

# Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review



52(2)  
Ljubljana 2018

## **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, znan. svet.**

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
- **prof. dr. Nada Gosič**, Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija in Medicinski fakultet, Hrvaška
- **doc. dr. Sonja Kalauz**, Zdravstveno veleučilište Zagreb, Hrvaška
- **izr. prof. dr. Vladimír Kališ**, Karlova Univerza, Univerzitetna bolnišnica Pilsen, Oddelek za ginekologijo in porodništvo, Češka
- **viš. pred. dr. 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**, Karlova Univerza, Inštitut za zgodovino Karlove Univerze in Arhiv Karlove Univerze, Češka
- **doc. dr. Andreja Kvas**, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Slovenija
- **doc. dr. Sabina Ličen**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, 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
- **prof. dr. Árún K. Sigurdardóttir**, University of Akureyri, School of Health Sciences, Islandija
- **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, in Obalni dom upokoencev Koper, Slovenija
- **prof. dr. Debbie Tolson**, University West of Scotland, School of Health, Nursing and Midwifery, Velika Britanija
- **asist. dr. Dominika Vrbnjak**, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija

Lektorici za slovenščino:

**Simona Jeretina**

**Tanja Svenšek**

Lektorici 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](mailto:obzornik@zbornica-zveza.si)

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

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

Naklada: 660 izvodov

Tisk in prelom: Tiskarna knjigoveznica 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 2018 Letnik 52 Številka 2  
Ljubljana 2018 Volume 52 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), ERIH PLUS (European Reference Index for the Humanities and the Social Sciences), DOAJ (Directory of Open Access Journals), J-GATE.

---

## 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), ERIH PLUS (European Reference Index for the Humanities and the Social Sciences), DOAJ (Directory of Open Access Journals), J-GATE.

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

- Developing cross-cultural competences: opportunity for ensuring health and healthcare equality and equity  
Razvijanje medkulturnih kompetenc: priložnost za zagotavljanje enakosti in pravičnosti v zdravju in zdravstveni oskrbi  
*Mirko Prosen* 76

**IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE**

- Assessment of the quality of life in children and adolescents with asthma  
Ocena kakovosti življenja otrok in mladostnikov z astmo  
*Duška Jović, Snežana Petrović-Tepić, Darija Knežević* 81
- Dojemanje dostojanstva pacientov z vidika zdravstvenih delavcev: eksplorativna raziskava  
Perceiving patients' dignity from the perspective of health professionals: exploratory research  
*Mateja Bahun, Brigita Skela-Savič* 90
- Ogroženost za padce v terciarni bolnišnici  
Risk for falls in a tertiary care hospital  
*Maja Klančnik Gruden* 100

**PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK / REVIEW ARTICLE**

- Dejavniki, povezani z uporabo tobaka pri zdravstvenih delavcih: integrativni pregled literature  
Factors associated with tobacco use of health professionals: integrative literature review  
*Sanela Pivač* 108
- Farmakološka in nefarmakološka terapija za zdravljenje primarne dismenoreje:  
sistematični pregled literature  
Pharmacological and non-pharmacological therapy for the treatment of primary dysmenorrhea:  
a systematic review of literature  
*Aleksandra Kavšak, Liridon Avdylaj* 118

Leading article / Uvodnik

## Developing cross-cultural competences: opportunity for ensuring health and healthcare equality and equity

Razvijanje medkulturnih kompetenc: priložnost za zagotavljanje enakosti in pravičnosti v zdravju in zdravstveni oskrbi

Mirko Prosen

Nurses, midwives and other healthcare professionals are increasingly challenged by the complex changes generated by the dynamic cultural diversity of the present times. The roots of these changes lie in the worldwide globalisation processes and some societal circumstances, which led to great waves of migration, especially noticeable in the last decade. Although this phenomenon is not new to the mankind, the current migration trends are characterised by rapidly changing and unpredictable patterns. Migrations occur for various reasons, including the 'push' or 'pull' factors (Prosen, et al., 2017). At first sight, it would seem that in the clinical practice in Slovenia such a diverse population of patients has never been treated, but the patient cultural diversity has always been present, albeit in a different form. It was probably not acknowledged or more likely not even apperceived, possibly because the concept of cross-cultural competency was not included in nursing and midwifery education. But, are we fully aware of cultural differences and do we provide culturally congruent care? The latter should not be the privilege granted to a selected population, but a fundamental human right to which all healthcare consumers within the healthcare system are entitled.

In view of a relatively small number of foreign citizens, Slovenia could be defined as culturally homogenous, however, no culture is entirely homogeneous. Assigning cultural diversity solely to different nationalities, citizenship status, the race and religion is a too narrow perception of the phenomenon, which can create stereotypes, prejudices and discrimination. A specific cultural group is distinguished by diverse and closely intertwined cultural features. The list of these culturally distinctive features is not restricted only to the groups' ethnicity, race and religion. Their diversity is additionally defined by the geographical place of origin; language and dialect; common historical background, tradition,

values and symbols; cultural legacy in oral and written form; nutritional patterns; lodging and employment opportunities; political conviction and worldview; the institutions that serve and support a particular group as well as the internal and external perception of distinctiveness (Rittle, 2015). These cultural features are manifested also in the attitude towards an individual and/or group regarding their health and illness and have a significant impact on their healthcare. This cultural diversity, also from the viewpoint of health and illness, is even more expressed in the subcultures of the same culture group, building up their distinct culture. According to Jeffreys (2014), groups belonging to these subcultures are and will remain the most vulnerable populations. One of the key aspects in understanding cultural diversity is the division of the world and its population into different social categories, e.g. men – women, children – adults, higher – lower social class, healthy – diseased, and other. All the societies have developed systems of moving people from one social category to another (e.g. from the 'patient status' into a 'healthy status') and allocating them, often against their will, into a specific social category (e.g. psychiatric patients, people with disabilities, the elderly). Each of these categories has its own norms, rules and worldviews (Helman, 2007), which are manifested in their attitudes towards health and illness. Cultural diversity of patients daily entering the healthcare system should be readily recognised not only in the most salient cultural groups depicted in mass media, such as ethnic minorities or migrants. There are also other cultural and subcultural groups encountered in clinical practice (e.g. people with disabilities, the elderly, unemployed, patients with immigrant background, immigrant workers, etc.) the cultural diversity of which should not be ignored.

It is worth noting that cultural diversity is present not only in patients but also in nurses, midwives

Assistant Professor Mirko Prosen, PhD, MSc, BSc, RN; University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Polje 42, 6310 Izola, Slovenia

Correspondence e-mail / Kontaktni e-naslov: mirko.prosen@fvz.upr.si

Received / Prejeto: 11. 4. 2018

Accepted / Sprejeto: 16. 4. 2018

<https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.2.262>

and other healthcare team members, whose cultural uniqueness affects the work of the team and help shape their distinct professional subculture. Team work requires the awareness and recognition of the members' cultural diversity as well as the consideration and tolerance of their worldviews. The professionals entering practice can introduce important changes into clinical practice where the respect for cultural background is self-determined and intentional and not merely an obligation mandated by the profession. It is through the process of socialisation or enculturation that they accept the concepts, rules, organisation and values of a specific professional subculture. The provision of holistic care requires the recognition of cultural diversity of patients as well the respect for cultural diversity of other healthcare professionals.

Cross-cultural competence, in the Anglo-Saxon world also known as cultural competence, is an essential component in nursing and midwifery care necessary to ensure effective and culturally responsive healthcare services, to reduce inequalities in health and healthcare disparities, to overcome the racism and discrimination, as well as to improve patient satisfaction and treatment outcomes (Repo, et al., 2017). In short, cross-cultural competence can be defined as the ability of a nurse or a midwife to provide the patient, family or community culturally sensitive and competent care, taking into consideration their values, convictions, customs and habits and incorporate them into the treatment planning. The care providers should accept and respect cultural diversity, the awareness of which is acquired through knowledge and development of professional skills.

Madeleine Leininger, a pioneer in the field of development of transcultural nursing care, developed the so-called Sunrise model, showing the ways in which the patients' culture can be considered in nursing practice. This model is based on the concept of transcultural nursing, which focuses on three aspects of nurses' action or decision-making. It includes (1) cultural care preservation, also known as maintenance, (2) cultural care accommodation, also known as negotiation and (3) cultural care re-patterning or restructuring. In delivering nursing care, the choice of the most adequate mode or modes requires unconditional mutual participation in the nurse-patient relationship and decision-making (Leininger, 2002). The model can be applied also in the midwifery practice.

The need for culturally competent care may be illustrated by the example of an elderly man who, due to his customs, values or convictions, has not developed the basic personal hygienic habits that his current health condition necessitates. In order to induce a long-term change in his hygienic regime, a healthcare provider may decide to impact the patient's behaviour by negotiation and restructuring of his behavioural patterns, and later also by cultural care preservation or

maintenance. As any change is a process, not an event, any form of rapid, one-sided pressure of health and nursing interventions on the principle 'because it is the right thing to do', may cause the patients' negative response or a cultural conflict, only worsening the situation.

The development of cross-cultural competences is a dynamic, continuous and life-long process. While some people acquire cross-cultural competence with no difficulty, others need more time, and in some cases, this process will never even commence. The factors that pose barriers for healthcare providers to develop cross-cultural competence is the failure to understand sociocultural differences/the lack of cultural knowledge, inadequate professional skills, avoidance of contacts with people with different cultures, and personal prejudices. This in turn may lead to intolerance, injustice, health inequity and healthcare disparities, non-holistic healthcare provision and unsatisfactory teamwork. In order to capacitate the nursing professionals to provide culturally competent care, it is necessary to incorporate the contents on cultural diversity into nursing education, where cross-cultural competence can begin to develop (Prosen, 2015; Prosen, et al., 2017). Similar views on nursing education responsive to the needs of multicultural society can be found also in the works of other Slovenian authors (Hvalič Touzery, et al., 2016).

Several attempts have been made to integrate components of cultural diversity into the nursing curriculum, either as a separate course or across existing courses. The pedagogical approaches and strategies in cultural diversity training are diverse, aiming primarily to enhance the cultural awareness and to some level equip the new nurses and midwives with the relevant knowledge. In some foreign countries, cultural diversity contents are an obligatory constituent part of nursing curricula (Sagar, 2014; Prosen, et al., 2017), gradually becoming also part of midwifery study programmes (Jesse & Kirkpatrick, 2013). Evidence-based research and past experience, especially in the United States of America, suggest that the concepts of transcultural nursing should be integrated in the nursing curricula either as a separate, formal course or integrated in the existing courses in undergraduate or post-graduate study programmes (Sagar, 2014). If these contents are included into the curricula across the existing courses, there is a danger that different theoretical concepts and practical models, as well as non-appliance of some new approaches to cross-cultural education (e.g. simulations, experience-based learning) may result in dispersed, unstructured and inconsistent teaching and training, yielding non-integrated and fragmented knowledge. On the other hand, transcultural nursing taught as a separate course may overlook some specifics of nursing specialties. The challenges of transcultural nursing teaching are, however, too complex and diverse to be fully discussed in this article.

In view of further professional development of nursing and midwifery care, responsive to the needs of patients and communities in modern times, it is necessary to reconsider the nature and the body of professional knowledge consequential in the provision of humane and quality care (Skela-Savič, 2017). Continuing education of all nurses and midwives should follow the latest advancement in the respective professional field, including not only knowledge and skills, but also greater awareness of the clinical significance of culturally responsive care. The limited knowledge on cultural diversity acquired during formal education is usually not sufficient to successfully develop and acquire cross-cultural competences. Clinical practice often requires the application of different strategies and approaches to address multicultural and diversity issues in healthcare.

As nurses and midwives spend more time with patients than any other healthcare providers, they are expected to be the first to recognise the patients' complexity of needs, the injustice and health disparities and to provide quality and culturally responsive care. Intrinsic motivation is crucial in increasing the efficiency of learning and knowledge acquisition. Cross-cultural competence is based on the individual's personal and professional values and their worldview. Educational institutions and professional associations should actively support the development of cross-cultural competence by integrating this aspect of care into formal and continuing education, and applying it into clinical practice.

In order to provide culturally congruent care, the healthcare providers should respect and accept the patients' cultural diversity by which health disparity can be reduced or eliminated. Health is a fundamental human right, but in this regard, access to healthcare services and healthcare provided are an equivalent part of this right.

---

### *Slovenian translation / Prevod v slovenščino*

Medicinske sestre, babice in drugi zdravstveni delavci se dandanes soočajo z novimi in kompleksnimi spremembami, še bolj pa izzivi, ki jih prinaša kulturno raznolik in dinamičen svet, v katerem živimo. Vzroke za te spremembe pogosto prepoznamo v globalizacijskih procesih in nekaterih družbenih dogodkih, ki so zlasti v zadnjem desetletju privedli do množičnih migracij. Čeprav slednje v zgodovini človeštva niso novodoben pojav, se prvič srečujemo s takšnimi migracijskimi trendi, za katere so značilni hitri in nepredvidljivi vzorci in vzroki zanje (t. i. dejavniki »push and pull«) (Prosen, et al., 2017). Morda se na prvi pogled zdi, da se v Sloveniji s tako raznoliko populacijo pacientov še nismo srečali, vendar je bila njihova kulturna raznolikost v naši klinični praksi vedno prisotna, samo v drugačni obliki. Le videli je morda nismo ali pa še

verjetneje, te kulturne raznolikosti se nismo zavedali, saj se učni načrti izobraževanja za poklice v zdravstveni in babiški negi tovrstne tematike niso dotikali oz. se o tem preprosto ni govorilo. Ob tem se postavlja vprašanje, ali se je v celoti zavedamo danes, vsaj z vidika opažanja, če že ne z vidika potrebe po zagotavljanju kulturno dovzetne zdravstvene oskrbe. Zagotavljanje le-te ni in ne more biti privilegij le nekaterih, ampak osnovna človekova pravica slehernega posameznika v zdravstvenem sistemu.

Slovenijo bi resda lahko z vidika manjše zastopanosti tujih državljanov, ki živijo pri nas, opredelili kot homogeno kulturo, vendar nobena kultura pravzaprav ni homogena. Povezovanje kulturne raznolikosti zgolj z narodnostjo oz. državljanstvom, raso ali pripadnostjo religiji je zelo ozkogledno in vodi v ustvarjanje stereotipov, predsodkov in diskriminacijo. Kulturne značilnosti neke kulturne skupine so številne in med seboj zelo prepletene. Poleg naštetih – etnična pripadnost, rasa in religija – kulturne skupine opredeljujejo tudi geografsko območje; jezik in dialekt; skupna zgodovina, tradicija, vrednote in simboli; ustno in pisno izročilo; prehranske navade; nastanitvene in zaposlitvene značilnosti; politično prepričanje in pripadnost; institucije, ki služijo skupini in jo ohranjajo; notranja in zunanja percepcija razlikovanja (Rittle, 2015). Te kulturne značilnosti se odražajo tudi v odnosu posameznika ali skupine do zdravja in bolezni in pomembno vplivajo na zdravstveno oskrbo. Še bolj se kulturna raznolikost, tudi z vidika zdravja in bolezni, kaže znotraj posameznih subkultur iste kulturne skupine, ki gradijo povsem svojstveno kulturo, in prav subkulture, ugotavlja Jeffreys (2014), so danes in bodo tudi v bodoče najranljivejši del populacije. Eden ključnih vidikov razumevanja kulturne raznolikosti je namreč delitev sveta in ljudi v različne družbene kategorije, kot npr. moški – ženske, otroci – odrasli, višji razred – nižji razred, zdravi – bolni itd. Vse družbe imajo izdelane načine, kako pomikati ljudi iz ene v drugo družbeno kategorijo (npr. iz »statusa bolnika« v »status zdravega«) in umeščati ljudi – včasih tudi proti njihovi volji – v določeno družbeno kategorijo (npr. psihiatrični pacienti, invalidi, starejši). Vsaka od teh družbenih kategorij ima svoje norme, pravila in poglede na svet (Helman, 2007), kar se kaže tudi v njihovem odnosu do zdravja in bolezni. Kulturno raznolikost pacientov, ki vstopajo v zdravstveni sistem, moramo tako prepoznati ne le v morda najočitnejših, pod vplivom medijskih podob izpostavljenih kulturnih skupinah, kot so etnične manjšine ali migranti, temveč tudi v drugih kulturnih skupinah oz. subkulturah, s katerimi se srečujemo v klinični praksi vsakodnevno – invalidi, starejši, brezposelni, osebe s priseljskim ozadjem, delavci migranti itd.

Kulturna raznolikost pa ni prisotna samo med pacienti, za katere skrbimo. Kulturno raznoliki smo tudi izvajalci v zdravstveni in babiški negi oz. zdravstveni delavci in sodelavci, s katerimi sodelujemo v zdravstvenem



timu. Kulture, ki jim pripadajo naši kolegi in kolegice, s svojo edinstvenostjo tako zaznamujejo tudi naše delo in obenem vsi skupaj sooblikujemo, vsak v svojem poklicu, lastno profesionalno subkulturo. Delati v timu, v pravem pomenu besede, skupaj s sodelavci iz različnih kulturnih sredin zahteva poznavanje njihove kulture, spoštovanje različnih pogledov na svet in strpnost. Kandidati in kandidatke, ki šele vstopajo v poklic, zato predstavljajo odlični mejnik uveljavljanja sprememb v klinični praksi, v kateri je spoštovanje kulturnega porekla prepoznano kot hoteno dejanje, in ne le poklicna obveza, saj skozi proces socializacije oz. inkulturacije sprejemajo koncepte, pravila, organizacijo in vrednote profesionalne subkulture. Med temi mora mesto najti ne samo spoštovanje kulturne raznolikosti pacientov v nujenju holistične zdravstvene oskrbe, marveč tudi spoštovanje kulturne raznolikosti med sodelavci.

Medkulturne kompetence v zdravstveni in babiški negi ali kulturne kompetence, kot je to poimenovano v anglosaškem svetu, so ključne za nudenje učinkovitih in kulturno odzivnih zdravstvenih storitev, preprečevanje neenakosti v zdravju, zatiranje rasizma v zdravstveni oskrbi ter tudi za izboljševanje zadovoljstva pacientov in izidov zdravljenja (Repo, et al., 2017). Medkulturne kompetence lahko preprosto opredelimo kot sposobnost medicinske sestre ali babice, da ob lastnem zavedanju pomembnosti in razumevanju kulture v nujenju zdravstvene ali babiške nege s pridobljenim znanjem in veščinami pacientu/-ki, družini ali skupnosti zagotavlja kulturno dovzetno zdravstveno ali babiško nego, tj. takšno obliko zdravstvene ali babiške nege, ki ne zanika vrednot, prepričanj, običajev in navad pacienta/-ke, ampak jih vključuje v načrtovanje njegove / njene oskrbe.

Madeleine Leininger, pionirka na področju razvijanja transkulturne zdravstvene nege, je kot prva tovrstni način upoštevanja kulture pacienta v zdravstveni negi prikazala na svojem t. i. modelu sončnega vzhoda (angl. *Sunrise model*). Slednjega Leininger (2002) utemeljuje na konceptu kulturne skrbi (oskrbe), pri čemer izpostavi tri osrednje načine ravnanja medicinske sestre, ki naj bi vodili njeno presojo in aktivnosti v zagotavljanju kulturno dovzete zdravstvene nege, tj. skrbi (oskrbe), ki je koristna in pomenljiva ljudem za katere skrbimo. Opredeljeni trije načini ravnanja oz. odločanja medicinske sestre (ali babice, op. avt.) so (1) ohranjanje kulturne skrbi (oskrbe) in/ali njeno vzdrževanje, (2) prilagajanje kulturne skrbi (oskrbe) in/ali pogajanje ter (3) restrukturiranje kulturne skrbi (oskrbe) in/ali vzpostavljanje novih vzorcev. Izbor ustreznega in najprimernejšega načina oz. načinov, saj so lahko izbrani vsi trije, brezpogojno zahteva medsebojno sodelovanje med pacientom in medicinsko sestro (ali babico, op. avt.) (Leininger, 2002). Npr. pri starejšem pacientu, ki zaradi svojih običajev, vrednot ali prepričanj nima razvitih za njegovo

zdravje potrebnih osnovnih higienskih navad in bi le-te dolgoročno želeli spremeniti, lahko kot načine ravnanja izberemo pogajanje in vzpostavljanje novih vzorcev ter kasneje tudi ohranjanje oz. vzdrževanje kulturne skrbi. V omenjenem primeru gre lahko za dolgotrajen proces, saj bi vsakršno hitro, enostransko vsiljevanje zdravstvenonegovalnih intervencij, »ker je to pač treba narediti«, povzročilo negativen odziv pacienta oz. kulturni konflikt, s katerim bi situacijo samo poslabšali.

Razvijanje medkulturnih kompetenc je dinamičen, dolgotrajen in vseživljenjski proces. Nekateri jih lahko osvojijo zelo hitro, nekateri za to potrebujejo več časa, pri nekaterih pa se pravi proces ne bo nikoli pričel. Največja ovira so nepoznavanje druge kulture, nezadostno razvite veščine, izogibanje interakcijam s posamezniki iz drugih kultur in lastni predsodki. Vse to lahko privede do nestrpnosti, nepravilnosti in neenakosti obravnave oz. nezmožnosti zagotavljanja holistične zdravstvene oskrbe ali celo neučinkovitega timskega sodelovanja, če govorimo o izvajalcih zdravstvenega tima. Nujno moramo torej vsebine o medkulturnosti vključiti v kurikulum izobraževanja za poklice v zdravstveni ali babiški negi, če želimo doseči ali pa vsaj omogočiti zgodnji pričetek razvoja medkulturnih kompetenc (Prosen, 2015; Prosen, et al., 2017), kar v našem prostoru ugotavljajo tudi drugi avtorji (Hvalič Touzery, et al., 2016).

Narejeni so bili že številni poskusi umestitve vsebin o medkulturnosti v kurikulum izobraževanja za zdravstveno nego. Bile so bodisi vključene v samostojni predmet ali kot del vsebin pri drugih predmetih. Strategije poučevanja in učenja o medkulturnosti so namreč zelo raznolike in poskušajo najprej vzbuditi kulturno zavedanje ter vsaj do neke mere na tem področju usposobiti kandidate in kandidatke, ki pričenjajo z delom v zdravstveni ali babiški negi. V tujini so te vsebine pogosto del obveznega formalnega izobraževanja v zdravstveni negi (Sagar, 2014; Prosen, et al., 2017), postopoma pa postajajo tudi del izobraževanja v babiški negi (Jesse & Kirkpatrick, 2013). Dosedanje ugotovitve, zlasti v Združenih državah Amerike, kažejo na raznolike izkušnje bodisi v prid samostojnemu predmetu bodisi vključevanju vsebin medkulturnosti v druge predmete na dodiplomskem ali podiplomskem izobraževanju zdravstvene nege (Sagar, 2014). Pri vključevanju vsebin medkulturnosti v druge predmete seveda obstaja nevarnost, da bo zaradi številnih teoretičnih konceptov in praktičnih modelov ter neupoštevanja nekaterih novih metod poučevanja medkulturnosti, kot so simulacije in izkustveno učenje, poučevanje neenotno, razpršeno in znanje nepovezano. Po drugi strani pa lahko samostojni predmet spregleda nekatere specifičnosti posameznih strokovnih področij zdravstvene nege. Izzivi, ki jih zato postavlja učenje medkulturnosti pred učitelje zdravstvene ali babiške nege, so mnogi in tudi preobsežni za ta uvodnik.

Z vidika nadaljnega profesionalnega razvoja zdravstvene in babiške nege in potreb, ki jih imajo pacienti danes, je treba razmisliti, kakšno bi moralo biti naše znanje, da bi bilo naše delo humano in kakovostno (Skela-Savič, 2017). Kontinuirano izobraževanje slehernega v zdravstveni in babiški negi, tudi za potrebe pridobivanja oz. obnavljanja licence, bi zato nujno moralo po poti profesionalnega razvoja, katerega cilj je povečevanje znanja, veščin in osebnega zavedanja za nudenje kulturno dovzetne zdravstvene nege. Omejeno izobraževanje s področja medkulturnosti v času šolanja, če že je vzpostavljeno, ne zadošča za uspešno razvijanje in pridobivanje medkulturnih kompetenc. Kasneje se namreč zaposleni v kliničnem okolju srečujejo z veliko bolj konkretnimi in specifičnimi situacijami, ki zahtevajo morda drugačen pristop razreševanja, usmerjenega v praktične napotke in rešitve.

Zaradi narave dela medicinske sestre in babice največ časa preživijo ob pacientu/-ki, zato se pričakuje, da bodo prve, ki bodo prepoznale celovite potrebe pacienta/-ke, zaznale nepravice in neenakosti v zdravju (ali zdravstveni oskrbi) ter nudile kakovostno zdravstveno ali babiško nego, za kar so medkulturne kompetence ključne. Želja po učenju mora izhajati predvsem iz vsakega posameznika. Medkulturne kompetence naposled temeljijo na posameznikovih etičnih oz. poklicnih vrednotah in njegovem pogledu na svet. Za izobraževalne ustanove in profesionalna združenja je podporna vloga v tem procesu prav tako odločilna, saj morajo z ustrežno strategijo izobraževanja in usmerjanja dela v klinični praksi (npr. vzpostavitev kliničnih smernic in kontinuiranega izobraževanja oz. izobraževanja z elementi medkulturnosti) aktivno podpirati razvijanje in udejanjanje medkulturnih kompetenc v kliničnem okolju.

Z namenom zagotavljanja kulturno dovzetne zdravstvene oskrbe morajo zdravstveni delavci in sodelavci spoštovati in sprejemati kulturno raznolikost pacientov ter s tem prispevati k zmanjševanju ali izkoreninjenju neenakosti v zdravju. Zdravje je resda osnovna človekova pravica, a v tem pogledu sta tudi dostop do zdravstvenih storitev in zdravstvena obravnava enakovreden del te pravice.

## Literature / Literatura

Helman, C.G., 2007. *Culture, health and illness*. 5th ed. Boca Raton: CRC Press, pp. 2–4.

Hvalič Touzery, S., Smodiš, M. & Kalender Smajlovič, S., 2016. Mentorstvo tujim študentom zdravstvene nege: študija primera. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(1), pp. 76–86. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2016.50.1.71>

Jeffreys, M.R., 2014. Overview of key issues and concerns. In: M.R. Jeffreys, ed. *Teaching cultural competence in nursing and health care*. New York: Springer, pp. 3–26.

Jesse, D.E. & Kirkpatrick, M.K., 2013. Catching the spirit of cultural care: a midwifery exemplar. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(1), pp. 49–56. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2012.00226.x> PMID:23374490

Leininger, M., 2002. The theory of culture care and the ethn nursing research method. In: M. Leininger & M. McFarland, eds. *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice*. New York: McGraw-Hill, pp. 71–98.

Prosen, M., 2015. Introducing transcultural nursing education: implementation of transcultural nursing in the postgraduate nursing curriculum. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 174, pp. 149–155. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.640>

Prosen, M., Karnjuš, I. & Ličen, S., 2017. Razvijanje medkulturnih kompetenc med študenti zdravstvene nege. In: S. Rutar, S. Čotar Konrad, T. Štemberger, & S. Bratož, eds. *Vidiki internacionalizacije in kakovosti v visokem šolstvu*. Koper: University of Primorska Press, pp. 139–153.

Repo, H., Vahlberg, T., Salminen, L., Papadopoulos, I. & Leino-Kilpi, H., 2017. The cultural competence of graduating nursing students. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(1), pp. 98–107. <https://doi.org/10.1177/1043659616632046> PMID:26873438

Rittle, C., 2015. Multicultural nursing: providing better employee care. *Workplace Health & Safety*, 63(12), pp. 532–538. <https://doi.org/10.1177/2165079915590503> PMID:26199294

Sagar, P.L., 2014. Nursing education and transcultural nursing. In: P.L. Sagar, ed. *Transcultural nursing education strategies*. New York: Springer, pp. 1–21.

Skela-Savič, B., 2017. Professionalization of nursing in Slovenia: challenges and responsibilities for nurses with a higher education degree. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(4), pp. 264–273. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2017.51.4.202>

*Cite as / Citirajte kot:*

Prosen, M., 2018. Developing cross-cultural competences: opportunity for ensuring health and healthcare equality and equity. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(2), pp. 76–80. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.2.262>

Original scientific article / Izvirni znanstveni članek

## Assessment of the quality of life in children and adolescents with asthma Ocena kakovosti življenja otrok in mladostnikov z astmo

Duška Jović, Snežana Petrović-Tepić, Darija Knežević

**Key words:** quality of life; children; adolescents; asthma; symptom control

**Ključne besede:** kakovost življenja; otroci; mladostniki; astma; nadzor simptomov

Senior Assistant Duška Jović, BSc, MSc (Nursing); University of Banja Luka, Faculty of Medicine, Department of Health Care and Nursing, 14 Save Mrkalja, 78000 Banja Luka, Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina

Correspondence e-mail /  
Kontaktirni e-naslov:  
duska.jovic@med.unibl.org

Assistant Professor Snežana Petrović-Tepić, PhD, MD; University of Banja Luka, Faculty of Medicine, Department of Health Care and Nursing, 14 Save Mrkalja, 78000 Banja Luka, Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina, and University Clinical Center of the Republic of Srpska, Pediatric Clinic, Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina

Senior Assistant Darija Knežević, BSc, MSc (Nursing); University of Banja Luka, Faculty of Medicine, Department of Health Care and Nursing, 14 Save Mrkalja, 78000 Banja Luka, Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina

The article is based on the master thesis of Duška Jović  
*The assessment of quality of life in children with asthma (2016).*

Received / Prejeto: 27. 9. 2017  
Accepted / Sprejeto: 6. 6. 2018

### ABSTRACT

**Introduction:** Asthma is a global health problem that negatively affects various aspects of the quality of a person's life. The aim of the study was to examine the quality of life in children and adolescents with asthma and the correlation between the degree of asthma control and the quality of life.

**Methods:** The cross-sectional study included 100 children and adolescents with asthma over a six-month period in 2015. The study used: Standardized Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ(S)) for the assessment quality of life and the questionnaires for the assessment of asthma control for two age groups: Asthma Control Test (ACT) for adolescents and Childhood Asthma Control Test (C-ACT).

**Results:** 62 boys and 38 girls aged 7–17, whose average age was 11.2 ( $s = 2.7$ ) years were included in the study. The overall PAQLQ(S) score ranged between 3.30 and 7.00 with an average mean value of 5.95. The findings have showed that most children with asthma estimated their overall PAQLQ(S) on the positive end of the scale. The children reported more impairment in the domain of 'Emotion' ( $\bar{x} = 5.84$ ) than in 'Activities' and 'Symptoms'. The percentage of adolescents in the category of poor control (12.5 %) was significantly lower than in the group of children (25.0 %). In both groups of children, the sub-scale 'Symptoms' was in highest correlation with the degree of asthma control ( $r = 0.915, p < 0.01$ ).

**Discussion and conclusion:** In this study the children and adolescents with asthma showed an overall good quality of life. Control of asthma symptoms in children and adolescents positively influenced their quality of life.

### IZVLEČEK

**Uvod:** Astma je globalni zdravstveni problem, ki negativno vpliva na različne vidike kakovosti življenja. Cilj raziskave je bil preučiti kakovost življenja pri otrocih in mladostnikih z astmo ter povezavo med stopnjo nadzora astme in kakovostjo življenja.

**Metode:** Presečna študija je vključevala 100 otrok in mladostnikov z astmo v šestmesečnem obdobju leta 2015. V raziskavi so bili uporabljeni: standardiziran vprašalnik o kakovosti življenja otrok z astmo (PAQLQ(S)) za oceno kakovosti življenja in vprašalnika za oceno krmiljenja astme za dve starostni skupini: test za kontrolo astme za mladostnike (ACT) in test za kontrolo astme pri otrocih (C-ACT).

