



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

Magistrsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**MNENJA IN ODNOS DIPLOMIRANIH
MEDICINSKIH SESTER V AMBULANTAH
DRUŽINSKE MEDICINE DO
KOMPETENČNEGA MODELA IN
NAPREDNIH ZNANJ V ZDRAVSTVENI NEGI**

**OPINIONS AND ATTITUDES OF
REGISTERED NURSES IN FAMILY
MEDICINE PRACTICES TOWARDS
NURSING COMPETENCY MODEL AND
ADVANCED NURSING PRACTICE**

Magistrsko delo

Mentorica: red. prof. dr. Brigita Skela Savič, znan. svet.

Kandidatka: Jana Fajfar

Ljubljana, september, 2020

ZAHVALA

Hvala mentorici red. prof. dr. Brigiti Skela Savič, znanstveni svetnici.

Zahvaljujem se tudi recenzentkama doc. dr. Saši Kadivec in izr. prof. dr. Antoniji Poplas Sušič.

Hvala lektorici Kaji Otovič, univ. dipl. spl. jez., ter Špeli Šanca za opravljeno statistiko.

Posebna zahvala tudi moji družini pri spodbujanju v času študija in pisanju diplomskega dela, predvsem mojima sinovoma, Aljažu in Timoteju, brez katerih mi zagotovo ne bi uspelo.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Zdravstvena nega postaja vse bolj kompleksna zaradi potreb populacije, kar od medicinskih sester zahteva napredno znanje. Pridobivanje le-tega se za medicinske sestre prične po dodiplomskem izobraževanju.

Cilj: Cilj magistrskega dela je ugotoviti mnenja in odnos diplomiranih medicinskih sester v ambulantah družinske medicine do kompetenčnega modela v zdravstveni negi in pomena naprednih znanj na primarnem nivoju zdravstvenega varstva.

Metoda: Uporabljena je bila kvantitativna presečna metoda, kot instrument pa je bil uporabljen strukturiran vprašalnik. Statistično populacijo predstavljajo diplomirane medicinske sestre, zaposlene v ambulantah družinske medicine. V končni vzorec je bilo vključenih 289 anketirancev. Podatki so bili statistično obdelani z računalniškim programom SPSS, uporabljeni so bili opisna statistika, t-test za neodvisne vzorce, ANOVA, Pearsonova korelacija, faktorska analiza in regresijska analiza. Stopnja statistične pomembnosti je bila $\leq 0,05$.

Rezultati: Z zgoščenim opisom splošnih kompetenc štirih kategorij izvajalcev v zdravstveni negi se v povprečju anketirani zelo strinjajo ($PV > 4$). Anketirani se niti strinjajo niti ne strinjajo, da bi doktorat na področju zdravstvene nege moral biti predpogoj za nekatere vodilne položaje v zdravstveni negi ($PV = 3,13$, $SO = 1,465$). Anketiranci z magistrsko izobrazbo se izraziteje strinjajo s kompetencami magistra zdravstvene nege ($F = 7,631$, $p = 0,003$) in so bolj pripravljene na podiplomsko izobraževanje ($r = 0,273$, $p = < 0,001$). Strinjanje anketiranih o kompetencah magistra zdravstvene nege je mogoče pojasniti z znanjem o raziskovanju ($\beta_1 = 2,211$, $p = 0,001$) in razvojem raziskovanja za razvoj zdravstvene nege ($\beta_1 = 1,854$, $p = 0,001$).

Razprava: Anketiranci imajo pozitiven odnos do naprednih znanj, vendar bi jih bilo treba motivirati in jim omogočiti nadaljnje podiplomsko formalno izobraževanje. Le tako bi lahko prevzeli kompetence napredne zdravstvene nege in obravnave na primarni ravni po zgledu mednarodnih priporočil in s prenosom določenih aktivnosti od zdravnika družinske medicine na diplomirano medicinsko sestro z naprednimi znanji naredili primarno raven bolj dostopno.

Ključne besede: podiplomsko izobraževanje, primarna zdravstvena raven, magisterij, raziskovanje, zdravstvena nega

SUMMARY

Background: Nursing is becoming more complex due to the needs of the population which requires advanced knowledge from nurses. The acquisition of this knowledge for nurses begins after their undergraduate degree.

Goal: The aim of the master's thesis was to determine the opinions and attitudes of nursing graduates in reference outpatient clinics towards advanced knowledge at the primary level of health care.

Methods: A quantitative cross-sectional research design was employed, and a structured questionnaire was used as an instrument. The statistical population is represented by registered nurses employed in reference outpatient clinics. The final sample included 289 respondents. Data were statistically processed using the SPSS computer program, descriptive statistics, t-test for independent samples, ANOVA, Pearson correlation, factor analysis, and regression analysis. The level of statistical significance was set at ≤ 0.05 .

Results: On average, respondents strongly agree with the concise description of the general competencies of the four categories of nursing care providers ($M > 4$). Respondents neither agree nor disagree that a doctoral degree in nursing should be a prerequisite for some leadership positions in nursing ($M = 3.13$, $SD = 1.465$). Respondents with a master's degree were better acquainted with the master's degree in nursing ($F = 7,631$, $p = 0.003$). Readiness for postgraduate education is related to the competencies of Advanced Nurse Practitioner ($r = 0.273$, $p = <0.001$). The respondents' agreement on the competencies of a Master in Nursing is related to research knowledge ($\beta_1 = 2.211$, $p = 0.001$) and the development of research for nursing development ($\beta_1 = 1.854$, $p = 0.001$).

Discussion: Respondents have a positive attitude towards advanced knowledge, but they should be motivated and provided with further postgraduate formal education. Only in this way can the competencies of advanced nursing be acquired and high-quality treatment at the primary level ensured, following the example of international recommendations. This would also make primary-level care more accessible by transferring certain activities from a family doctor to a registered nurse with advanced knowledge.

Key words: postgraduate education, primary health care, master's degree, research, nursing

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	4
2.1 AMBULANTE DRUŽINSKE MEDICINE	4
2.2 DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE V AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE	4
2.2.1 Kompetenčni model	6
2.2.2 Raziskovanje v zdravstveni negi	11
2.3 NAPREDNA ZDRAVSTVENA NEGA	12
2.3.1 Pridobivanje naprednega znanja.....	15
2.3.2 Vpliv in rezultati naprednega znanja medicinskih sester v praksi	18
2.3.4 Napredni nivo znanja medicinskih sester v svetu	20
3 EMPIRIČNI DEL.....	23
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	23
3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE	23
3.3 METODE RAZISKOVANJA	24
3.3.1 Dizajn raziskave	24
3.3.2 Instrument raziskave	25
3.3.3 Udeleženci raziskave.....	26
3.3.4 Potek raziskave in soglasja.....	27
3.3.5 Obdelave podatkov.....	28
3.4 REZULTATI.....	28
3.4.1 Opisna statistika	29
3.4.2 Faktorska analiza.....	38
3.4.3 Preverjanje hipotez.....	45
3.5 RAZPRAVA	57
4 ZAKLJUČEK	66
5 LITERATURA.....	67
6 PRILOGE.....	82
6.1 MERSKI INSTRUMENT.....	82

KAZALO TABEL

Tabela 1: Opredelitev kompetenc štirih poklicnih kategorij v zdravstveni negi.....	8
Tabela 2: Zanesljivost instrumenta.....	26
Tabela 3: Demografski podatki anketiranih	27
Tabela 4: Samoocena in mnenje anketiranih o pripravljenosti za raziskovanje v zdravstveni negi, trenutnem znanju na področju raziskovanja, pripravljenosti za kakovostno opravljanje dela ter potrebi po podiplomski izobrazbi.....	29
Tabela 5: Zgoščeni opis splošnih kompetenc štirih kategorij izvajalcev v zdravstveni negi	30
Tabela 6: Strinjanje anketiranih s specifičnimi kompetencami za tehnika zdravstvene nege.....	31
Tabela 7: Strinjanje anketiranih s specifičnimi kompetencami za diplomirano medicinsko sestro/diplomiranega zdravstvenika	32
Tabela 8: Strinjanje anketiranih s specifičnimi kompetencami za diplomirano medicinsko sestro specialistko/diplomiranega zdravstvenika specialista	33
Tabela 9: Strinjanje anketiranih s specifičnimi kompetencami za magistra zdravstvene nege.....	34
Tabela 10: Odnos diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov do raziskovanja, pomena raziskovanja in razvoja zdravstvene nege.....	35
Tabela 11: Samoocena znanja diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov po področjih dela v ambulantah družinske medicine	37
Tabela 12: Splošna ocena znanja diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov	37
Tabela 13: KMO test in Bartlettov test za drugi sklop vprašalnika – Kompetenčni model v zdravstveni negi.....	38
Tabela 14: Faktorska analiza kompetenčnega modela v zdravstveni negi.....	39
Tabela 15: KMO test in Bartlettov test za tretji sklop vprašalnika – Odnos diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov do raziskovanja, pomena raziskovanja in razvoja zdravstvene nege.....	41
Tabela 16: Faktorska analiza odnosa diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov do raziskovanja, pomena raziskovanja in razvoja zdravstvene nege.....	42

Tabela 17: KMO test in Bartlettov test za četrti sklop vprašalnika – Samoocena znanja diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov po področjih dela v ambulantah družinske medicine	44
Tabela 18: Faktorska analiza samoocene znanja diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov po področjih dela v ambulantah družinske medicine.....	44
Tabela 19: Primerjava strinjanja s kompetencami glede na stopnjo izobrazbe v zdravstveni negi.....	45
Tabela 20: Korelacijski koeficient med delovno dobo in poznavanjem kompetenc zdravstvene nege iz kompetenčnega modela.....	46
Tabela 21: Korelacijski koeficient med starostjo in poznavanjem kompetenc zdravstvene nege iz kompetenčnega modela.....	47
Tabela 22: Rezultati regresijske analize samoocene znanja na področju raziskovanja v zdravstveni negi na faktorje kompetenčnega modela v zdravstveni negi	49
Tabela 23: Rezultati regresijske analize samoocene znanja na področju raziskovanja v zdravstveni negi na faktorje odnosa diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov do raziskovanja, pomena raziskovanja in razvoja zdravstvene nege.....	50
Tabela 24: Korelacija med stališčem do raziskovanja in strinjanjem z izvajanjem kompetenc naprednih oblik dela.....	51
Tabela 25: T-test za en vzorec med sklopi trditev o izvajanju kompetenc naprednih oblik dela	52
Tabela 26: Korelacija med stališčem do raziskovanja in samooceno znanja anketirancev za delo v ambulanti družinske medicine.....	52
Tabela 27: T-test za en vzorec med sklopi trditev o samooceni znanja anketirancev za delo v ambulanti družinske medicine	53
Tabela 28: T-test za en vzorec med trditvama o samooceni znanja anketiranih in pripravljenostjo za raziskovanje v zdravstveni negi.....	53
Tabela 29: Rezultati regresijske analize pripravljenosti za podiplomsko izobraževanje na faktorje kompetenčnega modela v zdravstveni negi.....	55
Tabela 30: T-test za en vzorec med pripravljenostjo za podiplomsko izobraževanje in faktorji kompetenčnega modela v zdravstveni negi	55
Tabela 31: Korelacijski test med pripravljenostjo za podiplomsko izobraževanje in faktorji odnosa do raziskovanja.....	56

Tabela 32: T-test za en vzorec med pripravljenostjo za podiplomsko izobraževanje in faktorji odnosa do raziskovanja.....	56
--	----

SEZNAM KRAJŠAV

EFN	European Federation of Nurses Associations
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
ADM	Ambulanta družinske medicine
APN	Advanced Practitioner Nurse (medicinska sestra z naprednimi znanji)
NP	Nurse Practitioner (medicinska sestra z naprednimi znanji)
CNS	Clinical Nurse Specialist (medicinska sestra specialistka)
TZN	Tehnik zdravstvene nege
Dipl. m. s.	Diplomirana medicinska sestra
Dipl. zn.	Diplomirani zdravstvenik
Dipl. m. s. spec.	Diplomirana medicinska sestra specialistka
Dipl. zn. spec.	Diplomirani zdravstvenik specialist
Mag. zdr. neg.	Magister zdravstvene nege
KOPB	Kronična obstruktivna pljučna bolezen
IOM	Institute of medicine
SOK	Slovensko ogrodje kvalifikacij
EOK	Evropsko ogrodje kvalifikacij
ICN	International Council of Nurses
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje

1 UVOD

Osnovna zdravstvena dejavnost danes predstavlja temelj kakovostnih sistemov zdravstvenega varstva v svetu, na kar opozarjajo številne deklaracije mednarodnih organizacij s Svetovno zdravstveno organizacijo (SZO) na čelu, ki tako poziva vlade države sveta, da se povrnejo k deklaraciji iz Alma Ate iz leta 1978. Deklaracija predstavlja temeljni kamen na področju javnega zdravja in identificira primarno zdravstveno varstvo kot ključnega v doseganju ciljev Zdravje za vse. Močno primarno zdravstveno varstvo je danes bolj pomembno kot kadarkoli prej (The World Health Report-Primary health care; Now more than ever, 2008). V vseh državah Evropske unije zagotavljanje zdravstvene oskrbe, ki je usmerjena na pacienta, postaja prednostna naloga zdravstvene politike. Glede na to, kako pomembno je uporabiti glas ljudi za razvoj zdravstvenih sistemov in izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe na primarnem zdravstvenem varstvu, so se v zadnjih letih okrepila nacionalna prizadevanja za razvoj in spremljanje ukrepov, o katerih poročajo ambulantni pacienti. V mnogih državah so bile ustanovljene organizacije ali pa so bile določene obstoječe institucije za merjenje in poročanje o izkušnjah pacientov. Te organizacije razvijajo instrumente raziskovanja za redno zbiranje podatkov o izkušnjah pacientov in jih standardizirajo. Države uporabljajo podatke, ki jih poročajo pacienti, da spodbudijo izboljšanje kakovosti zdravstvenih sistemov (Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD), 2018).

Dobrih trideset let po deklaraciji iz Alma Ate so se voditelji držav pri Združenih narodih septembra 2011 dogovorili, da se zmanjša prezgodnja umrljivost zaradi kroničnih nenalezljivih bolezni za 25 % do leta 2025. Poleg splošnega cilja, »25 do 25«, je bilo na skupščini SZO določenih osem drugih prostovoljnih ciljev v povezavi s tobakom, telesno nedejavnostjo, z alkoholom, uživanjem soli, debelostjo in s sladkorno boleznijo, z nujnimi zdravili ter s tehnologijami in uporabo zdravil za preprečevanje srčnega infarkta in možganske kapi (Wood, 2013). Primarno zdravstveno varstvo je tako doseglo nivo, ko je bila potrebna nadgradnja sistema za doseganje zastavljenih ciljev. Do uvedbe ambulant družinske medicine v Sloveniji je privedlo več dejavnikov, kot so demografske spremembe v smislu staranja pacientov in posledično komorbidnostjo, večja izobraženost in zahtevnost pacientov, hiter razvoj medicinskih

smernic in priporočil, ter veliko število opredeljenih pacientov na zdravnika, skupaj s prenosom dela s sekundarne na primarno raven. Vse to je privedlo do uvedbe ambulant družinske medicine v Sloveniji. Timu družinske medicine se pridruži diplomirana medicinska sestra, ki prevzame naloge v skladu s svojo pristojnostjo. Področje njenega dela je preventivno presejanje in spremljanje parametrov urejene kronične bolezni (Poplas Susič, et al., 2013).

Poplas Susič (2017) navaja, da medicinska sestra v ambulantah družinske medicine potrebuje široko paleto znanj, ki bi jih bilo najbolje zagotoviti že v sklopu strokovnega magistrskega študija. S pridobljenim znanjem medicinska sestra lahko zadosti potrebam vseh multimorbidnih pacientov in usklajeno sodeluje z zdravnikom. Poplas Susič, et al. (2013) razdelitev dela med člani tima v skladu s kompetencami izvajalcev zdravstvene dejavnosti ter medsebojno sodelovanje navajajo kot bistvena elementa pri obravnavi pacientov v ambulantah družinske medicine.

Raziskovalno delo je temeljni pogoj za razvoj znanja in razvoj stroke kot znanstvene discipline (Skela Savič, 2016). Pesjak (2016) navaja, da je raziskovalno delo medicinskih sester omejeno na države z daljšo tradicijo na področju zdravstvene nege, kot najpogosteje prepoznani oviri za nezadostno izvajanje raziskovanja pa navaja pomanjkanje sredstev ter pomanjkanje časa. Prav tako medicinskim sestram primanjkuje znanja za raziskovalno delo. K izboljšanju raziskovanja v zdravstveni negi prispevajo doktorati na področju zdravstvene nege, prav tako terciarno izobraževanje spodbuja k razvoju zdravstvene nege kot znanstvene discipline (Hvalič Touzery, 2016a).

Kompetence diplomiranih medicinskih sester z naprednimi znanji v Sloveniji še niso sistemsko oblikovane. To lahko predstavlja dodatne težave pri delitvi dela in odgovornosti v zdravstvenem timu (Skela Savič, 2013). Podobne težave navajata tudi Andregard & Jangland (2015), kjer se medicinske sestre zavedajo, da se njihova vloga ne ujema s pričakovanji ostalih članov tima, to pa lahko vodi v stres in posledično nezmožnost za kakovostno opravljanje dela. Ali Nasif (2012) meni, da je za sprejem nove vloge medicinskih sester z naprednimi znanji potreben akreditiran in

standardiziran izobraževalni program, ki že obravnava obstoječe ovire. S počasnim in postopnim vpeljevanjem novega profila medicinskih sester bi se zmanjšal odpor ostalih članov tima, zagotovila pa bi se uspešna implementacija naprednih znanj v zdravstveno oskrbo. Prav tako naprednim znanjem v zdravstveni negi posveča posebno pozornost Mednarodni svet medicinskih sester (ICN, 2020). V njih jasno opredeli potrebo po akreditiranih programih tako za delovna mesta napredne zdravstvene nege, ki so značilna za primarno raven, kot za delovna mesta kliničnih specialistov v zdravstveni negi, značilna za sekundarno in terciarno raven (Skela Savič, 2020).

Izobrazba medicinskih sester prispeva h kakovostni in varni zdravstveni obravnavi pacientov, zato smo v magistrskem delu analizirali odnos in mnenja diplomiranih medicinskih sester v ambulantah družinske medicine do različnih ravni kompetence in naprednih znanj v zdravstveni negi.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 AMBULANTE DRUŽINSKE MEDICINE

Prve ambulante družinske medicine so s svojim delom pričele marca 2011. Načrt Ministrstva za zdravje je bil, da vse ambulante družinske medicine postanejo referenčne ambulante do konca leta 2017, ko se tudi preimenujejo v ambulante družinske medicine (Ministrstvo za zdravje, n.d.). Ambulanta družinske medicine je naziv za ambulanto z razširjenim timom zdravstvenega osebja, diplomirana medicinska sestra, ki je prisotna polovični delovni čas, vodi urejene kronične paciente po protokolih ter izvaja sistematično preventivno obravnavo opredeljenih oseb v starosti nad 30 let. Namen ambulant družinske medicine je razvoj modela, ki bo odgovarjal potrebam populacije in izvajalcev, medtem ko je cilj projekta omogočiti kakovostno obravnavo vseh pacientov na primarni ravni do stopnje, ko je nujna napotitev na sekundarno raven, in sicer z ustrežno vsebinsko, kadrovsko in finančno strukturo, povečati kakovost in stroškovno učinkovitost obravnave pacientov, zagotoviti boljše zdravje prebivalstva ter večje zadovoljstvo tako pri pacientih kot tudi pri izvajalcih (Govc Eržen, et al., 2017).

Vodopivec Jamšek (2013) navaja, da je tudi izboljševanje zdravstvene oskrbe kroničnih pacientov učinkovit pristop za zniževanje epidemije kroničnih nenalezljivih bolezni, seveda pa so preventivni ukrepi še vedno glavni dejavniki za zmanjševanje tveganja. Ambulante družinske medicine predstavljajo pomemben premik v timski obravnavi pacientov, saj se viša dostopnost posameznikov do varne in kakovostne zdravstvene oskrbe, skrajšujejo se čakalne dobe, poveča se zadovoljstvo pacientov, obenem pa se kažejo priložnosti za kontinuiran strokovni razvoj zdravstvene nege (Klemenc, et al., 2011).

2.2 DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE V AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE

Govc Eržen (2017) navaja, da mora diplomirana medicinska sestra s pridobljenim znanjem in strokovnostjo prevzeti pomembna področja v družinski medicini, ki

zajemajo zdravstveno oskrbo in zdravstveno vzgojo tako zdravih kot bolnih, vodenje urejenih kroničnih pacientov in promocijo zdravja. Poplas Susič (2011) navaja, da področje diplomirane medicinske sestre v ambulanti družinske medicine zajema spremljanje parametrov urejene kronične bolezni, opolnomočenost kroničnih bolnikov je cilj njenega delovanja. Medicinske sestre imajo v okviru strategije obvladovanja kroničnih bolezni pomembno vlogo, saj ozaveščajo o nevarnosti kroničnih bolezni in motivirajo paciente, družine in skupnost za zdrav življenjski slog. Na začetku uvajanja ambulant družinske medicine Poplas Susič, et al. (2013) navajajo, da je po končanem visokošolskem študiju diplomirana medicinska sestra v celoti pristojna za sodelovanje v timu, za potrebe širokega poznavanja dela mora opraviti še izobraževalne module, za katere je zadolžena katedra za družinsko medicino, ki pripravi vsebine izobraževanja za posamezni modul v sodelovanju z ostalimi institucijami, vključno z Zbornico zdravstvene in babiške nege Slovenije. Medicinske sestre morajo opraviti pet obveznih modulov izobraževanja v ambulantah družinske medicine, ki so organizacija dela, astma in kronična obstruktivna pljučna bolezen, sladkorna bolezen, arterijska hipertenzija, preventiva in osteoporoza (Ambulante družinske medicine, n.d.). Pri oblikovanju vsebin in programa modularnega izobraževanja so sodelovali strokovnjaki s kliničnega okolja, zdravstvene nege in družinske medicine ter strokovnjaki iz Nacionalnega inštituta za javno zdravje.

Poplas Susič (2017) navaja, da se je z leti trajanja projekta uvajanja ambulant družinske medicine izkazalo, da delo s pacienti vse bolj kaže potrebo po rednem izobraževanju, hkrati pa dodaja, da bi bilo potrebna znanja verjetno najboljše zagotoviti v sklopu strokovnega magistrskega študija. Pri anketiranju o zadovoljstvu zaposlenih v ambulantah družinske medicine v letu 2013, ki ga izvaja projektna pisarna Ministrstva za zdravje, se je izkazalo, da manj kot polovica (45 %) diplomiranih medicinskih sester meni, da ima dovolj znanja, izkazalo se je tudi, da jim je primanjkovalo ozko strokovno znanje (39 %) (Referenčne ambulante družinske medicine, 2013.). Pečelin & Sočan (2016) v svoji raziskavi zaključita, da diplomirane medicinske sestre v ambulantah družinske medicine potrebujejo izkušnje in podiplomska znanja, za kar je potreben nadaljnji razvoj ambulant družinske medicine z nadgradnjo znanja in vlaganjem v raziskovalno delo. Prav tako Petek Šter & Šter (2015) ugotavljata, da dodiplomsko

izobraževanje po programu zdravstvene nege ne daje potrebna znanja za delo v ambulantah družinske medicine, saj je delo specifično in zahteva posebna znanja. Tako se potreba po dodatnem izobraževanju v obliki modulov izkaže kot pravilna. Medtem pa Smodiš (2016) zaključí raziskavo z ugotovitvijo, da medicinske sestre, ki so že vključene v napredno zdravstveno nego, želijo povečati svojo izobrazbo, prav tako bolj izobražene medicinske sestre bolje razumejo kompetence. Trenutne splošne kompetence diplomirane medicinske sestre v ambulanti družinske medicine so (Eder, 2012):

- zgodnje odkrivanje kroničnih bolezni pri pacientih,
- vodenje pacientov z urejeno kronično boleznijo,
- vodenje pacientov z napredovalo boleznijo (in je nagnjena k poslabšanju),
- vodenje registrov in evidenc pacientov s kroničnimi boleznimi,
- opredelitev ciljnih vrednosti in urejenosti posamezne kronične bolezni pri pacientu.

Izobraževanja in usposabljanja diplomiranih medicinskih sester je treba oblikovati tako, da bodo vse enako usposobljene za soočanje s pacienti s kronični boleznimi in težavami, ki jih kronične bolezni prinašajo. Elemente zdravstvene nege bi bilo treba poenotiti in določiti znanja, ki jih diplomirana medicinska sestra potrebuje za obravnavo pacienta s kronično boleznijo. Kompetence lahko pridobijo na podlagi formalnega izobraževanja, vseživljenjskega učenja in iz izkušenj iz prakse (Trobec, 2010).

Diplomirana medicinska sestra v ambulanti družinske medicine ima osvojeno znanje s področja zdravstvene vzgoje ter zdravstvene nege, vendar s prevzemom izvajanja integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni in z vodenjem urejenih kroničnih pacientom prevzame več del, odgovornosti in nalog, za katere je potrebno veliko veščin in specifičnih znanj (Poplas Susič, et al., 2013). Pogoji za opravljanje dela v ambulanti družinske medicine je opravljen izobraževanje (Medved, et al., 2017).

2.2.1 Kompetenčni model

Skela Savič (2017a) navaja: »Kompetenc za specialistično delo in za napredne oblike dela v kliničnih okoljih po zgledu evropskega združenja v zdravstveni negi (EFN

Workforce Committee, 2014) v Sloveniji še ni.« Evropska federacija združenj medicinskih sester (EFN Workforce Committee (EFN), 2014)) v poročilu navaja, da trenutni podatki o zdravstvenih delavcih na nacionalni ravni niso popolni, primerljivi in so preveč razdrobljeni. Zaradi potrebe po posodobljeni in celoviti podobi poklica medicinske sestre je EFN na ravni Evropske unije uvedel štiri poklicne kategorije v zdravstveni negi, ki so zdravstveni asistent, medicinska sestra splošne smeri, medicinska sestra specialistka ter medicinska sestra z naprednimi znanji. Dokument še ni dosegel končne oblike, vendar predstavlja pregled spretnosti in kompetenc, ki se pričakujejo v vsaki posamezni kategoriji. EFN (2016) je kasneje posodobil poklicne kategorije, in sicer v tri plus eno (3+1). Nekatere države članice Evropske unije bodo morale spodbuditi razvoj kompetenc in spretnosti, ki so navedene v tabeli 1. Na podlagi dokumenta EFN 3+1 se je v Sloveniji oblikoval dokument Poklicne kompetence in aktivnosti v zdravstveni negi (2019), kjer so opisane tudi kompetence medicinskih sester z naprednimi znanji. Štiri poklicna področja so (EFN, 2014):

- »zdravstveni asistent (ang. Healthcare Assistant) – medicinski sestri pomaga neposredno pri sami zdravstveni negi v okolju ustanove ali skupnosti pod posrednim ali neposrednim nadzorom splošne medicinske sestre;
- medicinska sestra splošne smeri (ang. General Care Nurse) – samostojna zdravstvena delavka, ki dela sama in v sodelovanju z drugimi in je dokončala program izobraževanja za medicinske sestre ter je v svoji državi usposobljena in pooblaščen za opravljanje dela splošne medicinske sestre; uspešno je zaključila izobraževalni program, ki ga je odobril nacionalni odbor/svet za zdravstveno nego; uspešno je prestala vsa potrebna ocenjevanja, določena od nacionalnega odbora/sveta za zdravstveno nego za vstop v poklic; njeno nadaljnje delo je v skladu s standardi nacionalnega odbora/sveta za zdravstveno nego;
- medicinska sestra specialistka (ang. Specialist Nurse) – medicinska sestra z naprednimi znanji in pooblastili za opravljanje specializirane zdravstvene nege na specifičnem področju zdravstvene nege;
- medicinska sestra z naprednimi znanji (ang. Advanced Nurse Practitioner) – splošna medicinska sestra z naprednim znanjem, sposobnostjo sprejemanja odločitev in s kliničnimi kompetencami za opravljanje napredne zdravstvene nege na kliničnem področju. Natančne specifikacije takšnega dela so določene

od stroke in/ali države, v kateri je ta medicinska sestra pooblaščenca za izvajanje zdravstvene nege.

