

Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review



52(4)

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:

doc. dr. Mateja Lorber

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 Gosić**, Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija in Medicinski fakultet, Hrvaška
- **doc. dr. Sonja Kalauz**, Zdravstveno veleučilišče Zagreb, Hrvaška
- **izr. prof. dr. Vladimír Kališ**, Karlova Univerza, Univerzitetna bolnišnica Pilsen, Oddelek za ginekologijo in porodništvo, Češka
- **doc. 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**, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Slovenija
- **prof. dr. Debbie Tolson**, University West of Scotland, School of Health, Nursing and Midwifery, Velika Britanija
- **doc. dr. Dominika Vrbnjak**, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija

Lektorici za slovenščino:

Simona Jeretina

Tanja Svenšek

Lektorica za angleščino:

lekt. mag. Nina Bostič Bishop

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

E-naslov: obzornik@zbornica-zveza.si

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

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

Naklada: 660 izvodov

Tisk in prelom: Tiskarna knjigovoznica Radovljica

Tiskano na brez kislinškem papirju.

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

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

Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review

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

REVIEW OF THE NURSES AND MIDWIVES ASSOCIATION OF SLOVENIA



Ljubljana 2018 Letnik 52 Številka 4
Ljubljana 2018 Volume 52 Number 4

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, Index Copernicus International.

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, Index Copernicus International.

KAZALO / CONTENTS**UVODNIK / LEADING ARTICLE**

The need to prioritize the person in nursing and healthcare:

considering 'Healthfulness'

Potreba po na osebo osredotočenemu pristopu v zdravstveni negi in zdravstvu:

upoštevanje »zdravosti«

Brendan McCormack

220

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki: ocene študentov zdravstvene nege
in medicine

Cooperation between nurses and doctors: an evaluation of the attitudes of nursing and
medical students

Maja Strauss, Jana Goriup, Miljenko Križmarić, Anton Koželj

225

Jezikovne prepreke pri zdravstveni negi tujegovorečih pacientov: kvalitativna
opisna raziskava

Language barriers in nursing care of foreign language speaking patients: qualitative
descriptive research

Anja Štante, Nataša Mlinar Reljić, Barbara Donik

233

Identifikacija priporočil, razvoj in testiranje uporabe piktogramov za izboljšanje
komunikacije starejših v socialnovarstvenih zavodih

Identification of guidelines, development and verification of pictograms for improving
communication with the elderly in social care institutions

Nadis Krantić, Katarina Babnik, Boštjan Žvanut

242

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK / REVIEW ARTICLE

Management of frailty at individual level – Frailty prevention: narrative literature
review from the perspective of the European Joint Action on frailty – ADVANTAGE JA

Management krhkosti na ravni posameznika – Preventiva pred krhkostjo: pregled
literature z vidika projekta skupnega ukrepanja – ADVANTAGE JA

Brigita Skela-Savič, Branko Gabrovec

252

Raziskovanje na področju patronažne zdravstvene nege v Sloveniji v obdobju od 2007 do 2016:
pregled literature

Research conducted in the field of community health nursing in Slovenia from 2007 to 2016:
literature review

Vesna Zupančič, Andreja Ljubič, Marija Milavec Kapun, Tamara Štemberger Kolnik

264

Leading article / Uvodnik

The need to prioritize the person in nursing and healthcare: considering 'Healthfulness'

Potreba po na osebo osredotočenemu pristopu v zdravstveni negi in zdravstvu: upoštevanje »zdravosti«

Brendan McCormack

Over the past twenty years or more, a focus on person-centredness in healthcare has grown and developed. Global advancements in healthcare consistently advocate the need for person-centredness underpinning systems developments (Anjum, et al., 2015) as a core philosophy of healthcare delivery. Services organised around peoples' needs and expectations make them more socially relevant and responsive, while producing better outcomes (World Health Organization [WHO], 2007).

Over the past 10 years there have been major advances in conceptual and theoretical developments in person-centredness, as well as a growing body of evidence evaluating processes and outcomes (Health Foundation, 2015a). Alongside these advances in the research and scholarly literature, there has been a proliferation of policy and strategy focused publications supporting the need for and development of person-centred cultures in healthcare (The Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2009; Alzheimer Society Canada, 2014). The Health Foundation has been instrumental in ensuring that at least at the level of health systems, people are at the centre of care: 'We want a more person-centred healthcare system, where people are supported to make informed decisions about and to successfully manage their own health and care, and choose when to invite others to act on their behalf ... We want healthcare services to understand and deliver care responsive to people's individual abilities, preferences, lifestyles and goals' (Health Foundation, 2015b).

The Health Foundation has produced a range of resources to enable an increased understanding of person-centred care and to support its development in organisations (Health Foundation, 2015b). The World Health Organisation has also promoted a person-centred

approach, with a global goal of humanising healthcare by ensuring that health care is rooted in universal principles of human rights and dignity, non-discrimination, participation and empowerment, access and equity, and a partnership of equals: 'The overall vision for people-centred health care is one in which individuals, families and communities are served by and are able to participate in trusted health systems that respond to their needs in humane and holistic ways ...' (World Health Organization, 2007, p. 7).

Despite these notable advancements in the area of person-centredness there is much still to be done in developing healthcare cultures towards ones that truly place people at the centre of their care in order to achieve effective and meaningful outcomes. Richards and colleagues (2015, p. 3) suggest that it requires a sea change in the mind-set of health professionals and service users alike. A significant part of this sea change is the need to shift the discourse away from person-centred 'care' per se to that of person-centred 'cultures'. Person-centredness can only happen if there is a person-centred culture in place in care settings that enables staff to experience person-centredness and work in a person-centred way. Thus person-centredness is defined as: "... an approach to practice established through the formation and fostering of healthful relationships between all care providers, service users and others significant to them in their lives. It is underpinned by values of respect for persons, individual right to self-determination, mutual respect and understanding. It is enabled by cultures of empowerment that foster continuous approaches to practice development" (McCormack & McCance, 2016, p. 3).

This definition reflects a broader understanding of the context of practice and the kind of cultural

Professor Brendan McCormack, D.Phil (Oxon.), BSc (Hons.), FRCN, FEANS, FRCSI, PGCEA, RMN, RGN; Head of the Divisions of Nursing, Occupational Therapy and Art Therapies; Associate Director, Centre for Person-centred Practice Research, Queen Margaret University, Edinburgh; Professor of Nursing, University of Maribor, Slovenia; Visiting Professor, Ulster University; Professor II, University of South-Eastern Norway, Drammen, Norway; Extraordinary Professor, Department of Nursing, University of Pretoria, South Africa

Correspondence e-mail / Kontaktne e-naslov: bmccormack@qmu.ac.uk

Received / Prejeto: 18. 11. 2018

Accepted / Sprejeto: 21. 11. 2018

<https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.4.2955>

characteristics necessary for service users and their families to receive care that is evidence-based, of high quality and consistent with their values and beliefs. The characteristics of a person-centred workplace/care setting are:

- Adopting a caring approach to how individual needs are met;
- Nurturing effective relationships;
- Promoting social belonging;
- Creating meaningful spaces and places;
- Promoting human flourishing;
- Treating all persons as individuals;
- Respecting rights;
- Building mutual trust and understanding.

This approach to person-centredness is relational in nature, i.e. its essence is embedded in effective relationships between service-providers and between service-providers and service users. Whilst internationally, a considerable body of work has been developed that focuses on making systems and care processes more person-centred, the majority of this work focuses on improving the structures and processes of services. Whilst this is important, developing person-centred cultures requires a sustained commitment to practice developments, quality improvements and ways of working that embrace continuous feedback, reflection and engagement methods that enable all voices to be heard.

The Person-centred Practice Framework of McCormack and McCance (2016) adopts these principles as a core set of values underpinning the provision of nursing in a person-centred healthcare context. The Person-Centred Nursing Framework was first developed by McCormack and McCance (2006) and further developed by them in 2010. It was derived from previous empirical research focusing on person-centred practice with older people (McCormack, 2001) and the experience of caring in nursing (McCormack, 2003). In 2016, the framework was further developed into a multidisciplinary/multiprofessional context (McCormack & McCance, 2016) reflecting the need for all healthcare practitioners (and not just nurses) to work in a person-centred way. The framework has been used internationally in a variety of projects in different healthcare contexts and education curricula. In summary, the framework comprises the following five constructs:

- Macro Context focuses on the broader strategic, political and social context within which person-centredness is developed/operationalized and includes: health & social care policy; strategic frameworks; strategic leadership; and, workforce development.
- Prerequisites focus on the attributes of the practitioner and include: being professionally competent; having developed interpersonal skills; being committed to the job; being able to demonstrate clarity of beliefs and values; and, knowing self.

- Care environment focuses on the context in which care is delivered and includes; appropriate skill mix; systems that facilitate shared decision making; effective staff relationships; organisational systems that are supportive; the sharing of power; the potential for innovation and risk taking; and, the physical environment.
- Person-centred processes focus on delivering care through a range of activities and include: working with patient's beliefs and values; engagement; having sympathetic presence; sharing decision making; and, providing holistic care.
- Outcomes, the central component of the framework, are the results of effective person-centred practice and include: experience of good care; involvement in care; feeling of well-being; and, existence of a healthful culture.

The relationship between the constructs suggest that in order to deliver positive outcomes for both service-users and staff, account must be taken of the prerequisites and the care environment, which are necessary for providing effective care through person-centred processes. Person-centredness and the provision of person-centred nursing and healthcare takes place in a macro context that focuses on the broader socio-political context of healthcare. However, nurses and healthcare workers influence the macro context through reflexively engaging with person-centred principles, processes and practices.

Whilst it is important to pay attention to the structures and processes of a service, the approach by McCormack and McCance (2016) does so from the perspective of 'healthful relationships' between healthcare workers and between healthcare workers and service-users. Thus, developing a culture that embraces the eight principles of person-centredness is critical to the provision of person-centred care/practice. A healthful culture is one in which decision-making is shared (Ekman, et al., 2011), staff relationships are collaborative (McCormack, et al., 2007), leadership is person-centred (Lynch, et al., 2018) and innovative practices are supported (McCormack & McCance, 2016). It is the ultimate outcome for teams working to develop a workplace that is person-centered.

These elements of a healthful culture are key considerations in the provision of person-centred care and the extent to which the environment supports and maintains person-centred principles has been shown to be critical to the existence of a person-centred culture (Slater, et al., 2015). Healthfulness reflects a broader understanding of health than bio-psychosocial perspectives. Healthfulness brings a moral perspective to understanding our health as persons. It embraces contemporary notions of holism in healthcare and the need for emotional engagement in the pursuit of a healthy life. Healthfulness is achieved through effective relationships – relationships that nurture us and help us to grow as persons, rather than those that

drain us of energy and cause undue stress.

This is reinforced in a study by Laird and colleagues (2015) whose findings reflected care environments that emphasise more than care and treatment but offer insights in terms of the social and cultural context. This broader notion of health is also more relevant from the perspective of staff where a healthful culture is one in which they are supported and enabled to deliver person-centred care in line with their values. We already know from the evidence that being enabled to deliver person-centred care has benefits for staff and consequently enhances retention and job satisfaction (Hansson, 2015). These outcomes again reflect a broader notion of health that reflects different dimensions of our life including our work life experience.

There is now ample evidence to demonstrate the impact of an effective workplace culture on the retention of nurses and on service-user outcomes. If we are to espouse person-centred care/practice in organizational visions and goals, then it is imperative that these same organizations embrace the concept of healthfulness and the development of healthful workplaces. To do otherwise compromises the integrity of practice and morally compromises nurses as accountable employees.

Slovenian translation / Prevod v slovenščino

V zadnjih dvajsetih letih se je na osebo osredotočen pristop v zdravstvu neprestano razvijal. Napredek zdravstva po vsem svetu vztrajno kaže na potrebo po takem pristopu kot glavni filozofiji v zdravstveni oskrbi s spodbujanjem systemskega razvoja (Anjum, et al., 2015). Storitve, prilagojene potrebam in pričakovanjem ljudi, pripomorejo, da postanemo družbeno pomembnejši in bolj odzivni, ter prinašajo boljše rezultate (World Health Organization [WHO], 2007).

V zadnjih desetih letih se je področje na osebo osredotočenega pristopa konceptualno in teoretično zelo razvilo, prav tako procesi, ki vrednotijo dokaze in rezultate (The Health Foundation, 2015a). Poleg napredka v raziskovanju in znanstveni literaturi pa je bilo veliko objav tudi na področju politike in strategij, ki se zavzemajo za razvoj na osebo osredotočenega pristopa v zdravstvu (The Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2009; Alzheimer Society Canada, 2014). Organizacija *The Health Foundation* je imela pomembno vlogo pri zagotavljanju, da je posameznik v središču oskrbe vsaj na stopnji zdravstvenih sistemov: »Želimo, da zdravstveni sistem postane bolj osredotočen na posameznika, mu daje podporo, da sprejema osveščene odločitve in upravlja s svojim zdravjem in oskrbo ter da sam izbere, kdaj bodo drugi odločali namesto njega ... Želeli bi, da zdravstvo razume in nudi nego, ki je prilagojena

posameznikovim sposobnostim, prednostim, življenjskemu stilu in ciljem« (The Health Foundation, 2015b).

Organizacija *The Health Foundation* razpolaga z viri, ki omogočajo več razumevanja za oskrbo, ki v središče skrbi postavlja posameznika in več podpore za razvoj takšne oskrbe znotraj organizacij (Health Foundation, 2015b). Svetovna zdravstvena organizacija se za na osebo osredotočen pristop zavzema tudi s širšim ciljem humanizirati zdravstvo, tj. zagotoviti, da bi le-to temeljilo na univerzalnih načelih človekovih pravic in dostojanstva, brez diskriminacije, s sodelovanjem in opolnomočenjem, z dostopom do enakih možnosti in enakovrednim partnerstvom: »Glavna vizija je zdravstvo, ki v središče postavlja ljudi, v katerem so posamezniki, družine in skupnosti deležni potrebne podpore in lahko aktivno sodelujejo v zdravstvenem sistemu, ki mu zaupajo in ki ima do njih človeški ter holistični pristop ...« (WHO, 2007, p. 7).

Kljub pomembnemu napredku na področju na osebo osredotočenem pristopu pa je treba še veliko storiti na področju razvoja zdravstvene kulture, ki bi v središče oskrbe resnično postavila posameznika, da bi tako lahko zagotovila učinkovite in pomembne rezultate. Richards in sodelavci (2015, str. 3) pravijo, da je potreben preobrat v mišljenju tako zdravstvenih delavcev kot tudi uporabnikov zdravstvenih storitev. Pomemben del te spremembe predstavlja odklon od diskurza o »oskrbi«, ki je sama po sebi kot taka osredotočena na osebo, h »kulturam«, ki so osredotočene na osebo. Tovrstni pristop je namreč mogoč le v kulturi, ki v središče postavlja posameznika in kjer osebe lahko izkusi in dela na ta način. Tako je na osebo osredotočen pristop definiran kot »pristop, temelječ na oblikovanju in vzpodbujanju zdravih odnosov med vsemi, ki nudijo oskrbo, uporabniki in drugimi, pomembnimi v njihovem življenju. Krepijo ga vrednote spoštovanja do ljudi, individualna pravica do samoodločanja ter vzajemno spoštovanje in razumevanje. Omogočajo ga kulture opravnomočenja, ki vzpodbujajo razvoj prakse (McCormack & McCance, 2016, p. 3).

Ta definicija odraža široko razumevanje okoliščin delovanja in kulturnih značilnosti, potrebnih, da uporabniki storitev in njihove družine prejmejo oskrbo, podprto z dokazi, visoke kakovosti in v skladu z njihovimi vrednotami in prepričanji. Značilnosti na osebo osredotočenega delovnega okolja oz. okolja, v katerem poteka oskrba, so:

- sprejemanje razumevajočega pristopa pri zadovoljevanju posameznikovih potreb;
- razvijanje učinkovitih odnosov;
- vzpodbujanje družbene pripadnosti;
- vzpostavljanje pomenljivih prostorov in krajev;
- vzpodbujanje človeškega potenciala;
- obravnavanje vseh oseb na individualen način;
- spoštovanje pravic in
- grajenje medsebojnega zaupanja in razumevanja.

Na osebo osredotočen pristop je v osnovi relacijski, kar pomeni, da so v njegovem bistvu najpomembnejši učinkoviti odnosi med ponudniki in prejemniki storitev. V mednarodnem prostoru je veliko dela usmerjenega v to, da bi sistemi in oskrba postali bolj osredotočeni na osebo, pri čemer je večinoma v ospredje postavljeno izboljševanje struktur in procesov storitev. To je sicer pomembno, vendar pa razvoj kultur, ki v ospredje postavljajo osebo, zahteva tudi razvoj praks, izboljšave v kakovosti in način dela, ki nudi neprestano povratno informacijo, refleksije in metode, ki omogočajo, da so slišani vsi udeleženci.

Okvir prakse, ki v ospredje postavlja osebo (»The Person-centred Practice Framework«) – razvila sta ga McCormack in McCance (2016), – razume ta načela kot glavno skupino vrednot pri zagotavljanju na posameznika osredotočene zdravstvene nege. Okvir prakse sta McCormack in McCance (2006) sprva zasnovala leta 2006 in ga dopolnila leta 2010. Izhaja iz prejšnjih empiričnih raziskav, ki so se osredotočale na oskrbo starejših, v središče postavlja osebo (McCormack, 2001) in izkušnje iz oskrbe v zdravstveni negi (McCormack, 2003). Leta 2016 sta okvir nadalje razvila v multidisciplinarni oz. multiprofesionalni kontekst (McCormack & McCance, 2016) z izraženo potrebo po zdravstvenih delavcih (ne le medicinskih sestrah), ki bi delali na ta način. Okvir je bil uporabljen mednarodno v različnih projektih v različnih zdravstvenih kontekstih in izobraževalnih programih. Če povzamemo, okvir zajema naslednjih pet konstruktov:

- Makrokontekst se osredotoča na širši strateški, politični in družbeni kontekst, znotraj katerega se razvija/odvija osredotočenost na osebo in vključuje: politiko zdravstvene in družbene oskrbe, strateške okvire, strateško vodenje in razvoj delovne sile.
- Predpogoji se osredotočajo na attribute, ki jih ima izvajalec, in vključujejo: strokovno usposobljenost, večšine za medsebojno komunikacijo, predanost delu, sposobnost izražanja jasnih prepričanj in vrednot in poznavanje samega sebe.
- Okolje oskrbe se osredotoča na kontekst, kjer se oskrba izvaja in vključuje: primeren nabor veščin, sisteme, ki pomagajo pri skupnem sprejemanju odločitev, učinkovite medsebojne odnose med zaposlenimi, podporne organizacijske sisteme, delitev moči, potencial za inovacijo in tveganje ter fizično okolje.
- Na osebo osredotočeni procesi se usmerjajo na zagotavljanje oskrbe v smislu različnih dejavnosti in vključujejo: delovanje v skladu s pacientovimi prepričanji in vrednotami, zavzetost, sočutno prisotnost, skupno odločanje in holistično oskrbo.
- Rezultati, ki so osrednji del okvira, se nanašajo na posledice učinkovite prakse, ki v središče postavlja osebo in vključuje: izkušnje z dobro oskrbo, vključenost v oskrbo, dobro počutje in kulturo zdravosti.

Odnosi med konstrukti kažejo na to, da je za rezultate, pozitivne za uporabnike in ponudnike storitev, treba upoštevati predpogoje in okolje oskrbe, pomembne za učinkovito oskrbo skozi procese, ki v središče postavljajo osebo. Postavljanje osebe v središče ter zagotavljanje temu ustrezne zdravstvene nege in zdravstva se odvijata v makrokontekstu, ki se osredotoča na širši družbeno-politični kontekst v zdravstvu. Vendar pa medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci vplivajo na makrokontekst s tem, da se refleksivno in aktivno poslužujejo principov, procesov in praks, ki v središče postavljajo osebo.

Medtem ko je pomembno posvečati pozornost strukturam in procesom storitev, pa pristop, ki sta ga zasnovala McCormack and McCance (2016), pozorost posveča »odnosom, ki jih odlikuje zdravost« med medicinskimi sestrami in uporabniki storitev. Na ta način se razvija kultura, ki sprejema osem principov osredotočenosti na osebo in je ključnega pomena za zagotavljanje oskrbe / prakse, ki v središče postavlja osebo. Kultura zdravosti pomeni, da je sprejemanje odločitev nekaj skupnega (Ekman, et al., 2011), zaposleni sodelujejo drug z drugim (McCormack, et al., 2007), vodenje je osredotočeno na osebo (Lynch, et al., 2018) in inovativne prakse se vzpodbujajo (McCormack & McCance, 2016). Končni rezultat skupin, ki si prizadevajo za razvoj na delovnem mestu, je osredotočenost na osebo.

Ti elementi kulture zdravosti so ključni pri zagotavljanju oskrbe, osredotočene na osebo, in to, koliko okolje podpira in vzdržuje take principe delovanja, se je izkazalo za zelo pomembno za obstoj kulture, ki v središče postavlja posameznika (Slater, et al., 2015). Zdravost odraža širše razumevanje zdravja kot biološke psihosocialne perspektive. Zdravost doprinese moralno perspektivo k razumevanju zdravja ljudi. Zdravost tudi pozdravlja sodobne holistične ideje v zdravstvu in potrebo po čustveni vpletenosti v stremenju po zdravem življenju. Zdravost je mogoče doseči z učinkovitimi odnosi – odnosi, ki so vzpodbudni in nam pomagajo rasti kot osebam – namesto tistih, ki nam jemljejo energijo in povzročajo pretiran stres.

To pokaže tudi raziskava Lairda in sodelavcev (2015), katere ugotovitve odražajo okolja oskrbe, ki bolj kot samo oskrbo in zdravljenje poudarjajo razumevanje v družbenem in kulturnem kontekstu. To širše razumevanje zdravja je pomembnejše tudi s stališča zaposlenih, saj je kultura zdravosti tista, ki nudi podporo, in jim je oskrba, ki v središče postavlja osebo, omogočena v skladu z njihovimi vrednotami. Dokazano je bilo, da omogočanje oskrbe, ki je osredotočena na osebo, prinaša pozitivne učinke za zaposlene, kar se pozna pri zadrževanju zaposlenih in zadovoljstvu na delovnem mestu (Hansson, 2015). Tudi ti rezultati odražajo široke ideje o zdravju, ki so posledica raznolikih dimenzij našega življenja, vključno z delovnimi in življenjskimi izkušnjami.

Obstaja že veliko dokazov o vplivih učinkovite kulture na delovnem mestu, ki se kaže v zadrževanju medicinskih sester in učinkuje tudi na uporabnike storitev. Če se zavzemamo za umeščanje na osebo osredotočenega pristopa med vizijo in cilje organizacije, potem je nujno, da ta organizacija sprejme koncept zdravosti in razvoj zdravega delovnega okolja. Drugačno ravnanje lahko ogrozi integriteto prakse in moralno ogrozi tudi medicinske sestre kot odgovorne zaposlene.

Literature

- Alzheimer Society Canada, 2014. Culture change towards person-centred care. Available at: <http://www.alzheimer.ca/en/We-can-help/Resources/For-health-care-professionals> [16. 11. 2018].
- Anjum, R.L., Copeland, S., Mumford, S. & Rocca, E., 2015. CauseHealth: integrating philosophical perspectives into person-centered healthcare. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 3(4), pp. 427–430. <https://doi.org/10.5750/ejpc.v3i4.1129>
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., et al., 2011. Person-centered care: ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, pp. 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008> PMID:21764386
- Hansson, E., Ekman, I., Swedberg, K., Wolf, A., Dudas, K., Ehlers, L., et al., 2015. Person-centred care for patients with chronic heart failure: a cost-utility analysis. *European journal of cardiovascular nursing*, 15(4), pp. 276–284. <https://doi.org/10.1177/1474515114567035> PMID:25595358
- Health Foundation, 2015a. Person-centred care around the world. Available at: <http://personcentredcare.health.org.uk/resources/person-centred-care-around-world> [16. 11. 2018].
- Health Foundation, 2015b. Person-centred care. Available at: <http://personcentredcare.health.org.uk/overview-of-person-centred-care/what-person-centred-care> [16. 11. 2018].
- Laird, E.A., McCance, T.V., McCormack, B. & Gribben, B., 2015. Patients' experiences of in-hospital care when nursing staff were engaged in a practice development programme to promote person-centredness: a narrative analysis study. *International Journal of Nursing Studies*, 52, pp. 1454–1462. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.002> PMID:26003918
- Lynch, B., McCance, T., McCormack, B. & Brown, D., 2018. The development of the Person-Centred Situational Leadership Framework: revealing the being of person-centredness in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 27, pp. 427–440. <https://doi.org/10.1111/jocn.13949> PMID:28677332
- McCormack, B., 2001. Negotiating partnerships with older people: person-centred approach. Ashgate: Basingstoke.
- McCormack, B., 2003. A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 9, pp. 202–209. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172X.2003.00423.x> PMID:12801252
- McCormack, B. & McCance, T., 2006. Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), pp. 1–8. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x> PMID:17078823
- McCormack, B. & McCance, T., 2010. Person-centred nursing: theory, models and methods. Oxford: Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1002/9781444390506>
- McCormack, B. & McCance, T., 2016. Person-centred practice in nursing and healthcare: theory and practice. Oxford: Wiley Blackwell.
- McCormack, B., Wright, J., Dewar, B., Harvey, G. & Ballintine, K., 2007. A realist synthesis of evidence relating to practice development: interviews and synthesis of data. *Practice Development in Health Care*, 6(1), pp. 56–75. <https://doi.org/10.1002/pdh.212>
- Richards, T., Coulter, A. & Wicks, P., 2015. Time to deliver patient-centred care. *British Medical Journal*, 350(39). Available at: <http://www.bmj.com/content/350/bmj.h530> [16. 11. 2018].
- Slater, P., McCance, T. & McCormack, B., 2015. Exploring person-centred practice within acute hospital settings. *International Practice Development Journal*, 5(9). Available at: [https://www.fons.org/Resources/Documents/Journal/Vol5Suppl/IPDJ_05\(suppl\)_09.pdf](https://www.fons.org/Resources/Documents/Journal/Vol5Suppl/IPDJ_05(suppl)_09.pdf) [16. 11. 2018].
- The Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2009. The Coordination Reform. Report No. 47 (2008–2009) to the Storting. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- World Health Organization (WHO), 2007. People-centred healthcare: a policy framework. Geneva: WHO.

Cite as / Citirajte kot:

McCormack, B., 2018. The need to prioritize the person in nursing and healthcare: considering 'Healthfulness'. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(4), pp. 220–224. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.4.2955>

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki: ocene študentov zdravstvene nege in medicine

Cooperation between nurses and doctors: an evaluation of the attitudes of nursing and medical students

Maja Strauss, Jana Goriup, Miljenko Križmarić, Anton Koželj

Ključne besede: timsko delo; zdravstveni delavci; študentje

Key words: teamwork; healthcare professionals; students

viš. pred. mag. Maja Strauss, dipl. m. s., univ. dipl. org.

Kontaktni e-naslov / Correspondence e-mail: maja.strauss@um.si

prof. dr. Jana Goriup, prof. soc.

Obe / Both: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor, Slovenija

izr. prof. dr. Miljenko Križmarić, univ. dipl. inž. el.; Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor, in Univerza v Mariboru, Medicinska Fakulteta, Taborska ulica 8, 2000 Maribor, Slovenija

viš. pred. mag. Anton Koželj, dipl. zn., univ. dipl. org.; Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor, Slovenija

Članek je nastal na osnovi magistrskega dela Maje Strauss *Nekateri sociološki vidiki sodelovanja in medosebni odnosov med medicinskimi sestrami in zdravniki (ocene študentov zdravstvene nege in medicine)* (2016).

Prejeto / Received: 7. 4. 2017
Sprejeto / Accepted: 22. 11. 2018

IZVLEČEK

Uvod: Dobro sodelovanje med zdravniki in medicinskimi sestrami omogoča višjo kakovost zdravstvene obravnave pacientov. Namen raziskave je bil ugotoviti, kako odnose med medicinskimi sestrami in zdravniki ocenjujejo študenti zdravstvene nege in medicine.

Metode: V neeksperimentalni kvantitativni raziskavi je bila uporabljena Jeffersonova lestvica za oceno sodelovanja med zdravniki in medicinskimi sestrami. V priložnostni vzorec je bilo zajetih 428 študentov. Od tega 235 (54,9 %) študentov zdravstvene nege in 193 (45,1 %) študentov medicine. Podatki so bili analizirani z bivariatno statistiko in t-testom.

Rezultati: Ugotovitve kažejo statistično pomembne razlike glede na spol anketirancev, pri nekaterih trditvah pa tudi glede na vrsto študija. Anketiranke so se v večji meri strinjale s trditvami. Največja razlika glede na spol anketiranih je bila pri trditvi, da bi morali biti študentje medicine in zdravstvene nege vključeni v timsko delo, da bi razumeli svoje vloge ($t = 2,59, p = 0,010$). Študentje zdravstvene nege so se večinoma bolj strinjali s trditvami kot študentje medicine. V primerjavi med vrstama študija je bila največja razlika glede strinjanja pri trditvi »Na medicinsko sestro je treba gledati kot na zdravnikovo sodelavko in kolegico in ne kot na pomočnico« ($t = 15,24, p < 0,001$).

Diskusija in zaključek: Ugotovitve kažejo statistično pomembne razlike v oceni odnosov med medicinskimi sestrami in zdravniki glede na spol anketiranih ter vrsto študija. Razlike glede različnih pogledov študentov obeh fakultet ponujajo priložnost za načrtovanje obeh izobraževanih programov.

ABSTRACT

Introduction: Good cooperation between doctors and nurses enables a higher quality of patient treatment. The purpose of the study was to determine how students of medicine and students of nursing evaluate the relationships between nurses and doctors.

Methods: In a non-experimental quantitative study, a Jefferson scale was used to evaluate co-operation between doctors and nurses. 428 students were included in a convenience sample of whom 235 (54.9 %) were nursing students and 193 (45.1 %) were medical students. The data were analysed with bivariate statistics and the t-test.

Results: The findings have shown statistically significant differences regarding the gender of the respondents and with some claims also with respect to the students' study programme. The female respondents in general agreed more with the claims than the male respondents. The biggest difference regarding gender was with respect to the claim that students of medicine and nursing students should participate in teamwork during their studies, so that they could understand their roles better ($t = 2.59, p = 0.010$). In general, the nursing students agreed with the claims more than the medical students. Comparing the two study programmes, the greatest difference was found with respect to the claim that "The nurse should be seen as a doctor's co-worker and colleague, and not as a doctor's assistant" ($t = 15.24, p < 0.001$).

Discussion and conclusion: The findings have shown statistically significant differences in the evaluation of the relationship between nurses and doctors according to gender and study programme. The differences in the views of the students from the two faculties provide an opportunity for future curriculum design of these two study programmes.

Uvod

Ljudje, ki delajo v zdravstvu, pripadajo različnim profesijam, med katerimi sta najštevilčnejši skupini zdravniki in medicinske sestre. Zdravniki so si skozi zgodovinski razvoj postopno, s pomočjo dejavnega delovanja in izvajanja pritiska na nekatere družbene institucije, pridobili profesionalno moč in ugled ter s tem dosegli, da imajo v zdravstvu najvišji družbeni status (Pahor, 2006). Status medicinskih sester je bistveno nižji od zdravniškega, kljub temu da so medicinske sestre najštevilčnejši del zdravstvenega osebja. Težko je doseči profesionalno priznanje, saj je njihovo delo težko opisati kot popolnoma samostojno profesijo (Bezenšek & Barle, 2007). Medicinske sestre imajo manj profesionalne moči in manj kompetenc kot zdravniki.

Strokovnjaki različnih profesij si med seboj delijo različna opravila in odgovornosti glede na pristojnosti, da bi dosegli najboljše učinke pri zagotavljanju kakovosti zdravstvene oskrbe pacientov. Sodelovanje med različnimi profili zaposlenih v zdravstvu je opredeljeno kot interdisciplinarno sodelovanje, znotraj katerega imajo posamezniki enakovredne vloge (Zaletel-Kragelj, et al., 2010; Boev & Xia, 2015). Kljub temu da je delitev dela zahtevala oblikovanje ločenih poklicnih področij dejavnosti, ki so razporejene v skladu s kompetencami, se je potreba po komunikaciji kot pomembnem dejavniku sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki izkazala za ključni dejavnik njihovega uspešnega sodelovanja. Dobra in odprta komunikacija omogoča boljše sodelovanje, bolj ustvarjalno reševanje problemov, zmanjšuje konflikte med zaposlenimi in ustrezno porazdelitev odgovornosti pri obravnavi pacientov (Boyle & Kochinda, 2004). Nujno je, da medicinske sestre in zdravniki timsko delujejo kot celota, ker se s tem zmanjšujejo neustrezna oskrba pacientov ter napake v zdravstvu (Dougherty & Larson, 2005) in posledično tudi smrtnost pacientov (Tourangeau, et al., 2006; Taylor, 2009; Hughes & Fitzpatrick, 2010). Prav tako se z dobrimi odnosi zaposlenih povečuje zadovoljstvo pacientov z zdravstveno oskrbo, zmanjšuje se stres pri medicinskih sestrah, kar posledično vodi v nižjo odsotnost z dela zaradi bolezni (Jones & Fitzpatrick, 2009). Ista avtorja ugotavljata tudi, da se na določenih oddelkih, ki so jih anketirani označili kot slabo vodene, in ob slabših medsebojnih odnosih podaljšuje število bolnišničnih dni pacientov tudi do 85 %. Z dobrim medsebojnim sodelovanjem se izboljšujejo izidi zdravljenja pacientov (Reeves, et al., 2008). Posledično se zmanjšajo stroški oskrbe pacientov in povečuje zadovoljstvo na delovnem mestu (Taylor, 2009; Garber, et al., 2010).

Ameriško združenje medicinskih sester je opredelilo medosebne odnose med zaposlenimi kot enega izmed ključnih faktorjev za doseganje odličnosti zdravstvene nege (American Nurses Association

[ANCC], 2007). Nair in sodelavci (2012) opozarjajo na potrebo dviga organizacijske kulture v odnosih med medicino in zdravstveno nego oz. zdravniki in medicinskimi sestrami v luči izboljšanja medosebnih profesionalnih odnosov, kar bi ne nazadnje dvignilo tudi raven varnosti pacientov. Nesporno je namreč, da kakovost medosebnih odnosov v zdravstvenem timu, kjer sodelujejo zdravniki in medicinske sestre, vpliva tudi na zadovoljstvo pacientov, njihovo oskrbo in izid zdravljenja.

Profesionalno delo medicinskih sester se od nekdaj močno povezuje s spolno identiteto žensk. Spada v področje formalnega dela, ima status plačanega, potrošnega dela, ki ga medicinske sestre opravljajo »iz ljubezni«. Vendar pa ta percepcija reproduktivnega dela pogosto vodi v njegovo nevidnost in hkrati v nevidnost dvojne obremenitve medicinske sestre: na eni strani je področje plačanega področja dela, na drugi neplačanega, največkrat zahtevnega psihičnega, še posebej emocionalnega dela. Razloge za nevidnost tega dela iščemo v sodobni (še vedno patriarhalni) konceptualizaciji dela v zdravstveni negi (Goriup, 2015).

Spolno specifična alokacija dela v zdravstveni negi spada v zgodovinski kontekst konstituiranja moderne zdravstvene nege, ki se tudi po intenzivnih družbenih spremembah, predvsem v praksi, ni ustrezno spremenila. Vzroke za navedeno gre iskati tudi v feminizaciji zaposlenih v zdravstveni negi, saj v njej prevladujejo ženske, kar v družbeni strukturi industrijskih družb kaže na pomembno protislovje. Gre za sintezo »nege« in »ženske« v enoten izraz »nega«. Zaradi stroge delitve dela v zdravstvu in enačenja zdravnika z moško vlogo ter medicinske sestre z žensko vlogo so se razvili določeni (predvsem negativni) stereotipi o medicinskih sestrah (Pahor, 2016).

V medicini pa je drugače, saj je področje medicine, ob teologiji in pravu, dolgo časa veljalo za moško domeno in so bile ženske prej izjema kot pravilo. V profesionalnem življenju obeh, tako zdravnika kot medicinske sestre, imajo vrednote močan motivacijski naboj (Goriup, 2015). Tako v medicini kot v zdravstveni negi se kot izhodiščna vrednota poudarja zadovoljevanje potreb drugega (zdravljenje, skrb za drugega, storilnost) in pričakujejo izjemni dosežki (perfekcionizem, žrtvovanje), ki jih ponotranjajo oboji. Tako si nenehno močno notranje (introjektivno) motivirano prizadevajo, da bi z izrednimi dosežki zadovoljili pričakovanja drugih (prisilno altruistični perfekcionizem) (Ovijač, 2007).

Ljudje se učijo vedenja, ki se pričakuje od moških in žensk v njihovi družbi. Zato na ustvarjanje moškega in ženskega vedenja najbolj vpliva kultura v določeni družbi. Ker ta še vedno določa, katere vloge v zdravstvu so (ne)sprejemljive za pripadnike posameznega spola, so vloge, ki naj bi jih opravljale ženske v zdravstvu, povezane z družbeno nižje ovrednotenim delom (v zdravstveni negi), moški pa pogosteje opravljajo vloge,

ki so višje vrednotene (v medicini). Ker pa biološka dimenzija profesionalnega življenja ne obstaja sama po sebi, ampak je družbeno interpretirana in razumljena, na ta način »obstaja« le v družbeni percepciji. Število žensk v medicini (zdravnic) kot tudi moških v zdravstveni negi (diplomiranih zdravstvenikov) nezadržno narašča. Posledica obojega je neuravnotežena dinamika spreminjanja tako družbenih kot profesionalnih vlog moških in žensk na področju zdravstva (Pahor, 2007).

Dejanski problem odnosov v zdravstvu je nedodelanost notranjih razmerij znotraj profesij. Delo medicinske sestre ni umeščeno samo v medicinsko hierarhijo zdravnik – medicinska sestra – pacient, saj medicinska sestra razvija tudi svojo lastno hierarhijo znotraj poklica. V nasprotju z zdravniki in zdravnicami, ki so načeloma enakopravni, se znotraj vrst medicinskih sester ustvarjajo hierarhije glede na dolžino študija in tudi po drugih socialnih kriterijih (Skela-Savič, et al., 2006; Vrbovšek, 2006).

Namen in cilji

Namen raziskave je bil ugotoviti, kako sodelovanje zdravnikov in medicinskih sester ocenjujejo študentje zdravstvene nege in medicine Univerze v Mariboru; cilj pa je bil ugotoviti, ali obstajajo razlike glede na smer študija in spol anketiranih. Zato smo postavili dve hipotezi:

H1: Študentje zdravstvene nege izražajo višjo stopnjo sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki kot študentje medicine.