**Rezultati:** Vključenih je bilo 62 fantov in 38 deklic, starih od 7 do 17 let, katerih povprečna starost je bila 11,2 ( $s = 2,7$ ) leta. Skupni rezultati v oceni PAQLQ(S) so se gibali med 3,30 in 7,00 s povprečno vrednostjo 5,95. Ugotovitve kažejo, da je večina otrok z astmo umestila svojo splošno PAQLQ(S) proti pozitivnemu koncu lestvice. Otroci so poročali o večji oslabeledosti na področju »Čustva« ( $\bar{x} = 5,84$ ) kot na področjih »Dejavnosti« in »Simptomi«. Odstotek mladostnikov, ki spadajo v kategorijo slabega nadzora (12,5 %), je bil znatno nižji kot v skupini otrok (25,0 %). V obeh skupinah otrok je bila lestvica »Simptomi« v največji povezavi s stopnjo nadzora astme ( $r = 0,915, p < 0,01$ ).

**Diskusija in zaključek:** V raziskavi so otroci in mladostniki z astmo pokazali splošno dobro kakovost življenja. Nadzor simptomov astme pri otrocih in mladostnikih je pozitivno vplival na njihovo kakovost življenja.

## Introduction

Asthma is the most common chronic illness of children around the world. Most frequently, it occurs at an early age, with a variable flow, which may be in progression or remission over time. Moreover, asthma is a public health problem that negatively affects different aspects of the quality of life. The effect of asthma on the quality of life of patients, as well as its cost, is very high (Papadopoulos, et al., 2012; Al-Gewely, et al., 2013). The quality of life in children with asthma depends on several factors, among which the most significant are asthma severity and the level of asthma control. Therefore, the quality of life of asthmatic patients cannot be determined only on the basis of the severity of the disease, but requires a measurement of personal perception such as the impact on everyday-life due to illness, emotional functioning and the quality of life related to health.

Today, it is widely accepted that health care should be focused on the quality of life of the patient. This is more important in patients suffering from chronic illnesses where treatment is more focused on the control of symptoms (Petsios, et al., 2013). The quality of life related to health has also been gaining increasing attention in the pediatric population. The significance of these aspects has led to the development of instruments for assessing a child's quality of life (Limperg, et al., 2014). Some authors state that parents' reports on the quality of their children's lives may differ from the children's perception (Nair, et al., 2014). Therefore, it is recommended to use instruments that require children's responses in order to get their own perception of the disease, as well as their active involvement in decision-making concerning the treatment and care. It is important to obtain information from children regarding their vision of the illness (Al-Akour & Khader, 2008). In their analysis of the determinants of the quality of life of children suffering from asthma, Petsios and colleagues (2013) state that the understanding of asthma in younger children will not be as good as in older children. Therefore, the term 'health' and 'quality of life' can mean different things to children of different ages. The understanding of children can vary with the kind of tasks that they have to do to control their illness. Children and adolescents use different confrontational strategies (cognitive and behavioral) to control the impact of asthma on their everyday lives (Petsios, et al., 2013). In order to assess the quality of life, there are two basic type of instruments: general-generic used for assessing the quality of life as a whole, intended for sick and healthy population, and specific questionnaires designed for groups of individuals suffering from a particular acute or chronic illness (Alvarenga & Caldeira, 2009). It is important to use custom-designed questionnaires for assessing the quality of life in relation to health in order to provide

different information on the following: treatment, other subjective beliefs and clinical outcome (Reddel, et al., 2009). The Global Initiative for Asthma (GINA) guidelines suggest the use of tests to control asthma symptoms. Instruments used to control asthma in the pediatric population are: Childhood Asthma Control Test (C-ACT) for the age of 4–11 years and the Asthma Control Test (ACT) for asthma adolescents aged 12 and older (GINA Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2015). In addition to these tests, there are several specific questionnaires for assessing the quality of life of children with asthma. One of the most commonly used is the Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQOL) (Al-Gewely, et al., 2013; Zomer-Kooijker, et al., 2014). Juniper and colleagues (1996) were pioneers in the formulation of various questionnaires for assessing the quality of life in children with asthma. The assessment enables an insight into the outcomes from the patient's perspective, their experience regarding chronic disease, evaluation (calculation, measurement) of procedures, drugs, and other interventions between groups, among individuals or between populations. Lately, measuring the quality of life is used to promote health, including independent equivalent interventions, such as education and counselling (Peterson & Bredow, 2013).

### *Aims and objectives*

The aim of the research was to examine the overall quality of life with Standardized Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire – PAQLQ(S) and subscale symptoms, activity limitations and emotional function in children and adolescents from 7 to 17 suffering from asthma, and to examine the correlation between the degree of asthma control and the quality of life.

## Methods

The research was based on a quantitative descriptive methodology. The data were collected with specific questionnaires for asthma.

### *Description of the research instrument*

The questionnaires used in this cross-sectional study inquired about basic demographics (age, sex, place of residence); the quality of life was assessed using the PAQLQ(S); the questionnaires for the assessment of asthma control for two age groups: ACT and C-ACT.

PAQLQ (S) was developed by Juniper and colleagues (1996) and has been translated and validated in many countries including Serbia. The Serbian version of this questionnaire was adapted to the language and culture of our area in 2003 (Cerović, et al., 2009).

Translation into Serbian and linguistic validation of PAQLQ(S) was made by the MAPI Research Institute (1996) in Lyon, France. The PAQLQ(S) is designed for children (aged 7–17 years) to report on their own experiences. The instrument includes symptoms of asthma, as well as the child's emotional reactions to the symptoms and limitations caused by asthma. An overall PAQLQ(S) score is calculated, as are 3 domain subscales: Symptoms (10 items, such as coughing and wheezing), Activity limitations (5 items, such as playing and singing), and Emotional function (8 items, such as feeling worried and left out). The offered responses are presented using the Likert scale in the range of 1 to 7, where a score of 1 indicates maximal impairment and a score of 7 indicates no impairment, with a 1-week recall period. The overall PAQLQ(S) score is the mean of all 23 items, and the individual domain scores are the means of the items in each domain. The PAQLQ(S) overall score is calculated by adding points of individual responses to all questions, with the higher scores indicating less impairment that is, a better quality of life.

The degree of asthma control in children and adolescents was assessed by licensed semi-quantitative tests in the form of questionnaires, developed by the Quality Metric Incorporated Group. The GlaxoSmithKline pharmaceutical company has purchased the right to use this questionnaire. We received the questionnaires from them. There are two versions of Asthma test controls in their native language for ages 4–11 (C-ACT) and 12 years and older (ACT).

The C-ACT (if ages of 4 and 11), consists of 7 questions, addresses the previous 4 weeks and is divided into two parts. One part is filled in by the child and consists of 4 questions on the perception of asthma control, limitation of activities, coughing and awakenings at night. Each question has four response options. The second part is filled in by the parent or caregiver and consists of 3 questions (daytime complaints, daytime wheezing and awakenings at night) with six response options. The sum of all scores yields the C-ACT score, ranging from 0 (poorest asthma control) to 27 (optimal asthma control). A cut-off point  $\leq 19$  indicates uncontrolled asthma. Cronbach alpha for C-ACT was 0.839.

The ACT (if  $\geq 12$  years) is a questionnaire on asthma control comprising 5 questions that assess activity limitation, shortness of breath, night-time symptoms, use of rescue medication, and patient rating of asthma control. The offered responses are presented using the 5-point Likert scale in the range of 1 to 5 (for symptoms and activities: 1 – all the time to 5 – not at all; for asthma control rating: 1 – not controlled at all to 5 – completely controlled). The scores range from 5 (poor control of asthma) to 25 (complete control of asthma), with higher scores reflecting greater asthma control. If the score is less than 20, it indicates poor

asthma control over the previous 4 weeks. Cronbach alpha for ACT was 0.847.

### *Description of the research sample*

The sample consisted of 100 children and adolescents (62 boys, 38 girls), aged 7–17, whose average age was 11.2 ( $s = 2.7$ ) years. The respondents were divided into two groups according to their age: the group of children aged 7–11 years ( $n = 54$ ) (boys 69.0 %, girls 31.0 %) and the group of adolescents aged 12–17 years ( $n = 46$ ) (boys 54.0 %, girls 46.0 %). The percentage of children from rural areas was higher (64.0 %) than the percentage of children from urban areas (36.0 %). All respondents were diagnosed with asthma and were monitored through the Pulmonary and Allergy Department at the Pediatric Clinic, the University Clinical Centre of the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina. The survey was conducted in the period from 1 March to 30 September 2015. The inclusion criteria in the research were: children (respondents) at the age of 7–17 years, children who were diagnosed with asthma by a pediatric pulmonologist a year or more ago, children who were monitored for more than 1 year at the Pulmonary Department of the Pediatric Clinic, children whose parents signed an informed consent and informed children about the research. The exclusion criteria were: children under 7 years of age, subjects older than 17, children who were diagnosed with asthma by a pediatric pulmonologist less than a year ago, children who were monitored for less than 1 year at the Pulmonary Department of the Pediatric Clinic, children with cystic fibrosis, cardiovascular and immunological diseases, refusal of participation and parents who have not signed an informed consent.

### *Description of the research procedure and data analysis*

Prior to the interview, children and parents received a brief explanation of how to answer the questions. The researcher conducted the survey and the questionnaires were completed anonymously. The time needed to complete the questionnaire by the respondent was approximately 30 minutes. The research was approved by the Ethics Committee of the University Clinical Center of the Republic of Srpska.

The entire data processing was carried out in the statistical SPSS Statistics version 21.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) software package. When processing for categorical variables, the percentages of registered cases for each category were calculated, and for numerical variables, the measures of descriptive statistics (measures of mean value, standard deviation and the minimum and maximum values and curvature of the distribution of results). Internal consistency of used C-ACT and ACT was assessed by the Cronbach alpha coefficient. By means of analyzing the relations between the results on

the overall PAQLQ(S) scale and individual sub-scales 'Activities', 'Symptoms' and 'Emotions' based on the Pearson's correlation test ( $r$ ), it was concluded that there was a statistically significant correlation coefficient ( $p < 0.01$ ). Relations of individual numerical variables with categorical variables were calculated by analyzing the statistical significance of the differences in the average results for individual categories of independent variables (Student's  $t$ -test). The results with a reliability of  $p < 0.05$  were statistically significant.

## Results

There was no statistically significant correlation between the age of the children and the estimated quality of life in all three aspects ( $r = 0.14, p > 0.05$ ). The sex of the children and adolescents did not demonstrate statistically significant effects on the overall or three individual sub-scales PAQLQ(S) scores boys ( $\bar{x} = 5.93, s = 0.93$ ) and girls ( $\bar{x} = 5.98, s = 0.81$ ) ( $t(100) = 0.32, p = 0.75$ ). The patients' place of residence did not significantly affect overall PAQLQ(S) scores ( $p = 0.45$ ). The responses PAQLQ(S) were given on a seven-point scale. Overall, children and adolescents with asthma scored their quality of life during the previous week on the positive end of the scale. The minimum and maximum values on the 23 PAQLQ(S) items varied between three and seven, with an average mean value of 5.95 (where a score of 1 indicates maximal impairment and a score of 7 indicates no impairment). Table 1 shows a distribution of the average mean values for the children and adolescents overall quality of life score

and the values for all three sub-scales scores separately: 'Activity', 'Symptoms' and 'Emotion'. As the descriptive data for the quality of life scale suggests (scores value is 1.35), the distribution of results is prone to higher values that indicate a better quality of life. Namely, the majority of respondents achieve scores between 5 and 7, while there is a significantly lower number of those with values below 5. This fact suggests that the vast majority of respondents positively evaluate their quality of life.

By comparing scores on the PAQLQ(S) scale and subscales between the two groups (children and adolescents), the results of the Student's  $t$ -test showed that there was no statistically significant difference in the quality of life ( $t = 1.31, p > 0.05$ ). Analyzing the relations between the results on the quality of life scale and individual sub-scales 'Activities', 'Symptoms' and 'Emotions' based on the Pearson's correlation test, it was concluded that there was a statistically significant correlation coefficient. In the highest correlation with the overall quality of life, there was the 'Symptoms' sub-scale ( $r = 0.915, p < 0.01$ ), but the other two – 'Activity' and 'Emotion' sub-scales were in very high correlation as well. The results are showed in Table 2.

### Asthma Control

In the overall sample, slightly less than 20 % of the respondents had poor asthma control. We compared the quality of asthma control in children and adolescents, and found that the percentage of adolescents in the category of poor control (12.5 %)

**Table 1:** Distribution of the children and adolescents overall and sub-scales scores in the PAQLQ(S)

**Tabela 1:** Porazdelitev celokupnih in posamičnih rezultatov otrok in mladostnikov v PAQLQ(S)

Quality of life with asthma / Kakovost življenja z astmo	<i>n</i>	Min	Max	$\bar{x}$	<i>s</i>	Skewness / Koeficient asimetrije	Kurtosis / Koeficient sploščenosti
Quality of Life PAQLQ(S)	100	3.30	7.00	5.95	0.88	-1.35	1.45
Activities	100	3.20	7.00	6.05	0.89	-1.29	1.28
Symptoms	100	2.50	7.00	5.99	1.00	-1.62	2.26
Emotions	100	2.38	7.00	5.84	1.06	-1.20	1.44

Legend / Legenda: PAQLQ(S) – Standardised Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire / Standardiziran vprašalnik o kakovosti življenja otrok z astmo; *n* – number / število; Min – minimum / minimum; Max – maximum / maksimum;  $\bar{x}$  – average / povprečje; *s* – standard deviation / standardni odklon

**Table 2:** Correlation of scale quality of life and subscales 'Activities', 'Symptoms' and 'Emotions'

**Tabela 2:** Korelacija lestvice kakovost življenja in lestvic »Dejavnosti«, »Simptomi« in »Čustva«

Quality of life with asthma / Kakovost življenja z astmo	Quality of Life / Kakovost življenja	Activities / Aktivnosti	Symptoms / Simptomi	Emotions / Čustva
Quality of Life ( <i>r</i> )	1	0.844**	0.915**	0.875**
Activities ( <i>r</i> )	/	1	0.711**	0.659**
Symptoms ( <i>r</i> )	/	/	1	0.639**
Emotions ( <i>r</i> )	/	/	/	1

Legend / Legenda: *r* – Pearson correlation coefficient / Pearsonov korelacijski koeficient; \*\* – statistical significance,  $p < 0.01$  / statistična značilnost,  $p < 0,01$

was significantly lower than in the group of children (25.0 %). Table 3 shows these two groups of respondents. The obtained average values of asthma control are above the threshold value. In both groups of patients, the average result of asthma control was above the limit value. Skewness is negative on the entire sample, while in the adolescent group it has a higher absolute value and supports better asthma control.

We investigated whether there was a link between the degree of asthma control and the assessment of the quality of life in children suffering from this disease. The Pearson correlation coefficient showed that there was a statistically significant correlation between 'Activities', 'Symptoms' and 'Emotions' and asthma control that is, the correlation between the overall quality of life and asthma control. In both age groups, there was a significant positive correlation between

the degree of asthma control and the assessment of the quality of life, taking into account that this correlation was somewhat higher in younger respondents ( $r = 0.788, p < 0.01$ ). The results are showed in Table 4.

Our results have showed that the degree of asthma control is significantly related to the overall quality of life and sub-scales, which means that children and adolescents with good asthma control had a better quality of life ( $p < 0.01$ ). The results are presented in Table 5.

## Discussion

The main finding of this study was that children and adolescents with asthma scored their quality of life on the positive end of the scale. The children and adolescents reported more impairment in the domain

**Table 3:** Data on asthma control in children and adolescents

**Tabela 3:** Podatki o nadzoru astme pri otrocih in mladostnikih

Asthma Control / Kontrola astme	n	R	Limit Value / Mejne vrednosti	Min	Max	$\bar{x}$	s	Skewness / Koefficient asimetrije	Kurtosis / Koefficient sploščenosti
C-ACT (4–11 years)	52	0–27	≤ 19	13	27	21.42	3.79	–0.74	–0.36
ACT (12–17 years)	48	5–25	20	10	25	21.81	3.34	–1.88	4.19

Legend / Legenda: C-ACT- Childhood Asthma Control Test / Test za kontrolo astme pri otrocih; ACT- Asthma Control Test / Test za kontrolo astme;  $\bar{x}$  – average / povprečje; R – rang / rank; Min – minimum / minimum; Max – maximum / maksimum; s – standard deviation / standardni odklon

**Table 4:** Correlation of asthma control degree and the assessment of quality of life

**Tabela 4:** Korelacija med stopnjo nadzora astme in oceno kakovosti življenja

Asthma Control / Kontrola astme	Quality of Life / Kakovost življenja	Activities / Aktivnosti	Symptoms / Simptomi	Emotions / Čustva
C-ACT (4–11 years) (r)	0.788**	0.679**	0.746**	0.653**
ACT (12–17 years) (r)	0.616**	0.592**	0.778**	0.351*

Legend / Legenda: C-ACT - Childhood Asthma Control Test / Test za kontrolo astme pri otrocih; ACT - Asthma Control Test / Test za kontrolo astme; r - Pearson correlation coefficient / Pearsonov korelacijski koefficient; \*\* - statistical significance,  $p < 0.01$  / statistična značilnost,  $p < 0,01$ ; \* statistical significance,  $p < 0.05$  / statistična značilnost,  $p < 0,05$

**Table 5:** Differences in quality of life in relation to the degree of asthma control

**Tabela 5:** Razlike v kakovosti življenja v povezavi s stopnjo nadzora astme

Quality of life with asthma / Kakovost življenja z astmo	Asthma Control (C-ACT, ACT) / Kontrola astme (C-ACT, ACT)	n	$\bar{x}$	s	t	p
Quality of Life	Poor asthma control	19	4.93	0.95	–5.44	0.00**
	Good asthma control	81	6.19	0.68	/	/
Activities	Poor asthma control	19	5.08	1.06	–4.66	0.00**
	Good asthma control	81	6.27	0.68	/	/
Symptoms	Poor asthma control	19	4.81	1.18	–5.16	0.00**
	Good asthma control	81	6.26	0.72	/	/
Emotions	Poor asthma control	19	5.00	1.23	–4.15	0.00**
	Good asthma control	81	6.04	0.91	/	/

Legend / Legenda: C-ACT- Childhood Asthma Control Test / Test za kontrolo astme pri otrocih; ACT- Asthma Control Test / Test za kontrolo astme; n - number / število;  $\bar{x}$  – average / povprečje; s – standard deviation / standardni odklon; t – Student's t- test / Studentov t-test; \*\* – statistical significance,  $p < 0.01$  / statistična značilnost,  $p < 0,01$

of 'Emotion' than in 'Activities' and 'Symptoms'. The degree of asthma control significantly affects the overall quality of life of children and adolescents. In both groups the sub-scale 'Symptoms' was in the highest correlation with the degree of asthma control.

There are few studies in our area that have been engaged with the concept of the quality of life in children with asthma. We used the PAQLQ(S) questionnaire to determine the subjective experience that is, the child's perception regarding the severity of their illness and identify the psychosocial aspects of life that the child experiences as a disorder caused by the disease. The onset of the illness in early childhood can significantly affect the quality of life and expose children and their social environment to numerous disadvantages in terms of their everyday activities (Al-Akour & Khader, 2008).

The methodology of work with the PAQLQ instrument is widely accepted amongst the pediatric population regarding the assessment of the quality of life in children with asthma and is also used by a large number of authors (Al-Akour & Khader, 2008; Cerović, et al., 2009; Al-Gewely, et al., 2013; Nair, et al., 2014). On account of this, we opted to research this problem as asthma is a disease of high-prevalence, while the quality of life is a concept that advocates a holistic approach which, as such, is deeply incorporated in all areas of health care. The conducted research showed that the children assessed their quality of life in the overall PAQLQ(S) score as quite high, on the positive end of the scale.

When comparing the results of our research with the results of other authors, they are in correspondence. A study conducted by Ricci and colleagues (2009) aimed at examining the correlation of self-assessment of PAQLQ questionnaires and the main clinical and functional parameters assessed during regular visits to health facilities. Their results suggested that the children showed an overall good quality of life with slight disorders in the domain of 'Activities' and 'Emotions', and that the PAQLQ was well connected to other clinical parameters that were assessed during the control examinations. By observing different aspects of the quality of life through three domains (Activities, Symptoms and Emotions), our research showed that the domain 'Emotion' was the most affected. Possible reasons for this result may have been a concern and constant fear that something bad would happen if the symptoms of the disease developed. In their study, Nair and colleagues (2014) similarly reported that the most affected domain was 'Emotion' and suggested that, in addition to medical intervention in providing the treatment, children with asthma should be provided with psychological support and counseling. A previous study by Boran and colleagues (2008), which examined the impact of asthma and corticosteroids on the quality of life in children with asthma, suggests that the use of corticosteroids is an important parameter

that has a significant effect on emotional functioning. The same author states that children could not follow their peers in their everyday activities, which made them feel frustrated and irritable, and that excessive parental care for children with asthma could have a negative impact on the emotional status of the child.

By a further analysis of the correlation between individual 'Activities', 'Symptoms' and 'Emotions' with the overall quality of life, our research showed that there was a statistically significant correlation ( $p < 0.01$ ) between all three subscales with the total quality of life scale. The results showed that the 'Symptoms' sub-scale was in the highest correlation, which points to the fact that if the symptoms were more pronounced, the quality of life of the children could be lower. It is very important that children adhere to daily therapies, i.e. to regularly take medications to control the disease by applying the correct inhalation techniques.

An adequate access to the disease by children and parents and the advisory role of doctors and nurses can significantly contribute to improving their overall quality of life. Other studies dealing with this problem reported similar results (Al-Gewely, et al., 2013; Zahrani, et al., 2014). According to the guidelines (GINA Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2015) and statements by other authors, the expression of the symptoms of asthma is directly connected to achieving a complete control of asthma. Complete asthma control is only achieved when a child has no pronounced symptoms of the disease (daily, night and symptoms in the effort, needs for short-acting beta-2 agonists and inadequate pulmonary function) (Turkalj, et al., 2011; Ghaffari, et al., 2014).

In order to assess asthma control, subjects were divided into two age groups: children (7-11 years) and adolescents (12-17 years) according to the tests for asthma control (C-ACT and ACT). The GINA Global Strategy for Asthma Management and Prevention (2015) and National Asthma Educational Prevention Programs (NAEPP) (2007) emphasize the importance of assessing asthma control in order to make treatment as effective as possible. The goal of the asthma treatment is to achieve complete control of the disease, while the simultaneous degree of asthma control is directly related to the children's quality of life (Cano-Garcinuño, et al., 2014; Ghaffari, et al., 2014). Assessment of the symptoms and the quality of life are important aspects of disease control.

The questionnaires which are related to the control of symptoms and the quality of life provide valuable information on the disease from the perspective of a child and their family (Vidal, 2014). By analyzing the degree of asthma control via C-ACT and ACT, our research showed that most children had good asthma control. The analysis of the results obtained in the two age groups by means of disease control questionnaires showed that adolescents in our study had a better asthma control than children. Therefore, the obtained



results could indicate that adolescents cope with their illness better and that they are mature and more skilled in the use of inhalation techniques.

Contrary to our research, several studies examined the correlation between the quality of life and uncontrolled asthma. Koolen and colleagues (2011), showed that asthma was uncontrolled in 51 % of children and was fully controlled in 14 %. The conclusion made by these authors is that C-ACT and ACT correlate well with the GINA criteria in predicting uncontrolled asthma, taking into account the limit value of the overall score of these questionnaires. The examination of the correlation between the quality of life and the degree of asthma control in our study showed that children with good asthma control have a better quality of life compared to children with a poor control of the illness. The results obtained coincide with the literature data (Cerović, et al., 2009; Ricci, et al., 2009; Al-Gewely, et al., 2013). A study by Serbian authors whose goal was to examine the significance of the Serbian version of the PAQLQ questionnaire in clinical practice suggests that this questionnaire showed a good correlation with the clinical and functional indexes that are usually evaluated in monitoring children with asthma. The same research states that the PAQLQ questionnaire is strongly linked to asthma control (C-ACT and ACT) and that children whose asthma was controlled had a better quality of life compared to children with poor asthma control (Cerović, et al., 2009).

The main limitation of the study is the short duration as well as the limited follow-up with the children and adolescents in the study. However, it should be noted that respondents from stationary treatment were not included in our study. This study is the first in our region that has been conducted to show the importance of the measurement of the quality of life and correlation between the degree of asthma control and the quality of life in children and adolescents with asthma. The findings have showed that most children and adolescents with asthma estimated their overall PAQLQ(S) on the positive end of the scale. One of the possible reasons for these results could be that the children came to regular check-ups at the Pulmonary-Allergy Clinic, which had a positive effect on the level of disease control and consequently, on their quality of life.

## Conclusion

This study showed that children with asthma have evaluated their quality of life as quite good. The research showed that the respondents with good asthma control have a better quality of life compared to the respondents with poor asthma control. We believe that the use of C-ACT and ACT questionnaires during regular monitoring of children and adolescents can significantly reduce the percentage of patients with poor control. In this way, a team of health professionals

together with the patient and his family will strive for the same goal, which is to achieve complete control of the disease.

The questionnaires themselves could be used to compare the degree of disease control between the check-ups of children, which would in some way reduce the need for additional examinations and lead to savings in the health care system. With this approach the ultimate goal, which is to improve the quality of life in children with asthma by means of achieving a complete control of asthma, can be reached.

## Conflict of interest / Nasprotje interesov

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

## Funding / Financiranje

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

## Ethical approval / Etika raziskovanja

The research was approved on 2nd October 2015 by the Ethics Committee of the University Clinical Center of the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina (number: 01-9-38.2/15). / Raziskavo je odobrila Komisija za medicinsko etiko Univerzitetnega kliničnega centra Republike Srpske 2. 10. 2015 (št.: 01-9-38.2/15).

## Author contributions / Prispevek avtorjev

All authors made an equal contribution in writing the article. / Vsi avtorji so pri nastanku članka sodelovali v enakem deležu.

## Literature

- Al-Akour, N. & Khader, Y.S., 2008. Quality of life in Jordanian children with asthma. *International Journal of Nursing Practice*, 14(6), pp. 418–426.  
<https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2008.00715.x>  
 PMid:19126069
- Al-Gewely, S.M., El-Hosseiny, M., Abou Elezz, F.N., El-Ghoneimy, H.D., & Hassan, M.A., 2013. Health-related quality of life in childhood bronchial asthma. *Egyptian Journal of Pediatric Allergy and Immunology*, 11(2), pp. 83–93.  
<https://doi.org/10.1590/S0021-75572009000500008>  
 PMid:19830349
- Alvarenga, T.M. & Caldeira, A.P., 2009. Quality of life in pediatric patients with atopic dermatitis. *Jornal de Pediatria*, 85(5), pp. 415–420.

- Al Zahrani, S.S., El Morsy, E.A., Laila, S. & Dorgham, L.S., 2014. The impact of bronchial asthma on quality of life among affected children and adolescents in Taif city, Saudi Arabia. *Life Sciences*, 11(6), pp. 283–291.
- Boran, P., Tokuc, G., Pisgin, B. & Oktem, S., 2008. Assessment of quality of life in asthmatic Turkish children. *The Turkish journal of pediatrics*, 50, pp. 18–22.  
PMid:18365586
- Cano-Garcinuño, A., Bercedo-Sanz, A., Mora-Gandarillas, I., Callén-Blecua, M.T., Castillo-Laita, J.A., Forns-Serrallonga, D., et al., 2014. Association between quality of life in parents and components of asthma control in children. *Journal of Asthma*, 51(10), pp. 1089–1095.  
<https://doi.org/10.3109/02770903.2014.943372>  
PMid:25050835
- Cerović, S., Zivković, Z., Milenković, B., Stojanović, J.J., Bajec, A.O., Vukašinić, Z., et al., 2009. The Serbian version of the pediatric asthma quality of life questionnaire in daily practice. *Journal of Asthma*, 46(9), pp. 936–939.  
<https://doi.org/10.3109/02770900903265812>  
PMid:19905922
- Ghaffari, J., Hadian, A., Daneshpoor, S.M.M. & Khademloo, M., 2014. Asthma burden in the hospitalized patients. *International Journal of Pediatrics*, 2(4.1), pp. 257–266.  
<https://doi.org/10.22038/ijp.2014.3250>
- Global Initiative for Asthma (GINA), 2015. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Available at: [http://ginasthma.org/wp-content/uploads/2016/01/GINA\\_Report\\_2015\\_Aug11-1.pdf](http://ginasthma.org/wp-content/uploads/2016/01/GINA_Report_2015_Aug11-1.pdf) [13. 12. 2017].
- Juniper, E.F., Guyatt, G.H., Feeny, D.H., Ferrie, P.J., Griffith, L.E. & Townsend, M., 1996. Measuring quality of life in children with asthma. *Quality of Life Research*, 5(1), pp. 35–46.
- Koolen, B.B., Pijnenburg, M.W.H., Brackel, H.J.L., Landstra, A.M. & van den Berg, N.J., 2011. Comparing Global Initiative for Asthma (GINA) criteria with the Childhood Asthma Control Test (C-ACT) and Asthma Control Test (ACT). *The European Respiratory Journal*, 38, pp. 561–566.  
<https://doi.org/10.1183/09031936.00173710>  
PMid:21406508
- Limberg, F.P., Haverman, L., Oers, v.A.H., Rossum, A.J.M., Maurice-Stam, H. & Grotenhuis, A.M., 2014. Health related quality of life in Dutch young adults: psychometric properties of the PedsQL generic core scales young adult version. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, art. ID 9.  
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-9>  
PMid:24438218; PMCid:PMC3896839
- MAPI Research Institute in Lyon, France, 1996. Translation into Serbian and linguistic validation of PAQLQ(S). Available at: <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/paediatric-asthma-quality-of-life-questionnaire> [13. 12. 2017].
- Nair, S., Nair, S. & Sundaram, K.R., 2014. A prospective study to assess the quality of life in children with asthma using the pediatric asthma quality of life questionnaire. *Indian Journal of Allergy, Asthma and Immunology*, 28, pp. 13–18.  
<https://doi.org/10.4103/0972-6691.134210>
- National Asthma Education and Prevention Program, Expert Panel Report 3 (EPR-3), 2007. Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Available at: <https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/asthsumm.pdf> [13. 12. 2017].
- Papadopoulos, N.G., Arakawa, H., Carlsen, K.-H., Custovic, A., Gern, J., Lemanske, R., et al., 2012. International consensus on (ICON) pediatric asthma. *Allergy*, 67, pp. 976–997.  
<https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2012.02865.x>  
PMid:22702533; PMCid:PMC4442800
- Peterson, S.J., & Bredow, T.S., 2013. Health related quality of life. In: *Middle range theories: application to nursing research*. 3rd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health. pp. 211–216
- Petsios, K.T., Priftis, K.N., Hatziaorou, E., Tsanakas, J.N., Antonogergos, G. & Matziou, V.N., 2013. Determinants of quality of life in children with asthma. *Pediatric Pulmonology*, 48, pp. 1171–1180.  
<https://doi.org/10.1002/ppul.22768>  
PMid:23401462
- Reddel, H.K., Taylor, D.R., Bateman, E.D., Boulet, L., Boushey, H.A., Busse, W.W., et al., 2009. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: asthma control and exacerbations: standardizing endpoints for clinical trials and clinical practice. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 80, pp. 59–99.  
<https://doi.org/10.1164/rccm.200801-060ST>  
PMid:19535666
- Ricci, G., Dondi, A., Baldi, E., Bendandi, B., Giannetti, A. & Masi, M., 2009. Use of the Italian version of the Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire in the daily practice: results of a prospective study. *BMC Pediatrics*, 7(9), art. ID 30.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2431-9-30>  
PMid:19422700; PMCid:PMC2685371
- Turkalj, M., Plavec, D. & Erceg, D., 2011. Osobitosti astme u djece. *Medicus*, 20(2), pp. 163–168.
- Vidal, G.A., 2014. Pediatric asthma control and quality of life questionnaires. *Revista chilena de pediatría Sociedad Chilena de Pediatría*, 85(3), pp. 359–366.

Zomer-Kooijker, K., Uiterwaal Cuno, S.P.M., Maitland-vd Zee, A.K., Balemans, W.A.F., Van Ewijk, B.E., Van Velzen, M.F. & Van der Ent, C.K., 2014. Determinants of quality of life in children with asthma. In: K. Zomer-Kooijker, ed. *Asthma in children: origins and outcomes*. Utrecht: Thesis University, pp. 49–63. Available at: <https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/293816/zomer.pdf?sequence=2> [15. 12. 2017].