Skela Savič, et al. (2019) so na vzorcu 365 anketirance preverjali razumevanje kompetenčnega modela štirih ravni pri zagotavljanju zdravstvene nege. Model kompetenc je bil dobro razumljen in je dosegel visoko strinjanje za ravni visokošolskega izobraževanja, medtem ko so se s predlaganim modelom kompetenc združenja EFN pomembno manj strinjali učitelji srednjih zdravstvenih šol. Raziskava opozori tudi na potrebno dopolnitev Evropske direktive za regulirane poklice z minimalnimi zahtevami za specialistična znanja in napredne oblike dela v zdravstveni negi ter zapiše kompetence in minimalne pogoje šolanja za zdravstvenega asistenta

Tabela 1: Opredelitev kompetenc štirih poklicnih kategorij v zdravstveni negi

Zdravstveni asistent	Medicinska sestra splošne smeri	Medicinska sestra specialistka	Medicinska sestra z naprednimi znanji
<ul style="list-style-type: none"> - Delo po navodilih in pod nadzorom medicinskih sester za podporo zdravstvene nege in administracije, - podpora medicinskim sestram pri pripravi in izvedbi diagnostičnih ter terapijskih postopkov, - nadzorovanje osnovnih življenjskih in drugih znakov pri pacientu ter poročilo medicinski sestri o vsem dogajanju, - podpora pacientom pri vsakodnevnih dejavnostih, vključno s higieno, udobjem ter potrebami po mobilizaciji in prehrani, in drugih znakov pri pacientu ter poročilo medicinski sestri o vsem dogajanju, 	<ul style="list-style-type: none"> - Neodvisno diagnosticiranje zdravstvene nege, ki je potrebno z uporabo teoretičnih in kliničnih znanj, ter načrtovanje, organiziranje in izvajanje zdravstvene nege med zdravljenjem pacientov na podlagi pridobljenih znanj in veščin za izboljšanje poklicne prakse, - učinkovito sodelovanje z drugimi zdravstvenimi delavci, vključno s sodelovanjem v praktičnem usposabljanju zdravstvenega osebja na podlagi pridobljenih znanj in veščin, - opolnomočenje posameznikov, družin in skupin o zdravem načinu življenja in samooskrbi na podlagi pridobljenih znanj in spretnosti, 	<ul style="list-style-type: none"> - Analiziranje zapletenih kliničnih težav z uporabo ustreznega znanja, diagnosticiranje ter ovrednotenje zdravljenja pacientov na večpoklicnem prizorišču in na področju specializacije po dogovorjenih protokolih, - delovanje v okviru razširjene praktične vloge za izvajanje naprednih zdravilnih, diagnostičnih in invazivnih posegov, - prepoznavanje potreb po krepitvi zdravja in izobraževanja pacientov, - spremljanje tehnološkega razvoja in izobraževanje medicinskih sester, zdravstvenih delavcev in pacientov o napredku na področju specializacije, 	<ul style="list-style-type: none"> - Samostojno preučevanje, diagnosticiranje in predpisovanje na dokazih utemeljenih terapijskih posegov, vključno s predpisovanjem zdravil in dejavnim spremljanjem učinkovitosti zdravljenja pacientov, - sprejemanje odgovornosti za klinične odločitve na napredni ravni prakse s pomočjo obvladovanja primerov posameznih pacientov in skupin, - opredelitev prednostne naloge preprečevanja tveganja in krepitve zdravja, da bi razvili in izvajali ustrezne strategije v okviru širšega programa javnega zdravja,

Zdravstveni asistent	Medicinska sestra splošne smeri	Medicinska sestra specialistka	Medicinska sestra z naprednimi znanji
<p>in drugih znakov pri pacientu ter poročilo medicinski sestri o vsem dogajanju,</p> <p>- podpora pacientom pri vsakodnevni dejavnosti, vključno s higieno, udobjem ter potrebami po mobilizaciji in prehrani,</p> <p>- posredovanje rutinskih informacij pacientom in svojcem,</p> <p>- hitro in natančno komuniciranje z medicinskimi sestrami in drugimi zdravstvenimi delavci pri zagotavljanju kakovostne in varne oskrbe pacientov,</p> <p>- sodelovanje z medicinskimi sestrami in drugimi zdravstvenimi delavci pri podpori zagotavljanja osnovne oskrbe pacientov,</p> <p>- na podlagi izkušenj in navodil ugotoviti, kaj je normalno v zvezi s počutjem pacientov ter o tem poročati medicinskim sestram.</p>	<p>- samostojno spodbujanje ukrepov za ohranjanje življenja in izvajanje ukrepov v krizah in nesrečah,</p> <p>- samostojno dajanje nasvetov, poučevanje in podpiranje posameznikov, ki potrebujejo oskrbo,</p> <p>- neodvisno zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege in ovrednotenje le-te,</p> <p>- celovito strokovno komuniciranje in sodelovanje z zaposlenimi v zdravstvenem sektorju,</p> <p>- analiza kakovosti oskrbe za izboljšanje lastne poklicne prakse kot medicinska sestra splošne nege.</p>	<p>- nadalje razvijanje komunikacijske veščine in sposobnosti oblikovanja in sporočanja zapletenih kliničnih vprašanj pacientom, sorodnikom in drugim zdravstvenim delavcem,</p> <p>- prepoznavanje zdravstvene in negovalne potrebe pacientov in razvijanje ustreznega načrta oskrbe in zdravljenja v večpoklicnih področjih,</p> <p>- vodenje in usklajevanje obravnave pacientov na področju specializacije, da se zagotavlja kontinuiteta in popolnost oskrbe,</p> <p>- ocenjevanje in izvajanje pregleda področja specializacije, da se zagotovi kakovostna in varna zdravstvena nega,</p> <p>- kritično razmišljanje in sodelovanje v strokovnem razvoju in raziskovalnih programih ter prispevanje k nenehnemu razvoju področja specializacije in raziskovalne prakse.</p>	<p>- vodenje, svetovanje in izobraževanje drugih zdravstvenih delavcev o najnovejših inovacijah v praksi, delovanje kot mentor in vzornik ter aktivno sodelovanje pri prenosu znanja,</p> <p>- asertivno komuniciranje in enako prispevanje k odločanju na klinični ravni, ravni upravljanja in politike, vključno z dodeljevanjem zdravstvenih sredstev,</p> <p>- samostojno izvajanje celovite zdravstvene presoje in uporaba strokovne presoje za napotitev pacientov, ki potrebujejo dodatne zdravstvene postopke,</p> <p>- vodenje sprememb zdravstvenih storitev kot odziv na potrebe pacientov in povpraševanje po storitvah, da se zagotovi kontinuirano izboljšanje kakovosti storitve,</p> <p>- prepoznavanje prednostne naloge raziskav ter vodenje in razširjanje ugotovitve raziskav, ki oblikujejo in izboljšujejo prakso, izobraževanje in politiko zdravstvene nege.</p>

(Vir: EFN 2014; EFN 2016)

Razumevanje razvoja kompetenc je Skela Savič (2017b) preverjala v kvalitativnih skupinskih intervjujih in glede na usmeritve mednarodnih združenj predlaga naslednje ravni oz. kompetenčni model ravni izvajalcev zdravstvene nege v Sloveniji (Skela Savič, 2017b, p. 291):

- »Raven 1: sodelavec/sodelavka v timu zdravstvene nege in zdravstvenem timu – tehnik/tehnica zdravstvene nege (TZN) (ang. healthcare assistant), izobrazba –

- srednješolsko strokovno izobraževanje smeri zdravstvena nega (5. raven slovenskega ogrodja kvalifikacij (SOK) ali 4. raven evropskega ogrodja kvalifikacij (EOK)).
- Raven 2: nosilec/nosilka zdravstvene nege v timu zdravstvene nege in zdravstvenem timu – diplomirani zdravstvenik/medicinska sestra (dipl. zn./dipl. m. s.) (ang. general care nurse), izobrazba – visokošolsko strokovno izobraževanje smeri zdravstvena nega 1. bolonjske stopnje, ki je usklajeno z aktualno veljavno evropsko direktivo za regulirane poklice (7. raven SOK ali 6. raven EOK).
 - Raven 3: specialist/specialistka določenega področja v zdravstveni negi – diplomirani zdravstvenik/ medicinska sestra specialist/specialistka (dipl. zn. spec./dipl. m. s. spec.). (ang. specialist nurse), izobrazba – podiplomsko specialistično izobraževanje ali podiplomsko izobraževanje 2. bolonjske stopnje (7.–8. raven SOK ali 6.–7. raven EOK).
 - Raven 4: strokovnjak/strokovnjakinja za napredne oblike dela v zdravstveni negi in zdravstveni obravnavi – magister/magistrica zdravstvene nege (mag. zdr. nege), doktor/doktorica zdravstvene nege ali zdravstvenih ved (ang. advance nurse practitioner), izobrazba – podiplomsko izobraževanje 2. in 3. bolonjske stopnje (8.–10. raven SOK ali 7.–8. raven EOK).«

V letu 2020, ki je mednarodno leto medicinskih sester, je dan velik poudarek ureditvi podiplomskih kompetenc diplomiranih medicinskih sester, tako International Council of Nurses (ICN, 2020) izdaja dokument »*Guidelines on advanced nursing practice*«, ki jasno opredeli kompetence specialnih znanj, klinične specializacije in napredne zdravstvene nege (Skela Savič, 2020). Skela Savič (2020) navaja, da magister napredne zdravstvene nege najpogosteje deluje na primarni zdravstveni ravni (družinska obravnava, zdravstvena obravnava otrok in mladostnikov, obravnava starejših in akutna zdravstvena obravnava), pri čemer obravnava kompleksno populacijo z raznovrstnimi zdravstvenimi težavami. »Deluje samostojno, prevzema odgovornost za zdravje obravnavanih in svoje delo ter deluje sodelovalno z drugimi zdravstvenimi strokovnjaki, izvaja napredno celostno zdravstveno oceno zdravstvenega stanja, načrtuje diagnostične preiskave, postavi diagnozo zdravstvenega stanja, predpiše terapijo, spremlja in vrednoti

izvedene aktivnosti. Poleg tega ima pooblastila za napotitev in sprejem pacienta. Obravnava, ki jo izvaja, je podprta z dokazi. Izvaja tudi spremljanje lastnega dela in se vključuje v raziskovalno delo na kliničnem področju delovanja. Deluje samostojno v medpoklicnem timu, ki omogoča konzultacije in sodelovalno delo med magistri napredne zdravstvene nege in kliničnimi specialisti medicine na področju, kjer deluje.« (Skela Savič, 2020, p. 269)

2.2.2 Raziskovanje v zdravstveni negi

Raziskovanje v zdravstveni negi prispeva k znanju na področju zdravstvene nege ter prispeva k na dokazih podprti praksi, posledično pa tudi k izboljšanju pacientovih izidov (Hvalič Touzery, 2016b). V raziskavi je na podlagi pregleda literature Hvalič Touzery (2016b) ugotovila, da obstaja veliko literature, v kateri se ugotavlja pozitiven odnos diplomiranih medicinskih sester do raziskovanja, vendar se pri tem opozarja na številne ovire, ki se pojavljajo pri raziskovalnem delu. Med najpogostejše ovire uvrščajo pomanjkanje časa, delovne obremenitve, pomanjkanje znanja, spretnosti in izkušenj diplomiranih medicinskih sester na področju raziskovanja. Pojavljajo se še druge ovire, kot so nezmožnost timskega sodelovanja, pomanjkanje znanja za raziskovanje, pomanjkanje sodelovanja z zdravniki, pomanjkanje samozavesti za raziskovalno delo, pomanjkanje avtoritete za uvajanje sprememb v prakso, slabše znanje angleškega jezika, neobstoj raziskovalne enote, usmerjene v raziskovanje v zdravstveni negi, pomanjkanje sredstev za raziskovalno delo ter pomanjkanje mentorstva, vodstva in podpore kolegov pri raziskovanju. Skela Savič & Kiger (2015) sta na podlagi rezultatov raziskave ugotovila, da so bile medicinske sestre v Sloveniji le 2 % delovnega časa vključene v raziskovalne dejavnosti. Medicinske sestre niso imele načrta za karierni razvoj, imele so malo delovnega časa, namenjenega raziskovanju, premalo pa so tudi sodelovale pri izobraževanju in izobraževalnih dejavnostih, kar se je izkazalo za pomembne razlagalne dejavnike njihovega poklicnega razvoja in zmožnost razvijanja etičnih vrednot pri študentih zdravstvene nege. Strojani, et al. (2012) so na podlagi raziskave ugotovili, da se medicinske sestre z višjo ali visoko izobrazbo zavedajo pomembnosti raziskovalnega dela. Rezultati raziskave so pokazali, da izobrazba medicinskih sester nima statistično pomembnega vpliva na odnos do raziskovanja, temveč je pomembno, kako predavatelji

na visokošolskem nivoju izobraževanja predstavijo pomen raziskovalnega dela študentom zdravstvene nege, saj s tem vplivajo na njihov odnos do raziskovanja. Skela Savič, et al. (2017a) so v raziskavi ugotovili, da se medicinske sestre strinjajo, da je na dokazih podprta praksa koristna pri njihovem kliničnem delu, vendar nimajo znanja, da bi jo lahko izvajale v praksi, zato je implementiranje na dokazih podprte prakse v klinično okolje nizko. Bole (2018) je v svoji raziskavi ugotavljal odnos in pogostost uporabe na dokazih podprte prakse visokošolsko izobraženih medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu. Ugotovil je, da pozitivni odnos medicinskih sester do na dokazih podprte prakse razloži višja stopnja izobrazbe, daljša delovna doba, izobraževanje v zadnjih petih letih s področja raziskovanja, izobraževanja iz na dokazih podprte prakse in prosta dostopnost do podatkovnih baz. Pri samooceni znanja medicinskih sester je Bole (2018) ugotovil, da ima višja samoocena znanja iz raziskovanja pozitiven vpliv na odnos in pogostost uporabe na dokazih podprte prakse.

Skela Savič (2017a) poudarja potrebo po prenovi kontinuiranega profesionalnega izobraževanja, ki je osnova za pridobitev licence. Medicinske sestre/zdravstveniki z visokošolsko izobrazbo se premalo izobražujejo iz aplikativnega raziskovanja in z dokazi podprtega dela. Nadgradnja vsebin je potrebna v obveznem izobraževanju za licence, kjer bi se pridobilo razumevanje etike v dimenziji odgovornosti za razvoj stroke (in ne samo v dimenziji odgovornosti do pacienta), saj raziskava pokaže, da so anketirani pripisovali manj pomena vrednotam in kompetencam za razvoj stroke na osnovi raziskovanja in na dokazih podprtega dela. Rezultati raziskave so pokazali na pogosto uporabo kompetenc, ki opisujejo tradicionalno, pričakovano vlogo in občasno uporabo kompetenc, ki opisujejo razvoj v zdravstveni negi.

2.3 NAPREDNA ZDRAVSTVENA NEGA

Napredna znanja v zdravstveni negi so se začela razvijati v šestdesetih letih prejšnjega stoletja, ko so jih zdravstveni sistemi in vlade po vsem svetu začele prepoznavati kot bistveno orodje za inovacije in reformo zdravstva, za zagotavljanje učinkovitejših in trajnostnih modelov zdravstvenega varstva (Bryant-Lukosius & Martin-Misener, 2015). Za poimenovanje naprednih znanj v zdravstveni negi se uporablja tudi termin

zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi, vendar smo v slovenskem prostoru osvojili termin napredna zdravstvena nega in napredna znanja (Skela Savič, 2020). Medicinske sestre z naprednim znanjem so rešitev za številne svetovne izzive in programe zdravstvenega varstva (Schober, 2016). Več kot 70 držav po vsem svetu ima ali jih zanima uvedba vlog medicinskih sester z naprednim znanjem (Bryant-Lukosius & Martin-Misener, 2015). Napredna znanja v zdravstveni negi so opisana kot doseganje visokega nivoja kliničnih veščin in kompetenc, avtonomno klinično odločanje, vrednotenje dela in izvedenih aktivnosti, raziskovalno delo in vodenje, za kar je potrebna vhodna izobrazba na magistrskem nivoju (Griffiths, et al., 2010 cited in Poplas Susič, 2013, p. 16).

Zagon naprednih znanj v zdravstveni negi vključuje ugotovljeno potrebo po zdravstvenih storitvah, izzive pri načrtovanju delovne sile, javno povpraševanje po boljšem dostopu do zdravstvene oskrbe in poklicni razvoj/napredovanje v karieri (Schober, 2016). Potreba po fleksibilnejšem in stroškovno učinkovitejšem pristopu k zagotavljanju zdravstvene oskrbe še naprej zagotavlja možnosti, da medicinske sestre razširijo svoje vloge in ustvarijo nove. Medtem ko medicinske sestre napredujejo v svoji karieri, pridobijo dodatne kompetence, ki se vključijo v njihovo prakso. To jim omogoča, da prispevajo k sistemu zdravstvenega varstva z novimi vlogami. Napredni nivo znanja medicinskih sester se v kliničnem okolju v praksi uporablja v različnih oblikah. Klinična praksa vključuje tako neposredno zdravstveno nego pacientov kot posredne dejavnosti, ki lahko vključujejo usklajevanje zdravstvene oskrbe in zagotavljanje kliničnega strokovnega znanja s pomočjo posvetovanja o pacientu pri drugih izvajalcih zdravstvenih storitev (Canadian Nurses Association, 2019).

V Mednarodnem svetu medicinskih sester (ICN, 2008; ICN 2020) so predlagali definicijo za medicinsko sestro z naprednimi znanji, ki je v angleškem jeziku opredeljena kot Advanced Practitioner Nurse (APN)/Nurse Practitioner (NP). APN/NP je registrirana medicinska sestra, ki je pridobila strokovno bazo znanja, zapletene spretnosti odločanja in klinične kompetence za razširjeno prakso, katere značilnosti so oblikovane glede na kontekst in/ali državo, v kateri je pooblaščen za opravljanje prakse. Za vstopno stopnjo je priporočljiv strokovni magisterij. V angleški literaturi se

pojavlja tudi opredelitev medicinske sestre specialistke, ki je Clinical Nurse Specialist (CNS) (ICN, n. d.; ICN, 2008; Canadian Nurses Association, 2019; Skela Savič, 2020).

Številni sistematični pregledi literature so pokazali prednosti spodbujanja pridobivanja naprednega znanja pri medicinskih sestrah ter pomembnost vloge medicinske sestre z naprednimi znanji pri izboljšanju zdravstvenih rezultatov in kakovosti oskrbe ter izboljšanjem dostopa do zdravstvene oskrbe in spodbujanje ustrezne uporabe zdravstvenih storitev (Canadian Nurses Association, 2019). Pozitivni rezultati se kažejo v različnih praktičnih okoljih, kot so primarno zdravstveno varstvo (Martin-Misener, et al., 2015a; Maier, et al., 2017), dolgotrajna zdravstvena nega (Donald, et al., 2013; Harrington, 2016), zdravstvena nega onkoloških bolnikov (Bryant-Lukosius, et al., 2015b; Stahlke, et al., 2017) ter modeli prehodne zdravstvene nege, ki zadevajo akutno, ambulantno in zdravstveno nego na domu (Bryant-Lukosius, et al., 2015a; Donald, et al., 2015).

Implementacija nove vloge medicinskih sester v tradicionalnem in hierarhičnem zdravstvenem sistemu je kompleksni proces, na katerega vpliva veliko dejavnikov in je lahko opisan kot zapleteno potovanje proti delno neznani destinaciji (Andregard & Jangland, 2015, p. 12). Andregard & Jangland (2015) verjameta, da bo vključevanje medicinskih sester z naprednimi znanji v zdravstveni tim pokrilo vrzeli kompetenc med zdravniki in medicinskimi sestrami, ne da bi okrnila njihova strokovna področja.

Določitev napredne zdravstvene nege pri zdravstveni obravnavi pacienta, ki bi jih izvajale medicinske sestre z naprednimi znanji, predstavlja velik izziv zaradi problema delitve dela in nalog med srednješolsko izobraženim kadrom in visokošolsko izobraženim kadrom ter nedefiniranimi kompetencami magistrstov zdravstvene nege v kliničnih okoljih in nedoločenih aktivnostih, ki jih izvajajo (Skela Savič, 2013). Pečelin & Sočan (2016) ugotavljata, da diplomirana medicinska sestra potrebuje izkušnje in podiplomska znanja za delo v ambulanti družinske medicine. Do podobnega mnenja sta prišla tudi Andregard & Jangland (2015), ki ugotavljata, da se tudi sprejetost medicinskih sester z naprednimi znanji poveča, ko je za to potrebna višja stopnja izobrazbe. Prav tako ugotavljata, da je zahteva po magistrski stopnji izobrazbe za

švedske medicinske sestre utemeljena, saj predstavlja pogoj za izpolnjevanje mednarodnih standardov. Podobno ugotavljata tudi Sever & Bregar (2015), da je študentom zdravstvene nege karierni razvoj v obliki specializacij v zdravstveni negi pomemben. Poleg tega si študentje zdravstvene nege želijo dodatnih kompetenc in strokovnega znanja s področja zdravstvene nege, zdravstveno-vzgojnega dela, promocije zdravja in vodenja pacientov z urejeno kronično boleznijo. Skela Savič (2013, p.17) meni, da bi se kakovostni razvoj kadrov v prihodnje lahko zagotavljal s strokovnim magisterijem (2. bolonjska stopnja) in z doktorskim študijem (3. bolonjska stopnja), kar je osnova za razvoj stroke na osnovi dokazov, zato je pomemben razvoj izobraževanja na obeh omenjenih stopnjah. Poleg tega je pomembna tudi kakovost izobraževanja, ki pa je povezana z razvojem akademskega osebja v zdravstveni negi, ti pa bodo prepoznani kot strokovnjaki in raziskovalci ne samo v zdravstveni negi, ampak tudi na interdisciplinarnih področjih.

2.3.1 Pridobivanje naprednega znanja

Pridobivanje naprednih znanj se za medicinske sestre prične po pridobljeni dodiplomski izobrazbi. Medicinske sestre klinično strokovno znanje nadgrajujejo z raziskovanjem, izobraževanjem, vodenjem, s posvetovanjem in sodelovanjem v zdravstvenem sistemu, pri tem pa morajo dosledno upoštevati naslednje značilnosti (Canadian Nurses Association, 2019):

- zagotavljanje uspešnega in učinkovitega zdravstvenega varstva, ki se dosega z visoko stopnjo avtonomije,
- vodenje medsektorskih timov,
- posedovanje obsežnega znanja, s katerim se izboljša kakovost zdravstvene obravnave za paciente,
- sposobnost sodelovanja pri načrtovanju, usklajevanju, izvajanju in ocenjevanju programov za potrebe pacientov, spodbujanje zdravja v skupnosti in podpiranje negovalne prakse,
- sposobnost razlage in uporabe teoretičnih, empiričnih, etičnih in izkustvenih temeljev zdravstvene nege,

- dokazovanje naprednega strokovnega znanja z veščinami ocenjevanja, presojanja in odločanja,
- namerna, namenska in celostna uporaba poglobljenega znanja zdravstvene nege, raziskav in kliničnega strokovnega znanja ter vključevanje znanj iz drugih strok,
- strokovnost raziskovalnih metod in sposobnost kritičnega preučevanja raziskav,
- zagotavljanje svetovalnih storitev za druge zdravstvene delavce in paciente,
- prepoznavanje in vodenje pobud za izboljšanje kakovosti zdravstvenih storitev,
- sposobnost kritične analize in vpliva na zdravstveno politiko in druge politike, ki so povezane z dejavniki zdravja,
- zagotavljanje vodenja pri prepoznavanju in reševanju etičnega problema.

Države Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) večinoma za diplomirano medicinsko sestro izvajajo triletno izobraževanje, vendar se v prihodnje, in sicer z razvojem programov, stremi k univerzitetnemu štiriletnemu izobraževanju, z možnostjo nadaljevanja študija na strokovnem magistrskem in doktorskem študiju zdravstvene nege in z možnostjo kliničnih specializacij (OECD, 2010). Skela Savič (2020) navaja, da je specializacija posebna oblika izobraževanja, kjer medicinske sestre na določenem področju pridobijo poglobljena znanja, ki jim omogočajo napredno zdravstveno obravnavo. Zahtevajo se poglobljena znanja na določenem strokovnem področju zdravstvene nege, ki niso povezana z napredno zdravstveno obravnavo kliničnih problemov.

V dokumentu Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege (Prestor, et al., 2019, p. 37) je zapisano: »diplomirana medicinska sestra mora za opravljanje naprednih oblik dela posedovati napredna znanja. Diplomirana medicinska sestra si lahko napredna znanja pridobi s strokovnim magisterijem zdravstvene nege (2. bolonjska stopnja) ali z doktorskim izobraževanjem iz zdravstvene nege, zdravstvenih ved, javnega zdravja idr. Izvajalec s temi znanji izvaja napredno zdravstveno nego in zdravstveno obravnavo.«

Kadivec, et al. (2011) navajajo, da je v Strategiji razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji 2011–2020 zapisano, da je treba

odpreti nove možnosti in karierne poti v razvoju poklica medicinske sestre zaradi prenosa aktivnosti od zdravnika na medicinsko sestro. Izvajalce zdravstvene nege je treba spodbujati k izobraževanju na specializiranih področjih. DiCenso, et al. (2010) navajajo, da so bili v Kanadi in na Irskem financirani programi izobraževanja na podiplomskem študiju. Medicinske sestre se morajo izobraževati in razvijati nove vloge zaradi izboljšanja dostopa do zdravstvene oskrbe, saj je število zdravnikov omejeno, in sicer zaradi višje kakovosti zdravstvene oskrbe in zaradi nižanja stroškov storitev izvajalcev (OECD, 2010). Swan, et al. (2015) so v raziskavi izvedli sistematični pregled randomiziranih nadzorovanih raziskav o varnosti in učinkovitosti primarne oskrbe, ki jo nudijo APN, in ocenili potencial njihovega uvajanja za lajšanje primanjkljaja v primarni zdravstveni oskrbi. Na podlagi rezultatov raziskave so ugotovili, da v primarni zdravstveni oskrbi, ki jo nudijo APN in zdravniki, ni bilo razlik; pri nekaterih ukrepih je bila oskrba APN boljša. Čeprav so potrebne raziskave za oceno dolgoročnih rezultatov, ti podatki kažejo, da je delovna sila APN dobro razporejena za zagotavljanje varne in učinkovite primarne zdravstvene oskrbe.

