK
PROFESIONALIZMA V ZDRAVSTVENI NEGI**

**FAMILIARITY WITH AND APPLICATION
OF NURSING DIAGNOSES IN PRACTICE AS
AN ASPECT OF PROFESSIONALISM IN
NURSING**

Mentorica:izr. prof. dr. Brigita Skela Savič Kandidatka: Mojca Strgar

Jesenice, oktober 2016

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici izr. prof. dr. Brigiti Skeli Savič ter recenzentkama doc. dr. Ireni Grmek Košnik in doc. dr. Ireni Trobec za vsa mnenja in usmeritve. Zahvaljujem se gospe Maji Nučič za pomoč pri statistični obdelavi podatkov, za razjasnitev sveta števil in urejanje. Zahvaljujem se tudi gospe Katarini Noč za lektorsko delo.

Zahvaljujem se tudi mojim bližnjim in prijateljem za vso potrpežljivost ob mojem govorjenju in čakanje, da se bo zgodilo.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Profesionalizacija je proces, s katerim poklic razvije značilnosti profesije. Ugotavljanje profesionalnega statusa medicinskih sester v moderni družbi ni lahka naloga. Pri tem razvoju je velikega pomena tudi teoretično znanje, poleg praktičnih veščin, ki sta eni najpomembnejših izmed značilnosti profesionalizma.

Cilj: Ugotoviti mnenja in stališča visokošolsko izobraženih medicinskih sester in zdravstvenikov o tem povezovanju teoretičnih znanj in uporabnosti negovalnih diagnoz z večjim profesionalizmom v zdravstveni negi.

Metoda: Raziskava temelji na neeksperimentalni eksplorativni kvantitativni raziskovalni metodi. Podatki so bili pridobljeni s strukturiranim vprašalnikom, ki je bil sestavljen iz petih sklopov. V raziskavi je sodelovalo 192 diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov zaposlenih na kliničnih oddelkih in enotah intenzivne terapije iz petih slovenskih splošnih bolnišnic, ki pri svojem delu uporabljajo Proces zdravstvene nege z negovalnimi diagnozami. Za obdelavo podatkov smo uporabili opisno, bivariatno in multivariatno statistiko.

Rezultati: Ugotovili smo, da obstaja povezava med teoretičnimi izhodišči o negovalnih diagnozah in uporabo negovalnih diagnoz v procesu zdravstvene nege glede na delovišče ($p=0,013$), glede na ustanovo ($p=0,008$) ter da je za njihovo uporabnost v praksi zdravstvene nege pomembna klasifikacija in enotna terminologija negovalnih diagnoz glede na delovišče ($p=0,033$), starost ($p=0,015$) in delovno dobo ($p=0,05$) anketirancev. Ugotovili smo tudi, da anketiranci, ki pri svojem delu uporabljajo proces zdravstvene nege bolj menijo, da je za oblikovanje negovalne diagnoze potrebno znanje ($p=0,012$). Statistično bolj pomembna je tudi povezava v znanju o teoretičnih izhodiščih o negovalnih diagnozah ($PV=3,95$, $p=<0,001$) in profesionalizacijo v zdravstveni negi ($PV=3,95$, $p=<0,001$) kot v uporabnosti negovalnih diagnoz ($PV=3,95$, $p=<0,001$).

Razprava: Vključeni v raziskavo pojmujejo teoretično znanje o negovalnih diagnozah kot pomembno, zlasti z vidika uporabnosti negovalnih diagnoz v praksi zdravstvene nege. Uporabnost negovalnih diagnoz je v tesni povezavi z uporabo klasifikacij in enotne terminologije pri njihovem oblikovanju. Profesionalizem v zdravstveni negi vidijo kot pomemben dejavnik ter da je zanj potrebno kontinuirano izobraževanje. Diplomiranim

medicinskim sestram je potrebno omogočiti in spodbujati kontinuirano izobraževanje o procesu zdravstvene nege za večjo profesionalizacijo v zdravstveni negi.

Ključne besede: izobrazba, proces zdravstvene nege, diplomirane medicinske sestre, diplomirani zdravstveniki

SUMMARY

Theoretical framework: Professionalization is the process by which a profession develops professional characteristics. Determining the professional status of nurses in modern society is not an easy task. In this regard, theoretical knowledge as well as practical skills that are among the most valuable characteristics of professionalism play a significant role.

Aim: To provide views and opinions of registered nurses on whether registered nurses can link theoretical knowledge and the application of nursing diagnoses with a higher degree of professionalism in nursing.

Method: The master's thesis is based on an exploratory non-experimental quantitative research method. The research instrument was conducted through the review of domestic and foreign literature. The data for the empirical part were obtained through a structured questionnaire that consisted of five sections. The study included 192 registered nurses employed in clinical departments and intensive care units in five Slovenian hospitals, and who are using nursing process with nursing diagnoses in their work. Reliability of the questionnaire was assessed through an analysis of internal consistency. Statistical analysis was performed by using SPSS software, and by means of descriptive statistics, factor analysis, Spearman correlation coefficient and a statistical method to test hypotheses on the statistically significant differences, t-test and ANOVA.

Results: Our study revealed that there is a relation between theoretical knowledge of nursing diagnoses and application of nursing diagnoses in nursing process, with regard to the site ($p=0.013$), facility ($p=0.008$), and that for their application in nursing practice, it is necessary to take into consideration the classification and standardized terminology of nursing diagnoses, with regard to the site ($p=0.033$), age ($p=0.015$) and working time ($p=0.05$) of registered nurses. It was further revealed that those registered nurses, who use nursing process in their work, believe that the application of nursing diagnoses requires knowledge ($p=0.012$). Statistically more significant is also the connection between theoretical knowledge of nursing diagnoses and the professionalization in nursing ($PV=3.95$, $p<0.001$), the application of nursing diagnoses ($PV=3.95$, $p<0.001$) is considered to be less important ($PV=3.95$, $p<0.001$).

Discussion: Registered nurses consider theoretical knowledge of nursing diagnoses to be important, in particular with regard to the application of nursing diagnoses in nursing

practice. When the application of nursing diagnoses is established, it is closely related to the use of classifications and standardized terminology. Professionalism in nursing is seen as an important element, and it requires constant education. In order to provide a higher degree of professionalization in nursing, it is necessary to ensure and to encourage constant education on the nursing process for registered nurses.

Key words: professionalization, knowledge, nursing, nursing process, registered nurses

KAZALO

1	UVOD.....	1
2	TEORETIČNI DEL.....	3
2.1	PROCES ZDRAVSTVENE NEGE Z NEGOVALNIMI DIAGNOZAMI	3
2.1.1	Klasifikacije negovalnih diagnoz	5
2.2	ZNANJE O OBLIKOVANJU NEGOVALNIH DIAGNOZ IN NJIHOVA UPORABNOST V ZDRAVSTVENI NEGI	7
2.3	PROFESIONALIZEM.....	10
2.3.1	Profesionalizem v zdravstveni negi	12
2.3.2	Izobraževanje in znanje kot element profesionalizma v zdravstveni negi	14
3	EMPIRIČNI DEL	18
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	18
3.2	RAZISKOVALNE HIPOTEZE	19
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	20
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	20
3.3.2	Opis spremenljivk in merskega instrumenta	20
3.3.3	Opis vzorca.....	22
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	29
3.4	REZULTATI.....	30
3.4.1	Rezultati anketiranja po posameznih sklopih vprašanj.....	30
3.4.2	Rezultati faktorске analize o profesionalizaciji v zdravstveni negi	38
3.4.3	Rezultati faktorске analize o teoretičnih izhodiščih in znanju pri oblikovanju negovalnih diagnoz.....	41
3.4.4	Rezultati faktorске analize o uporabnosti negovalnih diagnoz v praksi...	44
3.4.5	Rezultati faktorске analize o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi	47
3.4.6	Preverjanje hipotez	50
3.5	PREVERJANJE HIPOTEZ.....	68
3.6	RAZPRAVA.....	70
4	ZAKLJUČEK	83
5	LITERATURA.....	86

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

KAZALO TABEL

Tabela 1: Zanesljivost instrumenta	22
Tabela 2: Število razdeljenih/vrnjenih vprašalnikov	23
Tabela 3: Število vrnjenih vprašalnikov glede na mesto zaposlitve v posameznih splošnih bolnišnicah.....	23
Tabela 4: Razporeditev anketirancev glede na spol po posameznih bolnišnicah.....	25
Tabela 5: Razporeditev anketirancev glede na delovno dobo	26
Tabela 6: Razporeditev anketirancev glede na delovno mesto	27
Tabela 7: Razporeditev anketirancev glede na organizacija dela, prikazano v frekvencah in odstotkih.....	28
Tabela 8: Razporeditev anketirancev glede na organizacijo dela v posamezni bolnišnicah, prikazano v frekvencah in odstotkih	28
Tabela 9: Teoretična izhodišča o profesionalizaciji v zdravstveni negi	31
Tabela 10: Trditve o teoretičnih izhodiščih in znanju pri oblikovanju negovalnih diagnoz	33
Tabela 11: Trditve o uporabnosti negovalnih diagnoz v praksi zdravstvene nege.....	34
Tabela 12: Trditve o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi	36
Tabela 13: Rezultati Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testa in Bartlett-ovega testa za sklop 2 – Profesionalizacija v zdravstveni negi.....	38
Tabela 14: Faktorske uteži, ki smo jih dobili s pravokotno rotacijo za drugi sklop vprašanj	39
Tabela 15: Rezultati Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testa in Bartlett-ovega testa za sklop 3 – Teoretična izhodišča in znanje pri oblikovanju negovalnih diagnoz.....	41
Tabela 16: Faktorske uteži, ki smo jih dobili s pravokotno rotacijo za tretji sklop vprašanj	42
Tabela 17: Rezultati Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testa in Bartlett-ovega testa za sklop 4 – Uporabnost negovalnih diagnoz v praksi	44
Tabela 18: Faktorske uteži, ki smo jih dobili s pravokotno rotacijo za četrti sklop vprašanj	45
Tabela 19: Rezultati Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testa in Bartlett-ovega testa za sklop 5 – Znanje kot element profesionalizacije v zdravstveni negi	47

Tabela 20: Faktorske uteži, ki smo jih dobili s pravokotno rotacijo za peti sklop vprašanj	48
Tabela 21: Rezultati t-testa za mnenja anketiranih o teoretičnih izhodiščih o negovalnih diagnozah glede na spol	50
Tabela 22: Enosmerna ANOVA za test razlik v mnenjih o teoretičnih izhodiščih o negovalnih diagnozah glede na delovišče anketiranih	51
Tabela 23: Enosmerna ANOVA za test razlik v mnenjih o teoretičnih izhodiščih o negovalnih diagnozah glede na starost anketirancev	52
Tabela 24: Enosmerna ANOVA za test razlik o mnenjih o teoretičnih izhodiščih o negovalnih diagnozah anketiranih glede na ustanovo	52
Tabela 25: Enosmerna ANOVA za test razlik o mnenjih o teoretičnih izhodiščih o negovalnih diagnozah glede na delovno dobo anketiranih	53
Tabela 26: Rezultati t-testa za mnenja o uporabnosti negovalnih diagnoz glede na spol anketiranih	54
Tabela 27: Enosmerna ANOVA za test razlik v mnenjih o uporabnosti negovalnih diagnoz glede na delovišče anketiranih.....	54
Tabela 28: Enosmerna ANOVA za test razlik v mnenjih o uporabnosti negovalnih diagnoz glede na starost anketirancev.....	55
Tabela 29: Enosmerna ANOVA za test razlik o mnenjih anketiranih o uporabnosti negovalnih diagnoz glede na ustanovo	56
Tabela 30: Enosmerna ANOVA za test razlik o mnenjih o uporabnosti negovalnih diagnoz glede na delovno dobo anketiranih	56
Tabela 31: Rezultati t-testa za mnenja o profesionalizmu v zdravstveni negi glede na spol anketiranih	57
Tabela 32: Enosmerna ANOVA za test razlik v mnenjih in stališčih o profesionalizmu v zdravstveni negi glede na starost anketiranih	58
Tabela 33: Enosmerna ANOVA za test razlik v mnenjih in stališčih o profesionalizmu v zdravstveni negi glede na delovno dobo anketiranih.....	59
Tabela 34: Enosmerna ANOVA za test razlik v mnenjih in stališčih anketiranih o profesionalizmu v zdravstveni negi glede na ustanovo	59
Tabela 35: Enosmerna ANOVA za test razlik v mnenjih in stališčih anketiranih o profesionalizmu v zdravstveni negi glede na delovišče.....	60

Tabela 36: Rezultati t-testa za mnenja anketiranih o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi glede na spol.....	61
Tabela 37: Enosmerna ANOVA za test razlik v mnenjih in stališčih o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi glede na delovišče anketiranih	62
Tabela 38: Enosmerna ANOVA za test razlik v mnenjih in stališčih o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi glede na starost anketiranih.....	63
Tabela 39: Enosmerna ANOVA za test razlik v mnenjih in stališčih anketiranih o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi glede na ustanovo	63
Tabela 40: Enosmerna ANOVA za test razlik v mnenjih in stališčih anketiranih o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi glede na delovno dobo	64
Tabela 41: Rezultati t-testa za mnenja anketiranih o teoretičnih izhodiščih in znanju o negovalnih diagnozah	65
Tabela 42: Rezultati t-testa za mnenja anketiranih o uporabnosti negovalnih diagnoz..	66
Tabela 43: Pearsonov koeficient korelacije med uporabo negovalnih diagnoz in posameznimi demografskimi sklopi	67
Tabela 44: Pearsonov koeficient korelacije med uporabo negovalnih diagnoz in sklopi trditev	67
Tabela 45: T-test med sklopi trditev	68

KAZALO SLIK

Slika 1: Razporeditev anketirancev glede na starost	24
Slika 2: Razporeditev anketirancev glede na spol	25
Slika 3: Razporeditev anketirancev glede na delovno mesto v odstotkih	26
Slika 4: Razporeditev anketirancev v odstotkih glede na to, v kakšni obliki pri svojem delu uporabljajo proces zdravstvene nege	27
Slika 5: Scree diagram faktorjev	39
Slika 6: Scree diagram faktorjev	42
Slika 7: Scree diagram faktorjev	45
Slika 8: Scree diagram faktorjev	48

1 UVOD

Izraz profesionalizem se nanaša na ravnanje, kakovost in/ali cilje, ki običajno označujejo vedenje članov neke profesionalne skupine in ki se od njih tudi pričakuje (Schwirian, 1998; Cornett, 2006 cited in Tanaka, et al., 2014), sociološke analize profesionalizma pa so običajno osredotočene na tri poglavitne razprave. Teoretiki so kot prvo želeli identificirati pomembne značilnosti profesij, le to pa je bilo težavno zaradi razloga da ni bilo konsenza o pomenu izraza »profesija« (Millerson, 1964 cited in Gerissh, et al., 2003). Profesionalizacija poklicev predstavlja enega temeljnih konceptov v sociologiji dela in sociologiji profesij (Ritzer, 1971 cited in Mivšek, 2012, p. 19). Pojasnjuje namreč logiko raznih sprememb na ravni družbe: družbene delitve dela, socialne stratifikacije, delovanje trga delovne sile ipd. (Pavlin, 2007 cited in Mivšek, 2012, p.19). Kakorkoli, značilnosti kot znanje, kodeks etike, ki regulira prakso, družbena sprejemljivost, trajanje socializacije (vključujoč tudi nadzor nad izobraževanjem in načinom vstopa v poklic) ter avtonomija na delovnem področju v literaturi prevladujejo kot značilnosti profesionalizma (Gerissh, et al., 2003).

Profesionalizem je večdimenzionalen pojem; ne obstaja zelo preprosta, posplošena definicija in niti ni navodil, kako ga doseči. Lahko pa ocenjujemo stopnjo profesionalizma z upoštevanjem njegove individualizacije (lastnosti, zmogljivosti, ravnanja), interpersonalne (interakcije z drugimi posamezniki znotraj nekega okvira) in družbene dimenzije (družbena odgovornost in moralna načela, politična in ekonomska skrb) ter interakcijami med temi dimenzijami (Fantahun, et al., 2014). Profesionalizem lahko definiramo tako v odnosu do strank/uporabnikov/klientov, ne moremo pa tudi mimo odnosne ravni profesija – država (država namreč nudi stroki legitimen način jurisdikcije nad posameznim področjem ter finančna sredstva) in mimo odnosa med profesijami oziroma med stroko in drugimi poklicnimi skupinami (Mivšek, 2012, p.19). Veliko raziskav iz področja vrednotenja profesionalizma je tudi pokazalo, da je njegovo merjenje zelo problematično (Arnold, 2002; Veloski, et al., 2006; Jha, et al., 2007; Ho, et al., 2012; Wilkinson, et al., 2009; Epstein & Hundert, 2002 cited in Lombarts, et al., 2014). Te raziskave so tudi pokazale, da obstaja veliko različnih metod za doseganje profesionalizma, ni enotnega mnenja o definiciji profesionalizma, hkrati pa so pokazale,

da se pogledi na profesionalizem menjajo skozi čas ter da je zelo vprašljivo področje veljavnosti in zanesljivosti raziskav (Lombarts, et al., 2014).

Zdravstveni delavci kažejo svojo profesionalnost s svojimi stališči, znanjem in vedenjem, ki se odraža v večplastnosti pristopa do navodil, načel in standardov povezanih z odlično klinično prakso (Schwirian, 1998; Cornett, 2006 cited in Tanaka, et al., 2014). Razvoj profesionalne identitete medicinskih sester se ne zgodi po naključju, temveč je odvisen od velikega števila dejavnikov, ki združujejo profesionalne značilnosti (Birks, et al., 2010). Ena najbolj pomembnih razprav v zgodovini zdravstvene nege je bila dokazano ta, kako poteka profesionalizacija medicinskih sester s pomočjo znanja in inovativnosti. Medicinske sestre po vsem svetu so razvijale profesionalnost prav z veliko mero znanja, kar se kaže z velikim številom protokolov in smernicami za delovanje zdravstvene nege (Hoeve, et al., 2013) v kar sodi tudi proces zdravstvene nege z negovalnimi diagnozami, Youngova (2004) pa navaja v svojem članku, da je profesionallec večč praktik, strokovnjak na svojem področju – nasprotje laični osebi. Profesionalec ima etičen odnos, ravna se po standardih, tako po svojih, kot po standardih profesije kateri pripada. Navaja tudi, da je profesionallec prepoznan v družbi ter med drugimi profesionalci kot ekspert.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 PROCES ZDRAVSTVENE NEGE Z NEGOVALNIMI DIAGNOZAMI

Proces zdravstvene nege je sestavljen iz petih korakov, ki so medsebojno povezani: ocene pacientovega stanja, oblikovanja negovalne diagnoze, načrtovanja zdravstvene nege, implementacije in vrednotenja doseženega. Vsak korak ima svoje specifičnosti in pravila, namen je, da dosežemo specifičen cilj (Alfaro – LeFevre, 2006), Takahashi in sodelavci (2008) pa proces zdravstvene nege opredeljujejo kot delovno metodo za načrtovanje terapevtskih aktivnosti, s tem si medicinske sestre prizadevajo k sistemizaciji zdravstvene nege.

Ting-Tingova (2005) opisuje, da je kakovostna oskrba pacienta v zdravstvenih ustanovah odvisna od sposobnosti diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov, da izdelajo razumljiv načrt zdravstvene nege za posameznega pacienta, nadaljuje pa z ugotovitvami drugih avtorjev, da pa mora načrt imeti vključeno metodo reševanja problemov za lažjo identifikacijo pacientovih ter ustvarjanje različnih možnosti za reševanje le teh (Shea, 1986; Wooley, 1990; Cholowski, 1992 cited in Ting-Ting, 2005). Tudi Čevik in Olgun (2014) v svoji raziskavi navajata raziskave drugih avtorjev (Gabrand Mohamed, 2011; Günişen, et al., 2014 cited in Čevik & Olgun, 2014), ki poudarjajo pomen ustreznih metod pri reševanju pacientovih problemov, v ospredje pa postavljajo sposobnost kritičnega razmišljanja diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov, sposobnost reševanja problemov, pravilno odločanje in pravilno oceno. Diplomirana medicinska sestra in diplomirani zdravstvenik se namreč v kliničnem okolju srečuje z pacienti, ki imajo različne probleme in jih mora znati ustrezno reševati. Prav iz tega razloga je pri uporabi procesne metode dela v zdravstveni negi med najbolj pomembnimi metoda reševanja problemov (Haeran & Dongsook, 2011; Hewitt-Taylor, 2012, Choi, et al., 2014 cited in Čevik & Olgun, 2014).

Diagnosticiranje in postavitve negovalne diagnoze je pomemben segment procesa zdravstvene nege. V fazi postavitve negovalne diagnoze, diplomirana medicinska sestra ali diplomirani zdravstvenik naredi zaključke o pomenu zbranih podatkov, prepozna

povezave med podatki, jih sistematično uredi in oblikuje negovalno diagnozo (Trobec, 2005). Negovalna diagnoza je zgodnji korak v odločitvenem procesu s katerim si diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki želijo doseči zaželene izide v oskrbi pacienta (Juntilla & Salanterä, 2010). Tako je odločilna stopnja v postavljanju negovalnih diagnoz v sintezi vseh podatkov, ki jih diplomirana medicinska sestra ali diplomirani zdravstvenik pri pacientu zbere in ki jih vodijo skozi celoten proces negovalnih aktivnosti pri pacientu. Negovalna diagnoza nudi osnovo za izbor intervencij zdravstvene nege za doseganje izidov za katere je kompetentna diplomirana medicinska sestra ali diplomirani zdravstvenik. Predpostavlja se, da je diplomirana medicinska sestra ali diplomirani zdravstvenik kompetenten za oblikovanje kliničnih presoj glede pacientovih negovalnih problemov in v določanju negovalnih intervencij za rešitev teh problemov. Tako je negovalna diagnoza proces in produkt, hkrati pa kompleksen intelektualen proces v katerem morata diplomirana medicinska sestra in diplomirani zdravstvenik uporabiti kognitivne veščine, izkušnje in znanstvena spoznanja (Florin, et al., 2005; Hakverdioğlu, et al., 2009; Kurashima, et al., 2008; Hasegawa, et al., 2007, de Leon & da Nabrega, 2012).

Lunneyeva (2010) v svojem članku navaja, da so za diagnosticiranje pacientovih problemov, ocene tveganja pri pacientu ter pri promociji zdravja potrebne tri vrste kompetenc diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov. Le te so spretnost medosebne komunikacije, tehnične ter intelektualne kompetence. Ugotavljanje pravilne in natančne negovalne diagnoze je integralni in neizogiben korak za definiranje odgovornosti diplomirane medicinske sestre in diplomiranega zdravstvenika pri obravnavi pacienta, hkrati pa tudi vodilo za prakso zdravstvene nege, navaja v svojem članku Collinsova (2013), nadaljuje pa z ugotovitvami drugih avtorjev, da so prav negovalne diagnoze tiste, ki vključujejo fizične, čustvene in razvojne komponente, brez katerih zdravljenje pacienta ne bi bilo popolno (Ahern, et al., 2008; Earvolino-Ramitez, 2007; Gillespie, et al., 2007; Pickett, et al., 2009 cited in Collins, 2013).

Za prepoznavnost in razmejitev stoke zdravstvene nege od drugih znanosti potrebuje zdravstvena nega avtonomno področje delovanja in polno odgovornost za ravnanja. To samostojno in odgovorno področje stroke zdravstvene nege je področje negovalnih

diagnoz oziroma diagnosticiranja v zdravstveni negi. Pomembne so tudi za izobraževanje v zdravstveni negi (Hajdinjak & Meglič, 2012, p.137).

2.1.1 Klasifikacije negovalnih diagnoz

Negovalna dokumentacija je obsežna, tradicionalno napisana kot prosto besedilo, v katerem manjka strokovno izrazoslovje. Le to pa je potrebno, ker je to višja stopnja izražanja kot vsakodnevni pogovorni jezik (von Krogh, et al., 2005). Juntillova in Salanterä (2010) v svojem članku pravita, da je pomembno da se odločitveni del v obliki negovalnih diagnoz in ki je v domeni diplomirane medicinske sestre in diplomiranega zdravstvenika vidi; vsi koraki morajo biti v standardizirani obliki, biti morajo dosegljivi in primerljivi. Poudarjata, da se morajo diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki premakniti iz tradicionalnega dokumentiranja zdravnikovih naročil kot nekega zaključnega dejanja ali kot običaja nekega oddelka v dokumentiranje svojih lastnih odločitev in postopkov, ko se le te nanašajo na pacientove probleme.

Hajdinjak in Meglič (2012, p.137) navajata, da negovalne diagnoze olajšujejo pisni in ustni prenos informacij, tako znotraj tima kot zunaj njega. Uporabljajo se pri strukturiranju znanj zdravstvene nege v klasifikacijski sistem, ki omogoča računalniško obdelavo podatkov, kar je pomembno za prakso zdravstvene nege, razvoj stroke in raziskovanje. Pomembne so tudi za izobraževanje v zdravstveni negi. Klasifikacije v zdravstveni negi so bile razvite zaradi tega, da bi prikazale proces zdravstvene nege v neki strukturirani obliki. Z uporabo klasifikacij v dokumentaciji profesija zdravstvene nege ustvari in zbere informacije, ki se lahko uporabljajo tako za klinične odločitve kot odločitve vodstva zdravstvene nege na različnih ravneh (Juntilla & Salanterä, 2010).

Goossen (2006) v svoji raziskavi ugotavlja, da se kljub velikemu številu terminologij in klasifikacij v zdravstveni negi zdi poenotenost jezika zdravstvene nege še vedno velik in oddaljen cilj. Tudi Kolenčeva (2010, p. 60) navaja, da je profesionalni jezik v zdravstveni negi slabo razvit in da je v praksi zdravstvene nege uporaba profesionalne terminologije med medicinskimi sestrami na relativno nizkem nivoju. Prvi namen terminologij in klasifikacij v zdravstveni negi pa je njihova uporaba v negovalni

dokumentaciji. S tem je iz dokumentacije možna primerjava dokumentiranja zdravstvene nege po državah in populaciji skozi daljše obdobje ter, navajajo v svojem članku Oduyayo, et al. (2013), klasifikacije omogočajo tudi enotno izrazoslovje za negovalne diagnoze, intervencije ter vrednotenje v procesu zdravstvene nege. Poudarjajo tudi, da ko so medicinske sestre v celoti seznanjene z klasifikacijami in ko imajo dovolj znanja za njihovo uporabo je obravnava pacienta bolj dokumentirana in izidi pri pacientu so bolj jasni.

Cardoso in Paiva e Silva (2010) v svojem članku navajata avtorje (Cimino, 1995; Nielson & Mortensen, 1996; Cruz, 2000 cited in Cardoso & Paiva e Silva, 2010), ki klasifikacije negovalnih diagnoz opredeljujejo kot konceptualno orodje, ki pospeši in olajša organizacijo znanja diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov. Poudarjajo, da je to v konceptu zdravstvene nege jezik na višji stopnji, ki olajšuje izmenjavo informacij med različnimi konteksti in različnimi osebami. Definicije različnih konceptov pomagajo, da lastnosti posameznih klasifikacijskih elementov pomenijo enako vsem uporabnikom. Zaradi doseganja kakovosti v praksi zdravstvene nege in doslednosti v postavljanju negovalnih diagnoz, intervencij in izidov, diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki potrebujejo znanje o taksonomiji v negovalnih diagnozah, intervencijah in izidih zdravstvene nege ter znanje o implementaciji tega znanja v načrt zdravstvene nege (Müller-Staub, et al., 2007).

Standardizacija izrazov v zdravstveni negi je pomembna, ker obravnava dva velika izziva s katerimi se srečujejo diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki: kako vključiti dokumentiranje zdravstvene nege v medicinsko dokumentacijo na način, da je v sorazmerju z njenim pomenom in v dobrobit pacienta ter kako razlikovati prispevek zdravstvene nege in prispevek medicine v obravnavi pacienta (Schwirian & Thede, 2011 cited in Collins, 2013). Prednosti klasifikacij zdravstvene nege so poznane v mnogih državah, potrebno pa je še veliko razprave o tem, kako to znanje prenesti v izobraževalni sistem diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov po svetu (Hakverdioğlu Yönt, et al., 2009).

V svojem članku Goossen (2006) navaja ugotovitve drugih avtorjev (Hoy & Casey, 2000; Henry & Mead, 1997), da enotna terminologija in klasifikacijski sistemi ne morejo pokriti vseh potrebnih ciljev pri pacientu. Prav tako ugotavljajo, da klasifikacije ne pokrijejo vseh področij ter ne zajamejo vseh potrebnih kliničnih podatkov o pacientu.

2.2 ZNANJE O OBLIKOVANJU NEGOVALNIH DIAGNOZ IN NJIHOVA UPORABNOST V ZDRAVSTVENI NEGI

Leta 1966 je Hammond zapisal, da je potrebno in nujno, da so diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki popolnoma kompetentni na področju načrtovanja in pridobivanja informacij o pacientu in prav zato morajo biti dobro teoretično izobraženi. To jim omogoča, da lahko poiščejo prava dejstva in ocenijo prave dokaze. Učinek teh spretnosti in teoretičnega znanja imajo za rezultat postavitve učinkovite negovalne diagnoze (Taylor, et al., 2008). V zagotavljanju zdravstvenega varstva je kakovostna oskrba pacienta odvisna od sposobnosti medicinskih sester za pripravo popolnega in izčrpnega načrta zdravstvene nege. Izziv za mnoge ustanove je, kako pomagati diplomiranim medicinskim sestram in diplomiranim zdravstvenikom, da bi izboljšali svoje razumevanje negovalnih diagnoz in razvili ustrezne veščine, da bi jih tudi uporabljali pri načrtovanju svojih aktivnosti (Ting – Ting, 2005). Keenan, et al. (2003 cited in Thorddsen & Ehnfors, 2006) v svoji raziskavi poudarja, da je zelo pomembno, da diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki dobro razumejo koncepte zdravstvene nege, da bi lahko učinkovito uporabljali negovalne diagnoze, izide in intervencije v smeri zanesljivosti in veljavnosti le teh.

Veliko raziskav iz področja negovalnih diagnoz poudarja, da je uvajanje negovalnih diagnoz v vsakodnevno prakso diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov za njih velik izziv iz veliko razlogov. Avtorji teh raziskav domnevajo, da so dejavniki, ki vplivajo na zakasnelo uvajanje in neuporabo negovalnih diagnoz, različni. Največkrat so razlogi v pomanjkanju praktičnega znanja pri uporabi diagnostičnih postopkov, kompleksnosti in zapletenosti izražanja, lahko tudi ni izdelanega računalniškega klasifikacijskega sistema ter nezadostne podpore ustanov (Paganin, et al., 2008).

Tradicionalno izobraževanje diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov je povzročilo, da je bila velika večina diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov usposobljenih oceniti pacientovo stanje na podoben način. V interakcijah s pacientom stadiplomirana medicinska sestra in diplomirani zdravstvenik pokazala veliko znanja na področju komunikacije in učinkovitost na področju svetovanja pacientom. Tudi v srečanjih s pacientom diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki veliko raje uporabljajo klasičen negovalni model in klinična orodja kot klinično anamnezo pacientove bolezni, da bi jo vodila k dokončni zdravstveni diagnozi in pravilni obravnavi le te (Young, et al., 2009).