H2: Anketiranke izražajo višjo stopnjo potrebnega sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki kot anketiranci.

Metode

Za raziskavo je bil uporabljen kvantitativni neeksperimentalni raziskovalni dizajn, z uporabo validiranega anketnega vprašalnika.

Opis instrumenta

Anketo smo izvedli s pomočjo Jeffersonove lestvice za oceno sodelovanja med zdravniki in medicinskimi sestrami (Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration – JSAPNC). Lestvica je bila leta 1985 razvita z namenom merjenja odnosa med zdravniki in medicinskimi sestrami (Hojat & Herman, 1985). Po predhodnem soglasju avtorjev smo izvedli dvojno slepo prevajanje. Dva neodvisna prevajalca sta prevedla vprašalnik iz angleščine v slovenščino, nato pa ga je en prevajalec prevedel iz slovenščine v angleščino, ne da bi predhodno videl angleški anketni vprašalnik. Ob primerjavi obeh angleških inačic smo ugotovili, da ni prišlo do razlik. Pilotna študija ni bila izvedena. Anketni vprašalnik je vseboval tudi demografske podatke (spol, starost,

fakulteto, na kateri študirajo, letnik študija in kraj bivanja). JSAPNC je validiran anketni vprašalnik, ki vsebuje 15 trditev za oceno sodelovanja med medicinskimi sestrami in zdravniki, izmed katerih se lahko na podlagi izračuna algoritmov dodatno meri: avtonomijo medicinskih sester, skupno izobraževanje in sodelovanje, zdravstveno nego in oskrbo v primerjavi z zdravljenjem ter avtoriteto zdravnikov. Anketirani so se za oceno trditev opredelili s pomočjo štiristopenjske Likertove lestvice, kjer je pomenilo 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – strinjam se; 4 – popolnoma se strinjam. Zanesljivost merskega instrumenta smo preverili s pomočjo Cronbach alfa koeficienta, ki je znašal 0,879, kar nakazuje na zelo veliko stopnjo zanesljivosti (DeVellis, 2003).

Opis vzorca

Uporabljeno je bilo priložnostno vzorčenje. Anketa je bila izvedena na Univerzi v Mariboru. Na Medicinsko fakulteto (MF) je bilo v študijskem letu 2014/2015 vpisanih 642 študentov, od tega jih je v anketi sodelovalo 193 oz. 30,6 %. Na Fakulteto za zdravstvene vede (FZV) je bilo v študijskem letu 2014/2015 vpisanih 549 dodiplomskih študentov. Anketni vprašalnik je izpolnilo 235 študentov oz. 42,8 %. Od skupnega števila anketiranih, tj. 428, je bilo 235 (54,9 %) študentov FZV in 193 (45,1 %) študentov MF. V raziskavi je sodelovalo 320 (74,8 %) žensk in 108 (25,2 %) moških. Na FZV je sodelovalo 189 žensk, kar med ženskami predstavlja 59,1 %, na MF pa 131 (40,9 %). Na FZV je sodelovalo 47 moških, kar med moškimi predstavlja 43,5 %, na MF pa 61 (56,5 %).

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred izvedbo raziskave smo pridobili pisni soglasji vodstva Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Mariboru in Medicinske Fakultete Univerze v Mariboru. Anketiranje na FZV je potekalo v pisni obliki (terensko), na MF pa v elektronski obliki, prirejeni z orodjem 1KA, in sicer v aprilu in maju leta 2015. Študentje na FZV so bili s strani izpraševalca osebno naprošeni, naj pristopijo k reševanju anketnega vprašalnika, in so imeli tudi možnost zavrnitve. Anketo so oddali izpraševalcu. Na MF je bila anketa s povabilom objavljena na spletni strani in študentje so prostovoljno pristopili k anketiranju. V anketo smo vključili študente vseh letnikov. Na FZV smo vključili redne in izredne študente, kar na MF ni bilo mogoče, saj se študij izvaja le v redni obliki.

Pridobljene empirične podatke smo obdelali s statističnim programom SPSS verzija 22 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Uporabljena je bila opisna statistika in t-test za neodvisne vzorce. S slednjim smo ugotavljali razliko med skupinami, statistično značilnost pa smo preverili na ravni 5 % tveganja ($p < 0,05$).

Rezultati

Primerjava povprečnih vrednosti ocen anketiranih posameznih trditev je pokazala, da pri vseh trditvah, razen eni, obstajajo statistično značilne razlike glede na vrsto študija (Tabela 1). Gre za trditev »Prvenstvena funkcija medicinske sestre je, da izvaja zdravnikova naročila«, ki so jo anketirani študentje obeh fakultet zelo podobno ocenili. S trditvijo »Zdravniki bi morali predstavljati dominantno avtoriteto v vseh zadevah zdravstvene oskrbe« se anketirani študentje MF bolj strinjajo kot anketirani študentje FZV ($t = -2,94$, $p = 0,003$).

Z ostalimi 13 trditvami se anketirani študentje FZV statistično značilno bolj strinjajo kot anketirani študentje MF. Največji razliki glede strinjanja je bilo zaznati pri trditvah: »Na medicinsko sestro je treba

gledati kot na zdravnikovo sodelavko in kolegico in ne kot na pomočnico« ($t = 15,24$, $p < 0,001$) in »Med zdravniki in medicinskimi sestrami je mnogo področij odgovornosti, ki se med seboj prekrivajo« ($t = 12,89$, $p < 0,001$). Velika razlika je bila tudi pri trditvi: »Medicinske sestre so posebej usposobljene za izobraževanje in psihološko svetovanje pacientom« ($t = 11,76$, $p < 0,001$). Sledijo trditve anketiranih, kjer so razlike nekoliko manjše: »Medicinske sestre so usposobljene, da ocenijo psihološke vidike pacientovih potreb in se odzovejo nanje« ($t = 10,89$, $p < 0,001$); »Zdravniki in medicinske sestre bi morali prispevati k odločitvam, ki se nanašajo na odpust pacientov iz bolnišnice« ($t = 10,67$, $p < 0,001$).

Iz Tabele 2 je razvidno, da statistično značilne razlike v povprečnih vrednostih ocen anketiranih glede na spol lahko potrdimo pri osmih trditvah, s katerimi

Tabela 1: Ocena trditev anketiranih glede na vrsto študija
Table 1: Respondents evaluations according to the type of study

Trditev / Claim	Fakulteta / Faculty					
	FZV		MF		t-test	
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	t	p
Na medicinsko sestro je treba gledati kot na zdravnikovo sodelavko in kolegico in ne kot na pomočnico.	3,85	0,41	2,96	0,73	15,24	< 0,001
Medicinske sestre so usposobljene, da ocenijo psihološke vidike pacientovih potreb in se odzovejo nanje.	3,68	0,50	3,05	0,69	10,89	< 0,001
V času izobraževanja bi morali biti študenti medicine in zdravstvene nege vključeni v timsko delo, da bi razumeli svoje vloge.	3,80	0,43	3,09	0,74	11,74	< 0,001
Medicinske sestre bi morale soodločati pri sprejemanju odločitev, ki se nanašajo na njihove delovne pogoje.	3,77	0,48	3,13	0,72	10,52	< 0,001
Medicinske sestre bi morale biti odgovorne pacientom za zdravstveno oskrbo, ki jo zagotavljajo.	3,68	0,50	3,28	0,72	6,51	< 0,001
Med zdravniki in medicinskimi sestrami je mnogo področij odgovornosti, ki se prekrivajo.	3,51	0,56	2,60	0,84	12,89	< 0,001
Medicinske sestre so posebej usposobljene za izobraževanje in psihološko svetovanje pacientom.	3,08	0,77	2,18	0,81	11,76	< 0,001
Zdravniki bi morali predstavljati dominantno avtoriteto v vseh zadevah zdravstvene oskrbe.	2,49	1,02	2,76	0,84	-2,94	0,003
Zdravniki in medicinske sestre bi morali prispevati k odločitvam, ki se nanašajo na odpust pacientov iz bolnišnice.	3,43	0,65	2,65	0,83	10,67	< 0,001
Prvenstvena funkcija medicinske sestre je, da izvaja zdravnikova naročila.	2,48	0,95	2,52	0,85	-0,51	0,612
Medicinske sestre bi morale sodelovati pri sprejemanju odločitev, ki zadevajo podporne bolnišnične storitve, od katerih je odvisno njihovo delo.	3,45	0,63	3,02	0,62	7,15	< 0,001
Medicinske sestre bi morale imeti odgovornost tudi za spremljanje medicinske obravnave.	3,10	0,78	2,52	0,74	7,80	< 0,001
Medicinske sestre bi morale zahtevati pojasnilo zdravnikovega naročila, kadar menijo, da bi utegnile imeti škodljive učinke za pacienta.	3,64	0,59	2,92	0,82	10,34	< 0,001
Zdravnike je potrebno izobraziti za vzpostavljanje sodelovalnih odnosov z medicinskimi sestrami.	3,68	0,54	2,98	0,81	10,29	< 0,001
Medprofesionalni odnosi med zdravniki in medicinskimi sestrami bi morali biti vključeni v njihove izobraževalne programe.	3,55	0,58	3,03	0,81	7,74	< 0,001

Legenda / Legend: t – vrednost t-testa / t-test value; p – statistična značilnost / statistical significance; FZV – Fakulteta za zdravstvene vede / Faculty of Health Sciences; MF – Medicinska fakulteta / Faculty of Medicine; \bar{x} – povprečje / average; s – standardni odklon / standard deviation

Tabela 2: Ocena trditve anketiranih glede na spol anketiranih
Table 2: Respondents evaluations according to gender

Trditve / Claim	Spol / Gender					
	Ženski / Female		Moški / Male		t-test / t-test	
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	t	p
Na medicinsko sestro je treba gledati kot na zdravnikovo sodelavko in kolegico in ne kot na pomočnico.	3,49	0,71	3,33	0,76	1,93	0,055
Medicinske sestre so usposobljene, da ocenijo psihološke vidike pacientovih potreb in se odzovejo nanje.	3,42	0,67	3,31	0,66	1,54	0,125
V času izobraževanja bi morali biti študenti medicine in zdravstvene nege vključeni v timsko delo, da bi razumeli svoje vloge.	3,53	0,68	3,33	0,68	2,59	0,010
Medicinske sestre bi morale soodločati pri sprejemanju odločitev, ki se nanašajo na njihove delovne pogoje.	3,52	0,65	3,36	0,73	2,17	0,031
Medicinske sestre bi morale biti odgovorne pacientom za zdravstveno oskrbo, ki jo zagotavljajo.	3,55	0,61	3,38	0,72	2,15	0,033
Med zdravniki in medicinskimi sestrami je mnogo področij odgovornosti, ki se prekrivajo.	3,16	0,81	2,93	0,88	2,53	0,012
Medicinske sestre so posebej usposobljene za izobraževanje in psihološko svetovanje pacientom.	2,68	0,93	2,65	0,85	0,25	0,805
Zdravniki bi morali predstavljati dominantno avtoriteto v vseh zadevah zdravstvene oskrbe.	2,65	0,95	2,50	0,97	1,40	0,161
Zdravniki in medicinske sestre bi morali prispevati k odločitvam, ki se nanašajo na odpust pacientov iz bolnišnice.	3,14	0,81	2,91	0,88	2,51	0,012
Prvenstvena funkcija medicinske sestre je, da izvaja zdravnikova naročila.	2,52	0,90	2,43	0,92	0,97	0,333
Medicinske sestre bi morale sodelovati pri sprejemanju odločitev, ki zadevajo podporne bolnišnične storitve, od katerih je odvisno njihovo delo.	3,28	0,65	3,19	0,68	1,21	0,227
Medicinske sestre bi morale imeti odgovornost tudi za spremljanje medicinske obravnave.	2,89	0,80	2,68	0,81	2,31	0,022
Medicinske sestre bi morale zahtevati pojasnilo zdravnikovega naročila, kadar menijo, da bi utegnile imeti škodljive učinke za pacienta.	3,37	0,77	3,16	0,81	2,38	0,018
Zdravnike je treba izobraziti za vzpostavljanje sodelovalnih odnosov z medicinskimi sestrami.	3,39	0,77	3,29	0,74	1,16	0,245
Medprofesionalni odnosi med zdravniki in medicinskimi sestrami bi morali biti vključeni v njihove izobraževalne programe.	3,36	0,73	3,17	0,76	2,33	0,020

Legenda / Legend: \bar{x} – povprečje / average; s – standardni odklon / standard deviation; t – vrednost t-testa / t-test value; p – statistična značilnost / statistical significance

so se anketiranke bolj strinjale kot anketiranci. Gre za trditve, ki opozarjajo, da bi morali biti študentje medicine in zdravstvene nege vključeni v timsko delo, da bi razumeli svoje delo ($t = 2,59, p = 0,010$); da bi morale medicinske sestre soodločati pri sprejemanju odločitev, ki se nanašajo na njihove delovne pogoje ($t = 2,17, p = 0,031$); da bi morale biti odgovorne pacientom za zdravstveno oskrbo, ki jo zagotavljajo ($t = 2,15, p = 0,033$); da bi morale biti odgovorne za spremljanje medicinske obravnave ($t = 2,31, p = 0,022$) in zahtevati pojasnilo zdravnikovega naročila, kadar menijo, da bi utegnile imeti škodljive učinke za pacienta ($t = 2,38, p = 0,018$). Nadalje se anketiranke bolj strinjajo, da je med zdravniki in medicinskimi sestrami mnogo področij odgovornosti, ki se prekrivajo ($t = 2,53, p = 0,012$); da bi morali tako zdravniki kot medicinske sestre prispevati k odločitvam, ki se nanašajo na odpust pacientov iz bolnišnice ($t = 2,51, p = 0,012$), in da bi

morali biti medprofesionalni odnosi med zdravniki in sestrami vključeni v njihove izobraževalne programe ($t = 2,33, p = 0,020$).

Diskusija

V izvedeni raziskavi smo ugotovili, da je pri vseh trditvah, ki so jih anketirani študentje ocenjevali – razen pri trditvi »Prvenstvena funkcija medicinske sestre je, da izvaja zdravnikova navodila« –, prišlo do statistično pomembnih razlik glede na vrsto študija anketiranih. S trditvijo »Zdravniki bi morali predstavljati dominantno avtoriteto v vseh zadevah zdravstvene oskrbe« so anketirani študentje MF izrazili višjo stopnjo strinjanja. Pri vseh ostalih 13 trditvah je bila višja stopnja strinjanja pri anketiranih študentih FZV. Park in sodelavci (2013) so v raziskavi, izvedeni med študenti medicine in zdravstvenih ved, opozorili

na višjo stopnjo strinjanja pri anketiranih študentih zdravstvene nege v primerjavi s študenti medicine. Med njimi so ugotovili značilne razlike. V tej raziskavi so zajeli tudi študente, ki so se izobraževali za socialne delavce, in jih primerjali s študenti zdravstvene nege. V tej skupini ni bilo opaženih značilnih razlik v primerjavi z medicinskimi sestrami. Značilne razlike med študenti zdravstvene nege in medicine sta prav tako potrdila avtorja Delunas in Rouse (2014).

Številni avtorji so s pomočjo Jeffersonove lestvice ocenjevanja odnosov ugotavljali stališča študentov zdravstvene nege in medicine kot tudi že zaposlenih zdravnikov in medicinskih sester. Ward in sodelavci (2008) so opravili raziskavo med 333 študenti zdravstvene nege, pri čemer so s pomočjo anketnega vprašalnika JSAPNC ugotovili, da obstajajo značilne razlike glede na spol anketiranih. Anketiranke so dosegle višjo stopnjo strinjanja s trditvami kot anketiranci. Podobo ugotavljamo tudi v naši raziskavi, saj smo dobili primerljive podatke, ki opozarjajo na statistično pomembne razlike glede na spol anketirancev pri osmih trditvah: »Študentje medicine in zdravstvene nege bi morali biti vključeni v timsko delo, da bi razumeli svoje vloge in vloge drugih v timu«; »Medicinske sestre bi morale soodločati pri sprejemanju odločitev, ki se nanašajo na njihove delovne pogoje«; »Medicinske sestre bi morale biti odgovorne pacientom za zdravstveno oskrbo, ki jo zagotavljajo«; »Medicinske sestre bi morale biti odgovorne za spremljanje medicinske obravnave in zahtevati pojasnilo zdravnikovega naročila, kadar menijo, da bi utegnili imeti škodljive učinke za pacienta«; »Med zdravniki in medicinskimi sestrami je mnogo področij odgovornosti, ki se prekrivajo«; »Tako zdravniki kot medicinske sestre bi morali prispevati k odločitvam, ki se nanašajo na odpust pacientov iz bolnišnice«; »Medprofesionalni odnosi med zdravniki in sestrami bi morali biti vključeni v njihove izobraževalne programe«. V vseh teh trditvah so anketiranke izrazile višjo stopnjo strinjanja kot anketiranci. Višjo stopnjo strinjanja pri ženskah kot pri moških so prav tako ugotovili Hansson in sodelavci (2010). Nasprotno so Yildirim in sodelavci (2005) v populaciji zdravnikov ugotovili, da so moški anketiranci dosegli višjo stopnjo strinjanja kot ženske. V primerjavi med zdravniki in medicinskimi sestrami so medicinske sestre na splošno izrazile višjo stopnjo strinjanja kot zdravniki. Omejitve raziskave so v različnih vrstah anketiranja (spletna anketa, terenska anketa) ter v anketiranju študentov medicine in zdravstvene nege samo na eni univerzi. Dodatna omejitev je še v vzorčenju in v tem, da pilotna študija ni bila izvedena.

Nadaljnje možnosti raziskovanja vidimo v izvedbi ponovne raziskave pred skupnim izobraževanjem in po njem. Možnosti za raziskovanje vidimo tudi v izvedbi podobne raziskave v delovnem okolju, saj avtorji Yildirim in sodelavci (2005) ugotavljajo, da je pri ocenah sodelovanja

prišlo do razlik med sekundarnim in terciarnim nivojem dejavnosti ter med različnimi kliničnimi okolji.

Zaključek

Sodelovanje medicinskih sester in zdravnikov je ključnega pomena, saj vpliva na kakovostno obravnavo pacientov. Dobro sodelovanje dosežemo z ustrežno komunikacijo, medsebojnim spoštovanjem, upoštevanjem avtonomije poklicev in sprotim reševanjem problemov, za kar je odgovoren vsak posameznik. Zato je nujno potrebno, da se zdravstveni delavci tega naučijo že med izobraževanjem in prakso ter da temu posvečajo pozornost tudi v okviru vseživljenjskega izobraževanja.

Nasprotje interesov / Conflict of interest

Avtorji izjavljajo, 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

Vsi avtorji so prispevali enakovredno k nastanku članka. / All authors have contributed equally to the development of the article.

Literatura

American Nurses Association (ANCC), 2007. *Forces for magnetism*. Available at: <http://www.nursecredentialing.org/magnet/forces.html> [15. 03. 2017].

Bankston, D., 2005. *Collective self-esteem and attitudes toward collaboration as predictors to collaborative practice behaviors used by registered nurses and physicians in acute care hospitals: dissertation*. Cincinnati: University of Cincinnati, College of nursing.

Bezenšek, J., & Barle, A., 2007. *Poglavja iz sociologije medicine*. Maribor: Medicinska fakulteta.

- Boev, C. & Xia, Y., 2015. Nurse-physician collaboration and hospital-acquired infections in critical care. *Critical Care Nurse*, 35, pp. 266–272.
<https://doi.org/10.4037/ccn2015809>
PMid:25834009
- Boyle, D. & Kochinda, C., 2004. Enhancing collaborative communication of nurse and physician leadership in two intensive care units. *Journal of Nursing Administration*, 34(2), pp. 60–70.
<https://doi.org/10.1097/00005110-200402000-00003>
PMid:14770064
- Delunas, L., & Rouse, S., 2014. Nursing and medical student attitudes about communication and collaboration before and after ran interprofessional education experience. *Nursing Education Perspectives*, 35(2) pp. 100–105.
<https://doi.org/10.5480/11-716.1>
PMid:24783725
- DeVellis, R. F., 2003. *Scale development: Theory and applications*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Dougherty, M. & Larson, E., 2005. A review of instruments measuring nurse-physician collaboration. *Journal of Nursing Administration*, 35(5), pp. 244–253.
<https://doi.org/10.1097/00005110-200505000-00008>
PMid:15891488
- Garber, J., Madigan, E., Click, E. & Fitzpatrick, J., 2009. Attitudes towards collaboration and servant leadership among nurses physician and residents. *Journal of Interprofessional Care*, 23(4), pp. 331–340.
- Goriup J., 2015. Kaj (še sploh) motivira medicinske sestre za kakovostno delo v Sloveniji. In: J. Starc, I. Konda, V. Marjanović, D. Ristić & C. Smilevski, eds. *Izzivi globalizacije in družbeno-ekonomsko okolje EU: zbornik prispevkov, mednarodna znanstvena konferenca, Novo mesto 16. in 17. april 2015*. Novo mesto: Fakulteta za poslovne in upravne vede, Visoka šola za upravljanje in poslovanje, pp. 188–195.
- Hansson, A., Foldevi, M., & Mattsson, B., 2010. Medical students' attitudes toward collaboration between doctors and nurse-a comparison between two Swedish universities. *Journal of Interprofessionals Care*, 24(3), pp. 242–250.
- Hojat, M. & Herman, M., 1985. Developing an instrument to measure attitudes toward nurses: preliminary psychometric findings. *Psychological Reports*, 56, pp. 571–579.
<https://doi.org/10.2466/pr0.1985.56.2.571>
PMid:4001262
- Hughes, B. & Fitzpatrick, J., 2010. Nurse-physician collaboration in an acute care community hospital. *Journal of Interprofessional Care*, 24, pp. 625–632.
<https://doi.org/10.3109/13561820903550804>
PMid:20807034
- Jones, T. & Fitzpatrick, J., 2009. CRNA-Physician Collaboration in Anesthesia. *AANA Journal*, 77, pp. 431–436.
PMid:20108729
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*, 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Nair, D.M., Fitzpatrick, J.J, McNulty, R., Click, E.R. & Glembocki, M.M., 2012. Frequency of nurse – physician collaborative behaviors in an acute care hospital. *Journal of Interprofessional Care*, 26(2), pp.115–120.
<https://doi.org/10.3109/13561820.2011.637647>
PMid:22145999
- Ovijač, D., 2007. *Medpoklicno sodelovanje medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in zdravnikov: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
- Pahor, M., 2006. *Medicinske sestre in univerza*. Domžale: Izolit.
- Pahor, M., 2007. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki kot družbeni pojav. *Zdravstveni vestnik*, 76, pp. 43–47.
- Park, J., Hawkins, W., Hawkins, M. & Hamlin, E., 2013. Attitudes toward interprofessional collaboration among students in the health care professions. *Advances in Social Work*, 14(2), pp. 556–572.
- Reeves, S., Nelson, S. & Zwarenstein, M., 2008. The doctor-nurse game in the age of interprofessional care: a view from Canada. *Nursing Inquiry*, 15(1), pp. 1–2.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2008.00396.x>
PMid:18271784
- Skela-Savič, B., Pagon, M. & Lobnikar, B., 2006. Organizacijska kultura v slovenskih bolnišnicah. In: V. Rajkovič, P. Doucek, T. Kern, M. Kljajić, J. von Knop, et al., eds. *Management sprememb: zbornik povzetkov referatov 25. mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti, Portorož, 15-17 marec 2006*. Kranj: Moderna organizacija, pp. 143–144.
- Taylor, C., 2009. Attitudes toward physicians – nurses collaboration in anesthesia. *AANA Journal*, 77(5), pp. 343–347.
PMid:19911643
- Tourangeau, A., Cranley, L. & Jeffs, L., 2006. Impact of nursing on hospital patient mortality: a focused review and related policy implications. *Quality and Safety in Health Care*, 15, pp. 4–8.
- Vrbovšek, S., 2006. *Strukturne značilnosti razmerij med medicinskimi sestrami in zdravniki diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Zaletel-Kragelj, L., 2010. *Zdravniki in medpoklicno sodelovanje*. Katedra za javno zdravje; Medicinska fakulteta; Univerza v Ljubljani. Available at: <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/e708266180d7e902d94c84efb1422b64.pdf> [15. 03. 2017].

Ward, J., Schall, M., Sullivan, J., Bowen, M., Erdmann, J. & Hojat, M., 2008. The Jefferson scale of attitudes toward physician – nurse collaboration: a study with undergraduate nursing students. *Journal of Interprofessional Care*, 22(4), pp. 375–386.

<https://doi.org/10.1080/13561820802190533>

PMid:18800279

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

Yildirim, A., Ates, M., Akinci, F., Ross, T., Selimen, D., Issever, H., et al., 2005. Physician – nurse attitudes toward collaboration in Istanbul's public hospitals. *International Journal of Nursing Studies*, 42, pp. 429–437.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.07.007>

PMid:15847905

Citirajte kot / Cite as:

Strauss, M., Goriup, J., Križmarić, M. & Koželj, A., 2018. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki: ocene študentov zdravstvene nege in medicine. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(4), 225–232. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.4.170>

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

Jezikovne prepreke pri zdravstveni negi tujgovorečih pacientov: kvalitativna opisna raziskava

Language barriers in nursing care of foreign language speaking patients: qualitative descriptive research

Anja Štante, Nataša Mlinar Reljić, Barbara Donik

Ključne besede: medicinske sestre; bolnišnica; komunikacija; intervju

Key words: nurses; hospital; communication; interview

Anja Štante, dipl. m. s.

*Kontaktni e-naslov /
Correspondence e-mail:*
anja.stante@student.um.si

viš. pred. Nataša Mlinar Reljić,
dipl. m. s., mag. zdr. – soc.
manag.

viš. pred. mag. Barbara Donik,
dipl. m. s., univ. dipl. org.

Obe / Both: Univerza v
Mariboru Fakulteta za
zdravstvene vede, Žitna ul. 15,
2000 Maribor, Slovenija

IZVLEČEK

Uvod: Jezikovne prepreke ob stiku s tujgovorečim pacientom močno vplivajo na kakovost zdravstvene nege, saj onemogočajo učinkovito komunikacijo med medicinsko sestro in pacientom. Ne glede na spol, narodnost, raso, etnično poreklo, versko pripadnost ali drugo osebno okoliščino imajo pacienti pravico do enake obravnave pri zdravstveni oskrbi. Namen raziskave je bil ugotoviti, kako se medicinske sestre soočajo z jezikovnimi preprekami pri zdravstveni negi tujgovorečih pacientov.

Metode: Uporabljena je bila kvalitativna metodologija raziskovanja. Podatki so bili zbrani z delno strukturiranimi intervjuji ($n = 5$). Vzorec je bil namenski. Za analizo podatkov je bila uporabljena metoda konvencionalne vsebinske analize besedila.

Rezultati: S pomočjo vsebinske analize so bile oblikovane tri kategorije proučevanega fenomena: (1) Stik s tujgovorečim pacientom; (2) Soočanje s tujgovorečim pacientom; (3) Reševanje težav v komunikaciji s tujgovorečim pacientom. Soočanje s tujgovorečimi pacienti udeležencem v raziskavi predstavlja stisko, vendar ohranjajo empatičen odnos in se zavedajo nevarnosti, ki jih jezikovne prepreke predstavljajo za pacientovo varnost.

Diskusija in zaključek: Udeleženci v raziskavi opozarjajo, da jezikovne prepreke lahko predstavljajo večja tveganja na področju zagotavljanja pacientove varnosti. Obravnavano področje je v slovenskem prostoru slabše raziskano, zato bi bilo treba proučiti različne dimenzije tako jezikovnih kot tudi kulturnih preprek ter sistemsko urediti področje zdravstvene obravnave tujgovorečih pacientov. To bi pomembno prispevalo k vzpostavitvi uspešne komunikacije ter varni in kakovostni zdravstveni negi.

ABSTRACT

Introduction: Language barriers in nursing care of foreign language speaking patients affect the quality of healthcare and may hinder effective communication between the nurse and the patient. All patients regardless of their gender, nationality, race, ethnicity, religious affiliation or any other personal characteristic have the right to equal treatment in healthcare. The purpose of the study was to investigate how nurses deal with language barriers when nursing foreign language speaking patients.

Methods: Qualitative research methodology was used. Semi structured interviews ($n = 5$) were conducted by purposive sampling. Conventional content analysis was used for data analysis and synthesis.

Results: Content analysis gave three main categories: Contact with a foreign language speaking patient (1); dealing with the foreign language speaking patient (2) and solving communication problems with a foreign language speaking patient (3). Research showed that dealing with foreign language speaking patients causes distress for the participants in the study, although they still manage to maintain an empathic therapeutic relationship and are aware of the dangers that language barriers can pose to the safety of the patient.

Discussion and conclusion: Participants in the study pointed out that language barrier may represent a risk in securing the safety of patients. This area of interest has not been the subject of much research in Slovenia, so it would be necessary to conduct research into different aspects of language and cultural barriers, and to systematically regulate the treatment of foreign language speaking patients. This would significantly contribute to efficient communication and thus, safe and quality nursing care.

Članek je nastal na osnovi
diplomskega dela Anje Štante
*Jezikovne prepreke v zdravstveni
negi* (2017).

Prejeto / Received: 7. 12. 2017
Sprejeto / Accepted: 27. 11. 2018

Uvod

Slovenija je tranzitna država in leži na stičišču različnih kultur. Na njenem območju se nahaja veliko tujcev, ki v določenih primerih potrebujejo zdravstveno oskrbo. Sloveščina je na območju Republike Slovenije (RS) uradni jezik, v katerem poteka govorno in pisno sporazumevanje. Izjema so območja, kjer sta poleg slovenskega uradna jezika tudi italijanski ali madžarski (Zakon o javni rabi sloveščine [ZJRS]). Pacient ima pravico, da zdravstveni delavci in sodelavci z njim komunicirajo v slovenskem jeziku oz. v jeziku narodnih skupnosti (Zakon o pacientovih pravicah [ZPacP]). Poleg državljanov RS imajo tudi tujci (Zakon o tujcih [ZTuj-2]), ki niso vključeni v zdravstveno zavarovanje v RS, pravico do nujnih oz. potrebnih zdravstvenih storitev (Ministrstvo za notranje zadeve, 2014). Tujci niso samo turisti in obiskovalci, ampak tudi azilanti, begunci, migranti, prisilci za azil, tujci med začasnim in stalnim bivanjem v Sloveniji in drugi državljani Republike Slovenije (RS), ki so na primer pripadniki drugih etičnih skupnosti (Morel, 2009). Težave s sporazumevanjem se lahko pojavijo tudi pri pripadnikih jezikovnih manjšin v RS in drugih pripadnikih etičnih skupin, na primer Romih, ki jih je po podatkih Urada za narodnosti Republike Slovenije (2017) okoli 3800. V Sloveniji poleg tujcev, ki govorijo neslovenski jezik, živi okrog 7700 pripadnikov madžarske narodnostne manjšine, ki govorijo madžarski jezik, in okoli 3800 pripadnikov italijanske narodnostne manjšine, ki govorijo italijanski jezik (Urad za narodnosti Republike Slovenije, 2017). Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (SURS, 2017) je bilo 1. 1. 2017 v RS 2.065.895 prebivalcev, od tega približno 114.500 priseljencev, kar predstavlja 5,5 % populacije. V letu 2016 se je število tujih državljanov povečalo za približno 1.700. Migranti se ob prihodu v drugo kulturno okolje soočajo s socialnimi in ekonomskimi stiskami, ki pa jih lažje obvladujejo, če se lahko sporazumevajo v lokalnem jeziku (Mallows, 2014). Med tujci, starimi od 15 do 64 let, ki živijo v RS, je po podatkih SURS-a (2014) 43 % takih, ki slabo govorijo slovensko, 8 % pa slovensko govori zelo slabo. To so razlogi, ki lahko privedejo do pojava jezikovnih preprek v zdravstveni negi.

Jezikovne prepreke lahko definiramo kot pomanjkanje komunikacije med dvema oseba, ki govorita tuj jezik ali drugo narečje (Collins English Dictionary, 2017). Jezikovne prepreke vplivajo na kakovost zdravstvene nege v zdravstvenem sistemu, saj onemogočajo dobro in učinkovito komunikacijo med medicinsko sestro in pacientom (Schwei, et al., 2016). Tako prihaja do manj uspešne izmenjave informacij, kar lahko vodi do napak v zdravstvu (Bofulin, et al., 2016). Pacienti, ki govorijo tuj jezik, velikokrat težje dostopajo do zdravstvene službe, predčasno samovoljno prekinejo zdravljenje, se ne udeležujejo preventivnih pregledov, slabo upoštevajo zdravstvenovzgojne nasvete, zato so deležni

manj kakovostne zdravstvene obravnave (Flores, 2006). Zdravstvena nega je tako manj učinkovita, dodajajo Meuter in sodelavci (2015). Učinkovita komunikacija med pacientom in medicinsko sestro predstavlja ključni element jezikovno in kulturno kompetentne zdravstvene nege v kliničnem okolju (Kelley & Klopff, 2008).

Poznavanje različnih načinov življenja, kulturnih praks in pogledov na svet omogoča, da se izognemo nesporazumom s pacienti in njihovimi svojci (Jelenc, et al., 2016). Poseben izziv za zdravstveno nego predstavlja pridobivanje podatkov v okviru procesa zdravstvene nege. Kadar med medicinsko sestro in pacientom nastane jezikovna prepreka, je izvajanje zdravstvene nege in oskrbe izjemno oteženo in zahtevno. Medicinska sestra se znajde v situaciji, ko je pacient ne razume, zato mora uporabiti vse svoje znanje, spretnosti in sposobnosti, da mu čim bolj olajša zdravstveno obravnavo, ki je lahko za pacienta že sama po sebi stresna (McCarthy, et al., 2013).

Vidika jezikovnih preprek v zdravstveni negi ne smemo zanemariti ne glede na to, kako dobro je pacient integriran v naše kulturno okolje (Zendedel et al., 2016). Jezikovne prepreke pri zdravstveni negi tujgovorečih pacientov lahko prispevajo tudi k nezadovoljstvu pacientov, kar dokazujejo Park in sodelavci (2009), ki navaja, da neskladja med medicinsko sestro in pacientom negativno vplivajo na izkušnje pacientov. To vodi do nezaupanja, občutka nemoči in nespoštovanja, posledično pa do slabših izvidov zdravstvene obravnave (Rocque & Leanza, 2015; Brodie, et al., 2016; Burt, et al., 2016; Juergens, et al., 2016). Jezikovne prepreke ne ustvarjajo samo stresa in morebitnega nezadovoljstva pacientov, temveč vplivajo tudi na medicinske sestre (Coleman & Angosta, 2016). Bernard in sodelavci (2006) ugotavljajo, da so medicinske sestre raven stresa pri zdravstveni negi tujgovorečega pacienta ocenile kot zmerno do zelo visoko. Poleg tega avtorji navajajo, da jezikovne prepreke znižujejo kakovost zdravstvene nege. Tudi Parveen in Watson (2017) pravita, da sposobnost medicinskih sester za učinkovito komunikacijo s tujgovorečimi pacienti vpliva na zagotavljanje ustrezne, pravočasne, varne, učinkovite in kakovostne zdravstvene nege.

Dimenzije jezikovnih preprek v zdravstveni negi tujgovorečega pacienta se dotikajo tako pacienta kot medicinske sestre. Kako se medicinske sestre soočajo z jezikovnimi preprekami, kakšne stiske ob tem doživljajo in kako jih rešujejo, je manj raziskano.

Namen in cilji

Namen raziskave je bil raziskati, kako se medicinske sestre v praksi soočajo z jezikovnimi preprekami pri zdravstveni negi tujgovorečih pacientov in kako jih rešujejo. Cilj raziskave je bil raziskati mnenja in stališča medicinskih sester, ki se srečujejo z jezikovnimi

preprekami pri zdravstveni negi tujegovorečih pacientov. Zanimalo nas je, kako doživljajo jezikovne prepreke in kako rešujejo težave, povezane z njimi. Zastavili smo naslednje raziskovalno vprašanje:

– Kako se medicinske sestre soočajo s težavami, povezanimi z jezikovnimi preprekami pri zdravstveni negi tujegovorečih pacientov?

Metode

V raziskavi smo uporabili kvalitativni raziskovalni pristop, saj omogoča širšo razlago proučevanih fenomenov (Creswell, 2013). Izvedli smo kvalitativno opisno študijo, ki raziskovalcu omogoča natančne opise fenomenov (Sandelowski, 2000), kot so jezikovne prepreke v zdravstveni negi tujegovorečih pacientov. Podatki so bili zbrani z delno strukturiranimi intervjuji in analizirani z metodo konvencionalne vsebinske analize (Hsieh & Shannon, 2005).

Opis instrumenta

Kot metoda zbiranja podatkov je bil uporabljen delno strukturiran intervju. Pred izvedbo intervjuja smo pripravili vodilo za intervju z odprtimi vprašanji: »Mi lahko prosim opišete, kaj si predstavljate pod pojmom jezikovne prepreke?«; »S katerimi tujimi jeziki se največkrat srečujete pri svojem delu?«; »Kako pogosto se srečujete z jezikovnimi preprekami v praksi?«; »Mi lahko prosim opišete vaše izkušnje s soočanjem z jezikovnimi preprekami s tuje govorečimi pacienti?«; »Kakšne so običajne prakse zdravstvenih delavcev na vašem področju pri obravnavi jezikovnih preprek hospitaliziranih pacientov?«; »Kako rešujete jezikovne prepreke?«. Prvi del intervjuja je bil namenjen vzpostavljanju zaupanja, hkrati smo pridobili demografske podatke udeležencev v raziskavi glede starosti, delovne dobe in področja delovanja v zdravstveni negi. Med intervjujem smo udeleženca raziskave usmerjali z dodatno zastavljenimi vprašanji, ki so se nanašala na obravnavano tematiko.

Opis vzorca

Uporabljeno je bilo namensko vzorčenje, saj omogoča pridobivanje mnenj ciljne populacije (Polit & Beck, 2012). V raziskavo smo zajeli diplomirane medicinske sestre / zdravstvenike, zaposlene na kirurškem, internističnem in ginekološkem področju v isti ustanovi. Kot vključitveni kriterij za sodelovanje v raziskavi smo upoštevali, da imajo sodelujoči vsaj dve leti delovnih izkušenj v zdravstveni negi, da so se v kliničnem okolju že srečali z jezikovno prepreko, da so pripravljene izraziti svoja mnenja, stališča in izkušnje. Za raziskavo v tej ustanovi smo se odločili, ker gre za veliko ustanovo, ki zagotavlja zdravstveno obravnavo na širšem severovzhodnem delu Slovenije in je na območju migracijskih poti ob državni meji.