Številne države se zavzemajo za usposabljanje medicinskih sester z naprednimi znanji, vendar je treba strategije usposabljanja medicinskih sester razširiti s splošnim znanjem in z ozkim strokovnim znanjem, s katerimi bodo medicinske sestre pridobile kompetence za izvajanje naprednih oblik dela v zdravstveni negi (Zanetti, 2016). Napredni nivo zdravstvene nege zahteva, da medicinske sestre vključijo v svoje usposabljanje strokovno znanje, spretnosti in strokovnost pri sprejemanju odločitev v zapletenih situacijah v praksi. Do nedavnega kompetenc za specialistično delo in za napredne oblike dela v kliničnih okoljih po zgledu EFN (2014) v Sloveniji ni bilo, zaradi česar je prihajalo in še vedno prihaja do razhajanj in nezaupanja do izobraževanja (Skela Savič, 2017a). Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije je podalo soglasje k izdaji dokumenta Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege (Prestor, et al., 2019), v katerem so opredeljene tudi kompetence napredne zdravstvene nege, in sicer po modelu EFN 3+1. Dokument služi za usmerjanje zdravstvenih delavcev, vendar bo treba vložiti še ogromno znanja, dela in truda za profesionalizacijo zdravstvene nege, ki se bo v Sloveniji utrdila kot samostojna, profesionalna stroka. Skela Savič (2017a) navaja, da je potrebna prenova kontinuiranega

profesionalnega izobraževanja, s katerim se pridobi licenca za izvajanje zdravstvene nege, pri čemer poudarja: »v obveznem izobraževanju za licence je potrebna nadgradnja vsebin, kot je razumevanje etike ne samo v dimenziji odgovornosti do pacienta in varovanca, temveč tudi v dimenziji odgovornosti za razvoj stroke – takšna bi zdravstvena nega namreč morala biti, pa žal ni. Del vsebin obveznega izobraževanja mora postati tudi z dokazi podprta zdravstvena nega« (Skela Savič, 2017a, p. 269). Ogromna vrzel med kompetencami medicinskih sester v Sloveniji in drugih državah, kot sta npr. Kanada in Amerika, nastaja tudi zaradi tega, ker napredna znanja medicinske sestre pridobivajo na drugi in tretji stopnji študija, kar je v Sloveniji postalo mogoče šele leta 2007 (Dornik, 2013). V ambulantah družinske medicine medicinske sestre potrebujejo dodatna znanja za kakovostno obravnavo pacientov (Poplas Susič, et al., 2013).

2.3.2 Vpliv in rezultati naprednega znanja medicinskih sester v praksi

Zaradi uporabe naprednih znanj lahko medicinske sestre zagotavljajo pacientom boljšo zdravstveno obravnavo. S sistematičnim pregledom 24 randomiziranih nadzorovanih kliničnih raziskav je bilo ugotovljeno, da se zaradi napredne prakse, ki jo vodi medicinska sestra, v primerjavi z obravnavo, ki jo vodi zdravnik, večja zadovoljstvo pacientov, zmanjšuje sprejem v bolnice, hkrati pa se zmanjšuje tudi umrljivost (Martinez-Gonzalez, et al., 2014a). Sistematični pregled 41 raziskav, vključno z 31 randomiziranimi nadzorovanimi kliničnimi raziskavami, kaže, da medicinske sestre z naprednimi znanji, v primerjavi z zdravniki ali drugimi zdravstvenimi delavci, zagotavljajo pacientom boljše informacije o trajanju bolezni, odpravljanju simptomov in opolnomočenju, zaradi česar so pacienti bolj zadovoljni (Tsiachristas, et al., 2015). S sistematičnim pregledom odnosa medicinskih sester z naprednimi znanji do zdravstvene obravnave starejših oseb je bilo ugotovljeno, da medicinske sestre z naprednimi znanji v dolgotrajni oskrbi zagotavljajo pravočasno oceno, diagnozo in zdravljenje akutnih in epizodnih stanj ter poškodb, kar zmanjšuje možnost premestitve pacientov na oddelek za nujne primere in izboljšuje zadovoljstvo pacientov ter svojcev (Morilla-Herrera, et al., 2016). Pooperativni model dobrega počutja, ki ga je vodila medicinska sestra z naprednimi znanji v Britanski Kolumbiji, je omogočil dostop pacientom do

bolnišničnega oddelka za srčno kirurgijo; in sicer namesto 300 pacientov na leto na oddelku beležijo 800 pacientov. Model oskrbe temelji na dokazih in prispeva k pravočasni operaciji na oddelku in k hitremu okrevanju, zaradi česar se pacienti počutijo bolje in so hitreje odpuščeni v domačo oskrbo (National Expert Commission, 2012). Sistematični pregledi literature kažejo višje stopnje zadovoljstva pacientov pri napredni praksi, ki jo vodijo medicinske sestre, in sicer v primerjavi z zdravniško obravnavo (Martinez-Gonzalez, et al., 2014a; Swan, et al., 2015; Tsiachristas, et al., 2015; Morilla-Herrera, et al., 2016). Zdravstvena obravnava, ki jo nudijo medicinske sestre z naprednimi znanji, dosledno kaže enakovredno ali boljšo kakovost v številnih ukrepih kliničnih rezultatov, v širokem razponu oskrbe in za različne skupine pacientov (Kilpatrick, et al., 2014; Martinez-Gonzalez, et al., 2014a; Swan, et al., 2015; Tsiachristas, et al., 2015). Hurlock-Chorostecki & McCallum (2016) navajata, da različne raziskave, ki merijo vrednost vloge medicinskih sester z naprednimi znanji, kažejo skrajšane čakalne dobe v urgentnih oddelkih, skrajšano dolžino bivanja v bolnišnici, zmanjšano stopnjo ponovnega sprejema in zapletov, izboljšanje upoštevanja kliničnih smernic, ki temeljijo na dokazih, večje zadovoljstvo pacientov, izboljšano percepcijo kontinuitete oskrbe od pacientov ter izboljšano medprofesionalno oskrbo.

Zaradi naprednega znanja medicinskih sester se izboljšuje tudi zdravje pacientov. Na podlagi sistematičnega pregleda literature je bilo ugotovljeno, da je pri pacientih s hipertenzijo, za katere so skrbele medicinske sestre z naprednimi znanji, zaznana znatno znižanje sistoličnega krvnega tlaka. Ugotovitev je temeljila na petih obravnavah, ki so jih opravili na Nizozemskem, v Angliji in ZDA. Za druge klinične parametre pri pacientih z različnimi kroničnimi stanji, kot so diastolični krvni tlak, skupni holesterol in glukoza v krvi, ni bilo ugotovljenih statistično pomembnih razlik med medicinsko sestro z naprednimi znanji in zdravnikom (Martinez-Gonzalez, et al., 2014b). Sistematični pregled 41 raziskav, vključno s kliničnimi randomiziranimi raziskavami v različnih okoljih, kaže, da je zdravstvena oskrba medicinskih sester z naprednimi znanji enakovredna v primerjavi z zdravniki ali drugimi zdravstvenimi delavci v timu, zato vključitev medicinskih sester z naprednimi znanji lahko izboljša klinične izide zdravljenja (Tsiachristas, et al., 2015).

Zaradi naprednega znanja medicinskih sester se znižujejo stroški zdravljenja. Sistematični pregled 11 randomiziranih nadzorovanih kliničnih raziskav glede stroškovne učinkovitosti modela oskrbe medicinske sestre z naprednimi znanji kaže nižje stroške zdravstvenih storitev, kadar ima medicinska sestra z naprednimi znanji alternativno vlogo (Martin-Misener, et al., 2015b). Storitve, ki jih nudijo medicinske sestre z naprednimi znanji v primerjavi z zdravniki, imajo enakovredne ali zmanjšane stroške, hkrati pa ohranjajo enake ali boljše rezultate (Swan, et al., 2015). Nižji stroški zdravstvene nege so povezani z vlogo medicinske sestre z naprednimi znanji tudi v ambulantah na primarni zdravstveni ravni (Kilpatrick, et al., 2014; Martin-Misener, et al., 2015b). V bolnišnicah medicinske sestre z naprednimi znanji znižujejo stroške s krajšanjem bolnišničnega bivanja in preprečevanjem ponovnega sprejema v bolnišnico (Donald, et al., 2015).

Pomanjkanje jasnosti vlog, skupaj z zakonodajnimi in regulativnimi ovirami, postavlja ovire pri sposobnostih medicinskih sester z naprednimi znanji, da delujejo v celoti, kar vodi v nezadovoljstvo pri delu (Sangster Gormley, et al., 2013; Maier et al., 2017; Kleinpell, et al., 2014; Little & Reichert, 2018). Sposobnost prakse v skupnem modelu oskrbe z ustrezno plačo izboljšuje zadovoljstvo medicinskih sester (Steinke, et al., 2017). Strukture plač naprednih praks vplivajo na zadovoljstvo in ohranjanje zaposlitve (Maier, et al., 2017; MacLeod, et al., 2017; Little & Reichert, 2018). Postavljanje jasnih ciljev in pričakovanj glede vloge medicinske sestre z naprednimi znanji v timskem okolju je ključnega pomena za večje zadovoljstvo z delovnim mestom (Labrosse, 2016; Sangster Gormley, et al., 2013; Little & Reichert, 2018). Organizacijske značilnosti, ki spodbujajo zadovoljstvo medicinskih sester z naprednimi znanji z delovnim mestom, vključujejo ustrezno zdravniško podporo (Sangster Gormley, et al., 2013), učinkovito komuniciranje, razmejitev vlog in jasne cilje ekipe managementa (Steinke, et al., 2017) ter priložnosti za strokovni razvoj (Little & Reichert, 2018).

2.3.4 Napredni nivo znanja medicinskih sester v svetu

Kljub svetovni širitvi medicinskih sester z naprednimi znanji in razumevanju prednosti implementacije napredne prakse se le-ta razlikuje od države do države oz. celo znotraj

države. Naylor, et al. (2015) navajajo, da čeprav je bil v Kanadi dosežen ogromen napredek, je treba v celoti izkoristiti potencial medicinske sestre z naprednimi znanji. Canadian Nurses Association (2019) je oblikoval okvir, s katerim ozaveščajo medicinske sestre, druge izvajalce zdravstvene nege, delodajalce, oblikovalce politike in javnost o naprednih znanjih medicinskih sester. Na podlagi okvirja se lahko omogoči uspešno izvajanje napredne zdravstvene nege v zdravstveni obravnavi, integracija in trajnost vloge medicinske sestre z naprednimi znanji z naslednjimi ukrepi: povečanje doslednosti pri opredelitvi in izvajanju nalog, obveščanje o razvoju izobraževalnega načrta, opredelitev raziskovalnih konceptov ter oblikovanje vladnih in organizacijskih odločitev in politike (Canadian Nurses Association, 2019). Omenjeni okvir vsebuje ključne elemente, ki so opredelitev in značilnosti naprednih znanj v zdravstveni obravnavi, vloge medicinske sestre z naprednimi znanji, uredba, strategija za uspešno izvajanje, integracijo in trajnost naprednih znanj ter vrednotenje naprednih znanj pri medicinskih sestrah. Kirk (2012) ugotavlja, da je veliko število medicinskih sester izrazilo zanimanje za razvoj naprednih kompetenc in dodatnih kvalifikacij, kar kaže na to, da si tudi medicinske sestre želijo dodatne izobrazbe.

Nezadostnost resnične ekonomske ocene vloge medicinske sestre z naprednimi znanji pomeni, da je na voljo le malo dokazov, ki bi lahko določili njeno koproduktivnost (Marshall, et al., 2015), vendar sistematični pregledi raziskav, ki preučujejo uporabo zdravstvenih storitev, kažejo, da dobro oblikovana vloga medicinske sestre z naprednimi znanji lahko znižuje stroške zdravstvenega varstva. Maier & Aiken (2016) navajata, da primarne zdravstvene oskrbe v mnogih državah primanjkuje. Preusmeritev nalog zdravstvene oskrbe od zdravnikov na medicinske sestre je ena od strategij za izboljšanje dostopa do primarne zdravstvene oskrbe, vendar je izvedenih malo mednarodnih raziskav, zato sta Maier & Aiken (2016) analizirala obseg preusmeritve nalog v primarni zdravstveni oskrbi v 39 državah. V raziskavi je sodelovalo 93 strokovnjakov iz držav, ki so pokrivalo Evropo, ZDA, Kanado, Avstralijo in Novo Zelandijo. Strokovnjaki so bili izbrani po vnaprej določenih merilih. Odzivi na ankete so bili triagulirani z literaturo in analizirani s pomočjo političnih, tematskih in opisnih metod za oceno razvoja v posameznih državah. Premik nalog zdravstvene oskrbe, pri katerih medicinske sestre prevzamejo napredne vloge zdravnikov, je bil izveden v dveh

tretjinah držav (N = 27, 69 %). Pojavile so se tri skupine držav: 11 držav z obsežnimi premiki nalog od zdravnikov na medicinske sestre (Avstralija, Kanada, Anglija, Severna Irska, Škotska, Wales, Finska, Irska, Nizozemska, Nova Zelandija in ZDA), 16 držav z omejenimi premiki nalog in 12 držav, pri katerih ni bilo nobenega premika nalog od zdravnika na medicinske sestre. Veliko število političnih, regulativnih in izobraževalnih reform, kot je predpisovanje nalog na medicinske sestre, kaže na mednarodno naraščajoč trend k širjenju področja delovanja medicinskih sester v osnovni zdravstveni negi. Veliko držav je izvedlo reforme za preusmeritev nalog, da bi povečale zmogljivost delovne sile. Reforme so bile osredotočene na odstranjevanje regulativnih in v manjši meri finančnih ovir, vendar so bile pogosto dolgotrajne in sporne. Države na začetku procesa v glavnem reformirajo svoje izobraževanje. Z mednarodnega vidika in zlasti Evropske unije bi razvoj standardiziranih opredelitev, minimalnih zahtev glede izobrazbe in prakse olajšal postopke priznavanja na vedno bolj povezanih trgih dela (Maier & Aiken, 2016).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen raziskave je ugotoviti mnenja in odnos diplomiranih medicinskih sester v ambulantah družinske medicine do kompetenčnega modela v zdravstveni negi in naprednih znanj na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Z raziskavo želimo ugotoviti trenutno stanje znanja, pripravljenost za raziskovanje in razvoj ter potrebo po podiplomskem izobraževanju in razvoju zdravstvene nege.

Cilji raziskave so:

- ugotoviti razumevanje kompetenčnega modela v zdravstveni negi,
- ugotoviti stališča do raziskovanja in razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline,
- ugotoviti, ali trenutno znanje diplomiranih medicinskih sester v ambulantah družinske medicine zadošča kompetencam,
- ugotoviti stališča diplomiranih medicinskih sester v ambulantah družinske medicine do podiplomskega izobraževanja.

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE

Postavili smo pet hipotez:

H1: Obstajajo statistično pomembne razlike v strinjanju anketirancev o kompetencah posameznih kategorij izvajalcev zdravstvene nege glede na demografske podatke anketirancev.

H2: Obstaja statistično pomembna povezanost v strinjanju anketirancev o kompetencah posameznih kategorij izvajalcev zdravstvene nege glede na znanje o raziskovanju in razvoju raziskovanja za razvoj zdravstvene nege.

H3: Obstaja statistično značilna povezava med stališčem do raziskovanja in strinjanjem z izvajanjem kompetenc naprednih oblik dela.

H4: Obstaja statistično značilna povezava med stališčem do raziskovanja in samooceno znanja anketiranca za delo v ambulanti družinske medicine.

H5: Pripravljenost diplomiranih medicinskih sester v ambulantah družinske medicine za podiplomsko izobraževanje je mogoče pojasniti s poznavanjem pomena raziskovanja in strinjanjem s kompetencami za napredne oblike dela v zdravstveni negi.

3.3 METODE RAZISKOVANJA

Raziskava temelji na neeksperimentalni, kvantitativni metodi raziskovanja. V teoretičnem delu magistrske naloge smo uporabili deskriptivno metodo s pregledom literature iz podatkovnih baz, empirični del temelji na anketni metodologiji.

3.3.1 Dizajn raziskave

Uporabili smo neeksperimentalni presečni dizajn raziskovanja. Raziskava je osnovana na osnovi sistematičnega pregleda znanstvene literature, pri tem pa smo literaturo iskali v naslednjih podatkovnih bazah: COBISS, WILEY, CINAHL, ProQuest, PubMed in Google učenjak. Ključne besede smo oblikovali s pomočjo strukture PICO. V slovenskih iskalnih bazah (COBISS in Google učenjak) smo uporabili naslednje ključne besede: diplomirane medicinske sestre, motivacija, primarno zdravstveno varstvo, napredni nivo znanja. V ostalih bazah smo članke iskali na podlagi naslednjih ključnih besed: graduated nurses, motivation, primary health care, advanced level of knowledge. V podatkovnih bazah ProQuest, WILEY ter CINAHL smo uporabili Boolov operator AND (slo. IN), na podlagi katerega smo povezali graduated nurses AND motivation AND primary health care AND advanced level of knowledge, v ostalih podatkovnih bazah pa smo ključne besede nizali brez uporabe Boolovega operaterja. Pri pregledu strokovne literature smo postavili naslednje omejitvene kriterije: strokovna literatura, objavljena med letoma 2008 in 2019 (starejša je bila uporabljena le v izjemnih primerih,

ko je bila literatura relevantna), besedilo članka v slovenščini in angleščini ter dostopnost članka v celoti. Skupno smo v vseh bazah pridobili 2208 virov, od katerih je začetna merila izpolnjevalo 189 člankov. Po podrobnejšem pregledu smo v končnem pregledu literature uporabili 76 zadetkov.

3.3.2 Instrument raziskave

Za zbiranje podatkov smo uporabili tehniko spletnega anketiranja. Oblikovali smo strukturiran vprašalnik, ki smo ga povzeli po različnih avtorjih (Skela Savič, et al., 2016; Skela Savič, et al., 2017b; Ambulanta družinske medicine, n. d.). Vprašalnik je sestavljen iz štirih tematskih sklopov. Prvi sklop predstavljajo demografski podatki: spol, starost, stopnja izobrazbe na področju zdravstvene nege, izobrazba na drugih področjih (dosežena druga stopnja iz drugega področja, ki ni zdravstvena nega), leta zaposlenosti na primarni ravni, ocena pripravljenosti za raziskovanje v zdravstveni negi, ocena trenutnega stanja na področju raziskovanja v zdravstveni negi, ocena trenutne pripravljenosti za kakovostno opravljanje dela v ambulanti družinske medicine in strinjanje s potrebo po podiplomskem izobraževanju za delo v ambulanti družinske medicine (n = 9). Drugi sklop je kompetenčni model v zdravstveni negi in je sestavljen iz dveh podsklopov: opisi splošnih kompetenc za posamezno kategorijo izvajalcev ter opisi specifičnih kompetenc za posamezno kategorijo izvajalcev v zdravstveni negi (n = 52) (Skela Savič, et al., 2016). Tretji sklop predstavlja odnos diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov do raziskovanja oziroma pomen raziskovanja za razvoj stroke (n = 35) (Skela Savič, et al., 2016). Četrty vsebinski sklop predstavlja samooceno znanja diplomiranih medicinskih sester v ambulantah družinske medicine na posameznih področjih dela (n = 19) (Skela Savič, et al., 2016).

V vseh tematskih sklopih, razen pri pridobivanju demografskih podatkov, so anketirani odgovarjali na podlagi petstopenjske lestvice stališč – Likertove lestvice. Pri vseh trditvah so opredeljene stopnje: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

Zanesljivost posameznih sklopov vprašalnika smo prvič preverili na pilotnem vzorcu tridesetih izpoljenih vprašalnikov z metodo notranje konsistentnosti, Cronbachovim koeficientom alfa. Za vsak sklop posebej, ki vsebuje Likertovo lestvico, smo izračunali Cronbach koeficient alfa. Tavakol & Dennick (2011) navajata, da je zanesljivost vprašalnika slaba, če je vrednost koeficienta nižja od 0,60, zmerna, če je vrednost med 0,60 in 0,80, in zelo dobra, če je vrednost koeficienta 0,80 ali več. Na podlagi rezultatov, ki so prikazani v tabeli 1, lahko trdimo, da je bila zanesljivost našega pilotskega vprašalnika zelo dobra, zato ga po pilotnem testiranju nismo spreminjali.

Tabela 2: Zanesljivost instrumenta

Sklop	Število odgovorov	Število vprašanj	Koeficient Cronbach alfa
Kompetenčni model v zdravstveni negi	30	52	0,812
Odnos diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov do raziskovanja, pomena raziskovanja in razvoja zdravstvene nege	30	35	0,827
Samooocena diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov po področjih dela v ambulantah družinske medicine	30	19	0,809

3.3.3 Udeleženci raziskave

Statistično populacijo predstavljajo diplomirane medicinske sestre, zaposlene v ambulantah družinske medicine v zdravstvenih domovih po Sloveniji. Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ), ki smo jih pridobili preko telefonskega pogovora, je v letu 2016 v ambulantah družinske medicine delovalo 535 diplomiranih medicinskih sester, ki so podiplomsko izobražene za krepitev zdravja, presejanje in vodenje nekaterih kroničnih obolenj po modelu specialnih znanj. Vprašalnik smo poslali vsem (cenzus), v celoti je vprašalnik izpolnilo 289 diplomiranih medicinskih sester, kar predstavlja 54-% realizacijo vzorca.

V tabeli 3 so prikazani demografski podatki anketiranih. Večina anketiranih je ženskega spola ($n = 272$, 94,1 %) in je po izobrazbi diplomirana medicinska sestra (dipl. m. s.) oziroma diplomirani zdravstvenik (dipl. zn.) ($n = 259$, 89,6 %). Le 5,3 % anketiranih ima strokovni magisterij zdravstvene nege. Poleg dosežene izobrazbe v zdravstveni negi

ima 4,2 % anketiranih ($n = 12$) doseženo univerzitetno izobrazbo in 2,8 % anketiranih ima opravljen strokovni magisterij na drugih področjih. Zaradi majhnosti vzorca teh podatkov nismo upoštevali v analizi. Povprečna starost anketiranih je 40,77 let ($SO = 9,823$), povprečna delovna doba anektiranih na primarni ravni je 12,0 let ($SO = 10,684$ let).

Tabela 3: Demografski podatki anketiranih

		n	%
Spol	moški	17	5,9
	Ženska	272	94,1
	Skupaj	289	100,0
Stopnja izobrazbe	viš. med. ses/viš. med. teh.	15	5,2
	dipl. m. s./dipl. zn.	259	89,6
	magisterij zdravstvene nege	15	5,2
	Skupaj	289	100,0
		PV	SO
Starost (v letih)		40,77	9,823
Delovna doba na primarni ravni (v letih)		12,0	10,684

N = število anketirancev, % = odstotni delež

3.3.4 Potek raziskave in soglasja

Vsem javnim zavodom ($N = 67$) smo poslali soglasje zavoda za raziskovanje v okviru magistrskega dela za izvedbo raziskave z razlago o namenu, samem poteku in času anketiranja. Sodelovanje in soglasje k izvedbi raziskave na ravni zavoda je podalo vseh 67 zavodov. Dovoljenja nacionalne etične komisije nismo potrebovali, saj je raziskava potekala med izvajalci zdravstvene nege in raziskava ni zajemala ranljivih podatkov. Raziskavo smo izvedli v skladu s Kodeksom etike zdravstvene nege (2014) in Helsinško deklaracijo (2013).

Z izvedbo raziskave smo pričeli po prejemu soglasja o ustreznosti dispozicije magistrskega dela in po opravljeni pilotni študiji.

Anketiranje je potekalo preko spleta, v programu 1 KA. Vprašalnik je bil aktiven od marca 2018 do junija 2018. Sodelovanje je bilo prostovoljno, anonimnost pa je bila

zagotovljena tako, da URL-ji (Uniform Resource Locator) ankete niso bili individualizirani.

3.3.5 Obdelave podatkov

Podatke smo statistično obdelali v programu SPSS, verzije 22.0, s programom MS Excel 2018. Za vse spremenljivke smo izračunali opisno statistiko. Pri posameznih spremenljivkah smo uporabili osnovne statistične izračune, kot so aritmetična sredina, standardni odklon, minimalna in maksimalna vrednost, odstotki in frekvenca. Uporabili smo tudi naslednje statistične metode:

- za ugotavljanje statističnih razlik v strinjanju o kompetencah posameznih kategorij izvajalcev zdravstvene nege, glede na demografske podatke anketirancev smo uporabili t-test, ANOVO in Pearsonovo korelacijo;
- za ugotavljanje statistično pomembnih razlik med stališčem do raziskovanja in izvajanjem napredne zdravstvene nege smo uporabili regresijsko analizo;
- za zavedanje potreb po podiplomskem izobraževanju smo uporabili t-test;
- prav tako smo t-test za en vzorec uporabili pri ugotavljanju trenutnega znanja.

Mejo statistične pomembnosti je določala vrednost $p \leq 0,05$, pri čemer smo rezultate prikazali v tabelarni in grafični obliki.

Najprej je predstavljena opisna statistika, nato je izvedena factorska analiza za vse tri sklope vprašalnika. Z dobljenimi faktorji smo izvedli nadaljnje analize: t-test, multiplo regresijsko analizo in Pearsonovo korelacijo, s katerimi smo potrdili oziroma ovrgli postavljene hipoteze.

3.4 REZULTATI

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati raziskave, ki je bila izvedena na vzorcu 289 medicinskih sester, zaposlenih v ambulanti družinske medicine.

3.4.1 Opisna statistika

Tabela 4 prikazuje samooceno in mnenje anketiranih o pripravljenosti za raziskovanje v zdravstveni negi, trenutnem znanju na področju raziskovanja, pripravljenosti za kakovostno opravljanje dela ter potrebi po podiplomski izobrazbi. Glede potrebe po podiplomski izobrazbi za opravljanje dela v ADM je največ anketiranih neopredeljenih ($n = 99$, 34 %).

Tabela 4: Samoocena in mnenje anketiranih o pripravljenosti za raziskovanje v zdravstveni negi, trenutnem znanju na področju raziskovanja, pripravljenosti za kakovostno opravljanje dela ter potrebi po podiplomski izobrazbi

		n	%	PV	SO
Samoocena pripravljenosti za raziskovanje v zdravstveni negi	nezadostno	13	4,5	3,64	0,966
	zadostno	20	6,9		
	dobro	67	23,2		
	prav dobro	147	50,9		
	odlično	42	14,5		
	skupaj	289	100,0		
Samoocena trenutnega znanja na področju raziskovanja v zdravstveni negi	nezadostno	13	4,5	3,17	0,901
	zadostno	44	15,2		
	dobro	128	44,3		
	prav dobro	90	31,1		
	odlično	14	4,8		
	skupaj	289	100,0		
Samoocena trenutne pripravljenosti za kakovostno opravljanje svojega dela v ADM	nezadostno	0	0	4,47	0,634
	zadostno	3	1,0		
	dobro	13	4,5		
	prav dobro	119	41,2		
	odlično	154	53,3		
	skupaj	289	100,0		
Strinjanje o potrebi po podiplomski izobrazbi za opravljanje dela v ADM	sploh se ne strinjam	7	2,4	3,51	1,096
	se ne strinjam	46	15,9		
	niti se ne strinjam niti se strinjam	99	34,3		
	se strinjam	67	23,2		
	popolnoma se strinjam	70	24,2		
	skupaj	289	100,0		

n = število anketirancev, % = odstotni delež, Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam

V drugem sklopu so anketirani podajali svoje mnenje na trditve, povezane s kompetenčnim modelom v zdravstveni negi. V sklopu je zajetih skupno 52 trditev. Rezultate prvega sklopa vprašalnika prikazujejo tabele 5, 6, 7, 8 in 9.