Yuksel, H., Yilmaz, O., Kırmaz, C. & Eser, E., 2009. Validity and reliability of the Turkish translation of the Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire. *The Turkish journal of*, 51, pp. 154–160.  
PMid:19480327

---

*Cite as / Citirajte kot:*

Jović, D., Petrović-Tepić, S. & Knežević, D., 2018. Assessment of the quality of life in children and adolescents with asthma. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(2), pp. 81–89. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.2.195>

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

## Dojemanje dostojanstva pacientov z vidika zdravstvenih delavcev: eksplorativna raziskava

Perceiving patients' dignity from the perspective of health professionals: exploratory research

Mateja Bahun, Brigita Skela-Savič

**Ključne besede:** zdravstvo; bolnišnica; zasebnost; hospitalizacija; odrasli pacienti

**Key words:** health care; hospital; privacy; hospitalization; adult patients

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

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

izr. prof. dr. Brigita Skela-Savič,  
viš. med. ses., univ. dipl. org.,  
znan. svet.

Obe / Both: Fakulteta za  
zdravstvo Angele Boškin,  
Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice,  
Slovenija

### IZVLEČEK

**Uvod:** Človeško dostojanstvo je neodtujljiva pravica vsakega posameznika, njegovo ohranjanje pa temeljna naloga zdravstvenih delavcev. Namen raziskave je bil ugotoviti, v kolikšni meri se med hospitalizacijo pacientom zagotavlja dostojanstvo ter kako to dojemajo zaposleni v zdravstvu.

**Metode:** Raziskava temelji na eksplorativni kvantitativni raziskovalni metodi. Podatki so bili pridobljeni s strukturiranim vprašalnikom. V raziskavi je sodelovalo 267 priložnostno izbranih zdravstvenih delavcev iz petih slovenskih splošnih bolnišnic. Pridobljeni podatki so bili obdelani z bivariatno in multivariatno analizo.

**Rezultati:** Splošno mnenje anketirancev o sodelavcih in njihovem zagotavljanju zasebnosti je dobro ( $\bar{x} = 3,79$ ,  $s = 0,70$ ). Dojemanje dostojanstva se lahko pojasni v 52,18 % z osebno odgovornostjo zaposlenih (23,82 %), informiranostjo pacientov (16,62 %) in pacientovim sodelovanjem pri odločitvah (11,74 %). Poklicne skupine imajo različno stališče do informiranosti pacientov ( $F = 5,44$ ,  $p = 0,001$ ). Med vključenimi bolnišnicami so razlike v izvajanju aktivnosti: zapiranje vrat bolniške sobe ( $F = 9,07$ ,  $p < 0,001$ ), uporaba paravana ali zavese ( $F = 25,65$ ,  $p < 0,001$ ), nameščanje opozorila na vrata bolniške sobe ( $F = 28,16$ ,  $p < 0,001$ ) ter obveščanje pacientov o tem, kaj se bo dogajalo med intervencijami ( $F = 5,91$ ,  $p = 0,001$ ), aktivnosti pogosteje izvajajo zaposleni v zdravstveni negi s srednješolsko izobrazbo.

**Diskusija in zaključek:** Med hospitalizacijo se dostojanstvo pacientom ne zagotavlja popolnoma, zato bodo rezultati lahko uporabni za načrtovanje izboljšanja strokovnega znanja, razumevanja področja dostojanstva ter infrastrukturnih in materialnih pogojev.

### ABSTRACT

**Introduction:** Human dignity is an inalienable right of every individual and its preservation is a fundamental task of health professionals. The purpose of the research was to determine the extent to which hospitalized patients are ensured dignity and how health professionals perceive it.

**Methods:** The research was based on explorative quantitative research design. Data were obtained using a structured questionnaire. The survey involved 267 convenience sampled health professionals in five Slovenian general hospitals. The obtained data were processed with a bivariate and multivariate analysis.

**Results:** The general opinion of respondents about their colleagues ensuring privacy to the patients is good ( $\bar{x} = 3.79$ ,  $s = 0.70$ ). The perception of dignity can be explained in 52.18 % with the personal responsibility of employees (23.82 %), informing the patients (16.62 %) and patient's inclusion in decision-making (11.74 %). Professional groups have a different attitude to informing the patients ( $F = 5.44$ ,  $p = 0.001$ ). There are differences in the implementation of activities between hospitals: closing the door of a hospital room ( $F = 9.07$ ,  $p < 0.001$ ), using a curtain ( $F = 25.65$ ,  $p < 0.001$ ), placing a warning sign on a hospital door ( $F = 28.16$ ,  $p < 0.001$ ) and informing patients about what will happen during interventions ( $F = 5.91$ ,  $p = 0.001$ ). Activities are more often performed by assistant nurses.

**Discussion and conclusion:** During hospitalization, dignity is not fully provided to the patients. There are opportunities for improvement, so the results can be used to enable interventions on improving expert knowledge, understanding dignity, and improving infrastructure and material conditions.

Članek je nastal na osnovi magistrskega dela Mateje Bahun *Zagotavljanje telesnega in osebnostnega dostojanstva v času hospitalizacije* (2016).

Prejeto / Received: 26. 11. 2017  
Sprejeto / Accepted: 22. 5. 2018

## Uvod

Besedo dostojanstvo je leta 1996 definiral Haddock kot »sposobnost počutiti se pomembne in dragocene v odnosu z drugimi« (Edlund, et al., 2013, p. 851). Dostojanstvo je prirojena in neodtujljiva vrednota. Koncept dostojanstva ni preprost, interpretacije so različne (Edlund, et al., 2013), vsakdo ima o dostojanstvu drugačne predstave. Biti viden kot posameznik je ključno za dostojanstvo in občutek enakosti. Vrednota človekove osebnosti je povezana z osebnostno rastjo in razvojem, njegovim dostojanstvom, ki ga vključuje kot posameznika, njegovo identiteto in pravico do odločanja s poudarkom na prepoznavanju posameznikove vrednosti kot osebe (Janežič & Klemenčič, 2010; Sabatino, et al., 2014). Dostojanstvo kot integriteta posameznika ima več razsežnosti: družbeno, telesno, duševno oz. osebnostno (individualno), duhovno, eksistencialno (Šmitek, 2006). Ideja o človeškem dostojanstvu ima pomembno vlogo v filozofiji, teologiji, politiki, zakonodaji kot tudi klinični praksi zdravstvene obravnave (Li, et al., 2014). Z zdravstveno nego je neločljivo povezano spoštovanje človekovih pravic, vključno s kulturnimi pravicami, pravico do življenja in izbire, do dostojanstva in spoštovanja (International Council of Nurses, 2012).

Berghout in sodelavci (2015) so raziskovali, kateri elementi k pacientu usmerjene zdravstvene obravnave se zdijo pomembni zdravstvenim delavcem, in identificirali tri: »obrnava pacientov z dostojanstvom in spoštovanjem«, »interdisciplinarni pristop« in »enak dostop ter dobri rezultati«. Različni avtorji (Anderberg, et al., 2007; Lin, et al., 2013a; Hall, et al., 2014; Jeršin, 2015; Šanáková & Čáp, 2018) ugotavljajo, da so ohranjanje samostojnosti, avtonomija, individualizirana oskrba in videnje pacienta kot edinstvene osebe, izbira, nadzor nad dogajanjem, povezanim s telesom posameznika, zagotavljanje zasebnosti, izražanje spoštovanja, izvajanje zagovornišva s strani zdravstvenih delavcev, pozorno poslušanje in komunikacija pomembni faktorji oz. dimenzije zagotavljanja dostojanstva. Dostojanstvo v zdravstveni obravnavi vsebuje vrednote, kot so avtonomija, resnica, pravičnost, odgovornost do človekovih pravic, ki se izražajo kot pozornost, zavedanje, osebno spoštovanje, sodelovanje, razumevanje, povezanost in kot aktivno zagovarjanje pacienta (Ferri, et al., 2015).

V obdobju bolezni se zmanjša človekova sposobnost za ohranjanje zasebnosti in dostojanstva (Ferri, et al., 2015). Zdravstveni delavci zaradi narave svojega dela velikokrat vstopajo v pacientov osebni prostor, da mu lahko pomagajo (Whitehead & Wheeler, 2008a). Tako odnos med pacientom in zdravstvenim delavcem neizogibno vpliva na pacientovo dostojanstvo (Pellegrino, 2008). Baillie (Baillie & Illott, 2010, p. 279) je leta 2007 razvil definicijo pacientovega dostojanstva, ki se glasi: »Pacientovo dostojanstvo pomeni imeti

občutek cenjenosti in dobro psihično počutje glede lastnega fizičnega izgleda in vedenja, stopnjo nadzora nad dogajanjem in vedenjem ostalih ljudi v okolju«. Z dostojanstvom se ukvarjajo tudi slovenski avtorji, tako Marinič (2010) opiše, da se dostojanstvo pacienta dojema kot bistveno za profesionalnost prakse zdravstvene nege. Zagotavljanje pacientovega dostojanstva je etična odgovornost vseh sodelujočih v zdravstveni obravnavi. Pri zdravstveni negi je lahko pogosto zelo ogroženo, če medicinska sestra ravna neprofesionalno in ne upošteva pravic, ki jih ima posameznik kot državljan in pacient. Pacientovo zaupanje medicinski sestri ali zdravstvenemu tehniku je vrednota, za kar si je dolžan prizadevati prav vsak zaposleni v zdravstveni negi, saj pogojuje kakovost zdravstvene obravnave in stopnjo kakovosti delovanja zdravstvenega zavoda kot celote (Marinič, 2012).

Oosterveld-Vlug in sodelavci (2013) so v kvalitativni raziskavi o dostojanstvu, kjer so sodelovali zdravniki in medicinske sestre iz domov starejših občanov na Nizozemskem, opredelili štiri teme: (1) sposobnost ohraniti individualnost, (2) ravnati z drugimi, kot želim sam, da bi ravnali z menoj, (3) oskrba, ki ohranja dostojanstvo, in (4) vrednote z upoštevanjem dostojanstva v vsakodnevni oskrbi. Tudi raziskava, ki sta jo izvedla Whitehead in Wheeler (2008b), podpira ugotovitve, da se koncepta zasebnosti in dostojanstva, kot ju vidijo pacienti, prekrivata. Na splošno vsi pacienti, ne glede na spol, zasebnost opredeljujejo kot zasebnost informacij, zasebnost telesa, izvajanje nadzora nad oskrbo, spoštovanje, pravico do samote in pravico do spoštovanja osebnega prostora. Kršitve zasebnosti lahko paciente vodijo v stres, kar podaljša njihovo okrevanje ter zmanjša zaupanje v zaposlene in ustanovo, v kateri se zdravijo. Predikova (2010) je izvedla raziskavo na vzorcu 100 pacientov in 100 zdravstvenih delavcev Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. Ugotovila je, da tri četrtine anketiranih pacientov meni, da zdravstveni tim spoštuje njihovo dostojanstvo tako, da jim zagotovi zasebnost, slaba polovica anketiranih pacientov pa meni, da v času zdravstvene obravnave delno ali popolnoma izgubijo osebno identiteto. Izredno majhen delež zdravstvenega osebja (14,0 %) je menil, da spoštujejo pacientovo dostojanstvo z zagotavljanjem zasebnosti. Obstaja veliko dokazov, da odnos osebja in njihov pristop vplivata na pacientovo zaznavanje dostojanstva in občutek, da je spoštovan kot posameznik (Johnston, et al., 2015; Pringle, et al., 2015). Ker odnos zdravstvenega osebja neizpodbitno vpliva na pacientovo dostojanstvo v zdravstveni obravnavi, nas je zanimalo, kako to doživljajo slovenski zdravstveni delavci.

### *Namen in cilji*

Namen raziskave je bil ugotoviti, v kolikšni meri zaposleni v zdravstveni negi, fizioterapiji in medicini ocenjujejo, da zagotavljajo dostojanstvo hospitaliziranih pacientov, in kakšno je njihovo

splošno mnenje o zagotavljanju zasebnosti pacientom pri njihovem delu. Cilj je bil ugotoviti, ali obstajajo razlike med vključenimi bolnišnicami in zaposlenimi različnih poklicnih skupin. Razvite so bile hipoteze:

H1: Med vključenimi bolnišnicami so statistično pomembne razlike v strinjanju zaposlenih s trditvami o zagotavljanju splošnega dostojanstva pacientom.

H2: Med vključenimi bolnišnicami so statistično pomembne razlike v izvajanju aktivnosti za zagotavljanje telesnega dostojanstva pacientom.

H3: Med zaposlenimi različnih poklicnih skupin so statistično pomembne razlike v strinjanju s trditvami o zagotavljanju splošnega dostojanstva pacientom.

H4: Med zaposlenimi različnih poklicnih skupin so statistično pomembne razlike v izvajanju aktivnosti za zagotavljanje telesnega dostojanstva pacientom.

H5: Med vključenimi bolnišnicami so statistično pomembne razlike glede ocene anketirancev o tem, kako dobro njihovi sodelavci zagotavljajo telesno dostojanstvo pacienta.

H6: Med vključenimi poklicnimi skupinami so statistično pomembne razlike glede ocene anketirancev, kako dobro njihovi sodelavci zagotavljajo telesno dostojanstvo pacientom.

## Metode

Uporabili smo eksplorativni kvantitativni raziskovalni dizajn.

### *Opis instrumenta*

Za zbiranje podatkov smo uporabili strukturiran vprašalnik, sestavljen iz dveh sklopov. Prvi sklop je vseboval vprašanja o demografskih značilnostih. V drugem sklopu je bilo 28 trditev: 20 splošnih trditev o zagotavljanju dostojanstva, 7 trditev o izvajanju aktivnosti za zagotavljanje telesnega dostojanstva ter 1 trditev o splošni oceni sodelavcev o zagotavljanju telesnega dostojanstva pacientom. Anketiranci so se opredeljevali po 5-stopenjski Likertovi lestvici stališč (1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam). Pri sestavljanju vprašalnika smo deloma vsebinsko izhajali iz vprašalnika nacionalne ankete o izkušnjah odraslih pacientov v akutni bolnišnici, ki jo je izvedlo Ministrstvo za zdravje (2009), ter spoznanj pregleda literature (Douglas & Douglas, 2004; Whitehead & Wheeler, 2008b; Picco, et al., 2010; Predik; 2010; Ferkulj, 2011; Lin, et al., 2011; Baillie & Gallagher, 2012).

Najprej smo v Splošni bolnišnici Jesenice izvedli pilotno raziskavo in za prvih 30 vrnjenih vprašalnikov izračunali zanesljivost s Cronbachovim koeficientom alfa (0,81) ter nadaljevali z izvedbo raziskave. Po zaključku anketiranja smo za vseh 267 vrnjenih vprašalnikov zopet preverili zanesljivost instrumenta s Cronbachovim koeficientom alfa, ki je za 28 trditev znašal 0,791, kar po Cencič (2009) ocenimo kot

zmerno zanesljivost instrumenta na uporabljenem vzorcu raziskovancev.

S faktorsko analizo smo želeli preveriti, ali je mogoče uporabljene trditve reducirati v vsebinske konstrukte. Vključili smo 20 spremenljivk o zagotavljanju dostojanstva. Primernost faktorjeve analize smo preverili s Kaiser-Meyer-Olkinovim (KMO = 0,799) testom in Bartlettovim testom ( $p < 0,001$ ) (Pallant, 2010, p. 183). Uporabili smo ekstrakcijsko metodo glavnih osi, izvedena je bila poševna rotacija faktorjev Oblimin s Kaiserjevo normalizacijo in pravokotna rotacija Varimax s Kaiserjevo normalizacijo. Faktorsko analizo smo izvedli večkrat in sproti izločali trditve s prenizko komunaliteto tako dolgo, da smo našli zadovoljivo rešitev. Na koncu je bilo vključenih 12 trditev. Dobili smo tri faktorje: F1 – osebna odgovornost zaposlenih (pojasnitev variance 23,82 %, Cronbachov koeficient  $\alpha = 0,827$ ), F2 – informiranost pacientov (pojasnitev variance 16,62 %, Cronbach koeficient  $\alpha = 0,766$ ), F3 – pacientovo sodelovanje pri odločitvah (pojasnitev variance 11,74 %, Cronbach koeficient  $\alpha = 0,822$ ), ki skupaj pojasnjujejo 52,18 % variance prostora in smo jih v nadaljevanju uporabili za preverjanje dveh hipotez (Tabela 1).

### *Opis vzorca*

Raziskavo smo izvedli na priložnostnem vzorcu zaposlenih v zdravstveni negi, medicini in fizioterapiji na kirurških in internističnih oddelkih v petih slovenskih splošnih bolnišnicah. V raziskavi je sodelovalo 267 zaposlenih. Največ, 106 anketirancev (39,7 %) je na vprašalnik odgovorilo v Splošni bolnišnici Jesenice, 59 (22,1 %) v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec, 44 (16,5 %) v Splošni bolnišnici Murska Sobota, 32 (12,0 %) v Splošni bolnišnici Ptuj ter najmanj, 26 (9,7 %) v Splošni bolnišnici Brežice. Največji delež odgovorov smo dobili iz skupine zaposlenih v zdravstveni negi s srednješolsko izobrazbo ( $n = 118$ , 44,2 %), nato iz skupine zaposlenih v zdravstveni negi z visokošolsko izobrazbo ( $n = 87$ , 32,6 %), iz skupine zdravnikov ( $n = 33$ , 12,4 %) ter fizioterapevtov ( $n = 29$ , 10,9 %). Kljub manjšemu vzorcu anketirancev iz poklicne skupine fizioterapevtov smo se odločili, da jih uporabimo v analizi zaradi zanimivosti primerjave, glede na število vseh zaposlenih fizioterapevtov v vključenih ustanovah so se v primerjavi s pripadniki drugih poklicnih skupin na sodelovanje odzvali v največjem ( $n = 29$ , 65,9 %) deležu. Največ anketiranih ( $n = 122$ ) je starih od 25 do 35 let, največ ( $n = 60$ ) jih ima delovno dobo od 6 do 10 let. Ženske so zastopane v večini ( $n = 217$ , 81,3 %).

### *Opis poteka raziskave in obdelave podatkov*

Ker je bila raziskava izvedena v okviru priprave magistrskega dela, smo najprej pridobili sklep o potrditvi dispozicije s strani Komisije za magistrske zadeve Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Za

sodelovanje v raziskavi smo zaprosili vodstva vseh splošnih bolnišnic v Sloveniji ( $N = 10$ ). Pristanek so podali v petih bolnišnicah. Ob tem smo zaprosili še za podatke o zaposlenih na kirurških in internističnih oddelkih in glede na pridobljene podatke ( $N = 907$ ) v posamezne bolnišnice aprila 2014 poslali število vprašalnikov, ustrežno 50,0 % zaposlenih. Vse ustanove smo pisno zaprosili, naj zadolžijo osebo, ki je vprašalnice na naključni dan priložnostno razdelila med že opisane vključene poklicne skupine na kirurških in internističnih oddelkih. Poudarjena je bila prostovoljnost sodelovanja, anonimnost je bila zagotovljena z oddajanjem izpolnjenih vprašalnikov v zaprti ovojnici.

Za analizo smo uporabili program SPSS, verzija 20 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Za posamezne spremenljivke smo uporabili osnovne statistične izračune: aritmetično sredino, standardni odklon, minimalno in maksimalno vrednost, frekvence in odstotke ter enosmerno ANOVA za ugotavljanje razlik med poklicnimi skupinami in med zaposlenimi v različnih ustanovah. Upoštevali smo statistično značilnost pri vrednosti  $p \leq 0,05$ .

## Rezultati

V Tabeli 1 so predstavljene opisne statistike 12 trditev iz sklopa splošnih trditev o dostojanstvu, ki so bile vključene v faktorsko analizo, in rezultati faktorjeve analize, s katero smo pridobili tri nadalje uporabljene faktorje.

V Tabeli 2 so predstavljene opisne statistike za posamezne trditve o pogostosti izvajanja aktivnosti za zagotavljanje telesnega dostojanstva.

Med vključenimi bolnišnicami nismo našli nobenih statistično pomembnih razlik med faktorji ( $p > 0,05$ ), zato hipoteze 1 nismo potrdili (Tabela 3). Med vključenimi bolnišnicami smo našli statistično pomembne razlike v izvajanju aktivnosti za zagotavljanje telesnega dostojanstva pacientom, s čimer smo potrdili hipotezo 2 (Tabela 3).

Statistično pomembne razlike med anketiranci v različnih ustanovah so pri štirih trditvah: zapiranje vrat bolniške sobe ( $F = 9,071$ ,  $p < 0,001$ ), kar najpogosteje izvajajo v ustanovi 1 ( $\bar{x} = 4,65$ ,  $s = 0,47$ ), uporaba paravana ali zavese ( $F = 25,65$ ,  $p < 0,001$ ), kar najpogosteje izvajajo v ustanovi 1 ( $\bar{x} = 3,74$ ,  $s = 0,83$ ), pogosto pa tudi v ustanovi 4 ( $\bar{x} = 3,64$ ,  $s = 0,86$ ). Ravno tako se med ustanovami statistično značilno razlikuje ( $F = 28,16$ ,  $p < 0,001$ )

**Tabela 1:** Rezultati trditev o zasebnosti pacientov in faktorjeva analiza  
**Table 1:** Results of variables on patient privacy and factor analysis

<i>Osebna odgovornost zaposlenih / Personal responsibility of employees</i>	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>	<b>F1</b> <b>(<math>\alpha = 0,827</math>)</b>
Vsak zaposleni je sam odgovoren, da aktivno razmišlja o zagotovitvi telesne zasebnosti pacientu.	212	4,34	0,714	0,780
Vsakega sodelavca je treba opozoriti, če opazimo, da ravna v nasprotju z zagotavljanjem zasebnosti.	212	4,34	0,721	0,717
Vsak zaposleni je sam odgovoren, da z obstoječimi sredstvi zagotavlja zasebnost pacientu.	212	4,24	0,851	0,702
Pacient lahko odkloni poseg v telo, mi pa ga moramo seznaniti z morebitnimi posledicami.	212	4,56	0,560	0,665
Poslušanje pacienta je pomembno za spoštovanje njegovega dostojanstva.	212	4,54	0,587	0,637
Pred izvedbo intervencije pri pacientu je treba pridobiti njegovo dovoljenje za prisotnost specializanta, študenta, dijaka.	212	4,27	0,871	0,499
<i>Informiranost pacientov / Informing the patients</i>	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>	<b>F2</b> <b>(<math>\alpha = 0,766</math>)</b>
Medicinske sestre pacienta seznanijo s posameznimi intervencijami, preden jih začnejo izvajati.	212	3,94	0,809	0,700
Fizioterapevtke pacienta seznanijo s posameznimi intervencijami, preden jih začnejo izvajati.	212	3,83	0,728	0,696
Zdravniki pacienta seznanijo s posameznimi intervencijami, preden jih začnejo izvajati.	212	3,43	0,791	0,696
Pacienti so natančno seznanjeni, kaj se bo dogajalo z njimi med postopki zdravstvene nege / terapevtsko-diagnostičnimi postopki.	212	3,27	0,887	0,569
<i>Pacientovo sodelovanje pri odločitvah / Patient's inclusion in decision-making</i>	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>	<b>F3</b> <b>(<math>\alpha = 0,822</math>)</b>
V naši ustanovi pacient enakopravno sodeluje pri odločitvah, povezanih z zdravstveno nego.	212	3,53	0,868	0,772
V naši ustanovi pacient enakopravno sodeluje pri odločitvah, povezanih z zdravljenjem.	212	3,57	0,854	0,701

*Legenda / Legend:* *n* – število / number;  $\bar{x}$  – povprečje / average, *s* – standardni odklon / standard deviation;  $\alpha$  – Cronbachov koeficient alfa / Cronbach Alpha coefficient; F1 – osebna odgovornost zaposlenih / personal responsibility of employees; F2 – informiranost pacientov / informing the patients; F3 – pacientovo sodelovanje pri odločitvah / patient's inclusion in decision-making

**Tabela 2: Opisna statistika trditve o izvajanju aktivnosti za zagotavljanje telesnega dostojanstva**  
**Table 2: Descriptive statistics of variables on the implementation of activities for ensuring physical dignity**

<i>Pogostost izvajanja aktivnosti za zagotavljanje telesnega dostojanstva / Frequency of the implementation of activities for ensuring physical dignity</i>	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>
zapiranje vrat bolniške sobe	267	4,48	0,645
uporaba paravana ali zavese	267	3,37	1,093
pokrivanje telesa s posteljnino – uporaba »posteljnega paketa«	266	4,09	0,798
nameščanje opozorila »Prosimo, ne vstopajte« na vrata	262	2,63	1,303
obveščanje pacienta o tem, kaj se bo z njim dogajalo med posameznimi intervencijami	266	4,38	0,646
prošnja, naj se ostali pacienti v bolniški sobi diskretno obrnejo stran, zapustijo sobo	266	3,33	1,196
prošnja, naj obiskovalci zapustijo bolniško sobo	266	4,75	0,650

Legenda / Legend: *n* – število / number;  $\bar{x}$  – povprečje / average; *s* – standardni odklon / standard deviation

**Tabela 3: Rezultati v posameznih ustanovah po faktorjih in aktivnostih za zagotavljanje telesnega dostojanstva**  
**Table 3: Results with respect to the employment establishment in factors and implementation of activities to ensure physical dignity**

<i>Faktorji / Factors</i>		<i>Ustanova / Institution</i>				<i>F</i>	<i>p</i>
		<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>		
F1 – osebna odgovornost zaposlenih	$\bar{x}$	0,157	-0,222	-0,027	0,121	2,042	0,109
	<i>s</i>	0,922	0,916	0,993	0,766		
F2 – informiranost pacientov	$\bar{x}$	0,152	-0,178	-0,130	-0,068	1,727	0,163
	<i>s</i>	0,853	0,996	0,934	0,915		
F3 – pacientovo sodelovanje pri odločitvah	$\bar{x}$	0,128	-0,027	-0,356	-0,0007	1,940	0,124
	<i>s</i>	0,839	0,806	1,280	0,909		
<i>Aktivnosti za zagotavljanje telesnega dostojanstva / Activities to ensure physical dignity</i>							
zapiranje vrat bolniške sobe	$\bar{x}$	4,65	4,59	4,41	4,14	9,071	< 0,001
	<i>s</i>	0,479	0,712	0,583	0,819		
uporaba paravana ali zavese	$\bar{x}$	3,74	2,13	3,64	3,07	25,650	< 0,001
	<i>s</i>	0,832	1,289	0,865	1,065		
nameščanje opozorila »Prosimo, ne vstopajte« na vrata	$\bar{x}$	3,22	1,23	2,15	2,69	28,163	< 0,001
	<i>s</i>	1,250	0,717	1,085	1,096		
obveščanje pacienta o tem, kaj se bo z njim dogajalo med posameznimi intervencijami	$\bar{x}$	4,51	4,22	4,52	4,14	5,911	< 0,001
	<i>s</i>	0,521	0,975	0,549	0,605		

Legenda / Legend:  $\bar{x}$  – povprečje / average; *s* – standardni odklon / standard deviation; *F* – test ANOVA / ANOVA test; *p* – statistična značilnost / statistical significance

nameščanje opozorila »Prosimo, ne vstopajte« na vrata bolniške sobe, kar najpogosteje uporabljajo v ustanovi 1 ( $\bar{x} = 3,22, s = 1,25$ ). Uporaba paravana ali zavese ( $\bar{x} = 2,13, s = 1,28$ ) in pa opozoril na vratih ( $\bar{x} = 1,23, s = 0,71$ ) je redka v ustanovi 3. Obveščanje pacienta o tem, kaj se bo z njim dogajalo med posameznimi intervencijami, se med ustanovami statistično pomembno razlikuje ( $F = 5,91, p = 0,001$ ), najbolj se s tem strinjajo v ustanovi 4 ( $\bar{x} = 4,52, s = 0,54$ ) in ustanovi 1 ( $\bar{x} = 4,51, s = 0,52$ ).

Predpostavili smo, da so med zaposlenimi različnih poklicnih skupin statistično pomembne razlike v strinjanju s trditvami o zagotavljanju telesnega in osebnostnega dostojanstva pacientom. S pomočjo faktorjev smo preverili hipotezo 3 in našli statistično pomembno razliko pri faktorju informiranost pacientov ( $F = 5,44, p = 0,001$ ), s čimer smo hipotezo 3 potrdili (Tabela 4). Izkazalo se je, da se s trditvami pri

tem faktorju najbolj strinjajo zaposleni v zdravstveni negi s srednješolsko izobrazbo ( $\bar{x} = 0,184, s = 0,809$ ).

Potrdili smo, da so med zaposlenimi različnih poklicnih skupin statistično pomembne razlike v izvajanju aktivnosti za zagotavljanje telesnega dostojanstva pacientom, kar smo predpostavili s hipotezo 4. Našli smo razlike v treh trditvah (Tabela 4), saj zaposleni v zdravstveni negi s srednješolsko izobrazbo statistično pomembno pogosteje kot druge poklicne skupine nameščajo opozorilo »Prosimo, ne vstopajte« na vrata ( $F = 11,292, p < 0,001$ ), prosijo, naj se ostali pacienti v bolniški sobi diskretno obrnejo stran oz. zapustijo sobo ( $F = 11,253, p < 0,001$ ) ter prosijo obiskovalce, naj zapustijo bolniško sobo ( $F = 3,142, p = 0,026$ ). S tem smo potrdili hipotezo 4.

Našli smo tudi statistično pomembne razlike ( $F = 9,295, p < 0,001$ ) med bolničnicami pri ocenah anketirancev o



**Tabela 4:** Rezultati v poklicnih skupinah po faktorjih in aktivnostih za zagotavljanje telesnega dostojanstva**Table 4:** Results with respect to the professional group in factors and implementation of activities to ensure physical dignity

Faktorji / Factors		Poklicna skupina / Professional group				F	p
		TZN	dipl. m. s.	zdravnik / MD	FT		
F1 – osebna odgovornost zaposlenih	$\bar{x}$	-0,105	0,120	-0,018	0,132	1,047	0,372
	s	0,945	0,950	0,796	0,796		
F2 – informiranost pacientov	$\bar{x}$	0,184	-0,018	-0,273	-0,556	5,447	0,001
	s	0,809	0,924	0,703	1,018		
F3 – pacientovo sodelovanje pri odločitvah	$\bar{x}$	-0,149	0,181	0,073	0,031	2,154	0,094
	s	0,955	0,817	0,903	0,663		
<b>Aktivnosti za zagotavljanje telesnega dostojanstva / Activities to ensure physical dignity</b>							
nameščanje opozorila »Prosimo, ne vstopajte« na vrata	$\bar{x}$	2,87	2,86	2,18	1,55	11,292	< 0,001
	s	1,367	1,177	1,131	0,870		
prošnja, naj se ostali pacienti v bolniški sobi diskretno obrnejo stran, zapustijo sobo	$\bar{x}$	3,62	3,45	2,64	2,59	11,253	< 0,001
	s	1,073	1,198	1,055	1,240		
prošnja, naj obiskovalci zapustijo bolniško sobo	$\bar{x}$	4,88	4,67	4,61	4,61	3,142	0,026
	s	0,417	0,802	0,609	0,875		

Legenda / Legend: TZN – zaposleni v zdravstveni negi s srednješolsko izobrazbo / assistant nurse; dipl. m. s. – zaposleni v zdravstveni negi z visokošolsko izobrazbo / bachelor of science in nursing; MD – zdravnik / medical doctor; FT – fizioterapevt / physiotherapist;  $\bar{x}$  – povprečje / average; s – standardni odklon / standard deviation; F – test ANOVA / ANOVA test; p – statistična značilnost / statistical significance

**Tabela 5:** Splošna ocena anketirancev o zagotavljanju telesnega dostojanstva pacientom v posameznih ustanovah**Table 5:** Overall assessment of respondents on providing physical dignity to patients based on the institution of employment

Splošna ocena anketirancev o zagotavljanju telesnega dostojanstva / Overall assessment of respondents on providing physical dignity	n	$\bar{x}$	s	F	p
Ustanova 1	105	3,91	0,709	9,295	< 0,001
Ustanova 2	31	4,10	0,597		
Ustanova 3	44	3,77	0,677		
Ustanova 4	59	3,42	0,622		
Skupaj	239	3,79	0,703		

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

tem, kako dobro njihovi sodelavci zagotavljajo telesno dostojanstvo (Tabela 5), s čimer smo potrdili hipotezo 5. Splošna ocena anketirancev o svojih sodelavcih in njihovem zagotavljanju zasebnosti je dobro ( $\bar{x} = 3,79$ ,  $s = 0,703$ ), pri čemer je v ustanovi 2 ocena najvišja ( $\bar{x} = 4,10$ ,  $s = 0,597$ ), v ustanovi 4 pa najnižja ( $\bar{x} = 3,42$ ,  $s = 0,622$ ).