V raziskavo je bilo vključenih pet oseb, dve osebi moškega in tri osebe ženskega spola. Luborsky in Rubinsein (1995) navajata, da je najpogosteje izbrani vzorec v kvalitativnih raziskavah 12–26 udeležencev, na področju zdravstva pa je pogosta vključitev manj kot 10 udeležencev. Ob sproti analizi intervjujev smo pri petih udeležencih dosegli zasičenost podatkov. Tri osebe so bile stare 30–40 let, dve osebi pa 41–50 let. Izbrani zaposleni se pri svojem delu pogosto srečujejo z zdravstveno nego tujegovorečih pacientov in imajo več kot pet let delovnih izkušenj na področju zdravstvene nege v kliničnem okolju.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za izvedbo raziskave smo predhodno pridobili pisno dovoljenje Službe zdravstvene nege v ustanovi, kjer je potekala raziskava, in dovoljenje strokovnih vodij posameznih strokovnih področij in predstojnikov oddelkov. Strokovne vodje posameznih kliničnih oddelkov smo zaprosili za pomoč pri vzpostavljanju stikov z udeleženci. K udeležbi v raziskavi so zaposlene povabili glede na vključitvene kriterije za sodelovanje v raziskavi. Posameznim udeležencem, ki so bili pripravljene sodelovati in so podpisali informativno soglasje o prostovoljnem sodelovanju, smo predstavili namen in cilje raziskave, potek raziskave, način varovanja in pomen zaupnosti podatkov, predvideno trajanje intervjuja, možnost prekinitve intervjuja ter možnosti odklonitve sodelovanja kadar koli med raziskavo, brez pojasnila. Zbiranje podatkov je potekalo v juniju 2017. Intervjuje smo izvedli v delovnem okolju sodelujočih v raziskavi; posamezni intervju je trajal 20–30 minut. Posnete intervjuje smo dobesedno prepisali. Za obdelavo podatkov smo uporabili metodo konvencionalne vsebinske analize besedila (Hsieh & Shannon, 2005), ki poteka v več korakih. Najprej smo vsak intervju večkrat v celoti prebrali, nato smo v besedilu poiskali ključne misli in oblikovali inicialne kode, ki smo jih smiselno vsebinsko povezali v podkategorije in oblikovali kategorije.

Verodostojnost raziskave smo zagotavljali tako, da je vse intervjuje posnela in prepisala prva avtorica (AŠ). V namen zagotavljanja zanesljivosti raziskave (Streubert & Carpenter, 2011) sta kodiranje in oblikovanje podkategorij in kategorij izvedli dve avtorici neodvisno (AŠ, NMR), tretja avtorica (BD) pa je sodelovala pri pregledu. Vsa morebitna nestrinjanja so bila soglasno razrešena.

Rezultati

Glede na analizo podatkov smo izoblikovali 51 kod, ki smo jih uvrstili v 14 podkategorij, iz katerih smo oblikovali tri kategorije (Tabela 1): (1) Stik s tujegovorečim pacientom; (2) Soočanje s tujegovorečim pacientom; (3) Reševanje težav v komunikaciji s tujegovorečim pacientom.

Tabela 1: Shematični prikaz razvoja podkategorij in kategorij
Table 1: A schematic view of the development of subcategories and categories

<i>Kategorije/ Category</i>	<i>Podkategorije/ Subcategory</i>	<i>Kode/ Codes</i>
Stik s tuje govorečim pacientom	Tuji jeziki	Stik z angleškim jezikom Stik z nemškimi jezikom Stik z romskim jezikom Stik z albanskimi jezikom Stik z južnoslovanskimi jeziki Stik z manj znanimi jeziki
	Narečja	Stik z narečnimi jeziki
	Pogostost	Dvakrat mesečno Dvakrat tedensko Z nekaterimi jeziki pogosteje, z drugimi redko
Soočanje s tuje govorečim pacientom	Občutek stiske	Stiska zaradi nepoznavanja jezika Neznanje, kako pristopiti k pacientu Neznanje, kako ga vprašati Strah pred nerazumevanjem pacienta
	Empatija	Sposobnost vživeti se v pacientovo situacijo Zavedanje, da je pacient v stiski Občutek, da je pacientu treba nuditi pomoč
	Ovire v komunikaciji in nevarnost za pacientovo varnost	Lahko pride do problemov v komunikaciji Nerazumevanje jezika Nevarnost zaradi nerazumevanja v času sprejema Nevarnost zaradi nerazumevanja ves čas obravnave Težave pri zbiranju informacij Nevarnost pridobitve napačnih informacij Nevarnost nerazumevanja pacienta v urgentnih situacijah Nevarnost, da pridobimo napačne podatke Nevarnost za nerazumevanje pacienta v urgentnih situacijah
Reševanje težav v komunikaciji s tuje govorečim pacientom	Izziv	Znanje tujih jezikov Iskanje izziva v soočanju s tuje govorečimi pacienti Pripravljenost se potruditi za tuje govorečega pacienta
	Iznajdljivost	Pripravljenost, da se v situacijah izpostavimo Pomoč sodelavcem Znanje tujih jezikov Iznajdljivost v posameznih situacijah Ni treba iskati pomoči Izpostavljanje svojih sposobnosti
	Uporaba tujega jezika, ki ga poznata oba sogovornika (<i>lingua franca</i>)	Znanje angleščine Uporaba skupnega tujega jezika
	Lasten interes za učenje tujih jezikov	Interes za učenje vsakega posameznika Udeležba na »hitrih« tečajih Želja po novih znanjih
	Neverbalna komunikacija	Pomoč rok Opazovanje pacientove mimike Izražanje s telesom
	Uporaba aplikacije	Uporaba spletnih orodij za prevajanje Uporaba znakovnih pripomočkov Uporaba svetovnega spleta
	Iskanje pomoči	Pogovor s svojci Pogovor s tolmači Pomoč sodelavcev, za katere vemo, da obvladajo določen jezik Pomoč mlajših, ki bolje znajo tuje jezike
	Dokumentiranje	Pisna predaja Beleženje posebnosti v komunikaciji

Prva kategorija: Stik s tujgovorečim pacientom

Pri svojem delu se udeleženci v raziskavi velikokrat srečujejo z germanskimi jeziki, južnoslovanskimi jeziki, romskim jezikom, albanščino in drugimi jeziki, predvsem z jeziki Bližnjega in Daljnega vzhoda: »Sem se srečal že z več primeri tujcev, mislim, da okoli dvajsetimi, iz bolj eksotičnih držav. Imeli smo npr. Tajca; Imamo pacientko, ki govori kitajski jezik.«

Prav tako izpostavljajo, da se lahko pojavljajo jezikovne prepreke zaradi narečij: »Komunikacija je lahko že v slovenščini izjemno težka, kaj šele v drugem tujem jeziku. Tu bi znalo biti že narečje kdaj velik problem...«; »Zaradi nepoznavanja dialektov kot tudi tujih jezikov...«

Pogostost srečevanja s tujgovorečim pacientom opredeljujejo različno: »Da jih res ne razumemo – enkrat, maksimalno dvakrat na mesec. S hrvaškim in albanskim jezikom pa se srečujemo dvakrat tedensko«; »Predvsem srbohrvaško, tega je največ, kar dnevno.«

Druga kategorija: Soočanje s tujgovorečim pacientom

Udeleženci v raziskavi so zaradi jezikovnih preprek, ki se pojavljajo pri delu, doživljali tudi stiske zaradi nepoznavanja jezika, strahu pred nerazumevanjem pacienta, neznanja, kako pristopiti k pacientu in kako ga vprašati: »Grozno je, ko se znajdeš v situaciji, ko ne veš, kako pacienta vprašati, kaj ga boli, kaj rabi, pacient pa ti niti ne zna odgovoriti.«; »Zna pa mogoče biti problem za tiste, ki nimajo smisla za jezik in težko sklepajo.«

Kljub stiskam ob soočanju s tujgovorečimi pacienti so udeleženci v raziskavi lahko empatični. Sposobni so se vživeti v pacientovo situacijo, zavedajo se, da je pacient v stiski, in imajo občutek, da mu je treba nuditi pomoč: »Če se postavim v kožo pacienta in je on hospitaliziran, pa se okrog njega pogovarjajo medicinske sestre in zdravniki in ne razume, je po mojem mnenju zanj najhuje.«

Za udeležence v raziskavi jezikovne prepreke predstavljajo ovire pri komunikaciji, saj se zavedajo težav, ki jih nerazumevanje jezika povzroča: »V bistvo to, ko pride do problemov v komunikaciji«; »Slišiš ljudi, ki govorijo tuj jezik, ki ga ti ne govoriš, ko potrebuješ pomoč.«

Ob tem opozarjajo, da jezikovne prepreke predstavljajo tudi nevarnost v zdravstveni obravnavi pacienta. Pri tem izpostavljajo nerazumevanje pacienta v času sprejema, pri urgentnih stanjih, nezmožnost pridobitve podatkov: »V prvi vrsti sprejem, potem pa ves čas obravnave pacienta«; »Na začetku samega zdravljenja v smislu pridobivanja določenih podatkov, ki so potem ključnega pomena za nadaljevanje zdravljenja oz. hospitalizacije, na primer, kako je prišlo do poškodbe, kdaj se je bolezen pojavila. Po drugi strani pa dvoumni odgovori na ta vprašanja predstavljajo velik problem v nadaljevanju zdravljenja. Zato si poskušamo, kolikor je

le mogoče, že takoj v začetku pridobiti verodostojne in razumljive informacije, ki nam potem služijo za naprej v postopku zdravljenja«; »Predvsem takrat, ko je kakšno nujno stanje, na primer krvavitev, pa je potrebno iti v operacijsko, zdaj pa pacientu ti to razloži. Tudi če kličemo tolmača in je urgenca, je to zelo velik problem, saj ni časa.«

Tretja kategorija: Reševanje težav v komunikaciji

Reševanje težav, ki se pojavijo kot posledica jezikovnih preprek, udeležencem v raziskavi predstavlja izziv. Nekaj znanja tujih jezikov imajo, predvsem pa so se pripravljani potruditi za tujgovorečega pacienta: »Osebo sem kar za jezike, rad se spopadam s takimi stvarmi«; »Potrudimo se bolj, da jim je nekako lažje vse to«; »Poskušamo se znajti na vse možne načine.« Večkrat moramo biti zelo iznajdljivi, zatrjujejo udeleženci, predvsem pripravljani, da se izpostavimo v kritičnih situacijah, pomagamo sodelavcem, uporabimo vse svoje osebne sposobnosti: »Drugi imajo mogoče več težav [...], včasih mi rečejo, kje si bil prejšnji teden, ko smo imeli tega tujca, ker imam rad jezike in mi gredo. Tudi kulture drugih držav so mi zanimive. Zato mi jeziki niso tako oddaljeni. Osebo še nikoli nisem klical tolmača. Pa sem srečal že več primerov tujcev, mislim, da okoli dvajset, iz bolj eksotičnih držav.«

Udeleženci v raziskavi so prav tako izpostavili pomen lastnega zanimanja za učenje tujih jezikov in željo po novem znanju: »Koliko se človek sam izobražuje, kako je sam zainteresiran«; »Za določene zaposlene vem, da se samoiniciativno izobražujejo v obliki nekih hitrih tečajev.«

Udeleženci v raziskavi izpostavljajo pomen skupnega tujega jezika, ki ga razumeta tako medicinska sestra kot pacient, največkrat je v tej vlogi angleški jezik: »Se poskušamo sporazumeti z angleščino, nemščino ali hrvaščino«; »Eventualno tudi z italijanščino.«

Udeleženci v raziskavi se poslužujejo neverbalne komunikacije, zanašajo se predvsem na pomoč rok, opazovanje pacientove mimike in izražanje s telesom: »Kadar z jeziki ne gre, poskušamo tudi z obrazno mimiko«; »Drugače pa jim kažemo, pomagamo si s kretnjami, pa tudi z risanjem.« Kadar potrebujejo hitre informacije in nimajo na voljo nobene druge rešitve, se poslužujejo tudi aplikacij. Uporabljajo spletne aplikacije za prevajanje, znakovne pripomočke in svetovni splet: »Si pomagamo predvsem z Google prevajalnikom«; »Se pravi, ko določene besede vnesemo noter in iščemo prevod za določene jezike, ki so v sami aplikaciji«; »Preprosto tisto, kar sam internet ponudi, v kakršni koli obliki, tudi kakšne zapiske, odvisno je od jezika do jezika.«

Kadar udeleženci v raziskavi ne morejo razrešiti težav, povezanih z jezikovnimi preprekami, poiščejo pomoč. Obrnejo se na svojce, na sodelavce, za katere vedo, da obvladajo določen jezik, na mlajše, ki bolje govorijo tuje jezike, in na tolmače: »Najprej se

obrnemo na tistega, ki pride s pacientom, če obvlada. Včasih pridejo oni sami že s tolmači. Potem se najprej obrnemo na sodelavce z oddelka, ena od sodelavk obvlada albansko, takrat se na primer obrnemo nanjo, drugače pa iščemo tolmača»; »Kjer so prisotne jezikovne prepreke, se pokličemo med seboj in poskušamo potem najti kar se da ustrezno komunikacijo za tega pacienta»; »Obrnemo se na študente, ki so pri nas na praksi, ti nam dosti pomenijo, saj včasih zelo dobro obvladajo jezike.« Udeleženci v raziskavi so prav tako pozorni pri dokumentaciji, predvsem pri pisni predaji in beleženju posebnosti, ki so jih zaznali pri komunikaciji: »Računalniški bolnišnični program, ki ga uporabljamo, ima že v sami osnovi možnost, da vnesemo vanj, da gre pri hospitalizaciji pacienta za tujca. Se pravi, to je tista prva informacija, ki jo imamo uradno vneseno»; »Ob predaji se obvezno preda naslednji izmeni, da pacient ne govori slovensko.«

Diskusija

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako se medicinske sestre soočajo s težavami, povezanimi z jezikovnimi preprekami pri zdravstveni negi tujgovorečih pacientov, in kako jih rešujejo. Izpostavljeno je predvsem zavedanje, da je soočanje s tujgovorečim pacientom zapleten proces, ki vključuje tako tujgovorečega pacienta kot zaposlene v zdravstveni negi in samo zdravstveno ustanovo. Jezikovne prepreke namreč postajajo velik problem zdravstvene nege (Schwei, et al., 2016).

Sodelujoči v raziskavi ob soočanju s tujgovorečimi pacienti doživljajo stiske. Izpostavili so predvsem stisko ob stiku s pacientom, ki govori jezik, ki ga zaposleni ne razumejo/ne govorijo. Stiske so posebej velike, ker v taki situaciji največkrat ne vedo, kako bi pristopili k pacientu in pridobili podatke, ki so pomembni za zdravstveno obravnavo. Stiska je še močnejša, ker se zavedajo, da tudi pacient ne razume osebja. Tudi McCarthy in sodelavci (2013) ugotavljajo, da je izvajanje zdravstvene nege in oskrbe izjemno oteženo in zahtevno, kadar se medicinska sestra in pacient ne razumeta, zato se zdravstveni delavci v takšnih situacijah počutijo neprijetno, nemočno, saj želijo pomagati, vendar ne vedo, kako.

Kljub stiskam, ki jih udeleženci raziskave doživljajo, ostajajo empatični. Sposobni so se vživeti v pacienta, tako da si predstavljajo, kaj pacient doživlja, in se zavedajo, da je pacient prav tako v stiski zaradi nerazumevanja. Zavedajo se, da potrebuje pomoč, zato se še bolj potrudijo. Tudi Fatahi in sodelavci (2010) ugotavljajo, da so medicinske sestre pri obravnavi pacientov, ki ne govorijo njihovega pogovornega jezika, še posebej razumevajoče.

V osnovi udeleženci zaznavajo jezikovne prepreke v zdravstveni negi kot oviro v komunikaciji, ki jim onemogoča pridobivanje osnovnih pacientovih podatkov. Pogosto obstaja dvom o verodostojnosti pridobljenih

podatkov, ki so ključni za potek zdravljenja. V raziskavi smo ugotovili, da udeleženci v raziskavi pri soočanju s pacientom, pri katerem so prisotne jezikovne prepreke, sledijo internemu dogovoru: najprej sami poskušajo najti ustrezno rešitev, če so pri tem neuspešni, pa poiščejo »notranje vire«, kot so drugi sodelavci. Kadar tudi »notranji viri« pomoči ne zadoščajo, pridobijo pomoč zunanjih virov, kot so tolmači in prevajalske službe. Medicinske sestre vedno prosijo za pomoč svojce ali spremljevalce oseb, pri katerih so se pojavile jezikovne prepreke. Sodelujoči v raziskavi se v zdravstveni negi na različne načine zelo trudijo vzpostaviti učinkovito komunikacijo, kot je povedal tudi eden od sodelujočih: »Smo pripravljani pomagati in se potrudimo, da bi pacient razumel, kaj mu želimo povedati«. Bofulin in sodelavci (2016) navajajo, da je treba opazovati odzive pacienta na poskuse komunikacije in se mu prilagajati, kar omenjajo tudi udeleženci v raziskavi: »Da se naučimo kakšno besedo ali besedno zvezo v njegovem jeziku, da se nam ta bolj odpre in nam bolj zaupa«. Bofulin in Bešter (2010) navajata, da se medicinske sestre same nekako znajdejo v primerih, kadar pacient ne govori ne slovensko ne angleško. Iz naše raziskave ugotavljamo, da si medicinske sestre pomagajo tudi z mimiko, kretnjami, po potrebi kaj narišejo. Pomagajo si tudi s spletom, predvsem z Google prevajalnikom in drugimi aplikacijami, ki so na voljo. Kadar so kljub temu neuspešne, prosijo za pomoč sodelavce na oddelku ali – kot navajajo udeleženci v raziskavi – študente, ki so na kliničnem usposabljanju. Torej »notranje vire«, kot jih je poimenoval eden od vprašanih. Kadar pacientu ni mogoče zagotoviti njemu razumljivega komuniciranja, sodelujoči v raziskavi prosijo za pomoč tolmače. Tudi van Rosse in sodelavci (2016) ter McCarthy in sodelavci (2013) navajajo, da je v kliničnem okolju primerno in uspešno reševanje težav, povezanih z jezikovnimi preprekami, možno le s tolmači. Hkrati dodajajo, da pri nenadnih in hitrih posredovanjih to ni izvedljivo. Ob aktivnostih, ki so načrtovane vnaprej in se ne izvajajo dnevno, pa lahko načrtujemo prisotnost in pomoč tolmača.

V slovenskih zdravstvenih ustanovah usposobljeni tolmači in kulturni mediatorji niso prisotni ves čas kot v tujini. V evropskih državah, kjer so tolmači prisotni v vsakodnevni praksi, se je znatno zvišala kakovost zdravstvenih storitev (Nacionalni inštitut za javno zdravje [NIJZ], 2016). Poleg višje kakovosti obravnave prisotnost tolmača vpliva na pacientovo dobro počutje in predstavlja komunikacijski most med osebjem in pacientom, kar pomeni varnejšo zdravstveno nego (Fatahi, et al., 2010; McCarthy, et al., 2013). Fatahi in sodelavci (2010) navajajo, da prisotnost profesionalnih tolmačev res predstavlja strošek, vendar je dolgoročno sprejemljiva, saj prepreči zaplete, ki podražijo obravnavo pacienta. V praksi zdravstvene nege v slovenskem prostoru se lahko poslužimo tako amaterskih kot profesionalnih tolmačev, čeprav to področje sistemsko

ni urejeno (Bofulin & Bešter, 2010). Profesionalni tolmači so certificirani, medtem ko amaterski tolmači prihajajo iz narodne ali etične skupnosti in govorijo jezik skupnosti kot tudi jezik širšega okolja (Morel, 2009). Kadar je negovalni tim večnarodni, lahko kdo od zaposlenih prevzame vlogo tolmača. To lahko za zaposlenega predstavlja obremenitev in dodatni stres, zato vključevanje neprofesionalnih tolmačev ni priporočljivo. Svojci in spremljevalci so pogosto čustveno vpeti v dogajanje s pacientom, kar lahko popači dejstva in okoliščine ter močno vpliva na samo kakovost dela (Fatahi, et al., 2010).

Z raziskavo smo ugotovili, da so se udeleženci v raziskavi problematike jezikovnih preprek v zdravstveni negi začeli zavedati predvsem po številnih migracijah, ki smo jim bili priča jeseni leta 2015. Problem je postal vseslovenski, zato so se tudi na tem področju odvijala različna izobraževanja in konference, namenjene zaposlenim v zdravstveni negi pri soočanju s tujgovorečimi pacienti in reševanju težav, ki se pojavljajo ob jezikovnih preprekah. V obdobju od julija 2016 do januarja 2018 je potekal projekt, namenjen širši strokovni javnosti: »Izdaja slovarja, namenjenega lažji komunikaciji migrantov z zdravstvenim osebjem«. Pri njem so sodelovale zdravstvene in izobraževalne institucije. V okviru tega projekta je po državi potekalo več strokovnih srečanj, namenjenih zaposlenim v zdravstveni negi. Izdan je bil tudi »Večjezični priročnik za lažje sporazumevanje v zdravstvu« v osmih jezikih, ki predstavlja nepogrešljiv pripomoček pri preprečevanju jezikovnih in kulturnih nesporazumov (NIJZ, 2018).

Kot omejitev raziskave je treba upoštevati, da je šlo izključno za kvalitativno metodologijo raziskovanja. To pomeni, da je bila geografsko omejena in je potekala na manjšem vzorcu, zato stališč in izkušenj udeležencev v raziskavi kljub zasičenosti podatkov ne moremo posploševati na celotno populacijo. Rezultati kljub temu dodajajo nov vidik kompleksnosti zdravstvene nege tujgovorečih pacientov kot tudi stiskam, s katerimi se soočajo medicinske sestre v zdravstveni negi tujgovorečih pacientov. Pri kvalitativnem raziskovanju moramo kot omejitev upoštevati dejstvo, da je interpretacija podatkov odvisna tudi od raziskovalk. Tako ostajajo odprte možnosti ponovne geografsko razširjene raziskave z uporabo mešanih metod raziskovanja in večjim vzorcem. Prav tako se ponuja možnost dodatnih raziskav s področja jezikovnih preprek, na podlagi katerih bi lahko pripravili smernice za izobraževanje zaposlenih ter ravnanje za izboljšanje dosedanjih praks v zdravstveni negi. Pomemben vidik v nadaljnjem raziskovanju lahko predstavlja tudi proučevanje zagotavljanja varnosti pri zdravstveni negi tujgovorečih pacientov in kulturne usposobljenosti medicinskih sester. Stik s tujgovorečimi pacienti namreč ne predstavlja samo jezikovne, temveč tudi kulturno oviro v procesu zagotavljanja varne in kakovostne zdravstvene nege.

Zaključek

Udeleženci raziskave prihajajo v zdravstveni negi v stik s tujgovorečimi pacienti, se z njimi soočajo ter rešujejo težave, ki se pojavljajo pri komunikaciji z njimi. Ob tem se srečujejo tudi s stiskami, vendar ohranjajo empatičen odnos in se zavedajo nevarnosti, ki jih ovire v komunikaciji lahko predstavljajo za pacientovo varnost.

Jezikovne prepreke v komunikaciji s tujgovorečimi pacienti niso nov pojav v zdravstveni negi, vendar se zaradi spremenjenih migracijskih tokov spreminjajo tuji jeziki, s katerimi se medicinske sestre srečujejo. Zavedati se moramo predvsem morebitnih tveganj za pacienta, ki lahko nastanejo kot posledica jezikovnih preprek v zdravstveni negi. Zmanjšamo jih lahko z ustrezno premostitvijo jezikovnih preprek, pravočasno zaznavo in ustreznim poročanjem. Smiselna bi bila tudi uvedba rednih varnostnih vizit na področju zdravstvene nege, kar bi preprečevalo zaplete, ki lahko nastanejo zaradi neustrezne in neučinkovite komunikacije kot posledice jezikovnih preprek. Na pacienta osredotočena zdravstvena nega z vnaprej dogovorjenimi standardi glede obravnave tujgovorečih pacientov pomembno prispeva k vzpostavitvi uspešne komunikacije ter varni in kakovostni obravnavi.

Nasprotje interesov / Conflict of interest

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

Financiranje / Funding

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

Etika raziskovanja / Ethical approval

Soglasje za raziskavo je bilo odobreno s strani Komisije za medicinsko etiko v izbranem zavodu (1231-17/_-MB-SZN/2017-MD). / The permission for the research was obtained from the Medical Ethics Committee in chosen institution (1231-17/_-MB-SZN/2017-MD).

Prispevek avtorjev / Author contributions

Prva in tretja avtorica sta načrtovali raziskavo, interpretirali vse podatke in pripravili osnutek članka. Prva in druga avtorica sta raziskavo izvedli in analizirali podatke. Tretja avtorica je koordinirala pisanje in končno ureditev članka. / AŠ and BD designed the study, interpreted data and prepared first draft of the article. AŠ and NMR conducted the research and analysed the data. NMR and BD contributed to data interpretation and manuscript writing. BD coordinated the writing of the manuscript and final editing.

Literatura

- Bernard, A., Whitaker, M., Ray, M., Rockich, A., Barton-Baxter, M., Barnes, S.L., et al., 2006. Impact of language barrier on acute care medical professionals is dependent upon role. *Journal of Professional Nursing*, 22(6), pp. 355–358.
<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2006.09.001>
PMid:17141719
- Bofulin, M. & Bešter, R., 2010. Enako zdravstvo za vse: imigranti v slovenskem zdravstvenem sistemu. In: M. Medvešek, & B. Romana, eds. *Državljeni tretjih držav ali tretjerazredni državljani?: integracija državljanov tretjih držav v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja, pp. 270–311.
- Bofulin, M., Farkaš Lainšček J., Gosenca, K., Jelenc, A., Keršič Svetel, M., Lipovec Čebtron, U., et al., 2016. Komuniciranje. In: U. Lipovec Čebtron, ed. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 197–246.
- Brodie, K., Abel, G. & Burt, J., 2016. Language spoken at home and the association between ethnicity and doctor-patient communication in primary care: analysis of survey data for South Asian and White British patients. *BMJ Open*, 6(3), art. ID e010042
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010042>
- Burt, J., Lloyd, C., Campbell, J., Roland, M. & Abel, G., 2016. Variations in GP-patient communication by ethnicity, age, and gender: evidence from a national primary care patient survey. *British Journal of General Practice*, 66(642), pp. e47–e52.
<https://doi.org/10.3399/bjgp15X687637>
PMid:26541182; PMCID:PMC4684035
- Coleman, J-S. & Angosta, A.D., 2016. The lived experiences of acute-care bedside registered nurses caring for patients and their families with limited English proficiency: a silent shift. *Journal of Clinical Nursing*, 26(5/6), pp. 678–689.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13567>
PMid:27571582
- Collins English Dictionary, 2017. *Definition of language barrier*. Available at: <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/language-barrier> [19. 4. 2017].
- Creswell, J. W., 2013. *Qualitative inquiry and Research design: choosing among five approaches*. 3rd ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, pp. 42–69.
- Fatahi, N., Mattsson, B., Lundgren, S.M. & Hellström, M., 2010. Nurse radiographers' experiences of communication with patients who do not speak the native language. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), pp. 774–783.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05236.x>
- Flores, G., 2006. Language barriers to health care in the United States. *New England Journal of Medicine*, 355(3), pp. 229–231.
<https://doi.org/10.1056/NEJMp058316>
- Hsieh, H.-F. & Shannon, E.S., 2005. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), pp. 1277–1288.
<https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
PMid:16204405
- Jelenc, A., Svetel Keršič, M. & Lipovec Čebtron, U., 2016. Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. In: U. Čebtron, ed. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 11–24.
- Juergens, C.P., Dabin, B., French, J.K., Kritharides, L., Hyun, K., Kilian, J., et al., 2016. English as a second language and outcomes of patients presenting with acute coronary syndromes: results from the Concordance registry. *The Medical Journal of Australia*, 204(6), art. ID e239.
<https://doi.org/10.5694/mja15.00812>
PMid:27031399
- Kelley, F.J. & Klopff, M.I., 2008. Second language learning in a family nurse practitioner and nurse midwifery diversity education project. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(10), pp. 479–485.
<https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00353.x>
- Luborsky, M.R. & Rubinstein, R.L., 1995. Sampling in qualitative research: rationale, issues and methods. *Researching on Aging*, 17(1), pp. 89–113.
<https://doi.org/10.1177/0164027595171005>
PMid:22058580; PMCID:PMC3207270
- Mallows, D., 2014. *Language issues in migration and integration: perspectives from teachers and learners*. London: British Council.
PMid:24708006
- McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, M.M. & Tuohy, D., 2013. Conversations through barriers of language and interpretation. *British Journal of Nursing*, 22(6), pp. 335–339.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.6.335>
- Meuter, R.F., Gallois, C., Segalowitz, N.S., Ryder, A.G. & Hocking, J., 2015. Overcoming language barriers in healthcare: a protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language. *BioMed Central Health Services Research*, 15(1), p. 371.
<https://doi.org/10.1186/s12913-015-1024-8>
- Ministrstvo za notranje zadeve, 2014. *Vključevanje v slovensko družbo, informacije za tujce*. Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve.

- Morel, A., 2009. *Komunikacija s pacientom v večjezični družbi: tolmačenje v zdravstvu v Sloveniji: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za prevajalstvo.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2016. *Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi "ranljivih" skupin in orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 83–96.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2018. *Večjezično zdravstvo in zakaj ga v Sloveniji (še) ni*. Available at: <http://www.nijz.si/sl/vecjezicno-zdravstvo-in-zakaj-ga-v-sloveniji-se-ni> [12. 2. 2018].
- Parveen, A.A. & Watson, R., 2017. Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 27 (5/6), pp. e1152–e1160. <https://doi.org/10.1111/jocn.14204>
- Park, E.R., Chun, M.B.J., Betancourt, J.R., Green, A.R., & Weissman, J.S., 2009. Measuring residents' perceived preparedness and skillfulness to deliver cross-cultural care. *Journal of General Internal Medicine*, 24(9), pp. 1053–1056. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1046-1> PMID:19557481; PMCID:PMC2726883
- Polit, D.F. & Beck, C.T., 2012. *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, pp. 515–531.
- Rocque, R. & Leanza, Y. A., 2015. Systematic review of patients' experiences in communicating with primary care physicians: intercultural encounters and a balance between vulnerability and integrity. *PLoS One*, 10(10), art. ID e0139577. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139577>
- Sandelowski, M., 2000. Focus on Research Methods: whatever happened to qualitative description. *Research in Nursing & Health*, 23, pp. 334–340. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)
- Schwei, R.J., Del Pozo, S., Agger-Gupta, N., Alvarado-Little, W., Bagchi, A., Chen, A.H., et al., 2016. Changes in research on language barriers in health care since 2003: a cross-sectional review study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, pp. 36–44. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.001>
- Statistični urad Republike Slovenije, 2017. *Prebivalstvo, Slovenija, 1. januar 2017*. Available at: <http://www.stat.si/StatWeb/News/Index/6619> [04. 06. 2017].
- Streubert, H.J. & Carpenter, D.R., 2011. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer health.
- Urad za narodnosti Republike Slovenije, 2017. *Manjšine*. Available at: <http://www.un.gov.si/si/manjsine/> [12. 6. 2017].
- van Rosse, F., de Bruijne, M., Suurmond, J., Essink-Bot, M.L., Wagner, C., 2016. Language barriers and patient safety risks in hospital care: a mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, pp. 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012>
- Zakon o javni rabi Slovenščine (ZJRS)*, 2010. Uradni list Republike Slovenije, št. 8.
- Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)*, 2008. Uradni list Republike Slovenije, št. 15.
- Zakon o tujcih (ZTuj-2)*, 2017. Uradni list Republike Slovenije, št. 16.
- Zendedel, R., Schouten, B.C., van Weert, J.C.M. & van den Putte, B., 2016. Informal interpreting in general practice: the migrant patient's voice. *Ethnicity in Health*, 23(2), pp. 158–173. <https://doi.org/10.1080/13557858.2016.1246939> PMID:27764953

Citirajte kot / Cite as:

Štante, A., Mlinar Reljić, N. & Donik, B., 2018. Jezikovne prepreke pri zdravstveni negi tujgovorečih pacientov: kvalitativna opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(4), pp. 233–241. <https://doi.org/10.14528/sn.2018.52.4.207>

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

Identifikacija priporočil, razvoj in testiranje uporabe piktogramov za izboljšanje komunikacije starejših v socialnovarstvenih zavodih

Identification of guidelines, development and verification of pictograms for improving communication with the elderly in social care institutions

Nadis Krantić, Katarina Babnik, Boštjan Žvanut

Ključne besede: slikovna komunikacijska orodja; razvoj orodij; komunikacija; institucionalno varstvo

Key words: image-based communication; tool development; communication; institutional care

Nadis Krantić, dipl. zn., mag. zdr. nege

doc. dr. Katarina Babnik, univ. dipl. psih.

izred. prof. dr. Boštjan Žvanut, univ. dipl. inž. el.

Kontaktne e-naslov / Correspondence e-mail:
bostjan.zvanut@fvz.upr.si

Oba / Both: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola, Slovenija

Članek je nastal na osnovi magistrskega dela Nadisa Krantića *Razvoj in testiranje uporabe slikovnih gradiv za izboljšano komunikacijo in orientacijo starostnikov v domu starejših občanov* (2017).

Prejeto / Received: 20. 2. 2018
Sprejeto / Accepted: 13. 10. 2018

IZVLEČEK

Uvod: Piktogrami so slikovno komunikacijsko orodje, ki izboljšuje komunikacijo med izvajalci zdravstvenih in socialnih storitev ter starejšimi. Raziskava je zasledovala tri cilje: (i) identificirati priporočila za izdelavo piktogramov, primernih za starejše v socialnovarstvenih zavodih; (ii) na podlagi identificiranih priporočil razviti piktograme; (iii) ovrednotiti njihovo uporabnost.

Metode: Raziskava je temeljila na kombiniranem pristopu in so jo sestavljali trije deli: (i) analiza znanstvene in strokovne literature ter izvedba intervjujev s štirimi medicinskimi sestrami v socialnovarstvenih zavodih za identifikacijo priporočil za izdelavo piktogramov; (ii) izdelava piktogramov; (iii) evalvacija piktogramov s kvazieksperimentom. Za statistično obdelavo podatkov je uporabljena univariatna analiza (izračun frekvenc in relativnih frekvenc).

Rezultati: Identificirana priporočila za izdelavo piktogramov se nanašajo na njihovo splošno zasnov, uporabo barv in oblik ter lokacijo. Intervjuji so natančneje opredelili priporočljivo lokacijo piktogramov ter konkretne potrebe po njihovi sporočilnosti: »nevarnost opeklin«, »higiena rok«, »nevarnost padca«, »nevarnost udarca vrat«, »jedilnica«, »delovna terapija«. Evalvacija izdelanih piktogramov s tridesetimi starejšimi iz socialnovarstvenega zavoda je pokazala ustrezno razumljivost, tri vodje služb za zdravstveno nego in oskrbo pa so potrdile njihovo uporabnost.

Diskusija in zaključek: Identificirana priporočila predstavljajo dobro osnovo za nadaljnjo izdelavo piktogramov za starejše iz socialnovarstvenih zavodov. Pogostejša uporaba piktogramov v socialnovarstvenih zavodih bi izboljšala komunikacijo s starejšimi in nudila ustrezno pomoč pri zagotavljanju njihove varnosti in ustrezne orientacije.

ABSTRACT

Introduction: Pictograms are an image-based communication tool that improves communication between providers of health and social services and the elderly. The study had three research goals: (i) to identify recommendations for creating pictograms suitable for elderly users of social care institutions; (ii) develop pictograms based on identified recommendations; and (iii) to evaluate their usefulness.

Methods: The study was based on a mixed method approach and consisted of three parts: (i) an analysis of scientific literature and conducting interviews with 4 nurses working in social care institutions to identify the recommendations for pictograms development, (ii) creating a pictogram, (iii) quasi-experiment with the goal to evaluate the usefulness of pictograms. We used univariate statistics (frequency and relative frequency) for data analysis.

Results: Identified recommendations for pictograms relate to the general design of pictograms, the use of colors and shapes, and the location of pictograms. Interviews with four nurses further clarified the recommended location of pictograms and the content of pictograms that should represent: "risk of burns", "hand hygiene", "danger of falling", "risk of impact with the door", "dining room", and "occupational therapy". Evaluation of the developed pictograms with 30 social care institution users showed an adequate understanding of pictograms and their usefulness.

Discussion and conclusion: Identified recommendations are a good basis for further design of pictograms for users of social care institutions. A more extensive use of pictograms in social care institutions would help to ensure better communication with the elderly and assist in ensuring safety and adequate orientation of the elderly.

Uvod

Pojem »starejši« v večini razvitih držav zajema osebe, starejše od 65 let (O'Toole, 2005). Ena od oblik oskrbe omenjene populacije je njihova nastanitev v socialnovarstvenih zavodih (SVZ). V slovenskem prostoru so bili izvedeni projekti, ki kažejo, da od 14 % do 43,4 % starejših potrebuje pomoč (Ramovš, et al., 2012). Ustrezna in učinkovita komunikacija je eden od ključnih dejavnikov, ki prispevajo k dobri oskrbi starejših v SVZ (Blazinšek, et al., 2013). Slednji se srečujejo s številnimi problemi, ki lahko vplivajo na poslabšanje komunikacije v času bivanja v institucionalnem varstvu ter so povezani s slabovidnostjo, zmanjšano kognitivno sposobnostjo, zmedenostjo, slabšo prostorsko orientacijo in posledično izpostavljenostjo raznim nevarnostim (npr. padcem, opeklinam). Pri starejših je lahko prisotna tudi demenca, pri kateri se postopoma slabša delovanje različnih možganskih funkcij (mišljenja, spomina, govora, načrtovanja) (Graham & Warner, 2013), kar vpliva tudi na zmožnost komunikacije (Van Servellen, 2009). V takih in podobnih primerih lahko uporaba piktogramov nekoliko omili težave v komunikaciji (Katz, et al., 2006; Ngoh, 2009).

Piktogram oz. piktograf je vidni simbol, ki lahko predstavlja poseben predmet, glagol ali idejo (Shiojiri, et al., 2013). Gre za črto, risbo ali simbol, ki s svojo slikovno podobnostjo izraža zelo posebno sporočilo in pomen z nekim predmetom ali idejo (Choi, 2011; Korenevsky, et al., 2013). V zdravstvu so to slike, ki predstavljajo ustrezne načine za shranjevanje zdravil, varnostne ukrepe ali druge pomembne informacije, ki naj bi jih izvajalec zdravstvene dejavnosti zagotavljal svojim pacientom. Piktogrami pacientom in zdravstvenim delavcem pomagajo k večji sporočilni vrednosti tiskanih ali ustnih navodil (US Pharmacopeial Convention, 2016). Choi (2011) poudarja, da tudi po kognitivni teoriji multimedijskega učenja Richarda E. Mayerja (angl. *Cognitive Theory of Multimedia Learning*) posamezniki razumejo navodila bolje, ko ne sprejemajo le besed, temveč hkrati z njimi tudi ustrezne vizualne učinke.

