

# Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review



51(2)  
Ljubljana 2017

## **OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE**

ISSN 1318-2951 (tiskana izdaja), e-ISSN 2350-4595 (spletna izdaja)

UDK 614.253.5(061.1)=863=20, CODEN: OZNEF5

Ustanovitelj in izdajatelj:

**Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije**

Glavna in odgovorna urednica:

**izr. prof. dr. Brigita Skela-Savič**

Urednik, izvršni urednik:

**doc. dr. Mirko Prosen**

Urednica, spletna urednica:

**Martina Kocbek Gajšt**

Uredniški odbor:

- **viš. pred. mag. Branko Bregar**, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Slovenija
- **doc. dr. Simona Hvalič Touzery**, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Slovenija
- **doc. dr. Sonja Kalauz**, Zdravstveno veleučilišče Zagreb, Hrvaška
- **viš. pred. Igor Karnjuš**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Slovenija
- **asist. Petra Klanjšek**, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija
- **pred. mag. Klavdija Kobal Straus**, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Slovenija
- **Martina Kocbek Gajšt**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Slovenija
- **doc. dr. Andreja Kvas**, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Slovenija
- **doc. dr. Mateja Lorber**, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija
- **doc. dr. Miha Lučovnik**, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, Slovenija
- **doc. dr. Ana Polona Mivšek**, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Slovenija
- **izr. prof. dr. Fiona Murphy**, Swansea University, College of Human & Health Sciences, Velika Britanija
- **izr. prof. dr. Alvisa Palese**, Udine University, School of Nursing, Italija
- **doc. dr. Mirko Prosen**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Slovenija
- **izr. prof. dr. Polona Selič**, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Slovenija
- **izr. prof. dr. Brigita Skela-Savič**, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Slovenija
- **viš. pred. mag. Tamara Štemberger Kolnik**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Slovenija
- **prof. dr. Debbie Tolson**, University West of Scotland, School of Health, Nursing and Midwifery, Velika Britanija

Lektorica za slovenščino:

**mag. Ana Božič**

Lektorji za angleščino:

**lekt. mag. Nina Bostič Bishop**

**mag. Breda Vrhunec**

Naslov uredništva: Ob železnici 30 A, SI-1000 Ljubljana, Slovenija

E-naslov: obzornik@zbornica-zveza.si

Spletna stran: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si>

Letna naročnina za tiskan izvod (2017): 10 EUR za dijake, študente in upokojene; 25 EUR za posameznike - fizične osebe; 70 EUR za pravne osebe.

Naklada: 760 izvodov

Tisk in prelom: Tiskarna knjigovoznica Radovljica

Tiskano na brez kislinškem papirju.

Matična številka: 513849, ID za DDV: SI64578119, TRR: SI56 0203 1001 6512 314

Ministrstvo za izobraževanje, znanost, kulturo in šport: razvid medijev - zaporedna številka 862.

# Obzornik zdravstvene nege

## Slovenian Nursing Review

REVIJA ZBORNICE ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -  
ZVEZE STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

REVIEW OF THE NURSES AND MIDWIVES ASSOCIATION OF SLOVENIA



Ljubljana 2017 Letnik 51 Številka 2  
Ljubljana 2017 Volume 51 Number 2

## OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

### NAMEN IN CILJI

Obzornik zdravstvene nege (Obzor Zdrav Neg) objavlja izvirne in pregledne znanstvene članke na področjih zdravstvene in babiške nege ter interdisciplinarnih tem v zdravstvenih vedah. Cilj revije je, da članki v svojih znanstvenih, teoretičnih in filozofskih izhodiščih kot eksperimentalne, neeksperimentalne in kvalitativne raziskave ter pregledi literature prispevajo k razvoju znanstvene discipline, ustvarjanju novega znanja ter redefiniciji obstoječega znanja. Revija sprejema članke, ki so znotraj omenjenih strokovnih področij usmerjeni v ključne dimenzije razvoja, kot so teoretični koncepti in modeli, etika, filozofija, klinično delo, krepitev zdravja, razvoj prakse in zahtevnejših oblik dela, izobraževanje, raziskovanje, na dokazih podprto delo, medpoklicno sodelovanje, menedžment, kakovost in varnost v zdravstvu, zdravstvena politika idr.

Revija pomembno prispeva k profesionalizaciji zdravstvene nege in babištva ter drugih zdravstvenih ved v Sloveniji in mednarodnem okviru, zlasti v državah Balkana ter širše centralne in vzhodnoevropske regije, ki jih povezujejo skupne značilnosti razvoja zdravstvene in babiške nege v postsocialističnih državah.

Revija ima vzpostavljene mednarodne standarde na področju publiciranja, mednarodni uredniški odbor, širok nabor recenzentov in je prosto dostopna v e-obliki. Članki v Obzorniku zdravstvene nege so recenzirani s tremi zunanjimi anonimnimi recenzijami. Revija objavlja članke v slovenščini in angleščini in izhaja štirikrat letno.

Zgodovina revije kaže na njeno pomembnost za razvoj zdravstvene in babiške nege na področju Balkana, saj izhaja od leta 1967, ko je izšla prva številka Zdravstvenega obzornika (ISSN 0350-9516), strokovnega glasila medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, ki se je leta 1994 preimenovalo v Obzornik zdravstvene nege. Kot predhodnica Zdravstvenega obzornika je od leta 1954 do 1961 izhajalo strokovno-informacijsko glasilo Medicinska sestra na terenu (ISSN 2232-5654) v izdaji Centralnega higienskega zavoda v Ljubljani.

Obzornik zdravstvene nege indeksirajo: CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), ProQuest (ProQuest Online Information Service), Crossref (Digital Object Identifier (DOI) Registration Agency), COBIB.SI (Vzajemna bibliografsko-kataložna baza podatkov), Biomedicina Slovenica, dLib.si (Digitalna knjižnica Slovenije).

---

## SLOVENIAN NURSING REVIEW

### AIMS AND SCOPE

Published in the Slovenian Nursing Review (Slov Nurs Rev) are the original and review scientific and professional articles in the field of nursing, midwifery and other interdisciplinary health sciences. The articles published aim to explore the developmental paradigms of the relevant fields in accordance with their scientific, theoretical and philosophical bases, which are reflected in the experimental and non-experimental research, qualitative studies and reviews. These publications contribute to the development of the scientific discipline, create new knowledge and redefine the current knowledge bases. The review publishes the articles which focus on key developmental dimensions of the above disciplines, such as theoretical concepts, models, ethics and philosophy, clinical practice, health promotion, the development of practice and more demanding modes of health care delivery, education, research, evidence-based practice, interdisciplinary cooperation, management, quality and safety, health policy and others.

The Slovenian Nursing Review significantly contributes towards the professional development of nursing, midwifery and other health sciences in Slovenia and worldwide, especially in the Balkans and the countries of the Central and Eastern Europe, which share common characteristics of nursing and midwifery development of post-socialist countries.

The Slovenian Nursing Review follows the international standards in the field of publishing and is managed by the international editorial board and a critical selection of reviewers. All published articles are available also in the electronic form. Before publication, the articles in this quarterly periodical are triple-blind peer reviewed. Some original scientific articles are published in the English language.

The history of the magazine clearly demonstrates its impact on the development of nursing and midwifery in the Balkan area. In 1967 the first issue of the professional periodical of the nurses and nursing technicians Health Review (Slovenian title: Zdravstveni obzornik, ISSN 0350-9516) was published. From 1994 it bears the title The Slovenian Nursing Review. As a precursor to Zdravstveni obzornik, professional-informational periodical entitled a Community Nurse (Slovenian title: Medicinska sestra na terenu, ISSN 2232-5654) was published by the Central Institute of Hygiene in Ljubljana, in the years 1954 to 1961.

The Slovenian Nursing Review is indexed in CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), ProQuest (ProQuest Online Information Service), Crossref (Digital Object Identifier (DOI) Registration Agency), COBIB.SI (Slovenian union bibliographic/catalogue database), Biomedicina Slovenica, dLib.si (The Digital Library of Slovenia).

**KAZALO/CONTENTS****UVODNIK/LEADING ARTICLE**

The family medicine reference clinic: an example of interprofessional collaboration within a healthcare team

Referenčne ambulante družinske medicine: primer medpoklicnega sodelovanja v zdravstvenem timu

*Tonka Poplas Susič*

112

**IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE**

Differences in alcohol consumption habits between Roma and non-Roma in Northeastern Slovenia

Razlike v uživanju alkohola med Romi in Neromi v severovzhodni Sloveniji

*Erika Zelko, Jana Podojsteršek, Igor Švab, Marko Kolšek, Maja Sever*

116

Razumevanje vloge medicinske sestre pri spremembi življenjskega sloga posameznikov, v preteklosti odvisnih od prepovedanih drog

Understanding the role of a nurse in facilitating lifestyle change among former illicit substance abusers

*Klavdija Kadenšek, Branko Bregar*

124

Uživanje alkohola med starostniki v domačem okolju: rezultati presejalnega testa SMAST-G

Alcohol consumption among the elderly living at home: results of the SMAST-G screening test

*Radojka Kobentar, Zoran Kusić*

134

Odnos reševalcev do uporabe različnih oblik prisilnih ukrepov

The attitudes of paramedics to different forms of coercive measures

*Samir Muminović, Branko Bregar*

143

**PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE**

Oxytocin for labour induction or augmentation as a risk factor for autism: systematic literature review

Povezava med uporabo oksitocina za sprožitev ali pospeševanje poroda in avtizmom: sistematični pregled literature

*Marija Grosek, Miha Lučovnik*

153

Leading article/Uvodnik

## The family medicine reference clinic: an example of interprofessional collaboration within a healthcare team

Referenčne ambulante družinske medicine: primer medpoklicnega sodelovanja v zdravstvenem timu

Tonka Poplas Susič

Since being introduced in 2011, family medicine reference clinics (FMRCs) have created several advantages in the treatment of patients, but have also drawn attention to areas where improvements could be made (Poplas Susič, et al., 2013). Consistent with competencies and experts, each chronic patient care protocol as well as the prevention protocol strictly follows guidelines or recommendations that define diagnostic and treatment as well as education pathways for patient care in a family medicine practice. They are harmonised and agreed with experts at different levels of healthcare (primary, secondary and tertiary) (Vodopivec Jamšek, 2013).

The division of labour among team members in line with the competencies of individual professions and their mutual collaboration (Poplas Susič, et al., 2013; Martínez-González, et al., 2014) are two key elements of patient treatment in FMRCs.

Work undertaken by registered nurses in FMRCs requires specific knowledge and skills. Initially, the Nurses and Midwives Association of Slovenia wanted such work to be carried out systematically and under supervision. This represented an innovation upon implementation since registered nurses in primary care did not receive additional training when starting to work in paediatric, school health or gynaecology clinics. Yet this method has proven to be extremely useful: the wealth of new experience, many new skills and professional sovereignty contribute to comprehensive patient treatment (Bender, 2017), which has naturally yielded positive benefits.

Following the asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) modules (Poplas-Susič, et al., 2015), training was expanded to include the arterial hypertension, coronary disease, diabetes (Petek & Mlakar, 2016), osteoporosis and prevention modules (Petek Šter & Šter, 2015; Petek & Mlakar, 2016). Again something unexpected happened: the modules

could no longer be included for implementation in good time for several reasons: the large number of registered nurses entering the system at the point of implementing the new FMRCs, time limitations and the temporal and spatial coordination of lecturers. It was proposed that until training in module form is introduced, registered nurses would be provided with induction by way of mentoring. In other words, an experienced registered nurse from an FMRC should help in the induction process of a new registered nurse in the FMRC until the latter starts an organised education path, which was also the case elsewhere (Lea & Cruickshank, 2017; Spiva, et al., 2017).

All work involving patients increasingly reveals a need for full-time education or the regular acquisition of skills (De Los Santos, et al., 2014), which also applies to work undertaken in FMRCs. This is probably best ensured already during a professional master programme so that a family medicine practice obtains a team member who masters a wide range of skills needed in work with patients. This knowledge cannot be fragmented in such a way that one nurse is trained for the needs of diabetic patients, the second for patients suffering from COPD/asthma and the third for arterial hypertension patients. Family medicine is characterised by the comprehensive treatment of patients, meaning that a single patient can be treated for several conditions simultaneously, which in turn requires the entire team's comprehensive knowledge and above all their collaboration (Klemenc-Ketiš, et al., 2014). Registered nurses in FMRCs thus require a broad set of skills to meet the needs of all patients with multimorbidity and to also continue cooperating with a physician. In-depth knowledge is of course needed when a patient is treated at secondary/tertiary level and requires diagnostic and therapeutic procedures as well as health education measures, which cannot be offered by primary care.

Associate Professor Tonka Poplas Susič, PhD, MD; Community Health Centre Ljubljana, Metelkova 9, 1000 Ljubljana, Slovenia

Correspondence e-mail/Kontaktne e-naslov: antonija.poplas-susic@zd-lj.si

Received/Prejeto: 13. 5. 2017

Accepted/Sprejeto: 23. 5. 2017

<https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.2.179>

The large number of chronic patients and prevention, which should already start at an early age, show the need for a registered nurse's assistance over a full, 8-hour working day. In addition, naturally it is necessary that such labour standards be established that standardise the number of services now being reported by registered nurses and which differ by the way of the numbers involved. Moreover, the recording of services should be simplified to include the procedures of prevention, treatment and the monitoring of risk factors.

Research in family medicine is important (Bowman, et al., 2016). Similar to research undertaken by physicians, far less research is conducted by registered nurses working in FMRCs. Although a few research papers have been written by healthcare faculty graduates in health centres, no important publications can be found (Pečelin & Sočan, 2016). The reason for this is not currently clear, yet it is possible that a work method calling for direct contact with patients throughout the entire working time eliminates the desire to pursue research in one's free time. This represents an additional workload for employees and is thus less attractive.

Family medicine is the only clinical speciality among other clinical professions which lacks a defined tertiary level, thus preventing research as part of the work process. With the support of two faculties covering the area of nursing, a step in this direction was taken with the idea of setting up the Clinical Institute of Family Medicine, thereby enabling development based on its own research projects defining, directing and developing work within FMRCs' multi-disciplinary teams so as to add those aspects of work and team members that would direct patients towards a healthy lifestyle and, in the event of a medical condition, offer support where they need it and in the form they want (Fortin, et al., 2013). Only in this way can the FMRC stand shoulder to shoulder with other advanced clinical areas of patient treatment.

In order to ensure the successful further development and upgrading of interprofessional collaboration in FMRCs, it is important that the system is governed and regulated in at least two areas. One is certainly good team management. Physicians as healthcare service operators are responsible for the medical outcomes of the patients they treat and also assume responsibility for the good (or bad) work of the team as leaders, even though in line with competence models each decision made by both registered nurses and junior nurses forms the basis for their own responsibility. It is important that each team member receives optimal training and also has good command of the knowledge and skills required for treating the patients (Greene, et al., 2014) coming to an FMRC, making a structured educational programme within a professional master programme appear like a good solution.

Another area is research and development: experts, in this case a family medicine practitioner, a registered nurse and a junior nurse making up the team in an FMRC (following completion of the project, only the term family medicine clinic is to be used) must be able to pursue their own research, publish and continuously follow the latest findings of the profession. This cannot be achieved solely through projects, which however can be one of the options; the profession needs its own institutional organisation in the form of tertiary activity in order to fulfil its mission regarding patients also by trying to offer new contents, new insights and new methods by way of their own research activity. Here responsible entities/development experts in the field face a huge challenge, but at the same time decision makers in politics are also confronted with a challenge because sooner or later they will have to take an appropriate decision in this direction (deGruy, et al., 2015).

---

#### *Slovenian translation/Prevod v slovenščino*

Referenčne ambulate družinske medicine (RADM) so od svoje uvedbe leta 2011 pa do sedaj potrdile svoje številne prednosti pri obravnavi pacientov pa tudi osvetlile področja, kjer so možne izboljšave (Poplas Susič, et al., 2013). Vsak protokol (protokoli obravnave kroničnega pacienta in protokoli za izvajanje preventivne), usklajen s kompetencami in stroko, strogo sledi smernicam oz. priporočilom, ki definirajo diagnostično-terapevtske in edukacijske poti obravnave pacientov v ambulanti zdravnika družinske medicine in ki so usklajeni in dogovorjeni med strokovnjaki z različnih ravni zdravstvenega varstva (primarni, sekundarni in terciarni nivo) (Vodopivec Jamšek, 2013). Bistvena elementa pri obravnavi pacientov v RADM sta razdelitev dela med člani tima v skladu s kompetencami posamezne stroke in njihovo medsebojno sodelovanje (Poplas Susič, et al., 2013; Martínez-González, et al., 2014).

Delo diplomirane medicinske sestre v RADM zahteva določena znanja in spretnosti, za katera je Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije ob uvedbi RADM želela, da jih medicinske sester pridobijo načrtno in nadzorovano. To načelo je bilo novo, saj se za področje osnovnega zdravstva nobena diplomirana medicinska sestra, ko je pričela z delom v pediatričnih, šolskih ali ginekoloških ambulantah, ni dodatno izobraževala. Novi način se je izkazal kot zelo tehten. Veliko novih izkušenj, veliko novih znanj in strokovna suverenost pripomorejo k celoviti obravnavi pacientov (Bender, 2017), kar se je seveda izkazalo kot pozitivno.

Za modulom za astmo in kronično obstruktivno pljučno boleznijo (KOPB) (Poplas-Susič, et al., 2015) se je izobraževanje širilo še na modul za arterijsko

hipertenzijo, koronarno bolezen, sladkorno bolezen (Petek & Mlakar, 2016), osteoporozo ter področje preventive (Petek Šter & Šter, 2015; Petek & Mlakar, 2016). Toda zgodilo se je nekaj nepričakovanega – zaradi več razlogov moduli niso mogli biti več pravočasno izvedeni. Ob implementaciji novih RADM je v sistem namreč vstopalo veliko število diplomiranih medicinskih sester, težave so povzročale časovne omejitve in usklajevanje predavateljev glede terminov pa tudi glede prostora. Predlagano je bilo, naj se diplomirane medicinske sestre do začetka izobraževanja v modulih uvajajo s pomočjo mentoriranja, kar pomeni, da izkušena diplomirana medicinska sestra iz RADM pomaga uvajati novo diplomirano medicinsko sestro v RADM, dokler slednja ne vstopi v organiziran način izobraževanja, kar so prakticirali tudi v tujini (Lea & Cruickshank, 2017; Spiva, et al., 2017).

Vsako delo s pacienti vedno bolj kaže potrebo po rednem izobraževanju oz. regularni pridobitvi znanj (De Los Santos, et al., 2014), kar velja tudi delo v RADM. Potrebna znanja bi bilo verjetno najbolje zagotoviti že v sklopu strokovnega magistrskega študija, tako da bi v ambulanto zdravnika družinske medicine vstopil(a) član(ica) tima, ki bi obvladal(a) široko paleto veščin, potrebnih za delo s pacienti. Ta znanja ne morejo biti drobljena tako, da bi izobraževali ene diplomirane medicinske sestre za potrebe pacientov s sladkorno boleznijo, druge za delo s pacienti z KOPB ali astmo in tretje za obravnavo pacientov z arterijsko hipertenzijo. V družinski medicini obravnava pacientov poteka celostno. To pomeni, da se pri pacientu lahko obravnava več različnih bolezenskih stanj hkrati, kar zahteva celostno znanje celotnega tima in predvsem njihovo sodelovanje (Klemenc-Ketiš, et al., 2014). Diplomirana medicinska sestra v RADM potrebuje torej široko paleto znanja, da lahko zadosti potrebam vseh multimorbidnih pacientov in da lahko usklajeno sodeluje tudi z zdravnikom. Poglobljeno znanje je seveda potrebno, ko pacient pride v obravnavo na sekundarnem ali terciarnem nivoju in potrebuje diagnostično-terapevtske postopke in zdravstvenovzgojne ukrepe, ki mu jih primarni zdravstveni nivo ne more nuditi.

Veliko število kroničnih pacientov in izvajanje preventive, začeni že v mlajšem življenjskem obdobju, kažeta potrebo po zaposlitvi diplomirane medicinske sestre s polnim, osemurnim delovnikom. Ob tem je seveda nujno, da se vzpostavijo standardi dela, ki bodo poenotili število storitev, o katerih sedaj poročajo diplomirane medicinske sestre in ki se razlikujejo v večkratnikih, in da se beleženje storitev poenostavi na preventivni postopek, kurativni postopek in postopek spremljanja dejavnikov tveganja.

Raziskovanje v družinski medicini je pomembno (Bowman, et al., 2016). Podobno kot na področju raziskovanja zdravnikov je opazno manj raziskav tudi s strani diplomiranih medicinskih sester, ki delajo v RADM. Poleg nekaj raziskovalnih projektov, ki

so jih opravljale diplomantke zdravstvenih fakultet po zdravstvenih domovih (Pečelin & Sočan, 2016), pomembnejših objav ni zaslediti. Razlog trenutno ni jasen. Možno je, da način dela, ki zahteva neposredni stik s pacientom cel delovni čas, odmakne možnosti za raziskovanje v prosti čas, taka dodatna časovna obremenitev zaposlenih pa je manj privlačna. Drugi možen razlog je, da diplomirane medicinske sestre v referenčnih ambulantah trenutno nimajo zadostnega znanja za raziskovalno delo.

Področje družinske medicine je edina klinična stroka, ki nima definiranega terciarnega nivoja, kar onemogoča, da bi raziskave lahko bile del delovnega procesa. Korak v to smer, narejen tudi s podporo dveh fakultet, ki pokrivata področje zdravstvene nege, je bil predlog za ustanovitev kliničnega inštituta za družinsko medicino, ki bi omogočil razvoj na podlagi lastnih raziskovalnih projektov. Ti projekti bi definirali, usmerili in razvijali delo multidisciplinarnega tima v RADM in mu dodali tiste vidike dela in tiste člane tima, ki bi pacienta usmerjali v zdrav način življenja in mu v primeru bolezenskih stanj nudili oporo tam, kjer bi jo rabil, in tako, kot bi jo želel (Fortin, et al., 2013). Le na tak način se lahko RADM postavijo ob bok drugim naprednim kliničnim vejam zdravstvene obravnave pacientov.

Za uspešen nadaljnji razvoj in nadgradnjo medpoklicnega sodelovanja v RADM je pomembno, da je sistem urejen in reguliran vsaj na dveh področjih. Eno je zagotovo dobro vodenje tima. Zdravnik kot nosilec zdravstvene dejavnosti je odgovoren za zdravstveni izhod pacientov, ki jih obravnava, in kot vodja prevzema odgovornost tudi za dobro (ali slabo) delo tima ne glede na to, da je podlaga za vsako odločitev diplomirane medicinske sestre, ki je v skladu z njenim kompetenčnim modelom, njena lastna odgovornost. Pomembno je, da je vsak član tima optimalno izobražen in da dobro obvlada znanja in spretnosti, potrebne pri obravnavi pacientov (Greene, et al., 2014), ki se oglašajo v RADM. Tako se zdi strukturirano izobraževanje diplomiranih medicinskih sester v okviru strokovnega magisterija dobra rešitev.

Drugo področje je področje raziskav in razvoja. Stroki, v tem primeru zdravniku družinske medicine in diplomirani medicinski sestri, mora biti zagotovljena možnost lastnih raziskav, publiciranja in stalnega permanentnega sledenja najnovejšim dognanjem stroke. Tega ni mogoče zagotavljati le s projekti, ki sicer lahko pomenijo eno izmed možnosti. Stroka potrebuje lastno institucijsko organiziranost v obliki terciarne dejavnosti, da svoje poslanstvo lahko uresničuje tudi tako, da pacientom poskuša nuditi nove vsebine, nova spoznanja in nove metode dela, temelječe na lastni raziskovalni dejavnosti. Tukaj so strokovnjaki kot nosilci razvoja tega področja pred velikim izzivom. Enak izziv pa stoji tudi pred odločevalci v politiki, ki bodo morali slej ko prej sprejeti ustrezno odločitev v tej smeri (deGruy, et al., 2015).



## Literature/Literatura

- Bender, M., 2017. Clinical nurse leader-integrated care delivery: an approach to organizing nursing knowledge into practice models that promote interprofessional, team-based care. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(3), pp. 189–195. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000247> PMID: 28212166
- Bowman, M.A., Neale, A.V. & Seehusen, D.A., 2016. Research in family medicine by family physicians for the practice of family medicine. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 29(4), pp. 427–429. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2016.04.160159>
- De Los Santos, M., Mcfarlin, C.D. & Martin, L., 2014. Interprofessional education and service learning: a model for the future of health professions education. *Journal of Interprofessional Care*, 28(4), pp. 374–375. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.889102> PMID: 24571208
- deGruy, F.V., Ewigman, B., Devoe, J.E., Hughes, L., James, P., Schneider, F.D., et al., 2015. A plan for useful and timely family medicine and primary care research. *Family Medicine*, 47(8), pp. 636–642. PMID: 26382122
- Fortin, M., Chouinard, M.-C., Bouhali, T., Dubois, M.-F., Gagnon, C. & Bélanger, M., 2013. Evaluating the integration of chronic disease prevention and management services into primary health care. *BMC health services research*, 13, art. ID 132. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-132>
- Greene, J., Hibbard, J.H. & Overton, V., 2014. A case study of a team-based, quality-focused compensation model for primary care providers. *Medical Care Research and Review*, 71(3), pp. 207–223. <https://doi.org/10.1177/1077558713506749> PMID: 24227812
- Klemenc-Ketiš, Z., Kravos, A., Poplas-Susič, T., Švab, I. & Kersnik, J., 2014. New tool for patient evaluation of nurse practitioner in primary care settings. *Journal of clinical nursing*, 23(9–10), pp. 1323–1331. <https://doi.org/10.1111/jocn.12377> PMID: 24028310
- Lea, J. & Cruickshank, M., 2017. The role of rural nurse managers in supporting new graduate nurses in rural practice. *Journal of Nursing Management*, 25, pp. 176–183. <https://doi.org/10.1111/jonm.12453>
- Martínez-González, N.A., Djalali, S., Tandjung, R., Huber-Geismann, F., Markun, S., Wensing, M., et al., 2014. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC health services research*, 14, art. ID 214. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-214> PMID: 24884763; PMCID: PMC4065389
- Pečelin, S. & Sočan, M., 2016. Referenčne ambulante: izkušnje diplomiranih medicinskih sester. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(2), pp. 157–162. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2016.50.2.82>
- Petek, D. & Mlakar, M., 2016. Quality of care for patients with diabetes mellitus type 2 in 'model practices' in Slovenia—first results. *Slovenian Journal of Public Health*, 55(3), pp. 179–184. <https://doi.org/10.1515/sjph-2016-0023> PMCID: PMC5031067
- 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. <http://doi.org/10.14528/snr.2015.49.1.46>
- Poplas Susič, T., Švab, I. & Kersnik, J., 2013. The project of model practices in family medicine in Slovenia. *Zdravniški Vestnik*, 82(10), pp. 635–647.
- Poplas-Susič, T., Švab, I., Klančar, D., Petek, D., Vodopivec-Jamšek, V., Bulc, M., et al., 2015. Screening and registering patients with asthma and COPD in Slovenian primary care: first results. *Zdravstveno Varstvo*, 54(3), pp. 161–167. <https://doi.org/10.1515/sjph-2015-0023> PMID: 27646723; PMCID: PMC4820152
- Spiva, L., Hart, P.L., Patrick, S., Waggoner, J., Jackson, C. & Threatt, J.L., 2017. Effectiveness of an evidence-based practice nurse mentor training program. *Worldviews on Evidence Based Nursing*, in press, pp. 1–9. <https://doi.org/10.1111/wvn.12219> PMID: 28334505
- Vodopivec Jamšek, V., 2013. Protokol za vodenje kroničnega bolnika v referenčni ambulanti družinske medicine. *Zdravniški vestnik*, 82(11), pp. 711–717.

### Cite as/Citirajte kot:

Poplas Susič, T., 2017. The family medicine reference clinic: an example of interprofessional collaboration within a healthcare team. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(2), pp. 112–115. <https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.2.179>

Original scientific article/Izvirni znanstveni članek

## Differences in alcohol consumption habits between Roma and non-Roma in Northeastern Slovenia

Razlike v uživanju alkohola med Romi in Neromi v severovzhodni Sloveniji

Erika Zelko, Jana Podojsteršek, Igor Švab, Marko Kolšek, Maja Sever

**Key words:** ethnicity; drinking habits; Slovenia; Roma; AUDIT questionnaire

**Ključne besede:** etničnost; pивske navade; Slovenija; Romi; vprašalnik AUDIT

Erika Zelko, PhD, MD;  
University of Maribor, Faculty  
of Medicine, Taborska ulica 8,  
2000 Maribor, Slovenia

*Correspondence e-mail/  
Kontaktni e-naslov:*  
erikazelko@gmail.com

Jana Podojsteršek, MD;  
Community Health Center  
Murska Sobota - Beltinci,  
Cvetno naselje 1, 9231 Beltinci,  
Slovenia

Professor Igor Švab, PhD, MD;  
University of Ljubljana, Faculty  
of Medicine, Poljanski nasip 58,  
1000 Ljubljana, Slovenia

Professor Marko Kolšek, PhD,  
MD; University of Ljubljana,  
Faculty of Medicine, Poljanski  
nasip 58, 1000 Ljubljana,  
Slovenia

Maja Sever, MSc; Statistical  
Office of the Republic of  
Slovenia, Litostrojska cesta 54,  
1000 Ljubljana, Slovenia

### ABSTRACT

**Introduction:** Slovenia has a high level of alcohol consumption. Comparisons of the alcohol consumption habits of the Roma and non-Roma population have yielded conflicting results. The aim of this research was to compare alcohol consumption habits between Roma and non-Roma in a sample population in Northeastern Slovenia.

**Methods:** We conducted a cross-sectional study in which we included 100 representatives of Roma and 100 representatives of non-Roma population, aged 18 to 65 years. The questionnaire used included demographic data (gender, age, marital status, education, and employment) and the AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) questionnaire. Two logistic regression models (teetotallers/drinkers and non-hazardous drinkers/other drinkers) were used for the comparison of drinking habits.

**Results:** Roma scored lower on overall AUDIT score (4.51) than non-Roma (4.56). Roma and non-Roma differ significantly regarding teetotallers (39.0 % vs. 16.0 %) and non-hazardous drinkers (38.0 % vs. 64.0 %). Ethnicity was identified to have a statistically significant impact on the studied drinking behaviour: teetotallers ( $p < 0.001$ ) and non-hazardous drinkers ( $p = 0.015$ ).

**Discussion and conclusion:** Our aim was to look at the differences between the two groups rather than obtain representative data on the population. Our research also casts a doubt on whether the AUDIT questionnaire is suitable for measuring alcohol abuse.

### IZVLEČEK

**Uvod:** Visoka stopnja uživanja alkohola je posebej značilna za severovzhodni del naše države. Študije, kjer so glede pitja alkohola primerjali romsko in neromsko populacijo, navajajo nasprotujoča si dejstva. Cilj raziskave je bila primerjava navad pitja alkohola med Romi in Neromi na vzorcu prebivalcev severovzhodne Slovenije.

**Metode:** Opravljena je bila presečna raziskava, ki je vključevala 100 predstavnikov Romov in 100 predstavnikov Neromov, starih od 18 do 65 let. Uporabljeni vprašalnik je vključeval demografske podatke (spol, starost, zakonski stan, stopnja izobrazbe in zaposlitev) in podatke vprašalnika AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Za primerjavo pivskih navad sta bila uporabljena dva logistična regresijska modela (abstinenti/pivci in manj tvegani/ostali pivci).

**Rezultati:** Z vprašalnikom AUDIT je bilo za Rome ugotovljeno nižje povprečno število točk (4,51) kot za Nerome (4,56). Skupini se bistveno razlikujeta po številu abstinentov (Romi: 39,0 %, Neromi: 16,0 %) in manj tveganih pivcev (Romi: 38,0 %, Neromi: 64,0 %). Na pivsko vedenje ima etnična pripadnost statistično značilen vpliv, kar velja tako za abstinate ( $p < 0,001$ ) kot tudi za manj tvegane pivce ( $p = 0,015$ ).

**Diskusija in zaključek:** Namen raziskave ni bilo zbiranje reprezentativnih podatkov o prebivalstvu, ampak ugotavljanje razlik med obravnavanimi skupinama. Nakazuje se tudi dvom, ali je vprašalnik AUDIT primeren za ocenjevanje odvisnosti od alkohola ali ne.

## Introduction

According to the World Health Organisation (WHO) the European population has the highest drinking rate in the world at 11 litres of pure alcohol per year on average per inhabitant 15 years of age and older (World Health Organisation, 2014). More than 60 diseases are directly related to alcohol abuse (Anderson & Baumberg, 2006). On average, in the European Union (EU), alcohol abuse is responsible for 1/7 of male deaths and 1/13 female deaths in people aged 15–64 (WHO Regional office for Europe, 2013). With regard to this, Slovenia is a wine-producing country with about 2 million inhabitants; drinking wine and homemade brandy has always been part of its culture. Slovenia has one of the highest alcohol consumption rates in Europe; however, the data are inconsistent, with reported rates being from 11 to 18 litres of pure alcohol per year per inhabitant aged 15 or older (Lovrečič & Lovrečič, 2013; Lavtar, et al., 2014; World Health Organisation, 2014). Alcohol drinking starts in early childhood in Slovenia (Kolšek, 2000; Boben-Bardutzky, et al., 2009): 27 % of 15 year-old children drink alcohol several times a week (Jeriček-Klanšček, et al., 2012). In one study, only 14 % of Slovenian adolescents were abstinent from alcohol; more than half of them (53 %) had been drunk sometime in the month preceding the study (Stergar, 2015). A 2008 CINDI (Countrywide Integrated Non-communicable Disease Intervention) study (Maučec-Zakotnik, et al., 2012) in Slovenia found that 10 % of adults are hazardous or harmful drinkers (16 % of males and 3.4 % of females) and that 21.6 % of men and 8.2 % of women binge drink at least once a month. In 2012, Sorko and Boben (2012) found that 35.5 % of the adult population in Slovenia are harmful drinkers, but the results of an anonymous questionnaire on the website [www.nalijem.si](http://www.nalijem.si) (Kolšek & Visnovič-Poredoš, 2011) found an even higher proportion of excessive drinkers. According to that research, 58 % of adult men and 49 % of adult women drank above the low risk drinking limits, 0–7 AUDIT scores in total.

The correlation between low socioeconomic status and risk factors associated with unhealthy lifestyles is well established (Ekuklu, et al., 2004; Csepe, et al., 2007; Davis, et al., 2010; Maučec-Zakotnik, et al., 2012; Babinska, et al., 2014). The health status and living conditions of Roma in Europe are poorer than that of the rest of the population (Bogdanovič & Nikič, 2007; Csepe, et al., 2007; Niksić & Kurspahić-Mujčić, 2007; Kanapeckiene, et al., 2009). They have a higher prevalence of smoking, unhealthy diets and lack of physical activity (Niksić & Kurspahić-Mujčić, 2007; Rambouskova, et al., 2009; Van Cleemput, 2010; Colombini, et al., 2012). However, information about their alcohol consumption has been unclear. Whereas a Turkish study reports that alcohol consumption was higher amongst the Roma population than the general population (Ekuklu, et al.,

2004), a Slovak study could not find any differences in overall total alcohol consumption between males of both populations, except more binge drinking in female Roma compared to non-Roma (Babinska, et al., 2014). Moreover, results of research on other minority groups confirm that in such groups, more people are either abstinent from, or engage in less harmful alcohol consumption; however, their populations are more at risk of addiction if they drink alcohol (Kell, et al., 2015; Noble, et al., 2015). It has also been found that leading an unhealthy lifestyle is more prevalent in the Roma community than in the general population (Petek, et al., 2006; Niksić & Kurspahić-Mujčić, 2007; Van Cleemput, 2010). Mental health problems in this community have also been identified as more prevalent (Zelko, et al., 2015b).

### *Aims and objectives*

Unfortunately, there is insufficient information regarding alcohol consumption among the Roma population and the factors that have an impact on the alcohol consumption. Members of the Roma community in Northeastern Slovenia pointed out the need for intervention programs regarding alcohol, which is an indication that alcohol consumption is perceived as a problem even in the community itself (Zelko, et al., 2015a). Therefore, we conducted our research whose main aim was to compare alcohol consumption habits between Roma and non-Roma.

## Methods

We conducted a retrospective cross-sectional case-control study by using an AUDIT questionnaire.

### *Description of the research instrument*

The questionnaire included demographic data (gender, age, marital status, education, employment, and ethnicity) and the AUDIT questionnaire (Kolšek, et al., 2013). The AUDIT questionnaire was developed by the WHO as a simple method of screening for excessive drinking and to assist in brief assessment. AUDIT, consists of ten closed questions about recent alcohol use, alcohol dependence symptoms, and alcohol-related problems. Its reliability and validity have been established in research conducted in a variety of settings and in many different nations. It has been translated into many languages, including Turkish, Greek, Hindi, German, Dutch, Polish, Japanese, French, Portuguese, Spanish, Danish, Flemish, Bulgarian, Chinese, Italian, Slovenian and also into Nigerian dialects (Saunders, et al., 1993). According to the AUDIT questionnaire, the score of 0 points defines a teetotaler, and a score of 1–7 points to low hazardous drinking.

### Description of the research sample

The sample included 200 people (100 Roma and 100 non-Roma), aged from 18 to 65 years, from Northeastern Slovenia – around Beltinci Health Centre. In June 2014, we asked every second adult visitor of the Community Health Center Murska Sobota - Beltinci to participate in the research until we reached the estimated sample. Roma representatives were included with the help of a community nurse. She only asked Roma that had chosen a general practitioner at the Community Health Center Murska Sobota - Beltinci to participate. A total of 300 questionnaires were distributed to both groups. The response rate in the Roma group was 76 % ( $n = 150$ ) and in non-Roma 71 % ( $n = 150$ ). 100 completed questionnaires from the Roma group and 100 from the non-Roma were included in the final analysis. The majority of respondents in both groups were married- Roma 53 % ( $n = 53$ ) and non-Roma 58 % ( $n = 58$ ). Roma representatives had mostly completed elementary school education ( $n = 48, 48\%$ ), while non-Roma representatives had mostly completed vocational education ( $n = 40, 42.6\%$ ). Roma representatives had higher unemployment rates ( $n = 39, 50\%$ ) in comparison to non-Roma ( $n = 9, 10.6\%$ ). In the non-Roma group most participants were male ( $n = 57, 57.6\%$ ) in the age group 35 to 49 years ( $n = 40, 41.2\%$ ), while Roma representatives were mostly women ( $n = 56, 56\%$ ) in the age group 18 to 34 years ( $n = 44, 45.8\%$ ).

### Description of the research procedure and data analysis

We collected the data in June 2014. Participation was voluntary and anonymity was provided with participant coding. The Roma were collected by community nurses from their settlements. The non-Roma participants were located at the Community Health Center Murska Sobota - Beltinci. The study has been approved by the Slovenian National Medical Ethics Committee.

The data collected were analysed by using SPSS version 21.0 (SPSS, Chicago, IL, USA). Differences between the observed ethnic groups regarding demographic characteristics were examined using a non-parametric Chi-square test and Mann-Whitney test, because normality has not been calculated. Binary logistic regression analysis was performed to identify demographic characteristics that have a significant impact on being a teetotaller and a non-hazardous drinker. Goodness-of-fit of the resulting models was assessed by the Omnibus test of model coefficients, Hosmer-Lemeshow test, Nagelkerke  $R^2$  and rate of correct classification. The level of statistical significance ( $p$ -value) was set at 0.05.

### Results

Table 1 shows that there were statistically significant differences in sociodemographic characteristics between the Roma and non-Roma, namely in education level ( $p < 0.001$ ) and employment status ( $p < 0.001$ ).

The differences in overall AUDIT scores are statistically significant ( $p = 0.020$ ) (Table 2). Roma have a lower overall AUDIT score than non-Roma. While simple differences in alcohol drinking habits are shown in Table 3. The differences between Roma and non-Roma are statistically significant in the proportion of teetotallers and non-hazardous drinkers, where Roma have a higher proportion of teetotallers and a lower proportion of non-hazardous drinkers. The proportion of people with addiction problems in Roma is higher than non-Roma, but the differences are not statistically significant. Binary logistic regression models, describing the behaviour of teetotallers and non-hazardous drinkers where statistically important differences were found, were estimated. Table 4 shows the results of the binary logistic regression model for teetotallers. 179 respondents were included in this model, 47 of them were considered as teetotallers.