Tabela 5 prikazuje strinjanje anketiranih z zgoščenim opisom splošnih kompetenc štirih kategorij izvajalcev v zdravstveni negi. Z opisom kompetenc za zdravstvenega tehnika (PV = 4,55, SO = 0,639), diplomirano medicinsko sestro/diplomiranega zdravstvenika (PV = 4,63, PV= 0,581), diplomirano medicinsko sestro specialistko/diplomiranega zdravstvenika specialista (PV = 4,49, SO = 0,662) in magistra zdravstvene nege (PV = 4,35, SO = 0,773) se v povprečju vsi anketirani zelo strinjajo.

Tabela 5: Zgoščeni opis splošnih kompetenc štirih kategorij izvajalcev v zdravstveni negi

Trditev	N	PV	SO
Tehnik zdravstvene nege: je član negovalnega in zdravstvenega tima, v katerem glede na pridobljene kompetence v okviru izobraževanja in usposabljanja za poklic izvaja zdravstveno nego zdravih in bolnih ljudi v vseh življenjskih obdobjih in okoljih. Lahko je samostojen ali v odvisni vlogi, kar je odvisno od zahtevnostih delovnih nalog. Za svoje delo odgovarja vodji tima zdravstvene nege.	289	4,55	0,639
Dipl. m. s./dipl. zn.: splošne kompetence so definirane kot preventivne in zdravstveno-vzgojne naloge, naloge v zvezi s procesno obravnavo pacientovih potreb po zdravstveni negi, prevzemanje nalog v diagnostično-terapevtskem procesu, koordinacijske naloge, poročanje in dokumentiranje ter naloge s področja razvoja prakse. Je nosilec stroke zdravstvene nege, ki celovito pozna strokovna področja.	289	4,63	0,581
Dipl. m. s. spec./dipl. zn. spec.: poleg izvajanja vseh splošnih in specifičnih kompetenc, ki so opredeljene pri dipl. m. s./dipl. zn. ima poglobljena specialistična znanja na področju zdravstvene nege in zdravstvene obravnave ter razvite sposobnosti kliničnega odločanja. Je nosilec specialistične zdravstvene nege in oskrbe, za katero ima opravljeno specializacijo.	289	4,49	0,662
Mag. zdr. neg.: ima ključno vlogo pri vodenju, načrtovanju, izvajanju in vrednotenju razvojnih in naprednih oblik dela na sistemski ali klinični ravni v zdravstveni negi in zdravstveni obravnavi. Je nosilec napredne zdravstvene nege in kompleksnih problemov v zdravstveni negi in zdravstveni obravnavi, za reševanje katerih ima razvite sposobnosti medpoklicnega sodelovanja, aplikativnega raziskovanja in na dokazih podprtega dela.	289	4,35	0,773

N = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam

V tabeli 6 so prikazani rezultati stopnje strinjanja anketiranih s specifičnimi kompetencami za tehnika zdravstvene nege. Z vsemi navedenimi kompetencami se anketirani v povprečju popolnoma strinjajo, najbolj se strinjajo s trditvijo: »Pripravi pacienta na diagnostične in terapevtske posege in postopke v okviru kompetenc« (PV = 4,67, SO = 0,547), najmanj pa se strinjajo s trditvijo: »Sodeluje pri pripravi standardov dela, delovnih navodil, dokumentiranju zdravstvene nege, zdravstvene obravnave idr.

ter njihovem upoštevanju pri delu« (PV = 4,34, SO = 0,857). Ostali rezultati so prikazani v tabeli 6.

Tabela 6: Strinjanje anketiranih s specifičnimi kompetencami za tehnika zdravstvene nege

Trditev	N	PV	SO
Samostojno ali soodvisno izvaja zdravstveno nego posameznika v različnih stanjih zdravja in bolezni ter v različnih življenjskih obdobjih v okviru kompetenc izobraževanja za poklic TZN.	289	4,53	0,651
Pomaga pacientu pri izvajanju dnevnih življenjskih dejavnosti v okviru kompetenc.	289	4,63	0,645
Pripravi pacienta na diagnostične in terapevtske posege ter postopke v okviru kompetenc.	289	4,67	0,547
Izvaja enostavne diagnostično terapevtske posege in postopke v okviru kompetenc.	289	4,61	0,580
Sodeluje pri izvajanju intenzivne nege v okviru kompetenc.	289	4,36	0,879
Ukrepa v nepričakovanih situacijah, nudi prvo pomoč v okviru kompetenc.	289	4,66	0,592
Sodeluje pri informiranju in posredovanju navodil pri zdravstveni negi pacienta in svojem v okviru kompetenc.	289	4,56	0,599
Sodeluje pri pripravi standardov dela, delovnih navodil, dokumentiranju zdravstvene nege, zdravstvene obravnave idr. ter njihovem upoštevanju pri delu.	289	4,34	0,857
Sodeluje pri aktivnostih na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu.	289	4,46	0,726
Dobro in učinkovito komunicira ter opravlja dela in naloge v zdravstvenem in negovalnem timu.	289	4,62	0,619
Sposobno načrtuje, spremlja lastno dela in poroča o njem ter pravočasno opazi odstopanja pri delu v okviru pristojnosti.	289	4,51	0,688
Ima sposobnost etičnega delovanja in upošteva navodila na področju varnosti pacientov.	289	4,61	0,626

N = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam

Tabela 7 prikazuje strinjanje anketiranih s specifičnimi kompetencami za diplomirano medicinsko sestro/diplomiranega zdravstvenika. Tudi z vsemi opisanimi kompetencami se anketirani v povprečju popolnoma strinjajo, pri tem so najvišji nivo strinjanja izrazili pri trditvi: »Izobražuje, svetuje in ozavešča posameznike, družine in skupine o pomembnosti zdravega življenjskega sloga in samooskrbe pri boleznih« (PV = 4,74, SO = 0,477), najnižji nivo strinjana pa pri trditvi: »Raziskovalno delo v zdravstveni negi in zagotavljanje kakovosti« (PV = 4,60, SO = 0,569). Ostali rezultati so prikazani v tabeli 7.

Tabela 7: Strinjanje anketiranih s specifičnimi kompetencami za diplomirano medicinsko sestro/diplomiranega zdravstvenika

Trditev	N	PV	SO
Samostojno ugotavlja potrebe po zdravstveni negi s pomočjo sodobnega teoretičnega in kliničnega znanja, poleg tega načrtuje, organizira in izvaja zdravstveno nego pri pacientih na podlagi pridobljenega znanja in sposobnosti ter s tem izboljšuje nivo strokovnega dela.	289	4,73	0,484
Izobražuje, svetuje in ozavešča posameznike, družine in skupine o pomembnosti zdravega življenjskega sloga in samooskrbe pri boleznih.	289	4,74	0,477
Izvaja promocijo zdravja, zdravstveno vzgojo in učenje za razumevanje povezav med načinom življenja in zdravja, za razumevanje zdravstvenih problemov in procesov za krepitev, doseganje in ohranjanje zdravja.	289	4,73	0,487
Sodeluje v procesu zdravljenja v okviru zdravstvenega tima ter izvaja diagnostično-terapevtske programe pri pacientih.	289	4,72	0,487
Spremlja izide in učinke intervencij zdravstvene nege in dokumentira.	289	4,72	0,487
Povezuje interdisciplinarno in multisektorsko za zagotavljanje kakovostne obravnave bolnika.	289	4,69	0,535
Izvaja zdravstveno nego v okviru nujne medicinske pomoči.	289	4,72	0,523
Opravlja mentorsko in pedagoško delo za obnavljanje lastnega kadra (novo zaposleni, študenti).	289	4,72	0,520
Opravlja raziskovalno delo v zdravstveni negi in zagotavlja kakovost.	289	4,60	0,569
Vodi in se vključuje v celostne aktivnosti za spremljanje kakovosti in varnosti.	289	4,69	0,512

N = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam

V tabeli 8 so prikazani rezultati stopnje strinjanja anketiranih s specifičnimi kompetencami za medicinsko sestro specialistko/diplomiranega zdravstvenika specialista. Z vsemi navedenimi kompetencami se vsi anketirani v povprečju popolnoma strinjajo, pri tem pa je najvišji izraženi nivo strinjanja pri trditvi: »Zna določiti potrebe po promociji zdravja in izobraževalne potrebe pacientov na svojem strokovnem področju ter ustrezno razvija in izvaja strategije« (PV = 4,68, SO = 0,517), najnižji izraženi nivo strinjanja je pri trditvi: »Analizira kompleksne klinične probleme z uporabo ustreznega znanja, diagnosticira, opredeli, izvaja in ovrednoti potek zdravstvene obravnave pacientov v medpoklicnem timu, na področju svoje specializacije in v skladu z veljavnimi protokoli« (PV = 4,55, SO = 0,570). Vsi ostali rezultati so prikazani v tabeli 8.

Tabela 8: Strinjanje anketiranih s specifičnimi kompetencami za diplomirano medicinsko sestro specialistko/diplomiranega zdravstvenika specialista

Trditev	N	PV	SO
Analizira kompleksne klinične probleme z uporabo ustreznega znanja, diagnosticira, opredeli, izvaja in ovrednoti potek zdravstvene obravnave pacientov v medpoklicnem timu, na področju svoje specializacije in v skladu z veljavnimi protokoli.	289	4,55	0,570
Prevzame razširjeno vlogo pri delu in izvaja napredne oblike obravnave ter diagnostične in invazivne intervencije, povezane s strokovno specializacijo, ki jo ima.	289	4,59	0,565
Zna določiti potrebe po promociji zdravja in izobraževalne potrebe pacientov na svojem strokovnem področju ter ustrezno razvija in izvaja strategije.	289	4,68	0,517
Sledi tehnološkim novostim in izobražuje sodelavce znotraj zdravstvene nege, druge zdravstvene delavce in skupine pacientov o novostih na svojem področju specializacije.	289	4,62	0,559
Stalno izpopolnjuje svoje komunikacijske veščine, zato je sposoben oblikovati in posredovati kompleksne klinične probleme pacientom, svojcem in drugim zdravstvenim delavcem.	289	4,62	0,535
Zna določiti zdravstvene potrebe ter potrebe po zdravstveni negi in krepitvi zdravja pri pacientih, pripravi ustrezen negovalni načrt in načrt zdravstvene obravnave v medpoklicnem timu.	289	4,67	0,506
Vodi in koordinira zdravstveno obravnavo pacientov na svojem področju specializacije ter tako zagotavlja kontinuirano in celostno zdravstveno oskrbo.	289	4,65	0,552
Ovrednoti in izvaja strokovne nadzore na svojem specialističnem področju ter tako zagotavlja izvajanje kakovostne in varne zdravstvene nege.	289	4,64	0,555
Kritično razmišlja in z udeležbo v programih strokovnega razvoja in v raziskovalnih programih prispeva k stalnemu razvoju svojega specialističnega področja in prakse, ki temelji na raziskavah.	289	4,60	0,599
Sodeluje pri celoviti oceni zdravstvenega stanja in strokovni presoji o napotitvi pacientov, ki potrebujejo specialistično obravnavo, na druge ustrezne zdravstvene strokovnjake in organizacije.	289	4,61	0,556
V medpoklicnem timu prevzema dela in naloge za samostojno vodenje skupin pacientov.	289	4,62	0,546
Izvaja mentorstvo študentom, specializantom in novo zaposlenim sodelavcem.	289	4,64	0,548
Vodi in se vključuje v celostne aktivnosti za spremljanje kakovosti in varnosti.	289	4,64	0,515

N = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam

Tabela 9 prikazuje strinjanje anketiranih s specifičnimi kompetencami za magistra zdravstvene nege. S skoraj vsemi navedenimi kompetencami se anketirani v povprečju popolnoma strinjajo, razen s trditvijo: »Samostojno preučuje, določa in predpisuje z dokazi podprte terapevtske intervencije, vključno s predpisovanjem zdravil in z aktivnim nadzorovanjem učinkovitosti zdravljenja pacientov« (PV = 4,20, SO = 0,853), s katero se anketirani v povprečju strinjajo. Najvišji nivo strinjanja so anketirani pokazali pri trditvi: »Usmerja, svetuje in izobražuje druge zdravstvene delavce o najnovejših dognanjih za prakso, deluje kot mentor in vzornik ter aktivno sodeluje s skupinami pacientov pri prenosu znanj« (PV = 4,59, SO = 0,635). Vsi ostali rezultati so prikazani v tabeli 9.

Tabela 9: Strinjanje anketiranih s specifičnimi kompetencami za magistra zdravstvene nege

Trditev	N	PV	SO
Samostojno preučuje, določa in predpisuje z dokazi podprte terapevtske intervencije, vključno s predpisovanjem zdravil in z aktivnim nadzorovanjem učinkovitosti zdravljenja pacientov.	289	4,20	0,853
Prevzema odgovornost za klinične odločitve na nivoju naprednih oblik dela z upravljanjem primerov za posamezne paciente, družine in skupnosti.	289	4,38	0,750
Opredele prednostne naloge pri preprečevanju tveganj in promociji zdravja ter s tem razvija in izvaja ustrezne strategije na širšem področju javnega zdravja.	289	4,53	0,612
Usmerja, svetuje in izobražuje druge zdravstvene delavce o najnovejših dognanjih za prakso, deluje kot mentor in vzornik ter aktivno sodeluje s skupinami pacientov pri prenosu znanj.	289	4,59	0,635
Jasno komunicira in enakovredno sodeluje pri postopkih odločanja na nivojih kliničnega dela, upravljanja in oblikovanja politike, vključno z delitvijo sredstev za zdravstvo.	289	4,53	0,736
Sodeluje pri celoviti oceni zdravstvenega stanja in strokovni presoji o napotitvi pacientov, ki potrebujejo specialistično obravnavo, na druge ustrezne zdravstvene strokovnjake in organizacije.	289	4,41	0,641
Da pobudo za in vodi spremembe pri zagotavljanju zdravstvenih storitev kot odgovor na potrebe pacientov in povpraševanju po storitvah ter s tem zagotavlja nenehne izboljšave kakovosti storitve.	289	4,50	0,610
Določi prednostne raziskovalne naloge ter vodi, izvaja in posreduje rezultate raziskav, ki oblikujejo in prispevajo k napredku zdravstvene nege na nivoju prakse, izobraževanja in politike.	289	4,56	0,656
Sodeluje pri izgradnji organizacijske kulture, ki podpira razvoj raziskovanja in na dokazih temelječega delovanja v zdravstveni negi na ravni zdravstvenega sistema, managementa, organizacije, profesionalnih vrednot idr.	289	4,52	0,667
V medpoklicnem timu prevzema dela in naloge za samostojno vodenje skupin pacientov.	289	4,52	0,632
Izvaja mentorstvo študentom, specializantom in novo zaposlenim sodelavcem.	289	4,56	0,632
Vodi in se vključuje v celostne aktivnosti za spremljanje kakovosti in varnosti.	289	4,58	0,601
Sodeluje v visokošolskem izobraževanju in raziskovalnih projektih v zavodu in med zavodi.	289	4,58	0,619

N = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam

V nadaljevanju so prikazani rezultati drugega sklopa vprašalnika, ki zajema 35 trditev o odnosu diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov do raziskovanja, pomena raziskovanja in razvoja zdravstvene nege.

Tabela 10 prikazuje odnos diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov do raziskovanja, pomena raziskovanja in razvoja zdravstvene nege. Anketirani v povprečju menijo, da se najbolj strinjajo z naslednjo trditvijo: »Strokovna literatura s področja zdravstvene nege bi morala biti na voljo na delovnem mestu (npr. na oddelkih)« (PV = 4,30, SO = 0,981). Za trditev: »Zdravstvena nega je praktična stroka, ki ne potrebuje raziskav« (PV = 1,70, 1,173) anketirani v povprečju menijo, da sploh ne drži.

Tabela 10: Odnos diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov do raziskovanja, pomena raziskovanja in razvoja zdravstvene nege

Trditev	N	PV	SO
Medicinska sestra mora znati brati literaturo v angleščini.	289	3,67	0,999
Sodelovanje pri razvoju stroke zdravstvene nege ne pomaga razvijati praktičnih veščin.	289	2,46	1,493
Na področju zdravstvene nege obstaja preveč člankov in raziskav, preveč je govora o raziskovanju in razvoju.	289	2,28	1,257
Zanimivo se mi zdi brati znanstvene članke s področja zdravstvene nege.	289	3,67	1,073
Zdravstvena nega potrebuje v primerjavi z medicino manj znanja, ki temelji na raziskavah.	289	1,92	1,268
Znanost in raziskave na področju zdravstvene nege stroko opisujejo in jo delajo vidno.	289	4,01	1,056
Zdravstvena nega je praktična stroka, ki ne potrebuje raziskav.	289	1,70	1,173
Strokovna literatura s področja zdravstvene nege bi morala biti na voljo na delovnem mestu (npr. na oddelkih).	289	4,30	0,981
Jezik, ki se uporablja pri pisanju znanstvenih člankov, se mi zdi preveč zapleten.	289	2,41	1,133
Sodelovanje pri razvoju stroke zdravstvene nege se mi ne zdi smiselno.	289	2,40	1,485
Sodelovanje pri razvoju stroke zdravstvene nege bi moralo biti ena od nalog medicinske sestre.	289	3,87	1,136
Če želimo razviti zdravstveno oskrbo pacientov, se morajo medicinske sestre aktivirati v praksi, ne na področju raziskovanja.	289	2,91	1,308
Rad/-a se udeležujem mednarodnih znanstvenih konferenc.	289	3,38	1,356
Izobraževalni programi za delavce v zdravstveni negi preveč temeljijo na raziskavah.	289	2,57	1,141
Raziskave v zdravstveni negi otežujejo vsakodnevna opravila medicinskih sester.	289	2,46	1,204
Predavanja v sklopu izobraževalnega programa za delavce v zdravstveni negi bi se morala izvajati na delovnem mestu, saj bi tako spodbudili razvoj stroke.	289	3,58	0,994
Raziskovalno delo na področju zdravstvene nege ne zvišuje statusa stroke.	289	2,30	1,339
Doktorat na področju zdravstvene nege bi moral biti predpogoj za nekatere vodilne položaje v zdravstveni negi.	289	3,13	1,465
Nadaljnje izobraževanje v raziskavah in študij, ki temelji na raziskovanju, nimata pomena za prihodnost.	289	2,00	1,271
Moja vloga medicinske sestre je dovolj močna, da lahko vplivam na stroko zdravstvene nege tudi brez znanja o raziskovanju.	289	2,22	1,245
Pri raziskavah v zdravstveni negi se uporablja preveč zapleten jezik.	289	2,50	1,179
Več medicinskih sester v klinični praksi bi moralo imeti doktorat ali se izobraževati na podiplomski stopnji.	289	2,78	1,370
Sodelovanje pri raziskavah ne prinaša dodatnih strokovnih veščin, ki jih potrebujejo medicinske sestre.	289	2,34	1,221
Rezultati raziskav v zdravstveni negi se morajo bolj posredovati medicinskim sestram na delovnem mestu.	289	3,93	1,057
Raziskovalno delo v zdravstveni negi je bistvenega pomena za moj strokovni razvoj.	289	3,70	1,045
Nerealno je pričakovati, da bi se rezultate raziskav uporabljalo pri praktičnem delu medicinskih sester.	289	2,52	1,179

Trditev	N	PV	SO
Sodelovanje v raziskovalnem delu bi moralo biti ena od nalog medicinske sestre.	289	3,33	1,161
Usposobljenost na področju zdravstvene nege je predvsem posledica dolgoletnih praktičnih izkušenj.	289	3,57	0,980
Ne potrudim se, da bi izvedel/-a za rezultate raziskav.	289	2,43	1,131
Študentje zdravstvene nege so/bi morali biti pomemben faktor na delovnem mestu, ki prispeva k razvoju stroke.	289	3,58	0,902
Očitno je, da bi morala zdravstvena nega temeljiti na znanstvenih in zaupanja vrednih izkušnjah.	289	3,93	1,067
Ni se smiselno ukvarjati z raziskovalnim delom v zdravstveni negi.	289	1,88	1,147
Medicinske sestre bi si morale vzeti čas, da bi prebrale raziskovalna poročila.	289	3,74	0,967
Vpeljava sprememb in preizkušanje novih idej sta zelo pomembna vidika v zdravstveni negi.	289	4,08	0,868
Mislim, da so vprašanja v tem vprašalniku pomembna.	289	3,81	1,008

N = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam

V zadnjem sklopu vprašalnika so oblikovane trditve, s katerimi so se diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki samoocenjevali po področjih dela v ambulantah družinske medicine.

Največ anketiranih (n = 15, 5,1 %) meni, da jim primanjkuje znanja s področja depresije. Nekaj jih meni (n = 12, 4,2 %), da jim primanjkuje ozkega strokovnega znanja in znanja s področja kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB). Samooceno pomanjkanja znanja so si anketirani podali tudi na področju znanja iz modulov ADM (n = 9, 3,1 %), na področju splošnega znanja (n = 9, 3,1 %), izpostavili so željo po nadgradnji znanja (n = 9, 3,1 %), stalnem izobraževanju (n = 9, 3,1 %) ter izboljšanju poklicne komunikacije (n = 9, 3,1 %). Tabela 11 prikazuje samooceno diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov po področjih dela v ambulantah družinske medicine. Anketirani v povprečju menijo, da imajo zelo dobro znanje na naslednjih področjih dela medicine: »ogroženost za kronične nenalezljive bolezni« (PV = 4,42, SO = 0,613), »ogroženost za zvišan krvni tlak« (PV = 4,53, SO = 0,553), »ogroženost za sladkorno bolezen tipa 2 (PV = 4,46, SO = 0,583) in »zvišan krvni tlak« (PV = 4,45, SO = 0,564). Za ostala področja dela v ambulantah družinske medicine anketirani menijo, da imajo dobro znanje.

Tabela 11: Samoocena znanja diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov po področjih dela v ambulantah družinske medicine

Samoocena znanja glede na področje dela v ADM	N	PV	SO
Ogroženost za kronične nenalezljive bolezni	289	4,42	0,613
Ogroženost za zvišan krvni tlak	289	4,53	0,553
Ogroženost za sladkorno bolezen tipa 2	289	4,46	0,583
Srčno-žilna ogroženost	289	4,32	0,643
Na področju tveganega in škodljivega pitja alkohola	289	3,97	0,841
Ogroženost za kronično obstruktivno pljučno bolezen	289	4,30	0,710
Ogroženost za depresijo	289	3,81	0,886
Ogroženost za osteoporozo	289	4,17	0,733
Sladkorna bolezen tipa 2	289	4,29	0,639
Zvišan krvni tlak	289	4,45	0,564
Astma	289	4,20	0,721
Kronično obstruktivna pljučna bolezen	289	4,17	0,744
Depresija	289	3,77	0,828
Bolezen prostate	289	3,75	0,773
Osteoporoz	289	4,08	0,739
Koronarna bolezen	289	3,92	0,741

N = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, Likertova lestvica: 1 – zelo slabo, 2 – slabo, 3 – srednje, 4 – dobro, 5 – zelo dobro

Tabela 12 prikazuje splošno oceno znanja diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov. Za obe trditvi: »Menim, da mi primanjkuje splošno znanje« (PV = 1,94, SO = 0,959) in »Menim, da mi primanjkuje ozko strokovno znanje« (PV = 1,94, SO = 1,131) anketirani v povprečju menijo, da delno držita.

Tabela 12: Splošna ocena znanja diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov

Samoocena znanja	N	PV	SO
Menim, da mi primanjkuje splošno znanje.	289	1,94	0,959
Menim, da mi primanjkuje ozko strokovno znanje.	289	2,49	1,131

N = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, Likertova lestvica: 1 – zelo slabo, 2 – slabo, 3 – srednje, 4 – dobro, 5 – zelo dobro.

3.4.2 Faktorska analiza

Faktorska analiza je bila izvedena z namenom zmanjšanja števila spremenljivk. Pri vseh treh sklopih vprašalnika smo izvedli faktorsko analizo z metodo glavnih osi (Principal Axis Factoring) in poševno rotacijo (Direct Oblimin), saj pričakujemo korelacijo med faktorji. Ko smo se odločili o številu faktorjev, smo upoštevali več kriterijev: screen diagram, lastne vrednosti, vsebinsko konsistentnost faktorjev in zadostno število spremenljivk na faktor. Faktorske uteži, ki niso presegle 0,4, in uteži, ki so presegle vrednost 0,4 za več kot en faktor, smo postopoma izločili iz analize (Pallant, 2016; Kassouf, et al., 2018).

V prvo faktorsko analizo smo vključili 48 spremenljivk iz drugega sklopa vprašalnika (Kompetenčni model v zdravstveni negi) in s tem dobili nove faktorje, ki imajo skupno lastnost izmerjenim spremenljivkam. Faktorje smo v nadaljevanju uporabili pri preverjanju hipotez. Primernost vzorca za faktorsko analizo se preveri s Keiser Meyer-Olkin (KMO) testom in Bartlettovim testom (Pallant, 2016). KMO test prvega vzorca znaša 0,876 in zato menimo, da je primeren za nadaljnjo faktorsko analizo. Bartlettov test homogenosti varianc preverja ničelno domnevo, kjer naj bi bila originalna korelacijska matrika enaka enotski (Pallant, 2016). Pri našem vzorcu je Bartlettov test statistično značilen ($p < 0,001$). Rezultata obeh testov sta prikazana v tabeli 13.

Tabela 13: KMO test in Bartlettov test za drugi sklop vprašalnika – Kompetenčni model v zdravstveni negi

KMO in Bartlettov test	
KMO koeficient	0,876
Bartlettov test sferičnosti	$c^2 = 2018,849$; $df = 198$; $p < 0,001$

Iz vprašalnika so bili ustvarjeni štirje faktorji, njihova skupna pojasnjena varianca je 69,5 %. Pred rotacijo je največji delež pojasnjene variance padel na prvi faktor (34,7 %), nato na drugi (16,4 %), tretji (10,9 %) in četrti (7,5 %). Razvili smo vse štiri faktorje, saj je delež pojasnjene variance višji od 5,5 % (Kassouf, et al., 2018). Izločili smo spremenljivke, ki niso zadostovale kriterijem – od 48 jih je ostalo 40 in so bile

razporejene med štiri faktorje. Prvi faktor smo poimenovali »Kompetence magistra zdravstvene nege«, drugi faktor smo poimenovali »Kompetence tehnika zdravstvene nege«, tretji faktor smo poimenovali »Kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika specialista« in četrti faktor »Kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika«. Za celoten prvi sklop faktorjev je Cronbach koeficient alfa znašal 0,847. Cronbach koeficient alfa je pri posameznih faktorjih znašal:

- »kompetence magistra zdravstvene nege« ($\alpha = 0,851$);
- »kompetence tehnika zdravstvene nege« ($\alpha = 0,907$);
- »kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika specialista« ($\alpha = 0,821$);
- »kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika« ($\alpha = 0,809$).