Razlik na podlagi trditve o splošni oceni zagotavljanja telesnega dostojanstva med vključenimi poklicnimi skupinami nismo našli ( $F = 2,391$ ,  $p = 0,069$ ), zato hipoteze 6 nismo mogli potrditi.

## Diskusija

Raziskava pokaže, da je samoocena zagotavljanja dostojanstva pacientom dobra, izvajanje aktivnosti za zagotavljanje telesnega dostojanstva pa redkejša,

kot bi bilo zaželeno v hospitalni obravnavi. Ugotovili smo, da med vključenimi ustanovami sicer ni razlik v trditvah o dostojanstvu, so pa razlike med ustanovami v uporabi pripomočkov oz. intervencij za zagotavljanje telesnega dostojanstva. Uporaba paravana ali zavese in opozorila na vratih je izrazito redkejša v eni od vključenih slovenskih splošnih bolnišnic, kjer smo naknadno v pogovoru z vodji zdravstvene nege kirurških in internističnih oddelkov izvedeli, da te možnosti na vseh oddelkih ni. Zapiranje vrat bolniške sobe ni odvisno od notranjih virov posameznih ustanov in je vedno izvedljivo. Zirak in sodelavci (2017) ugotavljajo, da več kot polovica anketiranih pacientov meni, da zdravstveni delavci nikoli ne zagrnejo zavese okoli bolniške postelje, desetina jih navaja, da jo zagrnejo redko,

dobra tretjina pacientov meni, da zdravstveni delavci nikoli ne zaprejo vrat bolniške sobe med izvajanjem intervencij, in desetina, da jih zaprejo redko. Šmitek (2006) sicer ugotavlja, da na doživljanje dostojanstva pri pacientih lahko posredno ali neposredno vplivajo tudi objektivne okoliščine, ki jih medicinske sestre zaznavajo kot dovolj časa, ustrezen prostor, primerna oblačila, dovolj kadra, ustrezen okolje, ustrezen sistem dela in dovolj sredstev za nego. Možnosti, ki so bile navedene v našem vprašalniku, niso niti drage, niti zahtevne, niti zamudne, zato menimo, da ni opravičljivih razlogov za neizvajanje. Vsebine, ki zadevajo uporabo fizičnih pripomočkov oz. intervencij, ki podpirajo zasebnost, bi morale biti stalnica oddelčnih, multidisciplinarnih sestankov in internih izobraževanj. Eyni in sodelavci (2017) so dokazali, da so z vpeljavo virtualnih izobraževanj za zaposlene v zdravstveni negi pomembno izboljšali mnenja pacientov o zagotavljanju vseh vidikov zasebnosti (tudi telesnega). Še več, po izobraževanjih se je največja razlika prikazala ravno v uporabi zavese ob intervencijah pri pacientih. Podobno o pozitivnem vplivu različnih intervencij, med drugim tudi izobraževanja in usposabljanja zaposlenih, na spoštovanje zasebnosti in zadovoljstvo pacientov opisuje Lin s sodelavci (2013b). Beckstrand in sodelavci (2012) ugotavljajo, da so eden od izzivov za ohranjanje dostojanstva slabi infrastrukturni pogoji ustanov ter pomanjkljivi viri.

V raziskavi smo ugotovili tudi statistično pomembne razlike pri zagotavljanju telesnega dostojanstva pacientom glede na pripadnost različnim poklicnim skupinam. Največkrat jih uporabljajo zaposleni v zdravstveni negi s srednješolsko izobrazbo. Tudi pri visokošolsko izobraženih zaposlenih v zdravstveni negi je povprečna vrednost visoka, pri zdravnikih in fizioterapevtih so našete aktivnosti redkejše, kar lahko razložimo z vsebino delovnih obveznosti, saj zaposleni v zdravstveni negi s srednješolsko izobrazbo izvajajo največ intervencij v pacientovem osebem oz. intimnem prostoru. Vendar tudi zaposleni drugih poklicnih skupin dnevno izvajajo aktivnosti v tem istem intimnem prostoru pacientov, zaradi česar bi morali pomisliti in upoštevati možnosti, ki jih imajo za zagotavljanje telesnega dostojanstva. Zaposleni v zdravstveni negi s srednješolsko izobrazbo se tudi najbolj strinjajo s trditvami pri faktorju informiranost pacientov, ki opisujejo pacientovo seznanjenost s posameznimi intervencijami. Jeršin (2015) ugotavlja, da skoraj vsi anketirani zdravstveni delavci Onkološkega inštituta Ljubljana menijo, da spoštujejo pacientovo dostojanstvo z zagotavljanjem zasebnosti. Ravno tako skoraj vsi anketiranci navajajo, da med izvajanjem postopkov zaprejo vrata bolniške sobe, nekaj manj jih zagrne zaveso, skoraj tretjina pa uporabi paravan. Njeni rezultati žal ne omogočajo primerjave med poklicnimi skupinami. Ferri in sodelavci (2015) so o izvajanju intervencij za zagotavljanje

dostojanstva povprašali paciente. Ti ocenjujejo, da zaposleni v zdravstveni negi vrata zapirajo v nekaj več kot polovici primerov ter da zagotavljajo zasebnost telesa z npr. uporabo odeje ali drugimi načini (ni opisano, katerimi) v polovici do tri četrtine primerov. Preprečevanje razgaljanja telesa, kjer je to mogoče, je pomemben vidik dostojanstva.

Naše ugotovitve kažejo tudi na dobro splošno mnenje anketirancev o njihovih sodelavcih glede zagotavljanja telesne zasebnosti pacientom. Buckingham (2015) govori o t. i. vedenju *Idiosyncratic Rater Effect* (angl. *idiosyncratic = mode of behavior or way of thought peculiar to an individual* – vedenje, ki je specifično za posameznika, čudaštvo), s katerim lahko pojasnimo te rezultate. Razlaga, da je velik del (več kot dve tretjini) mnenja o drugem pravzaprav refleksija mnenja o samem sebi. Z drugimi besedami, ko ocenjujemo druge, pravzaprav bolj govorimo o sebi kot o drugih. In nihče sebe ne želi oceniti preslabo. Ne želimo trditi, da naši podatki ne držijo ali da je realnost slabša in spoštovanje zasebnosti manjše, kot kažejo podatki. Želimo poudariti, da je v tej oceni sodelavcev lahko skrita velika variacija, v kateri se odražajo specifične anketiranca, zato je jih treba sprejemati s previdnostjo, kar predstavlja omejitvev raziskave. Šmitek (2006) je nasprotno ugotovila, da je vsak anketirani zaposleni v zdravstveni negi navedel povprečno malo manj kot dve obliki zaznanega nespoštovanja pacientovega dostojanstva v svojem delovnem okolju. V petih identificiranih kategorijah je bilo najpogosteje zaznano neupoštevanje telesne zasebnosti, neustrezna komunikacija (nadiranje, povzdignjen glas, ukazovanje), nespoštovanje pravice do informiranosti, vzvišen odnos in čakanje brez pojasnila. Nespoštovanje dostojanstva pacientov je v praksi zdravstvene nege torej še vedno pogosto.

Raziskava ima nekaj omejitev. Vzorec anketirancev je bil izbran priložnostno, zato posploševanje na populacijo splošnih bolnišnic ni mogoče, ravno tako bi za to potrebovali večji vzorec anketirancev. Če pogledamo število anketirancev po poklicnih skupinah, vidimo zelo majhno število sodelujočih v zdravstveni negi. Kvantitativna paradigma raziskovanja ne zajame vse specifične, velikokrat intenzivno osebne note ter vprašanj oz. dilem, ki so pomembni za paciente oz. njihovo dostojanstvo.

## Zaključek

Cilj raziskave so bila spoznanja o stanju zagotavljanja dostojanstva hospitaliziranim pacientom. Stanje v posameznih bolnišnicah po Sloveniji je težko tako podrobno raziskati, da bi lahko sodili o vzrokih razlik, smo pa razlike ugotovili in bodo v pomoč vodstvom posameznih bolnišnic pri dogovorih in organiziranju aktivnosti za zagotavljanje dostojanstva pacientom. Potrebno je le zavedanje o pomenu teh vidikov za podpiranje dostojanstva pacienta, na podlagi katerih

bodo zaposleni razširili razumevanje področja dostojanstva, se bolj ciljno in kontinuirano strokovno izobraževali ter osveščali paciente o njihovih pravicah v času hospitalizacije. Rezultati raziskave kažejo, da so na področju zagotavljanja dostojanstva in zasebnosti pacientom potrebne izboljšave, zato predlagamo: načrtovanje ustreznih prostorov za pogovor s pacienti in svojci, ki bo zagotavljal zasebnost, pogovori o možnih praktičnih rešitvah na deloviščih, skrb za primerne delovne pogoje oz. omogočanje uporabe pripomočkov (zavese, premični paravani ipd.), kjer so ti deficitarni, predvsem pa izobraževanje in ozaveščanje vseh zaposlenih o tem, kako veliko k pacientovemu dostojanstvu pripomorejo »male stvari« kot zaprta vrata bolniške sobe ali zagrnjene zavese. Potrebno bi bilo nadaljnje raziskovanje področja zagotavljanja zasebnosti in dostojanstva v celotnem slovenskem zdravstvenem prostoru, razjasnitev dojemanja etičnega vidika skrbi za pacienta in vpliv kontinuiranega izobraževanja slovenskih zdravstvenih delavcev o zagotavljanju zasebnosti in dostojanstva.

## Nasprotje interesov / Conflict of interest

Avtorici 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

Prva avtorica je pod mentorstvom druge avtorice pripravila raziskovalni predlog, načrt raziskave, izvedla raziskavo in oblikovala besedilo članka. Druga avtorica je v vseh fazah raziskovalnega procesa sodelovala kot oseba, odgovorna za metodološko ustreznost, sodelovala je tudi pri pisanju članka. / Under the mentorship of the second author the first author prepared a research proposal, a research plan, carried out a survey and wrote the article. The second author participated in all stages of the research process and was responsible for methodologically appropriate research process and participated in the writing of the article.

## Literatura

- Anderberg, P., Lepp, M., Berglund, A.L. & Segesten, K., 2007. Preserving dignity in caring for older adults: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 59(6), pp. 635–643. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04375.x> PMID:17727405
- Baillie, L. & Ilott, L., 2010. Promoting the dignity of patients in perioperative practice. *Journal of Perioperative Practice*, 20(8), pp. 278–282. <https://doi.org/10.1177/175045891002000802> PMID:20860187
- Baillie, L. & Gallagher, A., 2012. Raising awareness of patient dignity. *Nursing Standard*, 27(5), pp. 44–49. <https://doi.org/10.7748/ns2012.10.27.5.44.c9333> PMID:23256301
- Beckstrand, R.L., Giles, V.C., Luthy, K.E., Callister, L.C. & Heaston, S., 2012. The last frontier: rural emergency nurses' perceptions of end-of-life care obstacles. *Journal Of Emergency Nursing*, 38(5), pp. 15–25. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2012.01.003> PMID:22683099
- Berghout, M., Van Exel, J., Leensvaart, L. & Cramm, J. M., 2015. Healthcare professionals' views on patient centered care in hospitals. *BMC Health Services Research*, 15, art. ID 385, pp. 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1049-z> PMID:26373841; PMCID: PMC4572638
- Buckingham, M., 2015. *Most HR data is bad data*. Available at: <https://hbr.org/2015/02/most-hr-data-is-bad-data> [23. 6. 2015].
- Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.
- Douglas, C.H. & Douglas, M.R., 2004. Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective. *Health expectations*, 7(1), pp. 61–73. <https://doi.org/10.1046/j.1369-6513.2003.00251.x> PMID:14982500; PMCID:PMC5060211
- Edlund, M., Lindwall, L., von Post, I. & Lindström, U.A., 2013. Concept determination of human dignity. *Nursing ethic*, 20(8), pp. 851–860. <https://doi.org/10.1177/0969733013487193> PMID:23812559
- Eyni, E., Hasani, A., Fereidouni, P. & Seyed Andi, J., 2017. Effect of nursing staff training on respecting the privacy of patients in the emergency department. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 4(2), pp. 11–18. Available at: <http://jnms.mazums.ac.ir/article-1-278-en.html> [15. 12. 2018].

- Ferri, P., Muzzalupo, J. & Di Lorenzo, R., 2015. Patients' perception of dignity in an Italian general hospital: a cross-sectional analysis. *BMC Health Services Research*, 15(41), pp. 1–8.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-015-0704-8>  
PMid:25627836; PMCID: PMC4312597
- Ferkulj, S., 2011. *Pravica pacienta do zasebnosti v zdravstveni obravnavi: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede. Available at:  
<http://dkum.uni-mb.si/Dokument.php?id=26271> [28. 3. 2012].
- Hall, S., Dodd, R.H. & Higginson, I.J., 2014. Maintaining dignity for residents of care homes: a qualitative study of the views of care home staff, community nurses, residents and their families. *Geriatric Nursing*, 35(1), pp. 55–60.  
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.10.012>  
PMid:24246690
- International Council of Nurses. *The ICN code of ethics for nurses*, 2012. Available at: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_english.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf) [10. 3. 2018].
- Janežič, K. & Klemenčič, S., 2010. Spoštovanje človekove osebnosti in dostojanstva v zdravstveni negi. In: M. Berkopec, ed. *Vrednote v zdravstveni negi, 2. dnevi Marije Tomšič, Novo mesto, 21. in 22. januar 2010*. Novo mesto: Splošna bolnišnica; Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; Visoka šola za zdravstvo, pp. 153–156.
- Jeršin, K., 2015. *Zaščita pacientovega dostojanstva ob izvajanju aktivnosti onkološke zdravstvene nege v očeh zdravstvenih delavcev: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice. Available at:  
[http://mail.fzj.si/diplomskadela/2015/Jersin\\_Katja.pdf](http://mail.fzj.si/diplomskadela/2015/Jersin_Katja.pdf). [10. 6. 2016].
- Johnston, B., Pringle, J., Gaffney, M., Narayanasamy, M., McGuire, M. & Buchanan, D., 2015. The dignified approach to care: a pilot study using the patient dignity question as an intervention to enhance dignity and person-centred care for people with palliative care needs in the acute hospital setting. *BMC Palliative Care*, 14(9), pp. 1–14.  
<https://doi.org/10.1186/s12904-015-0013-3>  
PMid:25883533; PMCID: PMC4399754
- 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.
- Li, H.C., Richardson, A., Speck, P. & Armes, J., 2014. Conceptualizations of dignity at the end of life: exploring theoretical and cultural congruence with dignity therapy. *Journal of Advanced Nursing*, 70(12), pp. 2920–2931.  
<https://doi.org/10.1111/jan.12455>  
PMid:24866233
- Lin, Y.P., Tsai, Y.F. & Chen, H.F., 2011. Dignity in care in the hospital setting from patients' perspectives in Taiwan: a descriptive qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5/6), pp. 794–801.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03499.x>  
PMid:21320204
- Lin, Y.P., Watson, R. & Tsai, Y.F., 2013a. Dignity in care in the clinical setting: a narrative review. *Nursing Ethics*, 20(2), pp. 168–177.  
<https://doi.org/10.1177/0969733012458609>  
PMid:23131700
- Lin, Y.K., Lee, W.C., Kuo, L.C., Cheng, Y.C., Lin, C.J., Lin, H.L., et al., 2013b. Building an ethical environment improves patient privacy and satisfaction in the crowded emergency department: a quasi-experimental study. *BMC Medical Ethics*, 14(8), pp. 1–8.  
<https://doi.org/10.1186/1472-6939-14-8>  
PMid:23421603; PMCID: PMC3616842
- Marinič, M., 2010. Dostojanstvo pacienta z vidika spoštovanja. In: B. Skela - Savič, B.M. Kaučič, J. Zurc, S. Hvalič Touzery, S. Kadivec, A.M. Kiger, et al., eds. *Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi - na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege: zbornik predavanj z recenzijo, 3. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu, Ljubljana, September 16-17, 2010*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 436–442.
- Marinič, M., 2012. Zasebnost in dostojanstvo pacienta. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 46(3), pp. 237–243. Available at:  
[http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten\\_clanek.aspx?ID=ba4d3432-f26b-4e11-85bc-62ae88865723](http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=ba4d3432-f26b-4e11-85bc-62ae88865723) [15. 12. 2018].
- Ministrstvo za zdravje, 2009. *Nacionalna anketa o izkušnjah odraslih pacientov v akutni bolnišnici*. Available at: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploadsmz\\_dokumenti/delovna\\_podrocja/zdravstveno\\_varstvo/kakovost/anketa\\_kakovosti\\_pacienti\\_2006/anketa\\_2008\\_porocilo/Porocilo\\_Nacionalne\\_ankete\\_v\\_akutnih\\_bolniscnah](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploadsmz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/anketa_kakovosti_pacienti_2006/anketa_2008_porocilo/Porocilo_Nacionalne_ankete_v_akutnih_bolniscnah) [22. 6. 2012].
- Oosterveld-Vlug, M.G., Pasman, H.R.W., van Gennip, I.E., Willems, D.L. & Onwuteaka-Philipsen, D.O., 2013. Nursing home staff's views on residents' dignity: a qualitative interview study. *BMC Health Services Research*, 13(353), pp. 1–9.  
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-353>  
PMid:24041222; PMCID: PMC3850947
- Pallant, J., 2010. *SPSS survival manual*, 4th ed. Maidenhead Open University Press: McGraw-Hill.
- Pellegrino, E.D., 2008. The lived experience of human dignity. In: A. Schulman, ed. *Human Dignity and Bioethics: essays Commissioned by the President's Council on Bioethics*. Washington: The President Council on Bioethics, pp. 513–537.
- Picco, E., Santoro, R. & Garrino, L., 2010. Dealing with the patient's body in nursing: nurses' ambiguous experience in clinical practice. *Nursing Inquiry*, 17(1), pp. 38–45.  
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00481.x>  
PMid:20137029

- Predik, M., 2010. *Spoštovanje pacientovega dostojanstva v zdravstveni obravnavi: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede. Available at: <http://dkum.uni-mb.si/Dokument.php?id=13234>. [28. 3. 2012].
- Pringle, J., Johnston, B. & Buchanan, D., 2015. Dignity and patient-centred care for people with palliative care needs in the acute hospital setting: a systematic review. *Palliative Medicine*, 29(8), pp. 675–694. <https://doi.org/10.1177/0269216315575681> PMID:25802322
- Sabatino, L., Stievano, A., Rocco, G., Kallio, H., Pietila, A.M. & Kangasniemi, M.K., 2014. The dignity in nursing profession: a meta-synthesis of qualitative research. *Nursing Ethics*, 21(6), pp. 659–672. <https://doi.org/10.1177/0969733013513215> PMID:24561448
- Šanáková, Š. & Čáp, J. 2018. Dignity from the nurses' and older patients' perspective: a qualitative literature review. *Nursing ethics*, 25(1). <https://doi.org/10.1177/0969733017747960> PMID:29471725
- Šmitek, J., 2006. Pomen človekovega dostojanstva v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(1), pp. 23–35. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2006.40.1.23> [10. 11. 2017].
- Whitehead, J. & Wheeler, H., 2008a. Patients' experiences of privacy and dignity. Part 1: a literature review. *British Journal of Nursing*, 17(6), pp. 381–385. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.6.28904> PMID:18414308
- Whitehead, J. & Wheeler, H., 2008b. Patients' experience of privacy and dignity. Part 2: an empirical study. *British Journal of Nursing*, 17(7), pp. 458–464. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.7.29067> PMID:18642689
- 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. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053> PMID:24141714
- Zirak, M., Ghafourifard, M. & Aliafsari Mamaghani, E., 2017. Patients' dignity and its relationship with contextual variables: a crosssectional study. *Journal of Caring Sciences*, 6(1), pp. 49–57. <https://doi.org/10.15171/jcs.2017.006> PMID:28299297; PMCID:PMC5348662

---

*Citirajte kot / Cite as:*

Bahun, M. & Skela-Savič, B., 2018. Dojemanje dostojanstva pacientov z vidika zdravstvenih delavcev: eksplorativna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(1), pp. 90–99. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.2.204>

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

## Ogroženost za padce v terciarni bolnišnici Risk for falls in a tertiary care hospital

Maja Klančnik Gruden

**Ključne besede:** padci; dejavniki tveganja; Morsejina lestvica padcev; akutna zdravstvena oskrba; varnostni zaplet

**Key words:** falls; risk factors; Morse Falls Scale; acute care; safety incident

asist. mag. Maja Klančnik Gruden, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.; Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, Slovenija, in Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor, Slovenija

Kontaktne e-naslov /  
Correspondence e-mail:  
maja.klancnik@kclj.si

### IZVLEČEK

**Uvod:** Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšna je ogroženost za padce odraslih pacientov v akutni zdravstveni obravnavi ter kakšne so razlike v ogroženosti glede na spol, starost, kraj pacientove obravnave (kliniko) in specialnost stroke ter kategorijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege.

**Metode:** Uporabljeno je bilo kvantitativno raziskovanje – presečna opazovalna raziskava. Vzorec ( $n = 1361$ ) je vključeval odrasle paciente, hospitalizirane v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. Podatki so se zbirali na za to posebej razvitem instrumentu, pri čemer je bila ogroženost za padce vrednotena z Morsejino lestvico. Podatki so se zbirali od oktobra do novembra 2015. Poleg osnovne deskriptivne statistike so bili uporabljeni tudi Mann-Whitneyjev test, test ANOVA in Pearsonov korelacijski test.

**Rezultati:** Raziskava je pokazala, da je v akutni zdravstveni obravnavi v slovenski terciarni bolnišnici zmerno do visoko ogroženih za padce 69,1 % ( $n = 940$ ) pacientov, od tega je 28,0 % ( $n = 381$ ) visoko ogroženih. Ogroženost pacientov za padce je pozitivno povezana s starostjo ( $r = 0,462$ ,  $p < 0,001$ ). Razlikuje se tudi glede na kliniko ( $F = 29,210$ ,  $p < 0,001$ ), specialnost stroke ( $Z = -5,660$ ,  $p < 0,001$ ) ter kategorijo zahtevnosti zdravstvene nege ( $F = 125,464$ ,  $p < 0,001$ ).

**Diskusija in zaključek:** Pomembno bolj ogroženi so starejši, pacienti, razvrščeni v višje kategorije zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege, ter pacienti, zdravljeni v okviru internističnih strok. Rutinsko ocenjevanje ogroženosti, načrtovanje in izvajanje ukrepov za preprečevanje padcev so temelji zmanjševanja padcev.

### ABSTRACT

**Introduction:** The purpose of the study was to determine the risk for falls in adult patients in acute care setting and differences in risk between groups with respect to gender, age, clinical setting (clinic) and medical specialty, as well as the category of nursing care complexity.

**Methods:** A quantitative study - a cross-sectional observational study was used. Adult patients hospitalized in University Medical Centre Ljubljana were included in the sample ( $n = 1,361$ ). The instrument was developed for collecting data, where the risk for falls was evaluated with the Morse Fall Scale. The data were collected from October to November 2015. In addition to basic descriptive statistics, the Mann-Whitney test, the ANOVA test and Pearson correlation test were also used.

**Results:** The study showed that in acute care given in a Slovenian tertiary hospital, 69.1 % ( $n = 940$ ) of patients were at moderate to severe risk for falls, of which 28.0 % ( $n = 381$ ) were at severe risk. The risk for falls was positively related to age ( $r = 0.462$ ,  $p < 0.001$ ). It also differed according to department ( $F=29.210$ ,  $p < 0.001$ ), according to the medicine specialty ( $Z = -5.660$ ,  $p < 0.001$ ) and according to the category of nursing complexity of care ( $F = 125.464$ ,  $p < 0.001$ ).

**Discussion and conclusion:** Older people, people in higher categories of nursing care complexity and medical units' patients have a significantly higher risk for falls than others. Routine assessment of risk for falls, planning and implementation of falls prevention measures are the basis for reducing falls.

## Uvod

Padci so eden najpogostejših varnostnih zapletov v bolnišnicah (Callis, 2016), predvsem med starejšo populacijo (Berry & Kiel, 2017), ter so najpogosteje razlog za izgubo samostojnosti (Kiel, 2016) in nižjo kakovost življenja starejših (Tidy, 2016). Raziskave kažejo, da se število padcev v akutni zdravstveni obravnavi giblje med 3 in 5 na 1000 bolnišnično oskrbnih dni (Zhao & Kim, 2015), v slovenskih splošnih bolnišnicah med 1,1 in 1,7 na 1000 bolnišnično oskrbnih dni (UKC Ljubljana, 2014). Večina padcev se konča brez manjših posledic ali z njimi, medtem ko se 5 % padcev v bolnišnicah konča s težkimi poškodbami (Kiel, 2016). Burns in sodelavci (2016) so ugotovili, da so bili v letu 2015 v Združenih državah Amerike stroški zdravljenja pacientov, ki umrejo za posledicami padca, 637,5 milijona USD, pacientov, ki so se zdravili zaradi padca in preživel, pa 31,3 bilijona USD ter da se stroški nenehno povečujejo.

Ocenjevanje pacientov glede ogroženosti za padce je primarna intervencija preprečevanja padcev (Callis, 2016). Sardo in sodelavci (2016) so na podlagi Morsejine lestvice ogroženosti za padce ugotovili, da je več kot polovica (54,2 %) hospitaliziranih odraslih pacientov v splošni bolnišnici na Portugalskem zmerno do visoko ogroženih za padce ter da so bolj ogroženi za padce starejši, ženske, urgentno sprejeti in pacienti z daljšo ležalno dobo. Klančnik-Gruden in sodelavci (2017) so analizirali ogroženost za padce pri pacientih z internističnimi obolenji. Za oceno ogroženosti so uporabili Morsejino lestvico padcev in ugotovili, da je bilo zmerno do visoko ogroženih 76 % pacientov z internističnimi obolenji ter da so bile bolj ogrožene za padce ženske, pacienti, hospitalizirani na oddelku za žilne bolezni, in pacienti z obolenji dihal ter infekcijskimi in drugimi parazitskimi boleznimi po Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10).

V literaturi se omenjajo različni dejavniki tveganja za padce. Callis (2016) je identificirala sledeče dejavnike tveganja za padec v bolnišnici: spremembe v izločanju, depresija, rakavo obolenje, vrtoglavica, motnje ravnotežja/mišična oslabelost, anamnestični podatek o padcu v preteklosti, moški spol, uporaba zdravil, kot so antidepressivi, antidiabetiki, antiepileptiki, antiparkinsoniki, antipsihotiki, benzodiazipini, zdravila za srce, diuretiki, hipnotiki, statini, opioidi/narkotiki, polifarmacija (štiri zdravila ali več). Zhao in Kim (2015) navajata še starost in podaljšano trajanje hospitalizacije; Tidy (2016) ženski spol, nizko težo, odvisnost pri vsakdanjih aktivnostih, zlorabo alkohola, sladkorno bolezen, motnje vida in okoljske dejavnike; Herdman in Kamitsuru (2017) pa še samsko življenje in akuten izbruh bolezni.

Za oceno ogroženosti hospitaliziranih pacientov za padce poznamo različne lestvice: Morsejino lestvico padcev, model Hendrich II, St. Thomasovo lestvico (Callis, 2016), Schmidovo lestvico za oceno ogroženosti

za padec in John Hopkinsovo bolnišnično lestvico za oceno ogroženosti za padec (Berry & Kiel, 2016).

Morsejino lestvico padcev je razvila Janice Morse s sodelavci. Njena uporaba je hitra in enostavna. Ima šest meril, relativno visoko senzitivnost (78 %) in specifičnost (83 %) (Morse, et al., 1989) oz. točnost napovedi tveganja za padec. Nekateri avtorji sicer ugotavljajo, da ni pomembne razlike med klinično presojo izkušene medicinske sestre in oceno, pridobljeno na podlagi standardizirane ocenjevalne lestvice (Berry & Kiel, 2016), vendar ocenjevalna lestvica poleg pomoči medicinski sestri pri ocenjevanju ogroženosti deluje tudi kot opomnik (Klančnik-Gruden, et al., 2017). Rutinsko ocenjevanje ogroženosti v vnaprej določenih intervalih pa je ena od najbolj pomembnih intervencij za preprečevanje padcev (Kiel, 2016), ki je v domeni medicinskih sester.

## Namen in cilji

Raziskava je bila izvedena z namenom (1) preučiti ogroženost za padce odraslih pacientov v akutni zdravstveni obravnavi ter (2) raziskati razlike v ogroženosti za padec glede na spol, starost, kraj pacientove obravnave (kliniko) in specialnost stroke ter kategorijo zahtevnosti zdravstvene nege.

Cilj raziskave je bil ugotoviti, kakšna je ogroženost za padce odraslih pacientov v akutni zdravstveni obravnavi ter če se ogroženost razlikuje glede na spol, starost, kraj pacientove obravnave (kliniko) in specialnost stroke (kirurške vs. internistične) ter kategorijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege.

Raziskovalne hipoteze so bile naslednje:

H1: Ogroženost odraslih pacientov za padce v akutni zdravstveni obravnavi se pomembno razlikuje glede na spol pacientov.

H2: Ogroženost odraslih pacientov za padce v akutni zdravstveni obravnavi se pomembno razlikuje glede na starost pacientov.

H3: Ogroženost odraslih pacientov za padce v akutni zdravstveni obravnavi se pomembno razlikuje glede na kliniko, na kateri so pacienti hospitalizirani.

H4: Ogroženost odraslih pacientov za padce v akutni zdravstveni obravnavi se pomembno razlikuje glede na specialnost stroke.

H4: Ogroženost odraslih pacientov za padce v akutni zdravstveni obravnavi se pomembno razlikuje glede na kategorijo zahtevnosti zdravstvene nege pacientov.

## Metode

V raziskavi je bila uporabljena kvantitativna metodologija – presečna opazovalna raziskava, ki je potekala v okviru projekta »Ogroženost za padce v Univerzitetnem kliničnem centru (UKC) Ljubljana«.

## Opis instrumenta

Za zbiranje podatkov je bil razvit delno strukturiran vprašalnik, sestavljen iz dveh delov. V prvem delu so bila vprašanja o oddelku (klinika, število postelj, število zaposlenih), v drugem delu pa podatki o pacientu (demografski podatki, kategorija zahtevnosti zdravstvene nege, medicinske diagnoze po skupinah primerljivih primerov, zdravila, ocena ogroženosti za padce po Morsejini lestvici padcev, izvedeni preventivni ukrepi). Vprašanja so bila zaprtega in pol odprtega tipa. Razumljivost instrumenta je bila testirana na enem oddelku pri dveh pacientih. Medicinski sestri, ki sta testirali instrument, sta ga ocenili kot razumljivega in enostavnega za uporabo. Zanesljivost in veljavnost instrumenta nista bili izmerjeni.

S pomočjo Morsejine lestvice padcev preverjamo pri pacientih šest kategorij dejavnikov tveganja (padec v zadnjih treh mesecih, spremljajoče medicinske diagnoze, uporabo pripomočkov oz. potrebo po pomoči pri gibanju, žilni in / ali drug pristop, način hoje, duševno stanje), od katerih so uporaba pripomočkov oz. potreba po pomoči pri gibanju, način hoje in duševno stanje razdeljeni v podkategorije. Na podlagi seštevka točk (*Min* = 0, *Maks* = 125) se paciente razvrsti v tri stopnje ogroženosti: nizka (0–24 točk), zmerna (25–50 točk) in visoka (51 točk in več). Pri analizi smo prisotnost podkategorij zanemarili ter primerjali med seboj samo glavne kategorije.