V zdravstveni negi je diagnosticiranje razumljeno enako kot v drugih skrbstvenih znanostih (medicina, klinična psihologija, sociologija medicine): da je to proces, ki vodi k formuliranju diagnoze (Zarzycka & Gorajek – Jozwik, 2004). Diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki vedno interpretirajo podatke o pacientu z namenom, da nanje tudi reagirajo ne glede na to, ali jih poimenujejo negovalna diagnoza ali ne (Levin, et al., 2004). Avtorice tudi navajajo, da mnogo dejavnikov v treh velikih kategorijah – zahteve diagnosticiranja, situacija in tisti, ki diagnosticira – vplivajo na natančnost podatkov diplomirane medicinske sestre ali diplomiranega zdravstvenika o pacientovem stanju ter zaradi tega tudi na diagnozo. Uspešna izvedba vseh korakov procesa zdravstvene nege zahteva visok nivo spretnosti in kritično razmišljanje diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov. Kritično razmišljanje je nujno potrebno za odločanje pri diagnosticiranju v zdravstveni negi (Collins, 2013) in je tudi odločilen element v praksi zdravstvene nege (Aries, 2006). Diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki vsakodnevno sprejemajo odločitve, ki vplivajo na kakovost življenja pacientov, navaja v svojem članku Arries (2006) in dodaja, da je kakovost teh odločitev srce procesa, ki zagotavlja kakovostno zdravstveno nego.

Z negovalnimi diagnozami kot temeljem zdravstvene nege morajo diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki razvijati diagnostične sposobnosti, da bi lahko postali dobri diagnostiki. Razvijati morajo tudi sposobnosti kritičnega mišljenja za uporabo v diagnostičnem procesu. Ta sposobnost je nujno potrebna in je ena od osnov zdravstvene nege. V procesu diagnosticiranja je znanje, kako uporabiti negovalne

diagnoze in jih pravilno prilagoditi vsakemu posameznemu pacientu eno izmed osnovnih znanj medicinskih sester (Lunney, 2010). Področje negovalnih diagnoz je tisto, ki pokaže sposobnosti diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov za kritično razmišljanje in odločanje. Omogočajo tudi dosledno in splošno razumljivo terminologijo diplomiranim medicinskim sestram in diplomiranim zdravstvenikom, ki delajo na različnih delovnih področjih; bolnišnicah, ambulantah, negovalnih oddelkih in v privatni praksi (Wilkinson, 2005).

Faktorjev, ki vplivajo na uporabo negovalnih diagnoz je mnogo, predvsem pa je pomembno kaj ljudje čutijo do določenega koncepta oziroma kako doživljajo vse, kar je povezano z njim (Fishbein, 1967 cited in Romero-Sanchez & Paloma-Castro, 2013). Odnos, ki ga kažejo diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki do nekega koncepta je že pokazatelj tega, ali ga bodo uporabljali in sčasoma tudinjegove uporabnosti (Guedes, et al., 2012 cited in Romero-Sanchez & Paloma-Castro, 2014). Negovalne diagnoze so postale praksa v zdravstveni negi in diplomirane medicinske sestre in diplomirane zdravstvenike je bilo za njihovo uporabo potrebno ustrezno podpreti in opogumiti, kljub vsemu temu pa se je izkazalo, da se v mnogih državah ne uporabljajo, navajajo Romero-Sanchez, et al. (2013). Ugotavljajo tudi, da je zelo pomembno, kakšen odnos imajo diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki do koncepta negovalnih diagnoz, predvsem pa, ali je možno ta odnos spremeniti na način, da se privede do njihove večje uporabnosti v praksi. Raziskave iz področja kompetenc diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov za uporabo negovalnih diagnoz za opisovanje pacientovih problemov so pokazale različne ugotovitve in so bile odvisne od izobrazbe sodelujočih, mesta zaposlitve oziroma specialnosti, politike ustanove kot tudi od tega, za katero populacijo so se uporabljale (King et al., 1997; Szaflarski, 1997; Chartier, 2001 cited in Ting – Ting, 2005). Bruylants, et al. (2013) v svojem članku tudi opozarjajo, da obstaja vrzel v literaturi - ali izobraževalni programi v zdravstveni negi dovolj dobro predstavijo in spodbujajo proces diagnosticiranja v smislu koristnega vpliva na kakovost procesa zdravstvene nege v bodočnosti.

2.3 PROFESIONALIZEM

Profesija v latinščini pomeni poklic, ki zahteva specialna znanja in običajno dolgo in intenzivno akademsko pripravo (Alidina, 2013), izraz profesionalizem pa je nadalje opisan kot poklic ali oblika zaposlitve, ki zagotavlja storitve, ki so potrebne za družbo in ima značilnosti strokovnosti, samostojnosti, dolgo akademsko pripravo, predanost in odgovornost (Huber, 2000 cited in Alidina, 2013). Na drugi strani pa so značilnosti profesionalizma opredeljene kot ravnanje, cilji ali lastnosti, ki so značilne ali so znak profesije ali profesionalne osebe (Schwirian, 1998 cited in Alidina, 2013), to se nanaša na ravnanje, kvaliteto in/ali cilje, ki jo določajo in običajno opisujejo vedenja, ki so pričakovana od vsakega člana neke profesionalne skupine (Tanaka, et al., 2014). Profesionalizem pa je definiran tudi kot »vljudno, vestno, poslovno vedenje na delovnem mestu, ki je skladno z strokovnimi in etičnimi standardi neke profesije« (Merriam-Webster OnLine, 2010 cited in Primm, 2010). V definiciji profesionalizaciji Houle (1980 cited in Starc, 2014, p.30) našteva katere povezave imajo sodobne profesije – povezane so z znanjem, univerzami, visokim statusom, visokim družbenim slojem, s prepričanji in postopki, vzvodi moči ter z dejavnostmi, ki jim mnogi prepisujejo visoko vrednost.

Profesionalizem je po Slovarju slovenskega knjižnega jezika (SSKJ2, 2014) strokovno tj. dobro/kvalitetno opravljanje neke poklicne dejavnosti, ki zahteva posebno znanje. Abbott (1988 cited in Mivšek, 2012, p.45) piše, da je profesionalizem način institucionalizacije abstraktnega a uporabnega ekspertnega znanja, ki navadno ščiti glavne vrednote družbe.

Profesionalizem je zgradba, ki presega kulturo. Sestavni deli profesionalizma in okolja so neločljivo povezani. Yam (2004) navaja, da mora vsak poklic, ki želi biti prepoznan kot profesija vsebovati določene lastnosti. Že leta 1915 je Flexner identificiral več značilnosti profesionalizma, ki so veljavne tudi v sedanjem času: znanje, specializacija, intelektualna in osebna odgovornost ter dobro razvita skupinska zavest. Nekateri avtorji ponujajo različne poglede na pomen profesionalizma, ki vključujejo tudi odgovornost (Batey & Lewis, 1982 cited in Baumann & Kolotylo, 2009), avtonomijo (Ballou, 1998 cited in Baumann & Kolotylo, 2009), povpraševanje in sodelovanje (Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), 2007 cited in Baumann & Kolotylo, 2009), ter etiko in

vrednote (Leddy & Pepper, 1985 cited in Baumann & Kolotylo, 2009), Wyndova (2003) pa navaja še poklicno organizacijo in delo. Tudi Pahorjeva (2006, p. 29) v svojem delu navaja, da je za profesionalizem značilen poudarek na etičnem vidiku; profesionalci postavljajo interese klienta pred lastne interese.

Alidina (2013) navaja, da je profesionalizem proces, skozi katerega človek postane socializiran v svojem poklicu. Potrebno ga je gledati kot proces s katerim človek doseže znanje, spretnosti in občutek za pomen poklicne identitete v profesiji, ki zajema ponotranjenje poklicnih vrednot in norm v neki poklicni skupini, Hwang, et al. (2009) ter Wyndova (2003) pa profesionalizem razlagajo kot zavezanost poklicu in poklicni identiteti. Şahman (2008; cited in Çelik, et al., 2011) poudarja pozitiven vpliv profesionalizacije in navaja, da le ta vodi k izboljševanju znanja in veščin v določenem poklicu ter ima pozitiven vpliv na produktivnost in kakovost neke organizacije.

Starc (2011, p. 29) v svoji doktorski disertaciji navaja, da Turner (1995) profesionalizacijo pojmuje kot poklicno strategijo, pri kateri družbene skupine poskušajo nadzorovati svoj prostor, Larsonova (1977 cited in Starc, 2011, p. 29) pa pravi, da je profesionalizacija poskus prevajanja ene vrste redkih virov, t. i. tihega znanja in veščin, v drugo, t. i. družbene in ekonomske koristi/nagrade.

Schwirian (1998 cited in Kolenc, 2010) navaja, da profesionalizem pomeni tudi preobrazbo neke določene dejavnosti, ki se je vse do tega trenutka opravljala svobodno in neformalno (navaja, da običajno v okviru z drugo profesionalno dejavnostjo), v profesijo. Takšen proces se začne z zbiranjem nekih točno določenih družbenih pravic ter tudi dolžnosti za ljudi, ki neko določeno dejavnost opravljajo. To vodi do njene institucionalizacije v celoti in le ta zaključuje profesionalizacijo. Izbrana dejavnost na ta način postane osnovna življenjska dejavnost, ki jo ti ljudje opravljajo in za njeno izvajanje prejemajo plačilo ali nadomestilo. Profesionalizem privlači uporabnike, saj pomeni zagotovilo za kakovostne storitve in obenem motivira izvajalce določene dejavnosti, ki v profesionalizaciji vidijo sredstvo za dvig cene svojih strokovnih storitev (Fournier, 1999 cited in Mivšek, 2012, p. 46) ter možnosti za pridobitev družbenega ugleda. Temelji na medsebojnem zaupanju; laiki morajo zaupati strokovnjakom, medtem ko morajo

strokovnjaki upravičiti zaupanje. V zameno dobijo družbeno priznanje, višji status in avtoriteto (Evetts, 2003 cited in Mivšek, 2012, p. 46).

2.3.1 Profesionalizem v zdravstveni negi

Razvoj profesionalne identitete je pomemben proces v vsakem poklicu (Secrest, et al., 2003 cited in Deppoliti, 2008). Že v zgodovini so diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki naleteli na težave, ko so želeli opredeliti zdravstveno nego in jo ločiti od drugih poklicev v zdravstvu (Deppoliti, 2008). Razvoj zdravstvene nege od »vajeniškega« modela Nightingalove v profesionalno stroko je bila težko izbojevana bitka za pionirke v zdravstveni negi (Yam, 2004). Starc (2014, p. 46) navaja, da je bila začetnica sodobne profesionalizacije zdravstvene nege Ethel Bedford – Fenwick, ki je bila po konceptu dela nasprotnica Florence Nightingale in da je za zdravstveno nego kot osnovo za poklicno delo želela doseči registracijo z državnim izpitom. Pahorjeva (2006 cited in Starc, 2014, p. 47) pa pravi, da je Florence Nightingale s preoblikovanjem zdravstvene nege iz obrti v profesijo razvila strategijo podrejenosti zdravstvene nege navzven (zdravnikom) in s tem ohranila samostojnost navznoter (notranja poklicna hierarhija). Tudi Holtova (2013) v svojem delu navaja, da je bil za profesionalizacijo zdravstvene nege pomemben razvoj ter da si je Nightingalova prizadevala, za razlikovanje med profesionalci v medicini in profesionalci v zdravstveni negi in nadaljuje, da so bile diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki skozi 20. stoletje zatirani v smislu profesionalizacije in podrejene profesionalcem iz področja medicine. Birksova, et al. (2010) navajajo, da je profesionalizem pomemben ter da je to pričakovana lastnost na vseh področjih in na vseh nivojih prakse zdravstvene nege. Profesionalizem v zdravstveni negi je tudi ključnega pomena za verodostojnost in za pozitivno podobo zdravstvene nege v svojem članku poudarja Primmova (2010), nadaljuje pa, da stopnja profesionalizma, ki jo medicinske sestre kažejo pri svojem delu lahko direktno vpliva na to, kako jih vidijo drugi.

Profesionalizacija zdravstvene nege je element, o kateri se veliko razpravlja (Domanjko & Pahor, 2010) in kot navaja Wyndova (2003), je tudi poklicni status zdravstvene nege pogosto izpostavljen tako notranjim kot zunanjim razpravam. Zgodovinarji, sociologi in

tudi same diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki si prizadevajo za odločitev, ali je profesionalizem prisoten v poklicu, ki se imenuje zdravstvena nega (Calder, 1997; Castledine, 1998; Kinnear, 1994; Reverby, 1989; Ruddy, 1998 cited in Wynd, 2003). V 100 letih, odkar poteka uvajanje profesionalizacije zdravstvene nege je opaziti, da je bilo pri tem projektu dosežene nekaj avtonomije in samostojnosti; še vedno pa je opaziti, da to področje obvladuje medicina (MacDonald, 1995 cited in Kolenc, 2010). Tanaka, et al. (2014) v svojem članku navajajo, da je bil profesionalizem prepoznan kot pomemben v zdravstveni negi in če ga želimo izboljševati, je ključnega pomena izdelava natančnega načrta, kako ga doseči: kot celote in kot individualna vedenja, ki sestavljajo profesionalizem.

Razprave o vsebini in opredelitvi vloge zdravstvene nege kot profesije so potekale že dolgo, opisana je kot teorija, ki je sistematična, veljavna, družbeno sprejeta, ima kodeks etike ter svojo kulturo (Andersson, et al., 2007). Najbolj pogosti kriteriji, ki opredeljujejo profesionalizem v zdravstveni negi so znanje, avtonomija in delovanje v smislu pomoči drugim. Skela Savič in drugi (2016) v svoji raziskavi navajajo, da profesionalnost v zdravstveni negi pomeni biti sočuten, skrben, imeti etične vrednote, skrbeti za lasten kontinuiran razvoj ter razvoj drugih, biti odgovoren, sposoben delovati ter biti fleksibilen (Fantahun, et al., 2014 cited in Skela Savič, et al., 2016). Da pa bi razumeli dejavnike, ki definirajo profesijo zdravstvene nege danes, je potrebno razumeti tudi njen razvoj skozi zgodovino, pišeta v svojem članku Manzano – García in Ayala – Calvo (2014). Navajata še, da je zdravstvena nega tradicionalna in hkrati mlada profesija; tradicionalna v smislu, da odkar obstaja človeštvo je tudi skrb zanj, mlada pa zato, ker do 19. stoletja ni bilo nekega specifičnega izobraževanja (Hackmann, 2011 cited in Manzano – García & Ayala – Calvo, 2014). Znanje v zdravstveni negi je močna osnova za specializirano izobraževanje, kamor sodi tudi praktično izobraževanje v zdravstveni negi. Profesionalna avtonomija ima moč nad profesijo in odgovornost nad odločitvami in aktivnostmi v zdravstveni negi, pomagati drugim pa v zdravstveni negi pomeni izvajati aktivnosti, ki ljudem zagotavlja primerno oskrbo (Zakari, et al., 2010).

Ena najštevilčnejših in najbolj heterogenih ženskih profesionalnih skupin so medicinske sestre in na svetu jih je približno 12 milijonov. Sicer, navaja Kolenčeva (2010, p. 82), pa je profesionalizacija poklica medicinske sestre zelo različna. Navaja še, da variira od

najnižje in vse do visoko razvitega poklica, zelo pa je tudi odvisno v katerih družbenih razmerah se opravlja. Leta 1984 je Barbara Kemp Miller razvila model, ki ga je imenovala »Krog profesionalizma v zdravstveni negi« da bi raziskala pojem profesionalizma. Ta model je bil razvit kot odgovor na potrebo diplomiranih medicinskih sester, da prepoznajo dejavnike in vedenja, ki so potrebna za profesionalizem v zdravstveni negi (Miller, 1988; Adams & Miller, 2001; Miller, et al., 1993 cited in Alidina, 2013). Profesionalno vedenje, ki ga vsebuje krog Millerjeve, so prepoznali kot pomembno tudi sociologi, vodilni v zdravstveni negi in tudi Ameriška zveza medicinskih sester (American Nurses Association – ANA) (Rhodes, et al., 2012).

Profesionalizem v zdravstveni negi se je okrepil skupaj z širjenjem njene vloge v zdravstvenem sistemu, ki se naglo spreminja. Profesionalizem v zdravstveni negi odraža način, kako diplomirane medicinske sestre vidijo svoje delo in je vodilo za ravnanje diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov v praksi zdravstvene nege. Na ta način diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki zagotavljajo varnost pacientov in njihovo kakovostno oskrbo (Hwang, et al., 2009). Tudi Skela Savič in drugi (2016) navajajo, da profesionalizem kot koncept odraža percepcijo dela v zdravstveni negi in vpliva na delo izvajalcev zdravstvene nege, da zagotavljajo kakovostno in varno obravnavo (Čelik & Hisar, 2012; International Council of Nurses (ICN), 2012; Keeling & Templeman, 2013 cited in Skela Savič, et al., 2016).

2.3.2 Izobraževanje in znanje kot element profesionalizma v zdravstveni negi

Znanje je po mnenju mnogih sociologov bistven element profesionalizma (Halliday, 1987; Abbott, 1988; MacDonald, 1995 cited in Mivšek, 2012, p. 61). Razvoj profesionalne identitete se ne zgodi po naključju, ampak se zanaša na številne dejavnike, ki sestavljajo profesionalne značilnosti medicinskih sester. Izobrazba je prepoznana kot odločilen element v razvoju njihove profesionalne identitete. Sprejemanje učenja je nikoli zaključen proces, ki zagotavlja, da se praksa na individualni ravni razvija in da je status profesije v celoti zaščiteno (Birks, et al., 2010). Osnovna značilnost profesij je velika specializiranost njihovega dela – ne standardizirano in generalizirano – ter zahteva po posebnih znanjih in spretnostih, ki pogojujejo dolgotrajno in vseživljenjsko izobraževanje

(Freidson, 2001 cited in Mivšek, 2012, p. 61). Številni teoretiki zdravstvene nege so zagovarjali, da se znanje zdravstvene nege razlikuje od drugih znanj kot npr. medicinskega ali znanja iz področja socialnega dela in kako je pomembno, da ima zdravstvena nega svoje ogrodje znanj, ki je specifično. Na ta način se definira kot samostojno področje z svojimi pravicami (Holt, 2013). Izobraževanje je priznana strategija skozi katerega se profesionalni status zdravstvene nege razvija, tako na mikro kot makro ravni (Keogh, 1997; Wynd, 2003; Wolf & Hoerst, 2007 cited in Birks, et al., 2010). Za razvoj profesionalizacije zdravstvene nege je kontinuiteta procesa izobraževanja, učenja in vseživljenjskega učenja v tesni povezavi z razvijanjem ter nadgradnjo človeškega kapitala. Praktika zdravstvene nege razumemo kot profesionalca (Starc, 2014, p. 14).

Stalen profesionalen razvoj je nujen za rast prakse zdravstvene nege in za napredek zdravstvene nege kot profesije (Nursing and Midwifery Council, 2006 cited in Watkins, 2011). Če želi biti neka praksa profesija, potem mora vsak član neke prakse iti skozi dolgo pot izobraževanja. Izobraževanje in globina znanja je v tem procesu temeljen element, ki ločuje profesijo od drugih poklicnih skupin (Çelik, et al., 2011). Isti avtorji tudi navajajo, da mora biti izobraževanje za profesijo enaka najmanj dodiplomskemu izobraževanju.

Avtorji potrjujejo, da se profesionalizacija lahko doseže s formalnim izobraževanjem (Bottery, 1998; Gerissh, et al., 2003; Yam, 2004 cited in Watkins, 2011). Praksa dokazuje, da izobraževanje po kvalifikaciji pripomore k razvoju profesionalnih vrednot povezanih z sistematičnem dvigovanjem znanstvenega znanja in rastjo profesionalnih odločitev skozi razvoj kritičnega mišljenja in odločitev na podlagi z dokazi podprte prakse (Nolan et al., 2000; Whyte, et al., 2000; Yam, 2004 cited in Watkins, 2011). Vseživljenjsko izobraževanje je odločilno v zdravstveni negi kot profesiji. Zdravstvena nega se stalno spreminja in razvija in pomembno je, da zaposleni v zdravstveni negi stalno spremljajo nove informacije, nove smernice in tudi razvoj tehnologije na svojem področju (Primm, 2010).

Profesionalnost se razvija skozi socializacijski proces, ki pa se začne s formalnim, začetnim izobraževanjem, da se doseže znanje in veščine. Kariera in delovne izkušnje

sledijo, dostikrat z privzemanjem vedenja in odnosa v določeni profesionalni skupini (Castledine, 1998; Ruddy, 1998 cited in Wynd, 2003).

Visoki standardi in praksa v zdravstveni negi sta vedno bolj poudarjena dejavnika. Napor, da se je to doseglo, je privedel do večje profesionalizacije kot tudi k napredku v izobraževanju v zdravstveni negi in izboljševanju prakse (Hwang, et al., 2009). Tudi Skela Savič (2012) navaja, da sta znanje medicinskih sester in vključenost v raziskovalno dejavnost zelo povezana s samim spremljanjem ter zagotavljanjem kakovosti in tudi vrednotenjem lastnega dela. Allan, et al. (2008 cited in Skela Savič & Kydd, 2011) ugotavljajo, da zdravstvena nega še vedno nima dovolj pozornosti kot profesija in rezultat je podrejenost in neprimeren položaj zdravstvene nege znotraj zdravstvenega sistema. Poleg tega, da zdravstvena nega ne dosega pravega priznanja kot profesija, pa morajo diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki zadovoljiti potrebe in zahteve zdrave in bolne populacije, ki so večje, kot demografske spremembe, nove tehnologije, porasta zavedanja pravic pacientov in njihovih večjih pričakovanj ter drugih dejavnikov (Lohmann, 2004 cited in Skela Savič & Kydd, 2011).

Ustrezní pristop do izobraževanja za poklic je ključnega pomena za profesionalizacijo (Büscher, et al., 2009 cited in Skela Savič, 2012). Pahorjeva (2006) navaja, da so višanje izobrazbe pripadnikov poklicne skupine, večanje pomena teoretičnih znanj in najmanj štiriletno postsekundarno izobraževanje za začetek dela nekatere od značilnosti procesov profesionalizacije.

Larsonova (1977 cited in Starc, 2011) pravi, da je sam projekt profesionalnosti zelo harmoničen ter tudi celosten proces. Lahko tudi povzroči družbeno mobilnost ter nadzor nad trgom. Znanju opredeljuje kot relativno redek vir (npr. specialno znanje, veščine) in navaja tudi, da zaradi ohranitve njegove relativne redkosti lahko predstavlja »težnjo k monopolu znanja na trgu in v stratifikacijskem sistemu«.

Pri svojem delu praktiki zdravstvene nege morajo uporabljati svoje znanje, spretnosti in veščine oziroma t.i. profesionalne kompetence (Starc, 2011, p.62), kompetence pa skupaj s profesionalnimi vrednotami predstavljajo temelj delovanja v zdravstveni negi (Fisher,

2014; Lombarts, et al., Gallegos & Sortedahl, 2015 cited in Skela Savič, et al., 2016). Razvijanje, vzdrževanje, presojanje in vrednotenje kompetenc diplomiranih medicinskih sester je eno izmed največjih izzivov s katerimi se srečuje profesija zdravstvene nege pravi Smithova (2012) in nadaljuje, da diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki zagotavljajo pomembno oskrbo milijonom ljudi, ki so hospitalizirani vsako leto zaradi bolezni ali poškodbe. V teoriji je pri tem pomembno, da to zdravstveno nego zagotavljajo diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki z licenco in določenimi certifikati in pričakovano je, da je opravijo varno in kompetentno. Ustanovitev in s tem uveljavitev lastnega in novega temeljnega znanja zahteva sama profesionalizacija zdravstvene nege. V to temeljno znanje morajo biti vključene vsebine specifičnega človekovega kapitala (tj. znanstveni ter strokovni). V vsakodnevni praksi kompleksnost zdravstvene nege potrebuje praktika, ki je sposoben združevanja »novih povezav med koncepti«. (Mars & Lowry, 1994 cited in Starc, 2011, p. 63). Profesionalna oseba je tista, ki ima in išče višji nivo znanja in izkušenj, je oseba, ki svoj poklic visoko spoštuje in to pričakuje tudi od drugih. Krepi se z zaupanjem v svoje sposobnosti in delo na podlagi stalnega pridobivanja znanja, veščin in izkušenj (Birks, et al., 2010).

Yam (2004) navaja, da je znanje diplomiranih medicinskih sester drugačno kot biomedicinsko, je edinstvena sinteza umetnosti izvajanja zdravstvene nege v praksi in uporabe znanosti.

Kolenčeva (2010) v svojem delu navaja, da so večje možnosti reševanja profesionalnih konfliktov, če je razvit sistem znanja; s tem bo imela profesija višji status in prestiž v družbi. Takšna povezava med prestižem in znanjem pa dovoljuje razviti dober sistem znanja in to si lahko predstavljamo kot situacijo, kjer imajo lahko tisti, ki imajo moč, lahko tudi boljše možnosti za pridobivanje znanja.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Profesionalizem sestavlja več elementov: znanje, specializacija, intelektualna in osebna odgovornost ter dobro razvita skupinska zavest, avtonomija, odgovornost, povpraševanje in sodelovanje, etika, vrednote, poklicne organizacije in delo. V magistrskem delu želimo proučiti pomen znanja o negovalnih diagnozah, njihovo uporabo in pomen za razvoj profesionalizma v zdravstveni negi.

Namen magistrskega dela je ugotoviti mnenja in stališča diplomiranih medicinskih sester o tem, ali diplomirane medicinske sestre povezujejo teoretično znanje in uporabnost negovalnih diagnoz s profesionalizmom v zdravstveni negi.

Cilji magistrskega dela:

C1 – ugotoviti v kolikšni meri diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki povezujejo profesionalnost in svoj lasten kontinuiran razvoj

C2 – ugotoviti v kolikšni meri diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki povezujejo teoretična izhodišča in znanje o negovalnih diagnozah s profesionalnostjo v zdravstveni negi

C3 - ugotoviti v kolikšni meri diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki povezujejo profesionalnost z zdravstveno nego

C4 – ugotoviti v kolikšni meri diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki povezujejo splošno znanje s profesionalnostjo v zdravstveni negi

C5 – ugotoviti v kolikšni meri diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki povezujejo znanje o negovalnih diagnozah z znanjem kot elementom profesionalnosti

C6 – ugotoviti v kolikšni meri se stališča diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov o znanju in uporabi negovalnih diagnoz v povezavi z večjo profesionalnostjo v zdravstveni negi razlikujejo glede na demografske podatke.

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE

H1 – Obstajajo statistično pomembne razlike v stališčih diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov o teoretičnih izhodiščih in uporabnosti negovalnih diagnoz glede na ustanovo in delovišče (klinični oddelek, enota intenzivne terapije), spol, starost in delovno dobo.

H2 – Obstajajo statistično pomembne razlike v mnenjih in stališčih diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov o profesionalizmu v zdravstveni negi glede na ustanovo in delovišče (klinični oddelek, enota intenzivne terapije), spol, starost in delovno dobo.

H3 – Obstajajo statistično pomembne razlike v mnenjih in stališčih diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov o splošnem znanju kot elementu profesionalnosti v zdravstveni negi glede na ustanovo in delovišče (klinični oddelek, enota intenzivne terapije), spol, starost in delovno dobo.

H4 – tisti zaposleni, ki pri svojem delu uporabljajo proces zdravstvene nege se statistično bolj pomembno zavedajo potrebnosti teoretičnega znanja in uporabnosti negovalnih diagnoz

H5 – Uporabo negovalnih diagnoz je mogoče pojasniti z deloviščem diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov, spolom, starostjo, delovno dobo, z znanjem o teoretičnih izhodiščih o negovalnih diagnozah, z izobraževanjem o negovalnih diagnozah, z znanjem kot elementom profesionalnosti, z profesionalnostjo v zdravstveni negi.

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Magistrsko delo temelji na neeksperimentalni kvantitativni raziskovalni metodi. Teoretični del raziskave temelji na pregledu literature, drugi del pa temelji na empirični kvantitativni raziskavi. Za potrebe teoretičnega dela magistrskega dela smo pregledali literaturo iz podatkovnih baz CINAHL, PROQUEST, ERIC, MEDLINE, PUBMED ter SPRINGERLINK z iskalnimi poizvedbami: nursing, nursing process, nursing diagnosis, knowledge, use, professionalism, professional identity, z logičnimi operaterji and v različnih kombinacijah z omejitvijo na polni tekst in časovno omejitvijo na pet (izjemoma 15) let zaradi relevantnosti literature.

Slovensko literaturo smo pregledali s pomočjo podatkovne baze COBISS. Uporabili smo naslednje ključne besede: zdravstvena nega, proces zdravstvene nege, negovalne diagnoze, znanje, profesionalizem in profesionalizem v zdravstveni negi in se omejili na zadnjih pet (izjemoma 10) let.

Izbrali smo neeksperimentalni opisni eksplorativni kvantitativni raziskovalni dizajn. Podatke smo pridobili s strukturiranim anketnim vprašalnikom.

3.3.2 Opis spremenljivk in merskega instrumenta

Za izvedbo empirične neeksperimentalne kvantitativne raziskave smo podatke zbirali s tehniko anketiranja. Vprašalnik je bil sestavljen iz petih vsebinskih sklopov. Prvi sklop je vseboval vprašanja o socialno demografskih značilnostih anketirancev ($n = 8$). Drugi sklop je vseboval vprašanja v obliki trditev o profesionalizaciji v zdravstveni negi ($n = 22$). Tretji sklop je vseboval vprašanja v obliki trditev o teoretičnih izhodiščih in znanju ($n = 20$) o procesu zdravstvene nege in negovalnih diagnozah. Četrty sklop je vseboval vprašanja v obliki trditev o uporabnosti negovalnih diagnoz v praksi ($n = 15$), peti sklop pa je vseboval vprašanja v obliki trditev o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi ($n = 19$). Vprašalnik je bil sestavljen s pomočjo petstopenjske ordinalne

lestvice strinjanja. V vprašalniku je stopnja 1 pomenila, da se s trditvijo respondenti nikakor ne strinjajo, stopnja 2, da se ne strinjajo, stopnja 3, da se niti ne strinjajo ali da se niti strinjajo, stopnja 4, da se strinjajo in stopnja 5, da se popolnoma strinjajo.

Anketni vprašalnik smo oblikovali na podlagi pregledane literature. Izhajali smo iz člankov avtorjev:

- Paganinove s soavtorji, (2008), kjer so identificirali vpliv inštitucionalnih, profesionalnih in osebnostnih dejavnikov na medicinske sestre in njihovih prizadevanj, da bi pri svojem delu uporabljale negovalne diagnoze,
- Ting-Tingove (2005), ki je raziskovala dejavnike, ki vplivajo na medicinske sestre, da pri svojem vsakodnevnem delu uporabljajo negovalne diagnoze v standardiziranemu načrtu zdravstvene nege,
- Youngove z soavtorji (2009), ki so raziskovali teoretične in praktične vidike, ki bi lahko olajšali razvoj veščin za uporabo varnega in strukturiranega pristopa pri uporabi procesa zdravstvene nege, predvsem negovalne anamneze,
- Goosena (2006), kjer je opisovala primerjavo med različnimi terminologijami v zdravstveni negi in njihove podobnosti,
- Čelikove z soavtorji (2011), ki so raziskovale različne klasifikacijske kriterije in načrte, ki se uporabljajo pri definiranju profesij,
- Domanjkove & Pahorjeve (2010), ki opisujeta negativna stališča nekaterih tehnikov zdravstvene nege v Sloveniji do visoke strokovne ali akademske izobrazbe medicinskih sester ter posledično napetosti znotraj profesije zdravstvene nege,
- Alidine (2013), ki je raziskovala in analizirala fenomen profesionalizma v zdravstveni negi na modelu Millerjeve »Krog profesionalizma v zdravstveni negi« ter identificirala dejavnike, ki opredeljujejo profesionalizem v zdravstveni negi,
- Wyndove (2003), ki v svojem članku predstavlja razlike in odnos med različnimi ravni profesionalizma v zdravstveni negi, izkušnje, doseženo izobrazbo, članstvo v stanovskih organizacijah in specialna znanja medicinskih sester,
- Yam (2004) opisuje nekatere od kompleksnih dejavnikov, ki so vplivali na prehod od poklica do profesije v zdravstveni negi in kateri so.