V tabeli 14 so prikazani rezultati faktorjske analize kompetenčnega modela v zdravstveni negi.

Tabela 14: Faktorska analiza kompetenčnega modela v zdravstveni negi

Kompetenčni model v zdravstveni negi	F1	F2	F3	F4
Da pobudo za in vodi spremembe pri zagotavljanju zdravstvenih storitev kot odgovor na potrebe pacientov in povpraševanju po storitvah ter s tem zagotavlja nenehne izboljšave kakovosti storitve.	0,861			
V medpoklicnem timu prevzema dela in naloge za samostojno vodenje skupin pacientov.	0,853			
Sodeluje pri izgradnji organizacijske kulture, ki podpira razvoj raziskovanja in na dokazih temelječega delovanja v zdravstveni negi na ravni zdravstvenega sistema, managementa, organizacije, profesionalnih vrednot idr.	0,841			
Določi prednostne raziskovalne naloge ter vodi, izvaja in posreduje rezultate raziskav, ki oblikujejo in prispevajo k napredku zdravstvene nege na nivoju prakse, izobraževanja in politike.	0,837			
Prevzema odgovornost za klinične odločitve na nivoju naprednih oblik dela z upravljanjem primerov za posamezne paciente, družine in skupnosti.	0,803			
Opredele prednostne naloge pri preprečevanju tveganj in promociji zdravja ter s tem razvija in izvaja ustrezne strategije na širšem področju javnega zdravja.	0,791			
Vodi in se vključuje v celostne aktivnosti za spremljanje kakovosti in varnosti.	0,787			
Izvaja mentorstvo študentom, specializantom in novo zaposlenim sodelavcem.	0,781			
Sodeluje v visokošolskem izobraževanju in raziskovalnih projektih v zavodu in med zavodi.	0,678			

Kompetenčni model v zdravstveni negi	F1	F2	F3	F4
Sodeluje pri celoviti oceni zdravstvenega stanja in strokovni presoji o napotitvi pacientov, ki potrebujejo specialistično obravnavo, na druge ustrezne zdravstvene strokovnjake in organizacije.	0,656			
Ima sposobnost etičnega delovanja in upošteva navodila na področju varnosti pacientov.		0,840		
Sposobno načrtuje, spremlja lastno dela in poroča o njem ter pravočasno opazi odstopanja pri delu v okviru pristojnosti.		0,804		
Samostojno ali soodvisno izvaja zdravstveno nego posameznika v različnih stanjih zdravja in bolezni ter v različnih življenjskih obdobjih v okviru kompetenc izobraževanja za poklic TZN.		0,791		
Dobro in učinkovito komunicira ter opravlja dela in naloge v zdravstvenem in negovalnem timu.		0,789		
Izvaja enostavne diagnostično terapevtske posege in postopke v okviru kompetenc.		0,781		
Sodeluje pri aktivnostih na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu.		0,739		
Sodeluje pri informiranju in posredovanju navodil pri zdravstveni negi pacienta in svojcem v okviru kompetenc.		0,720		
Ukrepa v nepričakovanih situacijah, nudi prvo pomoč v okviru kompetenc.		0,686		
Sodeluje pri pripravi standardov dela, delovnih navodil, dokumentiranju zdravstvene nege, zdravstvene obravnave idr. ter njihovem upoštevanju pri delu.		0,666		
Povezuje interdisciplinarno in multisektorsko za zagotavljanje kakovostne obravnave bolnika.		0,614		
Sodeluje pri izvajanju intenzivne nege v okviru kompetenc.		0,595		
Kritično razmišlja in z udeležbo v programih strokovnega razvoja in v raziskovalnih programih prispeva k stalnemu razvoju svojega specialističnega področja in prakse, ki temelji na raziskavah.			0,763	
Sledi tehnološkim novostim in izobražuje sodelavce znotraj zdravstvene nege, druge zdravstvene delavce in skupine pacientov o novostih na svojem področju specializacije.			0,750	
Stalno izpopolnjuje svoje komunikacijske veščine, zato je sposoben oblikovati in posredovati kompleksne klinične probleme pacientom, svojcem in drugim zdravstvenim delavcem.			0,734	
Zna določiti zdravstvene potrebe ter potrebe po zdravstveni negi in krepitvi zdravja pri pacientih, pripravi ustrezen negovalni načrt in načrt zdravstvene obravnave v medpoklicnem timu.			0,727	
Izvaja mentorstvo študentom, specializantom in novo zaposlenim sodelavcem.			0,721	
Ovrednoti in izvaja strokovne nadzore na svojem specialističnem področju ter tako zagotavlja izvajanje kakovostne in varne zdravstvene nege.			0,708	
V medpoklicnem timu prevzema dela in naloge za samostojno vodenje skupin pacientov.			0,707	
Vodi in koordinira zdravstveno obravnavo pacientov na svojem področju specializacije ter tako zagotavlja kontinuirano in celostno zdravstveno oskrbo.			0,703	
Vodi in se vključuje v celostne aktivnosti za spremljanje kakovosti in varnosti.			0,679	
Analizira kompleksne klinične probleme z uporabo ustreznega znanja, diagnosticira, opredeli, izvaja in ovrednoti potek zdravstvene obravnave pacientov v medpoklicnem timu, na področju svoje specializacije in v skladu z veljavnimi protokoli.			0,660	

Kompetenčni model v zdravstveni negi	F1	F2	F3	F4
Sodeluje pri celoviti oceni zdravstvenega stanja in strokovni presoji o napotitvi pacientov, ki potrebujejo specialistično obravnavo, na druge ustrezne zdravstvene strokovnjake in organizacije.			0,650	
Prevzame razširjeno vlogo pri delu in izvaja napredne oblike obravnav ter diagnostične in invazivne intervencije, povezane s strokovno specializacijo, ki jo ima.			0,602	
Izobražuje, svetuje in ozavešča posameznike, družine in skupine o pomembnosti zdravega življenjskega sloga in samooskrbe pri boleznih.				0,643
Izvaja promocijo zdravja, zdravstveno vzgojo in učenje za razumevanje povezav med načinom življenja in zdravja za razumevanje zdravstvenih problemov in procesov za krepitev, doseganje in ohranjanje zdravja.				0,643
Vodi in se vključuje v celostne aktivnosti za spremljanje kakovosti in varnosti.				0,626
Spremlja izide in učinke intervencij zdravstvene nege in dokumentira.				0,618
Samostojno ugotavlja potrebe po zdravstveni negi s pomočjo sodobnega teoretičnega in kliničnega znanja, poleg tega načrtuje, organizira in izvaja zdravstveno nego pri pacientih na podlagi pridobljenega znanja in sposobnosti ter s tem izboljšuje nivo strok.				0,618
Sodeluje v procesu zdravljenja v okviru zdravstvenega tima ter izvaja diagnostično-terapevtske programe pri pacientih.				0,599
Opravlja raziskovalno delo v zdravstveni negi in zagotavlja kakovost.				0,567

Drugo faktorsko analizo smo izvedli s spremenljivkami, ki so bile nanizane v tretjem sklopu vprašalnika. V tem sklopu vprašalnika je nanizanih 35 spremenljivk, ki so povezane z odnosom diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov do raziskovanja, pomena raziskovanja in razvoja zdravstvene nege. Primernost faktorske analize smo preverili s KMO in Bartlettovim testom sferičnosti, katerih rezultata sta prikazana v tabeli 15. Rezultat Bartlettovega testa je statistično značilen ($p < 0,001$), vrednost KMO znaša 0,930.

Tabela 15: KMO test in Bartlettov test za tretji sklop vprašalnika – Odnos diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov do raziskovanja, pomena raziskovanja in razvoja zdravstvene nege

KMO in Bartlettov test	
KMO koeficient	0,930
Bartlettov test sferičnosti	$c^2 = 6683,163$; $df = 295$; $p < 0,001$

Iz spremenljivk, nanizanih v sklopu Odnos diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov do raziskovanja, pomena raziskovanja in razvoja zdravstvene nege, so bili ustvarjeni štiri faktorji, katerih skupna pojasnjena varianca je znašala 67 %. Pred rotacijo je največji delež pojasnjene variance pripadal prvemu faktorju (43,2 %), drugemu faktorju (12,1 %), tretjemu faktorju (10,1 %) in četrtemu faktorju (8,8 %). Glede na vsebovane spremenljivke smo faktorje poimenovali »raziskovalno delo v praksi zdravstvene nege«, »sodelovanje pri raziskovanju na delovnem mestu«, »razvoj raziskovanja v zdravstveni negi« in »nadaljnje izobraževanje medicinskih sester«. Za celoten sklop je Cronbach koeficient alfa znašal 0,872, za posamezne faktorje pa je bila njegova vrednost naslednja:

- »raziskovalno delo v praksi zdravstvene nege« ($\alpha = 0,901$);
- »sodelovanje pri raziskovanju na delovnem mestu« ($\alpha = 0,877$);
- »razvoj raziskovanja v zdravstveni negi« ($\alpha = 0,869$);
- »nadaljnje izobraževanje medicinskih sester« ($\alpha = 0,842$).

V tabeli 16 so prikazani rezultati faktorjske analize odnosa diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov do raziskovanja, pomena raziskovanja in razvoj zdravstvene nege.

Tabela 16: Faktorska analiza odnosa diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov do raziskovanja, pomena raziskovanja in razvoja zdravstvene nege

Odnos diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov do raziskovanja, pomena raziskovanja in razvoja zdravstvene nege	F1	F2	F3	F4
Nadaljnje izobraževanje v raziskavah in študij, ki temelji na raziskovanju, nimata pomena za prihodnost.	0,827			
Izobraževalni programi za delavce v zdravstveni negi preveč temeljijo na raziskavah.	0,797			
Zdravstvena nega je praktična stroka, ki ne potrebuje raziskav.	0,790			
Raziskovalno delo na področju zdravstvene nege ne zvišuje statusa stroke.	0,725			
Sodelovanje pri raziskavah ne prinaša dodatnih strokovnih veščin, ki jih potrebujejo medicinske sestre.	0,722			
Če želimo razviti zdravstveno oskrbo pacientov, se morajo medicinske sestre aktivirati v praksi, ne na področju raziskovanja.	0,705			
Nerealno je pričakovati, da bi se rezultate raziskav uporabljalo pri praktičnem delu medicinskih sester.	0,639			
Zdravstvena nega potrebuje v primerjavi z medicino manj znanja, ki temelji na raziskavah.	0,619			

Odnos diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov do raziskovanja, pomena raziskovanja in razvoja zdravstvene nege	F1	F2	F3	F4
Moja vloga medicinske sestre je dovolj močna, da lahko vplivam na stroko zdravstvene nege tudi brez znanja o raziskovanju.	0,616			
Ni se smiselno ukvarjati z raziskovalnim delom v zdravstveni negi.	0,597			
Pri raziskavah v zdravstveni negi se uporablja preveč zapleten jezik.	0,553			
Sodelovanje pri razvoju stroke zdravstvene nege se mi ne zdi smiselno.	0,501			
Na področju zdravstvene nege obstaja preveč člankov in raziskav, preveč je govora o raziskovanju in razvoju.	0,448			
Strokovna literatura s področja zdravstvene nege bi morala biti na voljo na delovnem mestu (npr. na oddelkih).		0,781		
Sodelovanje pri razvoju stroke zdravstvene nege bi moralo biti ena od nalog medicinske sestre.		0,706		
Sodelovanje v raziskovalnem delu bi moralo biti ena od nalog medicinske sestre.		0,624		
Rad/-a se udeležujem mednarodnih znanstvenih konferenc.		0,622		
Rezultati raziskav v zdravstveni negi se morajo bolj posredovati medicinskim sestram na delovnem mestu.		0,592		
Znanost in raziskave na področju zdravstvene nege stroko opisujejo in jo delajo vidno.		0,568		
Očitno je, da bi morala zdravstvena nega temeljiti na znanstvenih in zaupanja vrednih izkušnjah.		0,478		
Vpeljava sprememb in preizkušanje novih idej sta zelo pomembna vidika v zdravstveni negi.			0,797	
Mislím, da so vprašanja v tem vprašalniku pomembna.			0,678	
Medicinske sestre bi si morale vzeti čas, da bi prebrale raziskovalna poročila.			0,605	
Raziskovalno delo v zdravstveni negi je bistvenega pomena za moj strokovni razvoj.			0,550	
Ne potrudim se, da bi izvedel/-a za rezultate raziskav.			0,497	
Sodelovanje pri razvoju stroke zdravstvene nege ne pomaga razvijati praktičnih veščin.				0,797
Več medicinskih sester v klinični praksi bi moralo imeti doktorat ali se izobraževati na podiplomski stopnji.				0,607
Predavanja v sklopu izobraževalnega programa za delavce v zdravstveni negi bi se morala izvajati na delovnem mestu, saj bi tako spodbudili razvoj stroke.				0,508
Doktorat na področju zdravstvene nege bi moral biti predpogoj za nekatere vodilne položaje v zdravstveni negi.				0,491

Zadnjo faktorsko analizo smo izvedli s spremenljivkami, ki so bile nanizane v četrtem sklopu vprašalnika. V tem sklopu vprašalnika je nanizanih 16 spremenljivk, ki so povezane s samooceno znanja diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov, in sicer po področjih dela v ambulantah družinske medicine. Primernost faktorske analize smo preverili s KMO in Bartlettovim testom sferičnosti, katerih rezultata sta prikazana v tabeli 17. Rezultat Bartlettovega testa je statistično značilen ($p < 0,001$), vrednost KMO pa znaša 0,858.

Tabela 17: KMO test in Bartlettov test za četrti sklop vprašalnika – Samoocena znanja diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov po področjih dela v ambulantah družinske medicine

KMO in Bartlettov test	
KMO koeficient	0,858
Bartlettov test sferičnosti	$c^2 = 4690,860$; $df = 120$; $p < 0,001$

Iz spremenljivk, nanizanih v sklopu Samoocena diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov po področjih dela v ambulantah družinske medicine, sta bila ustvarjena dva faktorja, katerih skupna pojasnjena varianca je znašala 75,7 %. Pred rotacijo je največji delež pojasnjene variance pripadal prvemu faktorju (55,9 %) in drugemu faktorju (19,8 %). Ker sta oba faktorja pojasnila več kot 5,5 % vrednosti variance, smo razvili oba. Glede na vsebovane spremenljivke smo faktorja poimenovali »samoocena prepoznavanja ogroženosti posameznika za bolezen« in »samoocena prepoznavanja prisotnosti bolezni«. Za celoten sklop je Cronbach koeficient alfa znašal 0,859, za posamezna faktorja pa je bila njegova vrednost naslednja:

- »samoocena prepoznavanja ogroženosti za bolezen« ($\alpha = 0,827$);
- »samoocena prepoznavanja prisotnosti bolezni« ($\alpha = 0,892$).

V tabeli 18 so prikazani rezultati faktorjske analize samoocene diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov po področjih dela v ambulantah družinske medicine.

Tabela 18: Faktorska analiza samoocene znanja diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov po področjih dela v ambulantah družinske medicine

Samoocena diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov po področjih dela v ambulantah družinske medicine	F1	F2
Ogroženost za zvišan krvni tlak	0,863	
Ogroženost za sladkorno bolezen tipa 2	0,824	
Srčno-žilno ogroženostjo	0,794	
Ogroženost za kronične nenalezljive bolezni	0,740	
Ogroženost za osteoporozo	0,690	
Ogroženost za kronično obstruktivno pljučno bolezen	0,663	
Ogroženost za depresijo	0,548	
Na področju tvegane in škodljivega pitja alkohola	0,501	
Bolezni prostate		0,712
Depresija		0,686

Samoocena diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov po področjih dela v ambulantah družinske medicine	F1	F2
Kronično obstruktivna pljučna bolezen		0,663
Osteoporoza		0,548
Sladkorna bolezen tipa 2		0,544
Astma		0,424

3.4.3 Preverjanje hipotez

V nadaljevanju so prikazani rezultati, s katerimi smo preverjali postavljene hipoteze.

H1: Obstajajo statistično pomembne razlike v strinjanju anketirancev o kompetencah posameznih kategorij izvajalcev zdravstvene nege glede na demografske podatke anketirancev.

Statistično pomembne signifikance v strinjanju anketirancev o kompetencah posameznih kategorij izvajalcev zdravstvene nege glede na spol nismo preverjali zaradi neuravnoteženosti vzorca (moških le 17, žensk 272).

Tabela 19 prikazuje, da prihaja med strinjanjem s kompetencami glede na stopnjo izobrazbe do statistično pomembne razlike. Statistično pomembne razlike se pojavljajo pri faktorjih »kompetence magistra zdravstvene nege« ($F = 7,631$, $p = 0,003$), »kompetence tehnika zdravstvene nege« ($F = 6,285$, $p = 0,004$), »kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika specialista« ($F = 6,338$, $p = 0,002$ in »kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika« ($F = 6,404$, $p = 0,002$). Na podlagi rezultatov lahko trdimo, da anketiranci z izobrazbo magisterij zdravstvene nege v primerjavi z ostalimi anketiranci bolje poznajo kompetence iz kompetenčnega modela.

Tabela 19: Primerjava strinjanja s kompetencami glede na stopnjo izobrazbe v zdravstveni negi

Faktor	Izobrazba	n	F	ANOVA (p)
Kompetence strokovnega magistra zdravstvene nege	Viš. med. ses./viš. med. teh.	15	7,631	0,003
	Dipl. m. s./dipl. zn.	259		
	Magisterij zdravstvene nege	15		

Faktor	Izobrazba	n	F	ANOVA (p)
Kompetence tehnika zdravstvene nege	Viš. med. ses./viš. med. teh.	15	6,285	0,004
	Dipl. m. s./dipl. zn.	259		
	Magisterij zdravstvene nege	15		
Kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika specialista	Viš. med. ses./viš. med. teh.	15	6,338	0,002
	Dipl. m. s./dipl. zn.	259		
	Magisterij zdravstvene nege	15		
Kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika	Viš. med. ses./viš. med. teh.	15	6,404	0,002
	Dipl. m. s./dipl. zn.	259		
	Magisterij zdravstvene nege	15		

Legenda: n = velikost vzorca, F = vrednost koeficienta, p = mejno statistična pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Tabela 20 prikazuje korelacijo med delovno dobo in poznavanjem kompetenc zdravstvene nege iz kompetenčnega modela. Pri vseh štiri faktorjih prihaja do nizke statistične povezanosti, in sicer: »kompetence magistra zdravstvene nege« ($r = 0,155$, $p = 0,004$), »kompetence tehnika zdravstvene nege« ($r = 0,187$, $p = 0,002$), »kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika specialista« ($r = 0,169$, $p = 0,001$) in »kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika« ($r = 0,173$, $p = 0,001$). Na podlagi rezultatov lahko trdimo, da prihaja do statistično pomembne povezanosti med poznavanjem kompetenc in delovno dobo anketiranih.

Tabela 20: Korelacijski koeficient med delovno dobo in poznavanjem kompetenc zdravstvene nege iz kompetenčnega modela

Faktor		Delovna doba
Kompetence magistra zdravstvene nege	Pearsonova korelacija	0,155*
	p – vrednost	0,004
	N	289
Kompetence tehnika zdravstvene nege	Pearsonova korelacija	0,187**
	p – vrednost	0,001
	N	289
Kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika specialista	Pearsonova korelacija	0,169**
	p – vrednost	0,001
	N	289
Kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika	Pearsonova korelacija	0,173**
	p – vrednost	0,001
	N	289

Legenda: **korelacija je statistično značilna na nivoju 0,001; *korelacija je statistično značilna na nivoju 0,05

Tabela 21 prikazuje povezanost med starostjo in poznavanjem kompetenc zdravstvene nege iz kompetenčnega modela. Pri vseh štiri faktorjih prihaja do šibke statistične povezave, in sicer: »kompetence magistra zdravstvene nege« ($r = 0,186$, $p = 0,001$), »kompetence tehnika zdravstvene nege« ($r = 0,155$, $p = 0,001$), »kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika specialista« ($r = 0,184$, $p = 0,001$) in »kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika« ($r = 0,149$, $p = 0,001$). Na podlagi rezultatov lahko trdimo, da prihaja do statistično pomembne povezave med poznavanjem kompetenc in starostjo anketiranih.

Tabela 21: Korelacijski koeficient med starostjo in poznavanjem kompetenc zdravstvene nege iz kompetenčnega modela

Faktor		Starost
Kompetence magistra zdravstvene nege	Pearsonova korelacija	0,186*
	p – vrednost	0,001
	N	289
Kompetence tehnika zdravstvene nege	Pearsonova korelacija	0,155**
	p – vrednost	0,001
	N	289
Kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika specialista	Pearsonova korelacija	0,184**
	p – vrednost	0,001
	N	289
Kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika	Pearsonova korelacija	0,149**
	p – vrednost	0,001
	N	289

Legenda: **korelacija je statistično značilna na nivoju 0,001; *korelacija je statistično značilna na nivoju 0,05

Na podlagi dobljenih rezultatov v tabelah 19, 20 in 21 lahko delno potrdimo prvo hipotezo, saj statistično pomembnih razlik glede na spol anketiranih nismo odkrili. Pri vseh ostalih demografskih podatkih smo odkrili statistično pomembne značilnosti v strinjanju anketirancev o kompetencah posameznih kategorij izvajalcev zdravstvene nege.

H2: Obstaja statistično pomembna povezanost v strinjanju anketirancev o kompetencah posameznih kategorij izvajalcev zdravstvene nege glede na znanje o raziskovanju in razvoju raziskovanja za razvoj zdravstvene nege.

Pri faktorju »kompetence magistra zdravstvene nege« znaša korelacijski koeficient 0,501 in determinacijski koeficient 0,259, kar nam potrди 24,8-% variabilnost faktorja »kompetence magistra zdravstvene nege« in ga lahko pojasnimo z linearnim vplivom samoocene znanja na področju raziskovanja v zdravstveni negi. Regresijska konstanta ($\beta_0 = 2,211$, $P = 0,001$) in regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,187$, $p = 0,001$) sta statistično značilna. Pri faktorju »kompetence tehnika zdravstvene nege« znaša korelacijski koeficient 0,298 in determinacijski koeficient 0,087, kar nam potrди 8,7 %-variabilnost faktorja »kompetence tehnika zdravstvene nege« in ga lahko pojasnimo z linearnim vplivom znanja na področju raziskovanja v zdravstveni negi. Regresijska konstanta ($\beta_0 = 3,118$, $p = 0,001$) in regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,238$, $p = 0,001$) sta statistično značilna. Pri faktorju »kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika specialista« znaša korelacijski koeficient 0,522 in determinacijski koeficient 0,201, kar nam potrди 20,1 %-variabilnost faktorja »kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika specialista« in ga lahko pojasnimo z linearnim vplivom znanja na področju raziskovanja v zdravstveni negi. Regresijska konstanta ($\beta_0 = 2,119$, $p = 0,001$) in regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,274$, $p = 0,001$) sta statistično značilna. Pri faktorju »kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenik« znaša korelacijski koeficient 0,387 in determinacijski koeficient 0,228, kar nam potrди 22,8 % variabilnost faktorja »kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika« in ga lahko pojasnimo z linearnim vplivom znanja na področju raziskovanja v zdravstveni negi. Regresijska konstanta ($\beta_0 = 2,116$, $p = 0,001$) in regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,263$, $p = 0,001$) sta statistično značilna (tabela 22).

Tabela 22: Rezultati regresijske analize samoocene znanja na področju raziskovanja v zdravstveni negi na faktorje kompetenčnega modela v zdravstveni negi

Faktorji	(konstanta)		
	Ocenite svoje trenutno znanje na področju raziskovanja v zdravstveni negi		
	B	SEb	p
Kompetence magistra zdravstvene nege R = 0,501 R ² = 0,248	2,211	0,157	0,001
	0,187	0,048	0,001
Kompetence tehnika zdravstvene nege R = 0,298 R ² = 0,087	3,118	0,152	0,001
	0,238	0,048	0,001
Kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika specialista R = 0,522 R ² = 0,201	2,119	0,139	0,001
	0,274	0,046	0,001
Kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika R = 0,387 R ² = 0,228	2,116	0,140	0,001
	0,263	0,045	0,001

Legenda: R = korelacijski koeficient, R² = determinacijski koeficient, B = regresijski koeficient, SEb = standardna napaka regresijskega koeficienta, p = stopnja značilnosti

Pri faktorju »raziskovalno delo v praksi zdravstvene nege« znaša korelacijski koeficient 0,417 in determinacijski koeficient 0,106, kar nam potrdi 10,6 %-variabilnost faktorja »raziskovalno delo v praksi zdravstvene nege« in ga lahko pojasnimo z linearnim vplivom samoocene znanja na področju raziskovanja v zdravstveni negi. Regresijska konstanta ($\beta_0 = 1,854$, $p = 0,001$) in regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,412$, $p = 0,001$) sta statistično značilna. Pri faktorju »sodelovanje pri raziskovanju na delovnem mestu« znaša korelacijski koeficient 0,196 in determinacijski koeficient 0,083, kar nam potrdi 8,3-% variabilnost faktorja »sodelovanje pri raziskovanju na delovnem mestu« in ga lahko pojasnimo z linearnim vplivom znanja na področju raziskovanja v zdravstveni negi. Regresijska konstanta ($\beta_0 = 2,101$, $p = 0,001$) in regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,354$, $p = 0,001$) sta statistično značilna. Pri faktorju »razvoj raziskovanja v zdravstveni negi« znaša korelacijski koeficient 0,409 in determinacijski koeficient 0,212, kar nam potrdi 21,2 %-variabilnost faktorja »razvoj raziskovanja v zdravstveni negi« in ga lahko pojasnimo z linearnim vplivom znanja na področju raziskovanja v zdravstveni negi. Regresijska konstanta ($\beta_0 = 1,347$, $p = 0,001$) in regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,316$, $p = 0,001$) sta statistično značilna. Pri faktorju »nadaljnje izobraževanje medicinskih sester«

znaša korelacijski koeficient 0,421 in determinacijski koeficient 0,198, kar nam potrди 19,8 %-variabilnost faktorja »nadaljnje izobraževanje medicinskih sester« in ga lahko pojasnimo z linearnim vplivom znanja na področju raziskovanja v zdravstveni negi. Regresijska konstanta ($\beta_0 = 1,967$, $p = 0,001$) in regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,271$, $p = 0,001$) sta statistično značilna (tabela 23).

Tabela 23: Rezultati regresijske analize samoocene znanja na področju raziskovanja v zdravstveni negi na faktorje odnosa diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov do raziskovanja, pomena raziskovanja in razvoja zdravstvene nege

Faktorji	(konstanta)		
	Ocenite svoje trenutno znanje na področju raziskovanja v zdravstveni negi		
	B	SEb	p
Raziskovalno delo v praksi zdravstvene nege zdravstvene nege R = 0,417 R2 = 0,106	1,854	0,251	0,001
	0,412	0,059	0,001
Sodelovanje pri raziskovanju na delovnem mestu R = 0,196 R2 = 0,083	2,101	0,198	0,001
	0,354	0,059	0,001
Razvoj raziskovanja v zdravstveni negi R = 0,409 R2 = 0,212	1,347	0,151	0,001
	0,316	0,248	0,001
Nadaljnje izobraževanje medicinskih R = 0,421 R2 = 0,198	1,967	0,139	0,001
	0,271	0,056	0,001

Legenda: R = korelacijski koeficient, R^2 = determinacijski koeficient, B = regresijski koeficient, SEb = standardna napaka regresijskega koeficienta, p = stopnja značilnosti

Hipotezo 2 lahko v celoti potrdimo, saj smo s tabelama 22 in 23 z regresijskimi konstantami in regresijskimi koeficienti dokazali statistično pomembno povezanost v strinjanju anketirancev o kompetencah posameznih kategorij izvajalcev zdravstvene nege glede na znanje o raziskovanju in razvoju raziskovanja za razvoj zdravstvene nege.