V slovenski bolnišnični zdravstveni negi za namen kvantificiranja in prikazovanja potreb po zdravstveni negi uporabljamo metodo slovenske kategorizacije zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (Klančnik-Gruden, et al., 2011), ki je bila razvita na podlagi metode San Joaquin. Na podlagi enajstih meril se paciente razvrsti v štiri kategorije zahtevnosti zdravstvene nege. Pri tem je prva kategorija najmanj (pretežno samostojni pacienti), četrta (popolnoma odvisni in vitalno ogroženi pacienti) pa najbolj zahtevna.

Starostne skupine, opisane v članku, so bile delno povzete po opredelitvi profesorja Alessandra Rosinija (Caltabiano, et al., 2017), ki glede na današnji življenjski slog definira devet starostnih skupin: otroci (0–15 let), mladi (16–24 let), mladi odrasli (25–34 let), odrasli (35–54 let), starejši odrasli (55–64 let), mlajši starejši (65–74 let), starejši (75–84 let) in starejši stari (> 85 let). Za namen članka je izpuščena starostna skupina otroci, združeni pa sta starostni skupini mladi in mladi odrasli.

## Opis vzorca

Vzorec je vseboval odrasle paciente, hospitalizirane v UKC Ljubljana, na dan izvajanja raziskave stare 16 let ali več, ki so bili v času izvajanja raziskave prisotni na oddelku. V raziskavo je bilo vključenih 1361 pacientov (štirje pacienti so bili mlajši od 16 let; 108 pacientov je bilo na dan raziskave odsotnih z oddelka zaradi preiskav ali posegov). UKC Ljubljana je razdeljen na

enajst klinik, kjer se zdravijo odrasli. Povprečna starost pacientov, zajetih v vzorec, je bila 62,75 let ( $s = 18,68$ ), delež moških v vzorcu je bil 49,7 %. Največji delež vzorca so predstavljali pacienti, hospitalizirani na Kirurški ( $n = 425$ , 31,2 %) in Interni kliniki ( $n = 418$ , 30,7 %). Preostali vzorec so predstavljali pacienti Ginekološke klinike, Nevrološke klinike, Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Ortopedske klinike, Klinike za otorinolaringologijo in maksilofacialno kirurgijo, Očesne klinike, Negovalnega oddelka, Klinike za nuklearno medicino in Dermatovenerološke klinike (Tabela 4).

Pacienti v vzorcu so bili razporejeni v vse štiri kategorije zahtevnosti zdravstvene nege. Največ jih je bilo v drugi ( $n = 539$ , 40,5 %) in tretji kategoriji ( $n = 457$ , 34,3 %), manj pa v prvi ( $n = 271$ , 20,3 %) in najmanj v četrti kategoriji ( $n = 65$ , 4,9 %) (Tabela 6).

## Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je bila odobrena s strani Strokovnega sveta UKC Ljubljana. Potekala je v obdobju od 12. oktobra 2015 do 12. novembra 2015. Vsi pacienti na eni enoti so bili pregledani na isti dan med sedmo in petnajsto uro. Predstavitvev poteka raziskave in instrumenta za zbiranje podatkov je bila podana glavnim medicinskim sestram klinik, navodila za izvedbo raziskave pa medicinskim sestram za kakovost na ravni klinik, ki so skupaj z medicinskimi sestrami na ravni kliničnih oddelkov zbirale podatke na dan raziskave. Podatki o pacientih so se zbirali v anonimizirani obliki na papirnatih obrazcih. Medicinske sestre na ravni klinike so zbrane podatke združile ter jih poslale vodstvu zdravstvene nege UKC Ljubljana, kjer jih je za vse klinike zbrala raziskovalka.

Zbrani podatki so bili obdelani s statističnim programom SPSS, verzija 24 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Za ugotavljanje razlik v ogroženosti za padce na podlagi Morsejine lestvice padcev med spoloma in med specialnostmi strok (kirurška vs. internistična stroka) je bil uporabljen Mann-Whitneyjev test, za ugotavljanje razlik v ogroženosti za padce na podlagi Morsejine lestvice padcev med klinikami ter med kategorijami zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege test ANOVA, za ugotavljanje povezanosti med starostnimi skupinami in ogroženostjo za padce na podlagi Morsejine lestvice padcev pa Pearsonov korelacijski test. Pri vseh testih je bila upoštevana meja statistične zanesljivosti ( $p < 0,05$ ).

## Rezultati

Pri ocenjevanju ogroženosti za padce po Morsejini lestvici je bilo največ pacientov zmerno ogroženih (41,1 %), delež nizko ogroženih (30,9 %) je bil malo večji od deleža visoko ogroženih pacientov (28,0 %). Zmerno in visoko ogroženih je bilo skupaj 69,1 % pacientov (Tabela 1).



**Tabela 1: Ogroženost odraslih pacientov za padce po Morsejini lestvici padcev****Table 1: Risk for falls in adult patients according to Morse Fall Scale**

Stopnja ogroženosti / Risk level	n	%
Nizka ogroženost (0–24)	421	30,9
Zmerna ogroženost (25–50)	559	41,1
Visoka ogroženost (51–125)	381	28,0
Skupaj	1361	100,0
Dejavniki tveganja / Risk factors	n	%
Padec v zadnjih treh mesecih	203	6,8
Sekundarna medicinska diagnoza	1040	34,9
Pripomočki/pomoč pri gibanju	388	13,0
Žilni in/ali drug pristop	788	26,5
Hoja (slabotna ali motena)	415	13,9
Duševno stanje	144	4,9
Skupaj	2978*	100,0

Legenda / Legend: n – število / number; % – odstotek / percentage; \* – skupno število dejavnikov tveganja je večje od števila pacientov, ker je imel lahko en pacient istočasno več dejavnikov tveganja / total number of risk factors is greater than the number of patients, as one patient could suffer from several risk factors at the same time

Najpogosteje prisotna dejavnika tveganja sta bila: sekundarna medicinska diagnoza ( $n = 1040$ , 34,9 %) in žilni in / ali drug pristop ( $n = 788$ , 26,5 %). Sledila sta: hoja (slabotna ali motena) ( $n = 415$ , 13,9 %) in uporaba pripomočkov / pomoči za gibanje ( $n = 388$ , 13,0 %). Najredkeje pa sta bila prisotna dejavnika: padec v zadnjih treh mesecih ( $n = 203$ , 6,8 %) in motnje v duševnem stanju ( $n = 144$ , 4,9 %) (Tabela 1).

Analiza podatkov po spolu je s pomočjo Mann-Whitneyjevega testa pokazala, da med spoloma ni razlike v ogroženosti za padce ( $Z = -0,933$ ,  $p = 0,351$ ), kar nam pokaže tudi prekrivanje mej 95-% intervalov zaupanja posameznih skupin (Tabela 2).

Tabela 3 prikazuje razliko med starostnimi skupinami, ki je še posebej razvidna v intervalih zaupanja. S pomočjo Pearsonovega korelacijskega testa smo primerjali podatke o ogroženosti in starosti (Tabela 3) ter ugotovili, da so statistično pomembno pozitivno povezani ( $r = 0,462$ ,  $p < 0,001$ ), kar pomeni, da se ogroženost za padce sorazmerno povečuje s starostjo (Slika 1).

**Tabela 2: Ogroženost za padce glede na spol po Morsejini lestvici padcev****Table 2: Risk for falls and gender according to Morse Fall Scale**

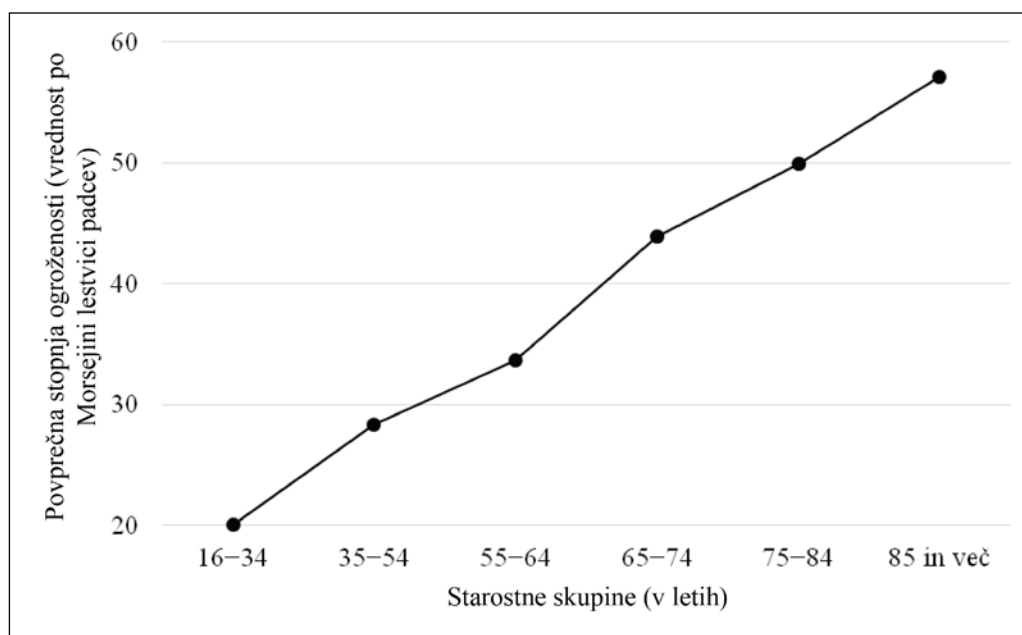
Spol / Gender	n (%)	$\bar{x}$	95% IZ / 95% CI	Min	Maks	s	Z	p
Moški	670 (49,7)	39,65	37,81–41,49	0	125	24,280	/	/
Ženski	679 (50,3)	38,76	36,84–40,68	0	125	25,461	/	/
Skupaj	1349 (100)	39,20	37,87–40,53	0	125	24,876	-0,933	0,351
Brez podatka	12	/	/	/	/	/	/	/

Legenda / Legend: n – število / number; % – odstotek / percentage;  $\bar{x}$  – povprečje / average; IZ / CI – interval zaupanja / confidence interval; Min – minimum / minimum; Maks – maksimum / maximum; s – standardni odklon / standard deviation; Z – Mann-Whitneyjev test / Mann-Whitney test; p – statistična značilnost / statistical significance

**Tabela 3: Ogroženost za padce glede na starost po Morsejini lestvici padcev****Table 3: Risk for falls and age according to Morse Fall Scale**

Starostne skupine / Age groups	n (%)	$\bar{x}$	95% IZ / 95% CI	Min	Maks	s	r	p
Mladi (16–34)	150 (11,3)	20,04	17,61–23,19	0	75	17,267	/	/
Odrasli (35–54)	237 (17,9)	28,29	25,58–31,00	0	90	21,161	/	/
Starejši odrasli (55–64)	235 (17,7)	33,64	30,92–36,36	0	105	21,139	/	/
Mlajši stari (65–74)	267 (20,1)	43,88	41,09–46,66	0	110	23,138	/	/
Stari (75–84)	320 (24,1)	49,56	46,85–52,27	0	125	24,638	/	/
Starejši stari (> 85)	119 (8,9)	57,14	53,19–61,10	15	125	21,800	/	/
Skupaj	1328 (100)	39,19	37,86–40,52	0	125	24,764	0,462	< 0,001
Brez podatka	33	/	/	/	/	/	/	/

Legenda / Legend: n – število / number; % – odstotek / percentage;  $\bar{x}$  – povprečje / average; IZ / CI – interval zaupanja / confidence interval; Min – minimum / minimum; Maks – maksimum / maximum; s – standardni odklon / standard deviation; r – Pearsonov korelacijski koeficient / Pearson correlation coefficient; p – statistična značilnost / statistical significance



**Slika 1:** Povezanost med ogroženostjo za padce in starostjo pacientov  
**Figure 1:** Correlation between risk for falls and age

Analiza podatkov s pomočjo testa ANOVA je pokazala, da se ogroženost pacientov za padce med krajem pacientove obravnave statistično pomembno razlikuje ( $F = 29,210$ ,  $p < 0,001$ ). Pacienti, hospitalizirani na Negovalnem oddelku, Interni kliniki in Kirurški kliniki, so v povprečju statistično pomembno bolj ogroženi od povprečne ogroženosti vseh pacientov, medtem ko so pacienti, hospitalizirani na Ginekološki kliniki, Očesni kliniki, Dermatovenerološki kliniki, Kliniki za nuklearno medicino ter na Kliniki za otorinolaringologijo in

cervikofacialno kirurgijo, v povprečju statistično pomembno manj ogroženi od povprečne ogroženosti vseh pacientov, kar nam kažejo podatki o intervalih zaupanja (Tabela 4). Ogroženost za padce pacientov, hospitaliziranih na Negovalnem oddelku, močno odstopa od vseh ostalih klinik. Poleg tega so razlike v ogroženosti pacientov na tem oddelku podpovprečne ( $s = 16,782$ ,  $Min = 30$ ,  $Maks = 105$ ). Večjo enotnost v ogroženosti pacientov za padce lahko razberemo na Ginekološki, Očesni ter Kliniki za infekcijske bolezni in

**Tabela 4:** Ogroženost za padce po Morsejini lestvici padcev in kraj pacientove obravnave  
**Table 4:** Risk for falls according to Morse Fall Scale and department

Klinika / Clinic	n (%)	$\bar{x}$	95% IZ / 95% CI	Min	Maks	s	F	p
Ginekološka	140 (10,3)	16,89	14,13–19,66	0	85	16,561	/	/
Očesna	38 (2,8)	22,11	16,38–27,83	0	65	17,423	/	/
Dermatovenerološka	19 (1,1)	22,63	12,62–32,64	0	65	20,774	/	/
KNM	11 (1,1)	28,18	14,98–41,39	0	65	19,656	/	/
ORL	40 (2,9)	27,75	19,59–35,91	0	100	25,519	/	/
Ortopedska	69 (5,1)	33,91	28,49–39,34	0	75	22,588	/	/
Nevrološka	95 (7,0)	36,89	31,79–42,00	0	125	25,066	/	/
KIBVS	77 (5,7)	42,47	38,48–46,46	15	85	17,577	/	/
Kirurška	425 (31,2)	43,24	41,09–45,38	0	110	22,470	/	/
Interna	418 (30,7)	44,37	41,94–46,79	0	125	25,200	/	/
Negovalni oddelek	29 (2,1)	74,31	67,93–80,69	30	105	16,782	/	/
Skupaj	1361 (100)	39,12	37,80–40,44	0	125	24,853	29,210	< 0,001

Legenda / Legend: n – število / number; % – odstotek / percentage;  $\bar{x}$  – povprečje / average; IZ / CI – interval zaupanja / confidence interval; Min – minimum / minimum; Maks – maksimum / maximum; s – standardni odklon / standard deviation; F – test ANOVA / ANOVA test; p – statistična značilnost / statistical significance; KIBVS – Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja / Department of Infectious Diseases; ORL – Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo / Department of Otorhinolaryngology and Cervicofacial Surgery; KNM – Klinika za nuklearno medicino / Department of Nuclear Medicine

**Tabela 5:** Ogroženost za padce pacientov po posamezni stroki  
**Table 5:** Risk for patients' falls according to medical discipline

Medicinska stroka / Medical discipline	n (%)	$\bar{x}$	95% IZ / 95% CI	Min	Maks	s	Z	p
Internistična stroka	649 (47,7)	43,5	41,54–45,41	0	125	25,147	/	/
Kirurška stroka	712 (52,3)	35,15	33,39–36,91	0	110	23,918	/	/
Skupaj	1361 (100)	39,12	37,80–40,44	0	125	24,853	-5,660	< 0,001

Legenda / Legend: n – število / number; % – odstotek / percentage;  $\bar{x}$  – povprečje / average; IZ / CI – interval zaupanja / confidence interval; Min – minimum / minimum; Maks – maksimum / maximum; s – standardni odklon / standard deviation; Z – Mann-Whitneyjev test / Mann-Whitney test; p – statistična značilnost / statistical significance

**Tabela 6:** Ogroženost za padce in kategorija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege  
**Table 6:** Risk for falls and category of nursing care complexity

Kategorija / Category	n (%)	$\bar{x}$	95% IZ / 95% CI	Min	Maks	s	F	p
I.	271 (20,3)	20,04	17,82–22,26	0	110	18,554	/	/
II.	539 (40,5)	37,23	35,24–39,21	0	115	23,429	/	/
III.	457 (34,3)	52,19	50,07–54,31	0	125	23,066	/	/
IV.	65 (4,9)	46,38	43,07–49,70	35	80	13,361	/	/
Skupaj	1332 (100)	39,31	37,97–40,65	0	125	24,887	125,464	< 0,001
Brez podatka	29	/	/	/	/	/	/	/

Legenda / Legend: n – število / number; % – odstotek / percentage;  $\bar{x}$  – povprečje / average; IZ / CI – interval zaupanja / confidence interval; Min – minimum / minimum; Maks – maksimum / maximum; s – standardni odklon / standard deviation; F – test ANOVA / ANOVA test; p – statistična značilnost / statistical significance

vročinska stanja. Tudi analiza podatkov o ogroženosti za padce glede na specialnost stroke (Tabela 5) je s pomočjo Mann-Whitneyjevega testa pokazala statistično pomembno razliko med internistično in kirurško stroko ( $Z = -5,660, p < 0,001$ ).

Analiza podatkov o ogroženosti za padce v povezavi s kategorijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege je pokazala, da obstaja statistično pomembna razlika med skupinami zahtevnosti zdravstvene nege ( $F = 125,464, p < 0,001$ ). Najbolj ogroženi za padce so pacienti v tretji kategoriji zahtevnosti, sledijo pacienti iz četrte, druge in prve kategorije. Med pacienti v četrti kategoriji zahtevnosti zdravstvene nege je najmanj razlik v ogroženosti, kar nam kaže nizek standardni odklon in nizek rang (Tabela 6).

## Diskusija

Raziskava je pokazala, da je v akutni zdravstveni obravnavi v slovenski terciarni bolnišnici po Morsejini lestvici padcev zmerno do visoko ogroženih za padce več kot dve tretjini odraslih hospitaliziranih pacientov, od tega je več kot četrtina pacientov visoko ogroženih. Ogroženost pacientov za padce se glede na spol ne razlikuje, razlikuje pa se glede na starost, kliniko, na kateri so bili pacienti hospitalizirani, ter glede na kategorijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege, v katero so bili razvrščeni.

Primerjava podatkov o ogroženosti pacientov za padce na podlagi Morsejine lestvice padcev v slovenski bolnišnici ( $\bar{x} = 39,12, s = 24,85$ ) s podatki portugalske

splošne bolnišnice na vzorcu 8356 pacientov ( $\bar{x} = 30,56, s = 22,12$ ) (Sardo, et al., 2016) je pokazala, da so bili hospitalizirani pacienti v Sloveniji bolj ogroženi. Tudi skupen delež zmerno in visoko ogroženih pacientov v portugalski bolnišnici je bil nižji (54 %). Pri tem je treba upoštevati dejstvo, da smo primerjali podatke med terciarno in sekundarno bolnišnico.

Raziskava ni pokazala razlik v ogroženosti za padce med spoloma. V literaturi lahko najdemo nasprotujoče si ugotovitve glede spola. Kiel (2016), Tidy (2016) in Klančnik-Gruden in sodelavci (2017), ugotavljajo, da so ženske bolj ogrožene za padce od moških, medtem ko Callis (2016) ugotavlja, da so bolj ogroženi moški. Podatki o padcih v UKC Ljubljana kažejo, da je v letu 2016 padlo več moških (54,9 %) (Ferš, 2017). Ugotovitve glede starosti kažejo, da se ogroženost pacientov za padce s starostjo povečuje, kar potrjujejo tudi rezultati drugih avtorjev (Babine, et al., 2016; Kiel, 2016; Sardo, et al., 2016). Ugotovitve glede razlik v ogroženosti za padce na podlagi specialnosti oz. klinike, na kateri so bili pacienti hospitalizirani, kažejo razlike v ogroženosti. Bolj ogroženi so pacienti, zdravljeni na klinikah internističnih strok, kar potrjujejo tudi analize, narejene na osnovi podatkov portugalske bolnišnice (Sardo, et al., 2016). Podatki za posamezne klinike UKC Ljubljane kažejo, da so najbolj ogroženi za padce pacienti, hospitalizirani na Negovalnem oddelku, Interni kliniki in Kirurški kliniki. Zanimive so ugotovitve o ogroženosti za padce glede na kategorijo zahtevnosti zdravstvene nege. Pacienti v prvi kategoriji so bili najmanj ogroženi

za padce, kar je bilo pričakovano, medtem ko so bili najbolj ogroženi pacienti za padce v tretji kategoriji zahtevnosti zdravstvene nege; pacienti v četrti kategoriji zahtevnosti zdravstvene nege so bili manj ogroženi kot pacienti v tretji kategoriji. Ker gre za paciente, ki so sedirani, imajo predpisano terapevtsko ležanje in se ne gibljejo, jim to v Morsejini lestvici padcev prinese manj točk in so dejansko manj ogroženi za padce.

Rutinska uporaba ocenjevalne lestvice za oceno ogroženosti pacientov za padce, ki vodi v izvajanje ustreznih ukrepov, je zelo pomemben element preprečevanja padcev na področju zdravstvene nege. Raziskava je podala podatke o ogroženosti slovenskih pacientov, hospitaliziranih v terciarni bolnišnici, v nadaljevanju pa bi bilo pomembno raziskati povezanost med ogroženostjo in dejanskimi padci pacientov ter med ogroženostjo in izvajanjem korektivnih ukrepov. Poleg tega bi bilo v prihodnje smiselno izračunati točko preloma (*cut-off point*) oz. mejo ogroženosti za padce za slovenski prostor, tako da bi lahko preventivne ukrepe preprečevanja padcev bolj ciljno usmerili.

Raziskava je bila izvedena kot presečna opazovalna študija, ki nam omogoča vpogled v stanje v nekem danem trenutku, kar je treba upoštevati pri interpretaciji in posploševanju podatkov. Morsejina lestvica padcev ima šest kategorij dejavnikov tveganja, od katerih sta dve kategoriji razdeljeni še v podkategorije. Pri analizi podatkov smo jih zanemarili, saj bi bilo število enot v podskupinah prenizko za izvedbo izračunov. Omejitev predstavlja tudi dejstvo, da uporabljen instrument ni bil statistično validiran.

## Zaključek

Več kot dve tretjini odraslih pacientov, hospitaliziranih v terciarni bolnišnici, je ogroženih za padce, kar zahteva implementacijo in vzdrževanje ukrepov zdravstvene nege na področju preprečevanja padcev. Starejši, pacienti, zdravljeni na enotah internistične stroke in razvrščeni v višjo kategorijo zahtevnosti zdravstvene nege, so bolj ogroženi za padce. Standardizirana rutinska uporaba standardizirane lestvice pomaga ohranjati pozornost do tega področja, čeprav nekateri avtorji ugotavljajo, da ima kritična presoja medicinske sestre podobne izide ter da obstoječe lestvice niso dovolj senzitivne oz. ne pokrivajo vseh dejavnikov tveganja. Z uporabo standardizirane lestvice in prepoznavo drugih dejavnikov tveganja skozi ocenjevanje, postavitev negovalne diagnoze, uvedbo ustreznega načrta zdravstvene nege ter njegovo izvajanje lahko medicinske sestre pomembno pripomorejo k preprečevanju padcev in predvsem posledičnih poškodb ter k ohranjanju zdravja hospitaliziranih pacientov in zmanjševanju stroškov za zdravljenje teh poškodb. Nadaljnje raziskovanje bi bilo smotno usmeriti v iskanje specifične meje ogroženosti za padce za slovensko populacijo hospitaliziranih pacientov (*cut-off point of Morse Fall Scale*), kar bi nam omogočilo

oblikovanje bolj usmerjenih strategij preprečevanja padcev za paciente v slovenskih bolnišnicah, ki so najbolj ogroženi za padce.

## Zahvala / Acknowledgements

Zahvaljujemo se medicinskim sestram in koordinatorjem za kakovost ter vsem sodelujočim, ki so sodelovali pri zbiranju podatkov, Klavdiji Peternej, ki je v veliki meri zaslužna za izdelavo instrumenta za zbiranje podatkov, ter Ireni Košir, ki je prenesla podatke s papirnatih obrazcev v okolje Microsoft Office Excel. / We thank the nurses and the quality coordinators and others who participated in the data collection, Klavdija Peternej, who is largely responsible for the creation of a data collection instrument, and Irena Košir, who has downloaded the data from paper forms to the Excel for Microsoft.

## Nasprotje interesov / Conflict of interest

Avtorica izjavlja, da ni nasprotja interesov. / The author declares 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). Raziskava je bila odobrena s strani Strokovnega sveta UKC Ljubljana (sklep 1-21/2015 z dne 6. 10. 2015). / 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). The research was approved by the Nursing Council of UMC Ljubljana (number 1-21/2015, 6. 10. 2015).

## Literatura

Babine, R.L., Hyrkäs, K.E., Bachand, D.A., Chapman, J.L., Fuller, V.J. & Honess, C.A., 2016. Falls in a tertiary care hospital-association with delirium: a replication study. *Psychosomatics*, 57(3), pp. 273–282.

<https://doi.org/10.1016/j.psym.2016.01.003>  
PMid:27063812

Berry, S. & Kiel, D., 2017. Falls: prevention in nursing care facilities and the hospital setting. Available at: [http://www.uptodate.com/contents/falls-prevention-in-nursing-care-facilities-and-the-hospital-setting?source=search\\_result&search=falls+prevention&selectedTitle=2~150](http://www.uptodate.com/contents/falls-prevention-in-nursing-care-facilities-and-the-hospital-setting?source=search_result&search=falls+prevention&selectedTitle=2~150) [8. 1. 2018].

- Burns, E.R., Stevens, J.A. & Lee, R., 2016. The direct costs of fatal and non-fatal falls among older adults - United States. *Journal of Safety Research*, 58, pp. 99–103. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2016.05.001> PMID:27620939
- Callis, N., 2016. Falls prevention: identification of predictive fall risk factors. *Applied Nursing Research*, 29, pp. 53–58. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.05.007> PMID:26856489
- Caltabiano, M., Comolli, C.L. & Rosina, A., 2017. The effect of the Great Recession on permanent childlessness in Italy. *Demographic Research*, 37(20), pp. 635–668. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2017.37.20>
- Ferš, S., 2017. *List kazalnika: interno gradivo*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, p. 10.
- Haines, T.P., Hill, K., Walsh, W. & Osborne, R., 2007. Design-related bias in hospital fall risk screening tool predictive accuracy evaluations: systematic review and meta-analysis. *Journal of Gerontology*, 62(6), pp. 664–672. <https://doi.org/10.1093/gerona/62.6.664>
- Herdman, T. H. & Kamitsuru, S., eds., 2017. *Negovalne diagnoze NANDA International: definicije in klasifikacija 2015–2017*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Kiel, D.P., 2016. Falls in older persons: risk factors and patient evaluation. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/falls-in-older-persons-risk-factors-and-patient-evaluation> [28. 7. 2017].
- Klančnik-Gruden, M., Bregar, B., Peternej, A. & Marinšek, N., 2011. *Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege: priručnik*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Klančnik-Gruden, M., Košir, I., Cotič-Anderle, M., Roš, A. & Hvala, U., 2017. Ogroženost pacientov z internističnimi obolenji za padce. In: S. Majcen Dvoršak, T. Štemberger Kolnik, & A. Kvas, eds. *Medicinske sestre in babice – ključne za zdravstveni sistem: zbornik prispevkov z recenzijo. 11. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju, 27. in 29. november 2017*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 445–453. Available at: [https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc\\_attachments/kongres\\_90let\\_opt.pdf](https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/kongres_90let_opt.pdf) [3. 1. 2018].
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije*, 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Morse, J.M., Morese, R.M. & Tylko, S.J., 1989. Development of a scale to identify fall-prone patient. *Canadian Journal on Aging*, 8(4), pp. 366–377. <https://doi.org/10.1017/S0714980800008576>
- Sardo, P.M.G., Simoes, C.S.O., Alvarelhao, J.J.M., Simoes, J.F.F.L. & de Melo, E.M.O.P., 2016. Fall risk assessment: retrospective analysis of Morse Fall Scale scores in Portuguese hospitalized adult patients. *Applied Nursing Research*, 31, pp. 34–40. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.11.013> PMID:27397816
- Tidy, C., 2016. Prevention of falls in the elderly. *Patient*, pp. 1–10. Available at: [patient.info/doctor/prevention-of-falls-in-the-elderly-pro-Prevention](http://patient.info/doctor/prevention-of-falls-in-the-elderly-pro-Prevention) [10. 3. 2017].
- Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2014. *Priznanje Republike Slovenije za poslovno odličnost za leto 2014: javni sektor z več kot 250 zaposlenimi*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, p. 48.
- Zhao, Y. & Kim, H., 2015. Older adult inpatient falls in acute care hospitals: intrinsic, extrinsic, and environmental factors. *Journal of Gerontological Nursing*, 41(7), pp. 29–43. <https://doi.org/10.3928/00989134-20150616-05> PMID:26126026
- World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of American Medical Association*, 310(20), pp. 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053> PMID:24141714

*Citirajte kot / Cite as:*

Klančnik Gruden, M., 2018. Ogroženost za padce v terciarni bolnišnici. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(2), pp. 100–107. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.2.213>

Pregledni znanstveni članek / Review article

## Dejavniki, povezani z uporabo tobaka pri zdravstvenih delavcih: integrativni pregled literature

Factors associated with tobacco use of health professionals: integrative literature review

Sanela Pivač

**Ključne besede:** nadzor nad tobakom; socio-ekonomski dejavniki; opustitev kajenja

**Keywords:** tobacco control; socio-economic factors; smoking cessation

viš. pred. Sanela Pivač, dipl. m. s., mag. zdr. neg., spec. managementa; Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Spodnji Plavž 3, Jesenice, Slovenija

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

### IZVLEČEK

**Uvod:** Razširjenost kajenja med zdravstvenimi delavci postaja resen problem. Glavni namen raziskave je bil spoznati dejavnike, ki so povezani z uporabo tobaka pri zdravstvenih delavcih.

**Metode:** V raziskavi je bil uporabljen integrativni pregled znanstvene literature s področja razširjenosti kajenja med zdravstvenimi delavci in dejavnikov, povezanih z uporabo tobaka pri zdravstvenih delavcih. Uporabljene so bile mednarodne podatkovne baze CINAHL, PubMed, SpringerLink, prav tako pa smo literaturo iskali tudi s pomočjo spletnega brskalnika Google (Google učenjak). S pomočjo ključnih besed *razširjenost kajenja med zdravstvenimi delavci, prevalence of smoking, nurses, professionals, tobacco use, smokers, healthcare professionals* se je v končno analizo uvrstilo 13 zadetkov, ki so ustrezali vključitvenim kriterijem. Za prikaz pregleda podatkovnih baz in odločanja o uporabnosti pregledanih virov je bila uporabljena metodologija PRISMA. Zbrani podatki so bili analizirani z metodo metasinteze.

**Rezultati:** Identificirali smo 23 kod, ki smo jih glede na lastnosti in medsebojne povezave združili v štiri vsebinske kategorije: (1) nadzor nad tobakom, (2) socialni dejavniki, povezani z uporabo tobaka, (3) ekonomski dejavniki, povezani z uporabo tobaka, (4) zavedanje zdravstvenih delavcev o pomenu promocije nekajenja. Kot najpogostejše statistične metode pri kvantitativnih analizah so bile uporabljene bivariatna (test hi-kvadrat, t-test) in multivariatna analiza.

**Diskusija in zaključek:** Uporaba tobaka pri zdravstvenih delavcih je povezana s socialno-ekonomskimi dejavniki, starostjo, spolom, nižjo izobrazbo, nižjim dohodkom in delovnim okoljem. Krepitev je treba programe promocije nekadilskega vedenja in opogumljati zdravstvene delavce v vlogi vzornikov.

### ABSTRACT

**Introduction:** Smoking prevalence among health professionals is becoming a serious issue. The study aimed at identifying the factors associated with tobacco use in health professionals.

**Methods:** A systematic literature review related to smoking prevalence among health professionals and factors associated with tobacco use in health professionals was conducted. The databases searched were CINAHL, PubMed, and SpringerLink. In addition, Google Scholar was used. The keywords *smoking prevalence among health professionals, prevalence of smoking, nurses, professionals, tobacco use, smokers, health professionals* yielded 13 results that met the inclusion criteria and were used in the final analysis. PRISMA methodology was used to review databases and select the relevant articles. Meta-synthesis was conducted to analyze the obtained data.