Zanesljivost instrumenta smo testirali po metodi koeficienta Cronbach alfa. Vprašalnik je zajemal štiri sklope z Likertovo mersko lestvico, kjer smo za vsaki sklop ločeno izračunali koeficient Cronbach alfa. Rezultati v tabeli 1 prikazujejo, da je koeficient Cronbach alfa pri vseh sklopih presegel vrednost 0,7, ki v strokovni literaturi predstavlja prag za dovolj visoko stopnjo zanesljivosti instrumenta na testiranem vzorcu (Nunnally & Bernstein, 1994).

Tabela 1: Zanesljivost instrumenta

Sklop	Število vprašanj	Koeficient Cronbach alfa
Profesionalizacija v zdravstveni negi	22	0,923
Teoretična izhodišča in znanje o negovalnih diagnozah	20	0,936
Uporabnost negovalnih diagnoz v praksi	15	0,933
Znanje kot element profesionalizacije v zdravstveni negi	19	0,934

3.3.3 Opis vzorca

Vodstvom vseh splošnih bolnišnic v Sloveniji (N=10) in smo poslali prošnjo za sodelovanje v raziskavi z vso pripadajočo dokumentacijo. Pristanek na izvedbo raziskave v njihovi ustanovi so podali v Splošni bolnišnici Jesenice, Splošni bolnišnici Brežice, Splošni bolnišnici Slovenj Gradec in Splošni bolnišnici Novo Mesto ter Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergologijo Golnik. Razdeljenih je bilo 348 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 192, kar predstavlja 55,17 % odzivnost.

Raziskavo smo izvedli na vzorcu zaposlenih diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov, ki pri svojem delu uporabljajo proces zdravstvene nege z negovalnimi diagnozami in so zaposleni na kliničnih oddelkih ali enotah intenzivne terapije, sodelovale so tudi koordinatorice zdravstvene nege in vodje enot. V ustanovah, ki so se odločile za sodelovanje smo vodstvo prosili za podatke o številu zaposlenih, vprašalnike pa razdelili glede na to, koliko so jih bili številčno pripravljene sprejeti (Tabela 2). Anketiranje v ustanovah so izvedli njihovi zaposleni, zadolženi za anketiranje.

Tabela 2: Število razdeljenih/vrnjenih vprašalnikov

Bolnišnica	Število zaposlenih na kliničnih oddelkih in enotah intenzivne terapije	Število razdeljenih vprašalnikov	Število vrnjenih	Delež vrnjenih
Splošna bolnišnica Jesenice	106	90	61	67%
Splošna bolnišnica Brežice	59	20	8	40%
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	77	70	33	47,2%
Splošna bolnišnica Novo Mesto	175	127	66	52%
Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergologijo Golnik	55	40	24	60%
SKUPAJ	472	348	192	55,2%

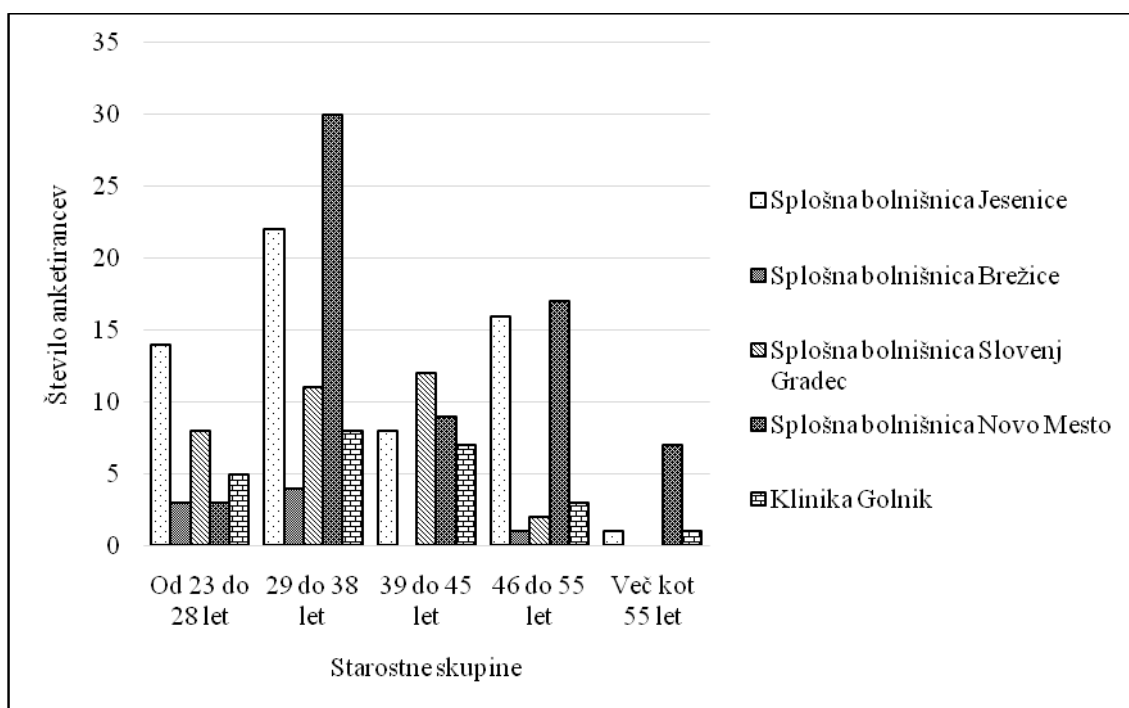
V raziskavi je sodelovalo 192 zaposlenih iz omenjenih slovenskih bolnišnic. Največji delež odgovorov glede na število razdeljenih je iz Splošne bolnišnice Jesenice, najmanjši delež glede na število razdeljenih pa iz Splošne bolnišnice Brežice. V tabeli 3 so predstavljeni podatki o številu zaposlenih na kliničnih oddelkih in enotah intenzivne terapije, posebej so predstavljene koordinatorice oziroma vodje oddelkov. Največji delež odgovorov je v skupini zaposlenih na kliničnih oddelkih (59,38 %), najmanj pa v skupini koordinatoric oziroma vodij enot (11,46 %).

Tabela 3: Število vrnjenih vprašalnikov glede na mesto zaposlitve v posameznih splošnih bolnišnicah

SB	N	Dipl. m. s. na kliničnem oddelku f (%)	Dipl. m. s. v enoti intenzivne terapije f (%)	Koordinatorica oddelka/ vodja oddelka f (%)
Jesenice	61	39 (63,93)	18 (29,51)	4 (6,56)
Brežice	8	0	8 (100)	0
Slovenj Gradec	33	24 (72,73)	5 (15,15)	4 (12,12)
Novo Mesto	66	37 (56,06)	19 (28,79)	10 (15,15)
Klinika Golnik	24	14 (58,33)	6 (25)	4 (16,67)
SKUPAJ	192	114 (59,38)	56 (29,17)	22 (11,46)

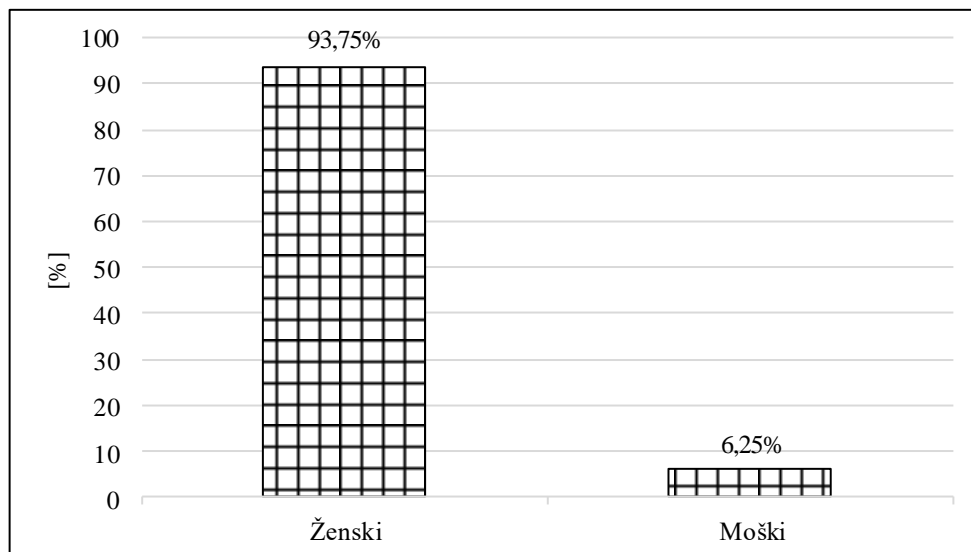
Legenda: N= število anketirancev , f=frekvenca

Največji delež anketirancev na kliničnih oddelkih je glede na število vrnjenih anketnih vprašalnikov v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec (72,73 %), v Splošni bolnišnici Brežice pa ni bilo oddanega anketnega vprašalnika zaposlenih na kliničnih oddelkih, največji delež anketirancev, ki so zaposleni v enoti intenzivne terapije pa je glede na število vrnjenih anketnih vprašalnikov v Splošni bolnišnici Brežice (100 %), najmanj pa v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec (15,15 %). Glede na število vrnjenih vprašalnikov je najmanj koordinatoric/vodij oddelkov sodelovalo v Splošni bolnišnici Jesenice (6,56 %), največ pa v Kliniki Golnik (16,67 %).



Slika 1: Razporeditev anketirancev glede na starost

Na sliki 1 je prikazana razporeditev anketirancev glede na starost. Najbolj je številčna starostna skupina od 29 do 38 let, najmanj pa v skupini nad 55 let.



Slika 2: Razporeditev anketirancev glede na spol

V sliki 2 je prikazana razporeditev anketirancev glede na spol v odstotkih, kjer je razvidno, da je največji odstotek ženskih anketirancev (93,75 %).

Tabela 4: Razporeditev anketirancev glede na spol po posameznih bolnišnicah

Bolnišnica	N	Spol	
		Moški f (%)	Ženski f (%)
Splošna bolnišnica Jesenice	61	7 (11,48)	54 (88,52)
Splošna bolnišnica Brežice	8	0	8 (100)
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	33	2 (6,06)	31 (93,94)
Splošna bolnišnica Novo Mesto	66	2 (3,03)	64 (96,97)
Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergologijo Golnik	24	1 (4,17)	23 (95,83)
SKUPAJ	192	12 (6,25)	180 (93,75)

Legenda: N= število anketirancev, f=frekvenca

V tabeli 4 je prikazana razporeditev anketirancev glede na spol po posameznih bolnišnicah. Največ moških je glede na število oddanih anketnih vprašalnikov sodelovalo v Splošni bolnišnici Jesenice (11,48 %), nič odstotkov pa v Splošni bolnišnici Brežice.

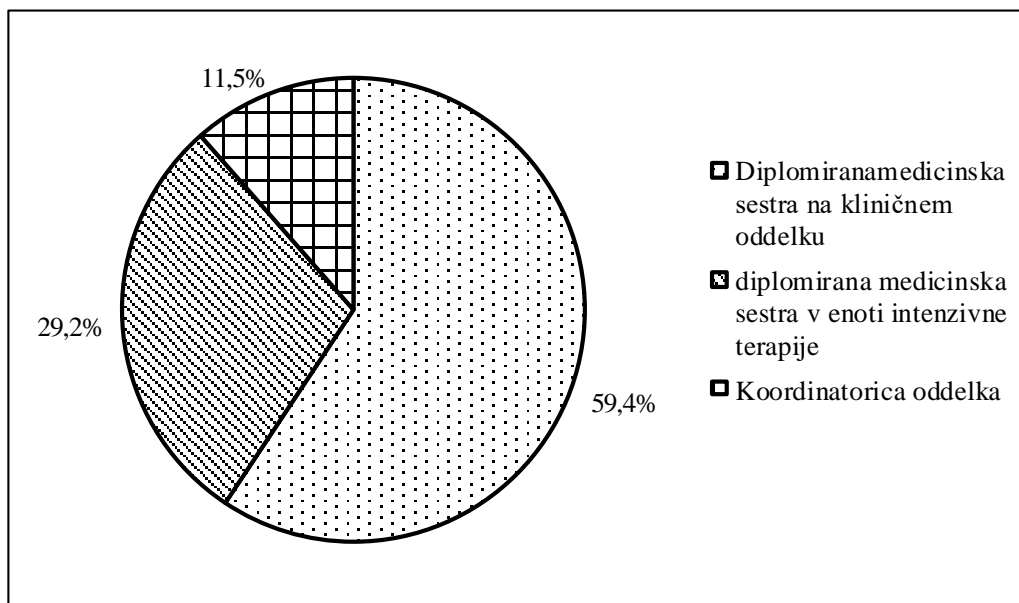
Največ žensk pa je glede na število oddanih anketnih vprašalnikov sodelovalo v Splošni bolnišnici Novo Mesto (96,97 %), najmanj pa v Splošni bolnišnici Jesenice (88,52 %).

Tabela 5: Razporeditev anketirancev glede na delovno dobo

Delovna doba	f	%
Do 3 leta	22	11,46
4 do 10 let	41	21,35
11 do 15 let	40	20,83
16 do 20 let	30	15,63
21 do 25 let	14	7,29
26 do 30 let	12	6,25
Več kot 30 let	33	17,19

Legenda: f=frekvenca, %=odstotek

V tabeli 5 je prikazana razporeditev anketirancev glede na delovno dobo. Razvidno je, da je največji delež anketirancev z delovno dobo od 4 – 10 let, najmanjši delež pa v skupini anketirancev z delovno dobo 26 – 30 let.



Slika 3: Razporeditev anketirancev glede na delovno mesto v odstotkih

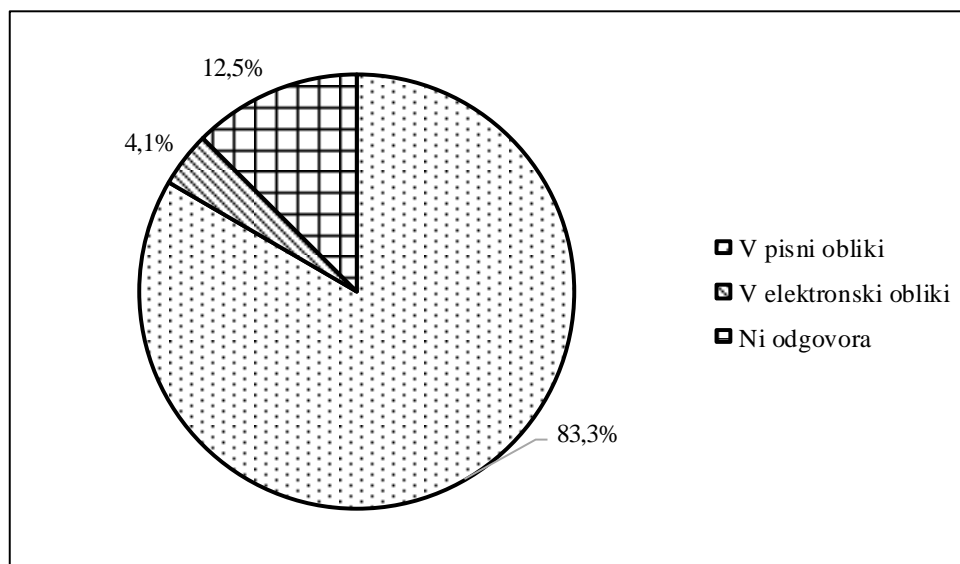
Slika 3 prikazuje razporeditev anketirancev v odstotkih glede na delovno mesto. Iz slike 3 je razvidno, da je največji delež anketirancev zaposlenih na kliničnem oddelku, iz tabele 6 pa je razvidno, da 140 anketirancev pri svojem delu uporablja proces zdravstvene nege z negovalnimi diagnozami, kar predstavlja 72,9 % anketirancev, en anketiranec pa na vprašanje ni odgovoril.

Tabela 6: Razporeditev anketirancev glede na delovno mesto

		f	%
Ali pri svojem delu uporabljate proces zdravstvene nege z negovalnimi diagnozami?	Da	140	72,9
	Ne	51	26,6
	Ni odgovora	1	0,5

Legenda: f=frekvenca, %=odstotek

Na sliki 4 so v odstotkih predstavljeni podatki v kakšni obliki pri svojem delu uporabljajo proces zdravstvene nege. Iz slike je razvidno, da 83,3 % anketirancev uporablja proces zdravstvene nege v pisni obliki, 12,5 % pa v elektronski obliki, 4,1 % anketirancev pa ga pri svojem delu ne uporablja.



Slika 4: Razporeditev anketirancev v odstotkih glede na to, v kakšni obliki pri svojem delu uporabljajo proces zdravstvene nege

V tabeli 7 je prikazana razporeditev anketirancev glede na to, koliko časa preživijo ob pacientu. Več kot pol delovnika preživi ob pacientu 80 anketirancev oziroma 41,7 %, manj kot pol delovnika 31 anketirancev ali 16,1 %, 2 anketiranca ali 1 % se nista opredelila.

Tabela 7: Razporeditev anketirancev glede na organizacija dela, prikazano v frekvencah in odstotkih

Moje delo je organizirano tako, da poteka neposredno ob pacientu?	f	%
Manj kot pol delovnika	31	16,1
Več kot pol delovnika	80	41,7
Cel delovnik	79	41,1
Ni odgovora	2	1

Legenda: F=frekvenca, %=odstotek

V tabeli 8 je prikazana razporeditev anketirancev po posameznih bolnišnicah glede na to, koliko časa poteka njihovo delo neposredno ob pacientu. Anketirancev, ki so neposredno ob pacientu manj kot pol delovnika je največ v Splošni bolnišnici Jesenice (19,67 %), najmanj pa v Kliniki Golnik (12,5 %). Anketirancev, ki opravljajo svoje delo neposredno ob pacientu več kot pol delovnika je najmanj (25 %) v Splošni bolnišnici Brežice, največ pa na Kliniki Golnik (58,33 %), anketirancev, ki pa svoje delo opravljajo neposredno ob pacientu cel delovnik pa je najmanj na Kliniki Golnik (29,17 %), največ pa v Splošni bolnišnici Brežice (75 %).

Tabela 8: Razporeditev anketirancev glede na organizacijo dela v posamezni bolnišnicah, prikazano v frekvencah in odstotkih

SB	N	Moje delo je organizirano tako, da poteka neposredno ob pacientu?			
		Manj kot pol delovnika f (%)	Več kot pol delovnika f (%)	Cel delovnik f (%)	Ni odgovoril f (%)
Splošna bolnišnica Jesenice	61	12 (19,67)	26 (42,62)	23 (37,7)	0
Splošna bolnišnica Brežice	8	0	2 (25)	6 (75)	0

SB	N	Moje delo je organizirano tako, da poteka neposredno ob pacientu?			
		Manj kot pol delovnika f (%)	Več kot pol delovnika f (%)	Cel delovnik f (%)	Ni odgovoril f (%)
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	33	5 (15,15)	12 (36,36)	16 (48,48)	0
Splošna bolnišnica Novo Mesto	66	11 (16,67)	26 (39,39)	27 (40,91)	2 (3,03)
Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergologijo Golnik	24	3 (12,5)	14 (58,33)	7 (29,17)	0
SKUPAJ	192	31 (16,15)	80 (41,67)	79 (41,15)	2 (1,04)

Legenda: N= število anketirancev , f=frekvenca

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Izvedba anketiranja se je pričela februarja 2015 in končala septembra 2015. Vodstvu vseh splošnih bolnišnic v Sloveniji in Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergologijo Golnik (N = 11) smo poslali vso potrebno dokumentacijo za pridobitev dovoljenja za izvedbo raziskave v njihovi ustanovi. Soglasje za izvedbo so potrdili v 5 ustanovah. Ostale splošne bolnišnice so sodelovanje zavrnilo ali sploh niso odgovorile na prošnjo za izvedbo.

V nobeni od sodelujočih ustanov ni bilo potrebno pridobiti dovoljenja etične komisije, ker se anketiranje ni izvajalo s pacienti, ampak z zaposlenimi v ustanovah. Udeležba pri anketiranju je bila anonimna in prostovoljna. Anketni vprašalnik je bil sestavljen tako, da je bilo priloženo tudi navodilo za izpolnjevanje.

Pridobili smo kvantitativne podatke, statistično smo jih analizirali s pomočjo SPSS programa, verzija 20.0 in programa MS Excel 2013. Za posamezne spremenljivke smo uporabili osnovne statistične izračune: aritmetično sredino, standardni odklon, minimalno in maksimalno vrednost, frekvence in odstotke. V nadaljevanju pa smo uporabili še naslednje statistične metode:

- enosmerno ANOVO za ugotavljanje razlik med zaposlenimi v različnih ustanovah, glede na starost, delovno dobo in ustanovo,
- t-test za ugotavljanje razlik glede na spol in delovišče,
- korelacijsko analizo za ugotavljanje povezanosti med trditvami na intervalni lestvici ter demografskimi podatki,
- faktorjske analize za zmanjšanje števila spremenljivk, pri čemer smo dobili latentne spremenljivke (faktorje), ki predstavljajo tisto, kar je spremenljivkam skupnega.

Vrednost $p < 0,05$ je določala statistično pomembnost. Rezultati so prikazani v obliki tabel in grafov.

3.4 REZULTATI

V tem poglavju so predstavljeni rezultati raziskave, ki smo jo izvedli na vzorcu 192 diplomiranih medicinskih sester, ki so zaposlene na kliničnih oddelkih in enotah intenzivne terapije v petih slovenskih bolnišnicah. Rezultati statistične analize so predstavljeni po posameznih zastavljenih vprašanjih. Najprej smo izvedli faktorjsko analizo za vseh petvsebinskih sklopov vprašanj v obliki trditev, nato pa smo z dobljenimi faktorji izvedli nadaljnje analize: ANOVO, t-test in korelacijsko analizo in rezultate prikazali po posameznih hipotezah.

3.4.1 Rezultati anketiranja po posameznih sklopih vprašanj

V prvem sklopu vprašanj o profesionalizaciji v zdravstveni negi smo diplomiranim medicinskim sestram ponudili 22 trditev, do katerih so se morale opredeliti po Likertovi lestvici stališč, kjer je 1 pomenilo, nikakor se ne strinjam, 2 se ne strinjam, 3 niti se ne strinjam, 4 se strinjam in 5 popolnoma se strinjam. Anketiranci so se do posameznih trditev glede na stopnjo strinjanja opredelili kot je prikazano v tabeli 9.

Tabela 9: Teoretična izhodišča o profesionalizaciji v zdravstveni negi

Trditev	N	PV	SO
Glavna značilnost profesionalizacije v zdravstveni negi je odnos med medicinsko sestro in pacientom.	192	4,09	0,685
Za profesionalizacijo zdravstvene nege je značilen etičen vidik.	192	4,22	0,576
Za profesionalizacijo v zdravstveni negi so značilne vrednote.	192	4,27	0,587
Za profesionalizacijo v zdravstveni negi je značilno teoretično znanje.	192	4,23	0,622
Za profesionalizacijo zdravstvene nege je značilno ekspertno znanje.	192	4,08	0,693
Profesionalizacija zdravstvene nege pomeni močan občutek pripadnosti poklicni skupini.	192	3,96	0,741
Za profesionalizacijo zdravstvene nege je zelo pomembna profesionalna organizacija.	192	4,19	0,593
Profesionalizacija zdravstvene nege pomeni samostojnost.	192	4,1	0,686
Profesionalizacija zdravstvene nege pomeni avtonomnost.	192	4,11	0,677
Profesionalizacija v zdravstveni negi pomeni zavezanost delu.	192	4,1	0,675
Profesionalizacija zdravstvene nege pomeni privilegiran status v zdravstvenem sistemu.	192	3,39	0,991
Profesionalizacija v zdravstveni negi pomeni večjo odgovornost.	192	4,11	0,704
Profesionalizacija v zdravstveni negi pomeni popolnost pri delu s pacienti.	192	3,95	0,861
Profesionalizacija v zdravstveni negi pomeni moč.	192	3,47	0,981
Profesionalizacija v zdravstveni negi pomeni večje zadovoljstvo pri delu.	192	3,8	0,816
Profesionalizacija v zdravstveni negi je rezultat podpore vodstva v zdravstveni negi.	192	3,69	0,896
Profesionalizacija v zdravstveni negi vključuje vzorce vedenja in ravnanja.	192	3,95	0,696
Profesionalizacija v zdravstveni negi pomeni idealiziranje poklica diplomirane medicinske sestre.	192	3,36	1,025
Profesionalizacija v zdravstveni negi omogoča samoregulacijo profesije in nadzor nad delom.	192	3,88	0,695
Organizacijska kultura vpliva na profesionalizacijo v zdravstveni negi.	192	3,92	0,711
Profesionalizacija v zdravstveni negi pomeni odličnost.	192	3,85	0,858
Uporaba procesa zdravstvene nege je del profesionalizacije v zdravstveni negi.	192	4,06	0,81

Legenda: N= število anketirancev, PV= povprečna vrednost, odraz lestvice od 1 do 5, SO: standardni odklon

V tabeli 9 so imele najvišjo povprečno oceno strinjanja po Likertovi lestvici od 1 do 5 trditve: »Za profesionalizacijo v zdravstveni negi so značilne vrednote« (PV=4,27; SO=0,587), sledi trditev »Za profesionalizem v zdravstveni negi je značilno teoretično znanje« (PV=0,23; SO=0,622). Kot naslednja izmed tistih z najvišjo stopnjo strinjanja sledi trditev »Za profesionalizacijo zdravstvene nege je značilen etičen vidik« s povprečno vrednostjo 4,22 in standardnim odklonom 0,576. Visoko stopnjo strinjanja je imela tudi trditev »Za profesionalizacijo zdravstvene nege je zelo pomembna profesionalna organizacija« (PV=4,19; SO=0,593), sledita trditvi »Profesionalizacija v zdravstveni negi pomeni večjo odgovornost« (PV=4,11; SO=0,704) in »Profesionalizacija zdravstvene nege pomeni avtonomnost« (PV=4,11; SO=0,677). Sledijo trditve, ki imajo še povprečno vrednost (PV) nad 4: »Profesionalizacija v zdravstveni negi pomeni samostojnost« (PV=4,1; SO=0,686), »Glavna značilnost profesionalizacije v zdravstveni negi je odnos med medicinsko sestro in pacientom« (PV=4,09; SO=0,685), »Uporaba procesa zdravstvene nege je del profesionalizacije v zdravstveni negi« (PV=4,06; SO=0,81). Med trditvami, ki imajo najmanjšo stopnjo strinjanja sta »Profesionalizacija v zdravstveni negi pomeni moč« (PV=3,47; SO=0,981) in »Profesionalizacija zdravstvene nege pomeni privilegiran status v zdravstvenem sistemu« (PV=3,39; SO=0,991), najmanjše strinjanje pa so anketiranci pokazali s trditvijo »Profesionalizacija v zdravstveni negi pomeni idealiziranje poklica diplomirane medicinske sestre« (PV=3,36; SO=1,025).

V drugem sklopu vprašanj o teoretičnih izhodiščih in znanju pri oblikovanju negovalnih diagnoz je bilo diplomiranim medicinskim sestram ponujeno 20 trditev, do katerih so se morale opredeliti po Likertovi lestvici stališč, kjer je 1 pomenilo, nikakor se ne strinjam, 2 se ne strinjam, 3 niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 se strinjam in 5 popolnoma se strinjam. Anketiranci so se do posameznih trditev glede na stopnjo strinjanja opredelili kot je prikazano v tabeli 10.

Tabela 10: Trditve o teoretičnih izhodiščih in znanju pri oblikovanju negovalnih diagnoz

Trditev	N	PV	SO
Negovalna diagnoza je pomemben element zdravstvene nege pacientov.	192	4,12	0,793
Oblikovanje negovalne diagnoze je odločilno dejanje v procesni metodi dela v zdravstveni negi.	192	3,98	0,769
Negovalna diagnoza predstavlja visoko kakovost oskrbe pacienta.	192	3,98	0,828
Postavitev negovalne diagnoze pomeni boljši izid zdravljenja pacienta.	192	3,94	0,881
Negovalna diagnoza je ugotavljanje potrebe po zdravstveni negi pacienta.	192	4,28	0,688
Diplomirana medicinska sestra je pri ugotavljanju pacientovih potreb po zdravstveni negi samostojna.	192	4,14	0,810
Diplomirana medicinska sestra je pri ugotavljanju potreb po zdravstveni negi pacienta neodvisna.	192	3,91	0,891
Za oblikovanje pravilne negovalne diagnoze je potrebno veliko teoretičnega znanja.	192	4,32	0,694
Za oblikovanje pravilne negovalne diagnoze je potrebno veliko praktičnega znanja.	192	4,35	0,701
Za oblikovanje pravilne negovalne diagnoze so potrebne veščine in spretnosti.	192	4,17	0,782
Diplomirana medicinska sestra ima za obravnavo pacientovih potreb po zdravstveni negi ustrezno teoretično znanje.	192	4,05	0,740
Diplomirana medicinska sestra pri postopku ugotavljanja potreb pacientov po zdravstveni negi pospešuje svojo poklicno rast.	192	3,99	0,779
Z oblikovanjem negovalnih diagnoz je postavljena jasna meja med delokrogom diplomirane medicinske sestre in ostalimi člani zdravstvenega tima.	192	3,36	0,893
Negovalna diagnoza je orodje diplomirane medicinske sestre, ki ji olajša odločitev o negovalnih intervencijah pri pacientu.	192	3,94	0,749
Negovalne diagnoze zagotavljajo kontinuiteto dela diplomiranih medicinskih sester.	192	3,90	0,831
Uporaba negovalnih diagnoz povečuje potrebo po kontinuiranem izobraževanju diplomiranih medicinskih sester.	192	4,02	0,828
V naši ustanovi imamo možnost izobraževanja na področju negovalnih diagnoz.	192	3,32	0,959
Imam možnost izobraževanja na področju negovalnih diagnoz izven ustanove, kjer sem zaposlen/a.	192	3,03	1,153
Diagnosticiranje je del profesionalizacije v ZN.	192	3,69	0,890
Teoretično znanje o negovalnih diagnozah je pomemben del profesionalizacije v zdravstveni negi.	192	3,99	0,759

Legenda: N= število anketirancev , PV= povprečna vrednost, odraz lestvice od 1 do 5, SO: standardni odklon

V tabeli 10 so imele najvišjo povprečno oceno strinjanja po Likertovi lestvici od 1 do 5 trditve »Za oblikovanje pravilne negovalne diagnoze je potrebno veliko praktičnega znanja« (PV=4,35; SO=0,701), »Za oblikovanje pravilne negovalne diagnoze je potrebno veliko teoretičnega znanja« (PV=4,32; SO=0,694) ter »Negovalna diagnoza je ugotavljanje potrebe po zdravstveni negi pacienta« (PV=4,28; SO=0,688). Med tistimi z višjo stopnjo strinjanja so še trditve »Za oblikovanje pravilne negovalne diagnoze so potrebne veščine in spretnosti« (PV=4,17; SO=0,782), »Diplomirana medicinska sestra je pri ugotavljanju pacientovih potreb po zdravstveni negi samostojna« (PV=4,14; SO=0,810), »Negovalna diagnoza je pomemben element zdravstvene nege pacientov« (PV=4,12; SO=0,793) in »Diplomirana medicinska sestra ima za obravnavo pacientovih potreb po zdravstveni negi ustrezno teoretično znanje« (PV=4,05; SO=0,740) ter »Uporaba negovalnih diagnoz povečuje potrebo po kontinuiranem izobraževanju diplomiranih medicinskih sester« (PV=4,02; SO=0,828). Trditve, ki imajo najmanjšo stopnjo strinjanja so »Z oblikovanjem negovalnih diagnoz je postavljena jasna meja med delokrogom diplomirane medicinske sestre in ostalimi člani zdravstvenega tima« (PV=3,36; SO=0,893), »V naši ustanovi imamo možnost izobraževanja na področju negovalnih diagnoz« (PV=3,32; SO=0,959), najmanjše strinjanje pa so anketiranci pokazali s trditvijo »Imam možnost izobraževanja na področju negovalnih diagnoz izven ustanove, kjer sem zaposlen/a« (PV=3,03; SO=1,153).