H3: Obstaja statistično značilna povezava med stališčem do raziskovanja in strinjanjem z izvajanjem kompetenc naprednih oblik dela.

Tabela 24 prikazuje korelacijo med stališčem do raziskovanja in strinjanjem z izvajanjem kompetenc naprednih oblik dela. Odkrili smo znatno povezavo med pripravljenostjo za raziskovanje v zdravstveni negi in raziskovalnim delom v praksi zdravstvene nege ($r = 0,548$, $p < 0,001$), sodelovanjem pri raziskovanju na delovnem mestu ($r = 0,412$, $p = < 0,001$), razvojem raziskovanja v zdravstveni negi ($r = 0,431$, $p = 0,001$) in nadaljnjim izobraževanjem medicinskih sester ($r = 0,511$, $p < 0,001$). Povezave med skupinami smo dodatno preverili s t-testom. Rezultati so prikazani v tabeli 24.

Tabela 24: Korelacija med stališčem do raziskovanja in strinjanjem z izvajanjem kompetenc naprednih oblik dela

		Raziskovalno delo v praksi zdravstvene nege	Sodelovanje pri raziskovanju na delovnem mestu	Razvoj raziskovanja v zdravstveni negi	Nadaljnje izobraževanje medicinskih sester
Pripravljenost za raziskovanje v zdravstveni negi	Spearmanova korelacija	0,548**	0,412**	0,431**	0,511**
	P	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	N	289	289	289	289

Legenda: **korelacija je statistično značilna na nivoju 0,001; *korelacija je statistično značilna na nivoju 0,05

V tabeli 25 smo prikazali obstoj statistično pomembnih razlik med stališčem do raziskovanja in strinjanjem z izvajanjem kompetenc naprednih oblik dela s t-testom za en vzorec. Do statistično pomembnih razlik prihaja med pripravljenostjo za raziskovanje v zdravstveni negi ($t = 91,124$) in raziskovalnim delom v praksi zdravstvene nege ($t = 112,289$, $p = < 0,001$), sodelovanjem pri raziskovanju na delovnem mestu ($t = 18,369$, $p = < 0,001$), razvojem raziskovanja v zdravstveni negi ($t = 90,321$, $p = < 0,001$) in nadaljnjim izobraževanjem medicinskih sester ($t = 96,479$, $p = < 0,001$).

Tabela 25: T-test za en vzorec med sklopi trditev o izvajanju kompetenc naprednih oblik dela

	N	PV	SO	t	p
Pripravljenost za raziskovanje v zdravstveni negi	289	3,65	0,972	91,124	<0,001
Raziskovalno delo v praksi zdravstvene nege	289	3,81	0,698	112,289	<0,001
Sodelovanje pri raziskovanju na delovnem mestu	289	3,92	0,783	18,369	<0,001
Razvoj raziskovanja v zdravstveni negi	289	3,79	0,798	90,321	<0,001
Nadaljnje izobraževanje medicinskih sester	289	3,85	0,852	96,479	<0,001

Legenda: N = velikost vzorca, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = t-test, p = statistična značilnost

Tudi tretjo hipotezo lahko potrdimo, saj smo na podlagi rezultatov raziskave ugotovili, da obstaja statistično značilna povezava med stališčem do raziskovanja in strinjanjem z izvajanjem kompetenc naprednih oblik dela (tabeli 24 in 25).

H4: Obstaja statistično značilna povezava med stališčem do raziskovanja in samooceno znanja anketirancev za delo v ambulanti družinske medicine.

Tabela 26 prikazuje korelacijo med stališčem do raziskovanja in samooceno znanja anketirancev za delo v ambulanti družinske medicine. Odkrili smo znatni povezavi med pripravljenostjo za raziskovanje v zdravstveni negi in samooceno prepoznavanja ogroženosti za bolezni ($r = 0,426$, $p < 0,001$) ter samooceni prepoznavanja prisotnosti bolezni ($r = 0,328$, $p < 0,001$). Povezave med skupinami smo dodatno preverili s t-testom za en vzorec. Rezultati so prikazani v tabeli 28.

Tabela 26: Korelacija med stališčem do raziskovanja in samooceno znanja anketirancev za delo v ambulanti družinske medicine

		Samoocena prepoznavanja ogroženosti za bolezni	Samoocena prepoznavanja prisotnosti bolezni
Pripravljenost za raziskovanje v zdravstveni negi	Spearmanova korelacija	0,426**	0,328**
	p	< 0,001	< 0,001
	n	289	289

Legenda: **korelacija je statistično značilna na nivoju 0,001; *korelacija je statistično značilna na nivoju 0,05

V tabeli 27 smo prikazali obstoj statistično pomembnih razlik med stališčem do raziskovanja in samooceno znanja anketirancev za delo v ambulanti družinske medicine s t-testom za en vzorec. Do statistično pomembnih razlik prihaja med pripravljenostjo za raziskovanje v zdravstveni negi ($t = 26,581$, $p = < 0,001$) ter samooceno prepoznavanja ogroženosti za bolezen ($t = 12,025$, $p = < 0,001$) in samooceno prepoznavanja prisotnosti bolezni ($t = 19,637$, $p = < 0,001$).

Tabela 27: T-test za en vzorec med sklopi trditev o samooceni znanja anketirancev za delo v ambulanti družinske medicine

	N	PV	SO	t	p
Pripravljenost za raziskovanje v zdravstveni negi	289	3,65	0,972	26,581	< 0,001
Samoocena prepoznavanja ogroženosti za bolezen	289	3,46	1,027	12,025	<0,001
Samoocena prepoznavanja prisotnosti bolezni	289	3,51	0,985	19,637	<0,001

Legenda: N = velikost vzorca, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = t-test, p = statistična značilnost

Tabela 28 prikazuje obstoj statistično pomembnih razlik med stališčem do raziskovanja in samooceno znanja anketirancev s t-testom za en vzorec. Do statistično pomembnih razlik prihaja med pripravljenostjo za raziskovanje v zdravstveni negi ($t = 26,581$, $p = < 0,001$) ter primanjkljajem splošnega ozkega znanja ($t = 34,467$, $p = < 0,001$) in primanjkljajem ozkega strokovnega znanja ($t = 37,507$, $p = < 0,001$).

Tabela 28: T-test za en vzorec med trditvama o samooceni znanja anketiranih in pripravljenostjo za raziskovanje v zdravstveni negi

	N	PV	SO	t	P
Pripravljenost za raziskovanje v zdravstveni negi.	289	3,65	0,972	26,581	< 0,001
Menim, da mi primanjkuje splošno ozko znanje.	289	1,94	0,957	34,467	<0,001
Menim, da mi primanjkuje ozko strokovno znanje.	289	2,49	1,131	37,507	<0,001

Legenda: N = velikost vzorca, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = t-test, p = statistična značilnost

Četrto hipotezo potrdimo – obstaja statistično značilna povezava med stališčem do raziskovanja in samooceno znanja anketirancev za delo v ambulanti družinske medicine, kar smo prikazali s tabelami 26, 27 in 28.

H5: Pripravljenost diplomiranih medicinskih sester v referenčnih ambulantah družinske medicine za podiplomsko izobraževanje je mogoče pojasniti s poznavanjem pomena raziskovanja in strinjanjem s kompetencami za napredne oblike dela v zdravstveni negi.

Pri faktorju »kompetence magistra zdravstvene nege« znaša korelacijski koeficient 0,425 in determinacijski koeficient 0,143, kar nam potrdi 14,3-% variabilnost faktorja »kompetence magistra zdravstvene nege« in ga lahko pojasnimo z linearnim vplivom pripravljenosti za podiplomsko izobraževanje. Regresijska konstanta ($\beta_0 = 1,412$, $p = 0,001$) in regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,301$, $p = 0,001$) sta statistično značilna. Pri faktorju »kompetence tehnika zdravstvene nege« znaša korelacijski koeficient 0,168 in determinacijski koeficient 0,107, kar nam potrdi 10,7-% variabilnost faktorja »kompetence tehnika zdravstvene nege« in ga lahko pojasnimo z linearnim vplivom pripravljenosti za podiplomsko izobraževanje. Regresijska konstanta ($\beta_0 = 2,117$, $p = 0,001$) in regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,103$, $p = 0,001$) sta statistično značilna. Pri faktorju »kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika specialista« znaša korelacijski koeficient 0,252 in determinacijski koeficient 0,114, kar nam potrdi 11,4-% variabilnost faktorja »Kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika specialista« in ga lahko pojasnimo z linearnim vplivom pripravljenosti za podiplomsko izobraževanje. Regresijska konstanta ($\beta_0 = 1,124$, $p = 0,001$) in regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,074$, $p = 0,001$) sta statistično značilna. Pri faktorju »kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika« znaša korelacijski koeficient 0,224 in determinacijski koeficient 0,092, kar nam potrdi 9,2-% variabilnost faktorja »kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika« in ga lahko pojasnimo z linearnim vplivom pripravljenosti za podiplomsko izobraževanje. Regresijska konstanta ($\beta_0 = 2,186$, $p = 0,001$) in regresijski koeficient ($\beta_1 = 0,284$, $p = 0,001$) sta statistično značilna (tabela 29).

Tabela 29: Rezultati regresijske analize pripravljenosti za podiplomsko izobraževanje na faktorje kompetenčnega modela v zdravstveni negi

Faktorji	(konstanta) Pripravljenost za podiplomsko izobraževanje		
	B	SEb	p
Kompetence magistra zdravstvene nege R = 0,425 R ² = 0,143	1,412	0,154	0,001
	0,301	0,141	0,001
Kompetence tehnika zdravstvene nege R = 0,168 R ² = 0,107	2,117	0,301	0,001
	0,103	0,089	0,001
Kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika specialista R = 0,252 R ² = 0,114	1,124	0,281	0,001
	0,074	0,097	0,001
Kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika R = 0,224 R ² = 0,092	2,186	0,251	0,001
	0,284	0,141	0,001

Legenda: R = korelacijski koeficient, R² = determinacijski koeficient, B = regresijski koeficient, SEb = standardna napaka regresijskega koeficienta, p = stopnja značilnosti

V tabeli 30 smo prikazali obstoj statistično pomembnih razlik med pripravljenostjo za podiplomsko izobraževanje in strinjanjem z izvajanjem kompetenc naprednih oblik dela s t-testom za en vzorec. Do statistično pomembnih razlik prihaja med pripravljenostjo za podiplomsko izobraževanje ($t = 54,568$, $p = < 0,001$), sodelovanjem pri raziskovanju na delovnem mestu ($t = 8,369$, $p = < 0,001$), razvojem raziskovanja v zdravstveni negi ($t = 9,321$, $p = < 0,001$) in nadaljnjim izobraževanjem medicinskih sester ($t = 5,479$, $p = < 0,001$).

Tabela 30: T-test za en vzorec med pripravljenostjo za podiplomsko izobraževanje in faktorji kompetenčnega modela v zdravstveni negi

	N	PV	SO	t	p
Pripravljenost za podiplomsko izobraževanje	289	3,52	1,096	54,568	<0,001
Kompetence magistra zdravstvene nege	289	4,55	0,639	121,237	<0,001
Kompetence tehnika zdravstvene nege	289	4,64	0,574	137,351	<0,001
Kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika specialista	289	4,49	0,657	116,338	<0,001
Kompetence diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika	289	4,36	0,773	95,751	<0,001

Legenda: N = velikost vzorca, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = t-test, p = statistična značilnost

V tabeli 31 smo ugotavljali korelacijo med pripravljenostjo anketiranih za podiplomsko izobraževanje in poznavanjem pomena raziskovanja. Odkrili smo znatno povezavo med pripravljenostjo za podiplomsko izobraževanje ter raziskovalnim delom v praksi zdravstvene nege ($r = 0,321$, $p < 0,001$), sodelovanjem pri raziskovanju na delovnem mestu ($r = 0,356$, $p = < 0,001$), razvojem raziskovanja v zdravstveni negi ($r = 0,405$, $p = 0,001$) in nadaljnjim izobraževanjem medicinskih sester ($r = 0,281$, $p < 0,001$). Povezave med skupinami smo dodatno preverili s t-testom. Rezultati so prikazani v tabeli 32.

Tabela 31: Korelacijski test med pripravljenostjo za podiplomsko izobraževanje in faktorji odnosa do raziskovanja

		Raziskovalno delo v praksi zdravstvene nege	Sodelovanje pri raziskovanju na delovnem mestu	Razvoj raziskovanja v zdravstveni negi	Nadaljnje izobraževanje medicinskih sester
Pripravljenost za podiplomsko izobraževanje	Spearmanova korelacija	0,321**	0,356**	0,405**	0,281**
	p	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	N	289	289	289	289

Legenda: **korelacija je statistično značilna na nivoju 0,001; *korelacija je statistično značilna na nivoju 0,05

V tabeli 32 smo prikazali obstoj statistično pomembnih razlik med pripravljenostjo za podiplomsko izobraževanje in strinjanjem z izvajanjem kompetenc naprednih oblik dela s t-testom za en vzorec. Do statistično pomembnih razlik prihaja med pripravljenostjo za podiplomsko izobraževanje ($t = 119,751$, $p = < 0,001$), raziskovalnim delom v praksi zdravstvene nege ($t = 112,289$, $p = < 0,001$), sodelovanjem pri raziskovanju na delovnem mestu ($t = 18,369$, $p = < 0,001$), razvojem raziskovanja v zdravstveni negi ($t = 90,321$, $p = < 0,001$) in nadaljnjim izobraževanjem medicinskih sester ($t = 96,479$, $p = < 0,001$).

Tabela 32: T-test za en vzorec med pripravljenostjo za podiplomsko izobraževanje in faktorji odnosa do raziskovanja

	N	PV	SO	t	p
Pripravljenost za podiplomsko izobraževanje	289	3,52	1,096	119,751	<0,001

	N	PV	SO	t	p
Raziskovalno delo v praksi zdravstvene nege	289	3,81	0,698	112,289	<0,001
Sodelovanje pri raziskovanju na delovnem mestu	289	3,92	0,783	18,369	<0,001
Razvoj raziskovanja v zdravstveni negi	289	3,79	0,798	90,321	<0,001
Nadaljnje izobraževanje medicinskih sester	289	3,85	0,852	96,479	<0,001

Legenda: N = velikost vzorca, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = t-test, p = statistična značilnost

Zadnjo hipotezo lahko potrdimo – pripravljenost diplomiranih medicinskih sester v referenčnih ambulantah družinske medicine za podiplomsko izobraževanje je mogoče pojasniti s poznavanjem pomena raziskovanja in strinjanjem s kompetencami za napredne oblike dela v zdravstveni negi, kar smo prikazali z rezultati v tabelah 29, 30, 31 in 32.

3.5 RAZPRAVA

Z zgoščenim opisom splošnih kompetenc štirih kategorij izvajalcev v zdravstveni negi se v povprečju anketirani zelo strinjajo. Prav tako se anketirani v povprečju zelo strinjajo s specifičnimi kompetencami za tehnika zdravstvene nege, s specifičnimi kompetencami za diplomirano medicinsko sestro/diplomiranega zdravstvenika, s specifičnimi kompetencami za diplomirano medicinsko sestro specialistko/diplomiranega zdravstvenika specialista in s specifičnimi kompetencami za magistra zdravstvene nege. Rezultati raziskave so pokazali, da anketirani z višjo izobrazbo bolje razumejo kompetenčni model kot anketirani z nižjo izobrazbo. Na poznavanje kompetenc vplivata tudi starost in delovna doba; in sicer starejši anketirani in anketirani z daljšo delovno dobo slabše poznajo kompetenčni model kot mlajši anketirani in anketirani s krajšo delovno dobo. Do podobnih ugotovitev je prišlo več avtorjev (Nieminen, et al., 2011; Melnyk, et al., 2014; Bergstrom & Lindh, 2018). Melnyk, et al. (2014) so izvedli raziskavo v 19 zdravstvenih ustanovah, v katerih je bilo anketiranih 2344 medicinskih sester. Rezultati raziskave so pokazali, da višje izobražene medicinske sestre in mlajše medicinske sestre bolje poznajo kompetence, ki so potrebne za izvajanje na dokazih podprte zdravstvene nege. Poznavanje kompetenc je odvisno tako od praktičnega kot tudi teoretičnega strokovnega znanja medicinskih sester (Nieminen, et al., 2011; Bergstrom & Lindh, 2018). Karami, et al. (2017) so v raziskavi ocenjevali strokovne kompetence in organizacijske sposobnosti medicinskih

sester ter povezavo med njima. Rezultati raziskave so pokazali, da so strokovne kompetence in organizacijska usposobljenost medicinskih sester na zmerni ravni, kar lahko povežemo tudi z rezultati naše raziskave, kjer anketirani zmerno poznajo kompetenčni model. Karami, et al. (2017) navajajo, da med strokovno usposobljenostjo in organizacijsko zavzetostjo medicinskih sester ni bilo statistično pomembne korelacije. Obstajale so velike razlike v poznavanju strokovnih kompetenc medicinskih sester glede na zakonski status ($p = 0,03$) in delovne izkušnje ($p < 0,001$) preiskovancev, kar so potrdili tudi rezultati naše raziskave. Raziskovalci iz več držav so preučili poznavanje kompetenc medicinskih sester s pomočjo samoevalvacijskih metod in rezultati njihovih raziskav so bili zmerni (Bahreini, et al., 2011; Soroush, et al., 2016). V nasprotju s predhodno ugotovitvijo je v več raziskavah večina medicinskih sester s samoevalvacijo ocenila njihove skupne kompetence kot dobre in zelo dobre (Levett-Jones, et al., 2011; Lombarts, et al., 2014; Heydari, et al., 2016). Več avtorjev poudarja, da bi bilo treba kompetence, povezane z naprednimi znanji medicinskih sester, ocenjevati in na podlagi tega oblikovati izobraževanja (Flinkman, et al., 2017; Chen, et al., 2018). Sestre-Fullana, et al. (2017) navajajo, da je potreben mednarodni postopek ocenjevanja kompetenc, sprva pa je nujen razvoj ocenjevalnega okvirja v Evropi. Skela Savič (2020) navaja, da bodo poleg problematike izobraževanja za prevzem kompetenc po zaključenem dodiplomskem študiju v Sloveniji predstavljale dodaten problem tudi nove smernice za napredno zdravstveno nego ICU (2020), ki bodo glavna usmeritev za razvoj zdravstvene nege od leta 2020 do 2030.

Rezultati raziskave so pokazali, da so anketirani v povprečju svoje trenutno znanje na področju raziskovanja ocenili kot dobro. Anketirani se v povprečju strinjajo, da bi morala biti strokovna literature s področja zdravstvene nege dostopna na delovnem mestu in se v povprečju ne strinjajo, da se ni smiselno ukvarjati z raziskovalnim delom v zdravstveni negi. Anketirani so v povprečju pokazali pravo mero strinjanja s trditvami, ki so se nanašale na raziskovanje v zdravstveni negi. Rezultati raziskave so pokazali, da anketirani sicer imajo pozitiven odnos do raziskovanja in razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline, čeprav bi bile potrebne velike izboljšave odnosa do raziskovanja. Najbolj izstopajoče trditve, s katerimi se anketirani srednje strinjajo, so bile: »Doktorat na področju zdravstvene nege bi moral biti predpogoj za

nekatero vodilne položaje v zdravstveni negi«, »Več medicinskih sester v klinični praksi bi morale imeti doktorat ali se izobraževati na podiplomski stopnji«, »Sodelovanje v raziskovalnem delu bi morale biti ena od nalog medicinske sestre«, »Sodelovanje pri razvoju stroke zdravstvene nege ne pomaga razvijati praktičnih veščin«. Glede omenjenih trditev so bili anketirani neopredeljeni, kar kaže na nepoznavanje pomembnosti raziskovanja medicinskih sester v praksi in na nepoznavanje pomembnosti podiplomskega izobraževanja v povezavi z raziskovanjem. Breimer & Leksell (2011) sta v raziskavi, ki sta jo izvedla med medicinskimi sestrami na Švedskem, ugotovila, da medicinske sestre, ki imajo doktorat znanosti, v obdobju petih let po zaključku doktorata še vedno objavljajo raziskave. Do podobnega rezultata je v raziskavi v Sloveniji prišla tudi Dornik (2013), ki je ugotovila, da tudi medicinske sestre z doktoratom znanosti vse več objavljajo članke, ki so plod njihovega raziskovalnega dela. Na podlagi raziskave je Dornik (2013) ugotovila, da raziskovanje le 17,2 % medicinskih sester jemlje kot vsakdanje delo, čeprav se pomembnosti raziskovanja zavedajo. Dornik (2013) v raziskavi poda zaključek, da se bodo v prihodnosti medicinske sestre morale bolje izobraziti na področju raziskovanja, informacijske pismenosti in vzajemno delovati proti skupnemu cilju. Da bi lahko zdravstveno nego obravnavali kot samostojno znanstveno področje, bi morale biti zadosti medicinskih sester raziskovalk, ki spoznanj ne bodo objavljale le zaradi napredovanj in habilitacijskih nazivov, temveč bodo znanstvenoraziskovalno delo izvajale zaradi pacientov, posameznikov, družin ter skupnosti, v kateri medicinske sestre delujejo (Dornik, 2013). Strojani, et al. (2012) z raziskavo niso ugotovili statistično pomembne povezave med odnosom do raziskovanja medicinskih sester ter izobrazbo medicinskih sester, ampak da se z naraščanjem stopnje izobrazbe statistično pomembno spreminja mnenje anketiranih o številu ur vsebin s področja raziskovanja, ki so jih bili deležni na dodiplomskem študiju. Xie, et al. (2017) navajajo, da se kljub pozitivnemu vplivu uporabe raziskav na zdravstveno obravnavo pacientov medicinske sestre premalo ukvarjajo z na dokazih podprto prakso v zdravstveni negi in je napredna znanja pri medicinskih sestrah treba izboljšati. V raziskavi je s statističnim testom ANOVA prišel do zaključka, da medicinske sestre z magistrsko izobrazbo pogosteje raziskujejo in uporabljajo na dokazih podprte prakse kot diplomirane medicinske sestre. Čeprav veliko avtorjev (Breimer & Leksell, 2011; Nixon, et al., 2013; Xie, et al., 2017) v tuji literaturi

ugotavlja pozitiven odnos medicinskih sester do raziskovanja, Skela Savič (2009) v članku izpostavlja problematiko raziskovanja v zdravstveni negi v Sloveniji, in sicer naj bi slovenski avtorji usmerjali pozornost pomenu raziskovanja v zdravstveni negi, s prispevki opozarjali na vzroke in zavedanje pomena raziskovanja pri medicinskih sestrah, medtem ko tuji avtorji prikazujejo rezultate kliničnega raziskovanja in podajajo predloge za nadaljnji razvoj raziskovanja. Fawcett & McCulloch (2014) navajata, da bi morale medicinske sestre gledati na raziskovanje kot na sestavni del oskrbe pacientov. Skela Savič (2020) poudarja, da kampanja »Medicinske sestre in babice zdaj« (ang. Nursing now), ki se je začela leta 2018 in se bo zaključila ob koncu leta 2020, osvetljuje pet ključnih področij, med katerimi je tudi omogočanje raziskav, te pa opredelijo neposreden prispevek zdravstvene in babiške nege k preprečevanju in zdravljenju bolezni v družbi.

V raziskavi smo z regresijskimi konstantami in regresijskimi koeficienti dokazali pomembne razlike v strinjanju anketiranih o kompetencah posameznih kategorij izvajalcev zdravstvene nege, in sicer glede na znanje o raziskovanju in razvoju raziskovanja za razvoj zdravstvene nege. Odkrili smo znatno povezavo med pripravljenostjo za raziskovanje v zdravstveni negi in raziskovalnim delom v praksi zdravstvene nege, sodelovanjem pri raziskovanju na delovnem mestu, razvojem raziskovanja v zdravstveni negi in nadaljnjim izobraževanjem medicinskih sester. Heaslip, et al. (2012) poudarjajo, da medicinske sestre na splošno cenijo raziskave, vendar to ne pomeni nujno, da njihovo osebno odražanje in posamezne odločitve temeljijo na določenih raziskavah ali da raziskave veljajo za najpomembnejšo obliko dokazov v neposredni praksi. Istomina Fatkulina, et al. (2011) so v Litvi izvedli raziskavo, v kateri so preučevali kompetence in usposobljenost medicinskih sester in z njo povezane dejavnike z vidika medicinskih sester za nadgradnjo zdravstvene nege. Splošna raven usposobljenosti medicinskih sester in pogostost uporabe kompetenc v praksi, kot jih dojemajo medicinske sestre, sta bili visoki. Dejavniki, povezani z usposobljenostjo medicinskih sester, so bili sociodemografski dejavniki, kot so izobrazba medicinskih sester, izkušnje, poklicni razvoj, neodvisnost in zadovoljstvo z delom ter ocena kakovosti zdravstvene nege. Na podlagi rezultatov raziskave Istomina Fatkulina, et al. (2011) domnevajo, da imajo izobrazba, izkušnje in poklicni razvoj

medicinskih sester pomembno vlogo pri ocenjevanju njene usposobljenosti in tudi pri ocenjevanju kakovosti zdravstvene nege. Treba je nadgraditi programe izobraževanja zdravstvene nege na vseh ravneh izobraževanja v Litvi: univerzitetni, podiplomski in na tečajih poklicnega napredovanja. Tudi Skela Savič (2017a) v članku opisuje nujnost nadgradnje izobraževalnega programa zdravstvene nege, da bi v Sloveniji lahko prišlo do profesionalizacije zdravstvene nege.