**Results:** A total of 23 codes were identified and grouped into four substantive categories: (1) tobacco control, (2) social factors associated with tobacco use, (3) economic factors associated with tobacco use, and (4) awareness of the importance of promoting non-smoking behavior among health professionals. Most frequently used methods in quantitative analysis were bivariate analysis (chi-square test, t-test), and multivariate analysis.

**Discussion and conclusion:** Tobacco use among health professionals is associated with socio-economic factors, age, gender, lower education qualifications, lower income, and work environment. It is important to maintain and develop programs that promote non-smoking and encourage health professionals to act as role models.

Članek je nastal v okviru doktorskega študija na interdisciplinarnem študijskem programu Javno zdravje smer Biomedicina na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani.

*Prejeto / Received:* 10. 8. 2017  
*Sprejeto / Accepted:* 1. 5. 2018

## Uvod

Uporaba tobaka ostaja ena največjih javnozdravstvenih težav. V Sloveniji vsako leto zaradi bolezni, povezanih s kajenjem tobaka, umre od 3.000 do 3.500 ljudi (Stergar & Lazar, 2011). Ker je kajenje dejavnik tveganja za številne bolezni, Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) (World Health Organization, 2008, 2013) opozarja, da imajo zdravstveni delavci pomembno vlogo pri zmanjševanju rabe tobaka in lahko pozitivno ali pa tudi negativno vplivajo na kadilske navade skupnosti, kar povezujejo z uporabo tobaka samih zdravstvenih delavcev. Za spodbujanje zdravega življenjskega okolja in promocijo zdravja so odgovorni vsi zdravstveni delavci, vendar pa raziskave kažejo, da zdravstveni delavci, ki kadijo, ne morejo biti učinkoviti motivatorji pri sami promociji zdravja (Lobelo, et al., 2009). Razširjenost kajenja med zdravstvenimi delavci postaja resen problem tudi z vidika javnega zaznavanja te poklicne skupine (Smith & Leggat, 2007), kar pomeni, da zdravstveni delavci, ki kadijo, s svojim zgledom ne morejo zagotavljati ustrezne zdravstvene vzgoje in svetovanja za opustitev kajenja, saj jih pri tem ovira lastno kajenje (Tong, et al., 2010). Malik in sodelavci (2010) navajajo, da kadilske navade zdravstvenih delavcev omejujejo izvajanje ukrepov opuščanja kajenja in nadzora nad rabo tobaka med kadilci.

Medicinske sestre so, kot največja skupina zdravstvenih delavcev, z zagovarjanjem nekajenja in motivacijo za opustitev kajenja lahko zgled splošni populaciji in pomembno prispevajo k zmanjševanju rabe tobaka (Buscher, et al., 2009). A raziskave kažejo, da je ravno med medicinskimi sestrami kajenje zelo razširjeno, kar negativno vpliva na učinkovito izvajanje promocije zdravja in tako predstavlja oviro pri svetovanju o opuščanju kajenja (Baer, et al., 2011). Pomembno je lastno zavedanje medicinskih sester pri izvajanju promocije zdravega načina življenja, saj le tako lahko suvereno nastopajo v vlogi promotork ali promotorjev zdravja (Fie, et al., 2013).

IZobraževanje pacientov in povečanje ozaveščenosti o škodljivih učinkih kajenja je odgovornost vseh zdravstvenih delavcev. S spodbujanjem zdravstvenih delavcev k zdravim življenjskim navadam bomo prepričljiveje delovali na področju opuščanja kajenja ter zdravih življenjskih navad (Borgan, et al., 2014). Zdravstveni delavci, ki kadijo, dajejo dvoumno sporočilo pacientom, ki želijo kajenje opustiti (Zafar, 2014), zato je SZO (2013) pozvala zdravstvene ustanove, da svoje zaposlene spodbudijo in podprejo pri opustitvi kajenja ter gradijo in spodbujajo pozitivno kulturo brez tobaka.

## Namen in cilji

Namen sistematičnega pregleda literature je bil spoznati dejavnike, povezane z uporabo tobaka pri zdravstvenih delavcih. Cilj raziskave je bil analizirati stanje na področju uporabe tobaka med zdravstvenimi delavci in ugotoviti

razširjenost kajenja med njimi, v ta namen smo si postavili raziskovalno vprašanje: kateri dejavniki so povezani z uporabo tobaka pri zdravstvenih delavcih?

## Metode

V raziskavi je bil uporabljen pregled znanstvene literature s področja razširjenosti kajenja med zdravstvenimi delavci in dejavnikov, povezanih z uporabo tobaka zdravstvenih delavcev.

### Metode pregleda

Uporabili smo metodo tematske analize pregleda znanstvene literature z metodo integrativne tematske analize kvantitativnih podatkov. Uporabili smo mednarodne podatkovne baze CINAHL, PubMed, SpringerLink, prav tako smo literaturo iskali s pomočjo spletnega brskalnika Google (Google učenjak). Ključne iskalne besedne zveze so bile: *razširjenost kajenja med zdravstvenimi delavci, prevalence of smoking, nurses, professionals, tobacco use, smokers, health professionals*. V vseh bazah podatkov je bilo uporabljeno napredno iskanje z vključenim Bolovim tabulatorjem AND oz. IN med dvema ali več ključnimi besedami. Omejitveni kriteriji iskanja so bili: obdobje 2007 do 2017, dostopnost celotnega besedila člankov in jezik besedila slovenščina oz. angleščina. V slovenskem jeziku smo dobili le en izvirni znanstveni prispevek, ostali zadetki so bili predvsem diplomska in magistrska dela ter prispevki, starejši od 10 let, ki jih nismo vključili v pregled. V sintezo so bili uvrščeni izvirni in pregledni znanstveni članki. Pregled literature je potekal od 1. 4. do 27. 4. 2017.

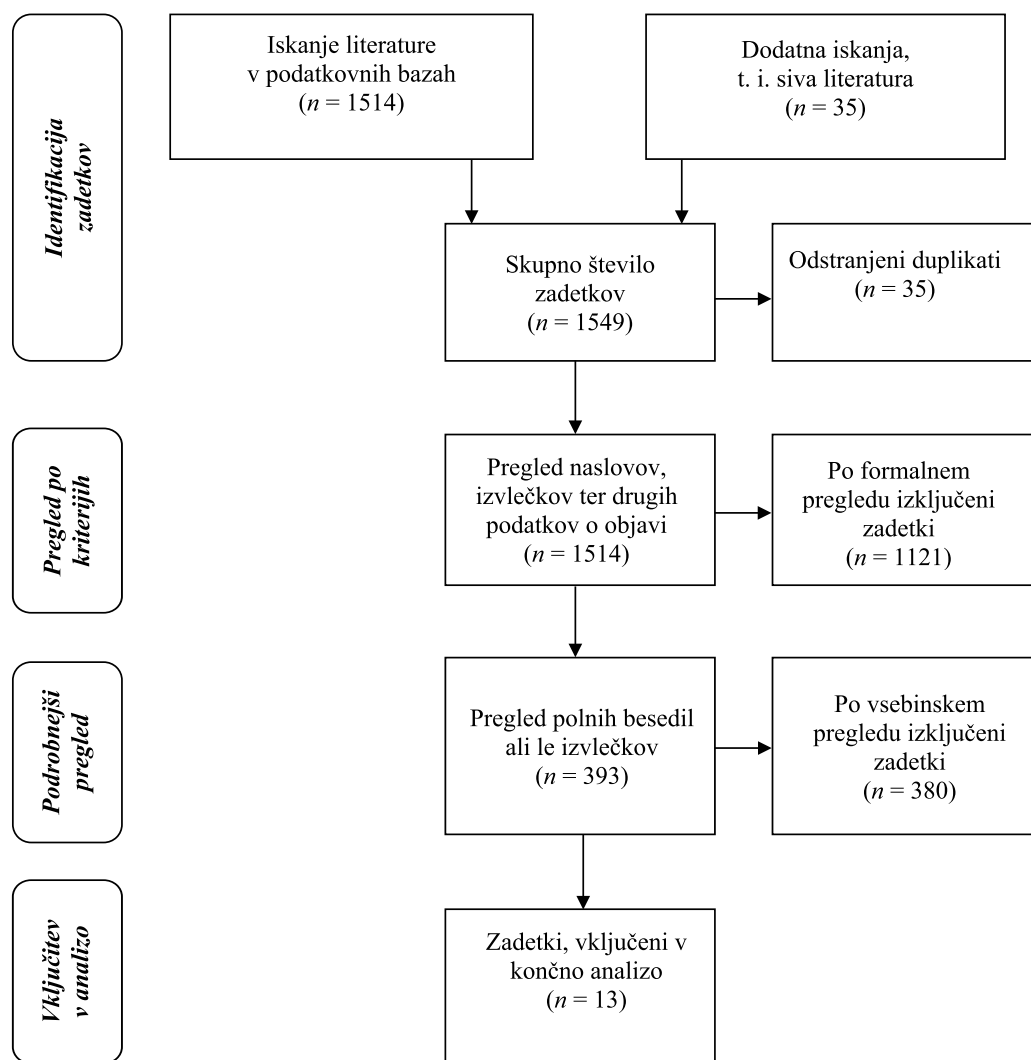
### Rezultati pregleda

V okviru vključitvenih in izključitvenih kriterijev za uvrstitev zadetka v nadaljnjo analizo smo upoštevali vsebinsko ustreznost, vključili smo recenzirane članke ter članke z dostopnim celotnim besedilom. Rezultati pregleda so prikazani v Tabeli 1, ki prikazuje ključne besede, s katerimi je potekalo iskanje, število zadetkov in število izbranih zadetkov za pregled v polnem besedilu.

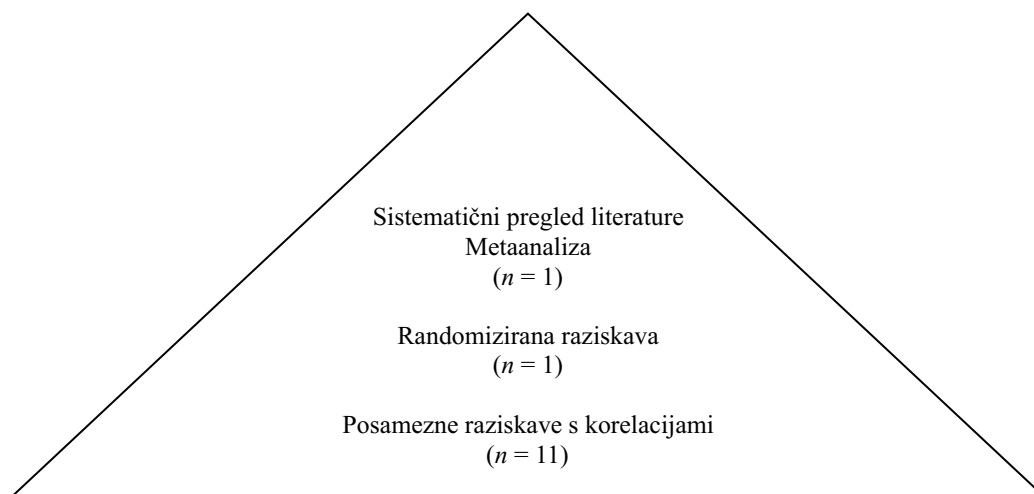
Pregledali smo naslove in izvlečke raziskav ter identificirali dvojnike. Identificirali smo 35 dvojnikov. Po odstranitvi dvojnikov je merila za vključitev v raziskavo izpolnjevalo 1514 zadetkov. Po pregledu naslovov, izvlečkov in drugih podatkov o objavi smo najprej izločili 1121 zadetkov. Po pregledu 393 ustreznih zadetkov smo jih zaradi vsebinske neprimernosti izločili 380. V končno analizo smo tako vključili 13 zadetkov, ki so ustrezali vsem kriterijem. Potek pridobivanja za našo raziskavo relevantnih člankov je razviden s Slike 1, kjer smo za prikaz pregleda podatkovnih baz in odločanja o uporabnosti pregledanih virov uporabili metodo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis) (Welch, et al., 2012), ki smo jo za namen naše raziskave deloma prilagodili.

**Tabela 1:** Rezultati pregleda literature**Table 1:** Results of literature review

Podatkovne baze / Data bases	Ključne besede / Key words	Število zadetkov / Number of hits	Izbrani zadetki / Selected hits
CINAHL	prevalence of smoking, nurses, health professionals	3	2
	prevalence of smoking, nurses	26	2
	tobacco use, nurse	135	2
	smokers, nurses	236	1
	smokers, health professionals	154	1
PubMed (Medline)	smokers, health professionals	72	1
	prevalence of smoking, health professionals	96	1
Google učenjak	prevalence of smoking among healthcare workers, razširjenost kajenja med zdravstvenimi delavci	397	1
SpringerLink	prevalence of smoking, nurses, health professionals	395	2

**Slika 1:** Rezultati pregleda literature po metodologiji PRISMA**Figure 1:** Results of literature review based on the PRISMA method





**Slika 2:** Ocena kakovosti dokazov izbranih virov  
**Figure 2:** Assessment of the quality of evidence

### Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Izbor literature je temeljil na dostopnosti, vsebinski ustreznosti in aktualnosti obravnavane problematike. Kakovost virov, ki smo jih uvrstili v končni pregled literature in obdelavo podatkov, smo določili s pomočjo hierarhije dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu, ki jo prikazuje Slika 1.

Iz Slike 2 je razvidno, da smo skupaj pregledali in analizirali 13 člankov. Glede na hierarhijo iskanja dokazov, kot jo opisujeta Polit in Beck (2008) se najvišje na hierarhični lestvici nahaja članek, ki je opredeljen kot metaanaliza, sledi mu članek, ki je randomizirana raziskava, enajst raziskav je opredeljenih kot posamezne raziskave s korelacijami. Izvedli smo vsebinsko integrativno analizo spoznanj kvantitativnih raziskav, ki smo jih vključili v pregled. Kvalitativnih raziskav nismo vključili. Zbrani podatki so bili analizirani z metodo tematske analize.

Raziskava je potekala po naslednjih fazah: identifikacija teme, zbiranje in temeljni pregled literature, vrednotenje ustreznosti in izločitev, izbor ustreznih prispevkov, klasificiranje prispevkov in raziskovalni dizajn, proučitev dokazov in identifikacija kategorij glede na značilnosti in medsebojne povezave, proučitev dokazov in kodiranje, zbiranje relevantnih podatkov (kod), združitev podatkov v pripadajoče kategorije ter vsebinski povzetek dokazov v celoto.

### Rezultati

Tabela 2 prikazuje identificirane raziskave in ključne ugotovitve o razširjenosti kajenja in dejavnikov povezanih s tem med zaposlenimi v zdravstvu.

Identificirali smo 23 kod, ki smo jih glede na lastnosti in medsebojne povezave združili v 4 vsebinske kategorije, in sicer: »Nadzor nad tobakom«, »Socialni

dejavniki, povezani z uporabo tobaka«, »Ekonomske dejavniki, povezani z uporabo tobaka«, »Zavedanje zdravstvenih delavcev o pomenu promocije nekajenja«. Kategorije, kode in podatke o avtorjih povzetih raziskav prikazuje Tabela 3.

### Diskusija

Prisotnost kajenja je povezana s starostjo, spolom, nižjo izobrazbo in nižjim dohodkom. Razširjenost kajenja med zdravstvenimi delavci je visoka, še posebej med nižjimi socialno-ekonomskimi skupinami (Ravara, et al., 2011). Tudi Koprivnikar in sodelavci (2013) v presečni nacionalni raziskavi med slovenskimi medicinskimi sestrami, ki predstavljajo največjo skupino zdravstvenih delavcev, zdravstvenimi tehnikami in babicami ugotavljajo, da je kajenje še vedno prepogost pojav v tej poklicni skupini. Kajenje lahko vpliva na njihovo poslanstvo in delo na področju promocije nekajenja ter pomoči pri opuščanju kajenja. Kadilske navade se razlikujejo glede na starost, spol, stopnjo izobrazbe. Večji delež kadilcev je v nižjih izobrazbenih skupinah, pri moškem spolu ter nižjem ekonomskem statusu. Več kot polovica jih je začela kaditi v srednješolskem obdobju, znaten delež pa tudi v prvih letih zaposlitve.

Razširjenost kajenja in ovire pri opuščanju kajenja povezujejo z delovnim okoljem (Perdikaris, et al., 2010). Izmensko delo, preobremenitev, stres, socialni in fizični napori v službi so povezani s kadilskimi navadami zaposlenih v zdravstvu (Ravara, et al., 2011). Raziskave kažejo, da zdravstveni delavci pogosto začnejo kaditi med izobraževalnim procesom (Abdullah, et al., 2014), kar kaže tudi na problem kajenja med študenti zdravstvene nege in medicine (Ferrante, et al., 2013). Biraghi in Tortorano (2010) v raziskavi o kadilskih

**Tabela 2:** Prikaz ključnih ugotovitev vključenih raziskav, ki so proučevale razširjenost kajenja in dejavnike, povezane s kajenjem**Table 2:** A review of the key findings of the included studies that investigated the prevalence of smoking and factors related to smoking

<i>Avtorji, leto, država / Authors, year, country</i>	<i>Namen / Aim</i>	<i>Raziskovalni dizajn, metoda analize / Research design, of data analysis</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Dejavniki, povezani s kajenjem / Factors related to smoking</i>	<i>Ključne ugotovitve / Key findings</i>
Ravara, et al., 2011 Portugalska	ugotoviti razširjenost kajenja in vedenjske navade zaposlenih v eni izmed bolnišnic na Portugalskem	presečna raziskava / bivariatne statistične metode (test hi-kvadrat, Mann-Whitneyjev U-test) in logistična regresija	1112 zdravstvenih delavcev (zdravniki, medicinske sestre, administratorji in ostali zaposleni v bolnišnici)	nižja izobrazba; nižji dohodek; moški spol; izmensko delo	Raziskava ugotavlja visoko stopnjo razširjenosti kajenja med zaposlenimi v zdravstvu. Prevalenca kajenja je višja pri zaposlenih z nižjo izobrazbeno strukturo in nižjim dohodkom.
Berkelman, et al., 2010 Avstralija	ugotoviti kadilsko vedenje, razširjenost kajenja in odvisnost medicinskih sester od nikotina glede na demografske podatke in njihov odnos do opustitve kajenja	deskriptivna primerjalna raziskava / test hi-kvadrat	1029 medicinskih sester	stres; telesna teža; anksioznost	Pogosteje kadijo medicinske sestre, ki so bile zaposlene na področju psihiatrije. Polovica medicinskih sester si želi kajenje opustiti oz. dobiti nasvete o tem. Ciljne strategije je treba usmeriti k opustitvi kajenja, saj so kadilske navade medicinskih sester v nasprotju z njihovo vlogo promoviranja zdravja.
Gazdek & Samardžić, 2013 Hrvaška	ugotoviti trende in kadilske navade med zaposlenimi v zdravstvenih ustanovah na Hrvaškem; primerjava pred in po uvedbi zakona o prepovedi kajenja na delovnem mestu	longitudinalna raziskava / test hi-kvadrat	1147* v letu 1998 1248* v letu 2002 1371* v letu 2006 1023* v letu 2011	nižja izobrazba	Prepoved kajenja na delovnem mestu je pozitivno in dolgotrajno učinkovala na razširjenost kajenja med zaposlenimi v zdravstvenih ustanovah.
Koprivnikar, et al., 2013 Slovenija	prikazati kadilske navade in razširjenost kajenja med medicinskimi sestrami, bobicami in zdravstvenimi tehnikami v Sloveniji glede na demografske podatke in vrsto delovnega okolja ter glede na druge izbrane dejavnike	presečna raziskava / test hi-kvadrat	1500 – medicinske sestre, zdravstveni tehniki, babice	nižja izobrazba; moški spol; nižji ekonomski status; preživljanje prostega časa s prijatelji	Kajenje med medicinskimi sestrami, bobicami in zdravstvenimi tehnikami je v Sloveniji še vedno prepogost pojav ter lahko znatno vpliva na njihovo poslanstvo in delo na področju promocije nekajenja ter pomoči pri opuščanju kajenja. Pomembno je, da se v tej poklicni skupini okrepi promocija nekajenja že v začetku šolanja in se organizirajo ustrezni programi opuščanja kajenja.
Omotowo, et al., 2016 Nigerija	raziskati razširjenost kajenja in ugotoviti stališča zdravstvenih delavcev v zvezi z nadzorom nad uporabo tobaka	presečna raziskava / test hi-kvadrat	369 zdravstvenih delavcev (medicinske sestre, zdravniki, farmacevti in ostali)	zakonski stan – neporočeni, ločeni; nižja starost	Rezultati raziskave so pokazali visok odstotek kadilcev med izvajalci zdravstvenih storitev. Predlagajo uvedbo programov za odvajanje od kajenja med izvajalci zdravstvenih storitev.

Se nadaljuje / Continues

<i>Avtorji, leto, država / Authors, year, country</i>	<i>Namen / Aim</i>	<i>Raziskovalni dizajn, metoda analize / Research design, of data analysis</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Dejavniki, povezani s kajenjem / Factors related to smoking</i>	<i>Ključne ugotovitve / Key findings</i>
Merrill, et al., 2010 Srbija	ugotoviti razširjenost kajenja, odnos in zavedanje medicinskih sester o pomenu promocije na področju škodljivih učinkov kajenja	presečna raziskava / test hi-kvadrat	230 – medicinske sestre	moški spol	Medicinske sestre, ki kadijo, se zavedajo, da s svojim vedenjem niso vzor pacientom.
Hidalgo, et al., 2016 Brazilija	preučiti življenjski slog zdravnikov in medicinskih sester	randomizirana raziskava / multivariatna analiza	1600 – zdravniki in medicinske sestre	dolg delovnik; izmensko delo	Glavna ugotovitev izvedene raziskave je visoka razširjenost kajenja med zdravstvenimi delavci, kar povezujejo z dolgim delovnikom in izmenskim delom medicinskih sester in zdravnikov.
Movsisyan, et al., 2012 Armenija	ugotoviti stališča in vedenja, povezana s kajenjem zdravstvenih delavcev	mešana metoda – kvantitativna in kvalitativna raziskava / t-test, test hi-kvadrat; fokusne skupine	215 – medicinske sestre in zdravniki	moški spol	Kajenje je bolj razširjeno med zdravniki, medicinske sestre manj pogosto kadijo med delovnim časom kot zdravniki. Medicinske sestre aktivneje sodelujejo pri svetovanju pacientom o opuščanju kajenja.
Zinonos, et al., 2016 Ciper	ugotoviti odnos zdravstvenih delavcev do opustitve kajenja	presečna raziskava / multivariatna analiza	511 – zdravniki in medicinske sestre	moški spol; zakonski stan – neporočeni; nižja starost; družinska anamneza	Zdravniki, medicinske sestre, ki kadijo, si želijo opustiti kajenje, zato je treba poiskati strategije za opuščanje kajenja zdravstvenih delavcev ter jim pri tem nuditi podporo in pomoč, kar bo vplivalo na učinkovito pomoč pri opuščanju kajenja pacientov.
Zafar, 2014 Pakistan	ugotoviti razširjenost kajenja med zdravniki	presečna raziskava / test hi-kvadrat, regresijska analiza	180 – zdravniki	moški spol; višja starost	Raziskava je pokazala, da je kajenje med zdravniki zelo razširjeno kljub zavedanju o škodljivih učinkih kajenja.
Jiménez-Ruiz, 2015 Španija	analizirati razširjenost kajenja in odnos do rabe tobaka zdravstvenih delavcev	presečna raziskava / test hi-kvadrat, Studentov t-test	612 – zdravniki in medicinske sestre	nižja izobrazbena struktura	Med anketiranimi je bilo 12 % kadilcev, več kot polovica je bila medicinskih sester. Raziskava ugotavlja, da imajo anketiranci malo znanja na področju strategije za pomoč pri opuščanju kajenja.
Králíková, et al., 2016 Češka	ugotoviti učinek e-izobraževanja medicinskih sester v odnosu do kadilskih navad	prospektivna raziskava / test hi-kvadrat, linearna regresija	279 – medicinske sestre	znanje	Kajenje je razširjeno med manj kot polovico anketiranih medicinskih sester. Sistematično izobraževanje medicinskih sester vpliva na zmanjšanje razširjenosti kajenja v splošni populaciji. E-izobraževanje je učinkovito in cenovno ugodno.
Abdullah, et al., 2014 Vključenih več držav	ugotoviti prevalenco kajenja v razvitih državah v obdobju 1987–2010	sistematični pregled literature – metaanaliza	analiza 59 člankov	spol; izobraževanje	S pregledom literature smo ugotovili, da so v Srednji in Vzhodni Evropi, Srednji in Južni Ameriki izvedli več raziskav s področja rabe tobaka kot v Aziji in Afriki. Ugotovitve sistematičnega pregleda literature kažejo, da je prevalenca kajenja med zdravniki visoka.

*Legenda / Legend: \* – število zaposlenih v zdravstveni ustanovi (medicinske sestre, zdravniki, farmacevti, zobozdravniki in ostali zdravstveni delavci) / number of employees in healthcare setting (nurses, doctors, pharmacists, dentists and other allied healthcare professionals); % – odstotek / percentage*

**Tabela 3: Razporeditev kod po kategorijah****Table 3: Code allocation by category**

<i>Kategorije / Category</i>	<i>Kode / Code</i>	<i>Avtorji / Authors</i>
Nadzor nad tobakom	Preprečevanje kajenja in nadzor nad uporabo tobaka morata biti prednostni nalogi vseh zdravstvenih in izobraževalnih ustanov. Med izvajalci zdravstvenih storitev bi bilo treba uvesti programe za odvajanje od kajenja. Uvesti je treba nadzor nad tobakom. Pri usposabljanju, namenjenem odvajanju od kajenja, sodeluje več medicinskih sester kot zdravnikov. Zdravstvene delavce na vseh ravneh zdravstvenega varstva je treba usposobiti za promocijo nekajenja, svetovanje in podporo pacientom pri opuščanju kajenja. Organizirati je treba ustrezne programe za nadzor nad tobakom.	Ravara, et al., 2011 Omotowo, et al., 2016 Movsisyan, et al., 2012 Jiménez-Ruiz, et al., 2015 Koprivnikar, et al., 2013
Socialni dejavniki, povezani z uporabo tobaka	Zdravstveni delavci opravljajo svoje naloge pod stresom. Izmensko delo, preobremenitev in težki čustveni, socialni in fizični napori v službi so povezani s kadilskimi navadami zaposlenih v zdravstvu. Kadilske navade medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov se razlikujejo glede na stopnjo izobrazbe; večji delež kadilcev je v nižjih izobrazbenih skupinah. Raziskave večinoma zaznavajo večje deleže kadilcev v nižjih starostnih skupinah. Kadi več tistih, ki živijo sami ali pa so ločeni. Medicinske sestre, babice in zdravstveni tehniki kadijo več v prostem kot v delovnem času. Večina zdravnikov je začela kaditi med izobraževanjem.	Ravara, et al., 2011 Berkelmans, et al., 2010 Koprivnikar, 2013 Zinonos, et al., 2016 Gazdek & Samardžić, 2013 Jiménez-Ruiz, et al., 2015 Abdullah, et al., 2014
Ekonomski dejavniki, povezani z uporabo tobaka	Prevalenca kajenja je višja pri skupinah z nižjim dohodkom. Kadi več tistih, ki svoj materialni standard ocenjujejo nižje.	Ravara, et al., 2011 Koprivnikar, 2013
Zavedanje zdravstvenih delavcev o pomenu promocije nekajenja	Medicinske sestre s kadilskimi navadami občutijo krivdo in sram pred pacienti. Kajenje med medicinskimi sestrami, babicami in zdravstvenimi tehnikami je v Sloveniji še vedno prepogost pojav in lahko močno vpliva na njihovo poslanstvo ter delo na področju promocije zdravja, nekajenja in pomoči pri opuščanju kajenja. Velik delež kadilcev je pripravljen prenehati kaditi v korist pacientom. Razširjenost kajenja med zdravstvenimi delavci je velika, kar vpliva na njihov pristop na področju pomoči pri opuščanju kajenja. Prepoved kajenja na delovnem mestu pozitivno vpliva na zmanjšanje kajenja med zaposlenimi. Medicinske sestre, ki kadijo, so manj učinkovite pri svetovanju pacientom, naj opustijo kajenje. Medicinske sestre imajo bolj pozitiven odnos do promocije nekajenja kot zdravniki. Osebnost odnos zdravstvenih delavcev vpliva na učinkovitost svetovanja pacientom pri opuščanju kajenja. Razširjenost kajenja med zdravniki škodljivo vpliva na splošno populacijo, saj je v nasprotju z njihovim poslanstvom.	Berkelmans, et al., 2010 Koprivnikar, et al., 2013 Omotowo, et al., 2016 Gazdek & Samardžić, 2013 Zinonos, et al., 2016 Abdullah, et al., 2014

navadah študentov zdravstvene nege ugotavljata, da je zaradi velikega deleža kadilcev izvajanje učinkovitih ukrepov v boju proti kajenju med študenti nujno. Študenti imajo pomembno vlogo, saj so z zdravim načinom življenja lahko zgled širši populaciji. Z večjim številom nekadilcev zdravstvenih delavcev in študentov lahko dosežemo večjo verodostojnost programov nadzora nad tobakom (Warren, 2012).

Na pogostost kajenja vplivajo tudi življenjski dogodki in zakonski stan posameznika – večji delež kadilcev je med samskimi, neporočenimi in ločenimi zdravstvenimi delavci (Omotowo, et al., 2016; Zinos, et al., 2016).

Berkelmans in sodelavci (2010) ugotavljajo, da medicinske sestre, ki kadijo, želijo opustiti kajenje oziroma si želijo svetovanja pri tem. Pomembno je, da se v tej številni poklicni skupini okrepi promocija nekajenja že v začetku šolanja in se organizirajo ustrezni programi opuščanja kajenja (Koprivnikar, et al., 2013). Sistematično izobraževanje medicinskih sester prispeva k izboljšanju zdravstvene nege in vpliva na zmanjšanje razširjenosti kajenja v splošni populaciji (Králíková, et al., 2016). Kráčíková in sodelavci (2013) navajajo, da če bi vsaka medicinska sestra na Češkem pri opustitvi kajenja pomagala le enemu pacientu na leto, bi približno

90.000 kadilcev tudi prenehalo kaditi. Pomembna ovira pri tem je zaskrbljujoča razširjenost kajenja med medicinskimi sestrami. Zato je pomembno povečati znanje, odgovornost in zavedanje medicinskih sester o nekadilskem vedenju ter izobraževanju pacientov o opuščanju kajenja z uvedbo različnih metod dela (Sarna, et al., 2015). Kot učinkovita metoda na področju nadzora nad tobakom se je izkazalo e-izobraževanje medicinskih sester, katerega glavni namen je bil usposobiti jih za svetovanje in pomoč pacientom pri opuščanju kajenja (Králiková, et al., 2016). Koprivnikar in sodelavci (2013) poudarjajo, da je treba krepiti programe promocije nekadilskega vedenja. Različne iniciative po vzorih iz tujine (npr. »Medicinske sestre proti kajenju«) bi lahko delovale s ciljem zmanjševanja kajenja v tej skupini zdravstvenih delavcev.

Movsisyan in sodelavci (2012) trdijo, da medicinske sestre aktivneje sodelujejo pri svetovanju pacientom o opuščanju kajenja kot zdravniki. Menijo, da je treba zdravstvene delavce usposobiti za svetovanje, promocijo nekajenja in podporo pacientom. Warren in sodelavci (2011) navajajo, da so zdravniki med ambulantnim obiskom sicer pripravljeni nuditi pomoč in svetovati, toda ugotavljajo, da v mnogih primerih pacientov med samim opuščanjem ne spremljajo. Kot oviro za uspešno svetovanje in izvajanje tovrstnih programov navajajo časovno stisko. Zaradi razširjenosti kajenja med zdravniki zaznavajo pomanjkanje zaupanja pacientov. Nekadilski status zdravstvenih delavcev je tako ključni element za zagotavljanje učinkovite pomoči pri opuščanju kajenja.