V tretjem sklopu vprašanj o uporabnosti negovalnih diagnoz v praksi je bilo diplomiranim medicinskim sestram ponujeno 15 trditev, do katerih so se morale opredeliti po Likertovi lestvici stališč, kjer je 1 pomenilo, nikakor se ne strinjam, 2 se ne strinjam, 3 niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 se strinjam in 5 popolnoma se strinjam. Anketiranci so se do posameznih trditev glede na stopnjo strinjanja opredelili kot je prikazano v tabeli 11.

Tabela 11: Trditve o uporabnosti negovalnih diagnoz v praksi zdravstvene nege

Trditev	N	PV	SO
Z dokumentiranjem negovalnih diagnoz so potrebe po zdravstveni negi pacienta veliko bolj razvidne.	192	4,07	0,755
Z oblikovanjem negovalne diagnoze se poudari vloga pacienta v negovalnem procesu.	192	4,01	0,752

Trditev	N	PV	SO
Za pravilno uporabo in oblikovanje negovalnih diagnoz je nujno potrebna enotna terminologija.	192	4,26	0,747
Če bi pri oblikovanju negovalnih diagnoz uporabljali standardizirani jezik bi bila njihova uporabnost večja.	192	4,13	0,727
Poenotena terminologija v oblikovanju negovalnih diagnoz olajšuje razmišljanje diplomiranih medicinskih sester.	192	4,06	0,770
Poenotena terminologija pri oblikovanju negovalnih diagnoz izboljšuje komunikacijo med diplomiranimi medicinskimi sestrami.	192	4,09	0,743
Računalniško vodenje negovalne dokumentacije bistveno pripomore k celostni oskrbi pacienta.	192	3,81	0,903
Računalniško vodenje negovalnih diagnoz omogoča večji nadzor nad kakovostjo opravljenega dela zdravstvene nege.	192	3,80	0,941
Poenotena klasifikacija standardnih negovalnih diagnoz bi pripomogla k večji preglednosti potreb po zdravstveni negi pacienta.	192	4,10	0,749
Klasifikacija negovalnih diagnoz je potrebna za različna delovna področja diplomiranih medicinske sestre.	192	4,09	0,703
Uporabnost negovalne diagnoze v praksi je povezano z dodatnim izobraževanjem diplomirane medicinske sestre.	192	3,98	0,727
Za pravilno in ustrezno oblikovanje negovalne diagnoze imamo dovolj časa.	192	3,23	0,997
Vodje imajo veliko vlogo pri uporabi in razvoju negovalnih diagnoz v praksi.	192	3,80	0,895
Negovalne diagnoze so sestavni del profesionalizacije v zdravstveni negi.	192	4,01	0,802
Uporaba negovalnih diagnoz je sestavni del profesionalizacije v zdravstveni negi.	192	3,98	0,792

Legenda: N= število anketirancev , PV= povprečna vrednost, odraz lestvice od 1 do 5, SO: standardni odklon

V tabeli 11 so po Likertovi lestvici od 1 do 5 največjo povprečno oceno strinjanja trditve »Za pravilno uporabo in oblikovanje negovalnih diagnoz je nujno potrebna enotna terminologija« (PV=4,26; SO=0,747), sledi trditev »Če bi pri oblikovanju negovalnih diagnoz uporabljali standardiziran jezik bi bila njihova uporabnost večja« (PV=4,13; SO=0,727) ter trditev »Poenotena klasifikacija standardnih negovalnih diagnoz bi pripomogla k večji preglednosti potreb po zdravstveni negi pacienta« (PV=4,10; SO=0,749). Med trditvami z enako visoko povprečno vrednostjo sta trditvi »Poenotena terminologija pri oblikovanju negovalnih diagnoz izboljšuje komunikacijo med diplomiranimi medicinskimi sestrami« (PV=4,09; SO=0,743) in »Klasifikacija

negovalnih diagnoz je potrebna za različna delovna področja diplomiranih medicinskih sester« (PV=4,09; SO=0,703). Trditve z najmanjšo stopnjo strinjanja so »Uporaba negovalnih diagnoz je sestavni del profesionalizacije v zdravstveni negi« (PV=3,98; SO=0,792), »Uporabnost negovalne diagnoze v praksi je povezano z dodatnim izobraževanjem diplomirane medicinske sestre« (PV=3,98; SO=0,727), najmanjšo povprečno vrednost pa ima trditev »Za pravilno in ustrezno oblikovanje negovalne diagnoze imam dovolj časa« (PV=3,23; SO=0,997).

Četrty sklop vprašanj o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi je vseboval 19 trditev. Anketiranci so se do njih morali opredeliti po Likertovi lestvici stališč, kjer je 1 pomenilo, nikakor se ne strinjam, 2 se ne strinjam, 3 niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 se strinjam in 5 popolnoma se strinjam. Anketiranci so se do posameznih trditev glede na stopnjo strinjanja opredelili kot je prikazano v tabeli 12.

Tabela 12: Trditve o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi

Trditev	N	PV	SO
Visokošolski študij je nujen za razvoj profesionalizacije v zdravstveni negi.	192	4,02	0,853
Visokošolska izobrazba vpliva na profesionalizacijo v zdravstveni negi.	192	3,98	0,834
Magistrski študij zdravstvene nege je nujen za razvoj profesionalizacije v zdravstveni negi.	192	3,57	0,957
Magistrski študij zdravstvene nege vpliva na profesionalizacijo zdravstvene nege.	192	3,66	0,953
Doktorski študij zdravstvene nege je nujen za razvoj profesionalizacije v zdravstveni negi.	192	3,52	1,053
Specialna znanja so nujna za profesionalizacijo v zdravstveni negi.	192	4,09	0,798
Višanje izobrazbe je pogoj za profesionalizacijo v zdravstveni negi.	192	3,65	0,909
Kritično mišljenje je element profesionalizacije v zdravstveni negi.	192	4,07	0,762
Kontinuirano izobraževanje je značilnost profesionalizacije v zdravstveni negi.	192	4,06	0,816
Kontinuirano izobraževanje ni nujno za večjo profesionalizacijo zdravstvene nege.	192	3,01	1,155
Značilno za profesionalizacijo v zdravstveni negi je vseživljensko učenje.	192	4,19	0,706

Trditev	N	PV	SO
Profesionalizacija je rezultat podaljšane izobraževanja v zdravstveni negi.	192	3,76	0,798
Za profesionalizacijo v zdravstveni negi je pomembno znanje na znanstveni osnovi.	192	3,80	0,816
Znanje kot element profesionalizacije zdravstvene nege pomeni neodvisnost.	192	3,86	0,845
Profesionalizacija zdravstvene nege pomeni nadzor nad znanjem in izobraževalnim sistemom v zdravstveni negi.	192	3,83	0,810
Tradicionalno pojmovanje znanja v zdravstveni negi je ovira za večjo profesionalizacijo v zdravstveni negi.	192	3,60	0,799
Več znanja v zdravstveni negi pomeni sredstvo za beg od pacienta.	192	2,70	1,141
Različne oblike znanja so značilne za profesionalizacijo v zdravstveni negi.	192	3,85	0,768
Raziskovanje je nujno za profesionalizacijo zdravstvene nege.	192	3,99	0,856

Legenda: N= število anketirancev, PV= povprečna vrednost, odraz lestvice od 1 do 5, SO: standardni odklon

V tabeli 12 je najvišjo povprečno stopnjo strinjanja po Likertovi lestvici od 1 do 5 dosegla trditev »Značilno za profesionalizacijo v zdravstveni negi je vseživljenjsko učenje« (PV=4,19; SO=0,706), sledijo trditve »Specialna znanja so nujna za profesionalizacijo v zdravstveni negi« (PV=4,09; SO=0,798), »Kritično mišljenje je element profesionalizacije v zdravstveni negi« (PV=4,07; SO=0,762), »Kontinuirano izobraževanje je značilnost profesionalizacije v zdravstveni negi« (PV=4,06; SO=0,816) ter »Visokošolski študij je nujen za razvoj profesionalizacije v zdravstveni negi« (PV=4,02; SO=0,853). Trditve z najmanjšo stopnjo strinjanja so »Tradicionalno pojmovanje znanja v zdravstveni negi je ovira za večjo profesionalizacijo v zdravstveni negi« (PV=3,60; SO=0,799), »Doktorski študij zdravstvene nege je nujen za razvoj profesionalizacije v zdravstveni negi« (PV=3,52; SO=1,053) ter »Kontinuirano izobraževanje ni nujno za večjo profesionalizacijo v zdravstveni negi« (PV=3,01; SO=1,155). Najmanjšo povprečno stopnjo strinjanja pa je dosegla trditev »Več znanja v zdravstveni negi pomeni sredstvo za beg od pacienta« (PV=2,70; SO=1,141).

3.4.2 Rezultati faktorjske analize o profesionalizaciji v zdravstveni negi

Z namenom zmanjšanja števila spremenljivk smo izvedli faktorjsko analizo, v katero smo vključili 22 spremenljivk iz drugega sklopa anketnega vprašalnika Profesionalizacija v zdravstveni negi. S tem smo dobili nove latentne spremenljivke – faktorje, ki predstavljajo tisto, kar je izmerjenim spremenljivkam skupnega. Dobljene faktorje smo v nadaljevanju uporabili za preverjanje postavljenih hipotez.

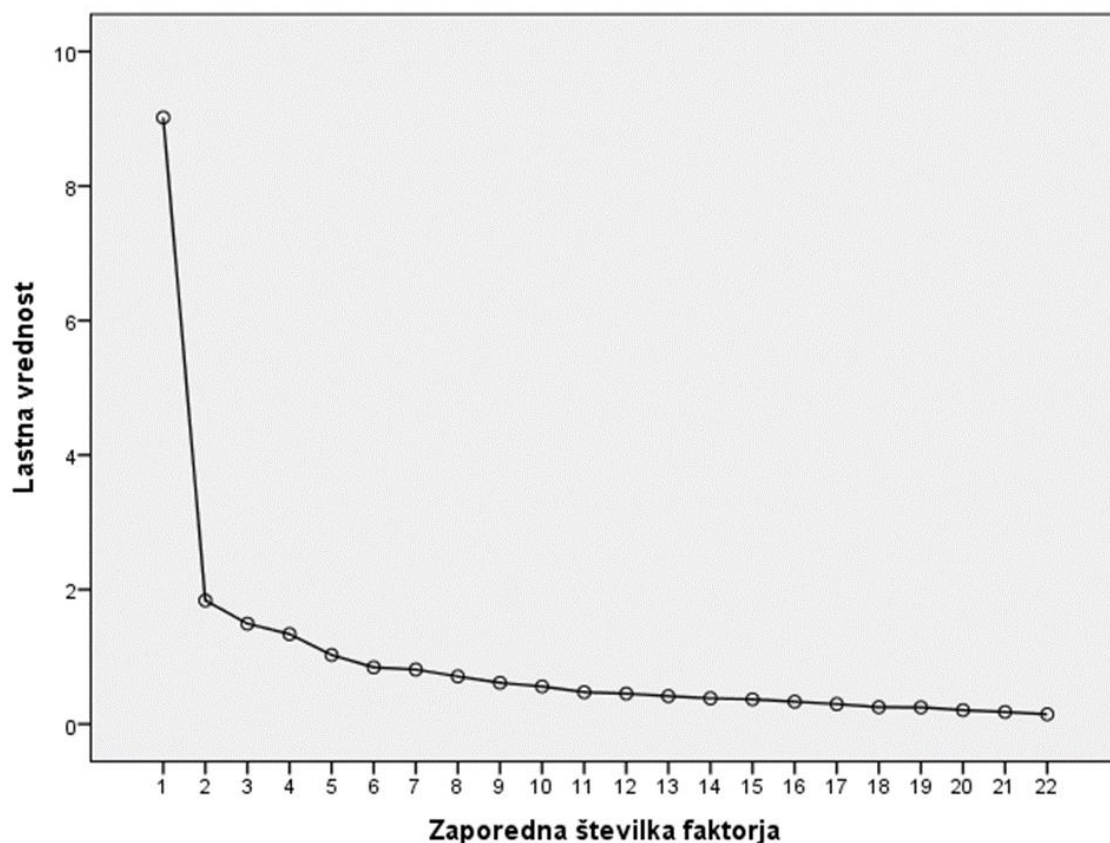
Izvedli smo faktorjsko analizo, v katero smo vključili 22 spremenljivk iz drugega sklopa anketnega vprašalnika Profesionalizacija v zdravstveni negi. Tabachnick in Fidel (cited in Pallant, 2010, p. 183) priporočata, da se primernost vzorca za faktorjsko analizo preveri s Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testom ter Bartlett-ovim testom sferičnosti. V našem primeru znaša vrednost KMO testa 0,897 in je tako vzorec primeren za faktorjsko analizo. Bartlettov test homogenosti varianc, ki preverja ničelno domnevo, da je originalna korelacijska matrika enaka enotski, je statistično značilen (približen hi-kvadrat 2370,997, $df=231$, $p<0,001$).

Tabela 13: Rezultati Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testa in Bartlett-ovega testa za sklop 2 – Profesionalizacija v zdravstveni negi

KMO in Bartlettov test	
Kaiser -Meyer-Olkinov koeficient	0,897
Bartlettov test sferičnosti	$\chi^2 = 2370,997$; $df = 231$; $p < 0,001$

Rezultati, ki so prikazani v tabeli 13 kažejo, da je vzorec primeren za raziskavo (KMO=0,897).

Na sliki 5 je prikazan scree diagram faktorjev za drugi sklop vprašanj.



Slika 5: Scree diagram faktorjev

Dobili smo pet faktorjev, ki skupaj pojasnjujejo 57,91 % variance. Glede na to, da je odstotek pojasnjene variance blizu 60 % lahko sklepamo, da je izbrano število faktorjev (pet) primerno. Uporabili smo metodo glavnih faktorjev (Principal Axis Factoring).

Tabela 14: Faktorske uteži, ki smo jih dobili s pravokotno rotacijo za drugi sklop vprašanj

	Faktorji				
	1	2	3	4	5
Profesionalizem zdravstvene nege pomeni odličnost.	0,748	0,242	0,137	0,132	0,274
Organizacijska kultura vpliva na profesionalizem v zdravstveni negi.	0,648	-0,035	0,272	0,395	0,090
Profesionalizacija v zdravstveni negi omogoča samoregulacijo profesije in nadzor nad delom.	0,583	-0,013	0,339	0,214	0,182
Profesionalizacija v zdravstveni negi pomeni popolnost pri delu s pacienti.	0,582	0,311	0,163	0,143	0,185
Uporaba procesa zdravstvene nege je del profesionalizacije v zdravstveni negi.	0,538	0,319	0,127	0,265	0,146

	Faktorji				
	1	2	3	4	5
Profesionalizacija v zdravstveni negi vključuje vzorce vedenja in ravnanja.	0,381	0,172	0,257	0,341	0,247
Za profesionalizacijo zdravstvene nege je značilen etičen vidik.	0,143	0,752	0,256	0,255	0,024
Za profesionalizacijo v zdravstveni negi so značilne vrednote.	0,169	0,720	0,226	0,326	0,132
Glavna značilnost profesionalizacije v zdravstveni negi je odnos med medicinsko sestro in pacientom.	0,089	0,676	0,027	-0,043	0,088
Profesionalizacija zdravstvene nege pomeni močan občutek pripadnosti poklicni skupini.	0,402	0,458	0,156	0,301	0,293
Profesionalizacija zdravstvene nege pomeni samostojnost.	0,186	0,153	0,830	0,105	0,155
Profesionalizacija zdravstvene nege pomeni avtonomnost.	0,270	0,205	0,757	0,199	0,068
Profesionalizacija v zdravstveni negi pomeni zavezanost delu.	0,253	0,373	0,497	0,139	0,315
Za profesionalizacijo zdravstvene nege je zelo pomembna profesionalna organizacija.	0,357	0,339	0,403	0,381	0,231
Profesionalizacija v zdravstveni negi je rezultat podpore vodstva v zdravstveni negi.	0,232	0,034	0,093	0,639	0,471
Za profesionalizem v zdravstveni negi je značilno teoretično znanje.	0,280	0,379	0,256	0,580	-0,058
Za profesionalizacijo zdravstvene nege je značilno ekspertno znanje.	0,389	0,261	0,134	0,544	-0,018
Profesionalizacija v zdravstveni negi pomeni večjo odgovornost.	0,337	0,205	0,204	0,351	0,223
Profesionalizacija zdravstvene nege pomeni privilegiran status v zdravstvenem sistemu.	0,096	0,055	0,074	0,157	0,739
Profesionalizacija v zdravstveni negi pomeni moč.	0,088	0,041	0,369	0,108	0,634
Profesionalizacija v zdravstveni negi pomeni idealiziranje poklica diplomirane medicinske sestre.	0,301	0,127	-0,016	-0,131	0,533
Profesionalizacija v zdravstveni negi pomeni večje zadovoljstvo pri delu.	0,279	0,260	0,135	0,299	0,422

Extraction Method: Principal Axis Factoring. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization."a. Rotation converged in 7 iterations.

Prvi faktor, ki smo ga dobili s faktorsko analizo, smo poimenovali Splošen pomen profesionalizacije v zdravstveni negi. Sestavlja ga šest zastavljenih trditev/vprašanj iz 2. sklopa anketnega vprašalnika, ki je prikazan v Prilogi 1. Pojasnjuje 14,513 % variance. Njegova zanesljivost, ki smo jo izračunali s Cronbachovim koeficientom alfa znaša 0,854.

Drugi faktor, ki smo ga dobili s faktorsko analizo, smo poimenovali Značilnosti profesionalizacije v zdravstveni negi. Sestavljajo ga štiri zastavljene trditve/vprašanja iz 2. sklopa anketnega vprašalnika, ki je prikazan v Prilogi 1. Pojasnjuje 12,28 % variance. Njegova zanesljivost, ki smo jo izračunali s Cronbachovim koeficientom alfa znaša 0,810.

Tretji faktor, ki smo ga dobili s faktorsko analizo, smo poimenovali Vrednote, ki sestavljajo profesionalizacijo v zdravstveni negi. Sestavljajo ga štiri zastavljene trditve/vprašanja iz 2. sklopa anketnega vprašalnika, ki je prikazan v Prilogi 1. Pojasnjuje 11,01 % variance. Njegova zanesljivost, ki smo jo izračunali s Cronbachovim koeficientom alfa znaša 0,853. *Četrti faktor*, ki smo ga dobili s faktorsko analizo, smo poimenovali Znanje profesionalizacije v zdravstveni negi. Sestavljajo ga štiri zastavljene trditve/vprašanja iz 2. sklopa anketnega vprašalnika, ki je prikazan v Prilogi 1. Pojasnjuje 10,056 % variance. Njegova zanesljivost, ki smo jo izračunali s Cronbachovim koeficientom alfa znaša 0,759. *Peti faktor*, ki smo ga dobili s faktorsko analizo, smo poimenovali Profesionalizacija v zdravstveni negi in zaposlitev. Sestavljajo ga štiri zastavljene trditve/vprašanja iz 2. sklopa anketnega vprašalnika, ki je prikazan v Prilogi 1. Pojasnjuje 10,051 % variance. Njegova zanesljivost, ki smo jo izračunali s Cronbachovim koeficientom alfa znaša 0,726.

3.4.3 Rezultati faktorske analize o teoretičnih izhodiščih in znanju pri oblikovanju negovalnih diagnoz

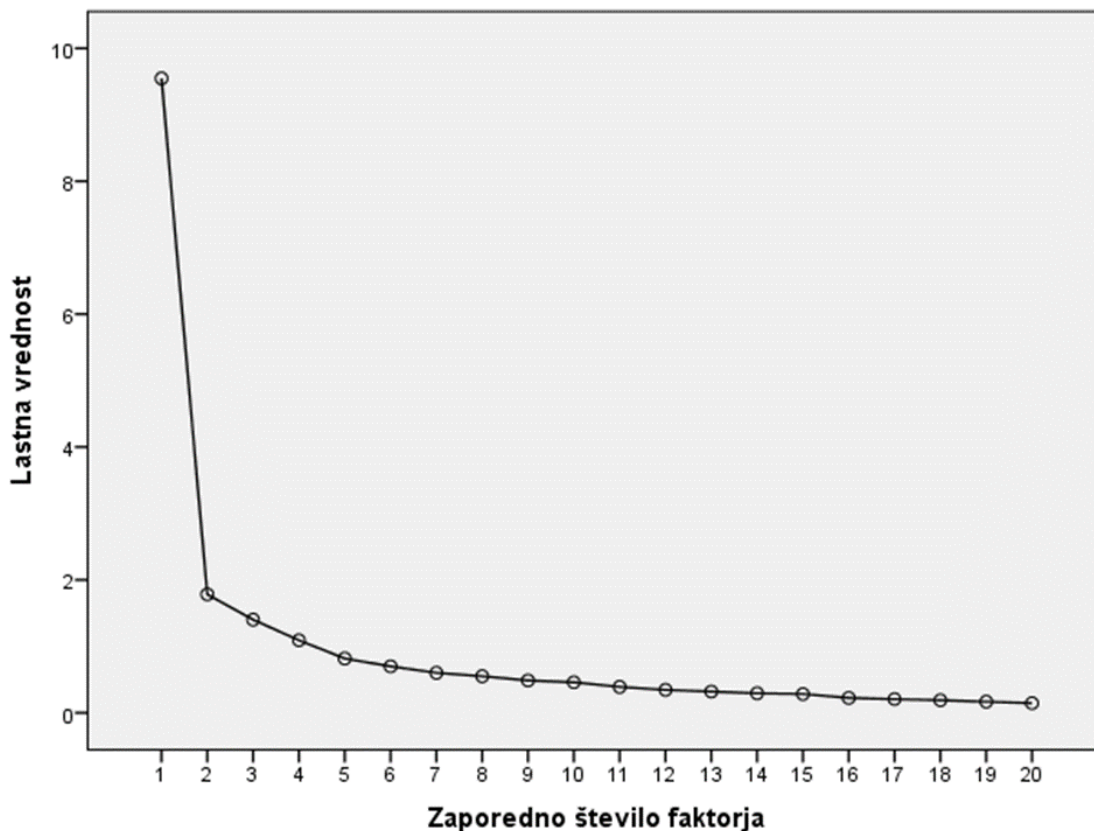
Tudi za sklop tri anketnega vprašalnika Teoretična izhodišča in znanje pri oblikovanju negovalnih diagnoz smo izvedli faktorsko analizo, v katero je bilo vključenih 20 spremenljivk. Preverili smo primernost faktorske analize z KMO testom in Bartlett-ovim testom sferičnosti. Vrednost KMO testa je 0,913 kar kaže, da je vzorec primeren za faktorsko analizo. Bartlettov test sferičnosti, ki preverja ničelno domnevo, da je originalna korelacijska matrika enaka enotski, je statistično značilen (približen hi-kvadrat 2568,914, $df=190$, $p<0,001$), kar kaže na obstoj povezav med spremenljivkami. Tako je faktorska analiza primerna za naše podatke.

Tabela 15: Rezultati Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testa in Bartlett-ovega testa za sklop 3 – Teoretična izhodišča in znanje pri oblikovanju negovalnih diagnoz

KMO in Bartlettov test	
Kaiser -Meyer-Olkinov koeficient	0,913
Bartlettov test sferičnosti	$\chi^2 = 2568,914$; $df = 190$; $p < 0,001$

Rezultati, ki so prikazani v tabeli 12 kažejo, da je vzorec primeren za raziskavo (KMO=0,913).

Na sliki 6 je prikazan scree diagram faktorjev za tretji sklop vprašanj.



Slika 6: Scree diagram faktorjev

Dobili smo štiri faktorje, ki skupaj pojasnjujejo 62,078 % variance. Glede na to, da je odstotek pojasnjene variance blizu 60 % lahko sklepamo, da je izbrano število faktorjev (štiri) primerno.

Tabela 16: Faktorske uteži, ki smo jih dobili s pravokotno rotacijo za tretji sklop vprašanj

	Faktorji			
	1	2	3	4
Negovalna diagnoza je pomemben element zdravstvene nege pacientov	0,799	0,173	0,207	0,183

	Faktorji			
	1	2	3	4
Oblikovanje negovalne diagnoze je odločilno dejanje v procesni metodi dela v zdravstveni negi	0,766	0,189	0,180	0,256
Negovalna diagnoza predstavlja visoko kakovost oskrbe pacienta	0,733	0,219	0,250	0,134
Postavitev negovalne diagnoze pomeni boljši izid zdravljenja pacienta.	0,699	0,246	0,260	-0,005
Negovalna diagnoza je ugotavljanje potrebe po zdravstveni negi pacienta	0,601	0,350	0,143	0,202
Uporaba negovalnih diagnoz povečuje potrebo po kontinuiranem izobraževanju diplomiranih medicinskih sester	0,555	0,354	0,341	0,237
Teoretično znanje o negovalnih diagnozah je pomemben del profesionalizacije v zdravstveni negi	0,553	0,273	0,539	0,168
Negovalna diagnoza je orodje diplomirane medicinske sestre, ki ji olajša odločitev o negovalnih intervencijah pri pacientu	0,525	0,334	0,365	0,287
Diplomirana medicinska sestra pri postopku ugotavljanja potreb pacientov po zdravstveni negi pospešuje svojo poklicno rast.	0,520	0,427	0,388	0,152
Za oblikovanje pravilne negovalne diagnoze so potrebne veščine in spretnosti.	0,202	0,815	0,091	0,091
Za oblikovanje pravilne negovalne diagnoze je potrebno veliko praktičnega znanja.	0,235	0,734	0,055	0,366
Za oblikovanje pravilne negovalne diagnoze je potrebno veliko teoretičnega znanja.	0,295	0,703	0,100	0,202
Diplomirana medicinska sestra ima za obravnavo pacientovih potreb po zdravstveni negi ustrezno teoretično znanje	0,365	0,422	0,264	0,084
Imam možnost izobraževanja na področju negovalnih diagnoz izven ustanove, kjer sem zaposlen/a.	0,073	0,063	0,797	0,024
Diagnosticiranje je del profesionalizacije v ZN	0,346	0,160	0,642	0,168
V naši ustanovi imamo možnost izobraževanja na področju negovalnih diagnoz.	0,338	-0,008	0,616	0,152
Negovalne diagnoze zagotavljajo kontinuiteto dela diplomiranih medicinskih sester.	0,438	0,252	0,483	0,328
Z oblikovanjem negovalnih diagnoz je postavljena jasna meja med delokrogom diplomirane medicinske sestre in ostalimi člani zdravstvenega tima.	0,262	0,229	0,388	0,352
Diplomirana medicinska sestra je pri ugotavljanju potreb po zdravstveni negi pacienta neodvisna.	0,144	0,201	0,178	0,787
Diplomirana medicinska sestra je pri ugotavljanju pacientovih potreb po zdravstveni negi samostojna	0,182	0,184	0,100	0,766

Extraction Method: Principal Axis Factoring. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization."a. Rotation converged in 7 iterations.

Prvi faktor, ki smo ga dobili s factorsko analizo smo poimenovali Uporaba negovalnih diagnoz v procesu zdravstvene nege. Sestavlja ga devet zastavljenih trditev/vprašanj iz 3.

sklopa anketnega vprašalnika, ki je prikazan v Prilogi 1. Pojasnjuje 23,218 % variance. Njegova zanesljivost, ki smo jo izračunali s Cronbachovim koeficientom alfa znaša 0,932. *Drugi faktor*, ki smo ga dobili s faktorsko analizo smo poimenovali Znanje pri oblikovanju negovalne diagnoze. Sestavljajo ga štiri zastavljene trditve/vprašanja iz 3. sklopa anketnega vprašalnika, ki je prikazan v Prilogi 1. Pojasnjuje 14,433 % variance. Njegova zanesljivost, ki smo jo izračunali s Cronbachovim koeficientom alfa znaša 0,833. *Tretji faktor*, ki smo ga dobili s faktorsko analizo smo poimenovali Izobrazba na področju negovalnih diagnoz. Sestavlja ga pet zastavljenih trditev/vprašanj iz 3. sklopa anketnega vprašalnika, ki je prikazan v Prilogi 1. Pojasnjuje 14,3 % variance. Njegovo zanesljivost, ki smo jo izračunali s Cronbachovim koeficientom alfa znaša 0,811. *Četrty faktor*, ki smo ga dobili s faktorsko analizo smo poimenovali Ugotavljanje potreb diplomirane medicinske sestre po zdravstveni negi. Sestavljata ga dve trditvi/vprašanji iz 3. sklopa anketnega vprašalnika, ki je prikazan v Prilogi 1. Pojasnjuje 10,12 % variance. Njegovo zanesljivost, ki smo jo izračunali s Cronbachovim koeficientom alfa znaša 0,81.

3.4.4 Rezultati faktorske analize o uporabnosti negovalnih diagnoz v praksi

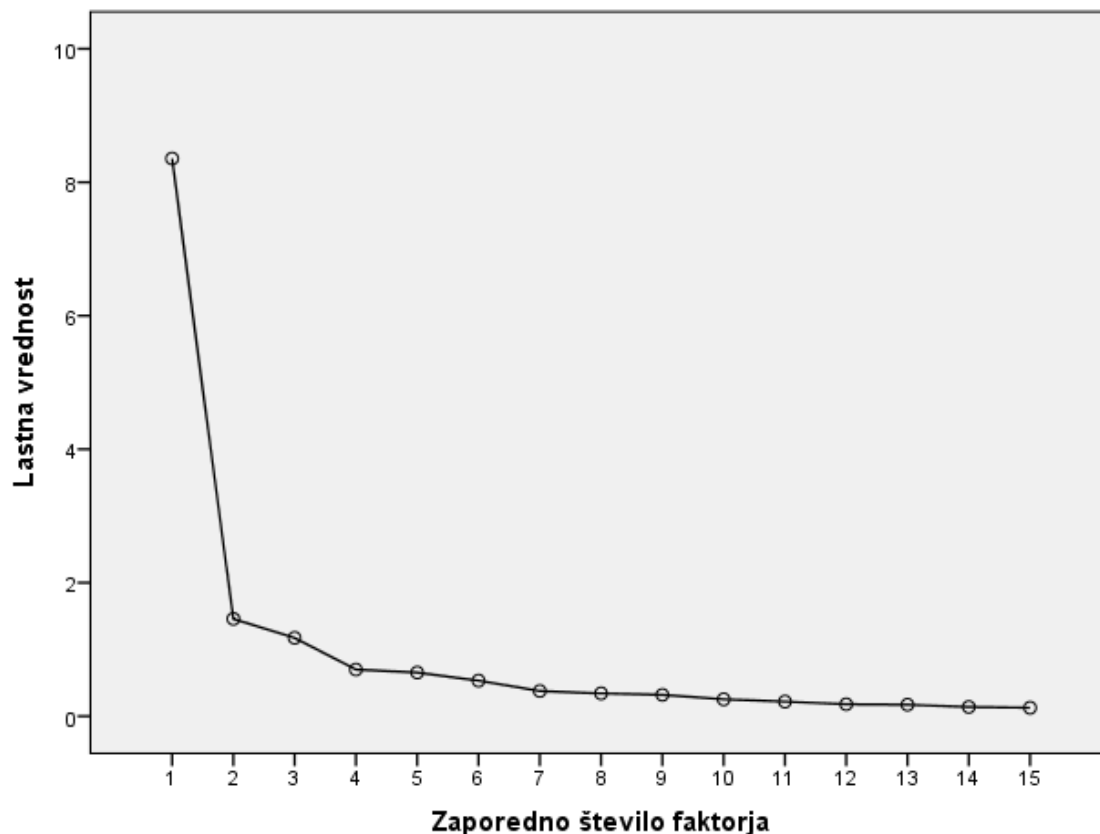
Tudi za sklop štiri Uporabnost negovalnih diagnoz smo izvedli faktorsko analizo, v katero je bilo vključenih 15 spremenljivk. Preverili smo primernost faktorske analize z KMO testom in Bartlett-ovim testom sferičnosti. Vrednost KMO testa je 0,914 kar kaže, da je vzorec primeren. Bartlettov test sferičnosti, ki preverja ničelno domnevo, da je originalna korelacijska matrika enaka enotski, je statistično značilen (približen hi-kvadrat 2287,448, $df=105$, $p<0,001$), kar kaže na obstoj povezav med spremenljivkami. Tako je faktorska analiza primerna za naše podatke.

Tabela 17: Rezultati Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testa in Bartlett-ovega testa za sklop 4 – Uporabnost negovalnih diagnoz v praksi

KMO in Bartlettov test	
Kaiser -Meyer-Olkinov koeficient	0,914
Bartlettov test sferičnosti	$c^2 = 2287,448$; $df = 105$; $p < 0,001$

Rezultati, ki so prikazani v tabeli 14 kažejo, da je vzorec primeren za raziskavo (KMO=0,914).

Na sliki 7 je prikazan scree diagram faktorjev za tretji sklop vprašanj.



Slika 7: Scree diagram faktorjev

Dobili smo tri faktorje, ki skupaj pojasnjujejo 66,134 % variance. Glede na to, da je odstotek pojasnjene variance blizu 60 % lahko sklepamo, da je izbrano število faktorjev (tri) primerno.

Tabela 18: Faktorske uteži, ki smo jih dobili s pravokotno rotacijo za četrti sklop vprašanj

	Faktorji		
	1	2	3
Če bi pri oblikovanju negovalnih diagnoz uporabljali standardizirani jezik bi bila njihova uporabnost večja.	0,755	0,156	0,217

	Faktorji		
	1	2	3
Poenotena terminologija pri oblikovanju negovalnih diagnoz izboljšuje komunikacijo med diplomiranimi medicinskimi sestrami.	0,751	0,316	0,331
Poenotena terminologija v oblikovanju negovalnih diagnoz olajšuje razmišljanje diplomiranih medicinskih sester.	0,723	0,247	0,296
Za pravilno uporabo in oblikovanje negovalnih diagnoz je nujno potrebna enotna terminologija.	0,688	0,456	0,026
Poenotena klasifikacija standardnih negovalnih diagnoz bi pripomogla k večji preglednosti potreb po zdravstveni negi pacienta.	0,685	0,373	0,369
Klasifikacija negovalnih diagnoz je potrebna za različna delovna področja diplomiranih medicinske sestre.	0,636	0,448	0,142
Uporabnost negovalne diagnoze v praksi je povezano z dodatnim izobraževanjem diplomirane medicinske sestre.	0,521	0,517	0,068
Negovalne diagnoze so sestavni del profesionalizacije v zdravstveni negi.	0,296	0,789	0,287
Z dokumentiranjem negovalnih diagnoz so potrebe po zdravstveni negi pacienta veliko bolj razvidne.	0,347	0,766	0,146
Uporaba negovalnih diagnoz je sestavni del profesionalizacije v zdravstveni negi.	0,306	0,734	0,184
Z oblikovanjem negovalne diagnoze se poudari vloga pacienta v negovalnem procesu.	0,385	0,728	0,097
Vodje imajo veliko vlogo pri uporabi in razvoju negovalnih diagnoz v praksi.	0,254	0,591	0,425
Računalniško vodenje negovalnih diagnoz omogoča večji nadzor nad kakovostjo opravljenega dela zdravstvene nege.	0,503	0,232	0,708
Računalniško vodenje negovalne dokumentacije bistveno pripomore k celostni oskrbi pacienta.	0,427	0,104	0,705
Za pravilno in ustrezno oblikovanje negovalne diagnoze imamo dovolj časa.	-0,071	0,359	0,373

Extraction Method: Principal Axis Factoring. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization."a. Rotation converged in 7 iterations.

Prvi faktor, ki smo ga dobili s faktorjsko analizo smo poimenovali Klasifikacije in enotna terminologija pri uporabi negovalnih diagnoz. Sestavlja ga sedem zastavljenih trditev/vprašanj iz 4. sklopa anketnega vprašalnika, ki je prikazan v Prilogi 1. Pojasnjuje 28,193 % variance. Njegova zanesljivost, ki smo jo izračunali s Cronbachovim koeficientom alfa znaša 0,923. *Drugi faktor*, ki smo ga dobili s faktorjsko analizo smo poimenovali Individualizacija pacientovih potreb z negovalnimi diagnozami. Sestavlja ga pet zastavljenih trditev/vprašanj iz 4. sklopa anketnega vprašalnika, ki je prikazan v Prilogi 1. Pojasnjuje 25,471 % variance. Njegova zanesljivost, ki smo ga preverili s Cronbachovim koeficientom alfa znaša 0,907. *Tretji faktor*, ki smo ga dobili s faktorjsko analizo smo poimenovali Optimizacija negovalne dokumentacije. Sestavljen je iz treh zastavljenih trditev/ vprašanj iz 4. sklopa anketnega vprašalnika, ki je prikazan v Prilogi

1. Pojasnjuje 12,47 % variance. Njegova zanesljivost, ki smo ga preverili s Cronbachovim koeficientom alfa znaša 0,699.

3.4.5 Rezultati faktorjske analize o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi

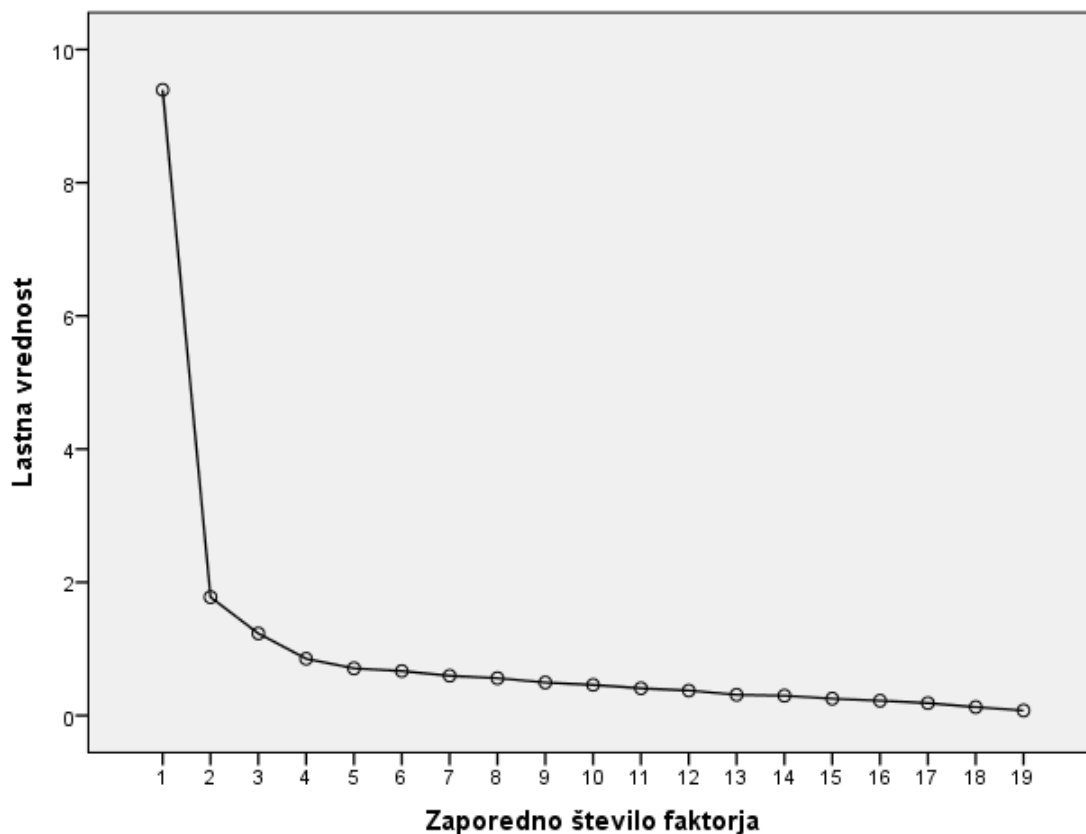
Tudi za sklop pet v anketnem vprašalniku Znanje kot element profesionalizacije v zdravstveni negi smo izvedli faktorjsko analizo, v katero je bilo vključenih 19 spremenljivk. Preverili smo primernost faktorjske analize z KMO testom in Bartlett-ovim testom sferičnosti. Vrednost KMO testa je 0,922 kar kaže, da je vzorec primeren. Bartlettov test sferičnosti, ki preverja ničelno domnevo, da je originalna korelacijska matrika enaka enotski, je statistično značilen (približen hi-kvadrat 2561,602, $df=171$, $p<0,001$) kar kaže na obstoj povezav med spremenljivkami. Tako je faktorjska analiza primerna za naše podatke.

Tabela 19: Rezultati Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testa in Bartlett-ovega testa za sklop 5 – Znanje kot element profesionalizacije v zdravstveni negi

KMO in Bartlettov test	
Kaiser -Meyer-Olkinov koeficient	0,922
Bartlettov test sferičnosti	$\chi^2 = 2561,602$; $df = 171$; $p < 0,001$

Rezultati, ki so prikazani v tabeli 19 kažejo, da je vzorec primeren za raziskavo (KMO=0,922).

Na sliki 8 je prikazan scree diagram faktorjev za peti sklop vprašanj.



Slika 8: Scree diagram faktorjev

Dobili smo tri faktorje, ki skupaj pojasnjujejo 58,694 % variance. Glede na to, da je odstotek pojasnjene variance blizu 60 % lahko sklepamo, da je izbrano število faktorjev (tri) primerno.

Tabela 20: Faktorske uteži, ki smo jih dobili s pravokotno rotacijo za peti sklop vprašanj

	Faktorji		
	1	2	3
Znanje kot element profesionalizacije zdravstvene nege pomeni neodvisnost	0,704	0,324	0,129
Raziskovanje je nujno za profesionalizacijo zdravstvene nege	0,701	0,370	0,006
Značilno za profesionalizacijo v zdravstveni negi je vseživljenjsko učenje	0,696	0,182	-0,037
Kontinuirano izobraževanje je značilnost profesionalizacije v zdravstveni negi	0,693	0,277	-0,143
Različne oblike znanja so značilne za profesionalizacijo v zdravstveni negi	0,664	0,180	0,082

	Faktorji		
	1	2	3
Specialna znanja so nujna za profesionalizacijo v zdravstveni negi	0,655	0,402	-0,068
Kritično mišljenje je element profesionalizacije v zdravstveni negi	0,610	0,395	-0,113
Za profesionalizacijo v zdravstveni negi je pomembno znanje na znanstveni osnovi	0,565	0,415	0,142
Profesionalizacija zdravstvene nege pomeni nadzor nad znanjem in izobraževalnim sistemom v zdravstveni negi	0,564	0,475	0,281
Tradicionalno pojmovanje znanja v zdravstveni negi je ovira za večjo profesionalizacijo v zdravstveni negi	0,492	0,319	0,313
Profesionalizacija je rezultat podaljšanega izobraževanja v zdravstveni negi	0,407	0,354	0,304
Magistrski študij zdravstvene nege je nujen za razvoj profesionalizacije v zdravstveni negi	0,269	0,882	0,088
Magistrski študij zdravstvene nege vpliva na profesionalizacijo zdravstvene nege	0,356	0,849	0,098
Doktorski študij zdravstvene nege je nujen za razvoj profesionalizacije v zdravstveni negi	0,306	0,756	0,206
Visokošolski študij je nujen za razvoj profesionalizacije v zdravstveni negi	0,483	0,640	-0,058
Visokošolska izobrazba vpliva na profesionalizacijo v zdravstveni negi	0,543	0,638	-0,117
Višanje izobrazbe je pogoj za profesionalizacijo v zdravstveni negi.	0,492	0,619	0,182
Kontinuirano izobraževanje ni nujno za večjo profesionalizacijo zdravstvene nege.	0,009	0,061	0,641
Več znanja v zdravstveni negi pomeni sredstvo za beg od pacienta.	-0,053	0,029	0,614

Extraction Method: Principal Axis Factoring. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization."a. Rotation converged in 7 iterations.

Prvi faktor, ki smo ga dobili s faktorsko analizo smo poimenovali Pomen izobraževanja za večjo profesionalizacijo. Sestavlja ga 11 zastavljenih trditev/vprašanj iz 5. sklopa anketnega vprašalnika, ki je prikazan v Prilogi 1. Pojasnjuje 27,904 % variance. Njegova zanesljivost, ki smo jo izračunali s Cronbachovim koeficientom alfa znaša 0,914. *Drugi faktor*, ki smo ga dobili s faktorsko analizo smo poimenovali Višanje izobrazbe je pogoj za večjo profesionalizacijo. Sestavlja ga 6 zastavljenih trditev/vprašanj iz 5. sklopa anketnega vprašalnika, ki je prikazan v Prilogi 1. Pojasnjuje 24,217 % variance. Njegova zanesljivost, ki smo jo izračunali s Cronbachovim koeficientom alfa znaša 0,932. *Tretji faktor*, ki smo ga dobili s faktorsko analizo smo poimenovali Kontinuirano izobraževanje za večjo profesionalizacijo. Sestavljata ga dve zastavljeni trditvi/vprašanji iz 5. sklopa anketnega vprašalnika, ki je prikazan v Prilogi 1. Pojasnjuje 6,573 % variance. Njegova zanesljivost, ki smo jo izračunali s Cronbachovim koeficientom alfa znaša 0,686.

3.4.6 Preverjanje hipotez

V tem poglavju so predstavljeni rezultati, ki so vezani na postavljenih pet hipotez.

H1 – obstajajo statistično pomembne razlike v stališčih diplomiranih medicinskih sester o teoretičnih izhodiščih in uporabnosti negovalnih diagnoz glede na ustanovo in delovišče (klinični oddelek, enota intenzivne terapije), spol, starost in delovno dobo.

V raziskavi smo z to hipotezo želeli ugotoviti ali se anketirani med seboj razlikujejo v mnenjih o teoretičnih izhodiščih ter uporabnosti negovalnih diagnoz glede na ustanovo, delovišče, spol, starost in delovno dobo.

V tabeli 21 so prikazani rezultati t-testa za mnenja o teoretičnih izhodiščih o negovalnih diagnozah glede na spol anketirancev. T-test nam pove, ali se dve neodvisni skupini med seboj v povprečju statistično pomembno razlikujeta, v tem primeru spol anketirancev. Morata pa biti izpolnjeni predpostavki, da morajo biti vse meritve normalno porazdeljene, variance v vzorcih pa homogene.

Tabela 21: Rezultati t-testa za mnenja anketiranih o teoretičnih izhodiščih o negovalnih diagnozah glede na spol

Faktorji	Spol	N	PV	SO	Standardna napaka PV	t	p
Uporaba negovalnih diagnoz v procesu zdravstvene nege	Moški	12	3,7	0,891	0,257	-1,834	0,068
	Ženski	180	4,05	0,61	0,046		
Znanje pri oblikovanju negovalne diagnoze	Moški	12	4	1,057	0,29	-1,319	0,182
	Ženski	180	4,24	0,56	0,042		
Izobrazba na področju negovalnih diagnoz	Moški	12	3,32	0,884	0,253	-0,705	0,482
	Ženski	180	3,47	0,708	0,053		
Ugotavljanje potreb diplomiranih medicinskih sester po zdravstveni negi.	Moški	12	3,83	1,135	0,328	-0,883	0,378

N=veljavni primeri, PV= povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Kot je razvidno iz tabele 21 nismo našli nobene statistično pomembne razlike med spolom in faktorji. Vzorec sicer ni bil enakomerno porazdeljen, v raziskavi je sodelovalo samo 12 oseb moškega spola oziroma 6,25 % in 180 oseb ženskega spola oziroma 93,75 %.

V tabeli 22 so predstavljeni rezultati za enosmerno ANOVO. Z njo ugotavljamo ali se aritmetična sredina treh neodvisnih skupin med seboj statistično pomembno razlikuje, v tem primeru glede na delovišče anketirancev. Predpostavki, ki morata biti za enosmerno ANOVO sta, da morajo biti vse meritve normalno porazdeljene, variance v vzorcih pa homogene.

Tabela 22: Enosmerna ANOVA za test razlik v mnenjih o teoretičnih izhodiščih o negovalnih diagnozah glede na delovišče anketiranih

Faktorji	Delovišče	N	PV	SO	F	p
Uporaba negovalnih diagnoz v procesu zdravstvene nege	Klinični oddelek	114	4,11	0,572	4,479	0,013
	Intenzivna terapija	56	3,82	0,744		
	Koordinatorica oddelka	22	4,14	0,53		
Znanje pri oblikovanju negovalne diagnoze	Klinični oddelek	114	4,29	0,537	2,296	0,103
	Intenzivna terapija	56	4,08	0,681		
	Koordinatorica oddelka	22	4,22	0,619		
Izobrazba na področju negovalnih diagnoz	Klinični oddelek	114	3,47	0,698	1,474	0,232
	Intenzivna terapija	56	3,36	0,779		
	Koordinatorica oddelka	22	3,66	0,64		
Ugotavljanje potreb diplomiranih medicinskih sester po zdravstveni negi.	Klinični oddelek	114	4,06	0,753	0,947	0,39
	Intenzivna terapija	56	3,91	0,826		
	Koordinatorica oddelka	22	4,14	0,804		

Legenda: N= število anketirancev, PV= povprečna vrednost, SO: standardni odklon

Iz tabele 22 je razvidno, da obstaja statistično pomembna razlika v mnenjih o *Uporabi negovalnih diagnoz v procesu zdravstvene nege* ($F=4,479$, $p=0,013$) med anketiranci, zaposlenimi na različnih deloviščih. Za druge faktorje statistično značilnih razlik nismo ugotovili. Mnenje pri faktorju *Uporaba negovalnih diagnoz v procesu zdravstvene nege* je najvišja pri koordinatoricah oddelkov ($PV=4,14$) in zaposlenihna kliničnih oddelkih ($PV=4,11$), najnižje pa pri anketirancih, ki so zaposleni v enotah intenzivne terapije ($PV=3,82$).

V tabeli 23 so predstavljeni rezultati enosmerne ANOVE o teoretičnih izhodiščih o negovalnih diagnozah glede na starost anketirancev. Statistično pomembnih razlik med starostnimi skupinami in faktorji nismo ugotovili.

Tabela 23: Enosmerna ANOVA za test razlik v mnenjih o teoretičnih izhodiščih o negovalnih diagnozah glede na starost anketirancev

Faktorji	Starost	N	PV	SO	F	p
Uporaba negovalnih diagnoz v procesu zdravstvene nege	23 do 28 let	33	4,04	0,527	1,84	0,123
	29 do 38 let	75	3,98	0,638		
	39 do 45 let	36	3,93	0,837		
	46 do 55 let	39	4,08	0,472		
	Več kot 55 let	9	4,53	0,477		
Znanje pri oblikovanju negovalne diagnoze	23 do 28 let	33	4,18	0,542	0,704	0,59
	29 do 38 let	75	4,23	0,547		
	39 do 45 let	36	4,15	0,762		
	46 do 55 let	39	4,26	0,592		
	Več kot 55 let	9	4,5	0,451		
Izobrazba na področju negovalnih diagnoz	23 do 28 let	33	3,44	0,692	1,48	0,21
	29 do 38 let	75	3,47	0,724		
	39 do 45 let	36	3,24	0,828		
	46 do 55 let	39	3,62	0,577		
	Več kot 55 let	9	3,64	0,76		
Ugotavljanje potreb diplomiranih medicinskih sester po zdravstveni negi.	23 do 28 let	33	3,86	0,813	0,595	0,667
	29 do 38 let	75	4,01	0,749		
	39 do 45 let	36	4,14	0,789		
	46 do 55 let	39	4,06	0,796		
	Več kot 55 let	9	4,11	0,894		

Legenda: N= število anketirancev , PV= povprečna vrednost, SO: standardni odklon

V tabeli 24 so prikazani rezultati o teoretičnih izhodiščih o negovalnih diagnozah glede na ustanovo.

Tabela 24: Enosmerna ANOVA za test razlik o mnenjih o teoretičnih izhodiščih o negovalnih diagnozah anketiranih glede na ustanovo

Faktorji	Ustanova	N	PV	SO	F	p
Uporaba negovalnih diagnoz v procesu zdravstvene nege	SBJ	61	3,83	0,716	3,593	0,008
	SBB	8	3,76	0,58		
	SBSG	33	4,01	0,426		
	SBNM	66	4,19	0,544		
	Klinika Golnik	24	4,19	0,753		
Znanje pri oblikovanju negovalne diagnoze	SBJ	61	4,05	0,65	2,949	0,022
	SBB	8	4,06	0,291		
	SBSG	33	4,2	0,533		
	SBNM	66	4,37	0,55		
	Klinika Golnik	24	4,35	0,63		
Izobrazba na področju negovalnih diagnoz	SBJ	61	3,46	0,766	2,337	0,057
	SBB	8	3,65	0,682		
	SBSG	33	3,14	0,609		
	SBNM	66	3,53	0,689		
	Klinika Golnik	24	3,63	0,74		

Faktorji	Ustanova	N	PV	SO	F	p
Ugotavljanje potreb diplomiranih medicinskih sester po zdravstveni negi.	SBJ	61	3,95	0,898	0,468	0,759
	SBB	8	4,13	0,231		
	SBSG	33	4	0,573		
	SBNM	66	4,12	0,79		
	Klinika Golnik	24	3,96	0,82		

Legenda: N= število anketirancev , PV= povprečna vrednost, SO: standardni odklon

Iz tabele 24 je razvidno, da obstaja statistično pomembna razlika v mnenjih anketirancev glede na ustanovo pri faktorju *Uporaba negovalnih diagnoz v procesu zdravstvene nege* ($F=3,593$, $p=0,008$) ter pri faktorju *Znanje pri oblikovanju negovalne diagnoze* ($F=2,949$, $p=0,022$), za druge faktorje tega nismo ugotovili. Mnenje anketiranih pri faktorju *Uporaba negovalnih diagnoz v procesu zdravstvene nege* je najvišje pri anketiranih v Splošni bolnišnici Novo Mesto (PV=4,19) in Kliniki Golnik (PV=4,19), najnižje pa v Splošni bolnišnici Brežice (PV=3,76). Mnenje anketiranih pri faktorju *Znanje pri oblikovanju negovalne diagnoze* je najvišje v Splošni bolnišnici Novo Mesto (PV=4,37), najnižje pa v Splošni bolnišnici Jesenice (PV=4,05).

V tabeli 25 so prikazani rezultati o teoretičnih izhodiščih o negovalnih diagnozah glede na delovno dobo anketirancev. Sedem skupin smo združili v samo tri skupine, ki so si po velikosti (N) bolj podobne.

Tabela 25: Enosmerna ANOVA za test razlik o mnenjih o teoretičnih izhodiščih o negovalnih diagnozah glede na delovno dobo anketiranih

Faktorji	Delovna doba	N	PV	SO	F	p
Uporaba negovalnih diagnoz v procesu zdravstvene nege	Do 10 let	63	4,02	0,625	0,006	0,994
	11 do 20 let	70	4,03	0,651		
	21 let in več	59	4,02	0,633		
Znanje pri oblikovanju negovalne diagnoze	Do 10 let	63	4,23	0,555	0,141	0,869
	11 do 20 let	70	4,25	0,554		
	21 let in več	59	4,19	0,688		
Izobrazba na področju negovalnih diagnoz	Do 10 let	63	3,4	0,713	0,695	0,5
	11 do 20 let	70	3,54	0,739		
	21 let in več	59	3,43	0,702		
Ugotavljanje potreb diplomiranih medicinskih sester po zdravstveni negi.	Do 10 let	63	3,87	0,778	2,341	0,099
	11 do 20 let	70	4,16	0,701		
	21 let in več	59	4,03	0,853		

Legenda: N= število anketirancev , PV= povprečna vrednost, SO: standardni odklon

Statistično pomembnih razlik med delovno dobo in faktorji nismo ugotovili.

V tabeli 26 so prikazani rezultati t-testa za mnenja o uporabnosti negovalnih diagnoz glede na spol anketirancev.

Tabela 26: Rezultati t-testa za mnenja o uporabnosti negovalnih diagnoz glede na spol anketiranih

Faktorji	Spol	N	PV	SO	Standardna napaka PV	t	p
Klasifikacije in enotna terminologija pri uporabi negovalnih diagnoz	Moški	12	3,81	0,979	0,283	-1,718	0,087
	Ženski	180	4,12	0,577	0,043		
Individualizacija pacientovih potreb z negovalnimi diagnozami	Moški	12	3,72	0,876	0,253	-1,312	0,181
	Ženski	180	3,99	0,669	0,05		
Optimizacija negovalne dokumentacije	Moški	12	3,61	1,043	0,301	0	1
	Ženski	180	3,61	0,729	0,054		

Legenda: N=veljavni primeri, PV= povprečna vrednost, SD = standardni odklon

Iz tabele 26 je razvidno, da nismo našli nobene statistično pomembne razlike med spolom anketiranih in faktorji.

V tabeli 27 so predstavljeni rezultati enosmerne ANOVE o mnenju anketirancev o uporabnosti negovalnih diagnoz glede na delovišče anketirancev.

Tabela 27: Enosmerna ANOVA za test razlik v mnenjih o uporabnosti negovalnih diagnoz glede na delovišče anketiranih

Faktorji	Delovišče	N	PV	SO	F	p
Klasifikacije in enotna terminologija pri uporabi negovalnih diagnoz	Klinični oddelek	114	4,13	0,548	3,461	0,033
	Intenzivna terapija	56	3,95	0,703		
	Koordinatorica oddelka	22	4,33	0,599		
Individualizacija pacientovih potreb z negovalnimi diagnozami	Klinični oddelek	114	4,01	0,655	2,608	0,076
	Intenzivna terapija	56	3,81	0,76		
	Koordinatorica oddelka	22	4,16	0,568		
Optimizacija negovalne dokumentacije	Klinični oddelek	114	3,67	0,738	2,716	0,069
	Intenzivna terapija	56	3,42	0,777		
	Koordinatorica oddelka	22	3,77	0,67		

Legenda: N= število anketirancev , PV= povprečna vrednost, SO: standardni odklon

Iz tabele 27 je razvidno, da obstaja statistično pomembna razlika v mnenjih o *Klasifikacijah in enotni terminologiji pri uporabi negovalnih diagnoz* (F=3,461, p=0,033)

med anketiranci, zaposlenimi na različnih deloviščih. Za druge faktorje tega nismo uspeli ugotoviti. Mnenje pri faktorju Klasifikacije in enotna terminologija pri uporabi negovalnih diagnoz je najvišje pri koordinatoricah oddelkov (PV=4,33) ter visoko pri anketirancih, ki so zaposleni na kliničnih oddelkih (4,13).

V tabeli 28 so predstavljeni rezultati enosmerne ANOVE o uporabnosti negovalnih diagnoz glede na starost anketirancev.

Tabela 28: Enosmerna ANOVA za test razlik v mnenjih o uporabnosti negovalnih diagnoz glede na starost anketirancev

Faktorji	Starost	N	PV	SO	F	p
Klasifikacije in enotna terminologija pri uporabi negovalnih diagnoz	23 do 28 let	33	4,03	0,485	3,168	0,015
	29 do 38 let	75	4	0,574		
	39 do 45 let	36	4,03	0,766		
	46 do 55 let	39	4,32	0,569		
	Več kot 55 let	9	4,52	0,49		
Individualizacija pacientovih potreb z negovalnimi diagnozami	23 do 28 let	33	4,03	0,602	2,173	0,074
	29 do 38 let	75	3,89	0,646		
	39 do 45 let	36	3,83	0,868		
	46 do 55 let	39	4,1	0,569		
	Več kot 55 let	9	4,44	0,733		
Optimizacija negovalne dokumentacije	23 do 28 let	33	3,68	0,819	0,272	0,894
	29 do 38 let	75	3,55	0,701		
	39 do 45 let	36	3,69	0,73		
	46 do 55 let	39	3,6	0,754		
	Več kot 55 let	9	3,63	1,033		

Legenda: N= število anketirancev, PV= povprečna vrednost, SO: standardni odklon

Iz tabele 28 je razvidno, da obstaja statistično pomembna razlika v mnenjih anketirancev glede na ustanovo pri faktorju *Klasifikacije in enotna terminologija pri uporabi negovalnih diagnoz* ($F=3,168$, $p=0,015$) v različnih starostnih skupinah, za druge faktorje tega nismo ugotovili. Mnenja pri faktorju *Klasifikacije in enotna terminologija pri uporabi negovalnih diagnoz* je najvišje pri anketiranih v starostni skupini več kot 55 let, najnižje pa v starostni skupini od 29 do 38 let (PV=4).

Iz tabele 29 pa je razvidno, da nismo našli nobene statistično pomembne razlike med ustanovo, kjer so zaposleni anketiranci in faktorji.

Tabela 29: Enosmerna ANOVA za test razlik o mnenjih anketiranih o uporabnosti negovalnih diagnoz glede na ustanovo

Faktorji	Ustanova	N	PV	SO	F	p
Klasifikacije in enotna terminologija pri uporabi negovalnih diagnoz	SBJ	61	4	0,677	0,866	0,485
	SBB	8	3,98	0,161		
	SBSG	33	4,1	0,573		
	SBNM	66	4,2	0,599		
	Klinika Golnik	24	4,12	0,604		
Individualizacija pacientovih potreb z negovalnimi diagnozami	SBJ	61	3,88	0,735	1,52	0,198
	SBB	8	3,8	0,566		
	SBSG	33	3,84	0,55		
	SBNM	66	4,09	0,637		
	Klinika Golnik	24	4,13	0,834		
Optimizacija negovalne dokumentacije	SBJ	61	3,51	0,759	0,91	0,46
	SBB	8	3,75	0,463		
	SBSG	33	3,8	0,618		
	SBNM	66	3,59	0,795		
	Klinika Golnik	24	3,6	0,828		

Legenda: N= število anketirancev , PV= povprečna vrednost, SO: standardni odklon

V tabeli 30 so prikazani rezultati o uporabnosti negovalnih diagnoz glede na delovno dobo anketirancev. Sedem skupin smo združili v samo tri skupine, ki so si po velikosti (N) bolj podobne.

Tabela 30: Enosmerna ANOVA za test razlik o mnenjih o uporabnosti negovalnih diagnoz glede na delovno dobo anketiranih

Faktorji	Delovna doba	N	PV	SO	F	p
Klasifikacije in enotna terminologija pri uporabi negovalnih diagnoz	Do 10 let	63	4	0,526	3,047	0,05
	11 do 20 let	70	4,06	0,59		
	21 let in več	59	4,26	0,692		
Individualizacija pacientovih potreb z negovalnimi diagnozami	Do 10 let	63	3,99	0,623	0,685	0,505
	11 do 20 let	70	3,9	0,706		
	21 let in več	59	4,04	0,723		
Optimizacija negovalne dokumentacije	Do 10 let	63	3,56	0,831	0,488	0,615
	11 do 20 let	70	3,68	0,599		
	21 let in več	59	3,58	0,82		

Legenda: N= število anketirancev , PV= povprečna vrednost, SO: standardni odklon

Iz tabele 30 je razvidno, da obstaja statistično pomembna razlika v mnenjih o *Klasifikacijah in enotni terminologiji pri uporabi negovalnih diagnoz* ($F=3,047$, $p=0,05$) z različno delovno dobo. Za druge faktorje tega nismo uspeli ugotoviti. Mnenje pri faktorju *Klasifikacije in enotna terminologija pri uporabi negovalnih diagnoz* je najvišje

v skupini anketirancev z delovno dobo od 21 let ali več (PV=4,26), najnižje pa pri anketirancih z delovno dobo do 10 let (PV=4).

H2 – obstajajo statistično pomembne razlike v mnenjih in stališčih diplomiranih medicinskih sester o profesionalizmu v zdravstveni negi glede na ustanovo in delovišče (klinični oddelek, enota intenzivne terapije), spol, starost in delovno dobo

V raziskavi smo z to hipotezo želeli ugotoviti ali se diplomirane medicinske sestre med seboj razlikujejo v mnenjih in stališčih o profesionalizmu v zdravstveni negi glede na ustanovo, delovišče, spol, starost in delovno dobo.

V tabeli 31 so prikazani rezultati t-testa za mnenja in stališča anketiranih o profesionalizmu v zdravstveni negi glede na spol.

Tabela 31: Rezultati t-testa za mnenja o profesionalizmu v zdravstveni negi glede na spol anketiranih

Faktorji	Spol	N	PV	SO	Standardna napaka PV	t	p
Splošen pomen profesionalizacije v zdravstveni negi	Moški	12	3,94	0,457	0,132	0,058	0,954
	Ženski	180	3,93	0,599	0,045		
Značilnosti profesionalizacije v zdravstveni negi	Moški	12	4,08	0,481	0,139	-0,367	0,714
	Ženski	180	4,14	0,523	0,039		
Vrednote, ki sestavljajo profesionalizacijo v zdravstveni negi	Moški	12	3,94	0,555	0,160	-1,233	0,219
	Ženski	180	4,14	0,547	0,041		
Znanje za profesionalizacijo v zdravstveni negi	Moški	12	3,98	0,588	0,170	-0,299	0,766
	Ženski	180	4,03	0,560	0,042		
Profesionalizacija v zdravstveni negi in zaposlitev	Moški	12	3,65	0,538	0,155	0,709	0,479
	Ženski	180	3,50	0,719	0,054		

Legenda: N=veljavni primeri, PV= povprečna vrednost, SD = standardni odklon

Iz tabele 31 je razvidno, da nismo našli nobene statistično pomembne razlike med spolom anketiranih in faktorji.

V tabeli 32 so predstavljeni rezultati enosmerne ANOVE o mnenju in stališčih anketirancev o profesionalizmu v zdravstveni negi glede na delovišče anketirancev.

Tabela 32: Enosmerna ANOVA za test razlik v mnenjih in stališčih o profesionalizmu v zdravstveni negi glede na starost anketiranih

Faktorji	Starost	N	PV	SO	F	p
Splošen pomen profesionalizacije v zdravstveni negi	23 do 28 let	33	3,83	0,497	0,684	0,604
	29 do 38 let	75	3,95	0,574		
	39 do 45 let	36	3,9	0,578		
	46 do 55 let	39	3,97	0,567		
	Več kot 55 let	9	4,17	1,077		
Značilnosti profesionalizacije v zdravstveni negi	23 do 28 let	33	3,98	0,385	1,231	0,299
	29 do 38 let	75	4,133	0,512		
	39 do 45 let	36	4,15	0,487		
	46 do 55 let	39	4,22	0,558		
	Več kot 55 let	9	4,31	0,855		
Vrednote, ki sestavljajo profesionalizacijo v zdravstveni negi	23 do 28 let	33	4,03	0,432	0,326	0,861
	29 do 38 let	75	4,15	0,53		
	39 do 45 let	36	4,13	0,565		
	46 do 55 let	39	4,14	0,612		
	Več kot 55 let	9	4,19	0,788		
Znanjeza profesionalizacijo v zdravstveni negi	23 do 28 let	33	3,96	0,447	0,396	0,812
	29 do 38 let	75	4,04	0,538		
	39 do 45 let	36	3,97	0,658		
	46 do 55 let	39	4,1	0,549		
	Več kot 55 let	9	4,08	0,8		
Profesionalizacija v zdravstveni negi in zaposlitev	23 do 28 let	33	3,45	0,594	0,996	0,441
	29 do 38 let	75	3,61	0,739		
	39 do 45 let	36	3,51	0,659		
	46 do 55 let	39	3,4	0,727		
	Več kot 55 let	9	3,25	0,927		

Legenda: N= število anketirancev , PV= povprečna vrednost, SO: standardni odklon

Iz tabele 32 je razvidno, da nismo našli nobene statistično pomembne razlike med starostjo anketiranih in faktorji.

V tabeli 33 so predstavljeni rezultati enosmerne ANOVE o mnenju in stališčih anketirancev o profesionalizmu v zdravstveni negi glede na delovno dobo anketirancev. Sedem skupin smo združili v samo tri skupine, ki so si po velikosti (N) bolj podobne.

Iz tabele 33 je razvidno, da nismo našli nobene statistično pomembne razlike med delovno dobo anketiranih in faktorji.

Tabela 33: Enosmerna ANOVA za test razlik v mnenjih in stališčih o profesionalizmu v zdravstveni negi glede na delovno dobo anketiranih

Faktorji	Delovna doba	N	PV	SO	F	p
Splošen pomen profesionalizacije v zdravstveni negi	Do 10 let	63	3,95	0,548	0,811	0,562
	11 do 20 let	70	3,94	0,6		
	21 let in več	59	3,92	0,629		
Značilnosti profesionalizacije v zdravstveni negi	Do 10 let	63	4,07	0,415	0,667	0,676
	11 do 20 let	70	4,16	0,545		
	21 let in več	59	4,18	0,585		
Vrednote, ki sestavljajo profesionalizacijo v zdravstveni negi	Do 10 let	63	4,08	0,486	0,675	0,67
	11 do 20 let	70	4,19	0,541		
	21 let in več	59	4,1	0,62		
Znanje za profesionalizacijo v zdravstveni negi	Do 10 let	63	4	0,443	1,24	0,288
	11 do 20 let	70	4,07	0,623		
	21 let in več	59	4	0,6		
Profesionalizacija v zdravstveni negi in zaposlitev	Do 10 let	63	3,55	0,687	1,4	0,217
	11 do 20 let	70	3,63	0,713		
	21 let in več	59	3,31	0,697		

Legenda: N= število anketirancev, PV= povprečna vrednost, SO: standardni odklon

V tabeli 34 so predstavljeni rezultati enosmerne ANOVE o mnenju in stališčih anketirancev o profesionalizmu v zdravstveni negi glede na ustanovo.

Tabela 34: Enosmerna ANOVA za test razlik v mnenjih in stališčih anketiranih o profesionalizmu v zdravstveni negi glede na ustanovo

Faktorji	Ustanova	N	PV	SO	F	p
Splošen pomen profesionalizacije v zdravstveni negi	SBJ	61	3,87	0,53	3,948	0,004
	SBB	8	3,94	0,251		
	SBSG	33	3,66	0,537		
	SBNM	66	4,04	0,687		
	Klinika Golnik	24	4,19	0,428		
Značilnosti profesionalizacije v zdravstveni negi	SBJ	61	4,14	0,482	1,344	0,255
	SBB	8	4,03	0,088		
	SBSG	33	3,97	0,305		
	SBNM	66	4,21	0,645		
	Klinika Golnik	24	4,2	0,511		
Vrednote, ki sestavljajo profesionalizacijo v zdravstveni negi	SBJ	61	4,07	0,529	1,663	0,16
	SBB	8	3,97	0,209		
	SBSG	33	4,05	0,482		
	SBNM	66	4,15	0,619		
	Klinika Golnik	24	4,36	0,516		
Znanje za profesionalizacijo v zdravstveni negi	SBJ	61	4,14	0,462	5,543	<0,001
	SBB	8	3,97	0,282		
	SBSG	33	3,64	0,53		
	SBNM	66	4,06	0,595		
	Klinika Golnik	24	4,2	0,6		

Faktorji	Ustanova	N	PV	SO	F	p
Profesionalizacija v zdravstveni negi in zaposlitev	SBJ	61	3,48	0,699	0,222	0,926
	SBB	8	3,69	0,438		
	SBSG	33	3,45	0,474		
	SBNM	66	3,53	0,814		
	Klinika Golnik	24	3,52	0,794		

Legenda: N= število anketirancev , PV= povprečna vrednost, SO: standardni odklon

Iz tabele 34 je razvidno, da obstaja statistično pomembna razlika v mnenjih in stališčih anketirancev glede na ustanovo pri faktorju *Splošen pomen profesionalizacije v zdravstveni negi* ($F=3,948$, $p=0,004$) ter pri faktorju *Znanjeza profesionalizacijo v zdravstveni negi* ($F=5,543$, $p=<0,001$), za druge faktorje tega nismo uspeli ugotoviti. Mnenja in stališča anketiranih pri faktorju *Splošen pomen profesionalizacije v zdravstveni negi* je najvišje na Kliniki Golnik ($PV=4,19$), najnižje pa v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec ($PV=3,66$). Mnenja in stališča anketiranih pri faktorju *Znanje, ki je potrebno za profesionalizacijo v zdravstveni negi* je najvišje na Kliniki Golnik ($PV=4,2$), najnižje pa v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec ($PV=3,64$).

V tabeli 35 so predstavljeni rezultati enosmerne ANOVE o mnenju in stališčih anketirancev o profesionalizmu v zdravstveni negi glede na delovišče.

Tabela 35: Enosmerna ANOVA za test razlik v mnenjih in stališčih anketiranih o profesionalizmu v zdravstveni negi glede na delovišče

Faktorji	Delovišče	N	PV	SO	F	p
Splošen pomen profesionalizacije v zdravstveni negi	Klinični oddelek	114	3,98	0,531	2,282	0,105
	Intenzivna terapija	56	3,8	0,643		
	Koordinatorica oddelka	22	4,05	0,696		
Značilnosti profesionalizacije v zdravstveni negi	Klinični oddelek	114	4,18	0,499	2,555	0,08
	Intenzivna terapija	56	4	0,513		
	Koordinatorica oddelka	22	4,24	0,595		
Vrednote, ki sestavljajo profesionalizacijo v zdravstveni negi	Klinični oddelek	114	4,2	0,526	3,744	0,025
	Intenzivna terapija	56	3,96	0,52		
	Koordinatorica oddelka	22	4,19	0,66		
Znanjeza profesionalizacijo v zdravstveni negi	Klinični oddelek	114	4,03	0,565	2,57	0,079
	Intenzivna terapija	56	3,93	0,528		
	Koordinatorica oddelka	22	4,25	0,577		
Profesionalizacija v zdravstveni negi in zaposlitev	Klinični oddelek	114	3,54	0,712	0,594	0,553
	Intenzivna terapija	56	3,42	0,643		
	Koordinatorica oddelka	22	3,57	0,853		

Legenda: N= število anketirancev , PV= povprečna vrednost, SO: standardni odklon, F=F vrednost, p= mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Iz tabele 35 je razvidno, da obstaja statistično pomembna razlika v mnenjih in stališčih anketirancev glede na delovišče pri faktorju *Vrednote, ki sestavljajo profesionalizacijo v zdravstveni negi* ($F=3,744$, $p=0,025$). Pri drugih faktorjih tega nismo ugotovili. Mnenja in stališča anketiranih pri faktorju *Vrednote, ki sestavljajo profesionalizacijo v zdravstveni negi* je najvišje pri anketirancih, ki so zaposleni na kliničnih oddelkih ($PV=4,2$), najnižje pa pri anketirancih, ki so zaposleni v enotah intenzivne terapije ($PV=3,96$).

H3 – obstajajo statistično pomembne razlike v mnenjih in stališčih diplomiranih medicinskih sester o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi glede na ustanovo in delovišče (klinični oddelek, enota intenzivne terapije), spol, starost in delovno dobo.

V raziskavi smo z to hipotezo želeli ugotoviti ali se diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki med seboj razlikujejo v mnenjih in stališčih o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi glede na ustanovo, delovišče, spol, starost in delovno dobo.

V tabeli 36 so prikazani rezultati t-testa za mnenja in stališča anketiranih o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi glede na spol.

Tabela 36: Rezultati t-testa za mnenja anketiranih o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi glede na spol

Faktorji	Spol	N	PV	SO	Standardna napaka PV	t	p
Pomen izobraževanja za večjo profesionalizacijo	Moški	12	3,83	0,508	0,147	-0,516	0,606
	Ženski	180	3,92	0,592	0,044		
Višanje izobrazbe je pogoj za večjo profesionalizacijo	Moški	12	3,6	0,96	0,277	-0,603	0,547
	Ženski	180	3,74	0,793	0,059		
Kontinuirano izobraževanje za večjo profesionalizacijo	Moški	12	3,13	0,801	0,231	1,203	0,312
	Ženski	180	2,83	0,975	0,073		

Legenda: N= število anketirancev, PV= povprečna vrednost, SO: standardni odklon, t= t vrednost, p=mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Iz tabele 36 je razvidno, da nismo našli nobene statistično pomembne razlike med spolom anketiranih in faktorji.

V tabeli 37 so predstavljeni rezultati enosmerne ANOVEo mnenju in stališčih anketirancev o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi glede na delovišče anketirancev.

Tabela 37: Enosmerna ANOVA za test razlik v mnenjih in stališčih o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi glede na delovišče anketiranih

Faktorji	Delovišče	N	PV	SO	F	p
Pomen izobraževanja za večjo profesionalizacijo	Klinični oddelek	114	3,98	0,575	4,111	0,018
	Intenzivna terapija	56	3,74	0,58		
	Koordinatorica oddelka	22	4,07	0,578		
Višanje izobrazbe je pogoj za večjo profesionalizacijo	Klinični oddelek	114	3,74	0,58	4,937	0,008
	Intenzivna terapija	56	3,47	0,862		
	Koordinatorica oddelka	22	2,87	0,817		
Kontinuirano izobraževanje za večjo profesionalizacijo	Klinični oddelek	114	4,07	0,578	0,251	0,778
	Intenzivna terapija	56	4	0,727		
	Koordinatorica oddelka	22	2,98	0,97		

Legenda: N= število anketirancev , PV= povprečna vrednost, SO: standardni odklon

Iz tabele 37 je razvidno, da obstaja statistično pomembna razlika v mnenjih in stališčih anketirancev glede na delovišče pri faktorju *Pomen izobraževanja za večjo profesionalizacijo* ($F=0,018$, $p=0,018$) in faktorju *Višanje izobrazbe je pogoj za večjo profesionalizacijo* ($F=4,937$, $p=0,008$). Pri tretjem faktorju tega nismo uspeli ugotoviti. Mnenja in stališča anketiranih pri faktorju *Pomen izobraževanja za večjo profesionalizacijo* je najvišje pri koordinatoricah oddelka ($PV=4,07$), pri faktorju *Višanje izobrazbe je pogoj za večjo profesionalizacijo* pa pri anketirancih, zaposlenih na kliničnih oddelkih ($PV=3,74$).

V tabeli 38 so predstavljeni rezultati enosmerne ANOVEo mnenju in stališčih anketirancev o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi glede na starost anketirancev.

Iz tabele 38 je razvidno, da nismo našli nobene statistično pomembne razlike med starostjo anketiranih in faktorji.

Tabela 38: Enosmerna ANOVA za test razlik v mnenjih in stališčih o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi glede na starost anketiranih

Faktorji	Starost	N	PV	SO	F	p
Pomen izobraževanja za večjo profesionalizacijo	23 do 28 let	33	3,94	0,518	1,369	0,246
	29 do 38 let	75	3,83	0,563		
	39 do 45 let	36	3,98	0,602		
	46 do 55 let	39	3,94	0,613		
	Več kot 55 let	9	4,26	0,767		
Višanje izobrazbe je pogoj za večjo profesionalizacijo	23 do 28 let	33	3,78	0,642	2,183	0,073
	29 do 38 let	75	3,56	0,807		
	39 do 45 let	36	3,82	0,882		
	46 do 55 let	39	3,82	0,77		
	Več kot 55 let	9	4,26	0,894		
Kontinuirano izobraževanje za večjo profesionalizacijo	23 do 28 let	33	3,03	0,829	2,144	0,077
	29 do 38 let	75	2,79	0,993		
	39 do 45 let	36	3	0,971		
	46 do 55 let	39	2,86	0,952		
	Več kot 55 let	9	2,06	0,982		

Legenda: N= število anketirancev , PV= povprečna vrednost, SO: standardni odklon

V tabeli 39 so predstavljeni rezultati enosmerne ANOVE o mnenju in stališčih anketirancev o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi glede na ustanovo, kjer so zaposleni anketiranci.

Tabela 39: Enosmerna ANOVA za test razlik v mnenjih in stališčih anketiranih o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi glede na ustanovo

Faktorji	Ustanova	N	PV	SO	F	p
Pomen izobraževanja za večjo profesionalizacijo	SBJ	61	3,86	0,587	3,525	0,008
	SBB	8	3,72	0,378		
	SBSG	33	3,9	0,407		
	SBNM	66	3,86	0,67		
	Klinika Golnik	24	4,32	0,457		
Višanje izobrazbe je pogoj za večjo profesionalizacijo	SBJ	61	3,69	0,875	2,368	0,054
	SBB	8	3,48	0,645		
	SBSG	33	3,72	0,371		
	SBNM	66	3,65	0,922		
	Klinika Golnik	24	4,18	0,614		
Kontinuirano izobraževanje za večjo profesionalizacijo	SBJ	61	2,89	0,958	4,314	0,002
	SBB	8	3,13	0,876		
	SBSG	33	3,26	0,772		
	SBNM	66	2,8	0,969		
	Klinika Golnik	24	2,25	0,989		

Legenda: N= število anketirancev , PV= povprečna vrednost, SO: standardni odklon

Iz tabele 39 je razvidno, da obstaja statistično pomembna razlika v mnenjih in stališčih anketirancev glede na ustanovo, kjer so zaposleni pri faktorju *Pomen izobraževanja za večjo profesionalizacijo* ($F=3,525$, $p=0,008$) in faktorju *Kontinuirano izobraževanje za večjo profesionalizacijo* ($F=4,314$, $p=0,002$). Pri tretjem faktorju tega nismo uspeli ugotoviti. Mnenja in stališča anketiranih pri faktorju *Pomen izobraževanja za večjo profesionalizacijo* je najvišje pri zaposlenih na Kliniki Golnik ($PV=4,32$), pri faktorju *Kontinuirano izobraževanje za večjo profesionalizacijo* pa v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec ($PV=3,26$).

V tabeli 40 so predstavljeni rezultati enosmerne ANOVE o mnenju in stališčih anketirancev o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi glede na delovno dobo anketirancev. Sedem skupin smo združili v samo tri skupine, ki so si po velikosti (N) bolj podobne.

Tabela 40: Enosmerna ANOVA za test razlik v mnenjih in stališčih anketiranih o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi glede na delovno dobo

Faktorji	Delovna doba	N	PV	SO	F	p
Pomen izobraževanja za večjo profesionalizacijo	Do 10 let	63	3,91	0,589	0,276	0,759
	11 do 20 let	70	3,88	0,558		
	21 let in več	59	3,96	0,622		
Višanje izobrazbe je pogoj za večjo profesionalizacijo	Do 10 let	63	3,67	0,844	0,618	0,54
	11 do 20 let	70	3,71	0,724		
	21 let in več	59	3,82	0,851		
Kontinuirano izobraževanje za večjo profesionalizacijo	Do 10 let	63	2,78	1,043	1,758	0,175
	11 do 20 let	70	3,02	0,899		
	21 let in več	59	2,73	0,944		

Legenda: N= število anketirancev , PV= povprečna vrednost, SO: standardni odklon

Iz tabele 40 je razvidno, da nismo našli nobene statistično pomembne razlike med delovno dobo anketiranih in faktorji.

H4 – tisti zaposleni, ki pri svojem delu uporabljajo proces zdravstvene nege se statistično bolj pomembno zavedajo potrebnosti teoretičnega znanja in uporabnosti negovalnih diagnoz.

V raziskavi smo z to hipotezo želeli ugotoviti ali se anketirani, ki pri delu uporabljajo proces zdravstvene nege med seboj razlikujejo v zavedanju potrebnih teoretičnih osnov za pravilno uporabo negovalnih diagnoz in znanja o negovalnih diagnozah in kakšno je njihovo mnenje o uporabnosti negovalnih diagnoz.

V tabeli 41 so predstavljeni rezultati t-testa o teoretičnih izhodiščih in znanju za pravilno uporabno negovalnih diagnoz kot sestavnega in pomembnega dela procesa zdravstvene nege.

Tabela 41: Rezultati t-testa za mnenja anketiranih o teoretičnih izhodiščih in znanju o negovalnih diagnozah

Faktorji	Uporaba procesa zdravstvene nege	N	PV	SO	Standardna napaka PV	t	p
Uporaba negovalnih diagnoz v procesu zdravstvene nege	Da	140	4	0,616	0,052	-0,95	0,344
	Ne	51	4,1	0,681	0,095		
Znanje pri oblikovanju negovalne diagnoze	Da	140	4,16	0,582	0,049	-2,523	0,012
	Ne	51	4,4	0,608	0,085		
Izobrazba na področju negovalnih diagnoz	Da	140	3,44	0,712	0,06	-0,774	0,44
	Ne	51	3,53	0,733	0,103		
Ugotavljanje potreb DMS po zdravstveni negi.	Da	140	3,96	0,762	0,064	-1,582	0,115
	Ne	51	4,18	0,824	0,115		

Legenda: N=veljavni primeri, PV= povprečna vrednost, SD = standardni odklon

Iz tabele 41 je razvidno, da obstaja statistično pomembna razlika v mnenjih anketirancev pri faktorju *Znanje pri oblikovanju negovalnih diagnoz* ($t=-2,523$, $p=0,012$). Tisti anketiranci, ki pri svojem delu ne uporabljajo negovalnih diagnoz ($N=51$) so pokazali večje strinjanje, da je znanje pri oblikovanju negovalnih diagnoz pomembno ($PV=4,4$) kot anketiranci, ki negovalne diagnoze uporabljajo ($PV=4,16$).

V tabeli 42 so predstavljeni rezultati t-testa o mnenju anketiranih o uporabnosti negovalnih diagnoz v praksi.

Iz tabele 42 je razvidno, da nismo našli nobene statistično pomembne razlike o uporabnosti negovalnih diagnoz v praksi med tistimi anketiranimi, ki pri svojem delu uporabljajo negovalne diagnoze in tistimi, ki jih ne in faktorji.

Tabela 42: Rezultati t-testa za mnenja anketiranih o uporabnosti negovalnih diagnoz

Faktorji	Uporaba procesa zdravstvene nege	N	PV	SO	Standardna napaka PV	t	p
Klasifikacije in enotna terminologija pri uporabi negovalnih diagnoz	Da	140	4,06	0,597	0,051	-1,585	0,115
	Ne	51	4,22	0,625	0,088		
Individualizacija pacientovih potreb z negovalnimi diagnozami	Da	140	3,96	0,658	0,056	-0,531	0,596
	Ne	51	4,02	0,759	0,106		
Optimizacija negovalne dokumentacije	Da	140	3,61	0,736	0,062	0,105	0,916
	Ne	51	3,6	0,797	0,111		

Legenda: N=veljavni primeri, PV= povprečna vrednost, SD = standardni odklon

H5 – Uporabo negovalnih diagnoz je mogoče pojasniti z deloviščem diplomiranih medicinskih sester, spolom, starostjo, delovno dobo, z znanjem o teoretičnih izhodiščih o negovalnih diagnozah, z znanjem kot elementom profesionalizma, z profesionalizacijo v zdravstveni negi

V raziskavi smo z to hipotezo želeli ugotoviti, če je večjo uporabo negovalnih diagnoz mogoče pripisati, kje so anketirani zaposleni (klinični oddelek, enota intenzivne terapije, koordinatorica oddelka), spolom, če je večja uporaba negovalnih diagnoz pri moških ali ženskah, če starost anketirancev vpliva na večjo uporabo ali delovna doba vpliva na njihovo večjo uporabo, če dodatno izobraževanje iz področja negovalnih diagnoz vpliva na njihovo uporabo. Želeli smo tudi ugotoviti, če znanje iz področja negovalnih diagnoz in diagnosticiranja v zdravstveni negi vpliva na uporabo negovalnih diagnoz ter če stopnja profesionalizacije vpliva na njihovo uporabo.

Najprej smo korelacijsko analizo izvedli za demografske podatke. V tabeli 40 so prikazani rezultati Pearsonovega koeficienta korelacije med posameznimi demografskimi podatki in uporabo negovalnih diagnoz.

Tabela 43: Pearsonov koeficient korelacije med uporabo negovalnih diagnoz in posameznimi demografskimi sklopi

		Spol	Starost	Delovna doba	Delovišče
Uporaba negovalnih diagnoz	Pearsonova Korelacija	0,08	0,115	0,079	-0,009
	Sig (2-tailed)	0,272	0,113	0,274	0,898
	N	192	192	192	192

V tabeli 43 nismo našli statistično pomembnih povezav.

V nadaljevanju smo z korelacijsko analizo želeli ugotoviti, če je večja uporaba negovalnih diagnoz v povezavi z znanjem o teoretičnih izhodiščih, izobraževanjem o negovalnih diagnozah ter znanjem, ki je element profesionalizma. Rezultati so prikazani v tabeli 44.

Tabela 44 prikazuje Pearsonov koeficient korelacije med Uporabo negovalnih diagnoz in sklopi trditve. V sklopu Znanje o teoretičnih izhodiščih so zajete vse trditve 3. sklopa anketnega vprašalnika, v sklopu Profesionalizacija v zdravstveni negi so zajete vse trditve drugega sklopa anketnega vprašalnika, v sklopu Znanje kot element profesionalizma pa vse trditve petega sklopa anketnega vprašalnika.

Tabela 44: Pearsonov koeficient korelacije med uporabo negovalnih diagnoz in sklopi trditve

		Znanje o teoretičnih izhodiščih	Profesionalizacija v zdravstveni negi	Znanje kot element profesionalizma
Uporaba negovalnih diagnoz	Pearsonova Korelacija	0,774	0,386	0,584
	Sig (2-tailed)	<0,001	<0,001	<0,001
	N	192	192	192

Iz tabele 44 je razvidno, da je uporaba negovalnih diagnoz statistično močno povezana z znanjem o teoretičnih izhodiščih ($p < 0,001$), z profesionalizacijo v zdravstveni negi ($p < 0,001$) in znanjem kot elementom profesionalizacije ($p < 0,001$).

Želeli smo tudi ugotoviti, kakšne so te povezave in smo skupine preverili s t-testom. Rezultati so prikazani v tabeli 45.

Tabela 45: T-test med sklopi trditev

	N	PV	SD	t	p
Uporaba negovalnih diagnoz	192	3,9	0,593	91,03	<0,001
Znanje o teoretičnih izhodiščih	192	3,95	0,468	0,034	<0,001
Profesionalizacija v zdravstveni negi	192	3,95	0,468	116,93	<0,001
Znanje kot element profesionalizma	192	3,5	0,569	85,26	<0,001

Legenda: Test Value = 0, N=veljavni primeri, PV= povprečna vrednost, SD = standardni odklon

Ugotovili smo, da obstaja statistično pomembna razlika med uporabo negovalnih diagnoz in znanjem o teoretičnih izhodiščih (PV=3,95) in profesionalizacijo v zdravstveni negi (PV=3,95). Z t-testom smo ugotovili, da se anketiranci statistično pomembno močnejše ($p < 0,001$) strinjajo, da z znanjem o teoretičnih izhodiščih in profesionalizacijo v zdravstveni negi kot uporabo negovalnih diagnoz. Rezultati so prikazani v tabeli 42.

3.5 PREVERJANJE HIPOTEZ

Na podlagi uporabljenih instrumentarijev smo preverili izhodiščne hipoteze:

H1 – obstajajo statistično pomembne razlike v stališčih diplomiranih medicinskih sester o teoretičnih izhodiščih in uporabnosti negovalnih diagnoz glede na ustanovo in delovišče (klinični oddelek, enota intenzivne terapije), spol, starost in delovno dobo.

Hipotezo delno potrdimo, saj smo dokazali, da obstaja razlika med stališči in mnenji anketiranih o teoretičnih izhodiščih glede na delovišče ter glede na ustanovo. Dokazali smo tudi, da obstaja razlika med stališči in mnenji anketiranih o uporabnosti negovalnih diagnoz glede na njihovo delovišče, njihovo starost in glede na dolžino delovne dobe. Statistično značilna je povezanost med teoretičnimi izhodišči o negovalnih diagnozah in trditvijo »Uporaba negovalnih diagnoz v procesu zdravstvene nege« glede na delovišče ($p=0,013$), glede na ustanovo ($p=0,008$) ter trditvijo »Znanje pri oblikovanju negovalne diagnoze« glede na ustanovo ($P=0,022$). Statistično značilna je tudi povezava med uporabnostjo negovalnih diagnoz in trditvijo »Klasifikacije in enotna terminologija pri

uporabi negovalnih diagnoz« glede na delovišče ($p=0,033$), glede na starost anketiranih ($p=0,015$) ter glede na dolžino delovne dobe ($p=0,05$).

H2 – obstajajo statistično pomembne razlike v mnenjih in stališčih diplomiranih medicinskih sester o profesionalizmu v zdravstveni negi glede na ustanovo in delovišče (klinični oddelek, enota intenzivne terapije), spol, starost in delovno dobo.

Hipotezo delno potrdimo, saj smo dokazali, da obstaja razlika med stališči in mnenji anketiranih o profesionalizmu v zdravstveni negi ter ustanovo, kjer so zaposleni in glede na delovišče. Statistično značilna je povezanost med mnenji in stališči anketiranih o profesionalizaciji v zdravstveni negi in trditvijo »Splošen pomen profesionalizacije v zdravstveni negi« ($p=0,004$) ter trditvijo »Znanje za profesionalizacijo v zdravstveni negi« ($p=<0,001$) glede na ustanovo ter trditvijo »Vrednote, ki sestavljajo profesionalizacijo v zdravstveni negi« ($p=0,025$) glede na delovišče.

H3 – obstajajo statistično pomembne razlike v mnenjih in stališčih diplomiranih medicinskih sester o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi glede na ustanovo in delovišče (klinični oddelek, enota intenzivne terapije), spol, starost in delovno dobo.

Hipotezo delno potrdimo, saj smo dokazali, da obstaja razlika med stališči in mnenji anketiranih o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi ter deloviščem in ustanovo. Statistično značilna je povezanost med mnenji in stališči anketiranih o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi in trditvijo »Pomen izobraževanja za večjo profesionalizacijo« ($p=0,018$) in trditvijo »Višanje izobrazbe je pogoj za večjo profesionalizacijo« ($p=0,008$) glede na delovišče anketiranih. Statistično značilna je tudi povezanost med mnenji in stališči anketiranih o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi in trditvijo »Pomen izobraževanja za večjo profesionalizacijo« ($p=0,008$) in trditvijo »Kontinuirano izobraževanje za večjo profesionalizacijo« ($p=0,002$) glede na ustanovo, kjer so anketirani zaposleni.

H4 – tisti zaposleni, ki pri svojem delu uporabljajo proces zdravstvene nege se statistično bolj pomembno zavedajo potrebnosti teoretičnega znanja in uporabnosti negovalnih diagnoz.

Hipotezo delno potrdimo, saj smo dokazali, da obstaja razlika med stališči in mnenji tistih anketiranih, ki pri svojem delu uporabljajo proces zdravstvene nege ter potrebnosti teoretičnega znanja in uporabnosti negovalnih diagnoz. Statistično značilna je povezanost med mnenji in stališči anketiranih, ki pri svojem delu uporabljajo proces zdravstvene nege o potrebnosti teoretičnega znanja in trditvijo »Znanje pri oblikovanju negovalne diagnoze« ($p=0,012$), v delu o mnenju in stališčih o uporabnosti negovalnih diagnoz tistih anketiranih, ki pri svojem delu uporabljajo proces zdravstvene nege hipoteze nismo potrdili.

H5 – Uporabo negovalnih diagnoz je mogoče pojasniti z deloviščem diplomiranih medicinskih sester, spolom, starostjo, delovno dobo, z znanjem o teoretičnih izhodiščih o negovalnih diagnozah, z izobraževanjem o negovalnih diagnozah, z znanjem kot elementom profesionalizma, z profesionalizacijo v zdravstveni negi.

Hipotezo delno potrdimo. Dokazali smo, da obstaja statistično pomembna povezava med uporabo negovalnih diagnoz in znanjem anketiranih o teoretičnih izhodiščih o negovalnih diagnozah ($r=0,774$, $p<0,001$), z profesionalizacijo v zdravstveni negi ($r=0,386$, $p<0,001$) ter z znanjem kot elementom profesionalizma ($r=0,584$, $p<0,001$). Dokazali smo, da je ta povezava statistično bolj pomembna pri znanju o teoretičnih izhodiščih ($PV=3,95$, $p<0,001$) in profesionalizacijo v zdravstveni negi ($PV=3,95$, $p<0,001$) kot v uporabnosti negovalnih diagnoz ($PV=3,9$, $p<0,001$).

3.6 RAZPRAVA

Dokumentiranje je pomemben element sodobne zdravstvene nege, navajata Hajdinjakova in Megličeva (2012, pp. 45). Z dokumentiranjem postane zdravstvena nega vidna in njen doprinos k zdravju posameznika, družine, skupine in celotne populacije jasen in razumljiv. Dokumentiranje v zdravstveni negi je zapisovanje vseh aktivnosti zdravstvene nege, tako avtonomnih kot soodvisnih in odvisnih. Poleg vidnosti in avtonomnosti zdravstvene nege, ki jo omogoča dokumentiranje, je pomembno poudariti, da brez dokumentiranja ni možen procesni metodološki pristop (Hajdinjak & Meglič, 2012, pp. 45). Needleman in Buerhaus (2003, cited in Paans, et al., 2011) poudarjata, da pa je natančno dokumentiranje negovalnih diagnoz vitalnega pomena v vsakodnevni praksi

bolnišnične zdravstvene nege in da je njihov namen pomagati diplomiranim medicinskim sestram in diplomiranim zdravstvenikom pravilno načrtovati, izvajati intervencije zdravstvene nege in jo vrednotiti. Na ta način dosežejo optimalno kontinuiteto v oskrbi in varnost pacientov.

Kontinuiteta izobraževanja, učenja, tudi vseživljenjskega zelo pomembna za razvoj profesionalizacije zdravstvene nege ter v tesni povezavi z razvijanjem in nadgradnjo človeškega kapitala. Praktika zdravstvene nege razumemo kot profesionalca. V definiciji profesionalizaciji Houle (1980 cited in Starc, 2014, p. 30) našteva katere povezave imajo sodobne profesije – povezane so z znanjem, univerzami, visokim statusom, visokim družbenim slojem, s prepričanji in postopki, vzvodi moči ter z dejavnostmi, ki jim mnogi prepisujejo visoko vrednost.

Na podlagi pregleda literature in vprašalnika, ki smo ga sestavili na podlagi le te, smo si postavili pet hipotez, ki smo jih poskušali potrditi ali ovreči s pomočjo odgovorov, ki smo jih prejeli v vrnjenih vprašalnikih.

Prvo hipotezo lahko delno potrdimo, ker smo našli statistično pomembne razlike pri teoretičnih izhodiščih o negovalnih diagnozah pri faktorju Uporaba negovalnih diagnoz v procesu zdravstvene nege glede na delovišče diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov, glede na ustanovo, kjer so zaposleni in pri faktorju Znanje pri oblikovanju negovalnih diagnoz glede na ustanovo, kjer so zaposleni. Statistično pomembne razlike smo našli tudi pri uporabnosti negovalnih diagnoz pri faktorju Klasifikacije in enotna terminologija glede na delovišče, glede na starost in glede na delovno dobo.

Na uporabnost negovalnih diagnoz v praksi sicer vpliva več dejavnikov. Na prvem mestu zagotovo vpliva znanje, sposobnost kritičnega razmišljanja in tudi spretnosti, ki jih diplomirana medicinska sestra in diplomirani zdravstvenik pridobivata v praksi in tu ima kontinuirano in vseživljenjsko izobraževanje zagotovo veliko vlogo.

Iz rezultatov, ki smo jih pridobili je mogoče sklepati, da se izobraževanju na področju procesa zdravstvene nege in uporabe negovalnih diagnoz veliko bolj posvečajo koordinatorice same tudi zaradi delovnega mesta in obveznosti, ki jih takšno delovno mesto zahteva. Delovati morajo kot dobre vodje, kar pomeni stalno izobraževanje na področju vodenja, biti pa morajo tudi učinkovite mentorice. V to je vključeno tudi dobro poznavanje teoretičnih izhodišč o procesu zdravstvene nege z diagnosticiranjem, da lahko svoje znanje uspešno posredujejo.

Rezultati nam pokažejo, da bi bilo potrebno izobraževanju iz področja procesa zdravstvene nege posvetiti veliko več pozornosti, kot pa se je najbrž namenja v zdravstvenih ustanovah. Management zdravstvene nege je tisti, ki mora načrtovati takšna izobraževanja tudi iz razloga, da je proces zdravstvene nege dinamičen in zahteva veliko teoretičnega znanja in ga jim je kot takšnega potrebno tudi predstaviti. Iz rezultatov lahko sklepamo, da imajo koordinatorice večjo možnost izobraževanja na področju negovalnih diagnoz kot zaposleni na kliničnih oddelkih in enotah intenzivne terapije, saj je bil najslabši rezultat na Likertovi lestvici od 1 do 5 dosežen tam, kjer je bila postavljena trditev »V naši ustanovi imamo možnost izobraževanja na področju negovalnih diagnoz« in »Imam možnost izobraževanja na področju negovalnih diagnoz izven ustanove, kjer sem zaposlen/a«. V Likertovi lestvici je bilo postavljeno nekaj trditev, ki bi lahko management zdravstvene nege napeljal k temu, da je področju procesa zdravstvene nege in izobraževanju iz tega področja potrebno nameniti več pozornosti in niso dosegle visoko ocene strinjanja. Tukaj je potrebno izpostaviti predvsem teoretično znanje, ki ga imajo zaposleni v zdravstveni negi in ki je osnova za dobro diagnosticiranje ter kontinuirano izobraževanje, ki zagotavlja visoko neodvisnost in profesionalno rast zaposlenih. Tudi Starc (2012, p. 65) navaja, da z dodatnim usposabljanjem in izobraževanjem lahko dosežemo klinično avtonomijo zdravstvene nege. Ta omogoča dodatne, razširjene, poglobljene kompetence, to pa povečuje profesionalno avtonomijo in odgovornost. Prav kompleksnost sodobnega časa zahteva pregled in nadgradnjo obstoječih znanj in kompetenc, da se zagotovi optimalno izvajanje zdravstvene nege (Meretoja & Koponen, 2012 cited in Skela Savič, et al., 2016).

Trditvi »Za oblikovanje pravilne negovalne diagnoze je potrebno veliko praktičnega znanja« in »Za oblikovanje pravilne negovalne diagnoze je potrebno veliko teoretičnega znanja« sta dosegli zelo visok nivo strinjanja, kar pomeni, da se morajo ustanove zavedati, da praktik zdravstvene nege potrebuje teoretične osnove za delovanje v praksi in bi bilo dobro, da se že takoj po končanem uradnem izobraževanju diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki začnejo uvajati tudi na področju diagnosticiranja in da bi bilo potrebno to znanje tudi ustrezno pospeševati. Tudi ustrezno izobraževanje v izobraževalnih ustanovah bi moralo biti že pripravljeno in izvedeno tako, da v praksi v začetku ne bi to predstavljalo novo zaposlenim problema.

Klasifikacije in enotna terminologija v zdravstveni negi zagotovo pomembno vpliva na kakovost dokumentiranja in komuniciranja v zdravstveni negi, vendar je tudi tu potrebno veliko teoretičnega in praktičnega znanja za njihovo pravilno uporabo ter čas. V Sloveniji se enotno poimenovanje negovalnih diagnoz šele razvija, doslej so ustanove oblikovale vsaka svoje procese zdravstvene nege z negovalnimi diagnozami. Iz naše raziskave lahko sklepamo, da si diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki želijo enotnega jezika, k temu nas vodi tudi visoko strinjanje s trditvama »Za pravilno uporabo in oblikovanje negovalnih diagnoz je nujno potrebna enotna terminologija« in »Če bi pri oblikovanju negovalnih diagnoz uporabljali standardiziran jezik bi bila njihova uporabnost večja«, ostaja pa problem pravilne organizacije dela oziroma časa, ki je potreben za pripravo dobrega načrta zdravstvene nege. Na to nas je opozorilo najmanjše strinjanje s trditvijo »Za pravilno in ustrezno oblikovanje negovalne diagnoze imam dovolj časa«.

Raziskave na področju procesa zdravstvene nege in negovalnih diagnoz poudarjajo veliko vlogo teoretičnega in praktičnega znanja kot tudi kontinuiranega izobraževanja na tem področju. Cardoso in Paiva e Silva (2010) v svoji raziskavi ugotavljata, da je znanje zelo pomembno, če diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki želijo oblikovati svojo poklicno identiteto in potrditi zdravstveno nego kot disciplino, ki izhaja iz znanja. Ellis in Hartley (1998, cited in Cardoso & Paiva e Silva, 2010) pa navajata v svoji raziskavi, da je definiranje zdravstvene nege zelo težko in da je znanje nujen kriterij v razvoju neodvisne profesije. Paans, et al. (2011) so v svoji raziskavi ugotovili, da pa so

diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki šolani, da dokumentirajo svoje znanje in presoje eksplicitno v povezavi z procesom zdravstvene nege, kar naša raziskava ni potrdila. Da pa v hospitalni praksi zdravstvene nege stopnja izkušenosti in znanja v diagnosticiranju pomembno in pozitivno vpliva na pravilnost negovalnih diagnoz v dokumentaciji ter pozitivna naravnost pa ugotavljajo drugi avtorji (Whitley & Gulanick, 1996; Björvel, et al., 2002; Reichman & Yarandi, 2002; Hasegawa, et al., 2007, cited in Paans, et al., 2011; Takahashi, et al., 2008; Ting-Ting, 2005) in potrjujejo rezultate naše raziskave. Pomembni pa so tudi faktorji, ki vplivajo na znanje in izkušnost diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov kot so motivacija, da se naučijo zahtev, ki so potrebne za dobro diagnosticiranje (Whitley & Gulanick, 1996; cited in Paans, et al., 2011) ter kako pogosto se posvečajo študiju diagnosticiranja v zdravstveni negi (Hasegawa, et al., 2007, Cruz, et al., 2009; cited in Paans et al., 2011). Ting-Ting (2005) tudi omenja, da na uporabo negovalnih diagnoz v praksi poleg pomanjkanja znanja in izkušenj zelo vpliva tudi pomanjkanje časa, kar potrjujejo tudi rezultati v naši raziskavi. Da je čas pomemben dejavnik, ki vpliva na uporabo negovalnih diagnoz v praksi zdravstvene nege potrjujejo tudi rezultati raziskave Takahashijeve, et al. (2008), ki so ugotovile, da je za neuporabo negovalnih diagnoz v praksi zdravstvene nege krivo pomanjkanje časa kar v 43,5 %. Navedle so tudi raziskavo Fariasa (1997, cited in Ting-Ting, et al., 2008), ki prav tako ugotavlja, da je pomanjkanje časa ovira za uporabo negovalnih diagnoz. Da enotna terminologija in standardizirana oblika negovalnih diagnoz bistveno pripomore k uporabi negovalnih diagnoz kažejo tudi rezultati drugih raziskav (Lee, 2005; Thomas & Newsome, 1992; Wooley, 1990, cited in Paganin, et al., 2008; Goossen, 2006), kar potrjuje izsledke naše raziskave. Klasifikacije, ki predstavljajo standardiziran jezik v zdravstveni negi morajo biti vpeljane v prakso, hkrati pa s tem nastane problem, ker veliko diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov nima znanja za uporabo standardiziranega jezika v praksi (Thorddsen & Ehnfors, 2007, cited in Müller-Staub, 2009). Mynaříková in Žiaková (2014) pa kot možen razlog manjše uporabe negovalnih diagnoz v praksi zdravstvene nege na primeru Češke navajata tudi to, da zdravstvena nega v državi nima enotnega klasifikacijskega sistema in vsaka bolnišnica uporablja svoj sistem. Namen standardiziranega jezika in klasifikacij v zdravstveni negi je dokumentiranje, ki dovoljuje primerjavo pacientovih podatkov tudi skozi daljše časovno obdobje navaja v svojem članku Goossen (2006).

Collinsova s sodelavkama (2013) pa tudi navaja rezultate drugih raziskav (Hasegawa, et al., 2007, Kautz, et al., 2006, Kurashima, et al., 2008, Müller-Staub, et al., 2007 cited in Collins, et al., 2013), da klasifikacije negovalnih diagnoz izboljšujejo pravočasnost, sposobnost in kritično razmišljanje diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov.

V raziskavi je bilo ugotovljeno, da ni statistično pomembne povezave v mnenjih in stališčih diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov o profesionalizmu v zdravstveni negi glede na spol, delovišče in delovno dobo. Smo pa našli statistično pomembne razlike o profesionalizmu v zdravstveni negi pri faktorjih Splošen pomen profesionalizacije v zdravstveni negi in Znanje za profesionalizacijo v zdravstveni negi glede na ustanovo ter faktorju Vrednote, ki sestavljajo profesionalizacijo v zdravstveni negi glede na delovišče diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov. S tem smo drugo hipotezo delno potrdili.

Dobljeni rezultati nas vodijo k razmišljanju, da se diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki v slovenskih zdravstvenih ustanovah zavedajo kaj pomeni profesionalnost ter da je nivo dosežene stopnje profesionalnosti odvisen od izobraževanja oziroma ustreznega znanja, ki ga s tem pridobijo. Zavedajo se tudi, da so vrednote pomemben del profesionalnosti in hkrati njen sestavni del.

O profesionalizaciji oziroma elementom, ki jo sestavljajo se morda v slovenskih zdravstvenih ustanovah ne govori oziroma njeni pomembnosti ne posveča dovolj pozornosti. V naši raziskavi je bilo ponujeno dovolj možnosti, kjer bi se diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki lahko identificirali kot profesionalci s svojim delovnim področjem in avtonomnostjo, vendar vseh teh niso prepoznali. Pričakovali bi, da se prepoznajo v tej vlogi, saj je v Sloveniji na tem področju v zadnjem desetletju ali več namenjenega veliko več izobraževanja kot kdaj koli. Diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki so na svojem področju delovanja pridobili tudi ustrezne kompetence torej delujejo avtonomno, imajo svojo povezovalno organizacijo, hkrati pa koncept vrednot. Iz rezultatov lahko sklepamo, da je potrebno značilnosti profesionalnosti bolj podrobno opredeliti znotraj zdravstvenih organizacij, saj

so pomembne za zdravstveno nego kot profesijo. Iz rezultatov lahko sklepamo, da serazlično glede na ustanovo tudi management zdravstvene nege zaveda pomembnosti svojega prispevka k večji profesionalizaciji. Ta prispevek je pomemben predvsem z vidika spodbujanja kontinuiranega izobraževanja, samoiniciativnosti za izobraževanje, postavitve sistema vrednot na mikro in makro ravni ter posledično večjega zadovoljstva diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov pri delu s pacienti. Rezultati na Likertovi lestvici od 1 do 5 so nam pokazali, da je med nižje ocenjenimi trditvev »Profesionalizacija v zdravstveni negi je rezultat podpore vodstva v zdravstveni negi«, po drugi strani pa se diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki zavedajo, da je proces zdravstvene nege del tudi profesionalizacije. Na to kaže trditev »Uporaba procesa zdravstvene nege je del profesionalizacije v zdravstveni negi«, ki je med višje ocenjenimi.

Rezultate naše raziskave lahko podpremo z ugotovitvami Starca (2014, p. 91) ki v svoji raziskavi ugotavlja, da sta za praktika zdravstvene nege zelo pomembna dejavnika redno nadgrajevanje znanja, ki je hkrati pridobitev tudi za zdravstveno organizacijo. V naši raziskavi smo pričakovali, da bodo rezultati v povezavi z znanjem statistično pomembni tudi glede na starost in ne samo na ustanovo anketirancev, kajti Starc (2014, p. 91) je sklepal, da se odrasli in bolj izkušeni profesionalci zdravstvene nege bolj zavedajo hkratnega pomena znanja in s tem profesionalizacije v zdravstveni negi. Raziskava, ki je bila opravljena med korejskimi in kitajskimi diplomiranimi medicinskimi sestrami je prav tako pokazala, da starost pomembno vpliva na občutek profesionalizma v zdravstveni negi (Hwang, et al., 2009). Navedeni avtorji so ugotovili, da se korejske diplomirane medicinske sestre, ki so stare 40 ali več let veliko bolj zavedajo elementov profesionalizma. Starc (2014, p. 72) tudi navaja, da je glavna tema, profesionalizacija in avtonomija zdravstvene nege, odvisna od razpoložljivosti finančnih sredstev in da profesionalizacija in avtonomija zdravstvene nege nista jasno definirani. Sklepa, da vključenim v raziskavo verjetno ni jasno, kaj je profesionalizacija zdravstvene nege. S tem je mogoče pojasniti tudi izsledke naše raziskave, kajti anketiranci se sicer zavedajo splošnega pomena profesionalizacije, njenih posameznih sestavnih delov pa sicer niso prepoznali kot pomembnih. Hwang s sodelavci (2009) in Çelik in Hizar (2012) pa v svojih raziskavah ugotavljajo, da pa diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki

z višjo izobrazbeno stopnjo kažejo višjo stopnjo profesionalizma. Da so vrednote, ki sestavljajo profesionalizem v zdravstveni negi pomembne, se strinjajo tudi anketirani v naši raziskavi. Brown-Benedictova (2008) ugotavlja in navaja tudi druge avtorje, da kljub temu da so se diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki velikokrat bojevali za priznanje profesionalne identitete so se čez čas oblikovale vrednote, ki so bistvene v zdravstveni negi: dostojanstvo, poštenost in celovitost, avtonomija, nesebičnost, socialna pravičnost (Fahrenwald, et al., 2005, cited in Brown-Benedict, 2008), skrb za druge in holističen pristop (Watson, 2002, cited in Brown-Benedict, 2008). Tudi Manzano-Garcia & Ayala-Calvo (2014) v svoji raziskavi navajata, da so vrednote v zdravstveni negi nastale skozi vedenjske izkušnje, čustva, znanje in delovanje. Ugotavljata tudi, da so vrednote pozitivne in spodbujajo humanizacijo. Tudi Skela-Savič (2016) v svoji raziskavi na reprezentativnem vzorcu 780 diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov z vsaj tremi leti delovnih izkušenj v Sloveniji navaja, da sta med njimi v slovenskih bolnišnicah prisotni dve skupini vrednot. Kot prvo navaja skupino vrednot, ki opisujejo strokovne dimenzije dela in drugo skupino, ki so vrednote razvoja zdravstvene nege. Ugotavlja tudi, da je profesionalizem v zdravstveni negi v Sloveniji še vedno v razvoju, da mu primanjkuje podpore znotraj in izven profesije ter da se premalo vzpodbuja njegovo implementacijo, kar potrjuje tudi rezultate v naši raziskavi.

Tudi tretjo hipotezo delno potrdimo. V naši raziskavi smo ugotovili, da je statistično pomembna razlika v mnenjih in stališčih diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov o znanju kot elementu profesionalizacije pri faktorjih Pomen izobraževanja za večjo profesionalizacijo glede na delovišče in ustanovo, Višanje izobrazbe je pogoj za večjo profesionalizacijo prav tako glede na delovišče ter faktorju Kontinuirano izobraževanje za večjo profesionalizacijo glede na ustanovo.

Iz rezultatov naše raziskave lahko sklepamo, da se diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki zavedajo pomena kontinuiranega izobraževanja kot tudi nujnosti višanja izobrazbe za doseganje višje stopnje profesionalnosti oziroma profesionalizma zdravstvene nege. To pa ni odvisno od spola, starosti ali let delovne dobe, kar je presenetljivo. Pričakovali bi, da se z starostjo in leti delovne dobe povečuje zavedanje pomena profesionalnosti med diplomiranimi medicinskimi sestrami in

diplomiranimi zdravstveniki. Iz naših rezultatov lahko tudi sklepamo, da se v ustanovah sicer veliko trudijo na področju profesionalizacije zdravstvene nege, domnevamo lahko, da je usmerjeno izobraževanje pripomoglo k našim rezultatom. Starc (2014, p. 121) ugotavlja, da je v skupinah, opredeljenih glede na delovno mesto/ funkcijo v zdravstveni organizaciji statistično največja povezanost z indeksom znanja v zdravstveni negi v skupini vodja vseh kliničnih/bolnišničnih dejavnosti (vodja zdravstvene nege zavoda), najmanjša pa v skupini profesionalc(-ka) zdravstvene nege. V naši raziskavi tega nismo uspeli dokazati. Koordinatorice zdravstvene nege se sicer najbolj zavedajo pomena izobraževanja v primerjavi z anketiranimi na kliničnih oddelkih in enotah intenzivne terapije, obratno pa se jim zdi, da je višanje izobrazbe nekoliko manj pomembno. Morda je to posledica tega, da je njihovo mnenje odsev njihovega večjega vložka v izobraževanje do neke točke njihovega kariernega in profesionalnega razvoja in ko to dosežejo se lahko prepustijo svoji vlogi profesionalke. Zaposlenim na kliničnih oddelkih in enotah intenzivne terapije pa se zdi izobraževanje približno enako pomembno kot tudi da je višanje izobrazbe pogoj za njeno doseganje. Rezultati so relativno konstantni in lahko domnevamo, da je nenehno izobraževanje njihova stalnica v profesionalnem delovanju. Tudi rezultati na Likertovi lestvici od 1 do 5 so nam pokazali, da je med trditvami najvišje ocenjena trditev Značilno za profesionalizacijo v zdravstveni negi je vseživljenjsko učenje, tudi trditev Kontinuirano izobraževanje je značilnost profesionalizacije v zdravstveni negi je med višje ocenjenimi, hkrati pa po njihovem mnenju kontinuirano izobraževanje ni pogoj za večjo profesionalizacijo. Kljub temu bi iz rezultatov naše raziskave domnevali, da se diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki zavedajo pomena dodatnega izobraževanja in višanja izobrazbe, da bi dosegali večjo stopnjo profesionalizma na svojem delovnem področju in s tem povezane kompetentnosti in avtonomnosti. Iz naše raziskave tudi lahko sklepamo, da se diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki ne zavedajo moči, ki jo z znanjem in s tem večjo profesionalizacijo lahko pridobijo, razumeti je, da ima moč v tem primeru negativno konotacijo. Pahorjeva (2006, p. 26) pa navaja, da ne daje znanje moči, ampak moč definira znanje in da moč pomeni strateški položaj v določeni družbi, namen odnosov moči pa je ohraniti družbeno hierarhijo. Iz naše raziskave torej lahko sklepamo, da opolnomočenje diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki ne prevzemajo kot sestavino profesionalizacije. Samo predvidevamo lahko, da je to morda

posledica strahu, da bi na ta način prevzeli večjo odgovornost do pacientov in posledic svojega dela. Najbrž se razmišljanja diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov vrtijo v začaranem krogu; zavedajo se pomembnosti izobraževanja, po drugi strani pa se bojijo kot posledico svojega znanja prevzeti večjo odgovornost. Rodwell (1996, cited in Pahor, 2006, p. 27) pravi, da je »pridobitev moči« (empowerment) proces, kjer se skupina ali posamezniki usposobijo, da spremenijo položaj, ter imajo sposobnosti, sredstva, možnosti in avtoriteto, da to naredijo in da ima posameznik moč in svobodo, da izbira in sprejme odgovornost za svoja dejanja. V zdravstveni negi moč pomeni vzpostavljanje teoretične povezave med znanjem in profesionalno močjo in je znanje praktikov zdravstvene nege eden izmed elementov, ki omogočajo nastanek profesionalne moči (Kolenc, 2010, p. 146). Obstoječe stanje bi glede na rezultate naše raziskave lahko izboljšali z pravnimi podpornimi in opornimi elementi managementa zdravstvene nege, da bi diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki svoje znanje preusmerili v moč in tako višali občutek profesionalnosti. Tudi raziskava med diplomiranimi medicinskimi sestrami in diplomiranimi zdravstveniki v Evropi je pokazala, da je vrlina zaposlenih v zdravstveni negi tudi njihova odličnost in je na koncu največja moč profesije zdravstvene nege prav znanje (Manzano-Garcia & Ayala-Calvo, 2014).

V četrti hipotezi smo ugotovili, da diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki menijo, da je znanje pri oblikovanju negovalne diagnoze velikega pomena, ne glede na to, ali pri svojem delu uporabljajo proces zdravstvene nege ali ne. Zanimivo pa je, da se s tem bolj strinjajo tisti, ki pri svojem delu procesa zdravstvene nege ne uporabljajo kot tisti, ki ga. S tem smo četrto hipotezo delno potrdili. Iz teh rezultatov lahko sklepamo, da diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki, ki pri svojem delu proces zdravstvene nege z negovalnimi diagnozami uporabljajo zaradi vsakodnevne prakse tega znanja ne potrebujejo več v tolikšni meri kot tisti, ki jim to ni vsakodnevna praksa. Na Likertovi lestvici od 1 do 5 se anketirane diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki v naši raziskavi v veliki meri strinjajo s trditvijo Za oblikovanje pravilne negovalne diagnoze so potrebne veščine in spretnosti in to potrjuje rezultate naše raziskave. Manj pa se strinjajo s trditvijo Oblikovanje negovalne diagnoze je odločilno dejanje v procesni metodi dela v zdravstveni negi. Iz tega lahko

sklepamo, da je negovalna diagnoza »samo« del procesa zdravstvene nege, ki pa ne zahteva dodatnega znanja. To je lahko posledica tega, da pri svojem delu uporabljajo strukturiran in standardiziran proces zdravstvene nege z že postavljenimi negovalnimi diagnozami, ki ne potrebuje kritičnega razmišljanja in teoretičnega znanja za njeno pravilno oblikovanje. Prav to pa je pomembno, kajti prav z negovalnimi diagnozami kot temeljem procesa zdravstvene nege morajo diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki razvijati svoje diagnostične sposobnosti, da bi pri tem postali dobri. Uporabljati morajo tudi kritično mišljenje za uporabo v diagnostičnem procesu, ki je nujno potrebno in je ena izmed osnov zdravstvene nege (Lunney, 2010). V zgornje razmišljanje nas vodi tudi trditev na Likertovi lestvici od 1 do 5 Negovalna diagnoza je orodje diplomirane medicinske sestre, ki ji olajša odločitev o negovalnih intervencijah pri pacientu. Tudi ta je ocenjena nekoliko nižje. Naše razmišljanje potrjuje tudi raziskava Ehrenberga in Birgessona (2003, cited in Axelsson, et al., 2006), ki v njej ugotavljata, da ima lahko pomanjkljivo postavljanje negovalnih diagnoz v pacientovi negovalni dokumentaciji za posledico pomanjkanje znanja in veščin, predvsem v formuliranju le teh. Raziskave na Švedskem pa navajajo pomanjkanje znanja kot oviro, ki jo imajo diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki pri diagnosticiranju na splošno kar zmanjšuje uporabo negovalnih diagnoz (Ehnfors, 1993; Törnkvist, et al., 1997; Ehrenberg, 2001; citet in Axelsson, et al., 2006).

Zadnjo peto hipotezo delno potrdimo. Ugotovili smo, da obstaja povezava med uporabo negovalnih diagnoz in znanjem anketiranih o teoretičnih izhodiščih o negovalnih diagnozah, z profesionalizacijo v zdravstveni negi ter z znanjem kot elementom profesionalizma, nismo pa uspeli dokazati povezave z spolom, starostjo, delovno dobo in deloviščem diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov. Ta povezava pa je bolj močna z znanjem o teoretičnih izhodiščih o negovalnih diagnozah in profesionalizacijo v zdravstveni negi kot uporabo negovalnih diagnoz. Iz rezultatov naše raziskave lahko sklepamo, da diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki v ustanovah, kjer smo anketiranje izvedli poznajo in vedo, da je znanje velikega pomena za diagnosticiranje v zdravstveni negi in da je to tudi del profesionalizacije v zdravstveni negi, vendar tega ne znajo dobro vpeljati in povezati v prakso. To potrjuje tudi raziskava Mynařikove in Žiakove (2014) na Češkem, ki ugotavljata, da je pogled na uporabo

negovalnih diagnoz v klinični praksi zelo različen in je odvisen tudi od tega, kakšen pogled ima na to posamezna ustanova. Tu imajo ustanove oziroma management zdravstvene nege v njih veliko odgovornost; morale bi spodbujati ustrezno izobraževanje, pridobivanje veščin diagnosticiranja in vpeljati ustrezen sistem klasifikacije negovalnih diagnoz. S tem bi se zagotovo povečevala uporaba negovalnih diagnoz v praksi, skupaj z vsemi temi dejavniki pa tudi naraščal občutek profesionalnosti diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov in občutek zadovoljstva pri delu. Diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki imajo težave med povezovanjem svojega teoretičnega znanja v prakso zdravstvene nege. Vendar ko zaključijo šolanje je njihovo znanje iz področja teorij zdravstvene nege, procesa zdravstvene nege in s tem tudi diagnosticiranja še sveže. Management zdravstvene nege bi moral poskrbeti, da se to sveže znanje prenese na diplomirane medicinske sestre in diplomirane zdravstvenike, ki pa imajo že ustrezne veščine in spretnosti dokumentiranja v zdravstveni negi in bi bil krog znanja zaključen. Naše razmišljanje potrjuje tudi Černeličeva (2006 cited in Starc, 2011, p. 129), ki proces prenosa znanja opredeljuje kot prenašanje znanja od tistih, ki to znanje že imajo, in prenos znanja od tam, kjer to znanje nastaja, do tistih, ki to preneseno znanje potrebujejo. Prav tako meni, da bo prenos znanja zares uspešen, v kolikor bo s strani posameznikov obstajal resničen interes. Na takšen način bi bila tudi refleksija na uporabo negovanih diagnoz drugačna. Tashiro, et al. (2012), ki so na Japonskem izvedli sistematičen pregled literature iz področja profesionalnega razvoja diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov iz pregleda navajajo ugotovitve DeBourgha (2002), da se študenti zdravstvene nege ob vstopu v klinično okolje srečujejo z veliko vrzeljo med tem teoretičnim znanjem in tistim, kar vidijo v resničnem svetu. Tako lahko nastopijo težave in dileme, ki vodijo v proces refleksije. Uporabo le te avtorji omenjajo kot povezavo med teorijo in prakso (Epp, 2008, Grant, et al., 2006 cited in Tashiro, et al., 2012). Z njo študenti in diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki spreminjajo svoja stališča, izboljšajo komunikacijo z pacienti in sodelavci, se razvijajo kot profesionalci in izboljšujejo prakso zdravstvene nege. Kolenčeva (2010, p. 57) refleksijo omenja kot pomembno značilnost v praksi zdravstvene nege. Pomemben vpliv na uporabo negovalnih diagnoz in s tem večjo profesionalizacijo ima torej vseživljenjsko učenje. Tudi Starc (2014, p. 72) navaja, da naj bi krovni management zdravstvene organizacije razumel in podpiral koncept vseživljenjskega učenja z več

vidikov (organizacijskega in strukturnega, ekonomskega, izpolnjevanja poslanstva in ohranjanja profesionalno etičnih kriterijev).

4 ZAKLJUČEK

Z raziskavo smo prišli do ugotovitve, da se diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki, ki so zaposleni na različnih deloviščih in v različnih ustanovah strinjajo, da je teoretično znanje o negovalnih diagnozah pomembno, predvsem z vidika uporabnosti negovalnih diagnoz v procesu zdravstvene nege. Ugotovili smo tudi, da se diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki, ki so zaposleni v različnih ustanovah strinjajo, da je teoretično znanje o negovalnih diagnozah povezano z znanjem pri oblikovanju negovalnih diagnoz. Menijo tudi, da je uporabnost negovalnih diagnoz v tesni povezavi z uporabo klasifikacij in enotne terminologije pri negovalnih diagnozah glede na njihovo delovišče, glede na njihovo starost in glede na delovno dobo.

Zanimalo nas je tudi, kaj diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki menijo o profesionalizmu v zdravstveni negi. Ugotovili smo, da se diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki glede na ustanovo strinjajo, da je profesionalizem v zdravstveni negi pomemben, predvsem splošen pomen. To vključuje etične komponente, vrednote za profesionalizacijo, odnos med medicinsko sestro in pacientom in občutek pripadnosti poklicni skupini. Diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki, ki so zaposleni v različnih ustanovah se tudi strinjajo, da je znanje potrebno za profesionalizacijo v zdravstveni negi. Z raziskavo smo tudi ugotovili, da so vrednote, ki sestavljajo profesionalizacijo pomembne za diplomirane medicinske sestre in diplomirane zdravstvenike, ki so zaposleni na različnih deloviščih.