Rezultati raziskave so pokazali, da za večino področij dela v ambulantah družinske medicine anketirani menijo, da imajo v povprečju dobro znanje. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, ali trenutno znanje diplomiranih medicinskih sester v ambulantah družinske medicine zadošča kompetencam. Nekaj anketiranih je izpostavilo, da bi želeli pridobiti več ozko strokovnega znanja za delo v ambulantah družinske medicine, na podlagi česar lahko sklepamo, da bi anketirani potrebovali dodatno znanje, s katerim bi postali še bolj kompetentni. Ta rezultat govori v prid dodatnemu izobraževanju na primarni ravni. Primerljivi rezultati so bili pridobljeni tudi z Anketo o zadovoljstvu zaposlenih v ambulantah družinske medicine v letu 2013 (n. d.), kjer so rezultati pokazali, da je skoraj tretjina diplomiranih medicinskih sester (od 251 anketiranih diplomiranih medicinskih sester) izpostavila, da jim primanjkuje ozkega strokovnega znanja. Nasprotno sta v svoji raziskavi ugotovila Pečelin & Sočan (2016), kjer rezultati raziskave kažejo, da anketirani menijo, da imajo dovolj znanja za opravljanje svojih obveznosti. Strinjali so se, da jim ne primanjkuje splošnega znanja, niti ne čutijo pomanjkanja ozkega strokovnega znanja. Kilpatrick, et al., (2014) so v raziskavi ugotavljali, kako medicinske sestre in njihovo delovno okolje v ambulantah družinske medicine vplivajo na izkušnje pacientov glede kakovosti oskrbe. V raziskavi so medicinske sestre izpostavile bistvene dejavnike, za katere verjamejo, da bodo izboljšali izkušnje pacientov s kakovostjo zdravstvene nege: klinična usposobljenost medicinskih sester, avtonomna negovalna praksa, ustrezno osebje, nadzor nad negovalno prakso, vodstvena podpora in kultura, osredotočena na pacienta. Nieminen (2011) navaja, da so klinične kompetence sestavljene iz naprednih znanj, ki so značilna za možnost celostne oskrbe pacientov. Obseg prakse medicinskih sester z naprednimi znanji zaznamuje odgovornost in usposobljenost pri sprejemanju avtonomnih presoj na podlagi razširjene klinične usposobljenosti. Na napredni ravni klinična kompetenca ne vključuje le

naprednih znanj za ocenjevanje in zadovoljevanje potreb pacientov, temveč tudi ustvarjanje varnih in zaupanja vrednih odnosov s pacienti in sodelovanje s sodelavci. Zato je izredno pomembno, da imajo medicinske sestre ustrezno ostro strokovno znanje. Skela Savič, et al. (2016, p. 31) poudarjajo, da: »v Sloveniji še vedno ne znamo postaviti razvojnih prioritiet v izobraževanju in da je pripravljenost za medsektorsko povezovanje za postavitve ciljev na področju izobraževanja v zdravstveni negi nizka«. Skela Savič (2020, p. 268) navaja, da je: »zanimivo, da se diplomiranih medicinskih sester ne spodbudi, da bi zaključile formalno podiplomsko klinično specializacijo, si s tem dvignile raven izobrazbe, plačo, avtonomijo in poklicni status.« Diplomirane medicinske sestre, ki se v Sloveniji podiplomsko izobrazijo za določene delovne naloge na neakreditiranih izobraževalnih programih, so v raznih poročilih in znanstvenih člankih prikazane kot klinične specialistke določenega področja ali kot izvajalke napredne zdravstvene nege, kar se ne ujema z njihovim resničnim statusom v Sloveniji. Skela Savič (2010) v članku poudarja, da je za izobraževanje za napredno zdravstveno nego treba spodbuditi predvsem medicinske sestre na primarni zdravstveni ravni, pri čemer mora biti študijski program akreditiran v okviru oddelkov za zdravstveno nego izobraževalnih ustanov, ki so ocenjene kot ustrezne za izvajanje omenjenega izobraževanja. V tujini (npr. ZDA) se za izvajanje napredne zdravstvene nege in obravnave zahteva izobrazba na ravni strokovnega doktorata, ki se v Evropi še ne izvaja. Magister napredne zdravstvene nege lahko celostno obravnava pacienta na primarni ravni, kar pomeni, da postavlja diagnoze in prevzema odgovornost za zdravljenje bolezenskih stanj, v nekaterih državah, kot so Anglija, Irska, Škotska, Wales, Finska, Nizozemska itd., tudi predpisuje zdravila.

Rezultati naše raziskave so pokazali statistično značilno povezavo med stališčem do raziskovanja in samooceno znanja anketirancev za delo v ambulantni družinske medicine, na podlagi česar lahko sklepamo, da imajo anketirani, ki so si podali višjo samooceno, bolj pozitiven odnos do raziskovanja. V raziskavi o razumevanju potreb po spremembi izobraževanja in raziskovanja v zdravstveni negi so Skela Savič, et al. (2016) na podlagi factorske analize oblikovali dva teoretična konstrukta, in sicer varianco »odnos do raziskovanja« in »odklonilni odnos do raziskovanja«. Kot pozitivne za spodbujanje raziskovanja je navedla naslednje dejavnike: stopnjo izobrazbe v

zdravstveni negi, članstvo v delovnih skupinah in telesih, zadovoljstvo s poklicem. Pozitivni odnos do raziskovanja je povezan s stopnjo izobrazbe.

Z raziskavo smo želeli ugotoviti tudi stališča diplomiranih medicinskih sester v ambulantah družinske medicine do podiplomskega izobraževanja. Rezultati raziskave so pokazali, da imajo anketirani sicer pozitivna stališča do podiplomskega izobraževanja (strokovni magisterij in doktorat), vendar so neopredeljeni glede naslednjih trditev: »Doktorat na področju zdravstvene nege bi moral biti predpogoj za nekatere vodilne položaje v zdravstveni negi« in »Več medicinskih sester v klinični praksi bi morale imeti doktorat ali se izobraževati na podiplomski stopnji«, kar nakazuje, da se ne zavedajo pomembnosti podiplomskega izobraževanja (strokovni magisterij in doktorat) medicinskih sester za razvoj zdravstvene nege. Skela Savič, et al. (2016) so v raziskavi ugotovili, da je stališče o pomenu doktorskega študija povezano s stopnjo izobrazbe v zdravstveni negi, in sicer z vrsto ustanove, izobraževanjem o raziskovanju in na dokazih podprtem delu, dostopom do baz podatkov, vodstvenim položajem, s trajanjem zaposlitve v zdravstveni negi, z zadovoljstvom s poklicnim delom ter s samooceno znanja iz angleškega jezika. Cheraghi, et al. (2014) navajajo, da je po svetu vse več medicinskih sester z doktoratom, vendar množica vlog, ki jih imajo po diplomi, ni jasna. Treba je razumeti vlogo doktorsko pripravljenih medicinskih sester; odpraviti nesporazume o sposobnostih in spretnostih doktorsko pripravljenih medicinskih sester, vključiti pričakovanja v doktorsko izobraževanje, da bi olajšali njihovo sodelovanje, hkrati pa odpraviti vrzel med teorijo in prakso z uporabo znanja in veščin medicinskih sester z doktorsko izobrazbo v praksi. Feeg & Nickitas (2011) sta v članku izpostavila dejavnike, ki jih je treba upoštevati, da bi se medicinske sestre odločale za doktorski študij zdravstvene nege. Med pomembnejši dejavnik sta uvrstila sofinanciranje programa doktorskega študija od zasebnih in javnih financerjev, akademskih administratorjev, univerzitetnih skladov in akreditacijskih organov. Lockett (2017) navaja, da je potreba medicinskih sester po doktorskem izobraževanju nujna zaradi profesionalizacije zdravstvene nege, in sicer glede na spreminjajoče se zdravstveno okolje. Trenutno ima manj kot 1 % delovne sile zdravstvene nege doktorski študij (Transforming Nursing Education, 2016 cited in Lockett, 2017), čeprav priporočila Medicinskega inštituta (Institute of Medicine (IOM), 2010) opozarjajo na potrebo po

povečanju števila medicinskih sester z doktoratom. Velikokrat se medicinske sestre ne odločajo za nadaljevanje podiplomskega študija, ker so zadovoljne s sedanjo zaposlitvijo in nimajo želje po nadaljnjem izobraževanju (Altmann, 2012).

Odkrili smo znatno povezavo med pripravljenostjo za podiplomsko izobraževanje ter strinjanjem s kompetencami magistra zdravstvene nege, kompetencami tehnika zdravstvene nege, kompetencami diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika specialista in kompetencami diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika. Odkrili smo tudi znatno povezavo med pripravljenostjo za podiplomsko izobraževanje ter raziskovalnim delom v praksi zdravstvene nege, sodelovanjem pri raziskovanju na delovnem mestu, razvojem raziskovanja v zdravstveni negi in nadaljnjim izobraževanjem medicinskih sester. Do podobnih ugotovitev so prišli tudi Skela Savič, et al. (2016), ki v raziskavi ugotavljajo, da se odnos do doktorskega študija lahko pojasni izključno s stopnjo izobrazbe v zdravstveni negi, na podlagi česar sklepajo, da: »več kot bo magistric/magistrov zdravstvene nege in doktoric/doktorjev, ki bodo raziskovali zdravstveno nego, večja bo naklonjenost akademizaciji zdravstvene nege« (Skela Savič, et al., 2016, p. 33).

Diplomirane medicinske sestre iz ambulant družinske medicine imajo pozitiven odnos do naprednih znanj, vendar bi jih bilo treba spodbuditi za nadaljnje izobraževanje in specializacijo na področju zdravstvene nege. Čeprav je kompetenčni model oblikovan, bi bilo v Sloveniji treba povzeti smernice iz tujine, s katerimi bi medicinske sestre lahko prevzemale kompetence medicinske sestre z naprednimi znanji in v praksi izvajale napredno zdravstveno nego. Skela Savič (2020) trdi, da bo delo medicinskih sester na primarni ravni, kamor spadajo tudi medicinske sestre iz ambulante družinske medicine, treba premakniti na magistrski nivo izobraževanja, saj je po podatkih OECD (Maier, et al., 2017 cited in Skela Savič, 2020, p. 269) Slovenija umeščena med države, ki imajo najmanj razvita napredna znanja, zato je treba dodiplomsko izobraževanje zdravstvene nege preoblikovati na nivo štiriletnega univerzitetnega izobraževanja, v katerega bo lažje vključiti kompetence (npr. delovanje na dokazih podprte prakse), ki so navedene v evropski direktivi (Directive 2013 cited in Skela Savič, 2020, p. 269).

Omejitev raziskave je slaba odzivnost na raziskavo, saj bi z visoko realizacijo lahko pridobili vseslovenski vzorec. Vzorec je neuravnotežen glede na spol in izobrazbo anketiranih, vendar je rezultat dejanski odraz zaposlenosti v ambulantah družinske medicine. Priporočamo nadaljnje raziskovanje obravnavane tematike, in sicer je treba dati poudarek dejavnikom, ki vplivajo na podiplomsko izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji in ukrepe, s katerimi bi motivirali pridobivanje naprednega znanja pri medicinskih sestrah.

4 ZAKLJUČEK

Potreba po medicinskih sestrah z naprednimi znanji v zdravstveni negi je posledično zvišala zahteve po podiplomskem izobraževanju. Današnji pacienti se soočajo s komorbidnostjo, ki zahteva medicinsko sestro z več znanja. Napredna znanja, kot smo že omenili, lahko diplomirane medicinske sestre pridobijo s podiplomskim izobraževanjem in specializacijo. Glede na rezultate raziskave lahko trdimo, da je delež medicinskih sester s podiplomskim magisterijem, ki omogoča delovanje na področju naprednih znanj, nizek, zato je treba motivirati medicinske sestre za podiplomsko izobraževanje z različnimi ukrepi.

Pripravljenost medicinskih sester za izobraževanje je glede na njihovo samooceno prav dobra. Imajo pozitiven odnos do raziskovanja in razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline, čeprav bi bile potrebne velike izboljšave odnosa do raziskovanja. S pravim pristopom in pridobivanjem naprednega znanja pri medicinskih sestrah bomo pridobili več raziskovalcev, ki bodo pripomogli k profesionalizaciji zdravstvene nege in priznanju zdravstvene nege kot znanstvene discipline.

Višja izobrazba medicinskih sester je povezana z boljšim razumevanjem kompetenčnega modela in s pozitivnim stališčem o pomenu doktorskega študija, zato je v Sloveniji treba spodbujati medicinske sestre za podiplomski študij, kjer bodo začele pridobivati napredna znanja. Čeprav bo potrebno kar nekaj časa, da bomo dosegli nivo napredne zdravstvene nege, ki je v bolj razvitih državah, menimo, da se medicinske sestre zavedajo pomembnosti izobraževanja za pridobivanje kompetenc napredne zdravstvene nege, zato priporočamo nadaljnje raziskovanje, s katerim se bo lahko ugotavljal napredek raziskovanja v klinični praksi in pridobivanja kompetenc napredne zdravstvene nege.

5 LITERATURA

Altmann, T., 2012. Nurses' attitudes toward continuing formal education: A comparison by level of education and geography. *Nursing Education Perspectives*, 33(2), pp. 80-84.

Referenčne ambulante družinske medicine, 2013. *Anketa o zadovoljstvu zaposlenih v referenčnih ambulantah družinske medicine v letu 2013*. [pdf] Referenčne ambulante družinske medicine – Projekt Ministrstva za zdravje. Available at: <http://www.referencna-ambulanta.si/wp-content/uploads/Analiza-zadovoljstvo-zaposlenih-v-RA-2013.pdf> [Accessed 17 December 2016].

Ali Nasaif, H., 2012. Knowledge and attitudes of primary care physicians toward the nurse practitioner role in the Kingdom of Bahrain. *Journal of the American academy of nurse practitioners*, 24(1), pp. 124-131.

Ambulante družinske medicine, n.d. *Izobraževanje*. [online] Available at: [www.referencna-ambulanta .si/wp-content/uploads/Izobrazevanje-v-RA.pdf](http://www.referencna-ambulanta.si/wp-content/uploads/Izobrazevanje-v-RA.pdf) [Accessed 28 December 2017].

Andregard, C.A. & Jangland, E., 2015. The tortuous journey of introducing the Nurse Practitioner as a new member of the healthcare team: a meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 29(7), pp. 3-14.

Bahreini, M., Shahamat, S., Hayatdavoudi, P. & Mirzaei, M., 2011. Comparison of the clinical competence of nurses working in two university hospitals in Iran. *Nursing & health sciences*, 13(1), pp. 282-288.

Bergstorm, P. & Lindh, V., 2018. Developing the role of Swedish advanced practice nurse (APN) through a blended learning master's program: Consequences of knowledge organisation. *Nurse Education in Practice*, 18(28), pp. 196-201.

Bole, U., 2018. *Odnos visokošolsko izobraženih medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu do na dokazih podprte prakse: magistrsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Breimer, L.H. & Leksell, J., 2011. Longitudinal and cross-sectional study of registered nurses in Sweden who undertake a PhD showing that nurses continue to publish in English after their PhD but male nurses are more productive than female nurses. *Scientometrics*, 87(2), pp. 337-345.

Bryant-Lukosius, D. & Martin-Misener, R., 2015. *Advanced practice nursing: An essential component of country level human resources for health*. [pdf] International Council of Nurses. Available at: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/ICN_PolicyBrief6AdvancedPracticeNursing.pdf [Accessed 21 April 2019].

Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Reid, K., Donald, F., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Harbman, P., Kaasalainen, S., Marshall, D. & DiCenso, A., 2015a. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: A systematic review. *Journal of Evaluation of Clinical Practice*, 21(1), pp. 763-781.

Bryant-Lukosius D, Cosby, R., Bakker, D., Earle, C., Fitzgerald, B. & Burkoski, V., 2015b. *Effective use of advanced practice nurses in the delivery of adult cancer services in Ontario [program in evidence-based care guideline, no.: 16-4]*. [online] Cancer Care Ontario. Available at: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Pj397eDqU6UJ:https://www.cancercareontario.ca/en/file/17451/download%3Ftoken%3DMoJkmL7n+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=ca> [Accessed June 2018].

Canadian Nurses Association, 2019. *Advanced Nursing Practice, a Pan-Canadian framework*. [pdf] Canadian Nurses Association. Available at: <https://www.cna-aiic.ca/>

/media/cna/page-content/pdf-en/apn-a-pan-canadian-framework.pdf [Accessed 17 April 2019].

Cheraghi, M.A.C., Jasper, M. & Vaismoradi, M., 2014. Clinical nurses' perceptions and expectations of the role of doctorally-prepared nurses: A qualitative study in Iran. *Nurse Education in Practice*, 14(1), pp. 18-23.

Chen, S.C., Lee, S.K., Rong, J.R., Wu, C.C. & Liu, W.I., 2018. The Development and Psychometric Testing on Psychiatric Nurses of a Nurse Case Management Competence Scale in Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 26(2), pp. 72-79.

DiCenso, A., Brynt-Lukosius, D., Carter, N., Kilpatrick, K., Martin-Misener, R., Faith, D., Kaasalainen, S., Harbman, P. & Bourgeault, I., 2010. *The Clinical Nurse Specialist Role in Canada*, 10(23), pp. 140-166.

Donald, F., Martin-Misener, R., Carter, N., Donald, E.E., Kaasalainen, S., Wickson-Griffiths, A., Lloyd, M., Akhtar-Danesh, N. & Dicenso, A., 2013. A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), pp. 2148-2161.

Donald, F., Kilpatrick, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., Harbman, P., Marshall, D., Reid, K. & DiCenso, A., 2015. Hospital to community transitional care by nurse practitioners: A systematic review of cost-effectiveness. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 436-451.

Dornik, E., 2013. *Informacijska podpora raziskovanju in klinični praksi v zdravstveni negi: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.

Eder, J., 2012. Organizacija dela diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti. In: B. Istenič, ed. *Referenčne ambulante po prvem letu delovanja*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, pp. 5-11.

EFN Workforce Committee, 2014. *EFN Matrix on the 4 Categories of the Nursing Care Continuum*. Brussels: EFN Workforce Committee.

EFN Workforce Committee, 2016. *EFN Workforce Matrix 3+1*. [pdf] Brussels: EFN Workforce Committee. Available at: <http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/EFN-Workforce-Matrix-3-1-Executive-Summary-09-11-2016.pdf> [Accessed 29 May 2018].

Fawcett, T.J.N. & McCulloch, C., 2014. Pursuing a career in nursing research. *Nursing Standard*, 28(28), pp. 54-59.

Feeg, V. & Nickitas, D.M., 2011. Doubling the Number of Nurses with a Doctorate by 2020: Predicting the Right Number or Getting it Right? *Nursing Economics*, 29(3), pp. 109-125.

Flinkman, M., Leino-Kilpi, H., Numminen, O., Jeon, Y., Kuokkanen, L. & Meretoja, R., 2017. Nurse Competence Scale: a systematic and psychometric review. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), pp. 1035-1050.

Govc Eržen, J., Čuš, B. & Vračko, P., 2017. *Izvajanje integrirane preventivne kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 26-30.

Harrington, C., 2016. Nurse practitioner practice patterns for management of heart failure in long-term care facilities. *Journal of Doctoral Nursing Practice*, 9(1), pp. 73-80.

Heaslip, V., Hewitt-Taylor, J. & Rowe, N.E., 2012. Reflecting on nurses' views on using research in practice. *British Journal of Nursing*, 21(22), p. 1341.

Helsinki deklaracija, 2013. *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. [online] Available at: <http://www.kme-nmec.si/files/2018/03/Helsinki-listina-2013.pdf> [19 October 2019].

Heydari, A., Kareshki, H. & Armat, M.R., 2016. Is Nurses' Professional Competence Related to Their Personality and Emotional Intelligence? A Cross-Sectional Study. *Journal of Caring Sciences*, 5(2), pp. 121-132.

Hvalič Touzery, S., 2016a. *Vloga medicinskih sester z doktoratom znanosti*. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery., eds. *9. posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera. Quo vadis. Ljubljana, 30. marec 2016*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Hvalič Touzery, S., 2016b. *O raziskovanju v zdravstveni negi in njegovi povezanosti s kliničnim okoljem*. [online] Available at: <https://www.fzab.si/blog/2016/06/28/o-raziskovanju-v-zdravstveni-negi-in-njegovi-povezanosti-s-klinicnim-okoljem/> [Accessed 29 June 2018].

Hurlock-Chorostecki, C. & McCallum, J., 2016. Nurse practitioner role, values in hospital; new strategies for hospital leaders. *Nursing Leadership*, 29(3), p.82-92.

Institute of Medicine (IOM), 2010. *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington, DC: National Academy Press.

International Council of Nurses (ICN), n.d. *Definition and Characteristics of the Role*. Available at: <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles> [Accessed 28 October 2019].

International Council of Nurses (ICN), 2008. *Defenition and charecteristics of the role*. International Council of Nurses. Available at: <http://www.icn.ch/networks.htm> [Accessed 29 April 2017].

International Council of Nurses (ICN), 2020. *Guidelines on advanced nursing practice*. In print. Geneva: International Council of Nurses.

Istomina Fatkulina, N., Suominen, T., Razbadaukas, A., Martinkenas, A., Meretoja, R. & Leino-Kilpi, H., 2011. Competence of Nurses and Factors Associated With It. *Medicina*, 47(4), pp. 230-237.

Kadivec, S., Bregar, B., Buček Hajdarević, I., Črnivec, J., Horvat, M. & Klemenc, D., 2011. *Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020*. [pdf] Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at: http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/strategija_razvoja_zn_2011-2020_okt_2011.pdf [Accessed 19 May 2018].

Karami, A., Farokhzadian, J. & Foroughameri, G., 2017. Nurses' professional competency and organizational commitment: Is it important for human resource management? *PloS One*, 12(11), doi: 10.1371/journal.pone.0187863.

Kassouf, A., Jouan-Rimbaud Bouveresse, D. & Rutledge, D.N., 2018. Determination of the optimal number of components in independent components analysis. *Talanta*, 1(179), pp. 538-545.

Kilpatrick, K., Kaasalainen, S., Donald, F., Reid, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., MartinMisener, R., Harbman, P., Marshall, D.A., Charbonneau-Smith, R. & DiCenso, A., 2014. The effectiveness and cost effectiveness of clinical nurse specialists in outpatient roles: A systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(8), pp. 1106-1123.

Kirk, H., 2012. The role of advanced nursing practice in occupational health. *Occupational Medicine*, 62, pp. 574-577.

Kleinpell, R., Scanlon, A., Hibbert, D., Ganz, F., East, L., Fraser, D., Wong, F. & Beauchesne, M., 2014. Addressing issues impacting advanced nursing practice worldwide. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 19(2), pp. 5-12.

Klemenc, D., Istenič, B., Vidmar, I., Panikvar Žlahtič, K., Požun, P. & Horvat, M., 2011. *Podpora Zbornice Zveze projektu MZ – Referenčne ambulante*. [online] Available at:

<http://partonaza.si/forum/viewtopic.php?t=1357&sid=5e44de9a0860a093860bb25935dblecc> [Accessed 19 January 2018].

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014. Uradni list Republike Slovenije, št. 71.

Labrosse, S., 2016. *Nurse practitioners: Improving access to primary care on Prince Edward Island*. Charlottetown, PEI: University of PEI.

Levett-Jones, T., Gersbach, J., Arthur, C. & Roche, J., 2011. Implementing a clinical competency assessment model that promotes critical reflection and ensures nursing graduates' readiness for professional practice. *Nurse Education in Practice*, 11(1), pp. 64-69.

Little, L. & Reichert, C., 2018. *Fulfilling nurse practitioners' untapped potential in Canada's health care system: Results from the CFNU pan-Canadian nurse practitioner retention & recruitment study*. Ottawa: Canadian Federation of Nurses Unions.

Lombarts, K.M., Plochg, T., Thompson, C.A., Arah, O.A. & Consortium, D.P., 2014. Measuring professionalism in medicine and nursing: results of a European survey. *PLoS One*, 9, doi: 10.1371/journal.pone.0097069.

Luckett, T.Y., 2017. *A motivational profile of nurses who pursue doctoral education: doktorska disertacija*. Mississippi: The University of Southern Mississippi, Department of Systems Leadership and Health Outcomes.

MacLeod, M., Stewart, N. & Kulig, J., 2017. *Nursing practice in rural and remote Canada II*. Prince George, British Columbia: University of Northern British Columbia.

Maier, C. & Aiken, L., 2016. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *The European Journal of Public Health*, 26(6), pp. 927-934.

Maier, C., Aiken, L. & Busse, R., 2017. *Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. OECD Health Working Papers, No.98*. Paris: OECD Publishing.

Marshall, D.A., Donald, F., Lacny, S., Reid, K., Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Charbonneau-Smith, R., Harbman, P., Kaasalainen, S., Kilpatrick, K., Martin-Misener, R. & DiCenso, A., 2015. Assessing the quality of economic evaluations of clinical nurse specialists and nurse practitioners: A systematic review of cost-effectiveness. *NursingPlus Open*, 8(11), pp. 11-17.

Martin-Misener, R., Harbman, P., Donald, F., Reid, K., Kilpatrick, K., Carter, N., BryantLukosius, D., Kaasalainen, S., Marshall, D., Charbonneau-Smith, R. & DiCenso, A., 2015a. A systematic review of the cost-effectiveness of nurse practitioners in ambulatory care. *BMJOpen*, 5(6), doi: 10.1136/bmjopen-2014-007167.

Martin-Misener, R., Harbman, P. & Donald, F., 2015b. Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: Systematic review. *BMJ Open*, 5, e007167.

Martinez-Gonzalez, N.A., Djalali, S. & Tandjung, R., 2014a. Substitution of physicians by nurses in primary care: A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 14, p. 214.

Martinez-Gonzalez, N.A., Tandjung, R., Djalali, S., Reid, K. & Kilpatrick, K., 2014b. Effects of physician-nurse substitution on clinical parameters: A systematic review and meta-analysis. *PLOS One*, 9, e89181.

Medved, N., Čuš, B., Vračko, P. & Govc Eržen, J., 2017. *Timska obravnava v referenčnih ambulantah družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Melnyk, B.M., Gallagher-Ford, L., Long, L.E. & Fineout-Overholt, E., 2014. The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews Evidence Based Nursing*, 11(1), pp. 5-15.

Ministrstvo za zdravje, n.d. *Referenčne ambulante*. [online] Available at: www.mz.gov.si/si/pogoste_vsebine_za_javnost/referencne_ambulante/ [Accessed 19 December 2017].

Morilla-Herrera, J.C., Garcia-Mayor, S. & Martin-Santos, F.J., 2016. A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. *International Journal of Nursing Studies*, 53(8), pp. 290-307.

National Expert Commission., 2012. *Nursing call to action: The health of our nation the future of our health system*. Ottawa: Canadian Nurses Association.

Naylor, D., Girard, F., Mintz, J., Fraser, N., Jenkins, T. & Power, C., 2015. *Unleashing innovation: Excellent healthcare for Canada*. [pdf] Health Canada. Available at: <http://www.healthycanadians.gc.ca/publications/health-system-systeme-sante/report-healthcare-innovation-rapport-soins/alt/report-healthcare-innovation-rapport-soins-eng.pdf> [Accessed 28 June 2018].

Nieminen, A., Mannevaara, R.N. & Fagerstrom, L., 2011. Advanced practice nurses' scope of practice: a qualitative study of advanced clinical competencies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00876.x.

Nixon, E., Young, S., Sellick, V. & Wright, K., 2013. An innovative approach to facilitating nursing research. *British Journal of Nursing*, 22(3), pp. 160-166.

Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD), 2010. *Achieving efficiency improvements in the health sector through the implementation of information and communication technologies*. Paris: OECD.

Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD), 2018. *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. [pdf] Organization for Economic Co-Operation and Development. Available at: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en [Accessed 31 October 2019].

Pallant, J., 2016. *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. 5th ed. Australia, Sidney: Allen & Unwin.

Pečelin, S. & Sočan, M., 2016. Referenčne ambulante: izkušnje diplomiranih medicinskih sester. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(2), pp. 157-162.

Pesjak, K., 2016. Organiziranost raziskovalne dejavnosti v zdravstveni negi na nacionalnih ravneh v evropskih državah: primeri učinkovitih praks. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *9. posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera: Quo vadis. Ljubljana, 30. marec 2016*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 40-46.

Petek Šter, M. & Šter, B., 2015. Pomen izobraževanja diplomiranih medicinskih sester v referenčnih ambulantah: primer arterijske hipertenzije. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(1), pp. 52-59.