Za piktograme na splošno velja, da nudijo bolj natančno in hitrejšo razlago kot besede ter izboljšajo čitljivost opozoril (Davies, 2000). Pri starejših ne smemo pozabiti na nevarnost pomanjkljive zdravstvene pismenosti. Sørensen in sodelavci (2015) ugotavljajo, da so v splošni populaciji skupine, v katerih je odstotek oseb s pomanjkljivo zdravstveno pismenostjo pomembno višji, kot to velja za celotno populacijo. Omenjeni avtorji izpostavljajo tudi, da se v te skupine ljudi uvrščajo posamezniki s slabim zdravstvenim stanjem, visokim deležem uporabe zdravstvenih storitev, nizkim socialno-ekonomskim statusom, nižjo stopnjo izobrazbe in starejši. Manafo in Wong (2012) povzemata dosedanje raziskave in ugotavljata, da imajo odrasli, starejši od 65 let,

nižjo stopnjo zdravstvene pismenosti v primerjavi z mlajšimi starostnimi skupinami. Medicinske sestre pri svojem delu s starejšimi prepoznajo problem pismenosti, kar vpliva na upoštevanje terapevtskih priporočil in samostojno vodenje bolezni (Matthews, et al., 2012). Ljudje z nizko zdravstveno pismenostjo imajo bolj verjetno težave pri učenju in usvajanju novih informacij iz navodil, zdravniških receptov in ostalih pripomočkov (Mahdizadeh & Solhi, 2018); določene informacije ali zdravstvene odločitve lahko prezejo ali pa jih ne upoštevajo v kontekstu vsakdanjega življenja (Adams, 2009). Stopnja zdravstvene pismenosti je povezana z zdravstvenim stanjem starejših, živečih doma in v SVZ (Liu, et al., 2018).

Piktogrami morajo prejemniku posredovati sporočilo na intuitiven način, neodvisno od jezika (Shiojiri, et al., 2013). Predstavljajo orodje socialne interakcije in komunikacije med ljudmi. Piktogrami so primerni za prikazovanje postopkov, zapletenih in dolgotrajnih navodil, sestavljenih iz več delov (Choi, 2011). Pacienti se tako s piktogrami lahko naučijo štetja tablet, jemanja zdravil ob pravem času in ujetanja s hrano (Seok & Park, 2012). Piktogrami pomagajo krepiti razumevanje mehanskih in prostorskih razmerij. Uporabni so tudi v zdravstveni vzgoji, kjer lahko bolj učinkovito kot zapisane besede pokažejo razne postopke (npr. korake pri aplikaciji injekcije pri pacientih s sladkorno boleznijo) ali pacientom podajo dodatne ključne informacije, povezane z njihovim zdravstvenim stanjem (npr. položajem posameznih organov v človeškem telesu) (Houts, et al., 2006). Tudi Sunyavivat in Boonyachut (2013) navajata, da lahko uporaba piktograma za polovico zmanjša čas zaznave določene informacije, ki bi jo sicer posredovali v obliki besedila. Opremljanje pisnega ali ustnega besedila s piktogrami poveča pozornost in razumevanje danih informacij (Houts, et al., 2006; Choi, 2011). Cloutier (2014) poudarja, da pravilna kombinacija piktograma in besedila olajša razumevanje. Piktogrami, dodani besedilu, nazorno pokažejo odnos med idejami, zapisanimi v besedilu, ali prostorska razmerja (Houts, et al., 2006).

Pri pripravi piktogramov je pomembno zagotoviti jasno in natančno informiranje prejemnikov sporočila, kar dosežemo z ustrezno sestavo (Korenevsky, et al., 2013). Piktogram se deli na dva dela: označenca (pojem ali predmet, ki ga označujemo) in označevalca (zvok ali sliko, ki se uporablja) (Korenevsky, et al., 2013). Choi (2013) ugotavlja, da so najbolj primerni piktogrami orisi človeka (kot predmeta) z enostavnimi črtami, ki simbolizirajo dele telesa. Učinkovitost uporabe preprostih piktogramov je najbolj izrazita pri ljudeh z nizko stopnjo pismenosti (Houts, et al., 2006; Katz, et al., 2006; Ngoh, 2009; Choi, 2011). Populacija z relativno visoko stopnjo pismenosti pa se lahko ob uporabi piktogramov z dodatnimi pisnimi navodili celo zmede. Zaradi navedenega se pojavljajo številni predlogi, da bi se piktograme uporabljalo v kombinaciji z ustreznim dodatnim besedilom (Korenevsky, et al.,

2013). Tudi pri mlajših generacijah je situacija podobna. Choi (2011) ugotavlja, da so informacije, predstavljene s piktogrami, o preprečevanju raka materničnega vratu bolj razumljive za ženske z nizko stopnjo pismenosti kot za ženske z višjo stopnjo pismenosti. Omenjenim zapletom se je treba pri načrtovanju piktogramov izogibati, saj morajo biti ti čim bolj razumljivi ciljni populaciji. Piktogrami imajo lahko tudi svoje slabosti; zelo malo se jih razume popolnoma pravilno. Lahko traja tudi vrsto let, da določena populacija piktograme pravilno razume in je s tem dosežena njihova največja učinkovitost. Pogosto se njihov pomen interpretira nepravilno, kar lahko povzroči dodatno nevarnost (Davies, 2000).

Namen in cilji

Pri pregledu domače literature nismo zasledili relevantnih del o razvoju piktogramov in ustreznosti njihove uporabe za starejše v SVZ, zato je bil naš namen podrobneje raziskati navedeno problematiko. Pri tem smo si zastavili naslednje cilje: (i) identificirati priporočila za izdelavo piktogramov, primernih za starejše v SVZ; (ii) na podlagi identificiranih priporočil razviti piktograme za uporabo v SVZ; (iii) ovrednotiti njihovo uporabnost. Ključno vprašanje, na katero želimo odgovoriti s to raziskavo, je: »Kaj je treba upoštevati pri izdelavi piktogramov kot komunikacijskega orodja za starejše v SVZ?«

Metode

Raziskava kombinirana na – kvalitativnem (pregled literature in izvedba intervjujev) in kvantitativnem (kvaziekperiment brez kontrolne skupine) pristopu in je bila sestavljena iz treh delov:

- Prvi del je bil usmerjen v identifikacijo in sintezo priporočil za oblikovanje piktogramov za starejše v SVZ s pomočjo pregleda literature in intervjujev.
- V drugem delu smo na podlagi identificiranih priporočil izdelali piktograme.
- V tretjem delu pa smo s kvaziekperimentom ovrednotili uporabnost piktogramov.

Opis instrumentov

V prvem delu raziskave smo oblikovali vprašalnik za identifikacijo priporočil za izdelavo in postavitev piktogramov. Za identifikacijo priporočil smo uporabili vprašalnik s petimi vprašanji odprtega tipa: 1) Katere podobne piktograme, namenjene starejšim, se že uporablja v SVZ? 2) Kje oz. na katerem področju je v SVZ največja potreba po piktogramih in zakaj? 3) Katere piktograme bi bilo dobro razviti? 4) Kaj je treba upoštevati pri izdelavi piktogramov? 5) Na kaj moramo biti pozorni pri piktogramih za starejše v SVZ?

V tretjem delu raziskave smo oblikovali vprašalnik za starejše v SVZ, z namenom vrednotenja oblikovanih piktogramov. Izvedli smo ga s pomočjo polstrukturiranega vprašalnika, z vprašanji odprtega tipa. Za vsak izdelan prototip piktograma smo udeležence povprašali po njegovem pomenu. Pravilnost odgovorov smo vrednotili z oznakama pravilno (1) oz. nepravilno (0).

Opis vzorca

Demografske značilnosti intervjuvank, ki so sodelovale v prvem delu raziskave, so predstavljene v Tabeli 1. Vzorec intervjuvank je bil priložnosten; iskali smo jih po principu snežne kepe, s ciljem najti strokovnjake, ki lahko kompetentno odgovorijo na zastavljena vprašanja. Kriterija za izbor intervjuvank sta bila:

- vsaj deset let delovnih izkušenj na področju dela s starejšimi;
- najmanj visokošolska diploma s področja zdravstvene nege. Vse intervjuvanke so diplomirane medicinske sestre, z večletnimi delovnimi izkušnjami s starejšimi.

V tretji del raziskave, ki je bil usmerjen v vrednotenje uporabnosti šestih razvitih piktogramov, smo vključili starejše v SVZ. Intervjuvali smo namenski vzorec 30 starejših, in sicer 15 moških in 15 žensk, ki so bili na dan intervjuja prisotni v SVZ in so privolili v sodelovanje v raziskavi. Pogoji za vključitev v raziskavo: starost 65 let ali več, kognitivna ohranjenost in v primeru okvare vida uporaba ustreznih pripomočkov (očal). Pri izboru starejših, ki ustrezajo tem kriterijem, je sodelovalo osebje SVZ. Omenjena skupina intervjuvancev predstavlja končne uporabnike piktogramov.

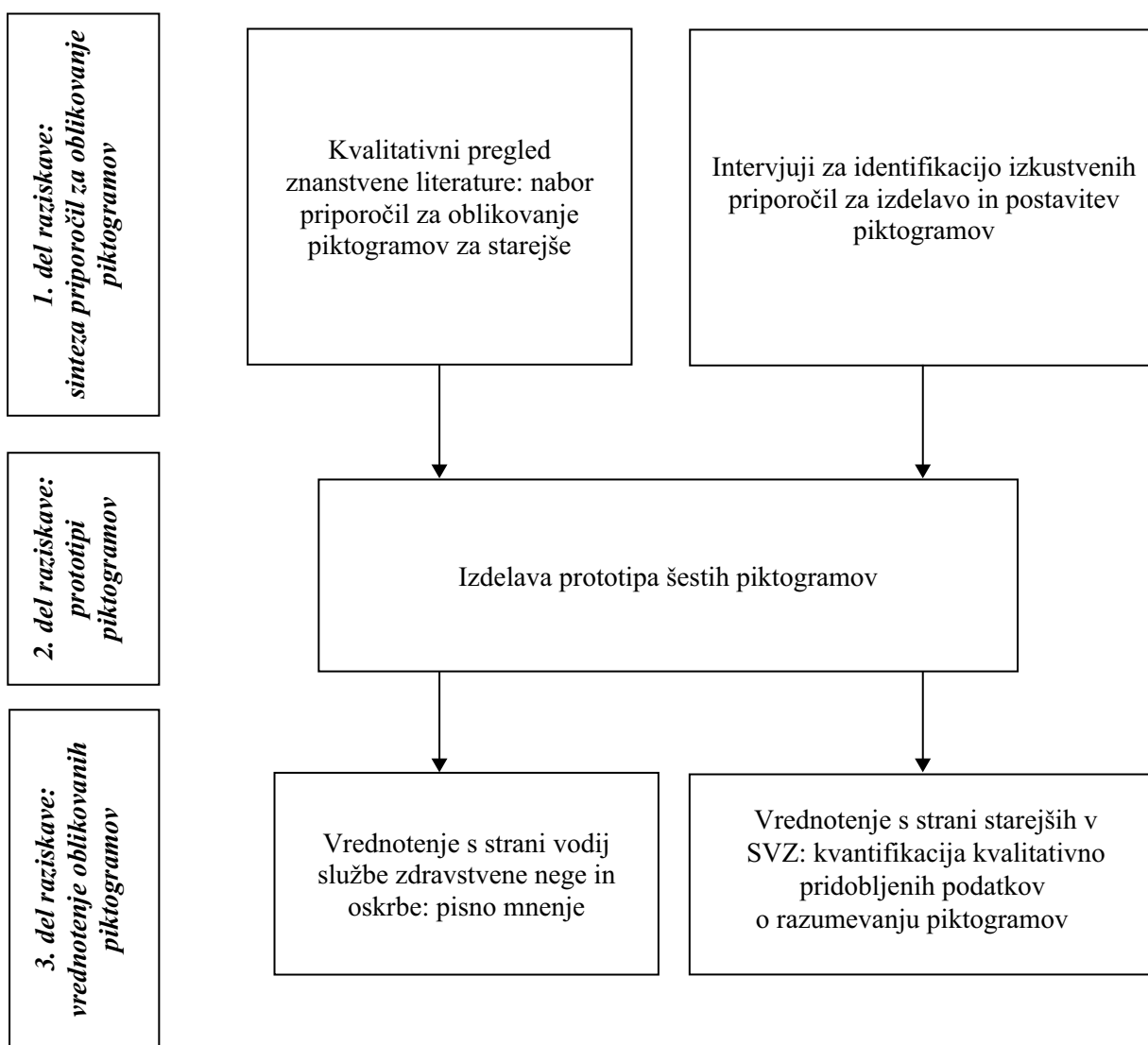
Tabela 1: Značilnosti intervjuvank
Table 1: Interviewees characteristics

Intervjuvanke / Interviewees	Oznaka / Label	Področja dela / Field of expertise
Intervjuvanka 1	I1	Magistrica zdravstvene nege, dvajset let izkušenj v SVZ, učiteljica praktičnega pouka na fakulteti, ki izvaja študijski program »Zdravstvena nega«.
Intervjuvanka 2	I2	Diplomirana medicinska sestra, vodja SVZ, deset let izkušenj dela s starejšimi.
Intervjuvanka 3	I3	Diplomirana delovna terapevtka in diplomirana medicinska sestra, deset let izkušenj dela s starejšimi.
Intervjuvanka 4	I4	Diplomirana medicinska sestra, vodja SVZ, dvajset let izkušenj dela v SVZ.

V tretji del raziskave, ki je bil usmerjen v vrednotenje uporabnosti razvitih piktogramov, smo vključili tudi strokovnjakinje iz prakse – tri diplomirane medicinske sestre s praktičnimi izkušnjami dela s starejšimi, ki niso bile vključene v identifikacijo priporočil za načrtovanje in postavitev piktogramov. Pripravile so strokovna mnenja o izdelanih piktogramih. Za izbor strokovnjakinj iz prakse smo poleg prej navedenih kriterijev (vsaj deset let delovnih izkušenj na področju dela s starejšimi ter najmanj visokošolska diploma s področja zdravstvene nege) uporabili še dodaten kriterij: zaposlitev na delovnem mestu vodje službe zdravstvene nege in oskrbe. Želeli smo namreč pridobiti povratno informacijo s strani odločevalcev, ki bodo v prihodnje spodbujali in zagotavljali uporabo slikovnih gradiv in piktogramov za komunikacijo s starejšimi.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Slika 1 prikazuje potek in tehnike izvedbe raziskave. V prvem delu raziskave smo najprej izvedli temeljit pregled literature in oblikovali sintezo dosedanje znanstvene in strokovne literature na področju uporabe piktogramov v SVZ. V drugem koraku prvega dela raziskave smo izvedli intervjuje s štirimi diplomiranimi medicinskimi sestrami z večletnimi izkušnjami dela s starejšimi v SVZ, ki so podale priporočila za izdelavo in postavitev piktogramov. Skladno z identificiranimi priporočili smo v drugem delu raziskave razvili šest piktogramov, ki so prikazani v Tabeli 2. Za risanje piktogramov (drugi del raziskave) je bil uporabljen brezplačen računalniški program PhotoFiltre 6.5.3. V tretjem delu raziskave smo pridobili pisno soglasje SVZ za izvedbo raziskave.



Slika 1: Koraki raziskave in tehnike izvedbe raziskave
Figure 1: Phases of the study and applied research techniques

V prvem koraku tretjega dela raziskave smo intervjuvali starejše v SVZ in ovrednotili uporabnost izdelanih prototipov. Pred vsakim intervjujem smo pridobili še soglasje vsakega intervjuvanca posebej, pri čemer smo jim predstavili raziskavo in njihovo vlogo v njej ter jih seznanili, da je raziskava popolnoma anonimna in da lahko od nje kadarkoli odstopijo brez kakršnihkoli posledic. Med testiranjem so bili piktogrami posamič barvno prikazani na belem listu formata A 4. Velikost posameznega piktograma je bila 19 x 19 centimetrov. Intervjuvancem je bil prikazan na maksimalni razdalji dveh metrov. Starejši so za vsak izdelan piktogram posebej povedali, kaj po njihovem mnenju pomeni. Odgovore smo tudi pisno zabeležili in jih po končanem intervjuju ovrednotili glede na stopnjo pravilnosti. Sprva smo uporabili lestvico nepravilno, delno pravilno in pravilno. Ker pa smo v postopku kodiranja ugotovili, da kategorije »delno pravilno« ne moremo ustrezno določiti, smo v nadaljevanju vsak odgovor, ki ni zajel pričakovanega pomena piktograma, ovrednotili kot »nepravilno«. V drugem koraku tretjega dela raziskave smo pridobili pisno mnenje treh vodij službe za zdravstveno nego in oskrbo o izdelanih piktogramih. Postopek obdelave

podatkov je potekal s pomočjo računalniških programov Microsoft Excel Office 2010 in IBM SPSS, verzija 23 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Uporabljena je bila univariatna analiza podatkov, natančneje izračun frekvenc in relativnih frekvenc.

Rezultati

S pomočjo sistematičnega pregleda literature smo identificirali in uredili priporočila za izdelavo piktogramov, ki jih je treba upoštevati pri snovanju piktogramov za starejše v SVZ in smo jih razvrstili v posamezne skupine priporočil (Tabela 2).

Priporočila, identificirana na podlagi intervjujev z diplomiranimi medicinskimi sestrami

Priporočila smo pripravili s pomočjo intervjujev z diplomiranimi medicinskimi sestrami, zaposlenimi v treh SVZ in na fakulteti, ki izvaja študijski program zdravstvene nege, v Sloveniji. Na podlagi intervjujev smo ugotovili, da je potreba po piktogramih velika, predvsem zaradi njihovega spontanega opuščanja v preteklosti. I1 je na primer izjavila: »Menim, da

Tabela 2: *Priporočila, identificirana iz pregleda literature*

Table 2: *Recommendations identified in the literature review*

<i>Skupina priporočil / Group of recommendations</i>
<i>Zasnova – splošno</i>
Uporabiti je treba velike, manj zapletene piktograme (Berthenet, et al., 2016). Piktogram mora biti jasen, pregleden in nedvoumen, da ga razume vsaj 67 % pacientov (Beaufils, et al., 2014, p. 64; Bonfin & Paschoarelli, 2015, p. 6158).
Priporočljiva je kombinacija piktograma s poenostavljenim besedilom (Choi, 2011; Cloutier, 2014). Uporabiti je treba preprosto besedilo, ki je enostavno in jasno, ob spremljavi ustnih navodil (Barros, 2014; Berthenet, et al., 2016).
Piktogrami, ki dajejo navodila, naj vključujejo predmet ali osebo. Izogibati se je treba piktogramom, ki prikazujejo ideje ali čustvena stanja (Mobley & Matherly, 2012).
Pri snovanju piktogramov je treba predvideti, da so pacienti lahko slabo oz. nizko funkcionalno in zdravstveno pismeni (Hanson, 1995). Raziskave so pokazale, da imajo osebe s kognitivno motnjo pogosto nižje sposobnosti razumevanja abstraktnih pojmov in informacij. Z leti upada tudi sposobnost ugibanja, zato se ji moramo pri ustvarjanju piktogramov izogibati (Berthenet, et al., 2016).
<i>Zasnova – barve in oblike</i>
Za primere nevarnosti je priporočljivo uporabiti rdeč trikotnik (US Pharmacopeial Convention, 2016).
Rumena barva lahko dodatno poudari opozorilo (Health and Safety Executive, 2015).
Za prikaz zelenega določenega vedenja je priporočljivo uporabiti okrogel lik modro-bele kombinacije, ki povzroči ločen prostor in okrepi sposobnost očesa, da se sprosti in osredotoči (Sunyavivat & Boonyachut, 2013; Health and Safety Executive, 2015).
Piktogramov s svetlo barvo (oranžno) ni priporočljivo uporabljati pogosto, saj povzročajo težave pri usmeritvi na cilj in vsebino (Sunyavivat & Boonyachut, 2013).
Zaradi kontrasta nasičenosti ne uporabljamo kombinacije bele in sive barve (Sunyavivat & Boonyachut, 2013).
Za podajo navodila je priporočljiva uporaba pravokotnika (US Pharmacopeial Convention, 2016).
Pri starejših s težavami z vidom mora imeti slika velik del piktograma na belem ozadju, saj je to najlažji način prepoznavanja (Sunyavivat & Boonyachut, 2013).
Piktogrami morajo imeti najboljši kontrast, da jih vidijo tudi barvno slepi ljudje (Sunyavivat & Boonyachut, 2013).
<i>Lokacija piktogramov</i>
Piktogram mora biti čitljiv na ustrezni razdalji do šestih metrov. Zelo pomembno je, da je čitljiv tudi, ko ga gledamo le kratek čas oz. v neugodnih pogojih (Cowgill, 2003).
Piktograme je treba postaviti na ustrezna mesta in v ustrezne prostore SVZ. O izbiri lokacije se je treba posvetovati tako z zaposlenimi kot s starejšimi (Department of Social Development, 2015).

Legenda / Legend: % – odstotek / percentage; SVZ – socialnovarstveni zavod / social care institutions;

Tabela 3: Identificirani piktogrami, ki jih je treba razviti za uporabo v SVZ
Table 3: Identified pictograms that must be developed for use in nursing homes

Piktogram / Pictogram	Prioriteta / Priority	Intervjuvanke / Interviewees				Predlagana lokacija / Suggested location
		I1	I2	I3	I4	
Nevarnost opeklin v oddelčni kuhinji	1	x	x	x	x	Plošča štedilnika oddelčne kuhinje
Higiena rok	1	x	x	x	x	Nad umivalniki
Nevarnost padca	1	x	x	x	x	Tla: - mokra tla - klančina
Nevarnost udarca vrat dvigal in steklenih električnih vrat	2	x	/	x	x	Vrata dvigala, steklena, senzorna vrata ali tla
Jedilnica	2	x	/	x	x	Vrata ali tla
Delovna terapija – predlagani logotip: harmonika	2	/	x	x	x	Vrata ali tla

Legenda / Legend: I1, I2, I3, I4 – oznaka intervjuvank / interviewees label; x – izražena potreba po vsebini piktograma s strani intervjuvank / need for the pictogram expressed by the interviewee; / – ni izražene potrebe / need not expressed

so v domovih še vedno v rabi določeni piktogrami, /.../ ampak se opuščajo in jih je vedno manj. /.../ Na žalost je prepogosto opisano oziroma povedano samo z nazivom«.

Izjave intervjuvank so bile skladne s priporočili, predstavljenimi v Tabeli 2. V nadaljevanju bomo izpostavili njihova priporočila glede lokacije piktogramov, ki niso bila identificirana v pregledu literature, in potrebe po izdelavi piktogramov v SVZ.

Kot so navedle intervjuvanke, je velik del poškodb v SVZ posledica padcev z višine ali na ravnem. Med strategije preprečevanja poškodb zaradi padcev zato sodijo tudi vidna opozorila oz. ustrezno nameščeni piktogrami. I1, I2 in I4 kot priporočljivo lokacijo izpostavljajo tla – mesto, kjer bi bil nujno potreben piktogram. Primeren piktogram, ki se že uporablja za preprečevanje padcev, je piktogram za mokra tla.

– »Piktogram je nujno potreben za preprečevanje padcev predvsem tam, kjer je klančina. /.../ Namestiti ga je treba kar na tla, saj moramo zaščiti uporabnike in je varnost na prvem mestu« [I2].

– »Številni stanovalci gledajo v tla, zato so tla pogosto primerna lokacija za piktogram« [I4].

Za nekatere piktograme (npr. za opis prostora) diplomirane medicinske sestre navajajo lokacijo neposredno nad vhodnimi vrati oz. na vratih:

– »Menim, da mora biti piktogram, ki opisuje prostor, neposredno nad vhodom oziroma na vhodu vanj ali nad tistim mestom, ki ga označuje« [I1].

– »Piktograme bi dala na sama vrata« [I3].

Tabela 3 prikazuje potrebe po razvoju piktogramov, ki smo jih identificirali v intervjujih z diplomiranimi medicinskimi sestrami. V omenjeni tabeli so prikazane samo potrebe, označene s prioriteta 1 in 2, tj. z najvišjima prioriteta. Prikazali smo jih v Tabeli 4. Stopnjo prioritete smo določili glede na pogostost izražene potrebe po piktogramu v SVZ. Prioriteta 1 je pomenila, da so potrebo po piktogramu podale vse štiri diplomirane medicinske sestre – intervjuvanke,

prioriteta 2 pa, da so potrebo po določenem piktogramu podale tri diplomirane medicinske sestre – intervjuvanke.







Uporabnost piktogramov: rezultati intervjujev s starejšimi

Analize odgovorov tridesetih intervjuvanih starejših v SVZ kažejo, da je bila večina odgovorov, in sicer 170 od 180, za šest izdelanih piktogramov pravih, le deset odgovorov je bilo nepravilnih (Tabela 4). Pravilno so vsi intervjuvanci razumeli piktograme za nevarnost opeklin v oddelčni kuhinji, higieno rok in jedilnico. Piktogram za nevarnost padca je pravilno razumelo 29 intervjuvancev (96,7 %). Le ena oseba je odgovorila napačno: »igranje z žogo«. Piktogram za nevarnost udarca vrat dvigal in električnih vrat je pravilno razumelo 86,7 % intervjuvancev. Najpogostejši pravilni odgovori so bili: »pazi, ker se vrata zapirajo«, »nevarnost, da te vrata stisnejo« itn. Trije intervjuvanci so navedli, da razumejo piktogram kot znak za »cesto«, »prehod za pešce«, »ozek prehod«, en intervjuvanec pa ga ni znal razbrati. Piktogram za delovno terapijo je pravilno razumelo 83,3 % intervjuvancev. Najpogostejši odgovori so bili: »druženje«, »harmonika«, »petje«, »delovna terapija«. Napačni odgovori so navajali, da piktogram prikazuje »glavnik«, »pometanje«, nekateri pa niso vedeli, kaj predstavlja.

Uporabnost piktogramov: mnenja vodij službe za zdravstveno nego in oskrbo

Tri vodje službe za zdravstveno nego in oskrbo v SVZ, ki so pripravile mnenja o izdelanih piktogramih, enotno poudarjajo, da so razviti piktogrami primerno orodje, ki olajša komunikacijo s starejšimi v SVZ. Glede na njihove navedbe so piktogrami skladni s priporočili, predstavljenimi v Tabeli 2. Menijo, da sta pravilno izbrani oblika (trikotnik) in barvna kombinacija

Tabela 4: Rezultati intervjujev s starejšimi v socialnovarstvenih zavodih
Table 4: Results of the interviews with the elderly in social care institution

Piktogram / Pictogram	Pravilnost razumevanje piktogramov – n (%) / Correct understanding of pictograms – n (%)					
	Moški / Males (n = 15)		Ženske / Females (n = 15)		Skupaj / Total (n = 30)	
	0	1	0	1	0	1
	0 (0)	15 (100)	0 (0)	15 (100)	0 (0)	30 (100)
	1 (6,7)	14 (93,3)	0 (0)	15 (100)	1 (3,3)	29 (96,7)
	2 (13,3)	13 (86,7)	2 (13,3)	13 (86,7)	4 (13,3)	26 (86,7)
	0 (0)	15 (100)	0 (0)	15 (100)	0 (0)	30 (100)
	0 (0)	15 (100)	0 (0)	15 (100)	0 (0)	30 (100)
	2 (13,3)	13 (86,7)	3 (20,0)	12 (80,0)	5 (16,7)	25 (83,3)

Legenda / Legend: n – število / number; % – odstotek / percentage; 0 – nepravilno / incorrect; 1 – pravilno / correct

piktogramov, ki jasno opozarjajo na nevarnost. Po njihovem mnenju je primerna tudi izbira okrogle oblike in modre barve za piktograme za določeno vedenje. Ob tem izpostavljajo, da bi vsi izdelani piktogrami v njihovem SVZ zagotavljali varnejše okolje in bi bili odlična pomoč pri orientaciji starejših. Navajajo, da so tako izdelani piktogrami enostaven in razumljiv pripomoček, ki lahko pripomore k varnosti ter k ohranjanju samostojnosti in kakovosti življenja starejših v SVZ.

Diskusija

V raziskavi smo skladno s pregledom literature in intervjuji s strokovnim osebjem odgovorili na ključno raziskovalno vprašanje: »Kaj je treba upoštevati pri izdelavi piktogramov kot komunikacijskega orodja za starejše v SVZ?« Sinteza dosedanje znanstvene in strokovne literature na področju uporabe slikovnih gradiv kaže, da piktogrami izboljšajo komunikacijo pacientov; potreba po njih je velika, saj imajo lahko starejši številne težave, povezane s starostjo in zdravstveno pismenostjo (Sørensen, et al., 2015). Nekatere osebe ne morejo prebrati navodila ali pa si ga niso zmožne zapomniti (Hill, et al., 2012). Slednje potrjujejo tudi intervjuji s štirimi diplomiranimi

medicinskimi sestrami. Intervjuvanke poudarjajo, da so v SVZ potrebni predvsem piktogrami dveh vrst: (i) piktogrami, ki opozarjajo na nevarnost, in tisti, (ii) ki sporočajo navodila o enostavnih vedenjih. V raziskavi smo ugotovili, da starejši v SVZ potrebujejo piktograme za nevarnost opeklin v oddelčni kuhinji, higieno rok, nevarnost padca, nevarnost stiska električnih vrat ali dvigala, jedilnico in za delovno terapijo. Diplomirane medicinske sestre priporočajo, da bi izdelane piktograme lahko postavili na vrata tik ob zelenem sporočilu oz. na tla, ko gre za piktogram, ki opozarja na nevarnost padca.

Ustreznost identificiranih priporočil, apliciranih na šest piktogramov, smo preverili z intervjuji s tridesetimi potencialnimi uporabniki. Slednji so popolnoma pravilno razumeli piktograme za nevarnost opeklin, higieno rok in jedilnico, sledita jim piktogram za nevarnost padca ter piktogram za nevarnost udarca vrat dvigal in električnih vrat. Najslabši rezultat je dosegel piktogram za delovno terapijo, ki ga je pravilno razumelo 25 (83,3 %) intervjuvancev, verjetno zaradi izbora posebnega logotipa – harmonike. Neodvisno od tega pa je dosežena stopnja razumljivosti visoka. Številni avtorji (Tijus, et al., 2007; Bonfin & Paschoarella, 2015) uporabljajo priporočeno vrednost razumljivosti piktogramov 67, v skladu s standardom ISO 9186–

1989, ki določa metodo preverjanja zaznavne kakovosti grafičnih simbolov (piktogramov). Kot ugotavlja Beaufils (2014), morajo pacienti nesporno, nedvoumno razumeti, kaj jim piktogram želi sporočiti. Ker smo pri intervjujih starejših v SVZ pričakovali, da so njihovi odgovori odločni in jasni, lahko trdimo, da so izdelani piktogrami za nevarnost opeklin v oddelčni kuhinji, higieno rok, nevarnost padca, nevarnost udarca električnih vrat ali dvigala, za jedilnico in delovno terapijo skladni s tem priporočilom.

Ustreznost izdelanih prototipov so dodatno potrdile tri vodje služb za zdravstveno nego in oskrbo v SVZ, ki niso bile vključene v intervjuje. Njihovo enotno mnenje je, da bi vsi izdelani piktogrami v SVZ pomagali zagotavljati boljšo komunikacijo in bi bili odlična pomoč pri zagotavljanju varnosti in ustrezne orientacije starejših v SVZ. Skladno z zapisanim smo odgovorili na zastavljeno raziskovalno vprašanje in potrdili primernost identificiranih priporočil.

Pri posploševanju rezultatov opisane raziskave je treba upoštevati naslednje omejitve. Čeprav smo pridobivali priporočila za izdelavo piktogramov s strani diplomiranih medicinskih sester iz različnih SVZ v Sloveniji, smo analizo razumljivosti med starejšimi opravili le v enem SVZ. Tako so rezultati manj zanesljivi za druga okolja, še posebno za druge kulture. Prav tako moramo opozoriti, da smo intervjuvali zgolj starejše v SVZ, ki so bili glede na oceno medicinskih sester sposobni komunikacije (pogovora). Niti neposredno niti s preizkusi pa nismo kontrolirali kognitivne ohranjenosti in morebitnih motenj vida, ki pri starejših še niso bile identificirane. Vzorec diplomiranih medicinskih sester, ki so podale priporočila, je bil majhen in omejen zgolj na njihove izkušnje. To pomanjkljivost smo skušali omiliti z izčrpnim pregledom priporočil v literaturi. Izdelali smo samo šest piktogramov, ki so jih diplomirane medicinske sestre ocenile najvišje. Potrebe po piktogramih so lahko zelo različne in odvisne od SVZ in starejših. Ključna omejitev uporabljenega kvaziekperimentalnega pristopa je predvsem uporaba priložnostnega vzorca starejših. Veliko bolj zanesljive in univerzalne rezultate bi dobili, če bi imeli možnost naključnega vzorčenja in s tem reprezentativni vzorec starejših v SVZ.

Zaključek

Na podlagi rezultatov raziskave oblikovana priporočila predstavljajo dobro osnovo za nadaljnjo izdelavo piktogramov za starejše v SVZ in izpostavljajo posebnosti, ki jih je treba upoštevati pri njihovem načrtovanju. Tako končni uporabniki piktogramov kot vodje služb za zdravstveno nego in oskrbo v SVZ so potrdili razumljivost in ustreznost razvitih piktogramov. Ker gre za identificirana priporočila, lahko trdimo, da so ustrezna in se jih lahko uporablja v praksi za namen izboljševanja komunikacije s starejšimi.

Za širšo uporabo slikovnih gradiv za delo s starejšimi v SVZ so v prihodnje priporočljive dodatne raziskave in izdelava širšega nabora slikovnih gradiv. Izdelane pikograme bi bilo treba testirati v praksi v daljšem časovnem obdobju, na večjem vzorcu starejših z različnimi stopnjami kognitivnih motenj ter drugih okvar. Tako bi ugotovili morebitne pomanjkljivosti piktogramov. Prav tako bi morali v proces identifikacije priporočil in vrednotenja vključiti širši, multidisciplinarni tim osebja SVZ, saj bi s tem pridobili širši in poglobljen vpogled v potrebe starejših in uporabnost piktogramov.

Zahvala / Acknowledgements

Zahvaljujemo se domovom starejših občanov, strokovnjakom in starostnikom, ki so sodelovali v raziskavi. / We would like to thank the nursing homes, experts and the elderly that participated in the study.

Nasprotje interesov / Conflict of interest

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

Financiranje / Funding

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

Etika raziskovanja / Ethical approval

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

Prispevek avtorjev / Author contributions

Prvi in vodilni avtor sta načrtovala raziskavo in sodelovala v pripravi vseh delov članka (uvod, metode, rezultati (analiza in opis rezultatov), diskusija in zaključek). Druga avtorica je sodelovala pri zasnovi ideje in pripravi uvoda, metod, rezultatov (opis rezultatov), diskusije in zaključka. / The first and the corresponding authors planned and performed the study and participated in the preparation of the following sections: Introduction, Methods, Results (analysis and description of results), Discussion and Conclusion. The second author proposed the main idea for the study and participated in the preparation of the following sections: Introduction, Methods, Results (description of results), Discussion and Conclusion.