V raziskavi smo tudi ugotovili, da diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki, ki so zaposleni na različnih deloviščih menijo, da je večje znanje kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi pogojeno z izobraževanjem in tudi višanjem izobrazbe. Diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki, ki so zaposleni v različnih ustanovah tudi menijo, da je izobraževanje, tudi kontinuirano, pomembno za znanje v procesu profesionalizacije v zdravstveni negi.

Diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki, ki pri svojem delu ne uporabljajo procesa zdravstvene nege se nekoliko bolj strinjajo, da je pomembno znanje

pri oblikovanju negovalnih diagnoz kot tisti, ki ga uporabljajo, a obe skupini se strinjata, da je le to pomembno kot splošen dejavnik. Iz tega lahko sklepamo, da se diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki zavedajo pomembnosti teoretičnih izhodišč za uporabo negovalnih diagnoz v praksi zdravstvene nege.

V raziskavi smo tudi ugotovili, da je uporabo negovalnih diagnoz možno pojasniti z znanjem diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov o teoretičnih izhodiščih, z profesionalizacijo v zdravstveni negi in znanjem kot elementom profesionalizma. Pomembna je ugotovitev, da uporabo negovalnih diagnoz veliko bolj povezujejo z znanjem o teoretičnih izhodiščih in profesionalizacijo v zdravstveni negi, kar pomeni, da se zavedajo nujnosti izobraževanja, znanja ter tudi uporabe negovalnih diagnoz v procesu zdravstvene nege, da bi delovale kot profesionalke v zdravstveni negi.

V raziskavi smo torej ugotovili, da diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki povezujejo uporabo negovalnih diagnoz z večjim in kontinuiranim izobraževanjem, znanjem, vrednotami in z teoretičnimi koncepti zdravstvene nege. Večjo profesionalizacijo zdravstvene nege vidijo tudi v uporabi negovalnih diagnoz v procesu zdravstvene nege skozi dodatno izobraževanje na tem področju, z višanjem izobrazbe, z uporabo ustreznih klasifikacij in enotne terminologije v zdravstveni negi. Lahko zaključimo, da je potrebno dodatno raziskovanje na področju profesionalizacije v zdravstveni negi v povezavi z procesom zdravstvene nege. Raziskava bi morala potekati ločeno na tiste diplomirane medicinske sestre in diplomirane zdravstvenike, ki so tik po študiju (največ eno leto) in tiste, ki delujejo v praksi zdravstvene nege več kot pet let in delujejo neposredno ob pacientu in uporabljajo proces zdravstvene nege. Raziskati bi bilo potrebno tudi mnenje vrhnjega (krovnega) managementa v ustanovah o profesionalizaciji zdravstvene nege v povezavi z procesom zdravstvene nege in spodbujanju k uporabi in izobraževanju.

Omejitve raziskave se kažejo v majhnem številu sodelujočih pri anketi. V anketi so sodelovale samo diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki in majhno število ustanov. Poleg tega je omejitev raziskave tudi v majhnem številu sodelujočih

diplomiranih zdravstvenikov, v raziskavi je namreč visok odstotek diplomiranih medicinskih sester. V raziskavi smo prikazali samo del področja v zdravstveni negi, kjer se diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki lahko identificirajo s svojo profesionalnostjo. Če bi želeli dobiti bolj natančne podatke, bi morali natančno raziskati posamezne elemente, ki sestavljajo profesionalizacijo in bi na ta način lahko dobili široko sliko stanja v zdravstveni negi v Sloveniji v tem trenutku. Za omenjeno nadaljevanje raziskav iz tega področja bi bilo potrebno razširiti lestvico na več točkovno in preoblikovati anketni vprašalnik. Na ta način bi dobili večjo občutljivost lestvice.

Pridobljene rezultate naše raziskave lahko prenesemo v prakso zdravstvene nege, predvsem to, da diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki za svoj razvoj potrebujejo nenehno dodatno izobraževanje ko zaključijo formalni del svojega izobraževanja. Da je znanje element, ki je nujen za večjo profesionalizacijo je dejstvo, ki ga management zdravstvene nege v slovenskih zdravstvenih ustanovah ne sme spregledati in ga je pri svojih zaposlenih dolžan tudi povečevati. Tudi izobraževalne visokošolske ustanove iz področja zdravstvene nege morajo v svojem sistemu izobraževanja oziroma kurikulumu najti dodaten čas, ki bo zadostil potrebam povečevanja profesionalizma v zdravstveni negi že na začetku študija oziroma vstopa študentov zdravstvene nege v klinični prostor. Na ta način bi že v začetku bodočim diplomiranim medicinskim sestram in diplomiranim zdravstvenikom oblikovali zavedanje kaj je profesionalnost v zdravstveni negi. In to je tudi naloga visokošolskih izobraževalnih ustanov na področju zdravstvene nege.

5 LITERATURA

Alfaro-LeFevre, R., 2006. *Applying nursing process – a tool for critical thinking*. 6th ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, pp. 4-41.

Alidina, K., 2013. Professionalism in post-licensure nurses in developed countries. *Journal of Nursing Education Practice* 3(5), pp. 128-37.

Andersson, N., Cederfjäll, C., Jylli, L., Nilsson Kajermo, K. & Klang, B., 2007. Professional roles and research utilization in paediatric care: newly graduated nurses experiences. *Scandinavian Journal of Caring Practices* 21(1), pp. 91-97.

Arries, E., 2006. Practice standards for quality clinical decision-making in nursing. *Curationis* 9(1), pp. 62-72.

Axelsson, L., Björvel, C., Mattiasson, A. C. & Randers, I., 2006. Swedish Registered Nurses' incentives to use nursing diagnoses in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 15, pp. 936-945.

Baumann, A. & Kolotylo, C., 2009. The Professionalism and Enviromental Factors in the Workplace Questionnaire: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing* 65(10), pp. 2216-27.

Birks, M., Chapman, Y. & Francis K., 2010. Becoming professional by degrees – a grounded theory study of nurses in Malaysian Borneo. *Singapoure Nursing Journal* 37(3), pp. 31-42.

Brown-Benedict, D.J., 2008. The Doctor of Nursing Practice Degree: Lessons from the History of the Professional Doctorate in Other Health Disciplines. *Journal of Nursing Education*, 47(10), pp. 448-457.

Bruylands, M., Paans, W., Hediger, H. & Müller-Staub, M., 2013. Effects on the Quality of the Nursing Care Process Through an Educational Program and the Use of Electronic Nursing Documentation. *International Journal of Nursing Knowledge* 24(3), pp. 163-170.

Cardoso, A. & Paiva a Silva, A., 2010. Representing nursing knowledge on maternal and neonatal health: a study on the cultural suitability of ICPN. *International Nursing Review* 57(4), pp. 426-34.

Çelik, S., Keçeci, A. & Bulduk, S., 2011. Is Nursing a Profession in Turkey?. *Hospital Topic: Research and Perspectives on Healthcare* 89(2), pp. 43-50.

Çevik, B.A. & Olgun, N., 2014. Do Problem-Solving Skills Affect Success in Nursing Process Applications? An Application Among Turkish Nursing Students. *International Journal Of Nursing Knowledge* 26(2), pp. 90-95.

Collins, A., 2013. Effect of Continuing Nursing Education on Nurses' Attitude Toward and Accuracy of Nursing Diagnosis. *International Journal of Nursing Knowledge* 24(3), pp. 122-128.

De Leon, P.A.P. & da Nabrega, M.M.L., 2012. Nursing diagnosis in hospitalized children using NANDA-I: A case study. *Online Brazilian Journal of Nursing* 11(1), pp. 68-77.

Deppoliti, D., 2008. Exploring How New Registered Nurses Construct Professional Identity in Hospital Settings. *Journal of Continous Education in Nursing* (39)6, pp. 255-262.

Domanjko, B. & Pahor, M., 2010. Mistrust of academic knowledge among nurses in Slovenia. *International Nursing Rewiew* 57, pp. 305-311.

Fantahun, A., Demessie, A., Gebrekirstos, K., Zemene, A. & Yetayeh, G., 2014. A cross sectional study on factors influencing professionalism in nursing among nurses in Mekelle Public Hospitals, North Etiopia. *BMS Nursing* 13(10), pp. 1-7.

Florin, J., Ehrenberg, A. & Ehnfors, M., 2005. Quality of Nursing Diagnoses: Evaluation of an Educational Intervention. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 16(2), pp. 33-43.

Gerishh, K., McManus, M. & Ashworth, P., 2003. Creating what sort of professional? Master's level nurse education as a professionalising strategy. *Nursing Inquiry* 10(2), pp. 103-112.

Slovar slovenskega knjižnega jezika: SSKJ 2, 2014. Ljubljana: Slovenska akademija znanosti in umetnosti in Znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti, Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša.

Goossen, W., 2006. Cross-Mapping Between Three Terminologies With the International Standard Nursing Reference Terminology Model. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 17(4), pp. 153-64.

Hakverdioğlu Yönt, G., Khorshid, L. & Eşer I., 2009. Examination of Nursing Diagnoses Used by Nursing Students and Their Opinions About Nursing Diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 20(4), pp. 162-68.

Hajdinjak, G. & Meglič, R., 2012. *Sodobna zdravstvena nega*. 2nd ed. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.

Hasegawa, T., Ogasawara, C. & Katz, E.C., 2007. Measuring Diagnostic Competency and the Analysis of Factors Influencing Competency Using Written Case Studies. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 18, pp. 93-102.

Hoeve, Y., Jansen, G. & Roodbol, P., 2013. The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper, *Journal of Advanced Nursing* 70(2), pp. 295-309.

Holt, J., 2013. Nursing in 21st century: is there a place for nursing philosophy? *Nursing Philosophy* 15(1), pp. 1-3.

Hwang, J.I., Lou, F., Han, S.S., Cao, F., Kim, W.O. & Li, P., 2009. Professionalism: the major factor influencing job satisfaction among Korean and Chinese Nurses. *International Nursing Review* 56(3), pp. 313-318.

Juntilla, K. & Salanterä, S., 2010. The Use of Nursing Diagnosis in Perioperative Documentation. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 21(2), pp. 57-68.

Kolenc, L., 2010. *Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Kurashima, S., Kobayashi, K., Shin-ichi, T. & Akazawa, K., 2008. Accuracy and Efficiency of Computer-Aided Nursing Diagnoses. *International Journal of Nursing Terminology Classifications* 19(4), pp. 95-101.

Levin, R.F., Lunney, M. & Krainovich-Miller, B., 2004. Improving Diagnostic Accuracy Using an Evidence-Based Nursing Model. *International Journal of Nursing Terminology Classifications* 15(4), pp. 114-22.

Lombarts, K., Plochg, T., Thompson, C. & Arah, O., 2014. Measuring Professionalism in Medicine and Nursing: Results of a European Survey. *PlosOne* 9(5), pp. 1-12.

Lunney, M., 2014. Use of Critical Thinking in the Diagnostic Process. *International Journal of Nursing Terminology Classifications* 21(2), pp. 82-88.

Manzano-Garcia, G. & Ayala-Calvo, J.C., 2014. An overview of nursing in Europe: a SWOT analysis. *Nursing Inquiry* 21(4), pp. 358-367.

Mivšek, A.P., 2012. *Proces profesionalizacije babištvu v Sloveniji: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Müller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M.A. & van Achterberg, T., 2007. Improved Quality of Nursing Documentation: Results of a Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes Implementation Study. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 18(1), pp. 5-17.

Mynaříková, E. & Žiaková, K., 2014. The use of nursing diagnoses in clinical practice. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* 5(3), pp. 117-126.

Nunnally, J.C. & Bernstein, E.H., 1994. *Psychometric theory*. 3rd ed. New York: McGraw – Hill.

Odutayo, O.P., Olaogun, A.A., Oluwatosin, O.A. & Ogunfowokan, A.A., 2013. Impact of an Educational Program on the use of Standardized Nursing Languages for Nursing Documentation Among Public Health Nurses in Nigeria. *International Journal of Nursing Knowledge* 24(2), pp. 108-112.

Paganin, A., Moraes, M.A., Pokorski, S. & Rabelo, E.R., 2008. Factors That Inhibit the Use of Nursing Language. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 19(4), pp. 150-157.

Pahor, M., 2006. *Medicinske sestre in univerza*. Domžale: Založba Izolit, pp. 28-31.

Pallant, J., 2010. *SPSS survival manual*. 4th ed. Maidenhead: McGraw-Hill.

Paans, W., Nieweg, R.M.B., Van der Schans, C.P. & Sermeus, W., 2011. What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing* 20, pp. 2386-2403.

Primm, D.R., 2010. Professionalism Among Occupational Health Nurses. *Professional Practice* 58(7), pp. 281-283.

Rhodes, M.K., Schutt, M.S., Langham, G.W. & Bilotta, D.E., 2012. The Journey to Nursing Professionalism: A Learner Centered Approach. *Nursing Education Perspective* 33(1), pp. 27-29.

Romero-Sanchez, J.M. & Paloma-Castro, O., 2014. Is Attitude Toward Nursing Diagnosis a Determinant of Its Use?. *International Journal of Nursing Knowledge* 25(2), pp. 71-72.

Romero-Sanchez, J.M., Paloma-Castro, O., Dueñas-Rodriguez, M., Paramio-Cuevas, J. C., Pastor-Montero, S.M., Frandsen, A.J., O'Ferrall-Gonzales, C., Gabaldon-Bravo, E. M., Gonzales-Dominguez, M.E. & Castro-Yuste, C., 2013. The relationship between characteristics of nurses and their attitude towards nursing diagnosis: A cluster analysis. *Journal of Clinical Nursing* 23, pp. 2681-2684.

Skela Savič, B., 2012. Notranji dejavniki razvoja profesije: Enote za razvoj in raziskovanje v zdravstveni negi. In: Skela Savič B, ed. *Moja kariera – Quo Vadis – My Career: zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 13. marec 2012*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 83-91.

Skela Savič, B. & Kydd, A., 2011. Nursing knowledge as a response to societal needs: a framework for promoting nursing as a profession. *Zdravstveno Varstvo* 50, pp. 286-296.

Skela Savič, B., 2016. Professionalism in nursing: what is current level in Slovenia? *Obzornik zdravstvene nege* 50(1), pp. 4-9.

Skela Savič, B., Hvalič Touzery, S. & Pesjak, K., 2016. Competence in profesionalne vrednote v zdravstveni negi. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *9. mednarodna znanstvena konferenca Medpoklicno in medsektorsko povezovanje za razvoj kakovostne in odzivne zdravstvene obravnave: elektronski zbornik predavanj. Bled, 9. junij 2016.* Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, pp. 16-26.

Smith, S.A., 2012. Nurse competence: a concept analysis. *International Journal of Nursing Knowledge* 23(3), pp. 172-182.

Starc, A., 2011. *Identifikacija elementov profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji: doktorska disertacija.* Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Starc, A., 2014. *Profesionalizacija zdravstvene nege za kakovostne zdravstvene storitve.* Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.

Takahashi, A.A., Bottura Leite de Barros, A.L., Michel, J.L.M. & Fernandes de Souza, M., 2008. Difficulties and facilities pointed out by nurses of a university hospital when applying the nursing process. *Sao Paulo: Acta Paul Enferm* 21, pp. 32-38.

Tanaka, M., Yonemitsu, Y. & Kawamoto, R., 2014. Nursing professionalism: A national survey of professionalism among Japanese nurses. *International Journal of Nursing Practice* 20, pp. 579-587.

Tashiro, J., Shimpuku, Y., Naruse, K., Matsutani, M. & Matsutani, M., 2012. Concept analysis of reflection in nursing professional development. *Japan Journal of Nursing Science* 10(2), pp. 170-179.

Taylor, C.R., LeMone, P., Lillis, C. & Lynn, P., 2008. *Fundamentals of Nursing. The art and science of nursing care.* 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.

Thoorddsen, A. & Ehnfors, M., 2007. Putting policy into practice: pre – and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. *Journal of Clinical Nursing* 16(10), pp. 1826-1838.

Ting-Ting, L., 2005. Nursing diagnoses: factors affecting their use in charting standardized care plans. *Journal of Clinical Nursing* 14(5), pp. 640-647.

Trobec, I. 2005. Vključevanje negovalnih diagnoz v proces izobraževanja. *II. slovenska konferenca o negovalnih diagnozah z mednarodno udeležbo: zbornik predavanj. Maribor, 29. september – 1.oktober, 2005.* Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, pp. 5-9.

Von Krogh, G., Dale, C. & Nåden, D.A., 2005. Framework for Integrating NANDA, NIC and NOC Terminology in Electronic Patient Records. *Journal of Nursing Scholarship* 37(3), pp. 275-281.

Watkins, G., 2011. The influence of Masters education on the professional lives in British and German nurses and the further professionalization of nursing. *Journal of Advanced Nursing* 67(12), pp. 2605-2614.

Wilkinson, J.M., 2005. *Nursing Diagnosis Handbook with NIC Interventions and NOC Outcomes.* 8th ed. New Jersey: Prentice Hall.

Wynd, C.A., 2003. Current factors contributing to professionalism in nursing. *Journal of Professional Nursing* 19(5), pp. 251-261.

Zarzycka, D. & Gorajek-Jozwik, J., 2004. Nursing diagnosis with ICNP in the teaching context. *International Nursing Review* 51(4), pp. 240-249.

Zakari, N.M., Al Khamis, N.I. & Hamadi H.Y., 2010. Conflict and professionalism: perceptions among nurses in Saudi Arabia. *International Nursing Review* 57(3), pp. 297-304.

Yam, B.M.C., 2004. From vocation to profession: the quest for professionalization of nursing. *British Journal of Nursing* 13(16), pp. 978-982.

Young, S., 2004. Professionalism is illustrated through your action. *The Canadian Appraiser* 48(1), pp. 22-23.

Young, K., Duggan, L. & Franklin, P., 2009. Effective consulting and history-taking skills for prescribing practice. *British Journal of Nursing* 18(17), pp. 1056-1061.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovani!

Sem Mojca Strgar in v okviru magistrskega študija na Fakulteti za zdravstvo Jesenice pripravljam magistrsko nalogo z naslovom Znanje in uporabnost negovalnih diagnoz kot vidik profesionalizma v zdravstveni negi.

Namen raziskave je ugotoviti, ali uporaba procesne metode dela z negovalnimi diagnozami vpliva na večjo profesionalizacijo v zdravstveni negi.

Prosim vas, da odgovorite na vprašanje oziroma se opredelite do trditev. Anketa je anonimna in prostovoljna. Rezultati bodo uporabljeni za namene raziskovalnega magistrskega dela z možnostjo objave prispevkov.

Za vaše odgovore v anketi se vam najlepše zahvaljujem!

Mojca Strgar, dipl. m. s.

E-mail naslov: mojca.strgar@sb-je.si

SKLOP 1 - DEMOGRAFSKI PODATKI (obkrožite samo en odgovor)

Spol:	Delovna doba:
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> moški<input type="radio"/> ženski	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> do 3 leta<input type="radio"/> 4 – 10 let<input type="radio"/> 11 – 15 let<input type="radio"/> 16 – 20 let<input type="radio"/> 21 – 25 let<input type="radio"/> 26 – 30 let<input type="radio"/> več kot 30 let
Starost:	Delovno mesto:
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> od 23 – 28 let<input type="radio"/> 29 – 38 let<input type="radio"/> 39 – 45 let<input type="radio"/> 46 – 55 let<input type="radio"/> Več kot 55 let	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> diplomirana medicinska sestra na kliničnem oddelku<input type="radio"/> diplomirana medicinska sestra v enoti intenzivne terapije<input type="radio"/> koordinatorica oddelka/vodja enote
Proces zdravstvene nege:	Proces zdravstvene nege:
<p>Ali pri svojem delu uporabljate proces zdravstvene nege z negovalnimi diagnozami:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> da<input type="radio"/> ne	<p>V kakšni obliki uporabljate proces zdravstvene nege:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> pisni obliki<input type="radio"/> elektronski obliki
Organizacija delovnega časa:	Zaposlitev:
<p>Moje delo je organizirano tako, da poteka neposredno ob pacientu:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> manj kot pol delovnika	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Splošna bolnišnica Celje<input type="radio"/> Splošna bolnišnica Izola<input type="radio"/> Splošna bolnišnica Jesenice<input type="radio"/> Splošna bolnišnica Brežice<input type="radio"/> Splošna bolnišnica Trbovlje<input type="radio"/> Splošna bolnišnica Ptuj

<input type="radio"/> več kot pol delovnika <input type="radio"/> cel delovnik	<input type="radio"/> Splošna bolnišnica Murska Sobota <input type="radio"/> Splošna bolnišnica Nova Gorica <input type="radio"/> Splošna bolnišnica Novo Mesto <input type="radio"/> Splošna bolnišnica Slovenj Gradec <input type="radio"/> Klinika Golnik
---	--

SKLOP 2 – PROFESIONALIZACIJA V ZDRAVSTVENI NEGI

V kolikšni meri se strinjate s spodaj navedenimi trditvami **o profesionalizaciji v zdravstveni negi**? Prosimo, da stopnjo vašega strinjanja označite na lestvici od 1 do 5.

Trditve:	1 <i>nikakor se ne strinjam</i>	2 <i>se ne strinjam</i>	3 <i>ni ne strinjam/ni se strinjam</i>	4 <i>se strinjam</i>	5 <i>popolno- ma se strinjam</i>
Glavna značilnost profesionalizacije v zdravstveni negi je odnos med medicinsko sestro in pacientom					
Za profesionalizacijo zdravstvene nege je značilen etičen vidik					
Za profesionalizacijo v zdravstveni negi so značilne vrednote					
Za profesionalizem v zdravstveni negi je značilno teoretično znanje					
Za profesionalizacijo zdravstvene nege je značilno ekspertno znanje					
Profesionalizacija zdravstvene nege pomeni močan občutek pripadnosti poklicni skupini					
Za profesionalizacijo zdravstvene nege je zelo pomembna profesionalna organizacija					
Profesionalizacija zdravstvene nege pomeni samostojnost					
Profesionalizacija zdravstvene nege pomeni avtonomnost					
Profesionalizacija v zdravstveni negi pomeni zavezanost delu					
Profesionalizacija zdravstvene nege pomeni privilegiran status v zdravstvenem sistemu					

Profesionalizacija v zdravstveni negi pomeni večjo odgovornost					
--	--	--	--	--	--

Trditve:	<i>1 nikakor se ne strinjam</i>	<i>2 se ne strinjam</i>	<i>3 niti ne strinjam/niti se strinjam</i>	<i>4 se strinjam</i>	<i>5 popolno- ma se strinjam</i>
Profesionalizacija v zdravstveni negi pomeni popolnost pri delu s pacienti					
Profesionalizacija v zdravstveni negi pomeni moč					
Profesionalizacija v zdravstveni negi pomeni večje zadovoljstvo pri delu					
Profesionalizacija v zdravstveni negi je rezultat podpore vodstva v zdravstveni negi					
Profesionalizacija v zdravstveni negi vključuje vzorce vedenja in ravnanja					
Profesionalizacija v zdravstveni negi pomeni idealiziranje poklica diplomirane medicinske sestre					
Profesionalizacija v zdravstveni negi omogoča samoregulacijo profesije in nadzor nad delom					
Organizacijska kultura vpliva na profesionalizem v zdravstveni negi					
Profesionalizem zdravstvene nege pomeni odličnost					
Uporaba procesa zdravstvene nege je del profesionalizacije v zdravstveni negi					

SKLOP 3 - TEORETIČNA IZHODIŠČA IN ZNANJE

V kolikšni meri se strinjate s spodaj navedenimi trditvami o teoretičnih izhodiščih in znanju pri oblikovanju negovalnih diagnoz? Prosimo, da stopnjo vašega strinjanja označite na lestvici od 1 do 5.

Trditve:	1 <i>nikakor se ne strinjam</i>	2 <i>se ne strinjam</i>	3 <i>ni ne strinjam/ni se strinjam</i>	4 <i>se strinjam</i>	5 <i>popolnoma se strinjam</i>
Negovalna diagnoza je pomemben element zdravstvene nege pacientov					
Oblikovanje negovalne diagnoze je odločilno dejanje v procesni metodi dela v zdravstveni negi					
Negovalna diagnoza predstavlja visoko kakovost oskrbe pacienta					
Postavitev negovalne diagnoze pomeni boljši izid zdravljenja pacienta.					
Negovalna diagnoza je ugotavljanje potrebe po zdravstveni negi pacienta.					
Diplomirana medicinska sestra je pri ugotavljanju pacientovih potreb po zdravstveni negi samostojna.					
Diplomirana medicinska sestra je pri ugotavljanju potreb po zdravstveni negi pacienta neodvisna.					
Za oblikovanje pravilne negovalne diagnoze je potrebno veliko teoretičnega znanja.					

Za oblikovanje pravilne negovalne diagnoze je potrebno veliko praktičnega znanja.					
---	--	--	--	--	--

Trditve:	<i>1 nikakor se ne strinjam</i>	<i>2 se ne strinjam</i>	<i>3 niti ne strinjam/niti se strinjam</i>	<i>4 se strinjam</i>	<i>5 popolno- ma se strinjam</i>
Za oblikovanje pravilne negovalne diagnoze so potrebne veščine in spretnosti.					
Diplomirana medicinska sestra ima za obravnavo pacientovih potreb po zdravstveni negi ustrezno teoretično znanje.					
Diplomirana medicinska sestra pri postopku ugotavljanja potreb pacientov po zdravstveni negi pospešuje svojo poklicno rast.					
Z oblikovanjem negovalnih diagnoz je postavljena jasna meja med delokrogom diplomirane medicinske sestre in ostalimi člani zdravstvenega tima.					
Negovalna diagnoza je orodje diplomirane medicinske sestre, ki ji olajša odločitev o negovalnih intervencijah pri pacientu.					
Negovalne diagnoze zagotavljajo kontinuiteto dela diplomiranih medicinskih sester.					
Uporaba negovalnih diagnoz povečuje potrebo po kontinuiranem izobraževanju diplomiranih medicinskih sester					

V naši ustanovi imamo možnost izobraževanja na področju negovalnih diagnoz.					
Imam možnost izobraževanja na področju negovalnih diagnoz izven ustanove, kjer sem zaposlen/a.					

Trditve:	1 <i>nikakor se ne strinjam</i>	2 <i>se ne strinjam</i>	3 <i>ni ne strinjam/ni se strinjam</i>	4 <i>se strinjam</i>	5 <i>popolnoma se strinjam</i>
Diagnosticiranje je del profesionalizacije v ZN					
Teoretično znanje o negovalnih diagnozah je pomemben del profesionalizacije v zdravstveni negi					

SKLOP 4 - UPORABNOST NEGOVALNIH DIAGNOZ V PRAKSI

V kolikšni meri se strinjate s spodaj navedenimi trditvami o uporabnosti **negovalnih diagnoz v praksi**? Prosim, da stopnjo vašega strinjanja označite na lestvici od 1 do 5.

Trditve:	1 <i>nikakor se ne strinjam</i>	2 <i>se ne strinjam</i>	3 <i>ni ne strinjam/ni se strinjam</i>	4 <i>se strinjam</i>	5 <i>popolnoma se strinjam</i>
Z dokumentiranjem negovalnih diagnoz so potrebe po zdravstveni negi pacienta veliko bolj razvidne.					
Z oblikovanjem negovalne diagnoze se poudari vlogo pacienta v negovalnem procesu.					
Za pravilno uporabo in oblikovanje negovalnih diagnoz je nujno potrebna enotna terminologija.					
Če bi pri oblikovanju negovalnih diagnoz uporabljali standardizirani					

jezik bi bila njihova uporabnost večja.					
Poenotena terminologija v oblikovanju negovalnih diagnoz olajšuje razmišljanje diplomiranih medicinskih sester.					

Trditve:	1 <i>nikakor se ne strinjam</i>	2 <i>se ne strinjam</i>	3 <i>ni ne strinjam/ni se strinjam</i>	4 <i>se strinjam</i>	5 <i>popolnoma se strinjam</i>
Poenotena terminologija pri oblikovanju negovalnih diagnoz izboljšuje komunikacijo med diplomiranimi medicinskimi sestrami.					
Računalniško vodenje negovalne dokumentacije bistveno pripomore k celostni oskrbi pacienta.					
Računalniško vodenje negovalnih diagnoz omogoča večji nadzor nad kakovostjo opravljenega dela zdravstvene nege.					
Poenotena klasifikacija standardnih negovalnih diagnoz bi pripomogla k večji preglednosti potreb po zdravstveni negi pacienta.					
Klasifikacija negovalnih diagnoz je potrebna za različna delovna področja diplomiranih medicinske sestre.					
Uporabnost negovalne diagnoze v praksi je povezano z dodatnim izobraževanjem diplomirane medicinske sestre.					

Za pravilno in ustrezno oblikovanje negovalne diagnoze imamo dovolj časa					
Vodje imajo veliko vlogo pri uporabi in razvoju negovalnih diagnoz v praksi.					
Negovalne diagnoze so sestavni del profesionalizacije v zdravstveni negi					

Trditve:	1 <i>nikakor se ne strinjam</i>	2 <i>se ne strinjam</i>	3 <i>niti ne strinjam/niti se strinjam</i>	4 <i>se strinjam</i>	5 <i>popolnoma se strinjam</i>
Uporaba negovalnih diagnoz je sestavni del profesionalizacije v zdravstveni negi					

SKLOP 5 – ZNANJE KOT ELEMENT PROFESIONALIZACIJE ZDRAVSTVENE NEGE

V kolikšni meri se strinjate s spodaj navedenimi trditvami **o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi?** Prosimo, da stopnjo vašega strinjanja označite na lestvici od 1 do 5.

Trditve:	1 <i>nikakor se ne strinjam</i>	2 <i>se ne strinjam</i>	3 <i>niti ne strinjam/niti se strinjam</i>	4 <i>se strinjam</i>	5 <i>popolnoma se strinjam</i>
Visokošolski študij je nujen za razvoj profesionalizacije v zdravstveni negi					
Visokošolska izobrazba vpliva na profesionalizacijo v zdravstveni negi					
Magistrski študij zdravstvene nege je nujen za razvoj					

profesionalizacije v zdravstveni negi					
Magistrski študij zdravstvene nege vpliva na profesionalizacijo zdravstvene nege					
Doktorski študij zdravstvene nege je nujen za razvoj profesionalizacije v zdravstveni negi					

Trditve:	1 <i>nikakor se ne strinjam</i>	2 <i>se ne strinjam</i>	3 <i>ni ne strinjam/ni se strinjam</i>	4 <i>se strinjam</i>	5 <i>popolnoma se strinjam</i>
Specialna znanja so nujna za profesionalizacijo v zdravstveni negi					
Višanje izobrazbe je pogoj za profesionalizacijo v zdravstveni negi					
Kritično mišljenje je element profesionalizacije v zdravstveni negi					
Kontinuirano izobraževanje je značilnost profesionalizacije v zdravstveni negi					
Kontinuirano izobraževanje ni nujno za večjo profesionalizacijo zdravstvene nege					
Značilno za profesionalizacijo v zdravstveni negi je vseživljenjsko učenje					
Profesionalizacija je rezultat podaljšane izobrazbe v zdravstveni negi					
Za profesionalizacijo v zdravstveni negi je pomembno znanje na znanstveni osnovi					

Znanje kot element profesionalizacije zdravstvene nege pomeni neodvisnost					
Profesionalizacija zdravstvene nege pomeni nadzor nad znanjem in izobraževalnim sistemom v zdravstveni negi					

Trditve:	1 <i>nikakor se ne strinjam</i>	2 <i>se ne strinjam</i>	3 <i>ni ne strinjam/ni se strinjam</i>	4 <i>se strinjam</i>	5 <i>popolnoma se strinjam</i>
Tradicionalno pojmovanje znanja v zdravstveni negi je ovira za večjo profesionalizacijo v zdravstveni negi					
Več znanja v zdravstveni negi pomeni sredstvo za beg od pacienta					
Različne oblike znanja so značilne za profesionalizacijo v zdravstveni negi					
Raziskovanje je nujno za profesionalizacijo zdravstvene nege					