Table 1: Differences in sociodemographic characteristics by ethnic group

Tabela 1: Razlike v socialnodemografskih značilnostih glede na etnično skupino

Sociodemographic characteristics/ Socialnodemografske značilnosti	Roma/ Romi		Non-Roma/ Neromi		p
	n	%	n	%	
Gender					
Male	44	44.0	57	57.6	ns
Female	56	56.0	42	42.4	
Total	100	100	99	100	
Age					
18–34	44	45.8	31	32.0	ns
35–49	29	30.2	40	41.2	
50–65	23	24.0	26	26.8	
Total	96	100	97	100	

Continues/Se nadaljuje

<b>Sociodemographic characteristics/ Socialnodemografske značilnosti</b>	<b>Roma/ Romi</b>		<b>Non-Roma/ Neromi</b>		<b>p</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Educational status</b>					
Elementary school	45	48.4	9	9.6	< 0.001
Vocational school	23	24.7	40	42.6	
High school	19	20.4	17	18.1	
Faculty	6	6.5	28	29.8	
Total	93	100	94	100	
<b>Employment</b>					
Unemployed	39	50.0	9	10.6	< 0.001
Student	5	6.4	4	4.7	
Employed	25	32.1	65	76.5	
Retired	9	11.5	7	8.2	
Total	78	100	85	100	
<b>Housing</b>					
Brick house	83	83.0	97	97.0	ns
Wooden house	12	12.0	/	/	
With relatives	5	5.0	3	3.0	
Total	100	100	100	100	
<b>Marital status</b>					
Married	53	54.6	58	58.0	ns
Single	36	37.1	35	35.0	
Divorced	1	1.0	5	5.0	
Widowed	7	7.2	2	2.0	
Total	97	100	100	100	

Legend/Legenda: n – number/število; % – percentage/odstotek; p – statistical significance/statistična značilnost; ns – not statistically significant/ni statistično značilno

Table 2: Differences in overall AUDIT scores by ethnic group

Tabela 2: Razlike v zbranih točkah AUDIT vprašalnika glede na etnično skupino

<b>Ethnic group/ Etnična skupina</b>	<b>n</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Mann-Whitney test</b>	
						<b>U</b>	<b>p</b>
Roma	100	4.51	7.177	0	33	4061.500	0.020
Non-Roma	100	4.56	5.547	0	40		
Total	200	4.54	6.398	0	40		

Legend/Legenda: n – number/število;  $\bar{x}$  – average value/povprečna vrednost; s – standard deviation/standardni odklon; Min – minimum value/minimalna vrednost; Max – maximum value/maksimalna vrednost; U – Mann-Whitney test/Mann-Whitney test; p – statistical significance/statistična značilnost

Table 3: Differences in alcohol drinking habits by ethnic group

Tabela 3: Razlike v pivskih navadah glede na etnično skupino

<b>Alcohol drinking habits/ Pivske navade</b>	<b>Roma/ Romi</b>		<b>Non-Roma/ Neromi</b>		<b>Chi-Square Test/ Hi-kvadrat test</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	$\chi^2$	<b>df</b>	<b>p</b>
Teetotallers	39	39.0	16	16.0	13.266	1	< 0.001
Non-hazardous drinkers	38	38.0	64	64.0	12.511	1	< 0.001
Hazardous drinkers	13	13.0	14	14.0	0.043	1	ns
Harmful drinkers	2	2.0	5	5.0	1.332	1	ns
Addicted	7	7.0	1	1.0	4.688	1	ns

Legend/Legenda: n – number/število; % – percentage/odstotek;  $\chi^2$  – chi-square test statistic/hi-kvadrat test; df – degrees of freedom/stopinje prostosti; p – statistical significance/statistična značilnost; ns – not statistically significant/ni statistično značilno

Table 4: Statistically significant factors included in the binary logistic regression model of the teetotallers ( $n = 179$ )  
 Tabela 4: Statistično značilni dejavniki, vključeni v binarni logistični regresijski model abstinentov ( $n = 179$ )

Teetotallers/ Abstinenti	Characteristics/ Značilnosti	B	Standard Error/ Standardna napaka	Wald	df	p	$e^B$	95% C.I. for $e^B$ / 95% C.I. za $e^B$	
								Lower/ Spodnja	Upper/ Zgornja
Omnibus test: $\chi^2 = 30.188$ ; $df = 6$ ; $p = 0.000$ Hosmer-Lemshow test: $\chi^2 = 2.310$ ; $df = 8$ ; $p = 0.970$ Nagelkerke $R^2$ : 0.227 Percentage correct: 78.2	Constant	-1.801	0.843	4.559	1	0.033	0.165	/	/
	Gender (female)	-1.292	0.403	10.297	1	0.001	0.275	0.125	0.605
	Age	0.047	0.017	7.221	1	0.007	1.048	1.013	1.084
	Ethnic group (Roma)	-1.705	0.484	12.401	1	0.000	0.182	0.070	0.470

Legend/Legenda:  $n$  – number/število;  $B$  – regression coefficient/regresijski koeficient; Std. Error – standard error/standardna napaka; Wald – Wald test/Waldov test;  $df$  – degrees of freedom/stopinje prostosti;  $p$  – statistical significance/statistična značilnost;  $e^B$  – odds ratio/razmerje obetov; C.I. – confidence interval/interval zaupanja;  $R^2$  – explanatory proportion of variability/delež pojasnjevalne variabilnosti;  $\chi^2$  – chi-square test/hi-kvadrat test

Table 5: Statistically significant factors included in the binary logistic regression model of the non-hazardous drinkers ( $n = 179$ )  
 Tabela 5: Statistično značilni dejavniki, vključeni v binarni logistični regresijski model manj tveganih pivcev ( $n = 179$ )

Non-hazardous drinkers/ Manj tvegani pivci	Characteristics/ Značilnosti	B	Standard Error/ Standardna napaka	Wald	df	p	$e^B$	95% C.I. for $e^B$ / 95% C.I. za $e^B$	
								Lower/ Spodnja	Upper/ Zgornja
Omnibus test: $\chi^2 = 15.463$ ; $df = 6$ ; $p = 0.017$ Hosmer-Lemshow test: $\chi^2 = 7.322$ ; $df = 8$ ; $p = 0.502$ Nagelkerke $R^2$ : 0.110 Percentage correct: 62.6	Constant	-0.442	0.686	0.416	1	0.159	0.643	/	/
	Ethnic group (Roma)	0.884	0.363	5.936	1	0.015	2.421	1.189	4.932

Legend/Legenda:  $n$  – number/število;  $B$  – regression coefficient/regresijski koeficient; Std. Error – standard error/standardna napaka; Wald – Wald test/Waldov test;  $df$  – degrees of freedom/stopinje prostosti;  $p$  – statistical significance/statistična značilnost;  $e^B$  – odds ratio/razmerje obetov; C.I. – confidence interval/interval zaupanja;  $R^2$  – explanatory proportion of variability/delež pojasnjevalne variabilnosti;  $\chi^2$  – chi-square test/hi-kvadrat test

Table 5 shows the results of the binary logistic regression model for non-hazardous drinkers. 179 respondents were included in this model, 95 of them were considered as non-hazardous drinkers.

Both logistic regression models (Table 4, Table 5) show that ethnicity is a statistically significant factor. Roma people have more than five (5.495) times the odds of being a teetotaller than non-Roma. Moreover, non-Roma people have more than two (2.421) times the odds of being a non-hazardous drinker than Roma. Both models proved statistically significant by Omnibus test. The teetotaller model explained 22.7 % of the variance in being a teetotaller and correctly classified 78.2 % of cases. The model of a non-hazardous drinker explained 11.0 % of the variance in being a non-hazardous drinker and correctly classified 62.6 % of cases.

## Discussion

The findings from this research suggest that, compared to the non-Roma population, the Roma population drink less than non-Roma, since the average AUDIT score is lower for Roma than non-Roma (Table 2). While looking at drinking patterns, ethnicity emerges as an important factor in determining a teetotaller and non-hazardous drinker (Table 3 and 4). In non-hazardous drinking, ethnicity is the only statistically important factor (Table 5). The interpretation of the model for teetotallers is relatively straightforward: being Roma, a person of female sex and older age are factors that are linked with non-drinking behaviour. Most studies conducted on minorities suggest that there is more abstinence in these groups compared to

the general population (Connor, et al., 2004; Dingwall, et al., 2011; Caetano, et al., 2014), therefore our results are not different from existing findings. For example, in Latvia and Lithuania, studies also found a higher rate of abstinence among Roma children (Kanapeckiene, et al., 2009). Our study has confirmed these findings. The model of non-drinking compared the non-hazardous drinkers with a control group of teetotallers and other drinking behaviours (hazardous, harmful and dependence). In this model, ethnicity is the only predicting factor, Roma being less likely to be non-hazardous drinkers (Table 5). The interpretation may be that Roma either do not drink at all, but when they do, they are more likely to drink excessively. In order to prove this thesis, we should construct a model that would compare the non-risky drinkers with the rest of the drinkers, but the sample size was too small to permit such an analysis. Roma traditionally do not own land, they do not plant fruit or grapes and are therefore not used to producing alcohol in order to consume it regularly in smaller quantities (Podojsteršek, 2015). However, other studies should be conducted in order to test the validity of this thesis. We would also like to draw attention to a relatively high proportion of reported addiction problems in the Roma population. The differences are not statistically important because the sample was too small. We could not give a relevant explanation to this question and further research would be needed to give an explanation of this observation. Another potential research question regarding this observation might be regarding the AUDIT scale and whether it is sufficiently accurate for alcohol abuse, as suggested by some authors (Foxcroft, et al., 2014). This is a finding that is certainly worth exploring in greater depth in further studies. Also, high quality health care should include knowledge about patients and this includes knowing about their ethnicity. Since Roma are a specific group to deal with and because they have different patterns of using healthcare, they are often considered as problematic patients (Van Cleemput, 2010). This, in turn, is a source of prejudice among healthcare providers, who often label them as problematic in their alcohol consumption, without any real data to support it. We believe our study sheds some additional light on this issue, proving that overall alcohol consumption in Roma is lower than in non-Roma, but that drinking behaviour, once it develops, may be more prone to excessive drinking.

The estimates of alcohol consumption were obtained from a self-reported questionnaire, and the results may be influenced by cultural norms. Some previous research pointed out that it may be possible that Roma wanted to please the investigators more than the rest of the population, which could influence the differences (Petek, et al., 2006; Niksič & Kurspahić-Mujičić, 2007; Zelko, et al., 2015b). Roma also more frequently needed help in understanding some of the questions in the questionnaire, which may also be

a source of bias. It might also be possible that some of the non-Roma sample did not understand the question, but refused to ask for help. These biases of self-reported questionnaires are well known and could not be avoided in looking at alcohol drinking behaviour. We are also aware that the sample was not representative. The aim of the research put forward was not to get representative data on the population, but rather to look at the differences between the two groups. Further, we are also aware that Roma groups are culturally different and that the group we have approached may not share the same values and norms as other Roma groups living in the country. Another limitation of the study could be a potentially non-sufficient accuracy of the AUDIT questionnaire for alcohol abuse and the question of usefulness of the questionnaire for minority groups.

## Conclusion

We confirmed that the Roma drink less and are more often teetotallers than non-Roma and that they have a different pattern of drinking behaviour. Further research should be conducted in order to clarify some of the questions regarding the drinking behaviour of this group, especially regarding drinking patterns and reasons for them.

## Acknowledgements

The authors would like to thank the people of Beltinci for participating in the study as well as the Community Health Center Murska Sobota - Beltinci staff for carrying out the fieldwork.

## Conflict of interest

The authors declare that no conflicts of interest exist.

## Funding

The study received no funding.

## Ethical approval

The study was approved by the Slovenian National Medical Ethics Committee on 23<sup>th</sup> of May 2014 (UKC-MB-KME-48/14).

## Author contributions

EZ and JP, the main investigators, designed the study and drafted the manuscript. IŠ and MK co-designed the study and co-drafted the manuscript. MS made the statistical analysis and co-drafted the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

## Literature

- Anderson, P. & Baumberg, B., 2006. *Alcohol in Europe, a public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies, p. 4. PMID:PMC2872520
- Babinska, I., Geckova, A.M., Jarcuska, P., Pella, D., Marekova, M. & Stefkova, G., 2014. Does the population living in Roma settlements differ in physical activity, smoking and alcohol consumption from the majority population in Slovakia? *Central European Journal of Public Health*, 22(Suppl), pp. 22–27. <https://doi.org/10.21101/cejph.a3897> PMID:24847610
- Boben-Bardutzky, D., Boben, D., Čebašek-Travnik, Z., Levačič, M., Sorko, N. & Zorko, M., 2009. *Odraščanje: z ali brez alkohola?* Ljubljana: Društvo Žarek upanja, pp. 34–38.
- Bogdanovič, D. & Nikič, D., 2007. Mortality of Roma population in Serbia 2002–2005. *Croatian Medical Journal*, 48(5), pp. 720–726. PMID:17948958; PMID:PMC2205976
- Caetano, R., Vaeth, P.A., Chartier, K.G. & Mills, B.A., 2014. Epidemiology of drinking, alcohol use disorders and related problems, popular US ethnic minority groups. *Handbook of Clinical Neurology*, 125, pp. 629–648. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-62619-6.00037-9> PMID:25307601
- Colombini, M., Rechel, B. & Mayhew, H.S., 2012. Access of Roma to sexual and reproductive Health Services: qualitative findings from Albania, Bulgaria and Macedonia. *Global Public Health*, 7(5), pp. 522–534. <https://doi.org/10.1080/17441692.2011.641990> PMID:22175646
- Connor, J., Broad, J.B., Jackson, R., Vander Hoorn, S. & Rehm J., 2004. *The burden of death, disease and disability due to alcohol in New Zealand*. ALAC Occasional Publication, no 23. Wellington: Alcohol Advisory Council.
- Csepe, P., Banoczy, J., Dombi, C., Forrai, J., Gyenes, M. & Dobrossy, L., 2007. Model program for screening oral cancer in the Roma population. *Magyar Onkologia*, 51(2), pp. 95–101. PMID:17660865
- Davis, C.G., Thake, J. & Vilhena, N., 2010. Social desirability biases in self-reported alcohol consumption and harms. *Addiction Behavior*, 35(4), pp. 302–311. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.11.001> PMID:19932936
- Dingwall, K.M., Maruff, P. & Cairney, S., 2011. Similar profile of cognitive impairment and recovery for Aboriginal Australians in treatment for episodic or chronic alcohol use. *Addiction*, 106(8), pp. 1419–1426. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03434.x> PMID:21438935
- Ekuklu, G., Deveci, S., Eskiocak, M., Berberoglu, U. & Saltik, A., 2004. Alcoholism prevalence and some related factors in Edirne, Turkey. *Yonsei Medical Journal*, 45(2), pp. 207–214. <https://doi.org/10.3349/ymj.2004.45.2.207> PMID:15118990
- Foxcroft, D.R., Smith, L.A., Thomas, H. & Howcutt, S., 2014. Accuracy of alcohol use disorders identification test for detecting problem drinking in 18–35 years-olds in England: method comparison study. *Alcohol and Alcoholism*, 50(2), pp. 244–250. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agu095> PMID:25534931
- Jeriček-Klanšček, H., Koprivnikar, H., Zupanič, T., Pucelj, V. & Bajt, M., eds., 2012. *Spremembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002–2010*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 183–194.
- Kanapeckiene, V., Valinteliene, R., Berzanskyte, A., Kevalas, R. & Supranowicz, P., 2009. Health of Roma children in Vilnius and Ventspils. *Medicina*, 45(2), pp. 153–161.
- Kell, K.P., Judd, S.E., Pearson, K.E., Shikany, J.M. & Fernandez, J.R., 2015. Associations between socio-economic status and dietary patterns in US black and white adults. *British Journal of Nutrition*, 113(11), pp. 1792–1799. <https://doi.org/10.1017/s0007114515000938> PMID: 25869232; PMID: PMC4597887
- Kolšek, M., 2000. *Pogostost pitja alkohola in pivske navade osnovnošolcev v Sloveniji*: doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, pp. 52–57.
- Kolšek, M. & Visnovič-Poredoš, A., 2011. Pivske navade uporabnikov spletne strani v Sloveniji. *Zdravniški Vestnik*, 80, pp. 676–685.
- Kolšek, M., Poplas-Susič, T. & Kersnik, J., 2013. Slovenian adaptation of the original AUDIT-C questionnaire. *Substance Use and Misuse*, 48(8), pp. 581–589. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.793354> PMID:23750659
- Lovrečič, B. & Lovrečič, M., 2013. Tvegana in škodljiva raba alkohola. In: M. Zorko, T. Hočevar, A. Tančič-Grum, V. Kerstin-Petrič, S. Radoš-Krnel, M. Lovrečič, et al., eds. *Alkohol v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 34–46.
- Lavtar, D., Rostohar, K., Zaletel, M. & Hočevar-Grom, A., eds., 2014. *Uporaba prepovedanih drog, tobaka in alkohola v Sloveniji 2011–2012*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 9–10.
- Maučec-Zakotnik, J., Tomšič, S., Kofol-Bric, T., Korošec, A. & Zaletel-Kragelj, L., 2012. *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije. Trendi v raziskavah CINDI 2001–2004–2008*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 91–101.



- Niksić, D. & Kurspahić-Mujčić, A., 2007. The presence of health risk behavior in Roma families. *Bosnian Journal of Medical Science*, 7(2), pp. 144–149.
- Noble, N.I., Paul, C., Conigrave, K., Lee, K., Blunden, S., Turon, H., et al., 2015. Does a retrospective seven-day alcohol diary reflect usual alcohol intake for a predominantly disadvantaged Australian Aboriginal population? *Substance Use and Misuse*, 50(3), pp. 308–319.  
<https://doi.org/10.3109/10826084.2014.980951>  
PMid:25474728
- Petek, D., Rotar-Pavlič, D., Švab, I. & Lolič, D., 2006. Attitudes of Roma toward smoking: qualitative study in Slovenia. *Croatian Medical Journal*, 47(2), pp. 344–347.  
PMid:16625703; PMCID:PMC2080393
- Podojsteršek, J., 2015. *Primerjava pivskih navad med romsko in neromsko populacijo v Prekmurju: specialistična naloga*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, pp. 11–33.
- Rambouskova, J., Dlouhy, P., Križova, E., Prochazka, B., Hrnčirova, D. & Andel, M., 2009. Health behaviors, nutritional status and anthropometric parameters of Roma and non-Roma mothers and their infants in the Czech Republic. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 41(1), pp. 58–64.  
<https://doi.org/10.1016/j.jneb.2008.04.360>  
PMid:19161922
- Sorko, N. & Boben, D., 2012. Rezultati raziskave o odnosu odraslih do alkohola. In: D. Boben, Z. Čebašek-Travnik & N. Sorko, eds. *Kako odrasle motivirati za zdrav življenjski slog*. Ljubljana: Društvo Žarek upanja, pp. 20–60.
- Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R. & Grant, M., 1993. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. *Addiction*, pp. 791–804. Available at:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8329970> [17.4.2017].
- Stergar, E., 2015. *ESPAD – Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino 2011*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, pp. 5–9. Available at:  
[http://www.cilizadelo.si/e\\_files/content/ESPAD%202011\\_Slovenija.pdf](http://www.cilizadelo.si/e_files/content/ESPAD%202011_Slovenija.pdf) [13.2.2015].
- Van Cleemput, P., 2010. Social exclusion of Gypsies and travellers: health impact. *Journal of Research in Nursing*, 15(4), pp. 315–327.  
<https://doi.org/10.1177/1744987110363235>
- World Health Organization, 2014. *WHO Global status report on alcohol and health 2014*. Geneva: WHO Press, pp. 28–31. Available at:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1) [13.2.2015].
- WHO Regional office for Europe, 2013. *Status report on alcohol and health in 35 European countries*, pp. 7–14. Available at:  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf?ua=1) [8.4.2014].
- Zelko, E., Švab, I., Maksuti, A. & Klemenc-Ketiš, Z., 2015a. Attitudes of the Prekmurje Roma towards health and healthcare. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 127(Suppl 5), pp. 220–227.  
<https://doi.org/10.1007/s00508-015-0704-z>  
PMid:25821052
- Zelko, E., Švab, I. & Rotar-Pavlič, D., 2015b. Quality of life and patient satisfaction with family practice care in a Roma population with chronic conditions in northeast Slovenia. *Zdravstveno Varstvo*, 54(1), pp. 336–344.  
<https://doi.org/10.1515/sjph-2015-0003>  
PMid:27646618; PMCID:PMC4820145

---

*Cite as/Citirajte kot:*

Zelko, E., Podojsteršek, J., Švab, I., Kolšek, M. & Sever, M., 2017. Differences in alcohol consumption habits between Roma and non-Roma in Northeastern Slovenia. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(2), pp. 116–123. <https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.2.156>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

## Razumevanje vloge medicinske sestre pri spremembi življenjskega sloga posameznikov, v preteklosti odvisnih od prepovedanih drog

Understanding the role of a nurse in facilitating lifestyle change among former illicit substance abusers

Klavdija Kadenšek, Branko Bregar

**Ključne besede:** heroin; zdravstvena nega; rehabilitacija; zdravje; družina; epidemiologija

**Key words:** heroin; health care; rehabilitation; health; family; epidemiology

Klavdija Kadenšek, dipl. m. s.;  
Univerzitetni klinični center  
Ljubljana, Pediatrična klinika  
Ljubljana, Služba za otroško  
psihijatrijo, Bohoričeva 20,  
1000 Ljubljana, Slovenija

*Kontaktne e-naslov/  
Correspondence e-mail:*  
klkadensek@gmail.com

viš. pred. mag. Branko Bregar,  
dipl. zn.; Univerzitetna  
psihiatrska klinika Ljubljana,  
Studenc 48, 1000 Ljubljana,  
Slovenija, in Fakulteta za  
zdravstvo Angele Boškin,  
Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice,  
Slovenija

Članek je nastal na osnovi  
diplomskega dela Klavdije  
Kadenšek *Razumevanje  
vloge medicinske sestre pri  
spremembi življenjskega sloga  
posameznikov, odvisnih od  
prepovedanih drog* (2016).

*Prejeto/Received:* 13. 10. 2016  
*Sprejeto/Accepted:* 17. 5. 2017

### IZVLEČEK

**Uvod:** Pri obravnavi posameznikov, odvisnih od prepovedanih drog, je pomemben odnos med posameznikom in medicinsko sestro. Namen raziskave je bil raziskati vlogo medicinske sestre pri spremembi življenjskega sloga posameznika, v preteklosti odvisnega od prepovedanih drog.

**Metode:** Raziskava temelji na kvalitativni raziskovalni metodologiji, uporabljen je bil delno strukturirani intervju. Vzorec je bil namenski ( $n = 8$ ), vključeni so bili štirje posamezniki, v preteklosti odvisni od prepovedanih drog, in štiri medicinske sestre, zaposlene na področju odvisnosti. Podatki so bil obdelani po metodi analize vsebine. Zanesljivost izvedene raziskave temelji na sledljivosti ugotovitev in doslednosti oziroma transparentnosti analize empiričnega gradiva.

**Rezultati:** Posamezniki vlogo medicinske sestre prepoznajo v neobsojajoči podpori, ki jim jo nudijo v pogostih stikih. Medicinske sestre jim zagotavljajo varno okolje, v katerem jim lahko zaupajo svoja intimna doživljanja. Zaupen medosebni odnos nastaja postopoma, osnovan je na nesebičnem sprejemanju posameznika, zaupanju in empatiji. Za učinkovito spodbujanje sprememb posameznikovega življenjskega sloga medicinske sestre potrebujejo nova znanja na področju svetovanja in motiviranja.

**Diskusija in zaključek:** Sodelujoči v raziskavi rešitev vidijo predvsem v bližini medicinske sestre, saj jim je le-ta v podporo in igra vlogo svetovalke. Po mnenju v raziskavi sodelujočih medicinskih sester, medicinske sestre, zaposlene na področju odvisnosti, pričakujejo več usmerjanega delovanja na področju življenjskega sloga. Zaradi slabše raziskanosti obravnavanega problema v našem prostoru bi bila na tem področju koristna opredelitev koristnih in potrebnih aktivnosti zaposlenih v zdravstveni negi.

### ABSTRACT

**Introduction:** In the health care of individuals addicted to illegal drugs the relationship between the individual and a nurse is highly significant. The aim of this research was to study the role of a nurse in facilitating lifestyle change among former illicit substance abusers.

**Methods:** This research is based on qualitative research methodology. A semi-structured interview was used. A purposive sample ( $n = 8$ ) was implemented. It included four individuals who had previously been addicted to illegal drugs and four nurses working in the field of drug addiction. Data processing was carried out with content analysis of qualitative empirical research thus ensuring reliability of the research.

**Results:** Individuals recognise the role of a nurse in the non-judgemental support that they offer their patients. Nurses provide a safe environment in which individuals may trust them with their intimate experiences. The trustworthy relationship is created gradually and is based on selfless acceptance of an individual, trust and empathy. In order to effectively encourage an individual to change their lifestyle, nurses need to obtain current knowledge in counselling and motivating.

**Discussion and conclusion:** Participants in the research see the solution particularly in the presence of a nurse as they provide the individual with support and act as a counsellor. According to the nurses who participated in the research, nurses who work in the field of drug addiction expect more targeted activities regarding lifestyle. Since this field is poorly researched in Slovenia, beneficial and necessary activities of health care employees dealing with drug addiction should be defined.

## Uvod

Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog (2014, p. 6) navaja, da je eden izmed kritičnih vidikov preživljanja prostega časa posameznikov nedvomno »nočno življenje, ki poleg pozitivnih učinkov prinaša tudi zdravstvene in socialne probleme, kot je tvegano in škodljivo pitje alkohola, uporaba prepovedanih drog ter druge oblike tveganega vedenja mladih«. Torej je za preprečevanje razvoja bolezni odvisnosti že v mladostništvu posameznika pomemben odnos staršev do psihoaktivnih substanc in do mladostnikovih oblikovanih stališč do prepovedanih drog (Yen, et al., 2007; Kreslin Rauter, 2015).

Raba prepovedanih drog je širok pojem, ki zajema pridobivanje psihoaktivnih snovi, eksperimentalno uporabo in škodljivo uživanje (Čuk Rupnik, 2008). Ob pojavu sindroma odvisnosti se vpliv prepovedanih drog prične kazati na fiziološki, kognitivni in vedenjski ravni delovanja človeškega organizma (Makovec, 2013). Sindrom odvisnosti lahko opišemo tudi kot »kompleksno vedenje zasvojenega človeka, ravnanje, o katerem on sam prav dobro ve, da je škodljivo, pa ga ponavlja in ga ne more opustiti, ker bi sicer doživel abstinenčno reakcijo« (Rozman, 2007, p. 33). Bolezen odvisnosti od prepovedanih drog je »v okolju obravnavana kot moralno etični prekršek«, zato so ti posamezniki stigmatizirani (Loboda & Debevec-Švigelj, 2010, p. 8). Večina posameznikov, ki ima težave z drogo, se ne ukvarja z nobeno gibalno aktivnostjo, zato so posledično njihove fizične, psihične in druge sposobnosti v primerjavi s sovrstniki bistveno slabše (Neale, et al., 2012). Vpliv odvisnosti se kaže tudi v odnosih z družinskimi člani. Največkrat se stiki z njimi ohladijo ali pretrgajo, pogosto prihaja tudi do obsojanj. Velikokrat sta prisotna fizično nasilje in sovražstvo (Zelko, 2014). Prepovedane droge imajo škodljive zdravstvene posledice. V strokovni literaturi so pogosteje navedene telesne kot pa duševne posledice zlorabe prepovedanih drog. Tako so pogoste pljučne in srčne bolezni, bolezni delovanja jeter, težave z zobovjem, nastanek žolčnih kamnov, okužbe z virusom HIV, hepatitis in tuberkuloza, težave z želodcem in pljučna embolija (Scholastic Scope, 2009; Loboda & Debevec-Švigelj, 2010; Rozina, 2013; National Institute on Drug Abuse, 2014; Šturm, 2015; National Institute on Drug Abuse, 2015). Prav zaradi nekaterih že zelo redkih bolezni, ki pa so značilne za intravenozne uživalce drog, le-ti predstavljajo eno izmed rizičnih skupin, ki jo obravnava tudi področje javnega zdravja.

Posamezniki, ki začutijo in izrazijo željo po spremembi življenjskega sloga, se lahko pričnejo vključevati v zdravstveno obravnavo. Še vedno pa se ravno zaradi doživljanja sramu v »uradno zdravljenje vključuje manj ljudi, kot bi bilo koristno in potrebno« (Bajc Furman, et al., 2014, p. 55). Ne glede na vire financiranja ima posameznik pravico do neprekinjene

obravnavo v okviru zdravstva, socialnega varstva ali nevladnih organizacij (Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog, 2014). Zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog je dolgotrajen in pogosto tudi neuspešen proces, kljub vsemu pa obstajajo tudi uspešno rešeni primeri odvisnosti od prepovedanih drog. K temu prispevajo tudi zdravstveni delavci, aktivni na tem področju (The Commonwealth of Australia, Department of Health and Ageing, 2015). Med njimi je tudi medicinska sestra, od katere se zahtevajo znanje in sposobnosti za ustrezno izvajanje zdravstvene nege in nudenje pomoči posameznikom v stiski; medicinska sestra je v skladu s kodeksom etike tudi zagovornica posameznika (Sotler, 2010). Za učinkovito zdravstveno obravnavo te ranljive populacije morajo medicinske sestre posedovati specialna znanja (Go, et al., 2011). Nekateri zdravstveni delavci, ki delajo na tem področju, menijo, da gre predvsem za dvosmeren odnos med medicinsko sestro in pacientom; prav iz tega kompleksnega odnosa medicinska sestra kontinuirano pridobiva potrebna znanja in veščine (Jazbec, 2015). Nedeljivi del terapevtskega odnosa je strokovna komunikacija, ki je tudi ena najpomembnejših nalog medicinske sestre in ki se začne že s sprejemom posameznika v zdravstveno ustanovo (Bregar & Verbič, 2009; Sotler, 2010). Znano je, da je življenjski slog posameznikov, odvisnih od prepovedanih drog, nezdrav. K izboljšanju njihovega življenjskega sloga medicinska sestra lahko bistveno pripomore s poznavanjem različnih terapevtskih metod (npr. kognitivne vedenjske terapije) (Zhuang, et al., 2014). S posameznikom mora vzpostaviti primeren odnos, temelječ na medsebojnem spoštovanju in zaupanju, kajti samo tako je mogoče pričakovati pozitivne rezultate zdravljenja. Bolj kot posameznika pozna, lažje mu pomaga. V ambulantah na primarni zdravstveni ravni, kjer je delo zdravstvenih delavcev osredotočeno na substitucijsko terapijo (metadon, buprenorfin, dolgo delujoči morfin), je medicinska sestra zadolžena predvsem za pripravo, aplikacijo in evidentiranje prejetih zdravil, opazovanje in beleženje psihofizičnega stanja posameznika in diskretno prisotnost pri odvzemu urina (Ball & Ross, 2012). Avtorja, ki navajata te delovne naloge medicinske sestre, ne omenjata pomembne terapevtske vloge medicinske sestre. Bregar in Verbič (2009) navajata, da je za ustrezno zdravstveno nego posameznika, odvisnega od prepovedanih drog, pomembno ocenjevanje potreb po temeljnih življenjskih aktivnostih. Pri tem izpostavljata tudi ukvarjanje s tistimi življenjskimi aktivnostmi, ki močno posegajo v vsakdanji življenjski slog posameznika, odvisnega od prepovedanih drog, in jih je v procesu rehabilitacije treba na novo vzpostaviti. Še bolje je, da medicinska sestra in pacient skupaj razjasnita cilje in pričakovanja, ki jim poskušata v nadaljevanju slediti (Videčnik, 2009). Medicinska sestra mora spremljati posameznikovo čustvovanje, vedenje, razmišljanje, sodelovanje, motivacijo in telesno

stanje. Pacienta mora naučiti kako razviti sposobnost za spopadanje z življenjem brez droge in ga pripraviti tudi na družbeno reintegracijo (Lasnier, et al., 2010).

### *Namen in cilji*

V slovenski strokovni literaturi so prispevki o delu medicinske sestre s posamezniki, odvisnimi od prepovedanih drog, redki, zato nas je v raziskavi zanimal življenjski slog posameznikov, ki so v preteklosti uživali prepovedane droge, in vloga medicinskih sester pri uveljavljanju novega življenjskega sloga posameznika, odvisnega od prepovedanih drog. Namen raziskave je bil ugotoviti, ali medicinske sestre v času obravnave posameznika svojo vlogo pri spremembi življenjskega sloga prepoznavajo in ali so v njej aktivne. Cilj raziskave je bil spoznati stališča in prepričanja medicinskih sester do življenjskega sloga posameznikov, odvisnih od prepovedanih drog, in do njihove vloge pri vzpostavljanju in ohranjanju zdravega življenjskega sloga posameznika, odvisnega od prepovedanih drog. Temeljni raziskovalni vprašanja, ki smo si ju zastavili v raziskavi, se glasita: »Kaj medicinska sestra prepozna kot lastno vlogo pri vzpostavljanju in ohranjanju zdravega življenjskega sloga posameznika, odvisnega od prepovedanih drog?« in »Kako posameznik, ki je odvisen od prepovedanih drog, dojema vlogo medicinske sestre pri skrbi za zdrav življenjski slog?«

### **Metode**

S pomočjo kvalitativne raziskovalne metodologije smo raziskovalni problem opredelili, analizirali in opisali. Izbrana metodologija omogoča, da problem bolje spoznamo v okolju udeleženih posameznikov in medicinskih sester, in nam pomaga priti do rezultatov, ki temeljijo na dejanskih izkušnjah (Skela Savič, 2009).

### *Opis instrumenta*

Za zbiranje empiričnega gradiva smo uporabili delno strukturirani intervju, saj le-ta omogoča poglobljeno razumevanje problema. Izbrana tehnika je sicer časovno zahtevna, vendar omogoča zbiranje podatkov tudi na majhnem vzorcu ljudi. Vogrinc (2008) opisuje, da je poudarek te tehnike na opisovanju in razumevanju proučevanih situacij.

Vodilna vprašanja intervjuja za posameznike, odvisne od prepovedanih drog, so bila:

- Kako gledate na svoj sedanji življenjski slog v primerjavi s preteklim?
- Kateri del življenjskega sloga so droge najbolj zaznamovale?
- Kako gledate na vlogo različnih strok pri spremembi vašega življenjskega sloga v času zdravljenja?

Vodilna vprašanja za medicinske sestre so bila:

- Kako dojemate življenjski slog posameznika, odvisnega od prepovedanih drog?

- Kako vidite svojo vlogo pri spreminjanju življenjskega sloga posameznika, odvisnega od prepovedanih drog, v času njegovega zdravljenja?

### *Opis vzorca*

Uporabljen je bil namenski vzorec. V vzorec smo vključili medicinske sestre, zaposlene na področju odvisnosti, in posameznike, v preteklosti odvisne od prepovedanih drog. V skupino posameznikov, v preteklosti odvisnih od prepovedanih drog, ( $n = 4$ ) smo vključili tri moške in eno žensko. Njihova povprečna starost je bila 35 let. Trije od štirih posameznikov so pridobili srednješolsko izobrazbo. Pri vseh je minilo vsaj pet let od prenehanja uživanja prepovedanih drog, vsi so bili v preteklosti vključeni v program metadonskega zdravljenja in sedaj vzdržujejo že nekajletno popolno abstinenco. Za razumevanje vloge zdravstvene nege pri spremembi življenjskega sloga posameznika, odvisnega od prepovedanih drog, smo v raziskavo vključili štiri izvajalce zdravstvene nege ( $n = 4$ ), dve ženski in dva moška. Njihova povprečna starost je bila 40 let. Trije sodelujoči (ena ženska in dva moška) so imeli visokošolsko in ena srednješolsko izobrazbo iz zdravstvene nege. Za lažje spoznavanje dela in prepoznavanje vlog medicinskih sester pri zdravstveni obravnavi pacientov, odvisnih od prepovedanih drog, smo vključili le medicinske sestre, zaposlene v centrih za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti od prepovedanih drog (»metadonski centri«). Izbrani zaposleni se vsakodnevno srečujejo s posamezniki, odvisnimi od prepovedanih drog, in imajo več kot petletne izkušnje na področju preprečevanja in zdravljenja odvisnosti. Splošno je sicer priporočljivo vključevanje večjega števila udeležencev, toda kljub majhnemu vzorcu le osmih intervjuvancev smo že po petih intervjujih zaznali zasičenost podatkov. Za slednjo je značilno, da nastopi takrat, ko novi pridobljeni podatki k dodatnemu pojasnjevanju kategorij več ne pripomorejo (Vogrinc, 2008).

### *Opis poteka raziskave in obdelave podatkov*

Vse udeležence smo pred pričetkom raziskave pisno zaprosili za soglasje za sodelovanje v raziskavi in jih seznanili z namenom in njihovimi pravicami. Vogrinc (2008) navaja, da v raziskovalnem procesu posamezniku ne sme biti povzročena nikakršna škoda, ne sme biti prevar in ogrožanja zasebnosti v raziskavo vključenih oseb, sodelovanje v intervjuju mora biti vedno prostovoljno. Raziskavo je odobrila Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko. Po odobrenem soglasju in pred izvajanjem intervjujev smo udeležence obvestili o snemanju pogovora z diktafonom, ki smo ga postavili na vidno mesto. Triangulacija virov podatkov glede na izobrazbo, spol in udeležence raziskave (medicinske sestre in posamezniki) nam je omogočila verodostojnost podatkov in nam zagotovila boljše razumevanje

proučevanega problema. Zanesljivost dobljenih rezultatov oz. ugotovitev temelji na sledljivosti in transparentnosti analize empiričnega gradiva. Intervjuje s posamezniki, odvisnimi od prepovedanih drog, smo opravili februarja 2016. Upoštevali smo željo udeleženca glede časa in kraja izvedbe. Intervjuje z izvajalci zdravstvene nege smo prav tako opravili februarja 2016. Po izvedenih intervjujih smo izvedli transkripcijo posnetkov, kjer so izjave udeležencev ostale nespremenjene. Sledilo je večkratno branje, med katerim smo si ustvarili glavne zaznamke, pomembne za cilj naše raziskave.

Za obdelavo podatkov smo uporabili metodo analize vsebine. Pridobljene zapise smo analizirali s pomočjo kod in kategorij. S kodiranjem smo izločevali za našo raziskavo bistvene pojme. Z združevanjem vsebinsko podobnih pojmov oz. kod smo oblikovali kategorije, ki so na višji ravni in bolj abstraktne od pojmov. Uporabili smo induktivno metodo, s katero smo, kot navaja Vogrinc (2008), kode preverjali na empiričnih podatkih in sorodne pojme združevali v celoto.

## Rezultati

V raziskavi smo se najprej osredotočili na posameznike, ki so bili v preteklosti odvisni od prepovedanih drog, in glede na njihove izjave izpostavili kode, ki smo jih nato združili v sedem različnih kategorij (Tabela 1). Z analizo intervjujev z medicinskimi sestrami, kjer smo raziskovali,

Tabela 1: Shematični prikaz kod in kategorij za posameznike, v preteklosti odvisne od prepovedanih drog  
Table 1: A schematic view of the codes and categories for substance abusers

<i>Kategorija/ Category</i>	<i>Kode/ Codes</i>
Družinska dinamika	Razočaranje; prerekanje; nezaupanje; nespoštovanje
Kriminal in prostitucija	Občutki krivde; izsiljevanje; strah; nasilje; zloraba
Zdravje	Pojavnost nesreč; hormonska nihanja; znižanje telesne teže
Zaposlitev	Neproductivnost; težave z iskanjem zaposlitve; prikrivanje odvisnosti; predsodki
Gibalna aktivnost	Pomanjkanje interesa oz. motivacije; upad fizične zmogljivosti; zmanjšana samozavest
Socialna mreža	Odkritost; predsodki drugih; čustva; prijateljske vezi; zaupanje
Doživljanje medicinske sestre	Prijaznost; občasno nezadovoljstvo; razumevanje; korekten odnos; sprejemanje

kakšno je njihovo prepoznavanje lastne vloge pri vzpostavljanju in ohranjanju zdravega življenjskega sloga posameznika, smo identificirali štiri kategorije (Tabela 2).