Literatura

- Adams, R., 2009. Health literacy: a new concept for general practice. *Australian Family Physician*, 38(3), pp. 144–147. Available at: <https://www.racgp.org.au/afp/200903/30557> [20. 7. 2017]. PMID:19283256
- Barros, I., 2014. The use of pictograms in the health care: a literature review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10(5), pp. 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.11.002> PMID:24332470
- Berthenet, M., Vaillancourt, R. & Pouliot, A., 2016. Evaluation, modification, and validation of pictograms depicting medication instructions in the elderly. *Journal of Health Communication*, 21(Suppl 1), pp. 27–33. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1133737> PMID:27043755
- Beaufils, E., Hommet, C., Brault, F., Marqué, A., Eudo, C., Vierron, E., et al., 2014. The effect of age and educational level on the cognitive processes used to comprehend the meaning of pictograms. *Aging Clinical and Experimental Research*, 26(1), pp. 61–65. <https://doi.org/10.1007/s40520-013-0179-6>
- Blazinšek, U., Zorc, J. & Skela Savič, B., 2013. Učinkovitost komunikacije diplomiranih in srednjih medicinskih sester z dementnimi bolniki v psihiatričnih bolnišnicah. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp. 38–46. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2013.47.1.38> [20. 7. 2017].
- Bonfin, G. & Paschoarelli, L., 2015. Visualization and comprehension of opening instructions in child resistant packaging. *Procedia Manufacturing*, 3, pp. 6153–6160. <https://doi.org/10.1016/j.promfg.2015.07.906>
- Choi, J., 2011. Literature review: using pictographs in discharge instructions for older adults with low-literacy skills. *Journal of Clinical Nursing*, 20(1), pp. 2984–2988. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03814.x> PMID:21851434
- Cloutier, M., 2014. Design and development of culture specific pictograms for type 2 diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*, 38(6), pp. 379–392. <https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2014.03.010> PMID:25028197
- Cowgill, J. & Bolek, J., 2003. *Symbol usage in health care settings for people with limited english proficiency*. Scottsdale: JRC Design, p. 17
- Davies, S., Haines, H. & Norris, B., 2000. *The role of pictograms in the conveying of consumer safety information*. Nottingham: Department of trade and industry, p. 4.
- Department of social development, 2015. *DSD Design standards for nursing homes*. Saint John: New Nouveau Brunswick social development, pp. 25–57. Available at: <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/sd-ds/pdf/NursingHomes/NursingHomeDesignStandards-e.pdf> [20. 7. 2017].
- Graham, N. & Warner, J., 2013. *Demence in Alzheimerjeva bolezen*. Ljubljana: eBesede, pp. 5–31.
- Hanson, C., 1995. Evaluating pictograms as an aid for counseling elderly and low-literate patients. *Journal of Pharmaceutical Marketing & Management*, 9(3), pp. 41–54. https://doi.org/10.3109/J058v09n03_04
- Health and safety executive, 2015. *The Health and Safety (Safety Signs and Signals) Regulations*. London: Health and safety executive, p. 8.
- Hill, L. & Roslan, M., 2012. Using visual concept mapping to communicate medication information to patients with low health literacy; A preliminary study. In: A. Canas, J. Novak & F. Gonzalez, eds. *Concept maps: theory, methodology, technology. proceedings of the second interantional conference on concept mapping*. San Jose: Universidad de Costa Rica, pp. 621–628.
- Houts, P., Doak, C. & Doak, L., 2006. The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Education and Counseling*, 61(2), pp. 173–190. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.05.004> PMID:16122896
- Katz, M., Kripalani, S. & Weiss, B., 2006. Use of pictorial aids in medication instructions: a review of the literature. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 63(23), pp. 2391–2397. <https://doi.org/10.2146/ajhp060162> PMID:17106013
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*, 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babc in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Korenevsky, A., Vaillancourt, R. & Pouliot, A., 2013. How many words does a picture really tell: cross-sectional descriptive study of pictogram evaluation by youth. *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 66(4), pp. 219–226. <https://doi.org/10.4212/cjhp.v66i4.1269> PMID:23950605; PMCid:PMC3743853
- Liu, Y., Xue, L., Xue, H. & Hou, P. 2018. Health literacy, self-care agency, health status and social support among elderly Chinese nursing home residents. *Health Education Journal*, 77(3), pp. 303–311. <https://doi.org/10.1177/0017896917739777>

- Mahdizadeh, M., & Solhi, M. 2018. Relationship between self-care behaviors and health literacy among elderly women in Iran, 2015. *Electronic Physician*, 10(3), pp. 6462–6469. <https://doi.org/10.19082/6462>
PMid:29765570; PMCID:PMC5942566
- Manafa, E. & Wong, S., 2012. Health literacy programs for older adults: a systematic literature review. *Health Education Research*, 27(6), pp. 947–960. <https://doi.org/10.1093/her/cys067>
PMid:22752153
- Matthews, L.A., Shine, A.L., Currie, L., Chan, C. V. & Kaufman, D.R., 2012. A nurse's eye-view on health literacy in older adults. In: *NI 2012: Proceedings of the 11th International Congress on Nursing Informatics, June 23-27, 2012, Montreal, Canada* 204. Bethesda, Maryland: American Medical Informatics Association. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3799118> [6. 2. 2018].
PMid: 24199086; PMCID: PMC3799118
- Mobley, J. & Matherly, D., 2012. *Using pictograms to make transit easier to navigate for customers with communication barriers*. Washington: Transit cooperative research program, p. 6. <https://doi.org/10.1093/her/cys067>
- Ngoh, L.N., 2009. Health literacy: a barrier to pharmacist–patient communication and medication adherence. *Journal of the American Pharmacists Association*, 49(5), pp. e132–e149. <https://doi.org/10.17226/22598>
PMid:19748861
- O'Toole, M.-T., ed., 2005. *Miller-Keane Encyclopedia & dictionary of medicine, nursing, & allied health*. 7th ed. Philadelphia: Saunders.
- Ramovš, J., Lipar, T. & Ramovš, M., 2012. Oskrba onemoglih ljudi. *Kakovostna starost*, 15(3), pp. 3–32.
- Seok, J. & Park, M., 2012. Pictorial education of safe medication for the elderly with cognitive impairment. *Journal of the Alzheimer's Association*, 8(4), pp. 312–315. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.05.1538>
- Shiojiri, M., Nakatani, Y. & Yonezawa, T., 2013. Animation method of multiple visual symbols expressing weblog texts. In: *Proceedings of IASDR 2013: 5th International Congress of the International Association of Societies of Design Research*, pp. 1–12. Available at: <http://design-cu.jp/iasdr2013/papers/2112-1b.pdf> [6. 2. 2018].
- Sørensen, K., Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., et al. 2015. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), pp. 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
PMid:25843827; PMCID:PMC4668324
- Sunyavivat, C. & Boonyachut, S., 2013. Essential of pictograms for effective hospital signage. In: S. Ali, ed. *The Inaugural European conference on arts & humanities 2013, Official conference proceedings 2013*. Brighton: The International Academic Forum, pp. 55–67 Available at: http://www.arch.kmutt.ac.th/files/research/inter_Conference/2013/8.Essential20of20pictograms20for20Effective20Hospital20Signage.pdf [6. 2. 2018].
- Tijus, C., Barcenilla, J. & Cambon De Lavalette, B., 2007. The design, understanding and usage of pictograms. In: D. Alamargot, P. Tellier & J. Cellier, eds. *Written documents in the workplace*. France: Esmerald Group, pp. 17–31. https://doi.org/10.1163/9789004253254_003
- US Pharmacopeial Convention, 2016. *USP Pictograms*. Available at: <http://www.usp.org/health-quality-safety/usp-pictograms> [6. 2. 2018].
- Van Servellen, G., 2009. *Communication skills for the health care professional: concepts, practice, and evidence*. 2nd ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers, pp. 23–45.
- 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

Citirajte kot / Cite as:

Krantić, N., Babnik, K. & Žvanut, B. 2018. Identifikacija priporočil, razvoj in testiranje uporabe piktogramov za izboljšanje komunikacije starejših v socialnovarstvenih zavodih. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(4), pp. 242–251. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.4.223>

Pregledni znanstveni članek / Review article

Management of frailty at individual level – Frailty prevention: narrative literature review from the perspective of the European Joint Action on frailty – ADVANTAGE JA Management krhkosti na ravni posameznika – Preventiva pred krhkostjo: pregled literature z vidika projekta skupnega ukrepanja – ADVANTAGE JA

Brigita Skela-Savič, Branko Gabrovec

Key words: elderly; prevention; nutrition; intervention; physical activity

Ključne besede: starostniki; preventiva; prehrana; intervencija; telesna aktivnost

Associate Professor Brigita Skela-Savič, PhD, MSc, BSc, RN, Research Counsellor; Angela Boškin Faculty of Health Care, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice, Slovenia

Assistant Professor Branko Gabrovec, PhD, MSc; National Institute of Public Health, Trubarjeva 2, 1000, Ljubljana, Slovenia

Correspondence e-mail /
Kontaktne e-naslov:
branko.gabrovec@nijz.si

ABSTRACT

Introduction: Frailty is a geriatric syndrome characterized by a diminished physiological reserve of multiple organs, which leads to greater risks of adverse outcomes in the elderly. As the process which leads to frailty can be decelerated or even completely reversed, early prevention interventions are crucial. The purpose of the study was to present the results of a narrative literature review and data analysis on prevention of frailty at the individual level.

Methods: A literature search was conducted in the following databases: PubMed, Cochrane, Embase, CINAHL and UpToDate. The criterion applied in literature search was that articles were published from 2002 to 2017. From 391,910 initial hits, 30 publications were selected.

Results: Early diagnosis of frailty and functional decline are considered effective measures against age-related comorbidities. Interventions have a significant impact on preventing the progression of frailty and the negative consequences of frailty. Lifestyle, including physical activity (particularly resistance exercise) and nutrition (higher protein intake and vitamin D supplement), is a good measure for preventing disorders associated with age.

Discussion and conclusion: Targeted interventions have a significant modifiable influence on frailty prevention. Frailty management and early intervention require a comprehensive and multidisciplinary approach including clinical management with physical activity, diet and medicine.

IZVLEČEK

Uvod: Krhkost je geriatrični sindrom in se kaže kot rezultat podpraznega zmanjšanja zmogljivosti številnih fizioloških sistemov, ki vodi v stanje visokega tveganja za neugodne zdravstvene izide. Ker se lahko proces, ki vodi do starostne krhkosti in oslABLjenosti, upočasnjuje ali celo popolnoma zavre, so zgodnje intervencije in morebitno zdravljenje ključnega pomena. Namen raziskave je bil predstaviti rezultate pregleda literature in analize podatkov preventive pred krhkostjo na ravni posameznika.

Metode: Za to raziskavo je bil izveden pregled literature v naslednjih bazah: PubMed, Cochrane, Embase, CINAHL in UpToDate. Vključitveni kriterij je bil izbor literature, objavljene v zadnjih petnajstih letih, od leta 2002 do leta 2017. Od 391.910 zadetkov je bilo izbranih 30 publikacij.

Rezultati: Zgodnje odkrivanje krhkosti in telesnega upada veljata za učinkovito ukrepanje proti s starostjo povezano komorbidnostjo. Intervencije imajo pomemben vpliv na preventivo, napredovanje krhkosti in tveganje za neugodne zdravstvene izide. Med pomembne in učinkovite preventivne ukrepe sodi življenjski slog z vključeno telesno aktivnostjo (vztrajnostna vadba) in prehrano (večji vnos beljakovin in dodajanje vitamina D).

Diskusija in zaključek: Ciljne intervencije imajo pomemben vpliv na preventivo pred krhkostjo. Upravljanje s krhkostjo in zgodnje intervencije zahtevajo širok in multidisciplinaren pristop, kar vključuje klinično obravnavo s telesno aktivnostjo, prehrano in zdravili.

Introduction

Ageing involves a physiological decline, which compromises the response to abrupt changes in health. Consequently, old people are more susceptible to diseases such as cancer, diabetes, cognitive decline or Parkinson's disease, which is particularly prevalent (Carretero, et al., 2015). Thus, a new challenge of how to overcome the above mentioned conditions and improve a patient's quality of life has arisen (Carretero, et al., 2015).

Frailty is a progressive age-related decline in physiological systems that results in decreased reserves of intrinsic capacity, which confers extreme vulnerability to stressors and increases the risk of a range of adverse health outcomes (World Health Organization, 2015). It can be viewed as poor resilience since it increases an individual's vulnerability to disproportionate changes in the health status and associated increased dependency and/or mortality when exposed to a stressor (Clegg, 2013). It has been recognized that frailty may have a biological basis, with a physical, social and psychological component (Uchmanowicz, et al., 2015), but a standardized definition has not yet been established. Not only physical and cognitive status, but also depression, anxiety and loneliness may be signs of frailty. Depending on the definition selected, the prevalence of frailty oscillates from 4 % to 17 % among community-dwelling adults aged 65 and older (Collard, et al., 2012). Lifestyle and other interventions may help offset the toll of ageing.

Aims and objectives

The purpose of this study was to present the results of a narrative literature review and data analysis focusing on the prevention of frailty in the context of managing frailty at an individual level.

Methods

Descriptive research methodology was used to review peer-reviewed literature. A narrative literature review was conducted because it enables the gathering of data from various sources and ensures a holistic understanding of the research subject.

Review methods

The literature search was conducted using the following databases: PubMed, The Cochrane Library, Embase, UpToDate, Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), by means of several combinations of selected search words in the English language and their synonyms were prepared and used with Boolean operators: Functional Decline*() OR Frailty*() OR Frail*() OR Vulnerable*() OR disability*() OR Elderly*() OR Aged*() OR

Older*() OR Adult*() OR Older Person*() OR Older Adult Function*() OR Geriatric*() OR Prevention Health Promotion*() OR Geriatric Programmes*() OR Screening Tools*() OR Family Carer's*() OR Risks*() OR Social Determinants*() OR Strategies*(); searching in the title, key words and abstract.

Key words were selected from proposed key words that were prepared by the task leader and the work group focusing on Prevention as part of the European Commission project "Joint Action on Frailty prevention – JA ADVANTAGE", Work Package 6 – Management of Frailty at Individual Level. The selection criterion for articles to be included in the review was that they were published during the last 15 years, i.e. between 2002 and 2017. The inclusion criteria were based on scientific facts, contextual relevance and full-text availability. Articles regarding current policies and guidelines on frailty prevention in older people which were published in peer-reviewed scientific journals were considered. Information from editorials, letters, interviews, posters and articles with no access to full text were not included in the study. The process of the literature review is displayed in the PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis) diagram (Moher, et al., 2009) as shown in Figure 1.

The results of the review

The total number of all search results was 391,910. After excluding duplicates and taking inclusion criteria into account, a total of 30 articles/sources remained for analysis (Table 1).

The quality assessment of the review and description of data processing

With our approach, we found papers of different levels of research evidence (Polit & Beck, 2017). Between the selected papers of different levels of research evidence we included 9 qualitative works of research, 15 quantitative and 6 literature reviews (Table 1). Data synthesis was conducted using the descriptive method.

Results

Studies that were selected and described are listed in Table 1.

Observation of risk indicators for prevention or early recognition of frailty

In an observational cross-sectional study Serra-Prat and colleagues (2016) identified the main social, clinical and analytical factors associated with frailty. 170 men and 154 women were recruited (mean age 80.1 years). Frailty was associated with age, female

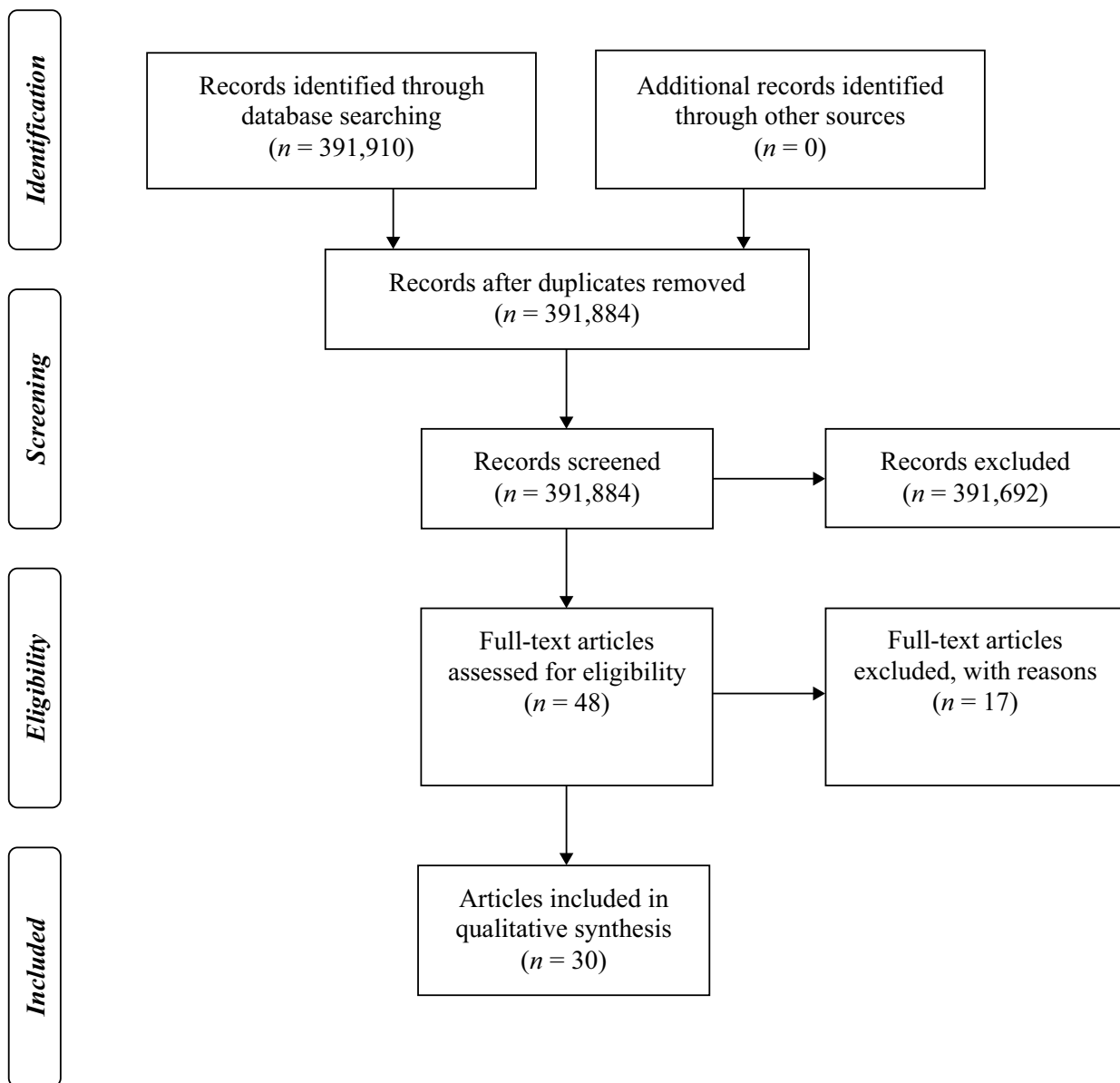


Figure 1: Information flow through different phases of systematic review (PRISMA diagram)

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

gender, education level, certain comorbidities, geriatric syndromes, previous falls, pain, number of medications, anorexia, nutritional status, physical activity, muscle mass, obesity, anaemia, kidney function and C-reactive protein. Results showed that good control over underlying diseases and pain, rationalizing the use of medications, optimizing nutritional status and body weight, promoting physical activity and improving social support may contribute to preventing or even reverting frailty. In the research conducted by Lee and colleagues (2016) the prevalence of frailty was significantly associated with age in women but not in men, living relatives nor a caregiver or in a group setting.

Similar findings were obtained by Guessous and colleagues (2014). The number of frailty indicators was positively associated with age, hypertension, and current smoking and negatively associated with male gender, body mass index, waist-to-hip ratio, and serum total cholesterol level. Lower income level but not education was associated with a higher number of frailty indicators (Guessous, et al., 2014). Mello and colleagues (2014) identified the socio-demographic, psycho-behavioural, health-related, nutritional, and lifestyle factors associated with frailty in the elderly. Knowledge of the complexity of determinants of frailty can assist the formulation of measures for prevention and early intervention, thereby contributing to a better quality of life for the elderly and greater dignity.

Table 1: Description of studies included in the literature review
Tabela 1: Opis publikacij, ki so bile vključene v pregled literature

<i>Author / Avtor</i>	<i>Country / Država</i>	<i>Research aim / Namen raziskave</i>	<i>Study type / Tipologija raziskave</i>	<i>Sample / Vzorec</i>	<i>Key findings / Ključne ugotovitve</i>
Kono, et al., 2016	Japan	To explore the impact of preventive home visits on functional status of ambulatory frail elderly individuals.	Single-blind randomized controlled trial	360 ambulatory frail elderly individuals	Preventive three-monthly home visits program is preventive for functional status of ambulatory frail elderly individuals.
Serra-Prat, et al., 2016	Spain	To explore social, clinical and analytical factors associated with frailty.	Cross-sectional study	324 community-dwelling individuals, aged 75+ years	Good control over underlying diseases and pain, rationalizing use of medications, optimizing nutritional status and body weight, promoting physical activity and improving social support may contribute to preventing or even reverting frailty.
Lee, et al., 2016	United States of America	To explore the use of phenotypic definition (with modifications) of frailty.	Population-based longitudinal study	824 participants, 90+ years Study	Understanding frailty in individuals aged 90 and older will help elucidate risk factors and potential interventions to reduce frailty and adverse health outcomes and ultimately, reduce costs for the care of these individuals.
Vermeulen, et al., 2011	/	To explore the physical frailty indicators on ADL (Activities of Daily Living) disability in community-dwelling elderly people.	Systematic literature review	28 longitudinal cohort studies	Slow speed and low physical activity/exercise seem to be the most powerful predictors followed by weight loss, lower extremity function, balance, muscle strength, and other indicators.
Fougère, et al., 2017	France	To explore the care model, which uses a specialist nurse trained in primary care and geriatric assessment.	Observational quantitative research	200 patients, 70+ years	This care model with a geriatric evaluation nurse in primary care, who is specialized in the evaluation of frailty and cognitive functions, could be an interesting option to develop geriatric assessment in all territories.
Mello, et al., 2014	/	To identify the socio-demographic, psycho-behavioural, health-related, nutritional, and lifestyle factors associated with frailty in the elderly.	Systematic literature review	35 studies, mainly cross-sectional	The main factors associated with frailty were: age, female gender, black race/colour, schooling, income, cardiovascular diseases, number of comorbidities/diseases functional incapacity, poor self-rated health, depressive symptoms, cognitive function, body mass index, smoking, and alcohol use.
Ilinca & Calciolar, 2015	10 European countries	To explore frailty and its implications for health systems.	Observational study	83,019 observations from 50,967 individuals	General practitioners might be key partners to implement successful initiatives aimed at targeting frail patients.
Mohandas, et al., 2011	/	To explore current and future directions in frailty research.	Detailed literature review	42 sources	Areas of future research are: attributes that can be used to define frailty, conceptualization of frailty, measurement issues, comparison of models related to frailty, methods to improve clinical trial, design for the measurement of frailty.
Buttery, et al., 2015	Germany	To explore frailty associations with sociodemographic, social support and health characteristics.	Cross-sectional analysis	1843 community-dwelling people aged 65–79 years	Other relevant targets for specific frailty detection and intervention studies relate to socioeconomic status, social support, depressive symptoms, cognition, falls, polypharmacy and poor hearing.
Vernerey, et al., 2016	France	To explore construct and validate a new frailty-screening instrument named Frailty Groupe Iso-Ressource Evaluation (FRAGIRE).	Prospective multicentre study - Instrument development	385 older people, 60+ years	The FRAGIRE instrument that accurately predicts the risk for frailty in older adults seems to have considerable potential as a reliable and effective tool for identifying frail elderly individuals.

<i>Author / Avtor</i>	<i>Country / Država</i>	<i>Research aim / Namen raziskave</i>	<i>Study type / Tipologija raziskave</i>	<i>Sample / Vzorec</i>	<i>Key findings / Ključne ugotovitve</i>
Van Kempen, et al., 2015	Netherlands	To explore EASY-Care Two step Older people Screening (EASY-Care TOS) tool.	Random sampling	587 patients from four general practitioners practices	EASY-Care TOS tool is a stepped approach to identify frail older people at risk for negative health outcomes in primary care. EASY-Care TOS meets the needs of primary care professionals, and has been shown to be feasible for use in primary care.
At, et al., 2015	India	To explore The COPE (Caring for Older PEople) multidimensional assessment tool.	Cohort study	150 of older people	The COPE assessment is a useful tool for identifying specific impairments linked to needs for home care and support.
Carretero, et al., 2015	/	To implement new strategies to improve the prevention and early diagnosis of frailty.	Revised literature and the web of the EC	98 sources	Lifestyle, including physical activity and diet, is one good measure for preventing the disorders associated with age.
Morris, et al., 2016	United States of America	To develop and evaluate a Home Care Frailty Scale.	Secondary analysis design	464,788 assessments	The Home Care Frailty Scale will have wide applicability to support program planning and policy decision-making impacting home care clients and their formal and informal caregivers throughout the world.
Coelho, et al., 2015a	Portugal	To analyze which determinants predict frailty in general and each frailty domain.	Cross-sectional study	252 community-dwelling elderly	The adverse effects of polymedication and its direct link with the level of comorbidities could explain the independent contribution of the amount of prescribed drugs to frailty prediction.
O'Caomh, et al., 2014	Ireland	To investigate the prevalence of frailty-associated risk factors and their distribution according to the severity of perceived risk.	Cohort study	Cohort of 803 community dwelling older adults	Frailty, cognitive impairment and functional status were markers of perceived risk.
Drubbel, et al., 2014	Netherlands	To better identify frailty in daily clinical practice by using the frailty index.	Systematic review	20 studies	The frailty index showed a good criterion and construct validity but lacked studies on responsiveness.
Gu, et al., 2016	China	Study aims at investigating whether socioeconomic status (SES) moderates the association between frailty and mortality.	Survey	A large nationally representative, 13,731 adults aged 65	Public health programs aimed at improving SES and promoting healthy longevity should start early in the old age, or even earlier, and target poor and frail older adults for maximum impact.
Campitelli, et al., 2016	Canada	To determine the prevalence and correlates of frailty (as operationally defined by three measures) in a home care cohort.	Retrospective cohort study	234,552 clients, 66 + years	All three measures were significant predictors of the health outcomes examined, the gains in predictive accuracy were often modest with the exception of the full frailty index in predicting long term care admission.
Op het Veld, et al., 2015	Netherlands	To describe the levels of social, psychological and physical functioning according to Fried's frailty stages.	Cross-sectional study	8,684 community-dwelling older people (65+)	Study indicated that the Fried frailty criteria could help health care professionals to identify and treat frail older people in an efficient way, and provide indications for problems in other domains.

Continues / Se nadaljuje

<i>Author / Avtor</i>	<i>Country / Država</i>	<i>Research aim / Namen raziskave</i>	<i>Study type / Tipologija raziskave</i>	<i>Sample / Vzorec</i>	<i>Key findings / Ključne ugotovitve</i>
Falsarella, et al., 2015	Brazil	To investigate the association between body composition and frailty.	Cross-sectional study	235 elderly (65+)	Frailty in the elderly was characterized by a body composition profile/phenotype with lower muscle mass and lower bone mass and with a higher fat %.
Sheehan, et al., 2013	Ireland	To investigate the relationships between Body Mass Index (BMI), frailty and falls.	Cohort study	606 community dwelling adults, 60+ years	It was found that those with an increased BMI were more likely to present as frail and less likely to fall.
Bouillon, et al., 2013	United Kingdom	To provide a comprehensive catalogue of current frailty measures.	Literature review	27 original articles frailty scales	27 measures of frailty were recognised but none of them have been recognized as a gold standard.
Macklai, et al., 2013	11 European countries	To test the validity of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) operationalized frailty phenotype.	Observational study	11,015 community-dwelling men and women aged 60+	SHARE, with its wide-scope and detail prospective data on individual, economic, social, and environmental and health characteristics, is the ideal medium to further epidemiological research on frailty and health in Europe.
Woo, et al., 2005	China	To test the relationship between socioeconomic factors, lifestyle, social support network, and the frailty index.	Cohort study	2,032 people, aged (70+)	Frailty index, developed for elderly Canadians (Rockwood et al., 2002) and shown to be valid for an elderly Chinese population, is influenced by social and environmental factors in keeping with the concept of frailty being multi-dimensional.
Woo, et al., 2015	China	To measure frailty prevalence and contributory factors across three populations.	Cohort study	4,851 people (65+)	The use of frailty index as a public health indicator has advantages in monitoring trends in changes of frailty with time.
Young, et al., 2016	United Kingdom	To investigate contribution of genetic and environmental factors to frailty.	Analysis	3,375 volunteer adult twins - 40.0–84.5 years old.	Frailty is both genetically and environmentally determined.
Coelho, et al., 2015b	Portugal	To compare how physical, psychological and social frailty predict the outcomes.	Longitudinal study	95 community dwelling elderly	There are benefits in using multidimensional frailty measures, the physical components of frailty seem to have greater importance for the prediction of adverse outcomes.
Gueussous, et al., 2014	Switzerland	To determine the prevalence of frailty indicators among middle-aged and older adults.	Population based cross sectional study	2,930 aged 50 (+)	The number of frailty indicators was positively associated with age, hypertension, and current smoking and negatively associated with male gender, body mass index, waist-to-hip ratio, and serum total cholesterol level. Lower income level, universal health insurance coverage, household income were associated with higher number of frailty indicators.
Bleijenberg, et al., 2012	Netherlands	To describe the development process of the Innovative structured and proactive primary care program (U-CARE) to allow its replication.	Feasibility study	52 participants (General practitioners, Registered nurses)	The general practitioners and the registered practice nurses indicated that the U-CARE intervention is feasible in clinical practice.

Coelho and colleagues (2015a) analysed which determinants predict frailty in general and each frailty domain (physical, psychological, and social), considering the integral conceptual model of frailty and particularly to examine the contribution of medication in this prediction. The Tilburg Frailty Indicator was used. A significant proportion of frailty was predicted by life course determinants and by comorbidity.

Falsarella and colleagues (2015) investigated the association between body composition (BC) and frailty, and identified BC profiles in nonfrail, prefrail, and frail elderly people. Frailty in the elderly was characterized by a BC profile/phenotype with lower muscle mass and lower bone mass and with a higher fat percentage. BMI did not represent an effective instrument to determine the relationship between BC and frailty. Sheehan and colleagues (2013) investigated the relationships between BMI, frailty and falls. An increase in BMI contributed significantly to the identification of frail older adults. A total of 346 falls by 148 participants were reported at follow up. Those with an increased BMI were significantly less likely to have experienced a fall between baseline and follow up assessments. Young and colleagues (2016) investigated the contribution of genetic and environmental factors to frailty. Study results indicate that frailty is both genetically and environmentally determined.

Instruments for diagnosing and measuring frailty

A detailed literature review was performed by Mohandas and colleagues (2011) to identify key dimensions and models currently being used to define frailty, classify interventions that have been developed to reverse frailty, and identify potential areas for future research within this field. Despite the large body of research defining the dimensions of frailty, no consensus exists on a comprehensive, operational definition. A standardized definition will be critical to design effective interventions at earlier stages along the continuum of frailty and interpret findings from evaluation studies. Bouillon and colleagues (2013) carried out a literature review to: provide a comprehensive catalogue of current frailty measures; evaluate their reliability and validity; and report on their popularity of use. There are numerous frailty scales currently in use although their reliability and validity have rarely been examined.

Macklai and colleagues (2013) tested the validity of the SHARE operationalized frailty phenotype. The SHARE-operationalized frailty phenotype is significantly associated with all the tested health outcomes independent of baseline morbidity and disability in community-dwelling men and women aged 60 and older living in Europe. The findings indicate that even after adjusting for age, sex, income and baseline disability or morbidity, frailty persisted to

be independently associated with developing mobility, Instrumental Activities of Daily Living (IADL) and Basic Activities of Daily Living (BADL) disability over a 2-year follow up. Vernerey and colleagues (2016) constructed and validated a new frailty-screening instrument named Frailty Groupe Iso-Ressource Evaluation (FRAGIRE). The FRAGIRE instrument that accurately predicts the risk for frailty in older adults seems to have considerable potential as a reliable and effective tool for identifying frail elderly individuals by a public health social worker without medical training. Van Kempen and colleagues (2015) explored the EASY-Care Two step Older people Screening (EASY-Care TOS) tool, which is a stepped approach to identify frail older people at risk for negative health outcomes in primary care and makes use of general practitioners' readily-available information.

The objective of the study conducted by Coelho and colleagues (2015) was to compare how different frailty measures (Frailty Phenotype/FP, Groningen Frailty Indicator/GFI and Tilburg Frailty Indicator/TFI) predict short-term adverse outcomes. The effect of the FP on the outcomes was not significant when compared with the other measures. However, when comparing TFI's domains, the physical domain was the most significant predictor of the outcomes, even explaining part of the variance of ADL disability. At and colleagues (2015) investigated the COPE (Caring for Older People) multidimensional assessment tool, which is designed to help community health workers to identify clinically significant impairments and deliver evidence-based interventions. The COPE assessment is a useful tool for identifying specific impairments linked to the needs of home care and support.

Morris and colleagues (2016) developed and evaluated the Home Care Frailty Scale and provided a grounded basis for assessing a person's risk for decline that included functional and cognitive health, social deficits and troubling diagnostic and clinical conditions. O'Caomh and colleagues (2014) investigated the prevalence of frailty-associated risk factors and their distribution according to the severity of perceived risk in a cohort of community dwelling older adults, using the Risk Instrument for Screening in the Community (RISC).

Based on the literature review Drubbel and colleagues (2014) concluded that due to the complex care needs of frail older people, general practitioners must be capable of easily identifying frailty in daily clinical practice, for example, by using the frailty index. Campitelli and colleagues (2016) determined the prevalence and correlates of frailty (as operationally defined by three measures) in a home care cohort, the agreement between these measures, and their predictive validity for several outcomes assessed over one year. They examined two versions of a frailty index, a full and modified Frailty Index, and the Changes in Health, End-stage disease and Signs and Symptoms scale

(CHESS), compared their baseline characteristics and their predictive accuracy for death, long-term care admission, and hospitalization endpoints in models adjusted for age, sex and comorbidity. Research from Woo and colleagues 2005 showed that frailty index is influenced by social and environmental factors in keeping with the concept of frailty being multi-dimensional. Such a quantitative measure may be a useful indicator of the health of the elderly populations as well as for public health measures to combat frailty. Op het Veld and colleagues (2015) described the levels of social, psychological and physical functioning according to Fried's frailty stages by using a large cohort of Dutch community-dwelling older people. There were statistical differences between three Fried's frailty stages and in the level of social, psychological and physical functioning between the non-frail, pre-frail and frail persons.

Activities in professional service for prevention of frailty

Kono and colleagues (2016) conducted a single-blind randomized controlled study to explore the impact of preventive home visits on the functional status (activities of daily living - health, mental health, activities, and participation) of 360 ambulatory frail elderly individuals who were living at home. Participants receiving preventive home visits were significantly more likely to maintain their activities of daily living (ADL) and less likely to increase care need level, in comparison to the control group. Results suggest that the updated preventive home visit program could be effective for the prevention of ADL and care-needs deterioration, and these effects could continue up to one year after programme completion. The importance of frailty prevention for ageing populations was also highlighted by Woo and colleagues (2015).

A systematic research of prospective and longitudinal studies was performed by Vermeulen and colleagues (2011) to study predictive value of physical frailty indicators on ADL disability in community-dwelling elderly people. Results showed that physical frailty indicators can predict ADL disability in community-dwelling elderly people. Slow gait speed and low physical activity/exercise seem to be the most powerful predictors followed by weight loss, lower extremity function, balance, muscle strength, and other indicators. The study suggests that monitoring physical frailty indicators in community-dwelling elderly people might be useful to identify elderly people who could benefit from disability prevention programs.

Fougère and colleagues (2017) conducted studies by using an observational research care model which uses a specialist nurse trained in primary care and geriatric assessment. Patients identified as potentially frail by the general practitioner or with a cognitive

complaint or both, were assessed by the geriatric evaluation nurse within a general practitioner's office. Bleijenberg and colleagues (2012) described the U-CARE program, which was developed based on predefined guiding components comprising the three following steps: a frailty assessment to identify frail patients, a comprehensive geriatric assessment (CGA) of frail patients at home, followed by a tailor-made care plan with evidence-based interventions, and multiple follow-up visits.

Changes in health care systems and health care research for management of frailty

Ilinca and Calciolari (2015) analyzed a sample of 83,019 observations gathered in a multinational study involving 10 EU countries in order to examine the influence of frailty on the utilization of health care. The study has shown that functional decline, together with chronic conditions and disability, explain health care utilization in different care settings, after controlling for socio-economic and health status, and behavioural risks. GPs could lead screening initiatives to detect early frailty in the elderly, thus enabling the health system to target these individuals more effectively and avoid inappropriate frequent access to more expensive care settings and adverse outcomes. In a German research (Buttery, et al., 2015) modifiable characteristics such as low physical activity provided relevant targets for individual and population-level frailty detection and intervention strategies. Carretero and colleagues (2015) proposed the implementation of new strategies to improve prevention and early diagnosis of frailty and diseases related to age. A series of measures have been taken favouring the prevention of frailty and health promotion for elderly people. Early diagnosis of frailty and functional decline are considered to be effective measures against age-related comorbidities. Gu and colleagues (2016) investigated whether the socioeconomic status (SES) moderates the association between frailty and mortality. Frailty was a stronger predictor of mortality among individuals with higher SES than those with lower SES. The increased mortality risks associated with socioeconomic vulnerability and frailty weakened with age.

Discussion

Despite the large body of research defining the dimensions of frailty, no consensus exists on a comprehensive, operational definition. A standardized definition will be critical to design effective interventions at earlier stages along the continuum of frailty and interpret findings from evaluation studies (Mohandas, et al., 2011). However, the latest definition from the World Health Organization defines frailty as a progressive age-related decline in physiological systems that results in decreased reserves of intrinsic

capacity, which confers extreme vulnerability to stressors and increases the risk of a range of adverse health outcomes (WHO, 2017).

There are several frailty measures (Frailty Phenotype/FP, Groningen Frailty Indicator/GFI and Tilburg Frailty Indicator/TFI) and each frailty measure classified a different group of individuals as frail (Metzelthin, et al., 2010; Theou, et al., 2013; Malmstrom, et al., 2014). To tackle frailty it is important to know the risk factors for frailty, as suggested in the research conducted by Veninšek and Gabrovec (2018). The potential causes are wider and include multiple risk factors which are implicated in various diseases and conditions (British Geriatrics Society, 2014). There is an effect of gender. The higher frailty index in women is mentioned in several publications (Woo, et al., 2005; Mohandas, et al., 2011; Buttery, et al., 2015; Coelho, et al., 2015a). The strongest risk factor is age and frailty prevalence clearly rises with age (British Geriatrics Society, 2014; Young, et al., 2016). Findings of a United Kindom based study among twins (Young, et al., 2016) indicate that frailty is both genetically and environmentally determined. Furthermore, there are several social determinants of frailty, covering socioeconomic factors, lifestyle, and social support (Woo, et al., 2005). Buttery and colleagues (2015) found an association between the socioeconomic status and frailty indicating a social gradient in frailty. Some studies (Guessous, et al., 2014; Coelho, et al., 2015a) found that the level of education is not associated with frailty, while lower household income is.

In terms of modifiable influences, the most studied is physical activity, particularly resistance exercise, which is beneficial both in terms of prevention and treatment of the physical performance component of frailty, which was also established in several clinical trials (Cadore, et al., 2013; Pahor, et al., 2014), where the results showed that frailty and frailty-related syndromes respond positively to structured exercise programs of strength training, consisting of low to medium exercise load. Moreover, the implementation of a simultaneous physical exercise program (combined aerobic and resistance exercise) to the diet is the best strategy for improving function in obese frail patients (Villarreal, et al., 2017).

The evidence for diet is less extensive but a suboptimal protein/total calorie intake and vitamin D insufficiency have both been implicated. There is emerging evidence that frailty increases with obesity, particularly in the context of other unhealthy behaviours such as inactivity, poor diet and smoking (British Geriatrics Society, 2014). Targeted interventions could have a significant impact on preventing the progression of frailty and the negative consequences of frailty. For an effective design and evaluation of interventions tailored to address frailty, priority must be given to achieving a consistent definition of frailty (Mohandas, et al., 2011). The aim of this research was to define

the role of prevention on the management of frailty at an individual level. For the purposes of this research, a narrative literature review method was used. The method proved to be appropriate and the aim was achieved.

The main limitation of the current literature review is inclusion of publications published in the last 15 years in the English language, therefore some relevant work may have been omitted. The methodological quality of included studies also varied, so conclusions should be drawn with caution.

Conclusion

Knowledge of the complexity of determinants of frailty can assist the formulation of measures for prevention and early intervention, however, for an effective design and evaluation of interventions tailored to address frailty, priority must be given to achieving a consistent definition of frailty. Early diagnosis of frailty and functional decline are considered effective measures against age-related comorbidities. Targeted interventions have a significant impact on preventing the progression of frailty and the negative consequences of frailty. Lifestyle, including physical activity (particularly resistance exercise) and nutrition (higher protein intake and vitamin D supplement), is a good measure for preventing disorders associated with age.

Acknowledgements / Zahvala

The authors would like to acknowledge Assistant Professor Dr Simona Hvalič Touzery, who was at the time employed at Angela Boškin Faculty of Health Care and helped gathering sources at the initial stage (May 2017). / Avtorja se zahvaljujeta doc. dr. Simoni Hvalič Touzery, ki je kot takrat zaposlena na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin sodelovala pri prvem zajemu virov za pregled literature (Maj 2017).

Conflict of Interest / Nasprotje interesov

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

Funding / Financiranje

This publication arises from the Joint Action '724099 / ADVANTAGE', which has received funding from the European Union's Health Programme (2014–2020). The content of this report represents the views of the author only and is his/her sole responsibility; it can't be considered to reflect the views of the European Commission and/or the Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency or any other body of the European Union. The European Commission and the Agency do

not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains. / Ta prispevek je nastal v okviru projekta skupnega ukrepanja za preprečevanju krhkosti (JA-ADVANTAGE), ki je sofinanciran s strani Evropske skupnosti v okviru tretjega zdravstvenega programa (2014–2020). Vsebinska prispevka predstavlja mnenje avtorjev in njuno odgovornost; v nobenem primeru ne odraža mnenja Evropske komisije oz. Izvajalske agencije za potrošnike, zdravje, kmetijstvo in hrano ali katerega drugega telesa Evropske unije. Evropska komisija in Agencija ne sprejemata odgovornosti za morebitno uporabo informacij iz tega prispevka.

Ethical approval / Etika raziskovanja

No ethical approval was needed for this type of research. / Raziskava ni potrebovala posebnega dovoljenja etične komisije.

Author contributions / Prispevek avtorjev

Both authors contributed equally to the development of the article. / Oba avtorja sta prispevala enakovredno k nastanku članka.

Literature

At, J., Dias, A., Philp, I., Beard, J., Patel, V. & Prince, M., 2015. Identifying common impairments in frail and dependent older people: validation of the COPE assessment for non-specialised health workers in low resource primary health care settings. *BMC Geriatrics*, 15, art. ID 123. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0121-1> PMID:26467913; PMCID:PMC4607017

Bleijenberg, N., Drubbel, I., Ten Dam, V.H., Numans, M.E., Schuurmans, M.J. & de Wit, N.J., 2012. Proactive and integrated primary care for frail older people: design and methodological challenges of the Utrecht primary care PROactive frailty intervention trial (U-PROFIT). *BMC Geriatrics*, 12, art. ID 16. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-12-16> PMID:22533710; PMCID:PMC3373372

Bouillon, K., Kivimaki, M., Hamer, M., Sabia, S., Fransson, E.I., Singh-Manoux, A., et al., 2013. Measures of frailty in population-based studies: an overview. *BMC Geriatrics*, 13, art. ID 64. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-64> PMID:23786540; PMCID:PMC3710231

British Geriatrics Society, 2014. *Fit for Frailty: Consensus best practice guidance for the care of older people living with frailty in community and outpatient settings - a report from the British Geriatrics Society*. London: The British Geriatrics Society. Available at: http://www.bgs.org.uk/campaigns/fff/fff_full.pdf [13. 2. 2018].

Buttery, A.K., Busch, M.A., Gaertner, B., Scheidt-Nave, C. & Fuchs, J., 2015. Prevalence and correlates of frailty among older adults: findings from the German health interview and examination survey. *BMC Geriatrics*, 15, art. ID 22. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0022-3> PMID:25879568; PMCID:PMC4357063

Cadore, E.L., Rodríguez-Mañas, L., Sinclair, A. & Izquierdo, M., 2013. Effects of different exercise interventions on risk of falls, gait ability, and balance in physically frail older adults: a systematic review. *Rejuvenation Research*, 16(2), pp. 105–114. <https://doi.org/10.1089/rej.2012.1397> PMID:23327448; PMCID:PMC3634155

Campitelli, M.A., Bronskill, S.E., Hogan, D.B., Diong, C., Amuah, J.E., Gill, S., et al., 2016. The prevalence and health consequences of frailty in a population-based older home care cohort: a comparison of different measures. *BMC Geriatrics*, 16, art. ID 133. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0309-z>

Carretero, L., Navarro-Pardo, E. & Cano, A., 2015. Progression in healthy ageing: frailty, cognitive decline and gender in the European Innovation Partnership for Active and Healthy Ageing. *The European Journal of Psychiatry*, article ID e1121. 29(4), pp. 231–237. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632015000400001>

Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O. & Rockwood, K., 2013. Frailty in elderly people. *Lancet*, 381(9868), pp. 752–762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)

Coelho, T., Paúl, C., Gobbens, R.J.J. & Fernandes, L., 2015a. Determinants of frailty: the added value of assessing medication. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 7, art. ID 56. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2015.00056> PMID:25954195; PMCID:PMC4404866

Coelho, T., Paúl, C., Gobbens, R.J.J. & Fernandes, L., 2015b. Frailty as a predictor of short-term adverse outcomes. *PeerJ*, 3, e1121. <https://doi.org/10.7717/peerj.1121> PMID:26246968; PMCID:PMC4525687

Collard, R.M., Boter, H., Schoevers, R.A. & Oude Voshaar, R C., 2012. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(8), pp. 1487–1492. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x> PMID:22881367

Drubbel, I., Numans, M. E., Kranenburg, G., Bleijenberg, N., de Wit, N. J. & Schuurmans, M. J., 2014. Screening for frailty in primary care: a systematic review of the psychometric properties of the frailty index in community-dwelling older people. *BMC Geriatrics*, 14, art. ID 27. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-27> PMID:24597624; PMCID:PMC3946826

- Falsarella, G.R., Gasparotto, L.P.R., Barcelos, C.C., Coimbra, I.B., Moretto, M.C., Pascoa, M.A., et al., 2015. Body composition as a frailty marker for the elderly community. *Clinical Interventions in Aging*, 10, pp. 1661–1667.
<https://doi.org/10.2147/CIA.S84632>
PMid:26527868; PMCID:PMC4621187
- Fougère, B., Oustric, S., Delrieu, J., Chicoulaa, B., Escourrou, E., Rolland, et al., 2017. Implementing assessment of cognitive function and frailty into primary care: data from Frailty and Alzheimer disease prevention into Primary care (FAP) study pilot. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(1), pp. 47–52.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.08.003>
PMid:27650669
- Gu, D., Yang, F. & Sautter, J., 2016. Socioeconomic status as a moderator between frailty and mortality at old ages. *BMC Geriatrics*, 16, art. ID 151.
<https://doi.org/10.1186/s12877-016-0322-2>
- Guessous, I., Luthi, J. C., Bowling, C. B., Theler, J.-M., Paccaud, F., Gaspoz, J.M., et al., 2014. Prevalence of frailty indicators and association with socioeconomic status in middle-aged and older adults in a Swiss region with universal health insurance coverage: a population-based cross-sectional study. *Journal of Aging Research*, 2014, art. ID e198603.
<https://doi.org/10.1155/2014/198603>
PMid:25405033; PMCID:PMC4227447
- Ilinca, S. & Calciolari, S., 2015. The patterns of health care utilization by elderly Europeans: frailty and its implications for health systems. *Health Services Research*, 50(1), pp. 305–320.
<https://doi.org/10.1111/1475-6773.12211>
PMid:25139146; PMCID:PMC4319884
- Kono, A., Izumi, K., Yoshiyuki, N., Kanaya, Y. & Rubenstein, L.Z., 2016. Effects of an updated preventive home visit program based on a systematic structured assessment of care needs for ambulatory frail older adults in Japan: a randomized controlled trial. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 71(12), pp. 1631–1637.
<https://doi.org/10.1093/gerona/glw068>
PMid:27075895
- Lee, D.R., Kawas, C.H., Gibbs, L. & Corrada, M.M., 2016. Prevalence of frailty and factors associated with frailty in individuals aged 90 and older: The 90+ Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(11), pp. 2257–2262.
<https://doi.org/10.1111/jgs.14317>
PMid:27590837
- Macklai, N.S., Spagnoli, J., Junod, J. & Santos-Eggimann, B., 2013. Prospective association of the SHARE-operationalized frailty phenotype with adverse health outcomes: evidence from 60+ community-dwelling Europeans living in 11 countries. *BMC Geriatrics*, 13, art. ID 3.
<https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-3>
PMid:23286928; PMCID:PMC3585820
- Malmstrom, T. K., Miller, D. K. & Morley, J. E., 2014. A comparison of four frailty models. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(4), pp. 721–726.
<https://doi.org/10.1111/jgs.12735>
PMid:24635726; PMCID:PMC4519085
- Mello, A. de C., Engstrom, E.M. & Alves, L.C., 2014. Health-related and socio-demographic factors associated with frailty in the elderly: a systematic literature review. *Cadernos De Saude Publica*, 30(6), pp. 1143–1168.
- Metzelthin, S.F., Daniels, R., Van Rossum, E., De Witte, L., Van den Heuvel & W. J., Kempen, G. I., 2010. The psychometric properties of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community. *BMC Public Health*, 10, art. ID 176.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-176>
- Mohandas, A., Reifsnnyder, J., Jacobs, M. & Fox, T., 2011. Current and future directions in frailty research. *Population Health Management*, 14, art. ID 6.
<https://doi.org/10.1089/pop.2010.0066>
PMid:22087470
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. & PRISMA Group., 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), art. ID e1000097.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
PMid:19621072; PMCID:PMC2707599
- Morris, J.N., Howard, E.P. & Steel, K.R., 2016. Development of the interRAI home care frailty scale. *BMC Geriatrics*, 16, art. ID 188.
<https://doi.org/10.1186/s12877-016-0364-5>
- O'Caomh, R., Gao, Y., Svendrovski, A., Healy, E., O'Connell, E., O'Keefe, et al., 2014. Screening for markers of frailty and perceived risk of adverse outcomes using the Risk Instrument for Screening in the Community (RISC). *BMC Geriatrics*, 14, art. ID 104.
<https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-104>
- Op het Veld, L.P.M., van Rossum, E., Kempen, G.I.J.M., de Vet, H.C.W., Hajema, K. & Beurskens, A.J.H.M., 2015. Fried phenotype of frailty: cross-sectional comparison of three frailty stages on various health domains. *BMC Geriatrics*, 15, art. ID 77.
<https://doi.org/10.1186/s12877-015-0078-0>
PMid:26155837; PMCID:PMC4496916
- Pahor, M., Guralnik, J. M., Ambrosius, W. T., Blair, S., Bonds, D. E. & Church, T. S., LIFE study investigators., 2014. Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. *JAMA*, 311(23), pp. 2387–2396.
<https://doi.org/10.1001/jama.2014.5616>
PMid:24866862; PMCID:PMC4266388
- Polit, D.F., Beck & C.T., 2017. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Serra-Prat, M., Papiol, M., Vico, J., Palomera, E., Sist, X. & Cabré, M., 2016. Factors associated with frailty in community-dwelling elderly population: cross-sectional study. *European Geriatric Medicine*, 7(6), pp. 531–537.
<https://doi.org/10.1016/j.eurger.2016.09.005>

Sheehan, K.J., O'Connell, M.D.L., Cunningham, C., Crosby, L. & Kenny, R.A., 2013. The relationship between increased body mass index and frailty on falls in community dwelling older adults. *BMC Geriatrics*, 13, art. ID 132.
<https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-132>
PMid:24313947; PMCID:PMC4029500

Theou, O., Brothers, T.D., Mitnitski, A. & Rockwood, K., 2013. Operationalization of frailty using eight commonly used scales and comparison of their ability to predict all-cause mortality. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(9), pp. 1537–1551.
<https://doi.org/10.1111/jgs.12420>
PMid:24028357

Uchmanowicz, I., Lisiak, M., Wontor, R. & Łoboz-Grudzień, K., 2015. Frailty in patients with acute coronary syndrome: comparison between tools for comprehensive geriatric assessment and the Tilburg Frailty Indicator. *Clinical Interventions in Aging*, 10, pp. 521–529.
<https://doi.org/10.2147/CIA.S78365>
PMid:25767379; PMCID:PMC4354429

Van Kempen, J.A.L., Schers, H.J., Philp, I., Olde Rikkert, M.G.M. & Melis, R.J.F., 2015. Predictive validity of a two-step tool to map frailty in primary care. *BMC Medicine*, 13, art. ID 287.
<https://doi.org/10.1186/s12916-015-0519-9>
PMid:26631066; PMCID:PMC4668681

Veninšek, G. & Gabrovec, B., 2018. Management of frailty at individual level - clinical management: systematic literature review. *Zdravstveno Varstvo*, 57(2), pp. 106–115.
<https://doi.org/10.2478/sjph-2018-0014>

Vermeulen, J., Neyens, J.C.L., van Rossum, E., Spreeuwenberg, M.D. & de Witte, L.P., 2011. Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 11, art. ID 33.
<https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-33>
PMid:29651322; PMCID:PMC5894465

Vernerey, D., Anota, A., Vandell, P., Paget-Bailly, S., Dion, M., Bailly, et al., 2016. Development and validation of the FRAGIRE tool for assessment an older person's risk for frailty. *BMC Geriatrics*, 16, art. ID 187.
<https://doi.org/10.1186/s12877-016-0360-9>

Villareal, D.T., Aguirre, L., Burke Gurney, A., Waters D.L., Sinacore D.R., Colombo, E., et al., 2017. Aerobic or resistance exercise, or both, in dieting obese older adults. *New England Journal of Medicine*, 376(20), pp. 1943–1955.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1616338>
PMid:28514618; PMCID:PMC5552187

World Health Organization, 2015. *World report on ageing and health*. Luxembourg. Available at:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1 [13. 2. 2018].

World Health Organization, 2017. *Integrated Care for Older People (ICOPE): guidelines. Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. Switzerland. Available at:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258981/1/9789241550109_eng.pdf?ua=1 [10. 5. 2018].

Woo, J., Goggins, W., Sham, A. & Ho, S.C., 2005. Social determinants of frailty. *Gerontology*, 51(6), pp. 402–408.
<https://doi.org/10.1159/000088705>
PMid:16299422

Woo, J., Zheng, Z., Leung, J. & Chan, P., 2015. Prevalence of frailty and contributory factors in three Chinese populations with different socioeconomic and healthcare characteristics. *BMC Geriatrics*, 15, art. ID 163.
<https://doi.org/10.1186/s12877-015-0160-7>
PMid:26652647; PMCID:PMC4675032

Young, A.C.M., Glaser, K., Spector, T.D. & Steves, C.J., 2016. The identification of hereditary and environmental determinants of frailty in a cohort of UK twins: *twin research and human Genetics. The Official Journal of the International Society for Twin Studies*, 19(6), pp. 600–609.
<https://doi.org/10.1017/thg.2016.72>
PMid:27719687

Cite as / Citirajte kot:

Skela-Savič, B. & Gabrovec, B. 2018., Management of frailty at individual level – Frailty prevention: narrative literature review from the perspective of the European Joint Action on frailty – ADVANTAGE JA. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(4), pp. 252–263.
<https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.4.228>

Pregledni znanstveni članek / Review article

Raziskovanje na področju patronažne zdravstvene nege v Sloveniji v obdobju od 2007 do 2016: pregled literature

Research conducted in the field of community health nursing in Slovenia from 2007 to 2016: literature review

Vesna Zupančič, Andreja Ljubič, Marija Milavec Kapun, Tamara Štemberger Kolnik

Ključne besede: skupnost; primarna zdravstvena dejavnost; medicinske sestre

Key words: community; primary health care; nurses

doc. dr. Vesna Zupančič, dipl. m. s., univ. dipl. soc. ped., mag. vzg in man. v zdr.; Ministrstvo za zdravje, Štefanova 5, 1000 Ljubljana, in Univerza Novo mesto, Fakulteta za zdravstvene vede, Na Loko 2, 8000 Novo mesto, Slovenija

Kontaktne e-naslov / Correspondence e-mail:
vesna.zupancic@guest.arnes.si

Andreja Ljubič, dipl. m. s., mag. zdr. neg.; Zdravstveni dom dr. Franca Ambroziča Postojna, Patronažno varstvo, Prečna ulica 2, 6230 Postojna, Slovenija

viš. pred. mag. Marija Milavec Kapun, viš. med. ses., univ. dipl. org., prof. def.; Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana, Slovenija

viš. pred. mag. Tamara Štemberger Kolnik, dipl. m. s.; Obalni dom Upokojencev Koper, Krožna cesta 5, 6000 Koper, in Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju, Titov trg 4, 6000 Koper, Slovenija

IZVLEČEK

Uvod: Pomen patronažne zdravstvene nege narašča s pospešenim razvojem primarnega zdravstvenega varstva, preprečevanja boleznin in približevanja zdravstvene oskrbe integrirani podpora pacientom in njihovim družinam znotraj lokalnih skupnosti. Namen raziskave je bil proučiti, kaj je predmet raziskovanja izvajalcev zdravstvene nege ter katera so glavna vprašanja in problemi patronažne zdravstvene nege v Sloveniji.

Metode: Uporabljen je bil sistematičen pregled literature. Zajemal je zbiranje znanstvene in strokovne literature v Vzajemni bibliografsko-kataložni bazi podatkov COBIB.SI od januarja do maja 2017. Literatura je bila iskana po korenu ključne besede *patronaž**. Začetna merila za tematsko analizo vsebine je izpolnjevalo 144 enot. V seznam za analizo empiričnih podatkov se jih je uvrstilo 45. Za prikaz pregleda in odločanja o uporabnosti pregledanih enot je bila uporabljena metoda PRISMA.

Rezultati: S pregledom literature so bila ugotovljena raziskovalna področja v patronažni zdravstveni nege v Sloveniji; izboljšanje kakovosti, varnost in pogoji dela, opolnomočenje pacienta in integrirana oziroma celovita obravnava pacienta. Zaznan je problem dostopnosti do objav posameznih raziskav, kakovost načrtov in metod raziskovanja. V zadnjih treh letih preučevanega obdobja so prevladujoči vir podatkov v raziskavah patronažne medicinske sestre.

Diskusija in zaključek: Nujno je ciljno ukrepanje s povečanjem interesa in znanja patronažnih medicinskih sester za raziskovanje. Za boljše prepoznavanje njihove vloge v primarnem zdravstvenem varstvu ter krepitev interdisciplinarnega raziskovanja na mikro-, mezo- in makroravni sistema zdravstvenega varstva je potrebno uvajanje kompleksnejših raziskovalnih načrtov.

ABSTRACT

Introduction: The importance of community health nursing is increasing due to the development of primary healthcare, illness prevention and making healthcare a part of an integrated care for patients and their families within local communities. The aim of the research was to establish the purpose of the research conducted by community nursing providers and the main issues and problems faced in the field of community nursing in Slovenia.

Methods: A systematic literature review was performed by collecting scientific and professional literature from the COBIB.SI bibliographic/catalog database from January to May 2017. The literature was searched by the root of the Slovenian keyword *patronaž**. The initial criteria for thematic content analysis were met by 144 references. 45 were included on the empirical data list. The PRISMA method was used to present the review and to decide on the usefulness of the references included in the research.

Results: The literature review found the following research areas in community nursing care in Slovenia: improvement of quality, safety and condition at work, patient empowerment and integrated and holistic patient treatment. Publication accessibility issues and the quality of research plans and research methods have been identified. During the last three years of the period studied the dominant source of information in the research have been community nurses themselves.

Discussion and conclusion: Targeted action, increased interest and knowledge of community health nurses related to research are necessary. In order to better identify their role in primary health care activities and strengthen interdisciplinary research at the micro, mezzo and macro level of the health care system, it is necessary to introduce more complex research plans.

Prejeto / Received: 26. 12. 2017
Sprejeto / Accepted: 18. 11. 2018

<https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.4.211>

Uvod

Izhodišče za zdravstveno politiko v 53. evropskih državah »Zdravje 2020« (World Health Organization, 2013) predstavlja kot skupne cilje: korenito izboljšati zdravje in blagostanje prebivalstva, zmanjšati neenakosti v zdravju, okrepiti javno zdravje in zagotoviti zdravstvene sisteme, ki so osredotočeni na ljudi, univerzalni in sledijo načelom enakosti, so trajnostni in visoko kakovostni. To kaže na korenit premik zdravstvene politike k pospeševanju razvoja zdravstvene oskrbe na primarni zdravstveni ravni, ki temelji na preprečevanju in obvladovanju bolezni ter približevanju v integrirani, individualizirani in na pacienta ter njegovo družino osredotočeni zdravstveni obravnavi (Kuo, 2016). Pri tem se vse bolj izpostavlja pomen in dinamičnost vlog izvajalcev zdravstvene nege (O'Neill & Cowman, 2008). Pomemben je njihov prispevek k javnemu zdravju prebivalstva, saj lahko z metodami dela zagotavljajo celostno obravnavo posameznika, družine in skupnosti (Swider, et al., 2015). Nic Philibin in sodelavci (2010) poudarjajo tako kurativne (izvajanje medicinskotehničnih posegov in postopkov) kot preventivne dejavnosti (svetovanje, zdravstveno vzgojo in promocijo zdravja) v skupnosti. Barrett in sodelavci (2016) opozarjajo, da je oblikovanih veliko konceptov in definicij o izvajanju zdravstvene nege v skupnosti in na domu pacienta, pri nas imenovane patronažne zdravstvene nege. Dickson in sodelavci (2013) predstavljajo sedem ključnih elementov patronažne zdravstvene nege: izpolnjevanje zdravstvenih potreb skupnosti, delo neposredno z ljudmi, javnozdravstveni pristop, koordinacija storitev, podpora samooskrbi, interdisciplinarno sodelovanje in kontinuiteta obravnave.

Sarkis in Connors (1986) ter Polit in Beck (2008) ugotavljajo, da se je raziskovanje zdravstvene nege v skupnosti začelo že s Florence Nightingale, ki je z izvajanjem ukrepov, oblikovanih na podlagi opazovanja okolja in ugotavljanja vplivov na fizično in čustveno zdravje vojakov krimske vojne, zmanjšala smrtnost ranjencev. Vzpon raziskovanja v zdravstveni negi je predstavljen s številnimi prelomnicami: pojav strokovnih in znanstvenih revij, doktorski študij s področja zdravstvene nege, poudarek na učenju skozi klinično delo kot osnovo za izvajanje na dokazih utemeljene zdravstvene nege itd. (Polit & Beck, 2008; Chalk & Legg, 2016). Ameriški nacionalni inštitut za raziskovanje v zdravstveni negi (National Institute of Nursing Research, 2016) je opredelil naslednje področja raziskovanja: a) znanost o simptomih: promocija individualiziranih zdravstvenih strategij; b) dobro počutje: promocija zdravja in preprečevanje bolezni; c) samovodenje bolezni: izboljšanje kakovosti življenja oseb s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi; d) oskrba ob koncu življenja in paliativna oskrba: znanost o sočutju. Navedena raziskovalna področja pa povezuje tema a) spodbujanje inovacij: tehnologija

za izboljšanje zdravja ter b) medicinske sestre znanstvenice: inovativne strategije za raziskovalne kariere. Vzpostavljena je prioriteta raziskovanja učinkovitosti negovalnih intervencij na področju preprečevanja in soočanja s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, vedenjskih faktorjev v povezavi z zdravjem, izboljšanja imunskega sistema pa tudi patronažne zdravstvene nege (Polit & Beck 2008; Chalk & Legg, 2016). Raziskave se usmerjajo na človeški mikrobiom, biovedenje, translacijsko medicino, ekonomiko v zdravstvu, izobraževanje, neenakosti v zdravju, intervencije v skupnosti in zdravstvene politike (Henly, et al., 2015a, 2015b; Villarruel & Fairman, 2015). Raziskovanje v zdravstveni negi naj bi glede na demografske trende glavno pozornost namenjalo otrokom, ženskam in ranljivim skupinam prebivalstva (Young, 2017).

V Sloveniji se za izvajalce zdravstvene nege, ki delujejo v skupnosti oz. na domu pacienta, uporablja izraz diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu oz. patronažna medicinska sestra (PMS). Njena vloga je bila večkrat nadgrajena in se je prilagajala glede na potrebe. Z gledišča nastajajočih demografskih sprememb so Šušteršič in sodelavci (2006) opozorili na razvoj stroke v smeri prilagajanja spremenjenim potrebam prebivalstva in razvijanje storitev dolgotrajne oskrbe. Globalni cilj patronažnega zdravstvenega varstva je doseganje dobrega počutja posameznika, družine in skupnosti s storitvami preventivne, kurativne in socialne narave. Izvaja se kot polivalentna dejavnost osnovnega zdravstvenega varstva v okviru zdravstvenih domov ali pa kot samostojna služba zasebnega izvajalca zdravstvene dejavnosti (Prevolnik Rupel, et al., 2014).

Pojavlja se vprašanje, kako je z raziskovanjem na področju patronažne zdravstvene nege v Sloveniji, kakšne so prevladujoče smeri v raziskovanju in kako so ugotovitve raziskav v sozvočju z različnimi nacionalnimi cilji; tudi z Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (Ministrstvo za zdravje, 2016).

Namen in cilji

Namen raziskave je bil pridobiti vpogled v raziskovanje na področju patronažne zdravstvene nege v Sloveniji na podlagi pregleda literature s tega področja. Cilji raziskave so bili prepoznati značilnosti dosedanjega raziskovanja (področja, ki so bila predmet raziskav, in tista, ki so bila v dosedanjih raziskavah prezrta) ter osvetliti ključne probleme v raziskovanju na področju patronažne zdravstvene nege.

Raziskovalni vprašanji sta bili: »Kaj je bil predmet proučevanja na področju patronažne zdravstvene nege v obdobju od 2007–2016 in kaj so bila na tem področju glavna raziskovalna vprašanja in problemi v raziskovanju v navedenem obdobju.«

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji**Table 1:** Inclusion and exclusion criteria

<i>Vključitveni kriteriji / Inclusion criteria</i>	<i>Izključitveni kriteriji / Exclusion criteria</i>
objava v slovenskem in/ali angleškem jeziku	objava v drugih tujih jezikih
dostopnost besedila v celoti v e-obliki ali vsaj v 3 univerzitetnih knjižnicah	dostopen le povzetek oz. le bibliografski podatki o članku, ni dosežena dostopnost gradiva v knjižnicah v Sloveniji
leto objave od 2007 do 2016	leto objave pred 2007
temeljno iskanje: znanstveni članki, poročila o izvedenih raziskavah, zaključna dela II. in III. bolonjske stopnje	podporni viri: poljudni članki in viri (uvrstitev v seznam podpornih virov)
tematska ustreznost glede na področje proučevanja	ne proučuje področja patronažne zdravstvene nege, gre zgolj za omembo področja
izbirno iskanje: znanstveni članki z jasno predstavljeno metodologijo raziskave	metodologija ni jasno predstavljena, številne omejitve izvedene raziskave
vsaj en (so)avtor je strokovnjak s področja zdravstvene nege	(vsi) avtor(ji) z drugih strokovnih področij
obravnavana tematika patronažnega varstva na področju Slovenije	področje raziskave ni patronažno varstvo v Sloveniji

Metode

Uporabljen je bil sistematični pregled literature.

Metoda pregleda

Iskanje znanstvene in strokovne literature je potekalo v Vzajemni bibliografsko-kataložni bazi podatkov COBIB.SI od januarja do maja 2017. Potekalo je s pomočjo spletnega vmesnika COBISS+, ki omogoča izvedbo samodejnega iskanja po vneseni obliki besede in še po njenih pregibnih oblikah, ki so vključene v Amebisov lematizator. Iskali smo po korenu ključne besede *patronaž**. Tako smo dobili zadetke virov, ki v ključnih besedah vsebujejo korensko osnovo patronaža. V Tabeli 1 so predstavljeni vključitveni in izključitveni kriteriji.

Rezultati pregleda

S strategijo iskanja s ključnimi besedami v bibliografski bazi podatkov COBIB.SI smo, upoštevajoč letnico objave 2007–2016, v seznam skupno uvrstili 585 enot. Z dodatnim iskanjem po bibliografijah raziskovalcev in strokovnjakov na tem področju ter po pregledu konferenčnih zbornikov smo našli še 8 enot virov.

Ob prvem izločanju enot, ki so bile v seznam uvrščene večkrat ter glede na ustreznost vira in jezik objave, je pri drugem pregledu ostalo v osnovnem seznamu 370 enot (2007: $n = 40$; 2008: $n = 34$; 2009: $n = 41$; 2010: $n = 32$; 2011: $n = 42$; 2012: $n = 41$; 2013: $n = 43$; 2014: $n = 26$; 2015: $n = 28$; 2016: $n = 43$).

Za nadaljnji pregled so bili v osnovni seznam vključeni viri po slovenski tipologiji dokumentov/del, pri tem so zborniki lahko vključevali več enot: 1.01 – Izvirni znanstveni članek ($n = 13$); 1.02 – Pregledni znanstveni

članek ($n = 4$); 1.06 – Objavljen znanstveni prispevek na konferenci (vabljen predavanje) ($n = 8$); 1.08 – Objavljen znanstveni prispevek na konferenci ($n = 9$); 1.16 – Samostojni znanstveni sestavek ali poglavje v monografiji ($n = 3$); 2.01 – Znanstvena monografija ($n = 1$); 2.08 – doktorska disertacija ($n = 1$); 2.09 – magistrsko delo ($n = 14$); 2.12 – končno poročilo o rezultatih raziskav ($n = 2$); 2.13 – elaborat, predstudija, študija ($n = 1$); 2.30 – zbornik strokovnih ali nerecenziranih znanstvenih prispevkov na konferenci ($n = 39$); 2.31 – zbornik recenziranih znanstvenih prispevkov na mednarodni ali tuji konferenci ($n = 1$); 2.32 – zbornik recenziranih znanstvenih prispevkov na domači konferenci ($n = 11$).

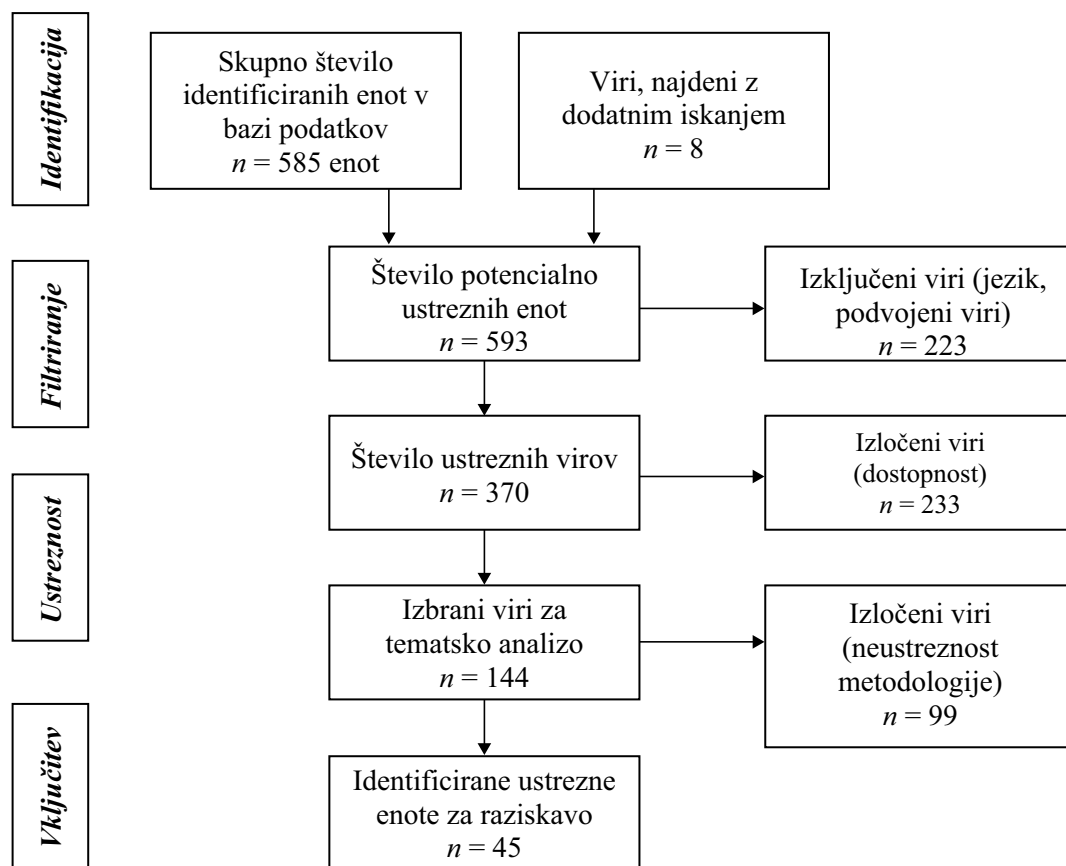
Zborniki po tipologiji del 2.30, 2.31 in 2.32 so vključevali več enot virov (prispevkov) (skupno število enot virov v zbornikih je bilo 58). Viri, ki so bili ustrezni glede tipologije ($n = 144$), so bili pregledani glede ustreznosti raziskovalne metodologije.

Nato smo z osnovnega seznama za tematsko analizo vsebine (Braun & Clarke, 2006) pripravili seznam znanstvenih člankov z jasno predstavljeno raziskovalno metodologijo ($n = 45$) in zbir informacij o znanstvenih raziskavah na področju patronažne zdravstvene nege. Za prikaz pregleda podatkovnih bibliografskih baz in odločanja o uporabnosti pregledanih enot virov smo uporabili metodo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis) (Moher, et al., 2009).

Postopek pregleda literature je podrobno predstavljen na Sliki 1.

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Pri iskanju smo se osredotočili na vire, ki so imeli izdelano raziskovalno metodologijo. Glede na hierarhijo iskanja dokazov, kot jo opisujeta Polit in Beck (2008), smo glede na zasnovano raziskovalno



Slika 1: Diagram PRISMA poteka izbora enot za tematsko analizo
Figure 1: PRISMA flowchart of unit selection for thematic analysis

metodologijo razporedili 45 zadetkov, njihova raziskovalna metodologija je razvidna iz Tabele 2. Med najvišje dokaze, tj. na nivo 1, avtorja umeščata sistematični pregled literature: 1 a – sistematični pregled randomiziranih kliničnih raziskav ($n = 0$); 1 b – sistematični pregled nerandomiziranih raziskav ($n = 0$). Na nivo 2 umeščata: 2 a – posamezne randomizirane klinične raziskave ($n = 0$) in 2 b – posamezne nerandomizirane raziskave ($n = 0$). Nižje sledijo: nivo 3 – sistematični pregledi korelacijskih ali opazovalnih raziskav ($n = 1$), nivo 4 – posamezne korelacijske ali opazovalne raziskave ($n = 1$), nivo 5 – sistematični pregled opisnih, kvalitativnih ali fizioloških raziskav ($n = 0$), nivo 6 – posamične opisne, kvalitativne ali fiziološke raziskave ($n = 43$) in nivo 7 – mnenja avtorjev ali ekspertnih komisij ($n = 0$).

Izbor literature je temeljil na dostopnosti in vsebinski ustreznosti. Pri pregledu virov se je pokazalo, da pri vseh virih ne moremo zagotovo opredeliti, ali je vsaj en avtor strokovnjak s področja zdravstvene nege. Pri preverjanju dostopnosti smo ugotovili, da je večina izvornih in preglednih znanstvenih člankov ter večina magistrskih del dostopna prek spleta, za ostale vire (zborniki konferenc) pa je značilno, da jih je veliko omejenih na knjižnično izposajo, in še to pogosto

le v nekaj knjižnicah po Sloveniji. Za preverjanje uspešnosti zajema znanstvenih enot z relevantnimi raziskavami je vzporedno potekalo pregledovanje osebnih bibliografij za obravnavano področje ključnih strokovnjakov (seznam identificiranih znanstvenih raziskav). Uporabljeni kriteriji za dokončni nabor uporabljenih enot in način obdelave podatkov so v skladu s potekom kvalitativne raziskave in zastavljenima raziskovalnima vprašanjema.

Analiza izbranih raziskav je bila narejena na podlagi raziskovalnega načrta, ki sta ga razvila Walker in Avant (2011). Pripravljen je bil zbir informacij o znanstvenih raziskavah na področju patronažnega varstva v Sloveniji. Sledila je vsebinska analiza enot v pripravljeni bazi – obdelava podatkov z uporabo kod in kategorij (odprto kodiranje).

Rezultati

Zbir informacij o znanstvenih raziskavah je predstavljen v Tabeli 2. Nekateri avtorji so svoje raziskovalno delo v okviru podiplomskega študija objavili tudi na konferencah oz. v drugih strokovnih in znanstvenih publikacijah, zato so navedeni več kot enkrat, če je vsebina objavljenega dela podobna in niso bili izločeni kot dvojniki.

Tabela 2: Raziskave, vključene v pregled literature
Table 2: The studies included in the literature review

<i>Avtor / Author</i>	<i>Namen / Aim</i>	<i>Metode / Methods</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Ključne ugotovitve / Key findings</i>
Dobnikar & Djekić, 2007	prednosti sodobnih pristopov pri obravnavi kronične rane na podlagi analize različnih dejavnikov	študija primera	84-letna ženska z vensko golensko razjedo	Sodobne obloge pospešujejo naravne procese celjenja, zmanjša se pogostost menjave prevez, število obiskov zdravnika, poraba časa in materiala. Kakovost življenja pacientke je bila izboljšana.
Rajkovic, et al., 2007	oblikovanje predloga modela e-dokumentacije v PZN	oblikovanje modela	/	Predlog modela e-dokumentacije je lahko osnova za oblikovanje prototipa, ki temelji na procesnih in spremenjenih organizacijskih pristopih. Sistematično dokumentiranje PMS je osnova za uspešno delo zdravstvenega tima in način za zagotavljanje kakovosti v zdravstvu.
Sancin, 2008	izvedba patronažnih obiskov pri socialno ogroženi populaciji in odgovornost za reševanje problemov	kvantitativna metoda, anketiranje, kvalitativna analiza zbranih podatkov	100 študentov zdravstvene nege: 50 rednega in 50 izrednega študija	Po mnenju študentov bi pobudo in odgovornost za reševanje problemov morala prevzeti socialna služba (79 %), nato PMS (45 %), svojci (27 %), zakonodajalec (17 %).
Železnik, et al., 2009	ocena samooskrbe starostnikov v domačem okolju	kvantitativna metoda, anketiranje	302 starostnika v domačem okolju	Starostnike se glede na stopnjo samooskrbe lahko razvrsti v 4 skupine: odgovorno, formalno vodeno, neodvisno in zanemarjeno samooskrbo. Največ starostnikov se uvršča v formalno, vodeno in odgovorno kategorijo stopnje samooskrbe.
Habjanič & Lahe, 2009	opredelitev nasilja nad starejšimi slabega zdravja v domačem okolju in domovih starejših občanov	kvantitativna metoda, anketiranje	202 starostnika nad 65 let, odvisna pri osnovnih življenjskih aktivnostih	Starejši slabega zdravja so bolj varni v institucionalnem varstvu, še posebej pred fizičnim in ekonomskim nasiljem. PMS bi morale posvetiti več pozornosti družinskim razmeram starejših, ki so odvisni od drugih pri osnovnih življenjskih aktivnostih.
Berčan, et al., 2010 Berčan & Pajnkihar, 2011	predstaviti problem arhitektonskih ovir v bivalnem okolju starostnika ter uporabo tehničnih pripomočkov	kvantitativna metoda, anketiranje	80 starostnikov v 3 starostnih skupinah, ki živijo na območju občine Ig	95 % starostnikov ni naklonjenih selitvi v prilagojeno stanovanje. 89 % jih ocenjuje svoje bivalno okolje kot ustrezno in primerno. Uporabljajo pripomočke: za komunikacijo (telefon 100 %) in gibanje (palico 27 %), kar jim daje občutek varnosti, samostojnosti in neodvisnosti. Potrebujemo tudi prilagoditve zunanega in notranjega (držala 69 %) bivalnega okolja.
Maček, et al., 2011	dejavniki socialne integracije starostnika v domačem okolju	kvantitativna metoda, anketiranje	104 kognitivno zdravih starostnikov nad 65 let v domačem okolju	Korelacija med dejavniki je pokazala statistično pomembno povezanost med odnosi v družini in pogostostjo obiskov starostnika ter med odnosi v družini in sosedskimi odnosi.
Kovačič, 2011	predstavitev izkušnje PMS pri delu z romsko populacijo	študija primera	PMS v ZD Grosuplje, ki pokriva 5 romskih naselij	Za uspešno delo PMS z romsko populacijo so pomembni odnos, komunikacijske veščine, odsotnost predsodkov, znanje in sposobnost timskega dela.
Bandur, et al., 2011	vloga PMS pri organizaciji in koordinaciji celostne skrbi za starostnike s sladkorno boleznijo	kvantitativna metoda, anketiranje	56 PMS v ZD Maribor	PMS se pogosto vključujejo v oskrbo pacientov s sladkorno boleznijo, obravnavajo v okviru preventivne in kurativne dejavnosti. Problem je nepovezanost različnih služb, ki delujejo neusklajeno.
Kupnik & Sancin, 2011	ugotavljanje življenjskega sloga družine	študija primera: opazovanje, intervjuvanje	družina z nedonošenčkom	Družina z nedonošenčkom ima kompleksne in zahtevne potrebe. PMS mora imeti veliko znanja in spretnosti. V skrb za novorojenčka je vključena širša družina.

<i>Avtor / Author</i>	<i>Namen / Aim</i>	<i>Metode / Methods</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Ključne ugotovitve / Key findings</i>
Gaber Flegar, 2011 Gaber Flegar, 2012	pomen vključenosti PMS v skrbi za zdravje posameznika in o njihovi vzgojni funkciji.	kvantitativna metoda, anketiranje	34 PMS iz 1 ZD, 50 posameznikov iz osnovne populacije, 50 posameznikov iz romske populacije	Osnovna populacija ni bolj osveščena v skrbi za zdravje od romske populacije. Romski posamezniki so izkazali potrebo po vključenosti PMS tudi v času zdravja, posamezniki osnovne populacije pa ne. Večina PMS je mnenja, da morajo prilagajati svoje delovne naloge v zvezi z vzgojno funkcijo v skrbi za zdravje posameznika glede na ciljno populacijo.
Majcen Dvoršak, et al., 2012	obremenitve PMS in ukrepi za njihovo zmanjševanje	kvantitativna metoda, anketiranje	31 PMS iz 5 ZD	Obremenitve PMS so vezane na paciente, pogoje dela in sodelavce ter ukrepe za zmanjšanje obremenitev. Organizacijske aktivnosti za zmanjševanje obremenitev se še ne izvajajo.
Lončarič, 2012	ocena potrebe po podeljevanju koncesij za patronažno dejavnosti	analiza vsebine obstoječih zbirk podatkov in raziskav o številu zaposlenih	/	Preskrbljenost prebivalcev s PMS v Sloveniji je ocenjena na 3.123,8 prebivalca/1 PMS in 12.340,4/1 TZN, kar presega delovni normativ. Primanjkuje 163,2 PMS, ki so nosilke dejavnosti, in 243 TZN, ki so člani negovalnega tima.
Ramšak Pajk & Murphy, 2012	značilnosti pristopa k celostni obravnavi neozdravljivo bolnih v PZN v povezavi s teoretičnimi modeli	induktivni pregled literature	/	Najpogosteje aplicirani in raziskani na primerljivem področju PV so teoretični modeli po Hildegard Peplau, Doroty Orem, Betty Neuman, Jean Watson in Caliste Roy.
Jančič, et al., 2012	opredelitev vloge PMS pri dvigu kakovosti življenja in zaznavanju dejavnikov tveganja za pojav depresije pri pacientih s kronično obstruktivno pljučno boleznijo	kvantitativna metoda, anketiranje	70 pacientov s kronično konstruktivno boleznijo	Pri več kot 80 % pacientih se pojavlja depresivna motnja. Pomembna je pravočasna prepoznava in zdravljenje depresije. Naloga PMS je izobraževanje pacienta o ohranitvi socialnih stikov kljub fizičnim omejitvam in občutku težke sape.
Romih & Ramšak Pajk, 2012	ugotavljanje mnenja študentov o kliničnem usposabljanju na področju PZN	kvalitativna raziskava: analiza mnenja	33 študentov	Študenti se počutijo dobrodošli in sprejeti, klinični mentorji pa imajo do njih spoštljiv odnos. Klinično usposabljanje doživljajo kot pozitivno, strokovno vodeno in profesionalno. Prepoznana je tako osebna kot profesionalna vloga mentorja.
Perušek, et al., 2013	zadovoljstvo starostnikov v PZN in njihovo vključevanje v proces odločanja	kvantitativna metoda, anketiranje	110 starostnikov, starih 65 let in več	Starostnikom je pri obravnavi pomembna komunikacija in kakovost odnosa PMS do njih.
Heiligstein & Habjanič, 2013	evalvacija pomoči na domu v povezavi z drugimi storitvami	kvantitativna metoda, anketiranje	25 starostnikov, vključenih v pomoč na domu	Anketiranci zaprosijo za pomoč, ko ne zmorejo več skrbeti zase. Največ jih potrebuje pomoč pri osnovnih življenjskih aktivnostih (28 %), 25 % jih potrebuje gospodinjsko pomoč, 22 % pri pripravi obroka, 7 % pri prinosu kosila in 13 % pri socialnih stikih. 28 % jih obiskuje tudi PMS.
Ramšak Pajk & Skela Savič, 2013	primerjava evropskih izobraževalnih programov s področja družinske zdravstvene nege	kvalitativna metoda, vsebinska analiza učnih programov	V vzorec so zajeti učni programi v 8 državah.	V sodelujočih državah so vsaj 3-letni izobraževalni programi za diplomirane medicinske sestre, v nekaterih imajo še specializacijo 6–12 mesecev, ki pokrivajo vsebine družinske medicinske sestre, ki pa je nima nobena sodelujoča država.

<i>Avtor / Author</i>	<i>Namen / Aim</i>	<i>Metode / Methods</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Ključne ugotovitve / Key findings</i>
Učakar, 2013	vloga PMS pri podpori dojenja in prepoznavanje vzrokov za opustitev dojenja dojenih otrok	kvantitativna metoda, anketiranje	24 PMS in 27 mladih mamic otrok v starosti 24–28 tednov iz Koroške regije	PMS so pripravljene na sprejem novih kompetenc in nalog v podporo dojenju. Mamice pozitivno ocenjujejo podporo PMS, ji zaupajo in jo sprejemajo kot družinsko PMS z veliko znanja.
Maček, 2013 Maček, et al., 2015	ugotavljanje pogostosti in značilnosti trajnih osebnih sprememb glede na kakovost življenja, s socialnimi odnosi in socialno integracijo	kvantitativna metoda, anketiranje	606 pacientov v PV v osrednji Sloveniji, starih 20–92 let	Trajne osebnostne motnje so prisotne pri 9 % ($n = 53$) pacientov, ki so pogosteje starejši in manj izobraženi, četrtna teh pacientov ($n = 10$) se zdravi pri psihiatru. Prisotne so razlike med skupinami pacientov glede izkušenj s travmatičnim dogodkom, stopnje samostojnosti pri izvajanju aktivnosti, incidence kronične bolečine, socialnega vključevanja, samomorilnih misli in incidence zdravstvenih težav.
Kegl & Lahe, 2013 Kegl, 2015	prepoznavanje razlik v osveščenosti staršev o pomenu preventivnih obiskov otrok s strani PMS in pregledov v dispanzerju	kvantitativna metoda, anketiranje	72 staršev predšolskih otrok	Obstajajo statistično pomembne razlike v informiranosti staršev o pomenu preventivnih pregledov otrok glede na starost in izobrazbo staršev. Starši so v povprečju dobro informirani o pomenu preventivnih pregledov otrok.
Kobal & Ramšak Pajk, 2013	prepoznane vloge PMS in družine pacienta, zadovoljstvo družine z delom PMS.	kvantitativna metoda, anketiranje	47 PMS ZD na Gorenjskem	Več kot polovica PMS je prepoznalo svojo vlogo zdravstvene vzgojiteljice. Družine so večinoma opisale negovalno in vzgojno vlogo PMS.
Škrget, 2014	ugotavljanje, ali PMS poznajo in razumejo izraz »profiliranje dela« in kako ta prispeva k uspehu njihovega dela	kvantitativna metoda, anketiranje	PMS v izbranih okoljih ($n = 279$)	Profiliranje dela je ključnega pomena za uspešno in kakovostno opravljeno delo PMS. Predlaga se predstavitev modela profiliranja dela na strokovnih srečanjih.
Koren & Štemberger Kolnik, 2014	prisotnost dejavnikov tveganja za srčno-žilna obolenja in seznanjenost pacientov z delovanjem MS	kvalitativna študija primera, intervjuvanje	Od 98 oseb (23–91 let) je bilo izbranih 25 oseb s povišanimi vrednostmi merjenih parametrov.	MS s timskim pristopom v promociji zdravja v lokalni skupnosti pripomorejo k boljši osveščenosti pacientov, krepitvi ali ohranjanju zdravja posameznika in celotne družbe.
Saje & Filej, 2014	opredelitev pogostosti PO paliativnega pacienta, vzrokov za PO, kdo so izvajalci PO in kakšne so reakcije PMS na vprašanja svojcev	kvantitativna metoda, anketiranje	35 PMS, zaposlenih v ZD na Dolenjskem	Za celostno obravnavo paliativnega pacienta je potreben skupni obisk zdravnika in PMS in priprava skupnega načrta. To pozitivno vpliva na prepoznavo neugodnih simptomov in pravočasno ukrepanje ter manjšo obremenitev urgentnih služb. Ob informiranju pacienta in svojcev je manj ponovnih hospitalizacij.
Starc & Kordis, 2015	način pridobivanja znanja in spretnosti PMS za zagotavljanje kakovostnega in uspešnega dela	kvantitativna metoda, anketiranje	100 PMS na področju Maribora, Celja in Ljubljane	PMS potrebujejo dodatno znanje na področju zbiranja urina iz nefrostome, izpiranja mehurja po cistoskopski kateterizaciji, vaj za trening spomina, odvzema vzorca krvi iz centralnega venskega katetra, zamenjave filtra na epiduralnem katetru in prebrizgavanja intravenske valule.
Petrinač & Železnik, 2015	vpliv poučenosti pacientov na učinkovitost zdravljenja	kvantitativna metoda, anketiranje	40 pacientov, starih 70–86 let, ki prejemajo antikoagulantno terapijo	Poučenost pacienta vpliva na uspešnost zdravljenja. K učinkovitemu in varnemu jemanju terapije v domačem okolju vpliva vodenje pacienta s strani PMS in upoštevanje individualnih dejavnikov. 42,5 % anketirancev je potrdilo pomembnost vloge PMS pri informiranju.

<i>Avtor / Author</i>	<i>Namen / Aim</i>	<i>Metode / Methods</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Ključne ugotovitve / Key findings</i>
Perušek, 2015	vloga PMS pri pomoči družinskim oskrbovalcem starejših oseb	kvantitativna metoda, anketiranje	27,38 % populacije PMS v Sloveniji, (n = 247)	PMS se strinjajo, da neformalni družinski oskrbovalci rabijo pomoč pri oskrbi starostnikov. Kot najpomembnejšo obliko podpore vidijo svetovanje in informiranje ter usposabljanje in pogovor o problemih.
Šavc, 2015	prepoznavanje pravic in dolžnosti pacientov v PZN	kvantitativna metoda, anketiranje	Koroška regija, pacienti (n = 50) in PMS (n = 27)	96 % PMS meni, da pacienti poznajo svoje pravice, 85 % pa jih meni, da pacienti poznajo svoje dolžnosti. PMS z najmanj visoko strokovno stopnjo izobrazbe nekoliko bolje poznajo pravice in dolžnosti pacientov. Pacienti, ki so dalj časa vključeni v PZN, bolj poznajo svoje pravice in dolžnosti.
Belovič, 2015	ocena varstva osebnih podatkov v PZN	kvantitativna metoda, anketiranje	26 PMS in 48 pacientov iz 3 ZD v Koroški regiji	62,5 % pacientov se strinja z ustreznostjo varovanja osebnih podatkov, ni razlik glede na stopnjo izobrazbe pacientov in dolžino delovne dobe PMS pri poznavanju varovanja osebnih podatkov. Pacienti zaupajo v PMS glede varovanja osebnih podatkov.
Valenčak, 2015	vloga PMS v paliativni oskrbi in njeno izvajanje skladno s sprejetim Državnim programom paliativne oskrbe	kvantitativna metoda, anketiranje	zaposleni v PV v ZD (n = 58)	Ni predvidene enotne dokumentacije celostne obravnave paliativnih pacientov in tima specialistične paliativne oskrbe v ZD. PMS se pri svojem delu srečujejo s problemi pri koordiniranju paliativne oskrbe in dodatnem izobraževanju za razvoj organizacijskih in komunikacijskih veščin.
Vratarič, 2015	prepoznavanje dejavnikov zdravstvenega tveganja na delovnem mestu PMS	presečna opazovalna študija, kvantitativna metoda, anketiranje	PMS iz mestnega in ruralnega okolja ter zasebnice s koncesijo (n = 156)	PMS doživljajo več verbalnega nasilja, nimajo pa dovolj znanja za obvladovanje nasilja. Soočajo se s problematiko uniform, prevoznih sredstev, zaščitnih sredstev. Podani so predlogi za izboljšanje.
Cvetežar & Skela Savič, 2015	proučevanje ovir pri odkrivanju žrtev nasilja v družini s strani PMS in vpliv izobraževanja na zmanjševanje ovir	pilotna raziskava, kvantitativna metoda, anketiranje	30 zaposlenih v PV	V izobraževanje vključene PMS bolje prepoznajo žrtve nasilja v družini ter poznajo pravila in postopke pri njihovi obravnavi. Vpliva izobraževanja na odnos do žrtev nasilja v družini in na subjektivno oceno zaposlenih o usposobljenosti za pogovor ter za prepoznavo znakov nasilja nad ženskami ni bilo zaznati.
Krajnc, 2016b Krajnc, 2016a	ugotavljanje delovne obremenjenosti PMS ter vzrokov za preseganje programa	kvantitativna metoda, primerjalna analiza	podatki o timih v PV za leti 2005 in 2014	Pri kadrovske zasedenosti primanjkuje 394 PMS glede na priporočila stroke. Prisotne so velike razlike v delovnih obremenitvah med posameznimi regijami.
Rožman, et al., 2016	problem izgorelosti PMS	kvantitativna metoda, anketiranje	279 PMS iz petih regij; 99,3 % žensk in 0,7 % moških	76,7 % anketiranih se je že srečalo z izgorelostjo na delovnem mestu. 35,0 % PMS zaznava svoje delo kot izčrpavajoče. Za izboljšanje svojega dela predlagajo boljšo organizacijo in pogoje dela, povečanje števila zaposlenih, uvedbo supervizijskih delavnic in izvajanje programov za premagovanje stresa.
Benko & Štemberger Kolnik, 2016	kompetence PMS pri obravnavi starostnika	pregled literature	/	Kompetence PMS na področju obravnave starostnika temeljijo na znanju, spretnostih in osebnih lastnostih. Ključne kompetence so povezane s področjem dela v promociji zdravja, krepitvijo zdravja ter preprečevanjem bolezni. Ustreznost kompetenc pripisujejo diplomiranim MS. Ugotavljajo, da so kompetence zmanjšane pri starejših MS.

<i>Avtor / Author</i>	<i>Namen / Aim</i>	<i>Metode / Methods</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Ključne ugotovitve / Key findings</i>
Grabner, et al., 2016	seznanjenost in potrebe pacientov po zdravstveni negi na daljavo	kvantitativna metoda, anketiranje	263 pacientov	Skoraj polovica anketiranih pacientov se je že srečala z elektronsko podprto zdravstveno nego. Navajajo, da bi uporabljali virtualno MS za pridobivanje zdravstveno-vzgojnih nasvetov. Večina anketiranih še ni sodelovala v elektronsko podprti zdravstveni negi v smislu zdravljenja svoje bolezni na daljavo.
Berčan & Ovsenik, 2016	ustreznost organizacijskega modela paliativne oskrbe	kvantitativna metoda, anketiranje	181 PMS iz različnih regij Slovenije in v različnih organizacijskih oblikah	PMS ne zaznavajo timskega pristopa k obravnavi oseb v paliativni obravnavi. Menijo, da je komunikacija kritična komponenta dolgotrajne oskrbe, je temelj za gradnjo zaupanja in premagovanje ovir in težav ter zmanjševanje simptomov.
Ramšak Pajk, et al., 2016	izkušnje PMS s preventivnimi PO	kvantitativna metoda, anketiranje.	50 PMS (v okviru projekta)	Prispevek preventivnih PO vidijo PMS v ZV, odkrivanju rizičnih dejavnikov in ohranjanju kakovosti življenja pacientov. Zadovoljstvo PMS je povezano s sprejemanjem PO s strani pacientov in družin, s prispevkom k stroki PZN ter z obravnavo posameznika z družino.

Legenda / Legend: % – odstotek / percentage; n – število / number, PMS – patronažna medicinska sestra / community nurse; PV – patronažno varstvo / community care; ZD – zdravstveni dom / primary health centre; ZV – zdravstvena vzgoja / health education; PZN – patronažna zdravstvena nega / community nursing; PO – patronažni obisk / community nurse visit; MS – medicinska sestra / nurse; TZN – tehnik zdravstvene nege / health assistant

Iz pripravljenega zbira informacij o znanstvenih raziskavah in shematičnega pregleda ugotovitev iz baze zajetih virov je razvidno:

- V obdobju 2007–2010 je bilo vključenih 6 raziskav, v katerih so bili kot prevladujoč vir podatkov pacienti (66,7 %). Za zbiranje podatkov je bila največkrat uporabljena kvantitativna metoda (4-krat). Raziskovalni problemi so bili usmerjeni v prepoznavanje značilnosti proučevane populacije in dokazovanje potrebe in možnosti za izboljšanje kakovosti zdravstvenonegovalne obravnave.
- V obdobju 2011–2013 je bilo vključenih 18 raziskav, vir podatkov so v 6 raziskavah pacienti (33,3 %), v 6 raziskavah PMS (33,3 %). Za zbiranje podatkov je bila največkrat uporabljena kvantitativna metoda (12-krat). Raziskovalni problemi so bili usmerjeni poleg zgoraj navedenih še v opredelitev različnih vlog PMS v celostni skrbi, evalvacijo dela z vidika pacientov in ugotavljanje značilnosti koriščenja storitev.
- V obdobju 2014–2016 je bilo vključenih 17 raziskav. Prevladujoč vir podatkov so bile PMS (52,9 %), v 3 (17,65 %) raziskavah so bili vir podatkov pacienti. Za zbiranje podatkov je bila največkrat uporabljena kvantitativna metoda (15-krat). Raziskovalni problemi so bili glede na zgoraj navedene bolj usmerjeni v kadrovska vprašanja, kot so kadrovska zasedenost, zadovoljstvo PMS, izgorelost PMS, kompetence PMS in timsko delo.
- Velikost vzorcev vključenih pacientov je bila do 606 pacientov, velikost vzorcev PMS pa do 279 PMS. V 4 raziskavah sta bili v vzorec vključeni tako populacija pacientov (27 do 100) kot populacija PMS (24 do 27).

– V posameznih obdobjih se sporadično pojavljajo študije primerov, analiza vsebine pisnih virov oz. statističnih podatkov.

– Ugotovitve iz 5 raziskav so bile predstavljene v dveh člankih (Berčan, et. al., 2010; Gaber Flegar, 2012; Kegl & Lahe, 2013; Maček, 2013; Krajnc, 2016b).

Ugotovitve tematske analize vsebine izbranih enot so predstavljene ločeno glede na 3 teme: (1) predmet proučevanja (2) aktivnosti PMS ter (3) vpetost v sistem in sodelovanje z drugimi (Tabela 3–5).

Predmet proučevanja je pacient v različnih življenjskih obdobjih, z različnimi zdravstvenimi težavami in socialno ekonomskimi dejavniki tveganja ter potrebo po pomoči. Pri tem gre največkrat za starejše paciente s kronično nenalezljivo boleznijo. V več kot tretjini raziskav so bile predmet proučevanja PMS in njihovo delovanje (Tabela 3).

Aktivnosti PMS obsegajo kurativne in preventivne aktivnosti, vendar niso vedno proučevane ločeno, temveč vse bolj povezano. Prepoznati je prizadevanja PMS za kakovost in varnost na ravni odnosov, pravic in dolžnosti pacientov (Belovič, 2015), odziva na potrebe; tudi s timskim delom (Železnik, et al., 2009; Ramšak Pajk, et al., 2016) in glede na vrednosti statističnih podatkov (Lončarič, 2012). Prepoznane kode je možno povezati tudi z različnimi vlogami PMS v odnosu do subjekta obravnave. Vprašanja, povezana s pogoji dela, so pogosto predmet proučevanja in se navezujejo na pogoje in posledice dela na eni strani ter na znanje in kompetentnost PMS na drugi strani. Ni pa zaslediti virov, kjer bi bil predmet proučevanja ocenjevanje uspešnosti dela posamezne PMS ali učinkovitosti patronažne dejavnosti na podlagi

Tabela 3: Predmet proučevanja patronažnih medicinskih sester**Table 3: Subject of the study of community nurses**

<i>Tema / Theme</i>	<i>Podteme / Subthemes</i>	<i>Kode / Code</i>
Predmet proučevanja	Posameznik in skupine	posameznik, ogrožena populacija, starostnik v domačem okolju, romska populacija, družina z nedonošenčkom, otročnica, starši, ženske žrtve nasilja, pacienti z osebnostno motnjo, PMS, študenti zdravstvene nege
	Zdravstveno stanje oz. potreba po podpori	pacient s kronično rano, oskrba kronične rane s sodobnimi oblogami, obravnava pacienta s sladkorno boleznijo, obravnava pacientov s KOPB in depresijo, paliativna oskrba, pacient z antikoagulantno terapijo, elektronska dokumentacija, zdravstvena nega na daljavo, informiranost
	Socialno-ekonomski dejavniki	arhitektonske ovire, uporaba tehničnih pripomočkov, socialna integracija, nasilje, izobraževanje, ovire v integraciji, pacienti s težavami pri reševanju problemov, kulturne razlike, odnosi v družini, medsosedski odnosi, vrsta potrebne pomoči

Legenda / Legend: PMS – patronažna medicinska sestra / community nurse; KOPB – kronična obstruktivna pljučna bolezen / chronic obstructive pulmonary disease

Tabela 4: Aktivnosti patronažnih medicinskih sester**Table 4: Activity of community nurses**

<i>Tema / Theme</i>	<i>Podteme / Subthemes</i>	<i>Kode / Code</i>
Aktivnosti patronažne medicinske sestre	Aktivnost – kurativa	potreba po novih znanjih za izvajanje posegov s področja urologije, pomen pomoči na domu, potreba po svetovanju, podpori, ozaveščanju, informiranju
	Aktivnost – preventiva in promocija	pomen preventivnih obiskov, pomen osveščenosti staršev, skrb za kakovost življenja, pomen vključenosti PMS v skrbi za zdravje, prepoznavanje značilnosti življenjskega sloga, nosilec iniciative za reševanje socialnih problemov, vloga družine, vzgojna funkcija PMS, podpora pri dojenju
	Kakovost in varnost	primanjkljaj uporabe timskega pristopa, izpostavljen pomen komunikacije v dolgotrajni oskrbi, izpostavljen pomen ustreznega odnosa, vprašanje ustreznosti kompetenc, problem izgorelosti, pomen ciljanega izobraževanja, varovanje osebnih podatkov, prepoznavanje pravic in dolžnosti pacientov, profiliranje dela PMS, zadovoljstvo pacientov z delom PMS, vključevanje pacientov v proces odločanja v zdravstveni negi, skrb za informiranost pacientov, sposobnost povezovanja in sodelovanja PMS, teoretični modeli, delo brez predsodkov, varnost starejših v domačem okolju in instituciji, PMS v vlogi mentorja, vpliv starosti PMS na kakovost dela
	Pogoji dela	prevelika delovna obremenjenost, razlike v (pre)obremenjenosti, preseganje programa, tveganje za zdravje na delovnem mestu, kakovost kliničnega usposabljanja, ukrepi za zmanjševanje obremenjenosti, uvajanje programov za zmanjševanje stresa

Legenda / Legend: PMS – patronažna medicinska sestra / community nurse

Tabela 5: Vpetost patronažne zdravstvene nege v sistem zdravstvenega varstva in sodelovanje**Table 5: Integration of community nursing into the healthcare system and cooperation**

<i>Tema / Theme</i>	<i>Podteme / Subthemes</i>	<i>Kode / Code</i>
Vpetost v sistem in sodelovanje z drugimi	Sledenje nacionalnim ciljem	državni program paliativne oskrbe, podeljevanje koncesij v patronažnem varstvu, problemi koordiniranja paliativne oskrbe, prispevek preventivnih obiskov k zdravju populacije
	Mednarodne primerjave	primerjava patronažne zdravstvene nege med Slovenijo in Škotsko, primerjava izobraževalnih programov s področja družinske zdravstvene nege
	Integriran pristop	organizacija in koordinacija celostne pomoči, odklanjanje selitve v institucijo, obremenjevanje urgentne službe, učinkovitost sistema, PMS kot družinska medicinska sestra, usklajenost organizacije sistema s potrebami pacientov
	Vloga v timu in sistemu	sodelovanje z neformalni družinskimi oskrbovalci, seznanjenost pacientov z delovanjem medicinskih sester na primarni ravni, prepoznavanje vloge PMS, sodelovanje v paliativni oskrbi, sposobnost sodelovanja in povezovanja z različnimi strokovnjaki, potreba po grajenju zaupanja

Legenda / Legend: PMS – patronažna medicinska sestra / community nurse

opredeljenih kazalnikov ter preverjanje zadovoljstva pacientov z opravljenimi storitvami ali izidi obravnave (Tabela 4).

Iz rezultatov je prepoznati prizadevanja za vpetost patronažne dejavnosti v sistem na primarni ravni zdravstvenega varstva ter integrirano delovanje tudi z vidika raziskovanja vloge PMS (Tabela 5).

Diskusija

Rezultati analize 41 vključenih raziskav, ki so bile objavljene v skupno 45 člankih, kažejo, da imamo v Sloveniji empirično znanje o procesih na področju patronažnega varstva. Na zastavljeni raziskovalni vprašanji, »kaj je predmet proučevanja in katera so glavna vprašanja in problemi v raziskovanju na področju patronažne zdravstvene nege v obdobju od 2007–2016?«, lahko glede na rezultate raziskave podamo jasen odgovor. Predmet proučevanja v razpodeljenih pisnih virih je raznovrsten tako z vidika predmeta obravnave, aktivnosti PMS kot vpetosti in sodelovanja patronažne zdravstvene nege v sistemu zdravstvenega varstva. Glavna vprašanja in problemi v dosedanem raziskovanju na področju patronažne zdravstvene nege so povezani s prizadevanji za izboljšanje kakovosti, varnosti in pogojev dela, usmeritev v opolnomočenje pacienta in doseganje integrirane, celovite obravnave, kar je v skladu z usmeritvami v strategiji razvoja patronažnega varstva v Sloveniji (Ministrstvo za zdravje, 2016).

Prepoznan je bil problem dostopnosti posameznih raziskav širši javnosti (Ljubič, et al., 2016), kar je vplivalo na končno število vključenih raziskav v podrobnejšo analizo. Večina izvornih in preglednih znanstvenih člankov ter magistrskih del je dostopna prek interneta. Za ostale vire (zborniki konferenc) je značilno, da jih veliko ni dostopnih celotni slovenski javnosti v e-obliki, saj so omejeni na knjižnično izposajo in še to pogosto le v nekaj knjižnicah v Sloveniji.

Zdravstvena nega v Sloveniji je priznana disciplina v smislu javne podobe, ni priznana znanstvena disciplina in ni v šifrantu raziskovalnih področij, kar posredno vpliva tudi na razvoj raziskovanja v zdravstveni negi. Skela Savič (2008) opozarja, da dejavniki razvoja raziskovanja v zdravstveni negi niso povezani samo z možnostjo pridobivanja sredstev za raziskovanje na razpisih, treba je vzpostaviti interes za raziskovanje in ga pričeti razvijati z lastnimi sredstvi.

Prepoznan je bil tudi problem kakovosti raziskovalnih načrtov in predstavitve raziskav, upoštevajoč kriterije v Obzorniku zdravstvene nege – Navodila avtorjem in recenzentom (2016) – ali Pravilniku o podeljevanju Prešernovih nagrad študentom Univerze v Ljubljani (Univerza v Ljubljani, 2016). Glede na hierarhijo dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu (Polit & Beck, 2008; Skela Savič, 2008) se je nujno vprašati, kolikšna je vrednost dosedanega raziskovanja PMS, kakšna je kakovost raziskovalnih načrtov. Kriteriji kot

npr. znanstvena odličnost in uporabna vrednost, širina in poglobljenost teoretske zasnove ter metodološka korektnost izvedbe raziskave, poznavanje domače in tuje literature ter doslednost pri njenem navajanju, razčlenjevalna temeljitost, prodornost, izvirnost, ustvarjalnost, zmogljivost oblikovanja besedila in jezikovna kultura morajo postati vodilo pri raziskovanju na področju patronažne zdravstvene nege ter pri objavi ugotovitev.

O posplošljivosti ugotovitev je glede na velikost in sestavo vzorca v nekaterih raziskavah (Škrget, 2014; Perušek, 2015; Berčan & Ovsenik, 2016) sicer možno govoriti. Prevladujoč ($n = 31$; 75,6 %) je kvantitativni raziskovalni pristop. Primeri proučevanja pisnih virov (tudi zdravstvene dokumentacije) oz. uporaba statističnih podatkov se pojavljajo sporadično skozi vse proučevano obdobje (Rajkovic, et al., 2007; Lončarič, 2012; Benko & Štemberger Kolnik, 2016). Je pa za izboljšanje veljavnosti in zanesljivosti potrebno izgrajevanje kompleksnejših raziskovalnih načrtov s kombiniranjem kvantitativnih in kvalitativnih metod (Creswell & Plano Clark, 2007). Ključna značilnost kombiniranja metod je tudi pridobivanje podatkov z vidika različnih deležnikov na njim najprimernejši način, da bi bila dosežena dodana vrednost v interpretaciji podatkov glede na namen, cilje raziskave in zastavljena raziskovalna vprašanja. V naši raziskavi smo v pregled vključili samo štiri take raziskave, kar predstavlja 9,6 % vseh vključenih raziskav.

Pri pregledu vključenih znanstvenih virov za obdobje od leta 2007 do 2016 je v splošnem zaslediti tri obdobja raziskovanja. V letih od 2007 do 2009 so bili vir podatkov, pridobljenih za izboljšanje kakovosti dela PMS, večinoma pacienti (Dobnikar & Djekić, 2007; Sancin, 2008; Habjanič & Lahe, 2009; Železnik, et al., 2009). V letih od 2010 do 2013 so bili vir podatkov, pridobljenih predvsem za prepoznavanje vloge PMS in značilnosti pacientov pri koriščenju storitev, PMS ali pacienti (Bandur, et al., 2011; Berčan & Pajnikihar, 2011; Kovačič, 2011; Maček, et al., 2011, Gaber & Flegar, 2011, 2012; Perušek, et al., 2013). V obdobju 2014 do 2016 pa so bili vir podatkov za izboljšanje položaja in kompetenc PMS predvsem PMS same (Kobal & Ramšak Pajk, 2013; Škrget, 2014; Saje & Filej, 2014; Starc & Kordis, 2015; Perušek, 2015; Cvetežar & Skela Savič, 2015; Krajnc 2016a, 2016b; Rožman, et al., 2016). Pri tem sta bila narejena le dva pregleda literature (Ramšak Pajk & Murphy, 2012; Benko & Štemberger Kolnik, 2016).

Menimo, da je povečano ukvarjanje »s samim seboj« lahko posledica obstoječega stanja na področju patronažne zdravstvene nege v Sloveniji. Kranjc (2016a; 2016b) ugotavlja, da so na terenu velike razlike v delovni obremenjenosti PMS in da primanjkuje kadra. Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (Zavrl Džananović, 2016) se je sicer preskrbljenost s PMS nekoliko izboljšala, vendar ne v vseh regijah. Po drugi strani pa je lahko to tudi posledica razkoraka med obstoječimi potrebami prebivalstva in

dejansko zmožnostjo zadovoljevanja potreb z vidika obstoječega sistema patronažnega zdravstvenega varstva. Podobno situacijo imajo tudi npr. v Veliki Britaniji, kjer to dojemajo kot zelo kritično za vlogo izvajalcev zdravstvene nege v skupnosti in ugotavljajo potrebo po urgentnem ukrepanju (Morris, 2017). Na stanje v raziskovanju patronažne zdravstvene nege ima verjetno vpliv tudi starostna struktura PMS. Zavrl Džananović (2016) ugotavlja, da je od 816 zaposlenih v patronažnem zdravstvenem varstvu kar 43,1 % starih 50 let in več, pa tudi izobrazbena struktura zaposlenih ni ugodna, saj je le nekoliko več kot polovica diplomiranih medicinskih sester, le nekaj pa jih ima podiplomsko izobrazbo, vendar ne nujno s področja zdravstvene nege. To pa je mogoče, kot navaja Filej (2017), povezati tudi z uveljavljanjem profesionalizma in izzivi novega tisočletja za slovensko zdravstveno nego. Skela Savič (2009a) je opozorila, da morajo medicinske sestre v Sloveniji preseči obdobje raziskovanja samih sebe, dojemanja profesije, vloge v družbi, nujnosti izobraževanja, načina izobraževanja idr., saj je to urejeno s številnimi deklaracijami, evropskimi direktivami in temeljnimi raziskavami, ki pomembno pojasnjujejo vlogo zdravstvene nege v družbi. Poudarja, da morajo ključni premik narediti medicinske sestre same, predvsem morajo jasno znati opisati lastno vlogo pri obravnavi pacienta. Jasna definicija lastnega dela je osnova za postavitve vprašanj o lastnem delu, iskanje dokazov, izboljševanje kakovosti dela in integrirano delovanje.

Rezultati tematske analize vsebine so prikazali, da so predmet proučevanja medicinskih sester posameznik (Dobnikar & Djekić, 2007) in skupine (Habjanič & Lahe, 2009), zdravstveno stanje oz. potreba po podpori (Bandur, et al., 2012) ali vpliv socialno-ekonomskih dejavnikov (Berčan & Pajnkihar, 2011). Pri proučevanju lastnih aktivnosti se avtorji osredotočajo tako na aktivnosti kurative (Saje & Filej, 2014) kot preventive in promocije (Kegl & Lahe, 2013) ter proučevanja pogojev dela (Vratarič, 2015; Kranjc, 2016b). Pojavlja se tudi proučevanje vpetosti PMS v sistem zdravstvenega varstva, sledenje nacionalnim ciljem (Valenčak, 2015), vloga v timu (Berčan & Ovsenik, 2016) in sodelovanje z drugimi v kontekstu mednarodne primerjave (Ramšak Pajk & Skela Savič, 2013) in integriranega pristopa (Heiligstein & Habjanič, 2013; Perušek, 2015).

Kljub temu pa obstaja veliko področij, ki se jim z vidika znanstvenega raziskovanja ne namenja dovolj pozornosti: obravnavi pacientov s polifarmacijo in multimorbidnostjo ter spremljajočimi kompleksnimi zdravstvenimi in življenjskimi izzivi, obravnavi delovno aktivnih pacientov s kroničnimi zdravstvenimi težavami, povezanosti med ravnmi zdravstvene dejavnosti s socialnim varstvom in dolgotrajno oskrbo ter izzivom promocije zdravja, npr. sodelovanja s centri za krepitev zdravja, predstavljenih tudi v Pahor (2018) itd.

Primerjava modelov delovanja izvajalcev zdravstvene nege v skupnosti je v mednarodnem prostoru sprožila razmislek o raznolikosti potrebnega znanja zaposlenih PMS in diplomantov zdravstvene nege za obvladovanje vse bolj aktualnega javnozdravstvenega pristopa k zdravju skupnosti in vse zahtevnejše celovite preventivno-kurativne integrirane zdravstveno socialne obravnave posameznika, celotne družine in skupnosti (Ljubič, et al., 2016). Potreba po specializaciji na področju dela medicinskih sester na primarni ravni zdravstvene dejavnosti je vse bolj utemeljena. Smiselno je, da tem usmeritvam sledi tudi Slovenija. Pri razvoju raziskovanja v patronažnem varstvu v primerjavi z razvojem raziskovanja v zdravstveni negi (Polit & Beck, 2008) manjka osredotočenje na raziskovanja vseh ravni izobraževanja in vseživljenjskega učenja na področju zdravstvene nege, ki je osnova kompetentnega dela PMS pri soočanju z zdravstvenimi in družbenimi izzivi sodobnega sveta.