Abdullah in sodelavci (2014) ugotavljajo, da je velik delež zdravstvenih delavcev, ki kadijo, kajenje pripravljeno opustiti. Z zglednim delovanjem in zagovorništvom nekajenja lahko pomembno prispevajo k zmanjšanju rabe tobaka. Berkelmans in sodelavci (2010) ugotavljajo, da medicinske sestre s kadilskimi navadami pogosto občutijo krivdo in sram pred pacienti. Eden od učinkovitih ukrepov za zmanjšanje kajenja med zaposlenimi je prepoved kajenja na delovnem mestu (Gazdek & Samardžić, 2013). Toda kljub Zakonu o prepovedi kajenja na delovnem mestu, uveljavljenemu v Sloveniji, Koprivnikar in sodelavci (2013) ugotavljajo, da so še vedno prisotne kršitve.

V okviru prizadevanja za nadzor nad tobakom je treba zmanjšati rabo tobaka med zdravstvenimi delavci ter z učinkovitimi tehnikami izvajati programe za opuščanje kajenja za omenjeno poklicno skupino (Warren, et al., 2011). Programi, kjer je vključenih več skupin zdravstvenih delavcev, bistveno bolje prispevajo k učinkovitemu nadzoru nad tobakom (Lawrence, et al., 2008).

Menimo, da smo skozi sistematičen pregled literature obravnavali aktualno problematiko, s katero se srečujemo v današnjem času. Ugotovili smo, kateri so najpogostejši dejavniki, povezani z uporabo tobaka zdravstvenih delavcev. Prav tako smo ugotovili, da se zdravstveni delavci v veliki meri zavedajo, da lastno kajenje vpliva na poslanstvo in delo na področju

promocije zdravja, na promocijo nekajenja in pomoč pri opuščanju kajenja, kar vsekakor lahko ovira učinkovito izvajanje nadzora nad tobakom.

Glede na ugotovitve o vplivu lastnega kajenja na poslanstvo zdravstvenih delavcev predlagamo aktivno vključevanje in delovanje strokovnih združenj zdravstvenih delavcev na področju zmanjševanja kajenja in nudenja podpore pri opuščanju kajenja zdravstvenih delavcev. Strokovnim združenjem predlagamo, da na različnih srečanjih in dogodkih podpirajo kulturo nekajenja zaposlenih ter tako gradijo nekadilsko politiko v okviru vseh aktivnosti, ki jih izvajajo. Nenazadnje imajo pri ozaveščanju študentov o nevarnostih kajenja za zdravje pomembno vlogo tudi fakultete, visoke šole in srednje šole, ki izobražujejo bodoče zdravstvene delavce. Študente je treba seznanjati z nevarnostmi, tveganji in obvladovanjem tveganj, povezanih s kajenjem. Treba jih je spodbujati k aktivnemu vključevanju pri obeleževanju svetovnega dneva brez tobaka in boju proti kajenju.

Predlagamo tudi oblikovanje delovnih skupin s strokovnim osebjem, ki bi nudile oporo pri opuščanju kajenja tako zdravstvenim delavcem kot tudi študentom. Potrebne so nadaljnje raziskave, ali so zdravstvenim delavcem programi opuščanja kajenja dostopni in ali so učinkoviti. Zanimivo bi bilo raziskati, koliko zdravstvenih delavcev, ki izvajajo promocijo nekajenja ali pri njej sodelujejo, ima kadilski status, ter ali so kajenje pripravljeno opustiti.

Raziskava glavno pozornost namenja predvsem prevalenci kajenja zdravnikov in medicinskih sester, ki so najštevilčnejša poklicna skupina zdravstvenih delavcev, nekoliko manj je raziskav, ki vključujejo tudi ostale zdravstvene delavce, kar predstavlja omejitev raziskave. Pri naboru in pregledu literature smo ugotovili, da je veliko splošnih informacij o tobaku, malo pa o dejavnikih, ki so povezani z uporabo tobaka pri zdravstvenih delavcih. Dodatna omejitev je, da so bila v raziskavo vključena le gradiva, kjer je bilo dostopno celotno besedilo. Iz analize smo izločili vse zadetke, do katerih nismo imeli dostopa v celoti.

## Zaključek

Ugotovitve kažejo, da je razširjenost kajenja med zdravstvenimi delavci visoka. Uporaba tobaka je povezana s socialno-ekonomski dejavniki, starostjo, spolom, nižjo izobrazbo, nižjim dohodkom in delovnim okoljem. Raziskava je doprinesla tudi k ugotovitvi o odnosu zdravstvenih delavcev do promocije nekajenja. Zdravstveni delavci se zavedajo, da s svojim zgledom, zagovorništvom nekajenja in motivacijo lahko vplivajo na zmanjšano rabo tobaka. Dejstvo je, da pogosto oviro za učinkovito promocijo nekajenja predstavlja lastno kajenje zdravstvenih delavcev, zato menimo, da je treba okrepiti vsebine za pomoč zdravstvenim delavcem pri opuščanju kajenja, saj ima vsak posamezni zdravstveni delavec pomembno vlogo pri nadzoru nad tobakom.

Zavedati se moramo tudi, da zdravstveni delavci z ustreznim vedenjem vplivamo na strokovni ugled.

## Nasprotje interesov / Conflict of interest

Avtorica izjavlja, da ni nasprotja interesov. / The author declares that no conflicts of interest exist.

## Financiranje / Funding

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

## Etika raziskovanja / Ethical approval

Glede na izbrano metodologijo raziskovanja za izvedbo raziskave dovoljenje ali soglasje komisije za etiko ni bilo potrebno. / No approval by the Ethics Committee was necessary to conduct the study due to the selected research methodology.

## Prispevek avtorjev / Author contributions

Članek je nastal v okviru doktorskega študija na interdisciplinarnem študijskem programu Javno zdravje, smer Biomedicina, na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani, in sicer pod mentorstvom izr. prof. dr. Brigite Skele Savič, znan. svet., pri predmetu Na dokazih podprto delo v zdravstveni negi in zdravstvu. / The article was written as part of the interdisciplinary doctoral program Public Health - Biomedicine in the Faculty of Medicine of the University of Ljubljana, under the mentorship of Associate Professor Dr Brigita Skela Savič, Research Counsellor in the course subject Evidence-based practice in nursing and healthcare.

## Literatura

Abdullah, A.H., Stillman, F.A., Yang, L., Luo, H., Zhang, Z. & Samet, J.M., 2014. Tobacco use and smoking cessation practices among physicians in developing countries: a literature review (1987–2010). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11, pp. 429–455.

<https://doi.org/10.3390/ijerph110100429>

PMid:24380976 PMCID:PMC3924453

Baer, H.J., Glynn, R.J., Hu F.B., Hankinson, S.E., Willett, W.C., Colditz, G.A., et al., 2011. Risk factors for mortality in the nurses' health study: a competing risks analysis. *American Journal Of Epidemiology*, 173(3), pp. 319–329.

<https://doi.org/10.1093/aje/kwq368>

PMid:21135028; PMCID:PMC3105270

Berkelmans, A., Burton, D., Page, K. & Worrall-Carter, L., 2010. Registered Nurses' smoking behaviours and their attitudes to personal cessation. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), pp. 1580–1590.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05592.x>

PMid:21366668

Biraghi, E. & Tortorano, A.M., 2010. Tobacco smoking habits among nursing students and the influence of family and peer smoking behaviour. *The Journal of Advanced Nursing*, 66(1), pp. 33–39.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05135.x>

PMid:19968728

Borgan, S.M., Jassim, G., Marhoon, Z.A., Almuqamam, M.A., Ebrahim, M.A. & Soliman P.A., 2014. Prevalence of tobacco smoking among health-care physicians in Bahrain. *Public Health*, 14, pp. 931–936.

<https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-931>

Buscher, A., Sivertsen, B. & White, J., 2009. Nurses and midwives: a force for health. Geneva: World Health Organization, pp. 12–15.

Ferrante, M., Saulle, R., Ledda, C., Pappalardo, R., Fallico, R., La Torre, G., et al., 2013. Prevalence of smoking habits, attitudes, knowledge and beliefs among health professional school students: a cross-sectional study. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 49(2), pp. 143–149.

Fie, S., Norman, I.J. & While, A.E., 2013. The relationship between physicians' and nurses' personal physical activity habits and their health-promotion practice: a systematic review. *Health Education Journal*, 72, pp. 102–119.

<https://doi.org/10.1177/0017896911430763>

Gazdek, D. & Samardžić, S., 2013. Croatian smoke-free law and smoking habits among employees of health care facilities in Koprivnica-Križevci County. *Journal of Croatia Medicine*, 54, pp. 407–410.

<https://doi.org/10.3325/cmj.2013.54.407>

PMCID:PMC3760667

Hidalgo, K.D., Mielke, G.I., Parra, D.C., Lobelo, F., Simões, E.J., Gomes, G.O., et al., 2016. Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals. *BioMedCentral Public Health*, 16, pp. 11–14.

<https://doi.org/10.1186/s12889-016-3778-2>

PMid: 27776496; PMCID: PMC5078940

Jiménez-Ruiz, C.A., 2015. Prevalence of and attitudes towards smoking among Spanish Health professionals. *Respiration*, 90, pp. 474–480.

<https://doi.org/10.1159/000441306>

PMid:26484660

Koprivnikar, H., Zupanič, T., Pucelj, V. & Gabrijelčič Blenkuš, M., 2013. Razširjenost kajenja med medicinskimi sestrami, babicami in zdravstvenimi tehnikami v Sloveniji. *Zdravstveno varstvo*, 52, pp. 39–46.

<https://doi.org/10.2478/sjph-2013-0005>

Králiková, E., Felbrová, V., Kulovaná, S., Malá, K., Nohavová, E., Roubíčková, E., et al., 2016. Nurses' attitudes toward intervening with smokers: their knowledge, opinion and e-learning impact. *Central European Journal of Public Health*, 24(4), pp. 272–275.

<https://doi.org/10.21101/cejph.a4652>

PMid:28095281

Králiková, E. 2013. Smoking of health care professionals. In: E. Králiková, ed. Tobacco dependence: epidemiology, prevention and treatment. Breclav: Adamira, pp. 63–64.

- Lawrence, M., Foldes, S.S., Alesci, N.L., Bluhm, J.H., Bland, P.C., Davern, M.E., et al., 2008. The Impact of smoking-cessation intervention by multiple health professionals. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(1), pp. 54–60.  
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.09.019>  
PMid:18083451
- Lobelo, F., Duperly, J. & Frank, E., 2009. Physical activity habits of doctors and medical students influence their counselling practices. *British Journal of Sports Medicine*, 43, pp. 89–92.  
<https://doi.org/10.1136/bjism.2008.055426>  
PMid:19019898
- Malik, A.K., Chaudhry, A., Karamat, A., Arif, N., Cheema, M.A. & Rauf, A., 2010. Cigarette smoking and health care professionals at Mayo Hospital, Lahore, Pakistan. *Journal of Pakistan Medicine Association*, 60, pp. 509–512.  
PMid:20527661
- Merrill, R.M., Gagon, H., Harmon, T. & Milovic, I., 2010. The Importance of tobacco cessation training for nurses in Serbia. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(2), pp. 89–96.  
<https://doi.org/10.3928/00220124-20100126-05>  
PMid:20166649
- Movsisyan, N.K., Varduhi, P., Arusyak, H., Diana, P., Armen, M. & Frances, S.A., 2012. Smoking behavior, attitudes, and cessation counseling among healthcare professionals in Armenia. *BioMedCentral Public Health*, 12, art. ID 1028.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1028>  
PMid:PMC3533858
- Omotowo, I.B., Ndibuagu, E.O. & Ezeoke, U., 2016. Cigarette smoking and attitudes concerning its control among healthcare workers in Enugu, south-east, Nigeria. *Health*, 8, pp. 1049–1058.  
<https://doi.org/10.4236/health.2016.811108>
- Perdikaris, P., Kletsiou E., Gymnopoulou E. & Matziou V., 2010. The Relationship between workplace, job stress and nurses' tobacco use: a review of the literature. *The International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(5), pp. 2362–2375.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph7052362>  
PMid:20623029; PMid:PMC2898054
- Polit, D.F., Beck, T.C., 2008. *Nursing research: principles and methods*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott; Williams & Wilkins, pp. 3–167.
- Ravara, S.B., Calheiros, J.M., Aguiar, P. & Barata, L.T., 2011. Smoking behaviour predicts tobacco control attitudes in a high smoking prevalence hospital: a cross-sectional study in a Portuguese teaching hospital prior to the national smoking ban. *BioMedCentral Public Health*, 11, art. ID 720.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-720>
- Sarna, L.P., Bialous, S.A., Králiková, E., Kmetova, A., Felbrová, V., Kulovaná, S., 2015. Tobacco cessation practices and attitudes among nurses in the Czech Republic. *Journal of Cancer Nursing*, 38(6), pp. 22–29.  
<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000222>  
PMid:25730594
- Smith, D.R. & Leggat, P.A., 2007. An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974–2004. *BioMedCentral Public Health*, 7, pp. 115–201.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-115>
- Stergar E. & Lazar Urdih, T., 2011. *Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino, Slovenija 2011: znanstvena monografija*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, pp. 25–32.
- World Health Organization, 2008. *WHO report on the global tobacco epidemic 2008: the mpower package*. Geneva: World Health Organization, pp. 25–32.
- World Health Organization, 2013. *WHO report on the global tobacco epidemic 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*. Geneva: World Health Organization, pp. 59–61.
- Tong, E.K., Strouse, R., Hall, J., Kovac, M. & Schroeder, S.A., 2010. National survey of U.S. health professionals' smoking prevalence, cessation practices, and beliefs. *Nicotine Tobacc Resolution*, 12(7), pp. 724–733.  
<https://doi.org/10.1093/ntr/ntq071>  
PMid:20507899
- Warren, C.W., Sinha, D.N., Lee, J., Lea, V. & Jones, N.R., 2011. Tobacco use, exposure to secondhand smoke, and cessation counseling among medical students: cross-country data from the Global Health Professions Student Survey (GHPSS), 2005–2008. *BioMedCentral Public Health*, 11, pp. 72.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-72>
- Zafar, M., 2014. Prevalence of smoking and associated risk factors among medical professionals in hospitals of Karachi, Pakistan. *Internistic Journal of Medicine*, 5(4), pp. 457–462.  
PMid:24829733; PMid: PMC4018594
- Zinonos, S., Zachariadou, T., Zannetos, S., Panayiotou, A.G. & Georgiou, A., 2016. Smoking prevalence and associated risk factors among healthcare professionals in Nicosia general hospital, Cyprus: a cross-sectional study. *Tobacco Induced Diseases*, 14, pp. 14.
- Welch, V., Petticrew, M., Tugwell, P., Moher, D., O'Neill, J., Waters, E., et al., 2012. PRISMA-Equity 2012 Extension: reporting Guidelines for systematic reviews with a focus on health equity. *Public Library of Science Medicine*, 9(10), art. ID e1001333.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001333>

*Citirajte kot / Cite as:*

Pivač, S., 2018. Dejavniki, povezani z uporabo tobaka pri zdravstvenih delavcih: integrativni pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(2), pp. 108–117. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.2.188>

Pregledni znanstveni članek / Review article

## Farmakološka in nefarmakološka terapija za zdravljenje primarne dismenoreje: sistematični pregled literature

Pharmacological and non-pharmacological therapy for the treatment of primary dysmenorrhea: a systematic review of literature

Aleksandra Kavšak, Liridon Avdylaj

**Ključne besede:** boleča menstruacija; zmanjšanje bolečine; kombinirana terapija

**Key words:** painful menstruation; pain reduction; combined therapy

Aleksandra Kavšak, dipl. m. s.;  
Ortopedska bolnišnica  
Valdoltra, Jadranska cesta 31,  
6280 Ankaran, Slovenija

*Kontaktni e-naslov /  
Correspondence e-mail:*  
aleksandra.kavsak.13@gmail.com

Liridon Avdylaj, dipl. zn.;  
Splošna bolnišnica Izola,  
Polje 40, 6310 Izola, Slovenija

### IZVLEČEK

**Uvod:** V prispevku smo na podlagi sistematičnega pregleda literature identificirali različne oblike farmakološkega in nefarmakološkega zdravljenja, ki lahko ženskam s primarno dismenorejo pomagajo zmanjšati intenziteto bolečine. Namen raziskave je bil namreč ugotoviti oblike farmakološke in nefarmakološke terapije za zmanjšanje bolečine pri primarni dismenoreji.

**Metode:** Za iskanje literature so bile uporabljene podatkovne baze: CINAHL, Medline, ScienceDirect in Cochrane Library. Uporabljeni so bili naslednji iskalni pojmi: primarna dismenoreja, menstrualna bolečina, farmakološko zdravljenje, nefarmakološko zdravljenje; v angleškem jeziku: *primary dysmenorrhea, menstrual pain, pharmacological intervention, non-pharmacological intervention*. Iskanje je bilo omejeno na znanstvene revije, recenzirane publikacije, dostopne v celotnem besedilu, besedila, objavljena v angleškem jeziku v obdobju 2007–2017. Skupaj je bilo identificiranih 571 zadetkov, v končno analizo je bilo vključenih 13 raziskav, ki so ustrezale namenu raziskave.

**Rezultati:** Analiziranih je bilo 13 raziskav, od tega pet farmakoloških in osem nefarmakoloških oblik zdravljenja. Rezultati raziskave so pokazali, da nesteroidna protivnetna zdravila ponujajo precejšnje zmanjšanje bolečine pri večini žensk s primarno dismenorejo. Ugotovitve kažejo, da vse oblike nefarmakološkega zdravljenja niso priporočljive in pri pacientkah s primarno dismenorejo ne pomagajo zmanjšati intenzitete bolečine.

**Diskusija in zaključek:** Rezultati sistematičnega pregleda literature kažejo, da farmakološko zdravljenje učinkoviteje zmanjšuje intenziteto bolečine, saj se učinek delovanja zdravila izkaže v eni uri po zaužitju, vendar povzroča nekatere stranske učinke.

### ABSTRACT

**Introduction:** The article is based on a systematic review of the literature and identifies the different forms of pharmacological and non-pharmacological treatments which can help women with primary dysmenorrhea to reduce pain intensities. The aim of the study was to determine the forms of pharmacological and non-pharmacological therapy for the reduction of pain in primary dysmenorrhea through literature review.

**Methods:** The databases that were searched included CINAHL, Medline, ScienceDirect and Cochrane Library. The following search terms were used: primary dysmenorrhea, menstrual pain, pharmacological intervention and non-pharmacological intervention. The search was limited to full text available in English language, published between 2007 and 2017 peer reviewed publications. The search yielded 571 results, but the final review included 13 studies.

**Results:** 13 studies were reviewed, 5 of which were about pharmacological treatments and 8 of non-pharmacological treatments. The results of the systematic review showed that non-steroidal anti-inflammatory drugs offer a significant reduction of pain in most women with primary dysmenorrhea. Findings suggest that all forms of non-pharmacological treatment are not recommended and do not help to reduce pain intensity in patients with primary dysmenorrhea.

**Discussion and conclusion:** The results of a systematic review of literature have shown that pharmacological treatment is more effective in reducing pain intensity as the drug takes effect within one hour after taking it, but causes some side effects.



## Uvod

Beseda *dysmenorrhea* pomeni boleča menstruacija. Spada med najpogostejše ginekološke težave, ki prizadenejo več kot polovico žensk v rodni dobi. Deli se v dve podskupini: primarna in sekundarna dismenoreja (Zhu, et al., 2009). Primarna dismenoreja ni opredeljena kot patološko stanje, vendar pri ženskah povzroča veliko ginekoloških težav in vpliva na kakovost njihovega življenja (Topalović, 2010). Pri pacientkah s primarno dismenorejo se bolečina pojavi v spodnjem delu trebuha ob začetku menstrualnega cikla in traja od 24 do 72 ur. Krče spremljajo slabost, bruhanje, driska, glavobol, utrujenost, bolečine v hrbtu, omotica, lahko se poslabša tudi kakovost življenja ali pa bolečina negativno vpliva na razpoloženje (Tu, et al., 2009; Li, et al., 2012). Različne raziskave so pokazale, da obstajajo številni rizični faktorji, ki so povezani z večjo možnostjo za pojav primarne dismenoreje. Med najpogostejše rizične faktorje spadajo: starost ob prvi menstruaciji (menarha), prenizek ali previsok indeks telesne mase, obilnost menstruacije, trajanje menstruacije, frekvenca menstruacijskega ciklusa, uporaba kontracepcijskih tablet, družinska anamneza o dismenoreji, kajenje, stopnja izobrazbe, zakonski status, psihološka nestabilnost in somatizacije (Unsal, et al., 2010; Potur, et al., 2014).

Vzroki primarne dismenoreje so zapleteni, dokazano pa je, da k motnjam in posledični bolečini prispevajo prostaglandini, ki so v mišicah in sluznici maternice kot odgovor na povečan tlak znotraj maternice. Tlak naraste na visoko raven v obdobju, ko ženska še ni rodila. Prostaglandini pa se povečajo tudi, ko so hormoni v ravnovesju. Do neravnovesja pride, kadar se raven estrogena poveča in je raven progesterona prenizka za raven estrogena (Li, et al., 2012). Primarna dismenoreja se praviloma pojavi pri mladih ženskah v adolescenci, njena moč pa se z leti zmanjša (Aktaş, 2015). Zaradi pogostosti dismenoreje pri ženskah in intimnosti teme velik odstotek žensk s tovrstno težavo ne poišče strokovne medicinske pomoči, čeprav so simptomi zelo izraženi. Posledično simptomi dismenoreje negativno vplivajo na vsakdanje življenje, saj poslabšajo fizično, psihosocialno in duševno zdravje (Unsal, et al., 2010; Potur, et al., 2014). Kannan in sodelavci (2015) so ugotovili, da zaradi primarne dismenoreje ženske pogosto izostanejo od službenih ali šolskih obveznosti, kar predstavlja ekonomski, socialni in zdravstveni strošek za državo.

Za zdravljenje primarne dismenoreje obstajajo različne oblike terapije, tako farmakološke kot nefarmakološke, ki omilijo njene simptome. Ženske z dismenorejo se jih poslužijo posamično ali kombinirano. Ogunnaike in sodelavci (2016) so ugotovili, da mlajše ženske pogosteje uporabljajo farmakološke, starejše ženske pa nefarmakološke oblike zdravljenja ali kombinirane terapije. Abaraogu in Tabanasi-Ochuogu (2015) navajata, da določene

oblike farmakološke terapije povzročajo stranske učinke, kot so slabost, siljenje na bruhanje, bruhanje, nekatere vrste nefarmakološke terapije pa niso dovolj raziskane oz. niso uradno priznane za zdravljenje primarne dismenoreje.

## Namen in cilji

Namen raziskave je bil identificirati oblike farmakološke in nefarmakološke terapije za zmanjšanje bolečine pri primarni dismenoreji. Cilj raziskave je bil preko sistematičnega pregleda literature odgovoriti na zastavljeno raziskovalno vprašanje:

– Katere oblike farmakološke in nefarmakološke terapije učinkovito pomagajo zmanjševati bolečino pri primarni dismenoreji?

## Metode

### Metoda pregleda

Aprila 2017 smo opravili sistematični pregled literature. Literaturo smo iskali v bazah podatkov: CINAHL, Medline, ScienceDirect in Cochrane Library. Za iskanje zelenih rezultatov smo uporabili naslednje iskalne pojme v angleškem jeziku: *primary dysmenorrhea, menstrual pain, pharmacological intervention, non-pharmacological intervention* in si pomagali z Boolovimi operaterji AND (IN) in OR (ALI) v različnih iskalnih kombinacijah. V vseh bazah podatkov smo med možnostmi omejitve izbrali: znanstvene revije, recenzirane publikacije, dostopne v celotnem besedilu, besedila, objavljena v angleškem jeziku v obdobju 2007–2017. Izključili smo zadetke, ki so govorili o zdravljenju sekundarne dismenoreje, raziskave, ki niso bile izvedene na ljudeh, raziskave, ki niso napisane v angleškem jeziku, raziskave z navedbo materialnih konfliktov interesa avtorjev ter tiste, pri katerih nismo imeli brezplačnega dostopa do celotnega vira. V končni fazi smo izbrane prispevke kritično ovrednotili z orodjem CASP (Critical Appraisal Skills Programme): CASP Systematic Reviews Checklist, CASP Randomised Controlled Trials Checklist, CASP Cohort Studies Checklist, CASP Case Control Studies Checklist, CASP Qualitative Studies Checklist (CASP, 2014).

### Rezultati pregleda

Število zadetkov po iskalnih pojmih in brez omejitev je bilo 11.079. Po uporabi omejitev se je zmanjšalo na 571. Po izključitvi podvojenih virov in pregledu naslovov člankov smo izključili 386 zadetkov; na osnovi pregleda izvlečkov pa še dodatnih 110 zadetkov. Začetna merila za vključitev v raziskavo je izpolnjevalo 75 zadetkov. Po nadaljnji analizi člankov smo zaradi različnih vzrokov izključili dodatnih 62 zadetkov: 16 raziskav, ker niso bile izvedene na ljudeh; 27 raziskav po ocenitvi s CASP-orodjem zaradi slabe

kakovosti; 11 raziskav zaradi konflikta interesov avtorjev prispevkov; 9 raziskav zaradi slabo opisane metodologije. V sistematični pregled literature smo vključili 13 člankov (7 – sistematični pregled literature; 4 – randomizirana kontrolna študija; 1 – študija iz kliničnih preizkušenj; 1 – prospektivna, odprta, nerandomizirana študija) v angleškem jeziku, ki so ustrezali namenu naše raziskave.

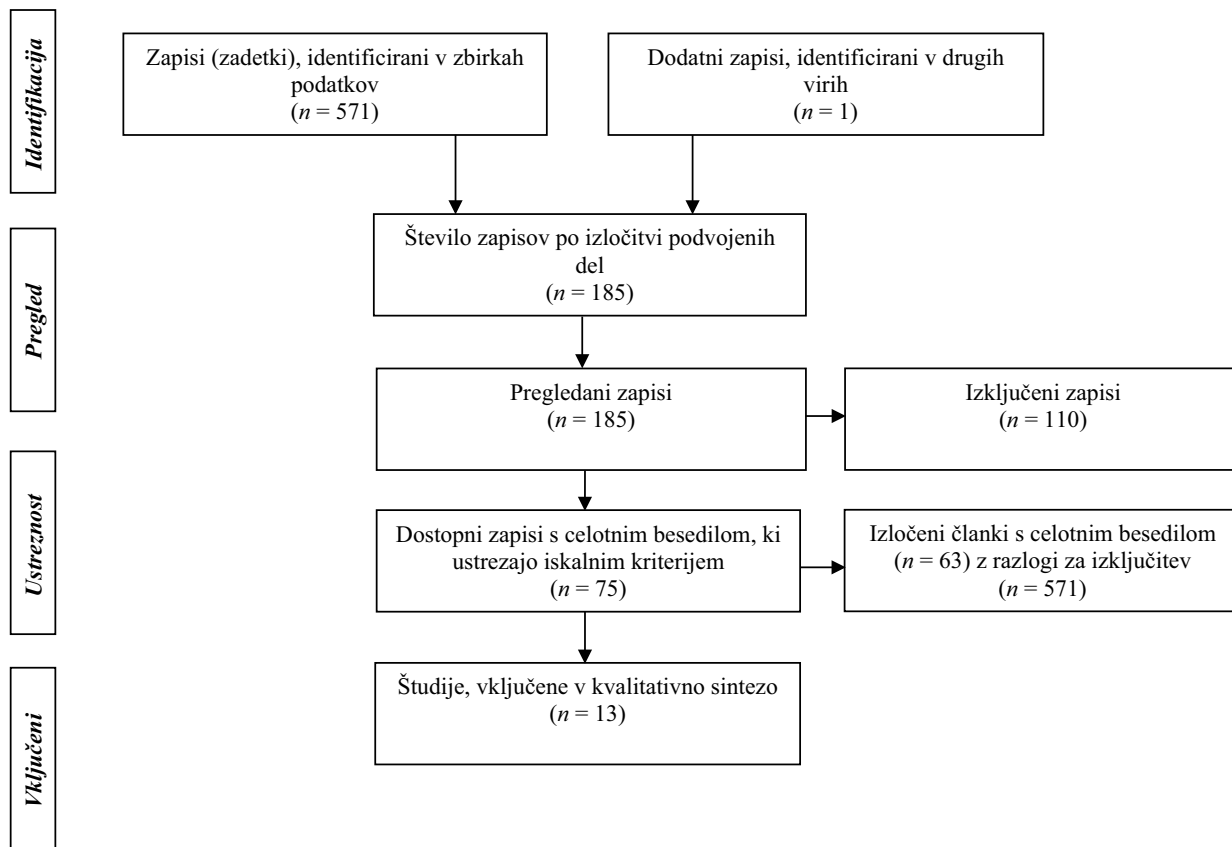
### Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Izbor literature je temeljil na dostopnosti, vsebinski ustreznosti in aktualnosti. Vključene raziskave smo glede na moč dokazov in kakovost študij s pomočjo CASP-oročja večinoma ocenili kot dobre, nekatere tudi kot odlične. Izbrane prispevke smo po pregledu sistematično razvrstili v dve tabeli (Tabela 1 in Tabela 2). Sinteza rezultatov je bila narejena s pomočjo tematske analize. Uporabili smo kvalitativna analitična orodja in identificirali kategorije na ravni lastnosti in medsebojnih povezav. Sledilo je selektivno kodiranje v zvezi z določeno kategorijo in nato združevanje po lastnostih v posamezne kategorije. Za metasintezo smo upoštevali mednarodni standard za

potek in prikaz rezultatov pregleda literature PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Grimshaw, et al., 2006; Moher, et. al., 2009). Raziskava je potekala po naslednjih fazah: identifikacija teme, zbiranje in temeljni pregled literature, vrednotenje ustreznosti in izločitev, izbor ustreznih prispevkov, klasificiranje prispevkov in raziskovalni dizajn (Slika 1), identifikacija kategorij glede na značilnosti in medsebojne povezave, kodiranje, zbiranje relevantnih podatkov (kod), združitev podatkov v pripadajoče kategorije in vsebinski povzetek analize v celoto. Identificirali smo 22 kod, ki smo jih glede na tematiko združili v dve vsebinski kategoriji: farmakološko zdravljenje primarne dismenoreje in nefarmakološko zdravljenje primarne dismenoreje (Tabela 3).

### Rezultati

V nadaljevanju so predstavljeni osrednji rezultati raziskav. Tabela 1 prikazuje farmakološke intervencije pri lajšanju bolečin primarne dismenoreje. Tabela 2 prikazuje nefarmakološke intervencije pri lajšanju bolečin primarne dismenoreje.