Tabela 2: Shematični prikaz kod in kategorij za medicinske sestre  
Table 2: A schematic view of the codes and categories for nurses

<i>Kategorija/ Category</i>	<i>Kode/ Codes</i>
Razvijajoči se medosebni odnos	Neobsojanje; nudenje stabilnosti; zaupanje
Podpora in komunikacija	Nesebična pomoč; zaupanje; spoštovanje; empatija
Sposobnosti za delo	Svetovanje; motiviranje
Pričakovanja medicinskih sester in spoštovanje posameznikove individualnosti	Želje medicinske sestre; razočaranje; doseganje ciljev; izražanje hvaležnosti

### *Posamezniki, v preteklosti odvisni od prepovedanih drog: Družinska dinamika*

Prepovedane droge so imele največji vpliv na spremembo družinskih odnosov. Posamezniki so navajali največ razočaranja, prerekanja, nezaupanja in nespoštovanja. Pomembnost prisotnosti družine v posameznikovem razmišljanju je prišla najprej v ospredje, največkrat v obliki krivde:

UD/št.\_1/POS/6: *Ko so razočarani, ko so imeli neka pričakovanja, pa potem tega ni. Pa jim sramoto delaš, ko te iščejo nonstop.*

V stanju omame so bili za odmerek pripravljene preprodati vse, kar jim je prišlo pod roke, še največkrat so pri tem oškodovali svoje najbližje. Glavni predmeti preprodaje so bili predvsem nakit, potni listi družinskih članov, televizorji, obleke in druga osebna lastnina:

UD/št.\_1/POS/7: *Jaz sem doma prodajal stvari. Ne vem, pasuše /tj. potne liste/ sem vzel, da smo lahko čez mejo hodil. Saj sem bil nonstop paranoičen zaradi policije. Ko sem preprodajal, sem še za sebe imel in posledično sem potem tudi moral v zapor, ne. Obžalujem sploh te ljudi, ki sem jih opeharil, pa ko sem bil nesramen, nespoštljiv.*

### *Posamezniki, v preteklosti odvisni od prepovedanih drog: Kriminal in prostitucija*

Moški se za dostop do prepovedane droge ukvarjajo s kriminalom in krajo, medtem ko se ženske večkrat kot moški prostituirajo. Pogostokrat so k temu priključeni občutki krivde, nasilje, izsiljevanje, strah in zloraba, ki lahko pripelje do kasnejših zdravstvenih posledic. Zdravja, ki je med vrednotami zelo pogosto na prvem mestu, posamezniki, odvisni od prepovedanih drog,

ne uvrščajo v sam vrh zaželenih vrednot. Zaradi slabe prehrane, uživanja prepovedanih drog in posledičnih hormonskih težav imajo tako ženske kot moški težave s prenizko telesno težo. Dramatičnost njihovega vsakdanjika dobro kaže izjava posameznice:

UD/št.\_4/POS/12: *Takrat sem ful /tj. zelo/ shujšala, sama kost pa koža. En tip me je takrat čist prebutal, ker nisem hotela izpolnit njegovih želj in šele takrat na urgenci so mi povedali, da sem posledično splavila.*

#### *Posamezniki, v preteklosti odvisni od prepovedanih drog: Zdravje*

S strani posameznikov, v preteklosti odvisnih od prepovedanih drog, smo zaznali poročanja o pojavnosti nesreč, hormonskih nihanjih, znižanju telesne teže. Prepovedane droge so na njihov način prehranjevanja vplivale tako, da so posameznikom zmanjševale apetit in željo po hrani. Nekateri so dnevno zaužili samo en obrok. Po navedbah so jim takrat najbolj ustrezala sladka živila:

UD/št.\_3/POS/8: *Jedel si takrat bolj slabo, en krof na dan, pa en jogurt, to je to. To je bila bolj želja po drogi, ne po hrani ... Hrana je bila takrat na zadnjem mestu.*

V raziskavi podatka o sklenjenem zdravstvenem zavarovanju med posamezniki, v preteklosti odvisnimi od prepovedanih drog, v času jemanja drog nismo iskali, vendar je ta problematika prišla na površje že kmalu, saj so posamezniki povezovali oz. pogojevali vključevanje v institucionalno obravnavo z zdravstvenim zavarovanjem. Če ima posameznik sklenjeno osnovno zdravstveno zavarovanje, se posledično vključuje v Center za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog in poskuša svoj življenjski slog spremeniti:

UD/št.\_3/POS/6: *V začetku, ko so mi še ta stari /tj. starši/ plačevali zavarovanje, ni bilo problema ... Potem se mi pa s tem ni dalo ukvarjat. Itak sem pa živel skoraj da ne na ulici.*

#### *Posamezniki, v preteklosti odvisni od prepovedanih drog: Zaposlitev*

Sprememba življenjskega sloga med drugim vključuje tudi zaposlitveno reintegracijo. Pri zaposlovanju so prihajali do različnih preprek, med njimi so bile neproduktivnost, težave z iskanjem zaposlitve, prikrivanje odvisnosti in predsodki. Nekateri posamezniki so nadaljevali s šolanjem od tam, kjer so ga končali pred odvisnostjo, in si pridobili srednješolsko izobrazbo, drugi so si poiskali zaposlitev v zavodih, ki delujejo na področju odvisnosti, in s svojimi izkušnjami učijo druge posameznike:

UD/št.\_2/POS/20: *Jaz drugače delam v Žarku. Po eni strani te dopolnjuje malo, skoz se učiš. Je pa zanimivo. Ni mi kar nekaj to delo, res se dobro počutim.*

#### *Posamezniki, v preteklosti odvisni od prepovedanih drog: Gibalna aktivnost*

Pred odvisnostjo so poleg dela v svoj vsakdanjik vključevali gibalno dejavnost, ki je blagodejno

vplivala na njihovo telo in duha. Z gibanjem so pridobivali energijo in moč ter motivacijo za zdravo življenje. Ko je v njihovo življenje stopila droga, je želja po gibanju izginila. Prišlo je do pomanjkanja interesa oz. motivacije, upada fizične zmogljivosti in zmanjšanja samozavesti. Trditev lahko podpremo s citatom, ki opisuje zdrav življenjski slog in ga primerja z življenjskim slogom, ki je temeljil na odvisnosti od prepovedanih drog:

UD/št.\_2/POS/1: *Dejansko prej ni bilo nobene druge aktivnosti kot pa samo droga, šiht /tj. služba/, pa metadon. Preden sem začel z drogo, sem igral košarko, ampak nikoli ne ne vem kaj. Potem ko so pa prišle droge vmes, pa konec.*

#### *Posamezniki, v preteklosti odvisni od prepovedanih drog: Socialna mreža*

Spoznavanje novih ljudi, ustvarjanje zaupnega odnosa v novem krogu družbe je izjemno težko, če človek pred tem preživi popolno preobrazbo samega sebe. Družba se še vedno ukvarja s predsodki, zato je bilo v tistem obdobju navezovanje novih stikov oteženo. Kategorijo najlažje opišemo z naslednjimi pripadajočimi kodami: odkritost, predsodki ljudi, čustva, prijateljske vezi in zaupanje:

UD/št.\_4/POS/13: *Vsak je imel predsodke, ko sem povedala, da sem džanki /tj. odvisnica od drog/. Pa tudi ljudje na ulicah, to so kar na metre stran od mene hodili. Prijateljic, ki sem jih takrat imela, ne vidim več; mi je tudi prav.*

#### *Posamezniki, v preteklosti odvisni od prepovedanih drog: Doživljanje medicinske sestre*

Posamezniki, odvisni od prepovedanih drog, so se v času substitucijskega zdravljenja vsakodnevno srečevali z zdravstvenim osebjem, od katerega so zaznali prijaznost, občasno nezadovoljstvo, razumevanje, korekten odnos in sprejemanje. Kakšno je bilo doživljanje skrbi medicinske sestre, najlažje podpremo z izjavo udeleženega posameznika, kjer opisuje pozitiven pristop, zaupanje in spoštljivost ter njihovo zavzetost pri zdravstveni obravnavi posameznika:

UD/št.\_4/POS/14: *Res so bile vse ful /tj. zelo/ prijazne. Sem kar nekaj časa hodila v metadonsko in sem imela pozitivno izkušnjo. Dobiš kar koristne nasvete, ne samo tisti metadon.*

Večina posameznikov je s strani medicinskih sester čutila naklonjenost. Tu izpostavljajo njihovo pomoč pri prilagajanju režima terapije, ko so odsotni in ne morejo vsak dan hoditi v ambulanto. Na splošno pa so mnenja, da jim obiski metadonskih ambulant in posvetovanja z zdravstvenim osebjem niso omogočali popolne ozdravitve od prepovedanih drog. Prepoznano je bolj usmerjanje v razmišljanje, da droga ni primerna za njih in da potrebujejo zdravljenje:

UD/št.\_2/POS/13: *Jaz pravim, en, ki se je prej drogiral, rabi konkretni red in disciplino, ne nekaj tam pol leta, da eno vodo hodim dajat.*

UD/št.\_4/POS/15: *Pomagale so mi velikokrat, kar se tiče ženskih zadev, dobila sem kakšen nasvet. Saj te lahko pripeljejo do tega, da mogoče začneš razmišljat o boljšem življenju. Samo potem je vse na tebi, noben drug ne bo namesto tebe trpel krize.*

### *Medicinske sestre: Razvijajoči se medosebni odnos*

Medicinske sestre prepoznavajo pomembnost dobrega medosebnega odnosa, ki je sestavljen iz neobsojanja, nudenja stabilnosti, zaupanja, in ki ne nastane čez noč, ampak z večletnimi stiki:

UD/št.\_4/MS/10: *Na začetku se mi zdi, da sploh dojemajo to, ko eno ustanovo, potem ko pa se zgradi nek odnos, pa temu ni tako. Se zatečejo po pomoč, lahko spregovorijo o svojih težavah, da vidijo, da delamo za njihov oziroma skupaj. Meni se zdi, da ni težko najt odgovorov ali pa obliko pomoči, usmeritev, spodbud za naprej.*

Pri tem se ceni stabilnost in stalnost zaposlenih medicinskih sester, saj se s tem lažje razvije odnos, ki je zaupljive narave:

UD/št.\_1/MS/3: *Sčasoma jih spoznaš, če več let tukaj delaš. To je prednost teh /tj. nas/ sester. In hitreje vidiš, če je kaj narobe. In odnos je zelo pomemben tukaj, a ne.*

### *Medicinske sestre: Podpora in komunikacija*

Podpora je pri obravnavi posameznikov, v preteklosti odvisnih od prepovedanih drog, ključni del, zato morajo medicinske sestre imeti občutek za nesebično pomoč, zaupanje in spoštovanje, znati morajo tudi podajati ustrezno znanje. Glede na izjave medicinskih sester le-te pogrešajo specialno izobraževanje na tem področju. Po poročanju so medicinske sestre večinoma prepuščene svojim odločitvam in jim za kakovostno obravnavo in posvet z drugimi zaposlenimi v zdravstveni negi primanjkuje časa:

UD/št.\_1/MS/9: *Tako kot mi zdaj – delo imamo tako organizirano, da nimam toliko časa in miru, da bi se lahko prav posvetovala.*

Sposobnost dobre podpore, večine učinkovite komunikacije, občutek za usmerjanje, sposobnost za prepoznavo kritičnih »trenutkov« odvisnosti in za ustrezno odločanje medicinske sestre pridobijo šele po večletnih delovnih izkušnjah. Prepoznavati morajo stanja, kdaj posameznika napotiti k zdravniku:

UD/št.\_1/MS/10: *Saj je usmerjanje. Ga tudi vprašaš, kako je, boš kaj spremenil, lahko kaj pomagamo, greš na tisto terapijo ali ono terapijo ali te naročim pri psihologu.*

Za medicinsko sestro, zaposleno na področju odvisnosti, je pomembno, da zna svetovati tudi o ustrezni spolni zaščiti. V metadonsko ambulanto po pomoč prihajajo tudi nosečnice ali mlade mamice v

različnih situacijah, zato je ključno, da ima medicinska sestra dobro znanje tudi s področja zdravja žensk:

UD/št.\_1/MS/17: *Včasih daš tudi kak zdravstveni nasvet, to tudi pogosto, tudi za njihove otroke recimo ali pa za nosečnice. Malo poveš, kaj more pazit, kaj lahko pa kaj ne sme, a ne.*

### *Medicinske sestre: Sposobnosti za delo*

Z dolgoletnimi stiki pri podeljevanju terapije se oblikujejo možnosti za vzpostavitev neformalnih odnosov, ki jih medicinske sestre vidijo kot pomembne pri nudenju pomoči.

UD/št.\_4/MS/23: *Skozi podeljevanje substitucijske terapije se razvije en odnos. In včasih po neformalnem pogovoru poročajo, da jim je to dosti koristilo, več kakor včasih en tak usmerjen pogovor pri psihiatru.*

Sposobnost empatije, pomoč na najrazličnejših področjih, svetovanje, motivacija so sposobnosti, ki so nujno potrebne za uspešno delo. V začetku je za posameznike zelo težko, saj ne poznajo niti osebja niti delovanja sistema, zato ustanovo pojmujejo zgolj kot objekt, kjer bodo prejeli metadonsko terapijo. Celotno zdravstveno osebje se trudi, da se s substitucijskim zdravljenjem čim bolj približa posamezniku:

UD/št.\_2/MS/2: *Mene gledajo kot eno oporno osebo tukajle, da jim pomagam. Ker jaz jih že čutim, že vidim, če je kakšna sprememba, karkoli. In oni to vejo in tako mi veliko zaupajo. Tako da sem z njimi kar kompatibilna.*

UD/št.\_3/MS/4: *Mi mu lahko dajemo neko spodbudo. To je tudi naše delo, ki ga opravljamo. Vsakemu posamezniku se posvetiš in ga probaš /tj. poskušaš/ prepričat, da bi čimprej misli preusmeril v kaj drugega, ne v iskanje droge. Ko pridejo sem, so povsem na tleh, potem pa dobijo pri nas neko energijo, neko zaupanje. In potem se jim začne njihov življenjski slog spreminjat, po navadi na bolje.*

### *Medicinske sestre: Pričakovanja medicinskih sester in spoštovanje posameznikove individualnosti*

Medicinske sestre dojemajo svoje delo stvarno in ne pričakujejo hvaležnosti, so pa poročale o različnih pričakovanjih po ozdravitvi posameznika. Za doseg ciljev je pomembna enotnost. Pričakovanja medicinskih sester pojasnjujemo z naslednjimi kodami: želje medicinske sestre, razočaranje, doseganje ciljev, izražanje hvaležnosti:

UD/št.\_2/MS/9: *Hvaležnosti ne pričakujem. Ti moraš v tistem trenutku pomagat, kakor lahko pomagaš. Oni imajo patološke odnose, to je čista patologija, a ne. Ne moreš ti zdaj pričakovat en rezultat, ampak želiš. Ampak če ni, tudi ne moreš obsojat.*

UD/št.\_1/MS/19: *Mislím, nobeden ti ni hvaležen za to, kar delaš.*

Pričakovanja medicinskih sester so lahko tudi večja kot želje posameznika, ki je v procesu zdravstvene obravnave. Pri vzpostavitvi novega življenjskega

sloga jim vedno poskušajo pomagati, četudi samo s spodbujanjem, vendar so pogostokrat razočarane, ko posamezniki obupajo pred ciljem:

*UD/št.\_3/MS/5: V tem smislu je včasih delo težavno, ker mi pričakujemo več, kakor pa so oni sami pripravljeni dat. Smo razočarani nad izidom. Včasih si mi to bolj želimo kot oni sami. No, večkrat se to zgodi.*

## Diskusija

Z raziskavo smo ugotovili, da je življenjski slog posameznikov, v preteklosti odvisnih od prepovedanih drog, močno spremenjen in po našem mnenju pomembno vpliva na izid zdravljenja odvisnosti. V raziskavi udeležene medicinske sestre svoje vloge pri vzpostavljanju zdravega življenjskega sloga ne vidijo samo pri uravnavanju zdrave prehrane, koriščenju prostega časa in zadostne gibalne aktivnosti. To ugotovitev potrjuje tudi Zavod za šport Republike Slovenije Planica (2017), ki navaja, da je njihovo področje kompleksno, nanj pa vplivajo naslednje v raziskavi prepoznane kategorije: družinska dinamika, kriminal in prostitucija, zdravje, zaposlitev, gibalna aktivnost, socialna mreža, doživljanje medicinske sestre, razvijajoči se medosebni odnos, podpora in komunikacija, sposobnosti za delo ter pričakovanja medicinskih sester in spoštovanje posameznikove individualnosti. Da je zagotovljena obravnava vseh področij življenjskega sloga, je treba razviti kakovosten medosebni odnos, ki terja večkratne stike med medicinsko sestro in posameznikom. Todorović (2014) kot pomemben del medosebnega odnosa izpostavlja namensko spoštljivo komunikacijo. Taniai in sodelavci (2014) poudarjajo, da je primarna naloga medicinske sestre vzpostavitev varnega okolja za posameznikovo spreminjanje in skupna določitev ciljev zdravljenja. Kakovosten medosebni odnos se je izkazal za osrednje gibalno spremembo v ljudeh, kar prepoznavajo tudi nekateri avtorji s področja spreminjanja posameznikovih navad (Rus Makovec, 2011). Za učinkovitejšo obravnavo posameznika, odvisnega od prepovedanih drog, je bistveno poznavanje nekaterih psihoterapevtskih metod. Zhuang in sodelavci (2014) med najbolj uporabne psihoterapevtske metode štejejo vedenjsko orientirano psihoterapijo, skupinsko psihoterapijo, individualno psihoterapijo itd., vendar kompetenc za le-te medicinske sestre sistematično ne posedujejo. Ugotovili smo, da je kakovosten medosebni odnos nemogoče doseči brez empatije, o čemer govori tudi Bregar (2012), ki trdi, da so za kakovosten medosebni odnos potrebni trije elementi: usmerjena empatija, neposessivna bližina in pristnost v odnosu. V raziskavi se je izkazalo, da imajo zaposleni v zdravstveni negi težave pri vzpostavljanju empatije, neposessivne bližine in pristnosti zaradi obremenjenosti posameznikov, odvisnih od prepovedanih drog, s kriminalom, prostitucijo in drugimi neprilagojenimi vedenji.

Z raziskavo smo ugotovili, da se medicinske sestre soočajo s porušeni družinskimi odnosi, travmami zaradi nasilja in spolnih zlorab ter psihičnimi in telesnimi zdravstvenimi težavami. Bregar in sodelavci (2013) jo izpostavlja, da za zaposlene v zdravstveni negi to pogostokrat predstavlja stres in veliko možnosti za izgorelost. V raziskavi udeležene medicinske sestre so poudarjale pomembnost obširnega znanja s področja odvisnosti od prepovedanih drog in izobraževanja. Nemeč in Čuček Trifkovič (2017) ter Bregar in sodelavci (2013) pa izpostavljajo problem pomanjkanja znanja zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije, kar zaposlenim otežuje poglobljeno razumevanje posebno zahtevnih primerov. Zdravstveni delavci za svoje delo potrebujejo več znanja in izkušenj (Van Boekel, et al., 2013). Odgovoren odnos medicinskih sester pomeni posedovanje ustreznega znanja in nudenje fizične, psihične, socialne, duhovne in moralne podpore (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2010; Kodrič, 2010). S tem si medicinske sestre prizadevajo, da bi ta stigmatizirana družbena skupina na zdravje gledala kot na najbolj pomembno življenjsko vrednoto, kar potrjujejo tudi Bregar in sodelavci (2013). Udeležene medicinske sestre so velik poudarek dajale socialni reintegraciji posameznika, odvisnega od prepovedanih drog. Posameznike morajo znati naučiti, kako razviti sposobnost za spopadanje z življenjem brez droge (Lasnier, et al., 2010). Ugotovili smo, da se medicinska sestra v času zdravljenja posameznika, odvisnega od prepovedanih drog, velikokrat znajde v vlogi svetovalke, motivatorke, zaupne osebe (namesto nekoč drugih bližnjih, zdaj odtujenih zaradi preteklega nezaupanja), terapevte ali učiteljice. To potrujeta tudi avtorici Loboda in Debevec-Švigelj (2010). V teh stikih se oba spoznavata, dokler si oba ne zaupata v tolikšni meri, da lahko obravnavata tudi najbolj intimne vsebine (Todorović, 2014). Za to delo je, po navedbah udeleženih medicinskih sester, potrebnih ogromno dolgoletnih izkušenj in veščin, ki jim pomagajo pri lažjem prepoznavanju posameznikovega stanja. Kakšna bosta razumevanje medicinske sestre in vzpostavljeni odnos do življenjskega sloga posameznika, je odvisno od nje same, pomembno pa je, da se zaveda svoje vloge (Bregar, et al., 2013). Udeležene medicinske sestre kot bistveno vidijo nalogo, da posamezniku pomagajo pri iskanju tiste poti, ki je zanj najbolj primerna in mu s tem omogočajo poiskati izhod iz stiske. Pri tem poudarjajo pomembnost vključevanja posameznikov v natančno diagnostično obravnavo, ki je pomembna za prepoznavanje stanja. Brez dvoma je potrebno skupno oblikovanje zdravega življenjskega sloga, kar potrjuje tudi Videčnik (2009). Žal se, kljub temu da s posameznikom preživi največ časa in z njim vzpostavi največ stikov, nanj ne more popolnoma zanesti, kadar gre za sodelovanje (Todorović, 2014). To so potrdile tudi udeležene medicinske sestre, ki poudarjajo, da so njihove želje po ozdravitvi posameznika večkrat večje, kot želje njega samega. Če posameznik sam ni



popolnoma prepričan, da je na ozdravitev pripravljen, in nima za to potrebne želje in volje, do uspeha ne bo prišlo. Ob tem medicinske sestre v začetku občutijo razočaranje, vendar vedo, da obsojanje ni v sklopu njihovih nalog.

Vloga medicinske sestre se je v naši raziskavi izkazala predvsem v sprejemanju posameznika, odvisnega od prepovedanih drog, in v vzpostavitvi kakovostnega medosebnega odnosa, ki nastane na podlagi mnogih stikov med medicinsko sestro in posameznikom. Rebernak (2013) navaja, da medicinske sestre svojo pomembno vlogo vidijo pri vzpostavljanju zdravega življenjskega sloga pri posameznikih.

Kot je zapisala Jazbec (2015), medicinska sestra ves čas skupaj s posamezniki gradi na izkušnjah in znanju. Vsekakor je ob tem zanimiv tudi vidik udeleženih posameznikov. Po večini so mnenja, da jim obiski v metadonski ambulanti in posvetovanja z zdravstvenim osebjem niso omogočala dobre in učinkovite podpore pri ozdravitvi. Kljub temu navajajo dobre izkušnje z zaposlenimi v ambulantah, saj so »bili deležni nesebične pomoči in koristnih nasvetov«. Velik pomen so takrat pripisovali razumevanju njihovega stanja s strani medicinskih sester. Od njih niso pričakovali ne pomilovanja ne podcenjevanja. V tistem trenutku so pričakovali pomoč in besedo, ki bi bila na pravem mestu. Kot so navajale tudi udeležene medicinske sestre, posamezniki večkrat obupajo in se kasneje ponovno vrnejo v upanju na novo rešitev.

Ena izmed omejitev raziskave je majhen vzorec, vendar lahko njegovo zadostnost zagovarjamo z doseženo zasičenostjo podatkov, in sicer tako pri posameznikih kot pri medicinskih sestrah. Ob možnosti ponovne izvedbe raziskave bi lahko rezultate razširili z vključitvijo posameznikov v fazi zdravljenja in rednega obiskovanja centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. To bi nam dalo obsežnejši vpogled v življenjski slog posameznika in primerjava med ozdravljenim posameznikom in posameznikom na zdravljenju bi bila bolj raznolika. Pri raziskovanju odnosa do življenjskega sloga posameznika imajo vlogo tudi drugi zdravstveni delavci, zato bi lahko v raziskavo vključili vse člane multidisciplinarnega tima (socialne delavce, psihiatre, psihologe, delovne terapevte in druge). Nedvomno pridobljenih rezultatov kvalitativne raziskave ni mogoče posploševati, kljub vsemu pa nam omogočajo boljše razumevanje vloge medicinskih sester na obravnavanem področju, ki od njih zahteva kompleksna znanja.

## Zaključek

Razlika med življenjskim slogom posameznika, v preteklosti odvisnega od prepovedanih drog, in zdravim življenjskim slogom je očitna. V obdobju razvite bolezni je droga osrednje gibalno življenje uživalca prepovedanih drog, kar pomeni, da je prav vse podrejeno drogi in pomembne vrednote ne igrajo pomembne vloge pri

odločanju, kaj je prav in kaj je narobe. Ko se posamezniki pričnejo vključevati v Centre za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, kjer se zdravijo s pomočjo substitucijske terapije, se redno srečujejo tudi z medicinsko sestro, ki jim je lahko v podporo in igra vlogo svetovalke. Kot je razbrati iz rezultatov, pridobljenih v raziskavi, medicinske sestre pričakujejo več usmerjenega delovanja na področju zdravega življenjskega sloga. Toda poseganje v življenjski slog posameznika je poseganje na mnoga področja njegovega vsakodnevnega delovanja, kot so: družina, partnerski odnosi, zdravje, travmatske izkušnje, nizka samopodoba in samospoštovanje, za katera pa medicinske sestre morebiti nimajo dovolj znanja in veščin, da bi lahko učinkovito intervenirale. Pomembno je torej, da na področje odvisnosti vstopajo izobražene in usposobljene medicinske sestre s specialnimi znanji.

## Nasprotje interesov/Conflicts of interest

Avtorja izjavljata, da ni nasprotja interesov./The authors declare that no conflicts of interest exist.

## Financiranje/Funding

Raziskava ni bila finančno podprta./The study received no funding.

## Etika raziskovanja/Ethical approval

Soglasje za raziskavo je bilo odobreno s strani Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko (0120-702/2015-2, KME 49/01/16)./The permission for the research was obtained from the Republic of Slovenia National Medical Ethics Committee (0120-702/2015-2, KME 49/01/16).

## Prispevek avtorjev/Author contributions

Prva avtorica članka je izvedla raziskavo, statistično analizo rezultatov in napisala prvi osnutek članka. Soavtor je prispeval pri konceptualni zasnovi, metodologiji, pripravi predstavitve rezultatov in diskusiji./The first author of the article conducted the research, statistically analysed the results and wrote the first draft of the paper. The co-author contributed to design and methodology of the research work, and to drafting the results and discussion.

## Literatura

Bajc Furman, V., Gorše Goli, A., Pišl, A., Purnat, Z., Rahne Otorepec, I., Radovanovič, M., et al., 2014. *Zgodbe upanja: primeri celostnega zdravljenja odvisnosti*. Ljubljana: eBesede, pp. 55–57.

Ball, J.C. & Ross, A., 2012. *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. Manhattan: Springer-Verlag, p. 12.

- Bregar, B. & Verbič, M., 2009. *Zdravstvena nega pacienta odvisnega od prepovedanih drog*. Ljubljana: Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, pp. 155–162.
- Bregar, B., 2012. Obravnava samomorilno ogroženega pacienta. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(1), pp. 67–74.
- Bregar, B., Živič, Z., Jambrošič, I., Lapanja, A., Roljič, S., Stopar Stritar, A., et al., 2013. Specializacije v zdravstveni negi: primer psihiatrične zdravstvene nege. In: B. Skela Savič, & S. Hvalič Touzery, eds. *Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji? / 6. posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera – quo vadis*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 63–77.
- Čuk Rupnik, J., 2008. Zdravljenje boleznih odvisnosti od heroina z metadonom v Centru za preventivo in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog Logatec. *Zdravniški vestnik*, 77(5), pp. 377–382.
- Go, F., Dykeman, M., Santos, J. & Muxlow, J., 2011. Supporting clients on methadone maintenance treatment: a systematic review of nurse's role. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18(1), pp. 17–27.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01628.x>  
PMid:21214680
- Jazbec, V., 2015. Delo medicinske sestre/zdravstvenega tehnika. In: J. Čuk Rupnik, ed. *Ob dvajsetletnici ustanovitve mreže centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog*. Ljubljana: Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje, pp. 40–41.
- Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2010. Uradni list Republike Slovenije št. 40.
- Kodrič, P., 2010. *Kakovost življenja odvisnika na substitucijski terapiji Suboxone: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, p. 25.
- Kreslin Rauter, J., 2015. *Pomen družine pri preprečevanju uživanja drog pri mladostnikih: diplomsko delo univerzitetnega študija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta, p. 26.
- Lasnier, B., Brochu, S., Boyd, N. & Fischer, B., 2010. A heroin prescription trial: case studies from Montreal and Vancouver on crime and disorder in the surrounding neighbourhoods. *International Journal of Drug Policy*, 21(1), pp. 28–35.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.04.003>  
PMid:19447025
- Loboda, B. & Debevec-Švigelj, M., 2010. Predstavitev centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog in delo v njih. In: B. Bregar & R. Sotler, eds. *Delo z odvisnimi. Povezovanje primarnega s sekundarnim zdravstvenim varstvom. Ljubljana, 11. junij 2010*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, p. 8.
- Makovec, M., 2013. Odvisnost od psihoaktivnih snovi. In: P. Pregelj, B. Kores Plesničar, M. Tomori, B. Zalar & S. Zihel, eds. *Psihiatrija*. Ljubljana: Psihiatrična klinika, p. 164.
- National Institute on Drug Abuse, 2014. *Scholastic Scope*. Available at: <http://headsip.scholastic.com/search-students/#stq=drug%20health%20effects&stp=1> [20. 12. 2016].
- National Institute on Drug Abuse, 2015. *Drug Abuse Hurts Kids*. Available at: <https://easyread.drugabuse.gov/content/drug-abuse-hurts-kids> [20. 1. 2017].
- Neale, J., Nettleton, S. & Pickering, L., 2012. Heroin users views and experiences of physical activity, sport and exercise. *International Journal of Drug Policy*, 23(2), pp. 120–127.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2011.06.004>  
PMid:21741815
- Nemec, U., Čuček Trifkovič, K., 2017. Stres med zaposlenimi na področju psihiatrične zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(1), pp. 9–23.  
<https://dx.doi.org/10.14528/snr.2017.51.1.122>
- Rebernak, N., 2013. *Vloga znanja prev entivne medicinske sestre in življenjski slog: magistrsko delo*. Celje: Mednarodna fakulteta za družbene in poslovne študije, p. 16.
- Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog (ReNPPD)*, 2014. Uradni list Republike Slovenije št. 25.
- Rozina, K., 2013. *Ženske in droge: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, p. 18.
- Rozman, S., 2007. *Peklenska gugalnica*. Ljubljana: Mladinska knjiga, p. 33.
- Rus Makovec, M., 2011. Spremembe vedenja: motivacijski postopek pri odvisnem človeku. In: A. Žmitek, ed. *Psihoterapevski ukrepi za vsakdanjo rabo 3*. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, pp. 102–133.
- Scholastic scope, 2009. *Drugs and your body*. Available at: <http://www.scholastic.com/drugs-and-your-body/mouth.htm> [23. 1. 2017].
- 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), p. 211.
- Sotler, R., 2010. Medicinska sestra/zdravstveni tehnik lahko zagotovi varovanje zasebnosti ob zdravljenju pacienta. In: B. Bregar & R. Sotler, eds. *Delo z odvisnimi. Povezovanje primarnega s sekundarnim zdravstvenim varstvom. Ljubljana, 11. junij 2010*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 53–55.

- Šturm, T., 2015. *Metode zdravljenja odvisnosti od drog in njihova učinkovitost na primeru komune*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Teološka fakulteta, pp. 35–36.
- Taniai, T., Yottsuj, N., Okuda, H., Karibe, H., Miura, K. & Hiraga, M., 2014. Qualitative evaluation of TAMARPP, the relapse prevention program for substance abusers at the Mental Health and Welfare Center. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi*, 49(6), pp. 305–317.
- The Commonwealth of Australia, Department of Health and Ageing, 2015. *The Ministerial Council on Drug Strategy*. Available at: <http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/home> [8. 1. 2017].
- Todorović, M., 2014. Odvisniki kot pacienti na Kliniki za infektivne in tropske bolezni Kliničnega centra Srbije. In: A. Kvas, S. Đurđa, R. Kobentar, P. Požun & G. Lokajner, eds. *Odvisnost in problemi v širši družbi: Zbornik prispevkov 17. simpozija z mednarodno udeležbo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, batic in zdravstvenih tehnikov, pp. 71–77.
- Van Boekel, L.C., Brouwers, E.P., van Weeghel, J. & Garretsen, H.F., 2013. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 131 (1–2), pp. 23–35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018> PMID:23490450
- Videčnik, I., 2009. *Pomen komunikacije v psihiatrični zdravstveni negi*. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, p. 203.
- Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, p. 18.
- Yen, J.Y., Yen, C.F., Chen, C.C., Chen, S.H. & Ko, C.H., 2007. Family factors of internet addiction and substance use experience in Taiwanese adolescents. *Cyberpsychology & Behavior*, 10(3), pp. 323–329. <https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9948> PMID:17594255
- Zavod za šport Republike Slovenije Planica, 2017. *Zdrav življenjski slog 2015–2017*. Available at: <http://www.zsrs-planica.si/zdrav-zivljenjski-slog/> [23. 2. 2017].
- Zelko, E., 2014. *Združenje zdravnikov družinske medicine*. Available at: [www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/I-301-22.pdf](http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/I-301-22.pdf) [15. 2. 2017].
- Zhuang, S.M., An, S.H. & Zhao, Y., 2014. Effect of cognitive behavioural interventions on the quality of life in Chinese heroin-dependent individuals in detoxification: a randomised controlled trial. *Journal of clinical nursing*, 23(9–10), pp. 1239–1248. <https://doi.org/10.1111/jocn.12287> PMID:23845099

---

*Citirajte kot/Cite as:*

Kadenšek, K. & Bregar, B., 2017. Razumevanje vloge medicinske sestre pri spremembi življenjskega sloga posameznikov, v preteklosti odvisnih od prepovedanih drog. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(2), pp. 124–133. <https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.2.137>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

## Uživanje alkohola med starostniki v domačem okolju: rezultati presejalnega testa SMAST-G

Alcohol consumption among the elderly living at home: results of the SMAST-G screening test

Radojka Kobentar, Zoran Kusić

**Ključne besede:** alkohol; presejanje; starost; zdravje

**Key words:** alcohol; screening; old age; health

doc. dr. Radojka Kobentar, viš. med. ses., prof. def.; Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Spodnji Plavž 3, 4280 Jesenice, Slovenija

Kontaktne e-naslov/  
Correspondence e-mail:  
rkobentar@fzab.si

Zoran Kusić, dipl. zn., mag. vzg. in menedž. v zdr.; Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48, Ljubljana, Slovenija

### IZVLEČEK

**Uvod:** Dosedanje raziskave kažejo, da je tvegano ali škodljivo uživanje alkohola med starostniki prisotno v obsegu med 5 % in 23 % te populacije. Z raziskavo smo želeli preučiti pojavnost uživanja alkohola v starosti v povezavi z demografskimi dejavniki, socialno vključenostjo in samooceno zdravja.

**Metode:** Uporabljen je bil standardizirani vprašalnik Short Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric version (SMAST-G). Nenačljivo so bili vključeni starostniki nad 65 let, živeči v domačem okolju, ki so razumeli besedilo. Podatke smo obdelali z opisno statistiko in testom hi-kvadrat.

**Rezultati:** Ugotovili smo, da je med starostniki 30,0 % takšnih, ki imajo možne težave z alkoholom. Statistična značilnost večjega uživanja alkohola se je pokazala pri nižji izobrazbi ( $\chi^2 = 12,255, p = 0,007$ ) ter pri moškem spolu ( $\chi^2 = 14,641, p < 0,001$ ). Ugotovili smo statistično povezanost uživanja alkohola s samooceno zdravja ( $\chi^2 = 12,085, p = 0,017$ ) ter s posameznimi spremenljivkami socialne vključenosti, in sicer z oceno socialnih odnosov ( $\chi^2 = 14,124, p < 0,001$ ) in z (ne)obstojem osebnih ciljev za prihodnost ( $\chi^2 = 12,156, p = 0,016$ ).

**Diskusija in zaključek:** Uživanje alkohola se pri starostnikih povezuje s slabšo kakovostjo socialnih odnosov in nižjo samooceno zdravja. Raziskava kaže na potrebo po zvišanju znanja starostnikov o vplivih uživanja alkohola na zdravje, na potrebo po njihovi integraciji v socialno okolje ter po nadaljnjem raziskovanju problema uživanja alkohola v starosti.

### ABSTRACT

**Introduction:** Research conducted to date indicates that from 5 % to 23 % of the elderly consume alcohol. The aim of the research was to examine the occurrence of alcohol consumption among the elderly in relation to demographic factors, social inclusion and relationships, and self-assessment of health.

**Methods:** We used the Short Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric version standardized questionnaire. The research included non-randomly selected elderly people above 65 years of age, who were living at home and could understand the text. The data was processed with the descriptive analysis and chi-square test.

**Results:** The research found that 30.0 % of the elderly have potential alcohol problems. Statistical significance was revealed in lower education and drinking ( $\chi^2 = 12.255, p = 0.007$ ), and male gender and drinking ( $\chi^2 = 14.641, p < 0.001$ ). We established a statistical correlation between the self-assessment of health and drinking ( $\chi^2 = 12.085, p = 0.017$ ), with assessment of social relationships ( $\chi^2 = 14.124, p < 0.001$ ) and with (non-)existence of future personal aims ( $\chi^2 = 12.156, p = 0.016$ ).

**Discussion and conclusion:** Alcohol consumption among the elderly is related to poorer quality of social relationships and self-assessment of health. The research reveals the need to increase the knowledge of the elderly regarding alcohol consumption, their integration into social environments, and further research of the problem of alcohol consumption among the elderly.

Članek je nastal na osnovi prispevka Radojke Kobentar in Zorana Kusića *Odvisnost od alkohola med starostniki – rezultati presejalnega testa SMAST-G*, objavljenega v zborniku 17. simpozija z mednarodno udeležbo *Odvisnost in problemi v širši družbi* v Ljubljani leta 2016.

Prejeto/Received: 2. 12. 2016  
Sprejeto/Accepted: 8. 5. 2017

## Uvod

Svetovno prebivalstvo kaže obrat demografske piramide zaradi podaljševanja pričakovane življenjske dobe, staranja populacije, zdravljenja kroničnih nenalezljivih bolezni ter posledično nižje umrljivosti (Kano, et al., 2014). Zaradi bolj tolerantnega odnosa do rabe alkohola ter prepleta različnih družbenih in osebnih dejavnikov je pri veliki generaciji prebivalstva, rojenega po drugi svetovni vojni, v razvitih državah sveta med starostniki v porastu uživanje alkohola in drugih snovi (Stanojević-Jerković, et al., 2011; Kuerbis & Sacco, 2013; Burns, 2015; Barry & Blow, 2016).

Ovisnost od alkohola je kot globalni problem z obsežnimi posledicami leta 1990 predstavljal osmi vzrok smrti in invalidnosti, leta 2010 je bil na petem mestu s 5,9 % vseh vzrokov smrti in zelo visokimi stroški zdravljenja (Dare, et al., 2014; Isted, et al., 2015). V Sloveniji je bilo v letu 2014 zaradi z alkoholom povezanih vzrokov 814 smrti, od tega je 55,6 % oseb umrlo pred dopolnjenim 65. letom starosti. Zaradi istih vzrokov je bilo hospitaliziranih 3545 oseb, največ zaradi duševnih in vedenjskih motenj (71,7 %) ter alkoholne bolezni jeter (23,5 %). Med osebami, hospitaliziranimi zaradi z alkoholom povezanih vzrokov, je bilo 13,9 % starostnikov nad 65 let (Lovrečič & Lovrečič, 2016). Povprečni neposredni in posredni letni zdravstveni stroški, povezani z uživanjem alkohola, so v Sloveniji ocenjeni na 153.000.000 EUR ter drugi stroški zaradi nezgod, nasilja, kriminalnih dejanj na dodatnih 81.000.000 EUR (Roškar, et al., 2016).

Ovisnost od alkohola je kronična progresivna bolezen z značilnimi simptomi slabšega nadzora nad uživanjem snovi in konstantne obremenjenosti, povezane z uživanjem ter zlorabo alkohola kljub negativnim posledicam (Kano, et al., 2014). Starostniki kažejo večjo stopnjo biološke občutljivosti za alkohol ob zmanjšanju jetrnih encimov za presnovo alkohola, slabši ledvični funkciji, zmanjšanju mišične mase, nižji koncentraciji tekočine v celicah ter večji občutljivosti centralnega živčevja za alkohol in druge psihoaktivne snovi (Barry & Blow, 2016). Motnje kritične presoje ter zanikanje škodljivega vpliva alkohola na zdravje in dobro počutje posameznikov ovirajo prepoznavanje te bolezni med starejšimi (Kano, et al., 2014). Staranje je obdobje spreminjanja na področju funkcioniranja, samostojnosti in socialne vključenosti ter zahteva vsakodnevno prilagajanje s sprejemanjem sprememb in preoblikovanjem življenja, v katerega nekateri vključijo navado uživanja alkohola (Gray, 2014).

Nacionalni inštitut za zlorabo alkohola in alkoholizem (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism – NIAAA) v Združenih državah Amerike opozarja na meje manjšega tveganja pri uživanju alkohola po 65. letu: največ 1 merica dnevno (ameriška merica je 14 g alkohola) in ne več kot 7 meric tedensko (Ryou, et al., 2012; Christie, et al., 2013). Upoštevati je treba, da je meja manj tveganega uživanja alkohola odvisna poleg

od starosti tudi od spola in zdravstvenega stanja. Isti inštitut navaja naslednje meje: 1 merica dnevno oz. 3 merice ob enkratni priložnosti za ženske ter 2 merici dnevno oz. 4 merice ob enkratni priložnosti za moške. Merica v slovenskem prostoru predstavlja 10 g čistega alkohola, kar najdemo v 2,5 dcl piva ali v 1 dcl vina ali v 0,3 dcl žgane pijače (Lovrečič & Lovrečič, 2014; Pišl, 2016).

Avtorji (Lovrečič & Lovrečič, 2014; Burns, 2015) navajajo različne načine uživanja alkohola. Preudarno uživanja alkohola pomeni upoštevanje mej manj tveganega uživanja alkohola in individualnih dejavnikov ter izogibanje uživanju v stiski, proti svoji volji in pred izvajanjem zahtevnih del. Pojem škodljivo ali problematično uživanje alkohola predstavlja uživanje, ki posamezniku povzroča telesne in duševne zdravstvene motnje ter ima običajno pridružene socialne posledice, in sicer ne glede na količino in vzorec uživanja (Lovrečič & Lovrečič, 2014; Krajnc, 2016; Pišl, 2016). Pojem tvegano ali rizično uživanje alkohola pa označuje uživanje, ki predstavlja večje tveganje za razvoj škodljivih posledic in je na presejalnih testih razvidno iz doseženega števila točk. Rizična količina za moške znaša 14 meric tedensko ali 4 ob enkratnem dogodku oz. za ženske 7 meric tedensko ali 3 ob enkratni priložnosti (Lovrečič & Lovrečič, 2016). Škodljivo in tvegano uživanje alkohola privede do odvisnosti od alkohola z značilnimi znaki, kot so višanje odmerka pijače za doseg želenega učinka, pojav abstinenčnih znakov ob zmanjšanju ali prekinitvi uživanja alkohola, vztrajanje pri uživanju kljub škodljivim posledicam, opuščanje ali zmanjšanje prijetnih aktivnosti na račun uživanja alkohola, zmanjšanje nadzora nad navadami uživanja alkohola ter močna želja in občutek nujnosti po uživanju alkohola (Pišl, 2016).

Starostniki so zelo heterogena skupina z različnimi preteklimi izkušnjami v zvezi z uživanjem alkohola, tj. od zgodnjega začetka v mladosti, do pretiranega uživanja v srednjih letih ali začetka v poznih letih (Stanojević-Jerković, et al., 2011; Andersen, et al., 2015; Burns, 2015; Barry & Blow, 2016). Tako med starostniki ločimo tri kategorije uživalcev, in sicer v prvo kategorijo sodijo tisti z zgodnjim začetkom in daljšo zgodovino problematičnega uživanja alkohola, pogosto z družinsko anamnezo in zgodovino zdravstvenih težav v odraslem obdobju, kot so ciroza, organski možganski sindrom ali psihiatrične motnje (Stanojević-Jerković, et al., 2011; Andersen, et al., 2015; Burns, 2015). Druga kategorija uživalcev s poznim začetkom problematičnega uživanja alkohola okoli 50. leta ima običajno krajša in daljša obdobja abstinence in predstavlja tretjino problematičnih uživalcev, ki razvijejo uživanje alkohola kot odgovor na življenjske krize, kot so upokožitev, izguba drage osebe in občutki osamljenosti (Stanojević-Jerković, et al., 2011). V tretji kategoriji so uživalci, za katere je značilno kompulzivno uživanje alkohola z menjavanjem epizod ekscesnega

uživanja alkohola in občasnih epizod kontroliranega uživanja in abstinence (Christie, 2013). Izidi zdravljenja odvisnosti od alkohola s poznim začetkom kažejo zelo dobre rezultate (Stanojević-Jerković, et al., 2011; Christie, et al., 2013; Andersen, et al., 2015; Isted, et al., 2015).

Raziskave v primarnem zdravstvenem varstvu kažejo, da 10 % do 15 % starejših izpolnjuje merila za tvegano ali škodljivo uživanje alkohola (Barry & Blow, 2016). Meje tveganega uživanja alkohola pogosteje presežejo moški kot ženske (Christie, et al., 2013). Tuji viri (Andersen, et al., 2015; Isted, et al., 2015) navajajo, da se problematično uživanje alkohola med starostniki pri ženskah pojavlja med 2 % in 9 % ter pri moških med 13 % in 23 %.

Prekomerno uživanje alkohola pri osebah nad 65 let poveča tveganje za nastanek številnih zdravstvenih motenj in bolezni, kot so hipertenzija, hemoragična možganska kap, sladkorna bolezen, bolezen jeter, obolenja prebavil s tveganjem za razjede in krvavitve, nalezljive bolezni, pljučne bolezni ter padci in zlomi (Stanojević-Jerković, et al., 2011; Andersen, et al., 2015). Prekomerno uživanje alkohola pomembno zviša tveganje za rak na grlu, jeziku, požiralniku, jetrih, debelem črevesju, danki in dojki (Lovrečić & Lovrečić, 2014; Andersen, et al., 2015; Isted, et al., 2015). Ugotavljajo, da je z alkoholom povezano tudi tveganje za depresijo, kognitivni upad in demenco (Leiker-Barbosa, et al., 2014; Andersen, et al., 2015).

Diagnoza odvisnosti od alkohola se potrdi na osnovi avtoanamnestičnih in heteroanamnestičnih podatkov, prisotnosti diagnostičnih kriterijev, različnih presejalnih testov, biokemičnih testov krvi ter kliničnih znakov zdravstvenih motenj zaradi uživanja alkohola (Kravos & Malešič, 2008; Naegle, 2008). Diagnostična merila se nanašajo na telesne in duševne posledice uživanja alkohola in so posebej pomembna pri retrogradnem ugotavljanju motenj zaradi uživanja alkohola (Kravos & Malešič, 2011; Barry & Blow, 2016).

Znaki odvisnosti od alkohola ostajajo pogosto prikriti tudi takrat, kadar so posamezniki v primarnem zdravstvenem varstvu obravnavani zaradi drugih zdravstvenih problemov (Christie, 2013). Hospitalizacije starostnikov zaradi zmedenosti, srčnega popuščanja in okužb kažejo, da ima tretjina sprejetih težave z alkoholom (Barry & Blow, 2016). Vzroki nezdravljenja odvisnosti so: slabše presejalno ugotavljanje težav z alkoholom oz. z drugimi snovmi, pomanjkanje zdravstvene ozaveščenosti na vseh ravneh, usmerjenost na zdravljenje drugih zdravstvenih težav ali spregledana bolečina, depresija ali nespečnost ter družbeno tolerantnost do uživanja alkohola ali uživanja drugih snovi (Kuerbis & Sacco, 2013; Burns, 2015; Johannessen, et al., 2015).

Zdravljenje starejših, odvisnih od alkohola, je odvisno od številnih dejavnikov, predvsem od njihove motivacije in življenjskih ciljev, osebnostnih značilnosti

posameznika, zdravstvenega stanja, socialnega okolja in potrebne podpore. Odsotnost presejalnih preverjanj odvisnosti v primarnem zdravstvenem varstvu in pomanjkanje ozaveščenosti zdravstvenih delavcev kažeta na odnos do problema odvisnosti med starostniki kljub dobri rezultatom zdravljenja (Christie, et al., 2013; Johannessen, et al., 2015). Pomanjkanje nacionalnih epidemioloških raziskav s področja odvisnosti od alkohola v starosti usmerja na potrebo po raziskovanju socialnih, duševnih in telesnih posledic tveganega uživanja alkoholnih pijač.

### *Namen in cilji*

Namen raziskave je bil ugotoviti pojavnost uživanja alkohola med starostniki nad 65 let, ki živijo v domačem okolju. Ugotavljali smo, koliko, kako pogosto in zakaj starostniki uživajo alkoholne pijače in koliko je to povezano z drugimi demografskimi in življenjskimi dejavniki. Cilji raziskave so bili analiza uživanja alkoholnih pijač med starostniki v domačem okolju v povezavi s socialnodemografskimi dejavniki in socialno vključenostjo. Glede na cilje smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšne so razlike v stopnji uživanja alkohola glede na spol in stopnjo izobrazbe?
- Kako se socialna vključenost starostnikov, opredeljena s samooceno socialnih odnosov, članstvom v združenjih, izvajanjem interesnih dejavnosti in zastavljeni osebni cilji za prihodnost, povezuje z uživanjem alkohola oz. z doseženim številom točk na testu SMAST-G?
- Kako se kažejo razlike v stopnji uživanja alkohola glede na samooceno zdravstvenega stanja?

### **Metode**

Za izvedbo raziskave smo uporabili kvantitativni neeksperimentalni raziskovalni dizajn, zbiranje podatkov smo izvedli s tehniko anketiranja.

### *Opis instrumenta*

V raziskavi smo uporabili vprašalnik, ki vključuje tri sklope. Prvi del se je nanašal na socialnodemografske podatke, kjer smo udeležence povprašali poleg osnovnih demografskih podatkov tudi o socialni vključenosti in zdravstvenem stanju. Demografske podatke smo opredelili kot: spol, starost, izobrazba in kraj bivanja. Spremenljivko socialna vključenost smo opredelili z vprašanji, ki se nanašajo na samooceno socialnih odnosov, članstvo v združenjih, interesne dejavnosti in zastavljene osebne cilje za prihodnost. Na vprašanja so udeleženci odgovarjali z »da« ali »ne«. Zdravstveno stanje smo zajeli z vprašanji o samooceni zdravja, prisotnosti kroničnih bolezni, uživanju psihoaktivnih snovi (alkohol, zdravila več, kot je predpisano, marihuana, cigarete in drugo).

Anketirane smo vprašali tudi po količini zaužitih pijač dnevno, tedensko, mesečno ter po razlogih za uživanje alkohola.

Za ugotavljanje vedenja in morebitnih problemov z uživanjem alkohola smo uporabili standardizirani presejalni test Short Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric version (SMAST-G) (Naegle, 2008; Ryou, et al., 2012), ki vključuje deset vprašanj. Presejalni test je prosto dostopen na spletu ([www.ConsultGeriRN.org](http://www.ConsultGeriRN.org)) z dovoljenjem za uporabo za neprofitne izobraževalne namene ob pogoju, da je vir ustrezno citiran (The Hartford Institute for Geriatric Nursing, 2012). Prevod vprašalnika v slovenščino je opravila prevajalska agencija. Na vprašanja so udeleženci odgovarjali z »da« ali »ne«. Najvišje možno število doseženih točk je 10. Odgovor »ne« prinese 0 točk, odgovor »da« pa 1 točko. Seštevek 0 ali 1 točka se pojmuje kot stanje brez težav zaradi uživanja alkohola, seštevek 2 ali več točk pa kot stanje z možnimi težavami zaradi uživanja alkohola. V skladu s priporočili predhodnih raziskav (Naegle, 2008; Ryou et al., 2012), ki potrjujejo, da dosežek 2 ali več točk nakazuje na možne težave pri uživanju alkohola v populaciji starejših, smo za potrebe statistične obdelave majhnega vzorca udeležence združili v dve skupini. Poimenovali smo ju »brez težav« (0–1 točka) in »možne težave« (2 ali več točk).

### Opis vzorca

Nenaključni priročni vzorec je zajel osebe iz treh različnih interesnih združenj upokojencev (poklicno, športno-rekreacijsko, za zdrav življenjski slog) v osrednjeslovenski regiji. Razdeljenih je bilo 130 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 76, kar predstavlja 58,46-% odzivnost. V raziskavo so bili vključeni le udeleženci, ki so odgovorili na vsa vprašanja SMAST-G testa, le-teh je bilo 70. Med temi anketiranci je bilo 61 % žensk in 37,1 % moških. Njihova starostna struktura je bila sledeča: med 65 in 69 let 51 % anketiranih, med 70 in 74 let 16,7 % anketiranih ter 18,5 % v skupini med 75 in 79 let, preostalih 13,8 % anketiranih je bilo starosti nad 80 let. Poklicno izobrazbo ali manj je imelo 38,9 % anketiranih, srednjo šolo 42,6 % ter višjo, univerzitetno ali več 18,5 % anketiranih. Med anketiranimi jih je bilo iz mestnega okolja 60 % in iz primestnega ali vaškega okolja 35,8 %, preostali se niso opredelili.

### Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Vodje aktivnosti v združenjih so bili, po predhodni ustni pojasnitvi namena in poteka raziskave, zaproseni za sodelovanje pri razdeljevanju anket aktivnim članom in ljubiteljskim udeležencem aktivnosti. Vstopni kriteriji so bili starost 65 let ali več, življenje v domačem okolju ter sposobnost razumevanja besedila in pisnega odgovora na zastavljeno vprašanje. Udeleženci so podali ustno soglasje za sodelovanje

v raziskavi in so imeli možnost kadar koli prenehati izpolnjevati vprašalnik oz. odstopiti od raziskave. Zagotovljena je bila popolna anonimnost, vprašalnike so oddali v zbirno kuverto, ki je bila potem poslana na naslov raziskovalca. Anketiranje je potekalo med 1. aprilom in 30. junijem 2016.

Pri anketnih vprašanjih, ki so ostala neodgovorjena, ker je bilo odgovarjanje nanje pogojevano s posameznim predhodnim odgovorom, smo pri analizi podatkov upoštevali samo veljavni delež odgovorov. Statistična analiza je bila opravljena s statističnim paketom SPSS verzija 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Uporabljeni sta bili metoda deskriptivne statistike in hi-kvadrat test za potrditev odgovorov na postavljena raziskovalna vprašanja. Upoštevana je bila statistična značilnost na ravni  $p < 0,05$ .

## Rezultati

Socialna vključenost anketirancev se je najpogosteje kazala v obliki dnevnega druženja s prijatelji ( $n = 26$ , 41,9 %), s sorodniki ( $n = 18$ , 29,0 %), z zakoncem ( $n = 7$ , 11,2 %) in z drugimi ( $n = 11$ , 17,7 %). Na to vprašanje je odgovorilo 62 oseb ali 88,6 % vseh vprašanih. Svoje socialne odnose je večina ocenila kot prav dobre in odlične (71,7 %), preostali kot slabše. Med osebnimi cilji za prihodnost so udeleženci najpogosteje opredelili »zdravje« ( $n = 25$ , 35,7 %), sledi aktivno življenje ( $n = 18$ , 25,7 %), uživanje v pokoju ( $n = 6$ , 8,6 %) in drugo. Največ aktivnih članov je imelo za interesno dejavnost športno-rekreacijske aktivnosti (50,1 %), vrtnarjenje, družabne igre, branje, kuhanje, poslušanje glasbe, gledanje filmov in drugo. Zdravstvene težave s kroničnimi boleznimi je potrdilo 64,3 % ( $n = 45$ ) vseh vprašanih, najpogosteje so navajali srčno-žilne bolezni ( $n = 18$ , 40 %), sledijo sladkorna bolezen ( $n = 8$ , 17,8 %), bolezni gibalnega aparata ( $n = 7$ , 15,5 %) ter bolezni prebavil ( $n = 4$ , 8,9 %), rak ( $n = 3$ , 6,7 %), astma ( $n = 1$ , 2,2 %), bolezni ščitnice ( $n = 1$ , 2,2 %) in druge motnje ( $n = 3$ , 6,7 %). Med vsemi vprašanimi je bilo 20,4 % ( $n = 14$ ) kadilcev.

Na vprašanja v zvezi z uživanjem alkohola so udeleženci najpogosteje navajali abstiniranje ( $n = 44$ , 62,9 %), neproblematično uživanje alkohola je bilo ugotovljeno pri 12,9 % ( $n = 9$ ) vseh vprašanih, od tega jih je 41,4 % ( $n = 29$ ) pilo priložnostno, nekateri ( $n = 14$ , 20,4 %) tedensko in le nekaj ( $n = 4$ , 5,6 %) udeležencev mesečno. Na vprašanje glede tedensko zaužite pijače so vsi udeleženci odgovorili, da količina le-te ni presegala 1 merice dnevno oz. 3 meric ob enkratni priložnosti. Razlogi za uživanje alkohola so bili najpogosteje druženje ( $n = 17$ , 24,3 %), sledijo sprostitvev ( $n = 7$ , 10,0 %) in posebne priložnosti ( $n = 5$ , 7,1 %). Težave z alkoholom in bolnišnično zdravljenje le-teh v preteklosti je potrdilo 9,3 % vprašanih.

Uživanje alkohola smo preverjali tudi s presejalnim testom SMAST-G (Tabela 1). Glede na dosežene točke na tem presejalnem testu ugotavljamo, da 62,9 % ( $n = 44$ )

vprašanih ne uživa alkohola oz. se opredeljujejo za abstinente (0 točk na testu), neproblematično uživanje alkohola velja za 7,1 % ( $n = 5$ ) vprašanih (1 točka na testu), možnost za težave z alkoholom se je pokazala pri 30 % ( $n = 21$ ) vprašanih (2 ali več točk na testu).

Iz Tabele 1 je za proučevani vzorec razvidna tendenca upadanja uživanja alkohola z višjo starostjo. Glede na pridobljene rezultate smo zaradi nadaljnje statistične obdelave oblikovali dve skupini anketiranih, in sicer smo abstinate in neproblematične uživalce alkohola združili v skupino »brez težav« (0–1 točka), preostali (2 ali več točk) so predstavljali skupino »možne težave«.

Med anketiranimi, za katere so predvidene možne težave z alkoholom, jih je imelo 57,1 % ( $n = 12$ ) zaključeno osnovno šolo, 38,1 % ( $n = 8$ ) srednjo šolo in 4,8 % ( $n = 1$ ) višjo šolo. Statistično značilna povezanost se je pokazala med stopnjo dosežene izobrazbe in uživanjem alkohola ( $\chi^2 = 12,255$ ,  $p = 0,007$ ). Statistično značilna povezanost se kaže tudi med spolom in uživanjem alkohola ( $\chi^2 = 14,641$ ,  $p < 0,001$ ). V skupini »možne težave« je bilo največ moških, in sicer 71,4 % ( $n = 15$ ). Statistično pomembna povezanost se kaže tudi med rezultatom na testu SMAST-G in izbranimi kategorijami odgovorov v zvezi z razlogi za uživanje alkohola ( $\chi^2 = 4,370$ ,  $p = 0,037$ ). Po navedbah anketiranih so le-ti psihične narave, kot so osamljenost, sprostitiv in bolečina.

V sklopu drugega raziskovalnega vprašanja nas je zanimal odnos med spremenljivkama socialna

vklučenost in uživanje alkohola oz. doseženo število točk na testu SMAST-G. Spremenljivko socialna vključenost smo izrazili z naslednjimi elementi: samoocena socialnih odnosov, članstvo v združenjih, interesne dejavnosti in zastavljeni osebni cilji za prihodnost. Rezultate analize odnosa med rezultatom na testu SMAST-G in prvima dvema spremenljivkama socialne vključenosti povzemata Tabela 2 in Tabela 3. Odnose med ostalima dvema proučevanima elementoma socialne vključenosti in rezultatom na testu SMAST-G podajamo samo opisno.

Rezultati v Tabeli 2 kažejo, da je bilo med anketiranci, ki so svoje socialne odnose ocenili kot slabe, več tistih z možnimi težavami z uživanjem alkohola. Za povezavo med oceno socialnih odnosov in uživanjem alkohola je ugotovljena tudi statistično pomembna značilnost ( $\chi^2 = 14,124$ ,  $p < 0,001$ ).

Rezultati v Tabeli 3 kažejo, da so anketiranci, ki so potrdili članstvo v kakšnem združenju, imeli manj problemov z uživanjem alkohola v primerjavi s tistimi, ki niso včlanjeni v nobeno združenje. V skupini »možne težave« je bilo statistično značilno več tistih, ki v združenja niso bili včlanjeni ( $\chi^2 = 6,090$ ,  $p = 0,014$ ). Udeleženci iz skupine »možne težave« večinoma tudi niso imeli osebnih ciljev za prihodnost v 42,9 % ( $n = 9$ ), kar potrjuje tudi statistična značilnost ( $\chi^2 = 12,156$ ,  $p = 0,016$ ). Četrta dimenzija socialne vključenosti, tj. interesne dejavnosti, glede na rezultat pri testu SMAST-G ne kaže statistično pomembnih razlik.

Tabela 1: Rezultati presejalnega testa SMAST-G glede na tri starostne skupine starostnikov

Table 1: The results of the SMAST-G screening test for three elderly age groups

Kategorije/Categories	Starost (v letih)/Age (in years)			Skupno/Total	
	65–74	75–84	> 85		
Abstinenti:	<i>n</i>	31	13	/	44
0 točk	%	70,5	29,5	/	62,9
Brez težav:	<i>n</i>	5	/	/	5
1 točka	%	10,4	/	/	7,1
Možne težave: ≥ 2	<i>n</i>	12	7	2	21
točk	%	57,1	33,3	9,5	30,0
Skupno		48	20	2	70

Legenda/Legend: *n* – število/number; % – odstotek/percentage

Tabela 2: Rezultati presejalnega testa SMAST-G glede na samooceno socialnih odnosov

Table 2: The results of the SMAST-G screening test according to the self-assessed social relations

Kategorije/Categories	Samoocena socialnih odnosov/Self-assessment of social relations			Skupno/Total	
	1 – slabi	2 – srednje	3 – dobri		
Brez težav:	<i>n</i>	4	3	42	49
0–1 točka	%	8,6	6,1	85,7	70
Možne težave: ≥ 2	<i>n</i>	5	7	9	21
točki	%	23,8	33,3	42,9	30
Skupno		9	10	51	70

Legenda/Legend: *n* – število/number; % – odstotek/percentage



Tabela 3: Rezultati presejalnega testa SMAST-G glede na članstvo v združenjih

Table 3: The results of the screening test SMAST-G according to membership in the Associations

Kategorije/Categories		Članstvo v združenjih/ Membership in Associations		Skupno/Total
		Da/Yes	Ne/No	
Brez težav:	<i>n</i>	32	17	49
0–1 točka	%	65,3	34,7	70
Možne težave: ≥ 2 točki	<i>n</i>	7	14	21
	%	33,3	66,7	30
Skupno		39	31	70

Legenda/Legend: *n* – število/number; % – odstotek/percentage

Tabela 4: Rezultati presejalnega testa SMAST-G glede na samooceno zdravja

Table 4: The results of the screening test SMAST-G according to the self-assessed health

Kategorije/ Categories		Samoocena zdravja/Health self-assessment					Skupno/Total
		1 (slabo)	2 (zadovoljivo)	3 (dobro)	4 (prav dobro)	5 (odlično)	
Brez težav:	<i>n</i>	/	1	21	18	8	48
0–1 točka	%	/	2,1	43,8	37,5	16,7	69,6
Možne težave:	<i>n</i>	1	4	7	9	/	21
≥ 2 točki	%	4,8	19,0	33,3	42,9	/	30,4
Skupno		1	5	28	27	8	69

Legenda/Legend: *n* – število/number; % – odstotek/percentage

Z odgovorom na zadnje raziskovalno vprašanje smo želeli proučiti odnos med uživanjem alkohola med starejšimi in njihovo samooceno zdravja. Višja ocena zdravja predstavlja boljšo samopercepcijo posameznika glede tega, v kolikšni meri je zdrav oz. se ne spopada z boleznimi. V Tabeli 4 prikazujemo zbrane rezultate glede na doseženo število točk pri testu SMAST-G in izbrano oceno zdravja. Rezultati nakazujejo, da so tisti anketiranci, ki so bili v razredu »možne težave«, nekoliko slabše ocenili svoje zdravje na lestvici od 1 do 5, kar kaže tudi izračunana vrednost testa hi-kvadrat ( $\chi^2 = 12,085$ ,  $p = 0,017$ ). Nasprotno pa so bile kronične bolezni manj prisotne v skupini »možne težave« ( $n = 10$ , 47,6 %) kot v skupini »brez težav«, kjer je bilo 61,22 % ( $n = 30$ ) oseb s kroničnimi boleznimi. Statistične značilnosti nismo dokazali.

## Diskusija

Za obravnavane starostnike, ki vsi živijo v domačem okolju, smo s presejalnim testom SMAST-G ugotovili, da jih je tretjina presegla mejo neproblematičnega uživanja alkohola, 30 % vprašanih je po zbranih točkah namreč sodilo v skupino oseb z možnimi težavami v zvezi z alkoholom. Razlogi za uživanje alkohola med starostniki v našem vzorcu so bili psihične in socialne narave. Dare in sodelavci (2014) potrjujejo povečano porabo alkohola med starostniki nad 65 let in tudi opozarjajo, da ima ta skupina povečano tveganje za zdravstvene posledice zaradi uživanja alkohola. V tej raziskavi obravnavani udeleženci so potrdili socialno funkcijo alkohola v smislu sproščenega vključevanja,

sodelovanja in povezovanja med starostniki v avstralskem okolju. Rezultati te avstralske raziskave torej kažejo na pomemben učinek alkohola za zmanjšanje čustvenih napetosti ter blaženja žalosti in osamljenosti starostnikov (Dare, et al., 2014).

Kano in sodelavci (2014) so ugotovili, da je med starostniki okoli 68 % takih, ki niso nikoli uživali alkohola ali so ga uživali le enkrat letno, kar se delno ujema z našimi rezultati. Kvalitativna raziskava na Norveškem je pokazala, da se uporaba alkohola in psihotropnih zdravil med starostniki nad 65 let povečuje in da je pričakovati, da bo postala še večji problem javnega zdravja tudi zaradi bolj tolerantnega odnosa do alkohola. Izpostavljeni so bili razlogi za uživanje alkohola: odhod otrok, izguba prijateljev, šibko zdravje, priložnost za druženje ter nizka stopnja odprtosti starostnikov za pogovor o življenjskih problemih (Johannessen, et al., 2015). V Veliki Britaniji so ugotovili opazno povečanje porabe alkohola med starostniki nad 65 let in večjo škodo zaradi uživanja alkohola v povezavi s tveganji za prometne nesreče in smrtne žrtve med pešci (Christie, et al., 2013; Isted, et al., 2015).

V raziskavi smo pritrdilno odgovorili na naše prvo raziskovalno vprašanje, da sta spol in izobrazba statistično pomembna napovednika uživanja alkohola. Med anketiranci, za katere velja možnost težav zaradi uživanja alkoholnih pijač, je več moških in tistih z nižjo izobrazbo. Glede vpliva spola in izobrazbe enako ugotavljajo tudi drugi domači in tuji avtorji (Stanojević-Jerković, et al., 2011; Kano, et al., 2014; Lovrečić & Lovrečić, 2016). V naši raziskavi je ugotovljeno tudi, da

je z nižjo izobrazbo pojav uživanja alkohola statistično značilno večji. Kano in sodelavci (2014) navajajo, da so med uživalci alkohola večinoma moški, poročeni, z nizko stopnjo izobrazbe, vendar statistično značilne razlike ne ugotavljajo. Obenem opozarjajo tudi na nevidno epidemijo, saj so pri starejših uživalcih ob ohranjeni stopnji samostojnosti, ki še omogoča uživanje alkohola, ugotovili določene kognitivne okvare. Avtorji (Christie, et al., 2013, Kano, et al., 2014) priporočajo učinkovito presejanje s presejalnimi testi, kot je SMAST-G, ter kontinuirano povezavo med osnovnim zdravstvom in specializirano oskrbo za zdravljenje odvisnosti. Domnevamo, da gre za sočasno delovanje individualnih lastnosti, demografskih in drugih okoljskih dejavnikov, ki jih nismo uspeli natančneje opredeliti, zato naših ugotovitev nikakor ne posplošujemo in jih sprejemamo z določeno distanco.

V naši raziskavi smo ugotavljali, ali socialna vključenost vpliva na uživanje alkohola, in prišli do zaključka, da je v skupini s šibkejšim socialnim vključevanjem, upošteva socialne odnose in članstvo v združenjih, več tistih, ki presegajo mejo neproblematičnega uživanja alkohola. Slednji tudi v večji meri niso navedli osebnih ciljev za prihodnost. Glede na četrti obravnavani element socialne vključenosti, tj. glede interesnih dejavnosti, se kažejo razlike v povprečnih vrednostih, vendar le-te niso statistično značilne. Rezultati natančneje raziskane socialne vključenosti so pokazali, da so starostniki iz skupine »možne težave« slabše ocenili socialne odnose v svojem okolju in večinoma niso bili aktivni člani združenj. Subjektivno slabša ocena socialnih odnosov govori v prid tezi, da uživalci alkoholnih pijač ne negujejo socialnih odnosov in se ne identificirajo kot člani združenj. Uživanje alkohola ovira socialne stike in zanimanje za interakcijo v ožjem in širšem socialnem okolju (Burns, 2015). Dare in sodelavci (2014) ugotavljajo, da ima socialno uživanje alkohola v nekaterih okoljih pomembno vlogo pri krepitvi socialne vključenosti ter integracije v skupnost upokojenecv, vendar je način uživanja imel nizko stopnjo tveganja.

Ugotovili smo, da so anketiranci, ki so presegli mejo neproblematičnega uživanja alkohola, statistično pomembneje slabše ocenili svoje zdravje kot tisti, ki je niso presegli. Prisotnost kroničnih boleznih je bila v skupini anketirancev, ki niso presegli te meje, nekoliko višja, pri čemer so številčno izstopale predvsem srčno-žilne bolezni, kostno-mišična obolenja in presnovne bolezni. Statistično značilnih korelacij nismo ugotovili in rezultate moramo sprejeti z določeno distanco. Drugi raziskovalci bolj pričakovano ugotavljajo, da prisotnost zdravstvenih težav ob drugih dejavnikih lahko predstavlja napovednik bolj tveganega uživanja alkohola (Stanojević-Jerković, et al., 2011).

Naša raziskava predstavlja pilotni projekt in nakazuje le nekatere dimenzije uživanja alkoholnih pijač v domačem okolju pri populaciji 65 let in več. Raziskava prispeva k razumevanju problema tveganega uživanja alkohola med starostniki, k odpravljanju stigmatizacije

uživalcev med starostniki ter opozarja na potrebo po ustreznem pristopu pri obravnavi problema. V prihodnosti bo potrebno razviti preventivne pristope pri obravnavi starostnikov z usmerjenostjo na zdravstvena tveganja in socialne posledice uživanja alkohola. Medicinske sestre v vlogi promotork zdravja bodo imele pri tem pomembno nalogo.

Omejitve raziskave so poleg majhnega vzorca tudi široko definirani vstopni kriteriji, razpršenost presejalnih podatkov zaradi manjšega vzorca ter možni subjektivni vpliv vodij aktivnosti pri (samo) anketiranju. Anketiranje je potekalo v precej neformalnih pogojih z zmanjšano možnostjo diskretnosti, kar bi lahko vplivalo na objektivnost podajanja podatkov. Vprašalnik o demografskih, zdravstvenih in socialnih podatkih ni natančneje zajel vseh kazalnikov, kot so dohodek, socialna mreža, obiski pri zdravniku in drugo.

Predstavljeni raziskovalni problem potrebuje nadaljnje raziskovanje na večjem naključnem vzorcu in v različnih okoljih. Potrebno bo natančneje opredeliti vstopne kriterije in dopolniti raziskovalna orodja s statističnim preverjanjem veljavnosti in zanesljivosti raziskave.

## Zaključek

Večdimenzionalni problem uživanja alkohola med starostniki bo v prihodnosti še večji, saj se skupina starostnikov hitro povečuje. Raziskava kljub navedenim omejitvam pokaže, da je med starostniki v domačem okolju velik delež oseb, ki uživajo alkoholne pijače predvsem zaradi slabše socialne vključenosti, osamljenosti in drugih težav. Pričakujemo večje vključevanje in vlogo medicinskih sester, tudi z zaželeno podiplomsko izobrazbo, ki bodo z ustreznimi presejalnimi instrumenti in prilagojenimi programi uspešno obvladovale škodljivo uživanje alkohola in drugih psihoaktivnih snovi med starostniki. Zdravstvena vzgoja in promocija zdravja, na vseh ravneh za vse skupine, naj bo prioriteta in izziv v bližnji prihodnosti.

## Zahvala/Acknowledgements

Najprej se zahvaljujemo neimenovanim udeležencem, brez katerih raziskave ne bi bilo. Vodjem interesnih združenj upokojenecv hvala za opravljeno veliko delo pri zbiranju in pošiljanju vprašalnikov. Zahvaljujemo se Gordani Lokajner, dipl. m. s., univ. dipl. org., in Đurđi Sima, dipl. m. s., za ure strokovnega sodelovanja pri predelavi članka za objavo. Posebej se zahvaljujemo doc. dr. Katarini Babnik, univ. dipl. psih., ki nama je svetovala v zaključni fazi raziskovanja in pisanja tega članka./Firstly, we would like to thank the anonymous participants, without whom this research would not be possible. A thank you goes out to the Chairs of Pensioner Associations for the tremendous assistance in collecting and sending of the questionnaires. We would also like to thank colleagues Gordana Lokajner, BSc, RN, and Djurdja

Sima, RN, for an extensive professional cooperation in preparing this article for publication. Special thanks goes out also to Assistant Professor Katarina Babnik, BSc, who kindly assisted and advised in the final stages of the research and compiling of this article.

## Nasprotje interesov/Conflict of interest

Avtorja izjavljata, da ni nasprotja interesov./The authors declare that no conflicts of interest exist.

## Financiranje/Funding

Raziskava ni bila finančno podprta./The study received no funding.

## Etika raziskovanja/Ethical approval

Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi Slovenije (2014)./The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia (2014).

## Prispevek avtorjev/Author contributions

Prva avtorica je sodelovala pri uvodu, metodah, rezultatih in diskusiji ter končni pripravi članka za objavo. Soavtor je sodeloval pri uvodu, metodah in rezultatih. Avtorja sta potrdila končno verzijo članka in se strinjata z objavo./The principal author was involved in drafting the introduction, methods, results and discussion as well as in the final preparation of the article for publication. The co-author participated in drafting the introduction, methods and results. Both authors approved the final version of the article and agree with its publication.

## Literatura

Andersen, K., Bogenschutz, P.M., Buhlinger, G., Behrendt, S., Bilberg, R. & Braun, B., et al., 2015. Outpatient treatment of alcohol use disorders among subjects 60+ years: design of a randomized clinical trial conducted in three countries (Elderly Study). *BioMedCentral Psychiatry*, 15, p. 280.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-015-0672-x>  
PMid:PMC4647307

Barry, L.K. & Blow, C.F., 2016. Drinking over the lifespan focus on older adults. *Alcohol Research: Current Reviews*, 38(1), pp. 115–120. Available at:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872606/>  
[1.7.2016].  
PMid:27159818; PMid:PMC4872606

Burns, B., 2015. Harmful drinking among the elderly - a hidden problem. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 21(10), pp. 12–13.  
PMid:26719874

Christie, M.M., Bamber, D., Powell, C., Arrindell, T. & Pant, A., 2013. Older adult problem drinkers: who presents for alcohol treatment? *Aging & Mental Health*, 17(1), pp. 24–32.  
<https://doi.org/10.1080/13607863.2012.696577>  
PMid:22757629

Dare, J., Wilkinson, C., Allsop, S., Waters, S. & McHale, S., 2014. Social engagement, setting and alcohol use among a sample of older Australians. *Health and Social Care in the Community*, 22(5), pp. 524–532.  
<https://doi.org/10.1111/hsc.12110>  
PMid:24867129

Gray, T.M., 2014. Habits, rituals, and addiction: an inquiry into substance abuse in older persons. *Nursing Philosophy*, 15(2), pp. 138–151.  
<https://doi.org/10.1111/nup.12041>  
PMid:24289153

Isted, A., Fiorini, F. & Tillmann, T., 2015. Knowledge gaps and acceptability of abbreviated alcohol screening in general practice: a cross-sectional survey of hazardous and non-hazardous drinkers. *BioMedCentral Family Practice*, 16, p. 72.  
<https://doi.org/10.1186/s12875-015-0290-1>  
PMid:26092292; PMid:PMC4474561

Johannessen, A., Helvik, A.S., Engedal, K., Ulstein, I. & Sorlie, V., 2015. Prescribers' of psychotropic drugs experiences and reflections on use and misuse of alcohol and psychotropic drugs among older people: a qualitative study. *Quality in Primary Care*, 23(3), pp. 134–140.

Kano, Y.M., Dos Santos, A.M. & Pilon, C.S., 2014. Use of alcohol in the elderly: transcultural validation of the Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G). *Revista Escola Enfermagem USP*, 48(4), pp. 649–656.  
PMid:25338245

*Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije*, 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Krajnc, A., 2016. Patronažno varstvo v obvladovanju odvisnosti. In: A. Kvas, R. Kobentar, Đ. Sima, G. Lokajner & P. Požun, eds. *Odvisnost in problemi v širši družbi*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 97–109.

Kravos, M., & Malešič, I., 2008. Transferin z zmanjšanim deležem ogljikovih hidratov (CDT) kot označevalec sindroma odvisnosti od alkohola. *Zdravniški Vestnik*, 77, pp. 189–198.

- Kravos, M., & Malešič, I., 2011. Bolnišnično zdravljenje odvisnosti od alkohola v vzhodni Sloveniji. *Zdravniški Vestnik*, 80, pp. 258–267.
- Kuerbis, A. & Sacco, P., 2013. A review of existing treatments for substance abuse among the elderly and recommendations for future directions. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 7, pp. 13–37.  
<https://doi.org/10.4137/SART.S7865>  
PMid:23471422; PMCID:PMC3583444
- Leiker - Barbosa, C., McPherson, S., Cameron, M.J., Jathar, R., Roll, J. & Dyck, G.D., 2014. Depression as a mediator in the longitudinal relationship between psychological stress and alcohol use. *Journal of Substance Use*, 19(4), pp. 327–333.  
<https://doi.org/10.3109/14659891.2013.808711>
- Lovrečič, B. & Lovrečič M. 2014. Tvegana in škodljiva raba alkohola predstavljata velik zdravstveni problem. In: M. Zorko, T. Hočevar, A. Grum Tančič, V. Kerstin Petrič, S. Radoš Krnel, M. Lovrečič, et al., eds. *Trendi o načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje Ljubljana, pp. 28–54.
- Lovrečič, B. & Lovrečič, M., 2016. Poraba alkohola in zdravstveni kazalniki tvegane in škodljive rabe alkohola: Slovenija, 2014. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 34–40.
- Naegle, A.M., 2008. Alcohol use screening and assessment for older adults. *The American Journal of Nursing*, 108(11), pp. 505–508.
- Pišl A., 2016. Kako odvisnega in njegove svojce motivirati za zdravljenje. In: A. Kvas, R. Kobentar, Đ. Sima, G. Lokajner & P. Požun, eds. *Odvisnost in problemi v širši družbi*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 43–62.
- Roškar, M., Blažko, N., Kerstin Petrič, V., Radoš Krnel, S., Lovrečič, M., Lovrečič, B., et al., 2016. In: M. Roškar, M. Serec, V. Kerstin Petrič & N. Blažko, eds. *Alkoholna politika v Sloveniji. Priložnosti za zmanjšanje škode in stroškov*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 12.
- Ryou, I.J., Kim, S.J., Jung G.J., Kim, S.S. & Choi, H.D., 2012. Usefulness of alcohol-screening instruments in detecting problem drinking among elderly male drinkers. *Korean Journal of Family Medicine*, 33, pp. 126–133.  
<https://doi.org/10.4082/kjfm.2012.33.3.126>  
PMCID:PMC3391637
- Stanojević-Jerković, O., Kolšek, M. & Rotar Pavič D., 2011. Dejavniki tveganja pitja alkohola pri slovenskih starostnikih: kvalitativna raziskava. *Zdravstveno Varstvo*, 50, pp. 249–258.
- The Hartford Institut for Geriatric Nursing, 2012. *Alcohol use screening and assessment for older adults*. New York: New York University, College of Nursing. Available at: [www.ConsultGeriRN.org](http://www.ConsultGeriRN.org) [12.11.2016].
- World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), pp. 2191–2194. Available at: <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf> [1. 9. 2016].

---

*Citirajte kot/Cite as:*

Kobentar, R. & Kusić, Z., 2017. Uživanje alkohola med starostniki v domačem okolju: rezultati presejalnega testa SMAST-G. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(2), pp. 134–142. <https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.2.153>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

## Odnos reševalcev do uporabe različnih oblik prisilnih ukrepov The attitudes of paramedics to different forms of coercive measures

Samir Muminović, Branko Bregar

**Ključne besede:** posebni varovalni ukrepi; prisilni jopič; medicinske sestre; urgencia

**Key words:** special coercive measures; straitjacket; nurses; emergency unit

Samir Muminović, dipl. zn.;  
Osnovno zdravstvo Gorenjske,  
OE ZD Kranj, Gosposvetska  
ulica 10, 4000 Kranj, Slovenija

*Kontaktne e-naslov/  
Correspondence e-mail:*  
samir.muminovic.007@gmail.com

viš. pred. mag. Branko Bregar,  
dipl. zn.; Univerzitetna  
psihiatrična klinika Ljubljana,  
Študenec 48, 1000 Ljubljana,  
Slovenija, in Fakulteta za  
zdravstvo Angele Boškin,  
Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice,  
Slovenija

### IZVLEČEK

**Uvod:** Prisilni ukrepi se v predbolnišničnem okolju pogosto uporabljajo. Namen raziskave je bil raziskati pojavnost in odnos reševalcev do prisilnih ukrepov.

**Metode:** Vprašalnik je izpolnilo 178 reševalcev. Vsi sklopi vprašalnika so dosegli primerno zanesljivost (Cronbach alfa > 0,8). Podatki so bili analizirani z opisno statistiko, t-testom, testom ANOVA in Pearsonovo korelacijo ob upoštevanju statistični značilnosti  $p < 0,05$ .

**Rezultati:** S prisilnim ukrepom se je že srečalo 165 (92,7 %) reševalcev. Ženske reševalke se v primerjavi z moškimi reševalci počutijo manj varne ( $t = 3,243, p = 0,03$ ) in se bolj strinjajo s posredovanjem policije ( $t = -0,572, p = 0,03$ ). Na terenu se najpogosteje uporablja vezanje s policijskimi lisicami, tj. s t. i. vezicami ( $\bar{x} = 3,30, s = 1,15$ ). Agresija, usmerjena proti drugim ( $\bar{x} = 4,22, s = 0,86$ ), agresija, usmerjena proti sebi ( $\bar{x} = 4,23, s = 0,76$ ), in nemir ( $\bar{x} = 3,23, s = 0,98$ ) so najbolj upravičeni razlogi za uporabo prisilnih ukrepov. Reševalci menijo, da potrebujejo več znanja s tega področja ( $\bar{x} = 3,90, s = 1,01$ ).

**Diskusija in zaključek:** Reševalci navajajo podobne vzroke za uporabo prisilnih ukrepov, kot jih v že predhodnih raziskavah navajajo zaposleni v bolnišnicah. Toda mnenje reševalcev o uporabi teh sredstev je negativno, z njihovo uporabo se v večji meri strinjajo samo v primeru pacientov z agresivnim vedenjem. Pri svojem delu se reševalci počutijo ogrožene. Glede uporabe prisilnih ukrepov potrebujejo usposabljanje in izobraževanje.

### ABSTRACT

**Introduction:** Coercive measures are often used in prehospital environments. The purpose of the research was to determine their frequency and the attitudes of paramedics towards them.

**Methods:** The questionnaire was completed by 178 paramedics. All segments of the questionnaire have shown suitable reliability (Cronbach alpha > 0.8). Data was represented with descriptive statistics, T test, ANOVA test and Pearson correlation with considering statistical significance ( $p < 00.5$ ).

**Results:** 165 paramedics (92.7 %) have been involved in coercive measure interventions. Women paramedics feel less safe than men ( $t = 3.243, p = 0.03$ ) and are more supportive of police intervention ( $t = -0.572, p = 0.03$ ). The most used coercive measure is restraining with police handcuffs ( $\bar{x} = 3.30, s = 1.15$ ). Aggression of patients directed at others ( $\bar{x} = 4.22, s = 0.86$ ), aggression directed at themselves ( $\bar{x} = 4.23, s = 0.76$ ) and agitation ( $\bar{x} = 3.23, s = 0.98$ ) are seen as the most justifiable causes for the use of coercive measures. Paramedics believe that they need more knowledge about this subject ( $\bar{x} = 3.90, s = 1.01$ ).

**Discussion and conclusion:** Paramedics mention similar reasons for using coercive measures to the ones mentioned by hospital employees in previous research. However, the opinion of the paramedics about using these measures is negative and they only agree with using coercive measures in the case of patients with aggressive behaviour. They feel endangered at their job. They need training and education on the use of coercive measures.

Članek je nastal na osnovi  
diplomskega dela Samirja  
Muminovića *Uporaba prisilnih  
ukrepov v predbolnišničnem  
okolju* (2016).

*Prejeto/Received:* 25. 9. 2016  
*Sprejeto/Accepted:* 5. 6. 2017

## Uvod

Reševalci se pogosto srečujejo s pacienti z duševno motnjo, ki potrebujejo urgentno ukrepanje (Kokalj, et al., 2015). Večina reševalcev se prav tako sooča tudi z nasiljem pacientov, najpogosteje z verbalnim nasiljem, ustrahovanjem in fizičnim nasiljem (Bigham, et al., 2014). Pogosto soočanje z nasiljem povezujemo tudi z duševnimi motnjami obravnavanih pacientov (Pourshaikhian, et al., 2016). Pri tem se reševalci pogosto srečujejo s strokovnimi, pravnimi in etičnimi dilemami, zlasti, ko se ob izkazanem nasilju pacienta izkaže potreba po uvedbi prisilnih ukrepov. V teh primerih se pokaže spretnost reševalcev pri vzpostavljanju kakovostnega medosebnega odnosa, katerega pomemben del je ustrezno »terapevtsko« komunikiranje (Prestor, 2013). Soočanje z nasiljem je pogosto lahko nevarno tako za pacienta kot tudi za zaposlenega; v takih primerih je potrebno zaprositi za pomoč tudi policijo, brez katere se varna intervencija urgentne pomoči težko izvede (Danieli, 2008). Fizično nasilje pacientov v predbolnišničnem okolju zahteva uporabo različnih prisilnih ukrepov, pri čemer je pomembno, da se držimo načela restriktivnosti, kar pomeni uporabo najmanj restriktivnih ukrepov, s katerimi določeno situacijo še lahko obvladujemo. Po urgentni obravnavi pacienta z duševno motnjo z izraženim nasiljem na terenu morajo reševalci skupaj s pacientom načrtovati tudi ustrezno nadaljevanje zdravljenja (Avguštin Avčin, 2012). Reševalci so zaradi vsega tega izpostavljeni tudi stresu, saj se od njih zahteva ali pričakuje primeren odziv na kritične situacije.

Prisotnost nasilja v predbolnišničnem okolju je v zadnjih letih močno narasla (Boyle, et al., 2007; Hagen, 2013; Gabrovec, 2015; Kelbič & Fekonja, 2015; Hyland, et al., 2016). Zaradi storitev, ki jih opravljajo reševalci, njihovo delovno okolje predstavlja dejavnik tveganja za nastanek nasilnih dogodkov. Odziv reševalcev je odvisen od njihovih delovnih izkušenj in poznavanja dejavnikov tveganja (Cheney, 2006). Med slednje uvrščamo: ogrožajoče vedenje, nevrološka obolenja, demenco, motnje zavesti, nekatere motnje zaznavanja in mišljenja, globoko depresijo, destruktivno mišljenje, osebnostno motnjo in dezorganiziranost, posttravmatski stresni sindrom, nekatere osebnostne motnje, zlorabo drog in drugo (Gosak, 2011).

Tudi pri nas se reševalci srečujejo z nasilnimi pacienti z duševno motnjo (Rant & Bregar, 2014). Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP, 2008) poudarja varovanje pacientovih pravic, le malo pa govori o pacientovih dolžnostih in zaščiti zdravstvenih delavcev v primeru nasilja pacientov ali njihovih svojcev (Čander & Vrtič, 2009). Isenberg in Jacobs (2015) ugotavljata, da še dandanes ni optimalnega pristopa, kako ostati varen v primeru obravnave pacientov z izraženim nasiljem. Tudi zato ker se je že več kot 90 % reševalcev že soočilo z nasiljem na delovnem mestu

(Hagen, 2013), je pomembno, da so reševalci tudi za take situacije primerno usposobljeni. Usposobljenost pomeni posedovanje teoretičnega in kliničnega znanja. V kolikor poznamo dejavnike tveganja za nasilno vedenje, lahko že vnaprej predvidevamo nekatere tvegane oziroma visoko kritične situacije. S pravočasnim načrtovanjem ustreznih intervencij preprečimo tveganje za poškodbe tako zaposlenih kot tudi pacientov (Cheney, 2006).

Pri obvladovanju nasilnega pacienta je pogosta uporaba različnih prisilnih ukrepov, ki jih danes poznamo v kliničnih okoljih širom po Evropi (Raboch, et al., 2010). Prav zaradi pogostega soočanja reševalcev z nasiljem pacientov je potrebno dodatno usposabljanje na tem področju, in sicer še posebej na začetku karijerne poti (Boyle, et al., 2007; Gabrovec & Lobnikar, 2014). Mnogi avtorji še danes dokazujejo, da si zdravstveni delavci dela z nasilnim pacientom z duševno motnjo ne znajo predstavljati brez prisilnih ukrepov; zmotno le-te razumejo celo kot terapevtski ukrep (Happell & Koehn, 2010; Gabrovec, et al., 2014; Gabrovec & Lobnikar, 2015; Gabrovec & Eržen, 2016). Odnos zaposlenih v zdravstveni negi je tisti dejavnik, ki najbolj determinira uporabo prisilnih ukrepov. Le-tej so bolj naklonjeni tisti zaposleni, ki imajo nižjo izobrazbo ali malo izkušenj z nasilnimi pacienti, in v večji meri moški kot ženske (Bregar & Možgan, 2012). Ker so se prisilni ukrepi v preteklosti tudi zlorabljali, mora presoja o njihovi uporabi vedno upoštevati načelo restriktivnosti in metodo zadnje izbire (Booth, 2015). Fizično oviranje je eno od etično in pravno najbolj problematičnih področij, ki močno posega v osnovne človekove pravice in v posameznikovo pravico do avtonomije in dostojanstva. Izvedba je opredeljena po zakonu in protokolih oziroma smernicah (ZDZdr, 2008; Naka, 2012).

Pri pregledu literature smo ugotovili, da uporaba različnih prisilnih ukrepov v predbolnišničnem okolju v slovenskem okolju še ni bila raziskana. V predbolnišničnem okolju se uporabljajo tudi prisilni ukrepi, ki sicer na področju psihiatrije pri nas niso v uporabi oz. niso zakonsko opredeljeni (ZDZdr, 2008; Možgan, 2009; Szpark, et al., 2013), kar je lahko tako za izvajalce nujne medicinske pomoči (NMP) kot tudi za paciente neprijetno in predstavlja tudi določeno tveganje za varnost.

### *Namen in cilji*

Pojavnost prisilnih ukrepov je povezana predvsem z odnosom zaposlenih v zdravstveni negi do njihove uporabe (Boyle, et al., 2007; Happell & Koehn, 2010; Szpark, et al., 2013). Zato smo se odločili, da bomo ugotovili odnos reševalcev do prisilnih ukrepov, njihovo oceno pogostosti nasilja nad zaposlenimi in njihovo oceno uporabnosti različnih prisilnih ukrepov v predbolnišničnem okolju. Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kako pogosto se reševalci srečujejo z intervencijami, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov?
- Katere vrste prisilnih ukrepov uporabljajo reševalci na intervencijah?
- Kakšne so razlike pri odnosu reševalcev do uporabe različnih prisilnih ukrepov glede na spol?
- Kakšen je občutek varnosti reševalcev pri zdravstveni obravnavi nasilnega pacienta?

## Metode

Raziskava je temeljila na neeksperimentalni opisni metodi kvantitativnega raziskovanja.

### Opis instrumenta

Podatke za empirični del smo pridobili s pomočjo vprašalnika, ki smo ga po pregledu ključne literature (Boyle, et al., 2007; Danieli, 2008; Happel & Koehn, 2010; Bregar & Možgan, 2012; Szparz, et al., 2013) oblikovali glede na namen in cilje raziskave. Prvi sklop vprašanj obsega demografske podatke, drugi sklop obsega vprašanja o prisilnih ukrepih, ki se nanašajo na intervencije v predbolnišničnem okolju, in tretji sklop se nanaša na varnost zaposlenih (in pacientov) na intervencijah, kjer se reševalci srečujejo s pacienti z duševnimi motnjami. V tretjem sklopu so anketiranci vprašanja vrednotili s pomočjo petstopenjske Likertove lestvice z naslednjimi pomeni: 1 – »sploh se ne strinjam«, 2 – »ne strinjam se«, 3 – »delno se strinjam«, 4 – »strinjam se« in 5 – »popolnoma se strinjam«. Razumljivost vprašalnika smo preverili s pilotno študijo, v katero so bili vključeni trije zaposleni v NMP. Naprošeni so bili, da podajo morebitne pripombe, mnenja in predlagajo spremembe. Vprašalnik jim je bil razumljiv, pripomb ni bilo. Zanesljivost vprašalnika smo preverili s Cronbachovim koeficientom alfa, katerega vrednost nad 0,7 pomeni dobro zanesljivost instrumenta (Cencič, 2009). Cronbachov koeficient alfa se je med posameznimi sklopi trditev gibal med 0,811 in 0,841.

### Opis vzorca

Uporabljen je bil priročni neslučajnostni vzorec. Vprašalnike smo razdelili med reševalce (zdravstvene tehnike, diplomirane zdravstvenike/medicinske sestre in zdravnike v predbolnišničnem okolju), zaposlene na reševalnih postajah Jesenice, Bled, Tržič, Škofja Loka, Kranj, in med udeležence 9. strokovnega izobraževalnega tekmovanja ekip NMP. Razdelili smo 200 vprašalnikov, vrnjenih smo dobili 178, kar predstavlja 89-odstotno realizacijo vzorca. V raziskavi je sodelovalo 123 moških in 55 žensk. Največ anketiranih je imelo srednješolsko izobrazbo, le-teh je bilo 83 (46,6 %), 52 (29,2 %) jih je imelo višješolsko ali visokošolsko izobrazbo in 42 (23,6 %) jih je imelo univerzitetno izobrazbo ali več. Povprečna starost

anketiranih je bila 41 let ( $s = 8,0$ ), povprečna delovna doba pa 10,9 let ( $s = 6,2$ ).

### Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Po pridobitvi pisnih soglasij vodstev posameznih zdravstvenih zavodov smo vprašalnike razdelili reševalcem. Pri izvedbi raziskave smo upoštevali etična načela raziskovanja. Pred izpolnjevanjem so bili potencialni anketirani pisno obveščeni o zagotavljanju anonimnosti in prostovoljnosti sodelovanja in uporabi podatkov izključno v raziskovalne namene. Anketiranje je potekalo v mesecu septembru in oktobru 2015. Za predstavitev odgovorov na zastavljena raziskovalna vprašanja smo izračunali frekvence in pripadajoče deleže, aritmetično sredino, standardni odklon, opravili t-test in test ANOVA, za analizo povezanosti smo uporabili Pearsonov korelacijski koeficient. Mejno vrednost statistične pomembnosti smo določili pri  $p < 0,05$ . Podatke smo obdelali z računalniškim programom SPSS verzija 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) in v programom Microsoft Excel.

## Rezultati

Ugotovili smo, da se je 165 (92,7 %) anketiranih v službi že srečalo z intervencijo, kjer je bilo potrebno fizično oviranje pacienta; le 13 (7,3 %) anketiranih se s fizičnim oviranjem v službi še ni srečalo. Moški anketiranci se pri opravljanju svojega dela statistično bolj pomembno počutijo varne kot pa anketiranke ( $t = 3,243$ ,  $p = 0,03$ ). Anketiranke na intervencijah, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov, povprečno pogosteje za pomoč zaprosijo organe notranjega ministrstva – policijo ( $t = -0,572$ ,  $p = 0,012$ ). Ostale rezultate prikazuje Tabela 1.

Pri vprašanju »Katere oblike prisilnih ukrepov uporabljajo reševalci na intervencijah?« so nas zanimale oblike oviranja na intervencijah, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov. Anketiranim smo ponudili več možnih odgovorov. Ugotovili smo, da se anketirani najbolj strinjajo z uporabo oviranja s policijskimi vezicami ( $\bar{x} = 3,30$ ,  $s = 1,163$ ), kjer ob prisotnosti reševalcev intervencijo opravijo policisti. Z uporabo ostalih v anketi ponujenih ukrepov se anketirani strinjajo le v majhni meri (Tabela 2).

Ugotavljali smo odnos anketiranih do posameznih oblik prisilnih ukrepov glede na izobrazbo (Tabela 3). Anketirani se z uporabo različnih oblik prisilnih ukrepov v predbolnišničnem okolju večinoma ne strinjajo. Le zaposleni s srednješolsko izobrazbo se deloma strinjajo z uporabo policijskih lisc oz. vezic, vendar glede na izobrazbo anketiranih do statistično pomembnih razlik ne prihaja (Tabela 3).

V nadaljevanju smo preverjali, ali prihaja do statistično pomembnih razlik v uporabi različnih oblik oviranja glede na spol (Tabela 4).

Tabela 1: Varnost reševalcev na intervencijah, kjer se uporabljajo prisilni ukrepi, glede na spol  
 Table 1: Safety of the paramedics on the interventions where coercive measures are required by gender

Občutek varnosti/ Sense of safety	Spol/ Gender	n	$\bar{x}$	t	p
Na splošno se pri svojem delu počutim varno.	M	123	-3,84	3,243	0,030
	Ž	55	3,44		
Na intervencijah, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov, se počutim ogroženega/-o.	M	123	-3,14	-1,408	0,161
	Ž	55	3,36		
Na intervencijah, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov, za pomoč prosimo organe notranjega ministrstva – policijo.	M	122	4,59	-0,572	0,012
	Ž	55	4,65		
Na intervencijah, kjer obravnavamo pacienta z duševno motnjo, s svojci komunicira pretežno zdravnik.	M	123	3,50	3,293	0,586
	Ž	55	4,00		
Na intervencijah, kjer obravnavamo pacienta z duševno motnjo, s svojci komunicira pretežno reševalec.	M	123	-2,85	4,859	0,001
	Ž	55	2,13		
Na intervencijah, kjer obravnavamo pacienta z duševno motnjo, s svojci komunicira pretežno policist.	M	123	2,15	0,276	0,783
	Ž	55	2,11		

Legenda/Legend: M – moški/men; Ž – ženske/women; n – število/number;  $\bar{x}$  – povprečna vrednost/average value; t – t-test/t-test; p – statistična značilnost/statistical significance

Tabela 2: Različne oblike oviranja na intervencijah, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov  
 Table 2: Different forms of coercive measures on interventions

Oblike oviranja/ Different forms of coercive measures	n	$\bar{x}$	s
Prisilni jopič	178	2,67	1,625
Vežanje (oviranje) pacienta s pasovi na zajemalna nosila	178	2,97	1,312
Vežanje (oviranje) pacienta s pasovi na kardiološki stol	177*	2,17	1,250
Oviranje pacienta s policijskimi lisicami ali vezicami (izvedejo policisti, reševalci so poleg prisotni)	178	3,30	1,163
Oviranje pacienta s standardnimi pasovi za oviranje z magnetnim sistemom (pasovi Segufix)	177*	2,60	1,617
Drugo	140	2,19	1,256

Legenda/Legend: n – število/number;  $\bar{x}$  – povprečna vrednost/average value; s – standardni odklon/standard deviation; \* – manjkajoča vrednost/missing value

Definicijo posebnega varovalnega ukrepa v Zakonu o duševnem zdravju (2008) pozna 108 (60,7 %) anketiranih, medtem ko jih 70 (39,3 %) definicije ne pozna. V nadaljevanju nas je zanimalo, kakšen pomen ima poznavanje definicije posebnega varovalnega ukrepa, definirane v Zakonu o duševnem zdravju (2008), do uporabe različnih oblik prisilnih ukrepov (Tabela 4). Ugotovili smo negativno in šibko korelacijo pri uporabi prisilnega jopiča ( $r = -0,149$ ,  $p = 0,049$ ).

Odnos anketiranih do uporabe prisilnih jopičev smo v raziskavi posebej preverjali s petimi trditvami.

1) »Pri oviranju pacienta z duševno motnjo imamo več težav pri nameščanju prisilnega jopiča kot pa z oviranjem z drugimi ovirnicami« ( $\bar{x} = 3,30$ ,  $s = 1,07$ ). 2) »Nameščanje prisilnega jopiča je fizično lažje od nameščanja drugih ovirnic« ( $\bar{x} = 2,63$ ,  $s = 1,01$ ); anketiranci torej menijo, da je nameščanje prisilnega jopiča težavno. 3) »Nameščanje prisilnega jopiča je za reševalca zelo zahtevno delo« ( $\bar{x} = 3,55$ ,  $s = 0,97$ ); anketiranci se torej strinjajo, da gre pri nameščanju prisilnega jopiča za zahtevno intervencijo. 4) »Za nameščanje prisilnega jopiča sta z asistenco policije



Tabela 3: Odnos reševalcev do uporabe prisilnih ukrepov glede na izobrazbo  
 Table 3: The attitude of rescuers to the use of special coercive measures by education

<i>Različne oblike prisilnih ukrepov/ Different forms of coercive measures</i>	<i>Izobrazba/ Education</i>	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Prisilni jopič	Srednješolska izobrazba	83	2,69	1,607	0,541	0,586
	Višješolska ali visokošolska izobrazba	53	2,51	1,648		
	Univerzitetna izobrazba	42	2,83	1,652		
	Skupaj	178	2,67	1,625		
Vežanje (oviranje) pacienta s pasovi na zajemalna nosila	Srednješolska izobrazba	83	2,94	1,223	0,120	0,887
	Višješolska ali visokošolska izobrazba	53	3,08	1,412		
	Univerzitetna izobrazba	42	2,90	1,376		
	Skupaj	178	2,97	1,312		
Vežanje (oviranje) pacienta s pasovi na kardiološki stol	Srednješolska izobrazba	83	2,11	1,230	1,167	0,320
	Višješolska ali visokošolska izobrazba	52	2,10	1,302		
	Univerzitetna izobrazba	42	2,38	1,229		
	Skupaj	177	2,17	1,250		
Oviranje pacienta s policijskimi liscami ali vezicami (izvedejo policisti, reševalci so poleg prisotni)	Srednješolska izobrazba	83	3,58	1,061	0,386	0,682
	Višješolska ali visokošolska izobrazba	53	3,30	1,102		
	Univerzitetna izobrazba	42	2,74	1,251		
	Skupaj	178	3,30	1,163		
Oviranje pacienta s standardnimi pasovi za oviranje z magnetnim sistemom (pasovi Segufix)	Srednješolska izobrazba	83	3,10	1,567	0,092	0,912
	Višješolska ali visokošolska izobrazba	53	2,42	1,658		
	Univerzitetna izobrazba	41	1,85	1,333		
	Skupaj	177	2,60	1,617		
Drugo	Srednješolska izobrazba	63	2,30	1,227	1,153	0,324
	Višješolska ali visokošolska izobrazba	42	2,19	1,194		
	Univerzitetna izobrazba	35	1,97	1,382		
	Skupaj	140	2,19	1,256		

Legenda/Legend: *n* – število/number;  $\bar{x}$  – povprečna vrednost/average value; *s* – standardni odklon/standard deviation; *F* – test ANOVA/ANOVA test; *p* – statistična značilnost/statistical significance

Tabela 4: Odnos reševalcev do uporabe različnih oblik prisilnih ukrepov glede na spol  
 Table 4: The attitude of rescuers to the different forms of special coercive measures by gender

<i>Načini oviranja/ Forms of restraint</i>	<i>Spol/ Gender</i>	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Prisilni jopič	M	123	2,50	1,601	0,398	0,529
	Ž	55	3,05	1,626		
Vežanje (oviranje) pacienta s pasovi na zajemalna nosila	M	123	3,01	1,296	0,651	0,421
	Ž	55	2,89	1,356		
Vežanje (oviranje) pacienta s pasovi na kardiološki stol	M	122	2,11	1,212	1,098	0,296
	Ž	55	2,31	1,332		
Oviranje pacienta s policijskimi liscami ali vezicami (izvedejo policisti, reševalci so poleg prisotni)	M	123	3,40	1,143	0,006	0,936
	Ž	55	3,07	1,184		
Oviranje pacienta s standardnimi pasovi za oviranje z magnetnim sistemom (pasovi Segufix)	M	123	2,54	1,636	0,328	0,567
	Ž	54	2,74	1,580		
Drugo	M	98	2,12	1,204	0,617	0,434
	Ž	42	2,33	1,373		

Legenda/Legend: *M* – moški/men; *Ž* – ženske/women; *n* – število/number;  $\bar{x}$  – povprečna vrednost/average value; *s* – standardni odklon/standard deviation; *t* – *t*-test/*t*-test; *p* – statistična značilnost/statistical significance

Tabela 5: *Pacientovo vedenje kot vzrok za uporabo prisilnih ukrepov*  
 Table 5: *The patient's behaviour as a reason for the use of coercive measures*

<i>Vedenje pacienta/ Patient's behaviour</i>	<i>Spol/ Gender</i>	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>																																																																																					
Pacient je vznemirjen in se ne more nadzorovati.	M	123	3,28	1,102	1,216	0,272																																																																																					
	Ž	55	3,18	1,401			Pacient vpije in povzroča preveč hrupa.	M	123	2,63	0,987	2,306	0,131	Ž	55	2,29	1,205	Pacient napade ali pretepa nekoga od zaposlenih.	M	123	4,11	1,037	4,502	0,035	Ž	55	4,33	0,855	Pacient se neprimerno spolno vede.	M	123	2,97	1,042	0,838	0,361	Ž	55	2,84	1,222	Pacient draži ali prekinja druge ljudi.	M	123	2,60	1,048	1,308	0,254	Ž	55	2,31	0,888	Pacient poskuša nekaj razbiti (npr. pohištvo ali okno).	M	123	3,52	1,038	0,591	0,443	Ž	55	3,76	1,150	Pacient psuje ali preklinja druge ljudi.	M	123	2,67	1,056	0,073	0,788	Ž	55	2,40	1,238	Pacient poskuša škoditi sam sebi.	M	123	4,22	0,862	0,414	0,521	Ž	55	4,25	0,799	Pacient sam prosi za prisilni ukrep ali hospitalizacijo.	M	123	2,88	1,322	0,062	0,803	Ž
Pacient vpije in povzroča preveč hrupa.	M	123	2,63	0,987	2,306	0,131																																																																																					
	Ž	55	2,29	1,205			Pacient napade ali pretepa nekoga od zaposlenih.	M	123	4,11	1,037	4,502	0,035	Ž	55	4,33	0,855	Pacient se neprimerno spolno vede.	M	123	2,97	1,042	0,838	0,361	Ž	55	2,84	1,222	Pacient draži ali prekinja druge ljudi.	M	123	2,60	1,048	1,308	0,254	Ž	55	2,31	0,888	Pacient poskuša nekaj razbiti (npr. pohištvo ali okno).	M	123	3,52	1,038	0,591	0,443	Ž	55	3,76	1,150	Pacient psuje ali preklinja druge ljudi.	M	123	2,67	1,056	0,073	0,788	Ž	55	2,40	1,238	Pacient poskuša škoditi sam sebi.	M	123	4,22	0,862	0,414	0,521	Ž	55	4,25	0,799	Pacient sam prosi za prisilni ukrep ali hospitalizacijo.	M	123	2,88	1,322	0,062	0,803	Ž	55	2,35	1,245								
Pacient napade ali pretepa nekoga od zaposlenih.	M	123	4,11	1,037	4,502	0,035																																																																																					
	Ž	55	4,33	0,855			Pacient se neprimerno spolno vede.	M	123	2,97	1,042	0,838	0,361	Ž	55	2,84	1,222	Pacient draži ali prekinja druge ljudi.	M	123	2,60	1,048	1,308	0,254	Ž	55	2,31	0,888	Pacient poskuša nekaj razbiti (npr. pohištvo ali okno).	M	123	3,52	1,038	0,591	0,443	Ž	55	3,76	1,150	Pacient psuje ali preklinja druge ljudi.	M	123	2,67	1,056	0,073	0,788	Ž	55	2,40	1,238	Pacient poskuša škoditi sam sebi.	M	123	4,22	0,862	0,414	0,521	Ž	55	4,25	0,799	Pacient sam prosi za prisilni ukrep ali hospitalizacijo.	M	123	2,88	1,322	0,062	0,803	Ž	55	2,35	1,245																			
Pacient se neprimerno spolno vede.	M	123	2,97	1,042	0,838	0,361																																																																																					
	Ž	55	2,84	1,222			Pacient draži ali prekinja druge ljudi.	M	123	2,60	1,048	1,308	0,254	Ž	55	2,31	0,888	Pacient poskuša nekaj razbiti (npr. pohištvo ali okno).	M	123	3,52	1,038	0,591	0,443	Ž	55	3,76	1,150	Pacient psuje ali preklinja druge ljudi.	M	123	2,67	1,056	0,073	0,788	Ž	55	2,40	1,238	Pacient poskuša škoditi sam sebi.	M	123	4,22	0,862	0,414	0,521	Ž	55	4,25	0,799	Pacient sam prosi za prisilni ukrep ali hospitalizacijo.	M	123	2,88	1,322	0,062	0,803	Ž	55	2,35	1,245																														
Pacient draži ali prekinja druge ljudi.	M	123	2,60	1,048	1,308	0,254																																																																																					
	Ž	55	2,31	0,888			Pacient poskuša nekaj razbiti (npr. pohištvo ali okno).	M	123	3,52	1,038	0,591	0,443	Ž	55	3,76	1,150	Pacient psuje ali preklinja druge ljudi.	M	123	2,67	1,056	0,073	0,788	Ž	55	2,40	1,238	Pacient poskuša škoditi sam sebi.	M	123	4,22	0,862	0,414	0,521	Ž	55	4,25	0,799	Pacient sam prosi za prisilni ukrep ali hospitalizacijo.	M	123	2,88	1,322	0,062	0,803	Ž	55	2,35	1,245																																									
Pacient poskuša nekaj razbiti (npr. pohištvo ali okno).	M	123	3,52	1,038	0,591	0,443																																																																																					
	Ž	55	3,76	1,150			Pacient psuje ali preklinja druge ljudi.	M	123	2,67	1,056	0,073	0,788	Ž	55	2,40	1,238	Pacient poskuša škoditi sam sebi.	M	123	4,22	0,862	0,414	0,521	Ž	55	4,25	0,799	Pacient sam prosi za prisilni ukrep ali hospitalizacijo.	M	123	2,88	1,322	0,062	0,803	Ž	55	2,35	1,245																																																				
Pacient psuje ali preklinja druge ljudi.	M	123	2,67	1,056	0,073	0,788																																																																																					
	Ž	55	2,40	1,238			Pacient poskuša škoditi sam sebi.	M	123	4,22	0,862	0,414	0,521	Ž	55	4,25	0,799	Pacient sam prosi za prisilni ukrep ali hospitalizacijo.	M	123	2,88	1,322	0,062	0,803	Ž	55	2,35	1,245																																																															
Pacient poskuša škoditi sam sebi.	M	123	4,22	0,862	0,414	0,521																																																																																					
	Ž	55	4,25	0,799			Pacient sam prosi za prisilni ukrep ali hospitalizacijo.	M	123	2,88	1,322	0,062	0,803	Ž	55	2,35	1,245																																																																										
Pacient sam prosi za prisilni ukrep ali hospitalizacijo.	M	123	2,88	1,322	0,062	0,803																																																																																					
	Ž	55	2,35	1,245																																																																																							

*Legenda/Legend: M – moški; Ž – ženske; n – število/number;  $\bar{x}$  – povprečna vrednost/average value; t – t-test/t-test; p – statistična značilnost/statistical significance*

dovolj dva reševalca ( $\bar{x} = 2,97$ ,  $s = 1,14$ ); anketiranci pri takih intervencijah torej želijo večje število strokovnjakov. 5) »Reševalci bi vsaj enkrat letno potrebovali izobraževanje in tečaj, ki bi se nanašal na intervencije povezane z uporabo prisilnih ukrepov« ( $\bar{x} = 3,90$ ,  $s = 1,01$ ); anketirani torej menijo, da potrebujejo redna usposabljanja iz prisilnih ukrepov. Do statistično pomembnih razlik med spoloma pri zgoraj naštetih primerih ne prihaja.

Z anketo smo ugotavljali tudi, katera pacientova vedenja vodijo k uporabi prisilnih ukrepov. Anketirani so ocenjevali devet trditve (Tabela 5). »Pacient, ki napade in pretepa nekoga od zaposlenih« anketiranim predstavlja najbolj upravičen vzrok za uporabo prisilnih ukrepov. Ženske se s to trditvijo strinjajo močneje kot moški ( $t = 4,502$ ,  $p = 0,035$ ), statistično pomembnih razlik glede na spol pri ostalih trditvah nismo ugotovili. Upravičen razlog za uvedbo prisilnih ukrepov anketiranim predstavljajo še naslednje trditve: »Pacient poskuša nekaj razbiti (npr. pohištvo ali okno)«, »Pacient poskuša škoditi sam sebi« in »Pacient je vznemirjen in se ne more nadzorovati«. Ostale trditve imajo povprečno vrednost manj kot 3.

## Diskusija

Rezultati raziskave so pokazali, da so se skoraj vsi anketirani že srečali z nasiljem, vendar imajo do uporabe prisilnih ukrepov pretežno negativen odnos. Anketirani navajajo podobne vzroke za upravičeno odločitev uporabe prisilnih ukrepov kot v nekaterih drugih raziskavah (Migon, et al., 2008; Gelkopf, et al., 2009), in sicer: izraženo nasilje do zaposlenega, razbijanje inventarja, samomorilnost in agitiranost oziroma nemir pacienta. Rezultati naše analize kažejo, da se anketiranci z različnimi oblikami uporabe prisilnih ukrepov ne strinjajo. Sklepamo lahko, da je pri obravnavi pacientov z izraženim nasiljem anketiranim bližji sodobnejši pristop, ki vključuje uporabo deeskalacijskih tehnik in kakovosten medosebni odnos s pacientom. Pomen deeskalacijskih tehnik opisujejo tudi Richmond in sodelavci (2011), le-ti menijo, da bi deeskalacijske metode morali poznati vsi reševalci, saj le-te omogočajo manjšo uporabo prisilnih ukrepov v predbolnišničnem okolju.

V raziskavi smo želeli izpostaviti povezanost uporabe prisilnih ukrepov v predbolnišničnem okolju z nasiljem na delovnem mestu. Presenetljiv

je podatek, da se z uporabo različnih oblik prisilnih ukrepov večina anketiranih ne strinja, čeprav so se po večini z nasilnim pacientom že srečali in se ob takem pacientu počutijo ogrožene. Od vseh prisilnih ukrepov je anketiranim najbolj sprejemljiva uporaba policijskih vezic, kar po našem mnenju kaže na to, da se anketirani počutijo še najbolj varno ob prisotnosti policije, saj je le-ta usposobljena za obvladovanje nasilnih ljudi. Anketirani so torej naklonjeni temu, da policisti opravljajo restriktivne ukrepe, sami pa so poleg in intervencijo spremljajo.

Glede na omejeno literaturo (Szarpak, et al., 2013; Rant & Bregar, 2014), v kateri smo našli zelo malo napisanega o uporabi prisilnih ukrepov v predbolnišničnem okolju, menimo, da je bila naša raziskava upravičena, saj z njo dodatno pojasnjujemo uporabo prisilnih ukrepov v predbolnišničnem okolju. Raziskavo smo opravili s posebnim poudarkom na raziskovanju odnosa reševalcev do prisilnih ukrepov, posebej do uporabe prisilnega jopiča, za katerega so že pred leti napisali, da se pri nas uporablja v enotah NMP (Možgan, 2009). Poudarjamo, da se anketirani z uporabo prisilnega jopiča ne strinjajo. Ugotovili smo nekatere razlike glede na spol: anketiranke so različnim vrstam prisilnih ukrepov bolj naklonjene. Tak rezultat je primerljiv rezultatom pri raziskovanju odnosa žensk do prisilnih ukrepov na področju psihiatrije (Happel & Koehn, 2010). Naša raziskava je pokazala tudi določen vpliv izobrazbene stopnje: anketirani z nižjo izobrazbo so uporabi prisilnih ukrepov bolj naklonjeni. Slednje je verjetno posledica tudi njihove bolj neposredne vključenosti v obvladovanje pacienta.

Po našem mnenju je zaskrbljujoč podatek, da skoraj polovica anketiranih ni seznanjena z definicijo posebnega varovalnega ukrepa, ki jo navaja Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr, 2008). Glede na visok delež srečevanja anketiranih z uporabo prisilnih ukrepov v predbolnišničnem okolju se nam posredno poraja vprašanje, kakšna je kakovost obravnave pacientov, pri katerih je potrebna uporaba prisilnih ukrepov. Balantič (2012) poudarja pomen neformalnega izobraževanja zaposlenih v zdravstvu pri pridobivanju teoretičnega in praktičnega znanja pri obravnavi nasilnih pacientov in pacientov z duševno motnjo. Možgan (2009) opozarja, da prav pomanjkljivo znanje pri obravnavi nasilnega pacienta ali pacienta z duševno motnjo predstavlja problem, saj je končen rezultat zelo odvisen od znanja, izkušenj in iznajdljivosti vpletenih. Menimo, da morajo biti zaposleni, ki se pri vsakodnevem delu srečujejo z nasilnim pacientom, seznanjeni s pravnimi omejitvami uporabe prisilnih ukrepov.

Hagen (2013) je v svoji raziskavi ugotovil, da se je več kot 90 % zaposlenih v NMP že srečalo ali bilo izpostavljenih nasilju na delovnem mestu. Happel in Koehn (2010) ugotavljata, da obstajajo nekatera vedenja pacientov, s katerimi zaposleni močno upravičujejo uporabo prisilnih ukrepov. V naši raziskavi smo ugotovili, da se moški anketiranci pri opravljanju

svojega dela počutijo varnejše – anketiranke se na intervencijah, kjer je potrebna uporaba prisilnih ukrepov, počutijo bolj ogrožene in s tem pogojeno tudi večkrat za pomoč prosijo policijo.

Szarpak in sodelavci (2013) navajajo, da je najpogostejša oblika prisilnih ukrepov v predbolnišničnem okolju imobilizacija celotnega telesa in fizično oviranje. Booth (2015) še navaja, da je najbolj primeren način oviranja pacientov oviranje štirih udov, kar je v nasprotju z našimi ugotovitvami, kjer se anketirani s to obliko oviranja razmeroma slabo strinjajo. Ugotovili smo, da pri vezanju (oviranju) pacienta s pasovi na zajemalna nosila in oviranju pacienta s policijskimi lisicami ali vezicami, kjer to delo opravijo policisti, ni razlik med spoloma, medtem ko pri ostalih načinih oviranja obstajajo razlike, moški anketiranci jih namreč lažje izvajajo kot anketiranke. Kot navajata Happel in Koehn (2010) je uporaba prisilnih ukrepov povezana tudi z odnosom zaposlenih v zdravstveni negi do uporabe teh sredstev. Ugotovila sta, da so uporabi prisilnih ukrepov bolj naklonjeni zdravstveni delavci z nižjo stopnjo izobrazbe, moški in tisti, ki imajo manj izkušenj z delom z nasilnimi pacienti. Menimo, da edino sodelovanje vseh v ekipah NMP lahko zagotovi varno in kakovostno obravnavo pacientov ter po drugi strani tudi zadostno varno okolje za vse udeležence, tudi reševalce. Reševalci namreč pogosto prihajajo v neznano okolje, ne vedo, s kakšnimi pacienti ali svojci se bodo srečali, katere intervencije bodo potrebne oziroma pogosto vnaprej ne morejo oceniti zadostnega števila reševalcev za uspešno intervencijo. Pri delu se srečujejo z različnimi etičnimi dilemami, katerih vir so lahko tudi svojci in ne le sam pacient oziroma poškodovanec na terenu (Erbay, 2016).

Z raziskavo smo želeli pridobiti podatke o uporabi prisilnih jopičev, ki so se po uveljavitvi Zakona o duševnem zdravju (2008) izjemoma uporabljali le še v predbolnišničnem okolju (Možgan, 2009). Nasprotno pričakovanjem smo ugotovili, da je uporaba prisilnih jopičev v predbolnišničnem okolju zanemarljiva. Anketiranci menijo, da je postopek nameščanja prisilnih jopičev težaven in zahteven. Pomemben je podatek, da so anketiranci po večini izrazili željo oz. potrebo po rednem izobraževanju, ki bi se nanašalo na uporabo prisilnih ukrepov.

Ena izmed glavnih omejitev izvedene raziskave je, da je področje uporabe prisilnih ukrepov v predbolnišničnem okolju slabo raziskano. Literature na tem področju skoraj ni ali pa je že zelo zastarela. Čeprav iz prakse vemo, da je pojavnost uporabe prisilnih jopičev še vedno prisotna, o tem skoraj nihče nič ne razpravlja oz. tega ne raziskuje. Prav za področje uporabe prisilnih jopičev se po našem mnenju pokaže še druga omejitev naše raziskave, ki jo povzroča premajhen vzorec. Le-ta je bil tudi nenaključen in priložnosten, kar dodatno omejuje posploševanje rezultatov.

## Zaključek

Temeljni namen naše raziskave je bil ugotoviti poznavanje različnih prisilnih ukrepov v predbolnišničnem okolju. Ugotovili smo, da se prisilni ukrepi pogosto uporabljajo, vendar se največkrat pojavlja omejevanje s policijskimi vezicami, v nasprotju z bolnišnicami, kjer uporabljajo omejevanje pacientov z vezanjem s pasovi na posteljo. Opozorjanje na to področje, dodatno izobraževanje in usposabljanje bi pripomoglo k zagotavljanju kakovosti in varnosti na tem področju dela ekip NMP. Z izobraževanji bi pridobili nova znanja, lažje bi obvladovali paciente, preprečili bi poškodbe pacientov in zaposlenih, povečala bi se splošna varnost na intervencijah in kakovost obravnave bi bila višja.

Koristne informacije, ki smo jih dobili na podlagi rezultatov, so lahko izhodišča za izboljšanje klinične prakse v predbolnišničnem okolju. Potrebno se je zavedati pravice do varnega delovnega okolja, hkrati pa tudi nujnosti intervencije v primerih, ko pacient odklanja pomoč. Ker se nam zdi to področje zelo izpostavljeno, bi si želeli, da bi bil vzorec reprezentativen in večji. Tak vzorec bi namreč omogočal tudi posploševanje ugotovitev o uporabi različnih prisilnih ukrepov in ugotovitev o potrebah po izobraževanju, kar lahko predstavlja tudi izziv za nadaljnje raziskovanje tega področja.

## Nasprotje interesov/Conflict of interest

Avtorja izjavljata, da ni nasprotja interesov./The authors declare that no conflicts of interest exist.

## Financiranje/Funding

Raziskava ni bila finančno podprta./The study received no funding.

## Etika raziskovanja/Ethical approval

Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014)./The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and the Code of ethics for nurses and nurse assistants of Slovenia (2014).

## Prispevek avtorjev/Author contributions

Prvi avtor je izvedel raziskavo, statistično analizo rezultatov in napisal prvi osnutek članka. Soavtor članka je prispeval pri konceptualni zasnovi in metodologiji raziskave, pri pripravi predstavitve rezultatov in diskusije in pri končni potrditvi članka./The first author of the article conducted the research, statistical analysis of the results and wrote the first draft of

the article. The co-author contributed to design and methodology of the research work and to drafting the results and discussion, as well as at final approval of the article.

## Literatura

Avguštin Avčič, B., 2012. Obravnava psihiatričnih nujnih stanj. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2012, Portorož. 13.–16. junij 2012*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 228–230

Balantič, M., 2012. Fizično oviranje pacientov v klinični praksi. In: B. Bregar & J. Peterka Novak, eds. *Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi, Zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 11. april 2012*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 39–46.

Bigham, B.L., Jensen, J.L., Tavares, W., Drennan, I.R., Saleem, H., Dainty, K.N., et al., 2014. Paramedic self-reported exposure to violence in the emergency medical services (EMS) workplace: a mixed-methods cross-sectional survey. *Prehospital emergency care*, 18(4), pp. 489–494.

<https://doi.org/10.3109/10903127.2014.912703>

PMid:24830544

Booth, J.S., 2015. *Four - point restraint*. Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/1941454-overview> [15.1.2016].

Boyle, M., Koritsas, S., Coles, J. & Stanley, J., 2007. *A pilot study of workplace violence towards paramedics*. Available at: <http://emj.bmj.com/content/24/11/760.full.pdf+html> [11.7.2015].

Bregar, B. & Možgan, B., 2012. Posebni varovalni ukrepi – primerjava s tujino. In: B. Bregar & J. Peterka Novak, eds. *Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi, zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 11. april 2012*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 13–21.

Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo, p. 49.

Cheney, P.R., Gosset, L., Fullerton-Gleason, L., Weiss, S.J., Ernst, A.A. & Sklar, D., 2006. Relationship of restraint use, patient injury, and assaults on EMS personnel. *Prehospital Emergency Care*, 10(2), str. 207–212.

<https://doi.org/10.1080/10903120500541050>

PMid: 16531378

Čander, D. & Vrtič, F., 2009. Posredovanje ekip NMP ob dogodkih s prisotnim nasiljem – sodelovanje s policijo. In: A. Posavec, ed. *Izvajanje nujne medicinske pomoči in transport v izrednih razmerah: zbornik predavanj, Ig, 23. oktober 2009*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu, pp. 51–59.

- Danieli, A., 2008. Nujna stanja v psihiatriji. In: U. Ahčan, D. Slabe & R. Šutanovac, eds. *Prva pomoč: priročnik za bolničarje*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, pp. 211–215.
- Erbay, H., 2016. Some ethical issues in prehospital emergency medicine. *Turkish journal of emergency medicine*, 14(4), pp. 193–198.  
<https://doi.org/10.5505/1304.7361.2014.32656>  
PMCID: PMC4909960
- Gosak, S., 2011. *Uporaba posebnih varovalnih ukrepov v socialno varstvenem zavodu: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Gabrovec, B., & Lobnikar B., 2014. Organizational model of ensuring safety and quality of treatment of aggressive psychiatric patients in mental health nursing in Slovenia. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(4), pp. 286–293.  
<https://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.4.33>
- Gabrovec, B., Eržen I. & Lobnikar B., 2014. The prevalence and the nature of violence directed at the medical staff in psychiatric health care in Slovenia. *HealthMed*, 8(2), pp. 228–234.
- Gabrovec, B., 2015. The prevalence of violence directed at paramedic services personnel. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(4), pp. 284–294.  
<https://dx.doi.org/10.14528/snr.2015.49.4.60>
- Gabrovec, B., & Lobnikar B., 2015. The analysis of the role of an institution in providing safety and quality in psychiatric health care. *Anadolu psikiyatri dergisi*, 16(6), pp. 420–425.
- Gabrovec, B., & Eržen I., 2016. Prevalence of violence towards nursing staff in Slovenian nursing homes. *Zdravstveno varstvo*, 55(3), pp. 212–217.  
<https://doi.org/10.1515/sjph-2016-0027>  
PMid:27703541 PMCID:PMC5031071
- Gelkopf, M., Roffe, Z., Behrbalk, P., Melamed, Y., Werbluff, N. & Bleich, A., 2009. Attitudes, opinions, behaviours, and emotions of the nursing staff toward patient restraint. *Issues in mental health nursing*, 30(12), pp. 758–763.  
<https://doi.org/10.3109/01612840903159777>  
PMid:19916810
- Hagen, T.M., 2013. Preventing violence against EMS. *Journal of Emergency Medical Services*. Available at:  
<http://www.jems.com/articles/print/volume-38/issue-12/administration-and-leadership/preventing-violence-against-ems.html> [15. 1. 2016].
- Happel, B. & Koehn, S., 2010. Attitudes to the use of seclusion: has contemporary mental health policy made a difference. *Journal of clinical nursing*, 9(21–22), pp. 3208–3217.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03286.x>  
PMid: 21040022
- Hyland, S., Watts, J. & Fry, M., 2016. Rates of workplace aggression in the emergency department and nurses' perceptions of this challenging behaviour: a multimethod study. *Australasian emergency nursing journal*, 19(3), pp. 143–148.  
<https://doi.org/10.1016/j.aenj.2016.05.002>  
PMid: 27259588
- Isenberg, D.L. & Jacobs. D., 2015. Prehospital Agitation and Sedation Trial (PhAST): a randomized control trial of Intramusculae Haloperidol versus Intramuscular Midazolam for the sedation of the agitated or violent patient in the Prehospital Environment. *Prehospital and Disaster Medicine*, 30(5), pp. 491–495.  
<https://doi.org/10.1017/S1049023X15004999>  
PMid: 26323511
- Jeriček Klanšček, H., 2009. Spremnna beseda. In: H. Jeriček Klanšček, M. Zorko, M. Bajt & S. Roškar, eds. *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, p. 1.
- Kelbič, A. & Fekonja, Z., 2015. Prisotnost fenomena nasilja nad zaposlenimi v nujni medicinski pomoči. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja. Portorož, 18.–20. junij 2015*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 304–306.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije*, 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Kokalj, A., Rus Prelog, P. & Novak Šarotar, B., 2015. Obravnava samomorilnega pacienta. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2015. Portorož, 18.–20. junij 2015*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 134–136.
- Migon, M.N., Coutinho, E.S., Huf, G., Adams, C.E., Cunha, G.M. & Allen, M.H., 2008. Factors associated with the use of physical restraints for agitated patients in psychiatric emergency rooms. *General hospital psychiatry*, 30(3), pp. 263–268.  
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.12.005>  
PMid: 18433659
- Možgan, B., 2009. Posebni varovalni ukrepi. In: P. Pregelj & R. Kobentar, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, Rokus Klett, pp. 439–443.
- Naka, S., 2012. Uporaba fizičnega oviranja na oddelku splošne bolnišnice. In: B. Bregar & J. Peterka Novak, eds. *Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi, Zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 11. april 2012*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 29–32.

- Pourshaikhian, M., Abolghasem Gorji, H., Aryankhesal, A., Khorasani-Zavareh, D. & Barati, A., 2016. A systematic literature review: workplace violence against emergency medical services personnel. *Archives of trauma research*, 5(1), art. ID e28734. <https://doi.org/10.5812/atr.28734>  
PMCID: PMC4860284
- Prestor, J., 2013. Komunikacija s pacienti in svojci na njihovem domu. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2013, Portorož, 13.–15. junij 2013*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 319–322.
- Rant, B. & Bregar, B., 2014. Razumevanje odnosa reševalcev do pacientov, ki so samomorilno ogroženi. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), pp. 177–194. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.3.24>
- Richmond, J.S., Berlin, J.S., Fishkind, A.B., Holloman G.H., Zeller, S.L., Wilson, M.P., et al., 2012. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry project BETA de-escalation workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), pp.17–25. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864>  
PMid: PMC3298202
- Raboch, J., Kalisová, L., Nawka, A., Kitzlerová, E., Onchev, G., Karastergiou, A., et al., 2010. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatric service*, 61(10), pp. 1012–1017. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.10.1012>  
PMid:20889640
- Szarpak, L., Kurowski A. & Szlachta, T., 2013. Knowledge and compliance use of coercive means in paramedics work. *Military Pharmacy and Medicine*, 6(2), pp. 41–46. Available at: <http://mil-pharm-med.pl/2013/2-6/8.pdf> [11.7. 2015]
- World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), pp. 2191–2194. Available at: <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf> [1. 9. 2016].
- Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr)*, 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 77.
- Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)*, 2008. Uradni list Republike Slovenije št.15.

---

*Citirajte kot/Cite as:*

Muminović, S. & Bregar, B., 2017. Odnos reševalcev do uporabe različnih oblik prisilnih ukrepov. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(2), pp. 143–152. <https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.2.129>

Review article/Pregledni znanstveni članek

## Oxytocin for labour induction or augmentation as a risk factor for autism: systematic literature review

Povezava med uporabo oksitocina za sprožitev ali pospeševanje poroda in avtizmom: sistematični pregled literature

Marija Grosek, Miha Lučovnik

**Key words:** oxytocin; labour; autism; autism spectrum disorder

**Ključne besede:** oksitocin; porod; avtizem; spektroatvistične motnje

Marija Grosek, RM

Assistant Professor Miha Lučovnik, PhD, MD; University Medical Centre Ljubljana, Division of Gynaecology and Obstetrics, Department of Perinatology, Šljajmerjeva 4, 1000 Ljubljana, Slovenia

Correspondence e-mail/  
Kontaktne e-naslov:  
miha.lucovnik@kclj.si

### ABSTRACT

**Introduction:** Some studies have shown a potential association between oxytocin use during labour and autism spectrum disorder (ASD) in children. We performed a systematic review of recent studies examining this association.

**Methods:** Boolean operators (AND/OR) were used to search MEDLINE using the following search criteria: Autistic Disorder or Autism Spectrum Disorder or Autism and Labour Induction or Labour Augmentation. Articles published in English in 2013 or later were considered. Additional studies were identified by reviewing citations. Only studies conducted on people were included. Studies not accounting for potential confounding factors were excluded.

**Results:** Four retrospective cohort studies met the inclusion criteria. One showed an association between labour induction and augmentation and ASD, one showed a weak association between labour augmentation in boys and ASD, and one showed no association between labour induction or augmentation and ASD. The largest study showed a weak association between labour induction and ASD, which was not significant when siblings were analyzed separately.

**Discussion and conclusion:** Recently published studies do not support the hypothesis of a causal relationship between oxytocin use during labour and ASD. Benefits of medically indicated induction or augmentation of labour outweigh the theoretical risk of ASD.

### IZVLEČEK

**Uvod:** Raziskave so pokazale morebitno povezavo med uporabo oksitocina med porodom in avtizmom. Skozi sistematični pregled literature so bile preverjene novejšje klinične raziskave s področja povezave med sprožitvijo ali pospeševanjem poroda z oksitocinom in avtizmom.

**Metode:** Z Boolovima operatorjema (AND oz. OR) je bila pregledana bibliografska zbirka MEDLINE s ključnimi besedami avtistična motnja ali spekter avtističnih motenj ali avtizem in sprožitev poroda ali pospeševanje poroda. Vključeni so bili znanstveni članki v angleščini, objavljeni od leta 2013 dalje. Dodatne raziskave so bile identificirane s pregledom citatov. Vključene so bile le raziskave na ljudeh. Izključene so bile raziskave, ki so povezavo med oksitocinom in avtizmom preučevale brez ustreznega upoštevanja morebitnih motečih dejavnikov.

**Rezultati:** Vključitvenim kriterijem so ustrezale štiri retrospektivne kohortne raziskave. Povezavo med uporabo oksitocina med porodom in avtizmom je ena raziskava pokazala pri sprožitvi ali pospeševanju poroda, ena samo pri pospeševanju poroda pri dečkih, ena povezave ni pokazala niti pri sprožitvi niti pri pospeševanju poroda, četrta, največja raziskava je pokazala morebitno šibko povezavo pri sprožitvi poroda, vendar ob analizi sorojencev le-ta ni bila več statistično pomembna.

**Diskusija in zaključek:** Do danes objavljene raziskave niso pokazale klinično pomembne vzročne povezave med uporabo oksitocina med porodom in avtizmom. Dokazane koristi medicinsko indicirane uporabe oksitocina odtehtajo teoretično tveganje za nastanek avtizma.

The article is based on the diploma work of Marija Grosek *Association between Oxytocin use during labour and autism* (2016). Članek je nastal na osnovi diplomskega dela Marije Grosek *Povezava med uporabo oksitocina med porodom in avtizmom* (2016).

Received/Prejeto: 20. 12. 2016  
Accepted/Sprejeto: 13. 5. 2017

## Introduction

Autism Spectrum Disorder (ASD) refers to a complex developmental disorder that is characterised especially as a qualitative change in behaviour as regards social interaction, verbal and non-verbal communication and imagination, as well as repetitive or unusual behaviours (Macedoni-Lukšič, 2006; Levy, et al., 2009; Macedoni-Lukšič, et al., 2009). Characteristic behaviour includes avoiding eye-contact, challenges in controlling emotions and understanding and recognising emotions of others, as well as a considerably restricted range of activities and interests (Park, et al., 2016). The frequency rate of ASD is supposed to be 1- do 2-% and has considerably risen in the last two decades also as a result of better diagnosis and monitoring of these disorders (Park, et al., 2016). The frequency of ASD in Slovenia is not known, but since epidemiologic research has shown that frequency is not considerably different between different geographical and social environments, the rates for Slovenia should be quite similar (Macedoni-Lukšič, et al., 2009).

The exact cause of ASD is unknown, however, it may be the result of genetic and environmental factors and their interaction. Environmental factors include factors during pregnancy, during labour and immediately after (Hultman, et al., 2002; Glasson, et al., 2004; Larsson, et al., 2005; Durkin, et al., 2008; Williams, et al., 2008; Bilder, et al., 2009; Gardener, et al., 2009; Burstyn, et al., 2010). In recent years a lot of attention has been paid to the potential association between using the synthetic oxytocin during labour and occurrence of ASD.

Oxytocin in obstetrics is used for inducing uterine contractions when the cervix is considered ripe (labour induction) or for augmenting uterine contractions after a spontaneous onset of labour because the contractions are not frequent or strong enough (labour augmentation). Indications for induction of labour can be divided into medical indications where the benefits to either the mother or the foetus have been demonstrated as with hypertensive illnesses during pregnancy, severe intrauterine growth restriction, preterm premature rupture of membranes or with post-term pregnancy. The other type is non-medical indications or those where the benefits of labour induction have not been demonstrated (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2009). Between 2002 and 2011 9.8 % of childbirths in Slovenia were induced by artificial rupture of membranes and applying oxytocin, 9.6 % of labour cases were induced by applying prostaglandin E2 used to stimulate cervical ripening, while in 80.6 % of labour cases the onset was spontaneous (Verdenik, et al., 2013). With regard to spontaneous labour, oxytocin was used with primigravidas in 69 % of cases and 43 % with multigravidas (Verdenik, et al., 2013).

The hypothesis of the potential association between using oxytocin used to induce or augment labour and ASD is based on the fact that oxytocin is an important hormone in the development of human behaviour and in social interaction (Ebstein, et al., 2009). Disorder in behaviour and social interactions is one of the criteria of ASD. Additional support of this hypothesis comes from research works that have demonstrated that genetic malfunctions of oxytocin may be associated to ASD (Gregory, et al., 2009). The use of oxytocin during labour could therefore be associated with the development of ASD.

### *Aims and objectives*

Claims of harmful effects of synthetic oxytocin that is used for inducing and augmenting labour may recently be found especially in popular literature; it is, for example mentioned by the following web pages Porodna Hiša (2011), Autism Speaks (2013), Decoded Pregnancy (2013), Disability Scoop (2013). The supposed causal association with ASD is often listed as an adverse reaction of this medicine, so we opted for a systematic review of recent clinical trials that researched the potential association between the use of oxytocin for induction or augmentation of labour and occurrence of ASD.

## Methods

A systematic literature review regarding the association of using oxytocin for labour induction or augmentation and ASD was used and designed according to the PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) guidelines (PRISMA, 2017).

### *Review methods*

The systematic literature review method was used. The MEDLINE bibliographic database was searched with the PubMed search tool. We searched for clinical trials that studied the connection between using oxytocin for induction and augmentation of labour and ASD. We searched for articles published in the English language from 2013 to 2016. For search with Boolean operators, key words 'Autistic Disorder' OR 'Autism' AND 'Labour Induction' OR 'Labour Augmentation' were used. By reviewing lists of citations in the articles that we found in this way, we then waited for additional studies that could meet our inclusion criteria.

### *The results of the review*

Figure 1 shows the flow of information through the different phases of review. We found 32 articles with our search criteria. One additional article was found by reviewing citations (Clark, et al., 2015). After reviewing abstracts we excluded all review articles, letters to



editors and articles describing research conducted on animals. We reviewed the entire text of the other five articles and assessed the quality of research (Gregory, et al., 2013; Clark, et al., 2015; Weisman, et al., 2015; Oberg, et al. 2016; Smallwood, et al., 2016). Four studies were included in the final review.

### *The quality assessment of the review and the description of data processing*

There were no randomized trials published that met our criteria. All the trials that were suitable for the assessment of suitability or quality were observational

studies. Four of the five studies that we evaluated were retrospective cohort studies conducted on the basis of reviewing large epidemiological databases with relevant consideration of confounding factors like sex of the foetus, methods of childbirth (vaginal delivery vs. Caesarean section), mother's age, parity, foetal distress during labour, breech presentation and some complications during pregnancy (preeclampsia, gestational diabetes and growth retardation) (Gregory, et al., 2013; Clark, et al., 2015; Weisman, et al., 2015; Oberg, et al., 2016). All of the above-mentioned factors are well described perinatal risk factors for ASD, therefore they should be considered when studying the

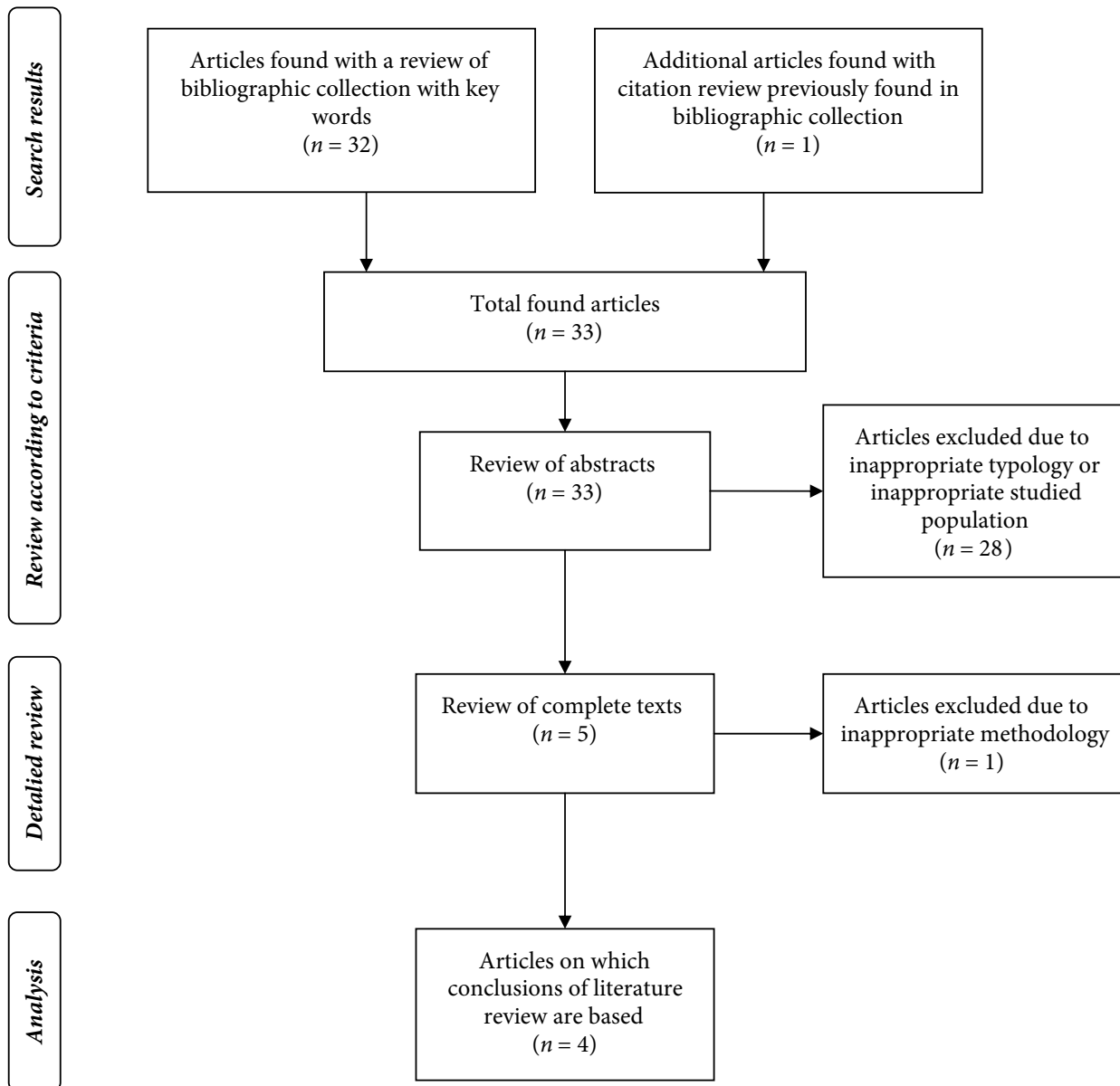


Figure 1: PRISMA Flow diagram depicting the flow of information through the different phases of systematic review

Slika 1: PRISMA diagram poteka raziskave skozi faze sistematičnega pregleda literature (PRISMA diagram)

potential association between using oxytocin during labour and ASD (Hultman, et al., 2002; Glasson, et al., 2004; Larsson, et al., 2005; Durkin, et al., 2008; Williams, et al., 2008; Bilder, et al., 2009; Gardener, et al., 2009; Burstyn, et al., 2010). The study that was conducted by Smallwood and colleagues (2016) included a sample that was considerably smaller than others (a total of 254 children, 150 with ASD) and was designed as a case-control study. The group of children with ASD and the control group of children without ASD were matched by the children's age, but the above mentioned known perinatal risk factors were not accounted for ASD. Due to disregarding potentially confounding factors we decided not to include this study in the final analysis as we wished to give conclusions on the effect of oxytocin during labour on the risk for ASD.

## Results

Table 1 shows characteristics of the four observational studies that met the inclusion criteria of our systematic literature review.

In 2013, Gregory and colleagues (2013) published the largest epidemiological study conducted until then on the potential effect that the use of oxytocin during labour could have on the incidence of ASD. In their perinatal database from North Carolina (United States

of America – USA) labour induction and augmentation were independent risk factors for ASD (odds ratio (OR) = 1.27, 95-% confidence interval (95-% CI) = 1.01–1.52). When they analysed only induction and only augmentation of labour, the association was statistically significant (induction: OR = 1.13, 95-% CI = 1.04–1.22; augmentation: OR = 1.16, 95-% CI = 1.07–1.25). After this research was published, the response was quite heated and several claims on the harmful effects of oxytocin followed, especially in popular publications. In scientific circles, the research was met with more scepticism, as there were many potential biases that could have led to the results. Namely, it refers to a database analysis that does not enable precise consideration of all the potentially confounding factors and the actual analysis of oxytocin use. The research only presupposed that the labour cases were induced with oxytocin, while not having any information on the actual methods of induction. Similarly, there were no data on the dose of oxytocin. It can be speculated that a labouring mother who is being induced receives more oxytocin than a labouring mother who is given oxytocin to augment labour. However, there were no differences between the potential risk for ASD in induced and augmented labour (Gregory, et al., 2013).

Clark and colleagues (2015) did not confirm the link between ASD and induction or augmentation of labour with an analysis of the perinatal database

Table 1: *Main characteristics of the effect of the use of oxytocin on induction or augmentation of labour on incidence of ASD*

Tabela 1: *Glavne značilnosti raziskav o vplivu uporabe oksitocina za sprožitev ali pospeševanje poroda na pojavnost SAM*

<i>Author, Year/ Avtor, leto</i>	<i>Number of all children/ Število vseh otrok (Number of children with ASD/Število otrok s SAM)</i>	<i>Key findings/Ključne ugotovitve</i>	
		<i>Effect on incidence of ASD/ Vpliv na pojavnost SAM</i>	<i>Odds ratio/ Razmerje obetov (95-% confidence interval/ 95-% interval zaupanja)</i>
Gregory, 2013	625042 (5500)	Induction or augmentation <i>all</i>	1.27 (1.01–1.52)*
		Induction or augmentation <i>boys</i>	1.35 (1.01–1.66)*
		Induction or augmentation <i>girls</i>	1.01 (0.67–1.53)
		Induction only <i>all</i>	1.13 (1.04–1.22)*
		Induction only <i>boys</i>	1.18 (1.08–1.30)*
		Induction only <i>girls</i>	0.95 (0.80–1.13)
		Augmentation only <i>all</i>	1.16 (1.07–1.25)*
		Augmentation only <i>boys</i>	1.15 (1.05–1.25)*
		Augmentation only <i>girls</i>	1.18 (1.03–1.36)*
Clark, 2015	251404 (2543)	Induction or augmentation <i>boys</i>	0.94 (0.77–1.14)
		Induction or augmentation <i>girls</i>	0.79 (0.55–1.15)
		Induction only <i>boys</i>	1.00 (0.88–1.12)
		Induction only <i>girls</i>	0.86 (0.70–1.06)
		Augmentation only <i>boys</i>	0.98 (0.85–1.13)
Weisman, 2015	557040 (2110)	Augmentation only <i>boys</i>	1.13 (1.00–1.26)*
		Augmentation only <i>girls</i>	0.99 (0.77–1.27)
Oberger, 2016	1 362 950 (22077)	Induction only <i>all</i>	1.19 (1.13–1.24)*
		Induction only <i>siblings</i>	0.99 (0.88–1.10)

Legend/Legenda: *n* – number/število; \* – statistical significance of confidence interval/statistična značilnost intervala zaupanja

in Utah (USA). A significant association with ASD was also not found when restricted only to labour induction (without augmented labour cases) nor to augmentation of labour (without induced labour cases).

Weisman and colleagues (2015) published the results of a large Danish epidemiological study in which no connection between labour induction and ASD was found. Only a weak association between labour augmentation and ASD and then, only in boys, was found (OR = 1.13, 95-% CI = 1.00–1.26).

The most recent study in the area of the potential association between oxytocin administered during labour and ASD was published in 2016. Swedish researchers confirmed a weak association between labour induction and ASD (OR = 1.19, 95-% CI = 1.13–1.24) on a population of more than 1.3 million mothers by considering the currently known confounding factors. The size of the sample enabled a comparison between siblings whose childbirth differed (induced labour with one and a spontaneous start of labour with the other). Data analysis for siblings, which considers the potentially unconfirmed confounding factors the most, did not show any statistically significant association between labour induction or augmentation with oxytocin and ASD (OR = 0.99, 95-% CI = 0.88–1.10) (Oberg, et al., 2016).

## Discussion

Our literature review identified four extensive well-designed retrospective cohort studies regarding the association between labour induction and augmentation with oxytocin and ASD that have been published during the selected period of literature search. The first of these studies showed an association between labour induction/augmentation and ASD, the second only showed an association with ASD in boys, while the third study did not show any connection between labour induction/augmentation and ASD. The final – fourth study was the most extensive in this area and confirmed a potentially weak connection between labour induction and ASD, but data analysis for siblings showed that this connection is probably not causal. Also, from the reviewed research works (retrospective observational cohort studies) we cannot draw reliable conclusions on the causality of the association, not even in cases when the association is statistically significant.

Randomized studies that could answer these questions cannot be expected, for which there are several reasons. The first reason is logistics, as we would need to analyse a very large sample of labouring mothers and their children, whose development we would have to follow for several years to come. Costs of such research would be extremely high. The second reason is the ethical unsoundness of such research. Considering the above-mentioned indications for

labour induction or augmentation, the benefits of using oxytocin have been demonstrated; however, when there are no indications present which confirm that the use of oxytocin during labour is not sensible (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2009). Therefore, to randomize labouring mothers who would benefit from oxytocin and those who would not need this medicine in two groups, that is, with and without oxytocin, would be unethical.

A positive strength of the presented literature review is that articles were searched for systematically with search criteria and quality criteria determined in advance. International standards for presenting the results of literature review PRISMA (2017) were considered. Two of the inclusion criteria should be mentioned: 1) the search time frame was restricted to articles that were published in 2013 or later, and 2) only studies that demonstrated an association between the use of oxytocin and ASD by means of a multivariate analysis and appropriate consideration of the known and most relevant perinatal risk factors were included (Gregory, et al., 2013; Clark, et al., 2015; Weisman, et al., 2015; Oberg, et al., 2016).

The decision to only include studies published since 2013 is based on the fact that prior studies that were published were conducted on a considerably smaller sample, so their conclusions are less reliable. However, it should be mentioned that by 2013 nine cohort studies had been published that showed a connection between the use of oxytocin and ASD in a univariate analysis (Gardener, et al., 2009). Only in one of these the association remained statistically significant also after considering the confounding factors. Also, a metaanalysis of these nine studies did not show any significant association between the use of oxytocin during labour and incidence of ASD (Gardener, et al., 2009).

The decision to only include studies in which the already established perinatal risk factors for ASD were considered in the analysis was based on the fact that when disregarding these factors, the risk for bias is unacceptably high. The comparison between women with a spontaneous, unaugmented labour whose children do not suffer from ASD, and women whose labour was induced or augmented with oxytocin and have children who suffer from ASD, regardless of the known perinatal risk factors for ASD, could show that in children whose mothers underwent induced or augmented labour, ASD is present to a greater extent. Namely, such a result would be a consequence of the fact that in comparison to other labouring mothers, oxytocin was given to older labouring mothers, those suffering from diabetes, preeclampsia and primigravidas. Therefore, before making any conclusions on the effect of oxytocin during labour on the incidence of ASD, potential confounding factors should be carefully analysed. Consequently, research in which this was not considered was not included in

this literature review as it could lead to the formulation of wrong conclusions.

The main drawback of the current literature review is that it does not include a metaanalysis of included results. There was not enough information given for this. In future, it would be sensible to conduct such a metaanalysis, if possible, by using individualised data for each child and every childbirth separately. Until then, conclusions on the effects of oxytocin on labour induction and augmentation on the incidence ASD may only be given based on the studies that have been published to date.

## Conclusion

The largest and, to date, the best methodically designed study did not show any association between the use of oxytocin and ASD. Moreover, studies which demonstrated the association showed that this potential association is weak and only statistically rather than clinically relevant. The demonstrated benefits of the medically indicated use of oxytocin during labour undoubtedly outweigh the theoretical risk for the occurrence of ASD. We believe that health care workers, especially midwives and obstetricians, should inform pregnant and labouring mothers about this. The latter are often exposed to misleading information on the dangers of synthetic oxytocin as a risk factor for ASD in children.

---

### *Slovenian translation/Prevod v slovenščino*

## Uvod

Spektroavtistične motnje (SAM) ali motnje avtističnega spektra so kompleksna razvojna motnja, ki se kaže predvsem kot kakovostno spremenjeno vedenje na področju socialne interakcije, besedne in nebesedne komunikacije in imaginacije ter ponavljajoče oz. nenavadno vedenje (Macedoni-Lukšič, 2006; Levy, et al., 2009; Macedoni-Lukšič, et al., 2009). Značilno vedenje vključuje izogibanje očesnemu kontaktu, težave s kontroliranjem čustev oz. razumevanjem in prepoznavanjem čustev drugih ter izrazito omejen obseg dejavnosti in interesov (Park, et al., 2016). Pogostnost SAM naj bi bila 1- do 2-% in se je v zadnjih dveh desetletjih, tudi zaradi natančnejše diagnostike in spremljanja teh motenj, izrazito zvišala (Park, et al., 2016). Pogostnost v Sloveniji za zdaj ni znana, ker pa so epidemiološke raziskave pokazale, da se pogostnost bistveno ne razlikuje med različnimi geografskimi oz. socialnimi okolji, so razmere pri nas najverjetneje podobne (Macedoni-Lukšič, et al., 2009).

Točnega vzroka za pojav SAM ne poznamo. Predvideva se, da so rezultat genetskih dejavnikov in dejavnikov iz okolja ter njihovega medsebojnega

vpliva. Med dejavniki okolja so pomembni tudi dejavniki v nosečnosti ter ob in neposredno po porodu (Hultman, et al., 2002; Glasson, et al., 2004; Larsson, et al., 2005; Durkin, et al., 2008; Williams, et al., 2008; Bilder, et al., 2009; Gardener, et al., 2009; Burstyn, et al., 2010). Med slednjimi je bilo v zadnjih letih veliko pozornosti namenjene morebitni povezavi med uporabo sintetičnega oksitocina med porodom in pojavom SAM.

Oksitocin se v porodništvu uporablja, kadar želimo sprožiti krčenje maternice ob že zrelem materničnem vratu (sprožiti porod) ter kadar želimo doseči porast maternične kontraktilnosti pri porodih, ki so se sicer začeli spontano, a potekajo prepočasi (želja pospešiti porod). Indikacije za sprožitev poroda lahko delimo na medicinske, kjer je koristnost sprožitve poroda za mati oz. plod dokazana, na primer pri hipertenzivnih boleznih v nosečnosti, hudem zastoju plodove rasti v maternici, predčasnem razpoku plodovih ovojev ali poterminski nosečnosti, in nemedicinske oz. tiste, pri katerih koristnost sprožitve poroda ni dokazana (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2009). V Sloveniji je bilo med leti 2002 in 2011 9,8 % porodov sproženih s predrtjem plodovih ovojev in aplikacijo oksitocina, 9,6 % porodov je bilo sproženih z aplikacijo prostaglandina E2 za zorenje materničnega vratu, 80,6 % porodov pa se je začelo spontano (Verdenik, et al., 2013). Med porodi, ki so se začeli spontano, je bil oksitocin uporabljen v 69 % pri prvorodnicah in v 43 % pri mnogorodnicah (Verdenik, et al., 2013).

Hipoteza o morebitni povezavi med uporabo oksitocina za sprožitev ali pospeševanje poroda in SAM temelji na dejstvu, da je oksitocin pomemben hormon v razvoju človekovega vedenja in njegovega delovanja v družbi (Ebstein, et al., 2009). Prav motnja v vedenju in socialnih interakcijah pa je eden od kriterijev SAM. Dodatna podpora tej hipotezi prihaja iz raziskav, ki so pokazale, da so genetske motnje v delovanju oksitocina povezane s SAM (Gregory, et al., 2009). Uporaba oksitocina med porodom bi bila torej lahko povezana z razvojem SAM.

### *Namen in cilji*

Predvsem v laični literaturi je v zadnjih letih pogosto zaslediti trditve o škodljivosti sintetičnega oksitocina, ki se uporablja za sprožitev in pospeševanje poroda; navajajo jih npr. spletne strani Porodna Hiša (2011), Autism Speaks (2013), Decoded Pregnancy (2013), Disability Scoop (2013). Kot stranski učinek tega zdravila je velikokrat navedena tudi domnevna vzročna povezava z nastankom SAM, zato smo se odločili za sistematični pregled novejših kliničnih raziskav, ki so obravnavale morebitno povezavo med uporabo oksitocina za sprožitev oz. pospeševanje poroda ter pojavnostjo SAM.

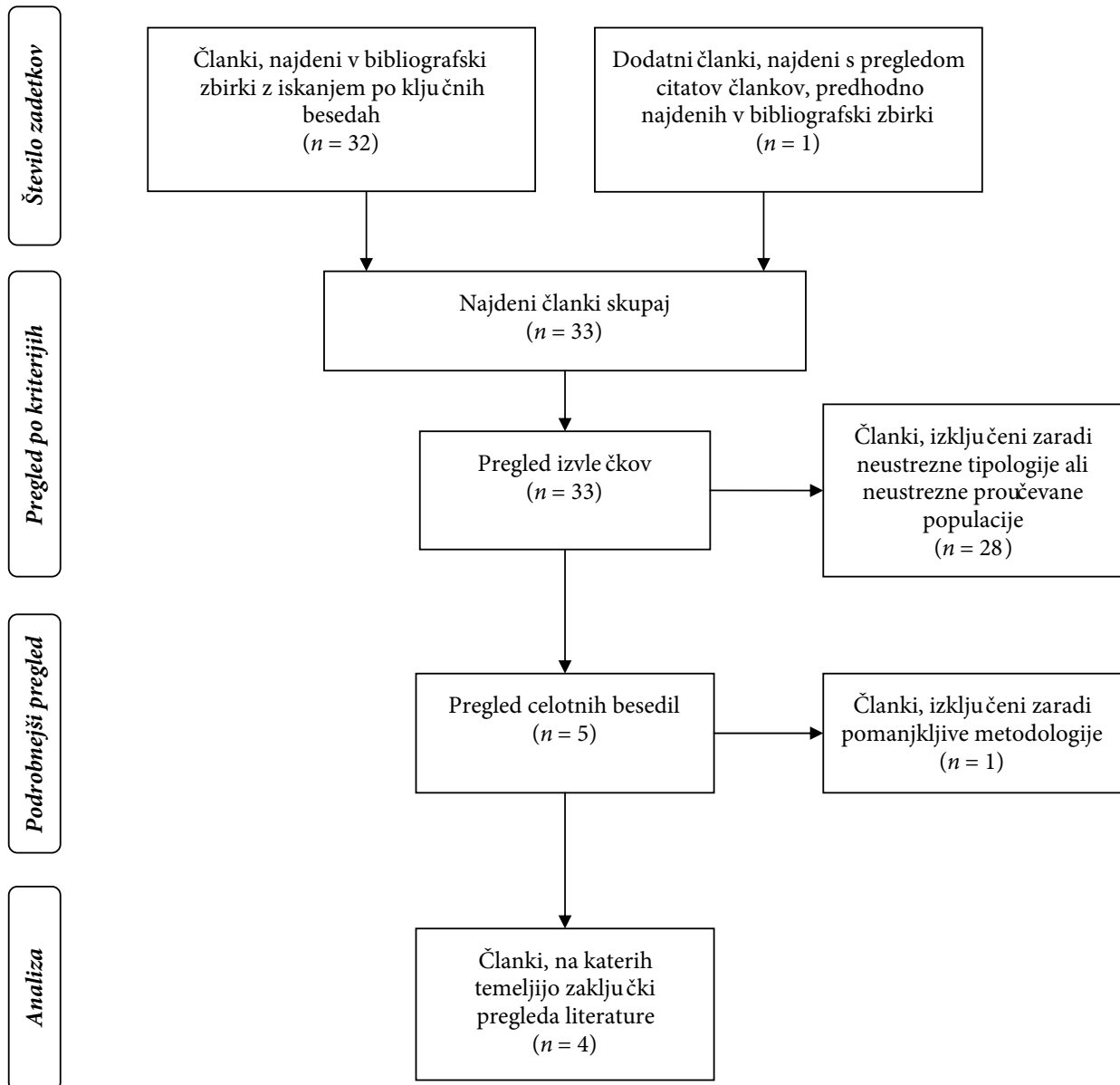
## Metode

Uporabljen je bil sistematični pregled literature s področja povezave med uporabo oksitocina za pospeševanje ali sprožitev poroda in SAM, narejen po smernicah PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (PRISMA, 2017).

### Metode pregleda

Uporabljena je bila metoda sistematičnega pregleda literature. Pregledali smo bibliografsko zbirko MEDLINE s pomočjo iskalnega sistema PubMed.

Iskali smo klinične raziskave, ki so proučevale povezavo med uporabo oksitocina za sprožitev ali pospeševanje poroda in SAM. Iskali smo članke, objavljene v angleškem jeziku od 2013 do 2016. Za iskanje z Boolovima operatorjema smo uporabili ključne besede avtistična motnja (»Autistic Disorder«) ali (OR) spekter avtističnih motenj (»Autism Spectrum Disorder«) ali (OR) avtizem (»Autism«) in (AND) sprožitev poroda (»Labor Induction«) ali (OR) pospeševanje poroda (»Labor Augmentation«). S pregledom seznamov citatov v tako dobljenih člankih smo nato iskali še dodatne raziskave, ki bi lahko ustrezale našim vključitvenim kriterijem.



Slika 1: PRISMA diagram poteka raziskave skozi faze sistematičnega pregleda literature (PRISMA diagram)

Figure 1: PRISMA Flow diagram depicting the flow of information through the different phases of systematic review

## Rezultati pregleda

Slika 1 prikazuje potek raziskave skozi faze pregleda. S pomočjo iskalnih kriterijev smo našli 32 člankov. En dodaten članek smo našli s pregledom citatov (Clark, et al., 2015). Po pregledu izvlečkov smo izključili vse pregledne članke, pisma urednikom in članke, ki so opisovali raziskave na živalih. Pregledali smo celotno besedilo preostalih petih člankov in ocenili kakovost raziskav (Gregory, et al., 2013; Clark, et al., 2015; Weisman, et al., 2015; Oberg, et al. 2016; Smallwood, et al., 2016). V končni pregled smo vključili štiri raziskave.

## Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Objavljena ni bila nobena randomizirana raziskava, ki bi ustrezala našim iskalnim kriterijem. Vse raziskave, ki so bile primerne za oceno ustreznosti oz. kakovosti, so opazovalne raziskave. Štiri od petih raziskav, ki smo jih ocenjevali, so bile retrospektivne kohortne raziskave, narejene na podlagi pregleda velikih epidemioloških baz podatkov z ustreznim upoštevanjem motečih dejavnikov, kot so spol otroka, način poroda (vaginalni porod vs. carski rez), starost matere, pariteta, fetalni distress med porodom, medenična vstava in nekateri zapleti v nosečnosti (preeklampsija, nosečnostna sladkorna bolezen in zastoj plodove rasti) (Gregory,

et al., 2013; Clark, et al., 2015; Weisman, et al., 2015; Oberg, et al., 2016). Vsi naštetni dejavniki so namreč znani perinatalni dejavniki tveganja za SAM, zato jih je potrebno upoštevati, kadar preučujemo morebitno povezavo med uporabo oksitocina med porodom in SAM (Hultman, et al., 2002; Glasson, et al., 2004; Larsson, et al., 2005; Durkin, et al., 2008; Williams, et al., 2008; Bilder, et al., 2009; Gardener, et al., 2009; Burstyn, et al., 2010). Raziskava, ki so jo opravili Smallwood in sodelavci (2016), je zajemala bistveno manjši vzorec od ostalih (skupno 254 otrok, od tega 150 s SAM) in je bila zasnovana kot raziskava primer – kontrola. Skupina otrok s SAM in kontrolna skupina otrok brez SAM sta bili usklajeni le glede starosti otrok, ne pa tudi glede številnih že zgoraj navedenih znanih dejavnikov tveganja za SAM. Zaradi neupoštevanja potencialno motečih dejavnikov smo se odločili, da te raziskave ne vključimo v končno analizo, na podlagi katere smo želeli podati zaključke o vplivu oksitocina med porodom na tveganje za SAM.

## Rezultati

Tabela 1 prikazuje značilnosti štirih opazovalnih raziskav, ki ustrezajo vključitvenim kriterijem našega sistematičnega pregleda literature.

Leta 2013 so Gregory in sodelavci (2013) objavili do takrat največjo epidemiološko raziskavo o morebitnem

Tabela 1: Glavne značilnosti raziskav o vplivu uporabe oksitocina za sprožitev ali pospeševanje poroda na pojavnost SAM

Table 1: Main characteristics of the effect of the use of oxytocin on induction or augmentation of labour on incidence of ASD

Avtor, leto/ Author, year	Število vseh otrok/ Number of all children (Število otrok s SAM/ Number of children with SAM)	Ključne ugotovitve/Key findings	
		Vpliv na pojavnost SAM/ Effect on incidence of SAM	Razmerje obetov/ Odds ratio (95-% interval zaupanja/ 95-% confidence interval)
Gregory, 2013	625042 (5500)	Sprožitev ali pospeševanje vsi	1,27 (1,01–1,52)*
		Sprožitev ali pospeševanje dečki	1,35 (1,01–1,66)*
		Sprožitev ali pospeševanje deklice	1,01 (0,67–1,53)
		Samo sprožitev vsi	1,13 (1,04–1,22)*
		Samo sprožitev dečki	1,18 (1,08–1,30)*
		Samo sprožitev deklice	0,95 (0,80–1,13)
		Samo pospeševanje vsi	1,16 (1,07–1,25)*
		Samo pospeševanje dečki	1,15 (1,05–1,25)*
		Samo pospeševanje deklice	1,18 (1,03–1,36)*
Clark, 2015	251404 (2543)	Sprožitev ali pospeševanje dečki	0,94 (0,77–1,14)
		Sprožitev ali pospeševanje deklice	0,79 (0,55–1,15)
		Samo sprožitev dečki	1,00 (0,88–1,12)
		Samo sprožitev deklice	0,86 (0,70–1,06)
		Samo pospeševanje dečki	0,98 (0,85–1,13)
Samo pospeševanje deklice	0,98 (0,78–1,24)		
Weisman, 2015	557040 (2110)	Samo pospeševanje dečki	1,13 (1,00–1,26)*
		Samo pospeševanje deklice	0,99 (0,77–1,27)
Oberg, 2016	1 362 950 (22077)	Samo sprožitev poroda vsi	1,19 (1,13–1,24)*
		Samo sprožitev poroda sorojenci	0,99 (0,88–1,10)

Legenda/Legend: n – število/number; \* – statistična značilnost intervala zaupanja/statistical significance of confidence interval

vplivu oksitocina med porodom na pojavnost SAM. V njihovi perinatalni bazi podatkov iz Severne Karoline (Združene države Amerike – ZDA) sta bila sprožitev in pospeševanje poroda neodvisna dejavnika tveganja za SAM (razmerje obojnih (RO) = 1,27, 95-% interval zaupanja (95-% IZ) = 1,01–1,52). Tudi ko so analizirali samo sprožitev in samo pospeševanje poroda, je bila povezava statistično značilna (sprožitev: RO = 1,13, 95-% IZ = 1,04–1,22; pospeševanje: RO = 1,16, 95-% IZ = 1,07–1,25). Objava te raziskave je sprožila burne odzive in številna poročila o škodljivosti oksitocina, predvsem v laičnih publikacijah. V znanstvenih krogih je bila raziskava sprejeta s precej več zadržki. Zasnova raziskave je namreč na več mestih pomanjkljiva. Gre za analizo baze podatkov, ki ne omogoča natančnega upoštevanja vseh morebitnih motečih dejavnikov in dejanske analize uporabe oksitocina. V raziskavi so le predpostavljali, da so porode sprožili z oksitocinom, niso pa imeli podatkov o dejanskih metodah sprožitve. Prav tako ni bilo podatkov o odmerku oksitocina. Predpostavljati je mogoče, da porodnice s sproženim porodom prejmejo več oksitocina kot tiste s pospešenim porodom. Vendar razlik med morebitnim tveganjem za SAM pri sproženih in pospešenih porodih ni bilo (Gregory, et al., 2013).

Clark in sodelavci (2015) povezave med SAM in sprožitvijo ali pospeševanjem poroda z analizo perinatalne baze podatkov v zvezni državi Utah (ZDA) niso potrdili. Pomembne povezave s SAM prav tako niso našli niti omejeno le na sprožitev poroda (brez pospešenih porodov) niti le na pospeševanje poroda (brez sproženih porodov).

Weisman in sodelavci (2015) so objavili rezultate velike danske epidemiološke raziskave, v kateri prav tako niso našli povezave med sprožitvijo poroda in SAM. Prisotna je bila samo šibka povezava med pospeševanjem poroda z oksitocinom in SAM, in sicer le pri dečkih (RO = 1,13, 95-% IZ = 1,00–1,26).

Najnovejša raziskava s področja morebitne povezave med uporabo oksitocina med porodom in SAM je bila objavljena leta 2016. Švedski raziskovalci so na populaciji več kot 1.300.000 rojstev ob upoštevanju danes znanih motečih dejavnikov potrdili šibko povezavo med sprožitvijo poroda in SAM (RO = 1,19, 95-% IZ = 1,13–1,24). Velikost vzorca je omogočala tudi primerjavo sorojencev, pri katerih se je začetek poroda razlikoval (sprožen porod pri enem in spontan začetek poroda pri drugem). Analiza podatkov za sorojence, ki najbolje upošteva morebitne še nepotrjene moteče dejavnike, ni pokazala statistično pomembne povezave med sprožitvijo poroda in SAM (RO = 0,99, 95-% IZ = 0,88–1,10) (Oberg, et al., 2016).

## Diskusija

Z našim pregledom literature smo identificirali štiri velike dobro zasnovane retrospektivne kohortne raziskave s področja povezave med sprožitvijo ali

pospeševanjem poroda z oksitocinom in SAM, ki so bile objavljene v izbranem časovnem obdobju. Prva od teh raziskav je povezavo med sprožitvijo ali pospeševanjem poroda in SAM pokazala, druga je povezavo s SAM pokazala samo za pospeševanje poroda pri dečkih, tretja pa povezave med sprožitvijo ali pospeševanjem poroda in SAM ni pokazala. Četrta, časovno zadnja in največja raziskava na tem področju je za celotno populacijo sicer potrdila morebitno šibko povezavo med sprožitvijo poroda in SAM, vendar je analiza podatkov za sorojence pokazala, da ta povezava najverjetneje ni vzročna. Tudi sicer zasnova pregledanih raziskav (retrospektivne opazovalne kohortne raziskave) zanesljivih zaključkov o vzročnosti povezave ne dovoljuje niti v primerih, ko je le-ta statistično značilna.

Randomizirane raziskave, ki bi na to vprašanje ustrezno odgovorila, pač ne moremo pričakovati. Razlogov za to je več. Prvi je logistični, saj bi za takšno raziskavo morali analizirati ogromen vzorec porodnic in njihovih otrok, katerih razvoju bi morali slediti več let. Tudi stroški tovrstne raziskave bi bili izjemno visoki. Drugi razlog je etična oporečnost takšne raziskave. Ob prisotnih indikacijah za sprožitev ali pospeševanje poroda, ki smo jih omenili že v uvodu, so koristi uporabe oksitocina namreč dokazane; ob odsotnosti indikacij pa uporaba oksitocina med porodom ni smiselna (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2009). Randomizirati porodnice, ki bi jim uporaba oksitocina koristila, in porodnice, ki tega zdravila ne potrebujejo, v dveh skupinah, tj. z in brez uporabe oksitocina, bi bilo torej neetično.

Dobra lastnost predstavljenega pregleda literature je, da smo članke iskali sistematično, z vnaprej določenimi iskalnimi kriteriji in kriteriji za kakovost. Pri tem smo upoštevali mednarodne standarde za prikaz rezultatov pregleda literature PRISMA (2017). Med vključitvenimi kriteriji velja v diskusiji omeniti dva: 1) časovni iskalni okvir smo omejili na članke, ki so bili objavljeni leta 2013 ali kasneje, in 2) vključili smo le raziskave, v katerih je bila povezava med uporabo oksitocina in SAM dokazana z multivariatno analizo in ustreznim upoštevanjem že znanih najpomembnejših perinatalnih dejavnikov tveganja (Gregory, et al., 2013; Clark, et al., 2015; Weisman, et al., 2015; Oberg, et al., 2016).

Odločitev, da bomo vključili le raziskave, objavljene od leta 2013 dalje, temelji na dejstvu, da so bile raziskave, objavljene pred tem, izvedene na bistveno manjšem vzorcu in so zato njihovi zaključki manj zanesljivi. Vseeno pa velja omeniti, da je bilo do leta 2013 objavljenih devet kohortnih raziskav, ki so v univariatni analizi pokazale povezavo med uporabo oksitocina in SAM (Gardener, et al., 2009). Samo pri eni od teh je povezava ostala statistično značilna tudi po upoštevanju motečih dejavnikov. Tudi metaanaliza teh devetih raziskav ni pokazala pomembne povezave med uporabo oksitocina med porodom in pojavnostjo SAM (Gardener, et al., 2009).

Odločitev, da bomo v pregled literature vključili le raziskave, v katerih so bili pri analizi vpliva oksitocina na SAM upoštevani že znani perinatalni dejavniki tveganja za SAM, temelji na tem, da je ob neupoštevanju teh dejavnikov tveganje za pristranost nesprejemljivo visoko. Primerjava žensk s spontanim, nepospešenim porodom, katerih otroci nimajo SAM, ter žensk, pri katerih je bil porod sprožen ali pospešen z oksitocinom in imajo otroke s SAM, ne glede na že znane perinatalne dejavnike tveganja za SAM, bi morda lahko pokazala, da je pri otrocih porodnic s pospešenim ali sproženim porodom SAM prisoten v večjem deležu. Takšen rezultat bi bil namreč tudi posledica dejstva, da je v primerjavi z ostalimi porodnicami oksitocin med porodom prejelo več starejših porodnic, tistih s sladkorno boleznijo, preeklampsijo in prvorođnic. Pred vsakršnim zaključkom o vplivu oksitocina med porodom na pojavnost SAM je zato treba pozorno analizirati morebitne moteče dejavnike. Posledično raziskav, v katerih to ni bilo storjeno, nismo vključili v naš pregled literature, saj bi lahko privedle do napačnih zaključkov.

Glavna slabost obstoječega pregleda literature je, da ne vsebuje metaanalize vključenih raziskav. Za slednjo v pregledanih člankih ni bilo podanih dovolj informacij. V prihodnje bi bilo smiselno takšno metaanalizo izvesti, po možnosti z uporabo individualiziranih podatkov za vsakega otroka in vsak porod posebej. Do takrat lahko zaključke o vplivu uporabe oksitocina za sprožitev ali pospeševanje poroda na nastanek SAM podamo le na podlagi pregleda do danes objavljenih raziskav.

## Zaključek

Največja in do danes najboljše metodološko zasnovana raziskava ni pokazala povezave med uporabo oksitocina in SAM. Tudi raziskave, v katerih so povezavo našli, so pokazale, da je ta morebitna povezava šibka in le statistično, ne pa tudi klinično pomembna. Dokazane koristi medicinsko indicirane uporabe oksitocina med porodom tako nedvomno odtehtajo zgolj teoretično tveganje za nastanek SAM. Menimo, da bi morali zdravstveni delavci, predvsem babice in porodničarji, s tem seznaniti nosečnice in porodnice. Slednje so namreč danes iz različnih virov pogosto deležne zavajajočih informacij o nevarnosti sintetičnega oksitocina kot dejavnika tveganja za SAM pri otroku.

## Conflict of interest/Nasprotje interesov

The authors declare that no conflicts of interest exist./Avtorja izjavljata, da ni nasprotja interesov.

## Funding/Financiranje

The study received no funding./Raziskava ni bila finančno podprta.

## Ethical approval/Etika raziskovanja

This systematic literature review was exempt from ethical committee approval./Raziskava predstavlja pregled že objavljene literature in zato ni potrebovala posebnega dovoljenja komisije za etiko.

## Author contributions/Prispevek avtorjev

Both authors made equal contributions to the design of the research, literature review and writing of all parts of the article./Oba avtorja sta enako prispevala k zasnovi raziskave, pregledu literature in pisanju vseh delov besedila članka.

## Literature/Literatura

American College of Obstetricians and Gynecologists, 2009. ACOG Practice Bulletin No. 107: Induction of labour. *Obstetrics & Gynecology*, 114, pp. 386–397.

<https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181b48ef5>

PMid:19623003

Autism Speaks, 2013. Available at: <http://www.autismspeaks.org/science/science-news/study-links-inducingaugmented-labor-modestly-higher-autism-risk>. [27.3.2017].

Bilder, D., Pinborough-Zimmerman, J., Miller, J. & McMahon, W., 2009. Prenatal, perinatal, and neonatal factors associated with Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics*, 123(5), pp. 1293–1300.

<https://doi.org/10.1542/peds.2008-0927>

PMid:19403494

Burstyn, I., Sithole, F. & Zwaigenbaum, L., 2010. Autism spectrum disorders, maternal characteristics and obstetric complications among singletons born in Alberta, Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 30(4), pp. 125–134.

Clark, E., Bilder, D., Varner, M., Esplin, M., Coon, H. & Bakian, A., 2015. Autism spectrum disorder and induced/augmented labor: epidemiologic analysis of a utah cohort. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 212, pp. S4–S5.

<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.10.037>

Decoded Pregnancy, 2013. Available at: <http://decodedpregnancy.com/induced-labor-does-exposure-to-pitocin-increase-your-babys-risk-for-autism/2468/>. [27.3.2017].

Disability Scoop, 2013. Available at: <https://www.disabilityscoop.com/2013/08/13/inducing-labor-autism-risk/18506/> [27.3.2017].

Durkin, M.S., Maenner, M.J., Newschaffer, C.J., Lee, L.C., Cunniff, C.M., Daniels, J.L., et al., 2008. Advanced parental age and the risk of Autism Spectrum Disorder. *American Journal of Epidemiology*, 168(11), pp. 1268–1276.

<https://doi.org/10.1093/aje/kwn250>

PMid:18945690; PMCID:PMC2638544



- Ebstein, R.P., Israel, S., Lerer, E., Uzefovsky, F., Shalev, I., Gritsenko, I., et al., 2009. Arginine vasopressin and oxytocin modulate human social behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1167, pp. 87–102.  
<https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04541.x>  
PMid:19580556
- Gardener, H., Spiegelman, D. & Buka, S.L., 2009. Prenatal risk factors for autism: comprehensive meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 195(1), pp. 7–14.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.051672>  
PMid:19567888; PMCid:PMC3712619
- Glasson, E.J., Bower, C., Petterson, B., Klerk, N., Chaney, G. & Hallmayer, J.F., 2004. Perinatal factors and the development of Autism. *Archives of General Psychiatry*, 61(6), pp. 618–627.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.6.618>  
PMid:15184241
- Gregory, S.G., Connelly, J.J., Towers, A.J., Johnson, J., Biscocho, D., Markunas, C.A., et al., 2009. Genomic and epigenetic evidence for oxytocin receptor deficiency in autism. *BMC Medicine*, 62(7), pp. 1–13.  
<https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-62>
- Gregory, S.G., Anthonopolos, R., Osgood, C.E., Grotegut, C.A. & Miranda, M.L., 2013. Association of Autism with induced or augmented childbirth in North Carolina Birth Record (1990–1998) and Education Research (1997–2007) Databases. *JAMA Pediatrics*, 167(10), pp. 959–966.  
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.2904>  
PMid:23938610
- Hultman, C.M., Sparen, P. & Cnattingius, S., 2002. Perinatal risk factors for infantile Autism. *Epidemiology*, 13(4), pp. 417–423.  
<https://doi.org/10.1097/00001648-200207000-00009>  
PMid:12094096
- Larsson, H.J., Eaton, W.W., Madsen, K.M., Vestergaard, M., Olesen, A.V., Agerbo, E., et al., 2005. Risk factors for Autism: perinatal factors, parental psychiatric history, and socioeconomic status. *American Journal of Epidemiology*, 161(10), pp. 916–951.  
<https://doi.org/10.1093/aje/kwi123>  
PMid:15870155
- Levy, S.E., Mandell, D.S. & Schultz, R.T., 2009. Autism. *The Lancet*, 374(9701), pp. 1627–1638.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61376-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61376-3)
- Macedoni-Lukšič, M., 2006. Spekter avtistične motnje. In: C. Kržišnik & T. Battelino, eds. *Novosti v otroški gastroenterologiji: izbrana poglavja iz pediatrije* 18. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, pp. 115–126.
- Macedoni-Lukšič, M., Jurišič, B.D., Rovšek, M., Melanšek, V., Potočnik, N.D., Bužan, V., et al., 2009. *Smernice za celostno obravnavo oseb s spektroavtističnimi motnjami*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, pp. 11–29.
- Oberg, A.S., D'Onofrio, B.M., Rickert, M.E., Hernandez-Diaz, S., Ecker, J.L., Almqvist, C., et al., 2016. Association of labour induction with offspring risk of Autism Spectrum Disorders. *JAMA Pediatrics*, 170(9), pp. 170–179.  
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.0965>  
PMid:27454803
- Park, H.R., Lee, J.M., Moon, H.E., Lee, D.S., Kim, B.N., Kim, J., et al., 2016. A short review on the current understanding of Autism Spectrum Disorders. *Experimental Neurobiology*, 25(1), pp. 1–13.  
<https://doi.org/10.5607/en.2016.25.1.1>  
PMid:26924928 PMCid:PMC4766109
- Porodna Hiša, 2011. Available at:  
<http://visfeminea.blogspot.si/2011/02/stranski-ucinki-umetnih-popadkov.html> [27.3.2017].
- PRISMA, 2017. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses (PRISMA). Available at:  
<http://prisma-statement.org/Default.aspx> [28.2.2017].
- Smallwood, M., Sareen, A., Baker, E., Hannusch, R., Kwessi, E. & Williams, T., 2016. Increased risk of Autism development in children whose mothers experienced birth complications or received labour and delivery drugs. *ASN Neuro*, 8(4), pp. 1–6.  
<https://doi.org/10.1177/1759091416659742>  
PMid:27511908 PMCid:PMC4984315
- Verdenik, I., Novak Antolič, Ž., & Zupan, J., 2013. *Perinatologia Slovenica II: slovenski perinatalni rezultati za obdobje 2002–2011*. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicine SZD, Ginekološka klinika, UKC Ljubljana, pp. 11–16.
- Weisman, O., Agerbo, E., Carter, C.S., Harris, J.C., Uldbjerg, N., Henriksen, T.B., et al., 2015. Oxytocin-augmented labour and risk for autism in males. *Behavioural Brain Research*, 284, pp. 207–212.  
<https://doi.org/10.1016/j.bbr.2015.02.028>  
PMid:25707712
- Williams, E., Thomas, K., Sidebotham, H. & Emond, A., 2008. Prevalence and characteristics of autistic spectrum disorders in the ALSPAC cohort. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50(9), pp. 672–677.  
<https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2008.03042.x>  
PMid:18754916

---

*Cite as/Citirajte kot:*

Grosek, M. & Lučovnik, M., 2017. Oxytocin for labour induction or augmentation as a risk factor for autism: systematic literature review. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(2), pp. 153–163. <https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.2.154>

## NAVODILA AVTORJEM

### Splošna navodila

Članek naj bo napisan v slovenskem ali angleškem knjižnem jeziku, razumljivo in jedrnato, dolg naj bo največ 5000 besed za kvantitativno in do 6000 besed za kvalitativno zasnovane raziskave. Število besed se nanaša na besedilo članka in ne vključuje naslova, izvlečka, tabel, slik in seznama literature. Avtorji naj uporabijo Microsoft Wordovo predlogo, ki je dostopna na spletni strani uredništva. Vsi članki, ki so uvrščeni v uredniški postopek, so recenzirani s tremi anonimnimi recenzijami. Revija objavlja le izvirna, še neobjavljena znanstvena dela. Za trditve v članku odgovarja avtor oziroma avtorji, če jih je več (v nadaljevanju avtor), zato mora le-ta biti podpisan s celotnim imenom in priimkom, treba je navesti strokovne naslove, akademske nazive avtorja in izvolitev v pedagoški ali raziskovalni naziv, v kolikor ga avtor ima. Če je članek napisan v angleškem jeziku, morajo biti v angleškem jeziku zapisani tudi strokovni naslovi, akademski nazivi in izvolitev v pedagoški ali raziskovalni naziv. Avtor mora pri oddaji članka dosledno upoštevati navodila glede standardizirane znanstvene opreme, videza in tipologije dokumentov ter navodila v zvezi z oddajo članka. Članek bo uvrščen v nadaljnjo obravnavo, ko bo pripravljen v skladu z navodili uredništva.

Če članek objavlja raziskavo na ljudeh, naj bo v podpoglavju metod *Opis poteka raziskave in obdelave podatkov* razvidno, da je bila raziskava opravljena skladno z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije, opisan naj bo postopek pridobivanja dovoljenj za izvedbo raziskave. Eksperimentalne raziskave, opravljene na ljudeh, morajo imeti soglasje komisije za etiko bodisi na ravni ustanove ali več ustanov, kjer se raziskava izvaja, bodisi na nacionalni ravni.

Naslov članka, izvleček, ključne besede, tabele (opisni naslov in legenda) ter slike (opisni naslov oz. podpis in legenda) morajo biti v slovenščini in angleščini, le-to velja tudi za angleško pisane članke, le da so v tem primeru našete enote navedene najprej v angleščini in nato v slovenščini. Skupno število slik in tabel naj bo največ pet. Tabele in slike naj bodo v besedilu članka na ustreznem mestu. Za prikaz rezultatov v tabelah, slikah in besedilu je treba uporabljati statistične simbole, ki jih avtor najde na spletni strani revije, poglavje Navodila. Na vsako tabelo in sliko se mora avtor v besedilu sklicevati. Uporaba sprotnih opomb pod črto ni dovoljena.

### Opredelitev tipologije

Uredništvo razvrsti posamezni članek po veljavni tipologiji za vodenje bibliografij v sistemu COBISS (Kooperativni online bibliografski sistem in servisi) (dostopno na: [http://home.izum.si/COBISS/bibliografije/Tipologija\\_slv.pdf](http://home.izum.si/COBISS/bibliografije/Tipologija_slv.pdf)). Tipologijo lahko predlagata avtor in recenzent, končno odločitev sprejme glavni in odgovorni urednik.

## Metodološka struktura članka

**Naslov, izvleček in ključne besede** naj bodo v slovenščini in angleščini. Naslov naj bo skladen z vsebino članka in dolg največ 120 znakov. Oblikovan naj bo tako, da je iz njega razviden uporabljeni raziskovalni dizajn. Če naslovu sledi podnaslov, naj bosta ločena s podpičjem. Navedenih naj bo od tri do šest ključnih besed, ki natančneje opredeljujejo vsebino članka in ne nastopajo v naslovu. Izvleček naj bo strukturiran, vsebuje naj 150–220 besed. Napisan naj bo v tretji osebi. V izvlečku se ne citira.

**Strukturirani izvleček** naj vsebuje naslednje strukturne dele:

**Uvod** (Introduction): Navesti je treba ključna spoznanja dosedanjih raziskav, opis raziskovalnega problema, namen raziskave, v katerem so opredeljene ključne spremenljivke raziskave.

**Metode** (Methods): Navesti je treba uporabljeni raziskovalni dizajn, opisati glavne značilnosti vzorca, instrument raziskave, zanesljivost instrumenta, kje, kako in kdaj so se zbirali podatki in s katerimi metodami so bili obdelani in analizirani.

**Rezultati** (Results): Opisati je treba najpomembnejše rezultate raziskave, ki odgovarjajo na raziskovalni problem in namen raziskave. Pri kvantitativnih raziskavah je treba navesti vrednost rezultata in raven statistične značilnosti.

**Diskusija in zaključek** (Discussion and conclusion): Razpravljati je treba o ugotovitvah raziskave, navesti se smejo le zaključki, ki izhajajo iz podatkov, pridobljenih pri raziskavi. Navesti je treba tudi uporabnost ugotovitev in izpostaviti pomen nadaljnjih raziskav za boljše razumevanje raziskovalnega problema. Enakovredno je treba navesti tako pozitivne kot tudi negativne ugotovitve.

### Struktura izvirnega znanstvenega članka (1.01)

Izvirni znanstveni članek je samo prva objava originalnih raziskovalnih rezultatov v takšni obliki, da se raziskava lahko ponovi ter ugotovitve preverijo. Revija objavlja znanstvene raziskave, za katere zbrani podatki niso starejši od pet let ob objavi članka v reviji.

**Uvod:** V uvodu opredelimo raziskovalni problem, in sicer v kontekstu znanja in znanstvenih dokazov, v katerem smo ga razvili. Pregled obstoječe znanstvene literature mora utemeljiti potrebo po naši raziskavi in je osnova za oblikovanje namena in ciljev raziskave, raziskovalnih vprašanj oz. hipotez in izbranega dizajna raziskave. Uporabimo znanstvena spoznanja in koncepte aktualnih mednarodnih in domačih raziskav, ki so objavljena kot primarni vir in niso starejša od deset oziroma pet let. Obvezno je citiranje in povzemanje spoznanj raziskav in ne mnenj avtorjev. Na koncu opredelimo namen in cilje raziskave. Priporočamo zapis raziskovalnih vprašanj (kvalitativna raziskava)

oz. hipotez (kvantitativna raziskava).

**Metode:** V uvodu metod navedemo izbrano raziskovalno paradigmo (kvantitativna, kvalitativna) in uporabljeni dizajn izbrane paradigme. Podpoglavja metod so: *opis instrumenta, opis vzorca, opis poteka raziskave in opis obdelave podatkov*.

Pri *opisu instrumenta* navedemo: opis sestave instrumenta, kako smo oblikovali instrument, spremenljivke v instrumentu, merske značilnosti (veljavnost, zanesljivost, objektivnost, občutljivost). Navedemo avtorje, po katerih smo instrument povzeli, ali navedemo literaturo, po kateri smo ga razvili. Pri kvalitativni raziskavi opišemo tehniko zbiranja podatkov, izhodiščna vprašanja, morebitno strukturo poteka zbiranja podatkov, kriterije veljavnosti in zanesljivosti tehnike zbiranja podatkov.

Pri *opisu vzorca* navedemo: opis populacije, iz katere smo oblikovali vzorec, vrsto vzorca, kolikšen je bil odziv vključenih v raziskavo, opis vzorca po demografskih podatkih (spol, izobrazba, delovna doba, delovno mesto ipd.). Pri kvalitativni raziskavi opredelimo še možnosti vključitve in izbrani način vključitve v raziskavo, vrsto vzorca, velikost vzorca in pojasnimo zasičenost vzorca.

Pri *opisu poteka raziskave in obdelave podatkov* navedemo etična dovoljenja za izvedbo raziskave, dovoljenja za izvedbo raziskave v organizaciji, predstavimo potek izvedbe raziskave, zagotovila za anonimnost vključenih ter prostovoljnost pri vključitvi v raziskavo, navedeno obdobje, kraj in način zbiranja podatkov, uporabljene metode analize podatkov, pri slednjem natančno navedemo statistične metode, program in verzijo programa statistične obdelave, meje statistične značilnosti. Pri kvalitativni raziskavi natančno opišemo celoten potek raziskave, način zapisovanja, zbiranja podatkov, število izvedb (opazovanj, intervjujev ipd.), trajanje izvedb, sekvence, transkripcijo podatkov, korake analize obdelave, tehnike obdelave in interpretacije podatkov ter receptivnost raziskovalca.

**Rezultati:** Rezultate prikažemo besedno oz. v tabelah in slikah ter pazimo, da izberemo le en prikaz za posamezen rezultat in da se vsebina ne podvaja. V razlagi rezultatov se osredotočamo na statistično značilne rezultate in tiste, ki so nas presenetili. Rezultate prikazujemo glede na stopnjo zahtevnosti statistične obdelave. Pri prikazu rezultatov v tabelah in slikah je za vse uporabljene kratice potrebna pojasnitev v legendi pod tabelo ali sliko. Rezultate prikažemo po postavljenih spremenljivkah, odgovorimo na raziskovalna vprašanja oz. hipoteze. Pri kvalitativnih raziskavah prikažemo potek oblikovanja kod in kategorij, za vsako kodo predstavimo eno do dve reprezentativni izjavi vključenih v raziskavo, ki najbolje predstavita oblikovano kodo. Naredimo shematični prikaz dobljenih kod in iz njih razvitih kategorij ter sodbo.

**Diskusija:** V diskusiji ugotovitve raziskave navajamo na besedni način (številčnih rezultatov ne navajamo).

Nizamo jih po posameznih spremenljivkah in z vidika postavljenih raziskovalnih vprašanj oz. hipotez, ki jih ne ponavljamo, temveč nanje besedno odgovarjamo. Rezultate v razpravi pojasnimo z vidika razumevanja, kaj lahko iz njih razberemo, razumemo in kako je to primerljivo z rezultati drugih raziskav in kaj to pomeni za uporabnost naše raziskave. Pri tem smo odgovorni in etični ter rezultate pojasnjujemo z vidika spoznanj naše raziskave in z vidika spoznanj, ki so preverljiva, splošno znana in primerljiva z vidika drugih raziskav. Pazimo na posploševanje rezultatov in se pri tem zavedamo omejitev raziskave z vidika instrumenta, vzorca in poteka raziskave. Upoštevamo načelo preverljivosti in primerljivosti. Oblikujemo rdečo nit razprave kot smiselne celote, komentiramo pričakovana in nepričakovana spoznanja raziskave. Na koncu razprave navedemo priporočila, ki so plod naše raziskave, in področja, ki jih nismo raziskali, pa bi jih bilo treba, ali pa smo jih, vendar naši rezultati ne dajejo ustreznih pojasnil. Navedemo omejitve raziskave.

**Zaključek:** Na kratko povzamemo ključne ugotovitve izvedene raziskave, povzamemo predloge za prakso, predlagamo možnosti nadaljnjega raziskovanja obravnavanega problema. V zaključku ne citiramo ali povzemamo.

Članek naj se zaključi s seznamom literature, ki je bila citirana ali povzeta v članku.

## Struktura preglednega znanstvenega članka (1.02)

V kategorijo preglednih znanstvenih raziskav sodijo: sistematični pregled literature, pregled literature, analiza koncepta, razpravni članek (v nadaljevanju pregledni znanstveni članek). Revija objavlja pregledne znanstvene raziskave, za katere je bilo zbiranje podatkov končano največ tri leta pred objavo članka v reviji.

Pregledni znanstveni članek je pregled najnovejših raziskav o določenem predmetnem področju z namenom povzemati, analizirati, evalvirati ali sintetizirati informacije, ki so že bile publicirane. V preglednem znanstvenem članku znanstvena spoznanja niso le navedena, ampak tudi razložena, interpretirana, analizirana, kritično ovrednotena in predstavljena na znanstvenoraziskovalen način. Na osnovi kvantitativne obdelave podatkov predhodnih raziskav (metaanaliza) ali kvalitativne sinteze (metasinteza) rezultatov predhodnih raziskav prinaša nova spoznanja in koncepte za nadaljnje raziskovalno delo. Struktura preglednega znanstvenega članka je enaka kot pri izvornem znanstvenem članku.

V **uvodu** predstavimo znanstveno, konceptualno ali teoretično izhodišče kot vodilo pregleda literature. Končamo z utemeljitvijo, zakaj je pregled potreben, zapišemo namen, cilje in raziskovalno vprašanje.

V **metodah** natančno opišemo uporabljeni raziskovalni dizajn pregleda literature. Podpoglavja metod so: *metode*

pregleda, rezultati pregleda, ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov. Metode pregleda vključujejo razvoj, testiranje in izbor iskalne strategije, vključitvene in izključitvene kriterije za uvrstitev v pregled, raziskane podatkovne baze, časovno obdobje iskanja objav, vrste objav z vidika hierarhije dokazov, ključne besede, jezik pregledanih objav. Rezultati pregleda vključujejo število dobljenih zadetkov, število pregledanih raziskav, število vključenih raziskav in število izključenih raziskav. Uporabimo diagram poteka raziskave skozi faze pregleda, pri izdelavi si pomagamo z mednarodnimi standardi za prikaz rezultatov pregleda literature (npr. PRISMA-Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis). Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov vključuje oceno uporabljene iskalne strategije in kriterijev za dokončni nabor uporabljenih zadetkov, kakovost vključenih raziskav z vidika hierarhije dokazov ter način obdelave podatkov.

**Rezultate** prikažemo tabelarično kot analizo kakovosti vključenih raziskav. Tabela naj vključuje avtorje raziskave, leto objave raziskave, državo, kjer je bila raziskava izvedena, namen raziskave, raziskovalni dizajn, proučevane spremenljivke, instrument, velikost vzorca, ključne ugotovitve idr. Jasno naj bo razvidno, katere vrste raziskav glede na hierarhijo dokazov so vključene v pregled literature. Rezultate prikažemo besedno, v tabelah in slikah, navedemo ključna spoznanja glede na raziskovalni dizajn. Pri kvalitativni sintezi uporabimo kode in kategorije kot rezultat pregleda kvalitativne sinteze. Pri kvantitativni analizi opišemo uporabljene statistične metode obdelave podatkov iz vključenih znanstvenih del.

V **diskusiji** v prvem delu odgovorimo na raziskovalno vprašanje, nato komentiramo ugotovitve pregleda literature, kakovost vključenih raziskav, svoje ugotovitve primerjamo z rezultati drugih primerljivih raziskav, razvijemo nova spoznanja, ki jih je doprinesel pregled literature, njihovo teoretično, znanstveno in praktično uporabnost, navedemo omejitve raziskave, uporabnost v praksi in priložnosti za nadaljnje raziskovanje.

V **zaključku** poudarimo doprinos izvedenega pregleda, opozorimo na morebitne pomanjkljivosti v splošno uveljavljenem znanju in razumevanju, izpostavimo pomen bodočih raziskav, uporabnost pridobljenih spoznanj in priporočila za prakso, raziskovanje, izobraževanje, menedžment, pri čemer upoštevamo omejitve raziskave. Izpostavimo teoretični koncept, ki bi lahko usmerjal raziskovalce v prihodnosti. V zaključku ne citiramo ali povzemamo.

## Navajanje literature

Vsako trditev, teorijo, uporabljeno metodologijo, koncept je treba potrditi s citiranjem. Avtorji naj uporabljajo *harvardski sistem* (npr. *Anglia 2008*) za navajanje avtorjev v besedilu in seznamu literature na koncu članka. Za navajanje avtorjev v **besedilu**

uporabljamo npr.: (Pahor, 2006) ali Pahor (2006), kadar priimek vključimo v poved. Če gre za dva soavtorja, priimeka ločimo z »&«: (Stare & Pahor, 2010). V besedilu navajamo *do dva avtorja*, če je avtorjev več navedemo le prvega in dopišemo »et al.«: (Chen, et al., 2007). Če navajamo več citiranih del, jih ločimo s podpičji in jih navedemo po kronološkem zaporedju, od najstarejšega do najnovejšega, če je med njimi v istem letu več citiranih del, jih razvrstimo po abecednem vrstnem redu: (Bratuž, 2012; Pajntar, 2013; Wong, et al., 2014). Kadar citiramo več del istega avtorja, izdanih v istem letu, je treba za letnico dodati malo črko po abecednem redu: (Baker, 2002a, 2002b).

Kadar navajamo sekundarne vire, uporabimo »cited in«: (Lukič, 2000 cited in Korošec, 2014). Če pisec članka ni bil imenovan oz. je delo anonimno, v besedilu navedemo *naslov*, v oklepaju pa zapišemo »Anon.« ter letnico objave: *The past is the past* (Anon., 2008). Kadar je avtor organizacija oz. gre za korporativnega avtorja, zapišemo ime korporacije (Royal College of Nursing, 2010). Če ni leta objave, to označimo z »n. d.« (angl. no date): (Smith, n. d.). Pri objavi fotografij navedemo avtorja (Foto: Marn, 2009; vir: Cramer, 2012). Za objavo fotografij, kjer je prepoznavna identiteta posameznika, moramo pridobiti dovoljenje te osebe ali staršev, če gre za otroka.

V **seznamu literature** na koncu članka navedemo bibliografske podatke/reference za *vsa v besedilu citirana ali povzeta dela* (in samo ta!), in sicer po abecednem redu avtorjev. Sklicujemo se le na objavljena dela. Kadar je avtorjev več in smo v besedilu navedli le prvega ter pripisali »et al.«, v seznamu navedemo prvih šest avtorjev in pripišemo »et al.«, če je avtorjev več kot šest. Za oblikovanje seznama literature velja velikost črk 12 točk, enojni razmik, leva poravnava ter 12 točk prostora za referencami (razmik med odstavki, angl. paragraph spacing).

Pri citiranju, tj. dobesednem navajanju, citirane strani zapišemo tako v navedbi citirane publikacije v besedilu: (Ploč, 2013, p. 56); kot tudi pri ustrezni referenci v seznamu (glej primere v nadaljevanju). Če citiramo več strani iz istega dela, strani navajamo ločene z vejico (npr.: pp. 15–23, 29, 33, 84–86). Če je citirani prispevek dostopen na spletu, na koncu bibliografskega zapisa navedemo »Available at:« ter zapišemo URL- ali URN-naslov ter v oglatem oklepaju dodamo datum dostopa (glej primere).

## Primeri navajanja literature v seznamu

### Citiranje knjige:

Hoffmann Wold, G., 2012. *Basic geriatric nursing*. 5th ed. St. Louis: Elsevier/Mosby, pp. 350–356.

Pahor, M., 2006. *Medicinske sestre in univerza*. Domžale: Izolit, pp. 73–80.

Ricci Scott, S., 2007. *Essentials of maternity, newborn and women's health nursing*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 32–36.

### Citiranje poglavja oz. prispevka iz knjige, ki jo je uredilo več avtorjev:

Berryman, J., 2010. Statewide nursing simulation program. In: W.M. Nehring & F.R. Lashley, eds. *High-fidelity patient simulation in nursing education*. Sudbury (Massachusetts): Jones and Bartlett, pp. 115–131.

Girard, N.J., 2004. Preoperative care. In: S.M. Lewis, et al., eds. *Medical-surgical nursing: assessment and management of clinical problems*. 6th ed. St. Louis: Mosby, pp. 360–375.

Kanič, V., 2007. Možganski dogodki in srčno-žilne bolezni. In: E. Tetičkovič & B. Žvan, eds. *Možganska kap – do kdaj?* Maribor: Kapital, pp. 33–42.

### Citiranje knjige, ki jo je uredil en ali več avtorjev:

Borko, E., Takač, I., But, I., Gorišek, B. & Kralj, B. eds., 2006. *Ginekologija*. 2. dopolnjena izd. Maribor: Visoka zdravstvena šola, pp. 269–276.

Robida, A. ed., 2006. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, pp. 10–72.

### Citiranje članka iz revij (v drugem primeru dostopnega tudi na spletu):

Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., et al., 2007. Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), pp. 122–131.

Papke, K. & Plock, P., 2004. The role of fundal pressure. *Perinatal Newsletters*, 20(1), pp. 1–2. Available at: [http://www.idph.state.ia.us/hpcdp/common/pdf/perinatal\\_newsletters/progeny\\_may2004.pdf](http://www.idph.state.ia.us/hpcdp/common/pdf/perinatal_newsletters/progeny_may2004.pdf) [5. 12. 2012].

Pillay, R., 2010. Towards a competency-based framework for nursing management education. *International Journal of Nursing Practice*, 16(6), pp. 545–554.

Snow, T., 2008. Is nursing research catching up with other disciplines? *Nursing Standard*, 22(19), pp. 12–13.

### Citiranje anonimnega dela (avtor ni naveden):

Anon., 2008. The past is the past: wasting competent, experienced nurses based on fear. *Journal of Emergency Nursing*, 34(1), pp. 6–7.

### Citiranje dela korporativnega avtorja:

United Nations, 2011. *Competencies for the future*. New York: United Nations, p. 6.

### Citiranje članka iz suplementa revije oz. suplementa številke revije:

Hu, A., Shewokis, P.A., Ting, K. & Fung, K., 2016. Motivation in computer-assisted instruction. *Laryngoscope*, 126(Suppl 6), pp. S5–S13.

Regehr, G. & Mylopoulos, M., 2008. Maintaining competence in the field: learning about practice, through practice, in practice. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(Suppl 1), pp. S19–S23.

Rudel, D., 2007. Informacijsko-komunikacijske tehnologije za oskrbo bolnika na daljavo. *Rehabilitacija*, 6(Suppl 1), pp. 94–100.

### Citiranje prispevka iz zbornika referatov:

Skela-Savič B., 2008. Teorija, raziskovanje in praksa v zdravstveni negi – vidik odgovornosti menedžmenta v zdravstvu in menedžmenta v visokem šolstvu. In: B. Skela-Savič, et al., eds. *Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: zbornik predavanj z recenzijo. 1. mednarodna znanstvena konferenca, Bled 25. in 26. september 2008*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 38–46.

Štemberger Kolnik, T. & Babnik, K., 2012. Oblikovanje instrumenta zdravstvene pismenosti za slovensko populacijo: rezultati pilotske raziskave. In: D. Železnik, et al., eds. *Inovativnost v koraku s časom in primeri dobrih praks: zbornik predavanj z recenzijo. 2. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih ved, 18. september 2012*. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede, pp. 248–255.

Wagner, M., 2007. Evolucija k žensko osredinjeni obporodni skrbi. In: Z. Drglin, ed. *Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales, Zgodovinsko društvo za južno Primorsko, pp. 17–30.

### Citiranje diplomskega, magistrskega dela, doktorske disertacije:

Ajlec, A., 2010. *Komunikacija in zadovoljstvo na delovnem mestu kot del kakovostne zdravstvene nege: diplomsko delo univerzitetnega študija*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, pp. 15–20.

Rebec, D., 2011. *Samoocenjevanje študentov zdravstvene nege s pomočjo video posnetkov pri poučevanju negovalnih intervencij v specialni učilnici: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 77–79.

Kolenc, L., 2010. *Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, pp. 250–258.

## Citiranje zakonov, kodeksov, pravilnikov:

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

*Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND)*, 2008a. Uradni list Republike Slovenije št. 16.

*Zakon o varstvu osebnih podatkov (uradno prečiščeno besedilo) (ZVOP-1-UPB1)*, 2007. Uradni list Republike Slovenije št. 94.

*Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*, 2010. Uradni list Republike Slovenije št. 40.

*Pravilnik o licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege Slovenije*, 2007. Uradni list Republike Slovenije št. 24.

## Citiranje zgoščenk (CD-ROM):

International Council of Nurses, 2005. *ICNP version 1.0: International classification for nursing practice*. [CD-ROM]. Geneva: International Council of Nurses.

Sima, Đ. & Požun, P., 2013. *Zakonodaja s področja zdravstva*. [CD-ROM]. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

## NAVODILA ZA PREDLOŽITEV ČLANKA

Članek je treba oddati v e-obliki preko spletne strani revije. Revija uporablja Open Journal System (OJS), dostopno na: <http://obzornik.zbornica-zveza.si>. Avtor mora natančno slediti navodilom za oddajo članka in izpolniti vse zahtevane rubrike. Pred oddajo članka naj avtor članek pripravi v naslednjih dveh ločenih dokumentih.

### 1. Naslovna stran, ki vključuje:

- naslov članka;
- avtorje v vrstnem redu, kot morajo biti navedeni v članku;
- popolne podatke o vseh avtorjih (ime, priimek, dosežena stopnja izobrazbe, habilitacijski naziv, zaposlitev, e-naslov) in podatek o tem, kdo je korespondenčni avtor; če je članek napisan v angleščini, morajo biti tako zapisani tudi vsi podatki o avtorjih; v sistem je vključena e-izjava o avtorstvu;
- informacijo, ali članek vključuje del rezultatov večje raziskave oz. ali je nastal v okviru diplomskega, magistrskega ali doktorskega dela (v tem primeru je prvi avtor vedno študent);
- izjave (statements): avtorji morajo ob oddaji rokopisa podati sledeče izjave (pri slovensko pisanem članku so vse izjave tako v slovenščini kot tudi v angleščini), ki bodo po zaključenem recenzentskem postopku in odločitvi za sprejem članka v objavo prikazane na koncu članka pred poglavjem *Literatura*.