Skela Savič (2009b) je opozorila, da prihajajoče potrebe sodobne družbe po celoviti in integrirani zdravstveni obravnavi kažejo na to, da znanstvenoraziskovalno delo ne bo več potrebno le v medicini, ampak bodo morale temu slediti tudi druge stroke in področja dela v zdravstvenem timu. Ugotovitve te raziskave so nakazale potrebo po krepitvi interdisciplinarnega raziskovanja. Ekspertna skupina za ocenjevanje sistemov zdravstvenega varstva ugotavlja, da npr. v interdisciplinarnih timih na področju primarnega zdravstvenega varstva delujejo izvajalci zdravstvene nege, zdravniki, fizioterapevti, delovni terapevti, psihologi, socialni delavci, farmacevti, dietetiki itd. (Expert Group on Health Systems Performance Assessment, 2016). Doseganje integrirane in celovite obravnave predstavlja za PMS nov metodološki pristop in izziv v njihovem znanstvenem in strokovnem delovanju. Delovanje PMS proučujejo namreč tudi drugi strokovnjaki s svojega strokovnega gledišča (Rajkovič & Petovar, 2010; Hlebce, et al., 2014; Knežević Hočvar, 2014; Erjavec, 2015; Gabrovec, 2016) ali kot skupno področje delovanja (Mali, 2012; Flaker, et al., 2013; Kovač Blaž & Poplas Susič, 2016). V povezavi s PMS – raziskovalkami na področju patronažnega varstva bi lahko pomembno doprinesli h kakovostnejši obravnavi pacientov. Končni cilj raziskovanja vseh je razvoj novega znanja, redefinicija obstoječega znanja in razširitev na novo ugotovljenega znanja v procesu raziskovanja (Skela Savič, 2009a).

Raziskava ima več omejitev, ki izhajajo iz raziskovalnega načrta, predvsem iz kriterijev za vključitev znanstvenih člankov v bazo virov za podrobnejši pregled. Na podlagi objavljenega znanja s področja patronažne zdravstvene nege zaradi majhnega števila objavljenih raziskav ni mogoče zagotovo opredeliti realnega stanja, je pa bil pridobljen osnovni vpogled v patronažno zdravstveno nego v Sloveniji. Ocenjujemo sicer, da je uporabljeni pristop k izboru virov omogočil dovolj dobro zajetje enot in s tem potrebni temelj za kakovost

raziskave. Kljub možnosti, da v podrobnejšo analizo nismo zajeli vseh aktualnih raziskav, se ugotovitve kažejo kot verodostojne in dobra podlaga za nadaljnje znanstvenoraziskovalno delo na tem področju.

Zaključek

Raziskovanje v patronažnem zdravstvenem varstvu je treba okrepiti tako količinsko kot kakovostno. Predmet proučevanja v zajetih raziskavah je sicer raznovrsten, vendar pa kljub temu obstaja veliko področij, ki se jim z vidika znanstvenega raziskovanja ne namenja dovolj pozornosti. Pojavlja se vprašanje o dejanski pripravljenosti PMS za stalno spreminjajoč in na dokazih temelječ način dela. Ob premiku obravnave pacientov iz institucij v skupnost in krepitvi integriranega preventivnega delovanja je smiselno, da se PMS tudi same vzamejo pod drobnogled. Glede na ugotovitve je nujno ciljano ukrepati s povečanjem interesa in znanja PMS za raziskovanje, uvajanje kompleksnejših raziskovalnih načrtov za jasnejše prepoznavanje vloge PMS v dejavnosti primarnega zdravstvenega varstva ter krepitev interdisciplinarnega raziskovanja tako na mikro, mezo in makro ravni sistema zdravstvenega varstva.

Zahvala / Acknowledgment

Zahvaljujemo se prof. dr. Majdi Pahor, vodji projektne skupine »Znanje v zdravstveni negi«, oblikovani v okviru Centra SKOR, delujočega pod okriljem Zbornice zdravstvene in babiške nege - Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, za vso podporo pri izvedbi raziskave in objavi ugotovitev. / We thank prof. dr. Majda Pahor, head of the project team "Knowledge in nursing care", formed within the framework of the SKOR Center, working under the auspices of the Nurses and Midwives Association of Slovenia, for all the support in carrying out the research and publishing findings.

Nasprotje interesov / Conflict of interest

Avtorice izjavljajo, da ni nasprotja interesov. / The authors declare that there is no conflict of interest.

Financiranje / Funding

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

Etika raziskovanja / Ethical approval

Za izvedbo raziskovanja ni bilo potrebno dovoljenje komisije za etiko. Raziskava temelji na pregledu prosto dostopnih virov na različnih spletnih straneh, do katerih je omogočen dostop brez dodatnih prijav ali uporabe posebnih gesel. / The commission for ethics

did not need to carry out the survey. The survey is based on an overview of freely accessible resources on various websites that can be accessed without additional logins or the use of special passwords for accessing data.

Prispevek avtorjev / Author contributions

Prispevek vseh avtorjev je v vseh delih članka enakovreden. / The contribution of all authors is equivalent in all parts of the article.

Literatura

Bandur, M., Filej, B. & Lahe, M., 2011. Patronažna medicinska sestra v skrbi za starostnika s sladkorno boleznijo. In: T. Štemberger Kolnik, S. Majcen Dvoršak, D. Klemenc, B. Bregar, I. Buček Hajdarevič, et al., eds. *Medicinske sestre in babice zagotavljamo dostopnost in enakost zdravstvene oskrbe pacientov: zbornik prispevkov z recenzijo. 8. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Maribor 12. – 14. maj 2011*. 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. 300–304.

Barrett, A., Terry, D.R., Lê, Q. & Hoang, H., 2016. Factors influencing community nursing roles and health service provision in rural areas: a review of literature. *Contemporary Nurse*, 52(1), pp. 119–135.

<https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1198234>
PMid:27264878

Belovič, M., 2015. *Varstvo osebnih podatkov v patronažni zdravstveni negi: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Benko, E. & Štemberger Kolnik, T., 2016. Kompetence patronažne medicinske sestre pri obravnavi starostnika. In: D. Železnik, U. Železnik, B. Koban & K. Panikvar-Žlahtič, eds. *Kompetentnost in odgovornost kot temelja uspešnega delovanja na zdravstvenem in socialnem področju: zbornik predavanj z recenzijo. 6. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih in socialnih ved, Slovenj Gradec 16. november 2016*. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede, pp. 154–160.

Berčan, M. & Ovsenik, M., 2016. Communication as a component of the quality of life in the integrated care for the dying. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 7(3), pp. 70–80.
<https://doi.org/10.5901/mjss.2016.v7n3s1p70>

Berčan, M. & Pajnikihar, M., 2011. Starostniki in bivanje - vidik patronažne medicinske sestre. In: T. Štemberger Kolnik, S. Majcen Dvoršak, D. Klemenc, B. Bregar, I. Buček Hajdarevič, et al., eds., *Medicinske sestre in babice zagotavljamo dostopnost in enakost zdravstvene oskrbe pacientov: zbornik prispevkov z recenzijo. 8. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Maribor 12. – 14. maj 2011*. 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. 143–147.

- Berčan, M., Pajnkihar, M., Ramovš, J. & Turk, Z., 2010. Arhitektonske ovire in uporaba tehničnih pripomočkov v bivalnem okolju starostnika. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(4), pp. 257–262. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2010.44.4.257> [1. 10. 2017].
- Braun, V. & Clarke, V., 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), pp. 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Chalk, D. & Legg, A., 2016. What factors are driving increasing demand for community nursing. *British Journal of Community Nursing*, 22(1), pp. 675–681. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2017.22.1.675> PMID:28034331
- Coughlan, M.C., Cronin, P. & Ryan, F., 2013. *Doing a literature review in nursing, health and social care*. London: Sage.
- Creswell, J.W. & Plano Clark, V.L., 2007. *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Cvetežar, I.Š. & Skela Savič, B., 2015. Pomen izobraževanja zaposlenih v patronažni dejavnosti pri obravnavanju žensk, žrtev nasilja v družini raziskava. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *Zdravstvene stroke in njihov odziv na zdravstvene potrebe družbe: na dokazih podprto in usklajeno delovanje: zbornik predavanj z recenzijo. 8. mednarodna znanstvena konferenca Fakultete za zdravstvo. Bled 11. in 12. junij 2015*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, pp. 251–256.
- Dickson, C.A.W. & Coulter Smith, M.A., 2013. Time for change in community nursing: a critique of the implementation of the review of nursing in the community across NHS Scotland. *Journal of Nursing Management*, 21(2), pp. 339–350. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01382.x> PMID:23410060
- Dobnikar, B. & Djekić, B., 2007. Sodobni pristopi pri obravnavi kronične rane v patronažni zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 41(2–3), pp. 125–135. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2007.41.3.125> [5. 1. 2018].
- Erjavec, K., 2015. Odnos med medicinskimi sestrami in starejšimi pacienti na njihovem domu. In: N. Kregar-Velikonja, ed. *Celostna obravnava pacienta: starostnik v zdravstvenem in socialnem varstvu: zbornik prispevkov. Mednarodna znanstvena konferenca. Novo mesto 12. november 2015*. Novo mesto: Visokošolsko središče Novo mesto, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 94–102.
- Expert Group on Health Systems Performance Assessment, 2016. *So what: strategies across Europe to assess quality of care*. Luxembourg. Available at: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/sowhat_en.pdf [1. 12. 2017].
- Flaker, V., Grebenc, V., Kodele, T., Mali, J. & Urek, M., 2013. Kje živiš: nastanitev in dolgotrajna oskrba. *Dialogue in*, 2(1-2), pp. 111–132.
- Filej, B. 2017. Integriteta in profesionalizem v zdravstveni negi. In: M. Zrim & B. Filej, eds. *Integriteta v zdravstvu: zbornik predavanj 2. konference, Moravske Toplice. 14. November 2017*. Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja, pp. 6–14.
- Gaber Flegar, S., 2011. *Primerjava vzgojne funkcije patronažne medicinske sestre v skrbi za zdravje posameznika v različnih kulturnih in socialnih okoljih: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Gaber Flegar, S., 2012. Vloga patronažne medicinske sestre pri skrbi za zdravje populacije. In: M. Horvat, ed. *Zdravstvena nega v patronažnem varstvu in biopsihosocialni model javnega zdravja: zbornik predavanj z recenzijo, Nova Gorica 19. in 20. april 2012*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, pp. 21–31.
- Gabrovec, B., 2016. Nasilje nad zaposlenimi v zdravstveni negi. In: N. Kregar Velikonja, ed. *Celostna obravnava pacienta: starostnik v zdravstvenem in socialnem varstvu: zbornik prispevkov. Mednarodna znanstvena konferenca, Novo mesto 12. november 2015*. Novo mesto: Visokošolsko središče Novo mesto, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 177–181.
- Gillen, G., 2013. A fork in the road: an occupational hazard. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(6), pp. 641–652. <https://doi.org/10.5014/ajot.2013.676002> PMID:24195898
- Grabner, E., Kaučič, B.M. & Klojčnik, T., 2016. Seznanjenost in potrebe pacientov po zdravstveni negi na daljavo. In: B. Filej, ed. *Za človeka gre: družba in znanost v celostni skrbi za človeka: Zdravstvene vede - zbornik prispevkov z recenzijo. 4. mednarodna znanstvena konferenca, Maribor 11. in 12. marec 2016*. Maribor: Alma Mater Europea - ECM, pp. 42–49.
- Habjanič, A. & Lahe, D., 2009. Nasilje nad starejšimi slabega zdravja v domačem okolju in domovih starejših občanov. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(1), pp. 37–45. Available at: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-9HHC8JLV/a30bb3b8-0923-46d3-a08d-0e1e7e6f2dfc/PDF> [1. 12. 2017].
- Heiligstein, G. & Habjanič, A., 2013. Oskrba starejših v domačem okolju. In: B. Filej, ed. *Pravice, vrednote, svoboda, solidarnost in varnost: zbornik prispevkov. 5. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved, Novo mesto 31. maj 2013*. Novo mesto: Visokošolsko središče Novo mesto, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 89–94.

Henly, S.J., McCarthy, D. O., Wyman, J. F., Heitkemper, M.M., et al., 2015a. Emerging areas of science: recommendations for nursing science education from the Council for the Advancement of Nursing Science Idea Festival. *Nursing Outlook*, 63(4), pp. 398–407. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2015.04.007>

Henly, S.J., McCarthy, D.O., Wyman, J.F., Stone, P.W., Redeker, N.S., McCarthy A.N., et al., 2015b. Integrating emerging areas of nursing science into PhD programs. *Nursing Outlook*, 63(4), pp. 408–416. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2015.04.010> PMID:26187080

Hlebec, V., Nagode, M. & Filipovič Hrast, M., 2014. *Kakovost socialne oskrbe na domu : vrednotenje, podatki in priporočila*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Založba FDV.

Jančič, A., Čuček Trifkovič, K. & Lahe, M., 2012. Depresivna motnja pri pacientih s KOPB. In: K. Babnik, M. Kocbek, D. Barlič-Maganja, M. Bizjak, M. Bizjak., et al., eds. *Raziskovanje študentov zdravstvenih ved in evropsko leto aktivnega staranja ter medgeneracijske solidarnosti: zbornik prispevkov. 4. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved, Izola 25. maj 2012*. Koper: Založba Univerze na Primorskem, pp. 117–124.

Kegl, B., 2015. Osveščenost staršev po preventivnih obiskih otrok na primarnem nivoju. In: M. Pajnikihar, ed. *Mednarodna konferenca »Znanstveni dokazi za razvoj izobraževanja in prakse v zdravstvu«: zbornik predavanj, Maribor 2. junij 2015*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 62–66.

Kegl, B. & Lahe, M., 2013. Osveščenost staršev o preventivnih obiskih otrok s strani patronažne medicinske sestre in v dispanzerju za otroke. In: M. Pajnikihar, M. Lorber, T. Butterworth, K. Čuček-Trifkovič, B. Dobrowolska, et al., eds. *Z znanjem do razvoja in zdravja: zbornik predavanj. Mednarodna konferenca, Maribor 14.-16. 5. 2013*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 149–153.

Knežević Hočvar, D., 2014. Community care of older people in rural setting: a case study from Slovenia. *Anthropological notebooks*, 20(1), pp. 35–50.

Kobal, K. & Ramšak Pajk, J., 2013. Prepoznane vloge diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu. In: S. Hvalič Touzery, J. Zorc, B. Bregar, S. Kadivec, et al., eds. *Znanje in odgovornost za spremembe in razvoj v zdravstvu glede na rastoče probleme po zdravstveni obravnavi: zbornik predavanj z recenzijo. 6. mednarodna znanstvena konferenca, Ljubljana 6. in 7. junij 2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 106–114.

Koren, D. & Štemberger Kolnik, T., 2014. Vpliv promocije zdravja na zdravje ljudi z vidika zdravstvene nege. In: T. Štemberger Kolnik, K. Babnik, D. Ravnik, M. Bulič, D. Barlič-Maganja, et al., eds. *Zdravstvena nega v javnem zdravju: zbornik prispevkov. 2. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo, Izola, 31. januar 2014*. Koper: Založba Univerze na Primorskem, pp. 243–250.

Kovač Blaž, M. & Poplas Susič, T., 2016. Ocena stanja prehranjenosti bolnikov s KOPB in astmo s strani patronažnih medicinskih sester v Zdravstvenem domu Ljubljana. In: B. Skela-Savič, S. Hvalič Touzery, M. Lorber, Mateja, E. Klemenčič, A. Kvas, et al., eds. *Medpoklicno in medsektorsko povezovanje za razvoj kakovostne in odzivne zdravstvene obravnave: zbornik predavanj z recenzijo. 9. mednarodna konferenca, Bled 9. junij 2016*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, pp. 185–190.

Kovačič, E., 2011. Patronažna zdravstvena nega v romskem naselju v občini Grosuplje. In: T. Štemberger Kolnik, S. Majcen Dvoršak, D. Klemenc, B. Bregar, I. Buček Hajdarevič, et al., eds. *Medicinske sestre in babice zagotavljamo dostopnost in enakost zdravstvene oskrbe pacientov: zbornik prispevkov z recenzijo. 8. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Maribor 12. – 14. maj 2011*. 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. 129–137.

Krajnc, A., 2016a. Analiza obremenjenosti kadra v patronažnem zdravstvenem varstvu v Sloveniji. In: P. Doucek, A. Novak, Aleš, B. Björn, eds. *Trajnostna organizacija: zbornik. 35. mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti, Portorož 16. - 18. marec 2016*. Kranj: Moderna organizacija, pp. 417–430.

Krajnc, A., 2016b. *Obremenjenost kadra v patronažni zdravstveni negi: magistrsko delo*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Kuo, D.Z., Houtrow, A.J., Arango, P., Kuhlthau, K.A., Simmons, J.M., & Neff, J.M., 2012. Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal and Child Health Journal*, 16(2), pp. 297–305. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7> PMID:21318293; PMCID:PMC3262132

Kupnik, Z. & Sancin, D., 2011. Hišni obisk patronažne medicinske sestre pri nedonošenčku. In: M. Lahe, A. Lovrenčič, M. Pajnikihar, M. Šlajmer Japelj, K. Čuček-Trifkovič, et al., eds. *Razvijanje medpoklicnega sodelovanja v času študija na področju zdravstvenih ved: zbornik predavanj z recenzijo. 3. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved, Maribor 15. september 2011*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 345–352.

Ljubič, A., Clark, D.J., Štemberger Kolnik, T., 2016. Comparison of family nursing in Slovenia and Scotland: integrative review. *International Nursing Review*, 64(2), pp. 276–285. <https://doi.org/10.1111/inr.12324> PMID: 27791264

Lončarič, T., 2012. *Koncesije v slovenskem patronažnem varstvu: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.

Maček, B., 2013. *Trajne osebne spremembe pri osebah v patronažnem varstvu, ki jim ni mogoče pripisati možganske poškodbe ali bolezni: magistrsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

- Maček, B., Dernovšek, M.Z. & Kobentar, R., 2015. Trajne osebnostne spremembe pri pacientih v domačem okolju in izzivi za patronažno zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(4), pp. 270–283. <https://doi.org/10.14528/snr.2015.49.4.63>
- Maček, B., Skela Savič, B. & Zorc, J., 2011. Dejavniki socialne integracije starostnika v domačem okolju. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(3), pp. 181–187. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2011.45.3.181> [10. 11. 2017].
- Majcen Dvoršak, S., Obrez, J., Topler, M., Čubrilo, R. & Železnik, D., 2012. Obremenitve medicinskih sester v patronažnem varstvu. In: D. Železnik, B.M. Kaučič, U. Železnik, B. Koban, N. Vidnar, 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, Laško 18. in 19. september 2012*. Slovenj Gradec, pp. 183–191.
- Mali, J., 2012. Uvajanje dezinstucionalizacije na področju oskrbe starih ljudi. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo*, 250(40), pp. 86–94.
- Ministrstvo za zdravje, 2016. *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«*.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., The PRISMA Group, 2009. *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. PLoS Medicine 6(7), art. ID e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097> PMID 19621072; PMCID: PMC2707599
- Morris, H., 2017. Reinstating district nursing: a UK perspective. *Nurse Education in Practice*, 26, pp. 59–63. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.06.006> PMID:28689106
- National Institute of Nursing Research, 2016. *The NINR Strategic Plan: Advancing science, improving lives: a Vision for Nursing Science*. Bethesda, Maryland: National Institute of Nursing Research. Available at: https://www.ninr.nih.gov/sites/files/docs/NINR_StratPlan2016_reduced.pdf [15. 4. 2018].
- Nic Philibin, C.A., Griffiths, C., Byrne, G., Horan, P., Brady, A.M. & Begley, C., 2010. The role of the public health nurse in a changing society. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), pp. 743–752.
- O'Neill, M. & Cowman, S., 2008. Partners in care: investigating community nurses' understanding of an interdisciplinary team-based approach to primary care. *Journal of Clinical Nursing*, 17(22), pp. 3004–3011.
- Pahor, M. 2018. *Zdrava skupnost*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Perušek, A., 2015. *Vloga patronažnih medicinskih sester pri pomoči družinskim oskrbovalcem starejših oseb: magistrsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.
- Perušek, A., Zorc, J. & Skela Savič, B., 2013. Komunikacija in kakovost odnosov med medicinsko sestro in starostniki v patronažnem varstvu. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(3), pp.253–259. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2013.47.3.253> [5. 10. 2017].
- Petrinač, B. & Železnik, D., 2015. Poučenost pacientov o jemanju antikoagulantne terapije na domu. In: B.M. Kaučič, A. Presker Planko, D. Plank, K., Esih, S. Drame, et al., eds. *Prihodnost in razvoj zdravstvenih ved temelji na raziskovanju študentov: zbornik prispevkov z recenzijo. 7 študentska konferenca zdravstvenih ved, Celje 8. maj 2015*. Celje: Visoka zdravstvena šola, pp. 365–370.
- Polit, D.F. & Beck, C.T., 2008. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prevolnik Rupel, V., Simčič, B. & Turk, E., 2014. *Terminološki slovar izrazov v sistemu zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Rajkovic, U., Sustersic, O., Rajkovic, V. & Prijatelj, V., 2007. A new approach in nursing documentation: community nursing case. *Studies in health technology and informatics*, 129(Pt 1), pp. 354–359.
- Rajkovič, U. & Petovar, T., 2010. *Programska rešitev za vodenje dokumentacije patronažne zdravstvene nege*. [CD-ROM]. Kranj, Fakulteta za organizacijske vede.
- Ramšak-Pajk, J., Benkovič, R. & Poplas-Susič, T., 2016. Stališča in izkušnje diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu pri celostni obravnavi preventivnega obiska v okviru CPC+ projekta. In: B. Skela-Savič, S. Hvalič Touzery, M. Lorber, M., E. Klemenčič, A. Kvas, et al., eds. *Medpoklicno in medsektorsko povezovanje za razvoj kakovostne in odzivne zdravstvene obravnave: zbornik predavanj z recenzijo. 9. mednarodna konferenca, Bled 9. junija 2016*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, pp. 159–167.
- Ramšak-Pajk, J. & Murphy, F., 2012. Obravnava neozdravljivo bolnih v patronažnem varstvu in teoretični modeli. In: M. Horvat, ed. *Zdravstvena nega v patronažnem varstvu in biopsihosocialni model javnega zdravja: zbornik predavanj z recenzijo, Nova Gorica 19. in 20. april 2012*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, pp. 86–96.
- Ramšak-Pajk, J. & Skela Savič, B., 2013. Zdravstvena nega družine – primerjava izobraževalnih programov v Evropi - Projekt Family Health Nursing. In: S. Hvalič Touzery, J. Zorc, B.regar, S. Kadivec, et al., eds. *Znanje in odgovornost za spremembe in razvoj v zdravstvu glede na rastoče probleme po zdravstveni obravnavi. 6. mednarodna znanstvena konferenca, Ljubljana 6. in 7. junij 2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 62–70.

- Romih, K. & Ramšak-Pajk, J., 2012. Klinična praksa v patronažnem varstvu - analiza evalvacijskih mnenj. In: M. Horvat, ed. *Zdravstvena nega v patronažnem varstvu in biopsihosocialni model javnega zdravja: zbornik predavanj z recenzijo, Nova Gorica 19. in 20. april 2012*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, pp. 44–48.
- Rožman, M., Škrget, R. & Grah, M., 2016. Izgorelost patronažnih medicinskih sester v delovnem okolju. *Revija za zdravstvene vede*, 3(1), pp. 132–147.
- Saje, M. & Filej, B., 2014. Celostna obravnava paliativnega pacienta v domačem okolju. *Revija za zdravstvene vede*, 1(1), pp. 54–70.
- Sancin, D., 2008. Visokošolski učitelj spodbuja problemski pristop poučevanja študentov na Fakulteti za zdravstvene vede. In: B. Skela-Savič, B.M. Kaučič, J. Ramšak-Pajk, B. Filej, S. Kadivec, et al., eds. *Teorija, raziskovanje in praksa - trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: zbornik predavanj z recenzijo. 1. mednarodna znanstvena konferenca, Bled 26. in 26. september 2008*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 324–331.
- Sarkis, J.M. & Conners, V.L., 1986. Nursing research: historical background and teaching information strategies. *Bulletin of the Medical Library Association*, 74(2), pp. 121–125.
- Skela Savič, B., 2008. Raziskovanje kot podpora procesom celovite kakovosti. In: Z. Kramar A. Kraigher, eds. *Dnevi Angele Boškin - Dejstvo za kakovost: zbornik predavanj. 2. strokovni seminar, Bled 10. in 11. april 2008*. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, pp. 35–41.
- Skela Savič, B., 2009a. Dejavniki in kriteriji ustanavljanja novih srednjih zdravstvenih šol in visokostrokovnih zdravstvenih šol s programi zdravstvena nega: vidik širše odgovornost. In: B. Skela Savič, B.M. Kaučič, eds. *Moja kariera - quo vadis: Izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji: posvet z okroglo mizo, Ljubljana 30. januar 2009*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 33–39.
- Skela Savič, B., 2009b. Vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline. In: T. Štemberger Kolnik, S. Majcen Dvoršak, D. Klemenc, B. Bregar, I. Buček Hajdarevič, et al., eds. *Medicinske sestre in babice - znanje je naša moč: zbornik prispevkov z recenzijo. 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana 11. - 13. maj 2009*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, p. 311D.
- Starc, J. & Kordis, T., 2015. Presentation of district nurse training and advanced training needs in order to provide nursing care activities within district nursing. *HealthMED*, 9(6), pp. 236–242.
- Swider, S.M., Levin, P.F. & Kulbok, P.A., 2015. Creating the future of public health nursing: a call to action. *Public Health Nursing*, 32(2), pp. 91–93.
<https://doi.org/10.1111/phn.12193>
PMid:25808798
- Šavc, A., 2015. *Prepoznavanje pravic in dolžnosti pacientov v zdravstveni negi: magistrsko delo*. Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Škrget, R., 2014. *Profiliranje dela za uspešno izvajanje delovnih obveznosti patronažnih medicinskih sester: magistrsko delo*. Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Šušteršič, O., Horvat, M., Cibic, D., Peternelj, A. & Brložnik, M., 2006. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega: nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(4), pp. 245–252. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2006.40.4.247> [1. 12. 2017]
- Učakar, M., 2013. *Patronažne medicinske sestre in dojenje: magistrsko delo*. Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Univerza v Ljubljani, 2016. Pravilnik o podeljevanju Prešernovih nagrad študentom Univerze v Ljubljani. Available at: https://www.uni-lj.si/o_univerzi_v_ljubljani/organizacija_pravilniki_in_porocila/predpisi_statut_ul_in_pravilniki/2013071216390406/ [5. 12. 2017].
- Valenčak, U., 2015. *Predlog modela paliativne oskrbe v patronažnem varstvu: magistrsko delo*. Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Villarruel, A.M. & Fairman, J.A., 2015. The Council for the Advancement of Nursing Science, Idea Festival Advisory Committee: good ideas that need to go further. *Nursing Outlook*, 63(4), 436–438.
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2015.04.003>
- Vratarič, M.S., 2015. *Dejavniki zdravstvenega tveganja na delovnem mestu patronažne medicinske sestre: magistrsko delo*. Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Walker, L.O. & Avant, K.C., 2011. *Strategies for theory construction in nursing*. 5th ed. Boston: Prentice Hall.
- World Health Organization, 2013. *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. Copenhagen. Available at: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf?ua=1 [6. 10. 2017].

Young, H.M., Bakewell-Sachs, S. & Sarna, L., 2017. Nursing practice, research and education in the West: the best is yet to come. *Nursing Research*, 66(3), pp. 262–270.

<https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000218>

PMid:28426520

Zavrl Džananović, D., 2016. Zaposlovanje v patronažnem varstvu Slovenije v letih od 2010 do 2016. Ljubljana. Nacionalni inštitut za javno zdravje, Center za zdravstveno varstvo.

Železnik, D., Roncelli-Vaupot, S. & Železnik, U., 2009. Ocena samooskrbe starostnika kot pomemben dejavnik za kakovostno zdravstveno nego. In: M. Brumen, D. Železnik, K. Pirš & A. Milaković, eds. *Kakovost v zdravstveni in babiški negi - odgovorni, kompetentni in inovativni zaposleni: zbornik predavanj in posterjev, 2. znanstveni simpozij z mednarodno udeležbo, Maribor 23. in 24. oktober 2009*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babc in zdravstvenih tehnikov, pp. 41–49.

Citirajte kot / Cite as:

Zupančič, V., Ljubič, A., Milavec Kapun, M. & Štemberger Kolnik, T., 2018. Raziskovanje na področju patronažne zdravstvene nege v Sloveniji v obdobju od 2007 do 2016: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(4), pp. 264–281.

<https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.4.211>

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

SLOVENIAN NURSING REVIEW
JOURNAL OF THE NURSES AND MIDWIVES ASSOCIATION OF SLOVENIA

Leto / Year **2018** Letnik / Volume **52**

KAZALO / CONTENTS

Glavna in odgovorna urednica / *Editor in Chief and Managing Editor*
izr. prof. dr. Brigita Skela-Savič, viš. med. ses., univ. dipl. org., znan. svet. (št. 1-2)
doc. dr. Mateja Lorber, viš. med. ses., univ. dipl. org. (št. 3-4)

Urednik, izvršni urednik / *Editor, Executive Editor*
doc. dr. Mirko Prosen, dipl. zn., univ. dipl. org.

Urednica, spletna urednica / *Editor, Web Editor*
Martina Kocbek Gajšt, univ. dipl. bibl., mag. menedž. vseživ. izobr.

Uredniški odbor / *Editorial Board*
viš. pred. mag. Branko Bregar, prof. dr. Nada Gosić, doc. dr. Sonja Kalauz, izr. prof. dr. Vladimír Kališ,
doc. dr. Igor Karnjuš, asist. Petra Klanjšek, pred. mag. Klavdija Kobal Straus, Martina Kocbek Gajšt,
doc. dr. Andreja Kvas, doc. dr. Mateja Lorber, doc. dr. Miha Lučovnik, doc. dr. Ana Polona Mivšek,
izr. prof. dr. Fiona Murphy, izr. prof. dr. Alvisa Palese, doc. dr. Mirko Prosen, prof. dr. Árún K. Sigurdardottir,
izr. prof. dr. Brigita Skela-Savič, viš. pred. mag. Tamara Štemberger Kolnik,
prof. dr. Debbie Tolson, doc. dr. Dominika Vrbnjak

Lektorice za slovenščino / *Readers for Slovenian*
mag. Ana Božič Ranfl (št. 1), Simona Jeretina, Tanja Svenšek

Lektorici za angleščino / *Reader for English*
lekt. mag. Nina Bostič Bishop, mag. Breda Vrhunec (št. 2)

Ustanovitelj in izdajatelj / *Founded and published by*
Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in
zdravstvenih tehnikov Slovenije / *The Nurses and Midwives Association of Slovenia*

Tisk in prelom / *Designed and printed by*
Tiskarna Radovljica

UVODNIK / LEADING ARTICLE

- Together the voice of nurses worldwide: invisible yet indispensable
Skupen glas medicinskih sester vsega sveta: nevidne, a nepogrešljive
Annette Kennedy 4
- 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
- A healthy work environment: care for the well-being and health of employees in nursing
Zdravo delovno okolje: skrb za počutje in zdravje zaposlenih v zdravstveni negi
Mateja Lorber 148
- The need to prioritize the person in nursing and healthcare: considering 'Healthfulness'
Potreba po na osebo osredotočenemu pristopu v zdravstveni negi in zdravstvu: upoštevanje »zdravosti«
Brendan McCormack 220

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Povezava med neprespanostjo in delazmožnostjo zaposlenih v zdravstveni negi
The relationship between sleep deprivation and nurses' working capacity
Melita Peršolja, Anamarija Mišmaš, Mihaela Jurdana 8
- Dokumentiranje navodil o življenjskem slogu in samoobvladovanju bolezni pri pacientih s kronično obstruktivno pljučno boleznijo
Documenting lifestyle and disease self-management recommendations for chronic obstructive pulmonary disease patients
Maruša Ahačič, Saša Kadivec, Jerneja Farkaš-Lainščak 18
- Poznavanje funkcij mišic medeničnega dna in pomena komplementarnih konservativnih pristopov za njihovo krepitev pri ženskah
Knowing the functions of the pelvic floor muscles and the importance of complementary conservative approaches to pelvic floor muscles strengthening in women
Patricija Dovgan, Tamara Štemberger Kolnik, David Ravnik 29
- Dojenje in tandemsko dojenje: raziskava o znanju študentov zdravstvene nege in dietetike
Breastfeeding and tandem breastfeeding: research on the knowledge of nursing and dietetics students
Katarina Merše Lovrinčević, Jurka Lepičnik Vodopivec 38
- 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

Perineal trauma during vaginal birth in Slovenia: analysis of national data for the period from 2013 to 2015 Poškodbe presredka pri vaginalnem porodu v Sloveniji: analiza nacionalnih podatkov za obdobje od 2013 do 2015 <i>Petra Petročnik, Ana Polona Mivšek, Teja Škodič Zakšek, Ivan Verdenik, Anita Jug Došler</i>	153
Vloga staršev in vzgoje za zdravje pri oblikovanju odgovornega spolnega vedenja: raziskava med učenci osnovne šole The role of parents and health education in shaping responsible sexual behavior: research among primary school students <i>Sanela Pivač, Sedina Kalender Smajlović</i>	160
Diabetično stopalo kot zaplet sladkorne bolezni Diabetic foot complications <i>Klementina Meklav, Vojko Flis, Jadranka Stričević, Vida Struk</i>	168
Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki: ocene študentov zdravstvene nege in medicine Cooperation between nurses and doctors: an evaluation of the attitudes of nursing and medical students <i>Maja Strauss, Jana Goriup, Miljenko Križmarić, Anton Koželj</i>	225
Jezikovne prepreke pri zdravstveni negi tujegovorečih pacientov: kvalitativna opisna raziskava Language barriers in nursing care of foreign language speaking patients: qualitative descriptive research <i>Anja Štante, Nataša Mlinar Reljić, Barbara Donik</i>	233
Identifikacija priporočil, razvoj in testiranje uporabe piktogramov za izboljšanje komunikacije starejših v socialnovarstvenih zavodih Identification of guidelines, development and verification of pictograms for improving communication with the elderly in social care institutions <i>Nadis Krantić, Katarina Babnik, Boštjan Žvanut</i>	242
PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK / REVIEW ARTICLE	
Prednosti in slabosti različnih protokolov vodenja vrednosti glukoze v krvi pri kritično bolnih pacientih: pregled literature The benefits and weaknesses of various blood glucose control protocols in critically ill patients: literature review <i>Sedina Kalender Smajlović</i>	45
Dejavniki, povezani z uporabo tobaka pri zdravstvenih delavcih: integrativni pregled literature Factors associated with tobacco use of health professionals: integrative literature review <i>Sanela Pivač</i>	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 <i>Aleksandra Kavšak, Liridon Avdylaj</i>	118

Odnos in znanje medicinskih sester ter ovire pri implementaciji na dokazih temelječe prakse: integrativni pregled literature Knowledge, attitudes and barriers in the implementation of evidenced-based practice among nurses: an integrative literature review <i>Urban Bole, Brigita Skela-Savič</i>	177
Medpoklicno nasilje v operativni dejavnosti: pregled literature Interprofessional violence in perioperative care: literature review <i>Tina Oblak, Brigita Skela-Savič</i>	186
Management of frailty at individual level – Frailty prevention: narrative literature review from the perspective of the European Joint Action on frailty – ADVANTAGE JA Management krhkosti na ravni posameznika – Preventiva pred krhkostjo: pregled literature z vidika projekta skupnega ukrepanja – ADVANTAGE JA <i>Brigita Skela-Savič, Branko Gabrovec</i>	252
Raziskovanje na področju patronažne zdravstvene nege v Sloveniji v obdobju od 2007 do 2016: pregled literature Research conducted in the field of community health nursing in Slovenia from 2007 to 2016: literature review <i>Vesna Zupančič, Andreja Ljubič, Marija Milavec Kapun, Tamara Štemberger Kolnik</i>	264

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). 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 povzemanja, analiziranja, evalviranja ali sintetiziranja 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 [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 osredičeni obporodni skrbi. In: Z. Drglin, ed. *Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales, Zgodovinsko društvo za južno Primorsko, pp. 17–30.

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. 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 [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:

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:

Mateja Lorber, PhD, MSc, BSc, RN, Assistant 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, Assistant Professor**, 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, BsM, Assistant Professor**, University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Fiona Murphy, PhD, MSN, BN, RGN, NDN, RCNT, PGCE(FE), Associate Professor**, Swansea University, College of Human & Health Sciences, United Kingdom
- **Alvisa Palese, DNurs, MSN, BCN, RN, Associate Professor**, 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, Islandija
- **Brigita Skela-Savič, PhD, MSc, BSc, RN, Associate Professor**, Angela Boškin Faculty of Health Care, Slovenia
- **Tamara Štemberger Kolnik, MSc, BsN, Senior Lecturer**, Ministry of Health of the Republic of Slovenia, Slovenia
- **Debbie Tolson, PhD, MSc, BSc (Hons), RGN, FRCN, Professor**, University West of Scotland, School of Health, Nursing and Midwifery, United Kingdom
- **Dominika Vrbnjak, PhD, MSN, RN, Assistant Professor**, University of Maribor, Faculty of Health Sciences, Slovenia

Readers for Slovenian

Simona Jeretina, BA

Tanja Svenšek, BA

Reader for English

Nina Bostič Bishop, MA, BA

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

E-mail: obzornik@zbornica-zveza.si

Official web page: <http://www.obzornikzdravstvenenege.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 knjigoveznica Radovljica

Printed on acid-free paper.

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

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

Kazalo / Contents

UVODNIK / LEADING ARTICLE

- The need to prioritize the person in nursing and healthcare: considering 'Healthfulness'
Potreba po na osebo osredotočenemu pristopu v zdravstveni negi in zdravstvu: upoštevanje »zdravosti«
Brendan McCormack 220

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki: ocene študentov zdravstvene nege in medicine
Cooperation between nurses and doctors: an evaluation of the attitudes of nursing and medical students
Maja Strauss, Jana Goriup, Miljenko Križmarič, Anton Koželj 225

- Jezikovne prepreke pri zdravstveni negi tujegovorečih pacientov: kvalitativna opisna raziskava
Language barriers in nursing care of foreign language speaking patients: qualitative descriptive research
Anja Štante, Nataša Mlinar Reljič, Barbara Donik 233

- Identifikacija priporočil, razvoj in testiranje uporabe piktogramov za izboljšanje komunikacije starejših v socialnovarstvenih zavodih
Identification of guidelines, development and verification of pictograms for improving communication with the elderly in social care institutions
Nadis Krantič, Katarina Babnik, Boštjan Žvanut 242

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK / REVIEW ARTICLE

- Management of frailty at individual level – Frailty prevention: narrative literature review from the perspective of the European Joint Action on frailty – ADVANTAGE JA
Management krhkosti na ravni posameznika – Preventiva pred krhkostjo: pregled literature z vidika projekta skupnega ukrepanja – ADVANTAGE JA
Brigita Skela-Savič, Branko Gabrovec 252

- Raziskovanje na področju patronažne zdravstvene nege v Sloveniji v obdobju od 2007 do 2016: pregled literature
Research conducted in the field of community health nursing in Slovenia from 2007 to 2016: literature review
Vesna Zupančič, Andreja Ljubič, Marija Milavec Kapun, Tamara Štemberger Kolnik 264