**Slika 1:** Diagram poteka raziskave (PRISMA)  
**Figure 1:** Research process flowchart (PRISMA)

**Tabela 1:** Farmakološke intervencije pri lajšanju bolečin primarne dismenoreje (prikaz rezultatov)  
**Table 1:** Pharmacological interventions in the relief of primary dysmenorrhea pain (presentation of results)

<i>Avtor, leto, država / Author, year, country</i>	<i>Tipologija raziskave / Research typology</i>	<i>Cilj raziskave / Research objective</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Temeljne ugotovitve / Key findings</i>
Zahradnik, et al., 2010 Nemčija	Sistematični pregled literature.	Zagotoviti pregled uporabe nesteroidnih protivnetnih zdravil in hormonske kontracepcije pri zdravljenju primarne dismenoreje.	Analiza 18 raziskav iz baze podatkov PubMed (dvanajst kontrolnih randomiziranih študij, šest opazovalnih oz. prospektivnih) s skupno 6.506 preiskovankami.	Pri ženskah s primarno dismenorejo brez želje po oralni kontracepciji se kot terapija prve izbire za lajšanje bolečine podpira uporaba nesteroidnih protivnetnih zdravil. Pri ženskah, ki želijo oralno kontracepcijo, so prednostna terapija za lajšanje bolečin primarne dismenoreje kombinirani preoralni kontraceptivi.
Daniels, et al., 2009 Velika Britanija	Randomizirana kontrolna študija.	Pri ženskah s primarno dismenorejo oceniti učinkovitost in prenašanje zdravila Celecoxib (NSAID-nesteroidna protivnetna zdravila).	303 ženske (18–44 let) s primarno dismenorejo so bile naključno razdeljene v dve skupini. Prva skupina je prejela Celecoxib (400 mg), nato čez dvanajst ur Celecoxib (200 mg) in nato drugi in tretji dan še Celecoxib (200 mg) na dvanajst ur. Druga skupina je prejela Naproxen sodium (550 mg), nato čez 12 ur Naproxen sodium (550 mg), drugi in tretji dan Naproxen sodium (550 mg). Namesto zdravil so lahko prejele placebo zdravilo, česar niso vedele.	Pri ženskah, vključenih v raziskavo, se je Celecoxib (400 mg) izkazal kot učinkovito zdravilo pri lajšanju bolečin primarne dismenoreje. Po uporabi Celecoxiba ali Naproxen sodiuma so se v primerjavi s placebo zdravilom menstrualne bolečine zmanjšale v eni uri po zaužitju zdravila.
Ghods & Asltoghiri, 2014 Iran	Študija iz kliničnih preizkušanj.	Oceniti učinkovitost kapsul Fennel (30 mg) ob simptomih primarne dismenoreje in glede na trajanje menstruacije.	80 študentk je bilo naključno razdeljenih v dve skupini: intervencijsko ( $n = 40$ ) in kontrolno ( $n = 40$ ). Intervencijska skupina je tri mesece prejela vsake štiri ure eno kapsulo Fennel (30 mg) od tretjega dneva pred menstruacijo do petega dneva po njej. Kontrolna skupina ni prejela nobenih zdravil.	Fennel (30 mg) kapsule skrajšajo menstruacijo že po trimesečni uporabi. Prav tako so dokazali bistveno razliko glede kakovosti življenja in dobrega počutja v primerjavi z obdobjem pred uporabo kapsul.
Patel, et al., 2015 Indija	Kontrolna randomizirana študija.	Oceniti učinkovitost in varnost zdravila Lornoxicam (NSAID) pri lajšanju zmerne do hude bolečine zaradi primarne dismenoreje.	157 žensk (18–40 let) s primarno dismenorejo so naključno razporedili v dve skupini. Prva skupina je dvakrat na dan prejela Lornoxicam (8 mg), druga pa Ibuprofen (400 mg), največ tri dni v dveh zaporednih menstrualnih ciklih. Učinkovitost analgetika so primerjali s skupinami glede na intenzivnost bolečine.	Bistvene razlike med uporabo Lornoxicama (8 mg) in Ibuprofena (400 mg) ni bilo, saj oba učinkovito zdravita neželene bolečine primarne dismenoreje. Tudi pogostost neželenega učinka je bila podobna v obeh skupinah. Pri Lornoxicamu (8 mg) so zabeležili tri primere slabosti in dva primera gastrointestinalne motnje, pri Ibuprofenu (400 mg) pa en primer slabosti, dva primera gastrointestinalne motnje in dva primera zgage. Novo terapevtsko zdravilo Lornoxicam (8 mg) je torej za zdravljenje primarne dismenoreje primerno.

<i>Avtor, leto, država / Author, year, country</i>	<i>Tipologija raziskave / Research typology</i>	<i>Cilj raziskave / Research objective</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Temeljne ugotovitve / Key findings</i>
Al-Jefout & Nawaiseh, 2016 Jordanija	Prospektivna, odprta, nerandomizirana študija.	Pri zdravljenju primarne dismenoreje pri mlajših ženskah oceniti učinkovitost neprekinjene uporabe zdravila Norethisterone acetate (NET-A; 5 mg) v primerjavi s ciklično kombinirano peroralno kontracepcijo (KOK), ki je sestavljena iz Drospirenone (3 mg)/Ethinyl estradiol (20 mg).	V študijo je bilo vključenih 38 jordanskih pacientk: 20 pacientk v skupino N in 18 pacientk v skupino P. Izvajali so neprekinjeno šestmesečno zdravljenje z NET-A (5 mg) dnevno ali ciklično KOK (20 mg). Učinkovitost zdravil so med seboj primerjali z uporabo VAS-lestvic bolečine.	Zdravilo Norethisterone (5 mg) in ciklično kombinirana peroralna kontracepcija KOK (Drospirenone (3 mg)/Ethinyl (20 mg)) sta se pri preprečevanju oz. lajšanju bolečin primarne dismenoreje izkazala podobno. Ugotovili so, da so bili stroški zdravljenja v skupini N precej manjši kot v skupini P. Zato so zaključili, da je zdravljenje z NET-A (5 mg) učinkovita in poceni možnost za zdravljenje primarne dismenoreje ter enako učinkovita kot zdravljenje s KOK.

*Legenda / Legend: n – število / number; mg – miligram / milligram*

**Tabela 2: Nefarmakološke intervencije pri lajšanju bolečin primarne dismenoreje (prikaz rezultatov)**

**Table 2: Non-pharmacological interventions in the relief of primary dysmenorrhea pain (presentation of results)**

<i>Avtor, leto, država / Author, year, country</i>	<i>Tipologija raziskave, / Research typology</i>	<i>Cilj raziskave / Research objective</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Temeljne ugotovitve / Key findings</i>
Lee, et al., 2016 Republika Koreja	Sistematični pregled literature randomiziranih študij.	Ugotoviti učinkovitost izdelkov kitajske tradicionalne medicine – herbalne medicine (Shaofu Zhuyu prevretek) pri zmanjšanju bolečine pri ženskah s primarno dismenorejo.	Analiza devetih randomiziranih kontrolnih študij s skupno 1.077 preiskovankami.	Shaofu Zhuyu prevretek je pri zmanjšanju bolečine pri ženskah s primarno dismenorejo v primerjavi z drugimi konvencionalnimi zdravili učinkovitejši. Raven dokazov je nizka zaradi visokega tveganja, da so avtorji pristranski. Zato so nujne nove klinične raziskave.
Igwea, et al., 2016 Nigerija	Sistematični pregled literature.	Pri ženskah s primarno dismenorejo ugotoviti vpliv TENS-terapije in terapije s toploto na zmanjšanje bolečine in izboljšanje kakovosti življenja.	Analiza 46 raziskav iz različnih baz podatkov. V študijo je vključenih devet raziskav (pet randomiziranih kontrolnih študij, dve kvalitativni randomizirani kontrolni študiji, dva Pre-test – Po-test) s skupno 432 preiskovankami.	TENS-terapija in terapija s toploto sta pacientkam s primarno dismenorejo zmanjšali bolečino, niso pa dokazali, da sta izboljšali tudi kakovost življenja. Za bolj zanesljive in nepristranske dokaze so potrebne nadaljnje, bolj kakovostne raziskave.
Abaraogu, et al., 2016 Nigerija	Sistematični pregled literature z metaanalizo.	Ugotoviti, ali akupresura SP6 (Sanyinjao) zmanjša simptome pri primarni dismenoreji in kakšna je izkušnja preiskovank po obravnavi s to metodo.	Analiza šestih raziskav (pet randomiziranih kontrolnih študij in en Pre-test – post-test) s skupno 461 preiskovankami.	Ugotovili so, da akupunktura SP6, izvajana s strani usposobljenega kadra, pri ženskah s primarno dismenorejo lahko zmanjša intenziteto bolečine. Potrebne so nadaljnje, bolj kakovostne raziskave.

*Se nadaljuje / Continues*

<i>Avtor, leto, država / Author, year, country</i>	<i>Tipologija raziskave, / Research typology</i>	<i>Cilj raziskave / Research objective</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Temeljne ugotovitve / Key findings</i>
Sut & Kahyaoglu-Sut, 2017 Turčija	Sistematični pregled z metaanalizo.	Pri pacientkah s primarno dismenorejo ugotoviti učinek aromaterapije z eteričnim oljem na bolečino.	Analiza 53 randomiziranih kontrolnih študij iz različnih baz podatkov. V končno analizo je bilo vključenih šest randomiziranih kontrolnih študij s skupno 362 preiskovankami.	Ugotovila sta, da pri ženskah s primarno dismenorejo masaža trebuha z eteričnim oljem zmanjša bolečino, zato se lahko uporablja kot dopolnilna terapija.
Abaraogu & Tabanasi-Ochuogu, 2015 Nigerija	Sistematični pregled literature z metaanalizo.	Pri ženskah s primarno dismenorejo ugotoviti učinek akupresure na zmanjšanje bolečine in akupunkturo na izboljšanje kakovosti življenja.	Analiza osmih randomiziranih kontrolnih študij s skupno 1.221 preiskovankami.	Ugotovila sta, da pri ženskah s primarno dismenorejo akupresura zmanjša bolečino, akupunktura pa izboljša tako duševno kot fizično sestavino kakovosti življenja. Zaradi metodoloških pomanjkljivosti so potrebne nadaljnje, bolj kakovostne raziskave.
Kannan & Claydon, 2014 Velika Britanija	Sistematični pregled literature.	Pri ženskah s primarno dismenorejo ugotoviti učinek različnih fizioterapevtskih intervencij (akupunkturo in akupresure; manualne terapije – vključno s spinalno terapijo; TENS-terapije; terapevtske vaje) na bolečine in kakovost življenja.	Analiza enajstih randomiziranih kontrolnih študij s skupno 720 preiskovankami.	Ugotovila sta, da so vse vrste fizioterapevtskih intervencij – razen spinalne terapije – zmanjšale bolečine.
Kashefi, et al., 2014 Iran	Randomizirana kontrolirana študija, dva meseca.	Primerjava učinka kapsul ingverja, cinkovega sulfata na bolečino pri mladih ženskah s primarno dismenorejo.	150 dijakinj (15–18 let) s simptomi primarne dismenoreje je bilo naključno razdeljenih v tri skupine: prva skupina je uživala kapsule ingverja, druga kapsule cinkovega sulfata in tretja placebo zdravilo. Vse preiskovanke so uživale določene kapsule štiri dni: dan pred menstruacijo, na dan menstruacije in potem še prvi in drugi dan menstruacije.	Ugotovili so, da je bila v primerjavi z ženskami, ki so uživale placebo zdravilo, intenziteta bolečine nižja v prvi in drugi skupini.
Ortiz, et al., 2015 Mehika	Randomizirana kontrolirana raziskava, tri mesece.	Pri ženskah s primarno dismenorejo ugotoviti učinkovitost programa fizioterapije.	192 žensk s primarno dismenorejo je bilo naključno razdeljenih v dve skupini: prva skupina je izvajala vaje (splošno raztezanje, specifično raztezanje mišic okoli medenice, tek, Keglove vaje, sproščanje), druga skupina vaj ni izvajala.	Intenziteta bolečine je bila nižja v interventni skupini, ki je izvajala fizioterapevtski program.

*Legenda / Legend: TENS – transkutana električna stimulacija živcev / transcutaneous electrical nerve stimulation; SP6 – akupresurna točka / acupressure point*

**Tabela 3: Razporeditev kod po kategorijah****Table 3: Codes by categories**

Kode / Codes (n = 22)	Avtorji / Authors
Kategorija 1: farmakološko zdravljenje primarne dismenoreje oralna kontracepcija – nesteroidna protivnetna zdravila – placebo zdravilo – kapsule – terapevtsko zdravilo – učinkovitost zdravil – zdravilo prve izbire – zdravilo druge izbire	Daniels, et al., 2009; Zahradnik, et al., 2010; Ghodsi & Asltoghiri, 2014; Patel, et al., 2015; Al-Jefout & Nawaiseh, 2016
Kategorija 2: nefarmakološko zdravljenje primarne dismenoreje fizioterapija – terapija s toploto – TENS-terapija – joga – Keglove vaje – tek – vaje sproščanja – splošno raztezanje – kapsule ingverja – kapsule cinkovega sulfata – tradicionalna kitajska medicina – akupunktura – akupresura – aromaterapija	Kannan & Claydon, 2014; Kashefi, et al., 2014; Abaraogu & Tabanasi-Ochuogu, 2015; Ortiz, et al., 2015; Lee, et al., 2016; Igwea, et al., 2016; Abaraogu, et al., 2016; Sut & Kahyaoglu-Sut, 2017

Legenda / Legend: TENS – transkutana električna stimulacija živcev / *transcutaneous electrical nerve stimulation*

## Diskusija

Večina pregledanih študij v raziskavi vključuje randomizirane kontrolne študije (angl. *randomized controlled trial*) populacije, ki omogočajo metaanalizo podatkov iz različnih virov. Mnoge od teh študij se omejuje na ženske, starejše od šestnajst let. To starostno mejo ponavadi določijo zaradi pravnih in etičnih razlogov. Primarna dismenoreja sicer povzroča veliko nelagodja in predstavlja precejšen problem pri ženskah v času prve menstruacije (menarhe) – torej pri mladih dekletih, starih enajst let in več. Primarna dismenoreja običajno traja tri dni, zato morajo dekleta s hudo in redno primarno dismenorejo nesteroidna protivnetna zdravila jemati več kot štiri menstruacijske dni (Zahradnik, et al., 2010).

Vsi analizirani članki (Daniels, et al., 2009; Zahradnik, et al., 2010; Ghodsi & Asltoghiri, 2014; Patel, et al., 2015; Al-Jefout & Nawaiseh, 2016) opisujejo pozitivne učinke farmakološkega zdravljenja primarne dismenoreje. Daniels in sodelavci (2009), Zahradnik in sodelavci (2010), Patel in sodelavci (2015) ter Al-Jefout in Nawaiseh (2016) so v svojih raziskavah proučevali učinkovitost zdravljenja primarne dismenoreje z nesteroidnimi protivnetnimi zdravili (NSAID). Ker ponujajo precejšnje zmanjšanje bolečine pri večini žensk, avtorji izvedenih raziskav (Zahradnik, et al., 2010; Patel, et al., 2015) podpirajo njihovo uporabo kot prvo izbiro za lajšanje bolečih menstruacij. Dolžina zdravljenja, ki dosega izboljšanje simptomov primarne dismenoreje, je pri nesteroidnih protivnetnih zdravilih krajša kot pri hormonskem zdravljenju (Zahradnik, et al., 2010).

Ženskam, ki ne želijo zanositi in podpirajo hormonsko kontracepcijo, priporočajo zdravljenje z njo, saj redno jemanje učinkovito in dolgoročno odpravlja simptome primarne dismenoreje. Oralna kontracepcijska sredstva so običajno zdravilo druge izbire pri zdravljenju simptomov primarne dismenoreje (Daniels, et al., 2009). Avtorji nekaterih raziskav (Daniels, et al., 2009; Zahradnik, et al., 2010; Patel, et al., 2015) svetujejo jemanje peroralne kontracepcije ženskam, ki se ne odzivajo na zdravljenje z

nesteroidnimi protivnetnimi zdravili ali so zanje kontraindicirane, saj so ugotovili, da učinkovito zmanjšajo simptome boleče menstruacije.

Ghodsi in Asltoghiri (2014) sta v svoji študiji ocenjevala učinkovitost kapsul Fennel (30 mg) ob simptomih primarne dismenoreje glede na trajanje menstruacije. Ugotovila sta, da so se kapsule Fennel (30 mg) izkazale zelo dobro, saj je večina uporabnic opisala izboljšanje simptomov že drugi dan menstruacije. Po več mesecih uporabe se je bolečina zmanjšala pri vseh uporabnicah. Zmanjšali so se tudi neprijetni simptomi, ki jih seboj prinaša menstruacija: utrujenost, slabost, siljenje na bruhanje, bolečine v medenici (Ghodsi & Asltoghiri, 2014).

Določene oblike farmakološkega zdravljenja so bile povezane tudi s stranskimi učinki zdravil, kot so: siljenje na bruhanje, bruhanje, glavobol, driska, vrtoglavica, utrujenost, migrena in podobno (Daniels, et al., 2009). Ker dismenoreja vpliva tudi na kakovost življenja, je zelo pomembno, da ženske poznajo in izberejo zdravila, ki učinkovito lajšajo simptome boleče menstruacije, ter tako zmanjšajo izostanek od vsakodnevnih obveznosti (Al-Jefout & Nawaiseh, 2016).

Glede na pregled literature, ki se nanaša na oblike nefarmakološkega zdravljenja primarne dismenoreje, ugotovljamo, da vse oblike tovrstnega zdravljenja niso priporočljive in dejansko ne pomagajo zmanjševati intenzitete bolečine. Igwea in sodelavci (2016), Kannan in Claydon (2014) ter Ortiz in sodelavci (2015) so v svojih raziskavah preučevali vpliv fizioterapije, TENS-terapije in terapije s toploto na zmanjšanje bolečine pri ženskah s primarno dismenorejo. Ortiz in sodelavci (2015) so ugotovili, da so preiskovanke, ki so redno izvajale vaje, kot so splošno raztezanje, raztezanje v določenih odsekih, Keglove vaje, tek in vaje sproščanja, poročale o zmanjšani intenziteti bolečine ob menstruaciji po VAS-lestevici. Prav tako sta Kannan in Claydon (2014) ugotovila, da določene vrste fizioterapije, kot so TENS-terapija, terapija s toploto in joga, zmanjšajo bolečino. Tudi Igwea in sodelavci (2016) so ugotovili, da terapija s toploto vpliva na zmanjšanje intenzitete bolečine. Smernice (Antao, 2005) priporočajo terapijo s toploto, ki se lahko kombinira s farmakološko obliko (tabletami Ibuprofen).

Kashefi in sodelavci (2013) so ugotovili, da kapsule ingverja in cinkovega sulfata učinkovito zmanjšujejo bolečino pri primarni dismenoreji. Tudi Daily in sodelavci (2015) navajajo, da so šumeče ingverjeve tablete pomagale zmanjšati bolečino, ki so jo ocenili z vizualno analogno lestvico bolečine. Bolečino učinkovito zmanjšujejo tudi različni izdelki tradicionalne kitajske medicine – herbalne medicine (Shaofu Zhuyu prevretek). Zmanjšanje bolečine pri primarni dismenoreji s pomočjo akupunkture in akupresure podprejo različne raziskave (Kannan & Claydon, 2014; Abaraogu & Tabanasi-Ochuogu, 2015; Abaraogu, et al., 2016), vendar moramo biti zaradi pristranskosti raziskav pri predpisovanju zgoraj omenjene terapije pazljivi. Raziskave (Davari, et al., 2014; Uysal, 2016; Sut & Kahyaoglu-Sut, 2017) so tudi pokazale, da lahko bolečino pri pacientkah s primarno dismenorejo zmanjšajo različne vrste aromaterapije.

Dismenoreja je topa, stiskajoča ali krčevita bolečina, ki se pojavlja v spodnjem delu trebuha, običajno tik pred menstrualno krvavitvijo ali ob njej. Pomembno je, da ženske z bolečo menstruacijo obiščejo zdravnika, ki potrdi diagnozo primarne dismenoreje. Menstrualne bolečine lahko pomagajo premagovati tudi različne dejavnosti, ki zmanjšujejo stres, kot so masaža, joga, sproščanje. Velikokrat izboljšajo počutje in zmanjšajo menstrualne bolečine tudi gibanje, ki poveča pretok krvi, počitek ali vroča kopel.

## Zaključek

Dismenoreja je zelo pogosta težava, ki mladim ženskam zniža kakovost življenja. Zaradi pogostega izostanka od vsakodnevnih službenih in šolskih obveznosti predstavlja ekonomski, socialni in zdravstveni strošek za državo. V članku smo na podlagi sistematičnega pregleda literature z opisanega področja opisali različne oblike farmakološkega in nefarmakološkega zdravljenja, ki lahko ženskam s primarno dismenorejo pomagajo zmanjšati intenziteto bolečine. Pomembno je, da se poslužijo nekaterih oblik nefarmakološkega zdravljenja (npr. TENS-terapije, joga). Če te ne pomagajo, jih po naročilu zdravnika lahko kombinirajo s farmakološko obliko. Po sistematičnem pregledu literature lahko zaključimo, da je farmakološko zdravljenje učinkovitejše pri zmanjševanju intenzitete bolečine, saj zdravilo učinkuje v eni uri po zaužitju, vendar povzroča nekatere stranske učinke. Ob oblikovanju smernic za zdravljenje primarne dismenoreje priporočamo nadaljnje raziskave predvsem nefarmakološke terapije, ki je premalo raziskana, čeprav je ženskam prijaznejša kot farmakološka zdravljenje.

## 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

Glede na izbrano metodologijo raziskovanja za izvedbo raziskave dovoljenje ali soglasje komisije za etiko ni bilo potrebno. / No approval by the Ethics Committee was necessary to conduct the study due to the selected research methodology.

## Prispevek avtorjev / Author contributions

Avtorja sta skupaj zasnovala idejo o raziskavi in raziskovalni metodologiji. Prva avtorica je oblikovala uvodni del prispevka in rezultate pripravila za obdelavo. Metodologijo, diskusijo in zaključek sta oba avtorja oblikovala skupaj. / The author and the co-author jointly conceived the idea of the research and the research methodology. The first author created the introductory part of the paper and produced the results for the processing. The methodology, the discussion and the conclusion were created jointly.

## Literatura

- Abaraogu, U.O., Igwe, S.E. & Tabansi-Ochiogu, C.S., 2016. Effectiveness of SP6 (Sanyinjiao) acupressure for relief of primary dysmenorrhea symptoms: a systematic review with meta- and sensitivity analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 25(1), pp. 92–105.  
<https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.09.003>  
PMid:27863617
- Abaraogu, U.O. & Tabanasi-Ochuogu, C.S., 2015. As acupressure decreases pain, acupuncture may improve some aspects of quality of life for women with primary dysmenorrhea: a systematic review with meta-analysis. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*, 8(5), pp. 220–228.  
<https://doi.org/10.1016/j.jams.2015.06.010>  
PMid:26433798
- Aktaş, D., 2015. Prevalence and factors affecting dysmenorrhea in female university students: effect on general comfort level. *Pain Management Nursing*, 16(4), pp. 534–543.  
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.10.004>  
PMid:26256218
- Al-Jefout, M. & Nawaiseh, N., 2016. Continuous Norethisterone Acetate versus Cyclical Drospirenone 3 mg / Ethinyl Estradiol 20 µg for the management of primary dysmenorrhea in young adult women. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(2), pp. 143–147.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.08.009>  
PMid:26342733

- Antao, V., Black, A., Burnett, M., Feldman, K., Lea, R. & Robert M., 2005. Primary dysmenorrhea consensus guideline. *SOGC Clinical Practice Guideline*, 169, pp. 1117–1130.
- CAPS, Critical appraisal skills programme, 2014. *CASP Checklist*. Available at: <http://www.casp-uk.net/casp-tools-checklists> [10. 4. 2017].
- Tu, C.H., Niddam, H.D., Chao, H.T., Liu, R.S., Hwang, R.J., et al., 2009. Abnormal cerebral metabolism during menstrual pain in primary dysmenorrhea. *NeuroImage*, 47(1), pp. 28–35. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.03.080> PMID:19362153
- Daniels, S., Robbins, J., West, C.R., Nemeth, M.A., et al., 2009. Celecoxib in the treatment of primary dysmenorrhea: results from two randomized, double-blind, active and placebo-controlled, crossover Studies. *Clinical Therapeutic*, 31(6), pp. 1192–1208. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2009.06.003> PMID:19695387
- Davari, M., Khoshrang, N. & Reihani, M., 2014. The aromatherapy effect of rosemary and lavender on primary dysmenorrhea: a clinical controlled trial. *Journal of Isfahan Medical School*, 32(290), pp. 929–937.
- Ghods, Z. & Astoghiri, M., 2014. The effect of Fennel on pain quality, symptoms, and menstrual duration in primary dysmenorrhea. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 27(5), pp. 283–286. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2013.12.003> PMID:25085020
- Grimshaw, J., Eccles, M., Thomas, R., MacLennan, G., Ramsay, C., Fraser, C., et al., 2006. Toward evidence-based quality improvement: evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966–1998. *Journal of General Internal Medicine*, 21, pp. s14–s20. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-006-0269-7> PMID:16637955; PMCID:PMC2557130
- Igwea, S.E., Tabansi-Ochuogu, C.S. & Abaraogu, U.O., 2016. TENS and heat therapy for pain relief and quality of life improvement in individuals with primary dysmenorrhea: a systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 24(5), pp. 86–91. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.05.001> PMID:27502806
- Kannan, P. & Claydon, L.S., 2014. Some physiotherapy treatments may relieve menstrual pain in women with primary dysmenorrhea: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 60(1), pp. 13–21. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2013.12.003> PMID:24856936
- Kannan, P., Chapple, C.M., Miller, D., Claydon, L.S. & Blaxter, D.G., 2015. Menstrual pain and quality of life in women with primary dysmenorrhea: rationale, design, and interventions of a randomized controlled trial of effects of a treadmill-based exercise intervention. *Contemporary Clinical Trials*, 42(1), pp. 81–89. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2015.03.010> PMID:25839713
- Kashefi, F., Khajehei, M., Tabatabaeichehr, M., Alavinia, M. & Asili, J., 2014. Comparison of the effect of ginger and zinc sulfate on primary dysmenorrhea: a placebo-controlled randomized trial. *Pain Management Nursing*, 15(4), pp. 826–833. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2013.09.001> PMID:24559600
- Lee, H., Choi, T.Y., Myung, C.S., Lee, J.A. & Lee, M.S., 2016. Herbal medicine (Shaofu Zhuyu decoction) for treating primary dysmenorrhea: a systematic review of randomized clinical trials. *Maturitas*, 86(1), pp. 64–73. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.01.012> PMID:26921931
- Li, L., Huangfu, L., Chai, H., He, W., Song, H., Zou, X., et al., 2012. Development of a functional and emotional measure of dysmenorrhea (FEMD) in Chinese university women. *Health Care for Women International*, 33(1), pp. 97–108. <https://doi.org/10.1080/07399332.2011.603863> PMID:22242651
- Ogunnaike, P.O., Olatunji, S.J., Owolabi, J.O., Lawrence, I.G. & Olanrewaju, J.A., 2016. A case study of the prevalence of dysmenorrhea and its effects among females of different age groups. *Journal of Experimental and Integrative Medicine*, 6(3), pp. 125–133. <https://doi.org/10.5455/jeim.180916.or.161>
- Ortiz, M.I., Cortés-Márquez, S.K., Romero-Quezada, L.C., Murguía-Canovas, G., & Jaramillo-Díaz, A.P., 2015. Effect of a physiotherapy program in women with primary dysmenorrhea. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 194(1), pp. 24–29. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.08.008> PMID:26319652
- Ozgili, G., Goli, M. & Moattar, F., 2009. Comparison of effects of ginger, mefenamic acid, and Ibuprofen on pain in women with primary dysmenorrhea. *The Journal of alternative and complementary medicine*, 15(2), pp. 129–132. <https://doi.org/10.1089/acm.2008.0311> PMID:19216660
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D.G., 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(10), pp. 1006–1012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.005> PMID:19631508



- Patel, J.C., Patel, P.B., Acharya, H., Nakum, K. & Tripathi, C.B., 2015. Efficacy and safety of lornoxicam vs ibuprofen in primary dysmenorrhea: a randomized, double-blind, double dummy, active-controlled, cross over study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 188(1), pp. 118–123.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.03.005>  
PMid:25808572
- Potur, D.C., Bilgin, N.C. & Komurcu, N., 2014. Prevalence of dysmenorrhea in university students in Turkey: effect on daily activities and evaluation of different pain management methods. *Pain Management Nursing*, 15(4), pp. 768–777.  
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2013.07.012>  
PMid:24230963
- Sut, N. & Kahyaoglu-Sut, H., 2017. Effect of aromatherapy massage on pain in primary dysmenorrhea: a meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 27(1), pp. 5–10.  
<https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.01.001>  
PMid:28438280
- Topalović, Z., 2010. Značajke i nepravilnosti menstrualnog ciklusa. *Medicus*, 19(1), pp. 19–25. Available at:  
<https://hrcak.srce.hr/60001> [10. 4. 2017].
- Unsal, A., Ayranci, U., Tozun, M., Arslan, G. & Calik, E., 2010. Prevalence of dysmenorrhea and its effect on quality of life among a group of female university students. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 115(1), pp. 138–145.  
<https://doi.org/10.3109/03009730903457218>  
PMid:20074018; PMCID:PMC2853792
- Uysal, M., Dođru, H.Y., Sapmaz, E., Tas, U., Çakmak, B., Ozsoy, A.Z., et al., 2016. Investigating the effect of rose essential oil in patients with primary dysmenorrhea. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 24(1), pp. 45–49.  
<https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.05.002>  
PMid:27502800
- Zahradnik, H.P., Hanjalic-Beck, A. & Groth, K., 2010. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and hormonal contraceptives for pain relief from dysmenorrhea: a review. *Contraception*, 81(2), pp. 185–196.  
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2009.09.014>  
PMid:20159173
- Zhu, X., Bensoussan, A., Zhu, L., Qian, J., Xu, M., Zhou, C., et al., 2009. Primary dysmenorrhoea: a comparative study on Australian and Chinese women. *Complementary Therapies in Medicine*, 17(2), pp. 155–160.  
<https://doi.org/10.1016/j.ctim.2008.10.001>  
PMid:19398069

---

*Citirajte kot / Cite as:*

Kavšak, A. & Avdylaj, L., 2018. Farmakološka in nefarmakološka terapija za zdravljenje primarne dismenoreje: sistematični pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(2), pp. 118–127. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.2.191>

## 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 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 številkami. 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 številkami. 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 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.

**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, Research Counsellor, 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
- **Nada Gosić, PhD, MSc, BSc, Professor**, University of Rijeka, Faculty of Health Studies and Faculty of Medicine, Croatia
- **Sonja Kalauz, PhD, MSc, MBA, RN, Assistant Professor**, University of Applied Health Studies Zagreb, Croatia
- **Vladimír Kališ, PhD, MD, Associate Professor**, Charles University, University Hospital Pilsen, Department of Gynaecology and Obstetrics, Czech Republic
- **Igor Karnjuš, PhD, 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**, Charles University, Institute of the History of Charles University and Archive of Charles University, Czech Republic
- **Andreja Kvas, PhD, MSc, BSN, RN, Assistant Professor**, University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Sabina Ličen, PhD, MSN, RN, Assistant Professor**, University of Primorska, 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, BSc, 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**, Udine University, School of Nursing, Italy
- **Mirko Prosen, PhD, MSc, BSc, RN, Assistant Professor**, University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Árún K. Sigurdardóttir, PhD, MSN, BSc, RN, Professor**, University of Akureyri, School of Health Sciences, Iceland
- **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 and Retirement Home Koper, Slovenia
- **Debbie Tolson, PhD, MSc, BSc (Hons), RGN, FRCN, Professor**, University West of Scotland, School of Health, Nursing and Midwifery, United Kingdom
- **Dominika Vrtnjak, PhD, MSN, RN, Assistant**, University of Maribor, Faculty of Health Sciences, Slovenia

Readers for Slovenian

**Simona Jeretina, BA**

**Tanja Svenšek, BA**

Readers 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: 660 copies

Designed and printed by: Tiskarna knjigovoznica 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

- Developing cross-cultural competences: opportunity for ensuring health and healthcare equality and equity  
Razvijanje medkulturnih kompetenc: priložnost za zagotavljanje enakosti in pravičnosti v zdravju in zdravstveni oskrbi  
*Mirko Prosen* 76

## IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Assessment of the quality of life in children and adolescents with asthma  
Ocena kakovosti življenja otrok in mladostnikov z astmo  
*Duška Jovič, Snežana Petrovič-Tepič, Darija Knežević* 81

- Dojemanje dostojanstva pacientov z vidika zdravstvenih delavcev: eksplorativna raziskava  
Perceiving patients' dignity from the perspective of health professionals: exploratory research  
*Mateja Bahun, Brigita Skela-Savič* 90

- Ogroženost za padce v terciarni bolnišnici  
Risk for falls in a tertiary care hospital  
*Maja Klančnik Gruden* 100

## PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK / REVIEW ARTICLE

- Dejavniki, povezani z uporabo tobaka pri zdravstvenih delavcih: integrativni pregled literature  
Factors associated with tobacco use of health professionals: integrative literature review  
*Sanela Pivač* 108

- Farmakološka in nefarmakološka terapija za zdravljenje primarne dismenoreje: sistematični pregled literature  
Pharmacological and non-pharmacological therapy for the treatment of primary dysmenorrhea: a systematic review of literature  
*Aleksandra Kavšak, Liridon Avdylaj* 118