## Zahvala/Acknowledgements

Avtorji se lahko zahvalijo posameznikom, skupinam ali sodelujočim v raziskavi za sodelovanje v raziskavi (izbirno).

## Nasprotje interesov/Conflict of interest

Avtorji so dolžni predstaviti kakršnokoli nasprotje interesov pri oddaji članka. V kolikor avtorji nimajo nobenih nasprotujočih interesov naj zapišejo naslednjo izjavo: »Avtorji izjavljajo, da ni nasprotja interesov.«

## Financiranje/Funding

Avtorji so dolžni opredeliti kakršnokoli finančno pomoč pri nastajanju članka. Ta informacija je lahko podana z imenom organizacije, ki je financirala ali sofinancirala raziskavo, ter v primeru projekta z imenom in številko projekta. V kolikor ni bilo nobenega financiranja, naj avtorji zapišejo naslednjo izjavo: »Raziskava ni bila finančno podprta.«

## Etika raziskovanja/Ethical approval

Avtorji so dolžni podati informacije o etičnih vidikih raziskave. V primeru odobritve raziskave s strani komisije za etiko zapišejo ime komisije za etiko in številko odločbe. V kolikor raziskava ni potrebovala posebnega dovoljenja komisije za etiko, so avtorji to dolžni pojasniti. Glede na posamezen tip raziskave lahko avtorji na primer zapišejo tudi naslednjo izjavo: »Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (ali) Kodeksom etike za babice Slovenije (2014),« v skladu s katero je treba v seznamu literature navajati oba vira.

## Prispevek avtorjev/Author contributions

V primeru članka dveh ali več avtorjev so avtorji dolžni opredeliti prispevek posameznega avtorja pri nastanku članka, kot to določajo priporočila International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), dostopno na: <http://www.icmje.org/recommendations>. Vsak soavtor članka mora sodelovati v najmanj dveh strukturalnih delih članka (Uvod/Introduction, Metode/Methods, Rezultati/Results, Diskusija in zaključek/Discussion and conclusion). Za vsakega avtorja je treba napisati, v katerih delih priprave članka je sodeloval in kaj je bil njegov prispevek v posameznem delu.

**2. Glavni dokument**, ki je anonimiziran in vključuje naslov članka (obvezno brez avtorjev in kontaktnih podatkov), izvleček, ključne besede, besedilo članka v predpisani strukturi, tabele, slike in literaturo. Avtorji lahko v članku uporabijo največ 5 tabel/slik.

**Obseg članka:** članek naj vsebuje največ 5000 besed za kvantitativno in do 6000 besed za kvalitativno

zasnovane raziskave. V ta obseg se ne štejejo izvleček, tabele, slike in seznam literature. Število besed članka je treba navesti v dokumentu »Naslovna stran«.

Za **oblikovanje besedila članka** naj velja naslednje: velikost strani A4, dvojni razmik med vrsticami, pisava Times New Roman, velikost črk 12 točk in širina robov 25 mm. Obvezna je uporaba oblikovne predloge za članek (Word), dostopne na spletni strani Obzornika zdravstvene nege.

Tabele naj bodo označene z arabskimi zaporednimi števkami. Imeti morajo vsaj dva stolpca ter opisni naslov (nad tabelo), naslovno vrstico, morebitni zbirni stolpec in zbirno vrstico ter legendo uporabljenih znakov. V tabeli morajo biti izpolnjena vsa polja, obsegajo lahko največ 57 vrstic. Za njihovo oblikovanje naj velja naslednje: velikost črk 11 točk, pisava Times New Roman, enojni razmik, pred in za vrstico 0,5 točke prostora, v prvem stolpcu in vseh stolpcih z besedilom leva poravnava, v stolpcih s statističnimi podatki leva poravnava, vmesne pokončne črte pri prikazu neizpisane. Uredništvo si pridružuje pravico, da preobsežne tabele, v sodelovanju z avtorjem, preoblikuje.

Slike naj bodo oštevilčene z arabskimi zaporednimi števkami. Podpisi k slikam (pod sliko) in legende naj bodo v slovenščini in angleščini, pisava Times New Roman, velikost 11 točk. Izraz slika uporabimo za grafe, sheme in fotografije. Uporabimo le dvodimenzionalne grafične črno-bele prikaze (lahko tudi šrafure) ter resolucijo vsaj 300 dpi (dot per inch). Če so slike v dvorazsežnem koordinatnem sistemu, morata obe osi (x in y) vsebovati označbe, katere enote/mere vsebujeta.

Clanki niso honorirani. Besedil in slikovnega gradiva ne vračamo, kontaktni avtor prejme objavljeni članek v formatu PDF (Portable Document Format).

## Sodelovanje avtorjev z uredništvom

Članek mora biti pripravljen v skladu z navodili in oddan prek spletne strani revije na <http://obzornik.zbornica-zveza.si>, to je pogoj, da se članek uvrsti v uredniški postopek. Če uredništvo presodi, da članek izpolnjuje kriterije za objavo v Obzorniku zdravstvene nege, bo poslan v zunanjo strokovno (anonimno) recenzijo. Recenzenti prejmejo besedilo članka brez avtorjevih osebnih podatkov, članek pregledajo glede na postavljene kazalnike in predlagajo izboljšave. Avtor je dolžan izboljšave pregledati in jih v največji meri upoštevati ter članek dopolniti v roku, ki ga določi uredništvo. V kolikor avtor članka ne vrne v roku, se članek zavrne. V kolikor avtor katere od predlaganih izboljšav ne upošteva, mora to pisno pojasniti. Po zaključenem recenzijem postopku uredništvo članek vrne avtorju, da popravke odobri, jih upošteva in pripravi čistopis. Čistopis uredništvo pošlje v jezikovni pregled.

Avtor prejme prvi natis v korekturo s prošnjo, da na njem označi vse morebitne tiskovne napake, ki jih

označi v PDF-ju prvega natisa. Spreminjanje besedila v tej fazi ni sprejemljivo. Korekture je treba vrniti v treh delovnih dneh, sicer uredništvo meni, da se avtor s prvim natisom strinja.

## NAVODILA ZA DELO RECENZENTOV

Recenzentovo delo je odgovorno in zahtevno. S svojimi predlogi in ocenami recenzenti prispevajo k večji kakovosti člankov, objavljenih v Obzorniku zdravstvene nege. Od recenzenta, ki ga uredništvo neodvisno izbere, se pričakuje, da bo odgovoril na vprašanja, ki so postavljena v obrazcu OJS, in ugotovil, ali so trditve in mnenja, zapisani v članku, verodostojni in ali je avtor upošteval navodila za objavljanje. Recenzent mora poleg znanstvenosti, strokovnosti in primernosti vsebine za objavo v Obzorniku zdravstvene nege članek oceniti metodološko ter uredništvo opozoriti na pomanjkljivosti. Ni treba, da se recenzent ukvarja z lektoriranjem, vendar lahko opozori tudi na jezikovne pomanjkljivosti. Pozoren naj bo na pravilno rabo strokovne terminologije. Posebej mora biti recenzent pozoren, ali je naslov članka jasen, ali ustreza vsebini; ali izvleček povzema bistvo članka; ali avtor citira (naj)novejšo literaturo in ali citira znanstvene raziskave avtorjev, ki so pisali o isti temi v domačih revijah; ali se avtor izogiba avtorjem, ki zagovarjajo drugačna mnenja, kot so njegova; ali navaja tuje misli brez citiranja; ali je citiranje literature ustrezno, ali se v besedilu navedena literatura ujema s seznamom literature na koncu članka. Dostopno literaturo je treba preveriti. Oceniti je treba ustreznost slik ter tabel, preveriti, če se v njih ne ponavlja tisto, kar je v besedilu že navedeno. Recenzentova dolžnost je opozoriti na morebitne nerazvezane kratice. Recenzent mora biti še posebej pozoren na morebitno plagiatstvo in krajo intelektualne lastnine.

S sprejetjem recenzije se recenzent zaveže, da jo bo oddal v predpisanem roku. Če to ni mogoče, mora takoj obvestiti uredništvo. Recenzent se obveže, da vsebine članka ne bo nedovoljeno razmnoževal ali drugače zlorabil. Recenzije so anonimne: recenzent je avtorju neznan in obratno. Recenzent bo v pregled prek sistema OJS prejel le vsebino članka brez imena avtorja. V sistemu OJS recenzent poda svoje strokovno mnenje v recenzijem obrazcu. Če ima recenzent večje pripombe, jih kot utemeljitev za sprejem ali morebitno zavrnitev članka na kratko opiše oz. avtorju predlaga nadaljnje delo, pri čemer upošteva njegovo integriteto. Zaradi večje preglednosti in lažjih dopolnitev s strani avtorja lahko recenzent svoje pripombe in morebitne predloge vnese v besedilo članka, pri tem uporabi možnost, ki jo ponuja Microsoft Word – sledi spremembam (Track changes). Recenzent mora biti pozoren, da pred uporabo omenjene možnosti prikrije svojo identiteto (slediti spremembam, spremeni ime/Track changes, change user name). Recenzentsko verzijo besedila članka z vključenimi anonimiziranimi predlogi nato recenzent naloži v sistem OJS in omogoči avtorju, da predloge dopolnitev vidi. Končno odločitev o objavi članka sprejme uredniški odbor.

## Literatura

World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), pp. 2191–2194. Available at: <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf> [1. 9. 2016].

*Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije*, 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Posodobljeno: 21. 11. 2016

---

*Citirajte kot:*

Obzornik zdravstvene nege: navodila avtorjem in recenzentom, 2016. *Obzornik zdravstvene nege*. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Navodila.aspx> [23.12.2016].



## MANUSCRIPT SUBMISSION GUIDELINES

### General policies

The manuscript should be written clearly and succinctly in a standard Slovene or English language and conform to acceptable language usage. Its length must not exceed 5000 words for quantitative and 6000 for qualitative research articles, excluding the title, abstract, tables, pictures and literature. The authors should use the Microsoft Word template, accessible at the editorial website. All articles considered for publication in the Slovenian Nursing Review will have been subjected to an external, triple-blind peer review. Manuscripts are accepted for consideration by the journal with the understanding that they represent original material, have not been published previously and are not being considered for publication elsewhere. Individual authors bear full responsibility for the content and accuracy of their submissions. The statement of responsibility and publication approval must be signed by the authors' full name. The author's (or authors') professional, academic titles and possible appointments to pedagogical or research title must be included. If the article is written in English, all the titles must be translated into the English language. In submitting a manuscript, the authors must observe the standard scientific research paper components, the format and typology of documents, and submission guidelines. The manuscript must be accompanied by the authorship statement, a copy of which is available on the journal website. The statement must be undersigned by the author and all co-authors in the order in which each is listed in the authorship of the article. The manuscript will not be submitted to editing process before the statement has been received by the editorial office. The latter should also be notified of the designated corresponding author (with their complete home and e-mailing address, telephone number), who is responsible for communicating with the editorial office and other authors about revisions and final approval of the proofs. The title page should include the manuscript title and the full names of the authors, their highest earned academic degrees, and their institutional affiliations and status. The manuscript is eligible for editorial and reviewing process if it is prepared according to the uniform requirements set forth by the editorial committee of the Slovenian Nursing Review.

If the article publishes human subject research, it should be evident from the methodology chapter that the study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and Tokyo. All human subject research including patients or vulnerable groups, health professionals and students requires review and approval by the ethical committee on institutional or national level prior to subject recruitment and data collection.

The title of the article, abstract and key words, tables (descriptive subtitle and legend), illustrations (descriptive subtitle or signature and legend) must be submitted in Slovene and English. The same applies to the articles written in English, where the above units must be given first in the English language, followed by the Slovene translation. The total of five data supplements per manuscript is allowed.

Tables and other data supplements should adequately accompany the text. The results presented in tables and other data supplements should be presented in symbols as required by the journal, available at the journal website, chapter Guidelines. The authors should refer to each of these supplements in the text. The use of footnotes and endnotes is not allowed.

### Typology of articles

The editors reserve the right to re-classify the article in a topic category that may be more suitable than originally submitted. The classification follows the adopted typology of documents/works for bibliography management in COBISS (Cooperative Online Bibliographic System and Services) accessible at: [http://home.izum.si/COBISS/bibliografije/Tipologija\\_slv.pdf](http://home.izum.si/COBISS/bibliografije/Tipologija_slv.pdf). Reclassification can be suggested by the author or reviewer, the final decision rests with the editor-in-chief and the executive editor.

### Methodological structure of an article

**The title, the abstract and the key words** should be written in the Slovene and English language. A concise but informative title should convey the nature, content and research design of the paper. It must not exceed 120 characters. If the title is followed by a subtitle, a semicolon should be placed in between. Up to six key words separated by a semicolon and not included in the title, define the article content and reflect the article's core topic or message. Articles must be accompanied by an abstract of no more than 150-220 words written in the third person. Abstracts accompanying articles must be structured and should not include references.

**A structured abstract** is an abstract with distinct, labelled sections for rapid comprehension. It is structured under the following headings:

**Introduction:** This section states the main question to be answered, and indicates the exact objective of the paper and the major variables of the study.

**Methods:** This section provides an overview of the research or experimental design, the research instrument, the reliability of the instrument, methods of data collection, and analysis indicating where, how and when the data were collected.

**Results:** This section briefly summarizes and discusses the major findings. The information indicated in this section should be directly connected to the research question and purpose of the study. In

quantitative studies it is necessary to state the statistical validity and statistical significance of the results.

**Discussion and conclusion:** This section states the conclusions and discusses the research findings drawn from the results obtained. Presented in this section are also limitations of the study and the implications of the results for practice and relevant further research. Both, the positive and the negative research findings should be adequately presented.

## Structure of an Original Scientific Article (1.01)

An original scientific article is only the first-time publication of original research results in a way that allows the research to be repeated, and the findings checked. The research should be based on the primary sources which are not older than five years at the time of the publication of the article.

**Introduction:** In the introductory part the research problem is defined within the context of knowledge and scientific evidence it was developed. The review of scientific literature on the topic provides a rationale behind the work and identifies a problem highlighted by the gap in the literature. It frames a purpose and aims for a study, research questions or hypotheses as well as the method of investigation (a research design, sample size and characteristics of the proposed sample, data collection and data analysis procedures). The research should be based on the primary sources of the recent national and international research which are not older than ten or five years respectively, if the topic has been widely researched. Citation of sources and references to previous research findings is obligatory, while the authors' personal views are not given. Finally, the research intentions and purposes are stated. Recommended is also the framing of research questions (qualitative research) and hypotheses (qualitative research) to investigate or guide the study.

**Method:** This section states the chosen paradigm (qualitative, quantitative) and outlines the research design. It usually includes sections on research design; sample size and characteristics of the proposed sample; description of research process; and data collection and data analysis procedures.

The *description of the research instrument* includes information about the construction of the instrument, the mode of instrument development, instrument variables and measurement properties (validity, reliability, objectivity, sensitivity). Appropriate citations of the literature used in research development should be included. In qualitative research, a technique of data collection should be given along with the preliminary research questions, a possible format or structure of data collection and process, the criteria of validity and reliability of data collection.

The *description of a sample* defines the population from which the sample has been drawn, the type of

the sample, the response rate of the participants, the respondents' demographics (gender, educational level, length of work experience, post currently held, and the like). In qualitative research, the category of sampling technique and the inclusion criteria are also defined and the sample size saturation is explained.

The *description of the research procedure and data analysis* includes ethical approvals to conduct a research, permission to conduct a research in an institution, description of the research process, guarantee of anonymity and voluntariness of the research participants, period and place of data collection, method of data collection and analysis, including statistical methods, statistical analysis software and programme version, limits of statistical significance. A qualitative research should include a detailed description of modes of data collection and recording, number and duration of observations, interviews and surveys, sequences, transcription of data, steps in the data analysis and interpretation, and receptiveness of a researcher.

**Results:** This section presents the research results descriptively or in numbers and figures. A table is included only if it presents new information. Each finding is presented only once so as to avoid repetition and duplication of the content. Explanation of the results is focused on statistically significant or unexpected findings. The results are presented according to the level of statistical complexity. All abbreviations used in figures and tables should be provided with explanatory captions in the legend below the table or figure. The results are presented according to the variables, answering all the research questions or hypotheses. In qualitative research, the development of codes and categories should also be presented, including one or two representative statements of participants. A schematic presentation of the codes and ensuing categories are given.

**Discussion:** The discussion section analyses the data descriptively (numerical data should be avoided) in relation to specific variables from the study. The results are analysed and evaluated in relation to the original research questions or hypotheses. The discussion part integrates and explains the results obtained and relates them with those of previous studies in order to determine their significance and applicative value. Ethical interpretation and communication of research results is essential to ensure the validity, comparability and accessibility of new knowledge. The validity of generalisations from results is often questioned due to the limitations of qualitative research (sample representativeness, research instrument, research proceedings). The principles of reliability and comparability should be observed. The discussion includes comments on the expected and unexpected findings and the areas requiring further or in-depth research as indicated by the study results. The limitations of the research should be clearly stated.

**Conclusion:** Summarised in this section are the author's principal points and transfer of new findings into practice. The section may conclude with specific further research proposals grounded on the substantive content, conclusions and contributions of the study, albeit limitations cited. Citations of quotes, paraphrases or abridgements should not be included in the conclusion.

The article concludes with a list of all the published works cited or referred to in the text of the paper.

## Structure of a Review Article (1.02)

Included in the category of review scientific research are: literature review, concept analyses, discussion based articles (also referred to as a review article). The Slovenian Nursing Review publishes review scientific research, the data collection of which has been concluded maximum three years before the publication of an article.

A review article is an overview of the latest works in a specific subject area, the works of an individual researcher or a group of researchers with the purpose of summarising, analysing, evaluating or synthesising the information that has already been published. Research findings are not only described but explained, interpreted, analysed, critically evaluated and presented in a scientific research manner. A review article brings either qualitative data processing of the previous research findings (meta-analyses) or qualitative syntheses of the previous research findings (meta-syntheses) and thus provides new knowledge and concepts for further research. The organizational pattern of a review article is similar to that of the original scientific article.

The **introduction** section defines the scientific, conceptual or theoretical basis for the literature review. It also states the necessity for the review along with the aims, objectives and the research question.

The **method** section accurately defines the research methods by which the literature search was conducted. It is further subdivided into: review methods, the results of the review, the quality assessment of the review and the description of data processing.

*Review methods* include the development, testing and search strategy, predetermined criteria for the inclusion in the review, the researched data bases, limited time period of published literature, types of publications according to hierarchy of evidence, key words and the language of reviewed publications.

The *results of the review* include the number of hits, the number of reviewed research works, the number of included and excluded sources consulted. The **results** are presented in the form of a diagram of all the research stages of the review. The international standards for the presentation of the literature review results may be used for this purpose (e.g. PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis.

*The quality assessment of the review and the description of data processing* include the assessment of the research approach and the data obtained as well as the quality of included research works according to the hierarchy of evidence, and the data processing method.

The results should be presented in the form of a table and include a quality analysis of the sources consulted. The table should include the author's research, the year of publication, the country where the research was conducted, the research purpose and design, the variables studied, the research instrument, sample size, the key findings, etc.

It should be evident which studies are included in the review according to hierarchy of evidence. The results are presented verbally and visually (tables and pictures), the main findings concerning the research design should also be included. In qualitative synthesis the codes and categories are used as a result of the qualitative synthesis review. In quantitative analysis, the statistical methods of data processing of the used scientific works are described.

The first section of the **discussion** answers the research question which is followed by the author's observations on literature review findings, the quality of the research works included. The author evaluates the review findings in relation to the results from other comparable studies. The discussion chapter identifies new perspectives and contributions of the literature review, their theoretical, scientific and practical applicability. It also defines research limitations and points the way forward for applicability of the review findings and further research.

The **conclusion** section emphasises the contribution of the literature review conducted, it sheds light on any gaps in previous research, it identifies the significance of further research, the translation of new knowledge and recommendations into practice, research, education, management by taking into consideration the research limitations. It also pinpoints theoretical concept which may guide or direct further research. Citations of quotes, paraphrases or abridgements should not be included in the conclusion.

## Literature Citation

In academic writing the authors are required to acknowledge the sources from which they draw their information, including all statements, theories or methodologies applied. The authors should follow the *Harvard referencing system* (Anglia 2008) for in-text citations and in the reference list at the end of the paper. **In-text citations** or parenthetical citations are identified by the authors' surname and the publication year positioned within parenthesis immediately after the relevant word and before the punctuation mark: (Pahor, 2006). If a citation functions as a sentence element, the author's surname is followed by the year

of publication within parenthesis: Pahor (2006). In case of two authors, their surnames are separated by a "&": (Stare & Pahor, 2010). If there are *more than two authors*, only the first author's last name is noted followed by "et al.": (Chen, et al., 2007). Several references are listed in the chronological sequence of publication, from the most recent to the oldest. If several references were published in the same year, they are listed in alphabetical order: (Bratuž, 2012; Pajntar, 2013; Wong, et al., 2014).

In citing works by the same author published in the same year, a lower case letter after the date must be used to differentiate between the works: (Baker, 2002a, 2002b).

In citing secondary sources they are introduced by "cited in" (Lukič, 2000 cited in Korošec, 2014). In citing a piece of work which does not have an obvious author or the author is unknown, the in-text citation includes the title followed by "Anon." in parenthesis, and the year of publication: *The past is the past* (Anon., 2008). In citing a piece of work whose authorship is an organization or corporate author, the name of the organization is given, followed by the year of publication (Royal College of Nursing, 2010). If no date of publication is given, it is notified by a "n. d." (no date): (Smith, n. d.). An in-text citation and a full reference must be provided for any images, illustrations, photographs, diagrams, tables or figures reproduced in the paper as with any other type of work: (Photo: Marn, 2009; source: Cramer, 2012). If a subject on a photo is recognisable, a prior informed consent for publication should be gained from the subject or from a portrayed child's parent or guardian.

All in-text citations should be listed in the **reference list** at the end of the document. Only the citations used are listed in the reference list, which is arranged in the alphabetical order according to authors' last name. In-text citations should not refer to unpublished sources. If there are several authors, the in-text citation includes only the last name of the first author followed by the phrase et al. and the publication date. When authors number more than six, the reference list includes the first six authors' names followed by et al. The list of references should be in alphabetical order according to the first author's last name, character size 12pt with single spaced lines, aligned left and with 12pt spacing after references (paragraph spacing).

Cited pages are included in the in-text citation if the original segment of the text is cited (Ploč, 2013, p. 56) and in the reference list (see examples). If several pages are cited from the same source, the pages are separated by a comma (e.g. pp. 15–23, 29, 33, 84–86). If a source cited is accessible also on the World Wide Web, the bibliographic information concludes with "Available at", followed by URL- or URN-address and a date of access in square brackets (See examples).

## Citation Examples by Type of Reference

### Citing books:

Hoffmann Wold, G., 2012. *Basic geriatric nursing*. 5th ed. St. Louis: Elsevier/Mosby, pp. 350–356.

Pahor, M., 2006. *Medicinske sestre in univerza*. Domžale: Izolit, pp. 73–80.

Ricci Scott, S., 2007. *Essentials of maternity, newborn and women's health nursing*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 32–36.

### Citing a chapter/essay in a book edited by multiple authors:

Berryman, J., 2010. Statewide nursing simulation program. In: W.M. Nehring & F.R. Lashley, eds. *High-fidelity patient simulation in nursing education*. Sudbury (Massachusetts): Jones and Bartlett, pp. 115–131.

Girard, N.J., 2004. Preoperative care. In: S.M. Lewis, et al., eds. *Medical – surgical nursing: assessment and management of clinical problems*. 6th ed. St. Louis: Mosby, pp. 360–375.

Kanič, V., 2007. Možganski dogodki in srčno-žilne bolezni. In: E. Tetičkovič & B. Žvan, eds. *Možganska kap – do kdaj?* Maribor: Kapital, pp. 33–42.

### Citing a book edited by one or multiple authors:

Borko, E., Takač, I., But, I., Gorišek, B. & Kralj, B. eds., 2006. *Ginekologija*. 2. dopolnjena izd. Maribor: Visoka zdravstvena šola, pp. 269–276.

Robida, A. ed., 2006. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, pp. 10–72.

### Citing a journal article (the second example refers to citing from the source available online):

Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., et al., 2007. Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), pp. 122–131.

Papke, K. & Plock, P., 2004. The role of fundal pressure. *Perinatal Newsletters*, 20(1), pp. 1–2. Available at: [http://www.idph.state.ia.us/hpcdp/common/pdf/perinatal\\_newsletters/progeny\\_may2004.pdf](http://www.idph.state.ia.us/hpcdp/common/pdf/perinatal_newsletters/progeny_may2004.pdf) [5. 12. 2012].

Pillay, R., 2010. Towards a competency-based framework for nursing management education. *International Journal of Nursing Practice*, 16(6), pp. 545–554.

Snow, T., 2008. Is nursing research catching up with other disciplines? *Nursing Standard*, 22(19), pp. 12–13.

**Citing anonymous works (author is not given):**

Anon., 2008. The past is the past: wasting competent, experienced nurses based on fear. *Journal of Emergency Nursing*, 34(1), pp. 6–7.

**Citing works with society, association, or institution as author and publisher:**

United Nations, 2011. *Competencies for the future*. New York: United Nations, p. 6.

**Citing an article from a journal supplement or issue supplement:**

Hu, A., Shewokis, P.A., Ting, K. & Fung, K., 2016. Motivation in computer-assisted instruction. *Laryngoscope*, 126(Suppl 6), pp. S5-S13.

Regehr, G. & Mylopoulos, M., 2008. Maintaining competence in the field: learning about practice, through practice, in practice. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(Suppl 1), pp. S19–S23.

Rudel, D., 2007. Informacijsko-komunikacijske tehnologije za oskrbo bolnika na daljavo. *Rehabilitacija*, 6(Suppl 1), pp. 94–100.

**Citing from published conference proceedings:**

Skela-Savič B., 2008. Teorija, raziskovanje in praksa v zdravstveni negi – vidik odgovornosti menedžmenta v zdravstvu in menedžmenta v visokem šolstvu. In: B. Skela-Savič, et al., eds. *Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: zbornik predavanj z recenzijo. 1. mednarodna znanstvena konferenca, Bled 25. in 26. september 2008*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 38–46.

Štemberger Kolnik, T. & Babnik, K., 2012. Oblikovanje instrumenta zdravstvene pismenosti za slovensko populacijo: rezultati pilotske raziskave. In: D. Železnik, et al., eds. *Inovativnost v koraku s časom in primeri dobrih praks: zbornik predavanj z recenzijo. 2. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih ved, 18. september 2012*. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede, pp. 248–255.

Wagner, M., 2007. Evolucija k žensko osredičeni obporodni skrbi. In: Z. Drglin, ed. *Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales, Zgodovinsko društvo za južno Primorsko, pp. 17–30.

**Citing diploma theses or master's theses and doctoral dissertations:**

Ajlec, A., 2010. *Komunikacija in zadovoljstvo na delovnem mestu kot del kakovostne zdravstvene nege: diplomsko delo univerzitetnega študija*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, pp. 15–20.

Rebec, D., 2011. *Samoocenjevanje študentov zdravstvene nege s pomočjo video posnetkov pri poučevanju negovalnih intervencij v specialni učilnici: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 77–79.

Kolenc, L., 2010. *Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, pp. 250–258.

**Citing laws, codes and regulations:**

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

*Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND)*, 2008a. Uradni list Republike Slovenije št. 16.

*Zakon o varstvu osebnih podatkov (uradno prečiščeno besedilo) (ZVOP-1-UPB1)*, 2007. Uradni list Republike Slovenije št. 94.

*Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*, 2010. Uradni list Republike Slovenije št. 40.

*Pravilnik o licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege Slovenije*, 2007. Uradni list Republike Slovenije št. 24.

**Citing compact disk material (CD-ROM):**

International Council of Nurses, 2005. *ICNP version 1.0: International classification for nursing practice*. [CD-ROM]. Geneva: International Council of Nurses.

Sima, Đ. & Požun, P., 2013. *Zakonodaja s področja zdravstva*. [CD-ROM]. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

**ARTICLE SUBMISSION GUIDELINES**

The corresponding author must submit the manuscript electronically using the Open Journal System (OJS) available at: <http://obzornik.zbornica-zveza.si/>. The authors should adhere to the accepted guidelines and fill in all the sections given. Prior to submission the authors should prepare the manuscript in the following separate documents.

**1. The title page includes:**

- the title of the article;
- the full names of the author/s in the sequence as that in the article;
- the data about the authors (name, surname, their highest academic degree, habilitation qualifications and their institutional affiliations and status, their mailing address), and the name of the corresponding author. If the article is written in the English language, the data about the authors should also be given in English. The authorship statement is included in the system;

- the information whether the article includes the results of some other larger research or whether the article is based on a diploma, master or doctoral thesis (in which case the first author is always the student) and the acknowledgements;
- authors' statements: Along with the manuscript, the authors have the obligation to submit the following statements (in the articles written in the Slovene language, the English version of the statements must be included. The statements will be included before the "Reference list" section after the manuscript has been reviewed and accepted for publication.

## Acknowledgements

All contributors who do not meet the criteria for authorship and provided purely technical help or general support in the research (non-author contributors) can be listed in the acknowledgments.

## Conflict of interest

When submitting a manuscript, the authors are responsible for recognizing and disclosing any conflicts of interest that might bias their work. If there are no such conflicts to acknowledge, the authors should declare this by the following statement: "The authors declare that no conflicts of interest exist."

## Funding

The authors are responsible for recognizing and disclosing in the manuscript all sources of funding received for the research submitted to the journal. This information includes the name of granting agencies funding the research, or the project number. If there are no such conflicts or financial support to acknowledge, the authors should declare this by the following statement: "The study received no funding."

## Ethical approval

The manuscript should include a statement that the study obtained ethical approval (or a statement that it was not required), the name of the ethics committee(s) and the number/ID of the approval. If the research required no ethics approval, the ethical and moral basis of the work should be justified. Depending on the nature of the research, the authors can write the following statement: "The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia, (or) the Code of Ethics for Midwives of Slovenia (2014)." Both sources should be included in the reference list.

## Author contributions

In case of more than one author, the contribution of each author should be clearly defined according to the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) recommendations (<http://www.icmje.org/recommendations/>). Each co-author must participate in at least two structural parts of the article (Introduction, Methods, Results, Discussion and Conclusion). In addition, it should be identified to which stage of manuscript development each author has substantially participated (conception, design, execution, interpretation of the reported study or to the writing of an article).

2. **The main document** should be anonymized and includes the title (obligatorily without the authors and contact data), the abstract, the keywords, the text in the agreed format, the tables, the figures, pictures and literature. Authors may use up to 5 tables/pictures in the article.

**Length of the manuscript:** Its length must not exceed 5000 words for quantitative and 6000 for qualitative research articles, excluding the title, abstract, tables, pictures and literature. The number of words should be given in the document "The title page".

The following **manuscript format** for submissions should be used: the text of the manuscript should be formatted for A4 size paper, double spacing, written in Times New Roman font, font size 12pt with 25 mm wide margins. Obligatory is the use of Microsoft Word template available at the Slovenian Nursing Review website.

The tables contain information organised into discrete rows and columns. They are sequentially numbered with Arabic numerals throughout the document according to the order in which they appear in the text. They should include at least two columns, a descriptive, but succinct title (*above the table*), the title row, optional row totals and column totals summarizing the data in respective rows and columns, and, if necessary, the notes and legends. There are no empty cells left in a table and the table size should not exceed 57 lines. Tables must conform to the following type: All tabular material should be 11pt font, Times New Roman font, single spacing, 0.5 pt spacing, left alignment in the first column and in all columns with the text, left alignment in the columns with statistical data, with no intersecting vertical lines. The editors, in agreement with the author/s, reserve the right to reduce the size of tables.

Figures are numbered consecutively in the order first cited in the text, using Arabic numerals. Captions and legends are given below each figure in Slovene and English, Times New Roman font, size 11. Figures are all illustrative material, including graphs, charts, drawings, photographs, diagrams. Only 2-dimensional, black-and-white pictures (also with

hatching) with a resolution of at least 300 dpi (dot per inch) are accepted. If the figures are in 2-dimensional coordinate system, both axis (x and y) should include the units or measures used.

The author will receive no payment from the publishers for the use of their article. Manuscripts and visual material will not be returned to the authors. The corresponding author will receive a PDF copy of the published article.

## The editorial board – author/s relationship

The manuscript is sent via web page to: <http://obzornik.zbornica-zveza.si/>. The Slovenian Nursing Review will consider only the manuscripts prepared according to the guidelines adopted. Initially all papers are assessed by an editorial committee which determines whether they meet basic standards and editorial criteria for publication. All articles considered for publication will have been subjected to a formal blind peer review by three external reviewers in order to satisfy the criteria of objectivity and of knowledge. Occasionally a paper will be returned to the author with the invitation to revise their manuscript in view of specific concerns and suggestions of reviewers and to return it within the agreed time period set by the editorial board. If the manuscript is not received by the given deadline, it will not be published. If authors disagree with the reviewers' claims and/or suggestions, they should provide written reasoned arguments, supported by existing evidence. Upon acceptance, the edited manuscript is sent back to the corresponding author for approval and resubmission of the manuscript final version. All manuscripts are proofread to improve the grammar and language presentation. The authors are also requested to read the first printed version of their work for printing mistakes and correct them in the PDF. Any other changes to the manuscript are not possible at this stage of publication process. If authors do not reply in three days, the first printed version is accepted.

## GUIDE TO REVIEWERS

Reviewers play an essential part in science and in scholarly publishing. They uphold and safeguard the scientific quality and validity of individual articles and also the overall integrity of the Slovenian Nursing Review. Reviewers are selected independently by the editorial board on account of their content or methodological expertise. For each article, reviewers must complete a review form on a OJS format including criteria for evaluation. The manuscripts under review are assessed in light of the journal's guidelines for authors, the scientific and professional validity and relevance of the topic, and methodology applied. Reviewers may add language suggestions, but they are

not responsible for grammar or language mistakes. The title should be succinct and clear and should accurately reflect the topic of the article. The abstract should be concise and self-contained, providing information on the objectives of the study, the applied methodology, the summary and significance of principal findings, and major conclusions. Reviewers are obliged to inform the editorial board of any inconsistencies. The review focuses also on proper use of the conventional citation style and accuracy and consistency of references (concordance of in-text and and-of-text reference), evaluation of sources (recency of publication, reference to domestic sources on the same or similar subjects, acknowledgement of other publications, possible avoidance of the works which contradict or disaccord with the author's claims and conclusions, failure to include quotations or give the appropriate citation). All available sources need to be verified. The figures and tables must not duplicate the material in the text. They are assessed in view of their relevance, presentation and reference to the text. Special attention is to be paid to the use of abbreviations and acronyms. One of the functions of reviewers is to prevent any form of plagiarism and theft of another's intellectual property.

The reviewers should complete their review within the agreed time period, or else immediately notify the editorial board of the delay. Reviewers are not allowed to copy, distribute or misuse the content of the articles. The reviews are subjected to an external, blind, peer review process. Through the OJS system prospective reviewer will receive a manuscript with the authors' names removed from the document. For each article, reviewers must complete a review form in the OJS system with the evaluation criteria laid out therein. The reviewer may accept the manuscript for publication as it is or may require revision, remaking and resubmission if significant changes to the paper are necessary. The manuscript is rejected if it fails to meet the required criteria for publication or if it is not suitable for this type of journal. The reviewer should, however, respect the author's integrity. All comments and suggestions to the author are outlined in detail within the text by using the MS Word function *Track changes*. The reviewed manuscript, including anonymised suggestions, are loaded in the OJS system and made accessible to the author. The reviewer should be careful to mask their identity before applying this function. The final acceptance and publication decision rests with the editorial board.

## Literature

World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), pp. 2191–2194. Available at: <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf> [1. 9. 2016].

*Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije*, 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

*Updated on November 21, 2016*

---

### *Cite as:*

Slovenian Nursing Review: author/reviewer guidelines, manuscript submission guidelines, 2016. *Obzornik zdravstvene nege*. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Navodila.aspx> [23.12.2016].



# Obzornik zdravstvene nege

## Slovenian Nursing Review

### NAROČILNICA

Naročam **OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE** na moj naslov:

Ime:

Priimek:

Ulica:

Pošta:

Označite vaš status: študent/ka  zaposlen/a  upokojen/a

Naročnino bom poravnal/a v osmih dneh po prejemu računa.

Kraj in datum:

Podpis:



# Obzornik zdravstvene nege

## Slovenian Nursing Review

### NAROČILNICA

Smo pravna oseba in naročamo  izvod/ov **OBZORNIKA ZDRAVSTVENE NEGE** na naslov:

Ime / Naziv:

Ulica:

Pošta:

Naročnino bomo poravnali v osmih dneh po prejemu računa.

Davčna številka:

Kraj in datum:

Podpis in žig:



## **SLOVENIAN NURSING REVIEW**

ISSN 1318-2951 (print edition), e-ISSN 2350-4595 (online edition)

UDC 614.253.5(061.1)=863=20, CODEN: OZNEF5

Founded and published by:

**The Nurses and Midwives Association of Slovenia**

Editor in Chief and Managing Editor:

**Brigita Skela-Savič, PhD, MSc, BSc, RN, Associate Professor**

Editor, Executive Editor:

**Mirko Prosen, PhD, MSc, BSc, RN, Assistant Professor**

Editor, Web Editor:

**Martina Kocbek Gajšt, MA, BA**

Editorial Board:

- **Branko Bregar, MSc, RN, Senior Lecturer**, University Psychiatric Hospital Ljubljana, Slovenia
- **Simona Hvalič Touzery, PhD, MSc, BA, Assistant Professor**, Angela Boškin Faculty of Health Care, Slovenia
- **Sonja Kalauz, PhD, MSc, MBA, RN, Assistant Professor**, University of Applied Health Studies Zagreb, Croatia
- **Igor Karnjuš, MSN, RN, Senior Lecturer**, University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Petra Klanjšek, BSc, Spec., Assistant**, University of Maribor, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Klavdija Kobal Straus, MSc, RN, Spec., Lecturer**, Ministry of Health of the Republic of Slovenia, Slovenia
- **Martina Kocbek Gajšt, MA, BA**, University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Andreja Kvas, PhD, MSc, BSN, RN, Assistant Professor**, University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Mateja Lorber, PhD, MSc, BSc, RN, Assistant Professor**, University of Maribor, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Miha Lučovnik, PhD, MD, Assistant Professor**, University Medical Centre Ljubljana, Division of Gynaecology and Obstetrics, Slovenia
- **Ana Polona Mivšek, PhD, BsM, Assistant Professor**, University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Fiona Murphy, PhD, MSN, BN, RGN, NDN, RCNT, PGCE(FE), Associate Professor**, Swansea University, College of Human & Health Sciences, United Kingdom
- **Alvisa Palese, DNurs, MSN, BCN, RN, Associate Professor Nursing Science**, Udine University, School of Nursing, Italy
- **Mirko Prosen, PhD, MSc, BSc, RN, Assistant Professor**, University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Polona Selič, PhD, MSc, BSc, Associate Professor**, University of Ljubljana, Faculty of Medicine, Slovenia
- **Brigita Skela-Savič, PhD, MSc, BSc, RN, Associate Professor**, Angela Boškin Faculty of Health Care, Slovenia
- **Tamara Štemberger Kolnik, MSc, BsN, Senior Lecturer**, University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Debbie Tolson, PhD, MSc, BSc (Hons), RGN, FRCN, Professor**, University West of Scotland, School of Health, Nursing and Midwifery, United Kingdom

Reader for Slovenian

**Ana Božič, MSc, BA**

Reader for English

**Nina Bostič Bishop, MA, BA**

**Breda Vrhunec, MA, BA**

Editorial office address: Ob železnici 30 A, SI-1000 Ljubljana, Slovenia

E-mail: [obzornik@zbornica-zveza.si](mailto:obzornik@zbornica-zveza.si)

Official web page: <http://www.obzornikzdravstvenenega.si/eng/>

Annual subscription fee (2017): 10 EUR for students and the retired; 25 EUR for individuals; 70 EUR for institutions.

Print run: 760 copies

Designed and printed by: Tiskarna knjigoveznica Radovljica

Printed on acid-free paper.

Matična številka: 513849, ID za DDV: SI64578119, TRR: SI56 0203 1001 6512 314

The Ministry of Education, Science, Culture and Sports: no. 862.

# Kazalo/Contents

## UVODNIK/LEADING ARTICLE

- The family medicine reference clinic: an example of interprofessional collaboration within a healthcare team  
Referenčne ambulante družinske medicine: primer medpoklicnega sodelovanja v zdravstvenem timu  
*Tonka Poplas Susič* 112

## IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Differences in alcohol consumption habits between Roma and non-Roma in Northeastern Slovenia  
Razlike v uživanju alkohola med Romi in Neromi v severovzhodni Sloveniji  
*Erika Zelko, Jana Podojsteršek, Igor Švab, Marko Kolšek, Maja Sever* 116

- Razumevanje vloge medicinske sestre pri spremembi življenjskega sloga posameznikov, v preteklosti odvisnih od prepovedanih drog  
Understanding the role of a nurse in facilitating lifestyle change among former illicit substance abusers  
*Klavdija Kadenšek, Branko Bregar* 124

- Uživanje alkohola med starostniki v domačem okolju: rezultati presejalnega testa SMAST-G  
Alcohol consumption among the elderly living at home: results of the SMAST-G screening test  
*Radojka Kobentar, Zoran Kusić* 134

- Odnos reševalcev do uporabe različnih oblik prisilnih ukrepov  
The attitudes of paramedics to different forms of coercive measures  
*Samir Muminović, Branko Bregar* 143

## PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE

- Oxytocin for labour induction or augmentation as a risk factor for autism: systematic literature review  
Povezava med uporabo oksitocina za sprožitev ali pospeševanje poroda in avtizmom: sistematični pregled literature  
*Marija Grosek, Miha Lučovnik* 153