Poplas Susič, T., 2011. Vodenje bolnikov v paliativni medicinski obravnavi na domu. In: U. Lunder, ed. *Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice: zbornik srečanja. Ljubljana, 3. februar*. Golnik : Bolnišnica, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo.

Poplas Susič, T., 2017. Referenčne ambulante družinske medicine: primer medpoklicnega sodelovanja v zdravstvenem timu. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(2), pp.112-115.

Poplas Susič, T., Švab, I. & Kersnik, J., 2013. Projekt referenčnih ambulant družinske medicine v Sloveniji. *Zdravstveni Vestnik*, 82, pp. 635-647.

Prestor, J., Ažman, M., Prelec, A., Buček Hajdarevič, I., Babič, D., Benkovič, R., Bregar, B., Kadivec, S., Karadžić, D., Kobal Straus, K., Kramar, Z., Langerholc, B., Možgan, B., Pirš, K., Stjepanović Vračar, A., Šumak, I., Valenčič, G. & Vrankar, K. Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege, 2019. In: M. Ažman & J. Prestor, eds. *Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R., & Burge, F., 2013. A case study of nurse practitioner role implementation in primary care: What happens when new roles are introduced? *BMC Nursing*, 12(1), doi: 10.1186/1472-6955-12-1.

Schober, M., 2016. *Introduction to advanced nursing practice: An international focus*. Cham: Springer.

Sestre-Fullana, P., Morales-Acencio, J.M., Sese-Abad, A., Bennasar-Veny, M., Fernandez-Dominhuez, J.C. & De Pedro-Gomez, J., 2017. Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument (APNCAI): clinimetric validation. *BMJ Open*, 7(2), doi: 10.1136/bmjopen-2016-013659.

Sever, M. & Bregar, B., 2015. Specializacije v zdravstveni negi: pogled študentov. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(1), pp. 26-43.

Skela Savič, B., 2009. Zdravstvena nega in raziskovanje: nekateri vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 43(3), pp. 209-222.

Skela Savič, B., 2013. Definicija zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi. In: B. Skela Savič, ed. *Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: Mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji. 6. posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera – Quo vadis. Ljubljana, 27.3.2013.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 14-21.

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

Skela Savič, B., 2017a. Professionalization of nursing in Slovenia: challenges and responsibilities for nurses with a higher education degree. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(4), pp. 264-273.

Skela Savič, B., 2017b. Razvoj elementov profesionalizacije v slovenski zdravstveni negi: tehnika skupinskih intervjujev. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(4), pp. 274-297.

Skela Savič, B., 2020. It is time for clinical specialisations and advanced nursing practice: marking the International Year of the Nurse and the Midwife. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(1), pp. 00–00. doi: <https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.1.3023>.

Skela Savič, B., Babnik, K., Trunk Širca, N., Pajnkihar, M., Klemenčič, E., Gabrovec, B., Hvalič Touzery, S., Donik, B., Pivač, S., Kalender Smajlovič, S., Smodiš, M., Fekonja, Z., Vrbnjak, D., Mlakarm S., Dermol, V. & Pesjak, K., 2017b. *Zaključno poročilo ciljno raziskovalni projekt: "Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina v Sloveniji: mednarodno primerljiv sistem sekundarnega in terciarnega izobraževanja v zdravstveni negi kot temelj raziskav in prispevka znanosti k trajnostnemu družbenemu razvoju": zaključno poročilo ciljno raziskovalnega projekta (CRP).* Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 1-226.

Skela Savič, B., Hvalič Touzery, S. & Pesjak, K., 2017a. Professional values and competencies as explanatory factors for the use of evidence-based practice in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, doi: 10.1111/jan.13280.

Skela Savič, B. & Kiger, A., 2015. Self-assessment of clinical nurse mentors as dimensions of professional development and the capability of developing ethical values at nursing students: A correlational research study. *Nurse Education Today*, 35(10), pp. 1044-1051.

Skela Savič, B., Pivač, S., Čuk, V. & Gabrovec, B., 2019. Razumevanje in umeščanje matrike štirih ravni kompetenc in kategorij izvajalcev v zagotavljanje zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(1), pp. 8-17.

Skela Savič, B., Pivač, S., Kalender Smajlovič, S., Pesjak, K., Čuk, V., Babnik, K. & Hvalič Touzery, S., 2016. *ARRS-CRP - zdravstvena nega kot znanstvena disciplina v Sloveniji : mednarodno primerljiv sistem sekundarnega in terciarnega izobraževanja v zdravstveni negi kot temelj raziskav in prispevka znanosti k trajnostnemu družbenemu razvoju : dp 1 - analiza sistemov izobraževanja na področju zdravstvene nege v EU: raziskovalno poročilo iz projekta*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Smodiš, M., 2016. *Odnos medicinskih sester do zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi v bolnišnični dejavnosti: magistrsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Soroush, F., Zargham-Boroujeni, A. & Namnabati, M., 2016. The relationship between nurses' clinical competence and burnout in neonatal intensive care units. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 21(424), doi: 10.4103/1735-9066.185596.

Stahlke, S., Rawson, K. & Pituskin, E., 2017. Patient perspectives on nurse practitioner care in oncology in Canada. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(5), 487-494.

Steinke, M., Rogers, M., Lehwaldt, D. & Lamarche, K., 2017. *An examination of advanced practice nurses' job satisfaction internationally*. Geneva: International Council of Nurses.

Strojan, N., Zorc, J. & Skela Savič, B., 2012. Odnos medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(1), pp. 47-55.

Swan, M., Ferguson, S. & Chang, A., 2015. Quality of primary care by advanced practice nurses: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 27, pp. 396-404.

Tavakol, M. & Dennick, R., 2011. Making sense of Cronbachs alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, pp. 53-55.

Trobec, I., 2010. Kronične bolezni – izziv za zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 44 (1), pp. 1-2.

Tsiachristas, A., Wallenburg, I. & Bond, C.M., 2015. Costs and effects of new professional roles: Evidence from a literature review. *Health Policy*, 119, pp. 1176-1187.

Vodopivec Jamšek, V., 2013. Protokol za vodenje kroničnega bolnika v referenčni ambulanti družinske medicine. *Zdravstveni vestnik*, 82(13), pp. 711-717.

Wood, D.A., 2013. Preprečevanje srčno-žilnih bolezni v klinični praksi. In: M. Magajne, B. Žekš & T. Gantar, eds. *Konferenca skupaj za zdravje! Obeležitev 10. obletnice Nacionalnega programa primarne preventivne srčno-žilnih bolezni 2013 in izzivi prihodnosti. Brdo pri Kranju, 7.-8. oktober 2013*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

World Health Organization, 2008. *The World Health Report 2008-primary Health Care (Now More Than Ever)*, 2008. [online] Available at: www.who.int/whr/2008/en [Accessed 21 April 2017].

Xie, H.T., Zhou, Z.Y., Xu, C.Q., Ong, S. & Govindasamy, A., 2017. Nurses' Attitudes towards Research and Evidence Based Practice: Perspectives from Psychiatric Setting. *JOJ Nursing & Health Care*, 3(5), pp. 1-7.

Zanetti, M.L., 2016. Advanced nursing practice: strategies for training and knowledge building. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), pp. 779-780.

6 PRILOGE

6.1 MERSKI INSTRUMENT

1 DEMOGRAFSKI PODATKI

Pred vsakim vprašanjem z **X** v kvadratah označite ustrezen odgovor ali ga napišite na črto.

1. **Spol:** 1. ženska 2. moški
2. **2. Starost** (vpišite leta): _____ let
3. **Katero stopnjo izobrazbe ste dosegli na področju zdravstvene nege:**
 1. viš. med. ses./viš. med. teh. (pojdite na 3.1)
 2. dipl. m. s./dipl. zn. (pojdite na 3.1)
 3. magisterij zdravstvene nege (pojdite na 3.1)
- 3.1 **V kolikor ste poleg izobrazbe v zdravstveni negi dosegli še izobrazbo na drugih področjih, vas prosimo, da jo označite:**
 1. univerzitetna izobrazba 2. strokovni magisterij 3. znanstveni magisterij 4. doktorat znanosti
4. **Koliko časa ste zaposleni na primarni ravni** (vpišite v letih): _____ let
5. **Ocenite svojo pripravljenost za raziskovanje v zdravstveni negi od 1 do 5.**

1 – nezadostno 2 – zadostno 3 – dobro 4 – prav dobro 5 – odlično
6. **Ocenite svoje trenutno znanje na področju raziskovanja v zdravstveni negi od 1 do 5.**

1 – nezadostno 2 – zadostno 3 – dobro 4 – prav dobro 5 – odlično
7. **Ocenite svojo trenutno pripravljenost za kakovostno opravljanje svojega dela v ADM.**

1 – nezadostno 2 – zadostno 3 – dobro 4 – prav dobro 5 – odlično
8. **Za opravljanje dela v ADM potrebujemo podiplomsko izobrazbo**

1 – sploh se ne strinjam 2 – se ne strinjam 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam
 4 – se strinjam 5 – popolnoma se strinjam

2 KOMPETENČNI MODEL V ZDRAVSTVENI NEGI

Prosimo vas, da vsako trditev preberete in jo ocenite, pri čemer pomeni ocena 1 »sploh se ne strinjam«, ocena 5 pa »popolnoma se strinjam«. Trditev ocenite tako, da obkrožite številko pri posamezni trditvi.

PREBERITE: Raziskava "Razumevanje potreb po celoviti prenovi izobraževanja v zdravstveni negi in umestitvi novega kompetenčnega modela v Republiki Sloveniji" je opredelila splošne in specifične kompetence posameznih kategorij izvajalcev.

Sploh se ne strinjam (1)
 Se ne strinjam (2)
 Se niti ne strinjam niti strinjam (3)
 Se strinjam (4)
 Popolnoma se strinjam (5)

V kolikšni meri se strinjate z opisi splošnih kompetenc za posamezno kategorijo izvajalcev?

1	Tehnik zdravstvene nege: je član negovalnega in zdravstvenega tima, v katerem glede na pridobljene kompetence v okviru izobraževanja in usposabljanja za poklic izvaja zdravstveno nego zdravih in bolnih ljudi v vseh življenjskih obdobjih in okoljih. Lahko je samostojen ali v odvisni vlogi, kar je odvisno od zahtevnostih delovnih nalog. Za svoje delo odgovarja vodji tima zdravstvene nege.	1	2	3	4	5
2	Dipl. m s./dipl. zn.: splošne kompetence so definirane kot preventivne in zdravstveno-vzgojne naloge, naloge v zvezi s procesno obravnavo pacientovih potreb po zdravstveni negi, prevzemanje nalog v diagnostično-terapevtskem procesu, koordinacijske naloge, poročanje in dokumentiranje ter naloge s področja razvoja prakse. Je nosilec stroke zdravstvene nege, ki celovito pozna strokovna področja.	1	2	3	4	5
3	Dipl. m. s. spec./dipl. zn. spec.: poleg izvajanja vseh splošnih in specifičnih kompetenc, ki so opredeljene pri dipl. m. s./dipl. zn., ima poglobljena specialistična znanja na področju zdravstvene nege in zdravstvene obravnave ter razvite sposobnosti kliničnega odločanja. Je nosilec specialistične zdravstvene nege in oskrbe, za katero ima opravljeno specializacijo.	1	2	3	4	5
4	Mag. zdr. neg.: ima ključno vlogo pri vodenju, načrtovanju, izvajanju in vrednotenju razvojnih in naprednih oblik dela na sistemski ali klinični ravni v zdravstveni negi in zdravstveni obravnavi. Je nosilec zahtevnejših oblik dela in kompleksnih problemov v zdravstveni negi in zdravstveni obravnavi, za reševanje katerih ima razvite sposobnosti medpoklicnega sodelovanja, aplikativnega raziskovanja in na dokazih podprtega dela.	1	2	3	4	5

V kolikšni meri se strinjate z opisi specifičnih kompetenc za posamezno kategorijo izvajalcev?

Tehnik zdravstvene nege						
1	Samostojno ali soodvisno izvaja zdravstveno nego posameznika v različnih stanjih zdravja in bolezni ter v različnih življenjskih obdobjih v okviru kompetenc izobraževanja za poklic TZN.	1	2	3	4	5
2	Pomaga pacientu pri izvajanju dnevnih življenjskih dejavnosti v okviru kompetenc.	1	2	3	4	5
3	Pripravi pacienta na diagnostične in terapevtske posege ter postopke v okviru kompetenc.	1	2	3	4	5
4	Izvaja enostavne diagnostično terapevtske posege in postopke v okviru kompetenc.	1	2	3	4	5
5	Sodeluje pri izvajanju intenzivne nege v okviru kompetenc.	1	2	3	4	5
6	Ukrepa v nepričakovanih situacijah, nudi prvo pomoč v okviru kompetenc.	1	2	3	4	5
7	Sodeluje pri informiranju in posredovanju navodil pri zdravstveni negi pacienta in svojcem v okviru kompetenc.	1	2	3	4	5
8	Sodeluje pri pripravi standardov dela, delovnih navodil, dokumentiranju zdravstvene nege, zdravstvene obravnave idr. ter njihovem upoštevanju pri delu.	1	2	3	4	5
9	Sodeluje pri aktivnostih na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu.	1	2	3	4	5
10	Dobro in učinkovito komunicira ter opravlja dela in naloge v zdravstvenem in negovalnem timu.	1	2	3	4	5

11	Sposobno načrtuje, spremlja lastno delo in poroča o njem ter pravočasno opaža odstopanja pri delu v okviru pristojnosti.	1	2	3	4	5
12	Ima sposobnost etičnega delovanja in upošteva navodila na področju varnosti pacientov.	1	2	3	4	5

Dipl. m. s./dipl. zn.:

13	Samostojno ugotavlja potrebe po zdravstveni negi s pomočjo sodobnega teoretičnega in kliničnega znanja, poleg tega načrtuje, organizira in izvaja zdravstveno nego pri pacientih na podlagi pridobljenega znanja in sposobnosti ter s tem izboljšuje nivo strokovnega dela.	1	2	3	4	5
14	Izobražuje, svetuje in ozavešča posameznike, družine in skupine o pomembnosti zdravega življenjskega sloga in samooskrbe pri boleznih.	1	2	3	4	5
15	Izvaja promocijo zdravja, zdravstveno vzgojo in učenje za razumevanje povezav med načinom življenja in zdravja, za razumevanje zdravstvenih problemov in procesov za krepitev, doseganje in ohranjanje zdravja.	1	2	3	4	5
16	Sodeluje v procesu zdravljenja v okviru zdravstvenega tima ter izvaja diagnostično terapevtske programe pri pacientih.	1	2	3	4	5
17	Spremlja izide in učinke intervencij zdravstvene nege in dokumentira.	1	2	3	4	5
18	Povezuje interdisciplinarno in multisektorsko za zagotavljanje kakovostne obravnave bolnika.	1	2	3	4	5
19	Izvaja zdravstveno nego v okviru nujne medicinske pomoči.	1	2	3	4	5
20	Opravlja mentorsko in pedagoško delo za obnavljanje lastnega kadra (novo zaposleni, študenti).	1	2	3	4	5
21	Opravlja raziskovalno delo v zdravstveni negi in zagotavlja kakovost.					
22	Vodi in se vključuje v celostne aktivnosti za spremljanje kakovosti in varnosti.					

Dipl. m. s./dipl. zn., spec.:

23	Analizira kompleksne klinične probleme z uporabo ustreznega znanja, diagnosticira, opredeli, izvaja in ovrednoti potek zdravstvene obravnave pacientov v medpoklicnem timu, na področju svoje specializacije in v skladu z veljavnimi protokoli.	1	2	3	4	5
24	Prevzame razširjeno vlogo pri delu in izvaja napredne oblike obravnav ter diagnostične in invazivne intervencije, povezane s strokovno specializacijo, ki jo ima.	1	2	3	4	5
25	Zna določiti potrebe po promociji zdravja in izobraževalne potrebe pacientov na svojem strokovnem področju ter ustrezno razvija in izvaja strategije.	1	2	3	4	5
26	Sledi tehnološkim novostim in izobražuje sodelavce znotraj zdravstvene nege, druge zdravstvene delavce in skupine pacientov o novostih na svojem področju specializacije.	1	2	3	4	5
27	Stalno izpopolnjuje svoje komunikacijske veščine, zato je sposoben oblikovati in posredovati kompleksne klinične probleme pacientom, svojcem in drugim zdravstvenim delavcem.	1	2	3	4	5

28	Zna določiti zdravstvene potrebe ter potrebe po zdravstveni negi in krepitvi zdravja pri pacientih, pripravi ustrezen negovalni načrt in načrt zdravstvene obravnave v medpoklicnem timu.	1	2	3	4	5
29	Vodi in koordinira zdravstveno obravnavo pacientov na svojem področju specializacije ter tako zagotavlja kontinuirano in celostno zdravstveno oskrbo.	1	2	3	4	5
30	Ovrednoti in izvaja strokovne nadzore na svojem specialističnem področju ter tako zagotavlja izvajanje kakovostne in varne zdravstvene nege.	1	2	3	4	5
31	Kritično razmišlja in z udeležbo v programih strokovnega razvoja in v raziskovalnih programih prispeva k stalnemu razvoju svojega specialističnega področja in prakse, ki temelji na raziskavah.	1	2	3	4	5
32	Sodeluje pri celoviti oceni zdravstvenega stanja in strokovni presoji o napotitvi pacientov, ki potrebujejo specialistično obravnavo, na druge ustrezne zdravstvene strokovnjake in organizacije.	1	2	3	4	5
33	V medpoklicnem timu prevzema dela in naloge za samostojno vodenje skupin pacientov.	1	2	3	4	5
34	Izvaja mentorstvo študentom, specializantom in novo zaposlenim sodelavcem.	1	2	3	4	5
35	Vodi in se vključuje v celostne aktivnosti za spremljanje kakovosti in varnosti.	1	2	3	4	5

Mag. zdr. neg.:

36	Samostojno preučuje, določa in predpisuje z dokazi podprte terapevtske intervencije, vključno s predpisovanjem zdravil in z aktivnim nadzorovanjem učinkovitosti zdravljenja pacientov.	1	2	3	4	5
37	Prevzema odgovornost za klinične odločitve na nivoju naprednih oblik dela z upravljanjem primerov za posamezne paciente, družine in skupnosti.	1	2	3	4	5
38	Opredele prednostne naloge pri preprečevanju tveganj in promociji zdravja ter s tem razvija in izvaja ustrezne strategije na širšem področju javnega zdravja.	1	2	3	4	5
39	Usmerja, svetuje in izobražuje druge zdravstvene delavce o najnovejših dognanjih za prakso, deluje kot mentorica in vzornica ter aktivno sodeluje s skupinami pacientov pri prenosu znanj.	1	2	3	4	5
40	Jasno komunicira in enakovredno sodeluje pri postopkih odločanja na nivojih kliničnega dela, upravljanja in oblikovanja politike, vključno z delitvijo sredstev za zdravstvo.	1	2	3	4	5
41	Sodeluje pri celoviti oceni zdravstvenega stanja in strokovni presoji o napotitvi pacientov, ki potrebujejo specialistično obravnavo, na druge ustrezne zdravstvene strokovnjake in organizacije.	1	2	3	4	5
42	Da pobudo za in vodi spremembe pri zagotavljanju zdravstvenih storitev kot odgovor na potrebe pacientov in povpraševanju po storitvah ter s tem zagotavlja nenehne izboljšave kakovosti storitve.	1	2	3	4	5
43	Določi prednostne raziskovalne naloge ter vodi, izvaja in posreduje rezultate raziskav, ki oblikujejo in prispevajo k napredku zdravstvene nege na nivoju prakse, izobraževanja in politike.	1	2	3	4	5

44	Sodeluje pri izgradnji organizacijske kulture, ki podpira razvoj raziskovanja in na dokazih temelječega delovanja v zdravstveni negi na ravni zdravstvenega sistema, managementa, organizacije, profesionalnih vrednot idr.	1	2	3	4	5
45	V medpoklicnem timu prevzema dela in naloge za samostojno vodenje skupin pacientov.	1	2	3	4	5
46	Izvaja mentorstvo študentom, specializantom in novo zaposlenim sodelavcem.	1	2	3	4	5
47	Vodi in se vključuje v celostne aktivnosti za spremljanje kakovosti in varnosti.	1	2	3	4	5
48	Sodeluje v visokošolskem izobraževanju in raziskovalnih projektih v zavodu in med zavodi.	1	2	3	4	5

3 ODNOS DIPLOMIRANIH MEDICINSKIH SESTER/ZDRAVSTVENIKOV DO RAZISKOVANJA, POMENA RAZISKOVANJA IN RAZVOJA ZDRAVSTVENE NEGE

NAVODILO: Na lestvici od 1 do 5, kjer 1 pomeni »sploh ne drži«, 5 pa »povsem drži«, ocenite, kako pomembne se vam zdijo trditve, ki odražajo vaše dojemanje raziskovanja in razvoja zdravstvene nege. Prosimo, obkrožite stopnjo pomembnosti, ki velja za vas. **S poimenovanjem 'medicinska sestra' mislimo na visokošolsko izobraženo medicinsko sestro/zdravstvenika.**

		Sploh ne drži (1)	Delno drži (2)	Srednje drži (3)	Večinoma drži (4)	Povsem drži (5)
1	Medicinska sestra mora znati brati literaturo v angleščini.	1	2	3	4	5
2	Sodelovanje pri razvoju stroke zdravstvene nege ne pomaga razvijati praktičnih veščin.	1	2	3	4	5
3	Na področju zdravstvene nege obstaja preveč člankov in raziskav, preveč je govora o raziskovanju in razvoju.	1	2	3	4	5
4	Zanimivo se mi zdi brati znanstvene članke s področja zdravstvene nege.	1	2	3	4	5
5	Zdravstvena nega potrebuje v primerjavi z medicino manj znanja, ki temelji na raziskavah.	1	2	3	4	5
6	Znanost in raziskave na področju zdravstvene nege stroko opisujejo in jo delajo vidno.	1	2	3	4	5
7	Zdravstvena nega je praktična stroka, ki ne potrebuje raziskav.	1	2	3	4	5
8	Strokovna literatura s področja zdravstvene nege bi morala biti na voljo na delovnem mestu (npr. na oddelkih).	1	2	3	4	5
9	Jezik, ki se uporablja pri pisanju znanstvenih člankov, se mi zdi preveč zapleten.	1	2	3	4	5
10	Sodelovanje pri razvoju stroke zdravstvene nege se mi ne zdi smiselno.	1	2	3	4	5
11	Sodelovanje pri razvoju stroke zdravstvene nege bi moralo biti ena od nalog medicinske sestre.	1	2	3	4	5
12	Če želimo razviti zdravstveno oskrbo pacientov, se morajo medicinske sestre aktivirati v praksi, ne na področju raziskovanja.	1	2	3	4	5
13	Rad/-a se udeležujem mednarodnih znanstvenih konferenc.	1	2	3	4	5

14	Izobraževalni programi za delavce v zdravstveni negi preveč temeljijo na raziskavah.	1	2	3	4	5
15	Raziskave v zdravstveni negi otežujejo vsakodnevna opravila medicinskih sester.	1	2	3	4	5
16	Predavanja v sklopu izobraževalnega programa za delavce v zdravstveni negi bi se morala izvajati na delovnem mestu, saj bi tako spodbudili razvoj stroke.	1	2	3	4	5
17	Raziskovalno delo na področju zdravstvene nege ne zvišuje statusa stroke.	1	2	3	4	5
18	Doktorat na področju zdravstvene nege bi moral biti predpogoj za nekatere vodilne položaje v zdravstveni negi.	1	2	3	4	5
19	Nadaljnje izobraževanje v raziskavah in študij, ki temelji na raziskovanju, nimata pomena za prihodnost.	1	2	3	4	5
20	Moja vloga medicinske sestre je dovolj močna, da lahko vplivam na stroko zdravstvene nege tudi brez znanja o raziskovanju.	1	2	3	4	5
21	Pri raziskavah v zdravstveni negi se uporablja preveč zapleten jezik.	1	2	3	4	5
22	Več medicinskih sester v klinični praksi bi morale imeti doktorat ali se izobraževati na podiplomski stopnji.	1	2	3	4	5
23	Sodelovanje pri raziskavah ne prinaša dodatnih strokovnih veščin, ki jih potrebujejo medicinske sestre.	1	2	3	4	5
24	Rezultati raziskav v zdravstveni negi se morajo bolj posredovati medicinskim sestram na delovnem mestu.	1	2	3	4	5
25	Raziskovalno delo v zdravstveni negi je bistvenega pomena za moj strokovni razvoj.	1	2	3	4	5
26	Nerealno je pričakovati, da bi rezultate raziskav uporabljali pri praktičnem delu medicinskih sester.	1	2	3	4	5
27	Sodelovanje v raziskovalnem delu bi moralo biti ena od nalog medicinske sestre.	1	2	3	4	5
28	Usposobljenost na področju zdravstvene nege je predvsem posledica dolgoletnih praktičnih izkušenj.	1	2	3	4	5
29	Ne potrudim se, da bi izvedel/-a za rezultate raziskav.	1	2	3	4	5
30	Študentje zdravstvene nege so/bi morali biti pomemben faktor na delovnem mestu, ki prispeva k razvoju stroke.	1	2	3	4	5
31	Očitno je, da bi morala zdravstvena nega temeljiti na znanstvenih in zaupanja vrednih izkušnjah.	1	2	3	4	5
32	Ni se smiselno ukvarjati z raziskovalnim delom v zdravstveni negi.	1	2	3	4	5
33	Medicinske sestre bi si morale vzeti čas, da bi prebrale raziskovalna poročila.	1	2	3	4	5
34	Vpeljava sprememb in preizkušanje novih idej sta zelo pomembna vidika v zdravstveni negi.	1	2	3	4	5
35	Mislím, da so vprašanja v tem vprašalniku pomembna.	1	2	3	4	5

**4. SAMOOCENA DIPLOMIRANIH MEDICINSKIH
SESTER/ZDRAVSTVENIKOV PO PODROČJIH DELA V
AMBULANTAH DRUŽINSKE MEDICINE.**

NAVODILO: Na lestvici od 1 do 5, kjer 1 pomeni »zelo slabo«, 5 pa »zelo dobro«, ocenite, kakšno je vaše znanje s področja vašega dela.

Prosimo, obkrožite stopnjo pomembnosti, ki velja za vas. **S**

**poimenovanjem 'medicinska sestra' mislimo na visokošolsko
izobraženo medicinsko sestro/zdravstvenika.**

Moje znanje pri obravnavi pacienta s/z ...

	Zelo slabo (1)	Slabo (2)	Srednje (3)	Dobro (4)	Zelo dobro (5)
36	1	2	3	4	5
37	1	2	3	4	5
38	1	2	3	4	5
39	1	2	3	4	5
40	1	2	3	4	5
41	1	2	3	4	5
42	1	2	3	4	5
43	1	2	3	4	5

Moje znanje pri obravnavi kroničnega pacienta s/z ...

44	1	2	3	4	5
45	1	2	3	4	5
46	1	2	3	4	5
47	1	2	3	4	5
48	1	2	3	4	5
49	1	2	3	4	5
50	1	2	3	4	5
51	1	2	3	4	5

Splošna ocena znanja

	Sploh ne drži (1)	Delno drži (2)	Srednje drži (3)	Večinoma drži (4)	Povsem drži (5)
52	1	2	3	4	5
53	1	2	3	4	5
54					

Če menite, da vam primanjkuje znanja, prosimo, napišite katerega: